

最新乡镇医保基金监管工作总结实用

总结是对某种工作实施结果的总鉴定和总结论，是对以往工作实践的一种理性认识。怎样写总结才更能起到其作用呢？总结应该怎么写呢？下面是小编带来的优秀总结范文，希望大家能够喜欢！

最新乡镇医保基金监管工作总结实用篇一

为进一步推进我院的医保审计问题整改和规范诊疗行为，树立“以病人为中心”的服务理念和为人民服务的宗旨，加强医保政策的管理和规范医保资金的使用，改善服务态度，提高医疗质量，确保医疗安全，重点解决群众反映强烈的热点和难点问题、检查组对我院医保基金使用情况进行现场抽查，实事求是地指出了工作中存在的主要问题和不足，对我们进一步理清工作思路，明确工作重点，全面改进和做好今后医保基金规范管理各项工作，具有十分重要的指导意义。

1、加强组织领导。成立了由院长虚拟庄甄为组长，科室主要领导为成员的整改工作领导小组，为整改工作提供强有力的组织保障和人力保障。同时成立医院医疗收费管理工作领导小组，加强和规范医疗服务收费管理工作，指导、检查和监督医院各科室医疗收费工作。

2、制定整改方案。检查组反馈意见后，按照检查组要求，制定了《医院关于落实医保基金监管专项检查整改工作的通知》，并将整改任务落实到各个科室，明确了整改措施、责任领导、责任科室，限定了整改期限。

3、推动整改进度。领导小组加强对整改工作的统筹协调和督促检查，召开专题会议对整改工作的推进情况进行协调、督促，深入推进整改工作的落实。会上，对整改措施一项一项狠抓落实，对整改的每个问题一条一条进行梳理，全力推动整改工作。

- 1、末梢血糖测定应对应为葡萄糖测定(血糖仪)。
- 2、十二导联心电图检查已包含长二导联项目,不再收取附加导联费用。
- 3、加强对限制性使用范围药品的管理,如注射用兰索拉唑、长春西汀注射液、注射用艾司奥美拉唑钠、马来酸桂哌齐特注射液等医保限制用药比对为非医保;对临床确实符合医保限制范围用药的,经向医务科或医保办申请同意后,方可以医保的方式支付。
- 4、心脏彩色多普勒超声已包含普通心脏 m 型超声检查、普通二维超声心动图,不再另行收费。
- 5、全身麻醉的费用项目内涵包括气管插管,不再收取气管插管术的费用。
- 6、心电监测费用包含心电电极片,不再另行收取心电电极片的费用。
- 7、停止收取无创心功能监测费用。
- 8、非重症监护患者不再收取一次性血氧探头,麻醉恢复室监护不再收取一次性血氧探头。
- 9、脑功能检查、面神经功能主观检查属于神经系统体检,已包含在住院诊查费中,不再另行收费。
- 10、收取全身麻醉的条件下不再收取一次性全麻包。
- 11、康复科医嘱开普通针刺、电针、穴位贴敷治疗、拔罐疗法等,病程记录中要明确具体穴位已整改到位。
- 12、化验单上列明检验方法,已整改到位。

13、超声刀辅助操作收费已包含超声刀材料费,不再收取超声刀材料费。

14、加强手术病人传染病筛查,及时出具报告,确保收费合理合规。

15、对医嘱开检查单与报告单的一致性工作再次进行强调,并列入今年医疗质量安全检查重点工作。

16、对照《市医疗机构医疗服务价格项目及市公立医院医疗服务价格》文件,对 ct 检查计价部位收费进行逐一排查,合理规范收费标准。

在上级医保部门的正确领导下,把整改任务融入日常工作之中,立足长远,举一反三,不断巩固整改成果,善始善终把整改工作抓好做实,以实实在在的整改成效推进医保各项工作。

1、进一步抓整改到位。坚持目标不变、力度不减,对检查整改工作紧抓不放。对已基本完成的整改任务,适时组织“回头看”,巩固整改成效;对已初见成效的整改工作,要长期坚持,紧盯不放;对正在整改的工作,要按照检查组要求,积极抓紧整改。

2、进一步抓合力攻坚。严格执行整改方案,按照责任分工落实整改工作责任,加强整改工作的横向沟通和纵向协调,强化相关责任科室沟通协作,形成合力,发挥作用。涉及到全院多科室的问题,调动多科室人员积极配合,主动协调做好工作。强化整改工作的督促检查,严格落实整改工作台账,扎实推进整改工作有效完成。

3、进一步抓建章立制。坚持立足长远、举一反三,针对检查反馈的问题和意见,进一步强化权力制约和制度的规范,建立长效工作机制,坚持用制度管权、管事、管人、管物,巩

固整改工作成果，从源头上防止和杜绝各类违纪违规现象发生，进一步促进医疗事业持续健康发展。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

最新乡镇医保基金监管工作总结实用篇二

元。因医院管理制度不完善，监管落实不到位，没有经常性盘点记录和报损记录，导致耗材出现购销存差。

2、本院科室不存在对外承包，没有外来设备投入及利益输送等违规行为。

虽然有请假条，但发现基本为了应付检查所写，请假手续不完善，请假理由不充分。

元。未发现套高项目计费情况的发生。

8 元，我院 6-10 月份自查多录医嘱多计费现象涉及金额为

6、经贵局检查的 1-3 月份分解收费涉及金额为

元，我院自查 4-10 月份无分解收费现象。

元。

8、目前暂未发现发现物价不允许收费的项目、材料让患者到门诊自费的情况。

9、医院确实存在小病大治的情况，将门诊能治疗的疾病，

收治入院情况，2019年1月31日，患者

，男，38岁，医疗证号：

因腱鞘囊肿收外科住院治疗，涉及住院总金额
元。

元（具体的扣款见已被贵局认定的涉及金额为
，以及自查涉及的金额为
元。两项合计为

元），对以上存在的问题提出以下整改措施：

1、再次组织全院员工认真学习医保服务协议的相关精神，严格按照医保服务协议的相关条款，做好各项医疗工作。

2、对发现有串换项目的事件立即纠正，虽然不是医院有意为之，但是加强相关专业知识的培训，尽力杜绝串换项目事件的发生，坚决不能把不能报销的项目替换成可以报销的项目。

3、要督促和严格要求护理人员录入相关医疗费用要严格遵照医嘱进行，杜绝多录入和虚记费用，要求护理人员加强业务学习，养成认真的工作态度。

小病大治情况的发生。

5、坚决杜绝挂床、冒名顶替住院情况的发生，医保基金是老百姓的救命钱，要杜绝欺诈骗保事件的发生。

对于此次自查，一定吸取教训，避免类似事件的发生，坦然接受贵局的批评与处理意见，严格按照医保服务协议的条款，提高自己的医疗水平及服务质量，争取实实在在、明明白白

为老百姓看医治病，为 医疗事业做出应有的贡献。

中西医结合医院 2019 年 12 月 1 日

最新乡镇医保基金监管工作总结实用篇三

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

最新乡镇医保基金监管工作总结实用篇四

试点工作。按照国家医改方案中关于探索建立城乡一体化的基本医疗保障管理制度，并逐步整合基本医疗保障经办管理资源的要求，我市在苍溪县开展了统筹城乡居民基本医疗保险的试点，打破了城乡基本医疗保险二元制度模式，实现了城乡居民基本医疗保险制度和管理“两统一”，将城镇居民医保与新农合制度合二为一，不分城乡户籍一个制度覆盖，缴费三个档次自愿选择参保，按选择的缴费档次享受相应待遇。为便于管理，将原由卫生部门主管的合管中心、民政部门的医疗救助职能整体划转劳动保障部门，实现了城乡居民经办工作归口和统一管理。苍溪县统筹城乡居民医保制度在实施不到一个月的时间，全城乡居民参保人数达73.9万人，为应参保人数的100%。城乡统筹后，城镇居民医保和新型农村合作医疗保险二合一运行过程中的矛盾和困难得到了有效解决。

2、开展建立为鼓励病人合理就医机制的探索。为建立鼓励参保病人“小病进小医院，大病进大医院”的就医机制，我市

改以往按定点医院级别确定住院医疗费用报销起付线为按定点医院人均次、日均住院费用和2次以上住院率等因素确定起伏线的办法，其服务指标越高，起付线标准越高。这项机制的建立可引导参保病员根据自身病情和经济状况选择定点医院就医，解决了过去“大医院人满为患，小医院无人问津”的现象，更加促进定点医院合理收费，提高了医疗保险基金的使用效率，市中心医院的次均住院医疗费用由年初12989元下降到年末7706元，降幅高达40.7%。

3、开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。为减轻参加城镇居民基本医疗保险人员的门诊负担，解决人民群众“看病难，看病贵”的问题，结合我市实际，积极开展城镇居民医疗保险门诊统筹试点工作。在不增加参保人员个人缴费负担的情况下，在城镇居民基本医疗保险筹资额中按照一定比例标准建立门诊统筹基金。参保人员在单次发生符合基本医疗保险报销范围的门诊医疗费用按照一定比例报销。医疗保险经办机构将参保人员门诊医疗费用按人头定额包干逐月拨付给参保人员所选择的定点医疗机构。

4、开展参保人员异地就医结算办法的探索。参保人员在本市范围内就医，出院时只结算属于本人自付的费用，其余属于统筹支付的费用，由县区医保局与定点医院按规定结算。实行这一办法，有效解决了参保人员异地就医垫钱数额大和报账周期长的问题，大大方便了广大参保人员。

5、开展关破集体企业职工基本医疗保险关系接续办法的探索。为妥善解决破产、撤销、解散城镇集体企业退休人员医疗保险问题，对有资产能够足额按省政府川府发[19xx]30号文件规定标准清偿基本医疗保险费的，按照统帐结合方式纳入城镇职工基本医疗保险；资产不能按川府发[19xx]30号文件规定标准足额清偿但又能按该文规定标准70%清偿的，可以按文件规定70%清偿后解决其住院医疗保险；没有资产清偿或虽有资产清偿但不足该文件规定标准70%清偿的，参加城镇居民医疗保险。在职人员在职工医保和居民医保中选择参保。

6、开展医疗工伤保险费用结算办法的探索。我们抓住医疗费用结算办法这个“牛鼻子”，在全市全面推行总额、指标、单病种、人头等方式相结合的复合型付费办法，增加了定点医院的责任，提高了医疗、工伤、生育保险基金的使用效率，降低了医疗、工伤、生育保险基金支付风险，使医保基金支出的增幅比收入增幅慢14个百分点。

7、积极进行工伤保险监督管理新路子的探索。今年，针对少数煤矿企业招用矽肺病人，我们出台了招用工管理办法，其中规定在企业招用工前必须进行健康体检，从源头上堵塞了漏洞，效果明显。全市经体检共查处矽肺病人近80例，仅一次性待遇减少支出180余万元。

根据省医保中心《关于开展社会保险经办机构内部控制检查评估工作意见》的具体要求，我们组织以局长为组长，纪检员、党支部书记及各科室科长为成员的内部检查评估小组，开展了针对局内各科室及各县区医保经办机构内控建设的检查评估活动。检查评估主要涉及组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内部控制的管理与监督五个方面的内容。内控检查中发现了一些管理漏洞和制度缺陷，有针对性的提出整改措施。通过检查，进一步明确和完善医保经办机构的职责，优化业务经办流程和经办管理，有效地发挥了内控检查服务决策和促进管理的作用。

三、加强职工队伍建设，提高职工服务意识

我们以“创一流”活动为载体，以建设学习型、创新型和服务型单位为整体目标，以开展学习实践科学发展观活动为重点，努力加强职工队伍建设，不断提高职工服务意识和提升服务能力。通过开展理论学习，政策业务知识学习、综合技能知识学习、到煤矿井下体验生活与企业职工交心座谈等活动，提高了职工的业务素质、创新能力和服务意识。“创一流”活动中，我们组织各科室对业务流程、工作制度及服务承诺等内容进行考核，通过建立意见箱，接受来自社会人民

群众的监督，更有力地促进了机关效能建设，实现职工队伍服务意识和参保人员满意度都提高的目标。

最新乡镇医保基金监管工作总结实用篇五

今年以来，我县的医疗保险工作在县委、县*和上级主管部门的领导下，认真贯彻落实上级有关医疗保险的文件精神，与时俱进，开拓创新，努力构筑多层次的医疗保障体系，以完善制度、扩大覆盖面为重点，以强化管理、优化服务为手段，为保障广大参保人员的医疗待遇，维护社会稳定，促进我县各项事业的全面、协调、快速发展，取得了一定的成效。

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*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。

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，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。