# 医保监测预警工作总结(必备10篇)

来源：网络 作者：梦回江南 更新时间：2023-11-17

*医保监测预警工作总结1古人云：学如逆水行舟，不进则退。首先坚持政治理论学习，认清历史使命，树立正确的世界观、人生观、价值观和荣辱观，积极投入到“解放思想大学习大讨论”中，扎实学文件，认真记笔记，精心写心得，达到拓宽思路，提高认识，指导实践的...*

**医保监测预警工作总结1**

古人云：学如逆水行舟，不进则退。首先坚持政治理论学习，认清历史使命，树立正确的世界观、人生观、价值观和荣辱观，积极投入到“解放思想大学习大讨论”中，扎实学文件，认真记笔记，精心写心得，达到拓宽思路，提高认识，指导实践的目的。第二坚持业务学习，学习劳动保障政策法规，医保改革专业知识，学习外地先进的经验做法，提高政策业务水平和实践能力。第三注重向实践、向身边的先进典型学习，学人之长，补己之短，不断纠正自己，提高自己，完善自己。

结算报销更加规范。结算报销是医保管理的重要环节，关系到医保基金的平稳运行，关系到患病职工能否享受到应有的医保待遇，关系到参保职工对医保政策的满意度。

**医保监测预警工作总结2**

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。

**医保监测预警工作总结3**

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

**医保监测预警工作总结4**

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用元;未结算3笔：费用元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，及时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。在xx年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够做到在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级工作。期间在五月份进行医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台，sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

xx年迎接区社保中心检查两次，xx年9月14日区社保中心闫主任一行三人对我院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导小组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。xx年10月15号区社保中心对我院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的.评价。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，xx年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

**医保监测预警工作总结5**

xx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x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。

八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的大大减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。

为了更好的掌握医保的相关政策，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的政策，翻阅了大量的资料，分析产生拒付的原因，针对定点医疗机构如何预防拒付的问题，写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关政策，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的\'任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

20xx年在我院领导重视下，按照医保站的工作精神，我院认真开展各项工作，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绩，现将我院医保工作总结如下：

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。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，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。医院职工开展以文明礼貌,优质服务,受到病人好评.为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保站的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

**医保监测预警工作总结6**

一年来，在院领导的大力支持下，在各科主任的热情帮助下及各同事的共同努力协作下，全年的工作顺利完成。回顾过去的一年，无论从科室管理、医疗安全、业务技能、服务质量及总体效益等方面，均取得了一些成绩，但是仍有不足之处，现总结如下：

1、进一步建立建全并执行各项规章制度，全方面提高医疗质量，满足病员群众的医疗要求，并认真学习了《病例处方书写规范》、《医疗事故处理办法》、《医疗法规》。规范了广大医护人员的医疗行为，教育大家学法、懂法、守法，依法保护医患双方的合法权益，为我院安全医疗奠定了基础。

2、加强各大临床医疗质量的检查力度，并更好的落实临床、医疗护理制度，全方面提高我院的诊疗水平。在张院长的督导下、陈副院长的指导与帮助下，多次开展院内科室及医护人员会议，布置临床工作。为进一步完成院领导安排的各项工作及任务，深入科室协调工作。就业务学习医疗文书书写等方面进行认真仔细的检查。通过平时的检查使许多易于疏忽的问题得以解决。为进一步加强医疗安全，定时组织各科人员参加会议，就各科室存在或出现的弊端及医疗安全隐患，加以讨论商量下一步的工作及防范措施，为临床安全医疗提供了保障。

3、加强临床业务学习及进修工作，医院派出两名同志分别进修学习了口腔、耳鼻喉科，同时派出10余人次参加各类学术会议，为我院引进新技术、新经验拓展业务。回来后要求参加学术会议的人员将所学内容整理打印成册并装订入档。通过讲座形式传授给每一个人，提高了我院医疗学习的风气，取得了良好的效果，达到了预期的学习目的。

4、定期参加一体化门诊部会议，全年参加20余次门诊部会议。对门诊部医疗工作的开展及服务范围作出了明确的规定。并对门诊部多次检查工作，将检查所发现问题汇总，并打印成册存入档。将发现医疗差错及医疗护理隐患做到进一步防范。定时开展医疗知识讲座，学习医疗文书及医疗法规取得了一定的效果。

5、时刻不忘首诊医师负责制，严格查巡房制度及科室会诊制度没有推诿病人的现象发生，特别是在抢救危重病人时全院医护人员团结协作各自认真履行职责，使每一位病人都得到了的救治。全年我院没有因抢救病人不到位而引起医疗纠纷事情的发生。

6、医务人员努力提高服务态度及服务质量，使来院就诊病人抱着希望而来，满意而归。每一位医务人员以方便病人为己任，急病人之所急，想病人之所想。全方面的方便病人。通过全院医护人员兢兢业业及不懈努力，圆满完成本年度工作。

7、在院内各项急诊抢救病人及手术人员方面，完善了抢救应急小组及听值班人员制度。医护人员24小时保持通讯畅通就近听值班，无一例病人因时间耽搁因素而耽搁救治现象的.发生，并得到院领导的认可及病人的好评。

8、院内成立了应急预案小分队，有两名医师、4名护师及一名司机组成并多次参加办事处及开发区安排的任务及应急事故演习，并得到高新区及办事处领导的好评。

1、门诊医疗工作繁琐，既对内又对外，工作千头万绪。常常不是我要做什么事，多半是要我做什么事，没有时间静下心来从长远打算及处理各项日常工作。

2、要进一步加强业务学习及进修学习，提高我院年轻医务人员的业务技术水平及工作能力。须轮流到上级医院进行短期的培训及进修学习。

3、个别科室及个人仍存在不思进取做一天和尚撞一天钟的想法，改善这种消极的态度是下一步的工作要点。

4、临床护理等科室各项登记不够及时、认真仔细。针对此情况下一步将建全各项登记制度，杜绝人为因素的存在。

5、本年度制定目标不够明确，门诊管理有疏漏，开展业务范围较狭窄。下一步加强门诊管理，制定工作目标，拓展业务范围，引进新技术。

6、门诊学习风气不足，撰写论文较少，此方面有待进一步加强。

**医保监测预警工作总结7**

近两年来，各级人民政府及部门做了大量卓有成效的工作。以实现城镇职工、城镇居民、农牧民社会保险全覆盖为目标，通过政策宣传、入户调查、信息对比、数据集中管理和动态更新等措施，对各类群体参加社会保险情况进行记录核查和规范管理。城镇职工、城镇居民基本医疗按照统一管理模式运行，全面实施了基本医疗和大病保险，新农合参保人员还实施了累计住院自费部分二次补偿机制。农民工、关闭破产国有企业退休人员等人群享受政府补贴参加了职工医保；对贫困残疾人员建档立卡，低保户、特困供养人、残疾人城镇居民和农牧民医保资金的缴纳按照相关政策得到减免。城乡居民参加社会保险全面持续推进，但由于受现行医疗体制、政府财政状况以及其它各方面因素的影响，也存在一定的困难和问题。

产生上述问题的原因是多方面的：一是乡镇村及社区工作人员责任心和服务意识不强，使残联、民政部门提供的信息不准确，导致个别残疾人、贫困低保户未能应保尽保。二是居民医保和新农合医保制度独立运行，在覆盖人群、缴费水平、待遇标准上互相脱节，新农合缴费标准低，报销比例高，导致一部分人“农转非”后继续参加新农合；而参加城镇医保人员无需转院就可以直接到州级医院就医的便利，导致城镇居民和农业户籍人员相互重复参保医保。三是低保户变更的人群大部分还在贫困边缘，基本医保对于他们是一笔较大的开支，这些青壮年城镇居民认为身体好，患病机率小，也不愿参保。四是异地就医管理不规范，医疗费用清单用铅笔打钩审核归纳，没有复核印证，报销人的个别档案缺少必备的证明资料。相关人员未能严格按规定执行，管理和制约机制未能有效实施，存在人情报销。五是医院一些医务人员医疗服务理念不强，自觉执行国家相关制度的意识淡薄，受利益驱使违规收费，浪费医保资金，也损害患者利益。

为了完善医保制度，促进医保惠民政策能够更好地落实，提出如下建议：

（一）民政、残联、社保机构强化对贫困弱势群体服务意识，充分发挥相互合作信息共享职能，做到应保尽保。基本医疗保险基金是老百姓的“救命钱”，应做到不遗漏一位城乡残疾、贫困、低保居民参保缴费，低保边缘群体的基本医保缴费应当引起导高度重视，关心和帮助他们是当今社会迫切需要的，也是构建和谐社会的必然。

（二）搭建统一的医疗保险信息管理平台，加强新农合、城镇居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险制度在相关政策及经办服务等方面的衔接，既要保证人人能够享受基本医疗保障，又要避免重复参合（保），重复享受待遇。

（三）加强异地就医，转诊异地就医报销结算工作管理。严格执行相关制度，并有效实施审核人员与复核人员相互制约定期轮岗制，追究违规人员责任，使基本医疗基金每位参保者享有公平的就医权利。

（四）医院增强服务理念，及时更新收费标准，严格按照国家规定的医疗服务价格项目和服务内容收费。对违规收费行为查必严，严必究，究追责，切实落实惠民生政策，切实解决发生在群众身边“四风”问题,缓解群众看病贵的问题。

**医保监测预警工作总结8**

\*\*医院20xx年度医疗保险定点服务单位年度总结 一年来，在\*\*市医保局的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊的参保人员更好地享受基本医疗保险，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定的成绩。

一年来，我院始终坚持按照《\*\*市城镇职工基本医疗保险办法》、《\*\*市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《\*\*市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

一、高度重视、加强管理、严格遵守有关法律法规

我院自建院以来，一直提倡优质服务，方便参保人员就医；严格执行医疗机构管理条例及各项医保法律法规，以救死扶伤、防病治病、为公民的健康服务为宗旨在醒目位置悬挂医疗保险定点标识牌；在医疗保险局的正确领导及指导下就，建立健全了各项规章制度及组织机构，成立了以\*\*\*为组长、\*\*\*为副组长的领导小组，并指定\*\*\*为专职管理人员；同时建立了与基本医疗保险管理制度相适应的医院内部管理制度和措施；如基本医疗保险转诊制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊制度；公布投诉电话15900000000、医保就医流程和各项收费标准，并在年初做好年度计划和年终做好年度工作总结；高度重视上级领导部门组织的各项医保会议，做到不缺席、不迟到、早退，认真对待医保局布置的各项任务，并按时报送各项数据、报表。

二、医疗服务价格及药品价格方面

一是入院方面，严格对入院人员进行仔细的身份验证，坚决杜绝冒名顶替现象，住院期间主动核实是否存在挂床住院现象，做到发现一起制止一起。二是针对病情，做出合理的诊疗方案，充分为患者考虑，不延长或缩短患者的住院时间，不分解服务次数，不分解收费，出院带药按照规定剂量执行。三是在特殊检查治疗方面，我院要求医生要针对不同病人的不同病情，做出合理的诊疗方案，如有需要进行特殊检查治疗，需认真、仔细、真实填写申请单，并严格按照程序办理。不得出现违规和乱收费现象。四是对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单。严格执行药品目录的规定范围不擅自扩大或缩小药品的.使用范围，对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目，事先要征求参保人员同意。

三、履行医疗保险定点服务协议及缴纳养老、医疗、工伤保险情况

我院在日常管理方面，一直本着对患者提供优质的服务为宗旨，方便参保人员和患者就医；平时严格执行诊疗护理常规，认真落实首诊医师责任制度及各项责任制度，强调病历诊断记录完整，对医生开出的处方和病历有专职人员进行整理归档；定期组织医生进行业务和职业道德培训，做到对病人负责从病人角度出发，不滥检查、滥用药，针对病人病情，进行合理检查治疗、合理用药；对就诊人员进行仔细的身份验证，杜绝冒名顶替就诊现象；对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并对病人提供费用明细清单。严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。在参保人员住院

治疗方面，一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程，认真落实首诊医师责任制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难危重病历讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度。完善医疗质量管理控制体系。二是各种单据填写完整、清楚、真实、准确，医嘱及各项检查、收费记录完整、清楚无涂改，并向病人提供住院费用清单，认真执行自愿项目告知制度，做到不强迫。三是严格按照医疗保险标准，将个人负担费用严格控制在30%以内，超医保范围的费用严格控制在15%内。

同时也关注本院职工的医疗保险情况，按时按量给本院职工缴纳养老、医疗及各种保险，从未发生拖欠情况。

在这一年的工作中，我院取得了优异的成绩，但是也存在不少问题。在今后的工作中，需要严把关，认真总结总结工作经验，不断完善各项制度，认真处理好机制与服务的关系，规范各项流程，努力更多更好地为患者及参保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展做出贡献

20xx年4月16日

**医保监测预警工作总结9**

为扎实推进我市承担的全国医疗保障基金（以下简称医保基金）监管方式创新试点工作，通过创新监管机制，完善监管方式，强化源头管控，补齐监管短板，进一步提升全市医保治理能力，根据《\_社会保险法》和\_中央、\_《关于深化医疗保障制度改革的意见》等有关法律法规和政策，结合我市实际，制定如下六项措施。

（一）建立医保基金监管联席会议制度。市级医保基金监管联席会议召集人由市人民政府分管医保工作的副市长担任，成员由市医保局、市卫健委、市市场\_、市公安局、市财政局、市审计局、市税务局等单位分管负责人组成。联席会议每半年至少召开一次，会议研究全市医保基金监管工作中的重大问题，研判监管形势，制定监管具体措施，部署开展联合检查、专项检查等。各县（区、市）要比照建立医保基金监管联席会议制度。

（二）落实总额预算管理。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，由市医保局负责编制全市医保基金预算方案和总控指标。各县（区、市）制定二级预算，将预算指标细化分解到本行政区内的定点医疗机构和定点零售药店（以下简称两定机构）。强化预算刚性约束，各单位不得随意调整预算指标。

（三）加强履约情况考核。按照分级管理原则，市县两级医保部门负责对两定机构履行医保服务协议情况进行监督考核。每月对就诊人员数量、次均费用增幅、医保基金支出总额排名前3位的两定机构及内部科室进行重点审核；每半年对两定机构进行一次考核；每年对两定机构主要负责人和医保专管人员进行医保政策及法规培训，同步开展警示教育，增强两定机构履约意识。加强考核结果运用，年度考核结果与总额预算年度资金清算、次年指标挂钩。

（四）实施基金运行风险预警。市医保局每季度根据医保基金运行情况发布风险预警。各县（区、市）每月要对两定机构费用总额、住院人次、不同人群住院次均费用、慢性病门诊费用等重点指标进行监控，对超序时支出进度的及时进行预警。依据医保基金总额预算管理规定和服务协议约定，对无正当理由超序时支出进度5%的两定机构采取约谈提醒、暂缓支付，对无正当理由超序时支出进度10%的两定机构采取拒付费用、限期整改等措施。

（五）实施“双随机、一公开”监管。全面推行两定机构“双随机、一公开”监督办法。市医保局负责组建专家组，制定随机抽查事项清单，每年在全市范围开展“双随机、一公开”监管不少于2次，同时将被投诉举报较多、有严重违法违规记录的两定机构列为特殊监管对象，加大抽查概率和频次。

牵头单位：市医保局

配合单位：市卫健委、市市场\_、市财政局、

市税务局、市公安局、市审计局，

各县（区、市）人民政府

（六）规范定点医疗机构诊疗行为。定点医疗机构要完善内部管理办法，制定医疗费用内审制度，规范医务人员诊疗行为，严肃查处过度医疗行为，不合规医疗费用不得上报结算。卫健部门和定点医疗机构要严格落实《\_基本医疗卫生与健康促进法》等法律法规，对违规诊疗行为进行处罚；对医务人员违反诊疗规范，造成医保基金损失在5000元以上的，医保部门要暂停医保服务并限期整改；定点医疗机构内设科室出现乱收费、不规范诊疗等行为，造成医保基金损失在20000元以上的，暂停该科室医保支付，追究科室负责人责任，根据违规数额、情节、次数追究定点医疗机构负责人管理责任；两个以上科室发生问题的，追究定点医疗机构负责人管理责任；同一区域多个医院发生违规医疗行为，造成医保基金损失的，追究相关监管部门和监管人员责任。

定点医疗机构收治贫困人口住院时，要精准把握“基本医疗有保障”的基本要求和核心指标，优先选择医保支付范围内安全有效、经济适宜的药品和诊疗项目，原则上同一科室建档立卡贫困人口住院次均费用不得高于普通城乡居民，不合理费用医保基金一律不予支付。

（七）规范定点零售药店经营行为。定点零售药店要增强自律意识，完整准确记录药品进销存情况，如实上传参保人员购药明细。市医保局对串通参保人员采取以药易药、以药易物、社保卡套现等手段，导致医保基金流失的定点零售药店，要根据违规数额、情节、次数从严从重处理，屡查屡犯的，解除医保服务协议，三年内不再纳入医保定点零售药店范围。

（八）规范异地就医管理。定点医疗机构要落实分级诊疗规定，引导参保人员合理有序就医，按照转外就医病种及条件，严把转院指征，实行按需转诊、分类转诊。对放宽转院条件发生的医疗费用由转诊医疗机构承担。对未按规定办理转院备案手续自行转往市外就医的住院费用，报销比例在本市相应支付比例的基础上再降低20个百分点。

（九）加强慢性病门诊管理。完善慢性病准入、退出标准，实行动态管理。规范慢性病药品、门诊复查费的医保支付范围，推行慢性病长期处方办法，提高基层医疗机构慢性病药品配备率，优先使用基本药品和带量采购药品，引导参保人员到基层医疗机构就医，提高医保基金使用效率。

牵头单位：市卫健委、市市场\_、市医保局

配合单位：各县（区、市）人民政府

（十）开展联合执法检查。市县两级要建立医保、卫健、市场监管等部门组成的联合执法机制，每年针对两定机构至少开展一次联合检查，对过度医疗、收费不规范等造成医保基金不合理支出的行为，实施联合惩戒，并将检查情况报同级人民政府和上级主管部门。市级联合检查组负责市属定点医疗机构的联合执法检查，并对各县（区、市）进行抽检。各县（区、市）联合检查组原则上要做到对本辖区内两定机构检查全覆盖。

（十一）推行末位淘汰制。各县（区、市）依据两定机构年度考核排名定点零售药店按3%比例、定点医疗机构按1～3家予以末位淘汰，下一年度不再签订医保定点服务协议。

（十二）量化违规处罚标准。市县两级医保局对两定机构的违规行为，按照违规金额扣除违约金。违规金额在5000元以下的，按2倍扣除违约金；违规金额在5000元（含）以上10000元以下的，按3倍扣除违约金；违规金额在10000元（含）以上20000元以下的，按4倍扣除违约金；违规金额在20000元（含）以上的，按5倍数额扣除违约金。

**医保监测预警工作总结10**

20\_\_年，注定是一个不平凡的一年。在局领导的正确领导下，在同事的帮助及支持下，我以“服从领导、团结同志、认真学习、提高自我、勤奋工作、履行职责”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况总结如下：

努力学习，提高素质，为做好本职工作打下基础。我不断加强政治思想学习，深刻领会其科学内涵，对党的方针、政策，提高了党性。坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。在不断提高政治思想素质的同时，我还加强学习业务知识，提高业务水平，认真学习各项保险政策法规和规章制度，阅读有关保险内容的报刊书籍，增强自身业务能力，熟练掌握工作业务流程每个环节，经过不懈努力，我积累了一定的工作经验，政治业务素质得到了全面提高。

爱岗敬业，扎实工作，全心全意为参保对象提供服务。在居民医保科工作期间，我积极参与居民医保付费总额控制工作，协助科长完成居民医保清算核对工作，认真热情接待来信来访，提供相关咨询服务。负责全县20个定点医疗机构的费用审核和监管工作，以饱满工作热情投入到局里组织的各项专项检查和交叉检查工作，为守护基金安全作出自己应有的贡献。

扎实投身党的群众路线教育实践活动。我积极参与每一次集中学习，做到不缺席，不迟到，不早退。围绕“四风”，对照《党章》，认真查找自身存在的问题，找准问题产生的根源，梳理列出问题清单，并逐条逐项予以整改，着力坚持。

回顾一年来的工作，我在思想上、学习上、工作上都取得了很大的进步，成长了不少，但也清醒地认识到自己的不足之处，首先，在理论学习上远不够深入，尤其是将理论运用到实际工作中去的能力还比较欠缺;其次，在工作上，经验尚浅，情况了解不细，给工作带来一定的影响，也不利于尽快成长。

在以后的工作中，我一定会扬长避短，克服不足、认真学习、发奋工作、积极进取、尽快成长，努力完成好各项工作。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找