

2023年医保工作总结报告(汇总5篇)

在经济发展迅速的今天，报告不再是罕见的东西，报告中提到的所有信息应该是准确无误的。写报告的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是我给大家整理的报告范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

医保工作总结报告篇一

20xx年上半年，在县人社社保局的领导下，我中心紧紧围绕20xx年中央、市、县医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作任务，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我县20xx年上半年医疗保险工作总结如下。

一、基本运行情况

(一)参保扩面情况

截至6月底，全县参加城乡居民医保人数461843人(农村414648人、城镇47195人)，参保率为95、18%。其中参保人员中，普通居民424886人，城乡低保对象21494人，残疾人7608人(含农村1-4级残疾人7263人、城镇1-2级重度残疾人345人)，农村五保对象1231人，在乡重点优抚对象1990人，农村计划生育扶助对象4634人；职工医保参保人数27586人，完成市下达扩面任务26994人的102、19%；生育保险参保人数5432人，完成市下达扩面任务5900人的92、07%。

(二)基金筹集情况

截至6月底，城乡居民医保已筹基金10121、21万元，占当年应筹基金13419、16万元的75、42%；职工医保已筹基

金2815、79万元，完成征收计划5000万元的.56、32%;生育保险已筹基金37、93万元，完成征收计划60万元的63、22%。

(三) 基金支出情况

今年1-6月，城乡居民医保基金支出6251、81万元，占当年应筹基金总额13419、16万元的46、59%。其中，住院补偿支出5002、68万元，占基金支出的80、02%;门诊补偿支出1204、04万元，占基金支出的19、26%;儿童大病补偿支出45、08万元，占基金支出的0、72%。职工医疗保险县内基金支出1425、54万元，占当年已筹基金2815、79万元的50、63%。生育保险基金支出8、89万元，占当年已筹基金37、93万元的23、44%。

参保患者受益情况

今年1-6月，城乡居民医保共有23、45万人、64、68万人次就医补偿，补偿人数、人次分别占参保人数的50、78%、140、06%;人均住院补偿1402元，比去年同期1144元增加258元，增长22、55%;住院实际补偿比例为49、60%，比去年同期46、78%提高了2、82个百分点;在二级及以下医疗机构政策范围内的住院费用报销比例为66、45%。职工医保共有1785人次住院，人均住院补偿7986元，县内住院实际补偿比例为68%，在二级及以下医疗机构政策范围内的住院报销比例为72%。

二、主要工作

(一) 积极准备，加快市级统筹推进步伐

1、开展考察调研。了解开展城乡居民医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

2、做好统一规划。制定我县城乡居民医保纳入市级统筹的实

施方案和工作计划，主动与市级有关部门沟通，了解市级统筹的具体要求，反映我县的实际情况。

3、开展了城乡居民社会保障卡信息数据的采集、上报、比对工作，召开了社会保障卡信息修改培训会，目前各乡镇正在进行数据修正和补采照片工作。

4、及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我县存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。办理破产、关闭企业退休人员和个人身份参保348人，换发信息错误等社会保障卡624张。

(二)完善协议，加强两定机构管理

1、经多次讨论、认真分析、征求意见，修订完善了定点医疗服务协议条款。

2、对定点医疗机构的服务行为、服务质量作了严格的要求，重点加强了住院病人的管理，制定了公开、透明的考核指标，切实加强住院费用的控制。

3、对20xx年的服务协议内容进行了培训，对两定机构的服务协议实行集中、统一签定，与228个定点医疗机构和39个定点零售药店签订了《服务协议》，明确了双方的权力、义务和违约责任。

4、定期对《服务协议》执行情况进行督促检查。今年1-6月，下路镇中心卫生院、万朝镇卫生院等6个定点医疗机构未严格执行《服务协议》相关内容，存在未给患者提供日清单、在院率差、挂床住院等问题，按《服务协议》规定，共扣取违约金27800元。

(三)指标考核，控制费用不合理增长

对住院费用符合补偿比例、实际补偿比例、次均住院费用、平均床日费用和门诊一般诊疗费用等重点指标进行定期考核，政策指标由中心直接确定，控制性指标依据前三年数据，与定点医疗机构协商一致确定，以共同规范医疗服务行为，控制医药费用的不合理增长。

据统计，今年1-6月，城乡居民医保县内定点医疗机构住院费用符合补偿比例为92、27%，比去年同期的89、87%提高2、4个百分点；县内住院实际补偿比例为54、48%，比去年同期的52、29%提高了2、19个百分点；县内次均住院费用为2163元，比去年同期的2254元降低91元；县内平均床日费用为264元，比去年同期的285元降低了21元。但还有马武镇中心卫生院、中益乡卫生院等21个定点医疗机构未达到规定考核指标，共扣减定点医疗机构补偿资金65913元。

(四) 强化监管，严肃查处违规行为

1、定期开展住院病历评定。城乡居民医保医疗服务行为评定专家组，每季度对审核人员抽取的有争议的住院病历进行评定，主要查病历资料是否齐全，内容是否完整，辅助检查、临床用药、治疗和收费是否合理。今年一季度评定住院病历250份，其中有138份病历存在滥用辅助检查、不合理用药和不合理收费现象，占病历的55、2%。有28个定点医疗机构均存在不同程度的违规行为，共扣减违规费用27388元，同时按《协议》规定承担1倍的违约金27388元。

2、加强病人回访。采取日常和定期回访相结合的方式，日常回访是审核人员根据每月的报账资料通过电话随机抽查回访；定期回访是由乡镇合管办和村组干部定期负责对每季度就诊的住院病人进回访，同时医保中心根据回访情况进行抽查。今年1-6月，共回访住院病人、发生费用较大的慢性病病人1239人次，回访过程中查获大歇镇卫生院协助2名患者冒名顶替，发现1名患者冒用同姓名骗取补偿，共追回补偿金20790、60元，同时扣大歇镇卫生院10倍违约金24532元。

3、注重日常审核。定点医疗机构在每月提供报账材料时，还必须提供住院病历资料，审核人员通过查看报账资料和核对网上信息相结合的审核方式，对报账资料的真实性、准确性和完整性等进行审核。今年1-6月，抽查县内报账资料8443份，抽查住院病历5762份，审核县外住院报账资料2886份。在日常审核中，共查处过度使用辅助检查、滥用中医服务项目、乱收费等问题，共追回违规补偿资金25432、77元。

(五)积极探索，开展城乡居民医保支付方式改革

1、开展了城乡居民医保住院按床日付费试点。根据不同类别疾病在治疗过程中的病情进展规律，对医药费用进行分段并包干各段床日费用给医疗机构，病人与定点医疗机构按实际发生费用结算补偿，而定点医疗机构与经办机构则按实际住院天数和包干费用来结算补偿的一种付费机制。按床日付费后，试点医疗机构的业务总收入虽略有下降，但纯收入却有所增加，参保患者的住院医药费用明显下降，实现了医疗机构支持、老百姓认可的双赢效果。试点医疗机构的次均住院费用453元，较同类非试点医疗机构的797元减少344元，降低了43、16%；试点医疗机构的平均床日费用为74元，较同类非试点医疗机构的115元减少41元，降低了36、65%；试点医疗机构的住院实际补偿率为74、4%，较同类非试点医疗机构的71、08%提高了3、32个百分点。

2、开展了门诊一般诊疗费用实行总额支付。根据各乡镇当年的参保人数、门诊发病率和各乡镇辖区内所有基层定点医疗机构上年度的门诊就诊人数及人次等情况进行综合分析后，核定各乡镇辖区内所有基层定点医疗机构的一般诊疗费的补助限额。补助原则：总额预算、限额使用、据实支付、超支不补。

三、存在的主要问题

(一)工作量大，现有工作人员严重不足

医保中心现有在编在岗人员13名，管理各类参保人员51万人，管理县内定点医疗机构、定点零售药店351个，人均管理参保人员3、92万人，人均管理两定机构27个。由于服务监管对象多，工作面宽量大，现有人员工作任务繁重，单位参公后医疗相关专业人员招不进来，影响了工作有效开展。

(二)无办公用房，群众办事极不方便

医保中心由于没有办公用房，现分别在县卫生局和县工商银行两处租用房屋办公，并且在县卫生局租用的办公用房属d级危房。由于一个单位分两个场地办公，而且场地狭窄、办公设施落后，这不仅给单位工作和管理带来不便，也给老百姓办事带来很大不便。

(三)医疗服务行为有待进一步规范

目前，实行国家基本药物零差率销售后，定点医疗机构获取更大的利润，出现了一些不良医疗服务行为，如过渡使用辅助检查、滥用中医服务项目等违规行为，医保中心虽然出台了相应的管理措施，但对医务人员服务行为的监管依然困难。

(四)住院医药费用的增长较快

由于我县未开展门诊统筹，导致门诊病人住院化现象突出，加重了住院医药费用的增长。今年年1-6月，全县城乡居民保险共发生住院医药费用总额为10509、90万元，比去年同期的6848、20万元增加3661、70万元，增长了53、47%，远超过我县农民人均纯收入的增长幅度。

四、下半年工作重点

(一)按照城乡居民医保市级统筹办公室安排，加强城乡居民医保市级统筹的组织领导，明确任务责任，制定实施方案，精心组织，加强培训，广泛宣传，积极稳妥推进城乡居民合

作医疗保险市级统筹试点工作。

(二)加大宣传和动员力度，认真搞好20xx年城乡居民医保个人筹资工作，按时完成筹资工作任务，确保参保率达95%以上。

(三)进一步加大监督检查力度。开展一次医疗保险全面督查工作，重点对《服务协议》执行情况进行督查，并加大对违规行为的查处力度。

(四)加强医保中心能力建设。积极争取完善中心内部机构设置，着力抓好干部职工的思想、作风和廉政建设，强化教育和培训工作，提高职工的业务素质和工作能力，坚持以人为本，增强服务意识，优化服务环境，为广大参保人员提供优质、高效的服务，提升医保工作新形象。

医保工作总结报告篇二

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□20xx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进行准备予以申报，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。

医保工作总结报告篇三

医保审核股是一个工作非常繁杂、任务比较重的部门。作为审核股一员肩负着领导助手的重任，不论在审核报账还是在处理问题时，都得慎重考虑，做到能独挡一面，这些都是审核股人员不可推卸的职责□20xx年以来，在局领导的亲切指点和广大同事的热心帮助下，我认真贯彻医疗保险有关政策规定，立足岗位，安心做好本质工作，一心一意为参保人员提供优质的服务，牢固树立了“审核股无小事”的思想，尽职尽责，努力工作，取得了一定的进步，同时存在一些很明显的不足之处，现将总结如下：

(一) 认真学习，注重提高。

20xx年以来，我认真学习医疗保险各种政策法规和规章制度，不断加强医疗保险经办流程的学习，熟悉工作业务流程，努力增强自身业务能力。在工作之余，我还阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，学习关于医疗保险业务的各种文件，认真做到向书本学习，向领导学习，向同事学习。我深知如不虚心学习，积极求教，实践经验的缺乏必将成为制约个人能力发展的瓶颈，我觉得，局里的每位同事都是我的老师，他们中有业务骨干、有技术尖兵、有文字高手。正是不断地虚心向他们学习求教把书本经验转化为实践经验，我自身的素质和能力才得以不断提高，工作才能胜任。

对外界做到坦荡处事、自重自爱，努力做到对上不轻漫，对外不卑不亢，注意用自己的一言一行维护领导的威信，维护整个机关的形象。

(三)转变作风，摆正位置。

我始终把耐得平淡、舍得付出、默默无闻作为自己的准则；始终把增强服务意识作为一切工作的基础；始终把思想作风建设的重点放在严谨、细致、扎实、求实上，脚踏实地埋头苦干。审核股工作最大的规律就是“无规律”，“不由自主”。因此，我正确认识自身的工作和价值，正确处理苦与乐、得与失、个人利益与集体利益的关系，坚持甘于奉献、诚实敬业，做到领导批评不言悔、取得成绩不骄傲，努力保证了审核工作的高效运转。在工作中，我始终坚持勤奋、务实、高效的工作作风，认真做好工作。服从领导安排，不计得失、不挑轻重。自工作以来，没有耽误过任何领导交办的任何事情。在生活中，坚持正直、谦虚、朴实的生活作风，摆正自己的位置，尊重领导，团结同志，平等相处，以诚待人，不趋炎附势，也不欺上压下，正确维系好与领导、同事相处的尺与度，大事讲原则，小事讲风格，自觉抵制腐朽思想的侵蚀。

20xx年，在领导和同志们的关心支持下，我取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在

着一定的差距。如工作经验不够丰富，畏手畏脚，不够洒脱自在；组织协调能力和社交工作能力需要进一步提高；工作中有时出现求快；有些工作思想上存在应付现象；学习掌握新政策、新规定还不够，对新形势下的工作需求还有差距；学习上不够高标准、严要求等。

(一)继续严格遵守各项医保政策和审核股工作职责，严守机关秘密，服从单位安排，脚踏实地地完成各项任务。

(二)进一步加强理论文化知识和专业技术知识的学习，同时加强政策调研，不断提高理论水平和办事的能力。

(三)更要树立起良好的自身形象，在工作中成为同事的榜样，在感情上成为同事信任伙伴。

(四)工作中要学会开动脑筋，主动思考，充分发挥领导的参谋作用，积极为领导出谋划策，探索工作的方法和思路。

(五)积极与领导进行交流，出现工作上和思想上的问题及时汇报，也希望领导能够及时对我工作的不足进行批评指正，使我的工作能够更加完善。总之□20xx年以来，通过努力学习和不断摸索，收获很大，我坚信工作只要尽心努力去做，就一定能够做好。我决心在今后的要多提高自己的素质与休养，多学习为人处世的哲学，不断超越现在的自己，争取更大的进步！

一年来，在局党政的正确领导下，在单位领导及同志们的帮助、支持下，我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报！如下：

思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。

积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作；坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益。为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头！采取咨询、宣传单、等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，取得了较好的效果。

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力工作。

医保工作总结报告篇四

20xx年我院医疗保险工作在院党委的高度重视及医疗保险局各级领导的正确指导下，遵循着“把握精神、吃透政策、大力宣传、稳步推进、狠抓落实”的总体思路，经过全院医务人员的共同努力，圆满地完成了20xx年医疗保险管理的各项工作任务。全年共接收医疗保险患者人次，其中城镇职工门诊就诊患者为人次，城镇职工住院就诊患者为xxx人次，城镇居民门诊就诊患者为人次，城镇居民住院就诊患者为人次；共发生医疗费用元，其中城镇职工门诊收入xxx元，城镇职工住院收入xxx元，城镇居民门诊收入xxx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

严格依据《抗生素合理应用及管理辦法》的'具体要求，根据

参保患者的病情，严格执行急性病3日量，慢性病7日量的用药原则，杜绝了滥用抗生素及大处方等现象。原则上根据病情需要选择广谱、低中档抗生素，无菌手术患者在预防感染用药上，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。

（六）加强参保患者门诊化疗审批及二次开机审核管理

根据医保局的相关规定及做出的新要求 and 指示，医院设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

医院领导高度重视医疗保险的管理工作，医保科配置了专职的财务人员，每月能够及时、准确地收集患者的出入院及各项收费信息，对各科室费用、门诊高档检查、每月医院医保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。

医保工作总结报告篇五

我院自建院以来，一直提倡优质服务，方便参保人员就医；严格执行医疗机构管理条例及各项医保法律法规，以救死扶伤、防病治病、为公民的健康服务为宗旨在醒目位置悬挂医疗保险定点标识牌；在医疗保险局的正确领导及指导下就，建立健全了各项规章制度及组织机构，成立了以***为组长、***为副组长的领导小组，并指定***为专职管理人员；同时建立了与基本医疗保险管理制度相适应的医院内部管理制度和措施；如基本医疗保险转诊制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊制度；公布投诉电话159xxx□医保就医流程和各项收费标准，并在年初做好年度计划和年终做好年度工作总结；高度重视上级领导部门组织的各项医保会议，做到不缺席、不迟到、早退，认真对待医保局布置的各项任务，并按时报送各项数据、报表。

一是入院方面，严格对入院人员进行仔细的身份验证，坚决杜绝冒名顶替现象，住院期间主动核实是否存在挂床住院现象，做到发现一起制止一起。二是针对病情，做出合理的诊疗方案，充分为患者考虑，不延长或缩短患者的住院时间，不分解服务次数，不分解收费，出院带药按照规定剂量执行。三是在特殊检查治疗方面，我院要求医生要针对不同病人的

不同病情，做出合理的诊疗方案，如有需要进行特殊检查治疗，需认真、仔细、真实填写申请单，并严格按照程序办理。不得出现违规和乱收费现象。四是对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单。严格执行药品目录的规定范围不擅自扩大或缩小药品的使用范围，对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目，事先要征求参保人员同意。

我院在日常管理方面，一直本着对患者提供优质的服务为宗旨，方便参保人员和患者就医；平时严格执行诊疗护理常规，认真落实首诊医师责任制度及各项责任制度，强调病历诊断记录完整，对医生开出的处方和病历有专职人员进行整理归档；定期组织医生进行业务和职业道德培训，做到对病人负责从病人角度出发，不滥检查、滥用药，针对病人病情，进行合理检查治疗、合理用药；对就诊人员进行仔细的身份验证，杜绝冒名顶替就诊现象；对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并对病人提供费用明细清单。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。在参保人员住院治疗方面，一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程，认真落实首诊医师责任制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难危重病历讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度。完善医疗质量管理控制体系。二是各种单据填写完整、清楚、真实、准确，医嘱及各项检查、收费记录完整、清楚无涂改，并向病人提供住院费用清单，认真执行自愿项目告知制度，做到不强迫。三是严格按照医疗保险标准，将个人负担费用严格控制在30%以内，超医保范围的费用严格控制在15%内。

同时也关注本院职工的医疗保险情况，按时按量给本院职工缴纳养老、医疗及各种保险，从未发生拖欠情况。

在这一年的工作中，我院取得了优异的成绩，但是也存在不少问题。在今后的工作中，需要严把关，认真总结总结工作经验，不断完善各项制度，认真处理好机制与服务的关系，

规范各项流程，努力更多更好地为患者及参保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展做出贡献。