

# 医疗保障工作总结 医疗工作计划(汇总8篇)

围绕工作中的某一方面或某一问题进行的专门性总结，总结某一方面的成绩、经验。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

## 医疗保障工作总结篇一

医疗安全是医院的重要工作之一，我们科在近年来积极配合临床科室，给临床提供了可靠的诊断数据，为了进一步提高医疗服务质量，减少医疗差错事故，特制定本年度医疗安全工作计划，医疗安全工作计划。

### 一、加强管理，提高认识

利用每周的科会对全体工作人员进行安全思想教育，定期进行报告单的检查，发现问题及时解决，使每个同志从思想上认识医疗安全的重要性。

### 二、严格执行“三查三对”制度

工作人员接到检验标本时，必须查对姓名、科别、床号、检验项目等，工作计划《医疗安全工作计划》。属急诊检验应注明标本收到时间，出报告时间，报告结果用电话通知临床科室，并做详细记录。

### 三、仪器专人操作

我们科检验仪器都属于大型仪器，仪器使用进行专人操作，每次使用按仪器要求进行认真保养，确保仪器顺利运行。

## 四、落实职责，加强值班

对急诊、重危病人应及时检验，不容许推托。必须按科室规定按时出急诊报告，并做好登记。严格执行交接班制度，每天早8点科主任、各专业组组长、交接班人员进行交接班。

## 五、杜绝意外事故

每天下班时专人负责关闭大型仪器，关闭水电，以防意外事故发生。

总之，把医疗安全放到工作的首位，使每个从思想上认识医疗安全的重要性，杜绝医疗事故的发生。

# 医疗保障工作总结篇二

## （一）医保基金运行平稳

xxxx年，城乡居民医保：万人，统筹基金收入x.x亿元。城镇职工医保：全县参保xxxxx人，万元。

## （二）医保政策落实有力

一是全面推进医保基金市统。二是全面落实城乡居民医保普通门诊统筹和“两病”用药保障。三是全面落实生育保险与职工基本医疗保险合并实施。四是深化支付方式改革，全面实施协议医疗机构总额预付管理。五是全力保障疫情防控，做好医保基金支付范围调试□x籍确诊患者医保及时参保和医疗费用及时支付工作，落实职工医保减征缓缴。六是发力医保扶贫，在医保系统逐一对扶贫办提供的xxxxx名贫困人口信息，确保建档立卡贫困人口xxx%参加基本医疗保险。做好建档立卡贫困人员资助参保和“一站式”综合保障工作，确保贫困对象在县域内住院综合报销比例达到xx%以上。截至目前，全县建档立卡贫困人口、边缘户、低保户、五保户、

一二级重残人员，全县贫困人口已全部资助参加基本医疗保险，共资助资金xxx万元。

### （三）打击骗保开展有效

一是强宣传、造氛围。在全县范围内开展“打击欺诈骗保，维护基金安全”集中宣传月活动。二是强监管、不放松。坚持以抽检和自查自纠的形式，对经办机构和协议医疗机构进行监管，现场督查协议医疗机构xxx余次，核减各医疗机构医保申报基金、医保报销、中医不合理诊疗费用共xxx余万元。三是强管理、重规范。为规范全县协议药店管理，组织第三方考核小组对全县药店进行全面重新申报考核认定，配套了相关药店管理制度，分类分级管理，做到了能进能出动态管理，让药店时刻绷紧一根弦，时时规范行为。四是强配合、迎检查。配合市局飞行检查，做好飞行检查后勤保障。以此次飞检为契机和抓手，全面了解一线实情、排查存在问题，对全县协议医药机构形成强大震慑。

### （四）优化服务水平提升

一是全面优化办事流程。全面梳理医保经办机构服务事项，对工作流程进行全面规范和简化，方便企业、群众办事。进一步整合内部资源，将“多股室”受理转变为“一窗口”受理，做到办事环节精简、时间压缩、过程便利，提高行政服务效能。二是推动医保即时结算。对贫困人口全面实施基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算。对因特殊原因无法在医疗机构直接结算医疗费用的群众，设定专门的“外诊外治”报销窗口，及时审核结算。三是优化费用结算流程。健全工作机制，增加医疗费用审核人员，全面优化医保费用结算流程，缩短医保结算时间，按时完成医药机构费用的审核拨付，保证医药机构正常运转。

## 二、xxxx年工作思路

## （一）参保扩面全覆盖

一是强化宣传引导。采取多样化宣传方式，重点宣传城乡居民基本医疗保险政策、建档立卡贫困人口医保倾斜政策，让群众真懂、真明白，增强居民参保积极性和主动性。二是加强协调配合。与民政、扶贫和残联积极对接，调取全县建档立卡贫困人口、边缘户、低保户、五保户、一二级重残人员等人群信息，对特殊人群的个人缴费部分进行财政分类资助，切实减轻特殊人群负担，确保应保尽保。三是主动联系服务。对我县常住人口、外出务工人员、常居外地人员的参保情况进行“地毯式排查”，采取主动联系、点对点服务等措施，做好参保提标扩面。

## （二）基金监管全方位

一是加强医药机构协议管理。完善两定协议管理文本，科学设定医药机构准入、退出机制和处罚机制，落实协议责任追究机制，及时完成新一年协议重订重签。二是加强医疗机构总额预付管理。在xxxx年的基础上，完善总额预付预算机制、考核机制、核算拨付机制、激励约束机制等，努力实现医疗费用和医疗服务“双控”目标。三是加强协议医药机构监管，打击欺诈骗保行为。在x月份组织开展“打击欺诈骗保，维护基金安全”集中宣传月活动，全面宣传医疗保障政策法规、举报奖励制度和打击欺诈骗取医保基金违法行为的重大意义、重要举措和工作成果。加强日常稽查，对疑点问题较多的协议医药机构、省市飞检发现的问题、群众投诉举报问题重点关注，精准检查。

## （三）医保扶贫全落实

一是加强协作，精准施策。积极与扶贫、税务等部门协调配合，每月对县扶贫部门反馈的建档立卡贫困人口信息进行比对，实行动态管理，及时在医保系统中做好身份标识工作，实现应保尽保。对分类资助参保的特殊人群，资助全部落实

到位，做到不漏一人、不错一人、信息精准。二是深入宣传，夯实基础。继续组织开展“送医送药送政策下乡”活动，深入各乡镇宣传xxxx年新的缴费标准、新的医保政策、“两病”门诊统筹、困难群众医保优惠政策，一一解答现场老百姓关心的疑点、焦点问题，进一步增强了群众参保意识和医保政策理解度。三是加强配合，提高实效。配合县卫健局落实贫困人口“先诊疗、后付费”和“一站式”结算等惠民政策，确保各项医疗保障待遇按要求落实到位，切实减轻贫困人口医疗负担。

#### （四）经办服务全优化

进一步强作风、优服务、提效率。一是年初把优化经办服务内容纳入全系统目标考核，并把考核结果运用到年底绩效评先评优工作。二是积极优化营商环境，认真梳理影响营商环境的政策措施，加大对重大项目、重点企业服务力度。三是各股室、窗口的业务工作程序、办事时限作明确规定，窗口工作人员统一着装，设立工作职能公示牌，公开服务，公开投诉举报途径。四是全面实施医保“好差评”制度，定期通报“好差评”结果，对“不满意”评价限期整改，以“群众需求”为出发点，以“群众满意”为落脚点，持续改进服务质量、提升服务效率。

#### （五）队伍建设全规范

一是加强干部职工的思想政治教育，牢固树立服务大局意识。二是加强作风建设和党风廉政教育，守牢底线，把党风廉政建设工作 and 重点工作同部署、同落实、同检查，贯穿日常工作全过程。三是加强执法队伍建设，规范执法行为，实施政务公开。做好行政执法人员法律法规学习，增强行政执法人员运用法治思维和法治方式解决问题的意识。

## 医疗保障工作总结篇三

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，提高医保资金使用效率，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相关工作。

（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。

## 医疗保障工作总结篇四

理由：目前医疗保险已基本覆盖全县人民，主要分为：职工医疗保险、农村合作医疗保险及居民医疗保险。居民医疗保险人群的主体是城镇居民，由于这一部分人人口较少，参保人员少，基数低，保险金额少，致使居民医疗保险自己缴纳保险金额较多，报销比例偏低，手续繁琐，历时较长，手续全部办完大约需要半月之久，十分不便。

建议：

一、将居民医保与农村合作医疗保险合并，可避免参保人员少，基数低，保险金额少的问题。

二、将居民医保缴纳个人医疗保险金、报销比例、报销内容和慢性病报销的金额及程序等方面，参照农村合作医疗保险的相关政策执行。

三、按照农村合作医疗保险出院立即报销的政策，实行居民医保住院报销“直通车”制度。

四、按照农村合作医疗保险救助制度，对贫困居民住院实行医院先垫付一部分资金，出院时一次结清的办法，缓解贫困人员的就医困难。

提 案 人

主办单位：

x年3月29日

## 医疗保障工作总结篇五

提案内容：

x年，我市启动了城居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险的并轨运行、实现市级医疗保险联网支付，进一步提高了医疗保障水平、切实方便了群众看病就医。但我们也看到存在职工医疗保险资金沉淀过多、预算管理粗放、支付方式老旧、新农合保障水平低、有穿底风险等问题。建议政府管理部门进一步完善医疗保险制度建设。

### 一、 提高筹资水平。

在逐年提高新农合筹资水平的基础上，抓住并轨管理的有利时期，逐步统一城乡居民医保筹资标准，鼓励有条件的地区、农村居民优先进入城镇居民医疗保险。

### 二、 强化医保支付管理

创新医保支付方式，建立具有双向调整功能的支付方式，如科学核定单病种支付金额，结余归医院，超额进行客观评估，由资金和医院联合承担；实行按疾病相关组支付；对慢病提高门诊支付比例，减少住院频次；强化对分级诊疗的医保政策支撑。

### 三、 强化医保资金使用监管

依托信息支撑，强化实时监管；结合医院级别、诊疗范围等，有效控制医保资金支出；对过度医疗、过度检查行为，减少或拒绝医保支付，从而提高医保支付的效率。

## 医疗保障工作总结篇六

### （一）总体工作

完善“医保体系”建设。

一是积极开展城乡居民基本医疗保险参保登记工作，超额完

成市级下达参保率xx%目标任务；切实做好医保待遇支付工作，截至目前，城镇职工基本医疗保险支出xxxxxx万元，城乡居民基本医疗保险支出xxxx万元，大病医疗互助补充保险支出xxxx万元。

二是持续推进生育保险和职工医疗保险合并，统一参保范围，统一基金征缴，规范待遇标准，生育保险享受待遇xxxx人次；统一经办服务，实现生育津贴申领全程网办，统筹区内生育医疗费用出院联网结算，共拨付费用xxxx.x万元。

三是提高个人账户资金使用效率，增强互助共济能力，扩大支付范围。

四是做好城镇职工基本医疗保险职能划转工作。按照“权责边界清晰、工作机制健全、流程规范有序”的原则，完成xx项经办业务划转工作。

深化“医保改革”步伐。

一是持续深化药械集中采购改革工作，将高血压、糖尿病等常见病用药纳入药品集中采购，药品平均降幅xx%□切实减轻了患者的经济负担。

二是坚持控制成本、合理收治，全面推进以总控下按病组分值付费为主的支付方式改革，已完成对xxxx年参与按病组分值付费结算的xx家医疗机构考核。

三是深化“惠蓉保”普惠式商业健康保险试点，制定宣传方案、成立推进小组、明确专人负责、建立联动机制，积极指导承保公司因地制宜开展推广工作全区参保人数达xx万余人□xxxx年获评x市多层次医疗保障体系建设试点项目“惠蓉保”先进单位。



加快“医保同城”进程。

一是切实做好异地就医联网结算工作，加强异地就医联网结算政策宣传。辖区内定点医药机构异地就医直接结算开通率达xxx%□毗邻地区参保群众就医看病住院已实现一卡通行、一站结算。截至目前，共结算异地就医人员xxxxxx人次，万元。

二是实施异地就医备案承诺制，取消x平原经济区八市异地就医备案手续，简化了成渝地区备案手续。增加线上申请渠道，推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务，方便参保人员灵活选择备案方式。

三是推动成德眉资职工基本医疗保险关系无障碍转移接续，维护正常流动就业人员的医疗保障合法权益。

四是与x市荣经县医保局签订《深入推进x平原经济区医疗保障事业协同发展战略协议》，在“建机制、搭平台、强业务、促创新”四个方面达成共识，将多层面、多领域深度合作，联手抓好医疗保障公共服务共建共享。

推进“医保平台”上线。

一是按照省、市医保局上线工作总体部署成立工作专班，明确目标任务工作内容及目标。

二是成立现场督查组，按照分组包片原则，深度对接各定点医疗机构，收集存在的问题并进行现场指导、解决，全面深入督导保上线。

三是加强三级业务培训。强化内部培训、组织机构培训，延伸指导医疗机构开展全员培训，夯实上线业务基础。

四是主动协调作为。加强与人社局、卫健局进行沟通协调，

保持信息互联互通，确保参保人员在停机期间就医及参保待遇不受影响。五是全面应对新系统上线和参保高峰期的各类问题叠加，全局干部职工“全员备战、全员上阵、全员接件”积极采取排解举措，确保参保群众的问题及时得到解决。

## （二）特色亮点工作

一是不断增强长照试点动能。牢牢把握长照服务的民生属性，全面激活长照协议机构点位辐射功能和社会效益，深化长照险助力社区嵌入式养老服务实践，多渠道提供“公益十低偿”特色服务，形成“政策支撑，群众受益，企业发展，社会参与”的成华长照模式，累计惠及xxxx名失能失智群众家庭。经验做法获市医保局认可，由市医保局作为专报刊出，并得到市医保局主要领导肯定性批示。顾连护理站作为成华区长照险上门服务示范点位，先后承接全国xx余个省市区政府部门的考察调研。

二是不断提升医保服务能力。创建医保服务站（点），主动延伸公共服务触角，创新引入社会资源，创新打造了“场景+办理、线上+线下、窗口+自助”模式，构建了“x+n”便民服务体系，为区内参保群众提供医保关系转移、异地就医备案等xx项高频医保业务。梳理服务事项清单□xx项政务服务事项全部纳入省一体化政务服务平台运行和管理，城镇职工基本医疗保险划转职能下沉至xx个街道。全面实行“综合柜员制”经办模式，为参保群众提供“一门式受理、一站式服务、一柜式办结”的医保经办服务。完善业务大厅功能区设置，提升适老化服务能力，打造智能设备自助办理、综合窗口柜面办理、专人引导辅助办理的三位一体办理模式。大力推行“容缺办”，承诺服务时限，不断推动医保服务提质增效。多渠道多方式指导区内全部定点医药机构上线运行医保电子凭证，实现“卡上办”向“码上办”的转变。

三是不断做实救助兜底工作。紧紧围绕医疗救助工作，强化

部门横向联动、精准识别救助对象、落实医保兜底政策、加快待遇信息建设，最大限度地解决困难群众因病致贫、因病返贫问题，切实做到应救尽救。万元，资助xxxx名困难群众参加城乡居民基本医疗保险及大病补充医疗保险，万元。全区符合住院条件的定点医疗机构全部完成“一站式”即时联网结算新系统上线工作。

四是不断加强保障基金稳健运行。以法治为保障、信用管理为基础，持续开展协议监管日常监督和重点行业领域专项治理，实现对全区定点医药机构现场检查全覆盖；加强基金监管协同合作，强化全过程依法监管，制定医保基金监管工作流程，执法程序、执法依据、处置基准全统一，推进医保行政执法“三化”试点工作，强化内控管理，提升案件办理质效，并实现首例行政执法。成功组织召开了“成德眉资行政执法培训暨医保基金监管片区案例分析会”。创新监管方式，试点建设血透智能监控系统，完善现行稽核规则，逐步实现稽核标准化、规范化。培育社会化监管力量，充分调动医保体系内部参与者积极性，持续深化举报奖励制度，强化第三方协同监管，鼓励和支持新闻媒体舆论监督、社会参与监督，推动医保监管共建共治共享。全年共查出追回违规金额xxx.x万元，万元。

一是强化经办能力建设。优化异地就医结算管理服务，开展异地就医医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院、普通门诊、门诊慢特病费用线下线上一体化的异地就医结算服务。推进成德眉资职工基本医疗保险关系无障碍转移接续工作，落实四市内实际缴纳的职工医保缴费年限予以互认、个人账户结余资金可转移接续的政策，维护正常流动就业人员的医疗保障合法权益，进一步提高医保服务同城化水平。

二是营造普惠共享新局面。持续践行“医保普惠共济、公平共享”理念，积极应对人口老龄化，推进医保服务空间场所和信息化设施建设，优化无障碍设施建设，推进医保经办窗口适老化建设改造。强化与其他机构、部门的对接，实现医

疗救助人员信息的精准获取、对比，完善医疗救助内外监管机制，确保救助资金规范合理使用。持续将长期照护保险试点改革引向深入，指导照护机构开展中医康复、健康咨询、心理疏导、情感照护等公益服务活动，深化长期照护保险助力社区嵌入式养老服务实践。

三是医药服务供给侧改革。深化药品、医用耗材集中带量采购制度。完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式。增强医药服务水平，充分发挥医保杠杆作用，提升医药产业发展质量。

四是抓实医保平台上线工作。上线省一体化大数据平台后在政策调整期间，及时发布通知、公告，加强源头预防，减少突发群体性事件发生带来的社会影响。坚持“统一领导、分工负责、重点突出、快速响应、防范为主”的原则，积极对接市局、指导定点机构，尽快掌握情况、作出决策，避免因政策衔接、系统故障等问题引发的群体性异常情况以及信访问题，维护群众合法权益。

一是统筹实施医保征收工作。做好城乡居民基本医疗保险筹资工作。加强与区残联、民政、教育、税务、街道、社区以及辖区内学校等部门沟通，完善经办流程、畅通联络渠道、加强业务指导，确保我区城乡居民基本医疗保险参保登记率稳定保持在xx%以上。做好城镇职工基本医疗保险业务划转后的医保征收工作，与区社保局、税务局等部门建立良好的沟通机制，做好工作人员的业务培训，确保城镇职工基本医疗保险经办工作平稳过渡，推进法定人群全覆盖，保质保量完成参保群众应保尽保工作。

二是提升医保基金使用效能。常态化制度化开展国家组织药品耗材集中采购，逐步扩大药品和高值医用耗材集中带量采购范围。根据省市药品集中采购结果，组织医疗机构完成药品集采工作。加快形成鼓励定点医疗机构合理使用中选药品

的导向，完善相关激励机制和绩效考核制度，充分调动医疗机构、医务人员积极性，提高参保人员体验感。

三是推动医保工作提质增效。高质完成共建共享共用的全省一体化的医保信息平台上线工作，规范医保数据管理和应用权限，促进标准化和信息化融合，实现统一医保政策、统一业务规范、统一经办流程、统一技术水平。推进医保服务空间场所和信息化设施建设，适应人口流动需要，做好各类人群和医保关系跨地区转移接续，不断提升异地结算服务深度，完善异地就医直接结算服务，改善参保人员就医体验。持续延伸医保服务窗口，着力构建xx分钟医保服务圈，推动医疗保障公共服务标准化、规范化。

## 医疗保障工作总结篇七

xx年在我院领导高度重视下，按照医保处安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的整体思路，认真开展各项工作。经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定成效，现将我院医保工作总结如下：

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，. 加强组织领导，成立了由“一把手”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保的全面管理。重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。加强医院信息化管理，通过医保软件管理，能更规范更便捷的服务患者。大大减少了差错的发生。在院内外大力宣传医保政策，提高了医保工作认识。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院配置了电子显示屏，将收费项目，收费标准，药品价格公布于众，

接受群众监督，全面推行住院病人费用“一日清单制”，医院医保管理委员会制订了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策落到实处。进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记，住院治疗，出院补偿三个环节规范医疗服务行为，严格实行责任追究。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的挑战，正因为对医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职。

医保办工作人员定期下病房，传达新政策和反馈医保处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，并将不合格的病历要求责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范工作，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认识，提高了医疗质量。为参保人员提供了良好的就医环境。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关、友情操作。

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，圆满完成了各项工作任务。20xx年收治医保住院病人491人次，门诊病人1961人次，总费用1977312元，接待定点我院的离休干部158人次，总费用233996.19元，发生直补款1544299.5元，大大减轻了群众看病负担。

- 1、加强各项服务的管理优质化，方便于民，取信于民。
- 2、做好与医保处的协调工作。
- 3、加强对医保人员的政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

## 医疗保障工作总结篇八

xx年，在区委、区政府的领导下，我局按照“核心是精准、关键在落实、确保可持续”的工作要求，以开展“春季整改”、“夏季提升”“秋冬巩固”为主抓手，坚持问题导向，强化责任落实，创新工作举措，优化服务流程，着力解决贫困人口“因病致贫、因病返贫”问题，实现对贫困人口的医疗保障兜底，现就有关情况总结如下：

### （一）高度重视，强化组织领导和责任落实。

成立局扶贫领导小组，实行“一把手”总负责，分管领导具体抓，各股室负责人具体办，全体工作人员共同参与扶贫的工作机制。制定年度工作计划和方案，进一步细化各项任务分工，定期召开调度会，确保医保扶贫各项任务落到实处。

### （二）加强衔接，实现贫困人口应保尽保。

同时加强与财政部门的沟通联系，将建档立卡贫困人口参加城乡居民医保个人缴费财政全额补助资金及时落实到位。建立了与扶贫办、民政局信息共享机制，我局工作人员每月主动联系扶贫、民政部门，及时掌握贫困人员动态便新信息，准确完成了贫困人员参保信息录入登记，并反复比对筛查，对参保错误信息进一步反馈给关部门，做实精准标识。对于新增或减少人员建立参保信息动态管理台账，农村建档立卡人员从年初xx人到xx月底xx人，贫困人口参加基本医保、大病保险、重大疾病补充医疗险参保率始终保持xx%□

### （三）认真履职，全面落实贫困人员各项医疗保障待遇。

提高了建档立卡贫困人口大病保险补偿比例和贫困慢性病患者年度最高支付限额和报销比例；提高贫困家庭重性精神病患者救治保障水平，贫困家庭重性精神病患者，享受一个周期□xx天以内）免费住院治疗；对建档立卡贫困患者大病保险报销

起付线下降xx%□

全区建立了基本医保、大病保险、重大疾病补充险和医疗救助四道保障线机制，对经四道保障线报销住院费用报销比例达不到xx%的实行财政兜底保障□xx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xx人次，住院费用xx.x万，基本医保支付xx万元，大病保险支付xx万元，重大疾病补充保险报销xx.x万元，医疗救助xx.x万元，财政兜底保障xx万元。

在落实医疗保障待遇的同时，针对部分贫困户报销比例远超百分之九十的问题，我局积极与卫健等单位沟通协调，联合制定□xx区xx年健康扶贫实施方案》，明确了贫困户住院费用报销比例控制在xx%的适度要求，并于今年x月份在我市医保系统“一站式”结算软件上予以调整，确保贫困户住院报销比例稳定在xx%左右。

#### （四）优化医疗费用报销结算服务

一是在区内的公立医疗机构实行“先诊疗、后付费”一站式结算基础上，通过积极协调、争取支持，率先在包括x市中心人民医院、井冈山大学附属医院在内的全市所有三级公立医疗机构实行了贫困人员“先诊疗、后付费”一站式结算；二是我局进一步简化了零星医药费报销经办手续，在区便民服务中心设立“健康扶贫窗口”，实行五道保障线“一窗式”受理及限时办结制；三是在乡镇卫生院及街道社区卫生服务中心纳入门诊特殊病种定点医院，同时对符合条件的贫困村卫生室纳入门诊统筹定点单位，开通了门诊医药费用刷卡结算，方便了贫困人员门诊就医报销。

#### （五）简化门诊特殊病性病种证办理流程

开通绿色申报通道，经与定点医疗机构协商后，实行工作日在定点医疗机构随来随审，对符合准入条件的直接发证；对



申报恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗及尿毒症三种一类特殊慢性病种的取消医疗专家评审，凭相关医学证明材料直接在区行政审批局医保窗口登记发证；组织工作人员开展“大走访”，对符合申报条件贫困人员、五类人员慢病患者集中在定点医院进行体检，办理了门诊特殊慢性病种证，确保符合条件的门诊特殊慢性病患者及时办证到位，不落一人。

#### （六）加强政策宣传，提升医保惠民政策知晓率。

一是通过在电视台和网络媒体大力宣传医保扶贫、特殊门诊、一站式结算等政策，发放宣传资料、设立政策宣传栏等形式营造出浓厚宣传氛围。二是开展赠药下乡活动，深入贫困村贫困户家中走访慰问，大力宣传医保惠民政策。三是与扶贫办联合开展了二期政策培训班，对各村第一书记、帮扶干部进行医保政策宣讲，为贫困户患者就诊报销提供政策导航。

#### （七）开展打击欺诈骗保，严查不合理医疗费用支出。

为减轻贫困患者个人负担，确保基金安全运行，我局进一步加大了对定点医院医药费用的查处力度，在全区定点医药机构深入开展了打击欺诈骗保专项治理行动，组成二个检查小组，根据日常监管情况，结合智能审核监控系统数据分析对比，通过抽查病历、询问医生、回访病人、核对药品进销存台帐、夜查患者在院情况等方式，对全区xx家定点医药机构进行全覆盖检查。针对检查出的问题，采取约谈、通报、拒付医保基金、扣除违约金、暂停医保服务、解除服务协议以及行政处罚等多种方式进行严肃处理，对欺诈骗保行为起到了有力震慑作用。

截至目前，全区检查定点医药机构xx家，万余元；万元，万元；暂停定点医药机构医保服务协议五家，解除定点服务协议x家。

一是全面落实中央、省、市和区医保扶贫工作要求，重点解决

“两不愁三保障”中基本医疗保障面临的突出问题，落实对特殊贫困人口的各项保障措施，实现贫困人口基本医疗保障全覆盖，确保各项目标任务实现。

二是进一步加强与扶贫、财政部门沟通对接，及时掌握贫困户动态变更信息，及时在医保信息系统完成变更，确保贫困户xx%参保。

三是加强贫困户医药费用报销信息监测，深入定点医疗机构、镇村贫困户家中开展调研走访，及时发现和解决出现的问题，确保医药用各项报销政策落实到位。

四是进一步加大政策宣传及业务培训力度，面向定点医疗机构、基层人社及帮扶干部、第一书记举办医疗保障健康扶贫政策培训班，提高基层经办服务能力。

五是持续深入开展打击欺诈骗保工作，确保基金安全运行。