

## 附件 1-1

项目支出绩效自评表

项目名称	医疗保障综合管理			项目金额	31611787.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金（元）		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	17948700.00	31611787.00	27433741.7	10	0.87	8.7	
	其中：当年财政拨款	17948700.00	31611787.00	27433741.7	—	0.87	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	1. 开展内审、财务、规划、绩效、资产管理等工作，提高我局内部管理水平。2. 通过聘请律师事务所为我局提供法律服务，为规范性文件的制定、审查提供法律意见，协助办理行政复议案件、开展行政诉讼应诉，为重大行政决策、重要行政行为提供法律意见。3. 做好年度档案收集鉴别、整理与归档。4. 对定点医药机构和参保人进行政策宣传培训。5. 局机关及十个分局办公场所修缮，保障局机关和十个分局的工作正常、安全开展。6. 保持员额队伍稳定，推进医保服务便民化，为医保业务顺利开展提供保障。			1. 开展内审、财务、规划、绩效、资产管理等工作，提高我局内部管理水平。2. 通过聘请律师事务所为我局提供法律服务，为规范性文件的制定、审查提供法律意见，协助办理行政复议案件、开展行政诉讼应诉，为重大行政决策、重要行政行为提供法律意见。3. 做好年度档案收集鉴别、整理与归档。4. 对定点医药机构和参保人进行政策宣传培训。5. 完成局机关、十个分局办公用房修缮。保障日常工作正常运转。				
年度绩效指标	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
	产出指标	数量指标	开展内部审计次数	≥1 次	1 次	5	5	
			开展全市定点医药机构培训数量	≥2000 人次	4800 人次	3	3	

			行政诉讼	≥5	2	3	1	本年度推动实质化解行政争议纠纷,通过释法明理将矛盾纠纷化解于诉前,有效减少本年度诉讼量,致本年度行政诉讼数量未达预期指标。
			安全生产排查次数	≥1次	2次	2	2	
			开展全局范围内全系统多层次培训数量	≥2轮	3轮	3	3	
			法律意见	≥100次	154次	4	4	
		质量指标	办公系统安全性、稳定性	提高	提高	5	5	
			档案整理规范性	合规	合规	5	5	
			培训出勤率	≥80%	94.09%	5	5	
			办公场所修缮验收合格率	100%	100%	5	5	
			法律意见无重大错误	100%	100%	5	5	
		时效指标	安全生产排查时长	≥60个工作日	60个工作日	5	5	
			办公场所修缮的及时性	2021年12月前完成	已完成	5	5	
			行政复议及行政诉讼案件开展及时性	≤15个工作日	≤15个工作日	5	5	
		成本指标	预算资金到位情况	足额到位	足额到位	5	5	
	成本控制率		≤100%	≤100%	5	5		
	效益指标	社会效益指标	信息系统安全性以及工作高效性	提高	提高	5	5	
			规范医疗机构行为	通过政策法规培训,规范医疗机构行为	逐步规范	5	5	
		满意度指标	办公人员满意度	≥95%	96%	5	5	

			对法律服务的满意度	≥90%	85%	5	4.25	服务项目中，律所对派驻律师支持不够，且需要加强对行政执法、下属十个分局的法律服务支持，扣0.75分。
	总分					100	95.95	—

## 附件 1-2

项目支出绩效自评表

项目名称	医药支付和管理			项目金额	4059900.00		
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位			
项目资金 (元)		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
	年度资金总额	9059900.00	4059900.00	2621590.05	10	0.65	6.50
	其中：当年财政拨款	9059900.00	4059900.00	2621590.05	—	0.65	—
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—
年度总体目标	预期目标			实际完成情况			
	<p>1. 按病种分值付费工作：完成对我市住院按病种分值付费（约 6000 个病种）测算评估工作。探索出适合我市门诊按病种分值付费的病种库（约 4000 个病种）。2. 按疾病诊断分组付费（DRG）工作：完成对我市 9 家试点 DRG 医院的 845 组权重及付费标准测算和整体运行效果的评估。3. 定点医药机构精细化管理工作：出台《深圳市社会医疗保险定点医疗机构医保精细化管理绩效考核办法》，优化我市绩效考核指标。完善医保协议管理。4. “互联网+” 医保工作：构建“互联网+医保+医疗+医药”综合医疗保障服务体系，优化互联网诊疗医保支付方式。5. 开展医保引导资源配置政策措施研究工作。6. 根据 2020 年中医药打包收费试点实施时间确定评估时间（试点满 1 年后），预计于 2022 年第一季度完成中医药打包收费试点效果评估工作。7. 完成 1 批医疗服务价格项目新增立项工作。8. 聘请第三方对集团采购组织开展一次财务审计。9. 对成交药品信息变更进行论证，最终形成变更意见。完成公立</p>			<p>1. 全面推进国家 DIP 试点工作。按照国家医保局部署，根据国家技术规范完成 2021 年度病种库及相关分值的设置工作，病种数量从 2020 年的 5997 个扩展到 12292 个。2. 稳步推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革工作，完成对我市 9 家试点 DRG 医院的 852 组权重及付费标准测算和整体运行效果的评估。3. 定点医药机构精细化管理工作：按照全省医保定点综合性三级医疗机构医药服务评价工作方案，开展定点三级医疗机构医药服务评价工作；开展定点医药机构布局规划研究项目，探索适合我市实际的医疗保障定点机构管理模式；修订定点医药机构协议书，完善医保协议管理，提升管理效能。</p>			

年度绩效指标	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
		产出指标	数量指标	评估测算 DRG 医院	9 家	9	4	4
		医用耗材阳光交易和监管平台运行评估 费次数		≥1 次	1	3	3	
		药品集团采购过程中的盈利情况进行财 务审计次数		≥1 次	1	3	3	
		评估测算病种数		约 10000 个	12292	4	4	
		住院病种打包收费、日间手术病种打包收 费试点运行情况评估次数		≥1 次	1	3	3	
		评估测算病组数		约 845 组	852	4	4	
		新增医疗服务价格项目立项审批次数		1 次	1	3	3	
		中医药打包收费试点效果评估次数		≥1 次	1	3	3	
		开展专家咨询论证人次		≥500 人次	796	3	3	
		新增、修订医疗服务项目成本实测评估次 数		≥1 次	1 次	3	3	
		质量指标	测算和评估合理性	合理	基本合理	3	2	疫情影响下，医疗机构服务 量难以准确估计，扣 1 分。
			医疗专家资质	无资质的人员为 0	无资质的人员为 0	3	3	
		时效指标	分析评估及专家论证报告及时完成率	100%	100%	3	3	
			测算评估工作及时完成率	及时	及时	3	3	
			药品目录编制及更新	2021 年 11 月 30 日前完成	2021 年 3 月 1 日	3	3	

		成本指标	减低患者看病负担	有所降低	降低	2	2	
		社会效益指标	为规范本市药品集团管理工作,保障评审过程的公开、公正、公平 政策制定的科学性、合理性	达到良好程度	良好	15	15	
				提高	提高	15	15	
		满意度指标	评估工作满意度	≥95%	96%	10	10	
	总分					100	95.5	—

## 附件 1-3

## 项目支出绩效自评表

项目名称	医疗保障政策研究管理			项目金额	7408800.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金（元）		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	7408800.00	7408800.00	4056999.49	10	0.55	5.50	
	其中：当年财政拨款	7408800.00	7408800.00	4056999.49	—	0.55	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	持续扩大深圳医疗保障的社会影响力，多维度呈现深圳医保成立以来的工作成效，全方位展现深圳医保干部队伍的精神风貌，为构建以健康为导向的创新型医保制度提供良好的舆论氛围。通过调查研究，了解工作推进情况，发现和解决实践中存在问题，提升政策执行力。			积极开展政策研究，出台门诊特定病种管理办法，覆盖 52 个病种；出台全国首个康复医疗政策，支持康复医疗等薄弱学科发展；印发医保信用评价管理办法，覆盖全市 7000 余家定点医药机构。通过线上、线下多渠道宣传医疗保障政策，覆盖 1660 万参保人。				
年度绩效指标	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
	产出指标	数量指标	信用体系建设的完善方案	1 份	1 份	5	5	
			政策信息宣传次数	≥2 次	22 次	5	5	
			宣传册印刷数量	≥20 万份	228671 份	5	5	
			媒体投放专版	≥5 个半版	7 个	5	5	
			开展调研工作次数	≥10 次	15 次	5	5	

			在电视、电台等各宣传途径报道专题栏目	≥6次	13	5	5	
	质量指标		体系建设完善方案验收通过率	100%	100%	5	5	
			保障门户网站运行情况	运行安全	运行安全	5	5	
			调研报告完成率	100%	100%	5	5	
			政策宣传内容准确性	100%	100%	5	5	
		时效指标		开展信用体系建设的及时性	按计划完成	按计划完成	5	5
			完成调研论证的及时性	2021年底完成	基本及时	5	3	受疫情影响，部分调研论证有所延迟，扣2分。
			政策宣传的及时性	按计划完成	及时	5	5	
	成本指标		预算资金到位情况	足额到位	足额到位	5	5	
	社会效益指标		调研开展有效性	100%	100%	5	5	
			政策法规保障覆盖范围	≥1000万人	1660万人	5	5	
	满意度指标		参加调研人员满意度	≥95%	95%	5	5	
			服务满意度	≥90%	≥90%	5	5	
	总分					100	93.5	—



## 附件 1-4

## 项目支出绩效自评表

项目名称	基金监督管理			项目金额	13700000.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金（元）		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	8400000.00	13700000.00	5544776.08	10	0.40	4.00	
	其中：当年财政拨款	8400000.00	13700000.00	5544776.08	—	0.40	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	1. 完成 1 次以上交叉检查，检查 2000 家以上定点医疗机构，加强和规范定点医疗机构行为。2. 通过开展 10 万人次以上的参保人核卡工作，加强和规范定点医疗机构、定点零售药店行为，保证医保基金合理使用及运行安全。3. 按项目计划完成大数据分析、基金运行风险预警、基金中长期分析与精算工作。			开展参保人核卡工作，探索智能核卡，提高工作效率。不断加强医保监管力度。制定医疗保障局专家库与社会监督员制度，引入约 4000 多名专家参与医保监管工作，聘请 36 名社会监督员参与社会监督。完成大数据分析 4 亿条，排查异常数据，下发可疑数据进一步精准检查，做好监管工作。				
年度绩效指标	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
	产出指标	数量指标	全年分析数据总量	约为 2 亿条	4 亿条	5	5	
			参保人核卡数量	≥10 万人次	44 万	5	5	
			完成交叉检查次数	≥1 次	1 次	5	5	
开展定点医药机构检查数量			≥2000 家	7182	5	5		

		质量指标	检查意见有效性	≥60%	53.10%	5	4.4	大数据分析工作正在探索之中，试点初期假阳性数据较多，扣0.6分。		
			核卡准确性	100%	100%	5	5			
			智能核卡相较于人工核卡的效率有所提高	有所提高	有所提高	5	5			
			医疗监督检查人员资质	无资质人员为0	无资质人员为0	5	5			
		时效指标	及时出具分析报告	根据合同按计划完成	按计划按时完成	5	5			
			参保人核卡工作完成及时性	2021年12月底前完成	2021年12月底前完成	5	5			
			定点医药机构检查完成及时性	按工作计划及时开展	按计划完成	5	5			
		成本指标	降低医院违规风险、减少基金违规支出	有所降低	有所降低	5	5			
			预算资金到位情况	足额到位	足额到位	5	5			
			有效降低人力稽核成本	有所降低	有所降低	5	5			
		社会效益指标	规范医疗机构行为	逐步规范	逐步规范	5	5			
			促进群众和社会各方积极参与监督	积极参与	积极参与	5	5			
		满意度指标	工作人员对智能核卡系统使用的满意度	≥80%	90%	5	5			
			规范使用医保基金专项检查满意度调查	≥80%	89%	5	5			
			总分					100	93.4	—