# 医保局个人工作总结范文(精选6篇)

来源：网络 作者：雪域冰心 更新时间：2025-05-20

*医保局个人工作总结范文120xx年，我县基本医疗保险工作在县委、政府的正确领导下，在区、市业务主管部门的帮助指导下，紧紧围绕构建和谐医保和服务县域经济发展工作目标，以思想大解放树立新形象学习活动为动力，突出重点抓扩面、创新思路抓管理、完善制...*

**医保局个人工作总结范文1**

20xx年，我县基本医疗保险工作在县委、政府的正确领导下，在区、市业务主管部门的帮助指导下，紧紧围绕构建和谐医保和服务县域经济发展工作目标，以思想大解放树立新形象学习活动为动力，突出重点抓扩面、创新思路抓管理、完善制度抓规范，团结一致、扎实进取、勤奋拼搏、勇于创新，努力完成市、县工作目标任务，确保我县基本医疗保险工作健康平稳运行。

>一、医疗工伤生育保险运行及任务完成情况

1、城镇职工基本医疗保险：市级今年下达扩面任务5630人，截止10月底，全县城镇职工参保5640人，完成市级下达参保任务的100%。应征缴基金688万元，实征缴基金568万元。统筹基金支出万元；个人账户支出300万元。

2、城乡居民基本医疗保险：市级今年下达参保任务102240人，截止10月底，全县城乡居民参保104649人，完成市级下达参保任务的102%。征缴基金386万元。其中，个人基金征缴万元，县级财政配套万元（中央和自治区财政配套由市级申请）。全县审核参保居民住院医疗费5384人次，基金支出万元；门诊待遇享受109397人次，支出万元。

3、工伤保险：市级今年下达扩面任务3500人，截止10月底，完成工伤保险参保3565人，完成市级下达参保任务的101%，实征缴基金41万元。审核工伤保险待遇9人次，基金支出万元。

4、生育保险：市级今年下达扩面任务3100人，截止10月底，完成生育保险参保3336人，完成市级下达参保任务的107%，实征缴基金40万元，基金支出万元。

5、大额医疗保险：截止20xx年10月底，全县参保4527人，应征基金36万元，实征缴基金36万元，征缴率100%。目前，全县享受大额医疗保险待遇14人次，基金支出32万元。

6、离休干部医疗保障：全县现有离休干部28人，财政全年安排离休干部医疗费18万元，截止目前，支付离休干部医疗费22人次，万元；门诊医疗费22人次，万元。离休干部医疗费在规定范围内得到实报实销。

>二、主要工作做法：

1、严格政策落实，促进城乡医保体系建设

今年来，我县严格按照固原市医保工作整体部署，认真贯彻落实《固原市城乡居民医疗保险实施办法》、《固原市城镇职工医疗保险生育保险市级统筹实施办法》、《关于加快推进统筹城乡居民基本医疗保险试点工作的通知》和《关于做好全市医疗工伤生育保险市级统筹后基金拨付管理工作的通知》等文件精神，坚持以人为本、科学发展，紧紧围绕区、市医保工作要求，把握整体工作思路，强化业务管理，促进城乡医保体系建设。一是加强与税务、财政和银行的联系协调，理顺征缴业务流程，认真做好职工医保、工伤和生育保险参保缴费工作，确保年度目标任务足额按时完成。二是按照区、市统一安排部署，认真做好城乡居民基本医疗保险试点和职工医保、生育、工伤保险市级统筹管理工作，有效解决群众反映的热点和难点问题，确保城乡医保工作顺利开展，维护社会和谐稳定。三是加强与劳监、安监等部门及相关企业的联系和协调，切实做好企业职工、农民工参加工伤保险工作，扩大工伤保险覆盖面。四是加强与乡镇、街道协调配合，积极落实城乡居民基本医疗保险政策，加强城乡医疗保险政策宣传，规范经办服务流程，认真配合做好基金上解市级管理工作，确保城乡居民医保工作任务全面完成。

2、加强基金管理，确保医保基金安全运行。

为确保医保基金安全有效运行，我们坚持基金财务制度管理，严格按照各项基金财务管理规范运行，完善内部财务制度，积极配合财务审计工作。一是认真执行各项基金财务国家和区级标准，做好医疗、工伤、生育保险基金收支两条线管理，加强财务制度和科室建设，分项进行财务记账管理。二是在今年年初我县申请审计部门分别对我县城镇职工、居民医疗保险和新农合基金进行年度审计，未发现基金违规问题。三是积极协调财政部门做好各项保险基金市级统筹管理工作，及时上解保险基金，目前以上解基金1690万元。四是落实各级财政、民政各类资金及时到位，目前县级各项民政、财政配套补助资金已全部落实到位。

3、加强定点机构管理，规范医疗服务行为

为加强定点医疗机构的协议管理，规范医疗服务行为，确保参保居民享受优质、价廉、便捷的服务。我们了加强定点医疗机构的监督稽查力度，一是在全县定点医疗机构全面推行参保人员住院实名制管理，强化接诊医生核查参保患者身份责任，防止各类冒名顶替行为发生。二是严格执行就医转诊转院审批登记制度，合理有序引导参保人员转外医疗。三是建立定点医疗机构费用控制机制，根据县内定点医疗机构往年次均住院费用，测算住院医疗费用控制范围，防止医疗费用不合理增长。四是在定点医疗机构设立结算中心，实现了医疗费用一站式结算，解决了群众就医“垫支”和“跑腿”问题，方便广大参保人员。五是加强稽核检查，稽查人员定期不定期深入两定机构对所提供服务、以及参保人员就医待遇享受管理等环节进行检查，查处冒名顶替、小病大治、挂床治疗等违规行为，并在参保待遇享受后开展回访和核查工作。六是建立异地协查和电话稽查机制，在周边省区与医疗机构建立了协查机制，定期开展实地稽查和电话协查，防止冒名顶替和套取医保基金的行为，确保了医疗保险基金安全有效运行。

>4、加强经办机构建设，整合经办资源。

为加快推进城乡基本医疗保险一体化进程，促进医疗卫生服务均等化，提高城乡居民医疗保障水平，20xx年实行城乡居民基本医疗保险市级统筹管理，按照自治区“六统一”即实行制度体系统一、管理体制统一、政策标准统一、支付结算统一、信息系统统一、经办服务统一的目标要求，为有效整合医疗保险经办资源，加强经办管理，提高经办能力。今年3月，根据区、县编制部门文件要求，将原新型农村合作医疗管理中心整体并入县医疗保险事务管理中心，现有编制13人，在编13人。同时，我中心在机构整合后，为加强管理，对原两单位人员及岗位进行了重新设置和调换，并设置了征缴、结算、稽核等业务科室，并进行了相关业务培训，统一了经办流程。通过经办机构的有效整合及人员岗位设置和培训，进一步加强经办机构经办能力，简化了经办流程、提高了工作效率。

5、加强政治业务学习，广泛开展宣传。

20xx年7月1日，《\_社会保险法》将正式实施，为加强对社会保险法宣传，按照区、市贯彻宣传《社会保险法》的工作要求，同时，结合市、县开展思想大解放、树立新形象学习活动工作安排，我中心精心制定方案，认真安排落实，积极开展了全单位“思想大解放、树立新形象”和《社会保险法》等业务知识学习活动，并组织参加了《社会保险法》知识竞赛和培训活动。同时，为加强对《社会保险法》等政策的宣传，我中心在经费紧张的情况下，制作了宣传传单，利用集市、定点机构设点宣传和下乡等方式，进行了广泛的宣传。通过“思想大解放、树立新形象”和《社会保险法》学习宣传活动，进一步提升干部职工的政治业务素质，提高了业务服务能力，促进了我县医疗保险工作和谐健康发展。

>三、存在的问题

1、城乡居民医疗保险政策宣传方面虽做了大量的工作，但还有部分参保群众在政策理解上存在差异，主要是具体政策细节等方面了解还不够透彻，宣传力度还不够深入。

2、20xx年统筹城乡居民医疗保险后，乡镇人民政府民生服务中心将承担参保登记、档案建立和管理、基础数据录入等工作，但目前乡镇民生服务中心建设迟缓，人员不足影响了此项工作的开展。

3、城乡医疗保险信息化建设缓慢，经办管理手段落后，经办服务效率有限。

3、城乡居民医疗保险覆盖面广，经办机构任务繁重，工作量大，但经办机构业务人员业务经费紧张，业务用房不足。

**医保局个人工作总结范文2**

医保管理工作，是医院管理工作的重要内容，也是医疗质量管理之重点。一年来，我们在县卫生局和医保处的支持和领导下，在我院领导高度重视下，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了较好成绩。现将我院医保工作总结如下：

>一、基本情况

20XX年，共收治医保患者29446人次，总费用为元（其中门诊患者28704人次，费用元，人均费用元。住院患者742人次，人均住院日20日，总费用元，人均费用元）。药品总费用元。占总费用的。自费金额（现金支付）元，占总费用的。

>二、完善了组织机构和管理制度

1、为了确保基本医疗参保人员在我院就诊的质量，医院根据实际情况，重新调整了基本医疗保险工作领导小组、医疗保险管理小组、并确定专职管理人员与医保中心保持畅通联系，共同做好定点医疗服务管理工作。

2、严格执行国家医疗服务收费项目标准价格，公开药品价格，合理收费，为参保者提供就医消费清单和收费票据。医疗费用结算材料真实、完整、准确，按月及时报送。

3、对医保患者，认真进行身份识别，不挂名，冒名医治用药，不挂床，不分解医治，对酗酒、交通肇事、工伤、自杀等拒绝其使用医疗保险卡，并及时与医保管理中心联系。确实做到因病施治、合理检查、合理用药。

4、认真贯彻落实医保办的指令和文件精神，不断完善制度建设，制定实施方案、奖惩制度和考核机制。

>三、组织学习培训

为了确保每个工作人员熟悉医保相关政策、规定，院领导组织全院职工认真学习职工基本医疗保险有关政策和《医保服务协议》，积极参加有关医保工作会议，提供与医保有关的材料和数据。定期组织医保科和全院相关人员召开医保专题工作会议，及时传达上级会议精神，把各项政策措施落到实处。

特别是今年7月开始，全市医保刷卡联网，我们医保科、信息科医保处的精心指导下，加班加点共同努力，顺利开通联网工作。

>四、做好宣传工作

为了确保每个工作人员及就诊患者能更好的了解医保知识，我院刊登了医保宣传栏，设置了医保投诉箱、投诉电话、咨询服务台及医保意见簿，认真处理参保患者的投诉，为参保者提供优质的服务。

>五、存在的主要问题

因医院人员流动频繁，使新进的医护人员对医保限制用药政策熟悉程度不够，对贯彻医保政策意识还不完全到位，在医保操作的具体工作上，还存在着一些不足。

今后要进一步加强医生的医疗保险政策的培训、普及，加大力度宣传医疗保险的有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，健全医保网络建设，强化内部管理监督，层层落实责任制，为我县实施基本医疗保险制度改革作出积极的贡献。

**医保局个人工作总结范文3**

20\_年，在市委、市政府的.正确领导下，在国家和省医保局的有力指导下，全市医疗保障系统始终坚持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、十九届四中、五中全会、省市委全会和国家、省医保工作会议精神，以推进医保治理体系和治理能力现代化为主线，以打造公平、安全、高效、便捷、智慧、清廉“六个医保”为抓手，扎实有序推进医保各方面工作落实，取得良好成效。尤其是扎实推进国家医保基金监管方式创新试点工作，圆满承办中期评估现场会，考核得分位居全国26个试点地区第一名；正式揭牌全国首个医保反欺诈中心，为全国医保监管体制改革提供了湖州方案；打造全国首个湖州城市大脑医保驾驶舱，开启医保“智治”时代；平稳实现了市域职工基本医保制度的完全统一，市域医保更加公平；精准扎实推进医保领域脱贫攻坚，在全省率先真正实现医疗救助“不落一户、不落一人”；严格抓好国家药品带量采购和全市抗微生物集采落地，共节约医保基金亿元；深化医保支付方式改革，城市医共体总额预算下的多元复合式支付方式改革在全市域推行；发布全省首个医保基层经办服务标准，医保服务更加精细化；长三角一体化进程持续加快，在全省率先实现沪苏浙皖跨省门诊费用双向直接结算。全年，省、市领导批示肯定医保工作20次，市级媒体报道130余次，省级及以上媒体报道30余次，12个兄弟地市来湖学习考察，30多位群众向我们赠送锦旗和感谢信，为我们点赞！主要体现在以下几个方面：

>1.致力坚决打赢疫情防控阻击战，兜底保障展现担当。

面对突如其来的疫情，在\_和省市委的坚强领导下，全市医保部门闻令而动，全力以赴做好医保领域疫情防控和服务保障工作。

一是兜底保障救治。按照上级部署，第一时间出台了4个文件和一系列措施，对患者医疗费实施兜底保障，向医疗机构累计拨付基金亿元，不折不扣落实了“两个确保”。

二是助力精准排摸。通过医保大数据实施重点人员筛查，发动全市所有零售药店开展联防联控，累计筛查上报万人，助力湖州成为全省确诊病例最少、“清零”最早的城市。

三是优化经办服务。推出了“预约办”、“代理办”、“邮寄办”、“电话办”等新服务模式，引导企业、群众“网上”“掌上”办医保。

四是强化执勤值守。组织发动干部值守高速路口和公路卡点，下沉社区入户排查，赴结对社区开展防控协查，累计出动700余人次。

五是支持企业复工。全市阶段性减征职工医保费万户，累计减免亿元，为促进复工复产、保持就业稳定提供了强有力的保障。全系统19支服务队主动上门服务指导，50家结对企业在3月底前全部复工复产。

>2>.致力推进医保基金监管方式创新，试点工作走在前列。

始终把加强医保基金监管作为首要任务来抓。按照“整体智治、共治共享”的思路，整体推进医保基金责任体系、监管方式、管理手段创新，全面系统加强医保基金监管，走在了全国前列。

一是强化源头防治，建立全链条、全过程责任体系。实行定点单位分类协议管理，落实“两定机构”主体责任。在全省创新建立以医保科长为主体的医保督导员制度，探索建立公立医疗机构医保违规问责追责机制，强化医院内部管控。完善医保基金监督检查管理办法，开发医保检查执法管理系统，推行“互联网+监管”，实现医保执法程序化、规范化、信息化。

二是拓展各方共治，构建多层次、立体化监管网络。在全国率先建立医保反欺诈中心并实现区县全覆盖。由中心牵头，成立医疗保障研究专家库、医疗专家库、药学专家库、法律专家库、会计审计专家库等“五个专家库”215人队伍，为医保治理提供智慧支撑。健全多部门联动机制，构建部门间信息互通、结果互认、力量叠加的监管格局。积极引入审计部门、会计师事务所、商业保险公司等第三方机构开展医保基金监管协查，实现关口前移、高效精准。

三是深化数据智治，打造全天候、无盲区医保智管系统。在全国率先开发湖州城市数字大脑医保驾驶舱，打造“两中心，五平台”（即指挥中心、数据中心，业务运行监测平台、决策分析平台、智慧监管平台、辅助执法平台、内控稽核平台），实施大数据实时动态智能监控，实现对医保的整体研判、协同指挥、跟踪监督和对医保基金的全天候、全方位、全过程监管。

四是持续依法严治，营造不敢违、不能骗浓厚氛围。持续开展“打击欺诈骗保、维护基金安全”集中宣传月活动，创新推出基金监管“云培训”、“小喇叭大广播”、抖音小视频、微信朋友圈接力等宣传活动，营造良好社会氛围。严打欺诈骗保，20\_年，全市共检查定点医药机构1146家，检查覆盖率100%，查处定点医药机构667家，查处参保人员28人，追回基金万元，形成强烈震慑。

20\_年，全市医保统筹基金收入亿元，同比增长；支出亿元，同比增长；当年结余亿元，累计结余亿元。其中：职工医保统筹基金政策性减征亿元，共收入亿元，同比增长；统筹基金支出亿元，同比下降，当年基金结余亿元，累计结余亿元，支付能力个月。居民医保基金收入亿元，同比增长；基金支出亿元，同比增长，基金当年结余亿元，累计结余亿元，支付能力个月。

>3>.致力完善多层次医疗保障体系，待遇水平稳步提升。

按照“稳为先、统为要，迈小步、不停步”的思路，以制度建设为依托，做实基本医疗保险制度市域统一，更好筑牢基本医保、大病保险和医疗救助三道保障线，发挥医保保基本、兜底线作用。

一是稳步推进市域医保政策统一。研究制定《湖州市职工基本医疗保险管理办法》，对全市基本医疗保险筹资标准、待遇水平、基金监管、制度衔接等进行全面统一，更好解决市域医保政策碎片化、待遇差异化问题。

二是稳步提升医保待遇。20\_年城乡居民基本医疗保险财政补助标准人均增加138元，达到每人每年1108元，成年人与未成年人总筹资标准分别达到1648元和1548元，大病保险报销比例再提高5个点，进一步提高保障能力。

三是抓紧抓实医疗救助工作。创新与民政部门建立困难人员信息实时共享机制和大额医疗费用预警机制，探索建立救助人员医保中断预警机制，确保医疗救助“不落一户、不落一人”。20\_年，全市共资助参保万人，资助金额万元；医疗救助万人次，救助金额万元，充分发挥医疗救助的托底保障作用。

>4>.致力深化医保领域各项改革，基金使用更加高效。

以提高医保基金使用绩效为目标，深入推进医保领域各项改革，更好推动医保、医疗、医药联动改革系统集成，保障群众获得优质实惠的医药服务。

一是推进医共体医保支付方式改革。按照“全域推进、多元复合、绩效挂钩”的原则，在全市域推进城市医共体总额预算管理下的多元复合医保支付方式改革。建立医保支付向医疗重点学科适当倾斜的机制，大力促进湖州医学高地建设；在全省率先探索体现中医特色的DRG分组体系和医保支付方式，促进中医药传承发展；着眼引导患者到基层就诊，助推分级诊疗，在疾病基础组实行同城同病同效同价改革。配套制定绩效评估办法，督促医疗机构合理治疗，确保改革实效。

二是抓好国家和市药品集中采购成果落地。联合市卫健委、市经信局、市市场\_共同抓好国家集中带量采购药品落地工作，截至12月底，第一批25个中选产品平均完成约定采购量的202%，第二批32个中选药品平均完成约定采购量的，全部品种均超约定采购量10%以上，第三批完成率，共减少药品支出5482万元。抓好市抗微生物药品集中采购落地工作，减少药品支出亿元。

三是理顺医疗服务价格体系。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，探索建立医疗服务价格动态调整机制，并按照“一腾一降一调一池”的思路，在全省率先全市域完成第三轮医疗服务价格调整工作，省政府领导作出批示肯定。

>5>.致力打造医保服务最便捷地市，医保服务更加暖心。

围绕打造医保服务最便捷地市目标，持续深化医保领域“最多跑一次”改革，扎实推进医保经办管理和服务体系建设，不断提高信息化服务水平，为群众提供更加便捷高效的医保服务。

一是持续深化医保领域“最多跑一次”改革。打造全市域统一的医保经办服务系统，制定发布全省首个医疗保障业务基层经办规范，对4大类、20个服务事项在市级层面进行规范统一。持续加强基层经办能力建设，多频次开展业务经办培训，夯实基层经办基础。打造市、区（县）、乡镇（街道）、村（社区）四级经办网络，20个政务服务事项下延全市73个乡镇（街道），13个高频民生事项下延到1278个村（社区），为全省提供“医保服务不出村”改革样本。推动实现医保服务事项向公立医院、农商行、邮政公司等公共领域延伸，转院转诊备案、特殊慢病备案、“3+N”报销结算联办等“一件事”在全市二级及以上医院实现全覆盖，深受群众欢迎。

二是加快融入长三角医保一体化大局。圆满承办了长三角三省一市医保局长会议，与上海市虹口区、江苏省无锡市、常州市和安徽省宣城市签订《长三角产业合作区医疗保障协同发展协议》，共同推动长三角地区医疗保障公共资源同城化、信息化、一体化进程。积极推进长三角地区异地就医互联互通，全市146家医疗机构全部接入国家和省异地就医、长三角门诊结算系统，沪苏浙皖四地市8200多家医疗机构实现门诊双向直接结算。

**医保局个人工作总结范文4**

我院20xx年度的医保工作在院长的领导下，由业务副院长直接分管、协调我院的医保工作。根据年初与州医保中心签订的协议，我院认真贯彻和落实相关的政策、法规和州医保中心的相关规定，加强督促和检查，认真做好医保工作，让就诊患者明明白白消费，切实保障广大参保人员待遇，促进社会保障和卫生事业的共同发展。现将20\_年度我院的医保工作总结如下：

>一、 管理工作

1、在分管副院长的直接领导下，设医保办公室对院内医保政策、法规的执行情况进行督促检查，配合各医保中心做好服务管理工作。

2、建立健全了医保工作管理制度，医疗工作制度和相关工作制度，建立首诊负责制度，转科、转院制度等相关的核心制度。建立精神科临床路径，以科学化的临床路径管理入院患者的治疗、康复工作。建立一日清单制度，让住院患者明白自己每一天的治疗情况、费用支出情况。但由于我院住院患者的特殊性，清单患者不易保管，所以我院根据患者及家属的需要提供一日清单或汇总清单，对于此制度的执行情况得到患者及家属的理解，全年无此类投诉发生。

3、经常深入门诊、收费室及各临床科室督促检查收费情况和对医保政策的执行情况，对用药是否合理、检查是否合理、治疗项目是否合理进行检查，发现问题及时纠正和处理。对住院的参保人员，坚持不使用超出目录范围的药物，如果病情特殊需要使用的，必须向患者或者家属说明情况，得到患者和家属的同意并签字确认后方能使用。与患者家属无法未得联系的，因病情需要使用特殊的治疗、药物的，科室向医务科、医保办报告，得到批准后方可使用。全年未发现有不合理用药、检查、收费的情况，能严格执行医保相关政策。

4、严格执行出、入院标准，认真执行门诊首诊负责制，全年无推诿、拒收病人的情况，无不正当理由将患者转院、出院的情况发生。认真核对就诊患者提供的《社会保障卡》与其身份是否相符，就诊患者是否按规定参保，全年所有住院患者均按实名住院，没有出院冒名住院的情况。

5、全年办理职工医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。办理居民医保出院结算xx人次，住院总费用xx万元，医保统筹支付基金xx万元。

6、严格按医保相关政策对职工、居民医保门诊慢性病进行现场报销。

7、严格执行物价政策，全年无发现违反相关价格政策，

私立项目收费、分解项目收费、超标准收费的情况。

8、 每月按时做好医保申报表，及时报送相关部门，督促财务人员按时申报兑付医保资金。

>二、宣传工作

1、遵守医院的各项规章制度，及时传达省州有关医保的政策、法规。与中心机房沟通后，将医保相关政策及收费项目、收费价格在电子大屏幕进行公示，由原来的厨窗式公示模式改进到电子化大屏幕公示，及时更新及增减内容，利用公示屏的宣传，主动接受患者及家属的监督，让来就诊和住院的患者、家属明白相关的政策、规定，使患者能够及时了解相关信息，明白我院收费及医保工作管理情况。

2、每月一次组织学习新的医保政策，对州、市及和县医保中心反馈回来的意见进行通报，落实整改。通过通报各科室对医保、新农合政策执行情况所反映出来的问题，有效地制止了医疗费用过快上涨的势头。

3、门诊部设立了导医咨询台，负责指导和帮助患者就诊。并在收费室及住院部醒目位置设立医保意见箱，主动接受患者及家属的监督和投诉，全年共开箱检查12次，未接到与医疗保险相关的投诉。

4、热情接待患者及家属的来访、咨询，认真进行讲解和处理，不能处理的及时向领导汇报协调有关部门给予处理。遇特殊情况时，及时与医保中心取得联系，及时沟通，

避免误会，确保问题得到合理、及时的解决，保障患者能得到及时、有效的治疗。

5、深入科室，了解医保政策执行情况，认真听取医务人员及患者的意见，及时分析做好反馈，做好各个环节的协调工作，积极争取更好的优惠政策，更好的为患者服务。

>三、其他工作

1、按时上报上年度职工工资情况，以便州医保中心核定当年的医疗保险缴费基数，并及时申报新进人员及退休职工医疗保险变更情况和办理相关手续。

2、配合州、市医保中心完成临时性的工作，及时将有关部门的文件精神和政策接收、传达并落实。

3、严格执行《xx人力资源和社会保障局关于进一步完善城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病慢性病管理工作的通知》（xx）［20\_]1５号）规定，及时测试医保收费系统，并于20\_年1月1日开始执行特殊疾病、慢性病即时结算工作。

**医保局个人工作总结范文5**

20xx年，我在县医保局领导班子的坚强领导下，坚持以“三个代表”重要思想为指导，认真贯彻落实科学发展观，立足基层、着眼实际，以落实“民生工程”为核心，全心全意为人民群众提供优质高效的热情服务，为维护单位整体形象、促进各项工作有序进展，作出了个人力所能及的贡献。现总结如下：

1、勤学习，苦钻研，全方位提高自身综合素质。为进一步适应医保工作新形势，这些年来，我一直坚持在学中干、在干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，认真把握县委县政府对医保工作的新要求，积极参加县财政局和医保局组织举办的各类有关会计知识的技能学习和考试、考核、培训，全面把握有关财经纪律和工作制度，进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，多向领导请示，多与同事和同行交流探讨，相互取长补短，真正做到在政治上相互信任;在思想上相互交流;在工作上互为支持、互为补充。

2、爱工作，乐奉献，为参保职工提供热情服务。在日常工作中，我主要负责城镇职工医保、城镇居民医保、工伤保险等医保结算等日常事务性工作。为进一步规范服务行为，提高服务意识，我牢固树立“社会医保”、“阳光医保”的服务信念。特别是在每年的月份城镇居民医保数据采集期间，经常加班加点，但我毫无怨言。会同同事积极对外宣传推介我县医保工作政策，认真做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员城镇职工积极参保。及时发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续。在日常工作中，我认真核算各有关医院的报销数据、切实做好各类慢性病的报销工作，定期与财政、银行、医院等单位核对相关数据，确保各项工作顺利完成，获得了领导和同事的好评。

**医保局个人工作总结范文6**

20\_年，在市委、市政府的坚强领导下，市医疗保障局党组以“攻坚年”活动为抓手，坚持服务大局，聚焦主责主业，认真履职尽责，以创促新，积极适应新形势、新常态、新要求，奋发有为推进医疗保障事业改革发展，全力以赴夺取疫情防控和经济社会发展“双胜利”。

>一、目标任务完成情况

截至20\_年11月底，全市医疗、生育保险参保人数分别达到万人和万人；全市职工医保基金核定应收333640万元、城乡居民医保基金核定应收310426万元；全市职工医保基金征缴达到316520万元，城乡居民医保基金征缴达到310426万元；全市职工医保基金支出337233万元，城乡居民医保基金支出300779万元。全市基本医疗保险参保率达，各项基金收支平衡、略有结余，较好地落实和保障类参保群众的各项待遇。

>二、重点工作推进情况

（一）全力打好疫情防控攻坚战。

结合医保职能，先后出台了《关于落实新冠肺炎病毒患者特殊保障措施的通知》、《关于做好疫情防控期间新冠肺炎发热病人门诊检查费用保障工作的通知》、《关于做好疫情防控期间药品零售服务工作的紧急通知》等一系列政策措施，确保了患者不因费用耽误治疗，确保了参保群众疫情期间就医、用药得到保障；建立疫情防控“三服务五到位”联防联控机制，实行“防控疫情电话办，医保服务不打烊”线上办理和24小时值班制，将新冠肺炎发热病人门诊检查费用纳入医保支付范围，建立疫情防控期间药品配送制度，保障群众用药。一是医保服务项目全面实现网上办理，最大程度降低交叉感染风险。二是将新冠肺炎患者住院费用纳入医保报销。按照国家和省统一要求，将新冠肺炎病例住院费用纳入医保报销及时结算。于20\_年1月，将治疗新冠肺炎的目录外药品及治疗项目临时纳入医保目录，保证患者得到及时治疗。三是将新冠肺炎检测项目纳入医保目录。按照省统一要求，于20\_年5月，将新冠肺炎核酸检测、抗体检测项目临时纳入医保目录，按乙类管理。四是做好新冠肺炎患者医疗费用结算工作。截止9月底，全市新冠肺炎住院定点救治医疗机构共有97家，共收治新冠确诊和疑似参保患者4595人次（4141人数），总费用4768万元，新冠肺炎医保结算率达到100%。

（二）深入推进“双报到”工作。

扎实开展“双报到”工作，将党员充分融入基层社会治理。局党组以身作则，疫情期间协助双报到社区解决口罩不足、消杀药品短缺问题，保障社区防疫物资供应。组织动员、督促党员干部到居住地社区就近报到、开展值班值守、消杀清洁、物资配送等志愿服务活动，疫情期间局系统41名党员干部累计参加社区抗疫476人次、1307小时，涌现出一批优秀\_员和典型事迹。疫后常态化开展“双报到”，督促党员干部主动参与到防汛抗洪、汉江流域生态保护、安全大巡查、夜间巡逻等活动中，党员双报到率达100%，充分发挥了党员在基层治理中的先锋模范作用。

（三）全力以赴打好脱贫攻坚战。

在驻点扶贫方面：选派党员骨干充实到扶贫工作队，增强扶贫力量。落实“两天一夜”、“五天四夜”工作制，积极开展“四方会商”，与村委共谋产业发展，投入10余万元助力漫云村改善人居环境、扶持种植、养殖业发展。组织党员干部定期入户结对帮扶。与村干部联合举办主题党日，提振脱贫攻坚信心。在行业扶贫方面：一是全市338043名建档立卡贫困人员全部纳入医疗保障覆盖范围，参保率达到100%；二是针对中央巡视湖北提出的医保扶贫标准过高问题，出台《关于进一步做好农村贫困人口基本医疗保障工作的通知》，对我市健康扶贫政策进行了调整；三是各县（市、区）在县域内和市区的3家三甲医院均实现了“一站式、一票制”结算；四是全面落实新“985”待遇标准，医疗保险政策范围内报销比例达，门诊慢性病报销比例达80%。五是抓好扶贫领域巡视巡察反馈问题整改。先后解决了乡村医生招不进、留不住和部分建档立卡贫困人口医保补贴未落实等问题，补差支付一般诊疗费万元，提升了乡村医生收入。完成万余名贫困人口补贴整改，到位资金66万元。

（四）落实“六稳六保”，助力企业复工复产。

一是实行阶段性企业医保费减征，2月至6月共减征参保企业医保费亿元，减轻缴费负担。二是实施困难企业缓缴政策，可缓缴6个月。三是对流动资金困难的344家中小制造企业，实行按季征收，缓解资金流动紧张问题。四是落实“千名干部进千企”，帮助湖北朗东机电公司顺利享受社保、房产税等税费减免6万多元，协助企业贷款100万余元，协调法院解决企业欠账难题。协助超卓航空公司解决司法判决执行难问题，协调法院及时追缴企业欠账，结清企业官司，为企业上市保驾护航

（五）优化营商环境，推进医保“放管服”改革。

一是简化两定机构申报程序。降低申报门槛，将申报资料由9项简化为4项，实行了即时申报即时受理，办结时间缩短为5个工作日，医药机构申报定点更加方便，截止20\_年10月底，新签订协议医药机构共264家，其中医院2家，门诊162家，药店100家。续签协议的共有496家，其中门诊94家，药店402家。我市成为全省申报医保定点机构材料最少、流程最优、时限最短的地区。二是简化医保异地就医备案手续，开通了业务大厅窗口、支付宝、微信、湖北政务服务网、人社APP五种渠道办理，实现了即时办结。取消了异地居住证明等多个手续，方便群众就医备案。三是扩大慢性病门诊定点药店范围。20\_年市区共新增慢性病门诊定点药店18家，由原来的11家，增至29家，极大的方便了参保群众就近购药报销。四是推进医保服务只进一扇门改革。各县（市、区）医保服务陆续进驻行政服务中心，市直医保业务大厅于10月底整体进驻市民中心，实现了医保服务“一门办、一网办、一城办、一次办”。

（六）推进医疗保障重点改革工作。

一是做实城乡居民医疗保险市级统筹，建立起第三方审计制度，实现城乡居民医保基金统一调配，增强抗风险能力。二是落实深化医药价格改革，取消了我市公立医疗机构医用耗材加成，执行新调整医疗服务价格。三是深化药品及耗材集中采购制度改革。实行采购量分解办法，通过带量采购、降低价格，让群众享受实惠。四是推进异地就医联网结算。今年新增异地联网结算定点医疗机构37家，享受异地联网结算的9264人次，医疗总费用23904万元，统筹基金支付12602万元，群众享受异地就医更加便利。五是引入第三方监管，推进医保监管方式创新试点工作，顺利通过国家试点项目中期评估。

（七）开展打击欺诈骗保、医疗机构规范使用医保基金专项行动。

成立医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作领导小组，印发了《襄阳市医疗保障局开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作方案》。在6月份开展了为期一个月的“打击欺诈骗保、维护基金安全”为主题的集中宣传月活动。印发襄阳市基本医疗保险医保便民服务手册政策问答2万本，打击欺诈骗保基金行为你问我答、新健康扶贫“985”政策宣传折页4万份，张贴宣传海报1万张。并开展了多种形式、多种渠道的宣传活动。打击欺诈骗保工作重点抓好了三个方面：一是强化日常监管。1至10月，现场检查医疗机构3024家，处理违规违法医疗机构310家，暂停医疗机构医保服务25家，解除医保服务2家，追回医保基金2572万元，其中行政处罚580万元，处理参保人员违法违规10例，追回医保基金17万元。二是开展20\_年医疗机构规范使用医保基金、骨科高值耗材、精神科收费专项检查。从全市抽调骨干力量、请第三方专业机构共计121人组成12个检查组，对全市医疗机构开展了为期25天的全覆盖检查，共计检查212家医疗机构，其中三级医疗机构10家（含专科三级）、二级医疗机构47家、一级医疗机构155家发现涉嫌违规金额约2500万元，对检查发现的问题我局正在依法依规严肃处理。三是认真查办举报投诉案件。1-10月共办理11件投诉举报案件，其中国家局和省局转办3件，打击欺诈骗保投诉举报电话3件，来信举报1件，12345市长热线投诉举报1件，信访办1件，互联网+监管平台1件，市巡察办转办1件。逐一调查核实，并依法依规做出合理性答复，确保“件件有落实、事事有回应、闭环处理到位”。

（八）防范化解重大风险，维护经济社会稳定发展。

一是开展意识领域风险排查。围绕党员干部思想状态、服务效能建设、参保群众诉求等每周开展1次排查，预估意识形态风险，提前做好应对，确保了意识形态领域安全。二是及时处理来信来访。开通局门户网站、微信公众号，公布信访举报电话，及时受理“12345”、阳光信访以及群众来信来访，68项信访事项，回复率达到100%；妥善解决了国企改革遗留的3起老工伤患者医保待遇问题。三是推进医保诚信体系建设。完善了医保举报奖励制度和“黑名单”制度，建立“双随机一公开”工作机制，定期与相关部门对接发布诚信信息。四是发挥医疗救助的社会职能。对部分享受医疗救助人员参加城乡居民医保个人缴费给予全额资助，资助资金从医疗救助资金中列支；在各定点医院对贫困患者医疗救助费用实行“一站式”结算。

（九）进一步完善医保付费方式。

一是严格执行年终清算。20\_年1月，按照总额预付管理办法，对20\_年度实施总额预付管理的定点医疗机构进行了全面考核、清算，对于各定点医疗机构结余费用，符合规定的按比例留用，对合理超支费用根据情况按规定比例分担。二是完善总额预付相关政策。20\_年3月，结合我市医保总额预付管理情况，对《襄阳市基本医疗保险住院费总额预付结算管理暂行办法》（襄人社发〔20\_〕137号）进行了调整、完善，出台了《襄阳市基本医疗保险总额预付结算办法》（襄医保发〔20\_〕11号），并于20\_年起开始执行。三是落实20\_年度基金预付费政策。20\_年4月，按照总额预付结算办法制定了20\_年度总额预付方案，将全年基金预算收入全部纳入付费总额管理范围，并按各医疗机构上年度结算情况测算20\_年度总额。同时要求并督促各县（市）、区医保经办机构根据文件要求，将基金按时足额预拨付给医疗机构。全市各级医保经办机构均已制定了20\_年度医保总额预付方案，并按规定执行拨付工作。

（十）健全完善医保支付机制。

一是进一步扩大病种结算范围，提高支付标准。20\_年5月，根据医保基金收支、医疗项目价格调整、医疗费用变化等情况，依据《市医疗保障局关于调整部分基本医疗待遇支付与费用结算标准的通知》要求，进一步扩大了按病种付费范围，同时，对我市部分医疗待遇支付标准进行了调整。政策调整后医保按病种结算病种由291种增加至295种，该文件于20\_年7月1日起执行。二是调整定点医疗机构医保住院人次定额标准。20\_年5月，根据近年来基金运行及结余情况，结合定点医疗机构近三年医疗费用变化情况，经研究测算，对我市部分定点医疗机构职工医保住院人次定额标准进行了调整。

（十一）落实“两病”门诊用药保障机制。

修订完善了城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障政策，对参保居民“两病”用药不设起付线，一个结算年度内参保居民在二级以下定点医疗机构发生的门诊药品费用，政策范围内费用按50%报销，医保基金年度最高支付限额为1000元（含普通门诊统筹限额800元），月支付限额不超过50元。截止今年10月30日，全市共计12538人次享受“两病”门诊用药保障待遇，医保基金共计支出万元。

（十二）落实新药品目录及医保支付标准。

一是落实新药品目录。20\_年1月，根据《省医疗保障局 省人力资源和社会保障厅关于做好实施工作的通知》（鄂医保发〔20\_〕77号）文件要求，及时更新我市基本医疗保险药品目录。此后，分别在3月、4月、5月、7月、9月与省级同步更新了《湖北省医保药品目录数据库》中药品信息。二是保障国家谈判药品待遇落地。1月出台《市医疗保障局 市人力资源和社会保障局关于转发实施工作的通知>的通知》（襄医保发〔20\_〕3号），对国家114种谈判药品的报销政策予以明确，确定支付标准、拟定报销流程、确定鉴定及开方医师。同时，对医保系统参数进行了调整，保证广大参保患者能够按规定享受相应的医保待遇。据统计，全市20\_年1-10月国家127种抗癌药品共计发生医保报销61568人次，药品费用总金额万元，医保统筹支出总金万元。

（十三）优化医保经办服务。

一是认真落实国家和省有关医疗保障信息化建设及公共服务治理要求，深化医保APP、异地就医等平台建设，做好定点医药机构信息维护、医保按病种结算、慢性病门诊等业务编码标准维护等工作。20\_年参与国家医疗保障局医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护工作，其中维护并赋码定点零售药店1291家，定点医疗机构1582家，医保药师1117人，医保医师9408人，医保护士11461人，维护率和赋码率均达到100%，位居全省第一。二是坚持问题导向，认真疏理11项政务服务清单事项，致力打造流程最优、时限最短、资料最少、服务最便捷的医保公共服务，并将所有事项按要求进驻市民服务中心，其中“异地就医备案”、“定点医药机构申请”、“慢性病门诊待遇申请”、“定点医药机构费用结算”四项业务实现了全省办理时限最短、资料最少、流程最优。

（十四）加快推进医保信息化建设。

一是启动医保信息系统分拆及数据移交工作。与人社局协商，确定了系统分拆和移交的思路，起草了工作方案，相关工作目前正在推进中。二是加强系统经办服务能力。完成了与省互联网医保平台慢性病线上复诊及购药系统的对接建设，完成了全市城乡居民医保信息系统基本医疗、大病医疗、医疗救助“三位一体”“一站式”结算的系统改造，实现了与省级平台的协同联动。三是进一步提高医保移动端信息服务水平。9月上线了襄阳职工医保电子凭证，提供职工医保个人账户脱卡支付、余额查询、上账明细查询、交易明细查询等功能，截止11月17日绑卡激活33900余人，脱卡交易28900多笔，交易金额280万元。四是继续做好相关数据上报工作。配合市人社局做好每月的180项联网数据上报工作，定期做好每月的医保个人账户刷卡财源数据上报工作，完成职保个税20\_年前三季度共享数据、职保参保基础数据、慢性病登记备案数据的提取上报工作。五是做好国家医疗保障信息编码维护的技术保障工作。组织协调完成了全市经办机构、两定机构、医师护士药师等动态编码维护工作，并做好相应的操作指导和技术支持工作。六是开展内部计算机网络的安全管理工作。完成了中心内部网络排查和标注，对发现的安全隐患进行了督办和整改；开展办公电脑的IP、MC地址登记备案，为网络安全管理奠定基础。

>三、20xx年度工作计划

20xx年市医疗保障局将在市委、市政府的坚强领导下，紧紧围绕党和政府的关切、人民群众的期盼，坚持以人民为中心的发展理念，系统推进医疗保障制度改革。

（一）持续扩大医疗、生育保险覆盖面。

力争城乡基本医疗保险参保人数达到520万人，生育保险参保人数达到48万人。

（二）建设多层次医疗保障体系。

编制出台襄阳医保“十四五”规划，落实中央《关于深化医疗保障制度的意见》，建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系，着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题。

（三）抓好医疗保险市级统筹工作。

做实做细全市城乡居民基本医疗保险市级统筹工作，出台相应的业务经办规程和考核管理办法等，抓好参保缴费和待遇落实工作；积极推进城镇职工基本医疗保险市级统筹，改革职工基本医疗保险个人账户计入办法，同步建立门诊共济保障机制。

（四）健全统一规范的医疗救助制度。

明确救助对象人员类型，建立及时精准识别机制，科学确定救助范围。全面落实重点救助对象资助参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。总结医保扶贫工作成效，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制；做好医保扶贫政策接续，持续发挥托底保障作用。加强医疗救助与基本医疗保险、补充医疗保险、慈善救助等制度的衔接。

（五）完善重大疫情医疗救治费用保障机制。

总结疫情期间行之有效的政策措施，系统制定医疗保障应急工作预案，健全重大疫情应急响应机制，完善医疗救治费用医保支付政策，在突发疫情等紧急情况时先救治、后付费，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，在合理划分责任边界基础上有机融合制度功能，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

（六）深化药品、医用耗材集中带量采购改革。

公立医疗机构在省级招采平台集中采购，原则上不得线下采购，鼓励社会医药机构自愿参与联盟集中带量采购。降低药品、医用耗材价格，减轻群众就医负担。

（七）持续推进医保支付方式改革。

与卫健部门沟通，做好按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费的准备工作。

（八）抓好医保信息化建设。

按照省局个化建设指导意见要求继续做好医保信息化建设工作。一是继续推进医保信息系拆和数据移交工作，保障系统平稳分离，医保系统稳定运行。二是继续做好长期和阶段性的数据上报工作，完成国家局、省局的数据采集、校验任务。三是在独立的医保信息系统的基础上，启动医保便民服务系统升级项目建设。四是完成国家局、省局统一规划的其他系统建设工作。

（九）建立医保药品鉴证系统。

通过建立医保药品鉴证系统，实现对药品销售数据进行追溯、比对，实现对虚假售药、药品串换销售、一药多卖等违规行为的监管。

（十）完成医保监管方式创新试点工作。

通过招标采购服务，引入第三方监管、审计等手段，增强医疗监管能力。通过专项检查、飞行检查、集中抽查等方式，严厉打击欺诈骗保行为，并将医保违规案例纳入社会信用评价体系，形成可复制、可借鉴的襄阳经验。

（十一）全面提升医保经办服务质量。

按照医疗保障经办政务服务事项清单要求，规范经办政务服务事项，建立完善经办服务标准体系，规范每个服务环节，推动形成“管理有标准、岗位有职责、操作有制度、过程有监督、工作有评价、事后有考核”的科学管理体系，将经办服务全过程纳入标准化管理的轨道。

（十二）扎实推进医保系统行风建设。

持续深化“不忘初心、牢记使命”主题教育成果，加强医保系统行风建设，推动实现医保服务事项“马上办、网上办、就近办、一次办”。以“好差评”制度为抓手不断强化行风建设，做到工作目标向群众公开，办事流程向群众承诺，工作绩效由群众评价。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn