

财政支出项目绩效自评报告

(2023 年度)

项目名称：城乡居民医疗保险工作经费

项目单位：（公章）仁化县医疗保障局

（一级预算单位）

填报人姓名：杨睿

联系电话：6238323

填报日期：2024 年 3 月 25 日

一、基本情况

年度资金总额 444875 元，其中 161132 元分配给到各镇（街）人民政府，用于开展医保征缴工作（如资料、耗材、宣传经费等）。

城乡居民基本医疗保险参保率稳定在 98% 以上。城乡居民医保政策范围内住院费用支付比例达到 70% 以上，逐步缩小与实际住院费用支付比例之间的差距。加强打击欺诈骗保工作力度，切实保障医保基金合理有效使用。有效提升综合监管、宣传引导、经办服务、人才队伍建设等医疗保障服务能力。

二、自评情况

（一）自评结论、分数、等级

自评 97.72 分。综合监管、宣传引导、经办服务、人才队伍建设等医疗保障服务能力明显提升，城乡居民基本医疗保险参保率稳定在 98% 以上。

（二）资金使用绩效

1. 资金支出情况。

资金预算数为 444875 元，执行数（支出数）：44875 元，执行率：100%。其中有 161132 元分配到各镇（街）人民政府，用于开展医保征缴工作（如资料、耗材、宣传经费等）。余下资金 283743 用于开展城乡居民医疗保险宣传、医保经办能力提升、医保基金监管等。

2. 资金完成绩效目标情况。

（1）扎实有序推进全县医疗保险参保工作。一是加强

组织领导，强化工作部署，成立以县分管领导为组长、各镇（街）主要领导为成员的仁化县城城乡居民医疗保险征缴工作领导小组，并及时组织召开全县城城乡居民基本医疗保险参保缴费工作动员部署会议，对我县医保参保缴费工作进行了全面部署；二是明确职责，压实责任，要求各镇（街）及有关部门按工作职责及时做好参保缴费工作，采取切实有效的措施引导居民积极参保续保，努力实现全民应保尽保；三是坚持政策先导，采取线上线下相结合的方式广泛开展医保征缴宣传。线上，加强与县融媒体中心合作，利用广播、村村通大喇叭、电视台本地频道、微信公众号、抖音等新媒体持续播放参保缴费通知；线下，每家每户发放致村民的一封信、宣传小册子，在两定机构及镇（村）设置电子横幅滚动播放，结合县直单位及各镇（街）党员干部通过“一线双联”“民情夜访”进村入户，宣传政策，并针对重点人群，如稳定脱贫对象、低保退出人员等人群进行一对一宣传动员参保缴费，截止目前，我县共印制并下发宣传折页 90000 份，宣传袋 6000 个，一封信 20000 张，在各定点医药机构、镇、村设置宣传横幅。通过全方位宣传，入户宣传全覆盖，让惠民政策深入人心，提高群众参保的积极性，为确保应保尽保奠定了基础。四是加强部门协调配合，优化服务流程，简化办事程序，利用“粤医保”“粤税通”“粤智助”等小程序，以信息化手段实现参保缴费、信息查询等服务线上办理。截至 2023 年 12 月 31 日，2024 年全县城城乡居民参保人数为 158056 人，完成市下达目标任务数 161100 人的 98.11%。

(2) 强化“两定”机构管理，共筑基金监管防线。一是加强宣传培训。周密部署，精心组织医保基金监管集中宣传月活动，采取线上线下相结合的方式，通过编印发放宣传材料、开展专项培训、曝光典型案例、畅通投诉举报渠道等多种方式，推动全社会共同关注、支持、参与医保基金监管工作。宣传月期间轮流曝光欺诈骗保典型案例共计70余次，播放医保基金宣传月动漫视频共计100余次，浏览微博、微信公众号浏览次数共18000余人次，活动答题参与人数达4000多人，滚动宣传横幅200余次，派发折页和小册子15000多份，宣传抽纸1100多盒，环保袋6000多个，张贴宣传海报300多份，提高了各定点医药机构和医保经办机构工作人员对医保政策规定的认识，强化了责任意识，形成全社会监督医保基金的良好氛围，筑起维护医保基金安全多层防护网。二是开展信用承诺，与定点医药机构签署维护医保基金安全承诺书，要求严格遵守法律法规，坚决抵制各类违法违规骗保行为，全县定点医药机构100%全覆盖签订承诺书。三是强化监管，做好基金监管“守护神”。落实“改革攻坚规范治理年”的部署和按照纪委监委开展医保基金专项治理工作要求，通过专项检查、联合检查、借助第三方监管力量及医保智能审核系统等不同形式开展监督检查，聚焦欺诈骗保重点领域，保持打击欺诈骗保高压态势，针对高风险项目、分解收费、超标准收费、重复收费、套用项目收费、挂床住院、串换药品、耗材和诊疗项目、诱导住院，虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、冒名就医、聚敛盗刷社保卡套现、诱导购

买化妆品、生活用品等违约违规违法行为，在日常检查中重点排查。经查我县部分定点医院存在不合理检查、过度检查、不合理治疗、重复过度用药治疗、未按物价标准收费、超标准收费等问题，部分药店存在串换项目收费等问题，针对以上问题我局要求定点医药机构立即整改，对整改不到位的定点机构取消其医保定点资格。截至 11 月，共处理定点医药机构 25 家，其中约谈 4 家，追回资金 21 家，中止医保服务 4 家，行政处罚 2 家；共追回医保资金 98.3723 万元，行政处罚 14.07 万元。

（3）扎实推进医保服务提质增效。积极推进医保异地就医医疗费用直接结算工作，大力开展“不见面”的线上异地就医备案，全县异地就医备案实现多平台全流程线上办理，实现由单一办理模式到多元化办理模式的跨越；全方位助力解决三孩生育医疗费用带来的后顾之忧，落实新出台系列生育保险政策及措施，确保三孩生育医疗费用和生育津贴纳入生育保险保障范围；大幅提高职工生育保险结算标准，实施生育医疗费用医院收费窗口“一站式”直接报销，同步开通职工生育保险异地就医产生的生育医疗费用联网直接报销；将新生儿参加城乡居民医保纳入我县“出生一件事”联办改革事项，群众只跑一次就能办完“出生一件事”。

3. 资金分用途使用绩效。

城乡居民基本医疗保险参保率稳定在 98% 以上。城乡居民医保政策范围内住院费用支付比例达到 70% 以上，逐步缩小与实际住院费用支付比例之间的差距。加强打击欺诈

骗保工作力度，定点医药机构监督检查覆盖率 100%，切实保障医保基金合理有效使用。

（三）资金使用绩效存在的问题

无

三、改进意见

无。