# 医保结算工作总结8篇

来源：网络 作者：风华正茂 更新时间：2024-02-13

*工作总结可以帮助我们更好地了解和满足客户的需求和期望，书写工作总结，我们可以发现工作中的技能短板，为个人职业发展提供提升机会，小编今天就为您带来了医保结算工作总结8篇，相信一定会对你有所帮助。医保结算工作总结篇120xx年，我区城镇居民基本...*

工作总结可以帮助我们更好地了解和满足客户的需求和期望，书写工作总结，我们可以发现工作中的技能短板，为个人职业发展提供提升机会，小编今天就为您带来了医保结算工作总结8篇，相信一定会对你有所帮助。

医保结算工作总结篇1

20xx年，我区城镇居民基本医疗保险工作在区委、区政府的领导下，在市人社局的精心指导下，突出宣传引导，合理分配力量，及时调度推动，取得良好地工作效果，全区本年度完成居民医保参保人数达到5.9万人，100%完成任务。现将有关工作情况汇报如下：

一、工作开展情况

1、今年3月份我区接到市人社局分配下来的目标任务后，立即着手分解目标任务，并在4月11日全区就业和社会保障会议上同各乡、街道签订了目标责任书，将目标任务分解、下达给各乡、街道，明确分工。每月全区就业和社会保障工作例会上，都会将民生工程，尤其是居民医疗保险工作作为重点，形成“一月一通报，一月一调度”的工作制度。

2、我区在平时的工作中开展各种宣传活动，全区集中宣传与各乡、街道、社区日常宣传相结合，形成覆盖全区的宣传网，起到了明显效果。

3、区人社局积极与区教育局和市征缴中心居民医保科联络、协调，督促辖区学校居民医保信息录入工作，保证了辖区学校学生信息及时、准确录入系统。

4、5月6日区人社局组织街道、社区居民医保工作人员参加了市人社局举办的居民医保业务培训，取得显著效果，提高了我区基层居民医保经办人员的业务能力、加深了他们对于居民医保政策的理解。

5、社区在平时工作积极与计生部门合作，并且主动上门服务，保证新生儿落地即参保,截至目前，我区已为606位20xx年新生儿办理居民医保业务。

二、存在问题和工作亮点

现在城镇职工医疗保险、居民医疗保险和新农合已覆盖我区绝大多数的居民，新增参保人主要是新生儿和职工医保转居民医保的成人，今后再增加参保人数难度大。

三、意见与建议

1、由于社区经办人员流动性大，建议增加对基层工作人员的培训次数。

2、由于辖区各学校经办人员一年只经办一次，并且是非专职人员经办，建议加强针对学校经办人员的培训力度。

3、现在是每年5月份启动居民医保业务经办，建议今后能讲启动时间提前。

医保结算工作总结篇2

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。

医保结算工作总结篇3

在县委县政府和局机关的正确领导下，我县医保工作以主题教育活动为动力，全办人员攻坚克难、高效工作，较好地完成了上半年各项目标任务，现将工作进展情况汇报如下：

一、工作情况

（一）主题活动开展情况：

按照安排，我们认真组织开展“三新”主题教育、“服务拓展年”活动、“反腐倡廉制度宣传教育月”和“创先争优”等活动，及时动员，成立活动领导小组，制定活动方案，对各阶段工作任务和措施进行了周密安排，为活动的正常运转奠定了基础。

在系统服务拓展年活动中，我们进一步完善了单位各项规章制度，明确了活动总体目标，加大了队伍建设和学习培训力度。要求各经办人员结合本职工作、活动要求、个人实际做出公开承诺。同时，制定了单位干部职工培训安排和公共安全应急预案，进一步规范了业务经办流程，重新设置了服务岗位，经办人员的服务意识、责任意识和协作意识明显增强。活动中，积极征求参保群众意见和建议，不断改进工作方式，提高工作效能，有力地推动了各项工作的开展。

（二）主要工作任务完成情况

我县医保工作本着全面覆盖、稳步推进和规范运作原则：

一是多次召开业务推进会议，分析扩面形势，研究应对措施，确保扩面工作有序推进。

二是结合城镇医保市级统筹后新政策的实施，利用经办科室、会议、印发传单、张贴通知等方式做好政策宣传与动员参保工作。

三是对于部分企业我们上门讲解政策，对于一些没有续保并且平时见不上面的人员，我们采取手机编辑短信催促的方式，使他们认识参保的重要性，增强参保的主动性。

截至目前：职工参保12441人，占应参保人数的91.9%（其中新增378人，完成年扩面任务500人的75.6%），换制发放新卡12400张；居民参保5609人，完成应参保居民人数9580人的58.5%。

（三）基金运行情况

我们对于医保基金收支的管理，严格按照有关规章制度及程序进行，利息收入按财务规定严格计入基金收入。同时通过严把病人、病种、用药目录等关口，坚持管理与考核到位，按照协议加强对定点医院和药店的监管，杜绝违规住院，规范售药行为，谨防基金浪费，收到了明显效果。

截至目前，职工医保基金征收611万元，居民医保基金征收54万元，都已全部上解市医保中心，医保基金征缴完成年征收任务1000万元的66.5%。职工门诊刷卡26484人次，支出费用174万元；职工住院、转院516人次，审核报销金额302万元；居民住院、转院116人次，审核报销金额39万元。

（四）遵守纪律情况

工作中我办不断加强经办队伍建设工作，从思想、政治、纪律、作风等各方面入手，进一步明确工作主旨，建立健全各项规章制度，有效规范了工作行为。按照规定，我们严格执行签到制度，因事因病履行请销假手续，全办人员都能按时上下班，无迟到早退和旷工现象。

（五）档案资料收集整理情况

在4月份，我办组织部分工作人员对20xx年度档案资料进行了收集，分类整理，制定了医保办档案整理方案，明确了归档范围和保管期限，我们已将归档方案上报档案局，待审批后即可装订成册。平时我们注重文件资料的全面收集与整理，无遗漏现象。

（六）信息报送情况

能及时将工作中的新动态、新进展和新经验报送上级信息部门，半年来报送各类活动信息46条。

（七）工作满意度测评活动

为了深化服务拓展年活动的实效，我们抽调工作人员于6月上旬进行了工作满意度测评活动，活动中走访了三十余个参保群众，发放测评表30份。通过测评，参保人员对我办各项工作都很满意，同时也对我们提出了提高医疗待遇和增加定点机构的建议，对此我们将积极向上级主管部门建议和改进。

二、存在问题

（一）目前，我县定点医院有五家（四家在县城、一家在乡镇），那些距离较远、参保人员较多的地方如苏坊、贞元、长宁、河道、薛固等乡镇，患者住院治疗极其不便；再者，定点药店只有几家，也不能满足职工刷卡需求。这些因素很大程度上削弱了城镇人员参保续保的积极性。

（二）行政事业单位己全部参保。职工医保扩面难主要表现在：少数个体私营企业，为了自身利益，不愿意为职工参保；弱势群体如困难企业职工和下岗失业人员无力参保。

（三）一些年青居民认为自己生病几率低，居民医保待遇相比职工医保待遇低，且不设个人账户，得不到眼前的受益，不愿参保。

（四）没有针对突发流行性疾病制定相关医保政策，如现今儿童手足口病患者比较多，但是居民医保不予报销；儿童患病较重者多数要到西安市儿童医院进行治疗，但是该医院不是我市医保定点医院，也不能报销。对此，学生家长极其不满，导致学生儿童扩面难度很大。

三、下一步工作打算：

1、继续加大医保政策的宣传力度，极力做好居民医保扩面工作，加深居民特别是年青居民对医保政策的认识，提高居民参保续保的积极性，进一步加强与教育部门的联系沟通，努力扩大参保面，降低基金运行风险。

2、深入开展服务拓展年活动，不断提高经办能力，以高效工作和优质服务获取群众的信任与支持，提高参保率。

3、切实加强基金征缴措施，同时加大对定点医疗机构的巡查力度，彻底杜绝违规行为发生，确保基金有效、安全使用。

4、建议上级管理部门制定关于流行性疾病的报销政策、恢复儿童医院的定点资格、增加县区定点医疗机构数量，确保参保人群正常享受医疗待遇。

5、积极参与和认真做好县委县政府布置的中心工作和局机关安排的各项社会保障工作。

为了更好地实现我县医保工作的稳健运行，在下半年的工作中我们将进一步理清思路、完善制度、强化措施，提高工作效率和服务质量，争取早日完成年度扩面征缴目标任务，为构建和谐医保和推动县域经济发展做出新的贡献。

医保结算工作总结篇4

一年以来，在领导的悉心关怀下，在同事们的帮助下，通过自身的努力，各方面都取得了一定的进步，较好地完成了自己的本职工作。

一、不断加强学习，素质进一步提高。

具备良好的政治和业务素质是做好本职工作的前提和必要条件。一年来，始终把学习放在重要位置，努力在提高自身综合素质上下功夫。一是学习了医疗保险相关的政策、法规等；二是参加了档案及财务举办的培训班；三是尽可能地向周围理论水平高、业务能力强的同志学习，努力丰富自己、充实自己、提高自己。同时积极参加单位组织的各种政治学习活动，通过实践有效地提高了理论水平和思想政治素质。

二、积极开展工作，力求更好的完成自己的本职工作。

（一）档案管理工作

为进一步做好本单位的档案工作，本人参加了市档案局举办的培训班，认真学习了档案管理业务知识，及时立卷、归档20xx年档案。同时，根据 号文件精神，花了一个多月时间，整理了自20xx年以来的业务档案，一共收集、整理、装订业务档案105卷。

（二）办公室工作

从事办公室工作，本人深深懂得“办公室工作无小事”的道理。无论是待人接物、办文办会，都要考虑周全、注意形象，只有这样，才能更好地“服务领导、服务企业、服务群众”，树立办公室“高效办事、认真干事、干净做事”的良好形象。

（三）人事劳资工作

完成了本单位职工工资正常晋升及标准调整工作，准确无误填写个人调标晋档审批表，上报各种工资、干部年报，及时维护人事工资管理信息系统，切实保障了本单位职工的利益。

三、存在问题

（一）在工作中积极性差，常常是被动的做事情，安排一件做一件，工作不够主动。

（二）在工作中，自我要求不够严格。在思想中存在着只求过得去、不求高质量的满足意识；有时自由散漫；有时对有难度的工作，有畏难情绪，拖着不办，不按时完成任务。

在今后的工作中，还需要进一步的努力，不断提高自己的综合素质，克服畏难心理，更加出色的完成好各项工作任务。

医保结算工作总结篇5

20xx年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。

今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习，差不多一年的时间。因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会。从4日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，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。到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。

工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了35多份。

除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。

审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。

最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

针对我院门诊票据个别月份出现大量未上传事宜，为减少因退单，延迟报销而引起病人与我院发生矛盾，避免不必要的纠纷，我还专门请教了中心审核组长及中心网络工程师等相关人员，总结了原因，并且及时与我院医保办专管上传的人员进行联系、沟通，极力帮助解决工作中存在的各种隐患，尽量避免因现在的费用不上传、退单，而变成持卡后因无上传信息而造成的拒付。

不管是拒付医院还是拒付病人，造成拒付的原因基本是相同的，针对费用较大的拒付或因医生的屡次失误造成的拒付，有时我也会及时与相关科室联系或打电话提醒告知相关医生，希望其能够引起足够的重视，避免发生重复原因的拒付，由此也得到了医生们的感激。甲流严重期，中心组务会中提出了明确不予报销的个别中药饮片复方，周四，我也及时将此消息通知各位领导，对此医保主任也及时下达文件给相关科室，在同期就做好防止拒付的准备工作。

有时我也会利用周四回院的方便条件，帮助科里及医保办带送一些重要的申报材料或文件，积极地帮助同事联系申报材料的经办人，协调、接收相关的传真资料等。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策，翻阅了大量的资料，分析产生拒付的原因，针对定点医疗机构如何预防拒付的问题，写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

医保结算工作总结篇6

20xx年，我院在医保中心的领导下，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：

一、建立医疗保险组织

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2024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。

二、执行医疗保险政策情况

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。

三、医疗服务管理工作

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。

四、医疗收费与结算工作

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。

五、医保信息系统使用及维护情况

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。

六、明年工作的打算和设想

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。

医保结算工作总结篇7

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

一、政治思想方面

认真学习十八大会议精神及邓小平理论，全面落实科学发展观，认真开展“6s”、“争优创先”、“三好一满意”活动，贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，学习医院工作规划，制定科室内部工作计划，使各项工作有条不紊，不断提高自己的思想政治觉悟，廉洁自律，遵守卫生行风规范，自觉抵制行业不正之风，以提高服务能力为己任，以质量第一、病人第一的理念做好服务工作。

二、业务工作方面

1、认真执行县新农合及医保办的有关政策，根据每年新农合管理办公室及医保办下发的新文件及规定，我们及时制定培训计划，按要求参加县新农合办及医保办组织的各种会议，不定期对全体医护人员，财务人员进行相关知识及政策的宣传学习，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议文件，合作医疗实施办法以及相关规定，使其对报销比例，报销范围，病种确实熟练掌握。

2、对住院病人的病历及补偿单据每月进行抽查，对发现的有关问题及时向科室反馈，提出原因并加以整改。

3、坚持首诊负责制，加强了住院病人的规范化管理，对住院患者实行医疗和护理人员双审核制度，认真审核参保患者医保卡，身份证及户口薄等有关信息，严格掌握入、出院指证和标准，坚决杜绝了冒名顶替住院和挂床住院等违反新农合政策的现象发生，严格执行诊疗常规，做到合理检查，合理用药，合理治疗，住院病人一览表，床头牌，住院病历上均有新农合标识，及时向参保患者提供一日清单和住院费用结算清单，对出院病人，即时出院，即时报销。

4、为方便群众就医，设立了新农合及医保报销窗口，张贴了就医流程，报销范围，报销比例。在我院的院务公开栏公布了我院的服务诊疗项目及药品价格和收费标准，增加了收费透明度，公开了投诉电话，对出院病人的补偿费用实行了每月公示，提高了新农合基金使用透明度。

5、20xx年1-6月份我院新农合补偿人数：3278人，费用总额：10246519元，保内总额：8180922元，应补偿金额3074455元，次均住院费用：312584元(其中：河东区补偿人次90人，总费用308933元，保内费用：245856元，应补金额98250元次均费用：3432.58元)我院20xx年上半年新农合收入与20xx年

同期比各项指标增幅情况：

认真贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，20xx年上半年医保住院患者1872人，20xx年1-6月份住院患者192人，20xx年上半年医保住院病人比20xx年同期增加5人，住院增长率为：2.67%。

三、存在的问题与不足

由于思想重视程度不够，管理不规范，次均住院费用增长控制还是不够严谨，侧重追求经济利益，对患者没有严格做到合理检查，合理治疗合理用药，合理收费，

四、下半年工作计划

1：继续做好与县医保办、新农合办、医院等三方协调和上传下达的工作。

2：围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、新农合、医院和患者三方达到共赢。

3：严把参合、参保患者证件核查关，坚决杜绝借证住院、套取医保、新农合管理基金的行为发生。

4、继续加强对全院医务人员进行医保、新农合政策宣传以及

相关知识的学习和培训，不断提高医保、新农合工作的制度化、信息化、规范化管理水平。

我院新农合、医保管理工作，还有很多不足之处，在今后的工作中要认真学习和落实上级医保、新农合政策。立足岗位，认认真真做事，扎扎实实工作，明其职，尽其责。为我院新农合、医保工作的持续健康发展做出应有的贡献。

医保结算工作总结篇8

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保处安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，, 狠抓落实”的整体思路，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成效，现将我院医保工作总结如下：

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的发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，．加强组织领导，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。加强医院信息化管理，通过医保软件管理，能更规范更便捷的服务患者。大大减少了差错的发生。在院内外大力宣传医保政策，提高了医保工作认识。

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，接受群众监督，全面推行住院病人费用“一日清单制”, 医院医保管理委员会制订了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策落到实处。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疗服务行为，严格实行责任追究。

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挑战，正因为对医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职。

医保办工作人员定期下病房，传达新政策和反馈医保处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，并将不合格的病历要求责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范工作，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认识，提高了医疗质量。为参保人员提供了良好的就医环境。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。

四、工作小结：

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，圆满完成了各项工作任务，20xx年收治医保住院病人491人次，门诊病人1961人次，总费用1977312元，接待定点我院的离休干部158人次，总费用233996.19元，发生直补款1544299.5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处的大力支持，再加上我院领导的正确领导，全员医务人员的的大力配合，才使得医保工作得以顺利进行。20xx年的工作虽然取得了一定成绩但仍存在不足之处，在今后的工作中，严把政策关，从细节入手，认真总结经验，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，

五、下一步工作要点

1 加强各项服务的管理优质化，方便于民，取信于民。

2 做好与医保处的协调工作。

3 加强对医保人员的的政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！