

# 医疗资源情况 合作医疗工作总结(优秀5篇)

总结是对过去一定时期的工作、学习或思想情况进行回顾、分析，并做出客观评价的书面材料，它有助于我们寻找工作和事物发展的规律，从而掌握并运用这些规律，是时候写一份总结了。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下是小编收集整理的工作总结书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 医疗资源情况 合作医疗工作总结篇一

（一）加强宣传，引导农民转变观念，增大影响力。宣传工作是推行新型农村合作医疗的首要环节，只有让广大农民把新型农村合作医疗的政策真正弄懂了，他们才会积极参与和支持。我们在实际工作开展中，注重从多方面、多层次做好宣传工作。一是通过传媒宣传报道，扩大新型农村合作医疗的影响力。今年□xx电视台□xx人民广播电台、《今日xx》等新闻媒介，以专版、专题等多种形式先后报道了全市新型农村合作医疗工作的开展情况。二是利用受理补偿中的实例，进行广泛宣传。在参合农民医疗费用补偿过程中，我窗口工作人员积极、耐心、细致地向每一位农民宣传、解释《管理办法》条款和各项管理规定，认真解答参合农民提出的各种问题，努力做到不让一位农民带着不满和疑惑离开，使新型农村合作医疗服务窗口不但是受理参合农民医疗费用补偿之所，更是宣传新型农村合作医疗政策的重要阵地。三是通过新闻媒体、政务公开、村务公开、电子屏幕等多种形式定期对外公布全市参合农民医疗费用补偿信息和合作医疗基金运行情况，实行阳光操作，让广大参合农民及时了解全市补偿情况，看到发生在身边的补偿实例，真正感受到新型农村合作医疗政策带来的看得见、摸得着的实惠，体会到新型农村合作医疗政策的优越性，从而转变观念，积极、主动参加、支持新型农村合作医疗。四是开展对外交流活动，开展对外宣传。

今年上半年，我们共接待全国各地参观考察交流团10余次，这些考察交流团参观我市经办机构 and 定点医疗机构，了解了我市新型农村合作医疗运行情况，对我市的试点工作开展情况给予了很高评价，同时，也对我市新型农村合作医疗工作提出了好的意见和建议，为我们不断改进工作、完善管理办法、提高服务质量提供了借鉴与参考。这些对外宣传和交流工作，扩大了我市在全省乃至全国的影响，也为我市新型农村合作医疗工作的进一步开展创造了较好的外部环境。

（二）强化管理，努力为参合农民提供优质服务。经办机构工作效率好坏、定点医疗机构服务水平高低的直接影响到农民参加新型农村合作医疗的积极性，我们始终把为参合农民提供优质高效的服务放在工作的重中之重。一方面，我们坚持努力提高经办机构服务管理水平。在新型农村合作医疗推行过程中，广大农民最关心的是医疗费用补偿兑现问题。市新型农村合作医疗服务窗口工作人员把“中心”“便民、高效、廉洁、规范”的服务宗旨作为行为准则，本着公开、公平、公正的原则，统一政策，严格把关，有情操作，实行一站式服务，运用自主开发符合我市《管理办法》的计算机软件，当场兑现医疗补偿费用。截至5月31日，全市共补偿22641人次（其中住院补偿15156人次，门诊补偿7441人次，慢病补偿44人次），补偿金额共计10391865.41元（其中住院补偿总额9903841.33元，门诊补偿总额421718.08元，慢病补偿66306.00元）。通过近两年运转，以户为单位受益面达25%左右，得到20xx元以上补偿金967人次，得到万元以上补偿金71人次，最高补偿金达33877元。另一方面，我们进一步加强对定点医疗机构的监督管理，使之不断提高服务质量和水平。为确实提高定点医疗机构服务水平，我局组织开展了监督检查工作，针对各定点医疗机构医疗收费、服务态度、服务质量等相关情况展开督察，发现问题，及时书面反馈，并要求其限期整改。同时，利用乡医培训契机，加大对乡镇社区卫生服务站医疗服务行为、合理用药、因病施治等培训力度，受训医生达300余人，为参合农民就医营造一个良好的医疗氛围，让广大参合群众真正得到优质、高效、便捷、价

廉的医疗服务。今年上半年，我局开展定点医疗机构督察共达40余次。同时，为及时了解社会各界特别是参合农民对我们工作的意见和建议，在设立了监督、举报、投诉电话的同时，我们还在市行政服务中心和市人民医院设立了意见箱，广泛了解参合农民对我市新型农村合作医疗的意见和建议。截止目前，服务对象投诉率为零，获得了社会的广泛好评，用一流的服务创造了一流的效益。

（三）严格财务管理，确保基金运转安全。在新型农村合作医疗基金监管体系保证下，我市新型农村合作医疗基金的管理和使用，严格实行收支两条线，做到专款专用。建立健全了财务管理制度，每月定期向市新型农村合作医疗管委会和社会各界汇报和公布基金的收支使用情况，并建立咨询、投诉与举报制度，实行舆论监督、社会监督和制度监督相结合，确保基金运转安全。

（一）加强就医、补偿等各项服务的管理，进一步完善定点医疗机构医疗服务的运行管理机制、优化补偿报销工作程序，积极探索科学、合理、简便、易行的管理模式、服务模式，取信于民。

（二）提前谋划，全力以赴，做好20xx年筹资各项准备工作，保证新型农村合作医疗试点工作持续、健康、稳步推进。

## 医疗资源情况 合作医疗工作总结篇二

为提高医疗安全意识，开展全员医疗安全教育，带领全院职工牢固树立医疗质量是医疗的生命线，坚持质量第一、安全第一、生命至上、以人为本的服务理念，全心全意为患者服务。

1、严格按照诊疗规范开展临床工作，确保医疗质量和医疗安全。

2、严格执行首诊负责制、三级医师查房制、会诊制度等医疗安全的核心制度，认真遵守无菌技术、消毒隔离等操作常规。

3、认真落实执业医师管理制度，对未取得执业资格人员不单独执业，一律在具有执业资格人员带教下工作。

4、严格执行交接班制度，做到班班有交接、交接有记录，对疑难重危病人和新入院病人做到“口头、书面、床旁”三交接。

5、每年由医务科牵头，进行各科的业务学习培训，更新诊治方面的新知识和新进展。

在所有与患者及家属接触的诊疗过程中，加强与病人及其家属的沟通，争取得到他们的配合和理解，做到合理检查，合理治疗，合理用药，合理收费。同时要求各科室：增强对不良反应事件的敏感性，发现问题及时处上报；严格执行医疗技术操作规范和常规，严把医疗技术准入关；科主任护士长加强科室医疗质量管理，重视和加强医院感染管理工作；各科组间严禁互相在服务对象面前推拖指责等。

（4）定期对检验场所进行消毒。

（5）严格执行无菌操作技术，按照要求对医疗废物进行消毒处。

由于部分医务人员对疾病的认知不到位、盲目追求经济效益以及与患者沟通不当和态度冷漠导致医患纠纷时有发生。

1、进一步强化环节管理。要针对医疗过程中的薄弱环节，加强管理，减少疏忽，防止纠纷的发生。

2、加强门急诊管理和生命救护绿色通道建设，做到人员、技术、设备、服务和管理五到位。

- 3、加强高危科室的管理，有针对性的进行自查，落实消毒制度，防止医院感染的发生。
- 4、加强高危人群的管理，对病人投诉多，意见大，发生过医疗纠纷的职工，医院要加大教育力度，提高技术水平，改进服务态度，做到重点培训，重点管理。
- 5、不断提高医疗护理人员诊疗技术水平，优化人员结构，巩固“三基三严”取得成果，提高服务能力。

## 医疗资源情况 合作医疗工作总结篇三

第一、我诊所《医疗机构执业许可证》核准的执业科目是中医科、内科和口腔科，在开展诊疗活动中，能够严格按照核准的诊疗科目执业，没有超范围开展诊疗活动。

第二、诊所现有主治医生xxx人，执业医师xxx人，执业助理医生xx人，执业护士xx人，已经办理执业注册手续，取得相应的执业证书。

第三、诊所各项管理规章制度完善，并按照规定要求上墙公布。制定有医师和护士岗位职责，制定有诊疗、护理技术规范、医疗废物管理等相关制度。

第四、热情周到为病人服务，关心病人疾苦，耐心细致询问病情，认真进行检查、诊断和治疗。全年诊疗患者xxxx人次，没有发生医疗差错和医疗事故。

第五、能够按照规定使用医疗文书，配备有门诊日志、处方、门诊病历、转诊登记本、传染病登记本、消毒登记本、一次性使用医疗器械毁形登记本和收费票据等，对就诊病人进行登记，书写门诊病历，用药开具有处方。

第六、加强自身药品采购和保管工作，使用的药品全部从具

有药品经营资质的企业购进，购进药品有票据。不向非法企业和个人购买药品，不使用假冒伪劣药品和过期、变质药品，确保临床医疗用药安全。

第七、医疗废物交与xxxx医疗废物处理有限公司处理，双方签订有《医疗废物处置服务合同》，每两天交接一次医疗废物），有医疗废物处理登记本，对医疗废物处理情况进行登记。

第八、严格按照上级要求开展重点传染病疫情防控工作，在疫情防控期间对重点发热病人及时转诊上级医院；在诊疗工作中，没有发现传染病病人或者。

第九、能够按照上级要求开展卫生知识宣教活动，结合日常诊疗工作，向患者宣传卫生防病知识；上级下发的卫生知识宣传资料，能够张贴在诊所进行宣传。积极参与白马函社区居委组织的卫生活动，平时做到经常打扫诊所内外环境卫生，保持诊所环境整洁。

## 医疗资源情况 合作医疗工作总结篇四

截止目前，城镇职工基本医疗保险参保人数x.x万人，万元，万元，万元，万元，亿元。

城乡居民基本医疗保险参保人数xx.x万人，亿元，亿元，累计结余x.x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。

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。

xxxx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。

xxxx年x月以来□xx市纪委监委联合医保局、卫健局、市场监管局、公安局集中开展为期二个月的整治骗取医保基金专项行动，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。

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xxxx□普通慢性病xxxx人、重症xxx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xxxx人次、万元，其中：基本医保提高待遇xxxx人次、提高待遇xxx.x万元，大病保险提高待遇xxx人次、提高待遇xx.x万元，医疗救助xxx人次、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，万元药品。

## 医疗资源情况 合作医疗工作总结篇五

我局把政策宣传作为推动医保工作健康发展的龙头，紧密结合业务工作实际，以贴近和服务于广大干部职工为着力点，全面完成扩面任务。一是充分利用现有的工作条件全方位、立体式进行宣传，将参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策，编印成册，发放到各单位和群众手中，为扩面工作营造良好的外部环境；二是明确扩面重点，锁定扩面目标。年初局行政办公室严格制定扩面工作计划，把扩面目标锁定在有能力未参保的单位上，采取宣传动员和有效的工作措施，进一步促进单位领导正确处理局部与整体、短期利益与长远利益关系，提高参保的主动性和积极性；三是进一步宣传灵活就业人员参保办法和农民工参保办法，动员和引导下岗职工及进城务工人员尽快参保，切实解决“看病难、看病贵”的实际问题，消化矛盾，维护稳定今年新增农民工1000人。全年共计参保单位255个，参保人员已达15600人(其中农民工1000人)，比去年同期新增20xx人，超额完成扩面任务108人。

为确保医疗保险基金足额征收到位，我们一是到参保单位大力宣传基金征缴条例，提高参保单位缴费积极性；二是实行征收目标责任制，把全年征收任务细化分解到各个人头，不管是科股长，还是办事员，都将任务完成情况作为考核个人工作业绩的重要内容，与年度奖惩挂钩，形成了“人人肩上有压力，千斤重担大家挑”的工作氛围，极大的调动了大家的主动性和创造性；三是委托相关部门代扣代缴，确保了基金足额到位。今年目标任务应收基本医疗保险基金1224.17万元，实际征收基本医疗保险基金1346.6万元，完成目标任务的110%。其中进入统筹基金740.63万元，入个人账户605.97万元。



定点医院和定点药店是医疗保险基金支出的源头。一是年初我局召开了全县定点医院和定点药店工作会，会上要求各定点医疗机构必须严格按照有关规定，规范管理，完善制度，认真履行医保服务协议；二是在日常工作中严把两个关口：1、严把参保患者住院关。为防止冒名顶替、乱开药、大处方等违规现象的发生，我局将监督检查常规化、制度化，定期不定期到医院，督促医生合理检查，合理用药，合理治疗，有效防止了基金的流失。全年发现违规现象5起，违规金额高达3.2万元，从源头上制止了基金流失，确保基金安全营运；2、严把参保患者住院费用审核结算关。实行了“三审制”：即初审、复审、主要领导审签，看有无不按处方剂量开药，看药品是否为疾病所需用药等，既坚持了公平、公正、公开，又有效保障了患者的医疗待遇；三是严管异地安置人员就医。凡是异地安置人员必须领取《异地人员安置表》，按照就近就医的原则，在居住地选择不同等级的三家医院，报医保局存档，在生病就医时，必须在选择的医院就医，否则不予报销。全年累计审批住院1573人次，实际住院1573人次，发生医疗费用702.4万元，实际支付502.3万元。有效保障了参保人员的基本医疗需求，为维护全县的社会稳定做出了积极贡献。

近年来门诊特殊疾病人数不断上升，给基本医疗保险统筹基金带来了一定风险。按照门诊特殊疾病管理原则，进一步规范了管理。一是规范办理程序，严格要求首次办理门诊特殊疾病人员，必须持三级乙等以上的定点医疗机构出具的疾病诊断证明书，检查报告，方能向医保局提出申请，领取专门制做的《门诊特殊疾病管理登记册》，经鉴定小组审查后，符合条件才能办理；二是确定门诊特殊疾病就诊医院，实行限量购药。为确保特殊疾病患者得到规范治疗，我局在县内确定了三家就诊医院，并在三家医院选择了47名医生为门诊特殊疾病指定医生。同时还要求患者必须在指定的医生中看病，每次药量不得超过七天量，特殊情况最长不超过15天量，费用额不超过200元，否则不予报销；三是进一步明确了发票管理和待遇支付。全年共计办理门诊特殊疾病610人次，申报门

诊费140万元，按照政策规定报销 65万元。

医疗保险部门是党和政府的形象部门，是为民办实事办好事的窗口单位，本着为人民服务的宗旨和医疗保险工作需要，今年我局结合县上的干部队伍作风整顿等活动，进一步加强了干部职工素质教育，规范了工作行为，严肃了工作纪律，修订了内部管理制度。通过作风整顿的学习讨论、查找问题、整改提高三个阶段，干部职工的思想作风、工作作风、领导作风、生活作风等方面得到了全面加强，服务群众的能力得到明显提高，工作质量、工作效率明显提升，存在的突出问题得到有效解决，群众心目中的形象得到了好转，全面建设了一支“政治上强、业务上精、作风过硬、廉洁高效”的医疗保险队伍。

□

离休干部、企业军队转业干部、二等乙级以上伤残军人几类特殊人员为我国国防事业和当地地方经济建设作出了卓越贡献。为有效保障他们的医疗待遇，维护稳定，我们一是在工作中设立便利通道，减化手续，指定专人负责审核，同时要求工作人员以热情的服务态度，让他们感受到党和政府的温暖；二是积极协调关系。由于县财政资金周转困难，他们的医保待遇不能及时兑现，我局多方筹资，提前垫付了他们的医疗费用，解决了他们的实际困难。

20xx年全县医疗保险网络系统正式启动，实现了定点医院和定点药店电算化管理，极大地方便了参保患者的就医购药。但由于当时建设资金有限，拨号上网导致信息传输速度慢，给参保人员和医疗机构带来了不便。为此，我局今年将完善网络系统当成一件大事来抓：一是将网络系统升级为宽带系统；二是对医保ic卡进行加密，防止了ic卡丢失后被他人盗用的现象发生，得到了广大参保人员的好评。

（一）医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，

加之城镇居民参加医疗保险办法尚未出台，覆盖面小，基金结余抗风险能力弱。

（二）国有改制企业均未参保。由于我县经济发展滞后，许多企业都处于困境，破产的破产，改制的改制，职工下岗分流自谋出路，特别是破产改制企业离退休人员，生病机率高，由于过去未参加医疗保险，现在参保将成为一个极大的难题，也是全县一个不稳定因素。尽管出台了《xx市城镇灵活就业人员参加基本医疗保险办法》，但缴费数额高，难以自筹资金参保。

（三）医保现状不能满足职工需要。我县医疗保险体系单一，仅有城镇职工基本医疗保险和补充医疗保险，同时社会医疗救助制度不规范，个人自负比例偏高。

（四）对定点医疗机构和异地就医管理难度大。一是现在定点医院和零售药店共计发展到50余家，而大部分遍布全县各乡镇，由于监督检查人员少，在对定点医院进行经常性协议管理中还不能很好的发挥作用，对一些违反协议的现象不能及时发现。加之同级别的定点医院机构单一，定点医疗机构难以形成竞争态势，有忽视协议管理的现象，不能很好地履行协议；二是我县很多退休人员居住在异地，对这部分人员的住院监督管理难以到位。

（五）办公经费少，无法实现财务电算化管理，没有自己的办公地点，现仍租借在就业局办公，交通车辆也未配备，给工作带来了极大不便。

二0xx年十一月二十日