

附件4

2024 年度安化县医疗保障局 整体支出绩效自评报告

申报单位(盖章):



2025 年 4 月 28 日

(此页为封面)



2024 年度安化县医疗保障局 整体支出绩效自评报告

一、部门(单位)基本情况

(一) 简要介绍2024年度重点工作。

一是持续做好参保筹资工作。配合税务部门，切实完成2025年度城乡居民医保征缴工作。加大宣传发动和各级各部门协同力度，全力完成2025年度城乡居民医保参保筹资缴费工作。二是持续为县域紧密型医共体建设提供条件。明确专人支持医共体建设工作，配合开展各项医共体建设的调研学习，为实施方案的出台提供医保智慧，利用医保杠杆引导医院主动降费、提升医疗服务质量，提高基层首诊率、县域内就医率，减轻群众就医负担。三是持续落实大抓落实民生可感各项工作要求。在提升医保报销比例、控制医保目录外费用占比、医药耗材集中带量采购、基金监管、异地联网结算等工作方面做好长期坚持。四是持续落实医保政策保障参保群众待遇。推进“两病”门诊用药工作、门诊慢特病用药、双通道用药、门诊统筹、医疗救助等各项政策落到实处，落实《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》《湖南省职工基本医疗保险实施办法》。五是持续优化医保经办服务提升群众满意度。做好政策宣传，优化办事流程，定期开展医保经办人员业务培训。

(二) 部门整体支出规模、使用方向、主要内容和涉及范围。

我局2024年总支出1207.07万元。按支出性质和经济分类：



其中基本支出907.24万元，具体是人员经费637.31万元，公用经费269.93万元；项目支出299.83万元。按经济分类：工资福利支出628.10万元；商品和服务支出513.42万元；对个人和家庭的补助9.21万元；资本性支出56.34万元。

二、一般公共预算支出情况

（一）基本支出情况

2024年基本支出907.24万元，其中人员经费637.31万元，公用经费269.93万元；基本支出中“三公”经费8.45万元。2022年至2024年，我局陆续发布以下文件：安医保发〔2022〕41号 关于印发《安化县医疗保障局机关公务接待管理办法》的通知、安医保发〔2023〕7号 关于印发《关于全面实施预算绩效管理的措施办法和实施细则（试行）》的通知、安医保发〔2023〕6号 关于印发《医疗保障与服务能力提升补助资金管理办法》的通知，严格执行各项管理办法，落实每笔资金的使用情况。

2024年本单位公务接待费指标全部用于公务接待支出。在接待范围方面，未发现无公函、假公函、无审批接待、先接待后申请，部门与部门之间请吃等超范围接待问题。在食宿安排方面，不存在超标准安排接待、陪餐人数超标等问题。也不存在虚假报销等违反公务接待有关规定的问题。

（二）项目支出情况

1. 项目资金（包括财政资金、自筹资金等）安排落实、总投入等情况分析。2024年本单位项目资金预算520.64万元，其中



项目支出149万元，中央直达能力提升补助资金84万元，追加预算城乡居民参保工作经费287.64万元。实际支出项目资金520.64万元。项目支出已全部用于各项目相应支出；城乡居民参保工作经费的287.64万元全部拨付给各乡镇财政专户；能力提升补助资金84万元全部用于医疗保障与服务能力提升部分，已通过上级对此项资金的绩效考核。

2. 项目资金（主要指财政资金）实际使用情况分析。

2024年项目资金（主要指财政资金）经费支出实际使用520.64万元。其中：项目支出149万元，其中：举报奖励专项费用支出5万元，主要用于奖励群众提供真实有效的欺诈骗保线索等；宣传手册印刷费和基金监管集中宣传月支出9万元，主要用于向全县人民宣传基金监管各项条例，呼吁大家参与到维护基金安全和打击欺诈骗保等活动中来；反欺诈骗保和稽查工作经费支出30万元，主要用于保障反欺诈骗保和稽查工作稳步推进，提高医保稽查工作能力，有效保障医保基金安全等；医保基金基层综合监管试点建设支出10万元，主要用于全县三家医保基金基层综合监管试点建设；职工、城乡居民基本医疗慢特病门诊经费支出20万元，主要用于保障本年度慢特病门诊申报等工作；梅城代办点开支支出10万元，主要用于保障梅城代办点有效运行等；“一站式结算”系统、远程查房和人脸精准识别系统维护经费支出20万元，主要用于保障一站式结算系统、远程查房和人脸精准识别系统正常运行等；网络信息改造及维护费支出20万元，主要用于



保障单位网络正常运行；非税收入征收成本支出25万元，主要用于确保完成2024年非税收入征收计划。城乡居民参保工作经费的287.64万元全部拨付给各乡镇财政专户。能力提升补助资金84万元，其中参保工作方面支出6.63万元，基金监管方面支出61.60万元，医保支付方式改革方面支出3.96万元，经办管理服务体系建设方面支出11.91万元。综合分析，资金使用主要侧重于基金监管方面，今后我局会继续优化资金的使用结构，提升预算管理科学性，精细化编制项目经费预算，项目申报前组织业务专家进行研讨，充分论证项目的科学性和可行性，提升预算编制的合理性。严格按照项目计划进行，加强项目执行进度情况报告，及时进行项目成果总结。

项目资金管理情况分析，主要包括管理制度、办法的制订及执行情况。2024年起我局陆续发布安医保发〔2022〕41号 关于印发《安化县医疗保障局机关公务接待管理办法》的通知、安医保发〔2023〕7号 关于印发《关于全面实施预算绩效管理的措施办法和实施细则（试行）》的通知、安医保发〔2023〕6号 关于印发《医疗保障与服务能力提升补助资金管理办法》的通知等文件，健全本单位资金管理制度，并不断完善中。

三、政府性基金预算支出情况

2024年本单位无政府性预算的支出。

四、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的支出。



五、社会保险基金预算支出情况

2024年本单位无社会保险基金预算的支出。

六、部门整体支出绩效情况

本单位主要从部门整体支出的经济性、效率性、有效性和可持续性等方面进行量化、具体分析，反映部门履职及履职效益情况。其中：

经济性分析。主要是对成本（预算）控制、节约等情况进行分析；2024年本单位收入1207.07万元，实际支出1207.07万元，资金投入率100%，无超支等现象。

效率性分析。逐步推进医保支付方式改革和DIP工作，不断落实DIP支付方式改革各项要求，我市为该项目国家级试点地区，我县同步开展试点工作，完成DIP支付方式改革三年行动任务。医保经办服务能力较往年有所提升，我县医保经办机构归口管理、独立运行，医保经办清单全面落实，实行综合柜员制和一窗办理，实行全省通办、全市通办。我县8个县级医院全部实现普通门诊异地结算、实现全部35个门诊慢特病治疗费用省内异地直接结算，23个乡镇433个村/社区全部实现医保参保登记、信息查询及变更、异地就医备案等经办服务事项直办或帮代办全覆盖。落实职工门诊统筹，县域内定点医疗机构均实现职工门诊共济，5家定点零售药店纳入门诊统筹管理。医保标准化水平显著提升，积极做好医保信息业务编码标准的贯标工作，严格遵守全市统一执行的现行市级医保待遇政策，实行统一的基本医疗保险、生育保险筹资标准和缴费费率。但未承担国家级医保公共服务标准化试点项目。



集中带量采购落实情况，按要求实施国家组织的药品、医用耗材集采工作，完成集中采购中选产品约定代购量，医药集采约定量完成率达100%。

有效性分析。本单位2024年实现全县56家定点医疗机构监督检查覆盖率100%；推行DIP/DRG医保支付方式改革，统筹地区 $\geq 100\%$ ；医保信息平台子系统应用情况，药品耗材追溯码采集接入率，定点医疗机构接入率 $\geq 3\%$ 、定点零售药店接入率 $\geq 70\%$ ；医保电子处方接入率和上传数据量：定点医疗机构接入率 $\geq 20\%$ 、定点零售药店接入率 $\geq 1\%$ ；医保移动支付接入率：定点医疗机构接入率 $\geq 73\%$ 、定点医疗机构接入率 $\geq 60\%$ ；

医保码全流程应用：定点医疗机构接入率 $\geq 60\%$ 、定点零售药店接入率 $\geq 60\%$ ；电子票据接入率：定点医疗机构接入率 $\geq 35\%$ 、定点医疗机构接入率 $\geq 30\%$ 。医保目录管理规范，年内未出现违反目录管理政策情况。2024年全年，我单位医保信息系统未出现重大故障，断网等问题均在30分钟之内解决。医保信息系统重大安全事件响应时间 ≤ 60 分钟，医保信息系统运行维护响应时间 ≤ 30 分钟。

可持续性分析。支出完成后，本单位继续沿用之前政策，发现问题及时召开党组会议研究，不断完善后续政策、资金、人员机构安排和管理措施，确保项目资金的可持续发展。

七、存在的问题及原因分析

综合分析2024年度各项资金的使用情况，资金使用主要侧重



于基金监管方面。

八、下一步改进措施

面对资金使用过程存在的问题，我局会继续优化资金的使用结构，提升预算管理科学性，精细化编制项目经费预算，项目申报前组织业务专家进行研讨，充分论证项目的科学性和可行性，提升预算编制的合理性。严格按照项目计划进行，加强项目执行进度情况报告，及时进行项目成果总结。

九、绩效自评结果拟应用和公开情况

十、其他需要说明的情况

