

医院医保工作汇报 医保工作总结(汇总10篇)

写总结最重要的一点就是要把每一个要点写清楚，写明白，实事求是。优秀的总结都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？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。

医院医保工作汇报 医保工作总结篇一

一、带头遵守医院的各种规章制度，正确认识自己的定位，努力成为医保政策的宣传者，医院改革与医保改革的协调者，全院医务人员规范的引导者和监督者。

二、在主管院长的领导下，具体负责全院医疗保险工作，维护医保基金在我院使用的安全性和合理性。

三、严格遵守医保的有关政策规定，建立健全与医保要求相适应的内部管理制度。结合绩效考核，加强门诊和住院医保定额及医保政策执行的考核管理。

四、认真学习医疗保险政策，把医保政策紧密的结合到医院的各项工作中去。定期组织全院医护人员培训、学习新的医保政策一次。对全院所有业务行为予以实时监督和规范的同时，自觉接受市医保管理部门的监督。

五、管理人员职责分明，落实到位。每月及时处理分析医保中心智能审核系统发现的问题，从4月1日起，共分析反馈意见351条，发现问题及时督促整改。在做好日常事务的同时，经常深入科室和病区了解情况，发现问题及时沟通，不断完善医保管理工作。

六、每月编制各科室医保费用报表和医保收入核算报表；做

好医保数据对账工作，确保与社保中心数据相符。分析各项医保考核指标完成情况，发现问题及时反馈到科室和个人，并向分管院长汇报。

七、协助医务科、药剂科等职能部门，加强对临床医保病人“三合理”规范的检查。

八、积极做好参保病人的来访、举报及接待工作，耐心听取意见，详细地解释医保政策。帮助医保群众得到低耗、优质的医疗服务。对来访者的重要内容作好登记，一般情况在一个工作日内予以答复，重大问题在三个工作日内予以答复。

九、完成人力资源和社会保障局、卫计委及医院领导交办的其他任务。

医院医保工作汇报 医保工作总结篇二

时间如梭，试用期结束了，回首望，虽没有轰轰烈烈的战果，但也算经历了一段不平凡的考验和磨砺。

按说，我们每个追求进步的人，免不了会对自己进行一番盘点。这也是对自己的一种鞭策吧。在领导及同事们的帮助指导下，通过自身的努力，无论是在敬业精神、思想境界，还是在业务素质、工作能力上都得到进一步提高，并取得了一定的工作成绩，本人能够遵纪守法、认真学习、努力钻研、扎实工作，以勤勤恳恳、兢兢业业的态度对待本职工作，在财务岗位上发挥了应有的作用。为了总结经验，发扬成绩，克服不足，现将的工作做如下简要回顾和总结。

试用期的财务会计工作总结可以分以下三个方面：

一、加强财务会计工作学习，注重提升个人修养

一是积极参加政治学习，遵守劳动纪律，团结同志，热爱集

体，服从分配，对后勤工作认真负责，在工作中努力求真、求实、求新。以积极热情的心态去完成园里安排的各项工作。积极参加园内各项活动，做好各项工作，积极要求进步加强政治思想和品德修养。

二是认真学习财经、廉政方面的各项规定，自觉按照国家的财经政策和程序办事。

四是不断改进学习方法，讲求学习效果，“在工作中学习，在学习中工作”，坚持学以致用，注重融会贯通，理论联系实际，用新的知识、新的思维和新的启示，巩固和丰富综合知识、让知识伴随年龄增长，使自身综合能力不断得到提高。

1、任劳任怨、乐于吃苦、甘于奉献。今年以来，由于教育系统财务规范化整改工作，财务工作的力度和难度都有所加大。除了完成报账工作，本人还同时兼顾园里的后勤工作及其他业务。为了能按质按量完成各项任务，本人不计较个人得失，不讲报酬，牺牲个人利益，经常加班加点进行工作。在工作中发扬乐于吃苦、甘于奉献的精神，对待各项工作始终能够做到任劳任怨、尽职尽责。在完成报账任务的同时，兼顾后勤工作，出色地完成各项工作任务。

2、顾全大局、服从安排、团结协作。今年，根据园内的工作安排，本人从原来的记账岗位上调整到报账岗位上。在岗位变动的过程中，本人能顾全大局、服从安排，虚心向有经验的同志学习，认真探索，总结方法，增强业务知识，掌握业务技能，并能团结同志，加强协作，很快适应了新的工作岗位，熟悉了报账业务，与全员同志一起做好财务审核和监督工作。

3、坚持原则、客观公正、依法办事。本人主要负责财务报账工作，在实际工作中，本着客观、严谨、细致的原则，在办理会计事务时做到实事求是、细心审核、加强监督，严格执行财务纪律，按照财务报账制度和会计基础工作规范化的要

求进行财务报账工作。在审核原始凭证时，对不真实、不合规、不合法的原始凭证敢于指出，坚决不予报销；对记载不准确、不完整的原始凭证，予以退回，要求经办人员更正、补充。通过认真的审核和监督，保证了会计凭证手续完备、规范合法，确保了我园会计信息的真实、合法、准确、完整，切实发挥了财务核算和监督的作用。

4、爱岗敬业、提高效率、热情服务。在财务战线上，本人始终以敬业、热情、耐心的态度投入到本职工作中。在工作过程中，不刁难同志、不拖延报账时间：对真实、合法的凭证，及时给予报销；对不合规的凭证，指明原因，要求改正。努力提高工作效率和服务质量，以高效、优质的服务，获得了园内教职工的好评。

三、遵纪守法、廉洁自律，树立起财务会计工作者的良好形象

本人作为教育系统的一名财务工作者，具有双重身份。因此，在平时的工作中，既以一名人民教师的标准来要求自己，学习和掌握与幼儿教育有关的教育教学知识，做到教学相长，为人师表。又以一名财会人员的标准要求自己，加强会计人员职业道德教育和建设，熟悉财经法律、法规、规章和国家统一会计制度，树立了幼教教育工作人民教师和财务工作者的良好形象。

四、努力学习，增强业务知识，提高财务会计工作能力

为了能够适应建设现代化文明幼儿园和实现我园会计电算化的目标，本人能够根据业务学习安排并充分利用业余时间，加强对财务业务知识的学习和培训。通过学习会计电算化知识和财务软件的运用，掌握了电算化技能，提高了实际动手操作能力；通过会计人员继续教育培训，学习了会计基础工作规范化要求，使自身的会计业务知识和水平得到了更新和提高，适应了现在的工作要求，并为将来的工作做好准备。

五、在财务会计工作总结之中也存在很多不足，主要表现在

1、服务上还达不到要求，有时态度生硬，不使用文明用语。

2、在本职工作上，由于经验和专业水平不足，有很多地方做的不到位，不够熟练。

总之，在财务会计工作总结中我享受到收获的喜悦，也在工作中发现一些存在的问题。在今后的财务会计工作总结中我应不断地学习新知识，努力提高思想及业务素质。

医院医保工作汇报 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所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。

医院医保工作汇报 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。

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。

医院医保工作汇报 医保工作总结篇五

一、主要表现

(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工作人能力发展的瓶颈，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。

二、存在问题

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。

三、今后打算

(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。我决心在今后的工作中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！

医院医保工作汇报 医保工作总结篇六

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、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众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，一是通过中层干部会议讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，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”，我院一是在院内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，大厅内安排值班人员给相关病人提供医保政策咨询；二是配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督；三是全面推行住院病人费用清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，自觉接受监督，使住院病人明明白白消费。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、出院结算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。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。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。

新的居民医疗保险政策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。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家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。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，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。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众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，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及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：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，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，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，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。努力更多更好地为人民服务，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作出贡献。

医院医保工作汇报 医保工作总结篇七

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：尽量少的减少我院的拒付，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。

医院医保工作汇报 医保工作总结篇八

县医保局领导班子非常重视结对帮扶工作，召开会议研究商讨有关事宜，制定扶贫方案、确定扶贫方式，并将帮扶结对工作进行细化，帮扶对象具体落实到个人，确保帮扶责任个个有担子，贫困户家家有帮手。成立了帮扶结对工作领导小组，由一把手任组长，亲自抓结对帮扶工作的安排、督促落实，具体工作事宜由办公室负责，并明确了一名联络员，做好单位与村队对接工作，做到人人有责任，事事有要求。

落实单位主要领导遍访贫困户，对结对帮扶村队托里镇大庄子村贫困户逐户走访。对新调整的村队托里镇伊吉莫林墩村贫困人口进行熟悉了解，通过开展走访调研活动，做到进村入户，帮扶对象每户必进，人员必访，摸清情况，了解走访对象在想什么，在干什么，思想上有什么心结，生活上有什么困难，享受各项扶贫政策，家庭生产、生活情况。建立帮扶结对工作台账，详细记录帮扶结对对象、事项和需要解决的实际问题并上传到扶贫工作app上。

根据排查情况，与定点村队共同细化定点帮扶村队帮扶计划，完善帮扶措施。

二是开展走访、住户工作。我局50名干部开展走访34次，第一季度住户率完成100%，4月份走访24次，收集困难诉求2个，解决困难2个。

三是鼓励有能力的贫困户创业，同时给予人力、物力、财力

支持，鼓励有就业能力的在村镇的帮助下实现就业。

四是加强慰问帮困。局领导班子成员今春以来四次来到托里镇大庄子村进行了走访慰问。

今后，我局将继续将脱贫攻坚工作形成常态化、专门化、固定化，尽最大努力防止贫困户“因病致贫、因病返贫”，为托里镇大庄子村全面进入小康社会做出应有的贡献。

温泉县医保局

20xx年4月18日

医院医保工作汇报 医保工作总结篇九

- 1、我中心成立有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理小组，具体负责基本医疗保险日常管理工作。
 - 2、各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料按规范管理存档。
 - 3、医保管理小组定期组织人员对参保患者各项医疗费用使用情况进行分析，发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。
 - 4、医保管理小组人员积极配合医保局对医疗服务价格和药品费用的监督、审核，及时提供需要查阅的医疗档案盒相关资料。
- 1、 提供优质的服务，方便参保人员就医。
 - 2、对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，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发生。

- 3、对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。
- 4、对就诊人员要求或必须使用自费药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。
- 5、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。
- 6、达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。
- 7、门诊处方、出院病历、检查配药情况均按规定执行。
- 8、严格执行基本医疗保险诊疗目录管理规定。
- 9、严格执行基本医疗保险服务设施管理管理。
- 10、我中心信息管理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统维护方面也较完善，并能及时报告并积极排除医保信息系统故障，确保医保系统的正常运行。
- 11、对医保窗口工作人员操作技能熟练，医保政策学习积极。
- 12、医保数据安全完整。
- 13、医保管小组不定期对我中心医保患者病历进行检查学习，对不能及时完善病历的医生作出相应的处罚，并在分管领导的监督下进行业务学习。
- 1、严格执行医疗收费标准和《医保定点服务协议》规定的日均费用、次均住院天数。
- 2、严格掌握出、入院标准，未发现减低住院标准收治住院、故意拖延出院、超范围检查等情况发生。

3、严格按照《医保定点服务协议》收治外伤住院病人，及时向保险公司报备外伤报备表。

4、每月医保费用申报表按时报送。

5、合理科学的控制医疗费用增长。

1、定期积极组织我中心各科室、卫生室、卫生服务站人员学习医保政策，及时传达和贯彻有关医保规定。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放医保政策文件资料，中心内部工作qq群等。

近几年来，我中心外科、内科、康复科业务技术快速发展，医疗设备更新，医护人员增加，新技术不断增加，加之我中心报销比例高，在业务技术、服务质量、服务态度、就医环境上都得到了社区居民和患者的认可。

历年来，我中心住院患者多数是辖区外的，条件的改善，使外科手术及内科急重症患者在不断增加，辖区外到我中心住院的患者也在大量增加，中心总住院患者也在增加。

总之，通过20xx年的医保工作，我中心还存在很多不足之处，我中心将在上级政府及医保主管部门的领导下，抓好内部管理，改正存在问题，把我中心的医疗工作做得更好。

医院医保工作汇报 医保工作总结篇十

我县各项事业的全面、协调、快速发展，取得了一定的成效。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分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、标语等多种形式，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，发放宣传单20xx多份、《健康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效果；截止11月底，全县医疗保险参保单位210个，参保人数7472人，完成市政府下达任务的104，其中：企、事业和条块管理参保单位39个，参保人员1211人。

二、坚持以人为本，多层次的医疗保障体系基本建立

我县坚持以人为本的科学发展观，加大工作力度，已初步构筑了多层次的医疗保障体系：一是从20xx年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《xx县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《xx县重点优抚对象医疗保障实施办法》（试行），对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了三重保险；城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

三、完善政策、强化管理，不断提高医保管理水平

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了《xx县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作；二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程；三是通过建立四项制度，做好五项服务等措施，强化了医疗保险服务意

识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。四项制度是：社会监督员制度，聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员，进行明察暗访，主要监督贯彻医保政策、两个定点机构及经办机构的服务质量是否违规等；定期通报制度，在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等；定点机构联系会议制度，召开定点机构座谈会，定期通报医保信息，采取各种方式，加强沟通，保证参保人员的切身利益；审计公开制度，定期请审计、财政部门对前期财务进行审计，发现问题及时纠正，保障医保基金的正常运行。五项服务是：即时服务，公开医保政策咨询电话、个人账户查询电话、开通触摸屏，做到随时查询各项数据；上门服务，对有意参保单位、个人和定点医疗机构，将上门做好各项工作；异地服务，通过医疗保险网络的服务功能，采用灵活的方式，对参保人员实行异地托管等，方便参保人员就近就诊；日常查访服务，不定期进行住院查访服务，把各种医保政策向住院患者宣传，纠正违规行为；监督服务，通过医保网络观察住院患者的用药情况，实行适时监控，发现问题，及时纠正。

四、离休干部、副县级以上待遇领导干部的医疗待遇得到保障

五、加强征缴、健全制度，医保基金收支基本趋于平衡

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1-11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率

达99、5，较上年增加75万元，增长19；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结余145万元。

六、强化学习、规范管理，自身建设进一步加强

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照劳动保障部门要提高五种能力的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强；二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20xx年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成；三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称医保一卡通，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务；四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1-11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇；五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

七、存在问题

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对两个定点的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

20xx年工作思路

1、加大宣传力度，全方位、多层次、多渠道地宣传医疗保险政策、业务经办流程，使医保政策不断深入人心，为医保护面工作营造良好的外部环境。

2、千方百计扩大医保覆盖面，重点是中央、省、市驻县单位和外资、民营企业，同时，在灵活就业人员、农民工和城镇居民参保上要有新的突破。全年参保人数达到9000人，力争9500人。

3、充分运用我县多层次的医疗保障体系，把握灵活的参保原则，采取分类指导、区别对待、降低门槛、逐步吸纳的方式，切实解决失地农民、进城务工人员、城镇居民、困难企业人员的医疗保险问题。

4、进一步完善定点机构考核指标体系和准入制度，做好定点协议服务管理，督促定点机构严格执行三个目录，为参保患者提供优质服务；同时，充分发挥医保义务监督员的作用，以监督定点机构的服务行为，降低不合理费用的支出，维护参保人员的切身利益，不断理顺医、保、患三者的关系。

5、进一步完善医疗保险费用结算办法，建立健全基金预算、决算制度，加强医保基金的预算、分析、控制、决算和稽核、检查工作，确保基金的安全运行。

6、充分发挥我县医疗保险计算机网络的作用，加强对两个定点的管理和基金的监控，真正发挥计算机网络日常经办、协助监管、帮助决策的功能，使管理更加科学化、规范化。

7、做好工伤、生育保险经办工作，加大工伤、生育保险的扩面力度，建立健全工伤、生育经办流程，规范待遇审核支付工作。

8、不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力和综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。