

2019年度长沙市医疗保障局基本医疗保险 统筹基金绩效评价报告

按照《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号的要求，落实党的十九大“全面实施绩效管理”的精神指示，依据《预算法》、《国务院关于深化预算管理体制的决定》（国发〔2014〕45号）、《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）、《中共湖南省委办公厅、湖南省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（湘办发〔2019〕10号）、《长沙市人民政府关于印发〈长沙市财政支出绩效评价结果应用管理办法〉的通知》（长政发〔2015〕4号）、长沙市财政局关于印发《长沙市市级预算部门（单位）整体支出绩效管理办法（试行）》的通知（长财办〔2019〕24号）和《长沙市财政局关于开展2020年财政重点绩效评价工作的通知》（长财绩〔2020〕2号）的文件精神，市财政局绩效评价小组于2020年5月20日至8月28日对长沙市医疗保障局2018-2019年度的医疗保障基金项目实施了绩效评价。评价采用定量分析和定性分析相结合的方法，从预算管理、制度管理、核算管理、资金管理、风控管理、监管管理、结算管理、项目绩效等八个方面对项目进行了综合评价。现将项目绩效评价情况报告如下：

一、评价实施情况

（一）组织评价小组

为更好地履行绩效评价相关的工作职责，依据市财政局文件要求，成立了绩效评价工作小组，明确了小组成员各自的工作范围和职责。根据项目的重要性和资金权重选取了 2018-2019 年市职工医疗保险（不含个人账户基金）及大病医疗救助、公务员补助、市城乡居民医疗保险、离休医疗保险进行现场评价，对其实施或使用情况进行了检查。抽查的项目资金共计 1,103,801.00 万元占资金总额 1,142,200.00 万元的 96.63%。

（二）评价程序

绩效评价小组成员召开会议，通过认真研究讨论，制定了本项目评价实施程序：

- （1）成立绩效评价项目小组
- （2）收集项目相关政策及其他资料
- （3）制定绩效评价工作方案
- （4）现场调研及收集资料
- （5）利益相关群体意见和建议收集
- （6）评价指标表调整
- （7）数据分析
- （8）关键问题梳理及评价分析
- （9）撰写绩效评价报告

(10) 绩效评价报告意见征求

(11) 形成绩效评价报告正式稿

(12) 资料归档

(三) 评价方法及体系

根据《长沙市财政支出绩效评价操作规程（试行）》（长财绩〔2015〕2号），绩效评价小组成员结合本项目特点，进行评价体系的构建。评价工作在遵循“客观、公正、科学、规范”原则的基础上，采用“以结果为导向、基于证据”的绩效评价方法，从定性与定量两个角度综合考量，运用比较法为主、结合公众评判法及因素分析法，从组织管理、项目产出和效益三个部分构建评价指标体系，其权重分配为：组织管理类指标 50%、产出类指标 30%、效益类指标 20%。

(四) 资料提供情况

进入长沙市医疗保障局后，该局立即召开了专项会议，对项目进行了整体介绍，指定了专门联络人，对绩效评价给予了高度重视和支持。在实施绩效评价的过程中，该局履行了与实施绩效评价相关的工作职责，及时、准确、完整提供了相关材料。

二、项目基本情况

(一) 项目立项依据

职工基本医疗保险项目立项依据为《长沙市人民政府办公厅关于印发<长沙市职工基本医疗保险管理办法>的通知》（长

政办发〔2017〕1号)；大病补充医疗是对基本医疗保险的补充，基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的部分由大病医疗支付，项目立项依据为《长沙市人民政府〈关于调整职工大病医疗互助政策的通知〉》（长政函〔2015〕170号）；公务员医疗保险是在实施城镇职工基本医疗保险的基础上，对国家公务员实行医疗补助，项目立项依据为《长沙市人民政府办公厅〈关于实施国家公务员医疗补助有关问题的通知〉》（长政办发〔2001〕46号）；长沙市城乡居民医疗保险项目立项依据为《长沙市人民政府办公厅关于印发〈长沙市城乡居民基本医疗保险办法〉的通知》（长政办发〔2017〕23号）；离休医疗保险立项依据是中共长沙市委办公厅长沙市人民政府办公厅关于转发《长沙市离休干部医疗保障办法》的通知（长办发〔2010〕31号）。

（二）项目的主要内容

概括起来，长沙市本级医疗保险基金涉及的内容及范围包括：

（1）长沙市职工基本医疗保险收支及管理工作。由企业及其职工按照相关规定共同缴纳基本医疗保险费，对基本医疗保险费实行目录管理，给付参保人员在国家、省、市制定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准及相应的管理办法内基本医疗保险待遇；

（2）大病补充医疗基金。是对基本医疗保险的补充，基本

医疗保险统筹金最高支付限额以上的部分由大病医疗基金支付；

(3) 公务员医疗保险基金。是在实施城镇职工基本医疗保险的基础上，对国家公务员实行医疗补助；

(4) 长沙市城乡居民医疗保险基金。自 2011 年由原城镇居民医疗保险和新农村合作医疗保险合并，由城乡居民自愿缴纳、政府资助、用于补助参保人员城乡居民医疗费用的资金，该项目包括基金筹集和资金支付，项目资金均用于城乡居民参保人员的住院、门诊、大病保险支出。

(5) 离休人员医疗保障基金。为切实保障离休干部医疗待遇，按照“单位尽责、社会统筹、财政支持、加强管理”的原则，建立了离休干部医疗保障机制。

三、项目资金情况

(一) 2018 年市本级医疗保险基金（不含个人账户）收支情况

市本级各项基金的财务收支情况明细表

单位：万元

项目	收入	支出	当年结余
1、职工基本医疗保险基金	449,679	386,284	63,395
统筹基金	449,679	386,284	63,395
2、大病保险基金	26,055	4,640	21,415
3、公务员保险基金收入	36,029	13,201	22,828
4、生育基金	39,760	38,399	1,361

项目	收入	支出	当年结余
5、离休医疗统筹基金	8,595	23,379	-14,784
6、城乡居民医疗保险基金	104,998	78,283	26,715
合计	665,116	544,186	120,930

2018年医疗保险基金收入总计665,116万元，总支出544,186万元，结余120,930万元，结余率为18.18%。

(二) 2019年市本级医疗保险基金(不含个人账户)收支情况

市本级各项基金的财务收支情况明细表

单位：万元

项目	收入	支出	当年结余
1. 职工基本医疗保险基金	529,660	472,973	56,687
统筹基金	529,660	472,973	56,687
2. 大病医疗保险基金	28,196	8,088	20,108
3. 公务员医疗保险基金	37,985	14,541	23,444
4. 离休医疗保险基金	15,052	15,417	-365
5. 城乡居民医疗保险基金	118,821	86,995	31,826
合计	729,714	598,014	131,700

2019年医疗保险基金收入总计729,714万元，总支出合计598,014万元，结余131,700万元，结余率为18.05%。

基金收入总额的增长率为9.71%，基金支出的增长率为9.89%，收入的增长基本持平支出的增长速度。

四、项目实施情况

(一) 项目组织情况

长沙市医疗保障事务中心为市本级医疗保障基金的具体管

理单位，主要负责依照相关国家、省法律法规、地方规章制定各项医疗基金的使用文件，制定和落实受益方应享受待遇实施方案，并与相关医疗服务单位签订相关合同或责任书，按照相关要求对医疗服务机构进行监督考核，牵头组织对各项医疗基金进行绩效考评。

（二）项目管理情况

强化日常审核，把好医疗费用审核关和特殊门诊审批关；完善以总额控制付费为主，按病种付费、按人头付费和按项目付费为辅的复合型医保支付制度；每年年初根据近三年基金收入情况和医疗费用发生情况，确定总额控制预算指标以及病种分值表，对协议医疗机构实行按月预拨，年终考核结算，通过病种分值的科学设定，规范医疗机构医疗行为并逐渐达到分级诊疗的目的；优化异地结算管理。

五、制度建设和各项法律法规制度的执行情况

（一）资金管理制度的建立、健全、完善和执行情况

根据财政部、人力资源社会保障部、国家卫生计生委《关于印发〈社会保险基金财务制度〉的通知》（财社〔2017〕144号）、《事业单位财务规则》以及局《财务管理制度》等做好财务报表工作，对医保基金按照财务制度实行收支两条线管理，对基金纳入社会保障基金财政专户，单独列账，分别核算；在医疗费用审核支付过程中，实行“一事两岗两审制度”，定点医疗机构上报的医疗费用，都必须经过业务初审和审核、财务初

审和审核、主管领导审核等 5 道审核程序。

（二）项目管理制度的建立、健全、完善和执行情况

1、制定了《2019 年长沙市基本医疗保险病种分值表》，明晰了一级协议医疗机构病种申报规程，凸显分级诊疗特色，协助省医保局完成了 54 个新增病种和 8 个完善病种收付费标准的测算和验收。

2、制定了《关于明确我市大学生异地就医直接结算有关事项的通知》（长医险〔2018〕54 号），规范大学生异地就医流程和要求，解决大学生假期、实习期等特殊时期在家庭所在地与实习地就医结算的难题。

3、依据《关于加强公务员健康管理定点医疗机构考核的通知》（长医险〔2012〕44 号）制定了《长沙市公务员健康管理医疗机构质量考核细则》规定，根据每年体检项目的不同，更新完善《细则》。对协议机构实施日常考核和年度考核相结合的考核方式，考核结果与体检费用兑付挂钩，考核得分 95 分以上的，健康管理费用全额兑付，95 分以下的，每扣一分，拒付 1%的健康管理费用。

4、制定《2019 年长沙市打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动推进方案》（长医保发〔2019〕11 号），加大医疗监管力度。与发改、财政、卫计、审计等部门建立联席会议制度；按属地管理原则，区县（市）医保和市医保经办机构实现上下联动，协同监管；创新监管方式，与商保公司建立联合监管机制，

委托商保公司对我市协议医疗机构进行日常监管，进一步规范协议医疗机构医疗服务行为。

5、按照《长沙市离休干部医疗保障定点医疗机构医疗服务考核细则》的要求及标准，以历年来监管审核查出的问题为依据，通过查、问、审的方式进行考核，并结合离休干部就医对定点医疗机构满意度测评的结果进行打分，得分结果与兑现预留金挂钩。

六、项目的产出成果及效益情况分析

（一）切实减轻了职工、居民医疗费用负担

全面实现了市级统筹。2018年长沙市本级职工享受的待遇人次为141.71万人次，发生费用总额为497745万元，基金支付了384039万元，实际报销比例为77.16%；2018年长沙市城乡居民享受的待遇人次为80.63万人次，医疗费用总额为153446万元，基金支付了71397万元，实际报销比例为47%。

2019年长沙市本级职工享受待遇人次为148.76万人次，发生费用总额为525793万元，基金支付了397743万元，实际报销比例为75.65%；2019年长沙市城乡居民的医疗费用总额为164465万元，基金支付77146万元，实际报销比例为47%。

（二）统筹提高大病待遇水平，解决了大病需求

市医保局实施了“一增一降三提高”措施，把大病的筹资标准每人每年增加15元至65元，降低了大病保险起付线，0-3万元和3-8万元两个支付段报销比例分别提高了5个百分点，年

度最高补偿额从 20 万元提高至 30 万元；全面取消了贫困人口大病医疗费用封顶线，8 万元及以下支付段的报销比例在原基础上再提高了 5 个百分点。

（三）完善门诊医疗费用政策，解决了小病慢病门诊需求

长沙市城乡居民的门诊统筹报销比例从 60%提高至 70%，将高血压、糖尿病医保政策范围内的门诊费用纳入了医保报销范围，不设起付线，高血压最高支付限额为 360 元/人·年，糖尿病最高支付限额为 600 元/人·年，由医保统筹基金支付 70%，个人自付 30%。

（四）完善了特殊病种门诊政策

市医保局对全市基本医疗保险特殊病种门诊政策进行了整合，特门病种从原来的 28 种增加至 45 种，城乡居民的报销比例从 50%提高至 70%，精神病月度报销标准从 200 元提高至 500 元，尿毒症职工医保报销比例提高了 5%，城乡居民提高了 10% 左右，特门待遇申报种类率先在全省从 1 种扩大至 3 种。

（五）全面落实了贫困人口参保资助政策

长沙市贫困人口的参保率达到 100%；建档立卡贫困人口住院医疗救助取消了病种限制，救助比例从 60%提高到 70%；实施了特殊病种门诊救助，政策范围内个人自付费用 1000 元以上的，按 50%予以救助，年度最高支付额度达 8000 元；继续完善了“一站式”结算平台。

（六）形成纵横交错的医保监管网络，规范了医疗服务市场

2019年1-11月，市医疗保障局事务中心以打击欺诈骗取医保基金专项行动为主线，省、市、区三级联动，纪检监察、卫健、市场监管和公检法共同行动，商保公司协同合作，形成了纵向覆盖全市、横向囊括所有职能部门的医保监管网络，共计挽回了医保基金损失2333.58万元。

（七）控制了医疗费用不合理增长

积极推进医疗服务价格改革，药品集中招采制度改革，防止过度医疗等举措，市医保局一方面提高所购买医疗服务的质量、效益，一方面降低成本，客观上提高了基金使用的效率。

（八）保障了离休干部医疗待遇

一是按每年每人3000元拨付到离休干部个人账户，方便其应急就医；二是定期组织离休干部健康体检，建立了健康档案，了解健康状况，提高了离休干部的生活质量。

（九）有效地解决了广大人民群众的看着病问题

截至2018年底，市本级基本医疗保险参保人数为1824343人、公务员医疗补助的参保人数为90633人、城乡居民医疗保险参保人数为1657581人；2019年底，市本级基本医疗保险参保人数为2044971人；公务员医疗补助的参保人数为92399人；城乡居民医疗保险参保人数为1685251人。参保覆盖率达到95%以上，参保单位和群众的安全感和获得感不断增强。

七、存在的问题

1、审批材料填写不规范

(1) 新增协议评审资料中，有个别《评审情况汇总表》中无记票人、监票人签字，日期未填写；新增协议医疗机构准入管理中存在《医疗机构现场核审评价表》填写现场核审情况为空或不完整及《专家评审意见表》的专家在扣分时未填写扣分理由。

(2) 门诊统筹部提供 2019 年 4 月 20 日《长沙市基本医疗保险医保刷卡业务申请表》（零售药店）在对长沙市雨花区星芝澜楚济堂大药房的审批中科室意见一栏未签署意见及签章。

(3) 湖南老百姓医药连锁有限公司在 2019-06-01 至 2019-10-31 时间段的《本级定点医疗机构特殊门诊住院医疗费支出单》制表人、医院财务审核、医院医保科审核、主管院长审核均为同一人。见记账凭证 2019 年 11 月 293 号、记账凭证 2019 年 12 月 364 号。

(4) 部分离休干部纸质申报异地备案及撤销的需求未在系统中及时办理。经抽查，发现 1 例离休干部于 2019 年 12 月 23 日递交异地安置申请，当天未及时处理，推迟一天办理手续；另异地安置申请有多张未有填写申请日期。

2、存在不合理开支

见 2019 年 1 月 115#凭证，支付 2018 年公务员防暑降温费 21.96 万元，为市人社局机关、市就业局、市人力资源和社会保障局、市医保局、二楼政务大厅、市政府政务中心等 26 家单位共计 2185 名工作人员，按 125 元/人的标准购买防暑降温药品；

见 2019 年 11 月 175#凭证，支付 2019 年公务员防暑降温费 18 万元，为市级政务服务大厅等 8 家单位共计 975 名工作人员，按 185 元/人的标准购买防暑降温药品，从市公务员医疗补助费中列支。不符合《长沙市人民政府办公厅关于实施国家公务员医疗补助有关问题的通知》长政办发〔2001〕46 号第四点，医疗补助经费使用范围主要用于符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准的医疗费用的补助。

3、参保人员异地就医费用结算表计算或显示有差错

(1) 如 2019 年 5 月 17 日长沙市医保中心参保病人普通住院支付结算表尹汝端的住院起付标准按《长沙市职工基本医疗保险管理办法》长政发〔2017〕1 号规定，一类收费标准的医疗机构应为 900 元，但结算表显示应付起付线 450 元，医保基金多付 450 元。

(2) 经抽查 2019 年 10-12 月城职异地就医费用《长沙市医保中心参保病人普通住院支付结算表》23 份，2 份结算审核不准确。涉及金额 3200 元。

(3) 经抽查 2019 年 10-12 月城居异地就医《长沙市城镇居民参保病人住院结算支付单》20 份，1 份资料显示病人本年住院次数 4 次，已付起付线 2300 元，但于 2019 年 7 月 26 日-2019 年 9 月 30 日第 5 次住院仍显示有起付线 1100 元。

4、现场监管人员不足

对协议零售药店进行医疗现场监管时，现场监管人员不得

少于3人，但在2018年12月3日长沙市雨花区芝林大药房汇金城店、湖南海王星辰健康药店中意路分店、2019年5月30日养天和金茂店、2019年6月5日长沙市雨花区井湾子本草纲目大药房等的《执行情况登记表》检查者均只有两人。

5、城乡居民医保基金2019年累计结余率过高

2019年城乡居民医保基金当期结余率为26.79%，累计结余可支付月数为16个月。根据关于转发人社部社保中心《关于建立基本医疗保险基金风险预警报告制度的通知》（人社险中心函〔2012〕16号、湘医险函〔2012〕16号）文件等规定，城乡居民基金收支结余管理参照职工医保，按照少于3个月为“不足”，大于15个月为“过多”。2019年累计结余超过15个月。

6、城乡居民大病保险合同签订时间与文件规定时间不符

2018年《长沙市市本级城乡居民大病保险服务合同》签订时间为2018年3月23日、2019年《长沙市市本级城乡居民大病保险服务合同》签订时间为2019年6月21日，均晚于《关于切实做好城乡居民大病保险工作的通知》（长人社发〔2016〕15号）一、（三）按时签订合同，原则规定大病保险服务合同于每年1月底前签订。

7、医疗费用结算时间过长

经抽查2018-2019年城职医疗统筹基金明细账，发现2019年12月支付长沙市岳麓区观沙岭服务中心住院费用8239.08元，住院费用为2017年发生。见记账凭证2019年12月380号、记

账凭证 2019 年 12 月 364 号。时间跨度达两年之久。

经抽查城职总控决算审核 210 家医院，未能在 3 月 31 日前及时审核为 2 家医院，及时率 99%；抽查特殊门诊 10-12 月的 230 条结算审核数据，未能在 60 天内及时审核数为 72 条，及时率 69%；抽查单病种 10-12 月的 136 条结算审核数据，未能在 60 天内及时审核数为 9 条，及时率 93%；抽查生育 10-12 月的 77 条结算审核数据，未能在 60 天内及时审核数为 2 条，及时率 97%。

经抽查城居总控决算审核 203 家医院，未能在 3 月 31 日前及时审核为 4 家医院，及时率 98%；抽查特殊门诊 10-12 月的 82 条结算审核数据，未能在 60 天内及时审核数为 20 条，及时率 76%；抽查单病种 10-12 月的 60 条结算审核数据，未能在 60 天内及时审核数为 7 条，及时率 88%；抽查生育 10-12 月的 90 条审核数据，未能在 60 天内及时审核数为 15 条，及时率 83%。

8、离休干部出院带药超六个品种

经现场抽查 2018-2019 年中心医院、泰和医院、永济医院离休干部《临时医嘱单》和《费用汇总表》，出院带药超过六个品种有三例。

9、离休干部个人医保卡内个人账户划拨时间不及时

根据《长沙市离休干部医疗管理实施细则》的通知（长人社发〔2015〕43 号）第二十二项规定：离休干部医疗费用实行统筹管理与银联医保卡管理办法。每年 3000 元，分 3、6、9 月

的 20 日准确发放到离休干部个人医保卡内。但 2018 年 6 月的离休干部个人账户于 2018 年 7 月 17 日才发放、2018 年 9 月的离休干部个人账户于 9 月 30 日发放;2019 年 3 月的离休干部个人账户于 2019 年 3 月 28 日发放、2019 年 6 月的离休干部个人账户于 2019 年 6 月 25 日发放。

10、存在异地离休医疗基金审核不准确现象

(1) 经抽查发现 2019 年 1 位离休干部的《洪湖市中医医院住院明细费用》有辩证施膳指导 3 次, 共计 52.5 元, 应该由离休老干部支付, 但实际已由基金支付;

(2) 经抽查发现 2019 年 1 位离休干部的《湖南师范大学附属湘东医院住院病人费用汇总单》有冲洗项目 13 次, 共计 91 元进行了扣付。此项目不应该由离休老干部自付, 实际应由基金支付。

11、经办力量不足, 影响医保经办水平的提高

目前各业务部门工作人员人手紧张, 特别是经过 2019 年下半年部门调整后, 多数部门业务量有所增加, 但工作人员配备严重不足。另人员结构亟需优化, 长期以来医保经办机构多重视具体经办管理工作, 轻专业业务能力建设, 在不同知识结构的人员搭配上缺乏有效规划, 使得从事医学、财务、信息系统管理等对医保经办管理有重要作用的专门人才严重短缺。

12、违反相关规定为参保人办理了异地就医备案

异地就医备案资料不齐就为其办理了异地就医备案信息通

过。参保人孙嘤于 2019 年 11 月 18 日到市医保局窗口办理异地就医备案，工作人员在未留存患者急诊病历等资料情况下为其办理异地就医备案，没有严格执行《湖南省基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算管理办法》（湘人社发〔2017〕59 号）文件第八条（三）异地急诊参保人员应在三个工作日内向参保地医保机构提交收治医院出具的病情介绍资料，包括门（急）诊病历、入院证明等。

13、公务员健康体检系统预约比率过低

长沙市公务员健康管理系统于 2019 年 9 月新上线运行，还有待完善。协议体检机构、参保单位、参保个人对操作系统的不熟悉，导致 2019 年应检人数 92598 人，实现系统预约人数只有 65942 人，预约比率只有 71%。

14、困难、低保、扶贫大学生政策执行不到位

根据长沙市 2019 年缴费通知，城乡居民、高校学生医疗保险个人缴费标准统一为：一般人员 220 元/年；困难大学生 165 元/年；低保人员、特困人员、建档立卡贫困人员、重度残疾人员（1 至 2 级）个人不缴费。经抽查中南林业大学 2019 年大学生缴费明细，身份认定为入学时核准的信息，实行 4 年一次缴费。导致部分学生在四年期间身份认定发生转变后，实际还是按入学当年政策执行。如仅以中南林业大学 2019 年缴费情况为例，入学核定时有低保 4 人、特困 1 人、困难人员 35 人享受政策，但在 2019 年度被核定为一般人员，身份发生转变，仍享受

了优惠政策；另外入学时核定为一般人员，在 2019 年度核定为低保及扶贫的有低保 13 人、扶贫对象 11 人、困难人员 3 人，但当期却无法享受优惠政策。

15、医保卡的知晓率有待提升

经抽样调查 60 位享受职工医保待遇的人员（剔除灵活就业人员），有 54 人知晓且发放了，另 6 人没有医保卡且不知晓。知晓率仅为 90%。

16、满意度还有待提升

根据发放的调查问卷表和电话随机回访形式，对职工进行满意度调查，涉及的问题 7 个/份，经统计满意占 86%，基本满意占 1%，满意率 87%。

城乡居民（含高校大学生）满意度为 85%，根据发放的调查问卷表和电话随机回访形式，对城乡居民（含高校大学生）进行满意度调查，涉及的问题 7 个/份，经统计满意占 83%，基本满意占 2%，满意率为 85%。

八、相关建议

1、为确保审核准确，建议（1）对异地就医费用的结算在流程中增加一项复核程序，特别是针对同一人当年住院多次或有修改地方要反复核对是否已经和系统匹配一致（2）提高医保结算系统智能化程度。

2、建议积极探索人才培养机制。在内设部室调整的基础上，深入开展调研测算，探索动态配备人员机制，确定经办服务系

统的合理负荷比和人员知识结构需求，有的放矢、因时因势制宜引进人才，推动实现经办人员与服务人次合理配比，保障经办队伍力量充足。可以探索服务外包模式，坚持政府主导与购买服务相结合，引入社会服务机构、商业保险公司等参与提供医保服务，实现社会人才共建共办医保业务，提升服务效能。

3、为掌握整合后的城乡居民基本医疗保险的运行情况，应充分认识建立基金风险预警报告制度的重要性，建议根据地方实际完善城乡居民风险预警指标，全面掌握城乡居民基本医疗保险基金运行情况，保证医疗保险制度可持续发展。

4、现场监管人员不足会导致检查效果大打折扣，建议应加大稽核检查力度，加强对医疗机构的管理力度。针对物价、耗材等重点稽核工作要加大实地稽核力度。重点稽核规模医疗机构的物价执行、耗材应用等内容，防范其擅自扩大收费范围，增加收费标准，虚记耗材数量；针对小规模医疗机构重点稽核耗材应用、药品使用、物价执行、设备应用等内容，为医疗机构规范收费打好基础。应提高医保监管信息化水平，充分依托大数据和云计算等新技术，利用大数据分析，进行数据挖掘，将大数据技术广泛应用于医保监管领域，并推进数据的标准化，提升数据的质量，切实维护医保基金安全，保障参保人员医疗权益。

5、建议加快医疗费用结算，严格按照《关于进一步优化结算支付工作的通知》（长医保中心〔2019〕29号）要求，对总

额控制普通住院医疗费用，每年3月31日前应完成上一年度的年终决算，并在每月15个工作日完成预拨；对非普通住院医疗费用结算支付时应在规定的工作日完成结算。

6、在填写审批表和签订合同时应仔细审阅表格内容和合同条款，把应写的实际支付金额、制表人及合同落款时间补充完整。

记票人、监票人一栏签字。

7、建立定点医药机构动态管理机制。建立健全定点医药机构分级管理制度和医保医师、医保药师积分管理制度等，探索建立定点医药机构综合绩效考评、末位淘汰等管理机制，把建立健全管理制度和机制、履行服务协议、规范合理使用医保基金、绩效考核等情况，作为对定点医药机构、医保医师、医保药师考核评价的重要依据，将考核结果与预算管理、检查稽核、费用结算、协议管理等工作相关联。

8、尝试基金监管方式创新试点。引入社会力量参与监管，积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量，充分发挥专业技术支持作用，建立健全数据筛查、财务审计、病历审核等合作机制，实现基金监管关口前移、高效、精准。

9、针对异地就医备案资料不齐就为其办理了异地就医备案信息通过，建议严格执行《湖南省基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算管理办法》（湘人社发〔2017〕59号）文件

第八条（三）异地急诊参保人员应在三个工作日内向参保地医保机构提交收治医院出具的病情介绍资料，包括门（急）诊病历、入院证明等，建议加强对新上岗经办人员的培训工作，指定专人负责培训和业务能力评价，加强对办事流程的掌握程度，熟悉政策规定，提高自身业务素质。

10、建议医保局完善操作规程标准，将经办业务流程、日常事务处理规则纳入标准化管理，制定定量、统一、规范的标准，建立健全覆盖医保经办服务事项的综合标准体系，提高服务质效，提升经办服务水平。

11、建议根据《长沙市人民政府办公厅关于驻长高校大学生参加长沙市城镇居民基本医疗保险有关事项的通知》（长政办发〔2009〕22号）第七点组织与实施，市医疗保险经办机构负责驻长高校大学生基本医疗保险费征收和业务经办指导及管理服务等工作的要求，市医保局应根据高校提供的大学生身份改变信息，及时调整困难、低保、扶贫大学生缴费金额，加强对高校大学生身份异动后的征缴。

12、建议单位应加强对公务员体检新上线系统的宣传指导工作，适时听取和征求体检机构、参保单位、参保个人的意见和建议，改进完善体检系统；公务员健康管理系统中可考虑增加离休干部体检功能，使离休干部体检工作也实行系统管理；可在公务员健康体检微信公众号上适时推送健康科普文章，实行咨询答疑，充分利用网络优势，将健康管理工作做实做好。

13、建议按照《长沙市离休干部医疗管理实施细则》的通知（长人社发〔2015〕43号），核实定点医疗机构是否存在超量开药、搭车药情况。由于离休干部大多年老体弱，身患多种疾病，病情复杂，患病住院率高，审核难度大，建议增加配备医学专业人才，提高审核准确率；另离休干部异地医疗费用没有实现全国联网，异地医疗费用审核难度大，为保证医疗费用的真实、合理及离休基金的安全，建议定期组织到异地核实医疗费用。

14、建立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，监控基金支出增速、基金结余等关键性指标，及时发现潜在风险。做好基金风险应急处理预案，加强医保基金中长期精算工作，并基于精算结果，将基金结余保持在合理水平。

15、为扩大医保民生工程影响力，不断提高群众知晓度和满意度，可以进一步拓展宣传渠道，创新宣传方式，全方位宣传基本医保及医疗救助政策、经办规程。让群众更加了解医保、信赖医保，提升参保率；适当开展相关宣传活动，印发宣传册等，鼓励参保居民之间宣传医保相关政策；联合街道、乡镇工作人员入户宣传，详细对村民讲解医保的各项政策，增进其对医保的认识程度，引导群众主动参保、续保。

九、综合评价情况及评价结论

根据财政支出绩效评价指标及评分标准，通过对长沙市医

疗保障局医疗统筹基金项目从预算管理、制度管理、核算管理、资金管理、风控管理、监管管理、结算管理、项目绩效等八个方面等方面进行综合评定，得分 85.3 分，评价等级为“良”。

长沙市财政局绩效评价小组

2020 年 8 月 28 日