2024年度攀枝花市

医疗保障事务中心

部门决算公开文字说明

目录

公开时间：2025年9月10日

第一部分 部门概况...................................................................3

一、部门职责......................................................................3

二、机构设置.......................................................................4

第二部分 2024年度部门决算情况说明...................................5

一、收入支出决算总体情况说明......................................5

二、收入决算情况说明......................................................5

三、支出决算情况说明.......................................................6

四、财政拨款收入支出决算总体情况说明.......................7

五、一般公共预算财政拨款支出决算情况说明..............7

六、一般公共预算财政拨款基本支出决算情况说明.....10

七、财政拨款“三公”经费支出决算情况说明.................11

八、政府性基金预算支出决算情况说明.........................13

九、国有资本经营预算支出决算情况说明.....................13

十、其他重要事项的情况说明.........................................13

第三部分 名词解释................................................................16

第四部分 附件........................................................................20

第五部分 附表........................................................................57

# 第一部分 部门概况

## 一、部门职责

1、贯彻落实国家、省、市基本医疗保险、生育保险政策、法律和法规，并按照市医疗保障管理局的安排组织实施，参与拟订相关实施办法；

2、负责城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保缴费、医疗待遇审核及支付工作；

3、负责全市基本医疗保险、生育保险有关经办管理工作，对各县（区）、基层劳动保障所（站）及社区医疗服务机构开展基本医疗、生育保险经办业务进行指导和考核；

4、负责对全市医疗、生育和城乡居民医疗保险支付情况的稽核，对定点医药机构进行监督管理和考核；

5、按照两定协议对基本医疗保险、生育保险定点医疗机构，定点零售药店执行保险政策规定和为参保病员提供医疗服务的情况进行监督管理；

6、负责本地参保人员在全省范围内异地就医和刷卡购药即时结算；负责全省异地就医人员在本地区定点医疗机构和定点零售药店发生的医疗费用审核结算和监管工作，考核当地定点医疗机构和定点零售药店的异地就医服务质量；

7、负责组织实施全市药品、医用耗材集中采购工作;

8、配合相关部门对城镇职工医疗保险、生育保险、城乡居民医保信息系统的建设、运行、升级维护和安全管理等协调工作；

9、指导县（区）、参保单位做好基本医疗保险和大病医疗保险经办管理工作；

10、开展调查研究，为市政府及其相关职能部门制定和完善基本医疗保险政策提出建议意见。

## 二、机构设置

四川省攀枝花市医疗保障事务中心属参照公务员法管理的事业单位，无下属二级单位。

# 第二部分 2024年度部门决算情况说明

一、收入支出决算总体情况说明

2024年度收入、支出总计均为1268.31万元。与2023年度相比，收入、支出总计均减少133.01万元，下降9.5%。主要变动原因是严格落实中央政府“过紧日子”的要求，优化支出结构，降低行政运行成本。

（图1：收入、支出决算总计变动情况图）（柱状图）

二、收入决算情况说明

2024年度本年收入合计1268.31万元，其中：一般公共预算财政拨款收入1268.31万元，占100%；政府性基金预算财政拨款收入0万元，占0%；国有资本经营预算财政拨款收入0万元，占0%；上级补助收入0万元，占0%；事业收入0万元，占0%；经营收入0万元，占0%；附属单位上缴收入0万元，占0%；其他收入0万元，占0%

（图2：收入决算结构图）（饼状图）

三、支出决算情况说明

2024年度本年支出合计1268.31万元，其中：基本支出951.32万元，占75%；项目支出316.99万元，占25%；上缴上级支出0万元，占0%；经营支出0万元，占0%；对附属单位补助支出0万元，占0%。

（图3：支出决算结构图）（饼状图）

四、财政拨款收入支出决算总体情况说明

2024年度财政拨款收入、支出总计均为1268.31万元。与2023年度相比，财政拨款收入总计、支出总计均减少133.01万元，下降9.5%。主要变动原因是严格落实中央政府“过紧日子”的要求，优化支出结构，降低行政运行成本。

（图4：财政拨款收、支决算总计变动情况）（柱状图）

五、**一**般公共预算财政拨款支出决算情况说明

**（一）一般公共预算财政拨款支出决算总体情况**

2024年度一般公共预算财政拨款支出1268.31万元，占本年支出合计的100%。与2023年度相比，一般公共预算财政拨款支出减少133.01万元，下降9.5%。主要变动原因是严格落实中央政府“过紧日子”的要求，优化支出结构，降低行政运行成本。

（图5：一般公共预算财政拨款支出决算变动情况）（柱状图）

**（二）一般公共预算财政拨款支出决算结构情况**

2024年度一般公共预算财政拨款支出1268.31万元，主要用于以下方面：一般公共服务支出6.94万元，占0.55%；社会保障和就业支出147.72万元，占11.64%；卫生健康支出1045.06万元，占82.40%；住房保障支出68.59万元，占5.41%。

（图6：一般公共预算财政拨款支出决算结构）（饼状图）

**（三）一般公共预算财政拨款支出决算具体情况**

2024年度一般公共预算财政拨款支出决算数为1268.31万元，完成预算100%。其中：

1.一般公共服务支出

2013299其他组织事务支出：支出决算为6.94万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2.社会保障和就业支出

2080501行政单位离退休：支出决算为64.40万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2080505机关事业单位基本养老保险缴费支出：支出决算为83.32万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

3.卫生健康支出

2101101行政单位医疗：支出决算为44.37万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2101103公务员医疗补助：支出决算为5.28万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2101199其他行政事业单位医疗支出：支出决算为5.55万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2109999其他卫生健康支出：支出决算为0.08万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2101501行政运行：支出决算为679.81万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

2101599其他医疗保障管理事务支出：支出决算为309.97万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

1. 住房保障支出

2210201住房公积金：支出决算为68.59万元，完成预算100%，决算数等于预算数。

六**、一**般公共预算财政拨款基本支出决算情况说明

2024年度一般公共预算财政拨款基本支出951.32万元，其中：

人员经费856.03万元，主要包括：基本工资186.58万元、津贴补贴167.93万元、奖金230.29万元、机关事业单位基本养老保险缴费83.32万元、职工基本医疗保险缴费44.37万元、公务员医疗补助缴费10.83万元、其他社会保障缴费0.86万元、住房公积金68.59万元、对个人和家庭的补助63.26万元。
　　公用经费95.29万元，主要包括：办公费3.36万元、印刷费0.05万元、水费0.12万元、邮电费3.93万元、差旅费12.55万元、维修（护）费1.58万元、租赁费0.48万元、培训费0.14万元、公务接待费0.46万元、劳务费16.33万元、工会经费11.33万元、福利费2.78万元、其他商品和服务支出3.34万元，其他交通费用38.84万元。

七、财政拨款“三公”经费支出决算情况说明

**（一）“三公”经费财政拨款支出决算总体情况说明**

2024年度“三公”经费财政拨款支出决算为0.46万元，完成预算100%，较上年度减少0.27万元，下降37%。决算数与预算数持平。

**（二）“三公”经费财政拨款支出决算具体情况说明**

2024年度“三公”经费财政拨款支出决算中，因公出国（境）费支出决算0万元，占0%；公务用车购置及运行维护费支出决算0万元，占0%；公务接待费支出决算0.46万元，占100%。具体情况如下：

（图7：“三公”经费财政拨款支出结构）（饼状图）

**1.因公出国（境）经费支出0万元，完成预算0%。**全年安排因公出国（境）团组0次，出国（境）0人。因公出国（境）支出决算与2023年度持平。

**2.公务用车购置及运行维护费支出0万元,**完成预算0%**。**公务用车购置及运行维护费支出决算与2023年度持平。

其中：**公务用车购置支出**0万元。全年按规定更新购置公务用车0辆，其中：轿车0辆、金额0万元，越野车0辆、金额0万元，载客汽车0辆、金额0万元。截至2023年12月31日，部门共有公务用车0辆，其中：轿车0辆、越野车0辆、载客汽车0辆。

**公务用车运行维护费支出0万元。**

**3.公务接待费支出0.46万元，完成预算100%。**公务接待费支出决算较上年度减少0.27万元，下降37%，减少原因为报销标准的具体化和严格执行报销制度。决算数与预算数持平。其中：

国内公务接待支出0.46万元，主要用于接待市州来攀开展医保业务工作考察调研、省医保局专项检查等公务接待费。国内公务接待3批次，18人次（不包括陪同人员），共计支出0.46万元，具体内容包括：

接待重庆市医保局来攀调研DRG监管和“两库”建设工作0.19万元、接待省医保中心来攀开展经办服务能力提升调研0.10万元、接待四川省医保来攀调研DRG支付方式改革0.17万元。

外事接待支出0万元，。外事接待0批次，0人次（不包括陪同人员），共计支出0万元。

八、政府性基金预算支出决算情况说明

2024年度政府性基金预算财政拨款支出0万元，占本年支出合计的0%。与2023年度相比，政府性基金预算财政拨款支出与上年持平。

九、国有资本经营预算支出决算情况说明

2024年度国有资本经营预算财政拨款支出0万元，占本年支出合计的0%。与2023年度相比，国有资本经营预算财政拨款支出与上年持平。

十、其他重要事项的情况说明

**（一）机关运行经费支出情况**

2024年度，四川省攀枝花市医疗保障事务中心机关运行经费支出95.29万元，比2023年度增加5.53万元，增长6%。主要原因是2024年部门新增3人，其中公招1人、遴选1人、商调1人。

**（二）政府采购支出情况**

2024年度，四川省攀枝花市医疗保障事务中心政府采购支出总额213.9万元，其中：政府采购货物支出0万元、政府采购工程支出0万元、政府采购服务支出213.9万元。授予中小企业合同金额0万元，占政府采购支出总额的0%，其中：授予小微企业合同金额0万元，占政府采购支出总额的0%。

**（三）国有资产占有使用情况**

截至2024年12月31日，四川省攀枝花市医疗保障事务中心共有车辆0辆，其中：主要负责人用车0辆、机要通信用车0辆、应急保障用车0辆、其他用车0辆。

**（四）预算绩效管理情况**

根据预算绩效管理要求，市医保中心在2024年度预算编制阶段，组织对攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组结合点数法付费（DRG）应用软件系统暨医保基金第三方支付评审项目等4个项目开展了预算事前绩效评估，对4个项目编制了绩效目标，预算执行过程中，选取4个项目开展绩效监控。

组织对2024年度一般公共预算开展绩效自评，形成攀枝花市医疗保障事务中心2024年度部门整体（含部门预算项目）绩效自评报告、攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组结合点数法付费（DRG）应用软件系统暨医保基金第三方支付评审项目等专项预算项目绩效自评报告，其中，攀枝花市医疗保障事务中心2024年度部门整体（含部门预算项目）绩效自评得分为99.97，整体支出绩效评价为优秀；攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组结合点数法付费（DRG）应用软件系统暨医保基金第三方支付评审专项预算项目绩效自评得分为100分，项目支出绩效评价为优秀。，综上所述，绩效总体评价为：市医保事务中心坚持以人民为中心，围绕保障人民群众医疗保障权益，认真履职尽责。有序推进医保业务工作，优化经办服务流程，提升医保服务水平，有效控制医疗费用增长，遏制欺诈骗保行为，维护医保基金安全，为助推共同富裕试验区建设贡献医保力量。绩效自评报告详见附件。

第三部分 名词解释

1.财政拨款收入：指单位从同级财政部门取得的财政预算资金。

2.事业收入：指事业单位开展专业业务活动及辅助活动取得的收入。

3.经营收入：指事业单位在专业业务活动及其辅助活动之外开展非独立核算经营活动取得的收入。

4.其他收入：指部门取得的除上述收入以外的各项收入。

5.使用非财政拨款结余（含专用结余）：指事业单位使用以前年度积累的非财政拨款结余弥补当年收支差额的金额。

6.年初结转和结余：指以前年度尚未完成、结转到本年按有关规定继续使用的资金。

7.结余分配：指事业单位按照会计制度规定缴纳的所得税、提取的专用结余以及转入非财政拨款结余的金额等。

8.年末结转和结余：指部门按有关规定结转到下年或以后年度继续使用的资金。

9.一般公共服务

201（类）32（款）99（项）其他事务支出：反映除上述项目以外其他适用于中国共产党组织部门的事务支出。

1. 社会保障和就业

208（类）05（款）01（项）行政单位离退休：反映用于行政事业单位养老方面的支出。

208（类）05（款）05（项）机关事业单位基本养老保险缴费支出：反映机关事业单位实施养老保险制度由单位实际缴纳的基本养老保险费支出。

208（类）05（款）06（项）机关事业单位职业年金缴费支出：反映机关事业单位实施养老保险制度由单位实际缴纳的职业年金支出（含职业年金补记支出）。

1. 卫生健康

210（类）11（款）01（项）行政单位医疗：反映财政部门安排的行政单位（包括实行公务员管理的事业单位，下同）基本医疗保险缴费经费，未参加医疗保险的行政单位的公费医疗经费，按国家规定享受离休人员，红军老战士待遇人员的医疗经费。

210（类）11（款）03（项）公务员医疗补助：反映财政部门安排的公务员医疗补助经费。

210（类）11（款）99（项）其他行政事业单位医疗支出：反映除上述项目以外的用于其他行政事业单位医疗方面的支出。

210（类）15（款）01（项）行政运行：反映行政单位(包括实行公务员管理的事业单位）的基本支出。

210（类）15（款）06（项）医疗保障经办事务：反映医保基金核算、精算、参保登记、权益记录、转移接续等医疗保障经办支出。

210（类）15（款）99（项）其他医疗保障管理事务支出：反映除上述项目以外的其他用于医疗保障管理事务方面的支出。

12.住房保障221（类）02（款）01（项）住房公积金：反映行政事业单位按人力资源和社会保障部、财政部规定的基本工资和津贴补贴以及规定比例为职工缴纳的住房公积金。

13.基本支出：指为保障机构正常运转、完成日常工作任务而发生的人员支出和公用支出。

14.项目支出：指在基本支出之外为完成特定行政任务和事业发展目标所发生的支出。

15.经营支出：指事业单位在专业业务活动及其辅助活动之外开展非独立核算经营活动发生的支出。

16.“三公”经费：指部门用财政拨款安排的因公出国（境）费、公务用车购置及运行费和公务接待费。其中，因公出国（境）费反映部门公务出国（境）的国际旅费、国外城市间交通费、住宿费、伙食费、培训费、公杂费等支出；公务用车购置及运行费反映公务用车车辆购置支出（含车辆购置税）及租用费、燃料费、维修费、过路过桥费、保险费等支出；公务接待费反映部门按规定开支的各类公务接待（含外宾接待）支出。

17.机关运行经费：为保障行政部门（含参照公务员法管理的事业单位）运行用于购买货物和服务的各项资金，包括办公及印刷费、邮电费、差旅费、会议费、福利费、日常维修费、专用材料及一般设备购置费、办公用房水电费、办公用房取暖费、办公用房物业管理费、公务用车运行维护费以及其他费用。第四部分 附件

附件1

**攀枝花市医疗保障事务中心**

**2024年度部门预算绩效自评报告**

一、部门基本情况

**（一）机构组成**

攀枝花市医疗保障事务中心（以下简称“市医保事务中心”）执行政府会计准则制度，部门基本性质为参照公务员法管理的公益一类事业单位。截至2024年12月31日，独立编制机构数1个。无下属机构。

**（二）机构职能**

负责职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助具体经办业务，制定、完善业务经办管理规程。负责对定点医药机构执行政策规定和为参保人员提供医疗服务进行指导和检查。承担离休干部、六级以上革命伤残军人（警察）、建国初期参加工作退休干部及其他医疗照顾人员医药费用审核报销的具体业务工作。参与医疗保障业务经办信息系统建设。

**（三）人员概况**

市医保事务中心编制人数45人。2024年实有在职人员43人，退休人员21人。

二、部门资金收支情况

**（一）收入情况**

2024年市医保事务中心财政拨款收入总额1268.31万元，其中：一般公共预算财政拨款1268.31万元，政府性基金预算财政拨款0万元。

**（二）支出情况**

2024年市医保事务中心财政拨款支出总额1268.31万元，基本支出万元951.32万元（其中人员经费支出856.03万元，公用经费支出95.29万元），项目支出316.99万元。

三、部门预算绩效分析

**（一）部门预算总体绩效分析**

2024年我中心部门预算从履职情况来看，总体效果良好；从经济性来看，各科室能按照预算做好成本控制，强化厉行节约意识，年度支出控制在规定范围内；从效率性来看，各科室对职责范围内的工作能够按照计划把握好时间进度、抓好质量监管，保证了工作效率；从有效性来看，各项工作均能有序推进，抓好落实，保证了专项资金的使用效果。

1. 绩效评价目的。

严格落实《预算法》和省、市绩效管理工作的有关规定，进一步规范财政资金的管理，科学合理使用资金，有效衡量项目成效、实时监控项目进度、合理优化资源配置、提升项目管理水平，让资金发挥最大效益，巩固医保改革成效。

1. 绩效评价工作过程。

我中心前期成立了绩效评价小组，从年度预算项目预算精确到科室并告知预算的合理重要性，对年度目标有清晰的规划，合理安排预算资金，保障项目在年度内有效完成，主张谁预算谁组织、谁实施的原则，进一步进行绩效评价分析，为下一年度工作开展作充分准备。

3、主要绩效。

（1）扎实推进年度重点任务和改革事项。一是深化DRG付费国家示范点建设。二是推进紧密型医共体建设，支持完全实现人员管理、财务管理、信息系统、医保结算、考核监管等达到统一条件的紧密型县域医共体建设。三是推动落实“高效办成一件事”。推进新生儿出生“一件事”、集成化办理医保参保和生育医疗费用报销，实现新生儿凭出生医学证明参保。四是稳妥推进职工医保门诊共济保障政策的落地实施。五是落实深化医疗服务价格改革试点基础工作。六是落实11月1日起执行的13项辅助生殖医疗服务项目纳入基本医疗保险支付。

（2）大力实施“六大行动”医保板块工作。一是稳步实施2024年基本医保省级统筹。积极向上争取省级调剂金，共争取省级统筹调剂金26,424万元(其中职工医保基金23,051万元，居民医保基金3,373万元)。二是落实异地就医结算，提升定点医药机构异地联网结算覆盖率。三是深入实施全民参保计划，推动基本医疗保险应参尽参、应保尽保。落实开展2024年全民参保集中宣传月活动，指导开展2024年度城乡居民医保攻坚宣传。

（3）扎实推进医保部门其他重点工作。一是严格按照《四川省医疗救助经办管理规程（试行）》和市级规定，落实市级医疗救助统筹经办工作。截至12月底，全市向上争取中央及省级医疗救助资金2160.38万元，困难群体资助参保率100%。二是提高医疗保障管理服务水平。开展攀枝花市医疗保障经办机构2024年度内部控制管理检查，共争取中央医疗服务与保障能力提升补助资金437万元，有效促进我市支付方式改革、基金监管、医保信息化建设等工作，全面提升我市经办管理和医疗服务保障能力。三是坚决落实医保基金监管。组织开展全市医疗监管医保基金监管政策法规和规范使用知识考试，全市169家定点医疗机构共计300余名医护人员参加考试。开展2024年医疗保障基金使用监管自查自纠工作，截至12月底，市本级医药机构退回违规费用725.74万元；加强疑点线索核查，共检查涉及违规使用医保基金596.27万元，核查14家定点医药机构门诊统筹、2023年门诊特殊疾病、城乡“两病”和特殊药品医保政策执行情况专项检查回头看通报追回违规金及违约金共计15.34万元、国家、省医保局下发的糖化血红蛋白检验项目基金使用情况核实追回违规金及违约金共计59.99万元、药品限儿童使用疑点线索情况核实追回违规金及违约金共计0.46万元、马来酸阿伐曲泊帕片基金异常使用情况核实追回违规金及违约金共计19.58万元、2024年DRG付费下病案检查和中医疗效政策执行情况专项检查移交违规问题追回违规金及违约金共计104.43万元。开展2024年度医疗保障基金使用情况全覆盖现场检查工作追回违规金及违约金共计415.07元。行政处罚1家，责令追回违法费用285.78万元，行政罚款285.78万元。

**（二）部门预算项目绩效分析**

常年项目绩效分析。该类项目总数8个，涉及预算总金额316.99万元，1—12月预算执行总体进度为100%。

1.目标制定方面。一是明确目标任务。2024年，市医保事务中心紧紧围绕全中心大局和重点工作任务，做好医保经办服务保障工作。二是严控预算编制。紧扣全年目标任务，围绕重点改革项目，结合上年预算执行情况，合理编制年度预算。三是优化绩效目标设定。按照“指向明确、具体细化、合理可行和财力约束”的原则，从数量、质量、成本和时效等方面细化了绩效指标，做到绩效目标符合客观实际，能够在一定期限内如期完成。

2．目标实现方面。为确保预算绩效目标的实现，强化结果运用管理，市医保事务中心积极推进预算绩效运行监控，根据监控结果和工作任务变动开展预算动态调整，及时进行指标调剂和支付更正纠正预算偏差，确保预算执行与绩效目标保持一致。职工工资、五险一金等人员类支出保障了职工正常福利待遇；办公、水电等运转类项目保障了中心办公正常运转；项目支出保障了医保重点改革任务的顺利实施。

3．支出控制方面。2024年医保事务中心各项经费支出均按照调整预算数执行。

4．及时处置方面。对监控中发现的绩效目标执行偏差和管理漏洞，及时采取分类处置措施予以纠正，对于绩效监控中发现的问题，及时暂停项目实施，调减预算并停止拨付资金，及时纠正偏差。

5．执行进度方面。预算执行管理，预算执行作为预算管理的核心环节，市医保事务中心高度重视，严把审核关，强化资金使用监督。对预算执行进度缓慢的项目，加强与责任科室沟通协调，确保项目按进度推进。

6．预算完成方面。2024年整体预算和项目预算完成情况较好，完成率均为99%

7．资金结余率方面。2024年除医疗服务与保障能力提升中央财政补助资金结余为1.29万元，其余项目均无结余。

8．违规记录方面。通过自查，市医保事务中心未发现2024年在预算管理方面存在违纪违规问题。

四、评价结论及建议

**（一）评价结论**

2024年，市医保事务中心坚持以人民为中心，围绕保障人民群众医疗保障权益，认真履职尽责。全力推进全面参保计划，广泛开展医保政策宣传，提高群众参保意识；认真落实国家、省、市医保待遇政策，加强医保基金预算管理，合理控制基金支出，确保基金安全可持续运行；深入推进已按病组点数法付费（DRG）为主的多元复合医保支付方式改革；持续保持打击欺诈骗保高压态势，有效遏制欺诈骗保行为，维护医保基金安全；优化医保经办服务，推进医保领域“放管服”改革，精简办事材料，压缩办理时限。开展医保政策调研和评估，及时掌握政策执行情况和群众需求；不断创新工作方法，提升服务水平，为助推共同富裕试验区建设贡献医保力量。绩效自评得分99.97分，整体支出绩效评价为优秀。

1. **存在问题**

项目预算执行率有待提高，医疗服务与保障能力提升补助资金，因下达时间、审核落地等因素影响，预算执行率99.12%。

**（三）改进建议**

一是加强与财政局沟通协调及时下达项目资金；二是项目管理科室切实提高项目资金预算执行率。三是强化资金使用监督和管理，强化绩效评价结果应用，推动提高政策和项目的实施效果。

附件2

**攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关**

**分组结合点数法付费（DRG）应用软件系统**

**暨医保基金第三方支付评审项目**

**支出绩效自评报告**

一、项目概况

**（一）项目基本情况**

我市从2018年3月起实施医保基金总额预算控制下的按疾病诊断相关分组结合点数法付费（以下简称DRG付费）改革工作，先后成为四川省2个省级试点城市之一和全国30个DRG付费国家试点城市之一，走出了“省试点”到“国家试点”再到“国家示范点”的实践之路，取得了较好的改革成效，从源头上守住了“百姓救命钱”，更好地保障了参保群众病有所医，增强了人民群众的获得感、幸福感、安全感。

按照《攀枝花市人民政府办公室关于印发进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（攀办发〔2018〕23号）中“开展疾病相关分组与点数法结合付费工作，拟采取政府购买服务方式委托第三方机构进行DRG付费项目开发，提供专家团队和分组支撑”的规定，通过以政府购买服务方式委托第三方机构进行DRG付费项目维护和服务，从市医保局缴入财政的医银合作资金中对应安排。

为保证我市DRG支付方式改革2024年至2026年工作顺利开展，继续采取政府购买服务方式委托第三方机构进行DRG支付方式改革专业化服务采购项目招标。市医保中心委托四川锦创全过程工程项目管理有限公司通过单一来源采购方式进行此项目招标，四川锦创全过程工程项目管理有限公司于2024年10月12日通过四川省政府采购一体化平台向供应商国新健康保障服务有限公司发送单一来源邀请，并组织评审委员会于2024年10月17日上午9：30在四川锦创全过程工程项目管理有限公司开标厅进行单一来源采购开标会。经过对国新健康保障服务有限公司响应文件的评审和谈判，评审委员会确定国新健康保障服务有限公司为中标供应商，中标金额为213.9万元。

**（二）项目绩效目标**

1. 项目主要内容。

本项目的主要内容是借助第三方机构专业实施队伍和专家体系力量，在做好前期工作的基础上，新增对接全省统一的DRG付费系统的切换，以及切换后功能参数、模块规则的配置，及系统适配和维护等工作。具体维护和服务内容如下：一是协助医保经办机构对接省平台切换全省统一的DRG付费系统，根据本地实际情况进行优化、调整与对接，实现符合攀枝花DRG付费的分组方案和支付标准，完成本地历史数据迁移；二是协助医保经办机构在省平台DRG付费系统中做好功能参数、模块规则的配置，及系统适配和维护，实现原有的基层病种、高精尖新病种、中医病种、按床日付费病种等配套政策倾斜支付；三是协助医保经办机构使用省平台DRG付费系统进行日常支付、审核、稽核、大数据分析、专业培训、预警监测、绩效评价、结算清单质控分析等服务，并提供专家团队支撑开展疑难问题分析评审、学术探讨与能力建设等服务。

1. 项目实现的具体目标。

实现统筹区、险种、病种、医疗机构全覆盖；提升区域内基金购买力和使用效率，助推医保和医疗机构高质量发展。

3.项目资金申报相符性。

该项目是我市基本医疗保险病组点数法付费的重要依托，是为我市广大参保患者服务，具有公共性，属于公共财政支持范围，没有类似项目得到财政资金重复支持，项目资金来源渠道明确，各渠道资金到位时间、条件能够落实，财政资金支持方式科学合理。

**（三）项目自评步骤及方法**

按照有关规定和工作安排，我部门开展自行评估，通过聘请相关专业专家、委托第三方机构等方式组建评估组，通过收集被评估项目相关基础资料，并查阅资料、收集数据信息等，深入论证分析后，形成绩效评估报告。

二、项目资金申报及使用情况

**（一）项目资金申报及批复情况**

“攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组结合点数法付费（DRG）应用软件系统暨医保基金第三方支付评审”项目资金在市医疗保障事务中心2024年年初预算未安排，年中由市财政批复调整（追加）预算17.99万元，实际完成17.99万元，完成率100%。项目资金申报批复均符合资金管理办法等相关规定。

**（二）资金计划、到位及使用情况**

1．资金计划及到位。

此项目资金2024年共17.99万元，年初预算安排0万，追加预算17.99万元，实际完成17.99万元，完成率100%。资金到位率100%。

1. 资金使用。

截至2024年12月31日，该项目资金已支付使用资金17.99万元，此项目资金到位后，市医疗保障事务中心严格按财经纪律、财务管理等相关规定，严格审核支出，及时支付，专款专用，资金支付完成率100%。

**（三）项目财务管理情况**

业务科室负责“攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组结合点数法付费（DRG）应用软件系统暨医保基金第三方支付评审”项目工作，严格按照上级要求上报资金使用计划，并在实施过程中做到资金专款专用。所有支出严格按照财务会计管理规定，做到资金使用有计划、审批有手续、支出合理规范。并及时进行账务处理和会计核算，按财政要求及时编制和公开项目资金绩效目标。

三、项目实施及管理情况

**（一）项目组织架构及实施流程**

联合攀枝花市财政局 攀枝花市卫生健康委员会印发《攀枝花市DRG支付方式改革三年行动暨DRG付费国家示范点建设工作方案》，明确总体要求、工作任务、保障措施等，明确示范点建设工作领导小组名单、领导小组办公室职责、示范点建设重点工作台账，确保高效完成三年行动计划。

**（二）项目管理情况**

为保证我市DRG支付方式改革2024年至2026年工作顺利开展，继续采取政府购买服务方式委托第三方机构进行DRG支付方式改革专业化服务采购项目招标。市医保中心委托四川锦创全过程工程项目管理有限公司通过单一来源采购方式进行此项目招标。

**（三）项目监管情况**

印发《攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费监督管理办法（试行）》，明确各级医保经办机构对相关定点医疗机构实行DRG点数法付费协议管理，各级经办机构应完善DRG点数法付费稽核规程，常态化开展DRG点数法付费稽核，加强DRG点数法付费监管稽核队伍专业化建设，不断完善DRG点数法付费监督管理措施，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员、畅通举报奖励渠道等方式加强社会监督。

四、项目绩效情况

**（一）项目完成情况**

按照国家标准，全市所有有住院条件的定点医疗机构均实行按病组点数法付费，覆盖率达到100%；本地DRG细分组方案符合国家要求，实现职工医保基金和城乡居民医疗保险基金付费全覆盖；每月按时、按要求完成分组反馈、点数计算、基金拨付等工作；按要求完成规范基础编码、完善病组分组、确定支付标准、完善配套政策、优化结算办法、组织相关培训等相关工作。

**（二）项目效益情况**

1.医保患者住院费用个人负担降低。2024年，实现次均住院天数和参保人个人负担费用“双降”。全市DRG付费参保人员个人负担费用人均1860.35元，较2018年2241.67元，减少381.32元；次均住院天数7.57天，较2018年9.57天，减少2天，增强了人民群众的幸福感、获得感，助推高质量发展建设共同富裕试验区。

2.医疗服务质量效率稳步提升。2024年，全市DRG付费医疗机构CMI值从2018年0.85上升到1.03，提高0.18，平均费用消耗指数从2018年1.32下降到0.87，下降0.45，平均时间消耗指数从2018年1.23下降到0.91，下降0.32，表明我市医疗机构技术水平难度显著提升，治疗同类疾病所花费的费用明显下降、时间逐步缩短、效率有所越高，医保助推医疗机构高质量发展成效显现。

3.医保基金使用效率大幅提高。

（1）DRG付费基金预算总额逐年增加。2024年，DRG付费职工医保基金预算总额68400万元，城乡居民医保基金预算总额49050万元，合计117450万元，较2018年87131万元，增长30319万元，增幅34.8%，表明我市医保基金预算总额呈逐年增长态势。

（2）DRG付费医疗机构支付率大幅提升。DRG付费与项目付费比较，医疗机构医保基金支付率从2018年87.88%，医疗机构分担12563万元，到2020年101.01%，上升13.13个百分点，医疗机构结余留用958万元，并连续三年支付率超过100%。

（3）医疗费用增长势头得到有效控制。2024年，全市DRG付费参保人员住院总费用159981.97万元，较2018年154515.74万元，增长5436.23万元，增长3.52%；均次住院费用5650.04元，较2018年7173.67元，减少1523.63元，减少21.24%。

（4）多元复合医保支付方式初步建立。医保部门始终秉承精准服务临床，支持医疗机构高质量发展的态度，不断建立健全多元复合医保支付方式。一是推进“基层支付”，引导资源下沉。2020年，实行门诊慢性病按病种结合人头付费，同步推进家庭医生医保签约服务，将门诊慢性病、高血压糖尿病门诊用药等重点人群纳入医保签约服务范围，按每人100元/年的标准制定医保签约服务包，引导医疗资源聚焦人民健康管理。2024年，34家医疗机构开展家庭医生医保签约服务3.3万人，医保基金预计支付217万元。2022年，选取高血压、糖尿病等常见病、多发病作为基层病组，实行同城同病同价付费，让“易治病”更多留在基层医疗机构治疗。2024年，基层病组从30个动态调整至35个，参保人员在一级及以下医疗机构就医基层病组17432人次，较2023年增长46%，医保基金预计倾斜支持570余万元，支付率约119%。二是开展“实惠支付”，拓宽减负渠道。2020年，将日间手术纳入DRG付费，2024年，日间手术术式动态调整至432个，并对9个日间化疗和6个中医日间医疗病种，实行按病种付费和床日付费，省下不必要的住院费用。2024年，日间医疗医保支付病例3911例，医保基金预计倾斜支付920万元，支付率约112%。从2020年起，加大医疗机构高质量发展支持力度，至2024年，选取244个技术先进、发展迅速、适用面广的医疗技术进入医保高新技术目录，增加46个疑难重症病组调节系数，设置21个具有区域临床特色技术的临床重点专科病组前沿系数，在2024年预算总额中单列4060万元用于特例单议补偿特殊病例合理超支费用，精准实施医保倾斜支付，让患者早日用上更好的医疗技术，减少治疗整体费用。2024年，倾斜支持危急重高精尖病组病例9446例，高新医疗技术病例840例，四级手术病例5425例，医保基金预计倾斜支付9700余万元，支付率约124%。三是打造“价值支付”，满足群众需求。2020年，实行按中医疗效价值付费，实行与西医同病同效同价付费。2024年，中医疗效价值病组从28个动态调整至33个，2336位参保人员享受传统中医药住院服务，医保基金按西医病组预计倾斜支付1700余万元，支付率约155%。2021年，为癌症等疾病终末期患者建立安宁疗护服务医保按床日付费，按每人425元/天制定床日标准，医保基金支付其中的395元，患者个人承担其中的30元。2024年，安宁疗护服务医保付费124人，医保基金支付125.9万元，有效减轻患者痛苦和家庭经济负担，提高患者生存期生活质量。2024年，根据患者康复、医疗、护理的不同需求，将脑出血、骨折术后等8个康复病组的急性期、恢复期和慢性期有序衔接，开展康复病组价值付费试点，分别按DRG付费、病种付费和床日付费，精准实现急慢病分治、分级医疗和双向转诊，大大提高患者恢复自理能力，减轻患者家庭和社会负担。

五、评价结论及建议

**（一）评价结论**

项目自评得分100分，充分发挥示范带动作用，全面建成上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付新机制，努力形成可复制、可借鉴的改革示范经验，促进医疗保障和医药服务高质量协同发展。

**（二）存在的问题**

1.基金收支矛盾依然存在。虽然职工医保基金累计结余稳步增加，运转形势持续好转，但依然存在风险。

2.支撑改革的专业能力不足。支付改革是系统工程，对医保行政、经办、医疗机构、信息管理、医保监管多方的能力均具有较高的要求。部分医疗机构特别是基层机构对病案质量管理工作重视不够，病案编码管理工作基础较薄弱。DRG付费改革后转变了监管方向，对监管方式、手段、能力提出了更高要求，目前医保监管适应支付方式改革、转变监管方式、提升监管能力仍在路上。

3.支付方式改革需进一步完善。医保改革已至深水区，由顶层设计走向了多层面实操环节，DRG支付方式改革面临提质扩面，以及协同推进县域医供体、城市医联体高质量发展。因此，要围绕运行机制精准把控全局态势，核心要素管理动态调整、绩效评价监测管理、评价争议机制优化、沟通谈判程序完善、改革协同推进发展等亟待进一步完善。

**（三）相关建议**

1.拓展DRG支付范围内涵。一是建议国家层面带领探索将DRG付费改革从付费端延伸到收费端，改革患者与医疗机构的费用结算政策，全面建立更加管用高效的医保支付新机制。二是建议省上牵头探索将在市域内就医治疗的异地住院费用纳入区域性总额预算范围，开展DRG点数付费。三是探索由住院延伸至门诊的支付方式改革，如探索实施门诊APG付费。

2.建成管用高效监管体系。一是建成集成式监管系统。完善监管办法及绩效考核评价办法，制定适应DRG付费的智能监控规则，探索与DRG付费方式相衔接的监管联动机制，推进医疗保障基金监管制度体系改革。二是强化定点医疗机构及医保医师协议管理，实施大数据实时动态智能监控，常态化稽查审核。同时，加强医疗机构内控管理建设，用好第三方监管力量，进一步强化社会监管。三是提升监管能力，形成监管合力，实施跨部门监管，加强部门联合执法，综合运用协议、行政、司法等手段，坚决打击欺诈骗保、危害参保群众利益的行为。

3.有效解决DRG付费新情况新问题。一是加大“三个激励资金”支持力度，即加大支持中医药发展资金、医共体支持资金、特殊病例补偿资金预算额度，持续支持中医药传承创新发展、紧密型县域医共体建设、鼓励高精尖新医疗技术使用；二是巩固“三个打包付费”，即紧密型县域医共体门诊和住院“双打包”付费、家庭医生签约打包付费、门诊慢性病按人头结合病种打包付费，探索城市医联体医保支持办法，拓展多元复合医保支付方式；三是探索医养结合和家庭病床按床日点数法付费，进一步深化医保支付方式改革。

附件3

**攀枝花市医疗保障事务中心**

**2024年入驻政务中心单位租金、物业费及**

**水电费项目支出绩效自评报告**

一、项目概况

**（一）项目基本情况**

1、市医保事务中心在项目管理中的职能。

攀枝花市医疗保障事务中心主要负责职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助具体经办业务，制定、完善业务经办管理规程。负责对定点医药机构执行政策规定和为参保人员提供医疗服务进行指导和检查。承担离休干部、六级以上革命伤残军人（警察）、建国初期参加工作退休干部及其他医疗照顾人员医药费用审核报销的具体业务工作。参与医疗保障业务经办信息系统建设。

2、项目立项、资金申报依据。

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目资金主要用于市医疗保障事务中心支付入驻政务中心单位租金、物业费及水电费，更好的提升服务效能、服务满意度，保障单位办公场所正常运转。

3、资金支持项目的概况。

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目经费已纳入政府年度财政预算，并通过相关审批程序，租金、物业费及水电费等符合政府采购和财务管理规定。

4、资金分配的原则及考虑因素。

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目资金分配应遵循科学合理的原则，并综合考虑资源消耗、财政预算等多种因素，以确保资金分配合理、公平、高效，促进中心的正常运行和持续发展。

**（二）项目绩效目标**

1、主要内容。

缴纳入驻政务中心单位租金、物业费及水电费。

2、具体绩效目标。

（1）数量指标：支付入驻政务中心单位租金、物业费及水电费75.11万元/年。

（2）质量指标：按时全额缴纳入驻政务中心单位租金、物业费及水电费，保障单位正常运转。

（3）时效指标：2024年1-12月在规定时间内使用资金。

（4）社会效益指标：保障单位正常运转。

（5）服务对象满意度指标：政务中心入驻人员满意度做到完成值“满意”。

（6）经济成本指标：入驻政务中心单位租金、物业费及水电费75.11万元。

3、项目资金申报相符性。

市医疗保障事务中心按照2024年目标任务制定绩效目标，申报内容与实际相符，申报目标合理可行。

**（三）项目自评步骤及方法**

办公室成立项目评价小组，明确自评项目自评总分为100分，根据设定的评价指标和评分标准，对项目各方面进行评分。按规定足额缴纳入驻政务中心单位租金、物业费及水电费，保障单位正常运转。

二、项目资金申报及使用情况

**（一）项目资金申报及批复情况**

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目资金在市医疗保障事务中心2024年年初预算中申报，由市财政批复，共75.11万元，此项目符合资金管理办法等相关规定。

**（二）资金计划、到位及使用情况。**

1、资金计划及到位。

此项目2024年预算资金75.11万元，实际下达75.11万元，资金到位率100%。

2、资金使用。

此项目资金主要用于支付入驻政务中心单位租金、物业费及水电费。此项目资金到位后，市医疗保障事务中心严格按财经纪律、财务管理等相关规定，严格审核各项支出，及时支付，专款专用，资金支付完成100%。

三、项目实施及管理情况

**（一）项目组织架构及实施流程。**

市医疗保障事务中心在部门预算中申报项目资金，并制定绩效目标；办公室成立项目评价小组对项目资金执行情况进行绩效评价。

**（二）项目管理情况**

市医疗保障事务中心建立了财务管理制度，由办公室统一管理“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目资金，

严格按照上级要求上报资金使用计划，并在实施过程中做到资金专款专用。

**（三）项目监管情况**

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目所有支出严格按照财务会计管理规定，做到资金使用有计划、审批有手续、支出合理规范。并及时进行账务处理和会计核算，按财政要求及时编制和公开项目资金绩效目标。

四、项目绩效情况

**（一）项目完成情况**

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目在当期完成了全部缴纳，执行率100%。保障了市医疗保障事务中心工作正常开展。

1、数量指标：完成支付入驻政务中心单位租金、物业费及水电费，完成值为75.11万元/年。

2、质量指标：全额缴纳入驻政务中心单位租金、物业费及水电费，保障单位正常运转。

3、时效指标：2024年1-12月在规定时间内使用资金。

4、社会效益指标：保障单位正常运转，完成值为“良好”。

5、服务对象满意度指标：政务中心入驻人员满意度完成值为“满意”。

6、经济成本指标：完成入驻政务中心单位租金、物业费及水电费75.11万元。

**（二）项目效益情况**

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费”项目保证了市医保事务中心、日常办公正常运转。

五、评价结论及建议

**（一）评价结论**

“入驻政务中心单位租金、物业费及水电费项目”在预算执行时未超过预算标准、资金使用效率高、服务对象满意度完成值为满意，持续精细化管理预算，保障市医保事务中心高效工作、可持续运行。

**（二）存在的问题**

无。

**（三）相关建议**

无。

附件4

**攀枝花市医疗保障事务中心**

**医保定点医药机构监管经费项目支出**

**绩效自评报告**

一、项目概况

**（一）项目基本情况**

1.项目管理职能

本项目主管部门为市医疗保障局，其下属的市医疗保障事务中心具体负责项目实施。在该项目管理中，市医疗保障局发挥统筹规划、政策制定与监督指导职能，确保医保基金监管稽核工作沿着正确方向推进，市医疗保障事务中心则承担组织人员、落实任务、执行监管稽核行动等实际操作层面的工作，保障医保基金监管稽核各项举措落地见效。

2. 项目立项、资金申报的依据。

为国家、省关于强化医保基金监管，打击欺诈骗保行为，维护医保基金安全的系列政策文件，以及本市医保基金运行实际情况与监管需求。资金申报依据市医疗保障事务中心年度工作计划，结合过往监管稽核工作成本、人员经费需求及新增监管任务要求，按照财政预算编制规范流程进行申报。

3．资金管理办法制定情况，资金支持具体项目的条件、范围与支持方式概况。

资金管理办法依据市级财政专项资金管理办法制定，明确专款专用原则。资金支持具体项目的条件为围绕医保基金监管稽核核心任务，涵盖人员经费保障、专业服务采购、实地检查行动开展等；范围覆盖全市医保定点医药机构、参保人员就医行为核查等领域；支持方式以财政直接拨款为主，保障各项监管稽核活动所需经费及时足额到位。

4. 资金分配的原则及考虑因素。

资金分配原则综合考虑工作任务优先级、人员投入规模、检查覆盖广度与深度等因素。优先保障稽核人员基本工资、五险一金等基本待遇，确保人员队伍稳定；依据不同检查项目难度、工作量分配差旅费、资料费等专项经费；根据第三方专业公司服务内容、技术含量分配服务采购资金，以实现资金效益最大化，保障医保基金监管稽核工作全面、高效开展。

**（二）项目绩效目标**

1. 项目主要内容。

（1）用于稽核人员工资、社保缴费、公积金等支出。

（2）在参保方面要加大宣传力度，提升参保率，实现全民参保。

（3）按一定比例抽查全市所有定点医疗机构上一年度住院病例的完整病案纸质资料和费用明细。

（4）不断提升市医保经办机构医保基金监管水平，坚决维护医保基金安全可持续发展。

（5）让全市参保群众懂得了人人参保、按时续保的重要意义，也对医保政策有了更深入全面的了解，在以后的生活中，能更好地从此项关乎自己切身利益的惠民政策中受益。同时，通过宣传，让医保机构、医疗机构、药店、用人单位和参保人员等医疗保障参与方在参保、就医、服务等方式遵守法律法规，提升医疗保障的社会影响力。

2. 项目应实现的具体绩效目标，包括目标的量化、细化情况以及项目实施进度计划等。

截至2024年12月31日，实现基金监管人员力量提升；加大宣传力度，提升参保率，实现全民参保，让医保机构、医疗机构、药店、用人单位和参保人员等医疗保障参与方在参保、就医、服务等方式遵守法律法规，提升医疗保障的社会影响力；按一定比例抽查全市所有定点医疗机构上一年度住院病例的完整病案纸质资料和费用明细。

3. 分析评价申报内容是否与实际相符，申报目标是否合理可行。

市医疗保障事务中心紧密结合本市医保工作实际，依据政策要求与基金监管形势制定绩效目标，申报内容如实反映工作需求，各项指标经充分论证，具备现实可行性，与本市医保事业发展阶段相适应，能够通过努力达成预期效果，切实保障医保基金安全、高效运行。

**（三）项目自评步骤及方法**

1. 成立自评工作小组：由市医疗保障事务中心分管领导牵头，财务、稽核、业务科室骨干成员组成，明确职责分工，确保自评工作专业性、客观性。

2. 资料收集整理：全面收集项目申报文件、预算批复、资金支出凭证、工作台账、检查报告、宣传资料发放记录等原始资料，为自评提供详实数据支撑。

3. 成效检验：对2024年医保基金监督管理工作成效进行汇总分析，计算定点医药机构现场检查数量、查处违法违规使用医保基金金额、协议处理金额、行政处罚金额。

二、项目资金申报及使用情况

**（一）项目资金申报及批复情况**

“医保定点医药机构监管经费”作为市医疗保障事务中心重点项目，于 2024年年初依据详细的项目计划书、经费预算明细在部门预算中申报，经财政部门严格审核、多轮沟通反馈后，年中正式批复下达资金 73 万元，全部为调整（追加）预算。整个申报批复流程严格遵循市级财政预算管理办法，从项目必要性论证、预算合理性审核到最终资金下达，各环节规范透明，确保资金精准投向医保基金监管关键领域。

**（二）资金计划、到位及使用情况**

1．资金计划。此项目资金需金73万元，单一资金来源为市财政拨款，精准聚焦医保定点医药机构监管核心任务，保障人员经费、检查行动、宣传推广等关键环节资金需求。

2．资金到位。截至评价时点评价时点，市财政 73 万元资金全额按时到位，无延迟、无截留，为项目顺利实施提供坚实资金保障，资金到位率达 100%，充分彰显财政部门对医保基金监管工作的重视与支持。

3．资金使用。截至评价时点，该项目资金已支付使用资金73万元，主要用于稽核人员工资、社保缴费、公积金等支出；宣传费；差旅费；按一定比例抽查全市所有定点医疗机构上一年度住院病例的完整病案纸质资料费用；补充人员经费，会议培训、政策宣传及办公场所基础设备维修等医保日常运转支出。此项目资金到位后，市医疗保障事务中心严格按财经纪律、财务管理等相关规定，严格审核各项支出，及时支付，专款专用，资金支付完成100%。

**（三）项目财务管理情况**

“医保定点医药机构监管经费”项目资金合规使用。所有支出严格按照财政资金管理规定，做到资金使用有计划、审批有手续、支出合理规范，并及时进行账务处理和会计核算，按财政要求及时编制和公开项目资金绩效目标。

三、项目实施及管理情况

**（一）项目组织架构及实施流程**

1. 组织架构：市医疗保障局成立医保基金监管工作领导小组，负责统筹协调全市医保基金监管重大事项；市医疗保障事务中心设立稽核科、监督科作为执行主体，具体负责稽核人员调配、检查任务安排、第三方机构对接等工作；办公室负责财务管理、后勤保障、绩效评价等综合支撑工作，各科室协同联动，形成严密组织体系。

2. 实施流程：

前期规划：年初依据政策要求、基金运行数据制定年度监管稽核计划，明确检查重点、人员分工、时间节点，同步编制项目预算与绩效目标，报经批准后实施。

任务执行：按计划组织稽核人员开展日常巡查、专项检查、飞行检查，委托第三方专业公司开展数据分析、病案审查；依据参保扩面任务，策划宣传活动，多渠道推广医保政策；及时收集整理检查资料、宣传反馈，为后续决策提供依据。

收尾总结：年末全面总结监管稽核成果，统计违规案例、追回基金金额，评估宣传效果、人员绩效，完成资金结算支付，编制项目绩效自评报告，为下一年度工作积累经验。

**（二）项目管理情况**

1. 严格执行招投标与政府采购规定：涉及第三方专业服务采购，如大数据分析、会计师事务所审计服务，严格按照政府采购流程，发布招标公告、组织评标、签订合同，确保采购过程公平公正、服务优质优价。

2. 落实项目公示制：在医保定点医药机构显著位置公示检查计划、违规处理结果，接受社会监督；在部门内部公示项目预算、资金使用、绩效目标完成情况，保障干部职工知情权、参与权，以公示促规范，提升项目管理透明度。

3. 遵守法律法规：整个项目实施过程严格遵循《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，依法依规开展检查、处理违规行为，保障参保人员合法权益，维护医保基金安全运行。

**（三）项目监管情况**

1. 监管手段：通过智能审核系统对定点医药机构结算数据进行“事后审核”，实现审核全覆盖；建立举报投诉制度，畅通群众监督渠道，对举报线索查实必奖；实施内部审计监督，定期审查资金使用、项目执行合规性，多维度防控风险。

2.监管程序：制定稽核检查经办规程，明确检查流程、标准、文书格式；检查前抽取检查人员、下达检查通知；检查中依规收集证据、制作笔录；检查后集体审议、出具处理意见、跟踪整改落实，确保监管程序严谨规范。

3.监管成效：2024年，我市通过日常巡查、专项检查等多种方式对全市732家定点医药机构进行稽核检查，累计查处定点医药机构735家次，行政处罚59家，暂停医保协议（结算）9家，解除医保协议29家，移交司法机关1家，移交纪检监察机关1家，追回本金558.34万元，缴纳违约金512.10万元，缴纳行政罚款326.78万元。全市处理违法违规使用医保基金的参保人员10人，暂停医疗费用联网结算1人，移送司法机关2人，追回本金并处罚款共计18.58万元。

有效遏制欺诈骗保势头，维护医保基金使用安全。

四、项目绩效情况

**（一）项目完成情况**

“医保定点医药机构监管经费”项目在当期完成了全部缴纳，执行率100%。保障了市医疗保障事务中心聘用人员工作正常开展。

1.数量指标：2024年，主要用于保障医保工作的正常运转，主要用于支付聘用人员工资和五险一金；通过开展多次专项行动，加大了定点医药机构监管处罚力度，提高了参保人员对医保服务的满意度；

2.质量指标：医保医药、财务、信息、稽核人员相关劳务费、五险一金及相关监管检查、协查、监督经费，不断提升医保经办机构稽核、监管水平，坚决维护医保基金安全。

3.时效指标：2024年在规定时间内使用资金。

4.成本指标：医保定点医药机构监管经费73万元。

**（二）项目效益情况**

1.经济效益指标：维护医保基金安全。

2.社会效益指标：保障部门正常运转。聘用人员队伍稳定，保障聘用人员待遇。

3.可持续影响指标：医保经办能力和监管水平有效提升。

4.满意度指标：聘用人员满意度稳健提升≥90%以上。

五、评价结论及建议

**（一）评价结论**

依据专项项目支出绩效评价指标体系，综合考量项目决策、管理、产出、效益各环节，“医保定点医药机构监管经费”项目自评得分 100 分。项目立项精准契合医保基金监管需求，资金管理规范透明，实施流程严谨高效，绩效目标全面达成，经济效益、社会效益显著，切实提升医保基金监督管理能力，维护医保基金安全。

**（二）存在的问题**

经全面自评，项目实施过程整体顺畅高效，但仍存在细微改进空间：

1. 宣传创新不足：宣传形式虽多样，但新媒体运用不够充分，部分线上宣传内容吸引力不强，还未形成全民参与医保基金监督的形式。

2. 第三方协作深度不够：与第三方专业公司合作多停留在专项任务委托，在数据共享、技术融合、联合研发监管模型等深层次协作方面探索不足，未能充分挖掘第三方潜力。

**（三）相关建议**

针对项目自评中发现的问题，提出以下改进完善的意见：

1. 强化宣传创新：加大新媒体投入，打造精品短视频、动漫等宣传作品，利用社交媒体精准推送；举办线上参保知识竞赛、直播解读医保政策等活动，增强互动性，提升全民打击欺诈骗保、维护基金安全意识。

2. 深化第三方协作：加强大数据分析在医保基金监管工作中的运用，建立常态化沟通机制，与第三方共同组建联合研发团队，挖掘医保大数据价值，开发智能监管算法，提前分析预警，精准定位高风险疑点数据，持续提升医保基金监管智能化、科学化水平。

附件5

**攀枝花市医疗保障事务中心**

**关于2024年度中央财政医疗服务与保障能力**

**提升补助资金项目支出绩效自评报告**

一、基本情况

**（一）2024年度资金下达情况**

2024年中央财政共下达攀枝花市医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）136万元。

**（二）2024年度资金支付情况**

2024年，该项目资金上年结转9.16万元，当年下达136万元，实际支出143.87万元，资金预算执行率为99.12%。主要用于医保政策宣传、基金监管、经办服务提升、医药服务价格调整、干部培训和医保信息化标准化建设等。

**（三）2024年末资金结转结余情况**

2024年，该项目资金上年结转9.16万元，当年下达136万元，实际支出143.87万元，年末资金结余1.29万元。

二、支出情况分析

**（一）总体绩效目标完成情况分析**

2024年，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真落实国家、省决策部署，按照资金绩效总体目标要求，认真组织实施医保重点改革项目。通过稳步落实药品医用耗材集采政策，持续加强医药服务和价格管理，全面深化医保支付方式改革，奋力提升医保公共服务，持续加大医保基金监管力度，不断完善医保信息化标准化建设等，有效提升了我市医疗保障服务能力，切实发挥了中央转移资金使用效益，如期完成了2024年度总体绩效目标。

**（二）绩效指标完成情况分析**

1.基本医保参保人数。2024年末，基本医保参保人数为109.17万人，未完成年初下达的目标任务110万人，扣5分，得0分。

2.每个县（区）范围内开通门诊慢性病相关治疗费用跨省联网直接结算的定点医疗机构数量。2024年末，开通门诊慢性病相关治疗费用跨省联网直接结算的定点医疗机构有31家，东区7家，西区2家，仁和区4家，米易县15家，盐边县3家，均大于1家，得分3分。

3.二、三级医疗机构医保码全流程具体应用率为100%，大于80%，得3分。

4.医保基金结算清单上传率100%，大于70%，得3分。

5. 村（社区）级医保服务、有网点提供帮办、代办服务的村（社区）覆盖率为100%，大于60%，得5分。

6.开展药品和医用耗材价格监测并上报国家医保局。2024年，药械采购服务中心通过对医疗机构采购数据分析，并结合省局通报及省药械采购平台挂网药品、医用耗材价格进行的“红黄绿”标识数据，对医疗机构采购价格异常、采高价不采低价等情况进行了重点监测，此项得分为5分。

7.重复参保治理情况。2024年城乡居民医疗保险重复参保率为0.0255%，2023年城乡居民医疗保险重复参保率为0.0077%,2024年大于了2023年，得分为1.22分，扣分3.78分。

8.医保信息系统正常运行率100%，大于90%，得分5分。

9.医疗服务价格动态调整情况。调价评估按省医保局统一部署开展，首轮调价方案已报省医保局。此项得分5分。

10.集中带量采购落实情况。第8、9批国家组织药品集采中选品种协议采购量完成率为181.42%，截至2024年末，我市共计开展药品集采品种数为644个。此项得分为4分。

11.医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况。严格按照有关规定落实医疗服务价格政策和价格管理，及时处理并反馈省局下发的案源核查案件2件。此项得分为5分。

12.国谈药等相关药品落地及统计监测数据报送及时率为100%，得5分。

13.医保目录管理规范性情况。2024年未出现违反目录管理政策的情况，得5分。

14.医保信息系统重大安全事件响应时间。医保信息系统重大安全事件响应时间为发现问题立即处理，小于60分钟。得5分。

15.医保信息系统运行维护响应时间。医保信息系统运行维护响应时间为发现问题立即处理，小于30分钟。得5分。

16.提升公立医疗机构平台采购药品耗材比例。2024年药品网采率为92.68%，大于85%；高值耗材网采率为85.37%，大于75%，得4分。

17.基金预警和风险防控能力。建立了医保基金预警及风险防控机制，并按省医保局要求，每个季度开展基金运行监测及风险预警，基金预警和风险防控能力有所提高。得5分。

18.医保基金综合监管能力。2024年进一步推进打击欺诈骗保集中攻坚行动，重拳打击各类欺诈骗保行为，在整治违法违规使用医保基金方面取得了积极成效，医保基金综合监管能力有所提升。得4分。

19.医保经办服务能力。全面落实医疗保障经办政务服务事项清单，实行综合柜员制和一窗通办，医保经办服务能力有所提升。得4分。

20.异地就医人员纳入本地同质化管理情况。实施异地就医人员纳入本地同质化管理，得1分，具体数据以国家医保信息平台数据为准。

21.医保标准化水平。2024年承担省医保局开展医保移动支付线上购药试点工作，全面贯彻落实国家医保标准化15项编码，医保标准化水平显著提升。得4分。

22.参保人员对医保服务的满意度。2024年参保人员对医保服务的满意度为100%，大于85%。得10分。

三、存在的主要问题及改进措施

**（一）存在的主要问题**

2024年该项目预算资金综合执行率为99.12%。执行进度未达到100%。

**（二）改进措施**

一是加强与财政部门的沟通协调，2025年待该项目结余资金下达后及时进行拨付。二是待项目资金分配财政下达预算后，提前谋划资金安排，加大预算执行力度，提高资金使用效率。

四、经验做法和意见建议

无。

五、其他需要说明的问题

无。

第五部分 附表

一、收入支出决算总表

二、收入决算表

三、支出决算表

四、财政拨款收入支出决算总表

五、财政拨款支出决算明细表

六、一般公共预算财政拨款支出决算表

七、一般公共预算财政拨款支出决算明细表

八、一般公共预算财政拨款基本支出决算表

九、一般公共预算财政拨款项目支出决算表

十、政府性基金预算财政拨款收入支出决算表

十一、国有资本经营预算财政拨款收入支出决算表

十二、国有资本经营预算财政拨款支出决算表

十三、财政拨款“三公”经费支出决算表