# 2025医疗保险工作总结

来源：网络 作者：寂静之音 更新时间：2025-07-08

*第一篇：2024医疗保险工作总结医疗保险工作总结沧州供电公司在省公司的直接领导、关怀下，在我公司领导的大力支持和社保办全体人员的积极配合下，沧州供电公司顺利完成了2024年上半年的医疗保险工作。2024年我公司社会保险办公室继续以“方便职...*

**第一篇：2025医疗保险工作总结**

医疗保险工作总结

沧州供电公司

在省公司的直接领导、关怀下，在我公司领导的大力支持和社保办全体人员的积极配合下，沧州供电公司顺利完成了2025年上半年的医疗保险工作。2025年我公司社会保险办公室继续以“方便职工就医，遏制医药浪费”为宗旨，认真执行省公司制定的医疗保险的各项政策和规定，及时筹集、上缴医疗保险基金，做好本公司参保人员医疗保险有关工作。

一、提取医保基金，划拨个人帐户

我公司全体医疗保险参保人员是我公司直属各单位和泊头县电力局在内的全民、集体在职职工及退休职工，共计3224人。2025年医保统筹基金年初提取基本医疗保险基金475.7万元，补充医疗保险基金410.5万元；个人帐户上年转入522.9万元，本年计入488.8万元。上缴太平人寿河北分公司大病保费54.8万元，留作医疗保险统筹基金831.4万元，此项工作的完成为全年的医药费报销做好了准备工作。

二、为参保人员报销医药费

截止到2025年6月底共为公司参保人员报销门诊医药费4622人次（其中内部门诊2940人次），住院147人次。今年的工作重点我们还是放在了“方便职工就医”方面，围绕着这个工作重点，全科人员共同努力，继续以往的全科人员联合办公、集中办理报销药费的工作方法，每月及时为职工报销医药费，为职工提供良好的环境和尽可能的满意服务，得到了参保人员的一致好评。到2025年6月底，医药费支出为315.7万元，其中基本医疗保险基金支出96.3万元，补充医疗

保险基金支出68.7万元，个人帐户支出150.7万元。根据目前掌握的情况预测到年底，参保人员的本年医药费基本能够支付。根据半年来我公司医药费的支出情况，今年的医药费较去年同期相比略有增长，主要原因是大病人员增多，总体来说实行医疗保险制度还是体现了“扼制医药浪费，方便职工就医”的作用。

三、增加定点医疗机构

为了更好的方便参保人员看病就医，今年根据职工的反映，提出增加定点零售药店的要求，我们对符合定点医疗机构的条件的定点零售药店进行认真调查，并对其打印药品明细程序进行验收后报省公司审批，经上级批准后，增加北京同仁堂等三家零售药店为我公司医疗保险定点零售药店。

四、大病医疗保险理赔工作

根据省公司关于2025年度大病医疗保险理赔工作的通知文件精神，对我公司需要进行大病理赔工作的参保人员及时进行资料的收集，了解病情，并尽快将大病理赔所需资料及理赔手续寄至保险公司进行理赔，此外还要及时和保险公司沟通，掌握赔付情况。今年上半年共有4名参保人员进入大病理赔范围内，发票金额达到了9万元。

五、工伤保险工作的开展

为了正确地贯彻执行国家和河北省有关工伤保险的方针、政策，进一步做好工伤保险工作，省公司自《工伤保险条例》实施以来国家和河北省有关工伤保险的政策规定进行了归纳，制作出了《工伤工作规程》，同时，分别制作了各项业务流程图，根据流程图，各单位要按规定进行工伤保险登记、工伤保险的上缴、工伤认定、劳动能力鉴定、工伤保险待遇支付。我公司全体工伤保险参保人员是我公司直属各单位的全民、集体在职职工及临时工，共计2025人。其中全民工1564人，集体工210人，内部临时工237人，泊头趸售职工585人和临时工25人未参加工伤保险。根据文件精神，将《工伤保险条例》实施前工伤人员进行资格确认，我公司共有62名老工伤人员进行了工伤资格确认，纳入工伤保险管理。此外还为《工伤保险条例》实施后发生的新工伤人员申请待遇。2025年全面应用工伤保险管理信息系统，每月及时核对、汇总缴费单位缴费和人员变动信息，按时上报省局。今年是工伤保险的正式实施运转的第二年，还有问题的存在，工伤保险工作的开展，保障了参保人员的医疗救治和经济补偿，促进工伤预防和职业康复，分散用人单位的工伤风险。

六、其他工作

1．继续完善医疗保险的基础工作，健全医疗保险的资料。

2．了解参保人员变动信息，及时为新增人员、在职转退休人员、工作调动人员及减出人员建立、调整、转移或结算医疗保险个人帐户。

3.对医保帐户进行日常管理，为丢失医保卡的参保人员进行帐户处理、补办新卡后为其恢复个人帐户。

4．建立住院备案制度，及时将住院备案表录入计算机。

七、存在的问题

工伤保险的参保人员包括在职的全民、集体和临时工，泊头农

电人员因资金问题未参保。医疗保险的参保人员包括在职和退休的全民、集体工，还包括泊头农电人员，临时工未参加医疗保险。此项问题的解决保证了工伤保险和医疗保险参保人员全面覆盖的实施。

2025年06月28日

**第二篇：医疗保险工作总结**

2025年医疗保险工作总结

2025年医疗保险工作总结1

一、继续开展制度创新，推动医保上新台阶

1、开展统筹城乡居民基本医疗保险

试点工作。按照国家医改方案中关于探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度，并逐步整合基本医疗保障经办管理资源的要求，我市在苍溪县开展了统筹城乡居民基本医疗保险的试点，打破了城乡基本医疗保险二元制度模式，实现了城乡居民基本医疗保险制度和管理“两统一”，将城镇居民医保与新农合制度合二为一，不分城乡户籍一个制度覆盖，缴费三个档次自愿选择参保，按选择的缴费档次享受相应待遇。为便于管理，将原由卫生部门主管的合管中心、民政部门的医疗救助职能整体划转劳动保障部门，实现了城乡居民经办工作归口和统一管理。苍溪县统筹城乡居民医保制度在实施不到一个月的时间，全县城乡居民参保人数达73.9万人，为应参保人数的100%。城乡统筹后，城镇居民医保和新型农村合作医疗保险二合一运行过程中的矛盾和困难得到了有效解决。

2、开展建立为鼓励病人合理就医机制的探索。为建立鼓励参保病人“小病进小医院，大病进大医院”的就医机制，我市改以往按定点医院级别确定住院医疗费用报销起付线为按定点医院人均次、日均住院费用和2次以上住院率等因素确定起伏线的办法，其服务指标越高，起付线标准越高。这项机制的建立可引导参保病员根据自身病情和经济状况选择定点医院就医，解决了过去“大医院人满为患，小医院无人问津”的现象，更加促进定点医院合理收费，提高了医疗保险基金的使用效率，市中心医院的次均住院医疗费用由年初12989元下降到年末7706元，降幅高达40.7%。

3、开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。为减轻参加城镇居民基本医疗保险人员的门诊负担，解决人民群众“看病难，看病贵”的问题，结合我市实际，积极开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。在不增加参保人员个人缴费负担的情况下，在城镇居民基本医疗保险筹资额中按照一定比例标准建立门诊统筹基金。参保人员在单次发生符合基本医疗保险报销范围的门诊医疗费用按照一定比例报销。

4、开展参保人员异地就医结算办法的探索。参保人员在本市范围内就医，出院时只结算属于本人自付的费用，其余属于统筹支付的费用，由县区医保局与定点医院按规定结算。实行这一办法，有效解决了参保人员异地就医垫钱数额大和报账周期长的问题，大大方便了广大参保人员。

5、开展关破集体企业职工基本医疗保险关系接续办法的探索。为妥善解决破产、撤销、解散城镇集体企业退休人员医疗保险问题，对有资产能够足额按省政府川府发〔20XX〕30号文件规定标准清偿基本医疗保险费的，按照统帐结合方式纳入城镇职工基本医疗保险;资产不能按川府发〔20XX〕30号文件规定标准足额清偿但又能按该文规定标准70%清偿的，可以按文件规定70%清偿后解决其住院医疗保险;没有资产清偿或虽有资产清偿但不足该文件规定标准70%清偿的，参加城镇居民医疗保险。在职人员在职工医保和居民医保中选择参保。

6、开展医疗工伤保险费用结算办法的探索。我们抓住医疗费用结算办法这个“牛鼻子”，在全市全面推行总额、指标、单病种、人头等方式相结合的复合型付费办法，增加了定点医院的责任，提高了医疗、工伤、生育保险基金的使用效率，降低了医疗、工伤、生育保险基金支付风险，使医保基金支出的增幅比收入增幅慢14个百分点。

7、积极进行工伤保险监督管理新路子的探索。今年，针对少数煤矿企业招用矽肺病人，我们出台了招用工管理办法，其中规定在企业招用工前必须进行健康体检，从源头上堵塞了漏洞，效果明显。全市经体检共查处矽肺病人近80例，仅一次性待遇减少支出180余万元。

二、发挥竞争机制作用，做好“两定点”监管工作

1、完善内部控制机制，提升经办服务水平

根据省医保中心《关于开展社会保险经办机构内部控制检查评估工作意见》的具体要求，我们组织以局长为组长，纪检员、党支部书记及各科室科长为成员的内部检查评估小组，开展了针对局内各科室及各县区医保经办机构内控建设的检查评估活动。检查评估主要涉及组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内部控制的管理与监督五个方面的内容。内控检查中发现了一些管理漏洞和制度缺陷，有针对性的提出整改措施。通过检查，进一步明确和完善医保经办机构的职责，优化业务经办流程和经办管理，有效地发挥了内控检查服务决策和促进管理的作用。

2、加强职工队伍建设，提高职工服务意识

我们以“创一流”活动为载体，以建设学习型、创新型和服务型单位为整体目标，以开展学习实践科学发展观活动为重点，努力加强职工队伍建设，不断提高职工服务意识和提升服务能力。通过开展理论学习，政策业务知识学习、综合技能知识学习、到煤矿井下体验生活与企业职工交心座谈等活动，提高了职工的业务素质、创新能力和服务意识。“创一流”活动中，我们组织各科室对业务流程、工作制度及服务承诺等内容进行考核，通过建立意见箱，接受来自社会人民群众的监督，更有力地促进了机关效能建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

2025年医疗保险工作总结2

一年以来，在领导的悉心关怀下，在同事们的帮助下，通过自身的努力，各方面都取得了一定的进步，较好地完成了自己的本职工作。现将思想、工作情况作简要总结。

一、不断加强学习，素质进一步提高。

具备良好的政治和业务素质是做好本职工作的前提和必要条件。一年来，始终把学习放在重要位置，努力在提高自身综合素质上下功夫。一是重点学习了邓小平理论、“三个代表”重要思想和十六大报告、十六届三中、四中全会决定等篇章。二是学习了医疗保险相关的政策、法规等;三是参加了档案及财务举办的培训班。四是尽可能地向周围理论水平高、业务能力强的同志学习，努力丰富自己、充实自己、提高自己。同时积极参加单位组织的各种政治学习活动，提高了理论水平和思想政治素质。

二、积极开展工作，力求更好的完成自己的本职工作。

(一)档案管理工作

为进一步做好本单位的档案工作，本人参加了市档案局举办的培训班，认真学习了档案管理业务知识，及时立卷、归档XX年档案。同时，根据号文件精神，花了一个多月时间，整理了自XX年以来的业务档案，一共收集、整理、装订业务档案卷。

(二)办公室工作

从事办公室工作，本人深深懂得“办公室工作无小事”的道理。无论是待人接物、办文办会，都要考虑周全、注意形象，只有这样，才能更好地“服务领导、服务企业、服务群众”，树立办公室“高效办事、认真干事、干净做事”的良好形象。

(三)人事劳资工作

完成了本单位职工工资正常晋升及标准调整工作，准确无误填写个人调标晋档审批表，上报各种工资、干部年报，及时维护人事工资管理信息系统，切实保障了本单位职工的利益。

三、存在问题

(一)在工作中积极性差，常常是被动的做事情，安排一件做一件，工作不够主动。

(二)在工作中，自我要求不够严格。在思想中存在着只求过得去、不求高质量的满足意识;有时自由散漫;有时对有难度的工作，有畏难情绪，拖着不办，不按时完成任务。

在今后的工作中，还需要进一步的努力，不断提高自己的综合素质，克服畏难心理，更加出色的完成好各项工作任务。思想素质上还需要不断的提高，克服懒惰情绪，进一步加强自己的政治理论修养，争取早日加入光荣的党组织。

[2025年医疗保险工作总结]

**第三篇：医疗保险工作总结**

医疗保险工作总结

2025年，我院根据\*\*\*铁路局职工家属基本医疗保险定点医疗机构服务协议的规定,认真开展工作，作出了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险医疗定点医疗机构服务质量监督考核内容，总结如下：

一、医疗保险组织管理：

有健全组织。业务院长分管医保工作，有专门的医保机构及医保管理，网络管理等主要制度，有考核管理办法并定期考核。

设有医保政策宣传栏，意见箱，导医图及医保政策主要内容。公布了常用药品及诊疗项目价格，按时参加医保培训，有特殊材料、职工家属转诊转院审批记录。

二、医疗保险政策执行情况：

2025年1-11月份，我院共接收铁路职工住院病人760余人次，消耗铁路统筹基金335万元，平均每月30.5万元，比2025年略有下降。药品总费用基本控制在住院总费用的46％左右，合理检查，合理用药，基本达到了要求，严格控制出院带药量，严格控制慢性病用药及检查项目。在今年五月份医保中心给我院下发了医保统筹基金预警通报，我院立即采取措施加强门诊慢性病管理及住院病人的管理，控制药物的不合理应用，停用部分活血化瘀药品及抗生素。每次医保检查扣款均下发通报落实到科室或个人。先后扣款四次，共计3700多元，涉及4个科室，三个个人。对门诊慢性病处方每月检查，及时纠正不合理用药。通过加强管理，使医疗费用的增长得到控制，一至三季度统筹基金清算月平均逐月下降，三季度统筹基金降到月均28.3万元。

CT、彩超等大型检查阳性率达60%以上。

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。

住院处统一保管IC卡，病区统一保管医保手册；实行三级核对患者金额身份制度，严格核对IC卡及医保手册，严防冒名顶替现象发生，一年来没有发现违规情况的发生。

三、医疗服务管理：

有门诊慢性病专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。严格按协议规定存放处方及病历，病历归档保存，门诊处方由要放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。

对超出医保范围药品及项目，由家属或病人签字同意方可使用。今年6-7月份，医院先后为101人，150人次办理慢性病审批手续，在8月份结束了1700多人的铁路职工体检工作。

四、医疗收费与结算：

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11月份，医院按照社保处的要求，及时更新2025年医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

五、医保信息系统使用及维护情况：

信息科及保健站按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。一年来，系统运行安全，未发现病毒及错帐、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。

但也有不足之处，如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，由造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。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、及时请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

20010年12月5日

**第四篇：工作总结（医疗保险）**

一年来，在市劳动和社会保障局的正确指导下，在我局的领导下，我县的医疗保险工作取得了较大进展，医疗保险覆盖面进一步扩大，基金征缴率进一步提高，内部管理工作进一步规范，特别是在四月中旬发生“非典”疫情以来，我们克服重重困难，一手抓“非典”，一手抓工作，“非典”防治和医疗保险工作两不误，把防治“非典”给工作带来的影响降低到最低限度。sO100

一、努力工作，稳步扩面，超额完成全年扩面任务。

进入\*\*\*\*年以后，我们紧紧围绕实现覆盖人数7800人的目标任务，狠抓扩面工作不放松，扩面工作没有因为“非典”疫情的发生而受到影响，在工作中，大家统一思想，提高认识，克服重重困难，积极主动，使扩面工作取得了新进展，经过大家的努力，今年已超额完成了市局下达的7800人的目标任务。

1、明确扩面重点，锁定扩面目标。年初我们就制定了扩面工作计划，把扩面目标锁定在未参保的中省属单位，采取积极的措施，督促这些单位参保。

2、“以人为本”，重视困难企业及其职工和流动人员参加基本医疗保险问题。解决困难企业职工和流动人员参保问题，不仅关系到扩面工作，同时也关系到企业改革和社会稳定，因此，我们本着“以人为本”，实事求是，积极稳妥的精神，重点研究解决困难企业职工参保问题，在工作中关局长带领我们多次深入到企业，特别是有些困难企业中去宣传医疗保险政策，答疑解惑，在“非典”防治期间扩面工作也没有停止，我们积极主动用电话与企业和流动人员联系沟通，把一些困难企业如直属库，清真肉联厂，冷冻厂吸收进来，为部分流动人员办理了参保手续，从而满足了这些困难企业职工和流动人员的基本医疗需求，解除了他们的后顾之忧，同时为促进我县的社会稳定起到了积极的作用。截止年底，参保单位144个，参保人员7840人，其中在职人员6315人，退休人员1525人。超额完成了全年目标任务。

二、强化征缴，确保基金按时间进度足额到位。

基本医疗保险基金能否足额到位是医保工作能否健康运行的重要环节。为此我们在工作中，特别是?quot;非典“防治时期，积极采取措施，强化征缴，为了既要避免医保所内部工作人员和外来工作人员传染”非典“，又不放松征缴工作，我们采取了分期分批的办法，制定征缴计划，用电话催缴。今年，共收缴基本医疗保险金298万元，其中，统筹基金106万元，个人帐户192万；收缴大病统筹基金52万元。

三、加强对定点医院的管理，对参保患者住院审查不放松。

医疗保险所审查巡视组，深入到各定点医院300多次，对参保患者住院情况进行了审查，截止到年底，申请在县内定点医院住院的参保患者198人，申请转诊转院治疗的患者18人。今年，我们并没有因为”非典“疫情的发生而放松对定点医院的管理，没有放松对参保患者及其在诊疗过程中形成的病历、清单、复方等项内容的审核。按着与定点医院签定的服务协议规定内容，围绕”三个目录“，对定点医院的服务行为进行审查，各定点医院能够严格执行协议的各项规定，确保了医疗保险的各项工作不因”非典“出现任何失误。

四、认真审核结算住院费用，按时报销。

医疗保险工作的出发点和落脚点就是在确保基金收支平衡的前提下，维护广大参保职工的医疗保障权益，确保参保患者住院费用能够及时报销。今年审核，结算报销住院费用180人次，报销住院费用147万元，其中，统筹基金报销97万元，大病统筹基金报销50万元，在工作中，我们以”情为民所系“的精神，不断提高服务水平，急患者所急，想患者所想，把”为人民服务“落实在每一个工作环节上。在”非典“防治时期，我们根据患者需要，特事特办，1，居住我县的重病患者医疗费用，我们主动送钱上门，因为是特殊时期，既为了保护我们自己，又为了保护患者，双方在患者家外相互距离5米的地方办理报销手续。2，居住在县外患者应报销医疗费用，我们用邮寄的办法解决。医疗保险所周到细致的服务受到了参保患者及其家属的赞誉。

五、争取时间，规划内部管理工作。

一年来，特别是在”非典\"防治时期，医保所的全体同志，在确保自身健康的同时，坚守岗位，恪尽职守，抓紧时间整理、规范各项基础管理工作，调整、修改了7800多人的个人信息，装订了10多册文书档案，重新整理了个人帐户配置，基金收缴，报销等台帐，并输入了电脑，使基础管理工作更加科学规范，为统计工作能够准确、及时奠定了基础，为以后调整医疗保险政策能够提供科学的参考依据。

六、个人帐户管理工作。

全年共向个人帐户配置资金178万元（其中从统筹基金中划入62万元），参保人员在门诊就医刷卡16668人次，支出67万元。

今年，经过全所同志的共同努力，我县的医疗保险工作取得了较大进展，2025年我们将做好以下重点工作：

1、继续做好扩面工作，争取驻我县未参保省属单位参加医疗保险。

2、继续强化征缴医疗保险金，到年底基金征缴

**第五篇：工作总结（医疗保险）**

一年来，在市劳动和社会保障局的正确指导下，在我局的领导下，我县的医疗保险工作取得了较大进展，医疗保险覆盖面进一步扩大，基金征缴率进一步提高，内部管理工作进一步规范，特别是在四月中旬发生”非典”疫情以来，我们克服重重困难，一手抓”非典”，一手抓工作，”非典”防治和医疗保险工作两不误，把防治”非典”给工作带来的影响降低到最低限度。

一、努力工作，稳步扩面，超额完成全年扩面任务。

进入\*\*\*\*年以后，我们紧紧围绕实现覆盖人数7800人的目标任务，狠抓扩面工作不放松，扩面工作没有因为”非典”疫情的发生而受到影响，在工作中，大家统一思想，提高认识，克服重重困难，积极主动，使扩面工作取得了新进展，经过大家的努力，今年已超额完成了市局下达的7800人的目标任务。

1、明确扩面重点，锁定扩面目标。年初我们就制定了扩面工作计划，把扩面目标锁定在未参保的中省属单位，采取积极的措施，督促这些单位参保。

2、”以人为本”，重视困难企业及其职工和流动人员参加基本医疗保险问题。解决困难企业职工和流动人员参保问题，不仅关系到扩面工作，同时也关系到企业改革和社会稳定，因此，我们本着”以人为本”，实事求是，积极稳妥的精神，重点研究解决困难企业职工参保问题，在工作中关局长带领我们多次深入到企业，特别是有些困难企业中去宣传医疗保险政策，答疑解惑，在”非典”防治期间扩面工作也没有停止，我们积极主动用电话与企业和流动人员联系沟通，把一些困难企业如直属库，清真肉联厂，冷冻厂吸收进来，为部分流动人员办理了参保手续，从而满足了这些困难企业职工和流动人员的基本医疗需求，解除了他们的后顾之忧，同时为促进我县的社会稳定起到了积极的作用。截止年底，参保单位144个，参保人员7840人，其中在职人员6315人，退休人员1525人。超额完成了全年目标任务。

二、强化征缴，确保基金按时间进度足额到位。

基本医疗保险基金能否足额到位是医保工作能否健康运行的重要环节。为此我们在工作中，特别是?quot;非典”防治时期，积极采取措施，强化征缴，为了既要避免医保所内部工作人员和外来工作人员传染”非典”，又不放松征缴工作，我们采取了分期分批的办法，制定征缴计划，用电话催缴。今年，共收缴基本医疗保险金298万元，其中，统筹基金106万元，个人帐户192万；收缴大病统筹基金52万元。

三、加强对定点医院的管理，对参保患者住院审查不放松。

医疗保险所审查巡视组，深入到各定点医院300多次，对参保患者住院情况进行了审查，截止到年底，申请在县内定点医院住院的参保患者198人，申请转诊转院治疗的患者18人。今年，我们并没有因为”非典”疫情的发生而放松对定点医院的管理，没有放松对参保患者及其在诊疗过程中形成的病历、清单、复方等项内容的审核。按着与定点医院签定的服务协议规定内容，围绕”三个目录”，对定点医院的服务行为进行审查，各定点医院能够严格执行协议的各项规定，确保了医疗保险的各项工作不因”非典”出现任何失误。

四、认真审核结算住院费用，按时报销。

医疗保险工作的出发点和落脚点就是在确保基金收支平衡的前提下，维护广大参保职工的医疗保障权益，确保参保患者住院费用能够及时报销。今年审核，结算报销住院费用180人次，报销住院费用147万元，其中，统筹基金报销97万元，大病统筹基金报销50万元，在工作中，我们以”情为民所系”的精神，不断提高服务水平，急患者所急，想患者所想，把”为人民服务”落实在每一个工作环节上。在”非典”防治时期，我们根据患者需要，特事特办，1，居住我县的重病患者医疗费用，我们主动送钱上门，因为是特殊时期，既为了保护我们自己，又为了保护患者，双方在患者家外相互距离5米的地方办理报销手续。2，居住在县外患者应报销医疗费用，我们用邮寄的办法解决。医疗保险所周到细致的服务受到了参保患者及其家属的赞誉。

五、争取时间，规划内部管理工作。

一年来，特别是在”非典”防治时期，医保所的全体同志，在确保自身健康的同时，坚守岗位，恪尽职守，抓紧时间整理、规范各项基础管理工作，调整、修改了7800多人的个人信息，装订了10多册文书档案，重新整理了个人帐户配置，基金收缴，报销等台帐，并输入了电脑，使基础管理工作更加科学规范，为统计工作能够准确、及时奠定了基础，为以后调整医疗保险政策能够提供科学的参考依据。

六、个人帐户管理工作。

全年共向个人帐户配置资金178万元（其中从统筹基金中划入62万元），参保人员在门诊就医刷卡16668人次，支出67万元。

今年，经过全所同志的共同努力，我县的医疗保险工作取得了较大进展，2025年我们将做好以下重点工作：

1、继续做好扩面工作，争取驻我县未参保省属单位参加医疗保险。

2、继续强化征缴医疗保险金，到年底基金征缴到位率达到98%以上。

3、根据上级有关医疗保险的精神，按着县政府的安排部署，研究制定生育保险有关办法，研究解决困难企业参保办法。

4、继续做好医疗保险的其他各项工作。

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！