# 医保建设工作总结汇报(热门6篇)

来源：网络 作者：莲雾凝露 更新时间：2024-07-29

*医保建设工作总结汇报120xx年区安全生产工作的总体思路是：以党的十八届五中全会精神为指引，紧紧围绕“四个全面”战略布局，以改革的精神推进安全生产工作，以法治的思维落实安全生产责任，强化基层基础工作，提高安全保障能力，提升安全监管水\*，全力...*

**医保建设工作总结汇报1**

20xx年区安全生产工作的总体思路是：以党的十八届五中全会精神为指引，紧紧围绕“四个全面”战略布局，以改革的精神推进安全生产工作，以法治的思维落实安全生产责任，强化基层基础工作，提高安全保障能力，提升安全监管水\*，全力防范各类安全生产事故，努力实现安全生产形势的持续稳定好转，为加快首善之区建设提供坚实的安全保障。总体目标是：各项安全生产指标控制在市\*下达的指标范围内，各类安全生产事故起数、死亡人数、生产经营活动死亡率三项指标持续下降，坚决遏制较大以上事故发生；安全生产主体责任进一步落实，监管能力进一步提高，保障支撑能力进一步增强，安全生产形势持续稳定好转。

围绕上述工作目标，20xx年重点抓好以下几方面工作：

（一）坚持安全发展，落实安全生产责任。一是健全安全生产责任体系。增强党委和\*的安全生产责任意识，推动落实\*、部门安全生产“一岗双责”制度，全面落实安全生产责任制。完善行业主管部门直接监管、安全监管部门综合监管、地方\*属地监管的监管体系，落实管行业必须管安全、管业务必须管安全，管生产经营必须管安全的责任体系，坚持党政同责、一岗双责、齐抓共管。二是完善安全生产制度建设。落实党委、\*定期研究部署安全生产工作的会议制度，切实解决安全生产重点难点问题。制定完善层次分明、覆盖广泛的安全生产奖惩制度，严格实行“一票否决”。继续执行安全生产警示制度、检查制度、问责制度和定期通报制度，强化安全生产监管责任。充分发挥区安委会及其办公室的综合协调和监督检查作用，形成齐抓共管的工作推进机制。三是细化安全生产目标责任制管理。坚持过程和结果并重的考核方式，强化日常安全生产管理。科学分解安全生产各项考核控制指标，将其纳入经济社会发展考核评价指标体系，并同“\*安建设”有机结合。

20\_年，市医保局在市委、市政府的正确领导下，省局、苏州市局的关心指导下，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入落实^v^^v^视察江苏重要讲话指示精神，紧紧围绕贯彻落实中央深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民为中心的发展思路，瞄准目标，点燃激情，积极践行“阳光医保·守护健康”机关服务理念，为人民群众提供更加公平、更有效率、更多精准的医疗保障服务，全力开启新时代昆山医保事业发展新局面。

**医保建设工作总结汇报2**

1、加强部门管理，落实岗位责任。

2、规范办事程序，不断提高工作质量和效率。

3、认真做好综合办公室的文件整理、归档工作。做好相关文件的收、发、登记、分发及督办工作，并认真做好文件资料的整理，存档，促使文件资料管理逐步实现规范化、制度化，确保文件及时、准确、安全、有效地传递。

4、认真搞好后勤服务，为职工创造良好的工作环境。

一是做好办公用品的购置和发放，及时申报采购所需办公用品，保证公司正常办公需要的基础上，严格控制经费支出，防止铺张浪费。

二是认真做好车辆的使用和管理，充分保障了公司公务用车。

5、逐步健全公司规章制度，梳理工作流程。

制定员工招聘、入职、转正、请假、加薪、培训、调岗、离职等流程和相关规定，使人事的管理活动日趋规范，为今后公司向人力资源管理活动过度做好前期的准备和铺垫工作。初步建立起我公司人事管理活动的基本制度，使人事管理适应公司管理活动，为公司的管理提供支撑和资源。在公司制度规范化方面，一方面着手建立健全公司管理的相关制度，另一方面加大制度的推行和执行力度，扭转公司员工以前不按制度办事的工作习惯，培训和培养员工依规行事的工作作风。强化员工对工作流程的学习和理解。

我们注重与各部室、车间的信息共享和协作配合。通过发挥部室整体职能，保证了生产管理活动的顺利进行。通过与生产部的相互协作，及时将生产物资采购回来为生产提供了保障；通过与财务部的相互协作，顺利完成了款项的支付工作。

**医保建设工作总结汇报3**

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

**医保建设工作总结汇报4**

20xx年，医疗保险中心以落实“民生工程”为核心，以把握稳定、推进发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为主线，夯实医保各项工作基础，大力提高经办机构能力，全县医疗保险运行保持良好态势。

>一、20xx年目标任务完成情况

（一）目标任务完成情况

1、城镇职工基本医疗保险。全县参保单位356个,参保人员总数达到42556人,完成市下达目标任务的122%。1-12月基金共征收4700万元，完成目标任务的120%，除中央转移支付1120万元，完成目标任务的199%。

2、城镇居民基本医疗保险。年底全县城镇居民参保人数达122524人，完成市下达目标任务66000人的142%。

3、生育保险。参保人员总数26044人，完成市下达目标任务26000人的111%。基金征收350万元，完成目标任务的138%。

4、大额补充医疗保险。参保人员总数41002人，征收269万元，高保经费已全部足额交纳、上缴210万元。

5、书面稽核达85%，完成目标任务25%的226%；实地稽核达54%，完成目标任务36%的112%。

（二）基金结余情况

1、城镇职工基本医疗保险基金累计结余4211万元。

2、城镇居民基本医疗保险基金累计结余785万元。

3、生育保险基金结余633万元。

>二、20xx年医疗保险工作回顾

（一）挖潜扩面，着力实现“应保尽保”

为认真贯彻上级扩面工作要求，在我们经办和管理的职责范围内，集中力量，全力以赴，对单位、职工参保情况进行了全面梳理，坚持把扩面工作重点放在原国有改制、破产后的重组企业和单位新增人员，努力实现“应保尽保”。

1、采取多种手段，确保扩面工作稳步开展。通过年初制定工作计划，明确扩面重点，积极主动上门宣传，热心为参保单位服务等措施，进一步扩大了医疗保险的覆盖面。截止12月底，新增参保单位22个，新增参保人员18446人，其中职工基本医疗7446人，居民基本医疗11000人。

2、强化稽核，确保基金应收尽收。通过电话催收、征收滞纳金、清理和稽核上报数据、欠费封锁医疗待遇等手段，核对缴费数据32551条，书面稽核达100%，实地稽核单位106个，共查处6名农民工超龄参保，少报缴费基数万元，少报参保人员206人，追缴基金万元。电话催收859余次，发放催缴通知书163份，医疗年限退休补缴约992人次，一次性补缴金额万元。

3、完善基础数据，加强信息管理。金保工程运行以来，今年共计修改个人信息5140条，清理居民参保数据77837条，通知居民领卡16692张，为参保居民及时享受待遇提供了保障。

4、按期完成缴费基数调整工作。

（二）全力以赴，全面推进城镇居民基本医疗保险

为努力抓好城镇居民基本医疗保险工作，全面完成目标任务，我中心通过不断向局领导汇报，积极与各相关单位部门协调，集中力量广泛进行宣传，克服任务重、人手少的具体困难，各司其职、多管齐下，截止11月底，全县居民参保人数9224人（普通居民41631人、学生54593人），完成市下达目标任务的131%，保证了该项工作的顺利完成。

一是努力抓好参保、续保工作。通过与乡镇、部门协调配合，保证了目标任务的圆满完成；通过不断简化学生续保手续，保证了学生续保工作的顺利进行；通过多次召开经办人员业务培训会，及时解决经办中的问题，保证了日常参保及保后报销工作的严格有序。

二是基金市级统筹运行平稳。按照《周口市人民政府关于城镇居民基本医疗保险市级统筹的实施意见》有关要求，圆满实现了基金的平稳运行，无差错运作。

三是全面启动居民联网刷卡结算。经过参保居民的初始数据录入、核对和确认，各联网医疗机构的网络升级实现了联网刷卡结算，方便了参保居民，简化了住院程序。

（三）重视监管，不断强化医疗管理

医疗、医保、医药是社会医疗保险的三大要素，三者之间有着互动和制约的关系。为了加强对参保患者就医的管理，我们根据《周口市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理实施细则》，规范了医、患、保三方行为。

1、加强协议管理

年初，医保中心与我县12家定点医院和16家定点药店签定了《医疗服务协议书》，还根据本县实际情况签定了《补充协议书》，根据协议内容和《“两定”动态管理暂行办法》在年度中对各家定点医院及定点药店进行日常监管。并不定期对住院病人和有疑问的医疗费用进行实地检查，加强了对异地就医人员的规范管理。今年10月，对我县所有定点药店进行了一次专项检查，通过检查“两定”的医保硬、软件工作来强化管理，以确保参保人员就医环境的良性发展和医保基金的安全、合理运用。

2、强化日常监管及稽查

针对今年居民住院实现刷卡结算、联网上传数据增多的情况，医保中心坚持专人查房制度，对城区住院患者做到人人见面,利用网络适时上传的优势，由临床经验丰富的工作人员对定点联网医院药品和诊疗项目收费进行全程事中监控,发现问题及时核对，并按月对各家定点医院和药店进行网上审核、结算和扣除不合理费用，改革结算办法，将外伤及手工结算交由医院负责，有效的杜绝了医院违规行为及不合理费用的支出，保证了基金的合理使用。按照市级要求，对全县所有定点医院连续抽查两个月病历，对病历中发现的违规费用及时扣除。为加强对县外就医人员的管理，实行了医院身份核对、盖章，坚持及时电话查询，必要时复印病历。对外伤病人做到医院、患者、事发地取证等几结合调查，保证外伤经过的准确性。今年，通过联网、日常监察，共扣除违规 400余人次，违规费用4万余元，组织院内、外调查180多起，异地电话查询400多起，共查处违规事件44件（包括挂牌、车祸、工伤等违规事件），拒付金额达33万余元,并按照协议要求对违规医院进行了通报批评和相应处罚。

3、坚持做好特病审批工作

今年5月份，我们坚持标准，严格把关，组织了全县参保人员的特殊疾病的申报体检工作，并坚持每月对癌症、肾功衰、结核等病人的药费结算工作。

4、运用基金分析，加强动态管理

结合日常审核、网络监控和财务支出情况，分季度、半年、全年进行基金统计，动态分析基金的走向，根据发病种类、发病人群、基金支出种类和地域的分析，找出日常监管的重点和控制的方向，及时调整工作方法，化解基金风险。

（四）采取多种形式，强化医保政策宣传

医疗保险政策性强，涉及面广，政策调整变化大，为使群众更加熟悉和理解医保政策，医保中心采取了多种行之有效的宣传形式：

1、通过认真策划和精心组织，充分利用电视台积极开展宣传活动。今年共印制了6万份宣传单散发到各乡镇和社区，针对居民学生参保，通过信息、标语、橱窗展板、联合电视台进行新闻报道等形式，扩展了宣传范围，增强了群众对医保政策的了解和认识，保证了各项工作的顺利开展。

2、针对居民实行联网刷卡结算和医院负责外伤调查、结算制度，组织医院经办人员进行业务培训。为保证今年居民参保工作顺利进行，分别对学校和乡镇、社区经办人员进行操作培训和业务指导。通过这些宣传措施，使医保政策更加深入人心，得到了广大群众的理解和支持。

（五）规范内部管理工作

1、健全内部管理、坚持内部审计

医疗保险中心明确了岗位职责，规范了操作流程，健全了内部审计和稽核。从制度上防范违规违纪问题的发生，并于今年4月和11月对基金管理、个体参保、退休待遇审核、医疗费用报销等业务环节开展了一次较为全面的内部审计，各业务股室通过自查和交叉检查的`形式，对抽查内容进行认真仔细的审计。

2、建窗口，抓队伍，不断提高管理服务水平

隔周组织职工进行政治和业务讨论学习，通过学习，强化了为人民服务的宗旨意识，提高了医疗保险理论业务水平，促进了各项工作全面进展。对信访、来访工作均及时回复并处理，未造成任何上访事件。

（六）不断加强政策调研，完善基本医疗保险政策

1、积极开展城镇居民医疗保险运行后的调查工作，并根据实际简化续保及住院等手续。

2、完成了对城镇职工、城镇居民基本医疗保险最高封顶线的调整，对新编《药品目录》的使用。

3、为保证基金安全，结合实际出台加强异地医疗费用管理办法。

4、积极完成我县门诊统筹医院的规划和上报，加强测算和调研，为明年县内主要医院的医疗费用总控结算做足准备。

>三、目前工作中存在的问题

（一）民营企业、股份制企业、外资企业扩面工作难度大，缺乏强制性措施。

（二）开展稽核工作面临困难，部分重点稽核单位不配合，对稽核后要求整改督促力度不够。

（三）明年县内医院实行总控结算后，应加强网络监控，坚决杜绝因实行总控后医院降低参保人员医疗服务质量，同时合理控制转院率，避免医院违规分解医疗费用。

（四）开展县内医院总控后，异地就医及急诊医疗费用将是明年医疗管理的重点，合理降低转院率、严格急诊住院申报审批、加强异地调查是控制医疗费用增长过快的有效手段，需配备专业的医疗管理人员加强异地调查。

>四、20xx年工作计划

（一）保证目标任务全面完成

计划20xx年全面完成城镇职工、城镇居民基本医疗保险各项目标任务，并力争城镇居民基本医疗保险参保人数创全市第一。

（二）继续扩大政策宣传

突出宣传重点，创新宣传方式，让医保政策家喻户晓，通过社区平台建设积极发挥基层优势，为推动医保工作营造良好的舆论氛围。

（三）强化征收、加强实地稽核、清欠

结合《\_社会保险法》的出台和执行，积极引导企业参保，对重点单位强化征收、清欠和实地稽核，确保基金应收尽收。

（四）全面提高各项医疗保障待遇

通过建立城镇基本医疗保险门诊统筹制度，基本解决参保职工、参保居民常见病、多发病的门诊医疗负担；通过调整城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额，提高城镇居民支付比例，着力保障参保人员住院医疗待遇；通过积极筹措资金，对身患大病、重病、家庭经济困难的参保人员进行医疗救助，防止因病致贫；通过增设定点医院和定点药店，方便患者就医购药。

（五）创新管理手段，加强医疗管理

一是改变结算办法，通过实现对县人民医院和县中医院统筹基金支付总额控制管理，有效遏制医疗费用过渡增涨；二是强化各级定点医疗机构和定点药店的网络安全管理；三是继续严格费用监控和协议考核，重点加强对异地大额费用和门诊视同住院医疗费用的查对，加大处罚力度以保证基金安全。

（六）加强与异地医保科的合作，强化对异地住院病人的核查工作。

（七）解放思想，创新工作思路，努力探寻提高服务水平和工作效能的办法和措施

（八）配合人社局做好上访、信访的调查处理工作。

**医保建设工作总结汇报5**

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。

**医保建设工作总结汇报6**

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。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找