

附件 1

2022 年度医药招采与基金监管工作经费绩效自评分 析报告

2022 年，我局认真贯彻落实《中共山西省委 山西省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（晋发〔2018〕39 号），牢固树立预算绩效管理理念，不断提升财政资金使用绩效，按要求对医药招采与基金监管工作经费进行了绩效自评价，现将有关情况报告如下。

一、项目基本信息

（一）项目概况

项目概况：开展依法查处医疗保障领域违法违规行为工作；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工作。按照基金使用监督管理办法要求，聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员开展基金监管专项检查费用按照基金使用监督管理办法要求，聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员开展基金监管专项检查费用。

立项依据：中共忻州市委办公室 忻州市人民政府关于印发《忻州市医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》的通知（忻

办字（2019）71号）《医疗保险行基金使用监督管理条例》、《山西省医疗保障基金使用监督管理办法》

项目设立的必要性：工作量巨大，尤其是对全市 2000 多家两定机构的日差巡查和监督检查，需经常外出核查，差旅费等各项支出消耗较大。市内、市际交叉检查，需经常外出核查，仅有 2 名工作人员（含科级领导 1 名）且按照相关基金使用监督管理条例和办法，需聘请第三方会计师事务所等机构人员，检查服务费消耗较大。

保证项目实施的措施与制度：山西省人民政府办公厅关于印发《山西省推进药品耗材集中带量采购和使用工作实施方案的通知》（晋政办发〔2019〕84号）《医疗保险行基金使用监督管理条例》、《山西省医疗保障基金使用监督管理办法》

（二）项目绩效目标

（1）项目实施期绩效目标

一、加强医保基金管理，确保平稳运行。二、深入开展打击欺诈骗保专项治理，维护医保基金安全。1、深入开展打击欺诈骗保专项行动。2、加强经办机构内控建设。3、扎实开展打击欺诈骗保集中宣传月活动。三、加快公立医院医药价格和药械采购改革，促进“三医联动”。

（2）项目年度目标

用于支付 2022 年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工作，对全市

2000 多家两定机构的日差巡查和监督检查；按省医保局安排部署落实公立医院医药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工作相关的差旅费、邮电费等费用。参照 2021 年检查频次，预计 2022 年不少于 2 次的市内检查、2 次由省组织市际交叉检查，每次聘请第三方机构检查人员不少于 10 人。

（三）项目实施计划

用于支付 2022 年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 2000 多家两定机构的日差巡查和监督检查；按省医保局安排部署落实公立医院医药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工作相关的差旅费、邮电费等费用。参照 2021 年检查频次，预计 2022 年不少于 2 次的市内检查、2 次由省组织市际交叉检查，每次聘请第三方机构检查人员不少于 10 人。

二、项目绩效完成情况

(一) 预算执行情况

资金来源	年初预算数		全年预算数(元)	全年执行数(元)	资金结(转)余(元)	执行率	得分
	目标申报(元)	预算编制(元)					
合计	86,500	86,500	86,500	62,502.5	23,997.5	72.26	7.23
市区财政资金	86,500	86,500	86,500	62,502.5	23,997.5		

(二) 绩效指标完成情况

一级指标	二级指标	指标名称	年度指标		实际完成值	权重	得分	偏差原因分析及改进措施
			年初指标	调整后指标				
产出指标	数量指标	开展打击欺诈骗保专项行动、对两定机构监督稽核等检查的数量	2	≥2次	2	20	20	
		全市公立医院医药招标采购落实情况	按时间节点保障落实	按时间节点保障落实	达成预期指标	10	10	
	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	12	=12个月	12	10	10	
	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	不超预算	达成预期指标	10	10	
效益指标	社会效益指标	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	持续进行	达成预期指标	15	14	全面落实国家、省基金监管工作安排部署，不断强化基金监管，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
		促进“三医联动”改革发展、加快公立医院医药价格和器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	成效明显	达成预期指标	15	14	认真落实国家、省市常态化实施药品耗材集中带量采购和医疗服务价格动态调整，进一步完善集中带量采购规则程序，扩大采购品种，落实好结余留用相关政策。
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	基本满意	达成预期指标	10	10	

三、项目自评结果

1. 项目自评得分和结论

综合考虑预算执行情况得分 7.23 分、产出、效益、服务对象满意度各方面因素，指标完成情况得分 88 分，最终评分结果：医药招采与基金监管工作经费项目绩效自我评价结果为：总得分 95.23 分，属于“优”。

2. 全年目标实际完成情况

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院医药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。

3. 项目实施和预算执行情况分析

根据预算批复指标，在工作中按照实际需要列支，各项工作顺利开展，为参保人员提供优质高效服务。2022 年项目预算 8.65 万元，实际执行 2.4 万元。

4. 产出情况及分析

1、开展打击欺诈骗保专项行动、对两定机构监督稽核等检查 5 次，
2、完成了三明采购联盟、十四省药品联盟、十三省药品联盟、中成药联盟、鲁晋省际联盟、京津冀“3+N”联盟、鲁晋冀豫联盟、省际联盟、“八省二区”、“六省二区”等药品集采联盟中选药品、耗材需求量填报和落地使用工作，全市公立医院医药招采工作落实效果成效明

显。

5. 效益情况及分析

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管，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。

6. 满意度情况及分析

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 90%。此项绩效指标完成。

四、项目主要经验做法

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。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。

五、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。

六、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，完成并准确地批露相关信息，尽可能做到决算与预算相一致。

医药招采与基金监管工作经费项目支出绩效自评表

(2022年度)

项目名称		医药招采与基金监管工作经费							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局			预算单位	303001-忻州市医疗保障局			
项目资金预算安排及执行进度(万元)		年初预算数		全年预算数	全年执行数	资金结(转)余	执行率	得分	
		目标申报数	预算编制数						
资金总额:		8.65	8.65	8.65	6.25	2.4	72.26	7.23	
	市县区财政资金	8.65	8.65	8.65	6.25	2.4	72.26	7.23	
项目年度绩效目标	年度目标				实际完成情况				
	用于支付2022年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2000多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院医药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检查等工作相关的差旅费、邮电费等费用。参照2021年检查频次,预计2022年不少于2次的市内检查、2次由省组织市际交叉检查,每次聘请第三方机构检查人员不少于10人。				项目资金实际用于当年度医药招采与基金监管工作运行经费,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院医药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检查,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。				
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年初指标值	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
	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稽核等检查的数量	≥2次	≥2次	≥2次	20	20	
		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	按时间节点保障落实	达成预期指标	10	10	
		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	=12个月	=12个月	=12个月	10	10	
		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	不超预算	达成预期指标	10	10	
	效益指标	社会效益指标	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	持续进行	达成预期指标	15	14	全面落实国家、省基金监管工作安排部署,不断强化基金监管,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
可持续影响指标		促进“三医联动”改革发展,加快公立医院医药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	成效明显	达成预期指标	15	14	认真落实国家、省常态化实施药品耗材集中采购和医疗服务价格动态调整,进一步完善集中带量采购规则程序,扩大采购品种,落实好结余留用相关政策。	
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	基本满意	达成预期指标	10	10		
总分						95.23	优		
项目绩效分析	项目实施的预算执行情况及分析	根据预算批复指标,在工作中按照实际需要列支,各项工作顺利开展,为参保人员提供优质高效服务,2022年项目预算8.65万元,实际执行2.4万元。							
	产出情况及分析	1、开展打击欺诈骗保专项行动,对两定机构监督检查稽核等检查5次,2、完成了三期采购联盟、十四省药品联盟、十三省药品联盟、中成药联盟、鲁晋省际联盟、京津冀“3+3”联盟、鲁晋冀豫联盟、省际联盟、“八省二区”、“六省二区”等药品集采联盟中选药品、耗材需求量填报和落地使用工作,全市公立医院医药招采工作落实效果成效明显。							
	效益情况及分析	鼓励和支持社会各界参与医保基金监管,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。							
	满意度情况及分析	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90%。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,真抓实干,以案为鉴,强化监管”主题教育活动,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价、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。							

备注:1.“年初预算数”项下的“目标申报数”和“预算编制数”为并列关系,其中“目标申报数”的数据来源于项目目标申报表中的项目资金总额表中的年度资金,“预算编制数”数据来源于项目预算支出明细表。

- 2.“全年预算数”的取数规则,如果年初预算未调整,取预算编制数;如果有调整,取调整后的预算数。
- 3.“全年执行数”是指预算执行指标确认数。
- 4.“执行率”是执行数与“全年预算数”相比较。

附件 2

2022 年度待遇保障与医药服务工作经费绩效自评分析报告

2022 年，我局认真贯彻落实《中共山西省委 山西省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（晋发〔2018〕39 号），牢固树立预算绩效管理理念，不断提升财政资金使用绩效，按要求对待遇保障与医药服务工作经费进行了绩效自评价，现将有关情况报告如下。

一、项目基本信息

（一）项目概况

项目概况：开展用于医疗保险、生育保险等政策落实工作，建设市县乡村多层次医疗保障体系；开展医药机构医保协议和支付管理工作；开展异地就医管理工作；开展药品、医用耗材、医疗技术经济性评价等工作

立项依据：中共忻州市委办公室 忻州市人民政府关于印发《忻州市医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》的通知（忻办字〔2019〕71 号）

项目设立的必要性：省级参加培训学习，县级开展药品、医用耗材等经济性评价等工作，工作量巨大

保证项目实施的措施与制度：忻医保发〔2019〕5 号 医保局、

卫健委 转发《关于规范县乡一体化打包付费工作的通知》 忻医保发〔2019〕6号 医保局 转发《关于加快推进医保支付方式改革的通知》 忻医保函〔2019〕31号 转发《关于简化医药机构纳入医保协议管理的公告》

（二）项目绩效目标

（1）项目实施期绩效目标

一、加快医保支付方式改革，控制医疗费用不合理过快上涨。1、规范医疗集团一体化改革打包付费工作。推进按病种付费工作。试行其他控费付费方式。二、持续推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚。1、实施参保救助。2、落实医保帮扶待遇。3、进一步加强“一站式”结算建设。4、实施医疗保障扶贫三年行动计划。三、扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算。1、全面落实异地就医政策。2、落实市外异地就医刷卡结算。

（2）项目年度目标

保障用于保障医保支付方式改革、规范医疗集团一体化改革打包付费、推进按病种付费工作；推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚；扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算等工作开展的相关费用。

（三）项目实施计划

用于保障医保支付方式改革、规范医疗集团一体化改革打包付费、推进按病种付费工作；推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚；扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算等工作开展的相关费用。

二、项目绩效完成情况

(一) 预算执行情况

资金来源	年初预算数		全年预算数(元)	全年执行数(元)	资金结(转)余(元)	执行率	得分
	目标申报(元)	预算编制(元)					
合计	86,500	86,500	86,500	37,026.5	49,473.5	42.81	4.28
市县区财政资金	86,500	86,500	86,500	37,026.5	49,473.5		

(二) 绩效指标完成情况

一级指标	二级指标	指标名称	年度指标		实际完成值	权重	得分	偏差原因分析及改进措施
			年初指标	调整后指标				
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%	100	20	20	
	质量指标	返贫致贫人口按个人缴费标准资助	90	=90%	90	10	10	
	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。	12	≤12个月	12	10	10	
	成本指标	助推医保支付方式改革高效发展等工作经费	不超预算	不超预算	达成预期指标	10	10	
效益指标	社会效益指标	参保人员就医结算便捷程度	明显提高	明显提高	达成预期指标	15	14	我市开通跨省异地就医自助备案服务,进一步扩大直接结算范围
	可持续影响指标	医疗卫生保障政策落实、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	成效明显	达成预期指标	15	14	进一步完善职工基本医疗保险制度,增强门诊共济保障功能,全面开展职工基本医疗保险门诊统筹制度,切实减轻参保人员门诊医疗费用负担
满意度指标	服务对象满意度指标	服务群众满意度	基本满意	基本满意	达成预期指标	10	10	

三、项目自评结果

1. 项目自评得分和结论

综合考虑预算执行情况得分 4.28 分、产出、效益、服务对象满意度各方面因素，指标完成情况得分 88 分，最终评分结果：待遇保障与医药服务工作经费项目绩效自评价结果为：总得分 92.28 分，属于“优”。

2. 全年目标实际完成情况

2022 年度待遇保障与医药服务各项工作顺利开展，为助推医保支付方式改革等工作高效发展提供有力经费保障。

3. 项目实施和预算执行情况分析

根据预算批复指标，在工作中按照实际需要、按规定列支，保障工作顺利开展支付的差旅费、印刷费等工作费用。全年项目预算 8.65 万元，执行 4.95 万元。

4. 产出情况及分析

确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率全覆盖；返贫致贫人口按个人缴费标准资助达到 90%；全年全面推进完善业务系统异地就医结算功能扩面工作；助推医保支付方式改革高效发展等工作经费在不超预算的基础上完成各项预期目标。

5. 效益情况及分析

参保人员就医结算便捷程度得到明显提升；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。

6. 满意度情况及分析

医保惠民政策不断落实，服务群众满意度较高。

四、项目主要经验做法

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。

五、项目管理中存在的主要问题及原因分析

绩效管理工作质量有待提升，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。

六、下一步改进措施及管理建议

（一）夯实预算绩效管理基础 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。 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。 （二）提高绩效目标编报质量 在编制年度绩效目标时，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。 （三）提高财政资金使用效益在预算执行中，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。

待遇保障与医药服务工作经费项目支出绩效自评表

(2022年度)

项目名称		待遇保障与医药服务工作经费							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局			预算单位	303001-忻州市医疗保障局			
项目资金预算安排及执行进度(万元)	年初预算数		全年预算数		全年执行数	资金结(转)余	执行率	得分	
	目标申报数	预算编制数							
	资金总额:	8.65	8.65	8.65		3.703	4.947	42.81	4.28
市区财政资金	8.65	8.65	8.65		3.703	4.947	42.81	4.28	
项目年度绩效目标	年度目标				实际完成情况				
	保障用于保障医保支付方式改革、规范医疗集团一体化改革打包付费、推进按病种付费工作；推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚；扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算等工作开展的相关费用。				2022年度待遇保障与医药服务工作顺利开展，为助推医保支付方式改革等工作高效发展提供有力经费保障。				
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年初指标值	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
	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%	=100%	20	20	
		质量指标	返贫致贫人口按个人缴费标准资助	=90%	=90%	=90%	10	10	
		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。	≤12个月	≤12个月	≤12个月	10	10	
		成本指标	助推医保支付方式改革高效发展等工作经费	不超预算	不超预算	达成预期指标	10	10	
	效益指标	社会效益指标	参保人员就医结算便捷程度	明显提高	明显提高	达成预期指标	15	14	我市开通跨省异地就医自助备案服务，进一步扩大直接结算范围
		可持续影响指标	医疗卫生保障政策落实、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	成效明显	达成预期指标	15	14	进一步完善职工基本医疗保险制度，增强门诊共济保障功能，全面开展职工基本医疗保险门诊统筹制度，切实减轻参保人员门诊医疗费用负担
满意度指标	服务对象满意度指标	服务人群满意度	基本满意	基本满意	达成预期指标	10	10		
总分							92.28	优	
项目绩效分析	项目实施的预算执行情况及分析		根据预算批复指标，在工作中按照实际需要、按规定列支，保障工作顺利开展支付的差旅费、印刷费等工作费用。全年项目预算8.65万元，执行4.95万元。						
	产出情况及分析		确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率全覆盖；返贫致贫人口按个人缴费标准资助达到90%；全年全面推进完善业务系统异地就医结算功能扩面工作；助推医保支付方式改革高效发展等工作经费在不超预算的基础上完成各项预期目标。						
	效益情况及分析		参保人员就医结算便捷程度得到明显提升；医疗卫生保障政策落实、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。						
	满意度情况及分析		医保惠民政策不断落实，服务人群满意度较高。						
	主要经验做法		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		（一）夯实预算绩效管理基础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。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。（二）提高绩效目标编制质量在编制年度绩效目标时，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。（三）提高财政资金使用效益在预算执行中，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。						

备注：1.“年初预算数”项下的“目标申报数”和“预算编制数”为并列关系，其中“目标申报数”的数据来源于项目目标申报表中的项目资金总额表中的年度资金，“预算编制数”数据来源于项目预算支出明细表。
 2.“全年预算数”的取数规则，如果年初预算未调整，取预算编制数；如果有调整，取调整后的预算数。
 3.“全年执行数”是指预算执行指标确认数。
 4.“执行率”是执行数与“全年预算数”相比较。

附件 3

2022 年度资产购置经费绩效自评分析报告

2022 年，我局认真贯彻落实《中共山西省委 山西省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（晋发〔2018〕39 号），牢固树立预算绩效管理理念，不断提升财政资金使用绩效，按要求对资产购置经费进行了绩效自我评价，现将有关情况报告如下。

一、项目基本信息

（一）项目概况

项目概况：主要用于我单位办公设备购置，保障单位日常业务工作运行。

立项依据：《市级行政事业单位国有资产配置管理办法》（忻财资【2021】1 号）

项目设立的必要性：新成立机构，办公设备随单位干部队伍及各科室业务日益增多，需按需求购置办公设备，保障日常工作运行。

保证项目实施的措施与制度：《市级行政事业单位国有资产配置管理办法》（忻财资【2021】1 号）

（二）项目绩效目标

（1）项目实施期绩效目标

严格按照资产采购、购置流程及标准执行，保障单位业务工作运行。

(2) 项目年度目标

按照采购法、资产管理相关法规政策，按流程、配备标准执行，完善单位办公设备购置。

(三) 项目实施计划

按照采购法、资产管理相关法规政策，按流程、配备标准执行，完善单位办公设备购置。

二、项目绩效完成情况

(一) 预算执行情况

资金来源	年初预算数		全年预算数(元)	全年执行数(元)	资金结(转)余(元)	执行率	得分
	目标申报(元)	预算编制(元)					
合计	27,000	27,000	27,000	17,032	9,968	63.08	6.31
市县区财政资金	27,000	27,000	27,000	17,032	9,968		

(二) 绩效指标完成情况

一级指标	二级指标	指标名称	年度指标		实际完成值	权重	得分	偏差原因分析及改进措施
			年初指标	调整后指标				
产出指标	数量指标	购置办公设备数量	2	≥2台(套)	18	20	20	
	质量指标	办公设备验收合格率	95	≥95%	100	10	10	
	时效指标	资产投入使用时间	资产购置按文 件要求按期完 成	资产购置按文 件要求按期完 成	达成预期指标	10	10	
	成本指标	单位购置成本	按照配置标准 严格执行	按照配置标准 严格执行	达成预期指标	10	10	
效益指标	社会效益指标	资产利用水平	正常使用	正常使用正常	达成预期指标	30	26	资产购置显著提高工 作服务能力和效率， 接下来的工作中我们 将进一步提高资产利 用水平，充分提升服 务能力。
满意度指标	服务对象满意度指标	使用人员满意度	95	≥95%	95	10	10	

三、项目自评结果

1. 项目自评得分和结论

综合考虑预算执行情况得分 6.31 分、产出、效益、服务对象满意度各方面因素，指标完成情况得分 86 分，最终评分结果：资产购置经费项目绩效自我评价结果为：总得分 92.31 分，属于"优"。

2. 全年目标实际完成情况

2022 年，我局根据实际工作需要，按照采购法、资产管理相关法规政策，按流程、配备标准执行，完善单位办公设备购置，共采购 18 个办公家具及设备。

3. 项目实施和预算执行情况分析

根据预算批复指标，在工作中按照实际需要、按规定列支，购置办公设备及家具，保障工作顺利开展。全年项目预算 2.7 万元，执行 0.9968 万元。

4. 产出情况及分析

购置办公设备数量 18 个，完成≥2 个的指标量；公设备验收合格率=100%；资产投入使用时间资产购置按文件要求按期完成；单位购置成本按照配置标准严格执行。

5. 效益情况及分析

购置资产均如期投入使用，资产利用水平达到预期。

6. 满意度情况及分析

办公设备的购置更新，提高工作效率，使用人员满意度明显提高。

四、项目主要经验做法

全流程融入绩效管理理念，合理确定绩效目标，按照预定目标开展完成各项工作，科学开展绩效评价，进一步提升资金使用效益。

五、项目管理中存在的主要问题及原因分析

对项目绩效目标的设定和各项指标的理解、认识不到位，缺乏可衡量性等。

六、下一步改进措施及管理建议

不断加强学习，完善绩效管理，提升工作服务水平和效能。

资产购置经费项目支出绩效自评表

(2022年度)

项目名称		资产购置经费							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局					预算单位	303001-忻州市医疗保障局	
项目资金预算安排及执行进度(万元)			年初预算数		全年预算数	全年执行数	资金结(转)余	执行率	得分
			目标申报数	预算编制数					
			资金总额:	2.7	2.7	2.7	1.703	0.997	63.08
		市县区财政资金	2.7	2.7	2.7	1.703	0.997	63.08	6.31
项目年度绩效目标	年度目标					实际完成情况			
	按照采购法、资产管理相关法规政策,按流程、配备标准执行,完善单位办公设备购置。					2022年,我局根据实际工作需要,按照采购法、资产管理相关法规政策,按流程、配备标准执行,完善单位办公设备购置,共采购18个办公家具及设备。			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年初指标值	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
	产出指标	数量指标	购置办公设备数量	≥2台(套)	≥2台(套)	≥18台(套)	20	20	
		质量指标	办公设备验收合格率	≥95%	≥95%	≥100%	10	10	
		时效指标	资产投入使用时间	资产购置按文件要求按期完成	资产购置按文件要求按期完成	达成预期指标	10	10	
		成本指标	单位购置成本	按照配置标准严格执行	按照配置标准严格执行	达成预期指标	10	10	
	效益指标	社会效益指标	资产利用水平	正常使用	正常使用	达成预期指标	30	26	资产购置显著提高工作服务能力和效率,接下来的工作中我们将进一步提高资产利用水平,充分提升服务能力。
	满意度指标	服务对象满意度指标	使用人员满意度	≥95%	≥95%	≥95%	10	10	
总分						92.31	优		
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及分析 根据预算批复指标,在工作中按照实际需要、按规定列支,购置办公设备及家具,保障工作顺利开展。全年项目预算2.7万元,执行0.9968万元。						
	产出情况及分析		设备数量18个,完成≥2个的指标量;办公设备验收合格率=100%;资产投入使用时间资产购置按文件要求按期完成;单位购置成本按照配置标准严格执行。						
	效益情况及分析		购置资产均如期投入使用,资产利用水平达到预期。						
	满意度情况及分析		办公设备的购置更新,提高工作效率,使用人员满意度明显提高。						
	主要经验做法		全流程融入绩效管理理念,合理确定绩效目标,按照预定目标开展完成各项工作,科学开展绩效评价,进一步提升资金使用效益。						
	项目管理中存在的主要问题及原因分析		对项目绩效目标的设定和各项指标的理解、认识不到位,缺乏可衡量性等。						
	下一步改进措施及管理建议		不断加强学习,完善绩效管理,提升工作服务水平和效能。						

备注:1.“年初预算数”项下的“目标申报数”和“预算编制数”为并列关系,其中“目标申报数”的数据来源于项目目标申报表中的项目资金总额表中的年度资金,“预算编制数”数据来源于项目预算支出明细表。

2.“全年预算数”的取数规则,如果年初预算未调整,取预算编制数;如果有调整,取调整后的预算数。

3.“全年执行数”是指预算执行指标确认数。

4.“执行率”是执行数与“全年预算数”相比较。

附件 4

2022 年度欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费 绩效自评分析报告

2022 年，我局认真贯彻落实《中共山西省委 山西省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（晋发〔2018〕39 号），牢固树立预算绩效管理理念，不断提升财政资金使用绩效，按要求对欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费进行了绩效自评价，现将有关情况报告如下。

一、项目基本信息

（一）项目概况

项目概况：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。每起案件的最高奖励金额不超过 10 万元。

立项依据：《忻州市医疗保障局 忻州市财政局 关于转发<山西省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法>的通知》（忻医保发〔2019〕32 号）

项目设立的必要性：维护医保事业的有序发展，保障医保基金的安全运行。

保证项目实施的措施与制度：《忻州市医疗保障局 忻州市财政局 关于转发<山西省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法>的通知》（忻医保发〔2019〕32 号）

（二）项目绩效目标

（1）项目实施期绩效目标

通过对欺诈骗保行为的打击，最终达到对纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用的有效监督，规范医保经办业务行为。维护医保事业的有序发展，保障医保基金的安全运行。

（2）项目年度目标

严格按照文件执行，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。维护医保事业的有序发展，保障医保基金的安全运行。

（三）项目实施计划

用于保障欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费

二、项目绩效完成情况

(一) 预算执行情况

资金来源	年初预算数		全年预算数(元)	全年执行数(元)	资金结(转)余(元)	执行率	得分
	目标申报(元)	预算编制(元)					
合计	1,000,000	1,000,000	1,000,000	0	1,000,000	0	0
市区财政资金	1,000,000	1,000,000	1,000,000	0	1,000,000		

(二) 绩效指标完成情况

一级指标	二级指标	指标名称	年度指标		实际完成值	权重	得分	偏差原因分析及改进措施
			年初指标	调整后指标				
产出指标	数量指标	对社会各界参与监督举报欺诈骗取	10	≤10人	0	20	15	基金监督成效明显，参保人员、医药机构行为规范。
		医疗保障激励进行的奖励人数						
	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%	100	10	10	
		持续加强打击欺诈骗保的违法行为	1	=1年	1	10	10	
	成本指标	项目工作经费	100	≤100万元	0	10	8	及时发放符合规定的举报奖励经费
效益指标	社会效益指标	对打击欺诈骗保行为的自觉监督	有所提升	有所提升	达成预期指标	15	15	
	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	成效明显	达成预期指标	15	15	
满意度指标	服务对象满意度指标	参保人员对打击欺诈骗保工作满意度	90	≥90%	90	10	10	

三、项目自评结果

1. 项目自评得分和结论

综合考虑预算执行情况得分 0 分、产出、效益、服务对象满意度各方面因素，指标完成情况得分 83 分，最终评分结果：欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费项目绩效自我评价结果为：总得分 83 分，属于“良”。

2. 全年目标实际完成情况

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、医药机构的自觉性加强，打击欺诈骗保的举报减少，相应奖励支出小。

3. 项目实施和预算执行情况分析

根据预算批复指标，在工作中按照实际需要列支，医保基金监管各项工作顺利开展，为参保人员提供优质高效服务。2022 年项目预算 100 万元，实际执行 0 万元。

4. 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。

5. 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

诈骗取医疗保障激进的行为。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。

6. 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。

四、项目主要经验做法

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。

五、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。

六、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，扩宽投诉举报渠道，提供便捷服务，鼓励群众实名举报。

欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费项目支出绩效自评表

(2022年度)

项目名称		欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局			预算单位	303001-忻州市医疗保障局			
项目资金预算安排及执行进度(万元)			年初预算数		全年预算数	全年执行数	资金结(转)余	执行率	得分
			目标申报数	预算编制数					
	资金总额:		100	100	100	0	100	0	0
市县区财政资金		100	100	100	0	100	0.00	0.00	
项目年度绩效目标	年度目标				实际完成情况				
	严格按照文件执行,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。维护医保事业的有序发展,保障医保基金的安全运行。				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、医药机构的自觉性加强,打击欺诈骗保的举报减少,相应奖励支出小。				
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年初指标值	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
	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人数	≤10人	≤10人	≤0人	20	15	基金监督成效明显,参保人员、医药机构行为规范。下一步
		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%	=100%	10	10	
		时效指标	持续加强打击欺诈骗保的违法行为	=1年	=1年	=1年	10	10	
		成本指标	项目工作经费	≤100万元	≤100万元	≤0万元	10	8	及时发放符合规定的举报奖励经费
	效益指标	社会效益指标	对打击欺诈骗保行为的自觉监督	有所提升	有所提升	达成预期指标	15	15	
		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	成效明显	达成预期指标	15	15	
满意度指标	服务对象满意度	参保人员对打击欺诈骗保工作满意度	≥90%	≥90%	≥90%	10	10		
总分							83	良	
项目绩效分析	自评结果分析	项目实施和预算执行情况		根据预算批复指标,在工作中按照实际需要列支,医保基金监管各项工作顺利开展,为参保人员提供优质高效服务。2022年项目预算100万元,实际执行0万元。					
		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。						

备注:1.“年初预算数”项下的“目标申报数”和“预算编制数”为并列关系,其中“目标申报数”的数据来源于项目目标申报表中的项目资金总额表中的年度资金,“预算编制数”数据来源于项目预算支出明细表。
 2.“全年预算数”的取数规则:如果年初预算未调整,取预算编制数;如果有调整,取调整后的预算数。
 3.“全年执行数”是指预算执行指标确认数。
 4.“执行率”是执行数与“全年预算数”相比较。

附件 5

2022 年度医保信息系统建设资金绩效自评分析报告

2022 年，我局认真贯彻落实《中共山西省委 山西省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（晋发〔2018〕39 号），牢固树立预算绩效管理理念，不断提升财政资金使用绩效，按要求对医保信息系统建设资金进行了绩效自评价，现将有关情况报告如下。

一、项目基本信息

（一）项目概况

项目概况：省医保局发函(晋医保办函〔2021〕11 号)确定我市为省级开展 DIP 付费改革试点,市政府办《关于印发<忻州市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案>的通知》（忻政办发〔2021〕85 号）。通知对 DIP 实施的试点要求，还对实施步骤、时间节点做了更加细致的要求。本项目根据国家、省局、市局的通知要求，结合我局医保信息化建设现状，全面推进按病种（DIP）分值付费信息系统建设。

立项依据：《关于印发<忻州市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案>的通知》（忻政办发〔2021〕85 号）

项目设立的必要性：持续推进医保支付方式改革，提高医疗服务透明度，提升医保基金使用效率，国家医保局制定下发了《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发

(2020) 45 号) 文件, 提出用 1-2 年的时间, 将统筹地区医保总额预算与点数法相结合, 实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立起现代化的数据治理机制, 形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元, 以结果为导向的医疗服务付费体系, 完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。

保证项目实施的措施与制度: 《忻州市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》

(二) 项目绩效目标

(1) 项目实施期绩效目标

持续推进医保支付方式改革, 提高医疗服务透明度, 提升医保基金使用效率。逐步建立以病种为基本单元, 以结果为导向的医疗服务付费体系, 完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。

(2) 项目年度目标

根据国家、省局、市局的通知要求, 结合我局医保信息化建设现状, 全面推进按病种 (DIP) 分值付费信息系统建设。

(三) 项目实施计划

将统筹地区医保总额预算与点数法相结合, 实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立起现代化的数据治理机制, 形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元, 以结果为导向的医疗服务付费体系, 完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。

二、项目绩效完成情况

(一) 预算执行情况

资金来源	年初预算数		全年预算数(元)	全年执行数(元)	资金结(转)余(元)	执行率	得分
	目标申报(元)	预算编制(元)					
合计	3,000,000	3,000,000	3,000,000	0	3,000,000	0	0
市区财政资金	3,000,000	3,000,000	3,000,000	0	3,000,000		

(二) 绩效指标完成情况

一级指标	二级指标	指标名称	年度指标		实际完成值	权重	得分	偏差原因分析及改进措施
			年初指标	调整后指标				
产出指标	数量指标	应用功能建设数量	3	≥3个	0	10	7	2022年项目按照采购进度执行, 2023年完成采购
		医保部门\医疗机构培训次数	1	≥1次	1	10	10	
	质量指标	应用系统满足使用要求率	95	≥95%	0	10	8	2022年项目按照采购进度执行, 2023年完成采购
	时效指标	对系统运行维护时间	12	=12个月	0	10	7	2022年项目按照采购进度执行, 2023年完成采购
	成本指标	DIP应用系统建设费用	300	≤300万元	0	10	10	
效益指标	社会效益指标	按病种(DIP)分值付费信息系统建设	稳步推进	稳步推进	部分达成预期指标并具有一定效果	15	14	2022年项目按照采购进度执行, 2023年完成采购
	可持续影响指标	全民医疗保障制度改革	持续推进	持续推进	部分达成预期指标并具有一定效果	15	14	成立了DIP医保付费方式改革试点工作领导机构, 确定了专人、专班负责试点工作, 相关工作有序推进。
满意度指标	服务对象满意度指标	系统使用对象满意度	95	≥95%	95	10	10	

三、项目自评结果

1. 项目自评得分和结论

综合考虑预算执行情况得分 0 分、产出、效益、服务对象满意度各方面因素，指标完成情况得分 80 分，最终评分结果：医保信息系统建设项目绩效自我评价结果为：总得分 80 分，属于"良"。

2. 全年目标实际完成情况

市局印发了《忻州市 2022 年度区域点数法总额预算和按病种分值付费办法（试行）》，市医保中心印发了《关于忻州市 DIP 付费改革启动试点医院试行付费的通知》，成立了 DIP 专家组和指导组，同步印发了《忻州市医疗保险 DIP 付费专家管理制度(试行)》，确定了专人、专班负责试点工作，相关工作有序推进。

3. 项目实施和预算执行情况分析

根据预算批复指标，在工作中按照实际需要、按项目推进流程，严格采购程序，DIP 分值付费信息系统建设工作有序推进。全年项目预算 300 万元，执行 0 万元。

4. 产出情况及分析

医保部门\医疗机构培训次数 1 次,2022 年项目按照采购进度执行，DIP 分值付费信息系统建设工作有序推进。

5. 效益情况及分析

DIP 分值付费信息系统建设按照采购进度执行，逐步完成线下前期准备工作，为应用系统建设提供工作基础。医保部门\医疗机构培训次数 1 次，2022 年项目按照采购进度执行，DIP 分值付费信息系统建设工作有序推进。

6. 满意度情况及分析

通过前期对政策制定、工作推进的沟通传达过程，系统使用对象对 DIP 支付方式改革建设工作基本满意。

四、项目主要经验做法

1、提高思想认识。按照省局、市政府部署，组织召开会议，学习国家局、省局要求和工作部署，研究系统建设工作。2、完善工作机制，对省局、市政府安排的工作，确定了专人、专班负责试点工作，相关工作有序推进。坚持“三保一防两提高”工作总基调，围绕“一个中心”，实现“六大突破”，推动医保事业持续健康高质量发展。稳中求进，深化DIP支付方式改革。

五、项目管理中存在的主要问题及原因分析

对项目绩效目标的设定和各项指标的理解、认识不到位，缺乏可衡量性等。

六、下一步改进措施及管理建议

不断加强学习，完善绩效管理，提升工作效能。督促加大工作推进力度，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，确保将下达资金管好用好。

医保信息系统建设项目支出绩效自评表

(2022年度)

项目名称		医保信息系统建设							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局				预算单位	303001-忻州市医疗保障局		
项目资金预算安排及执行进度(万元)			年初预算数		全年预算数	全年执行数	资金结(转)系	执行率	得分
			目标申报数	预算编制数					
	资金总额:		300	300	300	0	300	0	0
市县区财政资金		300	300	300	0	300	0.00	0.00	
项目年度绩效目标	年度目标					实际完成情况			
	根据国家、省局、市局的通知要求,结合我局医保信息化建设现状,全面推进按病种(DIP)分值付费信息系统建设。					市局印发了《忻州市2022年度区域点数法总额预算和按病种分值付费办法(试行)》,市医保中心印发了《关于忻州市DIP付费改革启动试点医院试行付费的通知》,成立了DIP专家组和指导组,同步印发了《忻州市医疗保险DIP付费专家管理制度(试行)》,确定了专人、专班负责试点工作,相关工作有序推进。			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年初指标值	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
	产出指标	数量指标	应用功能建设数量	≥3个	≥3个	≥0个	10	7	2022年项目按照采购进度执行,2023年完成采购
			医保部门\医疗机构培训次数	≥1次	≥1次	≥1次	10	10	
		质量指标	应用系统满足使用要求率	≥95%	≥95%	≥0%	10	8	2022年项目按照采购进度执行,2023年完成采购
		时效指标	对系统运行维护时间	=12个月	=12个月	=0个月	10	7	2022年项目按照采购进度执行,2023年完成采购
		成本指标	DIP应用系统建设费用	≤300万元	≤300万元	≤0万元	10	10	
	效益指标	社会效益指标	按病种(DIP)分值付费信息系统建设	稳步推进	稳步推进	部分达成预期指标并具有一定效果	15	14	2022年项目按照采购进度执行,2023年完成采购
		可持续影响指标	全民医疗保障制度改革	持续推进	持续推进	部分达成预期指标并具有一定效果	15	14	成立了DIP医保付费方式改革试点工作领导机构,确定了专人、专班负责试点工作,相关工作有序推进。
	满意度指标	服务对象满意度指标	系统使用对象满意度	≥95%	≥95%	≥95%	10	10	
	总分							80	良
项目绩效分析	自评结果分析	项目实施和预算执行情况	根据预算批复指标,在工作中按照实际需要、按项目推进流程,严格采购程序,DIP分值付费信息系统建设工作有序推进。全年项目预算10万元,执行4万元。						
		产出情况及分析	医保部门\医疗机构培训次数1次,2022年项目按照采购进度执行,DIP分值付费信息系统建设工作有序推进。						
		效益情况及分析	DIP分值付费信息系统建设按照采购进度执行,逐步完成线下前期准备工作,为应用系统建设提供工作基础,按病种(DIP)分值付费信息系统建设工作稳步推进,部分达到预期效果,对全民医疗保障制度改革工作持续推进。						
		满意度情况及分析	通过前期对政策制定、工作推进的沟通传达过程,系统使用对象对DIP支付方式改革建设工作基本满意。						
	主要经验做法	1、提高思想认识。按照省局、市政府部署,组织召开会议,学习国家局、省局要求和工作部署,研究系统建设工作。2、完善工作机制,对省局、市政府安排的工作,确定了专人、专班负责试点工作,相关工作有序推进。坚持“三保一防两提高”工作总基调,围绕“一个中心”,实现“六大突破”,推动医保事业持续健康高质量发展。稳中求进,深化DIP支付方式改革。							
	项目管理中存在的主要问题及原因分析	对项目绩效目标的设定和各项指标的理解、认识不到位,缺乏可衡量性等。							
	下一步改进措施及管理建议	不断加强学习,完善绩效管理,提升工作效能。督促加大工作推进力度,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,确保将下达资金管好、用好。							

备注:1.“年初预算数”项下的“目标申报数”和“预算编制数”为并列关系,其中“目标申报数”的数据来源于项目目标申报表中的项目资金总额表中的年度资金,“预算编制数”数据来源于项目预算支出明细表。

2.“全年预算数”的取数规则,如果年初预算未调整,取预算编制数;如果有调整,取调整后的预算数。

3.“全年执行数”是指预算执行指标确认数。

4.“执行率”是执行数与“全年预算数”相比较。