# 抓好重点人员医保工作总结(推荐23篇)

来源：网络 作者：静默星光 更新时间：2025-06-06

*抓好重点人员医保工作总结1今年以来，在区xxxx人力资源和社会保障局的领导下，在市级业务部门的指导下，我中心紧紧围绕20xx年医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提...*

**抓好重点人员医保工作总结1**

今年以来，在区xxxx人力资源和社会保障局的领导下，在市级业务部门的指导下，我中心紧紧围绕20xx年医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我区20xx年医疗保险工作总结如下。

>一、基本运行情况

（一）参保扩面情况

截至12月底，全区参加城镇医疗保险的xxxx人数为xxxx人，比去年年底净增xxxx人，完成市下达任务（净增xxxx人）的xxxxx%。其中城镇职工参保xxxx人（在职职工xxxx人，退休职工xxxx人），在职与退休xxxx人员比例降至2：4：1，城镇居民参保xxxx人（其中学生儿童xxxx人，居民xxxx人）。

（二）基金筹集情况

截至12月底，城镇职工基本医疗保险收缴基金xxxxx万元，其中统筹基金xxxxxx万元（占基金征缴的），个人账户xxxxxx万元（占基金征缴的），大额救助金征缴xxxxxx万元，离休干部保障金xxxxxx万元。

（三）基金支出、结余情况

城镇职工医疗保险基金支出实际应支与财务支出不同步，财务支出要滞后，截止目前财务支出到20xx年6月底，20xx年下半年暂未支出，因此实际的应支情况更能反映今年的实际运行情况。

至12月底财务（统筹支出20xx年下半年和到20xx年上半年的，还有部分未支）支出xxx万元，其中统筹金支xxx万元（财务当期结余xxx万元），个人账户支xxx万元。其中，涉及20xx年的费用xxx万元，统筹应支付xxx万元，实际垫付xxx万元（不含超定额和保证金）。

实际应支xxx万元，其中统筹应支xxx万元（结余xxx万元），个人账户应支xxx万元；大额救助应支xxx万元（结余xxx万元）；离休干部保障金应支xxx万元（结余xxx万元）。

>二、参保患者受益情况

今年，城镇职工住院xxxx人，住院率xx%，住院xxxx人次xxxx人次，医疗总费用xxx万元，次均xxxx人次费元，统筹支出xxx万元，统筹支出占住院总费用的xx%；享受门诊大病的患者有xxxx人次，医疗总费用xxx万元，统筹支付xxx万元（门诊报销比例达xx%），门诊统筹支出占统筹总支出的xx%；大额救助金支付xxxx人次，纳入大额统筹的费用为xxx万元，大额应支xxx万元；20xx年离休干部xxxx人，离休干部长期门诊购药xxxx人，门诊总费用xxx万元，离休xxxx人员定点医院住院xxxx人次，总费用xxx万元。离休干部住家庭病床xxxx人次，医疗费用xxx万元。

>三、主要工作

（一）贯彻落实几项重点工作，不断提高基本医疗保障水平。做好档案整理归档工作。在局领导的大力支持下，区医保处按照市局要求购置了标准的档案装具，并组织各科室档案专管员到市局学习，做到整档标准化、统一化，截止12月底各科室的档案归档工作已进行至7、8月份，基本结尾。开展考察调研。了解医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我区存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。

实行了周例会制度，每周召开主任办公会，对上周工作及时总结，对下周工作及时安排，做到今日工作今日毕。

完成下半年的门诊慢性病的评审工作，20xx年1月份新增特疾病号xxxx人，12月份底新参评xxxx人，通过xxxx人，通过率xx%（其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有xxxx人，通过并享受的有xxxx人）。截至20xx年底特疾病号固定门诊购药xxxx人。

（二）完善协议，加强两定机构管理

截止目前我处共有定点医疗机构家（其中家医院，家门诊）药店家，进入3月份以来，我处联合市医保处对全市家定点医院和全部定点门诊、药店进行考核。截止12月份之前的个人报销已经完成，共报销xxxx人次，基本统筹支付万余元，大额支付万余元，超大额支付万余元。转外就医备案xxxx人员xxxx人，在职xxxx人，退休xxxx人。向省内转院的有xxxx人，向省外转的有xxxx人。

异地就医政策有重大突破。济南异地就医联网结算政策出台以来，很大程度上解决了重病患者的医疗负担。最近这一政策又有新变化，为了扩大患者就医范围，济南由原来的家定点医院增加为现在的家，上半年共有xxxx人次享受这一惠民政策。

通过建立定点医疗机构分级管理卫生信用档案来加强对定点医疗机构的管理，促进医疗机构提高医疗服务质量，控制不合理医疗费用支出。在对定点的监控上实现网络监控与实地稽查相结合、日常检查与不定期抽查相结合、明查与暗访相结合。截止12月底，共计查出医院违规次，违规定点药店家，经过调查核实剔除不属于医保支付范围的意外伤害例，对于违规情况严重、违规次数频繁的医院给予暂停其定点医疗资格的处罚，对违规的药店视情节进行相应处罚扣除保证金，对多次违规的，取消医疗保险定点资格。在个人报销审核中，剔除不予报销的有例，涉及金额约xxx万元。

（三）夯实基础服务工作，提高整体经办水平

1、加强网络建设。市级统筹之后软件系统及管理方式、方法有较大改变，综合科要做好升级前后的衔接工作以及医院等医疗机构的解释说明工作，为统筹后的工作做好铺垫，以便加快工作效率。

2、收缴、报销做好政策的衔接工作。统筹后的参保政策、报销政策也有小幅度的变动，保险科、医管科根据市级统筹文件规定，领会文件精神，及早掌握新政策、新规定并做好对参保xxxx人员的解释说明工作。

>四、医疗保险工作中存在的主要困难及解决办法

医疗保险已实现了无缝隙覆盖，扩面工作已完成了它历史性的任务，医疗保险今后工作的重点将是“促征缴”与“减支出”以便维持“收支平衡”，这是工作重点也是难点。

1、促征缴工作。收不上来就支不出去，职工参保总xxxx人数是，其中缴费的只有xxxx人的在职职工（退休xxxx人员不缴费），且退休xxxx人员的个人账户计入金额都由单位缴纳部分划入，统筹金收入占基金总收入的xx%，而统筹金支出却占基金总支出的xx%，且企业欠费、灵活就业xxxx人员、下岗职工断保现象时有发生，造成基金征缴困难，统筹金难以维持收支平衡。居民断保现象更是严重，居民连续缴费意识不足。

2、医疗保险的管理工作依然面临着严峻的考验，一方面定点医疗机构、定点零售药店数量增加，参保xxxx人员不断增多，老龄化严重，住院病号逐年增多，定点医院对费用控制的意识不强，力度不大，医疗费用连年增长，某些定点单位、参保xxxx人员受利益驱使，想方设法套取医保基金。另一方面医保处各科室工作xxxx人员有限，工作量急剧增加，由于缺乏计算机、医学、统计等专业性xxxx人才，工作效率得不到有效提高，给经办机构带来了极大的考验。我们的.医疗管理和医疗结算方式要与时俱进，急需进行付费方式的改革。

>五、科学谋划，求真务实，继续做好明年的医疗保险工作

以\_中央、\_新医改文件为指导，以《社会保险法》实施为契机，按照规范化、xxxx人性化、制度化的要求，为全区经济发展和社会进步做出新贡献，促进全区医疗保险经办工作再上新台阶。

（一）夯实两个基础，进一步提高医疗保险管理水平

医疗保险工作直接面对广大xxxx人民群众，全部政策都体现在落实管理服务上，经办责任重大。必须下大力气夯实经办机构建设和提高指标监控水平两项基础工作。

一是加强经办机构规范化建设。着力规范窗口建设，提高医保经办水平，按照统一标准、简化程序的原则，继续优化业务流程，确保各个环节衔接顺畅，为参保xxxx人员提供优质、高效、便捷的医保服务。进一步健全内控制度，严格执行社保基金财务会计制度，确保基金安全完整。

二是提高指标监控水平。建立健全指标监控体制，细化涉及医疗保险费用的各项指标，根据系统即时检测并做好统计分析报表，通过分析各项指标的变量，掌握医疗机构的.医保工作运行情况，及时发现问题，确保基金安全运行。

（二）加大医保审核力度，确保基金安全完整

通过建立健全违规举报奖励制度等方式，充分发挥社会舆论监督作用，对单位和个人套取社保基金行为进行监督检查，加大对定点机构、药店的查处力度，按规定给予相应处理，确保基金安全。做好医疗费用审核、稽核力度，进一步优化审核流程。

（三）抓好几项重点工作的贯彻落实

一是做好城镇职工、居民基本医疗保险门诊统筹相关工作。根据职工门诊慢性病病种费用以及用药情况，详细分析可行的费用控制方法和付费机制，完善监督管理措施，防范基金风险，确保门诊统筹顺利推进、安全运行。

二是进一步加强定点医院的监督管理，全面落实定岗医师制度，考试合格的医师建立医师数据库，医师信息和病号住院信息一同上传至医保中心，医保中心对医师的超定额、违规等情况进行相应扣分，根据医师得分情况对定岗医师进行相应处罚。完善定点医院服务协议和医疗费用结算办法，对定点医院实行信誉等级管理，引导其加强自我管理。

三是做好医疗付费方式改革的测算摸底工作。为医疗付费方式改革做好调研，提供事实依据。

**抓好重点人员医保工作总结2**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保局安排的工作计划，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、新农合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，狠抓落实

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。

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，一是召开全院职工大会、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。二是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。大大减少了差错的发生。

>二、措施得力，完善规章

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费我院一是在院外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。并在大厅内负责给相关病人提供医保政策咨询。二是将收费项目、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“一日清单制并要求病人或病人家属在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，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、出院补偿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。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务（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。二是加强病房管理，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，查住院病人有无二证一卡，对不符合住院要求的病人，医保科一律不予审批。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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

>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.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。

在办理职工医疗保险手续的过程中，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、参合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，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

>四、工作小结

通过我科工作人员及全院相关工作人员的共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年收治医保、居民医保住院病人9人，总费用万余元。大大减轻了群众看病负担。

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，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保工作做得更好.

>五、下一步工作要点

1、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。

2、做好与医保局的协调工作。

3、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。

**抓好重点人员医保工作总结3**

20xx年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

>二、认真完成工作任务

医院高度重视医保工作，使参保患者利益得到充分保障。这一年我院按照医保相关政策的要求认真工作，诚心为患者服务，圆满的完成了各项工作，20xx年我院共收住院医保患者8人次，总住院天数：113天，住院总收入元，其中药品费用：，门诊人次：139人，门诊医疗费用总计元。

>三、提高诊疗水平

树立良好的服务理念，诚信待患为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动为了能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。

我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。

院领导经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**抓好重点人员医保工作总结4**

医院20xx年医保工作总结 不知不觉间20xx年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社 管中心的领导下,在有关职能部门和科室的协作下,XX 卫生院紧紧围 绕医保的工作重点和要求,全院职工以团结协作、求真务实的精神状 态,认真工作。现将半年医保工作情况总结如下: 一、领导班子重视 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。领导班子带头，各科室科主 任负责本科医保、农合工作的全面管理。 为使广大参保人员对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。二是抽出人员参加医保会议；以发放宣传资料等形式增 强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，通过 新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。 半年工作情况： 1、自20xx年12 月16 日起，截止至20xx年6 月15 日。我院上 传记录4753 笔，医保支付费用 元。挂号支付4398 元。在 已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时 准确，无垃圾数据反馈信息。 2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正 常工作的时候，及

**抓好重点人员医保工作总结5**

20xx年度我院医保工作在院领导的关怀指导以及各科室密切配合和共同努力下，按照上级指示科学制定工作计划，认真开展各项工作，现将20xx年上半年工作总结如下：

>一、学习与宣传新政策

1、根据上级通知自20xx年1月1日起，原“新型农村合作医疗保险”与原“城镇居民医疗保险”正式合并为“城乡居民医疗保险”，随之一些政策也进行了相应的调整，医保办接到上级下发的政策文件后，分别在1月8日、1月19日、2月28日组织全院医护人员对20xx年城乡居民医保新政策及管理办法进行培训学习，并集中转达了“豫人社医疗【20xx】第18号、洛人社医疗【20xx】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20xx】第135号文件”的指示精神。

2、执行国家的这项惠民政策，宣传工作是个重要环节。我们在医保办窗口醒目位置制作了20xx年城乡居民医保最新政策的宣传版面，尽可能的方便患者就诊，利用公示栏公布当月参保群众医疗费用的补偿兑付情况，使参保群众切身体会到医保政策看得见，摸得着的实惠，从而转变观念，重新认识新医疗保险政策的优越性。

3、医保办工作人员积极、耐心、细致地向每一位患者宣传和解释城乡居民医疗保险新政策，回答患者提出的各种问题，努力做到不让一位患者带着不满意和疑惑离开，使医保办窗口不但是受理参保群众医疗费用补偿之所，更是宣传医疗保险政策的重要阵地。

>二、医疗费用补偿兑付情况：

1、20xx年上半年，职工医保门诊患者使用医保卡支付1350人次，总费用共计209460元。平均每月34910元。

2、20xx年上半年，城乡居民中农村居民住院补偿1445人次，住院病人费用总额10415669元，次均住院费用7208元，平均住院日：天。补偿金额总计6112691元，人均补偿金额4230元。补偿比，其中按病种路径结算510人，覆盖率。

3、20xx年上半年，职工医保住院补偿94人次，住院总费用567646元，补偿费用376791元，补偿比。城乡居民中城镇居民住院补偿66人次，住院总费用428201元，补偿费用274822元，补偿比。

>三、日常审核督导情况

医保办严格按照城乡居民医保管理办法规定，每月一查房，每季度一督导，一旦发现违规的现象和苗头，责令其立即进行整改。根据我院各科室实际情况制定了《嵩县西关骨科医院医保工作考评细则》对各科室的医保工作每月进行一次综合评定，根据评分，排出名次。

20xx年上半年，医保办共审核住院病历1605份，主要目的是在送保险公司审核之前发现并解决问题，在很大程度上减少了保险公司每月医保审核中的扣款，对于保险公司在对我院医保审核中产生的扣款，医保办积极组织复议，尽最大努力为我院挽回损失。如确实属于我院的失误造成的扣款，医保办会通知到相关科室，并提醒该科室在今后工作中汲取教训，进一步提高工作标准，把失误率降低至最低程度。

>四、开展“四查四促”专项行动

为了提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量。我院根据上级指示开展了“四查四促”专项行动，3月29日医院成立“四查四促”专项行动领导小组，领导小组成立后，医保办在医保领域工作中积极开展自查自纠，查找问题并解决问题，建立问题整改台账，督促各科室拿出措施进行整改。

20xx年4月7日，上级部门组织检查组对我院医保领域开展“四查四促”专项行动情况进行检查指导，对我们提出了一些宝贵的意见和建议，我院的医保工作整体上得到了上级领导的一致肯定，但从上级的检查情况中也发现了一些问题，比如：医保政策宣传栏设置不标准，中药熏蒸多收中药费用，不合理使用抗生素类药品的问题。

针对以上问题，医保办在接到上级整改通知书后，与办公室及后勤科进行协调，按标准重新制作了医保政策宣传栏，关于中药熏蒸重复收取中药费用的问题，也责成相关科室进行了整改。在使用抗生素类药品问题上，医院组织权威专家和从业人员进行探讨，对抗生素类药品的使用指症进行明确，从而杜绝滥用抗生素现象。

>五、下步工作要点：

1、提高服务质量，优化报销流程。

提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量，随时查找问题，发现问题及时处理，杜绝医疗纠纷的发生。根据实际情况做好意外伤害住院患者的调查核实工作，尽可能做到在院调查，从而使患者出院当时就能享受报销。

2、继续加大审核督导力度，减少扣款。

坚持履行每月查房，每季度督导制度，并根据医保办制定的考评细则对各科室进行评分，及时发现问题，并督促整改，对设计城乡居民医保、职工医保报销的病历及报销手续严格进行审核，最大程度减少保险公司审核扣款。

3、执行医院各项指示，争做优秀科室。

认真学习《李强院长20xx年工作会议上的讲话摘要》完成好上级分配的各项任务，积极开展“学制度、尊流程、依法规”和“讲诚信、塑团队、精医济世为人”活动，耐心为患者服务，树立我嵩县西关骨科医院的良好形象。

**抓好重点人员医保工作总结6**

今年以来，我局积极贯彻落实上级“四送一服”双千工程各项政策精神，深入企业开展调研，认真梳理企业反映的问题，依法依规解决企业的各种诉求，助推企业高质量发展。现将工作情况总结如下：

>一、工作举措

1.举办专题培训。

主动走进民营医疗机构，通过专家讲课、案例讲解，观看警示教育纪录片等形式，开展医保法规政策培训。对于各医疗机构在执行医保政策遇到的困难，现场给予回应和协调，积极帮助解决有关问题。

2.开展走访调研。

深入各包保企业开展“送清凉”活动，主动慰问在企职工；积极走访辖区民营医疗机构，聚焦企业需求，主动靠前服务。针对民营医疗机构医保管理薄弱问题，开展药品、耗材进销存专项指导，帮助搭建进销存管理系统，规范化保存资料。

3.优化服务举措。

以“医院下单、企业配送、医保审核、基金买单”的方式，扎实推进药品费用医保基金直接结算，通过压缩流通环节，缩短支付链条，缓解了企业资金压力，提高了配送积极性

>二、下步打算

1.进一步贯彻落实《x省降低社会保险费率综合方案》，大力开展宣传，进一步扩大城镇职工医保覆盖面，使广大职工安心就地就近就业。

2.落实新发展理念，由局领导带队深入企业走访宣传，主动宣讲医保有关政策，及时了解企业发展情况和存在的困难和问题。

3.继续做好联系企业的服务工作，及时了解收集梳理企业生产经营中的难题，能解决的当场解决，不能解决的及时呈报上级，并反馈至企业

**抓好重点人员医保工作总结7**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢!

作为结算员这个岗位，每天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，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。

xx年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐;加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢!在以后工作中的不足之处，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

领导下，根据《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，规范了用药、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20xx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药品及诊疗项目价格，及时公布药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

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，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，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、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。

>三、医疗服务管理工作

有医保专用处方，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。对超出医保范围药品及诊疗项目，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，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

>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

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作，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。

>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。

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、合理用药。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。

总结今年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：

1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销;

2、参保人员在异地发生的医疗费用增多。异地安置人员的医疗费用在总医疗费用中占的比重越来越大，因为无法联网结算，只能到窗口报销，加上居住地与我区医保政策不同，使医疗费用审核繁琐而复杂，从而加大了审核难度;

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：

1、超量配药、用药不合理的情况存在。

2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药;

3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出;同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

xx年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用414058人次，总医疗费用达万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用万元，剔除不符合医保基金支出的费用万元;审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用万元，剔除定点单位不合理医疗费用万元;拨付定点单位联网医疗费用达3319万元;办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达万元;收回社会医疗救助券万元;办理各类信访回复18件。

9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配(售)药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤生育保险药品目录》(xx)的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决;配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

**抓好重点人员医保工作总结8**

我院医疗保险工作在院领导的领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科职工的共同努力，顺利的开展了各项工作，现总结如下：

>一、已完成工作

1、20xx年与我院签署定点医院协议的行政部门有：

（1）1月份与xx市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

（2）3月份与xx市医保中心签订医疗服务协议。

（3）5月份与xx市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

（4）xx市工商保险服务中心。

（5）xx市民政局。

（6）xx市城镇职工医保中心未重新签署的，都延续之前的协议。

2、认真学习宣传各险种的各项政策规定，并贯彻执行。实时更新合疗政策宣传栏；定期公示补偿信息表；每月底给xx市医保、合疗等各部门办公室上传报表。每月去合疗办公室报送报销资料。快递邮寄病历38份（含85份病历）

3、定期到临床科室了解合疗管理情况，帮助解决合疗工作中存在的问题，减少不必要的损失。季度统计各科室收治合疗患者的费用情况并做分析，按时发放至各科室，让各临床科室都能了解、掌握合疗患者的费用情况，及时做出调整。

4、汇总季度各科室收治的合疗患者人数给与奖励，对于违反政策的个人及科室给与处罚，并将季度奖罚汇总表交由经营办发放。

5、医保、合疗运行情况

（1）合疗：上半年（1-5月份）共报付合疗患者247人次，住院总金额共计元。住院补偿金额元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余元。人均住院费用元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为天。药占比为，自费药占比为。单病种执行率。各项指标均达到合疗政策要求，在xxx两市合疗办的多次督察中均受到好评。暂无门诊慢病与大病补助。

（2）医保：（xx）

门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额元。

住院：报出12例患者。住院总金额为元，医保垫付元，患者自负元。

（3）民政：共报付9人次，医疗费用元，民政补助元。

（4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用元，报销金额元，报销比例达92%。

>二、正在进行工作与不足之处

1、跟未结款的各县合疗办催要合疗补偿款。

2、我院1月份已经被批准成为鄂尔多斯医保局定点医院，但由于网络原因一直开通不了，现正准备签署协议

3、匹配上传鄂尔多斯医保三大目录，且已与鄂尔多斯医保局网络对接成功，准备试运行。

4、陕西省社保卡读写设备已经接入，由于社保卡一直未放发，暂未运行。

>三、努力方向

1、进一步加强医保、合疗政策的学习和宣传，严把审核关，提高医保管理的科学性与技巧性，更好的\'为患者为临床服务。

2、进一步密切和医保、各合疗办的联系，及时互通信息，保持良好的工作关系。

3、加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保、合疗等相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

**抓好重点人员医保工作总结9**

树立良好的服务理念，诚信待患为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动为了能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。

我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。

院领导经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**抓好重点人员医保工作总结10**

一、工作指导思想

(一)强化服务理念，体现以人为本

一直以来，本人始终坚持把群众是否满意作为自己工作的第一标准，把病人的呼声当作第一信号，把病人的需要当作第一选择，把病人的利益当作第一考虑，扎实开展医疗服务工作。切实将以人为本、以病人为中心、以质量为核心的服务宗旨渗透到医疗服务的各个环节之中，把病人满意作为第一标准。

牢固树立以病人为中心的意识，努力为病人提供热情周到的服务。在工作当中，积极主动帮助病人解决就诊中遇到的各种困难，让病友感受到热情周到的服务，感受到医护人员的关心和体贴。细心听取社会各界群众、病人及家属对我们医务工作的意见和建议，能改的则改，能帮的尽量帮，能协调的尽量协调，及时为病人排忧解难。

(二)提高水平，打造医护品牌

(三)以德为先，树新形象

本人根据“正规诊疗、优质服务、求实创新、永攀高峰”的新形象和新要求，不断规范自身的言行，振奋自身的蓬勃朝气、昂扬锐气、浩然正气，真正体现白衣天使的崇高风貌。一颗红心中始终嵌入两个“人”字。“以人为本”、“以病人为中心”，时刻把病人放在心中，奉献一片爱心。注意用语文明、温馨、富有亲情。

(四)规范医德医风，关爱弱势群体

强化自我教育，是构筑拒腐防变的第一道思想道德防线，也是增强自警自律意识的重要环节。本人注意充分利用各种资源，学习有关医德医风方面的内容，收看中央电视台焦点访谈栏目播出的\'《聚焦医德医风》录像;关注中央电视台一套每天播出的《今日说法》节目;倾听法律界人士为医务人员讲授预防职务犯罪的法律课，从法律的角度分析收受红包回扣可能触犯的法律条文等等。通过一系列举措，教育自己要保持清廉、要弘扬正气，教育身边的同事要自重、自省、自警、自律，做廉洁行医的模范。

群众利益无小事，医疗费用偏高是群众反映的一个热点问题，要让群众满意，医生就必须切实解决这一问题。本人在工作职责范围内，采取了一系列的措施，尽量帮助病人减少不必要的医疗费用支出。特别注意关爱弱势群体，坚持使用价廉有效的药品，科学合理诊治，减轻病人负担。

二、具体工作

(一)不断学习新型农村合作医疗制度，提高对新型农村合作医疗制度认识。本人一直加强对这项工作的复杂性、艰巨性和长期性的认识，深入政策学习与理解，准确把握，坚决杜绝畏难怵头情绪。

此外，本人加强政治学习，十分重视自身道德素质的修养。多年来，一幕幕让人心痛或感动的情感洗礼和一次次与病人并肩作战的经历，让我深深懂得，作为一名白衣天使，必须要有一丝不苟的工作作风，要有良好的技术水平、严肃认真的科学态度，严密的组织纪律性和对病病人大公无私的关爱。在工作中，热心接待病人，关心病人疾苦，耐心听取病人与家属意见，勤奋细心地做好每一项工作。

(二)群众对合作医疗政策的知晓程度不够。有的农民虽然参加了合作医疗，但对政策一知半解，甚至理解上有偏差。例如有的农民对住院才能补偿并不清楚，拿着门诊发票去报销;有的对设置起报线不理解，有的对慢性病的补助范围不清楚等等。造成这些误区的主要原因，是我们的宣传发动不够深入。本人加大宣传力度;对每位前来办理医保的病人或者病人家属细心讲解政策，让他们无惑而归、满意而归。

(三)切实做好服务工作，以“服务病人，不让病人多花一分钱，不让病人多走哪怕一步弯路”宗旨，以“白班夜班工作质量一个样，有人检查无人检查一个样，对熟识病人陌生病人一个样”为标准，来规范医保办的工作。在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，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、参合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，我严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

(四)严格执行监管制度，强化责任意识，合作医疗公示制度是保障新型农村合作医疗正常运行的一种十分有效的监督形式，本人严格按照政策法规，在市卫生局领导下与医院的指导下，严格执行新农合医疗公示制度，坚决杜绝一切虚假情况，并要求与劝说身边的同事一律抵制此类情况发生。此外，本人始终坚持接受“党内监督与党外监督”、“领导监督和群众监督”、“ 院内监督与院外社会化监督”，以此来勉励与督促自己。

三、认识与感想

为了使新型农村合作医疗能够长期稳健地运行下去，结合我院新农合工作实际，针对在运行过程中发现的新问题，本人有以下感想：

(一)统一思想，提高认识，把新型农村合作医疗工作作为关乎全院发展的大事来抓。新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。建立新型农村合作医疗制度，是新形势下\_、\_着眼于全面建设小康社会目标，为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、经济社会发展的重大举措，一定要统一思想，提高认识，积极认真的抓好新型农村合作医疗工作，让广大农民群众切实得到实惠、见到好处。

(二)明确责任，强化管理

建立新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、制约因素多的系统

工程，必须统筹考虑，把握关键，切实增强工作的预见性、计划性、规范性，确保合作医疗的平稳运行。为此，就必须：服从领导，明确责任;长效宣传，抓住关键;以人为本，提高服务质量;加强队伍建设，不断提高自己。

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，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

**抓好重点人员医保工作总结11**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

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，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**抓好重点人员医保工作总结12**

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，一是召开全院职工大会、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。二是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。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

**抓好重点人员医保工作总结13**

近年来，在市卫生局的正确领导下，在医院各位领导的精心指导下，以加强医德医风和能力建设为契机，不断提高自身服务群众水平。

现将本人有关情况总结如下

一、工作指导思想

(一)强化服务理念，体现以人为本 一直以来， 本人始终坚持把群众是否满意作为自己工作的第一标准，把病人 的呼声当作第一信号， 把病人的需要当作第一选择， 把病人的利益当作第一考虑， 扎实开展医疗服务工作。切实将以人为本、以病人为中心、以质量为核心的服务 宗旨渗透到医疗服务的各个环节之中，把病人满意作为第一标准。

牢固树立以病人为中心的意识，努力为病人提供热情周到的服务。在工作当 中， 积极主动帮助病人解决就诊中遇到的各种困难，让病友感受到热情周到的服 务，感受到医护人员的关心和体贴。细心听取社会各界群众、病人及家属对我们 医务工作的意见和建议，能改的则改，能帮的尽量帮，能协调的尽量协调，及时 为病人排忧解难。

严格落实了医院各项规章制度， 定期自查， 找出问题，采取措施，加以改进。

(三)以德为先，树新形象 本人根据“正规诊疗、优质服务、求实创新、永攀高峰”的新形象和新要求， 不断规范自身的言行，振奋自身的蓬勃朝气、昂扬锐气、浩然正气，真正体现白 衣天使的崇高风貌。一颗红心中始终嵌入两个“人”字。

“以人为本”“以病人 、 为中心” ，时刻把病人放在心中，奉献一片爱心。注意用语文明、温馨、富有亲 情。

(四)规范医德医风，关爱弱势群体 强化自我教育， 是构筑拒腐防变的第一道思想道德防线，也是增强自警自律 意识的重要环节。本人注意充分利用各种资源，学习有关医德医风方面的内容， 收看中央电视台焦点访谈栏目播出的《聚焦医德医风》录像;关注中央电视台一 套每天播出的《今日说法》节目;倾听法律界人士为医务人员讲授预防职务犯罪 的法律课， 从法律的角度分析收受红包回扣可能触犯的法律条文等等。通过一系 列举措，教育自己要保持清廉、要弘扬正气，教育身边的同事要自重、自省、自 警、自律，做廉洁行医的模范。

群众利益无小事， 医疗费用偏高是群众反映的一个热点问题， 要让群众满意， 医生就必须切实解决这一问题。本人在工作职责范围内，采取了一系列的措施， 尽量帮助病人减少不必要的医疗费用支出。特别注意关爱弱势群体，坚持使用价 廉有效的药品，科学合理诊治，减轻病人负担。

二、具体工作

(一) 不断学习新型农村合作医疗制度， 提高对新型农村合作医疗制度认识。

本人一直加强对这项工作的复杂性、艰巨性和长期性的认识，深入政策学习与理 解，准确把握，坚决杜绝畏难怵头情绪。

此外，本人加强政治学习，十分重视自身道德素质的修养。多年来，一幕幕 让人心痛或感动的情感洗礼和一次次与病人并肩作战的经历，让我深深懂得，作 为一名白衣天使，必须要有一丝不苟的工作作风，要有良好的技术水平、严肃认 真的科学态度，严密的组织纪律性和对病病人大公无私的关爱。在工作中，热心 接待病人，关心病人疾苦，耐心听取病人与家属意见，勤奋细心地做好每一项工 作。

(二) 群众对合作医疗政策的知晓程度不够。有的农民虽然参加了合作医疗， 但对政策一知半解， 甚至理解上有偏差。

例如有的农民对住院才能补偿并不清楚， 拿着门诊发票去报销; 有的对设置起报线不理解，有的对慢性病的补助范围不清 楚等等。造成这些误区的主要原因，是我们的宣传发动不够深入。本人加大宣传 力度; 对每位前来办理医保的病人或者病人家属细心讲解政策， 让他们无惑而归、 满意而归。

(三)切实做好服务工作，以“服务病人，不让病人多花一分钱，不让病人 多走哪怕一步弯路”宗旨，以“白班夜班工作质量一个样，有人检查无人检查一 个样，对熟识病人陌生病人一个样”为标准，来规范医保办的工作。在办理职工 医疗保险和参合农民手续的过程中，我积极地向每一位参保职工和参合农民宣 传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提 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、 参合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，我严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大 大提高了参保满意度。

(四)严格执行监管制度，强化责任意识，合作医疗公示制度是保障新型农 村合作医疗正常运行的一种十分有效的监督形式，本人严格按照政策法规，在市 卫生局领导下与医院的指导下， 严格执行新农合医疗公示制度，坚决杜绝一切虚 假情况，并要求与劝说身边的同事一律抵制此类情况发生。此外，本人始终坚持 接受“党内监督与党外监督”“ 领导监督和群众监督”“ 院内监督与院外社会 、 、 化监督” ，以此来勉励与督促自己。

三、认识与感想

为了使新型农村合作医疗能够长期稳健地运行下去， 结合我院新农合工作实 际，针对在运行过程中发现的新问题，本人有以下感想

(一)统一思想，提高认识，把新型农村合作医疗工作作为关乎全院发展的 大事来抓。新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加， 个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。建立新 型农村合作医疗制度， 是新形势下\_、 \_着眼于全面建设小康社会目标， 为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、经济社会发展的重大举措，一定 要统一思想，提高认识，积极认真的抓好新型农村合作医疗工作，让广大农民群 众切实得到实惠、见到好处。

(二)明确责任，强化管理 建立新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、制约因素多的系统 工程，必须统筹考虑，把握关键，切实增强工作的预见性、计划性、规范性，确 保合作医疗的平稳运行。为此，就必须：服从领导，明确责任;长效宣传，抓住 关键;以人为本，提高服务质量;加强队伍建设，不断提高自己。

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， 努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推 向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

**抓好重点人员医保工作总结14**

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。院领导和我们医保科经常深入病房之中

监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

**抓好重点人员医保工作总结15**

20xx年，我店在x市药监局和社保处的正确领导下，认真贯彻执行医x点药店法律法规，切实加强对医x点药店工作的管理，规范操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在上级要求的各个方面都起到了良好的带头作用，深得附近群众的好评。

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和x省医疗零售企业统一“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂统一制作的\'“医疗保险政策宣传框”，设立了医保意见箱和投诉箱，公布了医保监督电话，公示了相关服务规范和义务范围。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》、《执业药师注册证》以及从业人员的执业证明和岗位证件。

三、制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医x点药店成为面向社会的\'文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医x点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台、发票。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医x点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我市医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**抓好重点人员医保工作总结16**

20xx年xx月我被推荐到市局征管处学习，一年来，在征管处\*\*的正确\*\*及同志们的指导帮助下，在富源县局\*组的热情\*\*下，自己珍惜机遇，加强学习，扎实工作，增长了见识，丰富了阅历，积累了经验，使思维方式、工作能力、综合素质等得到了不同程度的锻炼和提高。现将一年来的思想和工作情况总结如下：

>一、加强学习，提高自身素质

学习是人生永恒的主题。只有不断学习，才能获得新知识，跟上新步伐，适应新形势。作为一名上派\*\*，学习显得更为重要和紧迫。

（一）学习宏观管理知识。市国税局作为全市国税系统的最高决策指挥机关，重在宏观管理，需要一定的宏观管理知识。通过对省局、\*\*市\*和市局的重大方针\*\*学习和思考，加强了工作作风，提高了自身\*\*业务水\*，在思想上、\*\*上、行动上与市局保持一致。

（二）学习市局的工作方法。自己长期在基层一线工作，没有大机关工作的经历，面对10个县（市、区）级征收单位和39万户余\*\*\*，原来的工作方法显得简单、随意，考虑问题没有深度和广度。通过处\*\*安排参加有关会议、参与有关会议准备和协助换发税务登记证件工作部署等，开拓了视野、增长了知识面，得到了很好的学习锻炼，对市局决策程序、工作方法有初步了解，增强了科学决策和有效指导的工作能力。

（三）学习市局的工作作风。市局征管处从处\*\*到其他同志，工作作风严谨扎实，雷厉风行，效率较高。通过学习，对问题分析、问题思考和问题解决的能力有了进一步提高。

>二、严格要求自己，工作尽心尽责

根据处\*\*的安排，我的主要工作是协助xx老师负责税务登记管理和工商信息交换。工作中严格要求自己，坚持原则，约束自己的一言一行，自觉增强纪律观念，一切行动服从\*\*安排。

一是严格按照市局机关作息时间上下班，不迟到，不早退，有事请假，尽自己最大的力量认真完成处\*\*和xx老师安排和布置的工作。二是在税务登记管理工作中，按照总局有关税务登记管理规定和换发税务登记证件文件精神，结合我市实际，认真草拟全市换证工作方案，经过多次修改、补充和完善，为全市换发税务登记证件工作方案正式出台提供了科学的决策依据，一年来，草拟制定文件16个，草拟下发各项通知29个，解答下级提出的问题50余个，编写信息11篇（其中一篇被国家\_采用）。三是加强请示与汇报，对基层下级请示的问题，在职权范围内的按照有关文件规定给予认真答复，对存在疑点和解决不了的问题，主动向xx老师和处里的其他请教；对非职权范围内的工作，及时向处\*\*请示汇报。

>三、存在问题和不足

通过将年一年的学习，在思想\*\*、业务技能、综合素质方面等有了一定的进步和提高，但也存在一定的问题和不足。

（一）学习还不能持之以恒，运用理论分析解决实际问题的能力和水\*还有待于进一步提高。

（二）由于长期在基层一线工作，形成了固化的思维模式，和工作方法，加之，市局机关的工作情况多责任重大，思想上有一定顾虑，表现在工作不够大胆，放不开手脚。

（三）因工作环境和人员关系不熟，与处里的其他同志在思想交流沟通方面做得不够。

针对自己的不足，今后我将进一步端正学习态度，加强学习，提高认识，探索学习方法，在理论深度上下工夫；进一步改进工作方法，提高工作效率；在不干扰、不影响、不添乱的前提下，加强与其他同志沟通交流。在新的一年里，在处\*\*的正确\*\*下，在同志们的指导帮助下，有信心，有决心，做好各项工作，为xxx国税事业发展贡献自己的一份力量。

**抓好重点人员医保工作总结17**

今年，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：尽量的减少我院的拒付，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，也经常会针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。

**抓好重点人员医保工作总结18**

为贯彻落实\_、\_和省、州脱贫攻坚工作部署,按照全市脱贫攻坚任务要求，医疗保障局深入开展脱贫攻坚工作，现将脱贫攻坚工作情况汇报如下：

>一、医保扶贫工作运行情况

（一）提高精准扶贫人员大病保险保障能力

20xx年，城乡居民大病保险筹资标准为每人每年50元，比上年提高15元，实行倾斜性支付政策，将大病保险起付线标准调整为3千元，报销比例在原支付比例基础上提高5%，最高支付额为30万元，进一步减轻贫困人口个人医疗费用负担，切实提高农村贫困人口大病保险受益水平。

（二）制定大病兜底补偿政策和“一事一议”救助办法

贫困患者在县域内医院住院享受“先诊疗、后付费”“一站式报销”服务，在统筹推进实施城乡居民基本医疗保险（新农合）、大病保险、医疗救助三道防线基础上，设立大病兜底第四道防线。根据《\_省委办公厅、省人民政府办公厅印发的通知》及在省、州关于落实国家脱贫攻坚成效考核中提出的不得超标准简单搞自付封顶或“零自付”的整改要求，出台《市医疗保障扶贫三年行动实施方案》，将大病兜底新农合住院补偿比例调整为90%，慢病门诊调整为80%。对经基本医保、大病保险、医疗救助、大病兜底报销补偿后，个人自付医疗费用额度仍然较高、确实无力承担的.特殊贫困患者，采取个人申报与政府主动救助相结合的方式，通过“一事一议”办法设立第五道防线予以救助解决。

（三）市建档立卡贫困人口参保情况

重新核对未参合贫困人口信息。要求各乡镇卫生院、村卫生室、各乡镇扶贫工作人员协助完成此项工作。经过近一个月的逐户、逐人排查，对所有未参合贫困人口在乡、去向情况已核实清楚无误，同时将相关证明材料存档。

为及时获取最新贫困人口信息，每周与扶贫办信息科沟通，并将信息上报州医保局。市年初建档立卡人员1669人，经扶贫办确认减少97人，截止到11月末，建档立卡人员共计1572人，其中参加新农合医保1539人，参加城镇居民医保23人，参加城镇职工7人，省内学校参保1人，省外参保2人，参保率100%。

（四）贫困人口政策宣传工作

通过多种形式宣传报道，在社会上营造医保扶贫浓厚氛围。开展扶贫宣传活动，设立义诊宣传台，通过标语或电子字幕、墙报、专栏、展板、传单等形式广泛宣传，制作医保扶贫政策宣传海报2300张，在乡镇政府、卫生院、办政大厅和每个村的村卫生室、活动室、村委会、运动场等地点张贴。制作医保扶贫宣传折页4,000张，充分发挥乡镇卫生院、村医和驻村扶贫工作队作用，采取包干负责、点对点、面对面入户宣传，确保农村贫困人口对医保扶贫政策知晓率。市定点医疗机构就诊大厅、出院结算等地点要设置医保扶贫宣传内容和宣传资料取阅点,公开“一站式”办结流程和“先诊疗、后付费”政策。利用手机微信公众号等群众便捷获取信息的手段,全面宣传医保扶贫工作。进一步提高贫困患者医保健康脱贫政策深度知晓率。

（五）慢病手册办理及政策宣传情况

与扶贫办、卫健等部门组织工作人员实地走访61户118名建档立卡贫困户，了解其身体情况，重点关注慢病手册办理情况，帮助贫困群众完善资料，及时办理，确保贫困人口慢性病政策应享尽享。11月26日召开定点医疗机构贫困人口门诊慢病管理工作培训会，对32种门诊慢病认定流程、门诊慢病手册管理和贫困人员政策引导等方面进行讲解。为了能精准掌握贫困人口慢性病认定及待遇保障情况，与卫健部门多次沟通配合，对全市贫困慢病患者信息进行重新梳理排查，确保各医疗机构慢病人员信息与医保系统中开通标识的人员准确一致，截止11月末，共计确定贫困慢病人数791人。目前已将“医保慢病待遇标识”下发至各乡镇，并粘贴在一人一策记录本上做为慢病手册。

（六）贫困人口医疗费用直接结算情况

县级定点医疗机构设置医保、大病保险、医疗救助、兜底结算“一站式”报销窗口，严格执行“先诊疗、后付费”模式，对贫困患者住院不收取押金，防止因垫资压力过高，让贫困人口不敢看病、看不起病。将贫困人口住院医疗费用和42种特殊疾病门诊医疗费用实际报销比例提高到90%，慢性病门诊医疗费用实际报销比例提高到80%。

截止20xx年11月20日，共为4467人次提供“一站式服务”，患者不再需要来回“跑腿”报销；四道防线合计补偿金额万元，践行了对贫困患者“医疗有保障”的承诺。

接下来将继续推进“两不愁，三保障”工作落实，不懈怠、不拖沓，务实工作，持续加力，确保建档立卡贫困户医保扶贫待遇，以实实在在的成效进一步提高群众的满意度和获得感，为全面打赢脱贫攻坚战贡献力量。

>二、精准对接，全面完成局包村扶贫工作任务

与边检站共同承担敬信镇村的包保任务，为切实做好单位包村工作，抽调责任心强的同志担任党建指导员，完全脱产专心从事该村的扶贫工作，局主要领导定期到村进行调研，全员参与、全力以赴，宣传扶贫政策，认真听取党建指导员工作汇报，坚持1月至少1次专题会，做到了组织保障有力和各项工作的推进落实。截止目前，进行医保扶贫走访两轮；为贫困户提供免费体检1次；开展扶贫慰问，购买慰问品3次；与红十字会对接，组织应急救护培训1次,捐赠衣物1次。

**抓好重点人员医保工作总结19**

20xx年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20xx年度的工作总结如下：

>一、基金收支情况

1、1—11月城镇职工基本医疗保险基金收入202\_万元，城镇职工基本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入万元，生育保险基金支出万元。

3、1—11月城镇居民基本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

>二、主要工作情况

1、按上级要求，及时编制上报了20xx年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析，力求更好的为领导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。

一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供给职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争项目的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与规范。对每月的基金支出先与业务科室进行核对，做到数字无误，合理规范，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家\_派出审计组对我市社会保障资金进行审计，我局的各项基金也接受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室相互协调，密切合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进行了整改，通过这次审计，更加规范了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了20xx及20xx年所拖欠的团险理赔款万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的参续保工作。20xx年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进行。

>三、工作的不足

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为领导决策起到参谋作用。

>四、工作计划

1、做好20xx年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20xx

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！