

# 医保监管工作报告总结 医保监管条例意见稿

报告是指向上级机关汇报本单位、本部门、本地区工作情况、做法、经验以及问题的报告，那么报告应该怎么制定才合适呢？下面是小编给大家带来的报告的范文模板，希望能够帮到你哟！

## 医保监管工作报告总结 医保监管条例意见稿篇一

为加强医疗保障（以下简称医保）基金监管工作，严厉打击欺诈骗保违法犯罪行为，根据《xxx社会保险法》《杭州市基本医疗保险违规行为处理办法》等法律和规章，经市政府同意，现就进一步加强全市医保基金监管工作提出如下意见。

自医保制度建立以来，我市医保基金运行总体较为平稳，但在经济存在下行压力、群众医疗需求呈刚性增长趋势的背景下，医保基金的安全、可持续运行问题不容忽视。当前，仍有部分定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）存在过度医疗、收费不规范甚至提供虚假医疗服务等欺诈骗保行为，必须进一步强化医保基金监管工作，这既是重要的民生保障问题，更是重要的政治责任，各级政府及相关部门一定要充分认识强化医保基金监管的重要性，切实增强责任感和紧迫感，积极采取有效措施打击、遏制欺诈骗保行为，确保医保基金安全、高效、可持续运行。

### （一）规范协议管理，增强履约意识。

1. 加强协议管理。各地医保经办机构（以下简称经办机构）要加强与定点医药机构基本医疗保险服务协议（以下简称协议）的谈判，细化协议管理内容，积极推进协议管理记分制，加强对协议执行情况的检查，对违反协议内容的定点医药机构按规定进行记分，并按照所记分值给予责令整改、通报批

评、暂停协议、解除协议等处理。进一步加强对定点医药机构医疗费用的分析，发现费用不合理增长的，应及时通过补充协议等形式明确双方费用管控的权利义务。

2. 充分发挥检查考核的导向作用。经办机构应结合协议内容，制定考核办法，明确考核要求，并按自然年度对定点医药机构履行协议情况实施检查考核。强化年度检查考核的奖惩激励机制，将日常协议管理记分换算成年度考核扣分；对年度考核检查考核不合格的定点医药机构，经办机构可按照协议约定不再续签协议，对连续两年检查考核不合格的，解除协议。

3. 建立医保年度检查考核评定机制。将定点医药机构申拨金额、预拨比例、预算额度指标与医保年度检查考核评定相结合，对医保年度检查考核为基本合格或不合格等次的定点医药机构，经办机构按照年度检查考核规定对其当年度医疗费按月未拨付金额部分不予支付或全部不予支付，同时按规定调整次年度医疗费按月预拨比例、次年度预算额度指标和次年度年终考核清算的超支分担比例。将医保年度检查考核纳入卫生健康部门对公立医疗机构的综合目标考核内容。

4. 深化医保支付方式改革。加快推进在总额预算管理下的drugs（疾病诊断相关分组）点数法付费、按床日付费、按人头付费和按项目付费等相结合的多元复合式支付方式改革探索。对住院医疗服务，主要按drugs点数法付费；对长期、慢性病住院医疗服务，逐步推行按床日付费；对门诊医疗服务，探索结合家庭医生签约服务，实行按人头付费；探索符合中医药服务特点的支付方式。

5. 加强医保医师协议管理。进一步明确医保医师的责任和义务，定点医疗机构要建立健全医保医师管理激励和约束机制，将医保医师执行医疗保险政策、履行服务协议、提供医疗服务的质量及参保人员评价满意度等情况，与其年度考核、工资待遇、职务职称晋升等挂钩。对违反协议约定的医保医师，按规定进行扣分并给予相应处理，对严重违反协议约定的医

保医师，医保部门与其解除医保医师协议，相关行业协会可按照章程规定要求其退出行业协会。

## （二）坚持问题导向，突出精准发力。

1. 强化药品支付管理，坚决遏制药品价格虚高问题。严格执行医保支付标准规定，不断扩大政策覆盖面，积极推进药品耗材招标改革，加强非招标药品和中药饮片的支付管理，参照同类招标药品中标价或市场公允价格，可以协议的形式约定非招标药品的支付限额。定点医药机构必须坚持合理治疗、合理用药，为参保人员优先推荐使用质优价廉的药品耗材。医保、卫生健康、市场监管等部门要加强监督检查，对不合理用药、超量用药、不合理使用高价药的情形按规定予以查处，追回医保基金。对价格秩序混乱的中成药、部分西药、耗材等开展专项整治，坚决打击有组织的串联抬价、回扣及减免自理自付费用等违规行为。

2. 加强规定病种门诊和慢性病管理。完善规定病种门诊备案信息管理，及时更新病情等信息，建立健全退出管理标准。加强规定病种门诊结算管理，公立医院、社区卫生服务中心要积极承担规定病种门诊、慢性病的医疗服务，不断改善服务质量，保障用药需求。经办机构要根据患者数量，合理布局定点医疗机构，对新定点医疗机构严格按照协议约定条件开通规定病种门诊结算功能，对定点医疗机构查实有违约行为的，按协议约定取消规定病种门诊结算功能。职能部门要加强对规定病种门诊、慢性病患者的服务、引导和管理，规范其就医购药行为，引导其就近就医购药；对以不正当利益诱导规定病种门诊、慢性病患者配取大量辅助性药品的行为进行严厉打击。

3. 规范医养结合机构，坚决打击以医代养行为。严格区分医和养的界限，促进医养结合机构健康发展，严格把握住院人员出入院指征；严格规范医养结合机构的收费管理，不得将养老费用串换成医疗费用；不得分解收费、重复收费、多收

费；不得减免应由个人承担的自理自付费用或按定额包干形式收费。严格规范诊疗用药行为，医养结合机构必须为参保人员提供合理用药、合理检查、合理治疗，不得利用中途结算政策在办理出入院手续后进行重复检查，不得不顾病情诊断直接开具套餐式的检查或康复项目。

### （三）强化监督执法，严查欺诈骗保。

1. 加大违规行为查处力度。针对不同监管对象，聚焦重点，分类打击，对应施策。对二级及以上医疗机构，重点查处分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费、不合理诊疗等行为；对基层医疗机构，重点查处串换药品、耗材和诊疗项目等行为；对其他社会办医疗机构，重点查处诱导参保人员住院，虚构医疗服务、过度医疗等行为；对定点零售药店，重点查处空刷盗刷医保卡、串换药品、虚假小额结算等行为；对参保人员，重点查处伪造虚假票据报销、冒名就医等行为；对经办机构加强监督检查，重点查处内审制度不健全、基金稽核不全面、履约检查不到位、违规办理医保待遇、违规支付医保费用以及内部人员监守自盗、内外勾结等行为。

2. 加强对违法违规行为的处罚。对参保人员、定点医药机构、经办机构查实有骗保行为的，由医保行政部门责令退回骗取的医保基金，处骗取医保金额2倍以上5倍以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。对公职人员涉嫌医保违规行为的，将有关线索移送纪委监委（监委），查实后根据相关法律法规进行严肃处理，同时有关部门应按照《行政机关公务员处分条例》和《事业单位工作人员处分暂行规定》等规定，对其作出相应的处分决定。

3. 形成多层次的监管体系。建立和完善“双随机、一公开”检查、专项检查、飞行检查、重点检查等相结合的多层次监管体系，争取用3年时间完成定点医药机构检查全覆盖。通过购买服务的方式，借助信息技术服务公司、商业保险机构和会计师事务所等第三方力量参与基金监管工作，提升医保基

金监管的专业性和精确性。

4. 认真落实举报奖励制度。继续聘用医保监督员，促进群众和社会各方积极参与监督管理，发动社会力量共同监督。畅通举报投诉渠道，各地财政要按有关规定落实举报奖励资金，对举报相关人员、组织涉嫌骗取医保基金（资金）的行为，经查实后由各地医保部门按规定给予最高不超过10万元的奖励。

#### （四）优化智慧监管，推进实时监控。

1. 不断完善智能审核监管系统。建立健全医保智能审核监管系统，对医疗服务进行实时全过程监管，多维度分析医疗服务行为和医疗费用情况，实现对医疗服务行为的事前提醒、事中监控预警和事后责任追溯。重点加强对规定病种门诊、慢性病、大额住院等医疗服务情况的监管。

## 医保监管工作报告总结 医保监管条例意见稿篇二

一、 加强管理，完善各项工作制度 根据上级的部署，成立了城镇职工、居民医保管理小组， 并指定专职人员负责城镇职工、居民医保的有关工作，进一步完善落实城镇职工、居民医保各项工作制度，明确人员职责。经过整改，提高了工作人员的工作能力和办事效率。

金使用情况的透明度，我院对城镇职工、居民医疗补偿情况统计后列表进行公示，自觉接受社会和群众监督，加大了参与群众对 城镇职工、居民医疗基金使用情况的知情权和参与权。

三、规范医疗行为，诊疗过程中做到了合理检查、合理用药、合理治疗。无私收费、乱收费、无乱延长住院天数、 无收治不符合住院病人、无制造假病历现象。

四、建立了健全的财务管理制度，实行收支分离，做到管钱不管账，管账不管钱，每月定期、及时、准确向医保中心报账，报表真实、可靠、无弄虚作假现象，无违规套取医保中心资金现象，同时根据上级要求，及时向社会公示参合人员补偿情况，并建立咨询、投诉及举报电话。

五、存在问题：

- 1、入住病人的病历有个别医生未及时完成。
- 2、少数病人出院后未及时报账。
- 3、个别病历的病人信息，自费药品知情同意书、医保患者入院须知、患者身份确认表等签字不够完善。

## 医保监管工作报告总结 医保监管条例意见稿篇三

签发人：

xx 卫生计生监督所 关于 2017 年度自查总结的报告

生监督工作指标。

一、建立健全我所各项管理制度，工作安排有计划，工作促进有措施，工作完成有总结；及时完成公文管理、档案管理、财务管理。公文管理做到及时、认真、规范处理各类公文，来文阅办及时，行文准确规范。档案管理，做到资料收集全面、归档整齐、分类合理、存放有序。

二、2017 年度我所共完成卫生计生监督检查

元（简易程序 7 件，一般程序 28 件），执法文书书写规范，执法行为合理合规，案件及时录入，执法质量有所提高。

三、我所根据重庆市 2017 年综合监督专项检查行动实施方案要求，顺利开展了医疗机构依法执业、医疗机构医疗废物、学校卫生(春秋季节传染病、双考)等 3 项专项监督检查行动，并按要求及时上报了监督检查结果。

血、计划生育等单位资料；按时（每月 3 日前）收集乡镇卫生院协管信息，汇总协管巡回资料，上报月报表，按时汇总上报协管季度、年度报表；按时报送饮用水、学校、非法行医、非法采供血、职业病诊治、食品安全信息报告表（村、乡镇卫生院为月报表）；2017 我所开展卫生计生法律法规和协管服务工作宣传 8 次，每个场镇都有固定宣传栏；每季度开展卫生监督巡查，以乡镇为单位管理资料并归档，及时准确将监督检查资料录入国家系统，查处违法行为；认真督促公共场所、集中式供水单位办理卫生许可证和从业人员健康证，并建立卫生档案；认真组织对辖区医务人员、个体诊所、村卫生室乡村医生和公共场所、学校、协管信息员进行相关法律法规、专业技术培训，开展医疗卫生和卫生监督协管服务培训 8 次。通过这些努力，我所辖区内卫生监督协管工作水平得到进一步提高。

五、建立健全我所内部管理规章制度，强化内部工作管理，有岗位职责、责任追究制、工作纪律管理制度以及考勤记录等；认真开展投诉举报调查处理，有投诉举报处理记录，并按时向投诉举报人反馈调查处理结果；坚持严格、公正、文明执法，切实提高服务满意度水平，树立良好卫生计生监督执法形象；全年完成上报各类卫生信息 10 篇，发表了 9 篇；做好专项稽查工作，制定专项工作实施方案及总结，顺利完成专项稽查任务。

件，处罚金额

元罚款，并责令其限期改正。

（二）卫生计生监督协管培训和宣传力度进一步加大。2017

年 4 月、5 月分别在辖区内四个场镇设立咨询台、发放宣传手册的形式对各专业进行了全覆盖的宣传，有效的普及了辖区内人民群众对卫生协管知识的全了解。2017 年 4 月、5 月、10 月分别在 x 中心卫生院□x 镇卫生院□x 镇卫生院□x 镇卫生院对卫生协管员和信息员进行了《医疗机构管理条例》、卫生协管报表填写说明的系统培训，促使各协管员和信息员能全面掌握卫生协管各方面的知识。

### 三、2018 工作思路

一、加强学习，提高全所卫生监督员的法律素质、政治素质和专业技术能力。完善内部管理制度，加强着装风纪、劳动纪律、学习制度建设，实现单位管理制度化、规范化和科学化。

无证行医、超范围执业和违法发布医疗广告的查处力度。

三、认真贯彻执行娱乐场所、美容美发等公共场所卫生监督检查；加强农村饮用水卫生监督监测工作的督查和指导，进一步规范学校卫生及传染病防治管理工作，促进学校卫生规范化管理。

2018 年 1 月 26 日

抄送：垫江县卫生和计划生育委员会

## 医保监管工作报告总结 医保监管条例意见稿篇四

兼顾新厦、主楼，全院一盘棋，尤其在新厦抓操作规范，实现输液反应“零”突破；抓查对制度，配合股份制管理模式，抓护理质量和优秀服务，合理使用护工，保证患者基础护理到位率；强调病区环境管理，彻底杜绝了针灸科环境脏、乱、差，尿垫至处晾晒的问题。从业务技能、管理理论等方面强化新厦年轻护士长的培训，使她们尽快成熟，成为管理骨干。

加大对外宣传力度，通过健康教育、事迹报告会、作品展示会等形式表现护士的辛勤工作和爱心奉献。注重在职职工继续教育，举办院级讲座；开办新分配职工、新调入职工中医基础知识培训班；完成护理人员年度理论及操作考核，抓护士素质教育方面开展“尊重生命、关爱患者”教育，倡导多项捐赠活动，向血液科、心外科等患者献爱心。

迎接年度质控大检查，我院护理各项工作成绩达标。个人在自我建设方面：今年荣获“优秀护理工作者”称号；通过考察学习，带回来一些先进的管理经验，并积极总结临床经验。为了改善村卫生所的基础设施，反复奔走，在乡镇卫生院和村委会的支持下，通过卫生院支持一点、村委会支持一点、自己拿一点的办法，修建了卫生所，彻底改善了村民的就医环境。

发挥了乡村医生的模范带头作用，深入农民家中，反复解释，并为几家贫困户捐助了合作医疗基金，促进了合作医疗的发展。作为护理部主任，我特别注重自己的廉洁自律性，吃苦在前、享受在后，带病坚持工作，亲自带领科护士长、护士长巡查各岗；努力提高自己的思想认识，积极参与护理支部建设。

作为一个普普通通的乡村医生，在乡村医疗这个有限的空间里，默默奉献、任劳任怨、辛勤耕耘、艰苦创业，在自己平凡的岗位上做出应有的贡献。

## **医保监管工作报告总结 医保监管条例意见稿篇五**

根据《省医疗保障局关于做好20xx年医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔20xx〕16号）和《市医疗保障局关于做好20xx年医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔20xx〕15号）要求，决定在全区范围内组织开展20xx年医疗保障基金监管专项治理工作，特制定本工作方案。

以新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持监督检查全覆盖与抓重点补短板相结合、自查自纠与抽查复查相结合、强化外部监管与加强内控管理相结合，坚持目标牵引、问题导向，以20xx年全省定点医药机构自查自纠以及全省飞行检查发现的问题为重点，开展集中治理，严肃查处医保经办机构和定点医药机构（以下简称“两类机构”）内外勾结骗取医保基金等各类欺诈骗保行为，追回医保基金损失，保障医保基金安全；进一步强化管理，规范完善医保经办机构内控制度，规范引导医药机构诊疗服务与收费行为，不断建立健全医保基金监督管理长效机制。

两类机构医保违法违规行为。其中，医保经办机构包含承担基本医保和城乡居民大病保险、意外伤害保险经办服务的商业保险公司。

（一）医保经办机构治理重点（详见附件1）。在医保系统范围内开展公职人员在医药机构定点、协议管理、结算、监管等环节的违规行为自查自纠工作；重点治理内审制度不健全、基金稽核不全面、履约检查不到位、违规办理医保待遇、违规支付医保费用、虚假参保缴费、违规拖欠医保费用，以及内部人员“监守自盗”、“内外勾结”等行为。

（二）定点医疗机构治理重点（详见附件2）。重点治理内外勾结欺诈骗保、挂床住院、诱导住院（过度医疗保障），虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、违规收费、串换项目收费、不合理诊疗以及其他违法违规行为。

（三）定点零售药店治理重点（详见附件3）。药品管理不规范，信息系统不完善，信息数据不准确、盗刷、代刷医保卡、违规销售药品、执业药师不在岗、串换药品、药品价格管理不规范、医疗器械销售管理不规范、销售食品和非药品以及其他违法违规行为。

成立区医疗保障基金监管专项治理工作领导小组，局长任组

长，副局长、副局长任副组长，其他相关业务股室人员为成员，领导小组负责统一部署医保经办机构及两类定点机构医保违法违规专项治理工作，研究解决专项治理工作中的重大问题。领导小组下设办公室，设在区医疗保障局基金监管股，负责制定专项治理工作方案并组织实施，对全区专项治理工作进展督导检查，收集总结汇报工作情况等。

全区医疗保障基金监管专项治理工作开展时间为20xx年5-10月，分为3个实施阶段。

### （一）自查自纠阶段（5月-6月）

5月30日前，完成部署发动工作。结合实际制定工作方案，明确自查自纠问题清单，明确专项治理重点。工作方案报市医疗保障局备案。6月中旬前，全面组织两类机构开展完成自查自纠工作（自查自纠相关数据的起止时间为20xx年1月1日至20xx年5月31日）。两类机构要严格对照问题清单，全面梳理、自查整改存在的相关问题。医保经办机构要严格落实省医保经办机构内部控制办法，加强内部管理与监督，防范和化解基金运行风险。定点医药机构要全面梳理自查违法违规使用医保资金行为，主动退回涉及违规资金，剖析违规原因，明确整改措施、完成时限和责任人，形成书面报告报医疗保障部门，并作出不再违法的书面承诺（承诺书范本见附件4、附件5）。

### （二）检查复核阶段（7月-9月）

严格落实医保基金监管监督检查全覆盖工作要求，对责任范围内两类机构的自查自纠情况逐一开展检查复核，确保检查复核无遗漏。将20xx年打击欺诈骗保专项治理及全省飞检发现问题的整改落实情况列为检查复核的重点内容。对检查复核发现自查自纠不到位，仍然存在欺诈骗保、违法违规使用医保资金行为的，依法从严顶格处理，并公开曝光。

### （三）总结整改阶段（9月-10月）

专项工作领导小组根据工作开展情况，认真进行总结，举一反三，查找漏洞，健全制度，并督促两类机构认真整改到位，迎接省、市对我区专项治理工作的复核验收。

（一）高度重视，精心组织。打击欺诈骗保，维护医保基金安全是医疗保障部门一项长期的重要工作。局机关各股室、医疗保障事务中心、各定点医药机构要进一步统一思想，提高认识，增强使命感、紧迫感和责任感。要紧密联动纪委监委、卫生健康、公安、市场监管等部门，形成部门合力，统筹推进医疗保障基金监管的协调指导和重大案件查处等工作。要认真部署，精心组织，周密安排，层层落实，切实保障专项治理工作顺利开展，取得实效。