# 医保智能监管工作总结(合集16篇)

来源：网络 作者：深巷幽兰 更新时间：2024-07-26

*医保智能监管工作总结1(一)加强政策法规宣传，提高医务人员认识。加强对《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》和《阜南县基本医疗保险定点医药机构服务协议》的宣传，要求各协议医疗机构定期组织医务人员学习医保相关法律法规和各种政策，充分认识到医保...*

**医保智能监管工作总结1**

(一)加强政策法规宣传，提高医务人员认识。加强对《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》和《阜南县基本医疗保险定点医药机构服务协议》的宣传，要求各协议医疗机构定期组织医务人员学习医保相关法律法规和各种政策，充分认识到医保政策可持续发展的重要性，认真贯彻落实相关政策，引导全县定点医药机构规范诊疗行为，主动建立健全医药机构内部的医保基金监管制度。

(二)持续加大打击力度，深入推进专项行动。打击欺诈骗保是一项长期性的艰巨工作，县医保局将继续加大打击欺诈骗保力度。下一步将以《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和《安徽省基本医疗保险药品目录》两个目录中的项目内涵为抓手，以大数据筛查为基础，采取实地抽查、现场走访等方式对次均费用高、住院人次多、诊疗行为乱的定点医药机构的诊疗价格和药品使用规范进行重点核查，持续规范医药机构的诊疗、用药和收费行为。

(三)严格跟踪整改落实，规范诊疗服务行为。县医保局将严格跟进整改督查，督促定点医药机构对专项行动中发现的问题认真梳理，仔细分析，举一反三，深入查找本单位在医保政策执行过程中存在的其它问题，认真研究拿出整改措施，提出切实可行的管理办法，将整改措施和管理办法落到实处，以避免和杜绝重复问题的发生。

(四)巩固专项行动成果，加强监督管理工作。县医保局将以本次专项行动为契机，不断完善监督管理制度，持续强化监督管理工作，严惩违规行为，坚决遏制医保领域违法违规现象普发多发势头，当好医保基金的“守门人”，护牢保障人民健康的“救命钱”，确保医保政策得到有效落实，医保基金安全平稳健康运行。

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。

在全民医保工作启动伊始，江西省人力资源和社会保障厅、江西省财政厅、江西省教育厅联合下发赣人社字【20xx】301号文件，20xx年9月28、29日我院参加了全省高校大学生城镇医疗保险工作会议，全面启动我院大学生城镇医疗保险工作，截止11月2日，我院20xx年大学生城镇医疗保险工作信息上报结束，现就今年大学生城镇医疗保险工作总结如下：

**医保智能监管工作总结2**

为认真贯彻落实省、市、县医疗保险的各项政策，保障广大城镇职工、城镇居民和离退休干部在乡级卫生院享受到基本的医疗保险，为做好城镇职工和城镇居民医疗保险的相关管理工作，促进城镇职工医疗保险健康有序的发展。现将江口中心卫生院20xx年城镇职工医疗保险工作情况总结如下；

一、政策执行，认真贯彻落实国家、省、市、县城镇职工和城镇居民医疗保险、工伤保险、生育保险及离退休干部医疗保险的有关政策，参保患者就诊时，向参保患者宣传医疗保险的相关政策，让参保患者及时了解医疗保险的相关政策。

二、依据有关法律、法规及城镇职工和城镇居民医疗保险服务协议，为参保患者提供及时、合理、优质的医疗服务。制定相应的医保管理措施，成立医保领导小组，配有兼职人员，负责医保患者出院证、住院费用清单、医疗票据等医保的各项业务工作。在显要位置悬挂定点医疗机构标志牌，设置医疗保险宣传栏，投诉箱和投诉电话。

三、配备了与医保中心相配套的计算机信息系统，开通了医保网络专线，为保证医保信息系统的完整性和安全性，做到上传明细信息真实、完整、准确，做到与本地数据同步，按医保中心要求，及时更新药品目录、诊疗项目及各种参数表。

四、为确保医保资金的合理使用，保证持卡者的利益，参保患者住院时认真核对人、卡、证是否一致。对参保的`居民、学生、儿童刷卡、住院时，认真核对卡、身份证、户口本等有关证件，住院期间卡、证留院备查，对无卡或卡失效的参保人员不予刷卡，住院报销。

五、严格执行《湖南省非营利性医疗服务价格》及我市医保政策和收费有关规定，严格执行《湖南省基本医疗保险和工伤生育保险药品目录》及有关部门药品价格政策，严格执行医保的用药范围规定，药品费用占医疗费用不超过70％。出院带药按规定执行，一般不超过7日量。

总之，城镇职工医保已实行了好几年，由于我院的医保刷卡、住院报销启动较晚，没有专业的专职管理人员，只配有谦职人员，对信息系统的维护、使用，信息数据上传的完整性和同步性，机打票据的使用上与医保的规范管理存在差距，在今后的工作中不断加强管理，使医保工作逐步规范。

**医保智能监管工作总结3**

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。

**医保智能监管工作总结4**

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止;二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位xx个，占应参保单位的xx，参保职工xx人，占应参保人数的xx，其中在职xx人，退休xx人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金xx万元，其中单位缴费xx万元，xx个人缴费xx万元，共收缴大病统筹基金xx万元，其中单位缴纳xx万元，xx个人缴纳xx万元。

**医保智能监管工作总结5**

过去的一年，我们医保处全体人员认真学习文件精神，紧紧围绕服务宗旨，创新廉洁意识，结合我科实际情况，以优质的服务赢得患者的高度赞誉。

>一、全心全意做好本职工作

20xx年，科室共报销新农合病人4999人，报销额约543万，菏泽市职工300人，报销额约160万，菏泽市居民xx人，报销额约7600元，牡丹区职工545人，报销额约224万，牡丹区居民292人，报销额约51万，各类医保优抚126人，报销额21万。

>二、努力提高服务礼仪素养

以精心管理为手段，以精心服务为宗旨，以精湛技术为保障，以精英队伍为根本，高质量、高水平地搞好服务，让服务对象充分感受到“关注、尊重、方便、诚信、温馨”的人性化服务，始终有到家的温暖，实现由满意服务到感动服务的提升。

>三、高度重视“两好一满意”服务品牌的创立

科室深入贯彻“两好一满意”活动的各项规定，建立一系列“两好一满意”活动的文化氛围，如：

服务理念：“以患者为中心、以质量为核心”；

服务宗旨：“全心全意为患者服务”；

工作目标：精益求精、遵纪守法、爱岗敬业、团结协作、共同提高。

新的一年，我们将从以下几个方面做好工作：

>一、做好医保政策宣传

医保各项政策规定较细，报销手续相对繁琐，医保处全体人员熟练掌握报销流程，准确理解医保政策，并利用宣传页、温馨提示等向医务人员和患者做好宣传，科室人员还深入病房，在稽查病人的同时向病人及亲属宣传医保政策，使病人详细了解医保知识，及时登记报销。

>二、及时调整工作重点，狠抓内部管理。

把握好医保准入关，办理住院手续时，首诊医生必须认真核实人，证，卡是否一致，医保办人员及时核实，发现冒名顶替及挂床现象严肃处理，拒付报销费用。把握好医保统筹费用关，合理检查，合理用药，合理治疗，对出院带药，超范围检查和用药，超出费用按医院规定由科室和个人承担。对收费项目不清或将不报销项目开成报销项目的罚款到科室。

>三、充分发挥医保办在医院管理工作中的作用

发挥在医保管理中的协调作用，医保办处于“医、保、患”三方的焦点位置，一手托三家，即要维护三方利益，又要协调三方关系，医保办总是处于焦点之中，一个问题往往涉及多个方面，医保办牵头协调，理顺关系。发挥医保管理工作中监督指导作用，医保工作政策性强，医务人员在为参保病人服务时，一切医疗活动要在医保政策的范围下进行，否则就要触碰“医保高压线”、造成医保违规，医保办会定期不定期巡视督查，及时发现及时处理，做到防患于未然。方寸小世界，人生大舞台！在医保科这个小小的办公室里，我们用努力的工作实现着我们自己的人生价值，默默的为医院的发展做出我们自己的贡献！

**医保智能监管工作总结6**

20xx年4月份，我申请加入中国\_，20xx年十月成为预备党员。政治身份的转变，让我更加严格要求自己，认真学习政治理论，自觉贯彻执行党和国家的路线、方针、政策，培养自己具有全心全意为人民服务的公仆意识。同时通过日常的教育培训、政治学习使我在思想觉悟方面有了一定的进步，在学习中注意真学、真信、真懂、真用，认真书写心得体会和笔记，努力提高学习的质量；注意掌握精神实质，注意学用结合，强化了在自身工作中坚持以人为本、践行科学发展观的责任感和使命感。

**医保智能监管工作总结7**

（一）加强组织领导。制定了《阜阳市医保局政务公开实施方案》，成立了政务公开领导小组，建立健全各项制度。通过编制《阜阳市医保局信息公开指南》等一系列文件，明确政务公开的内容、形式和制度，做到工作有计划、有安排。从而确保了政务公开工作有计划的顺利开展。

（二）全面公开政务信息。市医保局网站开自今年4月份开通以来，发布政务动态信息862条，其中概况类信息更新14条，更新政务动态490条，公开目录信息372条。强化公共服务，主动做好群众关心的热点问题回应，及时回复互动平台上公众提出的各项咨询与问题，发布主动回应信息43条。加强网上互动交流，收到留言数量34条，办结34条，解读信息35条，

（三）完善政务公开程序。一是努力推进决策公开。健全行政决策程序，确定不能公开的及时做好解释说明工作。强化政务公审核制度，把能否公开、怎样公开、在什么范围公开等作为必须审核内容；对不能公开的事项说明理由，准确把握公开的内容、范围、形式、程序、时限等，推动了政务信息公开工作制度化规范化发展。二努力推进执行公开。推进重大建设项目执行情况公开，对于项目的审批结果，项目进展等信息进行公开。三是努力推进服务公开。简化优化办事程序，及时编制修订和发布办事指南，通过局门户网站公开，推进首问负责制，窗口工作人员及时引导，让办事人员能用最快的速度办好事。四是强化责任追究。对应公开而未公开的限时公开，应公开而拒不公开坚决纠正，对应公开而未公开，造成不良影响和后果的，追究有关责任人的责任。

（四）推进重点工作信息公开。结合实际，认真做好医疗保险、生育保险、医疗救助、长期护理保险改革、医疗保障信用评价、异地就医管理和费用结算制度、医疗保障关系转移接续制度、城镇职工基本医疗保险制度、城乡居民基本医疗保险和大病保险制度等政府信息的`公开，通过政府门户网站及时对外公布。

（五）推进重点民生信息公开。坚持以人民为中心的发展思想，以切实保障基本民生、推动解决重点民生问题为着力点，突出做好医疗保障领域的信息公开工作。围绕保障人民群众身体健康，加大医疗服务、药品安全、医保监管等方面信息公开力度。我局13项政务服务事项全部公开，全程在线办理政务服务事项9项，全年办件量共12411件。

（六）推进线上线下融合。进一步整合优化实体办事大厅“一站式”功能，加快实现“一个窗口”、“一次办理”。推动更多服务事项“一网通办”，积极推进信息化建设，大力发展手机app，智慧医保等缴费手段，让群众办事更明白、更便捷。

（七）加强政策解读。坚持“谁起草、谁解读”，坚持政策性文件与解读材料同步组织、同步审签、同步部署。落实信息发布主体责任，局分管领导、科室负责人要履行好重大政策“第一解读人”职责，深入解读政策背景、重点任务、后续工作考虑等，及时准确传递权威信息和政策意图。今年共发布解读信息35条。

（八）强化信息公开实效。为确保政务公开及时、准确，明确规定各科室每月上报政务信息的时限和数量，确保了网上政务信息的及时更新和充实。建立了政务公开审查制度，保证符合国家法律政策规定，保证公开内容真实有效。

**医保智能监管工作总结8**

XX年，中心全体\_员都能履行自己的职责，充分发挥职能作用，积极为我区经济建设献计献策，添砖加瓦，圆满地完成了各项工作任务。一是健全各种制度，增强服务意识，改善投资软环境，树立对外招商良好形象。我中心根据自身工作实际，相继制定了和完善了服务承诺制、限时办结制、全程代理制、首问负责制、考勤制度等，同时采取相关措施增强窗口工作人员的服务意识，杜绝吃、拿、卡、要，不断完善投资软环境，使投资者能找得到人，办得成事，且办事效率不断提高，树立起了对外招商的良好形象。二是进一步发挥中心的协调作用。我们本着热情、耐心、周到的态度，对每一个来电、来访、，网上留言都心平气和地做好解释、协调、疏导工作。对反映的问题，根据轻重缓急和有关政策进行分类处理。能及时处理的，做到矛盾不上交，事关紧要的问题及时汇报，在领导的指导下协调解决，力求让群众满意，让领导放心。

**医保智能监管工作总结9**

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每xx个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人(其中不符合十种慢性疾病种类xx人，无诊断证明或其他材料的xx人)。二是组织专家监定组对符合申报坚定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不能直接确定患有门诊特殊疾病人员，在xx月xx日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人(其中检查不合格者xx人，未参加检查者xx人)。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共xx人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从xx年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病坚定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

**医保智能监管工作总结10**

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中心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。

一年以来，在领导的悉心关怀下，在同事们的帮助下，通过自身的努力，各方面都取得了一定的进步，较好地完成了自己的本职工作。现将具体工作总结如下：

**医保智能监管工作总结11**

（一）在工作中积极性差，常常是被动的做事情，安排一件做一件，工作不够主动。

（二）在工作中，自我要求不够严格。在思想中存在着只求过得去、不求高质量的满足意识；有时自由散漫；有时对有难度的工作，有畏难情绪，拖着不办，不按时完成任务。

在今后的工作中，还需要进一步的努力，不断提高自己的综合素质，克服畏难心理，更加出色的完成好各项工作任务。

根据医保政策的调整，今年我院进一步完善和修订了医保管理制度，以适应新的政策。同时，为尽量减少工作中的失误，医保科会同核算科、财务科、质控科、医务科对医保资料实行“五堂会审”，共同核查报账材料，形成核检通报，让医务人员动态掌握相关情况，及时加以整改，以保证医保工作质量。在医保领导小组及医保科的领导下，全体医护人员遵章守法，规范运作，严格执行各项医疗保险管理法规，无违规违法操作现象。

处方、病历书写真实、准确、及时、完整，坚持合理治疗、合理检查、合理用药、因病施治；使用或施行目录外药品及诊疗项目时，能履行告知义务，征得患者及家属同意，并签订知情同意书随病历存档；无乱计费，升级收费现象；未出现分解服务次数和分解收费现象；能严格掌握出入院标准，使出入院诊断符合率达xx%以上，无挂床住院，无不合理缩短或延长住院床日、无挂床住院、无冒名顶替住院等现象发生。

规范市外转诊程序，及时为符合转诊、转院条件的患者办理转诊转院手续，今年转市外就医5人，市外转诊率、药品费用、目录外自费药品均控制在政策规定范围。

为更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

因医院人员流动频繁，使新进的医护人员对医保限制用药政策熟悉程度不够，对贯彻医保政策意识还不完全到位，在医保操作的具体工作上，还存在着一些不足。

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

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中心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。

XX年是我国深化医药体制改革，实现三年目标的最后一年。上半年我县医保中心在县政府的正确领导下，在劳动保障局的精心指导下，坚持以^v^理论和“三个代表”重要思想为指导，以科学发展观为统领，积极开展创先争优活动，贯彻^v^关于深化医药卫生体制改革的有关要求，以人人享有基本医疗保障为目标，完成基本医疗保险市级统筹工作任务，不断完善城镇职工和居民医疗保险政策，推进基本医疗保险制度衔接转换，进一步提高基本医疗保险参保率和待遇水平，提高医疗保险管理服务水平。

20xx年，XX县医保局以落实\_民生工程\_为主线，以保稳定、促发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为核心，不断夯实医保各项基础工作，积极开展党的群众路线教育实践活动，大力提升经办能力，确保了全县医疗保险工作健康运行的良好态势。

**医保智能监管工作总结12**

为认真贯彻落实市纪委办、监委办《关于监督推进全市医保基金监管工作的实施方案》（以下简称《实施方案》）精神，压实医保基金监管责任，进一步推进医保基金监管方式创新试点，完善医疗保障体系，持续保持打击欺诈骗保高压态势，现将有关事项通知如下：

>一、提高认识，认真学习领会《实施方案》精神

加强医保基金监管是\_、\_和中央纪委作出的重大决策部署，是医保部门的首要政治任务，也是确保基金安全高效、合理使用，医保事业健康可持续发展的重要举措。各地、各处室和市医保中心要高度重视医保基金监管工作，迅速组织学习宣传《实施方案》精神，准确把握《实施方案》明确的目标任务、监督重点、监督措施、工作要求等内容，查找自身存在的问题和不足，制定切实可行措施加以推进。

>二、细化分解，全面落实《实施方案》任务

目前，市医保局根据各处室和市医保中心职责，对《实施方案》中涉及医保部门的目标任务进行了细化分解（贯彻落实《实施方案》任务分解表附后），明确了牵头领导、责任处室和单位、完成时限等内容。各处室和市医保中心要层层压实责任，按照职责分工，对任务进行再分解、再细化，落实到季度和月，落实到具体责任人，做到分工明确、责任清晰、推进有力，确保《实施方案》各项任务落实到位。各地要参照市医保局模式，结合本地实际，对《实施方案》任务进行分解落实。

>三、突出重点，扎实推进《实施方案》相关工作

（一）落实医保制度改革相关政策。积极推进待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药供给、医保管理服务等关键领域改革政策落实，主动回应社会关切。落实新冠肺炎疫情医保政策，开展贫困人口基本医保等方面专项督查，确保政相关策落实到位。

（二）加快推进基金监管方式创新试点。根据国家、省市部署，加速推进基金监管方式创新试点，在全市范围内推广“共管联办”模式。加强部门协作共管，定期召开医保工作联席会议，建立要情通报、联合检查、线索移交、联合惩戒等工作机制。引入第三方联办机制，有效发挥信息技术公司、商业保险机构等第三方力量，建立健全数据筛查、病历审核等合作机制，不断提升案件查处效率和行业监管水平。积极探索形成总额控制下按病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式，优化医保结算流程，提供高效便捷服务。

（三）开展打击欺诈骗保专项行动。严格按照省医保局工作部署安排和时间节点，开展定点医疗机构自查自纠，组织抽查、复查；针对二级及以上医疗机构、基层及民办医疗机构、定点零售药店、参保人员欺诈骗保的不同特点，开展突击检查、交叉互查、专项检查等，重点查处利用政策“搭便车”、冒名顶替、超标收费、擅自扩大医保范围等违纪违法行为。强化风险排查，加强源头防范，着力推进监管体制改革，织密扎牢医保基金监管的制度笼子，确保基金安全高效、合理使用。

（四）严查医保基金监管领域违纪违法问题。加大对医保经办机构和监管人员日常履职行为的监督，重点围绕医保系统内部审批、基金稽核、履约检查、招采支付等环节开展廉政风险排查，严肃查处违规审批支付、履职监管不力、执法明显失当、优亲厚友、吃拿卡要以及贪污、挪用医保基金等问题，并严格执行到位。建立线索移送机制，完善行政执法与刑事司法、纪检监察的有效衔接，对涉及欺诈骗保犯罪线索、违规违纪违法人员及时移送公安机关与纪检监察机关查处。

（五）加强医保智能监控系统应用。从3月份起推广使用“市医疗保险数据挖掘分析系统”，实现全市智能监控系统、数据、规则、维护、流程的“五统一”。结合市“金保系统”中住院率、人均住院费用、基金使用率超序时进度等关键指标，设计监控预警规则。围绕审核结算、稽核检查、行政处罚、日常监管等关键环节强化数据筛查比对，嵌入纪委监委监督模块，分类处置预警事项，加强动态监督、跟踪督办。对照全省基金智能监管平台部署推进和序时进度要求，抓好复制应用，实时动态运行。

>四、加强组织，确保基金监管工作质效

各地、各处室和市医保中心要周密安排，精心组织，采取有力措施推进《实施方案》相关工作；要及时掌握工作进展情况，分析遇到情况和问题，提出解决办法，确保相关工作按序时进度进行；要推进信用管理，建立严重违规医保信用主体“黑名单”制度，将其失信信息推送至市公共信用信息平台公布，实施失信联合惩戒；要加大典型案例曝光力度。市医保局将实行动态管理，定期通报基金监管综合排名，对基金监管综合排名靠后、基金使用率超过序时进度较多、违规处理执行不到位的县区进行提醒约谈；加强上下沟通协调，确保圆满完成工作任务。

**医保智能监管工作总结13**

1、做好20xx年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20xx年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20xx年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20xx年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

今年五月，我所医保科正式成立，工作人员相继增加到3人，自成立以来医保科工作在所党委、所领导的高度重视与大力支持下，在省、市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在全所同志的配合下，围绕紧抓落实军休干部“两个待遇”的`具体工作目标和要求，以服务全所军休干部为宗旨，团结协作共同努力，实现了我所医保工作的健康平稳运行，现就本年度的工作总结如下：

**医保智能监管工作总结14**

20xx年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

>二、认真完成工作任务

医院高度重视医保工作，使参保患者利益得到充分保障。这一年我院按照医保相关政策的要求认真工作，诚心为患者服务，圆满的完成了各项工作，20xx年我院共收住院医保患者8人次，总住院天数：113天，住院总收入元，其中药品费用：，门诊人次：139人，门诊医疗费用总计元。

>三、提高诊疗水平

树立良好的服务理念，诚信待患为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动为了能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。

我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。

院领导经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的`发生。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**医保智能监管工作总结15**

为促进养老保险政策的落实，更好地保障人民群众老有所养，提高基金使用绩效。近年来，\_、省审计厅、市县审计局高度重视养老保险基金审计，不断加大审计力度。笔者结合养老保险基金审计过程中发现的一些问题，同时提出几点建议。

>一、审计监督取得成效

（一）国家养老保险政策进一步落实。审计机关重点关注了养老保险制度运行现状、养老保险制度和政策执行、养老保险资金筹集、管理和使用以及业务管理等方面，从制度上揭示了管理使用过程中存在的突出问题，分析了问题产生的原因，发现了现行管理制度存在的薄弱环节。

（二）养老保险基金管理进一步规范。审计重点对死亡冒领养老保险待遇、服刑人员违规领取养老保险待遇、重复领取养老保险待遇、同时领取企业职工退休养老金与失业保险金、基金账务处理不规范，养老保险基金少计利息收入，审核机制执行不到位，内部稽核未充分发挥作用，业务数据、基础信息不准确、信息系统分割、不共享等问题进行了反映。从加强管理角度对基金使用中存在的问题进行分析研究，提出建议，促进主管部门及经办机构健全内控制度和审核机制，推动了养老保险基金管理的规范化、制度化。

（三）改善民生能力进一步增强。审计重点对企业职工基本养老保险参保率低、存在重复参保缴费、企业及机关事业单位欠缴养老保险费等问题进行了反映，推动出台和落实了相关制度、促进了养老保险主管部门及经办机构规范服务，有效维护了基金安全。

（四）成果运用水平进一步提升。针对审计发现的典型性、突出性问题，形成审计专报被地方党政主要领导批示，推动出台了《关于进一步规范机关事业单位人员管理的通知》《关于加强和规范社会保险基金管理工作的通知》《经办风险内部控制管理制度》等基本养老保险制度。

>二、当前养老保险工作存在的主要问题

（一）基础数据质量较差。由于部分业务经办人员责任心不强、业务水平与思想素质有待提升，导致记录、上传的数据不完整、不及时、不准确，财务数据与业务数据不一致，业务数据、基础信息不准确，身份信息错误混乱，不利于养老保险主管部门及经办部门的日常管理，大大降低了大数据审计的质量和效率，加大了查深查透部分问题的难度。

（二）共享机制未建立。一是部门之间信息不共享。由于社保机构信息系统均未与医疗保险、公安、法院、民政、税务、工商、房管及住房公积金等外部数据建立信息交换及共享机制，社保机构相互之间也未建立信息交换及共享；部门之间信息孤立，养老保险经办机构不能及时获取死亡人员信息，导致继续给死亡人员发放养老保险待遇，未及时清退已死亡人员账户余额。二是各地区信息不共享。由于目前全国全省养老保险系统相互独立，信息不共享，无法全面查实重复参保、重复领取养老金待遇、服刑人员违规领取养老金待遇等问题。

（三）养老保险政策宣传不到位。部分参保人员对养老保险政策不了解，如在户籍地缴纳了城乡居民养老保险，又同时在务工所在地单位缴纳了企业职工基本养老保险，导致出现重复参保缴费的问题，经抽查发现，这种现象较为普遍。

（四）监管审核机制未完善。养老保险基金政策性强、资金量大、覆盖面广、社会关注度高，监管难度相对较大，基金监管工作任务繁重、矛盾相对突出。如机关事业单位人员退休后，人员居住分散在全国各地，调查难度增加，准确率不高。制度执行力度不够，养老保险主管部门及经办机构未按照相关法规及内控制度要求对在职死亡退费、待遇支付、在职转退休等实行事前、事中监督管理，加之经办机构人手较少，平时极少开展日常检查和专项检查，只对违规发放、死亡冒领等疑点数据进行核实，事后核查追回。

>三、原因分析

一是部门之间缺乏沟通交流，工作衔接不到位，各自为政，存在各自打扫“门前雪”的思想，相关部门信息未共享及交换，缺少一个牵头单位，缺乏一个必要的工作连接机制，社保、居保、法院、检察院、人社、就业等各相关部门数据未及时关联比对，导致重复参保缴费、重复领取、死亡冒领、服刑人员违规领取等问题的发生。

二是管理机制不完善，内控年审制度有待加强，城乡居民养老保险人多面广，年审工作由乡镇劳动保障所负责，由于每年乡镇业务人员在年审时没有逐一认真核实，造成死亡冒领数据较多，涉及金额较大。机关事业单位退休人员由于现行制度未进行年审，退休后人员分布范围广，退休金由社保局发放，死亡后一次性抚恤金、丧葬费由人社局审批，财政局按原渠道发放至退休人员原工作单位，导致火葬、特别是土葬人员死亡冒领现象存在。

三是征收力度不力，未做到应保尽保，还存在选择性参保问题；部分干部业务素质不高，能力有待提升，工作人员未履职尽责，年审走了过场，如城乡居民养老保险年年审，年年有冒领问题。

四是养老保险政策宣传不到位，广大人民群众社会保障意识不强，老百姓只要认为钱进了自已“腰包”，不管合不合法，违规与否，主观上不愿退还，财经纪律法规意识欠缺。

>四、解决当前现实问题的对策建议

（一）针对以上问题，建议由养老保险主管部门牵头，组织相关部门对该地区养老保险基金管理使用过程中存在的问题进行一次全面清理排查，确保问题及时整改到位，并举一反三，杜绝此类问题再次发生。

（二）建议部门之间加强工作衔接，确保信息互通共享。建议由人社部门牵头制定相应管理办法，进一步健全工作机制，加大与医保、民政、法院、公安、检察院、殡仪馆、工商等部门的沟通、协调和配合力度，定期核对有关数据，堵塞工作上的漏洞。

（三）建议政府及时筹集资金，归垫挤占拖欠的养老保险资金；政府及相关职能部门加大社保领域违纪违规问题责任追究力度，将责任追究结果纳入年度政府目标考核，切实保证养老保险基金安全、完整、有效运行。

（四）建议加强内控管理，完善审核机制。建议社保经办机构加强内控制度的执行力度，进一步加强对养老保险补缴参保、在职转退休的内控管理，同时强化事前事中的内部审计稽核，而不是事后追缴追责，从源头上、经办过程中规避风险。社保经办机构加强对机关事业单位退休人员的生存认证管理，特别是死亡后土葬人员的管理；城乡居民养老保险管理部门加强年审制度的执行力度，勿让年审工作流于形式，走过场。

（五）建议社保、居保、税务等部门加强政策宣传，促进社会保障意识的普遍建立，会同工商、统计等部门组织一次全县清查，摸清应参保企业和职工人数，对至今未参保的企业应动员其办理参保手续，缴纳社会保险费；同时强化执法检查，按《\_社会保险法》的相关规定，加强对企业实际执行效果的检查，确保企业员工参加养老保险和享受养老保险待遇的合法权益，从而让社会保障资金良性循环

**医保智能监管工作总结16**

我所负责的城镇居民医疗保险工作涉及千家万户，医疗保险政策需要做到细心详细的解释，在居民了解情况时，我能不厌其烦地解答居民特别是年龄较长居民提出的有关城镇居民基本医疗保险政策疑问，使辖区居民在办医疗保险登记中心中有数，做到了高兴而来、满意而归。

平均每个月去东宁办理医疗保险一次、全年至少保证十二次，20xx年新办理医疗保险41本，统计续交下一年保险费共计519本，做到了及时、准时交费、发放证件，风雨无阻。通过不懈宣传使医保工作深入群众，大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

截止到现在，登记参保的居民已达1376人。进一步使居民提高认知率，消除了疑虑，打消观望的态度，形成了积极参加医保的良好氛围，确保党的惠民政策惠及千家万户。

一年来，通过大家的共同努力，我们社区上传信息人数人，缴费人数519人，信息上传率达 90%，参保率达到 50%。切实做到了对组织负责，对群众负责，对工作负责。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找