

**江门市医疗保障局 2021 年
医疗保障业务资金项目
绩效自评报告**

一、项目概况

（一）项目的设立背景和立项依据

江门市医疗保障局依据部门职责和日常监管需求，根据《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助办法的通知》（江府[2019]40号）、《关于印发江门市基本医疗保险大病保险实施方案的通知》（江医保发[2019]88号）、《印发江门市大病保险年度考核办法的通知》（江人社发[2018]152号）、《关于江门市实施基本医疗保险按病种分值付费工作的意见》（江人社发[2017]685号）、《江门市2021年公立医疗机构医疗服务价格调整工作方案》、《江门市社会保险基金监督举报奖励暂行办法》、《转发广东省医疗保障局关于做好2021年医疗保障基金监管工作的通知》（江医保函〔2021〕20号）、《关于开展2021年江门市基本医疗保险基金专项检查工作的通知》（江医保函〔2021〕30号）等文件要求申报相关预算资金。

（二）项目预算安排和使用情况

2021年度医疗保障业务一级项目资金年初预算为463.76万元，2021年项目经费实际支出金额为459.3万元。该项目涉及的二级预算项目有14项，涉及的二级预算单位有4个，分别是：江门市医疗保障局本级、江门市医疗保障局蓬江分局、江门市医疗保障局江海分局、江门市医疗保障局新会分局。

（三）预期绩效目标及实现情况

2021年医疗保障业务资金的年度预期绩效目标：**一是**确保符合条件的困难人员全面纳入我市基本医疗保险保障范围，使困难人员获得更好的医疗保障。经基本医疗保险、大病保险报销后负担的医疗费用，医疗救助对象救助比例不低于70%，统一全市医疗救助经办流程；**二是**按计划完成基本医疗保险日常检查监督和政策研究分析工作；**三是**能够更加准确分析我市医保支付工作中的薄弱环节，对制定我市本土化分值库和系数的确定起到决定性作用；**四是**提高基本医疗服务价格信息化技术，完善医疗服务价格信息化管理，通过对各医疗机构的数据进行深入评估，调整医疗服务价格；**五是**深入研究医保法规化、信息化和基金监管等有关政策，提高参保人就医可及性，减轻参保人医疗费用支出负担；**六是**根据《江门市社会保险基金监督举报奖励暂行办法》按实际举报查实案件支出奖励金，打击欺诈骗保行为，确保基金安全运行，守护老百姓的“救命钱”；**七是**根据相关文件要求，聘请专家开展各类医疗保障专项检查，开展全覆盖式基金监管专项检查、双随机专项检查、药品耗材监管专项检查和年度考评检查，维护参保人员合法权益和保障医保基金安全运行。

2021年医疗保障业务资金设定的年度预期绩效目标都如期实现，确保我市医疗保障工作的顺利开展。

二、项目组织实施情况

（一）项目投入情况

根据 2021 年度部门决算信息，2021 年部门医疗保障业务资金投入 463.76 万元，涉及二级预算项目有 14 项，涉及的资金使用单位有 4 个。2021 年该项目经费实际支出 459.3 万元，资金支出率为 99.04%，为确保医疗保障业务工作的顺利开展提供资金保障。2021 年医疗保障业务资金分配、支出项目确定、目标设置及确认、保障措施等设置合理，项目资金的使用保障机构正常运作，持续深化医疗保障重点领域改革，加强基金监管。保障参保群众利益，围绕大家关注的热点问题，健全完善医疗保障制度体系，维护医保基金安全，扎实开展打击欺诈骗保专项行动，做到强监管、重惩处、严震慑。

（二）项目实施过程

一是资金管理情况。2021 年医疗保障业务资金项目部门预算安排 463.76 万元，资金到位 463.76 万元，资金到位率 100%。我局严格执行地方财政项目资金管理规定，全部纳入“数字政府”公共财政综合管理平台，所有预算拨款均通过国库账户划拨，资金支付直接通过“数字政府”公共财政综合管理平台进行会计核算，项目资金都进行专户核算，确保专款专用。资金支出都符合项目实施使用范围，严格执行收支两条线，没有截留、挤占、挪用项目资金情况。

二是项目管理情况。2021年医疗保障业务资金项目是由江门市医疗保障局本级、江门市医疗保障局蓬江分局、江门市医疗保障局江海分局、江门市医疗保障局新会分局共同负责具体实施。2021年医疗保障业务资金项目由4个单位对应相关二级资金项目，负责统筹协调整个项目实施过程，分别负责项目经费核算管理。项目实施严格按照相关政府采购程序开展，确保政府采购项目程序合法、公平、公正、公开。项目资金对口责任科室/单位对项目进行全程的跟踪监督，做好项目验收工作。

三、项目绩效情况

通过2021年度医疗保障业务资金项目的实施，**一是**资助收入型医疗救助对象参保城乡居民基本医疗保险率达到100%；重点医疗救助对象政策范围内基本医疗救助比例达到80%以上；持续实施重特大疾病医疗救助，强化医疗救助规范管理；**二是**按计划完成基本医疗保险日常检查监督和政策研究分析工作；**三是**能够更加准确分析我市医保支付工作中的薄弱环节，对制定我市本土化分值库和系数的确定起到决定性作用；**四是**提高基本医疗服务价格信息化技术，完善医疗服务价格信息化管理；**五是**深入研究医保法规化、信息化和基金监管等有关政策，提高参保人就医可及行，切实减轻参保人医疗费用支出负担；**六是**根据《江门市社会保险基金监督举报奖励暂行办法》按实际举报查实案件支出奖励金，

打击欺诈骗保行为，确保基金安全运行，守护老百姓的“救命钱”；**七是**聘请专家开展各类医疗保障专项检查，开展全覆盖式基金监管专项检查、双随机专项检查、药品耗材监管专项检和年度考评检查，维护参保人员合法权益和保障医保基金安全运行。

（一）产出指标分析

一是符合救助条件的对象按规定纳入救助范围。根据《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助办法的通知》（江府〔2019〕40号），对重点救助对象、低收入家庭成员参加医疗保险，其参加本市基本医疗保险的个人缴费部分按当年城乡居民基本医疗保险的个人缴费金额标准予以全额资助。

二是重点救助对象政策范围内基本医疗救助比例达80%以上。根据《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助办法的通知》（江府〔2019〕40号）的相关要求，在年度最高救助限额内，在定点医疗机构就医，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，门诊和住院的范围内医疗费用，最低生活保障家庭成员的医疗救助按照90%的比例给予救助，年度最高救助限额为10万元；特困供养人员按照100%的比例给予救助，年度最高救助限额为12万元。

三是市医保局待遇保障科使用2021年度医疗保障业务

资金印制分类保障小册子、城乡居民基本医疗保险服务指南宣传折页；江海分局印制《医疗保障基金使用监督管理条例》单张、《医疗保障基金使用监督管理条例》问答手册。

四是按病种分值付费病种数，年初申报指标值 8600 个，实际完成 8632 个；国家新版医保药品目录执行率达 100%；国家药品集中采购任务完成率达 100%，第一批、第二批中选药品在采购周期内均超额完成采购任务，分别为：281.10%、233.29%，并于今年上半年成功续约。

五是完成了 2020 年度按病种分值付费清算工作，及时调整了医疗服务价格项目，科学拟定全市医疗服务价格调整方案。

六是谋划新举措，医保基金监管更加到位。严格落实行政执法“三项制度”，推行“双随机、一公开”监管模式，推进依法监管。坚持监督检查全覆盖，对定点医药机构实现现场检查全覆盖和抽查范围全覆盖。开展“三假”专项整治和“清零行动”，建立健全飞行检查机制，多举措提升监管能力和水平。

（二）效果指标分析

一是医疗救助看病就医方便程度明显提高。江门市医疗救助“一站式”结算系统，对已参加基本医疗保险的医疗救助对象在定点医疗机构就医时，实行基本医疗、大病保险、医疗救助“一站式”结算。根据《江门市人民政府关于印发

《江门市医疗救助办法的通知》（江府〔2019〕40号），低收入家庭成员的医疗救助按照80%的比例执行，因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他困难人员的医疗救助按照70%的比例执行，医疗救助年度最高限额为8万元。有效缓解医疗救助对象医疗费用负担。重点救助对象等困难居民人员范围内费用报销比例达80%以上。

二是通过医疗救助，有效地补充了社会救助及医疗保障支付体系，通过报销各种医疗补助后的医疗费用，进一步减轻了困难群众就医的经济负担，健全了社会救助及医疗保障支付体系。

三是经我市医疗救助政策制定和落实以及对政策宣传，困难群众看病就医可及性明显提高，印刷医保政策宣传资料，让社会公众更加了解、熟悉掌握更多医保政策，及时参保，提高群众对我局政策的知晓程度。

四是医保基金运行政策研究项目的实施，坚持“防微杜渐，禁于未然”基金监管理念，对1998年至2021年国家、广东省、江门市三级层面发布医疗保险基金主要政策进行梳理，探索出医保基金监管的新要点、新思路。

五是参保人对政策落实感到满意。市域内医疗救助“一站式”结算已全面覆盖，实现医疗救助和基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务，省内和跨省异地住院医疗救助“一站式”直接结算，提高对经办结算便捷满意程度。

四、项目主要做法和经验

一是高度重视财政支出绩效评价工作。我局从人员安排、技术配备等方面都给予充分保障，成立了江门市医疗保障局财政支出项目绩效评价工作领导小组，指导项目实施单位绩效自评工作，收集、审核、汇总、评价基础数据和佐证材料，撰写绩效评价自评报告，完成领导小组交办的其他工作。2021年医疗保障业务资金下达我局（含下属派出机构）项目经费共463.76万元，财政项目经费的使用取得显著的成效，财政项目经费的使用取得显著的成效。

二是认真开展财政支出绩效自评工作。我局2021年医疗保障业务资金绩效目标明确、自评表填写规范，无错填、漏填等情况；自评报告按参考提纲要求撰写，相关内容与绩效目标申报材料相符，相关数据正确，与自评报告表相符，无弄虚作假现象。

五、存在问题及建议

（一）存在问题

一是项目资金的实际使用在相关业务科室，但由于绩效评价工作由财务人员牵头，绩效工作得不到相关业务科室重视，相关工作开展的证据材料搜集缺失，影响评价工作的质量；

二是医保信息化系统有待优化，推进医保支付方式改革的顺利、平稳开展。

（二）改进措施或有关建议

一是将绩效评价工作扩展到各相关科室，让相关业务科室能把绩效评价工作当成一项任务来抓，注重日常项目实施过程中的数据资料搜集，提高佐证材料质量，真实评价项目实施情况；

二是定期收集和反馈国家医保信息平台运行中存在的问题，及时沟通协调解决，并在提升医保公共服务的公平性、便捷性方面做工作，在惠民医保、智慧医保建设上下功夫，争取早日实现“百姓少跑腿、数据多跑路”的美好愿景。

六、项目自评结论及得分

2021年度医疗保障业务资金项目的实施，使市本级医疗救助专项资金按时拨付至指定账户，保障困难群众医疗救助待遇；按时完成大病保险监督考核、宣传等工作；推进药品联合集中采购，为有效遏制药品价格，切实减轻人民群众用药负担；如期完成三份相关政策的研究成果，推进我是医保政策的研究优化。

综上所述，2021年度医疗保障业务资金项目自评为“优”。