附件2

璧山区医疗保障局

2021年度整体支出绩效自评报告

为了进一步规范财政资金管理，牢固树立预算绩效理念，强化部门支出责任，提高财政资金使用效益，进一步完善“全方位、全过程、全覆盖”的财政预算绩效管理体系，按照《重庆市璧山区财政局关于开展2021年度绩效自评工作的通知》（璧财绩〔2021〕2号）文件要求，我局严格按照相关工作要求对财政预算资金开展全面绩效评价工作，现将我局部门整体支出绩效评价情况报告如下：

一、基本情况

（一）部门基本情况

1.机构情况：

 重庆市璧山区医疗保障局（以下简称区医保局）是区政府工作部门，于2019年1月22日挂牌成立，为正处级全额拨款行政单位。区医保局下属事业单位1个：重庆市璧山区医疗保障保障事务中心（以下简称医保中心），为参照公务员管理的单位，目前区医保局与医保中心人员混岗安排使用，未独立核算。区医保局现有内设机构3个：办公室、业务管理科、监督检查科。医保中心设内设机构9个：信息统计科、基金科、参保管理科、医疗救助科、待遇审核科、特殊人群服务科、特病管理科、稽核科、医药采购科。

2.人员情况：核定行政编制9人，设局长1名，副局长2名，科级领导职数3名。事务中心核定全额事业编制33名，由社保局划转事业编制29名，设主任1名，副主任2名。区医保局（含医保中心）2021年末在职在编实有人数35名，其中：行政人员7名，参公事业人员27名，事业人员1名。退休人员1名。

3.主要职能职责：

（1）贯彻执行国家医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的法律法规、政策、规划和标准；贯彻执行重庆市医疗保障地方性法规、规章；拟订本区相关规划、政策措施、标准并组织实施。

（2）贯彻执行重庆市医疗保障基金监督管理办法，建立健全本区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）贯彻执行重庆市医疗保障筹资和待遇政策；贯彻推进重庆市长期护理保险制度；贯彻执行重庆市药品、医用耗材的招标采购政策。

（4）贯彻执行重庆市的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等地方医保目录和支付标准。拟定本区定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，负责本区医保总额控制预算方案的制定、实施和监督管理。

（5）贯彻执行重庆市药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策；负责合理确定和动态调整本区定价的医疗服务价格工作，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制；负责本区医疗服务价格信息监测和信息发布制度。

（6）负责建立完善本区医疗保障监督检查体系，建立健全本区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等行为。

（7）负责本区医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。贯彻执行异地就医管理和费用结算政策，负责本区医疗保障关系转移接续制度的实施。

（8）指导各镇街有关医疗保障工作。

（9）完成区委和区政府交办的其他任务。

（10）职能转变。贯彻实施重庆市城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，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）区医保局与有关部门的职责分工。建立与重庆市璧山区发展和改革委员会、重庆市璧山区卫生健康委员会、重庆市璧山区市场监督管理局、重庆市璧山区税务局等部门的沟通协商机制，加强制度、政策衔接，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

（二）预算及支出情况

1.部门整体收支情况

（1）2021年部门预决算收入情况：2021年年初预算收入3466.44万元，其中：一般公共预算财政拨款3466.44万元，政府性基金预算拨款 0万元。2021年度决算收入总计3553.98万元，其中：一般公共预算财政拨款收入3494.98万元，政府性基金预算财政拨款收入59.00万元。

（2）2021年部门预决算支出情况：2021年年初预算支出3466.44万元，其中：一般公共预算财政拨款3466.44万元，政府性基金预算拨款 0万元。2021年决算支出3594.94万元，其中一般公共预算财政拨款3535.94万元，政府性基金预算拨款 59.00万元。

（3）2020年部门决算年终结转结余情况： 2021年初结转结余40.96万元，年末累计结转结余0万元。

2.项目支出情况

2020年区级财政预算安排项目支出2600.90万元，2021年决算支出2670.02万元，其中：其中一般公共预算财政拨款2611.02万元，政府性基金预算拨款 59.00万元。

二、绩效评价基本情况

（一）绩效评价目的

本次绩效评价的目的是为了全面分析和综合评价我局本级财政预算资金的使用管理情况，为切实提高财政资金使用效益，强化预算支出的责任和效率提供参考依据。

（二）绩效评价原则

绩效评价原则包括科学规范原则、公开公正原则、分级分类原则、绩效相关原则。

1. 绩效评价工作过程

由预算绩效管理工作领导小组组织开展单位绩效自评工作，通过对照部门职能职责及年度工作计划、总结，项目预期绩效目标设定情况，收集查阅与评价项目有关的政策、相关文件资料和业务数据及财政部门预算批复、年度决算报告等相关资料，核实资金拨付情况，开展自评检查工作，对收集资料进行定量定性分析，综合评议后形成评价结论。根据形成评价结论并撰写绩效评价报告。

三、绩效评价情况及结论

（一）投入评价情况

1、目标设定方面：整体绩效目标设定符合国家法律法规、国民经济和社会发展总体规划、符合“三定”方案确定的职责与部门制定的中长期实施规划。设定的绩效指标较清晰、细化、可衡量，与部门年度的任务数相对应，并与本年度部门预算资金相匹配。

2、预算配置方面：在职人员控制率83.33%，编制数42人，在职人员35人，在编制控制范围内。“三公经费”本年预算数12.50万元，上年预算数12.50万元，变动率=0。

（二）过程评价情况

1. 预算编制情况。按照《预算法》和财政部门要求，在预算编制前，提前做好单位基本情况摸底、基本数据收集、填报绩效目标、细化专项预算，尽量做到预算精细准确，在规定时间内按质按量完成了预算编制和上报工作。按要求在规定时限内时部门的预算、决算、整体支出绩效评价情况相关信息在政务网公开上进行了公开。

2. 预算执行管理情况。严格按照财务管理制度和财经纪律。严格执行节能降耗，接待费、差旅费、办公用品等按照经办人申请、分管领导审核、单位主要负责人审签的办法执行，都有严格的登记管理制度，预算执行情况严格按进度执行，公用经费、三公经费都是严格按照预算指标执行，无超预算执行情况。

3. 资产管理情况。严格按照有关规定执行政府采购，坚持实施计划与政府采购预算一致性，执行的实施计划与备案的实施计划的一致；认真执行国有资产管理办法，把单位国有资产全部纳入资产信息系统管理，对国有资产的保管、使用、落实专人管理，确保国有资产安全和完整。严格按照上级要求不定期开展资产清查盘点，做到上报国有资产报表数据的真实性、准确性、全面性。

（三）产出评价情况

职责履行和履职效益方面 ：

在区委区政府的坚强领导下，我局党组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，不断加强机关党的建设，全面了完成各项工作任务。

1、推进全民参保计划工作，医保基金总体运行安全、平稳。2021年参保扩面稳步推进，圆满完成区委区政府交办的考核任务。全区城乡居民基本医疗保险参保65.28万人，参保率稳定在95%以上，征收城乡居民医保基金3.3亿元，拨付3.64亿元，征收职工医保基金7.8亿元，拨付3.72亿元，基金运行稳健可持续。

1. 保持医保基金监管高压态势，守好人民群众的“保命钱”“救命钱”。坚决守好老百姓“看病钱”“救命钱”，实现了对全区551家定点医药机构全覆盖的监督检查，通报批评违规违约医药机构66家，取消医保定点医药机构47家，对违规违约机构处理率达100%，追回违规金额282.16万元，处违约金534.12万元，医保网审及考核扣款追回医保基金865.63万元。受理举报投诉4起，兑现举报奖励1件，发放奖励金690元。对全区定点医药机构进行全面政策培训。
2. 稳步提高医疗保障待遇水平。持续巩固提高医疗保险对住院费用保障水平，全年12889人次享受城镇职工医保住院待遇，基金报销6547.67万元，报销比例达到84%，5.15万人次享受居民医保住院待遇，基金报销1.7亿元，二级及以下医疗机构政策范围内住院报销比例达到70%。进一步扩大慢特病保障范围，完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，将普通门诊费用纳入居民医保统筹基金报销范围。医疗救助12.8万人次，支出救助金2139万元。为1.1万人办理特病证，5.6万人办理“两病”证，保障特殊疾病、慢性疾病患者用药。离休干部医疗费报销164万元，审核生育保险待遇5210人次，生育保险基金支付2643万元。

4、深化“一窗综办”改革，业务窗口全年共办理业务39268件，接受办事群众咨询20592人次。实现“川渝通办”助推成渝地区双城经济圈建设。全区医保经办机构均实现所有医保业务“全渝通办”，共计 7项医保业务实现“川渝通办”，区内32家医院实现了跨省异地住院费用联网直接结算，35家定点医院和90家定点药店诊所实现跨省门诊费用联网直接结算，2021年四川省参保人员到我区跨省联网医疗机构就医实时结算，居民医保结算375人次、统筹报销96.41万元、大病报销7.96万元，职工医保结算2679人次、统筹报销258.51万元，有力助推成渝地区双城经济圈建设。推广医保电子凭证应用，全区参保人医保电子凭证激活率达56.62%，在全市排名第7位。

5、积极推进药品耗材集中采购，减轻社会医药费用负担。药品采购联合体带量采购药品3.06亿元，医保药品采购占比为84.31%，价格最高降幅达96.27%，预计最低能为用药群众节省2409.94万元医疗费用。医用耗材最高降幅96.78%，预计最低为群众节约875.83万元医疗费用。

6、巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。保持基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障帮扶政策不变、稳定过度，全区4199名脱贫人口全部参加基本医疗保险，确保应助尽助、应保尽保。

7、积极作为，统筹推进疫情防控工作。医保基金全额保障支付新冠病毒疫苗费5097万元，支付新冠病毒疫苗接种费1519.95万元。

8、加强了医保政策宣传工作。为确保完成我区2021年度城乡居民参保缴费工作，做到应保尽保，我局充分利用城乡居民医保集中征缴期进行政策宣传，采取传统的宣传模式和现代新媒体相结合，建立我区医疗保障政策的宣传长效机制，进一步加大宣传力度，印制医保政策解读资料及海报、《致家长的一封信》、灵活就业人员参保政策等宣传资料20余万份，采取在各居民小区电梯间播放参保缴费视频加强宣传的力度，引导群众主动参保缴费。加强区区融媒体中心协作，签订医疗保障政策宣传联办协议，采取定期或不定期通过璧山报、璧山电视台以及新媒体对医保政策、医保动态进行宣传。

（四）效益评价情况

1. 社会效益和经济效益：2021年区医保局坚持保基本、可持续、全覆盖，参保扩面全力推进，基金监管守好群众“救命钱、保命钱”，医保待遇水平稳步提升，医疗救助实现兜底保障，医药耗材集中带量采购降价明显，医保基金保障新冠肺炎疫情防控，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，全力提升群众医疗保障获得感，推动全区医疗保障事业高质量发展，为“十四五”开好局起好步。

4. 社会公众或服务对象满意度： 2021年区医保局强化创新，提高公共服务能力水平。全面实行“综合柜员”和“好差评”制度，推进服务下沉，将部分高频业务下放到各镇街、定点医疗机构办理，我区首家医保服务站在璧山区人民医院挂牌成立，为就医群众提供20余项业务现场快捷办理，共计办理业务7200余件次，方便人民群众就近办理医保业务。获得了社会公众及服务对象的认可，服务对象满意度达95%。

（五）评价结论

在财政资金的保障下，我局完成了年度各项工作目标任务。2021年部门整体支出绩效自我评价99.41分，自评结果：优。我局将在以后的工作中加强预算、决算管理制度，严格控制各项经费的开支，提高财政资金的使用效益。

四、主要经验及做法

(一）高度重视、统一思想、加强领导：局党组高度重视此次绩效评价工作，立即组织分管领导、相关科室负责人召开绩效评价工作会，会上传达学习了《重庆市璧山区财政局关于开展2021年度绩效自评工作的通知》（璧财绩〔2021〕2号）文件要求，并组织预算绩效管理工作领导小组开展单位绩效自评工作。切实将全员思想统一到实施绩效评价工作上来，为本次实施预算绩效评价工作奠定了坚实的组织基础。

（二）加强学习、量化考核、完善机制：加强人员集中学习，认识绩效工作的重要性和必要性，吃透文件精神，强化绩效管理的理念，积极参与绩效评价的浓厚氛围。明确实施和加强绩效工作评价工作的指导思想，总体目标、具体任务、实施步骤和评价机制，把绩效评价工作与每个科室工作明确职责，保障绩效工作顺利实施。

五、存在的问题和建议

（一）存在的问题：

1.单位绩效指标体系有待进一步完善。

2.项目绩效目标设定的科学性、时效性有待加强。

3.因资金拨付延迟及工作进度情况，个别项目在一定程度上存在支出进度慢的现象。

（二）建议：

1.进一步完善单位绩效指标体系，使其更加科学、合理，更能体现绩效管理科学性。

2.进一步加强财务规范化管理，增强内部预算管理意识，严格按照预算编制的相关制度和要求进行预算编制和绩效评价。

3.对本单位年度各项工作开展提前谋划，统筹安排，合理配置，加快支出进度，提高资金使效益；

4.是加强项目绩效跟踪，定期开展项目绩效评价，确保财政预算资金效益最大化。

5.由于绩效自评是一项开展不久的工作任务，项目支出运行实践经验还欠缺，加之单位相关人员配备还显不足，相关制度建设还有待进一步加强。

重庆市璧山区医疗保障局

 2022年3月29日