

最新医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结(大全9篇)

总结是对某一特定时间段内的学习和工作生活等表现情况加以回顾和分析的一种书面材料，它能够使头脑更加清醒，目标更加明确，让我们一起来学习写总结吧。什么样的总结才是有效的呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇一

□<http://□>点击进入社会保险网上服务系统，就可办理原来需要到经办机构柜台办理的包括增、减员在内的申报业务。截止到目前，企业网上申报率已达90%以上，由此可见其广受欢迎的程度。

社会保险费网上申报系统页面的“用户手册”，并认真阅读该手册。（技术支持电话88169988）。需要特别强调的是欠费单位的减员业务必须到柜台办理。即使已经开通网上申报，欠费单位的该项业务也不能在网上自行操作，但增员和申报业务不受影响。

关于网上申报单位缴费可采取银行代扣和柜台缴费两种方式。银行代扣就是签定《社会保险费网上缴纳协议书》或《社会保险费小额定期借记协议书》，通过银行进行扣款，并打印收据。目前除邮政储蓄银行、兴业银行、润丰农业银行以外的其它银行均可办理银行扣款（咨询电话86046077）。网上扣款的数据申报截止日期为每月10日下午5时（遇节假日顺延），逾期申报缴费数据不再通过银行扣款，参保单位需直接到各经办机构前台缴费。

一、人员增加时经常出现的问题。

c 在外单位参保人员□d 曾经用15位旧身份证号参保的人员。这就要求企业负责网上申报工作的同志认真审核新参保人员的身份信息，及时提醒他们注销居民医保、取消失业登记、及时在原单位减员、适时办理合并账户业务，以免耽误在新单位的正常缴费。

二、人员减少时经常出现的问题。

办理网上减员业务时，也有几类情况导致减员不能实现□a 缴费未确认的企业□b 拖欠社会保险费的企业□c 已纳入稽核而未按要求如期稽核或稽核未处理完毕的企业。针对上述情况要及时确认缴费、积极配合社保稽核部门工作，及时送报材料，避免影响参保人员的工作调动和正常流动。欠费企业需在提供减员书面材料的同时，到经办机构柜台办理减员补缴，补缴确认后方能正式减员。

三、关于数据同步的问题。

数据同步就是更新当前单位信息和职工信息，使网上申报系统中的单位和个人信息与中心保持一致。参保企业只要在社保经办机构柜台办理过人员增减；身份证号码的变更、合并；参保职工姓名更改；单位信息更改等业务后，就必须在重新登录系统时首先进行数据同步，否则无法正常申报。系统会提示“处理失败”。

四、关于删除申报数据的问题。

参保企业在办理网上申报业务时，需认真审核参保人数、缴费工资基数、增员和减员人员身份信息等情况，尽到认真审核的义务。但由于有的企业人员流动性强、有的企业人员在集团各下属公司之间频繁调动，经常出现操作程序不规范，人先到岗，手续后办的情况。这样就给企业的社会保险经办人员带来很多困扰，出现了很多这样的状况：负责申报工作的同志刚刚完成网上提交数据，当月申报成功，领导就来了

新指示，要求增、减人员，或调整个别职工薪酬等情况。我们经办机构也充分考虑到企业存在的这些问题，特别设置了删除申报数据这一管理功能，企业应及时登录社会保险网<http:///>进入表格下载，下载删除申报数据申请，按要求填写好之后，加盖公章，到社保经办机构前台办理。一般情况下，只有在划款未成功的前提下，才能成功办理此项业务。

五、关于缴费方式问题。

目前社会保险缴费方式主要采用网上扣款和柜台刷卡两种方式。实行网上扣款的参保单位，应在每月10日下午5点前（节假日顺延）成功提交申报，网上扣款日期为每月6-10日（节假日顺延），逾期申报缴费数据不再授权开户行扣款，企业需到经办机构前台缴费。这里需特别提醒当月已提交删除数据申请，成功办理删除当月申报数据的单位，若再次申报成功已超过网上扣款期限，应该主动到经办机构前台缴费，否则由扣款不成功而形成的滞纳金将给企业带来不应有的损失。无论以上述哪一种方式缴费，参保企业都只能在缴费确认之后方能办理减员业务。

六、关于网上申报的其它问题。

为方便参保单位，提高工作效率，如果参保单位增员、减员，工资录入的人数众多，比如有几十人以上，可以采用批量导入的方式，这样可以节省录入的时间。例如：今年4月份调整在职职工年社会平均工资后，社会保险费每月缴费基数下限就调整为1556元，对于参保人数较多、大多工资水平又都低于下限的单位，在进行网上申报工资录入时，就可使用工资申报中的“批设置”，这样即可大大减少手工更改的工作量，又保证了工资录入的准确度。充分体现网上申报的高效、快捷、方便。

据。

还有的签订网上扣款协议的企业“提交成功”之后却未能实现成功扣款，滞纳金形成多日竟然不知，这样的“马大哈”企业多是没有认真阅读扣款协议，要么是申报日期迟于10日、要么是在最后扣款期限帐户余额不足。凡此种种，都要求企业负责网上申报的经办人员认真细致、尽职尽责，在缴费截止日期之前，登录“综合查询”或“缴费情况”查询一下，以免给企业造成不必要的损失。

还有关于“申报打印”的问题需要在这里强调一下。有些单位反映申报成功后，在“申报打印”选项里无法进行打印操作，这是因为没有安装“打印驱动”，所以无法显示打印界面。单位可以在网上申报系统的登陆页面上的“驱动下载”选项下载安装打印驱动程序，完成之后就可以正常进行打印操作了。

以上都是我们在实际工作中总结的一些企业反馈的问题。我们工作的服务内容涉及到服务对象也就是全市广大参保职工的切身利益，服务质量直接影响着劳动保障部门的形象，关系到社会的和谐与稳定，我们会认认真真，踏踏实实地履好自己的职责。

应当指出，我们的征缴工作还有待于进一步的加强监督和管理，我们的网上申报系统程序也还有待于进一步的细化和完善，欢迎广大参保企业对我们的申报系统和社保经办工作提出宝贵意见和建议，使我们在今后的工作中不断努力，优化服务环境，提高服务质量，共同为社会保险事业的发展作出应有的贡献。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇二

院领导高度重视医疗保险工作，调整和充实了医疗保险科工作人员编制，加强了医疗保险工作的管理力度，形成了齐抓共管，共同推进的局面。对于在医疗保险工作中出现的问题，认真组织临床科室和医务人员进行学习和讨论，不断加强了

医疗保险管理的各项工作。

（一）加强医疗保险患者的就诊管理

医院对所有参保患者全部实行首诊负责制，全院医务人员

能够热情接待每位前来就诊的患者，认真进行身份和证件识别，做到人、证相符，从未发生过推诿参保患者就诊及劝导患者出院或转院的现象，深受参保患者的好评。医保科定期对科室参保患者身份进行验证，实行多环节把关，坚决杜绝了冒名顶替及挂床住院现象。全院医务人员能够做到实事求是，对于不符合住院条件的患者坚决不予收治，对就诊参保患者进行合理用药、因病施治，未出现诊断升级及分解住院的现象。

（二）加强参保职工的收费管理

医院根据社会发展需要，对患者的各项收费进行了信息化管理。实行了一卡通服务，在一楼大厅配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，同时也配置了查询系统，患者用就诊卡随时可以查询各项诊疗费用及每日清单，使每一位患者都能及时明了地掌握自己的费用使用情况。对于自费项目及药品的应用必须根据病情，如需要时必须征得患者本人及家属同意并签字后，方可使用或执行，保证各项收费公开化、合理化。

（三）加强参保患者的药品管理

防感染用药上，尽量缩短使用抗生素时间，避免滥用抗生素。恶性肿瘤患者选择合理有效的化疗方案，视病情需要应用药物，尽量避免应用高档化疗药物，杜绝了化疗分解住院的现象，实现了真正的因病施治，合理用药。

（四）加强重症报告制度的管理

医院加强了对参保患者重症报告制度的管理，采取了对危重患者积极认真治疗，严格按医疗操作规定处理、合理检查、合理治疗，使患者得到及时准确的治疗。重症的申报实行专人负责、认真核实、严格把关，全年无违规现象发生。同时，医院设立了医疗保险鉴定委员会，按照转诊转院管理制度，本着对医、保、患三方负责的原则，严格执行转诊、转院审批手续。

（五）加强参保患者门诊高档检查的管理

医院严格控制参保患者百元以上（含百元）的高档检查审批制度。经治医生能够做到检查申请单由参保患者签字，开方由医生审核、做检查由操作人员负责审核，坚决做到人、证相符，杜绝了冒名顶替现象。医院按照规定并结合患者病情选择适当检查项目为患者检查（如：放射线□ct□彩超等），使患者真正得到因病施治，避免了无诊疗意义的各项高档检查。

置了专职人员进行门诊放化疗申请的审批管理及二次开机入院的审核登记。参保患者的门诊化疗用药，医生必须提前给予申请审批，并将相关材料准备齐全，审批回报后方可门诊开药。二次开机入院的参保患者必须携带项目填写完整的二次开机申请单、出院证、医保结算单等相关材料方可到医保局开机解锁。

（七）加强医疗保险工作的管理、制定考核制度

今年医院加大对参保患者住院费用的审核力度，指导各科室医生规范书写病历，合理用药，按规定使用卫生耗材，并制定了严格的管理办法；对于出现的问题及时发现，及时整改并通过院内oa网每月予以通报处罚，使各临床科室能够及时准确地了解并掌握城镇职工、居民、学生儿童保险的有关政策及相关业务知识，便于各科室工作的改进。合理地安排医保科工作人员每周不定时下科室进行抽查，对参保患者进行

医保政策的宣传和讲解，及时解决出现的医保问题，检查有无挂床及冒名顶替的现象，保证无患者上访现象发生，使医院的医疗保险工作进一步得到了完善。

（八）加强医疗保险财务、信息的管理

收入进行汇总和财务报表，做到医保财务收入与返款账

账相符。医院加大了信息化管理，进一步完善了医疗保险的微机软件系统，增加了院内药品及各项诊疗项目的维护，使临床医护人员能合理规范地应用医保目录内药品及诊疗项目，减少了工作中的不便。

（九）认真落实医疗保险的政策及文件，加强知识培训 对医疗保险局下发的相关文件和规定，医院均给予高度重视，领导传阅后及时传达给相关科室，让各科室及时掌握精神，尽快落实到临床工作中，做好医疗保险工作。对于医疗保险局召开的医疗保险工作会议，会后院长都要专门听取医保科长会议情况汇报，根据会议精神结合医院的具体情况，安排部署下一步工作。院长在每次院周会上，都根据医疗保险工作的情况汇报，针对医院各科室在医疗保险工作方面存在的共性问题，及时提出整改的意见和办法。对于在医疗保险工作中出现的疑难问题，我们能及时请示医疗保险局相关主管部门，协调临床各科室做好对患者的解释工作。

20xx年医保科除每月在oa系统进行医保知识和相关文件的学习外，针对各临床科室的具体情况，利用早会逐科室走访的形式为医护人员进行了“医疗保险相关知识和规范”、“工作中需要注意的问题”、“实际工作中存在的问题”等知识的讲解。

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。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇三

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”规范性的检查。

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。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇四

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、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。

二、措施得力，规章制度严

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，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。

我科分管副科长定期下病房参加晨会，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和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员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。20__年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用 万余元。接待定点我院的离休干部 人、市级领导干部 人，伤残军人 人。20__年我院农合病人 人，总费用 万元，发生直补款 万元，大大减轻了群众看病负担。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有： ；做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、

合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20__年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

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。

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。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇五

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！

作为收费员这个岗位，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。其实收费员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，收费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：尽量地减少我院的拒付，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。

12年我要更加努力工作：

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肯定和鼓舞，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。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇六

在医保中心各位领导的英明领导下，转眼间一个年度的工作结束了，现将一年的工作总结汇报，请上级领导给与指正。

澠池县医药总公司同仁大药房是我县规模较大的一家医药超市，主要经营：中药、西药、中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素、生化药品、生物制品等经营品种达5000余种，店内宽敞明亮，药品干净整洁，经营品种齐全，分类明确，能够满足绝大多数参保人员需求。

在日常经营过程中，我们严格遵守《中华人民共和国药品管

理法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《澠池县城城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》以及相关的法律法规，严格按照国家、省规定的药品价格政策。店内严把质量关，规范进货渠道，进货验货记录完善，无过期药品，在历次的药品质量检查、抽查过程中没有发现一例假劣产品，在社会上享有良好的口碑。在药品价格方面，货进源头，直接与厂家合作进货的优势使本店的药品绝大多数低于市场价格，对于办理有本店会员卡的参保人员，在原有价格的基础上可再次享受9.8折优惠。

务、服务技能培训，保证系统正常运转，及时上传、下载数据，并在服务过程中提倡“四心”“四声”服务，为参保人员营造一个良好的购药环境。同时在刷卡过程中严禁用医保基金购买支付范围以外的药品，杜绝在刷卡过程中刷卡金额和现金购药价格不一致等不良情况。

自本店成为定点药店后，在医保中心的正确领导下，始终从严要求自己，完全服从医保中心的领导，以“一切为了顾客，做顾客的健康使者”为经营宗旨，在刷卡服务过程中尽全力满足顾客需求。从20xx年6月至20xx年5月，我店的刷卡人数为：54152人，总费用为：2614231.88元，平均每人费用为：48.27元，其中非处方药品费用为：1978658.8元，处方药品费用为：635573.08元。

我们知道我们的工作做得还不够，在今后的工作中我们将在医保中心正确领导下，齐心协力，文明服务，严格按章相关法律、法规工作，维护国家利益和广大参保人员的利益，把医疗保险工作做得更好，为我县医疗保险工作再上一个新台阶做出应有的贡献。

同仁大药房

20xx年6月21日星期四

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇七

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20__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努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了20__年初既定的各项任务。收入如下：20__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。20__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20__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，是我院的经济更进一步提高。

20__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。

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇八

1、医保政策咨询、医保信息查询、康复备案、规定病种审批备案等工作。

2、智能审核扣款反馈：整理20xx年10月至20xx年4月份扣款反馈资料，完成20xx年9月至20xx年4月份扣款反馈。

3、整理20xx年4月至20xx年3月智能审核终审扣款数据，扣款清单由各主管医师签字确认，扣款明细上报财务科。

4、住院医嘱审核。

5、完成20xx年1至6月份门诊次均费用的对比统计，并汇报分管领导。

1、整理20xx年智能审核新规则以及各类限定适应症的扣款原因，并将相关学习材料发送在院内医保交流群，指导解释相关问题，提醒每个医生认真学习，尽量避免发生扣款。

2、针对冒卡就诊问题：门诊巡查工作常态化开展，主要发现冒卡情况有不同性别的冒卡就诊，有年龄差距很大的冒卡就诊，有农保病人冒用职工医保卡就诊等。冒卡就诊除了违反相关医保基金管理规定以外，主要存在的问题是安全医疗问题，通过一段时间的巡查以及多次组织医务人员学习医保相关政策规定，冒卡现象明显减少。要彻底杜绝冒卡骗保现象，还需要加强日常监管，同时需要各个科室的全面配合，以及对患者做好医保政策宣传。

3、总额预算清算工作：整理并提交20xx年度总额增长的因素分析材料，包括数据的采集、文字材料的整理与提交等，与医保中心交流沟通总额预算的申诉要点。

4、对门诊次均费用做好整理、统计、对比工作，每月对比数据及时向分管领导汇报，次均费用明显超出去年同比的及时提醒，告知注意调整费用结构及控费。

5□drgs相关工作：

5、1组织全院医生参加浙江省drg远程视频培训学习，根据会议安排，组织临床各科室和病历质控员提供病例反馈材料，整理汇总反馈资料并上传提交，顺利完成省市drg项目病例信息反馈工作。

5、2完成20xx年1至4月份drgs病例按点数付费和按床日付费分析，对存在的问题提出整改措施。

5、3在各个临床科室的配合协作下，完成drg病例反馈工作。

6、根据浙江省医疗保障局、浙江省卫生健康委关于开展全省定点医疗机构规范使用医保基金自查自纠工作的通知，组织开展自查自纠工作，并对存在的问题认真梳理，分析存在问题的深层次原因，分类施策，完善制度，补齐短板，整改到位。

7、根据杭州市医疗保障管理服务中心关于做好国家医保信息业务贯标工作的要求，在各个临床科室的配合协作下，完成医疗机构、医保医师、医保护士代码数据库信息维护工作，根据医保中心反馈情况完善医保医师、护士数据核对、更新后提交，并完成医疗机构信息系统国家编码的映射，三目录匹配及贯标工作验收等相关工作。

1、积极参加院内组织的各类会议；积极配合完成领导分配的各项工作任务。

2、智能审核反馈过程中发现材料、药品对应错误的及时与相关科室沟通并重新对应。

3、配合完成医疗服务价格改革的相关工作。

1、总额预算清算进一步反馈申诉工作。

2、冒卡骗保行为的监督管理。

3、智能审核扣款整理、反馈、整改、规范。

4、进一步理解drugs的政策解读，普及全院医保政策的知晓率，加强医保政策的执行情况监督及指导。

5、配合做好医疗服务价格改革工作。

医务科医保管理

20xx年7月1日

医保征缴工作布置会 社保征缴工作总结篇九

（一）强化领导，周密部署。我局在县委县政府和主管局的正确领导下，切实加强了对城镇基本医疗保险医改工作的组

织领导，城镇基本医疗保险医改工作小组结合我县实际情况对照医改工作目标，对工作任务进行了安排，确保年度重点任务得到落实。

（二）明确目标，细化任务。围绕20xx年医改重点工作目标，我局对今年城镇基本医疗保险医改重点工作进行了分解工作任务，细化工作安排，明确主要领导亲自抓，责任层层落实到人的工作职责。

（一）城镇基本医疗保险扩面征缴

1、城镇居民□20xx年我县居民参保居民目标任务数为27700人，占应参保城镇居民29011人的95.48%，截止今年11月份共计参保27705人，占目标任务的95.50%。

2、城镇职工：截止今年11月，我县应参保职工人数为20451人，已参保19572人，占实际参保人数的95.70%。

我局将继续加大征缴力度，预计在今年年底超额完成征缴任务。

（二）提升城镇基本医疗保险保障水平，增强保障能力

1、在去年，城镇职工和城镇居民基本医疗保险政策都有新的调整。尤其是城镇居民的医保政策，下调了起付金，提高了住院、门诊报销比例，提高了最高支付限额等优惠政策。第三季度城镇基本医疗保险政策范围内住院费用支付平均比例已达到71%。

2、继续实施了由县民政医疗救助金补助低保人群参加城镇居民基本医疗保险个人应缴费的50%的资金，切实缓解了低收入人群的参保压力，积极推进“应保尽保”，从而缓解“看病难、看病贵”现象。

3、为提高基本医疗保障管理水平，方便参保人员就医，我局积极推进信息化建设，加强基金收支预算管理，建立了基金运行分析和预警管理制度，有效控制基金结余。

4、加强对定点医疗机构的监管，加强了定点医疗机构稽核领导小组工作职责，严格执行定点医疗机构稽查方案。定期或不定期、及近期与其他区县上建立联合检查机制，对定点医疗机构、定点零售药店通过明查暗访、查阅资料及走访群众。

5、建立完善了商业补充医疗保险模式，与财产保险公司签订了《市县城镇职工补充医疗保险合作协议》，减轻参保人员参保年度内高额医疗费用负担。

（一）继续抓好宣传工作。结合城镇居民基本医疗保险的热点、难点、重点工作，统筹规划，不断创新宣传手段，加大宣传力度，进一步增强城镇居民的参保意识。

（二）继续抓好扩面、续保工作。根据市上对城镇居民基本医疗保险工作的要求，我们将再添措施，继续加大扩面力度，提高参保率，力争实现全面覆盖的工作目标。

（三）继续完善市级统筹的相关工作。一是做好加快城镇基本医疗保险基础数据的维护工作。二是做好已参保城镇职工医疗保险卡的制卡工作和新参保人员的建档工作，方便群众住院就医。

（四）进一步完善定点医疗机构和定店零售药店考核制度。加强对各定点医院、药店监督检查，建立起社会化的科学管理体制。

（五）重点加强基金管理，强化基金的监督和检查。在自查的基础上，主动接受上级部门的检查。加强财务统计工作，按时、按质、按量上报财务统计报表。

（六）继续加大基本医疗保险的稽核力度。坚决杜绝冒名住院、挂床住院、分解住院次数、假报虚报单病种等欺诈行为的发生。

（七）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。

总之，下一步我局将继续在县医改办的领导下，针对我局在医改中所承担的任务，查漏补缺、克难求进，确保各项改革任务的完成。