

# 最新医院医保工作汇报发言稿 医院医保控费工作汇报(模板5篇)

范文为教学中作为模范的文章，也常常用来指写作的模板。常常用于文秘写作的参考，也可以作为演讲材料编写前的参考。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？下面我给大家整理了一些优秀范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

## 医院医保工作汇报发言稿篇一

医保控费

目录

### 1. 软件说明

医保控费模块宗旨：在医生站清晰提示给医生医保患者目前的统筹超支情况，医生可以根据此情况对药品和非药品的开立进行一些必要的控制。

给医院医保办提供一个明确的统筹超支报表，可以按照月统计，按照科室统计，可以按照年度进行统计。

### 2. 统筹标准维护

根据识别码，员工类别，结算类别维护医保限额标准。一般医院，统筹标准是固定的，系统在使用前会一次性导入，如果以后有新增的或修改的可以进行维护。

为了处理系统中有些患者没有识别码，维护时，会把识别码维护成“n”，对应一个默认的限额。

省医保转出患者会在每月统计前进行相应的处理：患者统筹

### 3. 医生站提示

dll动态调用，在医生站，右键菜单中，医保患者会提示

### 4. 医生站超支查询

单击上图“科室超支查询”，可以查看当前在院患者超支情况。此菜单也可以挂在医生站。

### 5. 医保办月超支统计

3.1该统计后台会每天自动统计当天医保出院患者，在每个月的7号会自动汇总本月患者，因为每月结账日期不定，在超支界面有按钮“删除无效患者”，用来删除上个月召回的患者。

3.2一般医院有的患者定额会有修改，该界面支持修改定额，自动更新超支及超支比例。会一并加入年末计算。红色部分为定额，您可以进行修改，修改好需要保存，如果数据没有保存，在关闭系统时，会自动提示修改的行号。

3.3可以修改患者类别”职工-退休”，在平常会遇到有些患者类别在结算过程中，医保中心对人员类别进行了修改，而本地数据是无法进行修改的，所以加入此功能，修改后的患者定额、超支、超支比例都会相应的变化。

接上表

接上表

在界面中选中某一患者，省保患者不能进行此类修改，省医保不会弹出右键修改菜单。

6. 月度科室超值汇总查询

7. 医保办年度超支对比

接上表

## 医院医保工作汇报发言稿篇二

半年的时间很快就过去了，在医院领导、科室领导的正确领导下，在科室同事的大力配合下，作为一名窗口收费人员，我圆满的完成了半年的工作。回首这半年的工作，在硕果累累的成绩中，有日常工作的艰辛，也有帮同事及病员解决困难后的喜悦，我为了今后更好地作好一线收费工作，作如下回忆：

在效劳态度方面我知道收费员形象的重要性，他不仅代表了整个收费系统的形象，更是医院的形象。所以每次我都按照要求着装整齐的上岗，工作时时时刻刻注意自己的效劳态度，标准使用文明用语，微笑效劳。收费工作是窗口行业，接触的患者可谓形形色色，良莠不齐，当然，绝大多数的患者是理解和支持我们的工作的，但由于医院工作的特殊性，还是会有很多的患者无法理解，对此有的患者是满腹牢骚，怪话连篇，更有甚者是骂骂咧咧。遇到这样的患者，我都尽量忍住，克制住，一遍又一遍的耐心细致的解释，尽量不发生争吵现象，防止影响医院的整个形象。

在收费工作方面，收费员的工作是单调而枯燥的，年复一年重复着同样的工作：收钱、打发票、找零，年复一年重复着同样的话，面对单调的工作，一名合格的收费员，除了在工作中要有吃苦耐劳的精神，更要具备较高的业务素质，为患者提供准确的效劳。我严格遵守医院收费的各项规章制度，唱收唱付，尽量让自己不出现误差，给病患造成没有必要的困扰。患者到了医院，既希望看到医院人满为患，说明医院

医术高，但又怕排队，半天看不完病。我从自身作起，从自己的岗位作起，在保证准确的前提下，加强业务水平的提高，熟练操作门诊挂号、收费程序，准确迅速的为每位患者服好务。我每月的工作量都在收费处名列前茅。我庆幸我是一名医院里的收费员，让我有比别人更多的时机为患者效劳。我将以自己的行动来履行一切为患者效劳的承诺，一切从患者的角度来考虑，把患者的要求当成自己行动的动力，在日后的工作中，以自己的周到效劳赢来每一位患者满意的笑容。也许我的力量微缺乏道，但即便是一朵小小的花瓣也能装点这个世界，而且我相信：送人玫瑰，手有余香。

## 医院医保工作汇报发言稿篇三

乙方：\_\_\_\_\_科

为进一步健全并完善医疗保险管理制度和医疗费用控制制度，严格遵循合理检查、合理治疗、合理用药的原则，规范医疗服务，切实保障参保人民的基本医疗需要，根据□xx市社会医疗（工伤、生育）保险定点医疗服务协议□a级）□□□xx市社会医疗保险费用结算暂行办法□□xxxx□xxxx□xx号）《调整xx年基本医疗保险住院费用控制指标和声誉保险医疗费用定额标准的通知□□□xxx□xxxx□x号），结合本院的实际情况，特制定我院医保工作相关考核责任书。具体考核细则如下：

- 1、熟悉医疗保险相关政策，自觉履行定点医疗机构服务协议和规定。对参保人员认真宣传和解释医疗保险政策。
- 2、临床医师应执行首诊负责制，严格掌握住院标准，不推诿、拒收参保人员，不诱导参保病人住院，不以各种借口要求参保人员提前或延迟出院。接诊参保人员时，仔细查验医疗保险就医凭证，杜绝冒名门诊。对收治的住院参保人员，严格执行住院即访制度，防止冒名住院、空床住院和挂床住院，并将参保人员的医保证历集中保管，复印参保人员的身份证

并粘贴病历中以备查用。参保人员急诊入院未能及时划卡的，提醒其24小时内划卡住院。

3、临床医师应坚持“因病施治”原则，严格执行药物目录、诊疗项目和医疗服务设施范围和支付标准。合理检查、合理治疗、合理用药，严格执行《处方管理办法》，不开大处方，不滥检查，不滥用或超范围使用抗菌药物，不超剂量开药（急性疾病3-5天量、慢性疾病7-10天量；需要长期服药的慢性病、特殊病可延长至30天量，中药煎剂则最多不超过15剂，而且必须注明理由）。

4、收治明确或疑似犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、非法堕胎、食用经营企业食品发生的食物中毒和集体性食物中毒以及工伤、交通事故等的参保人员时，仔细询问病史，详细并如实做好医疗记录，形成病案，不得篡改、销毁、转移病案。

5、规范书写医疗保险专用病历，保证病历、处方、医嘱、药品、医疗服务项目、价格、收费、清单、票据对应一致。

6、为参保人员使用需要个人全部或部分负担的药品、特殊医用材料和诊疗服务项目时，应书面告知患者或其家属并签字同意。

7、严格执行《xxx医院xxxx年医保控费标准》人均住院费用不超过\_\_\_\_\_，而确需继续治疗，实行审批制度，须报医务科，经审批后，方可继续治疗，若未经审批，将按照相关条款处理。对医保超标费用，按照《xxx医院综合目标考核方案》第八条、第六款、第九项规定处理。

8、对违反医保相关政策行为的，将按市相关文件执行；违反规定被查处的，所发生费用按医疗事故处理办法的相关规定执行。

医院负责人（签章） 科室负责人（签字□□xxxx年x月xxxx

年x月

## 医院医保工作汇报发言稿篇四

甲方□xxx医院

乙方：\_\_\_\_\_科

为进一步健全并完善医疗保险管理制度和医疗费用控制制度，严格遵循合理检查、合理治疗、合理用药的原则，规范医疗服务，切实保障参保人民的基本医疗需要，根据□xx市社会医疗（工伤、生育）保险定点医疗服务协议□a级）□□□xx市社会医疗保险费用结算暂行办法□□xxxx□xxxx□xx号）、《关于调整xx年基本医疗保险住院费用控制指标和声誉保险医疗费用定额标准的通知□□xxx□xxxx□x号），结合本院的实际情况，特制定我院医保工作相关考核责任书。具体考核细则如下：

- 1、熟悉医疗保险相关政策，自觉履行定点医疗机构服务协议和规定。对参保人员认真宣传和解释医疗保险政策。
- 2、临床医师应执行首诊负责制，严格掌握住院标准，不推诿、拒收参保人员，不诱导参保病人住院，不以各种借口要求参保人员提前或延迟出院。接诊参保人员时，仔细查验医疗保险就医凭证，杜绝冒名门诊。对收治的住院参保人员，严格执行住院即访制度，防止冒名住院、空床住院和挂床住院，并将参保人员的医保证历集中保管，复印参保人员的身份证并粘贴病历中以备查用。参保人员急诊入院未能及时划卡的，提醒其24小时内划卡住院。
- 3、临床医师应坚持“因病施治”原则，严格执行药物目录、诊疗项目和医疗服务设施范围和支付标准。合理检查、合理治疗、合理用药，严格执行《处方管理办法》，不开大处方，不滥检查，不滥用或超范围使用抗菌药物，不超剂量开药

（急性疾病3-5天量、慢性疾病7-10天量；需要长期服药的慢性病、特殊病可延长至30天量，中药煎剂则最多不超过15剂，而且必须注明理由）。

4、收治明确或疑似犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、非法堕胎、食用经营企业食品发生的食物中毒和集体性食物中毒以及工伤、交通事故等的参保人员时，仔细询问病史，详细并如实做好医疗记录，形成病案，不得篡改、销毁、转移病案。

5、规范书写医疗保险专用病历，保证病历、处方、医嘱、药品、医疗服务项目、价格、收费、清单、票据对应一致。

6、为参保人员使用需要个人全部或部分负担的药品、特殊医用材料和诊疗服务项目时，应书面告知患者或其家属并签字同意。

7、严格执行《xxx医院xxxx年医保控费标准》人均住院费用不超过\_\_\_\_\_，而确需继续治疗，实行审批制度，须报医务科，经审批后，方可继续治疗，若未经审批，将按照相关条款处理。对医保超标费用，按照《xxx医院综合目标考核方案》第八条、第六款、第九项规定处理。

8、对违反医保相关政策行为的，将按市相关文件执行；违反规定被查处的，所发生费用按医疗事故处理办法的相关规定执行。

医院负责人（签章）科室负责人（签字□□xxxx年x月xxxx年x月

## 医院医保工作汇报发言稿篇五

一、门诊病人发生退费：

1、由经治医生在门诊病历和处方（各种检查申请单）上签名，

并写明退费原因。（医生必须在原始处方上注明停药字样，并重新开具已用药品处方）

2、有退费审批权限的领导应查验医生病历、处方是否合理，同意者在发票上签名。对有悖医疗常理或手续不全的退费行为，要追究相关责任人的责任，并按照规定给予处罚。

3、病人凭门诊病历、处方、发票到药房办理退药手续，药房应查验病历、处方、发票是否签名齐全，核对应退药品名称、数量，收到所退药品后，留下处方并在发票上注明退费金额，通知收费处，病人凭发票到收费处办理退费手续。

4、普通门诊病人在收到所退现金后必须在作废发票上签字。

5、医保门诊病人一律凭医保卡退费，也必须在作废发票上签字，如有退现金等违规现象，将严肃处理。

## 二、住院病人发生退费

1、住院期间，由经治医生开具医嘱，护士执行。

2、出院后发生退费，由经治医生或经办人在发票上签字并说明原因。由院领导在发票上签字并注明退费金额。

3、病人凭签字发票到财务科办理退费手续。

4、住院医保病人发生退费，由经治医生开具医嘱，护士根据医嘱办理退药手续，给予重新记账。出院以后不得办理退费手续。

三、收费处、财务科要做好退费登记，收费处按月将退费发票交财务科，财务科要做好稽核工作，并按要求做好账务处理。所有退费票据要整理装订，不得有遗失。