

县2023年医疗保障局工作总结及2023年工作计划

作者：小六 来源：网友投稿

本文原地址：<https://xiaorob.com/fanwen/zongjie/226985.html>

ECMS帝国之家，为帝国cms加油！

医保指社会医疗保险。是国家和社会根据法律法规，在劳动者患病时基本医疗需求的社会保险制度。本站今天为大家精心准备了县2023年医疗保障局工作总结及2023年工作计划，希望对大家有所帮助!

县2023年医疗保障局工作总结及2023年工作计划

> 一、xxxx年工作总结

(一) 医保基金运行平稳

xxxx年，城乡居民医保：全县参保xx.xx万人，统筹基金收入x.x亿元。城镇职工医保：全县参保xxxxx人，基金收入xx.xx万元。

(二) 医保政策落实有力

一是全面推进医保基金市统。二是全面落实城乡居民医保普通门诊统筹和“两病”用药保障。三是全面落实生育保险与职工基本医疗保险合并实施。四是深化支付方式改革，全面实施协议医疗机构总额预付管理。五是全力保障疫情防控，做好医保基金支付范围调试、x籍确诊患者医保及时参保和医疗费用及时支付工作，落实职工医保减征缓缴。六是发力医保扶贫，在医保系统逐一比对扶贫办提供的xxxxx名贫困人口信息，确保建档立卡贫困人口xxx%参加基本医疗保险。做好建档立卡贫困人员资助参保和“一站式”综合保障工作，确保贫困对象在县域内住院综合报销比例达到xx%以上。截至目前，全县建档立卡贫困人口、边缘户、低保户、五保户、一二级重残人员，全县贫困人口已全部资助参加基本医疗保险，共资助资金xxx万元。

(三) 打击骗保开展有效

一是强宣传、造氛围。在全县范围内开展“打击欺诈骗保，维护基金安全”集中宣传月活动。二是强监管、不放松。坚持以抽检和自查自纠的形式，对经办机构和协议医疗机构进行监管，现场督查协议医疗机构xxx余次，核减各医疗机构医保申报基金、医保报销、中医不合理诊疗费用共xxx余万元。三是强管理、重规范。为规范全县协议药店管理，组织第三方考核小组对全县药店进行全面重新申报考核认定，配套了相关药店管理制度，分类分级管理，做到了能进能出动态管理，让药店时刻绷紧一根弦，时时规范行为。四是强配合、迎检查。配合市局飞行检查，做好飞行检查后勤保障。以此次飞检为契机和抓手，全面了解一线实情、排查存在问题，对全县协议医药机构形成强大震慑。

(四) 优化服务水平提升

一是全面优化办事流程。全面梳理医保经办机构服务事项，对工作流程进行全面规范和简化，方便企业、群众办事。进一步整合内部资源，将“多股室”受理转变为“一窗口”受理，做到办事环节精简、时间压缩、过程便利，提高行政服务效能。二是推动医保即时结算。对贫困人口全面实施基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算。对因特殊原因无法在医疗机构直接结算医疗费用的群众，设定专门的“外诊外治”报销窗口，及时审核结算。三是

优化费用结算流程。健全工作机制，增加医疗费用审核人员，全面优化医保费用结算流程，缩短医保结算时间，按时完成医药机构费用的审核拨付，保证医药机构正常运转。

> 二、xxxx年工作思路

（一）参保扩面全覆盖

一是强化宣传引导。采取多样化宣传方式，重点宣传城乡居民基本医疗保险政策、建档立卡贫困人口医保倾斜政策，让群众真懂、真明白，增强居民参保积极性和主动性。二是加强协调配合。与民政、扶贫和残联积极对接，调取全县建档立卡贫困人口、边缘户、低保户、五保户、一二级重残人员等人群信息，对特殊人群的个人缴费部分进行财政分类资助，切实减轻特殊人群负担，确保应保尽保。三是主动联系服务。对我县常住人口、外出务工人员、常住外地人员的参保情况进行“地毯式排查”，采取主动联系、点对点服务等措施，做好参保提标扩面。

（二）基金监管全方位

一是加强医药机构协议管理。完善两定协议管理文本，科学设定医药机构准入、退出机制和处罚机制，落实协议责任追究机制，及时完成新一年协议重订重签。二是加强医疗机构总额预付管理。在xxxx年的基础上，完善总额预付预算机制、考核机制、核算拨付机制、激励约束机制等，努力实现医疗费用和医疗服务“双控”目标。三是加强协议医药机构监管，打击欺诈骗保行为。在x月份组织开展“打击欺诈骗保，维护基金安全”集中宣传月活动，全面宣传医疗保障政策法规、举报奖励制度和打击欺诈骗取医保基金违法行为的重大意义、重要举措和工作成果。加强日常稽查，对疑点问题较多的协议医药机构、省市飞检发现的问题、群众投诉举报问题重点关注，精准检查。

（三）医保扶贫全落实

一是加强协作，精准施策。积极与扶贫、税务等部门协调配合，每月对县扶贫部门反馈的建档立卡贫困人口信息进行比对，实行动态管理，及时在医保系统中做好身份标识工作，实现应保尽保。对分类资助参保的特殊人群，资助全部落实到位，做到不漏一人、不错一人、信息精准。二是深入宣传，夯实基础。继续组织开展“送医送药送政策下乡”活动，深入各乡镇宣传xxxx年新的缴费标准、新的医保政策、“两病”门诊统筹、困难群众医保优惠政策，一一解答现场老百姓关心的疑点、焦点问题，进一步增强了群众参保意识和医保政策理解度。三是加强配合，提高实效。配合县卫健局落实贫困人口“先诊疗、后付费”和“一站式”结算等惠民政策，确保各项医疗保障待遇按要求落实到位，切实减轻贫困人口医疗负担。

（四）经办服务全优化

进一步强作风、优服务、提效率。一是年初把优化经办服务内容纳入全系统目标考核，并把考核结果运用到年底绩效评优工作。二是积极优化营商环境，认真梳理影响营商环境的政策措施，加大对重大项目、重点企业服务力度。三是对各股室、窗口的业务工作程序、办事时限作明确规定，窗口工作人员统一着装，设立工作职能公示牌，公开服务承诺，公开投诉举报途径。四是全面实施医保“好差评”制度，定期通报“好差评”结果，对“不满意”评价限期整改，以“群众需求”为出发点，以“群众满意”为落脚点，持续改进服务质量、提升服务效率。

（五）队伍建设全规范

一是加强干部职工的思想政治教育，牢固树立服务大局意识。二是加强作风建设和党风廉政教育，守牢底线，把党风廉政建设和重点工作同部署、同落实、同检查，贯穿日常工作全过程。三是加强执法队伍建设，规范执法行为，实施政务公开。做好行政执法人员法律法规学习，增强行政执法人员运用法治思维和法治方式解决问题的意识。

县2023年医疗保障局工作总结及2023年工作计划

2023年在县委、政府的正确领导和市局正确指导下，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会和县两会精神，紧紧围绕县委“1359”总体工作思路，采取了一系列有针对性的措施，卓有成效的开展工作，圆满完成各项工作现将有关工作汇报如下：

> 一、参保缴费和基金收支情况

2023年我县城乡居民171015人，参保人数165479人，参保率为96.76%，个人缴费250元，中央和地方财政补助参保居民每人550元（其中中央330元，省、县各110元），每人年筹资800元，合计基金总收入约14027.67万元，基金支出13636.31万元；职工医保参保11499人（其中：在职职工7674人、退休人员3825人），基金收入4549.54万元（其中：统筹基金2375.61万元、个人账户2173.93万元），支出4076.13万元（其中统筹基金2461.80万元，个人账户1614.33万元），基金总体运行平稳。

> 二、多措并举做好疫情防控和复工复产

为做好新冠肺炎的疫情防控工作，局党组着眼医保基金守护者、人民群众服务者的角色定位，多次召开班子会认真学习研究上级对新冠肺炎疫情防控工作的指示精神，吃透上级政策、科学研判形势，做到既保障患者不因费用问题影响救治、又保障医保基金支出可控，多措并举做好疫情防控。

一是加强组织领导，为疫情防控提供“金后盾”。成立新冠肺炎疫情防控工作领导小组，制定《**县医保局新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作实施方案》。二是审核开通发热门诊、发热病区，及时拨付预付金，为医疗机构吃下“定心丸”。开通**县医院和**县中医院发热门诊、发热病区，及时拨付医保预付金600万元（**县医院400万元、**县中医院200万元）。三是简化医保经办程序，引导业务网上办理，为人民群众带来“长处方”。起草了《致全县参保人员的一封信》，通过减化医保备案手续、全面使用网上办公系统、推迟费用申报等多种举措方便群众，宣传引导办事群众网上办理、电话办理等，降低交叉感染的风险；通过放宽门诊携药量，解决慢特病患者外出拿药不便的问题；通过延长参保登记和缴费期限为群众解决后顾之忧。四是落实定点药店实行购买发热、咳嗽药品人员信息登记报告制度和流行病学询问制度，为抗击疫情织密“防护网”。五是落实企业职工基本医疗保险费阶段性减征政策，为参保企业送去“及时雨”。共减征企业96个，减免金额145.25万元，切实减轻了企业负担，有力的支持了我县企业复工复产。

> 三、扎实推进民生福祉工程

（一）加大困难群体医疗救助。出台《**县医疗救助实施方案》，加大政策宣传力度，在政府网上公开，接受群众监督。完成全县贫困人员、低保对象信息录入工作，将医疗救助对象信息录入全市“一站式”医疗救助结算平台，2023年全县建档立卡贫困人员普通门诊就诊人次为13867人次，医疗总费用386.34万元，医保报销346.1万元；住院6637人次，医疗总费用683.80万元，基本医保报销443.77万元，大病医疗保险报销费用74.70万元，医疗救助报销51.08万元，兜底保障报销314.6万元。

（二）持续完善医疗保障水平。全面开展城乡居民门诊高血压、糖尿病（简称“两病”）认定和用药报销工作。患有“两病”的参保居民可以到县医院、中医院及乡镇卫生院认定后享受“两病”门诊用药报销政策，“两病”用药不设起付线，报销比例50%，年度最高支付限额600元（年度最高支付限额高血压为225元/年/人、糖尿病为375元/年/人），减轻患者门诊用药费用负担。截止目前，我县共认定“两病”患者1051人，其中糖尿病422人，高血压629人。全面开通异地就医网上备案，进一步为群众就医提供便利。

> 四、加强基金监管,维护基金收支平衡

根据《**县2023年防范化解重大风险工作实施方案》和石家庄市医疗保障局《关于进一步加强城乡居民医保基金管理、强化控费措施的意见》的要求，医保局在医保基金的增收节支方面多措并举开展工作，切实做到管好用好医保基金，注意防范医保基金支出风险，确保医保基金收支平衡、运行平稳。

（一）全力做好扩面宣传和参保登记工作。通过召开动员会、调度会和下乡宣传活动，加大对城乡居民医保政策和参保缴费方面的宣传。制定《**县医保局关于进一步加强城乡居民医疗保险参保扩面工作实施方案》，确保城乡居民医保参保扩面工作顺利完成。2023年城乡居民参保率96.76%，建档立卡贫困人口参保率100%。

（二）严格落实控费方案。制定了《2023年度住院费用总额控费预算实施方案》，按照方案要求，认真落实，每月核算，及时拨付，按季度对各定点医疗机构进行考核和财务清算，基金运行平稳。

（三）加大监督检查力度，打击欺诈骗保行为。开展了打击欺诈骗保集中宣传月活动，加强对定点医药机构的检查力度，开展定点医药机构自查自纠和存量问题回头看活动，抽调业务骨干组成检查组对全县定点医药机构进行全面排查，对发现的问题建立台账，要求限期整改，持续巩固打击欺诈骗保高压态势，保证了医保基金的安全合理使用。按照市医保局统一安排部署，对赵县仁济医院开展全面核查。通过现场核查、查看仪器设备资质和使用、调取医院医保结算数据、抽取疑点病历的方式，发现存在未经审批违规开展诊疗服务、多收费用、串换项目收费、高套收

费等问题，统计违法违规金额4616368.24元，及时上报市医保局。

（四）建立风险预警机制，做好基金运行分析。建立医保基金风险预警机制，每季度对医保基金运行情况进行分析，从预算执行、参保扩面、控费管理、基金安全等方面，重点分析控费措施的执行情况，形成基金运行分析报告，发现问题及时研究、解决，确保基金运行安全。

> 五、做好医保扶贫，助力我县脱贫攻坚

高度重视医保扶贫政策落实和2023年国考反馈问题、中办国办反馈共性问题的排查整改工作。

（一）根据县“普查整改、问题清零”专项行动反馈问题清单，医保局共涉及问题391人，反馈问题主要是本人或村里反映为长期慢性病但没有办理慢性病证，对照问题清单，结合乡镇卫生院和村医，派专人逐人入户核实，做到人人见面，不拉一户、不漏一人。专项行动共入户核实391人，其中核实已有慢性病证的21人；患有慢病、符合条件，集中办理慢性病证98人；不符合条件和不需要办理的272人，全部做好相关政策解释工作。

（二）针对2023年国考反馈问题整改调研发现慢性病政策宣传不到位，慢性病鉴定、证件办理不及时的问题，制定具体整改措施：一是加大政策宣传力度，借助打击欺诈骗保集中宣传月和党员下社区活动，医保局组织党员干部、业务骨干和入党积极分子深入医疗机构、定点药店和农村社区等开展医保扶贫政策宣传，并利用“普查整改、问题清零”入户核实机会，对部分特殊群体采用上门入户进行政策讲解；二是简化慢性病办理流程，严格执行放宽建档立卡贫困人口慢性病和特殊病认定标准，简化认定流程，放宽申报病种数量，随来随受理，做到慢病鉴定不出月，符合条件的应纳尽纳，确保贫困人口慢性病待遇落到实处。

（三）医保扶贫政策全部落实到位。（1）**县2023年贫困人口2442人全部参保，个人缴费部分全额由财政资助，参保缴费全覆盖。（2）在定点医疗机构设立贫困人口“一站式”报销窗口，基本医保、大病保险、医疗救助三重保障有效衔接，全面实现“一站式”即时结算服务。（3）贫困人口门诊、慢性病报销取消起付线，各级定点医疗机构住院起付线降低50%，县域内定点医疗机构住院报销比例达到90%以上。（4）符合脱贫不脱政策人员共计2442人，全部继续享受医疗保障救助待遇。

> 六、扎实做好药品集中带量采购政策落地工作

在巩固第一批25种药品和“两病”用药集中招采的基础上，扎实做好第二批国家组织的药品集中采购和“两病”用药集中采购工作。第二批集中采购共32种中选药品，覆盖糖尿病、高血压、抗肿瘤和罕见病等多个治疗领域，平均降价幅度72.81%。此次采购鼓励民营医院和药房积极参与，4月1日零时起，中选药品正式投入使用，我县年采购量约为77.9万支/片，预计年可节约医药费用77.3万元。

> 七、做好分包小区创城工作

按照县“双创一提”指挥部的要求，全面对标《河北省文明城市测评体系》，健全提升公益广告档次，做好小区环境卫生整治工作。今年共更新公益广告24块、120平方米，组织公益活动80余人次，为我县创城工作添砖加瓦。

> 八、完成医保局新址搬迁

2023年11月以前，医保局一直分三地办公（局机关在政府综合办公大楼、医疗保险服务中心在107国道锦绣花园西侧、职工医保在社保局），职工工作、群众办事非常不便，群众满意度较低。2023年12月在县委、政府主要领导的关心支持下，县医疗保障局整体搬迁至育才街6号（原疾控中心办公楼），解决了办公场地问题，实现了人、财、物统一管理和集中办公。新办公楼布局合理，装饰节俭而不俗，一楼是医保业务经办大厅，二楼是机关办公区，后院设有职工活动室和机关食堂，彻底改变了以往办公拥挤、狭窄的状况，改善了办公条件和办公环境。

2023年2月27日

县2023年医疗保障局工作总结及2023年工作计划

2023年，县医疗保障局严格按照《中华人民共和国政府信息公开条例》等文件的要求，坚持稳中求进工作总基调，突出重点领域的信息公开，不断深化民生领域政府信息公开，扎实推进政务公开质量，确保行政权力在阳光下运行。现将2023年我局政务公开工作的情况总结如下：

> 一、2023年政务公开工作情况

(一) 加强组织领导。为使县医保局信息公开工作扎实推进，县医保局高度重视政府信息公开工作，成立了县医保局政务公开领导小组，由单位负责人任组长、分管负责人任副组长，各相关科室负责人为成员。组织干部职工认真学习《中华人民共和国政府信息公开条例》，对政府信息公开的主体和原则、范围和内容、方式和程序，监督和保障等有明确的了解，增强对《条例》重要意义的认识和贯彻落实《条例》的主动性和自觉性。按照“谁分管、谁公开、谁负责”“谁制定谁公开，谁起草谁解读”的原则，紧紧围绕责任分解、责任考核、责任追究三个关键环节，将政务公开细化落实到各个业务环节中去，形成了人人参与的浓厚氛围。

(二) 健全工作机制。制定《2023年县医疗保障局政务公开政务服务工作要点》，明确重点任务分工和工作进度安排，强化政务公开的责任意识；进一步规范党员干部网络行为，共同营造健康向上、风清气正的网络环境。政务公开工作严格做到“应公开尽公开”、“涉密信息不公开，公开信息不涉密”。设立投诉意见箱，自觉接受群众监督，广泛听取各方面意见，及时发现和解决政务公开工作中存在的问题。

(三) 强化工作落实。一是今年以来，县医保局先后召开2次全局政务公开工作相关会议，传达省、市、县政务公开会议精神。二是及时调整公开目录内容，对单位的机构设置、科室职责、领导简介、办公地点、医保最新信息的公开和更新，发挥了“窗口”和服务平台的作用，为全县参保人群了解医疗保障相关工作提供了平台。三是对出台的重要改革措施和涉及群众切身利益、社会普遍关注的政策文件，以及医保基金监管、医保待遇保障、参保缴费、医保便民服务等社会关注的热点问题，通过网站公开、微信推送、媒体报道等多种形式回应群众关切，加强政策宣传，及时解疑释惑、化解矛盾。全年累计在政府信息公开网站主动公开信息20多条。

> 二、存在问题

医保局属于新成立的部门，各方面都还有待加强。主要存在：一是信息公开不够及时，公开的内容不够全面，公开的范围有待进一步拓宽；二是在贯彻《中华人民共和国政府信息公开条例》的工作中，对照服务政府、法治政府建设的要求，主动公开政府信息的意识还需要进一步提高。

> 三、2023年工作计划

(一) 进一步贯彻落实《条例》。准确把握《条例》基本原则，坚持做到“以公开为常态、不公开为例外”，深入推进医疗保障信息公开的制度化、长效化，使之成为医保领域工作的习惯和常态，积极扩大主动公开领域，并结合我县医疗保障工作实际，不断丰富公开内容，不断加强医保局信息公开和政务管理建设。

(二) 进一步加大主动公开力度。重点推进医疗保障预决算、民生政策的实施、建议提案办理；做好医疗保障政策文件的公开。积极开展医保政策解读和热点回应，通过医保咨询热线、召开新闻发布会等方式及时回应群众的期盼和关切。

(三) 进一步完善人员队伍建设。县医保局在今后的政务信息公开工作中，将不断做好信息公开专业性人才的培养以及信息公开专业化队伍的建设。同时，探索加强医疗保障在新媒体方面的建设工作，发挥新媒体对医保政务信息公开工作的促进作用。

更多工作总结 请访问 <https://xiaorob.com/fanwen/zongjie/>

文章生成PDF付费下载功能，由[ECMS帝国之家](#)开发