

宝鸡市财政预算评审中心文件

宝市财评字〔2023〕17号

宝鸡市财政预算评审中心 关于宝鸡市 2022 年度城乡居民基本 医疗保险基金的事后绩效评价报告

市财政局：

根据宝鸡市财政局《关于做好 2023 年财政重点绩效评价工作的通知》（宝市财办绩〔2023〕7 号）等相关文件要求，我中心组织对宝鸡市 2022 年度城乡居民基本医疗保险基金（以下简称“基金”）开展了事后绩效评价，现将评价情况报告如下。

一、基本情况

（一）政策概况

1. 政策背景

基本医疗保险制度旨在通过统筹共济，保障居民住院和门诊的基本医疗需求，是一项重要的民生工程。根据中省深化医疗保障制度改革的部署要求，为保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，促进医疗保障体系持续健康发展，2019 年 12 月

23日，市政府出台《宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法》（宝政发〔2019〕23号），决定自2020年1月1日起，我市原城镇居民医疗保险和原新型农村合作医疗合并运行，统一为城乡居民基本医疗保险制度，并实行市级统筹、总额控制、分县（区）记账。通过城乡居民医保制度的整合，实现了城乡居民医保政策“六统一”（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），消除了城乡制度分设、管理分割、资源分散等障碍，对于建立更加公平、更可持续的基本医疗保障制度，提升城乡居民医疗保障水平具有重要意义。

2. 政策主要内容

(1) 参保对象及参保形式：城乡居民医保参保对象为具有本市户籍或在本市长期居住（取得居住证），除城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。参保形式为以家庭（院校）为单位整体参保。

(2) 缴费标准：2022年个人缴费标准为每人每年350元，财政补助标准为每人每年610元。特殊人员个人缴费由医疗救助资金、财政资金按规定给予全额或定额资助。其中：特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童个人不缴费，由医疗救助资金给予全额资助；纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）个人缴费由省、市、县三级财政资金给予150元定额资助，个人按每人每年200元缴费；农村低保对象参保个人缴费由医疗救助资金给予150元定额资助，个人按每人每年200元缴费；城市低保对象个人

缴费部分由医疗救助资金给予 10 元定额资助，个人按每人每年 340 元缴费。

(3) 医疗待遇：城乡居民参保人员医保待遇主要包括普通门诊待遇、门诊慢特病待遇、住院待遇。在一个待遇年度内发生的符合城乡居民医保支付范围的医疗费用，基金按规定支付。支出范围和标准按照城乡居民基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和医疗服务的标准执行。

(4) 就医管理：参保人员凭本人社会保障卡或居民身份证至定点医疗机构就医，参保人员在本市行政区域内定点医疗机构住院，实行基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。符合政策规定的不受本市分级诊疗制度限制，长期在本市行政区域外居住或因病情需要转往异地就医的按中、省相关规定进行异地就医登记备案后，就诊就医。

(二) 2022 年度基金收支预决算情况

2022 年度基金收入预算为 276,816.31 万元，支出预算为 259,896.31 万元。

2022 年度基金收入完成 258,302.12 万元，其中：基本医疗保险费收入 86,943.64 万元，利息收入 3,553.52 万元，财政补贴收入 167,548.38 万元，其他收入 256.58 万元。财政补助资金到位率 100%。

2022 年度基金支出完成 239,656.67 万元，其中：基本医疗保险待遇支出 204,216.51 万元，划转用于城乡居民大病保险支出 30,047.9 万元，其他支出 5,392.26 万元。

本年收支结余 18,645.45 万元，上年末结余 96,642.34

万元，年末滚存结余 115,287.79 万元。

二、绩效评价工作情况

(一)评价目的、对象和范围

1. 评价目的

通过本次绩效评价工作，评价分析 2022 年度宝鸡市城乡居民基本医疗保险政策目标实现程度、基金管理使用绩效等情况，总结成熟经验，提示存在问题，促进改进管理、完善制度和政策见效。

2. 评价对象和范围

绩效评价范围为宝鸡市 2022 年度城乡居民基本医疗保险政策实施效果和基金管理使用情况，评价对象主要涉及市医疗保障局、市医疗保障经办中心及定点医疗机构等。

(二)评价工作过程

首先，根据相关政策文件、绩效自评报告、绩效目标，明确评价的范围、内容和相关的标准；其次，结合相关资料和实际情况，设计评价指标体系及评分办法；最后进行现场评价，听取项目单位关于基金管理使用情况、政策目标完成及实施效果的总体介绍，审阅相关财务账簿、财务凭证、结算票据、各项管理制度和相关文件等资料。根据收集整理的资料客观分析，综合评价后形成评价结论，就评价过程中发现的问题与项目单位进行沟通并提出合理化建议。

(三)评价标准及方法

本次评价遵循科学规范、公正公开、绩效相关的原则，通过收集资料、现场检查、问卷调查等方法，从项目决策、过程、

产出、效益、满意度 5 个一级指标，分政策制定、绩效目标、基金预算管理、医保政策执行、风险控制、基金财务管理、医疗服务管理、产出数量、产出质量、产出时效、经济效益、社会效益、可持续性、服务对象满意度 14 个二级指标、23 个三级指标进行评价。

(四) 评价的局限性

尽管评价组在评价过程中力求规避取证及评价风险，但受所获资料的充分性、问卷调查样本的代表性以及评价组人员政策理解把握、认知局限等主客观因素的影响，评价结论仍可能存在疏漏甚至偏离。

三、综合评价情况及评价结论

(一) 综合评价得分及绩效等级

结合单位自评、信息采集，实地察看、问卷调查及数据分析等情况，本项目绩效评价得分为 82.5 分，绩效等级为“良好”。得分情况详见附表。

(二) 评价结论

评价组认为，宝鸡市 2022 年度城乡居民基本医疗保险政策制定依据充分，政策执行标准统一，绩效目标设定较为合理，基金预决算管理、财政专户管理比较规范，财政补助标准、医疗保险待遇稳步提升，减轻了参保患者医疗费用负担，在基金保值增值、推动城乡居民公平享有基本医疗保障权益等方面经济效益、社会效益明显。

评价中也发现，城乡居民基本医疗保险政策实施中也还存在一些问题，主要是：参保人数出现逐年下降态势，全覆盖的

政策目标尚未全部实现；政策设计不够完善，制度可持续性有待提升；基金预算约束力不强，基金监管和政策宣传力度仍需加大。这些问题，应当引起相关部门重视，采取措施切实加以解决。

四、绩效评价指标分析

(一) 决策

从政策制定、绩效目标两个方面评价，分值 8 分，得分 8 分，得分率 100%。具体得分详见表一：

表一 绩效指标得分表一决策

一级指标	二级指标	三级指标	分值	得分
决策 (8分)	政策制定	立项依据充分性	4.0	4.0
		立项程序规范性	2.0	2.0
	绩效目标	绩效目标合理性	1.0	1.0
		绩效目标明确性	1.0	1.0
	合计		8.0	8.0

1. 政策制定方面

我市城乡居民基本医疗保险制度符合国家基本制度框架范围（城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助），评价中未发现自行设立其他医疗保障制度、出台国家统一的特殊人群保障政策之外的政策、自行制定个人或家庭账户政策等情形，政策制定依据充分、程序规范。

2. 绩效目标方面

绩效目标由项目单位按照上年基金管理情况及本年度目标任务设定，与实际工作内容相符，预期的产出与效果基本达到计划目标。

(二) 过程

从基金预算管理、医保政策执行、风险控制、基金财务管理和医疗服务管理五个方面评价，分值 19 分，得分 15 分，得分率 78.95%。具体得分详见表二：

表二 绩效指标得分表一过程

一级指标	二级指标	三级指标	分值	得分
过程 (19 分)	基金预算管理	基金预决算编制	2.0	1.0
	医保政策执行	政策统一规范	6.0	5.0
	风险控制	风险防控	8.0	6.0
	基金财务管理	财务管理规范性	1.5	1.5
	医疗服务管理	定点医疗机构管理	1.5	1.5
	合计		19	15

1. 基金预算管理方面

基金预决算编制完整，基本符合基金实际运行状况，按规定程序审批，但部分支出如大病保险、其他支出预决算差异过大，表明预算编制的准确性、预算约束作用还不强，根据评分规则基金收支预决算编制扣减 1 分。

2. 医保政策执行方面

参保人员范围、筹资标准符合国家和省级相关政策规定，农村建档立卡脱贫人口参保个人缴费部分按照中省相关规定由财政给予定额补助。住院和门诊起付标准、支付比例和最高支付限额符合国家和省级规定的范围，能够严格执行国家规定的药品医用耗材目录和医疗服务项目支付范围和国家规定的其他不予支付的范围。但在联勤保障部队第九八七医院抽查时，发现三份结算单显示统筹基金支付比例为 65%，实际核算的支付比例为 72.27%、69%、65.91%，不符合宝鸡市医疗保障局、宝鸡市财政局《关于调整城乡居民基本医疗保险有关政策的通知》（宝医保发〔2022〕66 号）要求，第九八七医院解释

因为患者使用了特殊药品，整体报销比例降低，属于政策范围内，但没有说明计算比例与显示比例不一致的问题；而且与检查的其他医院相比，采用相同的计算办法，其他医院在使用特殊药品的情况下，结算单显示统筹基金支付比例与实际核算的支付比例均符合相关规定（二级医院 80%，三级医院 65%），根据评分规则医保政策执行扣减 1 分。

3. 风险控制方面

根据 2021 年 5 月 1 日起执行的《医疗保障基金使用监督管理条例》，市医疗保障局下发了《关于做好 2022 年医疗保障基金监管工作的通知》（宝医保发〔2022〕16 号）和《关于进一步加强打击诈骗医保基金专项整治行动工作的通知》（宝医保发〔2022〕25 号），建立了打击欺诈骗保相关工作机制，以及由医保、公安、财政、卫健部门组成的监管联动机制，开展了打击诈骗医保基金专项整治行动和医疗保障监管集中宣传月活动。通过加强对相关机构的监管和检查，坚持宽严相济的原则，引导两定机构和医务人员自觉规范服务行为，构建“不想骗、不敢骗”的长效机制。建立了基金的监测和动态预警机制，定期编写基金分析报告，对基金运行情况进行分析，及时发现问题、消除隐患。但现场资料检查中未发现相关的基金中长期精算分析制度，根据评分规则扣减 2 分。

4. 基金财务管理方面

基金日常管理严格按照《社会保险基金财务制度》要求，制定管理制度，明确相关操作规程和岗位责任。基金收入全额纳入市医疗保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，对

各县(区)城乡居民医保基金收支情况单独核算，与财政专户、定点医疗机构和保险公司定期对账并留存相应的记录。

5. 医疗服务管理方面

与城乡居民医保定点医疗机构签订了服务协议，制定了相应的管理办法，从就医、申请和费用结算等方面进行事中监管和事后评价，并根据考核结果建立动态准入和退出机制。

(三) 产出

从产出数量、产出质量、产出时效三个方面评价，分值37分，得分32分，得分率86.48%。具体得分详见表三：

表三 绩效指标得分表—产出

一级指标	二级指标	三级指标	分值	得分
产出 (37分)	产出数量	基金收支预算执行率	4.0	2.0
		综合参保率	7.0	5.0
	产出质量	财政补助标准提高	2.0	2.0
		医疗保险待遇水平提升	11.0	11.0
		医疗支付方式改革	3.0	2.0
		药品耗材价格管理	4.0	4.0
		参保人员管理	4.0	4.0
	产出时效	待遇支付时效	2.0	2.0
	合计		37.0	32.0

1. 产出数量方面

2022年度基金收入预算执行率93.31%，基金支出预算执行率为92.21%，基金收支预算执行率均大于90%小于95%，根据评分规则扣减2分。2021年参保缴费人数279.2万人，2022年参保缴费人数267.27万人，实际参保缴费人数较上年下降4.27%，根据评分规则扣减2分。2022年度城乡居民基本医疗保险以户籍人口数为基数计算的综合参保率为95.07%，大于95%；建档立卡脱贫人口参保做到全覆盖。

2. 产出质量方面

财政补助标准持续提高，2022年参保缴费财政补助标准为每人每年为610元，人均财政补助标准新增30元；纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）个人缴费财政定额资助为150元。

为进一步减轻参保患者医疗费用负担，自2022年9月1日起，宝鸡市城乡居民在本市行政区域内三级医疗机构住院起付线由现行的2000元下调至1500元，同时住院报销比例由现行62%上调至65%；二级医疗机构住院起付线由现行的800元下调至600元，住院报销比例由现行78%上调至80%。项目单位能够执行各级医疗机构住院起付线标准和住院报销比例，制定了较为完善的门诊慢特性病用药保障、就医管理办法并能够切实执行。

医保服务实现省域内“一单制结算”，实现普通门诊费用、门诊慢特病费用、住院费用跨省直接结算服务。项目单位按照国家、省药品集中采购和医疗服务价格的相关规定和流程进行药品和服务价格的动态调整，药品供应能够满足相关机构和患者的需要。并能够严格按照监管办法进行医保稽核，2022年度在医保稽核中发现一起因提供劳务造成伤害引起的骗保事件，金额为19122.43元，已根据相关流程上报、处理，并移交相关部门。项目单位医疗费用支付目前为按病种、按床日两种结算方式，根据《宝鸡市城乡居民基本医疗保险实施办法》要求建立多元复合式支付方式，形成责任共担与激励机制相结合的费用结算管理模式相关规定和评分规则，本项扣减1分。

3. 产出时效方面

对于应由医保基金支付的费用，经办机构与定点医疗机构、药品经营单位能够按照相关规定按月及时结算；个人先行支付的费用（如在非联网结算的定点医疗机构发生的住院费用）由参保人持相关资料和票据，能够按照规定流程及时进行报销。同时也建立了异地就医医疗费用结算制度，对于出差、学习、异地转诊、异地长期居住的退休人员等各种情形，制定了备案、就医、结算、问题处理等相关流程，

(四) 效益

从经济效益、社会效益、可持续性三个方面评价，分值 23 分，得分 15.5 分，得分率 67%。具体得分详见表四：

表四 绩效指标得分表—效益

一级指标	二级指标	三级指标	分值	得分
效益 (23 分)	经济效益	基金保值增值	3.0	2.0
	社会效益	保障水平	14.0	7.5
	可持续性	滚存结余可支付月数	6.0	6.0
	合计		23.0	15.5

1. 经济效益方面

基金保值增值方面，项目单位与相关金融机构磋商，达成了相对比较优惠的存款利率，2022 年度基金利息收入 3553.52 万元，比上年增长 77.68%。在《宝鸡市医疗保障经办服务考核办法》中虽有相应的基金财务管理内容及相关的基金财务办理流程，但没有详细、具体的监管办法，根据评分规则扣减 1 分。

2. 社会效益方面

2022 年城乡居民医保基金支出总金额为 239,656.67 万元，住院政策范围内支出金额为 185,451.73 万元，基金支付

比例为 77.38%。根据项目单位提供的相关绩效自评报告，参保人员住院费用实际报销比例 $\geq 55\%$ ，低于国家有关部门居民医保住院待遇水平“政策范围内的基金支付比例稳定在 70%左右”的要求，根据评分规则扣减 6.5 分。

对于持居住证参加本市居民医保的人员，项目单位能够按本市居民相同标准给予财政补助。出台并落实了支持三孩生育政策，能够及时、足额支付三孩的生育费用，按照相关规定落实三孩的参保工作。

3. 可持续性方面

2022 年末基金滚存结余金额为 115,287.79 万元，年度实际支出金额为 239,656.67 万元，月平均支出金额为 19,971.39 万元，年末基金滚存结余可支付月数为 5.7 个月，表明基金支付能力较好。

(五) 满意度

从服务对象满意度方面评价，分值 13 分，得分 12 分，得分率 92.3%。具体得分详见表五：

表五 绩效指标得分表一满意度

一级指标	二级指标	三级指标	分值	得分
满意度(13分)	服务对象满意度	政策知晓度	3.0	2.0
		服务满意度	80	80
		上访率	2.0	2.0
	合计		13.0	12.0

通过现场调研和问卷调查，宝鸡市 2022 年城乡居民基本医疗保险参保人 267.2 万人，上访人数 17 人，上访率为 0.064%，小于 1%。共发放调查问卷 56 份，收到有效调查问卷 53 份，服务满意度为 94.34%，大于 90%；政策知晓度为 88.68%，小

于 90%，根据评分规则扣减 1 分。

五、存在的问题及原因分析

(一) 参保人数持续下降，全覆盖的政策目标未完全实现。

根据统计公报，2020、2021、2022 年度我市城镇职工基本医疗保险参保人数分别为 55.4 万人、58.3 万人、58.52 万人，城乡居民基本医疗保险参保人数分别为 290.85 万人、279.2 万人、267.27 万人。在城镇职工基本医疗保险参保人数总体稳定的情况下，制度整合统一以来城乡居民基本医疗保险参保人数 2022 年比 2020 年减少 23.58 万人，下降 8.1%，表明目前的全覆盖仅是制度设计意义上而非现实意义上的。分析其原因，主要是：外出务工人员容易出现断保、漏保；自愿参保且无差异的缴费及待遇享受设计客观上易导致参保不充分；尽管财政补助标准同步增加但居民对个人缴费每年增加表示不完全理解；部分人口较多家庭一次性集中缴费存在一定资金压力；部分年青力壮的居民认为不生病或生小病相当于“白缴费”，缴费意愿不强。

(二) 政策设计不够完善，制度可持续性有待提升。 我市城乡居民基本医疗保险相关制度设计符合国家和省级政策框架范围，政策设计和执行统一，体现了制度公平性，但高度整齐划一的制度设计在实践中也容易带来新的不公平、不平衡。如：居民医保参保实行“缴一年、保一年”，缴费年限不累计，也不与待遇水平挂钩，客观上对健康状况较差的人群更具吸引力，容易带来选择性、投机性参保；个人缴费标准逐年上涨，但报销比例动态调整较少，不利于稳定居民参保心理预期，易

产生断保或不连续参保；尽管对困难群体个人缴费实行了全额或定额资助，但由于个人缴费标准完全统一，现行制度设计仍不能充分体现不同县区经济发展状况以及不同群体收入水平、健康状况等方面的差异性，易使部分群众产生“吃亏”心理。

(三)基金监管有待加强。评价中发现个别收费单据显示的支付比例与实际报销比例不相符，相关单位在医保稽核中也发现仍存在骗保事件，基金中长期精算分析制度尚未建立。这些表明现有基金监管制度的针对性、系统性、操作性还不强，医保基金监管体系还有待完善，防范和化解基金运行风险能力和水平有待提升。

(四)基金部分支出项目预决算差异过大，预算约束力不强。2022年度基金大病保险支出预算为15,297.91万元，实际支出为30,047.9万元，预算执行率为196%；其他预算支出(新冠疫苗费用及接种费用)支出预算为16,720万元，实际支出为5,392.26万元，预算执行率为32%。这部分支出项目实际支出与预算相差过大，表明基金预算编制的科学性、精准性不强，预算的分配、计划、约束作用未充分体现。

(五)政策宣传力度不够。问卷调查显示居民对医保政策知晓度还不高，有些群众对参保个人缴费每年都在增加存在疑虑，对报销范围、比例等政策细节认识水平不足，影响群众参保意愿和心理预期。

六、有关建议

(一)加快实现参保对象全覆盖。参保对象全覆盖是实现居

民医保“保基本、多层次、可持续”等一切制度安排的前提和基础，必须切实采取措施尽快扭转参保人数持续下滑的局面。

一是针对不同参保群体分类施策。医保行政管理部门、经办机构要通过参保资助、政策宣传等，重点稳住困难群体和“一老一小”参保人数，保障群众基本医疗需求；居民医保参保实行上年度缴纳下一年度费用，因此建议研究每年设立3个月集中缴费期的必要性，研究改为全年常态缴费，方便外出务工人员、流动人员参保。

二是稳定社会参保缴费预期。研究汇报暂缓逐年增加个人缴费标准的做法，或研究建立居民医保筹资动态调整机制，实行缴费调整与居民人均可支配收入挂钩。

三是加大政策宣传力度。居民医保参保对象分布领域、人员构成具有特殊复杂性，政策具体规定比较复杂，加之当前居民医保改革深化过程中政策调整较为频繁，政策宣传解读对群众参保认知、参保意愿影响较大。医保行政管理部门、经办机构要紧扣参保缴费、待遇享受、政策调整等群众关注的焦点问题，通过通俗易懂、灵活多样的方式，经常性宣传解读政策，合理引导社会预期。

(二) 研究完善居民医疗保险政策。

一是研究建立连续参保激励机制。对连续参保达到一定年限的，下一年度可以适当降低或维持上年度个人缴费标准，或适当提高医疗费用报销比例。

二是建立更公平、可持续的财政补贴机制。在对困难群体实行参保资助的同时，个人缴费财政补助标准应体现不同年龄段人群的差异化和公平性，如对非劳动年龄段人群适当提高财政补助标准，对劳动年龄段人群适当降低财政补助标准。

三是

探索提供更为多元化的保险服务产品。在加强中长期精算分析、保证基金收支平衡基础上，科学测算不同年龄段人群的基金医疗费支出，设计多款不同个人缴费档次及与之对应的待遇享受标准，为城乡居民参保提供多元化的选择空间。四是逐步提高统筹层次。在市级统筹的基础上，科学规划，稳步推进省级统筹乃至全国统筹，实现更高水平上的制度规范统一，提高基金平衡能力。

(三) 强化基金监管和运行分析。一是加强对定点医疗机构的监管。加大日常稽查、考核评价、定期抽查、专项检查等力度，倒逼定点医疗机构加强内部控制管理，进一步实现合理检查、用药、治疗，合理控制医保基金支出，减轻筹资压力。积极推进总额预付、按病种分组以及按人头付费等多种付费模式，防止过度医疗。二是加强基金预算绩效管理。科学编制基金预算，强化预算约束力。加强基金收支预测分析，健全风险预警、评估、化解机制及预案，切实防范和化解基金运行风险。三是完善基金监管制度和执法体系。结合居民医保制度整合统一以来的新要求、新情况，制定针对性、操作性强的监管细则和操作规程，依法依规加强执法监管工作。持续开展打击欺诈骗保工作，拓展广度和深度，有效保护参保人员合法权益。

附件：宝鸡市 2022 年度城乡居民医疗保险基金项目绩效评价评分表



附件：

宝鸡市 2022 年度城乡居民医疗保险基金项目绩效评价评分表

一级指标	二级指标	三级指标	三级指标评分标准	数据来源	量化的三级指标计划值	量化的三级指标完成值	三级指标分值权重	三级指标评价得分	扣分原因
决策 (8分)	政策制定	依据充分	评价要点：①是否存在自行设立超出国家基本制度框架范围(城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助)的其他医疗保障制度的情形。不存在此种情形的得2分，存在但已清理过渡到基本制度框架中的得1分，存在且未清理过渡的不得分；②是否存在国家统一的特殊人群保障政策之外的政策。不存在此种情形得1分，存在的不得分；③是否存在自行制定个人或家庭账户政策。不存在此种情形得1分，存在不得分。	相关政策文件			4.0	4.0	
		程序规范	评价要点： ①出台居民医保重大决策、办法的决策层级和权限是否合规(1分)； ②应对突发性重大情况等确有必要突破国家医疗保障待遇清单限定时是否及时报告(1分)。	相关政策文件			2.0	2.0	
	绩效目标	绩效目标合理性	评价要点： ①是否制定2022年度基金管理绩效目标(0.5分)； ②基金管理绩效目标与居民医保政策是否具有相关性(0.5分)。	基金绩效目标表			1.0	1.0	
		绩效目标明确性	评价要点： ①是否将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(0.5分)； ②是否通过清晰、可衡量的量化指标值予以体现(0.5分)。	基金绩效目标表			1.0	1.0	
基金预算管理	预决算编制	评价要点： 收支预决算编制是否完整、准确(1分)； 支预决算是否按规定批复(0.5分)； 是否按国家规定执行(0.5分)。	①基金 ②基金收 ③预算调整	基金预决算			2.0	1.0	大病保险、其他支出预决算差异过大
	医保政策执行	政策统一规范	评价要点：建立医疗保障待遇清单制度 ①参保政策：参保范围是否符合国家规定(覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民)，是得1分，否则不得分；农村建档立卡脱贫人口参保个人缴费部分，是否按中省相关规定由财政给予定额补助，是得1分，否则不得分。 ②筹资政策：筹资标准是否执行省级规定，是得1分，否则不得分； ③待遇支付政策：住院和门诊起付标准、支付比例和最高支付限额是否在国家及省级规定的范围内，是得1分，否则不得分； ④基金支付范围：是否严格执行国家规定的药品医用耗材目录和医疗服务项目支付范围，是得1分，否则不得分； ⑤其他不予支付的范围：是否严格执行国家规定的其他不予支付的范围，是得1分，否则不得分。	相关政策文件、财务资料等			6.0	5.0	个别结算单显示支付比例与实际支付比例不符

一级指标	二级指标	三级指标	三级指标评分标准	数据来源	可量化的三级指标计划值	可量化的三级指标完成值	三级指标分值权重	三级指标评价得分	扣分原因
过程 (19分)	风险控制	风险防控	评价要点： ①按照国家要求开展打击欺诈骗保专项整治行动并建立长效机制，成效突出得3分，成效一般得2分，未开展不得分； ②建立多部门参与的监管联动机制，已建立并运行得2分，已建立未运行得1分，未建立不得分； ③建立动态监测和风险预警机制，按季提交基金运行动态监测报告。已建立并运行得1分，已建立未运行得0.5分，未建立不得分；④建立基金中长期精算精算分析制度。已建立并运行得2分，已建立未运行得1分，未建立不得分。	相关文件、工作资料			8.0	6.0	未建立精算制度
	基金财务管理	财务管理规范性	评价要点： ①按照规定将基金收入全额纳入市医疗保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理(0.5分)； ②基金按照市级统筹要求，对各县(区)城乡居民医保基金收支情况单独核算(0.5分)； ③与财政专户、定点医疗机构定期对账(0.5分)。	账务资料			1.5	1.5	
	医疗服务管理	定点医疗机构管理	评价要点：①与职工医保定点医疗机构执行统一的按服务能力分类管理办法并签订服务协议(0.5分)； ②建立事中事后考核评价等监管机制(0.5分)； ③建立动态的准入和退出机制(0.5分)。	相关协议、工作资料			1.5	1.5	
产出 (37分)	产出数量	基金收支预算执行率	评价要点：基金预决算差异率在合理区间。①基金收入预算执行数占到预算数95%以上的得2分，低于95%高于90%的得1分，低于90%的不得分。 ②基金支出预算执行数占到预算数95%以上100%以下的得2分，低于95%高于90%的得1分，低于90%的不得分。	基金预决算	95%		4.0	2.0	基金收支预算执行率均小于95%
		综合参保率	评价要点：实现应保尽保，力争全覆盖。①以户籍人口数为基数计算的基本医保综合参保率 $\geq 95\%$ 以上的得3分，综合参保率 $\geq 90\%$ 以上的得2分； ②实际缴费人数占参保人数的比例较上年提高1个百分点以上的得2分，提高0.5个百分点以上的得1分，否则不得分； ③建档立卡脱贫人口参保覆盖范围 $\geq 100\%$ 得2分，否则不得分。	相关统计资料、系统数据	90%		7.0	5.0	实际参保缴费人数较上年下降
	产出质量	财政补助标准提高	评价要点：各级财政补助资金足额到位。 ①参保缴费财政补助标准每人每年 ≥ 610 元得1分，否则不得分；②纳入监测范围的农村易返贫致贫人口(脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户)个人缴费财政定额资助 ≥ 150 元得1分，否则不得分。	相关指标文件、系统数据	610元		2.0	2.0	
		医疗保障待遇水平提升	评价要点：减轻参保患者医疗费用负担。 ①住院待遇水平提升：严格按照规定从2022年9月1日起执行省医保局相关调整政策(城乡居民在本市行政区域内三级医疗机构住院起付线由现行的2000元下调至1500元，同时住院报销比例由现行62%上调至65%；二级医疗机构住院起付线由现行的800元下调至600元，住院报销比例由现行78%上调至80%)，得4分，否则不得分； ②门诊慢特病保障：制定并执行较为完善的门诊慢特性病用药保障、就医管理办法的得2分，否则不得分； ③异地就医直接结算服务完善：医保服务实现省内“一单制结算”得2分；实现普通门诊费用、门诊慢特病费用、住院费用跨省直接结算服务得3分(每项1分)，否则不得分。	相关文件、结算资料			11.0	11.0	

一级指标	二级指标	三级指标	三级指标评分标准	数据来源	量化的三级指标计划值	量化的三级指标完成值	三级指标分值权重	三级指标评价得分	扣分原因
		医保支付方式改革	评价要点： 医疗费用推行了总额控制下的按病种、按床日、按人头等多元复合式支付方式，得3分(每种支付方式1分)。	相关文件、结算资料			3.0	2.0	实行按病种、按床日两种方式
		药品耗材价格管理	评价要点： ①定点医疗机构和定点零售药店对国家、省级集采药品供应顺畅得2分； ②按要求开展医疗服务价格评估和动态调整工作得2分。	相关工作资料			4.0	4.0	
		参保人员管理	评价要点： ①有对重复参保、虚报参保等情形的监管措施得2分； ②能够严格执行监管措施，进行稽核得2分。	相关文件、系统数据			4.0	4.0	
	产出时效	待遇支付时效	评价要点： ①应由医保基金支付的费用经办机构与定点医疗机构按规定及时结算(1分)；②个人先行支付的费用(如在非联网结算的定点医疗机构发生的住院费用)按政策规定及时报销(1分)。	账务资料			2.0	2.0	
效益 (23分)	经济效益	基金保值增值	评价要点： 基金结余除预留一定的支付费用外，按照国务院相关规定实现保值增值并实施严格监管得2分，否则不得分。	账务资料			3.0	2.0	基金监管制度不够具体
	社会效益	保障水平	评价要点：达到国家规定水平，不存在过度保障问题。 ①居民医保住院待遇水平：政策范围内的基金支付比例稳定在70%左右，即68%-72%之间的得10分，每低于或高于1个百分点，扣0.5分；②持居住证参加本市居民医保的，各级财政按本市居民相同标准给予补助。落实到位得2分，否则不得分； ③合理提高居民医保生育医疗费用保障水平：出台并落实支持三孩生育政策得2分，否则不得分。	相关文件、系统数据	70%		14.0	7.5	政策范围内基金支付比例低于70%
	可持续性	滚存结余可支付月数	评价要点：年末基金滚存结余可支付月数 ≥ 5 个月的得6分，可支付月数 ≥ 3 个月得3分，可支付月数 ≥ 2 个月的得1分，可支付月数低于1个月或出现滚存赤字的不得分。可支付月数=年末基金滚存结余/月平均支出	账务资料	5个月		6.0	6.0	
满意度 (13分)	服务对象满意度	政策知晓度	评价要点：参保对象对政策的知晓度 政策知晓度 $< 70\%$ 不得分； $70\% \leq$ 知晓度 $< 90\%$ 得2分； $90\% \leq$ 知晓度得3分。	问卷调查	90%		3.0	2.0	政策知晓度88.68%
		服务满意度	评价要点：参保对象对政策的满意度 满意度 $< 70\%$ 不得分； $70\% \leq$ 满意度 $< 80\%$ 得2分， $80\% \leq$ 满意度 $< 90\%$ 得4分，满意度 $\geq 90\%$ 得8分。	问卷调查	90%		8.0	8.0	
		上访率	缴费对象上访率 $< 1\%$ 得2分，否则不得分。	信访记录	1%		2.0	2.0	
合计							100	82.5	