

2023年医保办工作工作总结 医保科工作总结 总结(通用8篇)

总结是写给人看的，条理不清，人们就看不下去，即使看了也不知其所以然，这样就达不到总结的目的。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇一

我县各项事业的全面、协调、快速发展，取得了一定的成效。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用五一前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20xx多份、《健康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效果；截止11月底，全县医疗保险参保单位210个，参保人数7472人，完成市政府下达任务的104，其中：企、事业和条块管理参保单位39个，参保人员1211人。

二、坚持以人为本，多层次的医疗保障体系基本建立

我县坚持以人为本的科学发展观，加大工作力度，已初步构筑了多层次的医疗保障体系：一是从20xx年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《x县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《x县重点优抚对象医疗保障实施办法》（试

行)，对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了三重保险；城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

三、完善政策、强化管理，不断提高医保管理水平

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了《我县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作；二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程；三是通过建立四项制度，做好五项服务等措施，强化了医疗保险服务意识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。四项制度是：社会监督员制度，聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员，进行明察暗访，主要监督贯彻医保政策、两个定点机构及经办机构的服务质量是否违规等；定期通报制度，在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等；定点机构联系会议制度，召开定点机构座谈会，定期通报医保信息，采取各种方式，加强沟通，保证参保人员的切身利益；审计公开制度，定期请审计、财政部门对前期财务进行审计，发现问题及时纠正，保障医保基金的正常运行。五项服务是：即时服务，公开医保政策咨询电话、个人账户查询电话、开通触摸屏，做到随时查询各项数据；上门服务，对有意参保单位、个人和定点医疗机构，将上门做好各项工作；异地服务，通过医疗保险网络的服务功能，采用灵活的方式，对参保人员实行异地托管等，方便参保人员就近就诊；日常查访服务，不定期进行住院查访服务，把各种医保政策向住院患者宣传，纠正违规行为；监督服务，通过

医保网络观察住院患者的用药情况，实行适时监控，发现问题，及时纠正。

四、离休干部、副县级以上待遇领导干部的医疗待遇得到保障

五、加强征缴、健全制度，医保基金收支基本趋于平衡

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作，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，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1-11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率达99.5，较上年增加75万元，增长19；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结余145万元。

六、强化学习、规范管理，自身建设进一步加强

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照劳动保障部门要提高五种能力的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强；二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20xx年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成；三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已

与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称医保一卡通，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务；四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1-11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇；五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

七、存在问题

- 1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。
- 2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。
- 3、进一步加强对两个定点的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

20xx年工作思路

- 1、加大宣传力度，全方位、多层次、多渠道地宣传医疗保险政策、业务经办流程，使医保政策不断深入人心，为医保护面工作营造良好的外部环境。
- 2、千方百计扩大医保覆盖面，重点是中央、省、市驻县单位和外资、民营企业，同时，在灵活就业人员、农民工和城镇

居民参保上要有新的突破。全年参保人数达到9000人，力争9500人。

3、充分运用我县多层次的医疗保障体系，把握灵活的参保原则，采取分类指导、区别对待、降低门槛、逐步吸纳的方式，切实解决失地农民、进城务工人员、城镇居民、困难企业人员的医疗保险问题。

4、进一步完善定点机构考核指标体系和准入制度，做好定点协议服务管理，督促定点机构严格执行三个目录，为参保患者提供优质服务；同时，充分发挥医保义务监督员的作用，以监督定点机构的服务行为，降低不合理费用的支出，维护参保人员的切身利益，不断理顺医、保、患三者的关系。

5、进一步完善医疗保险费用结算办法，建立健全基金预算、决算制度，加强医保基金的预算、分析、控制、决算和稽核、检查工作，确保基金的安全运行。

6、充分发挥我县医疗保险计算机网络的作用，加强对两个定点的管理和基金的监控，真正发挥计算机网络日常经办、协助监管、帮助决策的功能，使管理更加科学化、规范化。

7、做好工伤、生育保险经办工作，加大工伤、生育保险的扩面力度，建立健全工伤、生育经办流程，规范待遇审核支付工作。

8、不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力和综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇二

到x月底止，全县已参加基本医疗保险的单位达xx个，投保人

数xxx人；参加大病互助的单位xx个，参保人数xx人；打入铺底资金的单位x个；已征缴基金xx万元，其中：基本医疗保险统筹基金xx万元，个人帐户基金xx万元，收缴率达xx%[]大病互助金xx万元，收缴率为xx%[]铺底资金xx万元。

据统计到x月底止，全县参保职工住院达xx人次，基本医疗保险基金预计应支付xx万元，已支付xx万元，报付率达xx%[]此外，有xx名患病职工进入大病互助金支付段，应支出大病互助金xx万余元，已支付xx万元。

到x月底止，基金收支在总体结构上虽然保持了“以收定支，略有结余”的平衡，但因其存储量的大幅降落，基金抵御突发风险的能力已被大大削弱。因此，下阶段的征缴工作必须有新的、更大、更快的进展，来增强基金的保障能力。

现有xx名离休干部[]xx名二等乙级以上伤残军人由医保中心代管。这部份人员的医疗费用由财政按xx元/人列入预算，半年经费为xx万元。截止到xx月xx日，我中心共代报xx人次，共计元的医药费。目前，缺口的万元医药费暂未报付。

医保中心微机房经过紧张筹备，已把各参保单位xx年度的业务数据及参保职工信息输入了数据库，更新了资料库，目前计算机网络系统功能均能正常运作，为医保中心各项工作制度的完善，各项机制的高效运作打下了一个好的基础。

为了加强与各定点医疗机构的交流，通过培训使之熟悉好我县相关的基本医疗保险政策，我们于xx年x月xx日至xx月xx日在县九观桥水库宾馆举办了首届基本医疗保险定点医疗机构培训班暨xx年度总结表彰会。各定点医院均按通知要求派出了专职人员参加培训班，实到xx家医院共xx人。戴子炎副书记、曾副县长、旷助理调研员、市医保中心文主任也分别在会上发表了重要讲话。这次培训班是非常及时、必要的，也是富有成效的，我们以培训班交流学习的方式，既找出了现

有差距，又找到了改进办法，为今后医保制度的规范运作树立了风向标。

各定点医疗机构都很支持医保的各项工作，有经济实力的医疗机构都按要求添置了计算机网络设备。现在可以与我县医保联网结算的医疗机构已达xx家。

为确保统筹基金用在“刀刃”上，坚决杜绝套取统筹基金的行为，有效遏制不合理医疗费用的增长，我们加强了监管和审查。由于我们基础工作到位，基本上杜绝了冒名顶替、套取统筹基金的行为，有效地遏制了医疗费用过快增长。在费用审核上，做到该支付的一分钱不少，该拒付的一分钱不给。由于我们工作人员严格执行政策，她们多次遭白眼、被谩骂、受委屈，但仍然以笑脸相待，耐心解释说明。正是源于她们的公正和无私，最终赢得了各定点医院和广大参保职工的理解与支持。

在县政府和财政的关怀下，医保经办机构工作人员的基本工资纳入了财政统发，解决了同志们的后顾之忧，大家都表示今后要更加努力工作，不辜负政府和人民对我们社保机构的关怀和厚望。

医疗保险制度改革是社会关注的焦点，为使医疗保险政策深入人心，我们坚持以舆论宣传为导向，并采取全方位、多形式的方法广泛宣传医疗保险政策。上半年，我们举办了医保知识竞赛，免费发放了《就诊需知□□□ic卡使用说明》、《医保快讯》等宣传资料各计万份。我们还通过《劳动与保障》的专栏节目大力宣传医保政策，增进了广大参保人员对医保工作的理解和支持，在他们心中逐渐树起了“xx医保”优质服务的好形象。由于我们周到的宣传，过去对医保不满的、发牢骚的、讲怪话的现象逐渐少了，理解、支持的呼声高了。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇三

为规范临床诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康、持续、有序发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。同时为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷，大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解了医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，安排专人查房，每天对新入病人进行核查，查有无冒名顶替的现象，查住院病人证件是否齐全，查有无挂床现象，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。同时进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题。并加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。今年我科未出现任何差错事故，全院对医保病人无违纪违规现象。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

我科科长定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。

在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年收治职工医保住院病人3100余人，共报医疗费用1781万余元。居民医保住院病人1800余人，共报医疗费用485万余元。接待定点我院的离休干部60人。农合住院病人22393人，共报销医疗费用8200余万元。发生孕产妇补助款60余万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保农合工作在开展过程中，得到了医保局、卫生局领导及工作人员的大力支持，再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够

成熟，问题琐碎等，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

4、树立窗口形象，进一步改善服务理念，加强与患者的交流沟通，努力做到“三好一满意”！

5、我科申报本年度先进科室。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇四

为进一步适应医保工作新形势，这些年来，我一直坚持在学中干、在干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，认真把握县委县政府对医保工作的新要求，积极参加县财政局和医保局组织举办的各类有关会计知识的技能学习和考试、考核、培训，全面把握有关财经纪律和工作制度，进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，多向领导请示，多与同事和同行交流探讨，相互取长补短，真正做到在政治上相互信任；在思想上相互交流；在工作上互为支持、互为补

充。

在日常工作中，我主要负责城镇职工医保、城镇居民医保、工伤保险等医保结算等日常事务性工作。为进一步规范服务行为，提高服务意识，我牢固树立“社会医保”、“阳光医保”的服务信念。特别是在每年的6、7月份城镇居民医保数据采集期间，经常加班加点，但我毫无怨言。会同同事积极对外宣传推介我县医保工作政策，认真做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员城镇职工积极参保。及时发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续。在日常工作中，我认真核算各有关医院的报销数据、切实做好各类慢性病的报销工作，定期与财政、银行、医院等单位核对相关数据，确保各项工作顺利完成，获得了领导和同事的好评。

作为一名医保工作者，我深知心系群众，切实帮助他们解决实际困难是最重要的。为此，在日常工作中，我总是广泛听取群众意见，了解群众需求，耐心接待人民群众的来信来访，帮助他们释疑解惑。从人民群众满意的事情做起，做到在工作上领先群众，感情上贴近群众，行动上深入群众，量力而行，真心实意为人民群众解决实际问题，让他们感受到党和政府的温暖。对人民群众的合理要求，做到件件有回音，事事有着落。对不尽合理要求，耐心说服劝导。在日常生活中，我从不优亲厚友，也从不向领导提非分要求，凡事以工作为重，从大局出发，既注重自身工作形象，也注意维护单位整体形象。在工作中需要机关财务开支方面，能做到严格把关，凡办公费用先申请请示，再逐级审批，杜绝了违纪违规事件在个人身上的发生。

以上是本人近一年来的简要回顾，尽管做了一些工作，但这离组织上的要求和人民群众的期望，仍存在较大差距，我决心今后进一步努力。以上总结，不妥之处，敬请批评指正！

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇五

- 1、我中心成立有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理小组，具体负责基本医疗保险日常管理工作。
- 2、各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料按规范管理存档。
- 3、医保管理小组定期组织人员对参保患者各项医疗费用使用情况进行分析，发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。
- 4、医保管理小组人员积极配合医保局对医疗服务价格和药品费用的监督、审核，及时提供需要查阅的医疗档案盒相关资料。
- 2、对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为发生。
- 3、对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。
- 4、对就诊人员要求或必须使用自费药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。
- 5、严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。
- 6、达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。
- 7、门诊处方、出院病历、检查配药情况均按规定执行。
- 8、严格执行基本医疗保险诊疗目录管理规定。

9、严格执行基本医疗保险服务设施管理管理。

10、我中心信息管理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统维护方面也较完善，并能及时报告并积极排除医保信息系统故障，确保医保系统的正常运行。

11、对医保窗口工作人员操作技能熟练，医保政策学习积极。

12、医保数据安全完整。

13、医保管理小组不定期对我中心医保患者病历进行检查学习，对不能及时完善病历的医生作出相应的处罚，并在分管领导的监督下进行业务学习。

1、严格执行医疗收费标准和《医保定点服务协议》规定的日均费用、次均住院天数。

2、严格掌握出、入院标准，未发现减低住院标准收治住院、故意拖延出院、超范围检查等情况发生。

3、严格按照《医保定点服务协议》收治外伤住院病人，及时向保险公司报备外伤报备表。

4、每月医保费用申报表按时报送。

5、合理科学的控制医疗费用增长。

1、定期积极组织我中心各科室、卫生室、卫生服务站人员学习医保政策，及时传达和贯彻有关医保规定。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放医保政策文件资料，中心内部工作qq群等。

近几年来，我中心外科、内科、康复科业务技术快速发展，

医疗设备更新，医护人员增加，新技术不断增加，加之我中心报销比例高，在业务技术、服务质量、服务态度、就医环境上都得到了社区居民和患者的认可。

历年来，我中心住院患者多数是辖区外的，条件的改善，使外科手术及内科急重症患者在不断增加，辖区外到我中心住院的患者也在大量增加，中心总住院患者也在增加。

总之，通过20xx年的医保工作，我中心还存在很多不足之处，我中心将在上级政府及医保主管部门的领导下，抓好内部管理，改正存在问题，把我中心的医疗工作做得更好。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇六

财务处在过去一年中认真履行监督管理职能，积极参与医院管理，全处人员同心协力，按照医院整体部署和财务处年初既定工作计划，通过紧张细致的工作，圆满完成了2019年度工作计划，在财务核算、经济管理和物价管理，以及迎接“三甲”复审准备工作等各方面达到了预期的成果。定期向医院领导报送医院收支情况及财务分析报告，使医院领导能够准确把握医院经营状况，在调整工作方向和工作策略上有可靠的数据基础。

一、把握经营状况，准确反映医院运营成果

2019年医院实现总收入__x万元，其中实现业务收__x万元，同比增加__x万元，增长__%，完成预算的__%。其中：医疗收__万元，药品收入__万元，其他收入__万元。药品比例为__%，同比下降__%。另，财政补助收入__万元。业务支出__万元，同比增加__万元，增长__%。实现业务收支结余__万元，增减__万元。

2019年，医院门诊量达到____人次，同比增加__x人次，增长__%，同期入院患者__人次，增加__%。门诊量大幅增加，

使得住院患者量随之增加，医院收入来源得到保障和扩展。实现门诊收入同比增加__万元，增长__%，住院收入同比增加__x万元，增长__%。其中住院医疗收入增加__万元，增长__%，住院药品收入__万元，增减__%。药品比例__%，同比下降__%。收入结构得到调整，利润率较高的服务性收入比例提高，提高了医院收入的实际收益水平。

二、严格经济核算，准确分析经营成果

做好经济核算，正确评价经营成果是财务工作的基本职责，是参与医院管理的一项重要职能。财务处通过详实、细致的经济数据，认真分析医院在每月、每季、每年的经济运营情况，在财务分析中做出客观、明了的总结和分析，对引起收支变化和效益增减变化的因素加以深入剖析，为调整医院经营方针策略提供有力的参考依据。对影响医院收支结构变化较大的项目，如治疗费、床位费、检查费、化验费、药品等等，各项收入比例变化；人员经费支出、卫生材料费支出、药品费支出及其他消耗性支出等增减导致支出结构变化；门诊量、入、出院患者量、床位使用率、床位周转次数、每门诊收费水平、每床日收费水平等各项经营指标的变化，都要进行详细分析，将能够影响到医院经营状况的各种因素都纳入财务分析的范畴。财务分析客观反映了医院在核算期内的经营状况和经营成果，为医院趋利避害，发挥优势，调整经营策略和工作方向提供重要的参考资料。

三、履行监督和控制职能，严格把关成本支出

财务处围绕医院节约增效、创节约型医院这个长期目标，严格控制经营成本，始终把控制成本支出做为一项重要工作来抓。医院实行招标采购，降低卫生材料和后勤物资采购成本，监督管理卫材和物资的领用以及库存数量、额度，限度降低库存物资成本。在人员经费支出不断增加的情况下，控制变动成本支出，降低消耗性支出比例，保持并提升利润率对提高医院经济效益有着重要意义，因此，医院在采购、领用、

库存各环节都加强管理，保证医院在经营过程中总成本支出的稳定性，并在此基础上努力降低支出水平。由于医院鼓励临床积极开展业务，以及患者对医疗技术和医疗水平的要求不断提高，高值卫材使用量连年增加，致使卫材支出成本提高，对医院收支结构的影响较大，收支结构不够协调，医院未能达到效益化，利润率水平受到一定抑制。

四、加强资产管理，核准医院资产

财务处在去年进行的资产清查基础上，按新会计制度要求调整账务，严格划分固定资产和低值易耗品界线，核准全院资产总额，并按年初开始执行的新会计制度对在使用年限内的固定资产计提折旧，真实反映医院实际资产情况，同时将有账无物、损毁无法使用、过期、淘汰的资产申请有关部门报废。目前已对x辆汽车及x万元以下的报废资产完成了报废处理，共计价值_x万元。通过医院财务制度和会计制度改革，更加科学、合理地管理医院资产，同时能够更准确的对医院运营成本进行核算。

医院职工食堂和患者食堂外包前，财务处对其固定资产进行了彻底清查，保证医院资产不受损失，兼顾医院和承包人利益，使外包行为在平等互利条件下完成。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇七

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用721477.37元；未结算3笔：费用24271.34元。在已经结算的费用中无拒付发生，

医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。在09年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。期间在五月份进行医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。20xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台、sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

09年迎接区社保中心检查两次，09年9月14日区社保中心闫主任一行三人对我院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。09年10月15号区社保中心对我院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，09年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

5、09年是我从是医保工作的第一个年头，医院在摸索中进行医保工作的开展，我也在摸索中负责医保工作，工作中还存在许多的问题。

1、医保基础知识的培训工作没有合理的安排，培训的知识不系统，导致院内员工对医保工作不太熟悉，药品分类和诊疗项目不清楚等问题的发生。

3、药房人员对医保药品目录不熟悉，院内药品目录更新不及时。

1、认真总结现在掌握的医保知识，做成系统的培训材料，分成医保政策规定、我院的情况、医保药品材料报销要求、医保处方病历的要求、医保实时刷卡的内容等几个方面进行院内医院医保知识的培训。

2、加强系统培训安排，每两个月组织全院人员参加一次医保知识培训，解读工作中存在的问题及不明事项。

从科室抽调人员加入医保管理委员会，形成院科两级的医保管理体系，对科室人员进行系统材料的强化培训学习，使之成为科室中医保工作的主要力量。每月定期组织院科室人员开会，了解工作中存在的问题及病人动态，及时沟通解决，保证工作的顺利开展，做好一线的保驾护航工作。

3、认真做好与市区两级社保中心的沟通工作，掌握医保动态，了解最新医保政策，及时做好传达工作。

4、关注医保实时刷卡的进展，认真学习相关知识，做好院内知识培训及操作培训工作，积极的做好准备工作，保证我院实施刷卡工作的顺利开展。

5、继续关注医保病人住院病历的审核工作，保证医保统筹基金顺利到账。

在20xx年这一年中我深深体会到医保工作将是以后医院医院发展中不可或缺的一个重要组成部分，这也是为什么多家医院在为一个医保定点单位的名额争得面红耳赤的。能够获得

一个医保定点单位的的名额固然重要，其实更重要的是在成为医保定单位后按照医保的具体要求收治病入，认真审核病历，不超范围、超限制用药，保存好病人数据并及时上报。这不仅要求我作为医保的负责人要兢兢业业的工作，同时也要求院内所有的员工要把以报纸是学好用好，这样才能保证医院医保工作的顺利开展。

在医院中工作就需要有团结协作奉献的精神，在10年我将继续更加努力做好医保工作，同时认真的做好院内交办的其他工作，认真的参与到医院的发展管理中。我在工作中的不足之处，恳请院领导和同事们给与批评指正，您的批评指正将是我工作中前进的动力。

医保办工作工作总结 医保科工作总结篇八

一、工作开展情况

（一）全面推进失地农民养老保障工作

准确及时贯彻被征地人员养老保险政策。按月及时邀请区被征地农民审核小组来我办对被征地农民进行审核，至12月底全办8个村和1个社区共有1200人参加被征地人员养老保险，其中830人已按月领取养老金。

（二）积极稳妥地推进居民基本医疗保险工作

至12月底，全办已办理城乡居民医疗保险29054人，审核报销医疗费材料800余份，涉及报销金额90多万元。

（三）狠抓创业扶持，在优化创业环境上实现新突破。

一是落实政策，提供创业支撑。在区人社局的指导下，主动会同工商、地税、工会等部门积极落实创业富民优惠政策，为有创业愿望、失业人员等创业者提供小额担保贷款，落实

资金、减免税费。二是办理《就业失业登记证》120余人。

（五）扎实做好退休人员社会化管理工作

白马街道办事处下属的石碓社区的劳动保障工作站，按照区社保局的要求，建立了退休人员管理台账，凡退休人员的相关信息都进入了电脑数字化管理。目前办事处辖区内共有登记的退休人员160余人，其管理服务率达90%以上，同时也做到四个必访，准确及时的掌握辖区内退休人员的生存情况，并配合社保局进行养老资格认证，及时准确申报死亡，积极创建老年活动中心，为退休老人配备健身器材和提供娱乐设施。

二、当前工作存在的主要问题

- 1、村级劳动保障平台功能有待进一步完善，以利于就业和社会保障工作及民生工程的有力实施。
- 2、劳动争议调处案件数量不断增加，处理难度不断加大。由于监察人员配备以及经费不足，加上执法力度有限，很难适应市场经济形势下规范劳动用工的需要。
- 3、村劳动保障站协理员身兼多职，工作多、任务重。都感到力不从心。
- 4、少数村劳动保障站对失地农民审核的资料不能及时上报，导致被征地农民不能及时按月领取养老金。

三、下步工作安排打算

- 1、继续加大就业和劳动保障工作力度，实现就业和劳动保障工作再上新台阶。采取积极有效措施，全面落实区下达的各项工作任务。

2、继续加大新一轮就业优惠政策的贯彻落实工作，积极推进各项就业优惠、扶持政策落实到位，完善就业服务，努力拓宽就业渠道，积极帮扶就业困难群体。

3、大力开展职业技能培训，不断提高劳动者素质，帮助创业人员解决创业过程中遇到的各种困难和问题，充分发挥政策促进创业、带动就业的引领作用。

4、着力实施城乡居民基本医疗保险、失地农民养老保险、未参保集体企业退休人员养老保险等工作，积极落实好市、区各项“民生工程”，积极做好各项社会保险的宣传、政策解释及推动工作。

5、加大村级劳动保障平台的建设和管理。做到场地、经费、人员、制度等“四有”、“六到位”工作。建立健全各类管理服务台帐，积极开展农村富余劳动力就业帮扶和消除“零转移农户”、“零转移乡村”等工作。加大农村劳务输出管理与服务，加大与用人单位协作和联系。

6、加强劳动专项执法大检查，依法规范辖区用工行为，扎实开展劳动专项行动，加大劳动法律法规和政策的宣传力度，建立经常性的监督检查工作机制，做好劳动争议和仲裁案件的调处、裁决工作，维护劳动者合法权益，建立和谐劳动关系。

四、需要主管部门解决的问题

1、医保报销政策细节问题，希望能以文件的形式下达办事处。以便对村及来访群众解释时有据可依。

2、医保报销周期太长，主要是核保和报销资金发放慢。

3、慢性病的审批条件苛刻，审批周期长。慢性病申请时必须提供一年的病历和化验单，且在年审时还需重复提供。

4、新政策出台后，区人社局要及时为村级平台举办培训班，以便及时做好宣传和解释工作。

5、《就业失业登记证》的管理信息系统操作权限能否下放到村级平台？

6、被征地农民参加居保办理程序周期过长？

我们虽然取得一点成绩，但还存在着许多不足。有些个别村居工作不能够按时完成任务。也有个别工作人员业务不够精通，也还有大部分村居的平台建设还没有到位等等。因此，我们社保所的工作尚需要各级领导的关心和支持。我们一定要加强自身业务学习，努力勤奋工作，争取更好的成绩。

白马街道社保所、医保办

二〇一一年十二月三十日