

项目绩效自评指标评分表

填报单位名称：江门市医疗保障局

金额单位：万元

基本情况	项目名称		医疗保障业务资金		评价年度		2023年		评价金额		818.14	
	联系人				联系电话				联系邮箱		jmsybj@jiangmen.gov.cn	
	实施文件依据		国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见（国办发〔2020〕20号）、《关于江门市实施基本医疗保险按病种分值付费工作的意见》（江人社发〔2017〕685号）、《广东省医疗保障局关于印发公立医疗机构医疗服务价格动态调整评估指标（试行）》（粤医保规〔2022〕8号）、江医保发〔2022〕103号 江门市贯彻落实DIP支付方式改革三年行动计划实施细则、《关于进一步完善我市公立医疗机构药品采购工作的通知》（江医保发〔2021〕90号）、《广东省医疗保障局关于转发国家医疗保障局DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》、《关于印发〈江门市市政府各部门法律顾问聘请办法〉的通知》（江府依法办〔2018〕13号）、《江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险管理办法的通知》（江府办〔2017〕47号）、《江门市人民政府办公室关于印发〈江门市职工和城乡居民基本医疗保险分类保障实施方案〉的通知》（江府办〔2021〕14号）等。					项目级次		一级项目		

资金情况	资金安排情况	预算计划安排	818.14				
		实际分配下达	市本级	707.32	转移支付至下级		
	资金使用情况	实际支出金额	市本级	693.30	转移支付至下级		
	绩效目标情况	预期总体目标	目标1：全面深化医保改革，通过购买第三方社会力量，确保医保监管和经办服务等各项工作顺利开展，推动医疗保障事业高质量发展，提升医疗保障服务水平，发挥医保保民生作用； 目标2：确保医保信息系统稳定运行，按时足额支付医疗保险待遇，保障医保服务日常工作正常开展； 目标3：切实加强医疗保障业务宣传工作，解读医保政策法规、沟通参保群众中的便捷作用，更好地动员社会公众关注和支持医疗保障事业发展。		是否如期实现预期总体目标	是。2023年全市医保系统认真贯彻落实国家、省医保局和市委市政府工作部署，用心用情抓好民生社会事业，按照保障稳中有进、管理精细科学、服务便捷人性、改革稳妥系统、“三医”协同发展的思路，推进重点工作和民生实事落实落地，实现医保改革纵深推进、公共服务提质增效。两名干部分别获得全国、全省医保系统先进个人，在全省首创新生儿预参保“一站式”办结，为奋力实现“十大新突破”和推动高质量发展上奉献江门医保力量。	

指标评分表

评价指标						评价年度 预期值	评价年度 实现值	自评分数	未达标原因分析	评分标准	参考佐证材料
一级指标		二级指标		三级指标							
名称	权重(%)	名称	权重(%)	名称	权重(%)						

决策	20	资金管理	12	资金支出率	12			11.99	2023年度医疗保障业务一级项目资金涉及的二级预算项目有6项,年初预算为818.14元,实际下达金额为707.32万元,2023年项目经费实际支出金额为693.30万元,支出率为98%。	主要依据“支付额/预算额度*100*指标权重”计算核定得分,同时综合考虑工作进度,以及是否垫资或履行支付手续而影响支出率等因素适当调整最后得分。	1.专项资金预算执行通报(含地市/资金使用单位使用资金); 2.其他能反映地市/资金使用单位支出情况的系统截图或统计表。 3.该项如实填报即可,非因挤占转移支付资金等不规范使用资金情况的,自评可不扣分。
		事项管理	8	监管有效性	8			8		各级业务主管部门按规定对项目建设或方案实施开展有效的检查、监控、督促整改的,得满分;否则,视情况扣分。	1.专项资金监督检查的通知及检查报告; 2.监督检查发现问题整改情况报告。
产出	40	数量指标	各项指标权重=40/指标总数	指标1:城乡居民医保参保人数	各项指标权重=40/指标总数	≥200万人/年	≥200万人	5			
				指标2:定点医疗机构审核覆盖率		≥90%	≥90%	5			
				指标3:宣传活动场次		≥2场/年	≥2场/年	5			
		质量指标		指标4:城乡居民住院医疗保险报销比例		≥65%	≥65%	5			
				指标5:医疗数据分析率95%		≥95%	≥95%	5			
				指标6:医疗救助比例		≥70%	≥70%	5			
		时效指标		指标7:基本医疗保险基金清算工作完成率		≥80%	≥80%	5			

				指标8：医保业务审查按时完成率		≥90%	≥90%	5		权重*100； 2. 定性指标：根据指标完成情况分为“全部或基本达成预期指标”、“部分达成预期指标并具有一定效果”、“未达成预期指标且效果较差”三挡，分别按照80%（含）-100%、60%（含）-80%、0-60%填写完成比例。自评分数=完成比例*指标权重*100。	2. 专项上报给省委省政府、部委的工作报告； 3. 国家或部委的考核结果； 4. 人大、审计厅等部门对单位贯彻落实国家重大决策部署情况出具的绩效评价报告、绩效审计报告； 5. 其他产出、效益相关佐证材料等； 6. 项目绩效目标申报表。		
		成本指标											
效益	40	经济效益指标	各项指标权重=40/指标总数		各项指标权重=40/指标总数								
		社会效益指标		指标9：城乡居民医疗费用负担减轻程度		有效缓解	有效缓解	5					
				指标10：医疗行为管控		有效规范医疗机构诊疗行为	有效规范医疗机构诊疗行为	5					
				指标11：困难群众医疗费用负担减轻程度		有效缓解	有效缓解	5					
				指标12：医保经办业务政策落实性		全面落实	全面落实	5					
		生态效益指标											
		可持续影响指标		指标13：健全医疗保障制度体系的作用		有效健全	有效健全	5					
				指标14：宣传政策知晓率		≥60%	≥60%	5					
				满意度指标		指标15：城乡困难居民对政策落实满意度	≥80%	≥80%	5				
指标16：服务对象满意度	≥90%	≥90%	5										
合计：	100		100		100			99.99					

一、资金使用绩效： (一) 资金支出情况 2023年度医疗保障业务一级项目资金涉及的二级预算项目有6项,年初预算为818.14元，实际下达金额为707.32万元，2023年项目经费实际支出金额为693.30万元，支出率为99.98%。项目资金支出主要用于市医保经办服务体系完善、政务服务能力提升、医药服务经办管理、内部管理规范建设、医保基金安全保障等方面，基金支出如期实现预期总体目标。虽存在资金支出率未达到100%，存在不足0.02%支出差异，差异较小，也在预算范围内，总体达成预期目标。在资金使用过程中，我市不断加强对预算资金的使用管理，安排专人负责预算资金使用管理，严格按照财务管理制度及各项资金管理辦法的要求来使用资金，并且做实做细预算项目资金支出规划，确保切实提高预算资金使用效益。 (二) 资金完成绩效目标情况 2023年全市医保系统认真贯彻落实国家、省医保局和市委市政府工作部署，用心用情抓好民生社会事业，按照保障稳中有进、管理精细科学、服务便捷人性、改革稳妥系统、“三医”协同发展的思路，推进重点工作和民生实事落实落地，实现医保改革纵深推进、公共服务提质增效。两名干部分别获得全国、全省医保系统先进个人，在全省首创新生儿预参保“一站式”办结，为奋力实现“十大新突破”和推动高质量发展上奉献江门医保力量。 (三) 资金分用途使用成效 一、落实医保待遇清单制度，持续完善医疗保障体系建设。深入推进全民参保计划，全市基本医疗保险参保人数达到403.4万人。推进门诊共济保障改革落实落细，完成市级民生实事项目“稳步提高江门市基本医疗保险普通门诊和门诊特定病种待遇水平提升”。完善大病保险管理机制，推动“邑康保”产品保障优化升级，做好新冠病毒疫苗及接种费用保障工作。重拳打击欺诈骗保行为，全年共处理违法违规机构471家。二、完善全市DIP病种分值库和系数，按DIP支付方式的住院费用占比90%以上。加强医疗服务价格管理，完善医药价格治理机制，“三位一体”综合实策推进口腔种植专项治理，单颗常规种植牙总费用降幅达50%。持续落实药品和耗材集采工作，在全省率先运用信息化手段优化药品采购管理服务。做好国家医保谈判药品落地使用，落实“双通道”机制，实施国谈药品单独支付政策。三、健全医保经办服务网络体系，实现医保经办服务乡镇（街道）全覆盖。在全省首创新生儿预参保“一站式”办结，实现零跑办理、出生即保、直接结算，全流程办理时长缩短至2个工作日，预计全市每年可减少垫支医疗费用2千多万元。在“粤医保”微信小程序上线医保经办服务功能56项，位居全省第四。异地就医直接结算取得新进展，全市临时外出就医人员免备案即享受直接结算服务。做好异地就医直接结算扩面工作，全市共138家医疗机构开通跨省、省内住院实时结算，276家开展跨省、省内门诊实时结算。	含自评工作质量、资金管理、项目管理、项目绩效等方面
二、资金使用绩效存在的问题： 2023年我市取得一系列工作成果的同时仍存在一些问题和不足：如医保基金监管效能有待加强、医保信息化标准化建设有待完善、基层医保经办服务质效有待提升，预算项目的绩效管理还需要进一步细化，加强绩效目标的合理性和明确性等。	
三、改进意见： 2024年工作重点一是进一步提升医疗保障水平，增强门诊共济保障力度，平稳实施基本医疗保险管理办法，完善医疗救助制度，推动“邑康保”项目可持续实施。提高基金监管质效，持续打击违法违规使用医保基金行为，深化基金监管合力，拓展智能监控应用。二是合理调整医疗服务价格，加强药品、耗材和医疗服务项目价格情况监测。持续落实药品耗材集采工作，继续做好国谈药品落地使用，落实医保药品单独支付保障政策。三是实施四级医保经办服务“一体化”建设，进一步推进医保经办服务体系向村（社区）覆盖。强化医药服务经办管理能力，加强对两定机构协议管理。优化异地就医直接结算服务，创新医保经办服务便民措施。四是结合我市医保工作的实际情况，细化预算项目绩效目标的设置，加强绩效指标之间的逻辑性和紧密性，从而进一步提高绩效指标的合理性和明确性。	含自评工作质量、资金管理、项目管理、项目绩效等方面
四、到期资金： 2025年及后续年度资金需求情况（含测算依据、测算明细和说明）。	仅专项资金需填报