



云南省财政绩效评价
评价报告

**云南省医疗保障局2020年城乡居民基本医疗保险基金（省本级、省对下）项目
绩效评价报告**

报告编号	YGJXPJ20212002
委托单位	云南省财政厅绩效评价中心
评价机构	云南银信鼎立会计师事务所有限公司

云南省医疗保障局 2020 年城乡居民基本医疗
保险基金（省本级、省对下）项目

绩效评价报告

委托单位名称：云南省财政厅绩效评价中心（章）



评价机构名称：云南银信鼎立会计师事务所有限公司（章）



报告编号：YCJXPJ20212002

项目评价起止时间：2021年6月1日至2021年7月7日

评价报告出具时间：2021年7月7日

评价分值：80.51

评价等级：良

概要表

金额单位：万元

项目名称	云南省医疗保障局2020年城乡居民基本医疗保险基金（省本级、省对下）项目绩效评价			开展评价年度	2021年	
评价类型	项目支出绩效评价			省财政厅部门（单位）预算管理处	社会保障处、社保基金管理中心	
省级预算部门（单位）	云南省医疗保障局			联系人及联系方式	李音蛟 13629611305	
评价机构	云南银信鼎立会计师事务所有限公司			项目负责人及联系方式	李冬玲 13320527156	
自评方式	省级总结自评		自评分值	95	自评等级	优
评价方式	政府采购第三方中介机构		评价分值	80.51	评价等级	良
子项目数	17		抽查子项目数	7	占比（%）	41.18%
项目类数	1		抽查类数	1	占比（%）	100%
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
	3,441,919.58	1,770,581.00	325,061.29	56,268.01	87,441.56	1,202,567.72
	抽查资金	1,394,176.05		抽查资金占比（%）	40.51%	
抽查区域	云南省医疗保障局，省本级以及昆明市、昭通市、楚雄州、保山市、怒江州、普洱市。					
有效问卷数	对参保人群开展满意度调查，尤其将近期内办理过门诊、住院、生育分娩等医疗保险费用报销的参保人群作为主要调查对象，共发放问卷1,614份，剔除参加职工基本医疗保险和未参保的人员填写的问卷后，实际有效回收1,054份问卷，问卷有效回收率65.30%。			满意度得分	满意度得分82.12分	

目 录

摘 要.....	I
一、基本情况.....	1
(一) 项目概况.....	1
(二) 绩效目标设立情况.....	8
(三) 项目组织管理情况.....	10
二、绩效评价工作开展情况.....	13
(一) 绩效评价目的、对象和范围.....	13
(二) 绩效评价原则、评价指标体系、评价方法、评价等级和评价抽样	13
(三) 绩效评价工作过程.....	20
三、绩效评价结论.....	23
(一) 绩效评价综合结论.....	23
(二) 绩效目标实现情况.....	24
四、绩效评价情况分析.....	26
(一) 决策情况分析.....	26
(二) 过程情况分析.....	27
(三) 产出情况分析.....	29
(四) 效益情况分析.....	30
五、主要经验及做法.....	32
六、存在的问题及原因分析.....	34
七、建议.....	43
八、其它需说明的情况.....	46

摘 要

一、基本情况

为解决广大人民群众医疗保障问题，满足群众基本医疗保障需求，减轻参保人医疗费用负担，党中央、国务院出台多项实施意见，建立了覆盖全民的基本医疗保障制度。云南省自2017年起，统一执行城乡居民基本医疗保险政策，每年由财政补助和个人缴费筹集资金，为参保人提供相应的医疗保险待遇。本项目属于社会保险基金预算项目，项目资金来源包括中央补助、省级补助、州（市）配套、县（市、区）配套和个人缴费，2020年全省各统筹地区共实现城乡居民基本医疗保险基金收入3,441,919.58万元，支出合计3,111,838.73万元，当期结余330,080.85万元，累计结余2,093,530.20万元。

二、绩效评价结论

项目绩效评价得分80.51分，评价等级为“良”。通过项目实施，全省参保率基本稳定在95%左右，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从2019年的71.34%提高至2020年的73.49%，高于全国水平3.49个百分点（全国水平70%），实现了“稳步提高保障水平”的目标；2020年参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比例从2019年32.54%下降至30.21%，参保人医疗费用负担有所减轻；2020年末，城乡居民基本医疗保险基金当期结余率9.59%，基金累计可支付月数8.59个月，

基金运行总体安全可控，基本实现了基金收支平衡。绩效评价同时发现，项目实施中还存在现行筹资机制有待进一步健全和完善，各统筹区基金支撑能力不均衡，数据信息不互通、重复参保现象难以杜绝，部分统筹区待遇政策落实不到位，基金管理工作有待加强，个别州（市）财政资金未及时足额到位，绩效目标设置科学性、合理性不足等问题。

三、主要经验及做法

（一）发挥医保职能，全力支持疫情防控救治

按照“确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治”要求，在全国率先出台10条特殊报销政策，对新冠肺炎确诊和疑似患者一律免费救治，医保支付达90%。及时开展新冠病毒检测临时价格制定工作，并与广东等6省（市、区）组成联盟，集中采购新型冠状病毒检测试剂，实行“零差率”销售，推进“应检尽检、愿检尽检”，助力全省疫情防控。

（二）聚焦脱贫攻坚，全面打响医保扶贫百日攻坚战

制定《云南省决战决胜脱贫攻坚医保扶贫百日提升行动方案》，排查解决存在问题，全力做好因疫情和自然灾害影响致贫返贫群众医疗保障工作，巩固医保扶贫成果，为全省如期高质量实现贫困人口全部脱贫、贫困村全部出列、贫困县全部摘帽提供有力保障。

（三）积极推进医保改革攻坚

2020年，长期护理保险制度、DRG付费、区域点数法预算和按病种分值付费、基金监管方式创新等4项改革列入国家试点。建立

医疗服务项目动态调整机制，制定出台“互联网复诊费”等第一批“互联网+”医疗服务项目及试行价格。

（四）创新医保基金管理方式，建立医保基金绩效评估机制

制定了《云南省社会保险基金预算绩效考核办法》，促进医保基金预决算编报质量和管理水平。建立了基本医疗保险基金运行评估机制，分类评估职工医保基金和居民医保基金。

四、存在的主要问题

（一）现行筹资机制有待进一步健全和完善

现行的城乡居民基本医疗保险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 年云南省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，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“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”的要求尚有一定的差距，筹资渠道有待进一步拓宽。

（二）各统筹区基金支撑能力不均衡

昭通市、玉溪市、普洱市、保山市和怒江州当期结余率不足 5%，其中普洱市、保山市、怒江州当期结余率为负数，昆明市、昭通市、普洱市、保山市基金累计结余可支付月数小于 6 个月，基金运行存在一定风险。同时，省本级、曲靖市、西双版纳州、德宏州和迪庆州处于当期结余率或累计结余可支付月数偏高的状态。各统筹区之

间基金支撑能力不平衡，一定程度上削弱了基金的共济能力和抗风险能力。

（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，一定程度出现县域内、统筹区内、跨统筹区的重复参保。根据省医保局向财政部云南省监管局上报的报告，2020年度重复参保人数为19,904人。

（四）部分统筹区待遇政策落实不到位

经检查各统筹区在门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、特殊困难人员医疗待遇、大病保险待遇五个方面的落实和执行情况，昆明市、普洱市、楚雄州、保山市均存在待遇政策落实不到位的情况，部分待遇标准低于省级规定。

（五）基金管理工作有待加强

一是医疗保险基金的监管力度仍需进一步提高。医保经办机构监管不严、审核把关不严，以及定点医疗机构违法违规现象屡禁不止。二是医疗保险基金基础管理工作有待完善。普洱市存在基金日常管理工作不规范问题，思茅区账务处理错误、基金账表不一致，昆明市、昭通市、保山市医保基金核算未采用收付实现制确认个人缴费收入。

（六）个别州（市）财政资金未及时足额到位

经检查各统筹区资金到位情况，截至2020年12月31日，未到位财政补助资金共计44,845.83万元，其中：保山市未到位23,356.19

万元、曲靖市未到位 20,209.10 万元、怒江州未到位 1,280.54 万元。经延伸检查，截至 2021 年 6 月 28 日，除保山市施甸县县级配套资金 427.83 万元仍未到位外，上述所列各州（市）均已拨付到位。

（七）绩效目标设置科学性、合理性不足

在年初申报预算时，省医保局确定了城乡居民基本医疗保险补助资金项目的年度总体目标和绩效指标，但绩效目标科学性、合理性不足。所设置的年度绩效目标未反映项目实施预计要达到的目标，指标不完整，缺乏待遇保障质量方面的考核指标。

五、建议

（一）健全稳健可持续的筹资运行机制

进一步落实国发〔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。

（二）强化基金运行分析，提高基金支撑能力

加强基金运行分析，结合新冠肺炎疫情影响，完善收支预算管理。科学编制基金收支预算，加强预算执行监督，适时调整基金预算。增强风险防范意识，进一步健全风险预警、评估、化解机制及预案，提高基金运行监测评估专业化能力水平。

（三）健全和完善数据信息共享机制

进一步健全和完善参保数据信息共享机制，尽快建成全省统一

的参保数据库，实现全省职工和城乡居民参保数据大集中，利用信息化手段有效避免重复参保。进一步提升数据质量，确保财政补助资金有效使用。

（四）督促各统筹区进一步落实居民医保待遇保障政策

督促各统筹区严格执行国家、省级医疗保障待遇相关制度。进一步落实基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，调整本统筹区待遇政策。严格执行基金支付范围和标准，实施公平适度保障，避免过度保障和保障不足问题。

（五）进一步加强医疗保险基金管理

进一步完善基金监管制度，加强对定点医疗单位的监督，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。加强基金基础性管理工作，为医疗保险基金管理提供坚实的保障。

（六）及时足额配套资金，充分发挥资金使用效益

州（市）、县（市、区）财政部门应加强资金监管，及时将资金拨付至医保基金专户，充分发挥资金使用效益。

（七）科学设置绩效目标

结合项目实际，完善项目年度目标和绩效指标设置。认真分析项目年度实施重点内容，梳理项目绩效目标，设置科学合理的绩效指标。对设定的绩效指标值开展充分调查研究和合理测算，并参考历史标准水平，确定合理的绩效目标值。

云南省医疗保障局 2020 年城乡居民基本医疗保险基金（省本级、省对下） 项目绩效评价报告

根据《财政部关于印发〈项目支出绩效评价管理办法〉的通知》（财预〔2020〕10号）、《中共云南省委 云南省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（云发〔2019〕11号）、《云南省省级财政支出预算绩效评价操作规程（试行）》（云财评审〔2016〕39号）、《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）和《云南省财政厅关于开展2021年预算绩效评价工作（第一批）的通知》（云财绩〔2021〕8号）的要求，云南银信鼎立会计师事务所有限公司接受云南省财政厅绩效评价中心委托，于2021年6月至2021年7月对云南省医疗保障局2020年城乡居民基本医疗保险基金（省本级、省对下）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. 项目设立背景、目的

为完善城乡居民基本医疗保障制度，加快推进城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度整合，进一步提高保障水平，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，增进人民福祉。2016年，国务院出台《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），整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度。云南省为贯彻落实国发〔2016〕3号文件精神，印发了《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），明确了全省整合城乡居民基本医疗保险制度的政策、措施和工作要求，文件规定：从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。逐步理顺管理制度，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、公平可及，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。

2. 预算批复及资金下达情况

(1) 预算批复情况

2020年5月20日,云南省财政厅(以下简称省财政厅)以《关于云南省医疗保障局2020年部门预算的批复》(云财社〔2020〕71号),批复云南省医疗保障局(以下简称省医保局)2020年城乡居民基本医疗保险基金项目预算303,101.01万元,其中:省本级项目预算6,105万元,省对下项目预算296,996.01万元。

(2) 中央、省级补助资金下达情况

2020年度,中央、省级财政实际下达城乡居民基本医疗保险基金项目补助资金共计2,095,642.29万元,其中:中央补助资金1,770,581万元、省级补助资金325,061.29万元,具体明细详见附件6-1。

(3) 各级财政补助资金到位情况

根据中央、省级资金下达文件及各统筹区上报统计,2020年各级财政共安排城乡居民基本医疗保险补助资金2,239,351.86万元。截至2020年12月31日,各级财政补助资金实际到位2,194,506.03万元,其中:中央补助资金1,735,083.30万元、省级补助资金

321,803.44 万元，州（市）级财政配套资金 54,682.64 万元、县（市、区）级财政配套资金 82,936.65 万元，资金到位率 98%。补助资金到位情况详见附件 6-2。

（4）基金收支情况

2020 年度，全省共实现城乡居民基本医疗保险基金收入 3,441,919.58 万元（包括各级财政补助资金、个人缴费、利息收入及其他收入），支出合计 3,111,838.73 万元，当期结余 330,080.85 万元；2020 年末，全省各统筹地区城乡居民基本医疗保险基金累计结余 2,093,530.20 万元，其中：当期结余 330,080.85 万元，上年结余 1,763,449.35 万元，基金收支明细详见附件 6-3。

3. 实施内容

本项目实施内容为城乡居民基本医疗保险补助，属于社会保险基金预算项目。

（1）覆盖范围

城乡居民基本医疗保险的参保范围覆盖统筹区域内除城镇职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、在校就读学生、在园儿童、婴幼儿、新生儿、宗教教职人员、长期投资经商和务工的外来人员的未成年子女，以及国家和我省规定的其他人员，确保参保率不低于现有水平，参保连续稳定，做到应保尽保。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险，有困难的可按照当地规定参加城乡居民基本医疗保险。已参加城镇职工医保或已有其他医疗保障制度安排的，不纳入城乡

居民医保覆盖范围，避免重复参保。

（2）筹资机制

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，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。实行有差别的财政分级负担机制，省财政补助资金重点向困难地区倾斜。对符合条件的城乡居民困难群众参加城乡居民基本医保，政府给予补助，补助标准随个人缴费标准、城乡医疗救助资金总量等因素动态调整。

政府补助：政府补助分为中央补助和地方财政补助，中央每年下发文件明确政府补助标准，州（市）和县（市、区）财政补助标准由州（市）相关部门确定，中央财政补助按照财政部审定的上年度6月末实际参保人数下达资金，次年9月底前结算。省级财政按照当年6月末实际参保人数下达资金，次年结算；2020年城乡居民基本医疗保险财政补助资金，中央和云南省按照8:2比例分担。云南省承担部分按照《云南省人民政府办公厅关于印发云南省基本公共服务领域省以下共同财政事权和支出责任划分改革实施方案的通知》（云政办发〔2019〕6号）要求，实行省级与各地财政分档分担，省级补助向贫困地区倾斜，具体是：第一档为昆明市（含滇中新区），省级分担20%；第二档包括曲靖、玉溪、红河、楚雄、大理5个州（市），省级分担70%；第三档包括昭通、文山、普洱、西双版纳、保山、德宏、丽江、临沧8个州（市）和镇雄、宣威、腾冲3个财政省直管县（市），省级分担85%；第四档包括怒江和迪庆2个州，省级分担

90%。省属在昆高校大学生参加城乡居民基本医疗保险，由省级财政全额保障。统筹区各级财政要按标准足额安排财政补助资金，及时拨付到位。

个人缴费：省医保局、省财政厅、省税务局每年联合下达文件明确个人缴费标准，个人缴费实行一年一缴，本年缴纳下一年度费用，集中缴费期从9月开始，具体缴费时间由各地区确定。2020年由于新冠肺炎疫情影响，云南省缴费截止期延长至2020年6月25日。在缴费截止期前，缴纳参保费的城乡居民，自2020年1月1日起享受2020年度的城乡居民基本医疗保险待遇。对2020年1月1日至缴纳保费时发生的医疗费用，由个人先行垫付，缴纳保费后到参保地医疗保险经办机构进行手工报销。

（3）筹资标准

2020年城乡居民基本医疗保险各级财政人均补助标准在2019年基础上新增30元，达到每人每年不低于550元；人均个人缴费标准在2019年基础上提高30元，达到每人每年280元；省本级大学生个人参保缴费标准同步提高30元，达到每人每年280元；大病保险费从居民医保基金中划拨，个人不缴费，大病保险参保对象为全体城乡居民基本医保参保人。各统筹区结合本地实际，统筹确定大病保险筹资标准。

（4）医疗保险待遇

根据中央、省委省政府关于“统一保障待遇”的要求，省级主管部门印发《关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》

（云人社发〔2016〕310号）、《关于统一全省基本医疗保险门诊特殊病慢性病病种管理服务工作的通知》（云医保〔2020〕77号）、《关于调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇的通知》（云医保〔2020〕132号）等多个文件，明确了全省统一的医疗保障待遇项目和标准，并要求各统筹区要认真按照文件要求执行，确保参保人员按政策规定享受医疗待遇。参保人缴纳了当年的医疗保险费用，在定点医疗机构就医，确因病情需要的，就可以享受当年度的医疗保险待遇，2020年参保人可以享受的医疗保险待遇包括门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、特殊困难人员医疗待遇、大病保险待遇五个方面。

门诊医疗待遇：分为普通门急诊、慢性病门诊和特殊病门诊。自2019年起，以二级及以下定点基层医疗机构为依托，将之前未纳入门诊慢特病的“两病”患者降血压、降血糖用药纳入门诊统筹保障范围，政策范围内支付比例达到50%以上，年度最高支付限额与普通门诊合并累计计算，不得低于400元。

住院医疗待遇：参保城乡居民在定点医疗机构发生的符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，分别设起付标准、支付比例和年度支付限额。同一个统筹地区城乡居民基本医疗保险住院起付标准、支付比例和支付限额必须统一；参保城乡居民在州（市）、县（市、区）、乡级定点医疗机构住院的起付标准、支付比例由各统筹地区根据基金收支情况参照《城乡居民基本医疗保险住院起付标准及支付比例参考表》确定；一个自然年度内多次住院

的，每次住院均按起付标准执行，不累计计算，一个自然年度内住院最高支付限额按门诊特殊病报销医疗费和住院报销医疗费合并累计计算，超过最高支付限额以上部分的住院医疗费用由城乡居民大病保险按规定支付。城乡居民医疗保险医疗待遇按照城乡居民基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、服务设施标准和医用耗材的规定执行，与分级诊疗挂钩。下级医院转上级医院的住院起付标准应补差；上级医院转下级医院的不再收取住院起付标准费用。符合按分级诊疗转诊转院的患者，医疗费用报销待遇按以上标准执行；不符合分级诊疗的，适当降低住院报销比例。

生育分娩医疗待遇：各统筹地区城乡居民基本医疗保险参保人员在县、乡定点医疗机构住院分娩发生的医疗费用实行定额包干和定额支付，定点医疗机构不得变相分解将费用转嫁给患者承担，医保基金对非定点医疗机构住院分娩的不予支付。

特殊困难人员医疗待遇：各统筹地区根据本地实际确定特殊困难人员的医疗待遇。

大病保险医疗待遇：参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，同时享受城乡居民大病保险规定的相关待遇。

省级主管部门对参保人可以享受的医疗保险待遇制定相应的范围，具体由各统筹区域根据各地区情况确定，省级主管部门制定的医疗保险待遇详见附件6-4。

（二）绩效目标设立情况

1. 申报的绩效目标和绩效指标情况

2020年预算申报时，省医保局确定了城乡居民基本医疗保险补助资金项目的年度总体目标和绩效指标。

年度总体目标：按照城乡居民参保人数，每年6月底的参保人数作为城乡居民基本医疗保险的资金申请数，按照《云南省医疗保障局 云南省财政厅关于做好2019年云南省城乡居民基本医疗保障工作的通知》（云医保〔2019〕76号）文件要求，省级财政在规定的时间内拨付资金，确保全省城乡居民享受医保待遇。对参保人数，待遇落实，资金拨付和群众满意度进行考核。

年初预算共申报绩效指标9项，其中：产出数量指标2项、产出质量指标3项、产出时效指标1项、社会效益指标2项、服务对象满意度指标1项。详见附件1-1。

2. 绩效评价调整后的绩效目标和绩效指标情况

预算申报的绩效目标科学性、合理性不足。年度绩效目标仅反映出具体实施措施（内容），未反映出项目实施预计要达到的目标，所设指标不完整，缺乏待遇保障质量方面的考核指标。通过前期实地调研，评价组与被评价主管单位进行充分、有效的沟通，听取项目实施情况介绍，多渠道收集有关政策文件，结合项目设立的背景、目的和依据，将项目绩效目标设定为：

（1）建立稳定可持续的筹资机制，按照筹资标准和参保人数在每年12月底前足额配套各级财政资金，并及时足额收缴个人费用，实现应保尽保，减少重复参保，确保基本医保综合参保率稳定在95%以上，其中：建档立卡贫困人口参加基本医疗和大病保险参保率为

100%。

(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，加强中长期精算工作，合理控制基金支出总量，防范基金风险，确保医保基金当期结余率在5%-15%之间，累计可支付月数控制在6-9个月。

根据项目绩效目标细化分解为5个产出指标、4个效益指标。具体情况详见附件1-2。

(三) 项目组织管理情况

1. 组织管理机构

该项目由各级医疗保障部门管理和实施。省医保局负责完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，商有关部门制定城乡居民基本医疗保险配套政策和具体措施，指导和监督各统筹区医疗保障工作。省级医疗保险经办机构负责省本级城乡居民参保登记、费用征收和待遇支付等具体业务。各州（市）城乡居民医保由各州（市）

医疗保障局及医疗保险管理局（医疗保险中心）负责管理，各州（市）管理部门根据国家、省级相关规定，结合本地区实际制定相应的政策文件，并管理各县（市、区）的医保工作，各县（市、区）医疗保障局及医疗保险管理局（医疗保险中心）负责具体的筹资、医疗保险待遇的审核、报销以及与定点医疗机构的结算等工作。

2. 补助资金拨付程序

中央财政补助资金采取“当年全额预拨，次年据实结算”的办法，以每年1月1日至12月31日为一个运行年度，将中央财政补助资金拨付至省级财政，除上年按照预算管理统一要求提前下达预算指标外，中央财政于每年全国人民代表大会批准预算后的30日内全额预拨本年度补助资金，并于每年9月底前结算上年度补助资金。

省级财政补助资金的拨付方式：每年年初，省财政先预拨一部分省级补助资金，当年9月底前，按照各州（市）当年6月底实际参保人数，扣除当年年初预拨资金后，拨付剩余补助资金，在次年下达省级补助资金时，根据中央资金结算情况，对予以扣减的因素，给予同口径扣减省级财政补助资金。

州（市）、县（市、区）补助资金按照每年下达的财政总补助资金扣除中央、省级补助资金后差额补足，于当年12月底前拨付至医保基金专户。由于财政补助资金未按时足额到位，重复参保、重复申报、虚报以及违规等因素被扣减的中央和省级补助资金，由被扣减补助资金的州（市）自行负责补足。

个人缴费方式：实行年缴费制度，本年缴纳下一年度费用，集

中缴费期从9月开始，具体缴费时间由各地区确定。新生儿可以在规定的缴费期之外办理参保缴费。

3. 基金管理

为规范云南省城乡居民基本医疗保险基金财务行为，加强城乡居民基本医疗保险基金安全管理，确保基金安全平稳运行，省财政厅牵头拟定了《云南省财政厅 云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于印发云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法的通知》（云财办发〔2016〕117号），文件明确：基金管理应遵循“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，各统筹地区可根据实际需要建立风险金。基金财务管理的任务是：认真贯彻执行国家有关法律、法规和方针、政策，合理筹集和使用基金；建立健全财务管理制度，组织落实基金的计划、核算、分析和考核工作，如实反映基金收支状况，严格遵守财经纪律，加强监督和检查，确保基金的安全。

城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理，实行收支两条线，单独记账、分账核算，专款专用，任何地区、部门、单位和个人不得挤占、挪用基金，基金不得用于平衡一般预算，不得用于经办机构人员和工作经费。省、州（市）、县（市、区）基金设立财政专户、支出户，并按规定划转和使用。州（市）级医疗保险经办机构应建立对县（市、区）级医疗保险经办机构医疗费用支付的考核办法，并根据实际工作需要预拨部分周转资金到县（市、区）级医疗保险经办机构，以便于医疗费用的及时结算。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

1. 绩效评价目的

通过对省医保局和各州（市）、县（市、区）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. 绩效评价对象和范围

本次绩效评价对象为2020年城乡居民基本医疗保险基金（省本级、省对下）项目，评价范围涉及省医保局和各州（市）、县（市、区）医疗保险经办机构。

（二）绩效评价原则、评价指标体系、评价方法、评价等级和

评价抽样

1. 绩效评价原则

本次绩效评价遵循科学公正、统筹兼顾、激励约束、公开透明的基本原则：

(1) 科学公正原则。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) 统筹兼顾原则。职责明确，与单位自评各有侧重、相互衔接，在单位自评的基础上开展此次绩效评价工作。

(3) 激励约束原则。绩效评价结果与预算安排、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) 公开透明原则。绩效评价结果依法依规公开，并自觉接受社会监督。

2. 绩效评价指标体系

(1) 绩效评价指标

根据项目相关性、重要性、可比性、经济性、系统性原则，结合财政支出项目绩效评价的相关要求设立相应的指标，并分配相应的权重（分值）。本项目设置4个一级指标（决策、过程、产出、效益）；11个二级指标（项目立项、绩效目标、资金投入、基金管理、业务管理、产出数量、产出质量、产出时效、社会效益、可持续影响、满意度）；17个三级指标。具体详见附件2。

(2) 绩效评价指标分值权重

绩效评价指标体系从决策、过程、产出、效益四个方面进行构建，“决策”分值权重 15 分，“过程”分值权重 20 分，“产出”分值权重 35 分，“效益”分值权重 30 分。

（3）指标解释

绩效评价指标体系以项目管理流程所包含的“决策—过程—产—效益”环节为依据，将绩效评价指标划分为决策、过程、产出、效益四个方面，作为一级指标，对城乡居民基本医疗保险基金项目进行全面绩效评价。

决策：反映项目立项的规范性，目标设置的合理明确性，资金投入的科学合理性。根据项目特点，结合关键评价问题，将决策指标分解为项目立项、绩效目标、资金投入 3 个二级指标，主要考核项目立项的规范性、目标设置的合理明确性、资金投入的科学合理性。

过程：反映基金管理是否符合《云南省财政厅 云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于印发云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法的通知》（云财办发〔2016〕117 号）的相关规定，各级财政资金是否及时足额到位，基金使用是否符合管理办法的规定，以及对定点医疗机构管理是否符合政策要求。结合项目特点及评价要点，将过程指标分解为基金管理、业务管理 2 个二级指标，考核基金管理和对定点医疗机构管理的规范性。

产出、效益：反映项目实施是否实现了预期任务目标，以及预期效益的实现情况。根据城乡居民基本医疗保险基金项目实施需体

现“稳定参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡”的目标要求，产出方面设置为“基本医保综合参保率”、“重复参保人数”、“虚报参保人数”、“保险补偿合规性”和“基金结算及时性”5个三级指标，考核各统筹区参保率的真实性、可信度，基金结算及时性，以及各统筹区在门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、特殊困难人员医疗待遇、大病保险待遇五个方面政策的落实情况；效益方面设置“参保人政策范围内保障情况”、“减轻参保人医疗费用负担”、“基金可持续运行”和“参保居民满意度”4个三级指标，考核项目实施成效和受益对象对项目实施的满意程度。

在二级指标层面确定了各环节绩效评价的关键因素后，根据二级指标内容和相关标准进一步将其分解为具体可操作的三级指标，作为绩效评价指标体系的最基层指标。三级指标更为细化和具体，以项目实施的各环节所涉及的关键点为设置三级绩效指标的依据，对绩效评价考核的具体内容进行明确，并对指标予以解释说明。

3. 绩效评价方法

本次绩效评价采取评价组评价（含资料核查和现场评价）、专家组会审、征求被评价部门意见、出具正式评价报告的程序开展评价工作。主要采用成效分析法、比较法、因素分析法、最低成本法、实地调查法、专家评议法、公众评判法等评价方法。

（1）成效分析法

通过对项目立项情况、资金使用情况、项目实施管理情况、项目绩效表现情况进行评价，项目预期目标是否实现、项目管理是否

规范、资金的使用是否有效，检验资金支出效率和效果，分析存在问题及原因，及时总结经验，改进管理措施，不断增强和落实绩效管理责任，完善工作机制，有效提高资金管理水平和使用效益。

（2）比较法

通过对比项目预定目标和实际产出、效益，分析项目产出数量、质量的完成情况和效益实现程度，分析项目实施产生的社会效益、可持续性影响、满意度等效益指标，并对相关佐证资料进行逐一分析、对比，分析项目实施前后的效益。特别是在评价医疗保障水平时可以优先考虑结果比较法，例如门诊和住院实际报销比例就可以直接作为评价指标，对于参保人来说，看病就医的个人负担是评价医保基金使用情况时的最直观感受。

（3）因素分析法

医保领域中很多问题都是由多种因素叠加造成的，例如重特大疾病之所以会给部分参保人带来较为沉重的疾病负担，其中既有部分地区和领域中现行医保报销保障水平不高的实际情况，也有医疗医药新技术推陈出新的需求释放，还有人口老龄化加剧导致老年疾病和老年人肿瘤高发因素，更有医疗机构逐利性导致过度医疗浪费的因素。在这种情况下，我们不宜简单将报销比例高低作为重特大疾病保障水平的唯一指标，而要综合考虑各方面因素再做评价。

（4）最低成本法

国家在明确提出政策范围内报销比例达到70%的前提下，可以通过比较人均筹资标准来间接判断各地医保部门提高保障精准程度、

管控医保浪费的能力。人均筹资标准越低，就大体可以认为当地在同等保障水平前提下，花了更少的医保基金购买了相同的医保服务，医保基金使用更为精准，医保绩效管理水平更高。

（5）实地调查法

在现场采用收集资料、填报数据、研究案卷、统计服务成果、查验数据、召开座谈会、问卷调查等方式进行实地调查取证。根据考核内容和项目目标设置绩效评价指标体系、设计基础数据采集表，拟定资料清单和实地调研清单向调查地有关部门和人员现场收集项目资料或进行现场随机访谈。

（6）专家评议法

本项目聘请医药和保险行业专家、绩效评价专家组成专家组，帮助绩效评价工作组找准项目的评价重点、难点并进行深入、透彻的分析研究，研究解决难题的办法，设置科学、合理的指标体系。在实地评价过程中医药和保险行业专家、绩效评价专家全程提供咨询指导，给予基金支出的真实性、合规性核查方面的帮助。

（7）公众评判法

通过现场调查与座谈、发放问卷等方式，对参保人群进行调查，尤其将近期内办理过门诊、住院等医疗保险费用报销的参保人群作为主要调查对象，了解城乡居民医疗保险参保人群（含大学生）对项目实施的满意程度，根据有效问卷分析受益群体满意度。问卷设计的问题与项目紧密相关且简单、清晰明了，通过问卷调查采集受益对象对项目实施情况和实施效益的意见和建议，为项目实施产生

的社会效益、满意度等提供定性与定量评价的基础。本次评价采用线上结合实地访问方式发放问卷，拟回收有效问卷不低于1,000份。

4. 绩效评价等级

本次绩效评价采用百分制，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等级分为：优（得分 ≥ 90 分）；良（ $80 \leq$ 得分 < 90 分）；中（ $60 \leq$ 得分 < 80 分）；差（得分 < 60 分）。

5. 绩效评价抽样

本项目涉及省本级和16个州（市），项目涉及面广，资金及项目分布较散。根据工作时间要求，结合前期调研时收集的信息和部门自评情况，综合考虑地理区域、远近结合、经济状况、补助资金体量、配套资金到位情况、参保情况、基金支出情况、基金结余率、基金累计结余可支配月数等因素选取抽样点，主要为：

（1）选取参保人数和补助资金较多的州（市），兼顾资金安排较少的地区。了解参保人员保险待遇补偿情况、基金使用及结余情况等，通过实地评价对比不同类型地区实施效果的差异。

（2）经济发展情况不同的地区。通过前期调研了解，选取经济发展程度不同的州（市），对参保率、地方配套资金到位情况以及各地医疗保险待遇补偿情况等进行现场核实。

（3）选取财政补助比例不同的地区。通过考核财政补助比例不同的地区，了解各级财政补助资金的到位情况。

（4）选取基金结余率、基金累计结余可支配月数差异较大的地

区，了解各地基金管理情况，分析不同地区基金管理的优缺点，以及“稳定参保率、稳步提高保障水平、实现基金收支平衡”等要求的落实情况。

本次绩效评价抽取省本级和昆明市、昭通市、楚雄州、保山市、普洱市、怒江州6个州（市），抽样州（市）覆盖率达41.18%，下达的中央、省级补助资金748,528.81万元、128,842.66万元和参保人数17,097,597人占全省年度总额的比率分别为42.28%、39.64%、42.30%。抽样情况如表1所示：

表1：项目实地评价抽样表

州（市）	参保人数（人）	中央补助资金（万元）	省级补助资金（万元）
省本级	608103	28,488.61	6,680.92
昆明市	3973648	175,194.02	8,717.02
昭通市	5171245	221,754.42	48,344.26
楚雄州	2268550	100,421.65	17,428.23
保山市	2382338	105,537.69	22,232.12
普洱市	2212174	96,538.84	20,678.69
怒江州	481539	20,593.58	4,761.42
抽样地区合计	17097597	748,528.81	128,842.66
年度总额	40420525	1,770,581.00	325,061.29
抽样地区占比	42.30%	42.28%	39.64%

（三）绩效评价工作过程

1. 实施方案编制

在受托对项目开展绩效评价后，评价工作组及时与省医保局进行沟通，了解项目的基本情况，包括项目实施背景、计划实施内容、预算安排情况、组织实施流程、资金拨付流程等，并收集相关文件

资料。组织组员对收集到的文件资料进行研读，并查阅与项目实施密切相关的规章制度、文件规定，力求获取对项目全方位的了解。根据绩效评价中心、资金处室的要求，结合本项目特点，形成项目评价的总体思路，结合项目计划实施内容，形成项目绩效评价指标体系和方案初稿，并就方案的可行性、合理性与行业专家进行交流，根据反馈意见修改后，在规定时间内提交绩效评价中心组织专家评审。根据专家意见进一步修改完善，提交资金处室和项目主管单位征求意见，并根据资金处室和项目主管单位反馈意见再次修改完善，形成了最终的项目绩效评价指标体系和绩效评价方案。

2. 数据填报和采集

评价工作组就所需采集的数据与省医保局和各州(市)、县(市、区)医疗保险经办机构进行沟通，并赴现场收集项目资金使用情况、目标完成情况、项目管理制度与执行情况及效果实现情况等相关资料，所有数据经核查后汇总，详见附件6。

3. 社会调查

根据实施方案中确定的调查对象、调查内容和抽样方式，评价工作组以问卷调查的形式对参保人群开展满意度调查，尤其将近期内办理过门诊、住院、生育分娩等医疗保险费用报销的参保人群作为主要调查对象，共发放问卷1,614份，剔除参加职工基本医疗保险和未参保的人员填写的问卷后，实际有效回收1,054份，问卷有效回收率65.30%。

4. 综合分析评价及报告撰写

（1）数据整理

评价工作组在评价实施过程中，采用合理的方法对收集的基础资料进行分类整理、核实和全面分析，要求被评价单位对缺失的资料及时补充，对存在疑问的重要基础数据资料进行解释说明。同时利用各种公开的统计数据，如政府部门政务公开信息、统计或研究机构的各类数据库及研究成果、互联网上各类相关数据信息。通过充分收集、分析和加工数据信息，形成对绩效评价宏观与微观层面的数据信息支撑。

（2）绩效分析与评分

按照评价实施方案确定的评价指标、评价标准和评价方法，根据评价基础数据，对评价对象的绩效情况进行全面的定量、定性分析和量化评分。一是绩效评价指标分析，结合评价指标体系中决策、过程、产出、效益四个方面分别分析各指标的评价情况；二是对绩效目标实际完成情况进行量化、具体分析。完成绩效分析后运用既定的评价标准和评价方法，根据收集整理的数据和分析结果，对各项指标进行打分。根据各项指标权重，算出综合绩效分值，根据绩效得分，确定绩效等级。

（3）综合评价

在对评价对象的绩效情况进行全面的定量、定性分析、量化评分的基础上，总结分析评价对象总体的绩效情况及相关经验与做法，形成初步评价结论。并以事实为依据，认真梳理评价过程中发现的问题，剖析影响绩效的主要问题，分析产生问题的原因。针对存在

的问题，总结教训，提出对策建议。

（4）撰写报告

项目组根据绩效评价的原理和绩效评价中心的要求，对采集的数据进行甄别、分析；同时，提炼结论、撰写报告，并与省医保局保持充分的沟通，确保每个观点均有理有据后，形成最终的绩效评价报告。

三、绩效评价结论

（一）绩效评价综合结论

该项目本次绩效评价得分 80.51 分，评价等级为“良”。一级指标具体得分情况详见表 2：

表 2：绩效评价得分情况表

一级指标	指标分值	评价得分	得分率
决策	15	12.50	83.33%
过程	20	18.58	92.90%
产出	35	30.29	86.54%
效益	30	19.14	63.80%
合计	100	80.51	80.51%

通过项目实施，全省参保率基本稳定在 95%左右，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从 2019 年的 71.34%提高至 2020 年的 73.49%，高于全国水平 3.49 个百分点（全国水平 70%），实现了“稳步提高保障水平”的目标；2020 年参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比例从 2019 年 32.54%下降至 30.21%，参保人医疗费用负担有所减轻；2020 年末，城乡居民基本医疗保险基金当期结余率 9.59%，基金累计可支付月数

8.59个月，基金运行总体安全可控，基本实现了基金收支平衡。绩效评价同时发现，项目实施中还存在现行筹资机制有待进一步健全和完善，各统筹区基金支撑能力不均衡，数据信息不互通、重复参保现象难以杜绝，部分统筹区待遇政策落实不到位，基金管理工作有待加强，个别州（市）财政资金未及时足额到位，绩效目标设置科学性、合理性不足等问题。

（二）绩效目标实现情况

根据实地评价情况，设置的9个绩效指标中，虚报参保人数和基金结算及时性2个绩效指标完成，保险补偿合规性指标部分完成，基本医保综合参保率、重复参保人数、参保人政策范围内保障情况、减轻参保人医疗费用负担、基金可持续运行和参保居民满意度6个绩效指标未完成，详见表3：

表3：绩效指标完成情况表

绩效指标			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			
产出指标	产出数量	基本医保综合参保率	≥95%	未完成	①综合参保率一（以户籍人口为基数）：抽查州（市）中，昭通市86.20%、楚雄州94.81%，未达到95%； ②综合参保率二（以常住人口为基数）：抽查州（市）中，普洱市91.22%，未达到95%，
产出指标	产出质量	重复参保人数	0	未完成	2020年度重复参保人数19,904人（省医保局向财政部云南省监管局上报的报告），2019年重复参保人数68,384人（财政部云南省监管局审核结果），医保部门加大比对力度，2020年重复参保人数较上年减少。
产出指标	产出质量	虚报参保人数	0	完成	2020年度未发现虚报参保人数

绩效指标			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			
产出指标	产出质量	保险补偿规范性	符合政策规定	部分完成	①门诊待遇方面：昆明市参保人在县（市、区）级定点医疗机构普通门诊就医的，不予报销普通门诊费用，与省级规定的“参保人员在县（市、区）级定点医疗机构普通门诊就医的医保基金支付25%”规定不符；普洱市规定“参保人员患多个慢性病病种的，统筹基金在病种最高支付限额的基础上相应增加额度，最多可同时申报三个病种，每增加一个病种增加200元年度支付限额”，低于省级规定“参保群众罹患多项疾病时，原则上每增加一个病种可适当增加1,000元左右统筹基金支付限额，年度最高支付限额增加总额不超过5,000元，具体由各统筹区根据基金负担能力确定”； ②住院医疗待遇方面：普洱市规定“一个自然年度内，城乡居民基本医疗保险住院医疗费、特殊病门诊医疗费基本医疗保险统筹基金最高支付限额为6万元”，昆明市规定“在一个自然年度内，基本医疗保险统筹基金最高支付限额为6万元”，楚雄州规定“一个自然年度内，个人发生的符合政策规定范围内的住院和特殊疾病门诊医疗费用，基本医疗保险基金累计最高支付限额为4万元”，低于省级规定的“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”； ③生育分娩医疗待遇方面：保山市规定顺产1,600元，低于省级规定“州市以上定额支付2,000元”； ④大病保险待遇方面：保山市规定“建档立卡贫困人口大病保险年度内最高支付限额30万元”，与省级规定“全面取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线”不符。
产出指标	产出时效	基金结算及时性	及时结算	完成	各统筹区按照规定及时报销参保人医疗待遇，及时结算定点医疗机构医疗费用。
效益指标	社会效益	参保人政策范围内保障情况	政策范围内报销比例≥70%	未完成	①昆明市政策范围内报销比例为67.56%，未达到70%的要求； ②2020年较上年相比，抽查地区除楚雄州外，其余各地住院政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距均未缩小。
效益指标	社会效益	减轻参保人医疗费用负担	逐年降低	未完成	省本级参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比率：2019年10.92%，2020年12.51%，2020年较2019年增加。
效益指标	可持续影响	基金可持续运行	基金可持续运行	未完成	①昆明市、怒江州未建立基金风险预警机制； ②抽查地区2020年城乡基本医疗保险当期结余率：省本级67.33%，当期结余率偏高；普洱市-9.71%、保山市-0.42%、怒江州-0.26%，当期结余率偏低； ③抽查地区城乡基本医疗保险基金累计可支付月数：省本级62.64个月，处于结余过高的状态；保山市3.21个月、普洱市2.95个月、昆明市4.40个月、昭通市5.58个月，处于结余不足的状态。
效益指标	满意度	参保居民满意度	≥90%	未完成	共发放问卷1,614份，剔除参加职工基本医疗保险和未参保的人员填写的问卷后，实际有效回收1,054份，问卷有效回收率65.30%。满意度82.12%，未达90%。

四、绩效评价情况分析

（一）决策情况分析

从评价得分情况看，此项评价满分为 15 分，绩效评价得分 12.50 分，得分率 83.33%，具体分析如下：

1. 项目立项方面。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。

2. 绩效目标方面。省医保局2020年预算申报时确定了城乡居民基本医疗保险补助资金项目的年度总体目标和绩效指标，但绩效目标科学性、合理性不足。年度绩效目标仅反映出具体实施措施（内容），未反映出项目实施预计要达到的目标，所设指标不完整，缺乏待遇保障质量方面的考核指标。

3. 资金投入方面。省医保局在年度终了前按照财政部门规定的表式、时间和编制要求，根据本年度基金执行情况和下年度应收基

金收支的相关因素，编制下年度基金预算，预算申报资料基本齐全，申报预算内容与项目内容匹配；省级财政部门收到中央财政转移支付资金预算后，在 30 日内会同医保部门将中央资金分配下达到本行政区域县级以上各级财政部门和医保部门，且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，资金分配与绩效评价结果挂钩。

（二）过程情况分析

从评价得分情况看，此项评价满分为 20 分，绩效评价得分 18.58 分，得分率 92.90%，具体分析如下：

1. 基金管理方面

（1）资金到位率。根据中央、省级资金下达文件及各统筹区上报统计，2020 年各级财政共安排城乡居民基本医疗保险补助资金 2,239,351.86 万元。截至 2020 年 12 月 31 日，各级财政补助资金实际到位 2,194,506.03 万元，未到位 44,845.83 万元，其中：保山市未到位 23,356.19 万元、曲靖市未到位 20,209.10 万元、怒江州未到位 1,280.54 万元，资金到位率 98%。

（2）基金使用合规性。经实地检查省本级、昆明市、昭通市、普洱市、楚雄州、保山市、怒江州基金使用情况，各抽样州（市）城乡居民基本医疗保险基金均纳入财政专户管理，实行收支两条线，单独记账、分账核算，专款专用，未发现挤占、挪用基金及基金用于平衡一般预算、用于经办机构人员和工作经费的情形。

（3）基金管理规范性。经实地检查省本级、昆明市、昭通市、

普洱市、楚雄州、保山市、怒江州基金管理情况，各抽样州（市）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、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，出台了实施方案和控费办法并采取措施；账户管理、财务管理和基金核算，基本按照《云南省财政厅 云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于印发云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法的通知》（云财办发〔2016〕117号）的规定执行。但普洱市存在基金日常管理工作不规范，业务与财务部门未严格对账；思茅区账务处理错误、财务账表不一致、决算表数据错误；昆明市、昭通市、保山市未采用收付实现制确认个人缴费收入。

（4）基金安全监管。各抽样州（市）均建立了全覆盖式医保基金监督检查制度，全年组织开展了不低于两次医保基金监督检查；分类推进医保违法违规行为专项治理，建立健全行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度；健全监督举报、举报奖励、智能监管、综合监管、责任追究等措施；各抽样州（市）均加强了扶贫领域的基金监管，对建档立卡贫困人口医疗费用100%审核，100%监管到位；各抽样州（市）均对审计、监督检查等提出的问题进行了有效整改。

2. 业务管理方面

定点医疗机构管理规范性：各抽样州（市）对定点医疗机构均实行协议管理，并建立了考核评价机制和动态准入和退出机制。2020

年各级医保经办机构协议管理 2,833 家定点医疗机构，暂停医保结算 2 家，解除服务协议 1 家，拒付（追回）资金 240 家，限期整改 5 家，累计查处违规费用 3,804.43 万元。

（三）产出情况分析

从评价得分情况看，此项评价满分为 35 分，绩效评价得分 30.29 分，得分率 86.54%，具体分析如下：

1. 基本医保综合参保率。截至 2020 年 6 月底，全省城乡居民医疗保险参保人数 40,420,525 人。从全省来看，以户籍人口为基数计算的综合参保率为 95.50%，以常住人口为基数计算的综合参保率为 94.06%，参保率基本稳定在 95% 左右，建档立卡贫困人口参加基本医疗和大病保险参保率为 100%。但部分统筹区综合参保率未达到 95% 的要求，抽查州（市）中，以户籍人口为基数计算的综合参保率，昭通市为 86.20%、楚雄州为 94.81%，以常住人口为基数计算的综合参保率，普洱市为 91.22%，均未达到 95%。

2. 重复参保人数。根据省医保局向财政部云南省监管局上报的报告，2020 年度重复参保人数 19,904 人。根据财政部云南省监管局审核结果，2019 年重复参保人数 68,384 人。为避免重复参保，各级医保部门加大了比对力度，2020 年重复参保人数较上年减少 48,480 人。

3. 虚报参保人数。2020 年度未发现虚报参保人数。

4. 保险补偿合规性。经检查各统筹区在门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、特殊困难人员医疗待遇、大病保险待遇五个方面的落实和执行情况，昆明市、普洱市、楚雄州、保山市

均存在待遇政策落实不到位的情形，门诊待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、大病保险待遇等方面的部分待遇标准低于省级规定。

5. 基金结算及时性。经检查各统筹区定点医疗机构医疗费用拨付结算情况，抽查的各统筹区均按照规定及时报销参保人医疗待遇，及时结算定点医疗机构医疗费用。

（四）效益情况分析

从评价得分情况看，此项评价满分为 30 分，绩效评价得分 19.14 分，得分率 63.80%，具体分析如下：

1. 参保人政策范围内保障情况。从全省来看，2020 年参保人政策范围内保障水平较 2019 年有所提升，住院政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距不断缩小，参保人政策范围内报销比例从 2019 年的 71.34% 提高至 2020 年的 73.49%，实际报销比例从 2019 年的 67.46% 提升至 2020 年的 69.79%，住院政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距从 2019 年的 3.88% 缩小至 2020 年的 3.70%。但个别统筹区政策范围内报销比例仍未达到 70% 的要求，如：昆明市政策范围内报销比例为 67.56%，未达到 70%；部分统筹区住院政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距未缩小，反而加大，如：普洱市 2020 年政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距 4.70% 高于 2019 年的 4.63%，昆明市 2020 年政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距 2.14% 高于 2019 年的 1.29%，昭通市 2020 年住院政策范围内报销比例与实际报销比例之间的差距 4.31% 高于

2019 年的 3.45%。

2. 减轻参保人医疗费用负担。从全省来看，2020 年参保人医疗费用负担较 2019 年有所减轻，参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比率从 2019 年的 32.54% 下降到 30.21%，但个别统筹区参保人医疗费用负担反而加重，如：省本级参保人实际支付医疗费用占住院总费用的比率从 2019 年的 10.92% 上升到了 2020 年的 12.51%，上升了 1.59 个百分点。

3. 基金可持续运行。从全省来看，2020 年末全省各统筹地区城乡居民基本医疗保险基金当期结余 330,080.85 万元，累计结余 2,093,530.20 万元，基金当期结余率 9.59%，基金累计结余可支付月数 8.59 个月，均处于合理范围内（标准值：基金当期结余率 5%-15% 之间，基金累计结余可支付月数 6-9 个月），基金运行总体安全可控。但从 17 个统筹区来看，29.41% 的统筹区（昭通市、玉溪市、普洱市、保山市和怒江州）当期结余率不足 5%，其中普洱市、保山市、怒江州当期结余率为负数，23.53% 的统筹区（昆明市、昭通市、普洱市、保山市）基金累计结余可支付月数小于 6 个月，基金运行存在一定风险。而省本级、曲靖市、西双版纳州、德宏州和迪庆州处于当期结余率或累计结余可支付月数偏高的状态。

4. 参保居民满意度。根据实施方案中确定的调查对象、调查内容和抽样方式，评价工作组以问卷调查的形式对参保人群开展满意度调查，尤其将近期内办理过门诊、住院、生育分娩等医疗保险费用报销的参保人群作为主要调查对象，共发放问卷 1,614 份，剔除

参加职工基本医疗保险和未参保的人员填写的问卷后，实际有效回收问卷 1,054 份，问卷有效回收率 65.30%，满意度得分 82.12 分。经分析问卷调查结果，参加城乡居民基本医疗保险的 1,054 名受访者中，23.62%的受访者（249 名）表示对城乡居民基本医疗保险制度不太了解，也不知道财政对城乡居民医疗保险缴费有补助且补助逐年增加；29.98%的受访者（316 名）表示每年缴纳的医疗保险费用对家庭造成了一定的负担，并建议个人缴费别再上涨了；大部分受访者对办理城乡居民基本医疗保险参保、缴费的便捷程度满意度不高，尤其对城乡居民基本医疗保险可报销的医疗费用不太满意，认为门诊报销比例过低；大部分受访者对政策的实施效果较为满意，认为政策的实施，提高了医疗保障水平、减轻了患者的家庭经济负担。

五、主要经验及做法

省医保局和各州（市）、县（市、区）医疗保险经办机构，在开展 2020 年城乡居民基本医疗保险基金管理工作中，认真履行本单位职能职责，根据中央、省级相关要求，按照“保基本、可持续、全覆盖、推改革、惠民生”的工作思路，破解堵点难点，积极推进全省智慧医保建设和医保改革攻坚工作，不断巩固提升医疗保障治理能力和医保服务水平，推动全省医疗保障工作持续健康发展。

（一）发挥医保职能，全力支持疫情防控救治

按照“确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治”要求，在全国率先出台 10 条特殊报销政策，对新冠肺炎确诊和疑似患者一律免费救治，医保支付达 90%。及时开

展新冠病毒检测临时价格制定工作，印发《关于公布新冠病毒核酸检测等两项医疗服务项目临时价格和医保支付政策的通知》（云医保〔2020〕96号）。并与广东等6省（市、区）组成联盟，集中采购新型冠状病毒检测试剂，核算检测试剂价格从120元下降到17元以内，抗体检测试剂由50元下降到13.80元，检测试剂实行“零差率”销售，推进“应检尽检、愿检尽检”，助力全省疫情防控。

（二）聚焦脱贫攻坚，全面打响医保扶贫百日攻坚战

制定《云南省决战决胜脱贫攻坚医保扶贫百日提升行动方案》，排查解决存在问题，全力做好因疫情和自然灾害影响致贫返贫群众医疗保障工作，巩固医保扶贫成果，为全省如期高质量实现贫困人口全部脱贫、贫困村全部出列、贫困县全部摘帽提供有力保障。

（三）积极推进医保改革攻坚

2020年，长期护理保险制度、DRG付费、区域点数法预算和按病种分值付费、基金监管方式创新等4项改革列入国家试点。积极支持紧密型医共体建设，全省41个县（市、区）全面启动打包付费改革。参加10个批次药品和医用耗材集中带量采购，全省每年可节约采购资金约23亿元。建立医疗服务项目动态调整机制，制定出台“互联网复诊费”等第一批“互联网+”医疗服务项目及试行价格。

（四）创新医保基金管理方式，建立医保基金绩效评估机制

一是制定了《云南省社会保险基金预算绩效考核办法》，建立了一套较为全面的基金预决算绩效考核指标体系，将基金预算编制的组织、编报管理、预算执行、监督管理等纳入考核内容，促进医

保基金预决算编报质量和管理水平。二是为提高医疗保障综合管理、精细化管理水平，根据国家医疗保障局的要求，建立了基本医疗保险基金运行评估机制，分类评估职工医保基金和居民医保基金，设定五大类指标和 15 项细化绩效考核指标，每项指标均设置指标值、指标解释、数据来源以及评分规则。

六、存在的问题及原因分析

（一）现行筹资机制有待进一步健全和完善

《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 2018 至 2020 年云南省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，具体收入情况如表 4 所示：

表 4：2018 至 2020 年云南省城乡居民医疗保险基金收入情况

金额单位：万元

项 目	2018 年合计	2019 年合计	2020 年合计
一、基本医疗保险费收入	856,832.70	1,117,381.26	1,198,863.29
其中：集体扶持收入	-	-	-
城乡医疗救助资助收入	56,250.65	113,997.61	128,271.36
财政为困难人员代缴收入	93,506.62	56,380.18	40,203.55
二、财政补贴收入	1,971,053.68	2,123,419.69	2,187,731.31
其中：按规定标准补助收入	1,971,053.68	2,123,419.69	2,184,631.31
三、利息收入	24,664.70	29,144.40	32,555.63
四、其他收入	2,798.20	14,776.47	22,769.35
合计	2,855,349.29	3,284,721.82	3,441,919.58

（二）各统筹区基金支撑能力不均衡

根据《云南省医疗保障局办公室关于编报 2020 年医疗保障基金年报暨 2021 年基金报表的通知》，城乡居民基本医疗保险风险预警线为：基金当期结余率指标值合理范围在 5%至 15%之间；累计结余可支付月数指标值合理范围在 6 至 9 个月之间，低于 6 个月为结余不足状态，高于 15 个月为结余过多状态。从 17 个统筹区来看，29.41%的统筹区（昭通市、玉溪市、普洱市、保山市和怒江州）当期结余率不足 5%，其中普洱市、保山市、怒江州当期结余率为负数，23.53%的统筹区（昆明市、昭通市、普洱市、保山市）基金累计结余可支付月数小于 6 个月，基金运行存在一定风险。同时，省本级、曲靖市、西双版纳州、德宏州和迪庆州处于当期结余率或累计结余可支付月数偏高的状态。各统筹区之间基金支撑能力的不平衡，一定程度上削弱了基金的共济能力和抗风险能力，各统筹区基金支撑能力情况详见表 5。

表 5：基金支撑能力情况表

金额单位：万元

州(市)	本年收入合计	本年支出合计	本年收支结余	上年结余	年末滚存结余	基金累计结余可支付月数	当期结余率
昆明市	352,247.18	326,870.38	25,376.80	84,448.42	109,825.22	4.40	7.20%
昭通市	416,262.10	404,748.09	11,514.01	152,953.29	164,467.30	5.58	2.77%
曲靖市	551,093.71	444,888.62	106,205.09	217,237.53	323,442.62	8.29	19.27%
玉溪市	155,506.69	149,451.86	6,054.83	70,739.45	76,794.28	6.97	3.89%
红河州	332,512.32	296,600.13	35,912.19	208,216.78	244,128.97	10.37	10.80%
文山州	299,977.32	268,807.98	31,169.34	138,593.53	169,762.87	7.99	10.39%
普洱市	189,011.86	207,362.00	-18,350.14	57,793.59	39,443.45	2.95	-9.71%
西双版纳州	68,816.71	54,998.72	13,817.99	41,597.26	55,415.25	11.37	20.08%
楚雄州	189,788.55	170,421.79	19,366.76	128,160.27	147,527.03	10.97	10.20%
大理州	253,746.49	221,575.22	32,171.27	183,618.58	215,789.85	12.01	12.68%
保山市	166,326.36	167,019.89	-693.53	38,537.20	37,843.67	3.21	-0.42%
德宏州	91,354.16	75,423.33	15,930.83	38,217.22	54,148.05	8.37	17.44%
丽江市	85,720.97	81,327.53	4,393.44	46,806.37	51,199.81	8.43	5.13%
怒江州	39,467.50	39,570.12	-102.62	37,091.81	36,989.19	13.23	-0.26%
迪庆州	25,797.00	22,422.08	3,374.92	25,287.67	28,662.59	15.69	13.08%
临沧市	183,218.17	166,931.10	16,287.07	139,565.15	155,852.22	12.01	8.89%
省本级	41,072.49	13,419.89	27,652.60	154,585.23	182,237.83	62.64	67.33%
合计	3,441,919.58	3,111,838.73	330,080.85	1,763,449.35	2,093,530.20	8.59	9.59%

经分析造成各统筹区基金支撑能力不均衡的原因，一是城乡居民医疗保险筹资水平与支出不平衡，基金收入增幅放缓与医疗费用过快增长的矛盾愈发凸显。2020年云南省城乡居民基本医疗保险人均筹资标准为830元（其中财政补助550元，个人缴费280元），较上年770元提高60元，而在医疗保险待遇享受上，2020年全省次均住院费用5,247元较上年4,959元增加288元，人均筹资标准增加额仅为次均住院费用增加额的四分之一；二是健康扶贫政策倾斜，

待遇标准提高，增加了医保基金的支出。省人民政府出台的健康扶贫 30 条政策，对建档立卡户采取了降低大病保险起付线、取消报销封顶线、提高报销比例等一系列倾斜政策。如：普洱市因健康扶贫倾斜政策的实施，年增加城乡居民医疗保险基金统筹支出约 1.20 亿元，2020 年卡户就医统筹支出约 5.98 亿元，占城乡居民医保基金统筹支出的 32.22%；三是个别统筹区组织收入的积极性有待提升，参保扩面需进一步加强，如：曲靖市、昭通市以户籍人口为基数计算的综合参保率分别为 89.01%、86.20%，西双版纳州以常住人口为基数计算的综合参保率为 78.55%，均低于全省平均水平（以户籍人口为基数计算的综合参保率为 95.50%，以常住人口为基数计算的综合参保率为 94.06%）；四是两项制度整合时统筹区之间的累计结余不尽相同，如：2017 年年初累计结余红河州为 106,154.40 万元、玉溪市为 30,564.41 万元，统筹区之间的累计结余差异较大，也是造成统筹区之间支撑能力不均衡的原因之一；五是参保群体不一致，如：省本级参保群体为大学生，其余统筹区参保群体包括了农村居民及老年人，大学生疾病发生率较农村居民及老年人相对要低得多；六是参保人健康就医意识提升，就医人次的剧增导致基金支出增大，如：普洱市 2017 年至 2020 年就医人次（含普通门诊、特慢病门诊、住院）增长 286.24 万人次，涨幅达 31.07%。

（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，一定程度出现县域内、统筹区内、跨统筹区的重复参保。

根据财政部云南省监管局审核结果，云南省 2019 年重复参保人数 68,384 人。根据省医保局向财政部云南省监管局上报的报告，2020 年度重复参保人数为 19,904 人。主要原因为：一是尚未实现数据省级整合，医保信息系统数据过于分散。现有医保信息系统各统筹区数据不能互通，统筹区内系统分为职工医保、居民医保、医疗救助等多个独立系统，各系统数据相互割裂，缺乏有效信息共享和数据交换机制，医保系统仅能查询统筹区内参保缴费信息，在统筹区外参保的底数不清，跨统筹区重复参保数据清理困难，缴费也会存在错缴在统筹区外的情况，医保系统无法精准识别参保人跨制度、跨统筹区参保情况；二是医保、税务、民政、残联、卫健等部门的系统不互通。由于特殊群体动态调整频繁，其他部门提供数据不及时，部分人员信息不准确，导致医保系统标识不及时、不准确，参保资助和待遇享受有一定影响，动态调整后剔除人员要求系统取消标识，又导致系统前台无痕迹资料可寻；三是公安、统计、教育等部门数据不互通，常住人口、流动人口、死亡、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，死亡、迁出、统筹外参保无具体名册，医保系统未做停保处理，实际参保缴费人数与系统正常参保状态人数差距较大，全民参保计划推进困难。

（四）部分统筹区待遇政策落实不到位

根据中央、省委省政府关于“统一保障待遇”的要求，省级主管部门印发《关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》

(云人社发〔2016〕310号)、《关于统一全省基本医疗保险门诊特殊病慢性病病种管理服务工作的通知》(云医保〔2020〕77号)、《关于调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇的通知》(云医保〔2020〕132号)等多个文件,明确了全省统一的医疗保障待遇项目和标准,并要求各统筹区要认真按照文件要求执行,确保参保人员按政策规定享受医疗待遇。各统筹区在国家级、省级医保政策基础上结合本地实际制定了相应的待遇政策,涉及的起付线、封顶线、支付比例等均存在地方差异(各统筹区具体待遇情况详见附件6-4)。经抽查各统筹区在门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇、特殊困难人员医疗待遇、大病保险待遇五个方面的落实和执行情况,发现部分统筹区待遇政策落实不到位,部分待遇标准低于省级规定,具体情况如表6所示:

表6: 待遇差异情况表

门诊医疗待遇	住院医疗待遇	生育分娩医疗待遇	大病保险医疗待遇
①昆明市参保人在县(市、区)级定点医院普通门诊就医的,不予报销普通门诊费用,与省级“参保人员在县(市、区)级定点医院普通门诊就医的医保基金支付25%”的规定不符;②普洱市规定“参保人员患多个慢性病病种的,统筹基金在病种最高支付限额的基础上相应增加额度,最多可同时申报三个病种,每增加一个病种增加200元年度支付限额”,低于省级规定“参保群众罹患多项疾病时,原则上每增加一个病种可适当增加1,000元左右统筹基金支付限额,年度最高支付限额增加总额不超过5,000元,具体由各统筹区根据基金负担能力确定”。	①普洱市规定“一个自然年度内,城乡居民基本医疗保险住院医疗费、特殊病门诊医疗费基本医疗保险统筹基金最高支付限额为6万元”;②昆明市规定“在一个自然年度内,基本医疗保险统筹基金最高支付限额为6万元”;③楚雄州规定“一个自然年度内,个人发生的符合政策规定范围内的住院和特殊疾病门诊医疗费用,基本医疗保险基金累计最高支付限额为4万元”。均低于省级规定的“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”。	保山市规定顺产1,600元,低于省级规定的“州市以上定额支付2,000元”。	保山市规定“建档立卡贫困人口大病保险年度内最高支付限额30万元”,与省级规定的“全面取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线”不符。

（五）基金管理工作有待加强

根据中央、省级关于健全完善基金监管机制、加强基金监督管理的要求，各统筹区均建立了全覆盖式医保基金监督检查制度，并组织开展医保基金监督检查，分类推进医保违法违规行为专项治理。但医保经办机构监管不严、审核把关不严，以及定点医疗机构违法违规现象屡禁不止，医疗保险基金的监管力度仍需进一步提高。

1. 医疗保险基金的监管力度有待提高

经查阅审计部门对医疗保险基金筹集管理使用情况的审计报告，各抽样州（市）在医保政策制度落实、医保基金管理和使用方面均存在违规支付医保基金、定点医疗机构违规收费、违规用药等问题，且类似问题屡禁不止也反映出各统筹区在医疗保险基金监管上存在一定漏洞。如：普洱市 2019 年存在“医保经办机构政策执行不严，造成医保基金流失 393,279.86 元”和“普洱市人民医院等 3 家医院重复收费 26,928.66 元”问题，2020 年审计仍存在“由于审核不严违规支付医保待遇 138,149.39 元”和“132 家定点医疗机构以超标准收费、超天数收费等方式违规收取诊疗项目费用，2020 年涉及违规收费金额 695,885.07 元”问题；保山市 2019 年审计发现“77 名居民未缴个人参保费用违规享受医保待遇 1,089.21 元”和“40 家定点医疗机构多收取费用 77,668.60 元”问题，2020 年审计仍存在“医保经办机构审核不严，重复支付医保待遇 46 人，涉及金额 342,093.31 元”和“2 家定点医疗机构违规收费 155 次，涉及金额 7,750 元”。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；二是基层监管力量配置不足。全省 16 个州（市）医保部门虽已单独设置了基金监管机构，但总编制人数仅有 30 名，州（市）级医保部门基金监管人员平均不到 2 人；三是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，部门联合监管机制尚未建立，行政监管与刑事司法联动衔接不够，一定程度上影响了监管效能。

2. 医疗保险基金基础管理工作有待完善

《社会保险基金会计制度》（财会〔2017〕28 号）和《云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法》（云财办发〔2016〕117 号）对医疗保障基金账户管理、财务管理和基金核算等方面均作出了明确规定，但个别统筹区因日常工作重视不够、政策理解不到位等原因，仍存在基金日常管理工作不规范、账务处理错误、基金账表不一致等问题。如：普洱市存在基金日常管理工作不规范，业务与财务部门未严格对账；思茅区账务处理错误、财务账表不一致、决算表数据错误；昆明市、昭通市、保山市医保基金核算未采用收付实现制确认个人缴费收入，不符合《社会保险基金财务制度》“社会保险基金财务管理和会计核算一般采用收付实现制”的规定。

（六）个别州（市）财政资金未及时足额到位

根据中央、省级资金下达文件及各统筹区上报统计，2020 年各级财政共安排城乡居民基本医疗保险补助资金 2,239,351.86 万元。

经检查各统筹区资金到位情况，截至2020年12月31日，实际到位资金2,194,506.03万元。因地方财政困难，无法及时足额拨付配套资金导致未到位44,845.83万元，其中：中央补助资金35,497.70万元、省级补助资金3,257.85万元、州(市)级财政配套资金1,585.37万元、县(市、区)级财政配套资金4,504.91万元，具体情况如表7所示：

表7：未到位财政补助资金情况表

金额单位：万元

序号	州(市)	中央资金	省级财政	市级财政	县级财政	小计
1	保山市	20,000.00	1,399.00	-	1,957.19	23,356.19
2	曲靖市	15,259.32	910.85	1,585.37	2,453.56	20,209.10
3	怒江州	238.38	948.00	-	94.16	1,280.54
合计		35,497.70	3,257.85	1,585.37	4,504.91	44,845.83

经延伸检查，截至2021年6月28日，除保山市施甸县县级配套资金427.83万元仍未到位外，上述所列各州(市)均已拨付到位。

(七) 绩效目标设置科学性、合理性不足

2020年预算申报时，省医保局确定了城乡居民基本医疗保险补助资金项目的年度总体目标和绩效指标，但绩效目标科学性、合理性不足。设置的年度总体目标为：按照城乡居民参保人数，每年6月底的参保人数作为城乡居民基本医疗保险的资金申请数，按照《云南省医疗保障局 云南省财政厅关于做好2019年云南省城乡居民基本医疗保险工作的通知》(云医保〔2019〕76号)文件要求，省级财政在规定的时间内拨付资金，确保全省城乡居民享受医保待遇。对参保人数，待遇落实，资金拨付和群众满意度进行考核。所设置

的年度绩效目标仅反映出具体实施措施（内容），未反映出项目实施预计要达到的目标；年初预算共申报绩效指标 9 项，其中：产出数量指标 2 项、产出质量指标 3 项、产出时效指标 1 项、社会效益指标 2 项、服务对象满意度指标 1 项，但所设指标不完整，缺乏待遇保障质量方面的考核指标。

七、建议

（一）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。

（二）强化基金运行分析，提高基金支撑能力

加强基金运行分析，结合新冠肺炎疫情影响，完善收支预算管理。科学编制基金收支预算，加强预算执行监督，适时调整基金预算。增强风险防范意识，进一步健全风险预警、评估、化解机制及预案，提高基金运行监测评估专业化能力水平。在项目实施过程中，督促各统筹区根据医保基金收入、医保政策的相关规定以及医疗行为的特点，强化医保基金使用过程的监测，通过对医保基金支出、结余数据的统计和分析，监控定点医疗机构基金支出的异常增减、医保基金运行中存在的风险因素以及基金流向等情况，建立风险控

制预警线，明确风险出现时应采取的应对措施。

（三）健全和完善数据信息共享机制

进一步健全和完善参保数据信息共享机制，尽快建成全省统一的参保数据库，实现全省职工和城乡居民参保数据大集中，利用信息化手段有效避免重复参保。进一步提升数据质量，确保财政补助资金有效使用。同时，积极协调公安、统计、教育等部门，定期提供常住人口、流动人口、死亡、迁出、大中专学生明细表册反馈各统筹区，确保特殊群体、重点人群及时享受参保资助和待遇保障政策，并督促各相关单位持续做好医保重复参保的清理工作，为全民参保计划奠定数据基础。

（四）督促各统筹区进一步落实居民医保待遇保障政策

督促各统筹区严格执行国家、省级医疗保障待遇相关制度。进一步落实基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，调整本统筹区待遇政策。严格执行基金支付范围和标准，实施公平适度保障，避免过度保障和保障不足问题。发挥居民医保全面实现城乡统筹的制度红利，坚持公平普惠，加强基本医保主体保障功能。巩固住院待遇水平，强化门诊共济保障，巩固大病保险保障水平。

（五）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，促进医疗保险基金支付以及使用的制度化、规范化。严格构建支付、使用等程序的内部控制制度（如严格行政审批、合理进行岗位安排等），并有效执行基金监管机制，并就可能发生违规现象的风险领域设置风险评估环节，及时

预判并防控违规支付、使用或者挪用基金的潜在风险。加强对定点医疗单位的监督，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。建立健全多部门联合监管机制，加强行政监管与刑事司法联动的衔接，提升监管效能。二是加强基金基础性管理工作，为医疗保险基金管理提供坚实的保障。严格执行《社会保险基金会计制度》（财会〔2017〕28号）和《云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法》（云财办发〔2016〕117号）对医疗保障基金账户管理、财务管理和基金核算等方面的规定，强化基金日常管理工作。

（六）及时足额配套资金，充分发挥资金使用效益

州（市）、县（市、区）财政部门要提高服务效能，严格按照《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》（财社〔2019〕166号）“州（市）、县（市、区）补助资金按照每年下达的财政总补助资金扣除中央、省级补助资金后差额补足，于当年12月底前拨付至医保基金专户。由于财政补助资金未按时足额到位，重复参保、重复申报、虚报以及违规等因素被扣减的中央和省级补助资金，由被扣减补助资金的州（市）自行负责补足”的规定，加强资金监管，及时将资金拨付至医保基金专户，充分发挥资金使用效益。

（七）科学设置绩效目标

结合项目实际，完善项目年度目标和绩效指标设置。认真分析项目年度实施重点内容，梳理项目绩效目标，以“做什么事，解决什么问题，达到什么目的”为框架，采用定量和定性相结合的方式对绩效目标进行描述，全面反映项目绩效，强化绩效目标对项目实施的引导、约束作用，提升绩效管理水平和。并在绩效目标的基础上细化和量化，设置科学合理的绩效指标，绩效指标应具体、可衡量，充分反映项目目标和特点。同时对设定的绩效指标值开展充分调查研究和合理测算，并参考历史标准水平，确定合理的绩效目标值。

八、其它需说明的情况

无