

附件 2:

石家庄市藁城区医疗保障局 2025 年度整体支出绩效自评报告

为贯彻落实区委区政府《关于全面落实预算绩效管理的实施意见》（藁发〔2019〕9号）文件精神，遵循“科学性、规范性、客观性和公正性”的原则，现对石家庄市藁城区医疗保障局 2025 年度整体支出情况实施财政支出绩效自我评价，形成本评价报告。

一、部门基本情况

（一）部门概况

1. 贯彻落实省市城镇职工和城乡居民医疗保险、生育保险、长期护理保险、医疗救助等医疗保障法规、政府规章以及政策、制度、规划和标准。

2. 贯彻落实省市医疗保障基金监督管理办法、医疗保障基金安全防控机制，做好医疗保障基金支付方式改革。

3. 贯彻执行省市城镇职工、城乡居民参保筹资和保障待遇政策，执行好城乡医疗保障政策标准。

4. 贯彻执行城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保支付标准。

5. 贯彻执行药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策。依法管理药品、医用耗材、医疗服务价格政策执行情况。

6. 贯彻执行定点医药机构协议和支付管理办法。执行好医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理定点医药机构的医疗服务行为、医疗费用和医药价格，依法查处医疗保障领域违法违规行。

7. 负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。执行好异地就医管理、费用结算政策和医疗保障关系转移接续制度。

8. 完成区委、区政府交办的其他任务

（二）部门收支预决算情况

本单位 2025 年度共 5 个预算项目，预算数 9276.25517 万元，实际支出数 9276.25517 万元，总体完成率 100%，

（三）部门整体支出绩效目标、指标

我单位总体绩效目标为贯彻落实省市城镇职工和城乡居民医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障政策。落实《医疗保障基金使用监督管理条例》、医疗保障基金安全防控机制，做好医疗保障基金支付方式改革。执行城镇职工、城乡居民参保筹资和保障待遇政策，执行好城乡医疗保障政策标准。执行城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保支付标准。执行药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策。依法管理药品、医用耗材、医疗服务价格政策执行情况。执行定点医药机构协议和支付管理办法。执行好医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理定点医药机构的医疗服务行为、医疗费用和医药价格，依法查处医疗保障领域违法违规行

为。

为做好推动全民参保计划，落实医保待遇，保障参保权益、健全医疗救助制度，加强基金监管，依法管理药品、医用耗材、医疗服务价格政策执行情况，加强医保信息化强度，开展标准化建设，让服务更便民等工作，设置了居民医保参保率，做好医疗救助资助到位率，定点医药机构检查次数，电子社保卡激活率，医保系统正常运行天数等分项指标以显示项目运行情况，按要求开展绩效运行监控，发现问题及时采取措施，确保绩效目标如期保质实现。

二、自评工作开展情况

（一）自评的组织工作

对 2025 年绩效目标的执行情况进行客观公正的评价，我单位成立了绩效评价小组，评价小组严格按照区财政局关于绩效管理办法执行绩效目标自评工作，从深化预算改革和加强绩效管理的实际需要出发，对各项目资金进行客观公正的评分。

（二）自评的方法和过程

全面梳理归集基础资料，多维度开展绩效评价核查。资料核查与数据对比，服务对象满意度问卷调查，项目资金拨付、使用、管理情况。对照既定绩效指标体系，各项指标完成情况进行逐一打分、分析。

三、部门整体支出绩效目标实现情况及指标分析

（一）总体绩效目标实现情况

我单位在 2025 年度贯彻落实省市城镇职工和城乡居民医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障政策。落实《医疗保障基金使用监督管理条例》、医疗保障基金安全防控机制，做好医疗保障基金支付方式改革。执行城镇职工、城乡居民参保筹资和保障待遇政策，执行好城乡医疗保障政策标准。执行城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保支付标准。执行药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策。依法管理药品、医用耗材、医疗服务价格政策执行情况。执行定点医药机构协议和支付管理办法。执行好医疗保障信用评级体系和信息披露制度，监督管理定点医药机构的医疗服务行为、医疗费用和医药价格，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

（二）分项绩效目标实现情况及指标分析

1. 推动全民参保计划：扎实做好基本医疗保险的全民参保工作，配合好税务部门做好征缴工作，做到应参尽参、应保尽保。2025 年度居民参保率为 97.33%。

2. 落实医保待遇，保障参保权益：落实职工医疗保险门诊共济保障机制实施细则，落实城乡居民基本医疗保险实施办法。政策落实率达到 100%。异地就医结算率达到 95%以上，增强人们的幸福感。

3. 加强基金监管：打击欺诈骗保高压态势，加大基金监管力度。做好对“两定点”医药机构的管理，维护好基金安全。切实增强做好医保基金监管工作的责任感与紧迫感，确保全面排查整

治取得实效，建立完善“不敢骗”“不能骗”“不想骗”的监管长效机制。全年检查定点医药机构 114 家，进行了全覆盖检查并做出相应的处罚

4. 依法管理药品、医用耗材、医疗服务价格政策执行情况：积极做好前五批药品集采续签工作，积极推进后续药品集采落地实施。提高药品招采占比，确保医疗保障待遇落实到位。

5. 加强医保信息化强度：慢性病、特殊病种网上认定继续规范，电子社保卡激活量有所提高，保证医保信息系统正常运行。医保系统正常运行天数不低于 359 天。

6. 开展标准化建设，让服务更便民：对与办事群众息息相关的办公场所进行标准化建设。对与办事群众接触较多的职工医审科、居民医审科、征收科、门诊部等科室开展标准化建设，为办事群众提供更好的服务条件，让群众办事更舒心、更满意。群众满意度达到 95 以上%。

四、评价结论和评价等级

部门整体支出综合绩效评价优秀，总体得分 96 分。

五、存在的问题及改进措施

（一）存在的主要问题

无

（二）针对问题提出具体的改进措施或建议

无