

最新医院慢病管理工作计划 医保科工作计划(优秀5篇)

计划是人们为了实现特定目标而制定的一系列行动步骤和时间安排。优秀的计划都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？下面是小编带来的优秀计划范文，希望大家能够喜欢！

医院慢病管理工作计划 医保科工作计划篇一

1. 继续做好与市医保中心、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；
3. 加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、懂管理、会操作的业务骨干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。
4. 加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。
5. 带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，

是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

医院慢病管理工作计划 医保科工作计划篇二

（一）加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。

宣传工作是推行城乡居民合作医疗的首要环节，只有让广大农民把城乡居民合作医疗的政策真正弄懂了，他们才会积极参与和支持。我们在实际工作开展中，注重从多方面、多层次做好宣传工作。一是加大宣传力度，扩大城乡居民合作医疗的影响力。今年，通过宣传服务车逐村进行宣传，以专版、专题等多种形式先后公告了我乡城乡居民合作医疗工作的开展情况。二是利用受理补偿中的实例，进行广泛宣传。在参合农民医疗费用补偿过程中，我窗口工作人员积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释《云阳县城乡合作医疗保险试行办法》的条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使我院医保服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传城乡居民合作医疗政策的重要阵地。三是通过组织专题会议、政务公开等多种形式定期对外公布参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全乡补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到城乡居民合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到城乡居民合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持城乡居民合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。

我院对相邻乡镇的参合农民也加大宣传，同时为相邻乡镇之间的偏远地方的老百姓提供便利、优质的健康服务，并不断征求外乡参合农民对我乡医保工作提出好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，也为城乡居民合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

（二）强化管理，努力为参合农民提供优质服务。

经办机构工作效率好坏、定点医疗机构服务水*高低的直接影响到农民参加城乡居民合作医疗的积极性，我们始终把为参合农民提供优质高效的服务放在工作的重中之重。一方面，我院坚持努力提高医保服务管理水*。在城乡居民合作医疗实施过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。城乡居民合作医疗服务窗口工作人员把“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公*、公正的原则，统一政策，严格把关，按规操作，实行一站式服务，截至11月30日，全乡共补偿10521人次，其中住院补偿494人次，补偿金额共计元，通过*四年运转，以户为单位受益面达40%左右。另一方面，我们进一步加强我院医保工作的自查自纠工作，使之不断提高服务质量和水*。为确实提高服务水*，我院组织开展了自查工作，针对医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开自查，发现问题，及时整改。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还设立了意见箱，广泛了解参合农民对我乡城乡居民合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

（三）完善制度、规范行为，确保医保工作运转安全。

公布就医流程、设咨询台（咨询窗口），完善参保对象住院告知手续，方便参保人员就医购药。院内各项医疗保险管理制度健全，相关文书按规范管理。严格执行基本用药目录管理规定，基本用药目录内药品备药率达到协议标准，药品质量合格、安全有效，无假冒伪劣药品销售。公布本院医保政策咨询与投诉电话，热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保人员投诉。建立健全了财务管理制度，规范报销审核程序，对本院和各村卫生室的各项合作医疗报账报表、票据，逐项审核，验收，院长最后审批把关，形成严格的三级审核程序，确保报销经额、项目准确无误。每月按规定及时上报医保报表和电子版报表，从未拖欠村卫生室报销的费用。定期分析参保人员的医疗及费用情况，及时解决问题，根据情

况采取不定期对本院和各村卫生室进行抽查，杜绝违规行为的发生。我院住院部严格掌握参合病人的入院指针，住院病人一人一床，从无医保病人挂床住院，住院病人分不同颜色的住院卡管理，入院24小时内，立即建立病历，完善相关内容。

进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴

积极配合做好20xx年城乡居民合作医疗参保筹资的各项准备工作，保证医保工作持续、健康、稳步推进。

医院慢病管理工作计划 医保科工作计划篇三

1. 执行35岁以上全镇辖区居民患者首诊免费测血压制度；提高高血压病的检出率，我院及各村卫生室在门诊日志上登记血压值，每月执行月报表制度。

2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范、真实、完整的档案资料，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。

3. 辖区内高血压发现登记率应达85%，并且执行高血压、糖尿病规范化管理、随访、体检工作。

4. 高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

1、有专人负责社区各项慢病防治工作。

2、发现可疑高血压、糖尿病病人立即建立高危人群监测档案，

及时行的进行随访。确诊后纳入高血压、糖尿病管理。

3、加强宣传，告知服务内容，使更多患者和居民主动接受服务。

4、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记（高血压发现登记率达5%，糖尿病达2%），规范管理率和随访率均达95%以上。每季、半年、年终的评估中等各项工作指标，血压控制达标率、血糖控制达标良好率和个案效果评估，均应达到要求。

5、掌握辖区65岁以上老年人群（常住人口）的基本情况并有花名册，健康档案等资料齐全，开展老人周期性体检工作，有开展工作记录及资料。

6、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

7、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢性病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

8、按照各类慢性病防治的需要，积极开展相应的慢性病防治，健康宣传教育及健康促进工作。

医院慢性病管理工作计划 医保科工作计划篇四

2、利用居民健康档案和组织居民进行健康体检等多种方式，早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。

3、通过电话指导、入户访视、建立居民健康档案基本信息、门诊35岁以上首诊测血压制度等，加强辖区高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理的知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

4、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及社区居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

1、发现并积极登记高血压患者。

3、高血压高危人群每半年至少测一次血压并进行干预和效果评价；

4、继续施行35岁以上居民首诊测血压制，并做好登记。

5、高血压患者健康管理率达到60%以上，规范管理率达到95%以上，规范管理人群血压控制率达到60%以上。

1、发现并积极登记糖尿病患者。

3、糖尿病高危人群每半年至少测一次血糖并进行干预和效果评价。

4□ii型糖尿病患者健康管理率达到45%以上，规范管理率达到95%以上，规范管理人群血糖控制率达到60%以上。

建立并健全慢性病工作制度，成立慢性病工作领导小组，对全镇65岁以上老年人、高血压、糖尿病患者开展预防控制工作，建立综合防治机制。

登记建档和管理。

（二）、高血压、糖尿病的管理

1、高血压、糖尿病患者的检出

利用健康体检、中心卫生院和村卫生室的诊疗、首诊测血压等方式发现高血压、糖尿病患者。

2、高血压、糖尿病患者的登记

将检出的高血压、糖尿病患者纳入慢性病管理进行规范化管理。

3、高血压患者的随访管理和转诊

4、糖尿病患者的随访管理和转诊

（三）、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预

对高危人群采取群体和个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，提高其对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给予健康方式的指导，定期测量血压、血糖。

（四）、一般人群的健康促进

根据一般人群的健康需求，广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励社区人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

在县卫生局正确领导下和县疾控中心的业务指导下，我们将努力工作，脚踏实地干好本职工作，为我镇慢性病工作再上新台阶而奋斗。

医院慢病管理工作计划 医保科工作计划篇五

一、工作目标

1、建立慢病基础信息系统。利用计算机管理，对我院慢病示范区对应服务人群的高血压、糖尿病的病人及新发病人首诊病例进行登记建档工作，制定慢病管理制度，由领导分管此项工作，责任落实到个人。

2、利用居民健康档案、组织居民进行健康体检等多种方式，早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。

3、加强村级高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病的并发症发生。

4、以我院为基础，从群体防治出发，个人防治入手，建立慢病随访管理模式。

5、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及基层居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

6、建立规范化的高血压、糖尿病档案管理系统。

二、建档目标

1、建立基层居民健康档案，服务人民。

2、建立慢病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、实施计划

建立慢病各种制度；对一般人群、慢病患者开展预防控制工作，建立健全慢病管理综合防治机制。

1、对各村各组进行健康档案建立及体检。

2、高血压及糖尿病的检出：利用建立居民健康档案、健康体检、本院门诊35岁以上首诊血压测量制度及化验室血糖检测记录等多种方式发现高血压、糖尿病患者。

3、高血压、糖尿病患者的登记：将检出的高血压、糖尿病患者进行登记建档并规范化管理。

4、高血压、糖尿病患者的随访管理和转诊：对检出高血压、糖尿病患者收集详细的病史，帮助患者制定自我管理计划，对高血压患者进行自我管理的技术支持。

5、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预：对检出高血压、糖尿病高危人群的界定标准、筛查出高血压、糖尿病高危人群采取群体或个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给以健康方式的指导，定期测血压、血糖。

6、一般人群的健康促进：根据基层人群的健康需求，在基层广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励基层人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

（1）在我院及村卫生室建立慢病防治知识宣传刊栏，每个季度更换一次内容。

（2）在我院慢病示范区域内每季度举办一次慢病知识讲座，健康生活方式讲座及义诊等活动。

（3）院内开展免费测量血压。

四、培训及评估

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压、糖尿病防治指南》全院职工进行培训。以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

评估时按照慢病建档动态管理情况、随访管理开展情况、双

向转诊执行情况、35岁首诊血压开展情况、就诊者的满意度等，慢病知识知晓率、相关危险行为的改变率及慢性病的药物规范治疗情况，综合评估。