

2024/2

桃江县医疗保障局

桃江县医疗保障局 2024 年度医疗保障与服务能力提升 补助资金绩效自评报告

一、基本情况

根据湖南省财政厅通过《关于提前下达 2024 年医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）中央财政补助资金的通知》（湘财预〔2023〕378 号），2024 年下达我县医疗服务与保障能力提升补助资金 54 万元，用于提升医保信息化水平，加快推进医保支付方式改革和 DIP 全国试点工作，加强打击欺诈骗保工作力度，有效提升综合监管、宣传引导、经办服务能力，落实经办服务工作下沉、人才队伍建设等。

（一）资金情况

1. 资金分解下达情况

湖南省财政厅通过《关于提前下达 2024 年医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）中央财政补助资金的通知》（湘财预〔2023〕378 号）文件，及时下达我县医疗保障服务能力提升项目经费 54 万元。

2. 上年度资金结余情况

2023 年我县医疗保障服务与能力提升补助资金无结余资金。

(二) 项目绩效目标分解下达情况

1. 年度总体目标

有效提升医保信息化标准化、基金监管、经办管理、目录监管水平，推进医保支付方式、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格等改革任务。

2. 具体绩效目标

	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值
绩效指标	一级指标	数量指标	基本医保参保人数	>65.09 万人
			每个县(区)范围内开通门诊慢特病相关治疗费用跨省联网定点医疗机构数量	>1
			“一人一档”全民参保登记工作开展情况	全面落实
		质量指标	医保基金综合监管能力	基金监管综合评价评分>90 分(100 分制)
			基金预警和风险控制能力	有所提高
			推进医保支付方式改革	完成 DRG/DIP 三年行动任务
			医保经办服务能力	有所提升
			医保标准化水平	显著提升
			开展村(社区)级医保服务、有网点提供帮办、代办服务的村(社区)覆盖率	>60%
			提升公立医疗机构平台采购药品耗材比例	药品网采率>85%, 高值医用耗材网采率>75%
			医保信息系统正常运行率	>90%
			医疗服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革执行情况	按要求开展调价评估并进行调价,确保医疗服 务价格管理与深化医疗服务价格改革方 向一致
			集中带量采购落实情况	完成集中采购中选产品约定采购量

二、绩效评价工作开展情况

（一）基本情况

1. 评价目的、对象和范围

为规范和加强中央财政 2024 年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务提升部分）支出管理，切实提高资金使用效益，针对 2024 年资金的使用情况，根据医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法，进行自我评价。

此次医疗服务与保障能力提升补助资金项目实施年度为 2024 年度，自评对象为桃江县医疗保障局。

2. 评价依据和评价方法

（1）评价依据。政策依据根据湘医保函〔2025〕11 号、益医保办函〔2025〕4 号《关于加快 2025 年医保转移支付资金预算执行进度并开展 2024 年绩效评价工作的通知》文件。指标值评价依据：《医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）绩效自评表》

（2）评价方法。本次评价采用以百分制进行量化打分，满分 100 分，合格为 60 分。

3. 指标体系设置

指标体系设置遵循合规性、有效性、健全性原则。指标体系设置遵循合规性、有效性、健全性原则。按照《2023 年医保转移支付资金绩效评价工作手册》，医疗服务与保障能力提升补助资金绩效评价指标体系，设置一级指标 4 个、二级指标 9 个、三级指标 26 个。

4. 评价工作过程

医疗服务与保障能力提升补助资金绩效自评工作由局财务股牵头，其他股室配合，通过认真研读《2023 年医保转移支付绩效评价工作手册》，根据指标体系设置，将任务分解细化至各相关业务科室，要求其根据 2024 年医疗服务与能力提升绩效评价目标相关工作情况准备迎检资料交财务室汇总归档。最后形成绩效自评结果。

（二）绩效评价结果

1. 评价结论

2024 年医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）补助资金的使用严格按照湘医保函（2025）11 号、益医保办函（2025）4 号文件要求执行。

2. 评价得分

桃江县医疗保障局严格按照 2024 年中央补助医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升）绩效目标工作任务和实施细则使用资金。没有出现截留、挤占、挪用、序列支出等情况。全程监管补助资金的使用情况和进度，定期进行风险评估，保障资金的高效使用。每一项绩效指标都达标：项目决策指标得分 8 分，过程管理得分 20 分，项目产出指标得分 62 分，项目效益指标得分 10 分，共计得分 100 分。

（三）绩效评价指标完成情况

1. 资金投入情况分析

（1）资金到位情况分析：

2024 年中央转移支付我县医疗服务与保障能力提升补助资

金 54 万元，已全部到位。

（2）资金执行情况分析：

2024 年项目经费预算 54 万元，实际支出 54 万元，执行率 100%。

（3）资金管理情况分析：

项目经费的使用在符合财经法规和有关专项资金管理~~理~~办法的基础上，经过单位联审会签程序，用于提升医疗保障服务~~务~~能力方面的支出，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

按照财政预算和国库管理有关规定，遵照省市《医疗保障与服务能力提升补助资金实施细则》，加强项目经费管理。

2. 绩效指标完成情况分析

（一）项目决策

指标分值 8 分，得分 8 分。

根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《“十四五”全民医疗保障规划的意见》，严格贯彻执行省市《医疗保障与服务能力提升补助资金实施细则》。

由省医保局依据中央医疗保障制度改革有关医疗保障能力建设决策统一部署，对转移支付资金支持项目的必要性、可行性等进行科学论证，按规定履行立项审批、预算评审等报批程序，在项目决策符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》、《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》以及各级预算管理办法的基础上，分解细化项目指标并同时分解下达绩效考核目标。

2024 年中央补助医疗服务与保障能力提升(医疗保障服务能力提升)项目由我局严格按照省、市下达的绩效目标和指标开展绩效管理工作,并将指标分解细化至各业务股室。县财政局在收到市财政拨付的中央转移支付资金后,及时下达至我局。

(二) 过程管理

(1) 资金管理

指标分值 16 分,得分 16 分。

2024 年中央补助医疗服务与保障能力提升(医疗保障服务能力提升)项目经费预算 54 万元,实际支出 54 万元,预算执行率为 100%,资金使用情况如下:

医保数据专线费 2.7 万元;与医保业务工作相关的宣传传单、宣传资料印刷费 21.36 万元;与医保稽核监管、筹资、支付方式改革等业务工作相关的差旅费 18.67 万元;基金稽核经办服务窗口设备购置及服装费、特门鉴定劳务费等共 11.27 万元。

项目经费在符合财经法规基础上,严格按照省市实施细则规定使用。经过政府采购、大额审批、单位联审会签程序,用于提升医疗保障服务能力方面的支出,未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

按照财政预算和国库管理有关规定,制定医疗保障与服务能力提升补助资金管理办法,加强项目经费管理。

(2) 组织管理 4 分,得分 4 分。

桃江县医保局高度重视医疗保障与服务能力提升专项补助资金的管理与使用,并召开党组会议进行研究。全面实行绩效管

理，根据各级预算绩效管理相关规定，遵照细化的绩效指标，严格按照专项资金规定用途使用，各专项资金只用于与绩效目标有关的项目支出，杜绝人员经费等在专项资金中列支，确保专项资金使用符合规定。严格审批程序，制定资金分配使用预算方案并通过县财政县的审批，资金使用实行会审联签并报县财政审批后办理支付。

（三）产出指标

1. 数量指标

指标分值 9 分，得分 9 分。

2024 年以常住人口为基础计算的基本医保综合参保率 97.17%（2024 年参保人数 651071 人，其中职工参保人数 53684 人，居民参保人数 597387 人），超额完成了省市下达的 95% 的参保任务。

通过统一部署门诊慢特病跨省异地直接结算扩面工作，明确工作目标、内容及要求，对医疗机构在人员培训、信息化改造等方面给予精细化建议，切实提升医院异地门慢特病结算的能力。2024 年，我县实现辖区内所有开通门诊慢特病业务的定点医疗机构 26 家全部开通跨省异地门诊慢特病直接结算业务。

2. 质量指标

指标分值 49 分，得分 49 分。

医保综合监管能力显著提升。严把基金监管，实现收支平衡并略有结余，确保基金安全。出重拳，基金监管得到持续加强，督促医药机构认真开展自查自纠，实现自查自纠全覆盖。认真组

组织对医药机构开展日常稽核，实现日常稽核全覆盖。2024 年度通过组织医疗机构开展重点领域自查整改、针对疑似违规数据开展现场核查、推进“百日行动”等专项执法行动和深入开展全覆盖检查，追缴违规基金 514.52 万元，线上智能审核 42.56 万元，行政立案 4 宗，到位行政罚款 46.13 万元。取消 10 家不达标零售药店医保门特办理资格（五年内不得准入），定点医药机构主动申请退出 9 家，约谈 5 名相关责任人，移送问题线索 5 起。通过自查自纠、日常监管、集中整治等行动，形成了基金监管高压态势，医保系统“不敢骗、不能骗、不想骗”的生态环境基本构建，参保群众的获得感、幸福感大大提升。

基金预警和风险控制能力较往年有所提高，对医保基金定期进行运行分析，建立了风险预警机制，提高我县医保基金财务管理与风险控制能力。医保标准化水平显著提高，严格遵守全市统一执行的现行市级医保待遇政策，实行统一的基本医疗保险、生育保险筹资标准和缴费费率，统一的医保信息系统和财务系统，在省市统一部署下完成了国家医保标准化 15 项标准的贯标，实现与全国医保信息的互联互通，杜绝重复参保，实现全程追溯医疗机构医疗行为。

我局在市局统一部署下已全面开展按病种（组）、床日、DIP 分值付费等支付方式，通过付费方式改革有效促进医疗机构精细化管理，提升医保基金监管和使用效率，减轻群众就医负担。

医保经办服务能力较往年有所提升，继续加强“放、管、服”改革，完善县、乡（镇）、村（社区）三级医保经办服务体系，

梳理医保经办服务事项清单 44 项内容中的 8 类 26 项事项进行赋权下放。创新“数据多跑路、群众少跑腿”服务模式，医保电子凭证累计激活超过万人，跨省异地就医住院费用直接结算全面推开，2024 年我县已与全国 23.26 万家医药机构开通直接结算，全县 5793 人次实现跨省异地就医直接结算，群众看病就医更方便。经办窗口实行“一窗通办”，群众只需在一个窗口便可办理完报账或其他业务办理流程，提高了工作效率和群众的幸福感、满意度。

村（社区）级医保服务构建县、乡（镇）、村（社区）三级医保经办服务体系，梳理医保经办服务事项清单 44 项内容中的 8 类 26 项事项进行赋权下放，便民利民，使群众少跑路。

严格落实医疗服务价格政策。根据《关于进一步完善新增医疗服务价格项目申报工作的通知》（湘医保函〔2023〕78 号）文件要求，医疗服务价格重要事项及时向上级部门申请备案。根据《湖南省医疗保障局关于开展 2024 年医疗服务价格动态调整监测评估的通知》（湘医保发〔2024〕26 号）文件要求，按时间节点我县 20 家协议公立医疗机构已完成监测评估报表并上报上级医保部门，为上级医保部门评估价格调整方案测算及效果评估等提供依据。按时按要求落实和执行医药价格政策，常态化开展医疗服务价格调整，推动科学定价，进一步体现医务人员劳动价值。

认真组织和督促各协议医药机构落实好国家药品与耗材集采政策，全面完成当年度约定采购量，参与国家、省级联盟和地方集采药品 20 批次，参与国家组织开展的冠脉支架、人工关节

等医用高值耗材集中采购，参与省级联盟组织的冠脉支架、骨科创伤类、神经外科类、硬脑(脊)膜补片和疝修补类等耗材集中采购。按省局文件文件落实医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录政策管理，将《药品目录》和相关政策落实责任纳入定点医疗机构协议内容，强化用药合理性和费用审核，定期开展监督检查。

3、时效指标

指标分值 4 分，得分 4 分。

医保信息系统有省局统一管理，系统发生故障时及时上报市局进行处理。

(四) 满意度指标

指标分值 10 分，得分 10 分。

通过医疗保障与服务能力建设，加强了医保宣传、监管检查、网络建设、人才培养力度，提升了经办服务水平。全覆盖检查、网络监管、日常检查等降低了基金监管风险。通过政策宣传、“放、管、服”改革，大幅度提高了人民群众对医保政策的知晓度和满意度。

2024 年中央补助医疗服务与保障能力提升(医疗保障服务能力提升)绩效自评总分得 100 分。

三、绩效目标完成情况

1、年度绩效目标完成情况分析

有效提升医保信息化标准化、基金监管、经办管理、目录监管水平，推进医保支付方式、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格等改革任务

2、产出指标完成情况分析

自资金下达后，我县医保局遵照财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标进行细化，目标设置科学合理，明确产出指标等绩效指标要求。

(1) 数量指标：以常住人口为基础计算的基本医保综合参保率为 97.17%，我县辖区内所有开通门诊慢特病业务的定点医疗机构 26 家全部开通跨省异地门诊慢特病直接结算业务。

(2) 质量指标：“一人一档”全民参保登记工作全面落实、基金预警和风险控制力、医保经办服务能力都有所提高；医保综合监管能力、医保标准化水平都有显著提升；省内和跨省异地结算率均较上年有所提高；医疗服务价格动态调整和深化医疗服务价格改革试点执行情况、集中带量采购、医保目录政策落实情况严格按实按要求落实和执行。

(3) 时效指标：医保信息系统在遭遇重大安全事件时的响应时间控制在 60 分钟内，确保系统安全；同时，日常运行维护的响应时间也保持在 30 分钟以内，以保障系统的稳定运行。

3、服务对象满意度分析

通过医疗保障与服务能力建设，强化医保宣传、监管检查、网络建设、人才培养等方面工作，提升了经办服务能力与水平，维护了医保基金安全，保障了群众的合法权益。通过政策宣传、“放、管、服”改革，简化办事流程，想群众所想，忧群众所忧，大幅度提高了人民群众对医保政策的知晓度和满意度。参保人员对桃江县医保服务满意度为 100%。

四、存在的问题及原因分析、下一步改进措施

无

五、绩效自评结果拟应用和公开情况

强化评价结果运用。积极探索建立与预算编制相结合，通过预算、决算公开，结合互联网+基金监管平台，及时做好资金使用的公开和监管，使评价结果得到有效运用。

六、其他需要说明的问题

无中央巡视、各级审计和财政监督中发现的问题及其所涉及的金额。

附件：1、桃江县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）绩效评价自评表



桃江县医疗保障局

2025年2月19日



医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）绩效自评表

填报市州：桃江县医疗保障局

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	实际值（2023 年）	实际值（2024 年）	评分标准	分值	指标说明	自评分值	扣分原因及改进措施
项目决策（8分）	决策过程	决策程序规范	程序合规完整	转移支付资金按规定流程审批、预算评审，下达预算指标的，同时明确绩效目标。	转移支付资金按规定流程审批、预算评审，下达预算指标的，同时明确绩效目标。	①对转移支付资金支持项目的必要性、可行性等进行科学论证（1分） ②按规定履行立项审批、预算评审等报批程序（1分）	2	用以反映和考核项目决策规范程度	2	
		绩效目标设置科学性	遵循省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标	按照省局、市局下达的绩效目标进行细化，明确产出指标、满意度指标等要求	按照省局、市局下达的绩效目标进行细化，明确产出指标、满意度指标等要求	①按照省财政厅和省医疗保障局下达的绩效目标进行细化，目标设置科学合理（1分） ②明确产出指标、满意度指标等绩效指标要求（1分）	2	用以反映绩效目标的设置情况	2	
	绩效目标	绩效目标分解细化	对财政厅和省医疗保障局下达的年度绩效目标结合实际进行分解细化	在省局下达绩效目标后将指标分解细化，与上级绩效目标要求一致	在省局下达绩效目标后将指标分解细化，与上级绩效目标要求一致	①省级按照要求同步细化分解下达绩效目标（1分） ②细化分解下达的绩效目标与财政部和国家医疗保障局要求一致（1分）	2	用以反映绩效目标的分解情况	2	
		资金下达规范性	按规定时限下达资金	按规定时限分配下达资金	按规定时限分配下达资金	市、县（市区）财政部门收到中央财政转移支付资金预算后，在30日内下达至医保部门或项目实施单位（2分）	2	用以反映资金下达的及时性	2	
过程管理（20分）	资金下达	预算执行率	≥90%	100%	100%	全年执行数/全年预算数*5分 1. 执行率≥90%，（5分） 2. 80%≤执行率<90%（4分） 3. 70%≤执行率<80%（3.5分） 4. 60%≤执行率<70%（3分） 5. 执行率<60% 不得分	5	用以反映和考核项目预算执行情况	5	
		资金使用合规性	资金使用符合相关规定	严格按照省市关于医疗保障与服务能力提升补助资金实施细则规定的项目使用，有完整的审批程序和手续	严格按照省市关于医疗保障与服务能力提升补助资金实施细则规定的项目使用，有完整的审批程序和手续	①符合财经法规和有关专项资金管理办法（3分） ②有完整的审批程序和手续（3分） ③未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况（3分）	9	用以反映和考核项目资金的规范运行情况	9	
	核算规范性	核算规范性	设专项进行核算	专项资金设专项核算，账与指标支出保持一致	专项资金设专项核算，账与指标支出保持一致	满分：专项资金设专项核算，账与指标支出保持一致（1分） 零分：专项资金未设专项核算或账与指标支出不一致	2	用以反映专项资金核算的规范性	2	
		绩效评价机制健全性	全面实现绩效管理	全面实现绩效管理，遵照细化的绩效指标，资金严格用于医疗保障服务能力提升方面。	全面实现绩效管理，遵照细化的绩效指标，资金严格用于医疗保障服务能力提升方面。	①绩效自评组织有力（1分） ②评价报告规范完整（1分） ③自评报告上报及时（2分）	4	用以反映全过程预算绩效管理情况	4	
		基本医保参保人数	≥ 万人	达标，完成省局下达任务的100%，以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率102.15%	省局下达参保人数目标完成情况，完成99%以上（得5分）、完成98%~99%（得3分）、完成98%以下（不得分）		5	用以反映参保覆盖情况	5	

数量指标	每个县(区)范围内开通门诊慢特病相关治疗费用跨省联网定点医疗机构数量	≥1	无	26个	满分: ≥1个	4	县(区)范围内开通门诊慢特病相关治疗费用跨省联网定点医疗机构情况	4
	“一人一档”全民参保登记工作开展情况	全面落实	全面落实	全面落实	①有牵头组织部门(1分) ②国家局下发的未参保数据核实上报情况(1分)	2	用以反映“一人一档”全民参保登记工作开展情况	2
	医保基金综合监管能力	基金监管综合评价得分≥90分(100分制)	提高基金监管综合能力, 出重拳, 基金监管得到持续加强, 实现医药机构自查自纠全覆盖。认真组织开展日常稽核全覆盖。高质量开展专项整治, 先后开展“三医”突出问题医保领域专项整治, 职工医保门诊统筹基金使用专项整治, 定点零售药店医保违法违规问题专项整治, 第一批至第三批问题清单, 飞行检查, 网上智能监管等行动。政府牵头、多部门联动, 开展了集中整治、专项整治、联合监督检查、日常监督检查等行动。2023年累计处理违法违规定点医药机构53家, 约谈35家, 行政立案10家, 移送处理9家, 共追回医保基金199.32万元。	医保综合监管能力显著提升。严把基金监管, 实现收支平衡并略有结余, 确保基金安全。出重拳, 基金监管得到持续加强, 督促医药机构认真开展自查自纠, 实现自查自纠全覆盖。认真组织开展日常稽核全覆盖。2024年度通过组织医疗机构开展重点领域自查整改、针对开展重点领域自查整改、针对疑似违规数据开展现场核查、推进“百日行动”等专项执法行动和深入开展全覆盖检查, 追缴违规基金514.52万元, 线上智能审核42.56万元, 行政立案4宗, 到位行政处罚款46.13万元。取消10家不达标零售药店医保门特办理资格(五年内不得准入), 定点医院机构主动申请退出9家, 约谈5名相关责任人, 移送问题线索5起。通过自查自纠、日常监管、集中整治等行动, 形成了基金监管高压态势, 医保系统“不敢骗、不能骗、不想骗”的生态环境基本构建, 参保群众的获得感、幸福感大大提升。	满分: ≥90分 合格: ≥85分 零分: <85分	3	用于反映医保基金监管能力提升情况	3
	基金预警和风险控制能力	有所提高	定期进行医保基金运行分析, 建立了医保基金风险防控机制, 较上年有所提高。	定期进行医保基金运行分析, 建立了医保基金风险防控机制, 较上年有所提高。	①定期进行医保基金运行分析(1.5分) ②建立医保基金风险防控机制(1.5分)	3	用以反映基金预警和风险控制能力情况	3
	推进医保支付方式改革	完成DRG/DIP三年行动任务	实行按病种(组)、床日、DIP付费等支付方式	已完成DRG/DIP支付方式改革三年行动任务	满分: 已完成 发现1项不合格为0分	4	是否完成DRG/DIP支付方式改革三年行动计划	4
	医保经办服务能力	有所提升	有所提升	有所提升	①医保经办机构归口管理、独立运行(1分) ②医保经办清单全面落实(1分) ③实行综合柜员制和一窗办理(1分)	3	用以反映医保经办机构的服务能力	3

医保标准化水平	显著提升	医保标准化水平显著提升，完成15项国家编码的统一，从2021年8月26日正式启动国家医保信息平台，实现与全国医保信息的互联互通，杜绝重复参保，实现全程追溯医疗机构医疗行为。	显著提升	①承担国家级医保公共服务标准化试点项目(1分) ②做好医保信息业务编码标准的贯标工作(1分)	2	用以反映医保标准化建设资金投入的效果	2
开展村(社区)级医保服务、有网点点提供帮办、代办服务的村(社区)覆盖率	≥60%	100%	100%	满分：≥60% 零分：<60%	3	开展村(社区)级医保服务、有网点点提供帮办、代办服务的村(社区)占社区、街道、村的比重	3
提升公立医疗机构平台采购药品耗材比例	药品网采率≥85%，高值医用耗材网采率≥75%	100%	100%	药品网采率≥85% (2分) 高值耗材网采率≥75% (2分)	4	反于反映公立医疗机构平台采购药品耗材情况	4
医保信息系统正常运行率	≥90%	≥90%	≥90%	满分：≥90% 合格(3分)：≥80% 零分：≤50% 其他：合格之上：[60+40×(实际值-80%)/10%]×5；合格之下：[60-60×(80%-实际值)/30%]×5	5	用于反映医保信息系统运行情况	5
医疗服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革执行情况	按要求开展调价评估并进入调价，确保医疗服务价格管理与深化医疗服务价格改革方向一致	严格落实省市医疗服务价格政策，要求定点医疗机构按《益阳市现行医疗服务价格项目目录》(益医保发〔2023〕5号)、《益阳市医疗保障局关于修订部分医疗服务价格项目的通知》(益医保发〔2023〕40号)、《益阳市医疗保障局关于新增和修订药类医疗服务价格项目的通知》(益医保发〔2023〕41号)、《关于确定益阳市公立医疗机构医疗服务价格类别的通知》(益医保发〔2023〕7号)等文件执行。根据《湖南省医疗保障局关于建立医疗服务价格动态调整评估制度的通知》(湘医保发〔2021〕44号)文件要求，按时节点我县各协议公立医疗机构已完成监测评估报表并上报上级医保部门(监测评估报表包括年度财务报表和收入支出明细表、医疗服务年度总量、医生、医技、护士年度平均工资、固定资产明细表等体现医疗机构运行的相关资料)，为上级医保部门评估价格调整方案测算及效果评估等提供依据。	严格落实医疗服务价格政策。根据《关于进一步完善新增医疗服务价格项目申报工作的通知》(湘医保函〔2023〕78号)文件要求，医疗服务价格重要事项及时向上级部门申请备案。根据《湖南省医疗保障局关于开展2024年医疗服务价格动态调整监测评估的通知》(湘医保发〔2024〕26号)文件要求，按时间节点我县20家协议公立医疗机构已完成监测评估报表并上报上级医保部门，为上级医保部门评估价格调整方案测算及效果评估等提供依据。按时按要求落实和执行医药价格政策，常态化开展医疗服务价格调整，推动科学定价，进一步体现医务人员劳动价值。	1. 每年6月前开展医疗服务价格动态调整评估(2分)，按照评估结果，不符合启动条件的，制定调价方案并实施调价(2分) 2. 满足其中任意一项得2分，满足任意2项得满分	4	用以反映医疗服务价格动态调整情况	4

集中带量采购落实情况	完成集中采购中选产品约定采购量	认真组织和督促各协议医药机构落实好国家药品与耗材集中采购政策，全面完成当年约定采购量，参与国家、省级联盟和地方集中采购药品20批次，参与国家组织开展的冠脉支架、人工关节等医用高值耗材集中采购，参与省级联盟组织的冠脉支架、骨科创伤类、神经外科类、硬脑（脊）膜补片和疝修补类等耗材集中采购。均已完成集中采购。	认真组织和督促各协议医药机构落实好国家药品与耗材集中采购政策，全面完成当年约定采购量，参与国家、省级联盟和地方集中采购药品20批次，参与国家组织开展的冠脉支架、人工关节等医用高值耗材集中采购，参与省级联盟组织的冠脉支架、骨科创伤类、神经外科类、硬脑（脊）膜补片和疝修补类等耗材集中采购。均已完成集中采购。	医药集采约定量完成率100%~200%的（5分）；完成率90%~100%（不含）的（4分），完成率80%~90%（不含）的（3分），完成率低于80%的不得分；完成率200%（不含）~250%的（4分）、完成率250%（不含）~300%的（3分）、完成率高于300%的不得分。	5	用以反映集中带量采购落实情况	5
医保信息平台系统应用情况	全面应用	全面应用	全面应用	共5项考核内容，共8分 1. 药品耗材追溯码采集接入率（2分）： 定点医疗机构接入率≥3%（1分）、定点零售药店接入率≥70%（1分）；定点医疗机构接入率≥2%（0.5分）、定点零售药店接入率≥60%（0.5分）；定点医疗机构接入率<2%（0分）、定点零售药店接入率<60%（0分） 2. 医保电子处方接入率和上传数据量（2分）： 定点医疗机构接入率≥20%（1分）、定点零售药店接入率≥1%（1分）；定点医疗机构接入率≥10%（0.5分）、定点零售药店接入率≥0.5%（0.5分）；定点医疗机构接入率<10%（0分）、定点零售药店接入率<0.5%（0分） 3. 医保移动支付接入率（1分）： 定点医疗机构接入率≥73%（1分）、定点医疗机构接入率≥60%（0.5分）、定点医疗机构接入率<60%（0分） 4. 医保码全流程应用（2分）： 定点医疗机构接入率≥60%（1分）、定点零售药店接入率≥60%（1分）；定点医疗机构接入率≥50%（0.5分）、定点零售药店接入率≥50%（0.5分）；定点医疗机构接入率<50%（0分）、定点零售药店接入率<50%（0分） 5. 电子票据接入率（1分）： 定点医疗机构接入率≥35%（1分）、定点医疗机构接入率≥30%（0.5分）、定点医疗机构接入率<30%（0分）	8	用以反映医保信息平台系统应用情况和重点工作落实情况	8
医保目录管理规范情况	年内医保部门未出现违反目录管理政策情况	未发生	未发生	满分：未发生 零分：存在违反目录管理政策情况	3	用以反映医保目录政策落实和执行情况	3

满意度 指标 (10分)	时效指标	医保信息系统重大 安全事件响应时间	≤60分钟	≤60分钟	满分: ≤60分钟 合格(2分): >60分钟但系统建设有设定 零分: >60分钟且系统建设无设定	2	信息系统发生重大安全事件做出响应的时间	2
		医保信息系统运行 维护响应时间	≤30分钟	≤30分钟	满分: ≤30分钟 合格(2分): >30分钟但系统建设有设定 零分: >30分钟且无设定	2	医保信息系统故障运行维护的响应时间	2
		参保人员对医保服 务的满意度	≥85%	98%	满分: >85% 合格: 85% 零分: <85%	10	用以反映保障能力提升的效果和社会影响	10
	合计					100		100

注:绩效评价指标体系按百分制统计,满分为100分,合格为60分

