

附件3

县级部门整体支出绩效自评报告

部门名称：（公章）新丰县医疗保障局

填 报 人：林丽

联系电话：0751-2289839

填报日期：2026.3.17

一、部门基本情况

（一）部门职能。

1. 新丰县医疗保障局成立于2019年3月6日，经县委深化机构改革工作领导小组同意，将原人社局、发改局、民政局、卫计局：城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育报销职责，药品和医疗服务价格管理职责划入，医疗救助职责，医药采购职责划入；办公地点为新丰县金园路人力资源市场大楼九楼。根据中共新丰县委办公室、新丰县人民政府办公室关于印发《新丰县医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》的通知（新办发〔2019〕9号）文件精神，县医保局主要职能为：

（1）制定本县医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障事业发展规划、政策、措施并组织实施和监督检查。

（2）组织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。

（3）组织实施医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整机制，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。

（4）组织实施城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医疗保障目录和支付标准，组织制定并监督实施药品、医用耗材的招标采购政策措施。

（5）组织制定药品、医用耗材价格和医疗服务项目、

医疗服务设施收费等政策措施，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

（6）制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，开展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。

（7）负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。落实异地就医管理、费用结算政策以及医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域合作交流。

（8）完成县委、县政府和市医疗保障局交办的其他任务。

（9）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，确保医疗保障资金合理使用、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，促进健康新丰建设。

（10）与县卫生健康局的有关职责分工。县卫生健康局、县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。

2.内部构成。我局核定机关行政编制共 9 名，其中局长 1 名，副局长 2 名，正股级领导职数 4 名。局机关设下列内

设机构：

（1）办公室。负责文电、会务、机要、档案等机关日常运转工作。承担信息、安全、保密、信访、政务公开工作。承担机关预决算、机关财务、资产管理、内部审计等工作。负责机关党群、干部人事、机构编制、劳动工资、教育培训、合作交流、队伍建设和退休人员服务等工作。承担规范性文件的合法性审查工作，承担行政应诉等工作。

（2）基金监管股。拟订医疗保障基金管理和基金监督管理制度并组织实施。建立健全医疗保障基金风险识别、预警和防控机制，拟订应对预案。审核汇总全县职工基本医疗保险基金、城乡居民基本医疗保险基金、生育保险基金预决算草案。承担全县医疗保障相关数据的管理、统计分析及精算等工作，推进医疗保障标准化和信息化建设。监督管理纳入医疗保障支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，组织开展打击欺诈骗取医疗保障基金工作，依法查处县域内医疗保障领域违法违规行为，负责行政执法信息系统管理、协调落实跨部门联合执法工作。

（3）待遇保障和医药管理股。拟订全县医疗保障筹资和待遇政策措施，推进多层次医疗保障体系建设。拟订全县医疗保障改革政策，制定管理办法。按国家和省、市有关规定组织实施医疗保障目录和支付标准，开展医保支付方式改革，协同推动建立健全分级诊疗制度。组织实施医疗保障关系转移接续制度。组织实施定点医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理和结算等工作。负责指导全县医疗保障定

点机构管理。建立健全定点医药服务评价体系和信息披露制度。组织实施医疗救助工作。

（4）医药采购及价格管理股。拟订药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策并组织实施，建立价格信息监测和信息发布制度。拟订药品、医用耗材的招标采购、配送及结算管理政策并监督实施。指导、组织、监督全县药品、医用耗材的联合采购、配送和结算管理。组织开展药品、医用耗材、医疗技术的经济性评价。

（5）下属事业单位：新丰县医保保障服务中心。主要任务：承担全县统一的医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障经办管理；承担异地就医费用结算、医保定点机构协议管理和结算、医疗保障经办机构内控管理和风险防范工作，承担基本医疗保险经办统筹相关工作等；承担县医疗保障局交办的其他任务。

（二）年度总体工作和重点工作任务。

1. 推进基本医疗保险参保扩面。资助特殊人群 **12846** 人参加 **2025** 年度城乡居民基本医疗保险，全县新增低保对象、特困人员等特殊人群已 **100%** 纳入基本医疗救助保障，截至 **2025** 年 **12** 月 **31** 日，全县共 **175758** 人参加 **2025** 年度城乡居民医保，**169844** 人参加 **2026** 年度城乡居民医保。

2. 纵深推进药品耗材集采工作。纵深推进药品耗材集采工作。截至 **2025** 年 **12** 月，我县 **10** 家公立医疗机构药品

采购总额为 **5406** 万元，其中自主议价（即线下）采购金额为 **15.12** 万元，占比为 **1.62%**；医用耗材采购总额为 **3009.18** 万元，其中自主议价（即线下）采购金额为 **43.64** 万元，占比为 **1.45%**。对自主议价（即线下）采购超过总采购量 **5%** 的医疗机构进行了约谈及通报。**2025** 年，**10** 家医疗机构共获得 **5** 批结余留用资金 **2000975** 元，有效激发了医疗机构参与集采的积极性和主动性，有力推动医药集采政策常态化制度化落地见效，切实减轻群众就医负担、提升医保基金使用效率、助力我县医疗机构高质量发展。

3. 纵深推进医保改革工作。

（1）.进一步做好新生儿落地参保工作。针对新生儿参保，将经办窗口搬到了医疗机构，实现新生儿从出生，办理出生证明，参保登记、费用缴纳、医保费用结算全流程“一站式”服务，将全流程办理时间缩减至当天即时办结。**4-12** 月，在我县辖区内医疗机构出生人数共 **636** 人，参保缴费人数共 **529** 人，参保率 **83.18%**。

（2）.推进“村医通”结算，提升服务效能。联合县卫生健康局印发《关于全面推进村卫生站应用“村医通”系统开展医保结算工作的通知》，充分落实乡镇卫生院主体责任，全面推进公建卫生站落实“村医通”结算工作。全县 **141** 家卫生站均纳入医保定点管理，完成“村医通”手机 APP 注册使用，村卫生保结算实现全覆盖，取得了一定的工作成效。**2025** 年 **1** 月至 **12** 月，共签约定点人数 **21852** 人，医保结算共 **18488** 笔，医总费用共计 **49.36** 万元，基本医疗基金

支出为 **31.03** 万元，医疗救助基金支出 **1.30** 万元。

(3).全力推进药品耗材追溯码采集工作。组织召开全县医保药品耗材追溯码信息采集工作推进会，截至目前，全县共有 **216** 家定点医药机构接入医保药品耗材追溯码采集工作。

(4).推进医保支付资格管理制度落地实施。新丰县 **168** 家定点医疗机构(含村站) **618** 名卫生专业技术人员及 **62** 家定点零售药店 **62** 名主要负责人通过双线(线上线下)模式完成《医保支付资格承诺书》签署纳入医保支付资格管理。截至目前，新丰县医疗保障服务中心发出医保支付资格处理通知书 **17** 份，计分 **17** 人次 **21** 分。

(5).持续推动建立医疗服务价格动态调整机制。为优化医疗资源分配，更好地适应老龄化社会趋势，弥补家庭护理能力不足的问题，指导新丰县人民医院完成上门医疗服务项目申报工作，进一步提升服务能力水平，减少参保群众往返医院的奔波，降低出行成本和风险。

4.加大力度，不断推进医保基金监管工作。

(1).强化宣传教育，营造良好氛围。**2025** 年 **4** 月，通过多种方式开展以“监管政策送上门 基金安全靠大家”为主题的集中宣传月活动，共张贴宣传海报 **100** 余张，派发医保基金监管宣传物料 **7000** 余份，播放宣传视频 **9000** 余次。

(2).全面排查整治，深挖突出问题。一是全面开展自查自纠。组织各定点医药机构自查自纠发现存在违规使用医

保基金问题共计 **15 类 425 条**，退回违规使用医保基金 **197.31 万元**。二是开展各类专项检查。结合市级交叉检查及各类专项检查，聚焦医保基金使用体量较大、聚焦“三假”诊疗骗保风险较高、聚焦血透、骨科、心内、检查、检验、康复理疗等重点科室，发现违规金额共计 **293.45 万元**。三是聚焦重点领域排查。重点围绕回流药、骗取生育津贴、超量开药开展百日行动专项整治，追回医保基金 **35.15 万元**。四是严格行政处罚震慑。明确立案标准，修订《新丰县医疗保障局行政处罚案件管理工作制度》，对违规使用医保基金典型案例进行公开曝光，依法公开典型案例 **19 条**，对 **2 家** 违规医疗机构作出行政处罚。

（3）. 建立长效机制，加强联合整治。制定印发《**2025 新丰县医保基金违法违规使用问题专项整治工作方案**》，建立医保基金突出问题专项整治部门间工作协作机制，加强与卫健、市场监管等部门的沟通协作，共享信息资源，开展联合执法，形成监管合力。**2025 年**共开展 **3 次**联合检查，检查定点医疗机构 **7 家次**，共追回违规金额 **3.19 万元**。

5. 加强服务，不断提升医保经办服务工作。

（1）. 及时办理医保经办业务。**2025 年 1 至 12 月**，职工退费（包含大额）**52 人次**，退休人员一次性缴交城镇职工基本医疗保险 **319 人次**，退役军人军龄视同 **6 人次**，跨省医保关系转入 **15 人次**，跨省医保关系转出 **34 人次**，完成异地备案审核业务 **5752 条**。开展城乡居民医疗保险零星报销业务 **958 人次**，统筹基金支付金额 **177.03 万元**。

职工医疗保险零星报销业务 **257** 人次，统筹基金支付金额 **75** 万元。生育医疗费用报销业务 **121** 人次，基金支付金额 **29.9** 万元；办理生育津贴业务 **451** 人次，基金支付金额 **570.07** 万元。

(2).全力做好 **13** 家医保定点医疗机构医保基金结算工作。2025 年 1 至 12 月，医保基金拨付 **45.4** 万人次，统筹实拨金额 **11089.42** 万元。其中，职工 **14.16** 万人次，共拨付 **3115.67** 万元；居民 **31.24** 万人次，共拨付 **7973.75** 万元。

(3).做好参保群众政策解答工作。处理各类工单 **104** 份，其中知识库更新 **31** 条，投诉、建议等各类工单 **57** 条，完成 **2** 份信访件答复，切实解决参保群众相关问题，全力防范医保领域出现重大舆情风险。

(三) 部门整体支出绩效目标。

本单位根据财政局相关文件严格实行绩效管理。结合部门职能、省、市下发项目、年度工作计划，围绕年度总体目标制定部门整体支出绩效目标如下：

一是全面落实全民参保计划，争取全县参保征缴覆盖面达 100%；二是推广医保支付方式改革，确保 2025 年 100%全面上线稳定运行支付；三是城乡居民医疗保险基金财政补助到位率（100%）；四是开展县域内定点医药机构全覆盖检查，“两定”机构检查覆盖率达 100%；五是优化服务流程、提升服务质效，紧紧围绕“标准规范、公开透明、便民高效”的服务宗旨，不断简化流程、优化服务，打造“人民满意”的

服务窗口。

本单位按照预算项目分别展开了以质量指标、时效指标、社会效益指标、社会公众满意度为主要考核指标的绩效评价工作。具体工作如下：

一是在做好项目支出评价的基础上，稳步开展部门整体支出绩效评价，充分发挥财务人员职能作用，在项目资金分配管理、绩效目标审核、绩效运行监控、项目评价及结果应用上做到全面、直观、完善；二是建立健全部门内部绩效管理工作业务流程，实现预算和绩效管理一体化；三是进一步健全完善财政内部绩效管理工作领导机制和各股室协调配合的工作运行机制，明晰责任边界，压实职责任务。

总体上，我局设定的部门整体绩效目标与部门职能、年度重点工作任务切合、相关，制定计划合理，绩效目标明确。

（四）部门整体支出情况。

1.2024 年度部门整体支出情况。新丰县医疗保障局 2024 年度总支出 **321.53** 万元，比上年决算数减少 **170.4** 万元，减少 **34.64%**。其中：一般公共预算财政拨款支出 **321.53** 万元，政府性基金预算财政拨款支出 **0** 万元。具体情况如下：

（1）基本支出 271.66 万元，比上年决算数增加 **88.93** 万元，增长 **48.66%**，主要变动情况：我单位 2023 年 6 月新增一个下属事业单位，2023 年 6 月调入 3 名事业在编人员，2023 年 11 月新录用 2 名事业人员，2024 年 1 月新录用 1 名事业人员，故公用经费和人员经费支出均有所增长；

(2)项目支出 **49.87** 万元,比上年决算数减少 **259.33** 万元,减少 **83.87%**,主要变动情况为: **2024** 年部门决算支出中财政对城乡居民医疗保障基金的补助款由财政部门代为列支,故对应统计数减少。

2.2025 年度部门整体支出情况。新丰县医疗保障局 **2025 年度**总支出 **340.82** 万元,比上年决算数增加 **19.29** 万元,增加 **5.99%**。其中:一般公共预算财政拨款支出 **340.82** 万元,政府性基金预算财政拨款支出 **0** 万元。具体情况如下:

(1)基本支出 **284.94** 万元,比上年决算数增加 **13.28** 万元,增长 **4.88%**,主要变动情况:正常工资薪金调整变动。

(2)项目支出 **55.88** 万元,比上年决算数增加 **6.04** 万元,增加 **12.11%**,主要变动情况为: **2025** 年提前下达的中央财政医疗服务和保障能力提升补助资金增加了金额。

二、绩效自评情况

预算执行情况。

1.部门内部资金情况。新丰县医疗保障局 **2025 年度**基本支出共计 **284.94** 万元,具体情况如下:

(1)人员经费支出:共计支出 **248.19** 万元,包含行政和事业在编人员的工资、津补贴、社保缴费和住房公积金等,其中包含 1 名政府购买人员经费 **4.30** 万元。

(2)公用经费支出:共计支出 **26.47** 万元,均为商品与服务性支出(含车辆经费 **3** 万元)。

2.资产情况。截止2025年12月31日，县医保局固定资产历史原值60.69万元，固定资产累计折旧共计32.78万元，年末固定资产净值共计27.91万元。

3.人员情况。截止2025年12月31日，县医保局（含下属单位）实有人数21名，在编在职行政和事业人员15名，其中，局长1名，副局长2名，办公室主任1名，基金监管股股长1名，医药采购及价格管理股股长1名，待遇保障股股长1名，一级科员1名，试用期公务员1名；医疗保障服务中心主任1名，医保中心事业在编人员5名，医保专员3名，政府购买服务人员1名，政府购买事项人员2名，不存在超职数配备干部行为。

4.部门内控管理。单位严格按照财政局文件以及局内部财务制度、内控管理制度要求，实行内控管理。一是做好会议部署，建立财务整改清单，制定整改措施，二是健全完善各项制度，规范内部管理和工作，明确责任到人，严格律己，建立有效的督查和责任追究机制，扎实抓好制度执行，固化整改成果，三是在抓好日常自查的同时，及时总结经验，研究制定科学、管用，长效的财务工作机制，定期开展“回头看”，确保所有问题自查自纠到位。

5.部门资产管理。

（1）资产管理制度方面。

建立健全资产管理制度，合理配备并节约、有效使用资产，提高资产使用率，保障资产的安全和完整。管理和使用坚持统一政策、统一领导、分级管理、责任到人、物尽其用

的原则。

(2) 规范资产配置使用和处置管理。各股室资产由办公室根据年度预算提出申请,经主管领导同意后自行采购或政府招标采购,由使用人负责使用,保管,并做好日常的养护工作,在使用中如造成人为的损失,由该使用人负责赔偿。对于新增的固定资产,及时的做到录入,核实,存档,由会计做帐,做到账实相符。如有报损报废等情况,符合报废年限的,由报账员整理相关资料,报财政局资产管理部门备案。

(二) 部门整体支出目标实现程度及使用绩效。

1.及时办理医保经办业务。2025 年 1 至 12 月,完成城乡居民医疗保险退费 1738 人次,职工退费(包含大额) 52 人次,退休人员一次性缴交城镇职工基本医疗保险 319 人次,退役军人军龄视同 6 人次,跨省医保关系转入 15 人次,跨省医保关系转出 34 人次,完成异地备案审核业务 5752 条。

2.开展城乡居民医疗保险零星报销业务 958 人次,统筹基金支付金额 177.03 万元。职工医疗保险零星报销业务 257 人次,统筹基金支付金额 75 万元。生育医疗费用报销业务 121 人次,基金支付金额 29.9 万元;办理生育津贴业务 451 人次,基金支付金额 570.07 万元。

3.全力做好 13 家医保定点医疗机构医保基金结算工作。2025 年 1 至 12 月,医保基金拨付 45.4 万人次,统筹

实拨金额 **11089.42** 万元。其中，职工 **14.16** 万人次，共拨付 **3115.67** 万元；居民 **31.24** 万人次，共拨付 **7973.75** 万元。

4.做好参保群众政策解答工作。处理各类工单 **104** 份，其中知识库更新 **31** 条，投诉、建议等各类工单 **57** 条，完成 **2** 份信访件答复，切实解决参保群众相关问题，全力防范医保领域出现重大舆情风险。

5.定点医药机构情况：2025 年增加 **1** 家定点零售药店医保协议、解除 **3** 家定点零售药店医保协议。目前为止，我县共有医保定点医药机构 **74** 家，其中医保定点医疗机构 **13** 家，医保定点零售药店 **61** 家。2025 年，共发出限期整改通知书 **106** 份，解除协议 **3** 家，中止协议 **1** 家，追回医保基金 **331.58** 万元，对 **7** 家定点医药机构 **17** 人下达医保支付资格处理通知书，计分 **21** 分。

（三）自评结论。

新丰县医疗保障局部门整体支出严格按照《县医疗保障局财务制度》的规定实行，按照合理控制成本，总体上达到既定目标，政策实施效果优秀的原则，结合部门整体支出绩效评价评分表中的各项内容实施情况进行绩效自评，撰写自评报告，自评得分 **97** 分（ ≥ 90 分），部门整体支出自评结论为“优”。

本单位制定的中长期规划和年度工作计划完全体现了部门“三定”方案规定的部门职能，相关程度高；本单位建立了部门财务管理制度、资产管理办法、内部控制机

制，整体制度保障完善；本单位秉承“统筹兼顾、力求效益”原则安排支出，本年度部门资金财政支出进度达 99%，确保整体资源配置合理。

三、存在问题及改进意见。

无