附件2

部门整体支出绩效自评报告

（2024年度）

单位名称：衡阳市医疗保障局（盖章）

2025 年 2 月 24 日

部门整体支出绩效自评报告

1. 部门、单位基本情况

1．部门职能。

统筹管理全市医疗保险、生育保险、大病互助、公务员医疗补助、离休老干医疗等各项险种的工作。

（1）贯彻执行国家、省基本医疗保障法律、法规规章和方针政策，拟订本市医疗保障事业发展规划、政策、标准并组织实施和监督检查。

（2）组织制定并实施医疗保障基金管理和基金监督管理制度，建立健全医疗保障基金安全防控机制，拟订应对预案并组织实施。

（3）拟订并调整医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整机制，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。组织拟订并实施长期护理保险制度工作方案。

（4）按国家、省有关规定执行城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医疗保障目录和支付标准。

（5）按国家、省有关规定组织制定并调整药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，合理确定并动态调整医疗服务价格，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。

（6）按国家、省有关规定组织制定并实施药品、医用耗材的招标采购政策。

（7）拟订定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，开展医疗保障基金支付方式改革，建立健全定点医药服务评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医疗保障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）负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。完善医疗保障基金预决算编制工作，完善异地就医管理和费用结算。健全完善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）完成市委、市政府和省医疗保障局交办的其他任务。

2．机构情况。

下设衡阳市医疗保险事务中心和衡阳市医疗保险基金监管中心两个二级机构。

3．人员情况。

2024年本单位年末实有人数76人。

二、一般公共预算支出情况

**（一）基本支出情况**

2024年，基本支出完成1,526.71万元。其中，按支出性质分类，人员经费完成1,270.47万元；公用经费完成256.25万元。

1. **项目支出情况**

2024年我单位项目支出总金额为437.20万元。从预算项目来看，具体支出方向和使用范围如下：

1.医疗保障能力建设经费支出9.37万元，执行率52%。主要用于提升医保信息化标准化、基金监管、经办管理、目录监管水平，推进医保支付方式、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格等改革任务。

2.城乡居民基本医疗工作经费支出26.23万元，执行率93%。主要用于城乡居民参保征缴任务，组织召开全市参保征缴动员会等围绕城乡居民相关的日常工作支出。

3.办公场地租赁费支出50万元，执行率100%。主要用于我单位办公场地的全年租赁等相关支出。

4.特殊门诊专家评审费用支出2万元，执行率100%。主要用于衡阳市本级职工特殊门诊和双通道药品的评审相关工作支出。

5.欺诈骗保行为举报奖励专项资金支出0万元，执行率0%。主要用于打击欺诈骗保日常工作经费支出。

6.2024年度增人增资经费支出26.49万元，执行率100%。主要用于2024年我单位的增人增资工资性支出。

7.驻村帮扶资金支出5.32万元，执行率96%。主要用于市直单位驻村帮扶资金（用于驻村工作队补贴等）。

8.医疗费补助支出1万元，执行率100%。主要用于湖南省财政厅关于下达2023年度真抓实干成效明细地区奖励资金。

9.其他资金支出4.1万元，执行率100%，主要用于其他资金的支出。

三、政府性基金预算支出情况

2024年本单位无政府性基金预算支出。

1. 国有资本经营预算支出情况

2024年本单位无国有资本经营预算支出。

1. 社会保险基金预算支出情况

市本级全年支付职工医保基金160727万元，其中统筹基金支出95123万元，个人帐户基金支出65604万元。

1. 部门整体支出绩效情况

1、打好全民参保“主动仗”，完善多层次医保制度体系。一是基本医保参保筹资有力。2024年，居民医保参保（含财政全额代缴）546.6万人，全市常住人口参保覆盖率稳定在95%以上，困难群众100%参保；二是医保助力乡村振兴落实有力。城乡居民医保普通门诊的报销比例提高到70%，大病保险比例提高5个百分点；两病就诊364707人，就诊近88.07万人次，药品费用 14805.26 万元，基金支出9512.59万元；1.7万人纳入乡村振兴监测对象参保，稳定脱贫人口近28万人，特困人员参保40963人，低保对象参保169588人，纳入民政部门低保边缘家庭对象参保18864人，重度残疾人参保135830人，医疗救助资助参保38.26万人，资助金额9788.71万元。三是两病”门诊用药保障推进有力。衡阳全市高血压待遇享受人数12.42万人，待遇享受70万人次，医疗费总额8429.85万元，统筹基金支出5382.63万元，符合范围金额8069.11万元；糖尿病待遇享受人数6.16万人，待遇享受36.67万人次，医疗费用总额1.05亿，统筹基金支出6735万，符合范围金额1.01亿元。

2、探好支付改革“领先路”，深化医疗保障领域各项改革。一是提前启动DRG实际付费。成立DRG工作专班，制定出台《衡阳市DRG付费医疗保障经办管理规程（试行）》，加强政策宣传与培训，建立了经办机构月安排、周调度、日督办的工作机制，7月1日，全市首批50家试点医疗机构正式启动DRG支付方式实际付费，率先实现DRG结算系统与核心经办结算系统对接成功。50家试点医疗机构住院次均费用同比下降4.2%，其中，南华附一7月次均费用下降了26%，参保人员自付比例同比下降7.25%。

3、用好基金监管“组合拳”，持续巩固打击欺诈骗保高压态势。市医保局严格对照省局和市委市政府的工作安排，积极创新监管方式，持续加大打击欺诈骗保工作力度，对各类欺诈骗保行为落实“零容忍”，全力守好广大群众的“看病钱”“救命钱”。一是开展专项整治。根据市委、市政府交办的问题线索，大力开展专项整治工作，对全市的40家定点医药机构（36家医疗机构和4家药店）开展现场核查工作，重点对检查检验、康复理疗、骨科、心血管内科、血液净化、麻精药品等相关领域进行检查。二是积极参与飞行检查工作。充分调动各县市区局监管专业人员积极参与国、省监管飞行检查，以查代训，努力提升监管队伍能力水平，充分发挥飞行检查示范引领作用。4月份，在全市范围组织开展了“安全规范用基金，守好人民看病钱”为主题的基金监管集中宣传月活动。全市共发放传单、手册等宣传资料780560份，发送短信383000条，制作海报、展板、横幅10250条。

4、完善四级经办体系建设。按照统一规范标识和形象，推行宣传栏、窗口、职责、制度、标识“五统一”，配备电脑、打印机等办公设备，实现专门窗口、专门人员、专门设备，依托已有县（市、区）政务服务中心，乡（村）便民服务中心，县级设立医保中心，乡级设立医保服务站，村级设立医保服务点，建成了横到底、纵到边、全覆盖的医保经办服务网络，构建“15分钟服务圈”。全市187个乡镇（街道）医保服务站、2775个村（社区）医保服务点实现了提供参保登记、信息查询及变更、异地就医备案等事项直办或帮代办服务100%覆盖。

5、开展生育备案和异地就医转诊备案“一站式”服务。积极推进便民服务，将生育备案、特门特药审批下沉至定点医疗机构；确定了南华大学附一医院等11家医院作为异地就医转诊定点医疗机构，为确需向上级医院转诊转院的参保人员直接办理转诊备案手续，办理后即刻生效，无需医保经办机构审核，解决了医院和医保“两头跑”、耗时费力等问题；取消特殊门诊、普通门诊就医购药定点限制，提升了群众医保获得感。

6、扎实推进医疗保障能力建设。重点加强医保信息平台建设，进一步深化平台的功能应用和运行维护。组织全市3321家定点医药机构开展了医保信息系统对接应用情况自查，全面摸清全市医药机构医保信息系统对接和实际应用情况，督促两定机构及时完成机构信息系统改造；全面推进加快医保电子凭证在我市两定机构的落地应用。及时对接协调湖南银行衡阳市分行，推进我市职工门诊统筹结算、DRG第三方咨询服务等信息化建设项目落地。

7、村级卫生室门诊直报全覆盖。为加快全面推进村级医保门诊统筹工作，最大限度减轻群众医疗支出负担，不断提升群众看病就医的满意度，全市医保部门积极作为，专题研究部署，组建工作专班，压实工作责任，在时间节点前全面完成村级卫生室医保定点全覆盖任务。截至7月19日，全市村卫生室已开通医保赋码2337家，完成核定任务率106.42%，提前7天超额完成省里下达2220家的任务数，全面完成省委市委关于行政村卫生室医保定点全覆盖的工作要求。

8、推广“智慧医保”，提升“数字化”经办水平。一是在全省医保领域首推医保服务“码上懂”，扫描二维码即可获取异地就医备案、生育津贴支付等20个经办事项申请材料、办事指引、视频操作指引及政策解读，并可关联湘医保及办事厅直接申办相关事项。自该服务上线以来，扫码、关注达3万余人次。二是推行“提醒告知”服务，通过手机短信和湘医保公众号消息推送的方式，告知参保人办理“双通道”和特门待遇的相关消息或状态，避免了群众忘记待遇到期时间，能及时办理复审手续。

**综合评价情况和评价结论**

按照部门整体支出绩效自评表确定的评分细则，通过对各项指标逐一评价，本单位部门整体支出绩效评价得分是：预算执行情况得分 10分，产出情况得分38分，效益情况得分28分，服务对象满意度得分10分，成本情况得分10分，总绩效为96分。评价结果等次为“ 优 ”。

七、存在的情况及问题

（1）绩效评价制度体系有待完善。我局还是缺乏相关绩效评价的知识储备和工作经验，需进一步完善的绩效评价制度体系，相关工作仍在进一步探索中。（2）绩效评价结果运用有待加强。未能将绩效评价结果与资金分配相挂钩，对绩效评价结果运用不够充分。

八、下一步改进措施

**（一）扎实推动各项医保待遇政策落地落实**

严格落实国、省局各项医保制度，确保制度落地生根。下步，将进一步健全工作机制，细化工作举措，加强改革系统集成和协同高效，切实把制度优势转化为治理效能，推动我市医疗保障事业高质量发展。

**（二）有序推进医药集采提质增效**

完善相关配套机制，促进集采提质增效，并做好药品挂网价格联动。落实好《关于实施医保基金直接结算集中带量采购中选产品医药货款的通知》，确保全市定点公立医疗机构通过招采管理系统采购的集中带量采购中选产品货款，全部纳入直接结算范围。

**（三）深入开展打击欺诈骗保活动**

结合医疗领域腐败问题集中整治专项行动开展好我市集中整治工作，重点把医保基金使用、医保目录管理、医药集采等纳入整治范围。聚焦重点领域，强化稽核，全力推进我市医保领域打击欺诈骗保专项整治工作。

**（四）深入推进医保信息化建设和应用**

加强基层服务平台建设，为经办服务向基层下沉提供技术支持。加强系统应用的宣传、培训与指导，特别是在医保移动支付、医保电子凭证、电子处方应用等便民措施方面，要切实把已有功能用好用足。进一步加强系统安全、网络安全、数据安全，从制度和技术层面形成制约机制，全面加强安全防控。

**（五）积极推进DRG支付方式改革**

一是坚持统筹推进，夯实改革基础，确定改革统一标准。二是组织工作人员前往其他城市开展考察调研，就DRG本地化权重确定、基金预算、协议管理、经办规程等方面调研学习，充分吸收兄弟省市先进经验和做法。三是建立协商机制，充分听取医院意见建议，及时对标修正纠偏，主动解决运行过程中存在的问题，实现医保医院同频共振、同向而行。

**（六）加强医保政策宣传**

持续做好医保政策宣传工作，拓宽宣传渠道，以群众喜闻乐见的方式推进医保政策宣传活动，让医保宣传更接地气，群众参保更有底气，让各项惠民政策真正深入人心。不断扩大群众参保缴费积极性，增强参保群众的幸福感和获得感。