

医院医保工作中存在的问题及措施 医院 医保工作个人总结(大全10篇)

每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。范文怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下是小编为大家收集的优秀范文，欢迎大家分享阅读。

医院医保工作中存在的问题及措施篇一

20xx年，我院在医保中心的领导下，依据《xxx铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，仔细开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了肯定的成效，但也存在肯定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有特地的医保服务机构，医院设有一名特地的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以便利广阔患者清晰便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广阔患者明白自己的就医流程。建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并依据考核管理细则定期考核。设有医保政策宣扬栏、看法箱及投诉询问电话，定期发放医保政策宣扬单20xx余份。科室及医保部门准时仔细解答医保工作中病人及家属提出的问题，准时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，准时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院特地的医保学问培训2次，有记录、有考试。

20xx年611月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金xxxx万元，门诊刷卡费用xxx万元。药品总

费用基本掌握在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面基本上达到了要求，严格掌握出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，依据指出的问题和不足我院马上实行措施整改。加强了门诊及住院病人的管理，严格掌握药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次违规行为者进行严厉处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。CT、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

严格按协议规定存放处方及病历，病历准时归档保存，门诊处方根据医保要求妥当保管。对达到出院条件的病人准时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。对超出医保范围药品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科依据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业学问的解释，使双方达到统一的熟悉，切实维护了参保人的利益。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品名目汇编成册，下发全院医护人员并深化科室进行医保政策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，把握医保药品适应症。通过培训、宣扬工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格把握政策、仔细执行规定、精确核查费用，随时按医保要求提示、监督、规范医生的治疗、检查、用药状况，从而杜绝或削减不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清

单三者统一，避开多收或漏收费用；严格把握适应症用药及特别治疗、特别检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格把握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、详细；与财务科亲密合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算精确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核有用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年10月份，准时更新了20xx年医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，系统运行平安，未发觉病毒感染及错帐、乱帐状况的发生，诊疗项目数据库准时维护、对比。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失状况的发生。工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性熟悉不足：对病情变化的用药状况记录不准时；有的对医技科室反馈的检查单不仔细核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准把握不清晰，间或有模棱两可的现象。对参保人群宣扬不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展状况不尽了解。这些是我们熟悉到的不足之处，今后会针对不足之处仔细学习、严格管理、准时向医保中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

- 1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，协作医院质控部门考评医疗保险服务工作（服务态度、医疗质量、费用掌握等）。
- 2、加强医保政策和医保学问的学习、宣扬和训练。
- 3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量，做到合理检查、

合理用药。每季度召开医院医保工作协调会，总结分析和整改近期工作中存在的问题，把各项政策、措施落到实处。

4、申请每年外派23名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

医院医保工作中存在的问题及措施篇二

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《铁路局医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险定点医疗机构服务质量监督考核的服务内容，做总结如下：

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使广大患者明白自己的就医流程。

建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。

设有医保政策宣传栏、意见箱及投诉咨询电话，定期发放医保政策宣传单20xx余份。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

20xx年6—11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人x人

次，支付铁路统筹基金xx万元，门诊刷卡费用xx万元。药品总费用基本控制在住院总费用的40%左右，在合理检查，合理用药方面上基本达到了要求，严格控制出院带药量，在今年8月份医保中心领导给我院进行了医保工作指导，根据指出的问题和不足我院立即采取措施整改。

加强了门诊及住院病人的管理，严格控制药物的不合理应用，对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次违规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。

ct、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按照医保要求妥善保管。

对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。

对超出医保范围药品及诊疗项目，由家属或病人签字同意方可使用。

医保科发挥良好的沟通桥梁作用。在医、患双方政策理解上发生冲突时，医保科根据相关政策和规定站在公正的立场上当好裁判，以实事求是的态度作好双方的沟通解释，对临床医务人员重点是政策的宣讲，对参保人员重点是专业知识的解释，使双方达到统一的认识，切实维护了参保人的利益。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政

策法规的培训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。半年来没有违规、违纪现象发生。

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年10月份，及时更新了20__年医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。半年来，系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

工作中存在的不足之处：如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。对参保人群宣传不够，部分参保人员对我院诊疗工作开展情况不尽了解。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时向医保

中心请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

- 1、加大医保工作考核力度。增加一名专职人员，配合医院质控部门考评医疗保险服务工作(服务态度、医疗质量、费用控制等)。
- 2、加强医保政策和医保知识的学习、宣传和教育。
- 3、进一步规范和提高医疗文书的书写质量，做到合理检查、合理用药。每季度召开医院医保工作协调会，总结分析和整改近期工作中存在的问题，把各项政策、措施落到实处。
- 4、申请每年外派2—3名工作人员到铁路局管理先进的医院学习和提高。

医院医保工作中存在的问题及措施篇三

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保局安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保、新农合工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由“一把手”负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保、农合工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。

为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，一是召

开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。二是举办医保知识培训班、黑板报、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

为使医保、农合病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保、农合就诊流程图，医保、农合病人住院须知，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。在省领导及市物价局领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。今年我科未出现大的差错事故，全院无大的违纪违规现象。

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。

我科分管副科长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和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，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年收治医保、居民医保住院病人余人，总费用万余元。接待定点我院的离休干部人、市级领导干部人，伤残军人人。20xx年

我院农合病人人，总费用万元，，发生直补款万元，大大减轻了群众看病负担。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：；做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办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农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大；全院的医保工作反馈会偏少。

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农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

- 1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。
- 2、做好与医保局的.协调工作。
- 3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

医院医保工作中存在的问题及措施篇四

20xx年在我院领导重视下，按照医保中心的工作精神，我院认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成绩，现将我院医保工作总结如下：

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群众监督。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。医院职工开展以文明礼貌，优质服务，受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现

象。

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。

医院医保工作中存在的问题及措施篇五

思想为指导，以加强医德医风和能力建设为契机，身体力行“八荣八耻”要求，不断提高自身服务群众水平。

现将本人有关情况总结如下

（一）强化服务理念，体现以人为本一直以来，本人始终坚持把群众是否满意作为自己工作的第一标准，把病人的呼声当作第一信号，把病人的需要当作第一选择，把病人的利益当作第一考虑，扎实开展医疗服务工作。切实将以人为本、以病人为中心、以质量为核心的服务宗旨渗透到医疗服务的各个环节之中，把病人满意作为第一标准。

牢固树立以病人为中心的意识，努力为病人提供热情周到的服务。在工作当中，积极主动帮助病人解决就诊中遇到的各种困难，让病友感受到热情周到的服务，感受到医护人员的关心和体贴。细心听取社会各界群众、病人及家属对我们医务工作的意见和建议，能改的则改，能帮的尽量帮，能协调的尽量协调，及时为病人排忧解难。

（二）提高水平，打造医护品牌高质量、高水平的医疗服务是病人、家属、社会评价医务工作者满意度的一项重要指标。本人始终把强化医疗质量、提高专业技术水平、打造过硬技术品牌作为提高群众满意度的一个重要抓手。

严格落实了医院各项规章制度，定期自查，找出问题，采取措施，加以改进。

（三）以德为先，树新形象本人根据“正规诊疗、优质服务、求实创新、永攀高峰”的新形象和新要求，不断规范自身的言行，振奋自身的蓬勃朝气、昂扬锐气、浩然正气，真正体现白衣天使的崇高风貌。一颗红心中始终嵌入两个“人”字。

“以人为本”“以病人、为中心”，时刻把病人放在心中，奉献一片爱心。注意用语文明、温馨、富有亲情。

“以我热心关心细心换你舒心放心安心”、“生命至上、质量为本、关爱健康、呵护生命”“比海洋、比天空更为宽广的是奉献之心”“珍惜每一次服务机会，、播撒每一份真情”，虽然上述这些都是支言片语，但它们都是我工作中不折不扣的座右铭，被压在办公桌上，摆在案头边上，始终时刻提醒并引领我成为一名优秀的医务工作者。

（四）规范医德医风，关爱弱势群体强化自我教育，是构筑拒腐防变的第一道思想道德防线，也是增强自警自律意识的重要环节。本人注意充分利用各种资源，学习有关医德医风方面的内容，收看中央电视台焦点访谈栏目播出的《聚焦医德医风》录像；关注中央电视台一套每天播出的《今日说法》节目；倾听法律界人士为医务人员讲授预防职务犯罪的法律课，从法律的角度分析收受红包回扣可能触犯的法律条文等等。通过一系列举措，教育自己要保持清廉、要弘扬正气，教育身边的同事要自重、自省、自警、自律，做廉洁行医的模范。

群众利益无小事，医疗费用偏高是群众反映的一个热点问题，要让群众满意，医生就必须切实解决这一问题。本人在工作职责范围内，采取了一系列的措施，尽量帮助病人减少不必要的医疗费用支出。特别注意关爱弱势群体，坚持使用价廉有效的药品，科学合理诊治，减轻病人负担。

二、具体工作

（一）不断学习新型农村合作医疗制度，提高对新型农村合

作医疗制度认识。

本人一直加强对这项工作的复杂性、艰巨性和长期性的认识，深入政策学习与理解，准确把握，坚决杜绝畏难怵头情绪。

此外，本人加强政治学习，十分重视自身道德素质的修养。多年来，一幕幕让人心痛或感动的情感洗礼和一次次与病人并肩作战的经历，让我深深懂得，作为一名白衣天使，必须要有一丝不苟的工作作风，要有良好的技术水平、严肃认真的科学态度，严密的组织纪律性和对病人大公无私的关爱。在工作中，热心接待病人，关心病人疾苦，耐心听取病人与家属意见，勤奋细心地做好每一项工作。

（二）群众对合作医疗政策的知晓程度不够。

有的农民虽然参加了合作医疗，但对政策一知半解，甚至理解上有偏差。

例如有的农民对住院才能补偿并不清楚，拿着门诊发票去报销；有的对设置起报线不理解，有的对慢性病的补助范围不清楚等等。造成这些误区的主要原因，是我们的宣传发动不够深入。本人加大宣传力度；对每位前来办理医保的病人或者病人家属细心讲解政策，让他们无惑而归、满意而归。

（三）切实做好服务工作，以“服务病人，不让病人多花一分钱，不让病人多走哪怕一步弯路”宗旨，以“白班夜班工作质量一个样，有人检查无人检查一个样，对熟识病人陌生病人一个样”为标准，来规范医保办的工作。在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，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。

（四）严格执行监管制度，强化责任意识，合作医疗公示制度是保障新型农村合作医疗正常运行的一种十分有效的监督形式，本人严格按照政策法规，在市卫生局领导下与医院的指导下，严格执行新农合医疗公示制度，坚决杜绝一切虚假情况，并要求与劝说身边的同事一律抵制此类情况发生。此外，本人始终坚持接受“党内监督与党外监督”“领导监督和群众监督”“院内监督与院外社会、化监督”，以此来勉励与督促自己。

（一）统一思想，提高认识，把新型农村合作医疗工作作为关乎全院发展的大事来抓。新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。建立新型农村合作医疗制度，是新形势下党中央、国务院着眼于全面建设小康社会目标，为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、经济社会发展的重大举措，一定要统一思想，提高认识，积极认真的抓好新型农村合作医疗工作，让广大人民群众切实得到实惠、见到好处。

（二）明确责任，强化管理建立新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、制约因素多的系统工程，必须统筹考虑，把握关键，切实增强工作的预见性、计划性、规范性，确保合作医疗的平稳运行。为此，就必须：服从领导，明确责任；长效宣传，抓住关键；以人为本，提高服务质量；加强队伍建设，不断提高自己。

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

好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

医院医保工作中存在的问题及措施篇六

按照省卫生厅、市、县卫生局的部署，从去年4月份开始我院以开展创建“群众满意医院”活动为契机，围绕提升医疗质量和服务水平，营造良好的医疗环境开展创建工作，狠下功夫，努力提高医疗质量，形成了“质量兴院”的良好风气。医疗质量关系到病人的生命安全和身体健康，是医院发展的根本。我们把县卫生局年初部署的“医疗质量管理年”活动内容融入到创建“群众满意医院”活动当中，把提高医院医疗质量放在突出的位置。医院先后出台了一系列措施，确保医疗质量和医疗安全，有效杜绝了医疗事故和减少了医疗纠纷的发生。

(1)健全和完善医院必备质量管理组织。根据创建活动考评标准，建立健全了“层次分明、职责清晰、功能到位”的必备医疗质量管理组织，对“医疗质量、病案管理、药事管理、医院感染管理、输血管理”等专业委员会的人员组成进行了调整和补充，完善了各委员会的工作制度，使各自的职责与权限范围进一步得到清晰。

(2)完善了各项医疗制度并形成了严格的督查奖惩机制，实施了一系列保证医疗质量的措施和方法。对照创建“群众满意医院”活动考评标准，根据有关的法律法规，结合我院实际情况，完善有关的管理规定和制度。制定了《突发公共卫生事件应急处理预案》、《医疗纠纷防范预案》、《医疗纠纷处理预案》、《导诊岗位服务规范》等一系列制度及措施。

(3)加强了法律法规的学习和教育。今年全院共组织了医护人员300多人次参加有关医疗纠纷防范与处理的学习班，广泛开展《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国护士管理办法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、

《病历书写基本规范》等法律法规的学习和教育，多次派出医疗管理人员参加全国性和全省组织的“医疗事故防范与处理”、“医疗文书书写规范”、“处方管理办法”等学习班，并对全院医务人员进行了多次相关法律法规的培训和考试。

(4)进一步规范和提高医疗文书的书写质量，认真贯彻落实卫生部的《病历书写基本规范(试行)》和我省出台的《病历书写基本规范(试行)实施细则》，医院加强了对病历质量的检查工作：一是院领导经常不定期抽查运行病历和门诊病历，多次组织本院检查组督查病历质量，对不合格的病历通报批评，并给予经济处罚。二是各科主任对住院病历进行经常性的检查，及时纠正病历质量问题。三是质控科对每份归档病历进行终末质量检查，每月对病历质量情况进行小结并通报全院。四是病案管理委员会加大了管理力度，针对病历质量存在的问题进行专题讨论，制定了整改措施，督促及时整改。2016年共检查病历5987份，其中质量病历5551份，有7份为乙级病历，未发现丙级病历，病历甲级率为99.8。全年病历质量较好的科室有内科、儿科、妇产科、急诊科。

***年全院书写病历数最多的前三名医生分别是：儿科的朱树森，255份、儿科的叶林海，248份、外一科的范地福，211份。全年科室病历总数位居前三位的是：儿科：1219份，外一科：859份，外二科：846份。

(5)认真落实三级医师查房制度。三级医师查房的质量，与医院整体医疗水平息息相关，只有三级医师查房质量的不断提高，才能保证医院整体医疗水平的发挥，减少医疗纠纷，促进医院医疗工作的健康发展。根据有关规范要求，结合我院实际情况，今年重新制定了三级医师查房制度，实行了分管院长业务查房制度，加大了对三级医师查房制度落实情况的督查力度，有效地提高了我院的诊疗水平。

(6)进一步加强了围手术期的管理。围手术期管理是保障外科病人医疗安全的关键，医院按照制定的围手术期质量标准认

真进行考评，提高了围手术期的医疗质量，有效地保障医疗安全。

(7)加强了临床用血管理工作。为确保临床用血安全，进一步规范了临床用血程序，在血库开展交叉配血试验，减少了病人用血的流程，提高了临床用血效率，完善了血库工作职能，严格执行配血和输血各项操作规程，杜绝了差错事故的发生。

医院医保工作中存在的问题及措施篇七

省社会医疗保险中心铁路管理处：，我院根据铁路局职工家属基本医疗保险定点医疗机构服务协议的规定，认真开展工作，作出了一定的成效，但也存在一定的不足，针对医疗保险医疗定点医疗机构服务质量监督考核内容，总结如下：

有健全组织。业务院长分管医保工作，有专门的医保机构及医保管理，网络管理等主要制度，有考核管理办法并定期考核。设有医保政策宣传栏，意见箱，导医图及医保政策主要内容。公布了常用药品及诊疗项目价格，按时参加医保培训，有特殊材料、职工家属转诊转院审批记录。

□1-xx月份，我院共接收铁路职工住院病人760余人次，消耗铁路统筹基金335万元，平均每月30.5万元，比略有下降。药品总费用基本控制在住院总费用的46%左右，合理检查，合理用药，基本达到了要求，严格控制出院带药量，严格控制慢性病用药及检查项目。在今年五月份医保中心给我院下发了医保统筹基金预警通报，我院立即采取措施加强门诊慢性病管理及住院病人的管理，控制药物的不合理应用，停用部分活血化瘀药品及抗生素。每次医保检查扣款均下发通报落实到科室或个人。先后扣款四次，共计3700多元，涉及4个科室，三个人。对门诊慢性病处方每月检查，及时纠正不合理用药。通过加强管理，使医疗费用的增长得到控制，一至三季度统筹基金清算月平均逐月下降，三季度统筹基金降到月均28.3万元□ct□彩超等大型检查阳性率达60%以上。科室及

医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。住院处统一保管ic卡，病区统一保管医保手册；实行三级核对患者金额身份制度，严格核对ic卡及医保手册，严防冒名顶替现象发生，一年来没有发现违规情况的发生。

：有门诊慢性病专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。严格按协议规定存放处方及病历，病历归档保存，门诊处方由要放按照医保要求妥善保管。对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。对超出医保范围药品及项目，由家属或病人签字同意方可使用。今年6-7月份，医院先后为101人，150人次办理慢性病审批手续，在8月份结束了1700多人的铁路职工体检工作。

：严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。今年xx月份，医院按照社保处的要求，及时更新医保基本用药数据库及诊疗项目价格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

：信息科及保健站按要求每天做了数据备份、传输和防病毒工作。一年来，系统运行安全，未发现病毒及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。但也有不足之处，如有的医务人员对病历书写的重要性认识不足：对病情变化的用药情况记录不及时；有的对医技科室反馈的检查单不认真核对、分析，由造成病历记载不完善现象；有些医生对慢性病用药范围的标准掌握不清楚，偶尔有模棱两可的现象。这些是我们认识到的不足之处，今后会针对不足之处认真学习、严格管理、及时请教，以促使我院的医疗保险工作愈来愈规范。

医院医保工作中存在的问题及措施篇八

20xx年在我院领导重视下，根据医保中心的工作精神，我院

仔细开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了肯定的成果，现将我院医保工作总结如下：

为规范诊疗行为，保障医保管理持续进展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长详细抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度详细实施。

为使广阔职工对医保政策及制度有较深的了解和把握，我们进行了广泛的宣扬学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的熟悉。举办医保学问培训、发放宣扬资料、闭卷考试等形式增加职工对医保日常工作的运作力量。

为使医保病人“清清晰楚就医，明明白白消费”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和惩罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。医院职工开展以文明礼貌，优质服务，受到病人好评。

为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用掌握等方案，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，常常巡察病房，进行病床边即访政策宣扬，征求病友看法，准时解决问题，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

院要求的病人一律不予收住。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，准时严肃处理，并予以通报和曝光。今年我院未消失差错事故，全院无违纪违规现象。

医疗保险制度给我院的进展带来了前所未有的机遇和挑战，正由于对于医保工作有了一个正确的熟悉，全院干部职工都乐观投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

医院医保工作中存在的问题及措施篇九

一、配备优秀人员，建立完善制度1. 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，并成立了以院长000为组长，书记00为副组长，医保科主任00、护理部主任00、内科主任00、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。

医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。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、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2. 我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测□x光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

3. 2009年我们医保科组织医保培训每季度1次,每季度组织考

核1次。

认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号文件精神。

二、认真完成工作任务2009年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，0000年（1—12份）我院共收住院医保患者000人次，医疗费用总计000，住院人次费用000住门比000。

医保门诊000，门诊人次000，人均费用000。

三、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。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容 & 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。院领导及医保科人员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。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的hiss系统，每天给住院患者提供一日清单，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。院领导和我们医保科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。

患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的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，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，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，造福全市的参保人员。

医院医保工作中存在的问题及措施篇十

20xx年上半年医保科在院领导高度重视与指导支配下，在各职能科室、站点大力支持关心下，根据市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，仔细开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算人次，费用总额，医保支付总额□20xx年医保住院支付定额910万元，医保工作取得了肯定的成果，同时也存在很多不足之处，现一并总结如下：

为保障医保工作持续进展，院领导高度重视，依据医院工作实际，加强组织领导，建立了由分管院长负责的医院医保管理工作领导小组，全面组织支配医院医保工作，各站点、门诊主任为医保工作第一责任人，负责本站点医保工作管理，同时指定各站点医保联系人，重点联系负责本站点门诊医保制度详细实施。自己作为医院医保科负责人，深知医疗保险工作的重要性，医保工作的顺当开展运行，其与医院整体及职工、参保人利益息息相关，所以自己不断加强医保业务学习，不断提升对医保工作正确的熟悉，在领导与同志们的关怀关心下，乐观投身于医院医保工作中，敢于担当，任劳任怨，全力以赴。

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使广阔职工对医保政策及制度有较深的了解和把握，将医保定点医疗机构服务协议逐一印发至各站点、门诊，将医保相关动态新政策准时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，仔细督促指导学习落实相关内容，结合绩效考核，检查落实医保政策学习实施工作。

医保工作与医院各项医疗业务统一相联，全部工作的开展落实离不开相关科室的支持与协作，特殊是财务科、信息科、医务科、药械科、办公室等其他相关科室都给予了大力支持与关心，才使得全院医保业务工作正常开展。同时也着重加强与人社局医保处的工作联系，争取在政策允许范围内，最大程度的保障医院医保相关利益；上半年，医保处对我院各项医保工作也给予了大力指导和支持，促进了医保工作的有序开展，利用夜校时间，联系医保处来我院针对门诊统筹等相关医保政策的落实进行了全面讲解，更好保障了医保惠利报销政策在我院的推行，不断吸引医保患者来我院定点就医。

在医保工作中，加强与各站点主任沟通，全力主动为各站点一线做好医保服务，特殊是在门诊慢病联网结算初期，不管工作多繁琐繁忙，每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中消失的各种问题；每天都要数次来回市医保处，联系对接各类工作，保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺畅运行，的确保障慢病参保人在我院及各站点正常就医诊疗；主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣扬，不断下站点指导一线如何将医保“三个名目”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解把握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在我院的详细实施与落实，提高医院医保服务力量 and 水平，不断提高参保患者满足度；完成医院及全部站点医保定点机构资格的申报工作，定点机构申报工作涉及的资料特别多，加班加点根据上级相关要求进行预备予以申报，顺畅取得定点资格并签订协议；顺畅迎接完成市医保处20xx年度医保考核及20xx年度离休记账费用的稽核工作，同时协作市医保处做好了不定期的各种医保检查工作；乐观联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题：如各站点pos机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、医保网络运行故障实医保政策学习实施工作。

在医保工作中，加强与各站点主任沟通，全力主动为各站点一线做好医保服务，特殊是在门诊慢病联网结算初期，不管

工作多繁琐繁忙，每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中消失的各种问题；每天都要数次来回市医保处，联系对接各类工作，保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺畅运行，的确保障慢病参保人在我院及各站点正常就医诊疗；主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣扬，不断下站点指导一线如何将医保“三个名目”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解把握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在我院的详细实施与落实，提高医院医保服务力量和水平，不断提高参保患者满足度；完成医院及全部站点医保定点机构资格的申报工作，定点机构申报工作涉及的资料特别多，加班加点根据上级相关要求进行预备予以申报，顺畅取得定点资格并签订协议；顺畅迎接完成市医保处20xx年度医保考核□20xx年度离休记账费用的稽核工作，同时协作市医保处做好了不定期的各种医保检查工作；乐观联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题：如各站点pos机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、医保网络运行故障等；主动解决了存在门诊统筹、慢病签约及结算、住院联网、项目维护等一系列问题，对站点一线存在的医保相关问题，能自己亲身去解决的，绝不推诿，全力以赴，保障站点、门诊有更多的时间和精力全力投身于繁忙地一线业务工作中。

离休干部作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休人员现有320余名，平均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水平不断提高，同时人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满足度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及看法，依据工作实际，与各站点主任仔细沟通，在医保政策允许范围内，敏捷运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的消失，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满足度；通过离休干部门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休干部记账费用中消失的违规项目，

准时与各站点主任沟通，提出了详细整改落实措施，仔细督促整改，同时在医院信息科的支持关心下，通过his系统杜绝严峻违规现象的发生，提高离休人员掌握管理的科学性与有效性；仔细审核并掌握离休人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保最大程度的削减医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

根据人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及全部医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用制度，加强定岗医师诊疗行为监督管理，提升卫生信用力量，我院被市人社局评为卫生信用b级单位，并赐予我院全市优秀定岗医师名额一名；不断加强新农合新补助报销政策的宣扬与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利政策，我院也被市卫生局评为新农合工作先进集体。

自身在医保实际工作中存在学习力量还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的力量特别有限，医保工作创新的力量比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教育关心与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。下半年工作准备及重点：

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务进展；

四、加大医保业务内部质控，特殊是离休人员就医管理，制定完善离休人员管理一系列制度和措施，掌握不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，仔细学习，总结阅历与不足，从细节入手，不断完善各项制度，更多更好地为站点一线、为参保人服务，为我院医保工作不断进步进展作出贡献。