

最新医保工作纪实 医院医保工作总结(精选8篇)

总结，是对前一阶段工作的经验、教训的分析研究，借此上升到理论的高度，并从中提炼出有规律性的东西，从而提高认识，以正确的认识来把握客观事物，更好地指导今后的实际工作。大家想知道怎么样才能写一篇比较优质的总结吗？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。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇一

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。

20xx年6—11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx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。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

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。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠

定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的. 治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

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20xx年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。半年来，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。

工作中存在的不足之处：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，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。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。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、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

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（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

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。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇二

截至20__年12月26日，我区城镇居民基本医疗保险参保人数为119080人，完成了市政府下达我区全年任务的100%；已缴费人数达到61696人，名列全市十个县、市、区的第一，居民医保工作总结。

二、我区在狠抓“城居保”工作落实中采取的措施

为了确保完成市下达我区的参保任务，我区采取了多种有力措施，推进“城居保”工作。

(一)加强组织领导。区政府成立了以区长张德清为组长，副区长黄德乔、梁敏为副组长，劳动保障、教育、财政、公安、民政、卫生、残联等相关部门主要领导为成员的城镇居民基本医疗保险工作领导小组，负责领导全区“城居保”的扩面工作。

(二)实行区四套班子挂点扩面制度，推进“城居保”工作。今年10月，为了使我区“城居保”工作上新的台阶，区委、区政府实行了四套班子领导挂点学校，发动技校、中职学校、中小學生参保。副区长梁敏挂点区属中小学，区教育局为责

任单位;区长张德清挂点省、市属技校,区劳动保障局为责任单位;区人大副主任陈植流挂点市属在我区的中小学、中职学校,区公安局为责任单位;区政协主席余石怡挂点民营技校、职校,区劳动保障局为责任单位。区四套班子领导都深入到各学校进行“城居保”扩面,收到了较好的效果,使我区辖区在校学生参保人数增加了17000人。

(三)采取奖励激励机制,推进“城居保”工作。区政府在财政十分困难的情况下,拿出5万元,对完成“城居保”参保缴费的,按每参保缴费1人奖励0.5元的办法实行奖励,从而调动了各镇办、劳动保障事务所的积极性。

(四)层层下达分解任务,并与绩效挂勾。对没有完成“城居保”任务的镇办、区直单位、劳动保障事务所年终一律不能评先评优;对工作落后的单位,区政府进行通报批评。

三、“城居保”工作中存在的问题和建议

(一)“城居保”工作虽然是政府为了解决城镇居民医疗保障的惠民工程,但还有很大部分居民没有理解或了解这一惠民政策,这主要是宣传工作还做得不够,在20__年度建议市政府多利用电视、报纸、电台进行宣传,让“城居保”政策家喻户晓。

(二)市下达我区的目标任务基数过大,建议20__年市政府下达参保任务时考虑驻我辖区中省企业又不在我区参保人数和户口在我辖区又不在参保范围的服刑人员人数等因素,核减我区的目标任务数,尽量做到实事求是地下达任务指标。

(三)“城居保”工作量大、面广,造成各镇办劳动保障事务所工作量增大,人手缺乏。建议市政府适当增加基层工作平台人员编制和工作经费,以确保“城居保”工作不受以上因素影响。

四、20__年的工作规划

20__年，我区将从以下几方面认真抓好“城居保”工作：

(一)加大宣传力度，深入宣传“城居保”的新政策，增加城镇居民对“城居保”这项惠民工程的知晓率。我区将通过印发宣传资料，开展“城居保”宣传日等多种形式进行深入宣传，努力增加我区城镇居民对“城居保”政策的知晓率。尽量让居民了解城镇居民基本医疗保险的好处，使全区居民参保意识逐步提高，由不自觉参保转变为自觉参保。

(二)落实“城居保”工作责任制。市下达我区“城居保”参保任务后，我区将把目标任务层层分解到各镇、办、区直单位和各镇办劳动保障事务所、强化“城居保”工作与绩效挂钩，年底没有完成任务的单位和责任人一律不能评先评优，对完成任务差的单位和主要负责人实行通报批评。

(三)加强组织领导，充分发挥联席会议协调作用，各部门协调推进，做好“城居保”这项惠民工作。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇三

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由“一把手”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保、农合工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。

一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。

二是举办医保知识培训班、黑板报、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。

三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。

四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

一是在院外公布了医保、农合就诊流程图，医保、农合病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。

二是配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。

三是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在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。在省领导及市物价局领导来院检查时，得到了充分的肯定。

四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，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、出院补偿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。

五是医院职工开展服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，从以下三方面实施工作：

一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。

二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，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，医保科一律不予审批。

三是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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

新的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。

我科分管副科长定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，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。

在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者

最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

通过我科工作人员及全院相关工作人员的努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用万余元。接待定点医院我院的离休干部人、市级领导干部人，伤残军人人。20xx年我院农合病人人，总费用万元，发生直补款万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，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农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

- 1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。
- 2、做好与医保局的协调工作。
- 3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇四

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。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇五

实施脱贫攻坚医疗保障政策是贯彻落实中央、省、市和区委、区政府精准扶贫重大部署的一项重要举措，对此我局高度重视，成立医保扶贫工作领导小组，局长总负责，副局长专职负责，科室负责人为成员，全体工作人员参与扶贫。领导小组下设办公室于医疗科，落实专人专抓，明确年度工作职责，细化年度工作任务，确保医保扶贫各项任务落到实处。

（一）精准落实全员参保。我局对扶贫办、民政局提供的建档立卡贫困户、低保户、困境儿童、特困供养人员xx人多次认真核准落实，对核查出xx名无能力参保的贫困人员协调区财政进行政府资助参保，共计xx元，对死亡、参加职工、学生医保等困难人口基本信息及时修改更新做好标识，确保贫困人口100%参保不漏一人且信息数据完整、准确。

（二）精准落实待遇兑现政策

制定《**区“两定制一兜底”健康扶贫工作方案》，对所有建档立卡贫困户住院费用实行“3+3”医疗保险精准扶贫托底救助机制（即基本医保、大病医保、大病补充保险“三重医保”和医疗救助、慈善医疗救助、医疗保险托底救助“三重

救助”□□xx年5月份和人保健康保险公司签订了□xx年度**区建档立卡贫困户医疗保险托底救助协议》，投入xx万元，对全区xx名建档立卡贫困户实施托底救助工程，医疗保险托底救助工作有序开展，实现本区域内“一站式”结算。截止目前，建档立卡贫困群众xx人次发生费用xx万元，享受基本医疗报销xx万元，大病报销xx万元，大病补充报销xx万元，城乡医疗救助xx万元，托底救助xx万元。截止12月底对xx人次低保对象发放医疗救助xx万元，对xx人次扶贫对象发放医疗救助xx万元。

（三）精准落实重症慢性病鉴定长效机制

我局8-9月份对全区建档立卡贫困户进行拉网式排查，对排查出疑似患重症慢性病的400余人，积极与**医院结合进行诊断检查，并出具门诊病历、诊断证明。由我局集中汇总报市医保中心聘请专家统一进行集中鉴定，鉴定结果直接反馈给参予鉴定的每位群众。对无能力行动人员，开通绿色通道，组织专家入户鉴定，确保我区重症慢性病鉴定不漏一人。截止12月底我区共通过重症慢性病鉴定患者561人。

一是定期开展医保扶贫政策培训会。对办事处、社区卫生服务中心、第一书记、家庭签约医生细致讲解就医流程、报销比例等政策要点，提高一线扶贫工作人员的业务能力。发挥家庭签约医生入户的便利条件，一对一对贫困人员讲解健康扶贫政策。发放宣传单及告知手册20xx多份，医保扶贫务实操作手册1000余册，医保扶贫政策张贴画600余张。

二是发挥定点医疗机构窗口效应。在**区人民医院及各社区卫生服务中心入口、费用结算窗口摆放扶贫政策移动宣传栏，进一步加强政策宣传力度。

三是重点村、户重点宣传。**局班子带队先后走访造店、店后、栗井、府城、启心、周窑6村52户进行政策讲解，切实提

升群众政策知晓率。

数据有时间差，扶贫部门数据的动态时间与我们的参保时间有差别，导致提供的建档立卡贫困人员信息不相符，使我们建档立卡户参保缴费工作开展不太顺利。

（一）进一步加大医保扶贫政策宣传力度。通过办事处、第一书记、社区卫生服务中心、家庭签约医生等组成的医疗扶贫政策宣传队，按照“靠政策宣传打动人心、靠优质服务温暖人心、靠政策落实赢得人心”的工作思路，进一步将各项医疗扶贫政策、定点医疗机构、费用报销流程、一站式结算等政策制度向广大群众全面普及。

（二）全面完成20xx年征缴工作。及时与扶贫办、民政局核查20xx年贫困人员参保基本信息。通过办事处、第一书记宣传动员贫困人员及时缴纳费用，保证不漏一人，确保贫困人员20xx年能够享受应有待遇，不再因一人患病，全家返贫问题的发生。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇六

1. 举办专题培训。

主动走进民营医疗机构，通过专家讲课、案例讲解，观看警示教育纪录片等形式，开展医保法规政策培训。对于各医疗机构在执行医保政策遇到的困难，现场给予回应和协调，积极帮助解决有关问题。

2. 开展走访调研。

深入各包保企业开展“送清凉”活动，主动慰问在企职工；积极走访辖区民营医疗机构，聚焦企业需求，主动靠前服务。针对民营医疗机构医保管理薄弱问题，开展药品、耗材进销存专项指导，帮助搭建进销存管理系统，规范化保存资料。

3. 优化服务举措。

1. 进一步贯彻落实《x省降低社会保险费率综合方案》，大力开展宣传，进一步扩大城镇职工医保覆盖面，使广大职工安心就地就近就业。

2. 落实新发展理念，由局领导带队深入企业走访宣传，主动宣讲医保有关政策，及时了解企业发展情况和存在的困难和问题。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇七

（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。
- 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。

医保工作纪实 医院医保工作总结篇八

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。

20xx年6—11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx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□ct□彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

1、有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

2、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。

3、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。

4、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。

一查病人，核实是否有假冒现象；

二查病情，核实是否符合入院指征；

三查病历，核实是否有编造；

四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；

六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

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20xx年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。半年来，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。

工作中存在的不足之处：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，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。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。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

医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

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（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

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。