

部门整体支出绩效评价自评报告

(2023 年度)

评价类型: 项目实施过程评价项 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 2023 年 3 月 14 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
承德市医疗保障基金稽核中心	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
承德市医疗保障信息中心	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 85 人，其中行政编制 15 人，事业编制 70 人；实有人数 112 人，其中：行政人员 17 人，事业在职 65

人，财政聘用人员 30 人。

（三）部门年度决算整体收支及使用情况

本部门 2022 年度年初结转和结余 57.25 万元，本年收入 2515.17 万元，本年支出 2534.09 万元，年末结转和结余 38.33 万元。

一、决算基本支出情况。2022 年度决算基本支出 1651.40 万元，其中：人员支出 1569.30 万元，日常公用经费支出 82.10 万元。

二、“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 2022 年度“三公”经费支出共计 2.45 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 2.45 万元，公务接待费支出 0.00 万元。

三、预算项目支出情况。2022 年项目支出 882.69 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。2022 年度政府采购支出总额 0 万元。

（四）部门主要履职情况 1、保障能力不断增强。一是覆盖范围更全面。全市基本医疗保险参保 326.68 万人，其中职工 50.6 万人，居民 273.74 万人，参保率 98.37%。低收入人口 55.24 万人全部参保，参保率和参保资助率均达到 100%。二是基金支撑更稳健。出台《承德市城乡医疗救助基金市级统筹实施办法》，全面完成基本医保、大病保险和医

疗救助基金管理制度改革，基金抗风险能力进一步增强。全年基本医保基金收入 48.38 亿元，支出 46.43 亿元，当年结余 1.96 亿元。三是参保群众更获益。谋划实施医疗保障提升工程，调整优化基本医疗保障政策，居民、职工医保最高支付限额分别从 45 万元、40 万元提高到 50 万元，职工医保门诊统筹最高支付限额从 1000 元提高到 1200 元。推进落实“提高医保住院实际报销比例”专项行动，居民医保从 58.65% 提升到 62.32%，提升了 3.67%，职工医保从 65.15% 提升到 71.10%，提升了 5.95%，整体提高 4.19%。

2、重点改革扎实推进。

一是减轻群众医药负担。跟进落实集中带量采购药品、耗材 36 批次，其中药品 16 批次，平均降幅 62%，耗材 20 批次，平均降幅 70%，采购金额 5.05 亿元，减轻群众负担 8.38 亿元。调整、修订、新增医疗服务价格项目 112 项，减轻群众负担 9000 万元。开展口腔专项治理，降低单颗种植牙全流程费用，减轻群众负担 1000 万元以上。二是增强优质医药保障。落实国家新版医保目录，新纳入报销药品 111 种、医疗服务项目 69 个、医用耗材 37 个，减轻群众负担 5000 万元。集中采购品种中使用高质量药品的患者比例提高到 80%。三是引导医药行业重塑。稳步推进总额预算框架内的按病种分值付费(DIP)改革，建立核心病种目录库 2531 项，全市 288 家符合条件定点医疗机构实现实际付费全覆盖。

3、基金运行持续规范。

一是强化自查自纠。组织全市定点医药机构对照风险问题清单全面自查，发现违规问题 466 项，主动退回违规资金 56.62 万元。二是强化监督检查。推行医保基金网格化监管制度，开展日常检查 112 批次，发现违规问

题 2053 项，追回违规资金 867.92 万元。利用智能监管系统，开展线上稽核检查，追回违规资金 549.06 万元。三是强化飞行检查。市级飞行检查定点医药机构 65 家，发现违规问题 647 项，追回违规资金 2870 万元。配合完成省级飞行检查定点医药机构 5 家，涉嫌违规资金 600 万元。四是强化抽查复查。抽查各县（市、区）定点医药机构 97 家，发现违规问题 249 项，追回违规资金 48.33 万元。五是强化内控检查。组织检查市、县两级全部 14 家医保经办机构，发现并整改问题 85 项。

4、服务效能稳步提升。一是支持医药机构发展。新增定点医院 31 家、零售药店 146 家，扶持中医中药，对县级以上中医医疗机构 2023 年度医保总额预算上浮 5%-10%。提前拨付医院周转金 2.71 亿元，落实结余留用资金 4500 万元。二是支持引导分级诊疗。积极推进职工门诊定点药店提速扩面，累计开通职工医保门诊统筹定点范围 425 家，居全省第一位，更好方便群众就近就医，减轻定点医院门诊压力。三是支持医养康养产业。推进目录协同，实现北京市参保人在我市看病就医使用北京医保目录直接结算，北京市参保人在我市看病就医直接结算 12.14 万人次。巩固长期护理保险试点成果，全市参保 51.24 万人，累计落实待遇 4024 人，全市定点护理服务机构达 45 家、床位 999 张，护理服务人员 2152 人。四是支持异地就医服务。全市开通跨省异地就医直接结算服务的定点医疗机构住院 367 家、普通门诊 966 家、门诊慢特病 40 家，异地直接购药药店 964 家。实现京津冀参保人三地间无需办理备案手续直接结算。

（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。

（二）绩效评价实施过程

按照绩效评价工作的相关要求，我局对照自查情况计算自评分数并撰写评价报告，针对查找出的问题，认真梳理，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 88 分，绩效评价等级为“良好”。

四、存在的问题及措施

一、预算执行过程中支出管理力度不够，进一步实现支出项目、支付进度等科学化规范化；

二、预算规划性不足，影响了预算执行效果。

下一步将提高部门预算绩效管理意识与能力，完善预算绩效管理制度、工作保障制度，加强部门整体支付管理，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。