# 医保退休工作总结(优选22篇)

来源：网络 作者：流年似水 更新时间：2025-03-09

*医保退休工作总结1一年来，在xx市医保局的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊的参保人员更好地享受基本医疗保险，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定的成绩。一年来，我院始终坚持按照《xx市城镇职工基...*

**医保退休工作总结1**

一年来，在xx市医保局的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊的参保人员更好地享受基本医疗保险，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定的成绩。

一年来，我院始终坚持按照《xx市城镇职工基本医疗保险办法》、《xx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《xx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、高度重视、加强管理、严格遵守有关法律法规

我院自建院以来，一直提倡优质服务，方便参保人员就医；严格执行医疗机构管理条例及各项医保法律法规，以救死扶伤、防病治病、为公民的健康服务为宗旨在醒目位置悬挂医疗保险定点标识牌；在医疗保险局的正确领导及指导下就，建立健全了各项规章制度及组织机构，成立了以xxx为组长、xxx为副组长的领导小组，并指定xxx为专职管理人员；同时建立了与基本医疗保险管理制度相适应的医院内部管理制度和措施；如基本医疗保险转诊制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊制度；公布投诉电话xxxx、医保就医流程和各项收费标准，并在年初做好年度计划和年终做好年度工作总结；高度重视上级领导部门组织的各项医保会议，做到不缺席、不迟到、早退，认真对待医保局布置的各项任务，并按时报送各项数据、报表。

>二、医疗服务价格及药品价格方面

一是入院方面，严格对入院人员进行仔细的身份验证，坚决杜绝冒名顶替现象，住院期间主动核实是否存在挂床住院现象，做到发现一起制止一起。

二是针对病情，做出合理的诊疗方案，充分为患者考虑，不延长或缩短患者的住院时间，不分解服务次数，不分解收费，出院带药按照规定剂量执行。

三是在特殊检查治疗方面，我院要求医生要针对不同病人的不同病情，做出合理的诊疗方案，如有需要进行特殊检查治疗，需认真、仔细、真实填写申请单，并严格按照程序办理。不得出现违规和乱收费现象。

四是对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单。严格执行药品目录的规定范围不擅自扩大或缩小药品的使用范围，对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目，事先要征求参保人员同意。

>三、履行医疗保险定点服务协议及缴纳养老、医疗、工伤保险情况

我院在日常管理方面，一直本着对患者提供优质的服务为宗旨，方便参保人员和患者就医；平时严格执行诊疗护理常规，认真落实首诊医师责任制度及各项责任制度，强调病历诊断记录完整，对医生开出的处方和病历有专职人员进行整理归档；定期组织医生进行业务和职业道德培训，做到对病人负责从病人角度出发，不滥检查、滥用药，针对病人病情，进行合理检查治疗、合理用药；对就诊人员进行仔细的身份验证，杜绝冒名顶替就诊现象；对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并对病人提供费用明细清单。严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。在参保人员住院治疗方面：

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程，认真落实首诊医师责任制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难危重病历讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度。完善医疗质量管理控制体系。

二是各种单据填写完整、清楚、真实、准确，医嘱及各项检查、收费记录完整、清楚无涂改，并向病人提供住院费用清单，认真执行自愿项目告知制度，做到不强迫。

三是严格按照医疗保险标准，将个人负担费用严格控制在30%以内，超医保范围的费用严格控制在15%内。

同时也关注本院职工的医疗保险情况，按时按量给本院职工缴纳养老、医疗及各种保险，从未发生拖欠情况。

在这一年的工作中，我院取得了优异的成绩，但是也存在不少问题。在今后的工作中，需要严把关，认真总结工作经验，不断完善各项制度，认真处理好机制与服务的关系，规范各项流程，努力更多更好地为患者及参保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展做出贡献

**医保退休工作总结2**

>一、勤学习，提高素质

古人云：学如逆水行舟，不进则退。首先坚持政治理论学习，认清历史使命，树立正确的世界观、人生观、价值观和荣辱观，积极投入到“解放思想大学习大讨论”中，扎实学文件，认真记笔记，精心写心得，达到拓宽思路，提高认识，指导实践的目的。第二坚持业务学习，学习劳动保障政策法规，医保改革专业知识，学习外地先进的经验做法，提高政策业务水平和实践能力。第三注重向实践、向身边的先进典型学习，学人之长，补己之短，不断纠正自己，提高自己，完善自己。

>二 、尽职责，务实工作

结算报销更加规范。结算报销是医保管理的重要环节，关系到医保基金的平稳运行，关系到患病职工能否享受到应有的医保待遇，关系到参保职工对医保政策的满意度。

**医保退休工作总结3**

20xx 年医疗保险工作汇报 年医疗保险工作汇报铁路局医疗保险中心

20xx 年，我院在医保中心的领导下，根据《xxx 铁路局医疗保险 定点医疗机构医疗服务协议书》与《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。

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 20xx 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 执行医疗保险政策情况 疗保险政策20xx 年 6-XX 月份， 我院共接收铁路职工、家属住院病人人次，支付铁路统筹基金 xxxx 万元，门诊刷卡费用 xxx 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。

CT、彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达 60%以上。

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。

医保科将医保有关政策、法规，医保药品适应症以及自费药品目 录汇编成册，下发全院医护人员并深入科室进行医保政策法规的培 训，强化医护人员对医保政策的理解与实施，掌握医保药品适应症。

通过培训、宣传工作，使全院医护人员对医保政策有较多的了解，为 临床贯彻、实施好医保政策奠定基础。通过对护士长、医保联络员的 强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确 核查费用，随时按医保要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用 药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。与医务科、护理部通力 协作要求各科室各种报告单的数量应与医嘱、结算清单三者统一，避 免多收或漏收费用；严格掌握适应症用药及特殊治疗、特殊检查的使 用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析；严格 掌握自费项目的使用，自费协议书签署内容应明确、具体；与财务科 密切合作，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误等。做到 了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指 征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五 查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否合理。

半年来 没有违规、违纪现象发生。

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 20xx 年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。

**医保退休工作总结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。

**医保退休工作总结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！

作为收费员这个岗位，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。其实收费员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，收费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。

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，让我们全体职工全身心的投入到工作中去，

12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。

**医保退休工作总结6**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

1.医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的.口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2.我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

年我们医保科组织医保培训每季度1次,每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx，住院人次费用xx住门比xxx。医保门诊xxx，门诊人次xxxxx，人均费用xxx。

>三、树立良好的服务理念，诚信待患

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。院领导和我们医保科经常深入病房之中

监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

**医保退休工作总结7**

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。

**医保退休工作总结8**

xx县医保中心：

20xx年，我店在社保中心的正确领导下，认真贯彻执行医保定点药店法律法规，切实加强对医保定点药店工作的管理，规范其操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在有效遏制违规现象等方面带了好头。现将年度执行情况总结如下：

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》以及从业人员的执业证明。

三、我店已通过省药监局《药品经营质量管理规范GSP》认证，并按要求建立健全了药品质量管理领导小组，制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，并建立与此相配套的`档案资料。

四、努力改善服务态度，提高服务质量，药师（质量负责人）坚持在职在岗，为群众选药、购药提供健康咨询服务，营业人员仪表端庄，热情接待顾客，让他们买到安全、放心的药品，使医保定点药店成为面向社会的文明窗口。

五、自觉遏制、杜绝“以药换药”、“以物代药”等不正之风，规范医保定点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台。销售处方药时凭处方销售，且经本店药师审核后方可调配和销售，同时审核、调配、销售人员均在处方上签字，处方按规定保存备查。

七、严格执行国家、省、市药品销售价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

八、尊重和服从市社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。

综上所述，20xx年，我店在市社保处的正确领导监督下，医保定点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx年，我店将不辜负上级的希望，抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我县医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

**医保退休工作总结9**

在市、区医保主管部门的领导下，在区卫生局的大力支持下，我单位领导高度重视医保工作，按照年度工作计划，遵循“把握精神，吃透政策，大力宣传，狠抓落实”的总体思路，认真开展各项工作，经过全体医务人员的共同努力，我门诊部医保工作取得了一定的成绩，现将我单位的医保工作总结如下：

>一、领导重视、积极宣教

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，我单位领导高度重视医保工作，统一思想，明确目标，加强了对医保政策的组织学习。为使医务人员和群众对新医保政策和制度有更深的了解和掌握，我单位进行了广泛的宣传和教育活动，对本单位人员进行了两次医保政策制度的培训，利用宣传栏、电子屏及医保小册子等对群众进行了新医保政策内容的宣传教育。

>二、措施得力、狠抓落实

为使医保病人清清楚楚就医，明明白白消费，我单位利用电子屏对医保各项收费标、部分药品价格、收费项目进行了公布。为广泛接受群众的监督和争取群众的意见建议，我单位还设立了群众医保建议本，公开了医保投诉电话等方便群众向我们提出建议和投诉举报不良的医保行为。为我单位规范医保服务行为，严格实行责任追究，从严处理责任人提供了一定的参考。

为保障我单位医保工作的稳步推进，我单位结合自身实际制定了年度工作计划、医疗保险服务相关管理规章制度、以及对单位员工的医保知识培训计划和定期不定期监督检查制度等等保障医疗保险服务质量的规章制度，并认真组织实施。从检查结果来看，我单位员工对医保知识都有较好的掌握，各项医保服务项目有序推进。

>三、改善服务态度，提高医疗质量

我单位结合“三好一满意”活动和创先争优活动的开展，要求全体医务人员掌握医保政策及业务，规范诊疗行为，做到合理检查，合理用药，不搭车开药，规范医疗用语，杜绝生冷硬现象。严格控制参保人医疗费用年度人次平均自费率，做好医保用药的备药工作和“三个目录”医保编码对比工作。借助规范医保行为，不断提高我单位的医疗和服务质量，使病人看好病，满意看病。参保病人满意度不断提高。

>四、发现的主要问题及不足

我单位医保工作取得了较好的成绩，但也还仍然存在着不足之处。比如少许工作人员对医保政策和知识的掌握还不够扎实，收费设备比较陈旧，有时出现医保信息传输中断，就医环境还有待改善等等，对于这些情况我们将继续努力，对能立即处理的坚决立即处理提高，对不能马上改变的，我们将创造条件尽快改变。

严把政策观，从细节入手，认真工作，真诚为患者服务，一年来我单位医保工作不断突破，大大减轻了参保人员的就医负担。不断提高辖区群众的参保率和医保服务质量，参保人员满意度不断提高。我们将以此为动力，用更多的努力和更大的热情将医保工作做全做好。

**医保退休工作总结10**

我在县医保局领导班子的坚强领导下，认真贯彻落实科学发展观，立足基层、着眼实际，以落实“民生工程”为核心，全心全意为人民群众提供优质高效的热情服务，为维护单位整体形象、促进各项工作有序进展，作出了个人力所能及的贡献。现总结：

>1、勤学习，苦钻研，全方位提高自身综合素质。

为进一步适应医保工作新形势，这些年来，我一直坚持在学中干、在干中学，及时掌握国家关于医保工作的有关法律法规和最新政策，认真把握县委县政府对医保工作的新要求，积极参加县财政局和医保局组织举办的各类有关会计知识的技能学习和考试、考核、培训，全面把握有关财经纪律和工作制度，进一步提高自身综合素质，促使自己更好地胜任本职工作。对工作中不能完全把握的地方，多向领导请示，多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。

>2、爱工作，乐奉献，为参保职工提供热情服务。

在日常工作中，我主要负责城镇职工医保、城镇居民医保、工伤保险等医保结算等日常事务性工作。为进一步规范服务行为，提高服务意识，我牢固树立“社会医保”、“阳光医保”的服务信念。特别是在每年的6、7月份城镇居民医保数据采集期间，经常加班加点，但我毫无怨言。会同同事积极对外宣传推介我县医保工作政策，认真做好调查研究和基础数据采集工作，上门宣传医保政策法规，动员城镇职工积极参保。及时发放各种证、表、卡、册，热情为参保单位和职工办理各种参保手续。在日常工作中，我认真核算各有关医院的报销数据、切实做好各类慢性病的报销工作，定期与财政、银行、医院等单位核对相关数据，确保各项工作顺利完成，获得了领导和同事的好评。

>3、讲操守、重品行，努力维护单位整体形象。

以上是本人近一年来的简要回顾，尽管做了一些工作，但这离组织上的要求和人民群众的期望，仍存在较大差距，我决心今后进一步努力。以上总结，不妥之处，敬请批评指正！

**医保退休工作总结11**

今年以来我区医疗保险工作，在市、区的有关部门和领导的支持关心下，取得了一定的成绩，城镇医保工作进展良好，医疗救助工作全面展开，医疗保险做为社会福利事业越来越多地受到社会的普遍关注，医疗保险已构成社会保障的重要方面，而得到了社会的普遍认可。回顾5个月以来的工作，可以说是工作扎实，效果明显，群众满意，其主要工作完成如下：

1、开展了对参保资源的情况调查。按市局的有关要求，从今年4月份开始，我们对全区的各类人员参加各种医疗保险情况进行入户调查。通过调查，我们掌握相关业务的第一手资料的同时，也增加了全区医保工作人员的工作责任心和使命感。

2、开展完善医保经办管理办法征求意见活动。随着，医疗保险工作的不断深入，人们对医疗保险工作的要求与期望也愈加强烈。按市局的统一布属，我们与局领导先后四次到基层企业、街道走访调研，收集建设性的意见有二十六条，改进工作方法和办事程序等方面的建议十三条，为促进基层单位和上级决策部门的工作改进提供了条件。

3、开展制定工作目标责任分解工作。为了更好地完成全年工作任务，我们将今年市里下达的78320人工作任务全部进行分解，制定责任工作目标下达到民政，教育局和各个街道办事处。做到责任落实到人，为确定全年工作任务完成打下了基础。

4、开展信访疑难案件调查处理工作和答复人大代表和政协委员提案议案工作，几个月以来我们先后与有关部门合作，妥善处理了世博集团，洮昌街道办事处、辽沈街道办事处等单位信访疑难案件。四次答复了人大代表和政协委员有关农民工参加医疗保险、困难企业职工参加医疗保险等方面提案议案。多次接待了大北、洮昌办事处和三产办等转属企业退休职工因医保问题，而引发的群体上访事件。

5、开展了医疗保险业务培训与宣传活动，为提高群众对医疗保险的\'认知和参与程度，较快适应新形势下的医疗保险工作的新要求，我们通过月例会和周检查等形式开展了有针对性业务培训活动，尽快提高工作人员的业务能力，通过发放宣传单，印制宣传标语，制作展板等形式，宣传新的医保政策，使群众对医保有了更深的了解。

**医保退休工作总结12**

为落实龙医保【20xx】第40号文件精神，《关于开展对医保定点医疗机构基金使用情况调研的通知》的有关要求，我院立即组织相关人员严格按照城镇职工医疗保险的政策规定和要求，对医保基金使用情况工作进行了自查自纠，认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

>一、提高思想认识，严肃规范管理

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的安全运行。

>二、严格落实医保管理制度，优化医保服务管理

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都证求参保人员同意并签字存档。

>三、建立长效控费机制，完成各项控费指标

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的.入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处,建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长；出院人次191人比去年同期下降；门诊住院率同比去年下降；二次返院率同比去年下降；住院总费用万元同比去年下降，医保基金费万元同比去年下降；药品费用万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用万元同比去年下降；平均每位出院患者医药费用元；较去年下降。

>四、存在的问题

1、由于我院外科今年第一季度开展手术治疗的患者较同期多，故耗材费用和大型仪器检查占比略有所增长，其中耗材费用万元同比去年增长；百元耗材比同比去年增长；大型仪器检查占比同比去年增长。

2、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，医疗保险政策认识不足，对疾病诊疗不规范。

>五、整改措施

1、组织相关医务人员对有关医保文件、知识的学习。

2、坚持合理检查，合理诊治、合理应用医疗器材，对患者的辅助检查、诊疗，要坚持“保证基本医疗”的原则，不得随意扩大检查项目，对患者应用有关医疗器材应本着质量可靠、实惠原则，坚决杜绝不合理应用。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

xxx医院

20xx年5月8日

**医保退休工作总结13**

我院医疗保险工作在院领导的领导下，在全院职工关心支持下和各临床科室积极配合下，通过医保科职工的共同努力，顺利的开展了各项工作，现总结如下：

>一、已完成工作

1、20xx年与我院签署定点医院协议的行政部门有：

（1）1月份与xx市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

（2）3月份与xx市医保中心签订医疗服务协议。

（3）5月份与xx市新型农村合作医疗办公室签订医疗服务协议。

（4）xx市工商保险服务中心。

（5）xx市民政局。

（6）xx市城镇职工医保中心未重新签署的，都延续之前的协议。

2、认真学习宣传各险种的各项政策规定，并贯彻执行。实时更新合疗政策宣传栏；定期公示补偿信息表；每月底给xx市医保、合疗等各部门办公室上传报表。每月去合疗办公室报送报销资料。快递邮寄病历38份（含85份病历）

3、定期到临床科室了解合疗管理情况，帮助解决合疗工作中存在的问题，减少不必要的损失。季度统计各科室收治合疗患者的费用情况并做分析，按时发放至各科室，让各临床科室都能了解、掌握合疗患者的费用情况，及时做出调整。

4、汇总季度各科室收治的合疗患者人数给与奖励，对于违反政策的个人及科室给与处罚，并将季度奖罚汇总表交由经营办发放。

5、医保、合疗运行情况

（1）合疗：上半年（1-5月份）共报付合疗患者247人次，住院总金额共计元。住院补偿金额元，申请合疗基金515275元。合疗基金结余元。人均住院费用元，住院实际补偿率为74%。合疗患者平均住院日为天。药占比为，自费药占比为。单病种执行率。各项指标均达到合疗政策要求，在xxx两市合疗办的多次督察中均受到好评。暂无门诊慢病与大病补助。

（2）医保：（xx）

门诊：门诊目前已累计刷卡97人次，总金额元。

住院：报出12例患者。住院总金额为元，医保垫付元，患者自负元。

（3）民政：共报付9人次，医疗费用元，民政补助元。

（4）扶贫：共报付精准扶贫人员5人次，总医疗费用元，报销金额元，报销比例达92%。

>二、正在进行工作与不足之处

1、跟未结款的各县合疗办催要合疗补偿款。

**医保退休工作总结14**

20XX年，在县医疗保险中心的正确领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的共同努力下，我院以全心全意服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结：

>一、配备优秀人员，建立完善制度

医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以副院长暴艳梅为组长，组员：陈萍、王彬、陈智、等人组成医保工作小组，负责患者日常诊疗及信息录入、上传等工作。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保患者利益，不断加强管理，随时查找问题，发现问题及时改正，尽可能杜绝医疗纠纷和事故的发生。

>二、认真完成工作任务

医院高度重视医保工作，使参保患者利益得到充分保障。这一年我院按照医保相关政策的要求认真工作，诚心为患者服务，圆满的完成了各项工作，20XX年我院共收住院医保患者8人次，总住院天数：113天，住院总收入元，其中药品费用：，门诊人次：139人，门诊医疗费用总计元。

>三、提高诊疗水平

为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。

我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会得到满意答复。院领导及医院科室负责人经常对住院患者进行探望，询问病情，询问对医院的要求及意见。严格执行国家及发改委的各项收费政策，准确划价、合理收费。及时、准确上传患者就诊信息。医院实行了科学化及自动化管理，电脑收费，给住院患者提供出院清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。

院领导经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。做到专卡专用，严把出入院关。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈信息：患者及家属对医院医保工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题：由于基药的影响，住院病人数有所下降，但我们深信在新的一年里，在医疗保险中心的大力支持下，院领导的正确领导下，我们将会利用有限的药品，服务于无限的患者，加大医改政策的宣传力度，把来年医保工作完成的更加出色，造福所有来诊的参保患者。

**医保退休工作总结15**

20xx年要在阆中市市委、市政府及市卫生局和市医保办的领导下，以党的十九次全代会精神为指导，深入贯彻《\_中央、\_关于进一步加强农村卫生工作的决定》，结合《阆中市新型医疗保险实施细则》精神，加大力度，加快进度，推进我医院医疗保险制度建设和农村卫生服务体系建设，促进农村卫生事业的改革与发展。

>一、加强和完善医保的制度建设。

根据我医院实际，在已出台的《阆中市医疗保险实施方案》的基础上，尽快完善医疗保险相关配套政策和规定：通过相关配套制度的建立，构筑医疗保险基金收支平稳运行的保障机制。

>二、注重学习先进经验，开展技术指导。

加强学习，加大工作力度，加强分类指导和经验交流。注重对医疗保险各项工作的研究，发现和解决出现的新情况、新问题。

>三、加大信息系统开发和建设力度。

>四、加强对医保保险工作的监管。

按照《\_办公厅关于加强医疗保险定点医疗机构医药费用管理的若干意见》的要求，采取综合措施，加强对医疗保险定点医院服务行为的规范化管理。建立和完善医疗保险定点医院服务收费和服务行为监管机制。努力降低医疗费用。

>五、加大对医保管理人员及医护人员的培训力度。

>六、加强药品的管理。

**医保退休工作总结16**

20xx年度7月份从药房变更过来的。自从实行医保刷卡以来，本药房坚持执行国家及县劳动部门的政策规定，严格按照所签订的.服务协议去操作。具体如下：

1、本药房配备两名药师，均为中药师。每班均有药师在岗，没有挂名及顶替的现象。

2、确定医保工作分管负责人及专职管理人员，聘任了药品质量负责人。

3、坚持夜间售药，方便参保人员及广大群众购药。

4、凭处方销售处方药及中药饮片，处方均经中药师审核后，方可调配。处方按规定留存备查。

5、根据医保药品目录，备齐备足药品，中药饮片达400多种，符合医保定点药店的要求，满足参保人员的治疗病需求。

6、为了保证药品质量，坚持从合法渠道购进药品，择优购进，从未销售假劣药品，并加强在库药品管理，防止药品变质失效，确保参保人员用药安全有效。

7、严格按照医保管理部门要求，从不利用刷卡、销售滋补品、化妆品及生活用品，从不利用刷卡为参保人员套取现金，从不虚开发票。

8、为了提高透明度，保证参保人员知情权，坚持明码标价，童叟无欺。如有价格变动及时调整，从而使广大参保人员的利益不受损失。

以上是本药房20xx年度医保工作的总结，如有不妥之处请指正。

**医保退休工作总结17**

在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在区委、区政府的高度重视与大力支持下，以服务于广大的参保患者为宗旨，医院全体职工团结协作共同努力，使我院的医疗保险工作健康平稳的运行，现将20xx年医疗保险工作总结如下：

>一、加强医疗保险政策宣传力度

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我院充分利用“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，走进社区、走进企事业单位、走进学校，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。

>二、转变工作作风、树立服务观念

医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务，不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的医务工作人员队伍，因此，根据市医保要求，全院同志积极参加每次市医保的培训和学习，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过医务工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意；转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟；转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化的原则，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平。

>三、完善制度、强化管理，不断提高医保管理水平

一是将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督；

二是完善制度，从入院登记、住院治疗、出院补偿等各个医疗工作环节，规范医保服务行为，严格实行责任追究制度；

三是在医院持续开展“三优一满意”(即优美环境、优质服务、优良秩序，让人民群众满意）活动；

四是强化了医疗保险服务意识，转变了医务工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。

>四、强化学习，注重内涵建设

为使医院职工对医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我院开展了形式丰富多样的学习活动：

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；

二是进一步完善学习培训制度，每周五定期组织职工进行相关理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，使医院职工的思想意识、业务水平和各项能力得到了加强。

**医保退休工作总结18**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保中心安排的工作计划，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，宣传力度大。

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。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。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、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；三是通过微信、云鹊医、LED等来宣传医保政策，让广大人民群众真正了解到参保的好处，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严。

>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，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。我院分管副院长定期下病房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。我院工作人员积极地向每一位参保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开，始终把为参保患者提供优质高效的服务放在重中之重。

**医保退休工作总结19**

20xx年我院全体职工紧紧围绕医院办院宗旨，团结奋进，共同努力，不断提高医疗水平，优化医疗环境，改进服务态度，医院社会和经济效益稳步提高，各项工作取得可喜成绩。在医疗保险工作领导小组的领导下，在医保各级工作人员和全体医务人员的积极支持和配合下，我院的医疗保险工作开展顺利，一年来，共接诊医保患者门诊xx人次；住院xx人次。全院医务人员热忱接待医保患者，以精湛的医术、优质的服务、合理的收费赢得患者的认可和好评。全年，医院未因“医保”发生一例纠纷，未接到一起投诉，未出现医疗差错和事故，受到病友们的一致好评。现将20xx年我院医保工作的开展情况作简要总结：

>一、严格执行管理法规，积极接受社会监督：

根据医保政策的调整，今年我院进一步完善和修订了医保管理制度，以适应新的政策。同时，为尽量减少工作中的失误，医保科会同核算科、财务科、质控科、医务科对医保资料实行“五堂会审”，共同核查报账材料，形成核检通报，让医务人员动态掌握相关情况，及时加以整改，以保证医保工作质量。在医保领导小组及医保科的领导下，全体医护人员遵章守法，规范运作，严格执行各项医疗保险管理法规，无违规违法操作现象。处方、病历书写真实、准确、及时、完整，坚持合理治疗、合理检查、合理用药、因病施治；使用或施行目录外药品及诊疗项目时，能履行告知义务，征得患者及家属同意，并签订知情同意书随病历存档；无乱计费，升级收费现象；未出现分解服务次数和分解收费现象；能严格掌握出入院标准，使出入院诊断符合率达98%以上，无挂床住院，无不合理缩短或延长住院床日、无挂床住院、无冒名顶替住院等现象发生。规范市外转诊程序，及时为符合转诊、转院条件的患者办理转诊转院手续，今年转市外就医5人，市外转诊率、药品费用、目录外自费药品均控制在政策规定范围。

为更好地接受社会的监督，我院在门诊和住院部设立了“投诉箱”，公布了举报电话，并及时收集患者意见和建议，不断改进我院医保管理工作。

>二、加强政策法规学习，做好医保知识宣传：

为让医护人员熟悉和了解医保政策法规，以便更全面的服务参保患者，医院利用召开全院职工大会及晨会的时间，多次开展医疗保险知识的学习，及时传达医疗保险新政策新规定。10月8日医保科组织了一次全院职工的医保政策培训，让所有医务人员了解政策，熟悉政策，更好地为参保患者服务。为提高医务人员服务意识，医院还组织了医保政策及规范化服务、处方管理及抗菌药物应用等多次知识的测试，测试成绩均达标。同时，医院及时更新医疗保险知识宣传栏内容，面向职工及患者公示就医流程及主要检查、治疗、药品的收费标准等，方便患者就医；医保保管理人员还经常亲临病房，解答参保患者疑问，让广大参保患者对医疗保险有更充分的认识，在就诊时有更明确的方向。

>三、加强医保定点宣传力度，扩大医院在参保人群中的影响：

为让广大参保人了解我院为医保定点服务单位，认识到我院技术、人才、服务、价格等就诊优势，让参保眼疾患者享受到更为专业的医疗服务，医院利用体检、会议、义诊等机会，发放科普宣传材料，扩大医院对外交流协作及影响，提高医院在医保参保人群中的认同率，以期让更多的参保人接受我院专业、高效、优质的眼科专科服务。

一年来，在市劳动和社会保障局及市医疗保险局的正确领导下，在全院职工的努力下，通过开展上述各项活动，我院医疗保险工作取得一定成绩，社会影响力逐步上升，来院就诊的参保患者越来越多，得到医保管理部门的认可。但医保管理是一项难度大、工作要求细致、政策性强的工作，在取得成绩的同时，有些工作还有待进一步完善。

>计划从以下几个方面开展好医保工作：

一、加强与医保局的联系，严格贯彻执行各项医疗政策法规，按照“定点医疗机构服务协议”操作，加强医务人员医保政策法规的学习培训和考试，及时通报医疗保险新政策，提高服务质量，改善就医环境和服务态度，积极配合医保局的各项工作。

二、进一步充实和健全医院医保管理制度和工作职责，根据需要和医保新法规，设立医保宣传栏，让参保人员能及时了解医保新信息。

三、规范操作运行程序，根据临床需要适当补充一些常用药品或检查设备，尽可能满足患者就医的需要。

四、加大宣传力度，进一步扩大医院对外影响，争取与各县（市）医保局签订服务协议，利用医院人才、服务、价格、技术优势为更多的参保人员提供专业化的眼科医疗服务，并按照有关规定，内部定期组织服务质量检查，发现问题，进行及时有效整改。

五、号召全体职工重视医保工作，积极支持医保工作，争创医保“A”级定点医疗机构。

**医保退休工作总结20**

XX年医保科个人总结

XX年医保科个人总结一

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，宣传力度大

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。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保、农合工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。

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。三是加强医院信息化管理，在医院信息中心帮助下，通过医保软件管理，能更规范、更便捷。大大减少了差错的发生。四是通过电视专辑来宣传医保政策，让广大医保人员，城镇居民、学生等朋友真正了解到参保的好处，了解二医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严

为使医保、农合病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院外公布了医保、农合就诊流程图，医保、农合病人住院须知，使参保病人一目了然。并在大厅内安排专职导医、负责给相关病人提供医保政策咨询。二是配置了电脑触摸屏、电子显示屏，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。在省领导及市物价局领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是由医院医保管理委员会制定了医保管理处罚条例，每季度召开医院医保管理委员会，总结分析近期工作中存在的问题，把各项政策措施落到实处。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。五是医院职工开展星级服务，刷卡制度，以文明礼貌，优质服务，过硬技术受到病人好评。

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，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。

我科分管副科长定期下病房参加晨会，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和参合农民手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工和参合农民宣传，讲解医疗保险的有关规定，新农合的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开。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、居民医保住院病人余人，总费用万余元。接待定点我院的离休干部人、市级领导干部人，伤残军人人。20xx年我院农合病人人，总费用万元，发生直补款万元，大大减轻了群众看病负担。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：;做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大;全院的医保工作反馈会偏少。

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，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

>>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。

XX年医保科个人总结二

今年以来，我县的医疗保险工作在县委、县政府和上级主管部门的领导下，坚持三个代表重要思想和科学发展观为指导，认真贯彻落实上级有关医疗保险的文件精神，以时俱进，开拓创新，努力构筑多层次的医疗保障体系，以完善制度、扩大覆盖面为重点，以强化管理、优化服务为手段，为保障广大参保人员的医疗待遇，维护社会稳定，促进-

我县各项事业的全面、协调、快速发展，取得了一定的成效。

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XX多份、《健康之路》刊物3000多份，同时，还通过上门服务、电话联系、实地走访以及召开座谈会等形式进行宣传，取得了较好的效果;截止11月底，全县医疗保险参保单位210个，参保人数7472人，完成市政府下达任务的104，其中：企、事业和条块管理参保单位39个，参保人员1211人。

二、坚持以人为本，多层次的医疗保障体系基本建立

我县坚持以人为本的科学发展观，加大工作力度，已初步构筑了多层次的医疗保障体系：一是从XX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。

三、完善政策、强化管理，不断提高医保管理水平

**医保退休工作总结21**

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

>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

**医保退休工作总结22**

20xx年在xx市社会保障局医保处及罗湖区社会保障局医保科的领导和帮助下，在院领导的高度重视与大力支持下，在全院医务人员的协作下，我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行xx市社会保障局有关医保的新政策，圆满的完成了全年的医疗保险工作，现就这一年的工作做如下总结。

>一、配备优秀人员，建立完善制度

1、医疗保险工作的宗旨就是服务于广大的参保患者，为广大的参保人员服务不应成为一句空洞的口号，在具体工作中需要有一支敬业、奉献、廉洁、高效、乐于为参保患者服务的工作队伍。因此院领导组织了精干的人员进行此项工作，并成立了以院长为组长，书记为副组长，医保科主任、护理部主任、内科主任、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。

医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。院领导为了保证基本医疗参保人员在我院就诊的质量、方便患者就医、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2、我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

3、20xx年我们医保科组织医保培训每季度1次，每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实xx市人民政府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年（1~12份）我院共收住院医保患者xx人次，医疗费用总计xx，住院人次费用xx。医保门诊xx人次，门诊xx人次，人均费用xx。

>三、树立良好的服务理念，诚信待患

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。为了实现就诊公开化、收费合理化的承诺，我院把所有服务内容及收费标准公开，把收费标准及药品价格制成公示板悬挂在门诊大厅两侧。我院还对就诊患者实行首问负责制，每位来院患者问到每一个医务人员都会。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，把每天发生的费用情况打印后交到患者手中，各种费用一目了然，免除了患者很多的麻烦和不必要的担心，增加了收费的透明度。院领导和我们医保科经常深入病房之中监督医生服务质量，杜绝了冒名住院、分解住院及未达标准收治住院、串换药品及诊疗项目、串换医疗服务设施、串换病种、乱收费、分解收费等违法违规行为的发生。

患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的工作给予很高的评价，总满意率达到98%以上。

这一年我们医保工作取得了一定的成绩，同时也存在一些问题，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

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！