

2022 年度湖南省脑科医院、省中医药研究院 附属医院省本级医保基金支出绩效评价报告

项目名称： 2022 年度湖南省脑科医院、省中医药研究院附属医院
省本级医保基金支出

主管部门： 湖南省医疗保障局

组织单位： 湖南省财政厅

实施机构： 湖南九澧咨询服务有限公司

2023 年 9 月

目 录

一、医保基金基本情况	- 1 -
(一) 医保基金政策背景	- 1 -
(二) 医保基金绩效目标情况	- 2 -
(三) 省本级医保基金收支情况	- 3 -
(四) 医保基金组织管理情况	- 4 -
二、绩效评价工作开展情况	- 4 -
(一) 现场评价情况	- 4 -
(二) 资金结构性分析	- 7 -
三、绩效评价结论及指标分析	- 9 -
(一) 绩效评价结论	- 9 -
(二) 指标评分分析	- 10 -
四、医保基金主要绩效	- 12 -
(一) 完善了医疗保障体系,促进了医保需求多元化	- 12 -
(二) 深化了医药供给侧改革,减轻了群众用药负担	- 13 -
(三) 推进了医保支付方式改革,推动了中医诊疗发展	- 13 -
(四) 坚持专业化特色发展,提高了医疗服务水平	- 13 -
五、发现的主要问题	- 14 -
(一) 部分政策有缺陷,制度落实欠到位	- 14 -
(二) 监管关口未前移,基金使用欠规范	- 15 -
(三) 协议执行不到位,病历归档欠规范	- 20 -
(四) 货款支付不及时,采购协议欠严谨	- 21 -
(五) 政策宣传力度不够,权益保障不足	- 21 -
(六) 绩效管理意识欠缺,目标设置欠合理	- 22 -
六、有关建议	- 22 -
(一) 优化医疗保障政策,完善医保制度建设	- 22 -
(二) 提升医保监管理念,丰富基金监管手段	- 23 -
(三) 规范基金使用管理,健全院内考核机制	- 24 -
(四) 加强医院协议管理,落实协议考核制度	- 24 -
(五) 加大政策宣传力度,切实保障群众权益	- 25 -
(六) 提高绩效管理意识,科学编制绩效目标	- 25 -

2022 年度部分省本级医保基金支出绩效评价表

基 本 情 况	项目名称	2022 年度湖南省脑科医院、省中医药研究院附属医院省本级医保基金支出			
	主管部门	湖南省医疗保障局	项目单位	湖南省脑科医院、 省中医药研究院附属医院	
	项目属性	<input checked="" type="checkbox"/> 经常性 <input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 新增 <input checked="" type="checkbox"/> 延续			
	基金收支情况	2022 年省本级医保基金总收入 63.94 亿元，总支出 41.81 亿元，当期结余 21.35 亿元，累计结余 118.5 亿元。 2022 年省脑科医院申报省本级医保基金 4803.21 万元，省医保局核准 4803.09 万元，实际收到 5272.76 万元。 2022 年省中医药研究院附属医院申报省本级医保基金 5606.61 万元，省医保局核准 5605.91 万元，实际收到 6044.69 万元。			
	存在问题	省医保局：部分政策调整不够到位，集采管理措施不力；基金监督检查关口未前移；政策宣传力度不够，知晓率偏低；目标设置欠合理。 定点机构：过度医疗、药品过度开销；出院带药不合规，外检外治协议执行不到位，病历资料不完整；支付供应商货款未足额、不及时；权益保障未做实。			
有关建议	优化医保政策、完善制度建设；转换基金监管理念、丰富基金监管手段；规范基金使用、健全考核评价体系；加强协议管理、落实考核制度；加大政策宣传力度；提高绩效管理意识。				
评价结果 项目	所赋分值	综合得分	省医保局	省脑科医院	省中医药研究院附属医院
决 策	10.00	8.00	19.31	0.00	0.00
过 程	30.00	20.59	20.72	22.17	18.94
产 出	35.87	34.25	20.29	42.75	45.39
效 益	24.13	20.89	27.05	16.24	16.79
合 计	100.00	83.72	87.37	81.16	81.12
评价等次		良	良	良	良
评价等次说明	90 分（含）—100 分为优，80 分（含）—90 分为良，60 分（含）—80 分为较差，60 分以下为差。（说明：评价组将省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院不适用的指标分值剔除，通过对各险种金额权重及各指标表上各单位分值权重进行综合加权计算，将适用评价指标得分进行百分制换算后计算出三家单位的得分）				

摘 要

为贯彻落实全面实施预算绩效管理的要求，规范和加强省本级医保基金支出使用与管理，进一步提高资金使用效益，省财政厅组织湖南九澧咨询服务有限公司，对 2022 年度省脑科医院和省中医药研究院附属医院省本级医保基金支出情况实施绩效评价。

在本次绩效评价过程中，评价小组从医保基金政策及绩效目标管理情况、预算编制情况、基金使用管理情况、运行管理情况、风险控制情况以及产出效益情况进行综合评价，运用比较法、因素分析法、公众评判法、成本效益分析法等多种评价方法，经综合分析，2022 年度部分省本级医保基金支出绩效评价得分为 83.72 分，评价等级为“良”。将各单位不适用的指标分值剔除后，通过对各险种金额权重及各指标表上各单位分值权重进行综合加权计算，将适用评价指标得分进行百分制换算后省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院的绩效评价得分分别为 87.37 分，81.16 分，81.12 分，评价等级均为“良”。

省医保基金在完善医疗保障体系、深化医药供给侧改革、推进医保支付方式改革、坚持专业化特色发展方面取得了一定的成绩，但仍存在一些问题。如省医保局存在部分政策调整不够到位，集采管理措施不力；基金监督检查关口未前移；政策宣传力度不够，知晓率偏低；目标设置欠合理等问题。两家定点机构存在过度医疗、药品过度开销；出院带药不合规，外检

外治协议执行不到位，病历资料不完整；支付供应商货款未足额、不及时；权益保障未做实等问题。

根据相关医保政策要求和绩效管理工作要求，针对评价发现的问题，提出了相关工作建议。建议进一步优化医保政策、提升基金监管理念、丰富基金监管手段、规范基金使用、加强协议管理、加大政策宣传力度、提高绩效管理意识等，充分发挥医保基金的效益，提高医疗服务质量。

2022年湖南省脑科医院、省中医药研究院附属医院省本级医保基金支出绩效评价报告

(定稿)

根据《中共湖南省委办公厅 湖南省人民政府办公厅关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（湘办发〔2019〕10号）和《湖南省财政厅关于开展2023年事前绩效评估和财政绩效评价工作的通知》等文件规定，省财政厅组织湖南九澧咨询服务有限责任公司于2023年5月至7月对湖南省脑科医院（以下简称“省脑科医院”）和湖南省中医药研究院附属医院（以下简称“省中医药研究院附属医院”）2022年度省本级医保基金支出进行了绩效评价。现将绩效评价有关情况报告如下：

一、医保基金基本情况

（一）医保基金政策背景

随着人口老龄化和疾病谱的变化，医疗保障制度面临巨大挑战。为解决医疗保障制度问题，我国政府开始推行医保基金政策，其目的是保障人民健康权益，提高医疗保障制度的可持续性和公平性。通过建立医保基金，实现医疗费用的分摊和风险共担，减轻患者经济负担，提高医疗服务质量和效率，促进医疗资源合理配置和医疗技术进步，推动医疗保障制度不断完善和发展。

医保基金作为医疗保障的核心，是保障民生的重要内容，其绩效的好坏直接关系到医疗保障制度的可持续发展。为深入

贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，2020年3月中共中央国务院出台《关于深化医疗保障制度改革的意见》。为加强医疗保障基金使用监督管理，保障基金的安全，促进基金有效使用，维护公民医疗保障合法权益，2021年国务院发布《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）。2022年湖南省出台《湖南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准适用办法》（湘医保发〔2021〕66号）。湖南省医疗保障局（以下简称省医保局）成立以来，我省医疗保障部门坚持以保障人民健康为中心，持续推进深化改革创新，以医保工作体系健全、制度建设、机制改革、管理服务提高等为工作重心，出台了《湖南省DRG/DIP支付方式改革三年行动计划实施方案》、《湖南省医疗保障待遇清单制度》、《湖南省城镇职工生育保险办法》等文件。

（二）医保基金绩效目标情况

根据湖南省医疗保障“十四五”发展规划，按照国家医保局和省委、省政府统一部署，通过逐步完善医保政策，使我省的医疗保障制度更加成熟定型，在处理好保障与持续、管理与服务、统筹与创新、治已病与治未病、内部与外部五大关系的同时，围绕“健全社会保障体系”和“推进健康湖南建设”，推动医保改革发展，发挥医保在增进民生福祉中的重要作用。

根据省医保局提供的自评表，设定的年度绩效目标包括“积极推进规范建设，提升经办服务水平；持续优化平台建设，提升经办速度；集中开展清廉建设，深入落实行风建设；全面加

强基金稽核管理；全力做好疫情防控医疗保障，积极落实药品和医用耗材带量集采医保配套措施；持续优化异地结算工作”。其绩效目标与实际工作内容具有相关性，评价组将绩效目标梳理后分解为 26 个具体产出与效益指标。

（三）省本级医保基金收支情况

2022 年省本级医保基金总收入 63.94 亿元，总支出 42.59 亿元（含风险调剂金 0.78 亿元），当期结余 21.35 亿元，累计结余 118.5 亿元，基金结余可支付 22.5 个月。其中省本级职工基本医疗保险基金预算收入 50.86 亿元，实际收入 59.91 亿元，收入执行率 117.79%。预算支出 39.14 亿元，实际支出 39.82 亿元，支出执行率 101.72%（剔除风险调剂金）。其中：省本级职工基本医疗保险基金收入 59.91 亿元（其中统筹基金 27.41 亿元，个人账户基金 32.5 亿元），基金支出 40.6 亿元（其中统筹基金 27.06 亿元，个人账户基金 13.54 亿元），基金当期结余 19.31 亿元（其中统筹基金 0.35 亿元，个人账户基金 18.96 亿元），基金累计结余 109.2 亿元（其中统筹基金 47.63 亿元，个人账户基金 61.57 亿元）；省本级公务员医疗保险基金收入 2.68 亿元，基金支出 0.82 亿元，基金当期结余 1.86 亿元，基金累计结余 8.84 亿元；省本级大病互助医疗保险基金收入 0.8 亿元，基金支出 0.91 亿元，基金当期结余 -0.11 亿元，基金累计结余 0.04 亿元；省本级离休干部医疗保障基金收入 0.55 亿元，基金支出 0.26 亿元，基金当期结余 0.29 亿元，基金累计结余 0.41 亿元（详见附件 2）。各险种收支余情况列示如下表：

险种	收入（亿元）		支出（亿元）		当期结余（亿元）		累计结余（亿元）	
	小计	其中统筹基金	小计	其中统筹基金	小计	其中统筹基金	小计	其中统筹基金
职工基本医疗保险（含生育）	59.91	27.41	40.60	27.06	19.31	0.35	109.20	47.63
公务员医疗保险	2.68		0.82		1.86		8.84	
大病医疗互助险	0.80		0.91		-0.11		0.04	
离休干部医疗保障险种	0.55		0.26		0.29		0.41	
合计	63.94	27.41	42.59	27.06	21.35	0.35	118.50	47.63

（四）医保基金组织管理情况

省医保局负责全省的医保基金使用监督管理工作；按“以收定支、收支平衡、略有结余”原则编制省本级医保基金收支预算，报省财政厅审核、经人大批准后由省财政厅批复省医保局执行。省医保局负责组织制定并实施全省医保基金监督管理办法，建立健全医疗保障安全防控机制。

省脑科医院和省中医药研究院附属医院作为医保定点医疗机构，为省本级城镇职工基本医疗保险（含生育）参保人员、省本级离休干部等提供规范、合理、必要的医疗服务。

二、绩效评价工作开展情况

（一）现场评价情况

本次绩效评价抽取省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院为现场评价单位，评价资金范围以 2022 年度两家医院申请省本级医保基金额度为基础，与 2022 年度省医保局实际支付给两家医院的省本级医保基金金额进行对比。通过 HIS 系统数据对两家医院的省本级医保基金 100% 医疗费用进行统计分析，对职工基本医疗保险、口腔单病种、公务员医疗保险、

大病医疗保险、离休干部医疗保障等各险种病历记录进行抽查，共抽查病例 8071 条（占比 78.25%），其中省脑科医院抽取了 3841 条（占比该院 83.79%），省中医药研究院附属医院抽取了 4230 条（占比该院 73.82%），并对 37 项内容进行了核实。

2022 年度省脑科医院省本级医疗总费用 6463.8 万元，其中基金支付 4803.21 万元，占比 74.31%；个人自付及自费 1660.59 万元，占比 25.69%。各险种申报及结算情况如下表：

省脑科医院申报及结算情况 单位：万元

险种	2022 年度申报额	占总申报额的比例	省医保局核准额	占总核准额的比例	省医保局结算额		占各险种核准额的比例	备注
					付 2021 年费用	付 2022 年费用		
职工基本医疗保险（含生育）	4484.58	93.37%	4484.49	93.37%	1763.35	3125.47	69.70%	拒付 891.59 元（其中 2022 年拒付 67.36 元），2021 年超标缓付金额 62.64 万元，质保金 208.84 万元
公务员医疗保险	81.26	1.69%	81.26	1.69%	43.04	71.79	88.35%	质保金 5.74 万元
大病医疗互助	233.14	4.85%	233.14	4.85%	139.51	127.34	54.62%	质保金 10.87 万元
离休干部医疗保障	4.22	0.09%	4.2	0.09%	2.26		0.00%	拒付 241.08 元
合计	4803.21	100.00%	4803.09	99.99%	1948.15	3324.61		

由上表可见，2022 年度省脑科医院累计向省医保局申报省本级医保基金 4803.21 万元，省医保局核准 4803.09 万元，占申报额的 99.99%（拒付部分为超范围收费 0.09 万元和违规收费 0.03 万元），2022 年度省脑科医院实际收到 5272.76 万元（其中收到 2022 年度申报费用 3324.61 万元，2020-2021 年度申报费用 1660.06 万元，2021 年生育及基本医疗质保金 225.45 万元，2021 年超标缓付金额 62.64 万元），2022 年 1-10 月份申报医保

基金实际回款率 85.85%（年内回款），2022 年度申报医保基金实际回款率 69.22%（年度回款）。

2022 年度省中医药研究院附属医院省本级医疗总费用 7262.63 万元，其中基金支付 5606.61 万元，占比 77.2%；个人自付及自费 1656.02 万元，占比 22.8%。各险种申报及结算情况如下表：

省中医药研究院附属医院申报及结算情况

单位：万元

险种	2022 年度申报额	占总申报额的比例	省医保局核准额	占各险种申报额的比例	省医保局结算额		占各险种结算的比例	备注
					付 2021 年费用	付 2022 年费用		
职工基本医疗保险(含生育)	5148.32	91.83%	5147.64	91.83%	1941.33	3630.11	70.52%	拒付 6806.50 元，2021 年超标缓付金额 20.32 万元，质保金 229.81 万元
公务员医疗保险	126.01	2.25%	126.01	2.25%	109.92	87.60	69.52%	
大病医疗互助	288.06	5.14%	288.06	5.14%	110.81	148.68	51.61%	
离休干部医疗保障	44.23	0.79%	44.21	0.79%	16.24	0.00	0.00%	拒付共计 194.57 元
合计	5606.61	100%	5605.91	99.99%	2,178.30	3,866.39		

由上表可见，2022 年度省中医药研究院附属医院累计向省医保局申报省本级医保基金 5606.61 万元，省医保局核准 5605.91 万元，占申报额的 99.99%（拒付部分为超限制范围用药 0.68 万元，非医保报销范围 0.02 万元），2022 年度省中医药研究院附属医院实际收到 6044.69 万元（其中收到 2022 年度申报费用 3866.39 万元，2020-2021 年度申报费用 1928.17 万元，

2021 年生育及基本医疗质保金 229.81 万元、2021 年超标缓付金 20.32 万元),2022 年 1-10 月份申报医保基金实际回款率 85.43% (年内回款),2022 年度申报医保基金实际回款率 68.97% (年度回款)。

(二) 资金结构性分析

1、基本医疗保障情况

2022 年度全省省本级医保基金住院共涉及 22.46 万人次, 医疗总费用 25.44 亿元, 其中基金支付 18.17 亿元, 个人自付 4.15 亿元, 个人自费 3.12 亿元, 次均住院费用 1.13 万元/人次, 较上年上升了 0.12 万元/人次, 政策范围内报销比例为 81.4%, 实际报销比例为 71.42%。

2022 年省脑科医院省本级职工基本医疗保险住院 4343 人次, 医疗总费用 5911.28 万元, 其中基金支付 4448.88 万元, 个人自付 1134.33 万元; 政策范围内报销比例为 79.68% (协议规定政策范围内报销比例 \geq 75%), 实际报销比例为 75.26%, 次均住院费用 1.06 万元/人次, 低于省本级次均住院费用 0.07 万元/人次 (协议规定次均费用不超过 1.36 万元)。

2022 年省中医药研究院附属医院省本级职工基本医疗保险住院 4672 人次, 医疗总费用 6551.11 万元, 其中基金支付 5189.09 万元, 个人自付 1042.35 万元; 政策范围内报销比例为 83.27% (协议规定政策范围内报销比例 \geq 75%), 实际报销比例为 79.21%, 次均住院费用 1.17 万元/人次, 高于省本级次均住院费用 0.04 万元/人次 (协议规定次均费用不超过 1.29 万元)。

由于省中医药研究院附属医院主要承担中西医结合诊疗肿瘤患者以及老年病的防治，故次均住院费用略高于全省平均水平。另近年来湖南坚持促进中医药传承创新发展，构建湖湘中医药传承创新体系，推行实施医疗保障支持中医药发展若干政策措施，因此省中医药研究院附属医院的政策范围报销比例、实际报销比例均高于平均水平。具体数据如下表：

分析项目	省本级	省脑科医院	省中医药研究院附属医院
涉及人次（万人次）	22.46	0.43	0.47
医疗总费用（亿元）	25.44	0.59	0.66
其中：基金支付（亿元）	18.17	0.44	0.52
个人自付（亿元）	4.15	0.11	0.10
个人自费（亿元）	3.12	0.03	0.03
政策范围报销比例（%）	81.40%	79.68%	83.27%
实际报销比例（%）	71.42%	75.26%	79.21%
次均住院费用（万元/人次）	1.13	1.06	1.17

2、离休干部医疗保障情况

2022年度全省省本级医保基金离休干部住院结算515人次，医疗总费用2906.08万元，基金支付2874.7万元，人均住院费用5.64万元/人次，实际报销比例98.92%。2022年度全省省本级医保基金离休干部门诊结算3818人次，医疗总费用244.19万元，基金支付241.43万元，人均门诊费用0.06万元/人次，实际报销比例98.87%。

2022年度省脑科医院省本级离休干部住院结算3人次，医疗总费用3.96万元，基金支付3.94万元，个人自付0.02万元，人均住院费用1.32万元/人次，实际报销比例99.54%。门诊结

算 9 人次，医疗总费用 0.28 万元，基金支付 0.28 万元，人均门诊费用 0.03 万元/人次，实际报销比例 100%。

2022 年度省中医药研究院附属医院省本级离休干部住院结算 12 人次，医疗总费用 44.3 万元，基金支付 43.54 万元，个人自付 0.76 万元，人均住院费用 3.69 万元/人次，实际报销比例 98.29%。门诊结算 9 人次，医疗总费用 0.74 万元，基金支付 0.69 万元，人均门诊费用 0.08 万元/人次，实际报销比例 92.75%。具体数据如下表：

分析项目	省本级		省脑科医院		省中医药研究院附属医院	
	住院	门诊	住院	门诊	住院	门诊
涉及人次（人次）	515	3818	3	9	12	9
医疗总费用（万元）	2906.08	244.19	3.96	0.28	44.3	0.74
其中：基金支付（万元）	2874.7	241.43	3.94	0.28	43.54	0.69
实际报销比例（%）	98.92%	98.87%	99.54%	100%	98.29%	92.75%

三、绩效评价结论及指标分析

（一）绩效评价结论

根据绩效评价指标评分表，从决策、过程、产出、效益四个方面进行评价，经综合分析，2022 年度部分省本级医保基金支出绩效评价综合得分 83.72 分，评价等级为“良”（详见附件 1）。主要评分及扣分情况如下图所示：

一级指标	指标总分	得分	得分率	扣分说明
决策	10.00	8.00	80.00%	项目立项扣 1.5 分， 绩效目标扣 0.5 分
过程	30.00	20.59	68.62%	资金管理扣 6.81 分， 项目管理扣 2.6 分
产出	35.87	34.25	95.49%	数量指标扣 0.77 分， 质量指标扣 0.55 分， 成本指标扣 0.1 分，

效益	24.13	20.89	86.56%	时效指标扣 0.2 分 社会效益扣 1.8 分， 可持续影响扣 1.44 分
合计	100.00	83.72	83.72%	

(二) 指标评分分析

一是决策情况。决策指标共 10 分，实得 8 分，主要扣分原因为省医保局集采制度欠完善，扣 0.5 分，医疗服务项目目录调整欠完善，扣 1 分，绩效目标合理性扣 0.5 分。

二是过程情况。过程指标共 30 分，实得 20.59 分，主要扣分原因为资金管理扣 6.81 分，分别为省医保局资金支出执行率超 100%扣 0.01 分，省脑科医院和省中医药研究院附属医院均存在超限定疗程用药、超频次收费等资金使用不合规情况，各扣 3.4 分。业务管理扣 2.6 分，分别为省脑科医院病历资料不完整扣 0.28 分；省中医药研究院附属医院病历资料不完整扣 0.4 分；省医保局监督检查工作较迟滞扣 0.57 分；自评报告问题描述不全面，省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院各扣 0.11 分；审计督察检查整改情况，省医保局审计指出医保支付问题方式管理方面存在 2 个问题，扣 0.34 分，省脑科医院在市县联合检查中通报了问题扣 0.17 分，省中医药研究院附属医院在市县联合检查和回头看行动中通报了问题，扣 0.51 分。

三是产出情况。产出指标共 35.87 分，实得 34.25 分，主要扣分原因为：省脑科医院出院带药品种与数量不合规扣 0.54 分，外检外治制度执行不到位扣 0.17 分，集采耗材付款不及时情况扣 0.1 分；省中医药研究院附属医院出院带药品种与数量不合规

扣 0.23 分，中医事宜技术台账不完整扣 0.19 分，外检外治制度执行不到位扣 0.19 分，基金申报结算及时性扣 0.2 分。

四是效益情况。效益指标共 24.13 分，实得 20.89 分，主要扣分原因为：省脑科医院权益保障未做实扣 0.52 分；省中医药研究院附属医院权益保障未做实扣 0.53 分；省医保局知晓率偏低扣 0.75 分，基金结余可支付月数超标准过多扣 1.44 分。

评价组分别将省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院不适用的指标分值剔除，通过对各险种金额权重及各指标表上各单位分值权重进行综合加权计算，将适用评价指标得分进行百分制换算后，省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院的绩效评价得分分别为 87.37 分，81.16 分，81.12 分，评价等级均为“良”（说明：此次评价对 2022 年省本级医保基金的情况进行综合评价打分，省医保局、省脑科医院和省中医药研究院附属医院三者的各项得分同时影响综合得分，详见附件 1）。各单位主要评分及扣分情况如下表所示：

省医保局评价评分

一级指标	适用指标总分	得分	适用指标权重	百分制得分	得分率	扣分说明
决策	10.00	8.00	0.24	19.31	80.00%	项目立项扣 1.5 分，绩效目标扣 0.5 分
过程	9.62	8.59	0.23	20.72	89.24%	资金管理扣 0.02 分，项目管理扣 1.02 分
产出	8.41	8.41	0.20	20.29	100.00%	
效益	13.41	11.21	0.32	27.05	83.61%	社会效益扣 0.76 分，可持续影响扣 1.44 分
合计	41.44	36.21	1.00	87.37	87.37%	

省脑科医院评价评分

一级指标	适用指标总分	得分	适用指标权重	百分制得分	得分率	扣分说明
决策	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%	
过程	10.19	6.23	0.36	22.17	61.11%	资金管理扣 3.4 分，项目管理扣 0.57 分
产出	12.82	12.01	0.46	42.75	93.66%	数量指标扣 0.54 分，质量指标扣 0.17 分，时效指标扣 0.1 分
效益	5.08	4.56	0.18	16.24	89.86%	社会效益扣 0.52 分
合计	28.08	22.79	1.00	81.16	81.16%	

省中医研究院附属医院评价评分

一级指标	适用指标总分	得分	适用指标权重	百分制得分	得分率	扣分说明
决策	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%	
过程	10.19	5.77	0.33	18.94	56.67%	资金管理扣 3.4 分，项目管理扣 1.02 分
产出	14.64	13.83	0.48	45.39	94.50%	数量指标扣 0.23 分，质量指标扣 0.38 分，时效指标扣 0.2 分
效益	5.65	5.12	0.19	16.79	90.58%	社会效益扣 0.53 分
合计	30.48	24.72	1.00	81.12	81.12%	

四、医保基金主要绩效

省医保局坚持问题导向、目标导向、结果导向，坚持“以人民为中心”的发展理念，近年来在推进医疗制度改革方面，在想方设法解决人民群众“看病难、看病贵”问题方面，在规范医保基金支出使用管理方面，做了大量行之有效的工作。

（一）完善了医疗保障体系，促进了医保需求多元化

省医保局严格落实医疗保障待遇清单制度，建立了政策清理台账和月调度制度，并在决策权限方面进行了规范，对擅自出台新制度政策的市州进行通报，已清理完成超出待遇清单制度政策 11 条。推动出台了《关于建立健全职工基本医疗保险门

诊共济保障机制的实施意见》，目前职工门诊共济政策已在全省 15 个统筹区正式实施，增强了统筹基金保障功能。出台了《关于健全重特大疾病医疗救助制度的若干措施》，探索开展多元化救助帮扶，对困难大病患者因病致贫返贫起到了防范作用。

（二）深化了医药供给侧改革，减轻了群众用药负担

省医保局完成了国家集采第一至四批 157 个药品到期接续和落地工作，参与的省际联盟集采 14 批次中有 6 个批次药品耗材集采已落地执行。挂网药品省际价格联动中 22433 个品规纳入价格联动范围，整体降价 7%。下发了《关于规范调整部分医疗服务价格项目的通知》，修订了 92 个医疗服务项目。制定了《关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的实施意见（试行）》，在省本级第二、三批国家集采药品医保结余留用资金考核中省脑科医院和省中医研究院附属医院分别获得奖励金 18.34 万元和 2.59 万元。

（三）推进了医保支付方式改革，推动了中医诊疗发展

省医保局成立了 DRG/DIP 支付方式改革专家指导组，并率先在长株潭区域统筹推进 DRG 改革。组织了全省 DRG 培训，全省所有市州全部启动改革工作，12 个统筹区已实现实际付费。开展中医优势病种门诊按病种收付费管理，实施中医优势病种住院按病种收付费管理，体现中西医同病同效同价，鼓励和倡导使用中医药技术维护百姓健康，促使医保政策调整与中医药事业发展相向而行，良性互动。

（四）坚持专业化特色发展，提高了医疗服务水平

省脑科医院形成了以精神心理、神经内外科等“脑系品牌学科”为特色的“一体两翼、中西医融合、学科群协同带动”战略格局，着力于全面提高医院学科建设水平，推进精神心理疾病的前沿研究，破解精神心理疾病难题，提高省内精神学科学术水平，让更多精神病患者受益。组织召开了“国家高级卒中中心建设推进会”，优化了卒中中心管理架构、规范了卒中绿色通道管理与流程、促进了神经内外科协调发展。

省中医研究院附属医院属全国十所重点中西医结合医院之一，成立了华中地区中医肿瘤防治联盟和华中地区中医老年病防治联盟。承担各级各类科研课题 900 余项，获国家发明专利授权 41 项，获各级各类科技奖励 350 多项，发表学术论文 5000 余篇，并多次获得湖南省科技进步奖一等奖。医院在古代名方或名医经验方的基础上研制成 59 种纯中药特色制剂均深受患者欢迎。在抗击新冠疫情工作期间，结合本院多位国医大师、湖南省名老中医的用药经验，自主研发了应急防疫药物，满足了人民群众的防疫需求。

五、发现的主要问题

通过本次绩效评价，发现省医保基金支出在使用管理方面取得一定成绩的同时，仍发现在政策制定、基金监管、资金使用及产出效益等方面还存在一些问题。

（一）部分政策有缺陷，制度落实欠到位

1、部分政策调整不够到位。现场评价发现，医疗服务项目未根据医疗技术的进步及时更新目录，如目前临床检查中，彩

色 B 超技术已取代黑白 B 超技术，据现场了解两家定点医疗机构，医生检查过程中已基本不开黑白 B 超，而目录中黑白 B 超全报销、彩色 B 超自付 30% 的报销比例已多年未调整。

2、集采管理措施不力。现场评价发现，与集采相关的管理制度只制定奖励相关的办法（《关于国家组织药品集中采购工作中医保资金结余留用的实施意见（试行）》），对未完成集采的情况无其他考核制度或管理措施。如年终考核结果显示，7 家未完成带量采购中选药品约定采购量、6 家未完成带量采购中选医用耗材约定采购量，但两家定点医疗机构均通过年终考核，全额返还了质保金，未完成集采任务并没有对医院构成影响（此项工作 2023 年在整改完善中）。

上述问题存在的主要原因：**一是**报销政策调整未充分考虑医疗技术的更新迭代与发展；**二是**未及时制定集采监管制度，导致集采政策落实不够到位。

（二）监管关口未前移，基金使用欠规范

1、基金监督检查关口未前移。现场评价发现，医保监管方式重事后、轻事前。**一是**事前工作欠完善，目前部分医保政策、制度碎片化，无系统全面的操作指南或政策解读性文件出台，医务工作者学习、查询不便，频繁出现违规医疗问题。**二是**事中监管力度不够，根据日常审核结果显示，2022 年省中医药研究院附属医院及省脑科医院拒付问题均为 9 条，拒付金额分别为 0.68 万元和 0.09 万元，而事后通过飞检等专项检查查处多条违规并追回大量违规资金，如省中医药研究院附属医院 2022 年

度医保基金飞检，违规金额达 105.95 万元，医院已认可问题并退回基金账户 55.23 万元。

2、定点机构过度医疗、药品过度开销。现场评价发现，医生的工资构成是底薪加提成，检查和手术做的越多，奖金就越高，容易导致过度医疗。省脑科医院和省中医药研究院附属医院均一定程度存在超限定疗程用药、超频次收费、超标准收费、分解收费、重复收费、套餐式检查、分解住院等现象，共涉及金额 8.64 万元，具体情况如下：

一是超限定疗程用药

省脑科医院：根据药品目录规定，丁苯酞氯化钠注射液、依达拉奉右莛醇注射液、胞磷胆碱注射液支付均不超过 14 天，现场抽查病历发现 7 例患者住院支付超天数，涉及金额 67001.2 元。

省中医药研究院附属医院：根据药品目录规定，银杏叶提取物注射剂、丹参酮IIA 磺酸钠注射液、注射用黄芪多糖，支付均不超过 14 天，抽查发现 3 例患者住院支付超天数。奥曲肽注射剂支付不超过 7 天，抽查发现 2 例患者住院支付超天数。生长抑素注射剂支付不超过 5 天，抽查发现 1 例患者住院支付超天数。上述问题涉及金额 2263.68 元。

二是超频次收费

省脑科医院：根据医疗服务价格规范，动静脉置管护理的计价单位为日。抽查发现 1 例患者住院 17 天，动静脉置管护理收取 53 天的费用，属超频次收费，涉及金额 360 元。

省中医药研究院附属医院：根据医疗服务价格规范，护理费的计价单位为日。抽查发现该院 2 例存在超频次收费的现象，如：住院号 1046346001 住院 4 天，收取 5 天护理费用；住院号 1056246001 住院 11 天，收取 12 天护理费用，共涉及金额 65 元。

三是超标准收费

省脑科医院：住院号 311539，股骨转子间骨折内固定手术为主要手术，骨骼牵引术手术为次要手术，应按日收取骨骼牵引手术费，但实际按日收取皮肤牵引术费；常规心电图检查按次收费，附加导联加收 2 元，住院号 214681 做常规心电图检查 1 次，附加导联加收 6 次，多收费 5 次；芒针按每个穴位收费，计价最多不超过 6 个穴位，住院号 316704 芒针收费数量为 8 个穴位，多收取两个穴位费用。上述问题涉及金额 86 元。

省中医药研究院附属医院：如组织间粒子植入术最高限价 1300 元，抽查发现该院 1 例患者组织间粒子植入术收取一次最高限价 1300 元，又收取了 14 次组织间粒子植入术，涉及金额 5768 元。

四是分解收费

省脑科医院：如电解质常规检查含钾测定、钠测定、氯测定、钙测定。医院将住院号 356757 电解质常规检查拆分为钾测定、钠测定、氯测定、钙测定分项收费，涉及金额 8 元。

省中医药研究院附属医院：如输血前常规检查含乙型肝炎表面抗原测定、丙型肝炎抗体测定、人免疫缺陷病毒抗体测定、

快速血浆反应素试验/梅毒螺旋体特异性抗体，现场抽查病历发现该院 3 例对该项目分解收费。尿道电子输尿管镜支架置入术项目包括扩张输尿管口，插入电子镜输尿管镜检查，插入输尿管支架管等。扩张输尿管是输尿管镜支架置入术的必要步骤，不应再收取经输尿管镜输尿管扩张术费用和输尿管镜检查，抽查发现 4 例分解收费。上述问题涉及金额 4207 元。

五是涉嫌重复收费

省脑科医院：如收取电针费后不再收取普通针刺，抽查发现 2 例普通针刺和电针同时收取；持续有创性血压监测含心电图、压力连续示波，抽查发现 1 例创性血压监测和心电图监测同时收取；经内窥镜诊疗的项目含内窥镜费用，抽查发现 1 例纤维胃十二指肠镜检查 and 经胃镜特殊治疗-电切法同时收取，1 例经纤维支气管镜肺泡灌洗诊疗术和纤维支气管镜检查同时收取。上述问题涉及金额 1644 元。

省中医药研究院附属医院：如电解质常规检查含钙测定，抽查发现该院 3 例电解质常规检查和钙测定同时收取；经皮冠状动脉内溶栓术含冠脉造影术，抽查发现该院 1 例经皮冠状动脉内溶栓术和冠脉造影术同时收取；经内窥镜诊疗的项目含内窥镜费用，抽查发现该院 4 例经纤支镜肺泡灌洗诊疗术和纤维支气管镜检查同时收取；心肌酶谱常规检查含血清肌红蛋白测定等，抽查发现该院 4 例心肌酶谱常规检查和血清肌红蛋白测定同时收取。上述问题涉及金额 3240 元。

六是套餐式检查

省脑科医院：粪便隐血试验现常作为消化道恶性肿瘤早期诊断的筛选指标，粪寄生虫镜检是各种寄生虫感染的诊断指标，抽查发现 16 例两项检查作为套餐收取。上述问题涉及金额 100 元。

省中医药研究院附属医院：现场抽查发现 5 例将粪便常规与粪便隐血两项检查作为套餐收取；抽查发现 1 例将 ABO 血型鉴定+血型单特异性抗体鉴定两项检查作为套餐收取。上述问题涉及金额 177 元。

七是多次收费

现场抽查发现省中医药研究院附属医院 3 例多次收费。如：住院号 1040007 住院明细清单中中药热奄包治疗 30 次、中药硬膏热贴敷治疗 44 次、中医定向透药疗法 18 次，中医治疗理疗单由患者签字的治疗次数分别为 26 次、42 次、10 次，分别多收 4 次、2 次、8 次；住院号 1058425 住院明细清单中中药硬膏热贴敷治疗 90 次，中医治疗理疗单由患者签字的治疗次数为 60 次，多收费 30 次；住院号 1042112 住院明细清单中中医定向透药疗法 21 次，中医治疗理疗单由患者签字的治疗次数为 18 次，多收费 3 次。上述问题涉及金额 1489 元。

八是分解住院

现场抽查发现省中医药研究院附属医院存在分解住院的情况，如住院号 1059408001 于 11 月 21 日出院，又于当日再次入院。

上述问题存在的主要原因：一是主管单位及两家定点医疗

机构对医保基金的使用及监管力度不够；二是医保政策缺少标准化的操作手册、指南或政策解析等文件，部分医务人员对医保政策认识不够。

（三）协议执行不到位，病历归档欠规范

1、出院带药不合规。一是出院带药品种不合规。根据协议“乙方应严格执行出院带药的有关规定，不得给参保人员带注射用药、医用耗材及检查治疗项目出院”。现场抽查发现，省脑科医院有2例出院带药为人粒细胞刺激因子注射液。二是出院带药数量不合规。根据协议，出院带药品种和数量必须在医嘱和出院记录中详细记录，药品品种不超过4种，现场抽查发现，省脑科医院4例超数量。三是出院带药用量不合规。根据协议，出院带药一般疾病不超过7天，慢性疾病不超过15天用量，现场抽查发现省脑科医院有4例，省中医药研究院附属医院有3例超用量。

2、外检外治协议执行不到位。部分送检项目未列入外检合作协议附件项目中，如省脑科医院“金域”外送报告清单有“毛发毒品快速筛查”“流感病毒B抗原”等未列入协议附件项目；省中医药研究院附属医院“尿游离皮质醇（LC-MS/MS）”，未列入协议附件项目。

3、病历资料不完整。现场抽查病历资料发现，省脑科医院有5例医嘱及出院记录未详细记录药品品种和数量；护理记录无全程记录，只有住院及出院各一次记录；纸质版病历档案中无护理记录及医嘱记录等问题。省中医药研究院附属医院7例

结算清单上显示有一级护理与二级护理，但是病历上未附护理记录；自费药品同意书未注明药品名称等问题。

（四）货款支付不及时，采购协议欠严谨

1、集采品种付款不及时。根据医疗机构与供应商的购销协议要求，应于验收合格后次月底支付供应商货款，但现场查阅资料显示，省脑科医院 2022 年未按协议要求付款涉及 6 家供应商共 10 条记录，如湖南海蓝医疗科技有限公司于 2022 年 9 月验收，11 月付款；2022 年 9 月验收，2023 年 1 月付款；江西创中汇 2022 年 9 月验收，11 月付款；2022 年 10 月验收，2023 年 1 月付款等。

2、未足额支付供应商货款。根据医院提供的供应商付款记录显示，省中医药研究院附属医院部分品种存在扣押供应商质保金，未足额支付供应商货款的情况，且购销协议上并未签署相关质保金条款。

（五）政策宣传力度不够，权益保障不足

1、政策知晓率偏低。根据参保人员问卷调查显示，有 53.5% 参保人员知道举报医保诈骗最高奖励政策及奖励金额，有 86.01% 参保人员了解职工医保门诊共济改革政策，两项政策综合知晓率仅为 69.76%。

2、投诉处理未完成。根据现场查阅的投诉处理台账记录显示，截至绩效评价日，省脑科医院存在 6 例投诉处理未完成的情况，省中医药研究院附属医院存在 1 例投诉处理未完成的情况。

3、权益保障未做实。医生应将自费项目及自付比例告知患者或家属，并征得患者或家属的同意。现场查阅病历资料，省脑科医院存在 11 例、省中医药研究院附属医院存在 4 例病历中无非基本医疗保险支付范围告知书，另省中医药研究院附属医院存在 1 例自费药品同意书未签字的情况。

（六）绩效管理意识欠缺，目标设置欠合理

根据《湖南省预算绩效管理暂行办法》（湘财绩〔2020〕6号）要求，绩效目标的编制应指向明确、合理可行，且绩效指标应与绩效目标密切相关、突出重点、系统全面。根据自评报告绩效目标表，“综合开展稽核工作，持续打击欺诈骗保”评价时暂未获取绩效指标；“全面实现医保政务公共服务的网上办、掌上办”“推动职工门诊共济政策全面落地实施”，宣传效果及知晓率是考核的一项重要指标，但评价时暂未获取与之相关的指标，指标设置不全面、难以衡量。

六、有关建议

针对绩效评价过程中发现的问题，根据国家现行相关医保政策要求和绩效管理工作要求，建议从以下几方面进一步规范与完善省本级医保基金使用与管理：

（一）优化医疗保障政策，完善医保制度建设

一是根据国家医保局加强“两库”建设，提升监管效能的相关文件精神，在国家“两库”的框架体系下，充分征求各利益相关方意见，并结合我省实际增补规则，形成更加全面有效的政策，深化以公益性为导向的公立医院改革及深化公立医院薪酬

制度改革，让公立医院回归到公益的性质，让医务人员回归到医学专业本身；二是定期评估医保政策的执行情况，以及政策对基金使用和公众满意度的影响。根据评估结果，在医保基金可承受范围内，适当根据医疗技术的进步，合理更新目录，并结合国家分级诊疗的相关要求，根据医院级别制定报销比例，或者适当提高彩色B超报销比例，既能满足医疗诊断的需求，促进医疗技术的进步，又能减轻患者的看病负担。三是完善集采管理制度，针对集采供货商配送质量与时效情况、定点机构的采购任务完成情况，制定相关管理措施及奖惩办法，提高集采政策的落地质量。

（二）提升医保监管理念，丰富基金监管手段

根据国务院办公厅《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》的文件要求，扎实推进医保基金使用常态化监管工作。一是将监管风险关口前移，通过智能监控的推广应用，实现医院前端提醒、经办端事中审核、行政端事后监管的全流程防控，配合日常重点指标的监测与基金运行风险的分析，降低风险事件发生概率。二是借助大数据分析平台，研究开发如虚假住院、医保药品倒卖、医保电子凭证套现、重点药品监测分析等大数据模型，并与公安部门积极推行线索的查办。三是推进社会监督常态化，将政府监管和社会监督相结合，不断完善社会监督制度，畅通举报投诉渠道，全面推进举报奖励制度的落实。四是引入会计师事务所等第三方力量，发挥第三方的专业优势，通过建立由医学、药学、医保、审计、财务、信息

等领域专家组成的专家库，为监管决策提供智力支持，提高监管效能及基金使用效益。**五是**加强医疗机构协议执行考核力度，对定点医疗机构开展年度考核时，应对每项考核点逐一合理评估，详细记录问题原因并由考核责任部门及责任人签名，强化年终考核管理制度的监管作用。

（三）规范基金使用管理，健全院内考核机制

定点医疗机构应持续加强医保普法教育和医保相关规定的培训，提高医疗机构和医务人员合规高效使用医保基金的意识，按照规定提供医药服务，合理使用医保基金。将自查自纠常态化，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正不规范行为。健全医保基金内部管理制度，健全考核评价体系，加强院内绩效考核执行力度，设置自查问题整改期限并与绩效考核挂钩。对发现的问题资金（省脑科医院 6.92 万元、省中医药研究院附属医院 1.72 万元），经医保部门核实后，确属问题的资金应及时退回医保中心账户。

（四）加强医院协议管理，落实协议考核制度

建议定点医疗机构对内部各项业务、各个环节实施严格管控，同时增强机构的主体责任意识，规范采购协议签订及执行工作，加强付款时效性，充分保障供应商权益。同时，医保局也应控制审批及支付时长，优化审批流程，及时向定点医疗机构拨付医保基金，将全年的申报医保基金回款率（年度回款）提升至 80%以上。定点医疗机构应严格按照协议要求，落实出院带药管理制度，按协议要求严格控制出院带药数量、用量及

剂型。组织开展医保基金相关制度、政策培训，提高医院医护人员基本医疗保险知识水平和实操技能，提升医保政策知晓率和执行力。

（五）加大政策宣传力度，切实保障群众权益

一是加大医保政策宣传力度，拓宽宣传渠道，通过手机微信、小视频软件、电视或其他媒体公共平台，线上线下全方位、全覆盖宣传医保政策，提高参保群众对医保各项政策的知晓率，确保政策应晓尽晓，待遇保障应享尽享。二是动员、鼓励社会公众共同参与医保基金监督管理工作，通过举报投诉和宣传曝光等路径，与自上而下的监管模式形成合力，提高公众对医保体系的认同感及支持度。三是定点医疗机构应严格按照协议要求，保障参保人员知情同意权。参保人员住院期间发生的特殊药品、诊疗项目、医用材料等费用，须由参保人员自费的，应规范填写《自费项目同意书》，并逐一向参保人员或其亲属进行说明，并签字同意，凡事前未签字或填写不完整、不准确的，参保人员和医保局均有权拒付。事后也应向患者主动出具各项诊疗项目的医保报销、自付、自费金额及比例，让患者清楚费用情况。

（六）提高绩效管理意识，科学编制绩效目标

由于人口老龄化、医疗费用上涨等原因，医保基金的负担将持续增加。建议省医保局及各定点医疗机构进一步提高绩效管理意识，科学设置绩效指标，突出核心指标设置，强化资金支出与绩效目标密切挂钩，把钱用在刀刃上。同时客观进行绩

效自评，对照年初绩效目标，真实反映基金存在的问题，提出相应对策，并逐步改进。

- 附件：1、2022年度省本级医保基金支出绩效评价指标评分表
2、2022年度省定点省本级医保基金支出基础数据表
3、2022年度省定点医疗机构省本级医保基金支出基础数据表
4、2022年度省本级医保基金支出结构分析表
5、2022年省级财政绩效评价问题清单

湖南九澧咨询服务有限公司

主评人：



2023年10月

附件 1

2022 年度省本级医保基金支出绩效评价共性指标评分表

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
决策 (10分)	项目立项 (4分)	政策制定	2	医保基金管理相关政策是否全面、完整,是否符合国家、省市法律法规、国民经济发展规划和相关政策。	①医保基金管理相关政策全面、完整,计1分,较全面完整,计0.5分;若出现制度有缺失或政策已过期情况不计分; ②符合国家、省市法律法规、国民经济发展规划和相关政策,计1分,否则不计分。	2	1.5	集采制度欠完善,扣0.5分	/	/		/	/	
		政策管理	2	医保基金管理相关政策清理、调整完善方面是否明确可行。	政策清理、调整完善方面明确可行,计2分,较明确可行,计1分,不明确可行,不计分。	2	1	《湖南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录(2021版)》调整欠完善,扣1分	/	/		/	/	
	绩效目标 (3分)	绩效目标合理性	1.5	基金支出所设定的绩效目标是否依据充分,是否符合客观实际,用以反映和考核基金支出绩效目标与项目实施的相符情况。	①医保基金支出设定绩效目标,计0.5分,否则不计分; ②绩效目标与实际工作内容具有相关性,计0.5分,否则不计分; ③绩效目标全面反映项目应达到的数量、质量、时效、成本及预期效益,计0.5分,否则每缺失一项扣0.1分。	1.5	1	“综合开展稽核工作,持续打击欺诈骗保”无绩效指标,“全面实现医保政务公共服务的网上办、掌上办”和“门诊共济政策全面落地实施”未设置与宣传效果及知晓率相关的指标,	/	/		/	/	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
								扣 0.5 分						
		绩效指标明确性	1.5	依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等,用以反映和考核基金绩效目标的明细化情况。	①是否将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标,计 0.5 分; ②是否通过清晰、可衡量的指标值予以体现,计 0.5 分; ③是否与资金目标任务数或计划数相对应,计 0.5 分。	1.5	1.5		/	/		/	/	
	资金投入 (3 分)	预算编制科学性	3	预算编制是否经过科学论证、有明确标准,资金额度与年度目标是否相适应,用以反映和考核预算编制的科学性、合理性情况。	①预算额度测算依据充分,与历年基金收支情况是否适应,按照财政部门规定的表式、时间和编制要求,根据本年度基金执行情况和下年度应收基金收支的相关因素,编制下年度基金预算,计 1.5 分,否则不计分; ②开展基本医疗保险基金预算中期收支测算工作,计 1.5 分,否则不计分。	3	3		/	/		/	/	
过程 (30 分)	资金管理 (10 分)	医保基金执行率	2	用以反映或考核医保基金收入执行情况。医保基金收入执行率=(实际收入资金/预算收入资金)×100%。	根据基金实际收入占预算收入资金的比重计算得分(执行率≥100%,计满分,执行率低于100%,按指标分值*医保基金收入执行率)	2	2	收入执行率=599081.9/508603.88=117.79%	/	/		/	/	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
			2	用以反映或考核医保基金支出执行情况。医保基金支出执行率=（实际支付资金/预算支出资金）×100%。	根据基金实际支出占预算支出资金的比重计算得分（执行率在98%-100%之间，计满分，否则扣分=指标分值*执行未达率或执行超出率）	2	1.97	支出执行率101.72%(已扣除调剂金)扣分 =2*1.72%=0.034	/	/		/	/	
		资金使用合规性	6	是否按照医保政策、制度、协议书规定进行诊疗服务，结算医疗费用；是否存在不合理收费、超标准收费、分解收费的违规行为。	①是否按照医保政策、制度、协议书规定进行诊疗服务，结算医疗费用，计3分； ②是否存在不合理收费、超标准收费、分解收费、虚记多记费用的违规行为，计3分；每发现1例未遵守医保政策、制度、协议书规定及存在不合理收费、超标准收费、分解收费、虚记多记费用等违规行为，扣0.5分，扣完为止。若发生骗保套保和推诿就医等违规行为，每发现1例扣0.5分，扣完为止。	/	/		6	0	①存在超限定疗程用药7例，扣3分； ②存在超标准收费3例，超频次收费1例，分解收费1例，套餐式检查13例，重复收费5例，扣3分	6	0	①存在超限定疗程用药6例，分解住院1例。 ②存在超标准收费1例；超频次收费2例；虚记多记3例；分解收费7例；套餐式检查6例；重复收费12例

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		管理制度健全性	2	定点医疗机构的财务和业务管理制度是否健全,用以反映和考核财务和业务管理制度对基金支出顺利实施的保障情况。	①定点医疗机构建立医疗保障基金使用内部管理制度计 0.5 分, 否则不计分; ②定点医疗机构设有专门机构或人员负责医疗保障基金使用管理工作, 计 0.5 分, 否则不计分; ③财务和业务管理制度合法、合规、完整, 且定点医疗机构对医保基金组织及管理职能、职责分工明确计 1 分, 否则不计分。	/	/		2	2		2	2	
	业务管理 (20分)	制度执行有效性	3	主管单位及定点医疗机构基金支出过程中是否按相关管理规定执行,用以反映和考核相关管理制度的有效执行情况。	①主管单位及定点医疗机构是否按照医疗服务协议、基金相关管理办法或制度等实施财务和业务管理, 计 1 分, 若发现药品或耗材采购制度未执行到位、零加成制度未执行到位、重复参保等情况, 每 1 例扣 0.2 分, 扣完为止。 ②定点医疗机构是否按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录计 1 分, 每发现 1 例未按要求扣 0.1 分, 扣完为止。 ③是否存在造成医疗保障基金损失的其他违法行为, 计 1 分, 每发现 1 例扣 0.3 分, 扣完为止。	2	2		3	2.5	②病历资料不完整 5 例, 扣 0.5 分	3	2.3	②病历资料不完整 7 例, 扣 0.7 分

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		基金风险防控	2	主管单位是否建立风险管理制度；医保基金是否存在运行风险，是否能够安全稳定运营。	①主管机构建立风险管理制度，计0.5分，未建立不计分； ②风险管理制度健全，计0.5分，不健全不计分； ③医保基金不存在运行风险，能够安全稳定运营，计1分，如发现风险点则不计分。	2	1	监督检查工作力度主要依靠事后的专项检查，较后置，扣1分	/	/		/	/	
		医保报销政策执行情况	3	定点医疗机构是否按相关制度规定执行医保报销政策。	①是否存在串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，计1分，每发现1例扣0.2分，扣完为止； ②是否存在为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利，计1分，每发现1例扣0.2分，扣完为止； ③是否将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算，计1分，每发现1例扣0.2分，扣完为止。	/	/		3	3		3	3	
		绩效评价管理情况	1	是否按要求开展绩效自评工作并及时公布；绩效自评报告各要素是否完整、内容是否详细具体；对评价管理工作是否配合。	①按要求开展绩效自评工作并及时公布，计0.3分，不及时不计分； ②绩效自评报告各要素完整、内容是否详细具体，计0.3分，要素缺少1项或不详细扣0.1分，扣完为止； ③对评价管理工作及时配合，计0.4分，不及时不计分。	1	0.8	自评报告问题描述不全面，扣0.2分	1	0.8	自评报告问题描述不全面，扣0.2分	1	0.8	自评报告问题描述不全面，扣0.2分

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		数据信息系统管理与共享情况	3	主管单位及定点医疗机构医保基金数据信息管理系统是否健全,功能是否齐全,是否具有可操作性。	①国家统一医保信息平台全面深入应用情况,14个子系统全部接入运行计0.6分,出现一个子系统未接入运行扣0.1分,扣完为止; ②信息系统运维和安全管理建设情况,是否发生故障或安全事故,未发生计0.6分,发生一起扣0.1分; ③是否通过国家局医疗保障信息平台建设验收,验收合格计0.6分,验收不合格不计分; ④开通移动支付医疗机构数达到10家以上计0.6分,未达成不计分; ⑤医疗机构医保电子凭证接入率三级医院接入不少于100%、二级医院接入不少于90%、得0.6分;任一指标未达标,不得分。	3	3		/	/		/	/	
		基金监管情况	2	是否按相关制度文件要求推进监管制度体系改革。	①是否建立健全监督检查制度,是计0.4分,否则不计分; ②是否全面建立智能监控制度,是计0.4分,否则不计分; ③是否建立和完善举报奖励制度,是计0.4分,否则不计分; ④是否建立信用管理制度,是计0.4分,否则不计分; ⑤是否建立综合监管制度,是计0.4分,否则不计分。	2	2		/	/		/	/	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		审计督察检查整改情况	2	2022年主管部门、审计、督查、内部审计部门等检查中发现的问题是否进行整改。	①2022年主管部门、审计、督查、内部审计部门等检查中发现的问题是否被通报，如无通报计1分，每通报1起，扣0.3分，扣完为止。 ②以上检查中发现的问题全部整改，计1分；每发现1例未整改到位扣0.3分，扣完为止。	2	1.4	国家审计署审计报告通报了医保支付方式管理方面存在2个问题，扣0.6分	2	1.7	市县联合检查中发现26例问题	2	1.1	市县联合检查中发现10例问题；2次“回头看”行动通报4类问题
		信息公开	1	主管单位是否定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。	主管单位定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，计1分，否则不计分。	1	1		/	/		/	/	
			1	定点医疗机构是否按要求对相关情况进行信息公开。	定点医疗机构对年度收支情况、医药价格、次均门诊及住院费用、主要病种例均费用等信息进行公开，计1分，部分公开计0.5分，未公开不计分。	/	/		1	1		1	1	
合计			40			27	23.17		18	11		18	10.2	

2022 年度省本级医保基金支出绩效评价个性指标评分表

（适用于职工基本医疗保险-湖南省脑科医院）

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
产出 (39分)	数量指标 (15分)	参保人员医保基金支付比例	3	反映政策范围内参保人员住院费用医保基金支付水平情况。政策范围内城镇职工医疗保险参保人员的住院费用医保基金支付比例=城镇职工医疗保险政策范围内可报销的住院费用/所有住院费用。	政策范围内住院费用城镇职工医保基金支付比例 $\geq 75\%$ ，计3分，每下降0.5%，扣0.5分，扣完为止。	3	3	181676.3/223179.02=81.4%	3	3	4448.88/5583.2=79.68%
		基本医疗保险知识培训完成率	3	反映基本医疗保险知识培训情况	年度内按计划完成培训计满分，无年度计划且未实施培训不计分；无年度计划但实施了培训扣1分；未按计划培训，每减少1次扣0.5分，扣完为止。	3	3		3	3	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		监督检查完成情况	6	反映对定点医疗机构日常检查、飞行检查、专家审查、重点检查、专项检查和年终检查的开展情况。	年度内对每家医疗机构日常稽核不少于1次，专项检查不少于1次，医疗机构自查自纠不少于1次。①完成日常审核检查计1分，没完成的一次扣0.3分，扣完为止。②是否开展飞行检查、专家审查、重点检查等多形式检查，开展计1分，未开展不计分；检查问题是否进行处理，100%处理计1分，每1例无处理结果，扣0.3分，扣完为止；③经办机构完成年底清算计1分，未开展，扣1分，扣完为止。④医疗机构完成自查自纠不少于1次，计1分，对问题及时整改，计1分，有一项未完成不计分。	3	3		3	3	
		出院带药品种与数量	3	考核定点医疗机构对出院带药规定的执行情况。	①出院带药品种和数量必须在医嘱和出院记录中详细记录，药品品种不超过4种，计1分；每发现1例不满足标准，扣0.2分，扣完为止； ②一般疾病不超过7天，慢性疾病不超过15天用量（另有约定的除外），计2分；每发现1例不满足标准，扣0.2分，扣完为止。	/	/		3	1.4	①出院带药数量超过4种的4例，出现出院带药为注射液有2例扣0.8分； ②带药超计量有4例，扣0.8分
	质量指标（14分）	全自费药品费用占比	4	全自费药品费用占比=自费药品费用/药品费用总额。	全自费药品费用占比≤4%，计满分，每超过1%，扣0.4分。	/	/		4	4	79936.83/1698158 9.24=2.83%
		口腔单病种门诊包	4	反映口腔单病种门诊包干结算病种自付情况	口腔单病种门诊包干结算是否按协议支付，每发现1例未按协议支付，扣0.5分，扣完为止。（抽查）	/	/		4	4	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		干结算病种自付比例									
		外检外治制度	3	反映外检外治制度的合规性、可操作性和实际执行情况	外检外治制度合规、可操作性强,实际执行情况良好计3分;较合规、可操作性较强、执行情况较好,计1.5分;不合规、可操作性不强、执行情况不好,不计分。	/	/		3	2.5	部分外检项目未在协议项目范围内,酌情扣0.5分
		是否建立健全考核评价体系	3	反映是否建立健全考核评价体系	建立健全考核评价体系,定期检查医保基金使用情况,对医保费用定期进行分析审核,计3分,无考核体系但有分析审核扣1.5分;有考核体系但未检查分析扣1.5分,无考核体系无检查分析,不计分。	/	/		3	3	
	成本指标(5分)	次均费用增长率	5	次均费用增长率=本年度次均费用/上年度次均费用-1。	次均费用增长率≤5%,计5分,每超过1%,扣0.5分,扣完为止。	/	/		5	5	增长率2.09%
	时效指标(5分)	基金申报结算及时性	5	是否按要求将各险种结算资料向省医保局申报,省医保局是否及时结算医保基金给医院,医院是否及时支付供应商货款,将用以反映和考核医疗费用申报结算的及时性。	①定点医疗机构在医保局每月规定的时间内,将各个险种选定的上个结算周期按要求进行报送,计2分,每发现1次未按时报送情况扣0.3分,扣完为止; ②医保局在受理对账无误后的申报材料日起不超过20个工作日及时审核无误,计1分;审核无误后10工作日及时支付医保费用,计1分,每发现1次未按时审核情况扣0.3分,扣完为止; ③定点医疗机构不存在拖欠供应商货款	2	2		3	2.7	③存在10例集采耗材付款不及时情况,酌情扣0.3分

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
					或采取承兑方式变相延长付款时间,计1分,发现1次拖欠或延长情况扣0.3分,扣完为止。						
效益 (21分)	社会效益 (5分)	权益保障	3	是否保障了参保人员合法权益,是否维护了医保基金安全,是否规范了医疗服务行为。	结合现场情况及满意度调查分析评价保障参保人员合法权益,维护医保基金安全,规范医疗服务行为的效果。 ①是否存在未告知病人及家属基本医疗保险支付范围的情况,计1分;每发现1例未告知或侵犯参保人员合法权益、危害医保基金安全等情况,扣分0.2分,扣完为止; ②全年受理的举报投诉处理完成情况,100%处理完成计1分,投诉举报对象对处理结果100%满意计1分;每1例未处理或每1例处理结果不满意,扣0.2分,扣完为止。	/	/		3	1.7	①存在未告知病人非基本医疗保险支付范围的情况11例,扣1分; ②存在投诉未终结情况,扣0.3分
		媒体舆情影响	0.5	是否产生负面媒体舆情影响。	省医保局或定点医疗机构是否出现医保资金使用管理方面的较大负面媒体舆情影响,未产生负面舆情计0.5分,每产生一起负面舆情扣0.2分,扣完为止。	0.5	0.5		0.5	0.5	
		知晓率	1.5	反映公众对医保相关政策、制度的知晓率情况	与公众权益相关的医保政策、制度是否宣传到位,分为门诊共济政策知晓率和举报医保诈骗奖励政策,各占0.75分,知晓率达90%(含)以上计0.75分,知晓率80%(含)-90%计0.5分,70%(含)-80%计0.25分,70%以下不得分。	1.5	0.5	根据问卷结果显示,职工医保门诊共济改革政策了解人数比例为86.01%,扣0.25分;知晓2022年举报医保诈骗最高奖励人数比例为53.5%,扣0.75分	/	/	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
	可持续影响(6分)	医保基金可持续能力	3	反映医保基金的支撑能力。	城镇职工基本医疗保险累计结余可支付月数情况。 城镇职工基本医疗保险结余原则上控制在6-9个月平均支付水平,处于6-9个月区间计3分,处于3-6个月区间、9-18个月区间计2分,18-23.6个月区间均计1分,低于3个月不得分,高于23.6个月每超过1个月扣0.4分,扣完为止。	3	1	基金结余可支付月数22.5个月,扣2分	/	/	
		医保基金结余率	3	结余率=当年统筹基金结余额/当年收入额。	结余率>0,得3分,每下降5%扣0.5分,扣完为止。	3	3	38.41%	/	/	
满意度(10分)		参保就医人员满意度	4	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式,对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分,75%及以下不得分,每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	4	4	满意度为90.67%	4	4	满意度为90.67%
		省医保局人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式,对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分,75%及以下不得分,每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为99.3%	3	3	满意度为99.3%
		定点医疗机构人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式,对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分,75%及以下不得分,每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为99.07%	3	3	满意度为99.07%
合计			60			29	26		47.5	43.8	

2022 年度省本级医保基金支出绩效评价个性指标评分表

（适用于职工基本医疗保险-湖南省中医药研究院附属医院）

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
产出 (39分)	数量指标 (13)	参保人员医保基金支付比例	3	反映政策范围内参保人员住院费用医保基金支付水平情况。政策范围内城镇职工医疗保险参保人员的住院费用医保基金支付比例=城镇职工医疗保险政策范围内可报销的住院费用/所有住院费用。	政策范围内住院费用城镇职工医保基金支付比例 $\geq 75\%$ ，计 3 分，每下降 0.5%，扣 0.5 分，扣完为止。	3	3	181676.3/223179.02=81.4%	3	3	5189.09/6231.44=83.27%
		基本医疗保险知识培训完成率	2	反映基本医疗保险知识培训情况	年度内按计划完成培训计满分，无年度计划且未实施培训不计分；无年度计划但实施了培训扣 1 分；未按计划培训，每减少 1 次扣 0.5 分，扣完为止。	2	2		2	2	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
		监督检查完成情况	6	反映对定点医疗机构日常检查、飞行检查、专家审查、重点检查、专项检查 and 年终检查的开展情况。	年度内对每家医疗机构日常稽核不少于1次，专项检查不少于1次，医疗机构自查自纠不少于1次。①完成日常审核检查计1分，没完成的一次扣0.3分，扣完为止。②是否开展飞行检查、专家审查、重点检查等多形式检查，开展计1分，未开展不计分；检查问题是否进行处理，100%处理计1分，每1例无处理结果，扣0.3分，扣完为止；③经办机构完成年底清算计1分，未开展，扣1分，扣完为止。④医疗机构完成自查自纠不少于1次，计1分，对问题及时整改，计1分，有一项未完成不计分。	3	3		3	3	
		出院带药品种与数量	2	考核定点医疗机构对出院带药规定的执行情况。	①出院带药品种和数量必须在医嘱和出院记录中详细记录，药品品种不超过4种，计1分；每发现1例不满足标准，扣0.2分，扣完为止； ②一般疾病不超过7天，慢性疾病不超过15天用量（另有约定的除外），计1分；每发现1例不满足标准，扣0.2分，扣完为止。	/	/		2	1.4	②带药超计量有3例，扣0.6分
	质量指标 (20)	全自费药品费用占比	3	全自费药品费用占比=自费药品费用/药品费用总额。	全自费药品费用占比≤4%，计3分，每超过1%，扣0.3分。	/	/		3	3	939778.68/23946405.12=3.92%
		医院制剂是否	4	反映医院制剂是否按规定程序申请。	①纳入湖南省基本医疗保险支付范围申请报告和申请表； ②民族药和中药饮片需提供药品生产企	/	/		4	4	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
		按程序申请			<p>业《营业执照》《药品生产许可证》；医疗机构制剂需提供《医疗机构制剂许可证》或委托配制合同及委托单位相应资质证明、《医疗机构制剂注册证》或备案批件；</p> <p>③民族药需提供国家或省级有关部门认定为民族药的文件依据；中药饮片需提供符合国家或省级（含自治区、直辖市）炮制规范或标准的文件依据；</p> <p>④民族药和中药饮片需提供国家或省级药监部门批准或备案的依据；医疗机构制剂需提供药检报告和说明书、近两年该制剂使用不良反应监测情况、经济性自评报告、临床应用情况、治疗效果、费用情况等；经药品监督管理部门批准在医疗机构之间调剂使用的医疗机构制剂，由制剂使用医疗机构补充提供相关调剂文件进行申报；获得省部级、市厅级及以上科研成果奖的医疗机构制剂应提供相应的获奖证明；</p> <p>⑤民族药和中药饮片需提供药品价格备案相关材料（自主定价企业提供药品成本价格相关材料）；医疗机构制剂需提供成本价格测算报告；</p> <p>⑥省级医疗保障行政部门需要提供的其他补充资料。</p> <p>按程序申请计 4 分，每一个制剂如缺少 1 项程序扣 0.5 分，扣完为止。</p>						

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
		按病种收付费管理系统完善情况	4	反映保障支持中医药传承创新发展试点工作执行情况	①完善按病种收付费管理系统，加强协议管理，健全医保日常监管、年终考核制度计2分，有1项未完成扣0.5分，扣完为止； ②定点医疗机构按要求规范使用按病种收付费管理系统的计2分，未按要求使用不计分。	2	2		4	4	
		饮片加价率	2	中药饮片加价率原则上控制在25%以内。非饮片中药执行“零差率”采购。	①中药饮片加价率≤25%，计1分，每增加1%，扣0.3分，扣完为止。 ②非饮片中药加价率=0，计1分，每增加1%，扣0.3分，扣完为止。	/	/		2	2	
		医疗康复及中医技术台账管理完善情况	3	反映医保支付范围内的医疗康复项目及中医适宜技术应建立台账管理、治疗方案及签字管理情况。	①医保支付范围内的医疗康复项目及中医适宜技术应建立台账管理，计1分，未建立，扣1分； ②治疗前有专科医师会诊记录和详细的治疗方案，每次治疗项目数量有参保人员或家属签字确认，不采取批签方式，计2分，每发现1例不满足标准，扣0.5分。	/	/		3	2.5	①中医适宜技术台账不完整，扣0.5分。
		外检外治制度	2	反映外检外治制度的合规性、可操作性和实际执行情况	外检外治制度合规、可操作性强，实际执行情况良好计2分；较合规、可操作性较强、执行情况较好，计1分；不合规、可操作性不强、执行情况不好，不计分。	/	/		2	1.5	部分外检项目未在协议项目范围内，酌情扣0.5分

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
		是否建立健全考核评价体系	2	反映是否建立健全考核评价体系	建立健全考核评价体系，定期检查医保基金使用情况，对医保费用定期进行分析审核，计2分，无考核体系但有分析审核扣1分；有考核体系但未检查分析扣1分，无考核体系无检查分析，不计分。	/	/		2	2	
	成本指标(3)	次均费用增长率	3	次均费用增长率=本年度次均费用/上年度次均费用-1。	次均费用增长率≤5%，计3分，每超过1%，扣0.5分，扣完为止。	/	/		3	3	
	时效指标(3)	基金申报结算及时性	3	是否按要求将各险种结算资料向省医保局申报，省医保局是否及时结算医保基金给医院，医院是否及时支付供应商货款，将用以反映和考核医疗费用申报结算的及时性。	①定点医疗机构在医保局每月规定的时间内，将各个险种选定的上个结算周期按要求进行报送，计1分，每发现1次未按时报送情况扣0.3分，扣完为止； ②医保局在受理对账无误后的申报材料日起不超过20个工作日及时审核无误，计0.5分；审核无误后10个工作日及时支付医保费用，计0.5分，每发现1次未按时审核情况扣0.2分，扣完为止； ③定点医疗机构不存在拖欠供应商货款或采取承兑方式变相延长付款时间，计1分，发现1次拖欠或延长情况扣0.3分，扣完为止。	1	1		2	1.7	③每月支付供应商货款存在按品种暂扣一定比例货款情况，扣0.3分
效益(21分)	社会效益	权益保障	3	是否保障了参保人员合法权益，是否维护了医保基金安全，是否规范了医疗服务行为。	结合现场情况及满意度调查分析评价保障参保人员合法权益，维护医保基金安全，规范医疗服务行为的效果。①是否存在未告知病人及家属非基本医疗保险	/	/		3	1.8	①存在未告知病人非基本医疗保险支付范围的情况5例，扣1分； ②存在投诉未终

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
	(5分)				支付范围的情况,计1分;每发现1例未告知或侵犯参保人员合法权益、危害医保基金安全等情况,扣分0.2分,扣完为止; ②全年受理的举报投诉处理完成情况,100%处理完成计1分,投诉举报对象对处理结果100%满意计1分;每1例未处理或每1例处理结果不满意,扣0.2分,扣完为止。						结情况1例,扣0.2分
		媒体舆情影响	0.5	是否产生负面媒体舆情影响。	省医保局或定点医疗机构是否出现医保资金使用管理方面的较大负面媒体舆情影响,未产生负面舆情计0.5分,每产生一起负面舆情扣0.2分,扣完为止。	0.5	0.5		0.5	0.5	
		知晓率	1.5	反映公众对医保相关政策、制度的知晓率情况	与公众权益相关的医保政策、制度是否宣传到位,分为门诊共济政策知晓率和举报医保诈骗奖励政策,各占0.75分,知晓率达90%(含)以上计0.75分,知晓率80%(含)-90%计0.5分,70%(含)-80%计0.25分,70%以下不得分。	1.5	0.5	根据问卷结果显示,职工医保门诊共济改革政策了解人数比例为86.01%,扣0.25分;知晓2022年举报医保诈骗最高奖励人数比例为53.5%,扣0.75分	/	/	
	可持续影响(6)	医保基金可持续能力	3	反映医保基金的支撑能力。	城镇职工基本医疗保险累计结余可支付月数情况。 城镇职工基本医疗保险结余原则上控制在6-9个月平均支付水平,处于6-9个月区间计3分,处于3-6个月区间、9-18个月区间计2分,18-23.6个月区间均计1分,低于3个月不得分,高于23.6个月每超过1个月扣0.4分,扣完为止。	3	1	基金结余可支付月数22.5个月,扣2分	/	/	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分情况	扣分原因	分值	得分情况	扣分原因
		医保基金结余率	3	结余率=当年统筹基金结余额/当年收入额。	结余率>0, 得3分, 每下降5%扣0.5分, 扣完为止。	3	3	38.41%	/	/	
	满意度(10分)	参保就医人员满意度	4	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式, 对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分, 75%及以下不得分, 每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	4	4	满意度为90.67%	4	4	满意度为90.67%
		省医保局人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式, 对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分, 75%及以下不得分, 每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为99.3%	3	3	满意度为99.3%
		定点医疗机构人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式, 对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分, 75%及以下不得分, 每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为99.07%	3	3	满意度为99.07%
合计			60			29	26		48.5	45.4	

2022 年度省本级医保基金支出绩效评价个性指标评分表

(适用于公务员医疗补助)

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
产出 (45分)	数量指标 (12)	公务员医疗补助参保率	6	反映公务员医疗补助参保情况。公务员医疗补助参保率=湖南省公务员医疗补助参保人数/湖南省符合《国家公务员暂行条例》和《国家公务员制度实施方案》规定的国家行政机关工作人员和退休人员总数。	公务员医疗补助参保率达到 100%，计 6 分，每下降 0.5%，扣 0.5 分。	6	6		/	/		/	/	
		公务员医疗补助筹资率	6	反映公务员医疗补助筹资情况。公务员医疗补助筹资率=公务员医疗补助筹资数/参保单位上年度职工工资总额。	公务员医疗补助筹资率≥7%，计 6 分，每下降 0.5%，扣 0.5 分。	6	6		/	/		/	/	
	质量指标 (23)	起付标准以上自付比例	6	按规定分三个年龄阶段（即：50 岁以下、50 岁至退休和退休）执行。自付比例=自付费用/医疗费用总额。	起付标准以上 0-3000 元，三个年龄段自付比例分别由原来的 10%、8%、5%降至 8%、6%、3%，计 2 分；起付标准以上 3000-10000 元，自付比例分别由原来的 8%、6%、4%降至 7%、5%、3%，计 2 分；起付标准以上 10000 元至最高支付限额，自付比例分别由原来的 4%、2%、2%降至 3%、1%、1%，计 2 分，总分 6	/	/		6	6		6	6	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
					分，每发现1例不满足标准，扣0.2分，扣完为止。									
		大病互助自付比例	6	按规定分三个年龄阶段（即：50岁以下、50岁至退休和退休）执行。自付比例=自付费用/医疗费用总额。	在基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上至互助最高支付限额（2002年为12万元）段，三个年龄段自付比例由原来的5%、3%、2%，降至4%、2%、1%，计6分，每发现1例不满足标准，扣0.5分，扣完为止。	/	/		6	6		6	6	
		公务员特殊病种门诊自付比例	6	自付比例=自付费用/医疗费用总额。	公务员门诊特殊病种、门诊慢性病补助及家庭病床的个人自付部分补助50%，计6分，每发现1例不满足标准，扣0.5分，扣完为止。	/	/		6	6		6	6	
		乙类药品补助率	5	乙类药品补助率=政策内补助费用/政策内自费乙类药品总额。	对政策规定予以部分自费的乙类药品，一般公务员补助40%，退休及厅级公务员补助60%，计5分，每发现1例不满足标准，扣0.5分，扣完为止。	/	/		5	5		5	5	
	成本指标(5)	次均费用增长率	5	次均费用增长率=本年度次均费用/上年度次均费用-1。	次均费用增长率≤5%，计5分，每超过1%，扣0.5分，扣完为止。	/	/		5	5		5	5	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
	时效指标 (5)	基金申报结算及时性	5	是否按要求将各险种结算资料向省医保局申报，省医保局是否及时结算医保基金给医院，医院是否及时支付供应商货款，将用以反映和考核医疗费用申报结算的及时性。	①定点医疗机构在医保局每月规定的时间内，将各个险种选定的上个结算周期按要求进行报送，计2分，每发现1次未按时报送情况扣0.3分，扣完为止； ②医保局在受理对账无误后的申报材料日起不超过20个工作日及时审核无误，计1分；审核无误后10个工作日及时支付医保费用，计1分，每发现1次未按时审核情况扣0.3分，扣完为止； ③定点医疗机构不存在拖欠供应商货款或采取承兑方式变相延长付款时间，计1分，发现1次拖欠或延长情况扣0.3分，扣完为止。	2	2		3	3		3	2	③每月支付供应商货款存在按品种暂扣一定比例货款情况，扣1分
效益 (15分)	社会效益 (5分)	权益保障	3	是否保障了参保人员合法权益，是否维护了医保基金安全，是否规范了医疗服务行为。	结合现场情况及满意度调查分析评价保障参保人员合法权益，维护医保基金安全，规范医疗服务行为的效果。 ①是否存在未告知病人及家属基本医疗保险支付范围的情况，计1分；每发现1例未告知或侵犯参保人员合法权益、危害医保基金安全等情况，扣分0.2分，扣完为止； ②全年受理的举报投诉处理完成情况，100%处理完成计1分，投诉举报对象对处理结果100%满意计1分；每1例未处理或每1例处理结果不满意，扣0.2分，扣完为止。	/	/		3	1	①未告知病人非医保支付范围的情况11例； ②存在投诉未终结情况6例	3	1	①未告知病人非医保支付范围的情况5例，扣1分； ②存在投诉未终结情况1例，扣

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院			
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	
															1分
		媒体舆情影响	0.5	是否产生负面媒体舆情影响。	省医保局或定点医疗机构是否出现医保资金使用管理方面的较大负面媒体舆情影响，未产生负面舆情计 0.5 分，每产生一起负面舆情扣 0.2 分，扣完为止。	0.5	0.5		0.5	0.5		0.5	0.5		
		知晓率	1.5	反映公众对医保相关政策、制度的知晓率情况	与公众权益相关的医保政策、制度是否宣传到位，分为门诊共济政策知晓率和举报医保诈骗奖励政策，各占 0.75 分，知晓率达 90%（含）以上计 0.75 分，知晓率 80%（含）-90%计 0.5 分，70%（含）-80%计 0.25 分，70%以下不得分。	1.5	0.5	根据问卷结果显示，职工医保门诊共济改革政策了解人数比例为 86.01%，扣 0.25 分；知晓 2022 年举报医保诈骗最高奖	/	/		/	/		

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
								励人数比例为53.5%，扣0.75分						
	满意度(10分)	参保就医人员满意度	4	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	4	4	满意度为90.67%	4	4	满意度为90.67%	4	4	满意度为90.67%
		省医保局人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为99.3%	3	3	满意度为99.3%	3	3	满意度为99.3%
		定点医疗机构人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为99.07%	3	3	满意度为99.07%	3	3	满意度为99.07%
合计			60			26	25		44.5	42.5		44.5	41.5	

2022 年度省本级医保基金支出绩效评价个性指标评分表
(适用于大病医疗互助)

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
产出 (45分)	数量指标 (10)	大病医疗互助缴费标准	10	按规定执行120元/人/年的职工大病医疗互助缴费标准。	缴费标准120元/人/年；每发现1例不符合标准，扣1分，扣完为止。	10	10		/	/		/	/	
	质量指标 (20)	职工大病医疗互助费支付限额	10	对参保城镇职工医疗保险人员负担的合规医疗费用，超过城镇职工基本医疗保险最高限额的医疗费用，按规定纳入职工大病医疗互助基金支付。	省本级职工大病互助纳入限额为16万，职工大病医疗互助最高支付限额统一确定为30万元，计10分；每发现1例不符合标准，扣1分，扣完为止。	/	/		10	10		10	10	
		职工大病医疗互助费自付比例	10	对参保城镇职工医疗保险人员负担的合法医疗费用，超过城镇职工基本医疗保险最高限额的医疗费用，按规定纳入职工大病医疗互助基金支付，个人自付比例6%。	按规定纳入职工大病医疗互助基金支付，个人自付比例6%，共计10分，每发现1例不符合标准，扣1分，扣完为止。	/	/		10	10		10	10	
	成本指标 (5)	次均费用增长率	5	次均费用增长率=本年度次均费用/上年度次均费用-1。	次均费用增长率≤5%，计5分，每超过1%，扣0.5分，扣完为止。	/	/		10	10		10	10	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
	时效指标 (10)	基金申报结算及时性	10	是否按要求将各险种结算资料向省医保局申报，省医保局是否及时结算医保基金给医院，医院是否及时支付供应商货款，将用以反映和考核医疗费用申报结算的及时性。	①定点医疗机构在医保局每月规定的时间内，将各个险种选定的上个结算周期按要求进行报送，计4分，每发现1次未按时报送情况扣0.5分，扣完为止； ②医保局在受理对账无误后的申报材料日起不超过20个工作日及时审核无误，计1.5分；审核无误后10个工作日及时支付医保费用，计1.5分，每发现1次未按时审核情况扣0.5分，扣完为止； ③定点医疗机构不存在拖欠供应商货款或采取承兑方式变相延长付款时间，计3分，发现1次拖欠或延长情况扣0.3分，扣完为止。	3	3		7	7		7	4	③存在按品种暂扣一定比例货款情况，扣3分
效益 (15分)	社会效益 (5分)	权益保障	3	是否保障了参保人员合法权益，是否维护了医保基金安全，是否规范了医疗服务行为。	结合现场情况及满意度调查分析评价保障参保人员合法权益，维护医保基金安全，规范医疗服务行为的效果。 ①是否存在未告知病人及家属非基本医疗保险支付范围的情况，计1分；每发现1例未告知或侵犯参保人员合法权益、危害医保基金安全等情况，扣分0.2分，扣完为止； ②全年受理的举报投诉处理完成情况，100%处理完成计1分，	/	/		3	1	①未告知病人非医保支付范围情况11例； ②投诉未终结情况6例	3	1	①未告知病人非医保支付范围的情况5例，扣1分； ②投诉未终结情况1

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院			
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	
					投诉举报对象对处理结果 100% 满意计 1 分；每 1 例未处理或每 1 例处理结果不满意，扣 0.2 分，扣完为止。										例，扣 1 分
		媒体舆情影响	0.5	是否产生负面媒体舆情影响。	省医保局或定点医疗机构是否出现医保资金使用管理方面的较大负面媒体舆情影响，未产生负面舆情计 0.5 分，每产生一起负面舆情扣 0.2 分，扣完为止。	0.5	0.5		0.5	0.5		0.5	0.5		
		知晓率	1.5	反映公众对医保相关政策、制度的知晓率情况	与公众权益相关的医保政策、制度是否宣传到位，分为门诊共济政策知晓率和举报医保诈骗奖励政策，各占 0.75 分，知晓率达 90%（含）以上计 0.75 分，知晓率 80%（含）-90%计 0.5 分，70%（含）-80%计 0.25 分，70%以下不得分。	1.5	0.5	根据问卷结果显示，职工医保门诊共济改革政策了解人数比例为 86.01%，扣 0.25 分；知晓 2022 年举报医保诈	/	/		/	/		

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
								骗最高奖励人数比例为53.5%，扣0.75分						
	满意度 (10分)	参保就医人员满意度	4	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	4	4	满意度90.67%	4	4	满意度90.67%	4	4	满意度90.67%
		省医保局人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度99.3%	3	3	满意度99.3%	3	3	满意度99.3%
		定点医疗机构人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度99.07%	3	3	满意度99.07%	3	3	满意度99.07%
合计			60			25	24		50.5	48.5		50.5	45.5	

2022 年度省本级医保基金支出绩效评价个性指标评分表

（适用于离休干部医疗保障）

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
产出 (45分)	数量指标 (20分)	出院带药品种与数量	10	考核定点医疗机构对出院带药规定的执行情况。	①离休干部出院（含门急诊）外带药品品种不超过6种，计5分；每发现1例不满足标准，扣0.5分，扣完为止； ②急性病不得超过7天用量，慢性病不得超过30天用量，计5分；每发现1例不满足标准，扣0.5分，扣完为止。	/	/		10	10		10	10	
		离休干部普通床位费的报销金额	10	反映离休干部普通床位费的报销标准	离休干部普通床位费的报销标准统一调整为60元/天，低于此标准的按实际费用报销，超出部分由个人自付，报销金额≤60元，计10分，每超过1%，扣1分，扣完为止。	/	/		10	10		10	10	
	质量指标 (20分)	目录内药品、诊疗项目报销比例	10	反映离休干部目录内药品、诊疗项目报销比例的执行情况	纳入2004年版《湖南省离休干部药品目录》、2005年版《湖南省基本医疗保障和工伤保险药品目录》《2011年版医保药品目录》《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017年版）》《湖南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年版）》内药品、诊疗项目报销比例为100%，计10分，每下降0.5%，扣1分，扣完为止。	/	/		10	10		10	10	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		用目录外药品、诊疗项目报销比例	10	反映目录外药品、诊疗项目的报销要求及比例控制。	①离休干部确因病情需要使用目录外药品、诊疗项目时，定点医疗机构是否及时组织2名以上三甲医院的副主任以上医师（含）会诊，填写《离休干部医疗保障目录外药品、项目使用申请表》，并报省医保局备案（抢救、术中可先行使用事后备案），全部完成计5分，每发现1例手续不齐全，扣0.5分。 ②经批准的目录外药品、诊疗项目报销比例为98%，计5分，每偏差0.5%，扣0.5分。	/	/		10	10		10	10	
	时效指标（5分）	基金申报结算及时性	5	是否按要求将各险种结算资料向省医保局申报，省医保局是否及时结算医保基金给医院，医院是否及时支付企业货款，将用以反映和考核医疗费用申报结算的及时性。	①定点医疗机构在医保局每月规定的时间内，将各个险种选定的上个结算周期按要求进行报送，计2分，每发现1次未按时报送情况扣0.3分，扣完为止； ②医保局在受理对账无误后的申报材料日起不超过20个工作日及时审核无误，计1分；审核无误后10个工作日及时支付医保费用，计1分，每发现1次未按时审核情况扣0.3分，扣完为止； ③定点医疗机构不存在拖欠供应商货款或采取承兑方式变相延长付款时间，计1分，发现1次拖欠或延长情况扣0.3分，扣完为止。	2	2		3	3		3	2	③每月支付供应商货款存在按品种暂扣一定比例货款情况，扣1分

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
效益 (15分)	社会效益 (5分)	权益保障	3	是否保障了参保人员合法权益，是否维护了医保基金安全，是否规范了医疗服务行为。	结合现场情况及满意度调查分析评价保障参保人员合法权益，维护医保基金安全，规范医疗服务行为的效果。 ①是否存在未告知病人及家属非基本医疗保险支付范围的情况，计1分；每发现1例未告知或侵犯参保人员合法权益、危害医保基金安全等情况，扣分0.2分，扣完为止； ②全年受理的举报投诉处理完成情况，100%处理完成计1分，投诉举报对象对处理结果100%满意计1分；每1例未处理或每1例处理结果不满意，扣0.2分，扣完为止。	/	/		3	1	①存在未告知病人非基本医疗保险支付范围的情况11例； ②存在投诉未终结情况6例	3	1	①存在未告知病人非基本医疗保险支付范围的情况5例，扣1分； ②存在投诉未终结情况1例，扣1分
		媒体舆情影响	0.5	是否产生负面媒体舆情影响。	省医保局或定点医疗机构是否出现医保资金使用管理方面的较大负面媒体舆情影响，未产生负面舆情计0.5分，每产生一起负面舆情扣0.2分，扣完为止。	0.5	0.5		0.5	0.5		0.5	0.5	
		知晓率	1.5	反映公众对医保相关政策、制度的知晓率情况	与公众权益相关的医保政策、制度是否宣传到位，分为门诊共济政策知晓率和举报医保诈骗奖励政策，各占0.75分，知晓率达90%（含）以上计0.75分，知晓率80%（含）-90%计0.5分，70%（含）-80%计0.25分，70%以下不得分。	1.5	0.5	根据问卷结果显示，职工医保门诊共济改革	/	/		/	/	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院			
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	
								政策了解人数比例为86.01%，扣0.25分；知晓2022年举报医保诈骗最高奖励人数比例为53.5%，扣0.75分							
	满意度（10分）	参保就医人员满意度	4	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降1%扣的分值=满意度满分分值/15。	4	4	满意度为90.67%	4	4	满意度为90.67%	4	4	满意度为90.67%	

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评价标准	省医保局			省脑科医院			省中医药研究院附属医院		
						分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因	分值	得分	扣分原因
		省医保局人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在 90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降 1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为 99.3%	3	3	满意度为 99.3%	3	3	满意度为 99.3%
		定点医疗机构人员满意度	3	通过随机问卷调查、电话访问、现场走访等形式，对社会公众、受益对象满意度进行调查。	满意度在 90%及以上计满分，75%及以下不得分，每下降 1%扣的分值=满意度满分分值/15。	3	3	满意度为 99.07%	3	3	满意度为 99.07%	3	3	满意度为 99.07%
合计			60			14	13		56.5	54.5		56.5	53.5	

附件 2

2022 年度省本级医保基金支出基础数据表

单位：湖南省医疗保障局

单位：万元

项目名称	2022 年度省本级数据	2021 年度省本级数据	2020 年度省本级数据	备注
一、省本级定点医疗机构总数量	168	173	161	
二、省本级医保基金收入（财政部分）	4952.6	2752.6	5010.9	
其中：职工基本医疗保险（含生育保险）	0	0	0	
公务员医疗补助	0	0	0	
大病医疗互助	0	0	0	
离休干部医疗保险	4952.6	2752.6	5010.9	
其他	0	0	0	
三、省本级医保基金收入（财政外部分）	634428.63	527065.69	439626.81	
其中：职工基本医疗保险（含生育保险）	599081.9	492546.53	406855.98	
公务员医疗补助	26787.05	25974.15	24789.36	
大病医疗互助	8045.69	7945.83	7329.54	
离休干部医疗保险	513.99	599.18	651.93	
其他	0	0	0	
四、省本级医保基金支出（财政部分）	0	0	0	
其中：职工基本医疗保险（含生育保险）	0	0	0	
公务员医疗补助	0	0	0	
大病医疗互助	0	0	0	
离休干部医疗保险	0	0	0	
其他	0	0	0	
五、省本级医保基金支出（财政外部分）	425861.47	293269.33	343441.58	
其中：职工基本医疗保险（含生育保险）	405986.93	273868.28	320821.21	405986.93（含风险调剂金）
公务员医疗补助	8162.46	8916.48	9056.8	
大病医疗互助	9116	6970.86	6977.17	
离休干部医疗保险	2596.08	3513.71	6586.4	

项目名称	2022年度省本级数据	2021年度省本级数据	2020年度省本级数据	备注
其他	0	0	0	
六、医院 2022 年申报医保基金金额（总额）	151323.12	157924.07	128771.09	
其中：职工基本医疗保险	138198.86	143672.96	112368.37	
公务员医疗补助	3939.93	5854.78	5544.95	
大病医疗互助	6059.88	5227.25	7492.62	
离休干部医疗保险	3124.45	3169.07	3365.15	含体检费
其他	0.00	0.00	0	
七、核准医院申报省本级医保基金金额	150641.11	143231.77	122951.74	
其中：职工基本医疗保险（含生育保险）	138114.22	129289.16	106575.24	
公务员医疗补助	3938.39	5845.64	5544.95	
大病医疗互助	5471.64	4932.27	7492.62	
离休干部医疗保险	3116.86	3164.7	3338.93	含体检费
其他	0	0	0	
八、本年度次均费用（元）	11326.6 元	10085.02 元	/	
次均费用增长率	12.31%	-11.43%	/	
九、城镇职工医疗保险		/	/	
1、医疗费用增长率	19.75%	/	/	
城镇职工基本医疗总费用	298338.31	249133.49	/	实际报销+自付+自费
其中：城镇职工基本医疗住院总费用	254361.46	218009.82	/	实际报销+自付+自费
城镇职工基本医疗门诊总费用	43976.85	31123.67	/	实际报销+自付+自费
2、目录内医疗费用		/	/	
目录内城镇职工基本医疗费用	211264.73	/	/	
其中：目录内城镇职工基本医疗住院费用	181676.3	/	/	实际报销
目录内城镇职工基本医疗门诊费用	29588.43	/	/	实际报销
目录内城镇职工基本医疗总费用	265671.54	/	/	实际报销+自付
其中：目录内城镇职工基本医疗住院总费用	223179.02	/	/	实际报销+自付
目录内城镇职工基本医疗门诊总费用	42492.52	/	/	实际报销+自付

项目名称	2022年度省本级数据	2021年度省本级数据	2020年度省本级数据	备注
十、公务员医疗补助		/	/	
1、公务员医疗补助参保率	100%	/	/	
省公务员医疗补助参保人数	41372人	/	/	
符合政策规定的行政机关工作人员和退休人员总数	24746人（在职） 16626人（退休）	/	/	
2、公务员医疗补助筹资率	7%	/	/	
十一、离休干部医疗保障（协议部）		/	/	
1、离休干部目录内药品、诊疗项目报销比例	100%	/	/	
本年度离休干部目录内药品、诊疗项目报销金额	3111.84	/	/	
拒付违规金额	0	/	/	
本年度离休干部目录内药品、诊疗项目费用总额	3120.72	/	/	3111.84（申报费用）+8.88（超限额）
2、离休干部目录外药品、诊疗项目报销比例	98%	/	/	
本年度离休干部目录外药品、诊疗项目报销金额	8.79	/	/	
本年度离休干部目录外药品、诊疗项目费用总额	29.55	/	/	17.97（全自费）+2.61（申报不符合条件）+8.97（申报符合条件）
十二、大病医疗互助	/	/	/	
次均费用	/	/	/	

2022 年度省定点医疗机构省本级医保基金支出基础数据表

单位：湖南省中医药研究院附属医院

单位：万元

险种分类		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计	
1、基本医疗保险(省本级)	申报数	385.6484	243.0331	494.3825	341.4831	446.8356	484.7362	485.9739	439.8296	498.2927	390.4269	441.3774	496.2964	5148.3157	
	核准数	385.6484	243.0331	494.3825	341.4831	446.8356	484.7362	485.9739	439.5950	498.0605	390.2381	441.3533	496.2954	5147.6350	
	占比	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99.947%	99.953%	99.952%	99.995%	100.000%	99.987%
	拒付	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.2346	0.2323	0.1888	0.0240	0.0010	0.6807
	结算数	799.8037	0.0000	0.0000	335.4662	555.9353	1391.4045	199.8324	424.8336	511.0586	461.8964	417.7896	473.4270	5571.4473	
普通住院医疗费用	申报数	363.8714	218.1718	472.4154	308.5271	420.9481	448.0986	454.0239	417.5028	475.2465	327.2747	365.3691	417.3992	4688.8487	
	核准数	363.8714	218.1718	472.4154	308.5271	420.9481	448.0986	454.0239	417.2682	475.0143	327.0906	365.3451	417.3982	4688.1727	
	拒付	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.2346	0.2323	0.1841	0.0240	0.0010	0.6760	
包干住院医疗费用	申报数	1.5129	0.5684	3.1694	6.1706	1.4394	1.7679	4.6809	1.7579	1.6944	2.3384	4.1018	3.1264	32.3282	
	核准数	1.5129	0.5684	3.1694	6.1706	1.4394	1.7679	4.6809	1.7579	1.6944	2.3384	4.1018	3.1264	32.3282	
意外伤害住院医疗费用	申报数	3.4570	13.8818	6.1082	8.0910	6.5711	18.3869	6.3495	6.4509	5.4241	14.3997	1.6721	8.9430	99.7353	
	核准数	3.4570	13.8818	6.1082	8.0910	6.5711	18.3869	6.3495	6.4509	5.4241	14.3997	1.6721	8.9430	99.7353	
门诊特殊病种	申报数	16.8070	10.4111	12.0175	17.6724	11.0800	11.2188	16.4955	10.6321	11.3287	16.0991	13.5625	9.4982	156.8232	
	核准数	16.8070	10.4111	12.0175	17.6724	11.0800	11.2188	16.4955	10.6321	11.3287	16.0945	13.5625	9.4982	156.8185	
	拒付	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0047	0.0000	0.0000	0.0047	
门诊单病种	申报数	0.0000	0.0000	0.6720	1.0220	6.7970	5.2640	4.4240	3.4860	4.5990	2.4640	2.8840	1.5330	33.1450	
	核准数	0.0000	0.0000	0.6720	1.0220	6.7970	5.2640	4.4240	3.4860	4.5990	2.4640	2.8840	1.5330	33.1450	
门诊统筹	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	27.8509	53.7878	55.7966	137.4353	
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	27.8509	53.7878	55.7966	137.4353	
生育门诊医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
生育住院医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	

险种分类		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计
2、公务员 医疗保险	申报数	9.8302	6.0097	8.7908	10.1946	11.3052	11.6586	13.8913	10.5230	9.8920	8.3913	11.3250	14.1970	126.0087
	核准数	9.8302	6.0097	8.7908	10.1946	11.3052	11.6586	13.8913	10.5230	9.8920	8.3913	11.3250	14.1970	126.0087
	占比	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	结算数	88.0778	0.0000	0.0000	7.8267	14.0111	33.0841	0.0000	10.7399	11.1825	13.1967	9.9968	9.3974	197.5131
普通住院 医疗费用	申报数	8.0953	4.5530	7.8563	7.3330	10.3125	10.1495	13.1564	9.8226	9.2157	7.4316	10.4213	12.3895	110.7366
	核准数	8.0953	4.5530	7.8563	7.3330	10.3125	10.1495	13.1564	9.8226	9.2157	7.4316	10.4213	12.3895	110.7366
包干住院 医疗费用	申报数	0.0186	0.0053	0.0000	0.2147	0.0106	0.0151	0.2343	0.0000	0.0327	0.0090	0.0244	0.0181	0.5828
	核准数	0.0186	0.0053	0.0000	0.2147	0.0106	0.0151	0.2343	0.0000	0.0327	0.0090	0.0244	0.0181	0.5828
意外伤害 住院医疗 费用	申报数	0.0000	0.2505	0.0000	1.0704	0.1566	0.5394	0.0000	0.0000	0.0000	0.5039	0.0000	0.0000	2.5209
	核准数	0.0000	0.2505	0.0000	1.0704	0.1566	0.5394	0.0000	0.0000	0.0000	0.5039	0.0000	0.0000	2.5209
门诊特殊 病种	申报数	0.3350	0.1281	0.2020	0.3751	0.1386	0.1708	0.3150	0.1308	0.1908	0.2999	0.2230	0.1012	2.6104
	核准数	0.3350	0.1281	0.2020	0.3751	0.1386	0.1708	0.3150	0.1308	0.1908	0.2999	0.2230	0.1012	2.6104
生育医疗 费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
省级干部 门诊	申报数	1.3813	1.0728	0.7325	1.2015	0.6869	0.7838	0.1855	0.5696	0.4528	0.1469	0.6563	1.6882	9.5581
	核准数	1.3813	1.0728	0.7325	1.2015	0.6869	0.7838	0.1855	0.5696	0.4528	0.1469	0.6563	1.6882	9.5581
3、大病医 疗互助	申报数	39.4088	8.9165	0.3901	21.7460	16.8517	1.7918	9.3547	20.1889	37.8528	25.7465	58.9624	46.8447	288.0550
	核准数	39.4088	8.9165	0.3901	21.7460	16.8517	1.7918	9.3547	20.1889	37.8528	25.7465	58.9624	46.8447	288.0550
	占比	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	结算数	41.1068	0.0000	0.0000	35.6991	0.0000	34.0027	0.0000	82.9475	1.7023	8.8869	19.1795	35.9601	259.4849
住院医疗 费用	申报数	39.4088	8.9165	0.3901	21.7460	16.8227	1.7685	9.2947	20.1889	37.6533	25.3499	58.9228	46.7870	287.2492
	核准数	39.4088	8.9165	0.3901	21.7460	16.8227	1.7685	9.2947	20.1889	37.6533	25.3499	58.9228	46.7870	287.2492
包干住院 医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0289	0.0000	0.0000	0.0289
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0289	0.0000	0.0000	0.0289
门诊特殊 病种	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0290	0.0234	0.0600	0.0000	0.1995	0.3677	0.0396	0.0577	0.7769
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0290	0.0234	0.0600	0.0000	0.1995	0.3677	0.0396	0.0577	0.7769

险种分类		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计
生育医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
4、离休干部医疗保险	申报数	0.0000	0.0000	12.4563	0.0221	4.5053	4.2499	3.0306	8.5340	0.0620	0.0720	1.4429	9.8573	44.2323
	核准数	0.0000	0.0000	12.4563	0.0221	4.4974	4.2499	3.0277	8.5255	0.0620	0.0720	1.4429	9.8573	44.2129
	占比	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	99.956%
	拒付	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0079	0.0000	0.0029	0.0086	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0195
	结算数	8.1500	0.0000	0.0000	4.4437	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	3.6500
住院医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	12.3766	0.0000	4.3212	4.1090	3.0306	8.4259	0.0000	0.0000	1.4229	9.8573	43.5435
	核准数	0.0000	0.0000	12.3766	0.0000	4.3133	4.1090	3.0277	8.4173	0.0000	0.0000	1.4229	9.8573	43.5241
	拒付	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0079	0.0000	0.0029	0.0086	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0195
门诊费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0797	0.0221	0.1841	0.1408	0.0000	0.1082	0.0620	0.0720	0.0200	0.0000	0.6888
	核准数	0.0000	0.0000	0.0797	0.0221	0.1841	0.1408	0.0000	0.1082	0.0620	0.0720	0.0200	0.0000	0.6888
合计	申报数	434.8874	257.9593	516.0197	373.4458	479.4978	502.4365	512.2504	479.0755	546.0994	424.6367	513.1077	567.1954	5606.6118
	核准数	434.8874	257.9593	516.0197	373.4458	479.4899	502.4365	512.2475	478.8324	545.8672	424.4479	513.0837	567.1944	5605.9116
	占比	100.000%	100.000%	100.000%	100.000%	99.998%	100.000%	99.999%	99.949%	99.957%	99.956%	99.995%	100.000%	99.988%
	拒付	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0079	0.0000	0.0029	0.2432	0.2323	0.1888	0.0240	0.0010	0.7001
	结算数	937.1384	0.0000	0.0000	383.4358	569.9465	1458.4912	199.8324	518.5211	523.9433	483.9800	446.9659	522.4346	6044.6890

2022 年度省定点医疗机构-医保基金申报核准结算明细表

单位：湖南省脑科医院

单位：万元

险种分类		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计	
1、基本医疗保险(省本级)	申报数	328.7322	217.6873	365.1006	330.8770	442.0395	414.7168	407.4542	410.8664	372.5013	349.9460	395.2485	449.4137	4484.5833	
	核准数	328.7322	217.6874	365.1006	330.8770	442.0395	414.7168	407.4542	410.8632	372.4978	349.9259	395.2151	449.3845	4484.4941	
	占比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.9992%	99.9991%	99.9943%	99.9916%	99.9935%	99.9980%
	拒付	0.0000	-0.0001	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0032	0.0035	0.0201	0.0333	0.0292	0.0892
	结算数	851.8341	0.0000	0.0000	263.1600	376.5364	1180.2772	237.6617	419.9376	428.1366	387.0815	390.3200	353.8729	4888.8180	
普通住院医疗费用	申报数	279.3190	192.0548	328.1513	298.3973	400.6166	374.3767	360.1355	379.8732	328.2223	305.1128	330.3952	316.9754	3893.6302	
	核准数	279.3190	192.0548	328.1513	298.3973	400.6166	374.3767	360.1355	379.8700	328.2188	305.0927	330.3952	316.9536	3893.5816	
包干住院医疗费用	申报数	2.7428	8.5555	10.1288	5.1716	5.8386	9.8245	4.9694	6.0381	4.6661	4.4089	9.2991	48.8806	120.5239	
	核准数	2.7428	8.5555	10.1288	5.1716	5.8386	9.8245	4.9694	6.0381	4.6661	4.4089	9.2991	48.8806	120.5239	
意外伤害住院医疗费用	申报数	29.2861	4.4864	14.4138	10.4984	23.4033	18.3349	25.6180	13.6470	28.4837	12.4618	17.3629	44.9678	242.9642	
	核准数	29.2861	4.4864	14.4138	10.4984	23.4033	18.3349	25.6180	13.6470	28.4837	12.4618	17.3629	44.9678	242.9642	
门诊特殊病种	申报数	16.6409	10.2110	11.2668	15.6896	10.6216	10.3407	15.2354	9.8415	10.3496	16.2498	10.6263	8.0678	145.1409	
	核准数	16.6409	10.2110	11.2668	15.6896	10.6216	10.3407	15.2354	9.8415	10.3496	16.2498	10.5930	8.0604	145.1002	
职工普通门诊	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	10.0038	25.8856	28.2021	64.0914	
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	10.0038	25.8856	28.2021	64.0914	
生育门诊医疗费用	申报数	0.2835	0.2195	0.1000	0.2000	0.2194	0.2200	0.1358	0.0426	0.0997	0.3489	0.2394	0.1000	2.2088	
	核准数	0.2835	0.2195	0.1000	0.2000	0.2194	0.2200	0.1358	0.0426	0.0997	0.3489	0.2394	0.1000	2.2088	
生育住院医疗费用	申报数	0.4600	2.1600	1.0400	0.9200	1.3400	1.6200	1.3600	1.4240	0.6800	1.3600	1.4400	2.2200	16.0240	
	核准数	0.4600	2.1600	1.0400	0.9200	1.3400	1.6200	1.3600	1.4240	0.6800	1.3600	1.4400	2.2200	16.0240	

险种分类		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计
2、公务员 医疗保险	申报数	7.8456	2.2103	6.4644	7.5488	8.3254	7.6978	6.9473	5.5317	7.8448	8.6696	6.3149	5.8597	81.2603
	核准数	7.8456	2.2103	6.4644	7.5488	8.3254	7.6978	6.9473	5.5317	7.8448	8.6696	6.3149	5.8597	81.2603
	占比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	结算数	22.0237	0.0000	0.0000	5.7992	9.4497	22.8656	4.9371	7.9091	8.1393	6.6000	5.2551	21.8500	114.8288
普通住院 医疗费用	申报数	7.2447	2.1476	5.7447	7.4429	8.2584	6.7849	6.0391	4.8062	7.3584	8.2241	6.1974	5.0625	75.3109
	核准数	7.2447	2.1476	5.7447	7.4429	8.2584	6.7849	6.0391	4.8062	7.3584	8.2241	6.1974	5.0625	75.3109
包干住院 医疗费用	申报数	0.0617	0.0000	0.1349	0.0000	0.0035	0.2390	0.2169	0.0520	0.0090	0.0000	0.0444	0.0046	0.7660
	核准数	0.0617	0.0000	0.1349	0.0000	0.0035	0.2390	0.2169	0.0520	0.0090	0.0000	0.0444	0.0046	0.7660
意外伤害 住院医疗 费用	申报数	0.4823	0.0000	0.5210	0.0000	0.0000	0.6085	0.6114	0.5985	0.4113	0.3874	0.0000	0.7375	4.3578
	核准数	0.4823	0.0000	0.5210	0.0000	0.0000	0.6085	0.6114	0.5985	0.4113	0.3874	0.0000	0.7375	4.3578
门诊特殊 病种	申报数	0.0569	0.0627	0.0638	0.1059	0.0636	0.0653	0.0799	0.0750	0.0661	0.0581	0.0731	0.0552	0.8256
	核准数	0.0569	0.0627	0.0638	0.1059	0.0636	0.0653	0.0799	0.0750	0.0661	0.0581	0.0731	0.0552	0.8256
生育医疗 费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
省级干部 门诊	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
3、大病医 疗互助	申报数	12.0641	1.3224	7.7176	0.0000	44.1420	22.3175	7.2050	31.4311	23.0000	10.8560	16.8882	56.1990	233.1430
	核准数	12.0641	1.3224	7.7176	0.0000	44.1420	22.3175	7.2050	31.4311	23.0000	10.8560	16.8882	56.1990	233.1430
	占比	100.00%	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
	结算数	17.4801	0.0000	0.0000	85.2118	0.0000	25.8972	8.9204	61.9838	23.1989	6.8448	29.8595	7.4526	266.8491
住院医疗 费用	申报数	12.0641	1.3224	7.7176	0.0000	44.1420	22.3175	7.2050	31.4311	22.9599	10.8231	16.7624	55.8669	232.6121
	核准数	12.0641	1.3224	7.7176	0.0000	44.1420	22.3175	7.2050	31.4311	22.9599	10.8231	16.7624	55.8669	232.6121

险种分类		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合计
门诊特殊病种	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0401	0.0329	0.1258	0.3321	0.5310
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0401	0.0329	0.1258	0.3321	0.5310
生育医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	核准数	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
4、离休干部医疗保险	申报数	0.0000	0.0000	0.9586	0.0180	0.0000	0.0180	0.0435	0.0000	2.4407	0.0180	0.0772	0.6469	4.2210
	核准数	0.0000	0.0000	0.9493	0.0180	0.0000	0.0180	0.0435	0.0000	2.4260	0.0180	0.0772	0.6469	4.1969
	占比	0.0000%	0.0000%	99.0235%	100.00%	0.0000%	100.00%	100.00%	0.0000%	99.3973%	100.00%	100.00%	100.00%	99.4297%
	拒付	0.0000	0.0000	0.0094	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0147	0.0000	0.0000	0.0000	0.0241
	结算数	0.0123	0.0000	0.0000	0.0303	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	2.2205
住院医疗费用	申报数	0.0000	0.0000	0.9467	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	2.4407	0.0000	0.0000	0.5512	3.9386
	核准数	0.0000	0.0000	0.9373	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	2.4260	0.0000	0.0000	0.5512	3.9145
门诊特殊病种	申报数	0.0000	0.0000	0.0120	0.0180	0.0000	0.0180	0.0435	0.0000	0.0000	0.0180	0.0772	0.0957	0.2824
	核准数	0.0000	0.0000	0.0120	0.0180	0.0000	0.0180	0.0435	0.0000	0.0000	0.0180	0.0772	0.0957	0.2824
合计	申报数	348.6419	221.2199	380.2413	338.4438	494.5069	444.7501	421.6500	447.8291	405.7869	369.4896	418.5288	512.1194	4803.2077
	核准数	348.6419	221.2200	380.2319	338.4438	494.5069	444.7501	421.6500	447.8260	405.7686	369.4695	418.4954	512.0901	4803.0944
	占比	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	99.9993%	99.9955%	99.9946%	99.9920%	99.9943%	99.9976%
	拒付	0.0000	-0.0001	0.0094	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0032	0.0182	0.0201	0.0333	0.0292	0.1133
	结算数	891.3502	0.0000	0.0000	354.2013	385.9861	1229.0401	251.5192	489.8305	459.4748	400.5262	425.4347	385.3960	5272.7590

附件 3

2022 年度省本级医保基金支出结构分析表

单位：万元

分类	住院			离休干部住院			离休干部门诊		
	省本级	省脑科医院	省中医药研究院附属医院	省本级	省脑科医院	省中医药研究院附属医院	省本级	省脑科医院	省中医药研究院附属医院
人次	224570	4,343.00	4672	515	3	12	3818	9	9
医疗总费用	254,361.46	5,911.28	6,551.11	2906.08	3.96	44.30	244.19	0.28	0.74
基金支付	181,676.30	4,448.88	5,189.09	2,874.70	3.94	43.54	241.43	0.28	0.69
个人自付	41,502.72	1,134.33	1,042.35	/	0.02	0.76	/	0.00	0.05
个人自费	31,182.44	328.07	319.67	/	/	/	/	/	/
次均住院费用（不含双通道和单列）	1.13	1.06	1.17	5.64	1.32	3.69	/	/	/
政策内可报销金额	223,179.02	5,583.20	6,231.44	/	3.96	44.30	/	0.28	0.74
政策内报销比例	81.40%	79.68%	83.27%	/	/	/	/	/	/
实际报销比例	71.42%	75.26%	79.21%	98.92%	99.54%	98.29%	98.87%	100.00%	92.75%

附件 4

2022 年省级财政绩效评价问题清单

被评价项目名称：2022 年度省脑科医院、省中医药研究院附属医院医保基金

单位：元

序号	单位名称	问题类别	问题描述	涉及金额	存在具体问题
1	省医保局	政策制定欠完善	政策制定欠完善		集采制度欠完善，未有集采整体性管理办法，对供应商供货问题及定点机构的采购不足等问题无有效管理处罚措施。
2	省医保局	政策调整欠完善	政策调整欠完善		《湖南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录（2021 版）》调整欠完善，未根据医疗技术的进步及时调整目录，如目前临床检查中彩色 B 超已基本取代黑白 B 超，但目录中黑白 B 超全报销、彩色 B 超自付 30% 已多年未调整。
3	省医保局	基金监管不到位	基金监督检查工作待加强		检查手段重事后，轻事前、事中。日常检查拒付的金额、年底检查扣款金额、自查自纠退回金额均较少，事后专项检查出的违规金额较大，如省中医药研究院附属医院拒付的问题为 9 条，拒付金额 0.68 万元；省脑科医院拒付的问题为 9 条，拒付金额 0.09 万元。省中医药研究院附属医院 2022 年度医保基金飞检，查出违规金额 105.95 万元，医院已认可问题并退回基金账户 55.23 万元。2022 年度 87% 定点医疗机构均能通过年终考核，全额返还 5% 预留金（本次现场评价的两家定点机构都全额返还）。
4	省医保局	基金结余偏高	基金结余偏高		基金结余可支付月数 22.5 个月，超过 6-9 个月平均支付水平。
5	省医保局	知晓率偏低	知晓率偏低		根据问卷结果显示，职工医保门诊共济改革政策知晓率为 86.01%，举报医保诈骗最高奖励知晓率为 53.5%。
6	省医保局	绩效目标欠合理性	绩效目标欠合理性		目标中“全面实现医保政务公共服务的网上办、掌上办”和“门诊共济政策全面落地实施”的工作最终效果是要实现参保人员充分了解该项政策并使用，单位该项工作未设置与宣传效果及知晓率相关的指标。
7	省医保局、省脑科医院、省中医药研究院附属医院	自评报告问题描述不全面	自评报告问题描述不全面		与本次绩效评价发现的问题对比，各单位自评报告问题描述不全面。如定点医疗机构存在带药不规范、重复收费、分解收费等问题；医保局存在政策制定欠完善、基金监管不到位、基金结余偏高等问题均未在自评报告中反映。
8	省脑科医院	超限定疗程用药	丁苯酞氯化钠注射液	18070	根据药品目录规定，丁苯酞氯化钠注射液限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作 48 小时内开始使用，支付不超过 14 天。住院号 315476 同次住院支付 24 天；住院号 311539 同次住院支付 21 天；住院号 304546 同次住院支付 19 天。
9	省脑科医院	超限定疗程用药	依达拉奉右莛醇注射液	20641.20	根据药品目录规定，依达拉奉右莛醇注射液限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作 48 小时内开始使用，支付不超过 14 天。住院号 311539 同次住院支付 21 天；住院号 304546 同次住院支付 19 天；住院号 250700 同次住院支付 17 天。

序号	单位名称	问题类别	问题描述	涉及金额	存在具体问题
10	省脑科医院	超限定疗程用药	胞磷胆碱注射液	28290	根据药品目录规定,胞磷胆碱注射液限出现意识障碍的急性颅脑外伤和脑手术后患者,支付不超过14天。住院号428019同次住院支付59天。
11	省脑科医院	超频次收费	动静脉置管护理	360	根据医疗服务价格规范:动静脉置管护理的计价单位为日,一天一次。住院号271452住院17天,动静脉置管护理收取53天的费用。
12	省脑科医院	超标准收费	超标准收费	30	住院号311539,股骨转子间骨折内固定手术为主要手术,骨骼牵引术手术为次要手术,应按日收取骨骼牵引手术费,但实际按日收取皮肤牵引术费。
13	省脑科医院	超标准收费	常规心电图检查 附加导联	10	根据医疗服务价格规范,常规心电图检查按次收费,附加导联加收2元。住院号214681做常规心电图检查1次,附加导联加收6次,多收费5次。
14	省脑科医院	超标准收费	芒针	46	根据医疗服务价格规范,芒针按每个穴位收费,计价最多不超过6个穴位。住院号316704芒针收费数量为8个穴位。
15	省脑科医院	分解收费	电解质常规测定	8	根据医疗服务价格规范,电解质常规检查含钾测定、钠测定、氯测定、钙测定。住院号356757将电解质常规检查拆分为钾测定、钠测定、氯测定、钙测定进行收费。
16	省脑科医院	重复收费	普通针刺(电针 含普通针刺)	182	根据医疗服务价格规范,收取电针费后不再收取普通针刺。住院号426266、250700电针和普通针刺同时收取,普通针刺属于重复收费。
17	省脑科医院	重复收费	心电监测(持续 有创性血压监测 含心电)	138	根据医疗服务价格规范,持续有创性血压监测含心电、压力连续示波。住院号439401收取持续有创性血压监测同时收取心电监测,心电监测属于重复收费。
18	省脑科医院	重复收费	纤维胃十二指肠 镜检查	172	根据医疗服务价格规范,所有经内窥镜诊疗的项目,均已包含内窥镜费用。抽查发现住院号429817收取经胃镜特殊治疗-电切法的同时收取了纤维胃十二指肠镜检查。
19	省脑科医院	重复收费	纤维支气管镜 检查	1152	根据医疗服务价格规范,除规定可另加收的以外,所有经内窥镜诊疗的项目,均已包含内窥镜费用。抽查发现住院号432782收取经纤支镜肺泡灌洗诊疗术同时收取纤维支气管镜检查(做了8次)。
20	省脑科医院	套餐式检查	粪便常规+粪寄 生虫镜检	55	粪寄生虫镜检可以准确判断体内是否有寄生虫存在,是各种寄生虫感染的诊断指标。住院号426266、428019、441100、432461、444454、304546、356757、428852、274223、256231、434100存在粪便常规(15元)与粪寄生虫镜检(5元)同时收取。
21	省脑科医院	套餐式检查	粪便常规+粪便 隐血试验	45	粪便隐血试验对消化道出血的诊断有重要价值,现常作为消化道恶性肿瘤早期诊断的一个筛选指标。住院号304546、356757、428852、274223、256231存在粪便常规与粪便隐血试验同时收取。
22	省脑科医院	出院带药不合规	出院带药数量超 过4种		根据协议规定,出院带药品种不超过4种。住院号414586出院带药数量为10种、304546出院带药数量为8种、438906出院带药数量为7种、443167出院带药数量为5种。

序号	单位名称	问题类别	问题描述	涉及金额	存在具体问题
23	省脑科医院	出院带药不合规	出院带药为注射液		根据协议规定,乙方不得给参保人员带注射用药出院。住院号 408645: 出院带药为人粒细胞刺激因子注射液 300ug 一支; 住院号 421757 出院带药为两支人粒细胞刺激因子注射液 300ug 皮下。
24	省脑科医院	出院带药不合规	出院带药超用量		根据协议规定,出院带药一般疾病不超过 7 天,慢性疾病不超过 15 天用量。住院号 436794: 苯磺酸左旋氨氯地平片可用 28 天,硫酸氢氯吡格雷片可用 21 天,阿托伐他汀钙片可用 21 天, 脑得生丸可用 20 天; 住院号 443167: 非洛地平缓释片可用 30 天、阿利沙坦酯片可用 21 天、阿托伐他汀钙片可用 28 天、血脂康胶囊可用 30 天; 住院号 347433: 阿托伐他汀钙片可用 56 天、双歧三联活菌胶囊可用 90 天、次格列酮二甲双胍片可用 30 天、依帕司他片可用 35 天; 住院号 316538: 脑得生丸可用 20 天。
25	省脑科医院	病历资料不完整	医嘱及出院记录未详细记录药品品种和数量		住院号 316704: 医嘱及出院记录未详细记录药品品种和数量。
26	省脑科医院	病历资料不完整	全程一级护理, 护理记录不完整		住院号 416176、406077、406077 住院时间均超 5 天, 但护理记录只有住院及出院各一次记录。
27	省脑科医院	病历资料不完整	病历资料不齐		住院号 292184 纸质版病历档案无护理记录及医嘱记录。
28	省脑科医院	权益保障	存在未告知病人及家属非基本医疗保险支付范围的情况		住院号 424527、419898、402375、209714、311757、434487、432461、369715、4354152、439378 共计 8 人, 病历中未见病人及家属住院期间的自费药品使用情况告知书; 住院号 416431 反映医生为未告知自费项目。
29	省脑科医院	投诉未终结	投诉未终结		住院号 297326、231927、395887、456611、436776 及许某涛均于 2022 年到医院进行投诉, 投诉截止目前尚未终结。
30	省脑科医院	外检外治协议执行不合规	外检外治协议执行不合规		外检外治协议执行不合规, 经核实“金域”外送报告清单部分送检项目未列入外检合作协议附件项目中, 如: “毛发毒品快速筛查”“流感病毒 B 抗原”等。
31	省脑科医院	集采耗材付款不及时	集采品种付款不及时		根据采购部提供集采付款清单, 2022 年未按协议要求验收合格后次月底支付供应商贷款的有 10 条湖南海蓝医疗 2022 年 9 月验收, 11 月付款 1 笔; 2022 年 9 月验收, 2023 年 1 月付款 1 笔; 2022 年 10 月验收, 2023 年 1 月付款 2 笔江西创中汇 2022 年 9 月验收, 11 月付款 2 笔; 2022 年 10 月验收, 2023 年 1 月付款 1 笔湖南医药集团 9 月验收, 11 月付款 1 笔海王医疗 2022 年 10 月验收, 2023 年 1 月付款 1 笔长沙和硕医疗 9 月验收, 11 月付款 1 笔。
32	省脑科医院		非集采采购合同		合同中未明确付款时间。

序号	单位名称	问题类别	问题描述	涉及金额	存在具体问题
			要素不齐全		
33	省中医药研究院附属医院	超限定疗程用药	银杏叶提取物注射剂	483.8	根据药品目录规定,银杏叶提取物注射剂限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者;限耳部血流及神经障碍患者支付不超过14天。住院号1022982同次住院支付19天。
34	省中医药研究院附属医院	超限定疗程用药	丹参酮IIA磺酸钠注射液	618.8	根据药品目录规定,丹参酮IIA磺酸钠注射液限明确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者,支付不超过14天。住院号1048630001同次住院支付27天。
35	省中医药研究院附属医院	超限定疗程用药	奥曲肽注射剂	661.1	根据药品目录规定,奥曲肽注射剂限胰腺手术,支付不超过7天;神经内分泌肿瘤类癌危象围手术期,支付不超过7天;肝硬化所致的食道或胃静脉曲张出血,支付不超过5天。住院号1055718001医保支付10天,超过规定的7天;住院号1035417009医保支付12天,超过规定的5天。
36	省中医药研究院附属医院	超限定疗程用药	注射用黄芪多糖	400	根据药品目录规定,注射用黄芪多糖限二级及以上医疗机构肿瘤患者,单次住院最多支付14天。住院号1058116001同次住院支付16天。
37	省中医药研究院附属医院	超限定疗程用药	生长抑素注射剂	99.98	根据药品目录规定,生长抑素注射剂限胰腺手术,支付不超过5天;严重急性食道静脉曲张出血,支付不超过5天。住院号1051704001同次住院支付6天。
38	省中医药研究院附属医院	超频次收费	护理费	65	住院号1046346001住院4天,收取5天II级护理费用、1056246001患者住院11天,收取12天I级护理费用。
39	省中医药研究院附属医院	超标准收费	组织间粒子植入术	5768	根据医疗服务价格规范,组织间粒子植入术最高限价1300元。住院号1046733002被收取一次最高限价1300元,又被收取14次组织间粒子植入术共计5768元。
40	省中医药研究院附属医院	分解收费	输血前常规检查	495	根据医疗服务价格规范,输血前常规检查含乙型肝炎表面抗原测定、丙型肝炎抗体测定、人免疫缺陷病毒抗体测定、快速血浆反应素试验/梅毒螺旋体特异性抗体。住院号1032041、1047879、1048556002输血前常规检查拆分进行收费,四项费用之和高于套餐金额。
41	省中医药研究院附属医院	分解收费	分解收费	3712	根据《全国医疗服务价格项目规范》,经输尿管镜支架置入术项目内涵:会阴区消毒,利多卡因凝胶润滑尿道,膀胱镜检,扩张输尿管口,插入输尿管镜检查,插入输尿管支架管。住院号1047879、1048556002、1047084001、1055826002将输尿管镜支架置入术进行拆分收费。
42	省中医药研究院附属医院	重复收费	纤维支气管镜检查(经纤支镜肺泡灌洗诊疗术含内窥镜费用)	720	根据医疗服务价格规范,除规定可另加收的以外,所有经内窥镜诊疗的项目,均已包含内窥镜费用。住院号1045697、1041989、1020604018、1055826002收取经纤支镜肺泡灌洗诊疗术同时收取纤维支气管镜检查。
43	省中医药研究院附属医院	重复收费	钙测定(电解质常规检查含钙测定)	40	根据医疗服务价格规范,电解质常规检查含钾测定、钠测定、氯测定、钙测定。住院号1058176、1016500004、1046758002同时收取电解质常规检查和钙测定。

序号	单位名称	问题类别	问题描述	涉及金额	存在具体问题
44	省中医药研究院附属医院	重复收费	冠状动脉造影术（经皮冠状动脉内溶栓术含冠脉造影）	2400	根据医疗服务价格规范，经皮冠状动脉内溶栓术含冠脉造影术。住院号 1050471001 同时收取经皮冠状动脉内溶栓术和冠脉造影术。
45	省中医药研究院附属医院	重复收费	血清肌红蛋白测定（心肌酶谱常规检查含血清肌红蛋白测定）	80	根据医疗服务价格规范心肌酶谱常规检查含血清肌酸激酶测定、血清肌酸激酶—MB 同工酶活性测定、乳酸脱氢酶测定、血清肌红蛋白测定。住院号 1056794001、1056178、1057930001、1050025001 同时收取心肌酶谱常规检查和血清肌红蛋白测定。
46	省中医药研究院附属医院	套餐式检查	粪便常规+粪便隐血试验	57	粪便隐血试验对消化道出血的诊断有重要价值，现常作为消化道恶性肿瘤早期诊断的一个筛选指标。住院号 1052785001、1056965001、1032041、1016729002、1048630001 粪便常规与粪便隐血试验同时收取。
47	省中医药研究院附属医院	套餐式检查	ABO 血型鉴定+血型单特异性抗体鉴定	120	住院号 1046300001：ABO 血型鉴定和血型单特异性抗体鉴定同时收取。
48	省中医药研究院附属医院	多收费	多收费	1489	住院号 1040007：该患者住院明细清单中中药热奄包治疗 30 次、中药硬膏热贴敷治疗 44 次、中医定向透药疗法 18 次，患者签字的治疗次数分别为 26 次、42 次、10 次；住院号 1058425 住院明细清单中中药硬膏热贴敷治疗 90 次，患者签字的治疗次数为 60 次；住院号 1042112 住院明细清单中中医定向透药疗法 21 次，患者签字的治疗次数为 18 次。
49	省中医药研究院附属医院	分解住院	分解住院		住院号 1059408001 于 11 月 21 日出院，并于同日再次入院。
50	省中医药研究院附属医院	出院带药不合规	出院带药超用量		根据协议规定，出院带药一般疾病不超过 7 天，慢性疾病不超过 15 天用量。住院号 1040120 滋肾明目胶囊可用 45 天；住院号 1018500 健脑通络胶囊可用 30 天；住院号 1052622 健脑通络胶囊可用 22.5 天。
51	省中医药研究院附属医院	病历资料不完整	没有护理记录单		住院号 1045102：结算清单上显示有一级护理与二级护理，但是病历上未见护理记录。
52	省中医药研究院附属医院	病历资料不完整	自费药品同意书未注明药品名称		住院号 1049522、1050146、1049095、1046346001、1056246001 自费药品同意书未注明药品名称，实际有自费药品。
53	省中医药研究院附属医院	病历资料不完整	自费药品同意书药品数量与实际不符		住院号 1058880：自费药品同意书药品数量与实际自费药品不符。
54	省中医药研究院附属医院	权益保障	自费药品同意书未签字		住院号 1052315：自费药品同意书患者未签字。

序号	单位名称	问题类别	问题描述	涉及金额	存在具体问题
55	省中医药研究院附属医院	权益保障	存在未告知病人及家属非基本医疗保险支付范围的情况		住院号 1053247 未见自费项目同意书；邓小山、杨女士、谢宪明，以上三位患者反映存在医生未及时与本人交流或治疗签字页空白的情况。
56	省中医药研究院附属医院	投诉未终结	投诉未终结		投诉处理台账登记该患者于 2022 年 8 月 15 日到医院进行投诉，投诉截至目前尚未终结。
57	省中医药研究院附属医院	外检外治协议执行不合规	外检外治协议执行不合规		外检外治协议执行不合规，经核实“金城”外送报告清单部分送检项目未列入外检合作协议附件项目中，如：“尿游离皮质醇（LC-MS/MS）”。
58	省中医药研究院附属医院	未足额结算	未足额结算		现场核对付款凭证，存在按品种及一定比例暂扣供应商货款情况。

附件 5

2022 年省本级医保基金支出绩效评价有关问题数据统计汇总表

中介机构： 湖南九澧咨询服务有限公司

单位：元

序号	定点医疗机构	合计金额	现场评价发现问题数据统计					
			违规收费、分解收费	占比	超疗程用药收费	占比	超标准、超频次收费	占比
1	省脑科医院	69199.2	1752	2.53%	67001.2	96.82%	446	0.64%
2	省中医药研究院附属医院	17209.68	9113	52.95%	2263.68	13.15%	5833	33.89%
合计：		86408.88	10865	12.57%	69264.88	80.16%	6279	7.27%