

2023年医保报销工作总结(模板6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。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

医保报销工作总结篇一

医保科的工作任务是就医疗保险方面服务广大的军休干部。医保工作直接关系到广大军休干部的切身利益。为军休干部服务，不是一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、高效、乐于服务、热爱事业的工作团队。因此，我们把如何为军休干部提供优质服务贯穿于工作的始终。

方法上都有了明显的进步，服务大局、情系军体的意识有了明显的增强。一年来，我们紧紧围绕国家有关医保政策，结合医保工作的实际，转变工作作风，树立服务观念，转变工作方法，树立责任观念，以满腔的热忱辛勤开展工作，高质量、高效率的为军休干部做好医疗保障工作，热情接待每一位军休干部，耐心解答军休干部所提的每一个问题，认真听取老干部们对医保工作的每一条意见和建议，尽可能地帮助他们解决医保中遇到的各种困难，急老干部所急、帮老干部所需、解老干部所难，做到了所内军休干部有病能够及时得到治疗，医疗费用按照有关政策规定及时给予报销，受到了大多数军休干部的好评。用我们的努力使每一位军休干部满意。

（一）建立健全军休干部健康档案

为全面及时掌握军休干部健康状况，本科室自成立以来已对270位军休干部建立了健康档案，并根据每位军休干部的健

康情况进行了分类，按姓氏笔画统一编号，一人一档，同时建立了电子版和纸质版。对每位军休干部的身体状况做到心中有数，更好的为军休干部服务。

（二）整理装订上级部门政策文件

医疗保险方面的政策文件，同时建立了电子目录，方便需要时浏览查阅，清晰准确的掌握运用相关政策精神。

（三）积极做好统计、审核及相关申报工作

本科室工作人员认真贯彻落实有关政策法规，积极配合省、市社保局对医疗保险的审核、申报相关工作，及时向上级部门提供参保军休干部的相关资料，同时也做好军休干部医疗费用报销材料的审核和校对工作。

本年度我所共新增参保人员34名，其中军休干部29名，工作人员5名；医保科为22名军休干部申报特殊门诊，其中成功通过18名；办理了3名异地安置人员；探视慰问了30多名住院军休干部。基本上能及时、高效地完成各项工作目标和任务。

（四）关怀生病住院军休干部，树立亲情化服务理念为了体现对军休干部的关心，表达组织对军休干部的关怀，进一步落实军休干部“两个待遇”。

今年来，本科室逐步建立完善军休干部生病住院探视慰问办法，对生病住院的军休干部进行电话、短信慰问及陪同所领导前往医院慰问探视。本科室同志还深入各大定点医院，已与4家医院的相关科室建立合作关系，为军休干部争取“绿色通道”，较为有效的解决了军休干部住院“排队难”、“挂号难”、“临时无床位”等烦恼。

医保报销工作总结篇二

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！

作为收费员这个岗位，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。其实收费员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，收费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。

12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。

医保报销工作总结篇三

今年以来，我社区紧扣社区居民基本医疗保险工作“保障民

生”的主题，紧紧咬住目标，积极创新工作措施，各项工作取得了一定成效。

社区党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了**社区社区居民基本医疗保险工作领导小组。分工明确，任务到人，一级抓一级，层层抓落实，为社区居民基本医疗保险提供了有力的保证。

为使我社区社区居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，社区党委、政府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立政策咨询台，印制和发放宣传单、宣传册共3千余份，从而大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

社区居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我社区的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我社区该项工作稳步推进，真正落到实处，社区党委、政府多次开会研究切实可行的办法和措施，八个月来，通过大家的共同努力，实际完成888人，完成计划的100.91%。

通过大家的一致努力，虽然已按时完成上级下达的任务数。但是经过半年来的工作，我们也惊喜的发现，广大人民群众对社区居民基本医疗保险有了初步的认识，而且扩大了影响面，为将来的工作开展奠定了很好的基础。社区居民基本医疗保险工作开展的不尽如人意，主要存在以下问题。

1、群众的认识不到位

对于广大人民群众来说，社区医保毕竟是个新鲜事物，要接受必定需要一个过程。

2、宣传力度不到位

众所周知，由于我社区的特殊情况，区域面积较大，在短期

内很难宣传到位，从而影响了参保对象的数量。

医保报销工作总结篇四

在医保中心各位领导的英明领导下，转眼间一个年度的工作结束了，现将一年的工作总结汇报，请上级领导给与指正。

澠池县医药总公司同仁大药房是我县规模较大的一家医药超市，主要经营：中药、西药、中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素、生化药品、生物制品等经营品种达5000余种，店内宽敞明亮，药品干净整洁，经营品种齐全，分类明确，能够满足绝大多数参保人员需求。

在日常经营过程中，我们严格遵守《中华人民共和国药品管理法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》以及相关的法律法规，严格按照国家、省规定的药品价格政策。店内严把质量关，规范进货渠道，进货验货记录完善，无过期药品，在历次的药品质量检查、抽查过程中没有发现一例假劣产品，在社会上享有良好的口碑。在药品价格方面，货进源头，直接与厂家合作进货的优势使本店的药品绝大多数低于市场价格，对于办理有本店会员卡的参保人员，在原有价格的基础上可再次享受9.8的优惠。

务、服务技能培训，保证系统正常运转，及时上传、下载数据，并在服务过程中提倡“四心”“四声”服务，为参保人员营造一个良好的购药环境。同时在刷卡过程中严禁用医保基金购买支付范围以外的药品，杜绝在刷卡过程中刷卡金额和现金购药价格不一致等不良情况。

自本店成为定点药店后，在医保中心的正确领导下，始终从严要求自己，完全服从医保中心的领导，以“一切为了顾客，做顾客的健康使者”为经营宗旨，在刷卡服务过程中尽全力满足顾客需求。从20xx年6月至20xx年5月，我店的刷卡人数

为：54152人，总费用为：2614231.88元，平均每人费用为：48.27元，其中非处方药品费用为：1978658.8元，处方药品费用为：635573.08元。

我们知道我们的工作做得还不够，在今后的工作中我们将在医保中心正确领导下，齐心协力，文明服务，严格按章相关法律、法规工作，维护国家利益和广大参保人员的利益，把医疗保险工作做得更好，为我县医疗保险工作再上一个新台阶做出应有的贡献。

同仁大药房

20xx年6月21日星期四

医保报销工作总结篇五

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：

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。

医保报销工作总结篇六

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。