攀枝花市医疗保障局

关于2023年度城乡居民基本医疗保险

补助资金绩效自评的情况报告

根据《国家医保局关于报送医保转移支付资金绩效自评报告的通知》和《四川省医疗保障局关于报送医保转移支付资金绩效自评报告的通知》要求，现将2023年度城乡居民基本医疗保险补助资金绩效自评情况报告如下。

一、绩效目标分解下达情况

2023年城乡居民医疗保险补助转移支付绩效目标分别安排中央及省级资金38605.36万元，市级资金1203.1万元，县级资金2920.16万元。

二、绩效情况分析

（一）资金投入情况分析。

2023年，该项目资金全年预算安排42728.02万元，资金实际拨付42814万元，资金预算执行率100.2%。

（二）资金管理情况分析。

1.资金分配及使用情况。

资金分配方案符合财政部和国家医保局下达的文件要求，资金使用规范合理。基金实行财政专户专账核算，收到上级财政转移支付资金后，全部进入市级医保基金财政专户，实行专款专用，不存在挤占、挪用情况。

2.预算编制及执行情况。

（1）预算编制。根据《中华人民共和国预算法》《四川省社会保险基金预算绩效管理实施办法》要求，结合2023年筹资标准和2022年基金运行情况，由市本级统一编制2023年城乡居民基本医疗保险基金预算。2023年城乡居民基本医疗保险收入预算为69，876.23万元，支出预算为66，089.86万元，预算当期结余为3，786.37万元，累计结余为43，029.37万元。

（2）预算执行。2023年度预算完成情况为：全市城乡居民医保基金总收入70，325.02万元，完成预算的100.64%；基金总支出64，970.33万元，完成预算的98.31%。

3.绩效管理及支出责任履行情况。

年初分解下达城乡居民医保绩效目标，实现基金收支平衡总体目标。积极开展绩效评价，绩效指标细化明确，绩效运行监控有力，评价报告规范完整，评价结果应用及时。市、县（区）医保部门按职责认真履行支出责任。

（三）总体绩效目标完成情况分析。

完成了2023年城乡居民医保参续保工作，巩固了我市城乡居民医保参保率、稳步提高了医疗保障水平、实现了城乡居民医保基金收支平衡。

（四）绩效指标完成情况分析。

1.决策指标。2023年攀枝花市城乡居民基本医保基金决策严格按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中华人民共和国预算法》《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》《项目支出绩效评价管理办法》《攀枝花市医疗保障基金统筹统支财务经办规范》等文件严格执行，程序合规完整。

2.过程指标。结合我市医疗保障有关职能整合，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，进一步提高运行质量和效率，全面建立了市级统筹的城乡居民医保、医疗救助制度，实行全市统一基金管理，统一基金财务核算，统一编制基金预决算。2023年，攀枝花市城乡居民医保基金分配严格按照规定履行审批程序，无违反《社保基金财务制度》情况。建立全覆盖式医保基金监督检查制度，全年组织开展两次医保基金监督检查。全市分类推进医保违法违规行为专项治理，建立健全行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度，健全监督举报、举报奖励、智能监管、综合监管、责任追究等措施。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。2023年按时、完整上报医保基金统计、基金报表，不存在虚报、瞒报、误报等现象。积极开展绩效评价，绩效指标细化明确，绩效运行监控有力，评价报告规范完整，评价结果应用及时。按要求上报基金预算执行情况及基金预警分析情况和报告。

3.产出指标。（1）全市城乡居民医保参保人数66.10万人，完成绩效目标任务的98.65%。（2）2023年财政人均补助标准调增至640元。参保居民个人缴费标准395元，不低于国家规定的个人最低缴费标准350元。（3）以户籍人口为基础计算的基本医保综合参保率101.85%，以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率89.55%。（4）重复参保人数0人，虚报参保人数0人。（5）2023年，我市城乡居民医疗保险政策范围内住院费用报销比例72.56%。（6）已全面开展实行按病种（组）、按人头付费等支付方式改革，按DRG、DIP、病组分值付费的住院医保基金支出占当期当地全部符合条件的住院医保基金支出的比例为96%。（7）二级及以下医疗机构开展居民门诊统筹，门诊统筹报销实行联网结算，更好保障参保人员基本医疗需求。（8）截至2023年12月31日，当期基金收入70，325.02万元，支出64，970.33万元，当期结余5，354.69万元，年末基金结余44，597.69万元，基金累计结余可支配7.44个月。（9）医疗费用即时结算率95%以上。

4.效益和满意度指标。2023年攀枝花市城乡居民基本医疗保险政策知晓率95%以上，参保和待遇享受政策对所有参保对象公平，参保对象满意度达到98%。

（五）评价结论及改进措施。

1.评价结果。

2023年攀枝花市城乡居民基本医疗保险基金预算绩效自评结果为99分。2023年城乡居民基本医疗保险参保人数目标任务为67万人，实际参保人数为66.10万人，完成目标任务的98.65%，自评扣1分。

2.存在的问题。

2023年攀枝花市城乡居民基本医疗保险参保人员流失严重。主要原因：一是大学生参保人数同比减少8，747人，部分大学生选择在户籍地参保。二是保费逐年增加，部分居民参保积极性下降。三是放开疫情，外出务工人员增加，选择在务工地参保。四是清理重复参保导致人数减少。

3.偏离绩效目标的原因。

2023年城乡居民基本医疗保险基金总支出预算完成率为98.31%，主要原因是保险公司未及时对2022年大病保险费用进行清算。

4.下一步改进措施。

一是持续开展全民参保，排查城乡居民医保应参未参人员，配合税务部门做好参保工作。

二是加大医保政策宣传力度，鼓励灵活就业人员应参尽参，保证基本医疗保险基金收支平衡。

三是进一步加强基金预算管理，将基金预算管理和费用结算管理相结合，加强预算的执行力度。

四是加强对定点医疗机构的监督管理，遏制医疗费用不合理支出，全力维护医保基金安全。

攀枝花市医疗保障局

关于2023年度城乡医疗救助补助资金绩效

自评的情况报告

根据财政部、民政部《城乡医疗救助基金管理办法》和四川省财政厅等部门《关于印发〈四川省中央和省级财政医疗救助补助资金管理办法〉的通知》（川财社〔2020〕66号），《关于修订〈四川省中央和省级财政医疗救助补助资金管理办法〉的通知》（川财社〔2022〕26号）规定，对照《四川省财政厅 四川省医疗保障局关于下达2023年中央和省级财政城乡医疗救助补助资金的通知》（川财社〔2023〕62号）中转移支付资金区域绩效目标表有关指标开展自评，现将我市2023年度城乡医疗救助补助资金绩效情况报告如下。

一、绩效目标分解下达情况

（一）中央及省级下达医疗救助资金转移支付情况。

2023年财政厅、省医保局共下达我市中央、省级补助资金3155万元，其中中央财政资金2106万元，省级财政资金1049万元（一般公共预算中一般补助部分581万元，资助参保部分388万元；福彩公益金80万元）。

（二）市内资金安排、分解下达预算和绩效目标情况。

2023年，市、县级投入医疗救助资金812.55万元，其中市级资金200万元，县（区）资金612.55万元。

二、绩效情况分析

（一）资金投入情况分析。

根据专项资金管理规定，医疗救助资金用于资助困难群众参保及对医疗救助对象进行门诊、住院的医疗救助。2023年，我市医疗费用支出总计3180.28万元，其中资助困难群众参保支出887.31万元，医疗救助门诊及住院支出2292.97万元。

（二）资金管理情况分析。

医疗救助资金纳入市级财政专户管理，收支两条线，独立核算。医疗救助做到专款专用，实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一单制”结算。市、县（区）医保经办机构规范管理医疗救助资金，县（区）按月报送医疗救助资金使用计划，市级医保经办机构根据支出计划向财政提出资金申请，及时划拨至县区医保经办机构支出账户，县（区）医保经办机构按照资金审核流程及时将医疗救助清算费用拨付至定点医疗机构。根据年初设定的绩效目标，合理安排资金拨付提高资金使用效率，切实减轻困难群众看病就医负担，发挥医疗救助最大保障效能，做好资金绩效自评工作。

（三）总体绩效目标完成情况分析。

我市2023年度总体目标为：医疗救助对象人次规模不低于上年，重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例达到70%。我市总体目标全部完成，2023年，我市符合救助条件的对象有29330人，全部纳入救助范围，医疗救助人次规模（含资助参保、住院、门诊医疗救助人次）130519人次，比去年92472人次增加38047人次，增幅较大的原因是普通门诊救助方式发生改变，由按人按年定额救助改为“一单制”联网报销。2023年，我市特困对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例为100%，低保对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例为70%，经计算，重点救助对象实际发生的政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例为73.84%。

目标完成情况：中央、省级财政以转移支付形式对我市医疗救助资金实施补助，有力促进了医疗救助制度贯彻落实。实行医疗救助市级统筹，促进了医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，增强资金抗风险能力，提高资金使用效率。通过资助参保、门诊和住院救助，减轻了困难群众医疗费负担的同时，确保了依法救助规定落地落实，维护了地方社会和谐稳定。综上，按照医疗救助绩效目标表有关指标，2023年自评得分95分。

（四）绩效指标完成情况分析。

1.产出指标。

数量指标：2023年，我市医疗实际资助参保53890人（含监测户和脱贫户34656人），住院救助人次数32856人次（含住院、门特及特药结算），门诊救助人次数43773人次。我市特困、低保重点救助对象2023年政策范围内费用12718.43万元，基本及大病报销9611.69万元，剩余政策范围内个人自付费用为3106.74万元，医疗救助2293.52万元，对重点困难对象救助比例达到了73.82%。2023年，我市对符合资助条件的农村低收入人口资助参保覆盖率为100%。

2023年，基金累计结余占当年筹集基金总额的比重≥15%。

质量指标：2023年，我市医疗救助跟随基本医保全面“一单制”结算，医疗救助全面纳入基本医保监管体系，大大提升了监管能力。

时效指标：全市均开展“一单制”结算，“一站式”服务，市域内“一站式”即时结算覆盖率100%。

2.效益指标。

社会效益指标：医疗救助制度覆盖范围100%，医疗救助经办覆盖村、社区等基层机构，经办机构不定时开展基层、入户宣传等。城乡医疗救助政策知晓率大大提升。困难群众看病就医均通过“一单制”“一站式”即时结算，且随着省内联网结算、省外联网结算的进一步开展，困难群众看病就医方便程度明显提高。

可持续影响指标：医疗救助作为社会救助体系的重要组成部分，在改善民生上发挥举足轻重的作用，已成为完善社会救助体系中不可或缺的部分。资助参保把困难群众纳入了基本医疗保障的范围，医疗救助进一步有效减轻了困难群众的医疗费用负担，健全了多层次医疗保障体系，夯实基本保障制度基础，完善三重制度综合保障政策，提升医疗保障公共管理服务水平，助力乡村振兴，扎实推进共同富裕。

3.服务对象满意度指标：救助对象对医疗救助工作满意度≥90%。

四、偏离绩效目标的原因和下一步改进措施

基金累计结余占当年筹集基金总额的比重≥15%，主要原因：一是我市民政部门尚未开展“因病致贫”对象认定工作，目前无因病致贫对象享受医疗救助。二是按照《省医保局等七部门关于印发〈四川省巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施方案〉的通知》（川医保发〔2021〕14号）规定，已稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策，即2023年按个人缴费标准395元的50%进行参保资助。三是按照现行系统审核规则，医疗救助费用审核和结算存在两个月时间差。

改进措施：做好专项资金预算的测算和管理，确保医疗救助资助参保及时足额到位，医疗救助门诊及住院按时拨付。

五、绩效自评结果拟应用和公开情况

通过开展2023年城乡医疗救助补助资金绩效评价工作，有利于改进绩效考核指标，对符合条件的救助对象及时进行医疗救助，保障困难群众的健康权益，发挥医疗救助资金的最大效益。绩效评价结束后及时公布2023年城乡医疗救助补助资金使用情况，做到公开透明。

攀枝花市医疗保障局

关于2023年度医疗服务与保障能力提升

补助资金绩效自评的情况报告

省医保局：

根据《国家医保局关于报送医保转移支付资金绩效自评报告的通知》和《四川省医疗保障局关于报送医保转移支付资金绩效自评报告的通知》要求，现将我市2023年度医疗服务与保障能力提升补助资金绩效评价情况报告如下。

一、绩效目标分解下达情况

2023年中央财政共下达攀枝花市医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）352万元。其中，市医保局（含市医保信息中心)154万元，市医保事务中心108万元，县（区）医保局90万元。

二、绩效目标完成情况分析

（一）资金投入情况分析。

2023年，该项目资金全年绩效目标352万元，实际支出292.87万元，资金预算执行率为83.2%。上年结转资金58.36万元，实际支出40.09万元，全年资金预算合计410.36万元，支出合计332.96万元，资金预算综合执行率为81.14%。主要用于医保政策宣传、基金监管、经办服务提升、医药服务价格调整、干部培训和医保信息化标准化建设等。该项目资金实行专款专用，资金审批程序完整，并统一按财务管理要求进行财务核算。

（二）资金管理情况分析。

严格贯彻执行医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法，根据上一年度工作完成情况和资金执行情况提出2023年医疗服务与保障能力提升补助资金分配方案，市级医保部门商市级财政部门达成一致意见后，行文下达。市级和县区医保部门收到专项预算资金后，制定年初预算绩效目标，按资金使用方向进行拨付使用，并在次年初按照上级部门要求开展绩效评价工作。认真履行支出责任主体，市级医保部门负责本级医疗服务与保障能力提升补助资金支出责任，县区医保部门负责下达给本县区专项资金的支出责任。

（三）总体绩效目标完成情况分析。

2023年，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真落实国家、省决策部署，按照资金绩效总体目标要求，认真组织实施医保重点改革项目。通过稳步落实药品医用耗材集采政策，持续加强医药服务和价格管理，全面深化医保支付方式改革，奋力提升医保公共服务，持续加大医保基金监管力度，不断完善医保信息化标准化建设等，有效提升了我市医疗保障服务能力，切实发挥了中央转移资金使用效益，如期完成了2023年度总体绩效目标，自评得分98.5分。

（四）绩效指标完成情况分析。

1.产出指标。

（1）数量指标。2023年，村（社区）提供医保办理或帮办代办服务的覆盖率100%。聘请四川民慷律师事务所为年度法律顾问，提供专业法律咨询服务，开展法律法规专题培训1次以上，提高了部门依法行政工作能力。我市开展门诊慢性病费用跨省直接结算的定点医疗机构31家，每个县（区）范围内开通门诊慢性病费用跨省直接结算的定点医疗机构至少2家以上。医保基金结算清单上传率99.16%。医保电子凭证全市累计激活780618人，激活率70.50%，位列全省第8位。全市医保电子凭证月平均结算率48.02%，完成全年目标任务的96%。上线移动支付的定点医疗机构3家，结算率5.1%。国谈药品和其他医保药品监测数据报送及时。

（2）质量指标。在市政府开展的上年度依法行政绩效考评中无扣分项。建立基金运行动态监测及风险预警机制，通过基金收支情况和累计结余可支付月数等数据，科学研判基金保障能力趋势。优化经办服务水平，继续完善医保服务热线、“视频办”和医保智能客服服务。9月正式开通跨省异地就医线上自助备案服务，为异地就医人员提供更加高效便捷的服务。不断提高医保基金综合监管能力，全力维护医保基金安全。一方面在全市开展打击欺诈骗保集中宣传月活动，发放宣传资料3.7万份，利用出租车顶LED显示屏及业务关联单位展示屏滚动播放打击欺诈骗保标语及公布举报奖励电话10余万条次，组织现场培训14期，共计1500余人次参训。一方面抓好基金常态化监管检查，强化典型案例曝光力度，要求发现一起、处理一起、曝光一起，坚决保持打击欺诈骗保的高压态势，形成医保基金监管的强大震慑氛围。按上级文件要求开展调价评估，未达到启动条件，当年未开展价格动态调整。依据医保办函〔2023〕66号文件要求，2023年12月进行价格专项调整，动态调整医疗服务项目共计297项，其中294项纳入医保基金报销范围。规范医保目录管理，年内未出现违反目录管理政策情况，认真落实执行川医保规〔2023〕5号文件，未出现影响医疗机构制剂目录落地的重大问题。根据国家医保局《医疗保障基金结算清单填写规范》规范填写结算清单。稳步落实药品医用耗材集采政策，国家组织集采9个批次，其中药品7个批次、耗材2个批次，中选产品完成约定采购量的4个批次（均为药品），集采药品报量354.27万片/粒/袋/支，采购中选药品665.83万片/粒/袋/支，集采耗材报量2410个，采购3146个。贯彻国家医保局DRG/DIP支付方式改革三年行动计划，深入推进DRG支付方式改革，持续夯实基础、优化机制、推进协同，改革成效凸显，我市统筹基金连续三年当期结余。2023年3月圆满承办全省医保电子凭证和医保移动支付现场宣传及推广活动，并展示我市应用场景。实现全市三级、二级定点医疗机构医保电子凭证全流程应用，包含“挂号、支付、取药及取报告”等就医环节，符合条件的三级、二级定点医疗机构移动支付上线国家医保APP。

2.满意度指标情况。

医保经办窗口共收到7978条办事群众评价数据，好评率100%，参保对象对我市医保经办和服务的满意度98%以上。

三、偏离绩效目标的原因和下一步改进措施

2023年该资金预算综合执行率为81.14%。执行进度不够，主要原因是部分项目年末实施未及时支付。

下一步改进措施：提前谋划资金安排，加大预算执行力度，提高资金使用效率。加强与财政部门的沟通协调，保障资金及时拨付。

四、绩效自评结果拟应用和公开情况

通过开展2023年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）绩效评价工作，有利于提升项目执行的科学性、合理性和规范性，为2024年医保项目实施和资金使用方向提供有益参考。2023年绩效评价工作结束后，将通过市医保局官方网站进行公开公示。

五、其他需要说明的问题

无