

**江门市医疗保障局 2022 年度部门
整体支出绩效自评报告**

一、部门基本情况

（一）部门职能

根据《中共江门市委 江门市人民政府关于印发〈江门市机构改革方案〉的通知》（江发〔2018〕9号）、《中共江门市委办公室 江门市人民政府办公室关于印发〈江门市医疗保障局职能配置内设机构和人员编制规定〉的通知》（江办发〔2019〕52号）精神，设立江门市医疗保障局。江门市医疗保障局是市政府新组建工作部门，正处级建制。市医疗保障局贯彻落实党中央关于医疗保障工作的方针政策和决策部署，按照市委市政府工作要求，在履行职责过程中坚持和加强党对医疗保障工作的集中统一领导，主要职责是：

一是拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障方面的规范性文件和管理办法，制定本市医疗保障事业发展规划、政策、标准并组织实施和监督检查。

二是组织制定并实施医疗保障基金管理和基金监督管理制度，建立健全医疗保障基金安全防控机制，拟订应对预案并组织实施。

三是组织制定医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案。

四是组织实施城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准。

五是组织实施药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服

务设施收费等政策，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。

六是制定药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施，指导药品、医用耗材招标采购平台建设。

七是制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，推进医疗保障基金支付方式改革，建立健全定点医药服务评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医疗保障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。

八是负责医疗保障经办管理、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。开展医疗保障领域合作交流。

九是完成市委、市政府和省医疗保障局交办的其他任务。

十是职能转变。推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，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。提高医疗保障统筹层次，增强人民群众医疗保障获得感，促进健康江门建设。

十一是与市卫生健康局的有关职责分工。市卫生健康局、市医疗保障局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

（二）年度总体工作和重点工作任务

2022年，市医保部门坚持以人民为中心，紧紧围绕“促改革、提效能、强作风、优服务、惠民生”的总体工作思路，有力应对

了各种不利因素冲击，充分发挥了医保部门在保障民生、服务发展中的重要作用，统筹推进各项工作取得新成效。至 2022 年底，全市参加基本医保参保人数为 420.08 万人，超额完成了省下达的参保任务数。基本医保统筹基金收入 1,088,216 万元，当期结余 310,910 万元，历年累计结余 910,921 万元。其中，职工医保基金和居民医保基金历年累计结余可支付月数均高于国家规定的最低可支付月数控制标准。去年，重点推进了五大方面的工作：

一是优化新冠治疗费用结算，持续降低核酸抗原检测和疫苗接种成本，加快核酸检测费用结算，按时足额支付新冠疫苗和接种费用，贯彻落实企业阶段性缓缴职工医保费政策；

二是扎实做好基本医保相关制度改革，推动健全和完善大病保险制度，进一步夯实医疗救助托底保障，积极支持商业补充医疗保险发展；

三是推进 DIP 支付方式改革，常态化实施药品耗材集中采购，完善医疗服务价格；

四是加强基金预算管理和风险预警，加强两定医药机构协议管理，加强医保基金日常监管；

五是推进医保公共服务提升，推进经办体系建设。

（三）预期部门整体支出绩效目标情况

2022 年预期达到的部门整体支出总体绩效目标是：保障机构正常运作，持续深化医疗保障重点领域改革，加强基金监管。保障参保群众利益，围绕大家关注的热点问题，健全完善医疗保障制度体系；维护医保基金安全，扎实开展打击欺诈骗保专项行动，做到强监管、重惩处、严震慑；配合落实国家、省、市组织

药品、耗材等集中带量采购工作，进一步深化医药服务管理；着力推进医疗保障扶贫工作，实现健康脱贫医疗保障与乡村振兴有效衔接；全面加强机关建设，加快推进医保信息化建设，优化医保经办管理服务，确保全市医疗保障工作各项目标稳步推进。期望达到的具体目标如下：

一是深化医疗保障制度改革，配合推进医保省级统筹工作，制定出台职工和城乡居民分类保障实施方案，进一步落实生育保险与职工医保合并实施工作。

二是稳步推进医疗救助市级统筹，落实我市医疗救助办法规定，完善和统一全市医疗救助经办流程，加强医疗救助基金管理。

三是切实做好重大疾病医疗保障，完善大病保险考核办法，加强大病保险日常监管，贯彻落实《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》。

四是根据有关工作部署，定期对我市医疗服务价格进行测算，如达到调价条件，则进行医疗服务价格动态调整；与深圳全药品建立药品跨区域联合集中采购方式，依托深圳药品采购平台实现我市药品采购在线监管，保障药品供应安全与质量；将国家组织药品集中采购任务量分解到各市区各医疗机构，做好国家组织药品集中采购的舆论正面引导，将国家组织药品集中采购 50% 的采购金额预付给有关医疗机构并做好医保支付政策协同，确保医疗机构优先使用中选药品，加强监督督导；发文明确糖尿病高血压保障范围、支付标准和用药范围；发文组织医疗机构根据文件要求自查，我市根据医疗机构自查情况进行抽查。

五是出台 2022 年基本医疗保险病种分值库及诊治编码库，

进一步加强我市基本医疗保险按病种分值付费结算数据管理工作，把上传数据、结算依据、结算管理纳入协议管理范围，把符合条件的定点医疗机构纳入异地就医直接结算范围。

六是推进跨省异地就医住院费用直接结算工作。

七是实施定点医药机构现场巡查全覆盖。

八是推进医疗保障信息化项目建设。

九是继续落实困难居民资助参保政策，将符合条件的困难居民全面纳入我市基本医疗保险保障范围，并完善困难居民参保流程，实行“先登记参保、后补助缴费”，完成参保登记、做好身份标识的之日起即可享受医保待遇，为困难居民的参保开通了“绿色通道”。

十是落实困难群体大病保障政策。对特定困难群体实施政策倾斜，起付标准下调 70%以上，报销比例达到 70%以上，且不设大病保险最高赔付限额。

十一是进一步完善我市医疗救助“一站式”结算和医疗救助市级统筹，落实困难群众医疗救助待遇。

二、绩效自评情况

（一）自评结论

根据 2022 年整体支出绩效经济性目标、效率性目标和效益性目标要求，市医保部门通过一年来医保系统上下的共同努力，经济性目标、效率性目标和效益性目标都按要求完成，自评等级“优”。

（二）资金绩效

一是预算编制情况。市医保部门规范预决算编制制度，项目

经费预算通过局党组会议集体讨论商议，基本支出预算按部门预算编制手册进行编制，由专人负责部门预决算的编制，编制完成后由审核人审核后报单位党组审议通过报出。强化主管责任人，主要负责人通过领导办公会议等形式每月召开不少于一次研究预算执行情况，做到专款专用，分级管理。实行部门财务预决算数据均通过广东省省预决算公开平台进行公开，接受社会各界的监督。

二是预算执行情况。2022年，按照江门市第十六届人民代表大会第一次会议审议的部门预算，积极发挥部门职能作用，依法理财，规范管理，厉行节约，促进社会和医疗保障事业的发展。

第一部分：部门预算收入执行情况。

1.收入完成情况。全年总收入完成 3,515.78 万元，为市人大审议通过本部门预算总收入 2,958.55 万元的 118.83%，增收 557.23 万元，增 18.83%。

2.收入完成构成情况。财政拨款完成 3,511.45 万元，为市人大审议通过本部门预算拨款收入 2,958.55 万元的 118.69%；其他收入完成 4.33 万元，为市人大审议通过本部门预算其他收入 0 万元的 100%；上年结转结余收入完成 8.16 万元，为市人大审议通过本部门预算上年结转结余收入 8.16 万元的 100%。

第二部分：部门预算支出执行情况。

1.支出完成情况。全年总支出完成 3,515.78 万元，为市人大审议本部门预算总支出 2,958.55 万元的 118.83%，增支 557.23 万元，增 18.83%。

2.支出完成主要构成情况。人员支出完成 1,873.74 万元，为

市人大审议通过本部门预算支出 1,093.37 万元的 171.37%；日常公用支出完成 182.17 万元，为市人大审议通过本部门预算支出 203.51 万元的 89.51%；对个人和家庭补助支出完成 8.5 万元，为市人大审议通过本部门预算支出 0 万元的 100%；项目支出完成 1,451.37 万元，为市人大审议通过本部门预算支出 1,661.66 万元的 87.34%；结转下年支出 8.16 万元，为市人大审议通过本部门预算支出 8.16 万元的 100%。

本部门 2022 年总收入 3,515.78 万元，总支出 3,515.78 万元（其中：结转下年支出 8.16 万元），实现收支平衡。

第三部分：2022 年部门预算执行特点。

严格执行预算，有计划、按进度安排预算资金。各预算专项基本能按时完成。需要实行政府采购的项目全部通过政府采购审批和网上申购办法进行，严格执行政府采购制度。各预算项目严格执行经济分类进行支出，因特殊情况需要调整的均严格按照审批程序进行调整经费分类。

三是资金使用效益。根据 2022 年我部门整体支出绩效经济性目标、效率性目标和效益性目标要求，通过一年来医保系统上下的共同努力，经济性目标、效率性目标和效益性目标都按要求完成，确保全市医疗保障工作各项目标稳步推进。

1.绩效目标设定合理

市医保部门绩效目标设定合理，设立的整体绩效目标符合国家法律法规、国民经济和社会发展规划、符合“三定”方案确定的职责与部门制定的中长期实施规划。市医保部门绩效指标明确，设定的绩效指标清晰、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，能全面、客观地反映我部门 2022 年资金绩效目标的实现情况。

2.预算使用效益

——加强党的政治建设，以高质量党建引领高质量发展。一是把党的政治建设摆在首位；二是全面压实党建工作责任；三是持续加强党风廉政建设和干部作风建设。

——着力完善医保体系，稳步提升全民医保待遇水平。一是贯彻落实医保待遇清单制度，推进医疗保障制度管理法制化、规范化、标准化；二是进一步优化大病保险盈亏处理机制，推动实现大病保险制度稳健运行。

——深入推进“三医联动”，全力推进医保重点领域改革。一是深化医保支付方式改革，推动本土病种库扩容；二是常态化实施药品耗材集中带量采购，切实减轻群众就医负担；三是积极推动新冠病毒核酸检测价格不断下降。

——聚焦医保基金管理使用监督，坚决用好守好群众“救命钱”。一是科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督；二是全面实施预算绩效管理，加强医保基金中长期精算和运行分析，健全医保基金运行风险评估、预警和执行监督机制；三是切实强化专项整治，将医保基金专项整治行动覆盖全市所有定点医药机构。

——优化医保公共管理，致力提供优质医保服务。一是积极推动全市医疗保障经办服务体制从人社、卫健、社保等多部门分割承担，转向“三保合一”集中经办；二是推进各级医保中心组建工作；三是积极推进异地就医结算，切实减轻参保群众“跑腿”“垫

资”负担；四是稳步布局医保业务线上办理渠道，不断提升广大群众医保获得感、满意度。

（三）部门整体支出绩效指标实现程度

一是大病保险政策赔付比例 $\geq 60\%$ 指标实现情况：稳步提高医疗保险待遇水平。居民医保住院（含大病保险）年度最高支付限额 54 万元。居民医保参保人在三级定点医疗机构住院基金支付比例为 65%。居民医保普通门诊统筹年度最高支付限额为 320 元，基金支付比例由上半年的 70%提高至下半年的 75%。

二是城乡居民医保实际参保人数 ≥ 200 万人指标实现情况：截至 2022 年 12 月底，我市基本医疗保险参保人为 420.08 万人，其中职工医保参保人数为 178.81 万人，较上年同期增长 2.65%；居民医保参保人为 241.27 万人，较上年同期减少 1.98%。呈“职工医保逐年上升，城乡居民医保逐年下降，总体平稳”的趋势。

三是按病种分值付费病种数 ≥ 9000 个指标实现情况：2022 年基本医疗保险病种扩展到 9658 个，诊治编码达到 10456 个；进一步简化日间手术病种准入门槛，将日间手术病种由原来的 21 个扩展到 62 个；加快推进 DIP 支付方式改革，制订我市 DIP 三年行动计划实施细则，明确 DIP 病种分值库、医疗机构系数、特殊病例机制、加减权重系数等关键事项。

四是法治培训数量 ≥ 1 次指标实现情况：2022 年 2 月 18 日，市医保局举办医疗保障基金监管法规政策专题培训；2022 年 10 月 28 日，市医保局举办“周五讲坛”，邀请局法律顾问进行《江门市行政规范性文件管理规定及江门市重大行政决策程序规定》及《政府信息公开条例》讲解授课。已完成法治方面培训 2 次。

五是生育保险与职工医保同步实现 100% 指标实现情况：100% 实现两项保险参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

六是重点领域改革任务完成率 100% 指标实现情况：2022 年完成了市委市政府及上级主管部门重点工作任务，加强党的政治建设，以高质量党建引领高质量发展；着力完善医保体系，稳步提升全民医保待遇水平；深入推进“三医联动”，全力推进医保重点领域改革；聚焦医保基金管理使用监督，坚决用好守好群众“救命钱”；优化医保公共管理，致力提供优质医保服务。

七是国家药品集中采购任务完成率 100% 指标实现情况：全面落实国家、省组织药品耗材集中带量采购工作。去年在药品采购方面，全市共执行了七批药品国家集中采购和四批省级药品集中采购，涉及 138 家医疗机构，共 383 种药品，其中国家药品集中采购累计节约医保基金约 1.56 亿元。在耗材采购方面，全市共执行了国家、省共十批耗材集中采购，涉及 68 家医疗机构，共 55 类（种）耗材。同时，按照省有关药品耗材医保支付标准文件的要求，及时做好医保药品支付标准的政策衔接和落地实施工作。严格执行和落实国家组织药品集中采购医保资金结余留用政策，2022 年完成第一批续约 2021 和第三批国家药品集采的医保结余留用资金划拨，涉及 91 家定点医疗机构，共 6203.36 万元，不断调动和提升医疗机构和医务人员参与国家组织药品集中采购工作的积极性。

八是跨省异地就医住院费用直接结算覆盖率 100% 指标实现情况：二级以上定点医疗机构接入国家跨省异地就医结算平台

100%；乡镇卫生院接入国家跨省异地就医结算平台 100%。

九是定点医药机构现场巡查覆盖率 100%指标实现情况：制订我市 2022 年医保基金专项检查工作计划，实现全市定点医药机构现场全覆盖，采取日常稽核、专项检查、交叉检查、审计检查等多种方式，对定点医药机构开展常态化监管检查，持续推进医保基金监管规范化、制度化。指导全市医保基金监管机构及工作人员通过智能审核、数据筛查、现场检查、病例专查、走访调查、突击检查等举措全面排查定点医疗机构存量问题整改情况，做到违规资金全部追回、行政处罚全面落实、案件线索全部移交，确保存量问题全部办结、全面清零。

十是困难居民参保率 100%指标实现情况：全额资助困难城乡居民参加基本医疗保险，确保应保尽保。2022 年，本市户籍的特困供养人员、最低生活保障对象、返贫致贫人口、最低生活保障边缘家庭救助对象、重度残疾人、精神和智力残疾人、困境儿童（含低保和低收入家庭儿童、特困供养儿童、孤儿、艾滋病病毒感染儿童、残疾儿童、重病儿童）、符合条件的困难退役军人优抚对象等困难城乡居民参加我市居民医保的，由政府给予全额资助，个人免缴费，确保符合条件的困难人员全面纳入我市基本医疗保险保障范围。

十一是医疗保障行政规范性文件合法性审查率 100%指标实现情况：认真落实行政规范性文件制定和管理要求，今年出台的行政规范性文件严格履行公开征求意见、合法性审核、集体审议和备案程序。加强规范性文件审核把关，印发《江门市医疗保障局行政规范性文件管理办法》，完善我局规范性文件的制定、

审查、公布、修订、清理、废止、合法性审查、公平竞争审查全流程。今年我局规范性文件合法性和公平竞争性审查文件的审核率均达到 100%。

十二是医疗服务价格项目调整按规定及时调整指标实现情况：组织开展公立医疗机构医疗服务价格调整评估，收集整理有关数据资料，结合本地实际进行论证分析，形成了《2022 年江门市医疗服务价格动态调整评估报告》。根据全市医疗机构的临床业务需求，按规定制订了 257 项基本医疗服务项目政府指导价格，其中新增基本医疗服务项目 195 项，修订医疗服务项目 62 项。开展口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理的工作部署，做好口腔种植收费和医疗服务价格调查登记和配合省开展口腔种植类医疗服务价格项目修订等工作。

十三是城镇职工扩面及基金征缴工作任务完成率 100% 指标实现情况：2022 年度，省下达我市城镇职工基本医疗保险参保任务数为 145.95 万人，截止至 2022 年 12 月 31 日，我市实际已参保人数达到 178.81 万人，参保覆盖面不断扩大，超额完成了省下达的 2022 年参保人数任务计划。

十四是国家新版医保药品目录执行率 100% 指标实现情况：2022 年 4 月 1 日至 2022 年 12 月 8 日，省医保局及防疫指挥办共下发支付标准文件 14 份（含新冠核酸检测相关支付标准文件 5 份），涉及医保药品、医用耗材、诊疗项目共 594 个，涉及贯标目录 56730 条。

十五是医疗保障信息化系统建设验收率 100% 指标实现情况：确保国家医保信息平台正常高效运行，实现国家、省相关政

策在江门市顺利开展，为我市医保业务办理标准化、监督管理智能化、公共服务便捷化、决策分析精准化提供强有力支撑，保障参保人的待遇和确保基金安全。为全市 400 多万参保人提供更方便快捷、优质高效的医保服务，实现“数据多跑路”“群众少跑腿”。

十六是起付线与报销比例相符性指标实现情况：优化完善就医管理规定。按照国家和省医疗保障经办政务服务事项要求，进一步优化办事流程，完善医保就医管理服务，起付线与报销比例与省规定的标准相符，确保参保群众更好地公平合理享受医保待遇。

十七是大病保险对困难群体的赔付比例 $\geq 60\%$ 指标实现情况：落实对困难群体大病保险倾斜政策，切实减轻困难群体医疗费用负担。居民医保中，返贫致贫人口、最低生活保障对象大病保险起付标准下降 70%，支付比例提高 10 个百分点；特困供养人员大病保险起付标准下降 80%，支付比例提高 20 个百分点。上述人员大病保险不设最高支付限额，使困难人员获得更好的医疗保障。城乡居民医疗保障制度实施和落实，有效缓解群众“看病贵、就医难”等问题，减轻人民群众医疗费用经济负担。

十八是医疗救助政策救助比例 $\geq 70\%$ 指标实现情况：医疗救助资助参保比例，符合条件的达到 100%；住院救助人次 ≥ 2 万人次；门诊救助人次 ≥ 10 万人次。收入型医疗救助对象住院政策范围内基本医疗救助比例 $\geq 70\%$ 。

十九是医保依法行政制度落实情况指标实现情况：2022 年对行政执法人员开展政策解读、以案释法等岗位培训 2 次，我局全员完成市司法局在线学法考试，领导干部学法覆盖率 100%。

截至 12 月，法律顾问参与普法授课 2 场，经法律顾问审核的合同、材料等共计 100 份，均按要求时限完成回复，法律顾问服务响应及时率 100%。2022 年全年医保规文审查 6 份，已全部完成，公平竞争审查率 100%。

二十是定点医疗机构结算信息互联互通率 100% 指标实现情况：定点医疗机构在国家医保平台都有单独的医疗机构编码，实现定点医疗机构结算信息互联互通。

二十一 是医保监管重点领域信息公开率 100% 指标实现情况：健全和完善医保基金运行风险评估、预警和监测机制，切实加强各县（市、区）基金当期结余、累计结余等关键性指标监测，及时对基金使用情况及收支趋势作出判断和预测，确保全市医保基金运行在合理区间。

（四）部门整体支出使用存在问题及改进意见

一是存在问题。1.基本医保市级统筹深度还不够，待遇水平与群众期盼还有差距；基金长期可持续能力不足，部分县（市、区）城乡居民医保基金存在串底风险；医保支付激励约束机制不完善，“医保患”三方共赢还没有达成实质性共识；医保经办信息化便捷化水平有待提高，镇街以下医保服务网络还没有全面建成；干部队伍整体素质与艰巨繁重的改革发展任务要求不相适应，基金监管能力相对滞后等。2.预算资金使用科室和单位与财务人员的沟通还需进一步加强，要进一步重视对项目实施全过程跟踪监管材料的整理归档，全方位，多层次推进项目的实施和管控。

二是改进意见。1.进一步提高思想认识。必须把思想和行动统一到党中央、国务院对形势的科学研判和对工作的决策部署上

来，按照国家局和省局的具体工作要求，立足本地实际，围绕大局思考，顺应大势而动，把握做好工作的着眼点和着力点。从重要报告里读懂医保；从改革趋势上认识医保；从群众诉求中改进医保，转变思维方式、改进工作方式，进一步加大医保政策宣传和知识普及，增进群众对医保理念的认知，争取群众对医保工作的理解和支持。2.进一步加强沟通协作。把绩效自评工作落实到各资金使用相关科室和单位，让绩效自评工作作为科室和单位的一项重要任务来抓，注重资金项目日常实施过程中相关数据和台账资料的搜集整理，提高佐证材料质量，真是评价项目实施情况。

三、其他自评情况

无其他自评情况反映。