**2023年道县医保局部门整体支出绩效评价报告**

**一、基本情况**

**（一）部门基本情况**

1．主要职能

（1）拟定全县医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的政策、规划和标准，并组织实施。

（2）组织制定并实施全县医疗保障基金监督管理办法，监督管理相关医疗保障基金。建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革。

（3）组织制定全县医疗保障筹资和待遇政策，组织制定全县城乡居民大病保险政策，完善动态调整和区域内调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。负责管理全县医疗救助资金的使用。组织拟定并实施长期护理保险制度改革方案。

（4）贯彻落实国家、湖南省制定的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录、支付标准。贯彻执行医保目录准入谈判规则。

（5）组织制定全县药品、医用耗材价格和医疗服务项目、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机制，推动建立市场主导的社会医药服务体格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

（6）根据国家、省、市药品、医用耗材的招标采购政策，监督实施全县药品、医用耗材招标采购工作。

（7）制定全县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。

（8）负责全县医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。指导、监督全县医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助等医疗保障经办业务工作。负责医疗保障行政审批事项。组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域合作交流。

（9）完成县委、县政府交办的其他工作。

（10）职能转变。县医保局应完善统一的城乡居民基本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，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、减轻医药费用负担。

（11）与县卫生健康局的有关职责分工。县卫生健康局、县医保局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

2、机构设置

我单位是县政府工作部门，为正科级行政单位，下设副科级公益一类事业单位医疗保障事务中心。局机关内设办公室、规划财务和法规股、待遇保障股、医药服务管理股、医药价格和招标采购股、基金监管股共六个股室。全局核定编制59人，实有工作人员50人。

**（二）部门年度整体支出绩效目标，专项资金绩效目标。**

2023年度单位整体支出绩效目标情况：

目标1.优化医保领域便民服务。

一是落实落细异地直接结算。二是做好定点医疗机构扩面与异地就医管理工作。三是优化异地就医服务。四是全面推行省内基本医疗保险零星报销费用线上审核结算，提高“数字化”经办水平。

目标2.推进医保经办管理服务体系建设。

一是加强经办体系建设。二是落实全省医疗保障经办政务服务事项和加强医保窗口建设。三是加强省市县统筹协调和经办业务协同。四是规范DIP支付经办管理。五是加强两定机构管理和经办机构稽核、内部控制管理。

目标3.提升医保规范化管理水平。

一是落实医保待遇政策制度。二是推进医保支付方式改革。三是推动医药集采和价格政策落实落地。四是推进基金监管规范化工作。五是完成能力提升补助资金预算执行率，资金使用合规。

1. **一般公共预算支出情况**

2023年本部门一般公共预算拨款收入6442.57万元，一般公共预算支出6442.57万元。

**（一）基本支出情况**

2023年基本支出1083.12万元，主要是为保障部门正常运转、完成日常工作任务而发生的各项支出，包括用于工资福利支出的人员经费以及办公费、印刷费、水电费、办公设备购置等公用经费。

1. **项目支出情况**

2023年项目支出5359.45万元，各项专项资金的使用管理情况如下：

1、2023年度医疗救助专项资金分配安排和使用管理情况。

根据《湖南省医疗救助办法》(湘政办发〔2021〕62号)、《永州市医疗救助实施细则》(永政办发〔2021〕23号)和《道县医疗救助工作实施方案》(道政办函〔2022〕55号)文件精神，我局进一步完善我县医疗救助体系，提高困难群众的医疗保障水平，保障困难群众基本医疗需求，切实帮助困难群众解决医疗问题。2023年各级财政共筹集医疗救助补助资金4205.92万元，其中，中央1359.58万元，省级326.68万元，县级2519.66万元。该项目全年发生救助支出4332.77万元，当期收支结余为-126.85万元。

2、2023年度医疗保障与服务能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）分配安排和使用管理情况。

根据《湖南省财政厅关于下达2023年中央补助医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力建设部分）项目经费的通知》（湘财预［2023］180号）文件精神，下达道县医保局2023年医疗服务与保障能力提升中央财政补助资金20万元，资金实际支出20万元，主要用于基金监管、医保政策宣传和经办服务能力提升等方面，预算执行率100%。

三、政府性基金预算支出情况

2023年度无政府性基金收支。

四、国有资本经营预算支出情况

本单位无国有资本经营预算的收支。

五、社会保险基金预算支出情况

**(一)城镇职工医疗保险基金预算执行情况**

2023年城镇职工医保预计参保人数31498人，基本医疗保险费收入12754.85万元、财政补贴收入121.37万元、利息收入168.60万元、转移收入6万元，本年预算收入合计13050.82万元，预计基本医疗保险基金支出12701.61万元，当年基金预算收支结余349.21万元。

2023年度城镇职工医保参保单位计480家，实际参保人数32542人（其中，在职20378人，退休12164人），参保人数较上年末增加 327人，同比增长1.01%，完成年度预算的103.31%。

2023年度城职基本医疗保险费收入15009.47万元、财政补贴收入111.32万元（含新冠病毒疫苗及接种费用财补资金29.32万元）、利息收入150.98万元、其他收入4.7万元、转移收入34.92万元，本年基金收入合计15311.39万元，与去年同期比较增加1783.77万元，增长13.18%;比年初预算数增加2260.57万元，完成年度预算的117.32%。

2023年城职基本医疗保险基金享受待遇11.57万人次，实际补偿支出15632.69万元，同比增加1364.37万元，增长9.56%，比年初预算数增加2931.08万元，增长23.07%。当年基金结余-321.30万元，年末滚存结余12940.66万元。

**（二）城乡居民医疗保险基金预算执行情况**

2023年城乡居民医保预计参保人数64万人，基本医疗保险费收入22400万元、财政补贴收入40960万元、利息收入358万元、其他收入320万元，新冠疫苗及接种费补助收入650万，本年基金预算收入64688万元，预计基本医疗保险基金支出60970.6万元，当年基金预算收支结余3717.4万元。

2023年度城乡居民医保实际参保人数616795人（集中征缴期内参保人数为615270人），参保人数较上年末减少29743人，同比下降4.61%，完成年度预算的96.37%。

2023年度城乡居民基本医疗保险费收入21593.57万元、财政补贴收入40649.94万元（含新冠病毒疫苗及接种费用财补资金626.13万元）、利息收入274.06万元、其他收入258.43万元，本年基金收入合计62776万元，与去年同期比较增加1936.25万元，增长3.18%；比年初预算数减少1912万元，完成年度预算的97.04%。

2023年城乡居民基本医疗保险基金享受待遇70.13万人次，实际补偿支出71030万元，同比增加9062.4万元，增长14.62%，比年初预算数增加10059.4万元，增长16.5%。当年基金结余-8254万元，年末滚存结余20289.22万元。

六、部门整体支出绩效情况

**（一）优化医保领域便民服务**

1.落实落细异地直接结算。一是拓展异地就医备案渠道，我县经办机构服务窗口、电话（传真）、线上网厅等申请办理登记备案渠道均开通。参保人员跨省异地就医、省内异地就医可通过“湘医保”APP、湖南省政务服务网等多种线上渠道申请办理登记备案手续。线下申报的即时办结，线上申报的原则上在两个工作日内办结。二是积极推进承若书制度，缩减医保服务事项办理时限，参保人员可以签署个人承诺书方式申请办理异地长期备案；参保人意外伤害异地就医且无第三方责任的医疗费用，可通过填写《外伤无第三方责任承诺书》办理异地就医直接结算。

**2.定点医疗机构扩面与异地就医管理。**实现普通门诊异地结算二级以上定点医疗机构全覆盖。我县9家二级以上医疗机构全部开通跨省和省内异地普通门诊业务，开通率和结算率均达到100%。全部43个门诊慢特病治疗费用省内异地可直接结算，我县人民医院、县中医医院、道州新区肾病医院实现了直接结算。2023年1-12月道县定点医疗机构住院费用异地直接结算率80.94%，门诊费用异地直接结算率97.76%。

**3.优化异地就医服务。**道县作为参保地，2023年1-12月住院费用跨省直接结算率达到 75.62%，省内直接结算率达到94.85 %。道县全年门诊费用跨省和省内异地直接结算率达到 98.61%。

4.“数字化”经办水平。一是积极推动湖南省医疗保障单位网厅应用率，提高注册登录率。二是依托医保服务平台 “个人网厅”“单位网厅”，推进参保登记、参保信息变更、转移接续等医保领域高频服务事项办理。

**(二)推进医保经办管理服务体系建设**

**1.经办体系建设情况。**我县22个乡镇（街道）、369个村（社区），已全部开通参保登记、信息查询及变更、异地就医备案等26项经办服务事项直办或帮代办，覆盖率100%。截止6月底，基层医保经办直办或帮代办的件数完成18670件，基层办理率达87%。

**2.窗口建设情况。**一是依托政务服务大厅，合理布局服务网点，配备引导人员，提供咨询、指引等服务；委托代办的线下渠道，优化完善无障碍设施，并提供预约、应急服务，协助老年人等群体操作智能化终端设备。二是成立转诊中心，将转诊审批权限下放到县人民医院、县中医医院，并在医疗机构开设特门“双通道”窗口。三是针对参保登记、异地就医备案、门诊慢特病病种待遇认定、医疗费用手工（零星）报销等老年人群体办理的高频事项，建立了“一事一指南”和“一次性告知书”制度。

**3.省市统筹协调和经办业务协同情况。**贯彻落实省市县重点工作及时到位，及时响应日常业务工作，按时按量报送统计和会计报表，信访维稳室及时回复处理信访交办件，工作推进有序，协同配合有力。

**4.规范DIP支付经办管理。**我县建立规范完整的 DIP 经办流程体系、监测评估体系及协商谈判机制。完成对医疗机构开展日常监测，并形成监测报告。

**5.两定机构和经办机构稽核、内部控制管理情况。**两定机构管理，建立定点医药机构年度考核评价和动态调整机制，制定了我县医保电子服务协议签订相关制度，行政村卫生室纳入医保定点100%全覆盖。经办机构稽核、内部控制管理，建立了内部控制监督检查制度，制定年度内部控制检查计划，实现对定点医药机构年度稽核全覆盖。

**（三）提升医保规范化管理水平**

**1.落实医保待遇政策制度情况。一是全面实施全民参保计划。**2023年协助税务部门召开城乡居民征缴工作推进会及面对面业务培训会。我县全力推进基本医保参保全覆盖，2023年度基本医疗保险参保64.92万人，完成市政府下达目标任务的108%，常住人口参保率111.65%，在全市排名靠前，获评“全省医保系统2023年度城乡居民基本医疗保险费征收工作突出单位”。落实困难群众参保资助政策，将特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、重度残疾人、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员和纳入监测范围的防止返贫监测对象等困难群众全部纳入医疗救助资金资助范围，实行分类资助，全年共资助参保32458人，资助金额782.99万元，困难人群参保实现100%。**二是待遇清单制度落实到位。**在省市统一安排部署下，全县基本医疗保障制度已完成人工关节打包支付、城乡居民透析按甲类支付、苯丙酮尿症使用特殊奶粉等项目清理，建立了待遇清单制度清理台账。**三是落实职工医保门诊政策情况。**我县对定点医疗机构职工普通门诊统筹开通率为100%，加强对开通职工普通门诊统筹的定点药店基金监管，对职工门诊慢特病患者严格按省政策落实。**四是推进居民大病保险工作情况。**我县已实现省内跨市州大病保险直接联网结算。**五是推进医疗救助工作情况。**我县施行医疗救助基金专户管理，落实医保扶贫资金归并平移和地方财政资金配套安排；严格按照医疗救助程序规范、依申请救助；定期推送高额医疗费用监测预警信息，按政策落实救助。**六是推进“两病”门诊用药保障。**2023年，高血压门诊待遇享受8.3万人次，降血压药品基金支出292.70万元；糖尿病门诊待遇享受5.1万人次，降血糖药品基金支出528.30万元。

**2.医保支付方式改革工作情况。**至2023年底全县有住院业务的定点医疗机构42家，今年将住院医保收入达50万元以上的20家乡镇卫生院和社区卫生服务中心新增纳入DIP付费，全县DIP付费定点医疗机构从13家扩大到33家，DIP付费医疗机构覆盖率达78.57%。按市局病种目录，DIP付费医疗机构病种覆盖率达99.9%以上（生育住院未纳入）。城乡医保基金DIP付费占住院医保基金支出比例的为57.45%，城镇职工医保基金DIP付费占住院医保基金支出比例的为62.2%。

**3.医药集采和价格政策落实落地情况。**一是国家组织药品集采和省际联盟药品624个品种（14批次），完成采购总金额约4052.83万元，费用平均降幅40%；二是高值医用耗材集采4个品种（冠脉支架、人工晶体、人工关节和骨科创伤类耗材），完成采购总金额215.16万元，费用平均降幅70%；三是低值医用耗材完成采购金额2625.11万元，费用平均降幅10%。

**4.基金监管规范化工作情况。一是**完成了市局转交省审计组移交的关于定点医疗机构重复收费问题整改，追回医保基金计19.6万元，处罚8.24万元。**二是**完成市局交办欺诈骗取医保基金举报线索案件的查处工作，做好市局交办欺诈骗取医保基金举报线索案件的处理工作。三是通过与第三方公司合作，充分利用大数据分析，有针对性地对我县10家医院进行数据比对，现场核查，加强大违规处罚力度，切实防范违规使用和套取医保基金的情况发生。

七、绩效自评结果拟应用和公开情况

总体来说，我局2023年部门整体支出情况良好，财政资金预算配置合理合规，预算执行严格有序，预算管理规范可控，资金效益合乎预期。从预算到执行和收入、支出、资产管理及信息公开，都严格按相关制度要求进行，全年收支平衡，有效保证了机构运转，圆满完成了上级下达的目标任务，取得了较好的社会效益。综合评分为98分，自评结果为“优”。

绩效自评对全年工作目标起到积极的促进作用，为明年的工作开展及实施奠定坚实的基础。我单位将绩效自评结果运用到下一年工作的统筹安排、项目资金划拨及按照工作任务的重要性来明确资金使用上，以提高工作效率，保质保量完成各项工作任务。本次自评按相关要求及时上报、公开。绩效评价结果的公开不仅提供资金使用的透明度，而且强化政府行为的合理性和合法性，取得公众对医保工作的肯定。

道县医疗保障局

2024年6月19日