# 医保202\_年工作总结(8篇)

来源：网络 作者：风起云涌 更新时间：2025-04-09

*医保20\_年工作总结1根据市委市政府的部署，我局于xx年x月xx日正式挂牌运作，整合了市人力资源和社会保障局城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险职责，市发展改革局药品和医疗服务价格管理职责，市民政局医疗救助职责。我局内设办公室、政策法规...*

**医保20\_年工作总结1**

根据市委市政府的部署，我局于xx年x月xx日正式挂牌运作，整合了市人力资源和社会保障局城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险职责，市发展改革局药品和医疗服务价格管理职责，市民政局医疗救助职责。我局内设办公室、政策法规科、医药服务管理科、基金监督科四个科室，行政编制xx名。设局长x名，副局长x名；正科级领导职数x名，副科级领导职数x名（其中x名负责党务工作）。在省医疗保障局的大力支持指导和市委市政府的正确领导下，我局坚持以人民为中心的发展理念，坚持“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的指导思想，深化医疗保障制度改革，加强医保基金监管，加大“三医联动”改革力度。作为新组建部门，我局克服人手少、工作量大等困难，迎难而上，知难而进，积极主动化解矛盾，确保工作顺利推进、衔接顺畅，推动了我市医疗保障事业持续健康发展。

>一、工作推进情况

（一）巩固和扩大基本医疗保险覆盖范围

xx年至目前止，参保人数达万人，其中:城乡居民医疗保险达万人，城镇职工医保达万人，参保率达巩固在以上。

（二）稳步提高医保待遇水平，减轻看病负担

1、城镇职工医疗保险待遇

（1）住院报销比例：社区卫生服务中心住院报销比例退休人员xx%，在职职工xx%，一级医院退休人员xx%，在职职工xx%；二级医院退休人员xx%，在职职工xx%；三级医院退休人员xx%，在职职工xx%。

（2）城镇职工高额补充医疗保险赔付标准是：在一个保险年度内，被保险人住院和特殊门诊就医（不分医院级别）发生的符合xx市基本医疗保险政策规定范围内的医疗费用，个人自付累计超过xx元（不含起付线）以上的费用，按xx%的比例进行赔付，最高赔付xx万元。

城镇职工医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元。城镇职工基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

2、城乡居民医疗保险待遇标准

（1）住院报销比例：一级医院报销提高到xx%，二级医院报销提高到xx%，三级医院报销提高到xx%。起付线：一级医院xx元，二级医院xx元，三级医院xx元，市外住院xx元。城乡居民医保政策范围内统筹基金最高支付金额达到xx万元（基本医疗保险统筹xx万元、高额补充险xx元、大病保险xx万元）。城乡居民基本医疗保险特殊门诊病种xx种。

（2）完善城乡居民大病保险政策。一是我市城乡居民大病保险政策按自付费用高低，分段设置支付比例，大病保险起付标准为xx元，参保人在一个年度内符合政策范围的住院费用个人自付费用累计达到xx元至xx元报销比例为xx%，xx元以上最高报销xx%。二是大病保险政策适当向困难群体倾斜。对困难群体下调大病保险起付标准，并提高报销比例，不设年度最高支付限额。其中，特困供养人员、孤儿起付标准下调xx%，报销比例达到xx%；建档立卡的贫困人员等困难群众起付标准下调xx%，报销比例达到xx%。

（三）有序推进医疗救助职能移交工作

印发了《xx市医疗救助“一站式”结算工作实施方案》（阳医保通〔xx〕xx号），拟定了《xx市医疗救助“一站式”结算工作实施规程》（征求意见稿），开设了医疗救助基金银行专户，成功搭建基本医疗信息系统，xx年x月x日在市内、省内实行医疗救助“一站式”结算。xx年，我市医疗救助资助参加基本医疗保险人数xxx人，支付资金xx万元；至目前止，住院救助人次xx人，门诊救助人次xx人；住院救助资金支付xx万元，门诊救助资金支付xx万元。

（四）做好xx年城乡居民医保宣传发动参保工作

xx年城乡居民医保宣传发动参保工作从xx年xx月xx日开始至xx月xx日结束，个人缴费xx元/人.年。为扩大基本医疗保险覆盖范围，允许持我市居住证人员参加我市城乡居民基本医疗保险。

（五）加大财政投入，稳定筹资机制

一是提高财政补助标准，由xx年xx元/人.年提高到xx年xx元/人.年。二是提高大病保险筹资水平，由xx年xx元/人.年提高到xx年xx元/人.年。

（六）做好xx年市本级基金预算工作

xx年城乡居民基本医疗保险市本级配套资金预算计划万元，医疗救助市本级配套资金预算计划万元。

（七）稳步推行公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革工作。一是按照省推广药品集团采购工作有关文件要求，我局扎实推进我市药品集团采购各项工作。今年x月xx日，市政府成立了xx市药品跨区域联合集团采购领导小组，统筹协调推进药品集中采购工作；结合本市实际，于x月xx日以市政府印发了《xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》（xx月xx日组建xx市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购药事管理委员会；为了加快推进我市集中采购工作，全面贯彻落实国家组织药品集中采购试点工作决策部署，增强药品供应保障能力，降低药品采购价格，减轻群众药费负担，xx月x-x日组织市药事管理委员会成员同志外出参观学习市等地的先进药品集中采购经验和做法；xx月xx日市医保局、市卫健局、市财政局、市市场\_联合印发《xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购工作实施方案》。二是全面贯彻落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作。为推进落实我市药品跨区域联合集中采购和国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作，xx月xx日下午，我局组织召开落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作会议；xx月xx日下午，我局在xx市委党校报告厅举办了全市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购业务培训班，同时，联合市卫健局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市市场\_印发《xx市落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作方案的通知》和《xx市实施国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作的通知》。

（八）落实公立医院取消医用耗材加成补偿新机制。一是今年x月份机构改革成立xx市医疗保障局以来，我局在市发改局、市卫生健康局、市人力资源社会保障局、市财政局联合印发的《xx市公立医院医疗服务价格调整方案》（阳发改收费〔xx〕xx号）基础上，会同各有关单位、相关公立医疗单位认真贯彻执行医疗服务价格，紧紧围绕深化医药卫生体制改革目标，使医疗服务价格调整体现医务人员技术劳务价值，进一步理顺医疗服务项目比价关系。二是自x月份起，按照《x省人民政府办公厅关于加快推进深化医药卫生体制改革政策落实的通知》（粤府办〔xx〕x号）及《x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，我局选定了xx间医院作为我市的样本评估医院，参加取消医用耗材加成后全省医疗服务价格调整政策效果评估工作。

（九）深化医保支付方式改革工作。一是争取到省的支持，确定阳西县为x省唯一的紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点，试点工作已于x月x日正式启动实施；积极指导阳西结合本地实际，制定医共体医保支付改革工作实施细则，按照基本医疗保险基金“以收定支、略有结余”的原则，探索紧密型医共体实行总额付费、结余留用、合理超支分担的医保支付方式，提升基层医疗卫生机构能力，优化医疗资源合理配置，促进医共体从以治疗为中心向以健康为中心转变，让老百姓享受就近就地就医的优质医疗服务，更好地解决老百姓看病难、看病贵问题。二是为切实保障我市基本医疗保险参保人的医疗保险权益，合理控制住院医疗费用，进一步完善基本医疗保险支付制度，提高医保基金使用效率，根据《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》（人社部发〔xx〕xx号）、《关于全面开展基本医疗保险按病种分值付费工作的通知》（粤人社函〔xx〕xx号）精神，借鉴先进地区经验并结合我市xx年总额控制下按病种分值付费政策落实实际情况，对《xx市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法》（阳人社发〔xx〕xx号）进行了修订完善，形成了《xx市基本医疗保险定点医疗机构住院费用总额控制下按病种分值结算实施办法》。

（十）按照国家和省落实抗癌药等谈判药品的支付情况统计上报工作。xx年，根据省医保局转发国家医保局文件要求，认真做好第一批xx种谈判药品有关情况报送工作，并且每月按要求将xx种谈判抗癌药支付情况汇总统计上报省医保局；同时，按照国家和省政策有关要求，将第一批xx种谈判药品及xx种抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围，并要求医保经办机构按要求做好医保报销工作。

（十一）开展打击欺诈骗保专项治理，强化基金监管工作

根据《xx市医疗保障局关于xx年开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作方案》，我局组织各县（市、区）医保、社保部门分别对辖区内定点医药机构进行专项检查。

x-x月份在全市范围内开展了打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动：一是充分利用各类现代传媒开展集中宣传，二是举办打击欺诈骗保维护基金安全医疗保障现场咨询活动，三是召开“打击欺诈骗保维护基金安全”宣传大会，营造我市打击欺诈骗保的良好氛围，推动全社会共同关注、支持、参与打击欺诈骗保工作。集中宣传月活动开展以来，全市各类定点医疗机构显示屏滚动播放打击欺诈骗保宣传标语xx多条，悬挂横幅xx多条，通过电视台、电台以及大型户外广告屏在黄金时段播放宣传标语、宣传动漫视频xx多时次。共计发放宣传册子和宣传单张xx份，接受现场咨询人数近xx人次。

（十二）开展xx年度医疗服务行为检查，提升我市医保监管能力

为规范我市医疗服务行为，控制医保基金不合理支出，根据《\_社会保险法》、《\_办公厅关于推广随机抽查规范事中事后监管的通知》（国办发〔xx〕xx号）和《关于做好xx医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔xx〕xx号）等有关法律法规、政策和文件精神，省医保局于x-x月派出专家组协助我市对全市定点医疗机构xx年医疗服务行为进行全面检查。检查发现我市医疗机构普遍存在违规医疗服务行为有：轻症入院、过度检查和过度用药、不规范用药、分解住院、入院只有检查而无治疗或手术等等。检查组通过云操作和大数据应用系统、现场抽查病例资料等方式对我市部分医保问题较为突出的医疗机构进行了全面细致的检查，并对检查中发现的问题进行了集中反馈，提出了针对性的意见和建议，取得较好的成效。

>二、存在问题

（一）人员编制不足，日常工作超负荷运转。基金支出必须实行“三级审核”，但经办机构在编人员少，一些业务科室必须要经常加班才能完成工作任务。新组建的医保局，有些只划转了职能，但没有相应划转编制和人员，因而工作上有些被动。特别是党建和基金监管工作越来越重要，信息化程度越来越高，因此，文秘、财会、医学、计算机等相关专业人员的缺乏成了制约我局事业发展的瓶颈。

（二）现医保行政机构与医保经办机构分离，医保经办机构为市人社局下属部门，造成经办工作沟通不顺、协调不畅，特别是各县（市、区），问题尤为突出。而医保部门各项工作的开展，更多要依托经办机构，长此以往，可能会造成责任不清，运转不灵，不但会造成部门之间产生矛盾，而且会影响参保人的利益。

（三）医疗救助“一站式”结算系统对象信息更新时间较长，每月由省政数局更新一次，影响了新增救助对象“一站式”结算工作。

>三、下一步工作计划

（一）按照省的统一部署，推进整合职工基本医疗保险和生育保险、推进城乡基本医疗保险一体化。

（二）按照省的统一部署推进基本医疗保险省级统筹等各项工作。

（三）资助贫困人员参加城乡居民医疗保险。

（四）拟调整家庭医生的服务费、城乡居民医保市外就医报销比例和规范乙类药品报销办法等政策制度。

（五）推进完善公立医院补偿新机制。我局将结合市委、市政府部署的工作实际，继续按省政府加快推进深化医药卫生体制改革政策落实有关文件精神，并按《x省医疗保障局关于做好全省医疗服务价格调整政策效果评估工作的通知》要求，配合省医保局做好取消耗材加成后我市医疗服务价格调整政策效果评估结果，会同市有关单位进一步共同推进我市医疗服务价格改革各项工作。

（六）进一步深化医保支付方式制度改革，并结合工作实际，完善我市按病种分值付费实施方案，继续规范经办管理，强化考核措施，逐步建立完善与病种分值付费方式相适应的监管体系，按省医保要求，做好阳西县医共体医保支付方式综合改革试点工作。

（七）继续按照省有关加快推进跨省异地就医直接结算工作要求，积极扩大全市各相关医疗机构上线直接结算覆盖范围。

（八）根据市政府印发《xx市人民政府关于印发xx市推进公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案的通知》，按照我市公立医疗机构药品跨区域联合集中采购改革试行方案要求，积极推进全市公立医疗机构药品集中采购各项有关工作。落实平台遴选工作，并与所选平台进行药品集中采购上线运行对接工作，尽快实现药品集中采购信息联网对接，确保上线运行等相关工作，扎实推进我市药品集团采购各项相关工作。

（九）按照国家和省医保政策有关要求，及时做好我市谈判抗癌药等有关谈判药品的支付情况汇总统计工作，配合做好各类抗癌药纳入我市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品医保报销工作。

（十）开展打击欺诈骗保专项行动“回头看”，建立长效工作机制，同时，结合本次省专家组对我市xx年度医疗服务行为的检查，重点加强对逐利行为突出的定点医疗机构的监督检查，进一步强化定点医疗机构和参保人员的法制意识，不断提高监管水平和监管效能，建立健全医保基金的长效监管机制，提升我市医保监管总体能力，切实保障参保人合法权益，控制医保基金不合理支出，防范基金欺诈风险，持续保持打击欺诈骗保高压态势，营造全社会关注医保、共同维护医保基金安全的良好氛围，确保医保基金用在真正有需要的患者身上。

**医保20\_年工作总结2**

>一、基金征缴情况

截止目前，城镇职工基本医疗保险参保人数万人，统筹基金收入万元，统筹基金支出万元，个人账户收入万元，支出万元，累计结余亿元。

城乡居民基本医疗保险参保人数万人，统筹基金收入亿元，统筹基金支出亿元，累计结余亿元。医保局加大政策宣传力度，提高广大市民政策知晓率及参保意愿，规范基金征缴，做到应保尽保。

>二、加强基金监管，保障运行质量

医保局全面强化基金内控工作，基金征缴、待遇支付、财务管理、医保病人就医就诊实现信息化、系统化管理，有效杜绝了基金的跑冒滴漏，确保了基金安全运行。

xx年以来xx市医保局深入开展欺诈骗保问题全面排查整治工作。第一阶段自查自纠已结束，现开展第二阶段全面排查、抽查复查阶段，上级医保部门将依据全面排查整治进展情况，采取交叉检查方式对各地排查整治情况进行抽查复查。

xx市医保局深入开展医疗保障基金保用监督管理条例的学习与宣传工作，使医保工作人员和两定机构学法、知法、懂法，遵守法律条例。

xx年x月以来，xx市纪委监委联合医保局、卫健局、市场\_、公安局集中开展为期二个月的整治骗取医保基金专项和行动，第一阶段自查自纠已经结束。专项检查人员现在进入全面检查阶段。

>三、全面落实医保政策，提高医疗保障水平

1.异地就医直接结算工作

稳步推进异地就医直接结算工作。凡是符合转诊条件的参保人员异地就医备案及结算，做到转一个、登一个、结一个。让群众少跑腿，让信息多跑路，不断优化医保公共服务，参保群众的满意度进一步提高，已基本实现异地住院就医结算全国联网。

2.贫困人口慢性病、重症工作

为切实减轻贫困家庭就医负担，确保医保扶贫政策落到实处，我局对建档立卡贫困人口开设绿色通道，设立慢性病认定工作窗口，做到随来随受理，对符合慢性病条件的建档立卡贫困人口随时认定。截至目前，共认定建档立卡贫困人员慢性病人xx（普通慢性病xx人、重症xx人），并发放《建档立卡贫困人员慢性病专用证》；门诊两病（高血压、糖尿病）xx人。共提高建档立卡贫困人口医疗待遇xx人次、提高医疗待遇万元，其中：基本医保提高待遇xx人次、提高待遇万元，大病保险提高待遇xx人次、提高待遇万元，医疗救助xx人次、救助金额万元。

3.严格落实药品集中采购政策

积极落实国家带量、x带量中标药品采购工作，规范医疗机构采购行为；督促医疗机构及时回款；监督配送企业及时配送，确保中标药品能及时在医疗机构上架销售；保障患者能及时购买中标药品，减轻患者负担。截止目前，医疗机构在x省药品集中采购平台采购约万元药品。

**医保20\_年工作总结3**

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，狠抓落实

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。

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。大大减少了差错的发生。

>二、措施得力，完善规章

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费我院一是在院外公布了医保就诊流程图，医保、病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内负责给相关病人提供医保政策咨询。二是将收费项目、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。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。

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.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手续的过程中，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9人，总费用万余元。大大减轻了群众看病负担。

在今后的工作中，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农合人员服务，力争把我院的医保工作做得更好.

>五、下一步工作要点

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

**医保20\_年工作总结4**

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。

**医保20\_年工作总结5**

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。

>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。

**医保20\_年工作总结6**

20xx年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20xx年度的工作总结如下：

>一、基金收支情况

1、1—11月城镇职工基本医疗保险基金收入20xx万元，城镇职工基本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入万元，生育保险基金支出万元。

3、1—11月城镇居民基本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

>二、主要工作情况

1、按上级要求，及时编制上报了20xx年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析，力求更好的为领导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。

一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供给职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争项目的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与规范。对每月的基金支出先与业务科室进行核对，做到数字无误，合理规范，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家\_派出审计组对我市社会保障资金进行审计，我局的各项基金也接受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室相互协调，密切合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进行了整改，通过这次审计，更加规范了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了20xx及20xx年所拖欠的团险理赔款万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的参续保工作。20xx年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进行。

>三、工作的不足

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为领导决策起到参谋作用。

>四、工作计划

1、做好20xx年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20xx年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20xx年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20xx年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

**医保20\_年工作总结7**

医保审核股是一个工作非常繁杂、任务比较重的部门。作为审核股一员肩负着领导助手的重任，不论在审核报账还是在处理问题时，都得慎重考虑，做到能独挡一面，这些都是审核股人员不可推卸的职责。20xx年以来，在局领导的亲切指点和广大同事的热心帮助下，我认真贯彻医疗保险有关政策规定，立足岗位，安心做好本质工作，一心一意为参保人员提供优质的服务，牢固树立了“审核股无小事”的思想，尽职尽责，努力工作，取得了一定的进步，同时存在一些很明显的不足之处，现将总结如下：

>一、主要表现

(一)认真学习，注重提高。

20xx年以来，我认真学习医疗保险各种政策法规和规章制度，不断加强医疗保险经办流程的学习，熟悉工作业务流程，努力增强自身业务能力。在工作之余，我还阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，学习关于医疗保险业务的各种文件，认真做到向书本学习，向领导学习，向同事学习。我深知如不虚心学习，积极求教，实践经验的缺乏必将成为制约个工作人能力发展的瓶颈，我觉得，局里的每位同事都是我的老师，他们中有业务骨干、有技术尖兵、有文字高手。正是不断地虚心向他们学习求教把书本经验转化为实践经验，我自身的素质和能力才得以不断提高，工作才能胜任。

(二)脚踏实地，努力工作审核股工作的好坏，直接影响和决定了医保工作的整体。审核股的工作性质，给股室人员提出了强烈的能力要求和专业素养，我深知工作之难，责任之大。为此，认真制定工作计划，一是端正工作态度。按照岗位基本要求，我努力到“五勤”、诚心当好“四员”。五勤就是眼勤、耳勤、脑勤、手勤、腿勤，四员就是为领导当好参谋员、信息员、宣传员和服务员。秉承一贯真诚务实做人的作风，踏实细心的工作态度，以高度的责任感和事业心来为单位服务，希望把自己所学到的书本经验用在实践工作中，认真努力做好工作。二是落实工作任务。审核股对全局工作的正常运转起着重要的作用。因此，在工作中，我坚持做到“四个不让”，即：不让领导布置的工作在我手中延误，不让正在处理的事项在我手中积压，不让前来办事的参保人员在我这里受到冷落，不让任何小道消息从我这里传播。努力做到工作不拖沓，认真保证工作高效完成。三是维护工作形象。我始终牢记自己是医保局的一员，是领导身边的一兵，言行举止都注重约束自己，对上级机关和各级领导做到谦虚谨慎、尊重服从;对同事做到严于律己、宽以待人;

对外界做到坦荡处事、自重自爱，努力做到对上不轻漫，对外不卑不亢，注意用自已的一言一行维护领导的威信，维护整个机关的形象。

(三)转变作风，摆正位置。

我始终把耐得平淡、舍得付出、默默无闻作为自己的准则;始终把增强服务意识作为一切工作的基础;始终把思想作风建设的重点放在严谨、细致、扎实、求实上，脚踏实地埋头苦干。审核股工作最大的规律就是“无规律”，“不由自主”。因此，我正确认识自身的工作和价值，正确处理苦与乐、得与失、个人利益与集体利益的关系，坚持甘于奉献、诚实敬业，做到领导批评不言悔、取得成绩不骄傲，努力保证了审核工作的高效运转。在工作中，我始终坚持勤奋、务实、高效的工作作风，认真做好工作。服从领导安排，不计得失、不挑轻重。自工作以来，没有耽误过任何领导交办的任何事情。在生活中，坚持正直、谦虚、朴实的生活作风，摆正自己的位置，尊重领导，团结同志，平等相处，以诚待人，不趋炎附势，也不欺上压下，正确维系好与领导、同事相处的尺与度，大事讲原则，小事讲风格，自觉抵制腐朽思想的侵蚀。

>二、存在问题

20xx年，在领导和同志们的关心支持下，我取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在着一定的差距。如工作经验不够丰富，畏手畏脚，不够洒脱自在;组织协调能力和社交工作能力需要进一步提高;工作中有时出现求快;有些工作思想上存在应付现象;学习掌握新政策、新规定还不够，对新形势下的工作需求还有差距;学习上不够高标准、严要求等。

>三、今后打算

(一)继续严格遵守各项医保政策和审核股工作职责，严守机关秘密，服从单位安排，脚踏实地完成各项任务。

(二)进一步加强理论文化知识和专业技术知识的学习，同时加强政策调研，不断提高理论水平和办事的能力。

(三)更要树立起良好的自身形象，在工作中成为同事的榜样，在感情上成为同事信任伙伴。

(四)工作中要学会开动脑筋，主动思考，充分发挥领导的参谋作用，积极为领导出谋划策，探索工作的方法和思路。

(五)积极与领导进行交流，出现工作上和思想上的问题及时汇报，也希望领导能够及时对我工作的不足进行批评指正，使我的工作能够更加完善。总之，20xx年以来，通过努力学习和不断摸索，收获很大，我坚信工作只要尽心努力去做，就一定能够做好。我决心在今后的工作中要多提高自己的素质与休养，多学习为人处世的哲学，不断超越现在的自己，争取更大的进步!

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。

**医保20\_年工作总结8**

为守护百姓身体健康”工作理念，着力保基本、惠民生、促改革、强监管，初步实现医疗保障服务零投诉、待遇支付零差错、党风廉政建设零举报的“三零”目标，人民群众医疗保障的获得感和幸福感进一步提升，各项工作初显成效。现将xx年工作总结如下。

>一、基本情况

区医疗保障局于xx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xx家，数量占全市定点医药机构总数的xx%。截止xx月xx日，xx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xx人次，门诊支付xxx人次，定点药店划卡结算xxxx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xx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xx家，停机整改xx家，解除协议xx家，移送司法机关x家。处罚金额高达xx余万元，追回基金实际到账xx余万元。

（四）科学编制总额控制指标。根据《x市xx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xx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，xx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。xx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xx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xx人次，金额累计万元；医疗救助建档立卡贫困对象xx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xx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xx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xx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xx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xx人次，指导市人民医院等五家医疗机构结算异地来xx住院xx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xx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xx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，xx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。

xx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DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！