# 2024年医保个人工作心得体会(十六篇)

来源：网络 作者：空山幽谷 更新时间：2024-06-22

*心得体会是指一种读书、实践后所写的感受性文字。大家想知道怎么样才能写得一篇好的心得体会吗？下面我帮大家找寻并整理了一些优秀的心得体会范文，我们一起来了解一下吧。医保个人工作心得体会篇一一、领导重视，宣传力度大为规范诊疗行为，控制医疗费用的不...*

心得体会是指一种读书、实践后所写的感受性文字。大家想知道怎么样才能写得一篇好的心得体会吗？下面我帮大家找寻并整理了一些优秀的心得体会范文，我们一起来了解一下吧。

**医保个人工作心得体会篇一**

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、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。

二、措施得力，规章制度严

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。

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。

四、工作小结

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。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：;做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大;全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

五、下一步工作要点

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

**医保个人工作心得体会篇二**

20xx年上半年，在县人力社保局的领导下，我中心紧紧围绕20xx年中央、市、县医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作任务，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我县20xx年上半年医疗保险工作总结如下。

一、基本运行情况

(一)参保扩面情况

截至6月底，全县参加城乡居民医保人数461843人(农村414648人、城镇47195人)，参保率为95、18%。其中参保人员中，普通居民424886人，城乡低保对象21494人，残疾人7608人(含农村1-4级残疾人7263人、城镇1-2级重度残疾人345人)，农村五保对象1231人，在乡重点优抚对象1990人，农村计划生育扶助对象4634人;职工医保参保人数27586人，完成市下达扩面任务26994人的102、19%;生育保险参保人数5432人，完成市下达扩面任务5900人的92、07%。

(二)基金筹集情况

截至6月底，城乡居民医保已筹基金10121、21万元，占当年应筹基金13419、16万元的75、42%;职工医保已筹基金2815、79万元，完成征收计划5000万元的56、32%;生育保险已筹基金37、93万元，完成征收计划60万元的63、22%。

(三)基金支出情况

今年1-6月，城乡居民医保基金支出6251、81万元，占当年应筹基金总额13419、16万元的46、59%。其中，住院补偿支出5002、68万元，占基金支出的80、02%;门诊补偿支出1204、04万元，占基金支出的19、26%;儿童大病补偿支出45、08万元，占基金支出的0、72%。职工医疗保险县内基金支出1425、54万元，占当年已筹基金2815、79万元的50、63%。生育保险基金支出8、89万元，占当年已筹基金37、93万元的23、44%。

四、参保患者受益情况

今年1-6月，城乡居民医保共有23、45万人、64、68万人次就医补偿，补偿人数、人次分别占参保人数的50、78%、140、06%;人均住院补偿1402元，比去年同期1144元增加258元，增长22、55%;住院实际补偿比例为49、60%，比去年同期46、78%提高了2、82个百分点;在二级及以下医疗机构政策范围内的住院费用报销比例为66、45%。职工医保共有1785人次住院，人均住院补偿7986元，县内住院实际补偿比例为68%，在二级及以下医疗机构政策范围内的住院报销比例为72%。

二、主要工作

(一)积极准备，加快市级统筹推进步伐

1、开展考察调研。了解开展城乡居民医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

2、做好统一规划。制定我县城乡居民医保纳入市级统筹的实施方案和工作计划，主动与市级有关部门沟通，了解市级统筹的具体要求，反映我县的实际情况。

3、开展了城乡居民社会保障卡信息数据的采集、上报、比对工作，召开了社会保障卡信息修改培训会，目前各乡镇正在进行数据修正和补采照片工作。

4、及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我县存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。办理破产、关闭企业退休人员和个人身份参保348人，换发信息错误等社会保障卡624张。

(二)完善协议，加强两定机构管理

1、经多次讨论、认真分析、征求意见，修订完善了定点医疗服务协议条款。

2、对定点医疗机构的服务行为、服务质量作了严格的要求，重点加强了住院病人的管理，制定了公开、透明的考核指标，切实加强住院费用的控制。

3、对20xx年的服务协议内容进行了培训，对两定机构的服务协议实行集中、统一签定，与228个定点医疗机构和39个定点零售药店签订了《服务协议》，明确了双方的权力、义务和违约责任。

4、定期对《服务协议》执行情况进行督促检查。今年1-6月，下路镇中心卫生院、万朝镇卫生院等6个定点医疗机构未严格执行《服务协议》相关内容，存在未给患者提供日清单、在院率差、挂床住院等问题，按《服务协议》规定，共扣取违约金27800元。

(三)指标考核，控制费用不合理增长

对住院费用符合补偿比例、实际补偿比例、次均住院费用、平均床日费用和门诊一般诊疗费用等重点指标进行定期考核，政策指标由中心直接确定，控制性指标依据前三年数据，与定点医疗机构协商一致确定，以共同规范医疗服务行为，控制医药费用的不合理增长。

据统计，今年1-6月，城乡居民医保县内定点医疗机构住院费用符合补偿比例为92、27%，比去年同期的89、87%提高2、4个百分点;县内住院实际补偿比例为54、48%，比去年同期的52、29%提高了2、19个百分点;县内次均住院费用为2163元，比去年同期的2254元降低91元;县内平均床日费用为264元，比去年同期的285元降低了21元。但还有马武镇中心卫生院、中益乡卫生院等21个定点医疗机构未达到规定考核指标，共扣减定点医疗机构补偿资金65913元。

(四)强化监管，严肃查处违规行为

1、定期开展住院病历评定。城乡居民医保医疗服务行为评定专家组，每季度对审核人员抽取的有争议的住院病历进行评定，主要查病历资料是否齐全，内容是否完整，辅助检查、临床用药、治疗和收费是否合理。今年一季度评定住院病历250份，其中有138份病历存在滥用辅助检查、不合理用药和不合理收费现象，占病历的55、2%。有28个定点医疗机构均存在不同程度的违规行为，共扣减违规费用27388元，同时按《协议》规定承担1倍的违约金27388元。

2、加强病人回访。采取日常和定期回访相结合的方式，日常回访是审核人员根据每月的报账资料通过电话随机抽查回访;定期回访是由乡镇合管办和村组干部定期负责对每季度就诊的住院病人进回访，同时医保中心根据回访情况进行抽查。今年1-6月，共回访住院病人、发生费用较大的慢性病病人1239人次，回访过程中查获大歇镇卫生院协助2名患者冒名顶替，发现1名患者冒用同姓名骗取补偿，共追回补偿金20790、60元，同时扣大歇镇卫生院10倍违约金24532元。

3、注重日常审核。定点医疗机构在每月提供报账材料时，还必须提供住院病历资料，审核人员通过查看报账资料和核对网上信息相结合的审核方式，对报账资料的真实性、准确性和完整性等进行审核。今年1-6月，抽查县内报账资料8443份，抽查住院病历5762份，审核县外住院报账资料2886份。在日常审核中，共查处过度使用辅助检查、滥用中医服务项目、乱收费等问题，共追回违规补偿资金25432、77元。

(五)积极探索，开展城乡居民医保支付方式改革

1、开展了城乡居民医保住院按床日付费试点。根据不同类别疾病在治疗过程中的病情进展规律，对医药费用进行分段并包干各段床日费用给医疗机构，病人与定点医疗机构按实际发生费用结算补偿，而定点医疗机构与经办机构则按实际住院天数和包干费用来结算补偿的一种付费机制。按床日付费后，试点医疗机构的业务总收入虽略有下降，但纯收入却有所增加，参保患者的住院医药费用明显下降，实现了医疗机构支持、老百姓认可的双赢效果。试点医疗机构的次均住院费用453元，较同类非试点医疗机构的797元减少344元，降低了43、16%;试点医疗机构的平均床日费用为74元，较同类非试点医疗机构的115元减少41元，降低了36、65%;试点医疗机构的住院实际补偿率为74、4%，较同类非试点医疗机构的71、08%提高了3、32个百分点。

2、开展了门诊一般诊疗费用实行总额支付。根据各乡镇当年的参保人数、门诊发病率和各乡镇辖区内所有基层定点医疗机构上年度的门诊就诊人数及人次等情况进行综合分析后，核定各乡镇辖区内所有基层定点医疗机构的一般诊疗费的补助限额。补助原则：总额预算、限额使用、据实支付、超支不补。

三、存在的主要问题

(一)工作量大，现有工作人员严重不足

医保中心现有在编在岗人员13名，管理各类参保人员51万人，管理县内定点医疗机构、定点零售药店351个，人均管理参保人员3、92万人，人均管理两定机构27个。由于服务监管对象多，工作面宽量大，现有人员工作任务繁重，单位参公后医疗相关专业人员招不进来，影响了工作有效开展。

(二)无办公用房，群众办事极不方便

医保中心由于没有办公用房，现分别在县卫生局和县工商银行两处租用房屋办公，并且在县卫生局租用的办公用房属d级危房。由于一个单位分两个场地办公，而且场地狭窄、办公设施落后，这不仅给单位工作和管理带来不便，也给老百姓办事带来很大不便。

(三)医疗服务行为有待进一步规范

目前，实行国家基本药物零差率销售后，定点医疗机构获取更大的利润，出现了一些不良医疗服务行为，如过渡使用辅助检查、滥用中医服务项目等违规行为，医保中心虽然出台了相应的管理措施，但对医务人员服务行为的监管依然困难。

(四)住院医药费用的增长较快

由于我县未开展门诊统筹，导致门诊病人住院化现象突出，加重了住院医药费用的增长。今年年1-6月，全县城乡居民保险共发生住院医药费用总额为10509、90万元，比去年同期的6848、20万元增加3661、70万元，增长了53、47%，远超过我县农民人均纯收入的增长幅度。

四、下半年工作重点

(一)按照城乡居民医保市级统筹办公室安排，加强城乡居民医保市级统筹的组织领导，明确任务责任，制定实施方案，精心组织，加强培训，广泛宣传，积极稳妥推进城乡居民合作医疗保险市级统筹试点工作。

(二)加大宣传和动员力度，认真搞好20xx年城乡居民医保个人筹资工作，按时完成筹资工作任务，确保参保率达95%以上。

(三)进一步加大监督检查力度。开展一次医疗保险全面督查工作，重点对《服务协议》执行情况进行督查，并加大对违规行为的查处力度。

(四)加强医保中心能力建设。积极争取完善中心内部机构设置，着力抓好干部职工的思想、作风和廉政建设，强化教育和培训工作，提高职工的业务素质和工作能力，坚持以人为本，增强服务意识，优化服务环境，为广大参保人员提供优质、高效的服务，提升医保工作新形象。

**医保个人工作心得体会篇三**

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施八四四工程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下：

一、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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定;转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟;转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

二、突出经营意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

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

三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

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

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

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

五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作

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

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

六、个人账户管理规范化、现代化。

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

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

xx年工作设想：

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

**医保个人工作心得体会篇四**

今年以来，在区人力资源和社会保障局的领导下，在市级业务部门的指导下，我中心紧紧围绕20xx年医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我区20xx年医疗保险工作总结如下。

一、基本运行情况

(一)参保扩面情况

截至12月底，全区参加城镇医疗保险的人数为x人，比去年年底净增xx人，完成市下达任务(净增xx人)的%。其中城镇职工参保x人(在职职工x人，退休职工x人)，在职与退休人员比例降至2、4：1，城镇居民参保x人(其中学生儿童x人，居民x人)。

(二)基金筹集情况

截至12月底，城镇职工基本医疗保险收缴基金x万元，其中统筹基金x万元(占基金征缴的66、6%)，个人账户x万元(占基金征缴的33、4%)，大额救助金征缴x万元，离休干部保障金x万元。

(三)基金支出、结余情况

城镇职工医疗保险基金支出实际应支与财务支出不同步，财务支出要滞后，截止目前财务支出到20xx年6月底，20xx年下半年暂未支出，因此实际的应支情况更能反映今年的实际运行情况。

至12月底财务(统筹支出20xx年下半年和到20xx年上半年的，还有部分未支)支出x万元，其中统筹金支x万元(财务当期结余x万元)，个人账户支x万元。其中，涉及20xx年的费用x万元，统筹应支付x万元，实际垫付x万元(不含超定额和保证金)。

实际应支x万元，其中统筹应支x万元(结余x万元)，个人账户应支x万元;大额救助应支x万元(结余x万元);离休干部保障金应支x万元(结余x万元)。

二、参保患者受益情况

今年，城镇职工住院x人，住院率%，住院人次x人次，医疗总费用x万元，次均人次费x元，统筹支出x万元，统筹支出占住院总费用的%;享受门诊大病的患者有x人次，医疗总费用x万元，统筹支付x万元(门诊报销比例达%)，门诊统筹支出占统筹总支出的%;大额救助金支付x人次，纳入大额统筹的费用为x万元，大额应支x万元;20xx年离休干部x人，离休干部长期门诊购药x人，门诊总费用x万元，离休人员定点医院住院x人次，总费用x万元。离休干部住家庭病床x人次，医疗费用x万元。

三、主要工作

(一)贯彻落实几项重点工作，不断提高基本医疗保障水平。做好档案整理归档工作。在局领导的大力支持下，区医保处按照市局要求购置了标准的档案装具，并组织各科室档案专管员到市局学习，做到整档标准化、统一化，截止12月底各科室的档案归档工作已进行至7、8月份，基本结尾。

开展考察调研。了解医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我区存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。

实行了周例会制度，每周召开主任办公会，对上周工作及时总结，对下周工作及时安排，做到今日工作今日毕。

完成下半年的门诊慢性病的评审工作，20xx年1月份新增特疾病号x人，12月份底新参评x人，通过x人，通过率%(其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有xx人，通过并享受的有xx人)。截至20xx年底特疾病号固定门诊购药x人。

(二)完善协议，加强两定机构管理

截止目前我处共有定点医疗机构家(其中家医院，家门诊)药店家，进入3月份以来，我处联合市医保处对全市家定点医院和全部定点门诊、药店进行考核。截止12月份之前的个人报销已经完成，共报销x人次，基本统筹支付万余元，大额支付万余元，超大额支付万余元。转外就医备案人员x人，在职x人，退休x人。向省内转院的有x人，向省外转的有x人。

异地就医政策有重大突破。济南异地就医联网结算政策出台以来，很大程度上解决了重病患者的医疗负担。最近这一政策又有新变化，为了扩大患者就医范围，济南由原来的家定点医院增加为现在的家，上半年共有x人次享受这一惠民政策。

通过建立定点医疗机构分级管理卫生信用档案来加强对定点医疗机构的管理，促进医疗机构提高医疗服务质量，控制不合理医疗费用支出。在对定点的监控上实现网络监控与实地稽查相结合、日常检查与不定期抽查相结合、明查与暗访相结合。截止12月底，共计查出医院违规xx次，违规定点药店家，经过调查核实剔除不属于医保支付范围的意外伤害例，对于违规情况严重、违规次数频繁的医院给予暂停其定点医疗资格的处罚，对违规的药店视情节进行相应处罚扣除保证金，对多次违规的，取消医疗保险定点资格。在个人报销审核中，剔除不予报销的有例，涉及金额约xx万元。

(三)夯实基础服务工作，提高整体经办水平

1、加强网络建设。市级统筹之后软件系统及管理方式、方法有较大改变，综合科要做好升级前后的衔接工作以及医院等医疗机构的解释说明工作，为统筹后的工作做好铺垫，以便加快工作效率。

2、收缴、报销做好政策的衔接工作。统筹后的参保政策、报销政策也有小幅度的变动，保险科、医管科根据市级统筹文件规定，领会文件精神，及早掌握新政策、新规定并做好对参保人员的解释说明工作。

四、医疗保险工作中存在的主要困难及解决办法

医疗保险已实现了无缝隙覆盖，扩面工作已完成了它历史性的任务，医疗保险今后工作的重点将是“促征缴”与“减支出”以便维持“收支平衡”，这是工作重点也是难点。

1、促征缴工作。收不上来就支不出去，职工参保总人数是，其中缴费的只有x人的在职职工(退休人员不缴费)，且退休人员的个人账户计入金额都由单位缴纳部分划入，统筹金收入占基金总收入的%，而统筹金支出却占基金总支出的%，且企业欠费、灵活就业人员、下岗职工断保现象时有发生，造成基金征缴困难，统筹金难以维持收支平衡。居民断保现象更是严重，居民连续缴费意识不足。

2、医疗保险的管理工作依然面临着严峻的考验，一方面定点医疗机构、定点零售药店数量增加，参保人员不断增多，老龄化严重，住院病号逐年增多，定点医院对费用控制的意识不强，力度不大，医疗费用连年增长，某些定点单位、参保人员受利益驱使，想方设法套取医保基金。另一方面医保处各科室工作人员有限，工作量急剧增加，由于缺乏计算机、医学、统计等专业性人才，工作效率得不到有效提高，给经办机构带来了极大的考验。我们的医疗管理和医疗结算方式要与时俱进，急需进行付费方式的改革。

五、科学谋划，求真务实，继续做好明年的医疗保险工作以科学发展观为统领，以中共中央、国务院新医改文件为指导，以《社会保险法》实施为契机，按照规范化、人性化、制度化的要求，为全区经济发展和社会进步做出新贡献，促进全区医疗保险经办工作再上新台阶。

(一)夯实两个基础，进一步提高医疗保险管理水平

医疗保险工作直接面对广大人民群众，全部政策都体现在落实管理服务上，经办责任重大。必须下大力气夯实经办机构建设和提高指标监控水平两项基础工作。

一是加强经办机构规范化建设。着力规范窗口建设，提高医保经办水平，按照统一标准、简化程序的原则，继续优化业务流程，确保各个环节衔接顺畅，为参保人员提供优质、高效、便捷的医保服务。进一步健全内控制度，严格执行社保基金财务会计制度，确保基金安全完整。

二是提高指标监控水平。建立健全指标监控体制，细化涉及医疗保险费用的各项指标，根据系统即时检测并做好统计分析报表，通过分析各项指标的变量，掌握医疗机构的医保工作运行情况，及时发现问题，确保基金安全运行。

(二)加大医保审核力度，确保基金安全完整

通过建立健全违规举报奖励制度等方式，充分发挥社会舆论监督作用，对单位和个人套取社保基金行为进行监督检查，加大对定点机构、药店的查处力度，按规定给予相应处理，确保基金安全。做好医疗费用审核、稽核力度，进一步优化审核流程。

(三)抓好几项重点工作的贯彻落实

一是做好城镇职工、居民基本医疗保险门诊统筹相关工作。根据职工门诊慢性病病种费用以及用药情况，详细分析可行的费用控制方法和付费机制，完善监督管理措施，防范基金风险，确保门诊统筹顺利推进、安全运行。

二是进一步加强定点医院的监督管理，全面落实定岗医师制度，考试合格的医师建立医师数据库，医师信息和病号住院信息一同上传至医保中心，医保中心对医师的超定额、违规等情况进行相应扣分，根据医师得分情况对定岗医师进行相应处罚。完善定点医院服务协议和医疗费用结算办法，对定点医院实行信誉等级管理，引导其加强自我管理。

三是做好医疗付费方式改革的测算摸底工作。为医疗付费方式改革做好调研，提供事实依据。

**医保个人工作心得体会篇五**

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：

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、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。

二、措施得力，规章制度严

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。

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。

四、工作小结

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。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：;做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大;全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

五、下一步工作要点

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

**医保个人工作心得体会篇六**

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施八四四工程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下：

一、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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定;转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟;转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

二、突出经营意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

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

三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

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

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

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

五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作

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

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

六、个人账户管理规范化、现代化。

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

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

xx年工作设想：

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

**医保个人工作心得体会篇七**

一年来在县委、县政府的领导下，在市医疗保障部门的正确指导与帮助下，在局领导班子的高度重视与大力支持下，全所同志紧紧围绕我局年初制定的继续实施八四四工程和具体工作目标的要求，以学、转、促活动为契机，以服务于广大的参保患者为宗旨，团结协作共同努力，我县的医疗保险工作健康平稳的运行，现就一年来的工作总结如下：

一、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，热爱医疗保险事业的工作人员，因此，根据县委要求，按照我局开展学、转、促活动的实施方案精神，全所同志积极参加每次局里安排的集体学习活动，通过学习，结合医疗保险工作的实际，在思想观念，工作作风，工作方法上力争实现三个转变，树立三个观念，即转变思想观念，树立大局观念，识大体、顾大局，紧跟时代步伐。医疗保险工作的目的就是要切实让广大的参保患者有病及时得到治疗，发生的医疗费用按照政策规定及时的得到报销，通过工作人员的辛勤工作，让广大参保人员满意，促进我县社会稳定;转变工作作风，树立服务观念。医疗保险工作的宗旨是：服务于广大的参保患者，因此，我们以为参保患者服务为中心，把如何为参保患者提供优质服务贯穿于工作的始终，工作中坚持公平、公正、公开的原则，客观公正，耐心细致，经常加班加点是很平常的事了，有时为了工作加班到深夜两、三点钟;转变工作方法，树立责任观念，医疗保险改革是一项全新的工作，没有成功的经验可直接借鉴，而且直接关系到广大参保患者的切身利益，因此，我们在认真学习政策理论的同时，努力学习业务知识以便能熟练掌握医疗保险工作的有关政策，提高业务水平，以对事业对参保人员负责的精神，本着既救人治病又让参保患者的利益最大化，同时，又不浪费医疗保险基金，节省医疗费用开支，努力使医疗保险基金的风险损失降为零。

二、突出经营意识，认真做好医疗保险基金的收缴和管理工作。

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

三、稳步扩面，解决困难企业的医疗保障问题。

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

四、规范管理程序，加强两定点管理，严格监督审查，确保基金收支平衡

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

五、周密安排，圆满完成门诊特殊疾病申报鉴定工作

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

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

六、个人账户管理规范化、现代化。

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

由于有局领导班子的正确领导，其他各股室同志们的协助配合，年我县医疗保险工作取得了一定成绩，得到了各级领导和参保人员的充分肯定，但是我们的工作还有一定的差距，在以后的工作中我们决心以实实在在的工作搞好服务，对以前的工作进行认真总结，分析原因找出差距，制定措施，把医疗保险工作提高到一个新的水平。

xx年工作设想：

一、继续完善各项管理制度，狠抓内部管理。

二、年要在原工作的基础上，继续完善各项管理制度，加强两定点管理，狠抓所内业务规程管理，使各项制度逐步完善。

三、研究制定困难企业参保办法和企业补充医疗保险有关规定，出台公务员医疗补助政策。

四、按市局统一部署，研究生育保险办法并实施。

**医保个人工作心得体会篇八**

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：

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、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。

二、措施得力，规章制度严

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。

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。

四、工作小结

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。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：;做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大;全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

五、下一步工作要点

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

**医保个人工作心得体会篇九**

今年以来，在区人力资源和社会保障局的领导下，在市级业务部门的指导下，我中心紧紧围绕20xx年医疗保险工作重点，贯彻落实医疗保险市级统筹工作，不断完善医疗保险政策，进一步提高医疗保险待遇水平，加强基金监管，提高医疗保险管理服务水平，促进医疗保险健康持续发展。现将我区20xx年医疗保险工作总结如下。

一、基本运行情况

(一)参保扩面情况

截至12月底，全区参加城镇医疗保险的人数为x人，比去年年底净增xx人，完成市下达任务(净增xx人)的%。其中城镇职工参保x人(在职职工x人，退休职工x人)，在职与退休人员比例降至2、4：1，城镇居民参保x人(其中学生儿童x人，居民x人)。

(二)基金筹集情况

截至12月底，城镇职工基本医疗保险收缴基金x万元，其中统筹基金x万元(占基金征缴的66、6%)，个人账户x万元(占基金征缴的33、4%)，大额救助金征缴x万元，离休干部保障金x万元。

(三)基金支出、结余情况

城镇职工医疗保险基金支出实际应支与财务支出不同步，财务支出要滞后，截止目前财务支出到20xx年6月底，20xx年下半年暂未支出，因此实际的应支情况更能反映今年的实际运行情况。

至12月底财务(统筹支出20xx年下半年和到20xx年上半年的，还有部分未支)支出x万元，其中统筹金支x万元(财务当期结余x万元)，个人账户支x万元。其中，涉及20xx年的费用x万元，统筹应支付x万元，实际垫付x万元(不含超定额和保证金)。

实际应支x万元，其中统筹应支x万元(结余x万元)，个人账户应支x万元;大额救助应支x万元(结余x万元);离休干部保障金应支x万元(结余x万元)。

二、参保患者受益情况

今年，城镇职工住院x人，住院率%，住院人次x人次，医疗总费用x万元，次均人次费x元，统筹支出x万元，统筹支出占住院总费用的%;享受门诊大病的患者有x人次，医疗总费用x万元，统筹支付x万元(门诊报销比例达%)，门诊统筹支出占统筹总支出的%;大额救助金支付x人次，纳入大额统筹的费用为x万元，大额应支x万元;20xx年离休干部x人，离休干部长期门诊购药x人，门诊总费用x万元，离休人员定点医院住院x人次，总费用x万元。离休干部住家庭病床x人次，医疗费用x万元。

三、主要工作

(一)贯彻落实几项重点工作，不断提高基本医疗保障水平。做好档案整理归档工作。在局领导的大力支持下，区医保处按照市局要求购置了标准的档案装具，并组织各科室档案专管员到市局学习，做到整档标准化、统一化，截止12月底各科室的档案归档工作已进行至7、8月份，基本结尾。

开展考察调研。了解医保市级统筹的政策衔接、网络建设、参保管理、两定机构管理、基金管理以及具体工作步骤、措施等。

及时处理职工医保市级统筹遗留问题。按照职工医保市级统筹的有关要求，对我区存在的问题进行了认真梳理，积极与市局相关处室多次衔接，部分遗留问题得到了解决。

实行了周例会制度，每周召开主任办公会，对上周工作及时总结，对下周工作及时安排，做到今日工作今日毕。

完成下半年的门诊慢性病的评审工作，20xx年1月份新增特疾病号x人，12月份底新参评x人，通过x人，通过率%(其中申报恶性肿瘤和透析的患者共有xx人，通过并享受的有xx人)。截至20xx年底特疾病号固定门诊购药x人。

(二)完善协议，加强两定机构管理

截止目前我处共有定点医疗机构家(其中家医院，家门诊)药店家，进入3月份以来，我处联合市医保处对全市家定点医院和全部定点门诊、药店进行考核。截止12月份之前的个人报销已经完成，共报销x人次，基本统筹支付万余元，大额支付万余元，超大额支付万余元。转外就医备案人员x人，在职x人，退休x人。向省内转院的有x人，向省外转的有x人。

异地就医政策有重大突破。济南异地就医联网结算政策出台以来，很大程度上解决了重病患者的医疗负担。最近这一政策又有新变化，为了扩大患者就医范围，济南由原来的家定点医院增加为现在的家，上半年共有x人次享受这一惠民政策。

通过建立定点医疗机构分级管理卫生信用档案来加强对定点医疗机构的管理，促进医疗机构提高医疗服务质量，控制不合理医疗费用支出。在对定点的监控上实现网络监控与实地稽查相结合、日常检查与不定期抽查相结合、明查与暗访相结合。截止12月底，共计查出医院违规xx次，违规定点药店家，经过调查核实剔除不属于医保支付范围的意外伤害例，对于违规情况严重、违规次数频繁的医院给予暂停其定点医疗资格的处罚，对违规的药店视情节进行相应处罚扣除保证金，对多次违规的，取消医疗保险定点资格。在个人报销审核中，剔除不予报销的有例，涉及金额约xx万元。

(三)夯实基础服务工作，提高整体经办水平

1、加强网络建设。市级统筹之后软件系统及管理方式、方法有较大改变，综合科要做好升级前后的衔接工作以及医院等医疗机构的解释说明工作，为统筹后的工作做好铺垫，以便加快工作效率。

2、收缴、报销做好政策的衔接工作。统筹后的参保政策、报销政策也有小幅度的变动，保险科、医管科根据市级统筹文件规定，领会文件精神，及早掌握新政策、新规定并做好对参保人员的解释说明工作。

四、医疗保险工作中存在的主要困难及解决办法

医疗保险已实现了无缝隙覆盖，扩面工作已完成了它历史性的任务，医疗保险今后工作的重点将是“促征缴”与“减支出”以便维持“收支平衡”，这是工作重点也是难点。

1、促征缴工作。收不上来就支不出去，职工参保总人数是，其中缴费的只有x人的在职职工(退休人员不缴费)，且退休人员的个人账户计入金额都由单位缴纳部分划入，统筹金收入占基金总收入的%，而统筹金支出却占基金总支出的%，且企业欠费、灵活就业人员、下岗职工断保现象时有发生，造成基金征缴困难，统筹金难以维持收支平衡。居民断保现象更是严重，居民连续缴费意识不足。

2、医疗保险的管理工作依然面临着严峻的考验，一方面定点医疗机构、定点零售药店数量增加，参保人员不断增多，老龄化严重，住院病号逐年增多，定点医院对费用控制的意识不强，力度不大，医疗费用连年增长，某些定点单位、参保人员受利益驱使，想方设法套取医保基金。另一方面医保处各科室工作人员有限，工作量急剧增加，由于缺乏计算机、医学、统计等专业性人才，工作效率得不到有效提高，给经办机构带来了极大的考验。我们的医疗管理和医疗结算方式要与时俱进，急需进行付费方式的改革。

五、科学谋划，求真务实，继续做好明年的医疗保险工作以科学发展观为统领，以中共中央、国务院新医改文件为指导，以《社会保险法》实施为契机，按照规范化、人性化、制度化的要求，为全区经济发展和社会进步做出新贡献，促进全区医疗保险经办工作再上新台阶。

(一)夯实两个基础，进一步提高医疗保险管理水平

医疗保险工作直接面对广大人民群众，全部政策都体现在落实管理服务上，经办责任重大。必须下大力气夯实经办机构建设和提高指标监控水平两项基础工作。

一是加强经办机构规范化建设。着力规范窗口建设，提高医保经办水平，按照统一标准、简化程序的原则，继续优化业务流程，确保各个环节衔接顺畅，为参保人员提供优质、高效、便捷的医保服务。进一步健全内控制度，严格执行社保基金财务会计制度，确保基金安全完整。

二是提高指标监控水平。建立健全指标监控体制，细化涉及医疗保险费用的各项指标，根据系统即时检测并做好统计分析报表，通过分析各项指标的变量，掌握医疗机构的医保工作运行情况，及时发现问题，确保基金安全运行。

(二)加大医保审核力度，确保基金安全完整

通过建立健全违规举报奖励制度等方式，充分发挥社会舆论监督作用，对单位和个人套取社保基金行为进行监督检查，加大对定点机构、药店的查处力度，按规定给予相应处理，确保基金安全。做好医疗费用审核、稽核力度，进一步优化审核流程。

(三)抓好几项重点工作的贯彻落实

一是做好城镇职工、居民基本医疗保险门诊统筹相关工作。根据职工门诊慢性病病种费用以及用药情况，详细分析可行的费用控制方法和付费机制，完善监督管理措施，防范基金风险，确保门诊统筹顺利推进、安全运行。

二是进一步加强定点医院的监督管理，全面落实定岗医师制度，考试合格的医师建立医师数据库，医师信息和病号住院信息一同上传至医保中心，医保中心对医师的超定额、违规等情况进行相应扣分，根据医师得分情况对定岗医师进行相应处罚。完善定点医院服务协议和医疗费用结算办法，对定点医院实行信誉等级管理，引导其加强自我管理。

三是做好医疗付费方式改革的测算摸底工作。为医疗付费方式改革做好调研，提供事实依据。

**医保个人工作心得体会篇十**

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：

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、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。

二、措施得力，规章制度严

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。

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。

四、工作小结

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。

今年在医保、农合工作中做的比较好的科室有：;做的比较好的医生有：

我院医保农合工作在开展过程中，得到了市医保局、卫生局、合管办领导及工作人员的大力支持再加上我院领导的正确领导、全院医务人员的大力配合才使得医保农合工作得以顺利进行。在20xx年的工作中虽然取得了一定成绩但仍存在一些不足，如：因新农合实施规定的具体细则不够明确，软件系统不够成熟，问题琐碎，人员紧张，导致我们在工作中比较被动，沟通协调阻力偏大;全院的医保工作反馈会偏少。

在今后的工作中，需严把政策关，从细节入手，认真总结经验，不断完善各项制度，认真处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，规范业务经办流程，简化手续，努力更多更好地为医保农合人员服务，力争把我院的医保农合工作推向一个新的高度，为全市医保农合工作顺利开展作出贡献。

五、下一步工作要点

1、加强就医、补偿等各项服务的管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的报销工作程序，方便于民，取信于民。

2、做好与医保局的协调工作。

3、加强对医院医务人员的医保政策宣传，定期对医务人员进行医保工作反馈。

**医保个人工作心得体会篇十一**

作为五月初才来人力资源部报到的新人，还有很多的方面没有接触到。在部门的几个月的时间里，让我收获颇丰。

虽然加入社联大家庭还没多少的时间，但短短的时间让我感受到了浓厚的人文关怀。大家一起工作，学习并进步。这里没有师兄师姐，只有一群为了梦想而聚集在一起的同志。每个人都能积极参与其中，大家都在日常工作中积累经验，亲如兄弟。加入社联的日子，我觉得过的很充实，似乎总是忙碌着。工作中经常遇到新问题，所以不断思考。经常认识新的同学，而同学又能给出新的点子和创意，从中能学会到不同的知识，这就是社联。社联给了我一个平台，一个自我提升各方面能力的平台。

因为是刚刚参与社联的工作，对社联的了解还不完善，在工作中也有很多不懂得地方，例如：策划活动的内容还不是很清楚，在举办活动或布置现场时所要注意的地方还不是很了解，觉得还有不少东西要学。到了下学期我们部门还有不少活动要办，我想这也是一个锻炼的好机会。上学期可能是我刚来的缘故，有不少活动的策划我都没机会参与进去，只是做了一个帮忙者的角色。我也希望下学期能够给我更多的机会来展现自己，锻炼自己。

但我觉得还是有一些方面的问题或不完善的地方可以去改善。

（1）讨论的效率不高

经常能看到大家在讨论这活动应该怎么搞，那活动需要怎么弄。但是讨论来讨论去，我觉得并没有多大实质性的进展。我觉得好的讨论是大家在一定的基础上进行的。如果你一言，我一语，看似讨论的很热烈，但讨论完了，估计过后就忘了讨论了什么。即使有什么有价值的建议也容易被忽略。

建议：以后如果是要部门自己办活动，就一定要找一个人负责写策划，定下主基调。先一个人写就够了，人多了，一人一句影响办事效率。然后把策划拿出来大家一起讨论一下，主要是商量一下有什么可以改善的，可行性的分析，预计产生的效果，有没有什么其他的方法。讨论的时候旁边最好有人把好的想法和点子记录下来，以免之后忘记。然后再修改策划就可以了。

我觉得在负责部门不同工作的人中，应选出主要负责的人，什么事都最好有一个管理的人。我觉得这样可以提高效率。

（2）社联部门内部之间的协调工作并不完善

我以前问过协会的会长对社联的工作有什么意见或建议，她说相同或类似的问题，一会会服部来问，一会调研部又来问。有时财务部本应找秘书长的事，就偏偏会找会长进行协商。

这样不仅造成社联内部工作效率低下，还造成了协会会长不必要的麻烦。

建议：由办公室负责，其他部门定期向办公室发送近期的工作资料（包括各方面的），然后再由办公室整理出其中有用的或重复相同的重点，最后再交还各部门。

**医保个人工作心得体会篇十二**

本年度本人在思想上严格要求自己，不断加强自身的理论学习，认真履行职责，充分发挥岗位职能，不断改进工作方法，提高工作效率，始终坚持高标准、严要求开展各项业务工作，较好地完成了各项工作任务。现总结如下：

一、思想学习情况

不断加强思想作风建设，不断加强业务学习，思想政治觉悟和业务能力得到了很大的提高。一是政治理论学习认真，理想信念坚定，政治纪律严明，严格执行党的路线方针政策。二是在思想上不断加强世界观和人生观的改造，思想觉悟得到了锻炼，思想稳定，作风扎实。三是刻苦钻研业务能力，熟悉本职工作的政策、理论、法律法规，工作有计划、有预见，做到边学习、边实践、边总结、边提高，不断提升业务水平。

二、一年来的工作表现

(一)提高了自身素质。为做好教育教学工作，我坚持严格要求自己，每天认真备课、做适合学生的学习课件;坚持网上学习，旨在提高自身的专业能力和价值。

(二)锤炼了业务能力。在工作中细心学习他人长处，改掉自己不足，扬长避短，创新教学方法，在不断学习和探索使自己在业务能力上有所提高。

(三)在工作中，以制度、纪律规范自己的一切言行，严格遵守各项规章制度，尊重领导，团结同志，谦虚谨慎，主动接受来自各方面的意见，坚持做到不利于单位形象的事不做，不利于单位形象的话不说，积极维护单位的良好形象。

三、工作中的不足与今后的努力方向

一年来的努力虽然取得了一定的成绩，但也存在一些不足，主要是思想理论知识学习不够深入，工作上还不够细致扎实。在今后工作中，我一定认真总结经验，努力做到：

一是发扬吃苦耐劳精神，积极工作环境，在繁重的工作中磨练意志，增长才干。

二是发扬孜孜不倦的进取精神。加强学习，勇于实践，博览群书，在向书本学习的同时注意收集各类信息，广泛吸取各种“营养”。

**医保个人工作心得体会篇十三**

在忙忙碌碌中我们的学期也接近尾声，回顾这一学期自己的工作，真是又喜又忧。我深深地感到，教师的人生就是实实在在，就是默默无闻，就是不求索取!这使我更深地感到教师职业的崇高，责任的伟大，而我对这份职业的热爱与日俱增。

今年我带的是小班，与孩子们朝夕相处的这段日子里，我有喜，有悲，有累也有汗，但更多的是欢乐。这份欢乐是孩子带给我的，我爱孩子，孩子们也爱我。也因为有爱而满心欢喜，也因为有爱使我深入每个孩子的心灵，让我与孩子的心融汇在一起，这使我对班中的每个孩子也有了更深地了解。的确，虽然有时也会因孩子的调皮而埋怨，因他们的不听话而失态。因为工作的忙碌而感到累，但是由此在心中总会涌起一种强烈的责任：我是老师，我要给这些寻梦的孩子引路，在他们心里写一本最美的书。这强烈的意识不断激励我以真诚去拥抱每一个孩子。与孩子朝夕相处，我始终想着两句话，那就是\"假如我是孩子\"\"假如是我的孩子\"。这样的情感使我对孩子少了一份埋怨，多了一份宽容;少了一份苛求，多了一份理解;少了一份指责，多了一份尊重。我想，只要我们用自己的\"心\"认真地去爱，那么我们的孩子将是最棒的。

在工作中，我一如既往地严格要求自己，遵守幼儿园的各项规章制度，团结同事，不懂就问，做到不早退，无旷工。还积极参加园内外的各项活动，服从工作安排，努力用幼儿教师职业的标准来要求自己，全心全意地做好教育教学工作。由于我班孩子年龄小，刚入园时，很多孩子都是脸上挂满泪水，生活自理能力也相对较差，在一日学习中，我们重点放在稳定幼儿情绪、帮助幼儿养成良好的学习、生活习惯方面。

因此，在我们的培养下，我们班孩子的自理能力都大大的提高很多，比如原来大部分孩子经常穿错鞋子的情况，现在已经大大减少，他们的小脚丫都不再\"吵架\"了;原来孩子们吃饭洒饭的情况现在也好转了许多，孩子的转变让我们、让家长感到欣慰。一学期以来，在我们老师的帮助和领导下，我班幼儿学会自我照顾(能够独立进餐、安静的午睡、会正确使用自己的毛巾、杯子、养成饭前、便后洗手的习惯，等等)、懂得友好相处。

在教研活动中，我也能认真投入，认真学习。我感到人人都是我的师长，我能学，要学的东西还很多。如：\_氏教育活动中教师要做到规范、正确的操作演示。教具的设计要根据幼儿年龄特点，等等。通过这一次次的自我反思与实践，我觉得自己只要坚持认真学、认真做，在空余时间，阅读一些自己订的幼教杂志，去图书馆翻阅一些有关幼教资料，去书城购买与教育教学有用的各类书籍和音像资料进行观看学习，我相信我会做到更上一层楼的。

作为新世纪、新时期的教师，我认为还要继续学习，拓展视野，更新观念，这样才能跟得上时代的步伐，只有思想的切实转变才能确保教育改革的持久和深入。尊重幼儿，关注每个孩子的寻常时刻，关注孩子的发展之窗，转变幼儿的学习方式，这些新理念都能熟记于我的心中。如何将课程有机的整合渗透到一日活动中，如何及时的捕捉幼儿有价值的生成热点还值得我进一步深入学习、探讨才行。

在家长工作方面，本学期我利用电话访问、家长会等形式，经常与家长进行沟通交流，也利用早、晚家长接送孩子之时进行随机谈话。不仅让家长及时了解孩子在园的表现，也为我们进一步了解和掌握幼儿现状并有针对性的进行及时教育提供了有利的前提。

而且，在生活中我无微不至的关心、照顾班里的每一位幼儿，留意他们的饮食、帮助幼儿在不同的天气穿脱衣服，细心照顾生病的幼儿的同时，及时和家长取得联系，将孩子的病情详细反映。并注重为幼儿营造一个舒适、健康、温馨的生活环境，以减少孩子们对家长的思念，并让孩子们能够身心愉悦、健康、快乐的成长。正因为实实在在的付出，不仅得到了家长的认可，还赢得了家长的信任。

虽然这学期非常忙也非常累，但收获却不少。在工作中我享受到收获的喜悦，也在工作中发现一些存在的问题。我享受的收获我会用于下学期的工作中，我所碰到的问题我要认真思考想办法解决，力求把日后的工作做得更好!

**医保个人工作心得体会篇十四**

在本学期，我认真学习党的今年的政治和会议精神，提高了自己政治理论水平和思想素质，同时克服自身各种困难，积极调整心态，严格遵守学校各种规章制度，积极主动参加学校各种教育活动，加强师德修养，严格约束自己，教书育人，为人师表，服从领导安排，注意与同事、学生搞好团结。注意多阅读书籍，帮助解决工作中遇到的问题，并且在日常工作中虚心向取得成功的老师学习经验。现就我的工作总结 如下：

一、教学工作：

在教学工作中，我积极钻研新课标，研究新课标的教法，认真好备课、上好课、多听课、评课，做好课后有关工作，广泛涉猎各种知识，形成比较完整的知识结构，多挖掘教材，多思索教法，多研究学生。平时上课严格要求学生，尊重学生，发扬教学民主，使学生学有所得，不断提高自己的教学水平和思想觉悟，顺利的完成了本学期的教育教学任务。

在制定教学目标时，注意学生的实际情况。认真编写教案，并不断归纳总结经验教训。注重课堂教学效果，针对学生特点，以愉快式教学为主，坚持以学生为主体，教师为主导、教学实效为主线，注重讲练结合。在教学中注意抓住重点，突破难点。在作业批改上，认真及时，力求做到全批全改，重在订正，及时了解学生的学习情况，以便在辅导中做到有的放矢。在教学过程中尊重孩子的不同兴趣爱好，不同的生活感受和不同的表现形式，使他们形成自己不同的风格，不强求一律。有意识地以学生为主体，教师为主导，通过各种教学手段，充分调动他们的学习兴趣及学习积极性。让他们的天性和个性得以自由健康的发挥。让学生在视、听、触觉中培养了创造性思维方式，变“要我学”为“我要学”，极大地活跃了课堂气氛，相应提高了课堂教学效率。

二、师生关系

作为教师，我取得了家长对我的支持和信赖。因为我深知要想教育好学生，就必须得到家长的支持，为此我从多方面做家长的工作，站在家长的角度谈孩子，和家长达成了共识，无论是家里发生的事，还是学校发生的事，家长都愿意和我说一说

通过本学期的教育教学，认识到任何学生都会同时存在优点和缺点两方面对优生的优点是显而易见的，对后进生则易于发现其缺点，尤其是在学习上后进的学生，往往得不到老师的肯定，而后进生转化成功与否，直接影响着全班学生的整体成绩。所以，我一直注重抓好后进生转化工作，用发展的观点看学生，因势利导，化消极因素为积极因素，帮助后进生找到优、缺点，以发扬优点，克服缺点。以平常的心态对待每一位学生，真正做到晓之以理，动之以情。

总之，怎么样让学生和老师关系和谐，怎么让学生成绩提高，学习有成功感。怎么让班级民主气氛,形成了良好的班风。怎么经过锻炼，让学生正确表达能力越来越强。这些都是我们的教育教学内容，使我们的学生学习到应具备的高素质的能力，这些在本学期的教育教学中都是我努力完成和实践的目标

**医保个人工作心得体会篇十五**

一、 主要工作

(一)提高认识、加强组织领导。为做好信息公开保密审查工作，局领导领导高度重视。一是健全组织机构，确保领导到位。形成了主要领导亲自抓，分管领导直接抓，专职人员具体抓的良好格局，为开展信息化建设工作奠定了坚实的组织基础;二是建立健全各项保密工作制度，确保制度到位。建立健全了信息公开保密审查机制，明确了审查职责。近几年来，我局先后建立健全了领导干部保密责任制、涉密人员管理制度、涉密计算机保密管理制度等管理制度，共有20名工作人员签订了保密协议。

(二)开展保密宣传教育情况。我局同时高度重视保密宣传教育工作，一是积极组织有关人员参加了有关部门举办的各种学习;二是深入开展保密法制宣传教育。结合实际制定规划，采取多渠道、多形式加强对领导干部、重点涉密人员、保密干部的保密法制宣传教育，学习《中华人民共和国保守国家秘密法》、通过学习教育增强保密干部的保密意识，提高了业务能力;三是对干部职工进行保密知识考试，进一步提高业务水平，为做好保密工作奠定了扎实的基础

(三)政务信息公开保密审查工作开展情况。加大保密审查力度。对主动公开的政务信息，由专人确定并制作、更新，在起草公文和制作信息时,应当对文件内容是否公开提出拟定意见,对属于免于公开的政府信息应当说明具体理由,由工作人员审核并报单位分管领导审批。经审查，我今年在县政府门户网站上向社会公开发布的信息，未发现涉密信息。同时，抓好计算机信息系统的保密治理和文件的治理。指定懂业务、会管理的工作人员专门负责加密计算机的管理工作，做到“涉密信息不上网，上网信息不涉密”，经审查，到目前止，上网公开的信息符合保密规定，未发生计算机泄密事件。

一是建立健全相关保密制度，落实各项管理措施，明确国家秘密载体、内部文件及敏感信息材料印制、销毁工作由周建康同志分管，办公室具体承办，分管领导与相关工作人员签订了相关保密承诺书。

二是设置了专门的内部文印室，承担涉密载体、内部文件及敏感信息材料印制工作，没有在机关单位外的打字复印店、图片店违规印制涉密文件、内部文件及敏感信息材料。

三是没有将机关单位的废旧文件、材料当作废品出售。

二、存在的主要问题及下一步整改措施

(一)保密工作的教育力度需要不断加强。开展保密工作的实践使我们认识到，加强干部、职工的保密教育，提高保密意识十分重要。利用计算机网络、电子邮件向外发送资料已是十分方便和快捷的方式，但因此也可能带来泄密的危险。针对这一情况，需要加强宣传力度，增强保密意识，提高做好保密工作的主动性和自觉性，还要制定出相应的规章制度，使事前行为得到规范，杜绝可能发生的失、泄密事件，消除隐患。

(二)制度还需进一步完善。虽然已经建立了有关保密审查制度，但审查的依据范围广，有时难以找到依据，因此，必须结合本单位的实际，进一步细化保密审查依据，制定本单位的保密规定。

**医保个人工作心得体会篇十六**

一、加强组织领导，增强保密意识

保密工作事关国家安全和利益，关系到改革开放和公路建设的成败。根据中共中央《关于加强新形势下保密工作的决定》与《中华人民共和国保守国家秘密法》精神，市局党委及各单位领导历来高度重视保密工作，始终把保密工作摆上主要领导的重要议事日程，并列入年终千分制综治安全考核之中，做到与全局工作同时布置、检查、总结、评比。并针对人事变动，及时对局保密工作领导机构、定密审核机构及人员进行调整和充实。明确各单位一把手对保密工作负总责，分管领导负具体责任，各职能部门各司其责，真正对保密工作做到一级管一级，一级对一级负责，层层落实保密责任，做到机构、责任、措施、人员四到位。

二、加强对涉密人员的保密教育和管理

(一)我局根据保密工作规定，进一步完善了《保密工作制度》、《涉密人员保密管理制度》、《保密宣传教育制度》、《计算机保密管理制度》、《要害部位保密安全管理制度》、《传真机、复印机等办公自动化设备保密管理制度》、《会议保密制度》、《送阅、传阅文件保密制度》、《档案保密管理制度》等保密工作规章制度，进一步加强了保密工作制度建设，使保密工作有据可依、有章可循，严格按制度规范办事程序。

(二)对涉密人员通过送出培训、以会代训、个人自学等形式提高涉密人员保密工作素质。涉密人员的上岗，按程序先由人事劳工科、安全保卫科进行资格审查、考核，再逐个填写《进入要害部位工作人员审批表》送分管领导审批。涉密人员按规定每年与我局主管领导签订《保密安全责任书》，对在岗、离岗、因私出国出境等情况作出具体规定和监督，使保密工作责任细化到人、到岗。

三、加强对保密重点部位的安全管理

(一)为真正做到保守机密慎之又慎，我局结合公路部门的特点与实际情况，确定各单位机要档案室、人事劳工档案室，工程、机械设计图纸及资料、工程招投标资料、交通战备密级资料、军用地图，文秘工作岗位，计算机系统，财务、审计资料及票证五个保密重点部位，并列入市局要害部位管理之中切实加强防范。

(二)根据业务工作特点对涉密与非涉密计算机予以明确区分，确定了人事任免与奖惩专用电脑、财务、审计专用电脑、办公文件制作专用电脑、工程交通战备密级资料处理专用电脑共5台计算机为处理内部单位保密信息涉密计算机，做到与局域网脱离连接，同时规定不准上因特网以防失泄密;其次是对涉密计算机逐台设置开机密码，重要目录设置密钥口令进行身份认证，对计算机病毒进行查毒杀毒，并为涉密计算机配置防视频泄密干扰器等安全保密防范措施。加强电脑资料的保管，未经单位领导同意，严禁将单位软件资料打印或拷贝给外单位人员。

(三)加强对涉密机和磁介质的维修保密管理。当涉密机和涉密软、硬盘、移动磁盘发生故障时，由办公室查明原因及具体情况后，联系专业电脑公司派技术人员直接上门到单位对故障机和磁介质进行现场维修，以确保秘密信息不被泄密和被窃。同时按规定加强做好对新闻出版、对外提供信息的保密监管工作，防范于未然。

(四)加强了对机要文件的管理和各类文件的印制、保管、清理、归档、销毁工作的保密安全措施。特别是对起草文件过程中产生的废弃稿纸，不准随便乱扔，集中进行烧毁或用保密碎纸机进行碎纸销毁。加强送阅、传阅文件保密工作，对呈送领导人指示的文件进行登记，领导人批示后,退还办文部门，领导人之间不得横向传批文件，不得把批文直接交承办单位。传阅文件一律采取直传方式，经管文件的人员应逐件登记阅文人员名单，阅后退回，并清点份数，阅文人之间不得横向传阅。传阅夹内的文件，不许随意抽取，不得擅自扩大文件的传阅范围，文件阅毕后，必须签注姓名(全称)及时间。传阅文件一般每次不得超过两天，急件阅后即退，不得任意积压与延长时间。凡发给领导干部私人圈阅的各类文件，在年终必须按规定做好清退工作。

(五)对财务室、计算机室、机要档案室、人事劳工档案室按规定配置了三铁一器技防措施，并配置了1211型干粉灭火器及防虫樟脑丸等。同时，我局治安巡逻队、义务消防队经常性进行昼夜巡逻督查，发现问题急事即报，全面落实好保密工作的人防、物防、技防措施。

(六)加强做好会议保密工作。召开秘密程度较高的重要会议，会前先与保卫、保密部门联系，共同采取安全保密措施，并对与会人员进行保密教育，规定保密纪律。涉及国家秘密内容的会议，选择具备安全保密条件的会议场所，严禁使用无线话筒传达密件和向室外扩音。凡传达秘密文件，按文件规定和上级指示办理，不擅自扩大传达范围。严禁无关人员进人会场，对需要列席会议的人员，将名单呈报主管会议的领导同志审定。会议期间复制的秘密文件，统一编号登记分发，发给与会人员的文件，必须妥为保管，不得遗失。与会人员不得以任何形式对外泄露会议秘密内容，新闻部门不得公开报道会议秘密事项。会议结束后，对会议场所进行保密检查，查看有无遗失的文件、资料、笔记本等。

我局通过加强领导干部保密工作责任制、保密机构队伍建设、保密宣传教育、规章制度建设、要害部位和涉密人员管理、规范定密工作、国家秘密载体管理、计算机保密技术管理，并针对存在的问题制订整改措施，做到自查自纠不断堵塞管理漏洞，有力地推动了单位保密工作向依法管理、依法治密迈进，保障了公路改建和养护生产的健康发展。

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