

附件

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）绩效自评

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
项目决策 (18分)	决策依据	贯彻中央对医疗保障制度改革中有关医保服务能力提升的决策部署	依据党中央和国务院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》进行决策	①符合《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(2分) ②印发《“十四五”全民医疗保障规划》2022年度任务的相关文件(2分)	4	用以反映和考核各级医保部门贯彻中央医疗保障制度改革和《“十四五”全民医疗保障规划》有关医保服务能力提升的决策部署情况	4	认真贯彻落实中央自治区深化医疗保障制度改革意见和“十四五”规划，并制定了贯彻落实方案
		执行预算绩效管理和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	①符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》(1分) ②符合《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》和省市制定的相关管理办法(1分)	2	用以反映和考核决策是否符合预算绩效管理要求和资金管理办法	2	按照国家和自治区要求，每年按时开展预算绩效管理，自治区制定了管理办法
	决策过程	决策程序规范	程序合规完整	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	1	无科学论证，按规定履行立项审批
	绩效目标	绩效目标设置科学	遵照财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标 各市、县(区)遵照财政厅和自治区医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标	①按照国家医疗保障局下达的绩效目标表进行细化，目标设置合理科学(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	自治区和市均按照下达指标设置科学合理的绩效目标表

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		绩效目标分解细化	对财政部和国家医疗保障局下达的年度绩效目标结合实际进行分解细化	①省级按照要求同步细化分解下达绩效目标,各市、县(区)根据实际情况将绩效目标细化(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	市级均对自治区下达的绩效目标进行细化且与财政部和国家医保局要求一致
	资金分配	资金分配规范性	按规定时限下达资金	省级财政部门收到中央财政转移支付资金预算后,在30日内会同医保部门正式下达到本行政区域县级以上各级财政部门和医保部门(2分)	2	用以反映资金分配的规范性	2	自治区财政部门能够收到中央财政转移支付资金预算后,在30日内会同医保部门正式下达到本行政区域县级以上各级财政部门和医保部门
		资金分配合理性	符合预算管理和医疗服务与保障能力提升补助资金管理要求	①资金分配方案符合财政部和国家医疗保障局下达的文件要求(1分) ②资金分配与绩效评价结果挂钩(3分)	4	用以反映预算资金分配的合理性	4	资金分配方案符合财政部和国家医疗保障局下达的文件要求且与绩效评价结果挂钩
	资金管理	预算执行率	≥90%	全年执行数/全年预算数*10分(执行率≥90%,按10分计算)	10	用以反映和考核项目预算执行情况	8.7	预算执行率 80.76
		资金使用合规性	资金使用符合相关规定	①符合财经法规和有关专项资金管理办法(1分) ②有完整的审批程序和手续(1分) ③未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(1分)	3	用以反映和考核项目资金的规范运行情况	2	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,存在超范围支付专项资金

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
过程管理 (22分)		资金监管有效性	监管措施有力	①各级医疗保障、财政部门以及转移支付资金具体使用单位,按照财政预算和国库管理有关规定,制定资金管理办 法(3分) ②省级医疗保障部门会同财政部门,做好能力提升补助资金支出监管,建立监管长效机制(1分)	4	用以反映各级部门资金管理、监管的措施和执行情 况	4	自治区制定了资金管理办 法,并做好能力提升补 助资金支出监管, 2024年聘请第三方对 资金进行专项审计
	组织管理	管理制度健全有效性	制度健全且执行有效	①建立相应的管理制度(1分) ②立项审批、招标采购、工程结算等规范运作、手续齐全(1分)	2	用以反映各级部门项目管理、监管的措施和执行情 况	2	建立了相应的管理制度,立 项审批、招标采购、工 程结算等规范运作、手 续齐全
		绩效评价机制健全性	全面实现绩效管理	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(1分)	3	用以反映全过程预算绩效管理 情况	3	绩效自评组织有力,评 价报告规范完整,自 评报告上报及时。
产出指标 (50分)	数量指标	参保覆盖面	达标	参保目标完成情况: 国家局下达参保人数目标完成情况,完成99%以上(得1分)、完成98%~99%(得0.5分)、完成98%以下(不得分) 各省参保率≥95%(得0.6分)、90%~95%(得0.4分)、<90%(不得分) 职工参保人数占就业人口比重,≥60%(得0.4分)、40%~60%(得0.2分)、40%以下(不得分)	2	用以反映参保覆盖情况	1.3	参保率达到98.90%,参 保率101.27%,职工参 保人数占就业人口比 重49.74%
		召开医保工作会议	≥2次	满分:≥2次 合格(1分):1次 零分:0次	2	召开医保工作政府信息公开工作会的 情况	2	召开医保工作政府信 息公开工作会议12次
		推进医保政府信息公开	医保政府信息	①主动公开所有“主动公开”文件(0.5分) ②有效办理信息公开申请(0.5分)	1	提升政府信息公开工作的透明性和公开性	1	主动公开所有“主动公 开”文件,且有效办 理信息公开申请

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		在官方网站或微信公众号发布政策文件和解读	实现医保信息公开	满分: ≥ 31 次 合格: ≥ 20 次 零分: < 10 次	2	在官方网站或微信公众号发布医保政策文件和解读情况	2	每年在中卫日报及微信公众号发布政策文件及解读 35 次
		报送工作信息情况	工作信息报送及时, 质量较高	①信息报送及时反映本地工作进展情况 (1 分) ②信息亮点突出、问题鲜明、建议可行 (1 分)	2	向国家医保局办公室报送政务信息, 包括亮点工作、问题反映或政策建议	1	信息报送 90 篇及时反映本地工作进展情况
		医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查	全覆盖	满分: 全覆盖 发现 1 项不合格为 0 分	1	医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查情况	1	涉及出台医保规范性文件和政策, 合法性审查、公平竞争审查 100%
		医保信息系统验收合格率	≥ 90%	满分: ≥ 90% 合格: ≥ 80% 零分: ≤ 50% 其他: 合格之上: $60+40*(实际值-80\%)/10\%$ 合格之下: $60-60*(80\%-实际值)/30\%$	1	报告期内新建医保信息系统项目验收合格数量占新建医保信息系统项目数量的比重	1	报告期内新建医保信息系统项目验收合格数量占新建医保信息系统项目数量的比重 100%
		医保信息系统正常运行率	≥ 90%	满分: ≥ 90% 合格: ≥ 80% 零分: ≤ 50% 其他: 合格之上: $60+40*(实际值-80\%)/10\%$ 合格之下: $60-60*(80\%-实际值)/30\%$	2	报告期内完工并正常运行的医保信息系统数量占完工医保信息系统数量的比重	2	报告期内完工并正常运行的医保信息系统数量占完工医保信息系统数量的比重 100%
		医保信息系统重大安全事件响应时间	≤ 60 分钟	满分: ≤ 60 分钟 合格: 系统建设有设定 零分: 无设定	2	信息系统发生重点安全事件做出响应的的时间	2	信息系统发生重点安全事件做出响应的的时间小于 60 分钟
		医保信息系统运行维护响应时间	≤ 30 分钟	满分: ≤ 30 分钟 合格: 系统建设有设定 零分: 无设定	2	医保信息系统故障运行维护的响应时间	2	医保信息系统故障运行维护的响应时间小于 30 分钟

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		定点医药机构监督检查覆盖率	≥ 90%	满分: ≥ 90% (2分) 合格: ≥ 80% (1分) 零分: ≤ 50%	2	用以反映定点医药机构监督检查覆盖情况	2	定点医药机构监督检查覆盖率 100%
		飞行检查覆盖率	100%	满分: 100% (2分) 合格: 80% (1分) 零分: < 80%	2	用以反应飞行检查覆盖情况	2	飞行检查覆盖 100%
		实行按病组 (DRG) 和病种分值 (DIP) 付费支付方式改革	逐步推开	满分: 省域内统筹地区覆盖率达到 70%, 改革地区符合条件的开展住院服务的医疗机构覆盖率、改革医疗机构病组 (病种) 覆盖率、改革地区住院医保基金覆盖率达到 2023 年目标要求。 零分: 未达到目标要求	2	是否完成 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划中 2023 年度目标要求	2	省域内统筹地区开展住院服务的医疗机构 dip 结算覆盖率 100%
	质量指标	参保工作情况	按政策规定落实	政策中是否明确外地户籍婴幼儿、青少年允许在常住地参保。(0.2分) 大学生在学籍地参保情况。(0.2分) 城乡居民重复参保治理工作, 包括对存量参保人员状态核实情况, 以及是否及时上传新增参保人参保状态信息。(0.4分) 对于连续参保、断保人员的激励约束机制(0.2分) 省级医保部门对地市医保部门考核中是否包括对参保工作的考核(0.2分) 地市是否将参保工作情况纳入地方党委、政府考核事项中(0.4分) 是否及时开展参保集中宣传月工作, 宣传效果如何(0.4分)	2	用以反映婴幼儿、青少年、大学生等重点人群参保覆盖情况; 反映对存量参保人员状态核实情况, 以及是否及时上传新增参保人参保状态信息; 反映医保部门和地方党委政府对参保工作的考核宣传情况。	1.4	政策中明确外地户籍婴幼儿、青少年允许在常住地参保。明确大学生在学籍地和户籍地选择参保, 城乡居民重复参保治理工作及时开展, 包括对存量参保人员状态核实以及及时上传新增参保人参保状态信息。每年及时开展参保集中宣传月工作, 群众政策知晓率持续提高。 对于连续参保、断保人员的激励约束机制尚未建立。自治区级医保部门对地市医保部门考核中包括对参保工作的考核, 但地市未将

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
								参保工作情况纳入地方党委、政府考核事项中。
		医保法治建设能力	有所提高	①制定医保法治建设方面制度措施（0.5分） ②配备专职或兼职法律工作人员（0.5分）	1	用以反映医保法治建设能力情况	1	制定医保法治建设制度措施，且配有配备专职法律工作人员
		基金预警和风险控制能力	有所提高	①定期进行医保基金运行分析（1分） ②建立医保基金风险控制机制（1分）	2	用以反映基金预警和风险控制能力情况	2	按照自治区要求每季度进行医保基金运行分析，并建立了风险控制机制
		医保标准化水平	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项目资金的效果	1	按照要求做好医保信息业务编码标准的贯标工作
		医保经办服务能力	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，实行全省通办、全市通办（1分）	3	用以反映医保经办机构的服务能力	3	医保经办机构归口管理、独立运行。全面落实医保经办清单。实行综合柜员制和一窗办理，实行全省通办、全市通办。
		医保基金监管能力	显著提升	按照《国家医疗保障局关于做好基金监管综合评价工作的通知》（医保发〔2022〕31号）进行评价。 满分：综合评价分值排名较上年提高5%及以上 合格（1分）：综合评价分值排名较上年提高5%以内 零分：综合评价分值排名较上年下降	2	用于反映医保基金监管能力提升情况	2	医保基金监管能力显著提升，综合评价符合要求。

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		跨省异地住院费用直接结算率	逐年提高	参保省住院跨省直接结算率小于65%得0.5分、大于等于65%小于70%得1分、大于等于70%小于80%得2分、大于等于80%小于等于100%得3分	3	报告期职工医保和居民医保住院费用跨省直接结算人次占跨省住院异地就医结算人次(含直接结算和手工报销)的比例	3	跨省异地住院费用直接结算率达90.9%
		医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究能力等方面培训	有所提高	满分:较往年提高 零分:较往年降低	1	开展医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究培训 配备医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究的刊物、资料	1	能够按时参加医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究培训班,配备医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究的刊物、资料。
		反欺诈监测试点工作开展情况	稳步推进	满分:已开展 零分:未开展	1	用以反映反欺诈监测试点工作开展情况	1	已开展反欺诈监测试点工作
		医药价格政策落实和执行情况	按时按要求落实医疗服务、药品价格政策	建立实施医疗服务价格动态调整机制。定期开展调价评估。按照医疗服务价格改革总体方向,强化价格和项目管理(1.5分);做好医药价格监测和常态化监管。处置企业异常价格和异常配送情况;提升数据质量,切实提高药品耗材网采率(1.5分);常态化实施医药价格和招采信用评价制度,落实案源评级处置,下发案源60%有效穿透至生产企业具体产品(1分);国家直接联系指导的试点城市所在省份额外加0.5分。(此项总分不超过4分)”。	4	用以反映医药价格政策落实和执行情况	3	年内对医药服务价格进行了调整。做好医药价格监测和常态化监管。处置企业异常价格和异常配送情况;提升数据质量,切实提高药品耗材网采率。
		医药招标采购政策落实和执行情况	药品、医用耗材招标采购政策落实和执行情况	按要求实施国家组织药品、医用耗材集采工作,完成当年度协议采购量(1分) 评定为示范平台或2022年平台分析评估75分及以上(1分),60-75分(0.5分),60分以下(0分)	4	用以反映药品、医用耗材招标采购政策落实和执行情况	3	按要求实施国家组织药品、医用耗材集采工作,完成当年度协议采购量。积极参与省际联盟采购,参与省际联盟采购医用耗材集采品

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
				参与省际联盟采购或自行组织开展省级药品集采品种数达 50 个（0.5 分），达到 100 个（1 分） 参与省际联盟采购或自行组织开展省级医用耗材集采品种数达 2 个（0.5 分），地方开展耗材集采品种达到 5 个（1 分） 在招采子系统开展药品耗材交易、采购（1 分），未在子系统开展的为 0 分 承担国家组织药品、医用耗材联采办日常工作任务可加 0.5 分；承担跨省联盟采购牵头省份工作任务的每次可加 0.25 分 （此项总分不超 4 分）				种数达 2 个以上。
		医保目录政策落实和执行情况	按时按要求落实医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录政策	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（0.5 分）；按照国家规定的调整权限和程序将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入省级医保支付范围，按规定向国务院医疗保障行政部门备案后实施（0.5 分）；稳步推进医用耗材目录准入管理（1 分）	2	用以反映医保目录政策落实和执行情况	2	按时按要求落实医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录政策
满意度指标（10 分）	服务对满意度	参保人员对医保服务的满意度	≥ 85%	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	达到 90%
							91.4	

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

医疗救助补助资金（城乡医疗救助补助资金部分）绩效自评

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
项目决策 (20分)	决策依据	贯彻中央对医疗保障制度改革中有关医疗救助决策部署	依据党中央和国务院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》进行决策	①符合《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(2分) ②印发《“十四五”全民医疗保障规划》2022年度任务的相关文件(2分)	4	用以反映和考核各级医保部门贯彻中央医疗保障制度改革和《“十四五”全民医疗保障规划》有关医疗救助决策部署情况	4	认真贯彻落实中央、自治区深化医疗保障制度改革意见和“十四五”规划，并制定了贯彻落实方案
		执行预算绩效管理和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	①符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》(1分) ②符合《中央财政医疗救助补助资金管理办法》以及各省市制定的相关管理办法(1分)	2	用以反映和考核决策是否符合预算绩效管理要求和资金管理办法	2	决策符合预算绩效管理并出台了资金管理办
	决策过程	决策程序规范	程序合规完整	资金分配按规定履行报批程序，审批文件和手续齐全(2分)	2	用以反映和考核项目决策规范程度	2	决策程序规范，并手续齐全
	绩效目标	绩效目标设置科学	自治区遵照财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标 各市、县(区)遵照财政厅和自治区医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标	①体现“通过实施城乡医疗救助，减轻困难群众看病就医负担，增强医疗保障体系的托底保障能力”等年度总体目标的基本要素(2分) ②明确产出指标、效益指标、满意度指标等绩效指标要求(2分)	4	用以反映绩效目标的设置情况	4	通过实施医疗救助，减轻困难群众看病就医负担，增强医疗保障体系的托底保障能力。且明确了产出指标、效益指标、满意度指标等绩效指标要求

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		绩效目标分解细化	对财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标结合实际进行分解细化	①省级按照要求同步细化分解下达绩效目标,各市、县(区)对自治区下达的绩效目标进行细化(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	市级均对自治区下达的绩效目标进行细化且与财政部和国家医保局要求一致
	资金分配	资金分配合理性	符合预算管理和医疗救助补助资金管理要求	①资金分配方案符合财政部和国家医疗保障局下达的文件要求(1分) ②城乡医疗救助资金按需求因素、财力因素、绩效因素等,采取因素法分配(1分) ③资金分配与绩效评价结果挂钩(1分)	3	用以反映预算资金分配的合理性	3	资金分配符合符合预算管理和医疗救助补助资金管理要求
		资金分配规范性	按规定时限分配下达资金	①省级财政部门收到中央财政转移支付资金预算后,在30日内会同医保部门正式下达到本行政区域设立基金地区的财政部门和医保部门(2分) ②设立基金地区的财政部门在收到上级财政医疗救助资金预算指标文件后,于年度内按序时进度及时拨付至本级医保基金财政专户(1分)	3	用以反映资金分配的规范性	3	省、市均按照规定时间下达指标并与12月底前全部拨付治社会保障财政专户
	资金管理	资金使用合规性	按规定使用,拨付至专户、专款专用	①资金使用按照城乡医疗救助资金管理有关规定执行(2分) ②设立基金地区的财政部门将上级拨付的救助资金拨付至本级医疗救	6	用以反映医疗救助资金按规定使用、将其拨付医疗救助基金财政专户和专款专用情况	6	按规定使用,拨付至专户、专款专用,不存在随意扩大受益人员范围和挪用医

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
过程管理 (20分)				助基金财政专户(2分) ③未随意扩大受益人员范围(2分) ④有挪用医疗救助资金的情况,本项不得分				疗救助资金的情况
		资金监管有效性	监管措施有力	①省级医疗保障部门对本地区医疗救助资金的绩效运行进行监查,及时发现和纠正问题(2分) ②统筹区医疗保障部门对本地区医疗救助资金的绩效运行进行监控和评价,及时发现和纠正问题(2分)	4	用以反映资金使用监管情况	4	自治区对医疗救助资金的绩效运行进行调度,统筹地区及时对基金进行绩效评价并及时上报评价报告。
	组织管理	管理制度健全有效性	制度健全且执行有效	①各级部门围绕夯实医疗救助托底保障功能,建立健全了相应管理办法和监管措施(2分) ②建立的管理办法和监管措施执行有效(2分)	4	用以反映各级建章立制,发挥医疗救助托底保障作用的情况	4	制度健全且执行有效
		绩效评价机制健全性	全面实现绩效管理	①绩效自评组织有力(2分) ②评价报告规范完整(2分) ③自评报告上报及时(2分)	6	用以反映全过程预算绩效管理情况	6	每年按照自治区医保局要求按时做好绩效评价,并及时上报评价报告
数量指标	通过医疗救助渠道资助参保的低保对象、特困人员、防止返贫监测对象人数	≥38000人次	满分:达到标准值 零分:(实际值/标准值)≤50% 其他:(实际值/标准值)*5	5	本年度医疗救助渠道资助参保的低保对象、特困人员、防止返贫监测对象人数	5	救助人数 451178 人次	
	医疗救助门诊和住院救助人次	≥170000人次	满分:达到标准值 零分:(实际值/标准值)≤50% 其他:(实际值/标准值)*5	5	本年度医疗救助门诊和住院救助人次	5	医疗救助门诊和住院救助人次 228961人次	

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
产出指标 (37分)		低保对象、特困人员以及其他符合资助参保条件的农村低收入人口参保率	≥ 99%	满分: ≥ 99% 其他: 5 - (70% - 实际值) * 4	4	本年度符合资助参保条件的农村低收入人口参保率	4	参保率达 99.67%
		纳入监测的农村低收入人口获得医疗救助人数	对符合条件的农村低收入人口全覆盖	满分: 达到标准值 零分: (实际值/标准值) ≤ 50% 其他: (实际值/标准值) * 4	4	本年度纳入监测的农村低收入人口获得医疗救助人数	4	本年度纳入监测的农村低收入人口获得医疗救助人数 279381 人, 已全覆盖。
		基金累计结余占筹集基金总额的比重	≤ 15%	满分: ≤ 15% 合格: 16% 零分: > 16% 其他: 合格之下 60 + 40 * (16% - 实际值) / 1%	3	确保基金均衡合理使用, 反映救助对象受益程度情况 根据《城乡医疗救助基金管理办法》, 基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总数的 15%	3	基金累计结余占筹集基金总额的 0.84%
	质量指标	重点救助对象政策范围内住院自付费用年度限额内救助比率	≥ 70%	满分: ≥ 70% 其他: 3 - (70% - 实际值) * 3	3	根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》, 对低保对象、特困人员符合规定的医疗费用可按不低于 70% 的比例救助	3	自治区救助管理办法规定最低报销比例为 70%
		农村易返贫致贫人口医保帮扶措施	不断完善	①制定实施了农村易返贫致贫人口医保帮扶措施(2分) ②实现巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接(2分)	4	根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》, 完善农村易返贫致贫人口医保帮扶措施, 推动实现巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接	4	医疗救助政策已将农村易返贫致贫人口纳入救助政策

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		高额医疗费用支出预警监测	建立健全	实施医疗救助对象信息动态管理(1分) 健全因病致贫和因病返贫双预警机制(2分)	3	根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，实施医疗救助对象信息动态管理，分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制	3	医疗救助对象信息已实施动态管理，已健全因病致贫和因病返贫双预警机制
		推进一体化经办	扎实有效	细化完善救助服务事项清单(1分) 出台医疗救助经办管理服务规程(1分)	2	根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，细化完善救助服务事项清单，出台医疗救助经办管理服务规程，做好救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等经办服务	2	执行自治区医疗救助经办管理服务规程
		发展壮大慈善救助	逐步拓展	满分：已有本地慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目 零分：慈善救助尚未开展	1	根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，细化完善救助服务事项清单，鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，发挥补充救助作用	0	未开展
	时效指标	市域内一站式即时结算覆盖地区	不低于上年	满分：结算覆盖地区较往年增加 合格：较往年持平 零分：较往年减少	3	参保人员可在就诊医院一站式结算，出院时直接在医院的结算窗口办理完所有报销手续	3	按照自治区医保局统一部署，一站式结算范围较上年已扩大
效益指标 (13分)	社会效益指标	医疗救助对象覆盖范围	稳步拓展	满分：低保边缘及因病致贫重病患者标准明确 合格：仅明确低保、特困、纳入相关部门检测范围的农村低收入人口	3	在符合国家规定的基础上，适度扩大覆盖范围	3	低保边缘及因病致贫重病患者按照自治区的标准统一执行

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	分值	实际完成情况
		困难群众看病就医方便程度	明显提高	满分:困难群众看病就医效率较上年提高5%及以上 合格:困难群众看病就医效率较上年提高5%以内 零分:困难群众看病就医效率有所下降	3	医疗救助一站式、定点救助机构等措施提升困难群众看病就医方便程度	3	较上年明显提高
		困难群众就医负担减轻程度	有效缓解	满分:困难群众就医负担减轻程度有效减轻,未发生冲击社会道德底线事件 合格:困难群众就医负担减轻程度有缓解 零分:发生冲击社会道德底线的事件	3	救助对象参保缴费的压力和政策范围内个人费用负担明显减轻	3	困难群众就医负担减轻程度有效减轻,未发生冲击社会道德底线事件
	可持续影响指标	对健全社会救助体系的影响	成效明显	满分:成效明显 及格:有成效但不明显 零分:没有成效	2	医疗救助与其他社会救助制度的衔接,对健全社会救助体系,提高社会救助水平的影响	2	成效明显
		对健全医疗保障体系的作用	成效明显	满分:成效明显 合格:有成效但不明显 零分:没有成效	2	医疗救助对健全医疗保障体系,提高医疗保障水平的作用	2	成效明显
满意度指标(10分)	服务对象满意度	救助对象对救助工作满意度	≥85%	满分:>85% 合格(6分):85% 零分:<85%	10	用以反映救助对象对医疗救助工作的满意程度	10	90%
							99	

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。

城乡居民基本医疗保险补助资金绩效自评

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
项目决策 (23分)	决策依据	贯彻中央对医疗保障制度改革中有关城乡居民医保决策部署	依据党中央和国务院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》进行决策	①符合《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(2分) ②印发《“十四五”全民医疗保障规划》2022年度任务的相关文件(2分)	4	用以反映和考核各级医保部门贯彻中央医疗保障制度改革和《“十四五”全民医疗保障规划》有关城乡居民医保决策部署情况	4	认真贯彻落实中央、自治区深化医疗保障制度改革意见和“十四五”规划,并制定了贯彻落实方案
		执行预算绩效管理和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	①符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》(1分) ②符合《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》以及各省市制定的相关管理办法(1分)	2	用以反映和考核决策是否符合预算绩效管理要求和资金管理办法	2	符合预算绩效管理要求和资金管理办法
	决策过程	决策程序规范	程序合规完整	资金分配按规定履行报批程序,审批文件和手续齐全	2	用以反映和考核项目决策规范程度	2	决策程序合规完整

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
	绩效目标	绩效目标设置科学	自治区遵照财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标 各市、县（区）遵照财政厅和自治区医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标	①体现“巩固参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡”等年度总体目标的基本要素（2分） ②明确产出指标、效益指标、满意度指标等绩效指标要求（2分）	4	用以反映绩效目标的设置情况	4	自治区和市均按照下达指标设置科学合理的绩效目标表
		绩效目标分解细化	对财政部和国家医疗保障局下达的年度总体目标结合实际进行分解细化	①省级按照要求同步细化分解下达绩效目标，各市、县（区）对自治区下达的绩效目标进行细化（1分） ②细化分解下达的绩效目标与财政部和国家医保局要求一致（1分）	2	用以反映绩效目标的分解情况	2	市级均对自治区下达的绩效目标进行细化且与财政部和国家医保局要求一致
	资金分配	资金分配规范性	按规定时限分配下达资金	①省级财政部门收到中央财政补助资金文件后，应会同医保部门在30日内将预算指标分解至各统筹地区（3分） ②中央及地方财政补助资	5	用以反映资金分配的规范性	5	省、市均按照规定时间下达指标并与12月底前全部拨

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
				金应在每年 12 月底前全部支付至统筹地区社会保障基金财政专户（2 分）				付治社会保障财政专户
		资金分配合规性	符合预算管理和城乡居民基本医疗保险补助资金管理要求	① 资金分配方案符合财政部和国家医疗保障局下达的文件要求（2 分） ② 分配方法、支出内容符合省级实施细则要求（2 分）	4	用以反映预算资金分配的合理性	4	资金分配符合管理要求
	资金管理	基金使用合规性	专账核算专款专用	统筹地区医保财政专户专账核算、专款专用（3 分），达不到其中 1 项的扣 2 分，扣完为止	3	用以反映基金专户专项使用资金情况	3	专账核算专款专用
		市地级统筹实现程度	做实市地级统筹	满分：全部地市实行市地级基金统收统支（2 分） 合格：个别地方实行市地内基金调剂，且发挥实际作用（1.2 分） 零分：个别地方实行市地内基金调剂，但未发挥作用（0 分）	2	用以反映基金市地级统筹情况	2	基金实施地市级统收统支
		基金监管有效性	全面提升基金监管能力	按照《国家医疗保障局关于做好基金监管综合评价工作的通知》（医保发〔2022〕31 号）进行评价 满分：综合评价分值排名较上年提高 5% 及以上 合格（1 分）：综合评价分	3	用以反映各级医保部门基金监管情况	3	综合评价考核符合得分要求

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
过程管理 (20分)				值排名较上年提高5%以内 零分:综合评价分值排名较上年下降				
	组织管理	定点医药机构规范性	协议管理严格 监管	①实行协议管理(1分) ②建立考核评价机制(1分) ③建立动态准入和退出机制(1分)	3	用以反映定点医疗机构和药店管理符合政策要求情况	3	全部实行协议管理,并建立考核评价机制和动态准入和退出机制
		医保信息系统功能性	信息数据及时 准确	信息系统运转正常,信息数据及时准确	2	用以反映加强信息数据对比,防止出现重复参保统计错误的技术手段运用能力	2	医保信息系统功能稳定
		医保统计、基金报表准确性、及时性、完整性	医保基金统计、基金报表上报准确完整、及时有效	能够按时、完整上报医保基金统计、基金报表。上报报表不存在虚报、瞒报、误报等现象。对异常数据有说明解释	3	用以反映医保基金、统计报表质量	3	医保基金统计、基金报表上报准确完整、及时有效
		绩效评价机制健全性	全面实现绩效管理	①绩效运行监控有力(1分) ②评价报告规范完整(1分) ③评价报告上报及时(2分)	4	用以反映绩效自评管理情况	4	每年按照自治区医保局要求按时做好绩效评价,并及

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
								时上报评价报告
产出指标 (47分)	数量指标	参保人数	≥参保扩面下达的任务目标	满分:达到标准值 零分:(实际值/标准值)≤90% 其他:(实际值/标准值)*5	5	自治区下达参保人数目标完成情况	4	达到目标任务的98.90%
		基本医保综合参保率	≥95%	满分:达到标准值 零分:(实际值/标准值)≤88% 其他:(实际值/标准值)*5	5	参保人数除以常住人口数	5	达到101.27%
		各级财政补助标准(元)	不低于国家和自治区标准	满分:达到国家标准 零分:低于国家标准	3	考核各级财政补助标准到位情况	3	达到国家标准
		参保居民个人缴费标准	不低于国家和自治区标准	满分:达到国家标准 零分:低于国家标准	3	考核参保居民个人缴费标准落实情况	3	达到国家标准
	质量指标	重复参保人数(人)	0	满分:达到标准值 零分:有重复参保人数	4	城乡居民基本医保制度内重复参保是指参保人同时具有两条及以上同一年度参保及缴费状态正常的居民基本医保参保信息。跨制度重复参保是指参保人在一个完整自然年度内同时具有参保缴费状态正常的职工基本医保和居民基本医保参保信息。参保人费款	0	存在重复参保

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
						所属期不同的、有两条及以上参保及缴费状态正常记录，不认定为重复参保。		
		虚报参保人数(人)	0	满分:达到标准值 零分:有虚报参保人数记零分	4	统计参保人数超过实际参保人数	0	2023年有虚报现象
		参保人政策范围内住院费用报销比例(%)	70%左右	满分:达到标准值 零分:低于标准值	3	基金用于住院保障的支出与居民医保政策范围内住院费用的比率	3	超过70%
		参保人住院费用实际报销比例(%)	不低于上年	满分:达到标准值 零分:低于标准值	3	基金用于居民医保住院保障的支出占居民医保住院费用比率	3	不低于上年
		统筹地区内住院费用按项目付费占比	逐步下降	满分:达到标准值 零分:低于标准值	2	反映统筹地区内住院费用付费情况	2	与上年持平
		实行按病组(DRG)和病种分值(DIP)付费支付方式改革	逐步推开	满分:省域内统筹地区覆盖率达到70%,改革地区符合条件的开展住院服务的医疗机构覆盖率、改革医疗机构病组(病种)覆盖率、改革地区住院医保基金覆盖率达到2023年目标要求。 零分:未达到目标要求	5	是否完成DRG/DIP支付方式改革三年行动计划中2023年度目标要求	5	统筹区域内住院全部实行DIP付费
		开展门诊统筹	普遍开展	满分:省级出台相关文件、制定工作方案;已全面实现门诊统筹	4	各层级是否制定相关文件要求,规范居民诊疗保障的政策措施,更好地保障参保	4	已全面实施门诊统筹

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	指标说明	得分	实际完成情况
				合格: 省级出台相应的文件 零分: 省级未出台相应文件, 有个人账户 其他: 合格之上: 有方案和时间表, 增加 20%; 有部分统筹区地区实现门诊统筹, 增加 20%		人员的基本医疗需求		
		基金滚存结余可支付月数(月)	≥ 6 个月	满分: 达到指标值 零分: 实际值低于 3 个月 合格: 3-6 个月	3	基金支出占预算支出的比例, 是否略有结余。用以反映医保基金是否遵照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则执行情况	3	可支付月数达 7 个月
	时效指标	医疗费用即时结算率 (%)	>95%	满分: >95% 零分: 未达到指标值	3	反映医疗费用按政策即时结算情况	3	按照社会保险经办条例及时结算
满意度指标 (10 分)	服务对象满意度	参保对象满意度	≥ 85%	满分: >85% 合格 (6 分): 85% 零分: <85%	10	参保对象对居民医保政策、医保经办和服务的满意度	10	满意度测评达 90%
总计							91	

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