2021 年度广州市医疗保障局部门整体支出 绩效自评报告

一、基本情况

(一) 部门概况

经市委、市政府批准，2019 年 1 月新组建成立广州市医疗保障局，负责我市医疗保障工作。

1. 部门主要职责

贯彻执行国家、省、市医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障工作的方针政策和法律法规，拟订有关地方性法规、规章草案，制定本市医疗保障事业发展规划、政策、标准并组织实施。组织制定并实施医疗保障基金管理和基金监督管理制度，建立健全医疗保障基金安全防控机制，依法查处医疗保障领域违法违规行为。组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案，制定药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施，推进医疗保障基金支付方式改革，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，建立健全覆盖全民、统筹城乡的多层次医疗保障体系。

2. 部门机构设置

局本级内设机构 7 个，分别是办公室、规划财务和法规处、待遇保障处、医药服务管理处、医药价格和招标采购处、基金监管处、基层服务处；下属单位 2 个，分别是广州市医疗保险服务中心、广州市医疗救助服务中心。

(二) 年度总体工作和重点工作任务

1. 部门履职总体目标

一是全面细致做好疫情防控常态化工作；二是推进医保治理体系和治理能力建设，提升医保公共服务能力；三是深化医疗保障制度改革，健全多层次的保障体系；四是巩固医保脱贫攻坚成效，强化医疗救助托底保障功能；五是完善医保基金监管体制机制，守好老百姓的保命钱；六是深化医保重点领域改革，提升医保管理效能。

2. 总体工作和重点工作任务完成情况

2021年，在市委市政府的坚强领导下，广州市医疗保障局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，牢固树立和贯彻新发展理念，认真落实省委“1+1+9”工作部署和市委“1+1+4”工作举措，不断深化医疗保障制度改革，统筹推进常态化疫情防控和医疗保障事业高质量发展。一是疫情防控精准有效；二是医保经办服务提质增效。三是多层次医疗保障体系进一步健全；四是医疗救助托底保障进一步夯实；五是基金监管安全防线进一步筑牢；六是医保重点领域改革出新出彩。

(三) 部门整体收支情况

2021年部门整体支出752,140.81万元，完成年度预算753,119.78万元的99.9%，较上年增长0.3%，其中：基本支出18,489.4万元，占整体支出的2.5%；项目支出733,651.39万元，占整体支出的97.5%。

(四) 部门整体绩效管理情况

1. 制度建设情况

我局高度重视预算绩效管理制度建设，根据市财政局有关预算绩效管理工作要求，结合本局工作实际，2021年我局印发了《广州市医疗保障局预算绩效管理办法（试行）》，对本单位预算绩效管理的组织管理及职责分工、预算编制管理、预算绩效监控与管理、绩效评价管理、绩效评价结果应用各环节作出了规范性要求。

2. 绩效目标管理情况

编制2021年部门预算时，按照“谁支出、谁负责”的原则，全面实施预算绩效管理。围绕我局工作职责和事业发展规划，从运行成本、管理效率、履职效能、社会效益、可持续发展能力和服务对象满意度等方面，按照“部门职责-工作任务-支出项目”的部门整体绩效目标体系，设置部门整体、工作任务、支出项目等各层次的绩效目标。

3. 绩效运行监控管理情况

为加强预算绩效运行监控管理，提高预算执行效率和资金使用效益，按照市财政局的部署，我局开展全系统预算绩效运行监控工作，组织机关各处室、局属各单位对照年初设定的绩效目标，自行开展绩效监控。各处室和单位以绩效目标实现程度及预算执行进度为核心内容，围绕1-6月份绩效目标完成情况、项目实施情况、预算执行情况开展分析，分项目填写绩效监控情况表，

全面掌握项目实施情况及存在的问题。

二、综合评价分析

（一）自评结论综述

2021年，我局按计划完成部门整体工作任务，实现年度预算支出绩效目标，全市医疗保障事业发展良好，财政预算投入与产出取得较好成效，部门整体绩效自评得分97.56分。

按照既定的预算绩效指标体系评价，综合评定结论详见下表。

综合评价情况总表

评价因素	分值	评价得分	得分率
评价总得分	100	97.56	97.6%
一、管理效能	45	43.66	97.0%
1. 资金管理	16	15.5	96.9%
2. 采购管理	2	1.67	83.5%
3. 信息公开管理	4	3.5	87.5%
4. 资产管理	4	4	100.0%
5. 成本管理	4	4	100.0%
6. 绩效管理	15	15	100.0%
二、履职效能	50	48.9	97.8%
三、加减分项	5	5	100.0%

（二）各项工作任务绩效目标完成情况分析

2021年，我局依据市委市政府战略部署、部门事业发展规划、部门主要职能、年度重点任务等要求，共设定6项部门整体支出主要工作任务，35个关键绩效目标，经自评，工作任务及

绩效指标完成情况良好。

（三）各重点任务项目支出完成情况分析

2021年我局重点任务项目涉及项目支出主要是医保财政补助项目、困难群众医疗救助金项目、基本医疗救助金项目、广州地区药品（医用耗材）集团采购工作经费项目，预算执行率均为100%。

（四）主要工作成效

2021年，我局按病种分值付费“广州经验”全国推广、国家智能监控示范点建设获评“优秀”、“穗岁康”在“2020年广东保险业十大创新案例评选”中名列榜首，获评“广州市区直机关工作创新大赛”一等奖、医保政务服务创新发展被评为全国医疗保障经办服务“学党史办实事”优秀典型案例。

1.疫情防控精准有效。积极争取省医保局的支持，出台职工医保、生育保险费阶段性惠民政策，全年共为企业和个人减负231.8亿元。推进疫情常态化下长处方和“互联网”医保支付工作，全年全市超328万人次享受长处方政策，23家定点医疗机构签约开通互联网复诊医保服务，3,734人次参保人通过互联网进行医保复诊，总费用136.3万元，医保支付61.3万元。

2.多层次医疗保障体系进一步健全。2021年，我市职工医保和居民医保住院政策范围内报销比例分别达90.0%和78.2%，年度最高支付限额分别达121.6万元和73.2万元。门特病种从58个扩大到67个，将173个医保目录内药品及中药饮片、医院制

剂纳入门特支付范围，进一步保障慢性病参保人用药需求。创新开展政府指导、商业运作的“穗岁康”商业补充健康保险，2021年总投保人数367万人，全年共赔付2.6万人、17.2万人次、4.7亿元，减轻个人负担率37.1%，得到社会各界广泛关注和高度认可，在“2020年广东保险业十大创新案例评选活动”中排名榜首，荣获“2021年广州市区直机关工作创新大赛”中荣获一等奖。深入推进长期护理保险试点，2021年我市长护定点机构增加至293家，全年共7.7万人享受待遇。

3.医疗救助托底保障进一步夯实。加强重点人群特别是困难人群参保缴费服务，畅通医疗救助对象参保“绿色通道”确保应保尽保，2021年共为140.7万人次提供医疗救助，救助人次同比增加18.2%。开展医疗救助业务全城通办，进一步实现基本医疗救助与社会医保就医（含异地）的“一站式”结算，不断提升医疗救助的便捷性、可及性。

4.医保重点领域改革出新出彩。结合我市“十四五”规划，高质量编制我市医疗保障事业发展“十四五”规划。贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和省的实施意见，出台《广州市深化医疗保障制度改革实施方案》，提出6大方面改革任务和22项具有广州特色的创新举措。深化按病种分值付费(DIP)试点，在全国首批提出DIP实际付费申请并于2021年4月通过国家评估。协助国家医保部门拟定《DIP试点工作要点》《全国DIP医疗保障经办管理规程》等文件，先后接待约50

个地市来穗调研。常态化推进药品耗材集中采购，完成 18 批次国家、省集采任务，执行第五批国家集采结果，61 个中选药品最高降幅 98%。出台《关于印发深化广州药品集团采购的实施意见的通知》，进一步优化广州药品集团采购模式，省内 15 个地市加入广州 GPO 平台联合采购，广州 GPO 平台全年药品采购金额 477 亿元，交易规模在省内三平台中排第一。稳步推进医用耗材集中采购工作，平台现挂网产品 172 万个，采购金额约 85.5 亿元。

5.基金监管安全防线进一步筑牢。完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等监管机制，开展全覆盖现场检查。引入商业保险、信息技术服务机构和会计师事务所等第三方力量，全面拓宽监管力量和范围。制定重大行政执法集体审议工作规则、行政执法决定信息公开管理规定，完善行政执法程序、决策程序和监管规则，推进基金监管规范化。以创建国家医保智能监控示范点为契机，健全智能监控系统、智能审核系统、药店联网监管系统“三条监管脉络”，将与医保基金使用相关的所有数据纳入自动实时监测预警，2021 年 7 月，国家医保局对广州智能监控示范点建设进行总结评估验收，结果为“优秀”。开展打击“假病人、假病情、假票据”专项整治行动，2021 年共检查定点机构 6,917 家次，处理违规 409 家。

6.医保经办服务提质增效。顺利上线国家医疗保障信息系统，成为其首个落地应用的超大型城市。大力推进“互联网+医保”，

实现全部医保经办事项 100%可网办,1,028 万参保人激活医保电子凭证,在市内 3 家医院探索开展就医信用无感支付。7 项高频业务进驻银行网点,共同打造“医保 15 分钟服务圈”,去年 5 月以来,医保大厅到访办事群众较年初下降超过 40%,网办业务增长超 70%。开通异地就医门诊、门特费用直接结算服务,范围覆盖全市 11 个区 343 家定点医疗机构,远超国家关于每个区不少于一家医疗机构的任务目标。广州作为就医地,2021 年完成异地就医直接结算 104.8 万人次,结算费用 282.3 亿元,异地医保基金支付 147.7 亿元,其中异地门诊直接结算 1.2 万人次,已与 263 个地市发生异地门诊费用直接结算业务。

三、存在的主要问题

一是多元化医疗需求对精准保障能力寄予更高期望。

二是医保基金监管衍生出新的风险点,对传统监管手段、监管方法和监管措施带来严峻挑战。

四、下一步改进措施

一是在更高的层次完善保障体系。全面实施待遇清单制度,落实新年度“穗岁康”商业补充健康保险扩面提质,优化提升长期护理保险试点,修订我市职工生育保险实施办法、医疗救助办法等规范性文件,不断健全完善多层次医保体系。配合医疗保障省级统筹改革,做好我市配套政策衔接工作。继续实施职工医保阶段性降费政策。在更高的起点推进重点改革。深化基于大数据按病种分值付费改革。总结国家、省集中带量采购工作经验,研

究建立具有广州特色、常态化、规范化的落地实施工作体系，开展广州首批市级药品和医用耗材集中带量采购。落实医保谈判药品“双通道”管理工作，规范和支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。进一步总结 DIP、“穗岁康”等改革试点经验做法，力争形成更多在全国范围内可复制、可推广的经验做法。

二是推进基金监管法治化。2021 年以来，国家《医疗保障基金使用监督管理条例》和国务院办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》相继颁布实施。市医保局以宣传贯彻《条例》为契机，制定局《重大行政执法集体审议工作规则》《行政处罚程序暂行规定》《行政执法决定信息公开管理规定》等，建立完善行政决策程序、执法程序和监管规则，推进基金监管法制化、规范化。深入开展打击欺诈骗保集中宣传月活动，全面解读医保基金监管政策，曝光典型案例，营造全社会共同打击欺诈骗保、维护基金安全的舆论氛围。