

附件4

部门整体支出绩效自评报告

(2023年度)

部门名称：始兴县医疗保障局



填 报 人：钟健顺

联系电话：0751-6927892

填报日期：2024-7-9

一、部门基本情况

（一）部门职能。

始兴县医疗保障局是县政府组成部门，为正科级，经费是财政全额拨款，内设4个股室：办公室、待遇保障和医药服务管理股（医保基金监管股牌子挂在待遇保障和医药服务管理股）、医药采购和价格管理股，下属事业单位始兴县医疗保障事业管理中心1个。

主要职责：负责本县医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障事业资金规划及申报；负责本县城乡居民基本医疗保险参保缴费工作；加强本县域内医保基金监督管理宣传，牵头落实医保基金监管联席制度；落实本县参加医疗保险人员的待遇；落实本县公立医疗机构药品和医用耗材采购和结算监督管理；落实本县医保两定机构的协议管理，及其信息化建设工作；监督医保中心工作的开展落实；督促医保中心落实医疗救助工作；配合县卫健局落实医疗改革相关工作。始兴县医疗保障事业管理中心承担全县医疗保障基金支付管理工作,含对定点医疗机构、定点零售药店进行费用结算；依法审核和支付各项医疗保障待遇；承担医疗保障稽核内控管理工作；核实困难群众医疗救助工作；承担医疗保障经办机构业务培训工作；异地就医真实性的核查工作；负责管理参保单位和个人的社会保险缴费记录，待遇支付档案和个人账户信息等资料。审核医疗保险缴费申报；办理医疗、生育

保险关系的建立、中断、转移、接续和终止以及参保档案的归建管理工作；受理困难群众医疗救助工作；经办全县补充医疗保险业务；负责始兴县异地就医直接结算管理和基金支付及备案审批工作；开展医疗保险政策咨询和个人账户基金查询等服务工作。

（二）年度总体工作和重点工作任务。

1.坚持党建引领，深化党对医保工作全面领导

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，忠诚捍卫“两个确立”，坚决做到“两个维护”。坚持以政治建设统领全面从严治党工作，不断提高政治判断力、政治领悟力、政治执行力。通过局党组扩大会议、局务会议、全体干部职工会议深入学习党的二十大精神、习近平关于广东和医疗保障工作的重要论述、重要指示批示精神，通过率先垂范抓学习，促进机关党建与业务工作深度融合、提质增效，牢牢把握医疗保障工作决策的政治方向，为推动落实各项中心工作提供坚强有力的政治保障。

2.强化监督管理，促进医保基金健康安全运行

始终将加强医保基金监管、守护基金安全作为首要政治任务，树牢医保基金全流程监管的理念，坚决守好人民群众的“保命钱”“救命钱”，通过组织开展宣传引导、业务培训、自查自纠、日常稽核检查、第三方巡查检查等方式，推动医保监管出实效。

（1）加大宣传力度，营造人人关注参与氛围。一是以“安全规范用基金 守好人民看病钱”为主题，组织开展了医保基金监管集中宣传月活动，线上线下多渠道宣传，营造浓厚宣传氛围。组织乡镇、定点医药机构、县公安局、县卫生健康局等相关部门在步行街广场举行宣传月启动仪式，联合定点医疗机构开展了医保政策宣传活动和特色义诊活动，与参保群众面对面宣传解答，增强广大群众对医疗保障相关法律法规、业务办理了解。二是多渠道宣传，营造浓厚宣传氛围。全力打造“医保守初心，服务担使命”医保宣传党建品牌，充分利用宣传横幅、宣传展位、电子显示屏宣传栏、户外大屏幕、始兴发布、新闻电视、手机短信推送、进村入户、曝光典型案例等线上线下渠道广泛宣传，掀起学法用法、打击欺诈骗保、维护基金安全的热潮。共派发宣传资料3万多份，户外大屏幕播放医保宣传视频5000余次，手机推送短信5万余条，为参保群众宣传答疑1万余人次，有效强化了医保定点医药机构和社会公众的法制意识和医保政策知晓度。

（2）开展业务培训，提升综合素质。根据医疗保障制度的更新变化，为更好地提升全县医保人员业务能力，我局一是组织各级医保工作人员参加上级开展的基金监管、医保DIP支付方式改革、医保信息平台系统操作等医保业务培训，参加人员达100多人次；二是组织全县各乡镇、村（居）医

保人员，定点医药机构工作人员开展医保业务培训会，培训人员 500 多人次，培训通过政策解读、案例剖析和经验交流等形式，对医保基金监管、医疗保险参保缴费、医疗救助、医保电子凭证激活使用、分级诊疗、药品和医用耗材集中采购等方面的政策作了全面细致的解读，不断提升全县医保人员业务水平和经办能力，提高行业自律意识和诚实守信意识，强化乡镇、医保定点医药机构作为医保政策宣传的“前沿阵地”作用，从而提升群众对医保政策的知晓率和满意度。

（3）压实责任，强化监管。一是强化组织领导，制定我县医保基金监管工作方案，明确工作要求，积极开展医疗保障基金监管领域突出问题专项监督，适时召开医疗保障基金监管工作、医疗保障基金监管领域突出问题专项监督工作推进会，通报工作情况，倒逼各定点医药机构强化自我监督。二是落实医保定点医药机构全覆盖协议管理。组织全县 53 家定点医药机构签订服务协议书、反欺诈承诺书，强化定点医药机构自我管理主体责任，明确严格遵守医保各项规定，坚决抵制各类违法违规骗保行为，并要求定点医药机构在宣传栏显著位置公示反欺诈承诺书，接受社会公众监督。三是组织定点医药机构开展自查自纠，要求强化自我管理的主体责任，切实把医保基金监管工作摆到突出位置，坚持“一把手”负总责，成立专项领导小组，将职责落实到人，组织开展自查自纠，发现问题即知即改，立行立改，促进基金监管

从治标向治本方向转。落实辖区内 53 家医保医药机构自查自纠全覆盖，涉及违规的医药机构 17 家，退回违规资金共 45.57 万元。四是通过医保经办内部智能审核监控拒付违规基金 3.58 万元，通过智能监控追回违规基金共 127.87 万元。五是常态化开展医保医药机构现场检查、医保结算智能审核，提升精细化管理能力，加快实现对医疗保障基金使用全方位、全流程、全环节智能监控；认真开展定点医药机构年度考核工作，切实加强各定点医药机构的医保业务工作督促检查，改善服务态度，提高医保服务质量。重点聚焦挂床住院、“三假”等欺诈骗保恶劣行为，积极联合第三方、经办机构、医保专家开展检查，建立信息共享、日常联络等机制，充分发挥各部门联合优势，强化集中检查+日常抽查相结合，根据检查情况开展“回头看”行动，持续织密扎牢医保基金监管的制度笼子，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为。2023 年，共对全县 53 家定点医药机构检查 68 次，追回违规基金 95.69 万元，行政处罚 86.11 万元，暂停服务协议 1 家，立案 3 宗，并对违规定点医药机构主要负责人、分管领导和医保负责人进行约谈共 6 人次。六是做好 2022 年度医保基金年终清算拨付与回收工作。认真落实《韶关市基本医疗保险总额控制下按病种分值付费实施细则》，要求医保定点医疗机构严格实施医保基金按病种分值付费标准，根据市局部署做好工作跟踪落实，引导各医保定点医疗机构按期完成 2022

年度医保基金年终清算拨付与回收工作，推进医保基金规范使用。积极做好韶关市“村医通”医保结算系统在村卫生站使用测试和上线工作，实现村卫生站医保业务的联网结算，全面提升面向基层人民群众医保结算业务的经办能力。扎实推进韶关市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）支付方式改革宣传培训工作。

3.开展参保征缴，推动落实全民共享医保待遇

积极统筹推进城乡居民基本医疗保险参保缴费工作，以县府办名义下发了《关于认真做好2024年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作的通知》，明确了各乡镇参保缴费任务人数。为加大参保缴费宣传力度，我局一是在始兴融媒体、医保局信息平台发布了关于2024年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作信息，并在微信等平台及时转发相关参保信息；二是印发了20万份《致广大居民的一封信》《致学生家长的一封信》等参保宣传资料及缴费操作指引派发至各乡镇、村（社区）服务点；联合各乡镇、教育局等部门开展参保缴费宣传工作，走进我县城区和各乡镇中小学及幼儿园开展宣传活动，共计宣传2万余人次；三是组织各乡镇和相关局部门召开工作动员部署和工作推进会议；四是联合县税务局到各乡镇就参保缴费时间、对象、标准、方式和待遇标准以及注意事项开展培训，切实推动参保缴费工作开展；五是局领导对各乡镇包片，积极开展专项督查，全链条压紧压实责

任，切实推动征缴工作落实到位，努力争取圆满完成市下达我县参保任务目标。

4.落实医疗救助，巩固医保扶贫成果同乡村振兴有效衔接

紧紧围绕城乡医疗救助这项重要的民生工程，创新工作举措，深入巩固医保扶贫成果同乡村振兴有效衔接。一是认真落实特殊群体救助参保工作。积极与乡村振兴、民政、残联等部门协调配合，切实跟踪重点救助对象、低收入救助对象、防止返贫监测对象等特殊群体信息，落实特殊人群由政府全额资助参加城乡居民医保，个人不需缴费，确保政府资助特殊人群参保“不遗漏一人，不落下一人”。二是深入落实医疗救助政策。不断完善医疗救助体系，对政府资助的收入型贫困医疗救助对象严格落实“一站式”医保结算和医疗救助，对因病支出型贫困医疗救助对象严格执行医疗救助制度做到应救尽救，切实履行医保兜底保障的作用，有效地解决了城乡居民因病返贫、因病致贫问题，切实缓解了城乡居民的经济压力。2023年“一站式”医疗救助和手工救助2万多人次，救助金额超455.84万元。

5.深化医药卫生体制改革，推进落实国家组织药品、医用耗材集中采购和使用工作

紧跟省、市步伐，常态化制度化推进药品和医用耗材集中采购工作，做好动态监测管理，定期不定期做好对医疗机

构的提醒和检查工作，提高采购量报量科学性、集采执行率、产品结算率，进一步规范了我县公立医疗机构药品和医用耗材采购行为，营造了有序竞争、公开透明的医药行业市场环境，减轻群众看病治病负担。2023年，共组织全县13家公立医疗机构完成11批次国家和省组织药品集中采购，涉及340多个品规，医用耗材集中采购共7批次，主要涉及冠脉支架、人工关节等高值医用耗材；全县药品、医用耗材线上采购总金额均超4000万元，在持续降低药品、医用耗材费用、减轻群众负担等方面取得新的成效。

6. 狠抓行风建设，做实做细医保经办业务

2023年9月1日，始兴县医疗保障事业管理中心挂牌成立，我局深化医保领域“放管服”改革。把加强行风建设摆在更加突出的位置，作为一项重要工作抓细抓实，落实行风建设主体责任，做到行风建设与业务同部署、同落实，持续抓实全县系统行风建设，推动医保服务提质增效，切实提升窗口服务服务水平。规范各项医保经办流程，做实做细经办业务，做好风险防控措施，切实保护好医保基金的安全运行。

7. 认真落实普法责任，做好国家机关“谁执法谁普法”履职报告工作

根据工作安排，我局被列为县第六届国家机关“谁执法谁普法”履职报告评议对象，我局按照评议要求，坚持组织领导，聚焦内部学法，紧扣普法宣传，认真落实“谁执法谁

普法”责任制，健全组织管理体系、工作运行体系、政策制度体系，全面提升医疗保障服务能力水平，切实守好广大参保人员的“看病钱”“救命钱”，用心、用情、用力解决参保人员“急难愁盼”问题，不断提升参保人员幸福感、获得感，为推动始兴县域经济高质量发展、跨越式增长作出积极的医保贡献。

（三）部门整体支出绩效目标。1.医疗救助体系逐步完善，努力做到应救尽救。建立健全救助体系，严格审批救助程序，规范救助监督检查，完善监督举报机制，对纳入防止返贫监测的人员 100%落实政府资助参加医疗保险和享受医疗救助待遇，夯实医疗救助托底保障。

2.健全宣传+监管工作闭环，筑牢基金监管防线。积极开展宣传月专题宣传、常态化宣传及业务培训，组织全县医保定点医药机构落实全覆盖自查自纠，强化部门联动，落实智能化、全覆盖落实医保基金监管，保持打击欺诈骗保高压态势，推动医保基金监管整治。派发宣传资料 3 万多份，户外大屏幕播放医保宣传视频 5000 余次，手机推送短信 5 万余条，为参保群众宣传答疑 1 万余人次，掀起学法用法、打击欺诈骗保、维护基金安全的热潮。

3.推进医保信息化，医保服务见实效。一是深入推广医保电子凭证的便捷惠民性，积极拓宽医保电子凭证应用场景，目前参保人可在全县 14 家定点医疗机构和 39 家定点零

售药店直接使用医保电子凭证就医购药，全面提升参保群众就医结算便捷度，我县医保电子凭证激活使用率位列全市第一。二是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，实现全流程线上办理。2023年，完成异地就医备案审核1567条，大大减少线下返回零星报销人次，实现“让群众少跑腿，让数据多跑路”。

（三）经验做法

奋力推进医疗保障事业高质量发展，助推“百县千镇万村高质量发展工程”工作新局面。局党政班子高度重视，成立以主要领导为组长的工作领导小组，统筹推进全局“百县千镇万村高质量发展工程”各项工作，结合实际，制定工作方案、任务分解台账，全局以进一步促进老百姓的获得感、幸福感和安全感为出发点和落脚点，聚焦医疗保险参保缴费、医保基金监管、医疗救助、药品和医用耗材集中采购、医保经办服务等重点任务，稳步推进落实相关工作。同时积极开展招商引资工作，主动对接相关计划项目投资情况，助力乡村振兴和县域经济高质量发展贡献医保力量。

（四）部门整体支出情况。

2023年决算总支出385.67万元，其中基本支出204.20万元，其中工资福利支出188.72万元，公用经费支出15.48万元；项目支出181.47万元。

三公经费说明：我局对公务用车实行定点加油、定点维

修、定点保险，车辆油耗、维修保养费用单车核算；进一步加强车辆管理，尽量降低公务用车运行成本。二是严格执行公务接待管理规定，控制接待费用。2022 年实际用款公务接待费 0.23 万元，公务用车实际用款 2.5 万元，合计 2.73 万元。2021 年“三公经费”2.76 万元，减少 0.03 万元。按照简化礼仪、务实节俭、杜绝浪费的原则管理和规范公务接待工作，我局控制“三公”经费支出取得了一定成效。

二、绩效自评情况

（一）履职效能分析

有健全的财务制度，项目合同签订、资金拨付严格按照财务管理制度进行管理。保证专款专用，资金发放复查由财务人员按照财务制度进行资金的审核、支付和核算，所有支出均以转账方式进行，在具体支付时，具备了资金发票、合同、验收清单等相关材料，手续是完善的，不存在虚假会计凭证的情况，会计严格执行财务管理制度，财务处理及时，核算规范。

（二）管理效率分析

1、我县全面落实全民参保，多措并举积极推进城乡居民基本医疗保险参保缴费工作，截至 2023 年底，始兴县基本医疗保险参保人数 228236 人，其中城乡居民医疗保险参保人数 174537 人，职工基本医疗保险参保人数 30875 人，生育保险参保人数 22824 人。

2、规范各项医保经办流程，做实做细经办业务，做好风险防控措施，切实保护好医保基金的安全运行。

城乡居民基本医疗保险方面：零星报销经办工作已经走上正轨，支付顺畅及时，无滞留单据；门诊特殊病种、门诊约定、异地就医登记审核已经全部正常办理；特殊病种、住院、核酸检测系统已经调整好，都可以正常支付；生育报销线下报销及待遇发放及时，联网结算也顺利开展；顺利完成2020和2021以及2023年度年终清算工作。

3、我局组织了全县各乡镇、村（居）医保人员，定点医药机构工作人员进行了业务工作培训，培训人员500多人次，培训通过政策解读、案例剖析和经验交流等形式，对医疗保险参保缴费、医疗救助、医保基金监管、医保电子凭证激活使用、分级诊疗、药品和医用耗材集中采购等方面的政策作了全面细致的解读，进一步宣传了医保政策和医保基金监管条例，全县医保人员业务水平和经办能力得到提升，使老百姓的“救命钱”、“治病钱”更有使用效率。

4、完善医疗救助体系，助力乡村振兴。我局紧紧围绕城乡医疗救助这项重要的民生工程，深入巩固医保扶贫成果同乡村振兴有效衔接，创新工作举措，不断完善医疗救助体系，强化管理，对困难群众严格执行医疗救助制度，做到应救尽救。利用两会期间，向人大代表、政协委员宣传医疗救助相关政策。2023年“一站式”医疗救助和手工救助2万多

人次，救助金额超 455.84 万元，对重点救助对象、低收入救助对象、防止返贫监测对象等参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，给予全额资助，切实保证了困难群众医疗保障受益水平，有效地解决了城乡居民因病返贫、因病致贫问题，切实缓解了城乡居民的经济压力。

5、结合日常检查，针对不同类型监管对象的特点和易发频发的问题，重点开展现场检查。2023 年，共对全县 53 家定点医药机构检查 68 次，追回违规基金 95.69 万元，行政处罚 86.11 万元，暂停服务协议 1 家，立案 3 宗，并对违规定点医药机构主要负责人、分管领导和医保负责人进行约谈共 6 人次。

6、多措并举，精心做好《医疗保障基金使用监督管理条例》宣贯工作。线上利用县新闻媒体、城区和乡镇户外电子显示屏、镇村（居）和医药机构显示屏滚动播放宣传月动漫视频。线下在九龄广场、万达、华洲木业和联丰企业设立宣传摊位，利用医保经办机构、镇村（居）、医药机构宣传栏、宣传台等，张贴宣传海报、摆放医保政策法规资料，开展系列宣传活动，向群众宣传解答医保相关问题。

7、我县参保缴费进度为 98.01%，率先在全市 10 个县（市、区）完成参保率超 98% 的工作任务。

（三）自评结论

自收到始兴县财政局关于开展 2023 年度县级部门整体

支出绩效评价工作的通知（始财绩【2024】3号）文件，我局认真组织实施绩效自评工作，并对上报数据材料的真实性、准确性和完整性负责。2023年我局部门整体支出及根据中央、省、市、县相关文件要求,从项目立项、资金落实、业务管理、财务管理、项目产出、项目效益等方面进行评价，根据评价标准对抽查项目实施评分。经评定2023年度我局整体绩效评价得分为96分。

三、存在问题及改进意见

（一）医疗保障基金监管深度有待加强。一是负责医保基金监管工作人员严重不足，虽已成立基金监管股，但只挂在待遇保障股，并未配备对应人员力量。二是我县医保基金监管行政执法工作刚刚起步，执法体制流程尚在摸索阶段，医保定点医药机构监管工作专业性较强，缺乏行政执法专业人员，难以满足高频次、深专业的现场检查工作任务。

（二）医保经办服务水平提升仍有空间。县医保经办工作虽已全权移交我局办理，经办业务仍在过渡期，缺乏计算机、政策法规、医疗卫生方面的复合型人才，乡镇工作人员变动大，无专职医保经办人员对医保经办水平的提升有一定的影响。

