

# 医疗保障局2023年工作总结十二篇

作者：小六 来源：网友投稿

本文原地址：<https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/255183.html>

[ECMS帝国之家，为帝国cms加油！](#)

医疗保险是指社会医疗保险。它是一种根据法律法规为工人患病时的基本医疗需要而建立的社会保险制度。以下是为大家整理的关于医疗保障局2023年工作总结的文章12篇,欢迎品鉴！

## 【篇1】医疗保障局2023年工作总结

2023年，在区委区政府的正确领导下，在市医保局的精心指导下，区医保局始终坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，以人民健康为中心，落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，持续推进医保支付方式改革，提高医疗服务透明度，提升医保基金使用效率。现将情况汇报如下：

### 一、2023年工作总结

(一)城乡居民基本医疗参保情况。2023年通过印发x万份参保政策、享受待遇宣传资料，制作x份医保宣传环保袋、x份张贴宣传海报等方式开展医保政策宣传，让广大人民群众积极主动参与缴费工作，基本实现我区城乡居民参保全覆盖。2023年xx区常住人口x万人，截至2023年x月底，我区已参保缴费人数x万人，占应参保人数x万人的x%。其中脱贫人口x人，应参保的x人中已有x人参保，参保率为x%，已完成面上参保率不低于x%的指标任务。

(二)基本医疗保险待遇报销情况。通过多方筹措资金，截至x月底，2023年医保资金筹资x万元，其中个人筹资x万元，中央财政补助x万元，自治区财政补助x万元，区本级财政补助x万元，为确保医保待遇及时发放提供了资金保障。通过优化办理流程、加大审核把关力度、加快资金拨付进度等措施，我区参保患者待遇得到了及时享受。截至x月x日，全区共有x人次获得城乡医保报销，报销总额x万元，其中住院报销x人次，报销金额x万元;门诊慢性病报销x人次，报销金额x万元;门诊报销x人次，报销金额x万元。

(三)医保基金监管情况。一是开展定点医疗机构打击欺诈骗保专项治理“回头看”工作。2023年x月在全区开展了定点医疗机构打击欺诈骗保专项治理“回头看”工作，截至1月15日，已经全部完成30家定点医疗机构检查工作，检查过程发现的一些疑似减免住院费用、诱导住院等问题，已督促整改到位。二是配合国家审计署开展审计发现违规使用医保资金追缴工作。根据自治区审计组对城乡居民医保报销数据情况的反馈，我局对部分参保人员重复报销、参保人员死亡后仍存在报销数据事项进行了整改。截至2023年x月x日，涉及的重重复报销金额x元及违规报销金额x元已退还到位;三是开展定点医疗机构有关问题专项治理工作。以区政府牵头，部门联合治理，成立了以区医保局、区卫健局、区市场监管局有关领导干部组成的专项工作领导小组，x月x日前通过医保智能审核、智能监控信息系统以及医保结算数据进行了数据筛选，确定重点走访的病人x人，

并对相关定点医疗机构进行了现场调查，专项治理工作取得良好成效，促进医疗机构的内部规范化管理。

(四)医疗救助开展情况。目前我局严格执行上级出台的脱贫户及三类人员医疗救助、重特大疾病住院医疗救助、重特大疾病门诊特殊慢性病医疗救助认定流程等政策文件，截至x月x日，全区共有x人次获得医疗救助，涉及补助资金x万元。

(五)医保支付方式改革开展情况。一是DRG付费方式改革进展顺利。2023年x月，xx区人民医院试点实行按疾病诊断相关分组(DRG)付费工作，各项工作如医院入编、病案上传、病例分组、反馈调整均逐步正常开展。截至今年x月，辖区除了x家精神病医院没有纳入DRG付费方式改革外，其余x家定点医疗机构已全部开展;二是药品耗材及试剂供应保障制度改革情况。截至2023年x月x日我局指导x家定点公立医疗机构开展x批药品、耗材及试剂集采采购量填报工作，其中x批已中选落地使用。根据《自治区医保局关于做好我区药品带量采购货款结算有关工作的通知》(x医保发〔2023〕x号)文件的精神，并对符合预付条件的公立医疗机构进行x批药品、耗材及试剂带量采购的预付工作，共计x元，破除以药补医，理顺药品、耗材及试剂的价格。

(六)定点医药机构考核情况。xx区医保中心组织考核工作组分别于2023年x月x日-x月x日及2023年x月x日-x月x日对辖区内x家定点零售药店、x家定点医疗机构进行2023年度基本医疗服务协议年度现场考核。从考核结果看，各定点医药机构基本能够遵守有关规定，积极履行服务协议，建立医药管理制度，做好医药服务管理，为参保人提供合理的基本医疗保障服务。

## 二、2023年工作思路及措施

### (一)工作思路及工作措施

1.加强对城乡居民的参保动态管理。一是全力推进城乡居民基本医疗保险参保全覆盖，切实做好城乡居民参保缴费工作，进一步加强对医保政策惠民性的宣传，增强老百姓的获得感、幸福感。二是强化主体责任落实，建立完善防止返贫监测和帮扶机制，对脱贫不稳定户、边缘易致贫户等每季度开展x次定期排查、动态管理，分层分类及时纳入帮扶政策范围，坚决防止发生规模性返贫现象。三是加强与相关部门、单位数据共享和对接，依托大数据平台和先进技术，探索建立“农户申请、村屯确认、乡镇核实部门比对、跟踪回访”的易返贫致贫人口发现和核查系统体系以及及时监测和化解风险隐患。

2.完善筹资运行政策和基本医疗保险制度。一是完善待遇保障和筹资运行政策，确保到2025年底我区基本医疗保障制度更加成熟定型;加强基金预算管理 and 风险预警，提高预算编制质量，增强预算执行约束力，实现医保基金安全运行可持续;加强对基金运行的动态监控和风险预警。二是完善基本医疗保险制度，执行城乡居民大病保险制度，健全补充医疗保险与基本医疗保险的待遇衔接机制，增强医疗救助托底保障功能，加大对患重特大疾病造成家庭生活困难人员的救助力度。

3.统筹推进多层次医疗保障体系建设。一是持续深化医保支付方式改革，全面推行门诊统筹、住院医疗费用总额控制、按病种付费、按疾病诊断相关分组(DRG)多元复合式医保支付方式改革，逐步建立以保证质量、控制成本、规范诊疗、提高医务人员积极性为核心的DRG付费，发挥医保支付的激励约束作用。二是筑牢基本医保、大病保险、医疗救助“三重保障线”，发挥政策效能，确保脱贫人口不因病返贫、致贫。

4.强化医保基金监管，严厉打击欺诈骗保行为。一是贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，依法依规加强基金监管。二是保持基金监管高压态势，组织人员加大对欺诈骗保行为的查处力度，坚持“零容忍”，加强对欺诈骗保线索的发现和受理，建立线索督办和查处反馈制度，提高医保基金使用效益。三是规范医保定点协议管理，推进对定点医药机构监督检查全覆盖，加强医保对医疗服务行为和费用的调控引导和监督制约作用。四是加强医保基金监管队伍建设，提升依法依规监管能力，建立独立、高效、专业的执法队伍。五是建立医疗机构、医务人员医保信用评价管理机制，构建医保信用评价结果与医院的绩效考核、医保费用结算挂钩的衔接机制，积极推动将医保领域信用管理纳入社会公共信用管理体系。六是加强部门信息共享和联合执法，严厉惩处欺诈骗保，尤其是医疗机构内外勾结的欺诈骗保行为。

5.加强医保公共服务标准化信息化建设，持续提升医疗保障服务能力和水平。一是规范公共服务范围、服务内容、服务流程，逐步实现辖区范围内基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。二是深入推进异地就医结算，按照上级部门的要求，不断扩大异地就医结算业务种类。三是加强医保人才队伍建设，实施医保人才培养工程，建设对群众有“温度”的医保队伍。

6.积极配合全面深化改革委员会工作要求。一是配合卫健部门贯彻落实自治区进一步规范医疗行为促进合理医疗检查意见、贯彻落实自治区加强基层医疗卫生人才保障指导意见和贯彻落实自治区建立优质高效医疗卫生服务体系实施方案。二是配合人社部门继续探索公立医院薪酬制度改革。

7.强化医保队伍自身建设。一是强化为群众服务的观念意识，淡化行政审批意识，优化办事流程，简化办事程序。二是狠抓干部队伍建设，提升工作能力、综合素质水平。三是加强内控监查力度，开展定期、不定期的作风监督检查。

## (二)工作目标及做法

深化医保支付方式改革，推进医疗服务价格改革，深化药品耗材集中采购改革，继续推进最多跑一次改革,提升医保经办管理服务水平，群众报销结算更加方便，就医满意度进一步提高。

1.深化医保支付方式改革，维护医保基金安全。继续推行门诊统筹、按疾病诊断相关分组(DRG)多元复合式医保支付方式改革;继续推进日间住院支付方式改革试点工作;完善定点医药机构考核机制，努力实现医疗费用和医疗服务“双控”目标，发挥医保对医改的牵引作用，维护医保基金安全。

2.开展药品集中带量采购，实现降价控费。继续推进医疗服务价格改革和药品耗材集中采购改革，根据省市药品集中采购结果，开展带量采购，以量换价、量价挂钩，使定点医疗机构的药品价格能降下来，给老百姓带来真正的实惠;探索短缺药品市内医共体共济使用，减少平台下采购的数量，降低药品费用支出;规范诊疗行为，减少高值耗材和药品浪费，提高体现医务人员技术劳务价值的收费。

3.推进最多跑一次改革，提升就医满意度。全方位提升经办工作人员服务水平，进一步提高群众办事便捷度、满意度;对照医保审核经办流程的要求，进一步简化零星报销工作流程，缩短审核及拨付时限;继续实施医疗保障一站式结算，加强转外就医流程的宣传，让群众熟悉转诊、备案、异地安置的办理流程，努力促使群众报销结算更加方便，就医满意度进一步提高。

4.加强“智慧医保”建设，提升经办服务水平。以智能审核监管系统、医保稽核系统等智慧医保平台为抓手，继续丰富完善监管手段，实现医保就诊信息的智能审核，做到医保监管强化事前提醒和事中警示，做好事后严惩，逐步实现审核的全部智能化。

5.加强两定机构监管，打击欺诈骗保行为。加强日常稽查，部门联动，规范“两定”机构经营秩序，打击各类医疗保险欺诈骗保行为，确保完成明年x家定点医疗机构和x家定点零售药店的年度考核和稽查任务。对一些疑点问题较多的“两定”单位和群众举报事项重点关注，精准检查。

6.坚强内部稽核，降低经办风险。按照“坚持问题导向，补齐工作短板”的工作思路，按计划做好内部稽核工作。每季度对医保中心经办机构进行全面检查一次，每月不少于x%的抽查率对各股室进行抽查。

7.做好资金筹备，保障资金安全运转。每月及时向市局申请医备用金，按时拨付医疗机构结算款和个人报销款，并按时上报财务相关统计报表;做好全年医保资金筹措工作，计划在2023年x月底前完成城乡居民医保基金本级财政配套补助筹措资金x万元，城乡医疗救助基金本级财政配套补助筹措资金x万元，确保资金安全运转。

### (三)2023年重点工作

1.参保缴费工作。配合相关部门做好2023年度城乡居民参保缴费工作，确保我区城乡居民医保参保率达到x%以上，其中脱贫人员参保率达到x%。计划在2023年x月中旬，组织召开xx区2023年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作动员会，总结2023年度城乡居民基本医疗保险工作运行情况，动员部署2023年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作。并在三个月的集中缴费期内，做好宣传动员、指导和督促乡镇(街道)开展集中缴费工作，确保完成参保率任务。

2.医保基金监督管理工作。一是结合开展2023年度定点医药机构服务协议考核工作，开展一次规范使用医保基金的监督管理检查，全面了解和掌握各定点医药机构规范使用医保基金情况，进一步规范医疗服务行为，强化基础管理，进一步完善医保管理工作，同时抓好问题整改落实，为年度开展全覆盖检查提供参考。

二是开展2023年医保基金监管集中宣传月活动工作。计划2023年x月，在xx区开展2023年医保基金监管集中宣传月活动工作，以xx辖区定点医药机构主体，通过开展线上线下集中宣传、现场宣传、组织全员培训等方式，向社会开展形式多样、深入人心的医保基金监管集中宣传活动，营造“人人知法、人人守法”的良好监管环境，有效维护医保基金安全。

三是做好2023年基金监管全覆盖检查工作。计划2023年上半年，在全区所有定点医药机构(截至目前共x家定点医药机构)范围内开展以打击欺诈骗保为主要内容的医疗保障基金监督全覆盖检查。通过制定全覆盖检查工作方案，组织检查工作组对所有定点医药机构开展检查的方式进行，并将检查结果在一定范围内通报，对违法违规行为将通过新闻媒体进行曝光等。不定期开展对定点医药机构的检查监督工作，随时了解掌握、打击辖区范围内定点医药机构可能出现的违法违规行为。3.基金财务工作。做好2023年度医保基金的预算和结算工作，按时间进度要求及时拨付定点医疗机构垫付的医疗费用。同时，根据市局工作安排，做好2023年度定点医疗机构总额控制方案。

## 【篇2】医疗保障局2023年工作总结

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。

## 【篇3】医疗保障局2023年工作总结

xxxx年，x区医保局在区委、区政府的坚强领导下，严格按照市医保局总体部署，围绕和服务“国际化营商环境建设年”中心工作，努力做好惠民利民、依法治理、改革创新、服务大局“四篇文章”，不断增强人民群众医疗保障的获得感、幸福感、安全感。现将xxxx年工作开展情况及xxxx年工作思路报告如下：

## > 一、xxxx年工作开展情况

（一）民生为本，提高医疗保障水平。一是加强部门协作，抓好医保筹资。加强与相关区级部门和乡镇（街道）协作，全力推进城乡居民筹资工作，全面落实免收重特大疾病参保费用、降低大病互助补充保险缴费基数和费率等降费减负惠民政策。二是强化救助托底，抓好医保扶贫。认真落实扶贫攻坚三年行动计划，积极开展“两不愁、三保障”回头看，医疗救助待遇“一卡通”发放于x月顺利实施，城乡困难群众在基本医疗保险报销后政策范围内费用救助比例达xx.xx%。三是做到精准施策，抓好待遇落实。积极落实基本医疗、大病保险、互助补充、重特大疾病保险待遇，认真贯彻落实药品、耗材零加价惠民政策，推进医疗服务价格动态调整，切实提高参保群众医保待遇水平。x-xx月，全区域镇职工基本医疗保险参保人数为xxxxxx人；城乡居民基本医疗保险参保人数xxxxxx人，参保率达xx%以上；共有xxxxxx人次享受城职医保待遇xxxxx.xx万元；xxxxxx人次享受城居医保待遇xxxxx.xx万元；xxxx人次享受生育保险待遇xxxx.xx万元，xxxx人次享受长照险待遇xxx.xx万元；xxxx人次享受医疗救助待遇xxx.xx万元。

（二）服务为先，提升医保服务能力。一是理清职能边界，夯实部门职责。主动与涉改部门对接，做好医疗保险费用征缴、工伤保险、医疗救助、医疗服务及药品价格等职能职责划转，以区政府名义出台《关于进一步加强医疗保障工作的实施意见》，夯实部门职责，确保医保惠民工程顺利推进。二是推进异地联网，方便群众就医。我区已实现定点医院异地就医联网结算全覆盖，开通门诊异地就医直接结算的定点药店和诊所扩大至xxx家，共有异地参保人员xxxx名在我区医疗机构直接结算医疗费用xx.xx万元，xxxx人次在我区定点药店刷卡个人账户xxx.xx万元。三是搭建便民平台，提升服务水平。整合医保内部资源，实现基本、大病、补充、救助“一站式服务、一窗口办理”；深化医保业务“网上通办”服务模式，目前，已有异地就医备案、个体医疗退休、新生儿参保、个帐返还等xx项业务通过“x医保”微信平台办理，并与“天府市民云”x专区对接，已有xxx余人通过微信平台申请办理医保业务。

（三）监管为主，确保基金安全有效。一是构建监控体系，强化内控管理。研究制定了《稽核管理工作规程》和《审核管理办法》，构建以区级医保部门为主导，乡镇（社区）医保协管力量联动、相关区级部门互动、定点机构强化履约、第三方专家评审、媒体监督、社会监督员为补充的医保监督体系，打造“三岗定责、三权分离、一窗进出”审核内控体系，规范医保服务行为。二是建立监控系统，实施精准稽核。开发医保智能预警监控分析系统，对定点医药机构进销存、结算、总控等运行数据进行监控分析，建立医保审核、稽核联动机制，按月对比分析异常数据，为医保监管方向提供准确指引。三是加大检查力度，严格协议管理。建立打击骗取医疗保险基金联席会议机制，科学实施医保总额预算管理，深入推进医保医师管理，按照“日常巡查辐射全域，专项检查重点稽核”思路，开展“打击欺诈骗保集中宣传月”及基层医疗保险基金使用情况、医疗保障基金专项治理、医疗乱象专项整治、门诊血液透析专项检查等专项行动，确保医保监管“全天候、全覆盖、常态化”，全年共追回违规金额xx.xx万元，扣减保证金xx.xx万元，中止定点医药机构服务协议x家，对xxx人次存在违反服务协议的医保医师给予扣分处理，约谈定点医药机构xxx家/次。

（四）改革为重，引领医保创新发展。一是扎实推进药品集中采购与使用试点。按照国家、省、市对“x+x”国家组织药品集中采购和使用试点工作要求，成立工作推进小组，制定工作方案，按月细化工作任务，全面收集、及时协调解决工作推进中存在的问题。辖区xx家试点医疗机构已完成中选药品采购xx.xx万盒，占中选药品采购总量的xxx.xx%。二是深入推进长期照护保险制度试点。在全市率先建立长期照护保险评估人员管理“x+x+x”制度体系，依托微信公众号搭建“长照险论坛”评估人员学习、交流平台，切实夯实队伍建设，规范评估行为，提升评估水平。

## > 二、经验做法及亮点

（一）推进金x“大港区”医保协同发展。一是设立“大港区医保便民服务窗口”，实现医疗费用申报、异地就医备案、城乡居民参保登记业务“大港区”“通存通兑”。二是搭建“大港区医保业务数据交换中心”，实现业务事项影像受理资料、医保审核数据等高效传输和即时办理，规范服务行为。三是建立“大港区服务事项内控管理制度”，制定《“大港区”医保便民服务“一窗办理”实施方案》，实施跨区域与本地业务事项“同质化”管理，专柜管理跨区域业务档案，严格做好业务风险防控。四是建立三地医保监管联动机制，开展“检查内容统一、检查人员联动、检查结果互认”的联合监管，组建“大港区”第三方专家库，建立专家抽调机制，解决第三方评审专家资源分布不均、技术差异和风险防控等问题。自三地签订医保事业协同发展协议以来，已开展交叉检查x家次，追回违约金x.xx万元，扣减保证金x.x万元，暂停医保服务协议x家；开展专家交叉评审x次，审减不合理费用x.xx万元，扣减违约金xx.xx万元。

(二) 推进医共体建设医保支付方式改革试点。作为全市首个医共体建设医保改革试点区县，通过试点先行，确定了“一个总额、结余留用、超支分担、共同管理”医保总控改革工作思路，被x区委、区政府《x区推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案（试行）》（青委发〔xxxx〕xx号）文件采纳，将改革医保支付方式作为医疗集体化改革重要运行机制，也为x市医共体建设积累了医保改革经验。

### > 三、存在问题及困难

(一) 医保行政执法问题：医保行政执法尚无具体流程和规范化执法文书，建议市局尽快出台医疗保障行政执法相关流程和文书模板并进行培训。

(二) 数据共享问题：由于数据向上集中，区县自行建立的预警监控分析系统数据来源不够及时、全面、准确，不能自主运用大数据分析实现医保精准监管。建议在市级层面建立医保大数据云空间，向区县提供大数据查询和使用接口。

(三) 区外医疗救助未实行联网结算问题：目前医疗救助区外住院费用仍采用参保群众全额垫付手工结算方式，程序繁琐、报费时间长，建议实行医疗救助全市联网结算，方便参保群众。

(四) 门特期间住院费用联网结算问题：参保人员反映在门特期间发生的住院费用需全额垫付后到经办机构结算，办理过程不便捷，建议开通门特期间住院费用医院联网结算。

### > 四、xxxx年重点工作安排

(一) 以服务大局为引领，立足保障促发展。一是深入推进长期照护保险试点，强化照护机构监管，引导照护机构提能升级，逐步建立“康养、医疗”一体化机构；有效释放市场潜在需求，培育和发展照护市场，促进照护产业发展。二是贯彻落实市委十三届五次全会精神支持东部新城“五个未来之城”建设二十条医疗保障政策措施，重点推进定点医疗机构申请提速增效，扩大照护机构定点范围，助力营造良好的营商环境。三是下好紧密型医共体建设医保支付方式改革试点这盘棋，按要求推进按病组分值付费方式改革，激发医疗集团和医疗机构内生动力，实现全区医疗服务能力水平整体提升。

(二) 以基金安全为核心，立足发展促规范。一是推进医保领域法治建设，理清协议、行政、司法医保管理职能边界并建立有效衔接机制，推动医保基金监管信用体系建设，发挥联合惩戒威慑力。二是丰富医保监管手段，通过委托会计师事务所、商保机构，夯实社会监督员和基层协管员队伍等，建立横到边、纵到底的监管体系，巩固基金监管高压态势。三是按照医保智能监控示范城市建设要求，完善智能监控预警系统，提升智能监控功能，丰富智能检测维度，探索异地就医监管手段，实现基金监管关口前移、高效、精准。

(三) 以创新理念为抓手，立足规范优服务。一是以“大医保”思维建立“医保+医院”协同发展服务理念，提升“前端”医疗服务质量，提高“后端”医疗保障水平，实现医疗和医保服务能力双提升。二是围绕x国际消费中心建设推进“医保联盟”战略部署，树立“医保+商保”协同发展服务理念，大力推进长照险商保委托经办，强化大病保险商业化运作，积极探索有效路径实现深度合作。三是贯彻落实省委、市委“一干多支、五区协同”战略，推动成德眉资同城化发展和成巴协同发展，深化金x“大港区”医保融合发展，加快推进全域服务和全方位监管。

(四) 以提质增效为目标，立足服务惠民生。一是加强部门协作，确保xxxx年城乡居民基本医疗保险参保率维持在x%以上，圆满完成扶贫攻坚、待遇保障等民生工作目标。二是提能升级医保微信“掌上”经办平台，逐步扩大网上经办项目，做优服务群众“最后一米”。三是继续推进异地就医联网结算，进一步扩大个人账户异地直接结算医药机构范围，为外来就业创业人员就医购药提供便利。

## 【篇4】医疗保障局2023年工作总结

2023年，县医疗保障局在县委、县政府的坚强领导及市医保的悉心指导下，以开展打击欺诈骗保、强化监管、加强基金征缴、推进医保改革为重点，以惠民利民、优化服务为举措，以完善制度、落实群众待遇为基础，进一步促进芦山医保事业健康发展。2023年上半年工作总结和下半年工作计划如下。

### > 一、上半年工作总结

#### (一) 巩固脱贫攻坚成果，助力乡村振兴

一是严格落实精准扶贫人员待遇。截至目前，审核422人次县域内住院政策范围内倾斜支付费用，涉及医疗总费用178.45万元，政策范围内费用162.38万元，城乡居民基本医保支出147.76万元(其中倾斜支付42.31万元)，大病保险支付1.

63万元。二是及时为精准扶贫人员办理参保代缴。2023年为全县所有建档立卡贫困人口6198人全额代缴参保费用共计173.47万元医保资金，并根据县脱贫办提供贫困人口动态调整名单及时办理2023年度城乡居民医保参保登记23人，在医保系统添加“精准扶贫人员”标识。三是做好脱贫攻坚与乡村振兴衔接，组织专人核查乡镇参保数据，及时反馈乡镇，助力乡村振兴。四是继续加强联系村帮扶，定期走访联系村贫困户，及时帮助联系村协调解决困难。

#### (二)加强医保基金监管，守好用好群众“救命钱”

一是开展医疗保障基金欺诈骗保突出问题专项治理回头看。联合卫健部门现场核查了芦山县人民医院及3家民营医院90人305人次住院信息，其中实地回访11人38人次住院信息;约谈4家定点医疗机构分管院长和经办人员，对涉及的病历书写不规范等问题按医保协议处理，共处违规金额6188.5元，处违约金6188.5元。二是召开医保基金监管专题培训会，组织全县17家医疗机构学习《医疗保障基金使用监督管理条例》;制定《芦山县宣传 医疗保障基金使用监督管理条例 工作方案》，梳理医药机构在历年来日常、专项检查中存在的常见问题，制定医保基金监管常见问题清单发送各定点医药机构，责令自查。三是联合公安、卫健、市场监管等部门研究制定2023年芦山县打击“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保突出问题专项治理实施方案，建立工作联合机制。5月20日，县医疗保障局联合县卫生健康局、县市场监管局、县公安局召开了芦山县2023年“三假”等欺诈骗保突出问题专项治理动员会暨医疗保障服务协议签订会，会议传达学习了《2023年雅安市打击“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保突出问题专项治理实施方案》，安排部署芦山县专项治理工作，各参会部门就此次专项治理提出了具体要求。县医疗保障事务中心与全县各定点医药机构签订了2023年医疗保障服务协议。

#### (三)严把审核关，做好医保待遇保障

截至目前，医保中心审核结算异地医疗费用报销392人次，涉及总费用441.31万元，医疗保险基金及大病保险支付237.11万元;完成两定医药机构费用审核133863人次，涉及总费用2938万元，医疗保险基金支付1726万元。异地中心完成本地医药机构省内异地就医、异地定点药店购药、跨省异地就医等在内的3942人次费用清算，涉及医保基金和补充保险、公务员医疗补助支付130.13万元。审核2384人次医疗救助申请，涉及拨付金额160万元。

#### (四)广泛宣传，稳住医保参保覆盖面

截至目前，我县城乡居民医保累计参保96097人，征收医保基金2949.6万元，完成全年任务的99%;职工医保基金累计征收1930万元。医保参保率稳定在98%以上。

#### (五)推进医保改革，提升群众幸福感

一是开展国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作。截至目前，组织完成第一批集采药品续签工作，共涉及15个品规药品，合同量为79727个最小单位，合同金额为310242.97元;组织完成第二批集采药品续约报量工作，共有11家医院参加，涉及13个品规药品，预报量为1035582个最小单位;组织芦山县人民医院在国家骨科耗材医院采购数据填报系统，完成2023和2023年骨科耗材历史采购量(6种骨科耗材，共计39332元)上报工作。二是深化联网结算工作，方便群众看病就医。进一步为群众提供更加优质便捷的异地就医服务，截至目前，我县14家住院结算医疗机构，有13家开通省内异地住院结算和省内门诊刷卡，占比92.85%;27家定点零售药店，有23家开通省内异地就医个人账户刷卡，占比85.18%。三是持续推进医保信息化建设工作。全力推进医疗保障系统核心业务区骨干网络横向接入建设，已完成基础网络搭建和接入测试工作。落实医保编码标准贯标试点工作，全面完成全县定点医药机构的机构信息赋码工作;完成医保医用耗材、医疗服务项目、疾病诊断及手术操作等对码工作，并指导定点医院对医保结算清单数据采集标准化接口进行规范;动态维护审核医保经办机构28人、医师185人、护士237人、药师28人的人员信息。开展医保电子凭证激活推广和医疗机构系统接入工作，深入乡镇村组、企业、医疗机构、机关单位广泛宣传推广医保电子凭证，集中宣传40余次，发放宣传资料20000余份，激活医保电子凭证3.51万人，激活率达31.74%，位居全市第一。完成全县43家医药机构医保电子凭证系统更新安装，并按要求配置扫码设备。

#### (六)切实加强党建工作力度

一是落实党风廉政主体责任。严格落实一岗双责，坚持一把手总负责，做到重要工作亲自部署、重大问题亲自过问。年初研究制定年度工作计划，明确分工，层层落实责任，形成统一领导、各负其责、群众监督的工作机制。上半年已召开10次党组会，及时研究相关工作;加强干部职工管理，严格规范职工考勤和请销假，修订《芦山县医疗保障局考勤制度》和《芦山县医疗保障局请销假制度》，促进单位形成良好的工作作风;常态化开展廉政教育，组织观看《国企之蚀》《阳光问廉》等警示教育片，增强干部职工“不敢腐、不能腐、不想腐”的思想意识。邀请驻县卫生健康局纪检监察组对干部职工进行廉政谈话，节前发送廉政短信，提醒干部职工廉洁过节;加强思想政治建设。印发了《芦山县医疗保障局党员领导干部讲党课工作方案》，强化落实“三会一课”制度，结合“星期五课堂”，坚持开展党的政治理论学习，进一步坚定理想信念，增强“四个意识”;加强党风廉政社会评价宣传，利用职工会、“星期五课堂”等引导干部职工积极参与党风廉政社会评价工作，同时利用下乡帮扶、宣传政策等时机向联系村群众宣传脱贫攻坚、党风廉政建设等工作成效，增强联系村群众感恩意识，提高群众参与党风廉政社会积极性。

二是落实意识形态工作责任。督促干部职工坚持使用“学习强国”开展理论知识学习，关心关注疫情防控等相关舆情动态，不信谣不传谣。加强意识形态阵地管理，及时更新党务政务公开栏，严格清理和管理微信、QQ工作群，确保各类工作群规范使用。做好信息宣传工作，截至目前报送各类信息75条，引导干部职工转发传播社会正能量。

三是扎实开展党史学习教育。成立党史学习教育领导小组，制定《芦山县医疗保障局党史学习教育实施方案》《芦山县医疗保障局党史学习教育责任分工方案》，认真组织开展党史学习教育;采购10套100册党史学习教育系列读本发放至党员、团员，每周组织三次以上集中学习，并为联系村党支部送去4套16册党史教育读本。组织党员、团员前

往到龙门镇古城村、“4·20”芦山强烈地震纪念馆等党史学习教育基地开展党史专题学习，在追忆先辈们革命印记中传承红色基因。扎实开展“我为群众办实事”实践活动。收集群众常面临的医保问题，梳理制定群众常咨询问题宣传册，加强群众对医保政策的了解。组织团员开展志愿活动，利用赶集日等特殊时间节点前往乡镇集市帮助群众激活医保电子凭证。

## >二、下一步工作计划

下半年，县医保局将认真贯彻中央、省委决策部署和市委、县委工作安排，紧贴县委工作大局，立足本职，扎实开展各项工作。

### (一)强化监管治理，坚决维护医保基金安全

扎实开展2023年芦山县打击“假病人”、“假病情”、“假票据”等欺诈骗保突出问题专项治理。加强与公安、卫健、市场监管等部门联动配合，扎实推进整治工作;加大整治力度，全覆盖开展定点医药机构和医保经办机构检查，严厉查处相关问题;抓好整改落实，认真组织、督导相关医药机构、医保经办机构整改，迎接市级、省级抽查。

### (二)加强宣传谋划，做好城乡居民医保征缴

一是提前谋划，印制宣传资料，线上利用微信公众号、微芦山等多渠道广泛开展征收宣传，线下深入乡镇村组开展宣传，努力提高群众参保积极性;二是联合税务部门深入乡镇召开征缴动员会，同时加强与乡镇对接，明确参保任务，加强乡镇工作人员业务培训;三是收集问题，及时协调解决。

### (三)细审核严管理，保障群众合法医保待遇

严格落实基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障”政策，及时严格审核、拨付医疗机构医保基金;二是做好慢性病和特殊疾病群体待遇保障。

### (四)持续推进改革，加强区域合作交流

一是持续推进医疗支付方式改革，按照市医疗保障局统一安排，推进DRG付费改革;组织医疗机构继续开展国家药品集中采购。二是加强与各区县医保局交流学习，在加快成雅区域合作的大背景下，县医保局与邛崃市医保局共同研究分析面临的新形势新任务，多次协调沟通确定合作协议具体事项，于5月7日在市医疗保障局的统一领导和组织下顺利签订了《深入推进成都平原经济区医疗保障事业协同发展战略协议》，确定了两地异地就医联网结算、基金监管和协议管理联防联控、医保支付方式改革等方面的重点合作方向，下一步县医保局将加强与邛崃市医保局交流，细化合作事项。

### (五)加强党建引领，持之以恒抓党建

一是持续加强党风廉政建设，严格落实一岗双责。加强廉政教育，组织全体干部职工观看《阳光问廉》等警示教育片，及时传达学习违反中央八项规定精神典型问题，增强干部职工廉洁意识。定期开展谈心谈话，了解干部职工思想动态，每季度召开党风廉政专题会，研究部署工作。二是抓牢抓实意识形态工作，牢牢掌握意识形态领域主动权，加强意识形态阵地管理，积极关注医保领域舆情动态，教育干部职工积极传播正能量，做到不信谣，不传谣。三是持续开展党史学习教育，推动党史学习教育走深走实。组织党员、团员日常开展党史集中学习，从党史学习中汲取精神;积极开展“我为群众办实事”实践活动，在为民服务中巩固党史学习教育成果。

## 【篇5】医疗保障局2023年工作总结

2023年以来，我局在县委县政府的坚强领导下和上级行政部门的精心指导下，坚持以人民为中心的发展思想，围绕政治建局、法治立局、服务强局，以完善制度建设和提升基金绩效为主线，建体系、促改革、优服务、防风险、强基础，实现医疗保障事业高质量发展，充分展现医保“重要窗口”担当。现将2023年工作总结和2023年工作计划报告如下：

### >一、2023年工作总结

2023年，我县医保基金总收入为18.25亿元，其中城镇职工基本医疗保险收入10.22亿元，城乡居民医疗保险收入8.03亿元。医保基金待遇总支出11.26亿元，其中城镇职工基本医保基金累计支出5.21亿元，城乡居民医保基金累计支出6.05亿元。同时完成住院费用结算30.07万人次，门诊费用结算448.65万人次。完成生育保险基金支付2697笔，支付金额4071万元。窗口完成各类业务受理共计32116件。全县共动员69.80万人参加城乡居民医保，个人自筹资金2.44亿元。我县户籍人口基本医疗保险参保总数为98.25万人，参保率达99.68%。

#### (一)筑牢医保防控网络，疫情防控速响应

一是提前预备，“两个确保”筑就压舱石。为保障打赢疫情攻坚战，我局第一时间调拨疫情应急准备金1.4亿元，提前拨付500万医保预备金，免除医院垫付医疗费用的负担。二是统一标准，“两项检测”确立定盘星。第一时间确定疫情检查费用报销标准，铺平群众企业复工复产前进道路。共支付新冠病毒检测费用990.60万元，支付确诊及疑似患者治疗费用42.82万元。三是助力复产，“两险减半”坚定主心骨。为帮助企业应对疫情，支持企业发展，我局与县人力资源和社会保障局、县财政局、县税务局联合发文，减半征收企业(不含机关事业单位)2月份至6月份基本医

疗保险的单位缴费,合计8568.5万元,惠及11142家企业。

## （二）夯实医疗保障体系，待遇提升有作为

一是做好全民参保工作。2023年,全县城乡居民基本医疗保险共69.80万人参保,城镇职工基本医疗保险共16.85万人参保,参保率达99.41%。二是落实精准扶贫工作。2023年,我县共资助困难群众参保3.8万人,困难群众资助参保率达到100%;共计支付救助资金6083.19万元,医疗救助政策落实率达到100%。开通17家县内定点医疗机构及6家市级医疗机构“一站式”结算功能,实现医疗救助“一站式”结算全覆盖。三是提升慢性病保障工作。通过信息系统改造,将全县所有基层医疗机构接入医保慢性病药品第三方配送平台,成功打破基药壁垒,实现线上续方、远程支付结算功能,真正打通药品配送“最后一公里”。

## （三）强化基金风险管控，高压监管有力度

2023年,我县积极构建全领域基金分析机制、全方位专家研判机制、全要素诚信惩戒机制、全流程闭环监督机制,构筑医保基金安全防控网。一是精雕细琢,构建全领域的基金分析机制。科学编制了4篇医保基金运行情况分析报告,坚持靶向治理、源头管控,严防医保基金“跑冒滴漏”。二是借力借智,构建全方位专家研判机制。面对临床实践中纷繁的病种,面对定点医疗机构不断变换的违规方式,医疗审核的难度越来越大,对监管人员的专业技术水平提出了挑战。为了应对挑战,专门构建了全方位专家研判机制,为基金监管借力借智。三是奖惩分明,构建全要素诚信惩戒机制。全力推进定点零售药店信用体系建设,把“信用+医保”贯穿于医保协议管理、费用结算等全流程。通过联合医保行业自律协会,确定了以履约能力、服务能力和管理能力等为主要指标的信用评价机制。出台《永嘉县信用体系建设试点实施方案》《永嘉县定点零售药店信用等级考核方案》《永嘉县定点零售药店信用等级应用场景目录》等制度,努力打造不敢失信、不能失信、不愿失信的制度环境。四是全员参与,构建全流程闭环监管机制。坚持用数据说话,及时预警提示,建立完善了全环节、全链条、全流程闭环监管长效机制。构建“审核汇总—信息比对—监管落地”的网上监管闭环、“科室联动—疑点汇总—调查处理”的日常联动闭环、“清单通知—限期整改—复核督查”的问题整改闭环。全流程闭环监管机制的实行,一举将以往基金监督科单兵作战模式转变为全科室“兵团式”联动出击,全员监督意识明显提高,基金监管有效性显著提升。截止11月30日,共检查定点医药机构120家,约谈9家,限期整改14家,通报批评10家,暂停4家,追回医保基金17.76万元,拒付医保基金83.9万元。

## （四）深化重点领域改革，医改先行有担当

一是全面推进支付方式改革。按照市医保局要求和部署,启用统一疾病诊断编码以及手术操作编码,遵照省市出台的基本医疗保险住院费用DRGs点数付费实施细则,有序推进DRGs点数法付费工作,严格做好定点医疗机构做好基础数据质量控制的监督工作,提高病案首页质量。二是开展医保药品集中采购改革。通过组织全县公立医疗机构开展药品集中采购,进一步降低药品采购价格,减轻群众药费负担。截止11月底,网上药品采购入库金额27094.72万元。三是全力助推分级诊疗改革。为推进县域医共体建设,提高基层就诊率,我局采取系列措施,用足医保支付杠杆作用。落实两个10%差别化医保报销政策,城乡医保住院在县内基层医疗机构报销比例为85%,县内其他定点医疗机构为75%,县外市内医疗机构实行分段报销,20000(含)元以下报销40%,20000元以上至80000(含)元报销45%,80000元以上报销50%,市外医疗机构为40%。

## （五）优化医保经办体验，便民服务有情怀

一是“医银合作”实现医保收件“门口办”。针对县内医保经办机构服务网点少、山区参保群众办理医保报销手续不便等问题,我局开拓创新,依托永嘉农商银行“从业人员多、服务网点多、服务范围广”等多项优势,开启“医保+银行”合作服务模式,将城乡居民医保费用报销、参保登记、信息变更等事项下放至农商银行各网点,大大缩短服务半径,实现企业群众办事“就近跑”。二是“优抚一件事”实现费用报销“零跑腿”。我局从群众看病就医、医疗费用报销补助联动“关键小事”入手,从医疗费用结算报销的业务环节、资金支付、信息流转等方面着手,全面上线优抚“一站式”结算平台,实现医疗费用报销补助“一件事”联动。符合条件的对象可一次性完成“基本医疗保险、大病保险、医疗救助”+“优抚医疗补助”费用的结算,实现医疗补助“零跑腿”“零等待”“零垫付”。三是“电子社保卡”实现医保报销“刷脸算”。通过智慧医保移动服务管理平台建设、医保系统改造以及系统相关接入服务建设,完成“电子社保卡”改造。参保人就诊无需携带实体社保卡,借助支付宝平台,只需通过手机“扫码办”,即使忘带手机,也可以通过“刷脸办”享受医保快捷服务。目前“电子社保卡”功能已在县内10家定点医疗机构正式上线,实现“无卡、无现金、刷脸支付”就医报销功能。截止11月底,累计已服务4967人次,完成结算7976次,医保报销50.92万元,真正为群众带来便利。

> 二、2023年工作计划

2023年是我国全面实施十四五规划、推进社会主义现代化强国建设的开局之年，也是永嘉医保事业全面提升的关键之年。我局将坚持思想引领和问题导向并重，深入推进基金保卫持久战、深化改革攻坚战、政策宣传阵地战，不断推动永嘉医保治理体系和治理能力现代化，切实提高人民群众的获得感和幸福感。

### （一）聚焦基金稳定，打好“基金监管”持久战

一是强化基金绩效管理。加强基金运行和监测预警能力，按季度对医保基金运行情况进行评估，对参保、基金支付以及待遇水平等情况进行全面分析，对各险种基金收支情况进行科学预测，当好党委政府参谋助手，确保基金安全平稳运行和精算平衡。二是持续打击欺诈骗保。依托“互联网+监管”平台，以“双随机、一公开”监管为切入点，继续实施医保基金监管三年行动计划，深入整治虚假住院、串换项目、过度治疗、违规收费等违法违规行为，重拳打击各种恶意欺诈骗取医疗保障基金的不法行为；同时积极联合市监、卫健部门开展跨部门联合执法，着力构建“不能骗，不想骗，不敢骗”的良好氛围，用好守好群众救命钱。三是广泛宣传基金安全。以4月份的基金宣传月为主抓手，提前谋划宣传活动，精心准备宣传素材。通过“现场宣传”“展播宣传”“线上宣传”“阵地宣传”等方式，加大法规政策宣传，加强社会舆论引导，强化定点医药机构和参保人员法律意识，营造全社会自觉维护医保基金安全，自觉抵制欺诈骗保的良好氛围。

### （二）聚焦机制创新，打好“改革发展”攻坚战

一是深化“最多跑一次”改革。推进医保业务“网上办”，“掌上办”，民生事项“一证通办”。紧扣医保办事“零跑腿”的目标要求，从参保群众看病报销“关键小事”入手，加强医保经办标准化建设，进一步优化内部流程，完善业务办事系统，让数据多跑腿，提升医保服务质量。同时加大宣传力度，提升网上应用便捷性，提高参保群众的使用率，对老年参保群众等特殊群体采取点对点的方式教授使用方法，真正做到医保便捷全覆盖，增强参保群众的获得感和满意度。二是推进经办服务标准化改革。建立以县级医保中心为主、各乡镇便民办事中心为辅、农商行代办服务点进一步延伸的综合医保经办服务体系。结合“最多跑一次”改革要求，进一步梳理完善待遇支付、转移接续、费用审核、结算管理等经办服务管理标准，提高经办服务效率，更好的服务全县参保群众。三是推进医保信息系统市级应用集中改革。紧跟医保信息系统市级应用集中改革步伐，统一建设、集中管理，建立高效、便捷的就医结算系统，大大提高医保基础数据质量，为推进医保信息的互认互联提供数据支撑。在市县的统一部署下，按照计划表和路线图，做好经办业务的梳理、流程的优化和市级集中后新系统的上线使用，开启“参保群众就医方便、医保结算服务高效”的新篇章。

### （三）聚焦政策宣传，打好“医保新政”阵地战

一是健全机制抓宣传。紧密结合国家和省、市医保政策调整力度大、频次快的状况，立足我县实际，按照上级业务部门的要求，把医保政策宣传作为落实医保惠民政策的重要抓手和根本途径。通过建立健全“四个一”医保宣传工作机制，达到宣传政策、落实政策的目的。即：梳理一套医保政策宣传标准、举办一期政策宣传培训班、印发一批医保宣传彩页、组建一支医保政策宣传队。二是突出重点抓宣传。聚焦2023年工作重点，有针对性地开展宣传。对医保基金监管、城乡医疗保险参保缴费、医疗救助政策开展重点宣传，举办讨论会、培训会，进一步提高干部群众对医保政策，尤其是医保扶贫政策的知晓率，确保医保扶贫政策宣传进村入户到人。三是丰富载体抓宣传。充分利用广播电视、微信、短视频APP、门户网站、经办窗口、宣传栏等多种渠道，督促全县定点医疗机构和定点零售药店做好辅助宣传。采取悬挂横幅、张贴标语、举办培训班、签订协议、发出倡议书、设置展板和宣传展台、播放动漫短片、发放宣传单等多种形式，向广大群众宣传医疗保障法律、法规、政策。

2023年，我局将围绕“促统筹、重管理、深改革、强宣传”的工作目标，争取实现医保工作新突破，切实提升全县参保人员安全感和获得感，推进永嘉医疗保障事业高速发展。

## 【篇6】医疗保障局2023年工作总结

2023年以来，凤台县医保局在县委、县政府的正确领导下，在分管县长的具体指导下，按照年初制定的工作计划，开拓奋进，锐意进取，积极推进各项工作稳步开展，现将上半年工作情况汇报如下：

### >一、上半年完成的主要工作及取得实效

（一）完成2023年度城乡居民基本医保征缴工作。根据县政府《关于做好2023年度城乡居民基本医疗保险费征缴工作的通知》，按照医保部门职责，我局积极配合税务部门开展征缴工作，全县2023年度城乡居民基本医保参保总人数为548094人，参保率98.63%，圆满完成2023年度城乡居民基本医保费征缴任务。

（二）持续实施民生工程，全力做好医疗保障。2023年县医保局承担三项民生工程：

1、城乡居民基本医疗保险。截止5月30日，全县医保基金共支出13782.3万元，占全年筹资总额的29.24%，其中住院

支出12352.31万元，门诊支出1429.99万元，城乡居民基本医保综合实际补偿比达53.65%。

2、城乡居民大病保险。2023年凤台县新农合大病保险由太平洋人寿保险股份有限公司承办。截止5月30日，凤台县大病保险住院补偿6035人次，医疗总费用6234.37万元，基本医疗实际补偿3741.96万元，实际补偿比60.02%，大病保险实际补偿981.07万元，实际补偿比15.74%。

享受大病保险万元以上补偿的141人次。其中，1-3万元的119人次;3-5万元的14人次;5万元以上的8人次。

3、困难人员医疗救助。截止5月30日，共救助困难群众3034人次，救助资金516.92万元，其中一站式救助2854人次，救助资金458.2万元，手工救助180人次，救助资金58.72万元。

(三)大力打击欺诈骗保，有力维护基金安全

1、全面开展“宣传贯彻条例、维护基金安全”主题宣传月活动。今年是《医疗保障基金使用监督管理条例》实施之年，我局制定印发了《凤台县“宣传贯彻条例加强基金监管”集中宣传月活动实施方案》，在西城河公园开展集中宣传日活动，印制发放政策解读、宣传海报、折页等，采取租用宣传车、站台宣传栏及电视台滚动字幕等多种方式开展线上线下同步宣传;充分动员经办机构、定点医药机构学习宣读条例，组织开展条例宣讲培训活动。宣传月期间，张贴传画700余幅，制作展板、板报200余块，发放宣传材料3万余份，累计播放宣传短片1000余小时，在县城和乡镇主干道树立8块巨幅打击欺诈骗保宣传牌，在公交站台设立LED电子显示屏20块，利用QQ群、微信群推送信息130余条次，积极引导公众正确认知、主动参与基金监管工作，充分发挥群众监督作用，打响医保基金监管“人民战争”。

2、扎实开展定点医疗机构专项整治“回头看”工作。太和县欺诈骗保事件发生后，根据省、市局统一部署，县医保局立即行动，组织监管人员对全县28家住院定点医疗机构进行全覆盖检查，同时结合县区交叉互查、省局飞行检查，共检查各级各类医院36家次，处理违规定点医疗机构12家次，其中2个乡镇卫生院、2家民营医院被暂停医保结算服务。

3、深入开展定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作。一是召开全县定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作会议，印发了《2023年凤台县定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案》、《凤台县定点医疗机构医保违法违规行为专项治理全覆盖检查工作方案》、《关于开展2023年度医保违法违规专项治理自查自纠工作的通知》，部署开展专项整治工作。3月份以来，共检查住院定点医疗机构15家次，其中行政处罚3起，罚款107890.77元。

二是开展定点医药机构专项治理自查自纠工作。截至4月20日，全县120家定点药店、28家定点医疗机构均进行了自查整改，其中19家定点医疗机构自查违规费用共计133022.10元并进行退缴。

三是开展基金监管“清零行动”。根据省市局要求，对建局以来经飞行检查、信访举报、自查自纠发现但未查处完结的问题，建立“清零行动”工作台账，制定时间表和路线图，逐项明确线索来源及查处情况，5月底全部结案，清零任务提前完成。至5月底，共处理违规医疗机构14家次，暂停四家医疗机构医保结算服务，追回违规医保基金2797654.53元。

四是开展专项抽审及定点医药机构年度考核。印发《关于对2023年度医保基金专项抽审的通知》，组织经办机构审核人员、医共体牵头单位医保办主任、有关医学专家组成的专项抽审小组，集中对2023年度农村居民报销病历进行专项审核，初核违规费用近20万元。组织开展全县“两定医药机构”2023年度考核，共考核定点医药机构144家，其中医疗机构28家，药店114家，诊所2家。对其中9家考核结果为B类的定点药店予以扣除50%年度质量保证金处理，共扣除质量保证金95317.54元。

五是探索构建基金监管长效机制。经市局统一组织，与电信、移动等部门联系，召开专题会议，部署定点医药机构安装医保专线及视频监控系統，至5月底，全县定点医药机构基本完成监控系统安装工作;在县政府网站发布《关于选聘医疗保障义务社会监督员的公告》，启动县医保社会监督员选聘工作。

(四)合并实施城镇职工基本医疗保险与生育保险。截至5月底，我县离休转院支付15人次共15万元;城镇职工住院3542人次，统筹基金支付2302.4万元，门诊及定点药店刷卡39.6万人次共支付3766.2万元;职工生育分娩529人次共支出139.22万元，生育津贴支出155人次共188.33万元。

(五)积极做好贫困人口医疗保障工作。2023年全县建档立卡贫困人口16895人、6681户，其中享受政策12079人、4906户。截止5月30日，贫困人口累计补偿6739人次，其中住院补偿1535人次。住院医疗总费用1327.26万元，综合医保补偿1022.03万元。门诊补偿5204人次，累计门诊医疗总费用554.83万元，综合医保补偿474.44万元，“180”专项资金补偿55.05万元。

(六)认真做好意外伤害补偿工作。截止5月30日，我县意外伤害共接收案件2213件，其中赔付1362人次，医疗总费用222.596万元，实际补偿金额1196.446万元;拒付161人次，医疗总费用3794249元，拒付补偿金额204.89万元。

>二、存在问题及原因分析

一是乡镇一级没有专门机构和专职工作人员，工作推进没有抓手;

二是局机关和二级机构编制较少，部分工作难以开展;

三是执法队伍建设不足，无专职执法人员及执法车辆。

>三、下半年工作打算

(一)持续做好全县基本医疗保障工作。认真落实各级医保政策，保障城乡居民、城镇职工基本医疗保险和大病保险保障待遇，完成门诊慢性病申报工作。

- (二)加强基金监管，维护基金安全。进一步加大定点医药机构监管力度，持续开展专项治理，坚决打击欺诈骗保行为，查漏补缺，规范协议管理。
- (三)深化医保支付方式改革。根据省、市主管部门关于区域总点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)工作的通知，结合我县实际情况，不断深化医疗保障制度改革，充分发挥医保基金战略性购买作用，完善紧密型县域医共体医保总额预算机制，推进我县医疗保障事业高质量发展。
- (四)加大医保政策宣传力度。通过发放宣传单、电话通知、宣传海报等多种形式广泛宣传城乡居民医疗保险政策的新变化，提升群众对医保政策的知晓率，让广大群众更好地了解城乡居民医疗保险政策，确保参保群众及时享受到医保待遇。
- (五)进一步完善医保信息系统建设。及时梳理总结在日常工作中城乡居民医保信息系统出现的问题，积极向市医保局汇报解决，进一步完善系统功能，努力为参保群众提供便捷有效的服务。

## 【篇7】医疗保障局2023年工作总结

### > 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、常居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评先工作。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。

# 【篇8】医疗保障局2023年工作总结

今年以来，市医保局聚焦“创新提能”工作主题，紧紧围绕市委十四届十一次全会要求，推动各项工作扎实开展，坚定不移推进“两个率先”中心工作。

## 一、工作推进情况及取得的成效

### （一）凝心聚力，全力保障疫情防控

向新冠肺炎定点收治医疗机构都江堰市人民医院医院拨付专项结算资金预付款xxxx万元，同时从城镇职工基本医疗保险基金中划拨基金xxxx万元，预支付我市人民医院、中医医院等xx家门诊特殊疾病定点医疗机构x个月的门诊特殊疾病治疗费用；主动作为、积极协调，为抗疫前线村民小组长落实专项保险任务，保费共计xx.xx万元，保额达x.x亿元。

### （二）立足民生，全面提升保障水平

1.助力脱贫攻坚，切实发挥医保兜底保障。今年以来，我市全额资助xxxx名特困人员参加城乡居民基本医疗保险和

大病互助补助医疗保险；全额资助xxxx名低保人员参加城乡居民基本医疗保险，支付资助金xxx.xx万元。xxxx人次困难群众享受医疗救助保障，发放医疗救助金xxx.xx万元。全市xx家定点医疗机构全部纳入“一站式”医疗救助结算业务，实现机构服务全覆盖，充分满足了全市城乡困难群众医疗救助需求。

2.城乡一体、覆盖全民，扩宽长期照护保障范围。我市长期照护保险自xxxx年x月在城镇职工中先行试点以来，取得初步成效。截至xxxx年末，制度覆盖xx万人，支付待遇xxxxx人次、xxxx余万元。今年上半年支付待遇xxxx人次、xxx.xx万元，按照x市政府印发《关于深化长期照护保险制度试点的实施意见》，我市进一步提升制度公平性，自xxxx年起，将成年城乡居民纳入长期照护保险制度保障范围，我市长期照护保险制度覆盖人群将达xx万人。

### （三）突破创新，助力产业发展

1.探索医商融合，完善多层次医保体系。围绕多层次医疗保障体系建设，我市采取“内部宣传培训、外部分类培训”的方式，进镇、街道、社区，机关事业单位、两定机构、大型企业等，纵深开展惠蓉保宣传推广，助力解决群众不断提升的健康保障需求。截止目前，已开展了x场集中培训，发放宣传资料x万余份。

2.品牌赋能，助推生物医药健康产业发展。围绕助力产业发展，落实医疗保障“送政策、帮企业、送服务、解难题”平台搭建，收集我市医药企业在疫情后存在的问题，通过梳理研判医药健康企业在疫情后的发展趋势和问题短板、研究医保政策助力企业解危纾困的最大能动性，邀请“蓉城医保客厅”企业专场活动“走进都江堰”。帮助我市海蓉药业等企业解决目录、渠道、发展等问题，对企业提出的诉求将建立台账，组建专班做好后续服务，专题研究企业提出的需求，针对性的、创造性的给予最大限度政策支持，帮助他们做大做强、更好发展。

### （四）创新手段，构建多区域多平台医保监管

一是深化拓展交流，着力区域合作。我市开通省内外异地就医直接结算定点医疗机构已实现全覆盖，药店、门诊部开通xxx家，同时紧扣援藏工作，逐步推进x与川西北生态经济区医疗保障事业协同发展，与x州医保局开展联合检查、联合培训、联合宣传，目前，已审核医疗机构xx家，病历xxx份。二是创新打造信息化监管平台，建立大数据挖掘系统和药店监控系统，全面完善医保事前事中监管、违规数据预警分析和事后服务，今年上半年已通过监控平台发现并查处xx起违规行为。三是今年上半年，通过日常巡查、专项检查和疑点数据筛查核查的方式对全市定点医药机构进行全覆盖式的检查。截至目前已完成全市xx家定点医疗机构和xxx家定点零售药店检查，其中限期整改xx家、暂停支付xx家、中止协议xx家，按照《服务协议》追回违规费用xx.x万元，扣罚违约金xx.xx万元。

## 【篇9】医疗保障局2023年工作总结

2023年，在市委、市政府的正确领导下，深入贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想和习近平总书记对浙江、杭州工作和医疗保障工作的重要指示精神，贯彻落实党中央国务院对深化医改的精神，严格执行国家、省医疗保障局的各项政策部署，紧扣“干好一一六、当好排头兵”总体部署，坚持党建引领，以一流施工队的姿态真抓实干，狠抓工作落实，确保医疗保障各项任务落到实处。

### > 一、2023年工作总结

#### （一）基本情况

截至12月底，全市医疗保险参保人数1078.06万人（职工医保713.49万人，城乡居民医保364.57万人），生育保险参保人数514.88万人，户籍人口参保率99.59%，其中市区（不含临安区，下同）参保人数903.76万人（职工医保640.2万人，城乡居民医保263.56万人），生育保险参保人数514.88万人。

全市定点医药机构数量达7508家（定点医疗机构4313家，定点零售药店3195家），其中市区定点医药机构6058家（定点医疗机构3209家，定点零售药店2849家）；市域外可直接刷卡结算的省“一卡通”定点医疗机构1865家；全国跨省异地就医住院直接结算定点医疗机构40272家。

#### （二）特色工作开展情况

1.“疫情防控”和“脱贫攻坚”落实有力。紧扣疫情防控要求，落实国家、省医疗保障局关于疫情防控的相关措施，累计为相关医疗机构提供周转资金7150万元；为37.21万家企业累计减征职工医保费62.72亿元。及时将用于疫情防控的16个中药自制制剂纳入医保支付范围。在省内率先放开处方和提供“无卡”非现场结算服务，允许为特定对

象提供代配药服务。在全国率先开展预约并免费派送口罩工作，累计发放口罩100万余只；联合杭州市医药行业协会、杭州多家连锁药店，率先发起药品零售行业“保价稳供”倡议。打好医保脱贫攻坚战。完善医疗救助兜底机制，运用大数据手段实现救助对象精准识别和主动触发，确保符合条件的困难群众资助参保率和医疗救助政策落实率均达100%。

2.完善制度体系建设。积极推进医保市级统筹，修订《杭州市基本医疗保障办法》及其配套政策，加快推进商业补充医疗保险落地。在全市范围内基本建成以基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗困难救助为托底，包括城镇职工医保、城乡居民医保、医疗困难救助、商业健康保险和大病保险在内的全覆盖、一体化、多层次、可转换的城乡统筹的医疗保障体系，为2023年市级统筹工作奠定了良好基础。积极做好罕见病用药保障机制落地，组织落实《关于进一步做好国家医保谈判药品落地工作的通知》，97个国家谈判药品执行率达到100%。

3.持续推进数字化转型。深入推进“最多跑一次”改革，经办事项线上办结率达88.44%。稳妥推进“互联网+医疗”医保结算服务，在全市范围内的社区卫生服务中心、4家市属公立医疗机构推广“互联网+医疗”试点服务。推动“电子凭证、电子病历、电子票据”应用，3819家定点医药机构完成了电子凭证系统改造，318.99万参保人员激活了医保电子凭证，实现病人便捷就医、医疗服务提质。2023年浙江省内异地规定病种门诊刷卡就医3.48万人次，结算费用623.38万元；跨省异地住院刷卡就医6442人次，结算费用1.78亿元；长三角门诊刷卡就医5.04万人次，结算费用1223.66万元。

4.深化重点领域改革。医保支付方式改革顺利推进，率先推出总额预算管理办法，从严下达指标，开展DRGs点数付费改革，三轮DRGs分组病组入组率均达99.5%以上，成效明显。结合DRGs点数付费改革进一步完善按床日付费改革。药品和医用耗材采购改革稳步推进。完成第一、二批国家组织药品集中采购中选药品的采购和使用，配合推进第三批国家组织药品集中采购中选结果落地。

5.多举措强化基金监管。成立基金监管创新试点工作专班，贯彻落实《关于进一步加强医疗保障基金监管工作的意见》（杭政办函〔2023〕91号），出台了落实行刑衔接、推进联动监管、强化公职人员管理、规范裁量标准、完善监督员管理等5个配套文件。国家医保局组织的试点工作中期评估中我局名列全国第三。实施杭州市定点医药机构专项检查行动，组织开展全市所有定点医药机构覆盖式巡查，审核拒付追回1.17亿元。开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传活动，《杭州日报》《学习强国》《今日头条》等众多知名媒体进行了宣传报道，全年发布基金监管类信息197篇，曝光典型案例82个。

6.扎实推进全面从严治党。组织全市医疗保障系统深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想和习近平总书记考察浙江、杭州重要讲话精神，自觉增强“四个意识”，坚定“四个自信”，坚决做到“两个维护”。成立局党组书记任组长的廉政风险排查防控工作领导小组，落实落细主体责任和监督责任，持续优化净化政治生态。制定并落实局系统党建责任考评办法和党支部工作考评办法，按照量化评分细则，强化过程考核，采取自查自评和考核评比相结合的方式，扎实推进基层党支部标准化建设。建设“智慧医保，护航一生”为主题的党建品牌，发挥党建品牌的示范、引导、激励和规模效应，推动全局工作落实。发挥党员领导干部模范带头作用，在“走亲连心三服务”、“双万活动”、医保制度改革、信访维稳、疫情防控的第一线冲锋在前。加强政务公开透明，公开医疗保障领域信息，畅通来信来访渠道，持续提升医保部门公信力。

## > 二、2023年工作思路

2023年，我局继续坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神和中央经济工作会议精神，牢牢把握医疗保障高质量发展的主题，认真落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和省、市委各项部署，坚持以人民为中心，以加速推进“六个医保”建设为目标，对标“重要窗口”“头雁风采”新定位，进一步完善制度体系建设，深化医保重点领域改革，提高医药管理水平，优化经办服务，加强基金监管，提高基金绩效，加速推进市级统筹，以排头兵的姿态和先行者的担当，真抓实干、砥砺前行，不断提升人民群众对医疗保障工作的获得感、幸福感、安全感，努力为“数智杭州·宜居天堂”建设贡献医保力量。

（一）完善制度体系。一是积极推进基本医疗保险市级统筹。统一全市基本医疗保险、大病保险、医疗救助等医疗保障制度，规范参保、筹资、待遇、管理等政策，实现制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体，2023年完成医保市级统筹准备工作，2023年1月1日起，统一实行基本医保基金市级统收统支。二是加快商业健康保险发展。部署落实《杭州市商业补充医疗保险实施方案》，会同有关部门适时评估商业补充医疗保险的运行情况及社会评价，推动承保机构不断完善产品设计，简化赔付流程，提升公众满意度，切实发挥商业医疗保险对全民医疗保险制度的补充作用。三是推进医保支付方式改革。推进医保支付方式分类改革，完善总额预算管理下的按病种（病组）、按

人头、按床日、按项目等多元复合式医保支付方式。全面实施住院费用按疾病诊断相关分组(DRGs)点数付费,探索结合家庭医生签约服务的门诊费用按人头付费。

(二)强化数字赋能。一是巩固脱贫攻坚成果。完善救助对象精准识别机制,促进医疗救助信息共享,提高医疗救助数据的精准性。探索建立贫困人员因病触底自动响应救助机制,着力降低贫困人员医疗成本,适度调整特殊医疗困难救助标准和限额,合理控制贫困群众政策范围内自付费用比例。二是推行医保数字化管理。全面开展医保电子凭证、区块链技术应用,推广电子发票、电子病历,推动医疗机构检验结果互认互享。支持“互联网+医疗”发展,完善“互联网+医保”线上结算管理新服务模式,优化远程诊疗、线上复诊、网上配药服务模式。建立完善互联网医院和药店管理办法。三是推进医保数据共享。建立数据分级分类安全管理机制和安全态势感知平台,实现分级授权、数据脱敏、行为监控。依托“智慧医保”平台,加强医保大数据分析和开发利用,拓展医保数据在社会治理和风险控制等领域的应用。完善部门信息共享机制,加强数据有序共享。强化网络安全保障,规范数据管理和应用权限,依法保护参保人员基本信息和数据安全。

(三)加强基金监管。一是健全“双随机、一公开”监管机制。进一步扩大巡查面和巡查数量,组织开展第三方巡查、驻点监管、义务监督员指派监督等工作,推行网格化管理。建立专项检查、飞行检查、重点检查等多形式检查制度,完善多层次监管体系。二是完善数字监管举措。充分利用互联网、云计算、人工智能、大数据分析算法等现代化技术手段,建立健全数据筛查、疑点核查规则,实施非现场动态智能监管。三是持续打击欺诈骗保。继续实施医保基金监管三年行动计划,重点开展民营医疗机构专项治理,专项整治虚假住院、串换项目、过度治疗、违规收费等违法违规行为,重拳打击各种恶意欺诈骗取医疗保障基金的不法行为。四是加强部门监管合力。继续深入推进建立运转高效、规范有序的多部门联合监管机制,形成部门间信息互通、结果互认、力量叠加的监管格局。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制,严肃追究欺诈骗保单位和个人责任。

(四)强化自身建设。一是切实加强党的全面领导。坚持把党的政治建设摆在首位,以坚决做到“两个维护”的政治责任感推进清廉医保建设。严明党的政治纪律和政治规矩,严肃党内政治生活,压实压紧主体责任,严格落实意识形态工作责任制,深化主体责任报告工作,严格执行问责制度。严格落实廉政风险排查防控机制,扎实推进专项教育整顿活动,打好省局部署的“四场战役”。二是全面加强清廉建设。大力支持纪检监察派驻机构工作,有效运用监督执纪“四种形态”。深入贯彻落实中央八项规定及实施细则精神,扎实推进“清廉机关建设、模范机关创建”工作。着力构建“亲”“清”新型政商关系,严肃查处党员干部违纪违法行为。切实加强法纪教育,营造不想腐的清廉文化。

## 【篇10】医疗保障局2023年工作总结

2023年上半年,太和县医保局深入学习贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的重要讲话批示指示精神,扎实推进我县多家医疗机构骗保问题专项整改,以完善医疗保障制度,加强管理服务为抓手,积极履职尽责,敢于担当作为,确保了医疗保障各项工作平稳、有序推进。现将2023年上半年工作总结和下半年工作计划报告如下:

>一、2023年上半年工作任务完成情况

(一)强化监管,严厉查处医药机构骗保行为

1、加大对医疗机构骗保行为的查处。截至目前媒体报道的4家涉事医院(第五人民医院北区、东方医院、和美医院、普济中医院)2023年度涉嫌欺诈骗保病历420份已移交公安机关,涉及骗保金额159.72万元,一般违规金额599.69万元,合计759.41万元,已追回674.39万元,剩余85.02万元已移送法院起诉。已解除四家涉事医院医保服务协议结算关系,并吊销《医疗机构执业许可证》,各罚款5000元;对14名涉事医生分别作出吊销《医师执业证书》、取消医保医师协议资格的处罚。市委核查太和县2023年4月份以来涉嫌欺诈骗保病历经公安调查后,核实3757例,金额1081.61万,涉及9家医院(第五人民医院、东方医院、普济中医院、和美医院、大庙镇康太医院、康明医院、爱民医院、天成眼科医院、开发区利民医院)。市医保局认定一般违规金额2649.64万。拟对涉嫌欺诈骗保的给予5倍罚款,一般违规追回资金的处罚。

根据市委核查组反馈意见,拟对两家医院(太和县第五人民医院、天成眼科医院)依法解除医保服务协议,并吊销执业资格;目前五院已解除。拟对三家医院(爱民医院、康明眼科医院、大庙镇康太医院)暂停医

更多 总结范文 请访问 <https://xiaorob.com/zongjie/fanwen/>

文章生成PDF付费下载功能，由[ECMS帝国之家](#)开发