

最新医院医保工作个人总结(优质10篇)

总结不仅仅是总结成绩，更重要的是为了研究经验，发现做好工作的规律，也可以找出工作失误的教训。这些经验教训是非常宝贵的，对工作有很好的借鉴与指导作用，在今后工作中可以改进提高，趋利避害，避免失误。总结书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇总结呢？下面是小编为大家带来的总结书优秀范文，希望大家可以喜欢。

医院医保工作个人总结篇一

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，在任何一家医院，收费处是一个窗口单位，收费员是患者首当其冲要面对的，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，对医院满意。

下面将我在xx年的工作向大家汇报。

一、收费工作

在xx年这一年里，琐碎的事情很多，我的工作也是像大家想的那样每天在重复着机械的工作，但我没有简单去机械的重复，对待每一个病人我都在努力的做好服务树立良好的窗口形象；同时也在贯彻院内的思想，工作不只是为了要把表面的东西

做好，还要深入到里面去，看到真正的东西，这样我们才能够提高，才能够把工作真正做好，述职报告《医院收费员述职报告》。在财务的指导下认真学习相关制度规定，认真的研究每月报表，找出其中的不同之处，认真分析原因，比如门诊量的下降，挂号人次的减少，住院病人多收入反而减少等等。只有深入到工作中了，我才发现其中的乐趣，让工作最有效的完成。

二、医保方面的工作

我院从xx年2月份正式成为医保定点单位，虽然在之前进行了几次有关方面的培训，但当真的开始的时候心里还有一丝丝的紧张，感谢院领导的信任与支持，同时也感谢赵办与小倪的帮助，我逐渐理解了医保政策，并在不断的操作中掌握了医保知识。医保不仅仅是简单的掌握知识，还要运用到实际中去，现在面对每个病人的时候我都会先问一句您是医保的吗，能报销吗，这样既能减少病人的麻烦，也能减少医院的麻烦。医保对于收费员来说还有每天医保数据的上传工作，在平时的工作中每到下班的时候我都会把收到的医保数据及时的上传报盘。虽然现在对医保病人门诊住院的流程全部掌握，由于医保病人较少，操作还是较慢，以后将加强医保有关的操作训练学习。

三、his系统更换时的工作

医院为了适应医保要求在xx年5月底到6月初更换了新的his系统，在这段时间里，我按照院里给布置的工作认真参考医保信息核对我院的诊疗项目与服务设施，在要求时间内顺利玩成自己的工作；认真的向his系统研发人员和小倪学习新的系统的操作，并在他们的指导下学习掌握了医保数据的对照处理、医保门诊数据接口、医保住院数据接口以及数据的导入导出处理等工作，在最短的时间内熟练收费操作过程，门诊收费、住院等模块的操作。新系统运行后医院非常重视系统操作人员的掌握情况，不仅认真加强对我们的培训，同时还

严格考核我们。在医院的考核中曾两次在考核中得到第一名，其中一次还得到了院里的奖励，使我更坚定了我的工作，不断地提高自己的工作水平。

医院医保工作个人总结篇二

个人小结近年来，在市卫生局的正确领导下，在医院各位领导的精心指导下，本人坚持以“三个代表”重要思想为指导，以加强医德医风和能力建设为契机，身体力行“八荣八耻”要求，不断提高自身服务群众水平。

现将本人有关情况总结如下

一、工作指导思想（一）强化服务理念，体现以人为本 一直以来，本人始终坚持把群众是否满意作为自己工作的第一标准，把病人的呼声当作第一信号，把病人的需要当作第一选择，把病人的利益当作第一考虑，扎实开展医疗服务工作。切实将以人为本、以病人为中心、以质量为核心的服务宗旨渗透到医疗服务的各个环节之中，把病人满意作为第一标准。

牢固树立以病人为中心的意识，努力为病人提供热情周到的服务。在工作当中，积极主动帮助病人解决就诊中遇到的各种困难，让病友感受到热情周到的服务，感受到医护人员的关心和体贴。细心听取社会各界群众、病人及家属对我们医务工作的意见和建议，能改的则改，能帮的尽量帮，能协调的尽量协调，及时为病人排忧解难。

（二）提高水平，打造医护品牌 高质量、高水平的医疗服务是病人、家属、社会评价医务工作者满意度的一项重要指标。本人始终把强化医疗质量、提高专业技术水平、打造过硬技术品牌作为提高群众满意度的一个重要抓手。

严格落实了医院各项规章制度，定期自查，找出问题，采取措施，加以改进。

（三）以德为先，树新形象 本人根据“正规诊疗、优质服务、求实创新、永攀高峰”的新形象和新要求，不断规范自身的言行，振奋自身的蓬勃朝气、昂扬锐气、浩然正气，真正体现白衣天使的崇高风貌。一颗红心中始终嵌入两个“人”字。

“以人为本”“以病人、为中心”，时刻把病人放在心中，奉献一片爱心。注意用语文明、温馨、富有亲情。

“以我热心关心细心换你舒心放心安心”、“生命至上、质量为本、关爱健康、呵护生命”“比海洋、比天空更为宽广的是奉献之心”“珍惜每一次服务机会、播撒每一份真情”，虽然上述这些都是支言片语，但它们都是我工作中不折不扣的座右铭，被压在办公桌上，摆在案头边上，始终时刻提醒并引领我成为一名优秀的医务工作者。

（四）规范医德医风，关爱弱势群体 强化自我教育，是构筑拒腐防变的第一道思想道德防线，也是增强自警自律意识的重要环节。本人注意充分利用各种资源，学习有关医德医风方面的内容，收看中央电视台焦点访谈栏目播出的《聚焦医德医风》录像；关注中央电视台一套每天播出的《今日说法》节目；倾听法律界人士为医务人员讲授预防职务犯罪的法律课，从法律的角度分析收受红包回扣可能触犯的法律条文等等。通过一系列举措，教育自己要保持清廉、要弘扬正气，教育身边的同事要自重、自省、自警、自律，做廉洁行医的模范。

群众利益无小事，医疗费用偏高是群众反映的一个热点问题，要让群众满意，医生就必须切实解决这一问题。本人在工作职责范围内，采取了一系列的措施，尽量帮助病人减少不必要的医疗费用支出。特别注意关爱弱势群体，坚持使用价廉有效的药品，科学合理诊治，减轻病人负担。

二、具体工作
（一）不断学习新型农村合作医疗制度，提高对新型农村合作医疗制度认识。

本人一直加强对这项工作的复杂性、艰巨性和长期性的认识，深入政策学习与理解，准确把握，坚决杜绝畏难怵头情绪。

此外，本人加强政治学习，十分重视自身道德素质的修养。多年来，一幕幕让人心痛或感动的情感洗礼和一次次与病人并肩作战的经历，让我深深懂得，作为一名白衣天使，必须要有一丝不苟的工作作风，要有良好的技术水平、严肃认真的科学态度，严密的组织纪律性和对病人大公无私的关爱。在工作中，热心接待病人，关心病人疾苦，耐心听取病人与家属意见，勤奋细心地做好每一项工作。

（二）群众对合作医疗政策的知晓程度不够。

有的农民虽然参加了合作医疗，但对政策一知半解，甚至理解上有偏差。

例如有的农民对住院才能补偿并不清楚，拿着门诊发票去报销；有的对设置起报线不理解，有的对慢性病的补助范围不清楚等等。造成这些误区的主要原因，是我们的宣传发动不够深入。本人加大宣传力度；对每位前来办理医保的病人或者病人家属细心讲解政策，让他们无惑而归、满意而归。

（三）切实做好服务工作，以“服务病人，不让病人多花一分钱，不让病人多走哪怕一步弯路”宗旨，以“白班夜班工作质量一个样，有人检查无人检查一个样，对熟识病人陌生病人一个样”为标准，来规范医保办的工作。在办理职工医疗保险和参合农民手续的过程中，我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）严格执行监管制度，强化责任意识，合作医疗公示制度是保障新型农村合作医疗正常运行的一种十分有效的监督形式，本人严格按照政策法规，在市卫生局领导下与医院的指导下，严格执行新农合医疗公示制度，坚决杜绝一切虚假情况，并要求与劝说身边的同事一律抵制此类情况发生。此外，本人始终坚持接受“党内监督与党外监督”“领导监督和群众监督”“院内监督与院外社会、化监督”，以此来勉励与督促自己。

（一）统一思想，提高认识，把新型农村合作医疗工作作为关乎全院发展的大事来抓。新型农村合作医疗制度，是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。建立新型农村合作医疗制度，是新形势下党中央、国务院着眼于全面建设小康社会目标，为切实解决农业、农村、农民问题，统筹城乡、经济社会发展的重大举措，一定要统一思想，提高认识，积极认真的抓好新型农村合作医疗工作，让广大农民群众切实得到实惠、见到好处。

（二）明确责任，强化管理 建立新型农村合作医疗制度是一项政策性强、涉及面广、制约因素多的系统工程，必须统筹考虑，把握关键，切实增强工作的预见性、计划性、规范性，确保合作医疗的平稳运行。为此，就必须：服从领导，明确责任；长效宣传，抓住关键；以人为本，提高服务质量；加强队伍建设，不断提高自己。

一、领导重视，宣传力度大 为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的 医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保

制 度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、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。

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”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从 监督。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管 理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，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。医 院职工开展以文明礼貌, 优质服务, 受到病人好评. 为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

更多信息请查看工作总结

医院医保工作个人总结篇三

xx年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施八四四工程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就x年来的工作总结如下：

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，

热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，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，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；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，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，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，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，

针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金xx万元，其中单位缴费xx万元，个人缴费xx万元，共收缴大病统筹基金xx万元，其中单位缴纳xx万元，个人缴纳xx万元。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为：，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，

受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

医疗保险工作成功与否，一看是否能保障参保患者的基本医疗需求；二看是否能确保基本医疗保险基金收支平衡。因此，我们紧紧围绕管理抓预防，为了加强对定点医疗机构和定点药店的管理，我们制定出台了定点医疗机构和定点药店管理暂行办法，并与他们签定了协议，明确责任，严格执行。在工作中严把两个关口，第一关是把住参保患者住院审核巡查关，实行证、卡、人三核对，医疗部门在认真负责的为参保患者治疗的基础上积极协调医疗保险所审核参保患者住院病历登记、各种检查、治疗及医药费用开支等情况，医疗保险所对每个申请住院的参保患者到医院进行核实，核实参保患者的疾病是否属于基本医疗保险规定的范畴，有没有挂名住院，杜绝冒名顶替，张冠李戴，开人情方，堵塞漏洞，随时掌握参保患者住院动态，不定期到医院进行巡查，及时掌握住院患者和医疗提供单位的医疗服务情况，抓住行使管理监督的主动权，发现问题及时解决。据统计年申请住院的参保患者人，其中县内住院人，转诊转院人，一年来，我们到县内定点医院审核住院患者人次，到北京、天津、廊坊、顺义等地县外医院审核转院患者人次，做到了证与人、人与病、病与药、药与量、量与钱五相符。第二是把住参保患者住院费用审核结算关，对每一位出院患者的住院费用、清单、处方等进行认真细致的审核，看有没有不按处方剂量开药，所用药品是否为疾病所需用药，所用药品哪些是基本医疗保险药品目录规定的甲类、乙类，哪些是自费药品。这些工作做的如果不够细致，就会造成医疗保险基金的错误流失，所造成的损失无法挽回，因此，我们感到自己的责任重大，不敢有丝毫的懈怠。一年来疾病发生率，大病发生人数占参保人员的%，大病占疾病发生率的；住院医疗费用发生额为万元，报销金额为万元，其中基本医疗保险统筹基金报销万元，基金支出占基金收入的，大病统筹基金报销万元，支出占大病统筹基金收入的。经过一年的努力工作，做到了既能保障参保人员的基本医疗需求，使他们患病得到了及时的治疗，发

生的医疗费用能够报销，既赢得了广大参保人员的拥护，满意，又实现了基本医疗保险基金的收支平衡，略有节余的目标。

根据我县《门诊特殊疾病管理暂行办法》的通知精神，开展了对门诊特殊疾病患者进行申报的通知，并分系统分部门召开了次专题会议，认真细致地安排了此项工作，对享受门诊特殊疾病待遇人员的申报范围、条件、申报标准进行了详尽的说明，要求各单位把精神传达给每个参保人员，特别是给退休的老同志讲清楚，讲明白。在申报鉴定过程中我们坚持标准，严格筛选，层层把关。一是对名申报人员的病种、病历、诊断证明等材料进行认真的初审，确定了符合申报条件的人员名，不符合申报条件人员人(其中不符合十种慢性疾病种类人，无诊断证明或其他材料的人)。二是组织专家鉴定组对符合申报鉴定的人员进行检查鉴定，专家组由县医院名副主任医师，名主治医师和北京友谊医院名心内科专家组成。鉴定分二步进行：第一步专家鉴定组对申报人员的病历、检查资料齐全，完全符合门诊特殊疾病标准的人员进行直接确定，经审核有名患者直接确定为门诊特殊疾病的患者。第二步，对其他资料病历不齐全的不直接确定患有门诊特殊疾病人员，在月日月日，利用两天时间在县医院进行医学检查、鉴定，通过专家组门诊检查鉴定，被确定为门诊特殊疾病患者，不符合门诊特殊疾病患者标准的有人(其中检查不合格者人，未参加检查者人)。经检查鉴定确定为门诊特殊疾病患者的共人，核发了门诊特殊疾病专用证及医疗手册，从年一月起享受有关待遇。

由于我们在这次门诊特殊疾病鉴定工作中坚持公平、公正、公开、的原则和仔细的工作，得到了参加门诊特殊疾病鉴定人员的理解和支持，被确定为门诊特殊疾病的人员对政府的关心非常满意，没有被确定为门诊特殊疾病的人员也表示理解。

在个人账户管理工作中，本着简捷、易行、快速、准确的原

则，实行微机化管理，避免了手工操作造成的费时、费力、不准确，从而实现了个人账户管理的规范化、现代化，提高了工作效率。经统计年共向个人账户划入资金万元，其中个人缴费全部划入个人账户，金额为万元，单位缴费中按单位向个人账户划入金额为万元。为方便广大参保患者门诊就医，在个点点医院及门诊部分别装备了刷卡机，满足了广大参保患者能够就近门诊看病拿药、刷卡结算。经统计个人账户共支出金额为元，划卡人次为人次，个人账户余额为万元。

医院医保工作个人总结篇四

总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，通过它可以正确认识以往学习和工作中的优缺点，不妨让我们认真地完成总结吧。我们该怎么去写总结呢？以下是小编为大家整理的医院医保工作的个人工作总结，仅供参考，大家一起来看看吧。

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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，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，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定；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，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，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，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

在基金收缴工作中，我们坚持应收尽收，减少流失的原则。征缴工作确定工资基数是关键，征缴医疗保险费是难点。因此，我们首先把参保单位上报的参保人员基本情况，特别是月工资基数进行认真核对，要求参保单位把本人签字的工资表报上来，经我们审核确定后，参保单位再按政策规定比例缴纳医疗保险费，有的单位为了少缴纳费用，借口找出各种理由不如实上报工资基数，但我们很耐心，他们跟我们磨，我们不厌其烦地讲政策，讲原则，我们认为，既然领导和同志们信任我们，让我们从事医疗保险工作，我们就应尽职尽责，克服各种困难，如果造成基金损失是我们的责任。由于参保单位特别是非县财政拨款的企事业单位，经济实力参差不齐，有的单位缴纳一个月或一个季度以后，迟迟不再续缴，针对这种情况，我们一是不怕丢面子，不怕磨破嘴，积极追缴直到单位缴纳了费用为止；二是不定期召开催缴医疗保险费会议，要求欠费单位主要负责人和会计参加，组织他们一起学习《社会保险费征缴暂行条例》并以事实说明医疗保险改革给单位和参保职工带来的诸多益处，通过我们耐心细致的工作，经济效益较差的单位也能克服困难，想办法缴纳了应缴的医疗保险费。到年底，参保单位个，占应参保单位的，参保职工人，占应参保人数，其中在职人，退休人，超额完成覆盖人数人的目标。共收缴基本医疗保险金万元，其中单位缴费万元，个人缴费万元，共收缴大病统筹基金万元，其中单位缴纳万元，个人缴纳万元。

让广大职工都能参加医疗保险，使他们能够病有所医，享受医疗保险待遇，是医疗保险工作十分重要的任务，是最为实在有效的为广大职工办实事，办好事。为此，自去年以来，我们狠抓扩面工作，参保单位从年初的家扩展到家，参保人员由人扩大到人，覆盖单位和人数均达到应覆盖的以上。在工作中我们本着处理好医疗保险扩面工作中当前利益与长远利益，局部利益与全局利益，职工利益与企业利益的关系，首先把经济利益好有能力缴费的单位收进来，这样可以增加基金规模，提高医疗保险基金抵御风险的能力。其次，在扩面工作中，为了解决有些经济效益差的企业，难以解决单位职工医疗费用的困难，主动深入到企业，倾听企业及职工有什么苦处，有什么想法，有什么疑问，对他们提出的问题详细解答，欢迎他们参加医疗保险。如县社系统共有职工人，其中在职人员人，退休人员人，退休人员与在职职工的比例为：，并且职工工资基数很低，一半以上人员工资在我县平均工资的以下，并且县社企业经济形势逐年走下坡路，在职参保人员逐年减少，而退休人员逐年增加，面对这种情况，为解决县社系统在职、退休人员的基本医疗需求，保持我县的社会稳定，满足这些企业和职工的要求，将县社系统全部职工吸收进来，使县社企业难以解决职工医疗费用，造成领导工作压力大，职工有意见的老大难问题得以妥善的解决，受到了县社企业领导职工的普遍欢迎和赞誉，这充分体现了城镇职工基本医疗保险社会统筹互助共济的优越性。

医院医保工作个人总结篇五

20_年在我院领导重视下，按照医保中心的工作精神，我院认真开展各项工作，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绩，现将我院医保工作总结如下：

一、领导重视，宣传力度大

为规范诊疗行为，保障医保管理持续发展，院领导高度重视，

统一思想，明确目标，加强了组织领导。建立了由“一把手”负总责的医院医保管理工作领导小组。业务院长具体抓的医保工作。各临床科室科主任为第一责任人，负责本科医保工作管理，重点负责本科医保制度具体实施。

为使广大职工对医保政策及制度有较深的了解和掌握，我们进行了广泛的宣传学习活动，召开全院职工会议，讲解医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识。举办医保知识培训、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。

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”，我院印发了医保病人住院须知，使参保病人一目了然。配置了电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群众监督。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签字，对医保帐目实行公开制度，自觉接受监督。使住院病人明明白白消费。医保管理工作领导小组制定了医保管理制度和处罚条例，每季度召开医院医保管理工作领导小组会议，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。医院职工开展以文明礼貌，优质服务，受到病人好评。为将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，我院制订了医疗保险服务的管理规章制度，定期考评医疗保险服务态度、医疗质量、费用控制等计划，并定期进行考评，制定改进措施。加强病房管理，经常巡视病房，进行病床边即访政策宣传，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一律不予收住。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。今年我院未出现差错事故，全院无违纪违规现象。

三、改善服务态度，提高医疗质量。

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。

我院分管院长不定期在晨会上及时传达新政策和反馈医保中心的有关医疗质量和违规通报内容，了解临床医务人员对医保制度执行情况，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。大大提高了参保住院患者满意度。

通过全院职工的共同努力和认真工作，圆满完成了全年各项任务。在今后的工作中，我们还需严把政策关，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，为我院医保工作顺利开展作出贡献。

医院医保工作个人总结篇六

20__年我院医保工作在漯河市、召陵区、源汇区和郾城区医保中心正确指导与帮助下，在我院领导高度重视下，根据市区医疗保险定点医疗机构考核办法之规定，通过我院医保小组成员与全员职工不懈努力，我院医保工作首先认真履行自己的岗位职责，以贴心服务广大参保患者为宗旨，与全员职工团结协作，共同努力圆满完成20__年工作计划，先将年工作总结如下：

1、高度重视市区医保办考核管理项目：严格遵守基本医疗保

险政策规定：做到规范执行和落实。对入院病人做到人、证、卡相对照，做到因病施之原则，合理检查，合理用药。严格掌握出入院标准，做到不挂床，不冒名顶替，严格杜绝违规事件发生。顺利通过20__年市区医保办日常工作督查。并获得了漯河市医保先进两点过单位称号，受到了市区医保中心以及我院领导职工的一致好评。

2、狠抓内部管理；我院医保办做到每周2-3次查房，定期下病房参加晨会，及时传达新政策和反馈医保办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。

3、加强制度建设，认真履行医保两定单位《服务协议》；为了贯彻落实好医保政策，规范医疗服务行为，医保办不定期到科室与医务人员学习医保政策和《服务协议》，制定医保工作管理制度，如《医保病人医疗费用控制措施》、《医保病人费用审核办法》、《医保工作监督管理制度》等一系列管理办法和制度。让医生明白如何实现医疗费用的合理控制，因病施治，在保证医疗安全的前提下，首选费用低廉的治疗方案，尽量减少一次性耗材的使用，在治疗和用药上能用国产不用进口的，能用甲类药品不用乙类药品，合理使用抗生素，降低医疗费用。这些制度对规范医保医疗服务行为起到了合理性作用，可以减轻参保患者负担起到了积极性的作用。一方面杜绝违反医疗保险政策和规定，一方面受到了医保病人的好评。

4、协调未开通县区医保医保病人报销，增加我院收入。因我院还有其他县区未开通医保收费系统。对所有来我院住院的病人和医生家属沟通，让病人先住院，由本人向所在辖区医保办进行协调报销，减少了病人麻烦。受到了病人家属和各

科室的一致好评。

5、通过个人努力协调市居民医保门诊统筹定点报销，在全市率先开展居民医保门诊统筹报销，并印制医讯彩页以及版面深入校区进行宣传，让学生彻底了解在我院看病的优惠政策，从而增加我院的经济收入。

6、通过我科工作人员及全院相关工作人员共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了20__年初既定的各项任务。收入如下：20__年全市医保住院病人共1893人，总收入9824195、76元(包含门诊费用)人均住院费用为3800余元。普通门诊病人为24856人次，慢性病为1845人次。20__年全市医保住院病人共1597人，总收入6547957、82元(包含门诊费用)人均住院费用为3100余元。普通门诊病人为23126人次，慢性病为1216人次。总收入6547957、82元，较去年增加了33%。一年来虽然取得了一些成绩，在20__年工作中继续发扬优点。改正工作中存在的不足，在新的一年里我们要发扬优点，查找不足，大力宣传医保有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，强化内部管理，层层落实责任制度。为参保患者提供优质服务。为我院的发展做出贡献，是我院的经济更进一步提高。

20__年工作努力方向：

1. 市区医保总收入较去年增长40%。

2. 协调好非定点医保单位住院病人报销，减少病人麻烦，一切为病人着想。

3、重点加强病例书写规范，用药合理，检查合理，做到病例医嘱和费用清单相对照。避免医保办病历检查不规范的罚款，减少医院经济负担。

4、努力开通舞阳和临颖职工居民医保，减少病人报销麻烦，

增加医院收入。

5、对新来院上班工作人员定期培训医保政策及规章制度。

6、大力宣传职工医保及居民医保政策。

7、每月按时报送市直和各县区医保资料及病历，并及时要回医保款。

8、加强联系和组织外单位来我院健康体检。

医院医保工作个人总结篇七

(一)基金收缴及支付情况

到x月底止，全县已参加基本医疗保险的单位达xxx个，投保人数xxxxx人；参加大病互助的单位xx个，参保人数xxxx人；打入铺底资金的单位x个；万元，其中：万元，万元，收缴率达xx%；大病互助金xx.x万元，收缴率为xx%；铺底资金xx.x万元。

据统计到x月底止，全县参保职工住院达xxx人次，基本医疗保险基金预计应支付xxx.x万元，已支付xxx.x万元，报付率达xx%；此外，有xx名患病职工进入大病互助金支付段，万余元，已支付xx.x万元。

到x月底止，基金收支在总体结构上虽然保持了“以收定支，略有结余”的平衡，但因其存储量的大幅降落，基金抵御突发风险的能力已被大大削弱。因此，下阶段的征缴工作必须有新的、更大、更快的进展，来增强基金的保障能力。

(二)特殊人群医药费筹集、支付情况

现有xxx名离休干部□xx名二等乙级以上伤残军人由医保中心代管。这部份人员的医疗费用由财政按xxxx元/人列入预算，半年经费为xx.x万元。截止到x月x日，我中心共代报xxx人次，元的医药费。目前，万元医药费暂未报付。

(三)更新了xxxx年度参保职工数据库

(四)召开了定点医疗机构培训班

为了加强与各定点医疗机构的交流，通过培训使之熟悉好我县相关的基本医疗保险政策，我们于xxxx年x月xx日至x月xx日在县九观桥水库宾馆举办了首届基本医疗保险定点医疗机构培训班暨xxxx年度总结表彰会。各定点医院均按通知要求派出了专职人员参加培训班，实到xx家医院共xx人。戴子炎副书记、曾副县长、旷助理调研员、市医保中心文主任也分别在会上发表了重要讲话。这次培训班是非常及时、必要的，也是富有成效的，我们以培训班交流学习的方式，既找出了现有差距，又找到了改进办法，为今后医保制度的规范运作树立了风向标。

(五)得到了各定点医疗机构的大力支持

各定点医疗机构都很支持医保的各项工作，有经济实力的医疗机构都按要求添置了计算机网络设备。现在可以与我县医保联网结算的医疗机构已达xx家。

(六)加大了对医疗机构的监管力度

为确保统筹基金用在“刀刃”上，坚决杜绝套取统筹基金的行为，有效遏制不合理医疗费用的增长，我们加强了监管和审查。由于我们基础工作到位，基本上杜绝了冒名顶替、套取统筹基金的行为，有效地遏制了医疗费用过快增长。在费用审核上，做到该支付的一分钱不少，该拒付的一分钱不给。

由于我们工作人员严格执行政策，她们多次遭白眼、被谩骂、受委屈，但仍然以笑脸相待，耐心解释说明。正是源于她们的公正和无私，最终赢得了各定点医院和广大参保职工的理解与支持。

(七)落实了中心工作人员基本工资

在县政府和财政的关怀下，医保经办机构工作人员的基本工资纳入了财政统发，解决了同志们的后顾之忧，大家都表示今后要更加努力工作，不辜负政府和人民对我们社保机构的关怀和厚望。

(八)加大了宣传力度

医疗保险制度改革是社会关注的焦点，为使医疗保险政策深入人心，我们坚持以舆论宣传为导向，并采取全方位、多形式的方法广泛宣传医疗保险政策。上半年，我们举办了医保知识竞赛，免费发放了《就诊需知□□□ic卡使用说明》、《医保快讯》等宣传资料各计x.x万份。我们还通过《劳动与保障》的专栏节目大力宣传医保政策，增进了广大参保人员对医保工作的理解和支持，在他们心中逐渐树起了“xxx医保”优质服务的好形象。由于我们周到的宣传，过去对医保不满的、发牢骚的、讲怪话的现象逐渐少了，理解、支持的呼声高了。

1、继续强化医保基金征缴力度

众所周知，“以收定支，略有节余；上月预缴，下月支付”是医保基金的征缴原则。如果基金按时足额征缴不能及时到位，那么保支付则会成为一句口号。所以继续强化医保基金征缴力度，确保首批参保单位的基金征缴率达到xxx%□兑现我们对参保职工的承诺，仍然是需我们进行长期工作，要坚持不懈的目标。

2、举办两期参保单位医保业务培训班

医疗保险涉及面广，其业务流程是三大保险中最为复杂的，稍有不慎，就会给广大参保职工带来诸多不便，加重患病职工的痛苦。作为医疗保险基金管理服务部门，我们不仅自己要树立服务意识，还同时要求与医保业务相关的部门，也要有着克己为民的服务观念。为此，我们还将为各参保单位的社会保险联络员、各定点医疗机构的医保操作人员再举办两期业务培训班。

3、催促定点医疗机构尽快购置计算机网络系统

为了形成全县医疗保险管理社会化服务信息网络系统，早日实现ic卡刷卡报帐功能，方便广大职工就医，且便于医保中心对病员就医取药的监控管理，建立完善的统计指标体系和信息反馈体系，我们将催促各定点医疗机构和零售药店尽快配置好计算机网络系统。

与任何一项改革一样，医保改革也只有得到广大参保单位、参保人的理解、参与和支持，才能顺利进行，才能真正发挥其促进经济发展、维护社会稳定、提高参保职工健康水平的作用。在今后的工作中，我们将以高度的历史使命感，只争朝夕的精神，开拓进取，扎实工作，为发展xxx经济、维护社会稳定做出贡献!也请县委、县政府对我们的工作一如既往地支持。

医院医保工作个人总结篇八

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。作为一名医保工作者，我深知心系群众，切实帮助他们解决实际困难是最重要的。为此，在日常工作中，我总是广泛听取群众意见，了解群众需求，耐心接待人民群众的来信来访，帮助他们释疑解惑。从人民群众满意的事情做起，做到在工作上群众，感情上贴近群众，行动上深入群众，量力而行，真心实意为人民群众解决实际问题，让他们感受到党和政府的温暖。对人民群众的合理要求，做到件件有回音，事事有着落。对不尽合理要求，耐心说服劝导。在日常生活中，我从不优亲厚友，也从不向领导提非分要求，凡事以工作为重，从大局出发，既注重自身工作形象，也注意维护单位整体形象。在工作中需要机关财务开支方面，能做到严格把关，凡办公费用先申请请示，再逐级审批，杜绝了违纪违规事件在个人身上的发生。

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！

医院医保工作个人总结篇九

总结是在某一特定时间段对学习和工作生活或其完成情况，包括取得的成绩、存在的问题及得到的经验和教训加以回顾和分析的书面材料，它可以给我们下一阶段的学习和工作生活做指导，为此要我们写一份总结。总结一般是怎么写的呢？下面是小编收集整理医院医保工作总结，仅供参考，希望能够帮助到大家。

20xx年在我院领导高度重视下，按照六安市城乡居医保政策及六安市医保局、霍邱县医保局及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，现将我院医保办工作总结如下：

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、分管院长具体抓的医保工作领导小组。为使广大群众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，一是通过中层干部会议讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；二是发放宣传资料、张贴宣传栏、政策分享职工微信群、医保政策考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力，力争让广大医务人员了解医保政策，积极投身到医保活动中来。

为使医保病人“清清楚楚就医，明明白白消费”，我院一是在院内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，大厅内安排值班人员给相关病人提供医保政策咨询；二是配置了电子显示屏，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清单制，并对医保结算信息实行公开公示制度，自觉接受监督，使住院病人明明白白消费。为进一步强化责任，规范医疗服务行为，从入院登记、住院治疗、出院结算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。将医保工作抓紧抓实，医院结合工作实际，加强病房管理，进行病床边政策宣传，征求病友意见，及时解决问题，通过医保患者住院登记表，核查有无挂床现象，有无冒名顶替的现象，对不符合住院要求的病人，一律不予办理入院。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。

新的居民医疗保险政策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。

及时传达新政策和反馈医保中心及县一院专家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。在办理医疗保险结算的过程中，我窗口工作人员积极地向每一位参保人员宣传、讲解医疗保险的有关规定及相关政策，认真解答群众提出的各种提问，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。本年度医保结算窗口代结外院住院204人次，外院门诊367人次。全年打卡发放外院医保资金61余万元。开展贫困人口就医医保补偿资金

“一站式结算”，结算辖区贫困人口县外住院就医15人次，垫付资金9万元、县外门诊119人次，垫付资金34万元，办理慢性病就诊证597人。医保运行过程中，广大参保群众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，医保办工作人员严格把关，规范操作，实行一站式服务，大大提高了参保满意度。

我院医保工作在开展过程中，得益于市医保局、县医保局、医保中心、霍邱一院的大力支持及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：因医保实施规定的具体细则不够明确，临床医师慢性病诊疗及用药目录熟悉度不够，软件系统不够成熟，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，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，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。努力更多更好地为人民服务，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作出贡献。

医院医保工作个人总结篇十

作为医保中心结算信息股其中的一员，我怀着一颗感恩的心，认认真真学习，兢兢业业奉献，尽职尽责做好本职工作。现将一年工作总结如下：一年来，在主任的直接领导和大力支持下，在大家的密切协作和热情帮助下，我们结算信息股以“维护网络畅通”为己任，以“为患病职工服务”为宗旨，认真学习，积极进取，尽职尽责，较好地完成岗位目标任务，力求做到“用心工作、真诚待人、换位思考、亲情服务”。

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。

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。