# 医保结算科半年工作总结

来源：网络 作者：雨后彩虹 更新时间：2024-06-07

*医保指社会医疗保险。是国家和社会根据法律法规，在劳动者患病时基本医疗需求的社会保险制度。今天为大家精心准备了医保结算科半年工作总结，希望对大家有所帮助!　　 医保结算科半年工作总结　　一年以来，在县委、县政府的正确领导下，在局领导班子和市医...*

医保指社会医疗保险。是国家和社会根据法律法规，在劳动者患病时基本医疗需求的社会保险制度。今天为大家精心准备了医保结算科半年工作总结，希望对大家有所帮助![\_TAG\_h2]　　 医保结算科半年工作总结

　　一年以来，在县委、县政府的正确领导下，在局领导班子和市医保中心的高度重视与大力支持下,我县医疗生育保险工作按照市、县人社工作会议的部署和要求，以增强基本医疗、生育保险基金征缴和保障能力，强化管理服务和基础建设，积极部署全省社会保障卡“一卡通”工程为重点，使我县的医保工作又上了一个新的台阶，并且圆满完成了今年的各项工作任务。现就20##年主要工作情况总结如下：

　>　一、20##年主要工作进展情况

　　（一）基金收支情况

　　1、医疗基金收支情况

　　2024年任务数17800人，应征收医疗保险基金3300万元；2024年度实际参保人数17802人，占任务数的100%，全县实缴医疗保险费2689万元（其中，统筹基金1129万元，个人帐户1560万元），占全年任务的81％；基金实际支出2174万元，其中统筹基金支出898万元，个人帐户支出1276万元，支出1131人次。

　　2、生育保险基金收支情况

　　2024年生育保险任务数15000人，基金征缴210万元。

　　2024年度实际参保人数14016人，占任务数的93%，生育保险基金征收173万元，占年任务的82%。支出73万元，支出106人次。

　　3、城镇居民医保基金收支情况

　　20##年城镇居民基本医疗保险任务数13900人，2024年度实际参保人数13925人，占年任务的100%。支出429万元，支出1189人次。

　　二、主要做法（一）为了保证全年目标任务的顺利完成，县医保中心高度重视提前谋划，不断健全措施来强化对医疗保险基金的征缴，主要体现在“早”、“细”、“严”、“活”四个方面：

　　一是抓“早”，精心谋划。县医保中心在年初实施医保宣传行动，突出宣传政府惠民新举措和政策新亮点，对重点企业和外来务工人员比较集中的企业进行入企宣传，调动了职工参保的积极性，保证了今年医保基金征缴工作的顺利开展。

　　二是抓“细”，强化措施。为确保医保基金应收尽收，及时足额征缴到位，合理确定缴费基数，细化基金征缴措施，强化医保缴费稽核，简化医保业务流程，为企业和职工参保缴费提供高效快捷的服务通道。

　　三是抓“严”，应收尽收。为了确保社会保险费应收尽收，该中心联合劳动保障监察大队对用人单位开展社会保险稽核，严查虚报缴费基数、人数等行为，对于缴费确实有困难的单位签订缓缴协议，对于拒不缴纳社会保险费，由劳动保障监察部门依法给予行政处罚。

　　四是抓“活”，突出重点。充分发挥医保网络化管理优势，将基金征缴与医保待遇相挂钩，促使企业及时参保按时缴费。突出征缴重点，确保征缴工作的进度和质量，大大地提高了基金征缴率，增强了我县医疗保险基金的抗风险能力。

　>　（二）把全省社会保障卡“一卡通”工程作为重点来抓

　　1、根据晋人社厅发【2024】29号文件精神，按照“联名发卡、首发免费、统一制卡、分级发卡、城镇先行、覆盖农村、医保起步、逐步扩容、集中谈判、划片实施、试点先行、两年覆盖”的思路，我县对社保卡的发放工作极为重视。为保证能准确及时的上报参保人员的个人信息，我们和参保单位相互配合，相互协调，主要核对参保人员的身份证号、姓名。核对身份证号是否为18位，核对所报人员姓名是否和二代居民身份证一致，确保所报信息准确无误。截止2024年11月共上报个人信息38456条，现已发放31221张。

　　2、建成社保卡综合服务窗口。我县对社保卡综合服务窗口的建设高度重视，配备了电脑、打印机、复印机、扫描

　　仪等一系列设备，并安排专人对社保卡进行发放、激活。

　　3、社保卡在我县社保业务中广泛应用。作为人社部门发行的唯一一张卡，目前我县社保卡主要具备三个方面的功能

　　一是身份识别功能。社保卡卡面印有持卡人姓名、照片、身份证号码，通过读卡器识别后可以经信息系统确认持卡人身份。二是社保基本功能。其中包含社保结算、支付和信息查询。社保结算和支付功能：参保人员在定点医疗机构和定点药店就医购药需要使用医保个人账户基金，住院需要使用统筹基金或医保门诊单病种统筹基金时，可凭社保卡实时结算相关费用；三是启动了网上就医结算城镇职工住院网络结算信息系统自2024年6月4日启动后，县乡广大参保人员可持本人医保卡在联网定点医疗机构进行网上备案，出院持卡网上结算。主要流程是：1、参保患者或家属持“陵川县城镇职工基本医疗保险证”和“社会保障IC卡”在医院医保科进行入院登记；2、医院医保科进行网上备案并审核人、证、卡，确认参保人员身份，并如实填写“身份核查通知书”。

　　3、交住院押金，住院治疗；4、出院结算，统筹支付范围内的费用由医院垫支；参保职工支付个人自付部分费用(个人自付费用可以使用医保卡支付，不足部分由个人现金支付，属于统筹基金支付的费用由医院和医保中心结算)。

　　>（三）提高医疗保险待遇

　　1、城镇职工门诊慢性病的病种由原来的30种增加到35种，增加五种。增加的病种为：冠状动脉粥样硬化性心脏病、白癜风、血管支架植入术后、老年痴呆证、双相情感障碍。城镇居民的门诊慢性病病种由原来的20种增加到25种，增加五种，增加的病种为：冠状动脉粥样硬化性心脏病、股骨头坏死、癫痫、心脏换瓣膜术后、双相情感障碍。

　　2、提高城镇职工基本医疗保险待遇水平

　　城镇职工基本医疗保险最高支付限额由原来的8万元提高到12万元，大额医疗保险由原来的43万元提高到48万元，合计年度内最高支付限额为60万元。城镇居民基本医疗保险最高支付限额由原来的7.5万元提高到10万元，大额医疗保险由原来的23万元提高到40万元，合计年度内最高支付限额为50万元。

　　>（四）对医疗保险的稽核力度加大

　　1、征缴稽核。核查缴费单位和缴费个人申报的医疗保险缴费人数、缴费工资是否符合国家规定；核查缴费单位和缴费个人是否按时、足额缴纳医疗保险费；核查欠缴医疗保险费的单位和个人的补缴情况等，确保基金应征尽征，应缴尽缴。0

　　2、支付稽核。核查参保人员待遇享受情况；核查“两定”机构执行医疗保险协议情况；核查参保人员、“两定”机构是否存在欺诈、套取医保基金等的行为

　　3、内部稽核。核查经办机构内部对基金的“收、管、支”环节是否符合国家管理规定，是否存在不规范操作，是否存在基金安全隐患等。

　>　（五）抓好医保中心内部管理工作，提高干部职工的政治业务素质。

　　1、结合本行业工作实际，组织职工认真学习“三个代表”的重要思想，及时传达国务院、省、市、县医疗保险制度改革的有关文件和精神，使每个职工了解掌握党的路线、方针、政策，明确医疗保险制度改革的动态和任务，树立为人民服务，为经济建设服务的思想。

　　2、加强内部建设，健全领导班子和岗位职责，改进工作作风和工作方法，提高服务水平，树立医疗保险良好形象。

　　医疗保险管理中心

**医保结算科半年工作总结**

　　我院医疗保险工作在院领导的领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科职工的共同努力，顺利的开展了各项工作，现总结如下：

　>　一、 已完成工作

　　   1、2024年与我院签署定点医院协议的行政部门有

　　1）1月份与榆林市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议

　　2）3月份与神木市医保中心签订医疗服务协议

　　3）5月份与神木市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议

　　4）榆林市工商保险服务中心

　　5）神木市民政局

　　6）铁岭市城镇职工医保中心未重新签署的，都延续之前的协议

　　 2、认真学习宣传各险种的各项政策规定，并贯彻执行。实时更新合疗政策宣传栏；定期公示补偿信息表；每月底给榆林市医保、合疗等各部门办公室上传报表。每月去合疗办公室报送报销资料。快递邮寄病历38份（含85份病历）

　　3、定期到临床科室了解合疗管理情况，帮助解决合疗工作中存在的问题，减少不必要的损失。季度统计各科室收治合疗患者的费用情况并做分析，按时发放至各科室，让各临床科室都能了解、掌握合疗患者的费用情况，及时做出调整。

　　4、汇总季度各科室收治的合疗患者人数给与奖励，对于违反政策的个人及科室给与处罚，并将季度奖罚汇总表交由经营办发放。

　　5、医保、合疗运行情况

　　     1）合疗：上半年（1-5月份）共报付合疗患者247人次，（包含神木县患者162人次）住院总金额共计695377.49元。住院补偿金额498754.6元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余16120.41元。人均住院费用2815.29元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为5.3天。药占比为15.5%，自费药占比为10.8%。单病种执行率90.4%。各项指标均达到合疗政策要求，在榆林、神木两市合疗办的多次督察中均受到好评。暂无门诊慢病与大病补助。

　　     2）医保：（榆林）

　　      门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额20237.74元

　　‚住院：报出12例患者。住院总金额为51098.5元，医保垫付38934.68元，患者自负12163.82元。

　　    3）民政：共报付9人次，医疗费用33662.97元，民政补助4035.41元。

　　4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用14359.69元，报销金额1318.22元，报销比例达92%。

>　　二、正在进行工作与不足之处

　　1、跟未结款的各县合疗办催要合疗补偿款。

　　2、我院1月份已经被批准成为鄂尔多斯医保局定点医院，但由于网络原因一直开通不了，现正准备签署协议

　　3、匹配上传鄂尔多斯医保三大目录，且已与鄂尔多斯医保局网络对接成功，准备试运行。

　　4、陕西省社保卡读写设备已经接入，由于社保卡一直未放发，暂未运行。

　　>三、努力方向

　　1、进一步加强医保、合疗政策的学习和宣传，严把审核关，提高医保管理的科学性与技巧性，更好的为患者为临床服务。

　　2、进一步密切和医保、各合疗办的联系，及时互通信息，保持良好的工作关系。

　　3、加强与各临床科室的沟通，指导各临床科室执行好医保、合疗等相关政策，尽力减少因工作不当造成的经济损失。

**医保结算科半年工作总结**

　　一、做好职工医保医疗费用报销工作。截止6月底，完成职工医保中心报账医疗费用审核3484人次，审核医疗药费计861.88万元，剔除费用171.73万元；完成职工医疗定点医疗机构、定点药店联网医疗费用审核1929770人次,审核医疗费用计30381万元，剔除费用33.1万元；核查外伤病人70人次，审核医疗费用达77.20万元；答复信访130件，提案议案8件；发放离休干部XX年度医疗费节余奖励款282人次，奖励金额计127.18万元。

　　二、认真及时做好我区社会医疗救助工作和XX年特殊医疗救助审核工作。截止6月底，发放低保家庭医疗救助券233.62万元，共实施社会医疗救助321人次，累计救助金额已达149.41万元；审核特殊医疗救助费用631人次，救助费用381.82万元。

　　三、加强对定点单位的审核稽查工作。半年来，我们通过各种方式共检查31家定点单位，约谈参保病人34人次，抽查住院大病历295份，调查外伤病人55位，批评并责令限期整改5家定点单位，取消一家单位定点资格，暂停一家单位医保定点资格6个月，共追回医保违规基金10.1万元。

　　四、进一步扩大定点单位范围。我们对申报的64家零售药店、7家医疗机构逐一进行了实地考察，最后根据统筹规划、合理布局的原则确定了9家零售药店和4家医疗机构为职工医保定点单位。

　　总结上半年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

　　一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销；2、参保人员在异地发生的医疗费用增多。异地安置人员的医疗费用在总医疗费用中占的比重越来越大，因为无法联网结算，只能到窗口报销，加上居住地与我区医保政策不同，使医疗费用审核繁琐而复杂，从而加大了审核难度；3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

　　二、定点单位联网结算费用增长快，管理难度加大。随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：1、超量配药、用药不合理的情况存在。2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

　　针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

　　XX年9月，职工医疗保险科共审核医疗费用414058人次，总医疗费用达7541.31万元，其中窗口医疗费用报销615人次，审核医疗费用235.72万元，剔除不符合医保基金支出的费用56.17万元；审核定点单位联网医疗费用413443人次，审核医疗费用7305.59万元，剔除定点单位不合理医疗费用29.04万元；拨付定点单位联网医疗费用达3319万元；办理困难群众社会医疗救助40人次，救助费用达17.74万元；收回社会医疗救助券11.23万元；办理各类信访回复18件。

　　9月份，接群众举报，反映某定点零售药店存在不按处方规定配（售）药品、将非基本医疗保障基金支付范围的费用列入基本医疗保障基金支付范围的问题。为此，劳保局立即成立了专项稽查小组，多方调查取证。通过取证发现该单位多次在没有处方的情况下，将处方药品配售给医保参保人员，并在事后通过私造处方、补处方等伪造医疗文书的手段骗取基本医疗保障基金，情节严重。根据有关规定，劳保局从9月8日起取消该单位医保定点零售药店资格，三年内不得重新申请定点，并追回违规支出的医保基金。为了这是我区打破定点医院、定点药店“终身制”，全面推行医保定点准入、竞争和退出机制之后，对第四家存在严重违规行为的医疗机构亮出“红牌”。

　　本月职工医疗保险科完成了职工医保相关内容的iso900质量管理体系作业指导书，共15项内容，其中非许可审批权类9项，行政监管类3项和其他权类3项，这是职工医疗保险科推行权利阳光运行机制的重要前提和保证。为了保证《浙江省基本医疗保险、工伤生育保险药品目录》（XX）的顺利实施，职工医疗保险科于9月19、20日会同区劳动保障学会组织了我区区级以下定点医疗机构、定点零售药店医保管理人员业务培训，指导该类人员做好新药品目录的匹配工作，确保新旧目录的平稳过渡。

　　下一步科室的重点工作是做好新《药品目录》实施的宣传解释工作，并针对定点单位在实施过程的问题及时给予解决；配合市局做好市民卡“一卡通”实施的准备工作，为明年“一卡通”的顺利实施打好基础。

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！