

最新医保工作总结 医院医保工作总结(优秀8篇)

总结是对某一特定时间段内的学习和工作生活等表现情况加以回顾和分析的一种书面材料，它能够使头脑更加清醒，目标更加明确，让我们一起来学习写总结吧。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下是小编精心整理的总结范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

医保工作总结 医院医保工作总结篇一

作为医保中心结算信息股其中的一员，我怀着一颗感恩的心，认认真真学习，兢兢业业奉献，尽职尽责做好本职工作。现将一年工作总结如下：一年来，在主任的直接领导和大力支持下，在大家的密切协作和热情帮助下，我们结算信息股以“维护网络畅通”为己任，以“为患病职工服务”为宗旨，认真学习，积极进取，尽职尽责，较好地完成岗位目标任务，力求做到“用心工作、真诚待人、换位思考、亲情服务”。

古人云：学如逆水行舟，不进则退。首先坚持政治理论学习，认清历史使命，树立正确的世界观、人生观、价值观和荣辱观，积极投入到“解放思想大学习大讨论”中，扎实学文件，认真记笔记，精心写心得，达到拓宽思路，提高认识，指导实践的目的。第二坚持业务学习，学习劳动保障政策法规，医保改革专业知识，学习外地先进的经验做法，提高政策业务水平 and 实践能力。第三注重向实践、向身边的先进典型学习，学人之长，补己之短，不断纠正自己，提高自己，完善自己。

结算报销更加规范。结算报销是医保管理的重要环节，关系到医保基金的平稳运行，关系到患病职工能否享受到应有的医保待遇，关系到参保职工对医保政策的满意度。

医保工作总结 医院医保工作总结篇二

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。

医保工作总结 医院医保工作总结篇三

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 医院医保工作总结篇四

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、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提高。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！

作为结算员这个岗位，每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作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，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春风的服务，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。

xx年我要更加努力工作：

3、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之处，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，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

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。

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。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。

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。

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。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作，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。

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。

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。

总结今年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

1、超量配药、用药不合理的情况存在。

2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；

3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的

相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用414058人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用235.72万元，剔除不符合医保基金支出的费用56.17万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用7305.59万元，剔除定点单位不合理医疗费用29.04万元；拨付定点单位联网医疗费用达3319万元；办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达17.74万元；收回社会医疗救助券11.23万元；办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配(售)药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，

行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤生育保险药品目录》(xx)的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决；配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

医保工作总结 医院医保工作总结篇五

努力学习，提高素质，为做好本职工作打下基础。我不断加强政治思想学习，深刻领会其科学内涵，对党的方针、政策及“三个代表”重要思想、科学发展观理论有了进一步认识，提高了党性。坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。在不断提高政治思想素质的同时，我还加强学习业务知识，提高业务水平，认真学习各项保险政策法规和规章制度，阅读有关保险内容的报刊书籍，增强自身业务能力，熟练掌握工作业务流程每个环节，经过不懈努力，我积累了一定的工作经验，政治业务素质得到了全面提高。

爱岗敬业，扎实工作，全心全意为参保对象提供服务。在居民医保科工作期间，我积极参与居民医保付费总额控制工作，协助科长完成居民医保清算核对工作，认真热情接待来信来访，提供相关咨询服务。负责全县20个定点医疗机构的费用审核和监管工作，以饱满工作热情投入到局里组织的各项专项检查 and 交叉检查工作，为守护基金安全作出自己应有的贡献。

培养情操，警钟长鸣，树立良好的医保工作者形象。在工作和生活中，我始终严格要求自己，发挥党员先锋模范带头作用，一贯保持着共产党员应有的道德品质和思想情操，强化廉洁自律意识，加强自我约束能力，积极投入警示教育活动中，时时自律、自警、自励、自省，树立正确的世界观、人生观、价值观，强化法制观念，提高政治素质，踏踏实实做事，老老实实做人，切实转变工作作风，内强素质，外树形象，在广大参保对象和社会各界面前树立了良好的医保形象，同时努力做到尊敬领导、团结同志、关心集体、服从组织，与时俱进、开拓创新。

扎实投身党的群众路线教育实践活动。我积极参与每一次集中学习，做到不缺席，不迟到，不早退。围绕“四风”，对照《党章》，认真查找自身存在的问题，找准问题产生的根源，梳理列出问题清单，并逐条逐项予以整改，着力坚持。

回顾一年来的工作，我在思想上、学习上、工作上都取得了很大的进步，成长了不少，但也清醒地认识到自己的不足之处，首先，在理论学习上远不够深入，尤其是将理论运用到实际工作中去的能力还比较欠缺；其次，在工作上，经验尚浅，情况了解不细，给工作带来一定的影响，也不利于尽快成长。

在以后的工作中，我一定会扬长避短，克服不足、认真学习、发奋工作、积极进取、尽快成长，努力完成好各项工作。

医保工作总结 医院医保工作总结篇六

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。

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。

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。

医保工作总结 医院医保工作总结篇七

一、做好职工医保医疗费用报销工作。截止6月底，完成职工医保中心报账医疗费用审核3484人次，审核医疗药费计861.88万元，剔除费用171.73万元；完成职工医疗定点医疗机构、定点药店联网医疗费用审核1929770人次，审核医疗费用计30381万元，剔除费用33.1万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达77.20万元；答复信访130件，提案议案8件；发放离休干部xx年度医疗费节余奖励款282人次，奖励金额计127.18万元。

二、认真及时做好我区社会医疗救助工作和xx年特殊医疗救助审核工作。截止6月底，发放低保家庭医疗救助券233.62万元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达149.41万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用381.82万元。

三、加强对定点单位的审核稽查工作。半年来，我们通过各种方式共检查31家定点单位，约谈参保病人34人次，抽查住

院大病历295份，调查外伤病人55位，批评并责令限期整改5家定点单位，取消一家单位定点资格，暂停一家单位医保定点资格6个月，共追回医保违规基金10.1万元。

四、进一步扩大定点单位范围。我们对申报的64家零售药店、7家医疗机构逐一进行了实地考察，最后根据统筹规划、合理布局的原则确定了9家零售药店和4家医疗机构为职工医保定点单位。

总结上半年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销；2、参保人员在异地发生的医疗费用增多。异地安置人员的医疗费用在总医疗费用中占的比重越来越大，因为无法联网结算，只能到窗口报销，加上居住地与我区医保政策不同，使医疗费用审核繁琐而复杂，从而加大了审核难度；3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：1、超量配药、用药不合理的情况存在。2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用414058人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用235.72万元，剔除不符合医保基金支出的费用56.17万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用7305.59万元，剔除定点单位不合理医疗费用29.04万元；拨付定点单位联网医疗费用达3319万元；办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达17.74万元；收回社会医疗救助券11.23万元；办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配(售)药品、将非基本医疗保险基金支付范围的费用列入基本医疗保险基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保险基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本

医疗保险、工伤生育保险药品目录[(xx)]的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决；配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

医保工作总结 医院医保工作总结篇八

（一）主题活动开展情况：

按照安排，我们认真组织开展“三新”主题教育、“服务拓展年”活动、“反腐倡廉制度宣传教育月”和“创先争优”等活动，及时动员，成立活动领导小组，制定活动方案，对各阶段工作任务和措施进行了周密安排，为活动的正常运转奠定了基础。

在系统服务拓展年活动中，我们进一步完善了单位各项规章制度，明确了活动总体目标，加大了队伍建设和学习培训力度。要求各经办人员结合本职工作、活动要求、个人实际做出公开承诺。同时，制定了单位干部职工培训安排和公共安全应急预案，进一步规范了业务经办流程，重新设置了服务岗位，经办人员的服务意识、责任意识和协作意识明显增强。活动中，积极征求参保群众意见和建议，不断改进工作方式，提高工作效能，有力地推动了各项工作的开展。

（二）主要工作任务完成情况

我县医保工作本着全面覆盖、稳步推进和规范运作原则：

一是多次召开业务推进会议，分析扩面形势，研究应对措施，确保扩面工作有序推进。

二是结合城镇医保市级统筹后新政策的实施，利用经办科室、会议、印发传单、张贴通知等方式做好政策宣传与动员参保工作。

三是对于部分企业我们上门讲解政策，对于一些没有续保并且平时见不上面的人员，我们采取手机编辑短信催促的方式，使他们认识参保的重要性，增强参保的主动性。

截至目前：职工参保12441人，占应参保人数的91.9%（其中新增378人，完成年扩面任务500人的75.6%），换制发放新卡12400张；居民参保5609人，完成应参保居民人数9580人的58.5%。

（三）基金运行情况

我们对于医保基金收支的管理，严格按照有关规章制度及程序进行，利息收入按财务规定严格计入基金收入。同时通过严把病人、病种、用药目录等关口，坚持管理与考核到位，按照协议加强对定点医院和药店的监管，杜绝违规住院，规范售药行为，谨防基金浪费，收到了明显效果。

截至目前，职工医保基金征收611万元，居民医保基金征收54万元，都已全部上解市医保中心，医保基金征缴完成年征收任务1000万元的66.5%。职工门诊刷卡26484人次，支出费用174万元；职工住院、转院516人次，审核报销金额302万元；居民住院、转院116人次，审核报销金额39万元。

（四）遵守纪律情况

工作中我办不断加强经办队伍建设工作，从思想、政治、纪律、作风等各方面入手，进一步明确工作主旨，建立健全各

项规章制度，有效规范了工作行为。按照规定，我们严格执行签到制度，因事因病履行请销假手续，全办人员都能按时上下班，无迟到早退和旷工现象。

（五）档案资料收集整理情况

在4月份，我办组织部分工作人员对09年度档案资料进行了收集，分类整理，制定了医保办档案整理方案，明确了归档范围和保管期限，我们已将归档方案上报档案局，待审批后即可装订成册。平时我们注重文件资料的全面收集与整理，无遗漏现象。

（六）信息报送情况

能及时将工作中的新动态、新进展和新经验报送上级信息部门，半年来报送各类活动信息46条。

（七）工作满意度测评活动

为了深化服务拓展年活动的实效，我们抽调工作人员于6月上旬进行了工作满意度测评活动，活动中走访了三十余个参保群众，发放测评表30份。通过测评，参保人员对我办各项工作都很满意，同时也对我们提出了提高医疗待遇和增加定点机构的建议，对此我们将积极向上级主管部门建议和改进。

（一）目前，我县定点医院有五家（四家在县城、一家在乡镇），那些距离较远、参保人员较多的地方如苏坊、贞元、长宁、河道、薛固等乡镇，患者住院治疗极其不便；再者，定点药店只有几家，也不能满足职工刷卡需求。这些因素很大程度上削弱了城镇人员参保续保的积极性。

（二）行政事业单位已全部参保。职工医保护面难主要表现在：少数个体私营企业，为了自身利益，不愿意为职工参保；弱势群体如困难企业职工和下岗失业人员无力参保。

（三）一些年青居民认为自己生病几率低，居民医保待遇相比职工医保待遇低，且不设个人账户，得不到眼前的受益，不愿参保。

（四）没有针对突发流行性疾病制定相关医保政策，如现今儿童手足口病患者比较多，但是居民医保不予报销；儿童患病较重者多数要到西安市儿童医院进行治疗，但是该医院不是我市医保定点医院，也不能报销。对此，学生家长极其不满，导致学生儿童扩面难度很大。

1、继续加大医保政策的宣传力度，极力做好居民医保扩面工作，加深居民特别是年青居民对医保政策的认识，提高居民参保续保的积极性，进一步加强与教育部门的联系沟通，努力扩大参保面，降低基金运行风险。

2、深入开展服务拓展年活动，不断提高经办能力，以高效工作和优质服务获取群众的信任与支持，提高参保率。

3、切实加强基金征缴措施，同时加大对定点医疗机构的巡查力度，彻底杜绝违规行为发生，确保基金有效、安全使用。

4、建议上级管理部门制定关于流行性疾病的报销政策、恢复儿童医院的定点资格、增加县区定点医疗机构数量，确保参保人群正常享受医疗待遇。

5、积极参与和认真做好县委县政府布置的中心工作和局机关安排的各项社会保障工作。

为了更好地实现我县医保工作的稳健运行，在下半年的工作中我们将进一步理清思路、完善制度、强化措施，提高工作效率和服务质量，争取早日完成年度扩面征缴目标任务，为构建和谐医保和推动县域经济发展做出新的贡献。