

2023年医保工作个人总结 医保工作总结(优秀7篇)

总结是对前段社会实践活动进行全面回顾、检查的文种，这决定了总结有很强的客观性特征。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？那么下面我就给大家讲一讲总结怎么写才比较好，我们一起来看一看吧。

医保工作个人总结篇一

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。

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：

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：

一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：

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。

二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：

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、将非基本医疗保险基金支付范围的费用列入基本医疗保险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险基金，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。

医保工作个人总结篇二

今年以来，我局积极贯彻落实上级“四送一服”双千工程各项政策精神，深入企业开展调研，认真梳理企业反映的问题，依法依规解决企业的各种诉求，助推企业高质量发展。现将工作情况总结如下：

1. 举办专题培训。

主动走进民营医疗机构，通过专家讲课、案例讲解，观看警示教育纪录片等形式，开展医保法规政策培训。对于各医疗机构在执行医保政策遇到的困难，现场给予回应和协调，积极帮助解决有关问题。

2. 开展走访调研。

深入各包保企业开展“送清凉”活动，主动慰问在企职工；积极走访辖区民营医疗机构，聚焦企业需求，主动靠前服务。针对民营医疗机构医保管理薄弱问题，开展药品、耗材进销存专项指导，帮助搭建进销存管理系统，规范化保存资料。

3. 优化服务举措。

1. 进一步贯彻落实《x省降低社会保险费率综合方案》，大力开展宣传，进一步扩大城镇职工医保覆盖面，使广大职工安心就地就近就业。

2. 落实新发展理念，由局领导带队深入企业走访宣传，主动宣讲医保有关政策，及时了解企业发展情况和存在的困难和问题。

医保工作个人总结篇三

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、超限额收费、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额的诊疗项目、超限额用药、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，我会更加努力地学习相关政策，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。

医保工作个人总结篇四

20xx年，我科把做好医保物价工作提高到维护社会公平、构建和谐社会的角度，监督力度，坚持以人为本，规范管理的方针，积极稳妥地推进我院医保物价工作正常运行，取得了一定的成绩。总结如下：

一、主要工作措施和开展情况

1、提高对医疗保险工作重要性的认识

为加强对医疗保险工作的领导，我院的医保工作领导小组，明确分工，责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。医保科组织人员认真学习医保政策及有关文件，定期召集科主任、护士长会议安排部署医保工作。对其它定点医院的违规案例，从中吸取教训，加强自律管理、推动我院加强自我规范、自我约束。树立医保定点医院良好社会形象。

2、完善政策，促进医保规范化管理

医疗保险是我院医疗收入的重要组成部分，今年我们在医疗保险的基础上，进一步完善我院医保的各项政策和制度建设，促进医保管理规范化。为了适应新的医保政策形势，开展医保政策的宣传，召开全院医保知识培训班，在全院周会等各种会议上对医保政策进行广泛宣传，并在医院内部的局域网发布各项政策和信息。结合实际情况，我们要求各科室站在整体利益的高度上认识、做好医保工作，医务人员在工作中严格执行各级医保定点服务协议，切实落实好各项服务内容；相关科室不断加强医务人员的培训，了解新政策、新规定；医院加强了对违规行为的检查、处罚力度，确保医保工作正常有序运行。

3、加强管理，正确协调医、患、保三方利益关系

为了规范管理，保证医疗保险制度步入良性循环轨道，我们加强对医、患、保三方利益关系的规范，一是继续强化管理。二是建立医保信息公布制度。三是继续抓好医保检查工作，医保科工作人员通过网络监控和不定期地病房检查，有效的控制了违规事件的发生。

4、强化政策宣传。

编印基本医疗保险宣传资料，门诊大厅内设置“基本医疗保险政策宣传栏”，定期更换宣传内容；每月、每季度进行医保情况动态运行分析。

5加强医保信息网络建设，促使医保运行便捷化、数字化。

以医院数字化建设为契机，进行医保信息化管理系统的网络建设，保障医院的信息网络畅通无阻，对医保业务窗口计算机操作人员进行专业培训，使其能熟练地按规定及时录入医疗信息，减少病人等待时间，及时排除系统出现的简单故障，确保网络系统的正常运行，为参保患者提供全天候的持卡就医条件，真正达到便捷、优质服务。

20xx年截止11月，我院共计完成医保收入3300万元，比去年同期有了大幅增加，为医院申请医保预支付160万元，有效地解决了医保基金的支付滞后问题。在20xx年8月的新系统切换过程中，共计完成近1000余人的出入院结算及数十人的强制结算工作。办理异地医保160人，医院内部补充医疗保险共计审核176人，支出8.7万元。合作单位结算186人次，补充保险金额近20万元。累计民政救助完成76人次，救助金额1.7万元。

20xx年，医保物价科计划坚持监督检查力度，并加强同医保管理结算部门的沟通协调合作，为缓解我院资金垫付问题，拟申请医保预付款500万元左右。并以创建三级医院为契机，将我院的控制线结算金额进一步提高。控制人均住院费用，真正做到在诊疗过程中的“四个合理”。

为加强我院医护人员的医保政策水平□20xx年准备请医保中心的专家就医保政策进行专题讲座，从20xx年的《医保协议》及各类收费问题作详细、准确的阐述。使我院的医保及物价收费工作更加稳步有序的推进。为参保患者提供更好的就医条件，真正享受到便捷、优质的医保服务。

20xx年，医保物价科将加强同地方物价、社保、医保、药监、信息及卫生行政部门的沟通，派遣工作人员到外地学习培训，使我院的医保物价工作更好的融入地方，为我院的医保物价工作打开新局面创造良好基础。

医保工作个人总结篇五

20xx年我局认真贯彻落实省、市、县医改工作精神，严格执行《县医药卫生体制改革五项重点改革20xx年度主要工作方案》，深入落实工作责任，积极创新工作模式，确保了城镇基本医疗保险在医改工作中扎实推进并取得显著效果，现将20xx年我局在医改中所承担的工作总结如下：

（一）强化领导，周密部署。我局在县委县政府和主管局的正确领导下，切实加强对城镇基本医疗保险医改工作的组织领导，城镇基本医疗保险医改工作小组结合我县实际情况对照医改工作目标，对工作任务进行了安排，确保年度重点任务得到落实。

（二）明确目标，细化任务。围绕20xx年医改重点工作目标，我局对今年城镇基本医疗保险医改重点工作进行了分解工作任务，细化工作安排，明确主要领导亲自抓，责任层层落实到人的工作职责。

（一）城镇基本医疗保险扩面征缴

1、城镇居民□20xx年我县居民参保居民目标任务数为27700人，占应参保城镇居民29011人的95.48%，截止今年11月份共计参保27705人，占目标任务的95.50%。

2、城镇职工：截止今年11月，我县应参保职工人数为20451人，已参保19572人，占实际参保人数的95.70%。

我局将继续加大征缴力度，预计在今年年底超额完成征缴任务。

（二）提升城镇基本医疗保险保障水平，增强保障能力

1、在去年，城镇职工和城镇居民基本医疗保险政策都有新的

调整。尤其是城镇居民的医保政策，下调了起付金，提高了住院、门诊报销比例，提高了最高支付限额等优惠政策。第三季度城镇基本医疗保险政策范围内住院费用支付平均比例已达到71%。

2、继续实施了由县民政医疗救助金补助低保人群参加城镇居民基本医疗保险个人应缴费的50%的资金，切实缓解了低收入人群的参保压力，积极推进“应保尽保”，从而缓解“看病难、看病贵”现象。

3、为提高基本医疗保障管理水平，方便参保人员就医，我局积极推进信息化建设，加强基金收支预算管理，建立了基金运行分析和预警管理制度，有效控制基金结余。

4、加强对定点医疗机构的监管，加强了定点医疗机构稽核领导小组工作职责，严格执行定点医疗机构稽查方案。定期或不定期、及近期与其他区县上建立联合检查机制，对定点医疗机构、定点零售药店通过明查暗访、查阅资料及走访群众。

5、建立完善了商业补充医疗保险模式，与财产保险公司签订了《市县城镇职工补充医疗保险合作协议》，减轻参保人员参保年度内高额医疗费用负担。

（一）继续抓好宣传工作。结合城镇居民基本医疗保险的热点、难点、重点工作，统筹规划，不断创新宣传手段，加大宣传力度，进一步增强城镇居民的参保意识。

（二）继续抓好扩面、续保工作。根据市上对城镇居民基本医疗保险工作的要求，我们将再添措施，继续加大扩面力度，提高参保率，力争实现全面覆盖的工作目标。

（三）继续完善市级统筹的相关工作。一是做好加快城镇居民基本医疗保险基础数据的维护工作。二是做好已参保城镇职工医疗保险卡的制卡工作和新参保人员的建档工作，方便群众

住院就医。

（四）进一步完善定点医疗机构和定店零售药店考核制度。加强对各定点医院、药店监督检查，建立起社会化的科学管理体制。

（五）重点加强基金管理，强化基金的监督和检查。在自查的基础上，主动接受上级部门的检查。加强财务统计工作，按时、按质、按量上报财务统计报表。

（六）继续加大基本医疗保险的稽核力度。坚决杜绝冒名住院、挂床住院、分解住院次数、假报虚报单病种等欺诈行为的发生。

（七）不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力和综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。

总之，下一步我局将继续在县医改办的领导下，针对我局在医改中所承担的任务，查漏补缺、克难求进，确保各项改革任务的完成。

医保工作个人总结篇六

1、医保政策咨询、医保信息查询、康复备案、规定病种审批备案等工作。

2、智能审核扣款反馈：整理20xx年10月至20xx年4月份扣款反馈资料，完成20xx年9月至20xx年4月份扣款反馈。

3、整理20xx年4月至20xx年3月智能审核终审扣款数据，扣款清单由各主管医师签字确认，扣款明细上报财务科。

4、住院医嘱审核。

5、完成20xx年1至6月份门诊次均费用的对比统计，并汇报分管领导。

1、整理20xx年智能审核新规则以及各类限定适应症的扣款原因，并将相关学习材料发送在院内医保交流群，指导解释相关问题，提醒每个医生认真学习，尽量避免发生扣款。

2、针对冒卡就诊问题：门诊巡查工作常态化开展，主要发现冒卡情况有不同性别的冒卡就诊，有年龄差距很大的冒卡就诊，有农保病人冒用职工医保卡就诊等。冒卡就诊除了违反相关医保基金管理规定以外，主要存在的问题是安全医疗问题，通过一段时间的巡查以及多次组织医务人员学习医保相关政策规定，冒卡现象明显减少。要彻底杜绝冒卡骗保现象，还需要加强日常监管，同时需要各个科室的全面配合，以及对患者做好医保政策宣传。

3、总额预算清算工作：整理并提交20xx年度总额增长的因素分析材料，包括数据的采集、文字材料的整理与提交等，与医保中心交流沟通总额预算的申诉要点。

4、对门诊次均费用做好整理、统计、对比工作，每月对比数据及时向分管领导汇报，次均费用明显超出去年同比的及时提醒，告知注意调整费用结构及控费。

5□drugs相关工作：

5、1组织全院医生参加浙江省drug远程视频培训学习，根据会议安排，组织临床各科室和病历质控员提供病例反馈材料，整理汇总反馈资料并上传提交，顺利完成省市drug项目病例信息反馈工作。

5、2完成20xx年1至4月份drugs病例按点数付费和按床日付费

分析，对存在的问题提出整改措施。

5、3在各个临床科室的配合协作下，完成drg病例反馈工作。

6、根据浙江省医疗保障局、浙江省卫生健康委关于开展全省定点医疗机构规范使用医保基金自查自纠工作的通知，组织开展自查自纠工作，并对存在的问题认真梳理，分析存在问题的深层次原因，分类施策，完善制度，补齐短板，整改到位。

7、根据杭州市医疗保障管理服务中心关于做好国家医保信息业务贯标工作的要求，在各个临床科室的配合协作下，完成医疗机构、医保医师、医保护士代码数据库信息维护工作，根据医保中心反馈情况完善医保医师、护士数据核对、更新后提交，并完成医疗机构信息系统国家编码的映射，三目录匹配及贯标工作验收等相关工作。

1、积极参加院内组织的各类会议；积极配合完成领导分配的各项工作任务。

2、智能审核反馈过程中发现材料、药品对应错误的及时与相关科室沟通并重新对应。

3、配合完成医疗服务价格改革的相关工作。

1、总额预算清算进一步反馈申诉工作。

2、冒卡骗保行为的监督管理。

3、智能审核扣款整理、反馈、整改、规范。

4、进一步理解drgs的政策解读，普及全院医保政策的知晓率，加强医保政策的执行情况监督及指导。

5、配合做好医疗服务价格改革工作。

医务科医保管理

20xx年7月1日

医保工作个人总结篇七

温泉县医局认真贯彻落实帮扶结对有关精神,按照脱贫攻坚工作的总体要求,50名干部职工于4月17、18日两天深入托里镇大庄子村,着力解决帮扶对象的生产生活困难,努力改善帮扶对象落后的生活状况,促进帮扶对象脱贫致富。现将有关情况汇报如下:

县医保局领导班子非常重视结对帮扶工作,召开会议研究商讨有关事宜,制定扶贫方案、确定扶贫方式,并将帮扶结对工作进行细化,帮扶对象具体落实到个人,确保帮扶责任个个有担子,贫困户家家有帮手。成立了帮扶结对工作领导小组,由一把手任组长,亲自抓结对帮扶工作的安排、督促落实,具体工作事宜由办公室负责,并明确了一名联络员,做好单位与村队对接工作,做到人人有责任,事事有要求。

落实单位主要领导遍访贫困户,对结对帮扶村队托里镇大庄子村贫困户逐户走访。对新调整的村队托里镇伊吉莫林墩村贫困人口进行熟悉了解,通过开展走访调研活动,做到进村入户,帮扶对象每户必进,人员必访,摸清情况,了解走访对象在想什么,在干什么,思想上有什么心结,生活上有什么困难,享受各项扶贫政策,家庭生产、生活情况。建立帮扶结对工作台账,详细记录帮扶结对对象、事项和需要解决的实际问题并上传到扶贫工作app上。

根据排查情况,与定点村队共同细化定点帮扶村队帮扶计划,完善帮扶措施。

二是开展走访、住户工作。我局50名干部开展走访34次，第一季度住户率完成100%，4月份走访24次，收集困难诉求2个，解决困难2个。

三是鼓励有能力的贫困户创业，同时给予人力、物力、财力支持，鼓励有就业能力的在村镇的帮助下实现就业。

四是加强慰问帮困。局领导班子成员今春以来四次来到托里镇大庄子村进行了走访慰问。

今后，我局将继续将脱贫攻坚工作形成常态化、专门化、固定化，尽最大努力防止贫困户“因病致贫、因病返贫”，为托里镇大庄子村全面进入小康社会做出应有的贡献。

温泉县医保局

20xx年4月18日