2023年度宿州市城乡居民基本医疗保险补助

转移支付绩效自评报告

根据《国家医疗保障局关于全面开展医保转移支付资金绩效评价工作的通知》（医保函〔2020〕3号）、《宿州市医疗保障局关于印发《2023年全市医疗保障事业发展考核评分细则》的通知》（宿医保秘〔2023〕38号）、《宿州市财政局关于开展2023年度中央对地方转移支付预算执行情况绩效自评工作的通知》等文件要求，现将宿州市城乡居民基本医疗保险补助转移支付绩效自评结果报告如下：

1. 绩效目标分解下达情况

（一）中央财政下达城乡居民医保补助转移支付预算和绩效目标情况

**1.下达转移支付预算**：根据《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局关于提前下达 2023 年中央财政城乡居民基本 医疗保险补助资金预算的通知》（皖财社〔2022〕1388 号）文件提前下达219149万元、《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局关于下达2023年中央和省级财政城乡居民基本医疗保险补助资金预算的通知》（皖财社〔2023〕1023号）下达31930万元，2023年中央财政下达我市城乡居民医保补助资金转移支付预算251079万元。

**2.绩效目标**：巩固参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡。

（二）省级财政下达城乡居民医保补助预算和绩效目标情况

 1**.省级下达预算**：根据《安徽省财政厅 安徽省医疗保障局关于下达2023 年省级城乡居民基本医疗保险补助资金预算的通知》（皖财社〔2023〕162号）文件下达77543万元、

 **2.绩效目标**：巩固参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡。

二、绩效情况分析

（一）资金投入情况分析

2023年中央、省级财政安排下达资金328622万元，其中中央补助251079万元，省级补助77543万元。项目资金严格按照预算批复规定的用途支出，不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况，实行收支两条线，专户存储，分账核算，基金管理规范。

（二）资金管理情况分析

###  绩效及基金管理严格按照《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅国家税务总局安徽省税务局关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（皖医保发〔2022〕6号）、《安徽省财政厅转发财政部关于开展2023年度中央对地方转移支付预算执行情况绩效自评工作的通知》（皖财绩〔2024〕155号）、《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》等文件规定执行。

（三）总体绩效目标完成情况。

2023年宿州市城乡居民参保5108599人，城镇职工参保人数392552人，常住人口5300000人，基本医保综合参保率103.79%。2023年个人筹资标准350元，各级财政补助标准640元，均比去年增加30元，在合理追加筹资标准的基础上，稳步提高医疗保障水平。

2023年城乡居民基本医疗保险基金总收入525141.29万元，基金总支出478776.75万元，当年基金结余46364.54万元，结余率8.83%，累计结余377997.3万元，基金累计结余可支付9.47个月（数据来源2023年度基金年报），基金整体运行平稳，收支均在正常增幅范围以内，累计结余在安全合理范围。

（四）绩效指标完成情况。**（100分）自评100分**

**（1）项目决策（满分23分,实得23分）**

1.决策依据（满分6分,实得6分）

立项规范，符合《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》。绩效及基金管理严格按照《宿州市城乡居民基本医疗保险实施方案》《社会保险基金财务制度》等制度规定执行，符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》

2.决策过程（满分2分,实得2分）

资金分配联合财政部门按照安徽省财政厅 安徽省医疗保障局转发财政部国家医保局关于修订《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》的通知要求，共同分配资金，明确绩效目标。

3.绩效目标（满分6分,实得6分）

年度绩效总体目标为“巩固参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡”等。按要求将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标至各县区，与财政部、国家医保局要求一致。

4.资金分配（满分9分，实得9分）

及时分配资金至各县区。资金分配方案符合财政部和国家医疗保障局下达的文件要求，分配方法、支出内容符合省级实施细则要求。

**（2）过程管理（满分20分，实得20分）**

2.资金管理（满分8分，实得8分）

（1）基金使用合规性

项目资金使用符合国家财经法规和财务管理制度以及有关专项资金管理办法的规定，资金拨付有完整的审批程序和手续，项目资金严格按照预算批复规定的用途支出，不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况，实行收支两条线，专户存储，分账核算。基金管理规范，内部控制制度健全。

（2）市地级统筹实现程度

全市基本医疗保险基金实行市级统筹，并对基金账户管理、预决算管理、收支管理、监督管理等方面进一步明确要求。

（3）基金监管有效性

基金监管工作扎实推进，取得了较好的成效。以“安全规范用基金守好人民‘看病钱’”为主题的医保基金监管集中宣传月活动贯穿监管主线，以系列活动为载体，有形、有感、有效地开展了基金监管法律法规和政策措施的宣传教育。在全市范围内开展定点医疗机构特殊人群无指征住院、低标准住院、超长住院、分解住院、“挂床住院”专项检查；开展定点医疗机构自查自纠、全覆盖检查、市际交叉互查、省局飞行检查，持续加强医保基金监管，构建全领域全流程基金安全防控机制，推动定点医药机构加强自主管理，规范医保基金使用流程。

2.组织管理（满分12分，实得12分）

（1）定点医药机构规范

对定点医疗机构实行协议管理，建立考核评价机制、动态准入和退出机制。

（2）医保信息系统功能性

全市城乡居民基本医疗保险参保人员信息全部录入系统，医保信息系统实现与定点医疗机构信息系统联网，信息系统运转正常、信息数据及时准确。

（3）医保统计、基金报表准确性、及时性、完整性

按时完整上报医保基金统计、基金报表，上报报表不存在虚报、瞒报、误报等现象。

（4）绩效评价机制健全

实行绩效管理制度，各部门配合开展考核评估，绩效指标细化明确，监控有力。定期开展绩效评价工作，评价报告规范完整，并强化考核结果运用。

**（3）产出指标（满分47分，实得47分）**

（1）数量指标（满分16分，实得16分）

2023年全市参保人数5501151人，其中城乡居民5108599人，城镇职工392552人，基本医保综合参保率103.79%。财政补助标准为640元。

2.质量指标（满分28分，实得28分）

基本医保综合参保率103.79%，重复参保人数为0。无虚报参保人数情形。参保人员政策范围内住院费用报销比例达到70.16%；参保人员住院费用实际报销比例64.4%。按照国家DIP付费工作要求，所有定点医疗机构参保患者住院费用实现 DIP 付费。已全面开展门诊统筹待遇保障制度。基金滚存结余可支付月数≥6个月。

3.时效指标（满分3分，实得3分）

医疗费用按政策即时结算，医疗费用即时结算率>95%。

**（4）满意度指标（满分10分，实得10分）**

通过电话回访等方式，参保对象对居民医保政策、医保经办和服务的满意度均≥90%。

三、偏离绩效目标的原因及下一步改进措施

 无

四、绩效自评结果拟应用和公开情况

我市将根据国家、省级相关文件要求，总结经验，改进管理措施，有效提高资金管理水平和使用效率，确保项目按要求完成，持续加强基金监管，确保医疗保险基金使用安全、有效，充分发挥财政资金效能。绩效自评结果将通过政府信息公开网站进行公开。

五、其他需要说明的问题

无

六、附件