# 乡政府医保工作总结(必备20篇)

来源：网络 作者：夜色温柔 更新时间：2024-07-21

*乡政府医保工作总结1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,...*

**乡政府医保工作总结1**

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。

**乡政府医保工作总结2**

20xx年在我院领导高度重视下，按照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、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；三是通过微信、云鹊医、LED等来宣传医保政策，让广大人民群众真正了解到参保的好处，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严。

为使参保人清清楚楚就医，明明白白消费，我院在院内外公布了医保就诊流程图、住院须知，使参保病人一目了然，并由收费室工作人员提供政策咨询。二是在显目位置公布药品价格，接受群众监督。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。四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度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，并结合医保稽核巡查、\_反馈的问题，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，查有无分解收费、超标收费、只收费不服务、串换项目收费、串换除外耗材、重复检查收费、打包收费、套用高价项目进行收费等违规行为；查有无制造假病历、虚增就诊人次、虚开票据、虚假用药、虚假治疗、虚假宣传、套换药品和诊疗项目、术中恶意增加手术项目、降低入院指征住院、中成药虚高价格和以次充好等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段套取、骗取医保基金或医保待遇的行为。

>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。我院分管副院长定期下病房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。我院工作人员积极地向每一位参保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，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。

**乡政府医保工作总结3**

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【20\_】第18号、洛人社医疗【20\_】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20\_】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。

**乡政府医保工作总结4**

20xx年，XX县医保局以落实\_民生工程\_为主线，以保稳定、促发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为核心，不断夯实医保各项基础工作，积极开展党的群众路线教育实践活动，大力提升经办能力，确保了全县医疗保险工作健康运行的良好态势。

>一、20xx年上半年工作总结

(一)扩面情况。

截止目前，72129人参加城镇基本医疗保险，其中：22093人参加城镇职工基本医疗保险, 48036人参加城镇居民基本医疗保险。

(二)基金运行情况。

1.城镇职工基本医疗保险。截止目前, 基金收入824万元，基金支出万元，当期基金赤字万元，基金累计结余万元。

2.城镇居民基本医疗保险。截止目前,基金收入500万元，上级补助资金尚未到位。支出943万元，当期赤字443万元，基金累计结余390万元。

>二、主要做法

>(一)努力实现全民医保。

始终坚持\_政府主导、医保主抓、部门协作、基层操作、群众参与\_的良好工作思路，全面开展扩面工作。一是领导重视。年初，县委、县政府将居民医保工作列入了民生工程进行目标管理，将任务分解到各乡镇，年底进行目标考核，整体推进居民医保工作。二是加强宣传。进一步加强《劳动法》、《社会保险法》等相关法律法规的宣传，要求凡未参加医疗保险的城镇用人单位，务必参加城镇职工各项医疗保险，并履行相应的缴费义务。同时，进一步引导城镇居民参加居民医疗保险，真正实现\_人人享有基本医疗保障\_的工作目标。

>(二)全面加强基金征收。

在日常工作中，我局始终坚持把医保基金征收工作纳入重要议事日程，全面加强征收工作。一是增强缴费意识。积极宣传《社会保险费征缴暂行条例》，增强各参保单位的缴费意识，确保按时足额缴纳基本医疗保险费。二是规范缴费基数。财政预算单位，严格按照工资加津贴的60%为标准预算基本医疗保险费。财政预算外单位和各企事业单位，按全市社会平均工资为基数缴纳基本医疗保险费。三是加强实地稽核。采取定期不定期的方式深入到各参保单位开展稽核工作，对查出少报、瞒报、漏报缴费基数的参保单位，依法予以征收。20xx年实地稽核参保单位15家，发现少报、瞒报、漏报缴费基数的11家，依法补缴210余万元。

>(三)全面加强监督检查。

定点医院是医保基金支出的源头，为监管好源头，杜绝医疗保险基金的不合理支出，我们做好了以下几个方面的工作。

一是严格把关。第一，严把入院关，杜绝冒名住院、挂床住院、以住院代替门诊等违规行为。第二，把好治疗关，做到合理检查、合理用药和合理治疗，防止基金浪费。第三，把好\_三个目录\_执行关，严防基金流失。

二是建章立制。今年针对康复治疗出台了《关于进一步规范康复治疗管理的通知》，有效防止了小病大养的现象。

三是开展集中学习教育。定期不定期的组织医务人员学习医保法律法规，采取面对面的方式授课。20xx年，到县医院、中医院等10家医疗机构开展学习教育，发放医保政策宣传手册2024余份，进一步增强了医务人员的法律意识，防范于未然。

四是加强监督。通过到县级各定点医疗机构定期不定期的监督检查，查处医疗机构违规行为5起，挽回基金损失20余万元，有效遏止了冒名顶替、违规带药、过度检查、过度医疗、不合理收费、串换药品等违规现象发生。

>(四)全面开展即时结算。

一是践行群众路线，方便群众就医购药。为进一步扩大即时结算工作，20xx年，我局在原来已实施即时结算的4家医疗机构基础之上扩大到现在10家。同时，还将即时结算工作扩大县外，将重庆医科大学第二附属医院作为异地即时结算单位，把XX市四川荣泰堂药房有限公司作为异地医保ic卡刷卡单位，初步解决了异地住院和ic卡异地无法使用的实际问题。

二是落实上级要求，推行\_一卡通\_。今年6月，按照全市的统一安排，全面开展全省医保\_一卡通\_工作。

第一、积极按照省市要求与原软件开发公司进行了数据移植的谈判工作，双方达成了一致意见，原软件开发公司愿意按照XX市人社局的要求提供相应的数据资料，为推行\_一卡通\_奠定了基础。

第二、全面采集异地就医人员基础信息和社会保障卡申领信息。我局严格按照市局要求，及时召开了参保单位采集信息的培训会，各参保单位已按时将所采集的信息资料报送完毕，共收到信息采集表1016份。

(五)全面加强内部管理。

一是完善内控制度。坚持岗位轮换，定期组织开展内部控制检查工作，实现各业务、各环节的全程监控，阳光运行。在基金支出上，做到严格把关，转变以往事后监督为事中或事前监督，保证基金的合理使用。

二是提升服务质量。坚持\_三优文明窗口\_的建设标准严格要求职工，做到文明办事、礼貌待人、热情服务。\_五个一\_(即一张笑脸相迎、一把椅子请坐、一杯开水暖心、一片真诚服务、一句祝福相送)提升服务质量，打造\_阳光医保、亲情服务\_的办事环境，让广大老百姓真真切切感受到党和政府的温暖。

>(六)扎实开展群众路线。

全面建立便民制度。

一是建立银行代扣制。针对居民每年医保参保交费不方便的突出问题，我局与金融部门联系，实行银行代扣，参保群众只需在指定银行开户，存入参保费用，签订代缴协议，只要参保人员的账户余额充足，银行直接代扣代缴完成参保手续，群众再也不用跑冤枉路。

二是建立打卡直发制。针对本县参保居民在外地住院费用审核报销及费用领取时间长、职工在外地住院费用报销划拨到单位领取不方便等突出问题，我局全部实行银行打卡直发，减少了中间环节，大大缩短了外地住院费用报销周期。

三是建立简易审批制。针对参保群众办理帕金森氏病、红斑狼疮、精神病等慢性特殊疾病门诊续办程序繁琐的突出问题，一律简化办理程序，参保群众每年3月持本人身份证到医保局年审登记，1分钟之内即可办理完毕;因病或行动不便的参保群众可以委托他人代办，由医保局工作人员上门复查;对长期居住在成都的老年群众由开江驻蓉老年人协会统一进行年审登记，汇总后报送县医保局，极大的方便了办事群众。

>三、存在的主要问题

>(一)城镇职工医疗保险基金赤字严重。

20xx年基本医疗保险统筹基金收支结余赤字万元，赤字统筹基金系违规挪用个人账户基金予以垫付，一旦个人账户基金垫付完，基金将无法运转，参保人员的医疗待遇无法保障。

>(二)少数机关事业单位和企业参保意思淡薄。

经统计，截止20xx年底，仍有卫生系统的乡镇医院、大型煤炭企业及其它规模以上企业等10多家单位未参保基本医疗保险，严重违反了《劳动法》和《社会保险法》，侵犯了职工合法权益。

>(三)小病大养、外出就诊情况仍然突出。

随着社会的发展，参保人员对医疗需求的标准过高，本应在门诊治疗的常见小病，确要进行住院治疗;能在县内医院住院治疗解决的，非要转到县外甚至到更大的医院进行治疗，增加了医保基金的支付压力，也浪费外地大医院的医疗资源。

>(四)对医疗机构的违规诊疗行为监管未完全到位。

由于人手不足，经费短缺，监督手段落后，加之懂临床的专业技术人才少，无法及时查处医疗机构违规行为，尤其是外地就医的行为无法监管，导致医疗保险基金流失。

**乡政府医保工作总结5**

（一）健全组织机构，加强领导，明确责任。

镇政府成立了新型农村合作医疗管理委员会、监督委员会、协调指导小组。由党委副书记任主任，党委委员、纪检委员任副主任，成员由镇政府办、财政所、民政所、卫生院等负责人组成。拟定、修改和完善农医所各项制度；负责参与各村的组织、宣传和动员工作，以提高参保率；财政部门负责新型农村合作医疗资金监督管理。

（二）广宣传，深动员，提高农民认知度

1、充分发挥电视媒体覆盖面广的优势，利用两个月的时间，每周播报合作医疗政策、进度、农民认知情况等新闻，并用字幕打出新型农村合作医疗宣传标语；在报销现场解答农民疑点，起到了很好的宣传发动效果。

2、印制宣传单4000张，农民每户一单，免费发放到户。

3、各村利用广播、标语、自制宣传单等形式在各村进行宣传动员。各村召开支部会、党员会、村民代表大会进行宣传发动。在宣传动员期间，农医所及时向管理委员会汇报新型农村合作医疗工作进度，反映新型农村合作医疗动态。镇政府多次召开各村主任汇报会，了解各村参保情况。对存在的问题及时给予解决、答复和协调，提高了我乡的整体参保率。使新型农村合作医疗工作在全镇迅速展开。

**乡政府医保工作总结6**

1、参保扩面进展情况：截止6月底，全县共有参保单位3461家，参保人员124944人，缴费人数114776人，其中：国家机关事业单位304家、18797人，企业(依照企业缴费事业单位)3457家、64189人(基本医疗保险46861人，外来务工11362人，住院医疗保险5966人)，灵活就业人员参保31790人，比XX年净增3815人，完成年度考核(目标)任务的。

2、医保基金收支情况：1到6月份共征缴医保基金 万元，其中统筹基金万元，个人帐户万元，公务员补助基金万元，重大疾病救助金万元。累计支付医疗费万元。

3、医保基金结余情况：结余基金万元，其中：统筹基金结余万元，个帐结余万元，公务员补助金结余万元，重大疾病救助金结余万元。

4、截止6月份城镇居民参保21133人，已到位医疗保险资金万元，其中参保人员缴费3100元。上半年共有27146人次，7494位参保人员享受到城镇居民基本医疗保险，符合医疗报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，其中住院和门诊大病报销有效费用万元，医疗保险资金支付万元，结报支付率为。

**乡政府医保工作总结7**

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任xxxx人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、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。

**乡政府医保工作总结8**

20xx年以来，县医保局认真贯彻落实上级有关医疗保险政策法规及文件精神，全面组织实施职镇居民基本医疗保险等民生工程，不断扩大参保覆盖面，加强基金征缴与管理，及时支付各项待遇，较好地完成了各项工作。

>一、积极组织参保登记缴费，基本完成扩面征缴任务。

根据城镇居民医疗保险政策规定，居民参保登记和缴费集中在上年12月初至当年二月底进行。县医保局在去年11月就报请县政府下发了《关于做好20xx年度城镇居民医疗保险登记缴费工作的通知》，积极组织县城各社区和各乡镇劳动保障事务所接受城镇居民参加医疗保险登记和缴费，及时登记造册汇总，并将医保费缴入居民医保财政专户。截止今年3月，我县已有xx余人登记参加居民医保，完成了上级下达的扩面任务，共收缴居民医疗保险费xx万元。

>二、加强居民医保资金管理，及时支付各项医疗待遇。

根据城镇居民医疗保险市级统筹的要求，全部参保人员信息都要录入医疗保险信息管理系统，实行信息化自动化管理，工作量十分巨大。县医保局及时汇总全县城镇居民参加医疗保险情况，全力组织工作人员录入或维护参保人员档案信息，多次加班加点工作，确保全部参保居民的档案信息在4月底前进入信息系统，在5月底前划拨参保人员门诊补偿金，保证参保患者及时享受各项医疗待遇。上半年，共划拨参保人员门诊补偿金xx万元，实际支付医疗费用xxx万元。

>三、加大医保政策宣传力度，不断提升医保服务水平。

根据居民医保政策规定，自20xx年度起居民登记参保时，未连续缴费的应补缴相关费用，对此仍有部分居民不知道、不理解、有意见。下一步，县医保局将加大城镇居民医疗保险政策宣传，提高政策认识度和公信力，积极争取广大居民理解、支持、参与医疗保险工作，努力构建和谐医保关系。要进一步加强定点医疗机构和定点零售药店管理，完善刷卡即时结算医药费办法，全面实现参保患者住院费用刷卡结算，住院医药费不用再由参保患者垫付，有效减轻参保患者的资金垫付压力。要进一步出台便民服务措施，如建立上犹医保制卡分中心，简化制卡程序，缩短制卡时间，方便参保人员制卡领卡用卡，不断提升医保经办能力和服务水平。

**乡政府医保工作总结9**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，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

1、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，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。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、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2、我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

3、20xx年我们医保科组织医保培训每季度1次，每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx，住院人次费用xx住门比xxx。医保门诊xxx，门诊人次xxxxx，人均费用xxx。

>三、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。

**乡政府医保工作总结10**

20xx年，我区城镇居民基本医疗保险工作在区委、区政府的领导下，在市人社局的精心指导下，突出宣传引导，合理分配力量，及时调度推动，取得良好地工作效果，全区本年度完成居民医保参保人数达到万人，100%完成任务。现将有关工作情况汇报如下：

>一、工作开展情况

1、今年3月份我区接到市人社局分配下来的目标任务后，立即着手分解目标任务，并在4月11日全区就业和社会保障会议上同各乡、街道签订了目标责任书，将目标任务分解、下达给各乡、街道，明确分工。每月全区就业和社会保障工作例会上，都会将民生工程，尤其是居民医疗保险工作作为重点，形成“一月一通报，一月一调度”的工作制度。

2、我区在平时的工作中开展各种宣传活动，全区集中宣传与各乡、街道、社区日常宣传相结合，形成覆盖全区的宣传网，起到了明显效果。

3、区人社局积极与区教育局和市征缴中心居民医保科联络、协调，督促辖区学校居民医保信息录入工作，保证了辖区学校学生信息及时、准确录入系统。

4、5月6日区人社局组织街道、社区居民医保工作人员参加了市人社局举办的居民医保业务培训，取得显著效果，提高了我区基层居民医保经办人员的业务能力、加深了他们对于居民医保政策的理解。

5、社区在平时工作积极与计生部门合作，并且主动上门服务，保证新生儿落地即参保，截至目前，我区已为606位20\_年新生儿办理居民医保业务。

>二、存在问题和工作亮点

现在城镇职工医疗保险、居民医疗保险和新农合已覆盖我区绝大多数的居民，新增参保人主要是新生儿和职工医保转居民医保的成人，今后再增加参保人数难度大。

>三、意见与建议

1、由于社区经办人员流动性大，建议增加对基层工作人员的培训次数。

2、由于辖区各学校经办人员一年只经办一次，并且是非专职人员经办，建议加强针对学校经办人员的培训力度。

3、现在是每年5月份启动居民医保业务经办，建议今后能讲启动时间提前。

**乡政府医保工作总结11**

市委、市政府的正确领导下以及在医保相关部门的指导下，我院始终以完善制度为主线，以强化管理，优化服务为重点，努力实现医保工作新突破。全年医保门诊总人次人（1——12月），住院人次，全年医保收入元，同比上一年度增长%。离休干部门诊人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险人，收入xx万元，全年共计xx万元。

>一、全年工作回顾

1、不断调整医院职能地位，树立创新理念。

随着医疗保险制度的全面推行，医疗保险对医疗服务和医疗管理产生了广泛的影响。而医院作为承担医疗保险制度的最终载体，在医改新形势下，我们要在原有运行基础上创新理念，找好医院和患者关系的定位。对于此项工作，医院领导给予了充分重视，首先加强了医院的自身建设，完善相关科室，充实了工作人员，制订了严格的管理制度，逐步规范了医疗服务行为，努力提高医疗护理质量，增强医院的核心竞争力，使每个职工树立规范执行医保政策的自觉性，适应医改的大趋势，发挥医院在医保工作中的主体地位。

2、继续完善制度建设，做到有章可依，有章必依。

20xx年我院与社保局签定了相关服务协议，其后医保办组织相关人员进行了认真学习，了解协议内容，领会协议精神，据此修订完善了有关规章制度，使每个人的职责更加明确，分工更加合理，并且责任处罚直接与科室及个人经济效益挂钩，以此来保证每个医保就医人员的合法利益。

3、加强内部审核机制，严把质量关。

随着医保制度的不断深入，和社保“一卡通”启动，医疗保险做到全覆盖，医保监察力度必然会加大，因此对医保病历书写的要求也会更加严格，医保办在近期加强了内部审核机制，在科主任初审的基础上，医保办定期复审，针对每一份出院病历都要检查，做到早发现问题及早解决问题。对于查出的问题将根据我院的经济管理方案予以处理。积极配合市社保局的考核和检查，认真对待市社保局检查人员指出的问题，及时上报和整改，对于屡次出现问题的科室，要与其主任谈话，并与之津贴相挂钩。医院定期召开领导小组会议，讨论医保运行过程中存在的问题，及时查漏补缺。严格要求工作人员在日常工作中坚决杜绝不合理收费、串换诊疗项目、挂床输液、冒名顶替等违规行为的出现。坚持组织医务人员经常性医保业务学习，做好相关记录工作。

4、确保医保基金运行安全，信用等级再上台阶。信用等级管理办法是人力资源和社会保障部在全国逐步推开的全面评估医保定点医院服务水平的体系，为了把这项工作真正落到实处，使其成为我院医保管理工作的一个支撑点。医保办将把有关精神传达到相关科室，并逐条落实，力争先进。

5、逐级上报，完善各项审批制度。

为确保医保工作的连贯性，各种审批表均由科主任签字审核后，在规定时间内报至医保办，然后上报社保局。

6、做好生育保险工作，打造产科品牌。

随着生育保险的启动，我院做为我市产科的龙头医院，一定要抓住机遇，实行一站式服务，努力提高经济效益，树立社会品牌，为每一个来我院分娩的孕产妇提供优质服务，不断发展和延伸“品牌产科”。

7、健全离休干部医疗保障机制。

根据省委、省政府《关于建立离休干部医药费统筹机制》文件的要求，落实好张办字（20xx）18号文件精神，我院本着尽全力为离休干部服务好的原则，在现有选择我院的老干部的基础上，吸引更多的老干部选择我院作为定点医院。

8、继续做好城镇居民医保。

随着城镇居民医保的启动，我院作为定点医疗机构将采用多种方式向辖区居民宣传居民医保的相关政策，实行床头卡独立识别，病案专人管理，使居民医保在规范，有序，健康的轨道上运行。

>二、20xx年工作设想及计划

1、不断提高服务水平，优化就医环境。

随着我院新的病房楼投入使用，加之各种新设备的购买以及人员的培训和学习，我院的就医条件将发生巨大变化。因此，我们更要抓好医保病人的服务质量，以期在去年完成xx万元（包括离休和统筹）的基础上力争达到万元（包括离休和统筹）。

2、加强管理与培训，严格掌握医保政策。

在20xx年里要不断完善科室及相关人员配置，将相关政策逐步完善。由于我院临床工作人员对医保政策理解程度不一，掌握程度参差不齐，导致在实际工作中存在较多问题。因此在即将到来的20xx年里将加强对有关人员的培训，严把入院关，层层负责，确保医保政策的顺利、健康、有序的发展。

3、做好离休干部的服务工作，确保等级评定顺利过关。在新的一年里，我们将一如既往地为离休干部服务好，这不仅是关医疗服务和经济效益问题，更是医院建设与社会效益的问题。在即将开始的等级评定工作中，我们将针对我院存在的备药率低、病历本书写不完整、医保知识掌握不够等问题开展专项工作。并力争在药品费用监控，合理用药，合理检查上有所突破。

**乡政府医保工作总结12**

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20xx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，20xx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。

**乡政府医保工作总结13**

我局在镇委镇政府的领导下，区人力资源和社会保障局的指导下，以“惠民生、聚人才、谋福利、促发展”为工作主线，围绕《20xx年政府工作任务分解表》中涉及我局的各项任务，认真务实开展工作，现就我局上半年的工作情况总结如下：

1、落实城乡最低生活保障制度

今年我镇符合条件申请批准享受最低生活保障待遇的困难家庭达x0x户xxxx人;三无人员xxx户，xxx人;五保户xx人，低保临界家庭xxx户，xxx人，孤儿x人。上半年发放“低保救助金”万元，五保供养金万元。并为每个低保家庭成员、三无人员、五保户购买了xx万元额度的城乡居民医疗保险，投保金额xxx万元;为x0xx名低保、五保、三无人员、重度残疾人购买新农保，区镇两级投入资金万元。全镇共有xxx人符合享受分类救助标准，上半年共发放分类救助金万元，受惠家庭达xx00多个。其中：区领导入户慰问，区财政资金万元;区、镇两级\_联合举办了“爱心助困情暖万家”的春节慰问活动，为全镇的低保、低保临界家庭、五保户、三无人员每户发放两包x公斤大米、一瓶x公升花生油，区镇\_投入资金xx万元。组织符合《xx\_资助重度残疾人生活实施办法》条件的残疾人xx人申请生活资助优惠，其中xx人获每人xx00元/年的生活资助，xx人获每人xx00元/年的生活资助。

3、平安钟服务扩面，为更多长者提供紧急支援服务

为进一步深化和充实居家养老服务的服务内涵，提升居家养老服务水平和服务质量，去年x月份我局在全镇范围推广“平安钟”服务，并于x0xx年x月份实现了x0个村(居)全覆盖。全镇共xx0名长者可以在家享受平安钟的各种应急支援服务，占居家养老服务人数的xx%。目前，平安钟服务已进入成熟运营阶段。根据上级的任务，我局于今年x月份开始进行平安钟服务的扩面工作，根据各村(社区)居家养老调查表的摸底情况，我局确定了这次扩面的`范围，包括两大类老人：一类为符合政府资助居家养老服务对象中未安装平安钟的用户，全镇x0个村居共x0人。一类为我镇x0岁以上独居老人(非居家养老政府资助对象)，该类对象全镇共有xx0人，两类对象合计共x00多人。电信部门、安颐通平安钟助老服务中心已全力开展固话和平安钟的安装工作。至x月底，新增对象的平安钟安装工作基本完成。现时我镇的平安钟用户已达x0x人，居家养老、平安钟用户共xxx人，占全镇x0岁以上户籍人口的，超额完成上级指标任务。

4、加快推进马宁永安堂扩建工程建设，解决群众日益增长的殡葬需求

永安堂是xx镇政府斥资兴建的一座大型公益性墓园群，先后在xx牛眠地和右滩xx兴建了大型骨殖壁位共xxxxx个，至x0x0年xx月止骨殖壁位墓穴基本售完，已不能满足日益增长的殡葬需求。为巩固实行殡葬改革所取得的成果，解决群众先人骨灰安置问题和维护社会和谐稳定。镇委镇政府于x0x0年启动了马宁永安堂扩建工程。今年初，我局积极加紧推进新一期骨殖位的建设进度，在镇委镇政府的大力支持，各个职能部门的相互配合下，兴建的马宁永安堂新一期骨殖安置区d区部分骨殖位(xx0个)已于x月中下旬建成开售。主体工程(d区骨殖位共xxxx个)也于x月底全部竣工，现已面向社会售出xxxx个(截止至x月x0日)。新建的骨殖位有效缓解了我镇群众先人骨灰无处安置的紧张局面，也维护了我镇的社会大局稳定。

**乡政府医保工作总结14**

（一）参保农民期望值较高

1、新型农村合作医疗报销范围采用的是根据县工作方案报帐有关规定，农民对不予报销部分思想准备不足，造成部分人员不理解。

2、为保证新型农村合作医疗资金合理有效使用，本镇患者住院实行定点医疗机构逐级转诊制，农民认为限制了自由选择医院的权利。

3、新型农村合作医疗原则是解决“因病致贫、因病返贫”问题，保“大病（住院）”的同时，兼顾“小病（门诊）”。部分农民抱怨门诊看病不予报销而体会不到报销的优越性。

（二）基层医疗卫生资源有待进一步激活

1、由于镇卫生院医疗环境相对较差，技术水平受到一定制约，而农民的生活水平不断提高，不能满足患者的就医需求。

2、医院的“转诊证明”具有很强的责任性，医务人员不能对患者提出的转诊要求给予满意答复，部分患者家属不理解，从而对合作医疗政策产生了不满情绪。

**乡政府医保工作总结15**

202x年，在区委、区政府正确领导下，禅城区社保局紧紧围绕市、区主管局的工作部署，坚持科学发展，锐意开拓创新，充分发挥社会保险工作在保障民生和社会经济发展大局的作用，各项工作有亮点、有成效，取得较好成绩。

202x年，我们根据年初制定的\'工作要点，在推进民生实事、提升服务水平、实施社保新政以及稽核内审等方面积极作为，各项社保经办工作任务圆满完成。

>(一)全面贯彻抓落实，认真执行社保新政。

1.各项社保待遇显著提高。4月份，完成全区万名企业退休人员基础养老金的调整工作，人均增加195元/月,达到2145元/人/月;完成全区--年度工伤伤残津贴调整工作，调整后的人均伤残津贴为20xx元/月，平均增加额192元/月，增幅为10%。5月份，提高我区近4000名失业人员的失业保险待遇，每人月增168元，达到1048元/月。

2.居民大病补贴制度全面落实。贯彻执行并跟踪完善居民医保大病补贴制度，积极预测数据走向，平衡把握基金的承受能力，确保居民医保大额补贴制度的顺利实施，将政府的惠民政策真正落到实处。

3.生育保险经办服务不断强化。做好生育保险的业务培训、宣传解释及信息系统测试等工作，按政策要求积极做好生育保险就医确认、生育医疗待遇零星报销、追溯期生育津贴补发、医院前台住院登记等经办服务，确保新旧政策顺利衔接和系统的平稳运行。

>(二)立足全局抓服务，稳健推进民生实事。

>1.社保卡发放成效显著。

按照市社保局下达给我区的发卡任务，我们制定了--年禅城区社保卡发放计划，强化宣传动员，明确区居民和退休人员的发卡工作的责任主体，建立社保卡发卡工作的激励机制，加强与市社保局、各发卡银行协调解决发卡过程中出现的问题，全区社保卡发放工作取得突出成绩。

>2.居民养老保险制度不断完善。

调整了我区城乡居民社会养老待遇水平，将全区约万城乡居民基础养老金由原来的100元/人/月调升至120元/人/月,增幅达20%;同时增加城乡居民养老保险待遇享受人员丧葬补助费元。在不断完善居民养老保险制度的同时，也提高了居民的参保积极性。

>3.服务企业群众活动扎实开展。

一是开展“改进作风、创新服务、提升效能能”活动。从企业发展、群众需求出发，制定《禅城区社保局“改进作风、创新服务、提升效能”活动实施方案》，并通过开展12项精心选定的活动，目前已在压减行政成本、科学优化业务经办流程、进一步下放审批权限、创新服务方式、提高经办效率等方面取得较明显的实效，切实提高服务企业、服务群众的水平。

二是开展党员与企业、村居一对一服务活动。以各党支部和各分局为责任主体，以各管线和各党小组为驱动推手，把全局57名在职党员分别与我区57个重点企业以及部分村居实行一对一挂钩，求真务实、科学有效地为企业、群众排忧解难。目前，各责任主体已与各企业、村居举行了见面会，建立畅通的沟通渠道，收集并解决当前存在的社保问题。接下来，各责任主体继续保持与企业、村居的良好沟通，及时了解并解决社保问题，并定期开展送政策、送培训、送宣传到挂钩企业、村居活动。

>(三)突出重点抓创新，不断夯实经办基础。

>1.经办服务更加便民。

一是实现了“参保证明”的自助打印服务，大大地方便群众办事。

二是实行社保关系转入的信函办理制度，通过信函和网络直接对接参保人的社保关系接续资料，提高办事效率，方便参保人办事。

三是将市直工伤保险待遇业务结算方式由月结改为日结，缩短工伤待遇支付时间，提高工作效率。

四是优化居民养老保险参保流程，通过区民政、区残联等部门提供资料，直接为特殊困难群体办理参停保业务，免去前往前台办理的麻烦。

>2.社保服务更加靠前。

>(四)控制风险抓防范，实时开展基金监管。

>1.内控内审日益优化。

实行财务预算案，强化资产和财务内审监督工作。聘请会计师事务所对财务收支、预算的合理性和执行情况以及资产的管理情况进行审计监督。对居民养老保险业务经办权限进行清理，防范业务风险。

>2.资格认证顺利推进。

通过下放养老待遇资格认证权限到我区所有村(居)委会，全方位宣传和培训动员，强化与公安户籍数据对碰、村居确认和公示等工作手段，我区202x年领取基本养老金资格认证工作顺利推进。

**乡政府医保工作总结16**

20xx年，社保办在处领导的正确领导下，大力秉承“创新、奉献、超越”的新钢精神，立足于服务企业、服务员工，发扬优良传统作风，不断增强责任意识、大局意识和服务意识，加强学习，锐意创新，强化执行，倾力工作，顺利地完成了各项工作目标和任务。

>一、倾心做好日常管理基础工作，以一流的服务展示企业良好的“窗口”形象。

1、认真做好员工退休、退养审批办理工作。有针对性地加大特殊工种和聘干解聘人员提前办理退休的工作力度，以实际行动为企业扭亏攻坚争做新贡献。1-10月份办理员工退休1154人(工伤转退休10人、综服37人、实业22人)，其中正常退休1002人，特殊工种退休152人，聘干解聘46人。办理员工内部退养142人，其中主动申请退养42人，正常退养100人。

2、认真做好员工住房公积金提取手续审核办理，1--10月份为2143人办理住房公积金支取2587万元，为96户员工办理公积金贷款手续，贷款1510万元。负责养老保险关系的转移手续办理，1--10月份为32名员工办理养老金个人账户支付万元，为128人办理养老金转移278万元。

3、认真做好每月公司员工养老保险、失业保险、住房公积金缴费的汇总、核对、上报和管理工作。在建立健全各项报表制度的情况下，严格按制度执行，实行信息化管理，认真做好公司员工变动（包括调出、调入、辞职、死亡等）后的养老保险、失业保险及员工住房公积金缴费基数的及时

调整、转接和数据统计、上报工作。

4、认真做好员工来信、来访、来电的接待、回复、处理工作，以审慎认真负责的态度，尽力做好释疑解惑、思想疏导工作，积极化解矛盾，切实发挥好第一道“防火墙”作用，实现矛盾与问题的“软着陆”。据不完全统计。1--10月份共接待、回复、处理涉及到员工住房公积金缴纳、老工伤人员待遇、退休员工养老金待遇、员工档案资料缺失、家属工社保参保等方面来信、来访800余人次。

5、认真做好省\_关于公司内部退养员工一次性安置费用的测算工作。完成公司员工内部退养实施办法的修改。

6、认真完成领导交办的各项任务。

>二、结合公司实际在政策范围内积极为员工办好事、办实事，维护好员工的切身权益。

1、按市社保局要求，协同街道离退处积极做好公司19000余名离退休员工身份认证工作。

2、协助做好公司国有企业幼教职教退休教师档案审核、资格认证、待遇计发等相关工作。

3、做好退休人员中获得高级职称的12名未聘人员的聘书补发工作，为其享受养老金调整创造条件。

4、协助做好公司退休员工养老金调待的对接工作。20xx年公司退休员工参加调待人数为18205人，人均增资额元，目前公司退休员工月平均养老金水平为元。

5、加强对基层单位日常工作的督促检查和相关政策的指导、支持；积极做好与省、市上级主管业务部门的沟通、协调、联系，为更好地创造性开展工作奠定基础。通过努力，

涉及机制公司、综合服务公司的原家属工转合同制工之前工龄计算等历史遗留问题已经得到了妥善解决。目前涉及铁坑公司界水瓷厂、劳动服务公司的原家属工转合同制工之前工龄计算的问题正在积极协调解决之中。

>三、增强服务意识，努力把好事办好，让员工共享企业改革发展成果，为企业发展积聚“正能量”。

1、认真做好公司退养员工最低工资标准的上调工作 。从20xx年4月1日起，公司对符合正常内部退养条件的退养员工每月的实发退养工资不少于908元，增幅为，这是公司连续第四年上调退养员工最低工资标准，目前公司已经形成了正常的调待保障机制，确保了退养员工生活品质的提高，真正让全体员工共享企业改革发展成果。其间，针对今年最低工资标准统计口径发生巨大变化，员工容易产生误读，还专门邀请市人保局相关负责人现身说法，利用公司报纸、电视等阵地优势，及时释疑解惑，实现调待工作的平稳过渡。

2、做好公司员工养老保险缴费基数的转年调整工作。根据公司要求，结合公司实际精心测算，统筹安排，圆满完成了基数调整工作。20xx年员工养老保险缴费基数由上年度人均每月2948元调整为新余市上年度在岗职工月平均工资3356元，增长幅度达，这是公司连续七年大幅调整提高员工养老保险缴费基数。同时，考虑到退养员工的实际收入情况，公司已经连续七年为退养员工增加缴费基数中的个人缴费部分进行补贴，全部由企业代为缴纳个人应缴部分，仅此公司今年就为退养员工群体社保补贴近3000万元。

**乡政府医保工作总结17**

今年4月1日起，我市医保结算方式发生了重大改革，最终根据《xx市深化基本医疗保险基金支付方式改革实施办法（试行）》（太政办（20xx）30号））规定，我市住院医疗费用支付方式为实行总额控制下按人头与按病种结合的方式进行。根据每月人头数统计，我院基本能完成任务，现将我科医保工作总结如下：

一、带头遵守医院的各种规章制度，正确认识自己的定位，努力成为医保政策的宣传者，医院改革与医保改革的协调者，全院医务人员规范的引导者和监督者。

二、在主管院长的领导下，具体负责全院医疗保险工作，维护医保基金在我院使用的安全性和合理性。

三、严格遵守医保的有关政策规定，建立健全与医保要求相适应的内部管理制度。结合绩效考核，加强门诊和住院医保定额及医保政策执行的考核管理。

四、认真学习医疗保险政策，把医保政策紧密的结合到医院的各项工作中去。定期组织全院医护人员培训、学习新的医保政策一次。对全院所有业务行为予以实时监督和规范的同时，自觉接受市医保管理部门的监督。

五、管理人员职责分明，落实到位。每月及时处理分析医保中心智能审核系统发现的问题，从4月1日起，共分析反馈意见351条，发现问题及时督促整改。在做好日常事务的同时，经常深入科室和病区了解情况，发现问题及时沟通，不断完善医保管理工作。

六、每月编制各科室医保费用报表和医保收入核算报表；做好医保数据对账工作，确保与社保中心数据相符。分析各项医保考核指标完成情况，发现问题及时反馈到科室和个人，并向分管院长汇报。

七、协助医务科、药剂科等职能部门，加强对临床医保病人“三合理”规范的检查。

八、积极做好参保病人的来访、举报及接待工作，耐心听取意见，详细地解释医保政策。帮助医保群众得到低耗、优质的医疗服务。对来访者的重要内容作好登记，一般情况在一个工作日内予以答复，重大问题在三个工作日内予以答复。

九、完成人力资源和社会保障局、卫计委及医院领导交办的其他任务。

**乡政府医保工作总结18**

xx镇社保所在镇党委、政府的领导下，紧紧围绕镇党委政府中心工作，在区人社局和社保分局的指导下，经过全体工工作人员共同努力，顺利完成了党委政府下达的各项工作任务，现将一年来工作总结如下：

一、城乡养老保险征收情况

我镇按照区委、区政府的工作部署，确保我镇农村社会养老保险全覆盖，首先成立工作领导小组，制定工作方案，确保新农保征收取得实效。其次开展宣传活动，发放宣传27000多份，营造良好氛围，做到家喻户晓。社保所工作人员亲自深入各村大力做好宣传工作，广泛深入宣传新农保政策和参保途径，动员农民积极参保，引导子女为父母缴费和社会各界资助困难村民参保。为新农保工作的开展营造良好氛围。再次做好新农保续保缴费征收工作。对村干部在征收及登记过程遇到的问题给予解答。多方面听取村民提出的问题及意见，对工作的不足之处进行改进，维护村民的切身利益，更好的为村民服务。全年全镇参保人数为13177人(其中60周岁以上领取待遇4157人，16周岁-45周岁参保5062人，45-60周岁参保3958人)，完成区政府下达的目标任务数13166人的100%，60周岁以上人员也已实现待遇100%申领。20xx年新农保的参保征收缴费工作顺利完成了区下达的全年工作任务。

二、城乡居民医疗保险征收及零星报销情况

xx镇13个村1个社区，全年任务23887人，截止12月12日，全镇共有参保人员23887人，完成全年任务100%。

1、成立工作领导小组，制定工作方案，确保征收工作有序进行。10月中旬，我镇召集负责医保的村干部及7所大中专院校负责的老师召开城乡医保征收动员会议，将20xx年度参保的人员名单发放给各村和学校，要求各村及大中专学校按时完成20xx年参保任务。

2、加大宣传活动，确保医疗工作家喻户晓。全镇下发宣传资料46500份，横挂大小标语16条。社保所工作人员亲自深入各村抓宣传发动工作，把“要我买医疗保险”转变“我要买医疗保险”，营造良好的社会氛围。

3、抓好资料审核。社保所将今年参加医疗保险的人员名单进行核对，将已参加职工社保或者已去世人员删除，将遗漏或新增人员补上。参保费统一由村小组代收取，再由村统一缴纳到镇社保所。

4、零星医疗报销情况。今年以来年，办理城乡医疗保险增减员300多人;参保信息更正103人;生育备案185人;受理异地就医报销业务93宗;医疗救助3宗;定点医院变更16;异地就医备案4人。

三、社会保障卡发行工作

我镇有登记购买社保企事业单们132家，属市社保局直接办理业务19家，城区社保局办理业务111家，参保职工7000余多人，目前已完成97家企业的制卡工作;20xx年底城乡医疗保险纳入制作保障卡11000多人。城区下达我镇办理保障卡任务数12000人。截止12月12日我镇职工保障卡办理6500多人，城乡医疗保险保障卡制卡人数11000余人，已完成城区下达我镇任务数12000人，完成任务数的100%。

四、20xx年度工作计划

1、做好社会保险登记，提高参保意识

在辖区挨家逐户的开展社会保险申报登记宣传工作，进行社会保险摸底调查，基本掌握扩面对象的情况，在全面调查和掌握情况的基础上，建立扩面台帐，掌握应参保人员情况，明确参保对象。

2、加大宣传力度，营造良好的扩面氛围

个体经济组织、灵活就业人员对社会保险政策还认识不足、了解不多，自我保护意识不强，针对这一情况，我们要加大宣传力度，通过各种手段进行广泛宣传，缴纳社会保险费是每一个公民的义务，享受社会保险待遇是每个公民的权利，真正做到家喻户晓，人人明白，不断提高人民群众社会保险意识，营造“要我参保缴费”为“我要参保缴费”的良好氛围。

**乡政府医保工作总结19**

9月初乡党委进行人事调整，根据调整安排我被分配到社保所负责社保、医保工作。期间在乡党委的正确领导下、县社保局、县医疗保障局、沧县税务的正确指导下、各站所的协同帮助下以及全乡26个村两委的支持配合下，完成了20xx年度第四季度的各项工作。现将工作汇报如下：

一、社保工作

1.处理既往工作

进入全新的工作领域，面对生疏的工作内容，我努力学习相关政策并有序的交接工作。承接工作后，接到社保局紧急推送通知要求核实相关养老保险待遇人员多领取情况、并立即追回款项。接到通知后立即在系统、与上任人员核查人员领取信息后，确定了我乡涉及11人死亡后因业务未办或误办而继续领取待遇，并全部需要追回。通过与领导汇报，约谈涉及人员所在村书记、联系通知家属退回多领取金额。由于领取人员都已过世，银行卡内钱无法取出。与县局、派出所、邮政储蓄说明情况并沟通好配合工作开具相关证明。经过1个半月的努力，追回10人多领待遇养老金，共计10291元。

2.社保缴纳

我乡20xx年度城乡居民社会养老保险缴纳人数11610人，已缴纳人数9401人，缴纳完成率82%。录入新缴纳人员108人，接待修改缴费信息人员30余人、养老保险封存人员40余人、养老保险断缴、补缴10余人员。

3.日常工作

努力做好社保所日常工作，保证所全乡60周以上群众养老待遇的正常领取。城乡居民养老保险是\_“三农”政策的又一伟大尝试，切实体现了我们党全心全意为人民服务的遵旨和我们政府执政为民的政策理念，因此落实好这项政策，切实保障好人民群众的利益显得尤为重要了。特别是在基层社保所工作千头万绪，事情多而杂。每个月要按时申报本月到龄享受人员的信息、到龄人员待遇申报表、死亡人员月报表、未到龄人员退保信息表等等具体到26个村，细节繁琐；日常接待老百姓来咨询、办理养老保险的各项业务；养老保险资格认证从每年的一次现在需要每年认证2次，并且养老建模需乡镇来办理。但无论工作如何复杂，方法总比困难多，我会尽全力完成各项工作切实保障广大百姓按时享受自己的养老保险。

二、医保工作

1.医保缴纳

11月初开始我乡城乡居民医保征收工作开始了。医保的正常征收是保证老百姓享受医疗保障的基础。认真宣传医保政策，报销政策，鼓励、动员广大的群众积极参保，便是我们工作的重中之重。今年的医保缴纳政策有较去年有很大的改变，60周岁以上人员需自己缴纳医疗保险不要免缴费，特殊人员五保、低保、建档脱贫户、重残也不全部免缴，自己要缴纳一部分具体政策另行通知。另外今年的保费较去年上涨50元今年需缴纳320元。这些政策改变都给我们很大的征缴压力。从县里召开动员会议开始，便积极与领导沟通、组织全乡各村参加医保缴纳培训会及医保缴纳动员大会，并下发了工作指标。征收前期比较顺利有意识的村民主动缴纳，但是越到后期征缴工作越难。要求各村把下发的未缴费名单分类，对照名单逐个以打电话、入户走访等方式告知缴纳医保的重要性。在我们的共同努力下，截止目前全乡已缴纳22522人，参保率，位居全县第二，征缴工作不结束，我们努力不松懈。

2.医疗救助

医疗救助是沧县为缓解特困群体医疗困难而制定的惠民政策。首先我自己熟读政策、解析条款、条例。其次加大宣传，让老百姓了解到有此项救助政策的存在。最后来办理的老百姓都会认真接待，帮其查阅病例、缴费详单，判定是否符合条件。9月份以来共10人办理医疗救助，其中4人符合救助条件。

三、工作计划与总结

在今后面对复杂繁琐的社保、医保工作要把档案管理工作规范化，工作模式创新化、服务意识自牢固化。

一季度的工作有成绩和收获，也有遗憾和不足。由于工作经验的不足、工作时间安排的不合理，致使工作加班、部分任务完成靠后经常出现。在以后的\'工作中，我要不断改进工作方法，合理安排工作时间，力保每项任务分配都及时合理使得安排，尽量保证工作不再仓促。

**乡政府医保工作总结20**

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

>一、政治思想方面

认真学习十八大会议精神及\_理论，全面落实科学发展观，认真开展“6S”、“争优创先”、“三好一满意”活动，贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，学习医院工作规划，制定科室内部工作计划，使各项工作有条不紊，不断提高自己的思想政治觉悟，廉洁自律，遵守卫生行风规范，自觉抵制行业不正之风，以提高服务能力为己任，以质量第一、病人第一的理念做好服务工作。

>二、业务工作方面

1、认真执行县新农合及医保办的有关政策，根据每年新农合管理办公室及医保办下发的新文件及规定，我们及时制定培训计划，按要求参加县新农合办及医保办组织的各种会议，不定期对全体医护人员，财务人员进行相关知识及政策的宣传学习，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议文件，合作医疗实施办

法以及相关规定，使其对报销比例，报销范围，病种确实熟练掌握。

2、对住院病人的病历及补偿单据每月进行抽查，对发现的有关问题及时向科室反馈，提出原因并加以整改。

3、坚持首诊负责制，加强了住院病人的规范化管理，对住院患者实行医疗和护理人员双审核制度，认真审核参保患者医保卡，身份证及户口薄等有关信息，严格掌握入、出院指证和标准，坚决杜绝了冒名顶替住院和挂床住院等违反新农合政策的现象发生，严格执行诊疗常规，做到合理检查，合理用药，合理治疗，住院病人一览表，床头牌，住院病历上均有新农合标识，及时向参保患者提供一日清单和住院费用结算清单，对出院病人，即时出院，即时报销。

4、为方便群众就医，设立了新农合及医保报销窗口，张贴了就医流程，报销范围，报销比例。在我院的院务公开栏公布了我院的服务诊疗项目及药品价格和收费标准，增加了收费透明度，公开了投诉电话，对出院病人的补偿费用实行了每月公示，提高了新农合基金使用透明度。

5、20xx年1-6月份我院新农合补偿人数：3278人，费用总额：10246519元，保内总额：8180922元，应补偿金额3074455元，次均住院费用：312584元(其中：河东区补偿人次90人，总费用308933元，保内费用：245856元，应补金额98250元次均费用：元)我院20xx年上半年新农合收入与20\_年

同期比各项指标增幅情况：

认真贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，20\_年上半年医保住院患者1872人，20xx年1-6月份住院患者192人，20xx年上半年医保住院病人比20\_年同期增加5人，住院增长率为：。

>三、存在的问题与不足

由于思想重视程度不够，管理不规范，次均住院费用增长控制还是不够严谨，侧重追求经济利益，对患者没有严格做到合理检查，合理治疗合理用药，合理收费，

>四、下半年工作计划

1：继续做好与县医保办、新农合办、医院等三方协调和上传下达的工作。

2：围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、新农合、医院和患者三方达到共赢。

3：严把参合、参保患者证件核查关，坚决杜绝借证住院、套取医保、新农合管理基金的行为发生。

4、继续加强对全院医务人员进行医保、新农合政策宣传以及

相关知识的学习和培训，不断提高医保、新农合工作的制度化、信息化、规范化管理水平。

我院新农合、医保管理工作，还有很多不足之处，在今后的工作中要认真学习和落实上级医保、新农合政策。立足岗位，认认真真做事，扎扎实实工作，明其职，尽其责。为我院新农合、医保工作的持续健康发展做出应有的贡献。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找