# 医院的审核科工作总结(必备37篇)

来源：网络 作者：梦里寻梅 更新时间：2025-07-29

*医院的审核科工作总结1【关键词】 等级医院评审；护理质量管理；重症医学科医院等级评审是衡量医院综合实力与整体水平的有效手段，是全方位、多角度、涵盖各层次的评价体系[1]。其中， 护理工作涉及评审内容的方面， 具有举足轻重的作用[2]。作为重...*

**医院的审核科工作总结1**

【关键词】 等级医院评审；护理质量管理；重症医学科

医院等级评审是衡量医院综合实力与整体水平的有效手段，是全方位、多角度、涵盖各层次的评价体系[1]。其中， 护理工作涉及评审内容的方面， 具有举足轻重的作用[2]。作为重症医学科的一名护理管理者， 面临的不仅是如何迎接新一轮的医院评审工作， 更重要的是如何应用新的护理管理理念， 提升管理水平， 进一步规范重症医学科的各项护理工作。

20\_ 年， 我省开展了等级医院评审工作， 青岛市海慈医疗集团认真对照《山东省中医医院等级评审标准》， 结合实际情况， 采取了一系列措施以加强护理质量管理， 并在20\_ 年9月省卫生厅组织三级甲等医院复审工作中得到了护理专家的好评， 顺利通过医院复审。结合创建达标经验， 现将重症医学科护理迎评工作的体会总结如下。

1 医院概况

本院是一所集医疗、教学、科研、预防保健为一体的综合性医院。1994年被评为国家三级乙等医院， 于20\_ 年通过山东省卫生厅三级甲等医院复评。目前， 开放病床1396 张， 设有58个临床科室、50个护理单元。护理人员共897 名， 其中副主任护师10名、主管护师234名、护师237 名、护士381名；本科学历199名、大专学历613名、中专学历79 名。

2 护理迎评工作

积极响应护理部号召， 制订重症医学科迎评方案；护理迎评工作共分六个阶段， 分别是学习动员， 安排部署阶段、梳理标准， 自我完善阶段、严格自评， 持续改进阶段、专家试评， 查疑补漏阶段、准备迎评阶段、现场评审阶段。

2. 1 学习动员， 安排部署阶段 20\_年初， 全院召开了中层干部评审达标会议， 明确创建目标， 为迎评工作做了全面部署。重症医学科迅速成立迎评核心小组。成员均为护理骨干。由护士长组织精读评审标准， 汇总护理相关条款， 制定迎评推进计划， 责任到人。将责任划分到每一名护士， 做到全体动员、人人参与， 调动全体护理人员的工作积极性和主动性， 为迎评营造了浓厚氛围。

2. 2 梳理标准， 自我完善阶段 有护士长带领护士反复学习《山东省中医医院等级评审标准》， 分析标准， 找出现有工作的不足， 层层完善， 请教院内护理专家， 咨询参评过的医院， 制定《重症医学科三级中医医院评审护理核心指标与达标要求》， 并将其作为等级医院评审护理工作的纲领性文件执行。同步制定了 “迎评周工作计划”、“每日一制度学习计划”等相关内容， 一步步推进中医院迎评工作。迎评材料也从标识、目录、内容以及需要的支撑材料都做了统一要求。

2. 3 严格自评， 持续改进阶段 成立科室内护理评审小组， 模拟专家检查思路、评审办法， 并结合本院实际， 安排多次自评， 不断总结自评过程中发现的问题， 为有效整改奠定了基础。在护理技术操作的培训考核方面；做到反复练习， 人人达标， 培训的同时， 锻炼护理人员应对检查的能力。

2. 4 专家试评， 查疑补漏阶段 邀请院内护理专家指导工作， 模拟评审场景进行试评， 增加督查的客观性和严格性。汇总专家意见、建议， 逐项整改。追踪整改效果。同时， 利用统计手段把目标量化， 实施统计评价， 用详实的数据测量出目前达到的水平以及存在的不足。根据专家提出的整改意见， 查缺补漏， 提升各条款的等级水平。

2. 5 准备迎评阶段 这是迎接评审工作的冲刺准备阶段， 从接待评审专家设定检查路线， 以及护士长向评审专家简要的介绍科室特色（灵活掌握）， 以及迎评办公室内的布局， 迎评当日的人员安排等均做好周密准备。召开工休座谈会， 坦诚告诉患者及家属医院迎评检查的真实性， 征求他们对病区管理及健康教育等工作的意见， 积极沟通解释， 取得配合， 做好迎评前患者及家属的培训。

2. 6 现场评审阶段 现场评审的时间大约是2～3 d 时间， 实际流程有以下几个方面： 评审前1 d， 医院要准备好相关的资料备查。评审第1天， 评审专家参加病区早交班， 参加医院汇报会， 访谈院长及分管院长， 访谈护士长， 访谈病区责任护士， 访谈实习护士， 访谈科主任及医生， 访谈患者及家属， 查看病区治疗室及急诊急救流程等环节。评审第2 天， 评审专家到供应室、手术室、新生儿室等科室现场查看工作流程和护士培训、护士长考核、病区质量管理情况。评审第3 天， 专家组反馈医院评审意见。

评审第1天， 八个评审小组其中的六组分别陆续来到了重症医学科， 对医疗、护理工作做了全面的检查、评估。全科医护人员热情地接待了评审专家， 以良好的精神风貌， 精湛娴熟的技能水平获得了评审专家的一致好评。

本院的等级评审工作结束了， 纵观护理评审的整个过程， 我们深切体会到了参加医院评审不仅是对护理工作进行的一次认真、细致的全面大检查， 也是利用外力推动护理质量改进的有效方法[3]。只有及时把握新的评审理念， 与时俱进 ， 解放思想， 才能找准发展方向 ， 提升核心竞争力， 将护理工作推进新的阶段。

参考文献

[1] 齐文中， 周乃忠. 适应医疗市场， 促进医院发展. 临床医药实践， 20\_， 13（3）：239.

**医院的审核科工作总结2**

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处,建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长；出院人次191人比去年同期下降；门诊住院率同比去年下降；二次返院率同比去年下降；住院总费用万元同比去年下降，医保基金费万元同比去年下降；药品费用万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用万元同比去年下降；平均每位出院患者医药费用元；较去年下降。

**医院的审核科工作总结3**

医保的概念对于我院来说是比较陌生的，长时间以来，人们习惯于没有条款约束的工作和收费观念，要想顺利地改变这种状态，需要花费很大精力，尤其是执行具体政策方面也会受到阻力，医保知识培训和考核是增加员工医保意识的最好办法，今年8月6日进行了首次全员医保知识培训，培训完毕，进行摸底考试，收到的效果较好。在以后的时间里陆续进行4次培训和多次一对一培训，例如：实名制就医问题、各类参保人员的报销比例、如何正确开具处方、下达医嘱;医保病历规范书写等相关医保知识，通过培训，改变了全员对医保知识的理解，增强了医保观念，也消除了我对申请医保后能否正确执行医保政策的顾虑，增强了工作的信心。

严格监督并执行医保政策，在实际运作中不违规、不替换项目、不跨越医保红线，做守法、诚信医保定点医疗机构是医保工作的努力方向，在上述思想指导下，我们医保小组成员，紧锣密鼓，加班加点对与发生费用的相关科室进行监督、检查和指导，8月1日至12月1日期间，初审归档病历161份(其中含8月份之前病历2份)，复审病历161份(初审不合格病历返回病区修改再审核)。

审核门诊处方840张，其中：西药处方616张(7月-xx月)，不合格处方281张，修改西、成药处方189张,协助医生修改处方92份。审核中草药处方：442张(8月-12月)，不合格处方178张，修改中药处方xx8张(一部分是无资质医生打印并签字问题无法修改)。处方不合格原因有诊断与用药不符;用法、用量不符;总量超量;诊断名称错误;诊断不明确;无资质医生签字;医生的诊疗范围不符(超范围行医);使用其他医生工作站下达医嘱等，目前关闭了不合格的工作站，避免了违规操作。对于病历和处方审核需要花费很多精力，尤其是反复修改中需要有很强的耐心和细心，本部门的XXX不厌其烦，每次都会与临床医生做耐心细致的解释工作并做好记录，从无怨言。

**医院的审核科工作总结4**

一年来，审计科在院领导的支持下，上级主管部门的指导帮助下，积极推进内部审计工作从以真实性、合规性为主的财务审计向财务审计与管理审计并重的转型，把内审工作的出发点和落脚点放在促进我院发展、促进管理、促进提高效益，强化内部控制、防范风险上，开展了各种形式的内部审计监督工作。为医院节约了资金，维护了医院合法权益。在深化医疗体制改革，促进廉政建设，加强财务管理，提高经济效益等方面，真正起到了经济求，公开、公平、公正地顺利进行，进一步预防了商业贿赂的发生。

2、零星维修工程审计

全年参与零星维修工作验收结算审核工作多项，每一项工程的验收都亲自参与，工程量数据亲自记录。确保了验收数据的真实性、可靠性、准确性，为工程结算工作提供了重要依据。同时坚决按医院工程验收审核的相关制度的要求，对各项工程做到先审计后付款，一定做到审计的合规性及合法性。

3、后勤物资采购审计

随着医院不断发展，业务不断扩大，后勤物资采购种类、数量不断增加，为规范物资采购程序和采购行为，确保医院资金的使用安全和使用效果，参与了物资采购询价、验收、结算工作，审计工作进一步加强，审计的范围不断拓宽，尽量做到了事前审计、事中审计、事后审计的全过程审计，在厉行节约方面取得了明显效果。

4、参与财务收支审计

做好医院财务账面审计工作，为保证医院财务账面的合法性、合理性、准确性，我科室多次配合上级部门对我院财务收支情况进行检查，对存在的问题进行了及时有效的整改，进一步规范了财务制度，为领导提供了决策依据，为医院的改革和...

**医院的审核科工作总结5**

1、提高服务质量，优化报销流程。

提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量，随时查找问题，发现问题及时处理，杜绝医疗纠纷的发生。根据实际情况做好意外伤害住院患者的调查核实工作，尽可能做到在院调查，从而使患者出院当时就能享受报销。

2、继续加大审核督导力度，减少扣款。

坚持履行每月查房，每季度督导制度，并根据医保办制定的考评细则对各科室进行评分，及时发现问题，并督促整改，对设计城乡居民医保、职工医保报销的病历及报销手续严格进行审核，最大程度减少保险公司审核扣款。

3、执行医院各项指示，争做优秀科室。

认真学习《李强院长20xx年工作会议上的讲话摘要》完成好上级分配的各项任务，积极开展“学制度、尊流程、依法规”和“讲诚信、塑团队、精医济世为人”活动，耐心为患者服务，树立我嵩县西关骨科医院的良好形象。

市委、市政府的正确领导下以及在医保相关部门的指导下，我院始终以完善制度为主线，以强化管理，优化服务为重点，努力实现医保工作新突破。全年医保门诊总人次人（1——12月），住院人次，全年医保收入元，同比上一年度增长%。离休干部门诊人次，住院人次，总收入xx万元，同比增长%，两项合计xx万元，较去年增长xx%，另有生育保险人，收入xx万元，全年共计xx万元。

**医院的审核科工作总结6**

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\*。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。

辞去了20xx年，迎来了20xx年，转眼20xx年也度过了大半，在党支部的正确领导下，在领导及同志们的关怀帮助与支持下，本人在本职工作中取得了一定的进步，对单位作出了一定的贡献，现对我的年终总结如下汇报：我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的\*素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报如下：思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加\*学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”的重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作;坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益.为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，取得了较好的效果.

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力。

20\_年，在市委、市政府的坚强领导下，市医疗保障局党组以“攻坚年”活动为抓手，坚持服务大局，聚焦主责主业，认真履职尽责，以创促新，积极适应新形势、新常态、新要求，奋发有为推进医疗保障事业改革发展，全力以赴夺取疫情防控和经济社会发展“双胜利”。

一、目标任务完成情况

截至20\_年11月底，全市医疗、生育保险参保人数分别达到万人和万人；全市职工医保基金核定应收333640万元、城乡居民医保基金核定应收310426万元；全市职工医保基金征缴达到316520万元，城乡居民医保基金征缴达到310426万元；全市职工医保基金支出337233万元，城乡居民医保基金支出300779万元。全市基本医疗保险参保率达，各项基金收支平衡、略有结余，较好地落实和保障类参保群众的各项待遇。

二、重点工作推进情况

（一）全力打好疫情防控攻坚战。

结合医保职能，先后出台了《关于落实新冠肺炎病毒患者特殊保障措施的通知》、《关于做好疫情防控期间新冠肺炎发热病人门诊检查费用保障工作的通知》、《关于做好疫情防控期间药品零售服务工作的紧急通知》等一系列政策措施，确保了患者不因费用耽误治疗，确保了参保群众疫情期间就医、用药得到保障；建立疫情防控“三服务五到位”联防联控机制，实行“防控疫情电话办，医保服务不打烊”线上办理和24小时值班制，将新冠肺炎发热病人门诊检查费用纳入医保支付范围，建立疫情防控期间药品配送制度，保障群众用药。一是医保服务项目全面实现网上办理，最大程度降低交叉感染风险。二是将新冠肺炎患者住院费用纳入医保报销。按照国家和省统一要求，将新冠肺炎病例住院费用纳入医保报销及时结算。于20\_年1月，将治疗新冠肺炎的目录外药品及治疗项目临时纳入医保目录，保证患者得到及时治疗。三是将新冠肺炎检测项目纳入医保目录。按照省统一要求，于20\_年5月，将新冠肺炎核酸检测、抗体检测项目临时纳入医保目录，按乙类管理。四是做好新冠肺炎患者医疗费用结算工作。截止9月底，全市新冠肺炎住院定点救治医疗机构共有97家，共收治新冠确诊和疑似参保患者4595人次（4141人数），总费用4768万元，新冠肺炎医保结算率达到100%。

（二）深入推进“双报到”工作。

扎实开展“双报到”工作，将党员充分融入基层社会治理。局党组以身作则，疫情期间协助双报到社区解决口罩不足、消杀药品短缺问题，保障社区防疫物资供应。组织动员、督促党员干部到居住地社区就近报到、开展值班值守、消杀清洁、物资配送等志愿服务活动，疫情期间局系统41名党员干部累计参加社区抗疫476人次、1307小时，涌现出一批优秀\_员和典型事迹。疫后常态化开展“双报到”，督促党员干部主动参与到防汛抗洪、汉江流域生态保护、安全大巡查、夜间巡逻等活动中，党员双报到率达100%，充分发挥了党员在基层治理中的先锋模范作用。

（三）全力以赴打好脱贫攻坚战。

在驻点扶贫方面：选派党员骨干充实到扶贫工作队，增强扶贫力量。落实“两天一夜”、“五天四夜”工作制，积极开展“四方会商”，与村委共谋产业发展，投入10余万元助力漫云村改善人居环境、扶持种植、养殖业发展。组织党员干部定期入户结对帮扶。与村干部联合举办主题党日，提振脱贫攻坚信心。在行业扶贫方面：一是全市338043名建档立卡贫困人员全部纳入医疗保障覆盖范围，参保率达到100%；二是针对中央巡视湖北提出的医保扶贫标准过高问题，出台《关于进一步做好农村贫困人口基本医疗保障工作的通知》，对我市健康扶贫政策进行了调整；三是各县（市、区）在县域内和市区的3家三甲医院均实现了“一站式、一票制”结算；四是全面落实新“985”待遇标准，医疗保险政策范围内报销比例达，门诊慢性病报销比例达80%。五是抓好扶贫领域巡视巡察反馈问题整改。先后解决了乡村医生招不进、留不住和部分建档立卡贫困人口医保补贴未落实等问题，补差支付一般诊疗费万元，提升了乡村医生收入。完成万余名贫困人口补贴整改，到位资金66万元。

（四）落实“六稳六保”，助力企业复工复产。

一是实行阶段性企业医保费减征，2月至6月共减征参保企业医保费亿元，减轻缴费负担。二是实施困难企业缓缴政策，可缓缴6个月。三是对流动资金困难的344家中小制造企业，实行按季征收，缓解资金流动紧张问题。四是落实“千名干部进千企”，帮助湖北朗东机电公司顺利享受社保、房产税等税费减免6万多元，协助企业贷款100万余元，协调法院解决企业欠账难题。协助超卓航空公司解决司法判决执行难问题，协调法院及时追缴企业欠账，结清企业官司，为企业上市保驾护航

（五）优化营商环境，推进医保“放管服”改革。

一是简化两定机构申报程序。降低申报门槛，将申报资料由9项简化为4项，实行了即时申报即时受理，办结时间缩短为5个工作日，医药机构申报定点更加方便，截止20\_年10月底，新签订协议医药机构共264家，其中医院2家，门诊162家，药店100家。续签协议的共有496家，其中门诊94家，药店402家。我市成为全省申报医保定点机构材料最少、流程最优、时限最短的地区。二是简化医保异地就医备案手续，开通了业务大厅窗口、支付宝、微信、湖北政务服务网、人社APP五种渠道办理，实现了即时办结。取消了异地居住证明等多个手续，方便群众就医备案。三是扩大慢性病门诊定点药店范围。20\_年市区共新增慢性病门诊定点药店18家，由原来的11家，增至29家，极大的方便了参保群众就近购药报销。四是推进医保服务只进一扇门改革。各县（市、区）医保服务陆续进驻行政服务中心，市直医保业务大厅于10月底整体进驻市民中心，实现了医保服务“一门办、一网办、一城办、一次办”。

（六）推进医疗保障重点改革工作。

一是做实城乡居民医疗保险市级统筹，建立起第三方审计制度，实现城乡居民医保基金统一调配，增强抗风险能力。二是落实深化医药价格改革，取消了我市公立医疗机构医用耗材加成，执行新调整医疗服务价格。三是深化药品及耗材集中采购制度改革。实行采购量分解办法，通过带量采购、降低价格，让群众享受实惠。四是推进异地就医联网结算。今年新增异地联网结算定点医疗机构37家，享受异地联网结算的9264人次，医疗总费用23904万元，统筹基金支付12602万元，群众享受异地就医更加便利。五是引入第三方监管，推进医保监管方式创新试点工作，顺利通过国家试点项目中期评估。

（七）开展打击欺诈骗保、医疗机构规范使用医保基金专项行动。

成立医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作领导小组，印发了《襄阳市医疗保障局开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作方案》。在6月份开展了为期一个月的“打击欺诈骗保、维护基金安全”为主题的集中宣传月活动。印发襄阳市基本医疗保险医保便民服务手册政策问答2万本，打击欺诈骗保基金行为你问我答、新健康扶贫“985”政策宣传折页4万份，张贴宣传海报1万张。并开展了多种形式、多种渠道的宣传活动。打击欺诈骗保工作重点抓好了三个方面：一是强化日常监管。1至10月，现场检查医疗机构3024家，处理违规违法医疗机构310家，暂停医疗机构医保服务25家，解除医保服务2家，追回医保基金2572万元，其中行政处罚580万元，处理参保人员违法违规10例，追回医保基金17万元。二是开展20\_年医疗机构规范使用医保基金、骨科高值耗材、精神科收费专项检查。从全市抽调骨干力量、请第三方专业机构共计121人组成12个检查组，对全市医疗机构开展了为期25天的全覆盖检查，共计检查212家医疗机构，其中三级医疗机构10家（含专科三级）、二级医疗机构47家、一级医疗机构155家发现涉嫌违规金额约2500万元，对检查发现的问题我局正在依法依规严肃处理。三是认真查办举报投诉案件。1-10月共办理11件投诉举报案件，其中国家局和省局转办3件，打击欺诈骗保投诉举报电话3件，来信举报1件，12345市长热线投诉举报1件，信访办1件，互联网+监管平台1件，市巡察办转办1件。逐一调查核实，并依法依规做出合理性答复，确保“件件有落实、事事有回应、闭环处理到位”。

（八）防范化解重大风险，维护经济社会稳定发展。

一是开展意识领域风险排查。围绕党员干部思想状态、服务效能建设、参保群众诉求等每周开展1次排查，预估意识形态风险，提前做好应对，确保了意识形态领域安全。二是及时处理来信来访。开通局门户网站、微信公众号，公布信访举报电话，及时受理“12345”、阳光信访以及群众来信来访，68项信访事项，回复率达到100%；妥善解决了国企改革遗留的3起老工伤患者医保待遇问题。三是推进医保诚信体系建设。完善了医保举报奖励制度和“黑名单”制度，建立“双随机一公开”工作机制，定期与相关部门对接发布诚信信息。四是发挥医疗救助的社会职能。对部分享受医疗救助人员参加城乡居民医保个人缴费给予全额资助，资助资金从医疗救助资金中列支；在各定点医院对贫困患者医疗救助费用实行“一站式”结算。

（九）进一步完善医保付费方式。

一是严格执行年终清算。20\_年1月，按照总额预付管理办法，对20\_年度实施总额预付管理的定点医疗机构进行了全面考核、清算，对于各定点医疗机构结余费用，符合规定的按比例留用，对合理超支费用根据情况按规定比例分担。二是完善总额预付相关政策。20\_年3月，结合我市医保总额预付管理情况，对《襄阳市基本医疗保险住院费总额预付结算管理暂行办法》（襄人社发〔20\_〕137号）进行了调整、完善，出台了《襄阳市基本医疗保险总额预付结算办法》（襄医保发〔20\_〕11号），并于20\_年起开始执行。三是落实20\_年度基金预付费政策。20\_年4月，按照总额预付结算办法制定了20\_年度总额预付方案，将全年基金预算收入全部纳入付费总额管理范围，并按各医疗机构上年度结算情况测算20\_年度总额。同时要求并督促各县（市）、区医保经办机构根据文件要求，将基金按时足额预拨付给医疗机构。全市各级医保经办机构均已制定了20\_年度医保总额预付方案，并按规定执行拨付工作。

（十）健全完善医保支付机制。

一是进一步扩大病种结算范围，提高支付标准。20\_年5月，根据医保基金收支、医疗项目价格调整、医疗费用变化等情况，依据《市医疗保障局关于调整部分基本医疗待遇支付与费用结算标准的通知》要求，进一步扩大了按病种付费范围，同时，对我市部分医疗待遇支付标准进行了调整。政策调整后医保按病种结算病种由291种增加至295种，该文件于20\_年7月1日起执行。二是调整定点医疗机构医保住院人次定额标准。20\_年5月，根据近年来基金运行及结余情况，结合定点医疗机构近三年医疗费用变化情况，经研究测算，对我市部分定点医疗机构职工医保住院人次定额标准进行了调整。

（十一）落实“两病”门诊用药保障机制。

修订完善了城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障政策，对参保居民“两病”用药不设起付线，一个结算年度内参保居民在二级以下定点医疗机构发生的门诊药品费用，政策范围内费用按50%报销，医保基金年度最高支付限额为1000元（含普通门诊统筹限额800元），月支付限额不超过50元。截止今年10月30日，全市共计12538人次享受“两病”门诊用药保障待遇，医保基金共计支出万元。

（十二）落实新药品目录及医保支付标准。

一是落实新药品目录。20\_年1月，根据《省医疗保障局 省人力资源和社会保障厅关于做好实施工作的通知》（鄂医保发〔20\_〕77号）文件要求，及时更新我市基本医疗保险药品目录。此后，分别在3月、4月、5月、7月、9月与省级同步更新了《湖北省医保药品目录数据库》中药品信息。二是保障国家谈判药品待遇落地。1月出台《市医疗保障局 市人力资源和社会保障局关于转发实施工作的通知>的通知》（襄医保发〔20\_〕3号），对国家114种谈判药品的报销政策予以明确，确定支付标准、拟定报销流程、确定鉴定及开方医师。同时，对医保系统参数进行了调整，保证广大参保患者能够按规定享受相应的医保待遇。据统计，全市20\_年1-10月国家127种抗癌药品共计发生医保报销61568人次，药品费用总金额万元，医保统筹支出总金万元。

（十三）优化医保经办服务。

一是认真落实国家和省有关医疗保障信息化建设及公共服务治理要求，深化医保APP、异地就医等平台建设，做好定点医药机构信息维护、医保按病种结算、慢性病门诊等业务编码标准维护等工作。20\_年参与国家医疗保障局医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护工作，其中维护并赋码定点零售药店1291家，定点医疗机构1582家，医保药师1117人，医保医师9408人，医保护士11461人，维护率和赋码率均达到100%，位居全省第一。二是坚持问题导向，认真疏理11项政务服务清单事项，致力打造流程最优、时限最短、资料最少、服务最便捷的医保公共服务，并将所有事项按要求进驻市民服务中心，其中“异地就医备案”、“定点医药机构申请”、“慢性病门诊待遇申请”、“定点医药机构费用结算”四项业务实现了全省办理时限最短、资料最少、流程最优。

（十四）加快推进医保信息化建设。

一是启动医保信息系统分拆及数据移交工作。与人社局协商，确定了系统分拆和移交的思路，起草了工作方案，相关工作目前正在推进中。二是加强系统经办服务能力。完成了与省互联网医保平台慢性病线上复诊及购药系统的对接建设，完成了全市城乡居民医保信息系统基本医疗、大病医疗、医疗救助“三位一体”“一站式”结算的系统改造，实现了与省级平台的协同联动。三是进一步提高医保移动端信息服务水平。9月上线了襄阳职工医保电子凭证，提供职工医保个人账户脱卡支付、余额查询、上账明细查询、交易明细查询等功能，截止11月17日绑卡激活33900余人，脱卡交易28900多笔，交易金额280万元。四是继续做好相关数据上报工作。配合市人社局做好每月的180项联网数据上报工作，定期做好每月的医保个人账户刷卡财源数据上报工作，完成职保个税20\_年前三季度共享数据、职保参保基础数据、慢性病登记备案数据的提取上报工作。五是做好国家医疗保障信息编码维护的技术保障工作。组织协调完成了全市经办机构、两定机构、医师护士药师等动态编码维护工作，并做好相应的操作指导和技术支持工作。六是开展内部计算机网络的安全管理工作。完成了中心内部网络排查和标注，对发现的安全隐患进行了督办和整改；开展办公电脑的IP、MC地址登记备案，为网络安全管理奠定基础。

三、20\_年度工作计划

20\_年市医疗保障局将在市委、市政府的坚强领导下，紧紧围绕党和政府的关切、人民群众的期盼，坚持以人民为中心的发展理念，系统推进医疗保障制度改革。

（一）持续扩大医疗、生育保险覆盖面。

力争城乡基本医疗保险参保人数达到520万人，生育保险参保人数达到48万人。

（二）建设多层次医疗保障体系。

编制出台襄阳医保“十四五”规划，落实中央《关于深化医疗保障制度的意见》，建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系，着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题。

（三）抓好医疗保险市级统筹工作。

做实做细全市城乡居民基本医疗保险市级统筹工作，出台相应的业务经办规程和考核管理办法等，抓好参保缴费和待遇落实工作；积极推进城镇职工基本医疗保险市级统筹，改革职工基本医疗保险个人账户计入办法，同步建立门诊共济保障机制。

（四）健全统一规范的医疗救助制度。

明确救助对象人员类型，建立及时精准识别机制，科学确定救助范围。全面落实重点救助对象资助参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。总结医保扶贫工作成效，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制；做好医保扶贫政策接续，持续发挥托底保障作用。加强医疗救助与基本医疗保险、补充医疗保险、慈善救助等制度的衔接。

（五）完善重大疫情医疗救治费用保障机制。

总结疫情期间行之有效的政策措施，系统制定医疗保障应急工作预案，健全重大疫情应急响应机制，完善医疗救治费用医保支付政策，在突发疫情等紧急情况时先救治、后付费，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，在合理划分责任边界基础上有机融合制度功能，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

（六）深化药品、医用耗材集中带量采购改革。

公立医疗机构在省级招采平台集中采购，原则上不得线下采购，鼓励社会医药机构自愿参与联盟集中带量采购。降低药品、医用耗材价格，减轻群众就医负担。

（七）持续推进医保支付方式改革。

与卫健部门沟通，做好按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费的准备工作。

（八）抓好医保信息化建设。

按照省局个化建设指导意见要求继续做好医保信息化建设工作。一是继续推进医保信息系拆和数据移交工作，保障系统平稳分离，医保系统稳定运行。二是继续做好长期和阶段性的数据上报工作，完成国家局、省局的数据采集、校验任务。三是在独立的医保信息系统的基础上，启动医保便民服务系统升级项目建设。四是完成国家局、省局统一规划的其他系统建设工作。

（九）建立医保药品鉴证系统。

通过建立医保药品鉴证系统，实现对药品销售数据进行追溯、比对，实现对虚假售药、药品串换销售、一药多卖等违规行为的监管。

（十）完成医保监管方式创新试点工作。

通过招标采购服务，引入第三方监管、审计等手段，增强医疗监管能力。通过专项检查、飞行检查、集中抽查等方式，严厉打击欺诈骗保行为，并将医保违规案例纳入社会信用评价体系，形成可复制、可借鉴的襄阳经验。

（十一）全面提升医保经办服务质量。

按照医疗保障经办政务服务事项清单要求，规范经办政务服务事项，建立完善经办服务标准体系，规范每个服务环节，推动形成“管理有标准、岗位有职责、操作有制度、过程有监督、工作有评价、事后有考核”的科学管理体系，将经办服务全过程纳入标准化管理的轨道。

（十二）扎实推进医保系统行风建设。

持续深化“不忘初心、牢记使命”主题教育成果，加强医保系统行风建设，推动实现医保服务事项“马上办、网上办、就近办、一次办”。以“好差评”制度为抓手不断强化行风建设，做到工作目标向群众公开，办事流程向群众承诺，工作绩效由群众评价。

20\_年，在市委、市政府的正确领导下，在国家和省医保局的有力指导下，全市医疗保障系统始终坚持以新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大、十九届四中、五中全会、省市委全会和国家、省医保工作会议精神，以推进医保治理体系和治理能力现代化为主线，以打造公平、安全、高效、便捷、智慧、清廉“六个医保”为抓手，扎实有序推进医保各方面工作落实，取得良好成效。尤其是扎实推进国家医保基金监管方式创新试点工作，圆满承办中期评估现场会，考核得分位居全国26个试点地区第一名；正式揭牌全国首个医保反欺诈中心，为全国医保监管体制改革提供了湖州方案；打造全国首个湖州城市大脑医保驾驶舱，开启医保“智治”时代；平稳实现了市域职工基本医保制度的完全统一，市域医保更加公平；精准扎实推进医保领域脱贫攻坚，在全省率先真正实现医疗救助“不落一户、不落一人”；严格抓好国家药品带量采购和全市抗微生物集采落地，共节约医保基金亿元；深化医保支付方式改革，城市医共体总额预算下的多元复合式支付方式改革在全市域推行；发布全省首个医保基层经办服务标准，医保服务更加精细化；长三角一体化进程持续加快，在全省率先实现沪苏浙皖跨省门诊费用双向直接结算。全年，省、市领导批示肯定医保工作20次，市级媒体报道130余次，省级及以上媒体报道30余次，12个兄弟地市来湖学习考察，30多位群众向我们赠送锦旗和感谢信，为我们点赞！主要体现在以下几个方面：

**医院的审核科工作总结7**

1、20xx年上半年，职工医保门诊患者使用医保卡支付1350人次，总费用共计209460元。平均每月34910元。

2、20xx年上半年，城乡居民中农村居民住院补偿1445人次，住院病人费用总额10415669元，次均住院费用7208元，平均住院日：天。补偿金额总计6112691元，人均补偿金额4230元。补偿比，其中按病种路径结算510人，覆盖率。

3、20xx年上半年，职工医保住院补偿94人次，住院总费用567646元，补偿费用376791元，补偿比。城乡居民中城镇居民住院补偿66人次，住院总费用428201元，补偿费用274822元，补偿比。

**医院的审核科工作总结8**

面对突如其来的疫情，在\_和省市委的坚强领导下，全市医保部门闻令而动，全力以赴做好医保领域疫情防控和服务保障工作。

一是兜底保障救治。按照上级部署，第一时间出台了4个文件和一系列措施，对患者医疗费实施兜底保障，向医疗机构累计拨付基金亿元，不折不扣落实了“两个确保”。

二是助力精准排摸。通过医保大数据实施重点人员筛查，发动全市所有零售药店开展联防联控，累计筛查上报万人，助力湖州成为全省确诊病例最少、“清零”最早的城市。

三是优化经办服务。推出了“预约办”、“代理办”、“邮寄办”、“电话办”等新服务模式，引导企业、群众“网上”“掌上”办医保。

四是强化执勤值守。组织发动干部值守高速路口和公路卡点，下沉社区入户排查，赴结对社区开展防控协查，累计出动700余人次。

五是支持企业复工。全市阶段性减征职工医保费万户，累计减免亿元，为促进复工复产、保持就业稳定提供了强有力的保障。全系统19支服务队主动上门服务指导，50家结对企业在3月底前全部复工复产。

**医院的审核科工作总结9**

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，具体如下：

1. 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。

2. 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。

3. 加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过加强医保软件管理，能更规范、更便捷，大大减少了差错的发生。

**医院的审核科工作总结10**

一、拟定和完善内部审计规章制度；

二、审计预算的`执行和决算；

三、审计财务收支及有关经济活动；

四、按照干部管理权限开展有关领导人员的任期经济责任审计；

五、审计基本建设投资、修缮工程项目；

六、审计卫生、科研、教育和各类援助等专项经费的管理和使用；

七、开展固定资产购置和使用、药品和医用耗材购销、医疗服务价格执行情况、对外投资、工资分配等专项审计调查工作；

八、审计经济管理和效益情况；

九、审计内部有关管理制度的落实；

十、其他审计事项。

**医院的审核科工作总结11**

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：

>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。

>二、措施得力，规章制度严

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。

>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。

>四、工作小结

通过我科工作人员及全院相关工作人员的共同努力，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xx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xx万元，发生直补款xx万元，大大减轻了群众看病负担。

**医院的审核科工作总结12**

1、不断提高服务水平，优化就医环境。

随着我院新的病房楼投入使用，加之各种新设备的购买以及人员的培训和学习，我院的就医条件将发生巨大变化。因此，我们更要抓好医保病人的服务质量，以期在去年完成xx万元（包括离休和统筹）的基础上力争达到万元（包括离休和统筹）。

2、加强管理与培训，严格掌握医保政策。

在20xx年里要不断完善科室及相关人员配置，将相关政策逐步完善。由于我院临床工作人员对医保政策理解程度不一，掌握程度参差不齐，导致在实际工作中存在较多问题。因此在即将到来的20xx年里将加强对有关人员的培训，严把入院关，层层负责，确保医保政策的顺利、健康、有序的发展。

3、做好离休干部的服务工作，确保等级评定顺利过关。在新的一年里，我们将一如既往地为离休干部服务好，这不仅是关医疗服务和经济效益问题，更是医院建设与社会效益的问题。在即将开始的等级评定工作中，我们将针对我院存在的备药率低、病历本书写不完整、医保知识掌握不够等问题开展专项工作。并力争在药品费用监控，合理用药，合理检查上有所突破。

今年以来，在县委、县政府的坚强领导下，在上级业务主管部门的精心指导下，我局优化工作思路，全面贯彻落实上级有关文件精神和工作安排，担当作为、狠抓落实，做好医保服务经办工作，抓好医保基金运行管理、完善基本医疗服务体系，强化定点医药机构监管，杜绝基金不合理支出，医疗保障体系日趋完善，兜底作用明显，较好完成了各项工作任务。

**医院的审核科工作总结13**

有医保专用处方，病历和结算单，\*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\*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\*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\*品适应症以及自费\*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\*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\*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\*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\*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\*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。

**医院的审核科工作总结14**

20xx年县医院医保工作总结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：

>一、领导重视，宣传力度大

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。

>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。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

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。我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。

在今后的工作中，我们还需严把政策关，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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

**医院的审核科工作总结15**

20xx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2025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

20xx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

1、有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

2、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。

3、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。

4、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

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。

>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。

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。

**医院的审核科工作总结16**

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2025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\*品及诊疗项目价格，及时公布\*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。

**医院的审核科工作总结17**

医保办严格按照城乡居民医保管理办法规定，每月一查房，每季度一督导，一旦发现违规的现象和苗头，责令其立即进行整改。根据我院各科室实际情况制定了《嵩县西关骨科医院医保工作考评细则》对各科室的医保工作每月进行一次综合评定，根据评分，排出名次。20xx年上半年，医保办共审核住院病历1605份，主要目的是在送保险公司审核之前发现并解决问题，在很大程度上减少了保险公司每月医保审核中的扣款，对于保险公司在对我院医保审核中产生的扣款，医保办积极组织复议，尽最大努力为我院挽回损失。如确实属于我院的失误造成的扣款，医保办会通知到相关科室，并提醒该科室在今后工作中汲取教训，进一步提高工作标准，把失误率降低至最低程度。

**医院的审核科工作总结18**

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的安全运行。

**医院的审核科工作总结19**

以提高医保基金使用绩效为目标，深入推进医保领域各项改革，更好推动医保、医疗、医药联动改革系统集成，保障群众获得优质实惠的医药服务。

一是推进医共体医保支付方式改革。按照“全域推进、多元复合、绩效挂钩”的原则，在全市域推进城市医共体总额预算管理下的多元复合医保支付方式改革。建立医保支付向医疗重点学科适当倾斜的机制，大力促进湖州医学高地建设；在全省率先探索体现中医特色的DRG分组体系和医保支付方式，促进中医药传承发展；着眼引导患者到基层就诊，助推分级诊疗，在疾病基础组实行同城同病同效同价改革。配套制定绩效评估办法，督促医疗机构合理治疗，确保改革实效。

二是抓好国家和市药品集中采购成果落地。联合市卫健委、市经信局、市市场\_共同抓好国家集中带量采购药品落地工作，截至12月底，第一批25个中选产品平均完成约定采购量的202%，第二批32个中选药品平均完成约定采购量的，全部品种均超约定采购量10%以上，第三批完成率，共减少药品支出5482万元。抓好市抗微生物药品集中采购落地工作，减少药品支出亿元。

三是理顺医疗服务价格体系。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，探索建立医疗服务价格动态调整机制，并按照“一腾一降一调一池”的思路，在全省率先全市域完成第三轮医疗服务价格调整工作，省政府领导作出批示肯定。

**医院的审核科工作总结20**

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。

**医院的审核科工作总结21**

按照“稳为先、统为要，迈小步、不停步”的思路，以制度建设为依托，做实基本医疗保险制度市域统一，更好筑牢基本医保、大病保险和医疗救助三道保障线，发挥医保保基本、兜底线作用。

一是稳步推进市域医保政策统一。研究制定《湖州市职工基本医疗保险管理办法》，对全市基本医疗保险筹资标准、待遇水平、基金监管、制度衔接等进行全面统一，更好解决市域医保政策碎片化、待遇差异化问题。

二是稳步提升医保待遇。20\_年城乡居民基本医疗保险财政补助标准人均增加138元，达到每人每年1108元，成年人与未成年人总筹资标准分别达到1648元和1548元，大病保险报销比例再提高5个点，进一步提高保障能力。

三是抓紧抓实医疗救助工作。创新与民政部门建立困难人员信息实时共享机制和大额医疗费用预警机制，探索建立救助人员医保中断预警机制，确保医疗救助“不落一户、不落一人”。20\_年，全市共资助参保万人，资助金额万元；医疗救助万人次，救助金额万元，充分发挥医疗救助的托底保障作用。

**医院的审核科工作总结22**

一年来，在局党政的正确领导下，在单位领导及同志们的帮助、支持下，我以“服从领导、团结同志、认真学习、扎实工作”为准则，始终坚持高标准、严要求，认真完成了领导安排的各项工作任务，自身的政治素养、业务水平和综合能力等都有了很大提高。现将一年来的思想和工作情况汇报!如下：

思想上，我坚持把加强学习作为提高自身素质的关键措施。积极参加政治学习，关心国家大事，认真学习“三个代表”重要思想，自觉遵守各项法律法规及各项规章制度。在加强理论学习的同时，重点加强了工作业务知识和法律法规的学习，为做好本职工作打下了坚实的基础。

工作上，认真履行岗位职责，严格要求自己，始终把工作的重点放在严谨、细致、扎实、求实、苦干上，较好地完成了各项工作任务。在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，不断改进工作；坚持做到为参保患者提供优质服务，维护参保人员的切身利益。为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，在领导的带领下，我们利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头!采取咨询、宣传单、等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，取得了较好的效果。

在今后的工作中，我将发扬成绩，克服不足，进一步强化学习意识，强化职责意识，强化服务意识，以对工作高度负责的精神，脚踏实地，尽职尽责地做好各项工作，为树立医保机构的新形象努力工作。

**医院的审核科工作总结23**

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。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，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

**医院的审核科工作总结24**

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，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。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、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

**医院的审核科工作总结25**

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。业务院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、医保意识，提高了医疗质量，为参保人提供了良好的就医环境。

在办理医疗报销的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员讲解医疗保险的相关政策和规定以及各项补助措施，认真详细的解答参保人提出的各种提问，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，实行医疗补助费用及时结算，大大提高了参保满意度。

以上就是20xx年的工作总结，在总结的同时也发现了不少问题,以后将更加认真努力，让工作更加完善和顺利。

20xx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\*、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：

**医院的审核科工作总结26**

医保管理工作比较繁琐，牵扯的面比较广，涉及的问题比较大，医保管理中，各科室离不开医保办的指导，医保办的工作同样离不开各科室的配合。在实际工作中，在与相关科室沟通中，在某些问题的观点上经常会产生矛盾，每次遇到阻力都离不开尹祥洲院长的协调和解决，在此，感谢尹院长对我部门的鼎力支持和帮助，也正因如此，医保成绩才得以初步显现。

今年以来我区医疗保险工作，在市、区的有关部门和领导的支持关心下，取得了一定的成绩，城镇医保工作进展良好，医疗救助工作全面展开，医疗保险做为社会福利事业越来越多地受到社会的普遍关注，医疗保险已构成社会保障的重要方面，而得到了社会的普遍认可。回顾5个月以来的工作，可以说是工作扎实，效果明显，群众满意，其主要工作完成如下：

1、开展了对参保资源的情况调查。按市局的有关要求，从今年4月份开始，我们对全区的各类人员参加各种医疗保险情况进行入户调查。通过调查，我们掌握相关业务的第一手资料的同时，也增加了全区医保工作人员的工作责任心和使命感。

2、开展完善医保经办管理办法征求意见活动。随着，医疗保险工作的不断深入，人们对医疗保险工作的要求与期望也愈加强烈。按市局的统一布属，我们与局领导先后四次到基层企业、街道走访调研，收集建设性的意见有二十六条，改进工作方法和办事程序等方面的建议十三条，为促进基层单位和上级决策部门的工作改进提供了条件。

3、开展制定工作目标责任分解工作。为了更好地完成全年工作任务，我们将今年市里下达的78320人工作任务全部进行分解，制定责任工作目标下达到民政，教育局和各个街道办事处。做到责任落实到人，为确定全年工作任务完成打下了基础。

4、开展信访疑难案件调查处理工作和答复人大代表和政协委员提案议案工作，几个月以来我们先后与有关部门合作，妥善处理了世博集团，洮昌街道办事处、辽沈街道办事处等单位信访疑难案件。四次答复了人大代表和政协委员有关农民工参加医疗保险、困难企业职工参加医疗保险等方面提案议案。多次接待了大北、洮昌办事处和三产办等转属企业退休职工因医保问题，而引发的群体上访事件。

5、开展了医疗保险业务培训与宣传活动，为提高群众对医疗保险的认知和参与程度，较快适应新形势下的医疗保险工作的新要求，我们通过月例会和周检查等形式开展了有针对性业务培训活动，尽快提高工作人员的业务能力，通过发放宣传单，印制宣传标语，制作展板等形式，宣传新的医保政策，使群众对医保有了更深的了解。

医保工作总结

一年来在我院领导高度重视下，按照社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，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保工作总结如下：

**医院的审核科工作总结27**

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都证求参保人员同意并签字存档。

**医院的审核科工作总结28**

医疗保险是我院医疗收入的重要组成部分，今年我们在医疗保险的基础上，进一步完善我院医保的各项政策和制度建设，促进医保管理规范化。为了适应新的医保政策形势，开展医保政策的宣传，召开全院医保知识培训班，在全院周会等各种会议上对医保政策进行广泛宣传，并在医院内部的局域网发布各项政策和信息。结合实际情况，我们要求各科室站在整体利益的高度上认识、做好医保工作，医务人员在工作中严格执行各级医保定点服务协议，切实落实好各项服务内

容；相关科室不断加强医务人员的培训，了解新政策、新规定；医院加强了对违规行为的检查、处罚力度，确保医保工作正常有序运行。

**医院的审核科工作总结29**

涉及我局的深化改革任务是深化医药卫生体制改革中的两项任务，即：一是加强医保基金监管，制定我县深化基金监管方案；二是深化药品耗材采购使用方式改革。

1.加强医保基金监管。

一是出台方案。20\_年4月26日制定并出台了《\_平遥县委办公室 平遥县人民政府办公室关于印发的通知》（平办发[20\_]27号）。5月15日出台《平遥县医疗保障局关于分类推进两类机构医保违法违规行为专项治理的工作方案》和《平遥县医疗保障局20\_年医疗保障基金监管工作方案》，完善了监管方式，补齐了监管短板，坚持打击欺诈骗保工作全覆盖常态化，切实维护医保基金安全。

二是做好宣传培训工作。20\_年5月27日、20\_年6月5日两次召集公立、民营医院，卫生院（站）、街道社区卫生服务中心、药店、诊所等两定医药机构负责人，召开医保相关政策培训会，宣讲和解读医保基金相关的法律、法规及政策知识，重点解读了《平遥县全面加强医疗保障基金监管六项措施实施办法》。

三是开展各种监督检查工作。20\_年5月27日至6月8日，组织全县两定机构对照检查内容和问题清单开展自查自纠，并书面报送自查报告，列明自查问题和整改落实情况。8月下旬，市医保局对我县的定点民营医院使用医疗保障资金进行了“双随机、一公开”随机检查、交叉检查的专项监督检查。9月下旬，市医保局联合市卫健委对我县定点医疗机构开展了规范使用医保基金行为专项治理抽查复查工作。9月底，我局对全县全两定医疗机构共414家（其中：定点医疗机构334家，定点药店80家）开展了医保基金监管全覆盖检查。10月份，我局与卫健体局、市场局对全县两定机构开展抽查复查的联合专项执法检查。

2.做好药品耗材集中带量采购工作。

一是出台方案。20\_年4月7日制定并出台了《平遥县人民政府办公室关于印发平遥县推进药品耗材集中带量采购和使用工作实施方案的通知》（平政办发〔20\_〕38号）。

二是组织培训。多次召集全县医疗机构参加国家、省医保局组织的药品、耗材集中带量采购数据填报视频培训会，齐心协力做好集中带量采购工作，不断增强人民群众的获得感。去兄弟县交流学习、交叉检查，进一步提升工作素质。

三是按时按质推进集中带量采购工作。20\_年4月组织开展安排了国家组织32种药品集中带量采购，我县医疗机构采购有其中相关药品20种。20\_年6月组织安排了太原—晋中医疗机构医用耗材精密输液器集中带量采购参加的医疗机构2家（签订三方协议），涉及配送企业2家。20\_年7月组织开展安排了我省组团联盟21种，我县医疗机构采购有相关品种14种。20\_年8月组织安排了太原—晋中—忻州医疗机构低值医用耗材一次性输液器和一次性注射器的集中带量采购。20\_年9月组织安排了冠脉扩张球囊部分医用耗材和国家组织高值医用耗材冠脉支架类集中采购数据填报参加的医疗机构2家。20\_年10日组织开展了国家组织第三批55种集中带量采购药品，我县医疗机构采购相关药品38种。20\_年10月底11月初组织安排了医用胶片和太原—晋中—忻州—吕梁区域留置针预充式导管、吸氧装置医用耗材采购数据的填报参加的医疗机构2家。20\_年11月对关于报送陕西联盟未过评药品带量采购用量数据和关于开展六省二区省际联盟药品集中带量采购相关品种范围采购数据填报工作已做好安排安置。

**医院的审核科工作总结30**

为了提升我院医疗保险工作的效率，努力改造就医环境，提高服务质量。我院根据上级指示开展了“四查四促”专项行动，3月29日医院成立“四查四促”专项行动领导小组，领导小组成立后，医保办在医保领域工作中积极开展自查自纠，查找问题并解决问题，建立问题整改台账，督促各科室拿出措施进行整改。20xx年4月7日，上级部门组织检查组对我院医保领域开展“四查四促”专项行动情况进行检查指导，对我们提出了一些宝贵的意见和建议，我院的医保工作整体

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找