

医疗事业单位个人工作总结(优秀5篇)

总结的选材不能求全贪多、主次不分，要根据实际情况和总结的目的，把那些既能显示本单位、本地区特点，又有一定普遍性的材料作为重点选用，写得详细、具体。大家想知道怎样才能写一篇比较优质的总结吗？以下我给大家整理了一些优质的总结范文，希望对大家能够有所帮助。

医疗事业单位个人工作总结篇一

1、我院建立了医疗安全防范小组、医疗安全管理委员会、医疗安全质量监测小组等组织，各个组织分工明确，做到了各项有分工，事事有人管。

2、各组织小组严格按照组织职责开展工作，对事不对人。医疗

安全工作管理人员在工作中发现安全隐患苗头或不规范操作即时处理绝不拖延，徇私，哪怕是一点点的问题也严肃批评，立即监督改正，防止星火燎原的发生。

1、我院建立了较完善的医疗质量安全制度体系，如各岗位职责制度、医疗安全管理制度、诊疗管理制度、各临床科室管理工作要点、临床管理制度、十三项核心制度、中医药管理制度等规章制度，做到了工作有方向，事事有标准，每个人都知道自己应该做什么，怎么做。

2、各项工作制度执行是关键，制定了就严格执行。我院和各科室负责人签订了《科室医疗安全目标责任书》内容详细记录了各科室医疗安全的`责任，本科室医疗安全工作的重点和薄弱环节以及重点问题所采取的措施。坚持晚查房，早交班，早会，有明确的患者交接，避免了患者无人管，各自独立，使医疗形成一个整体，防止了疏漏。坚持每日查房，充分发

挥医疗骨干的作用及时发现危重病例，合理治疗。严格病案管理，坚决执行国家的病例书写条例，完善病例规范化管理，保存好诊疗过程中的关键文件。制定医疗纠纷预案，发现不安全因素及时有人出面解决，大事化小小事化了，防止事态扩大。

医疗制度执行是关键，杜绝人情，严格执行规章制度，理论指导行动，行动完善理论。

古人说：日必三省吾身。医疗安全前瞻和回顾也尤为重要。我院坚持医疗安全回顾讨论，包括发现的操作的不规范，不足之处，药物的应用反应情况，患者的发展方向，疾病的变化，应该注意的地方，拟定推荐较好的、合理的治疗方案等，查漏补缺，提前预防，人人参与，形成一个共同的防范体系，防范于未然。

人说：百密一疏。医疗安全回顾讨论是防止“一疏”的关键。

我院制定了医疗轮训进修制度，不断派人去上级医院更新知识学习先进技术，提高业务能力，培养人才。与上级医院接轨，结成帮扶单位扩展医疗服务，指导诊疗工作。年初就制定了业务学习计划，每季度至少一次培训学习，并严格执行。学习除了计划内的以外还有自己工作中的不足和欠缺的知识，上级安排的和在网络上新发现或流行的疾病，国家新颁布的法律法规原则条例等，用知识武装头脑，不仅是业务知识，还有法律法规，依法行医，依法应变，以应对现在复杂的医患关系。我院还以医疗骨干为核心创建的安全诊疗体系，充分发挥医疗骨干的作用，查房，会诊，制定诊疗计划，排除危重病例等。

加强学习提高业务及应变能力是防范医疗事故的基础。

所谓“人”的管理，就是规范医务人员的言行，不该说的不说，不该做的不做。该说的必须说，该做的也必须做。我院

要求绝不允许诋毁别人抬高自己，宣扬抬高别人就会共同抬高，诋毁别人就会一起降低；要求处理危重患时“少动嘴，多动手，提醒‘咬耳朵’，讨论避患者（家属）”；要求非治疗医师不得给患者解释病情，防止偏差，增加患者疑虑；宣扬“大河有水小河满，大河没水小河干”的理念，杜绝个人主义，避免“抢”患者的事情发生。

同时还要求对待患者热情周到，待患如亲，加强感情的沟通，让患者在医院有亲人般的温暖，家的感觉。

对内言行规范，合理治疗，对外感情沟通，化之无形。内外兼顾构成安全壁垒。

总之，我院医疗安全工作以人为本，以理论指导行动，行动完善理论。全员参与，小处着手，放眼大局。内外兼顾，和谐共建。

医疗事业单位个人工作总结篇二

近年来，随着医疗扩面工作的有效开展，企业门诊统筹制度的实施，医疗保险异地就医结算工作的开展，医疗就医规模不断扩大。医疗管理股克服人手少、工作量加大等困难，每月及时审核定点医疗机构上传费用，严格按照医疗待遇规定进行费用审核，掌握支付范围和标准，对于零星报销审核做到初审、复审，严格把关。同时，为方便宁波异地参保人员的异地结算，中心顺利开展医疗保险异地就医结算工作，截止6月底，我县受理异地定居于宁波的宁波医疗参保人员零星报销445人次，共219人。总费用45.24万元，基金支付39.31万元。我县医疗参保的异地定居人员共有389人次在宁波海曙医疗中心结算，总费用85.08万元，基金支付73.23万元。

加大“两定”机构费用稽核力度，对两定单位实行年度考核。

为强化对定点单位的监督管理，中心建立了稽核检查制度，

采取平时检查与定期检查、网络监控与现场检查相结合的方式对“两定”机构进行严格检查，利用医疗网络实时检查各定点单位发生的医疗费用，重点跟踪监察高额医疗费用病例。对于违规及不合理的费用，坚决剔除。医疗中心于xx年5月—6月会同相关部门、对县内49家定点医疗机构、19家定点零售药店进行现场考核、综合评分。

紧密结合县劳动保障局开展的“三思三创”主题教育活动以及廉政风险防控机制建设工作，提升工作人员基本素质，进一步提升医疗管理服务水平。

下半年的重点工作

- 1、思想汇报专题全市医疗一卡通工作；
- 4、针对参保对象实际，开展多层次宣传培训；
- 5、认真排查个人和单位廉政风险点，制定严格的防控机制。

医疗事业单位个人工作总结篇三

市卫生局按照上级的要求，积极开展深化医药卫生体制改革工作，严格按照基层医疗卫生机构综合改革工作路线图和上级的指示精神，围绕近期重点工作，用倒逼机制加大工作力度，全力以赴加快推进基层医疗卫生综合改革，现将基层医疗卫生综合改革工作进展情况汇报如下：

年7月10日前，已按标准完成基层医疗卫生机构编制核定、上报和下达工作。

年7月25日前，已对改革进展情况进行专题督导，各项工作进展顺利。

年8月26日前，已完成竞聘上岗和人员聘用工作和完成基本药

物招标采购工作。

年8月28日前，安置未聘人员已制定方案，报市政府审批后实施。已制定医改套改工资和机构绩效考核实施办法和激励分配方案，待报市政府审批后实施。

年9月18日前，对未编机构公开招聘人员，基本实行“收支两条线”管理，实现基本药物制度全覆盖。9月20日前，全市基本完成各项基层综合改革任务。

去年7月，我市成立了医改领导小组，由常务副市长任组长，分管副市长任副组长。今年，为进一步加强领导，市建立了市领导挂钩联系镇（街道办）医改工作制度，由联系各镇（街道办）的市领导同时指导开展各基层卫生机构的医改工作。市医改领导小组各成员单位明确分工1名领导负责医改工作，加强沟通，密切配合，共同推进改革落实。针对医改工作的长期性、复杂性、艰巨性，我市在市发改局成立医改办公室。为进一步加强医改办职能建设和机构建设，加强医改办的工作力量，市发改局、卫生局抽调4名专职人员在医改办上班，负责日常工作，市财政局、人社局、编委办、食药局确定1名联系人，协助做好医改办工作。

结合我市的实际和发展现状，在对涉及医改的一些重大问题进行广泛深入的调查研究的基础上，我市先后出台和制订了《市乡镇卫生院管理体制实施方案》、《市执行国家基本药物制度实施细则（暂行）》、《市公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施办法》、《市乡镇卫生院和社区卫生服务中心人员编制方案》、《市卫生系统事业单位岗位设置方案》、《市公共卫生与基层医疗卫生事业单位实行收支两条线管理方案》等文件，较好地指导了我市医改各项改革的深入开展。为确保医改各项工作顺利推进，市卫生局成立卫生财务结算中心，负责卫生局下属事业单位的资金管理和会计业务的集中结算、核算，监督各单位的财务预算执行情况 and 收支情况。同时，市财政部门认真落实医改各项投入

政策，调整支出结构，将年医改任务所需资金纳入财政预算，落实基层医疗卫生机构补偿政策，确保基本药物制度和基层综合改革顺利推进，按确定的任务和进度将基本和重大公共服务经费拨付到基层医疗卫生机构。

（一）落实分配制度改革工作。7月26日，由市审计局、财政局、卫生局、人社局等部门组成工作组，分两个小组开始对基层医疗卫生单位进行审计、清理检查津补贴、审查核对年的财务收支结余情况。目前，已完成了绩效工资总量和水平。

（二）制定基层机构绩效考核实施办法。我市卫生局已制定了对基层机构绩效考核实施办法，奖励性绩效工资实施办法。各基层卫生机构都制订办法，并由各单位职代会讨论通过后上报卫生局审核，同时报人社、财政等部门备案后实施。公共卫生与基层医疗卫生事业单位绩效工资实施办法、乡镇卫生院和社区卫生服务中心人员编制方案、卫生系统事业单位岗位设置方案三大方案已出台，人员编制方案经江门市批复并重新下达编制，重新下达11个乡镇卫生院人员670人，社区卫生服务中心189人，并列为公益一类事业单位，人员经费由市财政按财政补助一类核拨。绩效工资方案也制定，确定基层医疗卫生事业单位与义务教育学校工作人员绩效工资年人均水平相当。卫生事业单位岗位设置方案已报批。8月12日由江门市政府副秘书长梁启华带队的江门市医改督导组到我市调研督导，对我市基层医疗卫生机构综合改革进展情况作了充分的肯定。

（三）健全药品采购配送制度改革。由于制定采购方案、编制采购计划、招标采购等工作均由省采购中心牵头，配送商由地级市定，基层医疗机构只提出采购需求。目前，此项工作我市在实施基本药物制度时，已开展了药品库存清理工作。

（四）健全补偿机制改革。7月1日由市发改局、物价局、卫生局、社保局等部门召开相关会议，讨论调整收费项目、收费标准，将门诊挂号等10多项归并为一般诊疗费，初定收费

标准10元，并按上级的文件贯彻。

（五）落实人员编制，推行竞聘上岗。我市卫生系统现有在编的干部职工1327人，在职未入编制的专业技术人员495人，其他109人。基层医疗卫生机构在编干部职工中：具有高级职称的5人；具有中级职称的22人；初级以下及无职称人员623人。本科学历的19人；大专学历的115人；中专及以下学历的516人。

我市于今年7月份重新下达基层医疗卫生机构人员编制859名（其中卫生院670名，社区卫生服务中心189名），现有在编人员646人，仍空编213名。故此，为确保社会稳定，我市基层医疗卫生机构所有的在编人员实行全员聘用过渡，不存在未聘人员（在编人员）安置的问题。

市医改办、人社局、卫生局主要领导多次碰头和带领相关工作人员集中研究人事制度改革工作，制定岗位设置方案，明确工作任务和要求，完成岗位设置说明书。成立人员聘用工作领导小组，制订人员聘用、竞岗方案。8月19日在市医改办的牵头协调下，在东成卫生院举行市卫生系统基层医院岗位竞聘试点。8月22日在君堂卫生院举行市卫生系统基层医院岗位竞聘观摩会。会议和考场由市医改办、市卫生局、人社局等部门协办和指导，各医疗卫生单位正、副职领导到场观摩，让各单位了解和学习竞聘程序和要求，推动全面开展贯彻落实竞岗聘用制度。至8月26日止，我市基层医疗卫生机构已全部完成人员竞聘上岗工作。

（六）收支两条线管理工作正常运转。为确保医改各项工作顺利推进，市卫生局成立了卫生财务结算中心，负责卫生局下属事业单位和资金管理和会计业务的集中结算、核算，监督各单位的财务预算执行情况和收支情况。市财政局、卫生局组织基层医疗机构会计进行培训，学习新的会计制度，并开展新会计制度整理账目和过账的准备工作。卫生财务结算中心抽调相关工作人员，全力以赴开展工作，请有资质的公

司进行财务软件安装和新会计制度过账，至9月20日止卫生财务结算中心已开始正常运作，收支两条线管理工作正常有序地进行。同时，市财政部门认真落实医改各项投入政策，调整支出结构，将年医改任务所需资金纳入财政预算。

我市基层医疗卫生综合改革工作虽然取得了重大成效，但还存在着一些差距。

二是临时聘用人员安置难。由于相当部分人员低学历、低职称，若分流重新再就业将会有难度，给社会造成不稳定因素。

三是财政配套资金压力大，实行基层医疗卫生机构改革后，市财政预算支出每年多2千万元，对我市捉襟见肘的财政来说压力非常大，希望上级部门给予支持。

医疗事业单位个人工作总结篇四

20xx年，我院在医保处的领导下，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：

有健全的医保管理组织。有一名院长分管医保工作，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，科室及医保

部门及时认真解答医保工作中病人及相关人员提出的问题，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。

今年8月份医保处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。

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。

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。

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，及时更换了专用网络，确保结算的顺利进行。

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。

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。

- 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。

医疗事业单位个人工作总结篇五

20xx年1月10日下午15:00，我院在三楼会议室举行了医患纠纷分析会，张立森院长、庞佃翠书记等院领导与各临床、医技科室主任、护士长均参加了会议。分析会对20xx年医疗纠纷情况做总体总结并分析原因，制定整改措施。具体如下：

- (1) 服务态度差，服务过程中缺乏耐心。
- (2) 履行岗位职责不到位，缺乏严谨的工作态度。
- (3) 医患沟通不到位，医患双方语言冲突。
- (4) 医生自我保护意识差，医疗文书资料不完善。

1、医院方面：

(1) 缺乏主动服务意识，医务人员没有真正树立“以病人为中心”的服务理念，不能切身做到换位思考，主动关心和帮助病人的意识不够，尤其是工作繁忙时回答问题不够耐心，解释不够仔细，甚至敷衍和推诿患者，引起病人和家属的不满。

(2) 三查七对不认真，工作责任心不够强或有章不循，缺乏严谨的工作态度。

(3) 业务水平不高和操作技能不精。表现在别医务人员技术操作时未能做到稳、准、轻、快。

2、患者及家属方面。

患者的要求越来越高，不管是常见病、还是疑难病，也不管病情有多重、治愈率如何，都会提出过高要求，过分强调治疗效果，缺乏对医务人员工作的理解以及存在偏见。患者及家属认为花钱了就应该把病治疗好，否则就会不满意。

患者的需求越来越高，过分挑剔服务态度、就医环境、后勤保障等。

1、加强法律法规学习，增强法律意识，学会利用法律的武器来保护自己，同时要求依法行医，照章办事，提高医疗质量，保障医疗安全，预防医疗纠纷的发生。

2、提高医疗技术诊疗水平，最大限度地预防医疗纠纷的发生。重视医疗技术水平的提高，通过自学、专家查房、专题讲座、疑难病例会诊讨论、外派进修深造等多形式提高医护人员的技术水平，营造一种积极向上的学习氛围。

3、加强职业道德教育，增强责任心，教育医务人员爱岗敬业，积极奉献，提高为病人服务的热情和自觉性。

4、改善服务态度，变被动服务为主动服务，变主动服务为感动服务。教育医务人员爱岗敬业，积极奉献，提高为病人服务的热情和自觉性。

5、加强医患沟通。学会交流和人际关系的技巧，重视与患者的情感沟通交流，尊重患者的知情同意权，防止医患关系对立，减少医患之间的误解。