附件6

**2021年度澧县医疗保障局整体支出**

**绩效自评报告**

单位名称：（盖章）

2022年6月9 日

**2021年度澧县医疗保障局整体支出**

**绩效自评报告**

根据《澧县财政局关于开展2021年度预算支出绩效自评工作的通知》澧财发〔2022〕11号文件有关要求，对我单位部门整体支出绩效自评如下：

一、单位基本情况

（一）机构人员情况

我单位于2019年6月成立，是县政府正科级工作部门，单位内设机构包括：办公室、规划财务股、待遇保障股、基金监管股、医药价格股、人教股、门诊医药室、参保权益室、医疗救助室、补充医疗室、待遇审核室、行政审批室、信息统行室、工会。下设澧县医疗保障事务中心。2021年我单位实际有81人，其中：行政人员12人、参公管理人员37人、事业人员19人、退休人员13人。由于工作需要另聘请业务工作人员4人。

1. 主要职能

贯彻医疗保障方面的法律法规和政策规定，组织实施全县医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障方面的政策、计划和标准。贯彻执行省、市医疗保障基金监督管理办法并组织实施，建立健全医疗保障安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革。制定全县医疗保障筹资和待遇政策，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。制定全县城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准并组织实施，承担医保目录准入相关工作。贯彻落实药品、医用耗材价格政策，严格执行医疗服务项目和医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整理论依据机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。制定全县药品、医用耗材、商业医疗保险服务的招标采购、配送及结算管理政策并监督实施，指导协调招标采购平台建设。制定全县医保定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为。负责全县医疗保险经办管理、公共服务体系和信息化建设、异地就医管理和费用结算政策；做好医疗保障关系转移接续服务；开展医疗保障领域合作交流。贯彻落实医疗救助政策，组织开展全县医疗救助工作，承担医疗救助业务和资金监管。贯彻落实城乡居民大病保险改革方案和离休人员医疗保障待遇相关政策。监督落实建档立卡贫困人口基本医保、大病保险和医疗救助倾斜优惠政策。按照县委县政府的统一安排，做好结对帮扶工作。完成县委、县政府交办的其他任务。

1. 绩效目标

贯彻国家医保政策，建立健全医疗保障体系，解决治病就医困难，做到应保尽保，稳步提高医疗保障水平；进一步规范基金支出，确保基金收支平衡。

1. 一般公共预算支出情况
2. 基本支出情况

2021年度财政拨款基本支出859.82万元，包括工资福利支出763.74万元(主要包括：基本工资、津贴补贴、奖金、社会保障缴费、伙食补助费、绩效工资、机关事业单位基本养老保险缴费、职业年金缴费、职工基本医疗保险缴费、其他社会保障缴费、住房公积金、医疗费、其他工资福利支出，对个人和家庭的补助等）、商品和服务支出96.08万元(主要包括：办公费、印刷费、邮电费、差旅费、维修（护）费、会议费、培训费、公务接待费、劳务费、工会经费、其他交通费用、其他商品和服务支出等）。

（二）项目支出情况

2021年项目支出48835.51万元，包括社会保障和就业支出285.44万元、卫生健康支出46889.33万元、城乡社区支出452万元、国有资本经营预算支出804.62万元、灾害防治及应急管理支出304.57万元、其他支出99.54万元。

1. 政府性基金预算支出情况

2021年度政府性基金预算本级支出551.54万元。

1. 国有资本经营预算支出情况

2021年度国有资产经营预算支出804.62万元。

1. 社会保险基金预算支出情况

1、2021年城乡居民医疗保险基金支出预算63428.67万元，2021年决算支出69655.25万元，完成支出预算的110%（决算支出包括新冠疫苗4218.82万元，剔除新冠疫苗接种专项支出的预算执行率为103%）。其中基本医疗保险待遇决算支出 61131.35万元，完成支出预算的104%，大病保险决算支出4305.09万元，完成支出预算的95%。

2、2021年城镇职工基本医疗保险基金支出预算14627.38万元，其中统筹基金支出预算8292.98万元，个人账户基金支出预算6334.4万元。2021年决算支出18912.54万元，完成支出预算的129%。其中统筹基金决算支出11873.27万元，完成支出预算的143%（决算支出包括新冠疫苗3810.91万元，剔除新冠疫苗接种专项支出的预算执行率为95%），个人账户基金决算支出7039.27万元，完成支出预算的111%。

3、2021年城镇职工大病互助保险基金支出预算817.35万元，2021年决算支出826.48万元，完成支出预算的101%。

六、单位整体支出绩效情况

（一）整体绩效目标完成情况

1. 不断增强基本医疗保障功能，为乡村振兴提供有效医疗保障支撑。县人民政府第十七届八十一次常务会专题听取医保工作汇报，处理了相关遗留问题：一、精准落实特殊人群参保待遇。建立医保、残联、民政等部门信息数据比对工作联动机制，实现身份标识应标尽标，待遇享受应享尽享。
2. 夯实医疗救助托底保障。在《湖南省医疗救助办法》实施前，稳妥将脱贫攻坚期地方开展的扶贫特惠保、财政兜底等其他医疗保障扶贫措施的资金平移并入医疗救助基金，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡。对特困人员县内住院自付部分，通过医疗救助解决到保内费用100%；慢性肾功能衰竭门诊血液透析(尿毒症)群体取消的药费，按原待遇标准通过医疗救助资金解决。
3. 建立防范化解因病返贫长效机制。相关部门依托农村低收入口监测平台，做好因病返贫致贫风险监测，经基本医保、大病保险和医疗救助三重制度支付后政策范围内个人负担医疗费用仍然较重、且有返贫致贫风险的，给予倾斜救助，确保不发生因病返贫致贫现象。
4. 严格监管医保基金，加大日常监督检查力度，严肃打击欺诈骗保行为。一是建立日常巡查机制，采取“四不两直”方式对定点医药机构进行日常检查，及时发现问题，处理问题。二是健全专项检查机制，对全县各医药机构虚假宣传、挂床住院、重复收费、虚计药品、进销存管理混乱、超范围用药等各类违法违规行为进行了检查。三是采取专家审查方式，定期对准入资料进行审核。四是聘请社会监督员，对医药机构和经办机构医保服务和政策执行情况进行监督，畅通举报渠道，发挥社会监督作用。
5. 推进待遇新政策调整实施。按照国家、省、市医疗保障待遇清单制度要求，进一步完善我县医保待遇清单管理制度。

6、持续优化协议管理。以医保协议管理为抓手，紧紧围绕协议管理“准入、履约、退出”三道关口，制定科学规范的管理协议，对医保经办机构和定点医药机构各项服务行为进行全面规范性要求，明确双方的权利与义务，细化管理规定与违约责任。

7、深入推进支付改革。印发2021年度基金支付方案。全面推进医疗、医保、医药“三医”联动改革，坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，对县域内医共体住院支出基金实行“基金总额控制、结余留用、超支合理的分担”的支付方式；对县域内非医共体成员单位住院支出基金实行按床日付费、按病种付费等复合支付方式；县域外住院基金支出指标、意外伤害住院基金支出指标，在总额预算指标内，在现有经办模式下，对医共体两家牵头医院包干结算，结余部分按80%留用，超支部分按80%比例分担。

8、严格落实药品集采。我县按照省、市集采的时间节点和采购周期有序推进药品、耗材集采工作，重点监测进度滞后单位，进行跟踪问效，督促落实。

9、全面优化经办服务。一是规范经办服务，简化办事流程。按照便民高效的原则，执行省级事项清单制度规定，进一步细化办事指南、精简办理材料、简化办理流程、缩短办理时限，切实解决群众医保报销申请材料繁、手续杂等问题。二是加强异地联网结算，保障群众就医便捷。把异地就医作为“为民办实事”重点工作，按省市医保局要求，专门成立异地就医结算中心，强力推进异地就医住院直接结算。

10、全面加强宣传工作。在《人民日报》《湖南日报》《湖南省医疗保障局网站》《湖南医疗保障工作专刊》《人民日报客户端湖南频道》《常德市医疗保障局网站》《常德日报》《红网》《澧县人民政府网站》等多平台发布通讯稿件60余篇，对我局医保政策、工作动态、工作成效及成功经验进行了宣传，树立了良好的医保形象。

（二）产出指标完成情况

1.基本医疗参保覆盖到位。按照省市各级部门对城乡居民医疗保险筹资工作安排部署,困难群众应保尽保全覆盖。我县2021年度城乡居民基本医疗保险参保登记人数为767691人，参保征缴率达95%以上，全年基金收入67578万元，支出69655万元（包括上解新冠疫苗款4218.82万元），结余-2076万元。城镇职工参保5.05万人，基本医疗保险基金收入17210万元，支出18912万元（包括上解新冠疫苗款3810.91万元），本年结余-1701万元。各级财政补助资金到位率100%。

2.积极落实医疗救助政策。2021年对全县困难参保群众实施医疗救助，支出2361.12万元，其中参保资助496.66万元、住院救助1864.46万元。根据市局要求，针对2019年机构改革后分配发放医疗救助资金情况开展清理核查，对医疗救助资金没有通过“一卡通”发放的问题进行了整改。按要求通过财政通专网进行指标登记，进行“一卡通”系统发放。

3.全面保障“两病”门诊用药。开辟特慢病评审绿色通道，将城乡居民、城镇职工门诊慢特病鉴定工作，恶性肿瘤病种调整为20个工作日内鉴定发证，提速审核发放门诊特慢病鉴定证，确保患者能及时享受医保待遇。全县19个镇街卫生院和20家定点特慢病药店“双通道”供药管理，满足了广大特慢病种患者就近购药的需求，直接联网实时结算，解决参保患者购药难、多次跑问题。

4.加强监督检查，开展集中整治。各协议医药机构进行自查自纠，退回违规基金10.63万元；收缴违规资金7.35万元；飞行检查退回违规基金200.85万元。向公安部门移交欺诈骗保问题线索1件，向县纪委监委移交问题线索2件，向卫健部门移交问题线索1件，曝光典型案例2起，行政处罚2家医疗机构。上级下达的工作安排以及基金监督检查工作已按规定的时间节点完成。

5.深入发动激活医保电子凭证。通过张贴激活医保电子凭证操作指南、制作激活医保电子凭证微信链接等方式通过镇（街）广泛发动，我县医保电子凭证激活人数从年中的10万人激增到27万人，激活率为37%。

6、集采工作完成情况领先于其他区县。截止2021年12月底，第一批新采购周期合同采购量335.93万元，实际采购量890.23万元，完成进度为265%，第二批合同采购量387.79万元，实际采购量577.56万元，完成进度为148.93%，第二批新采购周期合同采购量350.74万元，实际采购量481.75万元，完成进度为137.35%，第三批合同采购量460.08万元，实际采购量868.00万元，完成进度为188.66%，第四批合同采购量92.23万元，实际采购量141.53万元，完成进度为153.44%，抗菌药物计划采购总量153.02万元，实际采购总量256.78万元，完成进度为167.81%。人民医院国采冠脉支架合同采购量268根，实际采购量272根，完成进度为101.49%。

7、全面优化经办服务。截止8月底，贫困人口县内住院“一站式”结算19336人次，医疗总费用8760万元，基本医疗、大病保险、特惠保、医疗救助、医院减免、财政兜底等六重保障“一站式”结算综合报销8089万元，综合报销比例92.3%。基本医疗保险市域内异地就医登记备案人员住院费用直接结算率已经实现100%的目标。

8、夯实党建和从严治党，丰富文明创建工作。制定《2021年澧县医疗保障局党组理论学习中心组学习计划》，组织开展中心组学习12次，按照党组议事规则，执行党组会议记录制度，认真落实“三会一课”制度，完成了民主生活会、党建工作迎检、预备党员转正、党史学习教育专题研讨活动、专题组织生活会等工作。落实党风廉政建设责任制，班子成员履行一岗双责，加强干部廉洁办事教育管理，严格遵守中央八项规定精神。积极参加我县每月的平安创建和志愿者活动，按时按质完成各项任务。今年以来，组织开展城市提质、路口值守、法制宣传志愿者、学雷锋月打扫卫生、慰问孤寡困难老人、义务献血、慰问留守儿童等文明单位创建活动16次。评为一类单位。

9、确保宣传全覆盖。在全县范围开展“打击欺诈骗保，维护基金安全”的集中宣传月活动期间共发放宣传折页15000份，张贴宣传海报8000份。

（三）效益指标完成情况

1、社会效益指标完成情况

全面落实困难群众参保资助政策，将建档立卡贫困人口、特困人员、低保对象、贫困残疾人等困难人群全部纳入城乡居民基本医疗和大病保险制度覆盖范围，实现贫困人口参保率 100%；明确“两病”参保患者在符合用药范围规定的降血压、降血糖药品费用按限额内 70%比例报销等。

2、可持续影响指标完成情况

2021年根据相关保障政策与政府承受能力相适应的前提下实施救助，有效的缓解了困难群众就医负担，提高了医疗救助水平，健全社会救助保障体系。

3、满意度指标完成情况

2021年让参保服务对象对医保缴费、待遇、报销政策普遍知晓，提升了人民群众医保获得感和满意度。

七、存在的问题及原因分析

1. 基金收缴和支付压力增大。一是由于新冠疫情影响，打工人员返乡较多，收入下降，城乡居民参保缴费压力大；二是城镇职工中退休人员占参保人数比例大，破产改制企业人员一次性缴纳医保金预留标准过低，这部分人群导致后期医疗保障压力大。三是新冠疫苗及接种费用支出导致医保基金支撑能力进一步下降。

（二）医疗机构监管难度大。一是大数据分析能力不足，导致对定点医药机构的医保基金使用情况监管不及时、不到位。二是监管专业力量不足，基金监督专业人员相对缺乏，稽查力量薄弱，普通工作人员难以对各种复杂情况作出一个具有权威性的综合判断，对医保监管和审核工作进行规范化管理监管存在一定差距。

（三）医保信息系统建设有待完善。自全省信息平台在我县上线以来，在实际运行中还存在较多问题，如：参保数据与税务部门有差异、协议医药机构结算不畅、财务报表不能生成等问题，在一定程度上给医保正常经办工作带来一定的影响，医保信息平台还需尽快完善。

1. 下一步改进措施

（一）加强预算管理。结合上年实际支出情况，结合年度工作计划，精准支出预算，按项目、经济科目做好数据测算，合理分配项目资金，提高资金使用效率，力争预算编制更科学、更规范。

（二）强化资金使用管理。通过进一步完善单位财务制度，合理设置绩效目标，合理安排资金拨付。

（三）继续做好医保付费总额控制管理，按照“以收定支，收支平衡”的基本原则深入推进，在保障参保人员基本医保待遇的同时，住院医疗费过快增长势头得到有效控制。化医疗保险支付方式改革，持续稳步推进DIP付费方式改革。

（四）是强化基金征缴，建立稳定可持续的筹资机制，加强医疗保险基金预算管理，增强预算执行约束力，实现医保基金安全运行。

（五）提升基金监管效能，持续加大对欺诈骗保行为的打击力度，坚持对医保定点医药机构和参保人员欺诈骗取医保基金行为“零容忍”，及时完成定点医疗机构的住院费用审核结算工作，加大审核力度，确保审核到位。

（六）加强医保经办政务服务标准化、信息化建设，严格执行国家基本医疗保险待遇清单管理制度，进一步完善医保平台业务受理、网上办理、前台柜员综合收集等功能，优化系统流程，提高办事效率。

1. 单位整体支出绩效自评结果拟应用和公开情况

2021年,我局积极履职，强化管理，项目立项依据充分,资金使用合理，措施保障有力，相关政策落实到位,会计核算规范，符合年度预算目标，项目社会效益、生态效益、经济效益和可持续影响效果显著，服务对象满意度较高，较好地完成了年度工作目标。根据2021年部门整体支出绩效评价方法和参考指标进行自评，得分为98分。

十、其他需要说明的情况

无

报告需要以下附件：

1．部门整体支出绩效评价基础数据表

2．部门整体支出绩效自评表

3．项目支出绩效自评表（一个项目支出一张表）