

玉溪市新平彝族傣族自治县医疗保险中心
2023 年城乡居民基本医疗保险补助项目

绩
效
评
价
报
告

委托单位名称：玉溪市新平彝族傣族自治县财政局

评价机构名称：云南德远会计师事务所（普通合伙）

项目评价起止时间：2024 年 8 月 12 日-2024 年 9 月 31 日

评价报告出具时间：2024年12月12日

评价分值:90.87分

评价等级: 优

基本情况表

金额单位：万元

项目名称	玉溪市新平彝族傣族自治县医疗保险中心2023年城乡居民基本医疗保险补助项目				开展评价年度	2024	
评审性质	项目支出绩效评价		县财政局资金管理股室			社会保障股	
主管部门	新平彝族傣族自治县医疗保障局			联系人及联系方式		尹会艳 15096779511	
评价机构	云南德远会计师事务所（普通合伙）			项目负责人及联系方式		蔡竹清 15808776679	
自评方式	部门自评	自评分值	99.57		自评等级	优	
评价分值	90.87				评价等级	优	
项目总数	1	抽查项目数	1		占比（%）	100%	
收入情况	合计	财政补贴收入	上级补助收入		保费收入	利息收入	其他收入
	24,253.68	1,078.70	14,319.89		8,791.01	24.37	39.71
	抽查资金	24,253.68			抽查资金占比（%）		100.00%
抽查区域	新平县						
问卷对象类别	群众						
发放问卷数	54	有效问卷数	54		综合满意度	86.34%	
综合结论摘要	通过项目实施，2023年新平县城城乡居民基本医疗保险参保率为99.69%，符合国家“稳定参保率”的要求；城乡居民基本医疗保险参保人政策范围内报销比例为76.00%；2023年参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比例为61.17%，2022年为61.74%，2021年为63.05%，参保人医疗费用负担有所减轻；新平县2023年城乡居民基本医疗保险当年收支结余为-36.64万元，当年收支未实现平衡，基金运行存在一定的风险，可能会影响基金对城乡居民医疗保险待遇的支撑能力。						
评价问题摘要	1. 预算绩效管理工作有待加强； 2. 现行筹资机制有待进一步健全和完善； 3. 数据信息不互通，重复参保现象难以杜绝； 4. 运行风险加剧； 5. 一级及以下、二级医疗机构存在违规行为，应加大稽核频次及力度，制定有效的控制及处罚措施； 6. 扩面工作难度大； 7. 参保政策宣传有待进一步加强。						
评价建议摘要	1. 加强绩效管理； 2. 健全稳健可持续的筹资运行机制； 3. 继续做好基金征缴，提高基金征缴率和准确率； 4. 创新政策宣传方式，加快信息公开，提高居民对政策了解的广度、深度； 5. 加大对两定机构的稽核频次和业务培训，特别是一级及以下医疗机构； 6. 抓好基金征缴扩面工作； 7. 加强推广医保攻坚改革。						

目 录

摘要.....	i
一、基本情况	1
（一）项目概况	1
（二）项目的绩效目标	7
（三）项目的组织管理情况	9
二、绩效评价工作开展情况	10
（一）绩效评价目的、对象和范围	10
（二）绩效评价原则、评价的依据、评价指标体系、评价方法、 评价标准和评价抽样	11
（三）绩效评价工作过程	15
三、绩效自评情况	16
四、综合评价情况及评价结论	18
（一）绩效评价的综合结论	18
（二）财政评价和单位自评的差异分析	19
（三）绩效目标实现情况	20
五、绩效评价情况分析	21
（一）项目决策情况分析	21
（二）项目过程情况分析	22
（三）项目产出情况分析	23
（四）项目效益情况分析	24
六、主要经验及做法	25
（一）采用复合式医保支付方式，资金使用效率得到提升 .	25
（二）全面实施职工门诊共济制度	26
（三）积极推进医保改革攻坚	26
（四）强化监管，筑牢基金安全防线	28
（五）全力推进医保电子凭证推广应用	29
（六）巩固脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接	29

七、存在的问题及原因分析	30
（一）预算绩效管理工作有待加强	30
（二）现行筹资机制有待进一步健全和完善	30
（三）数据信息不互通，重复参保现象难以杜绝	31
（四）运行风险加剧	32
（五）一级及以下、二级医疗机构存在违规行为，应加大稽核 频次及力度，制定有效的控制及处罚措施	33
（六）扩面工作难度大	33
（七）参保政策宣传有待进一步加强	34
八、有关建议	34
（一）加强绩效管理	34
（二）健全稳健可持续的筹资运行机制	35
（三）继续做好基金征缴，提高基金征缴率和准确率	35
（四）创新政策宣传方式，加快信息公开，提高居民对政策了 解的广度、深度	35
（五）加大对两定机构的稽核频次和业务培训，特别是一级及 以下医疗机构	36
（六）抓好基金征缴扩面工作	37
（七）加强推广医保攻坚改革	37

摘要

一、基本情况

玉溪市新平彝族傣族自治县（以下简称：新平县）下辖 2 个街道、4 个镇、6 个乡的城乡居民基本医疗保险，是由城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗整合而来。实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，年度筹资标准根据国家规定及玉溪市经济社会发展水平确定，并随着经济发展和基本医疗保险基金运行情况进行动态调整。2023 年，新平县城城乡居民医疗保险筹资标准为 1,020.00 元，其中人均财政补助资金 640.00 元，年个人缴费标准为 380.00 元，其中：普通城乡居民 380 元，未纳入监测对象的脱贫户 290 元，纳入乡村振兴部门防止返贫致贫监测对象的农村低收入人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）200 元，特殊困难群体资助按相关政策规定，由医保、卫健、退役军人等对应职能部门进行补助。

二、绩效评价结论

新平县医保中心2023年城乡居民基本医疗保险补助项目绩效评价得90.87分，评价等级为“优”。

绩效评价综合结论如下：通过项目实施，2023年新平县城城乡居民基本医疗保险参保率为99.69%，符合国家“稳定参保率”的要求；

城乡居民基本医疗保险参保人政策范围内报销比例为76.00%；2023年参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比例为61.17%，2022年为61.74%，2021年为63.05%，参保人医疗费用负担有所减轻；新平县2023年城乡居民基本医疗保险当年收支结余为-36.64万元，当年收支未实现平衡，基金运行存在一定的风险，可能会影响基金对城乡居民医疗保险待遇的支撑能力。

三、存在的主要问题

（一）预算绩效管理工作有待加强

项目申报绩效目标未结合部门职能职责、年度重点工作任务和工作计划进行提炼总结，年度目标未涵盖部门职能职责全部工作内容，如绩效总目标应包括规范业务经办管理和监督，防范和化解风险，保障医保基金安全等；其次，绩效目标科学性、合理性不足，绩效目标设定不够细化和量化，且绩效指标设置不合理。

（二）现行筹资机制有待进一步健全和完善

根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）明确提出了“统一筹资政策”要求，即“坚持多渠道筹资，继续实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。各地要统筹考虑城乡居民医保与大病保险保障需求，按照基金收支平衡的原则，合理确定城乡统一的筹资标准”。但现行的城乡居民基本医疗保险

仅依靠政府补助和个人缴费，筹资渠道多元化程度不足。经统计2023年新平城乡居民医疗保险基金收入情况，收入来源为个人缴费收入、财政为困难人员代缴收入、财政补助收入、利息收入、其他收入(跨年度退回、追回的社会保险待遇列入其他收入)，无集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助，与国发〔2016〕3号文提出的要求尚有一定的差距，筹资渠道有待进一步拓宽。

（三）数据信息不互通，重复参保现象难以杜绝

城乡居民在跨统筹区参保时，由于系统对接和数据转移等方面不畅通，一定程度出现跨省的重重复参保。主要原因为：一是尚未实现数据全国整合，历史同步跨省重复数据清理困难；二是公安、统计、教育等部门数据不互通，常住人口、流动人口、迁出、大中专学生明细资料难以获取、底数不清，难以进行比对核实，导致医保系统参保信息更新不及时，全民参保计划推进困难。

（四）运行风险加剧

1. 基金收支不平衡。2023年新平县城城乡居民基本医疗保险基金收入合计 24,253.68 万元，其中：县级财政补贴收入 1,078.70 万元，保费收入 8,791.01 万元，利息收入 24.37 万元，其他收入 39.71 万元，上级补助收入 14,319.89 万元；基金支出 24,290.32 万元，其中住院待遇支出 10,358.01 万元，门诊待遇支出 3,998.52 万元，上解上级支出 9,933.79 万元，当期结余-36.64 万元。

2. 基金运行形势严峻。人民群众高质量、高标准就医需求与人口老龄化、疾病谱变化、医疗科技发展等主客观因素叠加，造成医保基金支出压力、基金运行风险不断增加和显现。

3. 基金监管压力增大。由于医疗保障工作政策性、专业性强，医保基金监管的人员队伍和专业化水平不足，加之监管力量薄弱，面对手段越来越高、越来越隐秘的欺诈骗保行为，现有监管队伍无法对被监管机构或参保人员进行有效监督。

4. 由于居民高血压、糖尿病等门诊慢性病使用药物的更新，使门诊慢性病、特殊病统筹基金支出逐年增加，加大医疗保险基金的运行风险。

（五）一级及以下、二级医疗机构存在违规行为，应加大稽核频次及力度，制定有效的控制及处罚措施

2023年，与医保中心签订服务协议的一级及以下医疗机构有148家，医药机构149家进行了749家次专项检查、交叉检查、日常检查已实现对两定机构 100%全覆盖稽核检查，对49家定点医药机构提出整改要求，违规行为涉及使用非卫生技术人员开展口腔诊疗活动、虚假上传医保信息数据以及重复收费、套高收费等违规收费问题、死亡人员家属冒名就医、超限定使用范围稽核处理等违规问题，反映出大部分医疗机构管理运行规范，医疗保障监管出成效，但部分一级及以下、二级医疗机构存在违规行为，应加大稽核频次及力度。

（六）扩面工作难度大

2023年新平县参保人数266013人（包含职工人数），统计局公布的常驻人口264300人，参保人数已经趋于饱和，参保扩面难度大。一是随着个人缴费标准的逐年提高，再加上其他例如养老保险提档升级、计划生育险、意外伤害保险等险种的催缴，群众缴费压力大，部分身体健康近几年未产生过就医费用的群众存在选择性缴费的情况；二是非集中缴费期除特殊人员外其余人员需全额缴费，部分职工停保人员续缴居民意愿不高，存在侥幸心理；三是随着经济社会的发展，人员流动性大，劳动关系变化频繁，难于准确把握流动人员参保情况，参保扩面难度大。

（七）参保政策宣传有待进一步加强

政策宣传不透彻，部分参保人员及基层干部对医疗保险的新增具体政策不了解，特别是90天内新生儿参保登记问题，多次宣传仍然有遗漏；另本次评价调查共计收回54份有效问卷，其中有27份问卷对个人承担部份费用每年均有增加的现象满意度较低，占比50%，反映出相关政策未宣传到位，导致居民不了解参保后能够享受的医疗服务范围以及对个人医疗保障水平的提高程度等。

四、建议

（一）加强绩效管理

对项目的功能进行梳理，依据项目的功能特性，预计项目实施在一定时期内所要达到的总体产出和效果，将其确定为项目支出绩效目标，然后对项目支出绩效目标进行细化分解，设定具体可量化、可考核的绩效指标，并确定绩效指标类型、细化绩效指标内容、明确绩效标准。

（二）健全稳健可持续的筹资运行机制

进一步落实《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）文件提出的“统一筹资政策”要求，坚持多渠道筹资，完善筹资动态调整机制。在继续实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式基础上，进一步落实全民参保计划，努力提升城乡居民参保率，并积极探索开辟城乡居民基本医疗保险基金筹资新渠道。

（三）继续做好基金征缴，提高基金征缴率和准确率

基金应收尽收是保证待遇按时足额支付的重要前提，应当严格把控两个方面：一是紧抓核查。针对缴费个人身份信息严格稽核，尤其是异地读书或流动人员，避免重复缴费（重复参保）的现象。二是紧抓催缴。针对城乡居民，可采用电话提醒、上门督促或采用新媒介推送相关征缴信息，提高基金征缴率。

（四）创新政策宣传方式，加快信息公开，提高居民对政策了解的广度、深度

加强对医保政策的宣传力度和合理选择宣传方式，广泛收集整理城乡居民对医疗保险政策的建议或疑问，再根据群众关注的内容，整理出具有广泛代表性的问题，针对这些问题制定不同的宣传策略。比如可以将宣传页制作成问答式或漫画式，而不是简单的罗列各项政策的内容，促使广大人民群众能够更直观的了解城乡居民医疗保险政策的服务范围。

加强信息公开，对医疗保险基金的收支和医保待遇享受情况，定期在各级政府、居委会、居民小组（小区）公告栏或网络，新媒体等不同渠道公开，让城乡居民了解更多的医保优惠信息，提高群众对参加城乡居民保险的主动性和满意度，让群众深刻了解征缴费用的提高能够带来相应的医疗保障的提升，而不仅是提高了参保成本。

（五）加大对两定机构的稽核频次和业务培训，特别是一级及以下医疗机构

1. 建议提高一级及以下医疗机构稽核频次和检查力度，打破以往惯例，针对违规机构采取不定期突击检查，扩大检查覆盖面，加大打击力度，规范医疗服务行为，确保医保基金合理支付和安全使用；开展专项稽核工作，建立医疗保险联合监督检查机制，对定点医疗机构实施有效监督，使医保监管工作从事后监管转变为事前和事中监管，从对医疗机构监管延伸到对医务工作人员的监管。

2. 将医疗保险相关政策规定、管理措施、操作流程等管理事务公开，发挥全民参与监督作用，设立举报箱、投诉电话，对医保服务中的违法违规行为，建立有奖举报机制，鼓励社会各界人士对骗取医疗保险的行为投诉举报，并对配合定点医疗机构实施骗保行为的个人计入诚信档案，并建立相应的惩处措施。

3. 对于管理不规范的医疗机构进行有针对性的培训，监督检查与业务管理相结合，违规重处与帮助指导相结合，规范医疗机构服务行为，提高医保基金的使用合规性。

4. 评价过程中我们注意到新平县医保中心现人员编制数15人，实际在岗人员13人，明年即将有1人面临退休，公益性岗位人员1人，人员明显不足。目前，稽核股虽配备了3名工作人员，但专业不强、年龄偏大。3人专业分别为检验、会计和采矿专业，平均年龄超50岁，难于对297家两定机构、26万参保人进行全方位、高质量的稽核检查和基金监管。考虑到现实工作需求，建议适当补充相关工作人员，提高工作效率，更好的保障医保基金的安全运行。

（六）抓好基金征缴扩面工作

以保障民生为主线，以贴近群众和服务群众为着眼点，采取多渠道宣传，设置多渠道缴费方式，压实乡镇（街道）作为承担参保缴费的主体责任，督导乡镇（街道）参保工作的推进情况等多种形式，助推参保全覆盖。

（七）加强推广医保攻坚改革

加强对医保政策的宣传力度，提高居民对医保政策的认知度和参保意愿。通过多种渠道和方式宣传医保政策的好处和实惠，鼓励更多居民参保，加快医保信息系统的建设和升级，实现数据共享和互联互通，利用大数据、人工智能等技术手段提高医保支付的精准性和效率，建立健全医疗行为监管和评估机制，加强对医疗机构的监管力度。通过定期检查和评估医疗机构的诊疗行为和服务质量，确保医保支付方式改革取得实效。在继续深化DRG支付方式改革的基础上，探索其他支付方式改革如按人头付费、按床日付费等。通过多元化的支付方式改革满足不同地区和不同人群的医疗保障需求。

玉溪市新平彝族傣族自治县医疗保险中心

2023 年城乡居民基本医疗保险补助项目

绩效评价报告

德远会专项报字（2024）第 021 号

根据《云南省财政厅关于印发〈云南省项目支出绩效评价管理办法〉的通知》（云财绩〔2020〕11 号）、《中共云南省委 云南省政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（云发〔2019〕11 号）、《新平彝族傣族自治县人民政府办公室关于印发〈新平县全面实施预算绩效管理工作实施方案〉的通知》（新政办通〔2020〕4 号）、《新平彝族傣族自治县财政局关于开展 2024 年预算支出财政绩效评价工作的通知》（新财通〔2024〕32 号）的要求，云南德远会计师事务所（普通合伙）接受玉溪市新平彝族傣族自治县财政局（以下简称新平财政局）委托，于 2024 年 8 月 12 日至 2024 年 9 月 31 日对玉溪市新平彝族傣族自治县医疗保险中心（以下简称新平医保中心）2023 年城乡居民基本医疗保险补助项目开展绩效评价。现将评价情况报告如下：

一、基本情况

（一）项目概况

1. 项目背景

2016年以前，我国的基本医疗保险体系包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗三个部分，三大制度分割运行，待遇水平和保障力度在城乡、区域、不同群体之间存在着明显的差异。2009年4月，中共中央、国务院发布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，提出要推进城乡居民医保统筹。

2016年，国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）精神，要求推进城镇居民医保和新农合制度整合，统一部门管理、筹资政策、覆盖范围、保障待遇、医保目录等，逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度。同年，《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（云政发〔2016〕72号）明确，在全省范围内整合城镇居民医保和新农合制度，2016年11月底由各州、市结合本地实际，制定出台本统筹区整合城乡居民基本医疗保险的具体实施方案和操作运行办法；2016年8月29日，玉溪市人民政府第62次常务会议讨论通过《玉溪市城乡居民基本医疗保险实施办法》，指出城乡居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，年度筹资标准根据国家规定及玉溪市经济社会发展水平确定。市、县（市、区）财政应当将城乡居民医疗保险的同级财政补助纳入年度预算安排，并及时足额拨付到位。

2017年1月1日起，全省各地统一执行城乡居民基本医保政策，统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理，逐步理顺管理体制，建立统一经办服务、统一统筹层次的制度，确保服务和待遇持续提升，满足群众基本医疗保障需求。

2020年，为进一步贯彻落实党的十九大关于“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度”的决策部署，落实2020年《政府工作报告》的任务要求，做好城乡居民基本医疗保障工作，6月10日，国家医保局、财政部、国家税务总局发布了《关于做好2020年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2020〕24号）要求提高城乡居民基本医疗保险筹资标准、健全待遇保障机制、全力打赢医疗保障脱贫攻坚战、完善医保支付管理、加强基金监督管理、加强经办管理服务、做好组织实施等。8月28日，云南省医疗保障局、云南省财政厅、国家税务总局云南省税务局印发《关于转发做好2020年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（云医保〔2020〕107号），在转发医保发〔2020〕24号文件的同时提出了贯彻意见：提高城乡居民医保筹资标准，稳步提高大病保险筹资标准，加大州（市）级统筹推进力度，发挥医疗救助托底保障作用。各州（市）医疗保障、财政、税务部门要加强工作协同，增强工作的系统性、整体性、协同性，便民高效地做好居民个人参保缴费工作。并按照制度政策统一、基

金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险州(市)级统筹，切实提高基金使用效率和抗风险能力。

2021年12月，经第五届市人民政府第75次常务会议讨论通过，印发《玉溪市城乡居民医疗保险管理实施办法》，指出城乡居民医疗保险实行市级统筹、分级管理，坚持政府补助与个人筹资相结合、保障水平与经济社会发展相适应的原则。全市执行统的筹资标准，参保人员应当按照年度标准一次性缴纳医疗保险费城乡居民医疗保险补助纳入同级财政年度预算予以保障。鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

《玉溪市医疗保障局 玉溪市财政局 国家税务总局玉溪市税务局关于贯彻落实云南省医疗保障局等部门做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（玉医保发〔2022〕35号）明确各县(市、区)医疗保障局、税务局应积极配合，加强医保政策宣传解释和动员，重点做好农村低收入人口参保动员工作，落实资助参保政策，做到应保尽保，实现及时标识、及时缴费及时保障。完善“自愿、自主、自我”参保缴费机制，积极引导城乡居民选择“非接触”方式进行缴费，最大限度减少现金缴纳，降低资金安全风险。

《玉溪市医疗保障局 玉溪市财政局 国家税务总局玉溪市税务局关于做好2023年城乡居民基本医疗保险集中参保缴费工作的通知》（玉医保发〔2023〕40号）明确，按照国家、省规定标准，2023

年城乡居民医疗保险筹资标准为1,020.00元，其中年人均财政补助标准为640.00元，年个人缴费标准为380.00元。

2. 项目的主要内容及实施情况

玉溪市新平彝族傣族自治县（以下简称：新平县）下辖2个街道、4个镇、6个乡的城乡居民基本医疗保险，是由城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗整合而来。实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，年度筹资标准根据国家规定及玉溪市经济社会发展水平确定，并随着经济发展和基本医疗保险基金运行情况进行动态调整。2023年，新平县城城乡居民医疗保险筹资标准为1,020.00元，其中人均财政补助资金640.00元，年个人缴费标准为380.00元，其中：普通城乡居民380元，未纳入监测对象的脱贫户290元，纳入乡村振兴部门防止返贫致贫监测对象的农村低收入人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）200元，特殊困难群体资助按相关政策规定，由医保、卫健、退役军人等对应职能部门进行补助。

城乡居民基本医疗保险实行按年度参保缴费和享受医疗待遇，在每年9月至次年2月集中期办理参保缴费，次年的1月1日至12月31日享受相关医疗保险待遇；未在集中办理期参保缴费的，执行年度个人缴费标准，从参保缴费的次月起享受相关医疗保险待遇。新生儿出生后90天内（含90天）办理参保缴费的，自出生之日起

享受相关医疗保险待遇；属于建档立卡贫困户新生儿，自出生之日起享受建档立卡贫困户人口医疗保险待遇；出生后超过 90 天办理参保的新生儿，自参保缴费的次月起享受相关医疗保险待遇。

城乡居民基本医疗保险基金的支付范围和标准按照云南省城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录和医疗服务设施范围执行。在一个自然年度内，基本医疗保险基金每人年度最高支付限额为 15 万元，大病保险年度最高支付限额为 20 万元。

在玉溪市、县（区）内实现联网结算定点医疗机构就医发生的医疗费用，个人承担部分由个人与医疗机构进行结算；统筹基金支付部分，由医疗保险经办机构与定点医疗机构进行结算；异地就医发生的住院医疗费用报销分为两种情况：第一，对于省外异地就医参保人员可以通过两种方式进行报销，（1）由患者本人打电话、通过云南医保小程序、国家医保服务平台 APP、家属到参保所在地医保中心进行报备，出院时直接进行费用结算报销；（2）由患者出院后带上出院证明、医疗费用报销发票和医疗费用清单等资料原件到参保当地乡镇初审后再由医保中心审核后报销；第二，对于省内异地就医参保人员不需要备案，出院时直接进行费用结算。

3. 项目的收入和支出情况

2023 年，年初滚动结余 230.74 万元，新平县城城乡居民基本医疗保险基金收入合计 24,253.68 万元，其中：县级财政补贴收入

1,078.70 万元，保费收入 8,791.01 万元，利息收入 24.37 万元，其他收入 39.71 万元，上级补助收入 14,319.89 万元；基金支出 24,290.32 万元，其中住院待遇支出 10,358.01 万元，门诊待遇支出 3,998.52 万元，上解上级支出 9,933.79 万元；当期结余-36.64 万元，年末滚动结余 194.10 万元（异地就医垫付款）。

（二）项目的绩效目标

1. 预算申报绩效目标

2023年完成市级下达的参保目标任务，做到应保尽保，参保率不低于95%；进一步深化城乡居民医疗保险付费制度改革，确保基金运行安全；在基本医疗保险、大病保险及医疗救助三重制度的保障下，不断提升参保居民待遇保障，确保政策范围内住院报销比例不低于70%，实际住院报销比例不低于60%，进一步减轻参保群众就医负担；加强基金监督检查，年内两定医药机构监督检查全覆盖；及时足额拨付医保基金，持续加大城乡居民医疗保险政策宣传，扩大参保群众受益面，让群众实实在在得到了更多的实惠，极大地提高了群众抵御重大疾病及灾害的能力，真正达到了防止群众看不起病、就医有保障，有效解决了群众看病贵、因病致贫和返贫问题，实现互助共济的目标。实现新冠疫情的有效防控以及经济社会秩序持续全面好转。2023年城乡居民各级财政补助标准预计人均640元，预计参保人数239224人；新冠疫苗接种78元/剂次，预计接种182455剂次，

根据县级承担比例两项合计需补助5896701.01元。为了贯彻落实好中央减税降费和重点民生政策，补充县区财力转移支付收入，依据2022年下发的《玉溪市财政局关于下达支持基层落实重点民生等转移支付资金预算的通知》（玉财社〔2022〕106号）文件，预计下达中央财政补助资金一批100万元，省级财政补助资金两批600万元，共计700万元。

2. 绩效评价确立的具体绩效目标

部门预算申报时绩效目标未结合部门职能职责、年度重点工作任务和工作计划进行提炼总结。本次绩效评价时根据《玉溪市城乡居民基本医疗保险实施办法》、《新平县医疗保障局2023年工作总结及2024年工作计划》等，重新梳理2023年绩效目标，调整后的绩效目标为：

（1）基金设立符合国家相关规定，参保目标完成率100%、缴费收入完成率达到100%、支出预算执行率达到100%、参保患者医疗费用报销情况有明确的具体的报销流程及办法、宣传方式多样、信息公开、政策知晓度、服务便捷度、综合满意度达到85%等。

（2）落实居民医疗保险待遇，进一步提高保障水平，政策范围内报销比例达到70%，逐步缩小与实际住院费用支付比例之间的差距减轻参保人的医疗负担，参保人实际支付住院医疗费用占住院总费用的比率逐年降低，参保居民满意度达90%以上。

(3) 通过分级诊疗制度改革、完善医疗费用支付手段、加大对医疗机构监管等方式，合理分配医疗资源，减少城乡居民医疗费用的不合理支出，控制医疗费用过快增长。医保基金使用坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，建立和完善基金运行分析和风险预警机制，定期对基金运行情况进行分析，防范基金风险。实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进社会公平正义。

(三) 项目的组织管理情况

城乡居民基本医疗保险参保登记由医疗保险经办机构负责，乡镇（街道）社会保障服务中心、村委会（社区）配合做好辖区内参保登记相关工作；城乡居民基本医疗保险采取单位、家庭、个人等多种方式参保，符合参保条件的城乡居民凭有效的身份证件到指定机构办理参保手续；社区、乡镇（街道）社会保障服务中心负责整理、核对参保人员资料，并对录入信息进行分类汇总、打印盖章，然后进行分类存档。

新平县财政部门 and 经办机构按照规定时限做好城乡居民基本医疗保险上级财政补助资金申请材料上报工作，上报数据和材料经新平县财政局和经办机构共同确认后上报市级财政和经办机构，市级经办机构汇总各县（市、区）上报的城乡居民医疗保险财政补助资金申请材料送市财政局、市人社局审核确认后，逐级上报中央、省、市申请财政补助资金。中央、省、市财政补助资金统一划入市级财

政专户核算管理，严格按照城乡居民医疗保险基金管理办法、会计核算办法管理好城乡居民医疗保险基金，做到专户储存，收支分开，管用分开，并封闭运行。

二、绩效评价工作的开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

1. 绩效评价目的

通过对县医疗保险经办机构在城乡居民基本医疗保险基金项目中的管理工作情况进行评价、分析，全面了解项目立项及基金管理、业务管理过程是否规范；通过对基金运行情况、安全性、运行风险、支撑能力等方面进行评价，了解医疗保险制度的覆盖面、统筹级次和保障水平等情况，了解医疗保险基金收入、支出和结余的规模、结构和增长变化情况，了解医疗保险制度在减轻群众医疗负担、推动经济社会发展等方面发挥的作用，医疗费用增长控制效果，参保人医疗费用负担是否比上年减轻。评价基金运行是否可持续，基金结余是否达到国家要求的控制支付水平，项目主管单位对基金风险防控的管理程度等方面的内容。评价城乡居民基本医疗保险基金项目的实施，是否实现了“稳定参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡”的目标。在此基础上，总结经验，查找不足，为项目在以后年度的开展提供可行性参考建议。

2. 评价对象和范围

本次评价的对象为新平县医保中心 2023 年城乡居民基本医疗保险补助资金，资金包含中央、省、市、区以及个人缴费部分。

（二）绩效评价原则、评价的依据、评价指标体系、评价方法、评价标准和评价抽样

1. 绩效评价原则

（1）科学公正。绩效评价应当运用科学合理的方法，按照规范的程序，对项目绩效进行客观、公正的反映。

（2）统筹兼顾。单位自评、部门评价和财政评价应职责明确，各有侧重，相互衔接。单位自评应由项目单位自主实施，即“谁支出、谁自评”。部门评价和财政评价应在单位自评的基础上开展，必要时可委托第三方机构实施。

（3）激励约束。绩效评价结果应与预算安排、政策调整、改进管理实质性挂钩，体现奖优罚劣和激励相容导向，有效要安排、低效要压减、无效要问责。

（4）公开透明。绩效评价结果应依法依规公开，并自觉接受社会监督。

2. 评价的依据

- （1）《中华人民共和国预算法》；
- （2）《中华人民共和国社会保险法》；
- （3）《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10 号）；

(4) 《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（云政发〔2016〕72号）；

(5) 《玉溪市财政局 玉溪市人力资源和社会保障局关于印发玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》（玉财投〔2016〕205号）；

(6) 《云南省财政厅关于印发〈云南省项目支出绩效评价管理办法〉的通知》（玉财绩〔2020〕11号）；

(7) 《玉溪市人民政府关于印发玉溪市城乡居民医疗保险管理实施办法的通知》（玉政规〔2021〕4号）；

(8) 《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）；

(9) 《云南省医疗保障局 云南省财政厅关于印发云南省医疗保障制度筹资及待遇政策（2021年版）的通知》（云医保〔2021〕110号）；

(10) 《玉溪市医疗保障局 玉溪市财政局 国家税务总局玉溪市税务局关于做好2023年城乡居民基本医疗保险集中参保缴费工作的通知》（玉医保发〔2023〕40号）；

(11) 《社会保险业务档案管理规定(试行)》；

(12) 其他相关资料。

3. 评价指标体系

本次评价指标体系遵照《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10号）的规定，根据项目相关性、重要性、可比性、经济性、系统性原则，并结合考虑资金下达文件、预算申报和批复等文件设置。共设置决策、过程、产出和效益4个一级指标，所占权重分别为15%、30%、30%、25%，10个二级指标（论证决策、绩效目标、资金投入、资金管理、组织实施、产出数量、产出质量、社会效益、可持续发展、满意度）；31个三级指标。具体详见附件1.绩效评价体系及评分汇总表

4. 评价方法

财政和部门评价的方法主要包括成本效益分析法、比较法、因素分析法、最低成本法、公众评判法、标杆管理法等。本次绩效评价采用定量与定性相结合、审阅自评相结合，对收集的相关基础资料及各种经济数据，在归集、整理、分析的基础上，结合项目特点确定了评价方法，主要的评价方法有：

（1）综合比较法。首先通过全面查阅被评价单位提交的项目相关资料，主要包括项目预算安排、项目管理制度文件、项目资金使用相关凭证、工作总结及相关政策文件等，并根据项目实际情况采取不同维度的方法进行比较。对于实施目的明确，实施计划清晰的项目内容，将当期实施情况与预先计划或目标进行对比分析；对于成本易于计算而效益不易计量的项目支出内容，采用比较多个方案

成本高低的方法评价资金投入的经济性；对于历史数据完整充分的项目支出内容，分析其历史上的价格变化及效益波动情况。

（2）因素分析法。将影响投入和产出的各项因素罗列出来进行分析，并将投入产出比进行计算据以评价的一种方法，如该项目中实施进度缓慢影响因素较多，评价中仅对客观、主观、外环境和内环境等进行因素分析及评价。

（3）公众评判法。对于无法用指标计量其效益的情形，通过选择项目社会相关方进行综合评价，如社会公众、项目受益方、社会监督方等，进行访谈、问卷或抽样调查以评判其效益，社会公众的认同度高低为其评价标准。

5. 评价标准

本次评价标准采用了计划标准、历史标准和行业标准，用于对指标完成情况进行比较。计划标准是根据年初制定的目标、计划作为评价标准；历史标准是参照历史数据，取前两年的平均值作为评价标准；行业标准是根据全国的统一标准进行等级评定和排名。

本次评价采用百分制，各级指标依据其指标权重确定分值，最终得分由各级评价指标得分加总形成。根据最终得分将评价标准分为四个等级：优（得分 ≥ 90 分）；良（ $80 \leq \text{得分} < 90$ 分）；中（ $60 \leq \text{得分} < 80$ 分）；差（得分 < 60 分）。

6. 评价抽样

本次评价对项目资金100%覆盖检查，对新平县医保中心相关工作进行抽查。

（三）绩效评价工作过程

绩效评价工作过程主要为：开展项目前期调研，研究制定绩效评价实施方案，实施方案审核及征求意见，全面开展实地评价，撰写绩效评价报告，绩效评价报告审核及征求意见，形成绩效评价正式报告。

1. 开展前期调研。评价工作组与项目主管单位沟通，了解项目实施情况和绩效自评情况，获取相关政策文件和资料，了解资金下达情况和项目覆盖范围，为方案制定和后期开展评价工作做好充分准备。

2. 研究制订绩效评价实施方案。根据前期了解到的项目情况，多渠道搜集资料、学习研究相关行业政策和资料。本阶段要完成指标体系的设置，工作底稿和调查问卷的设计等，形成实施方案征求意见稿，根据新平县财政局工作计划将项目绩效评价实施方案提交新平县财政局审核。

3. 实施方案审核及征求意见。根据新平县财政局安排时间参加实施方案会审，根据审核意见修改完善实施方案，并提交评价相关方征求意见。

4. 全面开展实地评价。根据实施方案和评价指标体系，深入部

门和项目现场进行实地评价，收集形成评价报告的数据和相关材料；在实地评价过程中，与委托方和被评价方均保持充分、有效的沟通，工作过程中遇到的重大问题及时向新平县财政局汇报，确保项目顺利实施。

5. 撰写报告。汇总、分析整理相关数据，对发现的问题进行分析研究，撰写绩效评价报告初稿，提交新平县财政局审核。

6. 报告审核及征求意见。根据新平县财政局安排时间参加绩效评价报告会审，专家统一研究和处理绩效评价工作中反映出来的问题，确保评价成果客观、公正、科学，根据审核意见修改完善评价报告，并提交评价相关方征求意见。

7. 形成绩效评价正式报告。根据新平县财政局的时间安排，按规范要求出具绩效评价报告。

三、绩效自评情况

新平县医保中心 2023 年开展了年度绩效自评，自评指标总分为 100 分，自评得分 99.57 分，得分率为 99.57%，评价等级为“优”。

自评指标设置“产出指标、效益指标、满意度指标”三部分，共 9 个指标，其中：

（1）产出指标分为“数量指标、质量指标、时效指标”，具体情况如下：

① “数量指标”设置计划完成情况为：居民医疗保险参保人数 ≥ 239224 人，疫苗接种人次 ≥ 182455 人次，自评完成情况为：居民医疗保险参保人数 ≥ 239224 人，实际完成值 237364 人（新平县 2023 年 12 月统计报表城乡居民参保人数 237364 人），完成计划数的 99.22%；疫苗接种人次 ≥ 182455 人次，实际完成数 442555 人次，但该完成数为 2021 年下半年到 2023 年新冠疫苗接种人次。

② “质量指标”设置计划完成情况为：基本医疗保险参保率 $\geq 95\%$ ，政策范围住院报销比例 $\geq 70\%$ ，住院实际报销比例 $\geq 60\%$ ，自评完成情况为：基本医疗保险参保率 $\geq 95\%$ ，实际完成值 100.64%；政策范围住院报销比例 $\geq 70\%$ ，实际值 65.16%，原因是数据统计口径不一致，大于等于 70%的指标值是按健康县城数据设置指标，但健康县城数据 2023 年 12 月未报送（数据由市级提供），65.16%根据 2023 年第四季度统计数据计算，其余均完成目标；住院实际报销比例 $\geq 60\%$ ，实际完成值 61.17%。

③ “时效指标”设置计划完成情况为：补助资金拨付及时率=100%，自评完成情况为：补助资金拨付及时率=100%，已完成。

（2）“效益指标”设置计划完成情况为：“医疗保障水平=提升”，“政策知晓率 $\geq 95\%$ ”，自评完成情况为“医疗保障水平=提升”和“政策知晓率 $\geq 98.06\%$ ”，通过城乡居民医疗保障政策的不断调

整，乡居民参保群众医疗保障水平不断提升，参保群众得到了实实在在的实惠。

（3）满意度指标有“参保对象满意度 $\geq 90\%$ ”，自评完成情况为“服务对象满意度指标 $\geq 93.20\%$ ”。

经项目组复核，自评考核的居民医疗保险参保人数 ≥ 239224 人，绩效评价的居民医疗保险参保人数为 266013 人，差异较大；政策知晓率和满意度指标，自评考核与绩效评价结果存有差异，但差异不大。

四、绩效评价情况及评价结论

（一）绩效评价的综合结论

新平县医保中心 2023 年城乡居民基本医疗保险补助项目绩效评价得 90.87 分，评价等级为“优”。一级指标具体得分情况详见下表：

绩效评价得分情况

一级指标	指标分值	评价得分	得分率
决策	15.00	14.00	93.33%
过程	30.00	29.87	99.57%
产出	30.00	27.00	90%
效益	25.00	20.00	80.00%
合计	100.00	90.87	90.87%

绩效评价综合结论如下：通过项目实施，2023年新平县城城乡居民基本医疗保险参保率为99.69%，符合国家“稳定参保率”的要求；城乡居民基本医疗保险参保人政策范围内报销比例为76.00%；2023年参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比例为61.17%，2022年为61.74%，2021年为63.05%，参保人医疗费用负担有所减轻；新平县2023年城乡居民基本医疗保险当年收支结余为-36.64万元，当年收支未实现平衡，基金运行存在一定的风险，可能会影响基金对城乡居民医疗保险待遇的支撑能力。

（二）财政评价和单位自评的差异分析

1. 评价内容有差异

自评主要从城乡居民基本医疗保险各项制度的建立、执行情况进行分析，列示基金各项收支及结余情况，并阐述了工作中存在困难及下一步的改进措施。绩效评价从城乡居民基本医疗保险整体政策落实部署、具体工作实施管理、工作任务完成、基金的保障水平、收支平衡、服务等方面进行了全过程的分析评价，分析存在的问题及困难，多方面听取建议，评价以定量为主、定性为辅。

2. 指标细化程度、涵盖内容不同

自评时设置了9个绩效指标对项目进行评价，绩效指标设置覆盖广度、深度不够，对项目的评价不够全面；绩效评价时细化设置

了 17 个绩效评价指标，对项目的产出数量、质量、经济效益、社会效益、可持续效益等进行更加全面的评价。

（三）绩效目标实现的情况

根据评价结果，新平县医保中心2023年城乡居民基本医疗保险补助项目绩效目标基本实现，评价组设定的16项具体绩效指标有12项完成，4项指标未完成，未实现比例为25%。各指标完成情况详见下表。

绩效目标完成情况

绩效指标名称			指标值	指标实现情况	完成情况说明
一级指标	二级指标	三级指标			
产出	产出数量	参保目标任务完成情况	100.00%	已完成	
		居民基本医保参保人数	95.00%	已完成	参保人数266013人，新平县常驻人口264300人，计算比例100.65%。
		医保电子凭证激活率完成情况	60.00%	已完成	实际完成激活率86.31%。
		推行医保支付方式改革和DRG试点	医保支付方式进行改革和DRG试点	已完成	对医保支付方式进行改革和DRG试点
		宣传方式多样性	100.00%	已完成	创新宣传方式，通过广播、电视、报纸、网络等方式多渠道，重点宣传城乡居民医疗保险参保缴费政策及业务办理流程。
		培训情况	100.00%	已完成	组织召开城乡居民参保工作会，安排各乡镇参保工作负责人及分管领导参加，对参保工作进行业务培训，提高各乡镇业务人员经办能力。
	产出质量	参保率增长情况	100.00%	未完成	2023年年末城乡居民医疗保险参保人数为266013人，比2022年的267459人有所下降。
		参保人员政策	70.00%	已完成	2023年参保人员住院报销比例是

		范围内住院费用综合报销比率			76%。
		参保患者医疗费用报销情况	100.00%	已完成	明确有具体的报销流程及办法，已按照《玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》中规定，准确报销医疗费用。
		信息系统完善性	100.00%	已完成	基础数据准确性，对参保人员个人信息管理的准确性；建立县区医疗保险经办机构网络互通、信息共享。
		信息公开情况	100.00%	已完成	未定期向社会公布城乡居民医保基金收支和医保待遇情况。
效益	社会效益	政策知晓率	90.00%	未完成	通过问卷调查政策知晓率为85.93%。
	可持续发展	服务便捷率	90.00%	未完成	通过问卷调查服务便捷率为85.19%。
		基金运行风险预警机制	100.00%	已完成	医疗保障基金管理中心建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率。
	满意度	定点医疗机构准入制	100.00%	已完成	与医疗机构按年度签订服务协议。
		受益对象满意度	90.00%	未完成	通过问卷调查计算出满意度为86.34%。

五、绩效评价情况分析

（一）项目决策情况分析

决策情况包括论证决策、绩效目标和资金投入三方面。该项满分为15分，评价得分14分，得分率93.33%。具体分析如下：

论证决策：根据党的十九大关于“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度”的决策部署，以及《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（云政发

〔2016〕72号）、《关于做好2020年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2020〕24号）、《关于转发做好2020年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（云医保〔2020〕107号）等文件要求设立了本项目，项目政策依据充分，立项程序规范。项目立项符合国家法律法规、国民经济发展规划和相关政策、行业发展规划和政策要求，项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需按照规定的程序申请设立，审批文件、材料符合相关要求。

绩效目标：部门预算申报时绩效目标未结合部门职能职责、年度重点工作任务和工作计划进行提炼总结，绩效目标科学性、合理性不足，绩效目标设定不够细化和量化。

资金投入：项目预算编制经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标相适应，预算资金分配符合标准，分配额度合理，与项目单位或地方实际相适应。

（二）项目过程情况分析

过程情况包括资金管理和组织实施两方面。该项满分为30分，评价得分29.87分，得分率99.57%。具体分析如下：

资金管理：基金管理和使用符合《玉溪市城乡居民基本医疗保险基金财务管理办法》及相关的财务管理制度规定，会计核算符合国家法律法规和财务管理制度以及相关会计准则的规定，记账、报账符合会计基础工作规范。个人缴费收入完成情况为99.52%，未按

预算完成个人缴费收入，原因主要是 2023 年医疗保障局和残联部门的资助参保费用未到位；省属高校大学生保险的不再本地参加城乡居民医疗保险，另外外出人口选择在打工地参保，导致实际缴费人数与预算时的参保人数相比有所差异。

组织实施：项目的组织机构健全，主体责任明确，管理规范，各项管理制度健全完整，基金已按《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）的要求实施了安全监管，多次开展监督检查和打击骗保行为，项目实施有规范的流程和实施细则；本次评价对新平县医保中心档案资料进行抽查，新平县医保中心严格按照《社会保险业务档案管理规定（试行）》按年对参保人员资料进行归档处理，本项目建立了绩效自评的组织机构，并按时提交了自评报告。

（三）项目产出情况分析

项目产出情况包括产出数量和产出质量两个方面，该项满分为 30 分，得分为 27 分，得分率为 90.00%。具体分析情况如下：

产出数量：2023 年玉溪市医疗保障局下达新平县医疗保险参保目标任务数是 266854 人，实际参保人数为 268302 人，完成率 100.54%，已完成市级下达的年度参保目标；2023 年新平县医疗保险参数是 266013 人（含参加职工医疗保险人数），新平县常驻人口 264300 人，完成率 100.65%；医保电子凭证激活率达 86.31%；医保支付方式改革是当前医疗保障体系的重要任务之一，新平县已通过

推进 DRG 支付方式改革和数字化、智能化进程等措施的实施，可以有效提高医保基金的使用绩效和参保人的获得感，未来应继续加大改革力度和创新力度，推动医保支付方式改革取得更大成效；相关政策通过电视、新闻网、村小组会议及发放宣传册到各乡镇进行宣传；组织召开城乡居民参保缴费工作会，对居民参保工作进行业务培训，评价组查看签到表均有相关负责人或分管领导的参加记录。

产出质量：2022 年实际参保率 102.32%，2023 年实际参保率 100.65%，2023 年实际参保率比 2022 年参保率减少 1.67%，出现负增长；参保人员政策范围内住院费用实际综合报销比率为 76%；参保人员个人信息管理准确，建立了新平县医疗保险经办机构网络互通、信息共享，连接乡镇的网络服务体系，实现全市系统数据共享。

（四）项目效益情况分析

项目的效益包括经济效益、社会效益、可持续发展、满意度四个方面。该项满分为25分，得分为20.00分，得分率为80.00%，具体分析情况如下：

社会效益：通过对调查问卷相关问题的统计、计算得出新平县城乡居民基本医疗保险政策知晓率为 85.93%，参保对象对政策的了解程度较高；服务便捷率为 85.19%，反映出新平县医保中心业务办理便捷性程度有待加强。

可持续发展：2023年新平县医保中心编制了2023年城乡居民医

疗保险基金运行分析报告，有健全的基金运行风险预警机制和风险处置预案，对定点医疗机构建立有健全准入、退出及评价机制，2023年并与定点医疗机构按年度签订服务协议。

满意度：本次共发放参保人员调查问卷 54 份，收回有效问卷 54 份。为全面反映参保对象对城乡居民医疗保险的满意程度，调查方式以线上进行调查，然后将收回的有效调查问卷进行统计、计算，得出满意度为 85.87%，参保人员综合满意度为良。

六、主要经验及做法

（一）采用复合式医保支付方式，资金使用效率得到提升

新平县医保中心在市医保的统一安排下对支付方式进行了调整，基金控费机制健全，全面实施以总额预算为基础，门诊按人头付费，住院按病种付费、项目付费、打包付费和疾病诊断相关分组（DRGS）、按床日付费等多种方式相结合，适应不同人群、不同疾病及医疗服务特点的复合支付方式，很大程度上避免了过度医疗，小病大医，惠及更多的参保人员。深入推行医保总额预算管理，建立总额预算管理下“人头包干、结余留用、超支合理分担”的医共体按人头打包付费制度。认真贯彻落实总额预付下按疾病诊断相关分组（CHS—DRG）付费制度改革，年内将县中医医院、戛洒卫生院、康茂医院、汇康医院、金创医院、鑫垚医院纳入 DRG 付费管理，扩大了 DRG 支付方式覆盖面，建立了基础病种机制，在全市不同等级

医疗机构基础病组结算时的费率统一为二级医疗机构费率，实现轻症基础病组同病同价付费，促进了分级诊疗。支付方式的全面实施，极大提高了医保基金使用效率、降低了群众就医负担、进一步规范了诊疗行为、提高了医疗机构的精细化管理水平，为群众享受更高水平的医疗健康服务提供坚强保障。

（二）全面实施职工门诊共济制度

自 2023 年 1 月 1 日起，将职工普通门诊费用纳入医保报销范围。今年全县门诊共济制度共受益 12.77 万人次，支付基金 705.79 万元，切实减轻了参保人员门诊医疗费用负担。同步改革了参保职工个人账户计入办法，扩大了职工个人账户使用范围，由仅限本人使用，扩大至能用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，共济使用个人账户 778.58 万元。

（三）积极推进医保改革攻坚

1. 加强领导，高位推动医共体建设。新平县成立以县委书记和县长任“双组长”的医改工作领导小组、紧密型医共体建设改革工作领导小组，树立思想大解放、改革大重组、资源大整合、发展大融合的改革发展理念，高位领导卫健、编制、发改、财政、人社、医保、市场监管等部门协调联动，依托政府刀刃向内、大破大立的自我变革。新平县于 2018 年启动县域紧密型医共体改革工作，2019

年8月成功申报进入国家紧密型医共体建设试点县，2021年9月借鉴“三明医改经验”，在全市率先启动县域总医院建设改革。目前，县域医共体打包付费医疗机构共137家，其中：二级医院3家、街道卫生服务中心2家、乡镇卫生院10家、村卫生室122家。

2. 深化改革，全力推进打包付费改革。根据省、市医共体建设相关要求，结合新平实际，制定出台进一步深化紧密型医共体建设改革的22条措施、8个配套方案，为医共体建设和打包付费工作创造良好的改革环境。2019年，县医保局按照“总额管理、结余留用，超支不补”的原则，在全县范围推行医共体医保基金区域性打包付费工作，将城镇职工、城乡居民门诊、住院发生的应由基本医疗保险统筹基金、大病保险基金支付的费用统一打包给医共体牵头医院，由医共体统筹管理使用。2020年实行县域医共体城乡居民基本医疗保险基金按人头打包付费。将医共体当年城乡居民基本医疗保险基金收入总额，提取一定比例的风险调剂金后，剩余部分整体打包给医共体，由医共体统筹管理使用。按照“以收定支、收支平衡”的原则，建立总额预算管理下“人头包干、结余留用、超支合理分担”的激励与责任机制，兼顾医保基金的可及性和参保人员的就医需求，提高医保基金使用效率，着力保障参保人员基本医疗需求。医共体在确保按政策规定和医学原则提供合理医疗服务的前提下，结余的医保基金纳入医共体医疗收入，由医共体成员单位按规定合理使用。

3. 强化监管，确保基金安全高效运行。为防止打包基金“一包了之”，县医保局加强改革督促指导与基金使用跟踪管理，强化基金监管和考核结果运用，提高基金使用效率。一是医保部门与医共体共同对县域内医疗机构实施监管，强化基金运行分析，及时交换监测数据，及时发现和解决基金运行中的问题，确保实施前后医疗水平不降低、服务质量有保障，改革任务见实效；二是严格照《玉溪市县域医共体城乡居民医保基金按人头打包付费考核方案的通知》要求进行考核，根据考核结果进行费用清算，强化结果运用，实现正向激励。

4. 严格按照医保费用结算规定及时对两定机构的费用进行了结算支付。同时按照《玉溪市公立医院药品集中限价采购结算管理办法》的规定为两定机构及时代付了药品集中采购中标单位药品采购款。2023 年，支付药品中标企业公立医院药品采购款总计 8,712.51。从药品到治疗整个环节，没有中间利益，极大减少了腐败，节约了医保支出。

（四）强化监管，筑牢基金安全防线

进一步压紧压实医保行政监管责任，不断织密扎牢医保基金监管的制度笼子，推进监管体制改革，建立健全监管机制，强化监督手段，确保基金安全高效、合理使用。积极开展“安全规范用基金、守好人民‘看病钱’”集中宣传月活动，聘请社会义务监督员，出

台举报奖励办法，营造了打击欺诈骗保浓厚氛围。积极构建医保、公安、纪委监委、卫健等多部门联合的医保基金综合监管新格局，完善了“行刑衔接”“行纪衔接”联合惩戒工作机制，开展打击“三假”专项整治行动，排查冒用死亡人员参保信息骗取医保基金专项行动等，实现日常稽查、自查自纠和抽查复查“三个全覆盖”。

2023 年，医保中心对全县 297 家两定机构，其中医疗机构 148 家，药店 149 家，进行了 749 家次专项检查、交叉检查、日常检查已实现对两定机构 100%全覆盖稽核检查，对 49 家定点医药机构提出整改要求，收回违规本金 56.34 万元。做到了及时止损，查惩有度，一定程度上维护了医保基金的安全运行。

（五）全力推进医保电子凭证推广应用

为进一步推进医保电子凭证推广应用工作，提高医保电子凭证激活和使用率，切实增强群众就医购药的便捷感，最大限度为群众提供医保电子凭证申领激活保障服务，确保工作落实到位，新平县医保电子凭证激活率达 86.31%。

（六）巩固脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接

推动重点人群应保尽保。主动与相关部门对接，加强数据共享，对农村低收入人口做到应保尽保，确保新增一人，标识一人，参保一人实现及时标识，及时缴费，及时保障。

截至 2023 年 12 月，全县脱贫户 2918 户 10117 人，三类监测对

象 598 户 1925 人，17 名未纳入监测对象的脱贫人口未缴费。

做好防止因病返贫致贫监测。依托智慧医保系统监测平台，以及主动申请医疗救助的人员，做好因病致贫、因病返贫风险监测，对个人医疗费用负担超过 7,000.00 元的人员，主动将信息推送至乡村振兴、民政等部门进行认定，经相关部门认定存在因病返贫致贫风险的，可对其符合规定的个人自付费用超过 7,000.00 元的部分，按照医疗救助托底保障给予救助。截至 2023 年 12 月，医保参保共计资助 32316 人次，资助金额共计 541.86 万元；农村低收入人口住院就诊 6924 人次，总费用 4,104.99 万元，基金支付 3,171.38 万元，政策范围内报销比例 81.43%。

七、存在的问题及原因分析

（一）预算绩效管理工作有待加强

项目申报绩效目标未结合部门职能职责、年度重点工作任务和工作计划进行提炼总结，年度目标未涵盖部门职能职责全部工作内容，如绩效总目标应包括规范业务经办管理和监督，防范和化解风险，保障医保基金安全等；其次，绩效目标科学性、合理性不足，绩效目标设定不够细化和量化，且绩效指标设置不合理。

（二）现行筹资机制有待进一步健全和完善

根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）明确提出了“统一筹资政策”要求，即“坚持多渠

道筹资，继续实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。各地要统筹考虑城乡居民医保与大病保险保障需求，按照基金收支平衡的原则，合理确定城乡统一的筹资标准”。但现行的城乡居民基本医疗保险仅依靠政府补助和个人缴费，筹资渠道多元化程度不足。经统计2023年新平城乡居民医疗保险基金收入情况，收入来源为个人缴费收入、财政为困难人员代缴收入、财政补助收入、利息收入、其他收入(跨年度退回、追回的社会保险待遇列入其他收入)，无集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助，与国发〔2016〕3号文提出的要求尚有一定的差距，筹资渠道有待进一步拓宽。

（三）数据信息不互通，重复参保现象难以杜绝

城乡居民在跨统筹区参保时，由于系统对接和数据转移等方面不畅通，一定程度出现跨省的重复参保。主要原因为：一是尚未实现数据全国整合，历史同步跨省重复数据清理困难；二是公安、统计、教育等部门数据不互通，常住人口、流动人口、迁出、大中专学生明细资料难以获取、底数不清，难以进行比对核实，导致医保系统参保信息更新不及时，全民参保计划推进困难。

（四）运行风险加剧

1. 基金收支不平衡。2023年新平县城城乡居民基本医疗保险基金收入合计 24,253.68 万元，其中：县级财政补贴收入 1,078.70 万元，

保费收入 8,791.01 万元，利息收入 24.37 万元，其他收入 39.71 万元，上级补助收入 14,319.89 万元；基金支出 24,290.32 万元，其中住院待遇支出 10,358.01 万元，门诊待遇支出 3,998.52 万元，上解上级支出 9,933.79 万元，当期结余-36.64 万元。

2. 基金运行形势严峻。人民群众高质量、高标准就医需求与人口老龄化、疾病谱变化、医疗科技发展等主客观因素叠加，造成医保基金支出压力、基金运行风险不断增加和显现。

3. 基金监管压力增大。由于医疗保障工作政策性、专业性强，医保基金监管的人员队伍和专业化水平不足，加之监管力量薄弱，面对手段越来越高、越来越隐秘的欺诈骗保行为，现有监管队伍无法对被监管机构或参保人员进行有效监督。

4. 由于居民高血压、糖尿病等门诊慢性病使用药物的更新，使门诊慢性病、特殊病统筹基金支出逐年增加，加大医疗保险基金的运行风险。

（五）一级及以下、二级医疗机构存在违规行为，应加大稽核频次及力度，制定有效的控制及处罚措施

2023年，与医保中心签订服务协议的一级及以下医疗机构有148家，医药机构149家进行了749家次专项检查、交叉检查、日常检查已实现对两定机构 100%全覆盖稽核检查，对49家定点医药机构提出整改要求，违规行为涉及使用非卫生技术人员开展口腔诊疗活动、

虚假上传医保信息数据以及重复收费、套高收费等违规收费问题、死亡人员家属冒名就医、超限定使用范围稽核处理等违规问题，反映出大部分医疗机构管理运行规范，医疗保障监管出成效，但部分一级及以下、二级医疗机构存在违规行为，应加大稽核频次及力度。

（六）扩面工作难度大

2023年新平县参保人数266013人（包含职工人数），统计局公布的常驻人口264300人，参保人数已经趋于饱和，参保扩面难度大。一是随着个人缴费标准的逐年提高，再加上其他例如养老保险提档升级、计划生育险、意外伤害保险等险种的催缴，群众缴费压力大，部分身体健康近几年未产生过就医费用的群众存在选择性缴费的情况；二是非集中缴费期除特殊人员外其余人员需全额缴费，部分职工停保人员续缴居民意愿不高，存在侥幸心理；三是随着经济社会的发展，人员流动性大，劳动关系变化频繁，难于准确掌握流动人员参保情况，参保扩面难度大。

（七）参保政策宣传有待进一步加强

政策宣传不透彻，部分参保人员及基层干部对医疗保险的新增具体政策不了解，特别是90天内新生儿参保登记问题，多次宣传仍然有遗漏；另本次评价调查共计收回54份有效问卷，其中有27份问卷对个人承担部份费用每年均有增加的现象满意度较低，占比

50%，反映出相关政策未宣传到位，导致居民不了解参保后能够享受的医疗服务范围以及对个人医疗保障水平的提高程度等。

八、有关建议

（一）加强绩效管理

对项目的功能进行梳理，依据项目的功能特性，预计项目实施在一定时期内所要达到的总体产出和效果，将其确定为项目支出绩效目标，然后对项目支出绩效目标进行细化分解，设定具体可量化、可考核的绩效指标，并确定绩效指标类型、细化绩效指标内容、明确绩效标准。

（二）健全稳健可持续的筹资运行机制

进一步落实《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）文件提出的“统一筹资政策”要求，坚持多渠道筹资，完善筹资动态调整机制。在继续实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式基础上，进一步落实全民参保计划，努力提升城乡居民参保率，并积极探索开辟城乡居民基本医疗保险基金筹资新渠道。

（三）继续做好基金征缴，提高基金征缴率和准确率

基金应收尽收是保证待遇按时足额支付的重要前提，应当严格把控两个方面：一是紧抓核查。针对缴费个人身份信息严格稽核，尤其是异地读书或流动人员，避免重复缴费（重复参保）的现象。

二是紧抓催缴。针对城乡居民，可采用电话提醒、上门督促或采用新媒介推送相关征缴信息，提高基金征缴率。

（四）创新政策宣传方式，加快信息公开，提高居民对政策了解的广度、深度

加强对医保政策的宣传力度和合理选择宣传方式，广泛收集整理城乡居民对医疗保险政策的建议或疑问，再根据群众关注的内容，整理出具有广泛代表性的问题，针对这些问题制定不同的宣传策略。比如可以将宣传页制作成问答式或漫画式，而不是简单的罗列各项政策的内容，促使广大人民群众能够更直观的了解城乡居民医疗保险政策的服务范围。

加强信息公开，对医疗保险基金的收支和医保待遇享受情况，定期在各级政府、居委会、居民小组（小区）公告栏或网络，新媒体等不同渠道公开，让城乡居民了解更多的医保优惠信息，提高群众对参加城乡居民保险的主动性和满意度，让群众深刻了解征缴费用的提高能够带来相应的医疗保障的提升，而不仅是提高了参保成本。

（五）加大对两定机构的稽核频次和业务培训，特别是一级及以下医疗机构

1. 建议提高一级及以下医疗机构稽核频次和检查力度，打破以往惯例，针对违规机构采取不定期突击检查，扩大检查覆盖面，加

大打击力度，规范医疗服务行为，确保医保基金合理支付和安全使用；开展专项稽核工作，建立医疗保险联合监督检查机制，对定点医疗机构实施有效监督，使医保监管工作从事后监管转变为事前和事中监管，从对医疗机构监管延伸到对医务工作人员的监管。

2. 将医疗保险相关政策规定、管理措施、操作流程等管理事务公开，发挥全民参与监督作用，设立举报箱、投诉电话，对医保服务中的违法违规行为，建立有奖举报机制，鼓励社会各界人士对骗取医疗保险的行为投诉举报，并对配合定点医疗机构实施骗保行为的个人计入诚信档案，并建立相应的惩处措施。

3. 对于管理不规范的医疗机构进行有针对性的培训，监督检查与业务管理相结合，违规重处与帮助指导相结合，规范医疗机构服务行为，提高医保基金的使用合规性。

4. 评价过程中我们注意到新平县医保中心现人员编制数15人，实际在岗人员13人，明年即将有1人面临退休，公益性岗位人员1人，人员明显不足。目前，稽核股虽配备了3名工作人员，但专业不强、年龄偏大。3人专业分别为检验、会计和采矿专业，平均年龄超50岁，难于对297家两定机构、26万参保人进行全方位、高质量的稽核检查和基金监管。考虑到现实工作需求，建议适当补充相关工作人员，提高工作效率，更好的保障医保基金的安全运行。

（六）抓好基金征缴扩面工作

以保障民生为主线，以贴近群众和服务群众为着眼点，采取多渠道宣传，设置多渠道缴费方式，压实乡镇（街道）作为承担参保缴费的主体责任，督导乡镇（街道）参保工作的推进情况等多种形式，助推参保全覆盖。

（七）加强推广医保攻坚改革

加强对医保政策的宣传力度，提高居民对医保政策的认知度和参保意愿。通过多种渠道和方式宣传医保政策的好处和实惠，鼓励更多居民参保，加快医保信息系统的建设和升级，实现数据共享和互联互通，利用大数据、人工智能等技术手段提高医保支付的精准性和效率，建立健全医疗行为监管和评估机制，加强对医疗机构的监管力度。通过定期检查和评估医疗机构的诊疗行为和服务质量，确保医保支付方式改革取得实效。在继续深化DRG支付方式改革的基础上，探索其他支付方式改革如按人头付费、按床日付费等。通过多元化的支付方式改革满足不同地区和不同人群的医疗保障需求。

附件：1. 新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

项目名称：新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金

一级指标	二级指标	三级指标	指标分值	指标解释	指标说明	评分标准	数据来源	得分情况	扣分原因
决策（15分）	论证决策（3分）	医保基金设立的合规性	3	医疗保险基金的设立是否符合国家相关规定，用以反映和考核基金设立的规范情况。	评价要点： ①项目基金设立是否符合有关规定及管理办法； ②基金投向和结构是否合理； ③基金设立符合基金设立目标； ④基金支出所依据的相关政策、计算公式确定是否合规。	评价要点： ①项目基金设立符合有关规定及管理办法，得1分； ②基金投向和结构合理且符合有关规定，得1分； ③基金设立符合基金设立目标，得0.5分； ④基金支出所依据的相关政策、计算公式合规，得0.5分。	中共中央、国务院发布相关文件等，国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》以及玉政规〔2021〕4号_玉溪市人民政府关于印发玉溪市城乡居民医疗保险管理实施办法的通知等。	3	
	绩效目标（8分）	绩效目标合理性	4	项目所设定的绩效目标是否依据充分，是否符合客观实际，用以反映和考核项目绩效目标与项目实施的相符情况。	评价要点： ①项目是否有绩效目标； ②项目绩效目标与实际工作内容是否具有相关性； ③项目预期产出效益和效果是否符合正常的业绩水平； ④是否与预算确定的项目投资额或资金量相匹配。	①项目有绩效目标，得1分； ②目绩效目标与实际工作内容具有相关性，得1分； ③项目预期产出效益和效果符合正常的业绩水平，得1分； ④目标与预算确定的项目投资额或资金量相匹配，得1分。	国家、省委省政府、部门行业相关文件、预算申报资料等。	3	绩效目标科学性、合理性不足
		绩效指标明确性	4	依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。	评价要点： ①是否将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标； ②是否通过清晰、可衡量的指标值予以体现； ③是否与项目年度任务数或计划数相对应；	①将绩效目标细化分解为具体的绩效指标，得2分； ②通过清晰、可衡量的绩效指标值予以体现，得1分； ③与项目年度计划数或任务相对应，得1分；	预算申报资料等。	4	
	资金投入（4分）	预算编制科学性	4	项目预算编制是否经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标是否相适应，用以反映和考核项目预算编制的科学性、合理性情况。	评价要点： ①预算编制是否经过科学论证； ②预算内容与项目内容是否匹配； ③预算额度测算依据是否充分，是否按照标准编制； ④预算确定的项目投资额或资金量是否与工作任务相匹配。	①预算编制经过科学论证，得1分； ②预算内容与项目内容匹配，得1分； ③预算额度测算依据充分，按照标准编制，得1分； ④预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配，得1分。	预算申报资料等。	4	

新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

项目名称：新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金

一级指标	二级指标	三级指标	指标分值	指标解释	指标说明	评分标准	数据来源	得分情况	扣分原因
过程（30分）	资金管理（13分）	财政资金到位率	3	实际到位各级资金与计划投入资金的比率，用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	评价要点： ①资金到位率=（实际到位的资金/应到位资金）×100%。 ②实际到位的财政资金：一定时期内实际落实到具体项目的财政资金。 ③应到位资金：一定时期内计划投入到具体项目的资金。 ④一定时期是指2022年1月至2022年12月。	①财政预算资金到位率100%，得3分； ②80%≤预算资金到位率<100%，得2分； ③预算资金到位率<80%，得1分； ④财政预算资金到位率为0，得0分。	资金分配下达文件，银行对账单或入账单等。	3	实际到位资金550.72万元，应到位资金550.72万元
		个人缴费收入完成情况	2	根据实际收缴资金与预算资金的比率性，用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	评价要点： 资金收缴率=（实际个人收缴资金数/预计个人收缴资金总和）×100%。	①资金收缴率≥100%时，得2分； ②资金收缴率<100%时，得分=资金收缴率*2，且每降低5%，再扣0.5分，扣完为止。	年度工作总结、预算申报资料、收支决算表等。	1.99	实际个人收缴资金数/预计个人收缴资金总和； 资金收缴率=（8791.01/8833.77*100%）=99.52%
		支出预算执行率	2	项目预算资金是否按照计划执行，用以反映或考核项目预算执行情况。	评价要点： 预算执行率=（实际支出资金/预算支出）×100%。 实际支出资金：一定时期（本年度或项目期）内项目实际拨付的资金。	①得分=支出预算执行率×2。 ②支出预算执行率<100%时，得分=资金收缴率*2，且每降低5%，再扣0.5分，扣完为止。	预算申报资料、收支决算表等。	1.88	预算执行率=（实际支出资金/预算支出）×100%。 预算执行率=（14356.53/15245.42*100%）=94.17%
		保险基金管理规范性	4	项目资金使用是否符合《玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》以及相关的财务管理制度规定，用以反映和考核项目资金的规范运行情况。	评价要点： ①基金管理及使用是否符合玉财社〔2016〕205号《玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》及国家财经法规和医疗保险基金财务制度以及有关专项资金管理办法的规定； ②资金的使用是否有完整的审批程序和手续； ③是否符合预算批复或合同规定的用途； ④是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。	①基金管理及使用符合《玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》及国家财经法规和医疗保险基金财务制度以及有关专项资金管理办法的规定，得1分； ②资金的支出有完整的审批程序和手续，得1分； ③符合基金支出规定的用途，得1分； ④未发现截留、挤占、挪用等情况，得1分。	医疗保险基金财务制度以及有关专项资金管理办法的规定，支出审批资料，原始凭证等。	4	
		会计核算规范性	2	项目实施单位的项目资金会计核算是否符合《会计法》和相关会计准则、会计制度，用以反映和考核项目资金会计核算的规范情况。	评价要点： ①是否符合国家财经法规和财务管理制度以及内部会计控制规范、相关会计准则的规定； ②医保资金是否建立专账管理； ③记账、报账是否符合会计基础工作规范，是否存在虚列支出等情况。	①会计核算符合国家财经法规和财务管理制度以及内部会计控制规范、相关会计准则的规定，得0.5分； ②项目资金建立了专账管理，得0.5分； ③记账、报账符合会计基础工作规范，不存在虚列支出等情况，得1分。	资金拨款凭据、原始凭证等会计资料。	2	

新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

项目名称：新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金

一级指标	二级指标	三级指标	指标分值	指标解释	指标说明	评分标准	数据来源	得分情况	扣分原因
过程（30分）	组织实施（17分）	项目组织管理情况	2	部门组织项目实施的管理机构是否健全、主体责任是否明确、管理是否规范、监管是否有力。	评价要点： 项目实施的管理机构健全，项目主体责任明确。	①组织项目实施的管理机构健全，得1分； ②项目主体责任明确，得1分。	项目工作小组或领导小组成立相关文件，项目责任签订书、项目责任分解表等。	2	
		管理制度健全性	4	部门为加强项目管理而制定的管理制度是否健全完整，用以反映和考核部门项目管理制度对完成主要职责、顺利开展并实施项目的保障情况。	评价要点： ①是否已制定或具有相应的业务管理制度； ②业务管理制度是否合法、合规、完整，并及时更新。	①根据有关要求制定项目管理制度，且制度合法、合规、完整的，得3分；否则不得分； ②制定的文件是否根据中央政策变化，项目自身需要进行及时的更新。更新及时得1分，否则不得分。	项目绩效管理辦法、项目管理制度或實施辦法等相關文件。	4	
		基金安全监管的有效性	4	是否按照医保基金监督管理职责，打击欺诈骗保行为并依法依规进行责任追究。	评价要点： ①对定点医药机构及其工作人员、参保人员及医疗救助对象等涉及医疗保障基金管理使用情况实施监督检查； ②对定点医药机构及其工作人员、参保人员及救助对象欺诈骗保行为依法依规追究责任。	①对定点医药机构及其工作人员、参保人员及医疗救助对象等涉及医疗保障基金管理使用情况实施监督检查，得2分； ②对定点医药机构及其工作人员、参保人员及救助对象欺诈骗保行为依法依规追究责任，得2分。	医疗保险稽核工作总结，两定机构的检查记录等。	4	
		实施程序的规范性	3	反映项目实施程序的规范性，包括是否根据业务流程制定业务办理具体实施细则，项目实施是否按规定流程办理，项目实施程序是否规范。	评价要点： ①项目是否根据业务流程制定了业务办理具体实施细则； ②项目实施是否按规定流程办理； ③项目实施程序是否规范。	①项目是否根据业务流程制定了业务办理具体实施细则，得1分； ②项目实施是否按规定流程办理，得1分； ③项目实施程序是否规范，得1分。	业务办理具体实施细则等	3	
		档案管理规范性	2	通过参保人档案管理，反映项目业务档案的安全、完整情况。	评价要点： 经办机构是否按照村（居）负责收集、乡镇（街道）负责整理和审核、县级负责指导和保管的模式，形成“统一领导、分级负责、集中保存”的管理机制，确保业务档案有效保管、安全完整。	①配备有专门的档案管理人员和必要的设施、场所，得1分； ②严格按《社会保险业务档案管理规定（试行）》，按年对参保人员资料进行归档处理，得1分。	档案资料等。	2	
		绩效自评工作	2	部门（单位）是否开展自评工作。	评价要点： 1.是否建立绩效自评组织机构； 2.是否按时提交自评报告。	①建立了绩效自评组织机构，得1分； ②按时提交自评报告，得1分；	自评绩效报告、自评表等相关资料。	2	

新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

项目名称：新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金

一级指标	二级指标	三级指标	指标分值	指标解释	指标说明	评分标准	数据来源	得分情况	扣分原因
产出 (30分)	产出数量 (14分)	参保任务目标完成情况	4	实际参保人数与计划参保人数的比率，用以反映和考核项目产出数量目标的实现程度。	评价要点： 参保人数目标完成率=实际参保人数/计划参保人数×100%。 计划参保人数按《玉溪市医疗保障局关于下达2020年医疗保险参保指标完成情况的通知》玉医保便签[2021]11号。	①参保人数目标完成率=100%，得4分； ②80%≤参保人数目标完成率<100%，得2分； ③70%≤参保人数目标完成率<80%，得1分； ④参保人数目标完成率<70%，不得分。	玉溪市医疗保障局关于下达2022年医疗保险参保指标完成情况的通知等。	4	
		居民基本医保参保人数	2	反映医疗保险参保人数。	评价要点： 参保人数=参保人数/新平县总人数×100%。	①参保人数≥95%，得2分； ②95%≤参保人数<80%，得1分； ③参保人数<80% 不得分。	医保局统计数据，管理系统数据。	2	参保人数266013人，全区人员人数264300人，参保人数=参保人数/新平县总人数×100%；参保人数=266013/264300×100%=100.65%。
		医保电子凭证激活率完成情况	2	用于反映便民医保政策的宣传到位情况以城乡人民的接受情况。	评价要点： 根据《玉溪市江川区医疗保障局关于医保电子凭证推广应用有关事项的通知》便签[2020]1号文件规定。	①医保电子凭证激活率60%的要求。得2分 ②医保电子凭证激活率未达到上级文件要求，但有相关宣传资料和集中组织宣传推介次数不小于1次，且医保电子凭证激活率不低于上级下达指标的60%，得1分。 ③医保电子凭证激活率低于上级下达的60%，不得分。	依据《玉溪市医疗保障局推广应用医保电子方案的工作方案》的通知和最终医保局相关统计数据。	2	根据市级统计数据实际激活率=86.31%。
		推行医保支付方式改革和DRG试点	2	用于反应是否对医保支付方式进行改革和DRG试点。	评价要点： 反应是否对医保支付方式进行改革和DRG试点。	①对医保支付方式进行改革和DRG试点，得2分 ②对医保支付方式未进行改革和DRG试点，不得分。	宣传单，宣传推进会议，宣传照片，网络、电视播出记录等。	2	
		宣传方式多样性	3	反映医疗保障工作宣传完成情况。	评价要点： ①是否创新宣传方式，通过广播、电视、报纸、微信公众号等方式多渠道，重点宣传城乡居民医疗保险参保缴费政策及业务办理流程； ②是否按月报送政务信息（围绕医疗保障重点工作、重大改革、重要政策和典型经验，加强工作亮点、改革经验等政务信息报送）。	①同时采取印刷宣传折页、在电视台播出缴费公告、微信公众号发布参保缴费通知等多种形式宣传，宣传城乡居民医疗保险参保缴费政策及业务办理流程，得2分； ②每月报送政务信息（围绕医疗保障重点工作、重大改革、重要政策和典型经验，加强工作亮点、改革经验等政务信息报送），得1分。	宣传单，宣传推进会议，宣传照片，网络、电视播出记录等。	3	
		培训情况	3	反映新平县业务人员业务办理能力的学习培训情况。	评价要点： 是否组织召开城乡居民参保工作会，安排各乡镇参保工作负责人及分管领导参加，对参保工作进行业务培训，提高各乡镇业务人员经办能力。	①组织召开城乡居民参保缴费工作会，对居民参保工作进行业务培训，得2分； ②县区参保工作负责人及分管领导参加，得1分	培训通知，相关培训内容，照片等。	3	

新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

项目名称：新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金

一级指标	二级指标	三级指标	指标分值	指标解释	指标说明	评分标准	数据来源	得分情况	扣分原因
产出 (30分)	产出质量 (16分)	参保率 增长情况	3	用以反映和考核城乡居民医疗保险参保水平，参保连续稳定，做到应保尽保。	评价要点： 2023年参保率不低于现有水平，参保率=2023年实际参保人数/2022年实际参保人数（常住人口）×100%。	2023年参保率较2022年有所增长，得3分，保持不变1分，下降不得分。	医保局统计数据，管理系统数据。	0	2023年年末城乡居民医疗保险年末参保人数为266013人，参保率=266013/264300*100%=100.65%；2022年年末城乡居民医疗保险年末参保人数为267459人，参保率=267459/261400*100%=102.32%，比2022年有所下降，因此本项不得分。
		参保人员政策范围内住院费用综合报销比率	4	评价参保居民政策范围内住院报销比率是否达到政策规定比率。	评价要点： 参保人员政策范围内住院费用综合报销比率=参保人员政策范围内住院报销费用 / 参保人员政策范围内住院费用 ×100%。	①参保人员政策范围内住院费用综合报销比率 ≥ 70%，得4分； ②70%≤参保人员政策范围内住院费用综合报销比率 <70%，得2分； ③参保人员政策范围内住院费用综合报销比率 < 60% 不得分。	医保局统计数据，管理系统数据。	4	2023年参保人员住院报销比例是76%。
		参保患者医疗费用报销情况	3	根据医疗保险费用情况，反映和考核医疗费用报销发放准确性。	评价要点： 是否明确有具体的报销流程及办法，是否按照《玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》中规定，准确报销医疗费用。	①制定有详细的报销管理办法或流程步骤；严格按照《玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法》中规定，准确报销医疗费用，得3分； ②发现一起违反相关规定的报销扣0.5分，扣完为止。	玉溪市城乡居民医疗保险基金财务管理办法，报销凭证等。	3	
		信息系统完善性	2	通过现场考核，对参保人员个人信息管理的准确性；参保人员缴费与领取系统与社保系统等的数据共享性。	评价要点： ①基础数据准确性，对参保人员个人信息管理的准确性； ②是否建立县区医疗保险经办机构网络互通、信息共享。	①基础数据准确性，得0.5分，最多扣2分； ②系统数据共享性：建立县区医疗保险经办机构网络互通、信息共享，连接乡镇（街道）及其所属村委会（社区）服务平台、医疗服务机构和金融机构的网络服务体系，实现参保网上缴费、待遇联网支付、网络实时监控等功能，实现系统数据共享，得1分。	参保人员档案，医保中心管理系统。	2	
		信息公开情况	2	医疗保险基金个人基本信息个人可查询情况，反映社会公众知情权的实现程度。	评价要点： 参保信息、缴费情况等个人基本信息的个人是否能够查询。 是否定期向社会公布城乡居民基本医保基金收支和医保待遇享受情况。	①个人能够查询其参保信息、缴费情况等个、人基本信息，得1分； ②定期向社会公布城乡居民基本医保基金收支和医保待遇享受情况，得1分。	依据个人基本信息实际查询情况和医保局实际向社会公布的内容。	2	云南医保小程序、国家医疗服务平台。

新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金绩效评价指标体系及评分汇总表

项目名称：新平彝族傣族自治县医疗保障局城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金

一级指标	二级指标	三级指标	指标分值	指标解释	指标说明	评分标准	数据来源	得分情况	扣分原因
效益 (25分)	社会效益 (8分)	政策知晓率	4	通过对部分参保人员现场调查，反映城乡居民基本医疗保险制度政策的宣传情况。	评价要点： 政策知晓率=问卷第3题平均分/10*100%。	①政策知晓率≥90%，得4分； ②90%>政策知晓率≥80%，得3分； ③80%>政策知晓率≥60%，得2分； ④政策知晓率<60%，不得分。	调查问卷。	3	政策知晓率：85.93%。
		服务便捷率	4	通过对部分参保人员现场调查，反映参保对象办理业务的方便情况。	评价要点： 服务便捷率=问卷第4题的平均分/10*100%。	①服务便捷率≥90%，得4分； ②90%>服务便捷率≥80%，得3分； ③80%>服务便捷率≥60%，得2分； ④服务便捷率<60%，不得分。	调查问卷。	3	服务便捷率：85.19%。
	可持续发展 (5分)	基金运行风险预警机制	4	反映基金运行风险预警机制制定情况。	评价要点： 医疗保障基金管理中心应当建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率。	①医疗保障基金管理中心建立健全基金运行风险预警机制，得3分； ②2023年有基金运行分析报告，得1分。	与医保基金相关的管理制度和基金运行分析报告。	3	未提供2023年有基金运行分析报告。
		定点医疗机构准入机制	3	反映定点医疗机构考核监督管理情况。	评价要点： ①是否建立健全考核评价机制和动态准入、退出机制； ②是否调整完善医疗保险协议管理机构准入退出机制； ③医疗机构是否按年度签订服务协议； ④是否定点医疗机构准入、退出进行监督考核和日常监管。	①建立健全考核评价机制和动态准入、退出机制，得0.5分； ②2023年调整完善医疗保险协议管理机构准入退出机制，得0.5分； ③医疗机构按年度签订服务协议，得0.5分； ④定点医疗机构准入、退出考核和日常监督，得0.5分。	医保局关于定点医疗机构的相关管理制度或办法，合同等。	3	与医疗机构按年度签订服务协议。
	满意度 (10分)	受益对象满意度	10	通过对参保人员的满意度调查问卷，用以反映和考核项目实施效果的满意程度情况。	评价要点： 通过对受益对象采取问卷调查的方式，考核城乡居民基本医疗保险县级财政补助资金项目实施的满意程度。	①满意度≥90%，得10分； ②90%>满意度≥80%，得8分； ③80%>满意度≥60%，得6分； ④满意度<60%，不得分。	调查问卷。	8	受益对象满意度：86.34%。
合计			100					90.87	



此复印件与原件一致

统一社会信用代码
91530400MA6PMQNP2L

营业执照

(副本)

副本编号: 1 - 1



扫描二维码登录
“国家企业信用
信息公示系统”
了解更多登记、
备案、许可、监
管信息。

名称 云南德远会计师事务所(普通合伙)

类型 普通合伙企业

执行事务合伙人 郑绍鹏

经营范围 会计、审计及税务服务。(依法须经批准的项目,经相关部门批准后方可开展经营活动)

出资额 壹佰万元整

成立日期 2020年07月21日

主要经营场所 云南省玉溪市高新区凤凰路街道办事处高龙潭社区腾龙路玉溪双创中心启梦楼6楼605室

登记机关

2024 年 4 月 28 日





会计师事务所 执业证书

名称：云南德远会计师事务所（普通合伙）

首席合伙人：郑绍鹏

主任会计师：

经营场所：云南省玉溪市高新区凤凰路街道办事处高龙潭社区腾龙路玉溪双创中心启梦楼6楼605室

组织形式：普通合伙

执业证书编号：53240090

批准执业文号：云财会〔2020〕91号

批准执业日期：2020-10-21



此复印件与原件一致

证书序号：0018741

说明

- 1、《会计师事务所执业证书》是证明持有人经财政部门依法审批，准予执行注册会计师法定业务的凭证。
- 2、《会计师事务所执业证书》记载事项发生变动的，应当向财政部门申请换发。
- 3、《会计师事务所执业证书》不得伪造、涂改、出租、出借、转让。
- 4、会计师事务所终止或执业许可注销的，应当向财政部门交回《会计师事务所执业证书》。

发证机关：云南省财政厅

二〇二四年 五月 九 日

中华人民共和国财政部制



云南省注册会计师协会文件

云会协〔2024〕115号

云南省注册会计师协会关于发布 2024 年 注册会计师任职资格检查情况的公告

根据《中华人民共和国注册会计师法》《注册会计师任职资格检查办法》（会协〔2008〕9号）、《中国注册会计师协会关于开展 2024 年注册会计师任职资格检查工作的通知》（会协〔2024〕12号）和《财政部办公厅关于做好 2024 年注册会计师行业“四类”违法违规行为专项整治工作的通知》（财办会〔2024〕9号），云南省注册会计师协会组织开展了 2024 年全省注册会计师任职资格检查，并于 2024 年 8 月 30 日至 9 月 5 日将检查结果在云南省注册会计师协会门户网站上公示。现将有关情况公告如下：

告，通过财政部注册会计师行业统一监管平台
(<http://acc.mof.gov.cn/>) 查验。

欢迎社会各界监督会计师事务所和注册会计师的执业。

附件：云南省 2024 年注册会计师任职资格检查通过名单



云南省注册会计师协会

2024 年 9 月 10 日印发

169. 执业证书编号: 53240090							
事务所名称: 云南德远会计师事务所(普通合伙)							
主任会计师/首席合伙人: 郑绍鹏					电话: 0877-2662660		
地址: 云南省玉溪市高新区凤凰岭街道办事处高龙潭社区腾龙路玉溪双创中心启梦楼6楼605室							
通过 2024 年任职资格检查(5名):							
姓名	证书号	姓名	证书号	姓名	证书号	姓名	证书号
蔡竹清	530101790002	李新宏	532400870001	卢永恒	530101790003	叶艳	532400720006
郑绍鹏	532400680023						

