# 医保录入人员工作总结(推荐40篇)

来源：网络 作者：梦里寻梅 更新时间：2025-05-12

*医保录入人员工作总结120xx年度，我院严格执行上级有关城镇职工医疗保险及城乡居民医疗保险的\*\*规定和要求，在各级\*\*、各\*\*\*\*的指导和\*\*下，在全院工作人员的共同努力下，医保工作总体运行正常，未出现借卡看并超范围检查、分解住院等情况，维...*

**医保录入人员工作总结1**

20xx年度，我院严格执行上级有关城镇职工医疗保险及城乡居民医疗保险的\*\*规定和要求，在各级\*\*、各\*\*\*\*的指导和\*\*下，在全院工作人员的共同努力下，医保工作总体运行正常，未出现借卡看并超范围检查、分解住院等情况，维护了基金的安全运行。按照闻人社字[20xx]276号文件精神，我们\*\*医院管理人员对20xx年度医保工作进行了自查，对照年检内容认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

一、提高对医疗保险工作重要性的认识

首先，我院成立了由梁院长为组长、主管副院长为副组长、各科室\*\*为成员的医保工作\*\*小组，全面加强对医疗保险工作的\*\*，明确分工责任到人，从\*\*上确保医保工作目标任务的落实。其次，\*\*全体人员认真学习有关文件。并按照文件的要求，针对本院工作实际，查找差距，积极整改，把医疗保险当作大事来抓。积极配合医保部门对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，不越雷池一步。坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金\*\*现象的发生，打造诚信医保品牌，加强自律管理，树立医保定点医院良好形象。

二、从\*\*入手加强医疗保险工作管理

为确保各项\*\*落实到位，我院健全各项医保管理\*\*，结合本院工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，

同时规定了各岗位人员的职责。各项基本医疗保险\*\*健全，相关医保管理资料俱全，并按规范管理存档。认真及时完成各类文书、按时书写病历、填写相关资料，及时将真实医保信息上传医保部门。定期\*\*人员分析医保享受人员各种医疗费用使用情况，如发现问题及时给予解决。

三、从实践出发做实医疗保险工作管理

结合本院工作实际，严格执行基本医疗保险用药管理规定。抽查门诊处方及住院医嘱，发现有不合理用药情况及时纠正。所有药品、诊疗项目和医疗服务收费实行明码标价，并提供费用明细清单，每日费用清单发给病人，让病人签字后才能转给收费处，让参保人明明白白消费。并反复向医务人员强调落实对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名顶替现象。并要求对就诊人员需用目录外药品、诊疗项目事先都要征得参保人员同意并签署知情同意书。同时，严格执行首诊负责制，无推诿患者的现象。住院方面无挂床现象，无分解住院治疗行为，无过度检查、重复检查、过度医疗行为。严格遵守临床、护理诊疗程序，严格执行临床用药常规及联合用药原则。财务与结算方面，认真执行严格执行盛市物价部门的收费标准，无乱收费行为，没有将不属于基本医疗保险赔付责任的医疗费用列入医疗保险支付范围的现象发生。

四、强化管理，为参保人员就医提供质量保证

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。

二是在强化核心\*\*落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。

三是员工熟记核。

心医疗\*\*，并在实际的临床工作中严格执行。

四是把医疗文书当作\*\*医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。

五、系统的维护及管理

信息管理系统能满足医保工作的需要，日常维护系统较完善，新\*\*出台或调整\*\*及时修改，能及时报告并积极排除医保信息系统故障，保证系统的正常运行。对医保窗口工作人员加强医保\*\*学习，并强化操作技能。信息系统医保数据安全完整，与医保xxxx网的服务定时实施查\*\*毒。定期积极\*\*医务人员学习医保\*\*，及时传达和贯彻有关医保规定，并随时掌握医务人员对医保管理各项\*\*的理解程度。

六、存在的问题与原因分析

通过自查发现我院医保工作虽然取得了显著成绩，但距上级要求还有一定的差距，如相关基础工作、思想认识、业务水\*还有待进一步加强和夯实等。剖析以上不足，主要有以下几方面的原因：

(一)相关\*\*部门对医保工作\*时检查不够严格。

(二)有些工作人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保\*\*的学习不透彻，未掌握医保工作的切入点，不知道哪些该做、哪些不该做、哪些要及时做。

(三)在病人就诊的过程中，有些医务人员对医保的流程未完全掌握。

七、下一步的措施

今后我院要更加严格执行医疗保险的各项\*\*规定，自觉接受医疗保险部门的\*\*和指导。并提出整改措施：

(一)加强医务人员对医保\*\*、文件、知识的规范学习，提高思想认识，杜绝麻痹思想。

(二)落实责任制，明确分管\*\*及医保管理人员的工作职责。加强对工作人员的检查教育，建立考核\*\*，做到奖惩分明。

(三)加强医患沟通，规范经办流程，不断提高患者满意度，使广大参保群众的基本医疗需求得到充分保障。

(四)促进\*\*医保关系，教育医务人员认真执行医疗保险\*\*规定。促进人们就医观念、就医方式和费用意识的转变。正确引导参保人员合理就医、购药，为参保人员提供良好的医疗服务。

(五)进一步规范医疗行为，以优质一流的服务为患者创建良好的医疗环境。

医院医保工作个人总结5篇（扩展10）

——医院医保科工作总结菁选

医院医保科工作总结13篇

**医保录入人员工作总结2**

20xx年，我院在医保中心的\*\*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\*\*考核的服务内容，做总结如下：

>一、建立医疗保险\*\*

有健全的医保管理\*\*。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\*\*，并根据考核管理细则定期考核。

设有医保\*\*宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保\*\*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。\*\*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\*\*情况

20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人x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\*\*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\*\*出院带药量，在今年8月份医保中心\*\*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\*\*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\*\*，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\*\*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\*\*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\*\*\*理解上发生冲突时，医保科根据相关\*\*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\*\*的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到\*\*的认识，切实维护了参保人的利益。

医保科将医保有关\*\*、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\*\*法规的培训，强化医护人员对医保\*\*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\*\*有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保\*\*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\*\*、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、\*\*、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\*\*，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\*\*、\*\*现象发生。

**医保录入人员工作总结3**

我院自20xx年8月3日参加濮阳市医保定点行列以来，历经了3年又8个月的医保效劳旅程。

一年来，在市医保中心的大力支持下，在上级主管部门的直接关心下，我院在保证来院就诊参保人员更好地享受根本医疗效劳，促进社会保障及卫生事业的开展方面做了一些工作，取得了一定成绩。

一年来，我院始终坚持按照《濮阳市城镇职工根本医疗保险试行方法》、《濮阳市城镇职工根本医疗保险定点医疗机构管理暂行方法》和《濮阳市城镇职工根本医疗保险定点医疗机构效劳协议》，为就医患者提供了标准、有效的根本医疗保险效劳。

>一、根底设施完善根底管理到位

1、配备、更新、完善了与本市根本医疗保险管理配套的计算机、软件系统；

2、数次培训了专业上岗操作人员；

3、认真按照《医疗保险前台计算机系统使用标准》进行操作，实现了网络畅通、系统兼容、信息共享、交换快速、方便病人的目标。

>二、医保管理不断加强

1、医院董事长〔法人代表〕亲自兼任医疗保险管理科主要领导。

2、院长、副院长等院务级领导和专职财会人员构成了医保科领导集体。

>三、加大政策宣传力度福利惠泽参保职工

1、采用宣传页和宣传单的形式，不定期的向来院就医参保人员和就医医保人群宣传医保政策，推广根本医疗效劳，把医疗保险的主要政策规定和医保中心协议规定的内容谕告患者，收到了较好效果。

2、根据医保中心有关文件要求，结合我院实际，拟出了便于理解落实的医保政策汇编，下发给医院每位医生和医院窗口科室，保证了医保政策正确的贯彻落实。

3、在医院醒目位置制作宣传标牌，对医保职工住院流程、报销流程进行宣

传，方便了医保职工的就医。

4、医保管理科在总结日常工作的.根底上，研究制作了方便医保政策的温馨提示牌，提示牌上“如果您是…医保参保人员，请主动告知接诊医生，确保您的权利和待遇得到落实〞的寥寥数语，不仅保护了参保人员的利益，表达了国家政策的优越性，也受到了医保就诊患者的交口称赞。

>四、设置全程导医方便就医职工

**医保录入人员工作总结4**

1、配合各医保中心，加强医保病人的费用管理，做好医保病人医疗费用审核与\*\*工作，维护医院的正当经济利益。

2、与医保中心建立良好的协作关系，热情接待各医保中心工作人员的来访及参保人员的咨询、投诉。

3、上传下达医保\*\*及有关医保文件，根据医保\*\*的不断调整，进一步完善和制定医院内各岗位的医保管理规章\*\*。

4、负责与选择我院为定点医疗服务机构的省内外各级医疗保险基金管理中心签定服务协议。

5、配合医院各部门做好信息反馈工作，做到发现问题及时，改正问题及时，总结经验及时，汇报问题及时，确保我院医疗保险工作健康发展。

6、按照各医保中心特殊病种门诊和家庭病床的标准，做好各医保病人特殊病种门诊和家庭病床的初审工作。

7、热情接待选择我院为定点医院的异地安置人员，并负责盖章。南苑医院医保办公室工作规范

一、工作职责：

1.根据\*\*市医保中心的相关\*\*，制定本院的相关\*\*和规定，并进行检查和\*\*。

2.负责审核全院参保患者住院费用申报的审核。

3.负责本院医保信息系统的\*\*、检查。

4.负责全院医保费用定期对比增长的原因分析，并制定整改措施。

5.负责\*\*社区站医保工作的检查、\*\*、指导。

6.负责对全院科室进行医保日常工作的`检查及医保知识的培训。

7.接受上级\*\*对我院医保工作的检查和指导。

二、工作目标：\*\*我院医疗保险费用的不合理增长。

三、服务宗旨：为全院各个科室、社区站和广大参保人员提供优质的服务、一流的工作质量，快捷的办事效率。

南苑医院医保办公室工作人员行为规范

一、职业道德规范：

1.语言文明，态度和蔼，礼貌待人。

2.热爱本职工作，努力进取，不断钻研业务。

3.熟练掌握医保\*\*，并能够正确运用到工作中。

4.遵纪守法，廉洁办公，接受\*\*和检查。

二、行为规范：

1.不断学习有关法律、法规及相关的业务知识，认真贯彻执行医保相关文件中的规定及精神。

2.工作态度端正，注重工作效率及结果，作到优质服务，接受社会\*\*，公示\*\*电话。

3.严格按照医保工作流程办事，遇到特殊情况给予耐心的解释。

4.严格执行院内的各项规章\*\*，作到衣帽整齐，礼貌待人，热情服务，解释耐心。

5.保持办公室环境整洁，定期清洁，文件及各种办公用品摆放有序，树立良好形象。

三、文明用语及服务禁语：

1.文明用语：您好、请坐、对不起、请稍候、您还有不明白的吗?您明白了吗?您有不明白的可以随时咨询、您慢走、再见。

2.服务禁语：不知道、不清楚、急什么、我就这样有意见找\*\*、下班了明天再来、为什么不早点来、外面等着、你问我、我问谁去。

四、工作期间四不准：

1.不准在上班期间打私人电话，半私事。

2.不准在上班时间看报、看小说，杂志。

3.不准在上班时间聊天，吃零食、干与工作无关的事情。

4.不准对来访患者态度蛮横，有问不答。

五、处罚：凡违反上述规定者依照南苑医院的处罚条例给予\*\*批评及经济处罚。

南苑医院医保办公室\*\*职责

1.根据市医保中心的精神，制定南苑医院医保规定，并进行检查。

2.负责参保患者住院费用及公费医疗患者门诊和住院费用的审核。

3.负责我院参保患者住院费用定期对比增长的原因分析，并制定整改措施。

4.负责社区站医保工作的检查、\*\*和指导。

5.定期对各科室进行医保及公费医疗日常工作的检查及问题汇总，并制定整改措施。

6.坚持因病施治，合理用药，合理检查，杜绝浪费。

7.负责本院医保信息系统的\*\*、检查。

8.积极协助上级\*\*来院检查指导工作。

南苑医院医保办公室科员职责

1.负责我院所有医保患者住院费用的汇总和申报。

2.负责我院所有公费医疗患者门诊及住院费用的汇总和申报。

3.协助\*\*对全院进行医保日常工作的检查。

4.认真执行医保办公室的工作职责。

医院医保工作个人总结5篇（扩展7）

——医院医保工作自查总结报告3篇

**医保录入人员工作总结5**

一年来在我院领导高度重视下，按照社保局安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，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的成效，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。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、闭卷考试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，在医院信息中心帮助下，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。

>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。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“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。

四是进一步强化责任，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。

五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评.

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，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。今年我院未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

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高度，为全市医保工作顺利开展作出贡献。四、下一步工作要点

1、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。

2、做好与社保局的协调工作。

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。

**医保录入人员工作总结6**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

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，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**医保录入人员工作总结7**

20xx年，我县基本医疗保险工作在县委、政府的正确领导下，在区、市业务主管部门的帮助指导下，紧紧围绕构建和谐医保和服务县域经济发展工作目标，以思想大解放树立新形象学习活动为动力，突出重点抓扩面、创新思路抓管理、完善制度抓规范，团结一致、扎实进取、勤奋拼搏、勇于创新，努力完成市、县工作目标任务，确保我县基本医疗保险工作健康平稳运行。

>一、医疗工伤生育保险运行及任务完成情况

1、城镇职工基本医疗保险：市级今年下达扩面任务5630人，截止10月底，全县城镇职工参保5640人，完成市级下达参保任务的100%。应征缴基金688万元，实征缴基金568万元。统筹基金支出万元；个人账户支出300万元。

2、城乡居民基本医疗保险：市级今年下达参保任务102240人，截止10月底，全县城乡居民参保104649人，完成市级下达参保任务的102%。征缴基金386万元。其中，个人基金征缴万元，县级财政配套万元（中央和自治区财政配套由市级申请）。全县审核参保居民住院医疗费5384人次，基金支出万元；门诊待遇享受109397人次，支出万元。

3、工伤保险：市级今年下达扩面任务3500人，截止10月底，完成工伤保险参保3565人，完成市级下达参保任务的101%，实征缴基金41万元。审核工伤保险待遇9人次，基金支出万元。

4、生育保险：市级今年下达扩面任务3100人，截止10月底，完成生育保险参保3336人，完成市级下达参保任务的107%，实征缴基金40万元，基金支出万元。

5、大额医疗保险：截止20xx年10月底，全县参保4527人，应征基金36万元，实征缴基金36万元，征缴率100%。目前，全县享受大额医疗保险待遇14人次，基金支出32万元。

6、离休干部医疗保障：全县现有离休干部28人，财政全年安排离休干部医疗费18万元，截止目前，支付离休干部医疗费22人次，万元；门诊医疗费22人次，万元。离休干部医疗费在规定范围内得到实报实销。

>二、主要工作做法：

1、严格政策落实，促进城乡医保体系建设

今年来，我县严格按照固原市医保工作整体部署，认真贯彻落实《固原市城乡居民医疗保险实施办法》、《固原市城镇职工医疗保险生育保险市级统筹实施办法》、《关于加快推进统筹城乡居民基本医疗保险试点工作的通知》和《关于做好全市医疗工伤生育保险市级统筹后基金拨付管理工作的通知》等文件精神，坚持以人为本、科学发展，紧紧围绕区、市医保工作要求，把握整体工作思路，强化业务管理，促进城乡医保体系建设。一是加强与税务、财政和银行的联系协调，理顺征缴业务流程，认真做好职工医保、工伤和生育保险参保缴费工作，确保年度目标任务足额按时完成。二是按照区、市统一安排部署，认真做好城乡居民基本医疗保险试点和职工医保、生育、工伤保险市级统筹管理工作，有效解决群众反映的热点和难点问题，确保城乡医保工作顺利开展，维护社会和谐稳定。三是加强与劳监、安监等部门及相关企业的联系和协调，切实做好企业职工、农民工参加工伤保险工作，扩大工伤保险覆盖面。四是加强与乡镇、街道协调配合，积极落实城乡居民基本医疗保险政策，加强城乡医疗保险政策宣传，规范经办服务流程，认真配合做好基金上解市级管理工作，确保城乡居民医保工作任务全面完成。

2、加强基金管理，确保医保基金安全运行。

为确保医保基金安全有效运行，我们坚持基金财务制度管理，严格按照各项基金财务管理规范运行，完善内部财务制度，积极配合财务审计工作。一是认真执行各项基金财务国家和区级标准，做好医疗、工伤、生育保险基金收支两条线管理，加强财务制度和科室建设，分项进行财务记账管理。二是在今年年初我县申请审计部门分别对我县城镇职工、居民医疗保险和新农合基金进行年度审计，未发现基金违规问题。三是积极协调财政部门做好各项保险基金市级统筹管理工作，及时上解保险基金，目前以上解基金1690万元。四是落实各级财政、民政各类资金及时到位，目前县级各项民政、财政配套补助资金已全部落实到位。

3、加强定点机构管理，规范医疗服务行为

为加强定点医疗机构的协议管理，规范医疗服务行为，确保参保居民享受优质、价廉、便捷的服务。我们了加强定点医疗机构的监督稽查力度，一是在全县定点医疗机构全面推行参保人员住院实名制管理，强化接诊医生核查参保患者身份责任，防止各类冒名顶替行为发生。二是严格执行就医转诊转院审批登记制度，合理有序引导参保人员转外医疗。三是建立定点医疗机构费用控制机制，根据县内定点医疗机构往年次均住院费用，测算住院医疗费用控制范围，防止医疗费用不合理增长。四是在定点医疗机构设立结算中心，实现了医疗费用一站式结算，解决了群众就医“垫支”和“跑腿”问题，方便广大参保人员。五是加强稽核检查，稽查人员定期不定期深入两定机构对所提供服务、以及参保人员就医待遇享受管理等环节进行检查，查处冒名顶替、小病大治、挂床治疗等违规行为，并在参保待遇享受后开展回访和核查工作。六是建立异地协查和电话稽查机制，在周边省区与医疗机构建立了协查机制，定期开展实地稽查和电话协查，防止冒名顶替和套取医保基金的行为，确保了医疗保险基金安全有效运行。

4、加强经办机构建设，整合经办资源。

为加快推进城乡基本医疗保险一体化进程，促进医疗卫生服务均等化，提高城乡居民医疗保障水平，20xx年实行城乡居民基本医疗保险市级统筹管理，按照自治区“六统一”即实行制度体系统一、管理体制统一、政策标准统一、支付结算统一、信息系统统一、经办服务统一的目标要求，为有效整合医疗保险经办资源，加强经办管理，提高经办能力。今年3月，根据区、县编制部门文件要求，将原新型农村合作医疗管理中心整体并入县医疗保险事务管理中心，现有编制13人，在编13人。同时，我中心在机构整合后，为加强管理，对原两单位人员及岗位进行了重新设置和调换，并设置了征缴、结算、稽核等业务科室，并进行了相关业务培训，统一了经办流程。通过经办机构的有效整合及人员岗位设置和培训，进一步加强经办机构经办能力，简化了经办流程、提高了工作效率。

5、加强政治业务学习，广泛开展宣传。

20xx年7月1日，《\_社会保险法》将正式实施，为加强对社会保险法宣传，按照区、市贯彻宣传《社会保险法》的工作要求，同时，结合市、县开展思想大解放、树立新形象学习活动工作安排，我中心精心制定方案，认真安排落实，积极开展了全单位“思想大解放、树立新形象”和《社会保险法》等业务知识学习活动，并组织参加了《社会保险法》知识竞赛和培训活动。同时，为加强对《社会保险法》等政策的宣传，我中心在经费紧张的情况下，制作了宣传传单，利用集市、定点机构设点宣传和下乡等方式，进行了广泛的宣传。通过“思想大解放、树立新形象”和《社会保险法》学习宣传活动，进一步提升干部职工的政治业务素质，提高了业务服务能力，促进了我县医疗保险工作和谐健康发展。

>三、存在的问题

1、城乡居民医疗保险政策宣传方面虽做了大量的工作，但还有部分参保群众在政策理解上存在差异，主要是具体政策细节等方面了解还不够透彻，宣传力度还不够深入。

2、20xx年统筹城乡居民医疗保险后，乡镇人民政府民生服务中心将承担参保登记、档案建立和管理、基础数据录入等工作，但目前乡镇民生服务中心建设迟缓，人员不足影响了此项工作的开展。

3、城乡医疗保险信息化建设缓慢，经办管理手段落后，经办服务效率有限。

3、城乡居民医疗保险覆盖面广，经办机构任务繁重，工作量大，但经办机构业务人员业务经费紧张，业务用房不足。

**医保录入人员工作总结8**

1、零星报销支付情况。20xx年全年共支付万元。其中城乡居民基本医疗保险基金支付万元；3795人次。六区门诊统筹共支付万元。

2、为在校大学生发生的住院费用及居民医保停保后参加职工医保在等待期内发生的住院费用办理登记，核实确认后，符合条件的给予结算。

3、六区村医培训情况。根据局领导的统一工作部署，联合管理部、信息部，多次深入到六区对基层定点医疗机构及各村卫生所的系统录入及相关台账进行业务指导。

4、及时向信息部提相关业务需求。针对《关于调整我市基本医疗保险异地就医直接结算相关政策的通知》（鸡医保〔20xx〕2号）中提出的自行转诊政策，马上向信息部提交城乡居民自行转诊的系统录入需求。

5、优化工作流程。依据省局规定的手工报销时限为20个工作日，结合审核部实际工作及人员配备情况，优化审核结算流程。在无特殊情况下，20个工作日内可将居民零星报销医疗费拨付到位。

6、特殊病例的界定情况。针对个别自行转诊并无法认定是否为急诊病例的特殊情况，收取居民复印件填写明细表，等待医疗专家给予认定。无论认定结论是否合格，均第一时间通知患者本人或其家属，对于未构成急诊的病例，耐心解释并告知异地就医所需材料及一站式结算等内容。

>存在问题及整改情况

1、审计工作中发现的问题。11月份结束的审计工作中，发现在手工结算时存在诸多漏洞。针对存在的问题发现，零星报销的医疗费务必需要录入系统进行结算。

①对于各别医疗类别仍无法录入系统的.，已经汇总并报送到信息部，协调省信息中心给予解决。

②依据审计报告中提到的少支付元目前已经整改支付到账。

2、急诊界定问题。由于急诊界定频率低、时间不确定，导致积压很多病例。建议每2周统一鉴定一次。

3、系统录入问题。目前系统仍然无法录入的类型有：

①失独家庭补差；

②血液病的用血补差；

③儿童苯丙酮尿症；

④贫困儿童先心病；

⑤自行转诊。

系统录入后结算错误的类型有：

①门（急）诊抢救（结算金额为0）；

②门诊大病中重性精神病、艾滋病、肝硬化（获取进段比例参数时，未找到对应报销比例）；

③异地安置人员录入系统结算时未设置60天等待期。针对以上系统问题已经多次提交到信息部。

4、居民因急诊抢救在鸡密虎未定点医疗机构住院，建议明确医院级别。

**医保录入人员工作总结9**

我在河西学生医保中心经过两年的历练，本着我中心以“\*\*体系有新完善，参保扩面有新突破，\*台建设有新跨越，服务形象有新提升”“四个有”为目标，立足本岗，踏踏实实的完成好自己的本职工作，如下是我今年的工作汇报。

今年的\*\*较往年有一定的变化，医保中心加大\*\*推动和行政推动力度，个人积极动员学校参保、监察推保、多形式助保等各种途径，多措并举、强力推动参保扩面。以上级下发的\*\*性文件为指导，同步推动各校开展扩面工作；借助全市学生医保扩面征缴有利形势，积极推进我区学生医保扩面。重点抓好私立学校、私立园的参保缴费工作；对去年未缴费学生进行梳理分析，采取不同措施动员缴费，进一步推进外地来津打工子女的参保问题。

去年的缴费我重点帮助阳光人寿保险公司管辖的小学，今年又进一步扩大到托幼机构，在今年的参保任务加大的情况下我依托今年的参保\*\*，先期随保险公司到划片学校进行医保宣传，把\*\*落实到位，重点加强私立学校的宣传工作，对老师的问题细心解答。后期报盘的时间紧，任务比往年都要重，我抓紧工作上的一切时间下校帮助老师做好学生名单录入报盘工作，有些学校如闽侯路小学在校生人数多，老师一个人很难在规定的时间内完成报盘工作，为了能让学生在一天参保，能够减轻老师的负担，我自愿帮助老师完成学生信息录入和报盘的工作，每天和同事下校宣传并帮助老师做好报盘工作。加班加点协助老师将工作做好，\*\*提升了工作效率，及时完成了大校的参保工作。通过积极的服务于学校，解决学校后顾之忧，得到学校老师主管\*\*的认可，从而保证了我区参保工作的有效推动。

回顾过去的`一年，我按照“立足本岗，严于律己”的总体要求，认真学习实践科学发展观，认真学习理论知识和业务知识，努力提高工作水\*。建立健全医保宣传\*\*，积极实现参保全覆盖；在工作中创新思想理念，积极扩展学生医疗保险的内涵和功能，继续发挥桥梁和纽带的作用，积极解决在工作中出现的瓶颈问题，寻找差距，规划前景，在新的一年里，争取做出更加辉煌的业绩。

**医保录入人员工作总结10**

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

>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。

>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。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，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。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任，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。五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

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。

>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。

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。

>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，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202\_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。

**医保录入人员工作总结11**

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。

**医保录入人员工作总结12**

20xx 年医疗保险工作汇报 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 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。

二、执行医疗保险政策情况 执行医疗保险政策情况 疗保险政策20xx 年 6-XX 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 明年工作的打算和设想 工作的打算和 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。

**医保录入人员工作总结13**

这一年，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月1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月1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350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总结，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。

**医保录入人员工作总结14**

我院在县医保中心、县卫生局的直接指导下，全院职工认真按照《柳城县定点医疗机构医疗保险服务质量考核暂行办法》的规定开展工作。通过干部职工共同努力，取得了一定成绩，现总结如下：

1、领导重视、措施有力

卫生院领导高度重视此项工作的开展，把医保工作纳入日常工作来抓、来管理，并成立了以院长为医保组长的第一责任人，成员由各科室组长构成。使医保工作开展得到有力保障，医保工作内容层层落实到个人，并制订了相应措施，如：医保奖惩制度、医保培训制度等相关规定，以制度来管人，来开展工作。同时利用在医院大小会议上，及时向职工宣读、传达医保相关政策及文件精神，使职工进一步了解当前形势下职工医保福利的`动向及发展趋势。另外，在医院醒目地方设置“基本医疗保险政策宣传栏”向全镇干部职工宣传医保政策及工作简报。通过宣传学习，提高了干部职工的认识，使医保工作开展起来得心应手。在工作中，我院医务人员能按医保要求，严格掌握出入院标准，坚持首诊负责制，不推诿病人，再次入院不得以间隔时间不到一周为由不办理住院手续，不应出院的病人提前出院不得以“达到定额标准费用”为由要病人提前出院。参保人员严格执行基本医疗保险用药规定，药品供应充分，药品管理符合规定，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药、不挂名、分解住院，严格执行市、县物价部门规定的收费标准，不私立项目收费或提高收费标准，并将检查、治疗、药品各项项目的收费标准对外公布，及时向参保患者提供费用清单，及时做好医保患者的医疗文书记录、医保处方用药符合要求。

2、取得成绩

由于医保政策宣传到位、措施有力，使全镇班干部职工及时掌握当前医保政策，提高了认识。同时充分调动全院干部职工积极性，坚持以病人为中心，树立良好的白衣形象，使当前来就诊的参保人员满意而归，无参保人员投诉及事故发生，经济效益和社会效益明显提升。

**医保录入人员工作总结15**

\*\*来，在市卫生局的正确\*\*下，在医院各位\*\*的精心指导下，本人坚持以“\*”重要思想为指导，以加强医德医风和能力建设为契机，身体力行“八荣八耻”要求，不断提高自身服务群众水\*。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\*，打造医护品牌

（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。

（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\*\*电视台焦点访谈栏目播出的\'《聚焦医德医风》录像;关注\*\*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\*\*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\*\*、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\*\*，提高对新型农村合作医疗\*\*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\*\*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\*\*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\*、严肃认真的科学态度，严密的\*\*纪律性和对病病\*\*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\*\*的知晓程度不够。有的农民虽然参加了合作医疗，但对\*\*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\*\*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\*\*，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\*\*，各项补助措施，认真解答提出的各种\*\*，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，\*\*提高了参保满意度。

（四）严格执行监管\*\*，强化责任意识，合作医疗公示\*\*是保障新型农村合作医疗正常运行的一种十分有效的\*\*形式，本人严格按照\*\*法规，在市卫生局\*\*下与医院的指导下，严格执行新农合医疗公示\*\*，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“\*\*\*\*与\*外\*\*”、“ \*\*\*\*和群众\*\*”、“ 院内\*\*与院外社会化\*\*”，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）\*\*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\*\*，是由\*\*\*、引导、\*\*，农民自愿参加，个人、集体和\*多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济\*\*。建立新型农村合作医疗\*\*，是新形势下\*、\*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\*\*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\*\*是一项\*\*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\*稳运行。为此，就必须：服从\*\*，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\*\*关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项\*\*，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。

——医保窗口个人工作总结3篇

**医保录入人员工作总结16**

为规范诊疗行为，\*\*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\*\*\*\*\*\*\*\*，\*\*思想，明确目标，加强了\*\*\*\*。成立了由“\*\*\*”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作\*\*小组。各临床科室相应成立了以科\*\*为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保、农合工作的全面管理，重点负责本科医保\*\*具体实施及奖惩\*\*落实工作。

为使广大\*\*职工对新的医保\*\*及\*\*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，主要有以下方面：

一是召开全院职工大会、中层\*\*会议等，讲解新的医保\*\*，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、闭卷考试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，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。\*\*减少了差错的发生。

四是通过电视专辑来宣传医保\*\*，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，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

**医保录入人员工作总结17**

又一年已经过去，在这过去的一年中，在院\*\*的关心指导下，我科牢固树立全心全意为人民服务的宗旨，求实创新、与时俱进，以“创群众满意医院”活动为契机，狠抓科室服务质量水\*，不断强化服务理念，团结一心、勤奋工作，圆满完成了今年的各项工作，现总结如下：

>一、医保办工作情况

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\*\*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\*\*及工作人员的大力\*\*，再加上我院\*\*的正确\*\*、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\*\*的实施，就医患者对\*\*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\*\*关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项\*\*，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。

>二、信息科工作总结

一年来，信息科始终把服务全院放在第一位，为医院系统的\*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\*稳运行。

>三、明年工作计划

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\*\*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。

6、加快医院信息化建设，机房搬迁。

**医保录入人员工作总结18**

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。

**医保录入人员工作总结19**

20\_年，在市委、市政府的坚强领导下，市医疗保障局党组以“攻坚年”活动为抓手，坚持服务大局，聚焦主责主业，认真履职尽责，以创促新，积极适应新形势、新常态、新要求，奋发有为推进医疗保障事业改革发展，全力以赴夺取疫情防控和经济社会发展“双胜利”。

>一、目标任务完成情况

截至20\_年11月底，全市医疗、生育保险参保人数分别达到万人和万人；全市职工医保基金核定应收333640万元、城乡居民医保基金核定应收310426万元；全市职工医保基金征缴达到316520万元，城乡居民医保基金征缴达到310426万元；全市职工医保基金支出337233万元，城乡居民医保基金支出300779万元。全市基本医疗保险参保率达，各项基金收支平衡、略有结余，较好地落实和保障类参保群众的各项待遇。

>二、重点工作推进情况

（一）全力打好疫情防控攻坚战。

结合医保职能，先后出台了《关于落实新冠肺炎病毒患者特殊保障措施的通知》、《关于做好疫情防控期间新冠肺炎发热病人门诊检查费用保障工作的通知》、《关于做好疫情防控期间药品零售服务工作的紧急通知》等一系列政策措施，确保了患者不因费用耽误治疗，确保了参保群众疫情期间就医、用药得到保障；建立疫情防控“三服务五到位”联防联控机制，实行“防控疫情电话办，医保服务不打烊”线上办理和24小时值班制，将新冠肺炎发热病人门诊检查费用纳入医保支付范围，建立疫情防控期间药品配送制度，保障群众用药。一是医保服务项目全面实现网上办理，最大程度降低交叉感染风险。二是将新冠肺炎患者住院费用纳入医保报销。按照国家和省统一要求，将新冠肺炎病例住院费用纳入医保报销及时结算。于20\_年1月，将治疗新冠肺炎的目录外药品及治疗项目临时纳入医保目录，保证患者得到及时治疗。三是将新冠肺炎检测项目纳入医保目录。按照省统一要求，于20\_年5月，将新冠肺炎核酸检测、抗体检测项目临时纳入医保目录，按乙类管理。四是做好新冠肺炎患者医疗费用结算工作。截止9月底，全市新冠肺炎住院定点救治医疗机构共有97家，共收治新冠确诊和疑似参保患者4595人次（4141人数），总费用4768万元，新冠肺炎医保结算率达到100%。

（二）深入推进“双报到”工作。

扎实开展“双报到”工作，将党员充分融入基层社会治理。局党组以身作则，疫情期间协助双报到社区解决口罩不足、消杀药品短缺问题，保障社区防疫物资供应。组织动员、督促党员干部到居住地社区就近报到、开展值班值守、消杀清洁、物资配送等志愿服务活动，疫情期间局系统41名党员干部累计参加社区抗疫476人次、1307小时，涌现出一批优秀\_员和典型事迹。疫后常态化开展“双报到”，督促党员干部主动参与到防汛抗洪、汉江流域生态保护、安全大巡查、夜间巡逻等活动中，党员双报到率达100%，充分发挥了党员在基层治理中的先锋模范作用。

（三）全力以赴打好脱贫攻坚战。

在驻点扶贫方面：选派党员骨干充实到扶贫工作队，增强扶贫力量。落实“两天一夜”、“五天四夜”工作制，积极开展“四方会商”，与村委共谋产业发展，投入10余万元助力漫云村改善人居环境、扶持种植、养殖业发展。组织党员干部定期入户结对帮扶。与村干部联合举办主题党日，提振脱贫攻坚信心。在行业扶贫方面：一是全市338043名建档立卡贫困人员全部纳入医疗保障覆盖范围，参保率达到100%；二是针对中央巡视湖北提出的医保扶贫标准过高问题，出台《关于进一步做好农村贫困人口基本医疗保障工作的通知》，对我市健康扶贫政策进行了调整；三是各县（市、区）在县域内和市区的3家三甲医院均实现了“一站式、一票制”结算；四是全面落实新“985”待遇标准，医疗保险政策范围内报销比例达，门诊慢性病报销比例达80%。五是抓好扶贫领域巡视巡察反馈问题整改。先后解决了乡村医生招不进、留不住和部分建档立卡贫困人口医保补贴未落实等问题，补差支付一般诊疗费万元，提升了乡村医生收入。完成万余名贫困人口补贴整改，到位资金66万元。

（四）落实“六稳六保”，助力企业复工复产。

一是实行阶段性企业医保费减征，2月至6月共减征参保企业医保费亿元，减轻缴费负担。二是实施困难企业缓缴政策，可缓缴6个月。三是对流动资金困难的344家中小制造企业，实行按季征收，缓解资金流动紧张问题。四是落实“千名干部进千企”，帮助湖北朗东机电公司顺利享受社保、房产税等税费减免6万多元，协助企业贷款100万余元，协调法院解决企业欠账难题。协助超卓航空公司解决司法判决执行难问题，协调法院及时追缴企业欠账，结清企业官司，为企业上市保驾护航

（五）优化营商环境，推进医保“放管服”改革。

一是简化两定机构申报程序。降低申报门槛，将申报资料由9项简化为4项，实行了即时申报即时受理，办结时间缩短为5个工作日，医药机构申报定点更加方便，截止20\_年10月底，新签订协议医药机构共264家，其中医院2家，门诊162家，药店100家。续签协议的共有496家，其中门诊94家，药店402家。我市成为全省申报医保定点机构材料最少、流程最优、时限最短的地区。二是简化医保异地就医备案手续，开通了业务大厅窗口、支付宝、微信、湖北政务服务网、人社APP五种渠道办理，实现了即时办结。取消了异地居住证明等多个手续，方便群众就医备案。三是扩大慢性病门诊定点药店范围。20\_年市区共新增慢性病门诊定点药店18家，由原来的11家，增至29家，极大的方便了参保群众就近购药报销。四是推进医保服务只进一扇门改革。各县（市、区）医保服务陆续进驻行政服务中心，市直医保业务大厅于10月底整体进驻市民中心，实现了医保服务“一门办、一网办、一城办、一次办”。

（六）推进医疗保障重点改革工作。

一是做实城乡居民医疗保险市级统筹，建立起第三方审计制度，实现城乡居民医保基金统一调配，增强抗风险能力。二是落实深化医药价格改革，取消了我市公立医疗机构医用耗材加成，执行新调整医疗服务价格。三是深化药品及耗材集中采购制度改革。实行采购量分解办法，通过带量采购、降低价格，让群众享受实惠。四是推进异地就医联网结算。今年新增异地联网结算定点医疗机构37家，享受异地联网结算的9264人次，医疗总费用23904万元，统筹基金支付12602万元，群众享受异地就医更加便利。五是引入第三方监管，推进医保监管方式创新试点工作，顺利通过国家试点项目中期评估。

（七）开展打击欺诈骗保、医疗机构规范使用医保基金专项行动。

成立医保定点医疗

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！