

# 2023年医疗保险工作计划(精选8篇)

做任何工作都应改有个计划，以明确目的，避免盲目性，使工作循序渐进，有条不紊。我们在制定计划时需要考虑到各种因素的影响，并保持灵活性和适应性。以下是小编为大家收集的计划范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

## 医疗保险工作计划篇一

地址：\_\_\_\_\_

乙方：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

一、乙方确定甲方为医疗挂靠单位，甲方为乙方人员的门诊、住院、紧急救治和体检等提供便利条件。

二、乙方人员到甲方就诊，可根据需要选择在普通门诊、专家门诊就诊，或致电预约特需门诊和住院治疗。专家门诊（特需门诊）挂号处电话。

三、乙方人员若需要紧急抢救，可直接拨打甲方电话；甲方急诊科接电话后按\_\_\_\_\_市120急救规定派出人员及救护车进行急诊急救工作（如有特殊情况应与致电人联系），急诊出车费用按规定收费标准执行。无生命危险的伤员，乙方自送时，应与甲方急诊科联系，便于做好急救的准备。

四、为了伤员能得到及时、有效地救治，甲方根据乙方的需要派专家给有关人员传授常规的急救常识，授课劳务费由乙方支付，乙方在每次急救时安排好救护车的进出路线。

五、甲方在诊疗中应坚持合理检查，合理用药，执行\_\_\_\_\_省物价局和\_\_\_\_\_省卫生厅共同定制的医疗服务价格标准，

协助乙方控制非必需的医疗费用开支，并提供相应的资料以共报销。

六、费用结算方式。双方以人民币形式结算。乙方每发生一例医疗费用（门诊/住院）即以现付的形式结清。

七、以上如有不尽事宜，由双方协商解决。

八、本协议一式两份，双方各持一份，自甲方乙双方法定代表或授权代表签字盖章之日起生效。有效期三年。

甲方（公章）：\_\_\_\_\_乙方（公章）：\_\_\_\_\_

## 医疗保险工作计划篇二

时光在流逝，从不停歇，我们的工作又进入新的阶段，为了今后更好的工作发展，现在的你想必不是在做计划，就是在准备做计划吧。下面是小编整理的有关医疗工作计划范文，希望能够帮助到大家。

一、调整医疗废物管理委员会成员，明确各职能科室及医护人员在医疗废物管理中的职责，各司其职。修订完善医疗废物管理制度、工作流程及意外事故处置应急预案。

二、培训计划：医院感染管理科组织全员培训和各科室培训相结合。

1、要求全院职工掌握医疗废物的分类、收集、运送的正确方法和操作程序。

2、掌握医疗废物分类中的安全知识、专业技术，职业卫生安全防护等知识。

3、要求全院职工掌握发生医疗废物流失买卖和意外事故情况

时的紧急处理措施。

### 三、分类收集办法和具体工作计划

1、在盛装医疗废物前，由护士长对医疗废物包装物或容器进行认真检查，确保无破损、渗漏或其他缺陷。

2、医疗单元须做到定位收集、存放使用后的医疗废物。禁止在非收集、非暂时贮存地点倾倒、堆放医疗废物。

3、医疗废物实施分类管理。全院统一规定医疗废物使用黄色塑料袋盛装、生活垃圾使用黑色塑料袋盛装，禁止将医疗废物混入其它废物和生活垃圾中。

4、加强医疗废物的院内交接管理。各医疗单元的医疗废物袋必须使用专用的黄色垃圾袋，指派专人每日与垃圾运送人员进行交接，并做好记录。登记资料至少保存3年。

5、垃圾运送人每天从医疗废物产生地点，将分类包装的医疗废物按照规定的时间和路线送至暂时贮存地点。

6、医院设有醒目标志区分的生活垃圾区、医疗废物贮存区，并在医疗废物贮存区进出口加锁由专人管理，严禁拾捡垃圾。生活垃圾区，医疗废物贮存区每日定时搬运、定时清洗、定期消毒、保持清洁。

7、每日收集的医疗废物交由专门的处置机构集中处理，并做好交接登记。

8、发生医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故时，工作人员应遵照“应急预案”采取相应紧急处理措施，并按规定的时限上报主管部门。

9、严禁任何个人或单位私自转卖医疗废物。如有发生或有人

举报，一经查实将予严厉的处罚。

医疗安全是医院的重要工作之一，我们科在近年来积极配合临床科室，给临床提供了可靠的诊断数据，为了进一步提高医疗服务质量，减少医疗差错事故，特制定本年度医疗安全工作计划。

## 一、加强管理，提高认识

利用每周的科会对全体工作人员进行安全思想教育，定期进行报告单的检查，发现问题及时解决，使每个同志从思想上认识医疗安全的重要性。

## 二、严格执行“三查三对”制度

工作人员接到检验标本时，必须查对姓名、科别、床号、检验项目等。属急诊检验应注明标本收到时间，出报告时间，报告结果用电话通知临床科室，并做详细记录。

## 三、仪器专人操作

我们科检验仪器都属于大型仪器，仪器使用进行专人操作，每次使用按仪器要求进行认真保养，确保仪器顺利运行。

## 四、落实职责，加强值班

对急诊、重危病人应及时检验，不容许推托。必须按科室规定按时出急诊报告，并做好登记。严格执行交接班制度，每天早8点科主任、各专业组组长、交接班人员进行交接班。

## 五、杜绝意外事故

每天下班时专人负责关闭大型仪器，关闭水电，以防意外事故发生。

总之，把医疗安全放到工作的首位，使每个从思想上认识医疗安全的重要性，杜绝医疗事故的发生。

五、加强医疗质量关键环节、重点部门及重要岗位管理，有效控制医疗风险、及时发现医疗质量与医疗安全隐患。

充分尊重病人的知情同意权，各项知情同意书完备，特别是手术、各种侵入性操作、输血等。

六、严格执行医疗技术操作规范，确保各项诊疗常规的贯彻执行。医务人员加强“三基”学习，基础理论、基本知识、基本技能必须人人达标，杜绝违规操作。20\_\_年上半年医务处将与工会、院劳赛委员会及相关科室共同举办一次全院性医师“三基”大比武，从理论、实际操作等多方面考查各级别的医生，对成绩突出的医生，医院给予奖励，建立好题库，每两年举办一次。

十一、实行院、科两级医疗质量管理制度，科主任对本科室医疗质量、安全负总责，为科室医疗质量、医疗安全工作的第一责任人，同时今年医院将继续为全院医务人员整体购买医疗责任保险。实行医疗事故、医疗差错责任追究制度，今年第一季度抓紧落实好医疗纠纷责任追究制度的实施，建立快速处理医疗差错的一整套机制。

十二、加大医疗质量督查和考核力度。完善各项考核标准，特别是医技、门急诊系统，形成一整套完成的考核体系。将医疗质量考核制度化，并与奖金直接挂钩，每季度对临床、医技及门急诊科室进行一次全面考核，每月安排一次专项考核，如三级查房、围手术期管理、危重病人管理、门诊病历、处方、各种辅助检查申请单等，考核将由医务处牵头，各科室质控员参加。

十五、进一步加强对基层院所及门诊部的业务指导，每季度安排一次专科专家到边远医院进行专家门诊，解决疑难病症，

并安排专题讲座，以便提高基层院所医务人员的专业素质。协同基层院所完善医疗规章制度，规范医疗行为，完善各种社区卫生服务的功能。

### 一、加强管理，提高认识

利用每周的科会对全体工作人员进行安全思想教育，定期进行报告单的检查，发现问题及时解决，使每个同志从思想上认识医疗安全的重要性。

### 二、严格执行“三查三对”制度

工作人员接到检验标本时，必须查对姓名、科别、床号、检验项目等，工作计划《医疗安全工作计划》。属急诊检验应注明标本收到时间，出报告时间，报告结果用电话通知临床科室，并做详细记录。

### 三、仪器专人操作

我们科检验仪器都属于大型仪器，仪器使用进行专人操作，每次使用按仪器要求进行认真保养，确保仪器顺利运行。

### 四、落实职责，加强值班

对急诊、重危病人应及时检验，不容许推托。必须按科室规定按时出急诊报告，并做好登记。严格执行交接班制度，每天早8点科主任、各专业组组长、交接班人员进行交接班。

### 五、杜绝意外事故

每天下班时专人负责关闭大型仪器，关闭水电，以防意外事故发生。

总之，把医疗安全放到工作的首位，使每个从思想上认识医疗安全的重要性，杜绝医疗事故的发生。

## 一、定点医院的医保管理人员培训

找准加强定点医院管理的切入点，配备专兼职医保管理人员，确定一名院领导分管医保工作，充分发挥其纽带和桥梁作用，不断完善费用管理与结算方式，实行年度考评和平时稽查制度，不断促进定点医院的优质服务和规范管理。

## 二、是搭建医保网络平台

20\_\_年4月1日按市委、市政府的统一安排，全县正式启动实施城镇居民基本医疗保险，到目前为止参保率达50%，参保人数达38275人，完成市委、市政府下达目标任务37900人的101%，征收基金99.5万元。到现在的医保网络系统不断完善，及时建立医保病人的就医情况、治疗情况、费用控制情况等，增强了动态管理，方便参保人员就医及医保部门的管理。

## 三、下阶段工作建议

### 一是要严格管理，确保医保费用收支平衡

对入院、住院、转院、费用结算、审核实行定期与不定期核查、监督。发现问题及时进行处理；严格医保基金支付的审核、审批程序，确保基金的安全使用。

### 二是要深化、强化医保定点医院准入制度

扩大总量，优化结构，促进充分竞争，降低医疗服务成本，方便参保人员就医选择，以协议为依据，规范医疗服务和管理。建立更加合理的费用分担机制，调整和完善医保结算管理办法，改变医保为第三方买单而产生的医患均追求利益化的问题。

### 三是要完善社区医疗机构和基层医疗机构的医保定点单位建设

引导患者增加社区医疗、基层医保的利用率。将社区医疗服务纳入医疗保险的首诊,建立双向转诊制度,分流大型医疗机构的小病就诊压力,避免医疗资源的浪费,降低和减少医疗费用。

#### 四是要建立预警机制

改变“被动、滞后”的管理水平,构建和完善网络监督系统,以信息化智能化的方式实施动态全程监控.同时加大到定点医院病房巡查的工作力度,对疑点费用和高费进行现场审核分析,对违规行为加大处罚力度,规范医疗行为。

#### 五是要加大宣传和社会监督

广泛宣传医保政策,免费发放宣传手册到参保群众手中,让社会各界了解党和政府的惠民政策,让参保人员了解医保的各项政策和就医规定,强化患者的自我保护意识,让病人也成为医院的监督者。同时定期对各定点医院进行稽核审核,并把结果公布社会,强调“诚信医疗”,建立奖惩机制,鼓励举报投诉,拓宽社会监督的渠道,做到以上这些,才能更加有效地控制医保费用。

## 医疗保险工作计划篇三

### 一、工作目标

- 1、实现2015年农牧民参合率达到95%以上;
- 2、加强监督管理,及时将参合人员住院医药费用补偿情况进行公示;
- 3、加强对本乡内的定点医疗机构服务质量和收费情况的监督;



## 二、工作重点

为实现上述目标2008年，着重抓好以下三方面工作：

### （一）加强管理能力建设，健全合作医疗管理体系

1、开展新型农牧区合作医疗管理能力建设。结合县合管办的要求，认真抓好新型农村合作医疗管理能力建设项目，确保项目任务顺利完成。

一是制定项目实施方案，规划项目实施计划，制定监督和考核办法。

二是组织完成各类培训任务。配合县合管办逐期分类组织各村分管新型农牧区合作医疗干部，合管办工作人员和定点医疗机构人员培训。

2、进一步抓好机构建设，逐步建立健全合作医疗管理体系。案照县人事、编制、财政等部门新型农牧区合作医疗管理体系，落实各类工作人员。

3、规范乡合管办的运行，在县合管办的指导下，搞好参合农牧民原始资料整理归档，参合人员登记表的核实汇总录入，家庭台帐建立和合作医疗证的发放等工作，健全办事规则，管理制度和各类人员岗位职责。

### （二）加大规范进行监管力度

1、严格执行合作医疗管理的各项规章制度，进一步规范合作医疗工作流程，加强对补助核算、审核、审批、登记、兑付程序的监管力度。切实加强基金财政专户和支出户管理，严格实行基金封闭进行。督促落实基金财务管理制度和会计核算办法，确保基金安全。

2、进一步健全基金运行检测制度。继续完善基金运行统计情况月报制，详细掌握各乡详细掌握乡村街道月基金的支出情况，参合对象住院人数和总住院费用，次均住院费用，受益面，补偿率等基本情况，及时评估基金运行的效益和安全性。

3、建立对各村的监督和约机制。对各村的合作医疗工作开展经常性监督，了解新型农牧区合作医疗政策的执行情况，规范落实公示和举报制度。

4、加强对定点医疗机构的监督管理。严格控制医疗费用不合理增长。定点医疗机构目录外自费药品费用占总用药费用的比例要控制在10%以内。

### （三）切实抓好宣传发动，巩固提高农民参合比例

1、继续组织做好宣传报到，指导各村开展宣传发动工作，抓好日常宣传与重点时期的宣传相结合，进一步巩固和提高农民的参合率，努力实现农民参合率达到95%以上的目标。

2、认真执行筹资政策。督促各村农民个人缴费资金时归集到合作医疗基金专户；按照有关规定及时协调上级财政补偿资金落实到位，协调相关部门做好农村医疗求助制度与新型农村合作医疗试点的衔接工作，积极深索和逐步完善参合农民个人缴费的收缴办法，坚持农民自愿，手续健全，资金安全，责任清楚，确保不出现农牧民未同意的. 垫资化缴和强迫农民参合合作医疗的违规事件。

1、1月1日，全面启动察右后旗、察右中旗、四子王旗、兴和县、商都县、卓资县和集宁区7个新增试点的合作医疗工作。

2、2月底前，完成丰镇市、察右前旗、凉城县合作医疗实施方案的调整工作，从1月1日起，上述3个旗县市参合农牧民医药费用报销均按新的报销比例执行。

- 3、采取多种形式，加大宣传动员力度，提高农牧民群众对合作医疗政策的知晓率，化德县、丰镇市、察右前旗、凉城县4个试点旗县市农牧民参合率达到90以上，2015年7个新增试点旗县区农牧民参合率达到80以上。
- 4、4月—5月，对合作医疗试点工作进行检查督导，指导试点旗县市区完善经办机构工作规程和定点医疗机构管理等各项工作规范，对定点医疗机构药品质量和价格进行调研，制定《乌兰察布市新型农村牧区合作医疗药品最高限价》。
- 5、在化德县、丰镇市、察右前旗、凉城县推广凉城县乡村一体化管理经验，由市药品招标办统一招标，建立苏木乡镇卫生院防伪中心药库，村卫生室药品全部由苏木乡镇卫生院统一代购、统一配送，实现乡村两级卫生机构统一药品售价。
- 6、8月，完成新型农村牧区合作医疗管理干部、经办机构人员和定点医疗机构人员的培训工作。
- 7、按时完成合作医疗信息统计工作。
- 8、协调财政、民政、计生等部门共同做好合作医疗和医疗救助工作。

## 医疗保险工作计划篇四

我局把政策宣传作为推动医保工作健康发展的龙头，紧密结合业务工作实际，以贴近和服务于广大干部职工为着力点，全面完成扩面任务。一是充分利用现有的工作条件全方位、立体式进行宣传，将参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策，编印成册，发放到各单位和群众手中，为扩面工作营造良好的外部环境；二是明确扩面重点，锁定扩面目标。年初局行政办公室严格制定扩面工作计划，把扩面目标锁定在有能力未参保的单位上，采取宣传动员和有效

的工作措施，进一步促进单位领导正确处理局部与整体、短期利益与长远利益关系，提高参保的主动性和积极性；三是进一步宣传灵活就业人员参保办法和农民工参保办法，动员和引导下岗职工及进城务工人员尽快参保，切实解决“看病难、看病贵”的实际问题，消化矛盾，维护稳定今年新增农民工1000人。全年共计参保单位255个，参保人员已达15600人(其中农民工1000人)，比去年同期新增20xx人，超额完成扩面任务108人。

为确保医疗保险基金足额征收到位，我们一是到参保单位大力宣传基金征缴条例，提高参保单位缴费积极性；二是实行征收目标责任制，把全年征收任务细化分解到各个人头，不管是科股长，还是办事员，都将任务完成情况作为考核个人工作业绩的重要内容，与年度奖惩挂钩，形成了“人人肩上有压力，千斤重担大家挑”的工作氛围，极大的调动了大家的主动性和创造性；三是委托相关部门代扣代缴，确保了基金足额到位。今年目标任务应收基本医疗保险基金1224.17万元，实际征收基本医疗保险基金1346.6万元，完成目标任务的110%。其中进入统筹基金740.63万元，入个人账户605.97万元。

定点医院和定点药店是医疗保险基金支出的源头。一是年初我局召开了全县定点医院和定点药店工作会，会上要求各定点医疗机构必须严格按照有关规定，规范管理，完善制度，认真履行医保服务协议；二是在日常工作中严把两个关口：1、严把参保患者住院关。为防止冒名顶替、乱开药、大处方等违规现象的发生，我局将监督检查常规化、制度化，定期不定期到医院，督促医生合理检查，合理用药，合理治疗，有效防止了基金的流失。全年发现违规现象5起，违规金额高达3.2万元，从源头上制止了基金流失，确保基金安全营运；2、严把参保患者住院费用审核结算关。实行了“三审制”：即初审、复审、主要领导审签，看有无不按处方剂量开药，看药品是否为疾病所需用药等，既坚持了公平、公正、公开，又有效保障了患者的医疗待遇；三是严管异地安置人员

就医。凡是异地安置人员必须领取《异地人员安置表》，按照就近就医的原则，在居住地选择不同等级的三家医院，报医保局存档，在生病就医时，必须在选择的医院就医，否则不予报销。全年累计审批住院1573人次，实际住院1573人次，发生医疗费用702.4万元，实际支付502.3万元。有效保障了参保人员的基本医疗需求，为维护全县的社会稳定做出了积极贡献。

近年来门诊特殊疾病人数不断上升，给基本医疗保险统筹基金带来了一定风险。按照门诊特殊疾病管理原则，进一步规范了管理。一是规范办理程序，严格要求首次办理门诊特殊疾病人员，必须持三级乙等以上的定点医疗机构出具的疾病诊断证明书，检查报告，方能向医保局提出申请，领取专门制做的《门诊特殊疾病管理登记册》，经鉴定小组审查后，符合条件才能办理；二是确定门诊特殊疾病就诊医院，实行限量购药。为确保特殊疾病患者得到规范治疗，我局在县内确定了三家就诊医院，并在三家医院选择了47名医生为门诊特殊疾病指定医生。同时还要求患者必须在指定的医生中看病，每次药量不得超过七天量，特殊情况最长不超过15天量，费用额不超过200元，否则不予报销；三是进一步明确了发票管理和待遇支付。全年共计办理门诊特殊疾病610人次，申报门诊费140万元，按照政策规定报销 65万元。

医疗保险部门是党和政府的形象部门，是为民办好事办实事的窗口单位，本着为人民服务的宗旨和医疗保险工作需要，今年我局结合县上的干部队伍作风整顿等活动，进一步加强了干部职工素质教育，规范了工作行为，严肃了工作纪律，修订了内部管理制度。通过作风整顿的学习讨论、查找问题、整改提高三个阶段，干部职工的思想作风、工作作风、领导作风、生活作风等方面得到了全面加强，服务群众的能力得到明显提高，工作质量、工作效率明显提升，存在的突出问题得到有效解决，群众心目中的形象得到了好转，全面建设了一支“政治上强、业务上精、作风过硬、廉洁高效”的医疗保险队伍。

□

离休干部、企业军队转业干部、二等乙级以上伤残军人几类特殊人员为我国国防事业和当地地方经济建设作出了卓越贡献。为有效保障他们的医疗待遇，维护稳定，我们一是在工作中设立便利通道，减化手续，指定专人负责审核，同时要求工作人员以热情的服务态度，让他们感受到党和政府的温暖；二是积极协调关系。由于县财政资金周转困难，他们的医保待遇不能及时兑现，我局多方筹资，提前垫付了他们的医疗费用，解决了他们的实际困难。

20xx年全县医疗保险网络系统正式启动，实现了定点医院和定点药店电算化管理，极大地方便了参保患者的就医购药。但由于当时建设资金有限，拨号上网导致信息传输速度慢，给参保人员和医疗机构带来了不便。为此，我局今年将完善网络系统当成一件大事来抓：一是将网络系统升级为宽带系统；二是对医保ic卡进行加密，防止了ic卡丢失后被他人盗用的现象发生，得到了广大参保人员的好评。

（一）医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，加之城镇居民参加医疗保险办法尚未出台，覆盖面小，基金结余抗风险能力弱。

（二）国有改制企业均未参保。由于我县经济发展滞后，许多企业都处于困境，破产的破产，改制的改制，职工下岗分流自谋出路，特别是破产改制企业离退休人员，生病机率高，由于过去未参加医疗保险，现在参保将成为一个极大的难题，也是全县一个不稳定因素。尽管出台了《xx市城镇灵活就业人员参加基本医疗保险办法》，但缴费数额高，难以自筹资金参保。

（三）医保现状不能满足职工需要。我县医疗保险体系单一，仅有城镇职工基本医疗保险和补充医疗保险，同时社会医疗救助制度不规范，个人自负比例偏高。

（四）对定点医疗机构和异地就医管理难度大。一是现在定点医院和零售药店共计发展到50余家，而大部分遍布全县各乡镇，由于监督检查人员少，在对定点医院进行经常性协议管理中还不能很好的发挥作用，对一些违反协议的现象不能及时发现。加之同级别的定点医院机构单一，定点医疗机构难以形成竞争态势，有忽视协议管理的现象，不能很好地履行协议；二是我县很多退休人员居住在异地，对这部分人员的住院监督管理难以到位。

（五）办公经费少，无法实现财务电算化管理，没有自己的办公地点，现仍租借在就业局办公，交通车辆也未配备，给工作带来了极大不便。

二0xx年十一月二十日

## 医疗保险工作计划篇五

我局坚持稳步推进与积极探索并重，提高经办能力，全力推进我县医保工作取得新发展，为构建和谐蓬溪做出了积极的贡献。20xx年，医疗保险工作要将扩大覆盖、完善政策与改进管理服务结合起来，加强医院的日常管理和对定点医院费用增长过快的管理措施，在贯彻好医保政策的同时，处理好医、保、患三方的利益，同时又能将医保费用降低，使得我局20xx年的医疗保险工作更上一个台阶。

找准加强定点医院管理的切入点，配备专兼职医保管理人员，确定一名院领导分管医保工作，充分发挥其纽带和桥梁作用，不断完善费用管理与结算方式，实行年度考评和平时稽查制度，不断促进定点医院的优质服务和规范管理。

20xx年4月1日按市委、市政府的统一安排，全县正式启动实施城镇居民基本医疗保险，到目前为止参保率达50%，参保人数达38275人，完成市委、市政府下达目标任务37900人的101%，征收基金99.5万元。到现在的医保网络系统不断完善，及时建

立医保病人的就医情况、治疗情况、费用控制情况等,增强了动态管理,方便参保人员就医及医保部门的管理。

一是要严格管理,确保医保费用收支平衡

对入院、住院、转院、费用结算、审核实行定期与不定期核查、监督。发现问题及时进行处理;严格医保基金支付的审核、审批程序,确保基金的安全使用。

二是要深化、强化医保定点医院准入制度

扩大总量,优化结构,促进充分竞争,降低医疗服务成本,方便参保人员就医选择,以协议为依据,规范医疗服务和管理。建立更加合理的费用分担机制,调整和完善医保结算管理办法,改变医保为第三方买单而产生的医患均追求利益最大化的问题。

三是要完善社区医疗机构和基层医疗机构的医保定点单位建设

引导患者增加社区医疗、基层医保的利用率。将社区医疗服务纳入医疗保险的首诊,建立双向转诊制度,分流大型医疗机构的小病就诊压力,避免医疗资源的浪费,降低和减少医疗费用。

四是要建立预警机制

改变“被动、滞后”的管理水平,构建和完善网络监督系统,以信息化智能化的方式实施动态全程监控.同时加大到定点医院病房巡查的工作力度,对疑点费用和高费进行现场审核分析,对违规行为加大处罚力度,规范医疗行为。

五是要加大宣传和社会监督



广泛宣传医保政策, 免费发放宣传手册到参保群众手中, 让社会各界了解党和政府的惠民政策, 让参保人员了解医保的各项政策和就医规定, 强化患者的自我保护意识, 让病人也成为医院的监督者。同时定期对各定点医院进行稽核审核, 并把结果公布社会, 强调“诚信医疗”, 建立奖惩机制, 鼓励举报投诉, 拓宽社会监督的渠道, 做到以上这些, 才能更加有效地控制医保费用。

## 医疗保险工作计划篇六

乙方: \_\_\_\_\_

第一条甲乙双方应当认真执行国家的有关规定和本市有关基本医疗保险管理办法及各项配套规定。

第二条乙方应认真执行本市医保的有关规定, 建立与基本医疗保险相适应的内部管理制度。乙方必须有一名院级领导负责基本医疗保险工作, 乙方应当有专门管理医疗保险工作的部门, 并至少配备一名医务管理人员和一名财务管理人员(二级专科医疗机构视实际情况定), 与甲方共同做好定点医疗机构管理工作。乙方未按上述规定配备相关部门及其人员, 甲方可通报其上级主管部门, 并责令其整改。

第三条乙方应在本单位显要位置悬挂“上海市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构”铜牌; 以设置“基本医疗保险政策宣传栏”等形式, 将基本医疗保险的主要政策规定和本约定书的重点内容向参保人员公布。

第四条乙方的各项收费标准必须遵守物价部门的有关规定, 并将相关收费标准公布在醒目的地方。同时, 乙方必须向参保人员及时提供医疗费用结算清单和住院日费用清单, 各种清单要清晰、准确、真实。

第五条乙方向参保人员提供超出基本医疗保险规定范围的医

疗服务，包括药品、诊疗项目和服务设施及特需服务等，需由参保人员承担自费费用时，应当事先征得参保人员或其家属同意并签字后方可执行。否则，参保人员有权拒付相关自费费用。

第六条甲方应保证医保信息系统整体安全性和可靠性，提出科学合理的技术和接口标准及信息安全管理要求。乙方应保证其信息系统符合甲方的技术和接口标准，保证与其系统连接的准确性；乙方应满足甲方的信息安全管理要求，保证乙方信息系统的安全性和可靠性；乙方应接受甲方或受其委托的机构对乙方信息系统准确性和安全性的检查。

第七条乙方在为参保人员办理门诊挂号或住院登记手续时应当认真核验医保就医凭证（包括《门急诊就医记录册（自管）》）；在参保人员门诊大病就诊时还应当认真核验登记项目。发现就医者身份与所持医保就医凭证不符时应当拒绝记账，扣留医保就医凭证，并及时通知甲方。对乙方明知他人冒名顶替就医所发生的医疗费用，甲方不予支付；对乙方认真核验医保就医凭证，并向甲方举报违规情况的，经查实，甲方应对乙方予以奖励。

第八条乙方对参保人员在本院或其他定点医疗机构所做的各类检查结果，应当按照卫生行政部门及医保部门的有关规定，予以互相认可，避免不必要的重复检查。否则，甲方将追回相关的违规费用。

第九条乙方应当按照《关于基本医疗保险处方用药的若干规定》（沪医保〔20\_\_〕92号）为参保人员配药。急诊处方限1至3天用量，门诊西药、中成药的处方限1至5天用量，中药汤剂处方限1至7天用量，门诊慢性病西药、中成药、中药汤剂的处方限2周内用量。对部分慢性病（如高血压、糖尿病、心脏病等）诊断明确、病情稳定、因治疗需要长期连续服用同一类药物的，门诊处方可酌情限1个月内用量。

第十条参保人员要求到医保定点零售药店购药品时，乙方不得以任何理由阻拦，应当按规定为参保人员提供外配处方。

第十一条乙方经甲方准予开展的医保诊疗项目约定服务，应严格执行本市基本医疗保险部分诊疗项目约定服务的有关规定。对不符合规定所发生的诊疗项目医疗费用，甲方不予支付。

第十二条乙方在机构新建、扩建，购置大型仪器设备，开展新的医疗服务项目，使用新的一次性贵重医用器械等时应事先与甲方协商，未经协商事项所发生的医保费用，甲方不予支付。

第十三条甲乙双方应当严格执行本市定点医疗机构医保支付费用预算管理实施办法的有关规定。

第十四条甲方可根据《上海市城镇职工基本医疗保险办法》（20\_\_年10月20日上海市人民政府令第92号发布）对乙方的预付费用实行暂缓支付。

第十五条甲方在年终时对乙方实行考核扣减和分担清算，对超预算费用由甲乙双方共同分担。

第十六条甲方应当按规定向乙方拨付应由医保基金支付的医疗费用，并及时向乙方通报基本医疗保险政策及管理制度、操作规程的变化情况。乙方应当按甲方规定的程序与时限，在日对帐通过并正确上传数据后，申报参保人员上月的医疗费用，由甲方进行审核；对未能通过日对帐或明细上传数据与实际不符的定点医疗机构，甲方可暂缓受理或不予受理其医保费用的申报结算。甲方在接到乙方医保费用申报后，应当按规定及时进行审核，对符合规定的医保费用，在规定的时限内向乙方拨付；对违反规定的医保费用，甲方有权作出暂缓支付、不予支付或扣减处理的审核决定。

第十七条乙方应当接受甲方或受其委托的机构定期或不定期审核和检查。乙方应按规定提供与基本医疗保险有关的材料和数据；如需查看参保人员病历及有关资料、询问当事人等，乙方应当予以合作。甲方应当将检查结果及时向乙方反馈，并在10日之内接受乙方的陈诉和申辩。

第十八条甲方应当加强医保支付费用的预算管理，若乙方当月及年内累计费用超过预算指标比例较高的，甲方将对乙方的医保费用使用情况进行重点监督检查。

第十九条甲方在对乙方监督检查时，可随机抽取一定数量的门诊处方、住院病史或原始凭证，对违规费用加倍予以追回。

2. 违反市物价局、市卫生局规定的医疗服务收费标准的；
3. 将本市基本医疗保险范围之外的医疗费用进行结算的；
4. 其他违反医保规定的行为。

## 医疗保险工作计划篇七

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，我站全体医务人员，统一思想，明确目标，成立了负责人具体抓的医保工作领导小组。负责医保工作的全面管理。

为使医务人员对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，进行广泛的宣传教育和学习活动，加深大家对医保工作的认识。宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等真正了解到参保的好处，了解医保的运作模式，积极参保。

实。我站结合工作实际，制订医疗保险服务的管理规章制度，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。

新的医疗保险制度给我站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。

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，杜绝大处方，人情方等不规范行为发生，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。

## 医疗保险工作计划篇八

接到通知要求后，我院立即成立以xxxxx为组长，医务科、医保科工作人员为组员的自查领导小组，对照有关标准，查找不足，积极整改。我们知道基本医疗是社会保障体系的一个重要组成部分，深化基本医疗保险制度政策，是社会主义市场经济发展的必然要求，是保障职工基本医疗，提高职工健康水平的重要措施。我院历来高度重视医疗保险工作，成立专门的管理小组，健全管理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训。医保工作年初有计划，定期总结医保工作，分析参保患者的医疗及费用情况。

几年来，在区人劳局和社保局的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、医疗保险工作制度。设置基本医疗保险政策宣传栏和投诉箱编印基本医疗保险宣传资料；热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药；设立医保患者交费、结算等专用窗口。简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监

护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准，无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传，以科室为单位经常性组织学习，使每位医护人员更加熟悉目录，成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者，受到了广大参保人的好评。

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度、技术准入制度等医疗核心制度。二是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制，实行院、科、组三级医疗质量管理责任制，把医疗质量管理目标层层分解，责任到人，将检查、监督关口前移，深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交接班、主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权，经考核考试分别授予普通处方权、医保处方权、医学专用处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制，认真组织了手术资格准入考核考试，对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。三是员工熟记核心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。积极学习先进的医学知识，提高自身的专业技术水平，提高医疗质量，为患者服好务，同时加强人文知识和礼仪知识的学习和培养，增强自身的沟通技巧。四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显着提高。五是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病

人的交流，耐心细致地向病人交待或解释病情。慎于术前，精于术中，严于术后。进一步优化服务流程，方便病人就医。通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等候时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务设施。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各种困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。通过一系列的用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，乙类药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了自费知情同意书，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，严格执行五率标准，自费药品占总药品费的10%以下；平均个人负担部分不超过发生医疗费用额的30%。

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，让参保人明明白白消费。

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据社保局的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机按规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为

病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照《xxxxx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》等文件要求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和要求。