

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结(模板6篇)

总结是对前段社会实践活动进行全面回顾、检查的文种，这决定了总结有很强的客观性特征。那么我们该如何写一篇较为完美的总结呢？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。

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结篇一

下面是小编为大家整理的，供大家参考。

一、高度重视，强力推进。

实施脱贫攻坚医疗保障政策是贯彻落实***、省、市和县委、政府精准扶贫重大部署的一项重要举措，对此我们高度重视，我局在继续深入贯彻《xx县脱贫攻坚医疗保障实施办法》基础上，着重于“政策落实，措施完善，保障到位，注重实效”，以“便民、利民”为出发点，进一步加大政策宣传力度，强化工作职责，完善工作措施，有力的推动了脱贫攻坚医疗保障政策落实。

二、精心组织，健全机制。

（一）落实建档立卡贫困人员全员参保

根据xx县人民政府办公室关于做好城乡居民医保参保缴费工作的通知（x府办函〔20xx〕xx号）要求，按照县扶移局提供名册，本年度我县有建档立卡贫困人口xxxxx人，其中应县财政全额资助参保建档立卡贫困人口xxxxx人。为确保全员参保，一方面我们严格按照文件要求，在及时申报划拨财政全额资

助2019年脱贫和未脱贫建档立卡贫困人口参保个人缴费资金的基础上，认真核对各乡镇上报建档立卡贫困人口参保名册，确保财政未资助参保的建档立卡贫困人口及时缴费参保。另一方面依据县扶移局提供花名册在南充市人力资源和社会保障信息管理系统对建档立卡贫困人口参保情况进行全面数据筛查，逐一核对建档立卡贫困人口参保情况并做好标识工作，实现贫困人口参保就诊精准识别率xxx%

（二）深入贯彻医保行业扶贫政策

目前已完成筛查工作，正逐步收集申报资料进行统一核算并给予待遇报销。2. 实施住院医疗救助：对未脱贫建档立卡贫困人口县域内住院治疗的，出院后直接由医院提供一站式服务。对县域外住院治疗的，在实施基本医疗保险、大病保险、补充保险报销（可即时结算的由所住医疗机构直接报销，无法即时结算的则回县医保局报销）后，再分别由县民政局、县卫计局实施救助。严格坚持建档立卡贫困人口县域内住院医药费用政策范围内报销比达到xxx%政策范围外个人自付费用不超过xx%截止目前，已实施建档立卡贫困人口住院医疗费用救助xxxxx人次，支付救助资金xxx万元。3. 规范医疗就诊管理：根据市人社局《关于进一步规范建档立卡贫困人口医疗就诊管理的通知》（x人社通〔2019〕xx号）文件精神，对建档立卡贫困人口医疗就诊全面实行乡村医疗机构首诊、逐级转诊和双向转诊，按省、市规定对乡村医疗机构可诊治的xx种常见病、多发病和县级医疗机构诊治xxx种常见病、多发病、中等程度疾病及危急重症严格要求必须在相应医疗机构治疗，无特殊情况不得向上一级医疗机构转诊转院。

三、强化宣传，严格监督。

（一）提高政策知晓度。一是加大宣传力度，拓宽宣传渠道，丰富宣传手段，通过乡镇人民政 当前隐藏内容免费查看府、定点医疗机构广泛发放脱贫攻坚医疗保障政策宣传资料。要

求在入户走访时必须将脱贫攻坚医疗保障政策送到扶贫对象手中并宣讲张贴到墙上，确保脱贫攻坚医疗保障政策家喻户晓；二是督促各定点医疗机构制作脱贫攻坚医疗保障政策宣传专栏，方便建档立卡贫困人口了解就诊流程和报销政策。

（二）及时兑付救助费用。严格要求定点医疗机构对建档立卡贫困人口住院医疗费用实行出院即时结算。同时，在省、市、县同意将2014、2015年已脱贫建档立卡贫困人口纳入医疗保障范围后，对x月x日起入院的由医疗机构一站式服务。对之前住院治疗的在乡镇收集上报齐全相关申报资料后，由县医保局按照脱贫攻坚医疗保障政策核算并统一通过打卡直发兑付救助费用，做到不落一户，不掉一人，不留一票。

（三）确保政策落实到位。一方面严格要求各乡镇定点医疗机构及时公示本乡镇建档立卡贫困人口救助名单，并对救助费用到账情况开展回访，确保救助费用兑付到位。另一方面由县医保局安排工作人员随机抽查，核实建档立卡贫困人口参保情况、各定点医疗机构是否及时执行脱贫攻坚医疗保障政策、救助费用是否到账等，及时查出问题进行整改。

四、政策落实，成效明显。

（一）建档立卡贫困人口参保率达到xxx%

经过核查，我县建档立卡贫困人口共计xxxxx人全员参保。

（二）“一站式”结算服务和就诊即补形成制度化。

建档立卡贫困人口县域内住院治疗基本医疗和行业扶贫救助全部实现一站式结算和出院即补。

经过高强度、多形式、大规模、全覆盖的宣传，建档立卡贫困人口对脱贫攻坚医疗保障相关政策知晓度全面提升对县域内住院就诊流程、享受的医疗扶贫政策都心知肚明。

截至目前，虽然我们在脱贫攻坚医疗保障工作中取得了较好成效，但距保障建档立卡贫困人口全面脱贫还有一定差距。在今后工作中，我们一定以建立脱贫攻坚医疗保障长效机制为目标，进一步加强工作统筹，协同财政、民政、卫计、大病保险等相关部门，着力完善“一站式服务”，同时强化能力建设，加强政策落实，进一步提高建档立卡贫困人口的医疗保障水平。

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结篇二

——以重庆大学为例

所属院系：重庆大学经济与工商管理

所属专业：人力资源管理

小组组长：

小组成员：

内容摘要：大学生作为高知识群体，掌握着先进的科学技术，是未来社会发展的动力，是科学进步的主力军，其医疗保障制度不容忽视。实践证明将大学生纳入城镇居民医疗保险具有现实可行性。为响应国务院政策号召，进一步保障大学生基本医疗需求，2009年，重庆市沙坪坝区城乡居民合作医疗保险管理中心发颁布文件，将沙坪坝区大学生纳入城乡居民合作医疗保险覆盖范围，此项措施实施后取得了重大突破和进步。然而，大学生对此缺乏认知、政府责任意识薄弱等一些因素也制约了大学生医疗保险的发展。为加深对此项政策实施效果的认识，本小组针对重庆大学在校大学生对此政策的了解、医疗保险实施效果及改进建议等展开调查与研究分析。面对这些问题，各方面的共同努力十分重要，并将有助

于重庆市医疗保险制度更好的服务大学生，提高社会保障水平。

目录

一、 导言

（一） 选题背景简述

医疗保障是国家经济和社会福利的重要制度安排,是构建和谐
社会、促进安定团结的重要手段。随着我国教育事业的不断
发展,大学生人数的逐年攀升,大学生的公费医疗保险问题面
临诸多挑战。2007年,重庆市启动城乡居民合作医疗保险试点,
建立了覆盖全体城乡居民的医疗保险制度,对解决群众看病
难、看病贵问题,促进社会经济协调发展起到了积极作用。
但大学生一直未被纳入社会医疗保险范围,未从制度上解决
大学生医疗保障问题。

在城镇居民基本医疗保险试点工作中,全国许多试点城市将
大学生纳入了城镇居民基本医疗保险范围,从试点情况看,
这一办法较好地保障了大学生的基本医疗需求,受到了高校
及大学生的普遍欢迎。为进一步保障大学生基本医疗需求,
根据《国务院办公厅关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保
险试点范围的指导意见》(国办发〔2008〕119号),重庆市
印发了《关于大学生纳入城乡居民合作医疗保险的实施意
见》,于2009年12月1日正式启动了大学生参加城乡居民合作
医疗保险工作。自此,大学生可前往所在学校咨询、缴费,
由学校统一到当地城乡合作医保经办机构办理,参保后年最
高报销达16.8万元。

（二） 选题目的及意义

大学生是社会的精英,未来发展的希望,做好大学生的各项保
障措施,建立一套完善而切实可行的大学生医疗保障体系充

分体现了党和国家对大学生医疗保障问题的高度重视，有利于完善城乡居民医疗保障体系，有利于提高大学生医疗保障水平、减轻学生和家長负担，有利于促进社会公平，对维护社会稳定发展至关重要。因此，大学生纳入城乡合作医保政策不仅为大学生生病就医提供了保障，还从制度上全市也实现了“人人享有基本医疗保障”的目标。本小组就此在重庆大学虎溪校区展开调查活动，咨询了校医院相关人员，并通过问卷调查了解了在校学生对医疗保险政策的认识、医疗保险实施效果及改进建议，希望深入学习重庆市在大学生医疗保险建设方面取得的重大成就与突破，并对日后工作有所启示，为其推广落实提供建设性意见。

二、重点研究问题

大学生是国家宝贵的人才资源，是民族的希望、祖国的未来。大学生的医疗保障问题，涉及每个大学生的切身利益，关系着社会的和谐稳定。将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围，对保障大学生身体健康、完善社会保障制度体系、促进社会主义和谐社会建设具有十分重大而深远的意义。重庆大学根据自愿参保原则，实行属地管理，遵循重庆市城乡居民合作医疗保险筹资标准。据统计，其中申请2008“普通门诊超定额特殊困难校内补贴报销”有115人，申报金额约18.83万元。

三、实践调查结果分析

（一）重庆市大学生医疗保障现状：

1.1 涵盖范围广

按照重庆市城乡居民合作医疗保险筹资标准执行：其中政府补助每人每年80元，个人缴费一档每人每年20元，二档每人每年120元。参保大学生的个人缴费部分原则上由大学生本人和家庭负担，有条件的高校可以对个人缴费给予补助。并随

着经济发展和医保基金运行情况变化，适时调整筹资水平。对大学生中的困难群体，即城乡低保、农村五保等困难家庭大学生，以及其他享受国家助学金大学生，重度（一、二级）残疾大学生，政府每人每年再增加补助60元。大学生选择一档参保，政府从60元补助资金中安排10元用于资助参保，个人缴纳10元，余下的50元用于普通门诊；选择二档参保，政府将60元全部用于资助参保，个人缴纳60元。按规定一档为校医院80%，经校医院同意转校外医院就医的一级医院为80%，二级医院为70%，三级医院为60%。二档报销比例在一档基础上提高5%。报销范围广泛，遍及普通门诊费用、慢性疾病门诊医疗费、重大疾病门诊医疗费、意外伤害门诊医疗费、住院医疗费用、计划生育医疗费补助等，报销比例最高达90%，平均每年报销金额数量高达18万。

1.3. 制度先进、人性化

大学生原则上应在本校校医院就医，在校外医院就医需在本校校医院办理转院手续，若突发疾病需要在校外医院住院治疗的，须在入院后3个工作日内与校医院联系，办理备案手续。未按规定办理手续的，不予支付相关费用。各高校须为大学生建立健康档案。

此外，重庆大学实行异地报销制度和寒暑假报销制度，参保学生在寒暑假期间和区外就医仍可以报销医疗费。部分外地大学生放假期间，在家或在校期间患病，为了家人照顾方便等原因，他们往往选择回原籍住院治疗。因此学校规定，参保大学生在区外住院应选择当地公立合作医疗定点医疗机构，区外符合就医管理规定的住院医疗费用报销比例与区内住院报销比例相同。参保大学生在区外住院后申请报销时只需向重庆大学校医院提供足够资料，并由校医院到区城乡居民合作医疗保险管理中心进行复核即可享受报销。

针对休学的同学，学生休学期间，休学者离校前须到校医院办理相关手续，按规定缴纳了参保费用的休学者仍可享受相

应医保待遇支付。

同时，政府还对困难群体参保学生除每人每年补助80元外，每人每年再增加补助60元（合计补助140元）。对选择一档参保的困难群体大学生政府从60元补助资金中安排10元用于资助参保，余下的50元用于普通门诊。对选择二档参保的困难群体大学生政府将60元全部用于资助参保，而个人则只缴纳60元。帮助特殊贫困生解决资金困难，确保公平。

（二）国内外高校医疗保险现状对比分析 2.1 参保原则分析
比较 重庆大学目前实行的大学生医疗保险政策和制度与国内其他省市具有颇多相似之处，据调查，青岛市与重庆市都实行自愿参保原则，调查结果显示，93%被调查的同学参加了医保，仍有7%同学尚未参保。近年来自愿参保弊端逐渐暴露，一方面学校组织学生参保工作量大，另一方面未参保学生权益不能得到保障。

不同于国内一些大学的自愿参保原则，世界各国对学生的健康保险大都采取强制的形式，且以法律或制度的形式强制实施，主要因为大学生在经济上是弱势群体，必须加以保护。在美国，大学一般要强制实行医疗健康保险，多数学校明文规定没有保险就不能注册，医疗健康保险已成为大学生入学的必要条件。德国则从法律上规定，高校学生必须参加医疗保险，凡在德国国立或国家认可大学注册就读的大学生，均有医疗及护理保险的投保义务，否则不能注册。

城镇居民基本医疗保险属于社会保险的范畴，应该具有强制性。强制所有大学生参加，能使医疗保障体系抗疾病风险的能力更强，更利于解决大学生的后顾之忧。

2.2 缴费水平比较

国内许多大学虽有众多相似的政策，然而在缴费标准上各地有所不同，其中，青岛市收费标准更低，每一名大学生每年

仅筹资40元，而其中个人仅缴纳20元，其余20元由市财政负担。而武汉市大学生医保个人缴费标准为每人每年缴纳20元（重度残疾和低保家庭大学生个人缴费由高校给予补助），财政补助为每人每年100元。这两个地区都较本校缴费水平低，此项问题在问卷结果中也很清晰，28%的调查对象表明不能接受本校医疗保险缴费水平，因此在建立学生医疗保障时，不能忽视贫困生的权益。对贫困生参加医疗保险，政府和学校应当采取措施，减免其参保费用。

除上述异同外，本校还与青岛市、四川省、武汉市等省市有所共同之处，如大学生医疗保险资金通过个人缴费和政府补助共同筹集；都建立了寒暑假和异地报销制度等。另外，大学生受益面普遍不高。如青岛患病率最低的阶段，青岛市将大学生纳入城镇居民医疗保险1年内，18.1万参保大学生发生的住院、门诊大病和意外伤害门诊共补偿1445人次，占0.8%。也就是说，大学生参加居民医保当年的受益面不足1.0%。而在问卷调查结果中我们了解到大学生对现行的医保不是很满意，门诊方面的问题更突出。

（三）重庆大学大学生医疗保障制度存在的问题

3.1. 宣传力度不够，大学生对医疗保险认识不足

很多高校的校医院都面临由低级向高级转变的需要，由于非营利性质及资金不足，会产生医护人员水平不高、设备落后，服务态度差等问题。调查表明，不少学生都认为校医院公费医疗并不尽如人意，都曾遭遇过服务态度不好，医生水平低，药品价格贵等情况。而且，公费医疗保障制度规定，大学生只有在校外指定医院才可享受报销费用的福利。这也为部分学生校外就医造成不便。关于医疗保险是否解决医疗负担的问题，25%的学生认为能解决大部分，但是50%认为只解决少部分，还有33%则表示几乎不能减轻负担。这表明国家将大学生纳入城镇居民医疗保障体系的影响还有待提升。3.6. 缺乏法律保障，透明度低。

2009年，重庆市下发了《关于将大学生纳入城乡居民合作医疗保险的实施意见》，这种新医疗保险形式目前还没有得到法律层面全面周全的支持和保护，因此，在法律漏洞存在的情况下，一旦发生纠纷，将会难以公正处理。此外，不少学生对医疗保险的公开透明度保持怀疑，希望能够明确公开医疗保险的资金流动及赔付情况。

3.7. 与国外高校相比，缺乏健全的社会机制

根据《21世纪人才报》的调查显示，厦门大学学生享受药品免费的福利。而湖北省下发《关于做好高校贫困家庭学生医疗保障工作的通知》，该省属高校将有2.1万名贫困学生享受商业医疗保险。还有以建立社会专项救助基金的形式，如武汉科技大学采用资金返还的方式建立医疗基金。由此可见，重庆大学学生医疗保险完善之路依然任重道远。

四、结论和建议

采用多种形式，如创办宣传栏、开设保险知识讲座或选修课，让学生明白风险的不确定性，从而调动其参保的积极性，鼓励个人参加商业医疗保险。这样使得经济状况较好的学生购买商保；社会统筹基金也可以拿出一部分到商业医疗保险公司再投保，大额封顶线以上的医疗费用可由保险公司承担一部分，以减轻统筹基金的风险压力，但这需要国家的政策支持，规范保险市场，同时保险公司也要积极开发新的险种，扩大保障范围。

（二）提高大学生医疗保障的覆盖面，切实提高其保障功能

通过对上述国家大学生医疗保障情况了解到，国外大学生医疗保险覆盖范围广，几乎覆盖了所有在校学生，不仅包括在校大学生、研究生，还包括专科院校等，不仅包括本国学生，甚至包括留学生。同时，学校是大学生医疗保障的监督者，应强制大学生参保，大学生必须参加医疗保险才能进行入学

注册。这种强制参保的方式，可以避免大学生参保意识不强而不参加保险，保证了大学生的参保率，进而能够保证“大学生”这一群体的医疗保障水平。

针对目前我市医疗保险制度的信息化管理落后的现状，必须尽快实现我市医疗保险的网络化建设。在金融部门、医疗机构和社保监管报销部门之间实现网络化连接，使参保人员在接受医疗服务之后直接通过医疗机构的网络终端将患者检查或买药所需要的费用传给医疗保险监管报销部门，监管报销部门检查以后再通过网络传给金融机构，这时金融机构就可以在这个参保人员的帐户上直接把费用划转，从而形成一个链条式的管理，避免了报销部门和参保人员的很多麻烦。不过要进行这样的管理首先必须提高这些部门人员的素质，对他们进行信息化操作的培训是必需的。另外为了提高医疗保险制度的灵活性，必需增加可提供服务的医疗机构的数量。这样的话，即使不在办理医疗保险的地区，在外地也可以享受到医疗服务。

上述各国通常都有专门的社会保险法或者相关规定，明确规定了政府、学校、大学生在医疗保险方面的权利和义务。在美国，学生患病后由学校负责像保险公司索赔，保障了大学生权利的实现。大学生处于弱势地位，只有在完善的法律规定下，学生的医疗保险的权利才能得以实现并得到保障。法律应该明确规定大学生医疗保险基金的资金筹集方式、保险方式、保险范围、保障水平等，政府、学校和大学生在大学生医疗保险中的责任和义务，校外的商业保险和学生之间的权利义务，校外商业保险和大学生医疗保障的范围等。一旦发生医疗纠纷等，法律规定是唯一衡量的准则。

（五）大学生医保为主，商业保险为辅，为学生提供全面的医疗服务

借鉴英、美等国大学生医疗保险的经验，学校或者政府提供的大学生医疗保障只是基本的保险，大学生根据大学生自身

情况，可以选择合适的商业保险险种作为补充。这样，可以使患病的学生享受到全面的医疗服务，提高总的医疗保障水平。由于大学生医疗保障的保障范围和保障水平有限，有最高支付限额，大学生选择合适的商业保险作为补充，可以扩大医疗保障的保障范围，提高医疗保险的补偿水平，减轻患者大病时支付巨额医疗费用的风险。

（六）大学生医保是全民医疗的一部分

英国等福利国家实行的是全民医疗保险，对于不同年龄阶段的人都有相应的保险。在儿童时期，有相应的福利和保险；在大学阶段有针对大学生的医疗保险；工作后有社会医疗保险。不论一个人处在什么年龄阶段都有相对应的保险和福利。我国大学生医疗保障是从未成年人向社会居民保险的一个过渡阶段，是全民医疗的一部分，扩大了我国现阶段医疗保险的覆盖范围。目前，我国在城市有城镇职工医疗保障和城镇居民医疗保障，在农村有新型农村合作医疗，大学生群体往往被边缘化。将大学生纳入统一的医疗保障体系，是实现“全民医保”的必然趋势，是社会发展的必要过程。同时还应该做到大学生医疗保障制度和其他医疗保障制度的衔接以及跨地域大学生医疗保障制度的接续。

五、结语

通过对大学生医疗保障制度的深入调查，我们发现重庆大学医疗保障制度在取得惊人成绩的同时，仍有很多方面需要通过实践不断地完善、改进，以充分给予大学生身心和人文的关怀。大学生是国家前进和不断创新发展的主力军，而优良的体格则是革命成功的本钱，我国医疗保障制度因而具有重大而深远的意义，为了中国更好更快地发展社会主义发展国民经济，更应完善好大学生医疗保障体系，建立健全一个全方位、多层次、一体化的医疗保障体系，同时要引起学校、政府和社会各界的高度关注、获得国家的经济支持。另外，发展具有普遍性，我们应该结合国外大学生医疗保障制度的

长处并因地制宜地结合当代中国的国情，走中国特色社会主义的
大学医疗保障之路！

大学生医疗保险制度任重而道远，但相信在政府与人民的共同努力下，
医疗保险制度将更加完善。我们坚信，道路是曲折的，但前途是光明的，
在国家和政府的正确引导和大力支持下，大学生享有的医疗保障一定更加
深入人心、光明无限！

b 农村

3、您是否了解大学生医疗保险□□a非常了解 b了解但不多

c完全不了解

d其他

a非常了解 b了解但不多 c完全不了解

6、您对其他国家的大学生医保政策是否了解？（）

a非常了解 b了解但不多 c完全不了解

7、您对大学生医疗保险的关注□□a不关心 b偶尔关注

c经常关注

8、您觉得学校可以通过哪些方式增加学生对大学生医疗保险的认识（）（可多选）

b否 10. 您是否自愿参加大学生医疗保险□□□a是 b否

c毫无影响

18、您认为是否有必要将定期对学生进行体检，进行健康教

育以及宣传预防等规范到医疗保险制度中（）

a很有必要 b没必要 c无所谓

20、您是否有过住院并报销费用的经历□□a是 b否

22、您认为应该如何才能使学校报销医药费的程序更加便捷和高效（）（可多选）

d 利用数字校园使服务提速 23. 您对学校报销医药费的比例满意吗□□□a非常满意 b满意 c不太满意 d非常不满意 24. 您希望保险的受益面在哪些方面需要改善（）（可多选□a.普通门诊的医药费用 b.医疗辅助检查费用 c.定期健康检查 d其它(请注明)25. 您更倾向与下面哪种保险□□a城镇居民保险b商业保险c两者结合 26. 您更倾向于以上某种保险的原因（）

c.与社会企业合作，对优秀的贫困大学生给予帮助 d.其他

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结篇三

年1—6月份，在县人社局的领导下，我局紧紧围绕年中央、省、市医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险年初制定的工作任务，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。现就**年1—6月份医疗保险工作总结如下。

截至现在，城镇职工基本医疗保险参保人数24540人，收缴保费共计4099.26万元（其中个人账户收入2688.73万元，统筹基金收入1410.53万元），待遇支付1946.66万元；工伤保险参保人数10495人，收缴保费271.25万元，待遇支付78.81万元；生育保险参保人数2562人，收缴保费70.60万元，待遇支

付28.25万元；城镇居民基本医疗保险参保人数19742人，个人缴费120.54万元，财政补贴收入750.88万元，待遇支付435.91万元。

（一）进一步搞好城镇职工和城镇居民基本医疗保险扩覆和基金征缴工作，确保**年全面完成省、市下达的各项目标任务，居民参保续保缴费工作已结束，中小学校缴费正在进行中。

（二）认真做城镇职工与城镇居民基本医疗保险医药费审核、稽查工作，确保医疗保险基金收支平衡□20xx年职工和居民住院医药费核销工作已结束。

（三□20xx年工伤、生育保险住院医药费已核销完毕

（四）进一步搞好多层次宣传，使医保政策家喻户晓，3月1日开学后，我局印制“致学生家长的一封信”15000份，已发到学生家长手中。

（五）加强对定点医疗机构和定点零售药房的监督检查，3月初已与各定点医院和定点药店鉴定了两个定点协议，此项工作已完成。

（六）积极做好20xx年城镇居民大病资格审核工作，大病保险费已由我局申请县财政划拨至市财政局，大病保险住院医药费报销工作正在进行中。

（一）完善协议，加强两定机构管理

1、经多次讨论、认真分析、征求意见，修订完善了定点医疗服务协议条款。

2、对定点医疗机构的服务行为、服务质量作了严格的要求，重点加强了住院病人的管理，制定了公开、透明的考核指标，

切实加强住院费用的控制。

3、对两定机构的服务协议实行集中、统一签定，与新增加的三个定点医疗服务机构和十一个定点零售药店签订了《服务协议》，明确了双方的权力、义务和违约责任。

4、定期对《服务协议》执行情况进行督促检查。

（二）加强医疗保障基金收支预算管理：

医保基金管理得好与坏，是直接关系到我县医疗保障体系能否健康可持续发展的大事，为此，我们建立健全了经办机构内控机制，严格执行基金财务、会计制度，加强财务基础工作，认真审核原始凭证，编制记帐凭证，做到帐目准确，数字真实，记载清楚，各类基金分类核算，保证了基金有序运营。进一步加强了统计报表工作，坚持对基金运行情况定期分析报告，健全了预警机制，控制基金结余。基金管理坚持收支两条线，财政专户管理，专款专用。同时积极配合人社行政部门和审计部门对医疗保险基金收支、管理和运行情况的审计工作，开展医疗保险基金支付专项检查、加强基金管理的内控机制，确保基金安全运行。

（三）加大基金征缴力度，做到应收尽收：

在加大基金征缴力度，做好应收尽收方面，我们主要是采取了以下措施，一是积极主动向县委和上级主管部门汇报中央、省、市新医改精神，争取加大财政部门对医疗保险工作的支持力度。二是年初我们积极与民政部门、社管委、教育部门进行沟通协调，争取以上三个部门对医疗保险扩大参保覆盖面工作的支持力度，通过一个月的突击会战，我县的低收入人群、社区居民和在校学生对医疗保险的参保意识有了很大提高，扩大了城镇居民基本医疗保险的参保覆盖面，提高了基金征缴力度。三是加大对我县的差补单位、自收自支单位及企业基层单位的医疗保险、工伤保险、生育保险的政策宣

传，提高了各个基层单位的参保意识，加大了基金征缴力度，做到应收尽收。

（四）完善制度，发挥稽核监督工作的作用：

1、不断提高征缴稽核审计力度，使医保基金做到应收尽收。一是严格申报基数制度。每年的年末调整一次缴费基数，此缴费基数一经确定，在一个年度内不再予以调整。二是严格稽核审计缴费基数。个别单位为减轻单位负担，少缴医保费用，采取少报瞒报漏报工资基数的办法，以较低的缴费标准，换取较高的医疗待遇，造成基金滴漏欠收。为防止少报瞒报和漏报，我们组织专人，深入各单位，严格稽核审计工资基数，对存在问题的单位上门宣传教育，收到了明显效果。三是加强宣传教育。个别单位领导缴费意识淡漠，单位无人生病时，认为缴费上当吃亏，对医保费用采取故意拖延不缴的态度，为此，我们加强宣传教育，重申先缴费后报销，不缴费不报销的制度规定，打消糊涂念头。凡欠费单位职工欠费期间所发生的医疗费用，全部由欠费单位和个人自负，医疗保险统筹基金不予支付，从而促进单位和职工的缴费意识，使医保基金及时征收到帐，提高征缴率，增强基金抗御风险的能力。四是委托地税征收。我县的医疗、工伤、生育三项保险费全部委托地税征收，由地税部门代为收缴，取得了良好的效果。

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结篇四

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20xx多份、《健康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效

果;截止11月底,全县医疗保险参保单位210个,参保人数7472人,完成市政府下达任务的104,其中:企、事业和条块管理参保单位39个,参保人员1211人。

我县坚持“以人为本”的科学发展观,加大工作力度,已初步构筑了多层次的医疗保障体系:一是从20xx年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险,全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高;二是出台了《x县城镇职工住院医疗保险管理办法》,从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题;三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题,在全市创新地出台了《x县重点优抚对象医疗保障实施办法》(试行),对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续,使他们享受了“三重保险”;城镇户籍的重点优抚对象,按基本医疗保险的有关规定办理,337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

我县基本医疗保险基金总量小,参保人员少,只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫,才能确保基金的安全运行:一是建立了定点机构信用等级评议制度,出台了《我县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》,客观公正地对定点机构实行信用等级管理,建立了准入退出机制,引导其恪守诚信、规范运作;二是加强了医疗费用的报销管理,出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》,同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程;三是通过建立“四项制度”,做好“五项服务”等措施,强化了医疗保险服务意识,转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风,切实提高了医疗保险工作管理水平。“四项制度”是:社会监督员制度,聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员,进行明察暗访,主要监督贯彻医保政策、“两个定点”机构及经办机构的服务质量是否违规等;定期通报制度,在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住

院人均费用、药品费用、自费费用等;定点机构联系会议制度,召开定点机构座谈会,定期通报医保信息,采取各种方式,加强沟通,保证参保人员的切身利益;审计公开制度,定期请审计、财政部门对前期财务进行审计,发现问题及时纠正,保障医保基金的正常运行。“五项服务”是:即时服务,公开医保政策咨询电话、个人账户查询电话、开通触摸屏,做到随时查询各项数据;上门服务,对有意参保单位、个人和定点医疗机构,将上门做好各项工作;异地服务,通过医疗保险网络的服务功能,采用灵活的方式,对参保人员实行异地托管等,方便参保人员就近就诊;日常查访服务,不定期进行住院查访服务,把各种医保政策向住院患者宣传,纠正违规行为;监督服务,通过医保网络观察住院患者的用药情况,实行适时监控,发现问题,及时纠正。

一年来,在基金管理方面,进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作,建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度,同时还建立了审计公开制度,主动邀请财政、审计部门对基金进行审核,确保了基金的合理规范使用;在基金征缴方面,主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式,如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳,都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施,今年1-11月医疗保险基金收入380万元,当期征缴率达99.5,较上年增加75万元,增长19%;基金支出310万元,当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元;统筹基金累计结余59万元,个人帐户累计结累145万元。

四是紧紧围绕医疗保险工作,加强了信息报道,加大了对外宣传的力度,1-11月份,在市级以上信息用稿数达15篇,其中:市级9篇、省级3篇、国家级3篇;五是积极参与县委、县政府的中心工作,根据安排,今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口,在人员偏少的情况下,仍然派出一名干部专抓此项工作,除按规定上交了新农村建设的费用,还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设,

较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对“两个定点”的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

1、加大宣传力度，全方位、多层次、多渠道地宣传医疗保险政策、业务经办流程，使医保政策不断深入人心，为医保护面工作营造良好的外部环境。

2、千方百计扩大医保覆盖面，重点是中央、省、市驻县单位和外资、民营企业，同时，在灵活就业人员、农民工和城镇居民参保上要有新的突破。全年参保人数达到9000人，力争9500人。

3、充分运用我县多层次的医疗保障体系，把握灵活的参保原则，采取“分类指导、区别对待、降低门槛、逐步吸纳”的方式，切实解决失地农民、进城务工人员、城镇居民、困难企业人员的医疗保险问题。

4、进一步完善定点机构考核指标体系和准入制度，做好定点协议服务管理，督促定点机构严格执行“三个目录”，为参保患者提供优质服务；同时，充分发挥医保义务监督员的作用，以监督定点机构的服务行为，降低不合理费用的支出，维护参保人员的切身利益，不断理顺医、保、患三者的关系。

5、进一步完善医疗保险费用结算办法，建立健全基金预算、

决算制度，加强医保基金的预算、分析、控制、决算和稽核、检查工作，确保基金的安全运行。

6、充分发挥我县医疗保险计算机网络的作用，加强对“两个定点”的管理和基金的监控，真正发挥计算机网络日常经办、协助监管、帮助决策的功能，使管理更加科学化、规范化。

7、做好工伤、生育保险经办工作，加大工伤、生育保险的扩面力度，建立健全工伤、生育经办流程，规范待遇审核支付工作。

8、不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力和综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结篇五

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20__年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《_县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《_县重点优抚对象医疗保障实施办法》(试行)，对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了“三重保险”；城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对

象均已办理了参保手续。

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了《我县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法》，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作；二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程；三是通过建立“四项制度”，做好“五项服务”等措施，强化了医疗保险服务意识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。

“四项制度”是：社会监督员制度，聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员，进行明察暗访，主要监督贯彻医保政策、“两个定点”机构及经办机构的服务质量是否违规等；定期通报制度，在醒目地段定期公布各网点头主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等；定点机构联系会议制度，召开定点机构座谈会，定期通报医保信息，采取各种方式，加强沟通，保证参保人员的切身利益；审计公开制度，定期请审计、财政部门对前期财务进行审计，发现问题及时纠正，保障医保基金的正常运行。

“五项服务”是：即时服务，公开医保政策、个人账户查询电话、开通触摸屏，做到随时查询各项数据；上门服务，对有意参保单位、个人和定点医疗机构，将上门做好各项工作；异地服务，通过医疗保险网络的服务功能，采用灵活的方式，对参保人员实行异地托管等，方便参保人员就近就诊；日常查访服务，不定期进行住院查访服务，把各种医保政策向住院患者宣传，纠正违规行为；监督服务，通过医保网络观察住院患者的用药情况，实行适时监控，发现问题，及时纠正。

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、

分析、控制和决算工作，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1—11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率达99.5，较上年增加75万元，增长19；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结余145万元。

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照劳动保障部门要提高“五种能力”的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强。

二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20__年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成。

三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称“医保一卡通”，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务。

四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1—11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其

中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇。

五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对“两个定点”的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

医疗保险催缴工作总结 度县医保局医疗保险行业扶贫工作总结篇六

(二)下决心实施推进市级统筹

市级统筹事关参保对象利益，下半年要全面推进市级统筹工作。8月底前，完成仪陇、阆中两地医保网与市医保大网的合并工作，并积极做好市级统筹基金管理的调研与前期准备工作，确保市级统筹真正实现。

(三)加强基金监管，确保安全运行

基金安全是社会保险的生命线。政府将从运作规范、严格考核，充分发挥人社、卫生部门的行政监督作用，加强审计和

财政监督三方面入手，依法对全市医保基金的预决算、征缴、管理及运营情况实施有效监督，以确保基金安全，确保基金发挥最大的社会效能。

(四) 提升经办机构的管理服务水平

努力搞好市本级和各县(市、区)医保业务大厅“一站式”服务与基层业务平台的规划与建设，进一步加强队伍建设，充实必备的专业技术人员，壮大医保队伍，增强经办能力和服务水平。