附件2

隆回县医疗保障局2023年部门整体支出绩效自评报告

一、部门、单位基本情况

（一）机构设置情况、人员编制情况、主要职能职责、2023年的重点工作、绩效目标设定情况。

隆回县医疗保障局是2019年3月新成立的正科级县政府工作部门。下辖两二级机构：隆回县医疗保障事务中心（参公）、医保基金稽核中心（事业）。局机关编制9名，实有人数9人；隆回县医疗保障事务中心编制48名，实有46人，退休4人；医保基金稽核中心编制27名，实有27人，退休1人。医疗保障事务中心小车1台。

主要职能职责：1.贯彻执行国家和省、市基本医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障工作方针政策和法律法规，拟定相关地方性政策、规划和标准；2.组织制定并实施全县医疗保障基金监督管理办法，监督管理全县医疗保障基金；3.组织全县医疗保障资金筹措、落实医保和待遇政策；4.组织实施全县城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准，建立了动态调整机制；5.组织制定实施全县药品、医用耗材价格等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制；6.贯彻落实国家和省市有关药品、医用耗材招标采购政策，制定全县药品、医用耗材招标采购措施并组织实施；7.制定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，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；9.负责城乡大病医疗救助管理工作，完善城乡困难群众大病医疗救助制度；10.完成县委、县政府和市医保局交办的其它任务。

2023年重点工作：1.进一步加强经办服务体系建设。以提高乡镇（街道）、村（社区）经办能力为重点，引导群众到“家门口”办事，充分发挥“15分钟服务圈”作用；2.持续加强医保经办服务能力建设。通过多种形式的学习、培训，不断提高经办服务能力和服务水平；3.进一步完善医保信息化建设。深入推进“互联网+医保”服务，全面推广应用医保电子凭证在就医、结算中的应用，逐步实现参保人员全覆盖；4.提升医保基金监管质效。加强部门信息共享和联合执法，严厉惩处欺诈骗保。进一步加强日常监管和两定机构服务协议管理常态化。利用智慧医保，采用智能化设备多方位对医疗费用进行事前、事中防范监管；5.全力以赴完成基金征缴工作，确保县城乡居民基本医疗保险参保率稳定在95%以上。

2023年的绩效目标：1.城乡居民医疗保险参保率≧95%；2.非税收入任务完成率100%；3.医疗救助申请发放符合规定，不存在优亲厚友、挪用等情况；4.医疗救助及时足额发放；5.医保基金运行安全平稳；6.规范两定机构诊疗行为；7.最大程度方便群众看病就医报销；8.群众满意度≧95%。

1. 部门整体支出情况

2023年本单位年度总支出9326.79万元。其中基本支出1389.89万元、项目支出7936.90万元。

二、部门整体支出管理及使用情况

（一）基本支出情况：2023年基本支出1389.89万元。其中人员经费1088.67万元，日常公用经费301.22万元。

（二）县级专项资金情况：2023年度本单位无县级专项支出。

（三）“三公”经费情况

1.因公出国（境）费用：2023年本单位因公出国（境）费用为0万元。

2.公务接待费：2023年本单位公务接待费为1.14万元

3.公务用车购置及运行费：2023年度公务用车购置费为0万元，公务用车运行维护费0.69万元。

三、政府性基金预算支出情况：2023年度本单位政府性基金预算支出1.05万元，是2022年度结转的中央医疗救助资金，用于支付2023年1-10月25日一二类对象医疗救助。

四、国有资本经营预算支出情况：2023年度本单位无国有资本经营预算支出。

五、社会保险基金预算支出情况：2023年度本单位无社会保险基金预算支出。

六、部门整体支出绩效情况

1.医疗救助对象稳步拓展。覆盖了特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、重度残疾人、边缘家庭成员、监测对象等。2023年共救助229265人次，其中住院救助22575人次、门诊救助142879人次。医疗救助资金已足额及时发放到救助对象账户中；2.2023年度已缴国库的非税收入为198.89万元，非税收入完成率110.49%；3.圆满完成参保任务。我县2023年度共参保102.98万人，参保率为省加权任务数的96.03%，参保总量和参保率均为邵阳市第一，获评全省“2023年度城乡居民基本医疗保险费征收工作突出单位”；4.加强两定机构管理，紧抓基金监管不放松，大力规范诊疗行为，确保医保基金使用规范。2023年共追回或拒付医保基金671.18万元，罚款637.91万元，发布检查处理通报13期，移送纪检、公安、卫健问题线索11个。与所有联网结算定点医疗机构签订了2023年医保服务电子协议，对2022年度履行协议情况进行了绩效考核，按考核成绩评定优秀、良好、三个等级，暂停医保协议、限期整改5家，取消医疗保障定点资格1家，扣除保证金14.28万元。组织开展了6批自查自纠活动，累计发现问题181个，退还医保基金28.66万元。扎实开展了民营医院提级整改交叉检查、配合第三方机构大数据比对专项检查、门诊基金使用检查等8次专项行动，特别是打击欺诈骗保专项整治暨五医联动集中整治成效显著，对县人民医院追回违规基金1317465.72元、罚款1740784.9元，并将虚记白内障手术人工晶体费用问题移交县纪委监委进一步处理，将药品、耗材违规进销等财务问题移交县卫健局处理；5.我县医保基金运行安全平稳，2023年城乡居民医保总收入9.82亿元，总支出10.7亿元（含2021及2022年异地联网跨省及省内住院资金清算1.65亿元），累计基金结余5.58亿元。职工医保全年总收入2.07亿元，总支出1.97亿元，当前累计结余3.1亿元；6.办事群众满意度≧95%。

七、存在的问题：目前，我县定点协议医疗机构58家，定点协议零售药店204家，定点门诊服务药店43家，医保基金监管点多线长面广，加之职工门诊共济政策的推进实施和城乡居民门诊的全面放开，给医保基金监管工作增加了巨大的工作量和难度。

八、改进措施及有关建议：持续深化医保支付方式改革，平稳实施DIP支付方式，落实“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策；持续开展打击欺诈骗保套保挪用贪占医保基金集中整治行动，协同卫健、公安、市监等部门确保监督检查全覆盖