

2021年度 淄博市医疗保障服务中心 决算

目 录

第一部分 单位概况

- 一、单位职责
- 二、机构设置

第二部分 2021 年度单位决算表

- 一、收入支出决算总表
- 二、收入决算表
- 三、支出决算表
- 四、财政拨款收入支出决算总表
- 五、一般公共预算财政拨款支出决算表
- 六、一般公共预算财政拨款基本支出决算表
- 七、一般公共预算财政拨款“三公”经费支出决算表
- 八、政府性基金预算财政拨款收入支出决算表
- 九、国有资本经营预算财政拨款支出决算表

第三部分 2021 年度单位决算情况说明

- 一、收入支出决算总体情况说明
- 二、收入决算情况说明
- 三、支出决算情况说明
- 四、财政拨款收入支出决算总体情况说明
- 五、一般公共预算财政拨款支出决算情况说明
- 六、一般公共预算财政拨款基本支出决算情况说明

七、一般公共预算财政拨款“三公”经费支出决算情况说明

八、政府性基金预算财政拨款收入支出决算情况说明

九、国有资本经营预算财政拨款支出决算情况说明

十、其他重要事项情况说明

十一、预算绩效情况说明

第四部分 名词解释

第五部分 附件

第一部分

单位概况

一、单位职责

- 1、承担全市医疗保障基金收支工作。
- 2、承担全市医疗保障信息系统建设、运行维护及安全管理
工作。
- 3、承担全市医保经办服务工作。具体承办市级经办服务大
厅运行管理等工作。
- 4、承担全市基本医疗保险参保登记、待遇支付及关系转移
接续工作，具体承办市管职工、驻淄高校大学生基本医疗保险参
保登记、待遇支付及关系转移接续工作。
- 5、承担全市基本医疗保险药品、医疗服务项目、医疗服务
设施等医保目录的系统维护及国家编码落地应用工作。
- 6、承担公务员医疗补助和全市大病保险、大额医疗费救助
基金、长期护理保险基金筹集和待遇支付工作，具体承办市管单
位公务员医疗补助、大病保险、大额医疗费救助基金、长期护理
保险基金筹集和待遇支付工作。
- 7、承担全市参保人生育保险待遇落实工作，具体承办市管
单位参保人生育保险待遇支付工作。
- 8、承担市管离休干部（含部分建国前老工人）医疗费管理
工作。
- 9、承担全市定点医药机构准入评估、协议管理、费用结算
等工作。
- 10、指导区县医疗保障经办机构完成相关业务工作。
- 11、完成市医保局交办的其他任务。

二、机构设置

淄博医疗保障服务中心本级决算

第二部分

2021年度单位决算表

收入支出决算总表

公开01表

单位：淄博市医疗保障服务中心

金额单位：万元

收入			支出		
项目	行次	金额	项目	行次	金额
栏次		1	栏次		2
一、一般公共预算财政拨款收入	1	5488.53	一、一般公共服务支出	32	
二、政府性基金预算财政拨款收入	2		二、外交支出	33	
三、国有资本经营预算财政拨款收入	3		三、国防支出	34	
四、上级补助收入	4		四、公共安全支出	35	
五、事业收入	5		五、教育支出	36	
六、经营收入	6		六、科学技术支出	37	
七、附属单位上缴收入	7		七、文化旅游体育与传媒支出	38	
八、其他收入	8	0.03	八、社会保障和就业支出	39	4159.63
	9		九、卫生健康支出	40	1328.93
	10		十、节能环保支出	41	
	11		十一、城乡社区支出	42	
	12		十二、农林水支出	43	
	13		十三、交通运输支出	44	
	14		十四、资源勘探工业信息等支出	45	
	15		十五、商业服务业等支出	46	
	16		十六、金融支出	47	
	17		十七、援助其他地区支出	48	
	18		十八、自然资源海洋气象等支出	49	
	19		十九、住房保障支出	50	
	20		二十、粮油物资储备支出	51	
	21		二十一、国有资本经营预算支出	52	
	22		二十二、灾害防治及应急管理支出	53	
	23		二十三、其他支出	54	3
	24		二十四、债务还本支出	55	
	25		二十五、债务付息支出	56	
	26		二十六、抗疫特别国债安排的支出	57	
本年收入合计	27	5491.56	本年支出合计	58	5491.56
使用非财政拨款结余	28		结余分配	59	
年初结转和结余	29		年末结转和结余	60	
	30			61	
总计	31	5491.56	总计	62	5491.56

注：1. 本表反映单位本年度的总收支和年末结转结余情况。2. 本套报表金额单位转换时可能存在尾数误差。

收入决算表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开02表
金额单位：万元

项目		本年收入合计	财政拨款收入	上级补助收入	事业收入	经营收入	附属单位上缴收入	其他收入
功能分类科目编码	科目名称							
栏次		1	2	3	4	5	6	7
合计		5491.56	5491.53					0.03
208	社会保障和就业支出	4159.63	4159.63					
20805	行政事业单位养老支出	5.58	5.58					
2080506	机关事业单位职业年金缴费支出	5.58	5.58					
20830	财政代缴社会保险费支出	2.05	2.05					
2083099	财政代缴其他社会保险费支出	2.05	2.05					
20899	其他社会保障和就业支出	4152	4152					
2089999	其他社会保障和就业支出	4152	4152					
210	卫生健康支出	1328.93	1328.9					0.03
21014	优抚对象医疗	269	269					
2101401	优抚对象医疗补助	269	269					
21015	医疗保障管理事务	1059.93	1059.9					0.03
2101506	医疗保障经办事务	9.92	9.92					
2101550	事业运行	1050.01	1049.98					0.03
229	其他支出	3	3					
22960	彩票公益金安排的支出	3	3					
2296099	用于其他社会公益事业的彩票公益金支出	3	3					

注：本表反映单位本年度取得的各项收入情况。

支出决算表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开03表
金额单位：万元

项目		本年支出合计	基本支出	项目支出	上缴上级支出	经营支出	对附属单位补助支出
功能分类科目编码	科目名称						
栏次		1	2	3	4	5	6
合计		5491.56	1055.59	4435.97			
208	社会保障和就业支出	4159.63	5.58	4154.05			
20805	行政事业单位养老支出	5.58	5.58				
2080506	机关事业单位职业年金缴费支出	5.58	5.58				
20830	财政代缴社会保险费支出	2.05		2.05			
2083099	财政代缴其他社会保险费支出	2.05		2.05			
20899	其他社会保障和就业支出	4152		4152			
2089999	其他社会保障和就业支出	4152		4152			
210	卫生健康支出	1328.93	1050.01	278.92			
21014	优抚对象医疗	269		269			
2101401	优抚对象医疗补助	269		269			
21015	医疗保障管理事务	1059.93	1050.01	9.92			
2101506	医疗保障经办事务	9.92		9.92			
2101550	事业运行	1050.01	1050.01				
229	其他支出	3		3			
22960	彩票公益金安排的支出	3		3			
2296099	用于其他社会公益事业的彩票公益金支出	3		3			

注：本表反映单位本年度取得的各项支出情况。

财政拨款收入支出决算总表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开04表
金额单位：万元

收入			支出					
项目	行次	金额	项目	行次	合计	一般公共预算财政拨款	政府性基金预算财政拨款	国有资本经营预算财政拨款
栏次		1	栏次		2	3	4	5
一、一般公共预算财政拨款	1	5488.53	一、一般公共服务支出	33				
二、政府性基金预算财政拨款	2		二、外交支出	34				
三、国有资本经营财政拨款	3		三、国防支出	35				
	4		四、公共安全支出	36				
	5		五、教育支出	37				
	6		六、科学技术支出	38				
	7		七、文化旅游体育与传媒支出	39				
	8		八、社会保障和就业支出	40	4159.63	4159.63		
	9		九、卫生健康支出	41	1328.9	1328.9		
	10		十、节能环保支出	42				
	11		十一、城乡社区支出	43				
	12		十二、农林水支出	44				
	13		十三、交通运输支出	45				
	14		十四、资源勘探工业信息等支出	46				
	15		十五、商业服务业等支出	47				
	16		十六、金融支出	48				
	17		十七、援助其他地区支出	49				
	18		十八、自然资源海洋气象等支出	50				
	19		十九、住房保障支出	51				
	20		二十、粮油物资储备支出	52				
	21		二十一、国有资本经营预算支出	53				
	22		二十二、灾害防治及应急管理支出	54				
	23		二十三、其他支出	55	3			3
	24		二十四、债务还本支出	56				
	25		二十五、债务付息支出	57				
	26		二十六、抗疫特别国债安排的支出	58				
本年收入合计	27	5491.53	本年支出合计	59	5491.53	5488.53	3	

收入			支出					
项目	行次	金额	项目	行次	合计	一般公共预算财政拨款	政府性基金预算财政拨款	国有资本经营预算财政拨款
年初财政拨款结转和结余	28		年末财政拨款结转和结余	60				
一般公共预算财政拨款	29			61				
政府性基金预算财政拨款	30			62				
国有资本经营预算财政拨款	31			63				
总计	32	5491.53	总计	64	5491.53	5488.53	3	

注：本表反映单位本年度一般公共预算财政拨款、政府性基金预算财政拨款和国有资本经营预算财政拨款的总收支和年末结转结余情况。

一般公共预算财政拨款支出决算表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开05表
金额单位：万元

项目		本年支出		
功能分类科目编码	科目名称	小计	基本支出	项目支出
功能分类科目编码		小计	基本支出	项目支出
栏次		1	2	3
合计		5488.53	1055.56	4432.97
208	社会保障和就业支出	4159.63	5.58	4154.05
20805	行政事业单位养老支出	5.58	5.58	
2080506	机关事业单位职业年金缴费支出	5.58	5.58	
20830	财政代缴社会保险费支出	2.05		2.05
2083099	财政代缴其他社会保险费支出	2.05		2.05
20899	其他社会保障和就业支出	4152		4152
2089999	其他社会保障和就业支出	4152		4152
210	卫生健康支出	1328.9	1049.98	278.92
21014	优抚对象医疗	269		269
2101401	优抚对象医疗补助	269		269
21015	医疗保障管理事务	1059.9	1049.98	9.92
2101506	医疗保障经办事务	9.92		9.92
2101550	事业运行	1049.98	1049.98	

注：本表反映单位本年度一般公共预算财政拨款支出情况。

一般公共预算财政拨款基本支出决算表

公开06表
金额单位：万元

单位：淄博市医疗保障服务中心

人员经费			公用经费					
科目编码	科目名称	金额	科目编码	科目名称	金额	科目编码	科目名称	金额
301	工资福利支出	958.69	302	商品和服务支出	74.17	307	债务利息及费用支出	
30101	基本工资	260.69	30201	办公费	8.96	30701	国内债务付息	
30102	津贴补贴	331.52	30202	印刷费		30702	国外债务付息	
30103	奖金	139.81	30203	咨询费		30703	国内债务发行费用	
30106	伙食补助费		30204	手续费		30704	国外债务发行费用	
30107	绩效工资		30205	水费		310	资本性支出	0.5
30108	机关事业单位基本养老保险缴费	80.58	30206	电费		31001	房屋建筑物购建	
30109	职业年金缴费	5.58	30207	邮电费	10.36	31002	办公设备购置	0.5
30110	职工基本医疗保险缴费	33.23	30208	取暖费		31003	专用设备购置	
30111	公务员医疗补助缴费	19.3	30209	物业管理费		31005	基础设施建设	
30112	其他社会保障缴费	4.53	30211	差旅费	9.63	31006	大型修缮	
30113	住房公积金	83.45	30212	因公出国（境）费用		31007	信息网络及软件购置更新	
30114	医疗费		30213	维修（护）费	5	31008	物资储备	
30199	其他工资福利支出		30214	租赁费		31009	土地补偿	
303	对个人和家庭的补助	22.21	30215	会议费		31010	安置补助	
30301	离休费		30216	培训费		31011	地上附着物和青苗补偿	
30302	退休费	5.67	30217	公务接待费	1.19	31012	拆迁补偿	
30303	退职（役）费		30218	专用材料费		31013	公务用车购置	
30304	抚恤金		30224	被装购置费		31019	其他交通工具购置	
30305	生活补助		30225	专用燃料费		31021	文物和陈列品购置	
30306	救济费		30226	劳务费	2.48	31022	无形资产购置	
30307	医疗费补助		30227	委托业务费		31099	其他资本性支出	
30308	助学金		30228	工会经费	7.62	312	对企业补助	
30309	奖励金	14.08	30229	福利费		31201	资本金注入	

人员经费			公用经费					
科目编码	科目名称	金额	科目编码	科目名称	金额	科目编码	科目名称	金额
30310	个人农业生产补贴		30231	公务用车运行维护费		31203	政府投资基金股权投资	
30311	代缴社会保险费		30239	其他交通费用	6.79	31204	费用补贴	
30399	其他对个人和家庭的补助	2.46	30240	税金及附加费用		31205	利息补贴	
			30299	其他商品和服务支出	22.13	31299	其他对企业补助	
						399	其他支出	
						39906	赠与	
						39907	国家赔偿费用支出	
						39908	对民间非营利组织和群众性自治组织补贴	
						39999	其他支出	
人员经费合计		980.9	公用经费合计					74.66

注：本表反映单位本年度一般公共预算财政拨款基本支出明细情况。

一般公共预算财政拨款“三公”经费支出决算表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开07表
金额单位：万元

预算数						决算数					
合计	因公出国（境）费	公务用车购置及运行维护费			公务接待费	合计	因公出国（境）费	公务用车购置及运行维护费			公务接待费
		小计	公务用车购置费	公务用车运行维护费				小计	公务用车购置费	公务用车运行维护费	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9.65					9.65	1.19					1.19

注：本表反映单位本年度“三公”经费支出预决算情况。其中，预算数为“三公”经费年初预算数；决算数是包括当年一般公共预算财政拨款和以前年度结转资金安排的实际支出。

政府性基金预算财政拨款收入支出决算表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开08表
金额单位：万元

项目		年初结转和结余	本年收入	本年支出			年末结转和结余
功能分类科目编码	科目名称			小计	基本支出	项目支出	
栏次		1	2	3	4	5	6
合计			3	3		3	
229	其他支出		3	3		3	
22960	彩票公益金安排的支出		3	3		3	
2296099	用于其他社会公益事业的彩票公益金支出		3	3		3	

注：本表反映单位本年度政府性基金预算财政拨款收入、支出及结转和结余情况。

国有资本经营预算财政拨款支出决算表

单位：淄博市医疗保障服务中心

公开09表
金额单位：万元

项目		本年支出		
功能分类科目编码	科目名称	小计	基本支出	项目支出

注：本表反映单位本年度国有资本经营预算财政拨款支出情况。
本单位没有使用国有资本经营预算安排的支出，故本表无数据。

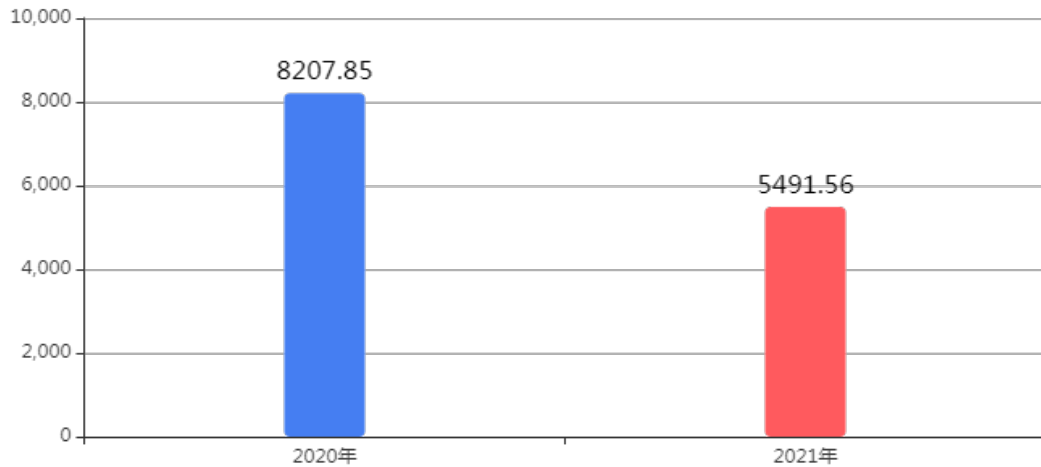
第三部分

2021年度单位决算情况说明

一、收入支出决算总体情况说明

2021年度收、支总计5491.56万元。与2020年度相比，收、支总计各减少2,716.29万元，下降33.09%。主要是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少。

图1：收入支出决算变动情况
(单位：万元)

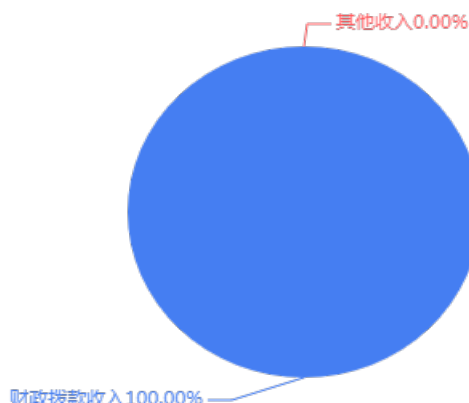


二、收入决算情况说明

(一) 收入决算结构情况

本年收入合计5491.56万元，其中：财政拨款收入5491.53万元，占100.00%；其他收入0.03万元，占0.00%。

图2：本年收入构成情况



（二）收入决算具体情况

1、财政拨款收入5491.53万元。与2020年度相比，减少2,269.29万元，下降29.24%。主要是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少。

2、上级补助收入0.00万元。与上年决算数一致。

3、事业收入0.00万元。与上年决算数一致。

4、经营收入0万元。与上年决算数一致。

5、附属单位上缴收入0.00万元。与上年决算数一致。

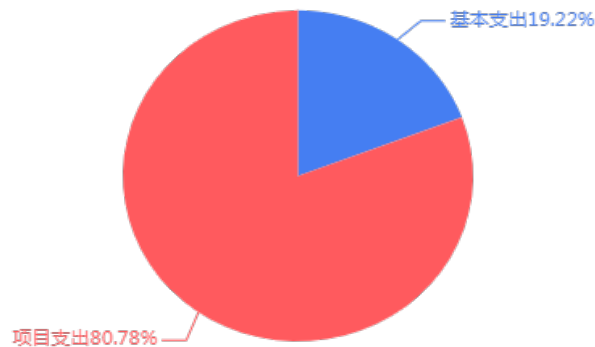
6、其他收入0.03万元。与上年决算数一致。

三、支出决算情况说明

（一）支出决算结构情况

本年支出合计5,491.56万元，其中：基本支出1,055.59万元，占19.22%；项目支出4,435.97万元，占80.78%。

图3：本年支出构成情况



（二）支出决算具体情况

1、基本支出1,055.59万元。与2020年度相比，减少88.91万元，下降7.77%。主要是控制费用支出，医疗保障管理事务减少。

2、项目支出4,435.97万元。与2020年度相比，减少2,627.38万元，下降37.20%。主要是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少。

3、上缴上级支出0.00万元。与上年决算数一致。

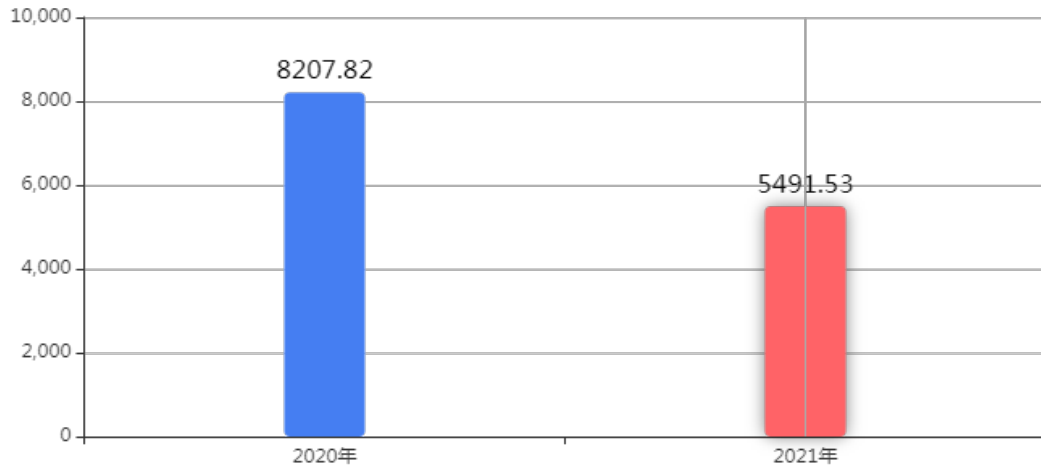
4、经营支出0.00万元。与上年决算数一致。

5、对附属单位补助支出0.00万元。与上年决算数一致。

四、财政拨款收入支出决算总体情况说明

2021年度财政拨款收、支总计5,491.53万元。与2020年度相比，财政拨款收、支总计各减少2,716.29万元，下降33.09%。主要是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少。

图4：财政拨款收、支决算总计变动情况
(单位：万元)

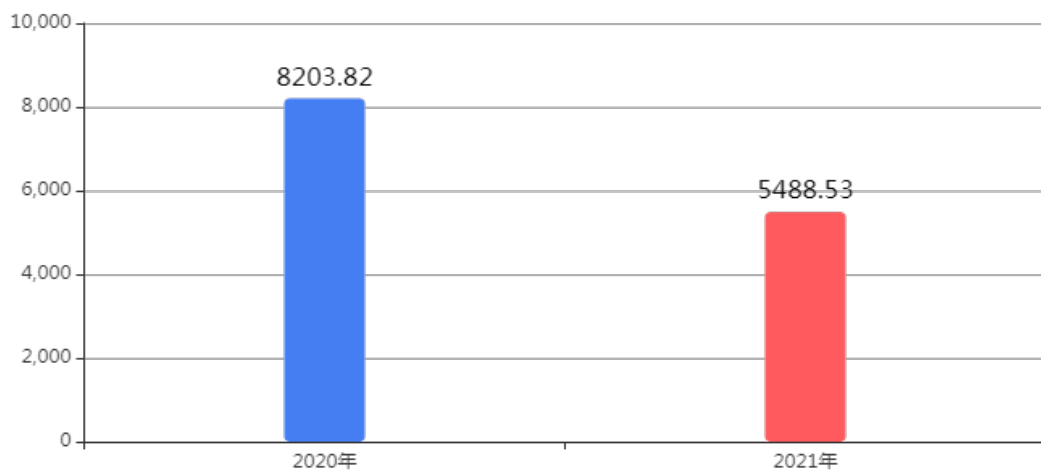


五、一般公共预算财政拨款支出决算情况说明

(一) 一般公共预算财政拨款支出决算总体情况

2021年度一般公共预算财政拨款支出5,488.53万元，占本年支出合计的99.94%。与2020年度相比，一般公共预算财政拨款支出减少2,715.29万元，下降33.10%。主要是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少。

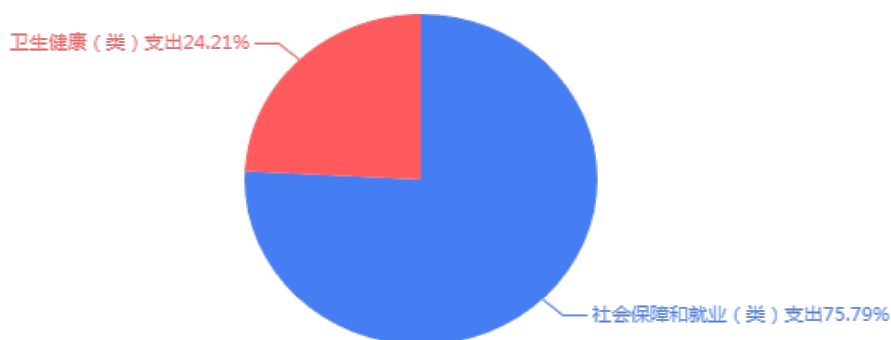
图5：一般公共预算财政拨款支出决算变动情况
(单位：万元)



(二) 一般公共预算财政拨款支出决算结构情况

2021年度一般公共预算财政拨款支出5,488.53万元，主要用于以下方面：社会保障和就业(类)支出4159.63万元，占75.79%；卫生健康(类)支出1328.9万元，占24.21%。

图6：一般公共预算财政拨款支出决算结构



(三) 一般公共预算财政拨款支出决算具体情况

2021年度一般公共预算财政拨款支出年初预算为35,376.89万元，支出决算为5,488.53万元，完成年初预算的15.51%。决算数小于年初预算数的主要原因是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少，财政对基本医疗保险基金的补助减少。其中：

1、社会保障和就业支出(类)行政事业单位养老支出(款)机关事业单位职业年金缴费支出(项)。年初预算为0.00万元，支出决算为5.58万元，决算数大于年初预算数的主要原因是社会保障和就业支出(类)行政事业单位养老支出(款)机关事业单位职业年金缴费支出(项)无单独预算数。

2、社会保障和就业支出(类)财政代缴社会保险费支出(款)财政代缴其他社会保险费支出(项)。年初预算为0.00万元，支出决算为2.05万元，决算数大于年初预算数的主要原因是社会保障和就业支出(类)财政代缴社会保险费支出(款)财政代缴其他社会保险费支出(项)无单独预算数。

3、社会保障和就业支出(类)其他社会保障和就业支出(款)其他社会保障和就业支出(项)。年初预算为6,498.00万元，支出决算为4,152.00万元，完成年初预算的63.90%。决算数小于年初预算数的主要原因是根据财政拨付额度进度执行，其他社会保障和就业支出减少。

4、卫生健康支出(类)优抚对象医疗(款)优抚对象医疗补助(项)。年初预算为0.00万元，支出决算为269.00万元，决算数大于年初预算数的主要原因是卫生健康支出(类)优抚对象医疗(款)优抚对象医疗补助(项)无单独预算数。

5、卫生健康支出(类)医疗保障管理事务(款)医疗保障经办事务(项)。年初预算为45.93万元，支出决算为9.92万元，完成年初预算的21.60%。决算数小于年初预算数的主要原因是根据财政拨付额度进度执行。

6、卫生健康支出(类)医疗保障管理事务(款)事业运行(项)。年初预算为925.96万元，支出决算为1,049.98万元，完成年初预算的113.39%。决算数大于年初预算数的主要原因是人员类工资福利支出增加。

六、一般公共预算财政拨款基本支出决算情况说明

2021年度一般公共预算财政拨款基本支出决算1,055.56万元，包括人员经费和公用经费，支出具体情况如下：

人员经费980.90万元，主要包括：基本工资、津贴补贴、奖金、机关事业单位基本养老保险缴费、职业年金缴费、职工基本医疗保险缴费、公务员医疗补助缴费、其他社会保障缴费、住房公积金、退休费、奖励金、其他对个人和家庭的补助等。

公用经费74.66万元，主要包括：办公费、邮电费、差旅费、维修（护）费、公务接待费、劳务费、工会经费、其他交通费用、其他商品和服务支出、办公设备购置等。

七、一般公共预算财政拨款“三公”经费支出决算情况说明

（一）“三公”经费支出决算总体情况说明

2021年度一般公共预算财政拨款“三公”经费支出年初预算为9.65万元，支出决算为1.19万元，比年初预算减少8.46万元，完成年初预算的12.33%，决算数小于年初预算数的主要原因是严格控制费用支出，减少公务接待费用支出。

（二）“三公”经费支出决算具体情况

1、因公出国（境）费年初预算为0.00万元，支出决算为0.00万元，与2021年预算基本持平，全年支出涉及因公出国（境）团组0个，累计0人次。

2、公务用车购置及运行维护费年初预算为0.00万元，支出决算为0.00万元，与2021年预算基本持平，其中：

公务用车购置费支出0.00万元，2021年淄博市医疗保障服务中心使用财政拨款购置公务用车0辆。

公务用车运行维护费0.00万元，截至2021年12月31日，淄博市医疗保障服务中心财政拨款开支运行维护费的公务用车保有量为0辆。

3、公务接待费年初预算为9.65万元，支出决算为1.19万元，比年初预算减少8.46万元，完成年初预算的12.33%，决算数小于年初预算数的主要原因是严格控制费用支出，减少公务接待费。其中：

国内接待费1.19万元，主要用于外地市到我单位学习考察公务接待费用，共计接待9批次、58人次（含外事接待0批次、0人次）；

国（境）外接待费0.00万元，共计接待0批次、0人次。

八、政府性基金预算财政拨款收入支出决算情况说明

2021年度政府性基金预算财政拨款年初结转和结余0.00万元，本年收入3万元，本年支出3.00万元，年末结转和结余0.00万元。支出具体情况如下：

（一）其他支出（类）彩票公益金安排的支出（款）用于其他社会公益事业的彩票公益金支出（项）。年初预算为0.00万元，支出决算为3.00万元，决算数大于年初预算数的主要原因是其他支出（类）彩票公益金安排的支出（款）用于其他社会公益事业的彩票公益金支出（项）无单独预算。

九、国有资本经营预算财政拨款支出决算情况说明

本单位没有使用国有资本经营预算安排的支出。

十、其他重要事项情况说明

（一）机关运行经费支出情况

本单位无一般公共预算安排的机关运行经费支出。

（二）政府采购支出情况

2021年度政府采购支出总额4.00万元，其中：政府采购货物支出4.00万元、政府采购工程支出0.00万元、政府采购服务支出0.00万元。授予中小企业合同金额0.00万元，其中：授予小微企业合同金额0.00万元。

（三）国有资产占用情况

截至2021年12月31日，本单位共有车辆0辆，其中，符合规定领导干部用车0辆、机要通信用车0辆、应急保障用车0辆、执法执勤用车0辆、特种专业技术用车0辆、离退休干部用车0辆、其他用车0辆；单位价值50万元以上通用设备0台（套）；单位价值100万元以上专用设备0台（套）。

十一、预算绩效情况说明

（一）预算绩效管理工作的开展情况。根据预算绩效管理要求，我单位按照“谁用款、谁评价”的原则，组织对2021年度市级预算项目支出进行全面自评，涵盖项目5个，涉及预算资金29,086.92万元，占单位预算项目支出总额的84.43%。

组织对城镇居民基本医疗保险补助等2个项目开展了重点绩效评价，涉及预算资金29,077.47万元。其中，对城镇居民基本医疗保险补助等项目分别委托淄博正德会计师事务所有限公司等第三方机构开展评价。

(二) 项目绩效自评结果。淄博市医疗保障服务中心2021年度市级预算项目支出绩效自评的5个项目中，5个项目自评等级为优，0个项目自评等级为良，0个项目自评等级为中。从自评情况看，我中心2021年5个项目绩效自评全部达到优秀等级，高效完成了2021年初制定的各项目绩效目标，充分发挥了财政资金使效益。

今年在单位决算中反映了2021年度预算项目支出绩效自评情况，以及城乡居民医疗保险补助等5个项目的绩效自评结果。

1. 城乡居民医疗保险补助项目绩效自评综述：本项目预算27262万元，实际支出25377万元，绩效自评得分99.79分，评价等级优。2021年各级财政按照不低于580元/人的标准对参保人员医保费用进行补助，截至年底，共有271万人参与城乡居民医保。项目的实施有效提高了医保参保率，减轻了参保人员的就医负担，有助于减少因病致贫几率，对患者的生活心态和家庭的和谐发展都带来了积极影响，同时对于维护社会稳定具有重大意义。。

2. 财政负担的离休干部医疗费项目绩效自评综述：本项目预算5833万元，实际支出3700万元，绩效自评得分99.21分，评价等级优。2021年对全市市直参保的离休干部进行医疗保障，确保其各项待遇正常享受。本项目的实施，一方面方便了离休干部正常就医，保证了全市离休干部安度晚年，确保了老干部老有所

养、老有所医，对维护社会和谐安定具有积极作用；另一方面体现了政府不仅在政治上关心离休干部，更在生活上照顾离休干部。

3. 基金经办业务经费项目绩效自评综述：本项目预算12.93万元，实际支出3.42万元，绩效自评得分99.47分，评价等级优。通过支付各类业务表格、银行手续费、工本费以及对医保政策进行有效宣传，保障了医疗保险各项经办业务的正常开展，提高了医保政策知晓率，降低业务投诉率。

4. 办公设备购置项目绩效自评综述：本项目预算8万元，实际支出3.5万元，绩效自评得分95分，评价等级优。2021年共采购办公用电脑设备8台，通过项目的实施提高了中心的办公效率和服务水平。

5. 基金监管服务费项目绩效自评综述：本项目预算18万元，实际支出3万元，绩效自评得分98.25分，评价等级优。2021年共评定病例1万余份；对医保基金进行精算分析，出具精算报告1份。通过各项工作的开展，提高了医保待遇结算的准确性、维护了医保基金安全性、提升了医保基金的使用效益。

2021年度预算项目支出绩效自评情况汇总表和市级预算项目支出绩效自评表详见“第五部分 附件”。

（三）重点绩效评价项目评价结果。城乡居民基本医疗保险补助项目，绩效评价综合得分为92.81分，等级为优。

绩效评价报告详见“第五部分 附件”。

第四部分

名词解释

一、财政拨款收入：指单位本年度从本级财政部门取得的财政拨款，包括一般公共预算财政拨款、政府性基金预算财政拨款和国有资本经营预算财政拨款。

二、上级补助收入：指事业单位从主管部门和上级单位取得的非财政补助收入。

三、事业收入：指事业单位开展专业业务活动及其辅助活动取得的收入；包括事业单位收到的财政专户实际核拨的教育收费等。

四、经营收入：指事业单位在专业业务活动及其辅助活动之外开展非独立核算经营活动取得的收入。

五、附属单位上缴收入：指事业单位附属独立核算单位按照有关规定上缴的收入。

六、其他收入：指单位取得的除上述“财政拨款收入”“上级补助收入”“事业收入”“经营收入”“附属单位上缴收入”等以外的各项收入。

七、使用非财政拨款结余：指事业单位按照预算管理要求使用非财政拨款结余弥补收支差额的金额。

八、年初结转和结余：指单位以前年度尚未完成、结转到本年仍按原规定用途继续使用的资金，或项目已完成等产生的结余资金。

九、结余分配：指事业单位缴纳的所得税以及从非财政拨款结余或经营结余中提取的各类结余。

十、年末结转和结余：指单位本年度或以前年度预算安排、因客观条件发生变化未全部执行或未执行，结转到以后年度继续使用的资金，或项目已完成等产生的结余资金。

十一、基本支出：指单位为保障机构正常运转、完成日常工作任务而发生的各项支出。

十二、项目支出：指单位为完成特定的行政工作任务或事业发展目标，在基本支出之外发生的各项支出。

十三、经营支出：指事业单位在专业业务活动及其辅助活动之外开展非独立核算经营活动发生的支出。

十四、“三公”经费：指单位用财政拨款安排的因公出国（境）费、公务用车购置及运行维护费和公务接待费。其中，因公出国（境）费反映单位公务出国（境）的国际旅费、国外城市间交通费、住宿费、伙食费、培训费、公杂费等支出；公务用车购置及运行维护费反映单位公务用车购置支出（含车辆购置税）及按规定保留的公务用车燃料费、维修费、过桥过路费、保险费、安全奖励费用等支出；公务接待费反映单位按规定开支的各类公务接待（含外宾接待）支出。

十五、机关运行经费：指为保障行政单位（包括参照公务员法管理的事业单位）运行用于购买货物和服务的各项资金，包括办公及印刷费、邮电费、差旅费、会议费、福利费、日常维修费、专用材料及一般设备购置费、办公用房水电费、办公用房取暖费、办公用房物业管理费、公务用车运行维护费以及其他费用。

十六、社会保障和就业支出(类)行政事业单位养老支出(款)机关事业单位职业年金缴费支出(项)：反映机关事业单位实施养老保险制度由单位市级缴纳的职业年金支出

十七、社会保障和就业支出(类)财政代缴社会保险费支出(款)财政代缴其他社会保险费支出(项)：反映在政策规定范围内，财政为生活困难人员缴纳的其他社会保险费支出

十八、社会保障和就业支出(类)其他社会保障和就业支出(款)其他社会保障和就业支出(项)：反映其他社会保障和就业方面的支出

十九、卫生健康支出(类)优抚对象医疗(款)优抚对象医疗补助(项)：反映按规定补助优抚对象的医疗经费

二十、卫生健康支出(类)医疗保障管理事务(款)医疗保障经办事务(项)：反映医保基金核算、精算、参保登记、权益记录、转移接续等医疗保障经办支出

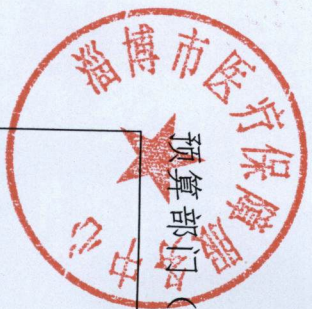
二十一、卫生健康支出(类)医疗保障管理事务(款)事业运行(项)：反映事业单位的基本支出，不包括行政单位（包括实行公务员管理的事业单位）后勤服务中心、医务室等附属事业单位

二十二、其他支出(类)彩票公益金安排的支出(款)用于其他社会公益事业的彩票公益金支出(项)：反映用于其他社会公益事业的彩票公益金支出

第五部分

附件

2021年度淄博市医疗保障服务中心项目支出绩效自评情况汇总表



预算部门（盖章）：淄博市医疗保障服务中心

单位：万元

项目名称	资金使用单位	自评得分	自评等级
1 办公设备购置	淄博市医疗保障服务中心	95	优秀
2 基金经办业务经费	淄博市医疗保障服务中心	99.47	优秀
3 基金监管服务费	淄博市医疗保障服务中心	98.25	优秀
4 财政负担的离休干部医疗费	淄博市医疗保障服务中心	99.21	优秀
5 城乡居民医疗保险补助	淄博市医疗保障服务中心	99.79	优秀

注：

1. “资金使用单位”为具体使用资金的机关本级或下级单位；
2. 自评等级：自评得分在 90（含）-100 为“优”，80（含）-90 为“良”，60（含）-80 为“中”，60 分以下为“差”

项目支出绩效自评表

(2021 年度)

项目名称		办公设备购置						
主管部门及代码		[511]淄博市医疗保障局			实施单位	[511002]淄博市医疗保障服务中心		
项目预算执行情况(10) (万元)		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	8	3.5	3.5	10.0	100.00%	10.00	
	其中：财政拨款	8	3.5	3.5	-	100.00%	-	
	上年结转资金	0	0	0	-	-	-	
	其他资金	0	0	0	-	-	-	
年度总体目标	年初预期目标			目标实际完成情况				
	保证我单位经办工作正常运行，需配备台式机、打印机、桌椅等办公设备			购买办公用台式机一宗，满足正常办公需求，共计支出 34960 元。				
年度绩效指标 (90分)	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
	项目产出(50分)	数量指标	更新办公设备(件)	10件	8件	8	6.4	实际购入电脑共计8台
		数量指标	购置设备完成率	100%	80%	7	5.6	实际购入电脑共计8台
		时效指标	设备购置及时完成率	100%	80%	10	8	实际购入电脑8台
		质量指标	设备合格率	100%	100%	15	15	
		成本指标	设备购置费用	3.496万元	3.4960万元	10	10	实际购入电脑8台
	项目效益(30分)	社会效益	提高干部职工公共积极性	是	是	15	15	
		可持续影响	提供优质服务	是	是	5	5	
		可持续影响	提升经办能力	是	是	5	5	
		可持续影响	提高工作效率	是	是	5	5	
	满意度指标(10分)	社会公众或服务对象满意度	工作人员满意度	95%	95%	10	10	
总分						100	95.00	

项目支出绩效自评表

(2021 年度)

项目名称		财政负担的离休干部医疗费						
主管部门及代码		[511]淄博市医疗保障局			实施单位	[511002]淄博市医疗保障服务中心		
项目预算执行情况(10) (万元)		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	5,833	3,700	3,700	10.0	100.00%	10.00	
	其中:财政拨款	5,833	3,700	3,700	-	100.00%	-	
	上年结转资金	0	0	0	-	-	-	
	其他资金	0	0	0	-	-	-	
年度总体目标	年初预期目标			目标实际完成情况				
	保障市直离休干部正常享受医保待遇			保障市直离休干部正常享受医保待遇				
年度绩效指标(90分)	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
	项目产出(50分)	数量指标	市直参保离休干部保障人数	1164人	1164人	6	6	
		数量指标	机关事业单位离休人员保障人数保障人数	341人	341人	6	6	
		数量指标	破产改制企业离休人员保障人数保障人数	289人	289人	3	3	
		时效指标	市直离休人员报销及时率	95%	95%	10	10	
		质量指标	市直离休人员财政补助到位率	95%	90%	15	14.21	无
		成本指标	离休人员保险费	3700万元	3700万元	10	10	
	项目效益(30分)	社会效益	保障离休人员待遇,维护地方信访稳定,社会安定	是	是	15	15	
		可持续影响	离休人员待遇享受率	95%	95%	15	15	
满意度指标(10分)	社会公众或服务对象满意度	市直离休干部满意度	95%	95%	10	10		
总分						100	99.21	

项目支出绩效自评表

(2021 年度)

项目名称	城乡居民医疗保险补助							
主管部门及代码	[511]淄博市医疗保障局			实施单位	[511002]淄博市医疗保障服务中心			
项目预算执行情况(10) (万元)		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	27,262	25,377	25,377	10.0	100.00%	10.00	
	其中：财政拨款	27,262	25,377	25,377	-	100.00%	-	
	上年结转资金	0	0	0	-	-	-	
	其他资金	0	0	0	-	-	-	
年度总体目标	年初预期目标			目标实际完成情况				
	保证城乡居民医疗待遇正常享受			政府按规定给予财政补助，保证了城乡居民医疗待遇正常享受。				
年度绩效指标(90分)	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
	项目产出(50分)	数量指标	全市城乡居民参保人数	280万人	270万人	6	5.79	参保居民人数减少
		数量指标	对张店、临淄、桓台补助比例	10%	10%	3	3	
		数量指标	对淄川、周村、文昌湖、经开区补助比例	25%	25%	3	3	
		数量指标	对博山补助比例	35%	35%	3	3	
		时效指标	待遇报销及时率	95%	95%	10	10	
		质量指标	参保人应保尽保率	95%	95%	15	15	
		成本指标	省级补助比例	50%	50%	10	10	
	项目效益(30分)	社会效益	方便参保人员就医，减轻费用负担减轻	是	是	15	15	
		可持续影响	持续缓解因病致贫、因病至困等社会矛盾缓解	是	是	15	15	
满意度指标(10分)	社会公众或服务对象满意度	对现行城乡居民政策满意度	95%	95%	10	10		
总分						100	99.79	

项目支出绩效自评表

(2021 年度)

项目名称	基金监管服务费								
主管部门及代码	[511]淄博市医疗保障局			实施单位	[511002]淄博市医疗保障服务中心				
项目预算执行情况(10) (万元)		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分		
	年度资金总额	18	3	3	10.0	100.00%	10.00		
	其中：财政拨款	18	3	3	-	100.00%	-		
	上年结转资金	0	0	0	-	-	-		
	其他资金	0	0	0	-	-	-		
年度总体目标	年初预期目标			目标实际完成情况					
	完成本年度的各项专家评审			完成本年度的各项专家评审					
年度绩效指标(90分)	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	项目产出(50分)	数量指标	每季度病例评定数量	3000份	2250份	7	5.25	变更结算办法, 审核病历相对减少	
		数量指标	精算报告数量	1份	1份	4	4		
		数量指标	绩效评价报告数量	1份	1份	4	4		
		时效指标	评审完成及时性	及时	及时	10	10		
		质量指标	病历评审合格率	85%	85%	15	15		
		成本指标	医疗专家每人每天评定费用	500元/天	500元/天	5	5		
		成本指标	项目总费用	3万元	3万元	5	5		
		项目效益(30分)	社会效益	提高医疗保险待遇结算的准确性, 维护医保基金安全率	提高	提高	15	15	
		可持续影响	医疗费用自觉控费意识	提高	提高	15	15		
	满意度指标(10分)	社会公众或服务对象满意度	社会公众或服务对象项目实施的满意程度	95%	95%	10	10		
总分						100	98.25		

项目支出绩效自评表

(2021 年度)

项目名称		基金经办业务经费						
主管部门及代码		[511]淄博市医疗保障局			实施单位	[511002]淄博市医疗保障服务中心		
项目预算执行情况(10) (万元)		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	12.93	3.42	3.42	10.0	100.00%	10.00	
	其中：财政拨款	12.93	3.42	3.42	-	100.00%	-	
	上年结转资金	0	0	0	-	-	-	
	其他资金	0	0	0	-	-	-	
年度总体目标	年初预期目标			目标实际完成情况				
	保障医疗保险各项经办业务的正常开展所需各类业务表格及银行手续费、工本费网络等运行成本的支付。			尽可能安排银行手续费、对城镇职工、城镇居民的参保、就医管理、慢性病鉴定等各项工作所需各类表格印刷工本费，以及多家运营商的线路租赁费用等与社会保险经办业务有关的经费支出。				
年度绩效指标 (90分)	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
	项目产出(50分)	数量指标	医保业务参与宣传天数	30天	30天	5	5	
		数量指标	政策知晓率	90%	90%	10	10	
		时效指标	到位及时率	95%	90%	10	9.47	无
		质量指标	是否高质量保障经办业务运行	是	是	10	10	
		质量指标	业务投诉率	5%	5%	5	5	无
		成本指标	综合运行成本	3.422278万元	3.422278万元	10	10	
	项目效益(30分)	社会效益	增强经办工作运行效率	是	是	15	15	
		可持续影响	经办能力可持续发展可持续	是	是	15	15	
满意度指标(10分)	社会公众或服务对象满意度	公众满意度	90%	90%	10	10		
总分						100	99.47	

办公设备购置费项目 绩效评价报告

实施单位：淄博市医疗保障服务中心

评价日期：2022年6月

一、基本情况

（一）项目概况

1、项目背景

为了满足医保服务民众的信息化要求，满足新进人员的办公要求，购置部分计算机等办公设备，成为市中心 2021 年度的必须进行的工作之一。

2、项目主要内容

医疗保障办公设备购置费项目的主要内容包括：

2021 年名校特招等形式新录用人员 5 人，需要配置相应的办公设备；原有办公设备部分老化无法使用，结合上述情况，需要在 2021 年购置部分固定资产。

本着勤俭节约的原则，在能满足工作需要的情况下，需购置：台式计算机 8 台。

3、项目实施情况

2021 年度的宣传工作主要由中心综合科负责，各项目已经全部实施完毕。

4、资金投入及使用情况

（1）项目资金投入情况

2021 年度医疗保障办公设备购置费项目年初预算资金 8 万元，淄博市财政局实际拨付项目资金 3.5 万元。

（2）项目资金使用情况

2021 年度医疗保障办公设备购置费项目实际支出 3.5 万元，其中：依据实支出情况，将各分项列全。

（二）项目绩效目标

1、项目总体目标

满足服务投保人的信息化要求，满足办公要求。

2、项目具体目标

2021年年初，抓紧进行办公设备购置，尽快发放到需要的工作人员手中，做到用活每一台设备，用好每一台设备，为综合提升医疗保障服务能力做好基础工作。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象及范围

1、评价目的

通过开展项目绩效评价，了解该项目是否按照有关制度办法实施，掌握该项目的组织实施情况和资金的管理使用情况，总结项目产出和效益等；运用科学、规范的绩效评价方法，客观公正地反映项目预期目标实现程度，考评资金支出效率及其所产生的相关效益、可持续影响。

通过绩效评价，总结项目实施的经验做法，查找资金使用与管理中的薄弱环节，发现项目实施过程中存在的问题，提出有针对性的改进意见和建议。通过绩效评价，督促项目单位切实采取措施改进、加强项目管理，进一步提高项目资金管理水平和预算资金使用效益。通过绩效评价，为促进完善财政政策、改进预算管理提供依据，为后续财政预算资金安排提供重要参考，提高财政资金配置效率。

2、评价对象及范围

本项目绩效评价对象为淄博市医疗保障服务中心办公设备购置项目。

本次绩效评价范围为淄博市医疗保障服务中心办公设备购置项目的以下几方面内容：

（1）项目决策情况，包括项目立项依据充分性、程序规范性，绩效目标合理性、指标明确性，项目预算编制科学性等；

（2）项目过程情况，包括项目管理制度健全性，制度执行有效性，项目预算执行率、资金使用合规性等；

(3) 项目产出及效益情况，包括项目产出情况，项目实施所产生社会效益、可持续影响情况等。

(二) 绩效评价原则

科学规范原则。评价工作小组在评价过程中，严格按照规定的程序，按照科学可行的要求，采用定性与定量相结合的方法，规范开展绩效评价各个环节的工作；

公正公开原则。评价工作小组在评价过程中，严格按照真实、客观、公正的要求，依法公开并接受监督；

绩效相关原则。评价工作小组在评价过程中，针对具体支出及其产出绩效进行，确保评价结果能够清晰反映支出和产出绩效之间的紧密关联关系；

独立评价原则。评价工作小组在评价过程中，严格遵守相关法律法规和行业规范，排除内、外各种干扰因素和影响，独立完成绩效评价工作。

(三) 评价指标体系

1、评价指标体系构建原则

构建绩效评价指标体系是评价工作的关键一环，直接影响评价人员所需获取的相关资料 and 进行数据分析的重点，以及最终绩效评价结论的科学性。评价人员需要围绕资金使用、资源配置、项目管理等方面，客观分析项目的产出和效果，体现决策、过程到产出、效果的逻辑，科学编制绩效指标评价体系。

绩效评价指标是指衡量绩效目标实现程度的考核工具，绩效评价指

标的确定应当遵循以下原则：

（1）相关性原则。应当与绩效目标有直接的联系，能够恰当反映目标的实现程度。

（2）重要性原则。应当优先使用最具评价对象代表性、最能反映评价要求的核心指标。

（3）可比性原则。对同类评价对象要设定共性的绩效评价指标，以便于评价结果可以相互比较。

（4）系统性原则。应当将定量指标与定性指标相结合，系统反映财政支出所产生的社会效益、经济效益、环境效益和可持续影响等。

（5）经济性原则。应当通俗易懂、简便易行，数据的获得应当考虑现实条件和可操作性，符合成本效益原则。

2、评价指标设置

本项目绩效评价指标的设置遵循定性、定量相结合的原则，参照行业、专业标准及采集的相关数据材料制定评价标准，对评价目标进行逐步分解，设置实用性、可操作性和可实现性较强的绩效指标，根据相关规定并结合项目特点赋予指标权重与指标分值。

评价指标分为项目决策、项目过程、项目产出、项目效益四大部分，总分为 100 分，每部分分值分配如下：

（1）项目决策 20 分，该部分反映项目立项依据是否充分、是否经过科学的决策程序，绩效目标设置是否合理、指标是否明确，项目预算编制是否科学、合理等情况。

（2）项目过程 20 分，该部分反映项目实施过程情况，包括项目资

金管理和组织实施两方面内容。主要包括项目组织管理制度建设，项目预算执行情况及资金使用合规性等内容。

(3) 项目产出 30 分，该部分反映项目产出按目标要求的实现程度。

(4) 项目效益 30 分，该部分反映项目产生的社会效益、可持续影响等。

本项目绩效评价指标体系详见下表：

2021 年度医疗保障办公设备购置费项目绩效评价指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
决策 (20分)	项目立项 (6分)	立项依据充分性 (3分)	项目立项是否符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责,用以反映和考核项目立项依据情况。	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要求(1分);项目立项与部门职责范围相符,属于部门履职所需(1分);项目属于公共财政支持范围,符合中央、地方事权支出责任划分原则(1分)。	查阅政策文件、会议纪要、项目申报资料
		立项程序规范性 (3分)	项目申请、设立过程是否符合相关要求,用以反映和考核项目立项的规范情况。	项目按照规定的程序申请设立(1分);审批文件、材料符合相关要求(1分);事前已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策(1分)。	查阅单位预算申报及批复文件
	绩效目标 (6分)	绩效目标合理性 (3分)	项目所设定的绩效目标是否依据充分,是否符合客观实际,用以反映和考核项目绩效目标与项目实施的相符情况。	项目有绩效目标(1分);项目绩效目标与实际工作内容具有相关性(1分);项目预期产出效益和效果与预算确定的项目投资额或资金量相匹配(1分)。	查阅单位绩效目标申报表、项目实施方案
		绩效指标明确性 (3分)	依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等,用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。	将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(1分);通过清晰、可衡量的指标值予以体现(1分);与项目目标任务数或计划数相对应(1分)。	查阅单位绩效目标申报表、项目实施方案
	资金投入 (8分)	预算编制科学性 (4分)	项目预算编制是否经过科学论证、有明确标准,资金额度与年度目标是否相适应,用以反映和考核项目预算编制的科学性、合理性情况。	预算编制经过科学论证(1分);预算内容与项目内容匹配(1分);预算额度测算依据充分,按照标准编制(1分);预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配(1分)。	查阅项目预算编制材料、绩效目标申报表等

		资金分配合理性 (4分)	项目预算资金分配是否有测算依据,与补助单位或地方实际是否相适应,用以反映和考核项目预算资金分配的科学性、合理性情况。	预算资金分配依据充分(2分);资金分配额度合理,与项目单位或地方实际相适应(2分)。	查阅项目预算编制材料、绩效目标申报表等
过程 (20分)	资金管理 (6分)	资金到位率 (2分)	实际到位资金与预算资金的比率,用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	资金到位率=(实际到位资金/预算资金)×100%。 实际到位资金:一定时期(本年度或项目期)内落实到具体项目的资金。预算资金:一定时期(本年度或项目期)内预算安排到具体项目的资金。资金到位率 $x \geq 95\%$ 得2分; $80\% \leq x < 95\%$ 得1.5分; $60\% \leq x < 80\%$ 得1分; $x < 60\%$ 得0.5分。	财务账册、预算明细、核对核查
		预算执行率 (4分)	项目预算资金是否按照计划执行,用以反映或考核项目预算执行情况。	预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)×100%。 实际支出资金:一定时期(本年度或项目期)内项目实际拨付的资金。预算执行率 $y \geq 95\%$ 得4分; $80\% \leq y < 95\%$ 得3分; $60\% \leq y < 80\%$ 得2分; $y < 60\%$ 得1分。	财务账册、预算明细
	财务管理 (6分)	财务制度健全性 (1分)	项目的财务制度是否健全、完善。	项目制定有完善的项目资金管理办法(1分)。	查阅制度文件、财务资料
		财务监控有效性 (1分)	项目的资金审批流程是否完善、有效。	资金审批、拨付、使用流程符合有关财务会计管理制度的规定(1分)。	查阅制度文件、财务资料
		资金使用合规性 (4分)	项目资金使用是否符合相关的财务管理制度规定。	符合项目预算批复或合同规定的用途(2分);不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(2分)。	查阅制度文件、财务资料

	组织 实施 (8分)	项目管理制度健全性 (4分)	项目实施单位是否为项目的有序开展制定了必要的管理制度或管理办法。	项目已具备或制定了相应的项目实施管理制度(2分);业务管理制度合法、合规,覆盖项目从申报、审批、实施、验收等整个流程(2分)。	查阅制度文件、业务流程
		项目管理制度执行有效性 (4分)	项目实施是否符合相关管理规定,用以反映和考核相关管理制度的有效执行情况。	遵守相关法律法规和相关管理规定(2分);项目调整及支出调整手续完备(2分)。	查阅制度文件、业务流程、访谈相关负责人
产出 (30分)	产出数量 (10分)	购置数量 (10分)	购置办公设备的数量	不低于年初计划数量。100%为满分,每降低1%扣权重分5%,项目计划完成率在80%以下不得分,如有特殊情况酌情扣分。	计划完成情况汇总表
	产出质量 (10分)	政策知晓率 (10分)	是否满足办公要求	不低于100%	根据回访记录,测算知晓率
	产出时效 (5分)	完成及时性 (5分)	是否及时采购	项目是否按预定进度完成,酌情得分。	完成记录和总结
	产出成本 (5分)	成本控制率 (5分)	不超出年初预算	考察项目的成本控制程度。	查阅合同、付款凭证
效益 (30分)	项目效益 (30分)	社会效益 (10分)	所购置医疗保险的服务设备是否满足服务和办公的要求	依据现场调查情况,0~10分视评估情况得分。	分析收集的各项资料、现场查勘情况
		可持续影响 (10分)	是否持续满足要求。	有无短期重复购买的情况。	根据医保收入情况进行分析
		社会公众或服务对象	社会公众或服务对象对项目实施效果的满意程度。	对社会公众或服务对象进行满意度调查。满意率 $\geq 90\%$ 得8-10分; $80\% \leq$ 满意率 $< 90\%$ 得5-7分; $60\% \leq$	满意度调查问卷

		象满意度 (10分)		满意率<80%得 2-4 分；满意率<60%得 0 分。	
合计	100分				

（四）绩效评价方法

通过研究分析本项目的具体情况，评价工作组采用定量与定性相结合、项目实施单位自评与工作小组抽查评价相结合，运用成本效益分析法、比较法、因素分析法、公众评判法方法、案卷研究法和实地测评法进行评价。

1、成本效益分析法

是指将投入与产出、效益进行关联性分析的方法。

2、比较法

是指将实施情况与绩效目标、历史情况、不同部门和地区同类支出情况进行比较的方法。

3、因素分析法

是指综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外部因素的方法。

4、公众评判法

是指通过专家评估、公众问卷及抽样调查等方式进行评判的方法。

5、案卷研究法

案卷研究法是绩效评价的重要信息采集手段，从现有资料的梳理中获得与本项目相关的、可证实或反映项目真实情况的有效证据资料，用于项目分析、判断、评价。

6、实地测评法

实地测评法是对被评价项目的决策、实施、产出情况进行实地勘察与计量的方法，是绩效评价中不可缺少的重要方法。

（五）绩效评价工作过程

1、前期准备阶段

包括制定评价实施方案和完善评价指标体系等。

（1）制定评价实施方案

工作组在调研、了解评价项目单位基本情况的基础上，按照有关规定拟订评价实施方案，实施方案应包括项目认识、评价依据、评价指标体系，评价方式方法、评价质量控制措施、工作组人员配置、实施步骤及时间安排等内容。在明确调查的目的、对象、方法的前提下，设计满意度调查问卷，重点评价其社会影响及可持续影响。

（2）完善评价指标体系

评价指标体系是评价实施方案的核心。绩效评价工作小组与项目主管单位的相关人员进行对接、沟通，了解项目的立项、实施及产出情况，了解相关政策及其配套制度规定情况，结合项目的实施特点，围绕项目决策、项目过程、项目产出和项目效益四个方面设定绩效评价指标体系。

2、组织实施

（1）非现场评价

主要工作包括通过项目单位提供基础数据（主要包括年初预算数据、年中预算调整数据、年终决算数据等）、有关公示数据采集等方式，采取定量定性相结合的方式对项目单位进行非现场评价。

①在工作组进驻现场前事先采集评价基础数据及相关资料，现场评价的范围和规模应按评价工作总体要求确定。

②核查评价所需要的基础数据和资料，适当进行充实、延伸。

③采集的评价数据和资料应记入评价工作底稿，并经被评价项目相关单位提供电子版留档。

（2）现场评价

①通过财务系统了解运行费项目支出情况后，实地核实确认目前幼儿园运行状态；

②相关运行费资金拨付到目标单位后，了解资金的使用及相关运行情况；

③对年度内项目单位开展的运行费项目，采取调查问卷的方式，分析其可持续影响，从而评价其支出的必要性。

综合上述三点对项目单位进行现场评价，夯实验证非现场评价取得的结论，同时进行必要的原始资料留存情况问卷调查等。

3、 分析评价

对采集的数据资料进行复核汇总、分类整理和综合分析，结合现场评价分析与非现场评价分析、定量定性评价的方式。按照设立的评价指标、标准、权重、方法，对项目绩效进行综合评价。

三、 绩效评价指标分析

(一) 项目决策情况

1、 项目立项

(1) 立项依据充分性

项目立项指标是指项目的申请、设立过程是否符合相关要求，用以反映和考核项目立项的规范情况。该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要求，项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需，项目属于公共财政支持范围，符合中央、地方事权支出责任划分原则。根据评分标准，“立项依据充分性”指标得满分 3 分。

(2) 立项程序规范性

淄博市医疗保障局已根据政府预算管理要求编制预算，由淄博市财政局审批后下达，项目立项程序规范。根据评分标准，“立项程序规范性”指标得满分 3 分。

2、 绩效目标

(1) 绩效目标合理性

项目长期目标：

为更好地为参保人服务保障日常办公设备。

项目年度目标：

项目单位在编制预算时填报了《绩效目标申报表》，设置了项目“长期目标”和“年度目标”。项目绩效目标与实际工作内容相符，且预期产出效益和效果符合正常的业绩水平。根据评分标准，“绩效目标合理性”指标满分 3 分。

（2）绩效指标科学性

经查阅该项目绩效目标批复表，该项目绩效指标依据绩效目标从数量、质量、效益等方面进行设定，对项目绩效目标进行了细化分解。但该项目在绩效指标设置上不合理、不规范，具体表现为：效果指标难以量化。根据评分标准，“绩效指标明确性”指标满分3分，酌情得3分。

3、资金投入

（1）预算编制科学性

该项目预算编制已经过科学论证，预算内容与项目内容之间、项目资金量与实际工作任务之间基本匹配，项目执行时未发生重大调整。根据评分标准，“预算编制科学性”指标得满分4分。

（2）资金分配合理性

预算资金分配依据较充分；资金分配额度合理，与项目单位或地方实际相适应。根据评分标准，“资金分配合理性”指标得满分4分。

（二）项目过程情况

1、资金管理

（1）资金到位率

2021年度运行费项目预算资金为8万元，淄博市财政局实际拨付3.5万元，资金到位率为3.5万元。根据评分标准，“资金到位率”指标得满分2分。

（2）预算执行率

2021年度办公设备购置费项目，医保中心上报的预算为8万元，淄博市财政局实际批复，实际支付3.5万元，预算执行率为43.75%，根据

评分标准，“预算执行率”指标得1分。

2、财务管理

(1) 财务制度健全性

经了解，该项目在财务管理方面主要依据《行政单位财务规则》等文件规定进行项目资金支付。通过访谈调研，项目单位的财务管理制度覆盖了资金预算、审批、拨付的全过程，财务和业务管理制度可有效保障项目顺利实施，各项制度健全、规范。根据评分标准，“财务制度健全性”指标得满分1分。

(2) 财务监控有效性

从实际财务监管情况来看，项目单位能严格执行财务监管制度，能够对可能出现的问题提出有效的监管措施预案。项目的资金审批流程完善、有效。根据评分标准，“财务监控有效性”指标得满分1分。

(3) 资金使用合规性

在对收集到的项目单位运行费项目资料研究及对项目资金审核过程中,对资金使用是否符合国家财经法规和财务管理制度以及有关项目资金管理规定的规定，资金的拨付是否有完整的审批程序和手续，是否符合项目预算批复或合同规定的用途以及是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况进行核查。评价小组根据财政局的预算批复文件，抽查了项目的支出凭证，了解到资金的拨付有完整的审批程序和手续，符合项目预算批复的用途，资金使用过程中不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。根据评分标准，“资金使用合规性”指标得满分4分。

3、 组织实施

(1) 项目管理制度健全性

项目管理制度健全性指标是指项目实施单位是否为项目的有序开展制定了必要的管理制度或管理办法。根据实地调研考察和对项目单位材料的审核，各项管理制度比较完善，能够为项目的实施开展提供有力的制度保障。根据评分标准，“项目管理制度健全性”指标得满分 4 分。

(2) 项目管理制度执行有效性

项目管理制度执行有效性指标是指项目实施是否符合相关业务管理规定，用以反映和考核业务管理制度的有效执行情况。通过实地调研考察和查阅项目相关资料，项目单位在项目实施过程中基本能按照相关文件和相关规定执行，项目调整及支出调整手续完备。

根据评分标准，“项目管理制度执行有效性”指标满分 4 分，酌情得 2 分。

(三) 项目产出情况

项目产出我们设置了产出数量、产出质量、完成及时性和成本控制率 4 个指标。

1、产出数量（10 分）：台式计算机 8 台该指标得 10 分。

2、产出质量（10 分）：是否满足办公要求，经过调查访问，以上设备已经完全投入使用，能够满足相应的要求，得 9 分。

3、产出时效（5 分）：以上项目全部在 2021 年完成，得满分。

4、成本控制率（5 分）：该资金的支出没有超出预算，得满分。

（四）项目效益情况

社会效益（10分）：该批设备能够满足相关要求，起到了社会服务作用，该项目得10分。

可持续影响（10分）：该批设备在被使用期间可以长期使用，从结果来分析，已经形成了良好的持续影响状态，得10分。

服务对象满意度（10分）

经各使用者反映，该批设备较好地满足了服务要求，该指标得9分。

四、综合评价情况及评价结论

（一）综合评价情况

1、评价打分方法

本次评价采用定性分析与定量考核相结合方法，对定性考核指标采用分析打分，对定量考核指标采用量化打分，总分百分制，以最终得分确定评价等级。

（1）项目绩效根据绩效指标评分标准直接打分，具体为：项目决策 20 分，项目过程 20 分，项目产出 30 分，项目效益 30 分，满分计 100 分；

（2）根据评分标准，达到要求的指标得标准分满分，达不到标准的根据评分标准打分，最低得 0 分；

（3）绩效评价等次。评价结果分为优、良、中、差四个等次，根据评价分值，确定评价对象对应的等次。详见下表：

评价分值与评价等级表

等次	优	良	中	差
分值	90（含）~100分	80（含）~90分	60分(含)~80分	<60分

2、评价得分

根据本项目绩效评价指标打分评价，2021 年度淄博市医疗保障服务中心运行费项目绩效评价的最终得分为 95 分，绩效评价等次为“优”。详见下表：

绩效评价得分情况

一级指标	二级指标	三级指标	评价标准	得分	
决策 (20分)	项目立项 (6分)	立项依据充分性 (3分)	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要求(1分);项目立项与部门职责范围相符,属于部门履职所需(1分);项目属于公共财政支持范围,符合中央、地方事权支出责任划分原则(1分)。	3	
		立项程序规范性 (3分)	项目按照规定的程序申请设立(1分);审批文件、材料符合相关要求(1分);事前已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策(1分)。	3	
	绩效目标 (6分)	绩效目标合理性 (3分)	项目有绩效目标(1分);项目绩效目标与实际工作内容具有相关性(1分);项目预期产出效益和效果与预算确定的项目投资额或资金量相匹配(1分)。	3	
		绩效指标明确性 (3分)	将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(1分);通过清晰、可衡量的指标值予以体现(1分);与项目目标任务数或计划数相对应(1分)。	3	
	资金投入 (8分)	预算编制科学性 (4分)	预算编制经过科学论证(1分);预算内容与项目内容匹配(1分);预算额度测算依据充分,按照标准编制(1分);预算确定的项目投资额或资金量与工作任務相匹配(1分)。	4	
		资金分配合理性 (4分)	预算资金分配依据充分(2分);资金分配额度合理,与项目单位或地方实际相适应(2分)。	4	
	过程 (20分)	资金管理 (6分)	资金到位率 (2分)	资金到位率=(实际到位资金/预算资金)×100%。 实际到位资金:一定时期(本年度或项目期)内落实到具体项目的资金。预算资金:一定时期(本年度或项目期)内预算安排到具体项目的资金。 资金到位率 $x \geq 95\%$ 得2分; $80\% \leq x < 95\%$ 得1.5分; $60\% \leq x < 80\%$ 得1分; $x < 60\%$ 得0.5分。	2
			预算执行率 (4分)	预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)×100%。 实际支出资金:一定时期(本年度或项目期)内项目实际拨付的资金。预算执行率 $y \geq 95\%$ 得4分; $80\% \leq y < 95\%$ 得3分; $60\% \leq y < 80\%$ 得2分; $y < 60\%$ 得1分。	1
财务管理 (6分)		财务制度健全性 (1分)	项目制定有完善的项目资金管理办法(1分)。	1	

		财务监控有效性 (1分)	资金审批、拨付、使用流程符合有关财务会计管理制度的规定 (1分)。	1
		资金使用合规性 (4分)	符合项目预算批复或合同规定的用途 (2分); 不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况 (2分)。	4
	组织实施 (8分)	项目管理制度健全性 (4分)	项目已具备或制定了相应的项目实施管理制度 (2分); 业务管理制度合法、合规, 覆盖项目从申报、审批、实施、验收等整个流程 (2分)。	4
		项目管理制度执行有效性 (4分)	遵守相关法律法规和相关管理规定 (2分); 项目调整及支出调整手续完备 (2分)。	4
产出 (30分)	产出数量 (10分)	宣传人数 (10分)	不低于 200 万人。100%为满分, 每降低 1%扣权重分 5%, 项目计划完成率在 80%以下不得分, 如有特殊情况酌情扣分。	10
	产出质量 (10分)	政策知晓率 (10分)	不低于 90%	9
	产出时效 (5分)	完成及时性 (5分)	项目是否按预定进度完成, 酌情得分。	5
	产出成本 (5分)	成本控制率 (5分)	考察项目的成本控制程度。	5
效益 (30分)	项目效益 (30分)	社会效益 (10分)	依据现场调查情况, 0~10 分视评估情况得分。	10
		可持续影响 (10分)	依据现场调查情况, 0~10 分视评估情况得分。	10
		社会公众或服务对象满意度 (10分)	对社会公众或服务对象进行满意度调查。满意率 $\geq 90\%$ 得 8-10 分; $80\% \leq$ 满意率 $< 90\%$ 得 5-7 分; $60\% \leq$ 满意率 $< 80\%$ 得 2-4 分; 满意率 $< 60\%$ 得 0 分。	9
合计	100分			95

(二) 绩效评价结论

根据上述情况综合评定,2021 年度医疗保障服务中心办公设备购置费项目绩效评价得分为 95 分, 绩效评价等次为“优”。

五、项目绩效评价结果应用建议

该项目的评价结果为优，是我中心支出项目较好的，建议做好固定资产价值和实物管理工作，让资产发会更好作用，向参保人提供更好服务。

六、存在的问题和建议

（一）存在的问题

1、 绩效目标及指标编制规范性有待提高

绩效评价过程中发现，年度目标设置与长期目标相同，表述较笼统，未充分反应项目具体目标及计划达成情况。该项目在绩效指标设置上不合理、不规范，具体表现为：医疗保障办公设备购置费该指标设置不合理。

2、 预算管理有待提高

在预算编制方面，要更加合理严谨，严格约束办公支出，提高设备使用效率，达到提高医保办事效率，服务民众的目的。

（二）相关建议

1、 强化绩效目标及绩效指标设置的规范性、合理性

进一步完善绩效目标及绩效指标设置。依据绩效目标设定的绩效指标应当清晰、细化、可衡量，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。同时绩效指标设置应当与绩效目标有直接的联系，能够恰当反映目标的实现程度，系统反映财政支出所产生的社会效益、可持续影响，且应符合实际，具有可操作性。

2、 提高预算审核力度

严格按照相关预算管理制度要求，审核业务需求和固定资产匹配情况增强预算的准确性。

医疗保险基金监管服务费项目 绩效部门评价报告

实施单位：淄博市医疗保障服务中心

评价日期：2022年6月

七、 基本情况

(三) 项目概况

5、 项目背景

全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点，将极大地提升医保服务的便利度，提高人民群众的满意度和获得感。18 大类经办业务具体包括：职工医疗保险参保登记、单位变更登记、单位注销登记、医疗保险关系转入、医疗保险关系转出、医疗保险个人账户一次性支付、长期异地就医备案、转外就医备案、异地急诊转住院联网备案、医疗费用手工报销、门诊慢特病病种待遇认定、生育医疗费支付、计划生育医疗费支付、生育津贴支付、企业职工医疗保险费的补缴、企业职工医疗保险费的申报核定、参保缴费信息查询、个人信息修改变更。

日常经办工作包括医疗保险、生育保险基金、长护保险等结算工作、医疗保险定点医疗机构的住院、门诊统筹、门诊慢性病结算工作、门诊慢性病的鉴定、医保定点药店资格评估、医疗救助对象信息调查等。

根据淄博市财政局《关于开展 2021 年度绩效自评和部门评价的通知》（淄财绩〔2022〕2 号）等文件要求，对 2021 年度基金监管服务费项目开展了绩效评价工作。

6、 项目主要内容

基金监管服务费项目主要内容包括：根据《淄博市人民政府

办公厅关于印发淄博市进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》(淄政办字[2018]67号)、《关于进一步加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的通知》(鲁财社〔2017〕16号)、《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)和《中共山东省委山东省人民政府关于全面推进预算绩效管理的实施意见》(鲁发[2019]2号)等文件精神,定点医疗机构申请专家评审的特殊病例(超出该病种医疗费用3倍以上的特殊病例),由医疗保险经办机构统一组织医疗专家评审;我市要建立健全社会保险精算制度,并依据精算结果,及时完善本地区基本医疗保险实施办法。并发挥商业保险公司、高等院校、科研院所等机构的优势联合开展基本医疗保险基金精算分析(5-10年);开展绩效评价时可引入第三方机构参与绩效评价,加强绩效评价的结果应用;综合以上医疗专家评审费用、医保基金精算费用及第三方绩效评价服务等各项费用,按国家、省规定标准,纳入同级财政预算共计18万元。

7、项目实施情况

基金监管服务费项目主要为支付:

- (1) 医疗专家,全年资金总额为8万元;
- (2) 医保基金精算费用:5万元
- (3) 基金运行绩效评价经办费:3万元;
- (4) 其他基金稽核业务经办费:2万元。

8、资金投入及使用情况

(1) 项目资金投入情况

2021 年度淄博市医疗保障服务中心医疗保险基金监管服务费项目项目年初预算资金 18 万元，淄博市财政局实际拨付项目资金 18 万元。

(2) 项目资金使用情况

2021 年度淄博市医疗保障服务中心医疗保险基金监管服务费项目实际支出 3 万元。

(四) 项目绩效目标

3、项目实施期目标

扩大基本医疗保险覆盖面，推进经办服务规范化建设，医保服务更加便民。

全面推进医保服务标准化、规范化建设，稳步提高城乡居民医保待遇水平。

4、项目年度目标

本年度全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点，同时，做好经办工作，完成新旧政策衔接，更好的服务人民群众。

八、绩效评价工作开展情况

(六) 绩效评价目的、对象及范围

3、 评价目的

通过开展项目绩效评价，了解该项目是否按照有关制度办法实施，掌握该项目的组织实施情况和资金的管理使用情况，总结项目产出和效益等；运用科学、规范的绩效评价方法，客观公正地反映项目预期目标实现程度，考评资金支出效率及其所产生的相关效益、可持续影响。

通过绩效评价，总结项目实施的经验做法，查找资金使用与管理中的薄弱环节，发现项目实施过程中存在的问题，提出有针对性的改进意见和建议。通过绩效评价，督促项目单位切实采取措施改进、加强项目管理，进一步提高项目资金管理水平和预算资金使用效益。通过绩效评价，为促进完善财政政策、改进预算管理提供依据，为后续财政预算资金安排提供重要参考，提高财政资金配置效率。

4、 评价对象及范围

本项目绩效评价对象为医疗保险基金经办业务经费项目。

本次绩效评价范围为医疗保险基金经办业务经费项目的以下几方面内容：

(1) 项目决策情况，包括项目立项依据充分性、程序规范性，绩效目标合理性、指标明确性，项目预算编制科学性等；

(2) 项目过程情况，包括项目管理制度健全性，制度执行有效性，项目预算执行率、资金使用合规性等；

(3) 项目产出及效益情况，包括项目产出情况，项目实施所产生社会效益、可持续影响情况等。

(七) 绩效评价原则

科学规范原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，严格按照规定的程序，按照科学可行的要求，采用定性与定量相结合的方法，规范开展绩效评价各个环节的工作；

公正公开原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，严格按照真实、客观、公正的要求，依法公开并接受监督；

绩效相关原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，针对具体支出及其产出绩效进行，确保评价结果能够清晰反映支出和产出绩效之间的紧密关联关系；

独立评价原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，严格遵守相关法律法规和行业规范，排除内、外各种干扰因素和影响，独立完成绩效评价工作。

(八) 评价指标体系

3、评价指标体系构建原则

构建绩效评价指标体系是评价工作的关键一环，直接影响所需获取的相关资料 and 进行数据分析的重点以及最终绩效评价结论的科学性。淄博市医疗保障服务中心需要围绕资金使用、资源配置、项目管理等方面，客观分析项目的产出和效果，体现决策、过程到产出、效果的逻辑，科学编制绩效指标评价体系。

绩效评价指标是指衡量绩效目标实现程度的考核工具，绩效评价

指标的确定应当遵循以下原则：

（1）相关性原则。应当与绩效目标有直接的联系，能够恰当反映目标的实现程度。

（2）重要性原则。应当优先使用最具评价对象代表性、最能反映评价要求的核心指标。

（3）可比性原则。对同类评价对象要设定共性的绩效评价指标，以便于评价结果可以相互比较。

（4）系统性原则。应当将定量指标与定性指标相结合，系统反映财政支出所产生的社会效益、经济效益、环境效益和可持续影响等。

（5）经济性原则。应当通俗易懂、简便易行，数据的获得应当考虑现实条件和可操作性，符合成本效益原则。

4、 评价指标设置

本项目绩效评价指标的设置遵循定性、定量相结合的原则，参照行业、专业标准及采集的相关数据材料制定评价标准，对评价目标进行逐步分解，设置实用性、可操作性和可实现性较强的绩效指标，根据相关规定并结合项目特点赋予指标权重与指标分值。

评价指标分为项目决策、项目过程、项目产出、项目效益四大部分，总分为 100 分，每部分分值分配如下：

（1）项目决策 20 分，该部分反映项目立项依据是否充分、是否经过科学的决策程序，绩效目标设置是否合理、指标是否明确，项目预算编制是否科学、合理等情况。

（2）项目过程 20 分，该部分反映项目实施过程情况，包括项目

资金管理和组织实施两方面内容。主要包括项目组织管理制度建设，项目预算执行情况及资金使用合规性等内容。

（3）项目产出 30 分，该部分反映项目产出按目标要求的实现程度。

（4）项目效益 30 分，该部分反映项目产生的社会效益、可持续发展影响等。

本项目绩效评价指标体系详见下表：

2021 年度淄博市医疗保障局经办业务全城通办项目、医疗保险基金经办业务经费项目绩效评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
决策 (20分)	项目立项 (6分)	立项依据充分性 (3分)	项目立项是否符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，用以反映和考核项目立项依据情况。	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要求(1分)；项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需(1分)；项目属于公共财政支持范围，符合中央、地方事权支出责任划分原则(1分)。	查阅政策文件、会议纪要、项目申报资料
		立项程序规范性 (3分)	项目申请、设立过程是否符合相关要求，用以反映和考核项目立项的规范情况。	项目按照规定的程序申请设立(1分)；审批文件、材料符合相关要求(1分)；事前已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策(1分)。	查阅单位预算申报及批复文件
	绩效目标 (6分)	绩效目标合理性 (3分)	项目所设定的绩效目标是否依据充分，是否符合客观实际，用以反映和考核项目绩效目标与项目实施的相符情况。	项目有绩效目标(1分)；项目绩效目标与实际工作内容具有相关性(1分)；项目预期产出效益和效果与预算确定的项目投资额或资金量相匹配(1分)。	查阅单位绩效目标申报表、项目实施方案
		绩效指标明确性 (3分)	依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。	将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(1分)；通过清晰、可衡量的指标值予以体现(1分)；与项目目标任务数或计划数相对应(1分)。	查阅单位绩效目标申报表、项目实施方案
	资金投入 (8分)	预算编制科学性 (4分)	项目预算编制是否经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标是否相适应，用以反映和考核项目预算编制的科学性、合理性情况。	预算编制经过科学论证(1分)；预算内容与项目内容匹配(1分)；预算额度测算依据充分，按照标准编制(1分)；预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配(1分)。	查阅项目预算编制材料、绩效目标申报表等
		资金分配合理性	项目预算资金分配是否有测算依据，与补助单位或地方实际是否相适应，用以反映	预算资金分配依据充分(2分)；资金分配额度合理，与项目单位或地方实际相适应(2分)。	查阅项目预算编制材料、绩效目标申报表等

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
		(4分)	和考核项目预算资金分配的科学性、合理性情况。		
过程 (20分)	资金管理 (6分)	资金到位率 (2分)	实际到位资金与预算资金的比率,用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	资金到位率=(实际到位资金/预算资金)×100%。实际到位资金:一定时期(本年度或项目日期)内落实到具体项目的资金。预算资金:一定时期(本年度或项目日期)内预算安排到具体项目的资金。资金到位率x≥95%得2分;80%≤x<95%得1.5分;60%≤x<80%得1分;x<60%得0.5分。	财务账册、预算明细、核对核查
		预算执行率 (4分)	项目预算资金是否按照计划执行,用以反映或考核项目预算执行情况。	预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)×100%。实际支出资金:一定时期(本年度或项目日期)内项目实际拨付的资金。预算执行率y≥95%得4分;80%≤y<95%得3分;60%≤y<80%得2分;y<60%得1分。	财务账册、预算明细
	财务管理 (6分)	财务制度健全性 (1分)	项目的财务制度是否健全、完善。	项目制定有完善的项目资金管理办法(1分)。	查阅制度文件、财务资料
		财务监控有效性 (1分)	项目的资金审批流程是否完善、有效。	资金审批、拨付、使用流程符合有关财务会计管理制度的规定(1分)。	查阅制度文件、财务资料
		资金使用合规性 (4分)	项目资金使用是否符合相关的财务管理制度规定。	符合项目预算批复或合同规定的用途(2分);不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(2分)。	查阅制度文件、财务资料

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
	组织实施 (8分)	项目管理制度健全性 (4分)	项目实施单位是否为项目的有序开展制定了必要的管理制度或管理办法。	项目已具备或制定了相应的项目实施管理制度(2分);业务管理制度合法、合规,覆盖项目从申报、审批、实施、验收等整个流程(2分)。	查阅制度文件、业务流程
		项目管理制度执行有效性 (4分)	项目实施是否符合相关管理规定,用以反映和考核相关管理制度的有效执行情况。	遵守相关法律法规和相关管理规定(2分);项目调整及支出调整手续完备(2分)。	查阅制度文件、业务流程、访谈相关负责人
产出 (30分)	产出数量 (10分)	医保业务参与宣传天数 (5分)	主要考察医保业务参与宣传是否达到既定天数。	医保业务参与宣传 ≥ 30 天,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	计划完成情况汇总表、工作总结
		全城通办事项数目 (5分)	主要考察医保全城通办事项数目是否达到预定要求。	全城通办事项数目 ≥ 18 项,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	计划完成情况汇总表、工作总结
	产出质量 (10分)	通办业务运行 (5分)	主要考察项目能否高质量推动全市通办业务运行。	依据全城通办事项现场调查情况,视评估情况得分。	项目申报表、采购计划表、验收材料
		经办业务运行 (5分)	主要考察项目能否高质量推动医疗保障业务运行。	依据医保经办事项调查情况,视评估情况得分。	项目申报表、采购计划表、验收材料

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
	产出时效 (5分)	项目完成及时性 (5分)	主要考察项目按计划时点完成情况。	年内是否按照既定目标完成, 视评估情况得分。	项目申报表、采购计划表、验收材料
	产出成本 (5分)	成本控制率 (5分)	完成项目计划工作目标的实际节约成本与计划成本的比率, 用以反映和考核项目的成本节约程度。	考察项目的成本控制程度, 是否能够在预算内达成既定目的。	查阅合同、付款凭证
效益 (30分)	项目效益 (30分)	社会效益 (10分)	考察项目实施产生社会效益情况。	依据现场调查情况, 0~10分视评估情况得分。	分析收集的各项资料、现场查勘情况
		可持续影响 (10分)	考察项目实施产生可持续影响情况。	依据现场调查情况, 0~10分视评估情况得分。	分析收集的各项资料、现场查勘情况
		服务对象满意度 (10分)	社会公众或服务对象对项目实施效果的满意程度。	对社会公众或服务对象进行满意度调查。满意率 $\geq 70\%$ 得10分; $60\% \leq$ 满意率 $< 70\%$ 得5-10分; 满意率 $< 60\%$ 得0分。	满意度调查问卷

（九）绩效评价方法

通过研究分析本项目的具体情况，淄博市医疗保障服务中心采用定量与定性相结合、自评与抽查评价相结合，运用成本效益分析法、比较法、因素分析法、公众评判法方法、案卷研究法和实地测评法进行评价。

7、成本效益分析法

是指将投入与产出、效益进行关联性分析的方法。

8、比较法

是指将实施情况与绩效目标、历史情况、不同部门和地区同类支出情况进行比较的方法。

9、因素分析法

是指综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外部因素的方法。

10、公众评判法

是指通过专家评估、公众问卷及抽样调查等方式进行评判的方法。

11、案卷研究法

案卷研究法是绩效评价的重要信息采集手段，从现有资料的梳理中获得与本项目相关的、可证实或反映项目真实情况的有效证据资料，用于项目分析、判断、评价。

12、实地测评法

实地测评法是对被评价项目的决策、实施、产出情况进行实地勘察与计量的方法，是绩效评价中不可缺少的重要方法。

（十）绩效评价工作过程

4、前期准备阶段

包括制定评价实施方案和完善评价指标体系等。

（1）制定评价实施方案

在调研、了解评价项目基本情况的基础上，按照有关规定拟订评价实施方案，实施方案应包括项目认识、评价依据、评价指标体系，评价方式方法、评价质量控制措施、工作组人员配置、实施步骤及时间安排等内容。在明确调查的目的、对象、方法的前提下，设计满意度调查问卷，重点评价其社会影响及可持续影响。

（2）完善评价指标体系

评价指标体系是评价实施方案的核心。淄博市医疗保障服务中心在了解项目的立项、实施及产出情况，了解相关政策及其配套制度规定情况的基础上，结合项目的实施特点，围绕项目决策、项目过程、项目产出和项目效益四个方面设定绩效评价指标体系。

5、组织实施

（1）非现场评价

主要工作包括通过项目负责科室提供基础数据（主要包括年初预算数据、年中预算调整数据、年终决算数据等）、有关公示数据采集等方式，采取定量定性相结合的方式对项目单位进行非现场评价。

①进驻现场前事先采集评价基础数据及相关资料，现场评价的范围和规模应按评价工作总体要求确定。

②核查评价所需要的基础数据和资料，适当进行充实、延伸。

（2）现场评价

①通过财务系统了解运行费项目支出情况后，实地核实确认目前项目运行状态；

②相关运行费资金拨付到目标单位后，了解资金的使用及相关运行情况；

③对年度内项目单位开展的运行费项目，采取现场询问的方式，分析其可持续影响，从而评价其支出的必要性。

综合上述三点对项目单位进行现场评价，夯实验证非现场评价取得的结论，同时进行必要的原始资料留存情况问卷调查等。

6、 分析评价

对采集的数据资料进行复核汇总、分类整理和综合分析，结合现场评价分析与非现场评价分析、定量定性评价的方式。按照设立的评价指标、标准、权重、方法，对项目绩效进行综合评价。

九、 绩效评价指标分析

（五） 项目决策情况

4、 项目立项

（1） 立项依据充分性

项目立项指标是指项目的申请、设立过程是否符合相关要求，用以反映和考核项目立项的规范情况。该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要求，项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需，项目属于公共财政支持范围，符合中央、地方事权支出责任划分原则。根据评分标准，“立项依据充分性”指标得满分3分。

（2） 立项程序规范性

淄博市医疗保障服务中心已根据政府预算管理要求编制预算，由淄博市财政局审批后下达，项目立项程序规范。根据评分标准，“立项程序规范性”指标得满分3分。

5、 绩效目标

（1） 绩效目标合理性

项目实施期目标：扩大基本医疗保险覆盖面，推进经办服务规范化建设，医保服务更加便民。全面推进医保服务标准化、规范化建设，稳步提高城乡居民医保待遇水平。

项目年度目标：本年度全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点，同时，做好经办工作，完成新旧政策衔接，更好的服务人民群众。

项目单位在编制预算时填报了《绩效目标申报表》，设置了项目“长期目标”和“年度目标”。项目绩效目标与实际工作内容相符，且预期产出效益和效果符合正常的业绩水平。根据评分标准，“绩效目标合理性”指标满分3分。

（2）绩效指标科学性

经查阅该项目绩效目标批复表，该项目绩效指标依据绩效目标从数量、质量、效益等方面进行设定，对项目绩效目标进行了细化分解，根据评分标准，“绩效指标明确性”指标满分3分，酌情得2分。

6、资金投入

（1）预算编制科学性

该项目预算编制已经过科学论证，预算内容与项目内容之间、项目资金量与实际工作任务之间基本匹配，项目执行时未发生重大调整。根据评分标准，“预算编制科学性”指标得满分4分。

（2）资金分配合理性

预算资金分配依据较充分；资金分配额度合理，与项目单位或地方实际相适应。根据评分标准，“资金分配合理性”指标得满分4分。

（六）项目过程情况

4、资金管理

（1）资金到位率

2021年度医疗保险基金监管服务费项目年初资金预算18万元，淄博市财政局实际拨付项目资金18万元。年度医疗保险基金监管服务费项目2021年资金到位率为100%。

根据评分标准，“资金到位率”指标得满分 2 分。

（2）预算执行率

2021 年度医疗保险基金监管服务费项目，淄博市财政局实际拨付 18 万元，实际支付 3 万元，预算执行率为 16.67%。

根据评分标准，“预算执行率”指标得满分 1 分。

5、财务管理

（1）财务制度健全性

经了解，该项目在财务管理方面主要依据《行政单位财务规则》等文件规定进行项目资金支付。通过访谈调研，项目单位的财务管理制度覆盖了资金预算、审批、拨付的全过程，财务和业务管理制度可有效保障项目顺利实施，各项制度健全、规范。根据评分标准，“财务制度健全性”指标得满分 1 分。

（2）财务监控有效性

从实际财务监管情况来看，项目单位能严格执行财务监管制度，能够对可能出现的问题提出有效的监管措施预案。项目的资金审批流程完善、有效。根据评分标准，“财务监控有效性”指标得满分 1 分。

（3）资金使用合规性

在对收集到的项目单位运行费项目资料研究及对项目资金审核过程中,对资金使用是否符合国家财经法规和财务管理制度以及有关项目资金管理规定的规定，资金的拨付是否有完整的审批程序和手续，是否符合项目预算批复或合同规定的用途以及是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况进行核查。评价小组根据财政局的预算批复文件，抽查

了项目的支出凭证，了解到资金的拨付有完整的审批程序和手续，符合项目预算批复的用途，资金使用过程中不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。根据评分标准，“资金使用合规性”指标得满分4分。

6、 组织实施

(1) 项目管理制度健全性

项目管理制度健全性指标是指项目实施单位是否为项目的有序开展制定了必要的管理制度或管理办法。根据实地调研考察和对项目单位材料的审核，各项管理制度比较完善，能够为项目的实施开展提供有力的制度保障。根据评分标准，“项目管理制度健全性”指标得满分4分。

(2) 项目管理制度执行有效性

项目管理制度执行有效性指标是指项目实施是否符合相关业务管理规定，用以反映和考核业务管理制度的有效执行情况。通过实地调研考察和查阅项目相关资料，项目单位在项目实施过程中基本能按照相关文件和相关规定执行，项目调整及支出调整手续完备。

根据评分标准，“项目管理制度执行有效性”指标得满分4分。

(七) 项目产出情况

1、 产出数量

医保业务参与宣传天数

根据淄博市医疗保障服务中心内部统计，2021年医保业务参与宣传天数远大于30天，项目实际完成天数大于预算安排的绩效天数，根据评分标准，“医保业务参与宣传天数”指标得满分5分。

2、 产出质量

(1) 经办业务运行

巩固基本医疗保险制度改革成果，深入推进“全民参保计划”，不断扩大基本医疗保险覆盖面，在全省率先完成封闭运行企业医保属地化参保工作，将外来人口纳入医保覆盖范围。顺利推进职工基本医疗保险和生育保险合并实施，职工医疗保险和生育保险制度实现有效衔接。目前，全市医疗保险参保人数达到 430.6 万人，覆盖率达到 98%以上；生育保险参保人数 86.9 万人，实现应保尽保。完善大病保险制度，实行按费用额度和特殊药品双重保障，并覆盖所有参保人群。目前，以基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底，商业补充医疗保险等共同发展医疗保障体系已经建立。建立职工长期护理保险制度，将失能人员纳入保障范围，减轻了长期失能人员医疗照护负担。根据评分标准，“经办业务运行”指标得满分 5 分。

3、 产出时效

项目完成及时性

2021 年医疗保险基金监管服务费项目项目年内均按照预定目标，结合实际预算情况，开展了相关活动。根据评分标准，“项目完成及时性”指标得满分 5 分。

4、 产出成本

成本控制率

2021 年度医疗保险基金监管服务费项目，淄博市财政局实际拨付 18 万元，实际支付 3 万元，成本控制在预算范围内，未出现预算超支情

况。根据评分标准，“成本控制率”指标得满分5分。

（八）项目效益情况

1、社会效益

2021年全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点全面推进医保服务标准化、规范化建设，全市范围内34项医保服务项目统一服务名称、经办方式、申办材料、办理流程、办结时限、服务标准，办理时限整体缩短50%以上，高频民生事项办理流程压缩50%以上，申办材料精简幅度达60%以上。推进医保服务站（点）建设，实现乡镇、社区全覆盖，并将服务点向村居延伸。目前，全市乡镇、街道设立医保工作站115个；推进异地就医联网结算工作，全市536家定点医药机构实现省内异地刷卡结算，237家定点医院纳入全国异地联网结算平台，其中87家镇卫生院全部实现异地联网结算，全市2460多家村卫生室实现联网结算，人民群众在“家门口”就能享受到医疗保障提供的服务。出台“便民利民”20项改革措施，群众办事更加便捷。推进“互联网+”医保服务，除医疗费手工报销等暂由现场办理的事项外，其余医保事项全部实现对公业务“网上办”和个人业务“掌上办”。积极推进推广医保电子凭证应用，全市医保电子凭证激活人数达到181万人，参保人持医保电子凭证在全市2400多家定点医药机构实现“就医不带卡，只用医保码”进行结算。做好“家庭共济、信用就医信息化、混合支付”全省试点工作，群众就医更加快捷。根据评分标准，“社会效益”指标得满分10分。

2、 可持续影响

全市医疗保障工作在市委、市政府正确领导下，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心的发展思想，加快体制机制改革，完善制度体系，提高保障水平，提升管理效率，深化医疗服务价格和招采改革，增强服务能力，医疗保障事业发展步伐持续加快，改革的红利不断显现，人民群众的获得感、安全感和幸福感进一步增强。根据评分标准，“可持续影响”指标得满分 10 分。

3、 社会公众知晓率

通过网络调查问卷，收集受访者对于医保事项的了解程度，共收到有效问卷 142 份，其中回复“很了解，包括覆盖对象、参保形式、办理流程、缴费额、医保待遇等”的共计 45 份，回复“比较了解，身边人经常办理，必要时可以咨询”的共计 58 份，回复“基本不了解”的共计 39 份，社会公众知晓率= $(45+58) / 142 \times 100\% = 72.55\%$ ，根据评分标准，“社会公众知晓率”指标得满分 10 分。

十、综合评价情况及评价结论

(三) 综合评价情况

3、评价打分方法

本次评价采用定性分析与定量考核相结合方法，对定性考核指标采用分析打分，对定量考核指标采用量化打分，总分百分制，以最终得分确定评价等级。

(1) 项目绩效根据绩效指标评分标准直接打分，具体为：项目决策 20 分，项目过程 20 分，项目产出 30 分，项目效益 30 分，满分计 100 分；

(2) 根据评分标准，达到要求的指标得标准分满分，达不到标准的根据评分标准打分，最低得 0 分；

(3) 绩效评价等次。评价结果分为优、良、中、差四个等次，根据评价分值，确定评价对象对应的等次。详见下表：

评价分值与评价等级表

等次	优	良	中	差
分值	90（含）~100 分	80（含）~90 分	60 分(含) ~80 分	<60 分

4、评价得分

根据本项目绩效评价指标打分评价，2021 年度基金经办业务经费项目绩效评价的最终得分为 96 分，绩效评价等次为“优”。详见下表：

绩效评价得分情况

一级指标	二级指标	三级指标	评价标准	得分	
决策 (20分)	项目 立项 (6分)	立项依据充分性 (3分)	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要求(1分);项目立项与部门职责范围相符,属于部门履职所需(1分);项目属于公共财政支持范围,符合中央、地方事权支出责任划分原则(1分)。	3	
		立项程序规范性 (3分)	项目按照规定的程序申请设立(1分);审批文件、材料符合相关要求(1分);事前已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策(1分)。	3	
	绩效 目标 (6分)	绩效目标合理性 (3分)	项目有绩效目标(1分);项目绩效目标与实际工作内容具有相关性(1分);项目预期产出效益和效果与预算确定的项目投资额或资金量相匹配(1分)。	3	
		绩效指标明确性 (3分)	将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(1分);通过清晰、可衡量的指标值予以体现(1分);与项目目标任务数或计划数相对应(1分)。	2	
	资金 投入 (8分)	预算编制科学性 (4分)	预算编制经过科学论证(1分);预算内容与项目内容匹配(1分);预算额度测算依据充分,按照标准编制(1分);预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配(1分)。	4	
		资金分配合理性 (4分)	预算资金分配依据充分(2分);资金分配额度合理,与项目单位或地方实际相适应(2分)。	4	
	过程 (20分)	资金 管理 (6分)	资金到位率 (2分)	资金到位率=(实际到位资金/预算资金)×100%。 实际到位资金:一定时期(本年度或项目期)内落实到具体项目的资金。预算资金:一定时期(本年度或项目期)内预算安排到具体项目的资金。 资金到位率 $x \geq 95\%$ 得2分; $80\% \leq x < 95\%$ 得1.5分; $60\% \leq x < 80\%$ 得1分; $x < 60\%$ 得0.5分。	2
			预算执行率 (4分)	预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)×100%。 实际支出资金:一定时期(本年度或项目期)内项目实际拨付的资金。预算执行率 $y \geq 95\%$ 得4分; $80\% \leq y < 95\%$ 得3分; $60\% \leq y < 80\%$ 得2分; $y < 60\%$ 得1分。	1
财务 管理 (6分)		财务制度健全性 (1分)	项目制定有完善的项目资金管理办法(1分)。	1	
		财务监控有效性 (1分)	资金审批、拨付、使用流程符合有关财务会计管理制度的规定(1分)。	1	

一级指标	二级指标	三级指标	评价标准	得分
		资金使用合规性 (4分)	符合项目预算批复或合同规定的用途(2分);不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(2分)。	4
	组织实施 (8分)	项目管理制度健全性 (4分)	项目已具备或制定了相应的项目实施管理制度(2分);业务管理制度合法、合规,覆盖项目从申报、审批、实施、验收等整个流程(2分)。	4
		项目管理制度执行有效性 (4分)	遵守相关法律法规和相关管理规定(2分);项目调整及支出调整手续完备(2分)。	4
产出 (30分)	产出数量 (10分)	医保业务参与宣传天数 (5分)	医保业务参与宣传 ≥ 30 天,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	5
		全城通办事项数目 (5分)	全城通办事项数目 ≥ 18 项,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	5
	产出质量 (10分)	通办业务运行 (5分)	依据全城通办事项现场调查情况,视评估情况得分。	5
		经办业务运行 (5分)	依据医保经办事项调查情况,视评估情况得分。	5
	产出时效 (5分)	项目完成及时性 (5分)	年内是否按照既定目标完成,视评估情况得分。	5
	产出成本 (5分)	成本控制率 (5分)	考察项目的成本控制程度,是否能够在预算内达成既定目的。	5
	效益 (30分)	项目效益 (30分)	社会效益 (10分)	依据现场调查情况,0~10分视评估情况得分。
可持续影响 (10分)			依据现场调查情况,0~10分视评估情况得分。	10
社会公众或服务对象满意度 (10分)			对社会公众或服务对象进行满意度调查。满意率 $\geq 70\%$ 得10分; $60\% \leq$ 满意率 $< 70\%$ 得5-10分;满意率 $< 60\%$ 得0分。	10
合计	100分			96

（四）绩效评价结论

根据上述情况综合评定,2021 年度基金经办业务经费项目绩效评价得分为 96 分,绩效评价等次为“优”。

十一、项目绩效评价结果应用建议

该项目的评价结果为优，是我中心支出项目较好的，建议做好基金监管服务费项目收支工作，让该费用发挥更好作用，向参保人提供更好服务。

六、主要经验及做法、存在的问题和建议

（三）主要经验及做法

我中心高度重视绩效评价结果的应用工作，积极探索和建立一套与预算管理相结合、多渠道应用评价结果的有效机制，着力提高绩效意识和财政资金使用效益。

（四）存在的问题

绩效评价过程中发现，年度目标设置与长期目标相同，表述较笼统，未充分反应项目具体目标及计划达成情况。该项目在绩效指标设置上不合理、不规范，具体表现为：医疗保险基金监管服务费项目费该指标设置不合理。

（五）相关建议

进一步完善绩效目标及绩效指标设置。依据绩效目标设定的绩效指标应当清晰、细化、可衡量，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。同时绩效指标设置应当与绩效目标有直接的联系，能够恰当反映目标的实现程度，系统反映财政支出所产生的社会效益、可持续影响，且应符合实际，具有可操作性。

医疗保险基金经办业务经费项目 绩效部门评价报告

实施单位：淄博市医疗保障服务中心

评价日期：2022 年 6 月

十二、 基本情况

（五） 项目概况

9、 项目背景

全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点，将极大地提升医保服务的便利度，提高人民群众的满意度和获得感。18 大类经办业务具体包括：职工医疗保险参保登记、单位变更登记、单位注销登记、医疗保险关系转入、医疗保险关系转出、医疗保险个人账户一次性支付、长期异地就医备案、转外就医备案、异地急诊转住院联网备案、医疗费用手工报销、门诊慢特病病种待遇认定、生育医疗费支付、计划生育医疗费支付、生育津贴支付、企业职工医疗保险费的补缴、企业职工医疗保险费的申报核定、参保缴费信息查询、个人信息修改变更。

日常经办工作包括医疗保险、生育保险基金、长护保险等结算工作、医疗保险定点医疗机构的住院、门诊统筹、门诊慢性病结算工作、门诊慢性病的鉴定、医保定点药店资格评估、医疗救助对象信息调查等。

根据淄博市财政局《关于开展 2021 年度绩效自评和部门评价的通知》（淄财绩〔2022〕2 号）等文件要求，对 2021 年度经办业务全城通办项目、医疗保险基金经办业务经费项目开展了绩效评价工作。

10、 项目主要内容

医疗保险基金经办业务经费项目主要内容包括：需为参保人邮寄关系转移手续、为定点单位邮寄稽核通知书、医保服务协议等；各类基金表格印刷、手续费、网银费、宣传费；档案整理费

用；信息系统设备运行维护；医保定点医药机构资格评估工作。

11、项目实施情况

医疗保险基金经办业务经费主要为支付：

(1) 需为参保人邮寄关系转移手续、为定点单位邮寄稽核通知书、医保服务协议等。

(2) 各类基金表格印刷、手续费、网银费、宣传费。

(3) 档案整理费用，用于整理医疗保险报销档案。

(4) 信息系统设备运行维护，用于支付网络信息维护费用。

(5) 医保定点医药机构资格评估工作。

12、资金投入及使用情况

(1) 项目资金投入情况

2021 年度淄博市医疗保障服务中心医疗保险基金经办业务经费项目（以下简称“医疗保险基金经办业务经费项目”）年初预算资金 12.93 万元，淄博市财政局实际拨付项目资金 12.93 万元。

(2) 项目资金使用情况

2021 年度淄博市医疗保障服务中心医疗保险基金经办业务经费项目（以下简称“医疗保险基金经办业务经费项目”）实际支出 3.42 万元。

（六）项目绩效目标

5、项目实施期目标

扩大基本医疗保险覆盖面，推进经办服务规范化建设，医保服务更加便民。

全面推进医保服务标准化、规范化建设，稳步提高城乡居民医保待

遇水平。

6、项目年度目标

本年度全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点，同时，做好经办工作，完成新旧政策衔接，更好的服务人民群众。

十三、绩效评价工作开展情况

(十一) 绩效评价目的、对象及范围

5、评价目的

通过开展项目绩效评价，了解该项目是否按照有关制度办法实施，掌握该项目的组织实施情况和资金的管理使用情况，总结项目产出和效益等；运用科学、规范的绩效评价方法，客观公正地反映项目预期目标实现程度，考评资金支出效率及其所产生的相关效益、可持续影响。

通过绩效评价，总结项目实施的经验做法，查找资金使用与管理中的薄弱环节，发现项目实施过程中存在的问题，提出有针对性的改进意见和建议。通过绩效评价，督促项目单位切实采取措施改进、加强项目管理，进一步提高项目资金管理水平和预算资金使用效益。通过绩效评价，为促进完善财政政策、改进预算管理提供依据，为后续财政预算资金安排提供重要参考，提高财政资金配置效率。

6、评价对象及范围

本项目绩效评价对象为医疗保险基金经办业务经费项目。

本次绩效评价范围为医疗保险基金经办业务经费项目的以下几方面内容：

(1) 项目决策情况，包括项目立项依据充分性、程序规范性，绩效目标合理性、指标明确性，项目预算编制科学性等；

(2) 项目过程情况，包括项目管理制度健全性，制度执行有效性，项目预算执行率、资金使用合规性等；

(3) 项目产出及效益情况，包括项目产出情况，项目实施所产生

社会效益、可持续影响情况等。

（十二）绩效评价原则

科学规范原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，严格按照规定的程序，按照科学可行的要求，采用定性与定量相结合的方法，规范开展绩效评价各个环节的工作；

公正公开原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，严格按照真实、客观、公正的要求，依法公开并接受监督；

绩效相关原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，针对具体支出及其产出绩效进行，确保评价结果能够清晰反映支出和产出绩效之间的紧密关联关系；

独立评价原则。淄博市医疗保障服务中心在评价过程中，严格遵守相关法律法规和行业规范，排除内、外各种干扰因素和影响，独立完成绩效评价工作。

（十三）评价指标体系

5、评价指标体系构建原则

构建绩效评价指标体系是评价工作的关键一环，直接影响所需获取的相关资料 and 进行数据分析的重点以及最终绩效评价结论的科学性。淄博市医疗保障服务中心需要围绕资金使用、资源配置、项目管理等方面，客观分析项目的产出和效果，体现决策、过程到产出、效果的逻辑，科学编制绩效指标评价体系。

绩效评价指标是指衡量绩效目标实现程度的考核工具，绩效评价指标的确定应当遵循以下原则：

(1) 相关性原则。应当与绩效目标有直接的联系，能够恰当反映目标的实现程度。

(2) 重要性原则。应当优先使用最具评价对象代表性、最能反映评价要求的核心指标。

(3) 可比性原则。对同类评价对象要设定共性的绩效评价指标，以便于评价结果可以相互比较。

(4) 系统性原则。应当将定量指标与定性指标相结合，系统反映财政支出所产生的社会效益、经济效益、环境效益和可持续影响等。

(5) 经济性原则。应当通俗易懂、简便易行，数据的获得应当考虑现实条件和可操作性，符合成本效益原则。

6、评价指标设置

本项目绩效评价指标的设置遵循定性、定量相结合的原则，参照行业、专业标准及采集的相关数据材料制定评价标准，对评价目标进行逐步分解，设置实用性、可操作性和可实现性较强的绩效指标，根据相关规定并结合项目特点赋予指标权重与指标分值。

评价指标分为项目决策、项目过程、项目产出、项目效益四大部分，总分为 100 分，每部分分值分配如下：

(1) 项目决策 20 分，该部分反映项目立项依据是否充分、是否经过科学的决策程序，绩效目标设置是否合理、指标是否明确，项目预算编制是否科学、合理等情况。

(2) 项目过程 20 分，该部分反映项目实施过程情况，包括项目资金管理和组织实施两方面内容。主要包括项目组织管理制度建设，项目

预算执行情况及资金使用合规性等内容。

(3) 项目产出 30 分，该部分反映项目产出按目标要求的实现程度。

(4) 项目效益 30 分，该部分反映项目产生的社会效益、可持续影响等。

本项目绩效评价指标体系详见下表：

2021年度淄博市医疗保障局经办业务全城通办项目、医疗保险基金经办业务经费项目绩效评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
决策 (20分)	项目立项 (6分)	立项依据充分性 (3分)	项目立项是否符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，用以反映和考核项目立项依据情况。	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要求(1分)；项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需(1分)；项目属于公共财政支持范围，符合中央、地方事权支出责任划分原则(1分)。	查阅政策文件、会议纪要、项目申报资料
		立项程序规范性 (3分)	项目申请、设立过程是否符合相关要求，用以反映和考核项目立项的规范情况。	项目按照规定的程序申请设立(1分)；审批文件、材料符合相关要求(1分)；事前已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策(1分)。	查阅单位预算申报及批复文件
	绩效目标 (6分)	绩效目标合理性 (3分)	项目所设定的绩效目标是否依据充分，是否符合客观实际，用以反映和考核项目绩效目标与项目实施的相符情况。	项目有绩效目标(1分)；项目绩效目标与实际工作内容具有相关性(1分)；项目预期产出效益和效果与预算确定的项目投资额或资金量相匹配(1分)。	查阅单位绩效目标申报表、项目实施方案
		绩效指标明确性 (3分)	依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。	将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(1分)；通过清晰、可衡量的指标值予以体现(1分)；与项目目标任务数或计划数相对应(1分)。	查阅单位绩效目标申报表、项目实施方案
	资金投入 (8分)	预算编制科学性 (4分)	项目预算编制是否经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标是否相适应，用以反映和考核项目预算编制的科学性、合理性情况。	预算编制经过科学论证(1分)；预算内容与项目内容匹配(1分)；预算额度测算依据充分，按照标准编制(1分)；预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配(1分)。	查阅项目预算编制材料、绩效目标申报表等

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
		资金分配合理性 (4分)	项目预算资金分配是否有测算依据,与补助单位或地方实际是否相适应,用以反映和考核项目预算资金分配的科学性、合理性情况。	预算资金分配依据充分(2分);资金分配额度合理,与项目单位或地方实际相适应(2分)。	查阅项目预算编制材料、绩效目标申报表等
过程 (20分)	资金管理 (6分)	资金到位率 (2分)	实际到位资金与预算资金的比率,用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	资金到位率=(实际到位资金/预算资金)×100%。实际到位资金:一定时期(本年度或项目期)内落实到具体项目的资金。预算资金:一定时期(本年度或项目期)内预算安排到具体项目的资金。资金到位率 $x \geq 95\%$ 得2分; $80\% \leq x < 95\%$ 得1.5分; $60\% \leq x < 80\%$ 得1分; $x < 60\%$ 得0.5分。	财务账册、预算明细、核对核查
		预算执行率 (4分)	项目预算资金是否按照计划执行,用以反映或考核项目预算执行情况。	预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)×100%。实际支出资金:一定时期(本年度或项目期)内项目实际拨付的资金。预算执行率 $y \geq 95\%$ 得4分; $80\% \leq y < 95\%$ 得3分; $60\% \leq y < 80\%$ 得2分; $y < 60\%$ 得1分。	财务账册、预算明细
	财务管理 (6分)	财务制度健全性 (1分)	项目的财务制度是否健全、完善。	项目制定有完善的项目资金管理办法(1分)。	查阅制度文件、财务资料
		财务监控有效性 (1分)	项目的资金审批流程是否完善、有效。	资金审批、拨付、使用流程符合有关财务会计管理制度的规定(1分)。	查阅制度文件、财务资料

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
		资金使用合规性 (4分)	项目资金使用是否符合相关的财务管理制度规定。	符合项目预算批复或合同规定的用途(2分);不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(2分)。	查阅制度文件、财务资料
	组织实施 (8分)	项目管理制度健全性 (4分)	项目实施单位是否为项目的有序开展制定了必要的管理制度或管理办法。	项目已具备或制定了相应的项目实施管理制度(2分);业务管理制度合法、合规,覆盖项目从申报、审批、实施、验收等整个流程(2分)。	查阅制度文件、业务流程
		项目管理制度执行有效性 (4分)	项目实施是否符合相关管理规定,用以反映和考核相关管理制度的有效执行情况。	遵守相关法律法规和相关管理规定(2分);项目调整及支出调整手续完备(2分)。	查阅制度文件、业务流程、访谈相关负责人
产出 (30分)	产出数量 (10分)	医保业务参与宣传天数 (5分)	主要考察医保业务参与宣传是否达到既定天数。	医保业务参与宣传 ≥ 30 天,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	计划完成情况汇总表、工作总结
		全城通办事项数目 (5分)	主要考察医保全城通办事项数目是否达到预定要求。	全城通办事项数目 ≥ 18 项,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	计划完成情况汇总表、工作总结
	产出质量 (10分)	通办业务运行 (5分)	主要考察项目能否高质量推动全市通办业务运行。	依据全城通办事项现场调查情况,视评估情况得分。	项目申报表、采购计划表、验收材料

一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评价标准	数据来源及取证方式
		经办业务运行 (5分)	主要考察项目能否高质量推动医疗保障业务运行。	依据医保经办事项调查情况，视评估情况得分。	项目申报表、采购计划表、验收材料
	产出时效 (5分)	项目完成及时性 (5分)	主要考察项目按计划时点完成情况。	年内是否按照既定目标完成，视评估情况得分。	项目申报表、采购计划表、验收材料
	产出成本 (5分)	成本控制率 (5分)	完成项目计划工作目标的实际节约成本与计划成本的比率，用以反映和考核项目的成本节约程度。	考察项目的成本控制程度，是否能够在预算内达成既定目的。	查阅合同、付款凭证
效益 (30分)	项目效益 (30分)	社会效益 (10分)	考察项目实施产生社会效益情况。	依据现场调查情况，0~10分视评估情况得分。	分析收集的各项资料、现场查勘情况
		可持续影响 (10分)	考察项目实施产生可持续影响情况。	依据现场调查情况，0~10分视评估情况得分。	分析收集的各项资料、现场查勘情况
		服务对象满意度 (10分)	社会公众或服务对象对项目实施效果的满意程度。	对社会公众或服务对象进行满意度调查。满意率≥70%得10分；60%≤满意率<70%得5-10分；满意率<60%得0分。	满意度调查问卷

（十四） 绩效评价方法

通过研究分析本项目的具体情况，淄博市医疗保障服务中心采用定量与定性相结合、自评与抽查评价相结合，运用成本效益分析法、比较法、因素分析法、公众评判法方法、案卷研究法和实地测评法进行评价。

13、 成本效益分析法

是指将投入与产出、效益进行关联性分析的方法。

14、 比较法

是指将实施情况与绩效目标、历史情况、不同部门和地区同类支出情况进行比较的方法。

15、 因素分析法

是指综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外部因素的方法。

16、 公众评判法

是指通过专家评估、公众问卷及抽样调查等方式进行评判的方法。

17、 案卷研究法

案卷研究法是绩效评价的重要信息采集手段，从现有资料的梳理中获得与本项目相关的、可证实或反映项目真实情况的有效证据资料，用于项目分析、判断、评价。

18、 实地测评法

实地测评法是对被评价项目的决策、实施、产出情况进行实地勘察与计量的方法，是绩效评价中不可缺少的重要方法。

（十五）绩效评价工作过程

7、前期准备阶段

包括制定评价实施方案和完善评价指标体系等。

（1）制定评价实施方案

在调研、了解评价项目基本情况的基础上，按照有关规定拟订评价实施方案，实施方案应包括项目认识、评价依据、评价指标体系，评价方式方法、评价质量控制措施、工作组人员配置、实施步骤及时间安排等内容。在明确调查的目的、对象、方法的前提下，设计满意度调查问卷，重点评价其社会影响及可持续影响。

（2）完善评价指标体系

评价指标体系是评价实施方案的核心。淄博市医疗保障服务中心在了解项目的立项、实施及产出情况，了解相关政策及其配套制度规定情况的基础上，结合项目的实施特点，围绕项目决策、项目过程、项目产出和项目效益四个方面设定绩效评价指标体系。

8、组织实施

（1）非现场评价

主要工作包括通过项目负责科室提供基础数据（主要包括年初预算数据、年中预算调整数据、年终决算数据等）、有关公示数据采集等方式，采取定量定性相结合的方式对项目单位进行非现场评价。

①进驻现场前事先采集评价基础数据及相关资料，现场评价的范围和规模应按评价工作总体要求确定。

②核查评价所需要的基础数据和资料，适当进行充实、延伸。

（2）现场评价

①通过财务系统了解运行费项目支出情况后，实地核实确认目前项目运行状态；

②相关运行费资金拨付到目标单位后，了解资金的使用及相关运行情况；

③对年度内项目单位开展的运行费项目，采取现场询问的方式，分析其可持续影响，从而评价其支出的必要性。

综合上述三点对项目单位进行现场评价，夯实验证非现场评价取得的结论，同时进行必要的原始资料留存情况问卷调查等。

9、 分析评价

对采集的数据资料进行复核汇总、分类整理和综合分析，结合现场评价分析与非现场评价分析、定量定性评价的方式。按照设立的评价指标、标准、权重、方法，对项目绩效进行综合评价。

十四、 绩效评价指标分析

（九） 项目决策情况

7、 项目立项

（1） 立项依据充分性

项目立项指标是指项目的申请、设立过程是否符合相关要求，用以反映和考核项目立项的规范情况。该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要求，项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需，项目属于公共财政支持范围，符合中央、地方事权支出责任划分原则。根据评分标准，“立项依据充分性”指标得满分3分。

（2） 立项程序规范性

淄博市医疗保障服务中心已根据政府预算管理要求编制预算，由淄博市财政局审批后下达，项目立项程序规范。根据评分标准，“立项程序规范性”指标得满分3分。

8、 绩效目标

（1） 绩效目标合理性

项目实施期目标：扩大基本医疗保险覆盖面，推进经办服务规范化建设，医保服务更加便民。全面推进医保服务标准化、规范化建设，稳步提高城乡居民医保待遇水平。

项目年度目标：本年度全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点，同时，做好经办工作，完成新旧政策衔接，更好的服务人民群众。

项目单位在编制预算时填报了《绩效目标申报表》，设置了项目“长期目标”和“年度目标”。项目绩效目标与实际工作内容相符，且预期产出效益和效果符合正常的业绩水平。根据评分标准，“绩效目标合理性”指标满分3分。

（2）绩效指标科学性

经查阅该项目绩效目标批复表，该项目绩效指标依据绩效目标从数量、质量、效益等方面进行设定，对项目绩效目标进行了细化分解，根据评分标准，“绩效指标明确性”指标满分3分，酌情得2分。

9、资金投入

（1）预算编制科学性

该项目预算编制已经过科学论证，预算内容与项目内容之间、项目资金量与实际工作任务之间基本匹配，项目执行时未发生重大调整。根据评分标准，“预算编制科学性”指标得满分4分。

（2）资金分配合理性

预算资金分配依据较充分；资金分配额度合理，与项目单位或地方实际相适应。根据评分标准，“资金分配合理性”指标得满分4分。

（十）项目过程情况

7、资金管理

（1）资金到位率

2021年度医疗保险基金经办业务经费项目年初资金预算12.93万元，淄博市财政局实际拨付项目资金12.93万元。年度医疗保险基金经办业务经费项目2021年资金到位率为100%。

根据评分标准，“资金到位率”指标得满分 2 分。

（2）预算执行率

2021 年度医疗保险基金经办业务经费项目，淄博市财政局实际拨付 12.93 万元，实际支付 3.42 万元，预算执行率为 26.45%。

根据评分标准，“预算执行率”指标得满分 1 分。

8、财务管理

（1）财务制度健全性

经了解，该项目在财务管理方面主要依据《行政单位财务规则》等文件规定进行项目资金支付。通过访谈调研，项目单位的财务管理制度覆盖了资金预算、审批、拨付的全过程，财务和业务管理制度可有效保障项目顺利实施，各项制度健全、规范。根据评分标准，“财务制度健全性”指标得满分 1 分。

（2）财务监控有效性

从实际财务监管情况来看，项目单位能严格执行财务监管制度，能够对可能出现的问题提出有效的监管措施预案。项目的资金审批流程完善、有效。根据评分标准，“财务监控有效性”指标得满分 1 分。

（3）资金使用合规性

在对收集到的项目单位运行费项目资料研究及对项目资金审核过程中,对资金使用是否符合国家财经法规和财务管理制度以及有关项目资金管理规定的规定，资金的拨付是否有完整的审批程序和手续，是否符合项目预算批复或合同规定的用途以及是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况进行核查。评价小组根据财政局的预算批复文件，抽查

了项目的支出凭证，了解到资金的拨付有完整的审批程序和手续，符合项目预算批复的用途，资金使用过程中不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。根据评分标准，“资金使用合规性”指标得满分4分。

9、 组织实施

(1) 项目管理制度健全性

项目管理制度健全性指标是指项目实施单位是否为项目的有序开展制定了必要的管理制度或管理办法。根据实地调研考察和对项目单位材料的审核，各项管理制度比较完善，能够为项目的实施开展提供有力的制度保障。根据评分标准，“项目管理制度健全性”指标得满分4分。

(2) 项目管理制度执行有效性

项目管理制度执行有效性指标是指项目实施是否符合相关业务管理规定，用以反映和考核业务管理制度的有效执行情况。通过实地调研考察和查阅项目相关资料，项目单位在项目实施过程中基本能按照相关文件和相关规定执行，项目调整及支出调整手续完备。

根据评分标准，“项目管理制度执行有效性”指标得满分4分。

(十一) 项目产出情况

5、 产出数量

医保业务参与宣传天数

根据淄博市医疗保障服务中心内部统计，2021年医保业务参与宣传天数远大于30天，项目实际完成天数大于预算安排的绩效天数，根据评分标准，“医保业务参与宣传天数”指标得满分5分。

6、 产出质量

(1) 经办业务运行

巩固基本医疗保险制度改革成果，深入推进“全民参保计划”，不断扩大基本医疗保险覆盖面，在全省率先完成封闭运行企业医保属地化参保工作，将外来人口纳入医保覆盖范围。顺利推进职工基本医疗保险和生育保险合并实施，职工医疗保险和生育保险制度实现有效衔接。目前，全市医疗保险参保人数达到 430.6 万人，覆盖率达到 98% 以上；生育保险参保人数 86.9 万人，实现应保尽保。完善大病保险制度，实行按费用额度和特殊药品双重保障，并覆盖所有参保人群。目前，以基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底，商业补充医疗保险等共同发展医疗保障体系已经建立。建立职工长期护理保险制度，将失能人员纳入保障范围，减轻了长期失能人员医疗照护负担。根据评分标准，“经办业务运行”指标得满分 5 分。

7、 产出时效

项目完成及时性

2021 年医疗保险基金经办业务经费项目年内均按照预定目标，结合实际预算情况，开展了相关活动。根据评分标准，“项目完成及时性”指标得满分 5 分。

8、 产出成本

成本控制率

2021 年度医疗保险基金经办业务经费项目，淄博市财政局实际拨付 18 万元，实际支付 3 万元，成本控制在预算范围内，未出现预算超支情

况。根据评分标准，“成本控制率”指标得满分5分。

（十二）项目效益情况

4、社会效益

2021年全城通办打破参保地域和险种的限制，让参保单位和个人可以就近办理各类医疗保障业务，打通群众办事的痛点、堵点和难点全面推进医保服务标准化、规范化建设，全市范围内34项医保服务项目统一服务名称、经办方式、申办材料、办理流程、办结时限、服务标准，办理时限整体缩短50%以上，高频民生事项办理流程压缩50%以上，申办材料精简幅度达60%以上。推进医保服务站（点）建设，实现乡镇、社区全覆盖，并将服务点向村居延伸。目前，全市乡镇、街道设立医保工作站115个；推进异地就医联网结算工作，全市536家定点医药机构实现省内异地刷卡结算，237家定点医院纳入全国异地联网结算平台，其中87家镇卫生院全部实现异地联网结算，全市2460多家村卫生室实现联网结算，人民群众在“家门口”就能享受到医疗保障提供的服务。出台“便民利民”20项改革措施，群众办事更加便捷。推进“互联网+”医保服务，除医疗费手工报销等暂由现场办理的事项外，其余医保事项全部实现对公业务“网上办”和个人业务“掌上办”。积极推进推广医保电子凭证应用，全市医保电子凭证激活人数达到181万人，参保人持医保电子凭证在全市2400多家定点医药机构实现“就医不带卡，只用医保码”进行结算。做好“家庭共济、信用就医信息化、混合支付”全省试点工作，群众就医更加快捷。根据评分标准，“社会效益”指标得满分10分。

5、 可持续影响

全市医疗保障工作在市委、市政府正确领导下，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心的发展思想，加快体制机制改革，完善制度体系，提高保障水平，提升管理效率，深化医疗服务价格和招采改革，增强服务能力，医疗保障事业发展步伐持续加快，改革的红利不断显现，人民群众的获得感、安全感和幸福感进一步增强。根据评分标准，“可持续影响”指标得满分 10 分。

6、 社会公众知晓率

通过网络调查问卷，收集受访者对于医保事项的了解程度，共收到有效问卷 142 份，其中回复“很了解，包括覆盖对象、参保形式、办理流程、缴费额、医保待遇等”的共计 45 份，回复“比较了解，身边人经常办理，必要时可以咨询”的共计 58 份，回复“基本不了解”的共计 39 份，社会公众知晓率= $(45+58) / 142 \times 100\% = 72.55\%$ ，根据评分标准，“社会公众知晓率”指标得满分 10 分。

十五、综合评价情况及评价结论

(五) 综合评价情况

5、评价打分方法

本次评价采用定性分析与定量考核相结合方法，对定性考核指标采用分析打分，对定量考核指标采用量化打分，总分百分制，以最终得分确定评价等级。

(1) 项目绩效根据绩效指标评分标准直接打分，具体为：项目决策 20 分，项目过程 20 分，项目产出 30 分，项目效益 30 分，满分计 100 分；

(2) 根据评分标准，达到要求的指标得标准分满分，达不到标准的根据评分标准打分，最低得 0 分；

(3) 绩效评价等次。评价结果分为优、良、中、差四个等次，根据评价分值，确定评价对象对应的等次。详见下表：

评价分值与评价等级表

等次	优	良	中	差
分值	90 (含) ~100 分	80 (含) ~90 分	60 分(含) ~80 分	<60 分

6、评价得分

根据本项目绩效评价指标打分评价，2021 年度基金经办业务经费项目绩效评价的最终得分为 96 分，绩效评价等次为“优”。详见下表：

绩效评价得分情况

一级指标	二级指标	三级指标	评价标准	得分	
决策 (20分)	项目 立项 (6分)	立项依据充分性 (3分)	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要求(1分);项目立项与部门职责范围相符,属于部门履职所需(1分);项目属于公共财政支持范围,符合中央、地方事权支出责任划分原则(1分)。	3	
		立项程序规范性 (3分)	项目按照规定的程序申请设立(1分);审批文件、材料符合相关要求(1分);事前已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策(1分)。	3	
	绩效 目标 (6分)	绩效目标合理性 (3分)	项目有绩效目标(1分);项目绩效目标与实际工作内容具有相关性(1分);项目预期产出效益和效果与预算确定的项目投资额或资金量相匹配(1分)。	3	
		绩效指标明确性 (3分)	将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标(1分);通过清晰、可衡量的指标值予以体现(1分);与项目目标任务数或计划数相对应(1分)。	3	
	资金 投入 (8分)	预算编制科学性 (4分)	预算编制经过科学论证(1分);预算内容与项目内容匹配(1分);预算额度测算依据充分,按照标准编制(1分);预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配(1分)。	4	
		资金分配合理性 (4分)	预算资金分配依据充分(2分);资金分配额度合理,与项目单位或地方实际相适应(2分)。	4	
	过程 (20分)	资金 管理 (6分)	资金到位率 (2分)	资金到位率=(实际到位资金/预算资金)×100%。 实际到位资金:一定时期(本年度或项目期)内落实到具体项目的资金。预算资金:一定时期(本年度或项目期)内预算安排到具体项目的资金。 资金到位率 $x \geq 95\%$ 得2分; $80\% \leq x < 95\%$ 得1.5分; $60\% \leq x < 80\%$ 得1分; $x < 60\%$ 得0.5分。	2
			预算执行率 (4分)	预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)×100%。 实际支出资金:一定时期(本年度或项目期)内项目实际拨付的资金。预算执行率 $y \geq 95\%$ 得4分; $80\% \leq y < 95\%$ 得3分; $60\% \leq y < 80\%$ 得2分; $y < 60\%$ 得1分。	4
财务 管理 (6分)		财务制度健全性 (1分)	项目制定有完善的项目资金管理办法(1分)。	1	
		财务监控有效性 (1分)	资金审批、拨付、使用流程符合有关财务会计管理制度的规定(1分)。	1	

一级指标	二级指标	三级指标	评价标准	得分
	组织实施 (8分)	资金使用 合规性 (4分)	符合项目预算批复或合同规定的用途(2分);不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况(2分)。	4
		项目管理 制度健全 性(4分)	项目已具备或制定了相应的项目实施管理制度(2分);业务管理制度合法、合规,覆盖项目从申报、审批、实施、验收等整个流程(2分)。	4
		项目管理 制度执行 有效性 (4分)	遵守相关法律法规和相关管理规定(2分);项目调整及支出调整手续完备(2分)。	4
产出 (30分)	产出 数量 (10分)	医保业务 参与宣传 天数 (5分)	医保业务参与宣传 ≥ 30 天,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	5
		全城通办 事项数目 (5分)	全城通办事项数目 ≥ 18 项,得满分5分,如有特殊情况酌情扣分。	5
	产出 质量 (10分)	通办业务 运行 (5分)	依据全城通办事项现场调查情况,视评估情况得分。	5
		经办业务 运行 (5分)	依据医保经办事项调查情况,视评估情况得分。	5
	产出 时效 (5分)	项目完成 及时性 (5分)	年内是否按照既定目标完成,视评估情况得分。	5
	产出 成本 (5分)	成本 控制率 (5分)	考察项目的成本控制程度,是否能够在预算内达成既定目的。	5
效益 (30分)	项目 效益 (30分)	社会效益 (10分)	依据现场调查情况,0~10分视评估情况得分。	10
		可持续影 响(10分)	依据现场调查情况,0~10分视评估情况得分。	10
		社会公众 或服务对 象满意度 (10分)	对社会公众或服务对象进行满意度调查。满意率 $\geq 70\%$ 得10分; $60\% \leq$ 满意率 $< 70\%$ 得5-10分;满意率 $< 60\%$ 得0分。	10
合计	100分			96

（六）绩效评价结论

根据上述情况综合评定,2021 年度基金经办业务经费项目绩效评价得分为 96 分,绩效评价等次为“优”。

十六、项目绩效评价结果应用建议

该项目的评价结果为优，是我中心支出项目较好的，建议做好基金经办服务费项目收支工作，让该费用发挥更好作用，向参保人提供更好服务。

六、主要经验及做法、存在的问题和建议

（六）主要经验及做法

我中心高度重视绩效评价结果的应用工作，积极探索和建立一套与预算管理相结合、多渠道应用评价结果的有效机制，着力提高绩效意识和财政资金使用效益。

（七）存在的问题

绩效评价过程中发现，年度目标设置与长期目标相同，表述较笼统，未充分反应项目具体目标及计划达成情况。该项目在绩效指标设置上不合理、不规范，具体表现为：医疗保险基金监管服务费项目费该指标设置不合理。

（八）相关建议

进一步完善绩效目标及绩效指标设置。依据绩效目标设定的绩效指标应当清晰、细化、可衡量，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。同时绩效指标设置应当与绩效目标有直接的联系，能够恰当反映目标的实现程度，系统反映财政支出所产生的社会效益、可持续影响，且应符合实际，具有可操作性。

财政负担的离休干部医疗费专项支出 项目绩效评价报告

单位：淄博市医疗保障服务中心

评价日期：2022年6月

财政负担的离休干部医疗费专项支出项目 绩效评价报告

摘 要

为进一步规范和加强财政项目资金管理，提高财政资源配置效率和使用效益，以及财政资金管理水平，淄博市医疗保障服务中心对 2021 年财政负担的离休干部医疗费专项支出项目开展绩效评价工作。我公司根据中共中央、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《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10 号）、淄博市财政局《关于印发〈淄博市市级项目支出绩效单位自评工作规程〉和〈淄博市市级项目支出绩效财政评价和部门评价工作规程〉的通知》（淄财绩〔2020〕31 号）等有关规定，本着真实、科学、公正的原则，对本项目资金管理、绩效情况和项目单位管理、实施情况进行了绩效评价。

2021 年，淄博市财政局拨付市属离休干部医疗费用为 3700 万元，用于财政负担的市直离休干部医疗统筹费和医疗风险金。

根据财政负担的离休干部医疗费专项支出项目的实际情况，我们深入调研，在评价过程中严格遵循科学公正、统筹兼顾、激励约束、公开透明的原则，总结归纳相关政策法规、管理办法、实施过程文件、参考资料和监督文件等五个方面作为评价依据和标准，从决策、过程、产出、效果四方面考查项目的实施情况、资金管理落实情况，综合评价项目绩效，发现其中的问题，分析原因并提出相应对策。

经综合评价分析，在项目决策方面，项目立项规范，绩效指标设置有不规范之处，项目预算编制合理；资金管理方面，资金足额到位，预算执行率情况良好，资金使用合规，会计核算规范；组织实施方面，业务流程规范，监督考核落实到位，政策与制度完善，并执行到位，档案

资料完整、严谨、准确，资料归档及时、易调取；产出方面，对离休干部做到应保尽保，各离休人员享受待遇质量较上年度进一步提高，各项待遇符合相关政策要求，并能够及时进行报销；效益方面，项目社会效益较好、可持续影响长远。

综合绩效评价情况，发现项目实施过程中存在以下问题：

1. 项目绩效目标编制存在不规范之处

准确填制绩效目标是实现项目预算配置准确性、适用性和效益性的重要环节。项目单位编制绩效目标申报表时存在以下问题：一是质量指标设置为“市直离休人员财政补助到位率”不够准确，无体现被补助离休干部人员合规性方面的指标；二是个别指标完成值计量单位缺失。

综合绩效评价情况，提出以下意见和建议：

1. 规范绩效目标填报，加强绩效目标审核。

建议市医保中心在以后的工作中，一是规范填报项目绩效目标申报表，明确项目简介、项目立项情况、资金测算明细等内容，制定可以体现项目长期可持续发展的长期指标与体现本年度工作的年度指标，准确填制与细化绩效指标，清晰反映项目预期实现程度，理解各项指标内容，正确进行指标归类；二是加强对绩效目标的审核工作，将绩效目标填报工作、审核工作授权至科室，上报绩效目标前通过单位内部审核，确保填报无遗漏、内容设置合理规范。

根据绩效评价指标分析打分，2021年财政负担的离休干部医疗费专项支出项目的最终得分为98分，绩效评价等级为“优”。

以上内容均摘自绩效评价报告书。欲了解本项目绩效评价的全面情况，请阅读本绩效评价报告书全文。

目 录

一、项目基本概况.....	5
(一) 项目概况.....	5
(二) 项目绩效目标.....	8
二、项目绩效评价工作情况.....	10
(一) 项目绩效评价目的、对象和范围.....	10
(二) 项目绩效评价原则、评价指标体系、评价方法.....	11
(三) 项目绩效评价工作过程.....	1
三、综合评价情况及评价结论.....	4
(一) 评价打分方法.....	4
(二) 评价得分.....	4
(三) 评价结论.....	6
四、绩效评价指标分析.....	7
(一) 项目决策 (12 分)	7
(二) 项目过程情况 (28 分)	8
(三) 项目产出情况 (36 分)	11
(四) 项目效益情况 (24 分)	13
五、项目绩效评价结果应用建议.....	15
(一) 问题反馈与整改.....	15
(二) 与以后年度预算编制挂钩.....	15

(三) 评价结果公开.....	15
六、主要经验及做法、存在的问题和建议.....	16
(一) 主要经验及做法.....	16
(二) 存在的问题.....	16
(三) 意见和建议.....	16
七、其他需说明的问题.....	17
(一) 评价工作基本前提.....	17
(二) 报告适用范围.....	17
(三) 关于评价相关责任的说明.....	17
(四) 关于影响本项目评价局限性的说明.....	17
(五) 提示报告使用者注意事项的说明.....	18
附件：	错误！未定义书签。
附件一： 工作底稿.....	错误！未定义书签。

一、项目基本概况

（一）项目概况

1. 项目背景

离休干部作为一个特殊群体，中央和省委均明确要求，必须无条件确保离休干部的“两费”不拖不欠、足额落实到位。但是，随着经济体制和利益分配的多元化，医疗费用的提升，离休干部“两费”，特别是医疗费用的落实，成为当前和今后一个时期，落实离休干部医保待遇的一个突出问题。

2000年12月，中共中央办公厅、国务院办公厅《关于转发〈中央组织部、国家经贸委、财政部、人事部、劳动和社会保障部、卫生部关于落实离休干部离休费、医药费的意见〉的通知》（厅字〔2000〕61号），要求各地区和有关部门要按照“单位尽责，社会统筹，财政支持，加强管理”的原则，建立和完善离休干部离休费、医药费保障机制和财政支持机制。

省委、省政府一直高度重视离休干部保障工作，2001年以来先后出台了《关于离休干部离休费、医药费财政保障工作的意见》（厅字〔2001〕30号）等文件，确保离休干部待遇按时足额发放。《意见》对离休干部离休费和医药费的资金保障渠道作了明确规定。2019年5月，省财政厅、省老干部局、省医保局联合印发了《山东省离休干部“两费”保障资金管理暂行办法》（鲁财社〔2019〕25号），要求市县财政、老干部、医保部门要加强协调配合，保证补助地方的离休干部“两费”保障资金及时、足额拨付，对资金使用情况进行动态管理和跟踪问效，确保专款专用，提高资金使用效益。

为进一步做好全市离休干部医疗保障服务工作，2020年6月，市委组织部、市委老干部局、市医保局、市卫健委、市财政局联合下发《关

于为全市离休干部提供优质医疗保障服务的通知》，明确四类举措为离休干部提供优质医疗保障服务：一是扩大离休干部医疗保障用药范围；二是完善离休干部市内就医服务办法；三是改进离休干部异地安置就医服务方式；四是不断提升离休干部医疗保障服务水平。

2. 项目内容及实施情况

（1）项目内容

2021年，离休干部医疗费按照每人80929.98元标准单独筹集。财政全额负担机关事业单位离休干部和破产改制企业离休干部医疗费，按70%比例负担特困企业离休干部医疗费。其他离休干部医疗费由所在单位全额缴纳。财政拨付资金、单位全额缴纳资金由市医保经办机构统筹管理，用于保证全市离休干部基本医疗需求。

（2）实施情况

①征缴

2011年离休干部医疗费按每人20000元标准筹集，以后每年按15%的比例调增；每年以参加离休干部医疗统筹的人数和筹资标准的乘积为基数，按10%的比例核定离休干部医疗风险金；离休干部的医疗费财政承担部分、医疗风险金列入财政预算，当年直接拨付到医疗保险经办机构。离休干部所在单位每年12月25日前按规定数额一次性缴纳下一年度离休干部医疗费，凡不按规定缴纳的，其离休干部当年发生的医疗费由原单位负责报销。当年不参加或中途退出的，其离休干部发生的医疗费由原单位负责报销。

②离休干部医疗费由医疗保险经办机构划块管理使用。市医疗保险经办机构为离休干部制发专用医疗账户卡，按照每人每年5000元标准计入离休干部本人医疗账户，离休干部医疗费剩余部分为离休干部医疗统筹费。离休干部医疗费单独记账，调剂使用；经费不足时，先由医疗风险金和基本医疗保险基金支付，基本医疗保险基金总量超支时，由

财政统筹解决。

③就医管理

按照离休干部医疗待遇从优的原则，其医疗费在规定范围内实报实销。离休干部就医、购药时，医疗费用先从本人医疗账户支付，本人医疗账户资金不足的，医疗费用由离休干部医疗统筹费支付。本人医疗账户资金当年有结余的，在次年2月份将结余部分的80%发给个人，其余部分结转下年度使用。离休干部终止医疗统筹关系后，本人医疗账户停止使用，余额划入离休干部医疗统筹费。

离休干部自选一所离休干部定点医院作为本人门诊和住院统筹就医医院（以下简称“定点医院”）。定点医院选定后，一个自然年度内不得变更。离休干部本人医疗账户资金有余额时，可以持卡任选一所医疗保险定点单位就医购药，当日消费不得超过500元，对确因病情需要超过的，可直接到定点医院，使用门诊大病病历就医购药；本人医疗账户资金不足时，应当到定点医院门诊就医，按照原实行的定点医院医疗费支付方式结算。

离休干部需住院的，可以在定点医院中住院治疗，医疗费用实行记账管理。因患急症发生定点医院之外的急诊医疗费用，先由个人垫付，并及时告知定点医院，凭住院（急诊）病历、双处方、费用明细单、医疗费用有效票据，按月到定点医院审核报销。

④医疗服务管理

离休干部就医时，定点医院设立离休干部挂号、结算、取药专用窗口，并优先安排离休干部住院，并做到合理检查、合理治疗、合理用药，保证离休干部正常医疗需求。定点医院对离休干部医疗费结算单、收费票据存根、双处方等材料，应当单独装订、单独保管，并为离休干部建立门诊大病病历，明确记载病情和用药情况，接受医疗保险经办机构的审核监督。

医疗保险经办机构向定点医院偿付医疗费用时，采取总额预付、质量挂钩、年终结算的方式。医疗保险经办机构根据各定点医院承担的离休干部定点数量，每年按季度将离休干部医疗统筹费预付给定点医院。离休干部定点医院在年度预付总额内有结余的，结余费用转下年度使用，可用于冲抵定点医院今后年度离休干部医疗费用医院超支负担部分。年度费用超支的，经医疗保险经办机构审核后，合理超支部分由离休干部医疗风险金支付；离休干部医疗风险金不足支付的，由财政保障。

⑤离休干部异地、转诊医疗

离休干部异地安置的，结合自身实际，在当地选择两所公立医院，作为定点医院，并提前到医保关系所在地的医疗保险经办机构办理备案手续。异地安置的离休干部异地就医时，医疗费先由本人垫付，其后持病历复印件、双处方、检查检验报告、费用明细清单、医疗费有效票据等相关材料，到医疗保险经办机构审核报销。离休干部根据情况确需转诊的，经定点医院同意方可转诊就医。转诊医疗费先由个人垫付，返回后凭病历复印件、双处方、费用明细清单、医疗费有效票据等相关材料，到定点医院审核报销。

3. 资金投入和使用情况

2021年本项目年初申请预算5833万元，当年预算调减至3700万元。截至2021年底，实际支出3700万元，用于财政负担的市直离休干部医疗统筹费和医疗风险金。

（二）项目绩效目标

1. 实施期目标

保障离休干部正常享受医保待遇，促进社会安定。

2. 年度目标

保障离休干部 2021 年度正常享受医保待遇，促进社会安定。

二、项目绩效评价工作情况

（一）项目绩效评价目的、对象和范围

1. 评价目的

一是通过开展绩效评价，了解项目执行情况、项目监督管理情况及体系建设，落实财政负担的离休干部医疗费专项支出项目的产出和效果。根据项目完成情况，运用科学、规范的绩效评价方法，依据既定的评价指标体系，对财政负担的离休干部医疗费专项支出项目财政资金的使用进行综合评判，客观反映其社会效益和可持续影响。进一步规范项目运作管理机制，强化监督机制，抓实措施，保障项目有效实施。

二是通过绩效评价，总结项目实施过程中的问题和经验，发现项目实施过程和资金管理中的问题，提出有针对性的改进意见和建议，进一步提高财政资金使用效益；总结预算管理经验，查找资金使用和管理工作中的薄弱环节，为进一步完善财政政策、改进预算管理、提高预算资金绩效提供依据。

2. 评价对象和范围

本次评价的对象是财政负担的离休干部医疗费专项支出项目实施情况及资金使用效益，结合项目决策、项目过程、项目产出、项目效益等，将评价对象细化为以下四方面：

（1）项目决策情况，包括项目立项规范性情况，绩效目标合理情况。

（2）项目过程情况，包括项目考核管理情况，资金管理与使用情况，会计核算规范性情况。

（3）项目产出情况，市直参保离休干部保障人数、报销及时率等情况。

(4) 项目效益情况，包括财政负担的离休干部医疗费专项支出项目实施的社会效益和可持续影响。

(二) 项目绩效评价原则、评价指标体系、评价方法

1. 评价原则

(1) 科学公正。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。职责明确，各有侧重，相互衔接。

(3) 激励约束。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。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

根据绩效评价相关制度，结合本项目实际特点，我们组织专业力量成立绩效评价组进行指标体系的构建。绩效评价指标的研发遵循定量、定性相结合的原则，参照行业、专业标准及采集的相关数据材料制订评价标准，采用“以结果为导向、突出绩效”的绩效评价方法，对评价项目进行逐步分解，评价资金使用的效率与效益。评价采用预期目标与实施效果比较方法，将绩效目标与实际所产生的效益进行对比，对项目资金的使用绩效做出全面评价。

表 1:

财政负担的离休干部医疗费专项支出项目绩效评价指标体系

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标及分值	指标解释	评价标准	评分依据
项目决策 (12分)	项目立项 (4分)	立项规范性 (4分)	项目立项是否符合相关政策及客观实际;申报、批复程序是否符合相关要求	评价要点: 项目立项符合相关政策及客观实际;申报、批复程序符合相关要求。“符合”得4分,“一般”得2分,“差”得0分。	项目申报、批复过程中的相关文件资料
		绩效目标合理性 (4分)	绩效目标是否符合客观实际,绩效指标填报是否规范	评价要点: 项目的绩效目标明确、合理、可量化,符合补贴资金发放工作要求和客观实际;绩效指标填制规范。“合理且规范”得4分,出现一处不合理,扣2分,扣完为止。	《项目支出绩效目标申报表》
	资金投入 (4分)	预算编制科学性 (4分)	项目预算编制是否有明确标准,资金额度是否合理,用以反映和考核项目预算编制的科学性、合理性。	评价要点: ①预算编制程序是否科学; ②预算资金测算依据是否充分; ③预算确定的项目投资额或资金量是否合理。 全部符合得4分,发现一处问题扣1分,扣完为止。	《项目支出绩效目标申报表》、市财政局预算批复资料等
项目过程 (28分)	资金管理 (6分)	资金到位情况 (2分)	资金是否足额及时拨付到位	财政资金足额拨付到位。“足额且及时”得2分,“不足额”或“不及时”得0分。	财务账簿及相关拨付和支付资料
		预算执行率 (2分)	项目预算资金是否按照计划执行,用以反映或	评价要点: 预算执行率=(实际支出资金/实际到位资金)	《项目绩效目标申报表》、淄博市财政局《关于下达2020年度财政

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标及分值	指标解释	评价标准	评分依据
			考核项目预算执行情况	×100%。 得分=预算执行率×2分。	负担的离休干部医疗费补助资金预算指标的通知》（淄财社指〔2020〕140号） 市医保中心明细账和收支凭证。
		资金管理使用 (2分)	项目资金使用是否符合相关的规定，用以反映和考核项目资金的规范运行情况。	评价要点： ①是否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； ②资金的拨付是否有完整的审批程序和手续； ③是否符合项目预算批复或合同规定的用途，是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。 全部符合得2分，发现1项不符合，扣1分，扣完为止。	资金管理办法，会计账簿、会计凭证等资料
	组织实施 (22分)	制度保障有效性 (4分)	考察项目单位制度保障情况。	制度健全且执行有效得4分，一般得2分，不健全不完善不得分。	市级离休干部医保政策，医保经办机构各项制度
		业务流程规范性 (7分)	对财政负担的离休干部医疗费各项业务流程的规范性、准确性及执行情况进行评价。	各项待遇发放流程是否符合各级文件要求，合同执行是否规范。符合且规范得7分，一般4分，差得0分。	淄博市医疗保障文件汇编
		监督考核机制有效性	对财政负担的离休干部医疗费监督机制健全情	监督机制健全，稽核考核等内部监督和公示举报等外部监督落实到位，健全且落实到位	各级离休干部医保待遇监督考核文件

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标及分值	指标解释	评价标准	评分依据
		(7分)	况进行评价。	得7分，一般4分，差0分。	
		档案管理规范性 (4分)	项目单位档案管理是否规范。	项目档案有专人管理、保存符合要求、档案资料齐全。符合以上要求得4分，一般得2分，差得0分。	实地查看市医保中心档案室及档案整理现场
项目产出 (36分)	项目产出 (36分)	应保尽保情况 (12分)	补助范围内离休干部是否享受待遇，做到应补尽补	应享受待遇人数与实际享受待遇人数是否相匹配，是得满分，有较小差距得6分，差距较大不得分。	市医保中心《项目跟踪报告》、《自评表》《关于为全市离休干部提供优质医疗保障服务的通知》（淄医保发〔2020〕37号）等相关资料
		享受待遇质量 (12分)	考察基本医疗待遇是否按相关文件标准发放，各离休干部享受待遇质量是否有所提高。	医疗待遇质量提高12分，与去年持平得6分，下降不得分。	
		报销及时情况 (12分)	离休干部报销及时率是否符合相关要求	报销及时得12分，一般得6分，不及时得0分。	市医保中心《项目跟踪报告》、《自评表》等相关资料
项目效益 (24分)	项目效益 (24分)	社会效益 (12分)	本项目是否具有良好且明显的社会效益	社会效益良好得12分，社会效益一般得8分，社会效益差得4分，无社会效益得0分。	综合项目实施成果进行评价
		可持续影响 (12分)	项目是否具有有良好的可持续影响	可持续影响长远得12分，可持续影响一般得8分，可持续影响差得4分，无可持续影响得0分。	综合项目实施成果进行评价

3. 评价方法

通过研究分析项目实施情况，根据公司所确定的技术原则，我们采取成本效益分析法、比较法、因素分析法、最低成本法和其他评价方法相结合的方式。

(1) 成本效益分析法：是指将投入与产出、效益进行关联性分析的方法。

(2) 比较法：是指将实施情况与绩效目标、历史情况、不同部门和地区同类支出情况进行比较的方法。

(3) 因素分析法：是指综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外因素的方法。

(4) 最低成本法：是指在绩效目标确定的前提下，成本最小者为优的方法。

(三) 项目绩效评价工作过程

1. 前期准备

(1) 成立绩效评价工作组。

(2) 在项目评价前期对项目评价重点及评价要求进行梳理及细化。

(3) 拟定绩效评价指标体系。本公司结合前期调研，根据项目绩效目标和项目特点，确定绩效评价指标体系。

2. 组织实施

评价工作小组制定评价项目的工作计划，监督评价工作的具体执行，以保证绩效评价业务按时完成。

(1) 基础数据采集

在相关科室支持和配合下，完成该项目的资料采集工作，收集本次绩效评价所需的项目目标设定资料、申报审批资料、项目管理资料、财务资料等基础数据资料，并对所收集的资料进行归类、整理和核实。

(2) 实地评测

根据实施方案，针对项目资金管理使用情况、项目实施过程管理情况、项目的产出与效益进行全面了解。

3. 分析评价

对采集的数据资料进行复核汇总、分类整理和综合分析。按照设立的评价指标、标准、方法实施评价，并形成评价结论。

(1) 进行案卷研究，对采集的数据资料进行分类整理，通过电话、邮件、微信等方式与相关人员沟通，复核资料及各项数据的准确性及完整性。同时根据实际情况要求有关单位补充更新资料。

(2) 统计、分析相关数据资料。

(3) 在掌握充分数据资料基础上，按照构建的评价指标、标准、方法，按职责分工进行打分。

(4) 形成评价初步结论。绩效评价工作组根据非现场评价分析情况、现场评价工作记录，按照评价实施方案确定的评价指标、标准和方法，对被评价项目的绩效情况进行全面的定量、定性分析和综合评价，形成评价初步结论。

4. 撰写与提交绩效评价报告

(1) 拟定绩效评价报告初稿。

(2) 与项目单位进行沟通，根据其合理意见进行修改。

(3) 形成新的绩效评价报告。

(4) 形成正式绩效评价报告。

三、综合评价情况及评价结论

(一) 评价打分方法

本次评价采用定性分析与定量考核相结合的方法，对定性考核指标采用分析打分，对定量考核指标采用量化打分，总分百分制，以最终得分确定评价等级。

(1) 项目绩效根据绩效指标评分标准直接打分，具体为项目决策 12 分，过程 28 分，产出 36 分，效益 24 分，满分计 100 分；

(2) 根据评分标准，达到要求的指标得标准分满分，不能达到标准的指标根据评分标准打分，最低得 0 分；

(3) 绩效评价等级，评价结果分为优、良、中、差四个档次，根据评分值，确定评价对象对应的档次。具体分值与档次见下表：

表 4: 评价分值与评价等级表

等级	优	良	中	差
分值	90 分（含）-100 分	80 分(含)-90 分	60 分(含)-80 分	<60 分

(二) 评价得分

根据本项目绩效评价指标体系打分情况，财政负担的离休干部医疗费专项支出项目最终得分 98 分，其中项目投入 10 分，项目过程 28 分，项目产出 36 分，项目效益 24 分。

表 6: 绩效评价得分表

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	得分
合计			100	98
项目投入 (12分)	项目立项 (8分)	立项规范性	4	4
		绩效目标合理性	4	2
	资金投入 (4分)	预算编制科学性	4	4
项目过程 (28分)	资金管理 (6分)	资金到位情况	2	2
		预算执行率	2	2
		资金管理与使用	2	2
	业务管理 (22分)	制度保障有效性	4	4
		业务流程规范性	7	7
		监督考核机制有效性	7	7
		档案管理规范性	4	4
项目产出 (36分)	项目产出 (36分)	补助离休干部人数	12	12
		享受待遇质量	12	12

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	得分
		报销及时情况	12	12
项目效益 (24分)	项目效益 (24分)	社会效益	12	12
		可持续影响	12	12

(三) 评价结论

经综合评价分析，在项目决策方面，项目立项规范，绩效指标设置有不规范之处，项目预算编制合理；资金管理方面，资金足额到位，预算执行率良好，资金使用合规，会计核算规范；组织实施方面，业务流程规范，监督考核落实到位，制度完善并执行到位，档案资料完整、严谨、准确，资料归档及时、易调取；产出方面，对离休干部做到应保尽保，各离休人员享受待遇质量较上年度进一步提高，各项待遇符合相关政策要求，并能够及时进行报销；效益方面，项目社会效益较好、可持续影响长远。

根据上述情况，2021年财政负担的离休干部医疗费专项支出项目的最终得分为98分，绩效评价等级为“优”。

四、绩效评价指标分析

项目评价主要从决策、过程、产出、效益四个方面组织进行。

（一）项目决策（12分）

项目决策主要包括项目立项、资金投入两部分内容。

1. 项目立项（8分）

项目立项主要从立项规范性、绩效目标合理性两方面进行分析。

（1）立项规范性（4分）

2021年，市医保中心根据省财政厅、省委老干部局、省医保局《关于印发〈山东省离休干部“两费”保障资金管理暂行办法〉的通知》（鲁财社〔2019〕25号），市委组织部、市委老干部局、市医疗保障局等5部门联合发布的《关于为全市离休干部提供优质医疗保障服务的通知》等文件要求及部门职责，每年将离休干部医疗费列入部门预算，该项目立项符合国民经济发展规划和政策要求，与部门职责范围相符，属于部门履职所需。

市医保中心业务科室根据部门职责将《预算明细表》《项目支出绩效目标申报表》等资料提交中心财务科，经中心党委审批通过后，报市财政部门审核，经过“二上二下”的程序审核通过后，经市人大审议通过。市财政下发预算批复文件，批复项目预算。

项目按照规定程序申请设立，审批文件、材料符合要求。该项得4分。

（2）绩效目标合理性（4分）

市医保中心编制的《项目支出绩效目标申报表》，项目简介、项目立项情况填报完整，资金测算明细依据准确，测算过程清晰、正确，项目绩效目标与工作内容具有相关性，与预算投资额度相匹配，将绩效目标从数量、时效、质量、社会效益、可持续影响等方面进行细化量化，且设置了清晰可衡量的指标值予以体现，各项指标涵盖了项目基本内容。但也存在以下问题：一是质量指标设置为“市直离休人员财政补助到位率”不够全面，缺少体现补助标准是否相关规定相符的指标；二是个别指标未填报完成值计量单位。

该项扣 2 分，得 2 分。

2. 资金投入（4 分）

资金投入主要分析预算编制科学性。

2021 年筹资标准为每人每年 80929.98 元。机关事业单位 341 人、破产改制企业 289 人（含省属 56 人）、财政 70%拨款单位 16 人，需资金 5190 万元；市级离休干部医疗统筹 1164 人，需风险金 942 万元，合计 6132 万元；扣除省专款 299 万元，预算安排 5833 万元。综上所述 2021 年财政负担的离休干部医疗费专项支出项目，测算依据充分，预算内容与项目内容匹配，资金测算依据充分。

该项得 4 分。

（二）项目过程情况（28 分）

项目过程主要包括资金管理、组织实施两部分内容。

1. 资金管理（6 分）

资金管理主要从资金到位情况、预算执行率、资金管理与使用三方面进行分析。

(1) 资金到位情况 (2 分)

本项目年初申请预算 5833 万元，本项目预算为 3700 万元。淄博市财政局下达市属离休干部医疗费指标 3700 万元，资金到位情况良好。

该项得 2 分。

(2) 预算执行率 (2 分)

本项目到位资金 3700 万元，截至 2021 年底，实际使用资金 3700 万元。根据评价标准“ $\text{预算执行率} = (\text{实际支出资金} / \text{实际到位资金}) \times 100\%$ ”，本项目预算执行率为 100%。

根据评分标准，该项得 2 分。

(2) 资金管理与使用 (2 分)

经查阅资金拨付文件等相关财务资料，市医保中心能够遵守和执行专项资金管理的相关规定。资金支出依据充分合规、计算及拨付补贴金额正确、无虚列项目支出的情况，不存在截留、挤占、挪用项目资金情况，不存在超标准开支情况；财务核算能够按照相关财务管理制度的要求进行，会计科目使用正确，原始凭证真实有效，会计核算规范。

该项得 2 分。

2. 组织实施 (22 分)

组织实施主要从制度保障有效性、业务流程规范性、监督考核机制有效性、档案管理规范性四方面进行分析。

(1) 制度保障有效性 (4 分)

市医保中心制定了《离休干部定点医院变更》《离休干部个人账户结余返还》《定点医院离休包干费核定》等与本项目相关的内部控制规范，明确了各项业务流程，并且制定了本项目相关的风险控制措施及稽核措施。根据各项管理制度开展工作，加强医疗服务水平、强化医疗行为监管、提高离休干部医疗管理的规范性和安全系数、保障离休干部各项医保待遇的正常享受。

该项得 4 分。

(2) 业务流程规范性 (7 分)

离休干部按照离休干部医疗待遇从优的原则，其医疗费在规定范围内实报实销，自选一所定点医院作为本人门诊和主要统筹就医医院（以下简称“定点医院”）。离休干部需住院的，可以在定点医院中住院治疗，医疗费用实行记账管理。因患急症发生定点医院之外的急诊医疗费用，先由个人垫付，并及时告知定点医院，凭住院（急诊）病历、双处方、费用明细单、医疗费用有效票据，按月到定点医院审核报销。医保中心向定点医院偿付医疗费用，采取总额预付、质量挂钩、年终结算的方式。经查阅资料，业务实际办理过程中均能够按照制度及业务流程要求规范受理，及时办结。

该项得 7 分。

(3) 监督考核机制有效性 (7 分)

为提高医疗机构服务质量和能力，市医保局、医保中心等医疗保险相关单位落实医疗服务事前提醒、事中监管、事后审核的全程实时

精细化监督管理工作。通过建立监管内容明细化制度、完善稽核工作制度、完善举报奖励制度、建立内部通报制度、向社会公示、接受社会监督等方式，加强对医疗机构经办机构医疗服务的监管。

该项得 7 分。

(4) 档案管理规范性 (4 分)

市医保中心对档案的收集、整理、检索、查阅等设有明确的业务流程和具体要求；档案管理风险控制标准中对档案管理的目标、风险要素均制定了详细的风险控制措施。经实地查阅，市医保中心档案管理有专人负责收集、整理，档案有专门存放地点，存放处有按存放档案类别进行编号的档案橱柜，各类档案分别编号分类存放，查阅档案时需经档案管理人员同意并按规范中规定的业务流程进行查阅。

该项得 4 分。

(三) 项目产出情况 (36 分)

1. 应保尽保情况 (12 分)

市医保经办机构按全市实际离休干部人数落实各项待遇，覆盖所有参保的离休干部。2021 年全市应享受离休干部医疗待遇人数共计 1164 人，均能够享受离休干部各项医保待遇，实现了应保尽保。

该项得 12 分。

2. 享受待遇质量 (12 分)

离休干部个人账户补助方面：市医疗保险经办机构按文件要求的 5000 元/人·年标准将部分医疗费计入离休干部本人医疗账户，离休干

部医疗费力的剩余部分为离休干部医疗统筹费。离休干部就医、购药时，医疗费用先从本人医疗账户支付，本人医疗账户资金不足的，医疗费用由离休干部医疗统筹费支付。

离休干部其他待遇享受方面：一是 2021 年将离休干部医疗保障用药范围，统一调整为基本医疗保险药品目录确定的药品范围，并放宽了目录内药品使用条件，对目录内药品取消了限定支付范围，将国家和省统一谈判的大病特药，纳入了离休干部医疗保障用药范围，解决离休干部重大疾病患者用药问题；二是各离休干部定点医院按照文件要求明确了离休干部医疗服务管理的科室，并安排专人负责，落实离休干部优先照顾政策，以及离休干部医药费统筹管理的相关规定；对离休干部就医用药实现全程记录，确保了离休干部用药安全，有条件的定点医院还设立了专门的离休干部门诊，配备专门的离休干部住院病房，离休干部各项待遇服务质量进一步提高。

该项得 12 分。

3. 报销及时情况（12 分）

离休干部需住院的，可以在定点医院中住院治疗，医疗费用实行记账管理。因患急症发生定点医院之外的急诊医疗费用，先由个人垫付，并及时告知定点医院，凭住院（急诊）病历、双处方、费用明细单、医疗费用有效票据，按月到定点医院审核报销。

异地安置离休干部选择的定点医院是国家和省平台联网医院的，住院发生的医疗费用可联网报销；异地医保定点医院不是全国和省平台联网医院的，住院发生的医疗费用先由个人垫付，出院后凭住院病

历、发票、明细清单等报销凭证到所属的医保经办机构报销，医保经办机构办结时限由原来的3个月缩短为15个工作日。经查阅项目资料，离休干部就医费用报销及时，符合文件要求。

该项得12分。

（四）项目效益情况（24分）

1. 社会效益（12分）

离休干部是党和国家的宝贵财富，是党的组织、干部工作的重要组成部分。国家十分重视特困、困难单位离休干部的晚年生活保障，并陆续出台一系列政策保障离休干部的政治待遇与生活、医疗待遇，并由财政承担对离休干部医疗费用的统筹补助。

通过对单位离休干部进行医疗统筹费补助，可以减轻就医负担，提高生活水平，保障老有所养与看病就医，为老年人减轻子女负担，减少子女抚养老人和孩子的双重压力，体现了关爱老人、百善孝为先的社会美德，传承了中华民族的精神财富，具有积极向上的社会效益。本项目的实施，具备良好的社会效益。

该项得12分。

2. 可持续影响（12分）

对单位离休干部进行医疗统筹费补助，体现了党和国家对老干部群体的关怀，对其奋斗多年的事业与贡献的肯定；从物质层面改善老干部的晚年生活，保障离休干部离休费、医药费的“三个机制”落实到位，退休干部生活待遇按国家政策规定按时足额发放，看病就医根

据现行政策落实到位，做到离休干部离休费、护理费划转及时，医药费针对个人报销范围内实报实销；建立健全离退休干部共享经济社会发展成果机制，国家为在职人员调整工资时，同步调整离退休干部离退休费，各部门制定各种政策性补贴、非生产性福利待遇离退休干部同样享受。

医疗保险金作为社会保障体系中极为重要的一部分，发挥着保障老年人基本生活、减轻子女压力、增加社会福利与人民幸福感等重要作用，对建设社会主义和谐社会、弘扬中华民族尊老敬老传统美德、形成全社会敬老爱老社会风尚与道德文明具有积极意义。本项目具有良好的可持续性。

该项得 12 分。

五、项目绩效评价结果应用建议

（一）问题反馈与整改

一是建议项目资金使用单位，将绩效评价结果及整改要求反馈给相关业务科室，相关业务科室按照整改要求进行分类整改；二是项目资金使用单位要加强对相关业务科室整改工作的监督指导，视情况对业务科室整改工作进行抽查复核，对未按要求及时报送整改落实情况的予以提醒。

（二）与以后年度预算编制挂钩

建议将绩效评价结果与以后年度预算编制挂钩，对于绩效评价结果为“优”的，在下一年预算中优先保障；绩效评价结果为“良”的，下一年预算按零增长控制；绩效评价结果为“中”的，下一年预算按照不低于预算总额的10%进行压减；绩效评价结果为“差”的，下一年预算予以撤销或退出。

（三）评价结果公开

按照政府信息公开有关规定和绩效信息公开要求，按照“谁主管、谁负责、谁公开”的原则，除涉密内容外，绩效评价结果随部门决算进行公开，并按各级要求的其他公开途径向社会公开，主动接受社会监督。

六、主要经验及做法、存在的问题和建议

（一）主要经验及做法

无。

（二）存在的问题

1. 项目绩效目标编制存在不规范之处

准确填制绩效目标是实现项目预算配置准确性、适用性和效益性的重要环节。项目单位编制绩效目标申报表时存在以下问题：一是质量指标设置为“市直离休人员财政补助到位率”不够准确，无体现被补助离休干部人员合规性方面的指标；二是个别指标完成值计量单位缺失。

（三）意见和建议

1. 规范绩效目标填报，加强绩效目标审核

建议市医保中心在以后的工作中，一是规范填报项目绩效目标申报表，明确项目简介、项目立项情况、资金测算明细等内容，制定可以体现项目可持续发展的长期指标与体现本年度工作的年度指标，准确填制与细化绩效指标，清晰反映项目预期实现程度，理解各项指标内容，正确进行指标归类；二是加强对绩效目标的审核工作，将绩效目标填报工作、审核工作授权至科室，上报绩效目标前通过单位内部审核，确保填报无遗漏、内容设置合理规范。

七、其他需说明的问题

（一）评价工作基本前提

相关基础工作材料的真实性、合法性、完整性及评价人员对项目的正确理解和认识是做好评价工作的基本前提。

（二）报告适用范围

本评价报告仅供委托方实施所涉及项目使用，适用范围包括：委托方内部管理，委托方实施项目所履行的预算申报、政府采购控制，呈送政府及其主管部门的其他申报、审查、备案。本报告不得用于委托方投融资、抵押、担保等商业经济活动。超出上述使用范围须经本评价机构书面同意。

（三）关于评价相关责任的说明

项目单位的责任是提供与形成本项目报告相关的基础工作材料，并对其真实性、合法性、完整性负责。绩效评价是依据财政部门关于绩效评价相关要求进行的，选择的评价程序取决于评价人员的判断，项目评价的可靠性基于相关部门和单位提供资料的全面性和准确性，评价工作组尽可能地收集更为全面、有效、准确的文件和数据，但由于受客观因素的限制，只能在相关部门和单位提供的现有资料的前提下，结合应有的职业判断做出尽可能可靠的评价结论。

（四）关于影响本项目评价局限性的说明

评价人员本着严谨客观的态度完成此次评价工作，从前期调研、

方案设计和修改、数据采集到报告撰写，尽量做到科学和全面。但在绩效评价过程中仍然存在或发生各种可能影响报告质量的客观因素，造成评价结果的或有局限性。评价人员降低此类因素影响的努力贯穿评价工作的始终。

（五）提示报告使用者注意事项的说明

本公司及评价人员与委托方及项目中所涉及的当事人不存在任何需要回避的利害关系，评价人员在评价过程中恪守了职业道德规范。

本报告使用人对评价结果的把握应建立在对本报告所提供的有关评价结果各项条件及说明认真阅读和理解的基础之上。

淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险 补助项目绩效评价报告

委托部门：淄博市医疗保障局

实施单位：淄博市医疗保障服务中心

评价机构：淄博正德会计师事务所有限公司

评价日期：2022 年 7 月 14 日

摘 要

为进一步规范和加强预算资金管理，提高资金使用效益和管理水平，淄博市医疗保障局委托淄博正德会计师事务所有限公司对淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目实施绩效评价。淄博正德会计师事务所有限公司按照财政部《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10 号）、《淄博市市级预算绩效管理委托第三方机构评价管理办法（试行）》（淄财绩〔2016〕5 号）等有关规定，本着真实、科学、公正的原则，对淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目组织了绩效评价。

淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目由淄博市医疗保障服务中心负责组织实施，区县医疗保障服务中心（以下简称市或区县医保服务中心）负责配合市医保服务中心完成各项工作。该项目主要是通过各级财政对居民个人就医发生费用及参保缴费进行补助，以此减轻参保居民就医负担，提高城乡居民参保率，扩大基本医疗保险覆盖面，并保障参保城乡居民基本医疗保险待遇，稳步提高城乡居民医保待遇水平。淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险市级财政补助资金共计 25,377.47 万元，其中：补助市直 649.85 万元（省属大学生代缴 1.30 万元，市属大学生 648.56 万元），补助张店区 1,166.31 万元，补助淄川区 5,691.69 万元，补助博山区 4,623.61 万元，补助周村区 2,341.36 万元，补助临淄区 2,052.19 万元，补助桓台县 1,916.93 万元，补助高青县 736.98 万元，补助沂源县 4,917.22 万元，补助高新区 0.00 万元，补助经开区 653.29 万元，补助文昌湖区 628.04 万元。

本次绩效评价对象为 2021 年城乡居民基本医疗保险补助实实施情况及预算资金使用情况。根据项目实际情况，我们与项目主管部门及项目实施单位进行研究与探讨，在评价过程中严格遵循科学规范、政策相符、绩效相关、依据充分、公正公开、独立评价等六项原则，总结归纳相关政策法规：管理办法、实施过程文件、参考资料和监督文件等五个方面作为评价依据和标准，建立了项目绩效评价指标体系从项目决策、项目过程、项目产出、项目效益四个方面考查项目的实施情况、资金管理落实情况,综合评价项目效益，发现其中的问题，分析原因并提出相应对策。

经评价，项目决策方面，该项目依据中央、省、市相关政策组织立项，立项依据充分，立项符合国家政策及发展规划要求，立项内容属于相关部门工作职责范围及履职所需；项目立项程序规范，申报流程符合相关立项工作过程要求；项目预算内容符合项目实际需求，预算额度测算依据充分、标准明确；项目实施前编制了项目绩效目标表但项目绩效目标设置过于简化，未充分体现项目长期和年度内完成具体工作情况，绩效指标细化程度一般。

项目过程方面，该项目预算执行情况良好，项目资金使用符合相关法规、财务管理制度规定，资金拨付审批流程及手续规范完整，资金使用符合项目批复要求，无截留、挤占、挪用及虚列支出情况；项目实施单位组织机构设置规范，相关人员职责清晰明确；项目单位业务流程规范，监督考核机制健全。项目总体制度建设完善，制度内容可有效指导部门管理工作及项目业务工作开展。

项目产出方面，淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目总体目标完成情况较好，淄博市城乡居民基本医疗保险参保人数 2709672 人，全市按照户籍人口计算居民综合参保率计算达到 96.43%，按照常住人口计算居民综合参保率计算达到 89.06%，未出现虚报、重复参保情况；补助各区县资金比例、数额符合相关要求；普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、住院医疗待遇、大病保险按政策规定标准报销；大病保险资金使用率 105.05%；2021 年基金收入共计 264,535.08 万元，支出共计 293,137.10 万元，结余-28,602.03 万元，超支原因为非日常活动支出，主要为上级省级疫苗费用 19,754.63 万元及因更换系统导致上年 9-12 月定点医疗机构结算款 2.4 亿，当年统筹基金结余率为-10.81%；截止 2021 年末医保基金累计结余 127,982.15 万元，扣除非正常活动计算 2021 年每月平均支出 20,781.87 万元，统筹基金滚存（累计）结余可支付月数为 6.16 月，符合国家政策要求，基本医疗待遇和大病保险待遇按标准及时支付。

项目效益方面，该项目实施有利于统筹城乡发展、健全医疗保障体系，缩小城乡社会保障差距，提高当地经济水平，调节不同群体保障水平的不均衡，有效防止了因病致贫、因病返贫现象的发生，促进社会和谐发展，对维护社会长治久安具有重大意义。为了突出项目的实际效果，评价组以居民政策知晓率及参保居民政策满意度对项目效益进行评价，实际回收有效问卷 666 份，其中居民政策知晓率为 87.75%。参保居民政策满意度为 97.91%，两数值均放映群众对医保事业及主管部门的满意程度。

绩效评价过程中也发现一些问题，主要表现为：

1、参保人政策内住院费用报销比例低于政策标准。《淄博市城乡居民基本医疗保险办法》中规定了住院费用报销比例“实行基本药物制度的一级医院（社区卫生服务中心、镇卫生院）报销比例为 85%，其他一级医院报销比例为 75%，二级医院报销比例为 70%，三级医院报销比例为 55%”。省医保局对各地市的综合报销比例要求是 75%。经核实，我市的参保人政策内报销比例长期达不到该要求，如 2021 年的综合报销比例仅为 56.35%，与文件要求相差较大。

2、项目绩效目标及绩效目标设置不规范。市医保服务中心根据项目实际，编制《2021 年城乡居民基本医疗保险补助绩效目标申报表》，填报的长期绩效目标和年度绩效目标符合城乡居民基本医疗保险的政策要求。但该项目长期目标为“财政对居民基本医疗保险投入增长幅度与经济发展水平一致”；年度目标为“各级财政补助合计不低于 580 元/人”，目标设置过于简单，难以有效反映项目实施所能带来的实际效果存在不当之处。其次，市医保服务中心所编制的城乡居民基本医疗保险补助绩效目标，设置了产出指标和效益指标。根据项目实施情况及满意度反馈情况，该项目具有显著的社会效益，但未设置社会效益指标。最后，可持续影响指标为“参保人就医负担减轻”，可持续指标设置时，应反映该项数据同比以前年度得变化情况，从而反映目标的可持续影响，应由数据反映其减轻程度，其指标值设为“认可”，即应由参保人通过满意度调查的方式主管部门获取数据来源，应在评分标准中明示或直接设为满意度指标之一。

3、医保信息化系统应用有待加强。2021年8月，国家医疗保障信息平台准时上线平稳运行。为确保我市国家医疗保障信息平台准时上线，信息部门采集、录入、赋权、开通全市经办人员账号，处理上线前在途业务，组织多轮新系统上线前测试，及时向社会发布停机公告。上线后，制定新系统不支持业务解决措施，要求定点医药机构做好上线期间的业务处理和解释工作，及时做好舆论应对与疏导。

但市中心及各区县医保服务中心面临新的问题，其均反映取数难、取数慢的问题，往往取数时间过长，一是磨合时间不够，工作人员往往对新系统比较陌生，其次新系统尚处于初始阶段，与过去旧系统存在差异，因为医保数据同时关联，其数据准确性与及时性往往对民政等多部门也有重要意义，同时，2020年年末结余比往年偏大，也是因为无法及时取数，导致当年8—12月与定点医疗机构结算款未及时清算。

4、政策倾斜力度不够，基层医疗机构资源受限。为了更加切实地反应医保基金效果，通过对医疗机构问卷调查反馈，问题出现频率较高的是反应：

(1) 基层医疗单位临床用药范围窄，可使用的药品种类少，不能满足临床诊治需求，常规用药自付比例高，部分用药百分之百自费，居民享受不到报销，意见比较大。

(2) 加大基层政策宣传力度，重点加强社区基础健康与保健知识宣传，贴近生活，从数量导向提升至质量导向，在现有基础上进一步完善，服务于民。

(3) 加强基层医疗队伍建设比较欠缺，基层诊疗水平及医疗设施

相较于一二级医院差距较大。

综合上述绩效评价情况，提出以下意见和建议：

1、进一步强化基层首诊，逐步提高住院报销比例。投保人住院费用报销的比例偏低，主要是在乡镇卫生院、一、二、三级医院住院的人群比重不均匀分布造成的，根本问题在于医疗机构间资源分配不均衡造成，建议在现有条件基础上，加强在基层首诊和双向转诊住院方面的管理。

2、加强绩效目标编制规范性、合理性。建议项目单位在编制项目绩效目标时，一是对项目的功能进行梳理，包括资金性质、预期投入、支出范围、实施内容、工作任务、受益对象等，明确该项目支出的功能特性；二是依据功能特性，预计项目实施在一定时期内所要达到的总体产出和效果，从而确定该项目所要实现的总体绩效目标，并以定量和定性指标相结合的方式进行表述；三是依据项目实际情况，对绩效目标进行细化分解，并通过定量分析与定性分析相结合的方式，从产出、效益等方面设定具体的绩效指标，对目标的实现程度给予较清晰、可衡量的指标体现；四是收集相关基准数据，如过去三年的城乡医疗保险参保人数、各级财政补贴标准等，并依据项目预期实施进展，结合预计投入的资金规模，确定绩效指标及具体数值。

3、加强培训，积极反应问题，强化新医保系统的应用落实。为确保我市国家医疗保障信息平台平稳运行，建议在对工作人员加强新系统培训基础上，与上级部门或系统开发单位积极沟通、协调，解决取数难，应用不畅给我市居民医保工作带来的取数难、取数慢的问题。

4、加大对于基层医疗机构的政策支持力度。增加基层医疗单位临床用药范围，增加药品目录报销范围。降低乡镇卫生院病种限制，在政策允许的范围内，加强宣传引导，在提高基层医疗资源利用的基础上，引导群众改变目前认为“看病就去大医院”的固化思维，更好服务基层群众，改变目前“大医院看不上病，小医院没病看”的局面，基层医院认可度提高，收入提高，从而有能力更新医疗设备和资源，真正平衡缩小医疗差异，均衡全社会医疗资源的重要举措，具有极强的现实价值。

根据本项目绩效评价指标及评分规则，淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目绩效评价的最终得分为 92.81 分，绩效评价等级为“优”。

以上内容均摘自本绩效评价报告。欲了解本项目绩效评价的全面情况，请阅读本绩效评价报告书全文。

目 录

一、基本情况.....	1
(一) 项目概况.....	1
1、项目背景.....	1
2、项目立项.....	2
3、项目主要内容.....	3
4、资金投入及使用情况.....	4
5、组织管理情况.....	6
6、基金运作方式.....	7
7、 医保定点机构监督管理.....	7
(二) 项目绩效目标.....	8
1、总体目标.....	8
2、阶段性目标.....	8
二、绩效评价工作开展情况.....	8
(一) 绩效评价目的、对象及范围.....	8
1、评价目的.....	8
2、评价对象及范围.....	9
(二) 评价原则、评价方法、评价依据.....	9
1、评价原则.....	9
2、评价方法.....	10
3、 评价依据.....	12
(三) 评价工作方案制定过程.....	13
(四) 评价实施过程.....	13
1、前期准备阶段.....	14
2、评价实施阶段.....	15
3、分析评价阶段.....	16
4、撰写与提交评价报告.....	16

(五) 评价的局限性.....	17
1、存在滞后性.....	17
2、固有局限.....	17
三、指标体系.....	17
(一) 指标体系的构建思路及分值分布.....	18
1、构建思路.....	18
2、分值分布.....	19
(二) 评价等级.....	20
(三) 评价指标体系.....	21
城乡居民基本医疗保险资金绩效评价指标体系.....	22
四、绩效评价指标分析.....	28
(一) 项目决策.....	28
1、政策相关性.....	28
2、程序规范性.....	29
(二) 项目执行.....	31
1、资金管理.....	31
城乡居民基本医疗保险基金由市医保服务中心统收统支。通过各级....	32
2、业务管理.....	32
3、基金管理.....	36
(三) 项目产出.....	39
1、数量指标.....	39
2、质量指标.....	40
3、时效性指标.....	44
(四) 项目效益.....	45
1、政策知晓率.....	45
2、受益群体满意度.....	48
五、评价结论.....	51
六、成就与经验.....	55
(一) 推动按病种分值付费(DIP)办法实施进入新阶段.....	55

(二) 有效落实医保助力疫情防控工作措施.....	56
(三) 持续巩固医保信息编码贯标成果.....	56
(四) 建立异地就医直接结算“快车道”.....	57
(五) 加速推动医保信息化建设.....	57
(六) 探索创新医保线上支付方式.....	58
(七) 全面提升医保经办服务效能.....	58
(八) 积极拓展参保扩面增长空间.....	59
(九) 进一步发挥医保协议管理抓手作用.....	60
(十) 进一步完善企业营商环境医保配套措施。.....	60
七、 存在的问题及建议.....	61
(一) 存在的问题.....	61
1、 参保人政策内住院费用报销比例过低.....	61
2、 项目绩效目标及绩效目标设置不规范.....	61
3、 医保信息化系统应用有待加强.....	62
4、 政策倾斜力度不够，基层医疗机构资源受限.....	63
(二) 针对问题的相关建议.....	63
1、 进一步强化基层首诊，逐步提高住院报销比例.....	63
2、 加强绩效目标编制规范性、合理性.....	64
3、 加强培训，积极反应问题，强化新医保系统的应用落实.....	64
4、 加大对于基层医疗机构的政策支持力度.....	64

一、基本情况

（一）项目概况

1、项目背景

医疗保障制度是社会保障体系的重要组成部分，旨在通过各种筹资途径来为国家居民提供医疗卫生服务的经济补偿和经济保障。

2003年起，我国开始建立由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。2007年起开始建立以没有参加城镇职工医疗保险的城镇未成年人和没有工作的居民为主要参保对象的城镇居民基本医疗保险制度。

为实现基本建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标，2016年国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号），要求推进城镇居民医保和新农合制度整合，逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度。整合基本制度政策包括统一覆盖范围，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。

2013年12月30日，省政府在总结试点区域经验的基础上出台了《关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号），《意见》中规定：明确自2014年1月1日起，将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度整合实施，建立全省统一、城乡一体的居民基本医保制度。2014年1月，省政府办公厅印发《关于印发山东省整合城乡居民

基本医疗保险工作实施方案的通知》（鲁政办发〔2014〕2号），规定“将城镇居民医保基金和新农合基金（含重大疾病医疗保险基金）合并为居民基本医疗保险基金”。

淄博市作为省内整合两项医保制度的试点城市，2013年5月28日，市政府印发《关于印发淄博市城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗整合工作实施方案的通知》（淄政发〔2014〕23号），2014年1月1日起，全面实施城乡居民医保制度，最终实现由制度全覆盖向人员全覆盖转变。

2017年12月30日，市政府办公厅印发《淄博市城乡居民基本医疗保险办法的通知》（淄政办发〔2017〕49号）明确：高等院校学生及市属以上中专和技校学生财政补助资金由市级及以上财政按规定承担；其他城乡居民的财政补助资金由区县财政承担，市级及以上财政按规定比例给予补助。政府代缴个人缴费所需资金，按参保人员管理级次由同级财政负担。

截止2021年12月31日，全市城乡居民基本医疗保险参保人数为2709652人，累计结余为127982.15万元。

2、项目立项

市医保服务中心按照省政府《关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号）和市政府办公厅《关于印发淄博市城乡居民基本医疗保险办法的通知》（淄政办发〔2017〕49号）组织立项，并按规定的筹资方式、对象范围、特定保障人群、补助标准、市级及各区

县分担比例等要求，组织实施城乡居民保险补助项目。项目立项符合国家政策和党委政府决策，与部门职责相符，属于部门履职范围，项目立项依据充分。

3、项目主要内容

(1) 主要内容

市级行政区域内对按规定缴纳基本医疗保险费的城乡居民（职工基本医疗保险制度覆盖范围外的城乡居民）在缴费年度内享受基本医疗保险待遇。待遇主要包括普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、住院医疗待遇、大病保险等。参加城乡居民基本医疗保险的人员按市政府办公厅《淄博市城乡居民基本医疗保险办法的通知》（淄政办发〔2017〕49号）中的规定缴纳基本医疗保险费，政府按规定给予财政补贴。

城乡居民基本医疗保险采用个人缴费与财政补助相结合、权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩的原则，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则筹集基金和支付待遇。2021年各级财政对城乡居民基本医疗保险补助标准由每人每年550元提高到580元，省级补助50%，省属大学生约3.50万人由省负担。市级补助张店、临淄、桓台10%，计58元，三个区县参保人数计106万人；补助淄川、周村、文昌湖、经开区25%，计145元，四个区县参保人数计66万人；补助博山35%，203元，参保人数24万人；不补助高新区（9.5万人）；对于两个省直管县做为固定基数补助，补助沂源（4.4万人）4917.22万元；补助高青（3万人）736.98万元；预计补助区县26244万元。市直需政府代缴个人缴

费 48 人、每人 270 元，计 1.30 万元。

（2）项目实施情况

项目的实施单位为淄博市医疗保障服务中心（以下简称市医保服务中心），主要负责居民医保基金筹集、待遇拨付、监督稽核等各项工作。张店区、淄川区、四山区、周村区、临淄区、桓台县、高青县、沂源县、高新区、经开区均设置医疗保障服务中心（以下简称区县医保服务中心），文昌湖区医保业务由市医保服务中心内设科室文昌湖区医保服务事业科负责。2021 年度淄博市城乡居民基本医疗保险市级财政补助人数为 2709672 人，市财政拨付补助资金 25,377.47 万元。市财政局将补助资金通过国库集中支付方式直接拨付至市级居民基本医保财政专户。

4、资金投入及使用情况

（1）资金安排

城乡居民基本医疗保险财政补助资金采取“先预拨、后结算”的方法进行拨付与结算。

A. 市级及以上资金安排

2021 年 1 月市财政局以《关于预拨 2021 年居民基本医疗保险补助资金预算指标的通知》（淄财社指〔2021〕4 号）下达市医保服务中心中央补助资金 63487 万元、省级补助资金 24170 万元、市级补助资金 13631 万元。

2021 年 6 月市财政局按照市医保服务中心核准参保人数核定预算，以《关于下达 2021 年度居民基本医疗保险市级补助资金（第二批）预

算指标的通知》(淄财社指〔2021〕65号)下达中央补助资金1828万元、省级补助资金1068万元。

2021年6月淄博市医疗保障服务中心按照《关于预拨2021年度居民基本医疗保险市级财政补助资金的报告》，申请拨付市级财政补助资金11369万元。

2021年11月市财政局按照市医保服务中心核准参保人数核定预算，以《关于下达2021年度居民基本医疗保险市级补助资金(第三批)预算指标的通知》(淄财社指〔2021〕172号)下达市级补助资金376.93万元，同时收回中央补助资金507万元、省级补助资金645万元。

B. 区县级资金安排

张店区实际到位4,665.00万元、临淄区实际到位8,209.00万元、桓台县实际到位7,668.00万元、淄川区实际到位5,692.00万元、周村区实际到位2,341.00万元、经开区实际到位2,613.00万元、文昌湖区实际到位628.00万元、博山区实际到位1,982.00万元、高青县实际到位4,234.00万元、沂源县实际到位2,440.00万元、高新区实际到位2,042.00万元。

(2) 市级资金分配方案

区县名称	参保人数	市级补助标准 (元/人)	需拨付资金(元)
市直	48(财政代缴学生)	270	12,960.00
	22364(市属)	290	6,485,560.00
张店区	201088	58	11,663,104.00
淄川区	392530	145	56,916,850.00
博山区	227764	203	46,236,092.00
临淄区	353826	58	20,521,908.00
周村区	161473	145	23,413,585.00

桓台县	330506	58	19,169,348.00
高青县	285661	/	7,369,825.00
沂源县	422805	/	49,172,165.10
高新区	155657		0.00
文昌湖区	43313	145	6,280,385.00
经开区	112637	58	6,532,946.00
合计			253,774,728.10

(3) 市级资金拨付情况

项目名称	拨付金额	拨付时间
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.01
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.04
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.04
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.05
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.06
城乡居民基本医疗保险市级补助	227.00	2021.07
城乡居民基本医疗保险市级补助	6595	2021.08
城乡居民基本医疗保险市级补助	229.00	2021.11
城乡居民基本医疗保险市级补助	6,965.00	2021.12
合计	25,376.00	

5、组织管理情况

市医保服务中心内设综合科、财务科、网络信息科、经办服务科、待遇核定科、零星报销科、联网结算科、长期护理保险科、门诊统筹科、特殊人员服务科、慢特病服务科、异地就医服务科、定点机构服务科、文昌湖区医保服务事业科 14 个科室统筹居民医保基金各项工作的开展。

6、基金运作方式

城乡居民基本医疗保险基金由市医保服务中心统收统支。通过各级财政补助及个人缴费等方式筹集的医保基金收入全部纳入市级居民基本医疗保险财政专户统一管理；按照上解下拨机制，区县医保服务中心各项医保待遇报销、定点医疗机构结算资金均通过市级财政专户拨付至各区县医保服务中心专户。通过实行收支两条线管理，确保基金使用合规、合法。

7、医保定点机构监督管理

依据《中华人民共和国民法典》的要求，全市医保服务中心严格新定点医药机构申报审核工作，定点医药机构按照属地划分管理。医药机构按属地原则向区域内的医保服务中心提交申请资料、自评得分情况，经过受理、评估、公示、谈判、签订服务协议五个环节，医保服务中心与谈判达成一致意见的定点医药机构签订为期 1 年的服务协议，向社会公布定点机构名单，并报有关部门备案。定点医药机构如需续签，应于服务协议期限届满前 30 日内向区域内的医保服务中心提交申请，经年度考核合格方予续签。市医保服务中心对合同实施统一归口管理，制定合同管理制度，建立合同管理台账，对合同实施动态管理，避免出现资料丢失而产生法律责任风险。

2021 年全市医保服务中心通过跨年度追回医疗待遇，自查自纠违规等方式共追回医保资金 1489.23 万元，监督管理卓有成效。

（二）项目绩效目标

1、总体目标

（1）以人民健康为中心，促进保障水平与经济发展水平相适应，遵循合法、安全、公开、便民的基金使用原则。

（2）建立健全统一的医疗保障经办管理体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。

（3）要求定点医疗机构按照规定提供医疗医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。

（4）加强医疗保障基金使用监督，保障基金安全，促进基金有效使用。

2、阶段性目标

2021 年计划实现各级财政补助合计 580 元/人年，以此减轻参保居民就医负担，重点保障城乡居民的住院和大病医疗需求，适当保障门诊需求。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则筹集资金和支付待遇。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象及范围

1、评价目的

通过绩效评价，总结项目实施过程中的经验，发现项目实施过程中存在的问题，提出有针对性的改进意见和建议，切实采取措施改进和加

强项目管理，进一步提高项目资金管理水平和财政资金使用效益；总结预算管理经验，查找资金使用和管理中的薄弱环节，为进一步完善财政政策、改进预算管理、提高预算资金绩效提供依据，为后续财政预算资金安排提供重要参考。

2、评价对象及范围

本项目绩效评价对象为淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目，针对评价对象的评价范围包括以下几方面内容：

（1）该项目的决策情况：包括宏观政策相关性、部门职责相关性、绩效目标合理性、绩效指标明确性、预算编制科学性。

（2）该项目的实施过程情况：包括年度补助资金到位率、资金到位及时率、预算执行率、资金使用合规性及业务管理、基金管理等。

（3）该项目的产出情况：包括数量指标、质量指标、时效性指标等产出情况。

（4）该项目的效益情况，包括政策知晓率和受益对象满意度评价。

（二）评价原则、评价方法、评价依据

1、评价原则

（1）科学规范原则

要求绩效评价严格遵循既定程序，科学可行，兼顾经济性、效率性和有效性，力求重点突出，简洁明了，合理可行。

（2）独立评价原则

通过道德自律和制度约束，排除内在、外在因素的干扰和影响，保持绩效评价的独立性、客观性、公正性。

（3）依据充分原则

绩效评价建立在大量、充分掌握相关数据、证据基础上，通过科学的分析方法，得出客观的结论、意见和建议。

（4）绩效相关原则

财政支出效益的评价，需始终贯彻绩效相关原则，即全面反映财政资金的运作过程，严格监督财政资金的投向和效益，增强财政资金分配和使用的责任制。

2、评价方法

通过分析项目整体情况，评价工作组根据我公司所确定的技术原则，采取关键绩效指标法、实地调查法、问卷调查结果分析法相结合的方式进行。

（1）技术原则

A.宏观分析与微观分析相结合。既注重从经济社会发展宏观全局分析预算资金投入的科学性和有效性，又从实施项目具体目标实现情况，研究财政投入对经济社会发展的整体带动作用。

B.定性分析与定量分析相结合。通过定量分析获得目标的特征和关系，在此基础上进行定性分析，获得目标的运行规律。

C.短期分析与长期分析相结合。对短期数据分析获得目标的动态和细节，对长期数据分析获得目标的运行规律，两者结合分析得出目标的

真实特征。

(2) 分析方法

①关键绩效指标法

关键绩效指标法是指主要为建立绩效考评的指标体系和确定绩效管理目标两个方面。确定关键绩效指标需要遵循 SMART 原则(明确性、有限性、相关性、可实现性、衡量性),同时要兼顾流程性、计划性和系统性。建立关键绩效指标考评体系的步骤包括:形成关键绩效指标框架、分列绩效指标项目、确定关键绩效指标项目、设置各项目的权重等。

②实地调查法

本项目中,我们对该项工程进行现场实地考察,并通过记录、拍照方式予以取证存档。

③问卷调查结果分析法

本项目中,我们紧紧围绕绩效评价体系精心挑选相关问题,通过网络进行问卷调查,根据问卷调查结果进行数据整理作为数据分析的基础,并对其结果进行分析。

④数据采集法

通过资料查阅,尽可能收集项目单位现成的业务记录和过程数据,对数据产生流程和数据质量进行检验,并列明相关数据采集评价所需其他的重要数据,由项目单位相关负责人填报。

3、评价依据

分类	评价依据
政策法规	<ol style="list-style-type: none"> 1、《中华人民共和国社会保险法》 2、中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》 3、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） 4、国务院办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发[2020]20号） 5、发改委卫生部财政部人保部民政部保监会《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） 6、财政部国家医保局《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） 7、财政部国家医保局国家税务总局《关于做好2021年城乡居民基本医疗保险工作的通知》 2、8、财政部《社会保险基金会计制度》（财会[2017]28号） 9、人社部《社会保险基金先行支付暂行办法》（人社部令15号） 10、省政府《关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发[2013]31号） 11、市政府《关于印发淄博市城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗整合工作实施方案的通知》（淄政发[2013]23号）114、市政府办公厅《关于印发〈淄博市城乡居民基本医疗保险办法〉的通知》（淄政办发[2017]49号）
管理办法及技术规范	<ol style="list-style-type: none"> 1、省政府办公厅《山东省整合城乡居民基本医疗保险工作实施方案》 2、省医保局《关于印发〈山东省医疗保障基金监督管理办法（试行）〉的通知》（鲁医保发[2019]95号） 3、省医保局《关于改革完善医保定点医药机构协议管理的指导意见（试行）》（鲁医保发[2019]85号） 4、省医保服务中心《关于印发〈山东省医疗保险基金财务内部控制制度（试行）〉的通知》（鲁医保中心[2020]2号） 5、市医保局、市财政局、国税淄博市税务局《关于转发鲁医保发[2020]60号文件做好城乡居民基本医疗保险工作的通知》（淄医保发[2020]57号） 6、市医保局《淄博市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法》（淄医保发[2019]3号） 7、各级党委政府、相关部门制定印发的其他各类规范

分类	评价依据
参考资料	1、市医保服务中心及各区县经办部门《基金内部控制规范》 2、市医保服务中心及各区县经办部门城乡居民基本医疗保险财务账目 3、市医保服务中心及各区县经办部门与定点医药机构签订服务协议 4、党委政府、相关部门用于工作指导、调度、请示、汇报、总结等文件资料 5、涉及该项目或其他同类项目的、与本项目有比对意义的相关文件资料

(三) 评价工作方案制定过程

工作组在调研、了解评价项目单位基本情况的基础上，按照有关规定拟订评价实施方案，实施方案应包括部门职责认识、评价依据、评价指标体系，评价方式方法、评价质量控制措施、工作组人员配置、实施步骤及时间安排等内容。在明确调查的目的、对象、方法的前提下，根据工作部门性质，对金额较大、社会关注度高及明确受益对象的评价项目，设计满意度调查问卷，重点评价其社会影响及可持续影响。主要实施方案如下：

- (1) 由主管部门确定评价对象及范围。
- (2) 下达评价通知。
- (3) 被评单位提供相关资料
- (4) 工作组收集并审核基础数据资料。
- (5) 工作组制定评价实施方案（包括指标体系的确定，分值及权重的确定，考核评价方法等）。
- (6) 现场考评。评价考核组对单位上报的自评报告及实施问卷调查进行分析、核实，并统计结果并根据掌握的基础资料和数据进行评分。
- (7) 主管部门根据有关政策及评价考核组报送的材料，进行综合

评价，形成初步最终意见。

（四）评价实施过程

1、前期准备阶段

包括成立评价工作组，制定评价实施方案和完善评价指标体系等。

（1）成立评价工作组

成立由相关行业的专业人员组成的工作组，工作组人员构成考虑因素主要为人员结构、业务能力、利益关系回避等情况，工作组成立后，在评价过程中应保持工作组成员的稳定。

（2）制定评价实施方案

项目评价设计思路立足于委托方工作要求和项目特点，在项目评价前期与项目实施单位等进行多次深入沟通的基础上，对项目评价重点及评价要求进行全面梳理及细化，根据项目基本评价思路，评价工作组根据评价工作规范，针对评价目标，在调研、了解评价项目相关单位基本情况的基础上，按照有关规定拟定评价工作的具体评价方案，工作组在调研、了解评价项目单位基本情况的基础上，按照有关规定拟订评价实施方案，实施方案应包括项目认识、评价依据、评价指标体系，评价方式方法、评价质量控制措施、工作组人员配置、实施步骤及时间安排等内容。在明确调查的目的、对象、方法的前提下，根据工作部门性质，对金额较大、社会关注度高及明确受益对象的评价项目，设计满意度调查问卷，重点评价其社会影响及可持续影响。

（3）完善评价指标体系

评价指标体系是评价实施方案的核心。工作组对部门各科室职责及日常工作范围进行分析研究，并结合部门自身制定的部门预算整体绩效目标，根据部门工作性质、部门工作特点，就评价指标体系的建立及设置的合理性、可行性进行分析、论证，完成对部门绩效评价指标体系的健全建立。

2、评价实施阶段

工作组采取现场和非现场评价相结合的方式实施评价。

（1）非现场评价

主要工作包括通过部门提供基础数据（主要包括年初预算数据、年中预算调整数据、年终决算数据等）、有关公示数据采集等方式，采取定量定性相结合的方式对部门工作进行非现场评价。

①工作组进驻现场采集评价基础数据及相关资料，现场评价的范围和规模应按评价工作总体要求确定，评价工作组联系被评价单位，由其提供相关基础资料，评价工作组对所提供数据资料进行整理、核实、审验确定可采纳资料。

②核查评价所需要的基础数据和资料，适当进行充实、延伸。

③采集的评价数据和资料应记入评价工作底稿，并经被评价项目相关单位提供电子版留档。

（2）现场评价

①实地测评。评价工作组起过实地勘察和测评获取评价第一手资料，在此基础上，结合从其他渠道获取的资料，进行交互验证，筛选出可采

纳数据资料；

②沟通落实。评价工作组到项目现场采取勘查、问询、复核等多种方式,与被评价单位进行沟通交流,对信息不明确的数据资料进行确认,对拟采纳使用的数据资料进行落实。

③对年度内部门开展的业务及培训,采取调查问卷的方式,分析培训的可持续影响,从而评价其支出的必要性。

综合上述三点对项目情况进行现场评价,夯实验证非现场评价取得的结论,同时进行必要的原始资料留存情况问卷调查等。

3、分析评价阶段

对采集的数据资料进行复核汇总、分类整理和综合分析,结合现场评价分析与非现场评价分析、定量定性评价的方式。按照设立的评价指标、标准、权重、方法,对部门整体绩效进行综合评价。评价工作组通过分类整理、统计汇总、综合分析,按照设立的评价指标、标准、方法实施评价,并形成评价结论。

工作组首先对采集的数据资料进行分类整理、复核汇总,同时根据实际情况要求有关单位补充更新资料;其次统计、分析相关数据资料,依据指标体系分类,进行逐项分析和综合分析,在充分分析的基础上,按照设立的评价指标、标准、方法进行打分;最终得出初步评价结论。

4、撰写与提交评价报告

(1) 撰写报告

评价小组根据绩效评价的原理和规范，对采集的数据进行了检查核对、财务数据核实等工作，保证评价数据的真实可靠。此后，评价小组对获取的数据进行处理分析，对评价指标体系进行打分，分析得失分原因，并提炼结论撰写报告。按照规定要求和文本格式撰写评价报告，并应做到数据真实准确、内容完整、依据充分、分析透彻、结论准确、建议可行。

(2) 提交报告

评价报告初稿撰写完成后，送被评价单位，就文本的真实性、完整性征询意见，并就文本的规范性征询主管部门意见。工作组根据被评价单位和主管单位意见对评价报告进行修改和完善，形成报告终稿。

(五) 评价的局限性

1、存在滞后性

事后续效评价在时间上有一定的滞后性。通常事后续效评价用于评价前一年度的部门项目和工作，受到时间的影响，一方面部分评价工作无法还原 2021 年的状况；另一方面评价结果反馈的 2021 年存在的问题，无法在 2021 年的工作中予以落实改进。

2、固有局限

评价人员本着严谨客观的态度完成此次评价工作，从前期调研、方案设计和修改、数据采集到报告撰写，尽量做到科学和全面。但在绩效评价过程中仍然存在或发生各种可能影响报告质量的客观因素，造成评

价结果存在局限性，评价人员降低此类影响的努力贯穿评价始终。

三、指标体系

（一）指标体系的构建思路及分值分布

1、构建思路

根据绩效评价的基本原理、原则和预算绩效管理的相关要求，基于中央、省、市政策法规，结合淄博市行政管理政策、措施及财政供给水平，科学、客观地设置本项目绩效评价指标体系。在指标设置时，注重其科学性、实用性、可实现性和可操作性，尽可能地设计客观性的量化指标，并适当使用定性指标；既关注部门的工作目标，也考虑受益者、社会公众的体验和感受，做到相互补充，科学可行。根据各个部分和绩效指标的重要程度，并结合对部门职能履行和实现程度的影响等因素设定了各项指标的权重。

经测试检验、调整优化的指标体系，是绩效评价的核心。本次全部评价活动围绕指标体系开展，包括数据资料收集、取证、分析、定性以及撰写绩效评价报告等。撰写绩效评价报告既是对指标体系使用过程，也是对指标体系的最终检验，在使用中发现指标体系存在的问题，并根据问题逐步完善，保证评价结果的科学性和合理性。

我们围绕充分体现和真实反映项目的绩效状况这一核心，以指标的实用性、可操作性和可实现性为导向，按照定量分析与定性分析相结合的原则设置相关绩效指标。

定量分析。在设定指标时，评价工作组首先考虑相关指标是否可以量化，对于可以量化的指标，收集和对比项目相关数据资料，对评价对象做出可量化的数值判断。定量分析评价主要是对目标期内各指标数据进行统计，通过建立相关计算方法对统计数据进行分析，得到反映被评价对象客观情况的数值化评价结果。

定性分析。对于无法量化的定性指标，如项目立项，绩效目标设定，预算编制，项目组织管理，项目实施带来的效益及影响等方面，按照所确定的评价依据，结合相关政策、法规、制度及相应的经济环境因素，并结合专家经验判断、横向比较等方法，取得判断基础或依据，对相关指标进行综合分析，科学、公正地进行定性描述。

2、分值分布

一级指标	二级指标	三级指标	分值分布
项目决策 (15分)	政策相关性 (8分)	宏观政策相关性(4分)	4
		部门职责相关性(4分)	4
	程序规范性 (7分)	绩效目标合理性(3分)	3
		绩效目标规范性(2分)	2
		预算编制合理性(2分)	2
项目执行 (35分)	资金管理 (10分)	年度补助资金到位率(2分)	2
		资金到位及时率(2分)	2
		预算执行率(2分)	2
		资金使用合规性(4分)	4
	业务管理 (10分)	管理办法(2分)	2
		宣传公示(2分)	2
		参保登记(1分)	1

一级指标	二级指标	三级指标	分值分布	
		定点管理（1分）	1	
		财务核算（2分）	2	
		信息管理（2分）	2	
	基金管理 （15分）	基金收入管理（2分）	2	
		账户管理（3分）	3	
		打击骗保（5分）	5	
		基金安全监管（5分）	5	
项目产出 （40分）	数量指标 （9分）	参保人数（4分）	4	
		各区县补助数额（3分）	3	
		虚报、重复参保人数（2分）	2	
	质量指标 （31分）	以户籍人口为基础计算的居民综合参保率（3分）	3	
		以常住人口为基础计算的居民综合参保率（3分）	3	
		大病保险资金使用率（5分）	5	
		当年统筹基金结余率（3分）	3	
		统筹基金滚存（累计）结余可支付月数（5分）	4	
		参保人政策内普通门诊费用统筹支付比例（5分）	4	
		参保人政策内慢性病门诊待遇情况（5分）	4	
		参保人政策内住院费用统筹支付比例（5分）	5	
	项目效益 （10分）	政策知晓率（5分）	居民政策知晓率（5分）	5
		受益群体满意度（5分）	参保居民政策满意度（5分）	5

（二）评价等级

绩效评价结果采取评分和评级相结合的方式，采用定性分析与定量

考核相结合方法，对定性考核指标采用分析打分，对定量考核指标采用量化打分，总分百分制。

绩效评价等级。评价结果分为优、良、中、差四个档次，根据评价分值，确定评价对象对应的档次。总分值为 100 分，评价得分 90（含）—100 分的，绩效评级为“优”；得分在 80（含）—90 分的，绩效评级为“良”；得分在 60（含）—80 分的，绩效评级为“中”，得分在 60 分以下的，绩效评级为“差”。

（三）评价指标体系

城乡居民基本医疗保险资金绩效评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容及评分标准
项目决策 (15分)	政策相关性 (8分)	宏观政策相关性 (4分)	评价2021年度城乡居民基本医疗保险基金支出是否符合国家及省级法律法规、政策及发展规划要求，用以反映和考核项目立项依据情况一致，立项依据“相关”得4分，“基本充分”得2分，“不充分”得0分。
		部门职责相关性 (4分)	①评价城乡居民基本医疗保险支出安排是否与主管部门职能、工作规划和工作重点相关；是，得2分；否，得0分。 ②医保、财政部门是否合理设置会计、出纳、审核、业务管理等人员，岗位职责是否明确，能否保证履行居民基本医保政策职责。是，得2分；否，得0分。
	程序规范性 (7分)	绩效目标合理性 (3分)	①评价城乡居民医保补助资金预算申报是否按规定编制预算绩效目标；是，得1分；否，得0分； ②预算绩效目标是否涵盖项目产出和效果；是，得1分；否，得0分； ③目标值的确定依据是否充分。是，得1分；否，得0分。
		绩效目标规范性 (2分)	①将部门整体的绩效目标细化分解为具体的工作任务，0.5分； ②通过清晰、可衡量的指标值予以体现，0.5分； ③与部门年度的任务数或计划数相对应，0.5分； ④与本年度部门预算资金相匹配，0.5分。
		预算编制合理性 (2分)	①项目预算资金分配是否有测算依据，与补助单位或地方实际是否相适应，用以反映和考核项目预算资金分配的科学性、合理性情况。是，得1分；否，该项不得分。 ②财政部门是否按规定程序审批基金预算。是，得1分；否，得0分。
	项目执行 (35分)	资金管理 (10分)	年度补助资金到位率 (2分)
资金到位及时率 (2分)			评价各年度财政补助资金是否按照预算法规定或政策要求的时间节点（每年9月份之前）及时拨付到位。补助资金到位及时率=(及时到位补助资金数÷补助资金实际到位数)×100%。到位及时率≥100%，得2分；90%≤到位及时率<100%，得1分；到位及时率<90%，得0分。

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容及评分标准
		资金执行率 (2分)	资金执行率=(实际支出资金/本年到位资金) X100%; 本项得分=预算执行率×2。
		资金使用合规性 (4分)	①资金使用符合国家法规、财务管理制度及专项资金办法的规定, 得2分, “否”得0分; ②资金拨付审批程序和手续规范完整, 得1分, “否”得0分; ③资金使用符合项目批复或合同规定用途得1分, “否”得0分; ④资金使用无截留、挤占、挪用、虚列支出等情况, 否则, 本级指标分值为0分。
	业务管理 (10分)	管理办法 (2分)	①评价项目政府是否按照政策要求结合本地实际出台城乡居民基本医保实施办法、市级统筹管理办法及门诊慢性病就医管理办法等。出台了上述管理办法, 得1分; 否, 得0分。 ②出台的管理办法完全符合国家和省级政府相关文件精神, 得1分; 否, 得0分。
		宣传公示 (2分)	①评价经办机构是否进行医保政策宣传和对基金收支执行情况、参保人员待遇政策及享受情况信息进行公示。进行居民医保政策宣传, 得1分, 否, 得0分; ②对基金收支执行情况、参保人员待遇政策及享受情况信息进行公示, 得1分; 否, 0分。
		参保登记 (1分)	评价经办机构: ①是否按政策要求对参保居民审核登记; ②是否存在重复参保情况。 按政策要求进行审核登记和系统录入, 不存在重复参保, 得1分; 存在重复参保, 得0分。
		定点管理 (1分)	评价经办机构对定点医疗机构和药店管理是否符合政策要求: ①是否实行协议管理; ②是否建立考核评价机制; ③是否建立动态准入和退出机制。 不缺项, 得1分, 缺1项, 得0.5分, 缺2项及以上, 得0分。
		财务核算 (2分)	评价经办部门基金账户收支财务(会计)核算是否符合政策要求。会计核算是否符合《会计法》、《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》等要求。近3年审计、财政和人社部门财务审计或监督检查中是否存在财务核算违规问题。不存在违规问题, 得2分; 存在违规问题, 得0分。

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容及评分标准
		信息管理 (2分)	评价经办机构(1)是否建立城乡居民医疗保险信息系统,加强医疗监控和基金监管;是,1分;否,0分。 (2)是否通过推行“互联网+”医疗保险便民服务模式,方便居民参保、缴费和就医结算。是,得1分;否,得0分。
	基金管理 (15分)	基金收入管理 (2分)	是否与税务部门建立沟通机制;是否定期进行业务联系;信息系统的关联是否达能网络互通和即时信息对比;对错误信息是否能即时向对方发送对比信息。是,得2分;否,每缺1项扣1分。
		账户管理 (3分)	评价经办机构基金账户管理是否符合下述政策要求。 ①设置收入户的统筹地区,收入户除向财政专户划转收入外,不得发生其他支付业务; ②收入户月末无余额; ③统筹地区风险基金提取规模保持当年统筹基金总额的10%; ④支出户除接受财政专户拨付资金和该账户利息收入外,不得存在其他收入业务; ⑤支出户除向定点医疗机构结算医疗费用、向参保居民支付医疗费用和向财政专户划拨该账户利息收入外,不得发生其他支付业务。 各项均符合政策要求,得满分,其中有一项及以上存在问题,得0分。
		打击骗保 (5分)	评价监管行政机构是否按照医保基金监督管理职责,打击欺诈骗保行为并依法依规进行责任追究;是,得5分,否,每缺1项扣1分。对经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保人员及医疗救助对象等涉及医疗保障基金管理使用情况实施监督检查(3分);对发现的医疗保障基金管理、使用过程中存在问题依法处理或提出处理建议(1分);对相关部门、经办机构及其工作人员、定点医药机构及其工作人员、参保人员及救助对象依法依规追究责任(1分)。
		基金安全监管 (5分)	评价经办机构是否落实医保基金预防与内控管理;是,得5分;否,每缺1项扣1分。建立基金安全责任制、风险预警机制、应对预案及要情报告制度(1分);对医疗费用偏离预算指标或者预付指标较大的定点医药机构及时开展稽核(1分);每年至少2次对定点医药机构实地检查稽核(1分);住院费用抽查复审比例不低于5%(1分);建立内控制度和定期对账制度,监控稽核与经办的业务、财务、信息互为不相容岗位且其工作人员不得互相兼任(1分)。

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容及评分标准
项目产出 (40分)	数量指标	参保人数 (4分)	考察年度内全市城乡居民参保人数。 ①年度内全市城乡居民参保人数≥280万人，得4分； ②年度内全市城乡居民参保人数<280万人时，该项得分=(全市城乡居民参保人数/2800000)×4。
		各区县补助数额 (3分)	考察年度内全市城乡居民参保人数： ①对张店、临淄、桓台补助比例为10%； ②对淄川、周村、文昌湖、经开区补助比例为25%； ③对博山补助比例为35%； ④补助沂源4917.22万元； ⑤补助高青736.98万元。 若存在一个区县补助资金比例不达标，扣1分，扣完为止。
		虚报、重复参保人数 (2分)	考察年度内参保的城乡居民中虚报、重复参保的人员数量情况。 年度内虚报、重复参保人数均为0，得2分；出现虚报或重复参保的该项不得分。
	质量指标 (36分)	以户籍人口为基础计算的居民综合参保率 (3分)	评价以户籍人口为基数计算的基本医保综合参保率是否达到参保水平(95%)。 参保率>95%，得3分；参保率≤95%，本级指标不得分。
		以常住人口为基础计算的居民综合参保率 (3分)	评价以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率是否达到目标水平。 参保率>90%，得3分；参保率≤90%，得分=参保率×3。
		大病保险资金使用率 (5分)	评价大病保险资金的使用情况，资金使用率=(大病保险理赔金额÷大病保险投保金额)×100%，90%<资金使用率≤100%，得5分；75%≤资金使用率<90%，得3-5分；75%<资金使用率，得0分。

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容及评分标准
		当年统筹基金结余率 (3分)	评价统筹区当年基金结余(含风险基金)控制是否符合政策要求。当年基金结余率=(当年统筹基金结余数÷当年筹集的统筹基金总额)×100%。结余率≤15%,得3分;15%<结余率≤18%,得2分;18%<结余率≤20%,得1分;结余率>20%或结余率<0,得0分。
		统筹基金滚存(累计)结余可支付月数 (4分)	评价统筹区基金滚存结余是否符合政策要求。基金滚存结余可支付月数在6~9个月之间,得4分;基金滚存结余可支付月数在政策要求6个月基础上每减少1个月或在9个月基础上每增加1个月,减0.5分,至0分为止。(可支付月数不足一个月的,向政策范围方向归整处理,如超过5个月,不足6个月的,按6个月处理;超过9个月,不足10个月的,按9个月处理,以此类推)
		参保人政策内普通门诊费用统筹支付比例 (4分)	评价普通门诊统筹待遇的落实情况。普通门诊统筹支付比例符合政策标准:基金支付比例50%左右(上下浮动10%),得4分;普通门诊统筹支付比例未达到政策标准50%左右,得0分
		参保人政策内慢性病门诊待遇情况 (4分)	评价慢性病门诊待遇的落实情况。制定了较为完善的门诊慢性病就医管理办法,明确规定病种、申请、鉴定、报销及监督管理等程序,并得到落实,得4分;制定了方案,正处试点阶段,未全面实施,得3分;制定方案,未试点实施,得1分;未制定方案,得0分。
		参保人政策内住院费用统筹支付比例 (5分)	评价参保居民政策内住院费用实际报销比例是否达到政策规定比例。参保人政策内住院费用报销比例=(参保人员政策内住院费用报销数÷参保人员政策内住院费用数)×100%。参保人政策内住院费用报销比例≥70%,得5分,每降低1个百分点,减0.25分,扣完为止。
	时效性指标 (4分)	参保人费用报销及时性 (4分)	评价居民医保报销便利度及待遇享受时效目标实现程度。基本医疗待遇、大病保险待遇是否按标准及时发放给参保人,“是”得4分;出现一次拨付不及时扣1分,扣完为止。

一级指标	二级指标	三级指标	指标内容及评分标准
项目效益 (10分)	政策知晓率 (5分)	居民政策知晓率 (5分)	评价居民对医保政策效果的了解程度。居民医保政策满意度=对政策效果“很了解”人数/问卷调查人数+对政策效果“基本了解”人数/问卷调查人数。评价得分率≥90%，得满分，每降低一个百分点扣0.1分。
	受益群体满意度 (5分)	参保居民政策满意度 (5分)	评价参保居民对医保政策效果的满意度。居民医保政策满意度=对政策效果“很满意”人数/问卷调查人数+对政策效果“基本满意”人数/问卷调查人数。评价得分率≥90%，得满分，每降低一个百分点扣0.1分。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策

1、政策相关性

（1）宏观政策相关性

市医保服务中心按照省政府《关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号）和市政府办公厅《关于印发淄博市城乡居民基本医疗保险办法的通知》（淄政办发〔2017〕49号）组织立项，并按规定的筹资方式、对象范围、特定保障人群、补助标准、市级及各区县分担比例等要求，组织实施城乡居民基本医疗保险补助项目。项目立项符合国家政策和党委政府决策，符合国家及省级法律法规、政策及发展规划要求，根据评分标准，该项得4分。

（2）部门职责相关性

根据市政府办公厅《关于印发淄博市城乡居民基本医疗保险办法的通知》中明确的市级财政承担范围，市医保服务中心参照以往年度城乡医保财政补助标准，2021年按照补助580元/人年的标准进行补助，明确区分各区县市级承担比例，编制项目预算及绩效目标。经市医疗保障局审核批准后，市医保服务中心向市级财政申报预算，市财政按照“先预拨、后结算”方式项目安排、拨付预算资金。申请流程规范，审批文件、资料符合要求，与主管部门职能、工作规划和工作重点相关。

市医保主管部门根据市政府办公厅的相关规定制定了规范有效的

具体办法、实施方案或其他规范性、指导性文件，市级及各区县医保服务中心均根据相关政策、制度要求，对基金筹集、基金管理、待遇支付制定有完善的规章制度，在内部职责、业务流程及风险控制方面大部分也制定了社会保险基金内部控制规范。市医保主管部门合理设置会计、出纳、审核、业务管理等人员，岗位职责明确，能够保证履行居民基本医保政策职责，根据评分标准，该项得 4 分。

2、程序规范性

(1) 绩效目标合理性

市医保服务中心根据项目实际，编制《2021 年城乡居民基本医疗保险补助绩效目标申报表》，填报的长期绩效目标和年度绩效目标符合城乡居民基本医疗保险的政策要求，但该项目长期目标为“财政对居民基本医疗保险投入增长幅度与经济发展水平一致”；年度目标为“各级财政补助合计不低于 580 元/人”，目标设置过于简单，难以有效反映项目实施所能带来的实际效果，该处扣 1 分，根据评分标准，该项得 2 分。

(2) 绩效目标规范性

首先，市医保服务中心所编制的城乡居民基本医疗保险补助绩效目标，设置了产出指标和效益指标。根据项目实施情况及满意度反馈情况，该项目具有显著的社会效益，但未设置社会效益指标，扣 0.5 分。

其次，可持续影响指标为“参保人就医负担减轻”，可持续指标设置时，应反映该项数据同比以前年度得变化情况，从而反映目标的可持续影响，应由数据反映其减轻程度，其指标值设为“认可”，即应由参保

人通过满意度调查的方式主管部门获取数据来源，应在评分标准中明示或直接设为满意度指标之一，该处扣 0.5 分。

综上，根据评分标准，该项满分 2 分，扣 1 分，得 1 分。

（3）预算编制合理性

市医保服务中心根据财政预算管理和社会保险相关法律法规编制 2021 年城乡居民基本医疗保险基金预算。经查阅项目预算资料和项目实际数据，市医保服务中心以 2020 年度实际缴费人数为参考，综合考虑了市域内各区县的经济发展和财力状况的因素较为客观准确地编制了 2021 年预算。根据地区经济发展差异及人口分布的不平衡性，2021 年政府补助标准在参考 2020 年政府补助标准的基础上，由每人每年 550 元提高到 580 元，其中：

省级补助 50%，省属大学生 3.78 万人由省负担。

市级补助张店、临淄、桓台 10%，计 58 元；补助淄川、周村、文昌湖、经开区 25%，计 145 元；补助博山 35%，203 元；不补助高新区；对于两个省直管县做为固定基数补助，补助沂源 4917.22 万元；补助高青 736.98 万元。市直参保大中专学生补助由市级负担，年人均补助 290 元；市直需政府代缴个人缴费。

市财政局按规定程序审批基金预算，并将补助资金通过国库集中支付方式直接拨付至市级居民基本医保财政专户。

项目预算资金分配测算依据充分，与补助单位或地方实际能够相适应，根据评分标准，该项得 2 分。

（二）项目执行

1、资金管理

（1）年度补助资金到位率

根据市医保服务中心年初测算，年初市级财政预算应为 27262.00 万元，根据年中以实际人口数调整，调整后预算为 25376.00 万元，2021 年 1—12 月，市级财政补助实际到位 25377.34 万元，根据计算标准，年度补助资金到位率=25377.47/25376.00×100%≥100%，根据得分标准，该项满分 2 分，得 2 分。

（2）资金到位及时率

2021 年 1—12 月，市级财政补助实际到位 25377.47 万元，详见下附表格：

项目名称	拨付金额	拨付时间
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.01
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.04
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.04
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.05
城乡居民基本医疗保险市级补助	2,272.00	2021.06
城乡居民基本医疗保险市级补助	227.00	2021.07
城乡居民基本医疗保险市级补助	6,595.00	2021.08
城乡居民基本医疗保险市级补助	229.00	2021.11
城乡居民基本医疗保险市级补助	6,965.47	2021.12

2021 年 9 月前拨付财政补助 18182.00 万元，2021 年 10—12 月到账财政补助 7194.93 万元，根据计算标准，资金到位及时率=18182.00/25377.47×100%=71.65%，根据得分标准，该项得 0 分。

（3）资金执行率

经查阅资料，2021年市财政拨付城乡居民基本医疗保险补助资金25376.93万元。项目实施后，市医保服务中心核算全市2021年财政补助人数2709652人，实际支出资金25376.93万元。根据计算标准，资金执行率=25376.93/25376.93×100%=100.00%，根据得分标准，该项得2分。

（4）资金使用合规性

城乡居民基本医疗保险基金由市医保服务中心统收统支。通过各级财政补助及个人缴费等方式筹集的医保基金收入全部纳入市级居民基本医疗保险财政专户统一管理；按照上解下拨机制，区县医保中心各项医保待遇报销、定点医疗结算资金均通过市级财政专户拨付至各区县医保中心专户，通过收支两条线管理的方式，确保资金使用合规性。同时市级及各区县医保中心资金预算均有完备审批手续，单独建账独立核算，上解及请拨资金手续完备，能够做到如实反映居民医保基金收支状况，未发现违规现象。根据评分标准，该项指标得4分。

2、业务管理

（1）管理办法

市医保主管部门根据市政府办公厅《淄博市城乡居民基本医疗保险办法》（淄政办发〔2017〕49号），制定了规范有效的具体办法、实施方案或其他规范性、指导性文件，包括《淄博市医疗保障和救助资金管理暂行办法》《淄博市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法》《关于建

立基本医疗保险基金运行情况分析报告制度的通知》《基本医疗保险基金财务分析制度》等。

经查阅相关资料，市级及各区县医保服务中心均根据相关政策制度要求，对基金筹集、基金管理、待遇支付制定有完善的制度规章，在内部职责、业务流程及风险控制方面大部分也制定了社会保险基金内部控制规范，根据评分标准，该项指标满分 2 分，得 2 分。

（2）宣传公示

市级及各区县医保服务中心采取线上利线下相结合的形式组织开展政策宣传。一是开展医保宣讲活动、宣传单页发放等，宣传医保政策及业务办理流程；定期召开新闻发布会，通报医疗保障重点工作完成情况；对定点医药机构业务人员进行培训，引导医药机构主动进行医保政策宣传。二是与网络媒体合作发布有关信息，让群众及时了解最新的补助标准、报销比例等；建立微信公众号等新媒体平台，对医保政策信息进行加工和精编，利用动态图解、可视化动漫等新媒体产品，让群众更直观、更便捷地了解医保政策，多形式、多渠道的宣传方式提高了群众对医保政策的知晓率，提升城乡医疗保险参保率，保障医保工作有效有序开展。

根据评分标准，该项指标满分 2 分，得 2 分。

（3）参保登记

通过对居民基本医疗保险参保情况进行数据检查、比对、筛查，截止 2021 年末，淄博市居民基本医疗保险重复参保人数为 0 人，不存在重复参保的现象；虚报参保人数为 0 人，不存在虚报参保的现象。

经查阅，市医保服务中心已将参保人数、待遇支付及基金收支情况在市政府官网政务信息公开模块进行信息公开。

根据评分标准，该项指标满分 1 分，得 1 分。

（4）定点管理

依据《中华人民共和国民法典》的要求，全市医保服务中心严格新定点医药机构申报审核工作，定点医药机构按照属地划分管理。医药机构按属地原则向区域内的医保服务中心提交申请资料、自评得分情况，经过受理、评估、公示、谈判、签订服务协议五个环节，医保服务中心与谈判达成一致意见的定点医药机构签订为期 1 年的服务协议，向社会公布定点机构名单，并报有关部门备案。定点医药机构如需续签，应于服务协议期限届满前 30 日内向区域内的医保服务中心提交申请，经年度考核合格方予续签。市医保服务中心对合同实施统一归口管理，制定合同管理制度，建立合同管理台账，对合同实施动态管理，避免出现资料丢失而产生法律责任风险。

根据《关于淄博市医保基金“双随机、一公开”监管工作实施方案的通知》的具体要求，市医保服务中心实现对定点零售药店的“双随机、一公开”监管，明确随机抽查事项清单和建立随机抽查人员库、随机抽查对象名单，发挥市医保系统垂直管理优势，抽查结果通过市医疗保障局网站等渠道向社会公示。同时通过推进智能监控系统建设和交叉、突击重点检查的方式，强化对定点医药机构专项检查力度，有效遏制了骗取医疗资金现象，维护人民群众的切身利益。

2021 年度，市医保服务中心开展打击骗保专项检查、结算大数据筛

查、定点医药机构自查自纠专项治理复查、超限制用药专项治理、定点药店全市同步检查等专项行动，查处医保基金违法违规行为，维护了医保基金安全运行。年内，全市医保服务中心通过跨年度追回医疗待遇，自查自纠违规等方式共追回医保资金 1489.23 万元，监督管理卓有成效。

根据评分标准，该项指标满分 1 分，得 1 分。

（5）财务核算

经查阅相关资料，市医保服务中心基金账户收支财务核算符合政策要求。会计核算符合《会计法》、《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》的要求。近三年审计未发现有违反法律法规现象的存在。根据评分标准，该项指标得 2 分。

（6）信息管理

为了加强医疗监控和基金监管，提高医保经办治理能力，推动药品、耗材价格公开透明，制定统一服务标准，深化医保支付方式改革，国家医疗保障信息平台准时上线平稳运行，但市中心及各区县医保服务中心均反映取数难、取数慢的问题，往往取数时间过长，一是磨合时间不够，工作人员往往对新系统比较陌生，其次新系统尚处于初始阶段，与过去旧系统存在差异，因为医保数据同时关联，其数据准确性与及时性往往对民政等多部门也有重要意义，同时，2020 年年末结余比往年偏大，也是因为无法及时取数，导致当年 8—12 月与定点医疗机构结算款未及时清算。

项目主管单位年内持续推进“互联网+”医疗保险便民服务模式，方便居民参保、缴费和就医结算。推进智慧医保建设。推动“淄博互联网+

大健康”全流程平台上线运行，为群众提供涵盖互联网线上“政策咨询、问诊续方、服务预约、医保结算、送药上门”等全流程大健康服务。医保电子凭证激活率达 66%，全省排名前列。推进医保个人账户“一卡通行”，淄博市 2580 家定点医药机构实现省内个人账户“一卡通行”全覆盖，参保人在异地就医买药时凭社保卡或医保码即可消费医保个人账户。根据评分标准，该项指标得 2 分。

3、基金管理

(1) 基金收入管理

项目主管单位与税务部门建立沟通机制，定期进行业务联系经查阅相关资料，基金收入个人部分缴费期为上年 9 至 12 月及本年 1 至 8 月，税务部门收到款项后，定期上解至财政部门，由财政部门统一拨付至医保专户，2021 年因不再使用社保卡代扣缴费，全部通过税务部门 APP 进行划转，统一由信息系统的关联，及时网络互通和即时信息比对，杜绝了重复扣缴现象。根据评分标准，该项指标得 2 分。

(2) 账户管理

城乡居民基本医疗保险基金由市医保服务中心统收统支。通过各级财政补助及个人缴费等方式筹集的医保基金收入全部纳入市级居民基本医疗保险财政专户统一管理；按照上解下拨机制，收入户除向财政专户划转收入外，不发生其他支付业务，收入户月末无余额，统一上解至市级财政专户。

区县医保中心各项医保待遇报销、定点医疗结算资金均通过市级财

政专户拨付至各区县医保中心专户，该账户除接受财政专户拨付资金和该账户利息收入外，不存在其他收入业务，且除向定点医疗机构结算医疗费用、向参保居民支付医疗费用和向财政专户划拨该账户利息收入外，不发生其他支付业务。。

通过收支两条线管理的方式，保证医保基金账户管理的有效性。根据评分标准，该项指标得 3 分。

（3）打击骗保

2021 年淄博市医疗保障局推进医保基金齐抓共管。公开通报、曝光 10 起典型骗保案件，建立医保违规问题线索向纪检监察机关、公安机关移送机制，强化社会监督，畅通投诉举报途径。自市医保局成立以来，淄博市累计兑现举报奖励 7.82 万元，追回医保基金 1.01 亿元。

同时，根据《关于淄博市医保基金“双随机、一公开”监管工作实施方案的通知》的具体要求，市医保服务中心实现对定点零售药店的“双随机、一公开”监管，明确随机抽查事项清单和建立随机抽查人员库、随机抽查对象名单，发挥市医保系统垂直管理优势，抽查结果通过市医疗保障局网站等渠道向社会公示。同时通过推进智能监控系统建设和交叉、突击重点检查的方式，强化对定点医药机构专项检查力度，有效遏制了骗取医疗资金现象，维护人民群众的切身利益。

2021 年度，市医保服务中心开展打击骗保专项检查、结算大数据筛查、定点医药机构自查自纠专项治理复查、超限制用药专项治理、定点药店全市同步检查等专项行动，查处医保基金违法违规行为，维护了医保基金安全运行。年内，全市医保服务中心通过跨年度追回医疗待遇，

自查自纠违规等方式共追回医保资金 1489.23 万元，监督管理卓有成效。

主管单位能够按照医保基金监督管理职责，打击欺诈骗保行为并能够依法依规进行责任追究。根据评分标准，该项指标满分 5 分，得 5 分。

（4）基金安全监管

一是比对提高参保数据质量。先后三轮排查省中心下发的医保参保数据，针对单位性质异常、单位统一信用代码不合法、个人重复参保、个人跨市基本信息重复异常等各类数据，采取与公安数据对比、分区县逐一落实对比，电话逐一核实等措施，共处理各类异常参保数据 4 万多条，夯实参保基数，确保基金安全。

二是统一调整税务征收医保费用级次为市级，减少跨区县交叉造成的未达账项，确保基金收入及时核对，保证基金运行安全。

三是完善医保信息系统数据审核、基金监管，增加对病案首页、住院结算清单、疾病和手术操作编码、人次人头比增长率、二次入院、年度总体自费率等监督考核评价指标，加大处罚力度，对医疗费用偏离预算指标或者预付指标较大的定点医药机构及时开展稽核，顶格处罚定点医疗机构诊断升级、分解住院、挂床住院、降低标准收住院以及开具大检查、大处方等不规范行为。

四是积极探索医保智能监管。依托数据智能审核系统，推进事前提醒、事中结算介入、事后审核监控，实现医疗服务行为全方位、全流程、全环节监管。今年，累计检查定点医药机构 2380 家，暂停、解除医保服务协议 161 家。

五是推进医保基金齐抓共管。公开通报、曝光 10 起典型骗保案件，

建立医保违规问题线索向纪检监察机关、公安机关移送机制，强化社会监督，畅通投诉举报途径。自市医保局成立以来，淄博市累计兑现举报奖励 7.82 万元，追回医保基金 1.01 亿元。根据评分标准，该项指标满分 5 分，得 5 分。

（三）项目产出

1、数量指标

（1）参保人数

全市 2020 年度参保总人数 2742137 人，其中省属大学生 32485 人、市属大学生 22412 人、张店区 201088 人、淄川区 392530 人、博山区 227764 人、周村区 161473 人、临淄区 353826 人、桓台县 330506 人、高青县 285661 人、沂源县 422805 人、高新区 155657 人、经开区 112637 人、文昌湖区 43313 人。计划全市参保人数 2800000 人，实际参保人数 2742137 人，根据评分标准计算，该项得分= $2742137/2800000 \times 100\% \times 4$ 分=3.92 分。

（2）各区县补助数额

2021 年各级财政对城乡居民基本医疗保险补助标准由每人每年 550 元提高到 580 元，省级补助 50%，省属大学生约 3.50 万人由省负担。市级补助张店、临淄、桓台 10%，计 58 元，三个区县参保人数计 106 万人；补助淄川、周村、文昌湖、经开区 25%，计 145 元，四个区县参保人数计 66 万人；补助博山 35%，203 元，参保人数 24 万人；不补助高新区（9.5 万人）；对于两个省直管县做为固定基数补助，补助沂源（4.4

万人) 4917.22 万元; 补助高青 (3 万人) 736.98 万元。

区县名称	参保人数	市级补助标准 (元/人)	需拨付资金 (元)
市直	48 (财政代缴学生)	270	12,960.00
	22364 (市属)	290	6,485,560.00
张店区	201088	58	11,663,104.00
淄川区	392530	145	56,916,850.00
博山区	227764	203	46,236,092.00
临淄区	353826	58	20,521,908.00
周村区	161473	145	23,413,585.00
桓台县	330506	58	19,169,348.00
高青县	285661	/	7,369,825.00
沂源县	422805	/	49,172,165.10
高新区	155657		0.00
文昌湖区	43313	145	6,280,385.00
经开区	112637	58	6,532,946.00
合计			253,774,728.10

补助标准、比例均达到规定要求, 根据评分标准, 该项指标满分 3 分, 得 3 分。

(3) 虚报、重复参保人数

通过对居民基本医疗保险参保情况进行数据检查、比对、筛查, 2021 年度淄博市居民基本医疗保险重复参保人数为 0 人, 不存在重复参保的现象; 虚报参保人数为 0 人, 不存在虚报参保的现象。

根据评分标准, 该项指标满分 2 分, 得 2 分。

2、质量指标

(1) 以户籍人口为基础计算的居民综合参保率

经查阅，淄博市 2021 年户籍人口数 434.03 万人，其中 2021 年职工医保参保人数 148.01 万人，2021 年城乡居民基本医疗保险参保人数 274.22 万人（含省属大学生参保），根据参保率公式计算，以户籍人口为基础计算的居民综合参保率= [参保人数/（户籍人口数—职工医保参保人数）] ×100%的公式计算，参保率= [274.22/（434.03—148.01）] ×100%=95.87%。根据评分标准，该项指标满分 3 分，得 3 分。

（2）以常住人口为基础计算的居民综合参保率

经查阅，淄博市 2021 年常住人口数 470.88 万人，其中 2021 年职工医保参保人数 148.01 万人，2021 年城乡居民基本医疗保险参保人数 274.22 万人（含省属大学生参保），根据参保率公式计算，以户籍人口为基础计算的居民综合参保率= [参保人数/（常住人口数—职工医保参保人数）] ×100%的公式计算，参保率= [274.22/（470.88—148.01）] ×100%=84.93%。得分=3 分×84.93%=2.55 分。

（3）大病保险资金使用率

经向太平洋寿险淄博中心支公司获取相关材料，淄博市 2021 年居民大病项目筹资总额 24,741.88 万元，实际到账 19,793.51 万元，2021 年淄博居民大病累计补偿 20,793.51 万元，根据大病保险资金使用率=（大病保险理赔金额÷大病保险投保金额）×100%的公式计算，使用率=20793.51/19793.51×100%=105.05%。根据评分标准，该项指标满分 5 分，得 5 分。

（4）当年统筹基金结余率

2021 年淄博市城乡居民医疗保险累计收入 264,535.08 万元，其中：

中央财政补助共计 64,808.00 万元，省级财政补助共计 24,593.00 万元，市级财政补助共计 25,377.00 万元，区县级财政补助共计 42,514.00 万元，个人缴费共计 103,804.66 万元，全市利息收入共计 1,949.20 万元，其他收入共计（跨年度追回医疗待遇，自查自纠违规等）1489.23 万元。

2021 年淄博市城乡居民医疗保险累计支出 293,137.11 万元，其中：全年住院支出共计 230,947.37 万元，门诊慢性病支出 17,185.09 万元，普通门诊支出 4,456.51 万元，上解省级疫苗费用 19,754.63 万元。

2021 年超支 28,602.03 万元，其中上解省级费用为非日常性支出，年初并未列入医保预算；受全省医保系统更换的影响及费用支出谨慎性的考虑，2021 年 8 至 12 月定点医疗机构结算款保守预拨，延迟至 2022 年统一结算，该部分款项约 24,000.00 万元，综上，导致 2021 年超支现象的发生。故排除非日常影响后，该指标根据（当年统筹基金结余数÷当年筹集的统筹基金总额）×100%的公式计算，当年统筹基金结余率= $(293,137.11 - 19,754.63 - 24,000.00) / 264,535.08 \times 100\% = 5.73\%$ ，当年统筹基金结余率>0，根据评分标准，该项指标满分 3 分，得 3 分。

（5）统筹基金滚存（累计）结余可支付月数

截至 2021 年 12 月 31 日，淄博市城乡居民基本医疗保险基金累计结余 127,982.15 万元，扣除非日查活动影响后，2021 年平均每月支出 20,781.87 万元，基金累计结余可支付月数为 6.16，符合国家关于基金累计结余可支付 6 至 9 个月的要求，根据评分标准，该项指标满分 4 分，得 4 分。

（6）参保人政策内普通门诊费用统筹支付比例

2021 年淄博市门诊统筹报销政策为：门诊医疗费用起付标准为 50 元，参保人年度内门诊统筹基金最高支付限额 900 元，起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的普通门诊统筹医疗费用报销比例为 50%。学生和儿童因意外伤害发生的符合政策规定支付的门诊医疗费用，按照门诊统筹规定支付，最高支付限额 5000 元。2021 年度共发生门诊总费用 78,308.00 万元，全额自费共计 2,634.00 万元，基本报销共计 32,915.00 万元，大病报销共计 1,421.00 万元，参保人政策内普通门诊费用统筹支付比例 = $(32,915.00 + 1,421.00) / (78,308.00 - 2,634.00) \times 100\% = 45.37\%$ ，淄博市普通门诊统筹支付比例符合政策标准要求浮动范围内，根据评分标准，该项指标满分 4 分，得 4 分。

(7) 参保人政策内慢性病门诊待遇情况

淄博市参加城乡居民基本医疗保险门诊慢性病待遇：经确认患有恶性肿瘤（包括白血病）、尿毒症、脏器官移植、糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一者）、高血压病 III 期（有心脑、肾并发症之一者）、类风湿病（活动期）、肺源性心脏病（出现右心室衰竭）、阻塞性肺气肿、结核病、再生障碍性贫血、重性精神疾病、癫痫、血友病、苯丙酮尿症等 22 种规定慢性病的门诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金给予适当补助。在一个年度内，门诊慢性病医疗费用起付标准 500 元，与住院起付标准分别计算，起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的门诊慢性病医疗费用最高补助比例 50%，淄博市制定了较为完善的门诊慢性病就医管理办法，明确规定病种、申请、鉴定、报销及监督管理等程序，并得到落实。

根据评分标准，该项指标满分 4 分，得 4 分。

(8) 参保人政策内住院费用统筹支付比例

城乡居民在本年度首次住院的，医疗费用起付标准分别为：一级医院 100 元、二级医院 300 元、三级医院 700 元。学生和儿童住院医疗费用起付标准统一为 100 元。在一个年度内第二次住院的，起付标准减半；第三次住院的，取消起付线。

城乡最低生活保障居民、农村特困供养人员在指定优惠就医医院住院的，医疗费用取消起付线。起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的住院医疗费用，实行基本药物制度的一级医院（社区卫生服务中心、镇卫生院）报销比例为 85%，其他一级医院报销比例为 75%，二级医院报销比例为 70%，三级医院报销比例为 55%。

2021 年度共发生住院总费用 514,968.00 万元，全额自费共计 35,985.00 万元，基本报销共计 246,314.00 万元，大病报销共计 23,609.00 万元，参保人政策内住院费用统筹支付比例= $(246,314.00+23,609.00) / (514,968.00-35,985.00) \times 100\% = 56.35\%$ ，根据评分标准，该项得分=5 分 - $(70-56.35) \times 0.25$ 分=1.59 分，该项指标满分 4 分，扣 2.41 分，得 2.59 分。

3、时效性指标

费用报销及时性

基本医疗待遇。按照市政府办公厅《淄博市城乡居民基本医疗保险办法》（淄政办发〔2017〕49 号）要求的医疗待遇标准，各医疗机构对

参保人发生的起付标准以上的符合政策规定的医疗费用进行报销并及时拨付。

二是大病保险待遇。市医保服务中心与大病保险经办机构太平洋保险淄博中心支公司签订《淄博市居民大病保险服务合作协议书》的具体内容，各医疗机构对参保人发生起付标准以上的符合政策规定的医疗费用按比例进行报销。

基本医疗、大病保险采用“一站式、一窗口办理，一单制结算”模式，由医院先行垫付，然后医院与市级及各区县医保服务中心进行结算。

经查阅财务资料、报销凭证资料，基本医疗待遇和大病保险待遇均按标准及时拨付给参保人员。

根据评分标准，该项指标满分 4 分，得 4 分。

（四）项目效益

为充分反映项目实际执行效果，体现项目完成效益情况，我们组织实施了该项目群众政策知晓率及服务对象满意度调查。本次调查对象范围为全市范围内的人群，包含参保及为参保对象，调查方式为不记名网络调查，以在各区县服务大厅放置二维码，办业务人员自愿接受调查、自主答卷。问卷调查发放时间 2022 年 7 月 11 日至 2022 年 7 月 31 日。

1、政策知晓率

1.1 截止 2022 年 7 月 14 日，共回收有效问卷 666 份，其中参加城乡居民医疗保险的有 636 份，未参加的有 30 份，回收参保人员占总问

卷比例为 95.49%，与户籍人口参保率基本一致，问卷能够具有一定代表性。

1.1 请问您是定点医疗机构还是个人？

选项	小计	比例
定点医疗机构	424	38.9%
个人	666	61.1%
本题有效填写人次	1090	

1.2 对参与问卷的人群统一设置关于医保政策了解程度的问题，从而据实反映群众对于现行医保政策的了解程度及了解医保政策的方式或途径。

1.2.1 你请问您是否了解淄博市范围内各级医院的医保报销比例？

选项	小计	比例
A.很了解	340	51.05%
B.大致了解	250	37.54%
C.不太清楚	76	11.41%
本题有效填写人次	666	

1.2.2 请问您对于现在淄博市基本医疗保险制度了解多少？

选项	小计	比例
A.很了解，包括覆盖对象、参保形式、办理流程、缴费额、医保待遇等	354	53.15%
B.比较了解，身边人经常办理，必要时可以咨询	236	35.44%
C.基本不了解	76	11.41%
本题有效填写人次	666	

1.2.3 请问您通过什么样的渠道了解相关医保政策？

选项	小计	比例
----	----	----

选项	小计	比例
通过网络宣传了解，如微信公众号、微信群或新闻类 APP 的推送或主动搜索	576	 86.49%
通过媒体宣传了解，如报纸，电视节目，广播的传统媒介	507	 76.13%
通过官方宣讲了解，如主管部门举办的宣讲会、开办的宣讲专栏、发放的宣传单页等	512	 76.88%
通过其他渠道了解，如医保政策咨询、询问身边亲戚朋友等	559	 83.93%
本题有效填写人次	666	

通过问题 1.2.1 不难看出，对于淄博市范围内各级医院的医保报销比例很了解的人群占 51.05%，大致了解的人群占 37.54%，两部分合计占总反馈问卷的 87.59%，说明群众对于医院基本报销比例较为了解，具有一定的代表性。

政策知晓率主要赋分点来自于问题 1.2.2，主要考虑群众对于城乡基本医疗保险了解程度，是否了解自己或家人能够享受什么样的政策，回复“很了解，包括覆盖对象、参保形式、办理流程、缴费额、医保待遇”的问卷共 354 份，回复“比较了解，身边人经常办理，必要时可以咨询”的问卷共 236 份，回复“基本不了解”的问卷共 76 份，通过反馈情况不难看出，受访群众对于市内现行基本医疗保险制度了解较好，不太了解的问卷占比仅 11.41%。

通过问题 1.2.3 可以反应，群众多渠道了解医保政策，说明主管部门多渠道宣传卓有成效，没有方法论上的短板，同时，侧面反映了主管部门的宣传力度及群众对于基本医保政策的关心程度。

政策知晓率得分=[(1.2.1 问题：A 比例+1.2.1 问题：B 比例)×40%+

(1.2.2 问题: A 比例+1.2.2 问题: B 比例) ×60%]=[(51.05%+35.44%) ×40%+ (53.15%+35.44%) ×60%]=87.75%，根据评分标准，该项满分 5 分，扣 0.25 分，该项得分 4.75 分。

2、受益群体满意度

参保居民政策满意度

2.1 截止 2022 年 7 月 14 日，共回收有效问卷 666 份，其中参加城乡居民医疗保险的有 636 份，未参加的有 30 份。回收参保人员占总问卷比例为 95.49%，与户籍人口参保率基本一致，问卷能够具有一定代表性。

参加城乡居民医保 636 份问卷中，其本人或家人享受过基本医疗保险待遇的问卷共 612 份。

2.1.1 请问您是定点医疗机构还是个人？

选项	小计	比例
定点医疗机构	424	 38.9%
个人	666	 61.1%
本题有效填写人次	1090	

2.1.2 请问您或您的家人是都否享受过基本医疗保险待遇？

选项	小计	比例
是	612	 96.23%
否	24	 3.77%
本题有效填写人次	636	

2.2 对享受过医保待遇的受访群体统一设置关于满意程度的问题，

从而据实反映群众对于待遇享受的满意程度、负担减轻程度及经办机构的工作效率和服务态度的满意程度。

2.2.1 您认为居民基本医疗费用报销方便吗？

选项	小计	比例
方便	553	90.36%
比较方便	57	9.31%
不方便	2	0.33%
本题有效填写人次	612	

2.2.2 您认为通过居民基本医疗保险的报销是否减轻了您和您的家庭的经济负担？

选项	小计	比例
减轻一大部分	457	74.67%
减轻一小部分	147	24.02%
无任何影响	8	1.31%
本题有效填写人次	612	

2.2.3 请问您对基本医疗保险经办机构的工作效率和服务态度满意吗？

选项	小计	比例
非常满意	504	75.68%
比较满意	126	18.92%
一般	35	5.26%
不满意	1	0.15%
本题有效填写人次	666	

通过 2.2.1 问题不难看出，90.36%的受访群众认为费用报销方便，9.31%受访群众认为费用报销比较方便，认为不方便的仅占总数的0.33%，超过 99%的受访群众认为居民基本医疗费用报销方便，通过数据可以十分真切地反映出主管部门对于方便群众的努力程度以及获得的成效。

受益群体满意度主要赋分点来自于问题 2.2.2“通过居民基本医疗保险的报销是否减轻了您和您的家庭的经济负担？”，74.67%的受访群众认为减轻一大部分负担，24.02%的受访群众认为减轻一小部分，认为减轻负担的受访者占总数的 98.68%，群众对于医保报销可以减轻负担这件事认可度极高，更加说明了城乡居民基本医疗保险作为保民生的重要意义，同时也侧面反映了主管部门及经办机构的重要性和群众认可程度。

通过 2.2.3 问题不难看出，75.68%的受访群众对基本医疗保险经办机构的工作效率和服务态度非常满意，18.92%对基本医疗保险经办机构的工作效率和服务态度比较满意，认为一般和不满意的仅占受访群体的 5.41%，说明整体医保系统良好的发展态势，淄博医保人贯彻“新医保，心服务”优质的服务理念，直观反应群众对于主管部门及实施部门认可度高！

参保居民政策满意度得分=[（2.2.1 问题：A 比例+2.2.1 问题：B 比例）×25%+（2.2.2 问题：A 比例+2.2.2 问题：B 比例）×50%+（2.2.3 问题：A 比例+2.2.3 问题：B 比例）×25%]=[（90.36%+9.31%）×25%+（74.67%+24.02%）×50%+（75.68%+18.92%）×25%]=97.91%，根据评分标准，该项满分 5 分，得 5 分。

五、评价结论

我们通过对居民医疗保险的项目决策、项目执行、项目产出和效果四个方面进行全面的绩效评价，得出结论如下：

经评价，项目决策方面，医疗保险是关乎人民群众健康福祉的重大民生工程，是贯彻落实党中央、国务院决策部署，践行以人民为中心发展思想的具体体现，符合中央、省、市相关政策和文件要求。淄博市医疗保障服务中心设立了 14 个科室，岗位职责明确，涵盖了医保业务的全过程。基金预算编制，符合财政部门的要求，符合实际需求，分配合理、规范。但是对医保基金的管理，没有明确成文的绩效目标，仅在日常文件中对部分工作目标进行了描述，且没有涵盖产出、效果等具体指标。项目实施前编制了项目绩效目标表但项目绩效目标设置过于简化，未充分体现项目长期和年度内完成具体工作情况，绩效指标细化程度一般。

项目过程方面，该项目预算执行情况良好，项目资金使用符合相关法规、财务管理制度规定，资金拨付审批流程及手续规范完整，资金使用符合项目批复要求，无截留、挤占、挪用及虚列支出情况；项目实施单位组织机构设置规范，相关人员职责清晰明确；项目单位业务流程规范，监督考核机制健全。项目总体制度建设完善，制度内容可有效指导部门管理工作及项目业务工作开展；医疗救助管理办法完全涵盖了日常业务全过程，政策宣传到位，医疗待遇享受情况和资金收支情况均及时公示；参保登记有序，对定点医疗机构管理规范；财务管理符合法律、法规和准则的要求；信息化系统满足全部业务的需求。基金账户管理规

范，收支费用管控有效，但在征收、入库和记账过程中存在衔接问题，需要与税务机关加强沟通，解决时延问题；对基金安全的监管，有内控、有机制、有稽核，各环节均符合安全监管的要求，能及时依法依规对存在问题的相关部门、经办机构及其工作人员和参保人员、救助对象追究责任。

项目产出方面，淄博市 2021 年城乡居民基本医疗保险补助项目总体目标完成情况较好，淄博市城乡居民基本医疗保险参保人数 2709672 人，全市按照户籍人口计算居民综合参保率计算达到 96.43%，按照常住人口计算居民综合参保率计算达到 89.06%，未出现虚报、重复参保情况；补助各区县资金比例、数额符合相关要求；普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、住院医疗待遇、大病保险按政策规定标准报销；大病保险资金使用率 105.05%；2021 年基金收入共计 264,535.08 万元，支出共计 293,137.10 万元，结余-28,602.03 万元，超支原因为非日常活动支出，主要为上级省级疫苗费用 19,754.63 万元及因更换系统导致上年 9-12 月定点医疗机构结算款 2.4 亿，当年统筹基金结余率为-10.81%；截止 2021 年末医保基金累计结余 127,982.15 万元，扣除非正常活动计算 2021 年每月平均支出 20,781.87 万元，统筹基金滚存（累计）结余可支付月数为 6.16 月，符合国家政策要求，基本医疗待遇和大病保险待遇按标准及时支付，2021 年城乡居民基本医疗保险总体运行情况较好，补助各区县资金比例、数额符合相关要求；普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇落实情况较好，大病保险按政策规定标准报销，但参保人员政策内住院费用报销比例较低。

项目效益方面，医疗保障基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，淄博市建立了统一的医疗保障体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办机构，实现了对区县、乡镇（街道）、村（社区）的服务全覆盖。医疗保障体系建设，缩小城乡社会保障差距，有效防止了因病致贫、因病返贫现象的发生，促进社会的和谐发展，对于维护社会长治久安具有重大意义。为了突出表现项目的实际效果，评价组以居民政策知晓率及参保居民政策满意度对项目效益进行评价，实际回收有效问卷 666 份，其中居民政策知晓率为 87.75%。参保居民政策满意度为 97.91%，两数值均放映群众对医保事业及主管部门的满意程度。

评价得分情况详见下表：

一级指标	二级指标	三级指标	分值分布	得分
项目决策 (15分)	政策相关性 (8分)	宏观政策相关性 (4分)	4.00	4.00
		部门职责相关性 (4分)	4.00	4.00
	程序规范性 (7分)	绩效目标合理性 (3分)	3.00	2.00
		绩效目标规范性 (2分)	2.00	1.00
		预算编制合理性 (2分)	2.00	2.00
项目执行 (35分)	资金管理 (10分)	年度补助资金到位率 (2分)	2.00	2.00
		资金到位及时率 (2分)	2.00	0.00
		预算执行率 (2分)	2.00	2.00
		资金使用合规性 (4分)	4.00	4.00
	业务管理 (10分)	管理办法 (2分)	2.00	2.00
		宣传公示 (2分)	2.00	2.00

一级指标	二级指标	三级指标	分值分布	得分
		参保登记 (1分)	1.00	1.00
		定点管理 (1分)	1.00	1.00
		财务核算 (2分)	2.00	2.00
		信息管理 (2分)	2.00	2.00
	基金管理 (15分)	基金收入管理 (2分)	2.00	2.00
		账户管理 (3分)	3.00	3.00
		打击骗保 (5分)	5.00	5.00
		基金安全监管 (5分)	5.00	5.00
项目产出 (40分)	数量指标 (9分)	参保人数 (4分)	4.00	3.92
		各区县补助数额 (3分)	3.00	3.00
		虚报、重复参保人数 (2分)	2.00	2.00
	质量指标 (31分)	以户籍人口为基础 计算的居民综合参保率 (3分)	3.00	3.00
		以常住人口为基础 计算的居民综合参保率 (3分)	3.00	2.55
		大病保险资金使用率 (5分)	5.00	5.00
		当年统筹基金结余率 (3分)	3.00	3.00
		统筹基金滚存(累计) 结余可支付月数 (4分)	4.00	4.00
		参保人政策内 普通门诊费用统筹支付比例 (4分)	4.00	4.00
		参保人政策内 慢性病门诊待遇情况 (4分)	4.00	4.00

一级指标	二级指标	三级指标	分值分布	得分
		参保人政策内住院费用 统筹支付比例 (5分)	5.00	2.59
项目效益(10分)	政策知晓率 (5分)	居民政策知晓率 (5分)	5.00	4.75
	受益群体满意度 (5分)	参保居民政策满意度 (5分)	5.00	5.00
合计			100.00	92.81

根据评价分值，确定淄博市2021年城乡居民基本医疗保险绩效评价得分为92.81分，绩效评价等级为“优”。

六、成就与经验

(一) 推动按病种分值付费(DIP)办法实施进入新阶段

一是完善区域点数法总额预算办法，增加住院调节金预算子项、疾病严重程度辅助目录，上浮基层医疗机构、中医医疗机构加成系数，提高外聘专家病种分值，调整病种确定办法，更符合临床需求，得到医疗机构充分认可。二是完善医保信息系统数据审核、基金监管、绩效考核信息模块，增加对病案首页、住院结算清单、疾病和手术操作编码、人次人头比增长率、二次入院、年度总体自费率等监督考核评价指标，加大处罚力度，顶格处罚定点医疗机构诊断升级、分解住院、挂床住院、降低标准收住院以及开具大检查、大处方等不规范行为。三是提升DIP从业人员经办能力，制定DIP培训计划，先后组织全局医保系统经办人员DIP政策培训会议，四期全市住院定点医疗机构DIP结算办法及质量

控制监管培训会议。四是“淄博版”DIP 受到国家和省局高度评价，在国家医疗保障局 DIP 付费调研评估中获优秀评价，DIP 经办管理方案被国家医保局纳入国家 DIP 规程宣讲内容，作为全国 DIP 试点城市唯一代表，参加国家医保局组织的第三期医保支付讲堂，受省医保中心委托起草全省 DIP 经办规程。

（二）有效落实医保助力疫情防控工作措施

按照部门职责分工，专人负责每周上报省局核酸检测结算人次，及时结算核酸检测和疫苗注射费用，按时上解采购疫苗资金。为保护人民群众生命健康，支持企业复工复产，促进社会和谐稳定发挥了重要作用。

（三）持续巩固医保信息编码贯标成果

4 月底，我市顺利通过国家医保局视频验收和省局现场验收，成为省内首家通过国家局和省局贯标验收的城市。为保证 15 项编码贯标顺利落地，市中心成立贯标工作小组，合力奋战，攻坚克难，独立自主完成医保信息编码贯标工作。截至目前，医保单位、两定机构、人员等 7 项编码已全量维护，赋码率达到 100%；医疗服务项目、药品、医用耗材 3 项编码已完成映射、政策标识，药品全面完成新编码切换；医疗服务项目、耗材双码并行；疾病诊断、手术操作、门诊慢特病、按病种结算、日间手术编码已入库正式使用；结算清单完成全部医院的数据采集和清单生成，正在进行数据质控校验。为巩固医保信息编码贯标成果，开发耗材编码认领程序，实现医院即时认领新耗材编码，即时提请启用，

医保中心端同步接收数据，维护政策后即时启用的全链条耗材编码快捷启用通道，省内属于领先水平。

（四）建立异地就医直接结算“快车道”

一是普通门诊费用省内、跨省直接结算实现住院定点医疗机构全覆盖，涵盖我市所有乡镇卫生院，提前超额完成省局目标任务。二是不断扩大门诊慢特病省内、跨省联网结算范围，开通 61 家门诊慢特病省内联网结算定点医疗机构，实现全市二级及以上医疗机构全覆盖，申报淄博市中心医院等 5 家医疗机构作为首批门诊慢特病跨省直接结算试点医疗机构。三是开展药店跨省刷卡试点，首批开通漱玉平民连锁药店、宏仁堂医药连锁药店等 193 家药店。四是建立异地就医动态维护机制，把开通异地联网作为新申请住院定点准入条件之一，同步取消因稽核违规等原因暂停、终止市内医保协议的住院定点医疗机构异地结算资格。五是开通国家医保服务平台自助备案功能，实现参保人跨省异地就医承诺备案，提升异地就医“掌办”便捷度。六是承办全省异地就医业务培训及研讨会议，我市就异地就医工作典型发言。

（五）加速推动医保信息化建设

一是国家医疗保障信息平台准时上线平稳运行。为确保我市国家医疗保障信息平台准时上线，信息部门采集、录入、赋权、开通全市经办人员账号，处理上线前在途业务，组织多轮新系统上线前测试，及时向社会发布停机公告。上线后，制定新系统不支持业务解决措施，要求定

点医药机构做好上线期间的业务处理和解释工作，及时做好舆论应对与疏导。二是稳步推行省内医保卡“一卡通行”。持续开展“一卡通行”常规巡检工作，督导定点医药机构完善系统，强化应急抢修机制，确保服务到位，网络畅通，促进“一卡通行”稳定运行。三是强力推进医保电子凭证应用。制定推广医保电子凭证应用区县考核指标，对区县医保电子凭证激活率、使用率进行考核，每周公示推进情况，提高区县开展工作积极性。全面调度二级以上医院应用情况，明确流程和要求，推进医保电子凭证全流程应用。四是建设淄博商业保险理赔便民服务平台，实现基本医疗保险和商业保险信息互通，提高“淄博齐惠保”等商业医疗保险理赔效率。

（六）探索创新医保线上支付方式

9月17日，“淄博互联网+大健康平台”上线，市中心全力提供数据支撑，打通医保系统与其他健康平台系统壁垒，保障平台高质运行。大健康平台打破线上购药只能自费的瓶颈，通过医保电子凭证，使网上购药便捷性和医保卡支付经济性融为一体，实现线上消费医保个人账户、结算慢性病费用，为下步门诊统筹和门诊慢特病支付方式改革提供思路。

（七）全面提升医保经办服务效能

一是全面升级大厅服务标准。按照国家局规范标准全面完成经办大厅标准化建设，蝉联市政务中心前两季度“担当作为”流动红旗，被山东省医保局评为省级标准化示范窗口，代表山东省接受全国医保系统行风

建设评价获满分。二是加快推进基层医保服务站（点）建设。三是成立文昌湖区医保事业科，入驻文昌湖政务服务中心，正式接收文昌湖区各项医保经办业务。四是优化门诊慢性病鉴定签约方式，实行慢性病鉴定全市通办，同时在市中心医院开展门诊慢特病资格即时申请试点，定点签约由每年 1 次改为每月 1 次，提升群众办事体验。五是创新“互联网+医保”服务模式，实现多项业务“零跑腿”。升级改造“淄博医保”小程序及单位/个人医保网上大厅，积极推进医保事项与“爱山东”APP 对接，大力推行“单位业务网上办、个人业务掌上办”，实现医保电子签章系统上线运行。

（八）积极拓展参保扩面增长空间

一是对比提高参保数据质量。先后三轮排查省中心下发的医保参保数据，针对单位性质异常、单位统一信用代码不合法、个人重复参保、个人跨市基本信息重复异常等各类数据，采取与公安数据对比、分区县逐一落实对比，电话逐一核实等措施，共处理各类异常参保数据 4 万多条，进一步夯实参保基数。二是高质量完成市直参保任务，会同税务部门召开大中专学生参保缴费座谈会，完成本年度市直大学生参保登记工作；及时调整市直 2021 年度企业职工医保缴费基数，制定市直企业职工缴费计划，完成市直企业职工 2021 年度缴费基数补差。三是联合税务部门印发《淄博市城乡居民基本医疗保险缴费通告》，明确缴费标准、缴费方式和注意事项，通过制作缴费动画片、电视媒体、网络媒体等各类宣传形式开展参保扩面工作。四是建立医保费催缴投诉处理机制。会

同税务、人社部门召开联席会议，建立“人社（医保）核定，税务征收”工作模式，彻底解决企业欠缴医保费催缴职责问题。五是统一调整税务征收医保费用级次为市级，减少跨区县交叉造成的未达账项，确保基金收入及时核对，保证基金运行安全。

（九）进一步发挥医保协议管理抓手作用

一是将“一卡通行”工作纳入两定机构协议管理内容,完成全市定点医药机构“一卡通行”补充协议签订工作，明确定点医药机构权力义务，助推“一卡通行”全流程应用。二是完成市直定点医疗机构年审工作。三是建立定点信息维护动态管理机制，及时调度区县定点信息采集工作进度。四是完成一点多码合并信息维护工作，将慢性病、抗排异、特药等编码合并至住院编码，为医保信息编码贯标和新系统上线奠定好基础。五是严格定点机构准入退出流程。

（十）进一步完善企业营商环境医保配套措施。

一是积极推进医保事项“全市通办”、“跨省通办”、“全省通办”，推出7项“跨省通办”、16项“全省通办”事项，方便企业群众异地办、线上办、就近办。二是积极对接企业“一窗通”系统，实现企业开办、变更、注销“一链式”办理。三是积极做好“双全双百”工程个人全生命周期“一件事”，牵头3项事项及配合其他部门6项全部实现“一件事”集成办理。四是全面落实无证明城市要求，大力推行告知承诺制，实现16个医保服务事项、26个证明材料免提交，长期异地就医备案、医保关系转出等

10项高频民生事项实现“零材料”办理，全年共办理告知承诺业务600余件，降低了企业、群众制度性成本。五是全面完成政务网“一网通办”对接，实现政务网统一身份认证登录。六是加快推进“好差评”对接工作，5月份在全市各部门中率先实现线上“好差评”数据即时归集，受到市政务中心高度肯定。

七、存在的问题及建议

（一）存在的问题

项目绩效评价实施过程中，我们通过对医疗保险资料进行核查和现场实地考察，发现存在的问题如下：

1、参保人政策内住院费用报销比例低于政策标准

《淄博市城乡居民基本医疗保险办法》中规定了住院费用报销比例“实行基本药物制度的一级医院（社区卫生服务中心、镇卫生院）报销比例为85%，其他一级医院报销比例为75%，二级医院报销比例为70%，三级医院报销比例为55%”。省医保局对各地市的综合报销比例要求是75%。经核实，我市的参保人政策内报销比例长期达不到该要求，如2021年的综合报销比例仅为56.35%，与文件要求相差较大。

2、项目绩效目标及绩效目标设置不规范

市医保服务中心根据项目实际，编制《2021年城乡居民基本医疗保险补助绩效目标申报表》，填报的长期绩效目标和年度绩效目标符合城

乡居民基本医疗保险的政策要求。

但该项目长期目标为“财政对居民基本医疗保险投入增长幅度与经济发展水平一致”；年度目标为“各级财政补助合计不低于 580 元/人”，目标设置过于简单，难以有效反映项目实施所能带来的实际效果存在不当之处。

其次，市医保服务中心所编制的城乡居民基本医疗保险补助绩效目标，设置了产出指标和效益指标。根据项目实施情况及满意度反馈情况，该项目具有显著的社会效益，但未设置社会效益指标。

最后，可持续影响指标为“参保人就医负担减轻”，可持续指标设置时，应反映该项数据同比以前年度得变化情况，从而反映目标的可持续影响，应由数据反映其减轻程度，其指标值设为“认可”，即应由参保人通过满意度调查的方式主管部门获取数据来源，应在评分标准中明示或直接设为满意度指标之一。

3、医保信息化系统应用有待加强

2021 年 8 月，国家医疗保障信息平台准时上线平稳运行。为确保我市国家医疗保障信息平台准时上线，信息部门采集、录入、赋权、开通全市经办人员账号，处理上线前在途业务，组织多轮新系统上线前测试，及时向社会发布停机公告。上线后，制定新系统不支持业务解决措施，要求定点医药机构做好上线期间的业务处理和解释工作，及时做好舆论应对与疏导。

但市中心及各区县医保服务中心面临新的问题，其均反映取数难、

取数慢的问题，往往取数时间过长，一是磨合时间不够，工作人员往往对新系统比较陌生，其次新系统尚处于初始阶段，与过去旧系统存在差异，因为医保数据同时关联，其数据准确性与及时性往往对民政等多部门也有重要意义，同时，2020年年末结余比往年偏大，也是因为无法及时取数，导致当年8—12月与定点医疗机构结算款未及时清算。

4、政策倾斜力度不够，基层医疗机构资源受限

为了更加切实地反应医保基金效果，通过对医疗机构问卷调查反馈，问题出现频率较高的是反应：

（4）基层医疗单位临床用药范围窄，可使用的药品种类少，不能满足临床诊治需求，常规用药自付比例高，部分用药百分之百自费，居民享受不到报销，意见比较大。

（5）加大基层政策宣传力度，重点加强社区基础健康与保健知识宣传，贴近生活，从数量导向提升至质量导向，在现有基础上进一步完善，服务于民。

（6）加强基层医疗队伍建设比较欠缺，基层诊疗水平及医疗设施相较于一二级医院差距较大。

（二）针对问题的相关建议

1、进一步强化基层首诊，逐步提高住院报销比例

投保人住院费用报销的比例偏低，主要是在乡镇卫生院、一、二、三级医院住院的人群比重不均匀分布造成的，根本问题在于医疗机构间

资源分配不均衡造成，建议在现有条件基础上，加强在基层首诊和双向转诊住院方面的管理。

2、加强绩效目标编制规范性、合理性

建议项目单位在编制项目绩效目标时，一是对项目的功能进行梳理，包括资金性质、预期投入、支出范围、实施内容、工作任务、受益对象等，明确该项目支出的功能特性；二是依据功能特性，预计项目实施在一定时期内所要达到的总体产出和效果，从而确定该项目所要实现的总体绩效目标，并以定量和定性指标相结合的方式进行表述；三是依据项目实际情况，对绩效目标进行细化分解，并通过定量分析与定性分析相结合的方式，从产出、效益等方面设定具体的绩效指标，对目标的实现程度给予较清晰、可衡量的指标体现；四是收集相关基准数据，如过去三年的城乡医疗保险参保人数、各级财政补贴标准等，并依据项目预期实施进展，结合预计投入的资金规模，确定绩效指标及具体数值。

3、加强培训，积极反应问题，强化新医保系统的应用落实

为确保我市国家医疗保障信息平台平稳运行，建议在对工作人员加强新系统培训基础上，与上级部门或系统开发单位积极沟通、协调，解决取数难，应用不畅给我市居民医保工作带来的取数难、取数慢的问题。

4、加大对于基层医疗机构的政策支持力度

增加基层医疗单位临床用药范围，增加药品目录报销范围。降低乡镇卫生院病种限制，在政策允许的范围内，加强宣传引导，在提高基层

医疗资源利用的基础上，引导群众改变目前认为“看病就去大医院”的固化思维，更好服务基层群众，改变目前“大医院看不上病，小医院没病看”的局面，基层医院认可度提高，收入提高，从而有能力更新医疗设备和资源，真正平衡缩小医疗差异，均衡全社会医疗资源的重要举措，具有极强的现实价值。

八、附件

2021年淄博市基本医疗问卷调查

第1题 请问您是定点医疗机构还是个人

选项	小计	比例
定点医疗机构	424	38.9%
个人	666	61.1%
本题有效填写人次	1090	

第3题 请问您或您的家人是否参加了城乡居民基本医疗保险

选项	小计	比例
是	636	95.5%
否	30	4.5%
本题有效填写人次	666	

第4题 请问您或您的家人是否享受过基本医疗保险待遇？

选项	小计	比例
是	612	96.23%
否	24	3.77%
本题有效填写人次	636	

第5题 您认为居民基本医疗费用报销方便吗？

选项	小计	比例
方便	553	90.36%
比较方便	57	9.31%

选项	小计	比例
不方便	2	0.33%
本题有效填写人次	612	

第 6 题 您认为通过居民基本医疗保险的报销是否减轻了您和您的家庭的经济负担？

选项	小计	比例
减轻一大部分	457	74.67%
减轻一小部分	147	24.02%
无任何影响	8	1.31%
本题有效填写人次	612	

第 7 题 请问您或您的家人是否享受过城乡医疗救助待遇？

选项	小计	比例
是	279	43.87%
否	357	56.13%
本题有效填写人次	636	

第 8 题 您认为医疗救助费用结算方便吗？

选项	小计	比例
方便	254	91.04%
比较方便	24	8.6%
不方便	1	0.36%
本题有效填写人次	279	

第 9 题 您认为通过医疗救助的二次救助是否减轻了您和您的家庭的经济负担？

选项	小计	比例
减轻一大部分	229	82.08%
减轻一小部分	45	16.13%
无任何影响	5	1.79%
本题有效填写人次	279	

第 10 题 请问您或您的家人是否有异地就医的经历？

选项	小计	比例
是	122	43.73%
否	157	56.27%
本题有效填写人次	279	

第 11 题 请问您是否了解医疗救助中关于异地就医的相关政策？

选项	小计	比例
很了解，包括覆盖人群，报销比例及待遇支付方式	88	72.13%
比较了解，知道享受范围	26	21.31%
基本不了解	8	6.56%
本题有效填写人次	122	

第 12 题 您认为替您和您的家人垫付异地就医医疗费是否存在困难？

选项	小计	比例
困难	28	22.95%
可以接受	41	33.61%
不困难	53	43.44%

选项	小计	比例
本题有效填写人次	122	

第 13 题 你请问您是否了解淄博市范围内各级医院的医保报销比例？

选项	小计	比例
很了解	340	51.05%
大致了解	250	37.54%
不太清楚	76	11.41%
本题有效填写人次	666	

第 14 题 请问您对于现在淄博市基本医疗保险制度了解多少？

选项	小计	比例
很了解，包括覆盖对象、参保形式、办理流程、缴费额、医保待遇等	354	53.15%
比较了解，身边人经常办理，必要时可以咨询	236	35.44%
基本不了解	76	11.41%
本题有效填写人次	666	

第 15 题 请问您通过什么样的渠道了解相关医保政策？

选项	小计	比例
通过网络宣传了解，如微信公众号、微信群或新闻类 APP 的推送或主动搜索	576	86.04%
通过媒体宣传了解，如报纸，电视节目，广播的传统媒介	507	76.13%
通过官方宣讲了解，如主管部门举办的宣讲会、开办的宣讲专栏、发放的宣传单页等	512	76.88%
通过其他渠道了解，如医保政策咨询、询问身边亲戚朋友等	559	83.93%

选项	小计	比例
本题有效填写人次	666	

第 16 题 请问您对基本医疗保险经办机构的工作效率和服务态度满意吗？

选项	小计	比例
非常满意	504	75.68%
比较满意	126	18.92%
一般	35	5.26%
不满意	1	0.15%
本题有效填写人次	666	

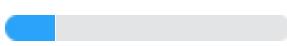
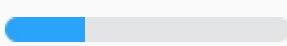
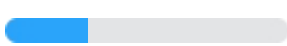
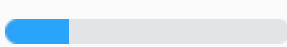
第 17 题 请问您对于政务服务中心医保区域的设施环境满意吗？

选项	小计	比例
非常满意	42	82.35%
比较满意	9	17.65%
一般	0	0%
不满意	0	0%
本题有效填写人次	51	

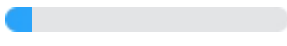
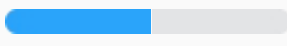
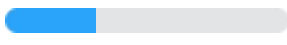
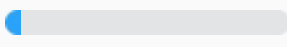
第 18 题 请问您单位是否是城乡居民基本医疗保险定点机构？

选项	小计	比例
是	334	78.77%
否	90	21.23%
本题有效填写人次	424	


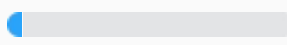

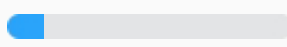

第 19 题 贵机构的性质：

选项	小计	比例
公立医院	61	 18.26%
民营医院	95	 28.44%
基层医疗卫生机构	101	 30.24%
其他	77	 23.05%
本题有效填写人次	334	

第 20 题 贵机构属于哪类基层医疗卫生机构：

选项	小计	比例
社区卫生服务中心	10	 9.9%
乡镇卫生院	52	 51.49%
诊所或医务室	33	 32.67%
药店	6	 5.94%
本题有效填写人次	101	

第 21 题 贵机构的等级：

选项	小计	比例
三级甲等	10	 6.41%
三级乙等	8	 5.13%
二级甲等	18	 11.54%
二级乙等	20	 12.82%
其他	100	 64.1%
本题有效填写人次	156	

第 22 题 2021 年贵机构是否收到城乡居民基本医疗保险补助资金？

选项	小计	比例
是	240	71.86%
否	94	28.14%
本题有效填写人次	334	

第 23 题 主管部门对于城乡居民基本医疗保险项目补助资金的拨付是否及时？

选项	小计	比例
及时	230	95.83%
不及时	10	4.17%
本题有效填写人次	240	

第 24 题 贵机构认为影响居民基本医疗保险基金支出增加的因素：

选项	小计	比例
药品价格上涨	156	46.71%
诊疗费用上涨	114	34.13%
享受待遇人数上升	167	50%
报销比例提高	145	43.41%
起付线降低	75	22.46%
封顶线提高	74	22.16%
可报销范围扩大	148	44.31%
其他	106	31.74%
本题有效填写人次	334	

第 25 题 您认为居民基本医疗保险制度对贵单位带来的最大影响是？

选项	小计	比例
就诊人数增加	205	61.38%
机构收入增加	126	37.72%
医疗卫生资源分配增加	156	46.71%
定点医疗机构增加，竞争增大	214	64.07%
本题有效填写人次	334	

第 26 题 请问贵单位对淄博市现行居民基本医疗政策是否满意？

选项	小计	比例
非常满意	210	62.87%
比较满意	75	22.46%
基本满意	44	13.17%
不满意	5	1.5%
本题有效填写人次	334	

第 27 题 请问您是否了解淄博市城镇职工长期护理保险相关政策？

选项	小计	比例
很了解，包括覆盖对象、参保形式、办理流程、缴费额、医保待遇等	323	48.5%
比较了解，身边人经常办理，必要时可以咨询	170	25.5%
听说过该保险	113	16.9%
基本不了解	60	9.01%
本题有效填写人次	666	

第 28 题 贵单位对提高今后居民基本医疗工作水平有什么建议？

序号	建议	序号	建议

序号	建议	序号	建议
3	好	613	加强医疗队伍更好服务病人
33	不错	641	加大报销比例
38	有待提高业务服务水平	655	结算及时
41	很多用药基层医院不能报销，可使用的药品范围太小	660	提高医疗技术水平，更好的服务于人民
42	报销比例增高	664	提高报销比例
46	完善社区基础健康与保健知识，少得病，不得病，减少医疗费用，为国家减轻负担。	668	好
52	希望增加报销比例	705	暂无
55	降低药品价格，方便居民看病，提高报销额度，恢复全民医保。充分先挥我们社会主义国家的优越性！	706	建议门诊也可以报销
63	很好！继续坚持	722	很好，继续加油
102	好	731	继续努力
106	加大报销药品的类别	735	仍然同前进行就可
123	挺好，无建议	740	改善
126	不断提高，继续努力	747	更惠民，更便捷
128	优秀	748	增加报销比例，减少不必要的紧检查
141	再提高药品报销比例	750	减少不必要的检查，提高报销比例
147	一日从医，四季为民	752	很好
152	很好	758	提高报销比例
154	继续提高医疗水平	759	加大利民政策
163	基层医疗单位临床用药范围窄，可使用的药品种类少，不能满足临床诊治需求	767	加大力民政策
169	基层医疗单位用药品种太受限制，好多常规用药自付比例高	772	提高居民医保报销比例让老百姓都能看得起病
171	基层医院用药受限，部分用药百分之百自费，居民享受不到报销，意见比较大	774	及时拨款
172	一级医院可用药太少	794	继续支持
175	基层机构用药受限制，影响对患者诊疗	795	惠民
178	基层可用药物比较少，控制条款比较多，治疗效果欠佳，满意度降低	807	满意
190	谢谢！	812	多增加一点常用药品
191	谢谢！	814	积极宣传，全民知晓，提高医技，普惠患者。

序号	建议	序号	建议
225	降低住院起付线	820	加上药品管理
243	做的很好。	824	加大提高报销比例
256	可用的范围太窄	825	增加药品目录报销范围。不要限制乡镇卫生院病种。
258	提高人头拨付金额	827	加大对慢性病居民的回访
260	全面支持居民医疗保险工作，今后多做协调，确保政令畅通	829	提高医疗工作水平
281	提高垫付款拨付比例，据实结算最佳	831	缴纳费用每年递增，好多老百姓拿不起，报销额度太低，应提高，有些长期用药的直接不够用
287	全心全意为人民服务	837	降低缴费金额
290	增加集采品种，老百姓能看起病。为老百姓带来实惠	839	增加药物制剂
296	增加报销比例	843	提高基层医疗机构的服务水平，加强基层医疗机构的人员建设
324	继续加大投入！	850	满意
337	希望能及时足额拨付医保报销费用，以便医疗机构充实药品库存，为患者购药提供更多的方便。	855	健全配药机制
339	在现有基础上进一步完善，更好的服务于老百姓	857	多多指导工作
346	降低药价	859	合理安排
350	增加药品保险范围，开展多点报销方便群众	869	上级医院对民营医院的帮扶。
351	希望药店和医疗机构一样能进到带量采购药品，让老百姓也能家门口享受低价药	876	对居民的医保报销比例再提高一点
354	诊疗项目价格调整	877	对居民医保报销比例再提高一点
358	逐步提高居民医疗水平	879	提高人民生活水平
361	挺好	947	继续为患者服务
366	提高居民缴费水平，居民现在是入不敷出，欠款都转嫁到医院，医院压力增大。	949	总之很好
368	减少门诊报销支出更加侧重住院医疗报销。	955	扩大报销范围，特别是扩大重大疾病用药范围。
387	继续保持，越来越好	962	有待提高
401	更加普惠，覆盖面更广。	965	扩大基本医疗报销范围
408	很好，继续	968	建议简化手续，应报尽报
425	工作服务态度很好	969	认真负责 改善服务态度
433	继续努力	970	提高报销比例

序号	建议	序号	建议
443	报销范围再广泛一些	971	扶持乡镇医院投入基本的大型医疗设备, 改善就医条件
449	适当增加口腔诊疗项目报销范围	972	做的挺好
452	贴近生活	975	建议上级政府扶持乡镇医院大型医疗设备的投入, 改善就医条件
459	好	978	加大居民基本医疗保障力度, 满足群众基本医疗需求
481	相互支持, 相互信任	982	提高基层医院药品报销范围, 更好服务基层群众, 避免大医院拥挤, 高收费, 浪费基金
483	满意	992	提高诊疗水平, 服务广大人民群众
493	做的很好了, 没有建议。	996	很好
498	提高居民报销比例	1004	降低药价, 增加报销疾病的范围
499	提高居民报销比例标准	1006	今后的居民基本医疗工作有待遇进一步提高。
503	提高居民报销比例	1024	今后居民基本医疗水平继续提高
505	满意	1028	政府加大对中医医院的扶持
509	以人为本	1033	稳步向前
511	提高拨付比例	1038	逐步完善, 化繁为简
538	继续提高居民医保待遇	1045	继续努力为人民服务
544	简化程序	1054	政策很满意
545	简单化	1059	实报实销, 严格管理, 少花钱, 多看病。
549	居民医保报销比例再提高一点	1061	程序完善
558	加强专业知识积累	1063	据实报销据实补助严管少花钱多看病
570	严查医保基金使用	1065	报销范围扩大
571	很好了。	1076	老百姓自费减少, 合理医疗检查, 合理用药
586	增加居民慢性病病种, 增加甲类药品数量	1087	造福百姓
593	让居民能花最少的钱把病看好	1104	希望能提高就医报销比例