# 最新医院医保工作总结(14篇)

来源：网络 作者：风吟鸟唱 更新时间：2024-06-09

*医院医保工作总结一为规范临床诊疗行为，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、有序发展，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。同时为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面...*

**医院医保工作总结一**

为规范临床诊疗行为，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、有序发展，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。同时为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，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，了解了医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

为使医保、农合病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院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。二是在医院大厅设立了电子查询系统，病人可随时通过电子系统了解自己的消费情况，如有疑问可及时向科室医务人员咨询，直到账目清楚，充分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。三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并及时整改，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。四是医院职工开展星级服务,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，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，安排专人查房，每天对新入病人进行核查，查有无冒名顶替的现象，查住院病人证件是否齐全，查有无挂床现象，对不符合住院要求的\'病人，医保科一律不予审批。同时进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题。并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。今年我科未出现任何差错事故，全院对医保病人无违纪违规现象。

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共同努力，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年收治职工医保住院病人3100余人，共报医疗费用1781万余元。居民医保住院病人1800余人，共报医疗费用485万余元。接待定点我院的离休干部60人。农合住院病人22393人，共报销医疗费用8200余万元。发生孕产妇补助款60余万元，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，得到了医保局、卫生局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，问题琐碎等，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。

4、树立窗口形象，进一步改善服务理念，加强与患者的交流沟通，努力做到“三好一满意”！

5、我科申报本年度先进科室。

**医院医保工作总结二**

为进一步加强我县医疗保险定点零售店管理，规范医疗保险基金的合理、安全、有效使用，保障广大参保人员的基本医疗需求。按照市医保处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》精神，结合我县实际，通过精心组织，明确责任，层层落实等措施。创建活动取得了较好的效果。现就创建工作情况总结如下：

为了保证创建活动有序开展并取得实效，首先成立了创建活动领导小组，明确了工作职责，制定了工作措施。确立由医疗管理股具体组织实施，分管副局长负责抓落实的工作格局，从组织上加强对创建活动的领导，各成员相互配合，各负其责，充分发挥其职能作用，真正形成齐抓共管的创建工作局面。

全县共认定定点零售药店16家。主要分布在县城区域范围内和部分人口较集中的乡镇，为了保证“保障民生，和谐医保”创建活能够如期顺利开展，使之做到家喻户晓，深入人心，且产生较好的社会效应，首先我局及时将市处《关于在全市医疗保险定点零售药店中开展“保障民生，和谐医保”创建活动的通知》转发给了各定点零售药店。要求他们认真组织学习，充分了解到这次创建活动的重要意义和工作要求，端正态度，提高认识。二是在六月二十日我局组织召开了全县定点零售药店负责参加的创建活动动员大会，统一思想，统一认识，按照市创建活动工作要求，进行了具体的安排和部署，同时在会上充分肯定了我县定点零售药店在医保服务工作中的积极作用，诚恳指出了我县定点零售药店目前的现状，以及在医保服务工作中存在的问题，并且针对存在的问题，着重强调这次创建活动中重点整治的范围和内容，确保创建工作有的放矢，扎实整治，务求实效。

针对我县部分定点零售药店不能严格执行医疗保险政策、规定，在提供医疗保险服务过程中，存在以药易物，变相出售日常生活用品，食品等与药品无关的物品以及人卡不符，冒名用卡，滞卡消费，串换药品等不良现象。要求各定点零售药店必须认真对照创建工作方案，进行自查自纠。一是在自查过程中，针对自身存在的问题，对员工进行宣传、教育和培训，让全体员工充分认识到这次创建活动的重要性，以及在医保服务工作中必须具备的职业道德素质，充分了解和掌握医疗保险相关政策规定以及应该履行的职责和承担的责任，确保在今后的医保服务工作中，为广大参保人员树立良好的形象，提供优质的服务。同时，各定点零售药店必须按照创建工作要求，向社会公开作出医保服务承诺，以此营造创建和谐医保氛围。二是各定点零售药店面对自查过程中发生的\'问题，进行深刻的反思和扎实整改，在规定的期限以内清场下架各类不符合医保规定的日常生活用品、食品、化妆品等物品，退还所有滞压在店的医保卡，并且做好参保人员的解释、说服工作，以免产生不必要的影响。从而，以实际行动促进创建活动的顺利实施。在此期间各定点零售药店上报自查整改材料16份。

在创建活动期间，我局组织相关人员采取网上稽核、明查暗访，实地检查等方式对定点零售药店稽查。整个活动期间，深入医保定点药店督查三次。经过检查发现，大部分定点零售药店原存在的日常生活用品、食品、化妆品等物品已经清场下架，滞留医疗保险卡大部分已经退还参保人员。但是仍有少数定点药店没有彻底清理非药品类物品，并且强调各种理由，没有退还滞留的医保卡以及不按规定录入正确药品名称，而只随意录入药品名或只录入西药费，中药费，存在以药易物、串换药品、压卡消费，营业时间执业药师不在岗，不严格审核医保卡，出现人卡不符，冒名顶替等现象。针对检查中发现的这些现象和问题进行现场整治，对查实的违规现象，视情节轻重分别给予批评教育９例次,下发整改通知３份。对仍以药易物出售日常生活用品、食品、化妆品的，责令其当场清理下架。及时发现问题，及时查处，取得了较好的效果，促进了创建活动顺利开展。

通过这次“保障民生，和谐医保”创建活动，促使了各定点零售药店严格执行医疗保险各项政策、规定，履行医疗保险工作职责，规范医疗保险服务行为，完善自我约束、自我监督机制，确保医疗保险基金合理、安全、有效使用，得到了广大参保人员的好评，与此同时也促使了我县医疗保险管理水平的进一步提高。

**医院医保工作总结三**

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。

**医院医保工作总结四**

为落实龙医保【20xx】第40号文件精神，《关于开展对医保定点医疗机构基金使用情况调研的通知》的有关要求，我院立即组织相关人员严格按照城镇职工医疗保险的政策规定和要求，对医保基金使用情况工作进行了自查自纠，认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的安全运行。

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、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，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都证求参保人员同意并签字存档。

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处,建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的\'限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长1.42%；出院人次191人比去年同期下降4.5%；门诊住院率4.96%同比去年下降0.3%；二次返院率6.81%同比去年下降0.19%；住院总费用108.83万元同比去年下降10.98%，医保基金费81.06万元同比去年下降9.51%；药品费用32.49万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用4.71万元同比去年下降2.69%；平均每位出院患者医药费用5697.87元；较去年下降6.78%。

1、由于我院外科今年第一季度开展手术治疗的患者较同期多，故耗材费用和大型仪器检查占比略有所增长，其中耗材费用2.71万元同比去年增长12.92%；百元耗材比3.55%同比去年增长0.71%；大型仪器检查占比4.33%同比去年增长0.37%。

2、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，医疗保险政策认识不足，对疾病诊疗不规范。

1、组织相关医务人员对有关医保文件、知识的学习。

2、坚持合理检查，合理诊治、合理应用医疗器材，对患者的辅助检查、诊疗，要坚持“保证基本医疗”的原则，不得随意扩大检查项目，对患者应用有关医疗器材应本着质量可靠、实惠原则，坚决杜绝不合理应用。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

xxx医院

20xx年5月8日

**医院医保工作总结五**

x年，是江山市医保局成立的第一年，3月份组建完毕，4月份开始施行。组建完成后，我局紧紧围绕以打击欺诈骗保为目标，着眼于依法行政素质的提高，开展了形式多样的打击欺诈骗保活动，现将x年度行政执法工作总结如下：

1、医保行政部门没有行政许可职能。

2、依法查处欺诈骗保违法案件。x年共受理案件数4件，办结案件数4件，结果公开数4起。其中2起案件追回医保基金0.46万元，罚款0.92万元。另2起案件移送公安机关侦查，目前刑拘1人，取保候审2人。无行政复议和行政诉讼案件。开创了衢州市医保领域成立以来行政处罚的先河。

3、其它。

（1）因省医保局还没有制订行政执法实施清单，故我局还没有开展“双随机掌上执法”的行政检查工作；

（2）x年我局没有发生行政强制、行政裁决、行政给付、行政确认、行政奖励等行政执法工作。

1、加强学习、提升业务水平和执法能力。我们积极参加上级部门组织的各种政治、思想理论学习，不断提高政治理论素质，并能自觉运用党的政治理论来指导行政执法的.方向，从而不断提高执法水平。在加强政治学习的同时，也不放松业务学习。为适应新形势下医保政执法的要求，提高医保系统执法人员依法行政和综合执法水平，规范医保行政执法程序，局基金监管科多次组织开展行政执法培训工作。在工作之余要求行政执法人员自觉学习医保相关法律、法规。在办案执法中经常涉及到的相关法律条文，并抽出一定时间学习法律知识及案件剖析，进行分析讨论，总结经验教训，从而提高了自身的法律意识和执法业务水平。

2、加强医保相关法律、法规的宣传。根本目的在于不断增强民众的法制意识，广泛开展多层次、形式多样的医保法律宣传活动，以“4.20”集中宣传日、政策下乡赶圩为契机，充分利用新闻媒介宣传社会保险法，悬挂宣传横幅，深入宣传《社保法》等法律法规，进一步提高全民的法律意识。

1、是执法成本过高，执法装备落后达不到现在的医保执法的需要，应加大行政执法资金投入。

2、是对法律、法规的宣传力度有待进一步加大，做好法律、法规的宣传应全方位、无死角开展宣传工作。

3、是执法人员的业务素质能力和执法水平还有待于进一步的提高，加强执法队伍的自身建设，不断提高业务工作水平，以利于今后执法工作的需要。

4、加强联合执法，建立长效机制，推进及完善两法衔接做到打击一处、震慑八方。

5.认真总结分析行政执法面临的问题，推广行政执法中的好做法、好经验，建立健全长效行政执法管理机制。

**医院医保工作总结六**

20\_年，在市委、市政府的坚强领导下，市医疗保障局党组以“攻坚年”活动为抓手，坚持服务大局，聚焦主责主业，认真履职尽责，以创促新，积极适应新形势、新常态、新要求，奋发有为推进医疗保障事业改革发展，全力以赴夺取疫情防控和经济社会发展“双胜利”。

截至20\_年11月底，全市医疗、生育保险参保人数分别达到516.22万人和47.35万人；全市职工医保基金核定应收333640万元、城乡居民医保基金核定应收310426万元；全市职工医保基金征缴达到316520万元，城乡居民医保基金征缴达到310426万元；全市职工医保基金支出337233万元，城乡居民医保基金支出300779万元。全市基本医疗保险参保率达96.4%，各项基金收支平衡、略有结余，较好地落实和保障类参保群众的各项待遇。

（一）全力打好疫情防控攻坚战。

结合医保职能，先后出台了《关于落实新冠肺炎病毒患者特殊保障措施的通知》、《关于做好疫情防控期间新冠肺炎发热病人门诊检查费用保障工作的通知》、《关于做好疫情防控期间药品零售服务工作的紧急通知》等一系列政策措施，确保了患者不因费用耽误治疗，确保了参保群众疫情期间就医、用药得到保障；建立疫情防控“三服务五到位”联防联控机制，实行“防控疫情电话办，医保服务不打烊”线上办理和24小时值班制，将新冠肺炎发热病人门诊检查费用纳入医保支付范围，建立疫情防控期间药品配送制度，保障群众用药。一是医保服务项目全面实现网上办理，最大程度降低交叉感染风险。二是将新冠肺炎患者住院费用纳入医保报销。按照国家和省统一要求，将新冠肺炎病例住院费用纳入医保报销及时结算。于20\_年1月，将治疗新冠肺炎的目录外药品及治疗项目临时纳入医保目录，保证患者得到及时治疗。三是将新冠肺炎检测项目纳入医保目录。按照省统一要求，于20\_年5月，将新冠肺炎核酸检测、抗体检测项目临时纳入医保目录，按乙类管理。四是做好新冠肺炎患者医疗费用结算工作。截止9月底，全市新冠肺炎住院定点救治医疗机构共有97家，共收治新冠确诊和疑似参保患者4595人次（4141人数），总费用4768万元，新冠肺炎医保结算率达到100%。

（二）深入推进“双报到”工作。

扎实开展“双报到”工作，将党员充分融入基层社会治理。局党组以身作则，疫情期间协助双报到社区解决口罩不足、消杀药品短缺问题，保障社区防疫物资供应。组织动员、督促党员干部到居住地社区就近报到、开展值班值守、消杀清洁、物资配送等志愿服务活动，疫情期间局系统41名党员干部累计参加社区抗疫476人次、1307小时，涌现出一批优秀共产党员和典型事迹。疫后常态化开展“双报到”，督促党员干部主动参与到防汛抗洪、汉江流域生态保护、安全大巡查、夜间巡逻等活动中，党员双报到率达100%，充分发挥了党员在基层治理中的先锋模范作用。

（三）全力以赴打好脱贫攻坚战。

在驻点扶贫方面：选派党员骨干充实到扶贫工作队，增强扶贫力量。落实“两天一夜”、“五天四夜”工作制，积极开展“四方会商”，与村委共谋产业发展，投入10余万元助力漫云村改善人居环境、扶持种植、养殖业发展。组织党员干部定期入户结对帮扶。与村干部联合举办主题党日，提振脱贫攻坚信心。在行业扶贫方面：一是全市338043名建档立卡贫困人员全部纳入医疗保障覆盖范围，参保率达到100%；二是针对中央巡视湖北提出的医保扶贫标准过高问题，出台《关于进一步做好农村贫困人口基本医疗保障工作的通知》，对我市健康扶贫政策进行了调整；三是各县（市、区）在县域内和市区的3家三甲医院均实现了“一站式、一票制”结算；四是全面落实新“985”待遇标准，医疗保险政策范围内报销比例达94.53%，门诊慢性病报销比例达80%。五是抓好扶贫领域巡视巡察反馈问题整改。先后解决了乡村医生招不进、留不住和部分建档立卡贫困人口医保补贴未落实等问题，补差支付一般诊疗费2399.48万元，提升了乡村医生收入。完成3.9万余名贫困人口补贴整改，到位资金66万元。

（四）落实“六稳六保”，助力企业复工复产。

一是实行阶段性企业医保费减征，2月至6月共减征参保企业医保费2.53亿元，减轻缴费负担。二是实施困难企业缓缴政策，可缓缴6个月。三是对流动资金困难的344家中小制造企业，实行按季征收，缓解资金流动紧张问题。四是落实“千名干部进千企”，帮助湖北朗东机电公司顺利享受社保、房产税等税费减免6万多元，协助企业贷款100万余元，协调法院解决企业欠账难题。协助超卓航空公司解决司法判决执行难问题，协调法院及时追缴企业欠账，结清企业官司，为企业上市保驾护航

（五）优化营商环境，推进医保“放管服”改革。

一是简化两定机构申报程序。降低申报门槛，将申报资料由9项简化为4项，实行了即时申报即时受理，办结时间缩短为5个工作日，医药机构申报定点更加方便，截止20\_年10月底，新签订协议医药机构共264家，其中医院2家，门诊162家，药店100家。续签协议的共有496家，其中门诊94家，药店402家。我市成为全省申报医保定点机构材料最少、流程最优、时限最短的地区。二是简化医保异地就医备案手续，开通了业务大厅窗口、支付宝、微信、湖北政务服务网、人社app五种渠道办理，实现了即时办结。取消了异地居住证明等多个手续，方便群众就医备案。三是扩大慢性病门诊定点药店范围。20\_年市区共新增慢性病门诊定点药店18家，由原来的11家，增至29家，极大的方便了参保群众就近购药报销。四是推进医保服务只进一扇门改革。各县（市、区）医保服务陆续进驻行政服务中心，市直医保业务大厅于10月底整体进驻市民中心，实现了医保服务“一门办、一网办、一城办、一次办”。

（六）推进医疗保障重点改革工作。

一是做实城乡居民医疗保险市级统筹，建立起第三方审计制度，实现城乡居民医保基金统一调配，增强抗风险能力。二是落实深化医药价格改革，取消了我市公立医疗机构医用耗材加成，执行新调整医疗服务价格。三是深化药品及耗材集中采购制度改革。实行采购量分解办法，通过带量采购、降低价格，让群众享受实惠。四是推进异地就医联网结算。今年新增异地联网结算定点医疗机构37家，享受异地联网结算的9264人次，医疗总费用23904万元，统筹基金支付12602万元，群众享受异地就医更加便利。五是引入第三方监管，推进医保监管方式创新试点工作，顺利通过国家试点项目中期评估。

（七）开展打击欺诈骗保、医疗机构规范使用医保基金专项行动。

成立医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作领导小组，印发了《襄阳市医疗保障局开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作方案》。在6月份开展了为期一个月的“打击欺诈骗保、维护基金安全”为主题的集中宣传月活动。印发襄阳市基本医疗保险医保便民服务手册政策问答2万本，打击欺诈骗保基金行为你问我答、新健康扶贫“985”政策宣传折页4万份，张贴宣传海报1万张。并开展了多种形式、多种渠道的宣传活动。打击欺诈骗保工作重点抓好了三个方面：一是强化日常监管。1至10月，现场检查医疗机构3024家，处理违规违法医疗机构310家，暂停医疗机构医保服务25家，解除医保服务2家，追回医保基金2572万元，其中行政处罚580万元，处理参保人员违法违规10例，追回医保基金17万元。二是开展20\_年医疗机构规范使用医保基金、骨科高值耗材、精神科收费专项检查。从全市抽调骨干力量、请第三方专业机构共计121人组成12个检查组，对全市医疗机构开展了为期25天的全覆盖检查，共计检查212家医疗机构，其中三级医疗机构10家（含专科三级）、二级医疗机构47家、一级医疗机构155家发现涉嫌违规金额约2500万元，对检查发现的问题我局正在依法依规严肃处理。三是认真查办举报投诉案件。1-10月共办理11件投诉举报案件，其中国家局和省局转办3件，打击欺诈骗保投诉举报电话3件，来信举报1件，12345市长热线投诉举报1件，信访办1件，互联网+监管平台1件，市巡察办转办1件。逐一调查核实，并依法依规做出合理性答复，确保“件件有落实、事事有回应、闭环处理到位”。

（八）防范化解重大风险，维护经济社会稳定发展。

一是开展意识领域风险排查。围绕党员干部思想状态、服务效能建设、参保群众诉求等每周开展1次排查，预估意识形态风险，提前做好应对，确保了意识形态领域安全。二是及时处理来信来访。开通局门户网站、微信公众号，公布信访举报电话，及时受理“12345”、阳光信访以及群众来信来访，68项信访事项，回复率达到100%；妥善解决了国企改革遗留的3起老工伤患者医保待遇问题。三是推进医保诚信体系建设。完善了医保举报奖励制度和“黑名单”制度，建立“双随机一公开”工作机制，定期与相关部门对接发布诚信信息。四是发挥医疗救助的社会职能。对部分享受医疗救助人员参加城乡居民医保个人缴费给予全额资助，资助资金从医疗救助资金中列支；在各定点医院对贫困患者医疗救助费用实行“一站式”结算。

（九）进一步完善医保付费方式。

一是严格执行年终清算。20\_年1月，按照总额预付管理办法，对20\_年度实施总额预付管理的定点医疗机构进行了全面考核、清算，对于各定点医疗机构结余费用，符合规定的按比例留用，对合理超支费用根据情况按规定比例分担。二是完善总额预付相关政策。20\_年3月，结合我市医保总额预付管理情况，对《襄阳市基本医疗保险住院费总额预付结算管理暂行办法》（襄人社发〔20\_〕137号）进行了调整、完善，出台了《襄阳市基本医疗保险总额预付结算办法》（襄医保发〔20\_〕11号），并于20\_年起开始执行。三是落实20\_年度基金预付费政策。20\_年4月，按照总额预付结算办法制定了20\_年度总额预付方案，将全年基金预算收入全部纳入付费总额管理范围，并按各医疗机构上年度结算情况测算20\_年度总额。同时要求并督促各县（市）、区医保经办机构根据文件要求，将基金按时足额预拨付给医疗机构。全市各级医保经办机构均已制定了20\_年度医保总额预付方案，并按规定执行拨付工作。

（十）健全完善医保支付机制。

一是进一步扩大病种结算范围，提高支付标准。20\_年5月，根据医保基金收支、医疗项目价格调整、医疗费用变化等情况，依据《市医疗保障局关于调整部分基本医疗待遇支付与费用结算标准的通知》要求，进一步扩大了按病种付费范围，同时，对我市部分医疗待遇支付标准进行了调整。政策调整后医保按病种结算病种由291种增加至295种，该文件于20\_年7月1日起执行。二是调整定点医疗机构医保住院人次定额标准。20\_年5月，根据近年来基金运行及结余情况，结合定点医疗机构近三年医疗费用变化情况，经研究测算，对我市部分定点医疗机构职工医保住院人次定额标准进行了调整。

（十一）落实“两病”门诊用药保障机制。

修订完善了城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障政策，对参保居民“两病”用药不设起付线，一个结算年度内参保居民在二级以下定点医疗机构发生的门诊药品费用，政策范围内费用按50%报销，医保基金年度最高支付限额为1000元（含普通门诊统筹限额800元），月支付限额不超过50元。截止今年10月30日，全市共计12538人次享受“两病”门诊用药保障待遇，医保基金共计支出24.83万元。

（十二）落实新药品目录及医保支付标准。

一是落实新药品目录。20\_年1月，根据《省医疗保障局 省人力资源和社会保障厅关于做好实施工作的通知》（鄂医保发〔20\_〕77号）文件要求，及时更新我市基本医疗保险药品目录。此后，分别在3月、4月、5月、7月、9月与省级同步更新了《湖北省医保药品目录数据库》中药品信息。二是保障国家谈判药品待遇落地。1月出台《市医疗保障局 市人力资源和社会保障局关于转发实施工作的通知>的通知》（襄医保发〔20\_〕3号），对国家114种谈判药品的报销政策予以明确，确定支付标准、拟定报销流程、确定鉴定及开方医师。同时，对医保系统参数进行了调整，保证广大参保患者能够按规定享受相应的医保待遇。据统计，全市20\_年1-10月国家127种抗癌药品共计发生医保报销61568人次，药品费用总金额10294.3万元，医保统筹支出总金5825.7万元。

（十三）优化医保经办服务。

一是认真落实国家和省有关医疗保障信息化建设及公共服务治理要求，深化医保app、异地就医等平台建设，做好定点医药机构信息维护、医保按病种结算、慢性病门诊等业务编码标准维护等工作。20\_年参与国家医疗保障局医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护工作，其中维护并赋码定点零售药店1291家，定点医疗机构1582家，医保药师1117人，医保医师9408人，医保护士11461人，维护率和赋码率均达到100%，位居全省第一。二是坚持问题导向，认真疏理11项政务服务清单事项，致力打造流程最优、时限最短、资料最少、服务最便捷的医保公共服务，并将所有事项按要求进驻市民服务中心，其中“异地就医备案”、“定点医药机构申请”、“慢性病门诊待遇申请”、“定点医药机构费用结算”四项业务实现了全省办理时限最短、资料最少、流程最优。

（十四）加快推进医保信息化建设。

一是启动医保信息系统分拆及数据移交工作。与人社局协商，确定了系统分拆和移交的思路，起草了工作方案，相关工作目前正在推进中。二是加强系统经办服务能力。完成了与省互联网医保平台慢性病线上复诊及购药系统的对接建设，完成了全市城乡居民医保信息系统基本医疗、大病医疗、医疗救助“三位一体”“一站式”结算的系统改造，实现了与省级平台的.协同联动。三是进一步提高医保移动端信息服务水平。9月上线了襄阳职工医保电子凭证，提供职工医保个人账户脱卡支付、余额查询、上账明细查询、交易明细查询等功能，截止11月17日绑卡激活33900余人，脱卡交易28900多笔，交易金额280万元。四是继续做好相关数据上报工作。配合市人社局做好每月的180项联网数据上报工作，定期做好每月的医保个人账户刷卡财源数据上报工作，完成职保个税20\_年前三季度共享数据、职保参保基础数据、慢性病登记备案数据的提取上报工作。五是做好国家医疗保障信息编码维护的技术保障工作。组织协调完成了全市经办机构、两定机构、医师护士药师等动态编码维护工作，并做好相应的操作指导和技术支持工作。六是开展内部计算机网络的安全管理工作。完成了中心内部网络排查和标注，对发现的安全隐患进行了督办和整改；开展办公电脑的ip、mc地址登记备案，为网络安全管理奠定基础。

20xx年市医疗保障局将在市委、市政府的坚强领导下，紧紧围绕党和政府的关切、人民群众的期盼，坚持以人民为中心的发展理念，系统推进医疗保障制度改革。

（一）持续扩大医疗、生育保险覆盖面。

力争城乡基本医疗保险参保人数达到520万人，生育保险参保人数达到48万人。

（二）建设多层次医疗保障体系。

编制出台襄阳医保“十四五”规划，落实中央《关于深化医疗保障制度的意见》，建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系，着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题。

（三）抓好医疗保险市级统筹工作。

做实做细全市城乡居民基本医疗保险市级统筹工作，出台相应的业务经办规程和考核管理办法等，抓好参保缴费和待遇落实工作；积极推进城镇职工基本医疗保险市级统筹，改革职工基本医疗保险个人账户计入办法，同步建立门诊共济保障机制。

（四）健全统一规范的医疗救助制度。

明确救助对象人员类型，建立及时精准识别机制，科学确定救助范围。全面落实重点救助对象资助参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。总结医保扶贫工作成效，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制；做好医保扶贫政策接续，持续发挥托底保障作用。加强医疗救助与基本医疗保险、补充医疗保险、慈善救助等制度的衔接。

（五）完善重大疫情医疗救治费用保障机制。

总结疫情期间行之有效的政策措施，系统制定医疗保障应急工作预案，健全重大疫情应急响应机制，完善医疗救治费用医保支付政策，在突发疫情等紧急情况时先救治、后付费，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，在合理划分责任边界基础上有机融合制度功能，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

（六）深化药品、医用耗材集中带量采购改革。

公立医疗机构在省级招采平台集中采购，原则上不得线下采购，鼓励社会医药机构自愿参与联盟集中带量采购。降低药品、医用耗材价格，减轻群众就医负担。

（七）持续推进医保支付方式改革。

与卫健部门沟通，做好按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费的准备工作。

（八）抓好医保信息化建设。

按照省局个化建设指导意见要求继续做好医保信息化建设工作。一是继续推进医保信息系拆和数据移交工作，保障系统平稳分离，医保系统稳定运行。二是继续做好长期和阶段性的数据上报工作，完成国家局、省局的数据采集、校验任务。三是在独立的医保信息系统的基础上，启动医保便民服务系统升级项目建设。四是完成国家局、省局统一规划的其他系统建设工作。

（九）建立医保药品鉴证系统。

通过建立医保药品鉴证系统，实现对药品销售数据进行追溯、比对，实现对虚假售药、药品串换销售、一药多卖等违规行为的监管。

（十）完成医保监管方式创新试点工作。

通过招标采购服务，引入第三方监管、审计等手段，增强医疗监管能力。通过专项检查、飞行检查、集中抽查等方式，严厉打击欺诈骗保行为，并将医保违规案例纳入社会信用评价体系，形成可复制、可借鉴的襄阳经验。

（十一）全面提升医保经办服务质量。

按照医疗保障经办政务服务事项清单要求，规范经办政务服务事项，建立完善经办服务标准体系，规范每个服务环节，推动形成“管理有标准、岗位有职责、操作有制度、过程有监督、工作有评价、事后有考核”的科学管理体系，将经办服务全过程纳入标准化管理的轨道。

（十二）扎实推进医保系统行风建设。

持续深化“不忘初心、牢记使命”主题教育成果，加强医保系统行风建设，推动实现医保服务事项“马上办、网上办、就近办、一次办”。以“好差评”制度为抓手不断强化行风建设，做到工作目标向群众公开，办事流程向群众承诺，工作绩效由群众评价。

**医院医保工作总结七**

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。

xx年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

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可定和鼓舞，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。

领导下，根据《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

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，对一些有多次犯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：

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。

**医院医保工作总结八**

今年以来，我局积极贯彻落实上级“四送一服”双千工程各项政策精神，深入企业开展调研，认真梳理企业反映的问题，依法依规解决企业的各种诉求，助推企业高质量发展。现将工作情况总结如下：

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。

以“医院下单、企业配送、医保审核、基金买单”的方式，扎实推进药品费用医保基金直接结算，通过压缩流通环节，缩短支付链条，缓解了企业资金压力，提高了配送积极性

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。

3.继续做好联系企业的服务工作，及时了解收集梳理企业生产经营中的`难题，能解决的当场解决，不能解决的及时呈报上级，并反馈至企业

**医院医保工作总结九**

\*\*医院20xx年度医疗保险定点服务单位年度总结 一年来，在\*\*市医保局的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊的参保人员更好地享受基本医疗保险，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定的成绩。

一年来，我院始终坚持按照《\*\*市城镇职工基本医疗保险办法》、《\*\*市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《\*\*市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

一、高度重视、加强管理、严格遵守有关法律法规

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15900000000、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。

二、医疗服务价格及药品价格方面

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。

三、履行医疗保险定点服务协议及缴纳养老、医疗、工伤保险情况

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

20xx年4月16日

**医院医保工作总结篇十**

尊敬的区人大领导及各位代表：

首先感谢您们在百忙之中到安富街道检查指导城镇居民医疗保险工作！下面我就今年上半年医保工作开展情况作一简要汇报：

（一）明确责任，加强组织领导。医保工作作为最重要的民生工程之一，街道领导高度重视，成立了以分管领导为组长的医保工作领导小组，强化医保工作组织领导。科学分解目标任务，明确各社区、各部门的工作职责，并签订目标责任书，将居民医疗保险工作纳入街道对社区和联系社区干部的综合目标考核，确保此项工作按计划有序推进。

（二）创新途径，注重宣传实效。一是扎实开展“三进”宣传活动，提高群众参保知晓率。安富街道积极组织各社区医保专干，针对不同参保对象的实际情况，制定和实施个性化宣传方式，扎实开展居民医保政策“三进”宣传活动（即“进街道、进社区、进家庭”）。二是床戏创新宣传途径，广泛发动居民群众积极参保。街道充分利用社区党员骨干、青年志愿者、老年协会、热心群众、居民健身队等人际脉络，采用群众喜闻乐见、通俗易通的宣传形式，多途径、多形式大力宣传城镇居民医疗保险工作，如在街头闹市拉横幅，在街巷口、小区内宣传栏张贴参保通知，制作黑板报、电子广告屏、挨家挨户向群众发放宣传资料、节假日活动表演等方式，营造浓厚的.医保政策宣传氛围，让广大居民深入了解城镇居民医保惠民工程带来的好处和实惠，引导广大居民积极主动参保。

（三）先行先试，化被动为主动。在参保扩面工作中，

针对传统工作模式存在的局限性——坐等居民前来参保，街道劳保所大胆创新，力争化被动为主动，探索出一种全新的工作方式——“上门办理”参保。即摸清辖区内居民人口基数，初步掌握符合参保条件的居民人口结构，将低保户、残疾人等弱势群体作为居民参保工作的重点，有的放矢地督促指导各社区结合实际在永宁西村、金娟小区、火炬生活区、上坝棚户区等地，开展登门入户的方式为其讲解居民医保相关政策，办理医保参保手续，为弱势群体医保应保尽保拓宽了渠道，变被动登记为主动登记，在群众中树立了亲民、爱民的人性化服务口碑，取得良好效果。

（四）构建系统，提高办公水平。一是维护升级居民医疗保险网络系统。联系广电网络公司，借助网络信息传输优势，对社区居民医疗保险网络系统进行全面排查、维护、升级，确保社区医保网络畅通，方便居民办理医疗保险；二是构建三级医保服务平台。建设区社保局、街道、社区三级医保服务平台，建立医保参保网络信息qq群，在线解答参保相关政策，及时公布医疗保险最新政策法规和工作进度，宣传基层参保先进经验，即时解答社区及居民群众参保办理程序和就医中出现的问题，实现医保工作渠道的多样化；四是加强业务培训，提升服务质量。街道组织社保专干进行业务知识和操作程序等技能培训，深入学习掌握政策标准、让每个经办人员准确把握政策、熟悉业务流程、提高服务质量。

按照区上的安排要求，从20xx年我街居民医疗保险工作相继启动，到目前，我街5个社区全部实施，参保人数达到7761人，参保率达到96.25％。收缴医疗保险费49.6582万元。，享受医保待遇的达2279人次，支付医疗保险待遇29万元，医疗费报销比例平均60％以上，有效保障了居民的基本医疗需求，得到了广大老百姓的普遍欢迎和衷心拥护。我街居民医疗保险工作开局良好，基本建立起了科学合理的政策体系和运行机制，为全面建立城镇居民基本医疗保险制度奠定了较好的基础。

城镇居民医保在实际工作中存在的主要问题有：一是政策宣传力度还不够大，群众参保意愿还需要引导；二是各社区参保进度存在差距，完成效率不一致；三是空挂户问题增加了工作难度。未参保人员按户口所在地的摸底统计数据中，包含了部分已未在户口所在地居住的居民，如上坝社区公正街、天新街已坼迁，纳溪酒精厂、农药厂、安富食品公司、航运公司、粮站等已改制、关闭、破产企业集体户居民，大部分居民已不在户口所在地居住和生活，难以 联系，但户口仍未消除；四是医药费用报销制度亟待完善。部分居民参保后感觉报销程序复杂繁琐，纷纷抱怨，医药费用报销制度的不完善，让医院与社保部门缺乏有效衔接，居民在报销医药费用的时候阻碍重重，使还未参保居民的参保信心大打折扣，在一定程度上影响了居民参保积极性。

“踏实工作，认真落实”仍然是安富街道开展居民医疗保险工作的态度，在学习中抓落实，在落实中见成效，持续、高效推进城镇居民医保的加速、提速工作。

横向来看，主要是搞好医保政策宣传，提高居民知晓率，调动群众积极性，从而提高参保率；同时将原有的督导组分为两队，设立小队组长，负责组织指导、督查督办城镇居民医保工作；充分发挥社区网格化管理优势，实行分片包干制，直到任务完成为止；进一步完善每日一报的工作通报制度，加强沟通协调和信息反馈，推动工作责任措施的落实和目标任务的完成。

纵向来看，一是要加强经办人业务水平，培养工作技巧，客观准确地传达医保政策，最大化地动员群众参保；二是进一步完善各经办点的业务办理制度，规范服务流程，方便群众办理参保手续。同时切实抓好待遇兑现工作，协助参保人完善患病住院费用报销手续，让群众得到真正实惠，对未能及时兑现的群众做好解释工作。

汇报完毕，请各位领导和代表多提宝贵意见，指正不当之处。谢谢大家！

**医院医保工作总结篇十一**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保局安排的工作计划，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，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

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。

为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，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、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，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，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，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。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任，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。五是医院职工开展星级服务，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，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。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。

。

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手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。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共同努力，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年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计20xx万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达7.8万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局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工作得以顺利进行。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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全县的医疗保险人员。

**医院医保工作总结篇十二**

今年以来我区医疗保险工作，在市、区的有关部门和领导的支持关心下，取得了一定的成绩，城镇医保工作进展良好，医疗救助工作全面展开，医疗保险做为社会福利事业越来越多地受到社会的普遍关注，医疗保险已构成社会保障的重要方面，而得到了社会的\'普遍认可。回顾5个月以来的工作，可以说是工作扎实，效果明显，群众满意，其主要工作完成如下：<

1、开展了对参保资源的情况调查。按市局的有关要求，从今年4月份开始，我们对全区的各类人员参加各种医疗保险情况进行入户调查。通过调查，我们掌握相关业务的第一手资料的同时，也增加了全区医保工作人员的工作责任心和使命感。

2、开展完善医保经办管理办法征求意见活动。随着，医疗保险工作的不断深入，人们对医疗保险工作的要求与期望也愈加强烈。按市局的统一布属，我们与局领导先后四次到基层企业、街道走访调研，收集建设性的意见有二十六条，改进工作方法和办事程序等方面的建议十三条，为促进基层单位和上级决策部门的工作改进提供了条件。

3、开展制定工作目标责任分解工作。为了更好地完成全年工作任务，我们将今年市里下达的78320人工作任务全部进行分解，制定责任工作目标下达到民政，教育局和各个街道办事处。做到责任落实到人，为确定全年工作任务完成打下了基础。

4、开展信访疑难案件调查处理工作和答复人大代表和政协委员提案议案工作，几个月以来我们先后与有关部门合作，妥善处理了世博集团，洮昌街道办事处、辽沈街道办事处等单位信访疑难案件。四次答复了人大代表和政协委员有关农民工参加医疗保险、困难企业职工参加医疗保险等方面提案议案。多次接待了大北、洮昌办事处和三产办等转属企业退休职工因医保问题，而引发的群体上访事件。

5、开展了医疗保险业务培训与宣传活动，为提高群众对医疗保险的认知和参与程度，较快适应新形势下的医疗保险工作的新要求，我们通过月例会和周检查等形式开展了有针对性业务培训活动，尽快提高工作人员的业务能力，通过发放宣传单，印制宣传标语，制作展板等形式，宣传新的医保政策，使群众对医保有了更深的了解。

**医院医保工作总结篇十三**

20xx年后勤保障科围绕三级医院创建目标，坚持强化管理、提升素质、保障临床、服务患者、节能降耗的宗旨，较好地完成了全年的工作任务，现总结如下：

1、每月召开后勤保障科工作会议，全面传达院周会精神，组织政治学习、后勤各项规章制度、职责学习等，使大家牢记工作职责，规范要求。同时，水电班坚持每日晨会制度，由班长主持，开展工作讨论、学习操作规程等，有效提高了水电班人员业务素质。

2、加强后勤报修服务管理，做到随报随修，且报修有登记，修复有反馈，责任到人，奖罚分明。

3、强化设备安全管理，设备按要求进行规范化管理，责任落实到人，坚持运行安全巡查，严格执行交接班制度，定期进行设备检查、保养。

1、强化安全生产责任制。按照“谁主管，谁负责”的原则，后勤保障科牵头与各科室负责人签订消防安全责任书，使目标层层分解，责任层层落实，形成了“齐抓共管、群防群治”的良好局面，让全院所有科室、职工都参与到医院安全生产工作中去。

2、定期进行安全检查。安全检查小组每月25日组织水、电、消防相关责任人深入全院各科室对用电、用水以及电梯机房、制氧机房、配电房、单身宿舍等重点部位进行安全隐患排查、复查，并对排查出的问题进行分类整治检查，一般问题现场进行整改，对发现较大安全隐患制定了整改方案。1—11月开展专项安全检查12次，排查较大安全隐患10起，整改到位8起，整改率80%。并在8月份在全院开展“夏季后勤保障安全隐患排查”专项活动。

3、强化消防安全。为了提高职工实际防火能力，后勤保障科组织临床科室、消防重点部位进行消防演习，先后进行了“病员疏散、干粉灭火、消防栓灭火”等实地演习，极大地提高了全院职工的消防安全意识和技能。全年组织消防与培训演练41次，消防知识考试858人次。更换到期灭火器330只，更换维修疏散指示灯50个，更换消防应急灯30个，更换烟感探测器40个，消防建筑设施维保26次。

4、严格设备运行管理。电梯、配电房、制氧机房、泵房、压力容器等严格执行每日巡视、运行登记和机房管理等各项规章制度。

5、重视特种岗位技术培训和特种设备规范化管理工作。今年效验检测压力表、安全阀、绝缘工具共计39件，压力容器6台、电梯16台。积极派送员工外出参加特种作业操作培训，3名电工通过电工上岗证年审。7名电工获得制冷与空调设备运行操作证书。

6、重视污水处理和医疗废弃物处理工作。积极与市排水管理处及污水处理厂签订三方《污废水排放管理协议书》，认真对待上级主管部门定期、不定期检查，积极整改检查中发现的问题。20xx年污水检测合格，未发生医疗废弃丢失现象。

20xx年全年拆装空调26台，维修空调56台，清洗中央空调水系统2次，清洗风机过滤器约590个，清洗回风滤网约3690个，安装维修管道约800米，清洗蓄水池1次消毒2次，疏通下水道约20xx余次，维修水泵14台，维护制氧机4次；维修灯具3753次、更换开关、插座181只，维修传呼系统293次，维修小家电2712个，清洗路灯灯172个；维保电梯384次，维修电梯35次，维修锁具1800件，维修加固候诊椅及陪护椅122张，安装电缆590余米。按照记录水电全年维修大小项目多达8600余次。后勤人员从下水道疏通到各种维修没有叫累没有怕脏，工作的复杂性和零碎性有力地保障了医院工作的正常运转，医院的每个地方、每个角落都有我们后勤人员的身影和洒下的汗水。

1、认真做好水、电、气消耗量月报工作，加强同期比较监控，要求各科室节约用水，节约用电，节约用气，降低能耗。

2、要求水电工下修制度化、常态化、深入各病区巡查检修，杜绝长流水、长明灯、跑冒滴漏现象的发生。

3、凡是损坏的日光灯管全部更换成led节能灯管。

4、根据气温情况及时开关中央空调；路灯全年均按季节调整开关时间，既保证了照明又避免了浪费；楼梯、电房走廊均换成了声控灯“人来灯亮，人走灯灭”。

20xx年在医院医疗设备增加、实习进修人员住宿增多、病理科装修、二号楼装修、西区医院门诊楼装修及建筑施工和水费及蒸汽费价格上涨等情况下，20xx年与20xx年同期相比，水费增加5.4万元，增幅11.7%；电费增加6800元，增幅0.17%；蒸汽费增加17.7万元，增幅13.6%。

为更好地服务临床一线，今年与华南物业公司、南澳洗涤服务公司续签了新合同，签订后双方责任更加明确，要求更加细化，合同的`约束力进一步增强，专人负责考核，定期和不定期检查，实行分值考评，将检查时发现的问题及时反馈外包单位并跟踪落实整改。外包公司都因在每月一次的满意度调查中因服务瑕疵被处罚。

1、20xx年洗涤质量扣款共计600元。并针对科室提出的洗涤质量问题，及时与护士长沟通并了解原因，约谈南澳负责人协调解决，进行限期整改，减少了洗涤物品洗涤中存在的问题，最大限度地满足临床需要。

2、采取了奖与罚相结合的方法对华南物业进行考核。每天对华南物业进行监管和指导，发现问题限期整改。每月底进行保洁质量检查，并结合全院各部门的满意度调查情况，对华南物业进行考核，20xx年扣款共计3911元。

为切实将创建卫生城市各项工作落到实处，为患者营造安全、整洁、舒适、文明的就医环境，后勤多次组织对病区、食堂、院内及家属区进行了除“四害”工作；对院内及家属区的绿化带进行修剪和整治，尤其是对家属区进行了彻底清理，做到“无死树、无枯枝、无垃圾”。院内认真做好控烟宣传教育活动，华南成立了控烟小组，组建吸烟劝导员队伍，制定了控烟激励考核方案，20xx年对华南控烟奖励5120元，最大限度地调动华南员工控烟积极性，使控烟工作取得明显成效。从而顺利通过了卫生城市和文明城市的明查暗访。

加强后勤物资采购的控制工作，严格执行物资采购程序，批量、大件物品实行招标采购。做到货比三家，积极进行网上采购、招标采购，保证了采购质量，控制了采购价格。办公用品与20xx年同期相比，减少1400元，减幅0。88%。

1、完成西区门诊楼搬迁及腾空工作。

2、完成屋面手术室空调管道保温。

3、完成放疗科空调压缩机更换和漏氟维修。

4、完成地下室蒸汽控制阀更换。

5、完成手术室初中高效过滤器更换。

6、完成院内旧路灯拆除新路灯安装工作。

7、完成老手术室空调箱（室内）保温工作。

8、完成icu两个病室吊塔设备绝缘检测仪更换。

9、完成全院各区域灭火器有效期标识。

10、完成西区电梯改造。

11、完成行政楼三楼和五楼常用的3个会议室普通虚光灯管更换成led灯管工作。

12、完成北病房楼、门诊楼、行政楼中央空调水管道10多处管道更换维修工作。

13、完成北病房楼中央空调水系统15个末端过滤器及阀门更换工作。

14、完成北病房楼中央空调6台螺杆机组保养（更换压缩机油）和4只靶流开关更换工作。

15、完成二号楼及西区医院门诊楼空调安装工作。

以上是20xx年工作总结，在顺利完成工作任务的同时，也存在诸多不足，如与临床科室的沟通还欠缺，维修有时不够及时等。在新的一年里，加强常规管理，注重工作实效，继续以“以病人为中心”的服务意识，努力做到：加强学习，提高服务意识；加强管理，提高服务水平；加强考核，提高服务效率。

**医院医保工作总结篇十四**

我院自20xx年8月3日加入濮阳市医保定点行列以来，历经了3年又8个月的医保服务旅程。

一年来，在市医保中心的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊参保人员更好地享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定成绩。

一年来，我院始终坚持按照《濮阳市城镇职工基本医疗保险试行办法》、《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》和《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

1、配备、更新、完善了与本市基本医疗保险管理配套的计算机、软件系统；

2、数次培训了专业上岗操作人员；

3、认真按照《医疗保险前台计算机系统使用规范》进行操作，实现了网络畅通、系统兼容、信息共享、交换快速、方便病人的目标。

1、医院董事长（法人代表）亲自兼任医疗保险管理科主要领导。

2、院长、副院长等院务级领导和专职财会人员构成了医保科领导集体。

1、采用宣传页和宣传单的形式，不定期的向来院就医参保人员和就医医保人群宣传医保政策，推广基本医疗服务，把医疗保险的主要政策规定和医保中心协议规定的内容谕告患者，收到了较好效果。

2、根据医保中心有关文件要求，结合我院实际，拟出了便于理解落实的医保政策汇编，下发给医院每位医生和医院窗口科室，保证了医保政策正确的贯彻落实。

3、在医院醒目位置制作宣传标牌，对医保职工住院流程、报销流程进行宣传，方便了医保职工的就医。

4、医保管理科在总结日常工作的基础上，研究制作了方便医保政策的温馨提示牌，提示牌上“如果您是…医保参保人员，请主动告知接诊医生，确保您的权利和待遇得到落实”的寥寥数语，不仅保护了参保人员的利益，体现了国家政策的优越性，也受到了医保就诊患者的交口称赞。

1、在不同楼层分设导医台，安排专职导医人员和联系电话，为参保人员提供就医导诊、个人账户查询、医疗费用咨询、相关政策解释等服务。

2、导医引导病人就医，对病人实施全程服务，是我院为医保病人提供的优质服务项目之一。

1、在医保病人就医条件改善上，我院花巨资对病人就医环境进行了二次装修，使医院环境焕然一新。宾馆式的优美条件，廉价的收费标准，使我院知名度在短时间内有了长足的提升。

2、在住院病人押金收取上，我院在执行医疗中心规定的前提下，尽量降低和减少医保病人的押金收取数额，受到了病人的赞扬。

3、在出院病人费用结算时，我院医保科、财务科人员尽量加快对帐效率，及时结清住院费用，使病人体会到医保结算的快捷性。

4、我院向医保病人推出了药品低价让利活动，目前已推出降价品种60个，有效地平抑了药价，降低了医保病人费用支出。

1、我院医保科和医务人员严格执行医保就诊规定，对在我院门诊就医、住院的医保患者，都认真地审查病人的医保卡和《濮阳市城镇职工基本医疗保险病历手册》，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与价的项项符合。

2、年度内杜绝了病人一本多用、一卡多用、冒名顶替、挂床住院现象，保证了医保基金的正常使用。

3、在医保病人的管理上，我院指定专门领导负责，建立健全了门（急）诊留观制度，医保病历由专人负责收集整理和分类保管。

1、我院按时向濮阳市劳动和社会保障局报检了医保定点医疗机构资格证书年检，总结完善了工作情况，得到了上级主管部门的认可；

2、年检后的医保定点医疗机构资格证书已到院。

1、根据医保中心领导的要求，我院对上一年度的医保服务工作进行了认真的自查和回顾，在总结经验的\'基础上，借鉴兄弟单位成功的管理办法，使我院的医保服务工作得到了进一步提升。

2、医保协议的续签，是中心领导对我院医保工作的肯定，也是督促我们不断完善和提高对医保职工提供更加优质服务的新起点。

1、居民医保工作在我市刚刚起步，我院响应政府号召，主动申请加入为濮阳市城镇居民提供医疗保险服务定点医院行列，自觉接受中心领导的监督管理，自愿成为医保双定医院。

2、中心领导批准了我院的申请，对我院开展居民医保工作给与了关怀和指导，对此，我们对中心领导的信任表示感谢。

3、在为居民医保人员服务的过程中，我们根据居民医保群体的特点，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找