# 医保班子工作总结简短(汇总10篇)

来源：网友投稿 作者：蓝色心情 更新时间：2024-08-17

*医保班子工作总结简短1为认真贯彻落实\_、省、市、县医疗保险的各项政策，保障广大城镇职工、城镇居民和离退休干部在乡级卫生院享受到基本的医疗保险，为做好城镇职工和城镇居民医疗保险的相关管理工作，促进城镇职工医疗保险健康有序的发展。现将梅子乡卫生...*

**医保班子工作总结简短1**

为认真贯彻落实\_、省、市、县医疗保险的各项政策，保障广大城镇职工、城镇居民和离退休干部在乡级卫生院享受到基本的医疗保险，为做好城镇职工和城镇居民医疗保险的相关管理工作，促进城镇职工医疗保险健康有序的发展。现将梅子乡卫生院20xx年城镇职工医疗保险工作情况总结如下；

一、政策执行，认真贯彻落实国家、省、市、县城镇职工和城镇居民医疗保险、工伤保险、生育保险及离退休干部医疗保险的有关政策，参保患者就诊时，向参保患者宣传医疗保险的相关政策，让参保患者及时了解医疗保险的相关政策。

二、依据有关法律、法规及城镇职工和城镇居民医疗保险服务协议，为参保患者提供及时、合理、优质的医疗服务。制定相应的医保管理措施，成立医保领导小组，配有谦职人员，负责医保的特殊检查、特殊治疗，向住院患者提供病情证明、出院证、住院费用清单、医疗票据等医保的各项业务工作，但是由于卫生院条件有限，在20xx年没有使用机打票据。在显要位置悬挂定点医疗机构标志牌，设置医疗保险宣传栏，投诉箱和投诉电话。

四、为确保医保资金的合理使用，保证持卡者的利益，参保患者住院时认真核对人、卡、证是否一致。对参保的居民、学生、儿童刷卡、住院时，认真核对卡、身份证、户口本等有关证件，住院期间卡、证留院备查，对无卡或卡失效的参保人员不予刷卡，住院报销。

五、严格执行《云南省非营利性医疗服务价格》及我市医保政策和收费有关规定，严格执行《云南省基本医疗保险和工伤生育保险药品目录》及有关部门药品价格政策，严格执行医保医保的用药范围规定，药品费用占医疗费用不超过60％。出院带药按规定执行，一般不超过7日量，慢性病出院带药不超过30日量。

总之，城镇职工医保已实行了好几年，由于我院的医保刷卡、住院报销启动较晚，没有专业的专职管理人员，只配有谦职人员，对信息系统的维护、使用，信息数据上传的完整性和同步性，机打票据的使用上与医保的规范管理存在差距，在今后的工作中不断加强管理，使医保工作逐步规范。

**医保班子工作总结简短2**

我院在县医保中心、县卫生局的直接指导下，全院职工认真按照《柳城县定点医疗机构医疗保险服务质量考核暂行办法》的规定开展工作。通过干部职工共同努力，取得了一定成绩，现总结如下：

1、领导重视、措施有力

卫生院领导高度重视此项工作的开展，把医保工作纳入日常工作来抓、来管理，并成立了以院长为医保组长的第一责任人，成员由各科室组长构成。使医保工作开展得到有力保障，医保工作内容层层落实到个人，并制订了相应措施，如：医保奖惩制度、医保培训制度等相关规定，以制度来管人，来开展工作。同时利用在医院大小会议上，及时向职工宣读、传达医保相关政策及文件精神，使职工进一步了解当前形势下职工医保福利的`动向及发展趋势。另外，在医院醒目地方设置“基本医疗保险政策宣传栏”向全镇干部职工宣传医保政策及工作简报。通过宣传学习，提高了干部职工的认识，使医保工作开展起来得心应手。在工作中，我院医务人员能按医保要求，严格掌握出入院标准，坚持首诊负责制，不推诿病人，再次入院不得以间隔时间不到一周为由不办理住院手续，不应出院的病人提前出院不得以“达到定额标准费用”为由要病人提前出院。参保人员严格执行基本医疗保险用药规定，药品供应充分，药品管理符合规定，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药、不挂名、分解住院，严格执行市、县物价部门规定的收费标准，不私立项目收费或提高收费标准，并将检查、治疗、药品各项项目的收费标准对外公布，及时向参保患者提供费用清单，及时做好医保患者的医疗文书记录、医保处方用药符合要求。

2、取得成绩

由于医保政策宣传到位、措施有力，使全镇班干部职工及时掌握当前医保政策，提高了认识。同时充分调动全院干部职工积极性，坚持以病人为中心，树立良好的白衣形象，使当前来就诊的参保人员满意而归，无参保人员投诉及事故发生，经济效益和社会效益明显提升。

**医保班子工作总结简短3**

为进一步加强我县医疗保险定点零售店管理，规范医疗保险基金的合理、安全、有效使用，保障广大参保人员的基本医疗需求。按照市医保处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》精神，结合我县实际，通过精心组织，明确责任，层层落实等措施。创建活动取得了较好的效果。现就创建工作情况总结如下：

>一、加强组织领导，确保创建活动顺利开展

为了保证创建活动有序开展并取得实效，首先成立了创建活动领导小组，明确了工作职责，制定了工作措施。确立由医疗管理股具体组织实施，分管副局长负责抓落实的工作格局，从组织上加强对创建活动的领导，各成员相互配合，各负其责，充分发挥其职能作用，真正形成齐抓共管的创建工作局面。

>二、加大宣传动员力度，形成浓厚的舆论氛围

全县共认定定点零售药店16家。主要分布在县城区域范围内和部分人口较集中的乡镇，为了保证“保障民生，和谐医保”创建活能够如期顺利开展，使之做到家喻户晓，深入人心，且产生较好的社会效应，首先我局及时将市处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》转发给了各定点零售药店。要求他们认真组织学习，充分了解到这次创建活动的重要意义和工作要求，端正态度，提高认识。

二是在六月二十日我局组织召开了全县定点零售药店负责参加的创建活动动员大会，统一思想，统一认识，按照市创建活动工作要求，进行了具体的安排和部署，同时在会上充分肯定了我县定点零售药店在医保服务工作中的积极作用，诚恳指出了我县定点零售药店目前的现状，以及在医保服务工作中存在的问题，并且针对存在的问题，着重强调这次创建活动中重点整治的范围和内容，确保创建工作有的放矢，扎实整治，务求实效。

>三、认真开展自查自纠，以实际行动推进创建工作

针对我县部分定点零售药店不能严格执行医疗保险政策、规定，在提供医疗保险服务过程中，存在以药易物，变相出售日常生活用品，食品等与药品无关的物品以及人卡不符，冒名用卡，滞卡消费，串换药品等不良现象。要求各定点零售药店必须认真对照创建工作方案，进行自查自纠。

一是在自查过程中，针对自身存在的问题，对员工进行宣传、教育和培训，让全体员工充分认识到这次创建活动的重要性，以及在医保服务工作中必须具备的职业道德素质，充分了解和掌握医疗保险相关政策规定以及应该履行的职责和承担的责任，确保在今后的医保服务工作中，为广大参保人员树立良好的形象，提供优质的服务。同时，各定点零售药店必须按照创建工作要求，向社会公开作出医保服务承诺，以此营造创建和谐医保氛围。

二是各定点零售药店面对自查过程中发生的问题，进行深刻的反思和扎实整改，在规定的期限以内清场下架各类不符合医保规定的日常生活用品、食品、化妆品等物品，退还所有滞压在店的医保卡，并且做好参保人员的解释、说服工作，以免产生不必要的影响。从而，以实际行动促进创建活动的顺利实施。在此期间各定点零售药店上报自查整改材料16份。

>四、强化监管机制，提高医疗保险管理水平

**医保班子工作总结简短4**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

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，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

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。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**医保班子工作总结简短5**

我院20xx年度的医保工作在院长的领导下，由业务副院长直接分管、协调我院的医保工作。根据年初与州医保中心签订的协议，我院认真贯彻和落实相关的政策、法规和州医保中心的相关规定，加强督促和检查，认真做好医保工作，让就诊患者明明白白消费，切实保障广大参保人员待遇，促进社会保障和卫生事业的共同发展。现将20xx年度我院的医保工作总结如下：

>一、 管理工作

1、在分管副院长的直接领导下，设医保办公室对院内医保政策、法规的执行情况进行督促检查，配合各医保中心做好服务管理工作。

2、建立健全了医保工作管理制度，医疗工作制度和相关工作制度，建立首诊负责制度，转科、转院制度等相关的核心制度。建立精神科临床路径，以科学化的临床路径管理入院患者的治疗、康复工作。建立一日清单制度，让住院患者明白自己每一天的治疗情况、费用支出情况。但由于我院住院患者的特殊性，清单患者不易保管，所以我院根据患者及家属的需要提供一日清单或汇总清单，对于此制度的执行情况得到患者及家属的理解，全年无此类投诉发生。

3、经常深入门诊、收费室及各临床科室督促检查收费情况和对医保政策的执行情况，对用药是否合理、检查是否合理、治疗项目是否合理进行检查，发现问题及时纠正和处理。对住院的参保人员，坚持不使用超出目录范围的药物，如果病情特殊需要使用的，必须向患者或者家属说明情况，得到患者和家属的同意并签字确认后方能使用。与患者家属无法未得联系的，因病情需要使用特殊的治疗、药物的，科室向医务科、医保办报告，得到批准后方可使用。全年未发现有不合理用药、检查、收费的情况，能严格执行医保相关政策。

4、严格执行出、入院标准，认真执行门诊首诊负责制，全年无推诿、拒收病人的情况，无不正当理由将患者转院、出院的情况发生。认真核对就诊患者提供的《社会保障卡》与其身份是否相符，就诊患者是否按规定参保，全年所有住院患者均按实名住院，没有出院冒名住院的情况。

5、全年办理职工医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。办理居民医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。

6、严格按医保相关政策对职工、居民医保门诊慢性病进行现场报销。

7、严格执行物价政策，全年无发现违反相关价格政策，私立项目收费、分解项目收费、超标准收费的情况。

8、 每月按时做好医保申报表，及时报送相关部门，督促财务人员按时申报兑付医保资金。

>二、宣传工作

1、遵守医院的各项规章制度，及时传达省州有关医保的政策、法规。与中心机房沟通后，将医保相关政策及收费项目、收费价格在电子大屏幕进行公示，由原来的厨窗式公示模式改进到电子化大屏幕公示，及时更新及增减内容，利用公示屏的宣传，主动接受患者及家属的监督，让来就诊和住院的患者、家属明白相关的政策、规定，使患者能够及时了解相关信息，明白我院收费及医保工作管理情况。

2、每月一次组织学习新的医保政策，对州、市及和县医保中心反馈回来的意见进行通报，落实整改。通过通报各科室对医保、新农合政策执行情况所反映出来的问题，有效地制止了医疗费用过快上涨的势头。

3、门诊部设立了导医咨询台，负责指导和帮助患者就诊。并在收费室及住院部醒目位置设立医保意见箱，主动接受患者及家属的监督和投诉，全年共开箱检查12次，未接到与医疗保险相关的投诉。

4、热情接待患者及家属的来访、咨询，认真进行讲解和处理，不能处理的及时向领导汇报协调有关部门给予处理。遇特殊情况时，及时与医保中心取得联系，及时沟通，

避免误会，确保问题得到合理、及时的解决，保障患者能得到及时、有效的治疗。

5、深入科室，了解医保政策执行情况，认真听取医务人员及患者的意见，及时分析做好反馈，做好各个环节的协调工作，积极争取更好的优惠政策，更好的为患者服务。

>三、其他工作

1、按时上报上年度职工工资情况，以便州医保中心核定当年的医疗保险缴费基数，并及时申报新进人员及退休职工医疗保险变更情况和办理相关手续。

2、配合州、市医保中心完成临时性的工作，及时将有关部门的文件精神和政策接收、传达并落实。

3、严格执行《xxx人力资源和社会保障局关于进一步完善城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病慢性病管理工作的通知》（xx）［20xx]1５号）规定，及时测试医保收费系统，并于20xx年1月1日开始执行特殊疾病、慢性病即时结算工作。

**医保班子工作总结简短6**

xxxx年，在区委、区政府的领导下，我局按照“核心是精准、关键在落实、确保可持续”的工作要求，以开展“春季整改”、“夏季提升”“秋冬巩固”为主抓手，坚持问题导向，强化责任落实，创新工作举措，优化服务流程，着力解决贫困人口“因病致贫、因病返贫”问题，实现对贫困人口的医疗保障兜底，现就有关情况总结如下：

>一、主要工作

（一）高度重视，强化组织领导和责任落实。

成立局扶贫领导小组，实行“一把手”总负责，分管领导具体抓，各股室负责人具体办，全体工作人员共同参与扶贫的工作机制。制定年度工作计划和方案，进一步细化各项任务分工，定期召开调度会，确保医保扶贫各项任务落到实处。

（二）加强衔接，实现贫困人口应保尽保。

同时加强与财政部门的沟通联系，将建档立卡贫困人口参加城乡居民医保个人缴费财政全额补助资金及时落实到位。建立了与扶贫办、民政局信息共享机制，我局工作人员每月主动联系扶贫、民政部门，及时掌握贫困人员动态便新信息，准确完成了贫困人员参保信息录入登记，并反复比对筛查，对参保错误信息进一步反馈给关部门，做实精准标识。对于新增或减少人员建立参保信息动态管理台账，农村建档立卡人员从年初xxxx人到xx月底xxxx人，贫困人口参加基本医保、大病保险、重大疾病补充医疗险参保率始终保持xxx%。

（三）认真履职，全面落实贫困人员各项医疗保障待遇。

提高了建档立卡贫困人口大病保险补偿比例和贫困慢性病患者年度最高支付限额和报销比例；提高贫困家庭重性精神病救治保障水平，贫困家庭重性精神病患者，享受一个周期（xx天以内）免费住院治疗；对建档立卡贫困患者大病保险报销起付线下降xx%。

全区建立了基本医保、大病保险、重大疾病补充险和医疗助救四道保障线机制，对经四道保障线报销住院费用报销比例达不到xx%的实行财政兜底保障。xxxx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xxxx人次，住院费用万，基本医保支付xxx万元，大病保险支付xxx万元，重大疾病补充保险报销万元，医疗救助万元，财政兜底保障xx万元。

在落实医疗保障待遇的同时，针对部分贫困户报销比例远超百分之九十的问题，我局积极与卫健等单位沟通协调，联合制定《xx区xxxx年健康扶贫实施方案》，明确了贫困户住院费用报销比例控制在xx%的适度要求，并于今年x月份在我市医保系统“一站式”结算软件上予以调整，确保贫困户住院报销比例稳定在xx%左右。

（四）优化医疗费用报销结算服务

一是在区内的公立医疗机构实行“先诊疗、后付费”一站式结算基础上，通过积极协调、争取支持，率先在包括x市中心人民医院、井冈山大学附属医院在内的全市所有三级公立医疗机构实行了贫困人员“先诊疗、后付费”一站式结算；

二是我局进一步简化了零星医药费报销经办手续，在区便民服务中心设立“健康扶贫窗口”，实行五道保障线“一窗式”受理及限时办结制；

三是在乡镇卫生院及街道社区卫生服务中心纳入门诊特殊病种定点医院，同时对符合条件的贫困村卫生室纳入门诊统筹定点单位，开通了门诊医药费用刷卡结算，方便了贫困人员门诊就医报销。

（五）简化门诊特殊病性病种证办理流程

开通绿色申报通道，经与定点医疗机构协商后，实行工作日在定点医疗机构随来随审，对符合准入条件的直接发证；对申报恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗及尿毒症三种一类特殊慢性病种的取消医疗专家评审，凭相关医学证明材料直接在区行政审批局医保窗口登记发证；组织工作人员开展“大走访”，对符合申报条件贫困人员、五类人员慢病患者集中在定点医院进行体检，办理了门诊特殊慢性病种证，确保符合条件的门诊特殊慢性病患者及时办证到位，不落一人。

（六）加强政策宣传，提升医保惠民政策知晓率。

**医保班子工作总结简短7**

为进一步加强我县医疗保险定点零售店管理，规范医疗保险基金的合理、安全、有效使用，保障广大参保人员的基本医疗需求。按照市医保处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》精神，结合我县实际，通过精心组织，明确责任，层层落实等措施。创建活动取得了较好的效果。现就创建工作情况总结如下：

>一、加强组织领导，确保创建活动顺利开展

为了保证创建活动有序开展并取得实效，首先成立了创建活动领导小组，明确了工作职责，制定了工作措施。确立由医疗管理股具体组织实施，分管副局长负责抓落实的工作格局，从组织上加强对创建活动的领导，各成员相互配合，各负其责，充分发挥其职能作用，真正形成齐抓共管的创建工作局面。

>二、加大宣传动员力度，形成浓厚的舆论氛围

全县共认定定点零售药店16家。主要分布在县城区域范围内和部分人口较集中的乡镇，为了保证“保障民生，和谐医保”创建活能够如期顺利开展，使之做到家喻户晓，深入人心，且产生较好的社会效应，首先我局及时将市处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》转发给了各定点零售药店。要求他们认真组织学习，充分了解到这次创建活动的重要意义和工作要求，端正态度，提高认识。二是在六月二十日我局组织召开了全县定点零售药店负责参加的创建活动动员大会，统一思想，统一认识，按照市创建活动工作要求，进行了具体的安排和部署，同时在会上充分肯定了我县定点零售药店在医保服务工作中的积极作用，诚恳指出了我县定点零售药店目前的现状，以及在医保服务工作中存在的问题，并且针对存在的问题，着重强调这次创建活动中重点整治的范围和内容，确保创建工作有的放矢，扎实整治，务求实效。

>三、认真开展自查自纠，以实际行动推进创建工作

针对我县部分定点零售药店不能严格执行医疗保险政策、规定，在提供医疗保险服务过程中，存在以药易物，变相出售日常生活用品，食品等与药品无关的物品以及人卡不符，冒名用卡，滞卡消费，串换药品等不良现象。要求各定点零售药店必须认真对照创建工作方案，进行自查自纠。一是在自查过程中，针对自身存在的问题，对员工进行宣传、教育和培训，让全体员工充分认识到这次创建活动的重要性，以及在医保服务工作中必须具备的职业道德素质，充分了解和掌握医疗保险相关政策规定以及应该履行的职责和承担的责任，确保在今后的医保服务工作中，为广大参保人员树立良好的形象，提供优质的服务。同时，各定点零售药店必须按照创建工作要求，向社会公开作出医保服务承诺，以此营造创建和谐医保氛围。二是各定点零售药店面对自查过程中发生的问题，进行深刻的反思和扎实整改，在规定的期限以内清场下架各类不符合医保规定的日常生活用品、食品、化妆品等物品，退还所有滞压在店的医保卡，并且做好参保人员的解释、说服工作，以免产生不必要的.影响。从而，以实际行动促进创建活动的顺利实施。在此期间各定点零售药店上报自查整改材料16份。

>四、强化监管机制，提高医疗保险管理水平

通过这次“保障民生，和谐医保”创建活动，促使了各定点零售药店严格执行医疗保险各项政策、规定，履行医疗保险工作职责，规范医疗保险服务行为，完善自我约束、自我监督机制，确保医疗保险基金合理、安全、有效使用，得到了广大参保人员的好评，与此同时也促使了我县医疗保险管理水平的进一步提高。

**医保班子工作总结简短8**

市委、市政府的正确领导下以及在医保相关部门的指导下，我院始终以完善制度为主线，以强化管理，优化服务为重点，努力实现医保工作新突破。全年医保门诊总人次人（1——12月），住院人次，全年医保收入元，同比上一年度增长%。离休干部门诊人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险人，收入xx万元，全年共计xx万元。

>一、全年工作回顾

1、不断调整医院职能地位，树立创新理念。

随着医疗保险制度的全面推行，医疗保险对医疗服务和医疗管理产生了广泛的影响。而医院作为承担医疗保险制度的最终载体，在医改新形势下，我们要在原有运行基础上创新理念，找好医院和患者关系的定位。对于此项工作，医院领导给予了充分重视，首先加强了医院的自身建设，完善相关科室，充实了工作人员，制订了严格的管理制度，逐步规范了医疗服务行为，努力提高医疗护理质量，增强医院的核心竞争力，使每个职工树立规范执行医保政策的自觉性，适应医改的大趋势，发挥医院在医保工作中的主体地位。

2、继续完善制度建设，做到有章可依，有章必依。

20xx年我院与社保局签定了相关服务协议，其后医保办组织相关人员进行了认真学习，了解协议内容，领会协议精神，据此修订完善了有关规章制度，使每个人的职责更加明确，分工更加合理，并且责任处罚直接与科室及个人经济效益挂钩，以此来保证每个医保就医人员的合法利益。

3、加强内部审核机制，严把质量关。

随着医保制度的不断深入，和社保“一卡通”启动，医疗保险做到全覆盖，医保监察力度必然会加大，因此对医保病历书写的要求也会更加严格，医保办在近期加强了内部审核机制，在科主任初审的基础上，医保办定期复审，针对每一份出院病历都要检查，做到早发现问题及早解决问题。对于查出的问题将根据我院的经济管理方案予以处理。积极配合市社保局的考核和检查，认真对待市社保局检查人员指出的问题，及时上报和整改，对于屡次出现问题的科室，要与其主任谈话，并与之津贴相挂钩。医院定期召开领导小组会议，讨论医保运行过程中存在的问题，及时查漏补缺。严格要求工作人员在日常工作中坚决杜绝不合理收费、串换诊疗项目、挂床输液、冒名顶替等违规行为的出现。坚持组织医务人员经常性医保业务学习，做好相关记录工作。

4、确保医保基金运行安全，信用等级再上台阶。信用等级管理办法是人力资源和社会保障部在全国逐步推开的全面评估医保定点医院服务水平的体系，为了把这项工作真正落到实处，使其成为我院医保管理工作的一个支撑点。医保办将把有关精神传达到相关科室，并逐条落实，力争先进。

5、逐级上报，完善各项审批制度。

为确保医保工作的连贯性，各种审批表均由科主任签字审核后，在规定时间内报至医保办，然后上报社保局。

6、做好生育保险工作，打造产科品牌。

随着生育保险的\'启动，我院做为我市产科的龙头医院，一定要抓住机遇，实行一站式服务，努力提高经济效益，树立社会品牌，为每一个来我院分娩的孕产妇提供优质服务，不断发展和延伸“品牌产科”。

7、健全离休干部医疗保障机制。

根据省委、省政府《关于建立离休干部医药费统筹机制》文件的要求，落实好张办字（20xx）18号文件精神，我院本着尽全力为离休干部服务好的原则，在现有选择我院的老干部的基础上，吸引更多的老干部选择我院作为定点医院。

8、继续做好城镇居民医保。

随着城镇居民医保的启动，我院作为定点医疗机构将采用多种方式向辖区居民宣传居民医保的相关政策，实行床头卡独立识别，病案专人管理，使居民医保在规范，有序，健康的轨道上运行。

>二、20xx年工作设想及计划

1、不断提高服务水平，优化就医环境。

随着我院新的病房楼投入使用，加之各种新设备的购买以及人员的培训和学习，我院的就医条件将发生巨大变化。因此，我们更要抓好医保病人的服务质量，以期在去年完成xx万元（包括离休和统筹）的基础上力争达到万元（包括离休和统筹）。

2、加强管理与培训，严格掌握医保政策。

在20xx年里要不断完善科室及相关人员配置，将相关政策逐步完善。由于我院临床工作人员对医保政策理解程度不一，掌握程度参差不齐，导致在实际工作中存在较多问题。因此在即将到来的20xx年里将加强对有关人员的培训，严把入院关，层层负责，确保医保政策的顺利、健康、有序的发展。

3、做好离休干部的服务工作，确保等级评定顺利过关。在新的一年里，我们将一如既往地为离休干部服务好，这不仅是关医疗服务和经济效益问题，更是医院建设与社会效益的问题。在即将开始的等级评定工作中，我们将针对我院存在的备药率低、病历本书写不完整、医保知识掌握不够等问题开展专项工作。并力争在药品费用监控，合理用药，合理检查上有所突破。

**医保班子工作总结简短9**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保局安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保、新农合工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

>一、领导重视，狠抓落实

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”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。

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、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。大大减少了差错的发生。

>二、措施得力，完善规章

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费我院一是在院外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。并在大厅内负责给相关病人提供医保政策咨询。二是将收费项目、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“一日清单制并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，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、出院补偿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。

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，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，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，医保科一律不予审批。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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

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.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手续的过程中，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。

>四、工作小结

通过我科工作人员及全院相关工作人员的共同努力，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年收治医保、居民医保住院病人9人，总费用万余元。大大减轻了群众看病负担。

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，力争把我院的医保工作做得更好.

>五、下一步工作要点

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。

**医保班子工作总结简短10**

今年以来我区医疗保险工作，在市、区的有关部门和领导的支持关心下，取得了一定的成绩，城镇医保工作进展良好，医疗救助工作全面展开，医疗保险做为社会福利事业越来越多地受到社会的普遍关注，医疗保险已构成社会保障的重要方面，而得到了社会的普遍认可。回顾5个月以来的工作，可以说是工作扎实，效果明显，群众满意，其主要工作完成如下：

1、开展了对参保资源的情况调查。按市局的有关要求，从今年4月份开始，我们对全区的各类人员参加各种医疗保险情况进行入户调查。通过调查，我们掌握相关业务的第一手资料的同时，也增加了全区医保工作人员的工作责任心和使命感。

2、开展完善医保经办管理办法征求意见活动。随着，医疗保险工作的不断深入，人们对医疗保险工作的要求与期望也愈加强烈。按市局的统一布属，我们与局领导先后四次到基层企业、街道走访调研，收集建设性的意见有二十六条，改进工作方法和办事程序等方面的建议十三条，为促进基层单位和上级决策部门的工作改进提供了条件。

3、开展制定工作目标责任分解工作。为了更好地完成全年工作任务，我们将今年市里下达的78320人工作任务全部进行分解，制定责任工作目标下达到民政，教育局和各个街道办事处。做到责任落实到人，为确定全年工作任务完成打下了基础。

4、开展信访疑难案件调查处理工作和答复人大代表和政协委员提案议案工作，几个月以来我们先后与有关部门合作，妥善处理了世博集团，洮昌街道办事处、辽沈街道办事处等单位信访疑难案件。四次答复了人大代表和政协委员有关农民工参加医疗保险、困难企业职工参加医疗保险等方面提案议案。多次接待了大北、洮昌办事处和三产办等转属企业退休职工因医保问题，而引发的群体上访事件。

5、开展了医疗保险业务培训与宣传活动，为提高群众对医疗保险的认知和参与程度，较快适应新形势下的医疗保险工作的新要求，我们通过月例会和周检查等形式开展了有针对性业务培训活动，尽快提高工作人员的业务能力，通过发放宣传单，印制宣传标语，制作展板等形式，宣传新的医保政策，使群众对医保有了更深的了解。

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