

# 最新医保工作总结 医保个人工作总结 (模板8篇)

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况加以总结和概括的书面材料，它可以明确下一步的工作方向，少走弯路，少犯错误，提高工作效益，因此，让我们写一份总结吧。那么我们该如何写一篇较为完美的总结呢？那么下面我就给大家讲一讲总结怎么写才比较好，我们一起来看看吧。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇一

有健全组织。业务院长分管医保工作，有专门的医保机构及医保管理，网络管理等 主要制度，有考核管理办法并定期考核。设有医保政策宣传栏，意见箱，导医图及医保政策主要内容。公布了常用药品及诊疗项目价格，按时参加医保培训，有特殊材料、职工家属转诊转院审批记录。

xx月份，我院共接收铁路职工住院病人760余人次，消耗铁路统筹基金335万元，平均每月30.5万元，比略有下降。药品总费用基本控制在住院总费用的46%左右，合理检查，合理用药，基本达到了要求，严格控制出院带药量，严格控制慢性病用药及检查项目。在今年五月份医保中心给我院下发了医保统筹基金预警通报，我院立即采取措施加强门诊慢性病管理及住院病人的管理，控制药物的不合理应用，停用部分活血化瘀药品及抗生素。每次医保检查扣款均下发通报落实到科室或个人。先后扣款四次，共计3700多元，涉及4个科室，三个人。对门诊慢性病处方每月检查，及时纠正不合理用药。通过加强管理，使医疗费用的增长得到控制，一至三季度统筹基金清算月平均逐月下降，三季度统筹基金降到月均28.3万元。彩超等大型检查阳性率达60%以上。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。住院处统一保管ic卡，病区统一保管医保手册；实

行三级核对患者金额身份制度，严格核对ic卡及医保手册，严防冒名顶替现象发生，一年来没有发现违规情况的发生。

有门诊慢性病专用处方，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，病历归档保存，门诊处方由要放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项目，由家属或病人签字同意方可使用。今年6—7月份，医院先后为101人，150人次办理慢性病审批手续，在8月份结束了1700多人的铁路职工体检工作。

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xx月份，医院按照社保处的要求，及时更新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。

信息科及保健站按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。一年来，系统运行安全，未发现病毒及错帐、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。但也有不足之处，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，由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。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、及时请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇二

1、在院长和分管院长领导下，负责全院社会医疗保险（城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合、工伤生育医疗保险、老干部医疗保险等）的全面管理工作。

- 2、以与县医保中心签订的《医保服务协议》为准则，结合医院实际，制定医院医疗保险管理工作计划和医保各项管理制度。
- 3、执行市医保各项政策和管理规定，有计划，有针对性的组织各类人员业务培训。
- 4、负责向科室人员传达上级主管部门及医院各种政策精神，定期检查临床各科室对医保政策的执行情况。
- 5、加强医疗保险政策宣传，及时更换医疗保险政策宣传栏，根据医疗保险各项工作实施情况，定期召开医保会议。
- 6、负责监督、指导、检查、评价各临床科室医疗保险各项工作的落实情况，处理好医院、医保中心、患者之间相关事务。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇三

### 一、医疗保险组织管理：

有健全组织。业务院长分管医保工作，有专门的医保机构及医保管理，网络管理等主要制度，有考核管理办法并定期考核。

设有医保政策宣传栏，意见箱，导医图及医保政策主要内容。公布了常用药品及诊疗项目价格，按时参加医保培训，有特殊材料、职工家属转诊转院审批记录。

### 二、医疗保险政策执行情况：

1—11月份，我院共接收铁路职工住院病人760余人次，消耗铁路统筹基金335万元，平均每月30.5万元，比略有下降。药品总费用基本控制在住院总费用的46%左右，合理检查，合理用药，基本达到了要求，严格控制出院带药量，严格控制慢

性病用药及检查项目。在今年五月份医保中心给我院下发了医保统筹基金预警通报，我院立即采取措施加强门诊慢性病管理及住院病人的管理，控制药物的不合理应用，停用部分活血化瘀药品及抗生素。每次医保检查扣款均下发通报落实到科室或个人。先后扣款四次，共计3700多元，涉及4个科室，三个人。对门诊慢性病处方每月检查，及时纠正不合理用药。通过加强管理，使医疗费用的增长得到控制，一至三季度统筹基金清算月平均逐月下降，三季度统筹基金降到月均28.3万元，彩超等大型检查阳性率达60%以上。

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。

住院处统一保管ic卡，病区统一保管医保手册；实行三级核对患者金额身份制度，严格核对ic卡及医保手册，严防冒名顶替现象发生，一年来没有发现违规情况的发生。

### 三、医疗服务管理：

有门诊慢性病专用处方，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，病历归档保存，门诊处方由要放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项目，由家属或病人签字同意方可使用。

今年6—7月份，医院先后为101人，150人次办理慢性病审批手续，在8月份结束了1700多人的铁路职工体检工作。

### 四、医疗收费与结算：

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11月份，医院按照社保处的要求，及时更新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。

信息科及保健站按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。一年来，系统运行安全，未发现病毒及错帐、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。

但也有不足之处，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，由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。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、及时请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇四

关于校园清洁卫生检查和管理。

1. 做了以下工作：

(1) 给各年级发放了新制的卫生值周挂牌；

(2) 给各班发放了清洁卫生工具；

(4) 明确了责任公区卫生划分，贴出了“操场公区卫生责任划分彩图”

以上工作，从物质上和制度上保证了随后的卫生检查工作的开展。

2. 坚持每天全校全面卫生大检查，作记录，打分，公布。

(2) 对未做好清洁的区域进行复查；

(3) 配合有扣分疑问的师生，查阅扣分档案。

1. 坚持每天进行全校疾病晨检和记录。

2. 对传染病患者，作晨检记录，疾控记录，提出隔离要求；嘱咐涉及班师生预防性服药。

3. 购买消毒灭菌药剂和工具，安排对传染病涉及场所进行消毒灭菌喷药处理。

1. 参加了学校要求的“全校清洁卫生大扫除”的组织、安排和检查工作。

2. 根据学校实际需要到批发部购买业务必需之药品、洁厕剂、洁厕靴、灭害灵、消毒灭菌剂、喷药器等清洁卫生用品。

3. 参加并组织由学校安排的，相关单位组办的“卫生安全”宣传活动，向学校领导汇报相关情况。

4. 积极开展计划生育工作，认真发放计生药品。

(一) 上好每节健康教育课。按照教育局和学校的安排，每学期期间周一节健康课。教师做到了有教案、有笔记、有备课，学生做到有作业，并按时完成。每节健康课都能按新课的理念完成，做到活泼生动、形式多样，丰富多彩，激发了学生浓厚的学习兴趣，从而到达了提高学生身心健康的教育目的。

(二) 每学期定期对全校学生进行一次健康检查活动。建立健康手册，并把检查结果登记在册。然后，对检查结果进行统计分析，发现状况，及时与家长沟通，做到疾病早发现，早诊断、早治疗。对一些学校常见病、多发病的分析结果与上

学期进行对照分析，查找原因，寻求最佳解决方案。

(三)根据我校本学期学生中出现的“风疹”病情，有正对性的做好宣传教育工作。利用各班级的多媒体播放有关“风疹”及其他传染病的发病特征、临床症状、传播途径及预防措施。使广大师生对传染病和流行病有了务必的了解和认识，做到了用心预防。并对各班级教室定期用过氧乙酸进行空气消毒，有效的遏制了传染病和流行病的传播和流行。

(一)组织了全校育龄妇女参加了市计生协会举办的为全市育龄妇女免费生殖健康普查活动。查后，建立了我校育龄妇女生殖健康档案，到达了为我校育龄妇女妇科疾病早防早治的目的。对发现疾病的妇女进行了跟踪随访服务，减少了并发症的发生，保障了育龄妇女的生殖健康。

(二)确保药具发放及时，并做到跟踪回访，大大减少了我校育龄妇女意外怀孕的机率。使我校育龄妇女在本学期内无一人意外怀孕及流产现象，群众满意率达95%以上，贴合政策生育率达100%。

(三)每年按时为独生子女家庭做独生子女费并及时发放，无漏报现象。完成了区计育办下发的独生子女家庭意外伤害保险服务，减轻了独生子女家庭的后顾之忧。

(四)为我校二位准孕妇女争取了免费孕前优生健康检查服务。做到了为育龄妇女带给优生优育的良好服务。

总之，本学期的工作任务，在广大师生的共同发奋下，得以尽职尽责的完成了。期盼下学期有个良好的开端！

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇五

1、我中心成立有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理小组，具体负责基本医疗保险日常管理工作。

2、各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料按规范管理存档。

3、医保管理小组定期组织人员对参保患者各项医疗费用使用情况进行分析，发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。

4、医保管理小组人员积极配合医保局对医疗服务价格和药品费用的监督、审核，及时提供需要查阅的医疗档案盒相关资料。

2、对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为发生。

3、对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。

4、对就诊人员要求或必须使用自费药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。

5、严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。

6、达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。

7、门诊处方、出院病历、检查配药情况均按规定执行。

8、严格执行基本医疗保险诊疗目录管理规定。

9、严格执行基本医疗保险服务设施管理管理。

10、我中心信息管理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统维护方面也较完善，并能及时报告并积极排除医保信息系统故障，确保医保系统的正常运行。



11、对医保窗口工作人员操作技能熟练，医保政策学习积极。

12、医保数据安全完整。

13、医保管理小组不定期对我中心医保患者病历进行检查学习，对不能及时完善病历的医生作出相应的处罚，并在分管领导的监督下进行业务学习。

1、严格执行医疗收费标准和《医保定点服务协议》规定的日均费用、次均住院天数。

2、严格掌握出、入院标准，未发现减低住院标准收治住院、故意拖延出院、超范围检查等情况发生。

3、严格按照《医保定点服务协议》收治外伤住院病人，及时向保险公司报备外伤报备表。

4、每月医保费用申报表按时报送。

5、合理科学的控制医疗费用增长。

1、定期积极组织我中心各科室、卫生室、卫生服务站人员学习医保政策，及时传达和贯彻有关医保规定。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放医保政策文件资料，中心内部工作qq群等。

近几年来，我中心外科、内科、康复科业务技术快速发展，医疗设备更新，医护人员增加，新技术不断增加，加之我中心报销比例高，在业务技术、服务质量、服务态度、就医环境上都得到了社区居民和患者的认可。

历年来，我中心住院患者多数是辖区外的，条件的改善，使外科手术及内科急重症患者在不断增加，辖区外到我中心住

院的患者也在大量增加，中心总住院患者也在增加。

总之，通过20xx年的医保工作，我中心还存在很多不足之处，我中心将在上级政府及医保主管部门的领导下，抓好内部管理，改正存在问题，把我中心的医疗工作做得更好。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇六

### 一、工作开展情况

（一）强化组织领导，形成推进合力。区委、区政府始终把推行城镇居民基本医疗保险工作作为一项重要的民生工程来抓。根据工作需要和人事变动，及时调整充实了工作领导小组，进一步明确职责分工。各乡镇街道、有关部门也相应成立了组织，做到单位主要负责人亲自抓、负总责，分管同志具体抓，一级抓一级、层层抓落实，形成了上下齐心协力、共同推进工作的新格局，全力以赴做好城镇居民基本医疗保险工作。为确保市里下达我区10.3万人参保目标任务任务的完成，区政府分别与15家责任单位签订了责任状，将目标任务进行了分解下达，量化、细化，实行划片包干、专人负责，形成了工作推进合力。

（二）加大考核投入，夯实工作基础。区里高度重视医保工作人员配备和资金投入，每个乡镇、街道、社区都配备了专项协管员充实医疗保险工作队伍。区、镇（乡）两级财政加大资金投入，用于购买、维修电脑、打印机及相关办公设备，为建立网络联接和信息采集录入提供了必要的资金支持，区人社局还为全区基层所有400多名工作人员制作了工作牌，配备了工作袋、纸笔、毛巾、肥皂、水杯及防暑药品。结合工作开展情况，我局适时成立考核组，深入街道社区，对所有公益性岗位209名协管员的工作情况进行考核，严格兑现奖惩，调动了广大基层工作人员的积极性和主动性。为提高基层经办人员的业务素质和工作能力，我们分两批举办全区城镇居民基本医疗保险业务骨干培训班，邀请市有关部门专家对所

有一线工作人员进行政策、经办业务、微机操作等全方位培训。经过培训，广大基层工作人员掌握了参保工作的相关政策、工作流程及工作方法、技巧，方便了居民参保，保证了城镇居民基本医疗保险工作高效、顺畅进行。

（三）健全制度保障，量化操作规程。在精心准备的前提下，我区于5月13日提前启动医疗保险参保工作，并通过一系列制度保障，推进医保工作任务落实。一是建立联系点制度。针对任务重、拆迁范围大、外出务工人员较多的实际情况，局里要求全体机关工作人员都要深入一线，与乡镇、街道及有关单位建立联系点，分片包干，每周至少深入基层3次，指导和督查医保工作开展情况。二是建立工作例会制度。我们每周召开一次局机关工作例会，每两周召开一次社保所长调度会，要求工作人员对掌握的基层医保进展情况进行通报和反馈，并要求基层每天上报医疗保险参保进度表并进行排序。对工作先进单位及时给予通报表扬，将好的做法和经验在全区推广，对工作滞后单位进行督查调研，帮助理清工作思路，及时解决发现的问题和难题。三是建立奖惩制度。为进一步提高工作人员的积极性和工作效率，我们制定医保工作奖惩制度，以工作实绩论英雄，如对全区完成参保任务前三名的社区分别奖励3000元、2000元、1000元；对未能完成任务的社区、社保所给予通报批评，并将结果与协管员年终考核挂钩。健全的制度保障，严格的制度落实，保证了我区社区居民医保工作顺利推进。

（四）广泛宣传发动，营造良好氛围。针对不少群众不缺参保费用，而少政策知晓的情况，我们把宣传工作作为城镇居民基本医疗保险工作的突破口。在动员阶段，利用多种方式，开展集中宣传活动。如在做好散发宣传单、设置宣传栏等常规宣传攻势的同时，在人员密集的蔡新路街头租用电子屏幕，设立医保宣传专栏，全天候滚动式播出居民医保待遇内容和申报缴费时间、地点；开通咨询电话，及时解答居民医保政策咨询；创办医保工作专刊，及时反映全区医保工作部署、进展情况及基层工作动态。进入实施阶段，动员各方面力量，

积极开展医保宣传“六进活动”，即进社区、进家庭、进校园、进医院、进企业、进工地，面对面宣传，点对点对接。通过多形式、全覆盖的宣传活动，真正做到了医保宣传村不漏户、户不漏人、家喻户晓、人人皆知，城镇居民参保踊跃，为参保任务如期完成创造了条件，奠定了基础。

## 二、几点体会

（一）领导重视是关键。区委、区政府高度重视城镇居民医疗保险工作，认真贯彻落实市政府的动员会议精神，从实践科学发展观的高度，切实解决居民“看病难”问题，把城镇居民医保工作纳入区政府重要议事日程，为开展城镇居民医保工作提供了良好的组织环境。从实际工作推进来看，哪里和单位领导重视到位，措施得力有效，工作开展就有声有色，任务完成就更加顺利。

（二）宣传发动是基础。“城镇居民医保”是民生工程，更是民心工程。因此，广泛宣传，深入发动，正确引导，取信于民，最大限度地取得群众的认可，让尽可能多的居民自愿参加，是搞好这项工作的基础。只有通过宣传，使广大群众对城镇居民基本医疗保险的重要意义、参保的相关程序和所享受的优惠政策等有一个全面的了解，进一步扩大政策影响力，提高政策透明度，营造良好舆论氛围，才能实现广大群众主动参保、自觉续保。

（三）协同配合是保障。积极主动与相关部门联系，做好沟通工作，在制度方案制定前广泛征求乡镇、街道、教育、残联等部门意见，获得相关部门的大力支持和配合。做到既各司其职，又密切配合，步调一致，形成合力，有效推进各项工作的落实。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇七

### 1、统一思想，精心组织准备

我局领导高度重视驻区大学生参加城镇居民基本医疗保险工作，把它作为加快我区医疗保障体系建设，实现居民医保全覆盖，改善民生，构建和谐社会的一项重要内容来抓。为切实做好此项工作，我局多次召开专题会议，全局工作人员统一思想，紧紧围绕如何保障大学生医保待遇，如何方便快捷地完成大学生办理居民医保参保业务工作进行了讨论。在具体业务经办上，注重方便高校参保和切实保障大学生待遇相结合，制定了相关业务经办流程，并提出了许多行之有效的建议，同时还专门在业务大厅设立在学生医保窗口，为大学生参保工作顺利开展奠定了基础。

## 2、统一大学生门诊统筹政策制度

在市医疗保险局的精心指导下，我局多次深入各大专院校，对大学生参加城镇居民基本医疗保险工作进行了调查摸底。我局多次组织各高校召开了大学生参加医疗保险的座谈会，根据各高校提出的意见和建议和校医院统计的大学生年门诊量、人均门诊费用，我局坚持基本满足大学生门诊需求，与现行管理制度相衔接的原则，制定了全市统一的大学生门诊统筹政策制度。大学生普通门诊发生的符合“三个目录”的医药费用，由门诊统筹基金补偿80%，其余20%由个人承担，参保大学生门诊年度统筹补偿最高限额为130元。

## 3、统一费用结算办法

根据高校校医院实际情况，我局积极主动为驻市各高校校医院申请认定医疗保险定点医疗机构，建立了以高校医疗卫生资源为主体，充分调动社会医疗资源共同参与的机制。大学生凭学生证和医疗保险ic卡在签定了定点服务协议的本人所在高校医疗机构刷卡就诊，按规定只需支付门诊个人应负担部分，门诊统筹基金支付的费用由医保经办机构每季预付给高校医疗机构，年终进行结算。我局以高校实际参保人数，按照每人30元的划拨标准，采取“年初预算、季度预付、年终结算、定额包干、超支不补”的管理办法，由高校包干使

用门诊统筹资金。为确保门诊统筹基金全部用于大学生门诊治疗，大学生门诊统筹基金当年结余率不得超过10%，结余部分由高校结转下年度使用。

#### 4、统一软件系统和网络信息化建设

我局对全市参保大学生参保档案信息全部录入赣州市医疗保险信息系统管理，对已经认定为医保定点医疗机构的高校校医院统一安装了赣州市医疗保险信息系统医院客户端，参保大学生档案以及大学生就医服务全程网络信息化管理。

#### 5、统一大学生医保卡发放，实行刷卡消费、实时结算

我局精心组织工作人员统一对参保大学生印制了医疗保险ic卡，并根据学校上报名单，精确到班级分类发放至各高校。参保大学生在享受医疗保险待遇时，只需持本人学生证以及医保ic卡到定点医疗机构刷卡就诊，在就诊完毕时即可直接报销，实时结算。

#### 6、统一报表及资料交接，强化监管

我局根据大学生就医情况，设计了全市统一的大学生门诊、住院等相关信息报表，报表由医疗保险信息系统自动生成，并规定高校校医院报表及报表材料每月一送、每月一审，通过医疗保险信息系统实时监管报销信息，通过报销材料逐一审核信息，强化监管，确保门诊统筹基金安全运行。

驻区大学生参加城镇居民基本医疗保险工作还存在着一些困难和问题，主要表现在：人少事多，医保卡制作发放进度缓慢。大学生参保人数众多，相关材料数据庞杂，而我局工作人员相对不足，医保卡制作信息整理、白卡激活以及按班级分类发放等工作需要时间长，发放速度慢。同时由于我市已经实施了城镇居民大病补充医疗保险政策，普通参保居民参加城镇居民大病补充医疗保险保费从家庭门诊补偿金中抵缴，

但由于大学生实施了门诊统筹制度，无家庭门诊补偿金，参加居民大病补充医保费用需由个人另行缴纳，有部分在校大学生存在抵触心理，不愿缴纳参保费用。

## 医保工作总结 医保个人工作总结篇八

这一年来，在院领导和同事们的支持配合下，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）2019年的工作

1、组织相关人员及全体医护人员于05月24日下午进行收看，进一步学习分析视频中的案例，对严厉打击欺诈骗保自查自纠工作进行推进，学习各项医保政策，严格按政策文件要求进行考核，通过讲座、咨询、媒体等宣传方式做到参保群众家喻户晓、人人皆知，营造“不敢骗、不想骗”的氛围。

2、每月编制医保稽核计划表，自9月份开始每天都有医保稽核人员，始终保证医保稽核工作顺利进行。参麦和脉络宁注射液仅限二级以上医疗机构使用；希刻劳限14岁以后儿童使用；可威：力蒙欣；金水宝片和百令胶囊；盖三淳必须根据《药品目录》要求有明确指征用药，自费除外。自4月份区医保局上智能预警系统后，预警红细胞沉降率、便携式血糖仪、气压治疗、鼻饲管置管、关节穿刺术、红外线治疗、肌肉注射、类风湿因子、引流管冲洗项目财务科给予反馈，我院为电脑自动四舍五入价格，编码对应错误，已经手动调整。

3、今年12月15日，我院被列为全国异地结算定点医疗机构，并完成结算系统的安装和培训工作，目前可开展住院医保异地结算业务。跨省异地住院必须持身份证和医保卡联网。

4、贫困人口“关于落实上级有关部门文件要求完善我市医疗

商业补充保险制度的通知”，09月01日至09月30日“乙类药品、诊疗项目、医疗服务设施项目个人首先自付部分”，仍由医疗商业补充保险赔付，由医院先行垫付贫困人口负担的个人负担的个人首先自付部分，承保公司和医院进行结算补报。贫困人口已经结算相关费用的，由承保公司进行补报。其中建档立卡9人次，结算资金共计4350.41元。已在10月底全部完成。一站式结算低保19年上半年救助46人次，金额17328.09元；优抚对象2人次，金额682.91；贫困人口救助25人次，补充报销额18818.33。

5、自10月14日关于区医疗保险中心聘请第三方机构，采取“四不两直”方式进行复查，对复查过程中发现应撤床而未及时撤床的，按照按《潍坊市职工长期护理保险定点护理机构医疗护理服务协议》和《费用审核协议》有关条款予以扣费通知后，我院开展《长期护理服务自查自纠工作工作实施方案》，9月31日居家护理病号在床146人，入户评估后，经治疗好转后10月28日撤床41人，余105人。

6、自8月-12月30日上午9:30本年度居民门诊签约2739人次，累计18299人次。

## （二）存在的问题

1、未出台适合医保医师工作的奖惩机制，医保医师工作人员的积极性很大，但往往多次强调的问题上午一忙还是会出错，改善工作推进缓慢。

2、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。首次门诊签约政策不该总是宣传拿药报销50%，应告知辅助检查（ct、彩超、还有化验血等）报销50%，减少药占比，提高医院门诊收入。

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、及时向医保局请教，以促使我院的医疗保险



工作愈来愈规范。

## 二、2020年工作计划

1、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。

2、加强业务学习，做好院内医保知识的培训工作，带出一支专业化的医保队伍服务医院，服务病人，保证医院医保工作的顺利开展。

医保办

2019年12月30日