

2023 年城乡医疗救助项目 绩效评价报告

为提高财政资金使用效益，合理配置公共财政资源，根据市委、市政府关于全面推进预算绩效管理的实施方案和《天津市市级财政项目支出绩效评价管理办法》（津财绩效〔2020〕12号）等文件要求，天津市财政局引入第三方专业机构成立绩效评价组，对天津市医疗保障局 2023 年“城乡医疗救助”项目开展绩效评价。项目评价结果为 88 分，评价等级为“良”。有关情况如下。

一、项目基本情况

（一）项目概况

1.项目背景

随着经济社会发展和人口老龄化的加剧，医疗需求不断增长，尤其是对于困难群体，医疗费用支出成为一项重大的经济压力。城乡医疗救助是天津市医疗保障体系的重要组成部分，与基本医疗保险、大病保险以及其他补充医疗保险共同构成多层次的医疗保障体系，在防止因病返贫、因病致贫，发挥托底保障作用。

2021 年，天津市人民政府办公厅印发《天津市医疗救助办法》，规范和明确了医疗救助的对象、方式、基金筹集与

管理等内容。该项目主要目标是为特困人员、最低生活保障家庭成员、最低保障边缘家庭人员以及其他符合规定的特殊困难人员提供医疗救助，通过政府资助参加居民医保、实施倾斜支付政策、门诊救助、住院救助和重特大疾病医疗救助等方式，确保医疗救助对象能够享受到基本医疗保险、大病保险医疗救助等待遇，减轻其医疗费用负担，防止因病致贫、因病返贫。2022年天津市人民政府办公厅印发《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知》，进一步健全医疗救助对象精准识别机制以及强化救助费用综合保障机制。

2.主要内容

城乡医疗救助主要是对特困人员、最低生活保障家庭成员、最低保障边缘家庭人员以及符合本市规定的其他特殊困难人员，通过资助困难群众参加居民医保，实施门诊救助、住院救助和重特大疾病医疗救助，进一步减轻困难群体的医疗费用负担。其中，资助参保是对医疗救助对象参加居民医保的个人缴费给予资助，门诊救助是对困难群众门诊发生符合规定政策范围内医疗费用给予再次报销，重特大疾病医疗救助是对基本医保、住院医疗救助等支付后个人住院医疗费用负担仍然较重的医疗救助对象给予报销。

表 1 城乡医疗救助内容及比例

对象		救助比例	起付标准	最高救助
资助参保	最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员	个人缴费的 90%	—	—
	特困人员	个人缴费的 100%	—	—
门诊医疗救助	特困人员	50%	无	1000 元
	最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员			400 元
住院医疗救助	特困人员	75%	无	—
	最低生活保障对象	70%		—
	最低生活保障边缘家庭成员	65%	按照上年度发布的本市居民人均可支配收入的 10%左右确定 ¹	—
重特大疾病医疗救助	医疗救助对象（特困人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员）	50%	10000 元	最高限额 20 万元，即救助 9.5 万元。
	因病致贫重病患者及其家庭成员	50%	本市居民人均可支配收入的 25%左右。	最高限额 10 万元，即救助 4.38 万元。

3.项目组织管理

该项目的主管部门为天津市医疗保障局（以下简称市医保局），项目实施单位为天津市医疗保障基金管理中心（以下简称市医保中心），该中心为市医保局的二级单位。项目所涵盖的救助对象由天津市民政局（以下简称市民政局）负

¹ 根据天津市统计局的数据，2022 年天津居民人均可支配收入为 48976 元。

责核实及定期更新。市医保中心依据市民政局所确认的医疗救助对象名单²进行参保登记，并依照医疗救助政策，进行相关待遇标识维护。随后，市医保中心将根据天津市医疗保障基金结算中心（以下简称结算中心）审核通过的结算数据，按照救助对象的救助类型和标准，与医疗机构进行结算。

实施过程中由结算中心负责费用审核，天津市医疗保险监督检查所（以下简称监督所）负责监督检查。该项目共涉及两个账户，一是财政专户，由天津市财政局（以下简称市财政局）负责管理，主要功能为核算按规定标准筹集资金等；二是支出户，由市医保中心负责管理，主要功能为发放城乡医疗救助待遇。

项目实施主要分为资金筹集过程、加标签业务管理、与医院结算过程，以及个人就医结算、资金支出等流程，具体如下：

（1）资金筹集过程

项目资金由市、区两级共同筹集。市医保局根据市民政局提供的救助对象人数计算所需资金规模，并统一报送至市财政局，市财政局根据资金筹集的要求，确定资金规模，并将资金筹集要求、市级财政资金下拨至各区财政局。随后，市财政局开具拨款单，由区财政局统一筹集市区资金后列支

² 新增符合条件的其他重度残疾人，及系统内不符合标准的其他残疾人退出清单。

资金至专户中（不纳入单位年初预算）。

（2）加标签业务管理

市民政局以每月多次的频率，根据医疗救助人员认定标准，进行救助对象认定，并就新增符合认定条件的对象以及系统中不符合条件需退出的对象，形成救助对象新增、退出清单（制式表单）。市医保局根据该清单于系统中进行人员的新增、退出，即加标签成功，次月可享受医疗救助待遇。

（3）与医院结算过程

费用结算过程：费用结算过程借助信息化系统开展。医疗机构定期（一般为一个月）在结算系统中将当月就医情况上传至医保信息系统，市医保中心依据分中心确认后的申报结果和市结算中心的审核结果进行点数法汇总，按照项目付费、DRG、DIP、人头总额付费等支付方式进行结算，并根据各类医疗保障基金进行分账核算。

（4）个人就医结算流程

救助对象经天津市民政局认定后，由市医保中心录入系统，并于次月即可享受/退出城乡医疗救助。实际发生费用时，先经基本医保、大病医保报销后，再按照标准限额进行报销。

（5）基金支出

市财政局根据市医保中心报送的用款计划，按月将基金从财政专户拨付至支出户。

4.资金投入和使用情况

（1）基金年初测算收入情况

项目年初基金收入测算参照往年医疗救助对象规模以及筹资标准，按照《天津市医疗救助办法》（津政办规〔2021〕5号）的要求进行测算：

①对象规模：由市民政局根据以往年度医疗救助对象规模测算，2023年医疗救助对象预计为145484人。

②筹资人均标准：《天津市民政局 市人力社保局 市财政局关于调整医疗救助筹资标准的通知》（津民发〔2017〕52号）中明确，为补齐医疗救助政策短板，确保资金收支平衡，决定医疗救助标准由2018年1050元/人提高到2100元/人，筹资标准调整所增加资金由原渠道解决，市区两级财政各负担50%。《天津市财政局天津市医疗保障局关于拨付和结算医疗救助补助资金的通知》（津财社指〔2021〕107号），中明确“市区两级应负担资金数额按照每人每年2100元筹资标准和市、区两级财政各负担50%的比例计算”的要求。

根据测算标准，2023年该项目资金筹集测算规模为30551.6万元，市区各为15275.8万元。

表 2 资金分配下达明细表

单位：万元

内容	医疗救助对象人数	市级负担金额（50%）				区级负担金额 ³ 50%	合计	
		应下达金额	已下达金额		津财社〔2023〕97号			
公式	a	b=a*2100*50%/10000	c（中央） ⁴	d（市级） ⁵	e（中央） ⁶	f=b-c-d-e（市级）	g=b	h=b+g
合计	145484	15275.80	8869	5401	560	445.80	15275.80	30551.60

（2）基金筹集情况

2023 年城乡医疗救助基金实际筹集规模为 30955.3 万元，其中中央及地方财政补助收入为 30873.7 万元，其他资金收入 81.6 万元（利息收入 81.35 万元、其他收入即退回资金⁷等 2509.52 元）。

中央及地方财政补助收入 30873.7 万元中，中央、市区筹集资金规模为 30551.6 万元，包含中央财政医疗救助补助资金规模为 9429 万元、市级财政医疗救助补助资金规模为 5846.8 万元；区级财政医疗救助补助资金规模为 15275.8 万元；以及福彩公益金 218.7 万元，集中供养人员医疗救助补助 103.4 万元（福彩公益金、集中供养人员医疗救助补助分别为年初纳入市医保局、市民政局等部门预算的资金）。

³ 津财社〔2023〕38 号
⁴ 津财社指〔2022〕147 号
⁵ 津财社指〔2022〕158 号
⁶ 津财社指〔2023〕36 号
⁷ 该部分退回资金，主要指追回保险金。

表 3 天津市 2023 年城乡医疗救助基金收入明细表

单位：万元

序号	收入类别		规模
1	中央财政补助收入		9429
2	地方财政补助收入 21444.7 万元	市级补助资金	5846.80
3		区级补助资金	15275.80
4		彩票公益金（市医保局部门预算项目）	218.70
5		其他资金（集中供养人员医疗救助补助）（市民政局部门预算项目）	103.40
6	其他收入 81.6 万元	利息收入	81.35
7		退回资金	0.25
合计			30955.30

（3）基金执行情况

2023 年基金当年收入为 30955.3 万元，当年执行 27576 万元，当年基金结余 3379.3 万元；年底基金滚存结余为 7842.57 万元。

表 4 天津市 2023 年城乡医疗救助基金收支情况表

单位：万元

上 年 滚 存 结 余	本年收入				本年支出				当年收 支 结 余	年末滚 存 结 余
	小计	中央 财政	地方财政 补助收入	其他 收入	小计	资助参 保支出	住院救 助支出	门诊救 助支出		
4463.27	30955.30	9429	21444.70	81.60	275760	4032.80	12155.31	11387.89	3379.30	7842.57

表 5 2023 年城乡医疗救助资金收支明细

单位：元

项目	行次	2023 年
一、基金收入	1	309552982.32
（一）社会保险费收入	2	0
（二）财政补贴收入	3	308737000
1.中央财政补贴	4	94290000
2.市级财政补贴	5	61689000
3.区级财政补贴	6	152758000
（三）利息收入	7	813472.80
（四）其他收入	8	2509.52
其中：福利彩票公益金	9	0
社会捐赠资金	10	0
二、基金支出	11	275760026.11
（一）社会保险待遇支出 ⁸	12	275760026.11
1.住院医疗救助—住院费用	13	121553090.81
2.住院医疗救助—门诊大病	14	94684672.32
3.门诊医疗救助	15	19194262.98
4.资助参保	16	40328000
5.其他费用	17	0
（二）其他支出	18	0
三、当年基金结余	19	33792956.21

（二）项目绩效目标

1.总体目标

天津市城乡医疗救助作为天津市医疗保障体系的重要

⁸ 重特大医疗救助部分是在住院医疗救助基础上的救助内容，支出内容与住院医疗救助未做区分。

组成部分，旨在建立与基本医疗保险、大病保险以及其他补充医疗保险有效衔接、功能互补的医疗救助制度，实现发挥多重医疗保障制度综合保障、梯次减负功能的目标。

2.年度目标

通过实施城乡医疗救助，重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例达到 70%。符合资助条件的困难群众资助参保政策覆盖率 $\geq 99\%$ 等数量指标，医保综合监管能力有所提升的质量指标，以及困难群众医疗费用负担减轻程度有效缓解、对健全社会救助体系的影响成效显著等效果指标。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的和依据

1.评价目的

根据项目实施的具体情况，评价项目资金安排的科学性、合理性和规范性，从决策、过程、产出、效益四个方面对项目进行客观、公正的评价，总结项目管理与执行经验，发现项目管理和预算管理中的问题，提出改进意见和建议，提高项目管理水平和资金的使用效率，为相关部门决策、管理提供参考依据。

2.评价依据

（1）《财政部国家卫生健康委国家医保局关于修订〈中

央财政医疗救助补助资金管理办法》的通知》（财社〔2022〕32号）；

（2）《天津市城乡医疗救助资金管理办法》（津财社〔2010〕20号）；

（3）《天津市人民政府办公厅关于印发天津市医疗救助办法的通知》（津政办规〔2021〕5号）；

（4）《天津市人民政府办公厅印发关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知》（津政办规〔2022〕11号）；

（5）《天津市医保局关于全面推进预算绩效管理工作的通知》（津医保局发〔2021〕23号）；

（6）《天津市医保局关于印发进一步加强医疗保险基金预算绩效管理工作的通知》（津医保办发〔2022〕53号）；

（7）《天津市医保局等九部门关于进一步做好城乡居民基本医疗保险资助参保工作的通知》（津医保局〔2022〕55号）；

（8）《天津市医保局市民政局市财政局关于开展因病致贫返贫重病患者依申请医疗救助工作的通知》（津医保局发〔2022〕74号）；

（9）《天津市医保局等五部门关于完善防范化解因病返贫致贫长效机制有效衔接乡村振兴工作的通知》（津医保

局发〔2023〕54号）；

（10）《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10号）等其他相关文件。

（二）绩效评价原则、方法及指标体系

本次评价按照“科学规范、客观公正、目标引领、问题导向、激励约束”的原则，采用成本效益分析法、比较法及因素分析法等方法，对项目进行了综合评价，全面、客观、公正、准确反映项目实际情况，评价结果作为预算安排、政策调整、改进管理的参考。

评价指标依据《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）、《天津市市级财政项目支出绩效评价管理办法》（津财绩效〔2020〕12号）等文件，结合实际情况进行指标细化和分值设定。绩效评价一级指标4项：决策、过程、产出、效益，下设二、三级指标，总分值设定为100分。同时，设置减分项，对自评报告存在问题和项目资料提供不及时等酌情扣分，减分上限设定为5分。

（三）绩效评价工作过程

绩效评价组按照全面覆盖和重点抽查相结合的方式，采用案头分析、实地调研、专家咨询等多种方法，制定绩效评价工作方案。城乡医疗救助过程主要通过一卡通，在就医等

环节即可实现，各区医保中心仅涉及线下报销小部分内容，评价组抽查了3个区线下资料。设定绩效评价指标体系，对项目的文件依据、预算编制、制度执行、资金拨付、资金使用、产出效益等方面进行核查分析，相应编制工作底稿，并对各绩效评价指标进行评分，形成绩效评价报告。

三、综合评价情况及评价结论

经过综合评价，项目得分88分，评价等级为“良”。其中，项目决策12分，项目过程22分，项目产出33分，项目效益24分，减分项-3分。具体情况见表1。

表6 城乡医疗救助项目绩效得分情况表

指标	项目决策	项目过程	项目产出	项目效益	减分项	合计
分值	15	25	33	27	-	100
得分	12	22	33	24	-3	88
得分率	80%	88%	100%	88.89%	-	88%

评价结论：经评价，项目整体完成情况较好。2023年市医保局完成12.67万参保人员医疗保障任务。项目向就医符合条件的医疗救助对象提供医疗救助，减轻了因病导致的经济压力，2023年全年实现对医疗救助对象的451852人次门诊医疗救助、1341474人次的住院医疗救助，以及133423人次的重特大疾病医疗救助，实现应救尽救，且未发现超标或不达标救助的情况，在提高社会福利和促进社会公平方面发挥了较为积极的作用。但项目在决策立项阶段存在绩效目标

设置不够明确，指标设置不够规范、不够合理的情况；项目实施过程中，存在资金拨付早于审批，项目涉及各部门间的管理流程不够清晰明确，未建立运行风险预警机制等情况。此外，存在城乡医疗救助基金累计结余规模相对较高的情况。

四、主要绩效

（一）聚焦身份认定，做到“免申即享”

一是确保医疗救助对象更加精准，市医保局规范清理了医疗救助对象范围，将未纳入特困人员供养、低保对象、低保边缘家庭成员的重度残疾人剔除出医疗救助对象范围，通过其他途径统筹保障；二是市医保局做好与民政部门的衔接，由区民政局、街道（乡镇）等认定特困人员、最低生活保障家庭成员、最低保障边缘家庭人员身份后，准确、及时转送市医保中心添加标识，并纳入医疗救助对象管理范围。项目各前后环节联系紧密，提高身份认定的准确性与即时性，保障在实施流程中医保部门无需再进行二次认定医疗救助对象身份，老百姓也无需再提交任何材料，“免申即享”即可享受医疗救助。

（二）优化结算方式，做到“一单结算”

为解决困难群众享受医疗救助跑腿垫资的问题，2009年起天津就已实施门诊救助、住院救助联网结算，较早地实现基本医保、大病保险、医疗救助的“一站式”联网结算。2022

年，建立因病致贫重病患者依申请医疗救助制度，将因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者纳入保障范围。项目通过对结算方式的优化，实现困难群众就医后只需要结算个人自付部分费用，方便困难群众就医报销，切实减轻了跑腿垫资压力。

（三）增强医疗救助托底保障功能，做到“精准施救”

天津市通过实施城乡医疗救助政策，对享受三重保障之后，个人住院医疗费用负担仍然较重的医疗救助对象，实施重特大疾病医疗救助，有效减轻了医疗救助对象的就医经济压力。对比分析来看，医疗救助对象在 2021 年至 2023 年期间的医保报销比例逐年上升，分别为 83.55%、84.89%和 88.51%，医保报销覆盖面、报销比例均有一定提高。与此同时，同期的自费金额比例逐年下降，分别为 8.85%、6.59%和 5.57%，政策在降低救助对象自费负担方面显成效。

五、主要问题

（一）资金风险预警机制不健全，未关注资金结余情况

评价发现，2023 年累计结余资金 7842.57 万元，占当年筹集资金规模的 25.34%，资金累计结余较高，超出《城乡医疗救助基金管理办法》第十四条“基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的 15%”的要求。但在项目实施过程中，尚未建立起有效的风险预警机制，未对资金使用过程及结余

情况进行预警分析。尤其是自 2018 年起，项目资金筹集标准由于 1050 元/人提高至 2100 元/人，且根据政策要求，2021 年医疗救助资金由统筹使用调整为分账管理后，三年间城乡医疗救助资金的当年结余规模、累计结余规模，以及累计结余占比，均呈增长趋势（详见表 7）。资金结余规模较大且仍有增长的发展趋势与“略有结余”的管理要求存在偏差，在缺失风险预警机制的情况下，持续累积将导致资金闲置，影响资金使用效率。

表 7 城乡医疗救助基金结余情况数据表

单位：万元

年度	年初结余 (A)	当年收入 (B)	当年支出 (C)	当年结余资金 (B-C)	年底滚存结余 (A+B-C)
2021	2023.39	38811.75	38829.94	-18.19	2005.20
2022	2005.20	32480.57	30022.57	2458	4463.20
2023	4463.20	30955.30	27576	3379.30	7842.50

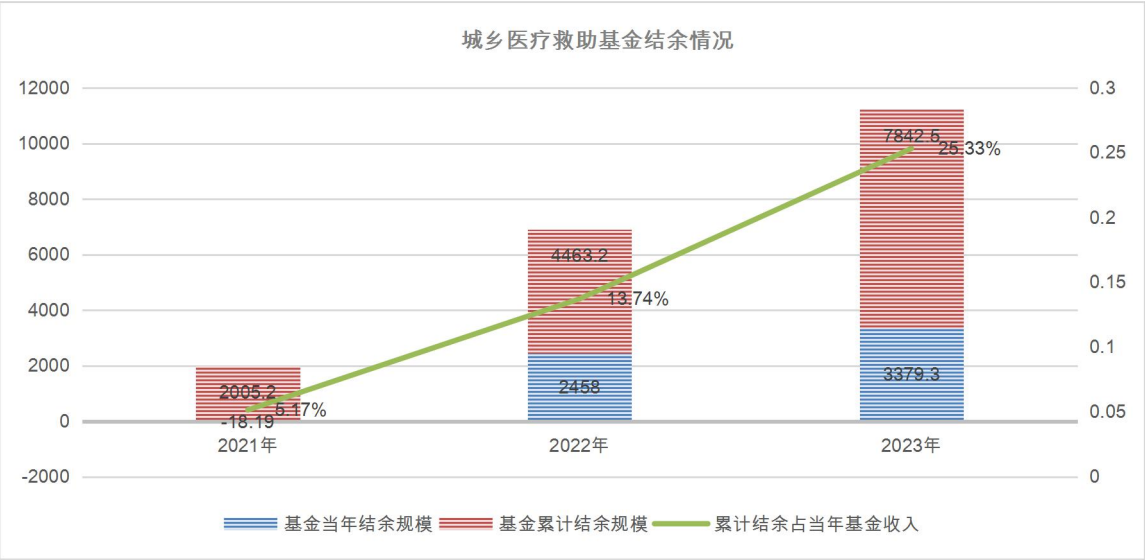


图1 城乡医疗救助基金结余情况分析图（单位：万元）

（二）绩效目标编制质量不高，自评结果不实

一是项目总体目标中关于“医疗救助对象人次规模不低于上年”设置与政策要求的应保尽保的目标不完全匹配，总体目标设置不够合理。二是存在部分绩效目标指标编制质量不高，缺少成本指标、指标可衡量度不足，指标归类错误等问题。具体为：“符合资助条件的农村低收入人口资助参保政策覆盖率”目标指标值设定为“ $\geq 99\%$ ”，不符合政策要求。效益指标的可量化、可衡量性不足，如“对救助对象医疗负担降低情况”指标等，在能够通过可采集的数据评价标准反映实效的情况下，采取定性方式描述。质量指标设定为“医保综合监管能力”，应属于效益类指标，指标归类有误。三是自评填写不实，“城乡医疗救助政策知晓率”指标完成值为“ $\geq 80\%$ ”，“重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例”指标完成值为“ $\geq 70\%$ ”，“城乡医疗救助政策知晓率”指标完成值为“ $\geq 80\%$ ”，在预算执行完成后，项目指标完成值应为确定数值。此外，项目自评报告分析针对性不强，包含有其他项目内容的描述，与项目结合不紧密。

（三）管理体系尚需完善，管理规范亟需提升

项目过程管理规范不足，项目涉及市民政局、市医保局、市医保中心、市结算中心以及市医保监督所等多个主体，

项目实施流程较复杂，但评价发现，主管部门及实施部门未制定或建立项目相关管理制度或操作细则，项目开展过程中，各部门对整体工作流程掌握不全面，各环节如何具体操作缺少规范性要求，如目前救助对象的更新仅通过线下表格形式流转，结算的整体流程等并不清晰。

六、相关建议

（一）强化资金动态监管，建立风险预警机制

建议项目主管部门强化资金动态监管，结合资金筹集规模、补助发放等因素，加大资金支出进度监控力度，及时分析研判资金结余趋势。在此基础上，建立健全资金风险预警机制，研究确定资金结余风险预警指标和阈值，明确各参与主体关注重点等，优化资金调整方案，避免资金结余过多。

（二）深化绩效意识，增强绩效目标约束力

建议项目主管部门深化绩效意识，充分发挥绩效目标对项目管理的约束力，根据项目内容和特点合理设置绩效目标，细化、量化绩效指标。总体目标应结合项目实际、政策要求等，反映项目预计实现的引领性、总体性目标。质量指标、时效指标，应根据项目实际开展情况设置补助对象达标、补助标准达标，补助及时率等指标，目标值均应与政策要求保持一致，避免自降标准。同时，进一步增强指标量化程度和可衡量度，加强对往年实施成果的分析，依据实际情况设置

可行、可实现的指标值，为强化全过程绩效管理夯实基础。在自评阶段，项目完成值应为明确、具体的数值，避免使用区间值。

（三）优化过程管理，提高项目实施规范性

建议主管部门细化城乡医疗救助资金管理、资金结算等方面的实施流程，健全实施主体之间的协同联动机制，尽可能采取制定操作规范、操作细则的方式明确各部门具体分工、实施流程及工作要求，并进一步优化数据更新方式、相关文件的流转程序等内容。