

# 最新医保局三务工作总结汇报(优秀5篇)

总结是指对某一阶段的工作、学习或思想中的经验或情况加以总结和概括的书面材料，它可以明确下一步的工作方向，少走弯路，少犯错误，提高工作效益，因此，让我们写一份总结吧。写总结的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？下面是小编整理的个人今后的总结范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

## 医保局三务工作总结汇报篇一

2021年应参加城乡居民医保212962人，完成参保211173人，参保率达，收缴个人参保资金万元，圆满完成省级参保目标任务。按照当年个人筹资总额830元标准，全年筹集资金万元。

全县参加城镇职工基本医保315个单位11269人，共收缴参保资金5500万元。县级财政按照600元/年/人筹集机关事业单位参保职工补充医疗保险资金万元。

### （二）医保政策待遇有序落实

城乡居民医保共计补偿695110人次，发生医疗总费用万元，报销资金万元。其中，住院补偿44672人次，住院医疗总费用万元，“三重医疗保障”报销万元（其中，基本医保报销万元、大病保险报销万元、医疗救助万元）；门诊补偿650438人次，门诊医疗总费用万元，补偿资金万元。

城镇职工参保患者报销171848人次，发生医疗总费用万元，报销资金共计万元（其中，统筹基金报销万元，个人账户支付万元）。

### （三）医保基金监督持续发力

2021年，县医疗保障局结合医保系统“基金监管年”行动大

力开展医保定点医药机构监督。今年来，检查定点医药机构185家次，实现监督检查全覆盖，调查住院患者407人次，核查系统信息334人次，抽检病历处方1747份。查实存在问题医疗机构5家，收回违规资金万元，处罚违约金万元。另外，医保基金专项审计反馈并核查后涉及违规医疗机构7个，违规资金万元，处罚违约金万元。

#### （四）医保经办服务惠民高效

一是继续开展脱贫人口县域内住院“先诊疗后付费”服务。享受“先诊疗后付费”脱贫人口6108人次，免交住院押金万元；二是机关事业单位参保职工在县内二级医疗机构住院享受“先诊疗后付费”1128人次，免交住院押金万元。

脱贫人口和特困供养人员在市域内和所有参保患者在县域内定点医疗机构住院“三重医疗保障”实行一站式结算。全年享受一站式结算住院患者34724人次，发生医疗总费用万元，保内医疗费用万元，“三重医保”报销万元（其中，基本医保万元，大病保险万元，医疗救助万元）。

按照国家、省、市医疗保障局工作部署，为拓宽参保人员就医介质，努力方便参保人员就医报销。今年来，全县召开4次调度或推进会议安排部署和督促医保电子凭证激活工作，并采取“一个抓手”“六项举措”抓实医保电子凭证激活推广应用工作。

截至目前，一是激活率。截至目前，我县完成激活人数141935人，激活率达，提前完成市级下达的60%激活目标任务；二是开通率。全县县乡定点医药机构共69家（定点医疗机构20家，定点零售药店49家），开通医保电子凭证应用69家，开通率达100%；三是应用率。按照要求，全县定点医药机构在医保结算时必须优先使用医保电子凭证进行医保结算，达到“应用尽用”。

我县持续探索和开展医保支付方式改革工作，力争将有限的医保资金用在刀刃上，提高医保基金使用效率和提升群众的受益水平。2021年，实施县级二级公立医疗机构drg支付方式试点工作，初步建立起以总额付费为主，按drg付费、病种付费、床日付费、项目付费为辅的复合型支付方式。比如，通过开展drg医保支付方式改革，全县三家二级医疗机构报销资金万元□drg付费改革实际支付三家医疗机构资金万元，达到了既从源头上控制医疗服务成本投入、减轻参保患者医疗费用负担，也让医疗机构从改革中获得更多盈利。总体来说，我县通过探索医保支付方式改革，有效规范了定点医疗机构医疗服务行为、提高了医保基金使用效率、维护了医保基金安全运行和参保患者的医疗保障权益。

一是按照县委、县政府决策部署，积极组织动员单位全体干部职工接种新冠疫苗，为全县疫情防控作出应有的努力。单位24名干部职工均全程接种疫苗；二是积极开展新冠病毒疫苗接种费用保障工作。经组织开展核查，全县接种新冠疫苗262334剂次，已上解疫苗接种补助资金360万元；三是落实核酸检测费用结算工作，保障医疗机构正常运转。及时落实新冠核酸检测医保补助费用17818人次，拨付检测补助费用157万元。

## 医保局三务工作总结汇报篇二

这一年，对于我来说，是非常有意义的.一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位领导，感谢领导对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习，差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几

分不同的责任。

在新的环境中，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量地减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对北京市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关政策、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。

我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，

针对会议中通知的与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的领导进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策，翻阅了大量的资料，分析产生拒付的原因，针对定点医疗机构如何预防拒付的问题，写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力地学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

### **医保局三务工作总结汇报篇三**

今年来，我局在县委、县政府和县人力资源与社会保障局的正确领导下，在市医保局指导下，在相关部门的大力支持和密切配合下，县医保局工作紧紧围绕推进“四化”战略建设“五个宁都”这个大局，通过广大劳动和社会保障系统工作人员高效务实的工作，保险覆盖范围不断扩大，制度运行基本平稳，基金收支实现略有节余，参保人员基本医疗需求得到进一步保障，各项工作取得了较为显著的成效。现就今

年来的工作进行总结如下：

1、基本医疗保险：职工：我县参保单位547个，任务数27500人，参保总人数为27610人，其中：在职人员17379人，退休人员10231人；居民：全年参保人数为105113人，任务数105000人，其中成年人23206人，未成年人80485人，其中大学生1422人，在校学生参保77530人，实现参保覆盖率达98%。

2、工伤保险：全县参保单位174个，参保人数13109人，任务数13000，其中农民工参加工伤保险人数为3012人。

3、生育保险：全县生育保险参保人数9906人，任务数9900人，

城镇基本医疗保险任务基金征缴2851万元，完成征缴基金3968万元。超额完成139%。

今年各项基金总共支付23249人次，基金支付金额1216万元。其中，居民共计支付人4842次，分别为住院报销4223人次，基金支付712万元，慢性病特殊门诊报销619人次，基金支付19万元；职工共计支付18343人次，基金支付1273万元，分别为住院报销3839人次，基金支付1160万元；门诊14504人次，基金支付113万元；工伤保险52人次，支付基金112万元，领取工伤保险固定待遇12人，支付基金10万元。

今年来，我局对医保、工伤、生育保险的宣传更细、意识更强，基本实现应保尽保；政策更优，待遇更高，保障力度空前加码；管理更顺、运行更畅，基金收支略有节余。

（一）医保政策，宣传更细，力度更大。

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“春季就业招聘大会”、“12.4法制宣传日”和《社会保险法》宣传周，走上街头，深入社区。采取咨询、宣传单、标语等多种形式，在各个电视频道上播发参保登记信息，租宣

传车在全县大街小巷和大的乡镇流动宣传，把宣传的重点放在居民医疗保险实行市级统筹后待遇大幅度提高、保障范围进一步扩大、政府对居民参保的补助不断提高、居民获得切实保障以及参保基准年度等方面，取得的效果比较明显，今年来印制了城镇职工、城镇居民医疗保险以及工伤保险宣传单，发放十万余份，参保人员反映良好。

## (二) 强化基金征缴，确保应保尽保、应收尽收。

在基金管理方面，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，邀请财政、审计部门以及上级业务主管部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；通过下发催缴通知单、电话催缴、上门催缴以及与待遇支付相结合的办法，提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收确保基金及时到帐；同时积极争取上级支持，确保各级各项财政补助、配套资金及时到位。

## (三) 强化基金监管，确保实事求是、好事办好。

目前，我县已有33家医院和35家药店获得定点资质。定点医疗服务机构是医保基金的流出通道和保险基金收支平衡的阀门。

1、严把“三关”，加强对定点医院的管理。一是把好住院审批关，杜绝冒名住院。一方面加强对轻病住院、挂床住院、过度检查、不合理治疗和违规用药等现象的管理力度。如发现有冒名顶替住院现象，要求定点医院必须及时报告，否则将对医院予以处罚。二是把好住院病种关，防止基金流失。三是把好“三大目录”执行关，严防基金浪费。对定点医院“三大目录”的执行情况，采取定期或不定期的形式进行重点稽查。今年拒付因工伤、交通事故及有第三方责任人等意外伤害报销二十余起，涉及医疗费用10余万元，挽回基金损失近七万余元。

## 2、坚持“三个到位”，加强对定点药店的管理。

对医保定点药店的管理，我县推出了绿牌准入、黄牌约束、红牌退出的管理机制，从审批、管理、考核等方面实行全方位审查监督，收到了比较好的效果。

一是坚持审批到位，严格实行准入制度。实行严格的市场竞争准入制度。二是坚持管理到位，严格规范售药行为。三是坚持考核到位，严格执行目标管理。对药价和经营的合理性进行监管，对服务水平、服务质量等方面进行综合测评，结果与年末考核挂钩，作为是否续签协议的重要依据。

## 3、突出“三化”，加强对经办人员的管理。

通过突出“三化”更有力地促进了“加快宁都发展、重塑宁都形象”和“发展提升年”建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

一是工作制度化，做到有章可循。通过责任追究制等十项规章制度，规范了业务流程，强化了权力制约，确保了各项工作有章可循，稳步推进。二是办事公开化，接受群众监督。在工作过程中，经办机构把所有的政策法规和办事程序公布，极大地利于广大群众和参保人进行监督。三是服务人性化，提高服务水平。医保日常工作主要是为参保人服务，经办机构始终坚持“一切为了参保人”的工作理念，把提供优质服务贯穿于工作的始终。

(四)把握政策、完善措施，做好大病救助工作。

医保局窗口工作总结

医保工作个人简短总结



## 医保局三务工作总结汇报篇四

（二）扎实做好城乡居民医保征缴工作。一是加强与税务部门协作配合，扎实开展医保征缴政策宣传，积极引导广大城乡居民缴费参保；二是强化脱贫人口等特殊困难群体数据信息共享机制的落实，加强与乡村振兴、民政、卫健部门的沟通协作，做好数据的比对、信息核实、属性标注等基础工作，确保特殊困难人群应保尽保；三是加大筹资工作调度和督导，落实“周调度、月通报”工作机制，督促各乡镇（街道）落实筹资工作责任。

（三）持续巩固拓展医保脱贫成果。强化部门信息共享，加大政策落实，加强医保防贫监测预警，定期梳理跟踪群众自付医疗费用情况，对一般参保群众自付医疗费用10000元以上和脱贫人口自付医疗费用4000元以上人群作出预警监测，严防因病致贫、因病返贫现象发生。

（三）严厉打击欺诈骗保行为。进一步加强医保监督管理，严格落实《医保基金使用监督管理条例》和定点医疗机构管理办法，持续开展打击欺诈骗保专项行动，结合医保日常督查、医保服务协议管理、专项审计等措施，努力打造医保“零死角”监督环境，逐步形成不敢骗、不能骗的长效机制。

（四）不断提升医保经办服务水平。加强医保政策培训、提升政务服务能力、优化经办人员配置、简化申报资料和程序，切实提高医保服务能力和水平。同时，通过推行政务服务“好差评”、畅通投诉举报渠道、落实首问责任和一次性告知等制度，切实加强医保系统作风建设和作风整顿，树牢以人民为中心的发展思想，打造干净、担当、作为的医保干部队伍。

（五）深入推进医保制度改革。继续实施机关事业单位参保人员、脱贫人口“先诊疗后付费”等惠民政策。推进按疾病

诊断相关分组付费试点工作□drg□持续探索对紧密型医疗联合体实行总额付费。持续深化“放管服”改革，全面落实“一次性办结，最多跑一次”工作要求，提高医保经办工作服务效能。

（六）切实加强药品耗材采购管理。督促指导公立医疗机构开展国家集采药品报量、集采采购任务，以及医疗机构开展国家集采冠脉支架、省级集采冠脉球囊等集采耗材的采购和使用工作。组织开展好国家集采药品资金结余留用考核工作，跟进资金考核拨付，引导公立医院认真落实集中采购，切实减轻群众就医负担。

## 医保局三务工作总结汇报篇五

### 2. 社会保险医疗服务管理办公室制度

一、根据《深圳市定点医疗机构医疗服务协议书》第四条，医疗保险定点医疗机构设立社会保险医疗服务管理办公室（以下简称医保办）。在深圳中海医院社会保险医疗服务管理委员会，在院长、主管副院长的领导下，负责全院社会基本医疗保险，少儿医疗保险，工伤医疗保险，商业医疗保险等相关管理工作。

二、根据相关政策法规文件，结合我院实际，制订与社会医疗保险政策规定相适应的内部管理制度及操作流程；建立健全各项社会保险内部管理制度。

三、加强社保工作管理，严格控制不合理医疗费用增长。根据《深圳市社会保险定点医疗机构医疗服务协议书》规定的各项费用指标对全院各科室进行实时监控；对社保物价项目严格按物价局的规定和社保局核准的价格档次管理。

四、督促检查全院医疗保险制度的贯彻执行，及时给予技术方面的解释和处理。每月自查医院社保病历和处方等医疗文

书执行，将结果全院通报。

五、认真贯彻落实医保政策，严格监督执行首诊负责制和基本用药、基本技术、基本服务、合理收费的原则；防范医疗缺陷，提高医疗质量与医保政策的灵活应用。

六、负责全院医务人员医疗保险政策及相关知识宣传和培训  
工作。

七、指导深圳市住院医保、少儿医保门诊，农民工医保绑定  
工作事宜，负责并统计异地就医人员绑定工作事宜，负责社  
保患者门诊及住院转诊转院的管理及门诊费用报销审核工作。

八、积极配合市局、区社保分局领导对我院医保工作的检查，  
及时做出反馈意见，对上级检查医保违规行为及时修正；负  
责与街道社保管理部门的联络工作。

#### 附2-1网上“医保办”共享浏览说明

1. 为加强临床科室的联系与沟通，医保管理部在医院院内网  
络设立这个窗口；

5. 各文档目录内容，可以“阅读文件”和“复制文件”，但  
不可以“移动文件” 1

或“删除文件”，或随意修改文件内容；

7. 科室反馈：用于医保管理部每月检查科室运行病历、住院  
结算归档病历、门诊部医保医疗文书所存在的问题，向各科  
室反馈及传递信息用途，便于科室人员修改、补充、完善医  
疗文书所取依据之处。

8. 各科室对医保管理部的工作有任何意见和建议，及对各文  
档中的资料有疑问，随时欢迎您“征询意见”中留言，以

便改进医保管理部的工作方式，提高工作质量，增进工作效率，更好地为大家服务。

\*（2008年3月1日已实施，2009年4月6日建立网上医保办共享窗口）