

2023年医保信息化建设工作实施方案(通用5篇)

为了确定工作或事情顺利开展，常常需要预先制定方案，方案是为某一行动所制定的具体行动实施办法细则、步骤和安排等。方案的制定需要考虑各种因素，包括资源的利用、风险的评估以及市场的需求等，以确保方案的可行性和成功实施。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。

医保信息化建设工作实施方案篇一

- 1、必须持有《基本医疗保险特殊疾病医疗证》和处方，其医疗费用方可纳入特殊病管理。
- 2、医保特殊疾病按规定疾病。
- 3、特殊病人必须到指定科室就诊。
- 4、特殊病只能使用与疾病相关的. 医保范围的药物。处方量严格控制在30天以内的药物剂量。
- 5、违反规定造成费用纠纷者，追究当事人责任。

医保信息化建设工作实施方案篇二

- 1、在院长的'领导下负责医院医疗保险管理工作。
- 2、积极开展医疗保险所涉及的各项工工作。
- 3、认真履行《基本医疗保险定点服务协议》及各项配套管理规定。

4、主动向院长反馈医保运行情况，积极协调处理临床、门诊、药剂、财务、计算机等相关部门有关医保事宜。

5、及时组织医保相关人员学习医保工作的要求、程序和制度，使其能够熟练的进行工作。

6、定期检查各科室执行医保政策和药品使用情况，定期检查财务部门费用结算情况，并根据检查情况进行月终考核，确保医保工作落实到位。

7、积极组织医保相关科室按时完成市保管理中心布置的各项工作任务。

医保信息化建设工作实施方案篇三

根据慈溪市社保局医疗保险管理和医疗管理文件精神，结合我院实际，特制定医院医疗保险、工作的有关规定。

一、认真核对病人身份。参保人员就诊时，应核对证、卡、人。严格把关，遏制冒用或借用医保身份开药、诊疗等违规行为；实行首诊负责制，接诊医生如实在规定病历上，记录病史和治疗经过，严禁弄虚作假。

二、履行告知义务。对住院病人告知其在住院时，要提供医保卡，住院期间医保卡交给收费室保管。

三、严格执行《宁波市基本医疗保险药品目录和医疗服务项目目录》，不能超医疗保险限定支付范围用药、诊疗，对提供自费的药品、诊疗项目和医疗服务设施须事先征得参保人员同意，并在病历中签字确认，否则，由此造成病人的投诉等，由相关责任人负责自行处理。

四、严格按照《处方管理办法》有关规定执行。每张处方不得超过5种药品（西药和中成药可分别开具处方），门诊每次

配药量，急性病一般不超过3日量，一般疾病不超过七日量，慢性疾病不超过半月量。住院病人必须在口服药物吃完后方可开第二瓶药，否则医保做超量处理。严格掌握用药适应症，住院患者出院时需巩固治疗带药，参照上述执行。

五、严格按照规定审批。医疗保险限制药品，在符合医保限制规定的条件下，同时须经过医院审批同意方可进医保使用。否则，一律自费使用，并做好病人告知工作。

六、病历书写须规范、客观、真实、准确、及时、完整记录参保病人的门诊及住院病历，各种意外伤病人，在门、急诊病历和住院病程录中必须如实的记录意外伤害发生的时间、地点和原因。

九、严格按照规定收费、计费，杜绝乱收费、多收费等现象。住院部实行每日清单制，每日清单应交给患者签名确认，要做到及时计费，杜绝重复收费，各种费用记帐必须与病历医嘱相符合。由于乱收费、多收费、重复收费产生的医保拒付款全额由相关责任医生、护士负责。

十、全体医生通过各种渠道充分了解医疗保险的相关政策，医院定期对医保工作进行检查公示，对最新医保政策、文件等及时组织进行院内组织学习。

十一、医保管理中心所提供的终端软件，要妥善维护；医保新政策出台，按要求及时下载和修改程序，及时上传下载，确保医保数据安全完整，为参保病人提供全天候持卡就医服务。

医保信息化建设工作实施方案篇四

一、城镇职工基本医疗保险病历必须单独管理。

二、医院必须为医保患者建立门诊及住院病历，医保病历单

独管理，就诊记录应清晰、准确、完整，并妥善保存备查，门诊处方和病历至少保存2年，住院病历至少保存15年。

三、合格的病历装袋后按编号上架保管。

四、凡出院患者病历，应于病人出院后72小时内全部回收收到病案室。

五、病历排放的时间、编号要清楚，以方便查找。

六、病案室要保持卫生、清洁，注意档案架的使用和保护。

七、保持病案室通风，病志摆放整齐，完好无损。

八、病案管理人员必须会使用灭火器材。

九、严守病案资料保密制度。

十、特殊病、转诊、转院病人的`病案单独管理，包括异地治疗的病历及相关资料复印件。

医保信息化建设工作实施方案篇五

参保病人病历是记录诊疗活动的真实记录，是核查医保政策执行情况的`原始资料。为规范保险病人的病历书写，制定以下制度。

1、病人住院期间，其住院病历由所在科室负责整理、统一保管。科室应将收到的住院病人的检查报告等结果于24小时内归入住院病历。病人出院后的住院病历由病案室负责保管。

2、科室必须严格保管病历，严禁病人翻阅病历。严禁隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

3、科室经治医生必须如实询问病史，准确记录，如出现因记录失实问题影响患者报销的，由当事人负责。

4、科室诊疗活动必须如实记录医嘱，如因医嘱不符合医保规定，后果由当事人负责。

5、辅助检查，必须下医嘱，在病程记录中有上级查房意见，常规检查外的辅助检查要说明检查的原因。检查分析结果必须体现在病程记录中。

6、出院诊断、病种定额、辅助检查之间，必须具备严格的逻辑判断关系，严谨套用病种、诊疗目录。