

晋城市财政局文件

晋市财绩效〔2025〕9号

晋城市财政局 关于下达晋城市城乡居民基本医疗保险基金 项目绩效评价结果的通知

晋城市医疗保障局：

根据财政部构建“三全”预算绩效管理体系和省财政厅预算绩效管理考核内容要求，按照《市级项目支出绩效评价管理办法》（晋市财绩效〔2022〕6号）等文件要求，我局采用第三方独立评价方式，运用采集基础数据、现场勘查对比、发放调查问卷、访谈等方法，对你单位2024年度城乡居民基本医疗保险基金项目进行了重点绩效评价，现将结果通知如下：

一、基本情况

（一）项目概况

1. 项目立项背景

城乡居民基本医疗保险是将原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，整合为城乡居民基本医疗保险制度，是一项由政府组织实施，以个人缴费与财政补助相结合的方式筹资，为城乡居民提供基本医疗保障的一项重要民生保障政策。

为深入贯彻落实党的二十大精神和2024年《政府工作报告》有关任务要求，进一步做好城乡居民基本医疗保障有关工作，不断增强基本医疗保障能力，努力解除人民群众疾病医疗后顾之忧，国家医保局会同财政部、国家税务总局印发了《关于做好2024年城乡居民基本医疗保障有关工作的通知》（医保发〔2024〕19号），同时山西省医疗保障局、山西省财政厅及国家税务总局山西省税务局发布了《关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（晋医保发〔2024〕15号），对2024年我省城乡居民基本医疗保险筹资标准、待遇水平、参保扩面、巩固成果等各项工作进行了明确。

2. 主要内容及实施情况

（1）参保范围

晋城市城乡居民基本医疗保险的覆盖范围包括晋城市行政区域内，未参加职工医疗保险或者未按照规定享有国家其他形式医疗保障的人员；持有本市居住证以及未在原籍参加基本医疗保险的外来务工人员等流动人口及其未成年子女；本市行政区域内各类全日制高等学校、中等职业学校等在册学生；由政府宗教事务部门备案的本市宗教教职人员等各类人员。

（2）筹资机制

2024年度城乡居民基本医疗保险，个人缴费标准为380元/人，由参保人员按年度一次性足额缴纳；人均财政补助标准较2023年提高30元，达到670元。

按照中央、省财政补助政策，一般县中央财政负担60%，享受西部政策的县中央财政负担80%，除中央财政补助外的地方财政补助部分，具体分担比例按照《山西省进一步推进省以下财政体制改革工作实施方案的通知》（晋政办发〔2024〕19号）文件规定执行。泽州县、高平市、沁水县、阳城县为第一档县（市），省、市、县三级按照50%、10%、40%的比例负担；陵川县为第四档县（市），省、市、县三级按照65%、15%、20%的比例负担；城区为第五档市辖区，省、市、县三级按照50%、20%、30%的比例负担。具体补助标准为：

①泽州县、高平市、沁水县、阳城县：中央财政每人每年补助402元，省级财政每人每年补助134元，市级财政每人每年补助26.8元，县级财政每人每年补助107.2元。

②陵川县：中央财政每人每年补助536元，省级财政每人每年补助87.1元，市级财政每人每年补助20.1元，县级财政每人每年补助26.8元。

③城区：中央财政每人每年补助402元，省级财政每人每年补助134元，市级财政每人每年补助53.6元，县级财政每人每年补助80.4元。

（3）困难群众参保资助

根据《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振

兴战略的实施细则》（晋市医保发〔2021〕29号）等文件规定给予困难群众资助参保，个人缴费部分由医疗救助或财政补助予以全额或定额资助。

①纳入乡村振兴部门监测范围的监测对象（包括脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口，不含已纳入城乡低保对象、特困人员等范围人员），个人缴费按280元的标准由医疗救助基金定额资助。

②返贫致贫人口按个人缴费部分90%的比例由医疗救助基金给予定额资助，即资助342元。

③特困人员（城市“三无”人员、农村五保户、孤儿、事实无人抚养儿童等）个人缴费部分由医疗救助基金全额资助，即资助380元。

④城乡低保对象按个人缴费部分80%的比例由医疗救助基金给予定额资助，即资助304元。

（4）城乡居民基本医疗保险待遇

参保人缴纳了当年的医疗保险费用就可以享受当年度的医疗保险待遇，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、生育分娩医疗待遇和大病保险医疗待遇。

①门诊医疗待遇：分为普通门急诊、慢性病门诊和特殊病门诊。2024年起居民门诊统筹年度支付限额提高至300元，不再执行50元/次/天的单次限额。参保居民在统筹区内二类、三类收费价格及以下收费类别门诊、统筹定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用，不设起付标准，统筹基金支付比例分别为55%、

60%：在统筹区内一类收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用，起付标准为80元/次，统筹基金支付比例为45%。参保人员在门诊使用乙类药品时需先行自付5%，再按规定比例报销。家庭医生签约的参保居民在签约定点基层医疗机构门诊就医的，各市在确保基金安全的情况下，门诊统筹支付比例可适当提高。医保统筹基金支付的家庭医生签约服务费，不占用居民门诊统筹年度最高支付限额，由城乡居民基本医疗保险统筹基金另行支付。

参保居民持医保电子凭证或社会保障卡在参保地以外的其他统筹区异地门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，按规定纳入居民门诊统筹支付范围，实行直接结算。办理了异地长期居住备案的参保居民，可在备案地和参保地双向享受普通门诊统筹待遇，并按照参保地待遇直接结算。跨统筹区临时外出门诊就医的参保居民，无需提前办理备案手续，在省内其他统筹区临时就医的，按照参保地待遇执行；跨省临时外出就医人员在就医地发生的普通门诊医疗费用，统筹基金支付比例在参保地相同级别医疗机构支付比例的基础上降低10个百分点。

②住院医疗待遇：对符合基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，按照不同级别的医疗机构分别设置起付标准、支付比例和年度支付限额。参保人在参保年度内发生的符合规定的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准范围内的医疗费用，在起付标准以上、年度最高累计支付限额以下的医疗费用由参保人与医疗保险基金按比例分担。

政策范围内的医疗费用是指在基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施和医用耗材报销目录范围内发生的医药费用，不包括个人先行自付费用、超标准床位费、起付标准、全自费费用、限价材料的超限费用等，统筹基金起付标准及支付比例见下表：

表1：住院医疗待遇统筹基金起付标准及支付比例

医疗机构	三类收费标准 (二级乙等及其以下)	二类收费标准 (三级乙等及二级甲等)		一类收费标准 (三级甲等)	
		县级	省、市级	县级	省、市级
起付标准	100元	400元	500元	1000元	1500元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

参保居民在省内协议定点医疗机构第一次住院起付标准由个人负担，第二次住院起付标准由个人负担50%，第三次及以上住院起付标准由统筹基金支付。年度内城乡居民医保统筹基金年度最高支付额度为10万元。转市域外定点医疗机构就医须经参保地经办机构备案，未在参保地经办机构办理备案手续，支付比例在原有基础上降低10%。

③生育分娩医疗待遇：参加城乡居民基本医疗保险的育龄妇女，凡符合国家和省生育政策发生的生育医疗费用，自然分娩的统筹基金支付1500元，剖腹产的统筹基金支付3000元。生育多胞胎的，在上述标准基础上每增加1胎统筹基金多支付300元。

参保的建档立卡贫困对象孕产妇在县域内定点医疗机构住

院分娩，在规定病种支付标准内，由城乡居民基本医疗保险基金全额支付，并将参保贫困人员的新生儿疾病筛查项目纳入城乡居民基本医保支付范围。

④大病保险医疗待遇：参加基本医疗保险的参保人员，同时享受大病保险规定的相关待遇，大病保险个人不用单独缴纳保费，大病保险资金按照每人每年125元从城乡居民医保基金全额划出。

参保人员因患大病住院或门诊大额疾病治疗发生的医疗费用，经城乡居民基本医保按规定支付后，个人自付超过1万元以上部分进入大病报销，年度内最高支付限额为40万元。

城乡居民医保支付比例：1万元以上至5万元，按55%支付；5万元以上至10万元，按65%支付；10万元以上至20万元，按75%支付；20万元以上至30万元，按80%支付；30万元以上至40万元，按85%支付。同时为有效避免和减少“家庭灾难性医疗支出”导致的城乡居民因病致贫返贫问题发生，住院医疗费由城乡居民大病保险资金按规定支付后，个人自付仍然超过5万元以上合规的部分，再按50%的比例给予支付。

（5）参保情况

2024年晋城市城乡居民医疗保险实际参保人数为1506822人，其中城区参保人数为191512人，泽州县参保人数为370753人，高平市参保人数为343818人，陵川县参保人数为194925人，沁水县参保人数为142546人，阳城县参保人数为263268人。

3. 项目预决算情况

2024年城乡居民基本医疗保险基金收入1,631,371,723.71元，基金支出1,623,668,372.11元，本年收支结余7,703,351.60元，历年滚存结余848,194,033.76元。具体预算及决算明细如下：

表2:2024年度城乡居民基本医疗保险基金收支预决算明细表

单位：元

项 目	2024 年预算	2024 年决算
一、收入	1,677,390,923.00	1,631,371,723.71
其中：1、保险费收入	632,234,173.00	598,563,300.00
集体扶持收入		
城乡医疗救助资助收入	14,875,000.00	11,211,964.00
财政为困难人员代缴收入	10,410,425.00	8,773,566.00
个人缴费收入（征缴收入）	606,948,748.00	578,577,770.00
2、利息收入	6,200,000.00	4,608,248.76
3、财政补贴收入	1,033,156,750.00	1,006,363,179.80
按规定标准补助收入	1,033,156,750.00	1,006,363,179.80
4、其他收入	5,800,000.00	21,836,995.15
5、转移收入		
二、支出	1,646,835,419.61	1,623,668,372.11
其中：1、待遇支出	1,492,632,919.61	1,456,519,006.16
住院费用支出	1,304,449,347.47	1,085,179,303.54
门诊费用支出	188,183,572.14	371,339,702.62
其他待遇支出		
2、大病保险支出	154,202,500.00	166,175,037.95
3、其他支出		974,328.00
三、本年收支结余	30,555,503.39	7,703,351.60
四、年末滚存结余	875,161,492.97	848,194,033.76

4. 财政补助情况

表3：城乡居民基本医疗保险财政补贴明细表

金额单位：元

地 区	中央财政补助	省级财政补助	市级财政补助	县级财政补助	小 计
城 区	74,670,000.00	24,540,000.00	10,070,000.00	15,089,385.00	124,369,385.00
泽州县	149,800,000.00	49,500,000.00	10,150,000.00	39,107,739.20	248,557,739.20
高平市	138,690,000.00	45,860,000.00	9,400,000.00	36,476,729.60	230,426,729.60
阳城县	106,820,000.00	35,310,000.00	7,240,000.00	28,014,468.80	177,384,468.80
沁水县	57,900,000.00	19,140,000.00	3,930,000.00	15,176,625.60	96,146,625.60
陵川县	103,370,000.00	16,900,000.00	4,000,000.00	5,208,231.60	129,478,231.60
合 计	631,250,000.00	191,250,000.00	44,790,000.00	139,073,179.80	1,006,363,179.80

（二）项目绩效目标

1. 总体绩效目标

根据晋城市财政局《关于提前下达2024年城乡居民基本医疗保险补助资金预算的通知》（晋市财社〔2023〕167号），批复我市城乡居民基本医疗保险补助资金2024年度总体目标为：确保医疗保险待遇按时足额发放，保障参保居民的基本医疗需求，稳定住院待遇，稳步提高门诊待遇，提高医疗保障水平，巩固参保率；加强基金管理，提高基金使用效益，控制医疗费用不合理增长，确保基金安全，实现基金收支平衡，略有结余。

2. 年度绩效目标

根据城乡居民基本医疗保险政策文件及其他相关要求，项目

年度目标任务主要包括：

（1）全市城乡居民基本医疗保险基金参保人数达到1583685人，城乡居民基本医疗保险参保率 $\geq 95\%$ ；

（2）参保人政策范围内住院费用报销比例 $\geq 70\%$ ；

（3）逐步开展实施按病种（组）、按人头付费等支付方式改革；

（4）普遍开展门诊统筹；

（5）每月按时发放医疗保险待遇；

（6）实现基本收支平衡，确保基金滚存结余可支付月数 ≥ 6 个月。

二、综合评价情况及评价结论

根据《中共中央国务院关于全面实施预算绩效管理的意见》（中发〔2018〕34号）、《财政部 人力资源社会保障部 税务总局 国家医保局关于印发〈社会保险基金预算绩效管理办法〉的通知》（财社〔2022〕65号）、市财政局《2025年度市级财政重点绩效评价实施方案》等绩效评价相关规定和要求，我们对城乡居民医疗保险项目从决策、过程、产出、效益四个方面进行了绩效评价。

城乡居民医疗保险项目综合评分82.94分，评价等级为“良”。根据评价情况，城乡居民医疗保险项目存在的问题主要包括：参保目标任务未完成，服务协议签订滞后，定点医疗机构绩效考核流于形式、监管力度及处罚举措有待加强等。指标得分情况如下：

表5：指标得分情况表

一级指标	分值	评价得分	得分率
决策	10	9	90%
过程	20	15.97	79.85%
产出	35	31.07	88.77%
效益	35	26.9	76.86%
合 计	100	82.94	82.94%

三、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况（满分10分，得分9分）

项目决策指标通过项目立项、绩效目标、资金投入三方面进行考察，项目决策类指标分值10分，实际得分9分，得分率为90%，指标得分情况如下表所示：

表6：项目决策指标得分情况

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	绩效评分	得分率
A. 决策	10	A1 项目立项	2	A101 立项依据充分性	2	2	100%
		A2 绩效目标	4	A201 绩效目标合理性	2	2	100%
				A202 绩效指标明确性	2	2	100%
		A3 资金投入	4	A301 预算编制科学性	2	2	100%
				A302 资金分配合理性	2	1	50%
合计	10		10		10	9	90%

A1 项目立项（满分2分，得分2分）

A101 立项依据充分性（满分2分，得分2分）

该指标主要考核城乡居民医疗保险项目立项是否符合法律

法规及政策规定、是否与部门职责相符，用以反映项目立项依据情况。项目立项符合国家法律法规和相关政策，并与部门职责相符得1分；基金收入和支出项目的设立符合法律法规及政策规定得1分。

城乡居民医疗保险是一项由政府组织实施，以个人缴费与财政补助相结合的方式筹资，为城乡居民提供基本医疗保障的一项重要民生保障政策，实行市级统筹，市、县（市、区）两级经办。晋城市医疗保障局负责组织制定全市医疗保障筹资和待遇政策并组织实施，完善动态调整和区域调剂平衡机制，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；负责全市医疗保障经办管理，编报全市城乡居民基本医疗保险基金预决算，组织实施预算等职责。城乡居民医疗保险项目与晋城市医疗保障局部门职责相符。城乡居民医疗保险项目收入和支出范围根据《山西省医疗保障局 山西省财政厅及国家税务总局山西省税务局〈关于做好2024年城乡居民基本医疗保障工作〉的通知》《晋城市人民政府办公厅关于印发〈晋城市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）〉的通知》等相关政策文件规定设立。根据评分标准，该指标得2分。

A2 绩效目标（满分 4 分，得分 4 分）

A201 绩效目标合理性（满分 2 分，得分 2 分）

该指标主要考核项目是否设定了绩效目标、绩效目标与项目的相关性、预期产出效益是否符合正常业绩水平、是否与预算确定的资金量相匹配，用以反映项目绩效目标与项目实施的相符情

况。项目设立有绩效目标得0.5分，项目绩效目标与实际工作内容具有相关性得0.5分，预期产出效益符合正常业绩水平得0.5分，项目绩效目标与预算确定资金量相匹配得0.5分。如未设定预算绩效目标，该指标整体不得分。

通过查看城乡居民医疗保险项目支出绩效目标表等相关资料，项目设立的绩效目标主要包括确保医疗保险待遇按时足额发放，保障参保居民的基本医疗需求，稳定住院待遇，稳步提高门诊待遇，提高医疗保障水平，巩固参保率；加强基金管理，提高基金使用效益，控制医疗费用不合理增长，确保基金安全，实现基金收支平衡，略有结余。项目绩效目标与实际工作内容相关，符合正常业绩水平，并与预算确定的资金量相匹配。根据评分标准，该指标得2分。

A202 绩效指标明确性（满分2分，得分2分）

该指标主要考核依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等，用以反映项目绩效目标的明细化情况。将绩效目标细化分解为具体绩效指标且绩效指标与目标紧密相关得1分；绩效指标通过清晰、可衡量的指标值予以体现得1分。

通过查看城乡居民医疗保险项目支出绩效目标表、预算绩效自评表等相关资料，晋城市医保局将设立的绩效目标细化分解为数量指标、质量指标、效益指标，并通过参保人数、医保综合参保率、参保居民个人缴费标准、各级财政补助标准、收入预算完成率等具体、可衡量的指标值予以体现。根据评分标准，该指标得2分。

A3 资金投入（满分 4 分，得分 3 分）

A301 预算编制科学性（满分 2 分，得分 2 分）

该指标主要考核项目预算编制是否细化量化、预算内容与项目实际执行是否匹配，用以反映项目预算编制的科学性、合理性情况。预算编制按基金收入支出项目细化、量化得 1 分；预算收支项目与城乡居民基本医疗保险具体收支内容相匹配得 1 分。

通过查看 2024 年居民基本医疗保险基金收支计划表及其总表，城乡居民基本医疗保险基金预算按收入支出项目进行了细化、量化，预算收支项目与城乡居民基本医疗保险具体收支内容相匹配。根据评分标准，该指标得 2 分。

A302 资金分配合理性（满分 2 分，得分 1 分）

该指标主要考核项目预算资金分配是否有测算依据，是否与城乡居民基本医疗保险运行趋势相适应，用以反映项目预算资金分配的科学性、合理性情况。预算基金收入支出测算依据充分得 1 分；资金分配额度合理，与城乡居民基本医疗保险基金运行趋势相符得 1 分。

通过查看 2023 年居民基本医疗保险参保人数预计执行数测算表、2023 年居民基本医疗保险住院和门诊有关指标预计执行数测算表、2024 年居民基本医疗保险收入计划参数表等相关资料，城乡居民基本医疗保险基金的收支测算主要基于历史数据并进行了适当调整，测算基础总体可靠。但测算过程未充分考虑我市近年来的人员变动趋势，包括大学生外出求学异地参保、人员赴外地工作异地参保，以及困难人群减少导致需资助参保人员逐

年递减等情况，影响了资金分配的合理性。根据评分标准，该指标扣 1 分，实际得分 1 分。

（二）项目过程情况（满分 20 分，得分 15.97 分）

项目过程指标通过资金管理和组织实施两方面进行考察，项目过程类指标分值 20 分，实际得分 15.97 分，得分率为 79.85%，指标得分情况如下表所示：

表 7：项目过程指标得分情况

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	绩效评分	得分率
B. 过程	20	B1 资金管理	10	B101 个人缴费收入预算执行率	2	1.81	90.5%
				B102 困难群众资助资金预算执行率	2	1.16	58%
				B103 各级财政补助资金到位率	3	3	100%
				B104 资金使用合规性	3	3	100%
		B2 组织实施	10	B201 全面建立统一的城乡居民医保制度	2	2	100%
				B202 定点医疗机构管理规范	2	1	50%
				B203 财务核算规范性	2	2	100%
				B204 监管有效性	2	1	50%
				B205 项目自评规范性	2	1	50%
合计	20		20		20	15.97	79.85%

B1 资金管理（满分 10 分，得分 8.97 分）

B101 个人缴费收入预算执行率（满分 2 分，得分 1.81 分）

该指标考核城乡居民基本医疗保险个人缴费实际收入与预算收入的比率，用以反映城乡居民基本医疗保险个人缴费收入预算执行情况。

2024 年度城乡居民基本医疗保险基金个人缴费预算收入 606,948,748.00 元，实际收入 578,577,770.00 元，预算执行率为 95.33%。根据评分标准，该指标扣 0.19 分，实际得分 1.81 分。

B102 困难群众资助资金预算执行率（满分 2 分，得分 1.16 分）

该指标主要考核符合城乡居民基本医疗保险困难群众参保资助条件对象的实际收入与预算收入的比率，用以反映困难群众资助资金预算执行情况。

2024 年度城乡居民基本医疗保险基金困难群众资助资金预算金额 25,285,425.00 元，实际资助金额为 19,985,530.00 元，预算执行率为 79.04%。根据评分标准，该指标扣 0.84 分，实际得分 1.16 分。

B103 各级财政补助资金到位率（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核各级财政实际到位补助资金与预算资金的比率，用以反映资金落实情况对项目实施的总体保障程度。

根据中央、省、市级补助资金下达文件及补助资金到位凭证，补助资金预算 86729 万元，实际到位 86729 万元，各级补助资金到位率均达到 100%。根据评分标准，该指标得 3 分。资金到位金额及相关文件见下表：

表 8：资金及拨付文件一览表

单位：万元

拨款文号	中央资金	省级资金	市级资金	合计
晋市财社〔2023〕167 号	59603	18583	4031	82217
晋市财社〔2024〕32 号			448	448
晋市财社〔2024〕63 号		553		553
晋市财社〔2024〕77 号	3522	-11		3511
合 计	63125	19125	4479	86729

B104 资金使用合规性（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核项目资金使用是否符合相关政策文件规定，用以反映项目资金的规范运行情况。城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理，实行收支两条线管理得 1 分；基金支付有完善的审批程序和手续得 1 分；不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况得 1 分。

经核查相关财务资料，城乡居民医疗保险实行收支两条线管理，分别设立收入账户和支出账户。收入账户资金按月归集并上缴至财政专户，支出所需资金由财政专户下拨至支出账户。资金支付审批手续完备，未发现截留、挤占、挪用或虚列支出等情形。依据评分标准，该项指标得 3 分。

B2 组织实施（满分 10 分，得分 7 分）

B201 全面建立统一的城乡居民医保制度（满分 2 分，得分 2 分）

该指标考核是否按照中央、省有关规定推进城乡居民医疗保

险省级统筹方案，用以反映城乡居民医疗保险“六统一”的建设情况。城乡居民基本医疗保险做到统一参保范围、统一待遇标准、统一基金预算管理、统一基金调剂管理得 1 分；统一信息系统、统一经办服务得 1 分。

依据《晋城市人民政府办公厅〈关于印发晋城市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）〉的通知》（晋市政办〔2017〕32 号）、《山西省医疗保障局 山西省财政厅 山西省卫生健康委员会〈关于进一步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策〉的通知》（晋医保发〔2023〕16 号）等政策文件，并结合城乡居民医疗保险预决算情况表及基金支出明细账核查，晋城市城乡居民基本医疗保险实现了全市范围内统一参保范围、统一待遇标准、统一基金预算管理、统一基金调剂管理。同时，参保登记与待遇结算业务已全面依托山西省医疗保障信息平台按规范流程办理，实现了统一信息系统和统一经办服务。依据评分标准，该项指标得 2 分。

B202 定点医疗机构管理规范性（满分 2 分，得分 1 分）

该指标考核医疗保障经办机构是否按照相关规定与定点医疗机构签订合同、进行费用审核、稽核检查、绩效考核等，用以反映对定点医疗机构管理的规范性。按照相关规定与定点医疗机构签订服务协议，协议要素齐全、权利义务明确得 1 分；按规定对定点医疗机构提供的结算费用进行审核、稽核检查、绩效考核得 1 分。

通过抽查晋城市医疗保障定点医疗机构服务协议，协议要素齐全、双方权利义务明确，但存在协议签订时间滞后的情况。通

过查看晋城市基本医疗保险定点医疗机构月度支付单、全覆盖式现场检查定点医疗机构医保违法违规行为处理决定,定点医疗机构绩效评价表等相关资料,市(县、区)医保局对定点医疗机构按规定进行了稽核检查、绩效考核。根据评分标准,该指标扣 1 分,实际得分 1 分。

B203 财务核算规范性(满分 2 分,得分 2 分)

该指标考核城乡居民医疗保险财务核算是否符合相关的制度规定,用以反映财务核算的规范性。城乡居民医疗保险能够分账核算,并按照规定设置收入、支出明细科目并按规定进行账务处理得 1 分;按月与财政部门国库管理机构、医疗机构进行对账,并留有对账记录得 1 分。

经核查会计凭证、财务报表等相关财务资料,城乡居民医疗保险基金严格遵循《社会保险基金会计制度》要求,实行单独建账、独立核算。按规定设置了收入户存款、财政专户存款、支出户存款、暂收款等会计科目,并依据业务流程进行规范账务处理。对于税务部门代征的基金收入,按月依据与财政局国库科确认的对账明细表进行账务处理。同时,依托山西省医疗保障信息平台,实现了医保经办机构与定点医疗机构的实时对账。根据评分标准,该指标得 2 分。

B204 监管有效性(满分 2 分,得分 1 分)

该指标主要考核医保部门是否建立医保基金监管机制,按要求开展全覆盖式医保基金监督检查情况,用以反映对城乡居民基本医疗保险基金使用的监管有效性。建立有医保基金监督管理机

制，并按要求开展监督检查得 1 分；按规定对定点医疗机构开展绩效评价，并将结果与质保金支付挂钩得 1 分。

经查阅晋城市医疗保障局《关于印发〈晋城市医疗保障基金监管检查规程〉的通知》（晋市医保发〔2020〕2 号）、《关于做好 2024 年医保基金监管工作的通知》等政策文件，以及晋城市城区医疗保障局《2024 年度医保基金监管全覆盖检查情况通报（诊所药店）》（城医保发〔2024〕11 号）、沁水县医疗保障局《关于全覆盖式现场检查定点医药机构医保违法违规行为的处理决定》（沁医保函〔2024〕13 号）等检查结果通报，确认医保局已建立医保基金监督管理机制并按要求开展了监督检查。按照晋城市医疗保险事务中心《关于印发 2024 年度基本医疗保险定点医药机构、长期护理保险定点机构和医保驿站绩效评价指标的通知》，医保经办机构按规定对定点医疗机构开展了绩效评价工作。然而，对定点医疗机构绩效评价标准赋分表的核查显示，绩效评价工作趋于形式化，存在评分依据不足、全覆盖检查发现的问题未在绩效评价中扣分、个别得分汇总计算错误等现象。根据评分标准，该指标扣 1 分，实际得分 1 分。

B204 项目自评规范性（满分 2 分，得分 1 分）

该指标考核医保部门是否按要求进行自我评价，用以反映项目单位的自评情况。按要求开展绩效自评工作得 1 分；绩效自评报告完整，数据全面、真实、准确，反映的问题具体，意见可行得 1 分。

通过查看晋城市 2024 年城乡居民基本医疗保险基金绩效自评报告及绩效自评表，晋城市医疗保障局对 2024 年城乡居民基

本医疗保险基金开展了绩效自评，绩效自评报告完整，数据全面，但部分指标评分缺乏客观性，如参保人数年度指标值为 ≥ 2119300 人，全年完成值为1494014人，指标评价得分达到满分5分，但得分依据不够充分。根据评分标准，该指标扣1分，实际得分1分。

（三）项目产出情况（满分35分，得分31.07分）

项目产出指标通过产出数量、产出质量及产出时效三方面进行考察，项目产出指标分值35分，实际得分31.07分，得分率88.77%，指标得分情况如下表所示：

表9：项目产出指标得分情况

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	绩效评分	得分率
C. 产出	35	C1 产出数量	10	C101 城乡居民基本医疗保险参保人数	4	1.57	39.25%
				C102 农村低收入人口和特困人口参保率	3	3	100%
				C103 政策覆盖率	3	3	100%
		C2 产出质量	20	C201 参保对象合规性	3	1.5	50%
				C202 财政补贴达标率	2	2	100%
				C203 门诊医疗待遇合规性	5	5	100%
				C204 住院医疗待遇合规性	4	4	100%
				C205 生育分娩医疗待遇合规性	3	3	100%
				C206 大病保险待遇合规性	3	3	100%
		C3 产出时效	5	C301 结算及时性	5	5	100%
合计	35		35		35	31.07	88.77%

C1 产出数量（满分 10 分，得分 7.57 分）

C101 城乡居民基本医疗保险参保人数（满分 4 分，得分 1.57 分）

该指标考核城乡居民基本医疗保险参保人数是否达到 2024 年参保目标，用以反映城乡居民基本医疗保险的参保情况。晋城市医疗保障局 国家税务总局晋城市税务局《关于做好 2024 年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作的通知》，2024 年度全市城乡居民医保参保任务目标为 158.36 万人。2024 年参保人数 $\geq$ 158.36 万人，得 4 分；每降低 1%，扣 0.5 分，扣完为止。

通过查看 2024 年度城乡居民基本医疗保险参保人员情况表及晋城市 2024 年国民经济和社会发展统计公报等相关资料，2024 年度城乡居民基本医疗保险参保人数为 150.68 万人，较目标值减少 7.68 万人，降低 4.85%。根据评分标准，该指标扣 2.43 分，实际得分 1.57 分。

C102 农村低收入人口和特困人口参保率（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核农村低收入人口和特困人口参保率情况，用以反映巩固医保脱贫攻坚的效果。农村低收入人口和特困人口参保率 $\geq$ 99%，得 3 分，每降低 1%，扣 0.5 分，扣完为止。

对于低收入人群、特困人群及因病致贫人群，民政局、残联及乡村振兴等相关部门会定期向医保局推送人员信息，以落实医疗帮扶政策。通过查看晋城市城区医保局、沁水县医保局的动态调整台账，比对发现符合帮扶政策的农村低收入人口和特困人口做到了动态清零，应保尽保。根据评分标准，该指标得 3 分。

C103 政策覆盖率（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核实际参保人数占应参保人数的比例情况,用以反映城乡居民基本医疗保险应保尽保情况。政策覆盖率 $\geq 95\%$,得3分,每降低1%,扣0.5分,扣完为止。

通过查看晋城市2024年国民经济和社会发展统计公报等相关资料,2024年年末全市常住总人口为215.76万人,参加基本医疗保险人数为205.9万人,其中,参加职工基本医疗保险55.22万人,参加城乡居民基本医疗保险150.68万人,基本医疗保险参保率为95.43%。根据评分标准,该指标得3分。

C2 产出质量 (满分20分,得分18.5分)

C201 参保对象合规性 (满分3分,得分1.5分)

该指标考核是否存在参保人数重复、虚报等情况。用以反映参保对象合规情况。不存在重复参保人数得1.5分;不存在多报、虚报参保人数,得1.5分;每发现1例扣0.2分,扣完为止。

通过查看城区医保局相关资料,城乡居民医疗保险缴费过程中存在因两渠道缴费、两地重复缴费、特殊人员个人缴费等不同原因造成重复参保退费的情况,抽查发现城区医保局因两渠道缴费重复参保41人,两地重复缴费参保26人,未发现多报、虚报参保人数的情况。根据评分标准,该指标扣1.5分,实际得分1.5分。

C202 财政补贴达标率 (满分2分,得分2分)

该指标考核各级财政补贴达到政策规定标准的情况,用以反映财政补贴对城乡居民医疗保险的保障程度。2024年城乡居民基本医疗保险人均财政补助标准达到670元得2分,否则不得分。

通过查看中央、省、市补助资金到位凭证及县（市、区）配套资金到位凭证，城乡居民医疗保险各级财政补助资金均按规定时间及标准到位，可享受补助的人均财政补助标准达到 670 元/人。根据评分标准，该指标得 2 分。

C203 门诊医疗待遇合规性（满分 5 分，得分 5 分）

该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实门诊医疗待遇，用以反映基金支出的合规情况。参加城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的“两病”患者，用药报销比例按规定标准执行得 2 分；参加城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的“两病”患者年度限额符合标准得 1 分；普通门诊统筹报销比例按照规定执行得 1 分；普通门诊统筹年度支付限额按照规定执行得 2 分；通过抽样进行核实，样本量每发现 1%不符合规定，扣 0.5 分，扣完为止。

门诊医疗待遇（含用药报销比例、年度支付限额等）均通过山西省医疗保障信息平台进行核算。系统已预设相关政策规则，自动完成待遇计算，确保结果准确可靠。经抽查晋城市城乡居民医疗保险门诊费用结算单，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得 5 分。

C204 住院医疗待遇合规性（满分 4 分，得分 4 分）

该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实住院医疗待遇，用以反映基金支出的合规情况。参加城乡居民基本医疗保险住院医保待遇起付线、报销比例、年度限额符合政策规定得 4 分；通过抽样进行核实，样本量每发现 1%不符合规定，

扣 0.5 分，扣完为止。

住院医疗待遇（含起付线、报销比例、年度限额等）均通过山西省医疗保障信息平台进行核算，系统已预设相关政策规则，自动完成待遇计算，确保结果准确可靠。通过抽查山西省医疗保险住院费用结算单，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得 4 分。

C205 生育分娩医疗待遇合规性（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实生育医疗待遇，用以反映基金支出的合规情况。住院分娩按照自然分娩 1500 元，剖宫产 3000 元标准进行报销得 2 分；生育多胞胎的，每增加 1 胎按规定增加报销金额得 1 分。通过抽样进行核实，样本量每发现 1%不符合规定，扣 0.5 分，扣完为止。

自然分娩的统筹基金支付1500元，剖宫产的统筹基金支付3000元。生育多胞胎的，在上述标准基础上每增加1胎统筹基金多支付300元。通过抽查山西省医疗保险住院费用结算单出院诊断为经选择性剖宫产术的分娩，基本医保基金支付金额为3000元；出院诊断为单胎顺产，基本医保基金支付金额为1500元；出院诊断为双胎顺产，基本医保基金支付金额为1800元，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得3分。

C206 大病保险待遇合规性（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实大病保险待遇，用以反映基金支出的合规情况。大病待遇的筹资标准符合政策规定得 1 分；大病保险住院医保待遇支付比例、二次

补偿、年度限额符合政策规定得 2 分；通过抽样进行核实，样本量每发现 1%不符合规定，扣 0.5 分，扣完为止。

大病保险资金按照125元/人/年的标准，从城乡居民医保基金全额划出，筹资标准符合政策规定。大病保险住院医保待遇支付比例、年度限额等均通过山西省医疗保障信息平台进行核算，系统已预设相关政策规则，自动完成待遇计算，确保结果准确可靠。通过查看城乡居民大病保险赔案计算书及保险公司城乡居民大病保险审核单，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得3分。

C3 产出时效（满分 5 分，得分 5 分）

C301 结算及时性（满分 5 分，得分 5 分）

该指标考核各县（市、区）医保机构是否按照规定及时报销参保人医疗待遇，是否及时结算定点医疗机构医疗费用，用以反映基金报销的及时情况。各县（市、区）按照规定及时报销参保人医疗待遇，即就医即时结算得 1 分；各县（市、区）按照规定及时结算定点医疗机构医疗费用，及时结算得 4 分。通过抽样进行核实，样本量每发现 1%不符合规定，扣 0.5 分，扣完为止。

2024 年城乡居民医疗保险以实时结算（直接结算）为主，特定情况下也支持出院后手工报销（零星报销）。省内定点医疗机构住院均支持直接结算，医生下达出院医嘱后，通过医院窗口或手机端（如“健康山西”APP）点击“结算”，系统自动计算医保报销金额，补缴或退还差额后即可离院；跨省异地就医备案后在省外联网定点医院可直接结算。特定情况下（系统故障、现

金垫付等)无法直接结算的,需出院后申请报销。通过抽查山西省医疗保险费用手工结算核准拨付通知,手工报销的在20个工作日内报销完毕。对于定点医疗机构医疗费用的结算按照定点医疗机构服务协议的约定及时进行结算。根据评分标准,该指标得5分。

(四)项目效益情况(满分35分,得分26.9分)

项目效益指标通过社会效益、可持续发展、满意度三方面进行考察,项目效益指标分值35分,实际得分26.9分,得分率为76.86%,指标得分情况如下表所示:

表 10: 项目效益指标得分情况

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	绩效评分	得分率
D. 效益	35	D1 社会效益	15	D101 参保人政策范围内住院费用报销比例	5	5	100%
				D102 困难群体省内住院合规综合报销比例	5	5	100%
				D103 基层诊疗比例提高情况	3	0	-
				D104 医药费增速	2	2	100%
		D2 可持续发展	10	D201 基金收支平衡	4	4	100%
				D202 宣传引导	3	1.83	61%
				D203 信息化建设	3	3	100%
		D3 满意度	10	D301 参保居民满意度	6	3.65	60.83%
				D302 定点医疗机构满意度	4	2.42	60.5%
合计	35		35		35	26.9	76.86%

D1 社会效益（满分 15 分，得分 12 分）

D101 参保人政策范围内住院费用报销比例（满分 5 分，得分 5 分）

该指标考核和反映参保人员医保政策范围内住院费用报销情况以及政策覆盖面的扩大情况。参保人政策范围内住院费用报销比例 $\geq 70\%$ ，得 3 分，每降低 1%，扣 0.5 分，扣完为止；2024 年医保目录用药范围较 2023 年有所扩大得 2 分，否则不得分。

2024 年度住院医疗待遇中，统筹基金支付比例按医疗机构等级设定：二级乙等及以下医疗机构为 85%；三级乙等及二级甲等医疗机构的省、市级支付比例为 70%、县级为 75%；三级甲等医疗机构的省、市级支付比例为 55%、县级为 60%，政策范围内基金支付比例平均达 70%。同时，2024 年医保药品目录较 2023 年新增 91 种药品，目录内药品总数增至 3159 种（西药 1765 种、中成药 1394 种），显著提升了肿瘤、慢性病、罕见病及儿童用药等关键领域的保障水平。根据评分标准，该指标得 5 分。

D102 困难群体省内住院合规综合报销比例（满分 5 分，得分 5 分）

该指标考核反映农村低收入人口等困难群体省内住院合规综合报销情况，用以防范因病致贫返贫风险。建立并完善参保动态监测、高额费用负担患者预警、部门间信息共享、风险协同处置等工作机制得 2 分；困难群体省内住院合规综合报销比例平均 $\geq 80\%$ 得 3 分，否则不得分。

各县（市、区）医保局与当地民政、残联、乡村振兴等部门

建立了困难群体动态监测信息共享机制。每月由相关部门向医保局推送动态更新的救助对象名单，确保信息实时共享。符合医疗救助条件的困难群体通过山西省医疗保障信息平台结算医疗费用时，系统依据预设的政策规则，在基本医保支付基础上，自动完成医疗救助基金的待遇计算与结算，确保其省内住院合规费用综合报销比例平均达到 80%。根据评分标准，该项指标得 5 分。

D103 基层诊疗比例提高情况（满分 3 分，得分 0 分）

该指标考核 2024 年度基层诊疗比例提高情况，用以反映引导参保群众基层就医，提升待遇可及性和待遇享受便捷性。2024 年度基层诊疗比例 $\geq$ 2023 年度基层诊疗比例得 3 分，否则不得分。

根据山西省医疗保障信息平台数据（含县域内门急诊人次汇总及全市参保人门急诊人次）计算，2023 年度基层诊疗比例为 70.91%，2024 年度降至 65.47%，同比下降 5.44%。依据评分标准，该项指标得 0 分。

表 11：基层诊疗比例计算表

年份	县域内门急诊人次汇总	全市参保人门急诊人次	基层诊疗比例	备注
2023 年	3789334	5344048	70.91%	
2024 年	4885738	7462851	65.47%	

D104 医药费增速（满分 2 分，得分 2 分）

该指标考核控制医药费不合理增长效果，用以反映医保对医药服务领域的激励约束作用。

通过查看 2023 年及 2024 年城乡居民基本医疗保险医疗费用支出情况表，2023 年次均住院费用为 8,420.82 元，2024 年次均住院费用为 8,126.57 元，医药费增速为-3.49%。根据评分标准，该指标得 2 分。

表 12：城乡居民基本医疗保险医疗费用支出情况简表

年份	住院费用（元）	出院人次	次均费用	备注
2023 年度	2,294,168,283.00	272440	8,420.82	
2024 年度	2,261,657,965.00	278304	8,126.57	

D2 可持续发展（满分 10 分，得分 8.83 分）

D201 基金收支平衡（满分 4 分，得分 4 分）

该指标考核基金收支平衡情况，反映项目资金收支可持续性。当年度基金收支平衡，无赤字得 2 分；截至 2024 年底基金历年滚存结余可支付月数超过 6 个月得 2 分；符合则按照各项分值得分，不符合不得分。

2024 年度城乡居民医保保险基金收入总额 1,631,371,723.71 元，支出总额 1,623,668,372.11 元，本年度收支结余 7,703,351.60 元，无赤字；截至 2024 年年末滚存结余 848,194,033.76 元，2024 年度月均支出 135,305,697.68 元，历年滚存结余可支付月数为 6.3 月。根据评分标准，该指标得 4 分。

D202 宣传引导（满分 3 分，得分 1.83 分）

该指标考核城乡居民对保险缴费、报销比例等医疗保险政策的知晓程度，反映项目宣传引导的有效性。根据城乡居民满意度

调查问卷问题“您对城乡居民基本医疗保险政策的了解程度”的结果统计，城乡居民对城乡居民医疗保险政策的知晓率 $\geq 90\%$ 得3分，每降低1%，扣0.2分，扣完为止。

本次评价面向城乡居民随机发放调查问卷共440份，收回有效调查问卷390份，经统计分析汇总，居民对城乡居民医疗保险政策的知晓率为84.15%。根据评分标准，该指标扣1.17分，实际得分1.83分。

表 13：城乡居民医疗保险政策了解程度统计表

了解程度	数量	满意度权重	得分
非常了解	145	1	145
基本了解	196	0.8	156.8
了解较少	44	0.6	26.4
完全不了解	5	0	0
合 计	390		328.2
知晓率计算	84.15% (328.2/390*100%)		

D203 信息化建设（满分 3 分，得分 3 分）

该指标考核城乡居民医疗保险经办服务信息化提升水平，用以反映经办服务信息化建设方面对居民医疗保险可持续发展的保障程度。积极推行线上“家庭账户共济”，开展职工医保个人账户支付参保人员近亲属参加居民医保的个人缴费得2分；线上信息化能够实现“一网通办”，线下能够实现“一厅联办”“一站式”服务得1分。符合则按照各项分值得分，不符合不得分。

通过查看城乡居民医疗保险相关财务资料，2024 年度城乡居民医疗保险推行线上“家庭账户共济”，实现了职工医保个人

账户支付参保人员近亲属城乡居民医疗保险；城乡居民医疗保险的缴纳可以通过微信、支付宝、社保合作银行公众号等渠道实现网上缴费，医疗保险待遇的享受以实时报销为主，2024年度在全省范围内开通省内异地住院费用线上手工报销结算服务，参保人员或代办人员可通过“山西医保”公众号或“国家医保服务平台”APP地方专区填报个人信息（住院发票、诊断建议书、出院证、代办人信息及委托书等）在线申请医疗费用手工报销，优化和规范了住院医疗费用线上手工报销结算服务，深化了“高效办成一件事”服务质效。根据评分标准，该指标得3分。

D3 满意度（满分10分，得分6.07分）

D301 参保居民满意度（满分6分，得分3.65分）

该指标考核参保居民对政策执行、费用报销、流程简化等方面的满意度。按问卷调查结果统计的满意度综合得分，非常满意得6分，满意4分，一般及不满意不得分，加权计算最终得分。

我们对城乡居民进行了有关医保目录、报销范围、报销流程、定点医疗机构设备、人员服务等方面的满意度调查，共收回调查问卷440份，其中有效调查问卷390份。综合满意度分析汇总，30.26%的参保人员表示非常满意，45.9%的参保人员表示满意，20.51%的参保人员表示一般，3.33%的参保人员表示不满意。根据评分标准，该指标得3.65分。

D302 定点医疗机构满意度（满分4分，得分2.42分）

该指标考核定点医疗机构对医保结算系统运行、材料审核、流程简化等方面的满意度。按问卷调查结果统计的满意度综合得

分，非常满意得 4 分，满意得 2 分，一般及不满意不得分。

我们对定点医疗机构进行了有关医保结算系统运行稳定性、医保报销材料审核流程、药品供给等方面的满意度调查，共收回调查问卷 516 份。综合满意度分析汇总，37.02%的医疗机构表示非常满意，46.71%的医疗机构表示满意，15.12%的医疗机构表示一般，1.16%的医疗机构表示不满意。根据评分标准，该指标得 2.42 分。

四、主要经验及做法

（一）建立多部门协作机制，筑牢困难群体医疗保障底线

各县（市、区）医保局与当地民政、残联、乡村振兴等部门建立了困难群体动态监测信息共享机制。由相关部门按月向医保部门报送动态更新的困难群体名单，重点核查农村低收入人口、脱贫人口等对象的基本医保参保状态及资助政策落实情况。通过精准比对参保信息（逐一排查、动态管理、系统数据回传确认等方式），将参保缴费任务压实至各镇（办）。针对参保缴费过程中出现的问题，及时协调处置，确保困难群体应保尽保、资助应享尽享，切实兜牢基本医疗保障底线。

（二）居民医保缴费渠道扩容，家庭共济便民升级

城乡居民基本医疗保险参保人可在集中缴费期内，通过微信、支付宝、社保合作银行公众号、指定的当地社保小程序、社保合作银行APP等多元化渠道便捷缴费。2024 年度，在延续上述渠道服务的基础上，新增线上“家庭账户共济”功能，支持职工医保参保人使用个人账户余额为其近亲属缴纳居民医保个人缴

费部分。同时，线上线下服务协同升级，提供“一网通办”“一厅联办”“一站式”等高效服务模式，进一步拓展服务维度，为参保人提供更加便利、多元化的缴费服务体验。

（三）深化按病组（DRG）付费改革，有效减轻就医负担

2024 年，晋城市医保局持续深化DRG支付方式改革，初见成效。全市 22 家DRG实际付费医疗机构初步实现“三降一升”：次均费用由 8903.72 元降至 7946.41 元，降幅 10.75%；个人负担费用由 3174.2 元降至 2859.71 元，降幅 9.91%；平均住院日由 9.5 天缩短至 8.9 天，降幅 6.32%；同时，病例组合指数（CMI）由 1.02 提升至 1.03，增幅 0.98%。市人民医院扎实推进改革，其报送的典型案例成功入选国家医保局《医保支付方式改革典型案例名单》（全国共 60 篇），成为山西省唯一入选的医疗机构。

五、存在的问题及原因分析

（一）2024 年度城乡居民基本医疗保险参保目标未完成

根据《晋城市医疗保障局 国家税务总局晋城市税务局〈关于做好 2024 年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作〉的通知》（晋市医保发〔2023〕10 号），2024 年度全市城乡居民医保参保目标人数设定为 1583685 人。实际参保人数为 1506822 人，较目标减少 76863 人，参保任务完成率为 95.15%，未完成年度既定目标。通过与市医保局工作人员沟通了解，主要原因为：年度参保目标制定基数偏高，在制定时未能充分考虑我市大学生外出求学异地参保、人员赴外地工作异地参保，以及城乡居民医保参

保人员转为职工医保等因素；同时也存在因个人缴费标准提高，导致小部分应参保人员未参保。

（二）服务协议签订滞后，存在管理空白期

经核查，医保局与定点医疗机构签订 2024 年度服务协议约定的有效期自 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。但协议实际签订时间晚于有效期起始日 3 至 6 个月，致使 2024 年 1 月 1 日至实际签订日期间形成协议管理空白期。在此空白期内，定点医疗机构的服务行为、费用申报审核及医保基金拨付等关键环节均缺乏有效的当期协议依据。这一现象反映出服务协议签订流程存在时效性缺陷，未能实现协议期限与自然年度的有效衔接。

（三）绩效考核流于形式，保证金机制存在失效风险

依据晋城市医疗保障定点医疗机构服务协议约定，医保局每月按应付金额的 90% 向定点医疗机构拨付医保费用，剩余 10% 留作履约保证金，于年度清算时依据考核办法及结果予以返还；具体返还标准为：考核得分 90 分及以上者全额返还，80 分至 89.99 分按 90% 返还，70 分至 79.99 分按 70% 返还，65 分至 69.99 分按 50% 返还，不满 65 分则不予返还保证金并同步解除服务协议。

经抽查定点医疗机构绩效评价标准赋分表及相关资料发现，绩效考核工作流于形式，存在评分依据不足、全覆盖检查发现的问题绩效评价时未按标准扣分、医疗集团覆盖面广时评价标准不清晰且缺乏针对性，以及个别得分汇总计算错误等问题。例如：沁水县医疗保障局定点医疗机构全覆盖违规费用退

还告知书（编号 2024 第 484 号）载明沁水县武安创伤医院存在进销存不符的现象，但沁水县武安创伤医院绩效评分表中“是否按规定建立药品进、销、存账目，做到票账相符、账账相符、账实相符”得分为满分 3 分，全覆盖检查发现的问题绩效评价时未按标准扣分，致使考核结果难以真实反映定点医疗机构的实际服务水平和履约情况；沁水县人民医院绩效评价赋分表数据显示，共有 5 个扣分事项，合计扣 7 分，实际得分应为 93 分，沁水县医保局最终统计得分为 94 分，得分汇总计算错误。考核工作的失准与失效，不仅弱化了对定点医疗机构的约束与激励效能，更对医保基金的安全高效运行及制度的长期可持续发展构成潜在风险。

（四）医保基金监管力度不足，处罚机制落实未达预期

当前医保基金内部监管主要从事前监管（智能系统提醒）、事中抽查（线上线下）、事后检查（自查自纠、全覆盖检查、飞行检查、大数据筛查等专项行动）三方面进行。据实地调研发现，当前各县（市、区）医保机构的监管仍以协议管理为主，针对违规的定点医疗机构及药店，主要采取追回违规资金、加收违约金等措施，情节严重者则启动行政执法。然而，历次检查结果表明，定点医疗机构屡禁不止的现象依然存在，具体表现如：晋城市城区医保局在 2024 年 5 月 24 日至 6 月 17 日对辖区内定点医疗机构 2023 年 1 月—2024 年 4 月执业情况进行检查时发现晋城半边天妇科医院存在串换收费，晋城朝阳医院存在串换收费、进销存不符，晋城骨伤专科医院存在串换收费、超标准收费等问题。2024

年9月13日至2024年10月18日，晋城市城区医保局专项整治抽查复查时上述医院的同类问题依然存在。

这种屡禁不止的现象反映出当前医保基金监管力度和处罚举措存在明显不足。协议管理的约束效力有限，追回违规资金和加收违约金等措施对于部分医疗机构而言，可能并未形成足够的威慑力，违规成本相对较低，导致其认为即使被查出违规，所付出的代价仍在可承受范围内，从而继续铤而走险。长此以往，不仅会损害医保基金的安全和稳定，也会影响广大参保群众的切身利益，降低医保制度的公信力。

（五）政策解读宣传不充分，参保扩面难度较大

2024年，城乡居民医疗保险个人缴费标准较2023年提高30元，达到每人每年380元；财政补助标准不低于每人每年670元。调查反映，部分群众对政策细节，特别是政府补助金额缺乏清晰认知，整体医保认知度不高，往往只关注保费连年上涨的现象，这一问题在本次满意度调查中尤为突出。同时，随着医疗保障水平持续提升和医疗费用逐年上涨，城乡居民医保缴费标准的逐年上调已成趋势。日益凸显的“选择性参保”问题，给基本医保扩大参保覆盖面工作带来了严峻挑战。因此，当前亟须加大城乡居民医保政策宣传力度，以增进公众理解，缓解参保筹资压力。

六、改进建议及评价结果应用建议

（一）完善参保目标动态调整机制

建议市医保局协同教育、人社等相关部门，逐步建立覆盖大

学生外出求学及务工人员异地参保情况的数据统计与共享机制。具体可通过与教育部门共建数据平台，按季度动态归集更新外出求学学生的学籍与异地参保信息，为次年制定参保目标时直接核减该类人群基数提供精准依据；同时，综合参考本地常住人口流出率（如跨省务工比例）、职工医保新增参保量等反映人口流动和保障转换的关键指标，在年度参保目标设定中预设 3%~5% 的弹性核减区间。更及时、全面的动态调整数据，可以从源头上解决因信息滞后造成的参保目标设定虚高问题，使任务指标更贴合本地实际参保潜力。

（二）健全协议签署机制，实现医保监管全年无缝衔接

建议推行“框架协议先行签约+动态附件补充”模式，以彻底消除协议管理的空白期。例如：每年 12 月底前完成下一年度《基础服务框架协议》的签署工作，该框架协议应明确涵盖通用义务、违约处理原则及基金拨付流程等核心监管条款，并约定自次年 1 月 1 日起自动生效，确保全年基础监管有据可依。同时，建立动态增补机制：针对支付标准、药品目录等需随政策调整的内容，在相关政策确定后，补充签订《协议补充附件》。通过“固定框架条款”加“动态实施细则”分离的模式，既能实现全年监管的无缝覆盖，又能有效规避政策制定过程中的法律不确定性风险。

（三）优化医保考核机制，构建长效监管体系

针对医保绩效考核流于形式及监管处罚威慑不足的问题，建议采取以下综合措施：一是升级考核机制，将飞行检查、全覆盖

检查发现的违规行为直接转化为量化扣分项，建立违规行为与扣分标准对应清单，并开发数字化考核平台，自动整合智能审核预警、患者投诉率等客观数据，减少主观评分偏差。二是硬化结果应用与监管处罚，除按考核得分梯度返还保证金外，对多次违规或情节严重的机构依法依规从重处罚，如暂停医保结算、降低医保信用等级直至取消定点资格；同时，建立长效监督机制，加强对考核过程及处罚执行情况的监督，确保各项措施有效落实，防止监管漏洞。

（四）加大医保政策宣传力度，提高民众参保意识

建议各县（市、区）医疗保障局加强城乡居民保险政策的宣传和普及力度，进一步优化宣传方式和措施。不仅要通过发放宣传资料、制作宣传专栏、网络媒体宣传、发放宣传海报等方式进行大力宣传，而且针对知识文化水平较低的群众还要采取入户宣传等方式加大医保政策宣传力度，通过大力宣传和普及医疗保险的概念，宣传国家补贴政策，要让群众认识到城乡居民医疗保险的运行机制以及缴纳保险的必要性，强化参保动员宣传，注重收集参保典型案例，用“身边的事”警示“身边的人”，争取群众的支持、理解及拥护。

（五）评价结果应用

将此次绩效评价结果作为同类项目 2026 年度财政资金分配的重要依据。被评价部门（单位）按照《晋城市财政局关于印发〈市级预算支出绩效评价结果应用管理办法〉的通知》，自收到绩效评价结果反馈意见 30 日内，根据绩效评价结果及整改要求，

制定整改措施，抓好整改落实，按要求向市财政局和主管部门报送落实情况。

附件：城乡居民基本医疗保险基金项目绩效评价指标体系

晋城市财政局

2025 年 8 月 20 日

信息公开选项：主动公开

晋城市财政局办公室

2025 年 8 月 20 日印发

城乡居民基本医疗保险基金项目绩效评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
决策 (10分)	项目立项	立项依据充分性	2	该指标主要考核城乡居民基本医疗保险基金项目立项是否符合法律法规及政策规定、是否与部门职责相符，用以反映项目立项依据情况。	①项目立项是否符合国家法律法规和相关政策，并与部门职责相符（1分）； ②基金收入和支出项目的设立是否符合法律法规及政策规定（1分）。 符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	城乡居民医疗保险是一项由政府组织实施，以个人缴费与财政补助相结合的方式筹资，为城乡居民提供基本医疗保障的一项重要民生保障政策，实行市级统筹，市、县（市、区）两级经办。城乡居民医疗保险项目与晋城市医疗保障局部门职责相符。根据评分标准，该指标得2分。	2
	绩效目标	绩效目标合理性	2	该指标主要考核项目是否设定了绩效目标、绩效目标与项目的相关性、预期产出效益是否符合正常业绩水平、是否与预算确定资金量相匹配，用以反映项目绩效目标与项目实施的相符情况。	①项目是否有绩效目标（0.5分）； ②项目绩效目标与实际工作内容是否具有相关性（0.5分）； ③预期产出效益是否符合正常业绩水平（0.5分）； ④项目绩效目标是否与预算确定资金量相匹配（0.5分）。 如未设定预算绩效目标，该指标整体不得分。符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	项目设立的绩效目标主要包括确保医疗保险待遇按时足额发放，保障参保居民的基本医疗需求，稳定住院待遇，稳步提高门诊待遇，提高医疗保障水平，巩固参保率；加强基金管理，提高基金使用效益，控制医疗费用不合理增长，确保基金安全，实现基金收支平衡，略有结余。项目绩效目标与实际工作内容相关，符合正常业绩水平，并与预算确定的资金量相匹配。根据评分标准，该指标得2分。	2

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
决策 (10分)	绩效 目标	绩效 指标 明确 性	2	该指标主要考核依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等，用以反映项目绩效目标的明细化情况。	①是否将绩效目标细化分解为具体绩效指标且绩效指标与目标紧密相关（1分）； ②绩效指标是否通过清晰、可衡量的指标值予以体现（1分）。符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	晋城市医保局将设立的绩效目标细化分解为数量指标、质量指标、效益指标，并通过参保人数、医保综合参保率、参保居民个人缴费标准、各级财政补助标准、收入预算完成率等具体、可衡量的指标值予以体现。根据评分标准，该指标得2分。	2
	资金 投入	预算 编制 科学 性	2	该指标主要考核项目预算编制是否细化量化、预算内容与项目实际执行是否匹配，用以反映项目预算编制的科学性、合理性情况。	①预算编制是否按基金收入支出项目细化、量化（1分）； ②预算收支项目是否与城乡居民基本医疗保险具体收支内容相匹配（1分）。符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	通过查看2024年居民基本医疗保险基金收支计划表及其总表，城乡居民基本医疗保险基金预算按收入支出项目进行了细化、量化，预算收支项目与城乡居民基本医疗保险具体收支内容相匹配。根据评分标准，该指标得2分。	2
		资金 分配 合理 性	2	该指标主要考核项目预算资金分配是否有测算依据，是否与城乡居民基本医疗保险运行趋势相适应，用以反映项目预算资金分配的科学性、合理性情况。	①预算基金收入支出测算依据是否充分（1分）； ②资金分配额度是否合理，是否与城乡居民基本医疗保险基金运行趋势相符（1分）。符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	通过查看2023年居民基本医疗保险参保人数预计执行数测算表、2023年居民基本医疗保险住院和门诊有关指标预计执行数测算表、2024年居民基本医疗保险收入计划参数表等相关资料，城乡居民基本医疗保险基金的收支测算主要基于历史数据并进行了适当调整，测算基础总体可靠。但测算过程未能充分考虑我市近年来的人员变动趋势，包括大学生外出求学异地参保、人员赴外地工作异地参保，以及困难人群减少导致需资助参保人员逐年递减等情况，影响了资金分配的合理性。根据评分标准，该指标扣1分，实际得分1分。	1

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
过程 (20分)	资金管理	个人缴费收入预算执行率	2	该指标考核城乡居民基本医疗保险个人缴费实际收入与预算收入的比率，用以反映城乡居民基本医疗保险个人缴费收入预算执行情况。	个人缴费收入预算执行率=(个人缴费实际收入/个人缴费预算收入)×100%。 预算执行率≤50%或>150%，得0分；150%≥预算执行率≥100%，得2分；100%>预算执行率>50%，得分=[(预算执行率-50%)/(100%-50%)]*2分。	2024年度城乡居民基本医疗保险基金个人缴费预算收入606,948,748.00元，实际收入578,577,770.00元，预算执行率为95.33%。根据评分标准，该指标扣0.19分，实际得分1.81分。	1.81
		困难群众资助资金预算执行率	2	该指标主要考核符合城乡居民基本医疗保险困难群众参保资助条件对象的实际收入与预算收入的比率，用以反映困难群众资助资金预算执行情况。	困难群众资助资金预算执行率=(实际到位收入资金/预算收入)*100%。 预算执行率≤50%或>100%，得0分；预算执行率>50%，得分=[(预算执行率-50%)/(100%-50%)]*2分。	2024年度城乡居民基本医疗保险基金困难群众资助资金预算金额25,285,425.00元，实际资助金额为19,985,530.00元，预算执行率为79.04%。根据评分标准，该指标扣0.84分，实际得分1.16分。	1.16

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
过程 (20分)	资金管理	各级 财政 补助 资金 到位 率	3	该指标考核各级财政实际到位补助资金与预算资金的比率,用以反映资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	资金到位率=(实际到位补助资金/预算资金)*100%。 ①中央补助资金到位率为100%(1分);95%≤到位率<100%(0.5分);到位率<95%不得分; ②省级补助资金到位率为100%(1分);95%≤到位率<100%(1分);到位率<95%不得分; ③市级财政补助资金到位率为100%(1分);95%≤到位率<100%(1分);到位率<95%不得分。	根据中央、省及、市级补助资金下达文件及补助资金到位凭证,补助资金预算86729万元,实际到位86729万元,各级补助资金到位率均达到100%。根据评分标准,该指标得3分。	3
		资金 使用 合规 性	3	该指标考核项目资金使用是否符合相关政策文件规定,用以反映项目资金的规范运行情况。	①城乡居民医疗保险基金是否纳入财政专户管理,实行收支两条线管理(1分); ②基金的支付是否有完善的审批程序和手续(1分); ③是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(1分)。 符合则按照各项分值得分,不符合不得分。	经核查相关财务资料,城乡居民医疗保险实行收支两条线管理,分别设立收入账户和支出账户。收入账户资金按月归集并上缴至财政专户,支出所需资金由财政专户下拨至支出账户。资金支付审批手续完备,未发现截留、挤占、挪用或虚列支出等情形。依据评分标准,该项指标得满分3分。	3

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
过程 (20分)	组织实施	全面建立统一的城乡居民医保制度	2	该指标考核是否按照中央、省有关规定推进城乡居民医疗保险省级统筹方案，用以反映城乡居民医疗保险“六统一”的建设情况。	①城乡居民基本医疗保险是否做到统一参保范围、统一待遇标准、统一基金预算管理、统一基金调剂管理（1分）； ②城乡居民基本医疗保险是否做到统一信息系统、统一经办服务（1分）。 符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	依据《晋城市人民政府办公厅〈关于印发晋城市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）〉的通知》（晋市政办〔2017〕32号）、《山西省医疗保障局 山西省财政厅 山西省卫生健康委员会〈关于进一步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策〉的通知》（晋医保发〔2023〕16号）等政策文件，并结合城乡居民医疗保险预决算情况表及基金支出明细账核查，晋城市城乡居民基本医疗保险实现了全市范围内统一参保范围、统一待遇标准、统一基金预算管理、统一基金调剂管理。同时，参保登记与待遇结算业务已全面依托山西省医疗保障信息平台按规范流程办理，实现了统一信息系统和统一经办服务。依据评分标准，该项指标得2分。	2
		定点医疗机构管理规范	2	该指标考核医疗保障经办机构是否按照相关规定与定点医疗机构签订合同、进行费用审核、稽核检查、绩效考核等，用以反映对定点医疗机构管理的规范性	①是否按照相关规定与定点医疗机构签订服务协议，签订的服务协议是否要素齐全、权利义务明确（1分）； ②是否按规定对定点医疗机构提供的结算费用进行审核、稽核检查、绩效考核（1分）。 符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	通过抽查晋城市医疗保障定点医疗机构服务协议，协议要素齐全、双方权利义务明确，但存在协议签订时间滞后的情况。通过查看晋城市基本医疗保险定点医疗机构月度支付单、全覆盖式现场检查定点医疗机构医保违法违规行为处理决定，定点医疗机构绩效评价表等相关资料，市（县、区）医保局对定点医疗机构按规定进行了稽核检查、绩效考核。根据评分标准，该指标扣1分，实际得分1分。	1

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
过程 (20分)	组织 实施	财务 核算 规范 性	2	该指标考核城乡居民基本医疗保险财务核算是否符合相关的制度规定，用以反映财务核算的规范性。	①城乡居民基本医疗保险是否分账核算，是否按照规定设置收入、支出明细科目并按规定进行账务处理（1分）； ②是否按月与财政部门国库管理机构、医疗机构进行对账，并留有对账记（1分）。 符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	经核查会计凭证、财务报表等相关财务资料，城乡居民医疗保险基金严格遵循《社会保险基金会计制度》要求，实行单独建账、独立核算。按规定设置了收入户存款、财政专户存款、支出户存款、暂收款等会计科目，并依据业务流程进行规范账务处理。对于税务部门代征的基金收入，按月依据与财政局国库科确认的对账明细表进行账务处理。同时，依托山西省医疗保障信息平台，实现了医保经办机构与定点医疗机构的实时对账。根据评分标准，该指标得2分。	2
		监管 有效 性	2	该指标主要考核医保部门是否建立医保基金监管机制，按要求开展全覆盖式医保基金监督检查情况，用以反映对城乡居民基本医疗保险基金使用的监管有效性。	①是否建立有医保基金监督管理机制，并按要求开展监督检查（1分）； ②是否按规定对定点医疗机构开展绩效评价，并将结果与质保金支付挂钩（1分）。 符合则按照各项分值得分，不符合不得分。	医保局已建立医保基金监督管理机制并按要求开展了监督检查。按照晋城市医疗保险事务中心《关于印发2024年度基本医疗保险定点医药机构、长期护理保险定点机构和医保驿站绩效评价指标的通知》，医保经办机构按规定对定点医疗机构开展了绩效评价工作。然而，对定点医疗机构绩效评价标准赋分表的核查显示，绩效评价工作趋于形式化，存在评分依据不足、全覆盖检查发现的问题未在绩效评价中扣分、个别得分汇总计算错误等现象。根据评分标准，该指标扣1分，实际得分1分。	1

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
过程 (20分)	组织实施	项目自评规范性	2	该指标考核医保部门是否按要求进行自我评价,用以反映项目单位的自评情况。	①是否按要求开展绩效自评工作(1分); ②绩效自评报告是否完整,数据是否全面、真实、准确,反映的问题是否具体,意见是否可行(1分)。 符合则按照各项分值得分,不符合不得分。	通过查看晋城市2024年城乡居民基本医疗保险基金绩效自评报告及绩效自评表,晋城市医疗保障局对2024年城乡居民基本医疗保险基金开展了绩效自评,绩效自评报告完整,数据全面,但部分指标评分缺乏客观性,如参保人数年度指标值为 ≥ 2119300 人,全年完成值为1494014人,指标评价得分达到满分5分,但得分依据不够充分。根据评分标准,该指标扣1分,实际得分1分。	1
产出 (35分)	产出数量	城乡居民基本医疗保险参保人数	4	该指标考核城乡居民基本医疗保险参保人数是否达到2024年参保目标,用以反映城乡居民基本医疗保险的参保情况。	晋城市医疗保障局 国家税务总局晋城市税务局《关于做好2024年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作的通知》,2024年度全市城乡居民医保参保任务目标为158.36万人。2024年参保人数 ≥ 158.36 万人,得4分;每降低1%,扣0.5分,扣完为止。	通过查看2024年度城乡居民基本医疗保险参保人员情况表及晋城市2024年国民经济和社会发展统计公报等相关资料,2024年度城乡居民基本医疗保险参保人数为150.68万人,较目标值减少7.68万人,降低4.85%。根据评分标准,该指标得1.57分。	1.57
		农村低收入人口和特困人口参保率	3	该指标考核农村低收入人口和特困人口参保率情况,用以反映巩固医保脱贫攻坚的效果。	农村低收入人口和特困人口参保率=实际参保人数/应参保人数*100%。 农村低收入人口和特困人口参保率 $\geq 99\%$,得3分,每降低1%,扣0.5分,扣完为止。	对于低收入人群、特困人群及因病致贫人群,民政局、残联及乡村振兴等相关部门会定期向医保局推送人员信息,以落实医疗帮扶政策。通过查看晋城市城区医保局、沁水县医保局的动态调整台账,比对发现符合帮扶政策的农村低收入人口和特困人口做到了动态清零,应保尽保。根据评分标准,该指标得3分。	3

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
产出 (35分)	产出数量	政策覆盖率	3	该指标考核实际参保人数占应参保人数的比例情况，用以反映城乡居民基本医疗保险应保尽保情况。	政策覆盖率=实际参保人数/参保范围内应参加城乡居民基本医疗保险的人口数量*100%。 政策覆盖率≥95%，得3分，每降低1%，扣0.5分，扣完为止。	通过查看晋城市2024年国民经济和社会发展统计公报等相关资料，2024年年末全市常住人口为215.76万人，参加基本医疗保险人数为205.9万人，其中，参加职工基本医疗保险55.22万人，参加城乡居民基本医疗保险150.68万人，基本医疗保险参保率为95.43%。根据评分标准，该指标得3分。	3
	产出质量	参保对象合规性	3	该指标考核是否存在参保人数重复、虚报等情况，用以反映参保对象合规情况。	①不存在重复参保人数，得1.5分，每发现1例扣0.2分，扣完为止； ②不存在多报、虚报参保人数，得1.5分，每发现1例扣0.2分，扣完为止。	通过查看城区医保局相关资料，城乡居民医疗保险缴费过程中存在因两渠道缴费、两地重复缴费、特殊人员个人缴费等不同原因造成重复参保退费的情况，抽查发现城区医保局因两渠道缴费重复参保41人，两地重复缴费参保26人，未发现多报、虚报参保人数的情況。根据评分标准，该指标扣1.5分，实际得分1.5分。	1.50
		财政补贴达标率	2	该指标考核各级财政补贴达到政策规定标准的情况，用以反映财政补贴对城乡居民医疗保险的保障程度。	2024年城乡居民基本医疗保险人均财政补助标准达到670元得2分，否则不得分。	通过查看中央、省、市补助资金到位凭证及县（市、区）配套资金到位凭证，城乡居民医疗保险各级财政补助资金均按规定时间及标准到位，可享受补助的人员财政补助标准达到670元/人。根据评分标准，该指标得2分。	2

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
产出 (35分)	产出 质量	门诊 医疗 待遇 合规 性	5	该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实门诊医疗待遇，用以反映基金支出的合规情况。	①参加城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的“两病”患者，用药报销比例是否按规定标准执行（2分）； ②参加城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的“两病”患者年度限额是否符合标准（1分） ③普通门诊统筹报销比例是否按照规定执行（1分）； ④普通门诊统筹年度支付限额是否按照规定执行（2分）。 通过抽样进行核实，样本量每发现1%不符合规定，扣0.5分，扣完为止。	门诊医疗待遇（含用药报销比例、年度支付限额等）均通过山西省医疗保障信息平台进行核算。系统已预设相关政策规则，自动完成待遇计算，确保结果准确可靠。经抽查晋城市城乡居民医疗保险门诊费用结算单，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得5分。	5
		住院 医疗 待遇 合规 性	4	该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实住院医疗待遇，用以反映基金支出的合规情况。	参加城乡居民基本医疗保险住院医保待遇起付线、报销比例、年度限额是否符合政策规定（4分）。 通过抽样进行核实，样本量每发现1%不符合规定，扣0.5分，扣完为止。	住院医疗待遇（含起付线、报销比例、年度限额等）均通过山西省医疗保障信息平台进行核算，系统已预设相关政策规则，自动完成待遇计算，确保结果准确可靠。通过抽查山西省医疗保险住院费用结算单，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得4分。	4

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
产出 (35分)	产出 质量	生育 分娩 医疗 待遇 合规 性	3	该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实生育医疗待遇，用以反映基金支出的合规情况。	①住院分娩是否按照自然分娩1500元，剖腹产3000元标准进行报销（2分）； ②生育多胞胎的，每增加1胎是否按规定增加报销金额（1分）。 通过抽样进行核实，样本量每发现1%不符合规定，扣0.5分，扣完为止。	自然分娩的统筹基金支付1500元，剖腹产的统筹基金支付3000元。生育多胞胎的，在上述标准基础上每增加1胎统筹基金多支付300元。通过抽查山西省医疗保险住院费用结算单出院诊断为经选择性剖宫产的分娩，基本医保基金支付金额为3000元；出院诊断为单胎顺产，基本医保基金支付金额为1500元；出院诊断为双胎顺产，基本医保基金支付金额为1800元，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得3分。	3
		大病 保险 待遇 合规 性	3	该指标考核各县（市、区）医保机构是否按政策规定落实大病保险待遇，用以反映基金支出的合规情况。	①大病待遇的筹资标准是否符合政策规定（1分）； ②大病保险住院医保待遇支付比例、二次补偿、年度限额是否符合政策规定（2分）。 通过抽样进行核实，样本量每发现1%不符合规定，扣0.5分，扣完为止。	大病保险资金按照125元/人/年的标准，从城乡居民医保基金全额划出，筹资标准符合政策规定。大病保险住院医保待遇支付比例、年度限额等均通过山西省医疗保障信息平台进行核算，系统已预设相关政策规则，自动完成待遇计算，确保结果准确可靠。通过查看城乡居民大病保险赔案计算书及保险公司城乡居民大病保险审核单，未发现结算结果不符合政策规定的情况。根据评分标准，该指标得3分。	3

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
产出 (35分)	产出时效	结算及时性	5	该指标考核各县（市、区）医保机构是否按照规定及时报销参保人医疗待遇，是否及时结算 定点医疗机构医疗费用，用以反映基金报销的及时情况。	①各县（市、区）是否按照规定及时报销参保人医疗待遇，即就医即时结（1分）； ②各县（市、区）是否按照规定及时结算定点医疗机构医疗费用，及时结算（4分）。 通过抽样进行核实，样本量每发现1%不符合规定，扣0.5分，扣完为止。	2024年城乡居民医疗保险以实时结算（直接结算）为主，特定情况下也支持出院后手工报销（零星报销）。省内定点医疗机构住院均支持直接结算，医生下达出院医嘱后，通过医院窗口或手机端（如“健康山西”APP）点击“结算”，系统自动计算医保报销金额，补缴或退还差额后即可离院；跨省异地就医备案后在省外联网定点医院可直接结算。特定情况下（系统故障、现金垫付等）无法直接结算的，需出院后申请报销。通过抽查山西省医疗保险费用手工结算核准拨付通知，手工报销的在20个工作日内报销完毕。对于定点医疗机构医疗费用的结算按照定点医疗机构服务协议约定及时进行结算。根据评分标准，该指标得5分。	5
效益 (35分)	社会效益	参保人政策范围内住院费用报销比例	5	该指标考核和反映参保人员医保政策范围内住院费用报销情况以及政策覆盖面的扩大情况。	①参保人政策范围内住院费用报销比例≥70%，得3分，每降低1%，扣0.5分，扣完为止； ②2024年医保目录用药范围较2023年有所扩大得2分，否则不得分。	2024年度住院医疗待遇中，统筹基金支付比例按医疗机构等级设定：二级乙等及以下医疗机构为85%；三级乙等及二级甲等医疗机构的省、市级支付比例为70%、县级为75%；三级甲等医疗机构的省、市级支付比例为55%、县级为60%，政策范围内基金支付比例平均达70%。同时，2024年医保药品目录较2023年新增91种药品，目录内药品总数增至3159种（西药1765种、中成药1394种），显著提升了肿瘤、慢性病、罕见病及儿童用药等关键领域的保障水平。根据评分标准，该指标得5分。	5

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
效益 (35分)	社会 效益	困难 群体 省内 住院 合规 综合 报销 比例	5	该指标考核反映农村低收入人口等困难群体省内住院合规综合报销情况，用以防范因病致贫返贫风险。	①是否完善参保动态监测、高额费用负担患者预警、部门间信息共享、风险协同处置等工作机制。（2分）； ②困难群体省内住院合规综合报销比例平均≥80%（3分），否则不得分。	各县（市、区）医保局与当地民政、残联、乡村振兴等部门建立了困难群体动态监测信息共享机制。每月由相关部门向医保局推送动态更新的救助对象名单，确保信息实时共享。符合医疗救助条件的困难群体通过山西省医疗保障信息平台结算医疗费用时，系统依据预设的政策规则，在基本医保支付基础上，自动完成医疗救助基金的待遇计算与结算，确保其省内住院合规费用综合报销比例平均达到80%。根据评分标准，该项指标得5分。	5
		基层 诊疗 比例 提高 情况	3	该指标考核2024年度基层诊疗比例提高情况，用以反映引导参保群众基层就医，提升待遇可及性和待遇享受便捷性。	2024年度基层诊疗比例≥2023年年度基层诊疗比例得3分，否则不得分。 基层诊疗比例=县域内门急诊人次总数/全市参保人门急诊人次*100%	根据山西省医疗保障信息平台数据(含县域内门急诊人次汇总及全市参保人门急诊人次)计算，2023年度基层诊疗比例为70.91%，2024年度降至65.47%，同比下降5.44%。依据评分标准，该项指标得0分。	0

一级指标	二级指标	三级指标	分值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
效益 (35分)	社会效益	医药费增速	2	该指标考核控制医药费不合理增长效果,用以反映医保对医药服务领域的激励约束作用。	医药费用增速=(本年度医药费用-上年度医药费用)/上年度医药费用 x100%,由于数据可得性受限,医药费用暂用次均住院费用/出院人次(2分)。依据管理要求结合实际情况, -5%≤医药费用增速≤5%,得满分; 5%以上及-5%以下每高出(降低)1%扣0.5分,扣完为止。	通过查看2023年及2024年城乡居民基本医疗保险医疗费用支出情况表,2023年次均住院费用为8,420.82元,2024年次均住院费用为8,126.57元,医药费增速为-3.49%。根据评分标准,该指标得2分。	2
	可持续发展	基金收支平衡	4	该指标考核基金收支平衡情况,反映项目资金收支可持续性。	①当年度基金收支是否平衡,无赤字(2分); ②截至2024年底基金历年滚存结余可支付月数是否超过6个月(2分)。 符合则按照各项分值得分,不符合不得分。	2024年度城乡居民医保保险基金收入总额1,631,371,723.71元,支出总额1,623,668,372.11元,本年度收支结余7,703,351.60元,无赤字;截至2024年年末滚存结余848,194,033.76元,2024年度月均支出135,305,697.68元,历年滚存结余可支付月数为6.3月。根据评分标准,该指标得4分。	4
		宣传引导	3	该指标考核城乡居民对保险缴费、报销比例等医疗保险政策的知晓程度,反映项目宣传引导的有效性。	根据城乡居民满意度调查问卷问题“您对城乡居民基本医疗保险政策的了解程度”的结果统计,城乡居民对城乡居民医疗保险政策的知晓率≥90%得3分,每降低1%,扣0.2分,扣完为止。	本次评价面向城乡居民随机发放调查问卷共440份,收回有效调查问卷390份,经统计分析汇总,居民对城乡居民医疗保险政策的知晓率为84.15%。根据评分标准,该指标扣1.17分,实际得分1.83分。	1.83

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
效益 (35分)	可持续发展	信息化建设	3	该指标考核城乡居民基本医疗保险经办服务信息化提升水平,用以反映经办服务信息化建设方面对居民医疗保险可持续发展的保障程度。	①是否积极推行线上“家庭账户共济”,开展职工医保个人账户支付参保人员近亲属参加居民医保的个人缴费(2分); ②线上信息化是否能够实现“一网通办”,线下是否能够实现“一厅联办”“一站式”服务(1分)。 符合则按照各项分值得分,不符合不得分。	通过查看城乡居民医疗保险相关财务资料,2024年度城乡居民医疗保险推行线上“家庭账户共济”,实现了职工医保个人账户支付参保人员近亲属城乡居民医疗保险;城乡居民医疗保险的缴纳可以通过微信、支付宝、社保合作银行公众号等渠道实现网上缴费,医疗保险待遇的享受以实时报销为主,2024年度在全省范围内开通省内异地住院费用线上手工报销结算服务,参保人员或代办人员可通过“山西医保”公众号或“国家医保服务平台”APP地方专区填报个人信息(住院发票、诊断建议书、出院证、代办人信息及委托书等)在线申请医疗费用手工报销,优化和规范了住院医疗费用线上手工报销结算服务,深化了“高效办成一件事”服务质效。根据评分标准,该指标得3分。	3
	满意度	参保居民满意度	6	该指标考核参保居民对政策执行、费用报销、流程简化等方面的满意度。	按问卷调查结果统计的满意度综合得分,非常满意得6分,满意4分,一般及不满意不得分,加权计算最终得分。	通过对城乡居民进行了有关进行了有关医保目录、报销范围、报销流程、定点医疗机构设备、人员服务等方面的满意度调查,共收回调查问卷440份,其中有效调查问卷390份。综合满意度分析汇总,30.26%的参保人员表示非常满意,45.9%的参保人员表示满意,20.51%的参保人员表示一般,3.33%的参保人员表示不满意。根据评分标准,该指标得3.65分。	3.65

一级 指标	二级 指标	三级 指标	分 值	指标解释	评分标准	完成得分情况描述	得分
效益 (35 分)	满意度	定点 医疗 机构 满意 度	4	该指标考核定点医疗机构对医保结算系统运行、材料审核、流程简化等方面的满意度。	按问卷调查结果统计的满意度综合得分，非常满意得 4 分，满意得 2 分，一般及不满意不得分，加权计算最终得分。	通过对定点医疗机构进行了有关医保结算系统运行稳定性、医保报销材料审核流程、药品供给等方面的满意度调查，共收回调查问卷 516 份。综合满意度分析汇总，37.02%的医疗机构表示非常满意，46.71%的医疗机构表示满意，15.12%的医疗机构表示一般，1.16%的医疗机构表示不满意。根据评分标准，该指标得 2.42 分。	2.42
总分			100				82.94