**永顺县2023年度城乡居民基本医疗保险**

**基金项目资金绩效评价报告**

**一、项目基本情况**

**（一）、项目概况**

1、项目单位基本情况

永顺县医疗保障局（以下简称县医保局）是县政府工作部门，为正科级行政机关单位。永顺县医疗保障局2023年核定编制80名，其中核定行政编制9名、全额拨款事业编制71名，年末实际在职人数65名，退休人数15人。内设立办公室、规划财务和法规股、内控股、待遇保障股、全民参保登记股、异地就医结算股、医药服务管理股、基金监管股、机关党支部（人事股）共9个股室1人医保大厅窗口。管理协议医院 55家，[其中公立医院48家，民营医院5家，门诊部2家（仅开通职工个账业务）]；协议零售药店89家（其中新增9家，中途退出2家）；七月份增加定点村卫生室252家。

县医保局主要职责为：贯彻执行国家基本医疗保险、生育保险、医疗救助、医疗保障法律、法规、规章和方针政策，协助制定全县基本医疗保险定点医疗机构、协议零售药店的协议管理工作，完善统一城乡居民医疗保险制度和大病保险制度，巩固完善城乡居民医疗救助制度，建立健全覆盖全民城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用，安全可控的推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求，减轻医药费负担。

2、项目基本性质、用途和主要内容、涉及范围

城乡居民医疗保险基金为延续性项目，是党中央、国务院为解决农村居民看病就医问题而建立的一项基本医疗保障制度，其目的是从制度上为农民提供基本医疗保障，以大病统筹为主，重点解决农民患大病而出现的因病致贫、因病返贫问题；引导农民进行保理的健康投资，提高农民的健康水平，保理利用农村卫生资源，促进农村卫生事业发展；促进城乡协调发展，推进社会主义新农村建设。城乡居民医疗保险基金是社会医疗保险的组成部分，是以政府补助为主一种筹资方式，主要用于支付参保居民的住院和门诊费用，为参保居民提供医疗资金保障。该项目在全县参保居民人群中实施。

截至2023年12月底，城乡居民参保人数42.19万人（其中：特殊人群参保人数为6.35万人，参保率为100%）。基金收入情况，2023年1-12月基金收入43499.60 万元，2022年总收为41233.20万元 ，同比增加2266.40万元，增长5.50%。其中：个人缴费收入16131.90万元（其中部门资助1349.48万元和个人缴费收入14782.42万元）、财政补贴收入27135.12万元（其中央参保配套21227.46万元、省级参保配套4243.20万元、州及县级参保配套1106.05万元、新冠病毒疫苗各级补助558.41万元)、利息收入219.64万元、其他收入12.94万元。

**（二）、项目运行情况分析**

**1、项目资金到位情况**

为进一步贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的决策部署，根据国家医疗保障等七部门《关于巩固拓展医疗障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》（医保办发【2021】10号）精神。城乡居民医保根据省、州文件规定筹集城乡居民参保资金，中央、省、州、县四级财政按文件规定及时配套补助资金。2023年参保人数为42.19万人，城乡居民医疗保险基金累计收入43499.60 万元。其中：个人缴费收入16131.90万元（其中部门资助1349.48万元和个人缴费收入14782.42万元）、财政补贴收入27135.12万元（其中央参保配套21227.46万元、省级参保配套4243.20万元、州及县级参保配套1106.05万元、新冠病毒疫苗各级补助558.41万元)、利息收入219.64万元、其他收入12.94万元（以前年度违规享受待遇退回）。

**2、项目资金使用情况**

2023年城乡居民基本医疗基金累计总支出37457.17万元，享受待遇住院人数为70918人，享受待遇住院人次为117313次。其中：住院支出27889.25万元、门诊慢特病2101.97万元（29443人次）、普通门诊统筹1887.67万元(33.29万人次）、大病保险待遇支出5343.91万元（大病覆盖人数为437816人，享受大病待遇人次数11470人次）、其他支出234.37万元（222万元为参保退费，12万元为新冠疫苗接种费）。

**3、项目资金管理情况**

（1）、明确城乡居民参保缴费标准、缴费时间等规定。通过多种渠道宣传动员居民按时足额缴费，确保参保资金能及时足额汇集。县级财政按规定比例对城乡居民医保给予补助资金、确保财政补助资金按时到位，与居民缴费资金一同纳入医保基金统筹管理。

（2）、严格按照城乡居民医保待遇政策，对参保居民符合规定的门诊、住院等医疗费用进行报销支付。对异地就医费用结算要通过规范的异地就医联网结算平台或手工报销流程，保障参保居民在异地就医能正常享受医保待遇，合理支付费用。与定点医疗机构、药店等定期结算医保费用 。依据服务协议，考核其服务质量、医保政策执行情况等，按照实际发生的符合医保规定的服务量进行费用结算，督促其合理控制医疗成本。

1. 、遵循相关会计准则和医保基金财务制度，准确、及时进行会计核算，保障资金存放安全，合理安排资金调度。

**（三）、项目资金监管情况**

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，为促进医疗保障事业健康持续发展，确保参保人利益，保障医保基金安全运行为目标。通过开展稽查活动,全面了解和掌握协议医药机构开展诊疗服务工作情况,实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，并在实践中不断发展完善。稽查依据和标准为：《基本医疗卫生与健康促进法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》、《湘西自治州医疗服务价格目录》、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《2012年版全国医疗服务价格项目规范》、《基本医疗服务协议》等相关文件。

1、制定工作计划。2023年继续加大医保基金的监管力度，创新监管工作方式，集中专门力量逐一排查协议医疗机构的违规违纪行为，实现定点医疗机构现场检查全覆盖。充分运用信息系统平台，突击检查，专家审查等方式，将医保基金全部纳入事后审查范围，并不定时不定次数的对协议医疗机构实行抽查，抽查比例不低于10%；在全面检查的基础上，继续开展打击“反骗保”专项活动，针对薄弱环节，确定1—2个专项治理重点，集中力量予以严厉打击，针对不同类别的医疗机构确定监管重点，二级及以上公立医疗机构重点查处分解收费、超标准收费、重复收费、套取项目收费、不合理治疗及其他违法违规行为；乡镇医疗机构重点查处挂床住院、串换药品、耗材和诊疗项目等行为；民营医疗机构重点查处诱导参保人员住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、挂床住院、盗刷医保卡等行为；零售药店重点查处盗刷医保卡、诱导参保人员购买化妆品、生活用品等行为；参保人员重点查处伪造虚假票据报销，冒名就医，使用医保卡套现或套取药品、耗材倒买倒卖行为，落实举报奖励措施。按照《欺诈骗取医保基金行为举报奖励办法》要求，设立举报电话、举报信息平台，实现举报奖励，健全社会监督机制，形成社会监督强大合力。保证县域内所有协议医药机构每年不低于两次现场稽查，网络在线监管不间断，受举报问题实时跟进处理。（1）协议医疗机构：①重点是住院病人在床率、检查检验项目是否合理、抗生素的使用是否规范、小病大养等现象，现场抽查住院病历不低于20份；②非现场监督检查：随机系统抽查出院结算住院病人医疗费用的上传数据，严格加强医疗费用网上监督。（2）、协议药店：①是否将药品目录外药品、或非药品（如日化用品）等纳入基金结算；②是否为他人利用基本医疗保险凭证套取现金提供帮助；③是否冒用参保人员名义进行基本医疗保险药品费用结算，或伪造参保人员购药记录骗取基本医疗保险基金支出；④是否替非协议零售药店盗刷基本医疗保险信息系统联网结算费用。

2、成立专项治理工作领导小组。为加强基金管理，降低基金运行风险，成立工作领导小组，县医疗保障局党组书记、局长孟凡国任组长，党组成员、副局长董清春任副组长，专项行动检查成员：姚 泉，吴永红、马万章、汤小华、李碧、李冬梅、王本华，组建专项行动检查队伍。成立监管和法规两个工作小组，（工作分工详见附件）。

3、开展专项督查。监管股7人随机分组进行监管巡查，针对县域内医药机构进行不间断日常检查及两次专项检查，经检查未发现明显欺诈骗保现象，诊疗项目不合理诊疗、不合理收费、未根据药品目录应用药品等现象依然存在。“一张床”专项治理行动后，我县医保局整章建制，出台了一系列打击欺诈骗保的文件，设置了奖励举报电话，组织专门队伍严厉开展欺诈骗保治理，将专项整治融入到日常监管。2023年度排查问题：经县医保部门监督检查发现，永顺县57家（医院36家和零售药店21家，）医疗机构在诊疗过程中存在不合理收费、不合理检查及不合理治疗等违规行为，涉及金额107.92万元，已责令医疗机构立行立改，并追回或拒付违规金额107.92万元，同时处以行政罚款11.33万元。其中：永顺县人民医院于2023年涉嫌不合理诊疗及违规收费行为:1.超标收费。CT同一次检查第二部位未按规定减半收费（时间段2021.1.1-2021.10.31）。涉及违规收费688348.25元；彩超检查第二部位未按规定收费（每增一个部位加收40元，产科检查（含胎儿及宫腔)加收50元，双胎及多胎再加收40元，胎儿心脏检查加收150元；不得另外收其他检查费），涉及违规金额49440元；2.按日收费项目大于住院天数。床位费、诊疗费、护理费大于住院天数（时间段2021.1.1-2021.6.30），涉及违规金额11704.5；3.重复收费。住院与门诊重复收取数字化摄影（DR）费用（时间段2021.10.31-2022.6.30），涉及违规金额9975元；4.不合理护理级别收费,部分轻症患者一级护理到出院，涉及金额224元；5.超限制用药。1、盐酸氨溴索注射液、注射用多种维生素、注射用哌拉西林钠他唑巴坦钠（用于重症患者）等超药品目录限制用使用且纳入医保报销；6、注射用重组人脑利钠肽(限二级及以上医疗机构用于规范治疗效果不佳的急性失代偿性心力衰竭短期治疗，单次住院支付不超过3天，该患者出院当天产生重复收费治疗。涉及金额445元；7.不合理检查。未根据患者病情需要，广泛同时开展肺炎支原体IGM、IGM、肺炎衣原体IGM、IGM检测项目，涉嫌不合理检查；涉及不合理检查金额192元等情况国。永顺县永顺县福人堂大药房2023年涉嫌将非特门药品纳入特门支付的行为，涉及金额1.64万元，已责令医疗机构立行立改，并追回或拒付违规金额1.64万元，同时处以行政罚款1.64万元等。

完成了基层医疗机构重点领域等专项治理，建立了集中整治工作台账，清理了一批矛盾焦点问题，查处了一批违规典型案例，提高了医药机构对医保政策的知晓率、对医保基金使用监督管理条例的执行力，并通过建立日常巡查、专项督查等多形式检查制度，实现医药费用报销审核、病历核查、两定医药机构评估考核等方面基金信息化监管全覆盖，规范了我县医药机构诊疗服务秩序，降低了医保基金运行风险。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年医保基金监管扣款明细表** | | | | |
| **序号** | **医疗机构名称** | **违规项目** | **追回或拒付金额（元）** | **罚款 （元）** |
| 1 | 永顺县人民医院 | 1013 | 101,411.06 |  |
| 2 | 灵溪镇卫生院抚志分院 | 1 | 4.00 |  |
| 3 | 万坪镇中心卫生院杉木分院 | 3 | 100.45 |  |
| 4 | 永顺河西医院 | 5 | 83.60 |  |
| 5 | 永顺县芙蓉镇中心卫生院 | 12 | 455.55 |  |
| 6 | 永顺县芙蓉镇中心卫生院保坪分院 | 9 | 129.15 |  |
| 7 | 永顺县高坪乡卫生院 | 1 | 51.20 |  |
| 8 | 永顺县红十字会博爱医院 | 2 | 18.82 |  |
| 9 | 永顺县颗砂乡卫生院 | 5 | 182.16 |  |
| 10 | 永顺县灵溪镇卫生院大坝分院 | 7 | 100.45 |  |
| 11 | 永顺县灵溪镇卫生院吊井分院 | 1 | 56.20 |  |
| 12 | 永顺县灵溪镇卫生院勺哈分院 | 188 | 7,636.00 |  |
| 13 | 永顺县毛坝乡卫生院 | 4 | 224.02 |  |
| 14 | 永顺县砂坝镇卫生院 | 4 | 135.79 |  |
| 15 | 永顺县砂坝镇卫生院桃子溪分院 | 5 | 151.80 |  |
| 16 | 永顺县石堤镇中心卫生院 | 2 | 48.95 |  |
| 17 | 永顺县首车镇中心卫生院 | 4 | 141.18 |  |
| 18 | 永顺县松柏镇卫生院 | 4 | 143.50 |  |
| 19 | 永顺县塔卧镇中心卫生院 | 5 | 82.38 |  |
| 20 | 永顺县塔卧镇中心卫生院仓坪分院 | 1 | 24.00 |  |
| 21 | 永顺县塔卧镇中心卫生院三家田分院 | 29 | 982.80 |  |
| 22 | 永顺县万民乡卫生院 | 14 | 512.68 |  |
| 23 | 永顺县万坪镇中心卫生院 | 1 | 43.05 |  |
| 24 | 永顺县小溪镇中心卫生院 | 1 | 14.35 |  |
| 25 | 永顺县永茂镇中心卫生院 | 1 | 41.68 |  |
| 26 | 永顺县泽家镇中心卫生院 | 1 | 91.08 |  |
| 27 | 永顺县中医院 | 1 | 34,589.25 |  |
| 28 | 永顺县芙蓉镇中心卫生院 | 1 | 1,804.00 |  |
| 29 | 永顺县人民医院 | 1 | 8,586.60 |  |
| 30 | 永顺县永茂镇中心卫生院 | 1 | 179.56 |  |
| 31 | 永顺县中医院 | 1 | 4,756.00 |  |
| 32 | 永顺谢氏骨康医院 | 1 | 3,297.60 |  |
| 33 | 永顺县中医院 | 2 | 1,893.00 |  |
| 34 | 永顺县心和大药房 | 2 | 3,918.80 |  |
| 35 | 永顺县人民医院 | 2 | 7,033.00 |  |
| 36 | 永顺县中医院 | 1 | 756.00 |  |
| 37 | 永顺县泽家镇中心卫生院 | 1 | 728.00 |  |
| 38 | 永顺县红十字会博爱医院 | 2 | 420.00 |  |
| 39 | 永顺县灵溪镇卫生院万福分院 | 1 | 50.00 |  |
| 40 | 永顺县颗砂乡卫生院新寨分院 | 1 | 45.00 |  |
| 41 | 永顺县塔卧镇中心卫生院三家田分院 | 1 | 31.00 |  |
| 42 | 永顺县芙蓉镇中心卫生院 | 1 | 50.00 |  |
| 43 | 永顺县人民医院 | 5 | 3,974.82 |  |
| 44 | 永顺县人民医院 | 3 | 759,467.75 |  |
| 45 | 永顺县中医院 | 5 | 1,960.88 |  |
| 46 | 永顺县福吉康益丰大药房 | 1 | 741.09 | 1,482.18 |
| 47 | 永顺县红十字会博爱医院 | 2 | 1,568.00 | 1,568.00 |
| 48 | 永顺县永乐康楚济堂大药房 | 1 | 72.10 | 144.20 |
| 49 | 永顺县福瀚堂济康大药房 | 1 | 179.20 | 358.40 |
| 50 | 永顺县京小侠润寿堂大药房 | 1 | 199.50 | 399.00 |
| 51 | 永顺县天天好楚济堂大药房 | 1 | 238.00 | 476.00 |
| 52 | 永顺县福瀚堂芙蓉镇大药房 | 1 | 744.80 | 1,489.60 |
| 53 | 湖南老百姓怀仁药房连锁有限公司永顺崇胜店 | 1 | 791.28 | 1,582.56 |
| 54 | 永顺县民信楚济堂大药房 | 1 | 844.90 | 1,689.80 |
| 55 | 永顺县福瀚堂大家康大药房 | 1 | 1,137.92 | 2,275.84 |
| 56 | 永顺县福瀚堂同康大药房 | 1 | 1,192.45 | 2,384.90 |
| 57 | 永顺县京小侠首车大药房 | 1 | 1,610.77 | 1,610.77 |
| 58 | 永顺县王者之村楚济堂大药房 | 1 | 2,157.40 | 2,157.40 |
| 59 | 永顺县福瀚堂爱民大药房 | 1 | 2,945.60 | 2,945.60 |
| 60 | 永顺县天天康楚济堂大药房 | 1 | 3,371.20 | 3,371.20 |
| 61 | 永顺县福瀚堂爱心大药房 | 1 | 5,893.65 | 5,893.65 |
| 62 | 永顺县御民阁利民大药房河西店 | 1 | 5,984.78 | 5,984.78 |
| 63 | 永顺县福瀚堂中汉药店 | 1 | 9,343.67 | 9,343.67 |
| 64 | 永顺县福吉康益丰大药房 | 1 | 12,169.75 | 12,169.75 |
| 65 | 永顺县心和大药房 | 1 | 14,080.98 | 14,080.98 |
| 66 | 永顺县福人堂大药房 | 1 | 16,449.86 | 16,449.86 |
| 67 | 永顺县御民阁利民大药房中心市场店 | 1 | 25,442.06 | 25,442.06 |
| 68 | 永顺县高坪乡卫生院 | 重复收费 | 317.12 |  |
| 69 | 永顺县两岔乡卫生院 | 重复收费 | 160.00 |  |
| 70 | 永顺县小溪镇中心医院回龙分院 | 超标收费 | 417.60 |  |
| 71 | 永顺县塔卧镇中心医院仓坪分院 | 超标收费 | 538.00 |  |
| 72 | 永顺县石堤镇中心医院 | 重复收费 | 4,712.00 |  |
| 73 | 永顺县泽家镇中心医院 | 超标收费 | 409.10 |  |
| 74 | 永顺县首车镇中心医院 | 超标收费 | 127.00 |  |
| 75 | 永顺县车坪乡卫生院 | 重复收费 | 208.00 |  |
| 76 | 永顺县塔卧镇中心医院 | 重复收费 | 2,622.00 |  |
| 77 | 永顺县小溪镇中心医院 | 重复收费 | 1,617.00 |  |
| 78 | 永顺县芙蓉镇中心医院 | 重复收费 | 2,751.20 |  |
| 79 | 永顺县郎溪乡卫生院 | 超标收费 | 689.00 |  |
| 80 | 永顺县永茂镇卫生院 | 超标收费 | 182.56 |  |
| 81 | 永顺县砂坝镇中心医院 | 重复收费 | 140.00 |  |
| 82 | 永顺县芙蓉镇中心卫生院 |  | 297.60 |  |
| 83 | 永顺县砂坝镇中心卫生院官坝分院 |  | 414.70 |  |
| 84 | 永顺县灵溪镇卫生院 |  | 405.00 |  |
| 85 | 永顺县首车镇中心卫生院 |  | 2,766.80 |  |
| 86 | 永顺县砂坝镇中心卫生院 |  | 250.75 |  |
| 87 | 永顺县塔卧镇中心卫生院三家田分院院 |  | 1,734.00 |  |
| 88 | 永顺县松柏镇卫生院 |  | 743.00 |  |
| 89 | 永顺县塔卧镇中心卫生院 |  | 779.40 |  |
| 90 | 永顺县永茂镇卫生院 |  | 422.80 |  |
| 91 | 永顺县中医院 |  | 145.40 |  |
| 92 | 永顺县人民医院 |  | 550.59 |  |
| 93 | 永顺县红十字会博爱医院 |  | 1,387.50 |  |
| 94 | 永顺县小溪镇小溪中心卫生院回龙分院 |  | 883.00 |  |
|  | **合 计** |  | **1,079,237.24** | **113,300.20** |

开展医保监管工作，是规范医药机构服务行为，保障基金安全的重要措施，应充分认识到开展医保监管工作的重要性,精心部署周密安排。切实履职尽责，以零容忍的态度严厉打击有序进行，做到“排查一批问题线索、查处一批典型案例、追缴一批违规资金、解决一批突出问题”，该立案的及时立案、该移交的及时移交。对工作中发现的问题从重从严处理，对发现问题的风险点，有针对性的建章立制，完善控制体系，堵塞漏洞，防控风险，实现医保基金安全可控、合理使用。

4、信访维稳落实情况

按照全县信访工作会议控制总量、消化存量、防控变量，纵深推进矛盾纠纷化解“三二一”工作法，聚焦制度改革，聚焦基层基础，聚焦突出问题，实现“四个转变”总体要求，我局成立以局长为第一责任人的信访化解专班人，落实信访维稳接待制度，认真接听信访电话，耐心听取诉求问题，用心用情解决问题。定期召开信访分析会议，重点聚焦因医保报销政策变动带来的不稳定因素，共解决群众诉求175件，协同县里化解信访积案7件，涉及医保工作方面无非正常上访事件发生。

**（四）、项目组织实施情况**

近年来，我县县委政府把城乡居民基本医疗保险工作作为一项重大的民生工程来抓，不断完善政策制度，2023年永顺县人民政府下发了《永顺县城乡居民基本医疗保险特殊病种门诊管理实施细则》的通知（永政办发〔2018〕8号）、《永顺县城乡居民基本医疗保险实施细则》（永政发〔2018〕15号），加强医保基金监管，保障人民群众的基本医疗需求。

县医保局按照国家、省制定的医保政策和规定，开展经常性检查，加强医疗费用控制，定期分析、评价基金运行情况，及时提出政策性的建议和意见，指导乡镇开展一年一度的城乡居民医保政策宣传、发动筹资工作；承办县政府交办的具体工作，定期向县政府报告。做好参保信息的录入，及时与税务局等部门沟通，受理定点医疗机构、参保居民医药费用报销申请，承办费用审核、结算、支付业务，负责县、乡、村三级公示制度的实施和落实，进行现场调查、核实和取证，对骗、套取城乡居民医疗保险基金的行为进行查处，规范定点医疗机构医疗服务行为，维护城乡居民医疗保险基金信息网络安全畅通，承办城乡居民医疗保险业务培训。具体实施情况为：

1、协议医疗机构基本医疗费用审核结算流程

每月1日至10日，由协议医院报账员凭发票原件、补偿表原件(经驻地审核员签字)、结算汇总单、结算详单等相关资料,向待遇保障股进行申报。待遇保障股根据“永顺县医疗保障局协议机构医疗务协议”相关规定及监管股“监管处理结论”，经初审、复审，生成审核结算总单后报主要领导，分管领导审核、签字通过；将已审核的发票原件、补偿表原件、结算汇总单、结算详单、审核结算总单（加盖基金审核专用章）移交财务股拨付。

2、窗口报账审核

（1）提交病人住院报账资料（住院发票原件；住院费用汇总清单原件；疾病诊断书及出院记录原件；与生育有关的住院费用报销，需提供结婚证及生育证复印件；身份证或户口复印件+银行卡或存折复印件及联系电话：未成年患者提供直系亲属的身份证复印件和银行卡或存折复印件+患者本人身份证或户口复印件、建档立卡户患者需提供扶贫明白卡或折+明白折开户人的身份证或户口复印件）。

（2）在协议医院的住院病人，通过接口系统，由医院网传补偿数据，再制单进行补偿。

（3）在非协议医院的住院病人，住院费用在1万元以上的，由专人打电话核实，5万元以上的去函核实，核实清楚后，由专人签字，再进行补偿。

（4）工作人员初审后，由窗口负责人复审，才能打印补偿清单。

3、特殊病种门诊待遇申报办理流程

（1）申报资料：提交《永顺县城乡居民基本医疗保险特殊病种申请表》，本人身份证（或户口页或社保卡）复印件，本人近期2张1寸免冠照片，所患特殊病种的疾病诊断证明书，住院病历或出院记录，病理诊断报告，免疫组化报告，影像报告等（以上均限二级以上医院提供并加盖公章）。

（2）申报地点:县医保局服务窗口。

（3）审核流程：初审：每季度（3、6、9、12月11日一15日），评审：每季度（3、6、9、12月16日一25日），复核：每季度（26日一月末）。

（4）特门患者就医购药：特殊病种患者应持特门登记证手册和居民身份证或社会保障卡直接在协议医药机构就诊或购药，符合规定的医疗费用，直接在定点医疗机构报销，参保患者只需支付自费部分的费用。协议医疗机构需如实在特门登记证上填写当次购药报销情况。 特殊病种患者长期在外地居住或因病情需要在外地医疗机构发生的特殊病种医药费用，凭发票、相关资料到当地医疗保障局经办窗口按规定报销。

4、异地就医结算

永顺县城乡居民医保在全国定点医疗机构可直接进行异地结算。

**二、绩效评价工作情况**

**（一）绩效评价目的**

城乡居民医疗保险基金为城乡居民提供基本医疗保障，以住院统筹为主，重点解决城乡居民因病住院而产生的医疗费用；提高城乡居民的健康水平。通过开展城乡居民医疗保险基金绩效评价工作，了解城乡居民医疗保险基金的使用情况、效益情况，为政府科学决策提供参考，提高城乡居民医疗保险基金的使用绩效。

**（二）绩效评价工作过程**

财政部门针对城乡居民医保的绩效自评，开展现场评价，实地核查项目资金管理、财务账目、建设成效等情况，收集相关资料，采取现场调查问卷形式开展绩效评价工作。通过现场调查对2023年住院的100名患者及100名群众进行了问卷调查，了解患者对该项目实施的满意度。

**三、综合评价结果**

2023年医保局认真贯彻落实城乡居民医疗保险基金各项政策，积极推动城乡居民医疗保险基金项目的顺利实施，确保我县城乡居民医疗保险达到较高的参保率，让广大参保群众充分受益的前提下确保了基金安全，在一定程度上减轻了参保群众治病的经济压力，提高了城乡居民健康水平，专项资金的使用效益得到了一定发挥，但在项目实施管理中还存在一些问题，如医保监管手段简单，医院行为不规范，多家医院存在过度医疗现象，增加了群众治疗费用，损害了群众身体健康，影响了专项资金的使用效益。

根据《永顺县2023年度城乡居民基本医疗保险专项资金绩效评价指标体系》评分，城乡居民基本医疗保险专项资金绩效评价得分为96分，财政支出绩效为“优”。

1. **项目绩效情况**

城乡居民医疗保险工作室一项“政府得民心，居民得好处”的惠民工程，该项目的实施与深入推进，城乡居民的基本医疗得到保障，提高了城乡居民的生活质量，提高了居民抵御重大疾病风险能力，保护了居民身心健康，促进了社会的稳定，为构建和谐社会做出了很大的贡献。

1、经济效益

我县2023年永顺县城乡居民参保人数42.19万人（其中：特殊人群参保人数为6.35万人，参保率为100%）。2023年城乡居民基本医疗基金累计总支出37457.17万元，享受待遇住院人数为70918人，享受待遇住院人次为117313次。其中：住院支出27889.25万元、门诊慢特病2101.97万元（29443人次）、普通门诊统筹1887.67万元(33.29万人次）、大病保险待遇支出5343.91万元（大病覆盖人数为437816人，享受大病待遇人次数11470人次）、其他支出234.37万元（222万元为参保退费，12万元为新冠疫苗接种费）。在很大程度上减轻了参保居民的经济负担，在一定程度上解决了参保居民“看病难、看病贵”和“有病不能医、因病返贫”的问题，真正实现了居民“得实惠”。

2、社会效益

落实城乡居民高血压、糖尿病（简称两病）门诊用药保障政策；实施门诊统筹政策；减轻城乡居民高血压、糖尿病医疗费用负担，大大提高了群众的满意度。

城乡居民医疗保险工作是一项“政府得民心，居民得好处”的惠民工程，该项目的实施与深入推进，城乡居民的基本医疗得到保障，有效缓解参保居民因病致贫、因病返贫的问题，更好保障人民群众就医需求，减轻了参保居民医疗费用负担。为参保居民提供健康保障网，促进社会和谐、稳定。

**五、存在的问题**

县医保局2023年采取了很多措施，加强了医保基金监管，让广大群众切实减轻了冶病压力，群众满意度很高，但由于医保基金监管难度大，覆盖面广，专业性强，该目实施管理方面还存在一些问题：

1、医保基金运行压力大。随着医疗保险覆盖面的逐年扩大，人口老龄化进程加快，老年慢性病人医疗支出快速增长；新设备、新技术、新药品不断应用于临床医学，在满足患者医疗需求的同时，极大地刺激了医疗消费的增长，导致医疗费用不断攀升，医保基金支出压力逐年加大。

2、药品货款倒挂现象严重。三明模式药品结算改革和国家药品耗材集中带量采购工作虽然持续推进，但是个别医疗机构未能按需采购药品甚至违规网外采购药品，且上解药款采购款不及时，药品采购款远大于医保报销费用，药品货款倒挂现象普遍存在。截至目前，由于县内各公立医疗机构未及时上解药品采购款，我县仍有37家医疗机构存在倒挂药品采购资金1469.64万元的问题。

3、医保基金筹资难度大。我县2025年度城乡居民基本医疗保险个人缴费部分确定为400元/人，较上年涨幅20元，随着政府补助加大、个人缴费标准逐年提升，加上脱贫人口不再资助等参保政策的调整，异地参保人口增多等因素，再加上医保缴费的逐年递增，居民缴费压力也逐渐增大，人口多的家庭更是压力山大，出现一些不愿意缴纳医疗保险费用的家庭和人群。城乡居民医保基金征缴工作面临极大的压力。

4、医保基金监管面临新挑战。医保基金监管手段、监管能力与繁重的监管任务还不相适应，医保基金监管执法力量薄弱，信息化水平不高、基金监管专业化人才缺乏，基金监管面临新的挑战。

5、防返贫压力依然存在。从今年起脱贫攻坚期内健康扶贫六重保障措施统一调整为基本医疗、大病保险、医疗救助三重保障制度，脱贫人口等特殊困难群体不再享受80%的兜底保障等倾斜政策，部分脱贫人口异地参加职工医保时常断缴，因病致贫、返贫风险增大。

**六、相关建议**

1、进一步完善基金监管长效机制。一是贯彻落实省州安排部署，完善智能监控、信用管理、信息披露等相关制度。二是继续增强基金监管队伍力量，推进医保执法队伍建设，提升监管队伍业务能力，提高监管质量，常态化打击欺诈骗保，形成监管队伍强大震慑；三是巩固监管成效，继续保持对协议医药机构严格管理，规范统筹区内医药机构诊疗秩序，切实减轻群众的医疗费用负担。四是加强与卫生健康局、公安局等部门制度、政策衔接。做到一案多查、一案多处，建立部门协作机制，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，通过不断健全监管体系，确保医保基金运行安全。

2、建立健全医保制度体系。进一步推进两病门诊、普通门诊保障政策。

3、建议建立国家统一的医疗保障信息系统。医疗保障工作与各医疗机构密不可分，但在日常工作中发现，医保系统和医疗机构信息化建设中不同步，系统不统一，软件公司的不协调，对接端口出现问题多，对医疗保障日常工作造成很多不便和麻烦，建议上级加强系统信息化的统一建设，同时和卫生健康部门的信息系统做好对接工作，为日常工作提供便捷高效的服务系统保障。

4、建议城乡居民参保进行法制化改革。少部分城乡居民家庭有选择性的为老弱病残人员参保，年轻健康的不参保，城乡居民医保基金征缴难度大，不参保的人群得不到基本医疗保障，面临很大的因病返贫风险。建议将城乡居民基本医疗保险参保纳入法制法轨道，依法参保，依法征收。

5、由于医保缴费的逐年递增，居民缴费压力也逐渐增大，人口多的家庭更是压力山大，出现一些不愿意缴纳医疗保险费用的家庭和人群。希望国家出台相关的政策，医保缴费不再逐年增长了。

永顺县财政局绩效管理股

2024年10月30