# 养老和医保工作总结(通用47篇)

来源：网络 作者：落花人独立 更新时间：2025-04-15

*养老和医保工作总结1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...*

**养老和医保工作总结1**

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。

**养老和医保工作总结2**

我县城乡居民基本养老保险和居保扶贫工作，在县委、县政府的正确领导和上级业务主管部门的精心指导下，较好地完成了目标任务。截止10月底，缴费人数为万人，收缴保费亿元，超额完成市民生办下达的年度缴费目标任务数。10月份实际待遇领取人数万人，累计发放养老金亿元，符合条件老年人养老金发放率100%。县政府为46226名特困人员由县财政代缴保费万元，为20876名独生子女和6654名农村双女父母增加缴费补贴万元。现将工作汇报如下：

>一、工作开展情况

1.制政策。县政府于20xx年1月14日下发征缴工作通知，制定缴费政策，将全年任务分解到各乡镇，并将高档次缴费任务和贫困人员缴费任务数也一起分解下发。要求各乡镇根据实际情况制定工作方案，明确责任，抓住春节农民工回家过年的大好时机，引导群众参保续保缴费。各乡镇紧扣“早谋划、早落实”的工作思路，狠抓落实，有效推进城乡居保缴费工作。

2.强宣传。我县高度重视宣传工作对推动政策落实、提升居民参保意识的重要作用，坚持将政策宣传工作贯穿于城乡居保工作的全过程。通过发放宣传彩页、宣传录音、宣传手提袋、宣传抽纸和纸杯、电视、短信息、微信等方式开展多种形式的宣传活动。今年以来共发放城乡居保政策宣传单10万余份，宣传手提袋7万个，宣传抽纸3万盒，宣传纸杯5万个，发送手机短信息60万余条，更新微信公众号10次，推送微信朋友圈10万余条，在萧县电视台黄金时间以游走字幕的形式做政策宣传一个月。利用村干部开会、脱贫攻坚进村入户的时机做好城乡居保宣传工作，将多缴多得、居保扶贫等政策传达给群众。引导参保群众关注“萧县城乡居保”微信公众号，及时快捷传递城乡居保政策。引导激励居民选择高档次缴费，年青人尽早参保缴费，强化多缴多得、长缴多得意识，进一步提高城乡居民对政策知晓率和满意度。

4、重扶贫。各乡镇高度重视居保扶贫工作，年初，我县贫困人员总数为177522人，其中16岁以上符合参加城乡居保条件的贫困人员为153226人，已经全部参保缴费，做到了应保尽保。其中符合领取待遇条件的贫困人员为91584人，全部发放待遇，做到了应发尽发。20\_年以来已脱贫、未脱贫和返贫人员有37364人，已经全部按每人每年200元的标准实现了政府代缴保费，符合参保缴费条件但不符合代缴条件的贫困人员共24278人，已经全部个人缴费。（除去和贫困人员身份重复的以外，还有低保对象5966人、特困人员204人、二级以上残疾人2647人也全部按每人每年200元的标准实现了政府代缴保费。计生特别扶助对象45人，按每人每年6000元标准实行了政府代缴。）

>二、存在问题

1.年青人参保意愿低。年青人由于就业、婚姻、抚养子女、赡养老人等原因生活压力大，更加看重当下生活利益，不愿意投入收益期限长达几十年的养老保险，普遍采取观望心态，等到四十岁以后再参保缴费，缴费够15年可以按月领到养老金就行了，目前即使参保，也是在村干部的.动员下选择最低档次应付完事。

2.平均缴费水平偏低。我县平均缴费水平元，与全省、全市平均水平有较大差距。入户访谈时，受访人员普遍认为缴费多少与领取基础养老金标准没有关系，而且家庭收入也不高，不想过多投入资金用来缴纳保费。

3.村级工作经费投入不足。城乡居保的工作重点在村级，参保缴费、待遇核定、资格认证、死亡注销等工作主要靠村协办员来完成，可给他们的工作补贴每月仅有200元，连电话费都不够，鉴于这个原因村协办员多数都是由村干部兼任，村干部的工作千头万绪，能顾及到城乡居保的少之又少，严重制约城乡居保最基础工作的顺利开展。

建议：一是加大财政资金对参保缴费补贴和基础养老金的投入，提高制度吸引力，引导城乡居民积极参保，吸引他们多缴费、长缴费，以增加个人帐户养老金，从而提高城乡居民养老保险待遇水平，缩小现行养老保险制度待遇水平差距；

二是加大财政资金对经办工作的经费投入，特别是对村级经办机构的经费投入，因为城乡居保主要工作在村级，没有村级经办机构的宣传和工作，所谓的政策宣传家喻户晓就是一句空话，其他工作也是应付了事。建议全市统一标准，按照村协办员的实际工作量由各县预算经费，提高村协办员的工作积极性。

>三、20xx年工作谋划

（一）坚持目标导向，巩固居保扶贫成果。紧紧围绕政策亮点和群众关切的问题，坚持用通俗易懂的语言，进一步向贫困人员宣传居保扶贫政策，巩固居保扶贫成果，防止中断缴费现象发生，以保障贫困人员参保质量。针对已经稳定脱贫、经济条件明显好转的贫困户，引导他们选择高档次进行缴费，以增加个人账户积累，提升养老待遇。

（二）精准宣传，努力提升参保质量。紧紧围绕政策亮点和群众关切的问题，坚持用通俗易懂的语言精准解读政策，做到家喻户晓。针对进城务工人员和35岁以下群体精准宣传，通过面对面的方式与群众沟通交流，注重发挥典型示范作用，积极引导经济条件好的参保居民选择高档次进行缴费，以增加个人账户积累，增加养老待遇，提升参保质量。

（三）全面推进社保卡应用工作。主动与信息中心和合作银行协调，20xx年全部启用社会保障卡缴费和领取待遇，对不能到银行激活社保卡的老弱病残人员，统一上报名单，协调合作银行激活，确保持卡人能顺利领取待遇和缴纳缴费。

（四）多措并举，防控基金风险。取消待遇领取人员集中资格认证后，着力构建以信息比对方式为主的认证服务新格局，积极和公安、民政、医保、卫生健康等部门联系，每月将城乡居民系统发放数据与各部门数据进行比对，遏制重复冒领养老金问题。

（五）加强队伍建设，培训乡、村两级业务经办人员。在去年培训的基础上，对乡镇业务经办人员和村级协办员再次加强培训，确保县、乡、村三级经办平台口径一致，人人懂政策，个个会宣传，共同为参保群众提供最优质的服务。

**养老和医保工作总结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、黑板报、发放宣传资料、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，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。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。四是为进一步强化责任，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。

>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手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。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年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计20xx万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局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工作得以顺利进行。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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，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，造福全县的医疗保险人员。

**养老和医保工作总结4**

两个月来，我中心严格按照省厅、市局的统一部暑和要求，精心组织，周密部署，突出重点，注重实效，扎扎实实地开展企业职工养老保险扩面征缴专项活动，活动轰轰烈烈，工作成效明显。现作总结如下：

>一、高度重视，营造良好氛围

我中心对开展专项活动工作高度重视，将此作为当前工作的重中之重，周密筹划，主动出击，积极营造工作氛围。一是开展专项活动任务下达后，中心领导及时在第一时间向区主要领导作了全面汇报，讲明开展活动的重要性，赢得了领导的密切关注和大力支持，为工作开展争取了强大动力；二是专门组织召开中心全体工作人员会议，研究部署开展活动的有关工作，科学分工，明确任务，要求全体工作人员充分认识开展专项活动的重要意义，切实增强紧迫感和责任感，各司其职，各负其责，密切协作，加强配合，确保专项活动取得实实在在的效果。上述措施使养老保险扩面征缴的氛围日渐浓厚，为活动开展打下了坚实的基础。

>二、锐意积极，创新工作方法

良好的工作方法是做好一项工作的重要保证。我中心根据当前扩面征缴工作出现的新情况、新问题，大胆探索开展工作的新方式、新方法。中心领导针对当前养老保险工作任务繁重，而自身工作力量有限的现实，经过深入企业、基层认真调查研究，从从事公益岗位人员中优选28名文化素质高、工作能力强的人员，进行为期一周的社保政策法规、待遇确定等方面知识培训，聘任为“征缴协管员”，分赴全区街道、社区开展社保知识宣传、养老保险扩面征缴工作。该办法采用以来，全区用人单位和广大职工的社保意识明显增强，到劳动部门咨询相关政策的人员明显增多，效果正在日益显现。我中心在全市开创了运用公益性岗位开展社保扩面征缴工作的先例，实现了工作方法的一大创新。

>三、强化力度，务求工作实效

为确保专项活动真正取得实效，我中心采取强力措施，不断强化活动效果。一是加强协作。积极联合局劳动\_门，对全区各类企业和个体工商户参保情况进行全面深入地检查，摸清底数，分类排队，本着先大后小、先易后难的原则，有重点地开展扩面征缴工作。二是建章立制。建立扩面征缴日汇报制度，中心主要领导坚持每天听取工作情况汇报，及时掌握工作进展，部署下步工作；建立中心领导带头深入企业制度，中心领导班子成员分头带队下到企业单位，宣传社保政策，督促参保缴费；认真落实专项活动旬报制度，严格按上级要求上报有关事项。三是任务包干。中心将征缴扩面任务分解到每个工作人员，实行人人头上有指标，个个肩上有任务，并建立奖惩机制，奖励先进，鞭策落后，充分调动了工作人员的积极性，截止目前，我中心通过开展专项活动，多征缴养老保险金50余万元，与2家企业达成参保意向，新扩面人员360人，专项活动取得明显成效。自新型农村养老保险工作开展以来，x镇镇党委高度重视、及早谋划、迅速行动，扎实做好新农保政策全面展开的各项准备工作，为新农保工作的顺利完成奠定了扎实的基础。20xx年新农保试点开展情况：

（一）广泛宣传，为政策全面展开做好准备。

兵马未动，粮草先行。宣传就是政策落实的基础，做好做实宣传才能为下一步工作展开营造好的氛围。镇党委第一时间召开党委会议，要求各村居分管领导、包队干部进村入户，对新型农村养老保险政策及会议精神进行大量宣传，并印发不参保群众意见反馈表。掌握了群众的参保意向，能做好更好的宣传作用。采用多种形式宣传，发放宣传单，通过广泛宣传，全镇参保率达到xx以上，上缴保险金xx元，超过上缴任务数的xx。全镇参保人数为xx人，基础养老金享受人数为xx人，全镇参保率达到xx以上。

（二）党委政府高度重视。

x镇镇党委政府高度重视新农保工作，各村居分管领导、包队干部到各村委展开村委会议，直接向群众宣传政策，让群众对政策有了深入的了解。x镇镇党委书记陈光辉及镇长方秋以身作则，冒着凛冽的大雨对全镇的\'新农保工作进行督察。在良好的工作氛围及全镇干部的共同努力下，群众踊跃参保。当前存在的问题和下一步工作打算：

1、60周岁以上老年人，二代身份证不能及时办理出来，给参保登记工作带来困难。

2、因为各村委大部分人员常年外出打工，给信息登记和及时享受待遇带来不便。

3、各种申报材料是通过各村居协管员上报，而新农保又是一项新政策，初期需要采集大量的人员信息，但是因为协管员待遇问题，而存在一些情绪，给工作带来不便。4，20xx年的工作重心还在于想方设法把全镇参保率提高，很多群总提出新农保中老人参保了，年轻的子女不应一定要参保，交十五年，六十周岁后领钱，根本划不来，既然国家出台这么好的政策，就更要让群众受益，我们距离省市下达的任务目标还差11个百分点，明年还是要一如既往的宣传，参保人员对象为16至45周岁人员。

另附一些x镇经济社会发展建议：

（1）：一如继往遵循20xx年的基本政策方针

（2）：整合资源，最好打响一产业，带动区域发展，实现快速转型

（3）：大黄已成尾大不掉现状，经济发展亦适当向大黄偏移。

**养老和医保工作总结5**

在区委、区政府的领导下，我局按照“核心是精准、关键在落实、确保可持续”的工作要求，以开展“春季整改”、“夏季提升”“秋冬巩固”为主抓手，坚持问题导向，强化责任落实，创新工作举措，优化服务流程，着力解决贫困人口“因病致贫、因病返贫”问题，实现对贫困人口的医疗保障兜底，现就有关情况总结如下：

>一、主要工作

（一）高度重视，强化组织领导和责任落实。

成立局扶贫领导小组，实行“一把手”总负责，分管领导具体抓，各股室负责人具体办，全体工作人员共同参与扶贫的工作机制。制定年度工作计划和方案，进一步细化各项任务分工，定期召开调度会，确保医保扶贫各项任务落到实处。

（二）加强衔接，实现贫困人口应保尽保。

同时加强与财政部门的沟通联系，将建档立卡贫困人口参加城乡居民医保个人缴费财政全额补助资金及时落实到位。建立了与扶贫办、民政局信息共享机制，我局工作人员每月主动联系扶贫、民政部门，及时掌握贫困人员动态便新信息，准确完成了贫困人员参保信息录入登记，并反复比对筛查，对参保错误信息进一步反馈给关部门，做实精准标识。对于新增或减少人员建立参保信息动态管理台账，农村建档立卡人员从年初xxxx人到xx月底xxxx人，贫困人口参加基本医保、大病保险、重大疾病补充医疗险参保率始终保持xxx%。

（三）认真履职，全面落实贫困人员各项医疗保障待遇。

提高了建档立卡贫困人口大病保险补偿比例和贫困慢性病患者年度最高支付限额和报销比例；提高贫困家庭重性精神病救治保障水平，贫困家庭重性精神病患者，享受一个周期（xx天以内）免费住院治疗；对建档立卡贫困患者大病保险报销起付线下降xx%。

全区建立了基本医保、大病保险、重大疾病补充险和医疗助救四道保障线机制，对经四道保障线报销住院费用报销比例达不到xx%的实行财政兜底保障。xxxx年x-xx月，全区建档立卡贫困人员办理住院报销xxxx人次，住院费用万，基本医保支付xxx万元，大病保险支付xxx万元，重大疾病补充保险报销万元，医疗救助万元，财政兜底保障xx万元。

在落实医疗保障待遇的同时，针对部分贫困户报销比例远超百分之九十的问题，我局积极与卫健等单位沟通协调，联合制定《xx区xxxx年健康扶贫实施方案》，明确了贫困户住院费用报销比例控制在xx%的适度要求，并于今年x月份在我市医保系统“一站式”结算软件上予以调整，确保贫困户住院报销比例稳定在xx%左右。

（四）优化医疗费用报销结算服务

一是在区内的公立医疗机构实行“先诊疗、后付费”一站式结算基础上，通过积极协调、争取支持，率先在包括x市中心人民医院、井冈山大学附属医院在内的全市所有三级公立医疗机构实行了贫困人员“先诊疗、后付费”一站式结算；二是我局进一步简化了零星医药费报销经办手续，在区便民服务中心设立“健康扶贫窗口”，实行五道保障线“一窗式”受理及限时办结制；三是在乡镇卫生院及街道社区卫生服务中心纳入门诊特殊病种定点医院，同时对符合条件的贫困村卫生室纳入门诊统筹定点单位，开通了门诊医药费用刷卡结算，方便了贫困人员门诊就医报销。

（五）简化门诊特殊病性病种证办理流程

开通绿色申报通道，经与定点医疗机构协商后，实行工作日在定点医疗机构随来随审，对符合准入条件的直接发证；对申报恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗及尿毒症三种一类特殊慢性病种的取消医疗专家评审，凭相关医学证明材料直接在区行政审批局医保窗口登记发证；组织工作人员开展“大走访”，对符合申报条件贫困人员、五类人员慢病患者集中在定点医院进行体检，办理了门诊特殊慢性病种证，确保符合条件的门诊特殊慢性病患者及时办证到位，不落一人。

（六）加强政策宣传，提升医保惠民政策知晓率。

**养老和医保工作总结6**

一年来，我热衷于本职工作，严格要求自己，摆正工作位置，时刻保持“谦虚”、“谨慎”、“律己”的态度，在领导的关心栽培和同事们的帮助支持下，始终勤奋学习、积极进取，努力提高自己，始终勤奋工作，认真完成任务，履行好岗位职责。现将一年来的学习、工作情况简要总结如下：

>一、严于律己，提高政治思想觉悟。

一年来，始终坚持运用马克思列宁主义的立场、观点和方法论，坚持正确的世界观、人生观、价值观，并用以指导自己的学习、工作和生活实践。热爱祖国、热爱党、热爱社会主义，坚定共产主义信念，与党组织保持高度一致。认真贯彻执行党的路线、方针、政策，工作积极主动，勤奋努力，不畏艰难，尽职尽责，任劳任怨，在平凡的工作岗位上作出力所能及的贡献。

>二、强化理论和业务学习，不断提高自身综合素质。

作为一名医疗保险工作人员，我深深认识到自身工作的重要性，所以只有不断加强学习，积累充实自己，才能锻炼好为人民服务的本领。这一年来，始终坚持一边工作一边学习，不断提高了自身综合素质水平。

>三、努力工作，认真完成工作任务。

一年来，我始终坚持严格要求自己，勤奋努力，时刻牢记全心全意为人民服务的宗旨，努力作好本职工作。我主要承担的工作有稽核、“两定”的管理、转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销、慢性病的管理、医保刷卡软件的管理。

（一）稽核、“两定”的管理。

（1）采用定期检查与不定期抽查相结合，明查与暗访相结合方式，稽核人员每周分两组下医院对参保患者住院对照检查，主要看是否存在冒名住院、挂床住院、分解住院、假报虚报单病种、病种升级结算及医院对病人结算是否存在违规行为和乱加费用等专项稽核，目的是防止医患双方合谋骗取医疗、工伤保险基金情况的发生。

（2）定时检查定点零售药店执行医疗保险协议情况。重点查处以药换物、以假乱真用医疗保险卡的钱售出化妆品、生活用品、食品、家用电器等非医疗用品的情况。通过联合检查整顿对医药公司5个定点进行了停机刷卡15天，责令检讨学习整改，收到了良好的效果和服务管理。

（3）为进一步加强和完善定点医疗机构管理，建立健全基本医疗保险定点医疗服务的诚信制度，使参保人员明白看病，放心购药，全面提高我市定点医疗机构管理水平，更好地保障了广大参保人员的合法权益。从今年起，我市将对实行定点医疗机构等级评定管理。

（4）为进一步深化医疗卫生体制改革，便利医保人员看病购药，实行定点医院竞争机制。4月份，我们对青海石油管理局职工医院进行了考察，并在5月份确定为敦煌市医保定点医疗机构。

（二）慢性病的管理。今年5月份积极配合市人力资源和社会保障局，对我市新申报的574名慢性病参保人员进行了体检，6月份对300名已建立慢性病档案的参保人员进行了复检。为了进一步方便慢性病患者看病、购药，保障参保人员基本医疗需求，根据我市慢性病门诊医疗费支付实际情况，结合我市实际，9月份组织人员对20xx名建立慢性病档案的参保人员进行慢性病门诊医疗补助费直接划入个人门诊帐户中，减轻了两千名慢性病患者开票报销手续，并积极做好后续处理工作。

（三）转外就医票据的审核报销、工伤保险票据的审核报销。在转外就医审核报销中我始终坚持公正、公平、严格按照医保政策报销原则。一年来，共给1000余名转外就医人员报销了医疗费用，并按时将拨款报表报送财务。对于工伤保险报销票据我严格按照《20xx年甘肃省药品目录》和《诊疗项目目录》进行审核报销。

（四）医保刷卡软件的管理。由于刷卡软件的升级，在实际操作中很多问题都需要补足完善。对于出现的问题我积极和软件工程师联系得到及时的解决。

回顾一年来的工作，我在思想上、学习上、工作上都取得了很大的进步，成长了不少，但也清醒地认识到自己的不足之处：首先，在理论学习上远不够深入，尤其是将理论运用到实际工作中去的能力还比较欠缺；其次，在工作上，工作经验浅，给工作带来一定的影响。

在以后的工作中，我一定会扬长避短，克服不足、认真学习、发奋工作、积极进取、尽快成长，把工作做的更好。

**养老和医保工作总结7**

半年来，在县新农合管理办公室和医保办的正确指导下，在我院职工的共同努力下，我院的新农合及医保管理工作得到了顺利实施，给参保人员办了一定的实事，取得了的一定的成绩，缓解了参保人员的“因病致贫，因病返贫”的问题，有效减轻了病人家庭的经济负担，让参合农民得到了实惠，极大的方便了参保人员就医，维护了广大干部职工和农民的切身利益，满足了参保患者的医疗需求。

一、政治思想方面

认真开展“6S”、“争优创先”、“三好一满意”活动，贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，学习医院工作规划，制定科室内部工作计划，使各项工作有条不紊，不断提高自己的思想政治觉悟，廉洁自律，遵守卫生行风规范，自觉抵制行业不正之风，以提高服务能力为己任，以质量第一、病人第一的理念做好服务工作。

二、业务工作方面

1、认真执行县新农合及医保办的有关政策，根据每年新农合管理办公室及医保办下发的新文件及规定，我们及时制定培训计划，按要求参加县新农合办及医保办组织的各种会议，不定期对全体医护人员，财务人员进行相关知识及政策的宣传学习，使有关人员能够正确理解执行上级各项决议文件，合作医疗实施办

法以及相关规定，使其对报销比例，报销范围，病种确实熟练掌握。

2、对住院病人的病历及补偿单据每月进行抽查，对发现的有关问题及时向科室反馈，提出原因并加以整改。

3、坚持首诊负责制，加强了住院病人的规范化管理，对住院患者实行医疗和护理人员双审核制度，认真审核参保患者医保卡，身份证及户口薄等有关信息，严格掌握入、出院指证和标准，坚决杜绝了冒名顶替住院和挂床住院等违反新农合政策的现象发生，严格执行诊疗常规，做到合理检查，合理用药，合理治疗，住院病人一览表，床头牌，住院病历上均有新农合标识，及时向参保患者提供一日清单和住院费用结算清单，对出院病人，即时出院，即时报销。

4、为方便群众就医，设立了新农合及医保报销窗口，张贴了就医流程，报销范围，报销比例。在我院的院务公开栏公布了我院的服务诊疗项目及药品价格和收费标准，增加了收费透明度，公开了投诉电话，对出院病人的补偿费用实行了每月公示，提高了新农合基金使用透明度。

5、20\_\_年1-6月份我院新农合补偿人数：3278人，费用总额：10246519元，保内总额：8180922元，应补偿金额3074455元，次均住院费用：312584元(其中：河东区补偿人次90人，总费用308933元，保内费用：245856元，应补金额98250元次均费用：元)我院20\_\_年上半年新农合收入与20\_\_年同期比各项指标增幅情况：

认真贯彻上级及院里的各种文件精神并积极落实到位，20\_\_年上半年医保住院患者1872人，20\_\_年1-6月份住院患者192人，20\_\_年上半年医保住院病人比20\_\_年同期增加5人，住院增长率为：。

三、存在的问题与不足

由于思想重视程度不够，管理不规范，次均住院费用增长控制还是不够严谨，侧重追求经济利益，对患者没有严格做到合理检查，合理治疗合理用药，合理收费，

四、下半年工作计划

1、继续做好与县医保办、新农合办、医院等三方协调和上传下达的工作。

2、围绕医院年度工作计划，突出重点，当好领导参谋和助手，使医保中心、新农合、医院和患者三方达到共赢。

3、严把参合、参保患者证件核查关，坚决杜绝借证住院、套取医保、新农合管理基金的行为发生。

4、继续加强对全院医务人员进行医保、新农合政策宣传以及相关知识的学习和培训，不断提高医保、新农合工作的制度化、信息化、规范化管理水平。

我院新农合、医保管理工作，还有很多不足之处，在今后的工作中要认真学习和落实上级医保、新农合政策。立足岗位，认认真真做事，扎扎实实工作，明其职，尽其责。为我院新农合、医保工作的持续健康发展做出应有的贡献。

**养老和医保工作总结8**

20\_\_年，\_\_医院，在市劳动和社会保障局、社保局、卫生局的指导和支持下，本着“一切为了人民健康”的宗旨，认真执行职工、居民医疗保险相关政策法规，严格履行医务人员的职责，强化管理，改善服务，全面开创了我院医疗保险工作的新局面。

作为定点医疗机构的\_\_医院，我们本着认真贯彻执行国家的有关规定和《\_\_X市基本医疗保险制度实施办法》《双向转诊协议》等各项配套文件等基本医疗保险政策，建立了与医保制度相一致的监管机制，使医保管理工作逐步实现系统化，规范化。现将我院开展的医保工作情况自查如下：

一、成立了\_\_医院医保工作领导小组：

组长：\_\_X副组长：\_\_X成员：\_\_X \_\_X \_\_X \_\_X

二、制定切实可行的医保工作计划

医院医保工作领导小组，定期召开医保工作会议，制定医保工作计划，对居民医保在运行中出现的各种问题及时予以解决。定期对各科室医务人员的医疗行为规范进行检查、考核，发现违纪、违规行为坚决予以查处。

三、开展职工培训，大力宣传医保知识。

我们把医护人员的整体素质作为适应工作需要和事业发展的基础和前提，竭尽全力提升队伍整体素质。强化了政策学习，充分利用每周一大时会和周五下午学习时间，组织广大医护人员认真学习了医院保险相关政策法规，提高了全院职工学习政策、掌握政策和运用政策的积极性和主动性，为深入开展医保工作奠定了坚定的政策理论基础。坚持把提高业务作为履行职务的第一要职，深入开展医疗业务培训，加强全院人员的医保知识特别是居民医保知识掌握情况，沙医院医保办人员对全院工作人员进行了医保知识培训，并编制了《医保知识应知应会》手册，人手一册，人人基本做到会讲解、会宣传，针对学习情况，于3月18日和6月22日，对全体医护人员进行了闭卷考试，全院平均得分达到90分以上，医保领导小组成员还下连队两次，为基层参保人员进行医保知识宣传，介绍、宣传广大群众来我院住院的优势，我院的医疗技术好、服务水平好，门槛费低，收费低等，使我院的病员量比去年有明显增多，经济效益也有所增加，取得了很好的成绩。

四、医疗管理方面：

1、医保领导小组具体负责医疗管理工作，指定专人负责管理医保工作，每周四下病区进行医疗大查房，检查核实住院病人是否有挂床、冒名顶替住院等情况，出院带药有无超量现象，检查住院病历书写是否规范、是否按规定因病施治、用药、检查和治疗是否合理，费用是否超支等，发现问题及时解决。

2、制定了相应的医保考核奖惩办法，经常检查医保政策执行情况及财务收费情况，有无乱检查、乱收费、重复收费、分解收费、多收费等现象，发现一起查处一起，对举报人给予一定的奖励。

3、严格执行《药品目录》规定的报销范围，从未使用假劣药品、过期、失效和“三无”药品，保证参保人用药安全。

4、护理五种表格即体温单、护理记录单、病员流动交班本、临时、长期医嘱单等五种表格能认真填写，如实记录，执行医嘱“三查九对一注意”制度。

5、病历书写方面：能及时完成病历的书写，按要求规范书写，勤观察病情，明确诊断，认真分析病情，针对病情合理检查，合理用药，无搭车带药情况。

6、每季度对医疗工作进行考核，检查病历的合格率、处方合格率，针对出现的问题进行整改。

五、财务管理方面：

1、根据医保规定，我院职工参保人员住院押金为300元，居民参保人员住院押金400--500元，各种药品、诊疗收费根据物价部门规定收取，没有私自、分解、多收费乱收费现象的发生。

**养老和医保工作总结9**

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。

**养老和医保工作总结10**

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。

**养老和医保工作总结11**

总结今年的工作情况，我们发现今年职工医保工作呈现了以下特点：

>一、窗口医疗费用报销人数急剧增加，医疗费用日趋复杂。

以前每年的5、6月份是窗口医疗费用报销人数比较少的时间段，但近两年来窗口报销的人越来越多，分析其原因：

1、职工医保卡的发放速度慢，导致很多人可以享受医保待遇了，但因没有医保卡只能由参保人员自己垫付来窗口报销；

3、近年因外伤引起的医疗费用逐年增多，且情况非常复杂。为严把医保基金的支出关，我们加强对定点医疗机构外伤医疗费用的核查，同时严格审查到窗口报销的外伤医疗费用，多渠道取证，从源头上杜绝医保基金的流失。

随着参保人员、定点单位的逐年增加，在定点单位发生的医疗费用也成倍增长，医疗费用的审核压力日益加大。医疗费用审核中主要存在以下方面的问题：

1、超量配药、用药不合理的情况存在。

2、定点零售药店在无处方的情况下配售处方药；

3、未严格执行《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》的相关规定。

针对当前工作中存在的问题，我们将进一步加强对定点医疗机构、零售药店的审核稽查，通过建立考核指标体系和准入退出制度来监督定点单位的医疗服务行为，降低不合理费用的支出；同时探讨新的医疗费用审核和结算方式，比如医疗费用抽样审核和单病种结算办法，从而提高工作效率，合理控制医保基金支出，完善医疗保险管理机制，力争使医保管理和服务水平再上一个新台阶，树立社保经办机构的新形象。

**养老和医保工作总结12**

在过去的一年时间里，本人在中心各位领导的精心指导下，在各位同事的支持和帮助下，通过深入的学习实践养老保险各项政策法规和系统操作，牢记窗口单位为人民服务的宗旨，切实履行自己的基本职责，圆满完成领导交办的各项工作任务。现将个人近一年来的工作总结如下：

>一、基本工作情况

1转变角色，融入岗位

虽然，自己是资源环境专业与现在所从事的工作毫无关联，尤其今年7和10月，由于科室人员变动我被领导两次调换职位，从个人续保到单位征缴再到账户管理这个岗位。这就使得我必须加快角色的转变，适应新的工作、学习和生活。在这两次工作职能的改变中，我发现自己对社保养老政策法规和数据库系统各项业务知识知之甚少，这就要求我要抽出部分休息时间努力学习，积极积极，才能胜任日益繁忙的工作，否则就会跟不上科室其他同志的步伐，会对科室目标任务的完成造影响。所以在接下来的工作中，我认真做好学习笔记，有不懂得地方主动向各位同事请教，力争做到各项业务工作轻车熟路。

2脚踏实地，认真做好本职工作

经过近一年多的工作实践，我深切的体会到社保养老工作的重要性。其实干好工作并不是一件容易的事情，在今年

7月我的职责主要是参保单位申报缴费审核，缴费基数核定，参保单位申报缴费人员增加核定，参保单位申报缴费人员减少核定，参保单位补缴欠费申报核定，打印参保单位缴费核定通知书。虽然工作看是简单，但是要干好却也是很不容易的事。尤其是九月酒钢集团和汇杰人力资源公司大量的人员变动和酒钢老工伤养老基数的调整补收，为了更快更高效的.完成酒钢新参保人的登记和职工编号的转换，我与同事何磊吕婷婷放弃周末休息的时间来完成酒钢集团职工的参保任务。在加班工程中我感受到了同事之间深切的友谊，并且对养老保险这项工作有了更深刻的了解。

所以要干好这些工作就要首先清楚自己所处的位置，清楚自己所应具备的职责和应尽的责任。按照分工，摆正位置，做到不越位，不离任、严格遵守职责，完成本职工作。只要摆正位置，搞清职责，勤奋工作，一步一个脚印，从小事做起，认真工作，才能完成好本职工作，进而才能创造性地开展工作。

3、严格要求自己，时刻警惕

要做好任何一项工作，都要付出辛勤的劳动。在工作中，我应该努力从每一件事情上进行总结，不断摸索，掌握方法，提高工作效率和工作质量，因为自己现在还是一个新同志，在各方面工作中还存在着学习不够、工作经验不足、业务知识不熟悉等问题，这就要求我平时虚心向领导和同事学习，

汲取他们的长处，反思自己的不足，就能不断的提高自己的业务能力。尊重他人，就是尊重自己，不论上级、领导交代的的任务，还是同事、基层人员以及前来办事的群众，我时刻提醒自己的工作职责，努力做到诚恳待人，态度端正，积极想办法完成工作任务。

>二、存在问题

在工作中，虽然自己力争做到最好，但是还存在着不少不足之处，有些事亟待解决。不容忽视的问题。在思想上我希望多深入多了解和全面掌握情况，在工作中也努里争取去做。尤其是业务知识上，还学得不够，学的不精，导致我在开展工作尚不能运用自如。

>三、下步打算

继续加强业务知识和政治理论学习，深刻领会其主要精神内涵。摆正心态，树立为民理念，提高自身素质，不断适应新形势、新任务下的新要求。20\_年，我认为自己从思想认识、理论知识上，还是业务技能上都有了提高，这些进步是全科室领导和同事对我工作的支持和帮助的结果，从老同志身上我学到了吃苦耐劳的敬业精神，从充满活力的身边和我一样的新同志身上也增添了我积极努力、奋发向上、勤奋工作的信心和力量。希望在新的一年里，我要脚踏实、骄戒躁、努力工作，为我市劳动保障事业尽一份微薄之力！

**养老和医保工作总结13**

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、黑板报、发放宣传资料、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，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。在领导来院检查时，得到了充分的肯定。

四是为进一步强化责任，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。

>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手续的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保职工/居民宣传，讲解医疗保险的有关规定，有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，不厌其烦地解释政策，尽心尽力地提供服务。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年我院共收住医保患者2486人次，医疗费用总计202\_万元，报销了1160万元，自费59万元，10000元以上的5人次，门诊慢病126人，金额达万元，大大减轻了群众看病负担。

我院医保工作在开展过程中，得到了医保局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工作得以顺利进行。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人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全县医保工作顺利开展作出贡献。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，但我们深信在新的一年里，在医保局的大力支持下，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，造福全县的医疗保险人员。

**养老和医保工作总结14**

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。

**养老和医保工作总结15**

我在河西学生医保中心经过两年的历练，本着我中心以“政策体系有新完善，参保扩面有新突破，平台建设有新跨越，服务形象有新提升”“四个有”为目标，立足本岗，踏踏实实的完成好自己的本职工作，如下是我今年的工作汇报。

今年的政策较往年有一定的变化，医保中心加大政策推动和行政推动力度，个人积极动员学校参保、监察推保、多形式助保等各种途径，多措并举、强力推动参保扩面。以上级下发的政策性文件为指导，同步推动各校开展扩面工作；借助全市学生医保扩面征缴有利形势，积极推进我区学生医保扩面。重点抓好私立学校、私立园的参保缴费工作；对去年未缴费学生进行梳理分析，采取不同措施动员缴费，进一步推进外地来津打工子女的参保问题。

去年的缴费我重点帮助阳光人寿保险公司管辖的小学，今年又进一步扩大到托幼机构，在今年的参保任务加大的情况下我依托今年的参保政策，先期随保险公司到划片学校进行医保宣传，把政策落实到位，重点加强私立学校的宣传工作，对老师的问题细心解答。后期报盘的时间紧，任务比往年都要重，我抓紧工作上的一切时间下校帮助老师做好学生名单录入报盘工作，有些学校如闽侯路小学在校生人数多，老师一个人很难在规定的时间内完成报盘工作，为了能让学生在一天参保，能够减轻老师的负担，我自愿帮助老师完成学生信息录入和报盘的工作，每天和同事下校宣传并帮助老师做好报盘工作。加班加点协助老师将工作做好，大大提升了工作效率，及时完成了大校的参保工作。通过积极的服务于学校，解决学校后顾之忧，得到学校老师主管领导的认可，从而保证了我区参保工作的有效推动。

回顾过去的一年，我按照“立足本岗，严于律己”的总体要求，认真学习实践科学发展观，认真学习理论知识和业务知识，努力提高工作水平。建立健全医保宣传制度，积极实现参保全覆盖；在工作中创新思想理念，积极扩展学生医疗保险的内涵和功能，继续发挥桥梁和纽带的作用，积极解决在工作中出现的瓶颈问题，寻找差距，规划前景，在新的一年里，争取做出更加辉煌的业绩。

**养老和医保工作总结16**

\_\_\_\_医院20\_\_年度医疗保险定点服务单位年度总结 一年来，在\_\_\_\_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《\_\_\_\_市城镇职工基本医疗保险办法》、《\_\_\_\_市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《\_\_\_\_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\_\_\_\_\_\_为组长、\_\_\_\_\_\_为副组长的领导小组，并指定\_\_\_\_\_\_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15900000000、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

20\_\_年4月16日

**养老和医保工作总结17**

今年以来，我社区紧扣社区居民基本医疗保险工作“保障民生”的主题，紧紧咬住目标，积极创新工作措施，各项工作取得了一定成效。

>一、组织领导到位

社区党委、政府立即召开党政联席会，经过研究决定成立了\*\*社区社区居民基本医疗保险工作领导小组。分工明确，任务到人，一级抓一级，层层抓落实，为社区居民基本医疗保险提供了有力的保证。

>二、宣传发动到位

为使我社区社区居民基本医疗保险工作深入群众，做到家喻户晓，社区党委、政府不断加大宣传投入，并利用社区作为首要宣传阵地，设立政策咨询台，印制和发放宣传单、宣传册共3千余份，从而大大提高了广大人民群众的知晓率和参与率。

>三、成效显著

社区居民基本医疗保险工作今年三月下旬才正式启动，旗里下达我社区的任务数是880人。由于时间紧，任务重，为使我社区该项工作稳步推进，真正落到实处，社区党委、政府多次开会研究切实可行的办法和措施，八个月来，通过大家的共同努力，实际完成888人，完成计划的。

>四、存在问题

通过大家的一致努力，虽然已按时完成上级下达的任务数。但是经过半年来的工作，我们也惊喜的发现，广大人民群众对社区居民基本医疗保险有了初步的认识，而且扩大了影响面，为将来的工作开展奠定了很好的基础。社区居民基本医疗保险工作开展的不尽如人意，主要存在以下问题。

1、群众的认识不到位

对于广大人民群众来说，社区医保毕竟是个新鲜事物，要接受必定需要一个过程。

2、宣传力度不到位

众所周知，由于我社区的特殊情况，区域面积较大，在短期内很难宣传到位，从而影响了参保对象的数量。

**养老和医保工作总结18**

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。

**养老和医保工作总结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。

**养老和医保工作总结20**

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

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！