

2023年医保局下乡工作总结(精选10篇)

总结是对某种工作实施结果的总鉴定和总结论，是对以往工作实践的一种理性认识。那关于总结格式是怎样的呢？而个人总结又该怎么写呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢！

医保局下乡工作总结篇一

一、在分管院长的领导下，认真执行办公室职责，贯彻医疗保险的各项政策、规定。

二、负责制定医院医疗保险管理工作制度、计划、及时汇报和进行总结，对全院工作人员进行业务培训和指导，达到控制费用的不合理增长，抑制不合理费用发生。

三、爱岗敬业，工作踏实、认真、严谨，认真遵守作息时间和考勤制度，坚守工作岗位，提高办事效率。

四、严禁以职谋私，接待群众热情礼貌，杜绝“门难进、脸难看、事难办”现象的发生，树立“以病人为中心”的服务理念，做好参保、参合患者的解释及调解工作。

五、负责对医疗保险病人的转科、转院审核。

六、工作中因不负责任或违反上述规定，造成责任事故的，视情节轻重，给与相应处分，凡人为或过失造成系统瘫痪者，追究当事人的责任。

七、及时办理各项业务的审核及费用核算，以便于医院资金的及时周转。

八、本制度由上级行政管理部门监督检查落实情况。

医疗保险学习培训制度

全体干部职工必须自觉努力学习政策、文化、业务知识，不断提高自身素质，以适应新形势发展的需要。为提高全院各科室人员和医疗服务人员的政策业务水平，不断提升服务效率，提高医疗服务质量，尽快达到使广大参合患者得到更优质的医疗服务，决定定期举办相关人员培训，现将有关事宜通知如下：

一、培训对象

- （一）各临床科室医疗护理人员
- （二）医疗保险办公窗口操作人员
- （三）医院与业务有关人员

二、培训内容

- （一）医疗保险基本政策、管理规定及省、市补偿方案；
- （二）医疗费用审核与外伤调查的基本方法、技巧。

三、培训时间

（三）定期科室每周利用晨会时间学习医疗保险相关知识，如遇特殊情况，时间安排上可作适当调整；由医疗保险办人员检查学习情况。

医保患者住院管理制度

一、严格执行住院等级制度。医疗患者住院时，工作人员要认真核对患者的医疗保险证，在办理完住院手续后到我院医保窗口按照医疗保险证上的病人资料进行详细登记。如证件信息不全（无照片或身份证号码的、年龄等填写不完全）要

到市、区（县）医保处完善参合信息，登记成功后，留下医疗保险证，以便工作人员检查。

二、医保办公室要把每日登记后的住院病人信息及时输入微机并联网传到市、区（县）卫生主管部门的医保管理办公室。

三、病人登记后入住科室时，科室医务人员要再一次对患者身份进行核定。

四、要严格把握住院标准，防止轻病纳入现象发生。严禁对挂床病人按照住院病人进行报销，做好医疗保险患者的住院管理，保证医疗保险基金的安全、合理使用。

五、参保患者住院，按照住院报销比例交纳住院押金。费用亦可分段交纳，病房对参合病人一览表、床头牌等要做特殊标识，参保病人交够押金后可按比例透支。

六、参保病人住院期间，每天发生的各项费用可及时查询，药品、诊疗目录外自费的项目，应征得参保患者或其家属的同意并在“自费项目协议书”上签字方可实行。“自费协议书”要附在病历中。参保病人急性病带药不得超过7天，慢性病不得超过14天，且只限口服药。

七、配备相应的管理和窗口工作人员，实现监管和服务分离。确保患者出院当日拿到助资金，对特殊情况需要调查的患者，有关工作人员要在规定时间内核实明确，及时给予补助。无故拖延病人补助的由相关责任人负责将补助金送达参保患者手中，并视情节给予相应处分。

八、参保患者出院时按规定及时完成病历的书写工作，准确记载病情。

医疗保险结算制度

一、负责参保患者材料的收集、费用结算、资料整理及数据统计工作。

二、提高工作效率，尽量减少患者的结算等待时间，做到当日出院，当日结算。

三、每日结算完毕后，及时整理结算材料并分市、区（县）保存。

四、每月末，根据各市（县）医疗保险管理部门要求，汇总数据并填写相应表格，在规定时间内报送。

五、及时处理工作中遇到的问题，定期汇总并提出改进工作的方法。

六、对各市、区（县）医疗保险管理部门审核材料时提出的问题应认真核实、及时反馈。

七、熟悉医疗保险政策规定，耐心解答患者的问题。热情服务，周到细致。

医疗保险政策告知制度

一、科室在为患者诊疗过程中，如因病情需要使用目录外诊疗项目和药品时，经治医师要告知患者或其家属，征得患者或其家属同意并在自费项目审定表中签字后施行，审定表应附在病历中。

二、对未告知而擅自使用目录外诊疗项目或药品所产生的医疗费用不能进行补偿的部分，由经治医师承担。

三、患者住院期间，耐心解释患者或家属提出的疑问。参保患者出院时，科室应为患者提供结算所需的诊断书、出院记录、身份确认书等材料，值班护士检查患者材料齐全后，告

知患者到医疗保险结算中心办理结算。

医疗保险医务人员工作制度

一、加强医疗保险政策的学习和培训，将医务人员的医疗保险培训和考核情况列入年终综合考核。

二、严格执行《医疗保险基本药品目录》等相关诊疗服务规范。

三、认真执行参保患者出入院标准，不得诱导患者入院。也不得推诿和拒收符合入院标准的参合患者。

四、坚持合理用药，合理使用抗生素；坚持同类药品首选疗效好，价格低廉的原则。

五、严格控制自费药品、贵重药品和其它特殊规定品的使用

范围。

六、为参保患者制定科学、经济的治疗方案。

七、严格执行物价政策、合理收费。

八、对于违反新医疗保险管理规定的人员，视情节轻重，给予批评、通报批评和扣发工资及奖金；情节特别严重的移交司法机关依法处理；造成资金流失的，由其自行承担。

（一）徇私舞弊，弄虚作假，贪污、挪用新农合资金的；

（二）违背医疗管理规范，开人情方、大处方、分解处方、搭车开药的；

（三）工作敷衍不负责及造成医疗纠纷，产生不良影响的；

（四）出具虚假病历、处方、发票者的。

医疗保险费用控制方案

医疗保险制度的实施对患者来说应该是福音，但如果是只注重短期收益、忽视长远发展，认识不到两者的相互依存关系以及社会效益和经济效益的辩证关系，认识不到本身具有的潜在责任和义务，也可能导致不规范行为的发生。

一、不规范行为造成的影响

（一）医疗保险基金的大量流失；

（三）医疗机构失去信誉和市场。

二、不规范行为的控制方法

（三）严格执行医保政策，完善监督举报制度，建立投诉内容核查，充分发挥社会和舆论的监督作用，从而控制了基金费用的不合理增长，提升了医疗卫生体系的行业形象。

医疗保险费用具体控制措施

我院自成立以来，一直遵照聊城市物价局、聊城市卫生局和聊城市劳动局制定的收费标准并严格规范落实执行，医院是为广大群众提供医疗救助与服务的，我们有责任和义务将其做好。医院一直将合理合法收费、努力控制医疗费用的不合理增长、切实减轻群众的经济负担，工作常抓不懈。通过一系列有效措施，医院的医疗费用在一定程度上有所下降，收到了较好的效果，具体实施方案如下：

接受全社会对医疗收费的监督，基本杜绝了乱收费现象，在一定程度上降低了病人的医疗费用。

二、医院对不规范用药进行严格管理。坚持实行《山东省抗

菌药物合理应用指导原则》，医院对全院的用药情况，特别是抗菌药物的使用情况进行定期检查。

三、我院需对参保患者严格执行医疗保险单病种规范，严格执行单病种实施方案，从而减少医疗保险基金的不合理使用，节约医疗保险基金，更好服务患者。

总之，我院将严格执行聊城市物价局、聊城卫生局和聊城市劳动局制定的收费标准，降低参保患者的就医负担，降低医疗保险基金的支出，从而更好的服务于我市广大参保患者，服务于广大人民群众。

医疗保险违纪处理制度

为了贯彻落实医疗保险有关政策，规范完善医疗服务管理行为，结合我院实际情况，制定管理及处罚规定。

一、各病房不得允许患者冒名顶替住院、挂床住院、违者其所有费用（包括上级执法部门处罚费用）由经治医师承担，科主任并罚，通报批评，并给予纪律处分。

例的15%以内，违者由经治医师承担超额药费的100%。

三、医疗保险病例要完整，不得有缺项，如果病历中有医嘱无报告单或有报告单无医嘱者，每缺一项罚款100元（由经治医师承担）严禁搭车用药，每发现一例，处罚经治医师500元。

四、医疗保险患者出院带药，急性病七天量，慢性病十四天量（只带口服药），并写在出院记录中，如缺此项罚款100元，由经治医师承担。

医疗保险公示制度

为加强民主监督，保证参保患者的知情权，确保我院医疗保

险制度的平稳运行，现制定我院医疗保险公示制度。

一、公示内容

（一）就诊补助方法：按照医疗保险实施方案规定的就诊与住院方法；在我院大额医疗费用分段累计补助比例、起付线、封顶线和补助审核程序。

（二）医疗服务价格：按照全国统一规定的医疗收费项目、收费标准和有关物价政策执行。

（三）医疗费用补助：参合患者在我院住院所产生医疗费用的补助情况等。

二、公示办法

对医疗保险就诊补助办法进行长期公示：每月我院对所有住院补助病人及补助达到封顶线的病人进行公示。

三、公示要求

（一）在医院内的醒目位置设立《医疗保险服务公开栏》进行公示，并公布举报电话。

（二）把我院所有参保患者的住院补偿费用进行公示，接收患者的监督。

医疗保险患者审核制度

为坚决杜绝套取医疗保险基金的现象发生，确保医疗保险基金安全运行，促进医疗保险工作健康发展，医院医保办按照有关政策规定，在工作中严格执行参保患者住院审核制度。具体要求如下：

一、负责监督我院的政策执行情况，正确引导参保患者合理

就诊，严格掌握病人（入）出院标准。参保患者72小时内向医院医疗保险办进行备案，由值班人员进行审核，主管医生签字，医疗保险稽查人员审核并盖章。

二、通过深入临床与利用计算机网络信息，及时监控病人各项医疗费用的支付情况。

三、负责监督我院对《基本用药目录》和常规医疗服务价格的公示和执行情况。

四、负责参保患者住院病历、处方及各项检查等服务费用的初步审核。

五、负责参保患者住院病历、处方及各项检查等服务项目费用的初步审核。

六、负责对相关的投诉举报进行调查处理。

七、完成上级交付的其他任务。

医疗保险自费项目告知制度

一、参保患者因疾病诊疗需要使用医疗保险“三大目录”外的服务项目时，应征得患者或其家属的同意，在“目录外用药、目录外诊疗项目自费议书”上签字，并将其附在病历中。

二、对未告知而擅自使用目录外特殊化验、检查或药品所产生的医疗费用不能进行补偿的部分，由经治医师承担。

三、参保患者住院期间，每天发生的各项费用可及时查询。

医保局下乡工作总结篇二

为满足参保职工的基本医疗服务需求，医院明确规定医务人

员必须遵循医疗原则，不得以费用超标等任何理由推诿参保职工就医，也不得降低住院标准收治病员。

在执行制度方面，坚持参保患者就诊“人、证、卡”三符合的原则。医院专门为医保办配置了复印机，将住院病人医保证复印到所在科室，方便临床医护人员随时核对医保患者的身份，杜绝冒名住院、挂床住院。坚持医保查房制度，实行外伤病人住院先查房后登记的制度，及时制止冒名医疗、超范围医疗行为，保证基金安全。

在诊疗服务方面，各临床科室认真执行因病施治原则，坚持合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；不降低收住标准，不强行安排无住院指征的患者出院；积极配各医保中心对医保诊疗过程及医保费用进行监督、审核，及时提供有关的医疗资料以便查阅。

在措施保证方面，以《定点医疗机构评分考核细则》为管理标准，在总结经验和教训的基础上，参照《定点医疗机构服务协议》的内容，制定了《关于控制基本医疗保险住院费用的办法》等院内考核办法，每月对各临床科室进行考核，督促各临床科室严格遵守相关政策规定。

3 / 6 四、严格收费标准，控制医疗费用

2、医疗费总额：全年医保结算住院病人医疗费用总额3994万元，比去年同期增加498万元，增长%；人均住院费用5694元，较上年减少137元；下降%。

4、平均住院日：全年医保住院病人天/人次，比去年同期增加天/人次；

2016年我院住院医保病人增幅为%，但住院费用增长%，低于住院人次的增幅，平均住院费用下降%，人均统筹支付下降%，说明我院通过采取一系列措施，降低医疗费用是取得一成效

的。对于今后医保管理，我们较困难的主要以下两个方面：

1、住院病人增加：住院病人增加，我们分析其主要原因：一是由于参保面的扩大、参保人数增加所致。其二，做为***120急救中心，危急、重症患者较多，全年住院病人入院时病情危重的占%，急诊的占%；其三，从病员的结构来看，在我院住院医保病人中，外科系统疾病占了56%，与我院的外科技术的优势有关；其四，随着人口老年化、疾病谱的变化，糖尿病、脑血管病、肺心病等老年人常见病者增多；其五，近年来，医院通过开展质量管理年活动，规范医疗服务行为，提高诊疗了服务水平，医疗费用下降，得到了患者的信任，也是住院病人增加的原因之一。

2、人均统筹金额：医疗保险制度是国家基本保障机制之一，随着社会保障机制的逐渐完善，参保面的扩大，各类医保病员住院的比例越来越大，医保病员已成为医院最大的就医群体。尽管医院采取了一系列措施，控制医疗费用，但是由于物价指数的上涨、医疗技术的发展，新技术新项目的开展等，导致医疗成本增加。

5 / 6 医疗成本，给医院的正常诊疗活动带来相当大的难度，也增加了医疗风险，使医患关系复杂程度进一步增加，也造成医院资金大量流失。

我们希望：请有关部门在考虑物价指数、工资水平提高、医疗技术的发展、医疗成本增高的情况下，适当调整定额标准，或对某些重大疾病的定额标准单列，以缓解当前医院的压力。

2016年，我院的医保工作取得了一定的成绩，但离患者、社会和政府的要求还存在差距。我们将进一步加强学习，加强员工医保政策的培训和宣传，不断地改善医疗条件，进一步规范医院内部管理，努力提高服务质量和水平，为广大参保人员提供优质的服务，做到让患者满意、让社会满意、让政府满意。

医保局下乡工作总结篇三

2013年度医疗保险定点单位年度总结

一年来，在阳泉市医疗保险中心的大力支持下，在公司分管领导的带领下，公司卫生所在保证来院就诊的参保人员更好的享受基本医疗保险的同时，在促进公司医疗卫生事业的发展方面也做了一些工作，取得了一定的成绩。

公司卫生所始终坚持按照《阳泉市城镇职工基本医疗保险办法》、《阳泉市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《阳泉市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

作为煤炭行业的高风险作业，公司卫生所一直以救死扶伤、防病治病为宗旨为公司职工服务，在市医保中心的领导下，建立健全了各项规章制度，成立了以卫生所所长为医保办主任的领导小组，并指定专职管理人员，制定完善了基本医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊制度、公布投诉电话等措施，医保就医流程和各项收费标准等，高度重视市医保中心的各项医保会议，做到不缺席、不早退，按时报送各项数据、报表，订阅医保杂志及报刊。

我公司在日常管理方面，一直本着对患者提供优质服务为宗旨，严格执行诊疗护理规范，定期组织医护人员进行业务学习，合理用药，完善各项交接班制度，全年该定点医疗机构接诊医保病人170人，产生医保刷卡产生业务费用8237.8元。

在这一年中，我公司卫生所取得了优异的成绩，但也存在不少问

题，在今后的工作中要严格把关，规范各项流程，努力更好的为患者及参保人员服务，力争把我公司卫生所的医保工作推向一个新高度，为全市医保工作顺利开展做出贡献。

2014年3月8日

医保局下乡工作总结篇四

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。医保办公室是政府管理职能的延伸，是医院中解决诸多社会矛盾的集中的地方，是医院医疗保险管理的核心。医保定点医院不仅是医疗服务场所，而且是医保运行的载体，是医、保、患三者的核心，是国家政府保障医保工作的桥梁，是保障社会稳定促进社会和谐的纽带。

我院的医保办工作服务半径，院内涉及到的科室：医务科，住院部，门诊部，临床各科室，设备科，药剂科，病案室，信息科；院外涉及到的单位：各县区医保办公室，新农合办公室，财政局，市医保办，市新农合办公室，市财政局，市保健委等，还有市高青县，利津县，庆云县等新农合办公室及医保办。

随着新农合，城镇居民医保，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。院医保办（新农合、城镇居民医保、在职职工医保），以后简称“基本医保”，是一种政府行为，不仅是医疗任务，也具有很强的政治内涵。

关医院的考察，结合我院的实际，对我院的医保管理提出以下几点意见：

一、门诊管理

我院门诊病人现在主要是对离休干部和重点保健对象的服务，现在离休干部门诊开药较为规范，但是由于上级管理政策的缺陷，门诊开药无法控制，现在重点保健对象的门诊开药比较混乱，见意在临床大夫开完药后到保健科换方使用保健科

的统一代码（需药剂科、财务科、网络中心协调完成此工作）以便于统计和管理。

二、医保办公室管理

现在我院医保的医保工作对病人的管理只是停留在对病人的人员核实，对医保全过程的管理还存在缺陷，今后应加强基本医保病人在住院期间和出院时间的管理。

注意对医保病人的住院流程作出如下调整：

1、在住院处办理住院手续，加盖医保公章，并收下病人医保保证。

2、医保办在第二天到医院住院处收集医保本，在医保程序中录入医保网。

3、在医院his系统中导入医保网。

4、建立医保监督小组，每周对基本医保病人抽二次，不仅对病人的身份进行核实，还要对基本医保病人的运行病例，根据基本医保的政策规定进行检查。

5、病人出院时要对病人的病历进行审核，审核内容：诊断病种是否准确，药品使用时候正确，诊断项目时候合理，审核检查单是否完全，是否有漏洞或超出现象，应对医保审核人员进行授权，对漏收的费用直接记账而不必在科室记账（工作人员应认真负责）

6、在医保办结算后，病人拿着医保或新农合结算单到住院处进行补偿报销，这样可以避免结账报销在一起更加规范了财务制度。

三、需加强的几项具体工作

- 1、积极配合网络中心进一步加快医保各类查询功能的完善，使医保管理科学化、数字化。做到有据可查、有据可依。
- 2、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。
- 3、根据市医保处的安排积极配合市医保处做好全市医保统筹工作。
- 4、想尽一切办法争取把市离休我院垫付的资金回笼一部分，即使不能全部回笼应和市保健办达成一定的协议，随着离休干部数量的逐渐减少，这个问题不解决可能成为一笔坏账。

医保办

二〇一〇年十一月三十日

医保局下乡工作总结篇五

汇报好范文版权所有!如下:

思想上,我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习,关心国家大事,认真学习“三个代表”的重要思想,自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时,重点加强了工作业务知识和法律法规的学习,为做好本职工作打下了坚实的基础。

医保局下乡工作总结篇六

这一年,对于我来说,是非常有意义的.一年,也可以说在我人生当中,这段回忆更是抹不去的。首先,我想借这个机会感谢科室的各位领导,感谢领导对我的信任,给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排,到医保中心工作和学习,差不多一年的时间,因为与本职工作有着密

不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进

行及时的总结、汇报工作。

我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策，翻阅了大量的资料，分析产生拒付的原因，针对定点医疗机构如何预防拒付的问题，写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力地学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

医保局下乡工作总结篇七

2社会保险医疗服务管理办公室制度

一、根据《深圳市定点医疗机构医疗服务协议书》第四条，

医疗保险定点医疗机构设立社会保险医疗服务管理办公室（以下简称医保办）。在深圳中海医院社会保险医疗服务管理委员会，在院长、主管副院长的领导下，负责全院社会基本医疗保险，少儿医疗保险，工伤医疗保险，商业医疗保险等相关管理工作。

二、根据相关政策法规文件，结合我院实际，制订与社会医疗保险政策规定相适应的内部管理制度及操作流程；建立健全各项社会保险内部管理制度。

三、加强社保工作管理，严格控制不合理医疗费用增长。根据《深圳市社会保险定点医疗机构医疗服务协议书》规定的各项费用指标对全院各科室进行实时监控；对社保物价项目严格按物价局的规定和社保局核准的价格档次管理。

四、督促检查全院医疗保险制度的贯彻执行，及时给予技术方面的解释和处理。每月自查医院社保病历和处方等医疗文书执行，将结果全院通报。

五、认真贯彻落实医保政策，严格监督执行首诊负责制和基本用药、基本技术、基本服务、合理收费的原则；防范医疗缺陷，提高医疗质量与医保政策的灵活应用。

六、负责全院医务人员医疗保险政策及相关知识宣传和培训

工作。七、指导深圳市住院医保、少儿医保门诊，农民工医保绑定工作事宜，负责并统计异地就医人员绑定工作事宜，负责社保患者门诊及住院转诊转院的管理及门诊费用报销审核工作。

八、积极配合市局、区社保分局领导对我院医保工作的检查，及时做出反馈意见，对上级检查医保违规行为及时修正；负责与街道社保管理部门的联络工作。

附2-1网上“医保办”共享浏览说明

1. 为加强临床科室的联系与沟通，医保管理部在医院院内网络设立这个窗口；

5. 各文档目录内容，可以“阅读文件”和“复制文件”，但不可以“移动文件” 1

或“删除文件”，或随意修改文件内容；

7. 科室反馈：用于医保管理部每月检查科室运行病历、住院结算归档病历、门诊部医保医疗文书所存在的问题，向各科室反馈及传递信息用途，便于科室人员修改、补充、完善医疗文书所取依据之处。

8. 各科室对医保管理部的工作有任何意见和建议，及对各文档中的资料有疑问，随时欢迎您“征询意见”中留言，以便改进医保管理部的工作方式，提高工作质量，增进工作效率，更好地为大家服务。

*（2008年3月1日已实施，2009年4月6日建立网上医保办共享窗口）

医保局下乡工作总结篇八

2021年应参加城乡居民医保212962人，完成参保211173人，参保率达，收缴个人参保资金万元，圆满完成省级参保目标任务。按照当年个人筹资总额830元标准，全年筹集资金万元。

全县参加城镇职工基本医保315个单位11269人，共收缴参保资金5500万元。县级财政按照600元/年/人筹集机关事业单位参保职工补充医疗保险资金万元。

（二）医保政策待遇有序落实

城乡居民医保共计补偿695110人次，发生医疗总费用万元，报销资金万元。其中，住院补偿44672人次，住院医疗总费用万元，“三重医疗保障”报销万元（其中，基本医保报销万元、大病保险报销万元、医疗救助万元）；门诊补偿650438人次，门诊医疗总费用万元，补偿资金万元。

城镇职工参保患者报销171848人次，发生医疗总费用万元，报销资金共计万元（其中，统筹基金报销万元，个人账户支付万元）。

（三）医保基金监督持续发力

2021年，县医疗保障局结合医保系统“基金监管年”行动大力开展医保定点医药机构监督。今年来，检查定点医药机构185家次，实现监督检查全覆盖，调查住院患者407人次，核查系统信息334人次，抽检病历处方1747份。查实存在问题医疗机构5家，收回违规资金万元，处罚违约金万元。另外，医保基金专项审计反馈并核查后涉及违规医疗机构7个，违规资金万元，处罚违约金万元。

（四）医保经办服务惠民高效

一是继续开展脱贫人口县域内住院“先诊疗后付费”服务。享受“先诊疗后付费”脱贫人口6108人次，免交住院押金万元；二是机关事业单位参保职工在县内二级医疗机构住院享受“先诊疗后付费”1128人次，免交住院押金万元。

脱贫人口和特困供养人员在市域内和所有参保患者在县域内定点医疗机构住院“三重医疗保障”实行一站式结算。全年享受一站式结算住院患者34724人次，发生医疗总费用万元，保内医疗费用万元，“三重医保”报销万元（其中，基本医保万元，大病保险万元，医疗救助万元）。

按照国家、省、市医疗保障局工作部署，为拓宽参保人员就

医介质，努力方便参保人员就医报销。今年来，全县召开4次调度或推进会议安排部署和督促医保电子凭证激活工作，并采取“一个抓手”“六项举措”抓实医保电子凭证激活推广应用工作。

截至目前，一是激活率。截至目前，我县完成激活人数141935人，激活率达，提前完成市级下达的60%激活目标任务；二是开通率。全县县乡定点医药机构共69家（定点医疗机构20家，定点零售药店49家），开通医保电子凭证应用69家，开通率达100%；三是应用率。按照要求，全县定点医药机构在医保结算时必须优先使用医保电子凭证进行医保结算，达到“应用尽用”。

我县持续探索和开展医保支付方式改革工作，力争将有限的医保资金用在刀刃上，提高医保基金使用效率和提升群众的受益水平。2021年，实施县级二级公立医疗机构drg支付方式试点工作，初步建立起以总额付费为主，按drg付费、病种付费、床日付费、项目付费为辅的复合型支付方式。比如，通过开展drg医保支付方式改革，全县三家二级医疗机构报销资金万元□drg付费改革实际支付三家医疗机构资金万元，达到了既从源头上控制医疗服务成本投入、减轻参保患者医疗费用负担，也让医疗机构从改革中获得更多盈利。总体来说，我县通过探索医保支付方式改革，有效规范了定点医疗机构医疗服务行为、提高了医保基金使用效率、维护了医保基金安全运行和参保患者的医疗保障权益。

一是按照县委、县政府决策部署，积极组织动员单位全体干部职工接种新冠疫苗，为全县疫情防控作出应有的努力。单位24名干部职工均全程接种疫苗；二是积极开展新冠病毒疫苗接种费用保障工作。经组织开展核查，全县接种新冠疫苗262334剂次，已上解疫苗接种补助资金360万元；三是落实核酸检测费用结算工作，保障医疗机构正常运转。及时落实新冠核酸检测医保补助费用17818人次，拨付检测补助费

用157万元。

医保局下乡工作总结篇九

（二）扎实做好城乡居民医保征缴工作。一是加强与税务部门协作配合，扎实开展医保征缴政策宣传，积极引导广大城乡居民缴费参保；二是强化脱贫人口等特殊困难群体数据信息共享机制的落实，加强与乡村振兴、民政、卫健部门的沟通协作，做好数据的比对、信息核实、属性标注等基础工作，确保特殊困难人群应保尽保；三是加大筹资工作调度和督导，落实“周调度、月通报”工作机制，督促各乡镇（街道）落实筹资工作责任。

（三）持续巩固拓展医保脱贫成果。强化部门信息共享，加大政策落实，加强医保防贫监测预警，定期梳理跟踪群众自付医疗费用情况，对一般参保群众自付医疗费用10000元以上和脱贫人口自付医疗费用4000元以上人群作出预警监测，严防因病致贫、因病返贫现象发生。

（三）严厉打击欺诈骗保行为。进一步加强医保监督管理，严格落实《医保基金使用监督管理条例》和定点医疗机构管理办法，持续开展打击欺诈骗保专项行动，结合医保日常督查、医保服务协议管理、专项审计等措施，努力打造医保“零死角”监督环境，逐步形成不敢骗、不能骗的长效机制。

（四）不断提升医保经办服务水平。加强医保政策培训、提升政务服务能力、优化经办人员配置、简化申报资料和程序，切实提高医保服务能力和水平。同时，通过推行政务服务“好差评”、畅通投诉举报渠道、落实首问责任和一次性告知等制度，切实加强医保系统作风建设和作风整顿，树牢以人民为中心的发展思想，打造干净、担当、作为的医保干部队伍。

（五）深入推进医保制度改革。继续实施机关事业单位参保人员、脱贫人口“先诊疗后付费”等惠民政策。推进按疾病诊断相关分组付费试点工作□drg□持续探索对紧密型医疗联合体实行总额付费。持续深化“放管服”改革，全面落实“一次性办结，最多跑一次”工作要求，提高医保经办工作服务效能。

（六）切实加强药品耗材采购管理。督促指导公立医疗机构开展国家集采药品报量、集采采购任务，以及医疗机构开展国家集采冠脉支架、省级集采冠脉球囊等集采耗材的采购和使用工作。组织开展好国家集采药品资金结余留用考核工作，跟进资金考核拨付，引导公立医院认真落实集中采购，切实减轻群众就医负担。

医保局下乡工作总结篇十

今年来，我局在县委、县政府和县人力资源与社会保障局的正确领导下，在市医保局指导下，在相关部门的大力支持和密切配合下，县医保局工作紧紧围绕推进“四化”战略建设“五个宁都”这个大局，通过广大劳动和社会保障系统工作人员高效务实的工作，保险覆盖范围不断扩大，制度运行基本平稳，基金收支实现略有节余，参保人员基本医疗需求得到进一步保障，各项工作取得了较为显著的成效。现就今年来的工作进行总结如下：

1、基本医疗保险:职工：我县参保单位547个，任务数27500人，参保总人数为27610人，其中：在职人员17379人，退休人员10231人;居民：全年参保人数为105113人，任务数105000人，其中成年人23206人，未成年人80485人，其中大学生1422人在校学生参保77530人，实现参保覆盖率达98%。

2、工伤保险:全县参保单位174个，参保人数13109人，任务数13000，其中农民工参加工伤保险人数为3012人。

3、生育保险：全县生育保险参保人数9906人，任务数9900人，城镇基本医疗保险任务基金征缴2851万元，完成征缴基金3968万元。超额完成139%。

今年各项基金总共支付23249人次，基金支付金额1216万元。其中，居民共计支付人4842次，分别为住院报销4223人次，基金支付712万元，慢性病特殊门诊报销619人次，基金支付19万元；职工共计支付18343人次，基金支付1273万元，分别为住院报销3839人次，基金支付1160万元；门诊14504人次，基金支付113万元；工伤保险52人次，支付基金112万元，领取工伤保险固定待遇12人，支付基金10万元。

今年来，我局对医保、工伤、生育保险的宣传更细、意识更强，基本实现应保尽保；政策更优，待遇更高，保障力度空前加码；管理更顺、运行更畅，基金收支略有节余。

(一) 医保政策，宣传更细，力度更大。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“春季就业招聘大会”、“12.4法制宣传日”和《社会保险法》宣传周，走上街头，深入社区。采取咨询、宣传单、标语等多种形式，在各个电视频道上播发参保登记信息，租宣传车在全县大街小巷和大的乡镇流动宣传，把宣传的重点放在居民医疗保险实行市级统筹后待遇大幅度提高、保障范围进一步扩大、政府对居民参保的补助不断提高、居民获得切实保障以及参保基准年度等方面，取得的效果比较明显，今年来印制了城镇职工、城镇居民医疗保险以及工伤保险宣传单，发放十万余份，参保人员反映良好。

(二) 强化基金征缴，确保应保尽保、应收尽收。

在基金管理方面，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计

公开制度，邀请财政、审计部门以及上级业务主管部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；通过下发催缴通知单、电话催缴、上门催缴以及与待遇支付相结合的办法，提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收确保基金及时到帐；同时积极争取上级支持，确保各级各项财政补助、配套资金及时到位。

(三) 强化基金监管，确保实事办实、好事办好。

目前，我县已有33家医院和35家药店获得定点资质。定点医疗服务机构是医保基金的流出通道和保险基金收支平衡的阀门。

1、严把“三关”，加强对定点医院的管理。一是把好住院审批关，杜绝冒名住院。一方面加强对轻病住院、挂床住院、过度检查、不合理治疗和违规用药等现象的管理力度。如发现有冒名顶替住院现象，要求定点医院必须及时报告，否则将对医院予以处罚。二是把好住院病种关，防止基金流失。三是把好“三大目录”执行关，严防基金浪费。对定点医院“三大目录”的执行情况，采取定期或不定期的形式进行重点稽查。今年拒付因工伤、交通事故及有第三方责任人等意外伤害报销二十余起，涉及医疗费用10余万元，挽回基金损失近七万余元。

2、坚持“三个到位”，加强对定点药店的管理。

对医保定点药店的管理，我县推出了绿牌准入、黄牌约束、红牌退出的管理机制，从审批、管理、考核等方面实行全方位审查监督，收到了比较好的效果。

一是坚持审批到位，严格实行准入制度。实行严格的市场竞争准入制度。二是坚持管理到位，严格规范售药行为。三是坚持考核到位，严格执行目标管理。对药价和经营的合理性进行监管，对服务水平、服务质量等方面进行综合测评，结

果与年末考核挂钩，作为是否续签协议的重要依据。

3、突出“三化”，加强对经办人员的管理。

通过突出“三化”更有力地促进了“加快宁都发展、重塑宁都形象”和“发展提升年”建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

一是工作制度化，做到有章可循。通过责任追究制等十项规章制度，规范了业务流程，强化了权力制约，确保了各项工作有章可循，稳步推进。二是办事公开化，接受群众监督。在工作过程中，经办机构把所有的政策法规和办事程序公布，极大地利于广大群众和参保人进行监督。三是服务人性化，提高服务水平。医保日常工作主要是为参保人服务，经办机构始终坚持“一切为了参保人”的工作理念，把提供优质服务贯穿于工作的始终。

(四)把握政策、完善措施，做好大病救助工作。

医保局窗口工作总结

医保工作个人简短总结