

2023年交警业务培训心得体会(实用5篇)

围绕工作中的某一方面或某一问题进行的专门性总结，总结某一方面的成绩、经验。那关于总结格式是怎样的呢？而个人总结又该怎么写呢？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。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇一

20xx年要在阆中市市委、市政府及市卫生局和市医保办的领导下，以党的十九次全代会精神为指导，深入贯彻《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，结合《阆中市新型医疗保险实施细则》精神，加大力度，加快进度，推进我医院医疗保险制度建设和农村卫生服务体系建设，促进农村卫生事业的改革与发展。

根据我医院实际，在已出台的《阆中市医疗保险实施方案》的基础上，尽快完善医疗保险相关配套政策和规定：通过相关配套制度的建立，构筑医疗保险基金收支平稳运行的保障机制。

加强学习，加大工作力度，加强分类指导和经验交流。注重对医疗保险各项工作的研究，发现和解决出现的新情况、新问题。

根据卫生部办公厅关于《医疗保险信息系统基本规范》的通知精神，逐步完善我医院医疗保险信息网络。加强信息管理，完善信息统计制度。及时了解网络运行情况，进行数据汇总，为政策调整和决策提供科学依据。

按照《卫生部办公厅关于加强医疗保险定点医疗机构医药费用管理的若干意见》的要求，采取综合措施，加强对医疗保险定点医院服务行为的规范化管理。建立和完善医疗保险定

点医院服务收费和服务行为监管机制。努力降低医疗费用。

制定详细的培训计划和内容，通过集中培训、网络培训、专题讲座等方式，加强对医疗保险经办人员和医护人员的培训和指导，提高医疗服务水平。开展对培训工作的专门督导检查 and 效果评价，保证培训工作取得实效。

配合市药品监督管理局和卫生局，狠抓了药品质量监督网络和药品供应销售网络建设，为病人提供质量安全可靠、价格比较低廉的药品。

七、进一步加大宣传力度。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇二

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。截至目前，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与鉴定的每位群众。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。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇三

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。

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. 努力开通舞阳和临颖职工居民医保，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。

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。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇四

作为医保中心结算信息股其中的一员，我怀着一颗感恩的心，认认真真学习，兢兢业业奉献，尽职尽责做好本职工作。现将一年工作总结如下：一年来，在主任的直接领导和大力支持下，在大家的密切协作和热情帮助下，我们结算信息股以“维护网络畅通”为己任，以“为患病职工服务”为宗旨，认真学习，积极进取，尽职尽责，较好地完成岗位目标任务，力求做到“用心工作、真诚待人、换位思考、亲情服务”。

一、勤学习，提高素质

古人云：学如逆水行舟，不进则退。首先坚持政治理论学习，认清历史使命，树立正确的世界观、人生观、价值观和荣辱观，积极投入到“解放思想大学习大讨论”中，扎实学文件，认真记笔记，精心写心得，达到拓宽思路，提高认识，指导实践的目的。第二坚持业务学习，学习劳动保障政策法规，医保改革专业知识，学习外地先进的经验做法，提高政策业务水平 and 实践能力。第三注重向实践、向身边的先进典型学习，学人之长，补己之短，不断纠正自己，提高自己，完善自己。

二、尽职责，务实工作

结算报销更加规范。结算报销是医保管理的重要环节，关系到医保基金的平稳运行，关系到患病职工能否享受到应有的医保待遇，关系到参保职工对医保政策的满意度。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇五

一、医疗保险组织管理：

有健全组织。业务院长分管医保工作，有专门的医保机构及医保管理，网络管理等主要制度，有考核管理办法并定期考核。

设有医保政策宣传栏，意见箱，导医图及医保政策主要内容。公布了常用药品及诊疗项目价格，按时参加医保培训，有特殊材料、职工家属转诊转院审批记录。

二、医疗保险政策执行情况：

1—11月份，我院共接收铁路职工住院病人760余人次，消耗铁路统筹基金335万元，平均每月30.5万元，比略有下降。药品总费用基本控制在住院总费用的46%左右，合理检查，合理用药，基本达到了要求，严格控制出院带药量，严格控制慢性病用药及检查项目。在今年五月份医保中心给我院下发了医保统筹基金预警通报，我院立即采取措施加强门诊慢性病管理及住院病人的管理，控制药物的不合理应用，停用部分活血化瘀药品及抗生素。每次医保检查扣款均下发通报落实到科室或个人。先后扣款四次，共计3700多元，涉及4个科室，三个人。对门诊慢性病处方每月检查，及时纠正不合理用药。通过加强管理，使医疗费用的增长得到控制，一至三季度统筹基金清算月平均逐月下降，三季度统筹基金降到月均28.3万元，彩超等大型检查阳性率达60%以上。

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。

住院处统一保管ic卡，病区统一保管医保手册；实行三级核对患者金额身份制度，严格核对ic卡及医保手册，严防冒名顶替现象发生，一年来没有发现违规情况的发生。

三、医疗服务管理：

有门诊慢性病专用处方，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，病历归档保存，门诊处方由要放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项目，由家属或病人签字同意方可使用。

今年6—7月份，医院先后为101人，150人次办理慢性病审批手续，在8月份结束了1700多人的铁路职工体检工作。

四、医疗收费与结算：

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11月份，医院按照社保处的要求，及时更新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。

信息科及保健站按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。一年来，系统运行安全，未发现病毒及错帐、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。

但也有不足之处，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，由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。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、及时请教，以促使我院的医疗

保险工作愈来愈规范。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇六

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：尽量地减少我院的拒付，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。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇七

20xx年，xx医院，在市劳动和社会保障局、社保局、卫生局的指导和支持下，本着“一切为了人民健康”的宗旨，认真执行职工、居民医疗保险相关政策法规，严格履行医务人员的职责，强化管理，改善服务，全面开创了本院医疗保险工作的新局面。

组长□xxx副组长□xxx成员□xxx xxx xxx xxx

医院医保工作领导小组，定期召开医保工作会议，制定医保工作计划，对居民医保在运行中出现的各种问题及时予以解决。定期对各科室医务人员的医疗行为规范进行检查、考核，发现违纪、违规行为坚决予以查处。

我们把医护人员的整体素质作为适应工作需要和事业发展的基础和前提，竭尽全力提升队伍整体素质。强化了政策学习，充分利用每周一大时会和周五下午学习时间，组织广大医护人员认真学习了医院保险相关政策法规，提高了全院职工学

习政策、掌握政策和运用政策的积极性和主动性，为深入开展医保工作奠定了坚定的政策理论基础。坚持把提高业务作为履行职务的第一要职，深入开展医疗业务培训，加强全院人员的医保知识特别是居民医保知识掌握情况，沙医院医保办人员对全院工作人员进行了医保知识培训，并编制了《医保知识应知应会》手册，人手一册，人人基本做到会讲解、会宣传，针对学习情况，于3月18日和6月22日，对全体医护人员进行了闭卷考试，全院平均得分达到90分以上，医保领导小组成员还下连队两次，为基层参保人员进行医保知识宣传，介绍、宣传广大群众来我院住院的优势，我院的医疗技术好、服务水平好，门槛费低，收费低等，使我院的病员量比去年有明显增多，经济效益也有所增加，取得了很好的成绩。

1、医保领导小组具体负责医疗管理工作，指定专人负责管理医保工作，每周四下病区进行医疗大查房，检查核实住院病人是否有挂床、冒名顶替住院等情况，出院带药有无超量现象，检查住院病历书写是否规范、是否按规定因病施治、用药、检查和治疗是否合理，费用是否超支等，发现问题及时解决。

2、制定了相应的医保考核奖惩办法，经常检查医保政策执行情况及财务收费情况，有无乱检查、乱收费、重复收费、分解收费、多收费等现象，发现一起查处一起，对举报人给予一定的奖励。

3、严格执行《药品目录》规定的报销范围，从未使用假劣药品、过期、失效和“三无”药品，保证参保人用药安全。

4、护理五种表格即体温单、护理记录单、病员流动交班本、临时、长期医嘱单等五种表格能认真填写，如实记录，执行医嘱“三查九对一注意”制度。

5、病历书写方面：能及时完成病历的书写，按要求规范书写，

勤观察病情，明确诊断，认真分析病情，针对病情合理检查，合理用药，无搭车带药情况。

6、每季度对医疗工作进行考核，检查病历的合格率、处方合格率，针对出现的问题进行整改。

1、根据医保规定，我院职工参保人员住院押金为300元，居民参保人员住院押金400--500元，各种药品、诊疗收费根据物价部门规定收取，没有私自、分解、多收费乱收费现象的发生。

2、今年我院启动了局域网，能按规定给参保人提供一日清单，及时向病人公布医疗费用情况，医护人员能及时回答病人的疑问，使病人心里有本明白账。结算及时。

1、离休人员无挂床、冒名就诊、住院现象，

2、门诊无大处方现象，急病、慢病无超量，出院带药无超量现象，

3、年度内无医疗纠纷和事故发生，

4、无诊断升级，假冒病种套取单病种结算费用现象，

5、没有发现因医疗费用问题推诿、拒收符合条件住院的参保人现象，

7、病人满意度调查在95%.

1、病历中更改治疗无理由，字迹不清。

2、病历中个别项目及检查填写不完整。

3、《药品目录》内药品备药率（甲类药品使用率）不够。

xx医院

20xx年8月25日

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇八

一、领导重视，宣传力度大

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“院长”负总责的医院医保管理委员会。医保办主任具体抓的工作领导小组。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。

为使医院职工进一步对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，通过举办知识培训班、黑板报、发放宣传资料、等形式增强患者对医保日常工作的运作能力。让病人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。

二、措施得力，规章制度严

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。二是将收费项目、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。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。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医保服务的管理规章制度，有定期考评医保服务(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。全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。

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。

医保办主任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台阶。

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇九

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！

医保年终工作总结个人 医保工作总结篇十

1、今年初我院分别与0社保中心□qq区、ww区、rr区、yyy社保局签订了社保医疗定点医院管理协议。通过o院长和医保科的努力□pp区卫生局将我院确定为pp区新农合区级定点医院，报销比例由00%提高到00%，极大的争取和扩大了医疗市场。同时，争取到pp区新农合慢性病体检鉴定工作，对pp区参加新农合的村民，大约9990006000千余人慢性患者进行检查鉴定，目前正在进行中。

2、认真学习宣传各社保的各项医保政策和规定，并贯彻执行，创办医保政策宣传栏154期，发放医保宣传资料告之书等22222300余份，编辑医保信息简报33399873期，接待工作人员、家属、患者及患者家属咨询城镇职工、新农合、城镇居民、商业保险等政策，约118793001000余人次。

3、全年办理各种社保入院手续79000002273人次，审核出院病历0份，截止11月底各社保拨付医疗费为0元，到12月底，将达0万元。在病历审核中发现问题0项，涉及扣款金额为0元，比去年降低0%，经医保科与各社保局协调认定扣款为0元，比去年降低0%，挽回经济损失0元。全年dd区、fff社保无扣款。办理特殊检查审核0人次，生育报帐0人，办理医疗磁卡0人次，申报办理工伤0人，办理慢性病门诊费用社保报销0人，审核离休干部门诊费用0人次，办理职工社保、工伤、大额、生育保险0人次。

4、巩固拓展开发县市区社保医疗市场及资源，密切县市区社保和新农合工作联系和资源开发。先后与0区、0区、0市联系，

争取确定了我院为城镇居民社保定点医疗机构，并与市社保局、0区社保局、0社保局、0区社保局进行座谈回访，一是征求意见、了解情况；二是宣传医院，建议良好协作关系，收到了良好效果，推动了医院业务工作的全面发展。

5、定期或不定期到临床及0院了解医保管理情况，帮助解决医保工作中存在的问题，降低或减少不必要的损失，协助富乐分院重新开办和社保网络服务的开通工作。深入临床各科征求意见，每月将各社保收治患者费用分析情况，按时分科室统计发放各科，让各临床科室了解掌握社保病人费用情况，及时调整。

6、在“5.12”抗震救灾期间，全科人员除完成本职工作外，还不分昼夜的积极参加抗震救灾工作，有医学专业的人员充实到临床科室参加救治伤员工作，章进同志抽到绵阳市抗震救灾空中救援指挥部负责卫生防疫工作，出色地完成了各项工作任务。其余人员坚守工作岗位，全科职工较好地完成了本职工作，并协助院办做好院领导的后勤保障工作，灾后协助收费科解决灾后伤员医疗费用相关事宜。

7、存在的问题：一是进一步加强医保政策学习和宣传，抓好社保医疗管理工作，完善医改措施，严把审核关，提高社保管理的科学性与技巧性，更好的为病人为临床服务。二是进一步密切各社保局联系，及时互通信息，协调与社保管理相适应的行为，保持与各社保局良好的工作关系。三是加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。