部门整体支出绩效自评报告

（2024年）

# 单位名称：（盖章）

单位负责人签字：

2025年8月26日

2024年度常宁市医疗保障局整体支出

绩效自评报告

为加强财政支出绩效管理，提高财政资金使用效益，根据《湖南省预算支出绩效评价管理办法》（湘财绩〔2020〕7号）、常宁市财政局《关于开展2024年度预算支出绩效自评工作的通知》（常财绩〔2025〕19号）等文件精神，我局对2024年度部门整体支出进行了绩效自评，现将评价情况报告如下：

一、部门基本情况

1. 机构、人员构成

常宁市医疗保障局系正科级全额拨款行政单位，一级预算，为市人民政府工作部门，主管全市医疗保障工作。根据编委核定本单位内设处室6个，所属事业单位1个。其中：内设处室分别是办公室、财务股、待遇保障股、价格服务股、基金监督股、法规股,所属事业单位分别是常宁市医疗保障事务中心。单位负责人：陈福生。

本部门编制数37人,在职人数36人，其中:在岗人数36人；离退休人数14人，其中离休人员0人，退休人员人。

1. 单位主要职能职责

1、认真贯彻落实职工、城乡居民医疗保险的有关政策，负责全市职工、城乡居民医疗保险的组织协调工作；

2、制定相关配套管理措施；

3、协助有关部门筹集和管理职工、城乡居民医疗保基金。

二、一般公共预算支出情况

2024年常宁市医疗保障局一般公共预算收入、支出均为9821.79万元。

1. 基本支出情况

2024年基本支出为496.18万元，其中人员经费441.18万元，公用经费55.00万元，与2023年相比增加20.96万元，增长4.41%,主要原因：工资调薪。

1. 项目支出情况

2024年项目支出为9325.61万元，与2023年相比增加4337.85万元，增长86.97%，主要原因：项目金额增加和财政资金支付及时。

2024年项目支出主要为城乡居民基本医疗保险补助资金5252.17万元、城乡医疗救助补助资金3916.53万元、医疗保障服务能力建设资金110.62万元、筹资工作经费94.2万元，项目资金主要集中在城乡居民基本医疗保险补助和医疗救助两个方面，保障了参保人员医疗待遇和减轻了困难群众医疗费用负担。

我局制定了专项资金管理办法，资金使用规范，符合国家财经法规和财务管理以及专项资金管理办法的相关规定，不存在超标准开支情况和截留、挤占、挪用项目资金情况。

三、政府性基金预算支出情况

无

1. 国有资本经营预算支出情况

无

1. 社会保险基金预算支出情况

无

六、部门整体支出绩效情况

2024年我局较好地完成了全年工作任务，取得了较好的社会效益，具体表现如下：

（一）以保障群众医保待遇为根本，持续增进民生福祉。

一是高质量推进全民参保。2024年度截至10月底，我市城乡居民医保征缴人数达到642003人，城镇职工医保征缴人数为68073人，达以常住人口数为基数计算的基本医保综合参保率95%，圆满完成衡阳市下达的目标任务。

二是医保基金稳健运行。职工医保基金征缴收入21043.00万元，支出20779.00万元，累计结余17491.00万元（截止2024年10月底）；大病互助资金收入817万元，支出378万元（截止2024年10月底）；居民医保基金总收入79990.69 万元，支出68938.14万元，累计结余27324.72万元。

三是基金结算及时高效。各定点医疗机构结算支付及时，并根据衡阳市DRG支付要求，预付了41家定点医疗机构住院费2300余万元，2家保险公司异地就医个人结算费2400余万元，医保特药费200余万元，缓解了兑付结算压力。

四是落实分类资助参保政策。主动与民政、农业农村、卫生健康、退役军人事务、残联等部门对接，做到信息共享、互联互通，通过“数据找人”实现医疗救助对象资助参保“免申即享”，2024年为特困救助对象、孤儿、事实无人抚养儿童、重度残疾人等困难人员23480人提供全额资助，资助金额892.24万元。同时，针对低保对象、低保边缘户、监测户等37193人实施了半额资助措施，资助金额706.66万元。

五是大病保险减负功能明显。确保各类困难群众以及稳定脱贫人口全部纳入基本医疗保险覆盖范围，并对特困人员、低保对象实施了倾斜保障政策。在全面实施大病保险待遇普惠政策的同时，针对特困人员、低保对象以及经认定的返贫致贫人口，进一步降低了起付线50%，提高了报销比例5个百分点，并取消了封顶线，以更大力度减轻困难人员的医疗负担。

六是医疗救助托底保障。2024我市已实施门诊救助11077人次，发放救助资金338.97万元；住院救助28033人次，发放救助资金2603.75万元，参加基本医疗保险医疗救助45476人次，发放救助资金1262.25万元。

七是门诊慢特病管理高效便捷。积极推进门诊慢特病线上延期申请和帮代办服务，组织召开全市定点医药机构工作人员医保帮代办培训会，并在3家定点医疗机构设立新增门诊慢特病申请窗口，实现所有定点药房均已具备为群众提供线下续批医保帮代办服务的能力。截至10月，共新增4896名患者（涵盖尿毒症、器官移植等病种）申请获得通过。成功为16082名患者办理了续批手续。其中，有3577名患者通过网上慢特病门诊延期申请，真正实现了群众办事“家门办”“就近办”“掌上办”的便民目标。

（三）、以深化改革创新为动力，推进医保发展高质量。

一是支付方式改革和医药服务管理稳步推进。自2024年1月1日起，我市39家医疗机构已全面实施DRG支付方式改革，通过建立交流群和专人解答，解决试点问题。针对部分医院亏损，我们分析数据并申请调整差异系数，最终我市妇幼保健院、肛泰医院两家医院差异系数均在原有基础上提高了一档，有效促进医疗资源的合理配置和医疗服务质量的提升。同时，常态化启动医疗服务价格动态调整监测评估工作，并严格审核“双通道”定点医药机构及责任医师的申报工作。通过综合评判，汇总6家医药机构和44位责任医师信息上报市局。今年以来共办理享受“双通道”药品购药待遇2270人次。

二是药品和医用耗材集采工作卓有成效。成功实施九批国家集采，共415个中选药品落地，共有29家公立医院完成医保基金直接结算医药货款2981万元。对10家未采购报量药品及27家无耗材采购记录的医院进行通报，要求严格执行集采规定，禁止违规采购，确保改革成效。组织开展各医疗机构完成自查自纠，针对医药集采政策落实不到位问题进行整改，提高了问题整改效果。开展了3类高值耗材核查整改，建立规范的采购机制，防止线下采购行为。督促医院完成国采药品集采约定量，通过细化要求和强化指导，提高了完成率，截止10月中旬，我市第四、五、七批国采药品55个品种已完成53个，完成率达到96%。

三是落实三医联动促进医疗卫生事业健康发展。联合卫健局深入三角塘镇幸福村、瑶塘村、新河镇合心村、柏洲村等村卫生室开展实地调研，通过实地走访和座谈会，有效推进了村卫生室医保门诊统筹业务。落实了人大代表建议，促进了普通门诊业务在村卫生室的开展。落实医药机构年度协议考核工作，并通过多种方式对药店和医疗机构进行协议考核，规范了诊疗行为和药品销售，提高了医保基金使用效率。支持中医药示范县创建工作，落实医保政策，向衡阳市局提出将中医灸法、拔罐、推拿等中医特色医疗服务项目纳入医保报销范畴，获得了上级医保部门认可，使中医特色医疗服务项目进一步得到规范和明确。全面落实新冠退费审核工作，按期完成了退费清算任务，确保新冠患者诊疗费用退费清算工作的准确性，保障了患者权益。

（三）、以提高服务水平为重点，创优暖心医保服务。

一是医保服务跑出“加速度”。提升生育津贴审核支付效能，10个工作日内办结生育津贴审核支付，已办结141人次审核支付；实现线上办理“职工医保个人账户家庭共济”业务，已办理职工个人账户代缴2025年居民医保1670人；通过衡阳市统一部署，已实现通过国家医保信息平台、微信小程序、湘易办、湘医保、支付宝等APP查询医保各项服务；全面实现医保协议管理线上办，定点医药机构协议网签率100%。

二是深化优化营商环境。为深入贯彻落实市委、市政府关于136机制决策部署，按照“最多跑一次”“应进必进”的原则，制定了《常宁市医疗保障局优化营商环境治本攻坚工作方案》。针对政务服务中心窗口设置进行再优化，做到了事项进驻到位、审批服务人员调整进驻到位、向窗口授权到位。目前，常宁市政务服务中心设1个医保专区服务窗口，生育保险待遇核准支付、异地就医备案、基本医疗保险参保人员医疗费用手工报销、参保登记、医疗救助、特殊门诊办理等六大块33项业务，实现了“进一扇门、办所有事”的工作目标。

三是跨省异地就医直接结算工作。推进异地就医联网结算，超额完成国家关于异地就医直接结算医疗机构接入的目标任务。全市异地就医备案登记7800人次，16个医院开通省内、省外异地直接结算，20个定点药房开通职工医保异地购药直接结算业务，有力缓解参保群众异地就医购药“来回跑”、垫资压力大等问题。四是构建“医保15分钟服务圈”。实现全覆盖22个乡（镇）医保参保登记、信息查询及变更、异地就医备案等11项经办服务事项直办或帮代办，实现全覆盖410个村（社区）医保参保登记、信息查询及变更、异地就医备案等9项经办服务事项直办或帮代办，完成率100%。落实“新生儿出生一件事一次办”，不断精简材料、程序、时限，优化办理流程，实现1671名新生儿参保。全量完成341家村卫生室赋码及密钥申报，开通的医疗类别为普通门诊、门诊两病，全部开通结算业务。截止10月，全市享受“两病”门诊政策的高血压病人54404人次，糖尿病人32507人次。

1. 以守护医保基金安全为目标，加大基金监管力。

一是宣传引导营造浓厚氛围。制定了相关宣传实施方案，积极开展“基金监管共参与，守好群众救命钱”的集中宣传月活动，以专家授课，以案说法等方式，提升群众和医药机构及从业人员的法治意识、自律意识，营造全社会关注并自觉维护医疗保障基金安全的良好氛围，达到宣传目的和震慑犯罪，杜绝欺诈骗保违法违规行为的目的。

二是数字赋能强化日常监管。开展“挂床”住院专项整治工作，加大对日常协议监管及医药费用审核拒付事中监管的力度，对269家定点医药机构完成日常监管全覆盖，协议拒付23.1万元。

三是靶向监管增强警示震慑。制定了《关于在全市开展医疗保障基金使用常态化监管的工作方案》，并与上级紧密配合，对我市智能审核和监控工作的开展情况进行了深入调研。组织269家定点医药机构进行5次自查自纠，退回基金46.1703万元。对16家医疗机构进行全覆盖现场检查，追回基金126.6093万元。通过核查上级交办线索和全覆盖现场检查，共追回医保基金172.7796万元。通过实地走访、电话询问和现场稽查等方式，完成国家局交办涉及12家医疗机构的违规线索，查实医保基金损失37.0385万元，目前正在处理中。

七、存在的问题及原因分析

1、年初预算绩效目标指标不够细化、量化。

2、参保人数存在重复，主要由于常宁外出务工人员较多，参保人已在外省参保，而家中在不知情下又参保，造成重复参保。

3、参保人政策范围内住院费用报销比例为61.4%，≤70%，主要为居民生活水平提高，就医意识较强，小病往往动不动往医疗条件较好的二级医院、市、省医院就医，造成报销比例下降。

4、居民基本医疗保险基金滚存结余可支付月数为4.8个月，≤6个月，主要为代付保险公司意外伤害资金和各医院机构医保资金未清算。

5、补助资金未及时拨付到位，且补助资金有限，造成医疗救助保险基金缺口较大。

八、下一步改进措施

（一）加强预算绩效管理

加强绩效管理理念，将资金预算安排与绩效目标相结合，根据单位上年工作完成情况和下年度工作计划或中长期规划，细化、量化年初绩效目标，并将绩效目标与资金分配挂钩。

（二）规范项目管理

加强专账意识，明确项目支出范围，严格专款专用。对

于部分资金因预算不够，挪用其他项目资金，应按需申请预

算追加。

（三）加强医保政策宣传，对医保征缴实行精细化管理，加强及时对代付保险公司意外伤害资金和各医院机构医保资金清算，与本级财政及时沟通，并多渠道全方位争取补助资金，确保

九、其他需要说明的情况

无