2022年度株洲市市本级城乡居民基本医疗保险基金支出绩效自评报告

部门（单位）名称：（盖章）株洲市医疗保障事务中心

2023年4月28日

（此页为封面）

在市委、市政府的坚强领导下，市医保局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十九届历次全会精神，省第十二次党代会、市第十三次党代会、《市政府工作报告》的决策部署，牢牢把握稳中求进工作总基调，围绕中心、服务大局，夯实基础、深化改革，努力打造“治理能力提升年”，奋力书写“培育制造名城、建设幸福株洲”的医保新篇章，全市医疗保障工作取得新进展。现认真对市本级城乡居民医保基金预算支出情况进行了绩效自评，将有关情况报告如下：

一、预算编制情况

按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，收入预算主要参考参保人数、参保人员类型、财政补助标准等因素进行编制，支出预算主要参考以前年度支出规模、本地医疗费用水平、医疗费用控制目标、参保人员年龄结构、享受待遇人数等因素进行编制。

2022年市本级城乡居民平均参保人数预计68.38万人。个人缴费标准320元/人；财政补助标准610元/人。

（一） 基金收入预算

2022年市本级城乡居民基金总收入预计6.45亿元，其中：（1）个人缴费预算2.20亿元；（2）利息收入预算0.08亿元；（3）财政补助收入4.17亿元。

（二） 基金支出预算

2022年市本级城乡居民基金总支出预计5.63亿元，其中：（1）住院支出预算3.93亿元；（2）门诊支出预算0.74

亿元；（3）大病保险支出预算0.44亿元。

（三） 基金结余预算

根据收支预算情况，预计2022年市本级城乡居民基金当期结余0.82亿元。预计2022年市本级城乡居民基金累计结余9.01亿元。

二、预算执行情况

截至2022年底，市本级城乡居民参保人数实际为74万人，市本级居民基本已经全部参保。

（一） 收入情况

2022年度市本级城乡居民医保基金总收入10.27亿元，预算执行率159.22%，其中基本医疗保险费收入3.16亿元；财政补助收入4.25亿元；利息收入0.23亿元；风险储备金2.63亿元。一是个人缴费以及财政补助提高，2022年全市居民医保个人缴费标准为350元/人，比上年（320元/人）增加了30元/人；2022年人均财政补助标准为610元/人，比上年（580元/人）增加了30元/人，增加征缴收入，二是计提风险储备金2.63亿元，综上所述一定幅度增加。

（二） 支出情况

2022年度市本级城乡居民基金总支出6.86亿元，预算执行率121.85%。其中医疗保险待遇支出5.36亿元（住院支出4.76亿元；门诊支出0.6亿元）；大病保险支出0.54亿元。一是国家医保信息平台9月正式上线。系统上线需要大量前期准备工作，由于全省统一上线，数据量较大，造成部分功能在2021年不能正常使用，部分医疗费用在2022

年予以结算。二是12月全市新冠疫情爆发，2022年部分医疗机构及药店未办理结算，费用在2023年年初进行清算拨付。

（三） 基金结余情况

市本级城乡居民医疗保险基金年末滚存结余14.82亿元。

三、支出绩效情况

（一）确保收支平衡，基金运行安全平稳

积极落实全民参保要求。截至12月底，市本级城乡居民医疗保险参保缴费人数74万人，征缴基金3.16亿元。

（二）基金支撑能力增强

2022年市本级城乡居民累计可支撑25个月。

四、基金管理情况

一、聚焦服务大局“显担当”，充分发挥了医疗保障作用。一是抗击疫情凸显担当。全面做好新冠病毒疫苗及接种费用保障工作，今年1-9月，全市累计接种新冠疫苗171.42万人次，医保基金已拨付苗费及接种费4359.92万元，确保老百姓接种新冠疫苗“全免费”。全省率先出台《关于医疗保障应对目前新冠疫情支持社会经济和企业发展的若干措施》，在“万名干部联万企”行动中，与联点企业株洲钻石人力资源公司一起连线接受毛伟明省长的关怀和慰问并获充分肯定，2022年疫情期间实行“半年缓征医保费”惠企政策，盘活该企业资金1000多万元，并与其他部门联动为该企业解决贷款600多万元。**二是乡村振兴精准助力。**株洲市医保局获评全

市“实施乡村振兴战略先进单位”，工作经验被省医保局推荐到国家医保局，全省只有两个市州。建立健全市、县医保部门与同级税务、民政、乡村振兴、残联部门信息比对机制，重点做好监测对象等困难群众、稳定脱贫人口参保缴费动员工作，实现应保尽保、应缴尽缴。截至11月底，全市33.49万困难群众全部纳入基本医疗保障范围，参保率达100%。将困难群众全部纳入基本医保、大病保险和医疗救助三重制度保障范围，市域内实现“一站式”结算，大幅减轻困难群众就医负担，为困难家庭撑起健康“保护伞”。截至11月30日，医疗救助资金资助参保人数为15.63万人，资助金额达3588.74万元，医疗救助人数为4.53万人次，救助金额1.46亿元。**三是区域合作提质增效。**在湘赣边区域合作示范区建设推进大会上，株洲市医保局与长沙市、湘潭市、萍乡市、吉安市、宜春市医保局共同签署唯一一个由市直机关签订的利民便民惠民协议——《湘赣六地市医疗保障部门合作备忘录》，并获湖南省委张庆伟书记勉励，推进医保服务“跨省通”。株洲市为全省第一批开通门诊慢特病治疗费用跨省异地就医直接结算的地市，也是湘赣边区域第一个开通的城市。10月1日起，株洲市与长沙市、湘潭市以及江西省宜春市、吉安市、萍乡市实现了湘赣边区域内六地市定点药店医保购药直接结算的一体化，参保人员持社保卡或医保电子凭证，无需办理异地就医备案即可在六地市区域内的定点药店医保购药直接结算。

二、聚焦改革创新“促发展”，持续释放了医疗保障红利。

一是全国唯一医药和耗材集采地级市升级为“株洲市际联盟”。今年5月经省医保局批复同意，株洲“八市联盟”医用耗材带量采购联盟升级为“株洲市际联盟”。2022年1月1日起执行的八市联盟医用耗材带量采购成效显著，6个产品15个型号低值医用耗材平均降幅72.7%，年均节约医用耗材采购费用2.96亿元，其中株洲可节约采购资金3422万元。因此次集采社会反响好，降价效果显著，《中国医疗保障年鉴》拟作为典型案例予以刊登。组织医疗机构完成湖北中成药联盟集中带量采购约定量分配工作，完成国采集中带量采购药品续约和五市联盟药品带量采购续约。全面落实国家组织胰岛素专项集中带量采购和人工关节集中带量采购中选结果，按株洲市需求量静态测算，预计一年可分别节约费用1239.3万元和3348万元。全面执行十一省药物涂层球囊省际联盟采购中选结果，平均降幅70%，最高降幅76.56%。目前我市落地执行国家冠脉支架、人工关节、人工晶体等六大类高值耗材集采结果和国家、省级集采药品共476个，全市一年可节省采购资金约8.03亿元。由于成效显著，省医保局以《株洲：严格把关，让“清廉招采”成为“品牌”》为题，在《湖南日报》推广株洲市清廉医药招采工作经验；株洲市纪委监委以《让医药招采在“阳光”下进行》为题，在《株洲日报》推介市医保局“清廉医保”建设工作。规范修订全市现行医疗服务价格项目92项/类。连续三次下调新冠病毒检测价格，单人单检降低到16元/人次，多人混检降低到4元/人次，政府组织的大规模筛查、常态化检测、多人混检按照不高于3.5

元/人次计费。**二是全国试点参保人员信息授权查询和使用子系统上线试运行。**株洲市为全国12个试点城市之一和全省唯一的试点城市。株洲市医保局按照“制度先行、顶层设计、搭建平台、逐步完善”的总体思路，开展了前期调研、方案论证、专家研讨、功能开发、系统测试等大量深入细致的工作。目前，参保人员个人信息授权查询和使用系统已上线试运行。截至2022年11月底，已有6家商保机构完成单位网厅注册登录，系统通过使用产生授权查询操作记录61000多条。国家医疗保障局基金监管司对株洲市试点工作取得的成绩给予充分肯定。**三是全省率先推进职工医保门诊共济保障制度改革。**严格贯彻落实《湖南省人民政府办公厅关于建立健全职工门诊共济保障机制的实施意见》精神，以市政府名义出台《株洲市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》，10月1日起我市在全省率先启动职工医保门诊共济保障改革。截至11月底，我市已开通119家医疗机构，结算76888人次，基金支出877.63万元。**四是全省率先推进DRG支付方式改革。**全市55家二级以上医院符合DRG改革条件，38家医院被确认为首批DRG改革医院，计划从2023年1月开始，开展首批DRG模拟付费，首批模拟付费医院占比69%，整体情况走在全省前列。

三、聚焦健全制度“防风险”，加快完善了医疗保障体系。一是实施医保基金监管“双闭环”制度。在内控闭环监管方面，严把“制防关”，创新经办流程体系，加强基金内控管理，对所有经办业务建立相互监督制约体系；强化“技防关”，

推进信息系统应用，纵深推进信息网络安全建设，国家局视频会议系统接通至县市区医保局，湖南省医疗保障信息平台接通至村卫生室，建立健全网络信息建设，有效提升信息化水平；守好“人防关”，优化岗位职能职责，市医保中心医审科、基金财务科、结算科和各业务科室实行各环节互相监督制约的“双控”机制，经办业务全流程系统平台完成，形成全过程基金监管内控“闭环”。**在外部闭环监管方面，**全省首创城镇职工医保基金总额控制管理办法和以“健康人头付费”为基础的总额控制支付方式株洲模式，“事前”推行总额预付，“事中”开展日常稽核、飞行检查、纪检公安大数据分析、第三方协助监管打击欺诈骗保和财政部门中期评估，“事后”通过预留金返还、年终决算、信用评价、第三方审计、财政和审计等部门的绩效评价严格考核，形成全方位基金监管外部“闭环”。**二是落实医保待遇清单制度。**制定贯彻落实医保待遇清单制度计划和清理不合规政策台账，全面完成三重保障制度中各项政策项目设置和名称统一规范，以及待遇清单制度范围外政策的清理。**三是执行医保三大目录制度。**严格执行全省统一的药品目录、医疗服务项目、医用耗材目录，医疗服务项目目录和医用耗材目录未自行增减项目，未自行调整目录自负比例、限额支付标准和限定支付范围。制定《关于做好医保谈判“双通道”管理工作的通知》，落实“双通道”管理药品待遇，确定“双通道”管理药品定点机构，建立了“双通道”管理药品责任医生库，并加强临床合理使用的监管。**四是出台医疗救助制度。**以市政府办公室名义

印发《株洲市医疗救助实施细则》，统一规范了全市医疗救助制度，妥善解决了县市区政策差异较大、碎片化问题，增强了医疗救助的托底保障能力，对巩固医保脱贫攻坚成果、有效衔接乡村振兴战略具有重大意义。

四、聚焦惠民利民“谋福祉”，不断提高了医疗保障水平。一是医保经办服务便民利民。制定《株洲市2022年度医保管理服务真抓实干督查激励实施办法》、《株洲市2022年医疗保障经办管理服务规范年建设工作实施方案》，对优化医保领域便民服务、推进医保经办管理服务体系建设、提升医保规范化管理水平等工作进行定期调度。制定《城区城乡居民基本医疗保险市级统筹实施方案》，按照基金统一管理、管理分级负责的原则，建立权利与义务相对应、事权与财权相匹配、激励与约束相结合的市、区两级医保责任分担机制，全面提升经办效率，优化经办服务，实行城乡居民医保业务“全城通办”，方便全市参保居民享受医保服务。截至11月底，全市实现107个乡镇（街道）提供7项以上医保服务，1384个村（社区）医保“帮代办”服务，乡镇（街道）、村（社区）服务覆盖率均达到100%，全面打造医保“15分钟服务圈”。**二是医保信息化建设稳步提升。**聚焦医保个人账户“热点”“难点”问题，通过推进个人账户异地购药、异地安置人员个人账户金网上返还和个人账户金省内互转三项“微改革”，为参保群众身体健康保驾护航，进一步提升参保群众医保服务获得感、幸福感。6月22日，株洲市在全省率先上线医保移动支付业务，参保群众只需现场绑定医保电子凭证，就可以在手

机端完成挂号、就诊、支付、取药、结算、取报告等全流程服务，目前全市有13家医疗机构正在申请开通移动支付。9月18日，株洲市在全省率先开通个人账户家庭共济业务，实现职工医保与职工医保、职工医保与城乡居民医保家庭成员之间的共济。截至11月底，个人账户家庭共享业务共结算10420人次，个人账户结算金额达37.59万元。积极探索医保电子凭证激活新渠道、新办法，通过绑定亲情账户、开通自助机激活等方式，加快医保电子凭证激活及使用。**三是医保民生实事全面落实。**全面落实省、市重点民生实事，截至11月底，省、市重点民生实事均提前超额完成，9个统筹区187家定点医疗机构实现普通门诊医疗费用跨省直接结算；43家医疗机构实现5个门诊慢特病治疗费用跨省直接结算，每个区县至少完成2家。市重点民生实事城乡居民“两病”门诊用药保障享受人次为39.33万人次，完成全年目标任务的196.65%。《株洲市推进“两病”门诊用药保障的实践》获《中国医疗保险》杂志（总第162期）刊发。

五、预算执行中的主要经验和问题

（一）基金预算编制水平逐步提高，但实际执行约束不够。近几年，预算基础数据质量越来越高，预算编制工作机制越来越科学合理，各个编制环节也越来越细化越明确，同时，预算审核过程中发现的问题也能得到及时有效调整，因此，只要严格按照程序进行编制，基金预算将更科学更精确。但是，基金预算还没有真正发挥其在基金管理中核心地位的作用。首先，编制预算收支结余的多少，对收缴政策和待遇

政策没有引导作用，即不管基金是超支还是结余，保险政策很难根据情况作出相应调整；其次，一般认为收入预算执行超过越多越好，支出预算执行越低越好，预算对执行没有实际指导作用；最后，对预算执行情况没有一套有效的考核评价激励机制，即预算收支无论实际执行情况怎样，都没有实际意义上了考核评价，也不会对基金收支产生影响。

（二）人少事多经费紧张的矛盾非常突出。全市医疗保障系统人员编制非常紧张，专业性干部人才相对缺乏，严重制约全市医疗保障事业发展。近年来，全局项目经费和行政运行经费持续大幅压缩，医保重点改革工作经费不足，影响改革进程。

（三）多层次医疗保障体系发展不均衡。一方面，基本医疗保障作为主体制度安排，在覆盖范围、保障功能等方面都承担了更多责任，逐渐出现了政府“无限责任”的倾向，多元化诉求都寄希望由社会保险解决。另一方面，商业健康保险发展缓慢，慈善捐助等多元补充保障没有发挥应有的作用。

六、工作措施及建议

（一）加强基金运行分析提高预算编制水平。要科学编制医保基金收支预算，加强精算管理，建立绩效评价指标体系，分级分类强化绩效监控、风险评估预警和结果运用，保持职工医保统筹基金和居民医保统筹基金可支付月数处于合理区间。

（二）完善多层次医疗保障体系。要充分发挥基本医保、

大病保险、医疗救助综合保障作用，以基本医保为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障体系，更好满足人民群众多元化医疗保障需求。同时，要积极探索与基本医保紧密衔接的普惠性商业保险，更好覆盖基本医保不予支付的费用。

（三）提升内控管理。一是加强基础工作，在简化办事手续的同时，进一步规范业务流程，夯实内控基础。二是加强业务资料的整理、归档。三是加强统计基础工作，及时传递上报各项业务数据。四是保证基金安全，开通批量拨付，简化工作流程，加强基金监督。

2022年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	城乡居民基本医疗保险基金						
主管部门	市医保局			实施单位	市医疗保障事务中心		
项目资金（万元）		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
	年度资金总额		37054.17	36413.84	10	98.27%	10
	其中：当年财政拨款						
	上年结转资金						
	其他资金						
年度总体目标	预期目标			实际完成情况			
	巩固参保率，稳步提高保障水平，实行基金收支平衡。			巩固参保率，稳步提高保障水平，实行基金收支平衡。			

绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
	产出指标（50分）	数量指标	城乡居民医疗征缴率	95%以上	95%以上	10	10	
			城乡居民基本医疗保险累计结余可支付月数	≧6个月	≧6个月	10	10	
		质量指标	以常住人口数为基数的基本医保综合参保率（%）	≧95%	≧95%	10	10	
			高血压、糖尿病门诊用药保障覆盖率	100%	100%	10	10	
		时效指标	待遇资金发放及时性	100%	100%	10	10	
		成本指标						
	效益指标（30分）	经济效益指标	财政补助资金到位率（%）	100%	100%	10	10	
			医疗保障水平	稳步提高	稳步提高	10	10	
		社会效益指标	医疗保障信息化建设	进一步方便群众参保、缴费及享受待遇	进一步方便群众参保、缴费及享受待遇	10	10	
		生态效益指标						
		可持续影响指标						

	满意度指标（10分）	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	≥85%	95%	5	5	
			参保群众政策知晓度	普遍知晓	普遍知晓	5	5	
总分						100	100	