

桃江县医疗保障局

同音书
15/2

桃江县医疗保障局 2022 年度医疗保障与服务能力提升 补助资金绩效自评报告

一、基本情况

根据湖南省财政厅通过《关于提前下达 2022 年医疗服务与保障能力提升中央财政补助资金的通知》（湘财预〔2021〕337 号），2022 年下达我县医疗服务与保障能力提升补助资金 66 万元，用于提升医保信息化水平，加快推进医保支付方式改革和 DIP 全国试点工作，加强打击欺诈骗保工作力度，有效提升综合监管、宣传引导、经办服务能力，落实经办服务工作下沉、人才队伍建设等。

（一）资金情况

1. 资金分解下达情况

湖南省财政厅通过《关于提前下达 2022 年医疗服务与保障能力提升中央财政补助资金的通知》（湘财预〔2021〕337 号）、《关于下达 2022 年中央补助医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）项目经费的通知》（湘财预〔2022〕122 号）两个文件，及时下达我县医疗保障服务能力提升项目经费 66 万元。

2. 上年度资金结余情况

2021 年我县无医疗保障服务与能力提升补助资金

(二) 项目绩效目标分解下达情况

1. 年度总体目标

有效提升综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设、人才队伍建设等医疗保障服务能力。

2. 具体绩效目标

绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值
	产出指标	数量指标	医保规范性文件 and 政策措施的合法性审查、公平竞争审查	全覆盖
			定点医药机构监督检查覆盖率	≥90%
			医保人才培养合格率	100%
			推行 DIP/DRG 医保支付方式改革	医疗机构≥40% 病种≥70% 基金≥30%
			门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算统筹地区覆盖率	100%
		质量指标	医保法治建设能力	有所提高
			基金预警和风险控制能力	有所提高
			医保经办服务能力	有所提高
			医保综合监管能力	显著提升
			医保宣传能力	显著提升
			医保标准化水平	显著提升
			医药服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革试点执行	按时按要求落实和执行
			集中采购落实情况	按时按要求落实和执行
	效益指标	服务对象满意度指标	参保人员对医保信息服务的满意度	≥85%

二、绩效评价工作开展情况

（一）基本情况

1. 评价目的、对象和范围

为规范和加强中央财政 2022 年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务提升部分）支出管理，切实提高资金使用效益，自评针对 2022 年资金的使用情况，根据医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法，进行自我评价。

此次医疗服务与保障能力提升补助资金项目实施年度为 2022 年度，自评对象为桃江县医疗保障局。

2. 评价依据和评价方法

（1）评价依据。政策依据：湘医保办发[2023]1 号、益阳市医疗保障局办公室《关于做好 2022 年医保转移支付绩效评价工作的通知》。指标值评价依据：《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）绩效评价指标体系》

（2）评价方法。本次评价采用以百分制进行量化打分，满分 100 分，合格为 60 分。

3. 指标体系设置

指标体系设置遵循合规性、有效性、健全性原则。指标体系设置遵循合规性、有效性、健全性原则。按照《医保转移支付资金绩效评价工作手册》，医疗服务与保障能力提升补助资金绩效评价指标体系，设置一级指标 4 个、二级指标 9 个、三级指标 33 个。

4. 评价工作过程

医疗服务与保障能力提升补助资金绩效自评工作由局财务

股牵头，其他股室配合，通过认真研读《医保转移支付资金绩效评价工作手册》，根据指标体系设置，将任务分解细化至各相关业务科室，要求其根据 2022 年医疗服务与能力提升绩效评价目标相关工作情况准备迎检资料交财务室汇总归档。最后形成绩效自评结果。

（二）绩效评价结果

1. 评价结论

2022 年中央补助医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）补助资金的使用严格按照（益医保办发[2022]15 号）和（湘医保发[2021]33 号）文件要求执行。

2. 评价得分

桃江县医疗保障局严格按照 2022 年中央补助医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）绩效目标工作任务和实施细则使用资金。没有出现截留、挤占、挪用、序列支出等情况。全程监管补助资金的使用情况和进度，定期进行风险评估，保障资金的高效使用。每一项绩效指标都达标：项目决策指标得分 18 分，过程管理得分 22 分，项目产出指标得分 50 分，项目效益指标得分 10 分，共计得分 100 分。

（三）绩效评价指标完成情况

1. 资金投入情况分析

（1）资金到位情况分析：

2022 年中央转移支付我县医疗服务与保障能力提升补助资金 66 万元，已全部到位。

（2）资金执行情况分析：

2022 年项目经费预算 66 万元，实际支出 66 万元，执行率 100%。

（3）资金管理情况分析：

项目经费的使用在符合财经法规和有关专项资金管理办法的基础上，经过单位联审会签程序，用于提升医疗保障服务能力方面的支出，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

按照财政预算和国库管理有关规定，遵照省市《医疗保障与服务能力提升补助资金实施细则》，加强项目经费管理。

2. 绩效指标完成情况分析

（一）项目决策

指标分值 18 分，得分 18 分。

根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《“十四五”全民医疗保障规划的意见》，严格贯彻执行省市《医疗保障与服务能力提升补助资金实施细则》。

由省医保局依据中央医疗保障制度改革有关医疗保障能力建设决策统一部署，对转移支付资金支持项目的必要性、可行性等进行科学论证，按规定履行立项审批、预算评审等报批程序，在项目决策符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》、《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》以及各级预算管理办法的基础上，分解细化项目指标并同时分解下达绩效考核目标。

2022 年中央补助医疗服务与保障能力提升(医疗保障服务能

力提升)项目由我局严格按照省、市下达的绩效目标和指标开展绩效管理工作,并将指标分解细化至各业务股室。县财政局在收到市财政拨付的中央转移支付资金后,及时下达至我局。

(二) 过程管理

(1) 资金管理

指标分值 17 分, 得分 17 分。

2022 年中央补助医疗服务与保障能力提升(医疗保障服务能力提升)项目经费预算 66 万元, 实际支出 66 万元, 预算执行率为 100%, 资金使用情况如下:

医保信息平台建设 20.32 万元(医保服务站点建设:15 个乡镇、17 家医院、247 个行政村、1 个经济园区); 与医保业务工作相关的宣传广告、新闻信息报道、印刷费 24.84 万元; 与医保稽核监管业务工作相关的差旅费 0.79 万元; 专家和三方公司评审费、政策法规律师咨询费:3.4 万元; 基金稽核监管设备添置和经办服务窗口办公费、维修费、设备添置费共 16.65 万元。

项目经费在符合财经法规基础上, 严格按照省市实施细则规定使用。经过政府采购、大额审批、单位联审会签程序, 用于提升医疗保障服务能力方面的支出, 未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

按照财政预算和国库管理有关规定, 制定医疗保障与服务能力提升补助资金管理办法, 加强项目经费管理。

(2) 组织管理 5 分, 得分 5 分。

桃江县医保局高度重视医疗保障与服务能力提升专项补助

资金的管理与使用，并召开党组会议进行研究。全面实行绩效管理，根据各级预算绩效管理相关规定，遵照细化的绩效指标，严格按照专项资金规定用途使用，各专项资金只用于与绩效目标有关的项目支出，杜绝人员经费等在专项资金中列支，确保专项资金使用符合规定。严格审批程序，制定资金分配使用预算方案并通过县财政县政府的审批，资金使用实行会审联签并报县财政审批后办理支付。

（三）项目产出

1. 数量指标

指标分值 21 分，得分 21 分。

召开医保工作政策吹风会 10 次，分别是城乡居民基本医疗保险参保缴费、职工医保普通门诊统、医疗救助政策执行座谈、医保电子凭证推广等。

推进医保政府信息公开，在桃江县人民政府官方网站主动公开政策文件 32 次，注册桃江医保微信公众号，不断向服务对象发布最新医保政策，提高医保政策群众知晓率。

加强医保政策宣传力度，讲好“医保故事”，医保影响力不断扩大。全年央级媒体上稿 12 篇，市级网媒上稿 13 篇，县级媒体上稿 22 篇。

2022 年共制定医保规范性文件 1 个，规范性文件出台前通过通过合法性审查、部门沟通，社会征求意见，确保规范性文件的合法合规。

我县医保信息系统由市局统一验收和维护。

完善医保基金监管体系建设，定点医药机构现场检查覆盖率100%，开展多轮次、多层次飞行检查、联合检查、抽查检查等专项行动，切实维护医保基金安全。

我局在市局统一部署下全面开展DIP分值付费，通过付费方式改革有效促进医疗机构精细化管理，提升医保基金监管和使用效率，减轻群众就医负担。

2. 质量指标

指标分值 29 分，得分 29 分。

桃江县医保系统2022年医保法治建设能力较上年有所提升。通过人才计划引进法律专业人才1人，外聘1名执业律师担任兼职法律顾问，对重大决策开展法制审查、公平性审查、行政应诉等，为科学决策、民主决策、依法决策提供服务保障。

基金预警和风险防控能力较往年有所提高，对医保基金定期进行运行分析，建立了风险预警机制，聘请第三方公司对我局进行内控风险评估和监督检查。提高了我县医保基金财务管理与风险防控能力。医保标准化水平显著提高，严格遵守全市统一执行的现行市级医保待遇政策，实行统一的基本医疗保险、生育保险筹资标准和缴费费率，在省市统一部署下完成了国家医保标准化15项标准的贯标。

医保经办服务能力较往年有所提升，加强医保服务站点建设，经办服务下沉。将医保专线连接到全县15个乡镇党群服务中心、15个乡镇卫生院和2家县级医院、247个村（社区）和经开区，并为医保服务站点添置电脑、打印机等办公设备、加强办

公环境建设，构建县、乡（镇）、村（社区）三级医保经办服务体系，梳理医保经办服务事项清单 33 项内容中的 8 类 16 项事项进行赋权下放。全县医保部门深化“放管服”改革，创新“数据多跑路、群众少跑腿”服务模式，医保电子凭证累计激活超过 31.56 万人，跨省异地就医住院费用直接结算全面推开，2022 年我县已与全国 10.31 万家医疗机构开通直接结算，全县 1550 人实现跨省异地就医直接结算，群众看病就医更方便。

医保综合监管能力显著提升。严把基金监管，实现收支平衡并略有结余，确保基金安全。出重拳，基金监管得到持续加强，督促医药机构认真开展自查自纠，实现自查自纠全覆盖。认真组织对医药机构开展日常稽核，实现日常稽核全覆盖。高质量开展专项整治，先后开展省集中整治“回头看”、飞行检查、清廉医保、血液透析、精神专科、流浪乞讨等专项整治行动。政府牵头、多部门联动，开展了集中整治、专项整治、联合监督检查、日常监督检查等行动。2022 年累计处理违规定点医药机构 34 家，约谈 8 人，行政立案 4 宗，移送处理 5 家，共追回医保基金 228.45 万元。通过自查自纠、日常监管、集中整治等行动，形成了基金监管高压态势，医保系统“不敢骗、不能骗、不想骗”的生态环境基本构建，参保群众的获得感、幸福感大大提升。

提高了跨省异地就医直接结算率。2022 年居民医保跨省异地就医直接结算人次 1550 人，其中跨省异地就医直接结算率为 96%。

加强医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究执行能力等方面的培训。2022 年组织开展“两病”用药保障推进会、协议药店医保电子凭证激活与结算工作推进会 2 次、城乡居民基本医疗保险参保缴费工作部门协调会、城乡居民基本医疗保险参保缴费工作动员会 2 次、医疗救助政策执行座谈会、职工医保普通门诊统筹工作会、经办窗口每月一次业务培训。

严格落实医疗服务价格政策。根据《关于建立医疗服务价格重要事项报告制度的通知》（湘医保发〔2022〕2 号）文件要求，医疗服务价格重要事项及时向上级部门申请备案。根据《湖南省医疗保障局关于建立医疗服务价格动态调整监测评估制度的通知》（湘医保发〔2021〕44 号）文件要求，按时间节点我县 20 家协议公立医疗机构已完成监测评估报表并上报上级医保部门，为上级医保部门评估价格调整方案测算及效果评估等提供依据。2022 年 10 月 21 日，益阳市医保局启动新一轮医疗服务价格调价工作，我局根据市局安排，按时间节点完成了重新上报我县 20 家公立医疗机构医疗服务例数报表工作。按时按要求落实和执行医药价格政策，常态化开展医疗服务价格调整，推动科学定价，动态调整公立医疗机构医疗服务价格 4417 项目，进一步体现医务人员劳动价值。动态调整医保目录。2022 年药品目录增加到 2860 种，2022 年双通道药品（包括原特药）从 2016 年的 16 个药品扩大到 2022 年的 180 个品种 258 个品规。

严格落实国家组织药品、医用耗材集采改革，确保国家药品耗材集采政策全面落地执行。认真组织和督促各协议医药机构落

落实好国家药品与耗材集采政策，全面完成当年度协议采购量，国家集采第二批带量续签，第四批、第五批、五省市联盟、十一省联盟带量，省带量吻合器，省带量球囊，冠脉支架第二采购周期均匀按进度应完成 100%。国家组织 7 轮药品集采共有 324 种药品进入集采范围，参与省级联盟和地方集采共有 127 种药品进入集采范围，参与国家组织开展的冠脉支架、人工关节等医用高值耗材集中采购，冠脉支架由原来的单价 1.3 万元降至 700 元，参与省级联盟组织的冠脉药物涂层球囊、心脏起搏器、人工晶体、骨科创伤类、新型冠状病毒检测试剂及相关耗材等集中采购，全县集中采购药品平均降幅 53%，最高降幅 96%。让群众用上更多“降价不降质”的药品，逐步解决群众“看病贵”的问题。积极完成了国家医保信息平台招采子系统落地应用，按照省局统一部署，从第六批胰岛素开始，湖南省医保信息平台招采子系统全面落地应用。

（四）项目效益

指标分值 10 分，得分 10 分。

通过医疗保障与服务能力建设，加强了医保宣传、监管检查、网络建设、人才培养力度，提升了经办服务水平。全覆盖检查、网络监管、日常检查等降低了基金监管风险。通过政策宣传、“放、管、服”改革，大幅度提高了人民群众对医保政策的知晓度和满意度。

2022 年中央补助医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）绩效自评总分得 100 分。

三、绩效目标完成情况

1、年度绩效目标完成情况分析

有效提升了综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设、人才队伍建设等医疗保障服务能力

2、产出指标完成情况分析

自资金下达后，我县医保局遵照财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标进行细化，目标设置科学合理，明确产出指标等绩效指标要求。

(1) 数量指标：医保规范性文件 and 政策措施的合法性审查、公平竞争审查全覆盖；定点医药机构监督检查覆盖率 100%；医保人才培养合格率 100%；逐步推行 DIP/DRG 医保支付方式改革；门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算统筹地区覆盖率 100%。

(2) 质量指标：医保法治建设能力、基金预警和风险防控能力、医保经办服务能力都有所提高；医保综合监管能力、医保宣传能力、医保标准化水平都有显著提升；医疗服务价格动态调整和深化医疗服务价格改革试点执行情况、国谈药等相关药品落地及统计检测情况、集中采购落实情况严格按实按要求落实和执行。

3、服务对象满意度分析

通过医疗保障与服务能力建设，强化医保宣传、监管检查、网络建设、人才培养等方面工作，提升了经办服务能力与水平，维护了医保基金安全，保障了群众的合法权益。通过政策宣传、

“放、管、服”改革，大幅度提高了人民群众对医保政策的知晓度和满意度。参保人员对桃江县医保服务满意度大于 98%。

四、存在的问题及原因分析、下一步改进措施

无

五、绩效自评结果拟应用和公开情况

强化评价结果运用。积极探索建立与预算编制相结合，通过预算、决算公开，结合互联网+基金监管平台，及时做好资金使用的公开和监管，使评价结果得到有效运用。

六、其他需要说明的问题

无中央巡视、各级审计和财政监督中发现的问题及其所涉及的金额。

附件：1、桃江县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）绩效评价指标体系自评表

2、桃江县医疗保障与服务能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）绩效自评表

