# 2024年医疗保险工作总结(精选8篇)

来源：网络 作者：七色彩虹 更新时间：2024-06-09

*工作学习中一定要善始善终，只有总结才标志工作阶段性完成或者彻底的终止。通过总结对工作学习进行回顾和分析，从中找出经验和教训，引出规律性认识，以指导今后工作和实践活动。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？下面是小编整理的个人今后的...*

工作学习中一定要善始善终，只有总结才标志工作阶段性完成或者彻底的终止。通过总结对工作学习进行回顾和分析，从中找出经验和教训，引出规律性认识，以指导今后工作和实践活动。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？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。

**医疗保险工作总结篇一**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《关于印发巫山县城乡医疗保险定点医疗机构管理试行办法的通知》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：

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，医院设有专门的医保工作人员。

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。

20xx年1-12月份，我院共收治医疗工伤人员总人次29251人次，总医疗费用287万元，基金支付总额131.10万元。门诊人次28504人次，发生医疗费用178.90万，基金支付12.27万元，人均医疗费用42.78元，人均基金支付16.14元；住院人次747人次，发生医疗费用97.01万元，基金支付74.17万元，人均医疗费用1052.5元，人均基金支付752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，今年在医保中心领导的工作指导下，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，这些损失直接由我院支付，我院再追求相关责任人。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、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达80%以上。

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后方可使用。

医保人员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，医保人员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。

医保人员将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，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，掌握医保药品适应症。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、医保人员的强化培训，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、用药情况，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；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、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，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。全年来没有违规、违纪现象发生。

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12月份，及时更新了20xx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。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。全年来，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，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。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。

1、加大医保工作考核力度。设一名专职人员，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、选派1名专员到管理先进的医院学习和提高。

**医疗保险工作总结篇二**

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）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。高质量、高水平的医疗服务是病人、家属、社会评价医务工作者满意度的一项重要指标。本人始终把强化医疗质量、提高专业技术水平、打造过硬技术品牌作为提高群众满意度的一个重要抓手。

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。

“以我热心关心细心换你舒心放心安心”、“生命至上、质量为本、关爱健康、呵护生命”“比海洋、比天空更为宽广的是奉献之心”“珍惜每一次服务机会，播撒每一份真情”，虽然上述这些都是支言片语，但它们都是我工作中不折不扣的座右铭，被压在办公桌上，摆在案头边上，始终时刻提醒并引领我成为一名优秀的医务工作者。

（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。

（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。

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，是新形势下党、国务院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。

**医疗保险工作总结篇三**

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施八四四工程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下:

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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定;转变工作作风，树立服务观念。

医疗保险工作的宗旨是:服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者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，有时为了工作加班到深夜两、三点钟;转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止;二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数的\'，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金万元，其中单位缴费万元，个人缴费万元，共收缴大病统筹基金万元，其中单位缴纳万元，个人缴纳万元。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为:，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求;二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人。

一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。

一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的‰，大病占疾病发生率的;住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。

一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人(其中不符合十种慢性疾病种类人，无诊断证明或其他材料的人)。

二是组织专家监定组对符合申报坚定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。

第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。

第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在月日月日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人(其中检查不合格者人，未参加检查者人)。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病坚定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计年共向个人账户划入资金万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为万元。为方便广大参保患者门诊就医，在个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为元，划卡人次为人次，个人账户余额为万元。

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县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。

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

**医疗保险工作总结篇四**

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。

**医疗保险工作总结篇五**

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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的.医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；转变工作作风，树立服务观念。

医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者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，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

**医疗保险工作总结篇六**

为深入贯彻落实党的十七大提出的实现全面小康社会奋斗目标的新要求，落实民生保障，逐步实现人人享有养老保障的终极目标，按照浙江省全面实行城乡居民社会养老保险制度的总体要求和市委政府的指示，街道党工委高度重视，全街道人民上下联动，按照制定计划，大力宣传，组织培训，全面实施的步骤稳步推进。从20xx年1月份开始针对60周岁以上的老人进行基础养老金的社会化发放工作，到目前为止，已享受养老金待遇的人员有5665人。从20xx年开始至今，集中精力做好城乡居保的新参保工作。截止8月份，我街道共有13857名城乡居民主动参加城乡居民社会养老保险，实现了“老有所养”。以下简要介绍我街道针对城乡居保所做的一些工作和经验总结：

1、成立城乡居保社会养老保险领导小组。我街道党工委政府始终高度重视城乡居民社会养老保险制度的实施，姜此项工作列为了今年的实事工程。为了更好的完成城乡居保的各项工作，我街道成立了城乡居民社会养老保险工作领导小组，任组长，负责具体工作指导，街道劳动保障员负责具体工作实施。

居保参保工作。同时市社保局的专家也详细解释了城乡居保政策出台的背景和给群众带来的好处，鼓励大家踊跃参保。将近名干部群众参加会议，会上群众的反响热烈。

3、街道领导深入挑檐，制定了城乡居保实施计划。街道领导与城北派出所以及市统计局联系协调，筛选出了我街道16-59周岁的人员的资料，总计约人。同时根据各村、社区统计确定我街道参加职工养老保险的人数大约为人。街道领导带队深入各有代表性的村、社区，了解该村的人数，同时与该村书记和村主任协商，确定了由民政员负责这项工作。

4、层层包干，网络化管理制度。在工作推进过程中，街道领导确定了加强领导、明确目标，分解任务，落实责任的工作方针。每个街道领街道领导明确责任，每人负责包片。社区的干部负责本片的居保参保工作。每个行政村设立民政员，专们负责本村的居保参保业务，村长或书记以及村两委党员干部分片包干，协助民政员做好本村的居保参保登记工作。同时针对城乡居民养老保险政策实行全市基本统一，涉及面广，人员流动量大的实际，为确保此项工作开展的长期性、连续性和稳定性，我街道由劳保所工作人员和县劳动保障局派遣员共同组成社保办事机构，专门负责城保登记征缴发放工作，从而有力地推动了城乡居民社会养老保险工作的开展。这样层层包干，网络化管理，以限度保证居保参保工作的圆满完成。

5、居保工作进度按时上报通报制度。街道劳保所每周至少联系社区和行政村民政员各一次，督促各行政村的参保工作加快进度，及时把参保资料送到街道劳保所。同时街道劳保所每周一次向街道领导回报居保工作的进度，并及时反馈工作中遇到的问题，请领导帮助解决。

6、奖惩制度。为了进一步调动各级工作的积极性，我街道又结合实际制定了工作奖惩考核办法，把各社区和行政村的城乡居民社会养老保险工作开展情况列入年度考核内容。

1、宣传资料的印发。我街道负责接收和复印了居保政策单行本、居保政策宣传手册、居保政策广播录音、居保政策通告等宣传资料，并且向每个行政村至少发两张城乡居保公告，由各村在村居醒目处张贴。同时街道劳保所也在街道区醒目处张贴公告xx张，悬挂居保宣传横幅两张。

2、下村宣传。我街道由街道领导带队，在社区和行政村干部的带领下，分批进村入户宣传，当面向群众讲解居保政策，发放宣传手册和居保政策单行本。每个社区基本上只要大一点的村都走到了，比如xx村、xx村、xx村等等，向群众把政策讲清楚，让群众把好处看明白，基本上营造出了人人知道居保，人人谈论居保的良好氛围。

保政策宣传手册超过xxx本。

4、召开了全街道城乡居民社会养老保险工作动员大会。在动员会上，由县社保局向到会的干部群众讲解居保政策的出台背景和具体的政策实施流程，使与会的干部群众能够深入了解城乡居保的好处，同时向每个村的干部或民政员发放《城乡居民社会养老保险政策法规》和居保宣传手册各xx本，《天台县城乡居民社会养老保险宣传提纲》各一份。

1、社保局组织的培训。由街道劳保所派出人员到县社保中心参加居保政策知识培训，并现场提问，由居保科长负责讲解和回答。

2、动员会的培训。动员会后，由县社保局居保科长向到会的书记、村主任和民政员详细讲解居保政策，现场解答提问。

3、深入各社区的培训。由各社区干部带领，街道劳保所邀请社保局的居保工作人员一起深入各社区，召集各村民政员和驻村干部，再一次解读居保政策，以保证每个村的办理人员都能明明白白的了解居保的办理流程和所需证件，都能清清楚楚的向村民讲清居保的好处和参保的方法。

1、街道劳保所设立咨询热线。在居保参保办理期间，街道劳保所的热线电话随时接听各村民政员和群众的咨询，耐心解答各种实际参保所遇到的问题。有一时难以解答的问题，则及时向街道领导和县社保局反映，以保证参保各种的顺利进行。

2、及时联系，及时收缴。街道劳保所每周至少主动联系社区和行政村民政员各一次，督促各行政村及时将本村的参保登记材料上交街道劳保所，有错误或问题的也立即反馈到各村，以便及时解决。

3、认真审核，细心录入数据。劳保所对收到的.参保材料认真的进行审核，有问题的材料及时联系参保人，录入数据时严格仔细，录入完成后认真检查，防止出错。

1、领导重视，办事人员认真负责。街道党委政府高度重视，把实施城乡居民社会养老保险作为本年度的重大工程，时时督促。街道劳保所和社区驻村干部以及各村民政员的共同努力，使得我街道的居保工作较为顺利。

2、宣传到位，方法正确。从6月份开始将近一个月的大力宣传，营造出了良好的居保工作氛围，也使群众看到了居保的好处。全街道上下在四个多月的的时间里集中精力、集中时间、集中人员“三集中”的克难攻坚，也使得效果较为显著。

3、群众的眼睛是雪亮的。城乡居保事关群众的切身利益，群众对此十分关注，参保的热情十分高涨。

4、不足。我街道有部分群众对于缴费档次的选择犹豫不决，数据输入后又要更改，造成工作的不便。除此之外，有较大一部分群众没有邮政存折，需集体开户，造成群众缴费拖拉，群众反应较多。

5、下一步的打算。以后，我们尽量多和邮政沟通，帮群众办理手续时更加耐心，以赢得群众的满意。

在省、市、县各级党委政府的大力支持下，白鹤城乡居民社会养老保险是继新农村合作医疗保险、康庄公路之后的又一项重大的民生工程，将城街道职工基本养老保险或其他社会养老保障以外的人员列入城乡居民社会养老保险参保范围，从制度上实现应保尽保。

截止12月底，实际城乡居民主动参加城乡居民社会养老保险共计xxx人，完成县政府下达参保任务的xx%。由于街道领导的高度重视，全街道上下的共同努力，工作方式方法得当，时间节点把握合适，仅用了短短4个月时间,就超额完成了全年目标任务，使这项20xx年政府实事工程在白鹤街道得到了全面落实。

**医疗保险工作总结篇七**

xx年医疗保险工作

总结

撰写人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ xx年医疗保险工作总结 一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施八四四工程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下：

一、转变工作作风、树立服务观念 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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定;转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者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，有时为了工作加班到深夜两、三点钟;转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

二、突出经营意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止;二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数的，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金万元，其中单位缴费万元，个人缴费万元，共收缴大病统筹基金万元，其中单位缴纳万元，个人缴纳万元。

三、

稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为：，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡。

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求;二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的‰，大病占疾病发生率的;住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作。

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人(其中不符合十种慢性疾病种类人，无诊断证明或其他材料的人。二是组织专家监定组对符合申报坚定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在月日月日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人(其中检查不合格者人，未参加检查者人。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病坚定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

六、个人账户管理规范化、现代化。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计年共向个人账户划入资金万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为万元。为方便广大参保患者门诊就医，在个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为元，划卡人次为人次，个人账户余额为万元。

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县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。

年工作设想：

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

范文仅供参考 感谢浏览

医疗保险财务工作总结

定点医院医疗保险考核工作总结

医院医疗保险科工作总结

医疗保险工作计划

医疗保险承诺书

**医疗保险工作总结篇八**

为了进一步贯彻落实“三个代表”重要思想，加快建设“富裕xx、和谐xx”，着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题，进一步健全医疗保障体系，满足全县城镇居民的基本医疗保障需求，今年县委、县政府把建立“全县城镇居民医疗保险制度”列入我县八件为民办实事项目之一，按照年初制定的工作实施计划，加强领导，明确责任，精心组织，周密部署，抓好落实。到目前为止，全县城镇居民医疗保险各项工作进展顺利，并提前超额完成了预定的工作目标。下面将城镇居民医疗保险各项工作开展情况汇报如下：

1、调查和参保情况。为了进一步掌握全县城镇居民人员情况，我县组织人员利用9月份一个月的时间开展了入户调查工作。公安部门户籍登记在册的城镇居民全县总共有118298人，截止到12月31日，已入户调查40115户，调查人数113709人，全县调查率达到96、12%；据调查统计，全县城镇居民中已参加职工基本医疗保险的有60712人，已就业未参加职工基本医疗保险的有8194人，参加农村合作医疗保险的有25599人，应列入城镇居民医疗保险参保范围的有23793人，截止到12月31日，已参加城镇居民医疗保险的有16876人，参保率已达到70、93%。

2、系统软件开发情况。自10月31日通过定向招标的方式由xxx新恩普公司承担城镇居民医疗保险软件开发项目后，组织人员经过一个多月紧锣密鼓的努力后，已顺利完成了需求调研、软件开发、医院（药店）接口改造、功能测试等项目内容，20xx年1月1日系统已顺利切换上线进行运行。

（一）加强调研、仔细测算，出台了实施办法和配套政策。城乡居民医疗保险在县委县政府的重视下，从今年4月份开始历时5个月，组织进行了考察学习、数据分析、测算论证工作，制定了实施方案，广泛听取各方意见，先后召开居民、社区代表、有关部门座谈会，经县政府研究通过。20xx年8月29日，xx县人民政府印发了《xx县城镇居民医疗保险实施办法（试行）》（x政发[20xx]44号）、xx县人民政府办公室转发了《xx县城镇居民医疗保险实施细则》（x政办发[20xx]115号）、xx县城镇居民医疗保险工作领导小组印发了《xx县城镇居民医疗保险工作实施计划》（x城居医[20xx]1号）、xx县劳动和社会保障局印发了《xx县城镇居民医疗保险未成年人补充药品目录》（x劳社医[20xx]81号）等文件，为我县城镇居民医疗保险制度顺利实施提供了有力的保障。

（二）加强领导、精心组织，确保了工作的正常开展。

我县城镇居民基本医疗保险工作主要分四个阶段实施，一是组织准备阶段（6月1日—8月30日），主要是成立城镇居民医疗保险领导小组及办公室，出台《xx县城镇居民医疗保险实施办法（试行）》及配套政策，建立工作考核制度，落实经办机构、人员、经费、场地、设施；二是宣传发动、调查摸底阶段（8月31日—9月30日），主要是召开全县城镇居民医疗保险动员大会，对城镇居民医疗保险相关业务经办人员进行培训，全面开展入户调查摸底工作，完成城镇居民医疗保险软件开发和硬件的调试工作；三是资金筹集及参保登记工作阶段（10月1日—11月30日），主要是收取个人缴费资金，参保登记造册，收集参保资料；四是总结完善阶段（12月1日—12月31日），主要是完成《xx县城镇居民医疗保险证历本》和《xx县城镇居民医疗保险ic卡》的制作和发放，对各乡镇及相关部门进行工作考核，召开总结表彰大会。自8月31日召开了全县城镇居民基本医疗保险工作动员大会后，各乡镇（开发区）和教育部门按照会议要求都及时召开了工作动员大会，成立了工作领导小组，并制定了详细的工作推进计划，确保工作的正常开展。

（三）研究对策、克服困难，提前完成了年初预定的工作目标。

1、入户调查工作。

为了摸清全县城镇居民的基本情况，为下一阶段城镇居民参保收费工作打下良好的基础，全县开展了城镇居民入户调查工作，只用了一个月时间就完成了入户调查摸底工作，基本做到了纵横到底，横向到边。在这次入户调查摸底工作过程中，面对任务重、时间紧、人手少等实际问题，为了更好地做好这项工作，各乡镇（开发区）积极克服困难，及时调配人手，像武康和新市镇针对人手不够，就临时聘请了调查人员，做到一人负责一组；洛舍镇和禹越镇在入户调查的同时，就确定了参保人员的名单，并收取了参保居民个人应缴纳的费用，达到了工作提早完成的目的。据调查统计，全县共入户调查40115户，城镇居民总人数113709人，入户调查率达到96、12%。

2、参保登记和收缴工作。

（1）积极化解予盾，为资金筹集及参保登记工作创造有利条件。由于城镇居民医疗保险工作是一项全新的工作，经常会遇到一些这样或那样的新问题，为了确保工作的顺利推进，劳动保障部门经常组织人员到各乡镇、街道办、社区（居委会）了解情况，及时掌握新问题，并抓紧进行专题研究，帮助他们解决了许多实际问题：一是针对社区（居委会）人手少的现状，根据筹集标准特别印制了面值100元和80元的手撕票据，免去了在收取个人保险费时手工开票据的工作环节，大大减轻了他们的工作量；二是由于城镇居民在参保时是以现金形式缴纳个人保险费的，为了避免收取\*情况发生，劳动保障部门特向信用联社借了几十台新的验钞机发给社区（居委会），解决了经办人员的后顾之忧；三是为了进一步方便城镇学生的参保登记，委托教育部门对规模较大，城镇居民学生集中的学校，实行以班为单位进行城镇学生的医疗保险参保登记和保险费的收缴，取得了很好的效果。

参保手续，为他们带来快捷、便利；最后，针对多次通知仍不来办理参保的居民进行上门动员，直接在居民家办理参保登记手续。通过以上一系列的做法，使城镇居民从心理上“要我参保”转变为“我要参保”，由自发变自觉，由被动变为主动，从而提高了他们的参保积极性。

3、卡、证制作和发放工作。

由于城镇居民医疗保险系统软件信息输入和卡证制作模块到12月中旬才基本开发完毕，为了确保16876名参保人员能够在20xx年1月份能够刷卡就医，我们把这项工作作为当前头等大事来抓，组织全体工作人员进行分工协作，利用休息时间加班加点，在最短时间内完成了参保信息资料的核对、输入、照片扫描、证卡制作，并将制作好的卡证按乡镇（开发区）社区（居委会）进行了分类后，再及时的发放到各乡镇（开发区），目前16876张卡证已全部发放到每位参保人员手中。在发放的同时进一步做好政策宣传工作，正确引导参保居民能够按规定就医配药。

（四）广泛宣传、营造氛围，有效地推动了工作的顺利实施。城镇居民医疗保险是一项新的制度，为了使广大城镇居民更好地了解这项制度，从而能够支持这项制度的实施，一方面利用各级宣传媒体，采取多种宣传手段，大力开展城镇居民基本医疗保险政策宣传，《今日xx》、电视台都进行了详细的连续报道；另一方面劳动保障部门专门印制了10万多份政策宣传资料，组织人员向广大城镇居民进行发放，确保每户一份宣传资料；另外，还通过教育部门组织学校将参保缴费通知书和宣传资料下发到了每一位城镇在校学生手里，取得良好效果。同时，为了确保这项工作能够顺利实施，劳动保障部门组织人员还对各乡镇、街道、社区经办人员进行了业务培训，使经办人员讲得清道理、说得出好处，通过他们入户和居民面对面的详细讲解，使广大城镇居民进一步了解了政策；最后，还在主要街道、集贸市场、学校门口和居民小区入口悬挂了144条宣传横幅，进一步扩大了影响，营造了良好的氛围。

（一）乡镇（开发区）反映的主要问题。在前期工作开展过程中，各乡镇（开发区）存在的困难主要集中在以下几个方面：

1、任务重，时间紧，致使工作很难做到位。主要体现在入户调查工作方面，由于全县入户调查工作一个月时间，在调查过程中，大量存在城镇居民长期在外、集体户、房子已转卖等户在人不在无法联系的情况，对调查工作带来很大困难，也影响了调查的准确性。

2、人手少，经费缺，致使工作很难做到位。由于社区（居委会）本身人手少，除了做好其他工作外，又增添了这项新工作，社区（居委会）经费又紧张，无能力聘请其他人手帮助，依靠现有的人手已无法承担现有的工作量，大部分工作都是利用晚上时间靠加班加点来完成，致使工作无法做细做全，从而间接影响了工作的质量。

（二）参保对象比较复杂，缺少抓手，从而会影响参保率。

一是城镇居民医疗保险在收取个人缴纳的保险费时不像农村合作医疗可由村集体代扣代缴，而是直接向城镇居民个人收取，缺少有效地抓手；二是城镇居民医疗保险是尊重群众意愿，坚持自愿的原则，以户为单位可自愿参保，往往造成年老多病的人先参保，年幼身健的人不愿意参保，其中前部分人只占应参保人数的10、7%，而后部分人占了应参保人数的56、3%，其他在劳动年龄段未就业的占了33%。以上因素都会直接影响到参保率。

（三）在校学生基本上都已参加了商业平安保险，再要求参加城居医疗保险难度很大。

一直以来，全县各类学校的在校生由学校组织统一参加了商业平安保险，可享受意外伤害医疗、疾病医疗和意外身故方面的待遇，一般每年9月份在开学时就统一办理参保，参保有效期为一学年。由于今年我县的城镇居民医疗保险参保登记工作是从10月份开始的，在时间上比商业平安保险晚了一步，因此，很多学生都不愿重复参保，从而影响了参保率。

（一）加强对居民医疗保险工作的领导。

县委、县政府对城镇居民医疗保险工作的实施十分关心，县长王勤对此项工作多次听取汇报，并做出重要指示；为了加强对城镇居民医保工作的领导，加大推进力度，县政府于5月份，成立了以劳动保障分管县长陈偌平为组长、市直有关局委领导为成员的领导小组，领导小组下设办公室，由主管分管局长任办公室主任，负责全县的组织实施工作。

领导小组办公室每10天编辑一期城镇居民医疗保险工作专辑简报，及时报送县委、县\*、县政府、县政协、市劳动保障局、各乡镇（开发区）、县领导小组成员单位，通报城镇居民医疗保险重要活动和工作进展情况。

（二）及时召开城镇居民医疗保险工作推进会。

10月29日召开了全县城镇居民医疗保险工作推进会，通报了城镇居民医疗保险工作进展情况，明确各级各部门职责，总结分析了存在的问题。潘月山副县长在在讲话中进一步强调，要统一思想，认识要再提高；要加强领导，责任再明确，要强化措施，重点要再突出。11个乡镇、开发区管委会及教育局就前阶段工作情况进行了汇报交流，对下一阶段工作及确保完成目标任务作出了明确承诺。通过这次推进会，有效地推动了城镇居民医保工作的开展。

（三）加强对城镇居民医疗保险工作的督查。

一是在10月11日，县\*督查组专门对城镇居民医疗保险工作落实情况进行督查，并对下一步工作提出了更高的要求；二是县劳动保障部门建立督导小组，经常深入乡镇（开发区）、街道办、社区进行督导检查，每周通报一次参保人数。通过督查督导，有力地推动了居民医保工作的开展。

（四）建立联动工作机制，形成工作网络。

城镇居民组织化程度低，情况复杂，业务量大，管理困难，需要左右配合，上下联动，形成网络。我县各有关部门、乡镇（开发区）积极配合，大力支持，财政部门将城镇居民医疗保险补助资金列入预算，并安排了55万元城镇居民医疗保险工作专项经费；公安部门积极配合入户调查工作，提供了全县城镇居民总人数；民政部门提供了详细的低保人员资料；各乡镇充分利用社区劳动保障服务平台，发挥劳动保障工作机构的作用，建立县、乡镇、社区三级联动工作机制。

（五）建立考核奖惩制度，形成工作动力。

为切实做好我县城镇居民医疗保险工作，全面完成城镇居民医疗保险工作目标，县政府印发了《20xx年度xx县实施城镇居民医疗保险制度目标管理考核办法》，明确了考核目标和奖惩措施，县政府专项安排了20万元工作考核经费，对考核得分在前六名的乡镇（开发区）进行通报表彰，并给予工作经费补助；对入户调查率在85%以上和参保率（按实际缴费人数计算）在50%以上的乡镇（开发区）

根据调查率和参保率的高低，按调查户数和参保人数给予补助；对工作推进不力、参保率低于50%的乡镇（开发区）进行通报批评。通过建立考核奖惩制度，有效地促进了城镇居民医疗保险工作进度。

（六）加强经办能力建设，提高服务质量。

一是加强信息化建设，投资25万元，添置硬件设备，开发城镇居民医保软件，改造定点医疗机构、零售药店接口。二是增加人员编制，在原来基础上，计划增加两个编制，主要从事城镇居民医疗保险参保登记、医疗费用的审核结算和对定点医疗机构（零售药店）的监督管理工作。三是加强社区劳动保障服务平台建设，明确每个社区至少有1名相对固定的工作人员，从事城镇居民医疗保险工作。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn