

宁乡市医疗保障局 部门整体支出绩效自评报告



一、部门概况

(一) 部门基本情况

宁乡市医疗保障局是市人民政府正科级工作部门。我单位为全额预算管理单位，单位内设4个科室（办公室、政策法规科、监督管理科、医药价格管理和招标采购科），下设一个副科级二级法人参照公务员管理单位宁乡市医疗保障事务中心，一个全额拨款事业单位医保技术服务中心。本部门编制数48人，截止2024年12月，在职在编人数40人，其中：局机关9人，二级机构31人；临聘人员1人。退休人员5人。

我局承担全市城镇职工、城乡居民医疗保险、医疗救助、药品和医疗服务价格管理、医保基金监督管理等工作职能。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，着力落实统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，巩固完善城乡医疗救助制度，推进全市医疗保障制度改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

2024年，我市医疗保障系统坚决贯彻落实习近平总书记重要指示批示精神和党中央、国务院决策部署，在市委市政府的坚强领导下，坚持以人民为中心的发展思想，坚定不移落实全面从严治党主体责任，推进各项工作取得积极进展。

(二) 部门整体支出规模、使用方向和主要内容、涉及范围等。

全局2024年总支出1242.67万元（财政资金1238.09万元，其他资金4.57万元）。其中基本支出842.12万元，占总支出的67.77%，人员支出736.7万元，占基本支出的87.48%，日常公用支出105.42万元，占基本支出的12.52%；项目支出400.55万元，占总支出的32.23%。

二、部门整体支出管理及使用情况

(一) 基本支出

基本支出是保障我局机构正常运转、完成日常工作任务而发生的各项支出，包括用于在职和离退休人员基本工资、津贴补贴等人员经费以及办公费、印刷费、水电费、办公设备购置等日常公用经费。

2024年基本支出年初预算数为815.5万元，年中调整预算26.62万元，全年实际基本支出842.12万元。

2024年基本支出决算数为842.12万元，其中工资福利支出721.74万元，占比85.71%；商品和服务支出105.21万元，占比12.49%；对个人和家庭的补助14.96万元，占比

1.78%；资本性支出 0.21 万元，占比 0.02%。

我局认真贯彻落实中央关于厉行节约的有关规定，严格执行《党政机关厉行节约反对浪费条例》和《湖南省党政机关公务接待管理办法》，全年“三公”经费支出 0.46 万元，其中公务接待支出 0.46 万元，出国（境）支出 0 万元，公务用车购置及运行维护支出 0 万元。

（二）项目支出

1. 项目资金（包括财政资金、自筹资金等）安排落实、总投入等情况分析。

项目支出是在基本支出之外为完成其特定的行政工作任务而发生的支出，主要用于业务工作专项、运行维护专项等。2024 年我局履行基本医疗保障职能以及医疗救助职能，延续四个主要项目：1、医保审核员工作经费，主要用于医保待遇结算审核工作；2、社会精神病人药物救助专项经费，主要用于社会精神病人药物救助支出；3、医保事务管理经费，主要用于医保事务运行维护工作；4、医保智能审核平台经费，主要用于医保监管工作；5、企业离休医疗补助经费，主要用于保障企业离休人员医疗待遇。

2024 年项目支出年初预算 268.07 元，年中预算调整 132.48 万元，全年收入合计 400.55 万元。全年实际决算支出 400.55 万元。

2024 年项目支出决算数为 400.55 万元，其中工资福利支出 5 万元，占比 1.25%；商品和服务支出 282.89 万元，占

比 70.62%，对个人和家庭的补助 106.34 万元，占比 26.55%；资本性支出 6.32 万元，占比 1.58%。

2. 项目资金（主要指财政资金）实际使用情况分析。

2024 年我局实际项目支出 400.55 万元，其中商品和服务支出 282.89 万元，占比 70.62%，其中医保审核员工作经费 82 万元。对个人和家庭的补助 106.34 万元，占比 26.55%，其中 55 万元用于城乡医疗救助下乡送药工作经费，50 万元用于企业离休医疗补助经费，其他 1.34 万元用于医疗监管、医疗保障事务管理、医疗救助等事务支出。资本性支出 6.32 万元，占比 1.58%，用于办公设备购置。

3. 项目资金管理情况分析，主要包括管理制度、办法的制订及执行情况。

2024 年度资金的使用均严格按照专项资金相关制度的要求和审批程序，并在市财政集中支付局和财政业务科室的监督下进行；专项资金根据各级项目相关文件要求，严格做到专款专用。项目验收达标后，及时、全额通过财政监督拨付到项目载体单位。

三、部门项目组织实施情况

（一）项目组织情况分析

各项专项资金都安排责任人，按专项资金的用途专款专用。

（二）项目管理情况分析

在使用专项资金时，严格执行专项资金使用制度和财务

制度，同时对各项专项资金的使用流程进行监督，定时查看财务报表检查专项资金使用情况。

四、资产管理情况

我局严格执行行政事业单位国有资产管理办法，建立健全国有资产管理制。根据市财政局相关文件规定办理国有资产配置、处置的申报审批工作。局办公室负责局机关国有资产的统一管理，包括资产的采购、验收、编号、调配、维修、清查盘点以及有关资料的档案管理。单位固定资产统一采购、多人经办，每月月初根据各部门的需求制订采购计划，实行多人经办，并按政府采购程序和有关规定加强采购手续。年底对财产物资进行清查、盘点、核对、处理。对取得的资产实物及时进行会计核算、编制固定资产卡片。

2024 年底资产共计 40.18 万元，其中固定资产 33.62 万元、流动资产 6.56 万元。

五、部门整体支出绩效情况

2024 年，在市委市政府的坚强领导下，我们坚持以人民为中心的发展思想，坚持稳中求进的工作总基调，推动医疗保障领域各项政策措施落实到位，为推进医疗保障事业和全市经济社会发展作出了积极贡献。全年主要绩效如下：

（一）经济性分析：我单位成本(预算)控制良好，执行预算时厉行节约，本部门所有支出均在预算范围内合理使用。

（二）效率性分析：本部门按年初确定的工作思路和目

标，大力推进工作的开展，各项工作任务均按质按量按时完成，较好的履行了部门职能。

1、医保基金运行情况。预计全年医保基金收入**21**亿元（居民医保**10.75**亿元、职工医保**10.25**亿元），基金支出**21.33**亿元（居民医保**12.86**亿元、职工医保**8.47**亿元），基金预计累计结余**24.34**亿元。

2、医保参保全面覆盖。实施全民参保计划，**2024**年度我市职工医保参保**20.2**万人，城乡居民医保参保**97.68**万人，困难群众全部参保，常住人口参保率**91.92%**，居长沙市前列。

3、基金监管卓有成效。一是强化日常监管。对全市定点医疗机构开展全覆盖检查，共下达责令整改通知书**56**份，追回医保基金**144.31**万余元；下达行政处罚决定书**34**份，罚款**209.27**万余元。二是开展专项检查。联合卫健、市监部门重点对全市业务排名前二十的**20**家职工门诊定点药店、**20**家村卫生室的门诊统筹执行情况以及**35**家定点公立医院的住院情况开展了专项检查，共计拒付医保基金**144.39**万元。三是加强自查自纠。督促各定点医药机构自查自纠**3**轮，**347**家定点医药机构共计退回医保基金**64.51**万元。通过全面监管，共计追回（拒付）医保基金**353.21**万元，行政罚款**209.27**万元，守护了人民群众的“看病钱”“救命钱”。

4、医药价采保障有力。累计执行新增、调整、修订医疗服务价格项目**265**项，废止**123**项；完成药品耗材集采项目**24**个、药品耗材报量项目**33**个，落地执行药品耗材集采

项目 19 个，有效降低药品耗材价格，减轻群众负担；完成医药货款结算 9200 余万元，有力支持医疗卫生机构发展。

5、医保经办体系不断完善。一是政务服务更优化。简化服务流程，压缩生育津贴平均办理时效至 2.23 个工作日，组织乡镇、园区、定点机构召开座谈会，及时解决政务服务工作问题。二是门诊慢特病、双通道服务更便利。门诊慢特病初审鉴定医院增至 7 家，全年双通道申请 5260 人次，通过 4657 人次，门诊慢特病申报 8452 人次，通过 8166 人次；401 家室村卫生室全部开通城乡居民医保门诊、职工医保门诊报销服务，全年共计医保报销门诊 33.64 万人次、费用 1448.54 万元；开展送药下乡活动，共计报销“两病”（高血压、糖尿病）用药 11.52 万余人次、费用 250.76 万元，免费提供精神病药物救助 16958 人次、金额 348.70 万元；下沉血友病（急性出血期）治疗服务到煤炭坝等 4 个乡镇卫生院，大大降低患者的时间和医疗成本。三是异地就医直接结算更快捷。市内 59 家定点医疗机构相应开通异地普通住院、普通门诊、省内异地门诊慢特病直接结算服务，5 个门诊慢特病病种实现跨省直接结算；市内 212 家门诊慢特病定点药店开通异地门诊结算、普通门诊结算；职工医保个人账户实现异地支付。四是异地就医备案服务更优质。工作日现场备案即审即办，线上备案申请审核当日完成，节假日“全年无休”审核，下沉办理权限至乡镇（街道），其他临时外出就医人员“免审即办”。全年办理跨省异地就医备案 5880 人次，

直接结算 33750 人次。

6、DRG 支付方式改革有序推进。完成 47 家定点医疗机构 2023 年度 DRG 付费年度清算，全市医疗机构共计结余留用 6701 万元，充分享受到改革红利；DRG 预付 5290 万元，有效减轻医疗机构支付压力，激发内生动力，提高基金使用效率。

7、乡村振兴保障有力。一是困难群众 48920 人、稳定脱贫户稳定脱贫户 45725 人参保到位；二是财政对困难群众的 39688 人次、补助金额 1508 万元；三是在长沙地区实现了基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”即时结算，全年困难群众住院 33235 人次，医疗总费用 24469 万元，一站式报销 20952 万元。

8、“两定”机构管理不断加强。按照长沙市局部署，对全市 223 家开通职工门诊统筹服务的特门药店进行整改验收，合格 212 家，中止 11 家。全年新增特门药店 76 家，POS 机刷卡业务机构 28 家，取消医保服务定点资格 108 家，进一步方便群众就医购药。

（三）效益性分析：通过打好医保政策“组合拳”，我单位圆满完成预期目标，做好医疗保障工作，缓解“看病难、看病贵”问题，收取了较好的社会评价。

（四）可持续性分析：本单位大力提倡勤俭节约，坚持把有限的资金用在发展医疗保障事业上，严格审批流程，坚持财务开支一支笔，上述措施较好的保证了财务开支和资金

使用的合法合规、安全有效，较好地保证了本部门可持续发展。

六、存在的主要问题

一是需加强绩效管理制度相关规定的学习，部分科室绩效管理认识不足，意识不强，重视不够。

二是人手严重不足，年龄结构老化，近几年退休的正式职工多名，未及时补充相关编制工作人员，人手严重短缺。

三是专业性人才缺乏，医疗保障部门各项业务政策性和专业性都很强，医疗、信息技术、财务的专业人手严重匮乏。

七、改进措施和有关建议

一是加强绩效管理意识，提高绩效管理水平。强化主体责任意识，加强绩效管理；落实绩效管理制度，提升绩效自评质量；加强评价结果应用。

二是多方引进专业人才，加强人才队伍能力建设。