

# 最新医院医保科工作总结简报(大全10篇)

总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，它可以使我们更有效率，不妨坐下来好好写写总结吧。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢！

## 医院医保科工作总结简报篇一

1. 医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2. 我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、x光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

3. 20xx年我们医保科组织医保培训每季度1次，每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号

文件精神。

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作□20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx□住院人次费用xx住门比xxx□医保门诊xxx□门诊人次xxxxxx□人均费用xxx□

监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

## 医院医保科工作总结简报篇二

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可使用。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。

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。

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。

## 医院医保科工作总结简报篇三

1、高度重视市区医保办考核管理项目：严格遵守基本医疗保险政策规定：做到规范执行和落实。对入院病人做到人、证、卡相对照，做到因病施之原则，合理检查，合理用药。严格掌握出入院标准，做到不挂床，不冒名顶替，严格杜绝违规事件发生。顺利通过20\_\_年市区医保办日常工作督查。并获得了漯河市医保先进两点过单位称号，受到了市区医保中心以及我院领导职工的一致好评。

2、狠抓内部管理；我院医保办做到每周2-3次查房，定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保办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。

3、加强制度建设，认真履行医保两定单位《服务协议》；为了贯彻落实好医保政策，规范医疗服务行为，医保办不定期到科室与医务人员学习医保政策和《服务协议》，制定医保工作管理制度，如《医保病人医疗费用控制措施》、《医保病人费用审核办法》、《医保工作监督管理制度》等一系列管理办法和制度。让医生明白如何实现医疗费用的合理控制，因病施治，在保证医疗安全的前提下，首选费用低廉的治疗方案，尽量减少一次性耗材的使用，在治疗和用药上能用国产不用进口的，能用甲类药品不用乙类药品，合理使用抗生素，降低医疗费用。这些制度对规范医保医疗服务行为起到了合理性作用，可以减轻参保患者负担起到了积极性的作用。一方面杜绝违反医疗保险政策和规定，一方面受到了医保病人的好评。

4、协调未开通县区医保医保病人报销，增加我院收入。因我

院还有其他县区未开通医保收费系统。对所有来我院住院的病人和医生家属沟通，让病人先住院，由本人向所在辖区医保办进行协调报销，减少了病人麻烦。受到了病人家属和各科室的一致好评。

5、通过个人努力协调市居民医保门诊统筹定点报销，在全市率先开展居民医保门诊统筹报销，并印制医讯彩页以及版面深入校区进行宣传，让学生彻底了解在我院看病的优惠政策，从而增加我院的经济收入。

6、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20\_\_年初既定的各项任务。收入如下：20\_\_年全市医保住院病人共1893人，总收入9824195、76元(包含门诊费用)人均住院费用为3800余元。普通门诊病人为24856人次，慢性病为1845人次。20\_\_年全市医保住院病人共1597人，总收入6547957、82元(包含门诊费用)人均住院费用为3100余元。普通门诊病人为23126人次，慢性病为1216人次。总收入6547957、82元，较去年增加了33%。一年来虽然取得了一些成绩，在20\_\_年工作中继续发扬优点。改正工作中存在的不足，在新的一年里我们要发扬优点，查找不足，大力宣传医保有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，强化内部管理，层层落实责任制度。为参保患者提供优质服务。为我院的发展做出贡献，是我院的经济更进一步提高。

20\_\_年工作努力方向：

1. 市区医保总收入较去年增长40%。

2. 协调好非定点医保单位住院病人报销，减少病人麻烦，一切为病人着想。

3、重点加强病例书写规范，用药合理，检查合理，做到病例医嘱和费用清单相对照。避免医保办病历检查不规范的罚款，

减少医院经济负担。

4、努力开通舞阳和临颍职工居民医保，减少病人报销麻烦，增加医院收入。

5、对新来院上班工作人员定期培训医保政策及规章制度。

6、大力宣传职工医保及居民医保政策。

7、每月按时报送市直和各县区医保资料及病历，并及时要回医保款。

8、加强联系和组织外单位来我院健康体检。

## 医院医保科工作总结简报篇四

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。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。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、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；三是通过微信、云鹊医led等来宣传医保政策，让广大人民群众真正了解到参保的好处，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

为使参保人清清楚楚就医，明明白白消费，我院在院内外公

布了医保就诊流程图、住院须知，使参保病人一目了然，并由收费室工作人员提供政策咨询。二是在醒目位置公布药品价格，接受群众监督。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。四是由医院医保管理委员会制定了医保管处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，并结合医保稽核巡查、中公网反馈的问题，把各项政策措施落到实处。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，查有无分解收费、超标收费、只收费不服务、串换项目收费、串换除外耗材、重复检查收费、打包收费、套用高价项目进行收费等违规行为；查有无制造假病历、虚增就诊人次、虚开票据、虚假用药、虚假治疗、虚假宣传、套换药品和诊疗项目、术中恶意增加手术项目、降低入院指征住院、中成药虚高价格和以次充好等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段套取、骗取医保基金或医保待遇的行为。

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。我院分管副院长定期下病房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。我院工作人员积极地向每一位参



保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，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。

## 医院医保科工作总结简报篇五

(一)积极开展创建“群众满意医院”活动，着力加强全院职工的质量意识、服务意识和品牌意识。

1、狠下功夫，努力提高医疗质量，形成了“质量兴院”的良好风气。医疗质量关系到病人的生命安全和身体健康，是医院发展的根本。我们把县卫生局年初部署的“医疗质量管理年”活动内容融入到创建“群众满意医院”活动当中，把提高医院医疗质量放在突出的位置。医院先后出台了一系列措施，确保医疗质量和医疗安全，有效杜绝了医疗事故和减少了医疗纠纷的发生。

(1)健全和完善医院必备质量管理组织。根据创建活动考评标准，建立健全了“层次分明、职责清晰、功能到位”的必备医疗质量管理组织，对“医疗质量、病案管理、药事管理、医院感染管理、输血管理”等专业委员会的人员组成进行了调整和补充，完善了各委员会的工作制度，使各自的职责与权限范围进一步得到清晰。

(2)完善了各项医疗制度并形成了严格的督查奖惩机制，实施了一系列保证医疗质量的措施和方法。对照创建“群众满意医院”活动考评标准，根据有关的法律法规，结合我院实际情况，完善有关的管理规定和制度。制定了《突发公共卫生事件应急处理预案》、《医疗纠纷防范预案》、《医疗纠纷处理预案》、《导诊岗位服务规范》等一系列制度及措施。

(3)加强了法律法规的学习和教育。今年全院共组织了医护人员300多人参加有关医疗纠纷防范与处理的学习班，广泛开展

《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国护士管理办法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》等法律法规的学习和教育，多次派出医疗管理人员参加全国性和全省组织的“医疗事故防范与处理”、“医疗文书书写规范”、“处方管理办法”等学习班，并对全院医务人员进行了多次相关法律法规的培训和考试。

(4)进一步规范和提高医疗文书的书写质量，认真贯彻落实卫生部的《病历书写基本规范(试行)》和我省出台的《病历书写基本规范(试行)实施细则》，医院加强了对病历质量的检查工作：一是院领导经常不定期抽查运行病历和门诊病历，多次组织本院检查组督查病历质量，对不合格的病历通报批评，并给予经济处罚。二是各科主任对住院病历进行经常性的检查，及时纠正病历质量问题。三是质控科对每份归档病历进行终末质量检查，每月对病历质量情况进行小结并通报全院。四是病案管理委员会加大了管理力度，针对病历质量存在的问题进行专题讨论，制定了整改措施，督促及时整改。20xx年共检查病历5987份，其中质量病历5551份，有7份为乙级病历，未发现丙级病历，病历甲级率为99.8。全年病历质量较好的科室有内科、儿科、妇产科、急诊科。

\*年全院书写病历数最多的前三名医生分别是：儿科的朱树森，255份、儿科的叶林海，248份、外一科的范地福，211份。全年科室病历总数位居前三位的是：儿科：1219份，外一科：859份，外二科：846份。

(5)认真落实三级医师查房制度。三级医师查房的质量，与医院整体医疗水平息息相关，只有三级医师查房质量的不断提高，才能保证医院整体医疗水平的发挥，减少医疗纠纷，促进医院医疗工作的健康发展。根据有关规范要求，结合我院实际情况，今年重新制定了三级医师查房制度，实行了分管院长业务查房制度，加大了对三级医师查房制度落实情况的督查力度，有效地提高了我院的诊疗水平。

(6)进一步加强了围手术期的管理。围手术期管理是保障外科病人医疗安全的关键，医院按照制定的围手术期质量标准认真进行考评，提高了围手术期的医疗质量，有效地保障医疗安全。

(7)加强了临床用血管理工作。为确保临床用血安全，进一步规范了临床用血程序，在血库开展交叉配血试验，减少了病人用血的流程，提高了临床用血效率，完善了血库工作职能，严格执行配血和输血各项操作规程，杜绝了差错事故的发生。

## 医院医保科工作总结简报篇六

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。

20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx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。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

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。

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。

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。半年来，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。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足；对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

- 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（服务态度、医疗质量、费用控制等）。
- 2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。
- 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。

## 医院医保科工作总结简报篇七

### 一、领导重视，宣传力度大

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。

### 二、措施得力，规章制度严

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。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，接受群众监督。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。

三、改善服务态度，提高医疗质量。

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。

我主要负责医院医保办公室的工作。这一年来，在院领导和同事们的支持配合下，我紧紧围绕医保工作特点和工作规律，认真履行自己的职责，集中大家的智慧和力量，扎扎实实地开展了各项工作，较好地完成了工作任务。

一、xx年的总结

我院医保工作于xx年2月底正式展开，到现在已经运行年，现将这一年的工作情况向院内作出汇报。

（一）xx年的工作

1、从2月份开展工作至今院内医保系统运行良好，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。

2、在医保单机运行开始阶段收费员在门诊操作中试验数据每人达到二十五次，操作正确无误，到12月21日底共计门诊结算医保1250人次，门诊数据上传准确，无上传错误信息。医院his系统改造后收费员积极的进行医保病人的收费操作练习，每人达到一百人次，6月份以后通过his系统完成医保病人收费720人次，数据录入准确，能够顺利的导入医保工作单机并上传。

医院全年接待医保住院病人52人次，顺利结算49次，现有医保住院病人2人，需要细致的做好病人病历、费用的审核工作。

3、关于持卡就医、实时结算的工作，全年共计参加市区组织的持卡就医工作、实时结算工作会五次，按照市区两级的要求顺利进行每一项工作。

4、对于院内的医保单机及时的进行补丁的更新安装，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，并定期更新。

## （二）存在的问题

1、我院现在医保住院病人少，对于医保住院结算这一部分收费人员没有细致的操作机会，操作不熟悉。

2、医保和his系统的数据对照工作还不能顺利的操作，导致医院的药房在有新的药品录入后不能及时的对照。

3、医院新入职人员对医保工作不太熟悉，药品分类和诊疗项目不清楚。

4、对于持卡就医、实时结算工作了解较少，政策和操作方法不了解。



## 二、xx年工作计划

- 1、针对xx年发现的问题制定针对措施并实施：加强收费人员的操作能力，做好院内数据库的对照，及时的对院内人员特别是新入职员工进行医保知识政策的培训。
- 2、按照市区两级的要求做好持卡就医、实时结算工作的顺利进行，保证我院医保工作的顺利开展。
- 3、做好医保数据的上传工作，指导收费人员进行医保数据的上传工作，做到每人都能够独立的完成数据传输上报工作。

### 一、建立医疗保险组织

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2000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。

二、执行医疗保险政策情况 2011年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人 人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx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。CT、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

### 三、医疗服务管理工作

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。

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。半年来，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。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足；对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

## 六、明年工作的打算和设想

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（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。

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。

## 一、领导重视，宣传力度大

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。

## 二、措施得力，规章制度严

管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。

三、改善服务态度，提高医疗质量。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。

## 医院医保科工作总结简报篇八

时光转眼即逝，紧张充实的一年已过往了。在这一年里，我在医保科工作着、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进步。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！

作为收费员这个岗位，天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纵，不需要很高的技术含量，也没必要像其它科室的医生要承当性命之托的巨大压力，这也许也是大家眼中的收费工作吧。

实在收费员的工作不只是收好钱，保证正确无误就能够了，收费员不但代表着医院的形象，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东风的服务，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，同时更多的把握医保政策。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，发现题目多反馈。

一、进一步进步服务水平，减少过失，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的嘉奖。

二、认真的学习医保知识，把握医保政策，依照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的预备工作。

三、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的地方，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，在此我祝贺我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

## 医院医保科工作总结简报篇九

时光转眼即逝，紧张充实的一年已过往了。在这一年里，我在医保科工作着、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进步。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！

作为收费员这个岗位，天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纵，不需要很高的技术含量，也没必要像其它科室的医生要承当性命之托的巨大压力，这也许也是大家眼中的收费工作吧。

实在收费员的工作不只是收好钱，保证正确无误就足够了，收费员不但代表着医院的形象，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东风的服务，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，同时更多的把握医保政策。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，发现题目多反馈。

一、进一步进步服务水平，减少过失，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的嘉奖。

二、认真的学习医保知识，把握医保政策，依照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的预备工作。

三、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的地方，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，在此我祝贺我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

## 医院医保科工作总结简报篇十

一、建立医疗保险组织 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。

二、执行医疗保险政策情况 执行医疗保险政策情况 疗保险政策20xx 年 6-xx 月份， 我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金 xxxxx 万元，门诊刷卡费用 xxx 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。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达 60%以上。



三、医疗服务管理工作 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。

四、医疗收费与结算工作 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 20xx 年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。

五、医保信息系统使用及维护情况 按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，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。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性 认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈 的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对 慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保 人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这 些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管 理、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

六、明年工作的打算和设想 明年工作的打算和设想 工作的打算和  
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（服务态度、医疗质量、费用控制等） 。

2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。

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。