

洱源县医疗保障局 2020 年
部门整体支出

绩效评价报告

委托单位名称：洱源县财政局（章）

评价机构名称：云南华瑞信会计师事务所有限公司（章）



报告编号：华瑞信咨字【2021】第088号

项目评价起止时间：2021年8月3日至2021年10月31日

评价报告出具时间：2021年12月20日

评价分值： 85.82 评价等级： 良

概 要 表

金额单位：万元

项目名称	洱源县医疗保障局2020年部门整体支出绩效评价			开展评价年度	2021年			
评价类型	部门整体支出绩效评价			县财政局部门(单位)预算管理股	社会保障股			
县级预算部门(单位)	洱源县医疗保障局			联系人及联系方式	杨丽芸 13619429593			
评价机构	云南华瑞信会计师事务所有限公司			项目负责人及联系方式	刘琦 13700684630			
自评方式	部门分级自评	自评分值	95.90	自评等级	优			
评价方式	购买服务	评价分值	85.82	评价等级	良			
子项目数	26	抽查子项目数	17	占比(%)	65.38%			
项目类数	3	抽查类数	3	占比(%)	100%			
经费账 资金情况	合计	中央资金	省级资金	州(市)资金	县(市、区)资金	其他资金		
	16,991.95	14,824.80	351.19	272.17	1,543.78	0		
医保基金 资金情况	合计	职工基本医疗保险基金	城乡居民基本医疗保险基金	离休人员医疗保障基金	伤残人员医疗保障基金	公务员医疗补助基金	补充医疗保险基金	城乡医疗救助基金
	32,044.97	8,663.46	21,957.24	60.74	26.23	85.61	258.32	993.37
	抽查资金	32,972.94		抽查资金占比(%)	67.24%			
抽查区域	洱源县医疗保障局、洱源县医疗保障服务中心							
有效问卷数	A类问卷：500份 B类问卷：30份		达到满意以上份数	A类问卷：469份 B类问卷：30份	占比(%)	95.04%		

摘 要

一、基本情况

洱源县医疗保障局（以下简称“县医疗保障局”）主要职能职责为：贯彻中央及省州关于医疗保障的方针政策，统筹拟定全县医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障的政策制度并组织实施，监督管理有关医疗保障基金，完善异地就医管理和费用结算平台，组织制定和调整药品、医疗服务价格和社会标准，制定药品和医用耗材的招标采购政策并监督实施，监督管理纳入医保支出范围内的医疗服务行为和医疗费用等。县医疗保障局内设 5 个股室，分别是：办公室、待遇保障股、医药服务管理股、医药价格和招标采购股及规划财务和基金监管股。下属 1 个独立核算直属事业单位，为洱源县医疗保障服务中心。人员编制情况，县医疗保障局机关编制 7 人，县医疗保障服务中心编制 29 人。

2020 年重点工作任务为：旗帜鲜明讲政治，坚持以全面从严治党统领全局工作，推动医疗保障改革发展破浪前行。扑下身子抓落实，医保惠民政策落实到位，持续提高群众医疗保障水平。重拳打击欺诈骗保，全面加强医保基金监管，医保基金使用效益进一步提高。全面落实“放管服”的要求，推进医保经办服务水平进一步提升。深入贯彻落实爱国卫生专项行动的安排部署。

县医疗保障局 2020 年年初预算 1,393.26 万元，均为财政拨款。支出预算 1,393.26 万元，其中：基本支出预算 1,380.26

万元，项目支出预算 13 万元。医疗保险基金预算，县医疗保障局 2020 年上年结余 24,395.04 万元，2020 年医疗保险基金收入预算 31,250.24 万元，支出预算 31,746.20 万元，当年基金结余-495.96 万元，年末滚存结余 23,899.08 万元。

县医疗保障局 2020 年部门决算收入 17,067.75 万元，全部为财政拨款收入。年初结转和结余 75.30 万元。本年实际支出 16,991.95 万元，其中：基本支出 1,385.97 万元，项目支出 15,605.98 万元。年末结转和结余 151.10 万元，其中：基本支出结余 95.60 万元，项目支出结转和结余 55.50 万元。医疗保险基金决算，2020 年年初医保基金结余 14,848.43 万元，医保基金收入 32,479.09 万元，实际支出 32,044.97 万元，年末滚存结余 15,282.57 万元。

二、绩效评价结论

县医疗保障局 2020 年部门绩效评价得分 85.82 分，评价等级为“良”。

县医疗保障局预算管理较为规范，基本支出预算保障了部门年度工作的正常开展；基本实现了本年目标任务，经济效益、社会效益和可持续影响方面也得到了体现。但存在绩效指标设置不规范、指标量化程度不够，筹资机制有待进一步健全和完善，部分待遇政策落实不到位，基金管理工作有待加强，培训和宣传机制有待进一步完善，部分资金使用不规范，财务管理制度执行不够严谨等问题。通过对评价各项指标的分析，综合评价结论如下：

职责履行方面，县医疗保障局较好地完成了年度工作目标任务。2020年洱源县常住人口参保率达到99.56%，县医疗保障局稳步推行疾病诊断相关分组(DRG)付费试点工作，积极落实公务员医疗补助及补充医疗保险政策，分类资助特困人员、低保对象、农村建档立卡贫困人口参加居民医保，确保困难群众应保尽保。落实医保脱贫攻坚政策，“及时发现、精准救治、有效保障、动态监测”全过程管理，全面实现对贫困人口的应治尽治、应签尽签、应保尽保。组织开展两次医保基金监督检查，打击欺诈骗保，以医保经办机构和定点医疗机构为重点，分类推进专项治理。实行分级诊疗，对定点医药机构进行服务协议管理。通过上述医保政策实施，减轻了农村贫困人口目录外个人费用负担，使基本医保待遇城乡无差距。通过打击欺诈骗保，追回违规医保资金149,547.67元，维护了医保基金安全。医保基金收支基本平衡，可持续保障参保群众健康需要。

三、主要经验及做法

县医疗保障局认真履行本单位职能职责，根据中央、省、州相关要求，积极推进医保参保护面，全面落实参保人群报销政策，继续提高城乡居民基本医疗保障水平和大病保险保障水平。落实医保脱贫攻坚，推进医保领域脱贫。

(一) 聚焦脱贫攻坚，全面落实医疗保障行业扶贫责任

1. 落实贫困人口政府定额资助参保政策，实现贫困人口基本医保、大病保险和医疗救助全覆盖。

2. 基本医保普惠政策全面落实。在保证贫困人口公平享受基本医保普惠政策基础上，继续落实基本医保倾斜政策，保障水平整体提升。

（二）多措并举助力担当疫情防控

县医疗保障局严格按照全县新冠肺炎疫情防控领导小组和新冠肺炎疫情防控指挥部的总体部署和统一调度，坚决落实疫情防控期间医保政策，多措并举开展疫情防控期间医疗保障重点工作。

全力支持做好新冠肺炎疫苗全民免费接种。全力畅通疫情防控医疗物资应急挂网绿色通道。按照省、州医保局的要求，为全县定点医疗机构畅通疫情防控医疗物资应急挂网绿色通道，进一步简化疫情防控医药物资阳光挂网申报办理程序。全力加强疫情防控重点药品和病毒检测相关试剂的动态监测和价格监管。

四、存在的主要问题

（一）预算绩效目标及绩效指标填报质量有待加强，预算绩效管理意识有待提高

1. 绩效指标完整性不足

部门整体绩效指标未设置产出指标，仅设置“社会效益指标—参保率”及“服务对象满意度指标—满意度指标”，绩效指标完整性不足，未与部门年度的任务数完全对应，未与本年度部门预算资金相匹配。

2. 部分绩效指标设置不规范、指标值未量化，与项目实施目的和内容相关性不高

绩效指标中部分指标的指标值为定性指标，且未对定性指标进行分段赋值，指标量化程度不够，不易考核。如：洱源县城城乡居民基本医疗保险业务经费，“社会效益—参保人员生活水平”的指标值为“稳定提升”，“社会效益—建档立卡贫困户生活水平”的指标值为“稳定提升”。设置的绩效指标与城乡居民基本医疗保险所要达到的目的和效果相关性不大。

（二）城乡居民医疗保险基金筹资渠道多元化程度不足

《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2018至2020年洱源县城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）城乡居民基本医疗保险普通人员住院待遇政策落实与省级不一致

洱源县城城乡居民医疗保险待遇参照《关于印发大理州城乡居

民基本医疗保险实施办法（修订）的通知》（大医保规〔2019〕1号）文件实行州级统筹，普通人员住院医疗费、特殊病门诊医疗费之和年度累计最高支付限额 10 万元，建档立卡人员提高 50%，最高支付限额 15 万元。普通人员住院医疗费支付限额与省级规定的“城乡居民基本医疗保险住院费用补偿支付限额由各统筹地区根据实际情况确定，原则上不低于 15 万元”不一致。

（四）基金管理工作有待加强

1. 医疗保险基金监管力度有待提高。一是经查阅《洱源县人民政府关于大理州 2020 年基本医疗保险基金筹集管理使用情况审计发现问题整改落实情况的报告》，洱源县医疗保险基金在医保基金管理和使用方面存在违规支付医保基金、定点医疗机构违规收费、定点医疗机构过度检查等问题，反映出在医疗保险基金监管上存在一定漏洞。如：“医保经办机构违规支付二级以下医疗机构限制用药费用 507,415.62 元”、“医保部门违规向不符合条件人员支付医保待遇 2,678.03 元”和“定点医疗机构过度检查”等问题。究其原因，一是定点医疗单位作为医疗保险的载体，由于受到利益驱使，通过各种不正当的手段来谋取自身的经济效益，加之相关单位在这些问题的处理和监管上缺乏强有力的措施，未起到一定的威慑作用；二是基金监管力量配不足。基金监管力量配置不足，县医疗保障局机关及县医保中心除负责医保具体的参保、结算、稽核外，还承担着全县的基金监管工作。

2. 多部门联合监管机制尚未健全，目前医保领域法制建设还

不够健全，县纪委监委、公安、检察院、法院、卫生健康、市场监管等多部门联合监管机制尚未建立，行政执法与刑事司法联动衔接不够，一定程度上影响了监管效能。

3. 行政执法公示制度、执法全过程记录制度及重大执法决定法制审核制度，“三项制度”体系尚未建立，一定程度上影响了监管执法规范开展。

4. 县医疗保障局 2020 年城乡居民医保工作经费和职工医保工作经费仅 13 万元，不能满足医保基金参保筹资、基金监管、设备更新及维修维护的正常开展。

（五）各乡镇未设立专门的基层医保服务部门

各乡镇医保服务职能统一由乡镇社会保险服务中心提供，因医疗保障局编制不足，未设立专门的基层医保服务部门，未充分推动医保经办服务下沉，发挥乡镇（街道）作为服务城乡居民的区域中心作用，医保经办管理服务体系未实现县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，不利于向人民群众提供便捷高效的医疗保障服务。

（六）医保培训和宣传机制有待完善

1. 评价组深入医院调研了解到，因医保政策近两年变化较大，尤其是 2020 年开展疾病诊断相关分组 (DRG) 付费试点，虽然付费试点开展前州级已组织进行培训，但理论培训与实操尚有一定差距，导致医院相关经办人员及医生对政策仍然未全面掌握，出现相同病案分入不同分组，影响医院绩效。

2. 经核实，慢性病政策及药品目录调整幅度较大，定点医疗机构信息系统配置更新及经办人员意识滞后，导致过渡期内参保人员不能享受相关政策。

3. 走访定点零售药店，洱源便民大药房未及时更新医保宣传栏内容，未对最新医保政策进行宣传。

（七）城乡医疗救助基金管理有待进一步完善

1. 城乡医疗救助基金结余较大。城乡医疗救助基金 2020 年末结余达当年筹集基金总额的 19%，超过 15%。主要原因为医疗救助制度尚未健全，影响了享受救助人群的范围。

2. 城乡医疗救助基金的筹集和使用情况，未通过网站、公告等形式按季度向社会公布。城乡医疗救助对象和救助金额等情况未每季度在村（居）委会张榜公布，在县医疗保障局单位宣传栏公示。

（八）预算编制工作机制不完善，预算编制水平有待提高

1. “财政对基本医疗保险基金的补助”经济分类应列入“对社会保障基金的补助”，而不是“对个人和家庭的补助—其他对个人和家庭的补助”。

2. 2020 年未按规定编制政府采购预算。

（九）部分项目资金管理不规范，财务需进一步加强

对部门项目抽查时发现，存在部分中央专项资金未专款专用。如：在“中央医疗服务与保障能力补助金”中垫支报刊费 5,012 元，购买装订机 2,850 元，共计 7,862 元，不符合项目资金列支

范围。

（十）财务核算不规范，需进一步完善

1. 县医疗保障局 2020 年 10 月 12 号凭证支付复印费记入“办公费”，应记入“印刷费”，“办公费”反映单位购买日常办公用品、书报杂志等支出”。

2. 县医保服务中心将 2020 年 12 月份凭证电话费记入“办公费”，应记入“邮电费”；支付公务用车燃油费计入“专用燃料费”，应记入“公务用车运行维护费”。

3. 县医疗保障局固定资产实物盘点管理不规范，未粘贴固定资产卡片，由此导致对各类资产变动掌握不清晰，导致资产重要信息不齐全、管理措施落实不够及时，资产效益未充分有效发挥。

五、建议

（一）增强部门绩效管理意识，认真落实主体责任

1. 加强绩效目标管理工作

（1）加强预算绩效目标管理，编制完整、全面、量化可考核的绩效指标

编制完整、量化可考核的绩效指标。根据编制的绩效目标梳理绩效指标，对绩效目标进行细化、分解，全面完整反映绩效目标；规范绩效指标的填写，严格按照绩效指标编制的相关要求，正确编制绩效指标名称、指标值、度量单位等，绩效指标应做到简洁明确，同时明确绩效指标值，具有考核性、可衡量性。

（2）加强绩效目标基础管理工作

一是建议部门建立完善的绩效目标审核机制，每年预算申报前按照财政预算编制要求对制定的绩效目标进行审核，对于绩效目标不符合要求的及时修改、完善，并将绩效目标作为部门项目遴选排序、安排部门预算申报资金的重要依据。

二是提高绩效目标编制人员水平。对编制绩效目标的人员进行培训，明确编制绩效目标审核的要求，并提供绩效目标编制模板，加深编制人员对绩效目标的理解，掌握编制方法，规范填写绩效目标、绩效指标、指标值、度量单位、指标类型等，切实提高绩效目标编制水平。同时，绩效目标编制人员应主动加强学习，结合项目特点和内容，科学合理设置项目产出目标和效益目标。

2. 设置部门整体绩效目标，应以部门职责为基础，分项细化各项部门职责所对应的工作，将部门整体支出绩效目标按照职责类型划分，在每个部门职责所对应的工作任务、预算项目中选取年度重点工作、重点目标、重点指标作为此类职责的年度绩效目标。

（二）坚持多渠道筹资，完善筹资机制

进一步落实国发〔2016〕3号文提出的“统一筹资标准”要求，坚持多渠道筹资，完善筹资机制。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筹资新渠道。

（三）进一步落实城乡居民医保待遇保障政策

严格执行国家、省级医疗保障待遇相关制度。进一步落实基金支付标准，向州一级反映普通人员城乡居民基本医疗保险住院费用补偿支付限额低于省级规定 15 万元的问题，巩固住院待遇水平。

（四）进一步加强医疗保险基金管理

一是进一步完善基金监管制度，严格构建支付、使用等程序的内部控制制度，严格行政审批、合理进行岗位安排等。预判并防控违规支付、使用或者挪用基金的潜在风险。加强对定点医疗机构的监督，加大社会保险法律法规的宣传力度，完善对违规操作行为的处理程序，并加大处罚力度，不能仅停留在经济处罚上。实行医疗保险基金使用情况信息公开制度，从信息系统、公开平台、举报反馈等方面构建医疗保险基金信息公开体系，保证社会监督的威慑性。

二是建立健全多部门联合监管机制，探索多方参与，推进共管共治，加强行政执法与刑事司法联动的衔接，提升监管效能。

三是建立健全行政执法公示制度、执法全过程记录制度及重大执法决定法制审核制度，“三项制度”体系，推进监管执法规范开展。

四是对工作经费予以足额保障，以维护基金安全平稳运行。

（五）在各乡镇设立专门的基层医保服务部门

推进医保经办服务下沉，向基层延伸，增加人员编制，探索建立基层医保服务站，为周边群众提供信息查询、经办服务，提

供医保政策、打击欺诈骗保、医保电子凭证推广等宣传服务事项，实现县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，向人民群众提供便捷高效的医疗保障服务。

加强基层医保经办服务能力建设，推进医保经办服务纳入县乡村公共服务一体化建设。依托乡镇（街道）服务站完善基层医保经办服务体系。

（六）完善医保培训和宣传机制

1. 开展 DRGS 培训和交流，引导医疗机构培养病案质控人才，加强医院内部管理，促进医院 DRGS 绩效指标改善。

2. 定期开展政策和业务培训，加强对各级医保部门、定点医药机构和医务人员的指导。

3. 加强对定点医药机构的管理，加大社会保险法律法规的宣传力度。

（七）完善城乡医疗救助管理制度，加强城乡医疗救助力度

1. 完善城乡医疗救助相关制度，合理扩大救助范围，提高资金使用率。

2. 按季度通过网站、公告等形式向社会公布城乡医疗救助基金的筹集和使用情况。督促村委会将城乡医疗救助对象和救助金额等情况每季度在村（居）委会张榜公布。

（八）优化财政资源配置效率，提高部门预算编制的准确性

1. 正确理解经济分类的含义，正确归类项目列支分类。

2. 按政府采购预算编制要求，结合采购需求，对列入《云南

省政府集中采购目录》的采购项目以内的或者采购限额标准以上的项目资金编制政府采购预算。

（九）加强项目资金管理

检查发现部分资金使用单位财务核算不规范。建议资金使用单位按专项资金管理办法要求专款专用，明确专项资金的使用范围、绩效管理和监督检查等方面的各项细则，以使项目资金使用有据可依，并在项目实施过程中加强动态管理，提高资金使用效益。

（十）加强财务监督管理，提高财务管理水平

1. 夯实会计工作的基础，提高理论知识和业务技能水平，按照《政府会计制度》的规定对发生的支出进行准确核算。

2. 建立固定资产盘点制度，定期开展固定资产清查盘点工作，原则上每年不少于1次，工作人员离岗、资产业务人员更换时，应对个人名下资产盘点交接；按规定粘贴固定资产标签；探索建立固定资产管理责任清单制度，明确部门的监管责任，单位的主体责任，相关内设机构的组织实施责任和资产保管责任；建立资产管理与预算管理、采购管理、财务管理、实物管理衔接的工作机制；将固定资产清查盘点工作制度执行情况作为资产管理绩效评价的考核内容。