# 乡镇医院医保工作总结【六篇】

来源：网络 作者：梦醉花间 更新时间：2023-12-31

*百度百科是一部内容开放、自由的网络百科全书，旨在创造一个涵盖所有领域知识，服务所有互联网用户的中文知识性百科全书。在这里你可以参与词条编辑，分享贡献你的知识。以下是小编整理的乡镇医院医保工作总结【六篇】，仅供参考，希望能够帮助到大家。第一篇...*

百度百科是一部内容开放、自由的网络百科全书，旨在创造一个涵盖所有领域知识，服务所有互联网用户的中文知识性百科全书。在这里你可以参与词条编辑，分享贡献你的知识。以下是小编整理的乡镇医院医保工作总结【六篇】，仅供参考，希望能够帮助到大家。[\_TAG\_h2]第一篇: 乡镇医院医保工作总结

　　近年来，在市卫生局的正确领导下，在医院各位领导的精心指导下，以加强医德医风和能力建设为契机，不断提高自身服务群众水平。

　　现将本人有关情况总结如下：

>　　一、工作指导思想

　　(一)强化服务理念，体现以人为本一直以来，本人始终坚持把群众是否满意作为自己工作的第一标准，把病人的呼声当作第一信号，把病人的需要当作第一选择，把病人的利益当作第一考虑，扎实开展医疗服务工作。切实将以人为本、以病人为中心、以质量为核心的服务宗旨渗透到医疗服务的各个环节之中，把病人满意作为第一标准。

　　牢固树立以病人为中心的意识，努力为病人提供热情周到的服务。在工作当中，积极主动帮助病人解决就诊中遇到的各种困难，让病友感受到热情周到的服务，感受到医护人员的关心和体贴。细心听取社会各界群众、病人及家属对我们医务工作的意见和建议，能改的则改，能帮的尽量帮，能协调的尽量协调，及时为病人排忧解难。

　　(二)提高水平，打造医护品牌高质量、高水平的医疗服务是病人、家属、社会评价医务工作者满意度的一项重要指标。本人始终把强化医疗质量、提高专业技术水平、打造过硬技术品牌作为提高群众满意度的一个重要抓手。

　　严格落实了医院各项规章制度，定期自查，找出问题，采取措施，加以改进。

　　(三)以德为先，树新形象本人根据“正规诊疗、优质服务、求实创新、永攀高峰”的新形象和新要求，不断规范自身的言行，振奋自身的蓬勃朝气、昂扬锐气、浩然正气，真正体现白衣天使的崇高风貌。一颗红心中始终嵌入两个“人”字。

　　“以人为本”“以病人、为中心”，时刻把病人放在心中，奉献一片爱心。注意用语文明、温馨、富有亲情。

　　“以我热心关心细心换你舒心放心安心”、“生命至上、质量为本、关爱健康、呵护生命”“比海洋、比天空更为宽广的是奉献之心”“珍惜每一次服务机会，播撒每一份真情”，虽然上述这些都是支言片语，但它们都是我工作中不折不扣的座右铭，被压在办公桌上，摆在案头边上，始终时刻提醒并引领我成为一名优秀的医务工作者。

　　(四)规范医德医风，关爱弱势群体强化自我教育，是构筑拒腐防变的第一道思想道德防线，也是增强自警自律意识的重要环节。本人注意充分利用各种资源，学习有关医德医风方面的内容，收看中央电视台焦点访谈栏目播出的《聚焦医德医风》录像;关注中央电视台一套每天播出的《今日说法》节目;倾听法律界人士为医务人员讲授预防职务犯罪的法律课，从法律的角度分析收受红包回扣可能触犯的法律条文等等。通过一系列举措，教育自己要保持清廉、要弘扬正气，教育身边的同事要自重、自省、自警、自律，做廉洁行医的模范。

　　群众利益无小事，医疗费用偏高是群众反映的一个热点问题，要让群众满意，医生就必须切实解决这一问题。本人在工作职责范围内，采取了一系列的措施，尽量帮助病人减少不必要的医疗费用支出。特别注意关爱弱势群体，坚持使用价廉有效的药品，科学合理诊治，减轻病人负担。

>　　二、具体工作

　　(一)不断学习新型农村合作医疗制度，提高对新型农村合作医疗制度认识。

　　本人一直加强对这项工作的复杂性、艰巨性和长期性的认识，深入政策学习与理解，准确把握，坚决杜绝畏难怵头情绪。

　　此外，本人加强政治学习，十分重视自身道德素质的修养。多年来，一幕幕让人心痛或感动的情感洗礼和一次次与病人并肩作战的经历，让我深深懂得，作为一名白衣天使，必须要有一丝不苟的工作作风，要有良好的技术水平、严肃认真的科学态度，严密的组织纪律性和对病病人大公无私的关爱。在工作中，热心接待病人，关心病人疾苦，耐心听取病人与家属意见，勤奋细心地做好每一项工作。

　　(二)群众对合作医疗政策的知晓程度不够。有的农民虽然参加了合作医疗，但对政策一知半解，甚至理解上有偏差。

　　例如有的农民对住院才能补偿并不清楚，拿着门诊发票去报销;有的对设置起报线不理解，有的对慢性病的补助范围不清楚等等。造成这些误区的主要原因，是我们的宣传发动不够深入。本人加大宣传力度;对每位前来办理医保的病人或者病人家属细心讲解政策，让他们无惑而归、满意而归。

　　(三)切实做好服务工作，以“服务病人，不让病人多花一分钱，不让病人多走哪怕一步弯路”宗旨，以“白班夜班工作质量一个样，有人检查无人检查一个样，对熟识病人陌生病人一个样”为标准，来规范医保办的工作。在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我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。

　　(四)严格执行监管制度，强化责任意识，合作医疗公示制度是保障新型农村合作医疗正常运行的一种十分有效的监督形式，本人严格按照政策法规，在市卫生局领导下与医院的指导下，严格执行新农合医疗公示制度，坚决杜绝一切虚假情况，并要求与劝说身边的同事一律抵制此类情况发生。此外，本人始终坚持接受“党内监督与党外监督”“领导监督和群众监督”“院内监督与院外社会、、化监督”，以此来勉励与督促自己。

>　　三、认识与感想

　　为了使新型农村合作医疗能够长期稳健地运行下去，结合我院新农合工作实际，针对在运行过程中发现的新问题，本人有以下感想

　　(一)统一思想，提高认识，把新型农村合作医疗工作作为关乎全院发展的大事来抓。新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。建立新型农村合作医疗制度，是新形势下党中央、国务院着眼于全面建设小康社会目标，为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、经济社会发展的重大举措，一定要统一思想，提高认识，积极认真的抓好新型农村合作医疗工作，让广大农民群众切实得到实惠、见到好处。

　　(二)明确责任，强化管理建立新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、制约因素多的系统工程，必须统筹考虑，把握关键，切实增强工作的预见性、计划性、规范性，确保合作医疗的平稳运行。为此，就必须：服从领导，明确责任;长效宣传，抓住关键;以人为本，提高服务质量;加强队伍建设，不断提高自己。

　　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。

**第二篇: 乡镇医院医保工作总结**

　　20xx年医疗保险工作汇报铁路局医疗保险中心：20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《xxx铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《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202\_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

　　20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx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。ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

>　　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。

　　医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。

　　与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用;严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析;严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体;与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象;二查病情，核实是否符合入院指征;三查病历，核实是否有编造;四查处方，核实用药是否规范;五查清单，核实收费是否标准;六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

>　　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20xx年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。半年来，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。工作中存在的不足之处：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，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。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。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、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

>　　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(服务态度、医疗质量、费用控制等)。

　　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。

**第三篇: 乡镇医院医保工作总结**

　　20XX年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

　　>一、配备优秀人员，建立完善制度

　　医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

　　>二、认真完成工作任务

　　医院高度重视医保工作，使参保患者利益得到充分保障。这一年我院按照医保相关政策的要求认真工作，诚心为患者服务，圆满的完成了各项工作，20XX年我院共收住院医保患者8人次，总住院天数：113天，住院总收入23584.30元，其中药品费用：22039.60，门诊人次：139人，门诊医疗费用总计7587.46元。

　　>三、提高诊疗水平

　　树立良好的服务理念，诚信待患为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动为了能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

　　为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。

　　我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。

　　院领导经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

　　这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**第四篇: 乡镇医院医保工作总结**

　　20xx年，xx县医保局以落实\"民生工程\"为主线，以保稳定、促发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为核心，不断夯实医保各项基础工作，积极开展党的群众路线教育实践活动，大力提升经办能力，确保了全县医疗保险工作健康运行的良好态势。

　　>一、20xx年上半年工作总结

　　(一)扩面情况。

　　截止目前，72129人参加城镇基本医疗保险，其中：22093人参加城镇职工基本医疗保险,48036人参加城镇居民基本医疗保险。

　　(二)基金运行情况。

　　1.城镇职工基本医疗保险。截止目前,基金收入824万元，基金支出2607.8万元，当期基金赤字1783.8万元，基金累计结余1137.8万元。

　　2.城镇居民基本医疗保险。截止目前,基金收入500万元，上级补助资金尚未到位。支出943万元，当期赤字443万元，基金累计结余390万元。

　　>二、主要做法

　　(一)努力实现全民医保。始终坚持\"政府主导、医保主抓、部门协作、基层操作、群众参与\"的良好工作思路，全面开展扩面工作。一是领导重视。年初，县委、县政府将居民医保工作列入了民生工程进行目标管理，将任务分解到各乡镇，年底进行目标考核，整体推进居民医保工作。二是加强宣传。进一步加强《劳动法》、《社会保险法》等相关法律法规的宣传，要求凡未参加医疗保险的城镇用人单位，务必参加城镇职工各项医疗保险，并履行相应的缴费义务。同时，进一步引导城镇居民参加居民医疗保险，真正实现\"人人享有基本医疗保障\"的工作目标。

　　(二)全面加强基金征收。在日常工作中，我局始终坚持把医保基金征收工作纳入重要议事日程，全面加强征收工作。一是增强缴费意识。积极宣传《社会保险费征缴暂行条例》，增强各参保单位的缴费意识，确保按时足额缴纳基本医疗保险费。二是规范缴费基数。财政预算单位，严格按照工资加津贴的60%为标准预算基本医疗保险费。财政预算外单位和各企事业单位，按全市社会平均工资为基数缴纳基本医疗保险费。三是加强实地稽核。采取定期不定期的方式深入到各参保单位开展稽核工作，对查出少报、瞒报、漏报缴费基数的参保单位，依法予以征收。20xx年实地稽核参保单位15家，发现少报、瞒报、漏报缴费基数的11家，依法补缴210余万元。

　　(三)全面加强监督检查。定点医院是医保基金支出的源头，为监管好源头，杜绝医疗保险基金的不合理支出，我们做好了以下几个方面的工作。一是严格把关。第一，严把入院关，杜绝冒名住院、挂床住院、以住院代替门诊等违规行为。第二，把好治疗关，做到合理检查、合理用药和合理治疗，防止基金浪费。第三，把好\"三个目录\"执行关，严防基金流失。二是建章立制。今年针对康复治疗出台了《关于进一步规范康复治疗管理的通知》，有效防止了小病大养的现象。三是开展集中学习教育。定期不定期的组织医务人员学习医保法律法规，采取面对面的方式授课。20xx年，到县医院、中医院等10家医疗机构开展学习教育，发放医保政策宣传手册202\_余份，进一步增强了医务人员的法律意识，防范于未然。四是加强监督。通过到县级各定点医疗机构定期不定期的监督检查，查处医疗机构违规行为5起，挽回基金损失20余万元，有效遏止了冒名顶替、违规带药、过度检查、过度医疗、不合理收费、串换药品等违规现象发生。

　　(四)全面开展即时结算。一是践行群众路线，方便群众就医购药。为进一步扩大即时结算工作，20xx年，我局在原来已实施即时结算的4家医疗机构基础之上扩大到现在10家。同时，还将即时结算工作扩大县外，将重庆医科大学第二附属医院作为异地即时结算单位，把xx市四川荣泰堂药房有限公司作为异地医保ic卡刷卡单位，初步解决了异地住院和ic卡异地无法使用的实际问题。二是落实上级要求，推行\"一卡通\"。今年6月，按照全市的统一安排，全面开展全省医保\"一卡通\"工作。第一、积极按照省市要求与原软件开发公司进行了数据移植的谈判工作，双方达成了一致意见，原软件开发公司愿意按照xx市人社局的要求提供相应的数据资料，为推行\"一卡通\"奠定了基础。第二、全面采集异地就医人员基础信息和社会保障卡申领信息。我局严格按照市局要求，及时召开了参保单位采集信息的培训会，各参保单位已按时将所采集的信息资料报送完毕，共收到信息采集表1016份。

　　(五)全面加强内部管理。一是完善内控制度。坚持岗位轮换，定期组织开展内部控制检查工作，实现各业务、各环节的全程监控，阳光运行。在基金支出上，做到严格把关，转变以往事后监督为事中或事前监督，保证基金的合理使用。二是提升服务质量。坚持\"三优文明窗口\"的建设标准严格要求职工，做到文明办事、礼貌待人、热情服务。\"五个一\"(即一张笑脸相迎、一把椅子请坐、一杯开水暖心、一片真诚服务、一句祝福相送)提升服务质量，打造\"阳光医保、亲情服务\"的办事环境，让广大老百姓真真切切感受到党和政府的温暖。

　　(六)扎实开展群众路线。全面建立便民制度。一是建立银行代扣制。针对居民每年医保参保交费不方便的突出问题，我局与金融部门联系，实行银行代扣，参保群众只需在指定银行开户，存入参保费用，签订代缴协议，只要参保人员的账户余额充足，银行直接代扣代缴完成参保手续，群众再也不用跑冤枉路。二是建立打卡直发制。针对本县参保居民在外地住院费用审核报销及费用领取时间长、职工在外地住院费用报销划拨到单位领取不方便等突出问题，我局全部实行银行打卡直发，减少了中间环节，大大缩短了外地住院费用报销周期。三是建立简易审批制。针对参保群众办理帕金森氏病、红斑狼疮、精神病等慢性特殊疾病门诊续办程序繁琐的突出问题，一律简化办理程序，参保群众每年3月持本人身份证到医保局年审登记，1分钟之内即可办理完毕;因病或行动不便的参保群众可以委托他人代办，由医保局工作人员上门复查;对长期居住在成都的老年群众由开江驻蓉老年人协会统一进行年审登记，汇总后报送县医保局，极大的方便了办事群众。

　　>三、存在的主要问题

　　(一)城镇职工医疗保险基金赤字严重。20xx年基本医疗保险统筹基金收支结余赤字1087.81万元，赤字统筹基金系违规挪用个人账户基金予以垫付，一旦个人账户基金垫付完，基金将无法运转，参保人员的医疗待遇无法保障。

　　(二)少数机关事业单位和企业参保意思淡薄。经统计，截止20xx年底，仍有卫生系统的乡镇医院、大型煤炭企业及其它规模以上企业等10多家单位未参保基本医疗保险，严重违反了《劳动法》和《社会保险法》，侵犯了职工合法权益。

　　(三)小病大养、外出就诊情况仍然突出。随着社会的发展，参保人员对医疗需求的标准过高，本应在门诊治疗的常见小病，确要进行住院治疗;能在县内医院住院治疗解决的，非要转到县外甚至到更大的医院进行治疗，增加了医保基金的支付压力，也浪费外地大医院的医疗资源。

　　(四)对医疗机构的违规诊疗行为监管未完全到位。由于人手不足，经费短缺，监督手段落后，加之懂临床的专业技术人才少，无法及时查处医疗机构违规行为，尤其是外地就医的行为无法监管，导致医疗保险基金流失。

**第五篇: 乡镇医院医保工作总结**

　　我院在医保中心的领导下，根据《铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《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202\_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

　　202\_年6—11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金202\_万元，门诊刷卡费用255万元。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。

　　CT、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

　　>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。

　　医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

　　>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20xx年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。半年来，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。

　　工作中存在的不足之处：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，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。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。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、及时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

　　>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（服务态度、医疗质量、费用控制等）。

　　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。

**第六篇: 乡镇医院医保工作总结**

　　20xx年在我院领导重视下，按照医保中心的工作精神，我院认真开展各项工作，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绩，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，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

　　为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

>　　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”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。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。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，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。医院职工开展以文明礼貌,优质服务,受到病人好评。

　　为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

>　　三、改善服务态度，提高医疗质量

　　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。

　　我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

　　通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，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，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

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！