附件6

攀枝花市医疗保障局

2021年度部门预算项目绩效自评报告

（医疗服务与保障能力提升补助资金）

一、基本情况

（一）项目基本情况。

医疗服务与保障能力提升补助资金是中央、省级财政安排用于地方医保信息系统升级改造、基金监管、支付方式改革、提升医疗服务与保障能力等方面的专项资金，2021年省医保局共下达我市医疗服务与保障能力提升补助资金121万元，分两批全部拨付到位。

（二）项目绩效目标。

1．年度总体目标。

根据2021年主要工作任务，设置年初绩效目标为：①有效提升宣传引导、经办服务、人才队伍建设等医疗保障服务能力。②加快推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费试点工作和启动医共体医保改革工作。③加强定点医药机构基金监管，加大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加强医保网络、信息安全、基础设施等信息化建设工作，进一步夯实技术基础，切实保障医保信息系统高效、安全运行，提高数据采集质量和速度。

2．具体绩效指标。

按照年初报送的医疗保障与服务能力提升补助资金绩效目标申报表，科学设置绩效目标值，细化绩效目标的支出内容，确保全年绩效目标顺利完成。主要涉及产出指标、效益指标和满意度指标。

二、项目资金申报及使用情况

（一）项目资金申报及批复情况。

该专项资金按照“三重一大”制度，项目决策经过调研、论证分析后，形成初步工作方案，由局党组会研究决定，提出2021年医疗服务与保障能力提升补助资金分配方案，商市级财政部门达成一致意见后，行文下达。2021年分配我局医疗保障与服务能力中央财政补助资金67万元。

（二）资金使用情况。

2021年，该项目资金全年绩效目标67万元，实际支出67万元，资金执行率100%。主要用于政策宣传、信息公开、经办能力建设、基金监管、支付方式改革、干部队伍培训及信息化建设等。

三、项目实施及管理情况

（一）资金管理。

依据专项资金管理规定，所有资金实行专款专用原则。资金审批程序完整，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出、超预算等情况。

（二）组织管理。

医疗服务和保障能力提升补助资金下达后，项目实施单位年初设置好绩效目标，明确了资金使用方向，合理安排资金支出，年中跟进项目执行进度，加强资金支出管理，年末做好绩效评价工作。

四、项目绩效情况

（一）项目完成情况。

1.数量指标。（1）认真开展医保政策宣传，为全市多家参保单位上门宣讲最新医保政策。组织召开了全市医保基金监管暨行业系统突出问题专项治理工作推进会和全市医疗卫生领域突出问题医保治理暨警示教育大会。召开了医保电子凭证推广应用工作会议8次以上，市、县（区）医保部门先后举办《医疗保障基金使用监督管理条例》培训会6次，开展现场政策宣传咨询25余次，联合卫生健康、公安等部门集中宣传5次，印制宣传海报6000余份、宣传折页36500余份、宣传手册10000余份，电视和公众信息平台专题报道6次，定点医药单位LED循环播放推送1万余次信息。（2）2021年，按照国家、省、市关于政府信息公开的各项要求，我局全力做好政府信息公开工作，参加培训2次以上，通过攀枝花市医疗保障局网站、“攀枝花智慧医保”微信公众号等发布政务信息3180条、微信公众号信息258条、解读政策13个、办理群众留言8件、征集群众意见2条、办结办事服务23951件。编印《攀枝花医疗保障》简报70期，向省局上报46篇，办理信访件151件，主办办结代表建议和委员提案2件，办理群众来电30491通。

2.质量指标。（1）医保信息系统验收合格率90%以上，医保系统正常运行率90%以上，医保系统重大安全事件响应事件小于60分钟。同时，按照国家、省统一安排部署，从2021年4月起，经过市、县（区）医保部门的共同努力，先后完成政策调研、需求采集、决策树配置、系统测试等工作，确保了国家医疗保障平台攀枝花地区10月平稳上线，实现了新旧系统的稳定交互。（2）2021年，完成了全市纳入医保协议管理的660家定点医药机构全覆盖监督检查，迎接省级飞行检查对6家定点医疗机构的现场和大数据检查，完成省医保局对31家、市医保局对21家定点医药机构的全覆盖抽查复查，全市定点医药机构两次全覆盖检查率100%。（3）组织单位骨干参加省医保局组织的政策解读、基金监管、支付方式改革等业务培训，抽调市、县（区）医保部门经办人员赴省上参与国家医疗保障平台测试和培训工作，与浙江大学联合举办能力提升工程干部递进培训，干部培训合格率100%。（4）2021年持续深化医保支付方式改革，攀枝花率先在全省开展了安宁疗护服务按床日付费，定点医疗机构高精尖医疗技术以及日间手术病种纳入DRG付费管理。DRG付费改革工作经过近4年的试点运行，初步建成了“保障有力、基础扎实、机制健全、覆盖全面、监管有力”的DRG付费管理体系，实现了市内住院统筹基金当期结余由“负”到“正”的转变，从源头上守住了“百姓救命钱”。（5）按省上要求完成了异地就医直接结算定点医药机构扩面任务，2021年10月，我市成为四川省首批国家跨省门诊慢性病直接结算试点城市，已于2021年底前开通了高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗等门诊慢性病相关治疗费用跨省直接结算。截至10月30日，全市共有 124家定点医疗机构、467家定点药店接入省级平台，有52家医院接入国家平台，全部开通跨省住院联网结算。开通170家定点零售药店跨省个人账户划卡直接结算。（6）按照深化医疗服务价格改革的总体方向，贯彻执行医疗服务、药品价格政策, 落地实施5个批次国家组织药品集中带量采购, 开展医疗服务价格调整工作，做好药品价格监测和常态化监管。

（二）项目效益情况。

一是通过上门宣讲、发放资料、现场宣传等多种形式，让参保企业和群众对医保政策有了更深入的认识和了解，切实提高了参保人员对医保政策的知晓率，保证了参保群众合法权益。

二是我市在全省率先开通医疗保障服务热线，为我市群众政策咨询、参保缴费、异地就医备案、个人账户、门诊慢性病管理等医保各项业务提供了极大方便，树立了医保部门“全心全意为群众办实事”的良好形象。

三是不断优化跨省就医服务流程，通过海报、易拉宝、发放宣传折页、播放宣传视频、设置宣传栏和咨询台等形式加大宣传力度，不断提高异地就医直接结算率，为异地就医的参保人员提供优质高效的直接结算服务。

四是通过开展“清零行动”，“回头看”专项检查和“三假”专项整治行动，进一步规范了医疗服务行为，巩固了专项治理工作成效，提升了医保的综合监管能力，维护了医保基金安全。

五是我市支付方式改革自2018年3月启动以来，改革控费效果明显，被国家医保局评为“进度优秀”单位，支付方式改革工作得到了国家评估组、省医保局等相关部门的高度评价，形成了可复制、可推广的攀枝花经验。

六是持续推进线下线上服务模式，实现政务前台“一窗通办”，开通自助服务终端，完善攀枝花“智慧医保”微信小程序的医保公共服务功能，推送移动手机客户端个人短信服务，为参保群众提供便捷高效的医保服务渠道,方便办事群众，提升医保经办服务能力。

五、绩效评价结论

（一）评价结论。

2021年是“十四五”规划的开局之年，我局在平稳推进医疗保障工作的同时，进一步扩大了异地就医结算范围，全面落实了信息公开，进一步深化了支付方式改革，显著提升了综合监管能力，落实了医保信息化项目，提升了医保经办服务水平，有力促进了我市医疗保障体制机制改革。

（二）存在的问题。

基金监管工作任重道远，提升基金监管能力需要专业人员、专业知识支撑。目前，我市基金监管专业技术人员数量、能力严重不足，医保基金监管力量建设离新时期医保基金监管工作要求还存在较大差距。

（三）相关建议。

由于攀枝花地方收入下滑，财力十分困难，恳请财政部门积极向中央、省争取上级财政补助资金，适当增补我市医疗服务与保障能力提升补助资金用于支持基金监管和DRG付费改革工作。