附件2

重庆市璧山区医疗保障局

2022年度整体支出绩效自评报告

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事业单位。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，设主任1名，副主任2名。区医保局（含医保中心）2022年末在职在编实有人数40名，其中：行政人员8名，参公事业人员32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）2022年部门预决算收入情况：2022年年初预算收入1497.39万元，其中：一般公共预算财政拨款1497.39万元，政府性基金预算拨款 0万元。2022年度决算收入总计5538.51万元，其中：一般公共预算财政拨款收入5481.51万元，政府性基金预算财政拨款收入57.00万元。

（2）2022年部门预决算支出情况：2022年年初预算支出1497.39万元，其中：一般公共预算财政拨款1497.39万元，政府性基金预算拨款 0万元。2022年决算支出5538.51万元，其中一般公共预算财政拨款5481.51万元，政府性基金预算拨款 57.00万元。

（3）2022年部门决算年终结转结余情况： 2022年初结转结余0万元，年末累计结转结余0万元。

2.项目支出情况

2022年区级财政预算安排项目支出599.30万元，2022年决算支出4622.69万元，其中：其中一般公共预算财政拨款4565.69万元，政府性基金预算拨款 57.00万元。

二、主要成效

(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2022年度绩效自评工作的通知》（璧财绩〔2023〕1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。

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95.24%，编制数42人，在职人员40人，在编制控制范围内。“三公经费”本年预算数7.00万元，上年预算数7.20万元，变动率=2.78%。

（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

1.职责履行和履职效益方面 ：

2022年，区医保局在区委、区政府的坚强领导下，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的十九大、十九届历次全会和二十大精神，认真落实市第六次党代会、市委六届二次全会和区十五次党代会、区委十五届五次全会要求，深刻领悟“两个确立”的决定性意义，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，紧扣“高质量发展样板区、高品质生活示范区”目标，以“五新四城”为重要任务，绘就了保基本、可持续、惠民生的医疗保障新篇章，增加了人民群众的获得感、幸福感和安全感。

（1）提升基本医疗保险参保质量。依法依规分类参保，实施精准参保扩面。全区2022年基本医疗保险参保67.72万人，实现人人享有基本医疗保障权益，我区基本医保参保率连续四年始终保持在95%以上。

（2）医保基金总体运行安全平稳。2022年征收城乡居民医保基金4.85亿元，2021年结余1.23余亿元，拨付城乡居民医保基金4.31亿元；征收职工医保基金8.78亿元，拨付职工医保基金4.72亿元，全区医保基金总体运行安全平稳。

（3）推动长期护理保险试点落地落实。我区自2022年1月1日起正式启动长期护理保险试点工作以来，已有16万名职工医保参保人员被纳入长期护理保险参保范围，220人达到评估失能等级，享受长护保险待遇金额135万元，提高了重度失能人员生活品质，切实减轻了失能人员照料的经济和精神负担，有效破解了“一人失能，全家失衡”的难题，增加了人民群众的获得感、幸福感和安全感。

（4）跨省异地直接结算推动成渝地区双城经济圈建设。2022年552家定点医药机构开通了跨省异地就医直接联网结算和成渝地区双城经济圈跨省异地就医直接联网结算功能，市外异地参保人到我区定点医药机构就医，实现联网直接结算医保统筹基金报销1958.53万元（其中：职工医保1564.82万元、居民医保393.71万元）。

（5）做好药品和医用耗材招标和采购。一是药品集中带量采购累计交易数量4403.78万单位，交易金额6278.11万元。二是医用耗材集中带量采购中，冠脉支架累计交易数量821个，交易金额51.29万元，冠脉扩张球囊累计交易数量750个，交易金额25.28万元。截至12月底，我区药品、医用耗材集中带量采购为群众节约7791万元，平均降幅达55%。

（6）提高群众医保待遇水平。一是医保住院报销情况。2022年，城镇职工医保政策范围内住院报销比例为78.9%；居民医保二级及以下医疗机构政策范围内住院报销比例为70.8%。二是落实“高血压糖尿病”两病门诊用药保障。2022年，城镇职工医保“两病”就诊9.35万人次、统筹报销1072.65万元；居民医保“两病”就诊27.7万人次、统筹报销1571.31万元。三是审核我区离休干部医疗费124人次，报销76.13万元；审核生育保险待遇7004人次，审核生育津贴1363人，生育保险基金支付5733.4万元。

（7）精准实施困难群众医疗救助。2022年医疗救助资助参加基本医疗保险2.22万人，资助金额668.32万元。区内医疗机构医疗救助8.28万人次，救助金额1343.37万元；扶贫济困基金救助70人次，救助金额7.07万元。

（8）做好巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。一是做到低收入人口和脱贫人口基本医疗保险100%参加基本医保。二是健全防范化解因病返贫致贫长效机制。2022年，将10897名7类低收入对象纳入医保系统动态监测管理，高额医疗费用支出预警监测79人。三是落实低收入人口和脱贫人口医疗保险待遇政策。农村低收入人口就诊人次13.47万人次（其中：普通门诊9.5万人次，特病门诊2.51人次，住院1.46人次），享受医保统筹报销6483.68万元（其中：普通门诊226.26万元，特病门诊722.63万元，住院5534.79万元），享受大病报销256.02万元。

（9）保持医保基金监管高压态势，守好人民群众的“看病”“保命钱”。通过日常巡查、夜查、专项检查、片区联组交叉检查、市局抽查、第三方审计等多种方式，强化对医疗保障基金使用的监管。2022年对4家医药机构的违规问题线索依职权分别移送公安、市场监管等部门处理，对12家医院、22名医师、2家个体诊所的过度治疗、过度用药问题移送卫生健康部门，受理举报投诉2起，奖励金额1000元，共查处违规金额472.96万元，处违约金869.5万元，医保总额清算扣款共计965.86万元，形成严厉打击欺诈骗保的高压态势。

（10）提高公共服务能力水平。一是提高“一窗综办”办件效率，2022年医保政务服务综窗办件量为38000余件，满意率达100%。二是推进服务下沉，将部分高频业务下放到各镇街、定点医疗机构办理，逐步实现让参保群众在“家门口”就能体验到标准、规范、便捷的医保经办服务，全区医保经办机构均实现所有医保业务“全渝通办”，其中7项实现“川渝通办”，跨省异地就医体验稳步提升，2022年驻区人民医院医保服务站共计办理业务15000余件次，为29000多位市民提供了就医便利，大大方便了患者和家属。三是积极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64.27%。

（四）效益评价情况

1. 社会效益和经济效益：

（1）落实重大疫情医疗救治费用保障机制。截至2022年，医保基金支付新冠疫苗费5097万元，新冠疫苗接种172万剂次，支付接种费用1718.5万元。

（2）绘就了保基本、可持续、惠民生的医疗保障新篇章，增加了人民群众的获得感、幸福感和安全感。

2. 社会公众或服务对象满意度： 一是提高“一窗综办”办件效率，2022年医保政务服务综窗办件量为38000余件，满意率达100%。二是推进服务下沉，将部分高频业务下放到各镇街、定点医疗机构办理，逐步实现让参保群众在“家门口”就能体验到标准、规范、便捷的医保经办服务，全区医保经办机构均实现所有医保业务“全渝通办”，其中7项实现“川渝通办”，跨省异地就医体验稳步提升，2022年驻区人民医院医保服务站共计办理业务15000余件次，为29000多位市民提供了就医便利，大大方便了患者和家属。

（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。2022年部门整体支出绩效自我评价99.25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。

1. 需重点关注的问题

预算执行力度有待进一步加强。

五、有关建议

（一）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。

（二）以后年度的资金希望在年初就及时下达，以便我局能有充足的时间进行资金使用的规划论证和实施。

（三）多开展绩效相关业务方面的培训。

重庆市璧山区医疗保障局

2023年3月29日