

2023年医保医师工作总结报告 医保年终工作总结(优质9篇)

“报告”使用范围很广，按照上级部署或工作计划，每完成一项任务，一般都要向上级写报告，反映工作中的基本情况、工作中取得的经验教训、存在的问题以及今后工作设想等，以取得上级领导部门的指导。那么什么样的报告才是有效的呢？以下是我为大家搜集的报告范文，仅供参考，一起来看看吧

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇一

《办法》的条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的

原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计758726.79元，通过近四年运转，以户为单位受益面达40%左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作，使之不断提高服务质量和水平。为确实提高服务水平，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，积极配合做好20xx年城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇二

本人于年11月取得临床执业助理医师资格，年6月取得公卫执业医师资格，取得医师资格后，我更加珍惜这份来之不易的工作，因为医生这个名词太高尚、太令人尊敬，他不仅救死扶伤，他更是人类生命的守护神。所以我只能用全身心的投入工作来回报我自己选择的这份职业和为之而付出的辛勤努力。下面我把这今年来的思想、工作情况从工作成绩、职业道德和业务水平三方面进行总结汇报。

我之所以选择先汇报职业道德是因为：要想做一名合格的医生，首先要求要有较高的道德素质修养，一名医生可以技术上不高，但起码的职业道德必须具备。就像对年感动中国年度人物之一陈晓兰的评价“既然身穿白衣，就要对生命负责。在这个神圣的岗位上，良心远比技巧重要的多”。三个方面的汇报我看重的也是职业道德。所以平时我时刻牢记为人民服务的宗旨，明白自己所肩负的责任。始终保持严谨认真的工作态度和一丝不苟的工作作风，勤勤恳恳，任劳任怨。时刻牢记党员的责任和义务，严格要求自己，在任何时候都要起到模范带头作用。努力学习做一名象华益慰、钟南山、陈晓兰一样的好医生。

年疾控中心成立后，我就被分到传染病防制科工作，先后承担了疫情信息统计、传染病平台报病、传染病网络直报、传染病和死亡病例漏报调查、报告质量调查，出血热、布病监测工作，学校传染病防制等工作。亲身经历了传染病实行直报的三个历程，从手工填卡报告到建立了大疫情报病平台到目前的中国疾病预防控制中心信息系统，传染病报告的及时性、准确性大大提高。传染病报告方式的提高也印证了我国疾病预防控制中心取得的巨大成绩。经过五年的工作磨练，我已经可以独立或者和其他科室人员配合的完成科室各方面工作。

- 1、在工作上，围绕中心的全盘工作思路，对照科室自己分管工作的相关标准，严以律己。独立或配合完成了自己分管的

工作。

a□单独或配合完成传染病管理、漏报、报告质量、居民回顾性调查工作。

b□完成医院传染病监测工作。

c□布病监测工作。

d□出血热防制工作。

e□学校传染病防制工作。

f□流感样病例监测工作。

2、利用六年来布病监测资料编写了布病疫情六年资料汇编。

3、撰写了题为“市学校传染病防制工作现状与防制思路”，在中国学校卫生杂志发表。

4、撰写了题为“市医疗机构法定传染病与死亡病例管理及报告质量现状分析”的论文，在疾病监测杂志发表。

5、参与完成了“市肾综合征出血热流行现状及防治策略研究”课题，获市政府科技成果二等奖。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇三

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

到实处。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。医院职工开展以文明礼貌，优质服务，受到病人好评。为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇四

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢！

作为结算员这个岗位，每天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽可能的减少我院的拒付，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。

xx年我要更加努力工作：

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐；加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的肯定和鼓舞，

我真诚的表示感谢!在以后工作中的不足之处，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广大患者明白自己的就医流程。建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单20xx余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。

加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次违规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按照医保要求妥善保管。对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。对超出医保范围药

品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科根据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年10月份，及时更新了医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作，系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，配合医院质控部门考评医疗保险服务工作。

3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量，做到合理检查、合理用药。每季度召开医院医保工作协调会，总结分析和整改近期工作中存在的问题，把各项政策、措施落到实处。

4、申请每年外派2—3名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

总结今年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

- 1、超量配药、用药不合理的情况存在。
- 2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；
- 3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用414058人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用235.72万元，剔除不符合医保基金支出的费用56.17万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用7305.59万元，剔除定点单位不合理医疗费用29.04万元；拨付定点单位联网医疗费用达3319万元；办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达17.74万元；收回社会医疗救助券11.23万元；办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配(售)药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和

退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤保险生育保险药品目录》(xx)的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决；配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇五

1、今年初我院分别与0社保中心qq区、ww区、rr区、yyy社保局签订了社保医疗定点医院管理协议。通过o院长和医保科的努力pp区卫生局将我院确定为pp区新农合区级定点医院，报销比例由00%提高到00%，极大的争取和扩大了医疗市场。同时，争取到pp区新农合慢性病体检鉴定工作，对pp区参加新农合的村民，大约9990006000千余人慢性患者进行检查鉴定，目前正在进行中。

2、认真学习宣传各社保的各项医保政策和规定，并贯彻执行，创办医保政策宣传栏154期，发放医保宣传资料告之书等22222300余份，编辑医保信息简报33399873期，接待工作人员、家属、患者及患者家属咨询城镇职工、新农合、城镇居民、商业保险等政策，约118793001000余人次。

3、全年办理各种社保入院手续79000002273人次，审核出院病历0份，截止11月底各社保拨付医疗费为0元，到12月底，将达0万元。在病历审核中发现问题0项，涉及扣款金额为0元，比去年降低0%，经医保科与各社保局协调认定扣款为0元，比去年降低0%，挽回经济损失0元。全年dd区、fff社保无扣款。办理特殊检查审核0人次，生育报帐0人，办理医疗磁卡0人次，申报办理工伤0人，办理慢性病门诊费用社保报销0人，审核离休干部门诊费用0人次，办理职工社保、工伤、大额、生育保险0人次。

4、巩固拓展开发县市区社保医疗市场及资源，密切县市区社保和新农合工作联系和资源开发。先后与0区、0区、0市联系，争取确定了我院为城镇居民社保定点医疗机构，并与市社保局、0区社保局、0社保局、0区社保局进行座谈回访，一是征求意见、了解情况；二是宣传医院，建议良好协作关系，收到了良好效果，推动了医院业务工作的全面发展。

5、定期或不定期到临床及0院了解医保管理情况，帮助解决医保工作中存在的问题，降低或减少不必要的损失，协助富乐分院重新开办和社保网络服务的开通工作。深入临床各科征求意见，每月将各社保收治患者费用分析情况，按时分科室统计发放各科，让各临床科室了解掌握社保病人费用情况，及时调整。

6、在“5.12”抗震救灾期间，全科人员除完成本职工作外，还不分昼夜的积极参加抗震救灾工作，有医学专业的人员充实到临床科室参加救治伤员工作，章进同志抽到绵阳市抗震救灾空中救援指挥部负责卫生防疫工作，出色地完成了各项工作任务。其余人员坚守工作岗位，全科职工较好地完成了本职工作，并协助院办做好院领导的后勤保障工作，灾后协助收费科解决灾后伤员医疗费用相关事宜。

7、存在的问题：一是进一步加强医保政策学习和宣传，抓好社保医疗管理工作，完善医改措施，严把审核关，提高社保

管理的科学性与技巧性，更好的为病人为临床服务。二是进一步密切各社保局联系，及时互通信息，协调与社保管理相适应的行为，保持与各社保局良好的工作关系。三是加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇六

始终与党中央保持一致，紧紧围绕医院开展的廉洁自律主题，从事医疗活动，紧跟国际国内形势，拒绝行贿、受贿，以共产党员的标准严格要求自己；服从领导，团结同事，爱岗敬业，未发生一起医疗差错与纠纷；工作中，一切以病人为中心，全心全意为病人着想，本着“节约、节省、环保、优效”的原则，选择简单的麻醉方法，做出最理想的麻醉效果。

业务上秉承过去的优良传统和作风，认真学习，勤于总结，对过去的经验进行“去粗取精、去伪存真、由表及里、去其糟粕、取其精华”。

更完善、娴熟地应用各种麻醉常用方法和技术，如：各部位的神经阻滞、各区域阻滞、各种全身麻醉方法和各种穿刺技术，以及各种仪器设备的保养使用。指导、辅导实习医生，低年资住院医师和主治医师，理论与实践相结合，学习掌握基本麻醉方法的操作技术和工作流程，言传身教，对他们进行良好的医德医风医技方面的浸染，充分发挥了一名副主任医师应有的作用。

与上年相比，麻醉例数有所增加；日间麻醉水平有所提高；学习掌握了麻醉科几种新药的具体应用；小儿、老人麻醉更加得心应手。

今后，要更加善于学习、善于总结，与时俱进，紧跟时代步伐，学习掌握更新更好的医学技术，造福社会，造福病人的同时，完善丰富自己的人生。

就是这样的，作为一名医师，必须要有高度的责任感。救死扶伤是我们的天职，我相信随着时间的增长，我的医术会得到更多的提高。不过这些不是最重要的，思想才是第一，只要本着为人民服务的态度，我就能够做的更好，相信我能够做好。医师的责任和天职就是这样，我会在20xx年工作的更好的！

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇七

（一）主题活动开展情况：

按照安排，我们认真组织开展“三新”主题教育、“服务拓展年”活动、“反腐倡廉制度宣传教育月”和“创先争优”等活动，及时动员，成立活动领导小组，制定活动方案，对各阶段工作任务和措施进行了周密安排，为活动的正常运转奠定了基础。

在系统服务拓展年活动中，我们进一步完善了单位各项规章制度，明确了活动总体目标，加大了队伍建设和学习培训力度。要求各经办人员结合本职工作、活动要求、个人实际做出公开承诺。同时，制定了单位干部职工培训安排和公共安全应急预案，进一步规范了业务经办流程，重新设置了服务岗位，经办人员的服务意识、责任意识和协作意识明显增强。活动中，积极征求参保群众意见和建议，不断改进工作方式，提高工作效能，有力地推动了各项工作的开展。

（二）主要工作任务完成情况

我县医保工作本着全面覆盖、稳步推进和规范运作原则：

一是多次召开业务推进会议，分析扩面形势，研究应对措施，确保扩面工作有序推进。

二是结合城镇医保市级统筹后新政策的实施，利用经办科室、

会议、印发传单、张贴通知等方式做好政策宣传与动员参保工作。

三是对于部分企业我们上门讲解政策，对于一些没有续保并且平时见不上面的人员，我们采取手机编辑短信催促的方式，使他们认识参保的重要性，增强参保的主动性。

截至目前：职工参保12441人，占应参保人数的91.9%（其中新增378人，完成年扩面任务500人的75.6%），换制发放新卡12400张；居民参保5609人，完成应参保居民人数9580人的58.5%。

（三）基金运行情况

我们对于医保基金收支的管理，严格按照有关规章制度及程序进行，利息收入按财务规定严格计入基金收入。同时通过严把病人、病种、用药目录等关口，坚持管理与考核到位，按照协议加强对定点医院和药店的监管，杜绝违规住院，规范售药行为，谨防基金浪费，收到了明显效果。

截至目前，职工医保基金征收611万元，居民医保基金征收54万元，都已全部上解市医保中心，医保基金征缴完成年征收任务1000万元的66.5%。职工门诊刷卡26484人次，支出费用174万元；职工住院、转院516人次，审核报销金额302万元；居民住院、转院116人次，审核报销金额39万元。

（四）遵守纪律情况

工作中我办不断加强经办队伍建设工作，从思想、政治、纪律、作风等各方面入手，进一步明确工作主旨，建立健全各项规章制度，有效规范了工作行为。按照规定，我们严格执行签到制度，因事因病履行请销假手续，全办人员都能按时上下班，无迟到早退和旷工现象。

（五）档案资料收集整理情况

在4月份，我办组织部分工作人员对09年度档案资料进行了收集，分类整理，制定了医保办档案整理方案，明确了归档范围和保管期限，我们已将归档方案上报档案局，待审批后即可装订成册。平时我们注重文件资料的全面收集与整理，无遗漏现象。

（六）信息报送情况

能及时将工作中的新动态、新进展和新经验报送上级信息部门，半年来报送各类活动信息46条。

（七）工作满意度测评活动

为了深化服务拓展年活动的实效，我们抽调工作人员于6月上旬进行了工作满意度测评活动，活动中走访了三十余个参保群众，发放测评表30份。通过测评，参保人员对我办各项工作都很满意，同时也对我们提出了提高医疗待遇和增加定点机构的建议，对此我们将积极向上级主管部门建议和改进。

（一）目前，我县定点医院有五家（四家在县城、一家在乡镇），那些距离较远、参保人员较多的地方如苏坊、贞元、长宁、河道、薛固等乡镇，患者住院治疗极其不便；再者，定点药店只有几家，也不能满足职工刷卡需求。这些因素很大程度上削弱了城镇人员参保续保的积极性。

（二）行政事业单位已全部参保。职工医保护面难主要表现在：少数个体私营企业，为了自身利益，不愿意为职工参保；弱势群体如困难企业职工和下岗失业人员无力参保。

（三）一些年青居民认为自己生病几率低，居民医保待遇相比职工医保待遇低，且不设个人账户，得不到眼前的受益，不愿参保。

（四）没有针对突发流行性疾病制定相关医保政策，如现今儿童手足口病患者比较多，但是居民医保不予报销；儿童患病较重者多数要到西安市儿童医院进行治疗，但是该医院不是我市医保定点医院，也不能报销。对此，学生家长极其不满，导致学生儿童扩面难度很大。

1、继续加大医保政策的宣传力度，极力做好居民医保扩面工作，加深居民特别是年青居民对医保政策的认识，提高居民参保续保的积极性，进一步加强与教育部门的联系沟通，努力扩大参保面，降低基金运行风险。

2、深入开展服务拓展年活动，不断提高经办能力，以高效工作和优质服务获取群众的信任与支持，提高参保率。

3、切实加强基金征缴措施，同时加大对定点医疗机构的巡查力度，彻底杜绝违规行为发生，确保基金有效、安全使用。

4、建议上级管理部门制定关于流行性疾病的报销政策、恢复儿童医院的定点资格、增加县区定点医疗机构数量，确保参保人群正常享受医疗待遇。

5、积极参与和认真做好县委县政府布置的中心工作和局机关安排的各项社会保障工作。

为了更好地实现我县医保工作的稳健运行，在下半年的工作中我们将进一步理清思路、完善制度、强化措施，提高工作效率和服务质量，争取早日完成年度扩面征缴目标任务，为构建和谐医保和推动县域经济发展做出新的贡献。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇八

1. 强化脱贫攻坚组织领导。将脱贫攻坚工作摆在首位，成立脱贫攻坚领导小组，下设扶贫办公室，配备专人，负责行业扶贫日常工作，形成主要领导亲自抓，分管领导具体抓、各

科室分工落实的工作格局。每月定期召开扶贫工作会议，研究医保扶贫工作，常态化开展包保村帮扶工作。

2. 确保贫困人口应保尽保。协调扶贫、公安等部门和各镇、村摸排贫困人口去向及参保变更情况，做好信息比对工作。全市建档立卡贫困人口xxxxx人全部参加医疗保险，其中，参加新农合医疗保险xxxxx人，参加城镇医疗保险xxx人。

3. 规范贫困人口慢病管理。根据省医保局加强慢病管理文件要求，协调市卫健局做好慢病人员排查和信息比对工作，将我市贫困人口中符合慢病条件人员纳入慢病管理，通过医保系统标识，在贫困人口“一人一策”上粘贴“医保慢病待遇标识”。

1. 基本医疗保险方面。落实农村贫困人口县域内政策范围内住院报销比例提高xx个百分点达到xx%□封顶线xx万元；慢病门诊报销比例提高x个百分点达到xx%□封顶线由xxxx元提高到xxxx元的倾斜政策，切实减轻贫困患者门诊医疗费用负担。全年农村贫困人口按提高比例政策享受新农合待遇xxxxx人次，万元，万元。

2. 大病保险方面。大病保险起付标准下调到xxxx元，报销比例在支付比例基础上分别提高x%□取消大病保险封顶线，切实提高了农村贫困人口大病保险受益水平□xxxx年，按照大病保险xx元/人、意外伤害保险xx元/人的标准，万元，其中大病保险xxx.x万元，万元。

3. 医疗救助方面。加大对城乡医疗救助的投入，加强医疗救助托底保障，全面落实农村贫困人口个人缴费补助政策□xxxx年市财政为农村低保对象、建档立卡贫困人口个人缴费部分补助xxx元/人，为农村特困人员（含农村孤儿）全额补助个人缴费部分xxx元/人。万元。万元。

4. 大病兜底方面。对经过基本医保、大病保险、医疗救助报销后的个人负担医疗费用，通过财政出资设立的“大病兜底资金”再次给予补助，将贫困人口住院医疗费用和xx种特殊疾病门诊医疗费用实际报销比例提高到xx%□慢病门诊医疗费用实际报销比例提高到xx%□确保绝大部分贫困人口个人自付医疗费用负担控制在可承受范围内。累计大病兜底补偿xxxxx人次xxx万元。

1. 实现医保政策透明化。指定专门窗口和专人负责政策宣传并帮助贫困人口兑现政策，解决群众政策不知情、就医报销难等问题。在市定点医疗机构就诊大厅、出院结算等地点设置医保扶贫宣传内容和宣传资料取阅点，公开“一站式”办结流程和“先诊疗、后付费”政策，实现各项补偿政策“只跑一次”。

2. 推进医保服务便民化。启用“省建档立卡贫困人口大病兜底保障信息系统”，全市定点医疗机构正式。在县级公立医院设立综合服务窗口，彻底实现新农合、大病保险、医疗救助、大病兜底“一单制结算”、“一站式”信息交换。县域内享受基本医疗、大病保险、医疗救助实现“一站式”即时结算。

1. 开展医保法律法规宣传活动。通过悬挂条幅、发放宣传单、通报典型案例等多种措施，与“两定”机构配合开展各种医疗保险反欺诈宣传，严厉打击欺诈骗保行为。集中宣传解读医保基金监管法律法规与政策规定x次，受益群众xxxx余人，发放宣传资料x.x万份。

2. 印制发放医保扶贫宣传材料。发放《医疗保障扶贫政策“一单清”》《农村居民门诊、住院医保报销流程“一本通”》宣传单（手册□x万份。印制朝汉双语版《医保扶贫政策解读》宣传折页x万份；协调各镇分管领导和镇卫生院院长召开医保扶贫政策宣传研究会，并在各镇卫生院、各村卫生

室悬挂张贴《医疗保障扶贫政策》宣传展板共计xx张。

3. 广泛开展扶贫政策培训活动。领导带队先后到x个乡镇进行巡回宣讲；应镇、村培训需求，组织业务人员到龙城镇龙新村进行政策解读；开展定点医疗机构大病兜底系统操作培训；举办全市脱贫攻坚培训班；针对县公立医院、镇卫生院、村卫生室工作人员开展城乡居民医保系统操作暨最新医保扶贫政策培训。全年累计开展医保扶贫政策培训班x场次xxxx人次。

在全市范围内将定点医药机构的监督管理融入日常的重点监督检查之中，加强对定点医药机构的管理。结合智能监控系统，更好的收集和锁定违法违规证据，提升监管工作效率。对全市xx家定点医疗机构和xx家定点零售药店开展专项检查，检查覆盖面达xxx%[]对涉及违规医院、药店进行通报，限期整改。

我局积极扶持包保村基础设施建设[]xxxx年共投入资金x万元，用于兴城村补修上山道（农道），解决了村民秋收农道不畅通问题。为进一步密切群众的关系，减轻劳动负担，组织全局干部职工为缺少劳动力的贫困户秋收玉米。及时关注雨季汛情，经常深入包保村实地查看雨季道路、河流安全情况，全力协助兴城村清理河道淤泥，保持水流畅通，保障村民生命财产安全。挨家挨户动员村民配合有关部门进行老旧自来水管改造。同时为了给村民提供便利，协调帮助修建村公厕。

医保医师工作总结报告 医保年终工作总结篇九

为规范诊疗行为，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。成立了由“一把手”负总责、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众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，一是通过中层干部会议讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，积极投身到医保活动中来。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院内公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然，大厅内安排值班人员给相关病人提供医保政策咨询；二是配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督；三是全面推行住院病人费用清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，自觉接受监督，使住院病人明明白白消费。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院结算三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。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。

新的居民医疗保险政策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。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家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。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，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。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众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，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及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工作进行顺利。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：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，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，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，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。努力更多更好地为人民服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展作出贡献。