部门整体支出绩效评价自评报告

（ 2020 年度）

评价类型： 项目实施过程评价 项目完成结果评价

部门（单位）全称：承德市医疗保障局（公章）

主管部门审核意见：

财政部门审核意见：

填报日期 2021 年 3 月 15 日

承德市财政局制

**部门整体支出绩效评价报告**

**一、部门基本情况**

（一）部门职能与机构设置

按照中共承德市委办公室、承德市人民政府办公室《关于印发承德市医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》（承办字[2019]15号），承德市医疗保障局主要职责是：

1、拟订全市城镇职工和城乡居民医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助等医疗保障政策、制度、规划和标准。

2、拟订完善全市医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制，组织建设智能监控平台，推进医疗保障基金支付方式改革，并组织实施。

3、组织制定全市城镇职工、城乡居民参保筹资和保障待遇政策，统筹城乡医疗保障政策标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。拟订全市长期护理保险制度方案及政策标准并组织实施。

4、贯彻执行全省城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录，组织制定全市统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施的医保支付标准并组织实施，建立动态调整机制。

5、贯彻落实省药品、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，依法管理药品、医用耗材、医疗服务价格政策执行情况。建立完善药品、医用耗材和医疗服务价格监测信息发布制度。

6、贯彻落实省药品、医用耗材的招标采购政策并组织监督实施。

7、制定全市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，监督管理定点医药机构的医疗服务行为、医疗费用和医药价格，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。落实和完善异地就医管理和费用结算政策并组织实施。建立健全医疗保障关系转移接续制度。

9、完成市委、市政府交办的其他任务。

部门机构设置情况

| **单位名称** | **单位性质** | **单位规格** | **经费保障形式** |
| --- | --- | --- | --- |
|
| 承德市医疗保障局（本级） | 行政 | 正处级 | 财政拨款 |
| 承德市医疗保险基金管理结算中心 | 事业 | 正科级 | 财政性资金基本保障 |
| 承德市城乡居民基本医疗保险基金管理结算中心 | 事业 | 正科级 | 财政性资金基本保障 |
| 承德市医疗保险基金管理结算中心承钢办事处 | 事业 | 正科级 | 财政性资金基本保障 |
| 承德市医疗保险基金复核中心 | 事业 | 正科级 | 财政性资金基本保障 |
| 承德市医用药品器械集中采购中心 | 事业 | 正科级 | 财政性资金基本保障 |

**（二）人员情况**

全局编制数共81人，其中行政编制15人，事业编制66人；实有人数101人，其中：行政人员16人，事业在职55人，财政聘用人员30人（不在编）。

1. **部门年度决算整体收支及使用情况**

本部门2020年度年初结转和结余96万元，本年收入2670.81万元，本年支出2370.92万元，年末结转和结余395.89万元。

1. 决算基本支出情况。2020年度决算基本支出1254.39万元，其中：人员支出856.36万元，日常公用经费支出398.03万元。
2. “三公”经费使用情况。“三公”经费严格按照财政要求从严管理、从严控制、规范报账。部门2020年度“三公”经费支出共计1.13万元。其中因公出国（境）费支出0万元，公务用车购置及运行维护费支出1.13万元，公务接待费支出0万元。

三、预算项目支出情况。2020年项目支出1116.53万元，项目资金用于医保相关工作的开展，保证了既定工作任务的完成。

四、固定资产采购情况。2020年度政府采购支出总额536.91万元。按照财政要求，对2020年底的资产逐一登记，并录入资产管理系统，为今后资产有效规范管理打下良好基础。

1. **部门（单位）主要履职情况**

2020年全面落实市委、市政府决策部署，坚持问题导向和结果导向，聚焦重点、靶向发力、攻坚克难，全市医疗保障事业取得新成绩。

做好两项顶层设计。一是居民医保市级统筹准备工作落地落实。按照国家、省工作部署，经市政府审议并省局批复同意，出台了《承德市进一步完善城乡居民基本医疗保险市级统筹工作实施方案》和《承德市进一步完善城乡居民基本医疗保险市级统筹管理办法》及三个配套办法，明确建立“六统一”的城乡居民医保市级统筹管理体制。对统筹实施前过渡期工作做了系统安排，开展了基金欠费清缴、应支付基金拨付及市级统筹工作政策业务培训等，目前正在配合市审计局对市县两级居民医保基金进行审计，力争全部工作在年底前完成，确保明年1月1日顺利实施市级统筹。二是深化医疗保障制度改革实施意见审议通过。落实市委市政府工作部署，依据中央和省关于深化医疗保障制度改革文件精神，结合全市医保事业发展实际，起草的我市《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，已经市政府常务会议、市委深改委会议审议通过并印发实施。《实施意见》作为当前和今后很长一段时间指导全市医疗保障改革工作的纲领性文件，将为全市医疗保障事业健康发展提供行动指南和实施路径。

实现三方面稳定。一是医保基金运行稳定。2020年度全市医疗保险参保337.3万人，参保覆盖率95.82%。基金征缴收入37.07亿元，其中职工医保收入10.78亿元，完成预算计划的90.16%（政策性减征和部分财政供养人员医疗费用未到位）；居民医保及医疗救助收入26.29亿元，完成预算计划的86.39%（上级财政补助和医疗救助资金未全部拨付到位）。截至目前基金支出30.38亿元，其中职工医保支出8.25亿元，完成预算支出计划的69.98%；居民医保支出16.53亿元，完成基金预算支出计划的67.74%，医疗救助资金支出5.6亿元，按当前基金支出分析预测，年内能够实现职工、居民医保基金双结余。二是扶贫政策贯彻执行稳定。全市经扶贫部门认定并过单的46.14万建档立卡贫困人口全部纳入基本医疗、大病保险、医疗救助三重保障范围，落实个人缴费资助1.15亿元，参保率和个人缴费资助率均达到100%。截至目前，为143.42万人次落实医疗保障扶贫政策待遇2.42亿元，贫困人口看病就医负担进一步减轻。建立防返贫预警机制，重点监测建档立卡贫人口和脱贫监测户的医疗负担情况。三是“四医联动”改革推进稳定。与卫健部门、医联体牵头医院配合，对服务人群数据进行核实锁定和费用测算， 8家城市（县域）医联体打包支付改革任务圆满完成。及时测试、修改医保与定点医疗机构的His系统，市本级8家医疗机构100种病种，各县（市、区）18家定点医疗机构50种病种，顺利实现按病种付费结算。建立预付周转金制度，持续扩大异地就医直接结算定点医疗机构范围和京津承定点医疗机构互认，京津一批特色医院（北京、天津各15家）纳入我市医保定点医疗机构范围，实行同城化管理。推动我市承德医学院附属医院、承德市中心医院、承德市中医院纳入京津冀跨省异地就医门诊费用直接结算定点医疗机构范围，7月1日起正式实现定点医疗机构就医门诊费用直接结算。跟进落实全省城乡居民“两病”门诊用药集中采购、国家第二批药品集中采购、国家第一批药品集中采购中选药品续约和国家第三批药品集中采购报量工作，组织开展了三明联盟非一致性药品集中采购，将很多质优价廉的药品纳入了集中采购范围，全市患者药费负担显著降低。截止目前，全市390个采购用户（公立医疗机构296家、社会办医疗机构43家，零售药店51家）全部参加药品集中采购，共采购77种123个品规药品，累计采购金额7211万元，每批次药品平均降价幅度均达到50%以上，有效降低了患者药费负担。

抓实四方面提升。一是惠民惠企力度提升。坚定落实国家疫情防控工作部署，建立医保基金预付制度，向全市定点救治医疗机构拨付资金445万元；为全市8名确诊患者和7名疑似患者，报销医保费用16.51万元；为5103家企业落实医疗保险减免政策，减免金额1.5亿元，切实减轻了企业负担。全面推开长期护理保险业务，实现城镇职工医保参保人员全覆盖。截至目前，共确定定点护理服务机构33家，设立床位855张。全市长期护理保险参保47.65万人，累计征缴长期护理保险基金1.48亿元，已有1931人申报并享受长期护理保险待遇，支出长期护理保险基金2521.77万元。积极推进民心工程，将22种抗癌新药纳入医保报销范围并于4月1日起正式实施，截至目前，已有2969人次享受了22种抗癌药门诊特殊病补助1557.4万元。二是医保待遇水平提升。将城镇职工医疗保险基金最高支付限额由30万元提高到35万元，其中基本医疗保险统筹基金最高支付限额保持9万元不变，补充医疗保险基金最高支付限额由21万元提高到26万元，提高了参保人待遇水平，优化了医保基金支出结构。对二级及以上重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，按照60%的标准给予参保资助。将心脏移植和肺移植患者术后服用抗排异反应等多种药物纳入特殊门诊用药管理，进一步减轻参保人医疗负担。三是基金监管能力提升。统筹调动全市医保工作力量，常态化开展飞行检查、日常检查、专项检查和突击检查。截至目前，已组织督导检查2轮，组织飞行检查2次。办结群众举报案件11件，受理上级移交案件4件，结案3件，正在调查1件。共检查定点医药机构3761家，其中解除服务协议2家，暂停医保服务21家，约谈169家，通报批评9家，限期整改195家，通气提醒392家。已追回和拒付医保基金共计8339.88万元，按协议规定扣除违约金208万元。全市290家医疗机构整改存量问题1693个，涉及金额12433.14万元。304家医疗机构自查自纠问题2290个，涉及金额5560余万元。19家经办机构自查自纠并整改问题45项。在挽回医保基金损失的同时，规范了医疗服务行为。目前正在制定《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》，为进一步科学、规范做好医保基金监督管理、推进监管制度改革奠定制度基础。四是窗口服务能力提升。市级医保服务大厅改造完成并于11月16日投入使用, 将市职工医保中心、市居民医保中心、市药品集采中心和双桥区医保中心对外服务功能全部迁入，有效解决了市级和双桥区医保经办机构和办公分散、参保人来回跑腿的问题。大厅共开设12个对外服务窗口，整体上实行 “前台综合受理、后台分类审批”的工作模式,为实现医保服务“一门、一窗、一次”的目标奠定了坚实基础。优化经办业务流程，系统梳理了27项医保政务服务事项,从申报材料到办理流程等进行了统一优化,有效提升了医保服务标准化、规范化水平。

**二、部门整体评价工作开展**

（一）绩效评价目的

严格落实《预算法》及省、市绩效管理工作的有关规定，进一步规范财政资金的管理，强化财政支出绩效理念，提升部门责任意识，提高资金使用效益，促进医疗保障事业的发展。

1. 绩效评价实施过程

绩效评价工作成立了领导小组，并对照自查情况计算自评分数撰写评价报告，针对查找出的问题逐一进行改正。

**三、部门整体支出绩效自评得分情况**

根据《部门整体支出绩效评价指标体系》评分，得分84分，绩效评价等级为“良好”。

1. **存在的问题及措施**
2. 资产管理工作有待加强，预算绩效管理制度不够完善。
3. 支出管理力度不够，个别预算项目支出未按进度执行。

下一步将完善预算绩效管理制度、工作保障制度，加强支出管理，通过优化支出结构、编实编细预算，将各项资金用到实处，最大化发挥资金效益。