

# 2023年医院医保半年工作汇报(优秀8篇)

公司宣传语需要简洁明了，易于记忆和传播，能够在短时间内引起受众的共鸣。如何创造一个独特而有吸引力的公司宣传语，是每个企业家都需要思考的问题。希望大家能够从这些公司宣传语范文中找到自己独特的灵感和思路。

## 医院医保半年工作汇报篇一

20xx年，我在xx医院各级领导的指导下，协同科室其他同事，按照社保中心的工作精神，认真开展各项工作，为xx医院的发展作出了个人力所能及的贡献。现从德、能、勤、绩、廉五个方面汇报如下：

### 德

在过去的一年中，我自觉遵守国家法律、法规和学校的各项规章制度。努力从本职工作做起，不断加强学习，有较强的事业心和责任感，尽职尽责地完成各项工作。同时响应校党委号召，在“创先争优”活动中，积极参与、主动服务。

### 能

立足本岗，服务大众，不断提高自身的综合能力。为进一步适应医保工作新形势，一年来，我一直坚持学习，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。经常与挂号、收费、成药房的同志联系，及时了解医院运行现状，为正确履行社保工作提供真实依据。团结同事、维护和谐，并配能合领导做好各项工作。

### 勤

勤学习，苦钻研，全方位提高自身综合素质。工作中勤奋认

真，勤劳奋进，能以满腔热情地投入到繁忙的工作之中。对工作中不能完全把握的地方，勤向领导请示，勤与同事和同行交流探讨，相互取长补短，真正做到在政治上相互信任；在思想上相互交流；在工作上互为支持、互为补充。

## 绩

1、针对xx局组织的基本医疗保险实务考试要求，协同领导组织全院医师进行了广泛的宣传学习活动，使广大医师对医保政策及制度有较深的了解和掌握，并全体通过该项考核。

2、针对医务人员多，管理难的问题，协同科室其他同志加强了对科室收费及医务人员的诊疗行为的监督管理，督促检查工作，及时发现问题、解决问题。

3、协助科室其他同志做好全校教职员工每年度内医药费的登记、审核和报销工作。协助科室其他同志做好上级医保政策的执行和解释工作。

4、根据上级医疗保险制定的有关规定，协助领导做好我校教职员工医疗补助方案的制定，修改完善及实施工作。

5、参与了学生体检、全校公共卫生消毒、学生急救知识培训、艾滋病防治宣讲等活动。

6、在院领导的带领下参观了xx市中心妇产科医院等单位，开拓了眼界，增长了见识，并积极地为xx医院的规划献计献策。

## 廉

我始终以一名共产党员的标准要求自己，不断加强政治思想和道德修养，吃苦在前，享受在后，以身作则，廉洁自律，保持清醒的头脑，抵制腐朽思想的侵蚀，严格遵守党的纪律，努力工作，不辜负上级党委对我的期望。

20xx年，在今后的工作中，我们还需树立服务观念，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，努力更多更好地为学校职工服务、为专家服务、为患者服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院的美好明天作出贡献。

## 扩展阅读

时间是奔腾的急流，转眼间一年即将过去了，身边的每一个人都在准备写年度工作总结了。只有总结好经验与教训，我们才能逐步成熟起来。有没有好的方法来进行感染科医生的年度回顾呢？由此，编辑为你收集并整理了2022医院感染科新人青年医生年终总结请收藏好，以便下次再读！

## 医院医保半年工作汇报篇二

2015年，我们在医院领导的带领下，在省医保局、市医保局和金牛区社保局的指导下，通过我办工作人员及全院职工的共同努力，认真工作，诚心为患者服务，达到一定的效果。现将医保办的工作总结如下：

### 一、全院医保基本情况

1-5月，医保住院4085人次，报销医保基金3201.08万元，其中省医保住院150人次；（普通住院120人次，公务员住院30人次），报销医保基金91.94万元，市医保住院3829人次（城职职工3258人次，城乡居民500人次，离休住院4人次，单病种住院67人次），报销医保基金3109.14万元。医保门诊特殊疾病办理1914人次，报销464.83万元。累计报销医保资金3665.91万元。1-4月医保扣款15.67万元。

### 二、新业务开展持续推进

1. 四川省异地就医联网及时结算已成功开通。配合省医保异地结算中心HIS商和集团信息中心数据库多次测试、对码、项目比对和培训，现刷卡住院运行正常。

2. 申请四川省本级新农合定点医院成功，我院已经成为四川省省级新农合定点医院，联网及时结算业务正有序推进。

3. 与中国人民财产保险有限公司合作，成功签订为成都市公交公司“交通事故伤员”定点医疗机构。

### 三、日常工作坚持不懈：

1. 我们进行了广泛的宣传教育和学习活动，一是召开中层干部会议，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、发放宣传资料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，在医院大厅电子显示屏上滚动播出医保医疗价格、“四川省异地就医及时结算宣传问答”。四是设置医保窗口，口头宣传省医保、市医保政策。

3. 主动与阿坝州6个县新型农村合作医疗管理办公室联系，并与其中的理县签订了2015年的定点医疗服务协议。接待了红原县新型农村合作医疗管理办公室来考察的领导。

4. 整理各级住院、门诊特殊疾病、工伤和生育保险病人的档案资料，并将各级人社局和医保局的相关文件归档以及院内文件的归档等。

5. 接待省、市医保投诉5次，解决医保费用纠纷2起，消除患者、上级医保部门对我院的不良影响，维护了我院的良好口碑。

6. 参加省、市、区医保工作会议12次，各种培训10次。

## 四、存在的问题

1. 住院人次下降，医保次均报销费用反上升：今年1-5月，城镇职工医疗保险住院人次，4085人次，比去年（4641）少556人次；城镇职工医疗保险次均费用7031.42元，比规定值高408.14元；城乡居民医疗保险住院人次500人次，比去年（699）少199人次，次均费用3695.49元，比规定值低450.35元。2. 总费用升高，报销比例下降：今年城职住院总费用为10125.13元，与2014年（8902.02元）同期比较高1223.11元；医保报销比例低5.16%，（去年84.90%，今年79.74%），3. 门特人数下降：今年1-5月，在我院办理门诊特殊疾病的病员为1203人，与去年同期相比减少325人，这与门槛费升高，医保定额费用少有较大关系。4. 医保扣款多：今年1-4月扣款15.67万元，比去年同期8.68万元多6.99万元，增长80.53%。主要原因是智能审核开展后，部分医护人员不熟悉审核规则，检验、彩超、CT室和骨科仍然沿用旧式收费包，未及时纠正计费方法。

## 五、下一步工作要点

1. 加强内部管理，理顺检验、彩超、CT室和骨科的收费包与医保收费的关系，组织相关人员认真学习成都市智能审核规则，建立科学、合理工作程序，争取少扣费。

2. 目前，我院省异地就医及时结算已正常开展，省新农合异地就医及时结算工作即将展开，届时与省、各市（州）人社局、医保局的电话沟通非常密切，做好协调工作显得尤为重要。

## 医院医保半年工作汇报篇三

2011年医疗保险工作汇报铁路局医疗保险中心：2011年，我院在医保中心的领导下，根据《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，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：

## 一、建立医疗保险组织

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2000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。

## 二、执行医疗保险政策情况

2011年6-11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。

### 三、医疗服务管理工作

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。

#### 四、医疗收费与结算工作

格，保证了临床记账、结算的顺利进行。

#### 五、医保信息系统使用及维护情况

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。

#### 六、明年工作的打算和设想

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。

## 医院医保年终工作总结范文

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水平，创造良好的医疗环境开展创建工作：

1、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。2004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。

2013年上半年医保科工作总结2013年上半年医保科在我院领导高度重视与指导安排下，在各职能科室、站点大力支持帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，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，2013年医保住院支付定额910万元，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

一、院领导重视医保，自身不断加强学习为保障医保工作持续发展，院领导高度重视，根据医院工作实际，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，全面组织安排医院医保工作，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具体实施。自己作为医院医保科负责人，深知医疗保险工作的重要性，医保工作的顺利开展运行，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认识，在领导与同志们的关心帮助下，积极投身于医院医保工作中，敢于担当，任劳任怨，全力以赴。

## 二、加强政策落实，注重协调沟通

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，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及时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，认真督促指导学

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，所有工作的开展落实离不开相关科室的支持与配合，特别是财务科、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帮助，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。

### 三、不断提升医保工作主动服务能力，各项医保业务有序运行

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，特别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出现的各种问题；每天都要数次往返市医保处，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利运行，确实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、门诊慢病的签约宣传，不断下站点指导一线如何将医保“三个目录”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解掌握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在我院的具体实施与落实，提高医院医保服务能力和水平，不断提高参保患者满意度；完成医院及所有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非常多，加班加点按照上级相关要求进行准备予以申报，顺利取得定点资格并签订协议；顺利迎接完成市医保处2012年度医保考核、2012年度离休记账费用的稽核工作，同时配合市医保处做好了不定期的各种医保检查工作；积极联系相关业务部门、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。

#### 四、不断加强离休人员就医规范管理，合理控制医保超支费用

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，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度；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出现的违规项目，及时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持帮助下，通过his系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休人员控制管理的科学性与有效性；认真审核并控制离休人员外转费用，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，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

#### 五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

按照人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有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，提升卫生信用能力，我院被市人社局评为卫生

信用**b**级单位，并给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传与落实，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。

## 六、存在的不足与问题：

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教导帮助与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

## 下半年工作打算及重点：

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务发展；

四、加大医保业务内部质控，特别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，控制不合理超支费用。

## 医院2012年医保工作总结

医院2012年医保工作总结不知不觉间2012年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社管中心的领导下，在有关职能部门和科室的协作下，xx卫生院紧紧围绕医保的工作重点和要求，全院职工以团结协作、求真务实的精神状态，认真工作。现将半年医保工作情况总结如下：

一、领导班子重视为规范诊疗行为，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。领导班子带头，各科室科主任负责本科医保、

农合工作的全面管理。为使广大参保人员对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。二是抽出人员参加医保会议；以发放宣传资料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，通过新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。半年工作情况：

1、自2011年12月16日起，截止至2012年6月15日。我院上传记录4753笔，医保支付费用152732.35元。挂号支付4398元。在已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正常工作的时候，及

时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。对院内的医保单机及时的进行了十余次补丁的更新安装，每次都能够在最新更新的第一时间将我院的医保系统进行及时的升级。期间进行了医生工作站的改造。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。每季度均参加市医保中心组织的会议培训。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，自开展工作站以来，所录入药品剂量规格均符合标准，无一拒付。

二、措施得力，规章制度严为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了就诊流程图，使参保病人一目了然。并在每周二周三周五，病人比较集中的日子里安排专职导医、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。四是医院职工开展微笑服务，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，定期进行满意度调查，针对调查的结果制定改进措施。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，严格检查医保卡的使用以及代开药情况。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。我院有专人参加医保会议，及时传达会议

上的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，并将不合格的处方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。

四、工作小结及下半年展望在2012上半年中，我院医保工作中虽然取得了一定成绩，但仍存在一些不足，如：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偏少。在今后的的工作中，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，规范业务流程，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度。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。争取使我院的医保工作在下半年更上一个台阶！

篇五：医院医保总结薛城区中医院2011年医保工作总结2011年在我院领导高度重视下，按照医保处安排的工作计划，遵循着“把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，，狠抓落实”的整体思路，认真开展各项工作。经过全院医务人员的共同努力，



我院的医保工作取得了一定成效，现将我院医保工作总结如下：

## 一、领导重视宣传力度大

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的发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，. 加强组织领导，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。加强医院信息化管理，通过医保软件管理，能更规范更便捷的服务患者。大大减少了差错的发生。在院内外大力宣传医保政策，提高了医保工作认识。

## 二、措施得力规章制度严

医院医保管理会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策落到实处。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疗服务行为，严格实行责任追究。

## 三、改善服务态度提高医疗质量

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的挑

战，正因为对医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职。

医保办工作人员定期下病房，传达新政策和反馈医保处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，并将不合格的病历要求责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范工作，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认识，提高了医疗质量。为参保人员提供了良好的就医环境。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。

#### 四、工作小结：

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，圆满完成了各项工作任务，2011年收治医保住院病人491人次，门诊病人1961人次，总费用1977312元，接待定点我院的离休干部158人次，总费用233996.19元，发生直补款1544299.5元，大大减轻了群众看病负担。

加强对医保人员的政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

## 医院医保半年工作汇报篇四

### 2020上半年医保工作总结

**\*\*市医疗保障局：**

2020年度我院医保工作在市医保局的正确领导和悉心指导督促下，认真贯彻落实定点医疗机构服务协议内容和各项规章制度，建立健全规范完善的医保服务机制，进一步提高服务质量和水平，切实保障参保人员的基本医疗需求，使我院的医保工作有了很大的进步。根据市医保局要求及医疗保险定点医疗机构服务协议，结合定点医疗机构服务质量考核办法，现将我院2020上半年度医保工作基本情况汇报如下：

#### 一、健全组织、完善制度

1、成立\*\*\*\*医院医疗保障工作领导小组，配备专职医疗保险管理人员，明确管理职责。领导小组负责全院医保工作的协调、管理、监督和具体业务有关工作。

2、我院医疗保障领导小组认真学习医保政策以及各项规章制度，按照协议内容和考核办法，结合我院实际情况，重新制定了一整套医保工作职责、制度，并采取有力的奖惩措施落实医保制度。

二、加强医保业务学习和政策宣传1、我院定期召开医保工作会议，组织工作人员学习基本医疗保险政策、法规。并对医保工作中的疑惑问题进行针对性学习。我院医疗保障领导小组不定期对工作人员进行医保政策、法规等医保工作内容的考核。

2、认真开展医保知识宣传，在大厅、门诊、病区显要位置设置了宣传栏和医保就医流程图，方便医保患者就诊和对医保政策的了解。设立了医保患者咨询、服务、登记、结算等专用窗口，优化就医流程，对参保患者提供便捷、优质的医疗服务。

3、我院设立医保服务投诉箱，公示监督电话和投诉电话，热情服务参保患者，尽力满足医保患者的合理需求。对提出不合理要求的参保患者做好耐心细致的政策宣教和解释工作。

三、加强医保工作日常管理、狠抓医疗服务和医疗质量1、我院医护、医保窗口人员认真核对参保人员个人信息，严格出入院标准杜绝冒名顶替、门诊转住院等现象发生。2、我院设立专门的医疗档案室，独立存放参保患者医疗档案。保证处方整洁，符合规范要求，并分类整理归档；病历及医疗档案保存完整，按规定提供审核病案资料。3、住院病人按规定进行施治合理用药，无滥用药乱施治现象，出院带药符合规定。

1、为满足医保工作需要，我院对医保专用电脑进行升级维护，

配置电子处方、病历等功能，保证医保系统信息网络通畅，专机专用。

2、指定专人负责目录维护工作，按要求完成下载、对照等维护工作。

3、配备ups□确保数据传输完整，及时排除信息系统故障，确保系统的正常运行。

4、定期对专用电脑进行维护、安装杀毒软件，做好信息安全工作。

五、指标管理

1、严格按照总额预算管理办法，确保当月支出不超过预算。

六、违约行为管理

建立我院违约住院患者黑名单制度。

七、2019年上半年参保患者费用情况

五月份：住院人次74人次；总费用285596.3元；

次均费用：3859.409459元；人均费用：3859.409459元

十一月份：住院人次106人次；总费用465421.10元；

次均费用：4391元；人均费用：4391元

1、医疗业务规范管理相对薄弱。2、少数医务人员工作责任心有待加强。3、对医保政策的领会学习不够深入。

明年我院将组织医务人员系统的学习医保局的各项政策要求，使每一位医务人员都能熟知医保政策要求；其次是严格管理，积极落实奖惩制度。我院坚信，在医保局的领导下我院医保工作能走上新的台阶！

\*\*\*医院2020年6月1日

## 医院医保半年工作汇报篇五

医院2012年医保工作总结不知不觉间2012年已过半，这半年里在卫生局领导的关心和社管中心的领导下，在有关职能部门和科室的协作下，xx卫生院紧紧围绕医保的工作重点和要求，全院职工以团结协作、求真务实的精神状态，认真工作。现将半年医保工作情况总结如下：

领导班子重视为规范诊疗行为，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。领导班子带头，各科室科主任负责本科医保、农合工作的全面管理。为使广大参保人员对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。二是抽出人员参加医保会议；以发放宣传资料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，通过新的医生工作站，更规范、更便捷。并减少了差错的发生。半年工作情况：

1、自2011年12月16日起，截止至2012年6月15日。我院上传记录4753笔，医保支付费用152732.35元。挂号支付4398元。在已经结算的费用中无一笔拒付发生，医保病人门诊住院数据上传及时准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从开展工作至今院内医保系统运行正常，在医保单机不能正常工作的时候，及

时的与首信公司联系并将系统修理好，细致的查找问题发生的原因，及时的安装杀毒软件。对院内的医保单机及时的进行了十余次补丁的更新安装，每次都能够在最新更新的

第一时间将我院的医保系统进行及时的升级。期间进行了医生工作站的改造。

3、做好与医保中心的上传下达工作，对于工作中出现的问题能够及时的解决。每季度均参加市医保中心组织的会议培训。

4、医保工作是一个繁琐的工作，从药品目录到诊疗目录，再到服务设施目录，每一项都需要认真的考对，自开展工作站以来，所录入药品剂量规格均符合标准，无一拒付。

二、措施得力，规章制度严为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了就诊流程图，使参保病人一目了然。并在每周二周三周五，病人比较集中的日子里安排专职导医、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。四是医院职工开展微笑服务，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，定期进行满意度调查，针对调查的结果制定改进措施。加强对科室收费及医务人员的诊疗行为进行监督管理，严格检查医保卡的使用以及代开药情况。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。我院有专人参加医保会议，及时传达会议

上的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，并将不合格的处方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。

四、工作小结及下半年展望在2012上半年中，我院医保工作中虽然取得了一定成绩，但仍存在一些不足，如：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偏少。在今后的的工作中，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，规范业务流程，努力更多更好地为医保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度。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。争取使我院的医保工作在下半年更上一个台阶！

## 医院医保半年工作汇报篇六

上半年，在我院领导班子的正确指导和大力支持下，我科全体医护人员，认真贯彻科学发展观，更新思想观念、改进工作作风、强化内部管理，进一步增强职工的竞争意识、质量意识，圆满完成了各项工作目标，现总结如下：

今年是xx分院及我科挑战与机遇并存的一年，上半年我院进行医院建设及门诊装修，明显地改善了我科住院环境，半年内科共收住病人xx人，病人住院满意率达100%。

今年以来，我科贯彻开展创先争优活动，统一思想，坚定信心，从责任意识、安全意识、服务意识来教育职工，提高职工的事业心和责任心；从工作作风和工作能力等方面查找不足，认真整改；通过免费体检等活动进一步提高了职工救死扶伤和全心全意为人民服务的宗旨教育，并通过实施开展诚信在卫生，满意在医院的活动等举措推动了医院各项工作的进一步发展，全面提升了科室形象。

从今年起，在全科广泛开展向社会服务承诺活动，自觉接受社会监督。科室所有医护人员不接受病人的请客送礼，不为了创收而搞乱收费、乱检查、乱用药。把服务环境人性化、服务工作规范化、服务项目特色化、文明创建常态化、投诉

处理快捷化、提高社会美誉度等管理理念落实到科室的日常管理中去。落实医疗服务规范，落实周二、四、六医生总查房制度。3个月来，科室在坚持对病人实施个性化医疗、人性化服务，吸引了当地及周边大量患者来诊，门诊病人、住院病人数明显增长。

### 1. 注重人才队伍建设

我科人员利用早班交班时间、休息时间，努力学习专业知识，利用病历讨论，主任查房积累临床经验，业务水平不断提高，人才队伍不断加强。

### 2. 强化规章制度的落实

科内定期召开会议，强调医疗安全，狠抓医生、护士职责执行情况，对不合格表现给以彻底整改、彻底查办。

### 3. 抓好三个环节的管理和监控

(1) 入院时：详细问病史、全面查体，严格用药；

(2) 住院时：严密观察，安全护理，文明服务；

(3) 出院时：交待事项，建立感情，定期随访。

加大各种常见病的宣传教育力度，使广患者从基础认识疾病、预防疾病、控制疾病，并加强回访，使患者得到关爱，认可医院、大夫。

继续实行护理质量管理体系。

1. 坚持执行检查、考评、反馈制度，设立质量可追溯机制，确保各项护理质量达到标准要求。

2. 重点监督护理核心制度的执行情况，加强对管理，定期对



护理缺陷、护理投诉进行归因分析，从中吸取教训，提出防范和改进措施。

3. 重点加强对新上岗护士、低年资护士的技术考核。制定出年度护理人员培训考核计划和护士规范化培训计划，采取各种措施认真组织落实。

4. 进一步规范护理操作用语、告知程序和沟通技巧，培养护士树立良好的职业形象。

5. 充分发挥临床护理人才的优势，提升护理队伍科研水平和技术创新能力。

## 医院医保半年工作汇报篇七

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

## 医院医保半年工作汇报篇八

铁路局医疗保险中心：

2011年，我院在医保中心的领导下，根据□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，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：

### 一、建立医疗保险组织

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2000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。

## 二、执行医疗保险政策情况

2011年6-11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，对一些有多次犯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。

## 三、医疗服务管理工作

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。

#### 四、医疗收费与结算工作

格，保证了临床记账、结算的顺利进行。五、医保信息系统使用及维护情况

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。

## 六、明年工作的打算和设想

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。

## 医院医保年终工作总结范文

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水平，营造良好的医疗环境开展创建工作：1、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、《医疗纠纷情况，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》、《医疗纠纷处理预案》、《导诊岗位服务规范》等一系列制度及措施。防范预案》(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、《中华人民共和国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》、《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》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范（试行）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。2004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。

## 2013年上半年医保科工作总结

人次，费用总额

医保支付

门

医保住院结算人次，费用总额，医保支付总额，2013

为保障医保工作持续发展，院领导高度重视，根据医院工作实际，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，全面组织安排医院医保工作，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具体实施。自己作为医院医保科负责人，深知医疗保险工作的重要性，医保工作的顺利开展运行，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认识，在领导与同志们的关心帮助下，积极投身于医院医保工作中，敢于担当，任劳任怨，全力以赴。

## 二、加强政策落实，注重协调沟通

为使医院参保患者全面享受医保政策，为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，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及时公布于医院内网，加强与各站点主任沟通，认真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，所有工作的开展落实离不开相关科室的支持与配合，特别是财务科、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帮助，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。

## 三、不断提升医保工作主动服务能力，各项医保业务有序运行

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，特别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出现的各种问题；每天都要数次往返市医保处，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利运行，确实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、门诊慢病的签约宣传，不断

下站点指导一线如何将医保“三个目录”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解掌握医保统筹基金支付报销项目，重视医保政策在本院的具体实施与落实，提高医院医保服务能力和水平，不断提高参保患者满意度；完成医院及所有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非常多，加班加点按照上级相关要求做好准备予以申报，顺利取得定点资格并签订协议；顺利迎接完成市医保处2012年度医保考核、2012年度离休记账费用的稽核工作，同时配合市医保处做好了不定期的各种医保检查工作；积极联系相关业务部门、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。

#### 四、不断加强离休人员就医规范管理，合理控制医保超支费用

离休干部作为本院重点医疗医保服务对象，定点本院离休人员现有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，不断加大了本院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点主任认真沟通，在医保政策允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休干部大病例规范使用，规避违规项目的出现，最大程度保障离休干部就医需求，提高其就医满意度；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出现的违规项目，及时与各站点主任沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的支持帮助下，通过his系统杜绝严重违规现象的发生，提高离休人员控制管理的科学性与有

效性；认真审核并控制离休人员外转费用，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，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

## 五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

按照人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有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，提升卫生信用能力，我院被市人社局评为卫生信用b级单位，并给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传与落实，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。

## 六、存在的不足与问题：

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比较欠缺，还需要院领导、各科室主任及同志们的教导帮助与支持，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

## 下半年工作打算及重点：

### 医院2012年医保工作总结

### 薛城区中医院2011年医保工作总结

2011年在我院领导高度重视下，按照医保处安排的工作

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”的整体思路，认真开展各项工作。经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定成效，现将我

院医保工作总结如下：

## 一、领导重视宣传力度大

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。加强组织领导，成立管理健康持续的发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确了由“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。加强医院信息化管理，通过医保软件管理，能更规范更便捷的服务患者。大大减少了差错的发生。在院内外大力宣传医保政策，提高了医保工作认识。

## 二、措施得力规章制度严

医院医保管理会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策落到实处。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疗服务行为，严格实行责任追究。

## 三、改善服务态度提高医疗质量

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的挑战，正因为对医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职。

医保办工作人员定期下病房，传达新政策和反馈医保处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，并将不合格的病历要求责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、

规范工作，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认识，提高了医疗质量。为参保人员提供了良好的就医环境。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。

#### 四、工作小结：

待定点我院的离休干部158人次，总费用233996.19元，发生直补款1544299.5元，大大减轻了群众看病负担。

1. 加强各项服务的管理优质化，方便于民，取信于民。