**2019**年度青岛市医疗保障局

整体支出绩效评价报告

 评价单位：北京华盛中天咨询有限责任公司

被评价单位：青岛市医疗保障局

2020年9月

**2019**年度青岛市医疗保障局

整体支出绩效评价报告

一、部门概况

（一）部门概述

为完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控，统筹推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好地保障城乡居民病有所医，2018年3月，十三届全国人大一次会议通过了关于国务院机构改革方案的决定，组建中华人民共和国国家医疗保障局。青岛市医疗保障局(以下简称市医保局)于2019年1月15日挂牌成立，是2019年机构改革新组建的政府部门，集中行使原人社、物价、卫健、民政等部门的医疗保障政策制定、基金支付、价格管理、招标采购、监督管理、公共服务等职能。

1. 人员及预算情况

  **1.人员情况**

市医保局是市政府工作部门,为正局级，内部设置办公室、规划财务和法规处、待遇保障处、医药服务和支付管理处、医药价格和采购处、基金监督管理处、机关党委7个处（室），核定行政编制35名。

市医保局下属事业单位市医疗保障事业中心，机构规格为副局级。内部设置综合处、基金财务处、信息统计处、征缴服务处、定点医疗机构管理处、资格待遇处、审核结算处、护理保险处、稽查处9个处，下设市医疗保障事业中心市南分中心、市北分中心、李沧分中心3个分中心，核定事业编制136名。

**2.预算情况**

市医保局2019年部门年初预算（含市医保中心）137845.1万元，调整后预算137568.39万元，实际支出136617.61万元，结余950.78万元，预算执行率99.31%。

单位：万元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **资金项目** | **预算数** | **调整后预算数** | **执行数** | **结余数** | **预算执行率** | **说明** |
| **一** | **人员经费** | 1670.88 | 1670.88 | 1663.7 | 7.18 | 99.57% |  |
| **二** | **公用经费** | 999.45 | 999.45 | 993.34 | 6.11 | 99.39% |  |
| **三** | **专项资金** | 135174.77 | 134898.06 | 133960.57 | 937.49 | 99.31% |  |
| （一） | 城乡居民医疗保险补助资金 | 124251 | 124251 | 124251 | 0 | 100.00% |  |
| （二） | 中央财政医保服务能力提升资金 | 904 | 904 | 276.98 | 627.02 | 30.64% |  |
| （三） | 省属特困企事业单位离休干部医疗统筹费 | 486 | 486 | 486 | 0 | 100.00% | 2019年7月由国库转入财政交通银行账户 |
| （四） | 补充医疗保险财政补助 | 5000 | 5000 | 5000 | 0 | 100.00% |  |
| （五） | 市属困难企事业单位离休干部医疗费财政补助 | 3907 | 3630.29 | 3630.29 | 0 | 100.00% |  |
| （六） | 社会保险管理资金及医保业务经费 | 626.77 | 626.77 | 316.3 | 310.47 | 50.47% |  |
| 合 计 | 137845.1 | 137568.39 | 136617.61 | 950.78 | 99.31% |  |

（三）部门职能

根据《中共青岛市委办公厅 青岛市人民政府办公厅<关于印发青岛市医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定>的通知》（青厅字〔2019〕19号），市医保局主要职责是：1.负责拟订社会医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度相关地方性法规、政府规章草案和发展规划、政策措施并组织实施。2.负责监督管理社会医疗保险基金、生育保险基金和医疗救助资金等,建立健全社会医疗保险基金、生育保险基金和医疗救助资金等安全防控机制。推进医保支付方式改革,完善市级统筹机制。3.组织制定社会医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障筹资和待遇政策,落实统筹城乡医疗保障待遇标准,建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。健全大病保险制度、补充医疗保险制度和长期护理保险制度。4.组织制定药品、医用耗材、医疗服务项目和医疗服务设施等医保目录的支付范围和支付标准,建立动态调整机制。制定全民补充医疗保险目录管理办法并组织实施。5.组织拟订药品和医用耗材价格、医疗服务项目和医疗服务设施收费管理政策并组织实施,建立动态调整机制。推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制,建立价格信息监测和信息发布制度。6.研究拟订药品、医用耗材等集中采购和监督管理政策并组织实施。7.负责组织实施医疗救助工作。承办中央以及省、市财政相关补助资金的分配和监管工作,监督检查医疗救助政策和救助资金的落实。8.制定定点医药机构医保协议管理政策以及支付管理政策并组织实施。建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度,监督管理纳入医疗保障范围的医疗服务行为和医疗费用,依法查处医疗保障领域违法违规行为。9.负责医疗保障经办工作管理、公共服务体系和信息化建设,组织制定和实施异地就医管理和费用结算政策,建立健全医疗保障关系转移接续制度。制定商业保险公司等第三方参与医疗保障经办服务合作政策并组织实施。开展医疗保障领域对外合作交流。10.承担医疗保障领域招商引资和招才引智相关工作。配合有关部门承担医疗保障领域优化营商环境相关工作。培育、引导、扶持医疗保障领域行业协会发展,推进行业协会自律,发挥服务国家、服务社会、服务群众、服务行业的作用。11.完成市委、市政府交办的其他任务。12.职能转变。按照党中央、国务院关于转变政府职能、深化放管服改革,深入推进审批服务便民化的决策部署,认真落实省委、省政府和市委、市政府深化“一次办好”改革的要求,组织推进本系统转变政府职能,完善基本医疗保险制度、大病保险制度和补充医疗保险制度,完善医疗保障筹资和报销调整机制,推行按病种付费为主的复合型支付方式,建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系,不断提高医疗保障水平,确保医保资金合理使用、安全可控,按照职责分工推进医疗、医保、医药“三医联动”改革,更好保障人民群众就医需求、减轻医药费用负担。13.与市卫生健康委的有关职责分工。市卫生健康委、市医保局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接,建立沟通协商机制,协同推进改革,提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

（四）绩效目标

市医保局依据部门三定方案等制定了2019年青岛市医疗保障重点工作、2019年医保惠民利民十件实事以及2019年部门重点工作任务等。

二、绩效评价工作开展情况

（一）评价思路

围绕部门职责、行业发展规划，以预算资金管理为主线，统筹考虑资产和业务活动，从运行成本、管理效率、履职效能、社会效应、可持续发展能力和服务对象满意度等方面，衡量部门整体及核心业务实施效果，强化部门整体支出绩效管理责任，推动提高部门整体绩效管理水平。

（二）评价指标体系

根据《青岛市财政局关于印发<市级财政绩效评价操作指南>的通知》（青财绩〔2020〕6号）的部门整体支出指标体系框架，结合工作实际，制定本次绩效评价指标体系，分为投入、过程、产出、效益四个一级指标。“投入”指标主要评价目标设定、预算编制情况；“过程”指标主要评价预算执行、预算管理、资产管理情况；“产出”指标主要评价职责履行完成及时、质量达标和重点工作办结情况；“效益”指标主要评价社会效益、行政效能、可持续效益、服务对象满意度情况。同时，按照绩效评价总体要求和部门整体支出内容设计了四级指标。

（三）评价原则、方法

1.评价基本原则：遵循“明确主体、科学公正、公开透明、激励约束”基本原则。

2.评价方式方法：青岛市财政局委托北京华盛中天咨询有限责任公司，在分析自评报告等资料的基础上，采用数据采集、问卷调查、抽样实地调研及现场数据复核分析等评价方法进行评价。

三、评价结论情况

（一）评价结论

根据2019年度青岛市医疗保障局部门整体支出绩效评价指标评分表，绩效评价工作组从投入、过程、产出、效益四个方面进行了评价打分和分析。该部门整体绩效评价得分为90.31分，等级为“优”。绩效得分整体情况如下：

**绩效得分整体情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **指标** | **标准分值** | **实际得分** | **得分率** |
| **投入** | 10 | 10 | 100% |
| **过程** | 30 | 26.32 | 87.73% |
| **产出** | 30 | 25.01 | 83.37% |
| **效益** | 30 | 28.98 | 96.60% |
| **综合绩效** | 100 | 90.31 | 90.31% |

**1.投入**

绩效目标设定和预算编制情况较好，总体得分较高。部门依据三定方案等制定了2019年青岛市医疗保障重点工作、2019年医保惠民利民十件实事以及2019年部门重点工作任务等；预算编制较为合理，决策程序较为规范。

**2.过程**

预算执行方面，年初预算137845.1万元，调整后预算137568.39 万元，预算执行数136617.61万元，执行率为99.31%，预算调整符合相关程序；政府采购执行率83.46%，政府采购管理水平有待进一步提高。预算管理方面，部门的预算资金管理办法、财务管理制度、会计核算制度等较为完善，落实情况较好，但存在部分费用支出原始凭证不完整的问题。资产管理方面，部门未制定资产管理制度。

**3.产出**

 部门重点工作办结率100%。实际完成率方面，由于部分项目启动时间较晚、国家政策调整导致个别项目暂缓执行等原因，医疗服务与保障能力提升补助资金、社会保险管理资金及医保专项经费中的部分项目未完成。完成及时率方面，个别区（市）2019年度城乡居民基本医疗保险财政补助资金未足额到位。质量达标率方面，基金滚存结余可支配月数为5个月，未达到绩效目标6-9个月。

**4.效益**

部门履职效益较高，社会效益、行政效能、可持续效益整体情况较好。受益群体满意度87.97%，有待进一步提高。

（二）主要成效

2019年市医保局发起7场医保改革攻坚战，办成10件惠民实事，全力打造“惠民医保、智慧医保、诚信医保、阳光医保”。覆盖城乡居民的医疗保障体系全面建成，全市城乡居民医疗保险参保人数495.4万人，一、二档参保居民财政补贴标准分别提高至730元和650元，总筹资标准分别达到每人每年1160元和1005元，补贴标准全省最高。相应提高居民医保待遇，医保目录内居民住院医疗费平均报销75%左右，医保待遇全省最高。整合完善“基本医保+大病保险+补充医保+医疗救助+长期护理”五层医疗保障体系，覆盖城乡居民的医疗保障体系全面建成。长期护理保险在全国全省发挥“支持决策、引领改革、提供样板”的作用，受到国家医保局领导、市委市政府主要领导多次肯定批示;针对药价虚高问题，创新搭建全省首个药品耗材联合招采平台，推动药品耗材价格改革破题;做实“一站式”精准扶贫，创新“靶向式”补充医保；坚持用平台思维做乘法，高标准建设医保信息平台，着力打造“阳光医保”服务品牌。实现服务模式从“见面办”向“网上办”升级，服务效能从“限时办”向“秒办”提速，服务平台从“大厅办”向“家门口”下沉，异地就医从“无障碍”向“一卡通”拓展；积极争取成为医保基金监管方式创新国家试点城市，探索引入第三方力量，提升监管水平。建立举报奖励制度，聘请38名社会监督员，共同参与医保基金社会监督，加强诚信医保体系建设。构建智能监控系统，加强医保基金事前、事中、事后全程审核监管。强力开展打击欺诈骗保“风暴行动”，向欺诈骗保行为“亮剑”。率先实施“长期护理保险、DRG付费改革、医保基金监管方式创新”三项国家级改革试点，引领医保改革创新全面起势，岛城市民享受到更多医保改革红利。

四、存在的问题

（一）部分专项资金实施进度较慢，资金效益发挥不够充分

**1.医疗服务与保障能力提升补助资金**

本项资金为中央转移支付资金，2019年预算安排904万元，其中，市医保局744万元（含市内三区），“四区三市”医保局160万元。

（1）市医保局（含市内三区）

金额单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **预算数** | **执行数** | **结余数** | **执行率** |
| 1 | 医疗保障信息化建设专项资金 | 227 | 11.54 | 215.46 | 5.08% |
| 2 | 医保基金监管“二试点一示范” 国家试点专项资金 | 180 | 21.93 | 158.07 | 12.18% |
| 3 | DRGS付费国家试点专项资金 | 240 | 27.9 | 212.1 | 11.63% |
| 4 | 构建多层次医疗保障体系改革专项资金 | 20 | 4.3 | 15.7 | 21.50% |
| 5 | 医疗服务与耗材价格改革专项资金 | 22 | 5.31 | 16.69 | 24.14% |
| 6 | 宣传引导、人才队伍建设及经办服务专项资金 | 55 | 46.01 | 8.99 | 83.65% |
| **小 计** | **744** | **116.99** | **627.01** | **15.72%** |

从整体看，除宣传引导、人才队伍建设及经办服务专项资金预算执行率较高以外，其余医疗保障信息化建设专项资金等5项资金执行率较低。主要原因为：

**一是**部分项目启动时间较晚，当年度只完成可行性研究、政府采购等前期工作。如：医保基金监管“二试点一示范” 国家试点专项资金-医保基金监管采购项目，截止2019年底完成政府采购相关工作；“医疗服务与耗材价格改革”项目于2019年12月10日正式启动，年底完成方案设计。

**二是**个别项目受国家政策调整影响，暂缓执行。如：“构建多层次医疗保障体系改革研究项目”，由于国家拟出台关于深化医疗保障制度改革的意见，为确保与国家政策保持一致，2019年仅组织开展了全市医疗保障政策研讨相关工作，项目暂缓实施。

**三是**个别项目绩效目标不够明确具体。如：从内容上看，本项资金中的“DRGS付费国家试点专项资金”项目， 与市本级“社会保险管理资金及医保业务经费”专项资金中的“疾病诊断相关组（DRGs）试点经费”，都是用来保障DRG付费改革工作实施。但从绩效目标上看，本项目绩效目标为“推行医保支付方式改革和DRG试点-逐步推开”，内容不够明确具体，与“疾病诊断相关组（DRGs）试点经费”的绩效目标不易区分。

（2）“四区三市”医保局

市医保局及时将专项资金160万元拨付各区市，其中，崂山区、西海岸新区、城阳区、即墨区、胶州市各20万元，平度市、莱西市各30万元。从市本级看，执行率100%。截至2019年底，各区市实际执行预算83.75万元，执行率52.34%，崂山区、即墨区、莱西市预算执行率为0。具体情况如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **区市** | **预算数** | **执行数** | **结余数** | **执行率** |
| 1 | 崂山区 | 20 | 0 | 20 | 0.00% |
| 2 | 西海岸 | 20 | 20 | 0 | 100.00% |
| 3 | 城阳 | 20 | 20 | 0 | 100.00% |
| 4 | 即墨 | 20 | 0 | 20 | 0.00% |
| 5 | 胶州 | 20 | 13.75 | 6.25 | 68.75% |
| 6 | 平度 | 30 | 30 | 0 | 100.00% |
| 7 | 莱西 | 30 | 0 | 30 | 0.00% |
| 合计 | 160 | 83.75 | 76.25 | 52.34% |

 **2.社会保险管理资金及医保专项经费**

2019年预算安排626.77万元，实际执行316.3万元，执行率50.47%。具体情况如下：

金额单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **预算金额** | **执行金额** | **结余** | **执行率** |
| **一** | **医保业务经费** | **425.30** | **206.58** | **218.72** | **48.57%** |
| 1 | 疾病诊断相关组（DRGs）试点 | 181.50 | 27.50 | 154 | 15.15% |
| 2 | 长期护理保险标准化管理研究经费 | 25.00 | 25.00 | 0 | 100.00% |
| 3 | 医疗保险专家咨询评估培训费用 | 38.80 | 27.68 | 11.12 | 71.34% |
| 4 | 医疗奖励金专项业务费 | **180.00** | **126.40** | **53.60** | **70.22%** |
| **二** | **社会保险管理资金** | 201.47 | 109.72 | 91.75 | 54.46% |
| 1 | 社会保险业务材料邮寄资金 | 26.47 | 16.26 | 10.21 | 61.43% |
| 2 | 三化建设专项资金 | 120.00 | 38.46 | 81.54 | 32.05% |
| 3 | 社保政策宣传资金 | 30.00 | 30.00 | 0 | 100.00% |
| 4 | 窗口标准化建设资金 | 25.00 | 25.00 | 0 | 100.00% |
| **合 计** | **626.77** | **316.30** | **310.47** | **50.47%** |

执行率偏低的主要原因为：

**一是**受机构改革等因素影响，一定程度上影响了工作开展和资金拨付。如：《关于调整市医疗保障事业中心机构编制事项的批复》（青编字〔2019〕31号）于2019年10月印发，方案确定后，市医疗保障事业中心按规定开展专家咨询评审和医疗保障奖励等工作。

**二是**部分项目启动时间晚。如：三化建设项目于2019年12月完成开标相关工作。

（二）个别区（市）城乡居民基本医疗保险财政补助资金到位情况不符合规定

根据《关于实行社会医疗保险基金全市统筹有关问题的通知》（青人社发〔2017〕29号）规定，“市与区市财政补助分担比例暂不做调整,原市级对各区市体制内结算部分保持不变，市南、市北、李沧、崂山 、城阳、西海岸新区财政补助以后年度提高部分由市和区两级财政按5∶5比例分担(市级补助中含中央补助 ) , 一区三市财政补助除中央补助外由区市自行承担。”评价发现，截止2019年底，市北区、李沧区城乡居民基本医疗保险财政补助资金未足额到位。具体情况如下：

金额单位：万元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **区（市）** | **应到位资金** | **实际到位资金** | **差额** | **资金到位率** |
| 1 | 市南区 | 4697.72 | 4697.72 | 0.00 | 100.00% |
| 2 | 市北区 | 7334.18 | 5900.51 | 1433.67 | 80.45% |
| 3 | 李沧区 | 6085.99 | 0.00 | 6085.99 | 0.00% |
| 4 | 城阳区 | 11593.25 | 11593.25 | 0.00 | 100.00% |
| 5 | 西海岸新区 | 30695.27 | 30695.27 | 0.00 | 100.00% |
| 6 | 崂山区 | 5062.73 | 5062.73 | 0.00 | 100.00% |
| 7 | 高新区 | 3049.64 | 3049.64 | 0.00 | 100.00% |
| 8 | 即墨区 | 39793.63 | 39793.63 | 0.00 | 100.00% |
| 9 | 胶州市 | 28349.47 | 28349.47 | 0.00 | 100.00% |
| 10 | 平度市 | 47346.67 | 47600.00 | -253.33 | 100.54% |
| 11 | 莱西市 | 23301.80 | 23301.80 | 0.00 | 100.00% |

（三）城乡居民基本医疗保险结余基金滚存月数偏低

医保基金滚存结余可支配月数2019年度绩效目标值为6-9个月，2019年青岛市城乡居民医保基金年初余额21.54亿元，年度收入53.62亿元，支出49.33亿元，当年结余4.3亿元，累计结余21.55亿元。根据2019年实际数据测算，每月平均支出49.33/12=4.11亿元，累计结余可支配月数=21.55/4.11=5.24月。根据人力资源和社会保障部印发的《关于城镇职工基本医疗保险基金的管理意见》，对统筹地区城镇职工基本医疗保险统筹基金累计结余原则上应控制在6至9个月平均支付水平，青岛市2019年城乡居民基本医疗保险结余基金滚存可持续月数与目标值尚有一定差距。

（四）财务管理规范性需进一步加强

个别费用原始凭证不完整，如缺少采购合同、固定资产验收单；缺少资产管理方面的制度。

五、相关建议

（一）提高预算执行进度，发挥财政资金使用效益

建议市和各区（市）医疗保障部门加强对医疗服务与保障能力提升补助等专项资金绩效目标编制管理，做到“指向明确、细化量化、合理可行、相应匹配”，为后续实施绩效监控和绩效评价、加快预算执行奠定良好基础；按照年度工作计划和批复的预算，按时间节点抓好预算执行，加快推进办法制定、审批、评审、政府采购等前期工作，对项目组织实施进度实行有效的过程跟踪管理，提高预算执行进度和使用效益；对项目进度慢、绩效目标发生偏离或因国家政策调整等特殊原因确实无法执行的项目，应采取切实有效措施，及时调整或纠偏。

（二）确保区（市）城乡居民基本医疗保险财政补助资金到位

建议城乡居民基本医疗保险财政补助资金未足额到位的区（市），按照《中华人民共和国社会保险法》、《青岛市社会医疗办法》（青岛市人民政府令第235号）、《关于实行社会医疗保险基金全市统筹有关问题的通知》（青人社发〔2017〕29号）、《国务院办公厅关于印发医疗卫生领域中央与地方财政事权和支出责任划分改革方案的通知》（国办发[2018]67号）、《关于调整2019年度居民社会医疗保险有关政策的通知》（青人社规〔2018〕17号）等相关规定，对2019年城乡居民基本医疗保险予以足额缴费补助。

（三）探索推进城乡居民基本医疗保险可持续高质量发展

针对青岛市2019年城乡居民基本医疗保险结余基金滚存月数偏低、城乡居民基本医疗保险高质量发展有待进一步提高的问题，建议部门积极探索创新模式，健全医保基金欺诈防范机制，加大门诊统筹水平， 在维持现有筹资能力和增长速度前提下，有效控制医疗费用过快增长。

一方面，探索以政府购买服务的方式委托具有资质的社会力量参与基本医保经办服务。青岛市城乡居民大病保险2019年支出3.28亿元，同比降低10.89%，与居民住院同比增幅1.43%和门诊支出0.39%相比，降费效果明显。商业保险公司经办大病保险，通过和政府相关部门紧密的协作，联合开展医疗行为监督、费用审核等各项管理服务工作，有效控制过度医疗等行为，减少医保基金的“跑冒滴漏”。针对异地报销程序复杂、监管难度大、不合理医疗花费情况较为严重的情况，保险公司可依托覆盖全国的服务网络，建立异地就医服务监督机制，控制和审核虚假医疗消费。

另一方面，健全医疗保险基金欺诈防范机制。青岛市城乡居民基本医疗保险核减收入为 0.16亿元，约占医保基金收入的1%左右，表明科学的医疗保险基金欺诈防范举措可从源头上减少基金浪费的可能性。建立并完善功能强大的医疗保险基金参保、支付的信息数据库，并利用大数据等技术和软件及时发现和识别医疗各主体可能存在的医疗欺诈和滥用行为。许多国家都采用医药分离制度，限制医疗供需双方的过度医疗，因此应进一步完善分级诊疗、“两定”机构监督管理、推进DRG等支付方式改革、药品带量采购和发挥全科医生制度等，促进医药分离，从根本上解决医疗保险骗保欺诈问题。

此外，为避免参保人小病大治，节约基本医保基金，防止医疗资源浪费，可在现有经济水平和基本基金可承受能力范围内，研究适度提高城乡居民门诊统筹报销限额，同时为防止道德风险过高，可分层设置起付标准和报销比例。

（四）提高财务基础工作水平

严格资金支付审核程序，规范原始凭证管理，确保资金使用合规；制定部门资产管理办法。