

遂宁市医疗保障局

关于 2023 年城乡居民基本医疗保险基金 预算绩效自评情况的报告

省医保局：

根据《四川省医疗保障局关于做好 2023 年度基本医疗保险基金预算绩效评价的通知》要求，现将我市 2023 年城乡居民基本医疗保险基金预算绩效评价报告如下。

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

为进一步加强预算管理，提高资金使用效益，确保资金运行安全，我市基金预算编制坚持与国民经济和社会发展规划相适应，综合考虑影响基金收支的各项因素，确保全面、准确、真实、完整地反映医保基金收入、支出和结余情况。收支计划严格按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则进行编制。收入预算在充分考虑扩面因素的基础上，合理预计收入中的一次性因素、清欠和预补缴收入。支出预算安排坚持规范有序，严格执行相关规定，在落实好医保待遇政策的同时，按照统一的要求测算调标支出，不得随意提高支付标准和扩大支出范围。

（二）基本医疗保险基金预算绩效目标自评步骤及方法

我单位高度重视基金预算绩效目标自评工作，成立了由单位

主要负责人任组长，分管负责人任副组长，相关科室负责人为成员的基金预算小组及绩效自评小组。2023年基金绩效目标从政策落实情况、收支完成情况、参保人数、缴费标准、报销比例等方面进行设定。2023年绩效自评根据年初设定的绩效目标指标进行完成情况分析，提出优化建议，为合理提出下一年目标奠定基础。

二、基本医疗保险基金预算编制及执行情况

（一）预算编制情况

2023年预算全市城乡居民基本医疗保险基金总收入为256218万元，其中：基本医疗保险费收入85991万元，财政补助收入156138万元，利息收入6089万元，其他收入8000万元；基金总支出为216431万元，其中：基本医疗保险待遇支出198276万元，大病保险支出17998万元，其他支出157万元。当期结余39787万元，累计结余220379万元。

（二）基金预算执行情况

2023年城乡居民基本医疗保险基金总收入240483万元，完成预算的93.86%，其主要原因为：一是2023年预算调整时，预计180万人缴纳2024年保费68400万元，受筹资标准上涨参保意愿下降、稳定脱贫人口资助参保渐退政策等因素影响，实际预缴人数仅为170万人，较预期减少保费收入3800万元；二是漏考虑对2022年财政补助的结算扣减金额8338万元。剔除上述因素影响，2023年基金总收入预算执行进度为 $(240483+3800)/(256218-8338)=98.55\%$ ，在合理范围内。基金总支出203185万元，完成预算的93.88%，其主要原因为：一是预算调整时将

2023 年 10 月全市 DRG 住院费约 12500 万元纳入支出预算，但由于数据未能及时回传，导致住院医疗费约 12500 万元未能在当年拨付，住院支出预算偏大；二是预算调整时根据前三季门诊人次数 190.48 万人次，基金支付总额为 35117.88 万元，次均费用 184.36 元，预计全年将发生门诊人次数 271.2 万人，费用总额 50000 万元，但四季度流行病学改变，甲流支原体肺炎发病率增长，门诊人次数比预计增加 87.82 万人次，次均费用为 152.99 元，门诊费用较预计增加约 4926 万元；三是由于我市城乡居民大病保险承保公司三年为一个保期，2023 年在预算调整后才完成对上一保期的清算及盈亏分担，因此无法测算这部分金额。11 月底，根据审计报告支付了上一承保公司清算金额 2484 万元。剔除上述因素影响，2023 年基金总支出预算执行进度为 $(203185+12500-4926+2484) / 216431 = 98.53\%$ ，在合理范围内。基金当期结余 37298 万元，累计结余 217891 万元。

（三）基金财务管理情况

我单位已建立健全基金财务管理制度，分别从基金对账管理、基金预决算管理、会计核算管理、银行账户管理等方面以文件形式予以明确，相关工作人员严格按制度执行。

三、基本医疗保险基金预算绩效指标完成情况

（一）决策指标（8 分）

1. 政策制定（5 分）

2017 年 8 月，根据《遂宁市城乡居民基本医疗保险市级统筹基金管理暂行办法》（遂府办函〔2017〕208 号）文件，建立了全市城乡居民医保基金市级统筹管理制度。2021 年 12 月，市

政府办印发《遂宁市城乡居民基本医疗保险实施办法》（遂府办函〔2021〕63号），对我市城乡居民基本医疗保险政策修订完善。至此，我市城乡居民基本医疗保险政策和基金管理实现市级统筹。本统筹区制定的政策与党中央、国务院和省委、省政府决策保持一致，无违反上述文件出台相关政策。得5分。

2.决策过程（3分）

预决算草案、预算调整方案按规定履行决策程序及报批程序，及时进行公开。得3分。

（二）过程指标（36分）

1.管理制度（3分）

我单位已建立健全内部控制制度，医保基金财务管理相关制度，实现了基金运行全流程监管。得3分。

2.预算管理（4分）

我市预算执行及预决算报表填报准确，报送及时，编报说明合理，并按照国家规定进行预算调整。得4分。

3.绩效管理（5分）

我市年初对基金设定了合理的绩效目标，各业务科室对所属业务指标实行动态监控，确保绩效目标全面完成。绩效评价报告内容规范完整，上报及时，并按要求公开。得5分。

4.政策执行（3分）

2021年12月，根据国家、省关于落实医疗保障待遇清单工作要求，印发《遂宁市贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案（2021-2023年）实施细则》（遂医保发〔2021〕77号），规范统一了基本医保待遇支付范围及标准。2022年8月，市医

保局联合市财政局、市税务局印发《关于做好 2023 年全市城乡居民基本医疗保险参保征收工作的通知》（遂医保发〔2022〕49 号），明确了参保缴费标准，我市城乡居民基本医疗保险按照政策规定进行了落实。得 3 分。

5.组织管理（8分）

（1）医保管理制度统一：我市已实行市级统筹，实现了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。得 4 分。

（2）两定机构管理：全市统一协议范本，全面实行协议管理。严格按《四川省医药机构医疗保障定点评估细则（试行）》和《遂宁市医疗保障事务中心关于进一步做好定点医药机构医疗保障定点评估工作的通知》做好医药机构定点评估，成立了医药机构定点评估工作小组，通过现场评估、集体决策、公示等流程开展。明确暂停、终止协议的协议内容，严格协议管理。得 2 分。

（3）支付方式改革：我市于 2022 年正式启动 DRG 实际付费，实现“统筹区”“定点医疗机构”“病种”“医保基金”四个全覆盖，出台了《遂宁市基本医疗保险区域点数法总额预算和按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则》《遂宁市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费业务经办规程》《遂宁市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费特病单议经办规程》等配套文件。得 2 分。

6.财务管理（4分）

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》要求进行排查，我单位城乡居民医保基金专款专用，基金之间未相互挤占和调剂，未用于平衡一般公共预算。得 4 分。

7. 风险控制（9 分）

（1）基金监督管理：根据《四川省医疗保障局关于做好我省 2023 年度医保基金监管综合考核工作的通知》中《基金监管综合评价表（2023 年度）》要求，通过省医保局考评，我市综合评价得分 81 分。得 8 分。

（2）基金风险防控：我市建立了《基金管理预警分析制度》及风险台账，2023 年按时报送基金运行监测及风险预警分析报告，确保基金运行平稳。得 1 分。

（三）产出指标（27.60 分）

1. 参保政策落实（5 分）

2023 年我市基本医疗保险参保缴费人数为 268.9 万人（其中职工 36.42 万人，居民 232.48 万人），2022 年底常住人口为 277.2 万人，以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率为 97.01%，大于测评标准“ $\geq 95\%$ ”。得 5 分。

2. 缴费政策落实（10 分）

（1）各级财政补助按标准及时足额到位：我市城乡居民基本医疗保险各级财政补助资金按时足额下划转至市级城乡居民财政专户，2023 年人均各级财政补助标准为 640 元/人/年。得 5 分。

（2）参保居民个人缴费标准：2023 年当年缴费标准为 350 元/人/年，2023 年征缴 2024 年部分 380 元/人/年。得 5 分。

3.预算准确性（5.6分）

（1）收入预算完成：2023年基金收入完成预算的93.86%，小于测评标准“100%—105%”。得2.4分。

（2）支出预算完成：2023年基金支出完成预算的93.88%，小于测评标准“95%—100%”。得3.2分。

4.收入支出质量（2分）

（1）社会保险费收入占基金收入比重：2023年基本医疗保险费收入占基金收入的33.32%，大于测评标准“ $\geq 30\%$ ”。得1分。

（2）社会保险待遇支出占基金支出比重：2023年基本医疗保险待遇支出占基金收入的76.30%，小于测评标准“ $\geq 85\%$ ”。得0分。

（3）其他支出占基金支出比重：2023年其他支出占基金支出的0.08%，小于测评标准“ $\leq 5\%$ ”。得1分。

5.待遇支付时效（5分）

我市及时拨付参保人员、参保单位、定点医药机构医疗费，均在30个工作日内完成费用拨付。得5分。

（四）效益指标（23分）

1.经济效益指标（3分）

我单位基金账户均按《医疗保障基金财务管理制度》执行，收支户当期利息收益率 $\geq 1.1\%$ 。得3分。

2.社会效益（10分）

（1）住院费用报销比例：参保人政策范围内住院费用报销比例为70.65%，大于测评标准“ $\geq 65\%$ ”。得5分。

(2) 门诊费用报销比例：参保人政策范围内门诊费用报销比例为 69.57%，大于测评标准“ $\geq 50\%$ ”。得 5 分。

3.基金运行可持续性（5分）

(1) 统筹基金当期收支平衡：2023 年基金总收入 240483 万元，基金总支出 203185 万元，当期结余 37298 万元。得 3 分。

(2) 基金运行安全可持续：2023 年基金累计结余 217891 万元，基金静态可支付月数为 11.79 个月。得 2 分。

4.满意度指标（5分）

服务对象满意度大于 90%。得 5 分。

(五) 加分项（10分）

2023 年，遂宁市医保经办规范化建设、医保改革等工作成效明显，获省政府督查激励；《关于全市 DRG 医保支付方式改革工作推进情况的调研报告》获全国医保系统优秀调研成果二等奖；被省医保局评为“2023 年度基金监管工作先进单位”“2023 年度口腔种植价格专项治理先进单位”。得 10 分。

(六) 扣分项（0分）

我市医保工作无扣分项。

四、评价结论及改进措施

(一) 评价结论

自评总体绩效目标完成 104.60 分。通过自评，我市城乡居民医保基金严格按照《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》规定单独记账、单独核算，做到了账表、账实一致。所征收的医保基金按政府文件规定执行，配套资金及时足额划转入专户，待遇保障及时足额发放。未发现重复领取待遇情况，未

发现谋私、冒领、截留、滞留、挪用、骗取套取基金等违法行为。2023年我市城乡居民医保基金运行收支平衡，运行情况良好。

（二）存在的问题

我单位在预算编制时存在预算不精准，收支把控不够的问题。

（三）偏离绩效目标的原因

一是基金收入执行率为93.86%，未达到标准值100%—105%；二是基金支出执行率为93.88%，未达到标准值95%—100%；三是社会保险待遇支出占基金支出的76.30%，未达到标准值 $\geq 85\%$ 。

（四）下一步改进措施

在今后进行预算编制时，我市将进一步结合实际，加强单位内部机构各科室的预算管理意识，严格按照预算编制的相关制度和要求进行预算编制，力争做到测算内容完整、数据准确，尽量缩小预算或预算调整数与执行数的差异，确保偏差在可控范围内。

附件：2023年基本医疗保险基金预算绩效评价指标表

遂宁市医疗保障局
2024年5月22日

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：城乡居民基本医疗保险

序号	一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	自评得分	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管理相关政策	本统筹区制定的政策与中央、省委省政府决策保持一致，无违反上述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 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	过程指标 (38分)	管理制度	基金财务制度、基金预算制度、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	基金预决算编制、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	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		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	

序号	一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	自评得分	备注
6	过程指标 (38分)	政策执行	参保、缴费率、缴费基数、待遇支付范围及标准等政策	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和省级规定	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	
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		财务管理	按《社保基金财务制度》、《社保基金会计制度》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	问题清单中城乡居民医保财政补助此处指除按人员和标准计算的财政补助之外的应到位财政补助
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	8	
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	标准值	评分标准	分值	自评得分	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(%)	$\geq 95\%$ 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	职工参保人数与居民参保人数综合计算, 成都市计算时加上省本级参保人数
14		缴费政策落实	各级财政补助按标准及时足额到位	2023 年人均各级财政补助 ≥ 640 元	财政补助标准 ≥ 640 元, 且各级配套资金及时足额到位得 5 分; 财政补助标准 ≥ 640 元, 中央、省级财政补助资金未及时足额到位扣 3 分, 市、县配套未及时足额到位扣 2 分; 财政补助标准 < 640 元的不得分。	5	5	
15		参保居民个人缴费标准	2023 年当年缴费标准 ≥ 350 元, 2023 年征缴 2024 年部分 ≥ 380 元	2023 年缴费标准 ≥ 350 元得 2 分, 低于 350 元, 每低 1 元扣 1 分, 扣完为止。2023 年征缴 2024 年部分 ≥ 380 元得 3 分, 低于 380 元, 每低 1 元扣 1 分, 扣完为止。	5	5		
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	2.4	
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	3.2		
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	$\geq 30\%$ 得 1 分, 否则不得分	1	1	
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收入合计的比值	$\geq 85\%$ 得 1 分, 否则不得分	1	0	
20			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	$\leq 5\%$ 得 1 分, 否则不得分	1	1	其他支出中剔除长期护理保险支出
21	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		

序号	一级指标	二级指标	三级指标	标准值	评分标准	分值	自评得分	备注
22	效益指标 (23分)	经济效益	基金收益率	利息收益率 $\geq 1.1\%$	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	3	
23		社会效益	住院费用报销比	参保人政策范围内住院费用报销比 $\geq 65\%$	大于标准值得 5 分, 低 1 个百分点扣 1 分, 扣完为止。	5	5	
24			门诊费用报销比	参保人政策范围内门诊费用报销比 $\geq 50\%$	大于标准值得 5 分, 低 1 个百分点扣 0.5 分, 扣完为止。	5	5	
25		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	
26			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	
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、省委省政府表彰加 5 分, 受省级部门表彰加 2 分, 总加分不超过 10 分					—	10
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扣 5 分, 被省级部门通报批评扣 2 分。总扣分不超过 10 分					—	0
总分							100	104.6