

2023年小学校医工作总结(实用10篇)

总结不仅仅是总结成绩，更重要的是为了研究经验，发现做好工作的规律，也可以找出工作失误的教训。这些经验教训是非常宝贵的，对工作有很好的借鉴与指导作用，在今后工作中可以改进提高，趋利避害，避免失误。那么我们该如何写一篇较为完美的总结呢？下面是我给大家整理的总结范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

小学校医工作总结篇一

20**在院领导的大力支持下，医务科在医疗质量、服务质量、医疗安全等各方面都取得了较大提高，20**年医务科将一如既往的在院委会的领导下，以科学发展观统领医疗工作发展全局，照例增强自主创新能力，继续深入开展“医院管理年”和“两好一满意”活动实践，不断将医务科各项工作推向深入。

一、防止医疗事故 确保医疗安全

认真做好医疗质量考核工作，严格按医院制定的管理规范、工作制度和评改细则，开展管理工作、严格执行医疗防范措施和医疗事故处理预案，实行医疗缺陷责任追究制，严格按医疗操作规程标准开展医疗活动。组织院内职工学习有关医疗法律法规各项条例。加强对重点环节、重点科室的质量管理，把医疗质量管理工作的重点从医疗终末质量评价扩展到医疗全过程中每个环节质量的检查督促上去。重点包括：(1)强调入院告知书、授权书、各种诊疗知情同意书的规范完整书写。(2)真实、准确做好“死亡病例讨论”“危重病例讨论”“抢救危重病人讨论”的各种记录及医师交接班；(3)组织科室加强对诊疗规范及相关法律法规的学习与考核。(4)进一步转变工作作风强化服务意识，做到“多解释、多安慰、多理解、多温暖、多帮助”，使医院服务质量更上一层

楼;(5)加强对诊疗计划、用药安全性的检查力度。

二、医疗质量管理

1、加强科室自身建设

根据零八年全市工作检查针对我科所提出的不足，我们将在20**年继续加强自身的质量及制度建设，主要包括：完善和更新各项委员会活动、会议记录；加强科室档案管理；转变工作作风，强化服务意识，由经验化管理逐步向科学化管理转变，由人情管理转向制度管理，增强自主创新能力，与时俱进。

2、参加医院质控管理委员会进行查房 每周四上午定期到某一科室进行全程查房，全院所有临床科室轮流循环进行。查房内容包括：医师交接班，包括科室实际交接班进行状况和书面记录的进行；科室三级查房，重点督促科室教学查房和主任查房的规范落实；住院病历的书写质量；科室五讨论制度的落实，包括危重病例讨论、疑难病例讨论、死亡病例讨论，详细了解其记录及执行情况；听取科室主任对科室医疗运转、质量管理、科研教学等情况，针对不足提出合理改进意见。

3、病案质量管理

(1)环节质量 每周一、周二到临床科室抽查4-6分环节病历，严格按照《山东省医疗文书书写规范》对病历中三级查房、五讨论、会诊(科内会诊、院内会诊和院外会诊)、医嘱病情的查对等方面进行监控；另外严格规范医师交接班，抽查科室月质量教育分析，帮助科室查出问题，提出改进方案，并督导三基三严学习记录和政治学习记录。

(2)终末病历 每月到病案室抽查各科10份出院病历，每半年对抽查的终末病例进行展评，并严格按“陵县人民医院医疗文书质量考核奖惩办法”奖优罚劣。

4、重点科室监管

(2)对麻醉科的监控，每月定期到麻醉科进行检查，主要内容包括：术前麻醉访视的实际进行情况；完善各种麻醉协议的签署；严格查对制度及药品管理的执行。

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。随着新农合，城镇居民医保，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。

1、继续做好与市医保局、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

3、加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、会操作的科室业务骨干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4、加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5、带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

6、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。

小学校医工作总结篇二

下面是小编为大家整理的,供大家参考。

一、坚持以党的建设为引领，筑牢坚强有力的战斗堡垒

1. 夯实基层党建基础。按照“标准+质量+示范”要求，着力强化党组织思想、组织、作风和制度建设。坚持以组织生活为基础，进一步丰富“三会一课”、主题党日等形式载体，突出政治学习和教育功能；

坚持以工作抓手为载体，运用新发展思维理念，把工作重点作为开展党支部工作的着力点，结合医保行业优势积极创建专项工作示范点，推动自身党建工作取得新突破。持续落实“深调研、深落实”活动，将“我为群众办实事”转化为生动实践。坚持以廉政风险防控为重点，按照全面从严治党新要求，认真抓好重大事项请示报告制度，梳理完善并动态调整廉政风险清单，加强组织纪律和“反面典型”学习教育，提升党员廉政风险防范意识。

2. 落实岗位说明书制度。根据“科学定岗、清晰定责、合理定权、精准定能”目标，不折不扣贯彻落实岗位说明书制度。结合现在干部性格特点、能力素质进行人岗适配，结合季度考核开展履职情况评价，在实施过程中不断提出优化岗位意见建议，通过岗位说明书来加强干部队伍“同标准、精细化”管理。

3. 营造干事创业氛围。加强干部队伍的源头管理和跟踪培养，通过政治理论学堂提高干部队伍的为民意识和家国情怀；通过推动业务骨干“大讨论”“微调研”“上讲堂”来锤炼年轻干部基本功和“真本领”；

通过技能培训、业务研讨、轮岗锻炼、项目式学习来提高干部队伍的综合素质；

完善分局制度建设，形成用制度管人管事的框架体系；

进一步落实“传帮带”和激励容错机制，营造干事创业的良好氛围。

二、坚持以改革创新为动力，打造高效便捷的公共服务

4. 提升经办服务水平。持续巩固区+街道+社区三级经办网格工作成果，健全完善多方联动的沟通协调机制，持续梳理规范经办标准和事项清单，量身定制“靶向式”业务专题培训，定期开展“跟班学习”，针对性解决窗口人员工作中遇到的“本领恐慌”。探索建立以提升服务质量为导向的激励约束机制，促进窗口经办服务提质增效。

5. 探索智能化服务方式。牢固树立服务就是待遇的思想，提高窗口统一规范和便捷高效服务，持续推进系统行风建设，充分发挥“好差评”指挥棒作用。坚持传统服务和创新服务“两条腿”走路，探索建立智能化适老改造和上门服务，探索实施医保服务“视频办”，持续推进政策宣传进机关、进企业、进社区、进学校、进医药机构的“五进”医保宣讲活动，联合区卫健部门、辖区医疗机构开展以促进健康为导向的健康宣传工作。提高居民健康意识和生活质量。

6. 加强两点机构精细化管理。加强定点医药机构医保信息编码日常审核维护，及时落实医保目录动态调整机制，推进协议管理网上签约和动态管理机制，加强国家信息平台运行中疑难问题的收集反馈和协调处理，建立“日清月结”制度，梳理解决各环节的费用报销积压问题。

三、坚持以群众需求为导向，建设多层次医疗保障体系

7. 继续做好新冠疫情相关工作。积极履行医疗保障疫情防控职责，全面落实新冠门诊费用及疫苗费用结算、支付工作。有序开展两定机构日审核、月结算、年清算和药品耗材费用结算等工作。

8. 全力打造多层次医疗保障体系。持续推广电子凭证的推广使用和线上移动支付，落实异地就医门诊医疗费用直接结算服务；落实配合落实重疾险、医疗专属险、少儿医疗政策宣传及参保征收工作；

充分发挥医疗救助兜底保障作用，全面落实资助救助对象参保缴费政策；

优化家属统筹和公务员医疗补助日常管理服务；

协同社保部门做好重复待遇清理；

推进医保、医疗、医药联动改革，积极推进家庭医生签约服务、中医药打包收费、门诊慢性病等业务在辖区实施发展。

四、坚持以精准打击为手段，筑牢医保基金的安全防线

9. 加大监督力度。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，实现各类监督检查任务现场全覆盖，加强对欺诈骗保线索的发现和受理，建立线索督办和查处反馈机制，提高医保基金的安全使用效益。

10. 形成监督合力。贯彻落实医保信用评价管理，加强结果应用和分类管理。发挥社会监督员和奖励举报制度“吹哨人”作用，加强智慧医保大数据智能监控，加强与公安、卫健、市场监管部门信息共享及协同管理，加大跨部门联合检查力度，加强行刑衔接，形成监督合力，保持基金监管长效高压态势。

11. 规范执法行为。加强执法流程培训和情景模拟演练，建立执法记录管理机制，做到执法全过程留痕和可回溯管理；落实落细行政执法系统移动执法工作任务，严格落实行政执法案卷评查制度，充分发挥法律顾问在依法行政中的指导作用，推动执法活动的全流程闭环管理。

五、坚持以管理协同为着力点，全面深化药品、医用耗材采购改革

12. 加强医用耗材招标、采购数据监管。按照“应采尽采、及时补录”原则，督导医疗机构完成各批次药品和医用耗材带量采购任务，进一步充实采购品种和扩大平台采购率，指导医疗机构合理掌握采购量加强预算执行管理，落实医用耗材

招标、采购数据全流程监管。

13. 加强医保药品监管。配合推进定点零售药店医保药品系统上线工作，协助维护好系统内定点零售药店基本信息；按属地管辖原则处理系统“纠错”和咨询建议，形成全社会广泛监督药品价格的良好氛围。

;

小学校医工作总结篇三

随着新农合、城镇居民、职工医疗保险在全国范围内的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%以上，已经成为医疗领域的主要资源。我院医保、新农合管理工作本着让广大参保、参合患者来我院就诊舒心、住院放心、报销省心为工作宗旨。通过上年度医保中心、农合办对我院医保、新农合工作的考核验收均较满意。在本年度，结合我院的实际情况，对我院的医保、新农合做好以下工作。

为了避免搭车开药和冒名顶替现象的发生，我院门诊大夫应严加审核，规范管理，确保医保、新农合基金得到更加有效的使用。

1、在收费处办理住院手续时，应准确登记医疗类型，严格把关是否符合住院标准，每日核查一次。

2、建立医保、新农合监督小组，定期做好对医保、农合住院病人抽查的工作，不仅对病人的身份进行核实，并对医保、参合病人的住院病历是否合格，根据政策规定进行审核。审核内容：诊断病种是否准确、完整；药品使用是否正确；诊断项目是否合理；检查报告单是否完善。发现不合格的病历，及时告知责任医生进行修改。

3、在收费处办理出院结算后，住院患者凭医保或新农合结算

单到医保、农合办进行补偿报销，避免结账、补偿报销在同一科室，更加规范了财务制度。

1、加强对医务人员的政策宣传，定期对医务人员进行医保、新农合工作的新政策反馈。重视培训工作，不定期举办医保、新农合知识培训班。

2、加强与医保中心、农合办的联系和沟通。各项政策认真执行，并积极落实，当好领导的参谋助手，使医保中心（农合办）、医院和患者三方达到共赢。

3、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责（收费处）。

在今后的工作中，我深信，在劳动保障和农合办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，医保、新农合的管理工作会更加顺利进行，我科室全体工作人员将一如既往地继续努力工作，求真务实，尽职尽责，为中医院的发展贡献自己的一份力量！

医保、农合办

20xx年4月5日

小学校医工作总结篇四

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。随着新农合，城镇居民医保，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。

1. 继续做好与市医保局、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4. 加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5. 带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

6. 根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。

7. 积极配合网络中心进一步加快医保各类查询功能的完善，使医保管理科学化、数字化。做到有据可查、有据可依。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

赤峰宝山医院医保科

2012年12月

小学校医工作总结篇五

1、继续做好与市医保中心、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

3、加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政

策、懂管理、会操作的业务股干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4、加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5、带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

小学校医工作总结篇六

1、年度以内各项查抄工作全部实行周期化管理，水表实行装换前隔离管理机制，企业户及特业户实行月固定周期查抄。普通营业区及居民用水户实行月周期查抄，进一步强化了水表管理，达到运行水表三封一档制，通过实际运行，截止20xx年x月，累计售水量水量为x吨，其中企业售水量为x吨，居民售水量为x吨，特种行业售水量为x吨。

2、年度内各项收缴工作全部实行月单收单结(即月初发生票据，月末结帐)，楼房居民户及企业现金户全部实行水量预存、购置管理办法，截止20xx年x月x日，应发行水费为x元整，截止x月x日，水费收缴额为x元整，其中企业收费额为x元，平房居民水费x元，楼房收费额为x元，小区水费额为x元，小型基建水费额为x元整，待收水费有x万元)，其它待收单位正在催缴，年度结帐全部到位。

按市政府及相关部门要求，在规定时限内完成各项建帐，立卡业务综合工作，并大力进行了污水处理费征收、征缴的法律、法规的宣传工作，通过实际运行，截止到20xx年x月x日，累计征收污水处理费为x元，其中企业户征收污水处理费为x元，楼房居民污水处理费为x元，尚未同财政兑帐污水处理费为x元。

1、截止20xx年x月x日，累计受理工作完成x件，其中水量核对x件，增减人口变更x件，用水性质变x件，过户手续变更x件，维修受理x件(其中楼房维修x件，平房维修x件)。

2、受理工作年度内无隔级上访事件，全部达到用户的认同，维修人员能够克服各种维修工作的困难，积极深入实际，群力群策，能够严格按照技术要求，保质、保量完成维修工作任务，没有任何安全事故发生，全部达到用户满意，得到用户一致好评。

经协调，截止20xx年x月x日，累计接收、接管x个二次供水单位，整体接管工作基本结束，先后对建筑公司、啤酒厂家属楼、经贸公司家属楼、土地局家属楼、建行家属楼分别进行了水表出户改造[x月x日前，全部纳入公司正常经营管理体系，一并实行购置管理，并对公安局家属楼[^v^家属楼均实行了现场办公，直接建帐、设卡，实行购置管理，工农小区、方圆小区分别以通知形式发放到各住户，接管工作正在有序进行。

1、维修技术条件、检测条件不够，技术水平有待提高，协调工作需进一步加强。

2、楼道内表箱、管道井设备设施管理力度不够，需大幅度提升。

3、需增强岗位人员责任意识，整体提高管理水平。

4、平房区域内流动人口水费收缴力度不够，漏收率大。

1、年度内达到经营管理工作零投诉，达到无停水条件下收费达标，建立受理业务责任人反馈制度。

2、通过连续近三年经营市场定位，夯实基础，整体经营工作应由管理型向服务型转变。

小学校医工作总结篇七

1、医保科在主管院长的领导下，保证医院在医疗保险管理工作中，准确执行医保中心的各项政策规定。

2、根据市医保相关部门的政策法规要求，制订我院医疗保险管理工作的各项规章制度。按新政策要求，随时调整相关规定。

3、负责对外接待（上级主管部门领导检查、参观）。对内协调和相关科室的全面工作（病房、药房、计算机房、财务科等）。

4、认真贯彻执上级主管部门下发的各项政策和管理规定。有计划、有针对性的组织好各层次人员的培训工作。

5、结合医院总量控制，指导临床科室做好医保病人医疗费用的监督审核管理。定期检查相关政策的落实和执行情况。

6、负责审批有关转诊、特殊病、特殊检查及特殊用药等事宜，做好医保政策的宣传、咨询、解释工作。

7、积极响应医院号召，参加医院的各种会议和活动。

小学校医工作总结篇八

医疗保障是一项民生工程，惠及全体城乡居民充分利用多媒体、智能化平台宣传医疗保障政策的同时，发挥村组、社区基层组织的作用，结合农村居民、老年群体容易接受的传统宣传方式开展宣传，力争做到医保政策家喻户晓，保障对象应保尽保，医疗机构、定点药店有章可循、规范经营，参保人员清楚受益、明白消费。

建立健全部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，强化医保、纪检、卫健、市管等部门的综合协调，凝聚医保制度改革的强大合力。推进县域内医共体改革。进一步优化职能、理顺机制、畅通运作。

医保基金是人民群众的“保命钱”，要探索建立第三方监管机制和基金收支、管理、监督情况公开公示机制，聚焦临床需要、合理诊治，强化部门协作，建立联动机制，对过度诊疗、重复收费、欺诈骗保等违法违规行为要严格查处，并做好以案释法教育，形成震慑。

根据上级要求，认真做好城镇居民基本医疗保险登记参保缴费工作，统一参保缴费工作流程，完善医保信息系统，建立全市统一的医疗保险数据库。根据《关于做好流动就业人员医疗保险关系转移接续有关问题的通知》，进一步明确法定劳动年龄内有劳动能力的城镇居民，以多种方式就业并参加城镇职工基本医疗保险的，符合退休条件时按城镇职工基本医疗保险相关规定，享受城镇职工基本医疗保险待遇。

减轻参保居民大病医疗费用负担。通过市局统一组织，开展市城镇居民大病保险服务公开招标采购。中标单位确定后，即督促中标单位尽快签订项目服务协议，明确权利义务，迅速开展大病保险待遇赔付工作，确保所有大病患者均按时获得待遇补偿。

进一步完善“基本医保+大病保险+医疗救助”的医疗保障体系，稳步提高医疗保障水平；认真落实健康脱贫工作，管好钱、算好账，规范支出，实现精准脱贫与乡村振兴有效衔接。

按照上级要求落实更多批次的药品及高值耗材的带量采购工作。做好收费项目的申报工作，加强医药服务管理，做好采购数据监测，保障药品供应同时对医疗机构价格执行情况进行督查。

以下是与2021年医保局工作计划相关的文章

小学校医工作总结篇九

创新医保管理体制，把医保工作做实做细。随着新农合，城镇居民医保，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。

1、继续做好与市医保局、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

3、加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、会操作的科室业务骨干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4、加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5、带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

6、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。

7、积极配合网络中心进一步加快医保各类查询功能的完善，使医保管理科学化、数字化。做到有据可查、有据可依。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

1、继续做好与市医保中心、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

3、加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、懂管理、会操作的业务骨干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4、加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5、带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

小学校医工作总结篇十

按照疾病严重程度、治疗的复杂程度和资源消耗程度进行drg付费支付方式改革，建立维护公益性、调动积极性、保障可持续性的运行新机制，推动公立医院改革，优化内部管理，

进一步规范医疗服务行为，减轻参保患者就医负担。

建立以基金收支预算管理为基础，以总额控制为核心，以疾病诊断相关分组(drg)付费支付方式改革为重点，实行门诊总额预付，住院按人头、按床日付费等多种支付方式并存的支付制度。完善医疗服务评价和监管体系，控制医疗费用不合理增长，提升基本医疗保险的保障绩效，充分发挥基本医疗保险对公立医院改革等工作的支撑促进作用。

（一）实行医疗机构、病种全覆盖。基本医保支付方式改革必须覆盖统筹区域内的所有定点公立医疗机构，所有病种，以防范医疗机构规避支付方式改革，推诿重症病人，转嫁医疗费用等不规范行为发生，有效发挥支付方式改革的综合作用。

（二）科学测算，适时调整支付标准。根据前三年医疗费用水平、各病种临床路径或标准化诊疗方案，医疗服务成本变化，新技术、新项目开展，筹资标准和统筹补偿方案调整，以及参保人员医疗服务需求增长等因素，科学测算支付标准并适时进行动态调整。

（三）兼顾各方利益，确保持续发展。坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则，根据基金承受能力合理确定基金支付水平。科学确定参保患者的费用分担比例，使其最大程度受益，减轻医疗费用负担。

（一）结合基金预算管理，加强付费总额控制。支付方式改革要以建立和完善基本医疗保险基金收支预算管理为基础，按照社会保险基金预算管理的要求，健全“年初预算、年中执行、年终结算”的基金预算管理制度。在编制基本医疗保险收入预算的基础上进一步强化支出预算，并将基金预算管理和费用结算相结合，加强预算的执行力度。根据近几年医保基金实际支付情况，结合参保人数、年龄结构和疾病谱的变化以及政策调整和待遇水平等因素，于每年年底编制完成下

一年基金支出预算，强化预算的严肃性，在年底总额决算、考核时必须严格执行预算计划进行资金拨付。

（二）建立考核评价体系，完善监督管理措施。坚持激励与约束并重原则，按照财政部、国家卫生计生委、人力资源社会保障部《关于加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见》（财社发〔2016〕242号）文件中“结余留用，合理超支分担”的原则，建立与人事绩效分配挂钩制度，充分调动定点医疗机构及其医务人员主动控制费用的积极性，使医疗机构获得合理的补偿，实现医务人员多劳优酬。同时，医保管理经办机构要制定有效的考核评价指标体系、考核评价办法以及监督管理措施，建立考核评价制度，定期考核评价并兑现奖惩。

（三）强化医疗服务行为监管，保证服务质量。针对支付制度改革后可能出现的推诿病人、降低服务标准、虚报服务质量等行为，加强对定点医疗机构行为的监管，依据相关政策规定和协议，加大对违约违规医疗行为的查处力度。强化服务质量监管，确保实施支付方式改革后医疗机构服务内容不减少，服务水平不降低，实现保证医疗服务质量和控制费用不合理增长双重管理目标，切实维护参保人员利益。实行行业监管与社会监督并举，完善公示制度，建立举报奖励制度，充分发挥社会监督作用。

（四）建立协商谈判机制，签订服务协议。通过谈判协商，提高医疗机构对支付方式改革的共识，体现总额控制指标分配过程的公平性和科学性，提高年终考核结算的合理性，合理确定费用标准、分担比例、服务内容、考核指标等各项标准。在谈判协商时，要根据不同医疗机构级别、规模和历年就诊人次、费用水平等分类分组进行公开平等的协商谈判，签订服务协议，对不同级别医疗机构确定的支付标准应当有利于引导参保人员常见疾病在基层就医和推进医疗机构实行分级诊疗。

（一）项目筹备(2019年10月-12月)。

1. 成立工作领导小组。为加强医疗保险改革工作组织领导，保障改革工作有序推进，成立以市政府分管领导为组长的drp付费改革工作领导小组，统筹推进改革工作，并组织召开工作启动会。
2. 统一疾病编码与手术代码。全市各级各类医疗卫生机构住院病案首页中疾病编码和手术操作编码统一使用《疾病分类与代码国家临床版》《手术操作分类代码国家临床版》。全市二级及以上公立医疗机构his系统与医保信息系统以及drp信息系统要按照要求进行接口升级改造□drp信息公司与大数据管理局合作完成drp中心分组平台部署，并与医保信息系统和医疗机构his信息系统连接调试。
3. 数据采集与清洗。信息公司负责采集全市二级及以上公立医疗机构2017-2019年9月历史数据，并进行数据清洗，如果数据质量不能满足要求的由医疗机构整改后再推送再采集，筛选出有效的历史数据，交国家专家组分析评估。

（二）数据分组及制定运行方案（2019年12月-2020年2月）。

1. 国家专家组根据drp信息平台采集的数据进行分析，进行分组、测算付费标准、制定drp付费运行方案（试行）。
2. 根据drp付费运行方案，制定drp付费考核方案（试行），为试运行阶段顺利开展做好铺垫。

（三）试点运行（2020年3月-2020年5月）。

1. 首批试点医院。铜仁市人民医院（三甲）、万山区人民医院（二甲）、德江县人民医院（三级综合）、沿河县人民医院（二甲）、德江县中医院（三级）。

2. 空转试运行。按照分组及付费标准，上述5家医院从2020年3月起，开始空转试运行，通过空转试运行来验证分组方案及付费标准的科学性合理性，及时梳理出现的问题并及时处理，根据出现的问题调整分组、补充完善运行方案。

（四）正式运行、全面铺开（2020年6月开始）。

根据3个月的试点运行情况，结合国家专家组对试点运行情况的评估，上述5家医院从2020年6月起，正式启动运行drg付费。同时启动全市其他二级及以上公立医疗机构空转试运行，空转试运行3个月后，正式启动运行drg付费。从2020年9月起，全市二级及以上公立医疗机构医疗保险drg付费支付改革正式实施阶段。

（五）drg付费正式运行半年后，按照考核方案相关内容进行考核，考核结果将与下年医保包干资金挂钩。

六、组织保障

（二）紧密衔接，同步推进。在推进drg付费支付方式改革中，一是要加快医院信息化建设和财务会计制度，为推进新的支付方式提供必要的基础条件。二是要把支付方式改革与推进临床路径管理、标准化诊疗密切结合，实现控制费用、规范诊疗的预期目标。三是要做好与基本药物制度实施工作的衔接，协同推进基层医疗卫生机构运行机制转变。

（三）加强协作，落实责任。各地各部门要加强工作协调，进一步分解任务，细化工作措施，落实工作责任，把drg付费支付方式改革工作中的病案室标准化建设、病案首页填报、信息系统建设icd编码与手术代码等工作任务细化到科室，落实到医务人员。

（四）政策宣传，加强培训。各地各部门要深入开展支付方式改革宣传活动，提高相关部门、医保经办机构、定点医疗

机构和广大医务人员对推进支付方式改革重要性、必要性和迫切性的认识，认真做好相关人员政策培训，提高管理能力和水平。