# 河南医保药业工作总结(34篇)

来源：网络 作者：紫云飞舞 更新时间：2024-07-11

*河南医保药业工作总结120xx年上半年医保科在我院\*\*\*\*\*\*与指导安排下，在各职能科室、站点大力\*\*帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算人次，费...*

**河南医保药业工作总结1**

20xx年上半年医保科在我院\*\*\*\*\*\*与指导安排下，在各职能科室、站点大力\*\*帮助下，按照市医保处工作及我院实际工作要求，以参保患者为中心，认真开展各项医保工作，经过全院上下的共同努力，全院上半年门诊统筹结算人次，费用总额医保支付门诊慢病结算费用总额医保支付医保住院结算人次，费用总额，医保支付总额，20xx年医保住院支付定额910万元，医保工作取得了一定的成绩，同时也存在许多不足之处，现一并总结如下：

>一、院\*\*重视医保，自身不断加强学习

>二、加强\*\*落实，注重协调沟通

为使医院参保患者全面享受医保\*\*，为使广大职工对医保\*\*及\*\*有较深的了解和掌握，将医保定点医疗机构服务协议逐一印发至各站点、门诊，将医保相关动态新\*\*及时公布于医院内网，加强与各站点\*\*沟通，认真督促指导学习落实相关内容，结合绩效考核，检查落实医保\*\*学习实施工作。

医保工作与医院各项医疗业务\*\*相联，所有工作的开展落实离不开相关科室的\*\*与配合，特别是财务科、信息科、医务科、药械科、办公室等其他相关科室都给予了大力\*\*与帮助，才使得全院医保业务工作正常开展。同时也着重加强与人社局医保处的工作联系，争取在\*\*允许范围内，最大程度的保障医院医保相关利益；上半年，医保处对我院各项医保工作也给予了大力指导和\*\*，促进了医保工作的有序开展，利用夜校时间，联系医保处来我院针对门诊统筹等相关医保\*\*的落实进行了全面讲解，更好保障了医保惠利报销\*\*在我院的推行，不断吸引医保患者来我院定点就医。

>三、不断提升医保工作主动服务能力，各项医保业务有序运行

在医保工作中，加强与各站点\*\*沟通，全力主动为各站点一线做好医保服务，特别是在门诊慢病联网结算初期，不管工作多繁琐繁忙，每天都要去各站点解决理顺一线在实际操作工作中出现的各种问题；每天都要数次往返市医保处，联系对接各类工作，保障门诊慢病联网结算在我院各站点顺利运行，确实保障慢病参保人在我院及各站点正常就医诊疗；主动指导各站点进行门诊统筹、门诊慢病的签约宣传，不断下站点指导一线如何将医保“三个目录”与实际诊疗工作相结合，让临床一线人员了解掌握医保统筹基金支付报销项目，重视医保\*\*在我院的具体实施与落实，提高医院医保服务能力和水\*，不断提高参保患者满意度；完成医院及所有站点医保定点机构资格的申报工作，定点机构申报工作涉及的资料非常多，加班加点按照上级相关要求进行准备予以申报，顺利取得定点资格并签订协议；顺利迎接完成市医保处20xx年度医保考核、20xx年度离休记账费用的稽核工作，同时配合市医保处做好了不定期的各种医保检查工作；积极联系相关业务部门、科室解决一系列医保相关的问题：如各站点POS机故障、医保地维结算系统故障、读卡器故障、医保网络运行故障等；主动解决了存在门诊统筹、慢病签约及结算、住院联网、项目维护等一系列问题，对站点一线存在的医保相关问题，能自己亲身去解决的，绝不推诿，全力以赴，保障站点、门诊有更多的时间和精力全力投身于繁忙地一线业务工作中。

>四、不断加强离休人员就医规范管理，合理\*\*医保超支费用

离休\*\*作为我院重点医疗医保服务对象，定点我院离休人员现有320余名，\*均年龄在85岁以上，多种疾病缠于一身，医疗保障需求水\*不断提高，同时人均医疗费用不断正常，不断加大了我院医疗费用垫支，所以保障离休人员的就医合理规范，提高其就医满意度尤为重要，加强对离休人员的走访与沟通，听取其就医建议及意见，根据工作实际，与各站点\*\*认真沟通，在医保\*\*允许范围内，灵活运用相关规定，规范诊疗，合理检查，严格离休\*\*大病例规范使用，规避\*\*项目的出现，最大程度保障离休\*\*就医需求，提高其就医满意度；通过离休\*\*门诊、住院记账费用自查，对上半年门诊及住院中离休\*\*记账费用中出现的\*\*项目，及时与各站点\*\*沟通，提出了具体整改落实措施，认真督促整改，同时在医院信息科的\*\*帮助下，通过HIS系统杜绝严重\*\*现象的发生，提高离休人员\*\*管理的科学性与有效性；认真审核并\*\*离休人员外转费用，将医保统筹基金不予支付的项目从其报销费用中扣除，全部由离休本人自负，保障医保统筹基金的合理使用，医保最大程度的减少医保稽核支付费用扣减，全力保障医院整体利益。

>五、注重医保卫生信用信息的完善及新农合工作宣传落实

按照人社局、卫生局的相关要求，加强医院卫生信用建设，将单位及所有医保定岗医师的档案信用信息全部录入山东省卫生信用网，制定医院卫生信用\*\*，加强定岗医师诊疗行为\*\*管理，提升卫生信用能力，我院被市人社局评为卫生信用B级单位，并给予我院全市优秀定岗医师名额一名；不断加强新农合新补助报销\*\*的宣传与落实，让更多的参合患者享受新农合惠利\*\*，我院也被市卫生局评为新农合工作先进集体。

>六、存在的不足与问题：

自身在医保实际工作中存在学习能力还尤其不足，个人处理协调医保相关问题的能力非常有限，医保工作创新的能力比较欠缺，还需要院\*\*、各科室\*\*及同志们的教导帮助与\*\*，在工作中付出，在工作中磨练，在工作中成长。

>下半年工作打算及重点：

一、继续加强与市医保处及各相关科室工作的协调能力，运行执行好医保\*\*，保障医院整体利益；

二、下半年加大医保门诊统筹、门诊慢病定点签约力度，促进医院整体业务发展；

三、进一步加强\*\*医保新业务学习，继续加大医保\*\*的宣传实施力度，促进医保业务开展落实；

四、加大医保业务内部质控，特别是离休人员就医管理，制定完善离休人员管理一系列\*\*和措施，\*\*不合理超支费用。

自己将在今后的医保工作中，认真学习，总结经验与不足，从细节入手，不断完善各项\*\*，更多更好地为站点一线、为参保人服务，为我院医保工作不断进步发展作出贡献。

**河南医保药业工作总结2**

xx年，对于我来说，是非常有意义的一年，也可以说在我人生当中，这段回忆更是抹不去的。首先，我想借这个机会感谢科室的各位\*\*，感谢\*\*对我的信任，给了我一个非常好的锻炼的机会。今年四月份我接受科室安排，到医保中心工作和学习,差不多一年的时间，因为与本职工作有着密不可分的关系，作为我个人，不仅非常愿意，更非常珍惜这次机会，从4月1日到现在，虽然还不到一年，但也已经在另一个环境中经历了春夏秋冬，现在的身心多了几分成熟，对科室也多了几份想念，同时更感觉对医院和医保中心多了几分不同的责任。

在新的环境中，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\*\*。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。

到医保中心已经八个月了，工作是紧张而充实的，每个月都必不可少地会安排加班，有时更会有整整一天的连续加班，包括中午和晚上。工作辛苦而忙碌，主要的工作是对\*\*市涉及的所有定点医疗机构进行门诊票据的审核。从4月1日截止目前，我的工作审核情况如下：审核门诊上传及手工退单人次总共约15251人次，审核涉及金额约3543万元，审核单张票据总共约46万张，最高单日审核量达到了350多份。除了对基本医疗保险的审核，有时中心还会安排我对各定点医疗机构报送的海淀医保票据进行审核或帮助复审组对已审票据进行复审的抽查工作。

在医保中心工作的一些同事一部分是来自各家医院，大家在一起相处融洽，也经常会针对各家医院的不同特点进行互相的学习和讨论，这使我对其他医院相关科室的工作性质、工作程序也有了更多的了解。审核工作中，因为票据是以个人为单位装订报送的，相对定点医疗机构来说，审核及发现问题也是随机的，在审核的同时，我非常注意审核中出现的各种情况，并着重积累相关的临床知识和医保的相关\*\*、更重要的是造成拒付的各种原因。包括超物价收费、非本人定点、开药超量、超限级收费、自费药品、改变用药途径、门诊票据日期与住院日期交叉、非临床诊断必需的诊疗项目、部分先天疾病治疗费用等等几种拒付情况进行了登记和总结。最重要的是针对工作中遇到的我院出现的各类拒付问题，进行及时的总结、汇报工作。我院涉及的问题有超限级的诊疗项目、超限级用药、开药超量、科室超物价收费等等，每次中心组务会和小教员会后，针对会议中通知的

与医院利益紧密相关的信息，我都会及时反馈，并坚持每周四回单位向各部门主管医保工作的\*\*进行了书面的工作汇报，无论刮风下雨，从来没有间断，我想我会继续把它当成了一项任务和责任来认真对待和完成。 针对我院门诊票据个别月份出现大量未上传事宜，为减少因退单，延迟报销而引起病人与我院发生矛盾，避免不必要的纠纷，我还专门请教了中心审核组长及中心网络工程师等相关人员，总结了原因，并且及时与我院医保办专管上传的人员进行联系、沟通，极力帮助解决工作中存在的各种隐患，尽量避免因现在的费用不上传、退单，而变成持卡后因无上传信息而造成的拒付。不管是拒付医院还是拒付病人，造成拒付的原因基本是相同的，针对费用较大的拒付或因医生的屡次失误造成的拒付，有时我也会及时与相关科室联系或打电话提醒告知相关医生，希望其能够引起足够的重视，避免发生重复原因的拒付，由此也得到了医生们的感激。甲流严重期，中心组务会中提出了明确不予报销的个别中药饮片复方，周四,我也及时将此消息通知各位\*\*，对此医保\*\*也及时下达文件给相关科室，在同期就做好防止拒付的准备工作。有时我也会利用周四回院的方便条件，帮助科里及医保办带送一些重要的申报材料或文件，积极地帮助同事联系申报材料的经办人，协调、接收相关的传真资料(material)等。 八个月的时间，从最初的摸索、学习、到工作中发现问题、及时反馈，到目前拒付情况的\*\*减少，从被拒付的多样化到现在的拒付情况比较单一，看着中心同事对我院的拒付情况反映也越来越少，我也感到非常开心和欣慰。 为了更好的掌握医保的相关\*\*，充分利用好这段工作的实践和经历，更好的将理论和实践相结合，今年我还利用休息时间，参加了劳动和社会保障专业的学习班，希望通过系统地对社会五险的学习，完善自己，更好的把科室的工作做好，把本职工作做好。在医保中心的工作期间我还利用休息时间查阅一些相关的\*\*,翻阅了大量的资料(material),分析产生拒付的原因,针对定点医疗机构如何预防拒付的问题,写了论文一篇。

明年二月底我就可以回“家”了，在剩余三个月的工作和学习中，我会更加努力的学习相关\*\*，配合医保中心将高峰期的工作完成好，将医院和科室交给我的任务完成好，希望早点回院，更快更好地和同事们一起投入到新一年的科室建设工作中去。

**河南医保药业工作总结3**

xxxx年上半年，在局党组的领导和市医疗工伤生育保险处的指导下，我们以“三个代表”重要思想为指导，认真贯彻落实全市劳动和社会保障工作会议精神，坚持以人为本，全面提高管理服务水平，与时俱进、开拓创新，结合实际，精心组织、狠抓落实，保证了开展“保先”活动和工作两不误，圆满完成了各项目标任务。

>一、基本情况

我区于五月二十日正式启动了医疗保险，止x月底，全区参保单位达xx家，参保职工达xxx人;上半年应征收基本医疗保险费xx万元，实际征收xxx万元;其中，统筹基金xx万元，个人帐户基金xx万元，大病基金x万元。累计接纳参保职工就医(住院、门诊)xx人次，支出医疗费x万元;其中，统筹基金支出x万元，个人帐户支出x万元。止x月底，工伤保险参保单位x家，参保职工xx人。

>二、主要做法

调查摸底，掌握了基本情况。xxx新区刚刚成立，各种情况错综复杂，医疗保险的服务对象由原xxx县和xxx区共同转入，参保单位和参保人数很不明朗，核查摸底任务非常重。医保中心组织业务骨干深入各乡镇街道、以及xxx区、原xxx县划入xxx区的企业逐个进行了调查摸底和政策宣传，克服重重困难，摸清了划入xxx区的行政事业单位和企业的经营状况、人员构成等情况。

认真考核，确定了定点医院和定点药店。吃药看病直接关系到每一位参保职工的切身利益。xxx区医保中心按照方便参保职工就医的原则，通过调查xxx区参保职工分布状况、医院、药店的信誉与水平等情况，并征求参保职工的意见，选择了水平高、信誉好又方便xxx区职工的xxx市xxx区人民医院、xxx市第五人民医院(原xxx县人民医院)两家医院和广惠和大药房、永兴药店、xxx黄河大药房三家零售药店分别作为xxx区医疗保险定点医院和定点零售药店。

加大宣传力度，促进扩面征缴。医疗保险的开展离不开宣传工作，区医保中心把强化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，采取编印发放《xxx市xxx区医保知识解答》手册、以会代训、开展医保政策宣传周等形式，全方位、立体式进行宣传。在此基础上，争取区委、区政府的大力支持，把扩面征缴纳入到政府目标管理体系，细化任务，层层分解，确保责任到位，工作到位，落实到位。在医保中心内部实行目标责任制，把全年任务细化分解到工作人员，将任务完成情况作为考核个人业绩的重要内容与年度奖惩挂钩，形成“人人肩上有压力，千斤重担大家挑”的工作氛围，最大限度的调动了工作人员的主动性和创造性。

加强自身建设，以人为本，提高服务水平

>三、存在问题

区划遗留问题尚未解决，严重影响xxx区的工作开展。

医疗保险覆盖面还比较窄，征缴扩面有待于深入。

多层次医疗保障体系尚未完全建立。

两定点的管理力度还需进一步加大。

>四、下半年工作打算

加大医疗、工伤、生育保险政策的宣传、培训力度，在深入宣传的基础上搞好参保单位经办人员、定点医院、药店医务人员的政策培训;

进一步扩大覆盖面，采取多种形式，吸纳有条件的用人单位参加医疗、工伤、生育保险，拓宽城镇各类从业人员的覆盖范围，增强基金的抗风险能力。

加强医疗保险服务管理，提高管理服务水平，逐步完善对医患双方的监督制约机制，堵塞不合理支出。

狠抓基金征缴。在实行目标管理责任制的基础上，采取行政、经济、法律等手段，加大征缴力度，确保基金应收尽收。

加强工伤、生育保险的基础管理，搞好机构和队伍建设，开展培训工作。

**河南医保药业工作总结4**

第二条本办法所称的定点零售药店，是指经食品药品监督管理部门批准取得药品经营企业资格，经本市劳动保障行政部门审核取得医疗保险定点资格，并与市医疗保险基金结算中心(以下简称市医保中心)签订医疗保险定点服务协议，为本市参加社会医疗保险的人员（以下统称参保人员）提供购药服务的零售药店。

第三条零售药店申请医疗保险定点必须同时具备以下条件：

（一）符合定点零售药店区域设置规划和定点需要。

（二）遵守《药品管理法》、《劳动法》、《劳动合同法》《江苏省药品监督管理条例》等国家法律法规。

（三）持有《药品经营企业许可证》和与之对应的《营业执照》。

（四）实施《药品质量经营管理规范》(GSP)认证。

（五）正式开业（搬迁）满1年，药品年营业额不少于30万元（边远地区可适当降低），城厢镇、新区实际营业面积60平方米以上、其他乡镇40平方米以上（不含办公、仓库等附属用房），非自有房屋租期不少于3年。

（六）遵守《社会保险费征缴暂行条例》，全员参加社会保险并按时足额缴纳社会保险费。

（七）至少有2名以上具有药师（含中药师）执业资格且在职在岗的专业人员（城厢镇、新区药店必须有一名主管药师或执业药师）；药品从业人员须经食品药品监督管理部门培训合格，持有效上岗证上岗。

（八）经营药品品种(不包括中药饮片)不少于1000种，并具有及时供应基本医疗保险药品的能力。

（九）经营药品必须有“进、销、存”台帐，并按药品质量经营管理规范要求进行电脑管理，会计账簿及财务报表符合国家相关规定。

（十）药店至少有一名经计算机培训并获得初级资格证书的工作人员。

第四条具备本办法第三条规定的条件，愿意提供基本医疗保险服务的零售药店，可向市劳动保障行政部门提出书面申请，并提供以下各项材料：

（一）《药品经营企业许可证》和《企业营业执照》的副本及复印件。

（二）《药品质量经营管理规范》(GSP)认证证书复印件。

（三）《社会保险登记证》复印件。

（四）营业员及专业技术人员名册、经食品药品监督管理部门核发的上岗证。

（五）药品从业人员有效期内的健康证明复印件。

（六）执业或从业药师以上人员的执业资格证书及注册证原件及复印件、计算机管理人员的初级资格证书原件及复印件。

（七）药品经营品种价格清单及上一年度业务收支情况，上年度药品收入情况的税务单据证明和有资质的审计单位出具的审计书。

（八）食品药品监督管理部门和物价部门监督检查合格的证明材料。

（九）药店内部各项管理规章制度。

（十）药店所处地理方位图及房屋权属证书或租房协议书。

第五条市劳动保障行政部门根据定点规划，集中受理本市范围内零售药店的医疗保险定点申请，按照合理布局、方便群众、择优选择的原则进行筛选，并在此基础上进行现场检查。经征求食品药品监督管理等相关部门意见后确定初步定点名单，再经向社会公示后正式确认定点资格。

第六条申请定点的零售药店如有下列情形之一的，市劳动保障行政部门将不予受理：

（一）不符合定点零售药店区域设置规划的。

（二）不符合申请定点资格必备条件的。

（三）不符合医疗保险相关定点规定的。

（四）在申报期内未按要求申报相关资料。

第七条取得定点资格的零售药店必须按要求配备计算机和网络系统，配备与基本医疗保险业务相适应的计算机管理人员和经培训合格、持证上岗的医保软件操作人员，安装规定的医保软件，并按要求做好药品数据库的对应匹配工作。医疗保险管理部门应做好医保软件的操作培训、医保软件安装、药品库对照的验收工作，验收合格后报市劳动保障行政部门，由市劳动保障行政部门发放定点零售药店资格证书和全省统一的定点零售药店标牌，并向社会公布;被取消定点资格的，证、牌应予以收回。

第八条取得定点资格的零售药店应具备及时供应基本医疗保险药品的能力，医疗保险药品备药率不低于80％。药品要按GSP规范分类摆放，处方药、非处方药必须分柜摆放。不得在店堂内经营药品之外的保健品、生活用品等项目。

第九条取得定点资格的零售药店必须严格执行国家、省有关药品管理和药品价格管理的法律、法规；严格执行医疗保险有关政策规定。取得定点资格的零售药店应向社会公开作出药品质量、价格、服务“三承诺”，在所有药品实行明码标价的基础上，应在“商品标价牌”上对医疗保险药品作规范化的明确提示。

第十条取得定点资格的零售药店经验收合格后，应与市医保中心签订社会医疗保险服务协议，明确双方的责任、权利和义务，协议有效期一般为2年。协议到期定点零售药店应及时与市医保中心续签协议，逾期2个月仍未续签的，将暂停定点单位结算服务。

第十一条市社会保险经办机构与定点零售药店实行计算机实时联网和专机专网管理。为确保医保网络的安全，定点零售药店的电脑必须安装病毒防火墙，定期查毒、杀毒。医保专用计算器及服务器不能与互联网(INTERNET)相联。服务器IP地址经市社会保险经办机构设定后，不得擅自修改。定点零售药店应按要求保证医疗保险软件的正常运行和网络的畅通，保证参保人员的正常配药，及时、准确地向市社会保险经办机构提供参保人员医疗费用的发生情况等有关信息。市社会保险经办机构发现恶意攻击医保网络的行为时，应立即切断该定点零售药店的网络联接，并及时报警，由\_门依法进行处理。

第十二条市\_门对定点零售药店的定点资格实行年度审核制度。定点零售药店变更机构名称、法定代表人、所有制形式、经营地址、经营项目等资格内容时，应在食品药品监督管理部门审核同意并批准后，于10个工作日内报市劳动保障行政部门备案。其中自主变更机构名称、法定代表人或经营地址等，必须按照规定的定点审批程序和时间重新进行申请办理。市劳动保障行政部门对其它变更内容进行复核后，符合定点条件的，保留其定点资格。定点单位变更事项事先未经行政主管部门审核同意和未办理变更手续的，暂不核(换)发该定点单位资格证书，暂停其定点服务资格。

第十三条配药管理

（一）参保人员到定点零售药店配购处方或非处方药品时，应持“劳动保障卡”及门诊病历划卡结算，在配购处方药时，还须出具由定点医疗机构有资质的医师开具并签名的规范处方。定点零售药店药师须在处方上审核签字后予以配方、复核，并在门诊病历上准确记录所配药品的名称、剂型、规格、数量、用法。处方需保存2年以上以备核查。

定点零售药店应认真查验配购药品人员的身份及医保相关证卡，避免“人卡不符”现象发生，对参保人员违反医疗保险管理规定的配购药品行为，定点药店有权拒绝配售。对有疑义的必须记录在案，并报医疗保险稽查部门查核。参保人员因行动不便委托他人代配药的，应由被委托人在病历上签字，费用较大的还要记录代配人身份号码备查。

（二）定点药店药师在配售药品时应认真询问病情，指导用药。同一通用名称药品的品种不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1～2种。处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些需长期服药的慢性病(如结核病、高血压病、糖尿病等)可延长到30天，但医师应当注明理由。同类品种的药品不得超过2种。

（三）定点零售药店须提供全天候的配药服务，安排专人值班，在显著位置应当有夜间服务标记和门铃，并做好夜间服务情况的登记。

（四）定点零售药店应配备专职管理人员，与市社会保险经办机构共同做好管理工作，对外配处方要分别管理、单独建帐。

第十四条市医保中心负责对定点零售药店的日常监控和检查工作，定点零售药店应当积极配合。对参保人员在定点零售药店发生的应当由医疗保险基金支付的费用，市医保中心应当及时结付；对定点零售药店违反医疗保险有关规定的费用，医疗保险基金不予结付。

第十五条定点零售药店必须遵守职业道德，不得以定点药店的名义进行变相药品促销广告宣传；不得以现金、礼券及生活用品等进行医疗消费的促销活动。

第十六条定点零售药店有下列行为之一的，应当追回违规费用。\_门可以给予警告、降级、暂停定点资格、取消定点资格，并可处以1万元以上3万元以下的罚款；对违规情节严重的定点单位工作人员，可以停止其为参保人员提供医疗保险服务，并交相关行政主管部门按照有关规定处理。

（一）与参保人员串通，发生冒名就医、配药的。

（二）采取不正当手段将应当由参保人员个人负担的费用列入医疗保险基金结付的。

（三）将非医疗保险基金结付范围的医疗费用列入医疗保险基金结付的。

（四）超量配药造成社会医疗保险基金浪费的。

（五）非法获取和开具医疗保险专用处方，骗取医疗保险基金的。

（六）通过出售假冒、伪劣、过期药品的手段，骗取医疗保险基金的。

（七）通过提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗费票据等资料的手段，骗取医疗保险基金的。

（八）重复收费，分解收费，多收医疗费用，增加患者负担或者造成医疗保险基金损失的。

（九）搭车配药，收取商业贿赂，损害参保人员利益，增加医疗保险基金支出的。

（十）使用医疗保险就医凭证配售自费药品、非药品，以药易药、以药易物，套取医疗保险基金的。

（十一）进销存账物严重不符，提供虚假票据，以非法手段返利促销，套取医疗保险基金的。

（十二）转借医疗保险POS机（服务终端）给非定点单位使用或者代非定点单位使用医疗保险基金进行结算的。

（十三）其他违反医疗保险规定的欺诈行为。

第十七条推行定点零售药店诚信备案制度。

（一）定点零售药店应将其法定代表人、出资人、执业（从业）药师（中药师）、管理负责人、营业员等相关人员的花名册及变动情况及时报市劳动保障行政部门、市医保中心备案。

（二）市医保中心应及时将检查中发现的定点单位违规、违纪、违法的有关情况报市劳动保障行政部门备案。

（三）市劳动保障行政部门、市医保中心及时将有关情况记载于相关备案单位及人员的名下，进行跟踪管理。

（四）被取消定点的零售药店及其原法定代表人、出资人、执业（从业）药师（中药师）参与经营管理的零售药店，不列为新定点单位；特殊情况从《药品管理法》规定。

（五）聘用有过不良记录营业员的零售药店，不列为新定点单位。

（六）初次申请定点的零售药店，曾在申请受理前1年内被市卫生、药监、工商、物价、税务等政府相关行政管理部门处罚过的，视情节轻重及危害程度，依据相关规定作相应的处理。

第十八条市医保中心要加强对定点零售药店医疗保险业务工作的指导，并对医疗服务情况进行定期费用审核和日常检查监督，必要时可采取明查暗访、录音、录像等方法采集有关证据资料。零售药店有义务提供与费用审核、检查监督等相关的资料、财务帐目及药品“进、销、存”台帐清单等，拒不配合调查者将按违规证据事实予以处理。

第十九条市\_门会同食品药品监督管理等有关部门，对定点零售药店进行行政执法检查，结合日常检查确定年度综合考核总分。对年度综合考核总分达95分，且在平时检查时制度健全、服务规范的定点零售药店予以通报表彰并全额返还年度考核暂留款；对年度总得分低于85分的，暂停定点服务资格，限期整改；对年度总得分低于80分的，取消其定点服务资格。被取消定点零售药店资格的，今后不再受理其定点申请。

**河南医保药业工作总结5**

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。

**河南医保药业工作总结6**

时光荏苒，20xx年已经过去，在这近一年的工作中，药房认真贯彻执行药政管理的有关法律法规，切实保障了人民群众的用药安全性、有效性、经济性、合理性等。在院领导的关心和指导下，在有关部门和科室的大力支持帮助下，紧紧围绕药房的工作重点和要求，全科组成人员以团结协作、求真务实的精神状态，顺利完成了各项工作任务和目标。一年来的药房工作总结如下：方便护士、病人。

>一、完善工作流程，提高工作效率，方便护士、病人。

药房是药剂科直接面对护士、病人的重要窗口，如何方便护士、病人、如何提高工作效率，是药房工作的重点。随着日工作量的增加，为了更好的完善药房工作，提高工作效率，为了更好的方便护士、病人，在满足其要求的前提下，首先做好与护士、病人的沟通，告知其耐心等待，科组人员通力合作将方剂尽快调配完毕。这也充分体现了药房全体人员的积极性，齐心协力，克服困难。

>二、做好药品计划、药品盘点工作。

把每一项工作做实、做细、且做好药品计划、药品盘点工作。一丝不苟，为下一步的工作展开打好基础。按照保证临床一线用药的要求，根据月销售情况及临床科室处方调配情况做好药品的订制，每按时提交完毕，满足临床科室药品供应的需求。在这一年的时间里，药房能很好地做到了药品的供应。药房人员进行药品盘点，为保证盘点数据的准确性，每月药品盘点工作均其安排在临近下班时间。为保证信息系统药品运行数据的准确性，随时核对计算机。严格执行操作规程和处方制度，确保盘点工作进行顺利，库存药品做到电脑数据与账本相符，账物相符，无差错事故发生。且盘点药品做到了心里有数、摆放合理、整齐等。

>三、做好药品管理。做好药品管理。

收到计划药品后，认真做好进药的查对和验收，认真查看药品的有效期和认真维护药品的日常养护。在工作中根据季节的变化和临床科室的用药情况及时调整购药计划少量多次进药，做到药品常用常新。紧密配合临床各科室做好各病区处方和领药单的调配工作，确保药品的质量，同时努力做好合理用药的工作，完善治疗方案的实施，努力提高自身素质，以期更好的加强管理，使药品质量得以保障，以保障患者用药安全性、合理性、有效性、经济性。

>四、规范特殊药品管理。

规范特殊药品管理。对“毒麻精放”的药品应严格按“一双四专交接班”管理。即：专人、专柜、双锁、专账、专用处方、并严格执行交接班制度。本年度药房很好的做到了处方、药品、库存的统一性，未曾出现处方药品的发放、及药品缺失等问题。

>五、加强业务学习，努力提高服务质量。

加强业务学习，努力提高服务质量。每季度认真学习药物知识，严格按照《医院处方管理制度》《药房调剂工作制度》《药房调剂职责》的规定调剂药品，坚持“四查十对”严防发生差错事故，熟练掌握了药房调剂工作制度，药房调剂职责。近一年来做到了全心全意为患者服务，以礼待人，热情服务，耐心解答问题，在不断的实践中提高自身素质和业务水平。

20xx年的工作方向：继续改善服务态度和提高服务质量，发现问题、20\_年的工作方向：出现问题要及时纠正解决，结合工作实际积极改善服务态度。把业务学习列为重中之重。积极参加院组织的业务学习，增加新知识。调剂药品工作要求我们要特别认真、细心、不能在工作中出现任何差错，轻者经济受损，重者就会给病人的身心健康和医院的经济、声誉等造成无法挽回的损失。建立、健全各项规章制度尤为重要，能保证药品质量的管理制度及程序并落到实处，加强规范化操作，发扬长处，提高工作质量和效率，杜绝差错事故的发生。对所发生药品不良反应按规定及时上报。每月做好药品盘点，药房主管并且协助财务部做好药品经济核算工作。存在的不足是专业知识不够扎实，一定要努力改进。总之，回顾一年来的工作，我们会继续发扬科室好的章程法则。

总之，回顾一年来的工作，我们会继续发扬科室好的章程法则，发章程法则扬主人翁的思想，刻苦学习，踏实工作，在新的一年里迎接新的起点、扬主人翁的思想，刻苦学习，踏实工作，在新的一年里迎接新的起点、新的机遇、新的挑战，我们有信心我们做的会更好。新的机遇、新的挑战，我们有信心我们做的会更好。

**河南医保药业工作总结7**

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

20xx年6—11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

1、有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

2、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。

3、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。

4、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。

>五、医保信息系统使用及维护情况

**河南医保药业工作总结8**

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。

**河南医保药业工作总结9**

过去的一年，我们医保处全体人员认真学习文件精神，紧紧围绕服务宗旨，创新廉洁意识，结合我科实际情况，以优质的服务赢得患者的高度赞誉。

>一、全心全意做好本职工作

20xx年，科室共报销新农合病人4999人，报销额约543万，菏泽市职工300人，报销额约160万，菏泽市居民xx人，报销额约7600元，牡丹区职工545人，报销额约224万，牡丹区居民292人，报销额约51万，各类医保优抚126人，报销额21万。

>二、努力提高服务礼仪素养

以精心管理为手段，以精心服务为宗旨，以精湛技术为保障，以精英队伍为根本，高质量、高水平地搞好服务，让服务对象充分感受到“关注、尊重、方便、诚信、温馨”的人性化服务，始终有到家的温暖，实现由满意服务到感动服务的提升。

>三、高度重视“两好一满意”服务品牌的创立

科室深入贯彻“两好一满意”活动的各项规定，建立一系列“两好一满意”活动的文化氛围，如：

服务理念：“以患者为中心、以质量为核心”；

服务宗旨：“全心全意为患者服务”；

工作目标：精益求精、遵纪守法、爱岗敬业、团结协作、共同提高。

新的一年，我们将从以下几个方面做好工作：

>一、做好医保政策宣传

医保各项政策规定较细，报销手续相对繁琐，医保处全体人员熟练掌握报销流程，准确理解医保政策，并利用宣传页、温馨提示等向医务人员和患者做好宣传，科室人员还深入病房，在稽查病人的同时向病人及亲属宣传医保政策，使病人详细了解医保知识，及时登记报销。

>二、及时调整工作重点，狠抓内部管理。

把握好医保准入关，办理住院手续时，首诊医生必须认真核实人，证，卡是否一致，医保办人员及时核实，发现冒名顶替及挂床现象严肃处理，拒付报销费用。把握好医保统筹费用关，合理检查，合理用药，合理治疗，对出院带药，超范围检查和用药，超出费用按医院规定由科室和个人承担。对收费项目不清或将不报销项目开成报销项目的罚款到科室。

>三、充分发挥医保办在医院管理工作中的作用

发挥在医保管理中的协调作用，医保办处于“医、保、患”三方的焦点位置，一手托三家，即要维护三方利益，又要协调三方关系，医保办总是处于焦点之中，一个问题往往涉及多个方面，医保办牵头协调，理顺关系。发挥医保管理工作中监督指导作用，医保工作政策性强，医务人员在为参保病人服务时，一切医疗活动要在医保政策的范围下进行，否则就要触碰“医保高压线”、造成医保违规，医保办会定期不定期巡视督查，及时发现及时处理，做到防患于未然。方寸小世界，人生大舞台！在医保科这个小小的办公室里，我们用努力的工作实现着我们自己的人生价值，默默的为医院的发展做出我们自己的贡献！

**河南医保药业工作总结10**

xx年已经逐渐远去了，只有认真回顾这一年的药品销售状况，才能更好的为明年的工作做好准备：

>一、加强学习，不断提高思想业务素质。

“学海无涯，学无止境”，只有不断充电，才能维持业务发展。所以，一向以来我都积极学习。一年来公司组织了有关电脑的培训和医药知识理论及各类学习讲座，我都认真参加。通过学习知识让自己树立先进的工作理念，也明确了今后工作努力的方向。随着社会的发展，知识的更新，也催促着我不断学习。通过这些学习活动，不断充实了自己、丰富了自己的知识和见识、为自己更好的工作实践作好了预备。

>二、求实创新，认真开展药品招商工作。

招商工作是招商部的首要任务工作。xx年的招商工作虽无突飞猛进的发展，但我们还是在现实中谋得小小的创新。我们公司的代理商比较零散，大部分是做终端销售的\'客户，这样治理起来也很麻烦，价格也会很乱，影响到业务经理的销售，因此我们就将部分散户转给当地的业务经理来治理，相应的减少了很多浪费和不足；选取部分产品让业务经理在当地进行招商，业务经理对代理商的状况很了解，既能够招到满足的代理商，又能够更广泛的扩展招商工作，提高公司的总体销量。

>三、任劳任怨，完成公司交给的工作。

本年度招商工作虽没有较大的起伏，但是其中之工作也是很为烦琐，其中包括了客户资料的邮寄，客户售前售后的电话回访，代理商的调研，以及客户日常的琐事，如查货、传真资料、市场销售协调工作等等一系列的工作，都需要工作人员认真的完成。对于公司交待下来的每一项任务，我都以我的热情把它完成好，基本上能够做到“任劳任怨、优质高效”。

>四、加强反思，及时总结工作得失。

反思本年来的工作，在喜看成绩的同时，也在思量着自己在工作中的不足。不足有以下几点：

1、对于药品招商工作的学习还不够深入，在招商的实践中思考得还不够多，不能及时将一些药品招商想法和问题记录下来，进行反思。

2、药品招商工作方面本年加大了招商工作学习的力度，认真研读了一些有关药品招商方面的理论书籍，但在工作实践中的应用还不到位，研究做得不够细和实，没到达自己心中的目标。

3、招商工作中没有自己的理念，今后还要努力找出一些药品招商的路子，为开创公司药品招商的新天地做出微薄之力。

4、工作观念陈旧，没有先进的工作思想，对工作的积极性不高，达不到百分百的投入，融入不到紧张无松弛的工作中。“转变观念”做的很不到位，工作拘泥习惯，平日的不良的工作习惯、作风难以改掉。

总结xx年，总体工作有所提高，其他的有些工作也有待于精益求精，以后工作应更加兢兢业业，完满的完成公司交给的任务。

**河南医保药业工作总结11**

20xx年xx月xx日，我非常荣幸加入xx药业有限公司，有幸成为该公司的一名实习生。回顾这半年来的实习生活，收获颇多。在此衷心感谢店里店长罗姐与各位前辈，正是正因有你们的支持，关心与帮忙，才使我较好的完成了自己的本职工作。同时感谢xx药业有限公司给了我一个展示与提升自己的机会。通过这段时刻的工作与学习，在思想上，专业技能上都有了较大的提高，现总结如下：

>一、收获与认识美女网名

对于即将毕业的我来说，从事药房营业员工作是机遇也是挑战。有幸成为公司的`一员，在总店实习了一个月。最初的半个月，感觉自己非常不适应。多亏了店里店长与师傅的关怀与鼓励，我才能认真学习了公司制度，并且在时刻中不断的提高自身专业水平及服务理念，期间主要学习药品的分类，用途及用量等等。作为一名刚刚从事药品行业的实习生，在工作中手前辈的言传身教，积累知识的同时，更是锻炼了工作的耐性，认识到做工作要认真，细心负责，做好每一次营业工作，服务号每一位顾客是及其重要的。

>二、存在的不足与发奋方向

近半年的实习，虽然收获不少。但是由于刚面临社会，存在的问题也不少。比如经常将同类药的用法，用量弄错，再加上刚从学校出来，在应对顾客的时候还是不能自信的侃侃而谈。有时候对难缠的顾客也佛洛依德名言无计可施。这些都是需要在以后的工作中不断改善的。当然，我不会让自己有所松懈的，前面的路还长，我会更加发奋的工作和学习，不断提高，尽快考取执业药师资格证书，做一名优秀的药房营业人员。为每一位顾客带给更优质的服务。

**河南医保药业工作总结12**

在医保中心各位领导的英明领导下，转眼间一个年度的工作结束了，现将一年的工作总结汇报，请上级领导给与指正。

渑池县医药总公司同仁大药房是我县规模较大的一家医药超市，主要经营：中药、西药、中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素、生化药品、生物制品等经营品种达5000余种，店内宽敞明亮，药品干净整洁，经营品种齐全，分类明确，能够满足绝大多数参保人员需求。

在日常经营过程中，我们严格遵守《\_药品管理法》、《渑池县城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《渑池县城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》以及相关的法律法规，严格按照国家、省规定的药品价格政策。店内严把质量关，规范进货渠道，进货验货记录完善，无过期药品，在历次的\'药品质量检查、抽查过程中没有发现一例假劣产品，在社会上享有良好的口碑。在药品价格方面，货进源头，直接与厂家合作进货的优势使本店的药品绝大多数低于市场价格，对于办理有本店会员卡的参保人员，在原有价格的基础上可再次享受的优惠。

店内建立有健全的医保机构，由本店总经理直接领导负责医保工作，设立有两人专职负责的医保管理机构，并对其进行定期的业务、服务技能培训，保证系统正常运转，及时上传、下载数据，并在服务过程中提倡“四心”“四声”服务，为参保人员营造一个良好的购药环境。同时在刷卡过程中严禁用医保基金购买支付范围以外的药品，杜绝在刷卡过程中刷卡金额和现金购药价格不一致等不良情况。

自本店成为定点药店后，在医保中心的正确领导下，始终从严要求自己，完全服从医保中心的领导，以“一切为了顾客，做顾客的健康使者”为经营宗旨，在刷卡服务过程中尽全力满足顾客需求。从20xx年6月至20xx年5月，我店的刷卡人数为：54152人，总费用为：元，平均每人费用为：元，其中非处方药品费用为：元，处方药品费用为：元。

我们知道我们的工作做得还不不够，在今后的工作中我们将在医保中心正确领导下，齐心协力，文明服务，严格按章相关法律、法规工作，维护国家利益和广大参保人员的利益，把医疗保险工作做得更好，为我县医疗保险工作再上一个新台阶做出应有的贡献。

**河南医保药业工作总结13**

通过近一年的工作，是我对药店的工作有了更深的了解，看似简单的工作，要做好他的确不容易。现在对近段时间的工作总结如下：

1、要提升自己的销售必须加强自己的专业水平，这是我们作为营业员的必要条件，如果顾客进店以后找到自己，自己就必须以专业的推荐为顾客解决问题。这是最重要的。相对价格的高低，品种的种类齐全来讲，专业的推荐比什么都更能赢得顾客的好评。那么我们该如何来提升呢?那就是我们平时积累的经验和熟悉药品的专业度。

(1)我们零售药店可以根据自身的实际情况，定期组织内部培训，让店长或其他优秀员工进行药品推销方面的经验介绍，把一些顾客反馈回来疗效较好的药品随时记下来并加以总结，把这些资源共享，让每个员工在给顾客推荐药品时更有自信、更专业，由此增加顾客对我们的信任感。

(2)我们一定要站在顾客的\'位置上多替他们着想，这些老客户一般都有长期服药史，对药品的价格比较敏感，来到我们这里一定要首先是让他们有效，其次才是谋求利润，给他们一种安全感，不要让他们有受骗的感觉，让我们的药店成为他们的家庭药箱，看似在无利经营，实则赚信任，赚了口碑，\_欲擒故纵\_方能获得长远利益。

(3)我们零售药店可以给老顾客免费办理会员卡，只要他们拿着这张卡到我们的药店买药或其他东西，都可以享受折扣优惠(特别是敏感药品)。这样一来，我们基本上就拥有了一部分固定客源，从而可以有机会逐步树立企业的良好口碑。

2、客户反映较多的情况

对于我们销售型药房来说，质量和服务就是我们的生命，如果这两方面做不好，企业的发展壮大就是纸上谈兵。

(1) 质量状况：质量不稳定，退、换货情况较多。如发生质量问题接二连三，顾客怨声载道。

(2)报价问题：因公司的内部价格体系不完整，所以不同的顾客等级无法体现，老顾客、大顾客体会不到公司的照顾与优惠。等等都是问题。

3、思路决定出路，思想决定行动，正确的销售策略指导下才能产生正确的销售手段，完成既定目标。销售策略不是一成不变的，在执行一定时间后，可以检查是否达到了预期目的，方向是否正确，可以做阶段性的调整， 强化服务理念，服务思想深入我们每一位心中。

4、中药问题存在的很多不完整的也不健全的体系，在每个药房来说中药可谓是一个很重要的不可缺少的一部分。既然重要那么我们就更应该注重，要销售好中药就必须去了解它熟悉它爱护它，我们存在的问题就是没有爱护，注重，导致他的质量上有太大的不合格如：生虫，潮湿，霉变串柜等诸多问题，还有很多名贵药材的生产厂家不健全导致了顾客不信任而造成的销量直线下降，我们以前的很多名贵药材的老客户现在完全都没有回头的了所以对中药的损失是很大的。其次由于我们的专业知识欠缺和经验的很多不足的地方而让我们的顾客还不太满足所以我们自身问题才是最主要的不足。所以以后我们应该从我们的品牌，质量服务，这些方面来赢得顾客的好评做到让顾客买我们的药感觉到放心，安全。尽量从服务上来提升我们的信誉。

成功好比一张梯子，\_机会\_是梯子两侧的长柱，\_能力\_是插在两个长柱之间的横木。只有长柱没有横木，梯子没有用处 ，一旦你产生了一个简单的坚定的想法,只要你不停地重复它,终会使之成为现实。提练、坚持、重复,这是你成功的法宝;持之以恒,最终会达到临界值。

**河南医保药业工作总结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。

**河南医保药业工作总结15**

同仁大药房医保刷卡

工作总结

xx年6月-xx年5月

同仁大药房医保刷卡工作总结

医保中心领导：

在医保中心各位领导的英明领导下，转眼间一个年度的工作结束了，现将一年的工作总结汇报，请上级领导给与指正。

渑池县医药总公司同仁大药房是我县规模较大的一家医药超市，主要经营：中药、西药、中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素、生化药品、生物制品等经营品种达5000余种，店内宽敞明亮，药品干净整洁，经营品种齐全，分类明确，能够满足绝大多数参保人员需求。

在日常经营过程中，我们严格遵守《xxx药品管理法》、《渑池县城镇职工基本医疗保险暂行办法》、《渑池县城镇职工基本医疗保险定点零售药店管理暂行办法》以及相关的法律法规，严格按照国家、省规定的药品价格政策。店内严把质量关，规范进货渠道，进货验货记录完善，无过期药品，在历次的药品质量检查、抽查过程中没有发现一例假劣产品，在社会上享有良好的口碑。在药品价格方面，货进源头，直接与厂家合作进货的优势使本店的药品绝大多数低于市场价格，对于办理有本店会员卡的参保人员，在原有价格的基础上可再次享受的优惠。

店内建立有健全的医保机构，由本店总经理直接领导负责医保工作，设立有两人专职负责的医保管理机构，并对其进行定期的业务、服务技能培训，保证系统正常运转，及时上传、下载数据，并在服务过程中提倡“四心”“四声”服务，为参保人员营造一个良好的购药环境。同时在刷卡过程中严禁用医保基金购买支付范围以外的药品，杜绝在刷卡过程中刷卡金额和现金购药价格不一致等不良情况。

自本店成为定点药店后，在医保中心的正确领导下，始终从严要求自己，完全服从医保中心的领导，以“一切为了顾客，做顾客的健康使者”为经营宗旨，在刷卡服务过程中尽全力满足顾客需求。从xx年6月至xx年5月，我店的刷卡人数为：54152人，总费用为：元，平均每人费用为：元，其中非处方药品费用为：元，处方药品费用为：元。

我们知道我们的工作做得还不不够，在今后的工作中我们将在医保中心正确领导下，齐心协力，文明服务，严格按章相关法律、法规工作，维护国家利益和广大参保人员的利益，把医疗保险工作做得更好，为我县医疗保险工作再上一个新台阶做出应有的贡献。

同仁大药房

xx年6月21日星期四

**河南医保药业工作总结16**

20xx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\*\*\*\*\*\*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20xx年工作计划，先将年工作总结如下：

1、\*\*\*\*市区医保办考核管理项目:严格遵守基本医疗保险\*\*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\*\*事件发生。顺利通过20xx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\*\*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\*\*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\*\*的想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保\*\*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\*\*\*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\*\*，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\*\*和《服务协议》，制定医保工作管理\*\*，如《医保病人医疗费用\*\*措施》、《医保病人费用审核办法》、《医保工作\*\*管理\*\*》等一系列管理办法和\*\*。让医生明白如何实现医疗费用的合理\*\*，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\*\*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\*\*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\*\*，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的共同努力，认真工作，诚心为患者服务，圆满完成了20xx年初既定的各项任务。收入如下：20xx年全市医保住院病人共1893人，总收入元（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。20xx年全市医保住院病人共1597人，总收入元（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。总收入元，较去年增加了33%。一年来虽然取得了一些成绩，在20xx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\*\*、规定，不断完善医疗服务管理，强化内部管理，层层落实责任\*\*。为参保患者提供优质服务。为我院的发展做出贡献，是我院的经济更一步提高。

20xx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、努力开通舞阳和临颍职工居民医保，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\*\*及规章\*\*。

6、大力宣传职工医保及居民医保\*\*。

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\*\*外单位来我院健康体检。

**河南医保药业工作总结17**

20xx年，我店在社保处的正确\*\*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\*\*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”标牌和江苏省医疗零售企业\*\*“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂\*\*制作的“医疗保险\*\*宣传框”，设立了医保意见箱和投诉箱，公布了医保\*\*电话。

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\*\*小组，制定了质量管理\*\*以及各类管理人员、营业人员的继续教育\*\*和定期健康检查\*\*，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\*\*，每次均能准时出席社保\*\*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\*\*\*\*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。20\*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，为我市医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

——医保年终总结10篇

**河南医保药业工作总结18**

根据人力资源和社会保障部关于开展城镇职工基本医疗保险基金检查的工作部署，为加强我省城镇职工基本医疗保险基金监管，促进医疗保险制度稳健运行，维护和保证参保人员的基本待遇和权益，保障医疗保险基金健康运行，决定在我省开展城镇职工医疗保险基金专项检查，现制定实施方案如下：

>一、检查目的

通过检查，查找医疗保险基金使用和经办管理中存在的风险，查处违法违规问题，提升监督水平，促进医疗保险定点医疗机构、定点零售药店和经办机构规范管理，逐步形成自我约束的机制，更好地维护基金安全。

>二、检查内容

（一）医疗保险基金管理使用办法制定和执行情况。主要包括：同级政府或主管部门是否制定医保基金管理使用办法，政策导向，制度执行情况等。

（二）xx年以来医疗保险管理机构对医保基金的管理情况。主要包括：医疗保险基金征缴、管理情况；医疗费用审核、结算和支付情况。各统筹地区贯彻落实省厅《关于加强全省城镇基本医疗保险定点服务机构监管的通知》（赣人社字〔xx〕324号）的情况。

（三）xx年以来医疗保险经办机构与定点医疗机构、定点零售药店的服务协议签订和管理情况，定点医疗机构和零售药店医保基金的使用情况。主要包括：定点医疗机构、零售药店医疗服务协议履行情况；医保基金划拨及使用的合法性、合规性；是否存在欺诈、骗取医保基金等违法违规行为。

必要时，可延伸到以前年度和医保基金财政专户及享受医疗保险待遇的人员。

>三、检查方式和步骤

主要采取自查和抽查方式进行。设区市、县（区）和医疗保险行业封闭管理单位组织对本级城镇职工医疗保险基金管理使用情况全面自查；在自查基础上由省、市组织进行抽查。检查工作由各级基金监督机构负责组织实施，医疗保险行政部门、经办机构配合。具体步骤：

（一）制定方案。各设区市根据本方案，结合当地实际情况，制定具体检查实施方案，于6月10日前报省人力资源和社会保障厅。

（二）开展培训。6月下旬，厅里组织对各设区市、县（区）和医疗保险行业封闭管理单位基金监督机构、医疗保险管理机构参加检查的人员进行培训。

（三）自查。7-8月份，各设区市、县（区）和医疗保险行业封闭管理单位开展自查。

（四）抽查。9-10月，省、市两级抽查。省检查组抽查2个设区市市本级及所辖的2个县（区）(其中，一个县区抽查一级、二级定点医疗机构各不少于2家)和2个行业医疗保险封闭管理单位。设区市抽查范围自定。各设区市自查、抽查情况于10月底前报省人力资源和社会保障厅。

（五）工作总结。省基金监督机构总结汇总我省检查情况于11月底前上报部基金监督司。

>四、工作要求

（一）加强组织领导。开展医保基金专项检查，是管好用好基金、维护参保人员切身利益的重要措施。各地要高度重视，切实加强组织领导。要配备医学、医政等专业人员，保障工作经费，同时根据实际，可协调纪检、审计、卫生、财政、药监、物价等部门及中介机构共同参与，确保检查工作顺利进行。

（二）明确工作重点。各地要根据当地基金支付模式，结合以前年度稽核、检查和整改情况，年度考核及群众举报线索等，分析近期就诊、住院和费用支出异常情况，找准检查重点，采取有效方法，切实发现存在的问题，确保检查质量。

（三）严肃基金纪律。对检查中发现的问题，属于医保经办机构的，要督促限期整改；属于定点医疗机构和零售药店的，要依据有关政策规定和服务协议作出处理，并及时追回基金，对套取、骗取医保基金的行为，要依法作出处理。检查中遇到的重大事项和难以处置的问题，要及时上报。

（四）认真总结经验。通过这次检查，要掌握医保基金管理使用中的风险点，理清检查思路，把握检查要点，熟悉检查路径，提高检查能力。同时，探索建立日常审核、重点监控、问题调查与反欺诈联动的工作机制，从源头上防范医保基金管理使用风险。

**河南医保药业工作总结19**

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。

2、我区在平时的工作中开展各种宣传活动，全区集中宣传与各乡、街道、社区日常宣传相结合，形成覆盖全区的宣传网，起到了明显效果。

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。

**河南医保药业工作总结20**

一、收获与认识

对于即将毕业的我来说，从事药房营业员工作是机遇也是挑战。有幸成为公司的一员，在总店实习了一个月。最初的半个月，感觉自己很不适应。多亏了店里店长与师傅的关怀与鼓励，我才能认真学习了公司\*\*，并且在时间中不断的提高自身专业水\*及服务理念，期间主要学习药品的分类，用途及用量等等。作为一名刚刚从事药品行业的实习生，在工作中手前辈的言传身教，积累知识的同时，更是锻炼了工作的耐性，认识到做工作要认真，细心负责，做好每一次营业工作，服务号每一位顾客是及其重要的。

二、存在的不足与努力方向

近半年的实习，虽然收获不少。但是由于刚面临社会，存在的问题也不少。比如经常将同类药的用法，用量弄错，再加上刚从学校出来，在面对顾客的时候还是不能自信的侃侃而谈。有时候对难缠的顾客也

无计可施。这些都是需要在以后的工作中不断改进的。当然，我不会让自己有所松懈的，前面的路还长，我会更加努力的工作和学习，不断提高，尽快考取执业药师资格证书，做一名优秀的药房营业人员。为每一位顾客提供更优质的服务。

**河南医保药业工作总结21**

在20xx年的今天，我进入了xx医药有限公司工作，从当时的一名毕业生转变成如今

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找