2021年度道县医保局部门整体支出绩效 评价报告

**一、基本情况**

**（一）部门基本情况**

1．主要职能。

（1）拟定全县医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的政策、规划和标准，并组织实施。

（2）、组织制定并实施全县医疗保障基金监督管理办法，监督管理相关医疗保障基金。建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革。

（3）、组织制定全县医疗保障筹资和待遇政策，组织制定全县城乡居民大病保险政策，完善动态调整和区域内调剂平衡机制，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。负责管理全县医疗救助资金的使用。组织拟定并实施长期护理保险制度改革方案。

（4）、贯彻落实国家、湖南省制定的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录、支付标准。贯彻执行医保目录准入谈判规则。

（5）、组织制定全县药品、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，推动建立市场主导的社会医药服务体格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

（6）、根据国家、省、市药品、医用耗材的招标采购政策，监督实施全县药品、医用耗材招标采购工作。

（7）、制定全县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，监督管理纳入医保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）、负责全县医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。指导、监督全县医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助等医疗保障经办业务工作。负责医疗保障行政审批事项。组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策。建立健全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）、完成县委、县政府交办的其他工作。

（10）、职能转变。县医保局应完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，巩固完善城乡居民医疗救助制度，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

（11）、与县卫生健康局的有关职责分工。县卫生健康局、县医保局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

2、机构设置

道县医保局是县政府工作部门，为正科级行政单位，下设县医疗保障事务中心，为副科级公益一类事业单位。局机关设领导班子3名，内设股室6个，行政编制8个，实有编制人员14人，全部为公务员。县医疗保障事务中心，设领导班子3名，内设股室7个，事业编制51个，实有编制人员38人，全局年末实有工作人员52人。

**（二）部门年度整体支出绩效目标，专项资金绩效目标。**

2021年度单位整体支出和专项资金绩效目标情况：

目标1.继续稳定医保参保缴费率,预计城镇职工参保人数3万人，城乡居民参保人数 65万人。

2021年全县基本医疗保险实际参保人数为68.55万人，完成市级下达目标任务的110.50%,排全市第一，做到应保尽保。筹集医保基金6.93亿，做大做强基金盘子，提高抗风险能力。

目标2.确保困难人群全面参保缴费，持续实施重特大疾病医疗救助。

2021年全面落实城乡医疗救助制度，符合救助条件的对象全部纳入救助范围，全年共救助46992人次，发放救助金1709.16万元。

目标3.完善综合监管机制，继续开展打击欺诈骗保专项治理行动。

坚持严监管强执法，从重打击骗保行为。

目标4.提升医保经办服务水平。

一是设立窗口服务股，实行“一窗口通办”，梳理政务服务医保事项20余项，简化办事流程。二是持续推进“互联网+医保”服务。

1. **一般公共预算支出情况**

2021年本部门一般公共预算拨款收入3072.28万元，一般公共预算支出3239.24万元（收支均不含基本医疗保障基金财补资金36901.62万元）。

**（一）基本支出情况**

2021年基本支出810万元，主要是为保障部门正常运转、完成日常工作任务而发生的各项支出，包括用于工资福利支出的人员经费以及办公费、印刷费、水电费、办公设备购置等公用经费。

1. **项目支出情况**

2021年项目支出2429.25万元，各项专项资金的使用管理情况如下：

1、2021年度医疗救助专项资金分配安排和使用管理情况。

根据《湖南省医疗保障局关于进一步做好医疗救助工作的通知》（湘医保函〔2019〕57号）等文件精神，我局进一步完善我县医疗救助体系，提高困难群众的医疗保障水平，保障困难群众基本医疗需求，切实帮助困难群众解决医疗问题。2021年各级财政共筹集医疗救助专项资金1481.93万元，其中：中央1222.1万元，省级59.83万元，县本级200万元。上年累计结转147.32万元，该项目资金全年支出1629.25万元（不含用于医疗救助支出的政府性基金支出79.91万元）。

2、2021年度一站式结算政府兜底专项资金分配安排和使用管理情况。

根据《道县人民政府办公室关于印发道县健康扶贫“一站式”结算实施方案的通知》（道政办发〔2018〕30号）文件精神，2021年县财政安排“一站式”结算政府兜底资金800万元。

三、政府性基金预算支出情况

2021年度政府性基金收入和支出均为79.91万元，全部为用于城乡医疗救助支出。

四、国有资本经营预算支出情况

本单位无国有资本经营预算的收支。

五、社会保险基金预算支出情况

我县城乡居民医保参保人数654722人，城镇职工医保参保人数31782人，按户籍人口为基础计算的参保率为85.57%，按常住人口为基础计算的参保率为110.45%，超额完成标准值，无重复参保及虚报参保人数。2021年基本医疗保险基金各级财政下达补助资金36901.62万元。其中：中央补助资金22103万元、省级补助资金10552.4万元，县级财政相应配套4246.22万元（含城镇职工医保县级财政补助254.35万元）。全年基本医疗保险基金统筹支付 51099万元，享受待遇38.84万人次 。

六、部门整体支出绩效情况

 **（一）坚持抓参保促扩面，夯实医保基金盘子。**

面对新冠疫情新形势，我局开动脑筋、迎难而上、多措并举、千方百计提高征缴面。2021年基本医疗参保人数为686504人，完成市级下达目标任务的110.50%,排全市第一。筹集医保基金6.93亿，做大做强基金盘子，提高抗风险能力。

**（二）坚持惠民生促和谐，减轻群众就医负担。**

一是全面推进门诊统筹和“两病”门诊，让群众享受更多医保政策红利。截止目前，门诊统筹待遇享受112575人次、补偿411.83万元。高血压门诊待遇享受2832人次，降血压药品基金支出52650.51元；糖尿病门诊待遇享受1583人次，降血糖药品基金支出65554.63元。二是全面落实医保补偿制度。全年城乡居民医保统筹支付48735.15万元，共365000人次；城镇职工统筹支付2363.85万元，享受待遇23401人次；大病互助支付110.71万元，享受待遇140人次。三是全面落实城乡医疗救助制度。2021年资助参保30538人次，资助金额609.37万元。医疗救助补偿16454人次，补偿金额1099.79万元。四是积极推进药品集中带量采购。今年已开展四批共157种国家带量药品采购和湖南省抗菌药物专项集中采购154个品种和五省联盟带量采购7种药品共完成采购金额1515余万元。五是开展高值耗材冠脉支架带量采购工作。高值耗材冠脉支架从2021年起开始实行集中带量采购工作，今年采购完成高值医用耗材（冠脉支架）157个，采购金额92630元，患者需要做冠脉支架手术耗材的费用由原来1万元左右下降到1千元左右，平均降幅85%左右，大大降低了患者的负担。六是完成了“三大目录”的上线工作。协议医院省级目录进行匹配，并按照目录实行结算；完成协议医药机构的赋码工作，完成医生、护士、药师的赋码工作；完成41家医院的协议签订工作。

**（三）坚持严监管强执法，从重打击骗保行为**

一是开展专项治理“回头看”全履盖检查。联合卫健局核查全县41家定点医疗机构存在的违规收费等欺诈骗保行为涉及违规费用180余万元。二是组织定点医药机构开展欺诈骗保行为自查自纠工作。组织全县41家协议医疗机构对标对表开展自查自纠，各协议医疗机构自查自纠主动退回基金账户违规金额计175.98万元。三是加大对举报案件的查处。今年5月，查处1家乡镇卫生院的举报套取医保基金案，拒付3.61万元，处罚7.22万元。四是开展打击欺诈骗保专项整治行动。联动公安、卫健部门对道县两家精神病专科医院开展专项整治行动，初步核定违规金额27.63万元。

截至目前，已查处对管理欠规范、不合理收费等突出的医疗机构3家，责令整改6家；共查处违规补偿额300余万元，及时遏制了医疗机构的违规行为。

**（四）坚持服务提质,优化便民服务平台**

一是设立窗口服务股，实行“一窗口通办”，梳理政务服务医保事项20余项，包括后台报账、费用审核与结算、社保卡激活、费用审核与审批、医药服务等,简化办事流程。今年以来，窗口受理业务咨询30423人次，办件65166件，办结率达到100%，业务量在政务中心进驻单位中排名前三。二是持续推进“互联网+医保”服务。开设两条异地就医转诊专人专岗服务热线，利用宣传平台，大力推广激活“湘医保”（医保电子凭证）。今年，我局政务中心窗口成功创建永州市青年文明号，树立了良好形象。

**（五）坚持转作风提素质，打造医疗保障铁军**

认真落实党组中心组理论集中学习、党员“三会一课”、主题党日活动等制度，全年开展专题学习10余场。全面落实从严治党主体责任，认真履行“一岗双责”，持之以恒纠“四风”，加大清廉机关、清廉医保建设力度，一年来，我局未发生违法违规案件。同时，狠抓干部作风整顿，持续推进医疗保障领域行风建设，不断增强干部职工为民服务的思想自觉和行动自觉。

七、绩效自评结果拟应用和公开情况

总体来说，我局2021年部门整体支出情况良好，财政资金预算配置合理合规，预算执行严格有序，预算管理规范可控，资金效益合乎预期。从预算到执行和收入、支出、资产管理及信息公开，都严格按相关制度要求进行，全年收支平衡，有效保证了机构运转，圆满完成了上级下达的目标任务，取得了较好的社会效益。综合评分为97分，自评结果为“优”。

绩效自评对全年工作目标起到积极的促进作用，为明年的工作开展及实施奠定坚实的基础。我单位将绩效自评结果运用到下一年工作的统筹安排、项目资金划拨及按照工作任务的重要性来明确资金使用上，以提高工作效率，保质保量完成各项工作任务。本次自评按相关要求及时上报、公开。绩效评价结果的公开不仅提供资金使用的透明度，而且强化政府行为的合理性和合法性，取得公众对医保工作的肯定。