

医疗保障工作总结 大型活动医疗保障总结 (优秀5篇)

总结是对某一特定时间段内的学习和工作生活等表现情况加以回顾和分析的一种书面材料，它能够使头脑更加清醒，目标更加明确，让我们一起来学习写总结吧。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢！

医疗保障工作总结 大型活动医疗保障总结篇一

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。

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152732.35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。对院内的医保单机及时的进行了十余次补丁的更新安装，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。期间进行了医生工作站的改造。

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。每季度均参加市医保中心组织的会议培训。

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，自开展工作站以来，所录入药品剂量规格均符合标准，无一拒付。

二、措施得力，规章制度严为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我院一是在院外公布了就诊流程图，使参保病人一目了然。并在每周二周三周五，病人比较集中的日子里安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。

二是配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群众监督。四是医院职工开展微笑服务，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，定期进行满意度调查，针对调查的结果制定改进措施。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，严格检查医保卡的使用以及代开药情况。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。我院有专人参加医保会议，及时传达会议上的新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的处方及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量，为参保人员提供了良好的就医环境。

四、工作小结及下半年展望

在20xx上半年中，我院医保工作中虽然取得了一定成绩，但仍存在一些不足，如：软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈偏少。在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务流程，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度。加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。争取使我院的医保工作在下半年更上一个台阶！

医疗保障工作总结 大型活动医疗保障总结篇二

(一)完成2021年度城乡居民基本医保征缴工作。根据县政府《关于做好2021年度城乡居民基本医疗保险费征缴工作的通知》，按照医保部门职责，我局积极配合税务部门开展征缴工作，全县2021年度城乡居民基本医保参保总人数为548094人，参保率，圆满完成2021年度城乡居民基本医保费征缴任务。

1、城乡居民基本医疗保险。截止5月30日，全县医保基金共支出万元，占全年筹资总额的，其中住院支出万元，门诊支出万元，城乡居民基本医保综合实际补偿比达。

2、城乡居民大病保险。2020年凤台县新农合大病保险由太平洋人寿保险股份有限公司承办。截止5月30日，凤台县大病保险住院补偿6035人次，医疗总费用万元，基本医疗实际补偿万元，实际补偿比，大病保险实际补偿万元，实际补偿比。享受大病保险万元以上补偿的141人次。其中，1-3万元的119人次；3-5万元的14人次；5万元以上的8人次。

3、困难人员医疗救助。截止5月30日，共救助困难群众3034人次，救助资金万元，其中一站式救助2854人次，救助资金万元，手工救助180人次，救助资金万元。

(三) 大力打击欺诈骗保，有力维护基金安全。

1、全面开展“宣传贯彻条例、维护基金安全”主题宣传月活动。今年是《医疗保障基金使用监督管理条例》实施之年，我局制定印发了《凤台县“宣传贯彻条例加强基金监管”集中宣传月活动实施方案》，在西城河公园开展集中宣传日活动，印制发放政策解读、宣传海报、折页等，采取租用宣传车、站台宣传栏及电视台滚动字幕等多种方式开展线上线下同步宣传；充分动员经办机构、定点医药机构学习宣读条例，组织开展条例宣讲培训活动。宣传月期间，张贴传画700余幅，制作展板、板报200余块，发放宣传材料3万余份，累计播放宣传短片1000余小时，在县城和乡镇主干道树立8块巨幅打击欺诈骗保宣传牌，在公交站台设立led电子显示屏20块，利用qq群、微信群推送信息130余条次，积极引导公众正确认知、主动参与基金监管工作，充分发挥群众监督作用，打响医保基金监管“人民战争”。

2、扎实开展定点医疗机构专项整治“回头看”工作。太和县欺诈骗保事件发生后，根据省、市局统一部署，县医保局立即行动，组织监管人员对全县28家住院定点医疗机构进行全覆盖检查，同时结合县区交叉互查、省局飞行检查，共检查各级各类医院36家次，处理违规定点医疗机构12家次，其中2家乡镇卫生院、2家民营医院被暂停医保结算服务。

(四) 合并实施城镇职工基本医疗保险与生育保险。截至5月底，我县离休转院支付15人次共15万元；城镇职工住院3542人次，统筹基金支付万元，门诊及定点药店刷卡万人次共支付万元；职工生育分娩529人次共支出万元，生育津贴支出155人次共万元。

(五) 积极做好贫困人口医疗保障工作。2021年全县建档立卡贫困人口16895人、6681户，其中享受政策12079人、4906户。截止5月30日，贫困人口累计补偿6739人次，其中住院补偿1535人次。住院医疗总费用万元，综合医保补偿万元。门

诊补偿5204人次，累计门诊医疗总费用万元，综合医保补偿万元，“180”专项资金补偿万元。

(六)认真做好意外伤害补偿工作。截止5月30日，我县意外伤害共接收案件2213件，其中赔付1362人次，医疗总费用万元，实际补偿金额万元；拒付161人次，医疗总费用3794249元，拒付补偿金额万元。

二、存在问题及原因分析

一是乡镇一级没有专门机构和专职工作人员，工作推进没有抓手。

二是局机关和二级机构编制较少，部分工作难以开展。

三是执法队伍建设不足，无专职执法人员及执法车辆。

三、下半年工作打算

(一)持续做好全县基本医疗保障工作。认真落实各级医保政策，保障城乡居民、城镇职工基本医疗保险和大病保险保障待遇，完成门诊慢性病申报工作。

(二)加强基金监管，维护基金安全。进一步加大定点医药机构监管力度，持续开展专项治理，坚决打击欺诈骗保行为，查漏补缺，规范协议管理。

(三)深化医保支付方式改革。根据省、市主管部门关于区域总额法总额预算和按病种分值付费(dip)工作的通知，结合我县实际情况，不断深化医疗保障制度改革，充分发挥医保基金战略性购买作用，完善紧密型县域医共体医保总额预算机制，推进我县医疗保障事业高质量发展。

(四)加大医保政策宣传力度。通过发放宣传单、电话通知、

宣传海报等多种形式广泛宣传城乡居民医疗保险政策的新变化，提升群众对医保政策的知晓率，让广大群众更好地了解城乡居民医疗保险政策，确保参保群众及时享受到医保待遇。

(五)进一步完善医保信息系统建设。及时梳理总结在日常工作中城乡居民医保信息系统出现的问题，积极向市医保局汇报解决，进一步完善系统功能，努力为参保群众提供便捷有效的服务。

医疗保障工作总结 大型活动医疗保障总结篇三

今年以来，濉溪县医疗保障局在县委、县政府的坚强领导下，在省、市局的精心指导下，坚持以^v^新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，全面落实上级的决策部署，按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，锐意改革、勇于创新，精准施策、精细管理，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，着力完善医保管理体制和运行机制，努力实现全县医疗保障事业高质量高水平发展。

(一) 基金整体运行情况

1. 参保资金筹集及参保率情况。2021年度，全县城乡居民医保参保人数943259人，参保率。全县居民医保筹资人均860元（个人缴费280元），共筹集资金万元。截至2021年11月底，全县城镇职工医保参保人数57273人，基金累计征收26775万元；生育保险参保人数40168人次。

2. 基金支出情况（截至11月25日）。全县城乡居民基本医保基金补偿支出万元，全县城乡居民医保受益826496人次。参保患者政策范围内住院费用报销比例为75%，普通门诊政策内报销比例为55%。城乡居民大病保险补偿27246人次，补偿金额万元，大病保险政策内报销比例达到。城乡医疗救助补偿55287人次，补偿金额万元。城镇职工医疗保险累计支出15240万元，

统筹支出6822万元、个人支出6789万元、大病救助支出576万元、转移支出2万元、公务员医疗补助支出1051万元。生育保险累计支出619万元。

（二）重点工作推进情况

1. 扎实推进民生工程。县医保局与财政局、民政局、扶贫局等部门联合制定了《濉溪县2021年城乡居民基本医疗保险实施办法》、《濉溪县2021年城乡居民大病保险实施办法》、《濉溪县2021年城乡医疗救助实施办法》，确保民生工程资金安全、有效使用。严格按照工作要求，加强工作调度，强化措施落实，保证序时进度，圆满完成三项民生工程任务。连续多年荣获全县民生工程目标管理先进单位。

2. 强化脱贫攻坚工作。认真巩固医保脱贫成果，做好与乡村振兴有效衔接。落实参保资助政策，2021年分类资助脱贫人口、最低生活保障对象、特困供养人员56974人，代缴参保费用万元，34500名脱贫人口实现了在医保信息系统的精准标识，确保应保尽保。积极开展防返贫动态监测，做好4类农村低收入人口动态监测工作及风险预警，筛查大额医疗自付风险预警信息4次。分二批对边缘易致贫户进行临时救助，第一批救助3人，财政支出万元，第二批救助年底进行。认真做好省巩固拓展脱贫攻坚成果督查反馈问题整改和第三方评估考核迎评工作，在访谈中被评为优秀。

3. 协同推进医共体建设。与县卫健委密切配合，发挥医保协同作用，扎实推进全省紧密型县域医共体试点工作。按照县政府统一部署和要求，认真做好医共体2020年运行情况考核，落实结余资金分配。强化2021年医共体医保包干基金预算管理，落实向县域医共体派驻医保基金监管督导员制度。以开展城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保险创新试点工作为契机，配合卫健部门着力推进医防融合服务模式，医共体发展步入良性发展轨道。2021年8月31日□□^v□刊登文章“县内看病、省时省钱”，对我县医共体和医保工作做法予以肯

定。

4. 认真开展慢病试点。按照省局要求，我县认真组织开展城乡居民基本医疗保险门诊特殊疾病保障创新试点工作。在深入调研、精准测算的基础上，制定了试点方案，并召开专门会议进行动员部署和人员培训。在医共体按人头总额预付的基础上，实行城乡居民门诊特殊疾病医保支付费用由乡镇卫生院按人头包干使用，结余留用，合理超支分担。向医共体和乡镇卫生院下达了本年度门诊和住院预算指标。取消了门诊统筹20元和慢性病报销300元门槛费，提高了城乡居民保障待遇。切实规范慢性病病种认定流程，将慢性病病种认定由原来的一年办两次，改成每月办一次。把试点工作与推进分级诊疗制度相结合，与完善家庭医生签约服务相结合，提高了慢性病规范管理率。近期，落实了国谈药品“双通道”管理机制，惠及了特殊慢病患者。今年上半年，全县城乡居民医保常见慢性病门诊就诊91751人次，就诊率，较去年同期提高个百分点；住院9616人次，住院率，较去年同期下降个百分点，试点成效逐步显现，初步实现了“两升两降”目标。

5. 严厉打击欺诈骗保。按照省、市局统一部署和要求，开展医保违规违法行为专项治理，加强组织领导，制定工作方案，强化联合执法，落实清单管理，确保处理到位。在6月底前完成了存量问题清零任务，7月底前完成了现场检查全覆盖，11月底前完成了检查处理工作，共检查285家定点医药机构，解除协议10家，约谈整改76家，移交案件20家，追回医保资金万元。开展县域外医保协议定点医疗机构检查工作，利用大数据筛查的方式，追回15家县外定点医疗机构违规结报医保资金万元。11月份，开展欺诈骗取城乡居民门诊统筹医保资金专项治理检查工作，追回18家卫生院和27家卫生室违规结报医保资金元。

6. 推进医保信息化建设。认真落实国家医保编码贯标工作，医保药品、医保医用耗材、医疗服务项目、医保门诊慢特病病种、医保按病种结算病种5项编码已完成数据治理、政策标

识。医保系统机构、定点医药机构与其工作人员信息编码已全量维护并动态维护，7项业务编码标准已贯入本地信息系统。医保基金结算清单在前14项业务编码完成贯标基础上全面推行使用，应用场景同步提供，各项数据真实、准确、完整，助推全市统一的医疗保障信息平台如期建成。加快推进医保电子凭证推广和应用工作，切实提高医保电子凭证结算水平。抓住长三角区域医保一体化契机，开展长三角区域普通门诊就医费用直接结算和省内慢性病门诊就医费用直接结算。

7. 优化医保经办服务。根据全省医疗保障经办服务“六统一”和“四最”要求，加强县政务服务中心医疗保障办事大厅标准化规范化建设，完善“一站式”服务，开展节假日和日间不间断服务。以开展党史学习教育为契机，切实为群众办实事，积极探索医保经办服务向基层下沉，在镇卫生院设置医保服务站，将县级医保经办机构的医疗保险登记、异地就医备案、医疗费用手工报销等经办事项下放到基层医保服务站，打通服务群众“最后一公里”，切实让参保群众在“家门口”就能体验到优质、高效、便捷的医保经办服务，受到国家和省、市多家媒体关注。此外，加快医保经办机构整合进程，近日，县编委已研究决定调整县医保局下属事业单位机构编制问题，在原有机构数不变基础上更名设立县医疗保险管理服务中心、县医疗保险征缴稽核中心，共增加编制8名，塑造了我县医疗保障服务（征缴服务、经办服务、基金监管）三方分工协作新格局。

2022年全县医保工作总体思路是：以新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，按照上级关于医疗保障的决策部署，立足濉溪实际，坚持以人民健康为中心，深入实施健康濉溪战略，深化医疗保障制度改革，创新医保管理体制和运行机制，努力建设“五大”医保，推动我县医疗保障事业高质量发展，切实提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（一）依法依规分类参保，实施精准参保扩面，优化参保缴费服务，切实提升基本医保参保质量。

（二）落实全市统一的医疗保障待遇保障政策，强基本医保、大病保障、医疗救助三重保障，有效衔接乡村振兴战略，做好重大疫情医疗保障工作。

（三）推进“三医联动”改革，协同做好县域医共体建设，发挥医保支付、价格管理、基金监管综合功能，促进医疗保障与医疗服务体系良性互动，使人民群众享有优质便捷的医药服务和医疗保障。

（四）继续做好居民医保门诊特殊疾病保障创新试点工作，加强部门协调，结合国家基层卫生综合改革试点，以门诊高血压、糖尿病为突破口，启动“两病”全周期健康管理，建立起医防融合、连续服务和分级诊疗协同机制，引导“两病”患者在基层就诊和管理。

（五）深化医保支付方式改革，完善县域医共体按人头总额预付等医保支付政策，实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，探索符合中医药特点的医保支付方式，将中医适宜技术和优势病种纳入按病种付费，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。

（六）推进国家和省集中采购药品、高值耗材政策落地，做好医疗机构集采报量、采购使用工作。探索有利于县域医共体发展的国家和省集采药品医保资金结余留用管理机制。

（七）加强医保定点管理，认真落实医疗保障定点医疗机构、定点零售药店管理办法，优化管理流程，加强考核监督，建立定点医药机构绩效考核机制，推动定点管理与医疗质量、协议履行相挂钩。

（八）加大基金监管力度，建立健全监督检查制度，完

善“双随机、一公开”检查机制，强化部门联动机制，引入第三方力量参与医保基金监管，提升监管水平。加强医保智能监管能力建设，实现智能审核全覆盖。

（九）加强医保治理能力建设，加快信息化建设步伐。完善经办服务体系，抓好县级经办机构整合，理顺职能，充实人员，提高效能；强化镇医保服务站规范化管理，做实经办服务下沉，并向村级延伸。加强经办机构内控机制建设，提高经办管理服务能力和效率。

医疗保障工作总结 大型活动医疗保障总结篇四

根据市委市政府的部署，我局于xxxx年x月xx日正式挂牌运作，整合了市人力资源和社会保障局城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险职责，市发展改革局药品和医疗服务价格管理职责，市民政局医疗救助职责。我局内设办公室、政策法规科、医药服务管理科、基金监督科四个科室，行政编制xx名。设局长x名，副局长x名；正科级领导职数x名，副科级领导职数x名（其中x名负责党务工作）。在省医疗保障局的大力支持指导和市委市政府的正确领导下，我局坚持以人民为中心的发展理念，坚持“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的指导思想，深化医疗保障制度改革，加强医保基金监管，加大“三医联动”改革力度。作为新组建部门，我局克服人手少、工作量大等困难，迎难而上，知难而进，积极主动化解矛盾，确保工作顺利推进、衔接顺畅，推动了我市医疗保障事业持续健康发展。

（一）巩固和扩大基本医疗保险覆盖范围

xxxx年至目前止，万人，其中:万人，万人，参保率达巩固在xx.x%以上。

（二）稳步提高医保待遇水平，减轻看病负担

1、城镇职工医疗保险待遇

(1) 住院报销比例：社区卫生服务中心住院报销比例退休人员xx%□在职职工xx%□一级医院退休人员xx%□在职职工xx%□二级医院退休人员xx%□在职职工xx%□三级医院退休人员xx%□在职职工xx%□

(2) 城镇职工高额补充医疗保险赔付标准是：在一个保险年度内，被保险人住院和特殊门诊就医（不分医院级别）发生的符合xx市基本医疗保险政策规定范围内的医疗费用，个人自付累计超过xxxxx元（不含起付线）以上的费用，按xx%的比例进行赔付，最高赔付xx万元。

城镇职工医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元。城镇职工基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

2、城乡居民医疗保险待遇标准

(1) 住院报销比例：一级医院报销提高到xx%□二级医院报销提高到xx%□三级医院报销提高到xx%□起付线：一级医院xxx元，二级医院xxx元，三级医院xxx元，市外住院xxx元。城乡居民医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元（基本医疗保险统筹xx万元、高额补充险xx元、大病保险xx万元）。城乡居民基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

(2) 完善城乡居民大病保险政策。一是我市城乡居民大病保险政策按自付费用高低，分段设置支付比例，大病保险起付标准为xxxxx元，参保人在一个年度内符合政策范围的住院费用个人自付费用累计达到xxxxx元至xxxxx元报销比例为xx%□xxxxx元以上最高报销xx%□二是大病保险政策适当向困难群体倾斜。对困难群体下调大病保险起付标准，并提高报销比例，不设年度最高支付限额。其中，特困供养人员、孤儿起付标准下调xx%□报销比例达到xx%□建档立卡的贫困

人员等困难群众起付标准下调xx%□报销比例达到xx%□

（三）有序推进医疗救助职能移交工作

印发了□xx市医疗救助“一站式”结算工作实施方案》（阳医保通□xxxx□xx号），拟定了□xx市医疗救助“一站式”结算工作实施规程》（征求意见稿），开设了医疗救助基金银行专户，成功搭建基本医疗信息系统□xxxx年x月x日在市内、省内实行医疗救助“一站式”结算□xxxx年，我市医疗救助资助参加基本医疗保险人数xxxxxx人，支付资金xxxx万元；至目前止，住院救助人次xxxxx人，门诊救助人次xxxx人；住院救助资金支付xxxx万元，门诊救助资金支付xxx万元。

（四）做好xxxx年城乡居民医保宣传发动参保工作

xxxx年城乡居民医保宣传发动参保工作从xxxx年xx月xx日开始至xx月xx日结束，个人缴费xxx元/人.年。为扩大基本医疗保险覆盖范围，允许持我市居住证人员参加我市城乡居民基本医疗保险。

（五）加大财政投入，稳定筹资机制

一是提高财政补助标准，由xxxx年xxx元/人.年提高到xxxx年xxx元/人.年。二是提高大病保险筹资水平，由xxxx年xx元/人.年提高到xxxx年xx元/人.年。

（六）做好xxxx年市本级基金预算工作

万元，万元。

（七）稳步推行公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革工作。一是按照省推广药品集团采购工作有关要求，我局扎实推进我市药品集团采购各项工作。今年x月xx日，市政

府成立了xx市药品跨区域联合集团采购领导小组，统筹协调推进药品集中采购工作；结合本市实际，于x月xx日以市政府印发了《xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》（xx月xx日组建xx市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购药事管理委员会；为了加快推进我市集中采购工作，全面贯彻落实国家组织药品集中采购试点工作决策部署，增强药品供应保障能力，降低药品采购价格，减轻群众药费负担，xx月x-x日组织市药事管理委员会成员同志外出参观学习市等地的先进药品集中采购经验和做法，xx月xx日市医保局、市卫健局、市财政局、市市场监管局联合印发《xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购工作实施方案》。二是全面贯彻落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作。为推进落实我市药品跨区域联合集中采购和国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作，xx月xx日下午，我局组织召开落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作会议，xx月xx日下午，我局在xx市委党校报告厅举办了全市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购业务培训班，同时，联合市卫健局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市市场监管局印发《xx市落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作方案的通知》和《xx市实施国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作的通知》。

（八）落实公立医院取消医用耗材加成补偿新机制。一是今年x月份机构改革成立xx市医疗保障局以来，我局在市发改局、市卫生健康局、市人力资源社会保障局、市财政局联合印发的《xx市公立医院医疗服务价格调整方案》（阳发改收费〔xxxx〕xx号）基础上，会同各有关单位、相关公立医疗单位认真贯彻执行医疗服务价格，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，使医疗服务价格调整体现医务人员技术劳务价值，进一步理顺医疗服务项目比价关系。二是自x月份起，按照《x省人民政府办公厅关于加快推进深化医药卫生体制改革政策落实的通知》（粤府办〔xxxx〕x号）及《x省医疗保障局关于做

好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，我局选定了xx间医院作为我市的样本评估医院，参加取消医用耗材加成后全省医疗服务价格调整政策效果评估工作。

（九）深化医保支付方式改革工作。一是争取到省的支持，确定阳西县为x省唯一的紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点，试点工作已于x月x日正式启动实施；积极指导阳西结合本地实际，制定医共体医保支付改革工作实施细则，按照基本医疗保险基金“以收定支、略有结余”的原则，探索紧密型医共体实行总额付费、结余留用、合理超支分担的医保支付方式，提升基层医疗卫生机构能力，优化医疗资源合理配置，促进医共体从以治疗为中心向以健康为中心转变，让老百姓享受就近就地就医的优质医疗服务，更好地解决老百姓看病难、看病贵问题。二是为切实保障我市基本医疗保险参保人的医疗保险权益，合理控制住院医疗费用，进一步完善基本医疗保险支付制度，提高医保基金使用效率，根据《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔xxxx〕xx号）、《关于全面开展基本医疗保险按病种分值付费工作的通知》（粤人社函〔xxxx〕xxxx号）精神，借鉴先进地区经验并结合我市xxxx年总额控制下按病种分值付费政策落实实际情况，对〔xx市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法〕（阳人社发〔xxxx〕xxx号）进行了修订完善，形成了〔xx市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法〕。

（十）按照国家和省落实抗癌药等谈判药品的支付情况统计上报工作〔xxxx年〕，根据省医保局转发国家医保局文件要求，认真做好第一批xx种谈判药品有关情况报送工作，并且每月按要求将xx种谈判抗癌药支付情况汇总统计上报省医保局；同时，按照国家和省政策有关要求，将第一批xx种谈判药品及xx种抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围，并要求医保经办机构按要求做好医保报销工作。

（十一）开展打击欺诈骗保专项治理，强化基金监管工作

根据《XX市医疗保障局关于XXXX年开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作方案》，我局组织各县（市、区）医保、社保部门分别对辖区内定点医药机构进行专项检查。

X-X月份在全市范围内开展了打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动：一是充分利用各类现代传媒开展集中宣传，二是举办打击欺诈骗保维护基金安全医疗保障现场咨询活动，三是召开“打击欺诈骗保维护基金安全”宣传大会，营造我市打击欺诈骗保的良好氛围，推动全社会共同关注、支持、参与打击欺诈骗保工作。集中宣传月活动开展以来，全市各类定点医疗机构显示屏滚动播放打击欺诈骗保宣传标语XXXX多条，悬挂横幅XX多条，通过电视台、电台以及大型户外广告屏在黄金时段播放宣传标语、宣传动漫视频XXX多时次。共计发放宣传册子和宣传单张XXXX份，接受现场咨询人数近XXX人次。

（十二）开展XXXX年度医疗服务行为检查，提升我市医保监管能力

为规范我市医疗服务行为，控制医保基金不合理支出，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院办公厅关于推广随机抽查规范事中事后监管的通知》（国办发〔XXXX〕XX号）和《关于做好XXXX医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔XXXX〕XX号）等有关法律法规、政策和文件精神，省医保局于X-X月派出专家组协助我市对全市定点医疗机构XXXX年医疗服务行为进行全面检查。检查发现我市医疗机构普遍存在违规医疗服务行为有：轻症入院、过度检查和过度用药、不规范用药、分解住院、入院只有检查而无治疗或手术等等。检查组通过云操作和大数据应用系统、现场抽查病例资料等方式对我市部分医保问题较为突出的医疗机构进行了全面细致的检查，并对检查中发现的问题进行了集中反馈，提出了针

对性的意见和建议，取得较好的成效。

（一）人员编制不足，日常工作超负荷运转。基金支出必须实行“三级审核”，但经办机构在编人员少，一些业务科室必须要经常加班才能完成工作任务。新组建的医保局，有些只划转了职能，但没有相应划转编制和人员，因而工作上有些被动。特别是党建和基金监管工作越来越重要，信息化程度越来越高，因此，文秘、财会、医学、计算机等相关专业人员的缺乏成了制约我局事业发展的瓶颈。

（二）现医保行政机构与医保经办机构分离，医保经办机构为市人社局下属部门，造成经办工作沟通不顺、协调不畅，特别是各县（市、区），问题尤为突出。而医保部门各项工作的开展，更多要依托经办机构，长此以往，可能会造成责任不清，运转不灵，不但会造成部门之间产生矛盾，而且会影响参保人的利益。

（三）医疗救助“一站式”结算系统对象信息更新时间较长，每月由省政数局更新一次，影响了新增救助对象“一站式”结算工作。

（一）按照省的统一部署，推进整合职工基本医疗保险和生育保险、推进城乡基本医疗保险一体化。

（二）按照省的统一部署推进基本医疗保险省级统筹等各项工作。

（三）资助贫困人员参加城乡居民医疗保险。

（四）拟调整家庭医生的服务费、城乡居民医保市外就医报销比例和规范乙类药品报销办法等政策制度。

（五）推进完善公立医院补偿新机制。我局将结合市委、市政府部署的工作实际，继续按省政府加快推进深化医药卫生

体制改革政策落实有关文件精神，并按□x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，配合省医保局做好取消耗材加成后我市医疗服务价格调整政策效果评估结果，会同市有关单位进一步共同推进我市医疗服务价格改革各项工作。

（六）进一步深化医保支付方式制度改革，并结合工作实际，完善我市按病种分值付费实施方案，继续规范经办管理，强化考核措施，逐步建立完善与病种分值付费方式相适应的监管体系，按省医保要求，做好阳西县医共体医保支付方式综合改革试点工作。

（七）继续按照省有关加快推进跨省异地就医直接结算工作要求，积极扩大全市各相关医疗机构上线直接结算覆盖范围。

（八）根据市政府印发□xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》，按照我市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案要求，积极推进全市公立医疗机构药品集中采购各项工作。落实平台遴选工作，并与所选平台进行药品集中采购上线运行对接工作，尽快实现药品集中采购信息联网对接，确保上线运行等相关工作，扎实推进我市药品集团采购各项工作。

（九）按照国家和省医保政策有关要求，及时做好我市谈判抗癌药等有关谈判药品的支付情况汇总统计工作，配合做好各类抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品医保报销工作。

（十）开展打击欺诈骗保专项行动“回头看”，建立长效工作机制，同时，结合本次省专家组对我市xxxx年度医疗服务行为的检查，重点加强对逐利行为突出的定点医疗机构的监督检查，进一步强化定点医疗机构和参保人员的法制意识，不断提高监管水平和监管效能，建立健全医保基金的长效监

管机制，提升我市医保监管总体能力，切实保障参保人合法权益，控制医保基金不合理支出，防范基金欺诈风险，持续保持打击欺诈骗保高压态势，营造全社会关注医保、共同维护医保基金安全的良好氛围，确保医保基金用在真正有需要的患者身上。

医疗保障工作总结 大型活动医疗保障总结篇五

深入学习贯彻_新时代中国特色社会主义思想，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，学习贯彻__关于医疗保障工作的重要论述和重要指示批示。强化党的建设，压实主体责任，全面从严治党，将党建和队伍建设紧密结合，打造一支业务过硬，敢于担当的队伍。同时要以党建为引领，切实加强意识形态工作建设。

立足医疗保障工作职能，不断增强基本医保保障功能，为乡村振兴提供医疗保障支撑。统筹发挥基本医保、大病保险、医疗救助的三重保障制度综合梯次减负功能，将脱贫攻坚成果与乡村振兴有效衔接，多措并举让医疗保障更加便民、利民、惠民，为乡村振兴助力。

按照打击欺诈骗保的工作的相关要求，将日常监督和现场核查相结合，通过上级部门反馈、社会投诉举报、现场核查等手段及时跟踪，对发现的问题，及时处理、监督整改，并约谈其负责人。建立健全督查监管机制，增加事前、事中和事后监管，最大限度防范和制止侵害医保基金的违法、违规行为，确保医保基金安全。

扎实做好城乡居民医保、城镇职工医保等参保扩面工作，做到应保尽保、不重复参保。强化与县税务局协调配合，继续做好城乡居民医保微信缴费的推广使用工作，拓宽参保缴费途径。

坚持执行上级的医疗救助政策，不断提高医疗救助的比例和

标准。确保困难群众能够得到有效，便捷的医疗救助服务，切实减轻困难群众的医疗负担，充分履行医疗保障兜底的职能。

根据法治政府建设要求，完善合法性审查、公平性审查制度，规范医保普法、执法工作，切实做到有法必依、执法必严、违法必究。主动做好医疗保障政策解读和服务宣传，及时回应社会关切的问题。

扎实做好为民服务工作，增强为民服务意识，医保经办机构以加强经办服务为工作重点，不断深化服务窗口建设，提高为民服务水平。

2021年11月29日