

2021 年度城乡居民基本医疗保险补助资金 绩效评价报告

为贯彻落实中央和省委关于全面实施预算绩效管理的总体部署，深入推进我市预算绩效管理，提高资金使用绩效，增强单位绩效管理意识，按照《攀枝花市财政局关于开展2021年度绩效评价工作的通知》（攀财绩〔2022〕4号）要求，市财政局对我市2021年度城乡居民基本医疗保险补助资金开展绩效评价，现将评价情况报告如下。

一、基本情况

（一）项目背景及情况。

城乡居民基本医疗保险是社会医疗保险的重要组成部分，是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。该医疗保险以政府为主导，以居民个人（家庭）缴费为主，政府适度补助为辅的筹资方式，按照缴费标准和待遇水平相一致的原则，为城乡居民提供基本医疗保障。按照《国家医疗保障局关于做好 2021 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2021〕32 号）要求，2021 年城乡居民医保人均财政补助标准在以往年度基础上增加 30 元，达到每人每年不低于 580 元。2021 年全市城乡居民医疗保险参保人数 673,022 人，按照 580 元/人·年补助标准，各级财政安排我市补助资金 39,035 万元，其中：中央和省级补助资金 35,316 万元，市级补助资金 1,055 万元，县级补助资

金 2,664 万元。

（二）项目绩效目标。

1.年度总体目标。2021 年城乡居民医保补助资金绩效总体目标为巩固我市城乡居民医保参保率，稳步提高医疗保障水平，实现城乡居民医保基金收支平衡。

2.具体绩效指标。2021 年城乡居民医保补助资金绩效具体目标为：全市城乡居民医保参保人数不低于省政府民生工程下达的参保目标任务数；以常住人口数为基数计算的基本医保综合参保率不低于 95%；重复参保人数小于 500 人，无虚报参保人数；参保居民个人缴费标准一档 300 元/人·年、二档 450 元/人·年；参保人政策范围内住院费用报销比例 $\geq 70\%$ ；普遍开展实行按病种（组）、按人头付费等支付方式改革，基金滚存结余可支配 6-9 个月；普遍开展门诊统筹，逐步向门诊统筹过渡；当年各级财政实际补助标准 580 元，补助资金到位率 100%；参保对象满意度不低于 85%。

二、项目资金申报及使用情况

（一）补助资金到位及使用情况。

截至 2021 年 12 月 31 日，全市城乡居民医疗保险基金各级补助资金到位 39,035 万元，其中：中央及省级资金收入 35,316 万元，市级财政补助收入 1,055 万元，县级财政补助收入 2,664 万元，各级财政补助资金全部到位，资金到位率 100%。财政补助资金全部用于充实城乡居民基本医疗保险基金收入，确保基金收支平衡。

（二）城乡居民基本医保基金收支情况。

截至 2021 年 12 月 31 日，当期基金收入 63,475 万元，支出 63,329 万元，其中：住院支出 46,415 万元，门诊大病支出 3,367 万元，普通门诊统筹支出 3,892 万元，大病保险待遇支出 3,504 万元，其他支出 6,151 万元。

当期结余 146 万元，年末基金滚存结余 34,232 万元，基金累计结余可支配 5.23 个月，略低于合理可支配 6 个月的安全线。

（三）项目财务管理情况。

市医保局财务管理制度健全，除基本财务制度外，针对医疗保障基金专门制订了《攀枝花市医疗保险基金统收统支财务经办规程（试行）》。在资金管理过程中，能严格按照相关制度办法开展财务管理，财务处理及时，会计核算规范，绩效评价过程中未发现违反财务管理、财经纪律等相关违纪违法问题。

三、评价工作情况

按照工作安排，市财政局绩效评价组于 2022 年 7 月 13 日至 19 日对市城乡居民医疗补助资金开展了绩效评价，评价组通过与市医疗保障局开展交流座谈、现场查阅资料，到各县区医疗保险经办机构开展现场核查的方式开展评价工作，同时通过电话访问对参保人员开展满意度调查。经评价，攀枝花市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助资金绩效评价得分 90.5 分，具体得分如下。

分值	一级指标	二级指标	三级指标	评价要点及说明	得分
5分	决策指标	决策依据	落实国家政策	本统筹区制定的政策及规定与中央、省委省政府决策保持一致，无违反上位文件出台相关政策情况。	5
5分		决策过程	决策程序规范	规范性文件的出台是否按规程序，是否经过公开征求意见、专家论证、合法性审查等。如未按规定程序制定规范性文件，适当扣分。	5
10分	过程指标	基金管理	基金财务、业务管理	建立基金相关管理办法得5分，无违反基金管理制度得5分，有违反基金管理制度的发现一项扣一分	9
5分		组织管理	收入预算完成率	指标得分=基金收入实际完成金额/基金收入预算金额*100%*指标分值，比值大于1的，按照1计算。（标准值：98%—102%）	4.5
5分			支出预算完成率	指标得分=基金支出实际完成金额/基金支出预算金额*100%*指标分值，比值大于1的，按照1计算。（标准值：98%—102%）	3
5分			支付方式改革	统筹区实施DRG、DIP等支付方式改革得5分，未启动不得分。	5
5分			实施门诊统筹	出台相关实施细则得5分，未出台不得分。	5
5分		风险控制	基金运行监测及风险预警	2021年定时报送基金预算执行情况表得3分，有基金运行监测及风险预警分析报告得2分	5
10分		产出指标	参保情况	参保人数（万人）	不低于下达参保目标任务数得10分，每低一个百分点扣5分。
5分	综合参保率（%）			大于标准值得5分，小于标准值不得分	5
5分	虚报参保人数（人）			无虚报参保人数得5分，有虚报参保人数0分	5
5分	基金征缴情况		各级财政补助标准（元）	≥580元得5分，低于580元且因地方财政补助资金不到位0分	5
5分			参保居民个人缴费标准（元）	≥280元得5分，低于280元得0分	5
5分	保障水平		参保人政策范围内住院报销比（%）	不低于70%得5分，低1个百分点扣1分，扣完为止	5
5分	基金运行可持续性		基金累计结余	基金累计结余赤字得0分	5
5分			基金运行是否安全可持续	大于6个月得5分，减少1个月扣1分	4
5分	效益指标		对象公平性	参保和待遇享受政策对参保对象公平	政策文件无有违公平性的得5分，如有扣5分
5分		满意度指标	参保对象满意度	大于85%得5分，每低一个百分点扣1分，扣完为止	5

绩效评价表明，攀枝花市城乡居民基本医疗保险整体情况良好，主要体现在以下方面：一是基金管理严格且责任明确，市医疗保障局能够根据省市城乡居民基本医疗保险政策要求积极落实相关工作。二是注重日常监督检查和基金管理。从抽查情况看，市医保局能按照要求对辖区内“两定机构”开展监督管理，通过飞行检查、自查和不定期检查等形式进行日常检查和专项核查。医保经办机构能定期对辖区医疗机构进行定期抽查，确保涉及城乡居民基本医保保险的相关行为合法合格。三是完善统一的城乡居民基本医疗保险制度后，城乡居民同病同保障，极大增加了居民特别是农村居民的安全感、获得感，对党和政府的惠民政策认同感进一步提升。四是医保经办人员服务意识、管理能力进一步增强，居民办理医保报销流程更加顺畅，支付方式更加多元化。五是通过电话方式随机抽取参保人员询问满意度和意见，绝大多数被调查群众对我市现行城乡居民基本医疗保险政策满意，反映较好地缓解了百姓看病贵的问题。

四、评价指标分析

（一）项目决策。

1.决策依据。从市医局提供的资料看，市医保局对城乡居民基本医疗保险补助资金能严格按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》等制度规定进行了管理，制定出台的《攀枝花市医疗保险基金统收统支财务经办规程（试

行)》符合上级政策要求，无违反上位文件相关政策的情况。规定的费用报销比例一方面契合我市经济社会发展实际，较大限度满足人民群众需求，同时兼顾了我市城乡居民基本医疗保险基金的稳健运行。

2.决策过程。2021年攀枝花市城乡居民医保补助资金整个项目决策过程资金分配严格按照规定履行审批程序，下达预算指标的同时按照“稳定参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡”的年度总体目标明确了各县区的绩效目标，制定的绩效目标科学合理、能细化量化。

（二）项目过程。

1.基金管理。市医保局针对基金财务控制制定了《攀枝花市医疗保险基金统收统支财务经办规范》《攀枝花城乡居民医保基金统支财务管理办法》等，针对业务经办控制制定了《攀枝花市医保局业务办理流程》《攀枝花市医疗保险管理局关于加强业务档案规范化管理有关事宜的通知》，通过查阅财务和业务资料，市医保局对基金管理较为规范，表现为，在收支管理上，能严格按照规定实行“收支两条线”和财政专户管理，在会计核算管理上能按照规定取得和填制原始凭证、记账凭证等，能按照规定对会计资料进行立卷、归档、保管。在业务运行上，能较好执行业务运行控制相关制度，在参保登记、关系变更、转移续接的审批手续完备、材料齐全，收缴部门能按照规定与财务部门定期对账，在信息系统管理上，能按照规定录入、修改、访问、使用和维护数据，

但存在部分人员系统操作权限设置不合理的情况。

2. 组织管理。从市医保局提供的资料看，资金收支方面，截至 2021 年 12 月 31 日，城乡居民基本医疗保险基金收入 63,475 万元，同比增加 5,884 万元，增长 10.22%，完成预算的 97.27%，收入预算完成数低于标准值（98%）0.73 个百分点。支出 63,329 万元，同比增加 7,014 万元，增长 12.46%，完成预算的 94.18%，支出预算完成数低于标准值（98%）3.82 个百分点。支付方式改革方面，2019 年我市成为全国 30 个 DRG 付费试点城市之一，是四川省唯一入选的试点城市，市医疗保障局积极开展医保支出改革试点工作，几年来，付费方式改革控费效果明显，实现了市内住院统筹基金当期结余由“负”到“正”的转变。

3. 风险控制。在补助资金管理风险控制上，中央及地方财政补助资金，在 2021 年 12 月底前全部进入统筹地区医保基金财政专户，实行专户管理，专账核算、专款专用，基金统收统支。在基金风险分析和预警上，市医保局能严格按照上级主管部门要求，每月开展基金运行监测及风险预警分析，定时报送基金预算执行情况表。在基金监督检查上，市医保局建立了全覆盖式医保基金监督检查制度，2021 年组织开展了 2 次以上医保基金监督检查。

（三）项目产出。

1. 参保情况。市医保局在确保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”的基础上，

统一经办服务和信息系统，定点医药机构实行协议管理，建立考核评价机制，建立动态准入和退出机制。全市使用的金保软件信息系统运转正常，能够及时准确提取参保人数、财政补助资金到位率、城乡居民个人缴费水平等数据。2021年市医保局按时、完整上报医保基金统计、基金报表，截至2021年12月31日，我市城乡居民基本医疗保险实际参保人数为673,022人，低于省政府民生工程下达参保目标67.5万人的任务数，完成目标任务99.71%。以常住人口数为基数计算的基本医保综合参保率为97.2%，高于标准值（95%）2.2个百分点，未发现统计报表存在虚报参保人数的情况。

2.基金征缴情况。2021年财政人均补助标准调增至580元，城乡居民基本医疗保险补助资金全年收入38,026万元，根据各级财政补助分摊标准，全市各级财政补助资金在规定时间内足额到位。参保居民个人缴费标准为一档300元/人·年、二档450元/人·年，均高于280元/人·年的标准值。

3.保障水平及可持续性。2021年，我市城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例为74.82%，高于标准值（70%）4.82个百分点。截至2011年12月31日，当期基金收入63,475万元，支出63,329万元，当期结余146万元，年末基金结余34,232万元基金累计结余可支配5.23个月，低于6个月的安全警戒线，资金安全可持续稳健运行风险较高。

4.项目效益。2021年我市统一城乡居民基本医疗保险待

遇，医疗保险制度公平惠及全体参保人员，实现城乡居民同病同保障，参保和待遇享受政策对所有参保对象公平，基本医疗待遇覆盖住院医疗、慢性病门诊等，政策设计科学，保障功能完善，费用分担合理，医疗保障功能发挥充分，有效减轻了患者医疗费用负担，推动我市医疗保障事业的发展，“参加居民医保、享受医疗保障”已成为全市群众共识。本次绩效评价通过电话访问对参保人员满意度进行了调查，电话抽查 100 人，其中满意、比较满意共 91 人，满意度达 91%，社会群众满意度较高。

五、好的做法和存在的问题

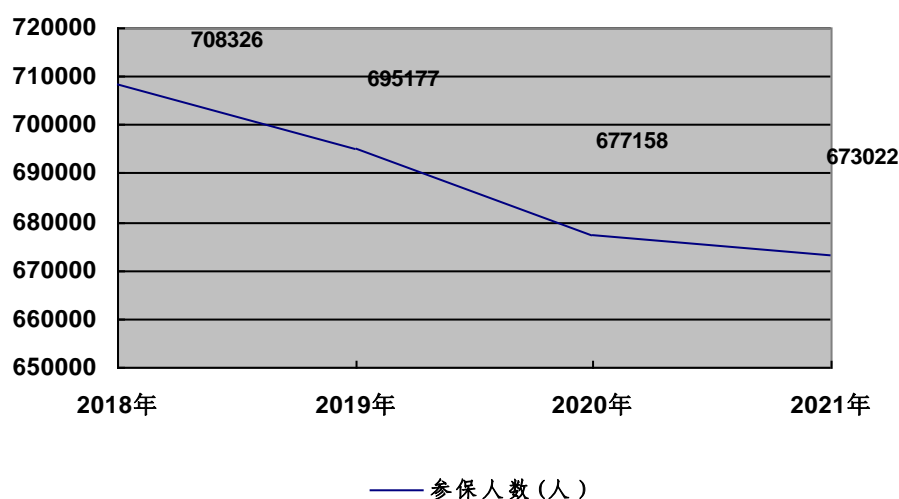
（一）好的做法。

从本次绩效评价看，各级医保管理机构在开展城乡居民基本医疗保险工作能积极发挥主观能动性，工作开展能因地制宜、积极创新，探索了一些好的做法。一是充分发挥乡镇（街道）、村（社区）、组各级干部与县级帮扶部门、驻村第一书记、驻村工作队等基层重要力量，压实驻村干部责任，划片包干、责任到人，走村入户、直面群众，确保重点人群基本医保“应保尽保”。二是建立重点人群数据交换机制，实现与乡村振兴、民政、残联等部门人员身份信息共享，按最优身份及时资助参保，保障其医保待遇及时享受。三是利用多样化宣传方式积极宣传医保政策，如米易县充分利用双语特色宣传，精心制作统一的参保案例音频，并通过“村村响”广播，让医保政策走进彝族同胞家的田间地头。

（二）存在的问题。

1.参保人数逐年递减。从市医保局提供的数据看，截至2021年12月，我市城乡居民基本医疗保险参保人数67.3万人（其中：60岁以上12.08万人），较上年年末减少0.4万人，减少0.61%，且2021年参保人数未达到省政府民生工程下达的参保任务数。通过横向对比近4年来我市参保人数数据，我市参保人数呈逐年递减的趋势，详见下图。

近年来我市城乡居民医保参保人数趋势图



2021年与2018年相比，我市城乡居民基本医保减少35,304人，减少率4.98%。经分析，主要原因为自2018年我市城乡居民医保整合以来，一是部分城乡居民参保人员参加职工医保；二是大学生、学生儿童外出读书、就业；三是外出务工人员增加；四是城乡居民医保整合后，清理重复参保人员。

2.基金稳健运行存在风险。2021年我市居民基本医保年末滚存基金结余为34,232万元，按照计算口径，基金累计

结余可支配 5.23 个月，低于 6 个月的安全警戒线，资金安全可持续稳健运行风险较高。

3.群众对政策的知晓程度还需提高。从电话访问情况看，我市群众对居民医保满意程度较高，但是询问其对居民医保相关政策了解情况时，近半数被调查群众表示对相关缴费规定、普通门诊和住院医疗保险比例等政策不清楚，主动了解医保政策的积极性普遍不高。

六、建议

（一）丰富宣传手段，提升宣传质量。各县（区）经办机构要参考米易县在宣传上好的做法，因地制宜，确保宣传政策、手段要符合本辖区实际，实行差异化、针对性宣传，宣传要从注重形式转向注重效果，进一步提升群众参保积极性。

（二）强化监督，提高监管能力和水平。市医保局要进一步提升监管能力和监管水平，让监管日常化、制度化，业务经办机构要加大对定点医疗机构的监督检查力度，结合辖区实际创新运用监督检查的形式和手段，确保医疗机构规范治疗，不过度治疗等成为行动自觉。

（三）强化基金运行情况分析和预警分析，进一步完善基金风险预警机制，确保基金稳健运行。同时，加强医保基金预算绩效管理，完善基金全过程预算绩效管理工作流程，提升医保基金使用绩效。