义马市医疗保障局2024年度部门整体支出绩效评价报告

项目名称：义马市医疗保障局2024年度部门整体支出

委托单位：义马市财政局

预算单位：义马市医疗保障局

评价机构：河南日昇联合会计师事务所（普通合伙）

2025年8月

义马市医疗保障局2024年度部门整体支出绩效评价报告

一、基本情况

（一）部门名称

义马市医疗保障局。

（二）部门职能

1.负责贯彻执行国家、省、三门峡市医疗保障事业发展规划、政策，起草全市医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度规划，并组织实施。

2.监督管理全市医疗保障基金，建立健全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.组织实施全市医疗保障筹资和待遇政策，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。健全完善大病保险制度，推进长期护理保险制度改革。

4.组织制定全市药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费标准等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

5.制定全市药品、医用耗材的集中采购政策并监督实施，指导药品、医用耗材集中采购平台建设。

6.制定全市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，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行为。

7.负责全市医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设，组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策，建立健全医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域对外合作交流。

8.承办市委、市政府交办的其他任务。

（三）机构设置

义马市医疗保障局内设机构如下:

1.综合科：负责文电、会务、督查、信息宣传、机要档案、信访、应急、值班、安全、党建、党风廉政建设、文明单位创建、平安建设等机关日常运转工作。承担政府信息和政务公开、机关综合性文稿等有关工作。负责机关和直属单位机构编制、人事管理、社会保障等工作，组织本系统干部队伍建设和教育培训工作。

2.基金管理科：负责贯彻执行国家有关医疗保险基金财务、会计方面的政策法规；负责实施社会保险基金收支两条线的财政专户管理制度；负责全市城镇职工和城乡居民医疗保险待遇支付工作；负责各项医疗保障基金的日常账务处理；负责票据的领用、核销、保管工作和财务资料装订整理、归档工作；负责医疗保障基金财务收入、支出、预算、决算；负责医疗保障基金的拨付、计划执行情况的研究预测和财务分析，提出防范基金风险的对策和预案；负责基金内控管理，建立内部监督制约机制,实行三方对账，加强基金管理，维护基金安全；组织拟订医疗保障工作规划；承担机关和直属事业单位预决算、机关财务、资产管理、内部审计工作，推进医疗保障财务信息化建设。

具体负责医保基金账户管理、参保对象医保待遇支付、医保基金收入、支出、预决算以及基金内控管理等。

3.医保科：贯彻执行有关医疗保障事业发展的法律、法规和政策的实施；负责协调指导城镇职工医疗保障、生育保险、医疗救助待遇政策的实施，统筹职工医疗保障待遇标准;负责我市医疗保障指标任务数据统计、考核实施及通报工作；健全完善大病保险制度和困难群众大病补充医疗保险制度，统筹城镇职工和城乡居民医疗保障待遇标准；推进城镇职工和城乡居民多层次医疗保障体系建设；组织三门峡市门诊重症慢性病管理办法和支付标准的实施；组织医疗救助，承办监督检查医疗救助政策和救助资金落实；建立健全医疗保险关系转移接续制度；推进长期护理保险制度改革。

具体负责医保业务的经办，包含全市城乡居民、职工住院基本医保待遇报销、大病医保费用报销、门诊重症慢性病医保费用报销、低保及特困对象等困难群体患者医疗救助待遇落实、生育保险待遇（包括医疗费用、生育津贴）、异地就医备案、职工医保异地安置备案、职工医保关系转移接续等，以及医保新政策的具体实施落实。

4.医药服务管理科：负责定点医药机构的服务协议签订、考核、存在问题调查核实和处理、日常检查、网络监管、现场巡查等工作；负责药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策的实施，建立价格信息监测和信息发布制度；拟订定点医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理办法和结算办法；组织推进医保支付方式改革；组织开展药品、医用耗材、医疗技术的经济性评价；拟订全市定点医疗机构医保服务医师认定、考核、奖惩管理制度，负责建立维护定点医疗机构医保服务医师库。

负责落实国家、省级组织的药品、医用耗材集中带量采购报量工作，参与地市联盟集中带量采购。负责组织推进医保支付方式改革。负责对定点医药机构药品、医用耗材价格、诊疗服务项目、设施收费的价格信息监测和日常管理。

5.监督稽查科：贯彻执行国家、省、三门市市医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制；负责基金的监督管理，确保基金安全运行；负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法查处医疗保障领域违法违规行为；建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度；负责机关信息化建设的规划、组织实施、运行维护和日常管理工作。

负责对全市定点医药机构医保基金使用的日常监督和规范，查处打击各类欺诈骗保行为，加强医药领域信用体系建设，引导定点医药机构诚信守法经营。

6.医保中心：主要负责信息化标准化建设、定点医药机构协议管理和医保基金绩效考核相关服务性工作；承担医疗保障网络信息系统运行及维护工作；承担医疗保障数据统计分析等工作。

承担全市定点医疗机构和定点零售药店(“两定”机构)的年度服务协议签订和定期考核，承担医保网络信息化建设任务的推进，定期向上级医保部门报送医保数据统计分析情况。

（四）人员情况

2024 年义马市医保局共有编制 37 人，其中行政编制 6 人，事业编制 31 人，实有在职人员 33 人，其中：行政编制 4 人，事业编制 29 人。

（五）资产情况

截至2024年底，义马市医疗保障局部门资产总额46.91万元，主要包括固定资产净值44.05万元（原值98.08万元，累计折旧54.03万元），货币资金2.86万元。负债总额2.86万元，为2024年新增加2.86万元财政代管专户资金。净资产总额44.05万元，资产负债率为6.10%。

（六）预算收支情况

经查阅相关资料，义马市医疗保障局2024年年初预算719.62万元，全年预算784.99万元，资金来源均为财政拨款收入。

2024年实际收入总额513.49万元，均为财政拨款收入，与上年相比减少340.86万元，下降39.90%。2024年支出总额520.89万元，均为业务活动费用，其中工资福利费337.91万元，商品和服务费用175.58万元，固定资产折旧费7.40万元，与上年相比，支出总额减少316.63万元，下降37.81%。经了解，2024年收支总额与上年度相比下降幅度较大的原因主要为2023年包含新冠费用支出，2024年无此项支出，故收支均大幅度降低。

（七）部门绩效目标及年度工作重点

1.总体目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面加强党的建设和干部队伍建设，坚持以人民健康为中心，以深化医疗保障制度改革为主线，通过加大医保政策宣传力度，全面提升企业和群众参保征缴的积极性主动性，精准落实基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度，持续深化DIP支付方式、药品耗材集中采购、医疗服务价格等重点领域改革，切实降低群众医药负担。

同时，构建以智能监管为核心的常态化基金监管体系，严厉打击欺诈骗保行为，坚决守护医保基金安全。进一步优化医保经办服务，推进服务下沉和异地就医直接结算，提升医保公共服务的便捷性和可及性，实现医保制度更加成熟定型、基金运行更可持续、管理服务提质增效，不断增强参保群众的获得感、幸福感和安全感，为全市经济社会高质量发展贡献力量。

2.具体目标

因义马市医疗保障局未制定系统、明确的绩效目标和绩效指标，根据现有资料梳理出的 2024 年部分具体绩效目标如下:

（1）基本医疗保险参保率≥95%;

（2）困难群众参保率≥100%;

（3）异地就医直接结算率≥98%;

（4）医保待遇保障率 100%;

（5）持续推进药品医用耗材集中采购改革，降低药品、耗材采购价格;

（6）医保服务下沉覆盖率 100%，高频医保服务下沉项目数量≥15 项;

（7）提高医保政策宣传覆盖率、宣传及时率;

（8）完善 DIP 付费管理配套政策，提高支付管理绩效;

（9）组织开展全市定点医药机构和经办机构专项检查。

3.年度工作重点

（1）推动全民参保计划，加大医保政策宣传力度，提升参保积极性；聚焦学生儿童、退役军人、返乡人员等重点人群精准扩

面；落实困难群众信息“双比对”，确保困难群众参保率 100%；建立健全全民参保长效机制。完善“一人一档”全民参保数据库，推进参保信息动态维护与数据精准采集；开展重复参保数据治理，提升数据质量；推动信息维护权限下沉至基层医疗机构。

（2）建设智能场景监控系统，在全市推进智能场景监控系统建设，覆盖重点医药机构；实现事前、事中、事后全过程监管；建立 DIP 付费下的智能监测体系，强化 DIP 付费下的医疗行为、病案编码、服务质量监督；探索异地就医住院费用纳入就医地 DIP 付费管理；加强医保基金常态化监管，开展专项治理、“回头看”及联合打击欺诈骗保行动，落实飞行检查、第三方评审结果运用；开展医保基金运行评价与风险预警，完善基金运行分析制度，加强日常监控与风险防范，落实医保资金预算管理和绩效评价。

（3）深化医保支付方式改革，持续推进 DIP 付费改革扩面与配套政策完善，支持中医药传承创新与医共体医保管理；推进药品医用耗材集中带量采购，降低药品、耗材采购价格；深化医疗服务价格改革，规范医疗服务价格项目管理，开展价格动态调整，落实调价协同机制与价格监测。

（4）优化医保经办服务，推进医保数字化转型，落实“跨省通办”“省内通办”，打造“15 分钟医保服务圈”，推动服务下沉；推进异地就医直接结算，扩大门诊慢特病、生育待遇省内异地直接结算范围，提升零星报销效率与自费明细上传率；加强两定机构协议管理，规范协议签订与履约检查，强化日常管理与年度考核。

（5）推进医疗保障法治建设，落实行政执法责任制，推行服

务型执法，开展普法宣传与法律培训；深化医保信息平台应用，推进医保业务编码全面落地，降低“脏数据”占比，强化大数据在基金监管中的应用。

（6）全面加强党的建设，强化政治建设、干部队伍建设与党风廉政建设，开展作风建设专项整治，落实中央八项规定；加强督查督办与宣传引导，落实“13710”工作机制，确保决策部署落地，开展医保政策宣传宣讲活动，传播医保好声音。

二、评价结论

评价小组以《中华人民共和国预算法》、《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10 号）、《河南省省级部门预算绩效目标管理办法》等文件为依据，以评价过程中收集到的各种资料为基础，采用比较法、因素分析法、公众评判法、访谈等方法，对义马市医疗保障局部门整体支出进行评价。

综合来看，义马市医疗保障局 2024 年在预算编制、财务管理和制度建设方面较为规范，资金使用合规，资产管理制度健全。绩效目标编制与监控完成率均达 100%，体现了一定的绩效管理基础。各项工作任务责任到人、台账清晰，内部管理机制较为完善。

同时，部门在履职过程中，紧紧围绕全民参保、基金监管、支付改革、药耗集采、服务下沉等重点任务，积极作为，取得了良好成效。一是基金监管成效显著。通过常态化检查与专项治理相结合，依托智能场景监控系统和大数据手段，实现对医药机构全方位监管，全年追回违规医保基金 332.9 万余元，行政处罚 26.7 万元，有力守护了基金安全。二是改革推进稳步有效。DIP 支付方式

改革持续深化，完成特病单议病历审核 624 份，推动医疗机构提质增效；药品耗材集采工作扎实推进，完成 12 批次 1840 种药品集采，切实减轻群众用药负担。三是服务效能显著提升。2024 年实现 16 个医保服务所 15 项高频服务事项下沉社区，日均受理办结服务事项达到 20 件次，次均办理医保事项时间缩短近 2 小时，群众办事便捷度大幅提升。四是政策落实精准到位。基本医疗保险参保率达 97%，困难群众参保率 100%，异地就医直接结算率达 98%，各项医保待遇支付共计 1.57 亿元，有效兜牢民生底线。

但也应注意，部门在绩效管理精细化、预算执行率、政策宣传等方面仍存在不足之处。建议进一步强化绩效目标管理、提升预算精准性、加大政策宣传与信息系统维护力度，以持续推动医保事业高质量发展。

经综合分析，本次绩效评价综合得分为 **90.53** 分，评价等级为“优”。

三、存在的问题

（一）绩效目标管理存在短板，细化、量化程度不足

部门在绩效目标编制方面存在明显短板，2024 年虽制定有工作重点、工作计划，同时编制了部门整体绩效目标表、项目支出绩效目标表，但相关计划和目标仅体现了部门年度大致工作内容，缺少具体的工作量、标准、产出和预期达到的效果等实质性目标，设定的绩效目标（如“履职目标、主要任务完成情况、履职效益未细化且指标值均为≥90%”）过于笼统、模糊，未能清晰、量化地反映具体工作内容、产出数量和预期效果。造成绩效目标与部门实

际履职关联度不强，无法有效衡量资金使用的效益，影响了绩效管理的导向和监控作用。

（二）预算编制精准度不高，执行率偏低

经查阅部门财务报表等资料，2024 年部门年初预算 719.62 万元，全年预算 797.45 万元，预算完成数 513.49 万元，整体预算执行率仅为 64.39%，预算编制与实际支出存在较大偏差。反映出部门在年初预算时对全年工作所需的资金量预测不够精准，可能影响部分工作的顺利推进和财政资金的使用效率。

（三）政策宣传有效性不强，群众知晓度有待提升

经调研了解，虽然部门通过集中宣传月活动，每季度下沉社区、利用各种活动向群众发放政策折页、问答手册、宣传海报等方式扩大政策知晓度。但仍有部分参保人员对现行医保政策（如缴费标准、报销比例、个人账户区分等）存在“不了解、不理解”等情况。反映出部门在政策宣传深度等方面仍存在一定不足，进一步造成政策红利未能完全释放，也影响了社会公众的参保积极性和满意度。

（四）部分工作受外部制约，推进缓慢

经调研，一方面，部门在推进“医养结合”和长期护理保险等改革时面临较大的外部阻力。此类工作高度依赖上级明确的政策依据和系统规划，由于市级层面尚未出台明确的配套政策与实施细则，导致部门在缺乏顶层设计的情况下难以顺利推进。另一方面，在基金监管、数据共享等需多部门联动的领域，存在沟通不够顺畅、信息共享不及时等“协同壁垒”，未能形成有效的改革合力，共同制约了复杂综合性改革的落地进程与效果。

四、相关建议

（一）强化绩效管理意识，科学编制绩效目标

绩效管理不仅仅是单个部门的工作，需要财务部门、各业务部门共同协作开展，因此建议义马市医疗保障局建立部门及各科室、下属单位的预算绩效管理协同机制。明确部门本级与直属单位、各科室内部的责任与分工。同时加强预算绩效管理理论与专业知识的培训，组织各部门、下属单位相关人员深入学习绩效管理相关文件、办法、优秀案例，提高单位全员绩效管理意识与水平。同时建议在下一年度工作中，提升绩效目标设置的科学性、细化量化程度，将抽象任务转化为具体、可衡量的关键绩效指标，构建以“精准化”与“可衡量”为核心的绩效目标管理体系，确保每个绩效目标都清晰反映“要做什么”、“做多少”、“达到什么效果”，以充分发挥绩效目标的约束力和导向作用，提高资金使用效益。

（二）优化预算编制流程，提高预算编制精准度

针对“预算编制精准度不高，执行率偏低”的问题，建议一是加强前期调研，在年初预算编制前，深入分析往年业务数据，对当年可能开展的新项目、新业务进行充分调研，科学测算资金规模、资源需求等，同时引入零基预算理念，重新评估各项开支的必要性，剔除不必要的费用，确保预算能够准确反映部门实际需求；二是加强财务部门与各业务科室之间的沟通协调，完善预算审核机制，预算编制阶段严格审核各部门预算项目的必要性、合理性、准确性等，发现问题及时与业务科室沟通调整，确保部门预算编制科学、合理，提升财政资金使用效率。

（三）分众化、精准化宣传，提高群众政策知晓度

针对“政策宣传有效性不强，群众知晓度有待提升”的问题，建议针对不同群体的认知特点和信息获取习惯，开展分众化、精准化传播。如对老年人群体，侧重制作大字版、口语化的折页，并在社区开展面对面讲座；对中青年群体，通过短视频、长图动漫、直播答疑等新媒体形式，将复杂的政策条款转化为通俗易懂的案例。同时将基层医保服务所作为政策宣传的前线，通过对下沉点工作人员进行系统化、常态化的政策培训，提高工作人员政策了解深度，确保能够为前来办事的群众提供“一对一”的精准解读和咨询，实现“办一件事，懂一项政策”的深度融合，最终实现政策宣传从“广覆盖”到“深渗透”、“高认知”的转变。

（四）推动建立部门协同机制，形成工作合力

针对“部分改革工作受外部制约，推进缓慢”的问题，建议一方面变“被动等待”为“主动预热”。适时组织开展本地区的基础数据调研，全面摸清老年人口结构、现有医疗与养老资源底数等，借鉴先行试点地区的成功经验与模式，制定符合本地区实际情况的工作计划和方案，为后期顺利推进打好基础。另一方面，对于因部门协同不畅而受阻的工作，积极探索建立与民政、税务、卫健等部门协同工作机制，促进实现数据共享，打破信息壁垒，提高基金监管效能，推动医保改革落地进程和效果。