

整体支出绩效自评表

(2021年度)

部门名称		天津市医疗保障局					
预算执行情况	部门预算金额(万元)	年初预算数	全年预算数(A)	全年执行数(B)	分值	得分	执行率(B/A)
		73270.2	94093.9	77730.0	10	8.3	82.6%
偏差原因分析及改进措施	按照国家医保局要求，我局从2019年开始进行我市医保信息平台项目的申报，2020年由于疫情原因，我市医保信息平台的审批受到一定程度的影响，建设进度整体延后。我市医保信息平台在10月22日全市上线，试运行时间短，考虑到系统的稳定性及业务经办的一致性，不能实现2021年对系统的经验，故无法按照合同支付对应尾款。基于以上原因导致支付率低。我局将在2022年做好医保信息平台剩余招标及终验工作，保证资金按时按要求支出。						
年度绩效目标完成情况	目标序号	年度绩效目标		实际完成情况			偏差原因分析及改进措施
	1	机构日常运行保障工作（全年），主要保障职工人员工资、津补贴、公积金、社会保障等人员经费及单位日常运行经费。		机构全年运行正常，职工各项待遇及时合规发放，机关各项工作正常开展。			
	2	进一步完善待遇保障政策，扎实推进长护险制度试点，深化医保支付方式改革，推进医药集采制度化常态化，深化医药服务价格改革，不断优化医保公共服务管理。		落实“居民医保住院报销比例提高5个百分点”政策，率先出台医疗救助办法，制定落实巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略实施方案，进一步健全防范化解因病返贫致贫长效机制。完成长期护理保险“1+15”配套政策制定、“1+3+21”三层委托经办服务体系构建、集中重度失能评定、养老服务承接等工作。率先完成区域点数法总额预算管理下多元复合式医保支付方式的制度设计，建立统筹区域内医疗费用增长与医保基金收入增长相适应的宏观调控机制。持续深化医药服务供给侧改革，稳步推进医疗服务价格改革。			
	3	进一步优化医保经办服务，推动政务服务事项网上办、一次办，完善医保政务服务“好差评”制度，加强医保服务窗口建设，着力提高适老化水平，完善异地就医直接结算，推进异地就医门诊联网直接结算政策全覆盖。		进一步优化医保经办服务，推动政务服务事项网上办、一次办。对医保无审批事项进行积极扩展，在“政务一网通”平台实现医疗、生育保险业务办理与信息查询等服务。			
	4	全面加强医保基金监管，加强基金监管制度体系建设，开展打击欺诈骗保专项整治行动，深入开展医保监管集中宣传月活动，开展医疗保障基金使用监督管理条例专题培训，不断提升行政执法的能力和水平。		加强基金监管制度体系建设，组织开展2021年度打击欺诈骗保专项整治行动、2020年度专项治理“回头看”和全市飞行检查，持续保持高压态势。坚持源头管控，强化审核管理，深入开展医保监管集中宣传月活动，开展医保基金监管警示教育和能力提升培训，不断提升行政执法的能力和水平。			
	5	完成天津市医疗保障“十四五”规划编制工作，推进法治政府建设，落实国家15项医疗保障信息业务编码标准，建成全市医疗保障信息平台，推进医保电子凭证推广应用。		完成我市医疗保障“十四五”规划编制工作，明确“十四五”医疗保障改革发展的目标任务。全面履行推进法治建设第一责任人职责，宣传贯彻《天津市基本医疗保险条例》。完成15项标准化信息业务编码落地应用工作，在全国率先通过验收。全力推进天津医保信息平台建设，10月22日在全市全域全业务上线运行。扎实推进医保电子凭证推广应用工作，不断丰富电子凭证应用场景，在全国率先上线医保电子凭证终端设备。			

年度指标完成情况	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标1	产出指标	数量指标	正常运行机构数	=5个	5个	2	2	
		质量指标	机构正常运行率	=100%	100%	2	2	
		时效指标	工资发放及时率	=100%	100%	2	2	
		成本指标	机构日常保障运行工作经费	≤1325.2万元	1140.18万元	1	1	
	效益指标	社会效益指标	保障机关政策运转	可持续运转	正常持续运转	1	1	
绩效目标2	产出指标	数量指标	召开医保工作省级新闻发布会、政策吹风会	≥2个	2个	2	2	
			落实“居民医保住院报销比例提高5个百分点”政策覆盖人数	≥500万人	537万人	2	2	
			签订长期护理保险失能评定机构数	≥56家	56家	2	2	
			全面实施2020版国家药品目录，药品100%纳入我市医保报销范围种数	=119项	119项	2	2	
			新增医疗服务项目价格数	≥139项	145项	2	2	
	质量指标	启动实施区域点数法总额预算管理，DRG、DIP、人头、床日和项目等付费方式覆盖率	=100%	100%	2	2		
			落实第四批、第五批国家组织药品集采降价成果，106种药品平均降幅率	>60%	68%	2	2	
		开展国家组织高值医用耗材联合采购，人工关节平均降价率	>80%	82%	2	2		
		京津冀“3+N”联盟医药产品带量采购，10种高血压、糖尿病等群众常见用药价格平均降幅降幅率	>70%	71%	2	2		

年度指标完成情况	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标2	产出指标	质量指标	京津冀“3+N”联盟医药产品带量采购，冠脉扩张球囊平均降价率	≥90%	90%	2	2	
		时效指标	正式启动长护险护理服务和待遇支付	2021年6月	2021年6月	2	2	
			完善医疗服务价格动态调整机制	2021年11月	2021年11月	2	2	
			统筹推进按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费国家试点，选择符合条件的试点医疗机构启动首批实际付费工作	2021年12月	2021年12月前	2	2	
		成本指标	医疗保障体制改革工作	≤970.37万元	702.31万元	1	1	
	效益指标	社会效益指标	参保群众享受医保待遇水平	有所提升	提高居民医保住院报销比例5个百分点，全年减轻负担约2.3亿元。完善严重精神障碍患者门诊医疗保障政策，持续做好“两病”门诊用药保障。开展长期护理保险制度试点，着力解决重度失能人员长期照护问题	1	1	
	落实药品集采降价成果		药品费用支出负担明显减轻	组织落实国家第四、五批药品集中带量和京津冀“3+N”联盟药品联合带量中选结果，平均价格分别下降52%、56%和70%。做好“4+7”及第二、三批集采药品续约工作。2021年1月，执行国家组织冠脉支架集中带量采购结果，价格下降93%；开展京津冀“3+N”联盟冠脉扩张球囊类医用耗材带量联动采购，4月1日执行中选结果，价格下降93%	1	1		

年度指标完成情况	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标3	产出指标	数量指标	提供门诊费用异地直接结算服务定点医疗机构数	>1000家	1013家	2	2	
			出台医保便利老年人服务举措	≥7项	7项	2	2	
			实现“跨省通办”“网上办”政务服务事项数量	≥4项	6项	2	2	
			组建市区两级行风建设社会监督员人数	≥180人	187人	2	2	
		质量指标	具备服务条件的定点医疗机构实现门诊费用跨省直接结算覆盖率	=100%	100%	2	2	
			“好差评”公共服务事项覆盖率	≥90%	100%	2	2	
			医保星级窗口建设率	≥80%	100%	2	2	
		时效指标	率先实现异地就医自助备案	2021年1月	2021年1月	2	2	
			开通12393医保服务热线	2021年9月	2021年9月	2	2	
		成本指标	医疗保障公共服务经费	≤20万元	20万元	1	1	
	效益指标	社会效益指标	医保经办服务效能	不断优化	统一规范医疗保障经办政务服务事项，主动压缩医保公共服务事项办结时限，全面开展“好差评”，实施适老化服务举措和承诺制办理服务，6个事项实现“跨省通办”，医保经办服务效能持续提高	1	1	
绩效目标4	产出指标	数量指标	强化医疗费用审核管理，推进智能审核规则上线数	=56类	56类	2	2	

年度指标完成情况	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标4	产出指标	数量指标	组织医保基金使用监督管理条例专题培训场次	≥3次	3次	2	2	
			重大行政执法决定合法性审查率	=100%	100%	2	2	
		质量指标	全市定点医药机构检查覆盖率	≥90%	100%	2	2	
			开展医保监管集中宣传月活动	2021年4月	2021年4月	2	2	
		成本指标	医保监管集中宣传月活动经费	≤40万元	16.59万元	2	1	原计划拍摄有关欺诈骗保宣传片的费用，因国家医保局统一提供集中宣传月宣传片，我们本着精简节约、真过紧日子的原则，严格控制资金总量，节省了相关费用，计划转入2022年继续使用。
	效益指标	社会效益指标	医疗保障基金监管能力	持续提升	对全市医保系统工作人员开展医保监管专题培训，宣讲医保监管条例和法规，提高医保系统依法行政能力和水平	1	1	
绩效目标5	产出指标	数量指标	提升法治政府建设能力，开展法治专题培训	≥4次	5次	1	1	
			行政执法案件评查平均得分	≥90分	93.53分	2	2	
			支持使用医保电子凭证和身份证件的定点零售药店数	≥700家	717家	2	2	
		质量指标	本地参保人激活医保电子凭证比例	≥60%	70%	2	2	
			15项标准化信息业务编码落地应用工作通过验收率	=100%	100%	2	2	
			行政负责人按要求出庭应诉率	=100%	100%	2	2	

年度指标完成情况	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
绩效目标5	产出指标	时效指标	完成我市医疗保障“十四五”规划编制工作	2021年6月	2021年6月	2	2	
			推进天津医保信息平台上线运行	2021年10月	2021年10月	2	2	
	成本指标		医保信息化平台建设经费	≤26668.92万元	16966.37万元	2	1	一是按照国家医保局要求，我局从2019年开始进行我市医保信息平台项目的申报，2020年由于疫情原因，我市医保信息平台的审批受到一定程度的影响，建设进度整体延后 二是我市医保信息平台在10月22日全市上线，试运行时间短，考虑到系统的稳定性及业务经办的一致性，不能实现2021年对系统的终验，故无法按照合同支付对应尾款。 我局将在2022年做好医保信息平台剩余招标及终验工作，保证基金按时按要求支出。
	效益指标	社会效益指标	医疗保障信息化水平	逐步提高	2021年我局持续推动我市医保信息平台建设和上线运营工作。新平台上线后，可以实现“激活医保电子凭证，无卡看病就医”，通过人脸识别，即可看病就医，标志着天津医保支付结算进入“脱卡时代”，真正让群众切身感受到医保工作的智能化、便捷化。	1	1	
总体满意度	满意度指标	服务对象满意度	绩效管理公众满意度评议	≥90%	97.30%	2	2	
总分						100	96.3	
整体支出绩效自评结论			本部门自评结果96.3分，整体绩效自评等级为优。2021年市医保局始终坚持以党的政治建设为统领，坚持以人民为中心，统筹疫情防控和医疗保障事业，全力以赴深化改革，扎实推进医疗保障高质量发展，部门预算资金使用效益有所提升。今后我局将继续强化预算执行，不断提高预算完成率，严格按照项目和进度执行预算，增强预算执行的规范性和严肃性；定期做好预算分析，切实提高预算完成率及资金使用效益。根据预算绩效目标扎实推进相关工作，确保预算目标高质量完成。					