

达州市医疗保障局

达市医保〔2024〕42号

签发人：杨 轶

达州市医疗保障局 2023 年职工基本医疗保险基金预算绩效 自评情况的报告

省医疗保障局：

根据《关于做好 2023 年度基本医疗保险基金预算绩效评价的通知》要求，现将 2023 年达州市职工基本医疗保险基金预算绩效自评情况报告如下。

一、基本医疗保险基金预算绩效管理概况

（一）基金预算管理基本情况

根据基金预算管理工作要求，我局将基本医疗保险基金预算

区)税务部门负责组织及时、足额征收,医保经办机构及时向税务机关提供征收所需的用人单位和个人参保登记等相关信息,税务机关及时向医保经办机构提供征收信息、征收明细数据等相关情况。基本医疗保险市级统筹基金门诊、门特、特药、个账、住院按病种付费、异地结算等(未纳入 DRG 付费部分)支出实行按月即审即付,DRG 付费的基本医疗保险住院支出实行按月预付,年终按照《达州市基本医疗保险实施按疾病诊断相关分组(DRG)付费改革领导小组办公室关于印发《达州市基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)结合点数法付费实施细则》的通知》(达市医改办发〔2022〕8号)进行清算。三是实时监控基金运行情况,按照《四川省医疗保障局关于印发<四川省基本医疗保险基金运行监测及风险预警办法>的通知》(川医保办发〔2021〕19号)要求,定期向省医疗保障局报送基金预警基本医疗保险基金运行监测及风险预警分析报告,预防基金运行风险,巩固基金支撑能力,实现基金长期稳健运行。

四、基本医疗保险基金预算绩效指标完成情况

(一) 决策指标(共8分,得分8分)

1. 决策制定:我局各项政策制定均在国家授权范围内,依法依规、按照法定程序制定基本医疗保险基金管理相关政策。(共5分,得分5分)

2. 决策过程:我局预决算草案、预算调整方案程序合规完整,部门职责清晰。(共3分,得分3分)

(二) 过程指标 (共 38 分, 得分 37 分)

1. 管理制度: 我局已建立基金财务管理办法、基金预算管理办法、内部控制制度并严格执行。(共 3 分, 得分 3 分)

2. 预算管理: 我局预决算报表无漏填、错填, 编报说明合理; 严格执行批复预算, 预算执行报表报送及时准确; 按照国家规定进行预算调整。(共 4 分, 得分 4 分)

3. 绩效管理: 我局绩效目标设定合理; 绩效运行监控有力; 评价报告规范完整; 自评报告上报及时; 评价报告按要求公开。(共 5 分, 得分 5 分)

4. 政策执行: 我市参保、缴费率、缴费基数、待遇支付范围及标准等政策符合国家和省级规定。(共 3 分, 得分 3 分)

5. 组织管理 (共 8 分, 得分 8 分)

(1) 医保管理制度统一: 我市结合医疗保障相关职能整合, 在确保统筹区内覆盖范围、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。(共 4 分, 得分 4 分)

(2) 两定机构管理: 我市实行协议管理, 建立动态准入和退出机制并执行。(共 2 分, 得分 2 分)

(3) 支付方式改革: 我市实行 DRG、按病种(组)、按人头付费等支付方式改革。(共 2 分, 得分 2 分)

(4) 财务管理: 我市按险种分别建账、分账核算、分别计息、专款专用。基金之间未相互挤占和调剂, 未用于平衡一般公

分)

五、评价结论及改进措施

(一) 评价结论

根据《2023 年基本医疗保险基金预算绩效指标表》，综合各项自评得分，我市职工医保自评得分为 94.6 分（各分项指标得分见附件）。

(二) 存在问题

1. 医保基金支出增长过快。一是医疗费用上涨。随着医疗技术的进步和人们对健康的关注度提高，医疗服务成本不断增加，导致医保基金支出增长过快。二是人口老龄化。老年人口比例上升导致了对医疗服务的需求增加，从而加重了医保基金的负担。三是疾病谱变化。一些慢性疾病如糖尿病、高血压等的发病率上升，这些疾病的治疗费用较高，对医保基金支出造成压力。四是异地就医费用猛涨。近年来，随着异地就医政策的调整，市外就医的人数和金额均显著上涨，因其支出为硬性支出，无法控费管理，也导致基金支出的增加。

2. 基金监管力量不足。一是监管人员不足，监管技术手段落后。医保基金监管需要大量的专业人员参与，但目前监管人员编制有限，现代化科技手段在医保基金监管中的应用还不够广泛和深入，导致监管效率低下，难以及时发现和处理问题。二是部门协同不够。医保基金监管涉及多个部门，但各部门之间的协同配合还不够紧密，信息共享和工作衔接存在不足。三是公众参与

度不高。医保基金涉及广大民众的切身利益，但公众对医保基金监管的参与度较低，缺乏有效的社会监督。

（三）偏离绩效目标的原因

通过自评，偏离绩效目标的指标有以下几个项目：

职工医保预算支出完成率有偏差。偏离原因：一是市级统筹后至 2021 年底新系统上线前，我市为准确统计出各县（市、区）实际发生的费用，依据信息系统单据将本辖区内定点医疗机构结算的其他区县人员就医产生的费用计入暂付款，清算后对应至人员参保地做支出处理，新系统上线后不再有该类情况。2023 年 12 月对统筹后上述错误记账进行调账清理，调整暂付款到支出 36800 万元，由于此工作涉及年限长，工作量大，预算调整时还未清理完成，因此调整预算未考虑该因素；二是职工个人账户代缴居民医保费 732.48 万元，因此业务系统上线时间较晚，调整预算时未考虑该因素。在今后的预算工作中，我市将更加全面、仔细考虑各类影响因素，确保预算数据更加准确。

（四）下一步改进措施

1. 进一步加强保费征收。加强职工医保缴费基数稽核，做到应收尽收，确保完成 2024 年征缴任务。

2. 控制基金支出过快增长。一是加强医疗费用控制。通过合理定价、规范医疗行为等方式，控制医疗费用的上涨速度。二是优化医保政策。根据实际情况，适时调整医保政策，确保基金的可持续性。三是推进分级诊疗。鼓励患者优先选择基层医疗机

构，降低医疗成本。四是加强监管。加大对医保基金使用的监管力度，打击违规行为，防止基金的滥用和浪费。

3. 加强医保基金管理，提升基金管理水平。一是提高预算编制水平。采用科学合理的方法，结合历史数据、政策变化和市场趋势，进行精细化的预算编制，确保预算的准确性和合理性。二是严格预算执行。对医保基金预算执行情况实时监控，及时发现偏差和问题，并采取相应的调整措施；严格按照预算安排进行支出，杜绝超预算支出和无预算支出，确保预算执行的严肃性和规范性；建立预算绩效评价体系，对预算执行效果进行评估和考核，提高预算执行的质量和效益。三是规范财务核算。建立健全医保基金财务管理制度，明确财务核算的标准和流程，确保财务核算的准确性；建立内部审计和外部审计相结合的财务监督机制，加强对医保基金财务核算的监督检查，及时发现和纠正问题；加强财务人员的培训和教育，提高财务人员的业务水平和职业道德，确保财务核算工作的质量。

4. 加大基金监管力度，防止基金流失。一是加强宣传教育。通过开展宣传活动，强化法制教育，鼓励公众监督等手段加强宣传教育，提高单位和个人的法制观念，提高公众对医保基金的认识和重视程度，形成全社会共同参与的监督氛围。二是提高监管人员专业素质。通过吸收具有财务、审计、法律等专业背景的人才加入医保基金监管队伍，定期组织专业培训，不断提高其业务水平和监管能力。三是建立健全惩处机制。对医保基金管理中出

现的违规行为，依法依规进行严肃处理，加大处罚力度，提高违法成本；将严重违规的单位和个人列入黑名单，限制其参加与医保相关业务，形成有效的震慑；对涉嫌犯罪的医保基金违规行为，及时移送司法机关处理，维护医保基金的安全。

附件：2023 年基本医疗保险基金预算绩效指标表（险种：
职工基本医疗保险）



附件

2023 年基本医疗保险基金预算绩效评价指标表

险种名称: 职工基本医疗保险

序号	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	评分标准	分值	评分	备注
1	决策指标 (8分)	政策制定	政策制定依据及程序	在国家授权范围内,依法依规、按照法定程序制定基本医疗保险基金相关政策	本统筹区制定的政策与中央、省委省政府决策保持一致,无违反上位文件出台相关政策的情况得5分。否则不得分。	5	5	
2		决策过程	预决算程序	预决算草案、预算调整方案程序合规完整,部门职责清晰	预决算草案、预算调整方案①按规定履行决策程序得1分;②按规定履行报批程序得1分;③按要求公开得1分。否则分项不得分。	3	3	
3		管理制度	基金财务制度、基金预算管理制度、内部控制制度健全	建立基金财务管理办法、基金预算管理办法、内部控制制度并严格执行	①建立基金财务管理办法得1分;②建立基金预算管理办法得1分;③建立内部控制制度得1分。无相应制度则分项不得分。	3	3	
4		预算管理	基金预算编制、预算执行、预算调整	预决算报表无漏填、错填,编报说明合理;严格执行预算,预算执行报表报送及时准确;按照国家规定进行预算调整	①预决算报表无漏填、错填得1分;②预决算编报说明合理得1分;③预算执行报表报送及时准确得1分,④按照国家规定进行预算调整得1分。否则分项不得分。	4	4	
5	过程指标 (38分)	绩效管理	基金预算绩效管理	绩效目标设定合理;绩效运行监控有力;评价报告规范完整;自评报告上报及时;评价报告按要求公开	①绩效目标设定合理得1分;②报送绩效运行监控报告得1分;③评价报告内容规范完整得1分;④评价报告上报及时得1分;⑤评价报告按要求公开得1分。否则分项不得分。	5	5	
6		政策执行	参保、缴费率、待遇支出范围及标准等政策	参保、缴费率、缴费基数、待遇支付范围及标准等政策符合国家、省级规定	符合国家、省级规定得3分。未执行国家、省级规定自行出台参保、缴费率、缴费基数、待遇支付范围及标准等政策,发现一例扣1分,扣完为止。	3	3	

序号	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	评分标准	分值	评分	备注
7			医保管理制度 统一	结合医疗保障相关职能整合，在确保统筹区内覆盖范围、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	统筹区内未实现“六统一”中的一项扣1分，经办服务和信息系统未统一各扣1分，扣完为止。	4	4	
8		组织管理	两定机构管理	实行协议管理，建立动态准入和退出机制并执行	①实行协议管理得1分；②建立动态准入和退出机制并执行得1分。否则分项不得分。	2	2	
9			支付方式改革	实行DRG、按病种（组）、按人头付费等支付方式改革	开展DRG/DIP支付方式改革并进入实际付费的得2分；出台DRG/DIP支付方式改革文件未实际付费的得1分，未开展DRG/DIP医保支付方式改革的得0分。	2	2	
10	过程指标 (38分)	财务管理	按《社保基金财务制度》、《社保基金会会计制度》管理和核算基金	按险种分别建账、分账核算、分别计息、专款专用。基金之间不得相互挤占和调剂，不得用于平衡一般公共预算；执行国家统一的《社保基金会会计制度》。医疗保险基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用；不得自行扩大社会保险基金支出范围	按照《四川省医疗保障局关于开展医保基金财务管理问题“回头看”并深入排查基金安全风险的通知》内容进行检查，采取扣分制，对专项检查已发现问题未整改或屡查屡犯的一例扣1分，对排查新发现问题一例扣0.5分，扣完为止。	4	4	
11		风险控制	基金监督管理	全面提升基金监管综合能力	按照《关于做好我省2023年度医保基金监管综合考核工作的通知》中的《基金监管综合评价表（2023年度）》进行综合评价，综合评价90分以上10分，80-89分得8分，75-79得6分，70-74分得4分，60-69得2分。低于60分的不得分。	10	10	
12			基金风险防控	按要求报送基金预算执行情况，建立基金运行监测及风险预警机制	按时报送基金运行监测及风险预警分析报告得1分。否则该项不得分。	1	1	

序号	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	评分标准	分值	评分	备注
13	产出指标 (31分)	参保政策落实	参保目标完成情况	以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率(%)	≥95%得5分, 每低1个百分点扣1分, 扣完为止。(不满1个百分点按1个百分点算, 下同)	5	5	职工参保42.73万人, 居民参保482.09万人, 参保人数小计524.82万人, 常住人口532.4万人, 基本医保综合参保率为98.58%
14		缴费政策落实	缴费基数做实率	缴费基数做实率=2023年单位平均缴费基数与当地上年度社平工资的比值	≥80%得5分, 低于80%, 每低1个百分点扣1分, 扣完为止。	5	5	人均缴费基数90364.33元, 2022年达州市社平工资75703元, 缴费基数做实率119.37%
15			征缴率	基金征缴率=2023年实际征缴收入与应征数的比值	≥95%得5分, 低于95%, 每低1个百分点扣1分, 扣完为止。	5	5	2023年实际征缴收入195478.94万元, 应征缴数198405.2万元, 征缴率98.53%
16		预算准确性	收入预算完成	基金收入预算完成率	预算完成率100%-105%得4分, 95-100%得3.6分。超过105%从4分起算, 每超1个百分点扣0.4分, 低于95%从3.6分起算, 每低1个百分点0.6分, 扣完为止。	4	3.6	2023年收入预算完成率为97.99%
17			支出预算完成	基金支出预算完成率	预算完成率95-100%得4分, 100%-105%得3.6分。超过105%从3.6分起算, 每超1个百分点扣0.6分, 低于95%从4分起算, 每低1个百分点扣0.4分, 扣完为止。	4	0	2023年支出预算完成率为123.02%
18		收入支出质量	社会保险费收入占基金收入比重	当期基本医疗保险费收入与基金收入合计的比值	≥85%得1分, 否则不得分	1	1	当期基本医疗保险费收入与基金收入合计的比值98.27%
19			社会保险待遇支出占基金支出比重	当期基本医疗保险待遇支出与基金支出合计的比值	≥90%得1分, 否则不得分	1	1	当期基本医疗保险待遇支出与基金支出合计的比值99.4%

序号	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	评分标准	分值	评分	备注
20		收入支出质量	其他支出占基金支出比重	当期其他支出与基金支出合计的比值	≤5%得1分，否则不得分	1	1	当期其他支出与基金支出合计的比值0.38%
21	产出指标 (31分)	待遇支付时效	待遇支付及时性	及时拨付参保人员、参保单位、两定机构医疗费	个人手工报销办理时限不超过30个工作日，定点医药机构向医保经办机构申请结算后，经办机构在30个工作日内完成费用拨付。对参保个人、单位、两定机构分别随机抽查10份拨付凭证，无拖欠得5分，如有拖欠，发现一例扣0.5分，扣完为止。	5	5	
22		经济效益	基金收益率	利息收益率≥1.1%	大于标准值得3分，低于标准值0-10%扣1分，低于标准值10%-20%扣2分，低于标准值20%以上不得分。	3	2	利息收益率为1.02%
23		社会效益	住院费用报销比例	参保人政策范围内住院费用统筹基金报销比≥75%	大于标准值得5分，每低1个百分点扣1分，扣完为止。	5	5	
24		社会效益	门诊费用报销比例	参保人政策范围内门诊费用统筹基金报销比≥50%	大于标准值得5分，每低1个百分点扣1分，扣完为止。	5	5	
25	效益指标 (23分)	基金运行可持续性	统筹基金当期收支平衡	统筹基金当期结余≥0	大于标准值得3分，小于标准值且基金累计可支付月数大于9个月扣1分，6-9月扣2分，小于6个月扣3分。	3	3	统筹基金当期结余为40583.71万元
26		基金运行可持续性	基金运行安全可持续	基金累计可支付月数≥6个月	大于等于6个月得2分，3-6个月得1分，3个月以下不得分。	2	2	基金累计可支付月数13.85月
27		满意度	服务对象满意度	90%以上	大于90%得5分，每低1个百分点扣1分，扣完为止。	5	5	
28	加分项	医保相关单项工作突出	受国家医保局、省委省政府表彰	受国家医保局、省委省政府表彰加5分，受省级部门表彰加2分，总加分不超过10分		—		
29	扣分项	医保工作出现严重差错	被国家医保局、省委省政府通报批评	被省级部门通报批评扣2分。总扣分不超过10分		—		
	总分						94.6	

