

2023年医保工作汇报材料 医院医保工作总结(模板6篇)

总结是对过去一定时期的工作、学习或思想情况进行回顾、分析，并做出客观评价的书面材料，它可使零星的、肤浅的、表面的感性认知上升到全面的、系统的、本质的理性认识上来，让我们一起认真地写一份总结吧。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

医保工作汇报材料 医院医保工作总结篇一

- 1、在院长和分管院长领导下，负责全院社会医疗保险（城镇职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合、工伤生育保险、老干部医疗保险等）的全面管理工作。
- 2、以与县医保中心签订的《医保服务协议》为准则，结合医院实际，制定医院医疗保险管理工作计划和医保各项管理制度。
- 3、执行市医保各项政策和管理规定，有计划，有针对性的组织各类人员业务培训。
- 4、负责向科室人员传达上级主管部门及医院各种政策精神，定期检查临床各科室对医保政策的执行情况。
- 5、加强医疗保险政策宣传，及时更换医疗保险政策宣传栏，根据医疗保险各项工作实施情况，定期召开医保会议。
- 6、负责监督、指导、检查、评价各临床科室医疗保险各项工作的落实情况，处理好医院、医保中心、患者之间相关事务。

医保工作汇报材料 医院医保工作总结篇二

为使参保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保、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。

通过全院职工的共同努力[]20xx年我院收治住院病人2530人次，合计住院费用2215万余元。全年累计总报销4982人次，合计报销1818万余元。我院医保工作在开展过程中，得到了市医保处等上级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我院医保工作得以顺利进行。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：因种种原因造成医保办收款室人员紧张，办理业务的时间较长。新医保政策的实施，就医患者对政策的不了解等待。在今后的工作中，除了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，还需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，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。

一年来，信息科始终把服务全院放在第一位，为医院系统的平稳运行提供有力的物质和技术保障。我们及时响应各个部门的电脑软件、硬件、网络、打印机的维护。尽可能的降低设备使用故障率，在其出现故障的时候，我们信息科的同志做到尽可能当场解决问题，不能当场解决的也在最短的时间内给予及时处理。并克服部分设备老化，部分计算机、打印机已过保修期，备用机器不足等多方面困难，能自己修的自己修，为医院节约了大量资金。定期下到各科室站点，积极排查安全隐患和机器故障，为医院各系统的正常工作做好后

勤保障。

为保障医院网络正常运行，医院投资万余元，新增了ups电源，保障了医院机房的平稳运行。

1、做好云his系统的对接工作。

2、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。

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、服务器和备份服务器优化组合，网络优化整合。

医保工作汇报材料 医院医保工作总结篇三

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在本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切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

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。

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，身份证及户口簿等有关信息，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。在医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。

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%。

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，在今后的的工作中要认真学习 and 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。

医保工作汇报材料 医院医保工作总结篇四

****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

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。

20xx年4月16日

医保工作汇报材料 医院医保工作总结篇五

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20__年度医保考核、20__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。

四、不断加强离休人员就医规范管理，合理控制医保超支费用

离休干部作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休人员现有320余名，平均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水平不断提高，同时人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度；通过离休干部门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休干部记账费用中出现的违规项目，及时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持帮助下，通过his系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休人员控制管理的科学性与有效性；认真审核并控制离休人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

按照人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用制度，加强定岗医师诊疗行为监督管理，提升卫生信用能力，我院被市人社局评为卫生信用b级单位，并给予我院全市优秀定岗医师名额一名；不断加强新农合新补助报销政策的宣传与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利政策，我院也被市卫生局评为新农合工作先进集体。

六、存在的不足与问题：

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教导帮助与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

下半年工作打算及重点：

四、加大医保业务内部质控，特别是离休人员就医管理，制定完善离休人员管理一系列制度和措施，控制不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，认真学习，总结经验与不足，从细节入手，不断完善各项制度，更多更好地为站点一线、为参保人服务，为我院医保工作不断进步发展作出贡献。

医保工作汇报材料 医院医保工作总结篇六

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。