# 医保局环保攻坚工作总结(优选7篇)

来源：网络 作者：明月清风 更新时间：2024-01-15

*医保局环保攻坚工作总结1>一、基金征缴情况截止目前，城镇职工基本医疗保险参保人数万人，统筹基金收入万元，统筹基金支出万元，个人账户收入万元，支出万元，累计结余亿元。城乡居民基本医疗保险参保人数万人，统筹基金收入亿元，统筹基金支出亿元，累计结...*

**医保局环保攻坚工作总结1**

>一、基金征缴情况

截止目前，城镇职工基本医疗保险参保人数万人，统筹基金收入万元，统筹基金支出万元，个人账户收入万元，支出万元，累计结余亿元。

城乡居民基本医疗保险参保人数万人，统筹基金收入亿元，统筹基金支出亿元，累计结余亿元。医保局加大政策宣传力度，提高广大市民政策知晓率及参保意愿，规范基金征缴，做到应保尽保。

>二、加强基金监管，保障运行质量

医保局全面强化基金内控工作，基金征缴、待遇支付、财务管理、医保病人就医就诊实现信息化、系统化管理，有效杜绝了基金的跑冒滴漏，确保了基金安全运行。

xxxx年以来xx市医保局深入开展欺诈骗保问题全面排查整治工作。第一阶段自查自纠已结束，现开展第二阶段全面排查、抽查复查阶段，上级医保部门将依据全面排查整治进展情况，采取交叉检查方式对各地排查整治情况进行抽查复查。

xx市医保局深入开展医疗保障基金保用监督管理条例的学习与宣传工作，使医保工作人员和两定机构学法、知法、懂法，遵守法律条例。

xxxx年x月以来，xx市纪委监委联合医保局、卫健局、市场\_、公安局集中开展为期二个月的整治骗取医保基金专项和行动，第一阶段自查自纠已经结束。专项检查人员现在进入全面检查阶段。

>三、全面落实医保政策，提高医疗保障水平

1.异地就医直接结算工作

稳步推进异地就医直接结算工作。凡是符合转诊条件的参保人员异地就医备案及结算，做到转一个、登一个、结一个。让群众少跑腿，让信息多跑路，不断优化医保公共服务，参保群众的满意度进一步提高，已基本实现异地住院就医结算全国联网。

2.贫困人口慢性病、重症工作

为切实减轻贫困家庭就医负担，确保医保扶贫政策落到实处，我局对建档立卡贫困人口开设绿色通道，设立慢性病认定工作窗口，做到随来随受理，对符合慢性病条件的建档立卡贫困人口随时认定。截至目前，共认定建档立卡贫困人员慢性病人xxxx（普通慢性病xxxx人、重症xxx人），并发放《建档立卡贫困人员慢性病专用证》；门诊两病（高血压、糖尿病）xx人。共提高建档立卡贫困人口医疗待遇xxxx人次、提高医疗待遇万元，其中：基本医保提高待遇xxxx人次、提高待遇万元，大病保险提高待遇xxx人次、提高待遇万元，医疗救助xxx人次、救助金额万元。

3.严格落实药品集中采购政策

积极落实国家带量、x带量中标药品采购工作，规范医疗机构采购行为；督促医疗机构及时回款；监督配送企业及时配送，确保中标药品能及时在医疗机构上架销售；保障患者能及时购买中标药品，减轻患者负担。截止目前，医疗机构在x省药品集中采购平台采购约万元药品。

**医保局环保攻坚工作总结2**

一、转变工作作风、树立服务观念

医疗保险工作的宗旨是：坚持“以人为本”，服务广大参保职工。我们以“为参保职工服务”为中心，把如何为参保职工提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了。元月份，按照上级文件精神，经过调查摸底、资料整理、审核上报，我们顺利完成了xxxx年已关闭破产改制及困难企业职工参加医疗保险的审核上报工作；3月份，按照省文件要求，及时对113名老工伤人员进行了调查摸底，审核上报，圆满完成了此项工作；4月份，市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施方案出台后，我们马上向各参保单位转发了该文件，并组织了各单位及时办理xxxx年度医疗保险参续保工作。

截止目前，我市城镇职工医疗保险参保续保人数23847人，其中老红军3人，离休干部与建老人员36人，遗孀10人，二乙军人58人，较去年年底增加649人；工伤保险105个单位共计6469人参保，生育保险36个单位共计1379人参保。

二、以人为本，切实保障参保职工的各项待遇

我市大病医疗保险的赔付问题一直是困扰我市职工医疗保险待遇落实的难题。经过多方努力、协调，承担大病医疗保险的中国人寿保险公司已对我市历年积累下来的超医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用进行了赔付，截止目前，共有167人次总计457万余元的费用得到了理赔，其余已报送的15人预计65万元的医疗费用因其他原因还未做出理赔；工伤保险全年有268人次享受了各项待遇，工伤基金共计支出万元，其中定期伤残津贴万元、工伤医疗费万元、伤残补助金和工伤医疗补助金万元、丧葬补助金和工亡补助金及供养亲属抚恤金万元；生育保险10人合计10000元。

三、统筹兼顾，做好“四位一体”工作

xxxx年，我作为“送政策、送服务、送温暖”工作队员，积极遵循市委市政府的命令，按照“三送”与新农村建设、带领群众创业致富、基层党建“四位一体”的要求，与市宣传部共同挂点武阳镇罗石村，我个人帮扶30户，村情、组情、民情牢记心中，想群众之所想，急群众之所急，xxxx年我们工作队为罗石村群众做了不少实事、好事，例如罗石小学操场地面硬化、新建垃圾池、村组道路维修、水渠清淤和修建、村民免费健康体检和送药、带领群众种植白莲、成立白莲和脐橙协会、建立村党建制度、解决邻里纠纷等等，受到罗石村民的一致好评，我们所做的工作受到武阳镇党委、三送办的肯定，罗石村三送点也因此被市委列为“精品示范点”。

四、20xx年工作构想

由于有局领导班子的正确领导，其他各科室同志们的协助配合，xxxx年我市医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。为此，我们准备：

1、继续加大加强医疗、工伤、生育保险的宣传力度。结合市级统筹实施方案和大病医疗保险暂行办法的出台，我们要编印好宣传资料，利用各种新闻媒体和有效的方式、方法，大力宣传我市的各种保险政策，到企业、单位、社区进行宣讲和服务上门。

2、加强业务学习，提高自身业务素质。确保科里的每个同志都能熟练掌握医疗、工伤、生育保险的相关业务知识，做好20xx年度各项保险的宣传、参保及保费的征缴工作；积极取经，加强交流，借鉴各兄弟县市的优良做法，20xx年，我们计划在局里领导的带领下，组织科里的业务人员去好的县市学习或上级业务单位培训。

3、部门联动，促使参保。联合市经济技术开发区、安监局、工商局等行政机关，加强对企业注册、年检的控制，利用一切可以利用的积极因素，促使企业参加相应的社会保险，推进我市社会保险扩面征缴工作，力争全面完成上级下达的各项工作任务。

4、在原工作的`基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓业务规程管理，使各项制度逐步完善。社会保险的各项政策最终能否落实到位，需要我们对定点机构进行合理的设置和规范的管理。

**医保局环保攻坚工作总结3**

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。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，通过实践有效地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\_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xx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。

**医保局环保攻坚工作总结4**

医保局医改三年工作总结

为进一步贯彻落实全省深化医药卫生体制改革工作会议精神，全面做好医改工作，我局组织人员对本局医改三年来的工作做了全面回顾，现总结如下：

一、目标完成情况

1、城镇职工基本医疗保险参保任务情况。至20xx年上级下达的参保人数任务是25600人，已完成参保人数25903人，占年任务数的101%，基本实现了全覆盖。

2、城镇居民基本医疗保险参保任务情况。至20xx年上级下达的居民参保任务是56300人，已完成参保人数56511人，占年任务数的102%，其中低保免费参保人员4151人。基本实现了全覆盖。据统计，全县现有城镇人口约89480人，已参保城镇人口总数为82414人，覆盖面约。

3、城镇中小学生均按居民以户为单位参加了城镇居民基本医疗保险，参保率达90%以上。同时积极推进非公有制经济组织从业人员、灵活就业人员和农民工参加职工医保。

4、城镇医保的费用报销已实行了二次补偿，城镇职工医保政策范围内住院费用报销比例已达80%以上，城镇居民医保政策范围内住院费用报销比例也已达70%以上。至20xx年，已有2160人次职工报销了1116万元住院医药费用，有4231人次居民报销了711万元住院医药费用。从20xx年开始，我县就实行了城镇医保费用报销的的二次补偿制度，20xx年我县有123个职工20xx年有133个职工得到二次补偿，二次补偿费用合计达近100万元，个人最高补偿金额为元；另20xx年有56个居民20xx年有59个居民得到了二次补偿，补偿费用分别为万元、31万元，个人最高补偿金额为13680元。

5、根据省市有关市级统筹文件精神，三年内将把城镇基本医疗保险的最高支付限额，力争职工提高到上年度设区市在岗职工年平均工资的6倍左右，城镇居民提高到上年度设区市居民年人均可支配收入的6倍左右。到20xx年职工基本和大病医疗费用最高支付限额已达20万元，居民达15万元。

6、当期城镇职工和城镇居民医保统筹基金使用率均达到85%以上。

二、任务推进情况

1、根据市人民政府办公室文件《关于印发市城镇基本医疗保险市级统筹实施办法等三个办法的通知》的要求，我县城镇职工基本医疗和城镇居民基本医疗保险已全面按上级要求实施了市级统筹并上交了市级统筹风险金。

2、根据省市有关设区市范围内实现医疗保险“一卡通”即时结算文件精神，结合我县实际，我县在市中心人民医院、井冈山附属医院两家开通了刷卡结算业务，方便了参保人员在市里就医购药。

3、布署开展了城镇居民基本医疗保险门诊统筹，将基层医疗卫生机构使用的医保目录内的甲类药品和收取的一般诊疗费按规定纳入了支付范围。城镇居民从20xx年开始，在规定社区医疗服务机构就诊，就实行了门诊统筹，至20xx年我县有3334人享受了门诊统筹，支付门诊统筹费用107万元。

4、根据市人力资源和社会保障局《关于印发市城镇医疗保险参保人员免费体检活动实施方案的通知》文件精神，我们及时召开了会议，进行了讨论布置，并已在全县范围内全面展开参保人员免费体检活动。

5、深化基层医疗卫生机构人事制度改革，制定《县推进基层医疗卫生机构人事制度改革的实施方案》，全面建立人员聘用制度和岗位管理制度。按照事业单位实行岗位设置的规定和\_关于卫生医疗机构事业单位实行岗位设置的有关要求，全县卫生医疗机构事业单位全部实行岗位设置，严格按照层级比例，按事设岗，按岗聘人，竞聘上岗。20xx年，全县卫生医疗机构事业单位工作人员全部竞聘到岗，为全县28个卫生医疗机构的工作人员办理了岗位聘任手续。

6、全面落实绩效工资，完善分配激励机制。根据《县公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施意见》文件精神,我县公共卫生与基层医疗卫生事业单位工作人员全部实行绩效工资,基本标准为年人均15600元,与我县乡镇卫生院人均收入15030元相比,略有增加。绩效工资分基础性绩效工资(占70%)和奖励性绩效工资(占30%)，其中奖励性绩效工资主要体现工作量和实际贡献等因素，根据考核结果发放，可采取灵活多样的分配方式和办法，适当拉开医务人员收入差距，并向关键岗位、业务骨干和作出突出贡献的人员重点倾斜，调动医务人员积极性。

三、政策落实情况

1、连续停产停业一年以上的国有困难企业、国有困难农林水企事业单位、困难农垦企业、城镇困难大集体企业职工和退休人员以及国有和国有控股已关闭破产改制企业退休人员已全部按国家政策规定参加了城镇职工基本医疗保险，共计约5758人加入了城镇职工医保范畴。

2、根据市人力资源和社会保障局《关于加强全市城镇基本医疗保险“两定点”服务机构监管的通知》及省卫生厅等单位共同印发的《关于印发省医疗机构基本药物使用管理暂行规定的通知》（赣卫药政字[20xx]1号）文件精神，严格执行省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录规定和基金支付政策，无违反“三个目录”规定的情况。

3、严格执行《关于加强全省城镇基本医疗保险定点服务机构监管的通知》规定，建立和落实了两个定点机构准入、退出和监督工作机制。20xx年，我们通过年终“两定”单位的年检和定级工作，加大监管力度，对不能按规定和要求开展好医保相关工作的2个定点单位进行了取消其定点资格的处罚；同时，对7个不规范经营的定点单位进行了限期整改。

4、建立了大病补充医疗保险制度，委托具有资质的专业商业保险机构------县财产保险公司承办职工大病补充医疗保险。大病补充医疗险最高支付限额达12万元。

5、城镇居民医保参保人员中的生育妇女，只要符合国家生育政策，其住院分娩的生育费用均可以按规定给予报销。

6、建立基层卫生医疗机构吸引、稳定卫生人才的长效机制，对基层卫生医疗机构的专业技术人员的职称评聘实行政策倾斜，有利于乡镇卫生事业发展。一是乡镇卫生院的.专业技术人员申报评定职称时，实行外语免试；二是乡镇卫生院专业技术人员聘任晋升专业技术职务时，计算机应用能力考试免考。

7、落实从事高风险岗位工作人员待遇政策，对我县皮肤病医院工作人员执行了上浮一级薪级工资，工作满八年再予以固定并再上浮一级薪级工资。

四、经办管理情况

1、基本实现了统筹区域内医疗费用的即时结算，全力推进省内异地就医费用实现即时结算。

2、已按全省统一规范的程序做好相关流动就业人员的基本医疗关系转移接续工作，20xx年办理医保关系接入3人，转出8人。

3、对医保定点机构的监管，今年全部按照两个定点机构管理规定，开展了医疗保险定点机构的分级管理、协议管理，并定期不定期地上门监管，加大了对欺诈、骗保行为的查处力度。一是加强对定点医疗机构和定点零售药店的监管。我局分期分批召开了医保业务工作会。与各定点单位都签定了医保医疗服务管理协议，约束和规范其医疗服务行为。同时，严格控制定点单位的数量，只在一些主要的街道社区才有定点诊所和药店，方便群众就近看病和实惠购药。二是严格医药费的审核，加大对定点单位的监管。重点是对点外就医费用和特殊病种的医药费进行了严格审核。对点外费用按规定不能报销的决不报销，该加重负担的就加重负担，严格按规定审定。而对于特殊病种的医药费，严格把关，如有疑问，我们均要派人下乡入点进院核实、确认，保证费用的真实性、合理性、合法性，从而有效防止了该类人员随便乱开药的不良现象。三是完成了今年特殊病种的年审、鉴定工作。20xx年，职工办理门诊特殊病种的时间为3月21日-----4月20日，参保人员在该时间段到县医院或中医院申报登记，5月医保局组织了医疗鉴定小组进行鉴定，符合条件的在5月底以后就已陆续到县医保局办理了领证手续。20xx年办理门诊特殊病种十二大类421人，其中年审的212人，新确诊鉴定的209人。

4、医疗保险业务经办工作，实现了大厅窗口服务、微笑服务、优质服务，医疗保险业务流程规范有序，各项规章制度健全完善。同时配合机关效能建设，狠抓了机关制度和作风建设，实现了“三项制度”、岗位职责、办事流程等公开上墙，渗入工作，工作人员挂牌上岗，公开接受群众监督。在强调硬性指标建设的同时，要求服务软指标也要跟上。强化了上下班制度；严抓了上班时间上电脑玩游戏、炒股等不务正业的行为；推行了首问责任制、限时办结制、责任追究制；实现微笑服务、满意服务。这一系列举措，极大地提高了机关办事效率，树立了医保全新形象。

5、每年都开展了对下级医疗保险经办机构（定点医疗机构医保办）和基层服务平台（乡镇劳动保障所）的业务指导、管理、检查和年终考评工作。

6、医疗保险基金报表、基础数据统计和运行分析规范准确，各项数据资料报送及时。

五、工作创新与宣传情况

每年我局都要在广播、电视、宣传栏及手机通讯等主要媒体上正面宣传医疗保险工作，及时通知各参保人员按时缴费参保，同时，让参保人员了解和熟悉各项相关政策和规定。

总之，我们还将一如既往的做好医保和医改工作，为广大民众更好的服务。

**医保局环保攻坚工作总结5**

按照省、市、县有关建档立卡贫困人口医疗保障帮扶政策，各有关部门全力推进各项政策的落实，现将开展情况报告如下：

>一、工作进展

（一）个人参保缴费全额救助

全县有建档立卡贫困人口22285人，按政策个人缴费部分由政府全额资助。20xx年建档立卡贫困人口参保人数是22285人，参保率为100%。

（二）依规提高待遇水平

1、住院报销

基本医疗保险：县域内二级医院住院报销比例提高5%，年度内封顶线为7万元；参保人员年内二次以后住院费用报销起付标准比现行起付标准降低50%。截止9月30日，建档立卡贫困人员住院3456人次，基本医保报销万元。

大病保险：执行起付线5000元，报销比例为80%。截止9月30日，建档立卡贫困患者报销659人次，金额为万元。

补充医疗保险：住院医保目录外费用按85%比例补偿。截止9月30日，建档立卡贫困患者报销2828人次，金额为万元。

136兜底补偿：住院医保目录内费用实行兜底保障，在县域内、市级、省级住院，个人年度住院医保目录内费用自付封顶额分别为万元、万元、万元，同一年度内，个人自付额累加计算，最高不超过万元。个人年度自付封顶额之上的合规费用由医保基金报销。

截止9月30日，136兜底20xx人次，金额为万元。

2、门诊特殊慢性病受理、报销

截止9月30日，20xx年门诊特殊慢性病经组织专家组鉴定了13次，与卫健部门配合乡镇集中现场鉴定了13次，总共鉴定通过了1808人，其中建档立卡贫困患者鉴定通过861人。

建档立卡农村贫困人员患门诊特殊慢性病报销了8204人次，金额为万元。

（三）全力实施特殊救助

1、残联免费适配辅助器具发放

20xx年1月至9月30日适配867人。

2、医疗救助工作

20xx年1月至9月30日救助2766人次，救助金额万元。

（四）积极提供一站式便捷服务

基本医保+大病保险+补充保险+136兜底一站式补偿了3456人次，金额为万元。其中，县内补偿2462人次，金额为万元。

（五）参保患者转诊就医情况

截止目前，建档立卡贫困户患者转诊率为，普通居民患者转诊率为。

>二、下一步工作安排

（一）进一步加大政策宣传力度。加强宣传引导，提高建档立卡贫困户对医保帮扶政策知晓度；同时，动员各类帮扶力量，搞好一对一帮扶政策解读服务。

（二）进一步提升工作效率，简化工作流程。为建档立卡贫困户提供“先诊疗、后付费”、“一站式”结算等便捷服务，极大的方便了建档立卡贫困户患者。

**医保局环保攻坚工作总结6**

20xx年我院医保工作在漯河市、召陵区、源汇区和郾城区医保中心正确指导与帮助下，在我院领导高度重视下，根据市区医疗保险定点医疗机构考核办法之规定，通过我院医保小组成员与全员职工不懈努力，我院医保工作首先认真履行自己的岗位职责，以贴心服务广大参保患者为宗旨，与全员职工团结协作，共同努力圆满完成20xx年工作计划，先将年工作总结如下：

1、高度重视市区医保办考核管理项目：严格遵守基本医疗保险政策规定：做到规范执行和落实。对入院病人做到人、证、卡相对照，做到因病施之原则，合理检查，合理用药。严格掌握出入院标准，做到不挂床，不冒名顶替，严格杜绝违规事件发生。顺利通过20xx年市区医保办日常工作督查。并获得了漯河市医保先进两点过单位称号，受到了市区医保中心以及我院领导职工的一致好评。

2、狠抓内部管理；我院医保办做到每周2—3次查房，定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保办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。

3、加强制度建设，认真履行医保两定单位《服务协议》；为了贯彻落实好医保政策，规范医疗服务行为，医保办不定期到科室与医务人员学习医保政策和《服务协议》，制定医保工作管理制度，如《医保病人医疗费用控制措施》、《医保病人费用审核办法》、《医保工作监督管理制度》等一系列管理办法和制度。让医生明白如何实现医疗费用的合理控制，因病施治，在保证医疗安全的前提下，首选费用低廉的治疗方案，尽量减少一次性耗材的使用，在治疗和用药上能用国产不用进口的，能用甲类药品不用乙类药品，合理使用抗生素，降低医疗费用。这些制度对规范医保医疗服务行为起到了合理性作用，可以减轻参保患者负担起到了积极性的作用。一方面杜绝违反医疗保险政策和规定，一方面受到了医保病人的好评。

4、协调未开通县区医保医保病人报销，增加我院收入。因我院还有其他县区未开通医保收费系统。对所有来我院住院的病人和医生家属沟通，让病人先住院，由本人向所在辖区医保办进行协调报销，减少了病人麻烦。受到了病人家属和各科室的一致好评。

5、通过个人努力协调市居民医保门诊统筹定点报销，在全市率先开展居民医保门诊统筹报销，并印制医讯彩页以及版面深入校区进行宣传，让学生彻底了解在我院看病的优惠政策，从而增加我院的经济收入。

6、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20xx年初既定的各项任务。收入如下：20xx年全市医保住院病人共1893人，总收入9824195。76元（包含门诊费用）人均住院费用为3800余元。普通门诊病人为24856人次，慢性病为1845人次。20xx年全市医保住院病人共1597人，总收入6547957。82元（包含门诊费用）人均住院费用为3100余元。普通门诊病人为23126人次，慢性病为1216人次。总收入6547957。82元，较去年增加了33%。一年来虽然取得了一些成绩，在20xx年工作中继续发扬优点。改正工作中存在的不足，在新的一年里我们要发扬优点，查找不足，大力宣传医保有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，强化内部管理，层层落实责任制度。为参保患者提供优质服务。为我院的发展做出贡献，是我院的经济更一步提高。

20xx年工作努力方向：

1、市区医保总收入较去年增长40％。

2、协调好非定点医保单位住院病人报销，减少病人麻烦，一切为病人着想。

3、重点加强病例书写规范，用药合理，检查合理，做到病例医嘱和费用清单相对照。避免医保办病历检查不规范的罚款，减少医院经济负担。

4、努力开通舞阳和临颍职工居民医保，减少病人报销麻烦，增加医院收入。

5、对新来院上班工作人员定期培训医保政策及规章制度。

6、大力宣传职工医保及居民医保政策。

7、每月按时报送市直和各县区医保资料及病历，并及时要回医保款。

8、加强联系和组织外单位来我院健康体检。

**医保局环保攻坚工作总结7**

20××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20××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1。4万元，生育保险基金支出0。9万元。

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20××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447。42万元，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156。3万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套1094。5万元已全部入账。

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，划拨了及所拖欠的团险理赔款481。97万元，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。20××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20××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20××年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20××年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20××年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

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！