

# 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结 (精选8篇)

随着个人素质的提升，报告使用的频率越来越高，我们在写报告的时候要注意逻辑的合理性。那么，报告到底怎么写才合适呢？下面是小编为大家带来的报告优秀范文，希望大家可以喜欢。

## 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇一

上半年，全县新农合参合人数85.7万，农业人口参合率100%，人均筹资400元，个人缴费80元，各级财政补助320元，筹资总额34280万元；镇、村两级一般诊疗费均调整到10元，新农合补偿8元；镇级普通门诊补偿比例保持45%不变，日补偿封顶提升至34.8元/人，村级普通门诊补偿比例由45%上调到50%，日补偿封顶提升至14元/人；特殊病种门诊补偿由2类调整为3类，严格控制特殊病种治疗费用金额；提高材料费、检查费报销比例；进一步细化不予补偿范围，将非定点医疗机构本部的门诊费用等纳入不予补偿范围，将县内产筛、新筛分别纳入门诊和住院补偿；对县外就诊未按规定及时办理转诊手续和到非定点医疗机构的，住院费用补偿较下降5个百分点，同时不再享受70%的保底补偿。1-5月份，全县累计受益648233人次（其中住院36916人次，门诊611317人次），补偿总金额15973.43万元，资金使用率46.5%，县镇政策范围内住院补偿比75.3%。

二是在特殊群体保障上求实效。起，我县实现新农合与医疗救助无缝对接，对农村低保、五保等重点对象的救助当场兑付。1-5月份，全县医疗救助同步结算89311人次，救助金额1148.7万元。在全面开展提高农村儿童重大疾病（先天性心脏病、白血病）医疗保障水平的基础上，将尿毒症、多发性耐药性肺结核、胃癌等20种疾病纳入重大疾病医疗保障实施范围。

三是在规范管理服务上促提高。今年上半年，我们赴全县30家定点医疗机构调研、督查、指导，逐家核实实际开放床位数和在院病人数，对所有乡镇卫生院、县级医院和民营医院均检查3次以上；出台了村卫生室管理办法，明确了卫生院的管理职能，对开展网络直报的村卫生室进行了全面检查，对发现的问题及时处理。

新农合筹资工作面广量大，工作经费短缺；参合人员登记和信息录入存有差错；医疗机构医药费用过快增长的势头没有得到有效遏制；县外医疗机构的报销比例过高，资金出险的概率增大；经办机构人手不足，经费短缺，资金监管难以实施到位。

加大政策宣传力度，调动群众参加合作医疗的积极性，促进新农合制度持续健康发展；规范基金管理制度，从合作医疗基金的筹集、拨付等各个环节着手，规范基金监管措施，健全监管机制，保障基金安全运行，坚持基金使用和费用补偿公示制度，增加基金使用的透明度，充分发挥群众的监督作用；优化定点机构服务，规范医疗服务行为，严格执行新农合报销基本药物目录和基本诊疗项目目录，最大限度减少滥检查、滥用药、乱收费以及挂床住院等不正当医疗行为，同时积极探索综合支付方式改革，确保资金运行安全；加强新农合一条线人员的教育管理，认真执行新农合各项纪律制度，树立新农合窗口的良好形象。

## **医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇二**

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，医院设有专门的医保工作人员。

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。

20xx年1-12月份，我院共收治医疗工伤人员总人次29251人次，总医疗费用287万元，基金支付总额131.10万元。门诊人次28504人次，发生医疗费用178.90万，基金支付12.27万元，人均医疗费用42.78元，人均基金支付16.14元；住院人次747人次，发生医疗费用97.01万元，基金支付74.17万元，人均医疗费用1052.5元，人均基金支付752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，今年在医保中心领导的工作指导下，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，这些损失直接由我院支付，我院再追求相关责任人。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。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达80%以上。

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后方可使用。

医保人员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，医保人员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。

医保人员将医保有关政策、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、医保人员的强化培训，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。全年来没有违规、违纪现象发生。

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12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。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。全年来，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。

1、加大医保工作考核力度。设一名专职人员，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、选派1名专员到管理先进的医院学习和提高。

## **医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇三**

为了加强xxx辖区医疗器械生产企业的监管，进一步加强医疗器械生产企业产品源头的管理，加大对我辖区医疗器械生产企业监管力度，进一步提升辖区内企业的质量管理水平，确

保人民群众用械安全有效，根据《医疗器械生产日常监督管理规定》的要求，结合我局20xx年医疗器械生产企业检查工作方案的部署，我局于20xx年5月6月对xxx辖区内所有医疗器械生产企业开展了日常监督检查，现将有关检查情况汇报如下。

管理意识，有力促进企业的生产管理水平和，排除了个别生产隐患，但是企业也存在一些问题，如生产环境、质量管理意识、购验等方面。

（一）有部分义齿类生产企业虽然具有医疗器械生产许可证，但是长时间内取得产品注册证，存在着无注册证生产产品的隐患。

（二）部分生产企业生产环境、卫生环境较差，甚至有个别义齿类生产企业生产车间内有生活、居住用品。

（四）原材料购进验收环节存在的问题还比较多。从检查的情况来看，医疗器械生产单位在购进原材料时不注意查验对方的资质证明，只是义务性的索要了供货方的《医疗器械经营许可证》或《医疗器械生产许可证》、产品注册证和合格证明，而没有对这些证照进行详细的审验；有的甚至少了部分资质证明材料。另外就是购进验收记录不全，主要表现，缺少生产批号、生产厂商，进口资质的原材料个别无中文标签、中文说明书及中文外包装且供货单位未加盖印章等问题。

（一）辖区内医疗器械生产企业的监管应以义齿类生产企业为重点，义齿类生产企业是辖区内最多的生产企业，占总数的48%，且检查中发现存在问题较多的也是义齿类生产企业，规范了义齿类生产企业的生产行为，就规范了辖区内医疗器械生产企业的行为，就把住器械生产质量的源头。

（二）加强省、市两级食药监部门联合执法，加大对取得

《医疗器械生产企业许可证》而未取得产品注册证企业的检查频次和打击力度，排除无注册证生产的隐患。

（三）继续加大宣传培训力度，进一步提高医疗器械生产人员的素质。在以后的工作中我们要加大对医疗器械相关法律法规知识的宣传和培训力度，使他们能够及时了解和掌握国家在医疗器械方面的相关规定，从而提高医疗器械生产企业的能力和水平。

## 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇四

### 本文目录

1. 医疗工作总结
2. 医院医疗保险年终工作总结
3. 医疗卫生行业工作总结优秀范文
4. 市医疗保险工作总结范例

做美工设计的不单要对色彩要有好的感觉外，对布局也要有很好的把握，组合的好坏直接影响作品的效果。整体配色、体、各模块的间距、插图、增减内容等各个方面的敲着。

对美工设计人员来说，这点也是非常重要的，细节能否处理得当也能体现做事明细，这也是我在不断提升的一块。比如背景色、色彩渐变、各组件间间距、标题样式、体/大小/颜色、行/段间距、插图位置/边缘处理、输入框宽高/边框色/背景色、按钮的位置等等太多了。还是之前的话。

### 医疗工作总结（2） | 返回目录

省社会医疗保险中心铁路管理处：

一、医疗保险组织管理：

有健全组织。业务院长分管医保工作，有专门的医保机构及医保管理，网络管理等主要制度，有考核管理办法并定期考核。

设有医保政策宣传栏，意见箱，导医图及医保政策主要内容。公布了常用药品及诊疗项目价格，按时参加医保培训，有特殊材料、职工家属转诊转院审批记录。

## 二、医疗保险政策执行情况：

1-11月份，我院共接收铁路职工住院病人760余人次，消耗铁路统筹基金335万元，平均每月30.5万元，比略有下降。药品总费用基本控制在住院总费用的46%左右，合理检查，合理用药，基本达到了要求，严格控制出院带药量，严格控制慢性病用药及检查项目。在今年五月份医保中心给我院下发了医保统筹基金预警通报，我院立即采取措施加强门诊慢性病管理及住院病人的管理，控制药物的不合理应用，停用部分活血化瘀药品及抗生素。每次医保检查扣款均下发通报落实到科室或个人。先后扣款四次，共计3700多元，涉及4个科室，三个人。对门诊慢性病处方每月检查，及时纠正不合理用药。通过加强管理，使医疗费用的增长得到控制，一至三季度统筹基金清算月平均逐月下降，三季度统筹基金降到月均28.3万元。

ct□彩超等大型检查阳性率达60%以上。

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。

住院处统一保管ic卡，病区统一保管医保手册；实行三级核对患者金额身份制度，严格核对ic卡及医保手册，严防冒名顶替现象发生，一年来没有发现违规情况的发生。

## 三、医疗服务管理：

有门诊慢性病专用处方，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，病历归档保存，门诊处方由要放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项目，由家属或病人签同意方可使用。

今年6-7月份，医院先后为101人，150人次办理慢性病审批手续，在8月份结束了1700多人的铁路职工体检工作。

#### 四、医疗收费与结算：

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11月份，医院按照社保处的要求，及时更新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：

信息科及保健站按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。一年来，系统运行安全，未发现病毒及错帐、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。

但也有不足之处，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，由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。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、及时请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

## 一、以目标合同为基础，抓好全省结防工作。

所长与厅长签订的目标合同，是全年的工作基础；支部工作目标合同，是完成各项任务的保证；全省的防痨工作，则是结防所工作目标和控制全省结核病疫情的要点；而开展的“项目”试点工作，正是推动全省结防工作跨上新台阶的一个良好开端。

### 1、党政齐抓共管，争创全省防痨工作新局面。

### 2、抓“项目”试点，奠定基础，提高我省结防水平。

我省结核病疫情严重，而结防力量和基础较为薄弱。《卫生部加强与促进结核病控制项目》是一条低投入、高效益、促进地方结防工作开展的有效途径。

我省×年被卫生部列为“项目”省，并确定先在、××县进行试点，从×年×月启动以来，在卫生厅的领导下，在所全体项目工作人员以及基层各级项目工作人员的共同努力下，今年×月已结束一个周期，并完成考核工作，×个县完成项目管理病人例，较卫生部要求的例超出例。满2个月痰菌阴转率达%，初治菌阳病人治愈率达%，都达到了卫生部项目的要求指标。并在全国结核病归口管理会议上进行了大会交流，受到卫生部和全国结核病控制中心的好评。

我省被列为“项目”省并在×个县进行的第一周期试点工作中，按照全国统一的标准，高标准严要求，项目办领导带头同基层项目组同志一起不断发现问题、总结经验，使我省结核病项目工作在交通不便、结防基础薄弱、群众防痨意识差的困难条件下，仍然达到了目的，完成了任务。部份县曾因技术水平不高、归口管理不能落实、群众或领导不理解等因素而发现病例缓慢，通过结防所技术指导组同志的现场指导、

办学习班、开交流经验现场会等手段，问题逐渐得以解决，同时也提高了结核病防治的整体管理治疗水平。

项目县对项目管理病人实行药费减免和不住院化疗，使经济文化贫穷落后的农村结核病患者有了医治的机会，使边远山区因交通不便或经济困难的患者也能不住院而得到及时彻底的治疗，使群众感受到了人民政府和医务工作者对群众的关心和爱护。同时也使结防人员防治管理水平得到很大的锻炼和提高。尤其是我省结核病疫情严重的今天，“项目”县工作的初见成效为我省结防工作的进一步开展和控制结核病疫情发展奠定了一个良好的基础。

#### 4、加强质控，保证质量。

痰片的质控工作，是把好结防工作质量关和对基层防痨工作者技术水平进行监测的一个重要手段。今年对“项目”县在内的张痰片进行了质控检查，较目标合同中要求的张增加了张，这对我省结核病的痰检工作起到了积极的促进作用。

### 医疗工作总结（4） | 返回目录

#### 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x年底，参保单位x个，占应参保单位的%，参保职工x人，占应参保人数的.x%□其中在职x人，退休x人，超额完成覆盖人数x人的目标。共收缴基本医疗保险金x万元，万元，万元，万元，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，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由x人扩大到x人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的%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x人，其中在职人员x人，退休人员x人，退休人员与在职职工的比例为x□x.□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%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x年申请住院的参保患者x人，其中县内住院x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x人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者x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x万元，报销金额为x万元，其中基本医疗保险统筹基金报销x万元，基金支出占基金收入的.%，大病统筹基金报销xx万元，支出占大病统筹基金收入的.%。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x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x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)。二是组织专家鉴定组对符合申报鉴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x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，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x人(其中检查不合格者xx人，未参加检查者xx人)。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共x人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从x年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病鉴定工作中坚持公平、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。万元，其中个人缴费全部划入个人账户，万元，单位缴费中按单位向个人账户划入万元。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x元，划卡人次为x人次，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□x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。

## 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇五

一、蜀山社居委卫生站位于井岗镇蜀山社居委所在地，交通方便，人员往来相对集中。

砖混结构，墙体刷白，使用面积不少于80平方米，房间宽敞明亮，卫生干净，建设发展空间大，“四室”独立规范分隔。

二、人员聘用做到有注册执业证才可以上岗，我卫生站有注册执业医师两人，乡村医生一名，注册护士一名□20xx年完成

医师定期考核和护士定期考核工作，现致力于医师资格定期考核考试。多年实习和行医，理论联系实际，积累了不少经验，热情为社区居民服务，深受患者满意。为了病人诊疗安全杜绝医疗事故的发生，我卫生站开展内科日常辩论针对病情危重的病人做到及时转到三甲医院，我卫生站在防治传染病方面坚决执行上级领导下达的命令以，早发现早报告，做好传染病的防治工作。

三、在市、区卫生部门引导支付下，我卫生站开展为社区居民三减免工作，免费测量血压、免费心理咨询和免费健康指导。深受社区居民的信任。本年度诊疗病人比上年度增加了三分之一。

四、我卫生站对上级政策特别支持，努力宣传，接受管理，不断完善设施，加强软件管理，提高业务水平□20xx年度本卫生站无医疗事故和医疗安全事件。

五、本卫生站没有卫生行政部门日常管理不良执业扣分情况□20xx年度积极参加并圆满完成履行法宝义务和各项活动。敬请上级对我卫生站进行校验审核，提出宝贵意见，促进我卫生站工作改进。

## 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇六

为坚决落实市委市政府和监管部门的具体工作要求，发挥好金融服务保障疫情防控的重要作用□xxx市分行下发了《关于进一步做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情应对工作的紧急通知》，要求全行快速响应、高效应对、果断决策，做好本次疫情的预防和处置工作。

为全力做好疫情防范应对工作，市分行成立疫情防控工作领导小组，由刘辽峰行长担任组长，市分行其他行领导担任副组长，领导小组成员为市分行各部门主要负责人、各县区支行行长；工作领导小组下设办公室，由xx副行长任组长□xx副

行长任副组长，市分行办公室、工会、三农金融事业部、个人金融部主要负责人为成员。并制定专项应急预案，要求各一级支行比照市分行成立领导小组及办公室，专题研究本单位疫情防控工作，根据各级党委、政府统一安排，根据市分行预案，因地制宜，制定专项应急预案并立即启动。

按照市委、市政府和监管部门、上级行的部署，统筹安排好网点营业工作及网点安全防护工作，切实保障员工和客户健康，维持正常营业秩序。一是密切关注当地疫情情况，对重点地区营业网点营业时间及时做出调整，并做好客户公告工作。二是在营业场所统一配备医用口罩、洗手液、消毒液等安全防护用品以及红外线体温测试仪。营业人员通过体温测试正常后上岗，营业上岗人员佩戴口罩，并做好手部清洁等个人卫生。用84消毒液稀释后喷洒地面，用医用酒精擦拭自助机具和大厅键盘，根据人流量情况，每日至少三次对营业大厅全面消毒。重视经常接触外来人员场所的防护，如客户接待室、大堂引导台、柜面等。三是向客户做好答疑释问、宣传解释和纠纷疏导，做好客户服务和安全保卫工作，切实保障网点正常运营。同时，加大线上业务办理渠道宣传，积极引导客户优先采用电子渠道办理业务。四是为方便客户通过我行手机银行、个人网上银行办理捐款，我行于20xx年1月27日至4月30日免收手机银行所有跨行转账交易手续费，免收个人网上银行单笔交易金额5万元(含)以下跨行转账手续费。

为全力配合做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作，发挥好金融服务保障疫情防控的重要作用，一是做好抗疫人员金融服务。对奋战在抗击疫情前线的医护人员、政府工作人员及其直系亲属，提供个人信用贷款(含优享贷、公积金信用消费贷款等)服务，可在分行授权范围内享受惠利率。二是延后特殊人群还款期限。对受疫情影响暂时失去收入来源的人群，在信贷政策上予以适当倾斜，灵活调整住房按揭等个人消费信贷还款安排，合理延后还款期限，最长申请6个月贷款停息。三是配合做好相关逾期利息减免工作。对参加疫情防控的医护人员、政府工作人员、感染新型冠状病毒肺炎及隔

离人员、受疫情影响暂时失去收入来源的人群，疫情期间因还款不便造成逾期，我行将减免相关息费，提供征信保护。四是对于受疫情影响较大的批发零售、住宿餐饮、物流运输、水产养殖、文化旅游等行业的贷款做到“不抽贷、不断贷、不压贷”，若客户出现还款困难，可优先按照贷款展期的相关要求进行展期。贷款到期且客户仍有用款需求的，及时按照相关要求进行续贷，并给予一定的利率优惠。五是申贷新客户服务，保障业务连续性。对于有贷款需求的客户，首先引导符合条件的客户走线上申贷渠道，尽量减少线下接触；对于紧急用款且无法通过线上渠道获得贷款的客户，简化调查流程，报总行备案，待疫情结束后补充完善相关手续；对于为疫情防治提供支持的医疗器械等行业，开辟绿色通道，优先处理、优先放款，在执行利率方面，给予一定利率优惠，积极满足卫生防疫、医药产品制造及采购等方面的合理融资需求。

市分行各级领导干部坚守岗位，对全辖人员实行网格化管理，明确直线管理责任，做好员工关怀工作。对员工教育提醒到位，精准掌握到位，在疫情得到有效控制前不安排前往疫情集中区域出差，不召集疫情集中区域人员开会，不举办各类大型会议、营销活动等大型聚集性活动。既严防死守，也不过度恐慌，在防控疫情中抓好各项工作，保证各级机构正常工作秩序。

强化应急值班，严格执行24小时值班和领导带班制度，保障通信联络畅通。遇有辖区内出现确诊病例或疑似病例等问题和突发情况，第一时间按规定报告，并实行全行“零报告”制度。

xxx市分行坚持与市委、市政府有关疫情应对决策部署保持高度一致，按照公布的疫情发展情况，及时分析形势，科学应对风险，加强宣传引导，切实加强疫情风险提示和防控知识宣传，不断提高全行安全防范意识，强化宣传引导客户使用我行各种电子渠道开展业务，引导员工注意防寒保暖、室内

通风和个人卫生，避免到人群密集场所活动。加强舆论引导，增强广大员工及客户的自我防病意识和社会信心。

## 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇七

截止目前，城镇职工基本医疗保险参保人数x.x万人，万元，万元，万元，万元，亿元。

城乡居民基本医疗保险参保人数xx.x万人，亿元，亿元，累计结余x.x亿元。医保局加大政策宣传力度，提高广大市民政策知晓率及参保意愿，规范基金征缴，做到应保尽保。

医保局全面强化基金内控工作，基金征缴、待遇支付、财务管理、医保病人就医就诊实现信息化、系统化管理，有效杜绝了基金的跑冒滴漏，确保了基金安全运行。

xxxx年以来xx市医保局深入开展欺诈骗保问题全面排查整治工作。第一阶段自查自纠已结束，现开展第二阶段全面排查、抽查复查阶段，上级医保部门将依据全面排查整治进展情况，采取交叉检查方式对各地排查整治情况进行抽查复查。

xx市医保局深入开展医疗保障基金保用监督管理条例的学习与宣传工作，使医保工作人员和两定机构学法、知法、懂法，遵守法律条例。

xxxx年x月以来□xx市纪委监委联合医保局、卫健局、市场监管局、公安局集中开展为期二个月的整治骗取医保基金专项行动，第一阶段自查自纠已经结束。专项检查人员现在进入全面检查阶段。

稳步推进异地就医直接结算工作。凡是符合转诊条件的参保人员异地就医备案及结算，做到转一个、登一个、结一个。让群众少跑腿，让信息多跑路，不断优化医保公共服务，参保群众的满意度进一步提高，已基本实现异地住院就医结算

全国联网。

## 2. 贫困人口慢性病、重症工作

为切实减轻贫困家庭就医负担，确保医保扶贫政策落到实处，我局对建档立卡贫困人口开设绿色通道，设立慢性病认定工作窗口，做到随来随受理，对符合慢性病条件的建档立卡贫困人口随时认定。截至目前，共认定建档立卡贫困人员慢性病人xxxx（普通慢性病xxxx人、重症xxx人），并发放《建档立卡贫困人员慢性病专用证》；门诊两病（高血压、糖尿病）xx人。共提高建档立卡贫困人口医疗待遇xxxx人次、万元，其中：基本医保提高待遇xxxx人次、提高待遇xxx.x万元，大病保险提高待遇xxx人次、提高待遇xx.x万元，医疗救助xxx人次、万元。

## 3. 严格落实药品集中采购政策

积极落实国家带量采购带量中标药品采购工作，规范医疗机构采购行为；督促医疗机构及时回款；监督配送企业及时配送，确保中标药品能及时在医疗机构上架销售；保障患者能及时购买中标药品，减轻患者负担。截止目前，万元药品。

## 医疗转运工作总结报告 合作医疗工作总结篇八

xx年x—xx月共审核结算城职、城乡基本医疗保险住院及门特费用xx万xx万人次，基金支付xx万xx万元；结算大病补充保险xx万xx万人次，基金支付xx万xx万元；结算两定机构个人账户xx万xx万人次，基金支付xx万x万元；结算城乡大病保险xx万人次，基金支付xx万xx万元；审核结算工伤保险待遇xx人次，基金支付xx万xx万元；审核结算生育保险待遇xx人次，基金支付xx万xx万元；审核结算城乡居民基本医疗保险门诊统筹及一般诊疗费分别为xx人次、基金支付xx万xx万元，一般xx人次、基金支付x万xx万元；审核结算大学生门诊统筹xx万x万人次，

基金支付xx□xx万元；办理医疗保险关系转移接续xx人次，其中转入我区参保人员xx人次，转出我区参保人员xx人次。

xx年城乡居民基本医疗保险筹资工作目标任务圆满完成。参保总人数为xx□xx万人，完成了市上下达的参保率达xx%的民生目标任务。

### （一）深入开展医保稽核工作

我区现有定点医药机构共xx家，其中定点医疗机构（医院、社区卫生服务中心）共xx家，定点医疗机构（诊所、门诊部）共xx家，定点零售药店xx家。目前已完成现场检查数量xx家，现场检查率xx%□到xx年x月xx日今年查处违约医药机构xx家（医院类xx家，门诊诊所类xx家，零售药店类xx家），其中约谈xx家次，限期整改xx家次，追回违约医疗费用xx家次，中止协议xx家，解除协议x家，查处追回违约医疗费用xx□xx万元，要求违规医药机构支付违约金xx□xx万元。行政处罚x家，行政处罚金额x万元。移送司法x家。目前我区诊所药店已检查全覆盖，现正处于核查处理阶段。我区近期统计定点医药机构数量与上年同期比较减少xx家，增幅—x□xx%□查处违约医药机构增加xx家，增幅达xx□xx%□查处违规金额xx□xx万元，增长xx□xx%□要求违约医药机构支付违约金xx□xx万元，增长xx□xx%□

### （二）国家组织药品集中采购和使用试点工作顺利开展

按照x市人民政府办公厅《关于印发落实国家组织药品集中采购和使用试点工作实施方案的通知》（成办发□xx□xx号）等文件要求，作为区级承办牵头机构，高度重视，提高站位，分层级、分阶段稳步推进辖区内xx家公立医疗机构x+x药品集中采购和使用试点工作。

按照《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔xx〕xx号）、《人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险付费总额控制经办规程的通知》（人社厅发〔xx〕xx号）〔x〕市医疗保险管理局关于做好xx年基本医疗保险付费总额控制工作的通知》（成医发〔xx〕x号）等文件要求，我区采用基础数据+病种分值方式，通过数据求证、意见征求、方案制定、总控协商等环节积极扎实推进完成辖区xx家定点医疗机构x〔xx〕亿元付费总额控制工作。

#### （四）长期照护保险工作继续推进

xx年x—xx月累计签订居家失能人员协议xx人，协议机构x家，协议机构失能人员xx人，同时做好了长期照护人员和评估专家的实名制登记管理和工作开展情况的回访工作；将失能失智评估专家xx名，评估员xx名纳入评估专家库，组织照护人员培训xx次，累计参加培训xx人次，成华区第六人民医院成为x市首家区级长照险培训基地。

#### （五）服务经济社会能力持续提升

按照使医保工作既能站在保障民生的第一线，又能站在经济发展的最前排的总体要求，不断提高挖掘资源、整合资源、撬动资源的站位，多次到辖区内重点项目进行调研，积极进行指导和协调，顺利实现了新生堂、鹰阁医院等优质项目在我区落地；搭建微信公众号服务平台，在强化医保政策宣传的同时，积极回应群众关心的热点问题，取得了较好的效果。

#### （一）丰富监管手段，维持打击欺诈骗保高压态势

一是加大打击力度，推进第三方协同监管。按照x市统一部署和我区专项治理方案，扎实实施七类全覆盖，做到三个结合，创新使用现有政策和制度，扩大专项治理范围，对发现的问题及时形成稽核任务，实施精确管理，提升专项治理质效。

加快推进定点医药机构药品购销存管理，试点推行医保费用第三方专项审计、第三方协同巡查、第三方专家评审，建立起有第三方参与的协同监管机制，推动医保监管多元治理，形成医保为核，多方参与，共同治理的医保监管新模式。

二是健全监管机制，发挥多部门联动效应。建立医保局牵头，法院、检察院、公安、人社、卫健、审计、市场监管等部门为成员单位的成华区打击欺诈骗取医保基金工作联席会议制度。定期召开联席会议，开展专项检查、通报工作进展、审议相关事项、推动监管结果应用，形成部门联动、齐抓共管的医保治理格局。联合卫健、市场监管等部门，探索建立医疗、医保、医药数据共享系统，加快推进医保数据实时上传工作。开展医保数据实时上传试点，推动数据采集规范化和数据上传标准化。

三是采取多种形式，确保宣传培训取得实效。要加强对定点医药机构的培训，通过持续开展定点医药机构分类培训，加深定点医药机构自律管理与协议服务管理。加强医保政策宣传，引导医药机构、参保人员正确使用医保基金，强化医保基金红线意识。通过现场演示、以案说法、政策宣讲等多种形式，大力开展医保监管警示教育，增进各类监管对象法制意识和规范共识，形成主动防范、协同监督的. 医保监管氛围。

## （二）完善服务体系，助力全区经济社会发展

一是提升服务能力，推动成华医疗产业的发展。加强对拟建设项目前期准备、协议签订、信息系统建设等方面的指导和协助，积极与拟建项目沟通协调，开启绿色通道加速项目推进，推动优质医疗项目在我区落地。积极谋划构建以顾连医疗、新生堂医院和即将入住的百汇医疗等形成的高端医养示范园区，利用园区的集聚效应吸引更多的优质医疗项目入驻园区，争取纳入x市国家医疗消费中心总体规划。

二是发挥纽带作用，深化长期照护险试点。积极推广区六医

院养老、医疗和长照险并行的医养护结合的管理模式，实现医中有养，养中有护，护中有医的医养护融合目标，解决符合条件的失能、半失能老人的医养护需求。以区六医院（全市首家区级长照险评估人员培训基地）为中心，辐射全区，更好、更规范的开展长期照护保险评估人员业务培训、经验交流的工作，进一步提升评估业务水平和经办质量。积极探索社区嵌入式养老+医保长照险等社区便利化普惠性养老服务模式，将上门服务作为新的长照险服务方式，促进医养服务多方式优质均衡发展。

三是回应群众诉求，满足基本医疗服务需要。推进行业作风建设，不断提高医疗保障公共服务水平，全面推进国际化营商环境先进城市医疗保障改革行动。全面梳理医疗保障政务服务事项清单，精简证明材料，规范办事流程，简化办事程序，压缩办事时间，加快制定标准化工作规程，让医疗保障服务更加透明高效、让群众办事更加舒心顺心。全面落实异地就医相关政策，完善异地就医监管机制，切实解决异地就医、购药刷卡难的问题。

一是推进总额控制下按病组分值付费工作落地。积极推进总额控制下按病组分值付费工作，完善监管配套措施、考核目标及考核方式等具体工作内容；加强病种收付费相关管理工作，定期分析按病种收付费的运行情况，加强与全区定点医疗机构之间的沟通协调，完善按病种收付费信息系统。

二是推进医保基金ai视频与静脉认证监控系统落地。在我区试点开展医保基金ai视频与静脉认证监控系统工作，便于开展医保病人身份验证，用于住院真实性和在床情况的稽核，以加强医保监管工作。

三是深化国家组织药品集中采购和使用试点工作。督导辖区内定点医疗机构完成国家组织药品集中采购和使用试点工作药品余量的采集工作，按照市政府要求扩大采购和使用试点范围，力争将部分设备采购纳入采购和使用试点范围，进一

步深化x+x工作在我区贯彻。