临泽县医保局

2023年部门整体支出绩效自评报告

一、部门预算及执行情况

临泽县医保局部门整体预算包括人员经费、公用经费。部门预算按照“二上二下”流程进行编制、审批和下达预算。2023年临泽县医保局部门年初预算为490.06万元，完成支付488.18万元，其中工资奖金208.72万元，社保、医保、公积金等51.99万元，公务员交通补贴13.38万元；公务接待费0.75万元，福利费及工会经费4.94万元，水费、电费、差旅费等其他办公费28.4万元。2023年城乡居民基本医保县级财政配套补助资金176.72万元，2023年医疗保险基金第三方核查经费3.28万元。

二、项目资金预算执行情况

2023年医疗服务与保障能力提升补助资金下达资金共计两批，下达资金40万元，完成支付40万元。中央财政医疗救助补助资金共下达资金446万元，完成支付446万元。2023年医疗救助补助资金-省级（城乡医疗救助补助资金）下达资金19万元，完成支付19万元。城乡居民医疗保险县级配套资金180万元，完成支付167.76万元。

三、绩效目标完成情况分析

2023年度临泽县医保局整体支出进行了独立客观的评价，最终评分结果为95分，绩效评级为“优”。总体而言，临泽县医保局部门管理制度较为健全，部门履职、部门效果、满意度及社会评价情况较好，在绩效信息管理完善性等方面还有待提升。不断提升领导干部服务能力，着力落实待遇保障，优化经办服务，推动医保改革、强化基金监管，切实减轻参保人就医负担，提升了群众对医保工作的满意度。

绩效目标效益分析

**（一）守正创新固基本，在医保事业高质量发展上持续用力。一是全面落实各项政策，人民群众健康得到保障。**2023年城乡居民参保缴费116201人，参保率98%，筹集医保基金11155.30万元。目前，城乡居民医保基金支出13688.72万元，占基金收入的122.71%。其中：住院33580人次报销11663.42万元，门诊慢特病72293人次报销1080.79万元，住院政策范围内报销比例达到72.78%。城镇职工参保14731人，基金收入6809.15万元，基金支出7183.01万元，占基金收入的105.49%。其中：住院4334人次报销3197.72万元，门诊慢特病23694人次报销490.47万元，住院政策范围内费用报销比例达到87.57%。**二是强化协调信息共享，特殊人群保障有力。**与民政、乡村振兴部门建立信息共享机制，按月比对交换信息，低保对象、已脱贫人口参保率100%。资助城乡低收入人口14482人264.06万元；低收入人口住院报销6811人次3321.51万元；门诊慢特病报销18801人次542.82万元，政策范围内报销比例达到92.68%。建立返贫监测机制，共筛查出监测对象单次住院医疗费用个人自付超过7200元以上157人次，其他农村居民单次住院医疗费用个人自付超过12000元以上1062人次，及时反馈各镇、乡村振兴、民政部门，共同做好动态监测帮扶工作。深入开展“结对帮扶 爱新临泽”工程，共开展联系交流79次，走访探视62次，资助资金1200余元。**三是疫情防控医保政策落实有力。**及时向定点医疗机构拨付医疗保障周转金1268万元，专项救治资金150万元。落实“乙类乙管”政策，发放“爱心药包”17036份，医保报销121.06万元。及时核实新冠患者就医费用，为1690名新冠感染住院患者报销费用264.65万元，门诊患者80人次1.1万元，有效解除患者医疗费用后顾之忧。

**（二）综合施策抓突破，在医保支付方式改革上持续用力。一是城乡居民门诊统筹试点工作有效落实。**至目前，普通门诊就诊189625人次，门诊统筹基金支付672.24万元，有效减轻了群众门诊就医负担，促进了分级诊疗制度落实。****二是**DIP支付方式改革有序推进。**2家县级医疗机构DIP支付方式结算占实际结算量的98%，预结算3420.31万元，各镇卫生院自9月起施行DIP付费，预结算79.22万元。**三是依申请医疗救助政策全面落实。**城乡居民政策范围内住院及门诊慢特病，经基本医保、大病保险支付后个人自付超过5000元以上的人员信息进行筛查，积极宣传动员申请。至目前，落实依申请医疗救助700人次339.89万元。**四是职工医保门诊共济全面启动。**全年职工门诊就诊150710人次，报销837.9万元；实现了职工医保个人账户家庭共济3235人37.34万元，其中：门诊共济2975人次25.92万元，住院共济277人次11.41万元。**五是药品、耗材带量采购和医疗服务价格监管规范运行。**常态化、制度化开展集中带量采购工作，县内11个定点医疗机构新签订合同728份，合同金额482.7万元，拨付集采药品预付周转金144.8万元，拨付各定点医疗机构结余留用资金72.54万元。定期对“双通道”管理定点零售药店价格执行和处方流转情况进行监督检查，进一步规范“双通道”管理零售药店服务行为。门诊慢特病定点零售药店共为101名患者提供购药服务，医保基金支付3.86万元。

**（三）注重规范强监管，在医保基金安全运行上持续用力。**

**一是强化宣传增强守法意识。**组织开展“打击欺诈骗保、维护基金安全”集中宣传月活动，发放宣传资料15000多份，广场大屏幕播放典型案例20多天，悬挂打击欺诈医保基金宣传标语200余条，张贴宣传海报1200多份，进一步增强广大群众维护医保基金安全的主动性。**二是建立基金监管长效机制。**充分发挥联席会议制度职责，聘请公安、财政、审计等部门社会监督员参与监管，进一步增强医保基金监管和执法工作透明度。对县内150多家定点医药机构开展专项检查，促进医疗机构规范医疗服务行为，提高基金使用效率。建立信息公示制度，定期公布基金监管工作成果、典型案例以及医保领域违法违规机构等信息，不断强化震慑效果。**三是加大医保基金监管力度。**积极配合完成省级飞检和市级专项检查工作，对检查出的4家定点医疗机构存在的违规问题进行处理，追回违规资金22.2万元；及时查处4起涉嫌以欺诈、伪造证明材料骗取医疗保险待遇案件，共追回违规资金1.35万元，并公示典型案例1例。聘请第三方对县域内40家医疗机构进行专项检查，协议处理定点医疗机构30家，追回违规资金28.7万元，向卫健局移交疑似违规线索9件。定点医疗机构自查自纠累积查处问题58个，主动退回基金0.55万元；12月份对县域内定点医药机构进行检查，实现检查面全覆盖。约谈两定机构负责人90多人。

**（四）注重群众**满意度**，在**优化医保经办服务上持续用力。****

**一是强化医保政策培训。**拓宽宣传渠道，创新宣传方式，线上利用短视频“短、平、快”特点，精心拍摄录制医保宣传专题片2个，微信图文500余篇，抖音短视频40个，把政策条例转化成民众通俗易懂、喜闻乐见的内容。线下深入镇村（社区）、医药机构、企事业单位，开展面对面的宣讲培训33场次，受训2000余人。发放各类宣传资料4.5万余份，同时加大身边典型案例宣传，切实提高群众对医保政策的知晓度。**二是提升医保经办服务能力。**在全县建立医保经办服务点58个，占到全县行政村的60%以上，统一大厅设置，下放经办事项18项，全面实施“好差评”制度，严格落实首问负责制、一次性告知制、限时办结制、AB岗替代制和信息公开制等管理制度，竭力优化群众办事体验。对全县65岁以上老年人全面摸排并建立健康台账，开展“送政策、送健康、送便利、送诊疗”服务，有效提高了医保适老化服务水平。**三是提高经办制度化水平。**全县167家定点医药机构机构完成医保信息平台接口改造优化升级，统筹区内实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结报。谈判药品“双通道”电子处方流转已在符合条件定点医药机构实现对接。至目前，全县医保电子凭证激活114669人，激活率达88.36%，使用率达40%。通过医保电子凭证线上办理灵活就业人员信息变更、城乡居民参保、跨省参保关系转移接续、异地备案达7206件。

五、改进措施和建议

加强部门明细预算的编制。基本支出的人员、公用支出的预算进一步细化，执行在相关论证充分的基础上进行科学的明细预算。研究执行相关预算定额标准。基本支出预算实行定员定额管理，人员支出预算按照工资福利标准和编制定员逐人核定；公用支出预算按照部门性质、职责、工作量差别等划分若干档次。强化预算执行管理力度。在科学编制年度部门预算的基础上，在推进落实工作计划的同时，严格执行相关支出预算，及时保障本年度支出预算的执行。

临泽县医保局

2024年1月16日