# 医疗保障工作总结2024(合集14篇)

来源：网络 作者：浅语风铃 更新时间：2024-06-30

*医疗保障工作总结20\_1我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院...*

**医疗保障工作总结20\_1**

我在医院主要负责的是医保工作，到现在已经有1年时间，时间很短，没有什么成绩可以讲出来，把我这一年的工作所得向大家作出汇报。

1、自20xx年1月1日起我院门诊交易1272笔，住院51人次，结账49人次，在院2人次，住院病人涉及大兴，东城、宣武、朝阳、崇文五个区县，现顺利结算46笔：费用元;未结算3笔：费用元。在已经结算的费用中无拒付发生，医保病人门诊住院数据上传准确，无垃圾数据反馈信息。

2、从1月份开展工作至今院内医保系统运行正常，在4月份由于系统原因导致医保单机不能正常工作，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。在xx年先对院内的医保单机及时的进行了13次补丁的更新安装，每次都能够做到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工作。期间在五月份进行医院his系统改造，做好医保门诊住院接口顺利的完成医保病人直接his录入然后导入医保工作计算机的工作。

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。xx年参加市区两级医保中心组织的会议培训6次，在9月23日的实施刷卡培训会上领回读卡器两台，sim卡机三台，医保卡试用卡一张，实施刷卡工作将在明年初在郊区县展开。

xx年迎接区社保中心检查两次，xx年9月14日区社保中心闫主任一行三人对我院的医保工作从病历质量，物价，收费管理，医保系统使用等几个方面进行了督导检查，肯定了医院的工作同时指出了工作中存在的不足。在检查后根据督导小组提出的问题认真整改，并将整改报告交到区医保中心。xx年10月15号区社保中心对我院的医疗保险情况进行了检查，对医院给员工参加社会保险做出了较高的评价。

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，感谢所有同事的帮助，是你们的协助才使医保工作顺利开展，xx年对院内员工从医保的政策规定、我院能收治的病人、医保的报销要求、医保中的注意事项等几个方面进行了医保知识的培训。

**医疗保障工作总结20\_2**

新型农村合作医疗制度是\_、\_为解决农民群众“看病难，看病贵”问题而做出的重大决策，是一项真正使农民群众得到实惠的民心工程，是各级政府为农民群众办的事实和好事。20xx年以来，新型农村合作医疗工作在院领导的正确领导下，本着全心全意为人民服务，切实减轻农民负担，缓解农民群众“因病致贫、因病返贫”问题，严格执行省、市、县相关文件精神，扎实有效的开展工作，现将工作开展情况总结如下：

>一、基本情况

20xx年全镇农业人口数为51580人，参加新型农村合作医疗48472人，参合率达94%，其中五保、低保、七到十级伤残、优抚对象及70岁以上老人参合率达100%。20xx年度我镇筹集基金总额1705970元，其中农民人均缴费30元，计1273980元，镇财政配套资金人均5元，计243710元，农村医疗救助资助188280元。全部资金已上缴县新型农村合作医疗基金财政专户。

>二、工作开展情况

（一）调整完善补偿方案

按照垦利县卫生局、民政局、财政局、农业局《关于巩固和发展新型农村合作医疗制度的实施方案》规定，严格执行现场门诊补偿和住院补偿。门诊医药费用可补偿比例为30%（医院门诊基本药物目录内药品补偿比例提高到35%），封顶线为每人每年补偿额90元，以户为单位计算。住院补偿设起伏线和封顶线，其中乡镇定点医疗机构起付线为100元，补偿比例为60%，基本药物目录内药品补偿比例在原补偿比例基础上提高10%，县级、市级、省级定点医疗机构起付线分别为200元、300元、500元，补偿比例分别为40%、35%、35%。20xx年新农合的住院补偿封顶线全县统一确定为5万元。

（二）加强监管，确保新型农村合作医疗基金的安全使用。

1、20xx年新型农村合作医疗基金使用情况

20xx年，参合农民门诊补偿受益107912人次，补偿金额元，其中二院门诊补偿受益16874人次，补偿金额元，社区服务站及诊所门诊补偿受益91038人次，补偿金额元。住院补偿受益1803人次，补偿金额3275604元，其中乡镇医院813人次，补偿金额534418元，市级及市级以上医院（包括外地就医）990人次，补偿金额2741186元。其中单次补偿超过10000元的有64人。县级三万以上补偿受益76人次，补偿金额153360元。市级三万以上补偿受益84人次，补偿金额未定。

2、新型农村合作医疗基金运行公示情况

为进一步加强和规范新型农村合作医疗制度，维护公开、公平、公正、透明的原则，增加新型农村合作医疗基金使用情况的透明度，每个季度对新型农村合作医疗基金运行情况进行公示，自觉接受社会和群众监督，加大了参合群众对新型农村合作医疗基金使用情况的知情权和参与权。

（三）切实做好信息上报及管理工作

严格按照省、市、县合管办的有关要求，认真做好信息报表中的有关数据的收集、统计、整理，确保数据真实、准确。每月按时上报信息报表。切实做好信息资料管理工作，使新型农村合作医疗材料分类归档。建立会计档案，支付凭单装订成册，妥善管理，防止丢失。

从上述情况说明我院新型农村合作医疗工作正在逐步走向正规化运作之路，农民受益面与去年同期相比有所增长，农民对新型农村合作医疗工作的知晓率达到了100%，从住院病人的例均费用看，与去年同期持平。取得了一些成绩，我们的做法是：一是广泛深入宣传，正确引导农民自愿参加合作医疗；二是完善规章制度，确保新农合工作规范运作；三是切实加强监管，维护参合农民利益；四是严格财务管理，确保基金运行安全；五是加大人员培训力度，努力提高管理水平。

>今后我们将重点做好以下几点工作：

1、严把住院审核关。各定点医疗机构在收治参合农民住院时，医务人员必须严格执行首诊负责制，严格核对其身份，参看其《合作医疗证》、身份证、户口薄是否相符，谨防将非参合患者纳入参合住院补偿。

2、规范诊疗行为。各定点医疗机构点在开展诊疗活动中，必须遵守相关的操作规程和标准，严格遵循用药规定，严格执行山东省新型农村合作医疗基本用药目录（20xx）版；做到合理检查、合理用药、杜绝乱检查、大处方等不规范行为的发生，要严格执行物价部门核定的收费标准，确保依章收费、合理收费和规范收费。

3、加大宣传力度。把宣传工作作为一项长期任务抓紧、抓好、抓实，真正做到家喻户晓，增强农民参合意识，不断提高群众的就医意识。

4、进一步建立健全各种管理制度，逐步使新型合作医疗工作走上法制化、制度化运作的轨道。

**医疗保障工作总结20\_3**

按照保山市卫计委医疗专家进社区的要求，从20\_年8月20日到20\_年9月30日，我院安排肿瘤科耿计伟、颌面外科王国彪、神经外科王学进、内分泌科赵娟、肾内科苏晓艳、麻醉科兰娇嫣、门诊部熊要兰、泌尿外科杨立柱、骨外一科牛罕敏9人前往隆阳区兰城社区卫生服务中心开展对口支援工作，现将开展工作以来我院的对口支援开展工作总结如下：来到隆阳区永昌社区卫生服务中心，和社区医院的医生们，共同学习，共同努力，共同工作，共同进步；在工作中，我们克服困难，多想办法，努力工作，仔细耐心，热情周到地为群众提供就医服务。我们在这一个多月的时间里，遵纪守法，团结互助，努力工作，现将这一阶段的工作开展情况总结如下：

>一、活动开展情况

1、开展学术讲座

我们在社区医院会议室为社区及乡镇卫生院的医务人员开设了《腰椎间盘突出》、《前列腺增生》、《尿潴留》、《胸部X读片》、《尿路感染》、《肾病综合征》等六个专题的学术讲座，有100多人次的医务人员参加。

2、实施诊疗工作

在每周的两次下社区工作中，我们为广大群众进行诊疗和咨询活动，共为100多人次的群众实施了诊疗工作。

3、为群众义诊

我们小组主动到隆阳区永昌社区卫生服务中心开展义诊和健康宣教工作，共为群众义诊100多人次，深受群众的欢迎和好评。

4、我们小组分两批到隆阳区永昌社区卫生服务中心，积极与医务人员进行交流、指导等，帮助完善社区医院的各项工作制度，对医生医疗文书的书写进行了规范，对医疗行为进行了规范的指导，为提高他们的诊疗技术作出了努力。

5、双向转诊

一个多月来，我小组共从隆阳区永昌社区卫生服务中心转诊到我院病人10余人次。

>二、指出存在的问题

通过一个多月来的工作，我小组指出社区卫生服务存在的问题如下：

1、双向转诊制度不够完善，一些病人送往上级医院诊疗后，并没有转回社区卫生服务中心医院进行康复治疗；一些应上送医院诊治的病人仍留在卫生服务中心治疗。

2、社区医生在诊疗过程中诊疗行为不规范，用药不规范，医疗文书书写不规范，存在医疗安全隐患。

>三、提出建议

1、希望制定相关的规章制度，使医务人员自觉执行双向转诊制度，做到“小病在社区，大病到医院，康复回社区”。

2、加强对社区医生业务培训，规范其诊疗行为，并制定严格的奖惩制度，努力杜绝医疗隐患。

3、进一步完善社区卫生服务站的各项功能，积极开展康复保健、健康教育等工作。

“保山市20\_年医疗专家进社区暨巩固创建示范社区”活动的开展，对帮助我市社区卫生服务中心医院健全业务规范和制度、提高诊疗业务技术水平、纠正不良诊疗行为、指导和协助开展健康教育工作等方面，起到了帮助提高、促进规范的作用；为我市的乡镇、社区卫生中心医院和市级医疗机构建起了沟通的渠道，将对今后促进和提高社区医疗卫生工作的发展奠定良好的基础。

**医疗保障工作总结20\_4**

时光转眼即逝，紧张充实的一年已过往了。在这一年里，我在医保科工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的进步。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢！

作为收费员这个岗位，天天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操纵，不需要很高的技术含量，也没必要像其它科室的医生要承当性命之托的巨大压力，这也许也是大家眼中的收费工作吧。

实在收费员的工作不只是收好钱，保证正确无误就能够了，收费员不但代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐东风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽可能的减少我院的拒付，同时更多的把握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现题目多反馈。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了史无前例的机遇和挑战，让我们全体职工全身心的投进到工作中往，来年我要更加努力工作：

一、进一步进步服务水平，减少过失，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的嘉奖。

二、认真的学习医保知识，把握医保政策，依照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的预备工作。

三、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐；加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢！在以后工作中的不足的地方，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝贺我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**医疗保障工作总结20\_5**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢!

作为结算员这个岗位，每天就是对着不同的面孔，面带微笑的坐在电脑前机械地重复着一收一付的简单的操作，不需要很高的技术含量，也不必像其它科室的医生要承担性命之托的巨大压力，这或许也是大家眼中的收费工作吧。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

x年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐;加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢!在以后工作中的不足之处，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**医疗保障工作总结20\_6**

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X%，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。

>一、全年工作回顾

1、不断调整医院职能地位，树立创新理念。

随着医疗保险制度的全面推行，医疗保险对医疗服务和医疗管理产生了广泛的影响。而医院作为承担医疗保险制度的最终载体，在医改新形势下，我们要在原有运行基础上创新理念，找好医院和患者关系的定位。对于此项工作，医院领导给予了充分重视，首先加强了医院的自身建设，完善相关科室，充实了工作人员，制订了严格的管理制度，逐步规范了医疗服务行为，努力提高医疗护理质量，增强医院的核心竞争力，使每个职工树立规范执行医保政策的自觉性，适应医改的大趋势，发挥医院在医保工作中的主体地位。

2、继续完善制度建设，做到有章可依，有章必依。

20xx年我院与社保局签定了相关服务协议，其后医保办组织相关人员进行了认真学习，了解协议内容，领会协议精神，据此修订完善了有关规章制度，使每个人的职责更加明确，分工更加合理，并且责任处罚直接与科室及个人经济效益挂钩，以此来保证每个医保就医人员的合法利益。

3、加强内部审核机制，严把质量关。

随着医保制度的不断深入，和社保“一卡通”启动，医疗保险做到全覆盖，医保监察力度必然会加大，因此对医保病历书写的要求也会更加严格，医保办在近期加强了内部审核机制，在科主任初审的基础上，医保办定期复审，针对每一份出院病历都要检查，做到早发现问题及早解决问题。对于查出的问题将根据我院的经济管理方案予以处理。积极配合市社保局的考核和检查，认真对待市社保局检查人员指出的问题，及时上报和整改，对于屡次出现问题的科室，要与其主任谈话，并与之津贴相挂钩。医院定期召开领导小组会议，讨论医保运行过程中存在的问题，及时查漏补缺。严格要求工作人员在日常工作中坚决杜绝不合理收费、串换诊疗项目、挂床输液、冒名顶替等违规行为的出现。坚持组织医务人员经常性医保业务学习，做好相关记录工作。

4、确保医保基金运行安全，信用等级再上台阶。信用等级管理办法是人力资源和社会保障部在全国逐步推开的全面评估医保定点医院服务水平的体系，为了把这项工作真正落到实处，使其成为我院医保管理工作的一个支撑点。医保办将把有关精神传达到相关科室，并逐条落实，力争先进。

5、逐级上报，完善各项审批制度。

为确保医保工作的连贯性，各种审批表均由科主任签字审核后，在规定时间内报至医保办，然后上报社保局。

6、做好生育保险工作，打造产科品牌。

随着生育保险的启动，我院做为我市产科的龙头医院，一定要抓住机遇，实行一站式服务，努力提高经济效益，树立社会品牌，为每一个来我院分娩的孕产妇提供优质服务，不断发展和延伸“品牌产科”。

7、健全离休干部医疗保障机制。

根据省委、省政府《关于建立离休干部医药费统筹机制》文件的要求，落实好张办字（20xx）18号文件精神，我院本着尽全力为离休干部服务好的原则，在现有选择我院的老干部的基础上，吸引更多的老干部选择我院作为定点医院。

8、继续做好城镇居民医保。

随着城镇居民医保的启动，我院作为定点医疗机构将采用多种方式向辖区居民宣传居民医保的相关政策，实行床头卡独立识别，病案专人管理，使居民医保在规范，有序，健康的轨道上运行。

>二、20xx年工作设想及计划

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xx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。

**医疗保障工作总结20\_7**

20xx年我市新型农村合作医疗工作，在政府重视、各部门大力协作下，基本理顺了我市新型农村合作医疗管理体制，达到了“政府得民心、农民得实惠、医疗机构得发展”的预期目标，初步构建了我市农村基本医疗保障体系。20xx年新型农村合作医疗筹资标准由每人每年100元提高到130元，其中中央补助60元，省级、本级财政补助50元，农民个人缴费20元，再从中提取30元作为门诊统筹资金。

>一、20xx年参合筹资情况

20xx年，我市新农合以村为单位覆盖率达到100%，参合农业人口总数达387366人，参合率。共筹集合作医疗基金万元，其中个人缴费万元，民政资助万元，省、本级财政补助万元，中央补助万元。

>二、基金的监管情况

为切实保障广大参合农民的利益，确保参合农民真正得到实惠，农村合作医疗服务中心通过建立督查制度，实行定期专项督查与经常性督查相结合、明查与暗访相结合等监管措施，加大对定点医疗机构的监管力度。每月不定期对定点医疗机构进行“四合理”和住院病人在院情况进行现场督查，经检查，1—12月全市定点医疗机构扣减违规补偿费用共万元。每月对全市各定点医疗机构已补偿参合农民住院费用进行电话回访，回访率达每月全市上报总人数的2%。

>三、搞好二次补偿，提高参合农民受益程度。

年内对20xx年度住院病人患特大疾病1万元以上的参合农民713例进行了二次补偿，共补偿金额435万元。年内对20xx年度第一批住院病人患特大疾病2万元以上的参合农民447例进行了二次补偿，共补偿金额万元。

>四、基金的补偿情况。

20xx年1—12月共补偿万人次，计补偿医药费用万元；总受益率为；其中门诊补偿万人次，补偿万元；住院补偿万人次，补偿万元。人均住院补偿600元，全市平均实际住院补偿比为，较去年提高8个百分点。

>五、运行中存在的问题

新型农村合作医疗是一种新制度，尚需不断探索。我市新型农村合作医疗在运行过程中也存在一些问题：

1、由于定点医院数量多、分布广，合作医疗经办机构编制少，人员少，现有工作人员只能勉强应付日常审核工作，交通工具未及时到位，监督工作难以到位。镇乡定点医疗机构新农合结算处工作人员兼职多，队伍稳定性、工作连续性和效率均较差。

2、合作医疗筹资难度大、成本大。每年度合作医疗筹资期间需要大量的人力、物力及财力，且必须依靠行政命令，筹资长效机制尚未建立健全。

3、上级行政部门的干预较多，如规定起付线、增加补偿标准等，易导致合作医疗基金出现政策风险。

>六、20xx年新农合工作安排与打算

（一）围绕目标，落实责任，采取措施，突出抓好20xx年新农合门诊统筹工作。根据省卫生厅、xx市有关文件精神，20xx年新农合门诊统筹工作在德阳全市范围内全面启动。市农村合作医疗服务中心早谋划、早宣传、早发动、早安排，切实做好20xx年的门诊统筹宣传工作。加强领导，集中精力，卫生局目前正与绵竹电信局谈协议的有关事项，为抓好新农合门诊统筹信息系统化建设打下坚实基础。市农村合作医疗服务中心要做好各镇乡定点医疗机构的门诊统筹软件培训工作，各镇乡定点医疗机构高度重视，加强领导，集中精力、集中人力、集中财力抓好本辖区内村卫生站人员新农合门诊统筹的信息录入培训工作，要求每个村医都要熟练掌握操作技能技巧，预计20xx年4月份实现门诊统筹网上审核补偿。

（二）从20xx年1月起开始实施《关于建立xx市新农合基金运行管理评价体系的通知》，要求各定点医疗机构按指标比例承担新型农村合作医疗基金超支风险。严格执行xx市新农合住院率、次均住院床日费用、次均住院费用、次均住院天数、药品费用比例、自费比例等指标规定。

（三）加大监管力度，确保基金运行安全。各定点医疗机构要坚持因病施治的原则，严格掌握病人住院指征，防止小病大治加重患者治病经济负担，20xx年确保全市平均住院率下降至全省平均水平；严把入院身份核实关，防止冒名住院套取新农合基金；严格控制医药费用不合理增长，防止滥用药物、串换药品等违规行为造成新农合基金流失。

（四）加强补偿公示，确保新农合补偿公平、公正。新农合医药费用补偿务必坚持公平、公正、公开和群众知情原则，做好公示工作是重要手段之一。20xx年各定点医疗机构要继续认真执行公示制度，每月对全市范围内新农合补偿情况在镇乡、村两级公示，公示时间不少于7天，以接受农民群众及社会各界的监督。转贴于

**医疗保障工作总结20\_8**

为贯彻“进一步改善医疗服务行动计划”工作安排，牢固树立“以病人为中心”的服务理念和为人民服务的宗旨，加强“平安医院”建设，改善服务态度，规范医疗行为，提高医疗质量，确保医疗安全，重点解决人民群众反映强烈的热点和难点问题，我院具体做了以下工作：

>一、提高医疗质量，保障医疗安全

1、严格贯彻执行医疗卫生管理的各项规章制度和法律法规，做到依法执业。集中利用三天下午的时间，对全院职工进行了法律法规专项培训工作，知晓率达到了100%。培训完成后进行了考试。行为规范。

2、健全并落实医院规章制度和人员岗位责任，特别是医疗质量和医疗安全的核心制度，包括首诊负责制度、三级医师查房制度、分级护理制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、技术准入制度、临床用血制度、转诊制度等。

3、严格基础医疗和护理质量管理，强化“三基三严”训练并进行考核。

4、合理检查、合理用药、因病施治。重点是贯彻落实《抗菌药物临床应用指导原则》，坚持抗菌药物分级使用，建立了药品用量动态监测及超常预警机制。

5、加强科室能力建设，做到专业设置、人员配备合理，抢救设

备设施齐备、完好。急诊科（室）医务人员相对固定，值班医师胜任急诊抢救工作。实现急诊会诊迅速到位，急诊科（室）、入院、手术“绿色通道”畅通，提高急危重症患者抢救成功率。

6、针对临床用血，我们重新进行了培训，力求科学合理用血，保证血液安全，杜绝非法自采自供血液。

7、规范消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理工作，有效预防和控制医院感染。

8、医院领导定期召开医疗质量和医疗安全工作会议，积极整改落实各级质量检查发现的问题，做好提高医疗质量和保证医疗安全工作。

>二、改进服务流程，改善就诊环境，方便病人就医

1、我院采取增加服务窗口，缩短病人等候时间。对服务流程进行优化，简化环节，并且对门诊抽血室的布局进行了调整，布局更加合理，方便患者就医。

2、统一制作了科室标识，使其规范、清楚、醒目。

3、医院为病人提供清洁、舒适、温馨的就诊环境和便民服务措施，做到有导诊服务，有咨询台、有便民门诊，有候诊椅，有饮水设施、有轮椅、有电话等。

4、采取流程改造等方式缩短各种等候和各项检查预约、报告时间。创造条件，开展了预约挂号和诊间预约服务，方便广大患者就医。

5、提供私密性良好的诊疗环境。

>三、提高服务意识，改善服务态度，增进医患沟通

1、医护人员自觉维护病人的权利，充分尊重病人的知情权和选择权。

2、对全院职工进行礼仪培训，随时检查服务用语使用，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。

3、临床科室建立了医患沟通制度，主动与病人交流，耐心向病人交待或解释病情，要求使用通俗易懂的语言。

4、建立、完善病人投诉处理机制，公布投诉电话号码，有专门机构及时受理、处理病人投诉。

5、通过出院患者电话回访，问卷调查，聘请社会监督员等方式定期收集病人及社会等方面对医院服务中的意见，并及时改进提高。

>四、严格医药费用管理，杜绝不合理收费

1、严格执行国家药品价格政策和医疗服务收费标准，严格执行药品收支两条线。禁止在国家规定之外擅自设立新的收费项目，严禁分解项目、比照项目收费和重复收费。

2、向社会公开收费项目和标准。完善价格公示制、查询制、费用清单制，提高收费透明度。设立自动查询台，向患者提供费用查询服务，及时处理患者对违规收费的投诉。

3、主动接受社会和病人对医疗费用的监督，减少医疗收费投诉

>五、加强职业道德和行业作风建设，树立良好医德医风

1、在医务人员中开展创先评优、道德讲堂学习活动。使广大职工牢固树立全心全意为人民服务的宗旨，在工作中坚持发扬救死扶伤的人道主义精神。

2、我院以多种形式开展医德医风教育和制度教育，让医务人员树立忠于职守、爱岗敬业、乐于奉献、文明行医的新风尚，并与执业医师考核、护士执业证书再次注册相结合。

3、严禁医务人员收受、索要病人及其家属的“红包”和其他馈赠；严禁医务人员接受医疗设备、医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或个人以各种名义给予的回扣、提成和其他不正当利益。

4、我院对药品、仪器检查、化验报告及其他特殊检查等实行零提成，不向科室或个人下达创收指标。

5、做好正确的舆论宣传，不发布虚假医疗广告误导患者，欺骗群众。

在“改善医疗服务质量”一系列活动中，我院把活动与保持\_员先进性教育活动紧密结合起来，充分发挥\_员的先锋模范作用，坚持“先进性教育”和“改善医疗服务质量”活动两不误，两促进。通过“改善医疗服务质量”活动，解决了短板和瓶颈问题，在很大程度上促进了医疗服务质量的提高，保证了医疗安全，改进和优化了医疗服务流程，切实维护广大人民群众的健康权益。同时也总结和树立一批管理好、服务好、社会反映好、经济效益好的先进典型科室。为今后继续加强医疗质量的可持续提高奠定基础。

**医疗保障工作总结20\_9**

医疗质量关呼人民群众生命安全，关系到医院是否能够健康地发展，是医院生存和发展的基础和关键，特别是近来全国发生的医院感染、临床输血等事件，更突显了医疗安全的重要性，为此，我院严格落实xx文件精神，全面开展对我院执业行为的自查工作，现将自查工作情况汇报如下：

>一、加强医院感染的防控

严格执行无菌技术和消毒隔离制度，加强对消毒灭菌效果的监测，借用此次医疗安全包日行动，使我院医务人员加强了对医院感染的危害性的认识，更加规范了门急诊预检、分诊制度，入院卫生处置制度。

>二、严格交接班制度

我院借此次开展的医疗安全百日行动更加规范了医护人员的交接班制度，避免了突发事件的发生，各科室负责人对本科室交接班的情况向院长汇报，针对存在的问题进行梳理和总结，确保无脱控断档现象。

>三、重点教育外科、妇产科人员

我院在自查过程中，针对容易出现医疗安全的科室人员进行了重点教育，提高业务水平，严格执行诊疗操作规范。

>四、加强药品进购和质量管理

我院保证百分之百在百信进购药品，生物制品百分之百在疾控中心进购，确保了药品质量的安全。定期对药品器械的全面检查，使药品器械保持良好的应急状态。存在的问题：

一、需要长期加大对医院感染相关知识的培训，使院感的预防深入人心；

二、临床科室人员须严格诊疗过程，坚持体格检查与实验室检查并重；

三、重点科室和重点人员须加强相关法律法规及诊疗操作的学习。

**医疗保障工作总结20\_10**

时间转瞬即逝，转眼又到了年终岁尾。20\_年对于新成立的医疗保障科来讲是一个极富挑战性的一年。在这一年中，经历了三个独立部门（消毒供应室、洗衣房、医疗用品供应中心）的合并，工作量的增加，科室的经济成本核算。在院领导的大力支持下，各个临床科室的协调帮助下，保障科圆满地完成了上级交给的工作任务，现将一年的工作总结如下：

1.通过进修学习，借鉴先进的管理办法，并广泛听取各科室的意见，结合本科的工作内容，改进了器械物品的清点交接方法，杜绝了器械的丢失。

2.实行成本核算制度，让科室每个人都有强烈的主人翁意识，杜绝了以往资源浪费现象。

3.洗衣房工作不怕苦怕累，自4月份以来，根据院领导指示：医务人员的工作服由我科统一管理，并设立工衣发放处。洗涤任务越来越重，但大家都不怕辛苦，坚持把所有工作服的领口、袖口手工刷洗干净，整理平整，纽扣钉齐，为保证质量不惜加班加点，以便同事们能够穿上干净整洁的工作服开心工作。

4.重新划分消毒供应室的工作区域和人流、物流路线，从而提高了工作人员的消毒隔离技术和职业防护概念。

5.重新排班：由于人员少，工作量日渐增加，原有的工作方式已不能满足现在的工作需要。所以结合本科室的工作特点，对排班做了相应的调整，现在已能够确保每个人都能胜任供应室任何区域的工作。每个班次都制定了岗位职责，严格执行操作规范。

6..逐步完善清洗、检查包装、灭菌、无菌物品发放的规范化操作，对灭菌环节严格做到每锅物理监测，每包化学监测，包外都注明科室，物品名称，锅号，锅次，灭菌日期，有效期，消毒员签名，以起到质量追溯作用。

7.加强对各个科室待消毒物品的监督检查，纠正包装不合格，清洗不彻底的现象，对存在的问题及时反馈到科室。

8.·响应医院全面推行优质服务的号召，为临床提供满意的服务。建立每月一次与临床科室满意度调查，认真听取意见，对工作加以改进。

9.工作量统计：

一年内消毒物品总数，清洗被服总数为

在过去的一年里，我们的工作还有很多不足的地方，比如管理经验上的不足，专科知识欠缺等等。希望在新的一年里能够弥补以往的不足，能够在院领导的支持下尽量改善供应室不合理布局，加大所需设备的投入，为了能够规范外来器械和骨科植入物的管理，确保植入物使用的安全性能够购进一台快速生物阅读器。把无菌物品质量放在首位，提供高质量，高安全的无菌物品，做临床科室院感方面有力的保障。

**医疗保障工作总结20\_11**

益寿大药房经营面积80多平方米，经营范围涵盖中成药。中药饮片，化学药制剂，生化药品，生物制剂。店面宽敞明亮，柜台结构摆放合理。商品陈列井然有序，分类摆放。西药经营品种1000余种，中药饮片品种20余种。我店属于我市通过GSP认证药店。持有药品监管部门，工商行政管理部门年检合格所颁发的《药品经营许可证》，《营业执照》，《药品经营质量管理规范认证证书》。

益寿大药房职工四名，其中药师一人，医师一人。职工全部经过市药监局组织的药品企业从业人员培训，并取得合格证书。

在经营过程中为参保人员提供基本医疗保险处方药品，和非处方药品购药服务;并积极对处方药品审核。

一年来，我们组织员工认真学习医保文件，在市医保中心的领导下，积极执行医保政策，服从市医保中心的工作指导，从未发生误发药品事件，非药品刷卡的投诉。很好的履行了为参保职工服务的职责。从未发生假冒伪劣药品事故，价格欺诈事件。

对于今年的工作，我们全体职工有信心在市医保中心的领导下，有能力圆满完成为参保人员服务的工作。我们一定再接再厉，服从市医保中心的指导，努力完成各项工作任务，不辜负上级领导的希望，更好的履行为参保人员服务的职责。

**医疗保障工作总结20\_12**

20xx年，我院在医保中心的领导下，根据《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20x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

6月—11月，我院共接收铁路职工、家属住院病人82人次，支付铁路统筹基金4万元，门诊刷卡费用6万元。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。

>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。

>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，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。

>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。

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。

**医疗保障工作总结20\_13**

按照省、市、县有关建档立卡贫困人口医疗保障帮扶政策，各有关部门全力推进各项政策的落实，现将开展情况报告如下：

>一、工作进展

（一）个人参保缴费全额救助

全县有建档立卡贫困人口22285人，按政策个人缴费部分由政府全额资助。20\_年建档立卡贫困人口参保人数是22285人，参保率为100%。

（二）依规提高待遇水平

1、住院报销

基本医疗保险：县域内二级医院住院报销比例提高5%，年度内封顶线为7万元；参保人员年内二次以后住院费用报销起付标准比现行起付标准降低50%。截止9月30日，建档立卡贫困人员住院3456人次，基本医保报销万元。

大病保险：执行起付线5000元，报销比例为80%。截止9月30日，建档立卡贫困患者报销659人次，金额为万元。

补充医疗保险：住院医保目录外费用按85%比例补偿。截止9月30日，建档立卡贫困患者报销2828人次，金额为万元。

136兜底补偿：住院医保目录内费用实行兜底保障，在县域内、市级、省级住院，个人年度住院医保目录内费用自付封顶额分别为万元、万元、万元，同一年度内，个人自付额累加计算，最高不超过万元。个人年度自付封顶额之上的合规费用由医保基金报销。

截止9月30日，136兜底20\_人次，金额为万元。

2、门诊特殊慢性病受理、报销

截止9月30日，20\_年门诊特殊慢性病经组织专家组鉴定了13次，与卫健部门配合乡镇集中现场鉴定了13次，总共鉴定通过了1808人，其中建档立卡贫困患者鉴定通过861人。

建档立卡农村贫困人员患门诊特殊慢性病报销了8204人次，金额为万元。

（三）全力实施特殊救助

1、残联免费适配辅助器具发放

20\_年1月至9月30日适配867人。

2、医疗救助工作

20\_年1月至9月30日救助2766人次，救助金额万元。

（四）积极提供一站式便捷服务

基本医保+大病保险+补充保险+136兜底一站式补偿了3456人次，金额为万元。其中，县内补偿2462人次，金额为万元。

（五）参保患者转诊就医情况

截止目前，建档立卡贫困户患者转诊率为，普通居民患者转诊率为。

>二、下一步工作安排

（一）进一步加大政策宣传力度。加强宣传引导，提高建档立卡贫困户对医保帮扶政策知晓度；同时，动员各类帮扶力量，搞好一对一帮扶政策解读服务。

（二）进一步提升工作效率，简化工作流程。为建档立卡贫困户提供“先诊疗、后付费”、“一站式”结算等便捷服务，极大的方便了建档立卡贫困户患者。

**医疗保障工作总结20\_14**

>一、基本情况

区医疗保障局于xxxx年x月x日正式挂牌组建成立，机关内设x个行政股室，下设x个医疗保险服务中心，现有在编在职人员xx名。截至目前，协议管理定点医药机构xxx家，数量占全市定点医药机构总数的xx%。截止xx月xx日，xxxx年全区参保总人口万人，城镇职工基本医疗保险收入合万元，支出万元；城乡居民基本医疗保险基金收入万元，支出万元。基金滚存结余万元。向上争取资金到位资金万元。

>二、主要工作开展情况

（一）坚持推动机构职能优化协同高效。一是优化人力资源配置突出重点职能。如期完成了原医疗保险管理局、发改局、民政局共xx人的转隶工作，面向全国公开选调公务员x名。二是强化制度建设提升改革成效。编制印发《机关干部职工积分管理操作细则》《党风廉政建设责任制度》等xx个内部管理制度，努力实现“x+x>x”的改革效果。三是狠抓班子建设和队伍能力素质建设。建立定期学习制度，努力在思想认识、工作部署、政策落实上与上级党委部署要求保持同频共振。截至目前，xx余篇工作动态信息，从就医保障等方面反映了xx医保全新面貌，在全区学习强国工作进展通报中，三项指标医保多次名列第一。

（二）做细做实医疗待遇保障。不折不扣落实x市基本医疗保险办法、谈判药、门诊慢性病等政策，将心、肺移植纳入门诊重症报账，提高肾功衰患者门诊透析报账比例（最高可报至总费用的xx%）。截至x月底，基本医疗保险医保联网结算住院享受待遇xxxxx人次，门诊支付xxxxxx人次，定点药店划卡结算xxxxxxx人次。今年以来，无一单结算错漏，无一起群众投诉。

（三）始终保持查处欺诈骗保高压态势。自x月中旬开始，完成了全区xxx家协议管理定点医药机构全覆盖检查，发现问题率xx%，可停机处理率xx%。截止目前，共查处违法违规定点医药机构xxx家，停机整改xxx家，解除协议xx家，移送司法机关x家。处罚金额高达xxx余万元，追回基金实际到账xxx余万元。

（四）科学编制总额控制指标。根据《x市xxxx年基本医疗保险总额实施方案》（xx医保发xx号）《x市医疗保障局关于做好xxxx年度基本医疗保险总额控制年中调整工作的通知》（xx医保办xx号）文件精神，xxxx年市医保局下达xx区基本医疗保险总额控制指标万元，其中：城镇职工医疗保险万元；城乡居民住院万元；城乡居民门诊统筹万元。xxxx年我区实施总额控制的定点医疗机构，城乡职工住院和城乡居民住院xx家；城乡居民门诊统筹的xx家。依据要求结合实际，全区下达城镇职工住院医保基金万元，城乡居民门诊统筹基金万元，城乡居民住院总控指标万元。

（五）织密困难群众医疗救助网。重点以资助参保、门诊救助、住院救助、重特大疾病救助等方式分类分层，加强困难群众医疗救助工作。截至xx月，全区共救助困难群众xxxxx人次，救助金额累计万元；通过社会保障卡“一卡通”系统发放医疗救助xxx人次，金额累计万元；医疗救助建档立卡贫困对象xxx人次，金额累计万元。

（六）把好基金管理入口关。规范执行医疗保险定点准入，公平公正开展资质审核、政策测试、结果公示，切实为医保基金安全把好入口关。截至xx月共收取申报定点医药机构资料xx家，签署医疗保险服务协议xx家。

（七）用情用力推进脱贫攻坚。全面落实建档立卡人员县域内定点医疗机构住院治疗及门诊慢性病维持治疗医保支付合规费用xx%的政策要求。截至目前，建档立卡县域内住院结算xxxx人次，倾斜支付万元，医保+大病保险支付万元；门诊慢性病结算xxx人次，医保报销万元，有力确保了贫困人员看病不难、就医不贵。

（八）持续推动医保改革工作高质量发展。一是围绕便民利民开通门诊慢性病一站式办理。目前已有xxxx余人成功备案，开始享受门诊慢性病医保待遇，办理时长较往年提速xx%。二是主动接受社会监督、舆论监督，办理人大代表建议x件、政协委员提案x件，办理市长热线、网络理政xx件。三是稳步推进异地就医直接结算。三级医院异地转诊实现在院直接办理，真正实现办理备案业务不见面、零跑腿。截止x月底，各种就医备案xxxx余人次。x月底清算数据显示，我区参保人员异地就医直接结算xxxxx人次，指导市人民医院等五家医疗机构结算异地来xx住院xxxx人次，异地就医在院结算率显著提升；开通xx家定点医药机构（含x家三级医院门诊、xx家定点药店）为省内异地个人账户划卡结算xxxxx人次，发生金额万元，切实为打造“全国一流、x领先”的营商环境聚力增效。

（九）扎实推进党风廉政建设。主要负责人在全局会议上公开承诺“从我做起，向我看齐”，带头落实党风廉政主体责任。从“立规矩、守底线”入手，形成以局长带班子、班子带干部、干部带群众，层层立标杆、作示范打造“廉洁机关、公正政务”的廉政氛围；开展书记讲党课x次，观看党风廉政警示教育微视频x次，定期学习研讨反腐败案例，教育工作人员形成心存敬畏、谨言慎行的工作作风，引导全体干部履行一岗双责，牢记法律风险。机关组建以来，无一名干部作风被投诉，无一项承办工作被问责。

>三、存在的主要问题

一是新机构组建方面，还面临人员到位不够、培训机会少、经费保障不足、硬件设施条件差等问题。二是基金监管方面，还面临查处力度不够、监管手段缺失、管控办法不多、部门联动不强等问题。三是总额控费方面，还存在市上基数计算与医疗机构增量不匹配、资金缺口较大的问题。

>四、下一步工作打算

（一）持续强化干部队伍建设。在广泛借鉴周边县市区经验的基础上，不断完善考核机制，多种途径强化干部思想政治、专业知识培训，探索研究专业人员职级晋升道路，充分激发干部干事创业内生动力，锤炼一支有新气象、新担当、新作为的医保干部队伍。

（二）周密开展总额控费。计划年初拟定出我区xxxx年基本医疗保险总控下达指标方案，于一季度开始试运行，实时监控运行情况，做好定量分析，及时收集问题建议，待市级指标正式下达后，进一步细化调整我区基金总额控制指标分配方案，确保指标分配公平公正公开，基金不合理支出得到有效遏制。

（三）筑牢基金安全网。一是探索建立基金监管联席会议制度。加快健全完善医保基金联查联审长效机制，健全基金监督行政执法与刑事司法有效衔接机制，加强与相关机关案情通报和信息共享，与审计、财政、卫健、市场监管、发改、公安等部门协调配合，不断巩固提升打击欺诈骗保高压态势，让违法违规行为无处遁形。二是将专项治理活动向纵深推进。以调查处理发现的问题为导向，深度剖析，举一反三，xxxx年将进一步完成对定点医药机构全覆盖检查，对外公开欺诈骗保社会举报电话，增强群众参与度，紧盯线索挖掘大案要案，持续巩固打击欺诈骗保的高压态势。三是推动互联网+监管建设。依托互联网发展，强化监管平台建设，用好政策工具、管理方式和技术手段，推动事后监管向事前、事中延伸，注重过程管控，强化依法治理。

（四）持续加强系统行风建设。坚持以人民为中心的发展思想，按照深化“放管服”改革决策部署，结合开展“不忘初心、牢记使命”主题教育，持续推进医疗保障系统行风建设，推动医疗保障工作理念、制度、作风全方位深层次变革，构建科学合理、规范高效、公开公正的运行和监管体系，打造忠诚担当、服务为民、作风优良、清正廉洁的医疗保障工作队伍，提供优质、便捷、高效的医疗保障服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（五）医疗救助进一步惠民便民。一是进一步完善医疗救助制度。增强医疗救助托底保障能力，积极探索与基本医保、大病保险衔接更为紧密的医疗救助机制，使三项医疗保障制度有机衔接、精准发力，实现梯次减负。二是加快推进信息化建设进程。继续做好基本医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助等信息的互联互享，积极对上反映问题，力争通过医保信息系统全面实现救助对象的“一站式”结算，达到资源协调、信息共享、结算同步。

（六）推动医保事业持续发展。一是把对上争取贯穿工作始终。要紧盯政策、抢抓机遇，谋求市级资金技术、专业资源支持，为xx医保发展注入更大活力，促进支付方式改革全面启动，城乡居民待遇保障稳步提升，医疗保障扶贫纵深推进，医保基金平稳运行。二是做好退役士兵医保接续工作。研究借鉴其他县区经验，思想认识上再提高、宣传工作再深入、工作措施再具体、把握政策再精准，确保退役士兵医保接续医疗保险关系转续及时、顺畅、高效。三是持续提升公共服务水平。配合税务部门做好医疗保险费征管职责划转工作，优化经办流程，提高服务质量，全面推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”工作，优化结算方式，改善服务质量。四是开展定点医药机构全覆盖培训。在覆盖医药机构数量的基础上，推动病种覆盖、险种覆盖、参保人群覆盖等多种类型的全覆盖医保知识培训，倾力打造医保套餐，更好满足不同参保人群医保需求。

xxxx年是全面建成小康社会的关键之年，是决胜脱贫攻坚战的重要节点，xx区医保局班子将带领全局上下，守护好保障人民群众“病有所医”的初心和使命，始终坚持“做好全民医疗保障，守护百姓身体健康”的工作理念，从思想到行动，从工作谋划到方式方法，用实实在在的行动、踏踏实实的工作，把参保人员的每一分钱管好用好，把医保对象的每一件事做实做细，以严密的监管、一流的服务、优异的业绩向区委区政府和广大参保群众交上一份满意的时代答卷，奋力谱写xx医保工作新篇章。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找