

骗医保案例的心得体会 医保工作总结(模板5篇)

我们在一些事情上受到启发后，可以通过写心得体会的方式将其记录下来，它可以帮助我们了解自己的这段时间的学习、工作生活状态。好的心得体会对于我们的帮助很大，所以我们要好好写一篇心得体会以下是小编帮大家整理的心得体会范文，欢迎大家借鉴与参考，希望对大家有所帮助。

骗医保案例的心得体会 医保工作总结篇一

- 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。

骗医保案例的心得体会 医保工作总结篇二

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，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)扩面情况。

预计到20__年12月底，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，50036人参加城镇居民基本医疗保险。城镇居民覆盖达96.5%。

(二)基金运行情况。

1. 城镇职工基本医疗保险。预计到20xx年12月底，城镇职工基本医疗保险基金收入3056万元，其中：计入统筹基金1680万元，支出2100万，统筹基金当期赤字420万元；个人账户计入1376万元，支出1151万元，结余225万元。破产企业退休职工基金累计收入1705万元，今年基金无收入，累计支出1400万元，基金结余305万元，一次性交费破产企业退休人员基金累计收入1874万元，累计支出728万元，基金结余1146万元。

2. 城镇居民基本医疗保险。预计到20__年12月底，城镇居民基本医疗保险基金收入1496万元(其中：上级补助1071.6万元，个人缴纳424.4万元)，支出1730万元，基金累计结余1224万元，预计到今年年底居民医疗保险基金当期将出现赤字。

3. 补充医疗保险。到20xx年12月底，城镇职工补充医疗保险收入190万元，支出190万元；城镇居民补充医疗保险收入199.7万，当期支出199.7万。

(三) 主要工作措施。

1. 强化参保扩面，以城镇居民医保为重点，参保扩面取得新突破。今年以来，我局始终坚持“政府主导、医保主抓、部门协作、基层操作”的工作措施，强力推进居民医保工作。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；二是宣传有力。1. 集中宣传。在电视台开辟宣传专栏和新闻报道为主进行政策宣传；2. 阵地宣传。在定点医疗机构、定点药店和局内设置宣传专栏进行政策宣传，方便居民了解政策；3. 流动宣传。录制居民医保宣传磁带，在城区居民集中居住地流动播放，提高城镇居民的政策知晓率，激发他们的参保积极性。三是缴费方式快捷。今年，我局与县信用联社采取银行代扣代缴的方式，缴纳居民医保费。免去了以往居民到社区-银行-医保局三地往返办理参保登记手续的麻烦，方便了广大参保群众的参保需求，同时也提高了参保率。

2. 强化基金征收，以提高缴费基数为重点，基金征收取得新突破。今年，我局将医保统筹基金不足支付的问题作为工作重中之重，加强基金征收。一是领导高度重视。县政府出台了《关于进一步加强医疗保险工作的通知》，要求所有城镇用人单位按照《劳动法》、《社会保险法》等相关法律法规规定参加城镇职工各项医疗保险，必须履行相应的缴费义务。二是规范缴费基数。从20__年起财政预算单位，按照国家政策规定足额预算财政各预算单位的医疗保险费。财政预算外单位和各企事业单位，要严格按照《暂行办法》规定申报缴费基数和缴纳各项医疗保险费，不得少报、漏报和瞒报。三是加大征收力度。我局采取定期不定期地开展医疗保险缴费稽核工作，对少报、瞒报、漏报缴费基数的参保单位，依法

予以征收，确保医疗保险费按时足额缴纳。同时，对过期不缴纳或欠缴者，按日加罚万分之五滞纳金，滞纳金并入统筹基金，有效提高了基金的抗风险能力。

3. 强化待遇保障，以实施公务员医疗补助为重点，待遇保障取得新突破。今年，为进一步提高公务员医疗待遇，县政府决定从20__年1月起实施国家公务员医疗补助制度。为确保我县国家公务员医疗补助制度的如期实施，我局已按照政策规定，要求对符合享受国家公务员医疗补助制度的单位申报了享受人员花名册。目前共申报单位87家，3461人，已呈报县委组织部、县人社局、县财政局进行了身份认定，拟定在12月进行待遇赔付，有效提高了公务员医疗待遇。

4. 强化结算管理，以实施即时结算为重点，结算管理取得新突破。为方便参保人员就医，我局经过几个月的艰苦努力，通过药品对码、数据接口，目前已在xx县人民医院、中医院运行即时结算，预计在12月底，再在各定点医疗机构全面开展。实行即时结算医疗机构诊疗行为将进一步规范，患者医疗费用报销环节减少，同时也减轻了参保人员垫付医疗费用的压力。截止目前，即时结算支付医疗费用120余万元。

5. 强化内部管理，以完善信息平台为重点，内部管理取得新突破。一是加强信息平台建设。通过增强硬件配置、软件开发，目前，医保工作从参保登记、费用审核、待遇支付、监督检查等所有岗位均实现了电算化管理。同时，还针对重要岗位，在信息系统里设置了三级审批权限，做到层层把关，零误差。二是加强信息操作培训。进一步加强了信息管理人员的培养，通过学习教育，提高操作人员的业务水平。

(三)存在的主要问题。

1. 城镇居民医疗保险扩面难度加大。一是自愿参保原则，出现有病参保，无病不参保现象，二是城镇居民个人缴费额比新农合高，存在攀比心，影响了参保的积极性。

2. 城镇职工医疗保险基金难以运转。虽然提高了缴费基数，但由于基金结余少，加之参保对象老龄化程度的加剧，住院人员大额住院费用日益增大，医保待遇大幅提升，极大地削弱了基金抗风险能力。

骗医保案例的心得体会 医保工作总结篇三

（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。

骗医保案例的心得体会 医保工作总结篇四

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861.88万元，剔除费用171.73万元；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33.1万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达77.20万元；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127.18万元。

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233.62万

元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达149.41万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用381.82万元。

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10.1万元。

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。

骗医保案例的心得体会 医保工作总结篇五

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用721477.37元；未结算3笔：费用24271.34元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。在xx年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够做到在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。期间在五月份进行

医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决[]xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台[]sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

xx年迎接区社保中心检查两次[]xx年9月14日区社保中心闫主任一行三人对医院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心[]xx年10月15号区社保中心对医院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展[]xx年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。