

医保检查工作方案(优质5篇)

为了确保我们的努力取得实效，就不得不需要事先制定方案，方案是书面计划，具有内容条理清楚、步骤清晰的特点。那么我们该如何写一篇较为完美的方案呢？下面是小编帮大家整理的方案范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

医保检查工作方案篇一

【发文字号】：渝人社发[2014]188号

【执行时间】：2015年1月1日

【相关内容】：为了进一步完善重庆职工医保制度，规范医保个人账户使用流程，提高城镇职工基本医疗保险个人账户资金使用效率，重庆社保局下发了本通知。本通知于2015年1月1日实行，其主要对职工医保个人账户资金使用范围、及违规使用惩处进行了明确规定说明。

【政策文件】：关于调整重庆市城镇职工大额医疗互助保险有关政策的通知

【发文字号】：渝府办发[2014]97号

【执行时间】：2015 年1月1日

【相关内容】：通知规定，从2014年1月起，大额医保用人单位缴费比例由1%调整为1.5%；个人缴费标准由每人2元/月 调整为3元/月，之后每年在上年标准基础上增加1元/月，到2016年达到5元/月，以后根据我市物价情况和医保基金承受能力等适时调整。同时还规定，从2015年1月1日起，大额医保基金起付线由3.2万元调整到 3.7万元，之后每年递增5000元，到2017年达到4.7万元，以后根据全市职工社会平均工资增长、大额医保基金承受能力等情况适时调整。

【政策文件】：重庆市医疗保险就医管理暂行办法

【执行时间】：2012年1月1日

【相关内容】：制定本办法主要目的就是为了规范和加强重庆市城镇职工医疗保险和城乡居民合作医疗保险参保人员就医管理。本办法于2012年正式执行，其总共三十条，主要对参保人就医购药流程、定点服务机构职责、门诊特殊疾病治疗等就医规定进行了详细说明。

【政策文件】：重庆市城乡居民合作医疗保险特殊疾病管理暂行办法

【执行时间】：2012年5月25日

【相关内容】：制定本办法主要目的在于加强城乡居民合作医疗保险特殊疾病管理，保障参保居民特殊疾病就医的基本需求。本办法一共分为七个章节，其主要对特殊疾病病种范围、特殊疾病申报流程、特殊疾病就医管理、特殊疾病费用报销等事项进行了详细说明。

最新动态

动态一：新增四川省异地就医联网即时结算定点医疗机构

【相关内容】：为进一步提高重庆市医疗保险服务能力，方便我市和四川省城镇职工基本医疗保险参保人员跨省异地就医，经与四川省有关部门协商，决定将四川大学华西医院等10家医院和第三军医大学第一附属医院(重庆西南医院)等10家医院作为双方首批异地就医联网及时结算的定点医疗机构。

动态二：取消医保定点医疗机构和定点零售药店医疗保险预留保证金

【相关内容】：从2015年1月起，重庆市城镇职工医疗保险和城乡居民合作医疗保险对定点服务机构费用结算时，应全额结算支付，不再从应支付额中预留保证金。对2015年以前的预留保证金，请于2015年1月底前完成清算，2015年2月底前完成资金拨付。

医保检查工作方案篇二

一个人不论干什么工作，处在什么位置，都必须把学习放在首位。只有不断加强学习，提高自身的政治、业务素质，才能做好工作。几年来，我始终坚持学习党的路线、方针、政策，积极投入到“先进性教育”等主题学习教育活动中去，先后参加了两期县委组织部举办的“青年干部培训班”，并取得了优异的成绩，还曾两次下派到乡镇接受基层锻炼，撰写了万余字任职报告《我县农村经济发展的必由之路》，得到各级领导的表扬，报考了中央党校函授本科班，取得了中央党校本科毕业证书并被评为“优秀学生”。

在不断提高自身政治思想素质的同时，我还抓紧时间学习业务知识，提高自己的业务水平，我认真学习医疗保险各项政策法规和规章制度，阅读大量有关医疗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，经过几年来的不懈努力，我具备了一定的理论文化知识和专业技术知识，积累了一定的工作经验，政治业务素质得到了全面提高。

从事医疗保险工作期间，我积极参与了医保中心的筹建工作，参加了调查、测算和宣传动员及相关配套文件的制定实施，负责综合股以来，我积极做好本职工作，认真完成基本医疗保险的扩面和基金征缴工作。一是做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员参保；二是发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续；三是接待来信来访，提供咨询服务；四是积极主动与地税、财政等单位密切联系，开展基金征缴工作，定期与财政、银行、

地税等单位核对征缴数据。目前，余人，大大超过了上级下达的扩面任务，每年的基金征缴率都在95以上，各项工作都能够顺利完成，获得了领导和同事的好评。

在工作和生活中，我始终严格要求自己，发挥党员先锋模范带头作用，一贯保持着共产党员应有的道德品质和思想情操，强化廉洁自律意识，加强自我约束能力，积极投入警示教育活动中，时时自律、自警、自励、自省，从讲学习、讲政治、讲正气的高度，树立正确的世界观、人生观、价值观，强化法制观念，提高政治素质，踏踏实实做事，老老实实做人，切实转变工作作风，内强素质，外树形象，在广大参保职工和社会各界面前树立了良好的医保形象，同时努力做到尊敬领导、团结同志、关心集体、服从组织，与时俱进、开拓创新。

几年来，我虽然取得了一定成绩，但在工作和学习中也有着一些缺点和错误，如工作中有时出现求快失稳，学习上不够高标准、严要求等问题，取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在着一定的差距。今后，我将进一步加强学习，提高工作能力和水平，努力争取工作学习更上一层楼，为更好地完成本职工作打下坚实的基础。

医保检查工作方案篇三

加强基金监管是各级医保部门首要任务，各辖市（区）医保部门、各级卫生健康部门要提高政治站位，以安徽太和县多家医院骗保事件为问题导向，坚决贯彻落实党中央、国务院、省关于加强基金监管、维护基金安全的系列部署要求，全面动员、全面部署，集中力量、集中时间在规定时间内完成本次专项治理“回头看”，形成露头就打的态势，让不法分子断掉念想，切实扛起监管责任，有效防范化解基金风险。

（一）检查对象

本次专项治理“回头看”覆盖全市所有医保定点医疗机构，重点在县、区级人民医院、一级医疗机构、民营医疗机构、社区卫生服务站及村卫生室。

（二）检查方式

1. 组织属地监管为主，市医保局统筹利用好所属各市、区检查力量，采取交叉互查等方式，对可疑线索开展现场核查、病历审查、走访调查、突击夜检，实现监督检查全覆盖无死角。

2. 通过医保智能监控信息系统，研判年底定点医疗机构上传医保数据异常性，筛查辖区内2020年度住院频次较高、入院时间较为集中、出院报销金额接近的疑似违规住院结算数据，重点筛查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算情况，有针对性开展有因检查。

（三）检查内容

1. 诱导住院。利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等方式，或者通过“有偿推荐、减免起付线及个人自付比例”等手段，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保基金的行为。

2. 虚假住院。采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为。

3. 其他违规使用医保基金的行为。通过超标准收费、串换项目收费、分解收费、重复收费、虚计多记数量等方式违规计费；超药品及诊疗项目限定支付范围使用医保基金的行为。

（一）加强组织领导，压实监管责任。市医保局、市卫健委是本次专项治理“回头看”的第一责任人。加强组织领导，

建立分管局长为组长的工作小组，联合公安、市场监管、纪检监察等部门，建立工作专班，健全工作机制，制订工作方案，细化治理举措，明确责任分工，落实责任到人，切实压实监督检查责任。

（二）加大宣传力度，强化社会监督。鼓励动员全民参与监督，积极举报欺诈骗保问题。完善举报线索处理流程，充分利用举报线索，以举报线索为切入点，举一反三将市内类似问题、类似医疗机构一并纳入核查范围。落实举报奖励措施，依法依规重奖快奖，营造全社会关注、参与、支持基金监管工作的协同监管氛围。专项治理期间发现的典型案例，发现一例，公开曝光一例，强化震慑作用。

（三）依法依规检查，加大惩戒力度。违法违规行为一经查实，要依法依规从严从重从快暂停一批、取消一批、处罚一批违法违规违约的定点医疗机构。对查实存在欺诈骗保行为的定点医疗机构，责令退回医保基金，并处骗取金额2-5倍罚款；对性质恶劣、影响较大的定点医疗机构相关责任人，要依职权分别移送纪检监察、卫生健康、市场监管等部门处理。涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。医保部门、卫生健康部门及其工作人员，经查实存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要依法依规严肃追责问责；涉嫌违反相关法律法规的，移交有关主管部门依法处理。要按规定实施信息公开，加大信用联合惩戒。

各辖市（区）医疗保障部门，每周四下午5时前将“回头看”进展情况报市医保局。于2021年1月29日前，向市医保局报送定点医疗机构专项治理“回头看”情况总结报告。

医保检查工作方案篇四

办理条件：

满足以下条件之一的，可以办理重庆城乡居民医保：

- (1) 户籍在重庆市且未参加城镇职工医疗保险的城乡居民；
- (2) 具有重庆市户籍的新生儿；
- (3) 在重庆市取得《居住证》的市外户籍人员；
- (4) 在重庆市取得《外国人永久居留证》的外国籍人员；
- (5) 符合重庆市规定的其他人员。

办理材料：

1. 本人身份证或户口本原件。如委托他人办理需提供代办人身份证。
2. 近期1寸免冠登记照1张。
3. 外地人应提交居住证。

医保检查工作方案篇五

根据《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西2020年打击欺诈骗保专项治理工作方案的通知》（桂医保发〔2020〕25号）和《钦州市医疗保障局关于印发2020年对全市医保定点零售药店服务行为专项检查工作方案的通知》文件精神，结合我县实际，为进一步加强和规范医保定点零售药店的管理，为参保人员提供优质、合理的用药服务，保障医保基金安全运行，决定于今年底明年初在全县范围内对医保定点零售药店为参保人员提供的服务行为开展专项检查，工作方案如下：

通过开展对全县医保定点零售药店服务行为专项检查，进一步推进我县打击欺诈骗保专项治理工作，依法依规严肃惩处违规违法医保定点零售药店，管好用好医保基金，维护医保基金安全，维护广大参保人员的医疗保障合法权益。这次检

查结果作为对全县医保定点零售药店2020年的年度考核结果。

2020年12月28日至2021年1月10日。

全县医保定点零售药店。

通过对医保定点零售药店为参保人员提供的用药服务情况进行检查，全面检查定点药店是否仍符合医保定点零售药店准入条件，为参保人员提供的用药服务是否违反医保经办机构与之签订的服务协议有关规定，重点检查定点零售药店是否存在以下的违规行为：

（一）盗刷社会保障卡，为参保人员套取现金或购买化妆品、生活用品等非医疗物品；

（二）为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出；

（三）为非定点医药机构提供刷卡记账服务；

（四）为参保人员虚开发票、提供虚假发票；

（五）不符合定点零售药店准入的主要条件要求（如营业面积缩减、营业时间药师不在岗、员工不参加社会保险等）。

（一）研究制定方案。2020年12月下旬，根据全市统一的检查工作方案，结合本县实际，制定具体实施方案，并将实施方案报市医保局。

（二）全面监督检查。2020年12月28日起，统筹协调各方资源，集中专门力量开展现场检查工作，实现对定点零售药店现场检查全覆盖（现场检查表使用附件1）。同时，结合定点零售药店自查自纠情况及日常监管、智能监控和投诉举报等

发现的线索，突出重点，开展深入细致的调查和检查。

具体工作任务安排：每个局领导带领一个检查组负责县本级一个片区定点药店的检查工作（具体检查工作安排见附件2）

（三）处理违法违规问题。从专项检查开始至结束，对现场检查或市级抽查复核发现自查自纠不到位、仍存在医保违规问题的，及时依法依规从严顶格处理。

（四）检查工作总结。梳理各种查实的医保定点零售药店违规案例，及时向社会通报，形成宣传舆论攻势。认真总结专项检查中的好经验、好做法，把有效措施制度化、常态化。局医药价格和基金监管股负责于2021年1月10日前，收集好所有检查材料，将专项检查工作形成总结，连同附件3及相关典型案例报送市医保局。