

2020 年度城镇职工基本医疗保险 绩效自评报告

项目名称：城镇职工基本医疗保险基金

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 3 月 24 日

根据自治区医保局的要求，巴州医疗保障局开展了 2020 年度城镇职工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：城镇职工基本医疗保险制度是以通过改革公费医疗和劳保医疗制度，建立起覆盖城镇所有劳动者、适应我州经济发展水平和保障城镇职工基本医疗需求的基本医疗保险统账结合的新制度。通过基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳，减轻了国家和用人单位的负担，建立起运行机制更加完善、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社会保险体系，不断提高城镇职工的健康水平。

主要内容：一是普通门诊。城镇职工门诊就医或药店购药发生符合规定的医疗费用，由城镇职工基本医疗保险基金个人账户支付。二是门诊慢性病。城镇职工门诊慢性病病种分为 22 种，按病种设置了最高支付限额。三是门诊大病。城镇职工门诊大病病种分为 3 种，在门诊发生的起付线以上符合规定的医疗费用，统筹基金支付比例按照所选定定点医疗机构的住院标准执行，在一个统筹年度内，支付限额不得超过基本医疗保险最高支付限额（8 万元）。四是住院。城镇职工在职与退休，在不同等级定点医疗机构住院发生符合规定的医疗费用，分别按不同比例支付。

实施年度：2020 年度。

实施情况：2020 年，我州城镇职工基本医疗保险参保人数为 36 万人，较上年增加 1.71 万人，增幅 4.98%，参保率持续稳定在 95%以上。

城镇职工基本医疗保险基金收入 166544 万元，完成预算的 104%。其中：统筹基金征缴收入 83748 万元，比去年同期减少 9353 万元。个人账户基金收入 79154 万元，比去年同期增加 3028 万元。统筹基金收入比上年减少的原因主要是，为应对新冠疫情影响，2020 年 2 月至 6 月，对所有参保单位及灵活就业人员的单位缴费费率实行减半征收，减征基本医疗保险基金 3.17 亿元。

基本医疗保险基金支出 135617 万元，完成预算的 115.3%，比去年同期增加 3234 万元，增长 2.38%。其中：统筹基金待遇支出 76601 万元，比去年同期增加 5853 万元，增长 8.27%。个人账户待遇支出 57821 万元，比去年同期减少 3814 万元。

城镇职工基本医疗保险基金累计结余 264401 万元，其中：统筹基金结余 115633 万元，个人账户结余 148768 万元。统筹基金累计结余是当期统筹基金支出的 1.5 倍，即在统筹基金收入为零的情况下，统筹基金累计结余仍可保证支出 17.9 个月的需要，基金的支撑能力较强。

（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，城镇职工基本医疗保险基金收支稳步增长，总体运行平稳。

2. 具体绩效指标设置情况：

城镇职工基本医疗保险基金绩效评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	预期指标值
产出指标	时效指标	按标准足额保障参保人员待遇支出	≥99%
		按时报送各项社会保险基金季报数据及分析	每季度结束后的，15日内
		及时报送各项社会保险基金决算数据及分析	每年度结束后的，20日内
		及时拨款，保障参加社会保险的各项社会保险待遇	30日内完成审核拨付
	数量指标	职工基本医疗基金支出预算执行率与序时进程偏离率	≥-10%或≤10%
		生育保险基金支出预算执行率与序时进程偏离率	≥-10%或≤10%
		职工基本医疗可支付月数	≥6个月且≤9个月
		保障职工基本医疗待遇享受人次	≥2677571人次
		保障生育保险待遇享受人次	≥14143人次
		参保患者合规医疗费用应享受待遇金额与实际享受待遇金额差额	<0.1%
效益指标	社会效益指标	各项社会保险待遇发放准确率	≥99%
		基金使用符合政策规定	1
		保障各项社会保险待遇，维护社会稳定	按标准审核后足额发放
		严格执行各项社会保险政策，违规使用社会保险基金的情况	≤0
满意度指标	满意度指标	社会面平稳有序，上访率	≤1%
		职工基本医疗保险待遇享受人员满意度	>90%
		生育保险待遇享受人员满意度	>90%
		其他各项社会保险待遇享受人员满意度	>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：城镇职工。

范围：普通门诊、门诊慢病（大病）、住院。

（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 93 分。

项目指标得分情况汇总表

一级指标	权重分	得分
产出指标	48	43
项目指标	40	40
满意度指标	12	12
合计	100	93

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》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：职工基本医疗保险基金（含生育保险）支出预算执行率与序时进程偏离率在 $\geq -10\%$ 或 $\leq 10\%$ 之间；参保人住院费用实际报销比例不低于 70%，各项社会保险待遇发放准确率 $\geq 99\%$ ；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。

（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县市城镇职工基本医疗保险制度执行情况开展了实地抽查，对工作缓慢、政策落实不到位的按规定进行了通报批评。确保项目在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，确保城镇职工基本医疗保险待遇及时给付。

（三）项目产出情况。

1. 数量指标：2020 年城镇职工基本医疗保险享受待遇达 479.62 万人次，基本医疗保险基金支出 134422 万元，比上年同期增加 2039 万元，增长率 1.52%。其中，普通门急诊（含药店购药）享受待遇 433.29 万人次，个人账户支出 57821

万元；门诊慢性病享受待遇 38.05 万人次，统筹支出 11209 万元；住院享受待遇 8.28 万人次，统筹基金支出 65392 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。对城镇职工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 90%。各项待遇给付及时、准确，群众满意度达 95 以上。

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：建立和完善城镇职工基本医疗保险制度，有效地缓解了城镇职工病有所依的问题，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。全州城镇职工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。城镇职工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：一是继续做好城镇职工基本医疗保险及时结算工作；二是加强基金管理，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；三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；四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。五是形成定期与财政、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、就医流向不合理。2020 年，我州参保患者次均门（急）诊费用、次均慢（大）病费用和次均住院费用、住院统筹支付比例与上年相比均有一定程度的增长。三级、二级、一级医疗机构就医人次呈倒三角分布，参保职工就医仍多选择高级别的医院，背离了分级诊疗的就医模式，致使我州基本医疗保险定点医疗机构数的构成与医疗费用支出的构成相矛盾，这也是造

成参保人员看病难，看病贵的一个重要原因。

2、个人账户结余过多。截止 2020 年底。个人账户累计结余占医保基金结余的 56.27%，并呈逐年上升趋势。

3、经办力量与承担的工作任务明显不匹配。各县市医疗待遇审核经办人员工作人员严重不足，加之医疗专业人员少，对临床医学专业知识及医保政策一知半解，医疗待遇审核上存在把关不严，不规范现象。

4、对医疗机构的监管难度大，对违反医疗保险规定的定点医疗机构及个人处罚力度有限，无法对违规医疗机构及个人造成震慑。对违规的医疗机构，医保部门只能对违规费用不予结算。由于收益和风险的极不对等，受利益驱动，医患勾结套取医保基金的现象依然存在，对两定点单位的监管难度加大。

5、医疗机构在执行协议和按照《药品目录》、《诊疗项目和服务设施目录》进行治疗用药存在不合理、不规范和违规套取、骗取医保基金等违规现象时有发生，无法根除。

5、未履行转院手续自行前往上级医院住院现象较为普遍，虽按规定降低 20%比例报销，但异地报销金额仍大于本地住院报销金额。2020 年，未履行转院手续自行前往上级医院就医人员占异地就医人员的 51.47%。

六、有关建议

1、在保证基金收支平衡的前提下，经过科学测算，适当调整有关政策，使参保人员医疗费用的自负比例更趋合理。

2、深化医保支付方式改革。首先应完善医保基金总额控制管理办法，从宏观上控制医疗费用的增长；其次应在以按病

种付费为主的多元复合式支付方式的基础上，积极探索建立以疾病诊断相关分组（DRG）付费为主的复合式医保支付方式。通过对医院病案进行统一分组，编制各组编码，规范疾病诊疗程序码，针对不同病案组的医疗成本进行合理测算，从而制定医疗费用支付标准，达到控制医疗费用的目标。

3、在政策上加强宣传，引导参保职工理性就医，小病尽量选择在低级别医院。

4、积极探索个人账户制度改革，逐步取消个人账户，建立门诊统筹。

5、强化医疗保险经办机构工作人员的服务意识，简化参保及费用审核工作的程序，为广大参保人员提供更加方便、快捷的服务。

6、创新监管机制，实现事前、事中、事后监管环节的全覆盖，监管涵盖定点医疗机构、定点零售药店、经办机构等各类主体，定期开展医保基金监督检查，推进治理医保违法违规行为。进一步强化“两定”管理，加大督查考核力度，采取强硬手段，严肃“两定”准入条件和退出机制。规范定点医疗机构的合理用药，有效确保基金的安全运行。