

株洲市医疗保障局

城乡医疗救助专项资金绩效自评报告

一、基本情况

2024 年度我局城乡医疗救助专项，年初预算为 50 万元，本年度城乡医疗救助专项支出数为 50 万元，执行率 100%。

医疗救助资金是由中央、省级、市级、县区级财政资金组成，按年度进行拨付，汇集至各县区级医疗救助资金财政专户统筹使用，支出无法区分资金来源，以下评价指标按各级资金统筹使用情况进行分析自评。

二、资金使用情况分析

1.2024 年度项目资金使用情况分析

为进一步加强和规范医保部门项目资金使用，提高医疗救助资金使用效益，2024 年我局按照《湖南省财政厅 湖南省卫生健康委员会 湖南省医疗保障局关于印发<湖南省医疗救助补助资金管理办法>的通知》（湘财社〔2021〕1 号）要求，认真执行财务规章制度和会计核算办法，严格按照待遇政策使用医疗救助资金。

2.2024 年度城乡医疗救助资金管理情况分析

按规定使用 2024 年市级城乡医疗救助资金，商财政部门及时分配资金，采取因素分配法，分配与县区绩效评价结果挂钩方式，考虑一般救助需求因素（权重 90%）和绩效因素（权重 10%），一般救助需求因素包含辖区户籍人口数（权重 30%）、保障人数

（权重 50%）和 2023 年区医疗救助实际支出情况（权重 20%）3 个因素。各市辖区医保部门使用过程中有完整的审批程序，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

三、项目组织实施情况

（一）项目组织情况

2024 年，株洲市财政局、医保局严格遵照省财政厅和省医保局下达的年度总体目标和具体绩效指标，对目标设置合理科学，体现“通过实施城乡医疗救助，减轻困难群众看病就医负担，增强医疗保障体系的托底保障能力”等年度总体目标的基本要素，将绩效目标表进行细化，设置一级指标 4 个，二级指标 5 个，三级指标 11 个，按照要求同步细化分解下达绩效目标。

各级医保部门根据《株洲市医疗救助实施细则》（株政办发〔2022〕8 号）规定，对医疗救助资金进行使用管理，围绕夯实医疗救助托底保障功能，建立健全了相应管理办法和监管措施。按照医保待遇清单开展资助参保、住院救助、门诊救助、再救助和重特大疾病救助，发挥医疗救助托底保障作用。

（二）项目管理情况

1.成本指标（分值 10 分，自评得分 10 分）

（1）经济成本指标（分值 10 分，自评得分 10 分）

①按预算执行（分值 10 分，自评得分 10 分）：城乡医疗救助专项资金年初预算 50 万元，到位 50 万元，全部分配至各市辖区，执行率 100%。

2.产出指标（分值 40 分，自评得分 40 分）

(1) 数量指标 (分值 11 分, 自评得分 11 分)

②医疗救助对象人次规模 (分值 10 分, 自评得分 10 分): 截至 2024 年底市本级医疗救助对象 21061 人, 全部参加基本医疗保险, 参保率为 100%, 达到标准值 $\geq 99\%$ 的要求。

株洲市第一、二类救助对象在市域内定点医疗机构就医, 享受“一站式”即时结算服务, 市域外就医的救助对象由县级医保部门定期筛查, 确保救助对象及时享受待遇, 2024 年度市本级住院救助 10736 人次, 门诊救助 5142 人次。

③重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例 (分值 10 分, 自评得分 10 分): 特困人员 $\geq 90\%$ 低保对象 $\geq 70\%$ 。

(2) 质量指标 (分值 20 分, 自评得分 20 分)

③重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例 (分值 10 分, 自评得分 10 分): 根据《湖南省医疗救助办法》(湘政办发〔2021〕62 号) 文件精神, 株洲市人民政府办公室出台了《株洲市医疗救助实施细则》(株政办发〔2022〕8 号), 规定特困人员年度限额内住院救助比例为 90%, 低保对象年度限额内住院救助比例为 70%, 株洲市各级医保部门严格按照《株洲市医疗救助实施细则》规定执行。

④符合资助条件的农村低收入人口资助参保政策覆盖率 (分值 10 分, 自评得分 10 分): 截至 2024 年底市本级低保对象、特困人员以及其他符合资助参保条件的农村低收入人口 16153 人, 资助参保 16153 人, 资助金额 445.64 万元, 资助率为 100%,

达到标准值 $\geq 99\%$ 的要求。

(3) 时效指标 (分值 10 分, 自评得分 10 分)

⑤市域内“一站式”即时结算定点医药机构覆盖率 (分值 10 分, 自评得分 10 分): 2024 年株洲市“一站式”即时结算覆盖全市 9 个县市区, 出院时可直接在医院的结算窗口办理完所有报销手续。全市 292 家定点医疗机构全部开通市内一站式结算。

3. 效益指标 (分值 30 分, 自评得分 30 分)

(1) 经济效益指标 (分值 6 分, 自评得分 6 分)

⑥困难群众医疗费用负担减轻程度 (分值 6 分, 自评得分 6 分): 困难群众就医负担减轻, 救助对象住院政策范围内综合保障报销比例达到 93.8%, 未发生冲击社会道德底线事件, 一定程度上促进了社会的和谐与稳定。困难群众就医负担减轻程度有效缓解。

(2) 社会效益指标 (分值 18 分, 自评得分 18 分)

⑦困难群众看病就医方便程度 (分值 6 分, 自评得分 6 分): 2023 年市本级纳入医疗救助一站式结算范围的基层医疗机构为 32 个, 开展医疗救助帮代办事项的医保代办点数量为 318 个, 2024 年纳入医疗救助一站式结算范围基层医疗机构为 32 个, 开展医疗救助帮代办事项的医保代办点数量为 319 个, 较 2023 年有增长, 困难群众看病就医方便程度明显提高。

⑧城乡医疗救助政策知晓率 (分值 6 分, 自评得分 6 分): 各级医保部门印制了政策宣传折页和宣传海报, 发放给各县各乡镇 (街道) 和定点协议医疗机构, 同时组织业务骨干到镇 (街道)

开展参保、救助等医保政策培训宣传，在医保微信公众号等媒体上将医疗救助政策广而告之，推动各项惠民政策有效落实，提升宣传面，扩大宣传范围，提升暖民心政策知晓率和满意度。根据2024年服务对象满意度调查问卷各项指标分配权重汇总统计：2024年城乡医疗救助政策知晓率为98%。

⑨医疗救助对象覆盖范围（分值6分，自评得分6分）：救助对象覆盖特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘家庭成员、重度残疾人、防止返贫监测对象、因病致贫大病患者，低保边缘及因病致贫重病患者标准明确。

（3）可持续影响指标（分值6分，自评得分6分）

⑩对健全医疗保障体系的作用（分值6分，自评得分6分）：城乡居民医疗救助制度对完善医疗保障体系发挥了重要作用，作为三重保障的托底保障制度，通过对困难群众实行待遇倾斜，缓解困难群众的就医压力，防止因病致贫、因病返贫，让医疗保障体系覆盖到更多需要帮助和关怀的困难人群，2024年全市通过资助参保将14.01万困难群众纳入医疗保障体系，对健全医疗保障体系的作用成效明显。

4.满意度指标（分值10分，自评得分10分）

（1）服务对象满意度指标（分值10分，自评得分10分）

⑪救助对象对救助工作满意度（分值10分，自评得分10分）：现场评价过程中，对医疗救助工作满意度进行了现场调查，调查对象为城乡居民，采取随机抽样的方式进行问卷发放，共发放问卷192份，回收192份，均为有效问卷。根据各项指标分配权重

汇总统计，整体满意度为 99%。具体情况如下：对医疗救助宣传满意度为 99.4%；对医疗救助方式满意度为 99.4%；对困难群众享受医疗救助政策便利性满意度为 99.4%；对医疗救助减轻医疗负担的满意度 99.4%。大部分受访对象对医疗救助政策有一定的了解，对现在的医疗救助服务很满意，帮助家庭减轻了不少经济压力。

四、存在的问题及原因分析

（一）医疗救助资金规模不足。由于国家及省级医保部门对医疗救助政策的调整导致医疗救助待遇全面提升，但受各级财政资金保障不稳定，以及就医需求的增长、人口流动频繁和异地就医的便捷等各项因素的影响，医疗救助资金支出压力不断增大，目前，医疗救助资金规模不足以满足困难群众的救助需求。

（二）医疗救助结算存在一定风险。因医保系统中无法标注参保人认定地，而医疗救助采用认定地管理原则，导致医疗救助对象参保、待遇管理存在弊端，如我市市本级特殊人员的医疗救助结算难以实现线上拨付，只能采取线下支付的方式与医疗机构结算，效率 and 安全性得不到保障。

五、下一步改进措施

（一）加强救助资金监管。加强对医疗机构诊疗行为和医疗费用的监管，通过开展医疗救助大数据分析、资金审计、交叉检查等行动，对市域内医疗机构医保结算数据进行分析、查找异常数据，发现违规使用资金的问题；加强对使用超限价医用耗材的评估和管理，纠治对救助对象的过度医疗、虚假诊疗和不合理收

费等问题；严查医疗救助资金的规范使用，杜绝工作人员优亲厚友及参保人弄虚作假、骗取冒领医疗救助资金的问题；加大对违规行为的处罚力度，形成有效的威慑。

（二）强化政府统筹职能。市县两级医保部门要积极向同级政府报告医疗救助工作，与财政部门做好沟通协调，强化市县两级人民政府统筹实施医疗救助工作的职责，根据各地实际做好本级资金的配套工作。同时，严格按照资金管理办法要求，将医疗救助资金纳入社保基金专户，加快资金拨付进度，实行分账核算、专款专用。动员社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金，加大医疗救助资金规模。

（三）完善医保系统模块。实现可以按户籍地进行救助对象实时参保缴费状态统计分析，便于分解下发工作指标，保证该类人员的参保及缴费率，同时能有效及时的为市医保中心及医疗机构定位救助金对应申领机构，方便医疗机构与相应户籍地的医保经办机构结算。

附件：2024 年度项目支出绩效自评表



附件：

2024 年度项目支出绩效自评表

项目支出名称	城乡医疗救助专项							
主管部门	市医疗保障局				实施单位	天元区、芦淞区、荷塘区、石峰区医疗保障局		
项目资金(万元)	资金来源	年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	其中:当年财政拨款	50	50	50	10	100%	10	
	上年结转金额	0	0	0				
	其它资金	0	0	0				
	年度资金总额	50	50	50				
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	将符合条件的困难群众纳入救助对象范围;按医疗救助政策规定实施参保资助,门诊医疗救助,住院医疗救助和再救助;充分发挥医疗救助托底保障功能,有效防范群众因病返贫致贫。			将符合条件的困难群众纳入救助对象范围。按医疗救助政策规定实施参保资助、门诊医疗救助、住院医疗救助和再救助,重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例达到70%。充分发挥医疗救助托底保障功能,有效防范高额医疗费用支出大病参保患者因病返贫、因病致贫。				
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	数量指标	医疗救助对象人次规模	符合救助条件的对象规模纳入救助范围	市本级 21061 名困难群众全部纳入救助范围,2024 年度救助 32032 人次	10	10	
		质量指标	重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例	≥70%	特困人员 ≥90% 低保对象 ≥70%	10	10	
			符合资助条件的农村低收入人口资助参保政策覆盖率	≥99%	100%	10	10	
		时效指标	市域内“一站式”即时结算覆盖率	不低于上年	市域内已实现一站式即时结算全覆盖	10	10	
	效益指标	经济效益指标	困难群众医疗费用负担减轻程度	有效缓解	有效缓解	6	6	
		社会效益指标	困难群众看病就医方便程度	明显提高	明显提高	6	6	
			城乡医疗救助政策知晓率	≥80%	98%	6	6	
			医疗救助对象覆盖范围	稳步拓展	稳步拓展	6	6	
		可持续影响指标	对健全医疗保障制度体系的作用	成效明显	成效明显	6	6	
	满意度指标	服务对象满意度指标	救助对象对救助工作满意度	≥85%	99%	10	10	
	总分						90	90