

# 2021 年度益阳市医疗保障局项目资金绩效 自评报告

## 一、项目概况

为了提升益阳市医保信息化水平，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、人才队伍建设等医疗保障服务能力，湖南省财政厅通过《关于提前下达 2021 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〔2020〕408 号）、《关于下达 2021 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〔2021〕86 号）两个文件，2021 年中央转移支付我市医疗服务与保障能力提升补助资金 248.8 万元。

项目总体目标为：有效提升医保信息基础设施建设、医保支付方式改革、基金监管、医药价格及招标采购、经办服务能力、人才队伍建设等医疗保障服务能力。

## 二、绩效自评工作开展情况

### （一）评价目的、对象和范围

为规范和加强中央财政 2021 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 2021 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 2021 年度，自评对象为益阳市医疗保障局。

## （二）评价方法和评价等次

1. 评价方法。本次评价采用以百分制进行量化打分，满分 100 分。

2. 评价等次。根据评价得分分值，确定相应的评价等次。评价等次分为“优秀”、“良好”、“合格”、“基本合格”和“不合格”五个等次，其中分值 90（含）-100 分为“优秀”，分值 80（含）-90 分为“良好”，分值 70（含）-80 分为“合格”，分值 60（含）-70 分为“基本合格”，60 分以下为“不合格”。

## （三）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。

## （四）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法规财务与行政审批科牵头，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业务科室，要求其根据 2021 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法规财务与行政审批科汇总归档。最后形成全市绩效自评结果。

## 三、综合评价结论

益阳市医疗保障局 2021 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）项目绩效自评得分为 100 分，评价等级为：优秀。

#### 四、绩效目标实现情况分析

##### （一）项目资金使用及管理情况

2021 年度，我单位共收到 2021 年中央补助医疗服务和保障能力提升资金共计 248.8 万元，全年执行数为 248.8 万元，预算执行率 100%。

##### （二）总体绩效目标完成情况分析

益阳市医疗保障局严格按照 2021 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：项目资金执行率得分 10 分，产出指标得分 50 分，效益指标得分 40 分，共计得分 100 分。

##### （三）绩效指标完成情况分析

###### 1、资金管理

指标分值 10 分，得分 10 分。

2021 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 248.8 万元，实际支出 248.8 万元，预算执行率为 100%。

益阳市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使用，根据各级预算绩效管理相关规定，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。项目经费的使用仅限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。

## 2、产出指标

指标分值 50 分，得分 50 分。

### (1) 数量指标

指标分值 40 分，得分 40 分。

我市医保信息系统正常运行率 $\geq 90\%$ 、医保信息系统重大安全事件响应时间 $\leq 60$  分钟、医保信息系统运行维护响应时间 $\leq 30$  分钟。

医保标准化水平显著提高，完成 15 项国家编码的统一，8 月 26 日正式启动国家医保信息平台，实现与全国医保信息的互联互通，杜绝重复参保，实现全程追溯医疗机构医疗行为，从源头遏制欺诈骗保，益阳医保管理工作进入 2.0 时代。

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。

我局自成功申报 DIP 分值付费全国试点城市来，不断完善系统建设，2021 年 9 月实现预付费，11 月代表湖南省接受国家医保局的验收评估，被评定为优秀等级。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）质量和时效指标

指标分值 10 分，得分 10 分。

推进医保政府信息公开，主动公开各类新闻稿件 130 余条，根据上级要求，主动公开应公开医保政策文件 5 个，在官网发布信息公开申请渠道，提升政府信息公开工作的透明性和公开性。

在官方网站发布政策和文件解读 31 次，并同步发布在微信公众号上，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。编制《益阳医保简报》23 期，微信公众号信息公开 72 条，在省及以上媒体宣传政策刊发稿件 79 条。2021 年积极向上级医保局报送政务信息 16 条，省医保局采用 12 条，国家局采用 1 条。

## 3、效益指标

指标分值 40 分，得分 40 分。

### （1）社会效益指标

指标分值 40 分，得分 40 分。

医保经办服务能力较往年有所提升，全市医保部门深化“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 95 万人，跨省异地就医住院费用直接结算全面推开，2021 年，我市已与全国 4.4 万家医疗机构开通直接结算，全市 116832 人实现异地就医直接结算，群众看病就

医更方便。

医保综合监管能力显著提升。2021年针对日常检查和专项行动发现的问题，完善医保基金监管体系，狠抓飞行检查和审计问题整改，全市共暂停医保协议6家，解除协议7家，移送处理26家，查处个人欺诈骗保案6起，移送处理18人，飞检问题整改率100%，信访问题办结率100%，移送问题办结率92.31%。

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1434项目，进一步体现医务人员劳动价值。动态调整医保目录。医保目录由2017年的1535种增加至现在的2800种，此外还有中药饮片892种。近三年，新纳入目录新药433种，其中谈判新增准入药183种，平均降幅超过50%，更多的新药、平价药、救命药纳入保障范围。

## （2）服务对象满意度指标

指标分值10分，得分10分。

益阳市依托“国家医保服务平台”APP、“湘医保”微信公众号、益阳医保微信公众号为参保群众提供线上医保查询、业务办理等多种服务，并通过市长热线为参保群众答疑解惑，参保人员对益阳市医保服务满意度大于90%。

## 五、存在的问题和改进措施

2021年医疗保障与服务能力提升补助资金已全部投入使用。因我局严格按照专项资金项目管理，实行专款专用，dip



全国试点改革工作还在逐步推进，后续建设还需资金投入。

下阶段继续做好 2022 年的项目经费安排，使开支有序推进，资金得到有效使用，确保项目资金的预算执行率。严格按照专项资金项目管理，实行专款专用；资金使用严格落实有关规章制度，使其合法性、合规性。

## 六、绩效自评结果拟应用和公开情况

### （一）绩效自评结果拟应用

根据 2021 年度项目支出绩效自评情况，进一步掌握资金使用情况和取得的效果，总结项目资金管理经验，发现工作中存在的问题和不足，为今后加强资金使用管理、健全资金支出项目、完善资金绩效管理、提高资金使用效益工作提供重要的参考依据。

### （二）绩效自评结果公开情况

2021 年度项目支出绩效自评报告将于 2022 年 4 月 25 日前在我局门户网站公开，广泛接受社会监督。

## 七、其他需要说明的问题

无

附件：2021 年度项目支出绩效自评表

益阳市医疗保障局  
2022 年 4 月 25 日



## 2021年度项目支出绩效自评表

项目名称	医疗服务和保障能力提升							
主管部门	益阳市医疗保障局			实施单位	益阳市医疗保障局			
项目资金 (万元)		年初 预算数	全年 预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额		248.8	248.8	10分	100%	10	
	其中：当年财政拨款		248.8	248.8				
	上年结转资金							
	其他资金							
年度总体 目标	预期目标			实际完成情况				
	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			1.8月26日，上线湖南省医保信息平台，对接国家医保信息平台。 2.11月通过“按病种分值付费（DIP）”全国试点验收， 3.顺利完成打击欺诈骗保侵占挪用医保基金专项行动，提高医疗服务透明度，提升医保基金使用效率。				
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标 值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分 析及改进措 施
	产出指标 (50分)	数量指标	医保信息系统验收合格率和正常运行率	≥90%	90.00%	15	15	
			定点医药机构监督检查覆盖率	100%	100%	10	10	
			推行医保支付方式改革和DRG、DIP试点	逐步推开	2021年9月实现DIP预付费，11月，代表湖南省接受国家医保局的验收评估，被评为优秀等级。	15	15	
		质量指标	信息公开性	信息公开	100%	5	5	
		时效指标	信息公开性和及时性	信息及时公开	按要求及时公开	5	5	
	效益指标 (40分)	社会效益指标	医保经办服务能力	显著提升	全市医保部门深化“放管服”改革，创新“数据多跑路、群众少跑腿”服务模式，医保标准化水平显著提高	10	10	
			医保综合监管能力	显著提升	针对日常检查和专项行动发现的问题，完善医保基金监管体系，狠抓飞行检查和审计问题整改。全市共暂停医保协议6家，解除协议7家，移送处理26家，查处个人欺诈骗保案6起，移送处理18人，飞检问题整改率100%，信访问题办结率100%，移送问题办结率92.31%。	10	10	
			医药价格政策落实和执行情况	按时按要求落实医疗服务、药品价格政策	按时按要求落实和执行医药价格政策，动态调整公立医疗机构医疗服务价格1434项目，进一步体现医务人员劳动价值。	10	10	
		服务对象满意度指标	社会公众或服务对象满意度	≥80%	90%	10	10	
总分						100	100	

填表人：张敏

填报日期：2022年4月25日

联系电话：1589846675 单位负责人签字：

