# 国家医保升级工作总结(优选45篇)

来源：网络 作者：心如止水 更新时间：2024-01-04

*国家医保升级工作总结1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。20\_年以来，在局领导的亲切指点和广大...*

**国家医保升级工作总结1**

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。20\_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!

**国家医保升级工作总结2**

我院自20xx年8月3日加入濮阳市医保定点行列以来，历经了3年又8个月的医保服务旅程。

一年来，在市医保中心的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊参保人员更好地享受基本医疗服务，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定成绩。

一年来，我院始终坚持按照《濮阳市城镇职工基本医疗保险试行办法》、《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》和《濮阳市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

>一、基础设施完善 基础管理到位

1、配备、更新、完善了与本市基本医疗保险管理配套的计算机、软件系统；

2、数次培训了专业上岗操作人员；

>二、医保管理不断加强

1、医院董事长（法人代表）亲自兼任医疗保险管理科主要领导。

2、院长、副院长等院务级领导和专职财会人员构成了医保科领导集体。

>三、加大政策宣传力度 福利惠泽参保职工

1、采用宣传页和宣传单的形式，不定期的向来院就医参保人员和就医医保人群宣传医保政策，推广基本医疗服务，把医疗保险的主要政策规定和医保中心协议规定的内容谕告患者，收到了较好效果。

2、根据医保中心有关文件要求，结合我院实际，拟出了便于理解落实的医保政策汇编，下发给医院每位医生和医院窗口科室，保证了医保政策正确的贯彻落实。

3、在医院醒目位置制作宣传标牌，对医保职工住院流程、报销流程进行宣传，方便了医保职工的就医。

4、医保管理科在总结日常工作的基础上，研究制作了方便医保政策的温馨提示牌，提示牌上“如果您是…医保参保人员，请主动告知接诊医生，确保您的权利和待遇得到落实”的寥寥数语，不仅保护了参保人员的利益，体现了国家政策的优越性，也受到了医保就诊患者的交口称赞。

>四、设置全程导医 方便就医职工

**国家医保升级工作总结3**

>一、医疗保险政策宣传力度进一步加大

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“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、标语等多种形式，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，发放宣传单20xx年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《x县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《x县重点优抚对象医疗保障实施办法》（试行），对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了“三重保险”；城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

>二、完善政策、强化管理，不断提高医保管理水平

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：

一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了我县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作；

二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程；

三是通过建立“四项制度”，做好“五项服务”等措施，强化了医疗保险服务意识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。

>三、离休干部、副县级以上待遇领导干部的医疗待遇得到保障

按照建立离休干部医药费两个机制的要求，已把全县78名离休干部和70多名副县以上待遇人员的医药费实行了单独统筹、单独核算、专户管理、台帐登记，确保了他们的医疗待遇；同时，积极为离休干部提供优质服务，今年五月上旬，组织全县的离休干部进行免费身体健康体检，并建立了《x县离休干部健康档案》，及时向他们反馈体检的结果，受到了离休干部的一致称赞；1―11月离休干部医药费单独统筹基金收入万元，专项基金支出万元。

>四、加强征缴、健全制度，医保基金收支基本趋于平衡

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1―11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率达，较上年增加75万元，增长19；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结累145万元。

>五、强化学习、规范管理，自身建设进一步加强

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照^v^门要提高“五种能力”的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强。

二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20xx年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成。

**国家医保升级工作总结4**

20xx年，我区城镇居民基本医疗保险工作在区委、区政府的领导下，在市人社局的精心指导下，突出宣传引导，合理分配力量，及时调度推动，取得良好地工作效果，全区本年度完成居民医保参保人数达到万人，100%完成任务。现将有关工作情况汇报如下：

>一、工作开展情况

1、今年3月份我区接到市人社局分配下来的目标任务后，立即着手分解目标任务，并在4月11日全区就业和社会保障会议上同各乡、街道签订了目标责任书，将目标任务分解、下达给各乡、街道，明确分工。每月全区就业和社会保障工作例会上，都会将民生工程，尤其是居民医疗保险工作作为重点，形成“一月一通报，一月一调度”的工作制度。

3、区人社局积极与区教育局和市征缴中心居民医保科联络、协调，督促辖区学校居民医保信息录入工作，保证了辖区学校学生信息及时、准确录入系统。

4、5月6日区人社局组织街道、社区居民医保工作人员参加了市人社局举办的居民医保业务培训，取得显著效果，提高了我区基层居民医保经办人员的业务能力、加深了他们对于居民医保政策的理解。

5、社区在平时工作积极与计生部门合作，并且主动上门服务，保证新生儿落地即参保,截至目前，我区已为606位20\_年新生儿办理居民医保业务。

>二、存在问题和工作亮点

现在城镇职工医疗保险、居民医疗保险和新农合已覆盖我区绝大多数的居民，新增参保人主要是新生儿和职工医保转居民医保的成人，今后再增加参保人数难度大。

>三、意见与建议

1、由于社区经办人员流动性大，建议增加对基层工作人员的培训次数。

2、由于辖区各学校经办人员一年只经办一次，并且是非专职人员经办，建议加强针对学校经办人员的培训力度。

3、现在是每年5月份启动居民医保业务经办，建议今后能讲启动时间提前。

**国家医保升级工作总结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。

**国家医保升级工作总结6**

为了巩固拓展我市医疗保障脱贫攻坚成果，有效衔接乡村振兴战略，市医保局按照上级部门部署和要求，真抓实干、扎实、稳步、有序推进各项工作，现将巩固拓展以来保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接工作总结如下：

>一、主要工作

(一)做好资助参保工作,确保贫困人口应保尽保。

农村建档立卡贫困人口、特困供养人员、低保户等困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费实行全额资助,建档立卡贫困人口等资助参保所需资金由市财政全额代缴。完善医保扶贫信息数据库动态管理，加强与卫健、扶贫、民政等部门沟通协调，定期交换、比对、核实数据，确保数据准确无误。对动态调整的建档立卡贫困人口，逐村、逐户、逐人、逐项摸清底数，做到即认定、即参保，做到不漏一户、不漏一人、不漏一项，切实做到精准识别、精准保障。

(二)全面落实医保扶贫政策，确保贫困人口应享尽享。

20\_年，继续稳妥做好贫困人口综合医疗保障“351”“180”政策。规范定点医疗机构住院费用“一站式”即时结报，建档立卡贫困人口市内住院时无需交纳押金，出院时只需支付个人自付部分，确保待遇及时享受。20\_年1-10月，市建档立卡贫困人口就医94944人次(住院5523人次，门诊89421人次)，医疗总费用共计万元(住院万元，门诊万元)，其中基本医保资金支付万元(住院万元，门诊万元)，大病保险资金支付万元(住院万元，门诊万元)，医疗救助资金支付万元(住院万元，门诊万元)，“351”xxx兜底资金支付万元(住院万元，门诊万元)，慢病补充保障“180”资金支付万元，贫困人口医疗费用实际报补比例达。最大程度解决了困难群众因病致贫、因病返贫问题。

(三)简化办理程序，确保贫困人口办理慢性病卡“应办尽办”。

继续做好贫困人口“慢性病”的\'鉴定发证工作，加大摸排力度，确保符合xxx条件的贫困人口人手一证，及时享受慢性病报销待遇。对需要新办卡的、或已办卡需要新增病种的贫困人口，简化申报评审程序，加快办卡进度。并对不符合办卡条件的发放告知书，写清不符合办卡的理由，使其知晓理解。

(四)加强政策宣传，确保贫困人口医保扶贫政策“应知尽知”。

>二、存在问题

根据上级部门巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接实施意见，贫困人口政策将有较大调整：

(一)参保政策调整。

医疗救助基金对特困人员个人缴费给予全额资助，对低保对象给予90%定额资助。过渡期内，对返贫致贫人口给予80%定额资助，脱贫不稳定和纳入农村低收入人口监测的给予50%定额资助。未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口不再享受参保资助政策。

(二)报销政策调整。

省医保局联合省民政厅、省财政厅、省乡村振兴局等部门下发《省巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略实施方案》，方案中明确全面清理不可持续的存量过度保障政策，发挥三重保障制度对特困人员、低保对象、返贫致贫人口的梯次减负作用。由原先的“351”“180”过渡到三重保障，即基本医保、大病保险、医疗救助进行医疗保障。从省里的方案来看，脱贫人口中低保对象、特困人员等，大病保险起付线降低50%，从万元降到7500元，分段支付比例提高了5个百分点，综合报补比例较高。未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口报销比例降低。

>三、下一步工作安排

(一)加强信息比对，确保脱贫人口应保尽保。市医保中心每周比对系统中参保数据，分类别将人员名单发到各镇街，督促参保进度。

(二)培训医保报销政策。《市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴实施方案》近期下发，方案xxx后我局将及时组织业务骨干对镇街医保、扶贫干部进行培训，对实施方案中涉及大家关心的医保报销政策进行详细讲解。

(三)及时将经基本医保、大病保险等报销后个人自付费用仍然较高的人员信息，反馈乡村振兴、民政等部门，及时预警可能存在的致贫返贫风险。对符合因病致困救助条件的，思想汇报范文依申请按规定实施救助。

**国家医保升级工作总结7**

20xx年，我在xx医院各级领导的指导下，协同科室其他同事，按照社保中心的工作精神，认真开展各项工作，为xx医院的发展作出了个人力所能及的贡献。现从德、能、勤、绩、廉五个方面汇报如下：德

在过去的一年中，我认真主动加强政治理论和党的方针、政策学习，自觉遵守国家法律、法规和学校的各项规章制度。努力从本职工作做起，不断加强学习，有较强的事业心和责任感，尽职尽责地完成各项工作。同时响应校党委号召，在“创先争优”活动中，积极参与、主动服务。比如参观了平津战役纪念馆、天津市规划展览馆，回顾天津发展历史，展望天津美好未来。学习了^v^同志“七一”重要讲话精神，学习了杨善洲同志和全国优秀^v^员的先进事迹，自身综合素质得到了较大提高。

>能

立足本岗，服务大众，不断提高自身的综合能力。为进一步适应医保工作新形势，一年来，我一直坚持学习，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。经常与挂号、收费、成药房的同志联系，及时了解医院运行现状，为正确履行社保工作提供真实依据。团结同事、维护和谐，并配能合领导做好各项工作。

>勤

勤学习，苦钻研，全方位提高自身综合素质。工作中勤奋认真，勤劳

奋进，能以满腔热情地投入到繁忙的工作之中。对工作中不能完全把握的地方，勤向领导请示，勤与同事和同行交流探讨，相互取长补短，真正做到在政治上相互信任；在思想上相互交流；在工作上互为支持、互为补充。

>绩

1．针对xx局组织的基本医疗保险实务考试要求，协同领导组织全院医师进行了广泛的宣传学习活动，使广大医师对医保政策及制度有较深的了解和掌握，并全体通过该项考核。

2．针对医务人员多，管理难的问题，协同科室其他同志加强了对科室收费及医务人员的诊疗行为的监督管理，督促检查工作，及时发现问题、解决问题。

3．协助科室其他同志做好全校教职员工每年度内医药费的登记、审核和报销工作。协助科室其他同志做好上级医保政策的执行和解释工作。

4．根据上级医疗保险制定的有关规定，协助领导做好我校教职员工医疗补助方案的制定，修改完善及实施工作。

5．参与了学生体检、全校公共卫生消毒、学生急救知识培训、艾滋病防治宣讲等活动。

6．在院领导的带领下参观了xx市中心妇产科医院、xx区中医医院、xx医院、xx医院、xx养老院等单位，开拓了眼界，增长了见识，并积极地为xx医院及xx院的规划献计献策。

>廉

我始终以一名^v^员的标准要求自己，不断加强政治思想和道德修养，吃苦在前，享受在后，以身作则，廉洁自律，保持清醒的头脑，抵制腐朽思想的侵蚀，严格遵守党的纪律，努力工作，不辜负上级党委对我的期望。

20xx年，在今后的工作中，我们还需树立服务观念，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，努力更多更好地为学校职工服务、为专家服务、为患者服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为我院的美好明天作出贡献。

**国家医保升级工作总结8**

为贯彻落实^v^、^v^和省、州脱贫攻坚工作部署,按照全市脱贫攻坚任务要求，医疗保障局深入开展脱贫攻坚工作，现将脱贫攻坚工作情况汇报如下：

>一、医保扶贫工作运行情况

（一）提高精准扶贫人员大病保险保障能力

20xx年，城乡居民大病保险筹资标准为每人每年50元，比上年提高15元，实行倾斜性支付政策，将大病保险起付线标准调整为3千元，报销比例在原支付比例基础上提高5%，最高支付额为30万元，进一步减轻贫困人口个人医疗费用负担，切实提高农村贫困人口大病保险受益水平。

（二）制定大病兜底补偿政策和“一事一议”救助办法

贫困患者在县域内医院住院享受“先诊疗、后付费”“一站式报销”服务，在统筹推进实施城乡居民基本医疗保险（新农合）、大病保险、医疗救助三道防线基础上，设立大病兜底第四道防线。根据《^v^省委办公厅、省人民政府办公厅印发的通知》及在省、州关于落实国家脱贫攻坚成效考核中提出的不得超标准简单搞自付封顶或“零自付”的整改要求，出台《市医疗保障扶贫三年行动实施方案》，将大病兜底新农合住院补偿比例调整为90%，慢病门诊调整为80%。对经基本医保、大病保险、医疗救助、大病兜底报销补偿后，个人自付医疗费用额度仍然较高、确实无力承担的.特殊贫困患者，采取个人申报与政府主动救助相结合的方式，通过“一事一议”办法设立第五道防线予以救助解决。

（三）市建档立卡贫困人口参保情况

重新核对未参合贫困人口信息。要求各乡镇卫生院、村卫生室、各乡镇扶贫工作人员协助完成此项工作。经过近一个月的逐户、逐人排查，对所有未参合贫困人口在乡、去向情况已核实清楚无误，同时将相关证明材料存档。

为及时获取最新贫困人口信息，每周与扶贫办信息科沟通，并将信息上报州医保局。市年初建档立卡人员1669人，经扶贫办确认减少97人，截止到11月末，建档立卡人员共计1572人，其中参加新农合医保1539人，参加城镇居民医保23人，参加城镇职工7人，省内学校参保1人，省外参保2人，参保率100%。

（四）贫困人口政策宣传工作

通过多种形式宣传报道，在社会上营造医保扶贫浓厚氛围。开展扶贫宣传活动，设立义诊宣传台，通过标语或电子字幕、墙报、专栏、展板、传单等形式广泛宣传，制作医保扶贫政策宣传海报2300张，在乡镇政府、卫生院、办政大厅和每个村的村卫生室、活动室、村委会、运动场等地点张贴。制作医保扶贫宣传折页4,000张，充分发挥乡镇卫生院、村医和驻村扶贫工作队作用，采取包干负责、点对点、面对面入户宣传，确保农村贫困人口对医保扶贫政策知晓率。市定点医疗机构就诊大厅、出院结算等地点要设置医保扶贫宣传内容和宣传资料取阅点,公开“一站式”办结流程和“先诊疗、后付费”政策。利用手机微信公众号等群众便捷获取信息的手段,全面宣传医保扶贫工作。进一步提高贫困患者医保健康脱贫政策深度知晓率。

（五）慢病手册办理及政策宣传情况

与扶贫办、卫健等部门组织工作人员实地走访61户118名建档立卡贫困户，了解其身体情况，重点关注慢病手册办理情况，帮助贫困群众完善资料，及时办理，确保贫困人口慢性病政策应享尽享。11月26日召开定点医疗机构贫困人口门诊慢病管理工作培训会，对32种门诊慢病认定流程、门诊慢病手册管理和贫困人员政策引导等方面进行讲解。为了能精准掌握贫困人口慢性病认定及待遇保障情况，与卫健部门多次沟通配合，对全市贫困慢病患者信息进行重新梳理排查，确保各医疗机构慢病人员信息与医保系统中开通标识的人员准确一致，截止11月末，共计确定贫困慢病人数791人。目前已将“医保慢病待遇标识”下发至各乡镇，并粘贴在一人一策记录本上做为慢病手册。

（六）贫困人口医疗费用直接结算情况

县级定点医疗机构设置医保、大病保险、医疗救助、兜底结算“一站式”报销窗口，严格执行“先诊疗、后付费”模式，对贫困患者住院不收取押金，防止因垫资压力过高，让贫困人口不敢看病、看不起病。将贫困人口住院医疗费用和42种特殊疾病门诊医疗费用实际报销比例提高到90%，慢性病门诊医疗费用实际报销比例提高到80%。

截止20xx年11月20日，共为4467人次提供“一站式服务”，患者不再需要来回“跑腿”报销；四道防线合计补偿金额万元，践行了对贫困患者“医疗有保障”的承诺。

接下来将继续推进“两不愁，三保障”工作落实，不懈怠、不拖沓，务实工作，持续加力，确保建档立卡贫困户医保扶贫待遇，以实实在在的成效进一步提高群众的满意度和获得感，为全面打赢脱贫攻坚战贡献力量。

>二、精准对接，全面完成局包村扶贫工作任务

与边检站共同承担敬信镇村的包保任务，为切实做好单位包村工作，抽调责任心强的同志担任党建指导员，完全脱产专心从事该村的扶贫工作，局主要领导定期到村进行调研，全员参与、全力以赴，宣传扶贫政策，认真听取党建指导员工作汇报，坚持1月至少1次专题会，做到了组织保障有力和各项工作的推进落实。截止目前，进行医保扶贫走访两轮；为贫困户提供免费体检1次；开展扶贫慰问，购买慰问品3次；与红十字会对接，组织应急救护培训1次,捐赠衣物1次。

**国家医保升级工作总结9**

医保管理工作，是医院管理工作的重要内容，也是医疗质量管理之重点。一年来，我们在县卫生局和医保处的\'支持和领导下，在我院领导高度重视下，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了较好成绩。现将我院医保工作总结如下：

>一、基本情况

20xx年，共收治医保患者29446人次，总费用为元（其中门诊患者28704人次，费用元，人均费用元。住院患者742人次，人均住院日20日，总费用元，人均费用元）。药品总费用元。占总费用的。自费金额（现金支付）元，占总费用的。

>二、完善了组织机构和管理制度

1、为了确保基本医疗参保人员在我院就诊的质量，医院根据实际情况，重新调整了基本医疗保险工作领导小组、医疗保险管理小组、并确定专职管理人员与医保中心保持畅通联系，共同做好定点医疗服务管理工作。

2、严格执行国家医疗服务收费项目标准价格，公开药品价格，合理收费，为参保者提供就医消费清单和收费票据。医疗费用结算材料真实、完整、准确，按月及时报送。

3、对医保患者，认真进行身份识别，不挂名，冒名医治用药，不挂床，不分解医治，对酗酒、交通肇事、工伤、自杀等拒绝其使用医疗保险卡，并及时与医保管理中心联系。确实做到因病施治、合理检查、合理用药。

4、认真贯彻落实医保办的指令和文件精神，不断完善制度建设，制定实施方案、奖惩制度和考核机制。

>三、组织学习培训

为了确保每个工作人员熟悉医保相关政策、规定，院领导组织全院职工认真学习职工基本医疗保险有关政策和《医保服务协议》，积极参加有关医保工作会议，提供与医保有关的材料和数据。定期组织医保科和全院相关人员召开医保专题工作会议，及时传达上级会议精神，把各项政策措施落到实处。

>四、做好宣传工作

为了确保每个工作人员及就诊患者能更好的了解医保知识，我院刊登了医保宣传栏，设置了医保投诉箱、投诉电话、咨询服务台及医保意见簿，认真处理参保患者的投诉，为参保者提供优质的服务。

>五、存在的主要问题

因医院人员流动频繁，使新进的医护人员对医保限制用药政策熟悉程度不够，对贯彻医保政策意识还不完全到位，在医保操作的具体工作上，还存在着一些不足。

**国家医保升级工作总结10**

为认真贯彻落实^v^、省、市、县医疗保险的各项政策，保障广大城镇职工、城镇居民和离退休干部在乡级卫生院享受到基本的医疗保险，为做好城镇职工和城镇居民医疗保险的相关管理工作，促进城镇职工医疗保险健康有序的发展。现将梅子乡卫生院20xx年城镇职工医疗保险工作情况总结如下；

一、政策执行，认真贯彻落实国家、省、市、县城镇职工和城镇居民医疗保险、工伤保险、生育保险及离退休干部医疗保险的有关政策，参保患者就诊时，向参保患者宣传医疗保险的相关政策，让参保患者及时了解医疗保险的相关政策。

二、依据有关法律、法规及城镇职工和城镇居民医疗保险服务协议，为参保患者提供及时、合理、优质的医疗服务。制定相应的医保管理措施，成立医保领导小组，配有谦职人员，负责医保的特殊检查、特殊治疗，向住院患者提供病情证明、出院证、住院费用清单、医疗票据等医保的各项业务工作，但是由于卫生院条件有限，在20xx年没有使用机打票据。在显要位置悬挂定点医疗机构标志牌，设置医疗保险宣传栏，投诉箱和投诉电话。

四、为确保医保资金的合理使用，保证持卡者的利益，参保患者住院时认真核对人、卡、证是否一致。对参保的居民、学生、儿童刷卡、住院时，认真核对卡、身份证、户口本等有关证件，住院期间卡、证留院备查，对无卡或卡失效的参保人员不予刷卡，住院报销。

五、严格执行《云南省非营利性医疗服务价格》及我市医保政策和收费有关规定，严格执行《云南省基本医疗保险和工伤生育保险药品目录》及有关部门药品价格政策，严格执行医保医保的用药范围规定，药品费用占医疗费用不超过60％。出院带药按规定执行，一般不超过7日量，慢性病出院带药不超过30日量。

总之，城镇职工医保已实行了好几年，由于我院的医保刷卡、住院报销启动较晚，没有专业的专职管理人员，只配有谦职人员，对信息系统的维护、使用，信息数据上传的完整性和同步性，机打票据的使用上与医保的规范管理存在差距，在今后的工作中不断加强管理，使医保工作逐步规范。

**国家医保升级工作总结11**

>一、20xx年工作开展情况

截至目前，全区居民参保共人，参保任务完成率，预计能够超额完成0人年度目标任务。

（二）创新方式，提高医疗救助工作成效。一是加强与住建、民政、医疗机构等单位沟通协调，运用大数据分析预警功能审查把关，提高申请救助对象信息核查的真实性和准确性。二是简化申请、审核、审批和发放流程，避免重复多次递交材料，及时完成救助资金发放，减轻申请家庭医疗支出负担。三是坚持应助尽助，加强监督检查，定期开展救助工作检查督促，发现问题限期整改到位。定期开展救助档案“回头看”工作，实时掌握救助台账、救助资金社会化发放情况。四是强化统筹推进，兜牢保障底线，将各项工作做实做细，做到见底见效全覆盖。目前全区共救助363人次，完成救助资金发放xxx万元。

（三）广泛宣传，加大基金监管力度。一是严厉打击欺诈骗保行为。结合新一轮深化“三个以案”警示教育，以太和县医疗机构骗保为镜鉴，开展1年区定点医药机构医保违法违规行为专项治理工作，目前已完成17家一级及以下定点医疗机构和323家定点零售药店的全覆盖检查。开展“双随机、一公开”检查工作，随机抽取并完成对32家定点医药机构的检查，对检查中发现存在问题的机构分别予以责令整改和报市医保中心给予扣减违规经费，共约谈和责令整改药店15家、医疗机构5家，退还本金并扣减五倍违规金额6家共计元。二是开展1年慢性病门诊违规行为专项治理工作，核查医疗机构17家，检查认定有超病情需要超量开药等违规行为医疗机构16家，合计违规情况条，违规金额元，有效规范了各医疗机构慢性病门诊开药行为。三是全面宣传贯彻医保《条例》。组织开展了以“宣传贯彻条例、加强基金监管”为主题的集中宣传月活动。线上线下同步宣传医保相关政策法规，利用微信公众号、公交车宣传栏、火车站和户外大屏等，集中展示打击欺诈骗保成果，扩大宣传面。

（四）发挥零售药店窗口作用，做好疫情防控工作。一是全面扎实做好“两节”期间及重点时段疫情防控工作，对辖区药店疫情防控工作全面督查，实行发热、咳嗽、腹泻类药处方管理和实名登记。二是推进做好定点零售药店疫苗接种工作，要求各零售药店组织员工及时接种和报送疫苗接种信息表，并做好向顾客的宣传工作。截至6月底，药店工作人员疫苗按“应接尽接”，接种率已达0%，目前正在推进加强针接种工作。

>二、存在的问题

（一）申请城乡医疗救助家庭财产、收入核查准确性有待提高。一是少数申请救助家庭存在故意隐瞒家庭真实财产和收入的现象。二是医疗救助申请家庭经济状况核对报告不够精准，目前我局对申请人的财产信息核对主要依据民政局对申请家庭进行的家庭经济状况核对报告，无法准确核实家庭安置房、存款、有价证券等真实财产收入情况。

（二）医保监督稽查力量较弱。区医保局承担全区一级及以下定点医药机构监督管理工作。随着医疗保险覆盖面的不断扩大，定点医药机构不断增加，医保监督管理工作任务日益繁重，每年仅打击欺诈骗保工作就需要对全区0多家监管对象开展全覆盖现场检查、日常检查、专项巡查等工作。且随着欺诈骗保行为更多的转向专业化、集团化、规模化、信息化、隐蔽化，调查取证更加困难，对监管队伍的专业性提出了更高要求。另外医保日常检查已纳入“双随机、一公开”管理，对现场监督检查工作提出了更加规范的要求。目前区医保局仅有在编人员4名，医保监督稽查力量严重不足。

>三、20xx年工作计划安排

（一）加强组织领导，确保完成2年参保任务。一是充分利用各种宣传方式，根据不同类型的参保群体制定有针对、有计划的宣传政策，加大宣传力度，营造良好的宣传氛围，提高居民医保政策的知晓度，调动居民的积极性和主动性。在参保期间做好居民医保参保组织实施工作，发挥各相关单位合力，确保做到应参尽参，不漏保，推动我区城乡居民医保参保工作平稳、有序开展。

（二）强化责任落实，做好城乡医疗救助工作。一是加强培训，采取集中培训与个别指导相结合的方式，对各街镇开发区、社区经办人员开展培训，全面提升业务水平。二是加强医疗救助工作效能建设，落实首问责任制、实施限时办结制、实施服务事项公开制、实行服务承诺制，健全服务机制、优化经办流程、规范服务行为，提高城乡医疗救助工作质效。

（三）加大监管力度，加固基金安全防线。严厉打击欺诈骗保行为，强化医保局、街道、社区“三级联动”，加强医保基金监管，重点打击定点医疗机构“三假”等严重欺诈骗保问题。进一步加强部门沟通、协作，构建医保、卫健、市监等部门联合监管工作机制，及时协调解决医保基金监管工作中的重大问题，实行联合惩戒，推动形成不敢骗、不能骗、不想骗的良好局面。

（四）加强培训指导，增强医保队伍整体素质。在做好对各街镇开发区、社区医保经办人员培训的同时，加强医保局队伍建设，落实每周进行两次政治和业务学习，不断提升工作能力，确保医疗保障工有序推进。

区医保局将紧紧围绕省第十一次党代会、市第十二次党代会、区第五次党代会提出的目标任务，真抓实干，努力实现打造“老工业基地产业转型示范区、老城区更新改造示范区，早日成为高质量发展‘千亿区’”目标而不懈奋斗。

**国家医保升级工作总结12**

20xx年度我院医保工作在院领导的关怀指导以及各科室密切配合和共同努力下，按照上级指示科学制定工作计划，认真开展各项工作，现将20xx年上半年工作总结如下：

>一、学习与宣传新政策

1、根据上级通知自20xx年1月1日起，原“新型农村合作医疗保险”与原“城镇居民医疗保险”正式合并为“城乡居民医疗保险”，随之一些政策也进行了相应的调整，医保办接到上级下发的政策文件后，分别在1月8日、1月19日、2月28日组织全院医护人员对20xx年城乡居民医保新政策及管理办法进行培训学习，并集中转达了“豫人社医疗【20xx】第18号、洛人社医疗【20xx】第8号，9号，10号，11号、以及洛政办【20xx】第135号文件”的指示精神。

2、执行国家的这项惠民政策，宣传工作是个重要环节。我们在医保办窗口醒目位置制作了20xx年城乡居民医保最新政策的宣传版面，尽可能的方便患者就诊，利用公示栏公布当月参保群众医疗费用的补偿兑付情况，使参保群众切身体会到医保政策看得见，摸得着的实惠，从而转变观念，重新认识新医疗保险政策的优越性。

3、医保办工作人员积极、耐心、细致地向每一位患者宣传和解释城乡居民医疗保险新政策，回答患者提出的各种问题，努力做到不让一位患者带着不满意和疑惑离开，使医保办窗口不但是受理参保群众医疗费用补偿之所，更是宣传医疗保险政策的重要阵地。

>二、医疗费用补偿兑付情况：

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。

>三、日常审核督导情况

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。

>四、开展“四查四促”专项行动

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上得到了上级领导的一致肯定，但从上级的检查情况中也发现了一些问题，比如：医保政策宣传栏设置不标准，中药熏蒸多收中药费用，不合理使用抗生素类药品的问题。

针对以上问题，医保办在接到上级整改通知书后，与办公室及后勤科进行协调，按标准重新制作了医保政策宣传栏，关于中药熏蒸重复收取中药费用的问题，也责成相关科室进行了整改。在使用抗生素类药品问题上，医院组织权威专家和从业人员进行探讨，对抗生素类药品的使用指症进行明确，从而杜绝滥用抗生素现象。

>五、下步工作要点：

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。

**国家医保升级工作总结13**

XX年，地区行政服务中心党支部在地委、行署及地直机关工委的领导下，以加强党的思想政治建设为重点，以提高支部党建整体水平为目标，充分发挥核心作用和战斗堡垒作用，群策群力，与时俱进，开拓创新，最大限度地调动党员干部的工作积极性和创造性，确保了党支部的建设工作有了新的发展，党员的综合素质得

到了新的提高。现将地区行政服务中心党支部XX年度工作情况总结如下：

一、抓好政治思想建设，进一步提高党员干部综合素质

今年，我中心党支部、把加强党员干部学习放在突出的位置上，目的是进一步提高党员干部的党性觉悟、思想水平和工作能力。中心党支部领导也始终关心全体党员干部的学习和进步，在不同会议上多次强调学习的重要性和必要性，并要求全体党员干部要以高度的责任感注重学习，勤于学习，善于学习，把学习始终作为我们服务中心工作的基础和起点。年初，我们印发了中心XX年度工作人员学习计划，每月确定一个重点内容，并提出精读，作笔记、谈心得三个基本要求。在具体措施上，一是抓好党课学习。全年我们已集中2次党课辅导，每一次内容都贴近时势，贴近中心工作，有针对性和教育性，这对我们党员干部理解党的政策方针，认识社会问题起到了一定的指导作用。二是抓好党员干部的业务知识学习。除正常安排党员同志参加有关的专业知识培训外，中心还组织人员自主授课，先后学习了《行政许可法》、《行政复议法》、电脑操作知识等。

二、充分发挥党员干部先锋模范作用，积极完成各项工作任务

三、加强党建制度和机关作风建设，推进中心各项工作

制度化、规范化今年以来，中心党支部认真贯彻执行党建工作的各项制度，努力完善和实施了“三会一课”制度、党员干部定期交心谈心制度、党员干部警示制度、廉洁自律制度、党员干部学习制度、党员考核评议等制度，使党内生活走上了制度化、规范化管理的轨道。XX年，我们着重抓好了如下制度的落实工作。一是坚持“三会一课”制度。利用“三会一课”制度，经常组织党员干部学习党的路线、方针、政策，时事政治和科学知识等，从而不断提高党员的政治觉悟和工作水平，为完成党的各项工作任务打好了坚实的基础。同时，为了使这项制度得到很好的落实，我们还不定期的进行了检查、督促，收到了很好的效果。二是坚持党费收缴管理制度。我们把党费的收缴管理工作看作是党的基层组织建设和党员队伍建设的一项重要工作。年初，我们把每个党员应交党费印成的明细表，并指定专人定期收缴，足额上交给地直机关工委。

三是坚持民主评议党员制度。通过对党员正面教育、自我教育和党内外群众的评议、考核，从而达到了激励党员、纯洁组织的目的，提高了党员干部的整体素质。

四、加强组织建设，进一步增强党支部成凝聚力和影响

第一、认真做好党建促工青妇工作。中心成立有工会妇委会，为了切实加强对工青妇工作的领导，党支部定期听取工青妇工作汇报，对其活动给予了支持，经费上进行帮助，注重工青妇活动与支部活动相结合。有效地带动了工会工作，青年工作、妇联工作的开展。

第二、开展丰富多彩、健康向上的文娱活动。在“五一”、“七一”期间举办了拔河比赛、趣味猜题、茶话会、演讲比赛等多种活动，进一步增强了支部的凝聚力和齐心力。

第三、注重党员干部党风廉政建设 ，确保党员队伍的纯洁性。廉洁从政，是对每一名党员的基本要求;严格自律，是每一位党员干部必备的基本素质。

XX年，中心党支部围绕经济建设中心，不断加强党的建设，取得了一定的工作成绩，但同时也发现我们的党务工作还存着一些不足，与上级的要求相比还有一定的差距，主要有以下几个方面的问题。一是党课的内容和形式比较单一，有待进一步改

进。二是因受条件限制，党员电教工作开展得还不够，党员电教碟片播放较少。三是各党支部开展活动较少。新的一年，我们将认真总结过去的经验得失，更好地发挥党支部的战斗堡垒作用和党员干部的先锋模范作用，开拓进取，为我区经济建设添砖加瓦。

**国家医保升级工作总结14**

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。20xx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20xx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，20xx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

20xx年1月至9月30日适配867人。

2、医疗救助工作

20xx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。

**国家医保升级工作总结15**

今年以来，我局积极贯彻落实上级“四送一服”双千工程各项政策精神，深入企业开展调研，认真梳理企业反映的问题，依法依规解决企业的各种诉求，助推企业高质量发展。现将工作情况总结如下：

>一、工作举措

1.举办专题培训。

主动走进民营医疗机构，通过专家讲课、案例讲解，观看警示教育纪录片等形式，开展医保法规政策培训。对于各医疗机构在执行医保政策遇到的困难，现场给予回应和协调，积极帮助解决有关问题。

2.开展走访调研。

深入各包保企业开展“送清凉”活动，主动慰问在企职工；积极走访辖区民营医疗机构，聚焦企业需求，主动靠前服务。针对民营医疗机构医保管理薄弱问题，开展药品、耗材进销存专项指导，帮助搭建进销存管理系统，规范化保存资料。

3.优化服务举措。

以“医院下单、企业配送、医保审核、基金买单”的方式，扎实推进药品费用医保基金直接结算，通过压缩流通环节，缩短支付链条，缓解了企业资金压力，提高了配送积极性

>二、下步打算

1.进一步贯彻落实《x省降低社会保险费率综合方案》，大力开展宣传，进一步扩大城镇职工医保覆盖面，使广大职工安心就地就近就业。

2.落实新发展理念，由局领导带队深入企业走访宣传，主动宣讲医保有关政策，及时了解企业发展情况和存在的困难和问题。

3.继续做好联系企业的服务工作，及时了解收集梳理企业生产经营中的难题，能解决的当场解决，不能解决的及时呈报上级，并反馈至企业

**国家医保升级工作总结16**

我于20xx年8月1日正式投入到医院的医保管理工作中，在四个多月的医保审批前的准备工作中，在医保中心的精心指导下，在沈总的大力支持下，在院长的高度重视下，在全院人员的积极配合下，初步完成了医保审批前的准备工作，现将具体工作情况做如下总结:

>对内工作总结

>一、规范管理，认真执行医保政策

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。

>二、按医保要求进行HIS系统初步改造

1、首先，实现了两次HIS系统升级和医保的部分功能。如医嘱的开药和时间相对应，解决了长时间来难以解决的问题。增加了系统中医保患者与自费患者分别标识并同时出具正方和地方的功能。

2、在物资库房的问题上，把卫生材料与办公耗材分开维护，极大地方便了库管管理工作，提高了库房的工作效率的同时也规范了医生工作站的物品显现。

3、在院领导的指挥下，迁移了一楼机房，使机房能容纳更多的设备，能进行更多的人工调式，同时增了新的机柜，电源 ，保障了医院的机房能满足二级医院的要求，满足医保验收的要求，确保了医院数据安全。

4、自主开发并安装了医保触摸屏系统 ，系统内包括医院简介、医师介绍、医保就医流程、医保收费目录、医保药品目录、医保报销比例及医保至北京市所有参保人员的一封信，整套系统为医院节省了近两万元的费用。

5、走流程，找差距，对全院医务人员进行HIS系统使用培训，一对一培训药房员工录入新到货药品、培训采购员维护药品进货单，出库单，并验证数据的准确性、培训住院医生及门诊医生如何正确下达医嘱。在完善HIS系统的同时，完成了医院员工提出的新需求，例如在遇到输液医嘱时，打印处方同时出输液单，并解决了住院医嘱不能将格式对齐的问题、检验科系统内增加了新的检查内容、药房药品库存不足时不可以透支开药、修改药品加价率等问题。

6、系统中修改了年龄格式、中药处方格式(一张处方能容纳32味药)、西药及中成药处方格式、隐藏了医嘱单上的草药明细、住院费用清单眉栏上增加了费别、入出院时间、住院总天数，且总天数由入院时间+出院时间自动形成，改变了以往由结账时间决定出院时间的错误问题。

7、住院清单内增加了单价栏、项目或药品费别(无自付、有自付、全自付)，

8、完善了诊断库的标准诊断名称，从新维护了三大目录库名称和医保编码。

9、门诊要有用药超量限制权限。门诊医生工作站打印处方时增加了错误提示窗口。

10、限制了在历史交易中随意更改处方信息(如调出历史患者删除或退费或修改处方)的问题。

xx、在陈总按排下，以最快的速度修复了彩超室的仪器设备，使医院的彩超设备能正常运转。节省了院外聘人的劳务开支。

**国家医保升级工作总结17**

温泉县医局认真贯彻落实帮扶结对有关精神,按照脱贫攻坚工作的总体要求，50名干部职工于4月17、18日两天深入托里镇大庄子村，着力解决帮扶对象的生产生活困难，努力改善帮扶对象落后的生活状况，促进帮扶对象脱贫致富。现将有关情况汇报如下:

>(一)加强领导，确定责任

县医保局领导班子非常重视结对帮扶工作，召开会议研究商讨有关事宜，制定扶贫方案、确定扶贫方式，并将帮扶结对工作进行细化，帮扶对象具体落实到个人，确保帮扶责任个个有担子，贫困户家家有帮手。成立了帮扶结对工作领导小组，由一把手任组长，亲自抓结对帮扶工作的安排、督促落实，具体工作事宜由办公室负责，并明确了一名联络员，做好单位与村队对接工作，做到人人有责任，事事有要求。

>(二)深入排查，明确目标

落实单位主要领导遍访贫困户，对结对帮扶村队托里镇大庄子村贫困户逐户走访。对新调整的村队托里镇伊吉莫林墩村贫困人口进行熟悉了解，通过开展走访调研活动，做到进村入户，帮扶对象每户必进，人员必访，摸清情况，了解走访对象在想什么，在干什么，思想上有什么心结，生活上有什么困难，享受各项扶贫政策，家庭生产、生活情况。建立帮扶结对工作台账，详细记录帮扶结对对象、事项和需要解决的实际问题并上传到扶贫工作APP上。

>(三)狠抓落实，注重实效

根据排查情况，与定点村队共同细化定点帮扶村队帮扶计划，完善帮扶措施。

一是20xx年组织干部职工集中到大庄子村完善“一户一策”帮扶计划、与结对亲戚座谈各1次，根据帮扶对象实际，与结对亲戚一起掌握享受的政策，帮助结对亲戚理清思想，明确发展方向，制定20xx年帮扶计划，对扶志、扶智重点宣传，引导贫困户增强感恩意识，因地制宜实施脱贫；

二是开展走访、住户工作。我局50名干部开展走访34次，第一季度住户率完成100%，4月份走访24次，收集困难诉求2个，解决困难2个。

三是鼓励有能力的贫困户创业，同时给予人力、物力、财力支持，鼓励有就业能力的\'在村镇的帮助下实现就业。

四是加强慰问帮困。局领导班子成员今春以来四次来到托里镇大庄子村进行了走访慰问。

今后，我局继续将脱贫攻坚工作形成常态化、专门化、固定化，尽最大努力防止贫困户“因病致贫、因病返贫”，为托里镇大庄子村全面进入小康社会做出应有的贡献。

温泉县医保局

20xx年4月18日

**国家医保升级工作总结18**

20xx年，xx县医保局以落实^v^民生工程^v^为主线，以保稳定、促发展为重点，以全面完成上级下达的目标管理任务为核心，不断夯实医保各项基础工作，大力提升经办能力，确保了全县医疗保险工作健康运行的良好态势。

(一)扩面情况。

预计到20\_\_年 12月底，72129人参加城镇基本医疗保险，其中：22093人参加城镇职工基本医疗保险, 50036人参加城镇居民基本医疗保险。城镇居民覆盖达。

(二)基金运行情况。

1.城镇职工基本医疗保险。预计到20xx年12月底,城镇职工基本医疗保险基金收入3056万元，其中：计入统筹基金1680万元，支出2100万，统筹基金当期赤字420万元;个人帐户计入1376万元，支出1151万元，结余225万元。破产企业退休职工基金累计收入1705万元，今年基金无收入，累计支出1400万元，基金结余305万元，一次^v^费破产企业退休人员基金累计收入1874万元，累计支出728万元，基金结余1146万元。

2.城镇居民基本医疗保险。预计到20\_\_年12月底,城镇居民基本医疗保险基金收入1496万元(其中：上级补助万元，个人缴纳万元)，支出1730万元,基金累计结余1224万元，预计到今年年底居民医疗保险基金当期将出现赤字。

3.补充医疗保险。到20xx年12月底，城镇职工补充医疗保险收入190万元，支出190万元;城镇居民补充医疗保险收入万，当期支出万。

(三)主要工作措施。

1.强化参保扩面，以城镇居民医保为重点，参保扩面取得新突破。今年以来，我局始终坚持^v^政府主导、医保主抓、部门协作、基层操作^v^的工作措施，强力推进居民医保工作。一是领导重视。年初，县委、县政府将居民医保工作列入了民生工程进行目标管理，将任务分解到各乡镇，年底进行目标考核，整体推进居民医保工作;二是宣传有力。1.集中宣传。在电视台开辟宣传专栏和新闻报道为主进行政策宣传;2.阵地宣传。在定点医疗机构、定点药店和局内设置宣传专栏进行政策宣传，方便居民了解政策;3.流动宣传。录制居民医保宣传磁带，在城区居民集中居住地流动播放，提高城镇居民的政策知晓率，激发他们的参保积极性。三是缴费方式快捷。今年，我局与县信用联社采取银行代扣代缴的方式，缴纳居民医保费。免去了以往居民到社区-银行-医保局三地往返办理参保登记手续的麻烦，方便了广大参保群众的参保需求，同时也提高了参保率。

2.强化基金征收，以提高缴费基数为重点，基金征收取得新突破。今年，我局将医保统筹基金不足支付的问题作为工作重中之重，加强基金征收。一是领导高度重视。县政府出台了《关于进一步加强医疗保险工作的通知》，要求所有城镇用人单位按照《劳动法》、《社会保险法》等相关法律法规规定参加城镇职工各项医疗保险，必须履行相应的缴费义务。二是规范缴费基数。从20\_\_年起财政预算单位，按照国家政策规定足额预算财政各预算单位的医疗保险费。财政预算外单位和各企事业单位，要严格按照《暂行办法》规定申报缴费基数和缴纳各项医疗保险费，不得少报、漏报和瞒报。三是加大征收力度。我局采取定期不定期地开展医疗保险缴费稽核工作，对少报、瞒报、漏报缴费基数的参保单位，依法予以征收，确保医疗保险费按时足额缴纳。同时，对过期不缴纳或欠缴费者，按日加罚万分之五滞纳金，滞纳金并入统筹基金，有效提高了基金的抗风险能力。

3.强化待遇保障，以实施公务员医疗补助为重点，待遇保障取得新突破。今年，为进一步提高公务员医疗待遇，县政府决定从20\_\_年1月起实施国家公务员医疗补助制度。为确保我县国家公务员医疗补助制度的如期实施，我局已按照政策规定，要求对符合享受国家公务员医疗补助制度的单位申报了享受人员花名册。目前共申报单位87家， 3461人，已呈报县委组织部、县人社局、县财政局进行了身份认定，拟定在12月进行待遇赔付，有效提高了公务员医疗待遇。

4.强化结算管理，以实施即时结算为重点，结算管理取得新突破。为方便参保人员就医，我局经过几个月的艰苦努力，通过药品对码、数据接口，目前已在xx县人民医院、中医院运行即时结算，预计在12月底，再在各定点医疗机构全面开展。实行即时结算医疗机构诊疗行为将进一步规范,患者医疗费用报销环节减少，同时也减轻了参保人员垫付医疗费用的压力。截止目前，即时结算支付医疗费用120余万元。

5.强化内部管理，以完善信息平台为重点, 内部管理取得新突破。一是加强信息平台建设。通过增强硬件配置、软件开发，目前，医保工作从参保登记、费用审核、待遇支付、监督检查等所有岗位均实现了电算化管理。同时，还针对重要岗位，在信息系统里设置了三级审批权限，做到层层把关，零误差。二是加强信息操作培训。进一步加强了信息管理人员的培养，通过学习教育，提高操作人员的业务水平。

(三)存在的主要问题。

1.城镇居民医疗保险扩面难度加大。一是自愿参保原则，出现有病参保，无病不参保现象，二是城镇居民个人缴费额比新农合高,存在攀比心，影响了参保的积极性。

2.城镇职工医疗保险基金难以运转。虽然提高了缴费基数，但由于基金结余少，加之参保对象老龄化程度的加剧，住院人员大额住院费用日益增大，医保待遇大幅提升，极大地削弱了基金抗风险能力。

**国家医保升级工作总结19**

一、城乡居民养老保险是市委、市政府为保障城乡居民老年人基本生活的一件实事，是关系广大城乡居民切身利益的一件好事！凡是符合条件的参保者年满60周岁每月都可以领到不少于70元的养老金。20xx年城乡居民养老保险工作已近尾声，自元月份启动至今已顺利超额完成任务，xx中心参保人数共计12568人，其中，共有4150名60岁以上老人已领取养老金。

二、全力推动小额担保贷款工作，为个人创业和企业融资提供贴息政策。为扶持劳动者自主创业，加大对下岗失业人员、高校毕业生自主创业的`扶持力度，充分贯彻创业指导、项目开发、税费减免、跟踪扶持等^v^一条龙服务^v^的工作模式，从而落实小额担保贷款就业援助政策。半年来共向高新区推荐8名自主创业人员申请小额担保贷款，为创业带动就业提供强有力保障。

三、创业培训：随着高新区重大项目建设的不断推进和城市建设的不断发展，怎样引导失地农民就业和创业这个问题就成了当前工作重点，围绕高新区经济发展布局和社会安定稳定，下半年联系培训机构，组织30名有创业愿望的失业农民在永和社居委进行了创业培训。

**国家医保升级工作总结20**

为深入贯彻落实“两不愁三保障”精神，切实解决医保扶贫政策宣传盲区，提升医保扶贫政策知晓率和满意度，做到医保扶贫政策宣传全覆盖，根据《医疗保障局关于加强医保扶贫政策宣传工作的通知》要求，高度重视，采取多种方式“横向到边、纵向到底”不留死角地渗透医保扶贫政策宣传，现将工作开展情况汇报如下。

一、加强组织领导。实行“一把手”负总责，分管领导具体负责，全体成员抓落实的制度，加大对医疗保障扶贫政策宣传工作的组织领导。成立医疗保障扶贫政策宣传工作领导小组，加强工作指导、统筹协调、督促检查，提供有力组织保障。制定《县医疗保障扶贫政策宣传工作实施方案》，认真规划、精心组织、落实责任，为工作的顺利开展奠定坚实基础。

三、制作本地方言宣传片。与县电视^v^合制作本地方言小品“医保政策宣传片”在“特别关注”栏目滚动播放。

四、制作发放宣传资料。将百姓最关心的医保政策要点通过通俗易懂的话语，以漫画、问答等形式制作成服务指南、宣传折页，并按辖区内人口户数发放至各乡镇及各帮扶单位，共计发放20000余份。

五、乡镇及医药机构配合宣传。动员各乡镇及各定点医药机构通过悬挂横幅、张贴“十问十答”海报、发放宣传折页、设置宣传栏、政策培训解读等方式配合医保扶贫政策宣传。

六、培养“宣传员”。借助召开全县村干部培训会、驻村工作组培训会、医疗保障扶贫工作会等契机，培养一批医保政策“宣传员”。

七、组建“宣讲团”。借助“年文化”、“五下乡”、坝坝会、户主会等机会，走村入户点对点、面对面宣传医保政策，达到入户宣传全覆盖，并结合贫困户患者情况入户进行针对性宣传，贫困人员医保政策知晓率显著提升。

**国家医保升级工作总结21**

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202\_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^v^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。

**国家医保升级工作总结22**

今年以来，在区委、区政府的坚强领导下，区医疗保障局以落实目标任务为重点，狠抓落实、开拓创新、勇担使命，促进医疗保障服务能力显著提升。

>一、上半年工作开展情况

(一)夯实组织基础，坚持加强党的建设不动摇。坚持把党的领导贯彻各项工作始终，以持续创建让^v^放心、让人民群众满意模范机关为抓手，以党史学习教育为载体，突出在党建引领、政策落实、制度保障、提高服务等方面抓落实、促提高，为落实好《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》提供坚强的组织保障。一是认真开展党史学习教育。结合工作实际，注重将党史学习教育与当前重点工作有机融合，通过组织集中学习、专题研讨、举办读书班、基层宣传政策、为民办实事等方式，迅速掀起党史学习教

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！