2023年淮北市城乡居民基本医疗保险补助资金绩效评价自评报告

一、绩效目标分解下达情况

城乡居民基本医疗保险补助资金转移支付是国家为了加快完善统一的居民基本医疗制度，按照医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案，财政对地方城乡居民基本医疗保险参保居民缴费给予补助的共同财政事权转移支付资金。我市城乡居民基本医疗保险制度市级统筹，经办、财务、资金管理使用统一。2023年我市中央转移支付下达资金58278万元，清算2022年资金退库707（-1110+403）万元，实际到账资金57571万元；省级下达资金29288万元，清算2022年资金退库807万元，实际到账28481万元；市（区 县）配套补助资金应补9321.77万元，实际到位9322.70万元。2023年底城乡居民基本医疗保险实际参保148.19万人，按户籍人口计算参保率89.59%，按常住人口计算的参保率为100.3%，参保率稳步提升；人均缴费350元（烈山区代缴费用327.604万元与2022年12月缴纳，计入2022年度收入）；政策范围内住院费用支付比例达到72%，参保人住院费用实际报销比68.83%。

二、绩效目标完成情况分析

**（一）资金投入情况分析**

2023年我市城乡居民医疗保险基金收入150959.39万元，预算执行率99.35%，其中：财政补贴收入98205.10万元，占基金收入的65.05%，城乡居民配套资金按标准补助收入执行率102.20%：利息收入850.53万元，占基金收入的0.56%，实现基金保值增值；保费收入51582.29万元，占基金收入的34.17%；基金监管等其他收入405.22万元，占基金收入的0.27%。全年基金支出148104.56万元，预算执行率为98.51%，其中：医疗保险待遇支出134265.27万元，预算执行率为99.16%;2023年基金支出预算执行率为99.28%。当年基金结余-4244.9万元，基金累计结余79765.58万元。基金支撑能力为6.4个月，基金运行总体平稳。

**（二）总体绩效目标完成情况分析**

年度总体目标。一是巩固参保率；二是稳步提高保障水平；三是实现基金收支平稳，提高资金使用效率，确保可持续性。2023年全年实际参保人数1481862人。按户籍人口计算参保率89.59%，按常住人口计算的参保率为100.3%，参保率稳步提升；参保人政策范围内住院报销比72%，实际报销比例68.83%；基金累计结余可支付月数6.4个月。较好完成年度总体目标。

**（三）绩效指标完成情况分析**

2023年我市依据国家、省局考核要求结合我市实际情况设置绩效考核一级指标4个，二级指标7个，三级指标23个。

**1、项目决策**

依据《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局关于提前下达2023年中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金预算的通知》（皖财社〔2022〕1388号）、《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局关于提前下达2023年省级城乡居民基本医疗保险补助资金预算的通知》（皖财社〔2023〕162号）、《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局关于下达2023年中央和省级财政城乡居民基本医疗保险补助资金预算的通知》（皖财社〔2023〕1023号），及时将中央、省级财政资金转到城乡居民财政专户，清算资金及时办理退库处理。市、区财政依据《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局转发〈财政部 医保局关于印发〈中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法〉的通知》（皖财社〔2019〕1226号）文件精神，及时足额将市、区财政资金配套到位。2023年12月底前中央 省财政配套资金全部转入财政专户。12月31日支出户清零，资金转入财政专户。

**2.过程管理**

**（1）资金管理**

2023年我市城乡居民医疗保险基金收入150959.39万元，预算执行率99.35%，其中：财政补贴收入98205.10万元，占基金收入的65.05%，城乡居民配套资金按标准补助收入执行率102.20%：利息收入850.53万元，占基金收入的0.56%，实现基金保值增值；保费收入51582.29万元，占基金收入的34.17%；基金监管等其他收入405.22万元，占基金收入的0.27%。全年基金支出148104.56万元，预算执行率为98.51%，其中：医疗保险待遇支出134265.27万元，预算执行率为99.16%;2023年基金支出预算执行率为99.28%。当年基金结余-4244.9万元，基金累计结余79765.58万元。基金支撑能力为6.4个月，基金运行总体平稳。

基金使用。城乡居民基本医疗保险严格执行《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》，基金按险种及不同制度分别建账、分账核算、分别计息、专款专用。我市基本医疗保险基金实行“收支两条线”管理。严格贯彻执行国家法律法规和方针政策，依法筹集和使用基金，确保各项基金应收尽收和社会保险待遇按时足额发放； 按照统一预算编制办法，合理编制基金预算，强化收支预算执行，严格编制基金决算，真实准确反映基金预算执行情况； 执行和完善内控制度，规范业务流程，明确工作职责，建立岗位之间相互监督制约机制，加强对基金收、支、存各主要环节的监督控制。按照“谁主管谁负责”的原则，实行责任追究制。

基金监督管理。坚持较真碰硬，着力守好人民群众救命钱。开展医保基金管理使用专项整治行动。把医保基金监管作为医保改革发展的决胜关键点，全年共计检查定点医药机构1005家，查处、约谈666家，暂停8家，公开曝光案例14起，拦截拒付、追回扣除医保资金共计1709.62万元；行政处罚7家2人共计11.21万，移交公安机关1人，移交卫健部门3家；探索建立医保基金监管智能场景。累计拦截疑似违规3.99万次、1.57万人，提醒医生646人，拦截项目3796个、1792种，拒付违规收费679.85万元，实现对场景内医疗服务行为的全过程监管；维护集采药品追溯码35.32万件，有效杜绝集采药品二次销售现象，在全省医保基金监管业务培训会议上作经验交流发言。全年职工医保基金收入24.65亿元，基金支出18.44亿元；居民医保基金收入14.39亿元，基金支出14.81亿元，统筹基金可支付月数分别为24.7个月和6.4个月，基金运行总体安全平稳，连续获得全省社会保险基金预决算绩效评价一等奖。

**2.组织管理**

2023年依托省统建的安徽医疗保障信息平台，全省率先实现银医直连线上支付。目前，信息系统运转正常，信息数据及时、准确.依托省统建的安徽医疗保障信息平台，省内参保人员已实现数据同步比对，有效避免了省内异地重复参保的情况

通过制度整合和系统统一，我市建立了市级统筹城乡居民基本医疗保险制度，实现了覆盖范围、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金管理制度，统一经办服务和信息系统.对定点医疗机构实行协议管理，将智能监控和现场稽核结果运用到实际中，年终依据全年各定点医疗机构协议执行情况进行年终决算和下达次年总额预算指标，建立了动态准入和退出机制。

**3.项目产出**

**（1）数量指标。**2023年我市城乡居民参保目标任务1481267人，实际完成1481862人；财政补助标准640元/人，其中：中央、省、市、县（区）分别为384元、192元（省属大学生256元）、64元，实际补助到位657元/人。

**（2）质量指标。**2023年统计年鉴户籍人口218.33万人，常住人口195.03万元。我市以户籍人口为基础计算的基本医疗保险综合参保率89.59%，略低于目标值90%；2023年我市以常住人口为基础计算的基本医疗保险综合参保率100.3%，超过目标值5.3个百分点。

重复参保人数。我市目前使用省统建医疗信息平台，统一业务系统，不存在重复参保问题。

住院报销比例。参保人政策范围内住院费用报销比例72%，指标值大于等于70%，完成指标101.67%；参保人住院费用实际报销比例68.83%，高于上年指标值65.61%。我市是地级市，医疗水平相对不高，距徐州、南京、蚌埠等城市较近，交通方便。参保人员比较愿意选择外出就医。2023年参保人员实际报销比例比2022年上升3.22个百分点。

支付方式改革。2023年力推医保支付方式改革，促进医保高质量发展。2023年完成全市DRG试点改革医疗机构覆盖**。**按照我市DRG试点工作要求，全市109家有住院资格的医疗机构全部纳入DRG。对医疗机构开放清单质控系统，并督促引导医疗机构规范清单上传。2023年城乡居民基本医疗保险住院总费用162070万元，其中住院DRG付费总费用为106347万元，统筹地区内住院费用按项目付费占比34.38%，比2022年（53.38%）降低了19分点。

基金累计结余可支配月数6.4个月。随着城乡居民基本医疗保险待遇整体提高和承担近几年因新冠疫情发生的医疗费用及疫苗和接种费用，基金支出加大；同时通过几年的系统整合，清理跨制度重复参保，参保人员下降等因素影响，2023年基金支撑为6.4个月，比上年有所下降，整体运行平衡。

**（3）时效指标。**2023年医疗费用即时结算率98.12%，超过目标任务3.12个百分点。

**4.项目效益**

**（1）服务对象满意度指标**

参保人员满意度。

一是完善异地就医直接结算，提升异地就医的便利性。按照“先备案、选地点、后就医”的工作流程，不断简化异地就医备案手续，全面支持患者持医保电子凭证、身份证社保卡等任一种就医凭证办理入院登记；开通临时外出就医自助备案，无需审核，当场通过，实现“即时开通，即时享受”异地就医直接结算政策。在实现职工医保个人账户省内异地定点零售药店直接结算的基础上，开通职工医保个人账户跨省异地定点零售药店直接结算。

二是优化慢性病办理流程，提高服务效率。**扩大医保慢特病种范围。**全市医保门诊慢特病病种范围从4年前的48种增加至现在的85种，包含医疗费用较高的肌萎缩侧索硬化（渐冻症）等11种罕见病。**取消医保慢特病门诊用药限制。**参保群众门诊治疗慢特病、使用符合病情需要的国家基本医保药品时，均可按规定享受医保门诊慢特病报销待遇，改变以往必须在门诊用药目录内才可享受报销待遇的不便，进一步扩大慢特病患者用药选择范围。**取消医保慢特病定点医院限制。**自2023年8月1日起，取消门诊慢特病患者只能选择一或两家医院作为门诊慢特病治疗医院的限制，患者可任意在全市154家有治疗能力的定点医院就诊治疗直接联网结算，无需办理变更手续，发生的医疗费用均可以按规定报销。**三类医保慢特病待遇“免申即享”。“即申即享”。恶性肿瘤慢特病待遇“即申溯享”。**对还没来得及办理门诊慢特病的肿瘤疾病确诊患者，待遇享受依然从慢特疾病确诊之日开始，疾病确诊之后的相关医保范围内的医疗费用也可报销，对医保待遇进行追溯，进一步做到“即申溯享”。

三是优化医保公共管理服务，提升群众就医便捷度。以行风建设为抓手，完成政务服务事项办事指南修改调优工作。根据业务流程优化政务服务网上的政务服务事项办事指南，汇总并进行集中修改，统一了政务服务事项清单、办事指南、经办服务规程，减少办事环节、缩短办理时限、降低办事成本，提高办事效率和服务质量，营造良好的全市医疗保障系统营商环境建设，进一步提高全市医疗保障系统的服务效能。今年九月，完成对医保窗口的升级，顺利进驻市政务服务大厅，设立10个医保服务窗口，并按照国家统一标准，完善各项医疗保障经办服务制度，严格执行一次性告知制度、首问负责制、限时办结制等制度，进一步统一经办流程、规范经办服务，实行经办业务“综合柜员制”，严格落实“最多跑一次”改革要求。

三、偏离绩效目标的原因和下一步改进措施

2023年我市总体目标和绩效指标没有未完成指标值和偏离指标值较高的指标。

四、绩效自评结果拟应用和公开情况

我市城乡居民基本医疗保险补助资金绩效评价工作列入县、区医保部门及市局各科室及局属二级单位考核目标。淮北市医疗保障局官网政府信息公开模块设有财政专项资金管理和使用情况专栏，每年按照要求公开专项资金预算、决算、绩效目标表、绩效评价结果等信息。

2024年1月11日