

附件4

2025 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):



2026 年 4 月 13 日

(此页为封面)



2025 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2025年度重点工作。

1. 织密全民参保网络，保障基础持续夯实。深入实施全民参保计划，参保覆盖面保持稳定。2025年我县城乡居民医保参保704143人，参保率103.49%，位居全市第二；困难人群及已脱贫户参保率达到100%。基金运行总体平稳，城乡居民医保基金收入82350.87万元，支出82336.18万元；城镇职工医保基金收入26151.4万元，支出25173.97万元，实现收支平衡、略有结余。

2. 深化重点领域改革，惠民便民提质增效。支付方式改革深化，我县所有住院均已按DIP支付方式结算，对紧密型县域医共体的医保支付政策支持力度进一步加大，引导医疗机构规范诊疗、控制成本。医疗救助精准实施，全年医疗救助收入6731.93万元，其中中央补助资金2993.7万元，省级补助资金793.81万元，县级配套资金2937.25万元（弥补上年亏损），利息收入7.17万元。支出合计4054.38万元，其中资助参保支出1766.52万元，住院医疗救助支出1930.98万元，门诊医疗救助支出356.88万元。本年收支结余-259.7万元（不包含弥补上年亏损的县级配套2937.25万元）。2025年应付未付各医院医疗救助资金合计约1525万元。优化门慢特病管理，联合县内定点医疗机构，制定了详细的慢特病申请和初审流程，简化申报程序，参保患者每月均可在慢特病



定点申请医疗机构提交资料，在安化县人民医院、安化县中医医院、安化县第二人民医院设立专门的慢特病门诊诊室，在安化县人民医院设立慢病管理中心，指导患者完善资料，全年共受理居民慢特病认定申请6234例，通过认定5417例，受理职工慢特病申请877例，通过认定754例。认定通过率达到 86.78%。价格调整稳妥推进，落实省市部署，稳妥实施部分医疗服务项目价格调整。

3. 保持高压态势，基金监管成效显著。高位推进整治。联合卫健、公安等12部门印发《开展医保基金管理突出问题专项整治的工作方案》，成立由县政府办副主任、相关部门主要负责人或分管负责人参与的工作专班，保障整治工作高效推进。局党组召开专题会议18次研究整治工作，成立专项整治工作专班；局党组书记、局长每半个月至少专题调度1次（日常按需动态调度），分管领导牵头负责分管领域工作，形成整治合力。健全工作机制。出台《安化县医疗保障基金监管风险预警机制》，围绕住院人次增长率等9项核心指标，重点监测门诊统筹、门诊慢特病、双通道药店，同步对参保人员、医务人员实行分级分类监测，提前遏制风险苗头。专项整治见效。以“零容忍”态度打击医保领域违法违规行为，通过专项检查、自查自纠、问题线索核实等多种监管手段，累计追回违规基金并处行政罚款690.46万元，其中追回违规使用医保基金504.85万元（自查自纠退回351.81万元，各项监管检查追回153.04万元），处行政罚款185.61万元；暂停医保协议或相关业务定点医药机构20家，解除或终止协议7家，形成



了有效震慑。积极移送线索。2025年向纪委监委移送线索8条，立案15起，党纪政务处分11人，留置2人，形成“齐抓共管”格局。深化智能监管。对33家乡镇卫生院、民营医院实行远程查房13748人次，血透打卡身份核验完成率达99.78%，依托智能审核系统对医疗费用实行自动化审核，实现医保目录智能匹配与违规行为事后核查，智能监管子系统累计发现违规数据19821条，确认违规1580条，拒付金额7.99万元。保障药耗供给。高效完成国家及省际药品、耗材集采任务，执行率均达100%，开展医保定点零售药店药品价格风险品种(第二批)的核查处理工作、定点零售药店药品“阴阳价格”监测处置工作。营造共治氛围。开展医保基金监管集中宣传月活动，加大社会宣传投入力度，营造出了全社会共同参与基金监管的良好氛围。

4. 优化经办服务，行政效能有力提升。33项医保服务进驻市民之家政务大厅医保窗口，全年办理业务54604件。推行线上“一网通办”模式，依托“湘医保”平台实现参保登记、异地备案等19项业务“掌上办”，2025年度线上办理异地就医备案8800人次，精简办事材料30%，高频事项办理时限压缩25%，服务满意度不断提升。

(二) 部门整体支出规模、使用方向、主要内容和涉及范围。

我局2025年总支出1348.74万元。按支出性质和经济分类：其中基本支出935.60万元，具体是人员经费675.79万元，公用经费259.81万元；项目支出413.14万元。按经济分类：工资福利支



出667.45万元；商品和服务支出668.99万元；对个人和家庭的补助8.34万元；资本性支出3.96万元。

二、一般公共预算支出情况

（一）基本支出情况

2024年基本支出935.60万元，其中人员经费675.79万元，公用经费259.81万元；基本支出中“三公”经费0万元。2022年至2025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。

2025年本单位严格执行公务“零接待”，无公务接待支出。

（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480.6072万元，其中项目支出113.3万元，中央直达能力提升补助资金85.65万元，追加预算城乡居民参保工作经费281.6572万元。实际支出项目资金480.6072万元。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211.24万元全部拨付给各乡镇财政专户；能力提升补助资金85.65万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。

2025年项目资金（主要指财政资金）经费支出实际使用480.6072万元。其中：项目支出113.3万元，其中：2025年反欺诈骗保和稽查工作经费17.60万元，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“一站式结算”系统20.00万元，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；医保基金专用网络信息改造及维护经费12.50万元，主要用于保障医保基金专用网络正常运行及改造和日常维护经费；宣传手册印刷费；基金监管集中宣传月20.00万元，主要用于医保政策的宣传和资料印刷，以及基金监管集中宣传月活动开支，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；2025年职工、城乡居民基本医疗慢特病门诊经费20.00万元，主要用于保障本年度职工、城乡居民基本医疗慢特病门诊申报等工作；前乡片医保县外住院报销办理点运营费用8.20万元，主要用于保障前乡片医保县外住院报销办理点有效运行，使前乡片参保群众业务办理等价便捷；医保基金基层综合监管试点建设经费10.00万元，主要用于全县三家医保基金基层综合监管试点建设和维护；欺诈骗保举报奖励经费5.00万元，主要用于奖励群众提供真实有效的欺诈骗保线索等。城乡居民参保工作经费的211.24万元全部拨付给各乡镇财政专户。能力提升补助资金85.65万元，其中参保工作方



9.25万元，信息化标准化方面2.30万元，基金监管方面支出32.56万元，经办管理服务体系建设方面支出19.09万元，政策宣传方面支出22.46万元。综合分析，资金使用主要侧重于基金监管、政策宣传方面，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。2022年至2025年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

2025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

2025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

2025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；2025年本单位收入1348.74万元，实际支出1348.74万元，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2025年实现全县41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。2025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2025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、政策宣传。

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

