# 医保基金稽核执法工作总结(热门8篇)

来源：网络 作者：逝水流年 更新时间：2025-05-23

*医保基金稽核执法工作总结1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...*

**医保基金稽核执法工作总结1**

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\_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：元)我院20xx年上半年新农合收入与20\_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，20\_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20\_年同期增加5人，住院增长率为：。

>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。

**医保基金稽核执法工作总结2**

20xx年，我店在x市药监局和社保处的正确领导下，认真贯彻执行医x点药店法律法规，切实加强对医x点药店工作的管理，规范操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在上级要求的各个方面都起到了良好的带头作用，深得附近群众的好评。

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和x省医疗零售企业统一“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂统一制作的\'“医疗保险政策宣传框”，设立了医保意见箱和投诉箱，公布了医保监督电话，公示了相关服务规范和义务范围。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》、《执业药师注册证》以及从业人员的执业证明和岗位证件。

三、制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医x点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医x点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台、发票。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医x点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我市医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保基金稽核执法工作总结3**

>一是城镇职工基本医疗保险

1、城镇职工医疗保险任务数23000人,完成23003人,征收城镇职工基本医疗保险基金万元,其中统筹基金万元,个人帐户基金万元；支付参保人员待遇万元,其中统筹基金支出万元,个人帐户基金支出万元,本期结余万元.累计结余万元,其中统筹基金结余万元,个人帐户基金结余万元.

2、审核职工因病住院、门诊药费共计1561人；审核定点医院垫付189人次；

3、征收大额保险费万元,支出79万元；

4、安排部署并完成了参保职工健康体检工作

5、现已整理44人次,大额费用计万元医药费,报市中心统一承保；

>二是城镇居民医疗保险

截止到11月底,城镇居民医疗保险参保任务数为21700人,完成23900人,超额完成任务.城镇居民医保住院共计446人次,征收城镇居民医疗保险万元,支付参保人员医疗保险待遇万元,本期结余万元,累计结余万元；

>三是生育保险

职工参保人数886人,职工享受待遇人数为11人；城镇居民参保5062人,居民待遇享受26人；征收生育保险12万元,支付女职工生育保险待遇万元,本期结余万元,累计结余万元；

>四是离休干部医疗保险

征收离休干部医疗统筹金万元,财政补贴万元,支出258万元,上年接转18万元；

>五是其它工作

1、配合局机关进行医疗保险政策宣传一次；

2、制定两定单位年终考核标准；

3、通过\_的审计工作；

4、审核支付两定点划卡费用,并对定点机构进行监督；

**医保基金稽核执法工作总结4**

20\_年，医疗保险中心以落实“民生工程”为核心，以把握稳定、推进发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为主线，夯实医保各项工作基础，大力提高经办机构能力，全县医疗保险运行保持良好态势。

>一、20\_年目标任务完成情况

（一）目标任务完成情况

1、城镇职工基本医疗保险。全县参保单位356个,参保人员总数达到42556人,完成市下达目标任务的122%。1-12月基金共征收4700万元，完成目标任务的120%，除中央转移支付1120万元，完成目标任务的199%。

2、城镇居民基本医疗保险。年底全县城镇居民参保人数达122524人，完成市下达目标任务66000人的142%。

3、生育保险。参保人员总数26044人，完成市下达目标任务26000人的111%。基金征收350万元，完成目标任务的138%。

4、大额补充医疗保险。参保人员总数41002人，征收269万元，高保经费已全部足额交纳、上缴210万元。

5、书面稽核达85%，完成目标任务25%的226%；实地稽核达54%，完成目标任务36%的112%。

（二）基金结余情况

1、城镇职工基本医疗保险基金累计结余4211万元。

2、城镇居民基本医疗保险基金累计结余785万元。

3、生育保险基金结余633万元。

>二、20\_年医疗保险工作回顾

（一）挖潜扩面，着力实现“应保尽保”

为认真贯彻上级扩面工作要求，在我们经办和管理的职责范围内，集中力量，全力以赴，对单位、职工参保情况进行了全面梳理，坚持把扩面工作重点放在原国有改制、破产后的重组企业和单位新增人员，努力实现“应保尽保”。

1、采取多种手段，确保扩面工作稳步开展。通过年初制定工作计划，明确扩面重点，积极主动上门宣传，热心为参保单位服务等措施，进一步扩大了医疗保险的覆盖面。截止12月底，新增参保单位22个，新增参保人员18446人，其中职工基本医疗7446人，居民基本医疗11000人。

2、强化稽核，确保基金应收尽收。通过电话催收、征收滞纳金、清理和稽核上报数据、欠费封锁医疗待遇等手段，核对缴费数据32551条，书面稽核达100%，实地稽核单位106个，共查处6名农民工超龄参保，少报缴费基数万元，少报参保人员206人，追缴基金万元。电话催收859余次，发放催缴通知书163份，医疗年限退休补缴约992人次，一次性补缴金额万元。

3、完善基础数据，加强信息管理。金保工程运行以来，今年共计修改个人信息5140条，清理居民参保数据77837条，通知居民领卡16692张，为参保居民及时享受待遇提供了保障。

4、按期完成缴费基数调整工作。

（二）全力以赴，全面推进城镇居民基本医疗保险

为努力抓好城镇居民基本医疗保险工作，全面完成目标任务，我中心通过不断向局领导汇报，积极与各相关单位部门协调，集中力量广泛进行宣传，克服任务重、人手少的具体困难，各司其职、多管齐下，截止11月底，全县居民参保人数9224人（普通居民41631人、学生54593人），完成市下达目标任务的131%，保证了该项工作的顺利完成。

一是努力抓好参保、续保工作。通过与乡镇、部门协调配合，保证了目标任务的圆满完成；通过不断简化学生续保手续，保证了学生续保工作的顺利进行；通过多次召开经办人员业务培训会，及时解决经办中的问题，保证了日常参保及保后报销工作的严格有序。

二是基金市级统筹运行平稳。按照《周口市人民政府关于城镇居民基本医疗保险市级统筹的实施意见》有关要求，圆满实现了基金的平稳运行，无差错运作。

三是全面启动居民联网刷卡结算。经过参保居民的初始数据录入、核对和确认，各联网医疗机构的网络升级实现了联网刷卡结算，方便了参保居民，简化了住院程序。

（三）重视监管，不断强化医疗管理

医疗、医保、医药是社会医疗保险的三大要素，三者之间有着互动和制约的关系。为了加强对参保患者就医的管理，我们根据《周口市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理实施细则》，规范了医、患、保三方行为。

1、加强协议管理

年初，医保中心与我县12家定点医院和16家定点药店签定了《医疗服务协议书》，还根据本县实际情况签定了《补充协议书》，根据协议内容和《“两定”动态管理暂行办法》在年度中对各家定点医院及定点药店进行日常监管。并不定期对住院病人和有疑问的医疗费用进行实地检查，加强了对异地就医人员的规范管理。今年10月，对我县所有定点药店进行了一次专项检查，通过检查“两定”的医保硬、软件工作来强化管理，以确保参保人员就医环境的良性发展和医保基金的安全、合理运用。

2、强化日常监管及稽查

针对今年居民住院实现刷卡结算、联网上传数据增多的情况，医保中心坚持专人查房制度，对城区住院患者做到人人见面,利用网络适时上传的优势，由临床经验丰富的工作人员对定点联网医院药品和诊疗项目收费进行全程事中监控,发现问题及时核对，并按月对各家定点医院和药店进行网上审核、结算和扣除不合理费用，改革结算办法，将外伤及手工结算交由医院负责，有效的杜绝了医院违规行为及不合理费用的支出，保证了基金的合理使用。按照市级要求，对全县所有定点医院连续抽查两个月病历，对病历中发现的违规费用及时扣除。为加强对县外就医人员的管理，实行了医院身份核对、盖章，坚持及时电话查询，必要时复印病历。对外伤病人做到医院、患者、事发地取证等几结合调查，保证外伤经过的准确性。今年，通过联网、日常监察，共扣除违规 400余人次，违规费用4万余元，组织院内、外调查180多起，异地电话查询400多起，共查处违规事件44件（包括挂牌、车祸、工伤等违规事件），拒付金额达33万余元,并按照协议要求对违规医院进行了通报批评和相应处罚。

3、坚持做好特病审批工作

今年5月份，我们坚持标准，严格把关，组织了全县参保人员的特殊疾病的申报体检工作，并坚持每月对癌症、肾功衰、结核等病人的药费结算工作。

4、运用基金分析，加强动态管理

结合日常审核、网络监控和财务支出情况，分季度、半年、全年进行基金统计，动态分析基金的走向，根据发病种类、发病人群、基金支出种类和地域的分析，找出日常监管的重点和控制的方向，及时调整工作方法，化解基金风险。

（四）采取多种形式，强化医保政策宣传

医疗保险政策性强，涉及面广，政策调整变化大，为使群众更加熟悉和理解医保政策，医保中心采取了多种行之有效的宣传形式：

1、通过认真策划和精心组织，充分利用电视台积极开展宣传活动。今年共印制了6万份宣传单散发到各乡镇和社区，针对居民学生参保，通过信息、标语、橱窗展板、联合电视台进行新闻报道等形式，扩展了宣传范围，增强了群众对医保政策的了解和认识，保证了各项工作的顺利开展。

2、针对居民实行联网刷卡结算和医院负责外伤调查、结算制度，组织医院经办人员进行业务培训。为保证今年居民参保工作顺利进行，分别对学校和乡镇、社区经办人员进行操作培训和业务指导。通过这些宣传措施，使医保政策更加深入人心，得到了广大群众的理解和支持。

（五）规范内部管理工作

1、健全内部管理、坚持内部审计

医疗保险中心明确了岗位职责，规范了操作流程，健全了内部审计和稽核。从制度上防范违规违纪问题的发生，并于今年4月和11月对基金管理、个体参保、退休待遇审核、医疗费用报销等业务环节开展了一次较为全面的内部审计，各业务股室通过自查和交叉检查的形式，对抽查内容进行认真仔细的审计。

2、建窗口，抓队伍，不断提高管理服务水平

隔周组织职工进行政治和业务讨论学习，通过学习，强化了为人民服务的宗旨意识，提高了医疗保险理论业务水平，促进了各项工作全面进展。对信访、来访工作均及时回复并处理，未造成任何上访事件。

（六）不断加强政策调研，完善基本医疗保险政策

1、积极开展城镇居民医疗保险运行后的调查工作，并根据实际简化续保及住院等手续。

2、完成了对城镇职工、城镇居民基本医疗保险最高封顶线的调整，对新编《药品目录》的使用。

3、为保证基金安全，结合实际出台加强异地医疗费用管理办法。

4、积极完成我县门诊统筹医院的规划和上报，加强测算和调研，为明年县内主要医院的医疗费用总控结算做足准备。

>三、目前工作中存在的问题

（一）民营企业、股份制企业、外资企业扩面工作难度大，缺乏强制性措施。

（二）开展稽核工作面临困难，部分重点稽核单位不配合，对稽核后要求整改督促力度不够。

（三）明年县内医院实行总控结算后，应加强网络监控，坚决杜绝因实行总控后医院降低参保人员医疗服务质量，同时合理控制转院率，避免医院违规分解医疗费用。

（四）开展县内医院总控后，异地就医及急诊医疗费用将是明年医疗管理的重点，合理降低转院率、严格急诊住院申报审批、加强异地调查是控制医疗费用增长过快的有效手段，需配备专业的医疗管理人员加强异地调查。

>四、20\_年工作计划

（一）保证目标任务全面完成

计划20\_年全面完成城镇职工、城镇居民基本医疗保险各项目标任务，并力争城镇居民基本医疗保险参保人数创全市第一。

（二）继续扩大政策宣传

突出宣传重点，创新宣传方式，让医保政策家喻户晓，通过社区平台建设积极发挥基层优势，为推动医保工作营造良好的舆论氛围。

（三）强化征收、加强实地稽核、清欠

结合《\_社会保险法》的出台和执行，积极引导企业参保，对重点单位强化征收、清欠和实地稽核，确保基金应收尽收。

（四）全面提高各项医疗保障待遇

通过建立城镇基本医疗保险门诊统筹制度，基本解决参保职工、参保居民常见病、多发病的门诊医疗负担；通过调整城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额，提高城镇居民支付比例，着力保障参保人员住院医疗待遇；通过积极筹措资金，对身患大病、重病、家庭经济困难的参保人员进行医疗救助，防止因病致贫；通过增设定点医院和定点药店，方便患者就医购药。

（五）创新管理手段，加强医疗管理

一是改变结算办法，通过实现对县人民医院和县中医院统筹基金支付总额控制管理，有效遏制医疗费用过渡增涨；二是强化各级定点医疗机构和定点药店的网络安全管理；三是继续严格费用监控和协议考核，重点加强对异地大额费用和门诊视同住院医疗费用的查对，加大处罚力度以保证基金安全。

（六）加强与异地医保科的合作，强化对异地住院病人的核查工作。

（七）解放思想，创新工作思路，努力探寻提高服务水平和工作效能的办法和措施

（八）配合人社局做好上访、信访的调查处理工作。

**医保基金稽核执法工作总结5**

截至今年9月份，在各级领导的正确带领和指导下，我所已基本完成20xx年度城镇职工医保基金的各项收付工作。现将20xx年1至9月份的实际执行情况与20xx年的预算数相比较，做如下分析：

>一、城镇职工医保基金收支情况分析

1至9月份，我县实际参加城镇医疗保险的有427个单位，参保人数为25756人，全年预算计划征收2330万元，实际征收1930万元(其中统筹收入1253万元，个人收入677万元)，完成全年计划的92%。20xx年1-9月实际支出1576万元（其中统筹支出966万元，个人支出610万元）；20xx年9月底累计滚存结余2196万元（其中统筹结余1532万元，个人结余664万元）。

目前城镇职工医保基金征缴工作完成情况较好，较去年同期1249万元相比，今年统筹基金和个人账户收入均有较大幅度的增长。

一是由于我所对各参保单位的催缴力度加大，并对迟缴欠缴单位采取了一定的措施。

二是由于参保单位的增加，今年1至9月份实际参保427个单位，较去年同期318个单位增长了34%。

三是受国家工资福利政策影响，缴费基数较去年有所提高。

>二、职工生育保险基金收支情况分析

1至9月份，全县参加职工生育保险22657人，全年预算计划征收12万元，实际征缴34万元，完成全年计划的280%,全年预算支出1万元，1至9月份实际支出万元。截至9月底累计滚存结余万元。

今年是生育保险扩面的第一年，1至9月份生育基金的实际收支情况较预算计划数相比，均有很大幅度的增长。

一是由于去年生育保险工作尚未大面积开展，因此对20xx年的预算情况过于保守。

二是由于生育政策的完善，待遇水平的提高，参保单位的积极性提高。

>三、关闭破产企业退休人员基金收支情况分析

20xx年1月1日至20xx年9月31日关闭破产企业退休人员参保2397人。

收到中央和省级财政预拨补助资金44万元、446万元，合计490万元。收到预拨补助资金后，财政部门及时拨入城镇制职工医疗保险财政专户，专款专用，并严格按照城镇职工医疗保险基金政策进行使用和管理，确保补助资金使用合理，管理规范，切实解决依法破产国有企业退休人员的医疗保险问题。

县财政部门按政策规定将财政配套资金50万元和大病统筹资金12万元及时划转给医保中心。截止目前，县财政配套资金已足额拨付到位。

就总体而言，截至9月份，今年我所城镇职工医保基金收付工作完成情况较好，充分实现了社保基金“收支平很，略有结余”的管理目标。现对于下年度的预算编制计划做如下打算：

1、坚持量入为出的原则。根据收入和财力的可能安排预算，做到量力而行，收支平衡。

2、坚持实事求是的原则。切实做到收支计划积极稳妥，堵绝瞒报、虚报的现象。

3、坚持综合预算的原则。实施预算内外资金统筹安排。

**医保基金稽核执法工作总结6**

市委、市政府的正确领导下以及在医保相关部门的指导下，我院始终以完善制度为主线，以强化管理，优化服务为重点，努力实现医保工作新突破。全年医保门诊总人次人（1——12月），住院人次，全年医保收入元，同比上一年度增长%。离休干部门诊人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险人，收入xx万元，全年共计xx万元。

>一、全年工作回顾

1、不断调整医院职能地位，树立创新理念。

随着医疗保险制度的全面推行，医疗保险对医疗服务和医疗管理产生了广泛的影响。而医院作为承担医疗保险制度的最终载体，在医改新形势下，我们要在原有运行基础上创新理念，找好医院和患者关系的定位。对于此项工作，医院领导给予了充分重视，首先加强了医院的自身建设，完善相关科室，充实了工作人员，制订了严格的管理制度，逐步规范了医疗服务行为，努力提高医疗护理质量，增强医院的核心竞争力，使每个职工树立规范执行医保政策的自觉性，适应医改的大趋势，发挥医院在医保工作中的主体地位。

2、继续完善制度建设，做到有章可依，有章必依。

20xx年我院与社保局签定了相关服务协议，其后医保办组织相关人员进行了认真学习，了解协议内容，领会协议精神，据此修订完善了有关规章制度，使每个人的职责更加明确，分工更加合理，并且责任处罚直接与科室及个人经济效益挂钩，以此来保证每个医保就医人员的合法利益。

3、加强内部审核机制，严把质量关。

随着医保制度的不断深入，和社保“一卡通”启动，医疗保险做到全覆盖，医保监察力度必然会加大，因此对医保病历书写的要求也会更加严格，医保办在近期加强了内部审核机制，在科主任初审的基础上，医保办定期复审，针对每一份出院病历都要检查，做到早发现问题及早解决问题。对于查出的问题将根据我院的经济管理方案予以处理。

积极配合市社保局的考核和检查，认真对待市社保局检查人员指出的问题，及时上报和整改，对于屡次出现问题的科室，要与其主任谈话，并与之津贴相挂钩。医院定期召开领导小组会议，讨论医保运行过程中存在的问题，及时查漏补缺。严格要求工作人员在日常工作中坚决杜绝不合理收费、串换诊疗项目、挂床输液、冒名顶替等违规行为的出现。坚持组织医务人员经常性医保业务学习，做好相关记录工作。

4、确保医保基金运行安全，信用等级再上台阶。信用等级管理办法是人力资源和社会保障部在全国逐步推开的全面评估医保定点医院服务水平的体系，为了把这项工作真正落到实处，使其成为我院医保管理工作的一个支撑点。医保办将把有关精神传达到相关科室，并逐条落实，力争先进。

5、逐级上报，完善各项审批制度。

为确保医保工作的连贯性，各种审批表均由科主任签字审核后，在规定时间内报至医保办，然后上报社保局。

6、做好生育保险工作，打造产科品牌。

随着生育保险的启动，我院做为我市产科的龙头医院，一定要抓住机遇，实行一站式服务，努力提高经济效益，树立社会品牌，为每一个来我院分娩的孕产妇提供优质服务，不断发展和延伸“品牌产科”。

7、健全离休干部医疗保障机制。

根据省委、省政府《关于建立离休干部医药费统筹机制》文件的要求，落实好张办字（20xx）18号文件精神，我院本着尽全力为离休干部服务好的原则，在现有选择我院的老干部的基础上，吸引更多的老干部选择我院作为定点医院。

8、继续做好城镇居民医保。

随着城镇居民医保的启动，我院作为定点医疗机构将采用多种方式向辖区居民宣传居民医保的相关政策，实行床头卡独立识别，病案专人管理，使居民医保在规范，有序，健康的轨道上运行。

>二、20xx年工作设想及计划

1、不断提高服务水平，优化就医环境。

随着我院新的病房楼投入使用，加之各种新设备的购买以及人员的培训和学习，我院的就医条件将发生巨大变化。因此，我们更要抓好医保病人的服务质量，以期在去年完成xx万元（包括离休和统筹）的基础上力争达到万元（包括离休和统筹）。

2、加强管理与培训，严格掌握医保政策。

在20xx年里要不断完善科室及相关人员配置，将相关政策逐步完善。由于我院临床工作人员对医保政策理解程度不一，掌握程度参差不齐，导致在实际工作中存在较多问题。因此在即将到来的20xx年里将加强对有关人员的培训，严把入院关，层层负责，确保医保政策的顺利、健康、有序的发展。

3、做好离休干部的服务工作，确保等级评定顺利过关。在新的一年里，我们将一如既往地为离休干部服务好，这不仅是关医疗服务和经济效益问题，更是医院建设与社会效益的问题。在即将开始的等级评定工作中，我们将针对我院存在的备药率低、病历本书写不完整、医保知识掌握不够等问题开展专项工作。并力争在药品费用监控，合理用药，合理检查上有所突破。

**医保基金稽核执法工作总结7**

20xx年要在阆中市市委、市政府及市卫生局和市医保办的领导下，以党的.十九次全代会精神为指导，深入贯彻《\_中央、\_关于进一步加强农村卫生工作的决定》，结合《阆中市新型医疗保险实施细则》精神，加大力度，加快进度，推进我医院医疗保险制度建设和农村卫生服务体系建设，促进农村卫生事业的改革与发展。

>一、加强和完善医保的制度建设。

根据我医院实际，在已出台的《阆中市医疗保险实施方案》的基础上，尽快完善医疗保险相关配套政策和规定：通过相关配套制度的建立，构筑医疗保险基金收支平稳运行的保障机制。

>二、注重学习先进经验，开展技术指导。

加强学习，加大工作力度，加强分类指导和经验交流。注重对医疗保险各项工作的研究，发现和解决出现的新情况、新问题。

>三、加大信息系统开发和建设力度。

根据\_办公厅关于《医疗保险信息系统基本规范》的通知精神，逐步完善我医院医疗保险信息网络。加强信息管理，完善信息统计制度。及时了解网络运行情况，进行数据汇总，为政策调整和决策提供科学依据。

>四、加强对医保保险工作的监管。

按照《\_办公厅关于加强医疗保险定点医疗机构医药费用管理的若干意见》的要求，采取综合措施，加强对医疗保险定点医院服务行为的规范化管理。建立和完善医疗保险定点医院服务收费和服务行为监管机制。努力降低医疗费用。

>五、加大对医保管理人员及医护人员的培训力度。

制定详悉的培训计划和内容，通过集中培训、网络培训、专题讲座等方式，加强对医疗保险经办人员和医护人员的培训和指导，提高医疗服务水平。开展对培训工作的专门督导检查和效果评价，保证培训工作取得实效。

>六、加强药品的管理。

配合市药品监督局和卫生局，狠抓了药品质量监督网络和药品供应销售网络建设，为病人提供质量安全可靠、价格比较低廉的药品。

>七、进一步加大宣传力度。

医疗保险制度体现了\_、\_对人民的关心和爱护，我们要加强宣传，使居民都知道这项制度的内容、要求、原则和方案。用典型事例现身说法，使居民感受到实实在在的好处，才能使更多的居民体会到这项制度的优越性。不仅在媒体上增加宣传内容，还要采取多种方式，广泛发动，宣传这项制度的基本特点和要求，做到家喻户晓，人人明白。既要加大政策的力度，又要加大宣传的力度，使更多的居民感受到党和政府的关怀。

**医保基金稽核执法工作总结8**

在县委、县人民政府、县人社局的正确领导和上级业务主管部门的关心支持下，在有关部门的密切配合和广大干部群众的积极参与下，县医保中心上下做到团结协作、共同努力，各项工作扎实推进，取得了较好成绩。为了更好地总结经验，推进工作，现将县医保中心工作情况总结汇报如下：

>一、各项工作指标完成情况

>一是城镇职工基本医疗保险

1、城镇职工医疗保险任务数23000人，完成23003人，征收城镇职工基本医疗保险基金万元，其中统筹基金万元，个人帐户基金万元；支付参保人员待遇万元，其中统筹基金支出万元，个人帐户基金支出万元，本期结余万元。累计结余万元，其中统筹基金结余万元，个人帐户基金结余万元。

2、审核职工因病住院、门诊药费共计1561人；审核定点医院垫付189人次；

3、征收大额保险费万元，支出79万元；

4、安排部署并完成了参保职工健康体检工作

5、现已整理44人次，大额费用计万元医药费，报市中心统一承保；

>二是城镇居民医疗保险

截止到11月底，城镇居民医疗保险参保任务数为21700人，完成23900人，超额完成任务。城镇居民医保住院共计446人次，征收城镇居民医疗保险万元，支付参保人员医疗保险待遇万元，本期结余万元，累计结余万元；

>三是生育保险

职工参保人数886人，职工享受待遇人数为11人；城镇居民参保5062人，居民待遇享受26人；征收生育保险12万元，支付女职工生育保险待遇万元，本期结余万元，累计结余万元；

>四是离休干部医疗保险

征收离休干部医疗统筹金万元，财政补贴万元，支出258万元，上年接转18万元；

>五是其它工作

1、配合局机关进行医疗保险政策宣传一次；

2、制定“两定”单位年终考核标准；

3、通过中央\_的审计工作；

4、审核支付两定点划卡费用，并对定点机构进行监督；

5、调整了缴费基数；

6、门诊特殊疾病鉴定265人

>二、各项工作具体开展情况

1、进一步扩大了医疗保险覆盖范围。今年以来，我们把扩面工作作为实现医保制度可持续发展的重要工作进行部署，在工作思路上树立了抓好基本点，挖掘增长点的思路，努力使医保覆盖面进一步扩展。在工作方法上，采取了宣传发动，政策驱动、服务带动和感情推动的办法，增强了单位和个人参保缴费意识；在落实手段上，采取了分解任务，强化责任，通报进度，跟踪督查等综合措施，保证了扩面工作稳步推进。

2、加大医疗保险费征收管理工作力度。在积极拓展覆盖面的同时，进一步加大征收管理工作力度，并按上级统一部署，全面开展了医疗保险基金专项治理工作。通过自查重新完善了一些制度，通过了中央\_的审计。

3、进一步加强“两定”单位管理。为切实加强我县定点医院和定点零售药店的管理工作，我中心组织专门人手，对我县“两定”单位进行不定期抽查，对全县定点医疗机构和定点零售药店逐一走访，实行“量化打分”制度，提升了我县基本医疗保险“两定”单位的服务水平。

4、规范就医就药环境，提高服务质量。根据我县城镇职工医保基金运行情况和城镇职工基本医疗保障的实际需求将城镇职工基本医疗保险支付限额设定为40000元，大力提高了城镇职工基本医疗保障水平，使基本医疗保障和待遇享受的范围更广，水准更高。针对门诊特殊病种人员、大病医疗人员、转外地人员、居外地人员、特检特治人员我们制度和完善了更加规范的就医购药制度，以制度指导他们就医购药，保障了医保基金规范运行。

5、继续加大征缴力度，稳步推进困难企业职工参保。我中心严格审查参保单位申报工资基数，各单位在申报时，必须如实上报职工工资基数，上报工资表上需加盖财务公章，根据县委、政府对我市医保工作的要求和我县人社部门本年度工作的规划，今年努力解决关闭破产企业职工人员参保问题，此项工作的积极开展为我市社会稳定工作做出了努力。

6、加强医保基金安全管理，确保内控制度执行到位。根据上级文件精神，我中心严格按照内控制度运行，不定期的自查自检，找出存在的问题，确定整改的方案，落实整改的措施，完成整改的任务。过文件精神的传达和工作部署，使全体职工牢固树立起医疗保险基金是老百姓的“救命钱”，基金安全管理纪律是“高压线”，医保基金安全管理责任重大的观念。我们继续完善了内控管理制度，并要求全体工作人员齐动员，人人较真、个个落实，使内控管理制度能够做到精准、到位、高效运行。按照上级有关工作安排，我局安排社保基金安全管理自查和接受检查，还接受了\_进行的社保基金清理检查，并对清查发现的相关问题进行了整改。

7、积极开展“创先争优”活动，推动“文明服务窗口”建设。我中心针对医保工作业务性强、社会面广、群众关注度高的窗口单位特点，通过开展创先争优活动，进一步提高了全体干部职工优质、便捷、高效的医保服务理念，在真心服务、亲情服务上下功夫，将各项医保业务工作融入服务之中。

一是严格制度。第一位接待来访、咨询、办事等服务对象的工作人员须对服务对象提出的问题和要求承担答复、办理、引导、协调的义务。规定工作人员须做到群众的事情热情办，能办的事情立即办，一切事情依法办，不能办的做好耐心细致解释工作。实行责任追究制，对不作为、慢作为、乱作为造成社会不良影响的，我们严格实行责任追究制，并纳入年终工作人员考核内容。

二是提升服务意识。要求全体职工做到精通业务、爱岗敬业、坚持原则、依法办事；坚持“四个一”工作作风，即：一张笑脸相迎，一把椅子让座，一杯茶水解渴，一番话语解惑；尊重服务对象，坚持文明礼貌用语，坚决杜绝故意刁难，推诿扯皮、争吵现象及简单粗暴的工作态度。

三是落实便民措施。为了进一步方便城镇职工和居民参保就医。针对家住乡镇的职工和居民，我们把附近的一些医院设为定点，方便就医。并要求定点医疗机构为当地职工、居民提供优质医保就医服务。通过以上工作措施我们把创先争优和文明服务落到了实处

>三、下一年度工作计划

1、1月1日起开始实行市级统筹。按照市级统筹，分级管理，风险调剂，分步实施的原则，在全市范围内实施统一化管理，这将是我县医保中心的工作重点。由于各项工作内容均有不同程度的变化，需要我们不断学习，加强自身建设，才能完成上级交付我们的任务。从统筹原则、统筹范围、基金征缴、医保待遇、基金管理与监督、医疗服务管理、风险调剂金制度的建立、信息系统的管理等几大方面，协调好各方面的关系，保障统筹工作顺利平稳有序的进行。

2、加大扩面工作力度。

一要加大扩面工作力度。研究制定扩面计划，不断扩大覆盖面，保证职工、居民、生育保险稳中有进，不断发展，确保年底完成目标任务。

二要加大缴费基数的审核力度。深入各单位，核对在职与退休人员，严格审计工资基数，确保基金应收尽收。

三要协调有关部门关系。做好财政部门的协调工作，保证基金及时到帐。

3、采取过硬措施，确保居民医保征缴任务完成。

一是继续加大宣传力度，确保医保政策深入人心。目前我县城镇民居除参加城镇职工医保人员外，绝大部分已参加了城镇居民医保，但仍有一小部分城镇居民应参保对象没有参保，属于医保政策覆盖范围应该攻坚的部份。目前我县低保人员通过加大工作力度基本已参保，没有参保人员主要还是对政府政策不理解和对医保就医存在的问题有意见，因此做好医保政策宣传和相关解释工作非常重要。

二是继续做好各机关事业单位对城镇居民医保工作的配合。对单位职工家属、子女的参保，争取有条件的单位给予福利补助，调动他们的参保积极性。

三是继续做好进城务工经商农民和外来务工经商人员纳入城镇医保参保范围的工作，我县目前外来务工经商的人员比较多，凡是具有稳定职业，常住一年以上的城镇居民享受同等医保待遇。

4、加大定点监管力度，创建规范、优质、高效服务。一是把好定点关，对严重违规和屡次违规的定点医疗机构和药店，要大胆处罚，直至取消定点资格，彻实做到定点有进就有退出机制。二是把好监控关，规范医疗服务行为，防止乱收费、虚假医疗费等违规行为的发生。三是把好审批关，防止基金浪费与流失。严格执行与定点机构签定的协议，对照每条每款进行落实，同时对定点医院做好日常稽核工作，并对相关记录归档保存。四是增强服务意识，提高办事效率，以病人为中心，尽量使广大参保人员满意而归。

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！