

城乡居民大病保险项目 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，根据天津市委、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了绩效评价组，于2023年7月-11月，对天津市医疗保障局（以下简称市医保局）“2021-2022年度城乡居民大病保险”项目（以下简称大病保险项目或该项目）开展了绩效评价。该项目评价结果为91.26分，评价等级为“优”，有关情况如下。

一、项目基本情况

（一）项目概况

1.项目背景

为进一步完善城乡居民医疗保障制度，健全多层次医疗保障体系，有效提高重特大疾病保障水平，根据《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》（国发〔2012〕11号），2012年国家发改委等六部委联合印发了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会〔2012〕2605号），指导开展全国大病保险试点工作。2014年天津市人民政府（以下简称市政府）根据上述文件精神并结合天津市实际

情况，印发了《天津市城乡居民大病保险办法》（津政办发〔2014〕42号），指导开展天津市大病保险工作。

2015年7月，为加快推进大病保险制度建设，国务院办公厅印发了《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号），对大病保险的基本原则、主要目标、筹资机制等方面提出了明确的指导意见。2018年市政府根据该文件的指导意见，重新颁布了《关于印发天津市城乡居民大病保险办法的通知》（津政办发〔2018〕2号）。

按照上述文件要求，天津市人力资源和社会保障局印发了《市人力社保局关于实施天津市城乡居民大病保险办法有关问题的通知》（津人社规字〔2018〕6号），对大病保险在经办模式、信息共享、审核与结算、垫付报销、资金拨付与管理等方面作出了明确指引。2019年机构改革后，大病保险项目由市医保局负责实施，通过政府公开招标形式确定承办商业保险机构，各商业保险机构在市医保局的指导下，共同设立天津市城乡居民大病保险服务中心（以下简称大病保险服务中心），作为城乡居民大病保险经办服务机构，采取联合办公的方式开展大病保险工作。

2.主要内容

该项目主要内容为：参加天津市居民基本医疗保险的人员，其患病住院（含门诊特定疾病）治疗发生的高额医疗费用，经基

本医疗保险报销后，年度累计个人负担金额超过起付标准的合规医疗费用，纳入大病保险保障范围，由大病保险支付。大病保险年度起付标准、给付比例、最高支付限额，按照市医保行政部门会同市财政部门报市政府批准确定的标准执行。

（1）大病保险筹资机制

大病保险实行全市统筹，从居民基本医疗保险基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金。当居民基本医疗保险基金有结余时，利用结余筹集大病保险资金；结余不足或没有结余时，在年度筹集的基金中予以安排；居民大病保险医疗费用由市医保局在审核基本医疗保险及其他相关费用时一并审核。

（2）大病保险待遇水平

大病保险待遇水平按照分段计算、累加给付的原则确定。2021-2022 年度大病保险给付标准为：同一年度参保人员患病住院（含门诊特殊病），在基本医保报销后，个人负担起付线（按照上一年度居民人均可支配收入的 50%确定）以上、30 万元（含）以下、符合政策范围的医疗费用，纳入居民大病保险给付范围。具体给付标准为：①起付线至 10 万元（含）以下部分，给付 60%；②10 万元以上至 20 万元（含）以下的部分，给付 65%；③20 万元以上至 30 万元（含）以下的部分，给付 70%。同时，对参加基本医疗保险的医疗救助对象和优抚对象，居民大病保险起付标准在普通参保人员的基础上降低 50%，支付比例提高 5 个百分

点，取消封顶线。

天津市 2021 年 2 月 1 日调整了普通参保人的起付线标准，调整前起付线标准为 2.12 万元，调整后为 2.19 万元。当参保人员患病治疗发生的医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人负担医疗费用中 2.19 万元以上 10 万元（含）以下部分：大病保险支付金额=（年度累计个人负担医疗费用金额 - 2.19 万元）×60%；10 万元以上 20 万元（含）以下部分：大病保险支付金额=（年度累计个人负担医疗费用金额 - 10 万元）×65%；20 万元以上 30 万元（含）以下部分：大病保险支付金额=（年度累计个人负担医疗费用金额 - 20 万元）×70%，普通人员大病保险最高报销金额为 18.18 万元。

2022 年 3 月 1 日调整普通参保人起付标准为 2.37 万元。当参保人员患病治疗发生的医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人负担医疗费用中 2.37 万元以上 10 万元（含）以下部分：大病保险支付金额=（年度累计个人负担医疗费用金额 - 2.37 万元）×60%；10 万元以上 20 万元（含）以下部分：大病保险支付金额=（年度累计个人负担医疗费用金额 - 10 万元）×65%；20 万元以上 30 万元（含）以下部分：大病保险支付金额=（年度累计个人负担医疗费用金额 - 20 万元）×70%，普通人员大病保险最高报销金额为 18.08 万元。大病保险年度起付标准、给付比例、最高支付限额详见表 1。

表 1 大病保险报销比例情况表

2021 年（普通参保人）	分段计算基数 （万元）	大病分段报销比例	大病支付金额 （万元）	备注
2.19 万-10 万（含）	7.81	60%	4.69	2021 年起付线标准分别为：2021 年 2 月 1 日前 2.12 万元，2 月 1 日起为 2.19 万元；特困人员门槛为普通参保人员的 50%，比例增加 5%，报销无封顶。
10 万-20 万（含）	10	65%	6.5	
20 万-30 万（含）	10	70%	7	
大病保险最高报销金额			18.18	
2022 年（普通参保人）	分段计算基数 （万元）	大病分段报销比例	大病支付金额 （万元）	备注
2.37 万-10 万（含）	7.63	60%	4.58	起付标准 2022 年 3 月 1 日调整为 2.37 万元；特困人员门槛为 1.19 万元，比例增加 5%，报销无封顶。
10 万-20 万（含）	10	65%	6.5	
20 万-30 万（含）	10	70%	7	
大病保险最高报销金额			18.08	

（3）大病保险年人均保险费标准

市政府确定的大病保险年人均筹资标准为不超过 75 元/年/人，实际保费拨付额度以承办商业保险机构中标价及中标份额为准。详见表 2。

表 2 承办商业保险机构情况表

序号	采购内容	中标单位	协议参保人数	中标价格	中标份额
1	天津市城乡 居民大病保 险委托管理	中国人寿保险股份有限公司天津市分公司	2021 年度协议 参保人数为 545 万人, 2022 年度 协议参保人数 为 525.62 万人。	75 元/年/人	32.50%
2		中国人民健康保险股份有 限公司天津分公司		75 元/年/人	27.50%
3		阳光人寿保险股份有限公 司天津分公司		75 元/年/人	22.50%
4		中国太平洋财产保险股份 有限公司天津分公司		72 元/年/人	17.50%
合计					100%

(4) 大病保险赔付

参保人员在天津市医疗保险定点服务机构联网就医发生的医疗费用,个人只需承担应由本人负担的部分,经医保经办机构审核后按规定应由大病保险给付部分,由大病保险服务中心确认并与定点服务机构结算。

参保人员发生的由个人垫付的医疗费用,按照居民医保垫付报销流程办理,经医保经办机构审核后按规定应由大病保险给付部分,由大病保险服务中心确认后,向参保人员社会保障卡账户支付。大病保险服务中心向定点服务机构及参保人员支付的大病保险费用,由各保险机构按中标份额分担。

(5) 项目实施情况

截至 2023 年 6 月,该项目 2021 年度累计赔付 2.87 万人,共计 92.73 万人次,累计赔付支出 36742.80 万元; 2022 年度累

计赔付 2.59 万人，共计 83.37 万人次，累计赔付支出 41683.95 万元；两年合计赔付 78426.75 万元。

3.项目组织及实施

该项目采取政府主导、商业保险运作的基本原则，通过公开招标选择承办商业保险机构。2019 年，在“天津市医疗保障局城乡居民大病保险承保项目（项目编号：TGPC-2019-D-0487）”公开招标中，中国人寿保险股份有限公司天津市分公司、中国人民健康保险股份有限公司天津分公司、阳光人寿保险股份有限公司天津分公司和太平洋财产保险股份有限公司天津分公司（以下简称商业承保机构）中标，共同承办 2020-2022 年度天津市城乡居民大病保险项目。

该项目涉及部门包括市医保局、天津市医疗保障基金结算中心（以下简称结算中心）、天津市医疗保障基金管理中心（以下简称医保中心）、大病保险服务中心及天津市医疗保障基金监督检查所（以下简称监督检查所）。

（1）市医保局主要职责

市医保局主要负责天津市医疗保障基金监督管理办法、天津市医疗保障筹资和待遇政策、天津市定点医药机构协议和支付管理辦法的制定与实施，并负责医疗保障基金管理工作。

（2）结算中心主要职责

结算中心主要负责对天津市定点医药机构通过信息系统上

传的联网医疗费用，通过智能审核、人工审核等多种方式及时实施审核。

（3）医保中心主要职责

医保中心主要负责与各商业承保机构签订大病保险委托管理合同，负责根据当年全市居民医保实际参保人数按季度拨付大病保险保险费，负责按月向各商业承保机构交接大病保险应支付数据，负责组织大病保险服务中心及相关部门负责人定期召开例会分析通报大病保险制度运行情况并及时研究解决重大问题，负责指导大病保险服务中心做好与区医保经办机构、定点医药机构和被保险人之间的经办衔接工作，负责对各商业承保机构实施日常及年终检查、对商业承保机构经办服务质量进行综合评价。

（4）大病保险服务中心主要职责

大病保险服务中心主要负责大病保险的统一经办工作，包括接收医保中心提供的业务数据，审核、确认业务数据，分发业务数据，汇总理赔数据及核对，归集及支付理赔款项，负责数据整理及分析，风险评估及预警、定期数据统计及报告。

（5）监督检查所主要职责

监督检查所接受市医保局委托对医疗保障基金的实施进行监督。

4.资金投入和使用情况

（1）2021 年度大病保险资金投入和使用情况

①资金预算情况：2021 年度天津市城乡居民预算参保人数为 537 万人¹，大病保险预算申报及批复资金为 40275 万元²。

②资金投入情况：医保中心每年依据年初预估的参保人数、各商业承保机构中标的人均筹资标准及中标份额计算每家商业承保机构的保费，然后按季度拨付，并于下一年度按照年末实际参保人数清算保费。2021 年初预估参保人数为 545 万人，以此为基数计算的 2021 年度保费总金额为 40588.88 万元。2021 年度实际参保人数为 537.38 万人，清算后 2021 年度实际拨付的保费总金额为 40021.38 万元。

③资金使用情况：截至 2022 年 12 月 31 日，大病保险累计赔付 2.87 万人，共计 92.73 万人次，2021 年度累计赔付金额合计 36742.80 万元。根据大病保险盈亏率调节机制，各商业承保机构需将盈余率超过 5% 的部分资金返还至城乡居民基本医疗保险基金，2021 年度返还金额合计 1277.51 万元。2021 年度赔付率为 94.84%。

（2）2022 年度大病保险资金投入和使用情况

①资金预算情况：2022 年度天津市城乡居民预算参保人数为 532 万人³，大病保险预算申报及批复资金为 39900 万元⁴。

¹、² 此数来源为 2021 年社会保险基金预算报表。

³、⁴ 此数来源为 2022 年社会保险基金预算报表。

②资金投入情况：2022年初预估参保人数为525.62万人，以此为基数计算2022年度保费总金额为39145.55万元。2022年度实际参保人数为533.80万人，清算后2022年度实际拨付的保费总金额为39754.76万元。

③资金使用情况：截至2023年6月30日，2022年度累计赔付2.59万人，共计83.37万人次，累计赔付金额合计41683.95万元。截至2023年6月30日该年度尚未完成年度清算，预计赔款支出合计为43177.03万元，2022年度预计赔付率为108.61%。

（3）资金拨付方式

医保中心根据年初预估的全市居民医保参保人数，按季度下达大病保险的保险费拨付计划，原则上前三季度分别占保险费总额的30%，四季度占10%。前三季度保险费于每季度第二个月前予以拨付，剩余部分在次年依据考核结果及盈亏情况再行清算。

（4）大病保险年度盈亏率

承办机构盈利的，盈利率5%（含）以内的部分由承办机构留用；高于5%以上的部分全部返还居民基本医疗保险基金。承办机构亏损的，亏损率低于5%（含）的部分全部由承办机构承担；高于5%以上且因居民基本医疗保险政策调整等政策性原因给承办机构带来亏损时，由居民基本医疗保险基金和承办机构分

摊；高于 5%以上且由非政策性原因带来亏损的，全部由承办机构承担。

（二）项目绩效目标

该项目的绩效目标为：落实天津市人民政府办公厅《关于印发天津市城乡居民大病保险办法的通知》（津政办发〔2018〕2号）中“健全多层次医疗保障体系，筑牢全民基本医疗保障网底，减轻参保人员大病医疗费用负担”的城乡居民大病保险建设目标。采取商业保险机构承办大病保险的方式，发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

二、工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

本次绩效评价的目的是根据项目实施具体情况，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、公正地评价，总结项目管理与执行经验，发现项目管理和预算管理中存在的问题，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，为相关部门决策与管理提供参考依据。对象和范围是 2021 年-2022 年城乡居民大病保险项目。

（二）绩效评价原则、方法、指标和标准

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

绩效评价组实施本次评价的依据为《中华人民共和国预算法》《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、《中共天津市委 天津市人民政府印发〈关于全面推进预算绩效管理的实施方案〉的通知》（津党发〔2019〕25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）、《天津市基本医疗保险规定》（2012年市人民政府令第49号）、《关于印发天津市城乡居民大病保险办法的通知》（津政办发〔2018〕2号）、《天津市财政局关于印发〈天津市市级财政项目支出绩效评价管理办法〉的通知》（津财绩效

〔2020〕12号）、《天津市财政局关于印发〈天津市市级部门预算绩效目标管理办法〉的通知》（津财绩效〔2020〕16号）、《市人力社保局关于实施天津市城乡居民大病保险办法有关问题的通知》（津人社规字〔2018〕6号）等政策文件。

评价过程中，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，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 91.26 分，评价等级为“优”。其中，项目决策 17 分，项目过程 17.47 分，项目产出 35.79 分，项目效益 22 分，针对自评报告质量不高的问题扣减 1 分。具体情况见表 3。

表 3 城乡居民大病保险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	18	22	38	22	-	100
得分	17	17.47	35.79	22	-1	91.26
得分率	94.44%	79.41%	94.18%	100%	-	91.26%

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况

市医保局参照国务院办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、《天津市人民政府办公厅关于印发天津市城乡居民大病保险办法的通知》（津政办发〔2018〕2号）等文件要求，结合天津市实际情况，制定了《市医疗保障局关于印发〈天津市医疗保障发展“十四五”规划〉的通知》（津医保局发〔2021〕66号），印发了《关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》和《关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》，为开展大病保险相关工作提供了文件依据，但2019年机构改革后，大病保险项目的经办部门和业务流程发生了变化，大病保险中心执行的城乡居民大病保险的业务流程规范、承保和理赔流程图未及时更新。

（二）项目过程情况

项目实施过程中，大病保险服务中心制定了《天津市城乡居民大病保险服务中心审核岗业务流程制度》《天津市城乡居民大病保险服务中心投诉作业流程》等共计19项规章制度，设立了联合管理小组，并有明确的岗位分工，责任到人。机构设置能够覆盖管理、操作、监督机构，起到了风险防控作用，为大病保险项目的实施提供了保障。大病保险项目的支出流程能够按照规章制度或操作规程办理，资金使用符合国家财经法规和财务管理制

度以及有关专项资金管理办法的规定，不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况，符合项目预算批复或合同规定的用途。但过程管理方面缺少年度整体实施方案；考核工作方案缺少考核评价指标体系；与商业承保机构的委托管理合同未明确人员配备和职责分工，未明确就医管理、费用审核、稽核调查、异地就医等工作分工；未明确对相关成本和统计报表审核的内容和方式；各商业承保机构未对资金使用情况进行风险评估，未对住院率、次均住院费用和天数、费用分布和结构比例、病人流向、基金使用率、病人个人负担率等指标进行监测等，过程管理有待加强。

（三）项目产出情况

截至 2023 年 6 月，该项目 2021 年度累计赔付 2.87 万人，共计 92.73 万人次，累计赔付 36742.80 万元；2022 年度累计赔付 2.59 万人，共计 83.37 万人次，累计赔付 41683.95 万元，合计赔付 78426.75 万元。医保中心与各商业承保机构签订的城乡居民大病人均保险费标准 ≤ 75 元/年/人，符合市政府批准确定的大病保险年人均筹资标准。2021 年度大病保险赔付率约为 91.81%，盈利率超过 5%，清算返还基本医疗保险基金的金额合计 1277.51 万元，返还后 2021 年度的大病保险赔付率为 94.84%。2022 年度的大病保险尚未完成年度清算，预计赔付合计 43177.03 万元，预计赔付率 108.61%。项目产出完成情况较好，但存在大病保险清算不及时、个人垫付医疗费用一次性支付失败案例较多

的问题。

（四）项目效益情况

通过该项目实施，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障，减轻了城乡居民大病医疗费用负担，一定程度上解决了因病致贫、因病返贫问题。可持续影响方面通过采取商业保险机构承办大病保险的方式，充分发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，完善城乡居民基本医保的多渠道筹资机制，建立多层次医疗保障体系，形成了长期稳健运行的长效机制。该项目实施有效降低了城乡居民大病医疗费用负担，防止发生家庭灾难性医疗支出，社会效益和可持续影响效益较好。

五、主要经验及做法、存在的问题及原因分析

（一）主要经验及做法

1.优化运作模式，为提升理赔准确性提供保障

市医保局组织四家保险公司设立大病保险服务中心，实行集中办公，职责覆盖了管理、操作、监督等各环节，提高了保险经办效率。四家保险公司优化保险经办运作模式，制定统一的大病保险服务标准流程，完善业务流程、岗位设置和业务系统功能，起到了风险防控作用，为提升理赔业务各环节操作准确性和大病保险理赔工作正确率提供了保障。

2.全覆盖与倾斜支付相结合，促进社会公平与稳定

天津市大病医疗保险在实现城乡居民全覆盖的同时实行了

倾斜支付政策，对于符合规定的医疗救助对象，大病保险起付标准降至普通参保人员的 50%，报销比例在普通参保人员各段报销基础上提高 5 个百分点，并不设封顶线，提高了大病保险保障的精准性。通过实现全覆盖与倾斜支付相结合的方式，大病保险制度使所有人都能享受到基本的医疗保障，并对困难群体给予更多的关注和支持，促进了社会的公平与稳定。

3.发挥托底保障功能，减轻城乡居民大额医疗费用负担

项目 2021 年-2022 年共计赔付 176.10 万人次，合计赔付 78426.75 万元，在减轻城乡居民基本医疗保险参保人员的大额医疗费用负担，特别是符合规定医疗救助对象的大额医疗费用负担方面体现了项目的社会效益，发挥了大病保险托底保障功能，有效防止了发生家庭灾难性医疗支出。

（二）存在的问题及原因分析

1.业务流程规范更新不及时

2019 年机构改革，大病保险项目由市医保局负责实施后，大病保险服务中心开展业务仍按照 2014 年印发的《天津市城乡居民大病保险服务中心业务流程规范》执行，项目实际执行过程中，大病保险的业务经办部门（科室）、审核流程和赔付流程均发生了改变，但业务流程规范、承保流程图和理赔流程图未及时更新。

2.实施方案不完善

一是市医保局未制定项目年度整体实施方案，不利于指导项目实施；二是医保中心印发的《2020至2021年度意外险、居民大病险和重疾险协议考核工作方案》的考核内容过于简单，缺少考核评价指标体系，不符合《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）第六条“加强大病保险运行的监管。相关部门要各负其责，协同配合……人力资源社会保障、卫生计生等部门要建立以保障水平和参保人满意度为核心的考核评价指标体系，加强监督检查和考核评估，督促商业保险机构按合同要求提高服务质量和水平”的规定。

3.过程管理不完善

一是合同条款不完善，医保中心与四家商业承保机构签订的《天津市城乡居民大病保险委托管理合同（2020-2022年度）》，未明确承办方工作人员数量、专业背景、工作职责等内容；未明确就医管理、费用审核、稽核调查、异地就医等工作分工；未明确对相关成本和统计报表审核的内容和方式。不符合市政府办公厅关于印发《天津市城乡居民大病保险办法的通知》（津政办发〔2018〕2号）第十一条“大病保险合同应当明确承办方工作人员数量、专业背景、工作职责等内容；明确就医管理、费用审核、稽核调查、异地就医等工作分工；明确对相关成本和统计报表审核的内容和方式等”的规定。

二是各商业承保机构未对资金使用情况进行评估，未对

住院率、次均住院费用和天数、费用分布和结构比例、病人流向、基金使用率、病人个人负担率等指标进行监测。不符合《天津市人民政府办公厅关于印发〈天津市城乡居民大病保险办法〉的通知》（津政办发〔2018〕2号）第十八条“承办商业保险机构应及时对资金使用情况进行风险评估，对住院率、次均住院费用和天数、费用分布和结构比例、病人流向、基金使用率、病人个人负担率等指标进行重点监测，确定预警线、运行风险点，为大病保险制度的平稳运行提供决策分析”的规定。

4.大病保险清算不及时，个人支付失败案例较多

一是医保中心与各商业承保机构清算工作完成时间过晚，2021年的清算工作于2022年12月完成；截至2023年6月30日，2022年度的清算工作尚未完成，项目清算不及时。不符合医保中心制定的《2022年度委托经办机构协议考核及清算工作方案》第七条“经中心党委审议通过后实施年度清算工作，原则上在6月底完成”的规定。

二是大病保险服务中心在赔付个人垫付医疗费用时，一次性支付失败案例较多，具体为：2021年度支付个人垫付医疗费用共计7679人次，其中一次性支付失败585人次，一次性支付失败人次占比7.62%；2021年度支付个人垫付医疗费用金额合计1675.86万元，其中一次性支付失败金额合计203.75万元，一次性支付失败金额占比12.16%。2022年支付个人垫付医疗费用共

计 4470 人次，其中一次性支付失败 372 人次，一次性支付失败人次占比 8.32%；2022 年支付个人垫付医疗费用金额合计 1407.45 万元，其中一次性支付失败金额合计 181.76 万元，一次性支付失败金额占比 12.91%。

六、相关建议

（一）及时更新制度和业务流程规范

建议市医保局依据国家和市政府印发的大病保险相关政策，通过对大病医疗保险项目实施情况总结分析，结合当地经济社会发展水平、患大病发生的高额医疗费用情况、基本医保筹资能力和支付水平，及时更新完善以市医保局为主体责任部门的大病保险制度，并根据大病保险各业务环节的现行经办部门及审核赔付流程实际情况，及时更新完善业务流程规范、承保流程图和理赔流程图。

（二）完善项目实施方案

建议市医保局制定项目整体实施方案，明确组织架构、各部门职责分工、过程监督管理措施、资金申请与使用审批流程、成本控制及风险防控措施等内容。

建议医保中心完善《市医保中心关于印发 2020 至 2021 年度意外险、居民大病险和重疾险协议考核工作方案的通知》，设置科学可行的考核评价指标体系，加强监督检查和考核评估，督促各商业承保机构提高服务质量和水平。

（三）加强全过程管理

建议医保中心加强过程管理，规范合同管理，完善合同要素和条款，明确承办方工作人员数量、专业背景、工作职责等内容；明确就医管理、费用审核、稽核调查、异地就医等工作分工；明确对相关成本和统计报表审核的内容和方式等。

建议市医保局和医保中心加强对大病保险运行的监管，相关部门要各负其责，协同配合，强化服务意识，切实保障参保人权益，加强监督检查和考核评估，督促商业承保机构落实相关政策要求，对重点指标进行监测，确定预警线、运行风险点，为大病保险制度的平稳运行提供决策分析。

（四）及时完成年度清算，探索减少支付失败案例途径

建议医保中心与各商业承保机构严格按照医保中心制定的《2022年度委托经办机构协议考核及清算工作方案》第七条“经中心党委审议通过后实施年度清算工作，原则上在6月底完成”的规定，及时完成年度清算工作。

建议大病保险服务中心及时查明一次性支付失败的原因，各部门联动信息共享，将完善参保人员信息工作前移，积极探索减少支付失败案例的途径和方式方法，减少重复支付的工作量，提高大病保险赔付时效和效率。