

# 学校后勤主任述职报告(实用10篇)

时间过得真快，总在不经意间流逝，我们又将续写新的诗篇，展开新的旅程，该为自己下阶段的学习制定一个计划了。计划为我们提供了一个清晰的方向，帮助我们更好地组织和管理时间、资源和任务。以下是小编收集整理的工作计划书范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 医疗保险工作计划篇一

随着新农合、城镇居民、职工医疗保险在全国范围内的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%以上，已经成为医疗领域的主要资源。我院医保、新农合管理工作本着让广大参保、参合患者来我院就诊舒心、住院放心、报销省心为工作宗旨。通过上年度医保中心、农合办对我院医保、新农合工作的考核验收均较满意。在本年度，结合我院的实际情况，对我院的医保、新农合做好以下工作。

为了避免搭车开药和冒名顶替现象的发生，我院门诊大夫应严加审核，规范管理，确保医保、新农合基金得到更加有效的使用。

- 1、在收费处办理住院手续时，应准确登记医疗类型，严格把关是否符合住院标准，每日核查一次。
- 2、建立医保、新农合监督小组，定期做好对医保、农合住院病人抽查的工作，不仅对病人的身份进行核实，并对医保、参合病人的住院病历是否合格，根据政策规定进行审核。审核内容：诊断病种是否准确、完整；药品使用是否正确；诊断项目是否合理；检查报告单是否完善。发现不合格的病历，及时告知责任医生进行修改。
- 3、在收费处办理出院结算后，住院患者凭医保或新农合结算

单到医保、农合办进行补偿报销，避免结账、补偿报销在同一科室，更加规范了财务制度。

1、加强对医务人员的政策宣传，定期对医务人员进行医保、新农合工作的新政策反馈。重视培训工作，不定期举办医保、新农合知识培训班。

2、加强与医保中心、农合办的联系和沟通。各项政策认真执行，并积极落实，当好领导的参谋助手，使医保中心（农合办）、医院和患者三方达到共赢。

3、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责（收费处）。

在今后的工作中，我深信，在劳动保障和农合办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，医保、新农合的管理工作会更加顺利进行，我科室全体工作人员将一如既往地继续努力工作，求真务实，尽职尽责，为中医院的发展贡献自己的一份力量！

医保、农合办

20xx年4月5日

## 医疗保险工作计划篇二

2021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、四中全会精神，以人民健康为中心，落实《中央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。

### 一、1 2021 年工作总结

（一）城乡居民基本医疗参保情况。2021 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。2021 年 xx 区常住人口 x 万人，截至 2021 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。

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。2021 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\_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 2021 年 x 月 x 日，涉及的重复报销金额 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\_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。2020 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 2021 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〔2020〕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。

供合理的基本医疗保障服务。

## 二、2022 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；加强基金预算管理和风险预警，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。

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保备用金，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 2022 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）2 2022 年重点工作

1. 参保缴费工作。配合相关部门做好 2022 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 2021 年 x 月中旬，组织召开 xx 区 2022 年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作动员会，总结 2021 年度城乡居民基本医疗保险工作运行情况，动员部署 2022 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。

展全覆盖检查提供参考。

二是开展 2022 年医保基金监管集中宣传月活动工作。计划 2022 年 x 月，在 xx 区开展 2022 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 2022 年基金监管全覆盖检查工作。计划 2022 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 2022 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 2022 年度定点医疗机构总额控制方案。

## 医疗保险工作计划篇三

分发挥党员在社区建设中的作用,加强社区班子建设,提升干部队伍整体素质和能力。

新婚前后随访,鼓励晚婚晚育,每月随访孕期,积极做好孕期筛查调查。怀孕期间随访,宣传孕期、围产期保健知识。在重点人群、流动人群和重点环节管理上,结合实际突出重点掌握信息。有针对性的为育龄群众提供最佳服务,开展好帮扶结对、生育关怀,宣传计划生育法律法规。

做好技能培训,就业创业、富民惠民等宣传工作及就业失业登记工作。

加强动态管理,及时了解和跟踪已保家庭的收入情况,对不符合条件的及时予以调整,对新出现的困难家庭要及时纳入保障范围,确实做到“应保尽保”。续实施城乡困难家庭医疗救助制度,完善与城乡居民医疗保险制度的衔接,提高救助效果,减轻困难家庭的经济负担,努力使困难群众无钱看病和看不起病的问题逐步得到缓解。积极开展春荒、冬令救助和救灾救济应急工作。

## 5、社区治安综合管理、民兵工作

8其它工作 社区服务中心联系其他部门开展法律援助、反xxx□安全教育、道德讲堂等宣传活动，增强居民的归属感。及时了解掌握居民反映的热点，设法及时解决。

## 医疗保险工作计划篇四

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。医保科是政府管理职能的延伸，是医院中解决诸多社会矛盾的集中的地方，是医院医疗保险管理的核心。医保定点医院不仅是医疗服务场所，而且是医保运行的载体，是医、保、患三者的核心，是国家政府保障医保工作的桥梁，是保障社会稳定促进社会和谐的纽带。我院的医保科工作服务半径，院内涉及到的科室：财务科，药剂科，医务科，住院部，门诊部，临床各科室，病案室，信息科；院外涉及到的单位：各旗县区医保办公室，新农合办公室，民政局，市医保局，市新农合办公室等。

随着新农合，城镇居民、职工，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%以上，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。（新农合、城镇居民医保、职工医保，以后简称“基本医保”），是一种政府行为，不仅是医疗任务，也具有很强的政治内涵。

我院门诊医保病人现在主要是对离休干部和新农合门诊观察对象的服务，现在离休干部门诊开药和新农合门诊观察较为规范，但为了避免开“搭车药”和冒名顶替现象的发生，我院门诊大夫应严加审核，规范管理，更加有效的使用医保、新农合基金。

现在我院医保的医保工作对病人的管理只是停留在对病人的人员核实，对医保全过程的管理还存在缺陷，今后应加

强基本医保病人在住院期间和出院时间的管理。

注意对医保病人的住院流程作出如下调整：

1、在住院处办理住院手续，准确登记医疗类型，并收下城镇职工、城镇居民病人医保卡。

4、建立医保监督小组，每周对基本医保病人抽二次，不仅对病人的身份进行核实，还要对基本医保病人的运行病例，根据基本医保的政策规定进行检查。

5、病人出院时要对病人的病历进行审核，审核内容：诊断病种是否准确、完整，药品使用是否正确，诊断项目是否合理，审核检查单是否完全，是否有漏洞或超出现象。

6、在医保办结算后，病人拿着医保或新农合结算单到住院处进行补偿报销，这样可以避免结账报销在一起更加规范了财务制度。

## 医疗保险工作计划篇五

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。随着新农合，城镇居民医保，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的`80%，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。

1. 继续做好与市医保局、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；

素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4. 加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5. 带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。
6. 根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。
7. 积极配合网络中心进一步加快医保各类查询功能的完善，使医保管理科学化、数字化。做到有据可查、有据可依。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

## 医疗保险工作计划篇六

提高医保管理质量，创新医保管理体制，把医保工作做实做细。随着新农合，城镇居民医保，在全国的广泛推广，我院以上三类病人占到总住院人数的80%，已经成为医疗领域的主要市场。对上述三类病人服务好，管理好，对我院以后的住院收入有着重大的意义。

- 1、继续做好与市医保局、合管办、医院等三方协调和上传下达的工作；
- 3、加强对医务人员的政策宣传。定期对医务人员进行医保、农合工作反馈，每季度末对各临床科室的各项指标控制情况进行反馈。重视培训工作，举办业务培训，培训出一批懂政策、会操作的科室业务骨干，不断提高全院职工的自身素质，以适宜基本医疗制度建设的需要。

4、加强就医补偿各项服务管理优质化，建立积极、科学、合理、简便、易行的结算工作程序，方便于民、取信于民。

5、带领全科工作人员，求真务实，一如既往地努力工作，绝不辜负领导和大家的期望。

6、根据现在的实际情况进一步做好数据字典和医保、新农合报销字典的对应，并有专人负责。

7、积极配合网络中心进一步加快医保各类查询功能的完善，使医保管理科学化、数字化。做到有据可查、有据可依。

医保、新农合是维护广大干部职工和农民的切身利益，是保证国家长治久安的大事。我们已开展的工作和取得的成绩证明：只要我们坚决贯彻上级的各项政策，我们相信，在政府高度重视，在劳动保障以及合管办主管部门的指导下，在全院各科室的密切配合下，明年的医保和农合工作一定能顺利进行。我们的工作人员也将振奋精神，扎实工作，积极探索，开创我院医保事业的新局面。

## 医疗保险工作计划篇七

（一）职工医保基金运行情况：截至10月底，职工医保基金收入（含生育）亿元；支出亿元，比上年同期亿元增加；职工医保基金累计结余亿元（其中，统筹基金结余5684万元，个人账户结余亿元）。

（二）城乡居民医保基金运行情况：截至10月底，城乡居民医保基金收入亿元（其中缴费收入亿元，财政补助亿元，利息收入80万元）；支出亿元，比上年同期亿元增长；城居医保基金累计结余3823万元（尚有应付未付市医疗保障基金垫付一卡通结算款6000万元）。

（一）聚焦公平医保，市级统筹稳步推进

一是保障水平大幅提升。2021年1月1日将城乡居民医保县内定点医疗机构的最低报销比例自25%提高至35%，统一职工和城乡居民医保年度列支限额，分别由8000元、9000元和11000元提高至20000元，增设城乡医保门诊300元起付线，大病保险、医疗救助、生育保险等险种政策与杭州市一致，不再保留差异性政策。

二是市级统筹稳步推进。按照2022年1月1日做实基本医保市级统筹的要求，成立以黄青副县长为组长的工作专班，根据特别生态功能区建设“两个不低于”的目标，坚持“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”为原则，做好政策差异梳理，完善基金数据测算，与财政、卫健等部门多次协商讨论，积极与省市医保、财政部门沟通对接，主动向市政府及县委县政府领导汇报，争取淳安倾斜政策。11月4日，《杭州市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案》经市政府常务会议审议通过，明确2022年基本医保杭州市政策统一，明确在各区县（市）完成年度征收任务之后，职工医保赤字由市县8:2分担，城乡居民医保按照2022年度新增部分缺口按照市县2:8比例标准固化分担，对淳安县均予以20%倾斜。

三是全民医保成果持续巩固。紧扣“全民医保”目标，贯彻“以人为本”理念，持续关注重点人群，确保符合参保条件人员应保尽保。截至10月底，2021年全县基本医疗保险户籍人口参保人数万人，户籍人口参保率达到。2022年城乡居民医保参保缴费工作已于11月1日正式启动，截至16日已有万人缴费成功。

## （二）聚焦精准医保，保障措施更加有力

一是健康补充保险成效初显。2021年1月，根据市医保局统一部署，积极推进普惠型商业补充医疗保险—“西湖益联保”，助力解决因病致贫因病返贫问题，成效初显。2021年，全县“西湖益联保”参保人数达到231465人，参保率为，居杭州市第一。据不完全统计，截至10月底，全县“西湖益联

保”待遇享受人数2048人，赔付金额万元，赔付率，全县个人医疗费用负担5万元以上的人数减少。2022年度西湖益联保工作已于10月15日启动，截至11月16日，参保率为。

二是困难人群实现应保尽保。根据省市文件精神，做好困难群众基本医疗保险参保工作，确保完成我县符合条件的困难群众资助参保率达100%，医疗救助政策落实率达到100%的工作目标。自2021年5月起，通过浙江省大救助信息系统，主动获取困难群众动态变化清单，及时维护参保人员持证信息，做好未参保人员参保动员工作，确保“不漏一户、不少一人”。截至目前，全县在册低保12526人、低边3837人、特困592人，均参保基本医疗保险，实现100%参保。

三是高额费用有效兜底保障。联合农业农村局、民政局，建立困难人群高额医疗费监测分析机制，定期开展困难人群因病致贫返贫情况分析。建立困难救助联席会议制度，联合银保监、红十字会、工会、残联、民政等部门开展困难人群高额费用化解联审机制，确保困难人群高额医疗费切实得到化解。2021年全县共化解3名困难人员高额医疗费用，化解高额医疗费元。

(三) 聚焦赋能医保，各项改革落地见效