

2023年村级医保工作总结 医保工作总结(优秀10篇)

总结的内容必须要完全忠于自身的客观实践，其材料必须以客观事实为依据，不允许东拼西凑，要真实、客观地分析情况、总结经验。优秀的总结都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？这里给大家分享一些最新的总结书范文，方便大家学习。

村级医保工作总结篇一

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做好准备予以申报，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。

村级医保工作总结篇二

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。

本学期在校领导的大力支持下，顺利而圆满地完成了各项工作，现将工作总结如下：

(一)上好每节健康教育课。按照教育局和学校的安排，每学期间周一节健康课。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！

村级医保工作总结篇三

今年4月1日起，我市医保结算方式发生了重大改革，最终根据《**市深化基本医疗保险基金支付方式改革实施办法（试行）》（太政办〔20xx〕30号）规定，我市住院医疗费用支付方式为实行总额控制下按人头与按病种结合的方式进行。根据每月人头数统计，我院基本能完成任务，现将我科医保工作总结如下：

一、带头遵守医院的各种规章制度，正确认识自己的定位，努力成为医保政策的宣传者，医院改革与医保改革的协调者，全院医务人员规范的引导者和监督者。

二、在主管院长的领导下，具体负责全院医疗保险工作，维护医保基金在我院使用的安全性和合理性。

三、严格遵守医保的有关政策规定，建立健全与医保要求相适应的内部管理制度。结合绩效考核，加强门诊和住院医保定额及医保政策执行的考核管理。

四、认真学习医疗保险政策，把医保政策紧密的结合到医院的各项工作中去。定期组织全院医护人员培训、学习新的医保政策一次。对全院所有业务行为予以实时监督和规范的同时，自觉接受市医保管理部门的监督。

五、管理人员职责分明，落实到位。每月及时处理分析医保中心智能审核系统发现的问题，从4月1日起，共分析反馈意见351条，发现问题及时督促整改。在做好日常事务的同时，经常深入科室和病区了解情况，发现问题及时沟通，不断完善医保管理工作。

六、每月编制各科室医保费用报表和医保收入核算报表；做好医保数据对账工作，确保与社保中心数据相符。分析各项医保考核指标完成情况，发现问题及时反馈到科室和个人，并向分管院长汇报。

七、协助医务科、药剂科等职能部门，加强对临床医保病人“三合理”规范性的检查。

八、积极做好参保病人的来访、举报及接待工作，耐心听取意见，详细地解释医保政策。帮助医保群众得到低耗、优质的医疗服务。对来访者的重要内容作好登记，一般情况在一个工作日内予以答复，重大问题在三个工作日内予以答复。

九、完成人力资源和社会保障局、卫计委及医院领导交办的其他任务。

村级医保工作总结篇四

各位领导、各位同行伙伴、各位来宾：

大家好！

下面我仅代表大庆市世一大药房团队，就大庆市世一大药房连锁有限公司沿湖城门店的医保服务等相关工作做出专题汇报，请提出宝贵意见。

大庆世一大药房连锁沿湖城医药分店成立于年月。于xx年被确立为全市医疗保险定点机构，至今已经有一年多。在过去

的一年中，我们被评为a级单位。这些成绩的取得要归功于市医保局一直以来的强力支持，归功于公司总部的积极协调以及门店所有同事的全心全意的付出。过去的xx年，我们大庆市世一大药房连锁有限公司沿湖城医药分店在市医保局的正确领导和广大参保人员的监督评议中，较好地完成了医保服务协议的各项指标，倾情关注，悉心关怀；深入理解，行动到位；执行有力，务求完美，过去的一年，我们秉承着对全体参保人员负责的精神，为这些顾客提供了质优价廉的产品以及我们更加优质的服务，具体工作如下：

大庆市世一大药房连锁有限公司始终把医保服务工作作为公司各项工作的最高着眼点之一，医保相关知识的各项学习我们每个月都在公司开展，每一周都在店面开展，每一天都在柜组开展。通过有条不紊的系统培训我们从公司的每一名领导到基层的每一名营业员、收银员都能认识到医保工作的平等性、安全性原则，从而保证服务质量创新服务水平，强化管理作用。

我们公司建立了完善的医保组织管理体系。由公司的几位总经理分别出任医保服务项目总协调人、总督察人，尽心尽力抓执行，由公司总经理直接领导的质量督察员一起抓落实。在我们基层门店以销售经理、店长、执业药师、质量检查员、物价审核查验员、营业员以及收银员组成的完整医疗机构也发挥的不可或缺的巨大作用。公司整体把控，店里仔细查缺补漏，一应安排有条不紊。

相关药品，执业药师首先把好处方审验关，营业员严格按照医保协议要求开具销售小票（信用小票），质量检查员和物价审核查验员分别对药品质量与价格进行检查和核实，店长最后汇总确认，定期回馈信息给销售经理和公司总部相关负责人，各司其职，责任落实到每一个执行人，服务细化到每一次医保咨询和购买行为。我们认为只有这样才是较好的履行了与市医保局签定的协议书所规定的责任和义务，应履行的义务我们现在和今后都必须要继续千方百计的落实执行好，

这点可以请广大参保群众共同监督并提出宝贵意见。

按医保协议的相关要求，大庆市世一大药房连锁有限公司以及我们沿湖城医药分店都将《医疗保险药品目录表》和各项管理服务新举措都陆续进行了上墙公示。我们先后公示了《医疗保险服务规范》、《医保凭证管理制度规范》、《医保结算管理制度》、《医保监督管理制度》、《医保日常工作管理制度》、《处方药管理制度》、《非药品的质量技术管理》、《营业员服务规范》、《收银员服务规范》、《店长当班检查规范》、《店面人员礼仪服务规范》、《药品进销存管理制度规范》等等。

制度上了墙大家随时学习就更加方便了。医药零售流通行业也和其它的零售领域一样也存在着人员周期性流动的问题。然而制度的公示就是要求每一名店面工作人员自觉学习，自我监督，新的员工入职后每天都都要自觉学习，店内每周，公司每月都定期进行学习检查，一方面是业务，更重的是服务，氛围创造好了，员工的思想意识与操作水准提升的自然也快了。

培训是一个合格的负责任的公司给员工提供的最好的福利。当然给员工培训好了，员工真正理解了，其最终的目的是会给所有医保参保对象，所有用药群众提供更加日臻完善的服务。学习型社会，学习型企业的建设和完善也是中央一直以来的明确要求，学习中求发展，发展好回馈社会。

大庆市世一大药房连锁有限公司在所有员工入职时都会安排3到5天的员工入职培训，除了新员工职业素养，市场营销公关，服务礼仪和客户导向，更重要的是医保和gsp质量技术操作培训。

而我们沿湖城医药分店除此之外，还要进行药品基础知识、店面cis管理，以及价格管理，药品法律法规方面的岗前培训。无论是否卖过药，无论以前是从事过店长等管理岗位历练，

还是初出茅庐的年轻应届学生我们都始终视培训为根基，把培训作为服务素质、个人素质提升的根本。

除了公司培训师，我们还积极组织员工到相邻省市找先进同行学习经验，安排拓展训练等新的培训形式，安排外面社会上的培训师来店有针对性的进行培训。

我们门店的骨干每年都能得到由公司牵头全国最具实力的行业培训机构“中国药店”以及附属机构的难得的培训机会，大家的的确确是提升了能力，开阔了视野，知道了医保参保人员到底有怎样的期待。我们究竟该如何细化。可以说为了全心全意服务好医保受惠人群和广大用药群众，我们一直在努力！

（一）市政医保的管理部门对于我们连锁门店相对其它同行要更加严格一些，我们一直把这一切看做对我们的鞭策。对于企业的经营行为市医保局要求我们奖优罚劣。事实上我们当然也是一直这样做的。每一次市局的对我们大庆世一大药房的考核，我们都在同时引为学习培训的重点，我们要求员工通过新形式，比如角色小品扮演，回看录像等新形式进行反复误操作确认和及时举办错误行为反思交流座谈会。

我们除了直接对责任人的经济扣罚还针对性的研究共性与个案，问题出现一个整改一个。我们还细化到许多整改行为的优先次序判断，要求务必迅速，研究细致，监督执行措施，以杜绝此类问题的再发生。现在奖惩制度已经在一直有力施行。违反医保政策的个人我们绝不手软，进行处罚，对于医保工作认真负责，勇于担当，成绩出色的个人我们当然给与重奖。做好自己，企业文化从某种程度上来说也是蔚然成风。

（二）向管理要效益，内部管理已得到了进一步的强化。我门店利用每天早晨固定的早例会时间，晚上也统一的晚例会期间，不忘对医保工作的宣传。细化的工作从一线开始贯彻发布，一线也理应更加熟悉。

（三）每月双周的周三是固定的门店医保专题例会时间，一年了，雷打不动。如遇国家法定假日就提早一天。总之出现问题得是要认真纠正，并且保证是第一时间。

（四）药品的验收、入库、销售我们一直是电脑票据的实时录入，严禁串货现象。

每周两次定期抽查药品与电脑相符情况，每天实行常用品种动态盘点。抽查结果肯定与奖惩相挂钩，机、帐、货必须100%相符，这是我们的一条硬性规定。

近年来公司效益无论以何种方式进行显著增长，药店的生存与发展我们看到了，很清楚，我们还是与这职工医疗保险制度息息相关。根本目的是让广大参保对象真正买到质优价廉、安全有效的药品。当然我们在设计工作中难免会有顾客要求多开药，代开药，甚至要求以药换药，出门交易药品的违法行为，对此我们依然是坚持原则，同时为其提供方便，全力去做解释、说服、引导，让参保人员能理解，让绝大多数人愿意支持。

新朋与旧友是一个样；消费高和消费低一个样；无论老人与年轻人谁来划卡都是一个样；售前与售后一个样。“三老四严”、“四个一样”。大庆世一大药房及沿湖城医药分店无论在何种情况下都竭尽所能满足医保人群所需。用药指导、健康咨询、养生讲座、免费体检，会员沙龙，为参保人员专门安排健康养生知识与用药安全常识至今已经举办过相当多期。“地道药材货真价实，公平交易童叟无欺”，难行能行，不忘使命，我们给您关怀，您自然也会给我们信赖！

在十二五开局之年，我们继续立定信念，为大家继续努力服好务，守护好各位健康。按照协议目标严格要求，规范实施，为医保事业的大发展大进步做出我们应有的贡献！

衷心感谢大家！

村级医保工作总结篇五

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。

村级医保工作总结篇六

年医院医保工作在院领导的直接领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科全体职工的共同努力，较好地完成了各项工作任务，现总结如下：

1、今年初我院分别与0社保中心□qq区、ww区、rr区、yyy社保局签订了社保医疗定点医院管理协议。通过o院长和医保科的努力□pp区卫生局将我院确定为pp区新农合区级定点医院，报销比例由00%提高到00%，极大的争取和扩大了医疗市场。同时，争取到pp区新农合慢性病体检鉴定工作，对pp区参加新农合的村民，大约9990006000千余人慢性患者进行检查鉴定，目前正在进行中。

2、认真学习宣传各社保的各项医保政策和规定，并贯彻执行，创办医保政策宣传栏154期，发放医保宣传资料告之书等22222300余份，编辑医保信息简报33399873期，接待工作人员、家属、患者及患者家属咨询城镇职工、新农合、城镇居民、商业保险等政策，约118793001000余人次。

3、全年办理各种社保入院手续79000002273人次，审核出院病历0份，截止11月底各社保拨付医疗费为0元，到12月底，将达0万元。在病历审核中发现问题0项，涉及扣款金额为0元，比去年降低0%，经医保科与各社保局协调认定扣款为0元，比去年降低0%，挽回经济损失0元。全年dd区、fff社保无扣款。办理特殊检查审核0人次，生育报帐0人，办理医疗磁卡0人次，申报办理工伤0人，办理慢性病门诊费用社保报销0人，审核离休干部门诊费用0人次，办理职工社保、工伤、大额、生育保险0人次。

4、巩固拓展开发县市区社保医疗市场及资源，密切县市区社保和新农合工作联系和资源开发。先后与0区、0区、0市联系，争取确定了我院为城镇居民社保定点医疗机构，并与市社保局、0区社保局、0社保局、0区社保局进行座谈回访，一是征求意见、了解情况；二是宣传医院，建议良好协作关系，收到了良好效果，推动了医院业务工作的全面发展。

5、定期或不定期到临床及0院了解医保管理情况，帮助解决医保工作中存在的问题，降低或减少不必要的损失，协助富

乐分院重新开办和社保网络服务的开通工作。深入临床各科征求意见，每月将各社保收治患者费用分析情况，按时分科室统计发放各科，让各临床科室了解掌握社保病人费用情况，及时调整。

6、在“5.12”抗震救灾期间，全科人员除完成本职工作外，还不分昼夜的积极参加抗震救灾工作，有医学专业的人员充实到临床科室参加救治伤员工作，章进同志抽到绵阳市抗震救灾空中救援指挥部负责卫生防疫工作，出色地完成了各项工作任务。其余人员坚守工作岗位，全科职工较好地完成了本职工作，并协助院办做好院领导的后勤保障工作，灾后协助收费科解决灾后伤员医疗费用相关事宜。

7、存在的问题：一是进一步加强医保政策学习和宣传，抓好社保医疗管理工作，完善医改措施，严把审核关，提高社保管理的科学性与技巧性，更好的为病人为临床服务。二是进一步密切各社保局联系，及时互通信息，协调与社保管理相适应的行为，保持与各社保局良好的工作关系。三是加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

村级医保工作总结篇七

20xx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。

村级医保工作总结篇八

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。

村级医保工作总结篇九

20xx年，xx医院，在市劳动和社会保障局、社保局、卫生局的指导和支持下，本着“一切为了人民健康”的宗旨，认真执行职工、居民医疗保险相关政策法规，严格履行医务人员的职责，强化管理，改善服务，全面开创了本院医疗保险工作的新局面。

作为定点医疗机构的xx医院，我们本着认真贯彻执行国家的有关规定和《xxx市基本医疗保险制度实施办法》《双向转诊协议》等各项配套文件等基本医疗保险政策，建立了与医保制度相一致的监管机制，使医保管理工作逐步实现系统化，规范化。现将我院开展的医保工作情况自查如下：

组长□xxx副组长□xxx成员□xxx xxx xxx xxx

医院医保工作领导小组，定期召开医保工作会议，制定医保工作计划，对居民医保在运行中出现的各种问题及时予以解决。定期对各科室医务人员的医疗行为规范进行检查、考核，发现违纪、违规行为坚决予以查处。

我们把医护人员的整体素质作为适应工作需要和事业发展的基础和前提，竭尽全力提升队伍整体素质。强化了政策学习，充分利用每周一大时会和周五下午学习时间，组织广大医护人员认真学习了医院保险相关政策法规，提高了全院职工学习政策、掌握政策和运用政策的积极性和主动性，为深入开展医保工作奠定了坚定的政策理论基础。坚持把提高业务作为履行职务的第一要职，深入开展医疗业务培训，加强全院人员的医保知识特别是居民医保知识掌握情况，沙医院医保办人员对全院工作人员进行了医保知识培训，并编制了《医保知识应知应会》手册，人手一册，人人基本做到会讲解、会宣传，针对学习情况，于3月18日和6月22日，对全体医护人员进行了闭卷考试，全院平均得分达到90分以上，医保领导小组成员还下连队两次，为基层参保人员进行医保知识宣传，介绍、宣传广大群众来我院住院的优势，我院的医疗技术好、服务水平好，门槛费低，收费低等，使我院的病员量比去年有明显增多，经济效益也有所增加，取得了很好的成绩。

- 1、医保领导小组具体负责医疗管理工作，指定专人负责管理医保工作，每周四下病区进行医疗大查房，检查核实住院病人是否有挂床、冒名顶替住院等情况，出院带药有无超量现象，检查住院病历书写是否规范、是否按规定因病施治、用药、检查和治疗是否合理，费用是否超支等，发现问题及时解决。

- 2、制定了相应的医保考核奖惩办法，经常检查医保政策执行情况及财务收费情况，有无乱检查、乱收费、重复收费、分解收费、多收费等现象，发现一起查处一起，对举报人给予一定的奖励。

3、严格执行《药品目录》规定的报销范围，从未使用假劣药品、过期、失效和“三无”药品，保证参保人用药安全。

4、护理五种表格即体温单、护理记录单、病员流动交班本、临时、长期医嘱单等五种表格能认真填写，如实记录，执行医嘱“三查九对一注意”制度。

5、病历书写方面：能及时完成病历的书写，按要求规范书写，勤观察病情，明确诊断，认真分析病情，针对病情合理检查，合理用药，无搭车带药情况。

6、每季度对医疗工作进行考核，检查病历的合格率、处方合格率，针对出现的问题进行整改。

1、根据医保规定，我院职工参保人员住院押金为300元，居民参保人员住院押金400--500元，各种药品、诊疗收费根据物价部门规定收取，没有私自、分解、多收费乱收费现象的发生。

2、今年我院启动了局域网，能按规定给参保人提供一日清单，及时向病人公布医疗费用情况，医护人员能及时回答病人的疑问，使病人心里有本明白账。结算及时。

1、离休人员无挂床、冒名就诊、住院现象，

2、门诊无大处方现象，急病、慢病无超量，出院带药无超量现象，

3、年度内无医疗纠纷和事故发生，

4、无诊断升级，假冒病种套取单病种结算费用现象，

5、没有发现因医疗费用问题推诿、拒收符合条件住院的参保人现象，

6、认真执行特殊检查、治疗、转诊、转院审批手续和程序，并按规定划入医保结算，

7、病人满意度调查在95%.

1、病历中更改治疗无理由，字迹不清。

2、病历中个别项目及检查填写不完整。

3、《药品目录》内药品备药率（甲类药品使用率）不够。

xx医院

20xx年8月25日

村级医保工作总结篇十

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，以党的十九次全代会精神为指导，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。