# 医疗保险办公室制度

来源：网络 作者：逝水流年 更新时间：2025-07-07

*第一篇：医疗保险办公室制度入院管理制度1、严格掌握入院标准，不得随意收治，本院参保人员因病需住院者须经院领导批准后，方可办理有关住院手续。2、参保人员入院时需持：入院诊断证明；单位介绍信；本人医疗保险证；医保卡（市医保）到收费处登记。3、...*

**第一篇：医疗保险办公室制度**

入院管理制度

1、严格掌握入院标准，不得随意收治，本院参保人员因病需住院

者须经院领导批准后，方可办理有关住院手续。

2、参保人员入院时需持：入院诊断证明；单位介绍信；本人医疗

保险证；医保卡（市医保）到收费处登记。

3、收费处应准确、完整输入住院病人个人资料，办理入院手续后

将参保人员单位介绍信，医疗保险证交与所在科室护理部妥善保管。

4、参保人员住院需按规定缴纳起伏标准：省参医保1000元；市、区医保缴纳起伏标准550元，城镇居民350元；并按病情缴纳住院押金，危重病可酌情增加，出院时多退少补。

住院管理制度

1、办公护士将患者接诊后，向患者介绍相关的医疗保险政策。

2、为参保人员提供基本医疗服务范围的床位，如因床位紧张等原

因使用超标准床位，应征得患者同意方可使用。

3、严格执行国家、省、市关于诊疗项目及药品的有关规定。按基

本医疗保险《诊疗项目》、《药品目录》和《医疗服务设施标准》执行。

4、对超出医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支

付标准的费用，需由参保人员承担费用，应征得参保人员或其家属同意，由参保人员签字认可。

5、严禁冒名、挂名住院，住院患者不得随意回家休息，住床率需

达90﹪以上，医保中心将实施24小时抽查，对夜间不在病房的患者一律按挂名处理，并不予正常结算。

6、报销范围内同类药品（通用名相同，商品名不同），有若干选择

时，在质量标准相同（如符合GMP）的情况下，应选择疗效好，价格低的品种。

7、血液制品、蛋白类制品、外购药品、骨科手术内置材料，应参

照基本医疗保险的管理办法需经医保局审批，方能纳入统筹支付范围，否则发生的费用不予结算。

8、心脏起搏器、人工关节、人工晶体、血管支架等体内置换的人

工器官、体内置换材料按国产普及型价格计算，超出部分全部由个人自负。

9、降低参保人员的自付比例，将参保人员的自付率控制在30﹪内

（包括起伏标准），药品费用不得超过总费用的50﹪，自费药品不得超过药品总费用的10﹪，大型检查阳性率需达到50﹪以上。

10、严格控制住院费用，凡违规造成的经济损失，由科室及相关人

员承担相应的责任，并按医院相关规定处罚。

出院管理制度

1、及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续，故意拖延住院

时间所增加的医疗费用医报不予支付；参保人员拒绝出院的，应自通知其出院之日起，停止记帐，按自费病人处理。

2、参保人员出院时由财务部门会同医疗保险办公室及时结算个人

应付费用。

3、享受公务员补助的参保人员住院的医疗费用，出院结算时结清

统筹基金支付和公务员医疗补助部分。

4、参保人员出院时原则上不给予带药，若病情需要，出院带药不

得超过三天药量，不得带与住院疾病无关的药品。

5、参保人员出院后及时办理出院手续，结清个人负担费用，领医

疗保险证。医院开专用收据，参报人员签字。

参保人员家庭病床管理制度

1、参保人员患有以下疾病，符合住院条件，但因特殊情况，可以

申请设置家庭病床：（1）脑中风偏瘫丧失行动能力；（2）需卧床休息和牵引固定治疗的骨折患者；（3）恶性肿瘤晚期；（4）其它适合设置家庭病床的疾病。

2、设置家庭病床，应由患者向定点医疗机构申请，符合条件的由

主治医师填写《基本医疗保险设置家庭病床审批表》，提出设置家庭病床的理由，经定点医疗保险管理部门审核同意后，报社会保险经办机构批准。

3、应严格掌握家庭病床开设标准，坚持合理检查、合理用药，并

要建立完整的家庭病床病历。

4、家庭病床每个治疗周期一般为1—2个月，最长不超过3个月，超过3个月的需另行批准。参保人员每年度设立家庭病床次数原则上不超过2次。

离休人员家庭病床管理制度

1、离休人员患以下疾病，符合住院条件，但因特殊情况，可以设

置家庭病床，其医疗费用按住院费用结算：（1）脑中风偏瘫丧失行动能力者；（2）需要卧床和牵引固定的骨折患者；（3）恶性肿瘤晚期；（4）其它适合设置家庭病床的疾病。

2、家庭病床每个治疗周期一般不得超过2个月，超过2个月的需

重新办理审批手续。离休人员每年度设立家庭病床次数原则上不超过2次。

3、应严格掌握家庭病床开设标准，坚持合理检查、合理用药，并

要建立完整的家庭病床病历。

4、家庭病床治疗期间，离休人员在其他医疗机构发生的住院医疗

费用不予支付；同时，原则上也不应发生门诊医疗费用。特殊疾病门诊管理制度

1、参保人员患有以下疾病，符合住院条件，可以申请特殊疾病门

诊：（1）恶性肿瘤放、化疗；（2）肾衰竭透析治疗；（3）器官移植的抗排异治疗；（4）原发性高血压（属于高度危险组和极度危险组）；（5）糖尿病拌并发症；（6）肺原性心脏病；（7）慢性肝炎（活动期）；（8）类风湿性关节炎（活动期）；（9）重型系统性红斑狼疮；（10）再生障碍性贫血；（11）白血病。

2、凡符合规定病种和条件的参保人员，须填报《医疗保险特殊疾

病门诊医疗费用补助申请表》，并附本人3个月内有关病情证明材料（病历、诊断证明、诊断依据等）。

3、社会保险事业管理中心根据申报材料，组织有关专家按照国家

统一的疾病临床指征标准审核，必要时通知本人到指定医院进行复查鉴定。符合规定条件的，由社保中心在本人医疗保险证上注明所患疾病和执行时间，加盖印章。

4、经认定患有特殊疾病的参保人员，原则上在本人医疗保险证上

选定的定点医疗机构或专科医院、中医医院选择确定一家一级以上定点医疗机构进行经批准的特殊疾病诊治。

附：特殊疾病（大病）病种

1、急性肾衰；

2、脑血管意外急性期；

3、急性重症胰腺炎；

4、肝硬化失代偿期；

5、恶性肿瘤；

6、罕见的重症疾病。

**第二篇：医疗保险结算制度**

泸州市纳溪区护国镇卫生院

医疗保险结算制度

（一）门诊的费用结算

1、门诊医疗费用结算统一采用社保（医疗卡）或现金支付方式结算。由被保险人每次到门诊就医时，出示本人医疗卡直接与定点医疗机构结算或直接支付现金结算。

2、属于特殊病种的门诊结算，收费员应核对被保险人的特定病种医疗卡，把相关的诊疗数据通过大医保结算系统上传到社保结算中心，根据返回的信息结算。

（二）住院的费用结算

1、被保险人入院时，接诊医生和住院收费处应核实被保险人的医疗卡及相关身份证明文件，在规定的时间内为被保险人办理住院登记手续，并将资料及时上传医保局。因特殊原因，未能及时上传资料的，应在获得有关资料的同时，报医保局备案后，按规定的程序办理登记手续。

2、被保险人出院时，应根据医保有关规定，通过泸州市医保结算系统，将相关的结算数据上传至医保结算中心进行结算，收取被保险人住院费用总额中被保险人应自付的部分，被保险人或其家属在社会保险住院结算单上签字作实。其余属于基金支付的部分由市社会局与定点医院机构结算。

3、每月的被保险人住院结算情况、收费明细资料和有关的住院资料应按时送报医保局经办机构审核。

4、在被保险人办理住院登记及结算时，有任何疑问，收费员应文明用语，耐心解答，多向被保险人宣传新的医疗保险政策。

二0一四年六月五日

—

END

—

**第三篇：医疗保险业务培训制度**

医院医疗保险业务培训制度

第一章 医保工作人员培训管理制度

第一条 医保工作人员培训，其一是对医保窗口单位进行岗前培训，其二是对医保医务人员进行在职培训。岗前培训的内容主要是学习医保规章制度、基本的医保流程知识、实际医保收费操作技能、基本的医疗专业知识，以便较快地适应医保收费工作。医保医务人员在职培训的主要内容是从实际出发，更新医保专业知识，学习新的医保业务知识和相关政策。

第二条 医保工作人员培训要按计划、分批分阶段，按不同的医保业务知识和医保政策需要进行培训，要结合实际，注重实用性，逐步提高医疗保险工作质量

第三条 培训内容：

1．医保工作人员培训主要应根据其所从事的工作岗位，以医保工作岗位培训和医保专业培训为主。

2．医保办工作人员应学习和掌握最新的医保业务知识和政策，充分了解医保局的有关方针、政策和法规。

3．与医保相关的工作人员如医保办人员，医保收费人员、各医保临床医生等，应接受各自的专业技术培训，了解医保局有关政策，掌握医保相关政策知识和业务操作方法，提高医保专业知识面。

4．本院其他人员也应根据本职工作的实际需要参加相应的医保知识培训。第四条 培训方法：

1．医保局老师讲课，系统地讲授医保相关政策知识、业务知识，提高医保工作人员的理论水平和专业素质。

2.医保办工作人员及时通知下发医保局的政策文件，并组织学习文件内容更新知识。

3．各部门医保工作人员介绍工作经验，传帮带。第五条 培训形式：

1．短期现场培训，医保办工作人员随到随讲，办公室下发医保政策知识。

医保办

**第四篇：医疗保险内控制度**

第一章 总 则

第一条 为了加强医疗保险经办机构内部管理与监督，防范和化解运行风险，确保医疗保险基金安全，根据《社会保险经办机构内部控制暂行办法》制定本制度。

第二条 本制度所称的内部控制,是指各级医疗保险经办机构对系统内部职能部门及其工作人员从事社会保险管理服务工作及业务行为进行规范、监控和评价的方法、程序、措施的总称。内部控制由组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制等组成。

第三条 医疗保险经办机构应在本制度的基础上结合机构人员状况和业务运行现状制定并适时修改完善单位岗位职责、业务流程、执法规程、稽核规程、人事管理制度、目标管理和考核奖惩制度、财务管理制度、计算机信息管理制度、业务过错责任追究制度等配套制度，并作为内部控制制度的有机组成部分予以贯彻落实。

第四条 医疗保险经办机构业务部门负责本业务环节的内部控制工作；稽核部门负责组织实施所管理范围内医疗保险内部控制的监督检查、评价工作。市医疗保险经办机构对县、市、区医疗保险经办机构的内部控制工作进行指导、监督和检查。

第五条 内部控制建设的目标：在全市系统内建立一个运作规范、管理科学、监控有效、考评严格的内部控制体系，对医疗保险经办机构各项业务、各个环节进行全过程监督，提高医疗保险政策法规和各项规章制度的执行力，保证医疗保险基金的安全完整，维护参保者的合法权益。

第六条 内部控制建设应遵循以下原则：

(一)合法性。内部控制的各项内容规范、统一，符合国家有关社会保险政策、法规的要求。

(二)完整性。各项业务管理行为都有相应的制度规定和监督制约。所有部门、岗位和人员，所有业务项目和操作环节都在内部控制的范围内。

(三)制衡性。从组织机构的设置上确保各部门和岗位权责分明、相互制约，通过有效的相互制衡措施消除内部控制中的盲点。(四)有效性。各种内部控制制度必须具有高度的权威性，成为所有职工严格遵守的指南，任何人不得拥有超越制度或违反规章的权力。

(五)适应性。新设立部门或开办新的业务，必须树立“内控优先”的思想，首先建章立制，采取有效的控制措施。各项具体工作制度和流程都应与管理服务实际相结合，根据需要及时进行调整、修改和完善，适应医疗保险管理服务的变化。

(六)独立性。负责内部控制制度检查、评价的稽核部门独立于内部控制的执行部门，实行对一级法人负责，独立地履行监督检查职能。稽核部门的控制人员发现控制问题和风险情况应及时向相关的分管领导报告；若存在分管领导职责交叉，控制人员必须及时向主要领导报告。

第二章 组织机构控制

第七条 医疗保险经办机构应按《劳动法》、《社会保险费征缴暂行条例》等法律、规章，设立其独立的法人主体和履行其授权的职责。

第八条 医疗保险经办机构人员应符合《劳动和社会保障部关于开展社会保险经办机构工作人员业务素质考核工作的通知》（劳社厅发［2025］9号）规定的素质要求。

第九条 医疗保险经办机构应实行以资金数据流为主线、风险控制为目标的能级管理制度。即：将与医疗保险经办管理业务相关的人员划分为决策层、管理层、业务层、操作层（主要在“两定”单位），各层级风险控制职责分明，各司其职，相互制约。决策事项自下而上决策，议定事项则自上而下贯彻落实。决策中，坚持情况不清不决策、无下层级意见不决策；坚持充分发挥业务层的主导作用，依靠操作层的技术支持。

第十条 医疗保险经办机构以下内部职责的划分要实行适当的科室职责分离，相互制衡。稽核与具体业务经办管理分离；网络管理与具体业务经办管理分离；医疗保险参数申请和录入操作与监控和审核操作分离；参保管理和基金征缴与基金账户管理和财务会计核算管理分离；账户管理与账户支出结算审核分离；医疗监督管理与待遇结算审核管理分离；待遇享受资格确认与待遇核销分离；票据管理与票据使用分离；具体行政执法行为与行政争议复查分离；财产物资核算与保管分离。

因人员少，不能实行科室职责分离的，也应进行必要的岗位职责分离。

第十一条 医疗保险经办机构在实行科室职责适当分离的前提下，科室内部相关岗位职责也要实行适当分离。业务办理、审核、审批分离；参保管理与基金征缴分离；制票与收款分离；会计与出纳分离；银行留存的印鉴分别保管。

第三章 业务运行控制

第十二条 各部门、岗位的业务管理、操作人员都应在其职权范围内开展工作，不得超越所授权限。对超出权限之外的，及时向分管领导汇报。严禁违规办理各项业务。各项业务环节既独立操作，又相互衔接、相互制约。同时，要实行办事公开，各项政策、业务流程、办理时限和内容以及经办人等，都应公开透明。

第十三条 各项医疗保险业务工作应通过计算机信息处理系统开展，且必须经过经办、复核双岗确认后才能完成。业务经办人员的计算机操作权限应严格分离，每人设置不同的计算机操作密码，严禁未经特别授权以他人密码进入计算机系统进行有关业务操作，同时要保留各项业务办理情况的操作“痕迹”，经办人员应对自己的操作结果负责。

第十四条 各项医疗保险业务工作应分类按年或按月编制统一的业务单据顺序号。

第十五条 各业务科室经办完业务的各种相关资料应整理归档，送档案室按照档案管理规定进行存档。

第十六条 医疗保险参保和基金征缴实行申报制度。

(一)基金征缴部门对参保单位填报的医疗保险信息登记表、提供的证件和资料进行受理和审核，需要对有关情况进行核实的，应指派两名以上工作人员进行现场核查，并形成《核查情况报告》。

（二）基金征缴部门按照审查标准及时完成医疗保险登记审核，做出确认或不予确认的决定。对于符合规定的登记申请发给《社会保险登记证》、《医疗保险证（卡）》或其它登记确认的资料。对于不符合规定的登记申请出具《不予参保登记的通知书》。

（三）基金征缴部门对参保单位或参保个人送达的基数申报表和有关资料即时审核，对申报资料齐全、基数真实的，签章核准；对不符合规定的申报提出审核意见，退给申请人修正后再次审核。

申请人的《医疗保险基数申报表》修正后仍然不符合要求或申请人拒绝重新申报的，基金征缴部门应向申请人送达《医疗保险基数不予受理通知书》，同时提交医疗保险稽核部门按照稽核程序对其进行稽核。

（四）基金征缴部门依据相关的法律、法规、规章、以及规范性文件和核定的基数，按月编制征缴计划，开具《医疗保险费缴费通知单》。

（五）基金征缴部门督促参保单位和个人及时、足额缴纳医疗保险费，未及时、足额缴纳医疗保险费的参保单位和参保个人，应当向其发出《医疗保险催缴通知书》，督促其限期足额缴纳医疗保险费。

（六）参保单位或参保个人的医疗保险登记事项发生变更或者参保单位依法终止的，基金征缴部门经办人员应按规定进行审核签字，交由基础信息录入人员录入医疗保险管理系统。出生时间、参加工作时间、退休费基数、缴费年限、待遇享受状态、滞纳金处理等重要信息需作变动处理时，须提交科长、分管领导审批。

第十七条 基金征缴人员和基金收入出纳人员负责每日将征收的基金分转帐和现金编制日报表交基金管理部门入库、入账。

第十八条 基金管理部门对征收的基金要及时进行分账处理，按日编制分账日报表，并按实际分账金额对各帐户进行会计核算。

第十九条 医疗监督部门和待遇审核部门负责对各类医疗保险基金支付实施监督、审核。

（一）医保基金的支付应严格按照制度规定的支付范围、支付标准执行，任何人不得改变开支范围和支付标准。

（二）医疗监督部门对住院治疗的参保人员办理住院手续的申请资料，以及住院期间需由医疗保险基金结算费用的特殊检查、特殊治疗和特殊用药的申请时，应按照有关规定进行登记。

（三）对住院登记审核、就诊监管、医疗服务监管、个人申报的住院费用等业务，医疗监督部门和待遇审核部门应按照相关规定进行审核，审核中发现的有关情况需要进一步核实的，应进行核查。核查人员在核查中应按有关规定和行政诉讼中的证据要求获取证据，形成证据链和相关调查材料。

（四）每项业务审核均须经办人初审、复核人复审程序完成。经办人员进行初审，应按规定程序进行核查，并签名确认，再由科长复审确认，若发现不符合政策规定的，应立即退回重审，特殊情况交分管领导审定或组织人员会审。复审、会审后的支付单据经单位负责人或分管领导签名后，交基金管理部门支付现金或开具支票。

（五）各定点医疗机构和药店的医疗费用按月进行结算。1.每月20日至25日，各定点医疗机构和药店将月度费用申报表，送待遇审核部门经办人员初审并签名确认，再由科长复审确认，经分管领导签名后交基金管理部门办理资金转帐。2.医疗监督部门通过计算机联网对定点医疗机构和定点药店发生的医疗费用实施非现场监控，对异常费用进行现场检查。

第二十条 稽核部门要通过计算机网络系统随时监控各业务部门的工作，不定期随机抽查各业务部门经办的业务，发现问题要及时向分管领导和主要领导报告。稽核部门应建立稽核工作台帐，并将相关稽核检查情况及时反馈至被稽核单位和相关科室。

第四章 财务会计控制

第二十一条 财务管理人员应严格按照《会计法》、《社会保险基金财务制度》等有关规定进行会计核算，编制会计报表。严禁弄虚作假。

第二十二条 财会人员一律要求持证上岗。基金会计、出纳做到职责权限明确并相互分离、相互制约，出纳不得记录和保管基金帐簿，不编制、审核记帐凭证。

第二十三条 对于基金核算实行电算化，一人一个操作密码，严禁以他人密码进行会计核算操作，并安装防计算机病毒软件，必须保证计算机安全运行，做到及时备份数据，妥善保管。第二十四条 基金管理部门与财政部门共同商定，根据社会保险基金管理要求只在同一家国有商业银行开设一个基金收入户、支出户和财政专户。

第二十五条 按规定程序使用保险柜，保险柜钥匙和密码未经许可不得告知他人或委托他人代为保管，做好防盗防范措施。

第二十六条 对每月向定点医疗机构和定点药店结算的医疗费用一律通过银行转帐，不得支付现金或现金支票。对1000元以下的个人结算业务可以支付现金，超标准的应开具现金支票。对现金及银行存款应做到日清月结，严禁坐支现金，并严格现金库存限额管理，库存现金超限额的应及时缴存银行。

第二十七条 基金管理部门对原始凭证进行审核把关，原始凭证必须符合社会保险基金会计制度的统一规定，对不真实、不完整、不合法的原始凭证不予接受或要求其更正补充。如发现原始凭证中金额有误的，应退回出具单位重开。

支出原始凭证须经办人、经办部门负责人签名，分管领导审批后，方可办理支付手续。

第二十八条 会计帐簿登记，须由会计根据审核批准后的原始凭证为依据，进行计算机录入。录入后打印出记帐凭证，经基金管理部门负责人、会计共同审核无误后，签字盖章，会计据此打印出相关明细帐及会计报表。

第二十九条 基金管理部门对不同账务应定期核对，做到账证、账账、账表、账实相符。同时，银行日记帐和银行对帐单每月交稽核科审计一次。

第三十条 基金预算。终了前，基金管理部门按照财政部门规定的表式、时间和要求，编制下一基金预算草案，报市劳动保障局审核，经市财政局复核、市政府批准后执行。定期对预算执行情况进行分析。

基金决算。年终，对各项基金收支及存款余额核对无误后，基金管理部门按规定表式和填报要求，编制基本医疗保险基金会计决算报表，分别报送有关部门审核。基金管理科对全年的基金收支、结余情况进行分析，经领导审阅后，报送省、市主管部门。

第三十一条 基金管理部门要做好基金的调度和保值增值工作，严格按规定将收入户资金转存财政专户，及时向财政部门报送结存资金转存定期的计划。

第三十二条 会计人员调动或其他原因离职，必须按规定进行交接。一般会计人员交接，由基金管理部门负责人监交；基金管理部门负责人交接，由单位负责人或上级单位派人监交。移交清单一式三份，移交人、接交人、监交人签字后生效。

第三十三条 稽核部门负责购买银行票据及其它票据，对购买的票据要进行登记，基金管理部门经办人员在领取之后要顺序开具，对作废的票据加盖作废章，银行票据应作为当期会计凭证的附件。

第五章 信息系统控制

第三十四条 医疗保险经办机构要对计算机系统的项目立项、设计、开发、测试、运行和维护整个过程实施严格管理，严格划分软件设计、业务操作和技术维护等方面的责任。

（一）系统的业务需求由主管业务部门提出，应符合医疗保险法律、法规、政策的规定，明确防范风险控制的要求，并由医疗保险经办机构主要负责人组织相关人员审核确认。

（二）系统的设计开发由网管部门负责，严格按照劳动保障部有关社会保险信息系统建设的标准规范业务系统和数据库建设，编写完整的技术资料；在实现医疗保险业务电子化时，应设置保密系统和相应控制机制，并保证计算机系统的可稽核性。

（三）系统（含升级系统和其他商品软件）投入运行前，必须在系统开发商测试基础上，再经过网管、业务部门的试验运行，提供必备的测试资料，正式投入运行应经过业务、网管部门的联合验收，由医疗保险经办机构法人代表批准。

（四）系统投入运行后，应按照操作管理制度进行经常和定期相结合的检查，完善业务数据保管等安全措施，进行排除故障、灾难恢复的演习，确保系统可靠、稳定、安全地运行。

（五）购买计算机系统设备，合同中应明确厂商承担的责任，租用公共网络时，应确定经营机构承担的责任。

（六）严禁系统设计、软件开发等技术人员介入实际的业务操作。对系统的数据资料必须建立备份，异地存放。系统应具备严密的数据存取控制措施，数据录入应依照合法、完整的业务凭证照实输入。

第三十五条 根据业务流程和业务系统功能划分各个部门和岗位的职能，经医疗保险经办机构主要负责人批准后，赋予业务操作人员和系统维护人员等各类人员的职责和使用权限。

第三十六条 原则上不得对数据库进行操作，因业务处理需要必须对数据库操作时，须经医疗保险经办机构主要负责人批准，并由稽核部门监督执行。

第三十七条 系统网管人员要做好防火、防尘、防水、防磁、防雷击等工作，落实定期维护、故障处理、安全值班和出入登记等制度，确保设备的正常运转。加强网络和计算机病毒防护，确保网络安全。

第六章 部门协调与控制

第三十八条 与开户银行之间的协调控制。

（一）开户银行应认真审核、及时传递基金收付单据，按规定计算各季度基金存款利息，保障基金安全完整；每月终了后，开户银行及时打印“银行存款对帐单”，复印“财政专户存款对帐单”及有关回单。

（二）医保经办机构及时到开户银行取回“银行存款对帐单”、银行回单及有关复印件，认真核对，发现问题应及时查明原因并作相应处理。

第三十九条 与定点医疗机构及定点药店之间的协调控制。

（一）医保经办机构对符合条件的定点医疗机构、定点药店提出的申请进行审查，签订协议，明确各自的权利与义务。医保经办机构应对定点医疗机构和定点药店实行监控、巡查和参与年终考评。

（二）定点医疗机构和定点药店通过医保计算机网络结算参保人员就医、购药费用，数据实时传输至医保数据库保存。医保经办机构通过医保网络系统实时监控定点医疗机构和定点药店医疗费用的发生情况，对定点医疗机构和定点药店的医疗服务行为进行监控。

（三）医保经办机构在一定时间内对申报费用进行审核确认，发现问题应及时查明原因并作相应处理，处理情况及时反馈给定点医疗机构和药店。

第四十条 与财政部门之间的协调控制。

（一）经办机构依据本基金收支预算，根据月末“支出户存款”余额及次月基金支付计划，填写《社会保险基金月使用计划申请表》，报市财政局审核拨付；并按月与市财政局核对“财政专户”收支和结余情况，发现差错应及时查明原因，保证账账相符。

（二）接受并配合上级部门的非现场监督。按月向省局、市劳动保障、财政、审计等部门报送基金会计报表。接受并配合省、市有关部门的各项检查，确保所提供的会计资料真实完整。及时地总结分析检查中暴露出的问题和不足，并尽快坚决予以整改。

第七章 内部控制的管理与监督

第四十一条 医疗保险经办机构负责人对本单位内部控制制度的建立健全和有效实施负全面责任，分管负责人按其分管范围负相应责任，部门负责人对本部门内控制度的实施负全面责任，经办人员负具体经办责任。

第四十二条 各部门负责人每年应对本部门内部控制制度的适当性及执行的有效性进行抽样自查，并建立相应的自查记录，年终进行总结。

第四十三条 稽核部门履行内控的管理与监督职能，依照国家有关医疗保险政策、法规以及规范性文件，制定内控检查及日常工作计划，报单位主要负责人批准后，定期或不定期地对内部控制体系的运行情况进行检查。稽核部门行使内部控制制度的监督检查职能，有权按规定对单位所有部门及人员控制制度的执行情况进行内部督查，各部门及人员不得拒绝，对督查的情况和问题，负责提出处理建议意见。

第四十四条 稽核部门在对内控制度运行情况的检查过程中可以查阅、复制有关文件资料，检查有关凭证、账簿以及其他相关资料和资产等，对检查事项有关问题进行调查，对违反内部控制制度的行为做出临时处理决定。

第四十五条 稽核部门应按照内审程序进行检查，做好检查笔录。笔录由稽核人员和被检查部门负责人签字或盖章。对主要资料要进行复印并由被检查部门负责人签字或盖章。稽核部门应将检查结果在本单位进行公示。

第四十六条 稽核部门应对内控制度运行的检查情况作出评价。对内部控制检查中发现的问题，及时报告主要领导，并提出整改建议。

第四十七条 各部门、岗位和业务环节，应建立责任人差错追究制度，强化内部监督制约。

第四十八条 建立健全内控考评机制。内控考评工作采取本级自评、上一级考评、稽核部门考评业务部门的形式进行。内控考评工作每年进行一次，考评时限为上。

考评结果作为目标考核的重要依据，对内控工作好的医疗保险机构和个人进行表扬和奖励。医疗保险机构工作人员不遵守内部控制制度而造成不良后果的，应视情节轻重追究相应行政责任，并予以相应处罚；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。考评内容：

（一）单位（部门）领导是否重视内控建设，是否建立有利于控制风险的组织架构等。

（二）医疗保险机构是否制订科学合理的内部控制制度，并按内部控制制度规定完善业务操作规程和岗位责任制。

（三）各项业务是否严格按照业务操作规程办理，岗位责任制是否落实，是否存在滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守等行为。

（四）各项业务办理环节中的办理手续是否完备，相关凭证是否真实有效，数据录入是否完整准确，相关岗位之间的制约是否落实到位。

（五）基金的收支是否符合标准和规定；是否存在医疗保险基金被贪污、挪用、截留等现象。

**第五篇：医疗保险管理办公室工作制度**

医疗保险管理办公室工作制度

1、医疗保险办公室由业务院长直接领导，建立健全医院各类保险管理的各项规章制度。

2、认真贯彻落实青岛市基本医疗保险、工伤、生育、新农合保险的各项政策规定，指导各科室做好保险的管理工作，确保保险管理工作规范有序运行。

3、负责全院医保指标的测算、分配，并实施有效监控。

4、对各科室保险管理工作运行情况进行检查考核，发现问题记录在案，并要求科室限期整改。

5、监督检查“三个目录”的执行情况，并按上级保险部门规定进行医保费用明细及医保病历的监督审核工作。

6、严格控制医疗费用支出，按月对参保患者住院均次费用、自费金额占住院总费用比例、人均住院天数等指标进行分析，针对存在问题，制定控制费用具体措施。

7、简化工作流程，实行政务公开，对参保人提供优质高效的服务。

8、做好医保政策的宣传和对医护人员的培训。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！