

2022 年度部门（单位）整体支出 绩效自评报告

部门（单位）名称：株洲市医疗保障局

2023 年 6 月 28 日



2022 年度株洲市医疗保障局部门整体支出绩效自评报告

一、部门（单位）基本情况

（一）基本情况。

1. 主要职能。

（一）拟订全市医疗保险、生育保险、医疗救助等地方性规划、政策和标准，并组织实施。

（二）组织制定并实施全市医疗保障基金监督管理办法，监督管理相关医疗保障基金，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革。

（三）组织制定并监督、指导全市医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制，组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案。

（四）按照动态调整机制，贯彻落实全省城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准。

（五）贯彻落实全省药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，协助建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，执行全省价格信息监测和信息发布制度。

（六）贯彻落实全省药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施。

（七）制定全市定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理

纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

（八）负责全市医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。指导和监督全市医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障经办业务工作。组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域合作交流。

（九）指导和监督各县市区医疗保障业务工作。

（十）完成市委、市政府交办的其他任务。

（十一）职能转变。市医保局应完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，巩固完善城乡居民医疗救助制度，建立全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。

（十二）与市卫生健康委的有关职责分工。市卫生健康委、市医保局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

2. 机构情况，包括当年变动情况及原因。

本部门共有编制人数 72 人，实有人数 56 人、退休人员 8 人。内设科室 6 个：办公室、机关党委（人事科）、待遇保障科、医药价格服务管理和招标采购科、规划财务科、基金监管和法规科。本部门包含下属二级预算单位 1 个：株洲市医疗保障事务中心。

3. 人员情况，2022 年末实有在职人员 56 人，退休 8 人。

原因是 2022 年新增退休 5 人。

二、一般公共预算支出情况

2022 年本部门预算收入 1958.69 万元，年初预算 1407.31 万元，调整追加 551.38 万元。2022 年预算支出 1958.69 万元，其中基本支出 1551.95 万元，项目支出 406.74 万元，结余结转 0 万元。

（一）基本支出情况

2022 年本部门基本支出 1551.95 万元，基本支出为人员经费和公用经费，其中人员经费 1193.67 万元，公用经费 358.28 万元。

（二）项目支出情况

2022 年本部门项目支出 406.74 万元，为医疗保障能力提升及基金监管专项资金、公益性岗位补贴和社保补贴、中央补助医疗服务与保障能力提升资金和市级统筹专项奖补资金等项目资金。

三、政府性基金预算支出情况

本单位无政府性基金预算支出情况。

四、国有资本经营预算支出情况

本单位无国有资本经营预算支出情况。

五、社会保险基金预算支出情况

本单位社会保险基金预算支出情况另行呈报。

六、资金使用及绩效情况

（一）整体支出绩效情况

一是聚焦改革创新“促发展”，持续释放了医疗保障红利。一是全国唯一医药和耗材集采地级市升级为“株洲市际联盟”。

2022年5月经省医保局批复同意，株洲“八市联盟”医用耗材带量采购联盟升级为“株洲市际联盟”。2022年1月1日起执行的八市联盟医用耗材带量采购成效显著，6个产品15个型号低值医用耗材平均降幅72.7%，年均节约医用耗材采购费用2.96亿元，其中株洲可节约采购资金3422万元。“株洲市际联盟”中选的医用胶片类产品，获全国“省际联盟”带量采购牵头省份之一中原大省河南省采信认可。“株洲市际联盟”因集采社会反响好，降价效果显著，《中国医疗保险》拟作为典型案例予以刊登。组织医疗机构完成湖北中成药联盟集中带量采购约定量分配工作，完成国采集中带量采购药品续约和五市联盟药品带量采购续约。全面落实国家组织胰岛素专项集中带量采购和人工关节集中带量采购中选结果，按株洲市需求量静态测算，预计一年可分别节约费用1239.3万元和3348万元。全面执行十一省药物涂层球囊省际联盟采购中选结果，平均降幅70%，最高降幅76.56%。目前，我市落地执行国家冠脉支架、人工关节、人工晶体等六大类高值耗材集采结果和国家、省级集采药品共476个，全市一年可节省采购资金约8.03亿元。对全市185家医疗机构实施药品集采结余留用资金共计650.78万元，大幅提高了医疗机构落实集采政策的积极性。由于成效显著，省医保局以《株洲：严格把关，让“清廉招采”成为“品牌”》为题，在《湖南日报》推广株洲市清廉医药招采工作经验，并获推荐为省级“清廉机关”示范样本培树点；株洲市纪委监委以《让医药招采在“阳光”下进行》为题，在《株洲日报》推介市医保局“清廉医保”建设工作。

二是全国试点参保人员信息授权查询和使用子系统上线试运行。株洲市为全国12个试点城市之一和全省唯一的试点城市。株洲

市医保局按照“制度先行、顶层设计、搭建平台、逐步完善”的总体思路，开展了前期调研、方案论证、专家研讨、功能开发、系统测试等大量深入细致的工作。目前，参保人员个人信息授权查询和使用系统已上线试运行。截至2022年底，已有6家商保机构完成单位网厅注册登录，系统通过使用产生授权查询操作记录64000多条。国家医疗保障局基金监管司对株洲市试点工作取得的成绩给予充分肯定，株洲市医保局将在全国参保人员个人信息授权查询和使用工作试点推进会上作典型交流发言，推介株洲经验。三是全省率先推进DRG支付方式改革。全市55家二级以上医院符合DRG改革条件，38家医院被确认为首批DRG改革医院，计划从2023年1月开始，开展首批DRG模拟付费，首批模拟付费医院占比69%，整体情况走在全省前列。

二是聚焦健全制度“防风险”，加快完善了医疗保障体系。一是全省首创医保基金监管“双闭环”制度。全省首创城镇职工医保基金总额控制管理办法和城乡居民医保以“健康人头付费”为基础的总额控制支付方式株洲模式，“事前”推行总额管理，报市政府审批后进行预付，“事中”开展日常稽核、飞行检查、纪检公安大数据分析、第三方协助监管打击欺诈骗保和财政部门中期评估，“事后”通过预留金返还、年终决算、信用评价、第三方审计、财政和审计等部门的绩效评价严格考核，形成全方位基金监管外部“闭环”。全局内部加强基金内控管理，对所有经办业务建立内部相互监督制约体系，市医保中心医审科、基金财务科、结算科和各业务科室实行各环节互相监督制约的“双控”机制，经办业务全流程系统平台完成，形成全过程基金监管内控“闭环”。二全力开展了打击欺诈骗保套保挪用贪占医保基

金集中整治，2022 年全市现场检查定点医药机构 1950 家，处理定点医药机构 397 家次，共查处医保基金 1342.42 万元，株洲市获评 2022 年度全省打击欺诈骗保集中整治工作表现突出地区。

三是聚焦惠民利民“谋福祉”，不断提高了医疗保障水平。

一是推进“规范化”建设，提升医保服务“满意率”。聚焦医保经办服务惠民利民，深入开展全国医疗保障经办服务规范化示范点创建，着力打造群众满意的示范窗口。创新形式编印《医保惠民惠企政策一本通》，上线电子书，将惠民惠企政策直接“亮”在市民面前。按照 6S 标准打造国家级医保服务示范窗口，做到“八项”制度上墙，实施“一件事一次办”服务，建立了全市统一规范的医疗保障经办政务服务事项清单制度和办事指南，35 项经办事项全部入驻政务服务大厅，实现“一站式办结”。深入开展“党员示范岗”和“窗口之星”创建活动，实施“好差评”制度，医保办事办结率 100%，群众好评率达 99.9%。

二是推进“信息化”建设，打造指尖服务“升级版”。全省率先开通医保移动支付，实现“码”上结算。2022 年 6 月，湖南省医保移动支付首家医院上线仪式在株洲举行，湖南省线上医保移动支付在株洲市率先落地，为我省其他市州开通医保移动支付提供了经验和样板，获省医保局孙兆泉副局长和杨胜跃副市长充分肯定。市医保局投入信息化软硬件设施建设 200 多万元，打造全省联网的多功能综合自助柜员机升级版，在全省率先实现医保业务“全城通办、区级直办、就近快办、不见面办”，着力打造医保经办服务“15 分钟服务圈”。全市实现 107 个乡镇（街道）提供 7 项以上医保服务，1384 个村（社区）医保“帮代办”服务，乡镇（街道）、村（社区）服务覆盖率均达到 100%。市区任意一家医保

经办机构都可办理医保个人业务，医保业务“全城通办”；对医药机构实行“分区管理”，实现“区级直办”；推进医保经办服务向县市区、乡镇（街道）、村（社区）下沉，向园区、医院、药店、银行延伸，实现“就近快办”；实现实体大厅端、PC端、移动端、自助端的“四端”办理，实现“不见面办”。三是推进“协同化”建设，实现医保经办“跨省通”。聚焦异地就医和购药医保待遇报销、个人账户结算等“热点”“难点”问题，靶向发力，推行“自助办、容缺办、帮代办、简化办”，实现异地就医备案“零跑腿”，实现基本医保关系转移接续等6项高频政务服务事项的“跨省通办”。全面落实省重点民生实事并提前超额完成，全省率先实现县市区普通门诊费用和5个门诊慢特病治疗费用跨省直接结算全覆盖，目前，全市已开通187家医疗机构普通门诊费用跨省直接结算和43家医院5个门诊慢特病治疗费用的跨省直接结算，开通数量居全省首位。推进个人账户异地购药、异地安置人员个人账户金网上返还和个人账户金省内互转三项“微改革”，全省率先实现医保个人账户家庭共享和跨区域流转，2022年，个人账户家庭共享业务共结算13433人次，个人账户结算金额达48.48万元，进一步提升参保群众医保服务获得感、幸福感。

（二）项目支出绩效情况

1、年初预算项目“医疗保障能力建设及监管专项工作经费”。年初预算金额100万元，实际支出100万元。项目实施及绩效情况见附件1-3-1。

2、年初预算项目“医疗保障行政执法工作经费”预算金额

40 万元，实际支出 40 万元。项目实施及绩效情况见附件 1-3-2。

3、年中追加项目“中央补助医疗服务和保障能力提升项目经费”，总金额 172 万元，其中局机关本级 122 万，事务服务中心 50 万元，为上级转移支付预算，实际支出 172 万元。项目实施及绩效情况见附件 1-3-3。

4、年中追加项目“深化医疗保障改革工作专项经费”，预算金额 50 万元，实际支出 50 万元。项目实施及绩效情况见附件 1-3-4。

5、年中追加项目“市级统筹奖补资金”，为医疗保障事务中心使用，预算金额 35 万元，实际支出 35 万元。项目实施及绩效情况见附件 1-3-5。

6、年中追加项目“就业专项资金和公益性岗位社保补贴”为医疗保障事务中心使用，预算金额 2.5 万元，实际支出 2.5 万元。项目实施及绩效情况见附件 1-3-6。

七、存在的问题及原因分析

2022 年，我单位坚持积极履职，注重强化管理，能全面完成年度工作目标，但绩效管理过程中仍存在一些绩效评价可量化的指标不够多，绩效管理过程执行不到位等问题。究其原因，一是综合绩效管理力量还不够强，绩效管理多由财务人员牵头开展，还未形成多部门联合开展绩效管理的合力；二是部分可量化指标设定的科学性和规范性还有进一步加强。

八、下一步改进措施

下一步，我单位将以促进全过程绩效管理为目标，树立“有效使用、节约管理”的工作理念，进一步健全预算绩效管理工作

机制，明确预算绩效管理职责分工，全面强化绩效管理工作，提升财政资金使用效能。

九、部门整体支出绩效自评结果拟应用和公开情况

本部门整体支出绩效自评结果于单位官网进行公开。

十、其他需要说明的情况

无

附件：1-1. 2022 年度部门整体支出绩效评价基础数据表

1-2. 2022 年度部门整体支出绩效自评表

1-3. 2022 年度项目支出绩效自评表

附件 1-1

2022 年度部门整体支出绩效评价基础数据表

财政供养人员情况（人）	编制数		2022 年实际在职人数		控制率	
	72		56		77.78%	
经费控制情况（万元）	2021 年决算数		2022 年预算数		2022 年决算数	
三公经费	44.15		22.3		10.42	
1、公务用车购置和维护经费	34.3		12.3		8.3	
其中：公车购置	25.36		0		0	
公车运行维护	8.95		12.3		8.3	
2、出国经费	0		0		0	
3、公务接待	9.83		10		2.12	
项目支出：	202.71		145		406.74	
1、医疗保障能力建设及监管专项工作经费	99.9		100		100	
2、医疗保障行政执法工作经费			40		40	
3、中央补助医疗服务和保障能力提升项目经费					172	
4、深化医疗保障改革工作专项经费					50	
5、市级统筹奖补资金					35	
6、就业专项资金和公益性岗位设保补贴					2.5	
公用经费			380.46		358.28	
其中：办公经费			69.5		84.94	
水费、电费、差旅费			22		36.24	
会议费、培训费			20.5		17.64	
政府采购金额	——		418.42		462.34	
部门基本支出预算调整	——		1262.31		1551.94	
楼堂馆所控制情况 (2022 年完工项目)	批复规模 (m ²)	实际规模 (m ²)	规模控制 率	预算投资 (万元)	实际投资 (万元)	投资概 算控制 率
	0	0	0	0	0	0
厉行节约保障措施						

说明：“项目支出”需要填报基本支出以外的所有项目支出情况，“公用经费”填报基本支出中的一般商品和服务支出。

附件 1-2

2022 年度部门整体支出绩效自评表

市级预算 部门名称		株洲市医疗保障局					
年度预 算申 请 (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	1407.31	1958.69	1958.69	10	100%	10
	按收入性质分:			按支出性质分:			
	其中: 一般公共预算: 1958.69				其中: 基本支出: 1551.95		
	政府性基金拨款:				项目支出: 406.74		
	纳入专户管理的非税收入拨款:						
年度总 体 目 标	其他资金:						
	预期目标			实际完成情况			
	打造三大全国“品牌”，全面推进医保“管理精细化”：一是打造“两病”门诊用药保障专项行动示范品牌。二是打造医药集中带量采购及相关配套改革试点品牌。三是打造参保人员个人信息授权查询。深化三项制度“创新”，全面推进医保“改革长效化”：一是深化医保支付方式改革，让更多“好药”纳入医保报销。二是深化医疗服务价格改革，让价格杠杆功能得到充分发挥。三是深化职工医保门诊共济制度改革，让参保职工门诊就医负担减轻。深化三项制度“创新”，全面推进医保“改革长效化”：一是深化医保支付方式改革，让更多“好药”纳入医保报销。二是深化医疗服务价格改革，让价格杠杆功能得到充分发挥。三是深化职工医保门诊共济制度改革，让参保职工门诊就医负担减轻。促进三个体系“升级”，全面推进医保“服务便捷化”：一是促进医保融合发展体系升级，提升医保经办服务效能。二是促进医保智能监管体系升级，守好人民群众的“救命钱”。三是促进医保信息化建设体系升级，打造指尖上的“智慧医保”。			持续释放了医疗保障红利。株洲“八市联盟”医用耗材带量采购联盟升级为“株洲市际联盟”。6 个产品 15 个型号低值医用耗材平均降幅 72.7%，年均节约医用耗材采购费用 2.96 亿元，其中株洲可节约采购资金 3422 万元。全面执行十一省药物涂层球囊省际联盟采购中选结果，平均降幅 70%，最高降幅 76.56%。参保人员个人信息授权查询和使用系统已上线试运行。截至 2022 年底，已有 6 家商保机构完成单位网厅注册登录，系统通过使用产生授权查询操作记录 64000 多条。全市 38 家医院被确认为首批 DRG 改革医院。加快完善了医疗保障体系。全省首创城镇职工医保基金总额控制管理办法和城乡居民医保以“健康人头付费”为基础的总额控制支付方式株洲模式。全力开展了打击欺诈骗保套保挪用贪占医保基金集中整治，2022 年现场检查定点医药机构 1950 家，处理定点医药机构 397 家次，共查处医保基金 1342.42 万元，获评 2022 年度全省打击欺诈骗保集中整治工作表现突出地区。不断提高了医疗保障水平。按照 6S 标准打造国家级医保服务示范窗口，35 项经办事项全部入驻政务服务大厅,医保办事办结率 100%，群众好评率达 99.9%。全省率先开通医保移动支付，实现“码”上结算。市医保局投入信息化软硬件设施建设 200 多万元，着力打造医保经办服务“15 分钟服务圈”。全市实现 107 个乡镇（街道）提供 7 项以上医保服务，1384 个村（社区）医保“帮代办”服务，乡镇（街道）、村（社区）服务覆盖率均达到 100%。实现异地就医备案“零跑腿”，实现基本医保关系转移接续等 6 项高频政务服务事项的“跨省通办”。全省率先实现县市区普通门诊费用和 5 个门诊慢特病治疗费用跨省直接结算全覆盖。推进个人账户异地购药、异地安置人员个人账户金网上返还和个人账户金省内互转三项“微改革”，全省率先实现医保个人账户家庭共享和跨区域流转			

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	出台医保惠民政策	1 项以上	2	5	5	
		经办事项全部入驻政务服务大厅	100%	100%	5	5	
		办事办结率达到 100%	100%	100%	3	3	
		医保基金监督检查率	100%	100%	5	5	
		推行医保支付方式改革和 DRG、DIP 试点	逐步推开	已推开	5	5	
		医保基金查处主动曝光率	100%	100%	5	5	
		医保基金交办查处率	100%	100%	3	3	
	质量指标	定点医药机构医保电子凭证推广应用率	100%	100%	6	6	
		基金预警和风险控制能力	有所提高	有所提高	4	4	
	时效指标	医疗救助资金发放及时性	100%	100%	4	4	
	成本指标	按预算执行	不超预算	不超预算	5	5	
效益指标 (30 分)	经济效益指标	参与带量药品集中采购相关医疗机构完成中选药品约定采购量	100%	100%	4	4	
		药品限价采购平台在全市公立医院覆盖率	100%	100%	4	4	
		国家集采药品带量采购预付医疗机构比例	50%	50%	4	4	
		复合式付费方式推广	逐步推开	已推开	4	4	
	社会效益指标	医保办事效能	提升	有提升	4	4	
		开通村级医保“帮代办”服务	1000 个以上	1384	4	4	
		医保数据共享程度	提升	有提升	2	2	

		社会效益指标	“跨省通办”业务事项	3项以上	6项	2	2	
		可持续影响指标	基金平稳运行	提升	有提升	2	2	
	满意度指标 (10分)	服务对象满意度指标	参保群众满意度	≥85%	≥90%	10	10	
总分						100	100	等级：优

附件 1-3-1

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	医疗保障能力建设及基金监管专项工作经费							
主管部门	市医疗保障局			实施单位	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	100	100	100	10	100%	10	
	其中：当年财政拨款	100	100	100	10	100%	10	
	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				
	1、推进医保支付方式改革； 2、进一步推进医保市级统筹； 3、全面做好国家医保信息平台上线工作； 4、持续开展医用耗材及检验试剂集中招采； 5、调整医疗服务价格； 6、加强全市医疗保障系统队伍建设； 7、加大医保基金监管力度，确保医保基金安全。			八市联盟医用耗材带量采购成效显著，6个产品 15 个型号低值医用耗材平均降幅 72.7%，年均节约医用耗材采购费用 2.96 亿元，其中株洲可节约采购资金 3422 万元。55 家二级以上医院符合 DRG 改革条件，38 家医院被确认为首批 DRG 改革医院。全省率先开通医保移动支付，实现“码”上结算。全市已开通 187 家医疗机构普通门诊费用跨省直接结算和 43 家医院 5 个门诊慢特病治疗费用的跨省直接结算，开通数量居全省首位。				
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	定点医疗机构医保电子凭证推广覆盖率	100%	100%	10	10	
			全市个人医保电子凭证激活率	≥ 40%	≥ 40%	5	5	
			医保基金监督检查率	100%	100%	5	5	
			城乡居民医疗征缴率	≥ 95%	≥ 95%	5	5	
		质量指标	全民参保数据库覆盖率	100%	100%	6	6	
			医保基金问题交办查处率	100%	100%	6	6	
		时效指标	医保信息系统重大安全事件响应时间	≤ 60 分钟	≤ 60 分钟	5	5	
			医保信息系统运行维护响应时间	≤ 30 分钟	≤ 30 分钟	5	5	
		成本指标	按预算执行	不超预算	不超预算	3	3	

	效益指标 (30分)	经济效益指标	参与药品集中采购相关医疗机构中选药品使用率	≥70%	≥70%	10	10	
			药品限价采购平台在全市公立医院覆盖率	100%	100%	3	3	
			专项采购预付医疗机构比例	30%	30%	2	2	
			复合式付费方式推广率	≥95%	≥95%	2	2	
		社会效益指标	医保办事效能	提升	提升	5	5	
			医保数据共享程度	提升	提升	5	5	
		可持续影响指标	因病致贫率	降低	降低	3	3	
	满意度指标 (10分)	服务对象满意度指标	参保群众满意度	≥85%	95%	10	10	
总分						100	100	等级：优

附件 1-3-2

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	医疗保障行政执法工作经费							
主管部门	市医疗保障局			实施单位	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		40	40	10	100%	10	
	其中：当年财政拨款		40	40	10	100%	10	
	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				
	保障医保基金监管行政执法的正常开展，切实保障行政执法全程记录，达到规范执法、科学执法。			处理定点医药机构 397 家次，共查处医保基金 1342.42 万元，配备了执法设备，加强了执法人员培训。				
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	交办查处率	100%	100%	15	15	
			主动曝光率	100%	100%	15	15	
			医保基金监督检查率	100%	100%	15	15	
		成本指标	执法经费控制率	不超预算	不超预算	5	5	
	效益指标 (30 分)	社会效益指标	医疗保障覆盖率	高于去年同期	高于去年同期	30	30	
	满意度 指标 (10 分)	服务对象 满意度指 标	群众满意度	满意	满意	10	10	
总分					100	100	等级：优	

附件 1-3-3

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	中央补助医疗服务和保障能力提升项目经费							
主管部门	市医疗保障局				实施单位	市医疗保障局及市医保事务中心		
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			172	172	10	100%	10
	其中：当年财政拨款			172	172	10	100%	10
	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。				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。			
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	召开医保新闻发布会、政策吹风会次数	≥ 2 次	2 次	5	5	
			召开医保工作政府信息公开市级工作会	≥ 1 次	4 次	4	4	
			医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查	全覆盖	全覆盖	2	2	
			医保信息系统正常运行率	≥ 90%	≥ 90%	2	2	
			定点医药机构监督检查覆盖率	≥ 90%	100%	2	2	
			医保人才培养合格率	100%	100%	2	2	
			推行 DIP/DRG 医保支付方式改革	统筹地区 ≥ 40% 已开展改革地区： 医疗机构 ≥ 40% 病种 ≥ 70% 基金 ≥ 30%	统筹地区 ≥ 100% 已开展改革地区： 医疗机构 ≥ 69% 病种 ≥ 90% 基金 ≥ 70%	3	3	

			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%	100%	3	3	
		质量指标	医保法治建设能力	有所提高	有所提高	3	3	
			基金预警和风险控制能力	有所提高	有所提高	3	3	
			医保综合监管能力	显著提升	显著提升	3	3	
			医保宣传能力	显著提升	显著提升	3	3	
			医疗服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革试点执行情况	按时按要 求落实和 执行	按时按要 求落实和 执行	3	3	
			医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况	按时按要 求落实和 执行	按时按要 求落实和 执行	3	3	
			国谈药等相关药品落地及统计监测情况	按时按要 求落实和 执行	按时按要 求落实和 执行	3	3	
			原各省份自行增补纳入医保支付药品的消化情况	100%消 化	100%消 化	3	3	
			集中采购落实情况	按时按要 求落实和 执行	按时按要 求落实和 执行	3	3	
		时效指标	医保信息系统重大安全事件响应时间	≤ 60 分钟	≤ 60 分 钟	5	5	
			医保信息系统运行维护响应时间	≤ 30 分钟	≤ 30 分 钟	5	5	
	效益指 标 (30 分)	经济效益指标	基金预警和风险控制能力	有所提高	有所提高	10	10	
		社会效益指标	医保经办服务能力	有所提高	有所提高	10	10	
			医保标准化水平	显著提升	显著提升	10	10	
	满意度 指标 (10 分)	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	≥ 85%	95%	10	10	
总分						100	100	

附件 1-3-4

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	深化医疗保障改革工作专项经费								
主管部门	市医疗保障局				实施单位	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		50	50	10	100%	10		
	其中：当年财政拨款		50	50	10	100%	10		
	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				
	1.全面推进 DRG 改革，构建 DRG 付费管理体系。2.做好“两病”患者健康管理，包括创新高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障管理模式，探索通过政府购买服务的方式。3.以国家医保信息平台在株洲上线为契机，建立统一的定点医药机构医保基金智能监控平台。				全市 55 家二级以上医院符合 DRG 改革条件，38 家医院被确认为首批 DRG 改革医院。株洲市为全省第一批开通门诊慢特病治疗费用跨省异地就医直接结算的地市，也是湘赣边区域第一个开通的城市。湖南省线上医保移动支付在株洲市率先落地。				
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	DRG 启动及相关部署会议	1 次以上	2	10			
			DRG 付费模拟医疗机构 30 家以上	30 家以上	38	10			
			信息平台全面上线	100%	100%	5			
		质量指标	DRG 改革推进有成效	有提升	有提升	5			
			“两病”患者健康管理模式效率	有提升	有提升	5			
			信息平台上线业务办结效率	100%	100%	5			
			开通慢特病异地结算	全面实现	已完成	5			
		时效指标	率先线上医保移动支付	省内率先	已完成	5			
		效益指标（30 分）	经济效益指标	医疗保障改革项目推进有力	有提升	有提升	10		
				患者结算便捷	有提升	有提升	10		
	社会效益指标		基金使用更合理	提高	提高	5			

			经办手续便捷 度提升	提高	提高	5		
	满意度 指标 (10分)	服务对象 满意度指 标	参保对象满意	85%	90%	10		
总分						100	100	等级：优

附件 1-3-5

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	市级统筹专项奖补资金							
主管部门	市医保局			实施单位	市医疗保障事务中心			
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		35	35	10	100%	10	
	其中：当年财政拨款		35	35				
	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				
	解决困难企业医保历史遗留问题和推动实施市级统筹工作			解决困难企业医保历史遗留问题和推动实施市级统筹工作				
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	市本级基本医疗保险参保人数	≥126 万人	≥126 万人	10	10	
			职工基本医疗保险累计结余可支付月数	≥6 个月	≥6 个月	10	10	
			城乡居民基本医疗保险累计结余可支付月数	≥6 个月	≥6 个月	10	10	
		质量指标	定点医疗机构医保电子凭证推广覆盖率	100%	100%	10	10	
			城乡居民城区基本医疗保险市级统筹	全城通办	全城通办	5	5	
		时效指标	推行医保支付方式改革和 DRG、DIP 试点	逐步推开	逐步推开	5	5	
	效益指标 (30 分)	经济效益指标	基金预警和风险控制能力	有所提高	有所提高	10	10	
		社会效益指标	医保经办服务能力	有所提高	有所提高	10	10	
			医保标准化水平	显著提升	显著提升	10	10	
	满意度 指标 (10 分)	服务对象 满意度指 标	参保人员对医保服务的满意度	≥85%	95%	10	10	
	总分					100	100	

附件 1-3-6

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	就业专项资金和公益性岗位社保补贴							
主管部门	市医保局				实施单位	市医疗保障事务中心		
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		2.5	2.5	10	100%	10	
	其中：当年财政拨款		2.5	2.5				
	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			
	发放公益性岗位工资和缴纳社保费				发放公益性岗位工资和缴纳社保费			
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	享受公益性岗位 补贴人数	1人	1人	5	5	
			享受社会保险补 贴人数	1人	1人	5	5	
		质量指标	资金到位率	100%	100%	10	10	
			预算执行率	100%	100%	10	10	
		时效指标	发放时间	2022年	2022年	10	10	
			补贴及时性	100%	100%	10	10	
	效益指标 (30分)	经济效 益指标	公益性岗位补贴 发放准确率	100%	100%	15	15	
			补贴合规性	100%	100%	15	15	
	满意度 指标 (10分)	服务对 象满意 度指 标	公益性岗位人员 满意度	100%	100%	5	5	
			就业服务满意度	100%	100%	5	5	
	总分						100	100

附件 1-3-7

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	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							
主管部门	市医保局				实施单位	市医疗保障事务中心		
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		3270	3270	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			
	1、贯彻落实好《株洲市离休干部医药费统筹管理办法》（株政发【2010】39号）和湘劳社政字[2007]11号文。2、解决好市属特困企业离休干部医疗统筹补助缺口问题。3、妥善解决好市属特困企业离休干部医疗保障。4、更好地进行离休干部的管理工作，实现专人专门管理和体现政府部门对离休干部的关爱。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。				1、贯彻落实好《株洲市离休干部医药费统筹管理办法》（株政发【2010】39号）和湘劳社政字[2007]11号文。2、解决好市属特困企业离休干部医疗统筹补助缺口问题。3、妥善解决好市属特困企业离休干部医疗保障。4、更好地进行离休干部的管理工作，实现专人专门管理和体现政府部门对离休干部的关爱。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	征缴收入	362万元	362万元	10	10	
		质量指标	全面完善离休 干部身份证信 息	100%	100%	10	10	
			基金滚存结余 可支配月数 (月)	≥6个月	≥6个月	10	10	
			时效指标	离休干部统筹 征缴工作移交 税务	100%	100%	10	10
		待遇资金发放 及时性		100%	100%	10	10	
	效益指 标 (30分)	经济效 益指标	医疗保障水平	稳步提高	稳步提高	10	10	
			保障医疗保障 基金安全	切实保障医 疗保障基 金安全， 对欺诈骗 保行为予 以追回。	切实保障医 疗保障基 金安全，对欺 诈骗保行为予 以追回。	10	10	

			财政补助资金到位率(%)	100%	100%	10	10	
	满意度指标 (10分)	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	≥85%	95%	5	5	
			参保群众政策知晓度	普遍知晓	普遍知晓	5	5	
总分						100	100	

附件 1-3-8

2022 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	城乡居民基本医疗保险							
主管部门	市医疗保障局				实施单位	市医疗保障事务中心		
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			6073	6073	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			
	全力推进城乡居民医保门诊统筹，确保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。				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	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	95%以上	10	10	
			2022 年城乡居民 市本级收入	≥69629 万元	76315 万元	10	10	
		质量指标	城乡居民基本医 疗保险累计结余 可支付月数	≥6 个月	≥6 个月	10	10	
			以常住人口数为 基数的基本医保 综合参保率（%）	≥95%	≥95%	10	10	
			高血压、糖尿病门 诊用药保障覆盖 率	100%	100%	10	10	
	效益指 标 (30 分)	经济效 益指标	医疗保障水平	稳步提高	稳步提高	10	10	
			财政补助资金到 位率（%）	100%	100%	10	10	
		社会效 益指标	医疗保障信息 化建设	进一步方 便群众参 保、缴费及 享受待遇	进一步方 便群众参 保、缴费及 享受待遇	10	10	
	满意度 指标 (10 分)	服务对 象满意 度指标	参保人员对医 保服务的满意度	≥85%	95%	5	5	
			参保群众政策 知晓度	普遍知晓	普遍知晓	5	5	
总分						100	100	