

附件 1

2020 年度部门整体支出绩效自评报告

(参考格式)



(此页为封面)

一、预算单位基本情况

（一）本单位的职责职能是：

1. 负责市本级基本医疗保险、生育保险、医疗救助、大病医疗互助、城乡居民大病保险、补充医疗保险等业务经办。
2. 负责市本级医疗保险基金收支核算，负责编制市本级医疗保险基金收支预决算事务性工作。
3. 配合株洲市医疗保障局对市本级定点协议医疗、医药机构履行协议情况进行检查。
4. 负责特殊人群（离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人）的医疗费用统筹和医疗服务经办工作。
5. 负责医疗保障政策的宣传、培训和咨询工作。
6. 负责医疗价格监审和成本调查的事务性工作。
7. 负责对县市区医疗保障经办业务进行指导。
8. 完成株洲市医疗保障局交办的其他公益性工作。

（二）人员情况：

2020年新增退休1人，调入3人，去世1人，年末在职人员46人。

二、预算收支情况（按单位预算口径）

2020年预算收入1329.63万元，其中年初预算1201.23万元，调整追加128.4万元。

2020年支出1329.63万元，其中基本支出1128.62万元，项目支出201.01万元，结余结转0万元。

三、资金使用及绩效情况（包含单位管理的公共专项）

（一）整体支出绩效情况

1. 单位整体支出情况

（1）2020 年年初预算资金 1201.23 万元。

（2）单位年度总收入 1329.63 万元，其中：财政拨款 1329.63 万元。

（3）单位年度总支出 1329.63 万元，其中：项目支出 201.01 万元（其中：公益性岗位补贴 1.02 万元，医保业务经办专项经费 199.99 万元），基本支出 1128.62 万元（其中：人员支出 734.84 万元，公用经费支出 393.78 万元）。三公经费 13.95 万元，公车购置和维护费 6.95 万元，公务接待费 7 万元，出国经费 0 万元。

（4）我单位全面完成相关绩效目标任务，所有相关考核指标达标。

1. 抗击疫情显担当。坚决贯彻落实市委、市政府和省局疫情防控决策部署，把政治要求转化为做好防控工作的实际行动，展现了株洲医保的为民情怀与责任担当。一是“先拨付”打消就医顾虑。1月 21 日，在全省率先出台《关于做好“新型冠状病毒感染肺炎”患者救治保障工作的通知》，全市医保系统向定点收治医院预付专项医保基金 3900 万元，医疗救助基金 100 万。取消 2019 年度协议医疗机构和药店预留金考核，直接返还市本级协议医疗机构和药店预留金 3810 万元。截止 4 月 22 日，全市医保系统累计向协议医疗机构提前 2 个月预拨医保基金 5.21 亿元，确保患者不因费用问题得不到及时救治，确保定点医疗机构不因医保总额预算管理规定影响救治，确保患者不因未参保或未缴费而影响

医保待遇，全市新冠肺炎确诊患者、疑似患者医疗费用“零自付”，打消确诊患者、疑似患者就医顾虑。二是“保供应”护航复工复产。成立保障防疫消杀用品市场供应领导小组，协调监督 8 大连锁药店共向市场供应 84 消毒液 2.66 万瓶、75% 酒精 10.85 万瓶、络合碘 9646 瓶、免洗手消毒液 1.48 万瓶，全力保障防疫消杀用品市场供应，助力企业复工复产，自 2 月 20 日起市场防疫消杀用品供需平稳。针对疫情期间口罩“购买难”问题，我中心 1 月 26 日起主动挑起口罩集采重担，2 月 20 日起又在“株洲医保”微信服务号上线“口罩预约”服务，截至 3 月 22 日，共计投放口罩数量 136.23 万个，口罩预约定点协调药店最多时达到 124 家。三是“减半征”减轻企业负担。主动履职尽责，协调市财政局、市税务局紧急制定《关于阶段性减征职工基本医疗保险费的通知》，从 2 月 1 日起，对全市参保企业和灵活就业人员，实施职工基本医疗保险费阶段性减半征收政策，全市预计为参保企业和灵活就业人员减免职工基本医疗保险费 3.12 亿元，实施减征期间参保人当期待遇不受影响。我市在全省 14 个市州中唯一实施灵活就业人员（下岗失业人员、个体工商户等弱势群体）职工基本医疗保险费减征政策，减征期限长达 12 个月，惠及 20432 人，减免 3488.67 万元。四是“缓缴费”盘活企业资金。为缓解疫情对企业的影响，允许参保企业在 2020 年 7 月 1 日前缓缴职工医疗生育保险费，缓缴时长达 6 个月，缓缴期间企业员工当期待遇不受影响，为我市 7971 家参保企业盘活资金 6 亿元。五是“新十条”优化服务流

程。出台《关于新冠肺炎疫情防控期间推行利企便民措施的通知》，在全省率先推出疫情防控期间利企便民医保“新十条”，实行“线上办”“容缺办”，为办事群众和复工复产企业提供更有温度、更有速度、更有力度的医保服务，全力打造好推进企业复工复产的“服务站”。

2.医保扶贫促清零。紧扣让贫困人口“有制度保障看病”的目标，落实责任，全面实现“参保有资助、待遇有倾斜、管理服务更高效、就医结算更便捷”，8月5日我市已通过国家脱贫攻坚普查。一是精准识别，谱好“标识篇”。全市贫困人口个人缴费部分均由各县（市）给予实行先缴后返、即缴即返、特困直补等措施，对贫困人口参加城乡居民医保的个人缴费部分给予50%以上的资助，2020年资助金额为4127.3万元，帮助贫困人口跨过参保门槛纳入医疗保障，既实现应保尽保，又有效树立贫困人口参保缴费意识，全市16.42万贫困人口100%参保。二是综合施策，谱好“成效篇”。建档立卡贫困人口、特困人员在县域内住院就医按“基本医疗+大病保险+扶贫特惠保+医疗救助+医院减免+政府兜底”等六重保障依次给予报销。截至10月底，基本医保共补偿贫困人口6.41万人次，补偿金额1.82亿元；大病保险共补偿贫困人口3290人次，补偿金额803.12万元；医疗救助共补偿贫困人口3.22万人次，补偿金额1766.44万元；大病专项救治共补偿贫困人口8239人次，补偿金额4818.02万元。三是简化程序，谱好“服务篇”。全面推行实行“一站式服务、一单制结算”，让

数据多跑路，让群众少跑路，防止贫困人口跑腿垫资。截至 10 月底，截止 10 月底，县域内住院“一站式”结算 4.94 万人次，补偿金额 1.99 亿元。农村贫困人口在县域内住院综合补偿比例达到 89.42%，县域外住院共补偿贫困人口数 3925 人次，补偿金额 3607.9 万元。大幅减轻贫困户就医负担，为贫困家庭撑起健康“保护伞”。

3. 市级统筹快推进。按照统筹险种统一、基本政策统一、医疗服务价格统一、基金管理统一、服务管理统一、就医管理统一、信息系统统一的“七统一”思路，以市政府办名义印发《株洲市全面实行基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》。聘请专业审计机构，会同财政部门组织开展全市医保基金审计工作，重点摸清政策和基金底数。从 9 月份开始，对各县市区医保结余基金上解进展情况进行“一日一汇总、一日一通报、一日一反馈”，确保基金上解工作按时完成。目前，全市共上解基金 13 亿元。

4. 基金监管出重拳。组织全市“两类机构”（医保经办机构和定点医药机构）对本单位医保管理情况进行全面自查自纠，截至 10 月底，全市参与自查自纠定点医药机构共计 1139 家，追回医保基金 134.83 万元。将 2019 年省、市专项行动和国家飞行检查发现问题的整改落实情况作为重点内容进行检查复核，对定点医药机构的自查自纠情况进行监督检查，确保 2020 年度定点医药机构监督检查覆盖率达到 100%。截至 10 月底，全市 19 家医院查实违规金额 5963.7 万元。整合监管力量对全市定点医药机构

进行抽查复查，截至 10 月底，全市现场核查协议医疗机构 1281 家次，现场核对参保人 6.52 万人次，核查协议零售药店 1322 家次。

5. 基本医保全覆盖。出台《株洲市基本医疗保险全覆盖工作方案》，成立株洲市“基本医保全覆盖”工作领导小组，明确了各部门的工作职责和时间节点。通过在系统内对参保人员基础信息进行数据比对，全面清理参保人员基本情况。目前，经过系统数据比对，清理系统中的无效参保信息 5.5 万条。截至 10 月底，我市城镇职工参保人数 74.14 万人，城乡居民参保人数 308.65 万人，合计 382.98 万人，占全市常住人口的 95%。

6. 经办服务有温度。建立健全医保经办管理制度，持续提升医保经办服务水平，擦亮窗口“名片”，获评 2019 年度优秀窗口单位。落实“首问负责制、全程代理制、一次性告知制、限时办结制和责任追究制”，做到“办事程序公开、办事依据公开、办事时限公开、办事结果公开”，同时“亮明身份、亮明承诺、亮明标准”。深化教育培训，深入开展“党员示范岗”和“窗口之星”创建活动，全面增强干部职工的宗旨意识、公正廉洁意识。利用岗前培训、岗位轮训，加强多岗位锻炼，打造“一站式复合型”能手。推进“好差评”制度，在每个窗口设置评价器，群众每办一笔业务都可以对工作人员进行评价，每月统计评价情况，并及时进行通报。公开投诉举报电话，考核情况纳入评优评先。在醒目位置设立意见反馈箱，现场评价自上线运行以来办事办结率 100%，好

评率高达 99%，群众满意率高。率先试点医保电子凭证，持续加大工作力度，不断扩大覆盖范围，首批接入医药机构 1106 家，全市激活医保电子凭证 45.63 万人，使用医保电子凭证结算 392 万元，切实将高效便捷的医保经办服务惠及更多参保人，增强了人民群众对医保经办服务的获得感、幸福感和安全感。创新引入医保办事服务自助机，提供全年全天候的自助服务，办事群众可通过身份证件、社会保障卡、医保电子凭证在自助服务机上自主打印参保证明、参保凭证、住院结算单，查询职工医保个人账户余额及消费记录、划账记录，查询个人参保信息和定点医药机构及医保药品目录。我市医保经办服务获省局《湖南医疗保障工作》大力推荐。

（二）项目支出绩效情况

1. 年初预算项目“医保业务经办专项经费”金额 216 万元，年中执行调减 16 万元，实际支出 199.99 万元，结余 58 元。项目实施及绩效情况如下：

项目支出 199.99 万元，项目实施及绩效情况如下：

根据《株洲市城乡居民基本医疗保险实施办法》（株政发〔2017〕13 号文规定，各县市区人民政府督促辖区内乡镇政府（街道办事处）组织村委会（社区）具体组织辖区内城乡居民医保的参保登记、缴费续保、政策宣传等工作。财政部门根据医疗保险经办机构核定的实际参保人数，按不低于每人每年 3 元的标准，为村委会（社区）和其他经办机构安排代办工作劳务费，代办劳务费纳入财政预算。市财政局 2020 年度共拨付专项资金 200 万

元，我单位已按规定拨付至村委会（社区）和其他经办单位，确保了政策宣传、资料发放、系统设备维护、参保业务等正常业务的开展。该项工作的开展实现以下目标：

- 一是推进医保支付方式改革；
- 二是平稳推进城乡居民医保费征缴职责划转；
- 三是全力推进城乡居民医保门诊统筹；
- 四是全面部署医保系统升级；
- 五是加强全市医疗保障系统队伍建设。

2. 公益性岗位 7-12 月补贴共计 10200 元。全部用于公益性岗位工资发放。

3. 2020 年本单位的公共专项为：一是离休统筹缺口、困难企业退休退养人员基本医疗补助、离休干部属地管理费、二是城乡居民基本医疗保险。

（1）离休统筹缺口、困难企业退休退养人员基本医疗补助、离休干部属地管理费：

根据《株洲市人民政府关于印发株洲市离休干部医药费统筹管理办法的通知》（株政发[2010]39 号）、《湖南省劳动和社会保障厅、湖南省财政厅关于困难企业职工参加城镇职工基本医疗保险的意见》（湘劳社政字〔2007〕11 号），为了确保离休干部医疗费用实报实销、市本级市属困难企业退休退养人员按政策享受各项医保待遇，同时发生的合理医疗费用得到及时结算，我单位一是积极与同级财政部门联系，争取补助资金及时到位；二是为困难企业退休退养人员提供相应城镇职工基本医疗保险待遇，确

保了离休干部医疗费用实报实销，受到上述群体的广泛欢迎和好评。

（2）城乡居民基本医疗保险

根据《株洲市城乡居民基本医疗保险实施办法》，为了确保城乡居民参保人员按政策享受各项医保待遇，我单位一是积极与同级财政部门联系，争取补助资金及时到位；二是为城乡居民提供相应的医保待遇，确保了市本级城乡居民参保人员按政策享受各项医保待遇，协议医疗机构发生的合理医疗费用得到及时结算。

四、绩效管理存在的问题及下一步改进措施

（一）存在的问题是支出进度分配不均匀，有待进一步加强；

（二）改进措施：

1. 加强支出进度控制，科学、合理安排支出项目；
2. 进一步规范我单位预决算管理，提高财政资金使用效益。

五、其他需要说明的情况

无

附件 1-1

2020 年度部门整体支出绩效自评表

部门	株洲市医疗保障事务中心						
	年度资金总额	年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值		
资金情况 (万元)	合计	1201.23	1329.63	1329.6 3	100% 10		
	其中：当年财政拨款	1201.23	1329.63				
	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					
	<p>(一) 加快推进医保支付方式改革。在各县市区全面推广以总额控制为主，按健康人头付费、按病种付费、按床日付费等方式相结合的复合式付费方式，调动协议医疗机构自主控制费用的积极性，防范基金运行风险。</p> <p>(二) 平稳推进城乡居民医保费征缴职责划转。按照上级部署，2020 年城乡居民医保费征缴工作全面移交税务部门，我们将加强与税务部门的沟通和协调，共同做好征缴移交工作，确保在移交过程中工作不断、政策不变，不影响群众参保缴费和待遇享受。</p> <p>(三) 全力推进城乡居民医保门诊统筹。在 2020 年 1 月前取消城乡居民医保个人(家庭)账户，全面实行门诊统筹，将门诊统筹年度最高支付限额提高到 600 元，报销比例提高到 70%；督促各县市区将特殊门诊病种提高到 43 种，报销比例提高到 70%。完善高血压、糖尿病门诊用药保障措施，在对已纳入门诊慢特病保障范围的患者继续执行原有政策的基础上，以二级及以下基层医疗机构为依托，由统筹基金支付高血压、糖尿病药品的门诊费用，政策范围内支付比例不低于 50%。</p> <p>(四) 全面部署医保系统升级。在省医保局医保系统升级以后，对全市城镇职工医保系统和城乡居民医保系统进行整合升级，做到统一系统、统一数据。同时，积极打造智慧医保，通过建立和完善医保业务平台、官方网站、手机 APP 终端和自助柜员机等多元化经办渠道，优化服务模式，提高办事效能。</p> <p>(五) 启动医用耗材及检验试剂集中招采。开展全市新一轮医用耗材及检验试剂集中招标采购工作，解决医用耗材及检验试剂招标目录内新品种没有增补、淘汰品种没有退出、部分医用耗材及检验试剂价格偏高等问题，规范公立医疗机构医用耗材及检验试剂招采工作。</p> <p>(六) 适时调整医疗服务价格。重点提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格，优化医疗服务价格结构，提高公立医疗机构医务性收入占比。</p> <p>(七) 加强全市医疗保障系统队伍建设。坚持“以人民为中心”的发展理念，深入贯彻全面从严治党要求，努力打造“忠诚担当、团结干净、笃学尚德、务实创新”的医疗保障队伍。</p>	<p>1、各县市区医保全面推进了支付方式改革，医疗费用得到了有效控制，基金收支平衡。</p> <p>2、2020 年度城乡居民医保征收工作已全面移交税务部门，参保人数达 308.57 万人，参保率稳定在 95%以上。</p> <p>3、城乡居民医保取消个人(家庭)账号，全面实行门诊统筹，启动高血压、糖尿病门诊用药保障工作。</p> <p>4、门诊统筹最高支付限额提高到 600 元。特殊门诊病种提高到 43 种，报销比例提高到 70%。</p> <p>5、建立和完善多元化经办渠道、优化了服务模式，提高了办事效能。</p>					

一级指	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
绩效指标 (50分)	产出指标 (50分)	数量指标	城乡居民医保门诊统筹年度最高支付限额提高到	600 元	完成	5	5
			城乡居民医保门诊统筹年度报销比例提高到	70%	完成	5	5
			督促各县市区将特殊门诊病种提高到	43 种	完成	5	5
			督促各县市区将特殊门诊病种报销比例提高到	70%	完成	5	5
	质量指标	由统筹基金支付高血压、糖尿病药品的门诊费用	政策范围内支付比例不低于 50%。	完成	10	10	
		平稳推进城乡居民医保缴费职责划转	2020 年城乡居民医保费征收工作全面移交税务部门	完成	10	10	
		全力推进城乡居民医保门诊统筹	2020 年全面实行门诊统筹	完成	10	10	
	成本指标						
	效益指标 (30分)	经济效益指标					
		社会效益指标	平稳推进城乡居民医保费征收职责划转	做好征缴移交工作，确保在移交过程中工作不断、政策不变、不影响群众参保缴费和待遇享受	完成	15	15
		生态效益					
满意度指标 (10分)	可持续影响指标	推进医保支付方式改革	2020 年在各县市区全面推广以总额控制为主，按健康人头付费、按病种付费、按床日付费等方式相结合的复合式付费方式	完成	15	15	
		加强全市医疗保障系统队伍建设	努力打造“忠诚担当、团结干净、笃学尚德、务实创新”的医疗保障队伍。	完成	5	5	
	服务对象满意度指标	全面部署医保系统升级	建立和完善医保业务平台、官方网站、手机 APP 终端和自助柜员机等多元化经办渠道，优化服务模式，提高办事效能。	完成	5	5	
		总分			100	100	等级：优

备注：1. “执行率” = “全年执行数” / “全年预算数”；

2. 总分设置为 100 分，等级划分为：90 分（含）—100 分为优，80 分（含）—90 分为良，60 分（含）—80 分为中，60 分以下为差。

附件 1-2

2020 年度项目支出绩效自评表

部门	株洲市医疗保障事务中心						
项目支出项	专项名称	医保业务经办专项经费	项目总投资(万元)	200			
项目支出项	支出方向名称(子项目)	市级城乡居民医保征缴代办工作劳务费	其中: 财政拨款	200			
项目总实施期: 2020 年						
年度项目资金(万元)	年度资金总额	年初预算数	全年预算数	全年执行数 分值 执行率 得分(分值×执行率)			
	合计	216	200				
	其中: 当年财政拨款		200				
	上年结转资金			200 10 100% 10			
	其他资金						
预期目标		实际完成情况					
年度总体目标	1、2020 年在各县市区全面推广以总额控制为主, 按健康人头付费、按病种付费、按床日付费等方式相结合的复合式付费方式, 调动协议医疗机构自主控制费用的积极性, 防范基金运行风险。 2、2020 年按照上级部署, 2020 年城乡居民医保费征缴工作全面移交税务部门, 我们将加强与税务部门的沟通和协调, 共同做好征缴移交工作, 确保在移交过程中工作不断、政策不变, 不影响群众参保缴费和待遇享受。 3、在 2020 年 1 月前取消城乡居民医保个人(家庭)账户, 全面实行门诊统筹。 4、将门诊统筹年度最高支付限额提高到 600 元, 报销比例提高到 70%。 5、督促各县市区将特殊门诊病种提高到 43 种, 报销比例提高到 70%。 6、在省医保局医保系统升级以后, 对全市城镇职工医保系统和城乡居民医保系统进行整合升级, 做到统一系统、统一数据。 7、积极打造智慧医保, 通过建立和完善医保业务平台、官方网站、手机 APP 终端和自助柜员机等多元化经办渠道, 优化服务模式, 提高办事效能。 8、坚持“以人民为中心”的发展理念, 深入贯彻全面从严治党要求, 努力打造“忠诚担当、团结干净、笃学尚德、务实创新”的医疗保障队伍。						
	1、各县市区医保全面推进了支付方式改革, 医疗费用得到了有效控制, 基金收支平衡。 2、2020 年度城乡居民医保征收工作已全面移交税务部门, 参保人数达 308.57 万人, 参保率稳定在 95% 以上。 5、城乡居民医保取消个人(家庭)账号, 全面实行门诊统筹, 启动高血压、糖尿病门诊用药保障工作。 6、门诊统筹最高支付限额提高到 600 元。特殊门诊病种提高到 43 种, 报销比例提高到 70%。 5、建立和完善多元化经办渠道、优化了服务模式, 提高了办事效能。						

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	城乡居民医疗征缴率	95%以上	完成	15	15	
		城乡居民医保门诊报销比例提高到	70%	完成	15	15	
	质量指标						
		平稳推进城乡居民医保费征缴职责划转	2020年城乡居民医保费征缴工作全面移交税务部门	完成	10	10	
	时效指标						
		全力推进城乡居民医保门诊统筹	各县市区在2020年1月前取消城乡居民医保个人(家庭)账户,全面实行门诊统筹,将门诊统筹年度最高支付限额提高到600元,报销比例提高到70%;将特殊门诊病种提高到43种,报销比例提高到70%	完成	10	10	
绩效指标(30分)	经济效益指标	基金收入	基金收入稳重求进	完成	5	5	
		平稳推进城乡居民医保费征缴职责划转	做好征缴移交工作,确保在移交过程中工作不断、政策不变、不影响群众参保缴费和待遇享受	完成	10	10	
	社会效益指标	全面落实医保脱贫攻坚任务	坚持国家、省医保局基本标准,落实好县域内住院综合报销比例85%的标准,治理过度保障。	完成	5	5	
		积极打造智慧医保	积极打造智慧医保,通过建立和完善医保业务平台、官方网站、手机APP终端和自助柜员机等多元化经办渠道	完成	5	5	
	生态效益指标						
		可持续影响指标	全面落实医保脱贫攻坚任务	以待遇置换方式,积极引导其他保障措施平稳过渡到现行三重保障制度框架内,确保医保扶贫工作质量更优、更持续。	完成	5	5
满意度指标(10分)	服务对象满意度指标	基金安全和医保保障	享有医保保障权益,缓解百姓因病致贫压力,提升参保积极性,保障基金收支安全。	完成	5	5	
		全面部署医保系统升级	建立和完善医保业务平台、官方网站、手机APP终端和自助柜员机等多元化经办渠道,优化服务模式,提高办事效能。	完成	5	5	
		总分		100	100	100	等级: 优

备注: 1. “执行率” = “全年执行数” / “全年预算数”;

2. 总分设置为100分, 等级划分为: 90分(含) — 100分为优, 80分(含) — 90分为良, 60分(含) — 80分为中, 60分以下为差。

附件 1-2

2020 年度项目支出绩效自评表

部门名称	株洲市医疗保障事务中心							
项目支出名称	专项名称	离休统筹缺口、困难企业退休退养人员基本医疗补助、离休干部属地管理费			项目总投资(万元)	3316		
	支出方向名称(子项目)	离休统筹缺口、困难企业退休退养人员基本医疗补助、离休干部属地管理费			其中: 财政拨款	3316		
项目总实施期: 2020 年							
年度项目资金(万元)	年度资金总额	年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分(分值×执行率)	
	合计	3316	3316	3316	10	100%	10	
	其中: 当年财政拨款							
	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				
	确保了离休干部医疗费用实报实销, 市本级市属困难企业退休退养人员按政策享受各项医保待遇, 同时发生的合理医疗费用得到及时结算。							
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	离休基金收	418 万元	完成	20	20	
		质量指标	离休干部身份证信息	身份证信息更新、完善	完成	15	15	
			加强离休住院沟通	有效地保障了离休干部的医疗费用需求, 同时实施定额包干调动医院积极性。	完成	15	15	
		时效指标						
	成本指标							
	效益指标(30分)	经济效益指标	加强部门之间的协商沟通	保证财政补贴及时足额到位, 确保离休统筹基金、困难企业退休退养补助资金安全运行。	完成	20	20	

						
社会效益指标	部署离休常规性工作	完成离休干部个人年度门诊医药费发放工作, 以及离休干部健康体检工作, 日常住院医疗工作	完成	10	10		
						
生态效益指标							
						
可持续影响指标							
						
满意度指标(10分)	服务对象满意度指标	基金安全和医保保障	全体离休干部享有医疗保障权益, 医院节约使用资金, 定额包干, 确保基金收支安全。	完成	5	5	
		人员医疗保障	确保困难企业退休退养人员、离休干部按政策享受各项医保待遇。	完成	5	5	
总分					100	100	
等级: 优							

备注：1. “执行率” = “全年执行数” / “全年预算数”；

2. 总分设置为 100 分, 等级划分为: 90 分(含) - 100 分为优, 80 分(含) - 90 分为良, 60 分(含) - 80 分为中, 60 分以下为差。

附件 1-2

2020 年度项目支出绩效自评表

部门名称	株洲市医疗保障事务中心							
项目支出名称	专项名称	城乡居民基本医疗保险		项目总投资(万元)	7137			
	支出方向名称(子项目)	城乡居民基本医疗保险		其中: 财政拨款	7137			
项目总实施期: 2020 年							
年度项目资金(万元)	年度资金总额	年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分(分值×执行率)	
	合计	7137	7137	7137	10	100%	10	
	其中: 当年财政拨款							
	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				
	确保城乡居民参保人员按政策享受各项医保待遇, 协议医疗机构发生的合理医疗费用得到及时结算。			确保城乡居民参保人员按政策享受各项医保待遇, 协议医疗机构发生的合理医疗费用得到及时结算。				
	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
		产出指标(50分)	数量指标	城乡居民医疗征缴率	95%以上	完成	10	10
				城乡居民医保门诊报销比例提高到	70%	完成	10	10
			质量指标					
时效指标				平稳推进城乡居民医保费征缴职责划转	2020 年城乡居民医保费征缴工作全面移交税务部门	完成	15	15

效益指标 (30分)		全力推进城乡居民医保门诊统筹	各县市区在2020年1月前取消城乡居民医保个人(家庭)账户,全面实行门诊统筹,将门诊统筹年度最高支付限额提高到600元,报销比例提高到70%;将特殊门诊病种提高到43种,报销比例提高到70%	完成	15	15	
		成本指标					
	经济效益指标	平稳推进城乡居民医保费征收职责划转	做好征缴移交工作,确保在移交过程中工作不断、政策不变、不影响群众参保缴费和待遇享受	完成	10	10	
	社会效益指标	全面落实医保脱贫攻坚任务	坚持国家、省医保局基本标准,落实好县域内住院综合报销比例85%的标准,治理过度保障。	完成	10	10	
	社会效益指标	积极打造智慧医保	积极打造智慧医保,通过建立和完善医保业务平台、官方网站、手机APP终端和自助柜员机等多元化经办渠道。	完成	10	10	
	生态效益指标						
	持续影响						
	满意度指标 (10分)	服务对象满意度指标	基金安全和医保保障	享有医保保障权益,缓解百姓因病致贫压力,提升参保积极性,保障基金收支安全。	完成	10	10
总分					100	100	等级: 优

备注: 1. “执行率” = “全年执行数” / “全年预算数”;
 2. 总分设置为100分,等级划分为: 90分(含) — 100分为优, 80分(含) — 90分为良, 60分(含) — 80分为中, 60分以下为差。