

2020 年度城乡居民基本医疗保险 绩效自评报告

项目名称：城乡居民基本医疗保险基金

实施单位（公章）：巴州医保局

主管部门（公章）：巴州财政局

项目负责人（签章）：牛曼玲

联系方式：

填报时间：2021 年 2 月 8 日

根据国家医保局办公室《关于开展 2020 年医保转移支付资金绩效评价工作的通知》（医保办发〔2021〕2 号），巴州医疗保障局开展了 2020 年度城乡居民基本医疗保险基金绩效自评工作，现将自评情况报告如下：

一、基本情况

（一）项目总体情况。

项目背景：城乡居民基本医疗保险制度是以建立统一的城乡居民基本医疗保险制度为目的，按照“六统一”要求（统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理），通过政府补助和个人缴费相结合的原则筹集，全面实现城乡居民基本医疗保险一体化，建立运行机制更加完善、医疗保障更加公平、管理服务更加规范、资源利用更加有效的城乡居民基本医疗保险制度。

主要内容：一是普通门诊。城乡居民门诊就医发生符合规定的医疗费用，按比例由城乡居民基本医疗保险基金支付。二是门诊慢性病。城乡居民门诊慢性病病种分为 16 种，按医疗机构级别设置了统筹基金支付比例，按病种设置了最高支付限额。三是门诊大病。城乡居民门诊大病病种分为 4 种，不设置起付线，发生符合规定的医疗费用，按照基本医疗保险最高支付限额执行，统筹报销比例为 70%，限额标准费用累计进入基本医疗保险最高支付限额。四是住院。城乡居民在不同等级定点医疗机构住院发生符合规定的医疗费

用，按不同比例支付。五是重大疾病。22类64种特殊重大疾病按病种限额费用标准结算，统筹支付比例为70%，重大疾病报销不设起付线。

实施年度：2020年度。

实施情况：2020年，城乡居民基本医疗保险享受待遇214.26万人次，统筹支付费用70344万元。其中：普通门急诊169.61万人次，统筹支付费用4235万元；门诊大病28.21万人次，统筹支付费用6776万元；住院16.44万人次，统筹支付费用59333万元。在费用支出构成中，住院支出占城乡居民基本医疗保险支出的84%。

资金分解下达情况：2020年，财政局分批下达城乡居民基本医疗保险资金项目，资金共计62978万元，其中，中央财政下达资金38827万元，省级财政下达6327万元，地级财政下达2729万元，县级财政下达15095万元。

（二）项目绩效目标。

1. 年度总体目标：按照国家、自治区医疗保障工作要点，切实强化预决算管理，规范优化收支和经办流程，广大参保人员各项社会保险待遇的按时、足额给付，医疗保险覆盖面逐步扩大。确保了在进一步加强医疗保险基金预算管理的基础上，加强医保基金监管，各项医疗保险基金收入稳步增长，支出相对增加，总体运行平稳。

2. 具体绩效指标设置情况：

城乡居民医保补助资金绩效评价指标体系（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	标准值
产出项目	数量指标	参保人数（人）	≥82 万人
		各级财政补助标准（元）	≥716 元
		以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率（%）	>95%
		重复参保人数（人）	0
		虚报参保人数（人）	0
产出项目	数量箱标	参保人政策范围内住院费用报销比（%）	>60%
		参保人住院费用实际报销比（%）	>60%
		开展门诊统筹,实行个人账户的,向门诊统筹过渡	普遍开展
		基金累计结余可支配月数（月）	9 个月
效益项目	满意度指标	参保对象满意度	>90%

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围。

目的：坚持以“以收定支、收支平衡、略有节余地”的原则，实行收支两条线管理，认真贯彻《社会保险法》、《社会保险费征缴暂行条例》，保障广大参保人员合法权益，确保医疗保险待遇按时、足额给付。严格执行社会保险各项政策，使参保人员的获得感、幸福感不断增强，促进实现新疆社会稳定和长治久安总目标。

对象：城乡居民。

范围：普通门诊、门诊慢病（大病）、住院和重大疾病。

（二）评价方法和评价等次。

本次评价坚持定量优先、定量与定性相结合的方式，始终遵循科学规范、公正公开、分级分类、绩效相关的基本原则，主要运用对比分析法。首先各地州开展绩效自评，然后将各指标的实际完成值与绩效目标进行对比分析，考察绩效目标的完成情况。

评价等次：得分 100-80(含) 分评为“优”；80-60(含) 分评为“良”；得分 60 分以下评为“差”。

(三) 绩效评价工作过程。

1. 前期准备。一是确定绩效评价对象。二是成立绩效评价机构。确定绩效评价工作计划后，由局领导提出具体实施人员的初步意见，明确具体实施人员。三是制定具体评价工作自评报告。方案主要包括：对象、目的、依据、工作人员、工作时间安排、拟用评价方案及有关工作要求等。

2. 组织实施。一是建立了城乡居民基本医疗保险工作绩效评价机制，对基金收支情况进行严密监控和预测分析，建立健全基金赤字的预警机制，发现问题及时研究提出对策和措施。二是加强基金预决算管理。与财政部门建立统筹协调、分工负责的联动机制，有效提高预决算编制工作效率和报表数据准确性。完善基金预算执行、考核和激励约束机制，加强基金支出预算精细化管理。

3. 分析评价。实地核查或抽查时，审核相关材料，收集实地核查情况和相关数据，结合日常工作开展情况，进行分析，作出量化评价，对照各地绩效自评表和已确定的绩效评价指标进行详细全面的分析评价，逐项打分划定绩效等次，

并形成绩效评价最终结果。

三、综合评价情况及评价结论

运用国家医保局下发的评价指标体系及评分标准，通过基础数据填报和访谈获取的数据，对城乡居民基本医疗保险基金项目进行了独立客观的评价，最终评分结果为 100 分。

项目指标得分情况汇总表

一级指标	权重分	得分
项目决策	20	20
过程管理	25	25
项目产出	45	45
项目效益	10	10
合计	100	100

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况。

1. **决策依据：**《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》、《项目支出绩效评价管理办法》、《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》以及本地制定的相关管理办法。

2. **决策过程：**本项目资金的到位率 100%，执行率 100%，严格按照预期绩效目标执行预算资金。项目资金使用符合相关的财务管理制度规定，能够反映和考核项目资金的规范运

行情况；项目实施单位的财务和业务管理制度健全，能够反映和考核财务和业务管理制度对项目顺利实施的保障情况。

3. 绩效目标：参保人数大于 82 万人，参保率稳定在 95% 以上，各级财政补助不低于 716 元，参保人住院费用实际报销比例不低于 60%，基金累计结余可支配月数不少于 9 个月。参保对象满意度达 90% 以上。

4. 资金分配情况：

按各县市 2019 年 6 月末参保人数进行补助，其中中央财政 440 元/人/年，省级财政 66 元/人/年，地级财政 30 元/人/年，县级财政 180 元/人/年。

2020 年医疗救助资金分配情况如下图所示：

2020 年城乡居民医疗补助资金情况

单位：万元

县市	中央	省级	地级	县级	合计
库尔勒	14693	2334	1039	5690	23756
轮台	4909	765	339	1799	7812
尉犁	2364	410	166	953	3893
若羌	867	148	58	369	1442
且末	2400	419	176	924	3919
焉耆	4308	719	297	1693	7017
和静	4891	782	339	1933	7945
和硕	1760	300	123	717	2900
博湖	1676	297	117	700	2790
开发区	959	153	75	317	1504
合计	38827	6327	2729	15095	62978

（二）过程管理。

1. 资金管理：按照《社会保险财务制度》有关要求，实行收支两条线管理，专款专用，专户管理，严禁截留、挤占、

挪用城乡居民基本医疗保险基金。

2. 组织管理：建立了绩效评价机制，医保部门会同相关部门对各縣市城乡居民基本医疗保险制度执行情况开展了实地抽查，对工作缓慢、资金分配不到位、政策落实不到位的按规定进行了通报批评。确保项目和管理可控范围内顺利实施。总体来看，本项目资金的整体管理水平良好，做到了专款专用、及时拨付、规范支付，确保城乡居民病有所依。

（三）项目产出情况。

1. 数量指标：2020年城乡居民基本医疗保险参保人数达82.93万人，城乡居民基本医疗保险享受待遇214.26万人次。及时将申报资金拨付至各定点医疗机构及参保单位，支付待遇，首次拨款准确率99%以上，参保群众满意率95%以上。

2020年，城乡居民基本医疗保险享受待遇214.26万人次，统筹支付费用70344万元。其中：普通门急诊169.61万人次，统筹支付费用4235万元；门诊大病28.21万人次，统筹支付费用6776万元；住院16.44万人次，统筹支付费用59333万元。

2、质量指标：按标准足额保障参保人员待遇支出，并及时拨款，确保参加医疗保险的群众能按时足额享受各项医疗保险待遇，同时按时报送各项医疗保险基金季报数据、决算数据及分析。各项基金使用符合政策规定，按标准审核后足额发放给参保患者，使社会面平稳有序，降低了上访率。对城乡居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用中，住院费用实

际报销比例不低于 60%。

3、时效指标：通过政策研究、严格把关，避免违规操作；事后通过现场稽核、智能监控、信息比对、数据检索等手段，开展全覆盖稽核排查，保证基金收支合规。实现了城乡居民基本医疗保险“一单”结算全覆盖及异地就医即时结算，通过一站式结算，依靠系统结算、人工审核等保证了医疗准确率 99% 以上。

（四）项目效益情况。

1. 社会效益：建立和完善城乡居民基本医疗保险制度，有效地缓解了城乡居民病有所依的问题，对于实现总目标，维护社会稳定和长治久安，具有十分重要的意义。全州城乡居民基本医疗保险完成情况达到了预期目标，资金实行专项核算，用款程序规范，符合财务管理制度和政策法规条款规定的资金发放相关规定。城乡居民基本医疗保险基金到位、资金使用透明、规范、对项目的监督及时准确，资金使用合理、社会效益显著。

2. 可持续性：一是继续做好城乡居民基本医疗保险“一单”结算工作；二是做好建档立卡的贫困户参保工作；三是加大宣传力度，提高城乡医疗救助政策的群众知晓率；四是城乡居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用中，住院费用实际报销比例不低于 60%；五是加强基金管理，对基金收支情况进行严密监控和预测分析，建立健全基金赤字的预警机制，发现问题及时研究提出对策和措施；六是与财政部门建立统筹协调、分工负责的联动机制，有效提高预决算编制

工作效率和报表数据准确性；七是完善基金预算执行、考核和激励约束机制，加强基金支出预算精细化管理。八是形成定期与财政、税务等部门对账机制，保证基金核算准确性。及时编制月度、季度、年度基金报表，每月结束 5 日内报送月报，每季度结束 15 日内报送基金季报及分析，年度结束 20 日内报送决算报表及年报分析。

3. 服务对象满意度：实现了基本医疗保险、城乡居民大病保险和城乡医疗救助无缝衔接，做到让群众少跑腿、信息数据多跑路。通过政策宣传、热情接待、耐心回答，群众满意率较高，为实现社会稳定和长治久安总目标奠定坚实基础。

五、存在问题

1. 居民医疗保险基金结余压力增大。参保人员发生医保费用人次较往年增多，医保基金支出比重较大，至 2020 年底，城乡居民医疗保险基金累计结余压力增大。

2. 定点医疗机构有待进一步加强管理。部分定点医疗机构从自身利益出发，降低住院指针，实行小病大治，过度诊疗等现象。造成医保基金受损。

六、有关建议

1. 切实加大宣传力度，全面实现参保全覆盖。建立目标考核责任机制，落实“双兜底”、“双联动”、“双指标”措施，继续开展专项行动，加大宣传力度，扩大覆盖面，努力确保基金应收尽收，提高医保惠民政策知晓率。按照地委政府协调会议精神，各级宣传部门应逐步加大宣传大度、利用广播、宣传

单、公示栏、业务培训及新闻报纸等，将政策宣传到户，宣传到人，提高各级社会面参与程度，做到医保惠民政策家喻户晓，形成“大医保”有机结合的良好氛围。

2. 切实完善工作制度，不断加大鉴定力度。一是切实加强建立定点医疗机构运行监管，对定点医疗机构服务情况，对违反规定情况定期不定期检查。二是努力确保各项政策落实到位，加强业务与基金日常检查、核对，完善规章制度和内部管理，维护基金安全，建立保障医保基金安全运行长效机制。

3. 加强专业人员培训力度。由于很多具体从事财务管理的人员都是新人，医保基金财务管理工作具有很强的专业性和特殊性，为提高我州医疗保险基金财务管理水平，建议将基金财务管理人员的培训工作纳入常规性工作，加大培训力度，提高基金财务人员整体素质和专业能力，从而提高基金管理水平。