2024年度城乡居民基本医疗保险基金

绩效自评报告

依据丰南区财政局关于《关于开展2024年度财政重点绩效评价工作的通知》（丰财监[2025] 2号）的通知要求，区财政局重点评价工作小组对2024年城乡居民基本医疗保险基金开展了财政重点绩效评价工作。具体情况如下：

一、评价工作组织开展情况

区财政局成立以主管局长为组长，社保股相关负责同志为成员的重点评价工作小组。通过综合遴选，工作组将我区城乡居民基本医疗保险基金确定为评价对象。起草印发了《唐山市丰南区财政局城乡居民基本医疗保险基金重点绩效评价工作方案》，对评价对象和目的、评价内容及评分标准、基本工作程序等做出明确规定。

工作组通过收集、分析、对比基础资料，深入了解基金运行情况，对城乡居民基本医疗保险基金进行全面的定量、定性分析，形成初步评价结论。在征求区医保局意见后，根据反馈意见作了进一步核实、修改和确认，形成最终评价报告。

二、基本情况

(一)项目总体情况

1.项目背景

我区自2017年起，城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险合并实施，统一为城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。2020年7月7日唐山市出台《唐山市城乡居民基本医疗保险基金统收统支实施办法》（唐医保字[2020]38号），自2021年1月1日起城乡居民基本医疗保险实行市级统收统支。统筹层次提高，增强了基金抗风险能力，推动城乡居民基本医疗待遇水平、服务水平不断提高，提升了参保居民在医疗保障领域的获得感、幸福安、安全感。2022年1月12日唐山市人民政府印发《唐山市城乡居民基本医疗保险实施办法》（唐政发[2022]2号），进一步完善了城乡居民基本医疗保险制度，实现医保制度的可持续发展。

2.主要内容

城乡居民基本医疗保险参保对象为参加职工基本医疗保险以外的所有人员，实行按年缴费制度，集中征期一般为9-12月；基金筹集由个人缴费和财政补助两部分组成，按照《关于印发唐山市医疗卫生领域城市与区财政事权和支出责任划分改革实施方案的通知》（唐政办字[2019]16号）的有关规定，居民医保财政补助部分由中央、市、区按照6：1.5：2.5分担；我市户籍人口中脱贫人口、特困对象、低保对象、低收入家庭60周岁以上老年人、重度残疾人和市、区批准的其他困难对象，参加城乡居民医保个人缴费部分参照巩固扩展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略及相关政策给予相应补助，由医疗救助资金和市、区财政负担。

参保居民可于当年1月1日至12月31日享受住院、门诊慢(特)病、门诊统筹医疗费用、生育补助、大病保险费用及政策规定应由基金支付的其他费用；一个自然年度内城乡居民医保基金最高支付限额为每人30万元，大病保险最高支付限额每人30万元。

3.组织实施情况

区医疗保障局负责组织我区城乡居民基本医保市级统筹相关政策的实施，完成参保扩面、控费管理等目标任务，加强对我区居民医保基金运行的监督管理。

医保经办机构负责我区居民医保基金协议管理和业务经办工作，做好基金预决算、财务核算、基金清算等工作，加强医疗费用支出管理，落实居民医保基金运行的监督管理和风险防控工作。

财政部门负责居民医保财政补助资金的安排、拨付和监管工作，负责落实配套资金。

税务部门负责对我区城乡居民医疗保险个人缴费部分的征收工作，不断优化缴费服务。

4.资金来源和使用情况

2024年居民医保基金收入39420.35万元，其中：个人缴费收入14021.71万元，财政补助收入24764.82万元（包含中央补助收入14801万元、市级财政补助3784万元、区级补助6179.82万元），利息收入591.31万元，其他收入（追回以前年度待遇）42.51万元。全年基金支出37563.24万元，其中：门诊支出6749.14万元，住院支出27902.49万元，生育医疗费支出161.52万元，大病保险支出2747.05万元，其他支出（退回上年个人缴费）3.04万元。当年结余1857.11万元，居民医保滚存结余26590.15万元。

（二）项目绩效目标完成情况

聚焦“全民应保尽保、人人公平享有”医疗保障为目标，确保城乡居民医保参保率达95%以上，稳步提高医疗保障水平，推动基金可持续运行。落实参保资助政策，完善缴费服务机制，进一步提高基本医保参保质量，坚持“全覆盖、无禁区、零容忍”的原则，加强医保基金监管。常态跟进医药集中带量采购，简化患者就医问诊流程。实现“一站式”结算服务平台，集基本医疗保险、大病保险、医疗救助、政府兜底保障于一体的结算方式让参保群众少走路多办事。

三、绩效评价情况

（一）过程指标分析

1.基金预算管理指标

①基金预算决算的编制（设定6分，得分6分）：居民医保基金预决算严格按照上级要求编制，预决算报表编制流程清晰，内容完整，数据准确，无漏填、错填情况，编报说明合理。

②预算执行方面（设定6分，得分6分）:严格执行批复预算，并按月准确报送预算执行情况报表。

③预算调整方面（设定5分，得分5分）:重点关注参保缴费收入和待遇支出指标，对于需要调整的项目，严格按照国家规定程序进行预算调整。

2.组织管理

定点医药机构规范性（设定6分，得分6分）：依据《河北省医疗机构医疗保障定点纳入评估实施细则》（唐医保函[2023] 43号），协议管理准入遵循公开透明、公平规范、有序竞争的原则。定点医药机构“平台化”考核机制，建立激励约束机制，实行协议管理的动态调整，不断提升服务质效。

3.政策执行指标

①参保、缴费率（缴费标准）、缴费基数、待遇支付范围及标准等政策（设定5分，得分5分）：根据《关于明确 2023 年全省城乡居民基本医疗保险筹资标准的通知》（冀医保函〔2023〕89号），2024年居民医保筹资标准为1050元/人/年，其中：年人均财政补助标准670元，年个人缴费380元。我区严格落实《唐山市城乡居民基本医疗保险实施办法》、《于进一步明确重特大疾病医疗保险和救助制度实施过程中有关工作的补充通知》的有关规定，继续巩固居民医保住院待遇水平，确保政策范围内基金支付比例稳定在70%左右。

②宣传公示（设定5分，得分5分）：医保经办机构通过微信公众号、电视台和印制政策宣传册，对医保政策进行宣传，在丰南区政府公开网站上对基金收支及结余情况相关信息进行公开。

4.风险控制指标

①基金监督管理（设定6分，得分6分）：为深化打击欺诈骗保行为，切实维护医保基金安全，保障参保人员合法权益，区直十部门联合制发了《丰南区健全完善医保基金监管部门联动机制的实施意见》（丰医保字 [2024] 1号），以协议管理作为规范定点医药机构服务行为、维护参保人权益和基金安全的重要抓手，坚持“全覆盖、无禁区、零容忍”的原则，线上线下“同步发力”，利用网上审核、实地检查、病历抽查、疑点数据清查及床位监管系统对定点医药机构进行有效监管。

②基金风险防控（设定5分，得分5分）：定期开展基金运行情况分析，建立风险预警机制，依托河北医疗保障信息平台，运用大数据技术进行风险分析，为风险防控提供依据。

1. 产出指标

1.成本指标

各级财政补助标准（设定5分，得分5分）：我区城乡居民基本医疗保险财政补助标准按按政策文件执行，2024年缴费标准为每人每年 670 元，其中：中央财政402元，市级财政100.5元，区级财政167.5元。

2.数量指标

基本医疗保险参保人数（设定5分，得分4分）：虽然我区医疗保险综合参保率达到了95%以上，但城乡居民基本医疗保险参保缴费人数呈逐年下降趋势，实际参保率未达95%。

3.质量指标

①实行按病种（组）、按人头付费等支付方式改革（设定5分，得分5分）：按照《关于落实国家、省 DIP 医保支付方式改革三年行动工作推进方案》（唐医保字[2022] 16号）要求，自2023年度全市定点医疗机构住院统筹基金纳入DIP按病种分值付费。实行按病种支付方式改革的医疗机构覆盖率达100%，符合按人头付费条件病组覆盖率达100%。

②政策范围内住院费用报销比例（设定5分，得分5分）：我区按照《唐山市城乡居民基本医疗保险实施办法》（唐政发[2022]2号）规定标准，执行医保范围内住院费用报销比例，乡镇卫生院、社区定点医院等一级及以下定点医院报销比例90%，区医院、区中医院等二级定点医院报销比例75%，三级定点医院报销比例60%。

③政策范围内门诊费用报销比例（设定5分，得分5分）：我区按照《唐山市城乡居民基本医疗保险实施办法》（唐政发[2022]2号）规定标准，执行医保范围内门诊费用报销比例，门诊统筹不设起付标准，支付比例按50%标准执行，年度最高支付限额为每人每年50元，不累计计算年度支付额度。

3.时效指标

①医疗费用及时结算率（设定5分，得分5分）：城乡居民医疗保险已实现基本医保、大病保险、医疗救助的“一站式”即时结算，医疗费用即时结算率达到100%。

②财政对基金的补贴拨付及时性（设定6分，得分6分）：区级财政补助资金及时、足额到位，到位率100%。

1. 效益指标

1.可持续影响指标

基金静态可支付月数（设定5分，得分5分）:2024年居民医保基金收入39420.35万元，基金支出37563.24万元，本年结余1857.11万元；累计滚存结余26590.15万元，预计可支配8.49个月，为基金正常运行状态（基金累计结余可支付月数位于6至9个月）。

2.社会效益指标

减轻参保人员就医负担（设定5分，得分5分）：居民医保每自然年度医保统筹及大病保险最高支付60万元，生育补助标准为1500元，居民医保政策的实施，有效地减轻了城乡居民的就医负担。同时不断简化异地就医备案流程，扩大异地就医直接结算范围，让群众在异地就可以享受即时结算，避免了群众垫资跑腿来回奔波报销的麻烦。

3.服务对象满意度指标

参保对象满意度（设定5分，得分3分）：通过走乡村、进社区、进校园和电话抽样调查，参保对象对城乡居民医疗保险满意度为90%。

4.政策知晓率

参保群众政策知晓率（设定5分，得分4分）：通过电话抽样调查城乡居民基本医疗保险政策了解情况，政策知晓率95%。

四、评价结论

该项目综合评价得分为96分，评价结果为优秀。

该项目的实施，有效缓解居民看病难、看病贵的问题，有效地减轻了城乡居民的就医负担，为提高人民群众健康水平提供应了有力保障。

五、存在问题

（一）城乡居民基本医疗保险参保缴费人数逐年减少。造成这一问题的原因在于：一是我区处于经济活跃区域，人员流动较大，部分居民在集中征缴期因外出务工，未能及时参保缴费；部分人群对参加医疗保险的意识薄弱，对医疗保险的缺乏正确认识，尤其是年纪较轻的人群认为自己身体好不易生病，主观参保意愿不强。二是个人缴费标准逐年提高，居民选择性参保断缴情况比较突出，通过决算数据分析，2021年-2024年城乡居民基本医疗保险参保人数累计减少2.6万人次。

（二）医保基金支付压力逐年增大。参保群众看病就医意识越来越强，人口老龄化高峰的迫近，医保待遇支出不断增加，当年收支平衡困难重重，医保基金支付压力较大。通过决算数据分析，2020年末居民医保基金累计结余25033万元，2021年-2024年4年医保基金新增累计结余1557万元，不足以支付2024年一个月医疗保险待遇支出。

六、相关问题及改进建议

（一）创新宣传方式，加强医保政策的宣传引导。充分利用电视、广播、期刊、网络等媒体，组织力量深入乡镇（镇、街道）、村（社区），运用宣传册、公开信、短视频、漫画、案例分析等通俗易懂、生动形象的形式，将城乡医保政策内容传达至每村每户，进一步增强广大居民对政策的认同感，逐步提升全民参保水平。

（二）建立参保激励机制。建议建立基金零报销人员的奖励机制，当年没有享受报销的参保人员，第二年大病保险额度可以提高1000元，连续参保四年第五年开始大病保险额度继续提高；没有在集中征缴期缴费的除了新生儿等特殊群体，以后补缴至少有三个月的固定待遇等待期。

（三）加强医保基金监管。充分利用医保智能审核系统，强化对医疗服务行为的监管；建立和完善对协议定点医疗机构服务质量考评办法，加大对“两定”机构违法违规使用医保基金行为的查处力度；建立医疗保险基金欺诈防范机制，坚决查处骗保等欺诈行为，减少不合理医疗费用的发生。

2025年5月23日