

最新医保工作总结及工作计划(通用5篇)

计划是指为了实现特定目标而制定的一系列有条理的行动步骤。计划书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇计划呢？下面是小编为大家带来的计划书优秀范文，希望大家可以喜欢。

医保工作总结及工作计划篇一

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：

- 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。与患者家属无法取得联系，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。

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，由原来的橱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。

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。

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[]x[]201[]1[]号)规定，及时测试医保收费系统，并于2014年1月1日开始执行特殊疾病、慢性病即时结算工作。

xx医院

20xx年x月x日

医保工作总结及工作计划篇二

20xx年我局认真贯彻落实省、市、县医改工作精神，严格执行《县医药卫生体制改革五项重点改革20xx年度主要工作方案》，深入落实工作责任，积极创新工作模式，确保了城镇基本医疗保险在医改工作中扎实推进并取得显著效果，现将20xx年我局在医改中所承担的工作总结如下：

（一）强化领导，周密部署。我局在县委县政府和主管局的正确领导下，切实加强对城镇基本医疗保险医改工作的组织领导，城镇基本医疗保险医改工作小组结合我县实际情况对照医改工作目标，对工作任务进行了安排，确保年度重点任务得到落实。

（二）明确目标，细化任务。围绕20xx年医改重点工作目标，我局对今年城镇基本医疗保险医改重点工作进行了分解工作任务，细化工作安排，明确主要领导亲自抓，责任层层落实到人的工作职责。

（一）城镇基本医疗保险扩面征缴

1、城镇居民□20xx年我县居民参保居民目标任务数为27700人，占应参保城镇居民29011人的95.48%，截止今年11月份共计参保27705人，占目标任务的95.50%。

2、城镇职工：截止今年11月，我县应参保职工人数为20451人，已参保19572人，占实际参保人数的95.70%。

我局将继续加大征缴力度，预计在今年年底超额完成征缴任务。

（二）提升城镇基本医疗保险保障水平，增强保障能力

1、在去年，城镇职工和城镇居民基本医疗保险政策都有新的

调整。尤其是城镇居民的医保政策，下调了起付金，提高了住院、门诊报销比例，提高了最高支付限额等优惠政策。第三季度城镇基本医疗保险政策范围内住院费用支付平均比例已达到71%。

2、继续实施了由县民政医疗救助金补助低保人群参加城镇居民基本医疗保险个人应缴费的50%的资金，切实缓解了低收入人群的参保压力，积极推进“应保尽保”，从而缓解“看病难、看病贵”现象。

3、为提高基本医疗保障管理水平，方便参保人员就医，我局积极推进信息化建设，加强基金收支预算管理，建立了基金运行分析和预警管理制度，有效控制基金结余。

4、加强对定点医疗机构的监管，加强了定点医疗机构稽核领导小组工作职责，严格执行定点医疗机构稽查方案。定期或不定期、及近期与其他区县上建立联合检查机制，对定点医疗机构、定点零售药店通过明查暗访、查阅资料及走访群众。

5、建立完善了商业补充医疗保险模式，与财产保险公司签订了《市县城镇职工补充医疗保险合作协议》，减轻参保人员参保年度内高额医疗费用负担。

（一）继续抓好宣传工作。结合城镇居民基本医疗保险的热点、难点、重点工作，统筹规划，不断创新宣传手段，加大宣传力度，进一步增强城镇居民的参保意识。

（二）继续抓好扩面、续保工作。根据市上对城镇居民基本医疗保险工作的要求，我们将再添措施，继续加大扩面力度，提高参保率，力争实现全面覆盖的工作目标。

（三）继续完善市级统筹的相关工作。一是做好加快城镇居民基本医疗保险基础数据的维护工作。二是做好已参保城镇职工医疗保险卡的制卡工作和新参保人员的建档工作，方便群众

住院就医。

（四）进一步完善定点医疗机构和定店零售药店考核制度。加强对各定点医院、药店监督检查，建立起社会化的科学管理体制。

（五）重点加强基金管理，强化基金的监督和检查。在自查的基础上，主动接受上级部门的检查。加强财务统计工作，按时、按质、按量上报财务统计报表。

（六）继续加大基本医疗保险的稽核力度。坚决杜绝冒名住院、挂床住院、分解住院次数、假报虚报单病种等欺诈行为的发生。

（七）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。

总之，下一步我局将继续在县医改办的领导下，针对我局在医改中所承担的任务，查漏补缺、克难求进，确保各项改革任务的完成。

医保工作总结及工作计划篇三

1、医保政策咨询、医保信息查询、康复备案、规定病种审批备案等工作。

2、智能审核扣款反馈：整理20xx年10月至20xx年4月份扣款反馈资料，完成20xx年9月至20xx年4月份扣款反馈。

3、整理20xx年4月至20xx年3月智能审核终审扣款数据，扣款清单由各主管医师签字确认，扣款明细上报财务科。

4、住院医嘱审核。

5、完成20xx年1至6月份门诊次均费用的对比统计，并汇报分管领导。

1、整理20xx年智能审核新规则以及各类限定适应症的扣款原因，并将相关学习材料发送在院内医保交流群，指导解释相关问题，提醒每个医生认真学习，尽量避免发生扣款。

2、针对冒卡就诊问题：门诊巡查工作常态化开展，主要发现冒卡情况有不同性别的冒卡就诊，有年龄差距很大的冒卡就诊，有农保病人冒用职工医保卡就诊等。冒卡就诊除了违反相关医保基金管理规定以外，主要存在的问题是安全医疗问题，通过一段时间的巡查以及多次组织医务人员学习医保相关政策规定，冒卡现象明显减少。要彻底杜绝冒卡骗保现象，还需要加强日常监管，同时需要各个科室的全面配合，以及对患者做好医保政策宣传。

3、总额预算清算工作：整理并提交20xx年度总额增长的因素分析材料，包括数据的采集、文字材料的整理与提交等，与医保中心交流沟通总额预算的申诉要点。

4、对门诊次均费用做好整理、统计、对比工作，每月对比数据及时向分管领导汇报，次均费用明显超出去年同比的及时提醒，告知注意调整费用结构及控费。

5□drugs相关工作：

5、1组织全院医生参加浙江省drug远程视频培训学习，根据会议安排，组织临床各科室和病历质控员提供病例反馈材料，整理汇总反馈资料并上传提交，顺利完成省市drug项目病例信息反馈工作。

5、2完成20xx年1至4月份drugs病例按点数付费和按床日付费

分析，对存在的问题提出整改措施。

5、3在各个临床科室的配合协作下，完成drg病例反馈工作。

6、根据浙江省医疗保障局、浙江省卫生健康委关于开展全省定点医疗机构规范使用医保基金自查自纠工作的通知，组织开展自查自纠工作，并对存在的问题认真梳理，分析存在问题的深层次原因，分类施策，完善制度，补齐短板，整改到位。

7、根据杭州市医疗保障管理服务中心关于做好国家医保信息业务贯标工作的要求，在各个临床科室的配合协作下，完成医疗机构、医保医师、医保护士代码数据库信息维护工作，根据医保中心反馈情况完善医保医师、护士数据核对、更新后提交，并完成医疗机构信息系统国家编码的映射，三目录匹配及贯标工作验收等相关工作。

1、积极参加院内组织的各类会议；积极配合完成领导分配的各项工作任务。

2、智能审核反馈过程中发现材料、药品对应错误的及时与相关科室沟通并重新对应。

3、配合完成医疗服务价格改革的相关工作。

1、总额预算清算进一步反馈申诉工作。

2、冒卡骗保行为的监督管理。

3、智能审核扣款整理、反馈、整改、规范。

4、进一步理解drgs的政策解读，普及全院医保政策的知晓率，加强医保政策的执行情况监督及指导。

5、配合做好医疗服务价格改革工作。

医务科医保管理

20xx年7月1日

医保工作总结及工作计划篇四

今年以来，我局积极贯彻落实上级“四送一服”双千工程各项政策精神，深入企业开展调研，认真梳理企业反映的问题，依法依规解决企业的各种诉求，助推企业高质量发展。现将工作情况总结如下：

1. 举办专题培训。

主动走进民营医疗机构，通过专家讲课、案例讲解，观看警示教育纪录片等形式，开展医保法规政策培训。对于各医疗机构在执行医保政策遇到的困难，现场给予回应和协调，积极帮助解决有关问题。

2. 开展走访调研。

深入各包保企业开展“送清凉”活动，主动慰问在企职工；积极走访辖区民营医疗机构，聚焦企业需求，主动靠前服务。针对民营医疗机构医保管理薄弱问题，开展药品、耗材进销存专项指导，帮助搭建进销存管理系统，规范化保存资料。

3. 优化服务举措。

1. 进一步贯彻落实《x省降低社会保险费率综合方案》，大力开展宣传，进一步扩大城镇职工医保覆盖面，使广大职工安心就地就近就业。

2. 落实新发展理念，由局领导带队深入企业走访宣传，主动

宣讲医保有关政策，及时了解企业发展情况和存在的困难和问题。

医保工作总结及工作计划篇五

20xx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35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、超限额收费、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额的诊疗项目、超限额用药、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。

针对我院门诊票据个别月份出现大量未上传事宜，为减少因退单，延迟报销而引起病人与我院发生矛盾，避免不必要的纠纷，我还专门请教了中心审核组长及中心网络工程师等相关人员，总结了原因，并且及时与我院医保办专管上传的人员进行联系、沟通，极力帮助解决工作中存在的各种隐患，尽量避免因现在的费用不上传、退单，而变成持卡后因无上传信息而造成的拒付。

不管是拒付医院还是拒付病人，造成拒付的原因基本是相同的，针对费用较大的拒付或因医生的屡次失误造成的拒付，有时我也会及时与相关科室联系或打电话提醒告知相关医生，希望其能够引起足够的重视，避免发生重复原因的拒付，由此也得到了医生们的感激。甲流严重期，中心组务会中提出

了明确不予报销的个别中药饮片复方，周四，我也及时将此消息通知各位领导，对此医保主任也及时下达文件给相关科室，在同期就做好防止拒付的准备工作。

有时我也会利用周四回院的方便条件，帮助科里及医保办带送一些重要的申报材料或文件，积极地帮助同事联系申报材料的经办人，协调、接收相关的传真资料等。

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。