**2024年广东省徐闻县医疗服务与保障能力提升中央补助资金绩效自评总结报告**

一、绩效目标分解下达情况

根据《财政部 国家医保局关于提前下达 2024 年中央财政医

疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）预算的通知》（财社〔2023〕141 号）及《广东省医疗保障局关于报送 2024 年中央财政提前下达资金和省财政资金分配方案的函》（粤医保〔2023〕256 号），根据《财政部国家医保局关于下达 2024年中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）预算的通知》（财社〔2024〕33号）及《广东省医疗保障局关于报送2024年中央财政医疗服务与能力提升补助资金分配方案的函》（粤医保函〔2024〕105号），其中粤财社〔2023〕309号下达22万，粤财社〔2024〕85号下达31万，总共53万元是分配直达徐闻县医疗保障局。此项资金的运用进一步提升了医保信息化水平，加强了网络信息安全、基础设施等方面建设，夯实了技术基础，切实保障医保信息系统高效、安全运行，提高数据采集质量和速度；加强了打击欺骗保工作力度，切实保障医保基金合理有效使用，加快推进医疗保障服务能力。

二、绩效目标完成情况分析

**（一）资金投入情况分析。**

1、项目资金到位情况分析

资金到位率100%。

1. 项目资金执行情况分析

中央下达专项资金53万元，目前已使用19.82万元，主要用医保基金监管，经办服务建设，暂时结余33.18万元。

1. 项目资金管理情况分析

资金管理严格按照相关文件执行，预算执行率100%，项目资金使用符合规范，资金监管措施有力。

1. **总体绩效目标完成情况分析。**

医疗服务与保障能力提升中央补助资金绩效目标完成情况良好，医保信息化水平得到提升，持续开展医保定点医药机构稽核工作，打击欺诈骗保持续保持高压态势，医保基金监管手段不断增加，医保支付方式改革顺利推进，医疗服务与保障能力得到提升，推出规定病种“点头办”，医保费用征缴“自动办”、医保业务“就近办”模式。

1. **绩效指标完成情况分析。**

1.项目决策

（1）决策依据

认真贯彻中央医疗保障制度改革有关医疗保障能力建设决策部署，执行预算绩效管理和资金管理办法。

（2）决策过程

决策程序合规完整，对转移支付资金支持项目的必要性、可行性等科学论证，按规定履行报批程序，下达预算指标的同时明确绩效目标。

2.绩效目标

按照国家医疗保障局下达的绩效目标表进行细化，目标设置合理科学，明确产出指标、满意度指标等绩效指标要求，细化分解下达的绩效目标与财政部和国家医疗保障局要求一致。

3.资金分配

按照规定时限分配下达资金，资金分配方案符合财政部和国家医疗保障局下达的文件要求。

4.过程管理

（1）资金管理

预算执行率100%，符合财经法规和有关专项资金管理办法，有完整的审批流程和手续，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。监管措施有力，按照财政预算和国库管理有关规定，加强资金的管理。

（2）组织管理

针对不同项目特点，分别建立相应的管理和制度立项审批、招标采购等规范运作、手续齐全。有健全的绩效评价机制。

5.项目产出

（1）数量指标

认真开展医保政策宣传，依托“线下”+“线上”模式开展全方位宣传，通过在醒目位置张贴、“走村入户”发放宣传折页，微信公众号发布征缴注意事项等，营造政策宣传的浓厚氛围。重视医保工作政府信息公开，召开学习会1次以上，抓好信息公开工作落实，主动公开所有“主动文件”，有效办理信息公开申请，依托徐闻县人民网站向社会公布相关信息。2024年度市下达我县基本医疗保险参保任务数为是59.8万人，全县完成参保58.96万人，完成率98.6%,2024年，医疗救助5.48万人次，救助金额3713.07万元。2024年全县公费医疗支出192.37万元。2024年市外零星报销累计904人次，报销金额428.72万元。2024年度向我县定点医疗机构预付款合计17091.98万元。其中27间城乡居民定点医疗机构住院预付12985.58万元， 20间职工定点医疗机构共预付4106.40万元。

（2）质量指标

医保法制建设能力较上年有所提高，法治思维和依法行政意识、能力有所提升，加强基金总额预算管理，有效实现基金预警和风险防控。2024年组织28间定点医疗机构按通知要求切实开展自查自纠工作，发现违规金额共计135.8万元，对7间定点医疗机构开展专项检查，查实涉及违规使用医保基金共18.12万元，其中医保报销金额16.2万元,配合省医保局飞行检查组对徐闻县13间定点医疗机构和4间定点零售药店开展医保基金专项检查，一共查出违规使用医保基金1093.72万元。配合市医保局专项检查2间定点医疗机构。配合市级交叉检查定点医疗机构10间次，追回违规使用的医保基金405.45万元。

（3）时效指标。

1、效益指标完成情况分析

社会效益指标。参保群众对政策普通知晓，跨省异地就医直接结算率有所提高，方便群众看病就医。

2、满意度指标完成情况分析

服务对象满意度指标。参保人员对医保服务工作满意度达到80%。

1. 偏离绩效目标的原因和下一步改进措施

（一）存在问题

1.办公场所不足及服务窗口建设不够规范。目前我局借用县社保局场地作为我局机关和下属事业单位县公医办、县医保服务中心的办公场所，场地拥挤，办公条件较差，群众办事不便，且没有档案室存放医保业务档案。

2.医药机构监管力量不足。截至目前，全县共有定点医疗机构30间、定点零售药店142间。随着医保基金规模的不断扩大和监管要求的日益提高，我局由于人员编制原因，负责基金监督管理工作人员只有2人，且专业素质有待进一步提升，人手不足，经费不足，工作量大，没有公车，对全县172间定点医药机构的日常巡查工作有所制约。

3.目前国家医保信息系统药品和医用耗材招采管理子系统的数据监管功能不够完善，没有统计汇总的查询功能，无法查看医疗机构每种药品和耗材的任务量数据及完成率，不利于数据监管。

4.我县离休老干部住院费用日益增多，因县财政资金困难影响，无法及时拨付老干部个人垫付及医院挂账的报销资金，截至目前共拖欠人民医院、中医院等9间医疗机构离休干部医疗费共476万元。

（二）改进措施

1.全力抓好基本医疗保险扩面征缴工作。

2.持续加大医保基金监管力度。

3.制度化常态化开展药品耗材集采和规范医疗服务价格收费。

4.加强离休干部医疗费用管理。

5.不断优化医保经办服务。

6.不断优化医保支付改革措施。

1. 绩效自评结果拟应用和公开情况

公开。

1. 其他需要说明的问题

无。