

2023年医保科年度工作总结 医保工作总结 (优秀7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。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？以下是小编为大家收集的总结范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

医保科年度工作总结篇一

(一) 门诊：

在职参保人员

- 1、首先在个人当年账户中支付；
- 2、个人当年账户资金不足支付部分，全额由个人现金支付，其中有历年账户支付，先从历年帐户开支。
- 4、当在起付线以上再自负500元时，以上部分回单位报销90%。

退休（退職）参保人员

- 1、首先在个人当年账户中支付；
- 2、个人当年账户资金不足支付部分，全额由个人现金支付，其中有历年账户支付，先从历年帐户开支。
- 3、当现金支付（包括历年账户）累计支付达到700元的门诊起付线时，由公务员医疗补助经费和公务员个人按比例分担，公务员医疗补助经费支付85%，个人负担15%，建国前参加革命工作的老工人，由公务员医疗补助经费支付95%，个人

负担5%。

4、当在起付线以上再自负500元时，以上部分回单位报销95%。

（二）住院和规定病种门诊：

1、起付标准以下的医疗费用，首先在个人历年帐户中支付，个人历年帐户资金不足支付部分，由公务员医疗补助经费和公务员个人按比例分担，在职人员由公务员医疗补助经费支付80%，个人负担20%；退休（退职）人员由公务员医疗补助经费支付85%，个人负担15%；建国前参加革命工作的老工人，由公务员医疗补助经费支付95%，个人负担5%。

2、一个年度内，个人负担部分之和（包括住院起付标准），在职人员最高为1000元，退休（退职）人员最高为800元，超过部分由用人单位给予补助（全额）。

离休干部不存在自负部分，也就是说自理和自费。自理原来是自己垫付回单位报销，目前的操作是医院直接挂帐，由医院向医保中心结算；自费部分仍然由自己承担。

1、医院选择：原先选定是一年更换，目前操作都可以的。

2、门诊：根据医院等级，不设起付线。

3、住院：根据医院等级，不设起付标准。

医保科年度工作总结篇二

20xx年要在阆中市市委、市政府及市卫生局和市医保办的领导下，以党的十九次全会精神为指导，深入贯彻《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，结合《阆中市新型医疗保险实施细则》精神，加大力度，加快进度，推进我医院医疗保险制度建设和农村卫生服务体系建设，

促进农村卫生事业的改革与发展。

根据我医院实际，在已出台的《阆中市医疗保险实施方案》的基础上，尽快完善医疗保险相关配套政策和规定：通过相关配套制度的建立，构筑医疗保险基金收支平稳运行的保障机制。

加强学习，加大工作力度，加强分类指导和经验交流。注重对医疗保险各项工作的研究，发现和解决出现的新情况、新问题。

根据卫生部办公厅关于《医疗保险信息系统基本规范》的通知精神，逐步完善我医院医疗保险信息网络。加强信息管理，完善信息统计制度。及时了解网络运行情况，进行数据汇总，为政策调整和决策提供科学依据。

按照《卫生部办公厅关于加强医疗保险定点医疗机构医药费用管理的若干意见》的要求，采取综合措施，加强对医疗保险定点医院服务行为的规范化管理。建立和完善医疗保险定点医院服务收费和服务行为监管机制。努力降低医疗费用。

制定详细的培训计划和内容，通过集中培训、网络培训、专题讲座等方式，加强对医疗保险经办人员和医护人员的培训和指导，提高医疗服务水平。开展对培训工作的专门督导检查 and 效果评价，保证培训工作取得实效。

配合市药品监督管理局和卫生局，狠抓了药品质量监督网络和药品供应销售网络建设，为病人提供质量安全可靠、价格比较低廉的药品。

七、进一步加大宣传力度。

医保科年度工作总结篇三

其中城镇职工门诊收入 元，城镇职工住院收入 元，城镇居民门诊收入 元，城镇居民住院收入元。现将我院医疗保险工作总结如下：

院领导高度重视医疗保险工作，调整和充实了医疗保险科工作人员编制，加强了医疗保险工作的管理力度，形成了齐抓共管，共同推进的局面。对于在医疗保险工作中出现的问题，认真组织临床科室和医务人员进行学习和讨论，不断加强了医疗保险管理的各项工作。

（一）加强医疗保险患者的就诊管理

医院对所有参保患者全部实行首诊负责制，全院医务人

员能够热情接待每位前来就诊的患者，认真进行身份和证件识别，做到人、证相符，从未发生过推诿参保患者就诊及劝导患者出院或转院的现象，深受参保患者的好评。医保科定期对科室参保患者身份进行验证，实行多环节把关，坚决杜绝了冒名顶替及挂床住院现象。全院医务人员能够做到实事求是，对于不符合住院条件的患者坚决不予收治，对就诊参保患者进行合理用药、因病施治，未出现诊断升级及分解住院的现象。

（二）加强参保职工的收费管理

医院根据社会发展需要，对患者的各项收费进行了信息化管理。实行了一卡通服务，在一楼大厅配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，同时也配置了查询系统，患者用就诊卡随时可以查询各项诊疗费用及每日清单，使每一位患者都能及时明了地掌握自己的费用使用情况。对于自费项目及药品的应用必须根据病情，如需要时必须征得患者本人及家属同意并签字后，方可使用

或执行，保证各项收费公开化、合理化。

（三）加强参保患者的药品管理

防感染用药上，尽量缩短使用抗生素时间，避免滥用抗生素。恶性肿瘤患者选择合理有效的化疗方案，视病情需要应用药物，尽量避免应用高档化疗药物，杜绝了化疗分解住院的现象，实现了真正的因病施治，合理用药。

（四）加强重症报告制度的管理

医院加强了对参保患者重症报告制度的管理，采取了对危重患者积极认真治疗，严格按医疗操作规定处理、合理检查、合理治疗，使患者得到及时准确的治疗。重症的申报实行专人负责、认真核实、严格把关，全年无违规现象发生。同时，医院设立了医疗保险鉴定委员会，按照转诊转院管理制度，本着对医、保、患三方负责的原则，严格执行转诊、转院审批手续。

（五）加强参保患者门诊高档检查的管理

医院严格控制参保患者百元以上（含百元）的高档检查审批制度。经治医生能够做到检查申请单由参保患者签字，开方由医生审核、做检查由操作人员负责审核，坚决做到人、证相符，杜绝了冒名顶替现象。医院按照规定并结合患者病情选择适当检查项目为患者检查（如：放射线、CT、彩超等），使患者真正得到因病施治，避免了无诊疗意义的各项高档检查。

置了专职人员进行门诊放化疗申请的审批管理及二次开机入院的审核登记。参保患者的门诊化疗用药，医生必须提前给予申请审批，并将相关材料准备齐全，审批回报后方可门诊开药。二次开机入院的参保患者必须携带项目填写完整的二次开机申请单、出院证、医保结算单等相关材料方可到医保

局开机解锁。

（七）加强医疗保险工作的管理、制定考核制度

今年医院加大对参保患者住院费用的审核力度，指导各科室医生规范书写病历，合理用药，按规定使用卫生耗材，并制定了严格的管理办法；对于出现的问题及时发现，及时整改并通过院内oa网每月予以通报处罚，使各临床科室能够及时准确地了解并掌握城镇职工、居民、学生儿童保险的有关政策及相关业务知识，便于各科室工作的改进。合理地安排医保科工作人员每周不定时下科室进行抽查，对参保患者进行医保政策的宣传和讲解，及时解决出现的医保问题，检查有无挂床及冒名顶替的现象，保证无患者上访现象发生，使医院的医疗保险工作进一步得到了完善。

（八）加强医疗保险财务、信息的管理

收入进行汇总和财务报表，做到医保财务收入与返款账

账相符。医院加大了信息化管理，进一步完善了医疗保险的微机软件系统，增加了院内药品及各项诊疗项目的维护，使临床医护人员能合理规范地应用医保目录内药品及诊疗项目，减少了工作中的不便。

（九）认真落实医疗保险的政策及文件，加强知识培训 对医疗保险局下发的相关文件和规定，医院均给予高度重视，领导传阅后及时传达给相关科室，让各科室及时掌握精神，尽快落实到临床工作中，做好医疗保险工作。对于医疗保险局召开的医疗保险工作会议，会后院长都要专门听取医保科长会议情况汇报，根据会议精神结合医院的具体情况，安排部署下一步工作。院长在每次院周会上，都根据医疗保险工作的情况汇报，针对医院各科室在医疗保险工作方面存在的共性问题，及时提出整改的意见和办法。对于在医疗保险工作中出现的疑难问题，我们能及时请示医疗保险局相关主管部

门，协调临床各科室做好对患者的解释工作。

20xx年医保科除每月在oa系统进行医保知识和相关文件的学习外，针对各临床科室的具体情况，利用早会逐科室走访的形式为医护人员进行了“医疗保险相关知识和规范”、“工作中需要注意的问题”、“实际工作中存在的问题”等知识的讲解。

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. 努力开通舞阳和临颖职工居民医保，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。

医保科年度工作总结篇四

20__年上半年医保科在院领导高度重视与指导安排下，在各职能科室、站点大力支持帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工

作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算人次，费用总额，医保支付总额，20__年医保住院支付定额910万元，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

一、院领导重视医保，自身不断加强学习

为保障医保工作持续发展，院领导高度重视，根据医院工作实际，加强组织领导，建立了由分管院长负责的医院医保管理工作领导小组，全面组织安排医院医保工作，各站点、门诊主任为医保工作第一责任人，负责本站点医保工作管理，同时指定各站点医保联系人，重点联系负责本站点门诊医保制度具体实施。自己作为医院医保科负责人，深知医疗保险工作的重要性，医保工作的顺利开展运行，其与医院整体及职工、参保人利益息息相关，所以自己不断加强医保业务学习，不断提升对医保工作正确的认识，在领导与同志们的关心帮助下，积极投身于医院医保工作中，敢于担当，任劳任怨，全力以赴。

二、加强政策落实，注重协调沟通

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，将医保定点医疗机构服务协议逐一印发至各站点、门诊，将医保相关动态新政策及时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，认真督促指导学习落实相关内容，结合绩效考核，检查落实医保政策学习实施工作。

医保工作与医院各项医疗业务统一相联，所有工作的开展落实离不开相关科室的支持与配合，特别是财务科、信息科、医务科、药械科、办公室等其他相关科室都给予了大力支持与帮助，才使得全院医保业务工作正常开展。同时也着重加强与人社局医保处的工作联系，争取在政策允许范围内，最

大程度的保障医院医保相关利益;上半年, 医保处对我院各项医保工作也给予了大力指导和支持, 促进了医保工作的有序开展, 利用夜校时间, 联系医保处来我院针对门诊统筹等相关医保政策的落实进行了全面讲解, 更好保障了医保惠利报销政策在我院的推行, 不断吸引医保患者来我院定点就医。

三、不断提升医保工作主动服务能力, 各项医保业务有序运行

在医保工作中, 加强与各站点主任沟通, 全力主动为各站点一线做好医保服务, 特别是在门诊慢病联网结算初期, 不管工作多繁琐繁忙, 每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中出现的各种问题;每天都要数次往返市医保处, 联系对接各类工作, 保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺利运行, 确实保障慢病参保人在我院及各站点正常就医诊疗;主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣传, 不断下站点指导一线如何将医保“三个目录”与实际诊疗工作相结合, 让临床一线人员了解掌握医保统筹基金支付报销项目, 重视医保政策在我院的具体实施与落实, 提高医院医保服务能力和水平, 不断提高参保患者满意度;完成医院及所有站点医保定点机构资格的申报工作, 定点机构申报工作涉及的资料非常多, 加班加点按照上级相关要求准备予以申报, 顺利取得定点资格并签订协议;顺利迎接完成市医保处20__年度医保考核、20__年度离休记账费用的稽核工作, 同时配合市医保处做好了不定期的各种医保检查工作;积极联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题: 如各站点pos机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、医保网络运行故障等;主动解决了存在门诊统筹、慢病签约及结算、住院联网、项目维护等一系列问题, 对站点一线存在的医保相关问题, 能自己亲身去解决的, 绝不推诿, 全力以赴, 保障站点、门诊有更多的时间和精力全力投身于繁忙地一线业务工作中。

四、不断加强离休人员就医规范管理, 合理控制医保超支费用

离休干部作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休人员现有320余名，平均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水平不断提高，同时人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度；通过离休干部门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休干部记账费用中出现的违规项目，及时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持帮助下，通过his系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休人员控制管理的科学性与有效性；认真审核并控制离休人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

按照人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用制度，加强定岗医师诊疗行为监督管理，提升卫生信用能力，我院被市人社局评为卫生信用b级单位，并给予我院全市优秀定岗医师名额一名；不断加强新农合新补助报销政策的宣传与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利政策，我院也被市卫生局评为新农合工作先进集体。

六、存在的不足与问题：

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比

较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教导帮助与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

下半年工作打算及重点：

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务发展；

四、加大医保业务内部质控，特别是离休人员就医管理，制定完善离休人员管理一系列制度和措施，控制不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，认真学习，总结经验与不足，从细节入手，不断完善各项制度，更多更好地为站点一线、为参保人服务，为我院医保工作不断进步发展作出贡献。

医保科年度工作总结篇五

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用721477.37元；未结算3笔：费用24271.34元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，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。在09年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。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。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决□20xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台□sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

09年迎接区社保中心检查两次，09年9月14日区社保中心闫主任一行三人对医院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。09年10月15号区社保中心对医院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，09年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

5、09年是我从是医保工作的第一个年头，医院在摸索中进行医保工工作的开展，我也在摸索中负责医保工作，工作中还存在许多的问题。

1、医保基础知识的培训工作没有合理的安排，培训的知识不系统，导致院内员工对医保工作不太熟悉，药品分类和诊疗项目不清楚等问题的发生。

3、药房人员对医保药品目录不熟悉，院内药品目录更新不及时。

1、认真总结现在掌握的医保知识，做成系统的培训材料，分成医保政策规定、我院的情况、医保药品材料报销要求、医保处方病历的要求、医保实时刷卡的内容等几个方面进行院内医院医保知识的培训。

2、加强系统培训安排，每两个月组织全院人员参加一次医保知识培训，解读工作中存在的问题及不明事项。

从科室抽调人员加入医保管理委员会，形成院科两级的医保管理体系，对科室人员进行系统材料的强化培训学习，使之成为科室中医保工作的主要力量。每月定期组织院科室人员开会，了解工作中存在的问题及病人动态，及时沟通解决，保证工作的顺利开展，做好一线的保驾护航工作。

3、认真做好与市区两级社保中心的沟通工作，掌握医保动态，了解最新医保政策，及时做好传达工作。

4、关注医保实时刷卡的进展，认真学习相关知识，做好院内知识培训及操作培训工作，积极的做好准备工作，保证我院实施刷卡工作的顺利开展。

5、继续关注医保病人住院病历的审核工作，保证医保统筹基金顺利到账。

在20xx年这一年中我深深体会到医保工作将是以后医院医院发展中不可或缺的一个重要组成部分，这也是为什么多家医院在为一个医保定点单位的名额争得面红耳赤的。能够获得一个医保定点单位的的名额固然重要，其实更重要的是在成为医保定单位后按照医保的具体要求收治病人，认真审核病历，不超范围、超限制用药，保存好病人数据并及时上报。这不仅要求我作为医保的负责人要兢兢业业的工作，同时也要求院内所有的员工要把以报纸是学好用好，这样才能保证医院医保工作的顺利开展。

在医院中工作就需要有团结协作奉献的精神，在10年我将继续更加努力做好医保工作，同时认真的做好院内交办的其他工作，认真的参与到医院的发展管理中。我在工作中的不足之处，恳请院领导和同事们给与批评指正，您的批评指正将是我工作中前进的动力。

医保科年度工作总结篇六

20xx年上半年医保科在我院领导高度重视与指导安排下，在各职能科室、站点大力支持帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算xxxx人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算xxxx人次，费用总额，医保支付总额□20xx年医保住院支付定额910xxx万元，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

为保障医保工作持续发展，院领导高度重视，根据医院工作实际，加强组织领导，建立了由分管院长负责的医院医保管理工作领导小组，全面组织安排医院医保工作，各站点、门诊主任为医保工作第一责任xxxx人，负责本站点医保工作管理，同时指定各站点医保联系xxxx人，重点联系负责本站点门诊医保制度具体实施。自己作为医院医保科负责xxxx人，深知医疗保险工作的重要性，医保工作的顺利开展运行，其与医院整体及职工、参保xxxx人利益息息相关，所以自己不断加强医保业务学习，不断提升对医保工作正确的认识，在领导与同志们的关心帮助下，积极投身于医院医保工作中，敢于担当，任劳任怨，全力以赴。

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，将医保定点医疗机构服务协议逐一印发至各站点、门诊，将医保相关动态新政策及时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，认真督促指导学

习落实相关内容，结合绩效考核，检查落实医保政策学习实施工作。

医保工作与医院各项医疗业务统一相联，所有工作的开展落实离不开相关科室的支持与配合，特别是财务科、信息科、医务科、药械科、办公室等其他相关科室都给予了大力支持与帮助，才使得全院医保业务工作正常开展。同时也着重加强与xxxx人社局医保处的工作联系，争取在政策允许范围内，最大程度的保障医院医保相关利益；上半年，医保处对我院各项医保工作也给予了大力指导和支持，促进了医保工作的有序开展，利用夜校时间，联系医保处来我院针对门诊统筹等相关医保政策的落实进行了全面讲解，更好保障了医保惠利报销政策在我院的推行，不断吸引医保患者来我院定点就医。

在医保工作中，加强与各站点主任沟通，全力主动为各站点一线做好医保服务，特别是在门诊慢病联网结算初期，不管工作多繁琐繁忙，每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中出现的各种问题；每天都要数次往返市医保处，联系对接各类工作，保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺利运行，确实保障慢病参保xxxx人在我院及各站点正常就医诊疗；主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣传，不断下站点指导一线如何将医保“三个目录”与实际诊疗工作相结合，让临床一线xxxx人员了解掌握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在我院的具体实施与落实，提高医院医保服务能力和水平，不断提高参保患者满意度；完成医院及所有站点医保定点机构资格的申报工作，定点机构申报工作涉及的资料非常多，加班加点按照上级相关要求准备予以申报，顺利取得定点资格并签订协议；顺利迎接完成市医保处20xx年度医保考核□20xx年度离休记账费用的稽核工作，同时配合市医保处做好了不定期的各种医保检查工作；积极联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题：如各站点pos机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、

医保网络运行故障等；主动解决了存在门诊统筹、慢病签约及结算、住院联网、项目维护等一系列问题，对站点一线存在的医保相关问题，能自己亲身去解决的，绝不推诿，全力以赴，保障站点、门诊有更多的时间和精力全力投身于繁忙地一线业务工作中。

离休干部作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休xxxx人员现有320余名，平均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水平不断提高，同时xxxx人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休xxxx人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休xxxx人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度；通过离休干部门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休干部记账费用中出现的违规项目，及时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持帮助下，通过his系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休xxxx人员控制管理的科学性与有效性；认真审核并控制离休xxxx人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本xxxx人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

按照xxxx人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用制度，加强定岗医师诊疗行为监督管理，提升卫生信用能力，我院被市xxxx人社局评为卫生信用**b**级单位，并给予我院全市优秀定岗医师名额一名；不断加强新农合新补助报销政策的宣传与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利政策，我院也被市卫生局评为新

农合工作先进集体。

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教导帮助与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务发展；

四、加大医保业务内部质控，特别是离休xxxx人员就医管理，制定完善离休xxxx人员管理一系列制度和措施，控制不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，认真学习，总结经验与不足，从细节入手，不断完善各项制度，更多更好地为站点一线、为参保xxxx人服务，为我院医保工作不断进步发展作出贡献。

医保科年度工作总结篇七

医疗保险管理局：

我中心按照《xxx[20xx]69号》文件，关于20xx年度两定机构医保服务质量考核有关问题的通知，对照考核内容，我中心开展了自查自评，现将工作情况作如下汇报：

- 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。

1、 提供优质的服务，方便参保人员就医。

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。