# 医疗审核岗位工作总结范文(优选24篇)

来源：网络 作者：寂夜思潮 更新时间：2025-04-15

*医疗审核岗位工作总结范文1>一、20\_年医保基金运行情况(一)职工医保月，职工医保参保40628人，职工医保基金收入万元，其中:个人账户收入万元，统筹基金收入万元。2.支持企业复工复产。从2月份起，持续3个月，减半征收参保企业职工基本医疗保...*

**医疗审核岗位工作总结范文1**

>一、20\_年医保基金运行情况

(一)职工医保

月，职工医保参保40628人，职工医保基金收入万元，其中:个人账户收入万元，统筹基金收入万元。

2.支持企业复工复产。从2月份起，持续3个月，减半征收参保企业职工基本医疗保险的单位缴费部分，缴费比例由降为。合计减征企业户数359户，总减征额度万元。

3.按参保地统计，1-12月，全县参保职工统筹基金总支出万元，同比减少支出万元，减少。1-12月份统等基金预算支出进度为万元。1-12月，生育保险基金支出万元。

4.县内支出:统筹基金业务支出万元。同比下降％，其中，门诊慢性病支出万元，占％，同比基本持平；住院费用支出万元，占％，同比下降％；特药支出万元，占比％，同比增长。

5.住院流向及支出金额(参保地)

1-12月，平遥县职工医保参保人员住院结算7070人次，同比减少了961人次，降幅％，其中县内定点直结4875人次(占比％)，同比下降％;市内直结253人次(占比％)，同比下降％；省内直结1190人次(占比％)，同比下降％；省外直结252人次(占比％)，同比下降％；回中心报销500人次(占比％)，同比下降％。

20\_年1-12月，职工医保统筹基金住院支出万元、减少了万元，降幅％，其中县内直结万元(占比％)，同比降幅％；市内直结万元(占比)同比降幅％；省内直结万元(占比％)，同比降幅％；省外直结万元(占比％)，同比降幅％；回中心报销(占比％)，同比降幅。

1-12月，职工住院统筹次均支出:县内5070元，市内住院6360元，省内住院14809元，省外住院17047元。

（二）城乡居民医保

1.城乡居民医保参保437531人，1-12月居民医保基金征收万元。

2.按参保地计算，1-12月，全县城乡居民医保统筹基金总支出万元，比去年同期减少万元，下降。1-12月份居民医保基金预算支出进度为万元。

3.县内支出:城乡居民医保基金业务支出万元，与去年同期相比，减少元，降幅％，其中：住院支出万元(占比)，降幅％；门诊支出万元(占比，其中两病门诊保障机制支出万元），降幅；门诊慢性病支出万元(占比％)，降幅％；特药支出万元(占比％)，同比增加。

4.住院流向及基金支出情况(参保地)

20\_年1-12月，全县城乡居民住院结算40706人次(去年同期48097人次，减少7391人次，降幅％)；其中县内直结29749人次(占比％)，同比降幅％；市内直结202\_人次(占比％)，同比降幅％；省内直结4923人次(占比％)，同比降幅％；省外直结460人次(占比％)，同比降幅％；回中心报销3508人次(占比％)，同比降幅％。

20\_年1-12月，城乡居民医保基金住院结算万元，与去年同期相比，减少了万元，降幅％。其中县内直结万元(占比％)，同比降幅％；市内直结万元(占比％)，同比降幅％；省内直结万元(占比％)，同比降幅％；省外直结523万元(占比％)，同比降幅％；回中心报销万元(占比％)，同比降幅％。

1-12月，居民住院次均统筹支出;县内住院3753元，市内住院4849元，省内住院10364元，省外住院11370元。

>二、全力落实好医保扶贫政策

作为“两不愁三保障”中的重要一环，确保建档立卡贫困户基本医疗有保障是我们工作的重点，今年以来，我们不断提高建档立卡贫困户医保待遇，至12月底，平遥县建档立卡贫困人口17496人，其中17099人参加城乡居民医保，其余397人参保职工医保或外地医保，参保率100%。

1-12月，贫困户住院2790人次，同比下降，医疗费用总额为2781万元，同比下降，次均住院费用9967元，同比持平，基本医疗保险统筹基金报销1593万元，“一三六”兜底报销361万元，大病保险报销443万元，补充医疗保险报销75万元，医疗救助万元，10%兜底万元，目录外医院承担16706元，医保综合报销比例达到。

至12月底，贫困户中医保慢性病人员1555人，就诊人数1431人，就诊人次38229人次，发生费用1036万元，各项医保保障支付1006万元，报销比例达到。

>三、全力推进深化医药卫生体制改革

涉及我局的深化改革任务是深化医药卫生体制改革中的两项任务，即：一是加强医保基金监管，制定我县深化基金监管方案；二是深化药品耗材采购使用方式改革。

1.加强医保基金监管。

一是出台方案。20\_年4月26日制定并出台了《\_平遥县委办公室 平遥县人民政府办公室关于印发的通知》（平办发[20\_]27号）。5月15日出台《平遥县医疗保障局关于分类推进两类机构医保违法违规行为专项治理的工作方案》和《平遥县医疗保障局20\_年医疗保障基金监管工作方案》，完善了监管方式，补齐了监管短板，坚持打击欺诈骗保工作全覆盖常态化，切实维护医保基金安全。

二是做好宣传培训工作。20\_年5月27日、20\_年6月5日两次召集公立、民营医院，卫生院（站）、街道社区卫生服务中心、药店、诊所等两定医药机构负责人，召开医保相关政策培训会，宣讲和解读医保基金相关的法律、法规及政策知识，重点解读了《平遥县全面加强医疗保障基金监管六项措施实施办法》。

三是开展各种监督检查工作。20\_年5月27日至6月8日，组织全县两定机构对照检查内容和问题清单开展自查自纠，并书面报送自查报告，列明自查问题和整改落实情况。8月下旬，市医保局对我县的定点民营医院使用医疗保障资金进行了“双随机、一公开”随机检查、交叉检查的专项监督检查。9月下旬，市医保局联合市卫健委对我县定点医疗机构开展了规范使用医保基金行为专项治理抽查复查工作。9月底，我局对全县全两定医疗机构共414家（其中：定点医疗机构334家，定点药店80家）开展了医保基金监管全覆盖检查。10月份，我局与卫健体局、市场局对全县两定机构开展抽查复查的联合专项执法检查。

2.做好药品耗材集中带量采购工作。

一是出台方案。20\_年4月7日制定并出台了《平遥县人民政府办公室关于印发平遥县推进药品耗材集中带量采购和使用工作实施方案的通知》（平政办发〔20\_〕38号）。

二是组织培训。多次召集全县医疗机构参加国家、省医保局组织的药品、耗材集中带量采购数据填报视频培训会，齐心协力做好集中带量采购工作，不断增强人民群众的获得感。去兄弟县交流学习、交叉检查，进一步提升工作素质。

三是按时按质推进集中带量采购工作。20\_年4月组织开展安排了国家组织32种药品集中带量采购，我县医疗机构采购有其中相关药品20种。20\_年6月组织安排了太原—晋中医疗机构医用耗材精密输液器集中带量采购参加的医疗机构2家（签订三方协议），涉及配送企业2家。20\_年7月组织开展安排了我省组团联盟21种，我县医疗机构采购有相关品种14种。20\_年8月组织安排了太原—晋中—忻州医疗机构低值医用耗材一次性输液器和一次性注射器的集中带量采购。20\_年9月组织安排了冠脉扩张球囊部分医用耗材和国家组织高值医用耗材冠脉支架类集中采购数据填报参加的医疗机构2家。20\_年10日组织开展了国家组织第三批55种集中带量采购药品，我县医疗机构采购相关药品38种。20\_年10月底11月初组织安排了医用胶片和太原—晋中—忻州—吕梁区域留置针预充式导管、吸氧装置医用耗材采购数据的填报参加的医疗机构2家。20\_年11月对关于报送陕西联盟未过评药品带量采购用量数据和关于开展六省二区省际联盟药品集中带量采购相关品种范围采购数据填报工作已做好安排安置。

>四、20\_年工作计划

20\_年，在县委、政府的正确领导下，我局将做好以下几方面工作：一是持续做好医保基金监管工作，守护好人民群众的保命钱；二是继续做好药械集中带量采购工作，把更多的药品耗材纳入进来，进一步减轻人民群众看病就医的负担，解决看病难、看病贵的问题；三是持续推进行风建设，深化“放管服”改革，推动医疗保障工作理念、制度、作风全方位深层次变革，构建科学合理、规范高效、公开公正的运行和监管体系，打造忠诚担当、服务为民、作风优良、清正廉洁的医疗保障工作队伍，建立健全长效机制，为广大人民群众提供更加优质、便捷、高效的医疗保障服务。

**医疗审核岗位工作总结范文2**

辞去了20xx年，迎来了20xx年，转眼20xx年也度过了大半，在党支部的正确领导下，在领导及同志们的关怀帮助与支持下，本人在本职工作中取得了一定的进步，对单位作出了一定的贡献，现对我的年终总结如下汇报：我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报如下：思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作；坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益。为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，取得了较好的效果。

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力

**医疗审核岗位工作总结范文3**

20\_年，县医疗保障局在县委、县政府的坚强领导下，深入学习贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，紧紧围绕\_\_和省委、市委、县委各项决策部署，在省市医疗保障局的精心指导下，团结一致、戮力同心、改革创新、尽职尽责，圆满完成“十三五”收官之年工作任务。现将20\_年工作完成情况总结如下。

一、中心工作完成情况

（一）扎实推进党建工作。县医疗保障局始终坚持党要管党、从严治党，将党的建设贯穿于医疗保障工作全过程，同部署、同落实、同考核。一是健全组织机构。医疗保障局班子共6人，设党组书记1名，党组副书记1名，党组成员4名。党员干部共15名，成立支部委员会，选举产生支部书记1名，支部副书记、组织委员、宣传委员、纪律委员各1名；二是强化学习教育。制定党组中心组学习计划和支部工作计划，20\_年共召开党组理论中心组专题学习12次、党组会（扩大）42次、“学习强国”年人均学习积分分，“铜仁智慧党建平台”全体党员综合评价均为“优秀”；三是抓好阵地建设。结合局办公区域实际，对“四个意识”“四个自信”“社会主义核心价值观”等党建元素进行打造，建立“四比一站”文化墙，切实增强党组织的凝聚力和战斗力；四是加强支部规范化建设。严格落实“三会一课”要求，全年召开支部党员大会8次、支委会12次、组织生活会1次、党课3次、主题党日活动8次，全年收缴党员党费4378元；五是扎实抓好党建帮扶。20\_年，继续派驻1名党组成员到坝盘镇竹山村任第一书记，与村党支部联合开展“七·一”联建活动，党组书记在联建帮扶村上党课2次，发展入党积极分子1名，预备党员转正式党员1名，开展困难党员走访慰问2次，送去慰问金4200元。

（二）落实意识形态责任。医疗保障局党组持续坚持党建统领，围绕党管意识形态的原则，全面落实意识形态工作责任制。一是强化组织领导。成立了以党组书记、局长任组长，副局长任副组长，股室负责人为成员的意识形态工作领导小组；二是完善制度建设。制定了《20\_年度落实意识形态工作责任制实施方案》《江口县医疗保障系统意识形态阵地管理办法》《江口县医疗保障局重大意识形态舆情事件应急处置预案》等制度；三是强化责任落实。把意识形态、党建、党风廉政建设工作一起纳入班子成员“一岗双责”范畴，层层签订意识形态工作责任书，牢牢掌控网络意识形态主导权，严禁干部职工在QQ、微信发布反动消极、低级庸俗的图片和视频等；四是加强宣传阵地建设。建立宣传走廊，大力宣传基层党建、社会主义核心价值观、党风廉政等内容，强化宣传载体作用；五是强化先进典型学习。先后学习黄文秀、杨荣等先进事迹，铸造对党忠诚的政治品格，进一步增强党员干部坚定理想信念，筑牢信仰之魂。

（三）加强党风廉政建设。一是加强组织领导。出台《江口县医疗保障局20\_年党风廉政建设工作要点》，制定领导班子、领导班子成员党风廉政建设责任清单和领导班子问题清单，明确党风廉政建设责任和重点任务目标。全年无违反政治纪律和政治规矩行为发生；二是抓实党风廉政建设。按照《党委（党组）落实全面从严治党主体责任规定》要求，全年专题研究部署党风廉政建设2次，扎实开展党风廉政建设“两个责任”分级约谈，全年开展分级约谈24人次，签订党风廉政建设责任书、廉洁自律承诺书、违规操办酒席承诺书等；三是抓实纪律作风建设。局班子带头落实中央八项规定及实施细则有关精神，牢固树立以人民为中心的发展思想，狠抓干部作风建设，持续开展漠视侵害群众利益专项治理行动，不断优化医保经办服务流程。全年未发生“吃拿卡要”等违反作风纪律问题；四是抓实严管与教育并施。按照惩前毖后、治病救人的方针，坚持严管和厚爱相结合，把“红脸出汗扯袖子”作为经常性手段，提高执纪标准和运用政策能力。经常性采取口头提示、提醒谈话等形式，做到抓早抓小、防微杜渐，切实将苗头性问题消除在萌芽状态；五是抓实重点领域防控。针对局业务股、财务股、服务窗口等重点领域、重点科室实施经常性重点监督，严把医保凭证审核、资金拨付等流程规范，经常性开展自查排查，严防与服务对象、管理对象发生利益输送腐败行为。

（四）抓实人大政协工作。一是切实加强理论学习。及时传达学习党的十九届五中全会、省委十二届八次、市委二届十次、县委十三届十一次全会精神学习，提升干部职工理论水平；二是认真办理意见提案。20\_年，我局共收到省、市、县人大代表建议、政协委员提案8条（其中，人大代表建议案5条，政协委员提案3条）。均按照规范程序及时办理回复8件，完成办理100%，代表、委员满意率100%；三是积极配合人大政协工作。按照人大、政协工作安排和工作开展需要，我局主动配合支持\_会和政协委员会组织的执法检查、调研、视察工作，为确保人大、政协工作顺利开展提供良好的条件和便利；四是认真办理群众信访工作。牢固树立以人民为中心的发展思想，密切关注群众对医疗保障工作的需求和提出的建议意见，认真研究并予以落实。全年收到便民服务热线咨询、投诉案件7件，均按照政策规定和程序进行办理，群众对办理情况满意率达100%。

（五）深入开展宣传思想和精神文明。一是强化理论学习。制定《局党组中心组20\_年度理论学习计划》，明确学习内容、学习方式等，全年共开展中心组理论学习12次，到联建帮扶村开展新时代中国特色社会主义思想和全会精神宣讲2场次，单位全体干部职工积极参加理论考试，完成《党建》征订任务，拓展党建学习内容；二是加强新闻宣传。调整充实局宣传思想和精神文明工作领导小组，明确分管领导和具体工作人员，确保宣传思想和精神文明工作有序开展。按时完成网信办下达的工作任务，切实加强网络舆情管控和处置，全年共完成网上咨询、投诉件7件，办理回复7件，办理率和满意率均达100%；三是积极开展“五城联创”。制定《江口县医疗保障局“五城联创”工作实施方案》，加强组织领导，明确创建目标任务，并结合工作实际积极开展了相关工作；四是做好榜样选树。为大力培育和践行社会主义核心价值观，我局非常重视“江口榜样”推荐评选工作，全年推荐并荣获“脱贫攻坚优秀\_员”表彰1名，推荐疫情防控战中“战疫好人”“战役先锋”各1名；五是积极开展志愿服务。制定《江口县医疗保障局新时代“江口先锋”志愿服务队工作方案》，组织志愿服务队分别到我局卫生管理网格区域、联建帮扶村开展志愿服务活动共2次。

（六）贯彻落实宗教工作。一是强化工作部署。局党组成立了民族宗教事务工作领导小组，组建专门办公室，明确具体办公人员，制定了《20\_年民族宗教事务工作要点》，确保宗教事务工作有组织、按步骤顺利开展；二是强化学习贯彻。将宗教事务纳入党组中心组必学内容，深入学习《宗教事务条例》和新时代民族工作思想以及关于宗教工作的重要论述，深刻领会其内涵和精髓要义。认真贯彻落实中央、省委、市委、县委关于民族宗教事务工作的重大决策部署；三是强化信教排查。每月动态排查单位党员干部信教情况，每季度开展非党员干部信教情况调查，签订《\_员不参教不信教承诺书》。从排查情况看，我局未发现党员干部信教情况。

（七）积极开展社会治安综合治理。一是完善综合治理机制。调整充实了“平安家庭”创建工作领导小组、矛盾纠纷调处工作领导小组，成立社会治理现代化工作领导小组，制定《20\_年“平安家庭”创建活动实施方案》《20\_年平安建设工作实施方案》《20\_年命案防控工作实施方案》等18个综合治理方案（要点），建立医保局矛盾纠纷排查工作制度，党组会专题安排部署治理工作2次；二是有序开展综合治理工作。严密监测和处置网络舆情，研究网上反映、咨询、投诉事件处理事宜7件，办理回复和满意度均达100%。加大防范化解重大风险排查和管控力度，结合实际加强精神病人的医疗保障待遇落实，全年共补偿精神病人医疗费用350人次，消除精神病人社会危害风险。20\_年举办消防知识培训2次，积极组织开展网络问卷调查、反\_在线答题，签订“黄赌毒”承诺书，建立领导干部抓平安建设工作实绩档案。20\_年，我局责任范围内未发生一起刑事、治安案件，未发生一起水电安全事故；医保系统悬挂宣传横幅77条、LED电子屏滚动宣传35个、设立举报箱 61个。收集问题线索排查表1159份，问题线索 0个。20\_年，所有问题线索均处理清零。

（八）大力推进依法治县。一是健全依法治县机制。调整充实医保局依法治县工作领导小组，制定《20\_年全面依法治县工作方案》，明确医保执法主体和执法责任人，制定责任清单和岗位职责清单；二是加强法制知识学习。局党组会、职工会深入学习贯彻中央全面依法治国委员会第二、第三次重要讲话精神，以及省委依法治省第二、第三次会议精神和县委依法治县文件、会议精神。组织干部职工加强学法用法，以考促学，树立干部职工规范执法意识，提升法治能力和水平。三是大力开展“七五”普法。按照“七五”普法规划，加强组织领导，抓好规划落实，强化法制宣传教育，提升医保法治管理水平；四是规范医保执法。全面梳理医保服务事项清单，公布医保网上服务事项和办理流程，广泛公布咨询、投诉、举报电话，设置医保举报箱，建立执法检查程序和执法辅助人员清单，提升医保执法水平。

（九）坚决打赢疫情防控战。一是健全防控组织机制。成立局疫情防控工作领导小组并抽调3名同志负责办公。出台《江口县医疗保障局关于切实加强应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情医疗保障工作的通知》《江口县医疗保障局应对新型冠状病毒感染的肺炎疫情药品和医疗器械监管工作方案》文件；二是积极投入疫情防控工作。先后选派20名干部参与到龙井社区、双月社区多个卡点疫情防控值守，为值守人员提供生活、防护等物资保障；三是强化疫情期间医疗保障经办服务。划拨疫情救治医保资金700万元到县人民医院和县中医医院。临时调整疫情救治医保目录，救治费用实施综合保障，延长20\_年城乡居民医保集中缴费期限，采取“不见面”办、延长待遇期限、支持慢性病购药“长处方”、网上预约办等措施落实群众医保待遇；四是加大疫情防控监督检查力度。成立2个巡查监督工作组，开展全县定点零售药店和定点医疗机构药品和医用防护物资储备及销售巡查监督，共开展集中整治和常态化监管5次，督查定点医疗机构和定点零售药店44家次，规范全县两定机构疫情防控期间的规范运行。

二、业务工作完成情况

（一）医保筹资圆满完成

1.城乡居民医保筹资工作。20\_年，城乡居民医保参保211020人，参保率达，收缴个人参保资金万元，圆满完成省级下达95%以上参保目标任务。按照当年个人筹资总额800元标准，全年筹集资金万元。

2.城镇职工医保征缴工作。全县参加城镇职工基本医保245个单位10257人，全年共收缴参保资金万元。同时，按照国家和省关于减轻疫情期间企业参保缴费负担，全县阶段性减征征收企业92个，2-6月减征参保资金200余万元。

（二）医保待遇有序落实

1.城乡居民基本医保。城乡居民医保补偿725544人次，发生医疗总费用万元，报销资金万元。其中，住院补偿36231人次，住院医疗总费用万元，补偿资金万元；门诊补偿689313人次，门诊医疗总费用万元，补偿资金万元。城乡居民医保可用基金使用率为。

2.城镇职工基本医保。城镇职工参保患者报销160086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）医保扶贫强力推进

1.全面完成贫困人口参保。全县建档立卡贫困人口应参保人数42780人，参加城乡居民医保建档立卡贫困人员420\_人（因死亡、外嫁、服兵役、服刑、异地参保等合理化因素未参保771人），贫困人口实现参保全覆盖。

2.全面兑现参保资助政策。20\_年全县实际资助贫困人口参保42595人（其中，县内参加城乡居民医保420\_人，县外参加城乡居民医保586人），兑现参保资助资金万元。

3.全面落实“三重医疗保障”。20\_年建档立卡贫困人口住院9101人次，发生医疗总费用万元，政策范围内医疗费用万元，三重医疗保障补偿万元（其中，基本医保补偿万元，大病保险补偿万元，医疗救助万元），政策范围内补偿比达。

（四）医保监督持续发力

20\_年，县医疗保障局结合打击欺诈骗保专项行动大力开展医保定点医药机构监督。全年检查定点医疗机构177家，实现监督检查全覆盖，调查住院患者738人次，回访患者239人次，核查系统信息324人次，抽检门诊处方1525份。查实存在问题医疗机构18家，涉及违规资金万元，处罚违约金万元。另外，审计反馈问题并核查后涉及违规资金万元，处罚违约金万元。

（五）医保服务惠民高效

1.“先诊疗后付费”持续推进。一是农村建档立卡贫困人口在县域内住院享受“先诊疗后付费”6628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”396人次，住院医疗总费用万元，医保报销万元，自付费用万元。

2.“一站式”即时结报有序开展。建档立卡贫困人口在县域内定点医疗机构住院“三重医疗保障”一站式结算，切实减轻患者垫付医疗费用负担和简化报销环节。全年享受一站式结算贫困患者5176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），政策范围内补偿比例。

（六）医保宣传扩面提效

县医疗保障局采取多种形式切实加强医保扶贫政策宣传。20\_年，印发宣传资料100000份，覆盖全县每户贫困户。开展政策宣讲（含县级安排集中宣讲）25场次，网络平台宣传4期，张贴宣传海报600余张，定点医疗机构制作医保宣传专栏68个。

（七）保险工作稳步开展

1.大病保险：20\_年，全县大病保险筹集基金万元，全年城乡居民大病保险补偿受益2622人次，补偿资金 万元，资金使用率。

2.意外伤害保险：20\_年，全县意外伤害保险筹集基金万元，全年意外伤害保险补偿受益1508人次，补偿资金万元，资金使用率。

三、主要工作成效

（一）五举措确保城乡居民医保基金安全。一是实行总额打包付费。制定《江口县20\_年城乡居民基本医疗保险基金分配拨付方案》，对县域两家医共体内城乡居民医保实行全年总额打包付费万元，实行“超支不补，结余留用”；二是实施总额控费。对市级11家定点医疗机构采取谈判并签订服务协议的方式，补偿资金年度总额控制在万元内，实际发生补偿资金万元，实施总控节约资金万元；三是规范患者就医行为。落实参保患者县域外就医转诊备案管理制度，患者就医行为得到规范。20\_年县外就医患者在20\_年基础上减少1033人次，降幅；四是拆减超编床位。县域2个医共体内医疗机构共拆减超编制床位284张，占原开放床位，拆减床位后较以前住院人次减少8397人次，降幅；五是下放审核权限。将城乡居民参保患者就医凭证均由2个医共体牵头医院审核，审核后报县医疗保障局拨付补偿资金，充分发挥医疗专家审核报销凭证的优势，提高报销凭证审核的质量。

通过改革创新管理方式，20\_年城乡居民医保基金结余万元。20\_年6月，《江口县创新五举措确保医保基金安全运行》在贵州改革动态第27期发布。医保创新举措得到市政府刘岚副市长、县委书记杨华祥、县长杨云、分管副县长刘运喜等市县领导的充分肯定和批示。同时，县绩效考核优秀改革案例评比中，医保局创新医保控费五举措确保基金安全运行以分获得改革二等奖。

（二）精准打赢医保脱贫攻坚战。20\_年，县医疗保障局举全局之力打好医保脱贫攻坚战，确保高质量、打好脱贫攻坚战。一是精准参保管理，确保贫困人口基本医疗有保障。全县20\_年锁定建档立卡贫困人口应参保人数42780人，参加城乡居民医保建档立卡贫困人员420\_人（因死亡、外嫁、服兵役、服刑、异地参保等合理化因素未参保771人），贫困人口参保全覆盖；二是精准兑现参保资助，减轻贫困人口参保缴费负担。按照全省统一参保资助标准，建档立卡贫困人口由省、市、县三级财政按照5:2:3比例分担资助参保资金，20\_年共资助建档立卡贫困人口43497人，兑现参保资助参保资金万元；三是精准费用补偿，防止因病致贫返贫现象发生。20\_年建档立卡贫困人口住院9101人次，发生医疗总费用万元，政策范围内医疗费用万元，三重医疗保障补偿万元（其中，基本医保补偿万元，大病保险补偿万元，医疗救助万元），政策范围内补偿比达；四是精准实施便民措施，提升医疗保障服务水平。20\_年，建档立卡贫困人口在县域内住院享受“先诊疗后付费”7489人次，免交住院押金万元。县域内住院“三重医疗保障”实行一站式结算，享受一站式结算7489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）。

四、存在的不足和问题

20\_年，县医保局圆满完成既定的各项工作目标任务并取得一定的成效，但工作开展过程中仍存在一定的问题和不足，与党委政府要求和群众的期盼仍有一定的差距，主要表现在：一是人民群众日益增长高质量、高标准就医需求和医疗费用持续增长导致医保基金运行压力加大；二是医保政策宣传效果和服务能力提升有待加强，特别是对留守老人、儿童等重点群体；三是医保支付方式仍存在多样化、复杂化、不稳定性等问题，支付方式改革仍需持续深化，确保医疗保障基金安全运行和医保制度可持续平稳发展；四是医保经办服务能力有待进一步提升，医保经办服务流程还需持续优化；五是干部职工的思想教育和工作作风还有待加强，以人民为中心的发展思想还未树牢。

四、20\_年工作重点

（一）继续加大医保政策宣传力度。进一步优化宣传方式和措施，采取发放宣传资料、制作宣传专栏、网络媒体宣传、开展政策宣讲等多种形式加大医保政策宣传力度，扩大宣传覆盖面，提高群众对医保政策的知晓率，积极争取群众的支持和拥护，提高群众的获得感、满意度。

（二）稳步推进医保征缴扩面工作。加强与税务部门协作配合，做好医保征缴政策的宣传工作，引导群众积极踊跃参加基本医疗保险，不断扩大参保覆盖范围，确保3月底前城乡居民医保参保率稳定在98%以上、脱贫人口等特殊困难群众应保尽保，城镇职工医保实现全面参保。

（三）有效巩固提升医保扶贫成果。强化部门信息共享，加大政策落实，加强跟踪管理，确保脱贫人口参保应保尽保、资助参保应资尽资、“三重医疗保障”应报尽报。加大医保防贫监测预警保障工作，定期跟踪梳理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）持续加大打击欺诈骗保力度。进一步加强医保监督管理，持续开展打击欺诈骗保专项行动，每年最少开展专项行动2次以上。结合医保日常督查、医保服务协议管理、专项审计等方式，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，切实规范定点医药机构服务和参保人员就医行为，保障医保基金安全运行。

（四）不断提升医保经办服务水平。通过加强医保政策培训、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、完善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，树牢干部职工以人民为中心的发展思想，打造干净、担当、作为的医保队伍。

（五）深入推进医疗保障制度改革。继续推进机关事业单位参保人员、脱贫人口“先诊疗后付费”工作。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。

**医疗审核岗位工作总结范文4**

为贯彻落实省委省政府对医保工作的部署，进一步提高医疗保障的水平，我县医保中心对行政审批服务大厅的医保窗口服务工作进行了及时的优化调整，提高了医疗保障系统的服务水平和工作效率，以下是对我们工作的总结：

一、工作简介

行政审批服务大医保窗口位于大厅二楼西，共十六个服务窗口，集中了医保外诊报销、转诊、医疗本补办及信息管理、大病补充保险、慢性病管理、重特大疾病备案等职能，实现所有医保服务一站式解决，方便群众办事，提高工作效率。20\_年初至今，外诊补助合计2182人，总费用元，补助金额11531028元；大病补充保险补助合计710人，补助金额元；转诊窗口办理业务15570人，医疗本补办及信息管理3210人；重特大疾病备案170人；慢性病申请4118人，审批通过2508人，通过率85%；县外直补医院1-7月份累计补偿11767人，补助金额元，拒付违规款项元。

二、工作改进

面对庞大的业务办理群众，我们本着“方便群众，优化服务”的理念进行了工作改进。

1、让服务窗口更接近群众。明确将慢性病申报的程序归放到各乡镇卫生院医保窗口，方便了偏远地区慢性疾病患者，让困难群众在“家门口”就能拿到慢性疾病证；医疗本信息修改及补办在各乡镇卫生院也可办理，避免了群众因“一字之错”就跑几十里地的窘境；外诊报销与网络平台接轨，通过省市的便民服务网络平台就可以查阅患者的报销情况，了解所需的材料，让群众少跑腿。

2、减少业务办理程序。医保报销窗口与民政补助、大病补充保险相结合，让需要报销的群众一次性办理多次报销业务，减少了中间的交接程序；转诊手续由原来的“转出医院出转诊单----医保窗口盖章，网上备案---转入医院接收”，改为了“转出医院出转诊单------转入医院接收”，减少了中间的盖章程序，并由原来的病号来办理电子转诊变为医院统计，再由转诊柜台统一办理；医疗本补办不再必须需要村委的身份证明，只要群众持身份证件就可直接办理。

3、整顿窗口工作作风。所有前台服务窗口坚持每周一次例会，总结本周工作情况，传达最新工作要求。同时对工作期间存在的聊天、玩手机等情况进行严厉整顿，对考勤请假制度进行严格管理，定期进行内部自查。维护了窗口服务的工作作风，给办事群众以良好的工作形象。

经过我们的不懈努力，我们医保服务窗口20\_年初至今，100%解决了群众办事堵的问题，收到零投诉。我们必将砥砺前行，为群众提供更便捷、更舒心的服务。

**医疗审核岗位工作总结范文5**

20xx年在我院领导高度重视下，按照x市城乡居医保政策及x市医保局、霍邱县医保局及医保中心安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，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的成效，现将我院医保办工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大

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，加强了组织领导。成立了由“一把手”负总责、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众对新的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：

一是通过中层干部会议讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；

二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，积极投身到医保活动中来。

>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：

一是在院内公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然，大厅内安排值班人员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，接受群从监督；

三是全面推行住院病人费用清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，自觉接受监督，使住院病人明明白白消费。

为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院结算三个环节规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理有关责任人。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的居民医疗保险政策给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家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。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众最关心的是医疗费用补偿问题，本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

>四、不足之处及下一步工作计划

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保工作顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，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会偏少。

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，规范业务经办流程，简化手续，加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民，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。努力更多更好地为人民服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展作出贡献。

**医疗审核岗位工作总结范文6**

20xx年是一个格外艰难的一年,尽管这一年里有疫情的影响,但是在我院领导高度重视下，按照社保局安排的工作计划，遵循着“严格按照文件规定，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医疗保险工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大

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，加强了组织领导。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工作领导小组。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、农合工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。为使广大干部职工对新的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，具体如下：

1. 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。

2. 举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

3. 加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过加强医保软件管理，能更规范、更便捷，大大减少了差错的发生。

>二、措施得力，规章制度严

为使医疗保险病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，具体措施如下：

1. 公布了医疗保险就诊流程、住院须知，使参保病人一目了然并在大厅安排专职人员负责给相关病人提供医保政策的咨询。

2.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。

3.全面推行住院病人费用“一口清单制”，并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保账目实行公开公示制度，自觉接受监督，让住院病人明明白白消费。

4.严格按照文件规定,对病人新冠检测做好相应的登记工作和报销工作,确保做好新冠检测的相关工作以及为病人提供安心的就医环境

5.由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，定期召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。为进一步强化责任，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保服务行为，严格实施责任追究，从严处理相关责任人。

为将医保工作抓紧抓实，结合工作实际，制定了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考核医疗保险服务（服务态度、医疗质量、费用控制等）工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。重点还是在于加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，查有无挂床现象，查有无冒名顶替的现象，查住院病人有无身份证医疗保险卡，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予进行报销结算。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，督促检查，及时严肃处理，并予以通报和曝光。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨、各司其职、各负其责。业务院长定期下病房参加晨会，及时传达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，并将不合格的病历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、医保意识，提高了医疗质量，为参保人提供了良好的就医环境。

在办理医疗报销的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员讲解医疗保险的相关政策和规定以及各项补助措施，认真详细的解答参保人提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保患者最关心的是医疗费用补偿问题，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，实行医疗补助费用及时结算，大大提高了参保满意度。

以上就是20xx年的工作总结，在总结的同时也发现了不少问题,以后将更加认真努力，让工作更加完善和顺利。

**医疗审核岗位工作总结范文7**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《xxx铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用\*、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

>一、建立医疗保险组织

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，医院设有一名专门的医保联络员。

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202\_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\*品及诊疗项目价格，及时公布\*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。

>二、执行医疗保险政策情况

20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx万元。\*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\*方面上基本达到了要求，严格控制出院带\*量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，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\*物的不合理应用，对违反医保规定超范围用\*、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次犯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、\*超等大型检查严格审查适应症，检查阳\*率达60%以上。

>三、医疗服务管理工作

有医保专用处方，病历和结算单，\*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\*品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科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，医保科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\*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。

医保科将医保有关政策、法规，医保\*品适应症以及自费\*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\*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、医保联络员的强化培训，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\*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\*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\*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\*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。半年来没有违规、违纪现象发生。

>四、医疗收费与结算工作

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10月份，及时更新了20xx年医保基本用\*数据库及诊疗项目价格，保\*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

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，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\*认识不足：对病情变化的用\*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\*病用\*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。

>六、明年工作的打算和设想

1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，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\*。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、申请每年外派2-3名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

辞去了20xx年，迎来了20xx年，转眼20xx年也度过了大半，在党支部的正确领导下，在领导及同志们的关怀帮助与支持下，本人在本职工作中取得了一定的进步，对单位作出了一定的贡献，现对我的年终总结如下汇报：我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的\*素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报如下：思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加\*学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”的重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作;坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益.为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，取得了较好的效果.

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力。

**医疗审核岗位工作总结范文8**

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、20\_年度工作计划

20\_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。

**医疗审核岗位工作总结范文9**

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

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！