

最新医保年度总结报告个人(优质8篇)

辞职报告是一种表达自己理性决策的方式，也是向上级和同事作出交代的重要途径。接下来，我们将分享一些优秀的整改报告案例，以供大家参考和学习。

医保年度总结报告个人篇一

医院20xx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。

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。

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。

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。

医保年度总结报告个人篇二

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：

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。

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。

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。

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。

医保年度总结报告个人篇三

首先我代表莫莫莫镇欢迎区人大领导莅临我镇检查指导工作，现在我把20xx年度我镇新型农村合作医疗工作向各位领导做以下汇报。

我镇共辖65个自然村，46个行政村。全镇共设置镇卫生院一处、1个中心门诊部，23个村卫生室。共有在岗乡村医生77人，其中30岁以下6人，31—40岁24人，41—60岁38人，60岁以上9人。自20xx年我镇开始实行新型农村合作医疗以来，我院在推行新型农村合作医疗的道路上积极探索、勇于创新、精心组织、狠抓落实，取得了一定的成绩，达到了“互助共济、稳步发展”的目标，初步形成了“政府重视、干部支持、群众配合”的良好局面。

（一）乡镇合作医疗工作

突出重点，深入做好宣传引导工作。

新型农村合作医疗政策实施之初，部分农民的参与意识不强，我镇围绕区委、区政府全区新型农村合作医疗工作会议精神，重点宣传新型农村合作医疗政策的目的是、意义和基础知识。让群众知道参加新型农村合作医疗的好处，掌握新农合政策，解除疑虑，从而提高了群众对新型农村合作医疗制度的接受程度和认知度，扭转了一些群众怕吃亏的想法，教育、引导群众自觉、自愿地参与到新型农村合作医疗中来。

1、媒体宣传。在筹资期间，各村利用广播宣传合作医疗有关材料，并采取滚动播音的方式，不间断的宣传。

2、阵地宣传。一是开通咨询电话，我镇合管办固定电话0632—6971092确保工作日及时通畅；二是制作板面10余块，在部分人口较多的村轮流展览；三是在各村和公共场所张贴标语条幅达三百余条。

3、流动宣传。今年新农合筹资初期，在区合管办的统一安排下出动车辆进行流动宣传。

4、入户宣传。一是发放新农合宣传资料1万余份。二是同农民群众面对面地进行宣传教育，详细讲解参加新型农村合作医疗的目的意义和义务、参合条件、补偿办法、报销比例，资金管理与监督内容。据不完全统计，我镇新型农村合作医疗的宣传率达到了100%，知晓率达到了99%以上，为新型农村合作医疗的顺利开展打下了坚实的基础。

（二）齐抓共管，加大督促指导工作力度。

镇党委、政府把新型农村合作医疗作为一项中心工作提上议事日程，并集中全镇力量，上下齐心，分工协作，共同攻坚克难。

为了统一全镇上下的思想，加大工作力度，镇党委政府及卫生院均制定了一套严格的责任制度和督促制度，明确了责任人，采取签订责任书的形式，把工作实绩与考核奖金挂钩，做到职责上肩，责任到人。在方式上以点为单位，成立了6个督导组，由卫生院班子成员担任组长，采取一月一汇报的制度，制定进度表，严格督促各村新农合开展情况。

（三）全程代办，保证医疗费用顺利报销。

针对医药费补偿过程手续烦琐的问题，我镇积极推行医药费报销全程代办的制度。参合群众只要把报销所用材料交到卫生院新农合报销处，2个月左右直接到卫生院财务科领钱就行。

1、落实人员。落实四名专职人员负责办理医药费报销工作，认真仔细地审核、复核，确保每一笔资金报销准确无误。

2、加强培训。镇合管办对新农合窗口人员专门进行了培训，规范办理报销的有关手续，使日常工作中能够正常开展，提

高工作效率。

20xx年度我镇新型农村合作医疗工作得到了农民群众的'理解和支持。全镇实际参合人数达38897人，参合率达94.8%。其中残疾人、特困户由镇残联、民政所为其代交参合金。截至今年3月底，全镇总补偿人次5万人次，总补偿金额达到了86.5万元；其中门诊补偿49000人次，补偿34.2万元；住院补偿321人次，补偿52.3万元。

（一）领导重视是基础。新型农村合作医疗工作涉及面广，开展难度大，需要镇，村两级领导高度重视，分工负责、协同作战、职责上肩、落实到人，要形成工作的合力。

（二）宣传引导是关键。新型农村合作医疗工作关键在于解决农民的参保意识，只有农民的思想通了，工作才能主动。只有切实加大宣传力度，才能提高农民参保的自觉性。

（三）提供优质服务是保障。农民参加合作医疗最担心的就是“文件一个样，实行变了样”，最怕的就是手续麻烦，一次两次跑回头路。为此，实行全程代办就显得相当重要，只有不断健全服务体系，为农民提供便利、快捷、周到的服务，才能赢得工作的主动和持久。

1、乡村医生年龄结构老化，专业技术水平离人民群众日益增长的医疗需求尚有一定差距，急需充实新生力量。

2、新农合宣传力度离上级要求还有一定差距，需进一步加强筹资宣传和日常宣传。

3、由于乡村医生年龄普遍较大，新农合微机系统使用难度较大。

4、目前卫生院共垫付两个月新农合补偿款，累计垫付近五十万元，造成卫生院资金周转困难。

5、加强乡村医生业务培训，提高乡村医生服务水平，今年按照省卫生厅的要求，已培训300人次。

各位领导，我镇新型农村合作医疗工作虽然取得了一点成绩，但离上级的要求和农民的期盼还有一定的距离。下一步，我们将继续牢固树立“以人为本”的理念，始终把便民服务放在第一位，精益求精，开拓创新，不断把莫莫镇新型农村合作医疗工作推向深入。

医保年度总结报告个人篇四

其中城镇职工门诊收入元，城镇职工住院收入xx元，城镇居民门诊收入xx元，城镇居民住院收入xx元。现将我院医疗保险工作总结如下：

院领导高度重视医疗保险工作，调整和充实了医疗保险科工作人员编制，加强了医疗保险工作的管理力度，形成了齐抓共管，共同推进的局面。对于在医疗保险工作中出现的问题，认真组织临床科室和医务人员进行学习和讨论，不断加强了医疗保险管理的各项工作。

(一)加强医疗保险患者的就诊管理

医院对所有参保患者全部实行首诊负责制，全院医务人

员能够热情接待每位前来就诊的患者，认真进行身份和证件识别，做到人、证相符，从未发生过推诿参保患者就诊及劝导患者出院或转院的现象，深受参保患者的好评。医保科定期对科室参保患者身份进行验证，实行多环节把关，坚决杜绝了冒名顶替及挂床住院现象。全院医务人员能够做到实事求是，对于不符合住院条件的患者坚决不予收治，对就诊参保患者进行合理用药、因病施治，未出现诊断升级及分解住院的现象。

（二）加强参保职工的收费管理

医院根据社会发展需要，对患者的各项收费进行了信息化管理。实行了一卡通服务，在一楼大厅配置了电脑触摸屏、电子显示屏，将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，同时也配置了查询系统，患者用就诊卡随时可以查询各项诊疗费用及每日清单，使每一位患者都能及时明了地掌握自己的费用使用情况。对于自费项目及药品的应用必须根据病情，如需要时必须征得患者本人及家属同意并签字后，方可使用或执行，保证各项收费公开化、合理化。

（三）加强参保患者的药品管理

防感染用药上，尽量缩短使用抗生素时间，避免滥用抗生素。恶性肿瘤患者选择合理有效的化疗方案，视病情需要应用药物，尽量避免应用高档化疗药物，杜绝了化疗分解住院的现象，实现了真正的因病施治，合理用药。

（四）加强重症报告制度的管理

医院加强了对参保患者重症报告制度的管理，采取了对危重患者积极认真治疗，严格按医疗操作规定处理、合理检查、合理治疗，使患者得到及时准确的治疗。重症的申报实行专人负责、认真核实、严格把关，全年无违规现象发生。同时，医院设立了医疗保险鉴定委员会，按照转诊转院管理制度，本着对医、保、患三方负责的原则，严格执行转诊、转院审批手续。

（五）加强参保患者门诊高档检查的管理

医院严格控制参保患者百元以上（含百元）的高档检查审批制度。经治医生能够做到检查申请单由参保患者签字，开方由医生审核、做检查由操作人员负责审核，坚决做到人、证相符，杜绝了冒名顶替现象。医院按照规定并结合患者病情

选择适当检查项目为患者检查（如：放射线□ct□彩超等），使患者真正得到因病施治，避免了无诊疗意义的各项高档检查。

置了专职人员进行门诊放化疗申请的审批管理及二次开机入院的审核登记。参保患者的门诊化疗用药，医生必须提前给予申请审批，并将相关材料准备齐全，审批回报后方可门诊开药。二次开机入院的参保患者必须携带项目填写完整的二次开机申请单、出院证、医保结算单等相关材料方可到医保局开机解锁。

（七）加强医疗保险工作的管理、制定考核制度

今年医院加大对参保患者住院费用的审核力度，指导各科室医生规范书写病历，合理用药，按规定使用卫生耗材，并制定了严格的管理办法；对于出现的问题及时发现，及时整改并通过院内oa网每月予以通报处罚，使各临床科室能够及时准确地了解并掌握城镇职工、居民、学生儿童保险的有关政策及相关业务知识，便于各科室工作的改进。合理地安排医保科工作人员每周不定时下科室进行抽查，对参保患者进行医保政策的宣传和讲解，及时解决出现的医保问题，检查有无挂床及冒名顶替的现象，保证无患者上访现象发生，使医院的医疗保险工作进一步得到了完善。

（八）加强医疗保险财务、信息的管理

收入进行汇总和财务报表，做到医保财务收入与返款账

账相符。医院加大了信息化管理，进一步完善了医疗保险的微机软件系统，增加了院内药品及各项诊疗项目的维护，使临床医护人员能合理规范地应用医保目录内药品及诊疗项目，减少了工作中的不便。

（九）认真落实医疗保险的政策及文件，加强知识培训对医

疗保险局下发的相关文件和规定，医院均给予高度重视，领导传阅后及时传达给相关科室，让各科室及时掌握精神，尽快落实到临床工作中，做好医疗保险工作。对于医疗保险局召开的医疗保险工作会议，会后院长都要专门听取医保科长会议情况汇报，根据会议精神结合医院的具体情况，安排部署下一步工作。院长在每次院周会上，都根据医疗保险工作的情况汇报，针对医院各科室在医疗保险工作方面存在的共性问题，及时提出整改的意见和办法。对于在医疗保险工作中出现的疑难问题，我们能及时请示医疗保险局相关主管部门，协调临床各科室做好对患者的解释工作。

20xx年医保科除每月在oa系统进行医保知识和相关文件的学习外，针对各临床科室的具体情况，利用早会逐科室走访的形式为医护人员进行了“医疗保险相关知识和规范”、“工作中需要注意的问题”、“实际工作中存在的问题”等知识的讲解。

- 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。

医保年度总结报告个人篇五

20xx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《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：

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。建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。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。

20xx年6-11月份，我院共接收铁路职工、家属住院病人4000人次。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，对一些有多次违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。

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。

医保年度总结报告个人篇六

xxxx年12月，我来到了xxxx镇人民政府社会保障事务所工作。不知不觉中，一年过去了。在这一年中，在领导的培养关心，同事的支持帮助下，我逐步的熟悉了各项工作并且较为圆满的完成了xxxx年度的本职工作。

在业务学习方面，我虚心地向身边的同事求教，努力争取在最短的时间内了解工作内容，熟悉工作流程，为今后的工作打下坚实的基础。

刚刚来到社保所的时候，我的工作很简单，只是熟悉业务，同时协助其他同事完成工作。经过了2个多月的锻炼之后，我可以独立完成工作了，因此所长安排了正式的职务。在这一年中，我所参与的工作有以下几项：

- 1、档案管理：档案接收和档案转出。

- 2、为档案在/转社保所的失业人员进行失业登记并办理求职证。
- 3、为档案在/转社保所的失业适龄人员办理再就业优惠证，使其能够享受国家给予的优惠政策。
- 4、为本镇农业户口人员办理农村劳动力转移就业证。
- 5、为前来求职的人员进行求职登记并做职业介绍，帮助其找到合适的工作。
- 6、为全镇60岁以上符合条件的老人办理《城乡无社会保障老年居民养老保障》待遇的申请与上报工作，帮助其能够按时享受国家给予的财政补助（200元/月）。
- 7、昌平区职业介绍中心与社保中心月报表的上报。
- 8、协助同事完成各项劳动局下发的调查工作。如，农村劳动力调查，纯农业无就业家庭调查。

这一年中，我在工作和学习中不断的成长，不断的用知识充实自己。虽然能够完成所交予的工作任务，但是，在工作中，也发现了自己的不足之处，因此，在今后的工作学习中，努力的完善自我，做一名称职的工作人员，希望领导和同事对我进行监督指导：

第一，自觉加强理论和专业知识的学习，提高自我的理论水平和业务能力。

第二，注意说话的语速，放慢速度，耐心的为前来咨询政策的人员进行解答。

第三，克服自己的年轻气躁的毛病，踏踏实实的工作。

第四，继续提高自身的政治修养，强化为人民服务的宗旨意

识。

xxxx年即将到来，我会带着更加饱满的精神和更加热忱的态度投入到工作中，积极为人民服务，做一名称职的政府工作人员。

医保年度总结报告个人篇七

xx同志xx年从上海警备区海防二旅退伍，4月到市医保中心工作，同年10月因工作需要调入市就业服务管理中心。她以高度的责任心和忘我的工作热情一心一意扑在工作上，受到了领导和同事的一致好评。

做“管家”精打细算

xx在就业管理中心具体从事后勤服务及财务工作。她总是精打细算，时时处处注意节约每一分钱。

中心办公用品经费支出较大，为降低成本，减少支出，她经常跑东串西，货比三家，直至选定价廉物美的物品方才罢休。作为出纳会计，她更是认真把关、“斤斤计较”，严格控制每一项经费支出。

中心职介科每逢开市时各类表格用量较大，工作流程中存在表格浪费的现象，她看在眼里，记在心上，向职介科建议对用人单位使用表格实行定量发放，对求职人员限量发放。她发现在日常的文件印制中也有浪费，便建议在不影响业务工作的前提下，各部门在用纸上尽量重复使用，能够用小的就按小的用。仅此两项，每年节约费用约5000元。

她对工作如此，对自己也不例外。今年5月份，市物价局组织全市事业单位收费员培训，按会议要求，凡在肥人员可以在培训宾馆住宿。为了减少不必要的开支，她坚持回家住宿，不怕路途遥远，每天乘公共汽车来回奔波。培训班的同事见

她这样辛苦，不解地问：“反正都是公家报销，省下的钱又到不了你的腰包，何必这样折腾自己？”她笑了笑说：“能省一点是一点嘛。”

对工作忘我投入

后勤服务工作繁琐而辛苦，从后勤保障，如办公用品的采购、办公设备维修等，到来人接待、会议服务等，需要很强的耐性和高度的责任心。这一切，她都做得非常出色。

综合科杂事多、人手少、任务重，加之又都是女同志，生性活泼、当兵出身的她自然将科里的重担挑在肩上。一次，局里要求中心腾出一个车库，库里堆满了旧桌椅板凳，科长组织大家利用中午休息时间清理，她积极带头，拿出在部队的精神，干起活来，活象个男生，一点不顾及自己的身体。她总是这样，重活、脏活抢着干，常常忙得晕头转向，不亦乐乎；经常双休日不休息，晚上也很少准时下班。

去年中心和劳动服务公司合并以后，有十多名退休老干部关系转移到中心，为了把老干部工作做好，她总是想在前，做在前。为了确保老干部按时拿到工资，她加班加点，提前把工资表做好。去年重阳节，局里组织老干部外出旅游，她负责陪同，考虑到老干部年纪大，腿脚不便，一路上她悉心照顾，安排地妥妥贴贴，受到了老干部的一致称赞。

为大家舍却小家

去年9月26日是xx新婚大喜的日子，临近婚期她却并没有请假张罗婚事，领导和同事很纳闷，就问她“是不是婚期推迟了？”她笑了笑说“眼下工作这么忙，过两天再请吧。”就这样，因为工作，她把一大堆的事情推给了爱人，惹得爱人直埋怨。按理说她平时工作很辛苦，应该在新婚蜜月里好好休息，可想到办公室人手少，事情多，心里始终放不下，她再也坐不住，赶到单位上班。按法定婚期她应该休假23天，

她仅休息了5天。

将本文的word文档下载到电脑，方便收藏和打印

推荐度：

[点击下载文档](#)

[搜索文档](#)

医保年度总结报告个人篇八

20xx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：

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。

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。

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。