

最新医疗保障基金监管调研报告(模板5篇)

在现在社会，报告的用途越来越大，要注意报告在写作时具有一定的格式。掌握报告的写作技巧和方法对于个人和组织来说都是至关重要的。下面是小编为大家带来的报告优秀范文，希望大家可以喜欢。

医疗保障基金监管调研报告篇一

1、城镇职工医疗保险任务数23000人，完成23003人，征收城镇职工基本医疗保险基金3079.8万元，其中统筹基金2044.11万元，个人帐户基金1035.69万元；支付参保人员待遇2386.19万元，其中统筹基金支出1430.61万元，个人帐户基金支出955.58万元，本期结余693.61万元。累计结余6594.26万元，其中统筹基金结余4859.43万元，个人帐户基金结余1734.83万元。

2、审核职工因病住院、门诊药费共计1561人；审核定点医院垫付189人次；

3、征收大额保险费163.3万元，支出79万元；

4、安排部署并完成了参保职工健康体检工作

5、现已整理44人次，大额费用计82.72万元医药费，报市中心统一承保；

1、配合局机关进行医疗保险政策宣传一次；

2、制定两定单位年终考核标准；

3、通过审计署的审计工作；

4、审核支付两定点划卡费用,并对定点机构进行监督。

医疗保障基金监管调研报告篇二

为了规范诊疗行为,控制医疗费用的不合理增长,保证医疗管理的健康可持续发展,我院领导高度重视,统一思想,明确目标,加强组织领导。成立了由业务院长具体掌握的医疗保险领导小组。各临床科室成立了以科主任、护士长为副组长的工作组,负责本科医疗保险的全面管理,重点实施本科医疗保险制度和奖惩制度。

为了使干部职工对新的医疗保险政策和制度有深入的了解和全面的掌握,我们开展了广泛的宣传教育和学习活动,一是召开医院职工会议、中层干部会议等,解释新的医疗保险政策,以会议的形式加深对医疗保险工作的理解。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料等,提高职工日常医保工作能力。三是通过医疗保险软件管理,加强医院信息化管理,更加规范便捷。大大减少了错误的发生。第四,通过电视专辑宣传医疗保险政策,让大多数医疗保险人员、城市居民、学生等朋友真正了解保险的好处,了解医院的经营模式,积极参与医疗保险活动。

为使医保病人“清清楚楚就医,明明白白消费”,我院一是在院外公布了医保就诊流程图,医保病人住院须知,使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。二是配置了电脑触摸屏、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。三是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在清单上签字,并对医保帐目实行公开公示制度,自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。在领导来院检查时,得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任,规范医疗服务行为,从入院登记、住院治疗、出院补偿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。五是医院职工开展星级服务,刷卡制度,以文明礼貌,优质

服务，过硬技术受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，一是我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，有定期考评医疗保险服务(服务态度、医疗质量、费用控制等)工作计划，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，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，医保科一律不予审批。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。

新的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。

我科定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，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。

在办理职工医疗保险手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、

高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20xx年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计2066万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达7.8万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保工作得以顺利进行。在今后的工作中，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，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全县的医疗保险人员。

医疗保障基金监管调研报告篇三

2011年，医疗保险中心以落实“民生工程”为核心，以把握稳定、推进发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为主线，夯实医保各项工作基础，大力提高经办机构能力，全县医疗保险运行保持良好态势。

(一) 目标任务完成情况

1、城镇职工基本医疗保险。全县参保单位356个，参保人员总

数达到42556人,完成市下达目标任务的122%。1-12月基金共征收4700万元,完成目标任务的120%,除中央转移支付1120万元,完成目标任务的199%。

2、城镇居民基本医疗保险。年底全县城镇居民参保人数达122524人,完成市下达目标任务66000人的142%。

3、生育保险。参保人员总数26044人,完成市下达目标任务26000人的111%。基金征收350万元,完成目标任务的138%。

4、大额补充医疗保险。参保人员总数41002人,征收269万元,高保经费已全部足额交纳、上缴210万元。

5、书面稽核达85%,完成目标任务25%的226%;实地稽核达54%,完成目标任务36%的112%。

(二)基金结余情况

1、城镇职工基本医疗保险基金累计结余4211万元。

2、城镇居民基本医疗保险基金累计结余785万元。

3、生育保险基金结余633万元。

(一)挖潜扩面,着力实现“应保尽保”

为认真贯彻上级扩面工作要求,在我们经办和管理的职责范围内,集中力量,全力以赴,对单位、职工参保情况进行了全面梳理,坚持把扩面工作重点放在原国有改制、破产后的重组企业和单位新增人员,努力实现“应保尽保”。

1、采取多种手段,确保扩面工作稳步开展。通过年初制定工作计划,明确扩面重点,积极主动上门宣传,热心为参保单位服务等措施,进一步扩大了医疗保险的覆盖面。截止12月底,新增参保单位22个,新增参保人员18446人,其中职工基

本医疗7446人，居民基本医疗11000人。

2、强化稽核，确保基金应收尽收。通过电话催收、征收滞纳金、清理和稽核上报数据、欠费封锁医疗待遇等手段，核对缴费数据32551条，书面稽核达100%，实地稽核单位106个，共查处6名农民工超龄参保，少报缴费基数262.13万元，少报参保人员206人，追缴基金31.33万元。电话催收859余次，发放催缴通知书163份，医疗年限退休补缴约992人次，一次性补缴金额402.86万元。

3、完善基础数据，加强信息管理。金保工程运行以来，今年共计修改个人信息5140条，清理居民参保数据77837条，通知居民领卡16692张，为参保居民及时享受待遇提供了保障。

4、按期完成缴费基数调整工作。

(二)全力以赴，全面推进城镇居民基本医疗保险

为努力抓好城镇居民基本医疗保险工作，全面完成目标任务，我中心通过不断向局领导汇报，积极与各相关单位部门协调，集中力量广泛进行宣传，克服任务重、人手少的具体困难，各司其职、多管齐下，截止11月底，全县居民参保人数9224人（普通居民41631人、学生54593人），完成市下达目标任务的131%，保证了该项工作的顺利完成。

一是努力抓好参保、续保工作。通过与乡镇、部门协调配合，保证了目标任务的圆满完成；通过不断简化学生续保手续，保证了学生续保工作的顺利进行；通过多次召开经办人员业务培训会，及时解决经办中的问题，保证了日常参保及保后报销工作的严格有序。

二是基金市级统筹运行平稳。按照《周口市人民政府关于城镇居民基本医疗保险市级统筹的实施意见》有关要求，圆满实现了基金的平稳运行，无差错运作。

三是全面启动居民联网刷卡结算。经过参保居民的初始数据录入、核对和确认，各联网医疗机构的网络升级实现了联网刷卡结算，方便了参保居民，简化了住院程序。

(三) 重视监管，不断强化医疗管理

医疗、医保、医药是社会医疗保险的三大要素，三者之间有着互动和制约的关系。为了加强对参保患者就医的管理，我们根据《周口市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理实施细则》，规范了医、患、保三方行为。

1、加强协议管理

年初，医保中心与我县12家定点医院和16家定点药店签定了《医疗服务协议书》，还根据本县实际情况签定了《补充协议书》，根据协议内容和《“两定”动态管理暂行办法》在年度中对各家定点医院及定点药店进行日常监管。并不定期对住院病人和有疑问的医疗费用进行实地检查，加强了对异地就医人员的规范管理。今年10月，对我县所有定点药店进行了一次专项检查，通过检查“两定”的医保硬、软件工作来强化管理，以确保参保人员就医环境的良性发展和医保基金的安全、合理运用。

2、强化日常监管及稽查

针对今年居民住院实现刷卡结算、联网上传数据增多的情况，医保中心坚持专人查房制度，对城区住院患者做到人人见面，利用网络适时上传的优势，由临床经验丰富的工作人员对定点联网医院药品和诊疗项目收费进行全程事中监控，发现问题及时核对，并按月对各家定点医院和药店进行网上审核、结算和扣除不合理费用，改革结算办法，将外伤及手工结算交由医院负责，有效的杜绝了医院违规行为及不合理费用的支出，保证了基金的合理使用。按照市级要求，对全县所有定点医院连续抽查两个月病历，对病历中发现的违规费用及时

扣除。为加强对县外就医人员的管理，实行了医院身份核对、盖章，坚持及时电话查询，必要时复印病历。对外伤病人做到医院、患者、事发地取证等几结合调查，保证外伤经过的准确性。今年，通过联网、日常监察，共扣除违规400余人次，违规费用4万余元，组织院内、外调查180多起，异地电话查询400多起，共查处违规事件44件(包括挂牌、车祸、工伤等违规事件)，拒付金额达33万余元，并按照协议要求对违规医院进行了通报批评和相应处罚。

3、坚持做好特病审批工作

今年5月份，我们坚持标准，严格把关，组织了全县参保人员的特殊疾病的申报体检工作，并坚持每月对癌症、肾功衰、结核等病人的药费结算工作。

4、运用基金分析，加强动态管理

结合日常审核、网络监控和财务支出情况，分季度、半年、全年进行基金统计，动态分析基金的走向，根据发病种类、发病人群、基金支出种类和地域的分析，找出日常监管的重点和控制的方向，及时调整工作方法，化解基金风险。

(四)采取多种形式，强化医保政策宣传

医疗保险政策性强，涉及面广，政策调整变化大，为使群众更加熟悉和理解医保政策，医保中心采取了多种行之有效的宣传形式：

1、通过认真策划和精心组织，充分利用电视台积极开展宣传活动。今年共印制了6万份宣传单散发到各乡镇和社区，针对居民学生参保，通过信息、标语、橱窗展板、联合电视台进行新闻报道等形式，扩展了宣传范围，增强了群众对医保政策的了解和认识，保证了各项工作的顺利开展。

2、针对居民实行联网刷卡结算和医院负责外伤调查、结算制度，组织医院经办人员进行业务培训。为保证今年居民参保工作顺利进行，分别对学校 and 乡镇、社区经办人员进行操作培训和业务指导。通过这些宣传措施，使医保政策更加深入人心，得到了广大群众的理解和支持。

(五) 规范内部管理工作

1、健全内部管理、坚持内部审计

医疗保险中心明确了岗位职责，规范了操作流程，健全了内部审计和稽核。从制度上防范违规违纪问题的发生，并于今年4月和11月对基金管理、个体参保、退休待遇审核、医疗费用报销等业务环节开展了一次较为全面的内部审计，各业务股室通过自查和交叉检查的形式，对抽查内容进行认真仔细的审计。

2、建窗口，抓队伍，不断提高管理服务水平

隔周组织职工进行政治和业务讨论学习，通过学习，强化了为人民服务的宗旨意识，提高了医疗保险理论业务水平，促进了各项工作全面进展。对信访、来访工作均及时回复并处理，未造成任何上访事件。

(六) 不断加强政策调研，完善基本医疗保险政策

1、积极开展城镇居民医疗保险运行后的调查工作，并根据实际简化续保及住院等手续。

2、完成了对城镇职工、城镇居民基本医疗保险最高封顶线的调整，对新编《药品目录》的使用。

3、为保证基金安全，结合实际出台加强异地医疗费用管理办法。

4、积极完成我县门诊统筹医院的规划和上报，加强测算和调研，为明年县内主要医院的医疗费用总控结算做足准备。

(一)民营企业、股份制企业、外资企业扩面工作难度大，缺乏强制性措施。

(二)开展稽核工作面临困难，部分重点稽核单位不配合，对稽核后要求整改督促力度不够。

(三)明年县内医院实行总控结算后，应加强网络监控，坚决杜绝因实行总控后医院降低参保人员医疗服务质量，同时合理控制转院率，避免医院违规分解医疗费用。

(四)开展县内医院总控后，异地就医及急诊医疗费用将是明年医疗管理的重点，合理降低转院率、严格急诊住院申报审批、加强异地调查是控制医疗费用增长过快的有效手段，需配备专业的医疗管理人员加强异地调查。

(一)保证目标任务全面完成

计划2012年全面完成城镇职工、城镇居民基本医疗保险各项任务，并力争城镇居民基本医疗保险参保人数创全市第一。

(二)继续扩大政策宣传

突出宣传重点，创新宣传方式，让医保政策家喻户晓，通过社区平台建设积极发挥基层优势，为推动医保工作营造良好的舆论氛围。

(三)强化征收、加强实地稽核、清欠

结合《中华人民共和国社会保险法》的出台和执行，积极引导企业参保，对重点单位强化征收、清欠和实地稽核，确保

基金应收尽收。

(四) 全面提高各项医疗保障待遇

通过建立城镇基本医疗保险门诊统筹制度，基本解决参保职工、参保居民常见病、多发病的门诊医疗负担；通过调整城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额，提高城镇居民支付比例，着力保障参保人员住院医疗待遇；通过积极筹措资金，对身患大病、重病、家庭经济困难的参保人员进行医疗救助，防止因病致贫；通过增设定点医院和定点药店，方便患者就医购药。

(五) 创新管理手段，加强医疗管理

一是改变结算办法，通过实现对县人民医院和县中医院统筹基金支付总额控制管理，有效遏制医疗费用过度增涨；二是强化各级定点医疗机构和定点药店的网络安全管理；三是继续严格费用监控和协议考核，重点加强对异地大额费用和门诊视同住院医疗费用的查对，加大处罚力度以保证基金安全。

(六) 加强与异地医保科的合作，强化对异地住院病人的核查工作。

(七) 解放思想，创新工作思路，努力探寻提高服务水平和工作效率的办法和措施

(八) 配合人社局做好上访、信访的调查处理工作。

医疗保障基金监管调研报告篇四

按照“统筹规划、协调发展、以收定支、收支平衡”的原则，制定20xx年县城乡居民医疗保障基金总额预算方案。

20xx年度我县城乡居民基本医疗保险参保人员37.1万人，筹

资标准为740元/人，其中：个人缴费220元/人、各级财政补助520元/人，当年基金收入为27454万元。

20xx年度城乡居民基本医疗保险基金收入27454万元，扣除大病保险市级统筹基金1855万元（人均50元）、意外伤害保险市级统筹基金927.5万元（人均25元）、分娩预算支出298万元、家庭医生签约预算支出243万元，同时按当年筹集基金的10%补齐风险基金，应提取风险基金792万元□20xx年可分配基金总额23338.5万元。

根据20xx年医保基金运行数据分析，预算20xx年医保基金住院、门诊分配率分别为79.8%、20.2%，预算额分别为18624万元、4714.5万元；其中：住院类在县外、县级、镇村级预算分别为46%、50%、4%，预算额分别为8567万元、9312万元、745万元。

根据20xx年县级医疗机构医保基金预算额、执行情况和稽核结果，确定20xx年县级医疗机构医保基金预算额。

（二）城乡居民基本医疗保险基金对县级医疗机构实行总额预算制，超支不补；

（三）医保基金对县域医共体牵头医院实行按人头总额预算包干支付方式，超支不补、结余留用。

医疗保障基金监管调研报告篇五

如下：

为了规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，保证医疗管理的健康可持续发展，我院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强组织领导。成立了由业务院长具体掌握的医疗保险领导小组。各临床科室成立了以科主任、护士长为副组长的工作组，负责本科医疗保险的全面管理，重点实施本科

医疗保险制度和奖惩制度。

为了使干部职工对新的医疗保险政策和制度有深入的了解和全面的掌握，我们开展了广泛的宣传教育和学习活动，一是召开医院职工会议、中层干部会议等，解释新的医疗保险政策，以会议的形式加深对医疗保险工作的理解。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料等，提高职工日常医保工作能力。三是通过医疗保险软件管理，加强医院信息化管理，更加规范便捷。大大减少了错误的发生。第四，通过电视专辑宣传医疗保险政策，让大多数医疗保险人员、城市居民、学生等朋友真正了解保险的好处，了解医院的经营模式，积极参与医疗保险活动。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保就诊流程图，医保病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。二是配置了电脑触摸屏、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。三是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在清单上签字，并对医保帐目实行公开公示制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院补偿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。五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

，并定期进行考评，制定改进措施。二是加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边政策宣传，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，医保科一律不予审批。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。

新的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。

我科定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的想法，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。

在办理职工医疗保险手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。始终把“为参保患者提供优质高效的服务”放在重中之重。医保运行过程中，广大参保、参合患者最关心的是医疗费用补偿问题。本着“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨，我科工作人员严格把关，友情操作，实行一站式服务，当场兑现医疗补助费用，大大提高了参保满意度。

通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了年初既定各项任务。20**年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计2066万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达7.8万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局领导及工作人员

的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保工作得以顺利进行。在今后的工作中，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，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20**年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全县的医疗保险人员。