# 医保基金使用工作总结(汇总34篇)

来源：网络 作者：星海浩瀚 更新时间：2024-09-06

*医保基金使用工作总结120xx年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20xx年度的工作总结如下：>一、基金收支情况1、1—11月...*

**医保基金使用工作总结1**

20xx年度，在局领导班子的领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金科根据年初计划，编制预算，核算收支，报送报表，力求做到“以收定支，收支平衡，略有节余”，现就20xx年度的工作总结如下：

>一、基金收支情况

1、1—11月城镇职工基本医疗保险基金收入2024万元，城镇职工基本医疗保险基金支出3184万元，其中统筹基金支出2149万元，个人帐户支出1035万元，已出现收不抵支。

2、1—11月工伤保险基金收入99万元，工伤保险基金支出102万元，生育保险基金收入万元，生育保险基金支出万元。

3、1—11月城镇居民基本医疗保险基金收入2820万元，支出900万元。

>二、主要工作情况

1、按上级要求，及时编制上报了20xx年度各项基金预算报表、月报及季报，并于每季根据数据编写基金运行情况分析，力求更好的为领导决策做好参谋。

2、加大各项医疗保险费征收力度，做到应收尽收。

一是职工医疗保险费用的征收，今年在各单位报送职工参保资料时，我科与职工保险科配合先把工资基数核准再录入档案，6月份在财政与银行的配合下，扣缴财政供养人员个人缴纳全年医疗保险费万元，通过核对，误差比以前年度减少，防止了基金的流失。

二是工伤生育保险费用的征收，每月将各单位缴纳的工伤生育保险费明细及时提供给职工保险科，使他们能通知没有缴纳费用的单位按时足额缴纳。

三是配合向上争资争项目的工作，工业滤布目前城镇职工医疗保险困难企业省级配套资金已到万元，城镇居民医疗保险资金中央配套1267万元，省级配套万元已全部入账。

3、控制支出，保证基金流向的合理与规范。对每月的基金支出先与业务科室进行核对，做到数字无误，合理规范，再向财政申请各项医疗保险基金，及时划拨到各定点医疗机构、定点药店及患者账上，以确保参保对象享受正常的医疗待遇。

4、配合审计组，做好全国社会保障资金审计工作。今年2月份，国家\_派出审计组对我市社会保障资金进行审计，我局的各项基金也接受了此次审计，在历时两个月的审计过程中，我科与业务科室相互协调，密切合作，提供与审计有关的会计资料、电子数据、证明材料等，对审计组提出存在的问题进行了整改，通过这次审计，更加规范了基金的征缴、使用及管理。

5、通过协调，解决了历年来职工医疗保险理赔款难以及时到位的大难题。今年，在职工保险科的配合下，划拨了20xx及20xx年所拖欠的团险理赔款万元，保障了参保对象的医疗待遇。

6、配合居民管理科做好城镇居民的参续保工作。20xx年，我科向财政领用了400本城镇居民医疗保险票据，并及时发放、核销，确保居民参保工作的正常顺利进行。

>三、工作的不足

1、与财政的沟通协调不够，目前城镇职工医疗保险本级配套资金只到位800万元，统筹基金收不抵支，使基金运行出现风险，已占用了个人账户资金。

2、平时对医疗保险政策及基金的收、支、滤布余情况调查研究不够，不能形成信息及调查报告，不能更好地为领导决策起到参谋作用。

>四、工作计划

1、做好20xx年财政供养人员配套资金预算表，多争取资金，将基金运行风险降到最低。

2、与职工保险科配合，办理20xx年续保工作时先核定工资基数再进行银行扣缴，力求做到零误差。

3、及时编制及报送各项基金年报和20xx年预算报表。

4、及时向财政领核居民医疗保险专用票据，发放到各乡镇及象湖镇各居委会，确保20xx年居民参保续保工作顺利进行。

5、与业务科室配合，加强定点医疗机构及定点药店的监督检查工作，杜绝基金的流失。

6、做好各险种的日常拨付及账务处理工作，并参与各险种的扩面工作。

7、加强学习，包括政治及专业学习，将新的政策学习通透，更好的为参保对象服务。

**医保基金使用工作总结2**

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

一年来，我院始终坚持按照《xx市城镇职工基本医疗保险办法》、《xx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《xx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

>一、高度重视、加强管理、严格遵守有关法律法规

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

>二、医疗服务价格及药品价格方面

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

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

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

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

>三、履行医疗保险定点服务协议及缴纳养老、医疗、工伤保险情况

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

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

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

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

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

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

**医保基金使用工作总结3**

20xx年在我院领导高度重视下，按照医保中心安排的工作计划，遵循着把握精神，吃透政策，大力宣传，稳步推进，狠抓落实的总体思路，认真开展各项工作，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了一定的成效，现将我院医保科工作总结如下：

>一、领导重视，宣传力度大。

为规范诊疗行为，控制医疗费用的不合理增长，以低廉的价格，优质的服务，保障医疗管理健康持续发展，我院领导班子高度重视，统一思想，明确目标，加强了组织领导。成立了由一把手负总责的医院医保管理委员会。业务院长具体抓的医保工作领导小组。各临床科室相应成立了以科主任为组长，护士长为副组长的工作小组，来负责本科医保工作的全面管理，重点负责本科医保制度具体实施及奖惩制度落实工作。为使广大干部职工对新的医保政策及制度有较深的了解和全面的掌握，我们进行了广泛的宣传教育和学习活动：一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；二是举办医保知识培训班、发放宣传资料、闭卷考试等形式增强职工对医保日常工作的运作能力；三是通过微信、云鹊医、LED等来宣传医保政策，让广大人民群众真正了解到参保的好处，了解医院的运作模式，积极投身到医保活动中来。

>二、措施得力，规章制度严。

为使参保人清清楚楚就医，明明白白消费，我院在院内外公布了医保就诊流程图、住院须知，使参保病人一目了然，并由收费室工作人员提供政策咨询。二是在显目位置公布药品价格，接受群众监督。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。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，并结合医保稽核巡查、\_反馈的问题，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。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，查有无分解收费、超标收费、只收费不服务、串换项目收费、串换除外耗材、重复检查收费、打包收费、套用高价项目进行收费等违规行为；查有无制造假病历、虚增就诊人次、虚开票据、虚假用药、虚假治疗、虚假宣传、套换药品和诊疗项目、术中恶意增加手术项目、降低入院指征住院、中成药虚高价格和以次充好等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段套取、骗取医保基金或医保待遇的行为。

>三、改善服务态度，提高医疗质量。

新的医疗保险制度给我院的发展带来了前所未有的机遇和挑战，正因为对于医保工作有了一个正确的认识，全院干部职工都积极投身于此项工作中，任劳任怨，各司其职，各负其责。我院分管副院长定期下病房传达新政策和反馈医保局审核过程中发现的有关医疗质量的内容，了解临床医务人员对医保制度的`想法，及时沟通协调，并要求全体医务人员熟练掌握医保政策及业务，规范诊疗过程，做到合理检查，合理用药，杜绝乱检查，大处方，人情方等不规范行为发生，并将不合格的病历及时交给责任医生进行修改。通过狠抓医疗质量管理、规范运作，净化了医疗不合理的收费行为，提高了医务人员的管理、医保的意识，提高了医疗质量为参保人员提供了良好的就医环境。我院工作人员积极地向每一位参保人宣传、讲解医疗保险的有关政策，各项补助措施，认真解答提出的各种提问，努力做到不让一位参保患者或家属带着不满和疑惑离开，始终把为参保患者提供优质高效的服务放在重中之重。

**医保基金使用工作总结4**

20xx年我局认真贯彻落实省、市、县医改工作精神，严格执行《县医药卫生体制改革五项重点改革20xx年度主要工作方案》，深入落实工作责任，积极创新工作模式，确保了城镇基本医疗保险在医改工作中扎实推进并取得显著效果，现将20xx年我局在医改中所承担的工作总结如下：

>一、强化保障机制

（一）强化领导，周密部署。我局在县委县政府和主管局的正确领导下，切实加强了对城镇基本医疗保险医改工作的组织领导，城镇基本医疗保险医改工作小组结合我县实际情况对照医改工作目标，对工作任务进行了安排，确保年度重点任务得到落实。

（二）明确目标，细化任务。围绕20xx年医改重点工作目标，我局对今年城镇基本医疗保险医改重点工作进行了分解工作任务，细化工作安排，明确主要领导亲自抓，责任层层落实到人的工作职责。

>二、主要工作进展情况

（一）城镇基本医疗保险扩面征缴

1、城镇居民：20xx年我县居民参保居民目标任务数为27700人，占应参保城镇居民29011人的，截止今年11月份共计参保27705人，占目标任务的。

2、城镇职工：截止今年11月，我县应参保职工人数为20451人，已参保19572人，占实际参保人数的。

我局将继续加大征缴力度，预计在今年年底超额完成征缴任务。

（二）提升城镇基本医疗保险保障水平，增强保障能力

1、在去年，城镇职工和城镇居民基本医疗保险政策都有新的调整。尤其是城镇居民的.医保政策，下调了起付金，提高了住院、门诊报销比例，提高了最高支付限额等优惠政策。第三季度城镇基本医疗保险政策范围内住院费用支付平均比例已达到71%。

2、继续实施了由县民政医疗救助金补助低保人群参加城镇居民基本医疗保险个人应缴费的50%的资金，切实缓解了低收入人群的参保压力，积极推进“应保尽保”，从而缓解“看病难、看病贵”现象。

3、为提高基本医疗保障管理水平，方便参保人员就医，我局积极推进信息化建设，加强基金收支预算管理，建立了基金运行分析和预警管理制度，有效控制基金结余。

4、加强对定点医疗机构的监管，加强了定点医疗机构稽核领导小组工作职责，严格执行定点医疗机构稽查方案。定期或不定期、及近期与其他区县上建立联合检查机制，对定点医疗机构、定点零售药店通过明查暗访、查阅资料及走访群众。

5、建立完善了商业补充医疗保险模式，与财产保险公司签订了《市县城镇职工补充医疗保险合作协议》，减轻参保人员参保年度内高额医疗费用负担。

>三、下一步工作打算

（一）继续抓好宣传工作。结合城镇居民基本医疗保险的热点、难点、重点工作，统筹规划，不断创新宣传手段，加大宣传力度，进一步增强城镇居民的参保意识。

（二）继续抓好扩面、续保工作。根据市上对城镇居民基本医疗保险工作的要求，我们将再添措施，继续加大扩面力度，提高参保率，力争实现全面覆盖的工作目标。

（三）继续完善市级统筹的相关工作。一是做好加快城镇基本医疗保险基础数据的维护工作。二是做好已参保城镇职工医疗保险卡的制卡工作和新参保人员的建档工作，方便群众住院就医。

（四）进一步完善定点医疗机构和定店零售药店考核制度。加强对各定点医院、药店监督检查，建立起社会化的科学管理体制。

（五）重点加强基金管理，强化基金的监督和检查。在自查的基础上，主动接受上级部门的检查。加强财务统计工作，按时、按质、按量上报财务统计报表。

（六）继续加大基本医疗保险的稽核力度。坚决杜绝冒名住院、挂床住院、分解住院次数、假报虚报单病种等欺诈行为的发生。

（七）不断加强干部队伍建设，紧密结合工作实际，切实提高干部的创新能力、综合分析能力、经办能力、组织能力和协调能力，真正做到内部管理规范有序，对外服务高效便捷，树立医保经办机构的新形象。

总之，下一步我局将继续在县医改办的领导下，针对我局在医改中所承担的任务，查漏补缺、克难求进，确保各项改革任务的完成。

**医保基金使用工作总结5**

在区医保中心的指导下，在各级领导、各有关部门的高度重视支持下，严格按照国家、市、区有关城镇职工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《xx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》。经以院长为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，xx年的医保工作总体运行正常，未出现费用超标、借卡看病、超范围检查等情况，在一定程度上配合了区医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对xx年度医保工作进行了自查，对照评定办法认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

**医保基金使用工作总结6**

20xx年，我区城镇居民基本医疗保险工作在区委、区政府的领导下，在市人社局的精心指导下，突出宣传引导，合理分配力量，及时调度推动，取得良好地工作效果，全区本年度完成居民医保参保人数达到万人，100%完成任务。现将有关工作情况汇报如下：

>一、工作开展情况

1、今年3月份我区接到市人社局分配下来的目标任务后，立即着手分解目标任务，并在4月11日全区就业和社会保障会议上同各乡、街道签订了目标责任书，将目标任务分解、下达给各乡、街道，明确分工。每月全区就业和社会保障工作例会上，都会将民生工程，尤其是居民医疗保险工作作为重点，形成“一月一通报，一月一调度”的工作制度。

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。

**医保基金使用工作总结7**

>一、医疗保险政策宣传力度进一步加大

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我局充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传，发放宣传单20xx年7月起全面启动了我县行政事业单位的基本医疗保险，全县行政事业单位人员的医疗待遇有了明显提高；二是出台了《x县城镇职工住院医疗保险管理办法》，从根本上解决了困难企业职工、已改制企业职工、失地农民、灵活就业人员等人员的医疗保险问题；三是为彻底解决农村户籍重点优抚对象的医疗保险问题，在全市创新地出台了《x县重点优抚对象医疗保障实施办法》（试行），对农村户籍的重点优抚对象在办理了新型农村合作医疗保险的基础上、再办理住院医疗保险、团体补充医疗保险手续，使他们享受了“三重保险”；城镇户籍的重点优抚对象，按基本医疗保险的有关规定办理，337名重点优抚对象均已办理了参保手续。

>二、完善政策、强化管理，不断提高医保管理水平

我县基本医疗保险基金总量小，参保人员少，只有在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫，才能确保基金的安全运行：

一是建立了定点机构信用等级评议制度，出台了我县医疗保险定点机构信用等级管理暂行办法，客观公正地对定点机构实行信用等级管理，建立了准入退出机制，引导其恪守诚信、规范运作；

二是加强了医疗费用的报销管理，出台了《关于加强医保患者门诊及出院康复期用药量管理的若干规定》，同时规范了住院医疗费用报帐的操作流程；

三是通过建立“四项制度”，做好“五项服务”等措施，强化了医疗保险服务意识，转变了机关和定点服务机构工作人员的工作作风，切实提高了医疗保险工作管理水平。

“四项制度”是：社会监督员制度，聘请人大、总工会、劳动和社会保障局、离退休干部担任监督员，进行明察暗访，主要监督贯彻医保政策、“两个定点”机构及经办机构的服务质量是否违规等；定期通报制度，在醒目地段定期公布各网点主要药品价格、住院人均费用、药品费用、自费费用等；定点机构联系会议制度，召开定点机构座谈会，定期通报医保信息，采取各种方式，加强沟通，保证参保人员的切身利益；审计公开制度，定期请审计、财政部门对前期财务进行审计，发现问题及时纠正，保障医保基金的正常运行。

“五项服务”是：即时服务，公开医保政策、个人账户查询电话、开通触摸屏，做到随时查询各项数据；上门服务，对有意参保单位、个人和定点医疗机构，将上门做好各项工作；异地服务，通过医疗保险网络的服务功能，采用灵活的方式，对参保人员实行异地托管等，方便参保人员就近就诊；日常查访服务，不定期进行住院查访服务，把各种医保政策向住院患者宣传，纠正违规行为；监督服务，通过医保网络观察住院患者的用药情况，实行适时监控，发现问题，及时纠正。

>三、离休干部、副县级以上待遇领导干部的医疗待遇得到保障

按照建立离休干部医药费两个机制的要求，已把全县78名离休干部和70多名副县以上待遇人员的医药费实行了单独统筹、单独核算、专户管理、台帐登记，确保了他们的医疗待遇；同时，积极为离休干部提供优质服务，今年五月上旬，组织全县的离休干部进行免费身体健康体检，并建立了《x县离休干部健康档案》，及时向他们反馈体检的结果，受到了离休干部的一致称赞；1―11月离休干部医药费单独统筹基金收入万元，专项基金支出万元。

>四、加强征缴、健全制度，医保基金收支基本趋于平衡

一年来，在基金管理方面，进一步加强了医保基金的预算、分析、控制和决算工作，建立健全了基金会计统计制度、内部控制制度、报表上报制度和基金预决算制度，同时还建立了审计公开制度，主动邀请财政、审计部门对基金进行审核，确保了基金的合理规范使用；在基金征缴方面，主要是采取电话催缴、下发催缴通知单、上门催缴以及提供灵活多样的缴费方式，如现金、转帐、托收、不管是按年缴纳、按季缴纳还是按月缴纳，都能最大程度的满足要求。通过这一系列的措施，今年1―11月医疗保险基金收入380万元，当期征缴率达，较上年增加75万元，增长19；基金支出310万元，当期统筹基金结余和个人帐户积累分别为30万元和40万元；统筹基金累计结余59万元，个人帐户累计结累145万元。

>五、强化学习、规范管理，自身建设进一步加强

首先是进一步完善了学习制度，每周五定期组织干部职工进行政治理论、劳动保障政策法规和医疗保险业务知识学习，要求做好学习笔记实行不定期检查，并着重按照\_门要提高“五种能力”的要求，严格管理、规范程序、创新机制，使干部职工的政治思想、业务水平和各项能力得到了加强。

二是建立健全了各项工作制度，全面实行目标管理工作责任制，年初结合《20xx年全市医疗保险经办工作目标管理考评办法》，对各项工作作出了详细安排，责任到人，任务到人，规范了各项操作流程，并制定了相应的奖惩措施，确保了全年各项目标任务的完成。

三是完善了医保计算机网络建设，提高了管理科学化、规范化水平。我县的医保计算机网络管理系统已与全县14家定点机构联网运行，今年五月一日开始，全县所有参保人员可凭医保ic卡在全市范围内的定点服务机构进行刷卡就诊和购药，简称“医保一卡通”，广大参保人员都能享受到网络化管理方便、快捷的服务。

四是紧紧围绕医疗保险工作，加强了信息报道，加大了对外宣传的力度，1―11月份，在市级以上信息用稿数达15篇，其中：市级9篇、省级3篇、国家级3篇。

五是积极参与县委、县政府的中心工作，根据安排，今年我局新农村建设的建设点是在金坑乡元田村上坳口，在人员偏少的情况下，仍然派出一名干部专抓此项工作，除按规定上交了新农村建设的费用，还从紧张的办公经费中挤出资金支持建设点的新农村建设，较好的完成了新农村建设的各项工作任务。

>六、存在问题

1、医疗保险政策的宣传力度不够大，形式单一不够新颖，覆盖面小，基金总量不大，抗风险能力不强。

2、离休干部和副县级以上待遇人员的医药费单独统筹机制虽已建立，但统筹基金的正常超支缺乏有力的保障机制。

3、进一步加强对“两个定点”的监督管理和医、保、患三者关系的协调，加大定点机构、参保单位的信息交流力度，保证经办机构、定点机构和参保单位之间的信息及时互通，更好地为参保人员服务，确保他们的医疗待遇。

**医保基金使用工作总结8**

一、基金监管手段与措施

本市的基本医疗保险基金以市为统筹单位，统一筹集、统一管理和统一使用。基金的管理关系到整个基本医疗保险制度的正常运转和职工的切身利益，加强基金监管，要从制度入 手，抓好四个环节：

一要抓基本医疗保险基金的财政管理，基本医疗保险基金要纳入财政专 户，实行收支两条线管理，专款专用，不得挤占挪用；

二要抓医疗保险经办机构的内部管理，要建立健全预决算制度、财务会计制度和审计制度；

三要抓基本医疗保险基金的安全和完 整，社会保险经办机构经费的事业经费不能从基金中提取，由各地财政预算解决；四要抓基 本医疗保险的行政监督和审计。具体采用下列措施：

（一）基金分配使用的标准力求科学、准确、规范、清晰，具有可操作性。

（二）运用现代监管手段，尽量采用电脑收费、电脑托收、电脑收集分析数据信息、会计核算实现“无纸化”，或电子计算机加手工相结合，在减少手工操作的同时，便于分析 掌握各期费用水平和发展趋势，并有针对性采取有效措施，堵塞各种漏洞。

（三）加强基金使用的监督与管理和医疗保险的执法检查，尤其对“平均费用标准”中分解 处方、重复挂号、重复记帐，由个人帐户支付的医疗费向统筹基金转移支付等问题，要坚持 严格把关，奖罚严明。

（四）正确宣传和使用个人帐户，不能将个人帐户片面理解为包罗万象，任由个人自由支配的储蓄卡，严格限制其使用范围，杜绝将营养滋补品、日常用品也纳入医疗保险支付范围。

（五）严格执行医疗保险基金的专户储存、专款专用制度，健全财务管理，绝不允许将基金自由支配或挪作他用。

二、基金使用应预防的问题

（一）确保参保人的基本权益不受侵害并能基本满足定点医疗单位直接为医疗保险提供服务的费用补偿。

（二）坚持量入为出，控制总量平衡。

（三）严格执行专款专用制度。要做到收支两条线，专款专用，不得挪用他用。

（四）基金投资必须以安全可靠为前提，积极稳妥地实现基金的保值增值，切忌贪大求全，不切实际。同时，对实现的保值增值收入要严格管理，按规定的用途使用。

三、个人医疗帐户管理

（一）严格做好个人帐户核算，主要包括：



1、医疗保险基金经分配进入个人医疗帐户时的核算；



2、参保人因病就诊发生医疗费用在个人医疗帐户支付时的核算。

（二）统筹基金和个人帐户要按照各自的支付范围，分别核算，不得互相挤占。

（三）严格限制个人帐户的使用范围，专款专用，只能用于合理的医疗消费。

**医保基金使用工作总结9**

时光转瞬即逝，紧张充实的一年已经过去了。在这一年里，我在这里工作着、学习着，在实践中不断磨练自己的工作能力，使我的业务水平得到很大的提高。这与领导的帮助和大家的支持是密不可分的，在这里我深表感谢!

作为结算员这个岗位，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。其实结算员的工作不只是收好钱，保证准确无误就可以了，结算员不仅代表着医院的形象，同时也要时刻维护医院的形象，一个好的收费员会在最短的时间内让病人得到如沐春风的服务，对收费满意，我也为自己明确了新的工作方向和目标：尽量的减少我院的拒付，同时更多的掌握医保政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。

xx年我要更加努力工作：

1、进一步提高服务水平，减少差错，保证服务质量，让病人得到满意，病人的满意就是对我的工作最好的褒奖;

2、认真的学习医保知识，掌握医保政策，按照院内要求配合医保办做好实时刷卡工作的准备工作;

3、严格遵守门诊收费住院收费的各项制度，保证钱证对齐;加强与各个科室的沟通协作，最大限度的利用现有院内资源，服务病人，为医院的发展贡献自己的微薄之力。

最后，我要再次感谢院领导和各位同事在工作和生活中给予我的信任支持和关心帮助，这是对我工作最大的可定和鼓舞，我真诚的表示感谢!在以后工作中的不足之处，恳请领导和同事们给与指正，您的批评与指正是我前进的动力，在此我祝愿我们的医院成为卫生医疗系统中的一个旗帜。

**医保基金使用工作总结10**

医保工作医保工作管理规定

一．根据国家城镇职工基本医疗保险(简称医保)有关规定和我院市医保中 心协议,结合医院医保工作的实际,制定本医保工作管理规定。

二．医务人员应增强医保意识,掌握医保基本知识及相关政策,掌握医保认真向参保人员宣传医保基本知药品目录以及医保诊疗项目及设施目录范围;正确引导参保人员就医。

三.IC卡管理:挂号处挂号,门急诊医师就诊、收费处收费、住院处办理入院手续、住院主管医生和住院收费处收费必须认真核对IC卡,发现冒用IC卡行为,应扣压IC卡,同时停止操作,并及时通知医保科。

四．出入院管理:严格掌握住院标准,门诊能诊治的病人不得收住入院;不应出院的病人不得赶病人提前出院。参保人员拒绝出院的,应立即通知住院收费和停止记帐,并及时通知院医保科,不得拒收符合住院条件的参保人员。

五．综合管理:不定期组织医护人员学习医保有关政策规定;配合检查并提供相关资料;服务态度好,全年无医疗事故。

六．门诊治疗管理:门诊处方坚持“急三慢七,最长不超过2-4周量”的原则;严禁分解门诊处方;次均门诊费用不得超过规定金额。

七.住院治疗管理:严格按基本医疗保险有关规定执行;严格按医保用药规定、用药范围,合理用药、合理治疗,合理收费:全年目录外药品及检查项目不得超过医保病人总药品费及检查费用的10%比例。

八．特殊病种管理,严格按基本医疗保险门诊特殊病种有关规定执行,医生为特殊病种病人出具诊断证明书应准确、真实,申请单必须填写规范,内容包括病史、体征、申请理由,已做何种辅助检查和治疗情况应填写清楚。

九．科室应在规定时间内将住院病历整理好送病案室,必须确保病历资料保证药品和诊疗项目的规格、用量。完整(包括检查报告单).应严格执行医嘱,次数、费用等电脑录入的准确性.十．医务人员遇到医保方面的问题应及时与院医保科联系:当与参保人员发生医疗纠纷或其它突发事件时,当事科室应在当日内向医务部报告.十一.医保中心规定的具体管理指标以同年度的管理指标为准.院医保科应及时将具体文件精神传达到各个科室,各科室负责传达到每个医务人员。十二.违反以上规定者,科室及当事人应负相应责任.其中,医保目录外项目未征得患者同意所发生的患者拒付费用,由经管治疗组医师承担。

十三.本管理规定自公布之日起执行。由院医保科负责解释。上级部门如有新的规定出台,医保科将适时予以公布,并制定相应的措施。

职工就诊管理办法

一．为进一步完善我院职工医疗保险制度,切实做好医院职工医疗保险改革工作,保障职工的合理医疗需求,根据国家、省、市有关城镇职工基本医疗保险(简称医保)的文件精神,结合医院工作实际,制定本管理办法

二．我院所有正式职工(含退休人员)从20\_年10月1日起全部参加泉州市城镇职工基本医疗保险。其中离休,5,12退休干部、非离休二级保健人员享受政府特殊医疗保健待遇,普通职工参加福建省城镇职工基本医疗保险.我院职工除了享受上级有关文件规定的医保待遇外, 三．医院对参保职工实行补助参照公务员执行。四．本院职工就诊须知

(一)本院职工要自觉学习和遵守医保制度,加强法律意识,防范各种骗保行为,不得冒名顶替使用就诊卡。若发现本院职工故意提供就诊卡给他人使用,将追究当事人责任。

(二)门诊每次处方急性病一般不超过3日常用量,慢性病不超过7日常用量。特殊情况一般不应超过2周常用量,不得擅自超剂量用药,非离休二级保健对象.离休干部每次处方金额不超过450元;退休干部每次处方金额普通病不超过80元,特殊病种不超过200元.(三)参保职工就诊使用医保目录:非离休二级保健对象、离休干部使用医保目录及公费医疗目录:退休干部使用医保目录,目录外的药品及诊疗项目按自费处理。

(四)参保职工、非离休二级保健对象、离休干部和退休干部,到外地就医,须填写《泉州市城镇职工基本医疗保险转外就医表》,按照泉州市基本医疗保险转外就医管理办法执行.(五)本管理办法,由医保科负责解释。门诊特殊病种管理办法

一.根据泉州市劳动和社会保障局、卫生局、财政局文件(泉劳医[2024]210乙类根据号)规定,门诊特殊病种分为甲、乙两类。其中甲类省政府统一制定。实际情况由我市自行制定。

(一)甲类

1．恶性肿瘤化学治疗和放射治疗;2．重症尿毒症透析； 3．结核病规范治疗； 4．器官移植抗排异反应治疗； 5．精神分裂症治疗;6．危重病的抢救;(二)乙类

7．高血压病Ⅱ期、Ⅲ期;8．糖尿病Ⅰ型、Ⅱ型;9．再生障碍性贫血;10.慢性心功能衰竭(Ⅱ、Ⅲ级);11.系统性红斑儿狼疮。

二、门诊特殊病种的审批办法

(一)门诊特殊病种和治疗项目的诊断及确定,由二级以上(含二级)定点并由医院出具诊断证明

机构的专科副主任医师以上(含副主任医师)的医师做出,书,最后经当地基本医疗保险经办机构确认。

(二)凡申请门诊特殊病种和治疗项目的参保职工(其中危重病抢救须在事后三日内須携帶以下材料交医保经办机构审批: 1.(门诊特殊病种、家庭病床审批表》一式两份:

2、医院诊断证明书;3.辅助检查及化验报告单等资料,具体按各病种规定执行;4.本人IC卡;5.一寸正面、免冠近期彩照1张:(三)批准后发给《泉州市特殊病种诊疗证》作为就医、结算凭证。

(四)自医保经办机构审批确认之日起,有效期定为半年或一年时间,逾期自动失效,如病情需要,必须按规定重新办理审批手续。

三,门诊特殊病种人费用结算

(一)参保职工的门诊特殊病种只能在指定的定点医疗机构就诊(具体规定见附件),所发生的医疗费用全年合并计算(一个人两个以上特殊病种也合并计算),视为一次住院,个人分担比例、起付标准、最高支付限额及结算办法,均与住院费用有关规定相同。其中经医院同意持专用处方单到定点药店购药的费用,由个人现金支付,再凭原处方及发票到医院录入结算。医院按发票金额兑付现金、医院直接列支成本。

(二)经批准享受门诊特殊病种待遇的参保职工,进行非门诊特殊病种及治疗项目门诊治疗的,其费用统筹基金不予支付。

四．就医管理

(一)门诊特殊病种指定医院、临床诊治范围等,按各病种管理办执行。

(二)参保人员凭《泉州市特殊病种诊疗证》及IC卡在指定医院就医,经治医师应详细记录诊治情况及开具药方。

(三)享受特殊病种待遇的参保人员同时诊治普通病种应按普通门诊处理。五,关于门诊特殊病种执行规定

(一)严格按照“医保”门诊特殊病种诊治范围诊治 ★恶性肿瘤病门诊化疗和放疗管理办法

1、恶性肿瘤病门诊化疗的临床诊治范围:(1)肿瘤化疗；

(2)化疗期间必需的支持疗法及相关的治疗;(3)化疗后局部或全身反应的对症处理;(4)化疗中必需的检查。

2、恶性肿瘤门诊放疗的临床诊疗范围:(1)肿瘤放疗;(2)放疗期间必需的支持疗法及相关的治疗;(3)放疗中必需的检查。

3、恶性肿瘤病门诊放疗的放射源种类和照射方式:(1)放射源种类:放射性同位素;X线治疗机和各类加速器;(2)照射方式:外照射;近距离照射;内用同位素治疗。

★结核病门诊规范治疗管理办法1,门诊结核病诊治范围的项目:(1)抗结核病的药物治疗;(2)必要的痰细菌学、影像学、肺功能、心电图、血常规、肝功能及相关的生化检查;(3)常规的保肝治疗;(4)抗结核药物引起不良反应的对症治疗,如胃肠道反应等。

★器官移植抗排斥反应门诊治疗管理暂行办法(包括肾脏、心脏瓣膜、角膜血管和骨髓五种移植术)1．器官移植抗排斥反应门诊诊疗范围:(1)抗排斥的药物治疗:如免疫\_、抗凝剂治疗等；

(2)药物治疗期间的检查:肝、肾功能,血、尿常规.B型超声波、ECT、X线、组织活检及药物浓度的检测；

(3)器官移植后并发症的治疗:如感染、高血压、肝功能损害、外科并发症、再障等的治疗。

★高血压病门诊治疗管理办法 1．高血压病诊疗范围: 降压药物治疗用药范围,利尿剂;a受体R1滞剂:B受体阻滞剂,钙离子通道阻碍滞剂；血管紧张素转换酶\_,血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂,降血脂药有关中药等。

2．对高血压病并发症:如心肌肥厚、心率失常,肾功能减退和伴发高脂症及中风恢复期的治疗。

3.高血压病门诊检查范围:血常规、尿常规:血脂;血糖:肾功能,血肌，电解质:血尿酸;眼底检查与心电图。

(必要时可做24小时动态血压监测、24小时动态心电监测:B超/X线、胸片)★糖尿病Ⅰ型、2型门诊治疗管理办法 1．糖尿病Ⅰ型、2型门诊治疗用药范围: 可使用口服降糖药(磺酰脲类、双胍类,a糖苷酶\_):胰岛素及有关中药等。2．对糖尿病并发症:如眼、肾、神经系统损害的诊疗 3．糖尿病门诊诊疗项目: 血糖、尿糖、口服葡萄糖耐量试验、糖化血红蛋白、基础血浆胰岛素.(必要时做心电图:胸部Ⅹ线:血脂:肾功能;尿蛋白排量:视力检查、眼底镜检查)★再生障碍性贫血门诊治疗管理办法

1．再生障碍性贫血门诊治疗用药范围:雄性激素、中枢神经\_、肾上腺皮质激素及相关的中药。严格掌握输血指征和免疫\_环孢素的使用。

2．对再生障碍性贫血并发症:如并发感染、出血、药源性肝肾功能损害时的诊治。3．再生障碍性贫血在门诊治疗的实验室检查及辅助检査项目:(1)血常规、尿常规、大便常规;网织红细胞；(2)肝功能、乙肝两对半、丙肝抗体；(3)肝脾B超、心电图、X线胸片；(4)骨髓象检查、骨髓活组织检查； ★慢性心功能衰竭门诊治疗管理办法 1．慢性心功能衰竭门诊治疗的诊疗项目:(1)血常规、尿常规、血电解质、血糖、血脂；(2)心电图、超声心动图、X线胸片、B超；(3)必要时做血气分析、动态心电图； 2.门诊治疗用药：

强心药、利尿药、血管扩张药(硝酸酯类肼屈嗪类、血管选择性钙阻滞剂,a受体阻滞剂血紧张素转换酶\_,B受体阻滞剂,血管紧张素11受体拮抗剂)、抗心律失常药及相关中药.3．对侵性心功能衰竭并发症的治疗:如并发感染、心律失常,水电解质紊乱等.★系统性红斑狼疮门诊治疗管理办法 1．系统性红斑狼疮的门诊诊疗项目:(1)血常规、尿常规、大便常规、血糖、血沉；(2)肾功能、心电图、胸片(3)血清蛋白；(4)免疫球蛋白;(5)抗核抗体试验(ANA);(6)抗双链DNA抗体(抗ds-DNA)；(7)抗Sm抗体；(8)狼疮细胞检查;(9)皮肤活检;2．系统性红斑狼疮门诊药物治疗;非甾体抗炎药、抗疟药、糖皮质激素、免疫\_及药物引起不良反应(如胃肠道反应)的对症治疗和相关中药。

3．多脏器功能损害的各种治疗 ★重症尿毒症门诊透析治疗管理办法

1．急性重症尿毒症透析指征:临床诊断急性肾功能衰竭,出现少尿、无尿超过24-48小时,不管有无尿毒症状,只要具备下列条件之一者既可进行透析治疗。(1)血尿毒氮>,或血尿毒每天上升9mmol/L;(2)血肌酐>；

(3)血清钾>6mmol/L或心电图有高钾血症表现者；(4)代谢性酸中毒(HC03(s10mimol/L);(5)尿毒症症状:如恶心、呕吐、精神不振或烦躁等;(6)有液体潴留或早期充血性心衰表现；

在下列情况下可进行紧急透析:二氧化碳结合力=884mmol钾>=mrnol/L;Ho=:血尿素氮>54mmol/L:/L:急性肺水肿。

2,慢性重症尿毒症透析指征: 具备下列(1)(2)(3)中两项以上,其中(1)项中需有三项以上：

临床症状:a.少尿或夜尿多.b.失眠、头痛、神志恍惚、嗜睡等精神症状。C.恶心、呕吐； d.肾性贫血;e.重症高血压;f.水潴留(浮肿、心包积水等）(2)化验室检查:血肌酐700mmol/L:肌酐清除率

3．重症尿毒症门诊透析治疗纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的确认程序： 凡重症尿毒症患者需进行透析治疗的诊断应由专科副主任以上的医师(含副主任医师)作出, 医院出具诊断证明书,并经省基本医疗保险经办机构确认。

4．重症尿毒症门诊透析纳入基本医疗保险统筹基金支付范围的临床诊治项目： 血液浄化:包知血液透析、腹膜透析、单纯超滤、序贯透析、血液滤过、血液灌注、血液透析滤过(包括系列连续性肾脏替代治疗);重症尿毒症并发症的治疗:如高血压、贫血、骨病、低蛋白血症等。该并发症的诊断须由专科副主任以上医师(含副主任医师)做出;进行透析所必需的化验:如肝、肾功能、血、尿常规及电解质等检查。二．严格执行用药规定(急性疾病3天量,慢性疾病7量,最长不超过2-4周量。)三．特殊病种的诊疗症必须书写规范、清晰、准确、完整,使用特殊病种专用处方,其他收费项目应在申请医师签名注明“特殊病种”字样。

四．享受特殊病种等遇的参保人员同时诊治普通病种应使用普通门诊处方。五．违反规定,届时医保中心扣款、考核扣,造成医院经济损失的,按医院规定执行。医保就医指南 就诊程序

一、挂号: 1.参保人就医时凭IC卡在基本医疗保险专用窗口刷卡挂号,同时缴纳挂号费、诊察费和病历工本费,领取挂号单后前往相应科室就诊。

2.诊病人先就医,再由家属或个人持IC卡补办挂号手续。

3.家属代行动不便的慢性病病人开药,应先出示参保病人IC卡,并有医院近期就诊病历为依据,方可挂号开药。

二、划价收费: 参保人员持医生开出的检查单或处方直接到医保专用结算窗口凭本人IC卡划价结算,门诊大厅设立的电子触摸屏、滚动电子显示屏可以查询收费标准

三、结算:(一)门诊医疗费用(除特殊病种费用外):如果个人帐户上有资金,则直接刷卡记帐;如果个人帐户上资金不足时,其差额部分用现金支付,结算后,收费处开给收据。

(二)住院医疗费用:凡符合住院标准的参保人员,持医生开出的住院许可证及本人IC卡直接到住院部办理住院手续,填写《基本医疗保险住院登记表》,便可住院,费用分为个人负担部分和由统筹基金支付部分

1.个人负担部分由参保人员直接与医院结算,如果个人帐户上有资金,则直接刷卡记帐,如果个人帐卡上资金不足时，其差額部分用现金支付.,结算后,收费处开给收据。

2．属于统筹基金支付部分由医院与医疗保险经办机构结算。统筹基金筹基金支付部份等于进入统筹基金支付范围的费用(即:统筹基金起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的部分)扣除个人负担部, 具体规定如下：

①一年内统筹基金的起付标准:第一次住院为700元；第二次住院为500元；第三次及以后的住院不再设立起付标准。

②一年内统筹基金最高支付限额:参保人员缴费年限(含视同缴费年限)满二年以上的,统筹基金每年最高支付限额为20000元;缴费年限不满一年的，统筹基金最高支付限额为10000元.③一年内进入统筹基金支付范围的费用,个人也要负担一部分,具体比例如下: 医院级别住院费用起付标准以上5000元5000元以上-10000元10000元以上--最高支付标准四.门诊特殊病种:(一)特殊病种项目;(1)恶性肿瘤化学治疗及放射治疗;(2)重症尿毒症透析;(3)结核病规范治疗;(4)器官移植抗排异反应治疗;(5)精神分裂症治疗;(6)危重病的抢救(7)高血压病Ⅱ、Ⅲ期(8)糖尿病Ⅰ型、Ⅱ型(9)再生障碍性贫血

(10)慢性心功能衰竭(心功能Ⅲ、Ⅳ级)(11)系统性红斑狼疮

三级医院在职退休13%(一)特殊病种申办过程:由专科医生出具门诊特殊病种和治疗项目诊断证明并填写申请单，报医保中心审批。

(二)门诊特殊病种就医:持医保中心签发的专用诊疗证和本人IC卡就诊。(四)特殊病种费用结算: 属于规定范围内门诊特殊病种和治疗项目的医疗费用,视同住院医疗费用,一年内起付标准次数与住院起付标准次数合并计算。门诊特殊病种和治疗项目的医疗费用一年内达到统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下,主要从统筹基金支付,其起付标准、最高支付限额及个人分担比便参照住院标准执行。

**医保基金使用工作总结11**

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

>一、加强医疗保险政策宣传力度

为营造全社会关注医保、参加医保的良好氛围，我院充分利用“五一”前夕的劳动保障政策宣传日、十月份的劳动保障宣传周，走上街头，走进社区、走进企事业单位、走进学校，采取咨询、宣传单、标语等多种形式，就医疗保险的参保对象、缴费办法、医疗待遇、困难群体参保的优惠政策等进行了大力宣传。

>二、转变工作作风、树立服务观念

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

>三、完善制度、强化管理，不断提高医保管理水平

我院医疗保险工作尚在筹备阶段，院领导对此十分重视，积极协调电信公司开通网络，向上级有关部门争取网络系统建立资金，以确保医保相关设备尽快准备齐全。与此同时，我院在完善制度、强化管理、优化服务上下功夫：

一是将收费项目、收费标准、药品价格公布于众，接受群从监督；

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

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

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

>四、强化学习，注重内涵建设

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

一是召开全院职工大会、中层干部会议等，讲解新的医保政策，利用会议形式加深大家对医保工作的认识；

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

**医保基金使用工作总结12**

各位领导，同志们：

我汇报的题目是《以机制为基石，以行动促成效，确保贫困人口参保全覆盖》。今年以来，在省市医保局和县委县政府的正确领导下，把医保扶贫作为首要政治任务、重大民心工程、重要基础支撑，按照《×市医保扶贫工作方案》要求，综合施策，精准发力，倾力打造医保扶贫“××做法”。目前，我县×年度低保人员×人已全部参保；特困人员×人已全部参保；按脱贫享受政策管理人员共×人已全部参保，确保贫困人口实现参保×%全覆盖。

>一、畅通“信息链”，构建“数据网”，夯实第一基础。

前期基础工作做得好、底子打得牢，后期参保核对、动态调整过程中，就会明显提高效率，达到事半功倍的效果。我们坚持把基础信息作为第一道关口，建立数据共享机制、信息比对机制、审核报批机制、部门协作机制，确保基础数据真实、准确。一是打破信息壁垒。联合县扶贫数据信息专班，积极主动与民政、公安、残联等部门对接，核准我县贫困人口人员明细，将各部门提供的人员明细发送至各乡镇（街道），由乡镇医保所和民政办、扶贫办所掌握的贫困人员明细做初步对比，实现数据信息共享共用。二是实行动态管理。对全县医保扶贫工作情况统计分析和扶贫对象动态管理，反复比对各类人群数据库，沟通县乡村三级和帮扶责任人，对贫困户医保数据进行核准，为参保人员标识低保、五保和精准扶贫等免缴费认定信息。三是严格申请审核。上一年度×月×日前各乡镇报送精准扶贫认定信息申请，我局对各乡镇报送的申请材料进行审核，对审核通过人员做扶贫标识，确保参保人员次年正常享受医疗保险报销待遇。

>二、坚持“三步走”，定期“回头看”，形成“闭合”环路。

第一步：对贫困人口进行参保初筛。针对贫困人口信息动态调整，将新增脱贫享受政策人员、即时帮扶人员、低保、特困人员及时纳入医保扶贫的保障范围。第二步：经第一步初筛问题整改后，再次导出整改后我县×年度医保系统内所有免缴费人员明细与精准扶贫标识明细，与扶贫信息专班提供的人员明细、进行二次校对、交叉对比，在再次校对的过程中又发现一类新的问题，精准扶贫人员个人缴费的已退费完毕，但免缴费认定个别人员存在漏做的现象，针对这种情况我们是采取即时补做免缴费认定。第三步：整改完以后，我们第三次导出整改后我县×年度医保系统内所有免缴费人员明细与精准扶贫标识明细，与扶贫信息专班提供的人员明细、进行第三次校对、交叉对比，将比对结果再及时反馈给县扶贫数据信息专班，形成了“闭环”管理的模式。在“三步走”的过程中，我们每一步都进行了“回头看”，将“回头看”工作贯穿于整个“三步走”的过程中，进行查缺补漏，纠正偏差，进行“对症下药”、进行“精准施策”。

>三、破解“新难题”，提升“精准度”，巩固工作成效。

通过对增减人员明细进行反复校对、交叉对比，我们及时梳理工作中发现的×个方面的问题，逐一制定了解决方案：第一，对贫困人员失联的\'：与县扶贫办、公安局协调、与失联家属家属进行沟通，对因失联人员不符合公安局系统的注销户口人员、家属表示不放弃寻找的，我们为其继续保留医疗保险扶贫待遇，确保失踪人员返回后能继续享受待遇。第二，对贫困人员死亡、精准扶贫人员脱贫不享受待遇人员、低保、特困人员取消待遇的：根据扶贫办提供的死亡信息，与殡仪馆提供的死亡数据再次校对，死亡人员做医疗保险参保中断和标识中断处理，标识中断于死亡的月份，保障死亡之前的医疗扶贫待遇正常享受；脱贫不享受待遇人员名单（含低保、特困取消待遇人员），做标识中断处理，但是免缴费认定保留，确保脱贫不享受待遇人员当年度的基本医疗保险待遇正常享受。第三，对精准扶贫人员在县外参保的：首先与本人或家属进行沟通，向其宣传医疗扶贫待遇。选择回××县参保的，我局立即与其参保所在地医保局进行协调，在当地医保局完成退费后，我县及时进行免缴费认定和扶贫标识。对于经乡镇工作人员协调、包村干部沟通宣传扶贫政策后，依然自愿放弃回××参保的人员，我们请其提交自愿放弃医保扶贫待遇承诺书。第四，对贫困人口参加城镇职工基本医疗保险的：目前，我县精准扶贫人员有×人参加城镇职工基本医疗保险，我们已汇总形成台账，定期进行核对，一旦其职工医疗保险中断，及时为其参加居民医保。第五，对贫困人口个人缴费的：一是对精准扶贫人员，按照相关要求全部予以退费，今年共退费×人。二是对低保、特困人员，×年×月×日前认定的，均予以退费，今年共退费×人；×年×月×日后认定的，缴费人员不再退费，未参保的人员进行免缴费认定。第六，对贫困人员信息错误的：比对医保和扶贫系统，对于因变更身份信息核对不到参保信息的，经与乡镇核实确定身份信息变更后，把医保系统内已参保的正确信息反馈至县扶贫数据信息专班。第七，对贫困人口无参保缴费信息的（既无缴费也无免缴费）：对无缴费也无免缴费的人员进行核对原因，确定确实为死亡、婚出人员（民政局反馈已在集中征缴期告知家属取消低保，个人缴纳居民医疗保险）的，不再进行参保标识。

虽然我们做了一些工作，但离上级的要求和人民群众的期盼还有一定的差距。下一步，××县局将按照省市部署要求，紧抓医保扶贫这条主线，落实各项扶贫政策，履职尽职，狠抓落实，主动作为，靠前作为，为高质量打赢脱贫攻坚战作出应有的贡献！

**医保基金使用工作总结13**

xxxx年，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。

一是通过在电视台和网络媒体大力宣传医保扶贫、特殊门诊、一站式结算等政策，发放宣传资料、设立政策宣传栏等形式营造出浓厚宣伟氛围。

二是开展赠药下乡活动，深入贫困村贫困户家中走访慰问，大力宣传医保惠民政策。

三是与扶贫办联合开展了二期政策培训班，对各村第一书记、帮扶干部进行医保政策宣讲，为贫困户患者就诊报销提供政策导航。

（七）开展打击欺诈骗保，严查不合理医疗费用支出。

为减轻贫困患者个人负担，确保基金安全运行，我局进一步加大了对定点医院医药费用的查处力度，在全区定点医药机构深入开展了打击欺诈骗保专项治理行动，组成二个检查小组，根据日常监管情况，结合智能审核监控系统数据分析对比，通过抽查病历、询问医生、回访病人、核对药品进销存台帐、夜查患者在院情况等方式，对全区xxx家定点医药机构进行全覆盖检查。针对检查出的问题，采取约谈、通报、拒付医保基金、扣除违约金、暂停医保服务、解除服务协议以及行政处罚等多种方式进行严肃处理，对欺诈骗保行为起到了有力震慑作用。

截至目前，全区检查定点医药机构xxx家，追回或拒付医保基金万余元；扣除违约金万元，行政处罚万元；暂停定点医药机构医保服务协议五家，解除定点服务协议x家。

>二、xxxx年工作打算

一是全面落实中央、省、市和区医保扶贫工作要求，重点解决“两不愁三保障”中基本医疗保障面临的突出问题，落实对特殊贫困人口的各项保障措施，实现贫困人口基本医疗保障全覆盖，确保各项目标任务实现。

二是进一步加强与扶贫、财政部门沟通对接，及时掌握贫困户动态变更信息，及时在医保信息系统完成变更，确保贫困户xxx%参保。

三是加强贫困户医药费用报销信息监测，深入定点医疗机构、镇村贫困户家中开展调研走访，及时发现和解决出现的问题，确保医药用各项报销政策落实到位。

四是进一步加大政策宣传及业务培训力度，面向定点医疗机构、基层人社及帮扶干部、第一书记举办医疗保障健康扶贫政策培训班，提高基层经办服务能力。

五是持续深入开展打击欺诈骗保工作，确保基金安全运行。

**医保基金使用工作总结14**

今年，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领导，感谢领导对我的信任，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政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈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，主要的工作是对北京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政策、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领导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。

**医保基金使用工作总结15**

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领导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。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领导，感谢领导对我的信任，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政策。为了实现这个方向和目标，我也做了小小的规划，争取在工作中多积累、学习中多思考，发现问题多反馈。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，主要的工作是对北京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政策、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领导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政策,翻阅了大量的资料,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政策，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。

**医保基金使用工作总结16**

温泉县医局认真贯彻落实帮扶结对有关精神,按照脱贫攻坚工作的总体要求，50名干部职工于4月17、18日两天深入托里镇大庄子村，着力解决帮扶对象的生产生活困难，努力改善帮扶对象落后的\'生活状况，促进帮扶对象脱贫致富。现将有关情况汇报如下:

>(一)加强领导，确定责任

县医保局领导班子非常重视结对帮扶工作，召开会议研究商讨有关事宜，制定扶贫方案、确定扶贫方式，并将帮扶结对工作进行细化，帮扶对象具体落实到个人，确保帮扶责任个个有担子，贫困户家家有帮手。成立了帮扶结对工作领导小组，由一把手任组长，亲自抓结对帮扶工作的安排、督促落实，具体工作事宜由办公室负责，并明确了一名联络员，做好单位与村队对接工作，做到人人有责任，事事有要求。

>(二)深入排查，明确目标

落实单位主要领导遍访贫困户，对结对帮扶村队托里镇大庄子村贫困户逐户走访。对新调整的村队托里镇伊吉莫林墩村贫困人口进行熟悉了解，通过开展走访调研活动，做到进村入户，帮扶对象每户必进，人员必访，摸清情况，了解走访对象在想什么，在干什么，思想上有什么心结，生活上有什么困难，享受各项扶贫政策，家庭生产、生活情况。建立帮扶结对工作台账，详细记录帮扶结对对象、事项和需要解决的实际问题并上传到扶贫工作APP上。

>(三)狠抓落实，注重实效

根据排查情况，与定点村队共同细化定点帮扶村队帮扶计划，完善帮扶措施。

一是20xx年组织干部职工集中到大庄子村完善“一户一策”帮扶计划、与结对亲戚座谈各1次，根据帮扶对象实际，与结对亲戚一起掌握享受的政策，帮助结对亲戚理清思想，明确发展方向，制定20xx年帮扶计划，对扶志、扶智重点宣传，引导贫困户增强感恩意识，因地制宜实施脱贫；

二是开展走访、住户工作。我局50名干部开展走访34次，第一季度住户率完成100%，4月份走访24次，收集困难诉求2个，解决困难2个。

三是鼓励有能力的贫困户创业，同时给予人力、物力、财力支持，鼓励有就业能力的在村镇的帮助下实现就业。

四是加强慰问帮困。局领导班子成员今春以来四次来到托里镇大庄子村进行了走访慰问。

今后，我局继续将脱贫攻坚工作形成常态化、专门化、固定化，尽最大努力防止贫困户“因病致贫、因病返贫”，为托里镇大庄子村全面进入小康社会做出应有的贡献。

温泉县医保局

20xx年4月18日

**医保基金使用工作总结17**

医保审核股是一个工作非常繁杂、任务比较重的部门。作为审核股一员肩负着领导助手的重任，不论在审核报账还是在处理问题时，都得慎重考虑，做到能独挡一面，这些都是审核股人员不可推卸的职责。20\_年以来，在局领导的亲切指点和广大同事的热心帮助下，我认真贯彻医疗保险有关政策规定，立足岗位，安心做好本质工作，一心一意为参保人员提供优质的服务，牢固树立了“审核股无小事”的思想，尽职尽责，努力工作，取得了一定的进步，同时存在一些很明显的不足之处，现将总结如下：

>一、主要表现

(一) 认真学习，注重提高。

20xx年以来，我认真学习医疗保险各种政策法规和规章制度，不断加强医疗保险经办流程的学习，熟悉工作业务流程，努力增强自身业务能力。在工作之余，我还阅读大量有关医疗保险内容的报刊书籍，学习关于医疗保险业务的各种文件，认真做到向书本学习，向领导学习，向同事学习。我深知如不虚心学习，积极求教，实践经验的缺乏必将成为制约个工作人能力发展的瓶颈，我觉得，局里的每位同事都是我的老师，他们中有业务骨干、有技术尖兵、有文字高手。正是不断地虚心向他们学习求教把书本经验转化为实践经验，我自身的素质和能力才得以不断提高，工作才能胜任。

(二)脚踏实地，努力工作 审核股工作的好坏，直接影响和决定了医保工作的整体。审核股的工作性质，给股室人员提出了强烈的能力要求和专业素养，我深知工作之难，责任之大。

为此，认真制定工作计划，一是端正工作态度。按照岗位基本要求，我努力到“五勤”、诚心当好“四员”。五勤就是眼勤、耳勤、脑勤、手勤、腿勤，四员就是为 领导当好参谋员、信息员、宣传员和服务员。秉承一贯真诚务实做人的作风，踏实细心的工作态度，以高度的责任感和事业心来为单位服务，希望把自己所学到的书本经验用在实践工作中，认真努力做好工作。

二是落实工作任务。审核股对全局工作的正常运转起着重要的作用。因此，在工作中，我坚持做到“四个不让”，即：不让领导布置的工作在我手中延误，不让正在处理的事项在我手中积压，不让前来办事的参保人员在我这里受到冷落，不让任何小道消息从我这里传播。努力做到工作不拖沓，认真保证工作高效完成。

三是维护工作形象。我始终牢记自己是医保局的一员，是领导身边的一兵，言行举止都注重约束自己，对上级机关和各级领导做到谦虚谨慎、尊重服从;对同事做到严于律己、宽以待人;对外界做到坦荡处事、自重自爱，努力做到对上不轻漫，对外不卑不亢，注意用自已的一言一行维护领导的威信，维护整个机关的形象。

(三)转变作风，摆正位置。

我始终把耐得平淡、舍得付出、默默无闻作为自己的准则;始终把增强服务意识作为一切工作的基础;始终把思想作风建设的重点放在严谨、细致、扎实、求实上，脚踏实地埋头苦干。审核股工作最大的规律就是“无规律”，“不由自主”。因此，我正确认识自身的工作和价值，正确处理苦与乐、得与失、个人利益与集体利益的关系，坚持甘于奉献、诚实敬业，做到领导批评不言悔、取得成绩不骄傲，努力保证了审核工作的高效运转。在工作中，我始终坚持勤奋、务实、高效的工作作风，认真做好工作。服从领导安排，不计得失、不挑轻重。自工作以来，没有耽误过任何领导交办的任何事情。在生活中，坚持正直、谦虚、朴实的生活作风，摆正自己的位置，尊重领导，团结同志，平等相处，以诚待人，不趋炎附势，也不欺上压下，正确维系好与领导、同事相处的尺与度，大事讲原则，小事讲风格，自觉抵制腐朽思想的侵蚀。

>二、存在问题

20xx年，在领导和同志们的关心支持下，我取得的一点成绩与医保工作的实际需要相比，与领导的要求相比，都还存在着一定的差距。如工作经验不够丰富，畏手畏脚，不够洒脱自在;组织协调能力和社交工作能力需要进一步提高;工作中有时出现求快;有些工作思想上存在应付现象;学习掌握新政策、新规定还不够，对新形势下的工作需求还有差距;学习上不够高标准、严要求等。

>三、今后打算

(一)继续严格遵守各项医保政策和审核股工作职责，严守机关秘密，服从单位安排，脚踏实地完成各项任务。

(二)进一步加强理论文化知识和专业技术知识的学习，同时加强政策调研，不断提高理论水平和办事的能力。

(三)更要树立起良好的自身形象，在工作中成为同事的榜样，在感情上成为同事信任伙伴。

(四)工作中要学会开动脑筋，主动思考，充分发挥领导的参谋作用，积极为领导出谋划策，探索工作的方法和思路。

(五)积极与领导进行交流，出现工作上和思想上的问题及时汇报，也希望领导能够及时对我工作的不足进行批评指正，使我的工作能够更加完善。

总之，20xx年以来，通过努力学习和不断摸索，收获很大，我坚信工作只要尽心努力去做，就一定能够做好。我决心在今后的工作中要多提高自己的素质与休养，多学习为人处世的哲学，不断超越现在的自己，争取更大的进步!

**医保基金使用工作总结18**

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

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