# 基金监管工作总结范文(合集37篇)

来源：网络 作者：红尘浅笑 更新时间：2025-04-10

*基金监管工作总结范文1我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，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1.医疗...*

**基金监管工作总结范文1**

我们医院医保科及全院员工以服务于广大的参保患者为宗旨，团结合作共同努力，贯彻落实执行深圳市社会保障局有关医保的新政策，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

1.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，并成立了以院长xx为组长，书记xx为副组长，医保科主任xx、护理部主任xx、内科主任xx、大外科主任、妇科主任、药剂科主任为组员的信用等级评定领导小组。医保科配备三名人员，医保科主任、医务科长、医保物价管理。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、保证医保管理部门与医保患者和医疗科室之间的联系特别指定各科主任及负责人为医疗保险联络员，并制定医疗保险患者住院一览表。根据医疗保险信用等级评定标准的要求书记兼副院长孟醒为医疗保险分管院长，每月组织医保科和全院相关人员召开一次医疗保险会议，并带领医保科人员联同医保科长薛毓杰每周对患者进行一次查房。

2.我院现有大型设备如、彩超、24小时心电监测、X光机等都符合国家标准并达到省内领先，保证了诊疗的准确性。认真执行大型设备检查申请批准制度。

年我们医保科组织医保培训每季度1次,每季度组织考核1次。认真组织学习、讨论、落实深圳市人民政府第180号文件精神。

>二、认真完成工作任务

20xx年我们医保科按医保公司及医院的要求认真工作，诚心为患者服务圆满的完成了各项工作，20xx年(1—12份)我院共收住院医保患者xxx人次，医疗费用总计xxx，住院人次费用xx住门比xxx。医保门诊xxx，门诊人次xxxxx，人均费用xxx。

>三、树立良好的服务理念，诚信待患

为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动。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。院领导及医保科人员经常对住院患者进行探望，询问病情问询对医院的要求及意见。医院实行了科学化及自动化管理，收费、药局、护士站均使用了微机管理，并上了科学的HISS系统，每天给住院患者提供一日清单，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。院领导和我们医保科经常深入病房之中。

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。患者出院后我们医保科对他们交待报销原则，及时整理账目，按时返还报销金。年底我们对来院就医的医疗保险患者进行服务调查，反馈回信息患者及家属对医院及医保科的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，但我们深信在新的一年里，在医疗保险公司的大力支持下，院领导的正确领导下，我们一定会把医疗保险这项工作完成的更加出色，造福全市的参保人员。

**基金监管工作总结范文2**

今年以来，xx社保所在县人社局的正确领导与指导下，在镇党委、政府的帮助和支持下，我所紧紧围绕党委政府的中心工作狠抓社会保障、劳动监察、就业扶贫等民生工程在我镇的落实。深入贯彻执行党在农村的路线、方针、政策，学习和领会党的各项现行政策，做到学以致用，理论联系实际，把精神落实到实处。充分发挥“团结奋进，求实创新”的精神，扎实苦干，开拓进取，克服种种困难，一切以农民的利益出发，多做亲民、爱民、富民之事，扩大我镇劳务输出，加强现代新型职业农民培训工作。真心实意帮助农群众增收，为困难群众解决生产生活中存在的实际问题。现将今年以来的具体工作汇报如下：

>一、工作完成情况

1、圆满完成20xx年度养老保险缴费任务。

20xx年我镇农村居民养老保险任务数为xx人，截止6月30日，我镇共完成缴费人数xx人，完成任务数xx%，上半年度完成补缴xx人次，到齢待遇发放xx人。

2、基本完成到齢人员的生物信息采集。

我镇到齢人员信息采集数为xx人，截至目前已经完成采集信息xx人，完成任务数xx%，其余人员全部为外出务工人员，待参保务工人员秋收返乡之际第一时间安排采集完毕。

3、就业脱贫工作有序推进。

我镇今年就业脱贫任务数为xx人，现已全部实现帮扶，就业，今年以来，社保所组织就业技能培训、创业培训各一次，培训人数分别为xx人、xx人，xx人实现成功创业，申请创业补贴xx人，共计xx万元。创办就业扶贫驿站xx处，建成xx处，现已吸纳就业贫困户xx人，并且全部签订劳动合同，公益性岗位补贴正在申请办理之中。

4、劳动监察工作成果显著。

上半年我镇劳动监察工作稳步开展，每季度组织到辖区内企业检查xxx次，截止目前，我所未收到一起辖区内企业用工投诉。

5、新技工系统培训招生工作紧张进行。

接到县局关于xx年我县新技工系统培训的招生通知后，我所第一时间向镇党委政府汇报有关情况，镇党委政府迅速开会部署，截止目前已经报名xx人，仍有xx名任务，我所抓紧剩余一周时间加大宣传摸排宣传力度，确保按时完成任务。

>二、具体做法

我镇部分群众文化素质低、思想观念保守的现状，镇党委、政府首先从解决思想认识入手，不断加大宣传教育力度，采取多种措施把社会保障、劳动监察、就业扶贫等任务口号喊响叫亮。充分利用广播、标语、微信等多种形式，广泛宣传农村养老保险、就业扶贫的重要意义、扶持政策，引导群众转变观念，进一步增强外出务工的积极性，进一步增大居家就业的自信心。

>三、工作中存在的主要问题和困难

我镇的社会保障、劳动监察、就业扶贫等工作虽然取得了一定的成绩，但随着工作的进一步开展也出现了一些问题和困难，与县委、政府的要求也还存在差距，农村劳动力转移工作十分艰巨，这些都与主客观因素有关，给我镇社会保障、劳动监察、就业扶贫等工作带来了问题和困难。

(一)思想认识不足，组织工作有待改进。

从目前农村剩余劳动力转移工作的状况来看，村与村之间仍然存在着对农村剩余劳动力转移重要性和必要性认识不足，出现村与村之间农村剩余劳动力转移的数量和质量存在很大差距，部分地区的农村剩余劳动力转移仍然是民间自发的、无序的，缺乏有效的组织领导，致使农村剩余劳动力转移效率不高，农民工的合法权益难以得到有效保护，一定程度上打击了农民工的积极性。

(二)宣传力度还不大，广度深度不够。

农村剩余劳动力转移工作还未形成社会的共识，广大农村劳动力对外出务工心存疑虑，怕这怕那，没有从“以地为生”的束缚中解放出来，还停留在“宁守穷家安稳，不愿外出创业”的家乡宝观念

>四、工作下一步的工作打算

(一)加强培训，提高我镇劳动力素质。

加大对农村人力资源开发的投入，积极争开展特色培训和对口培训，把用工需求与培训衔接起来，通过就业指导、技能培训、考核发证、推荐上岗等方式，实行先培训后输出。这样既提高了劳动者的综合素质，同时又促使农村剩余劳动力转移工作的稳定和提高，为农村剩余劳动力转移工作奠定良好的基础。

(二)规范管理，完善服务，抓好典型，搞好示范。

为保证外出务工人员的合法权益得到充分保障，我们将严格规农村剩余劳动力转移秩序，合理引导劳动力流动，杜绝民工盲目外出、积极探索政府引导、加大外出务工人员致富典型的宣传力度，用看得见、摸得着的实惠来告诉那些持等待观望甚至怀疑态度的人，使他们尽快加入劳务输出的行列，早日实现脱贫致富奔小康的梦想。

(三)加强自身能力素质建设，争创文明服务窗口。

为更好服务墩集人民，我所将进一步加强自身能力素质建设，不断学习先进服务理念，不断学习业务知识，不断加强为民服务宗旨意识，努力争创“效能建设先进站所”，努力争创为民服务文明窗口。

**基金监管工作总结范文3**

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

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

>一、成立了XX医院医保工作领导小组：

组长：XXX副组长：XXX成员：XXX XXX XXX XXX

>二、制定切实可行的医保工作计划

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

>三、开展职工培训，大力宣传医保知识。

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

>四、医疗管理方面：

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

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

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

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

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

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

>五、财务管理方面：

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

2、今年我院启动了局域网，能按规定给参保人提供一日清单，及时向病人公布医疗费用情况，医护人员能及时回答病人的疑问，使病人心里有本明白账。结算及时。

>六、医保管理方面：

1、离休人员无挂床、冒名就诊、住院现象，

2、门诊无大处方现象，急病、慢病无超量，出院带药无超量现象，

3、年度内无医疗纠纷和事故发生，

4、无诊断升级，假冒病种套取单病种结算费用现象，

5、没有发现因医疗费用问题推诿、拒收符合条件住院的参保人现象，

6、认真执行特殊检查、治疗、转诊、转院审批手续和程序，并按规定划入医保结算,

7、病人满意度调查在95%.

>七、存在的问题：

1、病历中更改治疗无理由，字迹不清。

2、病历中个别项目及检查填写不完整。

3、《药品目录》内药品备药率（甲类药品使用率）不够。

**基金监管工作总结范文4**

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。

**基金监管工作总结范文5**

医保管理工作，是医院管理工作的重要内容，也是医疗质量管理之重点。一年来，我们在县卫生局和医保处的支持和领导下，在我院领导高度重视下，经过全院医务人员的共同努力，我院的医保工作取得了较好成绩。现将我院医保工作总结如下：

>一、基本情况

20XX年，共收治医保患者29446人次，总费用为元（其中门诊患者28704人次，费用元，人均费用元。住院患者742人次，人均住院日20日，总费用xxxx元，人均费用元）。药品总费用元。占总费用的。自费金额（现金支付）元，占总费用的。

>二、完善了组织机构和管理制度

1、为了确保基本医疗参保人员在我院就诊的质量，医院根据实际情况，重新调整了基本医疗保险工作领导小组、医疗保险管理小组、并确定专职管理人员与医保中心保持畅通联系，共同做好定点医疗服务管理工作。

2、严格执行国家医疗服务收费项目标准价格，公开药品价格，合理收费，为参保者提供就医消费清单和收费票据。医疗费用结算材料真实、完整、准确，按月及时报送。

3、对医保患者，认真进行身份识别，不挂名，冒名医治用药，不挂床，不分解医治，对酗酒、交通肇事、工伤、自杀等拒绝其使用医疗保险卡，并及时与医保管理中心联系。确实做到因病施治、合理检查、合理用药。

4、认真贯彻落实医保办的指令和文件精神，不断完善制度建设，制定实施方案、奖惩制度和考核机制。

>三、组织学习培训

为了确保每个工作人员熟悉医保相关政策、规定，院领导组织全院职工认真学习职工基本医疗保险有关政策和《医保服务协议》，积极参加有关医保工作会议，提供与医保有关的材料和数据。定期组织医保科和全院相关人员召开医保专题工作会议，及时传达上级会议精神，把各项政策措施落到实处。

特别是今年7月开始，全市医保刷卡联网，我们医保科、信息科医保处的精心指导下，加班加点共同努力，顺利开通联网工作。

>四、做好宣传工作

为了确保每个工作人员及就诊患者能更好的了解医保知识，我院刊登了医保宣传栏，设置了医保投诉箱、投诉电话、咨询服务台及医保意见簿，认真处理参保患者的投诉，为参保者提供优质的服务。

>五、存在的主要问题

因医院人员流动频繁，使新进的医护人员对医保限制用药政策熟悉程度不够，对贯彻医保政策意识还不完全到位，在医保操作的具体工作上，还存在着一些不足。

今后要进一步加强医生的医疗保险政策的培训、普及，加大力度宣传医疗保险的有关政策、规定，不断完善医疗服务管理，健全医保网络建设，强化内部管理监督，层层落实责任制，为我县实施基本医疗保险制度改革作出积极的贡献。

**基金监管工作总结范文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。

**基金监管工作总结范文7**

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

树立良好的服务理念，诚信待患为了让患者满意在医院，放心在医院，院领导经常组织行风学习与讨论，增强全院医务人员的服务意识，开展了创建患者放心满意医院活动为了能够对每一位患者进行合理有效的施治。我院要求职工不断加强业务学习，并不断送人到上级医院学习进修、要求每一位医生都购买华医网站学习卡，并认真学习上面的内容。通过各种方式的学习使医务人员诊疗水平不断提高。同时要求每一位职工礼貌行医，态度和蔼，自觉自愿遵守医德规范，使我院医务人员服务态度不断得到改善，为每一位就诊患者创造了一个良好的就医环境。

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。

**基金监管工作总结范文8**

在这次实习中，我被分配到区社会保险基金管理中心，市区社会保险基金管理中心是经区编制委员会批准，隶属于区劳动和社会保障局的全额拨款事业单位。负责经办辖区内企、事业单位及其职工、个体劳动者、职介、人才中心存档人员的社会保险登记;办理职工参加养老、失业、工伤保险手续和社会保险关系转移手续;按规定征缴社会保险费和发放养老金、失业救济金、拨付工伤保险待遇;同时负责社会保险基金的审计、稽核。去实习的第一天，我们的实习指导老师王微老师就带领着我们一组人员来到社保局，王微老师教导我们一定要在实习的过程中要耐心，工作要认真负责，因为我们的行为代表着整个中青院的形象，同时将会影响下一届学生在这里实习。因为上一届师兄师姐得很好表现，给区社保局的领导留下了很好的影响，使得接待我们的领导对我们很是客气，表示非常得欢迎。

>一、不仅仅是一次实习，更是一次很好的学习

来实习之前，本人一直认为暑假的实习仅仅是一次专业知识应用于实践的一个过程，但来到这里，才发现更多的不是理论应用于实践，而是一个学习的过程。刚才已经说了，在这里学到了许多东西，除了上面的知识外，更是学到了许多社会经验、做人原则和在社会中为人处事的方法技巧。在去的第一天，我有幸碰见张杰师傅，他在见到我的第一句话就是问我这是实习的目的，想通过这次实习掌握些什么东西?他的这个问题使我感到茫然，因为我在之前从没想过这些问题，但是就是他的这个问题

使我有了自己的实习计划和实习目的。同样因为这个问题使我懂了什么才是真正的做事要有准备才会有一个很好的开端。张杰师傅在第一天就教导我在社会中，在工作中要做到八个字：眼勤，口勤，手勤，腿勤。所谓眼勤就是要在工作中善于勤于发现需要自己的地方，勤于发现自己不懂得地方，勤于发现别人的优点等等，口勤就是在工作中要善于勤于不懂多问等等，手勤就是勤于动手操作，勤于动手帮助他人等等，腿勤就是勤于跑动，及时完成任务等等。总之，在工作中要将这八个字充分的结合起来完成工作任务。在后来的实习工程中，我严格按照这八个字来要求自己，使我再后来的实习中学到了更多，懂得了更多，同时也得到了“同事”的肯定和赞扬。同时，在实务的操作过程中，发现了平时在专业学习的过程中忽视的一个严重性知识点：就是如果要想实务工作做得好，就必须对每个文件条令掌握的非常之熟练，对每个条例实施的具体时间点要精确到天，这样才能使整个过程连贯。此外，实务中的学习和专业学习最大区别就是实务学习学习的是知识点，而专业学习学习的是知识面，知识面是系统的、连贯的，而知识点是零散的，不连贯的，需要自己去汇总，总结。

>二、工作要仔细、认真，负责

不论在什么岗位，工作必须要仔细、认真、负责，工作跟上课不一样，上课认真学习是为了对自己负责，而工作是面向社会，对社会大众服务，所以就必须更加认真、负责，不能有半点粗心，这是我的张杰师傅第一天对我这样说的。我也明白了，特别是我所在的岗位，如果有半点粗心，将会有导致退休人员少享受应得的待遇或者是参保人员多缴或者少缴保险费用。在我的实习期间，我就犯了一个不应该得的错误，由于我的粗心，马虎，把一个人的缴费记录数据录错，多亏师傅的及时发现和系统有更改程序，否则将会导致此人今后的缴费增多，而待遇却不变，严重影响此人的利益。当然，由于我的失误，我被严厉的教训了一会，在后来的工作，只有我也犯错误，我将肯定会得到师傅的批评，当然。我知道。他是对我负责，对社会负责，对我们学校负责。我感谢他!在区社保局的社保中心，如果一个工作人员在一个月内连续犯了两次及以上涉的失误且金额都在1000元以上的话，此人将会遇到解雇的危险。

>三、工作中要善于、勤于主动与他人交流

在工作中，如果你希望你的能力不会原地踏步，那么就必须主动与他人交流，在遇到问题，主动寻求帮助，跟他人建立一个用好的关系。我这次较为幸运，我跟一些年轻的工作人员在一起，而且主要为男性，在很多方面有共同语言，所以很快就分他们熟悉了，每当我有问题时，就会很积极主动地向他们请教，当工作完成时，又会跟他们聊天，了解更多跟工作相关的问题或者是向他们讨教社会经验。他们同时也喜欢向我说些在社会中生存的一些的原则和方法。所以在生活中要善于乐于勤于与他人交流沟通，建立一个很好的人际关系，这样将会为自己将来的成长创造一个很好的条件。这次虽然只有短短的十五天天，但是在这十五天中本人与相邻的几个工作人员都建立了很好的关系，除了在工作中得到他们的帮助外，在离别那天，我的张杰师傅和我的几个“同事”送我许多礼物作为纪念，诸如圆珠笔、笔记本、书籍、软磁盘等实用的东西，同时在我走的时候，作为转业军人的我的师傅起立，给我唱起了离别之歌和敬军礼，这些让我特别感动，知道什么是社会中的温暖。在我看来我之所以得到我的师傅和“同事”们的这样对待，与我勤于与他们交流和沟通有很大的关系。

>四、提前给于压力，促使积极准备就业或考研

在实习中，通过与一些同事的聊天中得知，，当前就业的确是非常之严峻，我们在现在就必须作出一种抉择：是继续天天“泡馆”呢，还是从现在开始多做些社会实践，以后在做个没有户口的“北漂一族”或者是回重庆建设自己的家乡……太复杂了。不过这的确也为我敲响了警钟，提前了解自己未来将会面临的困难，适当增加自己的压力，是对自己有帮助的。同时，通过这次宝贵的实习机会，本人基本懂得了在社会工作中怎样取得领导的信任，怎样与同事交流沟通，建立友好的关系，这些都使本人对自己的未来也增添了很多信心。

总之，通过这次实习本人实现了理论与实践的结合，充分实现了社保专业的价值理念，同时发现了在平时的.专业学习中要注意的问题，这将使得在今后的学习中能够找到更好的学习方法，知道了在社会上、在工作中的基本常识等等。在获得众多收获的同时，还必须感谢学校给我们提供了这次宝贵的实习机会，感谢王微老师在这次的实习过程中给于的支持和帮助。

**基金监管工作总结范文9**

20xx年，我店在x市药监局和社保处的正确领导下，认真贯彻执行医x点药店法律法规，切实加强对医x点药店工作的管理，规范操作行为，努力保障参保人员的合法权益，在上级要求的各个方面都起到了良好的带头作用，深得附近群众的好评。

一、在店堂内醒目处悬挂“医疗定点零售药店”标牌和x省医疗零售企业统一“绿十字”标识。在店堂内显著位置悬挂统一制作的“医疗保险政策宣传框”，设立了医保意见箱和投诉箱，公布了医保监督电话，公示了相关服务规范和义务范围。

二、在店堂显著位置悬挂《药品经营许可证》、《营业执照》、《执业药师注册证》以及从业人员的执业证明和岗位证件。

三、制定了质量管理制度以及各类管理人员、营业人员的继续教育制度和定期健康检查制度，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x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x点经营行为，全年未发生违纪违法经营现象。

六、我药店未向任何单位和个人提供经营柜台、发票。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领导，每次均能准时出席社保组织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领导监督下，医x点工作取得一点成绩，但距要求还须继续认真做好。20xx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。

**基金监管工作总结范文10**

20xx年12月，我来到了xx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20xx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。

20xx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。

**基金监管工作总结范文11**

我于20xx年8月1日正式投入到医院的医保管理工作中，在四个多月的医保审批前的准备工作中，在医保中心的精心指导下，在沈总的大力支持下，在院长的高度重视下，在全院人员的积极配合下，初步完成了医保审批前的准备工作，现将具体工作情况做如下总结:

>一、规范管理，认真执行医保政策

医保的概念对于我院来说是比较陌生的，长时间以来，人们习惯于没有条款约束的工作和收费观念，要想顺利地改变这种状态，需要花费很大精力，尤其是执行具体政策方面也会受到阻力，医保知识培训和考核是增加员工医保意识的最好办法，今年8月6日进行了首次全员医保知识培训，培训完毕，进行摸底考试，收到的效果较好。在以后的时间里陆续进行4次培训和多次一对一培训，例如：实名制就医问题、各类参保人员的报销比例、如何正确开具处方、下达医嘱;医保病历规范书写等相关医保知识，通过培训，改变了全员对医保知识的理解，增强了医保观念，也消除了我对申请医保后能否正确执行医保政策的顾虑，增强了工作的信心。

严格监督并执行医保政策，在实际运作中不违规、不替换项目、不跨越医保红线，做守法、诚信医保定点医疗机构是医保工作的努力方向，在上述思想指导下，我们医保小组成员，紧锣密鼓，加班加点对与发生费用的相关科室进行监督、检查和指导，8月1日至12月1日期间，初审归档病历161份(其中含8月份之前病历2份)，复审病历161份(初审不合格病历返回病区修改再审核)。

审核门诊处方840张，其中：西药处方616张(7月-xx月)，不合格处方281张，修改西、成药处方189张,协助医生修改处方92份。审核中草药处方：442张(8月-12月)，不合格处方178张，修改中药处方xx8张(一部分是无资质医生打印并签字问题无法修改)。处方不合格原因有诊断与用药不符;用法、用量不符;总量超量;诊断名称错误;诊断不明确;无资质医生签字;医生的诊疗范围不符(超范围行医);使用其他医生工作站下达医嘱等，目前关闭了不合格的工作站，避免了违规操作。对于病历和处方审核需要花费很多精力，尤其是反复修改中需要有很强的耐心和细心，本部门的XXX不厌其烦，每次都会与临床医生做耐心细致的解释工作并做好记录，从无怨言。

>二、按医保要求进行HIS系统初步改造

我院HIS系统是由深圳坐标软件开发有限公司提供的工作站操作系统，这套系统离北京医保要求相差甚远，系统内的内容、模块需要不断完善和改造，才能够达到北京市基本医疗保险要求，网管XXX、XXX每天巡回在各个科室，发现问题及时解决，各科出现技术性的问题时二位网管也会随叫随到，现就HIS系统问题做如下汇报：

1、首先，实现了两次HIS系统升级和医保的部分功能。如医嘱的开药和时间相对应，解决了长时间来难以解决的问题。增加了系统中医保患者与自费患者分别标识并同时出具正方和地方的功能。

2、在物资库房的问题上，把卫生材料与办公耗材分开维护，极大地方便了库管管理工作，提高了库房的工作效率的同时也规范了医生工作站的物品显现。

3、在院领导的指挥下，迁移了一楼机房，使机房能容纳更多的设备，能进行更多的人工调式，同时增了新的机柜，电源 ，保障了医院的机房能满足二级医院的要求，满足医保验收的要求，确保了医院数据安全。

4、自主开发并安装了医保触摸屏系统 ，系统内包括医院简介、医师介绍、医保就医流程、医保收费目录、医保药品目录、医保报销比例及医保至北京市所有参保人员的一封信，整套系统为医院节省了近两万元的费用。

5、走流程，找差距，对全院医务人员进行HIS系统使用培训，一对一培训药房员工录入新到货药品、培训采购员维护药品进货单，出库单，并验证数据的准确性、培训住院医生及门诊医生如何正确下达医嘱。在完善HIS系统的同时，完成了医院员工提出的新需求，例如在遇到输液医嘱时，打印处方同时出输液单，并解决了住院医嘱不能将格式对齐的问题、检验科系统内增加了新的检查内容、药房药品库存不足时不可以透支开药、修改药品加价率等问题。

6、系统中修改了年龄格式、中药处方格式(一张处方能容纳32味药)、西药及中成药处方格式、隐藏了医嘱单上的草药明细、住院费用清单眉栏上增加了费别、入出院时间、住院总天数，且总天数由入院时间+出院时间自动形成，改变了以往由结账时间决定出院时间的错误问题。

7、住院清单内增加了单价栏、项目或药品费别(无自付、有自付、全自付)，

8、完善了诊断库的标准诊断名称，从新维护了三大目录库名称和医保编码。

9、门诊要有用药超量限制权限。门诊医生工作站打印处方时增加了错误提示窗口。

10、限制了在历史交易中随意更改处方信息(如调出历史患者删除或退费或修改处方)的问题。

>三、院内医保基本设置：

设计了各科上墙制度牌、医保收费标识牌、医保温馨提示牌、价目公示牌、报销比例展示牌、就医流程图、代开要规定、医保投诉箱及投诉电话等，并将上述内容做成了成品摆放相应的位置。

>四、不断学习、随时掌握医保新动向：

医保办人员随时参加医保中心举办的会议及业务组件培训，实时掌握医保新动向，会后及时传达医保新政策，了解临床医务人员对医保制度的想法，进行沟通协调，并制定相应的医保制度。

>五、实时掌控物价

1 医保办需做出院患者的病案审核及清单核算，做到病程、医嘱、清

单及所有治疗、理疗单据相符，用药合理，自费部分有告知书。

2实时维护医保三大目录库。本院新增项目及时维护。掌握药品、诊疗项目、服务设施的价目情况，随时调整物价，做到票物相符，经得起检查。

>六、医保审批前的准备工作：

制定医保审批前的工作进度，按进度表进行医保各项准备：成立了医保领导小组(发有红头文件，有成员、制度、职责)、物价领导小组(发有红头文件，有成员、制度、职责)、信息科(发有红头文件，有成员、制度、职责)，建立了医保管理制度和职责，按医保相关条款准备各种申报资料和各职称花名册，已于20xx年12月19日准确上报到朝阳区医保科。医保现场检查准备工作还将继续，按相关条件反复审核，争取在医保检查时一次过关，早日加入医保定点医疗机构。

>七、 医保办的工作与各科室的关联：

医保管理工作比较繁琐，牵扯的面比较广，涉及的问题比较大，医保管理中，各科室离不开医保办的指导，医保办的工作同样离不开各科室的配合。在实际工作中，在与相关科室沟通中，在某些问题的观点上经常会产生矛盾，每次遇到阻力都离不开尹祥洲院长的协调和解决，在此，感谢尹院长对我部门的鼎力支持和帮助，也正因如此，医保成绩才得以初步显现。

**基金监管工作总结范文12**

为落实龙医保【20xx】第40号文件精神，《关于开展对医保定点医疗机构基金使用情况调研的通知》的有关要求，我院立即组织相关人员严格按照城镇职工医疗保险的政策规定和要求，对医保基金使用情况工作进行了自查自纠，认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

>一、提高思想认识，严肃规范管理

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了以院分管院长为组长，相关科室负责人为成员的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全院医护人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《连城县医疗保险定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的安全运行。

>二、严格落实医保管理制度，优化医保服务管理

为确保各项制度落实到位，建立健全了各项医保管理制度，结合科室工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。按规范管理存档相关医保管理资料。医护人员认真及时完成各类文书、及时将真实医保信息上传医保部门。

开展优质服务，设置就医流程图，方便参保人员就医。严格执行基本医疗保险用药管理规定，所有药品、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，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为的发生；对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理和诊疗项目管理规定，严格执行医保用药审批制度。对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都证求参保人员同意并签字存档。

>三、建立长效控费机制，完成各项控费指标

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

加强控制不合理用药情况，控制药费增长。药事管理小组通过药品处方的统计信息随时了解医生开药情况，有针对性地采取措施，加强对“大处方”的查处,建立处方点评制度和药品使用排名公示制度，并加强医保病人门诊和出院带药的管理，严格执行卫生行政部门的限量管理规定。

我院明确规定医务人员必须根据患者病情实际需要实施检查，凡是费用较低的检查能够明确诊断的，不得再进行同一性质的其它检查项目；不是病情需要，同一检查项目不得重复实施，要求大型仪器检查阳性率达到70%以上。

加强了对医务人员的“三基”训练和考核，调整、充实了质控小组和医疗质量专家组的力量，要求医务人员严格遵循医疗原则和诊疗常规，坚持因病施治、合理治疗，加大了对各医疗环节的监管力度，有效地规范了医疗行为。

通过上述举措，我院在业务量快速增长的同时，各项医保控费指标保持在较低水平。根据统计汇总，今年1-3月份，医院门诊总人次3584人比去年同期增长；出院人次191人比去年同期下降；门诊住院率同比去年下降；二次返院率同比去年下降；住院总费用万元同比去年下降，医保基金费万元同比去年下降；药品费用万元，同比去年下降14%，大型仪器检查费用万元同比去年下降；平均每位出院患者医药费用元；较去年下降。

>四、存在的问题

1、由于我院外科今年第一季度开展手术治疗的患者较同期多，故耗材费用和大型仪器检查占比略有所增长，其中耗材费用万元同比去年增长；百元耗材比同比去年增长；大型仪器检查占比同比去年增长。

2、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，医疗保险政策认识不足，对疾病诊疗不规范。

>五、整改措施

1、组织相关医务人员对有关医保文件、知识的学习。

2、坚持合理检查，合理诊治、合理应用医疗器材，对患者的辅助检查、诊疗，要坚持“保证基本医疗”的原则，不得随意扩大检查项目，对患者应用有关医疗器材应本着质量可靠、实惠原则，坚决杜绝不合理应用。

通过对我院医保工作的自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，今后我院将更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，提高我院医疗质量和服务水平，使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障。

**基金监管工作总结范文13**

20xx年，xx镇社会保障服务所在市、区主管部门的精心指导下，在镇党委、政府的正确领导下，按照市、区\_门的要求，认真开展工作，经过全体同志的共同努力和社区人员大力支持，较好地完成了劳动和社会保障工作任务。为促进全镇经济发展和社会稳定做出了较大的贡献。现将全年工作总结如下：

>一、辖区基本概况

xx镇辖区25个村、2个街道社区居委会、213个社，有耕地面积66000亩。有22636户6XX人，其中非农业总人口3597人，下岗失业人员151人，“4050”人员51人(男28人、女23人)，实现再就业40人(其中下岗失业人员中下岗职工21、城镇其他失业人员29人)，失业率达。

>二、工作完成情况

全年新增城镇就业203人，其中下岗失业人员再就业40人，“4050”人员就业51人，城镇登记失业人员55人，全面完成就业再就业工作目标任务。发放城镇登记失业证55人，登记失业率；办理农村大病医疗救助349人次，临时医疗救助31人次，城镇基本医疗救助32人次，共计16000元，提前完成20xx年农村居民参合人员的筹资款万余元的任务；城市大病医疗救助4人次，共计4175元；开展了城镇低收入家庭廉租住房情况调查摸底，并按照上级要求报区房管局备案。

新增城市低保9户15人，新增农村低保377户733人，共计发放低保资金173万元。大力开展农村劳动力转移培训，输送劳务人员13000人次，新增转移农村劳动力400人，实现外出劳务收入20万元，其中输送到xx摘棉民工68人，增收约13万元；安排城镇低保户家庭中有劳动能力的成员参加义务劳动，每月定期对场镇卫生死角进行清扫，效果较好；按时发放精减老职工定补款约12万元；准确、及时完成上级要求的各类资料、报表；对就业再就业工作的相关优惠政策进行了广泛宣传，确保了相关政策落到实处。

>三、具体措施

(一)加强组织领导，健全机构

为进一步加大就业和社会保障工作的力度，我镇成立了由镇长任组长，分管领导为副组长的就业再就业工作领导小组，把就业再就业工作纳入了党政“一把手”工程，积极开展xx街社区充分就业社区的复查工作，确保社会保障服务所的工作有条不紊的开展。

(二)创建一流社区平台，做好就业再就业工作

为进一步做好下岗失业人员再就业工作，我所根据中央和市、区的决策部署，在XX年年的基础上，不断地加强政策、理论、业务学习，工作人员的素质得到总体提高，把就业服务进社区做得扎实有效，经过工作人员的不懈努力，就业再就业工作取得了一定的成效，其具体做法如下：

1、精心做好“再就业百日帮扶”活动

为了解决下岗失业人员实际困难，全面落实再就业优惠政策，我所按照市局部署，在辖区内开展了以就业困难对象为重点，以落实社会保险补贴为突破口，以送政策、送岗位、送技能、送服务为主要内容的“再就业百日帮扶”活动，并且邀请区里的老师对下岗失业人员进行再就业培训，如厨师培训、专业技术培训等。在这次活动中采取宣传入户、调查摸底等形式，使活动开展得丰富多彩、内容充实、成效显著，深受下岗失业人员的拥护和欢迎。在这次调查摸底中，共摸清就业困难人员45人，帮扶成功人。

2、大力开发就业岗位

就业是民生之本，开发就业岗位是xx镇保所的一项重点工作，我们把开发就业岗位摆在了全年工作的重要位置，鼓励下岗失业人员和农村富余劳动力自谋职业、自主创业。为了给下岗失业人员和农村富余劳动力提供就业平台，结合我镇就地安置富余劳动力难度大的实际情况，镇党委、政府采取了多种途径和方法实现就业目标：一是联系职介；二是协助企业到我镇应聘务工人员；三是输送季节性务工人员到新疆采棉花；四是张贴招工信息，今年共张贴招工信息20期。

3、全面落实新一轮就业再就业优惠政策

为了积极响应区劳动保障局的号召，加大新一轮就业再就业政策的宣传，让群众全面了解新一轮就业优惠政策，xx社保所深入开展新一轮就业再就业优惠政策宣传，通过此次宣传活动共发放宣传材料xx余份。通过这次宣传活动，使社区居民对新一轮就业再就业政策有了更新的了解，调动了他们自谋职业、自主创业的积极性，增强了下岗失业人员的信心和决心，真正达到了新一轮就业再就业政策家喻户晓、深入人心。

4、做好社区退休人员社会化管理服务工作

对社区退休人员进行社会化管理是我所长期以来坚持的一项工作，今年共登记退休人员xx人，全面掌握退休人员的信息，进行跟踪服务。

5、狠抓小额担保贷款推荐工作

国家对下岗失业人员实行了大量的扶持优惠政策，如：鼓励小型企业、个体经营者实行小额贷款等各种政策。我镇对这一系列优惠政策做了广泛的宣传，目前已推荐办理小额贷款xx户，成功了xx户，发放小额贷款xx万元。

6、全面开展社会保险服务工作

为了扩大社会保险覆盖面，加强保后服务工作，我所于今年x月份的宣传活动中对养老保险、医疗保险、失业保险、工伤保险、生育保险、农村新型合作医疗等进行了广泛宣传，发放宣传资料近10000余份。

(三)切实做好城镇、农村低保、审核、发放工作

厂根据区低保工作会议的部署要求，我镇严格按照公平、公正、公开的原则，做到了应保尽保，不该保的坚决不保，今年全镇审核、审批农村低保户共xx户，xx人,城镇低保户xx户，xx人，做到了应保尽保，分别以城镇低保按月、农村低保按季发放的原则，及时发放到低保户手中。社保所人员分组在先6-7月对20xx年全镇xx个村写出申请的农户进行了逐户调查核实，做到“应保尽保，不该保的坚决不保”。

5月份，镇社保所对城市低保户重新进行信息采集，完善审批程序，对不符合条件的该停发的就停发，1-10月共停发城市低保xx户、xx人、xx元，形成了“低保对象有进有出，低保标准有高有低”的良性循环机制。

(四)农村合作医疗工作

一年来，社保所认真做好医保征收结报工作，解决农民因病致贫问题，积极为农村参加合作医疗保险人员做好政策宣传及报帐服务工作，xx个村委会参合率都在xx%以上，xx个居委会参合率都在xx以上。并组织人员对20xx年全镇的农村合作医疗的错误信息进行修改XX人次以及20xx年参合人员信息的录入，录入将在12月中旬完成，城镇居民医保卡已发到了手中。

>四、存在的问题

一年来，我所尽管做了大量的工作，但在客观上还存在一些不尽人意之处，如在开发就业岗位方面，还有待于进一步拓宽;其次在入户调查低保方面还要作好深入细仔的全面调查，做到情况清；再是在争取上级部门的支持方面还有待于进一步加强。

>五、今后工作打算

以创建和谐社会为宗旨，组织所内人员认真学习社会保障的有关资料，贯彻各级劳动社会保障会议精神，全面落实镇党委政府及上级业务部门赋予的各项工作，紧紧围绕党委、政府的中心工作，立党为公，执政为民，搞好服务，解放思想，不断开拓，做好明年的就业与再就业工作，农村低保医保工作，解决群众的困难，保障社会的稳定，努力构建和谐社会，全面完成上级下达的任务。同时做好宣传工作，做到一切按原则办事，树立为群众办实事办好事的思想，做到群众利益无小事，促进社会保障服务工作又好又快发展。

**基金监管工作总结范文14**

20xx年，在局领导班子的正确领导下，在局里各科室的紧密协作下，基金监管科以持续专项治理为重点，以四轮驱动、大数据分析、自查互查等为手段，上下联动、多措并举、扎实推进基金监管方式创新试点和目录统一规范，切实维护医保基金安全。现将今年有关工作情况总结如下：

>一、主要做法及成效

（一）持续开展打击欺诈骗保专项治理活动。

1、高度重视，打建并举。

自成立以来，始终把打击欺诈骗保作为全局重点工作、首要政治任务来抓。召开专题工作会议，成立领导小组，通过抓典型、严处罚、多通报、强曝光、营氛围等措施保持打击欺诈骗保高压态势。先后出台了《亳州市欺诈骗取医保基金行为举报奖励的实施细则》、《亳州市基本医保医药机构协议管理办法》、《亳州市医保支付方式改革方案》等多个制度文件，打建并举，迅速掀起打击欺诈骗保新高潮。

2、高频检查，持续监管。

以“八个一”为抓手，即：举办一个启动仪式、开办一档电视专栏、发出一封公告信、开展一次公开承诺活动、出台有奖举报细则、举办一次执法资格考试、开展一轮互查和飞行检查、曝光一批典型案例，开展了“打击欺诈骗保，维护基金安全宣传月”活动，拉开打击欺诈骗保专项治理行动序幕。随后通过县区互查、飞行检查、暗访督查、线索深查，进一步落实打击欺诈骗保有奖举报制度，全面遏制欺诈骗保高发易发态势。

截止到12月27日，扣减、追回、处罚共计万元；约谈整改894家，暂停结算57家，解除协议11家，移送司法机关12家；举报奖励6950元，12起；媒体曝光案件50起，处理违规医保医师16人次。共处理违规医药机构1439家，全市共有医药机构2477家，处理占比，有力的净化了我市医保生态环境。

3、大数据分析，高效监管。

我市积极改变监管思路，创新监管方式，采取大数据分析的方式，调取、筛选医药机构诊疗信息，并与医保结算系统信息比对，结合医保政策，对医药机构违规行为进行精准定性，提高基金监管的效率。20xx年4月以来，通过大数据分析，开展打击欺诈骗保专项治理，涉及谯城区、蒙城县共4家医院，共追回医保违规资金万元。

4、加大曝光力度，形成震慑。

自开展打击欺诈骗保以来，我局在亳州发布、亳州医保、亳州电视台等权威媒体平台，先后曝光50起违法违规典型案例，尤其是对虚假住院、诱导住院等群众反映强烈、违规问题典型、有警示教育意义的，均适时曝光、点名曝光，让曝光更具威慑力！

20xx年5月21日，我局通报典型案例10起，涉及三县一区10家医药机构，涉及金额万元。20xx年10月22日，我局在亳州人民政府信息公开网，通报了20起典型案例，涉及三县一区17家医药机构，其中含全市二级以上公立9家，涉及金额万元，受到了国家局监管司长的充分肯定，有力的净化了我市医保生态环境。

5、四轮驱动，齐抓共管。

20xx年5月8日，我局印发《关于认真做好专项治理活动持续开展打击欺诈骗活动的通知》，要求各县（区）医疗保障局负责本县区专项治理工作的组织和领导，对举报线索、上级交办的大案要案进行查处；医保经办机构要成立医保稽查大队，进行日常全面稽查。

医共体牵头单位要建立专家库，轮流抽调专家，对发现问题要及时锁定证据并报县区医保部门处理；商业保险公司，对所有医保住院病例进行全面审核，发现疑似问题及时深挖细查，按规定处理，一起形成“四轮驱动”工作态势。对于专项治理工作我局一月一通报，主要指标进行排名、评比，激励先进，鞭策后进，共同营造打击欺诈骗保的高压态势。

6、制定标准、路径，规范监管。

我局组织专家，结合打击欺诈骗保工作实际，借鉴省内外先进监管经验，研讨拟定了亳州市医保基金监管的“一标准、二路径”，旨在统一全市打击欺诈骗保执法标准，规范违规问题查处路径，在基金监管中做到有章可循。

7、组织建立飞行检查人才库。

经个人申报、组织推荐、专业评审、我市在二级以上公立医院，选定415名同志入选我市打击欺诈骗保飞行检查人才库。人才库专家将实行动态管理，参加各类调研、监督、稽核检查和培训等打击欺诈骗保专项活动，更好发挥专家对完善政策制度、建立健全医保支付标准体系的支持作用。

（二）稳步推进国家医保基金监管方式创新试点建设。

1、组织材料，申请试点。

20xx年3月，按照《国家医疗保障局关于做好医疗保障基金监管工作的通知》文件要求，我局组织材料，积极申请国家“两试点一示范”项目。根据《国家医疗保障局关于开展医保基金监管“两试点一示范”工作的通知》文件精神，亳州市被确定为基金监管方式创新试点地区。

2、成立领导小组，考察学习。

20xx年5月，我局成立试点工作领导小组，市医保基金监管方式创新试点领导小组主要研究、审议医保基金监管方式创新试点重要工作决策部署；协调市政府各部门之间及部门与地方之间涉及试点工作的重大事项。随即我局组织有关人员前往徐州、杭州、新余、衡阳、张家港等地学习智能审核系统、视频监控及公开招标引入第三方基金监管工作模式、合作机制等。

3、上报方案，确定公开招标引入第三方。

20xx年6月10日，研究拟定《亳州市医保基金监管方式创新国家试点工作方案》，呈送省医保局，向市政府领导汇报试点工作思路，召开医院负责人、卫健、财政、公共资源管理局等部门参加的征求意见座谈会。市政府领导指出：试点工作思路总体可行，要通过政府购买服务的形式，招标确定第三方，要坚持“依法合规、规范运行、监管有力、确保安全、成效明显”的指导思想，要体现“加强监管、管办分离”的思想，要充分考虑各方的利益关系，召开经办医保项目商保公司、信息技术公司负责人参加的座谈会，听取各方意见，减缓招标环节的阻力。

4、招标确定第三方。

20xx年10月29日，市医保局医保基金监管方式创新试点项目，在公共资源交易中心顺利开标，整个招标流程安排紧凑，时间短，效率高，招标工作圆满结束。中标单位中国人民健康保险股份有限公司安徽分公司将作为第三方机构，参与我市医保基金监管方式创新试点工作。

5、建大厅、建系统、建队伍。

选定办公地点，由人保健康出资建设医保智能审核系统及视频监控中心建设，并配备不低于30人的医学、财务和信息技术等专业人才构成的监管服务队伍。选定12家二级以上公立医院及协议药店，先行上线智能审核系统和视频监控，并逐步在全市范围内推开。

（三）规范统一我市医疗服务项目和。

1、及时调整价格。

3月29日，我局与市卫健委联合印发《关于调整和新增基层医疗卫生机构家庭医生服务项目及价格的\'通知》，调整了出诊费等2项价格，新增了家庭合理安全用药指导等10项基层医疗卫生机构家庭医生服务项目和价格。6月26日，与市卫健委联合印发《关于优化调整医学影像服务价格有关问题的通知》，调整80项医学影像服务价格。

2、积极调研检查。

8月份，我局开展公立医疗机构医疗服务价格自查工作，加强我市医疗机构医疗服务价格管理。9月份，开展全市医疗服务价格监督检查，并将检查结果全市通报，进一步规范医疗服务领域价格行为。10月2日—3日，在三县一区基层卫生院调研在院不在床及医疗服务乱收费等问题，分析原因并提出建议。10月底，先后前往蒙城县、利辛县、涡阳县、谯城区开展医疗服务价格目录编制工作调研座谈会，广泛听取意见，为我市医疗服务价格目录出台奠定基础。

3、规范相关标准。

8月份，我局下发《关于严格规范民营医疗机构医保支付标准的通知》，进一步明确民营医疗机构医保支付标准。11月份，出台《关于规范新增医疗服务项目和新开展医疗服务项目价格申报工作的通知》，规范新增医疗服务项目和新开展医疗服务项目价格申报工作。同时，梳理我市的医疗服务价格文件，规范全市医疗服务价格目录，并征求意见，于12月份印发《亳州市医疗服务价格目录》。

>二、存在的问题

（一）专业队伍建设不足。

由于医保队伍刚组建，人员来自于各个部门，业务水平、执法能力都亟待提高。我市虽实现医疗机构监管全覆盖，但检查历时较长，凭借现有的监管人力和业务水平，难以持续维持高频次的现场检查监管。

（二）基金监管方式单一。

目前，我市医保基金监管方式仅停留在“救火式”的事后监管，未能实现向“预防式”的事前提醒，事中实时控制监管方式的转变，事前事中管控缺失。

（三）信息化水平不高。

由于我局信息中心数据正在逐步统一，20xx年1月才能整合完毕，后期预计仍需完善，加上，全市医药机构诊疗信息量大，医嘱、病程记录等详细内容，难以做到及时、全面、准确上传，我市医保监管信息化建设尚处初级阶段。

（四）医疗服务价格待完善。

一是我市新出现县三级、市二级和乡镇二级医疗机构，现有的政策文件并未明确上述医疗机构的价格下浮梯度，老政策不能满足新形势。

二是医疗服务价格目录虽统一下发，但部分医疗机构收费系统和报补系统存在维护不彻底、不到位、项目名称使用不规范等问题，有待进一步督促更新。

>三、下一步工作打算

（一）加快推进信息化水平建设。

一是建立基础数据平台、实现知识库统一、基础规则库统一，电子病历采集，数据共联共享。

二是加快推进医保智能审核系统建设，通过“人防+技防”结合的方式，引入第三方监管机制，缓解专业人员不足的压力，由第三方组建专业队伍，派驻由医学、财务和信息技术等专业人才构成的监管服务队伍。选定部分二级以上公立医院及协议药店，先行上线智能审核系统和视频监控，并逐步在全市范围内推开。紧跟国家试点建设工作进度，确保完成医保基金监管方式创新试点国家顺利验收。

（二）联防联控，探索长效监督体系。

建立打击欺诈骗保联合执法协调领导小组和联席执法制度。由市医保局牵头，市公安局、市卫生健康委员会、市市场监督管理局参与，依据国家有关法律法规，建立密切配合、统一协调的联合执法机制，加大信息共享力度，做到以医保为主体的涉医涉药及相关信息的无缝对接，实现基金监管“一案多查、一案多移、一案多处”，通过联合执法形成对骗取医保基金的有力震慑，保障基金运行安全。

（三）完善医疗服务项目和价格。

一是进一步理顺医疗服务价格的比价关系，适应新形势。

二是按照“总量控制，结构调整，有升有降，逐步到位”的原则，对我市医疗服务价格偏低项目进行个别调整。配套医改重点任务工作，建立完善我市医疗服务价格动态调整机制，提升医护人员劳务价值。

三是做好监测评估。建立医疗服务价格监测和评估制度。监测公立医疗机构医疗服务项目价格、成本、收费等情况，对价格进行跟踪评估，尤其对新调整的价格政策进行专项监测和评估，督促各公立医疗机构及时调整价格，做到实时监测、量化评估。

**基金监管工作总结范文15**

今年以来，黟县医疗保障工作在县委、县政府和上级主管部门的领导下，以加大以打击欺诈骗保为重点，以完善制度、强化管理、优化服务为手段，保障广大参保人员的医疗待遇，促进我县的医疗保障事业的全面、协调、快速发展。现将我局开展的基金监管工作情况总结如下：

>一、主要工作进展情况

（一）加强管理，确保基金平稳运行。

我县在医保政策征缴费率不变，而待遇支付比例不断提高的情况下，为确保基金正常运行，充分发挥基金最大利益化，规范操作管理流程，确保参保单位足额缴纳社会保险费，按照内控责任制把基金管理责任落实到人，通过检查两定机构违法违规，聚焦医疗保障领域的违法违规和欺诈骗保行为。

一是医疗机构通过虚假宣传、以体检等名目诱导、骗取参保人员住院治疗，违规减免费用、降低入院标准等问题，集中收取、留存、盗刷、冒用参保人员社保卡，套取医保基金及其他违反医保法律法规等问题。

二是重点检查定点零售药店的进、销、存台账，是否存在串换药品、物品，刷社会保障卡套取医保基金等行为。以协议零售药店、参保（合）人员为主要检查对象，以药店购药服务为主要检查内容，对于欺诈骗取医疗保障基金等违法违规行为发现一起，上报并查处一起，高悬监督执法利剑。

（二）加强定点医药机构管理。

1、全面履行协议服务与管理。与全县74家定点医药机构签订了《黄山市基本医疗保险定点医疗机构服务协议书》，全面按照协议约定搞好医保服务与管理。

2、实行日常医疗监管、网上动态监管和突击检查相结合，及时发现问题，及时纠正，切实保护参保居民、职工的利益；对不执行医疗保险政策规定的，拒不履行协议的，推诿病人造成社会负面影响的，病人不满意、服务不规范的，问题严重的取消定点资格。

>二、强化日常监管

根据日常监管掌控情况，在对“两定”单位的监管上，确定重点稽核对象，采取网络监管和现场监管相结合的方式，严格履行入户随访制度，对存在潜在违规行为的定点医药机构进行突击检查、重点稽核。截止8月30日，医保两定机构共对全县74家的定点医药机构中的41家医药机构进行核查。

查处违规定点医疗机构5家，其中核减定点医疗机构违规基金4家，约谈定点医疗机构5家，核减违规费用元，扣除违规费用元，共扣除违规费用元。全县城镇居民和城镇职工医保累计医保基金支出万元，追回基金与支出占比。

>三、存在的困难和问题

1、定点医疗机构多，医疗监管工作线长面广，监管工作难度加大，部分定点医院对医保病人过度医疗、过度检查、肆意降低入院指征，随意把门诊病人收治住院，采取不正当手段刺激病人住院消费，造成基金流失。

2、医疗监管力量薄弱，管理难。县医保局现有19名工作人员（包括两个经办机构人员），承担全县74家定点医药单位的医疗监管。在实施监管过程中，由于医院公立和药店私营相互混杂，管理水平参差不齐，医疗服务方式手段各有不同，监管手段相对滞后，调查取证较为困难，增加了医保监管难度，尤以定点零售药店最为突出，致使医保费支出存在一些跑冒滴漏现象。

>四、下半年工作计划

1、强化基金监管，确保基金有效运行。与县卫健委、市监局、\_门建立定期沟通协作机制，不定期对定点医药机构督查。不断完善基金监管机制体制，确保基金运行安全，坚决打击违规套取医保基金行为。同时加大宣传力度，用适宜有效的宣传，最大限度争取社会共识，形成打击骗保的高压态势。

2、进一步加大医保监督管理力度，着力建设医疗服务监控系统，推行医保监管体制机制建设，实现医保智能审核智能监管。

3、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。加强统计工作，按时、按质、按量上报统计报表。

**基金监管工作总结范文16**

20xx年很快的过去，在这一年里，在社保领导的正确领导下，在社保所同志的帮助下，经过这一阶段工作和学习，自身有了很大进步，进一步熟练业务，完成好本职工作和领导临时交予的工作，主要情况汇报如下：

>一、就业是民生之本

职业介绍工作是用人单位和求职者选择职业的结合点,职业介绍窗口通过收集和提供空岗,求职信息,沟通供求双方的相互联系,为用人单位和求职者搭建信息平台。一年来,通过努力,积极开展职业介绍工作。稳妥地为求职者和用人单位提供求职、空岗登记。通过走访辖区内社会单位，宣传相关于鼓励单位吸收就业困难人员的优惠政策等方法,开发空岗285个，推荐求职人员成功就业45次，圆满完成劳动局分派的全年工作指标。

>二、20xx年就业援助月专项活动

根据上级部门下发的《关于开展20xx年就业援助月专项活动的通知》文件精神，配合社保所领导开展专项活动，以宣传各项就业优惠政策和劳动保障政策为主要内容，同时多角度、多方位的帮助每一位接受援助对象了解本次专项活动的开展时间和服务内容和相关政策，积极解答援助对象在劳动保障和就业方面的疑问。

>三、20xx年春风行动专项活动

据朝阳区人力资源和社会保障局办公室签发的《关于开展20xx年春风行动专项活动的通知》文件精神，配合社保所领导开展专项活动。针对来京务工的农村劳动者进行广泛宣传；结合服务对象需求，通过发放宣传材料、建立热线电话，增加农村劳动力的务工常识，提高维权意识。10月17日和10月17日协助领导组织地区社会单位在六佰本广场成功举办东湖地区20xx年春季招聘洽谈会和20xx东湖地区秋季招聘会。两次招聘会共吸引了50余家企业单位积极前来参会，提供保洁员、理货员、投资顾问、综合维修等近千个就业岗位。当达成就业意向300余个。在招聘会现场免费提供就业政策咨询、求职登记、职业介绍、职业指导、现场招聘等多项就业服务。此次活动充分发挥社保所在企业和求职者之间的桥梁纽带作用，为招工单位提供免费展位，向企业推荐合适的人力资源，满足其人才需求；为求职者提供免费服务，帮助有求职意愿的人员就近找到适合的岗位，早日实现就业。根据朝阳区人力资源和社会保障局《关于开展20xx年下半年单位用人需求调查的通知》要求，极行配合领导开展地区单位用人调查工作。5日下午协助组织辖区被调查单位在街道办事处四层会议室召开地区单位用工调查动员大会，对调查工作的目的意义、内容、范围、方式及对象进行了充分的讲解和动员；针对联系不上或地址变更的被调查单位进行实地走访，以确保上报说明的准确性。此次调查工作共涉及49家单位，收回调查表42家单位因为不配合或地址变更等原因未调查（已向区劳动局上报说明情况），按照上级单位要求圆满完成任务。

总结全年工作，尽管有了一定的进步，但在一些方面还存在着不足，个别工作做得还不够细致，有待于在今后的工作中加以改善，我将进一步学习各项政策，努力使思想觉悟和工作效率全面进入一个新的水平，为办事处、为社保所作出更大的贡献。

20xx年工作计划，抓紧时间学习，进一步夯实业务能力，重点是解放思想、统一认识、找准问题。坚持学以致用，用以促学，把学习与工作结合起来，立足新的起点，进深入思考，进一步理清工作思路。

**基金监管工作总结范文17**

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

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！