# 医保行刑衔接工作总结(汇总15篇)

来源：网络 作者：眉眼如画 更新时间：2024-01-17

*医保行刑衔接工作总结1过去的20xx年，我们昌邑医药有限责任公司北孟药店在市医保中心的正确领导和广大参保人员的监督评议中，较好地完成了医保服务协议的各项指标，倾情关注，悉心关怀；深入理解，行动到位；执行有力，务求完美，过去的一年，我们秉承着...*

**医保行刑衔接工作总结1**

过去的20xx年，我们昌邑医药有限责任公司北孟药店在市医保中心的正确领导和广大参保人员的监督评议中，较好地完成了医保服务协议的各项指标，倾情关注，悉心关怀；深入理解，行动到位；执行有力，务求完美，过去的一年，我们秉承着对全体参保人员负责的精神，为这些顾客提供了质优价廉的产品以及我们更加优质的服务，具体工作如下：

>一，昌邑医药有限责任公司北孟药店始终把医保服务工作作为本店各项工作的最高着眼点之一，经常开展医保相关知识的各项学习。

通过有条不紊的系统培训让我们都能认识到医保工作的平等性、安全性原则，从而保证服务质量创新服务水平，强化管理作用。我们昌邑医药有限责任公司北孟药店建立了完善的医保组织管理体系。服务细化到每一次医保咨询和购买行为。我们认为只有这样才是较好的履行了与市医保中心签定的协议书所规定的责任和义务，应履行的义务我们现在和今后都必须要继续千方百计的落实执行好，这点可以请广大参保群众共同监督并提出宝贵意见。

>二,按医保协议的相关要求，昌邑医药有限责任公司北孟药店将各项管理服务新举措都陆续进行了上墙公示。

制度上了墙大家随时学习就更加方便了。医药零售制度的公示就是要求每一名店面工作人员自觉学习，自我监督，

>三、药品的.验收、入库、销售我们一直是电脑票据的实时录入，严禁串货现象。

>四．医保根本目的是让广大参保对象真正买到质优价廉、安全有效的药品。

当然我们在工作中难免会有顾客要求多开药，代开药，甚至要求以药换药，出门交易药品的违法行为，对此我们依然是坚持原则，同时为其提供方便，全力去做解释、说服、引导，让参保人员能理解，让绝大多数人愿意支持。

新朋与旧友是一个样；消费高和消费低一个样；无论老人与年轻人谁来划卡都是一个样；售前与售后一个样。昌邑医药有限责任公司北孟药店无论在何种情况下都竭尽所能满足医保人群所需。开展了用药指导、健康咨询、免费体检的利民服务。“地道药材货真价实，公平交易童叟无欺”，不忘使命，我们给顾客关怀，顾客自然也会给我们信赖！

在未来的20xx年，我们将继续立定信念，为大家继续努力为群众服好务，守护好群众健康。按照协议目标严格要求，规范实施，为医保事业的大发展大进步做出我们应有的贡献！

**医保行刑衔接工作总结2**

20xx年上半年医保科在我院领导高度重视与指导安排下，在各职能科室、站点大力支持帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算xxxx人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算xxxx人次，费用总额，医保支付总额，20xx年医保住院支付定额910xxx万元，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

>一、院领导重视医保，自身不断加强学习

>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xxxx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xxxx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xxxx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进行准备予以申报，顺利取得定点资格并签订协议；顺利迎接完成市医保处20xx年度医保考核、20xx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xxxx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xxxx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xxxx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xxxx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xxxx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xxxx人员控制管理的科学性与有效性；认真审核并控制离休xxxx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xxxx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xxxx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xxxx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：

一、继续加强与市医保处及各相关科室工作的协调能力，运行执行好医保政策，保障医院整体利益；

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务发展；

三、进一步加强组织医保新业务学习，继续加大医保政策的宣传实施力度，促进医保业务开展落实；

四、加大医保业务内部质控，特别是离休xxxx人员就医管理，制定完善离休xxxx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xxxx人服务，为我院医保工作不断进步发展作出贡献。

**医保行刑衔接工作总结3**

20xx年我院全体职工紧紧围绕医院办院宗旨，团结奋进，共同努力，不断提高医疗水平，优化医疗环境，改进服务态度，医院社会和经济效益稳步提高，各项工作取得可喜成绩。

在医疗保险工作领导小组的领导下，在医保各级工作人员和全体医务人员的积极支持和配合下，我院的医疗保险工作开展顺利，一年来，共接诊医保患者门诊xx人次；住院xx人次。全院医务人员热忱接待医保患者，以精湛的医术、优质的服务、合理的收费赢得患者的认可和好评。全年，医院未因“医保”发生一例纠纷，未接到一起投诉，未出现医疗差错和事故，受到病友们的一致好评。现将20xx年我院医保工作的开展情况作简要总结：

>一、严格执行管理法规，积极接受社会监督：

根据医保政策的调整，今年我院进一步完善和修订了医保管理制度，以适应新的政策。同时，为尽量减少工作中的失误，医保科会同核算科、财务科、质控科、医务科对医保资料实行“五堂会审”，共同核查报账材料，形成核检通报，让医务人员动态掌握相关情况，及时加以整改，以保证医保工作质量。在医保领导小组及医保科的领导下，全体医护人员遵章守法，规范运作，严格执行各项医疗保险管理法规，无违规违法操作现象。

处方、病历书写真实、准确、及时、完整，坚持合理治疗、合理检查、合理用药、因病施治；使用或施行目录外药品及诊疗项目时，能履行告知义务，征得患者及家属同意，并签订知情同意书随病历存档；无乱计费，升级收费现象；未出现分解服务次数和分解收费现象；能严格掌握出入院标准，使出入院诊断符合率达xx%以上，无挂床住院，无不合理缩短或延长住院床日、无挂床住院、无冒名顶替住院等现象发生。

规范市外转诊程序，及时为符合转诊、转院条件的患者办理转诊转院手续，今年转市外就医5人，市外转诊率、药品费用、目录外自费药品均控制在政策规定范围。

为更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

>二、加强政策法规学习，做好医保知识宣传：

为让医护人员熟悉和了解医保政策法规，以便更全面的服务参保患者，医院利用召开全院职工大会及晨会的时间，多次开展医疗保险知识的学习，及时传达医疗保险新政策新规定。10月8日医保科组织了一次全院职工的医保政策培训，让所有医务人员了解政策，熟悉政策，更好地为参保患者服务。为提高医务人员服务意识，医院还组织了医保政策及规范化服务、处方管理及抗菌药物应用等多次知识的测试，测试成绩均达标。同时，医院及时更新医疗保险知识宣传栏内容，面向职工及患者公示就医流程及主要检查、治疗、药品的收费标准等，方便患者就医；医保保管理人员还经常亲临病房，解答参保患者疑问，让广大参保患者对医疗保险有更充分的认识，在就诊时有更明确的方向。

>三、加强医保定点宣传力度，扩大医院在参保人群中的影响：

为让广大参保人了解我院为医保定点服务单位，认识到我院技术、人才、服务、价格等就诊优势，让参保眼疾患者享受到更为专业的医疗服务，医院利用体检、会议、义诊等机会，发放科普宣传材料，扩大医院对外交流协作及影响，提高医院在医保参保人群中的认同率，以期让更多的参保人接受我院专业、高效、优质的眼科专科服务。

一年来，在市劳动和社会保障局及市医疗保险局的正确领导下，在全院职工的`努力下，通过开展上述各项活动，我院医疗保险工作取得一定成绩，社会影响力逐步上升，来院就诊的参保患者越来越多，得到医保管理部门的认可。但医保管理是一项难度大、工作要求细致、政策性强的工作，在取得成绩的同时，有些工作还有待进一步完善。

>四、计划从以下几个方面开展好医保工作：

1、加强与医保局的联系，严格贯彻执行各项医疗政策法规，按照“定点医疗机构服务协议”操作，加强医务人员医保政策法规的学习培训和考试，及时通报医疗保险新政策，提高服务质量，改善就医环境和服务态度，积极配合医保局的各项工作。

2、进一步充实和健全医院医保管理制度和工作职责，根据需要和医保新法规，设立医保宣传栏，让参保人员能及时了解医保新信息。

3、规范操作运行程序，根据临床需要适当补充一些常用药品或检查设备，尽可能满足患者就医的需要。

4、加大宣传力度，进一步扩大医院对外影响，争取与各县（市）医保局签订服务协议，利用医院人才、服务、价格、技术优势为更多的参保人员提供专业化的眼科医疗服务，并按照有关规定，内部定期组织服务质量检查，发现问题，进行及时有效整改。

5、号召全体职工重视医保工作，积极支持医保工作，争创医保“A”级定点医疗机构。

**医保行刑衔接工作总结4**

医院20xx年医保工作总结 不知不觉间20xx年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社 管中心的领导下,在有关职能部门和科室的协作下,XX 卫生院紧紧围 绕医保的工作重点和要求,全院职工以团结协作、求真务实的精神状 态,认真工作。现将半年医保工作情况总结如下: 一、领导班子重视 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。领导班子带头，各科室科主 任负责本科医保、农合工作的全面管理。 为使广大参保人员对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。二是抽出人员参加医保会议；以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 新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。 半年工作情况： 1、自20xx年12 月16 日起，截止至20xx年6 月15 日。我院上 传记录4753 笔，医保支付费用 元。挂号支付4398 元。在 已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时 准确，无垃圾数据反馈信息。 2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正 常工作的时候，及

**医保行刑衔接工作总结5**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，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

1.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，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。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、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2.我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

年我们医保科组织医保培训每季度1次,每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx，住院人次费用xx住门比xxx。医保门诊xxx，门诊人次xxxxx，人均费用xxx。

>三、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。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，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。院领导和我们医保科经常深入病房之中

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。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的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，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，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，造福全市的参保人员。

**医保行刑衔接工作总结6**

20xx年我院医疗保险工作在院党委的高度重视及医疗保险局各级领导的正确指导下，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，经过全院医务人员的共同努力，圆满地完成了20xx年医疗保险管理的各项工作任务。全年共接收医疗保险患者 人次，其中城镇职工门诊就诊患者为 人次，城镇职工住院就诊患者为 人次，城镇居民门诊就诊患者为 人次，城镇居民住院就诊患者为 人次；共发生医疗费用 元，

其中城镇职工门诊收入 元，城镇职工住院收入 元，城镇居民门诊收入 元，城镇居民住院收入元。现将我院医疗保险工作总结如下：

>一、医疗保险重点工作回顾

院领导高度重视医疗保险工作，调整和充实了医疗保险科工作人员编制，加强了医疗保险工作的管理力度，形成了齐抓共管，共同推进的局面。对于在医疗保险工作中出现的问题，认真组织临床科室和医务人员进行学习和讨论，不断加强了医疗保险管理的各项工作。

(一) 加强医疗保险患者的就诊管理

医院对所有参保患者全部实行首诊负责制，全院医务人

员能够热情接待每位前来就诊的患者，认真进行身份和证件识别，做到人、证相符，从未发生过推诿参保患者就诊及劝导患者出院或转院的现象，深受参保患者的好评。医保科定期对科室参保患者身份进行验证，实行多环节把关，坚决杜绝了冒名顶替及挂床住院现象。全院医务人员能够做到实事求是，对于不符合住院条件的患者坚决不予收治，对就诊参保患者进行合理用药、因病施治，未出现诊断升级及分解住院的现象。

（二）加强参保职工的收费管理

医院根据社会发展需要，对患者的各项收费进行了信息化管理。实行了一卡通服务，在一楼大厅配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，同时也配置了查询系统，患者用就诊卡随时可以查询各项诊疗费用及每日清单，使每一位患者都能及时明了地掌握自己的费用使用情况。对于自费项目及药品的应用必须根据病情，如需要时必须征得患者本人及家属同意并签字后，方可使用或执行，保证各项收费公开化、合理化。

（三） 加强参保患者的药品管理

严格依据《抗生素合理应用及管理办法》的具体要求,根据参保患者的病情，严格执行急性病3日量，慢性病7日量的用药原则，杜绝了滥用抗生素及大处方等现象。原则上根据病情需要选择广谱、低中档抗生素，无菌手术患者在预

防感染用药上，尽量缩短使用抗生素时间，避免滥用抗生素。恶性肿瘤患者选择合理有效的化疗方案，视病情需要应用药物，尽量避免应用高档化疗药物，杜绝了化疗分解住院的现象，实现了真正的因病施治，合理用药。

（四）加强重症报告制度的管理

医院加强了对参保患者重症报告制度的管理，采取了对危重患者积极认真治疗，严格按医疗操作规定处理、合理检查、合理治疗，使患者得到及时准确的治疗。重症的申报实行专人负责、认真核实、严格把关，全年无违规现象发生。同时，医院设立了医疗保险鉴定委员会，按照转诊转院管理制度，本着对医、保、患三方负责的原则，严格执行转诊、转院审批手续。

（五）加强参保患者门诊高档检查的管理

医院严格控制参保患者百元以上（含百元）的高档检查审批制度。经治医生能够做到检查申请单由参保患者签字，开方由医生审核、做检查由操作人员负责审核，坚决做到人、证相符，杜绝了冒名顶替现象。医院按照规定并结合患者病情选择适当检查项目为患者检查（如：放射线、CT、彩超等），使患者真正得到因病施治，避免了无诊疗意义的各项高档检查。

（六）加强参保患者门诊化疗审批及二次开机审核管理 根据医保局的相关规定及做出的新要求和指示，医院设

置了专职人员进行门诊放化疗申请的审批管理及二次开机入院的审核登记。参保患者的门诊化疗用药，医生必须提前给予申请审批，并将相关材料准备齐全，审批回报后方可门诊开药。二次开机入院的参保患者必须携带项目填写完整的二次开机申请单、出院证、医保结算单等相关材料方可到医保局开机解锁。

（七）加强医疗保险工作的管理、制定考核制度

今年医院加大对参保患者住院费用的审核力度，指导各科室医生规范书写病历，合理用药，按规定使用卫生耗材，并制定了严格的管理办法；对于出现的问题及时发现，及时整改并通过院内OA网每月予以通报处罚，使各临床科室能够及时准确地了解并掌握城镇职工、居民、学生儿童保险的有关政策及相关业务知识，便于各科室工作的改进。合理地安排医保科工作人员每周不定时下科室进行抽查，对参保患者进行医保政策的宣传和讲解，及时解决出现的医保问题，检查有无挂床及冒名顶替的现象，保证无患者上访现象发生，使医院的医疗保险工作进一步得到了完善。

（八）加强医疗保险财务、信息的管理

医院领导高度重视医疗保险的管理工作，医保科配置了专职的财务人员，每月能够及时、准确地收集患者的出入院及各项收费信息，对各科室费用、门诊高档检查、每月医院医保

收入进行汇总和财务报表，做到医保财务收入与返款账

账相符。医院加大了信息化管理，进一步完善了医疗保险的微机软件系统，增加了院内药品及各项诊疗项目的维护，使临床医护人员能合理规范地应用医保目录内药品及诊疗项目，减少了工作中的不便。

（九）认真落实医疗保险的政策及文件，加强知识培训 对医疗保险局下发的.相关文件和规定，医院均给予高度重视，领导传阅后及时传达给相关科室，让各科室及时掌握精神，尽快落实到临床工作中，做好医疗保险工作。对于医疗保险局召开的医疗保险工作会议，会后院长都要专门听取医保科长会议情况汇报，根据会议精神结合医院的具体情况，安排部署下一步工作。院长在每次院周会上，都根据医疗保险工作的情况汇报，针对医院各科室在医疗保险工作方面存在的共性问题，及时提出整改的意见和办法。对于在医疗保险工作中出现的疑难问题，我们能及时请示医疗保险局相关主管部门，协调临床各科室做好对患者的解释工作。

20xx年医保科除每月在OA系统进行医保知识和相关文件的学习外，针对各临床科室的具体情况，利用早会逐科室走访的形式为医护人员进行了“医疗保险相关知识和规范”、“工作中需要注意的问题”、“实际工作中存在的问题”等知识的讲解。

>二、下一年的工作努力方向：

1．市区医保总收入较去年增长40％。

2．协调好非定点医保单位住院病人报销，减少病人麻烦，一切为病人着想。

3. 重点加强病例书写规范，用药合理，检查合理，做到病例医嘱和费用清单相对照。避免医保办病历检查不规范的罚款，减少医院经济负担。

4. 努力开通舞阳和临颍职工居民医保，减少病人报销麻烦，增加医院收入。

5. 对新来院上班工作人员定期培训医保政策及规章制度。

6. 大力宣传职工医保及居民医保政策。

7.每月按时报送市直和各县区医保资料及病历，并及时要回医保款。

8.加强联系和组织外单位来我院健康体检。

**医保行刑衔接工作总结7**

1、档案整理、立卷、归档不规范，近年档案未整理、立卷、归档，电子文件归档与管理制度落实不彻底。

2、档案资料、图片、实物整理、立卷、归档不充分。

3、防火、防潮、防蛀、防盗、防光、防高温“六防”设施不够。

4、档案管理未实现专人、专管、制度化。

5、档案员办公室、档案查阅室、档案室硬件实施须进一步完善。

建立“两法衔接”工作机制，有利于整合执法资源，强化法律监督，形成打击合力。我局高度重视行政执法与刑事司法衔接工作，不仅加强与公安机关的协作，还加强了与各部门之间的信息互通和协调配合，对打击水事违法犯罪行为起到了积极作用。现将我局20\_年以来“两法衔接”工作开展情况汇报如下。

一、“两法衔接”工作开展情况

（一）加强组织领导，完善制度保障机制

一是为深入推进依法行政，加快建设法治政府，认真做好“两法衔接”工作，我局成立推进全面依法治县领导小组，明确职责分工，由水政监察大队具体负责我局“两法衔接”相关工作。二是建立重大水行政处罚备案审查制度、重大水事案件行政处罚集体讨论制度，成立水事案件法制审核小组和水行政处罚会审委员会，形成涉嫌犯罪案件的集体审议和专项审查机制。通过建章立制，不断规范“两法衔接”工作。三是落实法律顾问制度，聘请四川茂天律师事务所专职律师担任法律顾问，日常协助参与重大案件决策的讨论工作，提供相关法律意见和服务。

（二）合力打击违法行为，履行案件移送制度

围绕河道采砂“清零行动”、水土保持专项执法、水资源管理专项行动等，与各乡镇（街道）、公安机关等形成合力，积极开展水政网格化巡查。20\_年以来，我局共开展河道巡查400余次，其中联合执法30余次，出动人员800余人次，查处河道非法采砂（石）案3起，未按规定足额下泄生态流量案1起，未批先建案1起，违法弃置渣土案7起。根据职能职责，移交县自然资源和规划局案件线索5起，移交公安机关案件线索4起，其中通过“行刑衔接”平台向公安机关移交案件线索1起。

（三）践行会商工作机制，把控案件办理质效

为提高水事案件办理的质量和效率，我局针对有分歧的水事案件积极践行会商工作机制，牵头组织各相关部门对存在疑难问题的水事案件进行集体研究讨论，认真把好每起案件的证据关、事实关、法律适用关。20\_年以来，我局共组织召开案件会商会议3次，对顺利侦办案件发挥了积极作用。

（四）增强执法人员水平，规范行政执法行为

20\_年以来，我局共开展水行政执法专题培训会3次，并邀请到县司法局经验丰富的专家主讲，围绕水行政执法的规范流程、业务知识等进行详细解读，提高了执法人员的业务素质和文明执法水平，营造了依法治水的浓厚氛围。同时我局还积极主动与县检察院沟通联系，安排执法人员到检察院学习“两法衔接”平台使用方法及案件移交相关程序。

二、“两法衔接”信息共享平台的运行情况

20\_年我局在调查处理1起水事案件过程中，发现当事人的行为涉嫌违反《\_刑法》第二百六十四条规定，涉嫌盗窃罪。我局赓即和公安机关沟通联系，及时通过“行刑衔接”平台向公安机关移交该案件线索，并按照要求将行政处罚相关信息及时录入平台系统。目前，公安机关已对该移交线索立案侦查。

三、“两法衔接”工作中存在的问题和困难

（一）衔接沟通不够，工作效率不高

相关部门对案件线索移交沟通衔接的时间偏长、程序繁琐，导致效率不高

（二）业务能力较低，操作实践欠缺

由于人员变动工作交接不到位等原因，新的工作人员对“行刑衔接”平台操作流程、案件录入、适用法律条款等不熟悉，导致录入的案件信息不全面、不规范，司法机关难以掌握案件情况，难以给予及时的指导。

四、建议和意见

（一）加强沟通联系，进一步抓实案件录入工作

各成员单位要加强与检察院的联系沟通，积极主动抓好平台建设、管理，抓实案件的录入，确保本部门的行政处罚案件信息及时、全面、规范录入，便于监督部门的监督和指导，避免以罚代刑情况的发生，确保依法行政。

（二）找准短板，进一步加强业务指导

一是通过专题会、视频会等方式，邀请专家定期开展“两法衔接”培训工作，大力提升工作人员平台操作水平。二是加大相关法律法规的培训力度，使相关人员能准确把握具体案件违纪违法行为界限，提高分析研判能力，提升工作队伍的专业化水平。三是加强成员单位之间的交流学习，借鉴成功经验，破解实践应用中存在的难题，实现行刑无缝衔接，达到监督无死角，助力“两法衔接”工作深入推进。

今年我所行政执法工作，在市交通局和市运管处的领导下，在政府法制部门和广大道路运输业户的监督下，结合《\_行政许可法》、《\_道路运输条例》和道路运输管理相关规定的宣传、贯彻和实施，全面完成了年初制定的行政执法工作目标任务，无一起行政复议案件，无“公路三乱”行为发生，违法违纪投诉案件为零。

**医保行刑衔接工作总结8**

>一、做好职工医保医疗费用报销工作。

截止6月底，完成职工医保中心报账医疗费用审核3484人次，审核医疗药费计万元，剔除费用万元；完成职工医疗定点医疗机构、定点药店联网医疗费用审核1929770人次,审核医疗费用计30381万元，剔除费用万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达万元；答复信访130件，提案议案8件；发放离休干部xx年度医疗费节余奖励款282人次，奖励金额计万元。

>二、认真及时做好我区社会医疗救助工作和xx年特殊医疗救助审核工作。

截止6月底，发放低保家庭医疗救助券万元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用万元。

>三、加强对定点单位的审核稽查工作。

半年来，我们通过各种方式共检查31家定点单位，约谈参保病人34人次，抽查住院大病历295份，调查外伤病人55位，批评并责令限期整改5家定点单位，取消一家单位定点资格，暂停一家单位医保定点资格6个月，共追回医保违规基金万元。

>四、进一步扩大定点单位范围。

我们对申报的64家零售药店、7家医疗机构逐一进行了实地考察，最后根据统筹规划、合理布局的原则确定了9家零售药店和4家医疗机构为职工医保定点单位。

总结上半年的工作情况，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：

1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销；

2、参保人员在异地发生的医疗费用增多。异地安置人员的医疗费用在总医疗费用中占的比重越来越大，因为无法联网结算，只能到窗口报销，加上居住地与我区医保政策不同，使医疗费用审核繁琐而复杂，从而加大了审核难度；

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，总医疗费用达万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用万元，剔除不符合医保基金支出的费用万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用万元，剔除定点单位不合理医疗费用万元；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，救助费用达万元；收回社会医疗救助券万元；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、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障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障基金，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》（）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。

**医保行刑衔接工作总结9**

今年，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。

**医保行刑衔接工作总结10**

在县委县政府和局机关的正确领导下，我县医保工作以主题教育活动为动力，全办人员攻坚克难、高效工作，较好地完成了上半年各项目标任务，现将工作进展情况汇报如下：

>一、工作情况

（一）主题活动开展情况：

按照安排，我们认真组织开展“三新”主题教育、“服务拓展年”活动、“反腐倡廉制度宣传教育月”和“创先争优”等活动，及时动员，成立活动领导小组，制定活动方案，对各阶段工作任务和措施进行了周密安排，为活动的正常运转奠定了基础。

在系统服务拓展年活动中，我们进一步完善了单位各项规章制度，明确了活动总体目标，加大了队伍建设和学习培训力度。要求各经办人员结合本职工作、活动要求、个人实际做出公开承诺。同时，制定了单位干部职工培训安排和公共安全应急预案，进一步规范了业务经办流程，重新设置了服务岗位，经办人员的服务意识、责任意识和协作意识明显增强。活动中，积极征求参保群众意见和建议，不断改进工作方式，提高工作效能，有力地推动了各项工作的开展。

（二）主要工作任务完成情况

我县医保工作本着全面覆盖、稳步推进和规范运作原则：

一是多次召开业务推进会议，分析扩面形势，研究应对措施，确保扩面工作有序推进。

二是结合城镇医保市级统筹后新政策的实施，利用经办科室、会议、印发传单、张贴通知等方式做好政策宣传与动员参保工作。

截至目前：职工参保12441人，占应参保人数的（其中新增378人，完成年扩面任务500人的），换制发放新卡12400张；居民参保5609人，完成应参保居民人数9580人的。

（三）基金运行情况

我们对于医保基金收支的管理，严格按照有关规章制度及程序进行，利息收入按财务规定严格计入基金收入。同时通过严把病人、病种、用药目录等关口，坚持管理与考核到位，按照协议加强对定点医院和药店的监管，杜绝违规住院，规范售药行为，谨防基金浪费，收到了明显效果。

截至目前，职工医保基金征收611万元，居民医保基金征收54万元，都已全部上解市医保中心，医保基金征缴完成年征收任务1000万元的。职工门诊刷卡26484人次，支出费用174万元；职工住院、转院516人次，审核报销金额302万元；居民住院、转院116人次，审核报销金额39万元。

（四）遵守纪律情况

工作中我办不断加强经办队伍建设工作，从思想、政治、纪律、作风等各方面入手，进一步明确工作主旨，建立健全各项规章制度，有效规范了工作行为。按照规定，我们严格执行签到制度，因事因病履行请销假手续，全办人员都能按时上下班，无迟到早退和旷工现象。

**医保行刑衔接工作总结11**

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20xx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，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：。

>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。

**医保行刑衔接工作总结12**

今年以来，我社区紧扣社区居民基本医疗保险工作“保障民生”的主题，紧紧咬住目标，积极创新工作措施，各项工作取得了一定成效。

>一、组织领导到位

社区党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了\*\*社区社区居民基本医疗保险工作领导小组。分工明确，任务到人，一级抓一级，层层抓落实，为社区居民基本医疗保险提供了有力的保证。

>二、宣传发动到位

为使我社区社区居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，社区党委、政府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立政策咨询台，印制和发放宣传单、宣传册共3千余份，从而大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

>三、成效显著

社区居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我社区的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我社区该项工作稳步推进，真正落到实处，社区党委、政府多次开会研究切实可行的.办法和措施，八个月来，通过大家的共同努力，实际完成888人，完成计划的。

>四、存在问题

通过大家的一致努力，虽然已按时完成上级下达的任务数。但是经过半年来的工作，我们也惊喜的发现，广大人民群众对社区居民基本医疗保险有了初步的认识，而且扩大了影响面，为将来的工作开展奠定了很好的基础。社区居民基本医疗保险工作开展的不尽如人意，主要存在以下问题。

1、群众的认识不到位

对于广大人民群众来说，社区医保毕竟是个新鲜事物，要接受必定需要一个过程。

2、宣传力度不到位

众所周知，由于我社区的特殊情况，区域面积较大，在短期内很难宣传到位，从而影响了参保对象的数量。

**医保行刑衔接工作总结13**

20xx年度7月份从药房变更过来的。自从实行医保刷卡以来，本药房坚持执行国家及县劳动部门的政策规定，严格按照所签订的.服务协议去操作。具体如下：

1、本药房配备两名药师，均为中药师。每班均有药师在岗，没有挂名及顶替的现象。

2、确定医保工作分管负责人及专职管理人员，聘任了药品质量负责人。

3、坚持夜间售药，方便参保人员及广大群众购药。

4、凭处方销售处方药及中药饮片，处方均经中药师审核后，方可调配。处方按规定留存备查。

5、根据医保药品目录，备齐备足药品，中药饮片达400多种，符合医保定点药店的要求，满足参保人员的治疗病需求。

6、为了保证药品质量，坚持从合法渠道购进药品，择优购进，从未销售假劣药品，并加强在库药品管理，防止药品变质失效，确保参保人员用药安全有效。

7、严格按照医保管理部门要求，从不利用刷卡、销售滋补品、化妆品及生活用品，从不利用刷卡为参保人员套取现金，从不虚开发票。

8、为了提高透明度，保证参保人员知情权，坚持明码标价，童叟无欺。如有价格变动及时调整，从而使广大参保人员的利益不受损失。

以上是本药房20xx年度医保工作的总结，如有不妥之处请指正。

**医保行刑衔接工作总结14**

今年以来，在县委、县政府的坚强领导下，在上级业务主管部门的精心指导下，我局优化工作思路，全面贯彻落实上级有关文件精神和工作安排，担当作为、狠抓落实，做好医保服务经办工作，抓好医保基金运行管理、完善基本医疗服务体系，强化定点医药机构监管，杜绝基金不合理支出，医疗保障体系日趋完善，兜底作用明显，较好完成了各项工作任务。

>一、工作开展情况

（一）机构组建进展顺利，带好队伍夯实基础。按照县委、县政府关于机构改革的统一部署，我局于2月1日正式挂牌成立，在机构组建过程中，保证思想不乱、工作衔接有序，正常开展，干劲不减。在全局营造团结奋进的工作格局，人人参与其中，形成主要领导亲自抓，分管领导具体抓，一级抓一级，层层抓落实的良好局面。

（二）医疗保障体系进一步完善，保障水平显著提高

1、基本医疗服务体系不断完善。截至目前，我县共有医保定点医疗机构37家，定点药店110家，定点卫生室390余家，定点机构遍布城乡，基本形成成布局合理、服务多样、质量优良的基本医疗保险服务体系，提高医疗服务管理水平和基金使用效率，更好地满足了参保人员基本医疗需求。随着医疗救助职能的整合到位，医保托底的功能进一步完善。

2、医药机构医疗质量和服务水平显著提升。4月10日，我局召开了由各定点医疗机构、各医保零售药店、各定点卫生室负责人共500余人参加的定点医药机构管理工作会议，对定点医药机构医保服务工作进行了再梳理、再强调，要求各定点医药机构严格履行服务协议，规范医疗服务行为，为参保居民享受高质量的医保服务进一步夯实了管理基础。

3、医疗保险集中征缴工作顺利完成。截至目前，全县城镇职工基本医疗保险参保56000余人，基金征缴2亿余元；城乡居民医疗保险参保790388人，个人缴纳参保费用近2亿元，各级财政补助4亿余元，圆满完成了集中征缴任务。自4月1日起，医保基金征缴职能已移交税务部门，我局积极配合税务部门做好征缴职能划转工作及持续做好参保登记业务工作，保证参保居民不因职能划转影响正常参保享受待遇。

4、做好特殊困难群体医疗保障工作。积极与县扶贫办、残联、民政局等部门对接，保证贫困人口参保率，确保贫困人口享受各项医保待遇，增强医疗救助的托底保障作用，助力打赢我县脱贫攻坚战。今年以来，共比对贫困人口4万余人。

5、做好特优群体及建国前老党员医疗保障工作。对建国前老党员和受升级表彰的“优秀党员”、“担当作为好干部”、高层次优秀人才等实现补充医疗保障，按现有医保制度规定报销医疗费用后，个人自付费用实行全额报销、托底保障、个人费用零负担。截至目前，做好70余人次个人信息确认工作，确保待遇享受不漏一人。

（三）逐步提高经办服务水平，规范基金拨付，基金运行情况平稳

1、强化政策落实，为基金运行管理做好保障。一分部署，九分落实，坚持把抓好政策落实作为医疗保障工作的总抓手，严格执行医疗保障政策。

2、完善一线窗口服务细节。进一步提高医保经办服务的精细度、便捷度、满意度，尽快走上科学、高效、顺畅，将热情融入服务全过程，开通电话、微信等多种外地就医转诊备案模式，有效简化办事流程，真正做到让群众办理业务方便、查询信息方便、报销费用方便。今年以来，共为参保群众办理转诊手续人3000余人次。

3、切实做好基金拨付工作。x年1-9月份，办理职工慢性病1216人次，居民慢性病6421人次，特殊病种635人次。市内联网住院结算万人次，支付费用46761万元，其中居民医保支付27900万元，职工医保支付18861万元；异地备案联网住院结算5125人次，支付费用6150万元；零星报销8600人次，支付费用3870万元。

4、做好慢性病管理工作。顺利完成x年春季城镇职工门诊慢性病复核鉴定工作，经复核鉴定患有规定慢性病的参保人员职工新增病种人员673人，病种复检人员615人。x年上半年门诊慢性病用药即时结算人数32196人，医疗费总额1343453元，支付金额元。x年上半年完成居民门诊慢性病审批6421例次，门诊特殊病种审批635例次。

（四）基金监管工作力度不减，标准不降、劲头不松。

1、扎实开展日常巡查抽查工作。采取定期检查、专项检查、飞行检查等多种措施对各定点医疗机构进行检查，促进定点医药机构的服务质量和服务水平的提高。x年以来，采用不打招呼，直奔医保服务一线的方式，已完成多次抽查工作，防止定点机构在改革时期放松服务质量，对定点机构约束作用明显。截至目前，共检查定点医疗机构57家次，定点药店87家次，合计定点医疗主动退回及不予支付违规医疗费用元。

2、做好交叉稽查工作。按照市局统一部署，对兰陵县、临沭县开展交叉稽查工作。对交叉稽查县区反馈我县的违规问题，我局依据《服务协议》等相关法律法规、政策规定进行了处理，下达了整改通知书12份，约谈定点医疗机构11家，给予7家定点药店暂停联网结算的处理。

3、持续保持打击欺诈骗保高压态势。3月29日上午10点，郯城县“打击欺诈骗保行为维护医保基金安全”集中宣传月活动在人民广场举行启动仪式。县财政局、县卫生健康局、县市场\_相关负责同志，定点医药机构医师药师代表和参保人员代表及我局全体工作人员共计300余人参加仪式，全县的集中宣传月活动拉开序幕，打击欺诈骗保专项治理全面铺开。我局加大对定点医药服务机构的监督检查和飞行检查力度，实行100%全覆盖检查。对检查中发现的欺诈骗保行为“零容忍”、出重拳、狠打击。

6月10日，召开打击欺诈骗保工作推进会，对工作进行再部署，再落实，保证行动开展质量。

4、推进“互联网+医保”的监管模式。加快推动医疗保险移动稽核系统上线运行，x年10月底前，实现医疗基金监管由事后监管向事前、事中和事后全过程监管转变，由粗放化监管向精细化监管的转变。

（五）坚持党建引领，履行全面从严治党职责

1、加强政治建设。建立健全理论学习制度，深入开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，牢固树立“四个意识”、坚定“四个自信”、坚决做到“两个维护”，以“两个维护”引领落实，以落实成效体现“两个维护”。每周四下午作为全局固定学习日，学习各项理论政策，更新知识储备。

2、加强基层党组织建设。在涉改部门中第一批成立党支部，及时开展组织生活，完善组织、制度、责任、考核“四个体系”，发挥好党员先锋模范作用和基层党组织战斗堡垒作用。

3、加强党风廉政建设。医保部门是权力、资金、利益比较集中的`部门，容易成为“围猎”对象。我局认真落实党风廉政建设责任制，以创建市医疗保障系统统一部署的“塑魂赋能·共筑和谐”党建品牌建设为契机，积极排查廉政风险点，加强对重点领域、重点岗位的管理，加快完善防控措施，筑牢廉洁的篱笆，确保不发生问题。

>二、存在问题

1、定点医疗机构监管压力不断加大。定点医药机构违规医疗行为更加隐蔽，增加了监管难度。部分违规费用难以被及时发现，导致医保基金流失。

2、医保基金监管队伍人力不足，缺乏专业培训。我局基金监管队伍人员严重不足，划转从事监督工作的人员只有3名，虽然设置了专门的监督科室并且抽调保险公司工作人员合署办公，但监督人员承担了很多其他医保经办业务，分身乏术，无法保证工作质量。医保基金监管人员缺乏统一的专业培训，监管专业化有待提高，监管手段不足，难以面对花样繁多的欺诈骗取医保基金行为，无法对被监管定点机构或参保人员进行有效监管。

>三、下一步工作打算

1、深化改革、积极探索，完善医保支付体系。一是深化医疗服务价格改革。组织实施公立医疗机构医疗服务项目差别化价格政策，促进分级诊疗制度改革。鼓励医疗机构提供多层次、个性化医养服务产品。二是深化医保支付方式改革。全面推进总额控制下以按病种收付费为主的多元复合式医保支付方式。贯彻执行全市统一的按病种付费工作方案。三是推行职工长期护理保险制度。完善筹资办法和运行机制，制定护理对象认定、护理事项界定、护理机构确定的标准规范。四是扩大异地就医联网覆盖面。年内新增两家异地联网结算定点机构，实现医保个人账户就医购药省内“一卡通行”。五是规范医保基金支付，确保医保基金运行安全。逐步细化服务协议、完善付费总额控制工作，推进医保支付方式改革，严格基金拨付程序，加强病历材料审核。

2、持续提高基金监管水平，实现医保服务全过程监测。充分利用信息化监管的作用，强化对门诊、住院、购药等各类医疗服务行为的监控。加强对数据筛查、异常排查、历史数据分析，着重对重点数据的增长、动态等异常情况进行分析，有效控制各种欺诈骗取医保基金违规医疗行为的发生。通过逐步完善制度设计，加强与相关司法部门的联动机制建设，加大查处、打击力度，持续保持高压态势，重拳打击，使骗保者望而却步，保证医保基金运行安全。

**医保行刑衔接工作总结15**

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施\_八四四工程\_和具体工作目标的要求，以\_学、转、促\_活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结下：

>一、转变工作作风、树立服务观念

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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展\_学、转、促\_活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的`参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益\_最大化\_，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

>二、突出\_经营\_意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到xxxx年底，参保单位xxx个，占应参保单位的xx%，参保职工xxxx人，占应参保人数的xx%，其中在职xxxx人，退休xxxx人，超额完成覆盖人数xxxx人的目标。共收缴基本医疗保险金xxx万元，其中单位缴费xxx万元，个人缴费xxx万元，共收缴大病统筹基金xx。xx万元，其中单位缴纳xxx万元，个人缴纳xxx万元。

>三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的xxx家扩展到xxx家，参保人员由xxxx人扩大到xxxx人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的xx%以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工xxx人，其中在职人员xxx人，退休人员xxx人，退休人员与在职职工的比例为：xx，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的xx%以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

>四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计20xx年申请住院的参保患者xxx人，其中县内住院xxx人，转诊转院xx人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者xxxx人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者xxx人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率x%，大病发生人数占参保人员的x%，大病占疾病发生率的x%；住院医疗费用发生额为xxx万元，报销金额为xxx万元，其中基本医疗保险统筹基金报销xxx万元，基金支出占基金收入的xx%，大病统筹基金报销xx万元，支出占大病统筹基金收入的xx%。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的\'目标。

>五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了x次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对xxx名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员xxx名，不符合申报条件人员xx人（其中不符合十种慢性疾病种类xx人，无诊断证明或其他材料的xx人）。二是组织专家监定组对符合申报坚定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院x名副主任医师，x名主治医师和北京友谊医院x名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有xxx名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在xx月x日—xx月x日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，xxx被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有xxx人。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共xxx人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从20xx年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病坚定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

>六、个人账户管理规范化、现代化。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计20xx年共向个人账户划入资金xxx万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为xxx万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为xxx万元。为方便广大参保患者门诊就医，在x个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为xx元，划卡人次为xx人次，个人账户余额为xxx万元。

具体情况：

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，20xx年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

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！