云南省医疗服务与保障能力提升补助（医疗保障服务能力提升部分）中央转移支付

资金2020年度绩效自评报告

一、绩效目标分解下达情况

（一）中央下达医疗服务与保障能力提升转移支付预算和绩效目标情况

1.中央下达医疗服务与保障能力提升转移支付预算情况

2020年，《财政部 国家医保局关于提前下达2020年中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金预算的通知》（财社〔2019〕221号）、《财政部 医保局关于下达2020年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗服务能力提升部分）预算的通知》（财社〔2020〕54号）下达我省医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗服务能力提升部分）共计12,694万元。

我省及时研究资金分配方案，先后通过《云南省财政厅 云南省医疗保障局关于下达2020年中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）预算的通知》（云财社〔2020〕5号）、《云南省财政厅 云南省医疗保障局关于下达2020年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）预算的通知》（云财社〔2020〕133号）两个资金文件及时将中央补助资金12,694万元分配下达至省本级和各州（市），其中：分配省本级信息化建设资金11,734万元，分配下达各州（市）补助资金960万元。

2.绩效目标情况

按照国家医疗服务与保障能力提升补助资金项目绩效评价目标相关要求，确定年度总体绩效目标，具体是：（1）提升信息化水平，加强网络、信息安全、基础设施等方面建设，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）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；（3）加快推进医保支付方式改革和DRG试点工作；（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。

同时，根据绩效评价工作基本要求，将绩效目标从产出、效益、满意度三个方面细化分解为不同阶段、层次的具体指标，确保通过项目绩效管理，发挥资金使用最大效益。具体的绩效指标如表1：

表1 医疗服务与保障能力提升绩效目标申报表

| **一级指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标值** |
| --- | --- | --- | --- |
| 产出指标 | 数量指标 | 医保信息系统正常运行率 | ≥90% |
| 医保信息系统重大安全事件响应时间 | ≤60分钟 |
| 定点医药机构监督检查覆盖率 | 100% |
| 医保人才培养合格率 | ≥90% |
| 推行医保支付方式改革和DRG试点 | 逐步推开 |
| 时效指标 | DRG试点进展模拟运行时间 | 不晚于12月底 |
| 效益指标 | 社会效益指标 | 参保群众政策知晓率 | 普遍知晓 |
| 跨省异地就医直接结算率 | 有所提高 |
| 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% |

二、绩效目标完成情况分析

（一）资金投入情况分析

1.项目资金安排情况

按照中央和省级要求，2020年共安排医疗服务与保障能力提升补助资金12,694万元，共计到位12,694万元。

2.项目资金执行情况

2020年全省共支出医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）325.82万元，结转结余资金12,368.18万元，预算执行率2.57%。资金结余过大的原因为：由于云南省“智慧医保”二期招标采购工作还在推进，采购程序尚未办理完毕。资金使用符合财经法规和有关专项资金管理办法，有完整的审批程序和手续，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

3.项目资金管理情况

为规范医疗服务与保障能力提升补助资金的管理和使用，提高使用效益，根据《国务院关于整合医疗服务与保障能力提升制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《云南省人民政府关于整合医疗服务与保障能力提升制度的实施意见》（云政发〔2016〕72号）文件要求严格资金管理和经费使用。

（二）总体绩效目标完成情况分析

2020年度总体绩效目标已经基本完成。通过项目实施，全省一部信息化水平得到提升，切实加强了网络、信息安全、基础设施等方面建设，进一步夯实了技术基础，保障了医保信息系统高效、安全运行，提高了数据采集质量和速度；增强了打击欺诈骗保工作力度，切实保障医保基金合理有效使用；加快推进了医保支付方式改革和DRG试点工作；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得到了有效提升。

（三）绩效指标完成情况分析

1.产出指标完成情况分析

（1）数量指标

①医保信息系统正常运行率：计划不低于90%，实际正常运行率达到了100%。

②医保信息系统重大安全事件响应时间：计划不超过60分钟，信息系统发生重点安全事件做出响应的实际时间为10分钟。

③定点医药机构监督检查覆盖率：计划达到100%。2020年在“打击欺诈骗保专项治理”活动期间，共检查定点医药机构33060家，处理违规定点医药机构17864家。其中，暂停医保服务协议280家，解除医保服务协议92家，移交司法机关4家，行政处罚97家。监督检查覆盖率达到100%。

④医保人才培养合格率：计划不低于90%，实际合格率达到100%。

⑤推行医保支付方式改革和DRG试点：DRG付费、区域点数法预算和按病种分值付费列入国家试点，积极支持紧密型医共体建设，全省41个县（市、区）全面启动打包付费改革。

（2）时效指标

DRG试点进展模拟运行时间：不晚于12月底，实际未晚于12月底。

2.社会效益指标完成情况分析

（1）参保群众政策知晓率：计划不低于80%，达到普遍知晓，实际利用传统媒体和新媒体等多种渠道，因地制宜开展政策宣传，提升社会公众政策知晓率。我省政策参保对象知晓率超过80%。

（2）跨省异地就医直接结算率：计划有所提升，实际省内异地就医联网直接结算提供服务的协议医药机构、接入国家跨省异地就医联网直接结算平台的定点医疗机构较上度有所增加，跨省异地就医直接结算已实县域全覆盖，就医需求延伸到乡镇卫生院，使更多的参保人享受到异地结算系统带来的便利。

3.满意度指标完成情况分析

参保人员对医保服务的满意度：计划不低于90%，对云南省社保受益群众开展满意度调查，共发放问卷5168份，剔除不了解城乡居民基本医疗保险政策的问卷，实际有效回收4796份，问卷有效回收率92.80%，满意度为96.87%。

1. 偏离目标的原因和下一步改进措施

由于云南省“智慧医保”二期招标采购工作还在推进，采购程序尚未办理完毕，预算执行进度较慢。针对此情况，省医保局已制定具体措施，加快推进项目建设。针对上述情况，此项目扣5分。

四、绩效自评结果拟应用和公开情况

（一）自评结果

通过认真组织实施医疗服务与保障能力提升补助政策，并对中央转移支付资金开展绩效自评工作，如期完成了年度绩效目标。最终，自评得分为95分，自评结果为“优”。针对我省绩效自评中存在的问题，及时寻找合理解决办法，落实相关改革情况。对于未达到预期绩效目标的情况应详尽分析其原因，及时做出应对措施，切实提高财政资金使用效益和效率。

（二）自评结果运用

针对绩效自评结果，拟通过以下措施强化绩效自评结果的运用：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，确保项目按要求完成，及时发挥财政资金效能；二是与下一年度预算安排结合，本次自评结果作为下一年度预算的重要依据，对于合理安排下一年度预算起到关键作用。

（三）自评结果公开情况

绩效自评结果将通过“云南省医疗保障局官网”进行公开。

五、其他需要说明的问题

无。