

(2021年度)部门(单位)整体支出预算绩效自评导出表

部门(单位)名称:		忻州市医疗保障局					
内设职能部门个数:	3	下属预算单位个数:		1			
核定的人员编制数:	10	实际在职人员总数:	6	人;其中在编人数:	6		
联系人:	刘文静	联系电话:		03503333898			
评价开始时间:	2022-06-20	评价结束时间:		2022-07-20			
评价得分:	93.92	评价等级:		优秀			
职能名称	政策或重点任务	完成情况	预算数(万元)	其中:财政拨款	执行数(万元)	其中:财政拨款	
组织制定全市医疗保障筹资和待遇政策并组织实施完善动态调整机制统筹推进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。负责市直及以上驻忻府区机关、事业、企业、社会团体等单位的医疗保险和生育保险管理工作。	深入推进医疗保障制度改革,巩固医疗保障脱贫攻坚战成效	全市456330名脱贫人口全部纳入了医保帮扶政策覆盖范围,在市内实现了“基本医保+大病保险+补充保险+医疗救助”四项医疗保障帮扶政策。“一站式服务、窗口办理、一单制结算”,市委市政府授予忻州市医保局“忻州市脱贫攻坚先进单位”	5	5	1.83	1.83	
组织制定并实施全市医疗保险基金监督管理办法,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。	完善县域医疗集团打包付费促进分级诊疗,深化医保支付方式改革	是对全市14个县域医疗集团实行医保基金“总额预算、打包付费”,完成了2020年度基金清算,签订了2021年度打包付费服务协议,已支付医疗集团2021年医保基金1676万元。二是推进控费付费改革,全市累计推出临床路径明确的30多种常见病、多发病开展住院按病种付费;将301种日间手术治疗病种纳入门诊按病种付费管理。三是探索DRG付费方式改革试点。	5	5	1.83	1.83	
负责医疗保险经办管理、公共服务体系和信息化建设,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,开展医疗保障领域国内合作交流。	提升医保经办服务水平和公共服务能力	全力加快推进忻州市医保骨干网络建设,15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移等各项基础工作进程。	548.40	548.40	60.79	60.79	
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。	加强医保基金监管力度,持续开展打击欺诈骗保专项治理行动	组织开展学习、宣传、贯彻《条例》“五专行动”连续组织开展“宣传贯彻《条例》加强基金监管”集中宣传月活动;自查自纠和省、市抽查、复查、飞行检查以及专项检查等形式,完成对全市所有两定机构多轮次全覆盖检查,基本实现机构检查率、费用初审率、线索办结率、案办兑现率、人员培训率五个100%目标。	110.00	110.00	5.23	5.23	
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	权重	目标值	业绩值	得分
年度绩效指标	产出指标	数量	医保业务信息系统使用率	16.67	≥90%	90%	16.67
			质量	完善医保政策,参保人员及时享受待遇	16.66	≥90%	90%
		时效	完善业务系统异地就医结算功能,完善跨省异地就医直接结算措施	16.66	全年	90%	14.99
	效益指标	社会效益	医疗生育保险政策落实,建设市县乡村多层次医疗保障体系;医药机构医保协议和支付管理,异地就医管理工作落实。	16.67	成效明显	90%	15
		可持续影响	深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全。	16.67	持续进行	90%	15
	满意度指标	满意度	参保人员对医保工作的满意度	16.67	明显提升	90%	15

待遇保障与医药服务工作经费项目绩效自评表

(2021年度)

项目名称		待遇保障与医药服务工作经费									
主管部门		忻州市医疗保障局-408			实施单位		忻州市医疗保障局				
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				10	10	3.66	10	36.6	3.66
		其中:中央财政资金				0	0	0	—	0	—
		省级财政资金				0	0	0	—	0	—
		市(县、区)财政资金				10	10	3.66	—	36.6	—
		上年结转资金				0	0	0	—	0	—
		其他资金				0	0	0	—	0	—
年度总体目标	预期目标				实际完成情况						
	一、扎实做好医保扶贫工作。农村建档立卡贫困人口、特困供养人员参加基本医疗保险个人缴费部分给予全额资助,确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率分别达到100%。建档立卡贫困人口、特困供养人员省内定点医疗机构住院综合保障比例平均达到90%。二、推进医保支付方式改革。对业务信息系统进行全方位升级,助推医保支付方式改革高效发展。三、完善跨省异地就医结算。完善业务系统异地就医结算功能,完善跨省异地就医直接结算措施。				确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率:100%;建档立卡贫困人口、特困供养人员省内定点医疗机构住院综合保障比例:90%;对业务信息系统进行全方位升级、助推医保支付方式改革高效发展等工作经费:不超预算。						
一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	调整后指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施			
绩效目标	产出指标	数量指标	确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率	100%		100%	12.9	12.9			
		质量指标	建档立卡贫困人口、特困供养人员省内定点医疗机构住院综合保障比例	>=90%		90%	12.85	12.85			
		时效指标	完善业务系统异地就医结算功能,完善跨省异地就医直接结算措施	全年		100%	12.85	12.85			
		成本指标	对业务信息系统进行全方位升级、助推医保支付方式改革高效发展等工作经费	不超预算		100%	12.85	12.85	对业务信息系统进行全方位升级、助推医保支付方式改革高效发展等方面工作经费		
	效益指标	社会效益	参保人员就医结算便捷程度	明显提高		95%	12.85	12.21			
		可持续影响指标	医疗生育保险政策落实,建设市县乡村多层次医疗保障体系;医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理等工作落实	成效明显		100%	12.85	12.85			
满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度	基本满意		95%	12.85	12.21	满意度95%			
总分						100	92.38				
项目绩效分析	自评结果分析	项目实施和预算执行情况分析	2021年全市基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率达到100%;建档立卡贫困人口、特困供养人员省内定点医疗机构住院综合保障比例:90%,受疫情影响,相应差旅费、宣传等工作经费减少,预算执行数为3.66,预算执行率为36.6%。								
		产出情况分析	2021年全市基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率达到100%;建档立卡贫困人口、特困供养人员省内定点医疗机构住院综合保障比例不低于90%,完善业务系统异地就医结算功能,完善跨省异地就医直接结算措施。在不超预算的情况下,实现对业务信息系统进行全方位升级、助推医保支付方式改革高效发展等工作任务。								
		效益情况分析	2021年随着业务系统异地就医结算功能的逐步完善,跨省异地就医直接结算覆盖面的扩展,很大程度的提高了参保人员就医结算便捷度。医疗生育保险政策落实,建设市县乡村多层次医疗保障体系;医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理等工作落实成效明显。								
		满意度情况分析	随着业务系统升级,直接结算方式更便捷,服务群众满意度达95%								
	主要经验做法	通过认真组织实施待遇保障与医药服务政策,并对资金开展绩效自评工作,绩效目标评价得分77.61,如期完成了2021年度绩效目标。对于未达到预期绩效目标的情况提出如下建议,以切实提高财政资金使用效益和效率。一是利用绩效自评成果改进下一年度绩效自评指标,及时总结经验,改进管理措施,从而完善项目自评机制,有效提高资金管理水平和使用效率,及时发挥财政资金效能;二是与下一年度预算安排结合,将自评结果作为下一年度资金分配及预算的重要依据。									
项目管理中存在的主要问题及原因分析	绩效管理工程质量有待提升,绩效目标编制中绩效指标设置还不够科学合理,指向性不强。										
下一步改进措施及管理建议	<p>(一)夯实预算绩效管理基础</p> <p>1、围绕预算绩效管理的主要内容和环节,健全事前绩效评估、绩效目标管理、绩效运行监控、绩效评价管理、评价结果应用等方面的绩效管理制度,把预算绩效管理要求深度融入各项业务管理之中。</p> <p>2、加大绩效管理培训力度,强化预算绩效管理理念,提高理论水平和实际工作能力。</p> <p>(二)提高绩效目标编制质量</p> <p>在编制2022年年度绩效目标时,要结合项目实际,包括工作开展、队伍建设、费用控制等工作填报具体的绩效指标,编制绩效目标和绩效指标,提高绩效目标编制质量。</p> <p>(三)提高财政资金使用效益</p> <p>在2022年度预算执行中,要按照绩效管理要求,实时监控所属项目预算执行情况,及时了解和掌握预算执行进度和绩效目标实现程度,对预算执行中偏离绩效目标的项目,要及时纠偏,确保绩效目标顺利实现。</p>										

欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费项目绩效自评表

(2021年度)

项目名称		欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费								
主管部门		忻州市医疗保障局-408			实施单位	忻州市医疗保障局				
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	0			0	0	10	0	0
		其中:中央财政资金	0			0	0	--	0	--
		省级财政资金	0			0	0	--	0	--
		市县(区)财政资金	100			100	0	--	0	--
		上年结转资金	0			0	0	--	0	--
		其他资金	0			0	0	--	0	--
年度总体目标	预期目标				实际完成情况					
	持续加强打击欺诈骗保的违法行为,鼓励社会各界参与监督举报欺诈骗取医疗保障基金的行为。				项目工作经费: =100万元;对规范医保经办业务行为的作用: 成效明显;持续加强打击欺诈骗保的违法行为: 全年;对社会各界参与监督举报欺诈骗取医疗保障基金行为的奖励覆盖率: 100%;欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费按规定发放: 100%					
	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	调整后指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
绩效目标	产出指标	数量指标	对社会各界参与监督举报欺诈骗取医疗保障基金行为的奖励覆盖率	=100%		100%	12.9	12.9		
		质量指标	欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费按规定发放	=100%		100%	12.85	12.85		
		时效指标	持续加强打击欺诈骗保的违法行为	全年		100%	12.85	12.85	全年持续开展	
		成本指标	项目工作经费	<=100万元		0万元	12.85	12.85		
	效益指标	社会效益	对打击欺诈骗保行为的自觉监督	有所提升		95%	12.85	12.21		
		可持续影响指标	对规范医保经办业务行为的作用	成效明显		100%	12.85	12.85		
	满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度	有效提升		95%	12.85	12.21		
总分							100	88.72		
项目绩效分析	自评结果分析	项目实施和预算执行情况	自从出台欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法以来,我局继续完善打击欺诈骗保工作制度,实现基金监管全覆盖、定点医药机构检查全覆盖、基金监管岗位人员全培训、智能监控系统全部使用重点监管任务“三个100%”,同时,持续加大打击查处力度,联合主流媒体加大曝光量。实现全方面、高频次、多维度对欺诈骗保行为的强力打击,全面织牢维护基金安全的保护网。参保人员、医药机构的自觉性增强,打击欺诈骗保的举报减少,相应奖励支出小。							
		产出情况及分析	维护医保事业的有序发展,保障医保基金的安全运行。完善打击欺诈骗保工作制度,实现基金监管全覆盖,定点医药机构检查全覆盖、基金监管岗位人员全培训、智能监控系统全部使用重点监管任务“三个100%”,均完成产出指标要求。							
		效益情况及分析	持续加强打击欺诈骗保的违法行为,鼓励社会各界参与监督举报欺诈骗取医疗保障基金的行为。对规范医保经办业务行为的作用成效明显,对打击欺诈骗保行为的自觉监督有所提升。							
		满意度情况及分析	对统筹地区医疗保障部门按照查实的欺诈骗保金额、奖励等级等因素计算举报奖励奖金的出台,效益情况得到极大的提升,进而使得服务对象满意度得到有效提升。							
	主要经验做法	电子显示屏、悬挂条幅、展出展板、散发宣传图册、科普读物、传单、现场咨询、流动宣传车、新闻媒体、微信、手机短信等多种形式全方位多角度普及打击欺诈骗保举报奖励政策,鼓励实名举报,增强群众维护医保基金安全的自觉性和责任感。								
项目管理中存在的主要问题及原因分析	一方面随着打击欺诈骗保行动的常态化,欺诈骗保行为呈逐年下降趋势,与奖励经费支出一定程度上呈反向制约关系;另一方面打击欺诈骗保举报人员不敢实名举报也影响奖励经费支出。									
下一步改进措施及管理建议	持续加大举报奖励办法宣传力度,拓宽投诉举报渠道,提供便捷服务,鼓励群众实名举报。									

医疗服务能力和保障能力提升补助资金（医疗保障能力建设部分）项目绩效自评表

(2021年度)

医疗服务能力和保障能力提升补助资金（医疗保障能力建设部分）								
项目名称		医疗服务能力和保障能力提升补助资金（医疗保障能力建设部分）						
主管部门		忻州市医疗保障局-408			实施单位		忻州市医疗保障局	
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		166	166	56	10	33.73	3.37
	其中：中央财政资金		166	166	56	--	33.73	--
	省级财政资金		0	0	0	--	0	--
	市县(区)财政资金		0	0	0	--	0	--
	上年结转资金		0	0	0	--	0	--
	其他资金		0	0	0	--	0	--
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	1.提升医保信息化水平，加强网络、信息安全、基础设施建设等方面建设，切实保障医保信息系统高效、安全运行。 2.加快推进医保支付方式改革等工作。 3.加强打击欺诈骗保工作力度，切实保障医保基金合理使用。 4.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。				医保信息系统正常运行率：=90%；定点医药机构监督检查覆盖率：100%；DRG试点进展模拟运行时间：按工作进度开展；参保群众政策知晓率：=90%；参保对象对医保服务的满意度：=90%			
一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	调整后指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标	产出指标	数量指标	召开医保工作政府信息公开实际工作会议或培	>=2次	1次	11.25	5.63	受疫情影响，合并1次
		质量指标	医保信息系统正常运行率	>=90%	100%	11.25	11.25	
			医保信息系统重大安全事件响应时间	<=60分钟	60分钟	11.25	11.25	
			定点医药机构监督检查覆盖率	=100%	100%	11.25	11.25	
	时效指标	DRG试点进展模拟运行时间	按工作进度开展		100%	11.25	11.25	
	成本指标	项目运行成本	=166万元		56万元	11.25	3.8	
	效益指标	社会效益	参保群众政策知晓率	>=90%		95%	11.25	11.25
满意度指标	服务对象满意度指标	参保对象对医保服务的满意度	>=90%		99%	11.25	11.25	
总分						100	80.3	
项目绩效分析	项目实施和预算执行情况分析	按照省局《关于加快推进医疗保障信息平台上线准备工作的通知》要求和6月29日省医保局康中南副局长忻州调研督导精神，全力加快推进忻州市医保骨干网络建设、15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移等各项基础工作进程，为省医疗保障信息平台在忻州市顺利上线、切换做好充足准备，我市医保信息系统骨干网络建设项目，经论证、财评、备案、招标、建设等环节，已于2021年9月5日全面竣工，并通过专家验收。我市原医保信息系统于10月21日停止使用，从11月4日起，正式切换为国家（山西省）医疗保障信息平台，标志着全省统一的国家医保信息平台在我市落地应用，相关业务也已全部恢复正常。三是建立工作机制，推动工作落实。健全局长统筹、分管领导、职能科室“一杆子抓到底”工作机制，做到责任明确、路径清晰、运转有序、推进有力。						
	产出情况分析	1、召开医保工作市级会议；计划不少于2次，受疫情影响，实际召开1次会议；2、开展联盟集中采购；计划1次，实际开展4次；3、医保信息系统正常运行率；计划不低于90%，忻州市于2021年11月4日已正式上线省医保信息平台，目前系统运行情况平稳，医保经办机构各服务大厅工作有序开展，医疗保障对外服务事项业务正常办理，医保信息系统正常运行率达90%及以上；4、医保信息系统重大安全事件响应时间；计划不超过60分钟，实际响应时间小于60分钟；6、定点医药机构监督检查覆盖率；计划达到100%，实际覆盖率达到100%。7、推行医保支付方式改革和DIP,已按时按要求落实医疗保障支付方式改革工作。						
	效益情况分析	1、参保群众政策知晓率计划达90%以上，实际达到95%及以上；2、加强医保信息平台运维管理，统筹全市信息化运维需求，与省平台项目组建立联系，有力支撑业务开展。落实省医保局相关网络安全要求，建立健全医保数据安全等各项制度，全面提升数据安全、网络安全水平，防范医保数据滥用和泄露风险。对医保信息系统建设的影响成效明显。						
	满意度情况分析	为畅通参保人投诉渠道，我市医保部门在网站、经办窗口设有投诉箱，经统计，没有收到参保人在办理业务时的投诉。同时，切实做好服务“好差评”工作，加大有效差评整改力度，努力改善服务作风，逐步提高企业群众满意度，好评率超99%。此项绩效指标完成。						
	主要经验做法	1、提高思想认识。按照省局部署，市医保局党组多次召开专题会议，学习国家局、省局要求和工作部署，研究信息化建设特别是平台上线工作。2、完善工作机制，对省局安排的工作，分别由3位党组成员负责，逐一明确了责任领导、责任人和承办人员，印发《忻州市加快推进医疗保障信息平台上线准备工作实施方案》等相关文件资料，进一步明确了工作任务、具体要求、时间节点，建立了“日调度、周通报”制度，全力推进15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移转换等基础工作进程。						
项目管理中存在的主要问题及原因分析	新冠疫情的原因，部分工作开展进度受影响。							
下一步改进措施及管理建议	1、对我市医保骨干网进一步升级改造，增加两定机构接入方式、提升网络安全性能，扩大骨干网覆盖范围。2、针对全省统一的医保系统应用，适时开展医保系统工作人员业务培训，提升医疗保障服务能力。3、加快DIP付费系统改造和省集中数据迁移项目推进力度。4、加大医保政策、条例、慢性病及医保电子凭证宣传力度，进一步提高医保政策知晓率。5、指导督促各县区加大工作推进力度，确保资金执行到位。同时，加强对资金使用进行监督检查和绩效考核，强化考核结果应用，确保将中央下达资金管好用好。							

医疗服务能力和保障能力提升补助资金（医疗保障能力建设部分）项目绩效自评表

（2021年度）

项目名称		医疗服务能力和保障能力提升补助资金（医疗保障能力建设部分）						
主管部门		忻州市医疗保障局-408		实施单位	忻州市医疗保障局			
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		119.5	119.5	4.79	10	4.01	0.4
	其中：中央财政资金		119.5	119.5	4.79	--	4.01	--
	省级财政资金		0	0	0	--	0	--
	市县区财政资金		0	0	0	--	0	--
	上年结转资金		0	0	0	--	0	--
其他资金		0	0	0	--	0	--	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	1.提升医保信息化水平，加强网络、信息安全、基础设施等方面建设，切实保障医保信息系统高效、安全运行。 2.加快推进医保支付方式改革等工作。 3.加强打击欺诈骗保工作力度，切实保障医保基金合理有效使用。 4.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。			定点医药机构监督检查覆盖率：100%；DRG试点进展模拟运行时间：按工作进度开展；参保群众政策知晓率：=90%；参保人员对医保服务的满意度：=90%；医保信息系统正常运行率：=90%				
一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	调整后指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标	产出指标	数量指标	召开医保工作政府信息公开实际工作会议和培训	>=2次	1次	11.25	5.63	受疫情影响，合并1次
		质量指标	定点医药机构监督检查覆盖率	=100%	100%	11.25	11.25	
			医保信息系统重大安全时间响应时间	<=60分钟	60分钟	11.25	11.25	
			医保信息系统正常运行率	>=90%	90%	11.25	11.25	
	时效指标	DRG试点进展模拟运行时间	按工作进度开展		100%	11.25	11.25	
	成本指标	项目运行成本	=147万元		4.79万元	11.25	0.37	
	效益指标	社会效益	参保群众政策知晓率	>=90%		95%	11.25	11.25
满意度指标	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	>=90%		99%	11.25	11.25	
总分						100	73.9	
项目绩效分析	项目实施和预算执行情况		按照省局《关于加快推进医疗保障信息平台上线准备工作的通知》要求和6月29日省医保局康中南副局长忻州调研督导精神，全力加快推进忻州市医保骨干网络建设，15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移等各项基础工作进程，为省医疗保障信息平台在忻州市顺利上线、切换做好充足准备。我市医保信息系统骨干网络建设项目，经论证、财评、备案、招标、建设等环节，已于2021年9月5日全面竣工，并通过专家验收。我市原医保信息系统于10月21日停止使用，从11月4日起，正式切换为国家（山西省）医疗保障信息平台，标志着全省统一的国家医保信息平台在我市落地应用，相关业务也已全部恢复正常。三是建立工作机制，推动工作落实。健全局长统筹、分管领导、职能科室“一杆子抓到底”工作机制，做到责任明确、路径清晰、运转有序、推进有力。					
	自评结果分析		1、召开医保工作市级会议：计划不少于2次，受疫情影响，实际召开1次会议；2、开展联盟集中带量采购：计划1次，实际开展4次；3、医保信息系统正常运行率：计划不低于90%，忻州市于2021年11月4日已正式上线省医保信息平台，目前系统运行情况平稳，医保经办机构各服务大厅工作有序开展，医疗保障对外服务事项业务正常办理，医保信息系统正常运行率达90%及以上；4、医保信息系统重大安全事件响应时间：计划不超过60分钟，实际响应时间小于60分钟；6、定点医药机构监督检查覆盖率：计划达到100%，实际覆盖率达到100%。7、推行医保支付方式改革和DIP，已按时按要求落实医疗服务、药品价格政策，DIP方案已成行，待进入招投阶段。8、市—县医保骨干网络建设和上线省平台，计划年底前完成，实际2021年8月份已投入试运行，为省平台在忻州上线奠定坚实的硬件基础。					
	效益情况		1、参保群众政策知晓率计划达90%以上，实际达到95%及以上；2、加强医保信息平台运维管理，统筹全市信息化运维需求，与省平台项目组建立联系，有力支撑业务开展。落实省医保局相关网络安全要求，建立健全医保数据安全管理制度，全面提升数据安全、网络安全水平，防范医保数据滥用和泄露风险。对医保信息系统建设的影响成效明显。					
	满意度情况		为畅通参保人投诉渠道，我市医保部门在部门网站、经办窗口设有投诉箱，经统计，没有收到参保人在办理业务时的投诉。同时，切实做好服务“好差评”工作，加大有效差评整改力度，努力改善服务作风，逐步提高企业群众满意度，好评率超99%。此项绩效指标完成。					
	主要经验做法		1、提高思想认识。按照省局部署，市医保局党组多次召开专题会议，学习国家局、省局要求和工作部署，研究信息化建设特别是平台上线工作。2、完善工作机制。对省局安排的工作，分别由3位党组成员负责，逐一明确了责任领导、责任人和承办人员，印发《忻州市加快推进医疗保障信息平台上线准备工作实施方案》等相关文件资料，进一步明确了工作任务、具体要求、时间节点，建立了“日调度、周通报”制度，全力推进15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移转换等基础工作进程。					
项目管理中存在的问题及原因分析		新冠疫情的原因，部分工作开展进度受影响。						
下一步改进措施及管理建议		1、对我市医保骨干网进一步升级改造，增加两定机构接入方式、提升网络安全性能，扩大骨干网覆盖范围。2、针对全省统一的医保系统应用，适时开展医保系统工作人员业务培训，提升医疗保障服务能力。3、加快DIP付费系统改造和省集中数据迁移项目推进力度。4、加大医保政策、条例、慢性病及医保电子凭证宣传力度，进一步提高医保政策知晓率。5、指导督促相关县区加大工作推进力度，确保资金执行到位。同时，加强对资金使用进行监督检查和绩效考核，强化考核结果应用，确保将中央下达资金管好用好。						

医疗服务与保障能力提升中央补助资金项目绩效自评表

(2021年度)

项目名称		医疗服务与保障能力提升中央补助资金							
主管部门		忻州市医疗保障局-408		实施单位	忻州市医疗保障局				
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		182.9	182.9	0	10	0	0	
	其中:中央财政资金		182.9	182.9	0	—	0	—	
	省级财政资金		0	0	0	—	0	—	
	市县(区)财政资金		0	0	0	—	0	—	
	上年结转资金		0	0	0	—	0	—	
	其他资金		0	0	0	—	0	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况					
	1.提升医保信息化水平,加强网络、信息安全、基础设施等方面建设,切实保障医保信息系统高效安全运行。 2.加快推进医保支付方式改革等工作。 3.加强打击欺诈骗保工作力度,切实保障医保基金合理有效使用。 4.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。			开展联盟集中带量采购工作: =1次; 医保信息系统重大安全时间响应时间: ≤60分钟, 定点医药机构监督检查覆盖率: 100%; DRG试点进展模拟运行时间: 按工作进度开展; 对医保信息系统建设的影响: 成效明显					
一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	调整后指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
绩效目标	产出指标	数量指标	开展联盟集中带量采购工作	≥1次	1次	9	9		
		召开医保工作政府信息公开工作会议或培训	≥2次	1次	9	4.5	受疫情影响,减少了线下会议,合并1次		
	质量指标	医保信息系统重大安全时间响应时间	≤60分钟		100%	9	9		
		医保信息系统正常运行率	≥90%		100%	9	9		
		定点医药机构监督检查覆盖率	=100%		100%	9	9		
	时效指标	DRG试点进展模拟运行时间	按工作进度开展		100%	9	9		
	成本指标	项目运行成本	=182.9万元		0万元	9	0		
	效益指标	社会效益	参保群众政策知晓率	≥90%		95%	9	9	
		可持续影响指标	对医保信息系统建设的影响	成效明显		100%	9	9	
	满意度指标	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	≥90%		99%	9	9	
总分						100	76.5		
项目绩效分析	项目实施和预算执行情况分析	按照省局《关于加快推进医疗保障信息平台上线准备工作的通知》要求和6月29日省医保局康中副司长忻州调研督导精神,全力加快推进忻州市医保骨干网络建设、15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移等各项基础工作进程,为省医疗保障信息平台在忻州市顺利上线、切换做好充足准备,我市医保信息系统骨干网络建设项目,经论证、财评、备案、招标、建设等环节,已于2021年9月5日全面竣工,并通过专家验收。我市原医保信息系统于10月21日停止使用,从11月4日起,正式切换为国家(山西省)医疗保障信息平台,标志着全省统一的国家医保信息平台在我市落地应用,相关业务也已全部恢复正常。一是建立工作机制,推动工作落实。健全局长统筹、分管领导、职能科室“一杆子抓到底”工作机制,做到责任明确、路径清晰、运转有序、推进有力。							
	产出情况分析	1、召开医保工作市级会议:计划不少于2次,受疫情影响,实际召开1次会议;2、开展联盟集中带量采购:计划1次,实际开展4次;3、医保信息系统正常运行率:计划不低于90%,忻州市于2021年11月4日已正式上线省医保信息平台,目前系统运行情况平稳,医保经办机构各服务大厅工作有序开展,医疗保障对外服务事项业务正常办理,医保信息系统正常运行率达90%及以上;4、医保信息系统重大安全事件响应时间:计划不超过60分钟,实际响应时间小于60分钟;6、定点医药机构监督检查覆盖率:计划达到100%,实际覆盖率达到100%;7、推行医保支付方式改革和DIP已按时按要落实医疗服务、药品价格政策,DIP方案已可行,待进入招投标阶段;8、市一县医保骨干网络建设和上线省平台,计划年底前完成,实际2021年8月份已投入试运行,为省平台在忻州上线奠定坚实的硬件基础。							
	效益情况分析	1、参保群众政策知晓率计划达90%以上,实际达到95%及以上;2、加强医保信息平台运维管理,统筹全市信息化运维需求,与省平台项目组建立联系,有力支撑业务开展。落实省医保局相关网络安全要求,建立健全医保数据安全管理制度,全面提升数据安全、网络安全水平,防范医保数据滥用和泄露风险,对医保信息系统建设的影响成效明显。							
	满意度情况分析	为畅通参保人投诉渠道,我市医保部门在部门网站、经办窗口设有投诉箱,经统计,没有收到参保人在办理业务时的投诉。同时,切实做好服务“好差评”工作,加大有效差评整改力度,努力改善服务作风,逐步提高企业群众满意度,好评率超99%。此项绩效指标完成。							
	主要经验做法	1、提高思想认识。按照省局部署,市医保局党组多次召开专题会议,学习国家局、省局要求和工作部署,研究信息化建设特别是平台上线工作。2、完善工作机制。对省局安排的工作,分别由3位党组成员负责,逐一明确了责任领导、责任人和承办人员,印发《忻州市加快推进医疗保障信息平台上线准备工作实施方案》等相关文件资料,进一步明确了工作任务、具体要求、时间节点,建立了“日调度、周通报”制度,全力推进15项医保业务标准编码贯标、两定机构接口改造、历史数据迁移转换等基础工作进程。							
项目管理中存在的主要问题及原因分析	新冠疫情的原因,部分工作开展进度受影响。								
下一步改进措施及管理建议	1、对我市医保骨干网进一步升级改造,增加两定机构接入方式,提升网络安全性能,扩大骨干网覆盖范围。2、针对全省统一的医保系统应用,适时开展医保系统工作人员业务培训,提升医疗保障服务能力。3、加快DIP付费系统改造和省集中数据迁移项目推进力度。4、加大医保政策、条例、慢性病及医保电子凭证宣传力度,进一步提高医保政策知晓率。5、指导督促相关县区加大工作推进力度,确保资金执行到位。同时,加强对资金使用进行监督检查和绩效考核,强化考核结果应用,确保将中央下达资金管好用好。								

医药招采与基金监督工作经费项目绩效自评表

(2021年度)

项目名称		医药招采与基金监督工作经费						
主管部门		忻州市医疗保障局-408		实施单位		忻州市医疗保障局		
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		25	10	5.23	10	52.3	5.22
	其中:中央财政资金		0	0	0	—	0	—
	省级财政资金		0	0	0	—	0	—
	市县(区)财政资金		25	10	5.23	—	52.3	—
	上年结转资金		0	0	0	—	0	—
	其他资金		0	0	0	—	0	—
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	<p>一、保证医保基金运行安全。加大打击欺诈骗保检查力度,完善打击欺诈骗保工作制度,继续实施欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法,开展依法查处医疗保障领域违法违规行为工作,对全市2568家两定机构的日常巡查和监督检查;按省医保局安排部署落实公立医疗机构药品价格和药械采购改革,促进“三医联动”;开展药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策落实工作;开展全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实,并对落实情况开展日常监督。</p>			<p>全市公立医院医药招采工作落实效果:按时间节点保障落实;药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格等政策落实:全年:深入开展打击欺诈骗保专项行动、打击欺诈骗保集中宣传月活动;不超预算;深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全;持续进行;促进“三医联动”改革发展、加快公立医疗机构药品价格和药械采购改革政策落实,全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实成效明显。</p>				
级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	调整后指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标	产出指标	数量指标	开展打击欺诈骗保专项行动、对两定机构监督检查等检查的数量	2次	5次	12.9	12.9	
		质量指标	全市公立医院医药招采工作落实效果	按时间节点保障落实	100%	12.85	12.85	
		时效指标	药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格等政策落实	全年	100%	12.85	12.85	全年全覆盖
		成本指标	深入开展打击欺诈骗保专项行动、打击欺诈骗保集中宣传月活动	不超预算	100%	12.85	12.85	未超预算
	效益指标	社会效益	深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全。	持续进行	100%	12.85	12.85	
		可持续影响指标	促进“三医联动”改革发展、加快公立医疗机构药品价格和药械采购改革政策落实,全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实。	成效明显	100%	12.85	12.85	
满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度	基本满意	99%	12.85	12.72		
总分						100	95.09	
项目绩效分析	项目实施和预算执行情况分析		项目资金实际用于当年度医药招采与基金监督工作运行经费,主要工作包括:保证医保基金运行安全,打击欺诈骗保检查,完善打击欺诈骗保工作制度,继续实施欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法;开展依法查处医疗保障领域违法违规行为工作,对全市两定机构的日常巡查和监督检查;按省医保局安排部署落实公立医疗机构药品价格和药械采购改革,促进“三医联动”;开展药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策落实工作;开展全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实,并对落实情况开展日常监督等。项目经费用于支付相关的差旅、邮电等费用,资金使用安全规范有效。					
	产出情况分析		1、开展打击欺诈骗保专项行动,对两定机构监督检查等检查5次,经市人民政府同意,市政府办公厅印发了《忻州市推进医疗保障基金制定体系改革实施方案》,建立了制度,明确了责任。先后开展了“打击欺诈骗保专项整治行动”“自查自纠全覆盖检查”“医保定点医药机构联合检查”“定点民营医院专项整治”“飞行检查”等多次检查活动;2、我局先后落实国家组织集采、山西省、省际联盟、忻州市、市际联盟集采45批次,共550种药品、11种高值耗材、69种低值耗材,实际采购金额超过1亿元。据估算,去年以来节约相关费用约1.8亿元,降价惠民成效显著。全市公立医院医药招采工作落实效果成效明显;3、忻州市政府市长、分管市长多次对药品耗材集中带量采购和使用工作做出批示精神,为加快推进我市医疗机构药品耗材集中采购工作,以市政府办公室成立了忻州市医疗机构药品耗材集中采购工作领导小组,分管副市长任组长,分管副秘书长、医保局局长任副组长,七部门领导为成员。市局每次组织的集中带量采购工作均及时向市政府分管领导汇报,得到市政府的大力支持,为采购工作的顺利开展奠定了强有力的基础。药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格等政策落实持续进行;4、深入开展打击欺诈骗保专项行动、打击欺诈骗保集中宣传月活动。组织开展“宣传贯彻《条例》加强基金监管”集中宣传月活动。今年4月17日,市、区两级政府在忻州古城隆重举行二级医保、公安、卫健、市场和微电影、新闻媒体、两定机构等600余人共同参加的“忻州市、区宣传贯彻《条例》,加强基金监管集中宣传活动仪式”。集中宣传月期间,全市累计发放宣传资料20万份,书籍2千册,设立投诉箱200个,电子屏滚动播放信息1万余条,接受咨询万余人次,发挥了很好的宣传教育警示作用。					
	效益情况分析		鼓励和支持社会各界参与医保基金监督,实现政府监管和社会监督,舆论监督良性互动。健全完善举报奖励工作机制,引导群众积极主动举报欺诈骗保行为。逐步完善社会监督员、“吹哨人”、内部举报人制度,广泛动员社会各界参与监督,协同构建基金安全防线。建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度,依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。					
	满意度情况分析		为畅通参保人投诉渠道,我市医保部门在部门网站、经办窗口设有投诉箱,经统计,没有收到参保人在办理业务时的投诉。同时,切实做好服务“好差评”工作,加大有效差评整改力度,努力改善服务作风,逐步提高企业群众满意度,好评率超99%。此项绩效指标完成					
主要经验做法		我市不断深入贯彻落实《条例》,强化日常监管,完善监管体制,创新监管方式,压实监管责任,畅通举报渠道,鼓励社会监督,持续加大打击欺诈骗保专项工作力度。与市公安局联合转发了《关于加强查处骗取医保基金案件行刑衔接工作的通知》,进一步完善了行政执法与刑事司法的衔接机制,加强了医保行政管理部门与公安机关的协作配合。转发了《山西省医疗保障社会监督员管理办法(试行)》,形成了多方联动、社会参与的医疗保障监管新格局。牵头公安、卫健印发了《关于进一步加强打击欺诈骗保基金专项治理行动工作的通知》。2月18日,市医保局党总支联合市人民医院,市中医院,市妇女儿童医院,市社会福利精神康宁医院等所属公立医院20个党组织,在市人民政府隆重举行了“贯彻《条例》,真抓实干,以案为鉴,强化监管”主题党日活动,不断营造打击欺诈骗保氛围,切实维护医保基金安全。						
项目管理中存在的主要问题及原因分析		工作中需提高预算编制的质量,细化预算编制工作,严格按照预算编制的有关制度和要求进行,切实提高预算编制的有效性、可执行性、可监督性。						
下一步改进措施及管理建议		将绩效评价结果作为以后年度编制部门预算和安排资金的重要依据,进一步严格执行绩效目标申报,大力探索事前绩效评估,加强事后项目绩效评价,严格按照规定进行财务核算,结合实际情况,完成并准确地披露相关信息,尽可能做到决算与预算相一致。						