

县级财政重点项目绩效评价报告

项目名称：2022 年度城乡医疗救助

主管部门：武陟县医疗保障局

委托单位：武陟县财政局

评价机构：北京颐和观政管理咨询有限公司

2023 年 6 月

目录

一、基本情况	1
(一) 项目立项背景及目的、项目主要内容	1
1. 项目立项背景及目的	1
2. 项目主要内容	2
(二) 资金投入和使用情况、项目实施情况	5
1. 资金投入和使用情况	5
2. 项目实施情况	6
(三) 项目组织管理	6
(四) 项目绩效目标	6
二、综合评价情况及评价结论	7
(一) 综合评价情况	7
1. 决策	7
2. 过程	7
3. 产出	7
4. 效益	8
(二) 评价结论	8
三、存在的问题及原因	8
(一) 项目预算编制依据不尽充分，绩效目标管理需加强	8
(二) 项目执行过程监管不够到位，全过程绩效管理工作质量有待提高	9
(三) 医疗救助服务时效性不足，信息化、智能化服务能力有待提升	9
四、有关建议	10
(一) 明确年度预算支持内容，提高预算编制工作质量	10
(二) 强化项目执行过程监管，扎实全过程绩效管理工作	10

(三) 提高医疗救助服务信息化、智能化水平, 促进制度叠加优势发挥	11
五、其他需要说明的问题	11
六、附件	11
附件一 绩效评价工作开展情况	12
附件二 绩效评价指标分析	21
附件三 项目绩效评价指标体系评分表	32
附件四 项目绩效目标表	40

2022 年度城乡医疗救助 绩效评价报告

一、基本情况

(一) 项目立项背景及目的、项目主要内容

1. 项目立项背景及目的

我国于 2003 年开始推行医疗救助制度，2008 年在全国范围实现全面建制，相关工作得到了长足发展。为破解困难群众重特大疾病保障难题，民政部等部门于 2015 年联合制定出台《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见》，明确了以下五项内容：一是城市医疗救助制度和农村医疗救助制度于 2015 年底合并实施，实现城乡困难群众在医疗救助方面的权利公平、机会公平、规则公平和待遇公平；二是救助对象进一步扩大范围，除最低生活保障家庭成员和特困供养人员外，逐步将低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众以及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员纳入救助范围；三是在 2015 年年底之前全面推开重特大疾病医疗救助；四是在用药范围、定点医疗机构、诊疗服务项目等方面将进一步拓展；五是基本医疗保险、城乡居民大病保险等各类保险共同发挥作用，重特大疾病医疗救助进行兜底。2021 年 10 月，国务院办公厅印发《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42 号），对今后一段时期重特大疾病医疗保险和救助制度做出了总体安排，从 5 个方面提出了 13 条具体政策措施，对多层次制度体系的功能定位、机制衔接、服务管理等作出了制度安排。

为全面落实《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）、《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30 号）、《河南省社会救助实施办法》等有关规定，河南省民政厅、财政厅等部门于 2015 年联合制定《关于完善医疗救助制度全面开展困难群众特大疾病医疗救助工作的实施意见》，2022 年《河南省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（豫政办〔2022〕26 号）出台，为进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担、防范因病致贫返贫、筑牢民生保障底线提供了制度保障。

为保障群众权益，确保医疗救助工作顺利开展，焦作市医疗保障局制定《关于贯彻落实省政府办公厅豫政办〔2015〕54 号文件进一步做好城乡医疗救助工作的通知》（焦医保〔2019〕44 号），市政府办公室印发《焦作市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案》（焦政办〔2022〕23 号）文件。武陟县医疗保障局依照省级和市级相关实施方案具体要求，在本县行政区域内开展医疗救助。

2022 年，武陟县医疗保障局（以下简称“县医保局”）申请设立并实施“城乡医疗救助”项目，在全县范围内开展医疗救助具体工作。

2. 项目主要内容

“城乡医疗救助”项目内容包括医疗救助和医保参保资助两部分。对象覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、纳入监

测范围的农村易返贫致贫人口，按规定给予分类救助；对不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，根据实际给予一定救助；综合考虑家庭经济状况、医疗费用支出、医疗保险支付等情况，由民政部门会同医保局等相关部门合理确定因病致贫重病患者认定条件；县级以上政府规定的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别给予相应救助。

医疗救助包括住院救助和门诊救助两部分，对符合政策要求的对象给予补助；医保参保资助，是对经民政和医保部门核定的资助对象实行基本医疗保险参保资助。在 2021-2022 年间，国家及地方关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的（实施）意见出台后，救助对象范围进一步扩大，救助标准进一步提高。2022 年 5 月前，武陟县执行以前年度标准；2022 年 5 月 1 日后，执行《河南省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（豫政办〔2022〕26 号）具体要求。项目具体内容和标准要求详见表 1。

表1：2022年度城乡医疗救助内容及标准要求表

类别	内容	对象	标准要求	备注
医疗救助 (2022年5月前)	门诊救助	1. 城乡医疗救助对象在市域内就医，基本医疗保险、大病保险、困难群众大病补充医疗保险和城乡医疗救助实行“一站式”结算； 2. 在市域外就医，出院后凭有效证件和医疗费用报销单据等资料到医保部门进行申报； 3. 城乡医疗救助对象因个人原因或动态管理未参加城乡居民基本医疗保险，以及参加城镇职工基本医疗保险的，出院后凭有效证件和医疗费用报销单据等资料到县（市）区级医保部门进行申报。	救助病种：终末期肾病（采用门诊血液透析或腹膜透析方法治疗）；血友病（采取凝血因子治疗）；慢性粒细胞性白血病（采用门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗）；I型糖尿病（门诊胰岛素治疗）；耐多药肺结核（门诊抗结核药治疗）；再生障碍性贫血（门诊药物治疗）；恶性肿瘤门诊放化疗；器官移植术后抗排异治疗；重性精神病人药物维持治疗。 门诊救助比例为年度救助限额内门诊医疗总费用的10%；年度最高救助限额为5000元。	城乡医疗救助对象因个人原因或动态管理未参加城乡居民基本医疗保险，以及参加城镇职工基本医疗保险的，发生符合门诊救助政策规定的医疗费用时，可以按规定享受门诊救助。
	住院救助		特困人员救助供养对象在年度救助限额内按90%比例给予救助，其他救助对象在年度救助限额内按70%比例给予救助，年度最高救助限额为1万元。对于进入大病保险的重特大疾病患者，年度最高救助限额为2万元。	城乡医疗救助对象因个人原因或动态管理未参加城乡居民基本医疗保险，发生符合住院救助政策规定的医疗费用时，医疗救助按城乡居民基本医疗保险和大病保险预计报销后的剩余合规费用计算。参加的，医疗救助按城镇职工基本医疗保险和大额补充医疗保险报销后的剩余合规费用计算。

类别	内容	对象	标准要求	备注
<p>医疗救助 (2022年5月起至今)</p>	<p>门诊救助</p>	<p>覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，按规定给予分类救助。对不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，根据实际给予一定救助。综合考虑家庭经济状况、医疗费用支出、医疗保险支付等情况，由民政部门会同医保局等相关部门合理确定因病致贫重病患者认定条件。县级以上政府规定</p>	<p>救助病种包括：终末期肾病(门诊血液透析或腹膜透析方法治疗)、血友病(凝血因子治疗)、慢性粒细胞性白血病(门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗)、I型糖尿病(门诊胰岛素治疗)、耐多药肺结核(门诊抗结核药治疗)、再生障碍性贫血(门诊药物治疗)、恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗。</p> <p>门诊救助无起付标准，对在定点医药机构发生的以上9类病种门诊治疗费用，经居民基本医保、大病保险支付后的政策范围内自付费用，给予特困人员、低保对象、返贫致贫人口不低于50%的救助，给予低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者不低于30%的救助。</p>	<p>1. 住院救助和门诊救助共用年度最高救助限额。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口年度最高救助限额为3万元，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者年度最高救助限额为1万元。</p> <p>2. 规范转诊且在省域内就医的救助对象，救助金额达到年度最高救助限额，经三重制度综合保障后政策范围内自付医疗费用超过所在统筹地区上一年度城乡居民人均可支配收入50%以上的部分，给予不低于60%的倾斜救助，年度最高救助限额1万元。</p>

类别	内容	对象	标准要求	备注
	住院救助	的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别给予相应救助。	对特困人员、低保对象、返贫致贫人口，住院救助不设起付标准。低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口的住院救助起付标准按所在统筹地区上一年度城乡居民人均可支配收入的10%左右确定，因病致贫重病患者的住院救助起付标准按所在统筹地区上一年度城乡居民人均可支配收入的25%左右确定。对在定点医疗机构发生的住院费用，经居民基本医保、大病保险支付后的政策范围内自付费用，给予特困人员不低于90%的救助，给予低保对象、返贫致贫人口不低于70%的救助，给予低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者不低于65%的救助。	

类别	内容	对象	标准要求	备注
医保参保资助	定额资助	一类：县民政局确定的特困救助供养对象、困境儿童等困难人员； 二类：县民政局确定的城乡最低生活保障对象和乡村振兴局确定的脱贫享受政策户“三类监测对象”	一类：给予每人 320 元全额补贴，个人免缴参保费； 二类：个人先行缴纳 320 元参保费后，给予每人 80 元定额补贴	1. 城乡最低生活保障对象、贫困人口不重复补贴。 2. 2022 年参保人员。
	全额资助	县民政局确定的特困救助供养对象	给予每人 350 元全额补贴，个人免缴参保费	2023 年参保人员

（二）资金投入和使用情况、项目实施情况

1. 资金投入和使用情况

2022年“城乡医疗救助”项目预算资金包括医疗救助金财政专户资金和医保局账户资金两部分，合计1033.35万元。其中财政专户资金由三级财政资金保障，在中央和省级资金到位后，按照当年工作需求，实行县级财政资金兜底，全年到位资金991.42万元，包括中央财政资金488.00万元（其中一般公共预算资金457.00万元和彩票公益金31.00万元），省级财政资金94.00万元，县级兜底财政资金409.42万元。医保局账户资金41.93万元。

截至2022年12月31日，项目预算实际支出1033.09万元，预算执行率99.98%。其中财政专户到位预算执行991.16万元，预算执行率为99.97%，结余资金在医疗救助金财政专户管理；医保局账户支出2023年度城乡居民医保参保资助资金41.93万元。年度预算资金执行情况详见表2。

表2：2022年度城乡医疗救助内容预算执行统计表

类别	内容	预算执行 (万元)	备注
医疗救助	补发2020年1月至2021年9月救助款	71.93	---
	2021年10月至2022年8月救助款	763.13	---
医保参保资助	2022年度困难群众城乡居民医保参保定额资助	156.10	---
	2023年度困难群众城乡居民医保参保全额资助	41.93	由医保局账户支出
合计		1033.09	---

2. 项目实施情况

年度内项目涉及的医疗救助和医保参保资助两部分内容，根据就医人员报销审核情况及医保参保审核情况予以救助。项目部分预算资金支持了2020年1月至2021年9月期间应享受未享受城乡医疗救助群体，并在2021年10月至2022年8月，向1833人开展了门诊救助、7498人住院救助；向19513人提供了2022年度困难群众城乡居民医保参保定额资助、1198人2023年度困难群众城乡居民医保参保全额资助。

（三）项目组织管理

2022年度“城乡医疗救助”项目由县医保局统筹管理并实施，县级医院及乡镇卫生院、门诊统计救助人员信息及相关材料，县医保局审核确认后，向县财政局社保股提交预算资金使用申请，社保股审核通过后，由国库直接支出。

（四）项目绩效目标

2022年度“城乡医疗救助”项目预算1033.35万元，项目按照中央、省及县级财政资金来源分别填报了绩效目标申报表，总体目标为：

为进一步完善焦作市城乡医疗救助制度，筑牢医疗保障底线，保障困难群众基本医疗需求，对城乡医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的进行补贴。救助对象包括：建档立卡农村贫困人口、特困人员救助供养对象、城乡最低生活保障对象。实施医疗救助：重点救助对象自负费用年度限额内住院救助比例达70%；年度救助对象人次规模与上年度持平；强化医疗救助规范管理。

为有效支撑上述绩效目标，县医保局将目标细化分解为具体

的绩效指标，包括成本指标、产出指标、效益指标和满意度指标。具体绩效目标表内容详见附件四。

二、综合评价情况及评价结论

（一）综合评价情况

2022年度“城乡医疗救助”项目年度计划内容基本完成，为全县困难群众享受医疗救助和医疗保险参保提供了保障。但项目预算测算、绩效目标管理、实施过程财务管理、实施监督、绩效管理等方面还有待进一步提高。

1. 决策

项目立项依据充分，与部门职能及现实需求相符，项目设定有年度绩效目标表。但项目预算测算依据不尽充分、详细，年度内到位资金与预算规模差异较大，实际执行内容包括以前年度及2023年度工作，绩效目标亦未能结合调整后的预算规模进行优化。

2. 过程

项目预算资金足额、及时到位，整体预算执行率较高；预算资金使用符合规定要求，资金拨付审批程序和手续完整；单位内控制度较为健全，项目业务内容执行与财务管理责任分工明确，执行省级的统一医疗救助标准要求。但项目部分预算资金支出账户与要求不符、财务支出明细账与凭证金额不一致，反映了项目实施监管工作有一定提升空间，同时项目绩效监控工作未能有效开展，绩效自评工作质量亦待进一步提高。

3. 产出

年度内项目严格按照补助补贴标准要求，依据医疗救助需求发放了医疗救助及医疗保险补贴资金，全年保障工作较好，但资

金发放存在一定滞后，一方面年度预算内支出 2020-2021 年医疗救助款项，另一方面对 2022 年当年预算资金发放也存在 4-6 个月的滞后情况。

4. 效益

2022 年度项目的实施有效保障了相关群体得到医疗救助，并为以后年度继续享受政策福利提供了医疗保险保障，切实便捷了困难群众看病就医、减轻了看病经济压力、保障了公民生存权利、健康公平权利等，项目持续多年实施，对于促进社会保障制度改革、解决城乡贫困问题发挥了积极作用。同时项目实施过程中也存在群众集中反映报销费用不尽及时，异地参保或就诊报销存在不便捷等情况。

(二) 评价结论

经评价，2022 年度“城乡医疗救助”项目绩效评价总体得分为 82.20 分，绩效评价等级为“良”，具体得分情况见表 2。

表 2：2022 年度城乡医疗救助项目绩效评价得分汇总表

一级指标	权重	得分	得分率
决策	20	15.50	77.50%
过程	30	22.70	75.67%
产出	25	22.00	88.00%
效益	25	22.00	88.00%
合计	100	82.20	82.20%

三、存在的问题及原因

(一) 项目预算编制依据不尽充分，绩效目标管理需加强

项目在预算编制时期仅根据以往年度工作情况进行年度预算总规模的测算，对于具体工作内容及测算依据未能加以明确，

项目实施过程中实际还包含以前年度医疗补助费用的弥补（约占年度实际支出总额的 7%）及 2023 年医疗保险补贴内容（约占年度实际支出总额的 4%），与预算年度不对应，项目预算测算依据不尽充分。此外，项目由中央、省、县三级财政资金支持，但未能针对年度总体作内容及需求汇总形成项目整体目标，加之年度内各级财政实际到位资金与年初预算规模存在较大差异，但绩效目标及具体指标亦未能及时作出调整，目标与年度实际预算规模、绩效指标与年度任务数完全不匹配，分散的绩效目标难以作为项目全过程绩效管理的依据。

（二）项目执行过程监管不够到位，全过程绩效管理工作质量有待提高

受 2022 年疫情期间工作方式影响，项目执行过程中涉及的 41.93 万元 2023 年度城乡居民医保参保资助资金未按规定经财政专户划转，而是直接从医保局账户转至税务局专户，该笔资金支出账户不符合项目专项资金管理规定；年度内财政专户实际支出 991.16 万元，但支出凭证显示总额为 991.42 万元，项目财务数据账证不符；上述情况的发生，反映了项目执行过程监管工作存在一定漏洞与不足。此外，县医保局在年度内未能有效开展绩效监控工作，不利于项目执行过程监管与纠偏，绩效自评工作中对项目执行及管理情况的分析不够深入，工作质量有待提高。

（三）医疗救助服务时效性不足，信息化、智能化服务能力有待提升

项目年度预算支出存在滞后现象，主要体现在：一是 2022 年当年预算支持了 2020 年 1 月至 2021 年 9 月的城乡医疗救助款

内容，二是 2022 年当年医疗救助资金拨付医院时间也存在滞后情况，一定程度上影响了困难群众享受医疗救助补贴的时效。此外，受各地政策要求差异及工作方式影响，目前医疗救助尚不能完全实现“一网通办”，尤其是跨省业务办理更为受限，国家医保局医疗救助信息系统无法准确显示县级实际工作情况，医疗救助工作的信息化、智能化能力有待进一步提升。

四、有关建议

（一）明确年度预算支持内容，提高预算编制工作质量

建议县医保局在申报年度预算期间，全面梳理总结上年度工作实际，明确年度计划支持内容，明确预算编制依据，细化预算编制结果，合理控制项目预算总规模。同时在预算编制期间，充分结合项目年度工作计划内容及预算规模，一方面明确各级财政资金支持工作内容及工作量，另一方面从项目整体的角度综合考虑汇总形成整体绩效目标，充分体现项目的整体性计划，为全过程绩效管理工作的良好基础。

（二）强化项目执行过程监管，扎实全过程绩效管理工作

建议县医保局和财政局联合加强项目执行过程监管，加强财政专项资金账户管理，确保各项审批流程有效执行，定期进行业务与财务数据核对校验，促进项目财务管理工作规范。同时可以通过定期沟通交流，借助项目中期监控及绩效自评等工作方式进行项目监管，提高全过程绩效管理工作质量，对于发现的问题与不足及时进行纠偏，确保财政资金使用效益的充分发挥。

（三）提高医疗救助服务信息化、智能化水平，促进制度叠加优势发挥

建议县医保局按照国家及河南省深化“放管服”改革要求，进一步提高医疗救助工作信息化、智能化水平，确保救助工作质量及时效，切实保障困难群众利益。同时建议医疗保障部门推动多层次医保制度的有效衔接、促进联合叠加效益的发挥，在基本医疗保险基础性保障的基础上，医疗救助托底保障、大病保险补充、商业保险与慈善救助辅助等联合，共同促进医疗保障事业长效发展。

五、其他需要说明的问题

无

六、附件

附件一 绩效评价工作开展情况

附件二 绩效评价指标分析

附件三 项目绩效评价指标体系评分表

附件四 项目绩效目标表

附件一 绩效评价工作开展情况

一、绩效评价目的

为全面贯彻落实《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）、《中共河南省委 河南省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（豫发〔2019〕10号）、《中共焦作市委 焦作市人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（焦发〔2019〕24号）的相关要求，武陟县财政局组织实施对武陟县医疗保障局 2022 年度城乡医疗救助项目绩效情况开展评价，以促进单位总结经验、发现问题、改进工作，进一步加强预算管理，优化财政资源配置结构和提高财政资金使用效益，为项目科学决策、规范管理提供参考。

二、评价对象和范围

本次项目支出绩效评价对象为“城乡医疗救助”项目，主管部门为武陟县医疗保障局，资金范围为 2022 年度预算 1033.35 万元，评价时间段为 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日，由于项目实施内容存在跨年度情况，评价时间根据项目实际适当向以前年度延伸。

三、评价依据

本次评价依据包括以下文件及材料：

（一）业务制度及文件：

1. 《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）；
2. 《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30 号）；

3. 《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）；
4. 《河南省人民政府关于印发河南省社会救助实施办法的通知》（豫政〔2014〕92号）；
5. 《河南省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（豫政办〔2022〕26号）；
6. 《关于贯彻落实省政府办公厅豫政办〔2015〕54号文件进一步做好城乡医疗救助工作的通知》（焦医保〔2019〕44号）；
7. 《焦作市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案》（焦政办〔2022〕23号）。

（二）绩效评价依据文件及材料

1. 《中华人民共和国预算法》；
2. 《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）；
3. 《财政部关于印发<项目支出绩效评价管理办法>的通知》（财预〔2020〕10号）；
4. 《中共河南省委河南省人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（豫发〔2019〕10号）；
5. 《河南省财政厅关于印发<河南省省级预算项目支出绩效评价管理办法>的通知》（豫财效〔2020〕10号）；
6. 《中共焦作市委 焦作市人民政府关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（焦发〔2019〕24号。

其他：焦作市财政局 2023 年重点项目支出绩效评价工作要求、2022 年度“城乡医疗救助”项目预算批复文件、年度绩效目

标申报表、项目计划实施内容及预算分配情况材料、项目管理制度、管理过程记录、项目实施过程中涉及的相关数据统计信息、项目预算绩效管理等相关材料。

四、评价指标体系及评价标准

（一）评价指标指标

根据绩效评价的基本原理、原则和 2022 年度“城乡医疗救助”项目实施内容，按照《财政部关于印发〈项目支出绩效评价管理办法〉的通知》（财预〔2020〕10号）和《河南省财政厅关于印发〈河南省省级预算项目支出绩效评价管理办法〉的通知》（豫财效〔2020〕10号）对项目支出绩效评价指标体系框架要求，本次绩效评价围绕项目决策、过程、产出、效益四部分设置一级指标。进一步对四个一级指标进行细化、分解，形成 10 个二级指标、24 个三级指标。各部分分值及评价内容如下：

1. 决策（20分）

评价“城乡医疗救助”项目立项、绩效目标和资金投入的决策科学性，着重从项目立项必要性和立项程序规范性、绩效目标设置的合理性及绩效指标明确性、预算编制科学性等方面进行考核。

2. 过程（30分）

评价“城乡医疗救助”项目的资金和组织实施管理情况，着重从资金到位率、预算执行率、资金使用合规性、会计核算规范性，以及项目管理机制科学性、管理制度健全性、监督机制有效性、绩效管理有效性等方面进行考核。

3. 产出（25分）

评价“城乡医疗救助”项目的产出情况，围绕项目实施的医疗救助和医保参保资助两部分内容的实际产出数量、产出质量等方面进行考核。

4. 效益（25分）

评价“城乡医疗救助”项目实施所带来的社会效益、可持续影响和相关群体满意程度，即项目资金投入对于便利困难群众看病就医的便利情况、缓解经济压力情况、保障公民人权情况，未来支撑社会保障制度改革、解决城乡贫困问题的持续作用等。

2022年度“城乡医疗救助”项目绩效评价指标体系及分值如下表所示：

表 1-1：2022 年度“城乡医疗救助”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	分值
决策 (20分)	项目立项 (8分)	立项必要性	4
		立项程序规范性	4
	绩效目标 (6分)	绩效目标合理性	4
		绩效指标明确性	2
资金投入 (6分)	预算编制科学性	6	
过程 (30分)	资金管理 (16分)	资金到位率	2
		预算执行率	4
		资金使用合规性	5
		会计核算规范性	5
	组织实施 (14分)	管理机制科学性	4
		管理制度健全性	3
		监督机制有效性	4
		绩效管理有效性	3

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值
产出 (25分)	产出数量 (18分)	住院救助完成情况	8
		门诊救助完成情况	5
		医保参保资助完成情况	5
	产出质量 (7分)	疗救助工作质量	5
		医保参保资助工作质量	2
效益 (25分)	社会效益 (12分)	便捷困难群众看病就医	4
		减轻困难群众看病就医的经济压力	4
		保障公民人权	4
	可持续影响影响 (10分)	对社会保障制度改革的促进作用	5
		对解决城乡贫困问题的促进作用	5
	满意度 (3分)	群众满意度	3
分值合计			100

(二) 评价标准

本次绩效评价标准是依据绩效评价基本原理，根据各指标情况分别参考计划标准、行业标准、历史标准等制定。

计划标准。以“城乡医疗救助”项目计划实施内容及数量、绩效目标、预算等数据作为绩效评价的标准。

行业标准。参照国家、河南省公布的城乡医疗救助指标数据，作为绩效评价的标准。

历史标准。参照2020—2021年“城乡医疗救助”项目相关历史数据，作为绩效评价的评价标准。

本次绩效评价过程中，按照评价指标体系和评分标准对每个末级指标分别评分，根据权重汇总后得出最终分数。按照武陟县财政局工作要求，绩效评价结果实行百分制、四个等级，对应分

值及等级具体为：

90（含）-100 分为优；

80（含）-90 分为良；

60（含）-80 分为中；

60 分以下为差。

五、绩效评价原则与评价方法

（一）绩效评价原则

本次评价遵循了全面覆盖、重点突出、结果导向、讲求实效等原则。

全面覆盖。资金方面，包含 2022 年度“城乡医疗救助”项目涉及的全部内容及各级财政资金投入。

重点突出。在 2022 年度“城乡医疗救助”项目预算资金规模、职责单位、预算配置分析的基础上，对工作内容中涉及资金规模大、核心工作进行重点评价，突出项目特点。

结果导向。对项目整体实施结果开展研究和分析，评价项目整体决策设计、资金分配、实施监管等方面的整体情况。

讲求实效。根据预算管理改革需求，对项目设立必要性、管理规范开展评价，提出内容设置及预算配置建议，为进一步优化项目设计及预算配置提供支撑。

（二）绩效评价方法

本次评价过程中，工作组通过现场查看与非现场资料分析两种方式，对县医保局 2022 年度“城乡医疗救助”项目绩效情况开展了综合评价，分析项目决策依据的科学性、执行过程管理的规范性、产出及效益的目标达成度，客观、全面地反映评价结果。

本次绩效评价工作主要使用了以下几种评价方法：

1. 案卷研究法

对医疗救助相关规定进行学习梳理，了解当前政策要求，对县医保局“城乡医疗救助”项目实施内容、预算收支安排、预算执行管理情况、年度预算资金支持内容的实际完成情况及预期效果实现情况等相关资料进行研究、比较、分析，提取重要信息。

2. 对比分析法

对“城乡医疗救助”项目计划内容与实际完成情况进行对比，评价年度计划内容的完成情况。

3. 公众评判法

评价过程中将采用了集体座谈和个别访谈方式开展了相关工作。

(1) 集体座谈

与县医保局项目相关部门及工作人员进行座谈，了解“城乡医疗救助”项目内容、职责分工，在决策、管理过程中的相关考虑因素及决策结果，年度工作效果及建议等。

(2) 个别访谈

与县医保局相关人员进行个别访谈，核实有关数据与信息。

4. 专家咨询法

在评价过程中，绩效评价工作组将根据需要，咨询有关绩效管理、财政管理、医疗保障与救助等相关行业专家，确保工作方式、思路及评价结论科学、合理。

六、绩效评价工作过程

本次绩效评价工作自2023年4月24日起，持续实施到6月

30日。评价工作整体可总结为评价准备、评价实施、报告撰写与征求意见三个阶段。

（一）评价准备阶段（4月24日-5月15日）

1. 组建评价工作组

结合项目绩效评价特点，组建绩效评价工作组，明确相关方工作职责。

2. 明确评价工作方案

通过与项目单位对接沟通、收集分析基础资料等方式，了解项目基本情况、年度任务目标、预决算情况等信息。明确评价工作方案，确定评价内容、评价工作程序及时间安排、评价指标体系等。

（二）评价实施阶段（5月16日-6月12日）

1. 收集资料

项目单位按照资料清单准备相关资料，工作组予以协助，并进行分类整理分析。

2. 现场调研

到县医保局进行现场调研，通过听取单位介绍、现场查看资料、问询、复核等方式详细了解项目决策、执行管理及绩效情况，同时补充收集项目绩效评价资料。

3. 优化指标体系

结合现场调研情况，对项目绩效评价指标体系的内容完整性、评分标准的明确性、评价可操作性等方面进行讨论，进一步优化评价指标体系。

（三）报告撰写与征求意见阶段（6月13日-6月30日）

1. 数据整理分析

评价工作组综合前期资料审核和分析、现场调研等情况，进行数据整理与汇总分析，根据确定的评分标准进行打分，初步形成绩效评价总体结论。

2. 撰写绩效评价报告

评价工作组按照规定的文本格式和相关要求撰写“城乡医疗救助”项目绩效评价报告。按照规定将绩效评价报告报武陟县财政局进行审核，征求专家及被评价单位意见，修改完善后形成正式报告。

附件二 绩效评价指标分析

一、决策部分分析

决策部分包含 3 个二级指标 5 个三级指标，权重为 20 分，该项得分 15.50 分。项目立项依据充分，与部门职能及现实需求相符，项目设定有年度绩效目标表。但项目预算测算依据不尽充分、详细，年度内到位资金与预算规模差异较大，实际执行内容包括以前年度及 2023 年度工作，绩效目标亦未能结合调整后的预算规模进行优化。决策部分各指标得分情况如表 2-1 所示：

表 2-1：项目决策部分绩效评价指标得分情况表

指标	权重	得分	得分率
项目立项	8	8	100%
立项必要性	4	4	100%
立项程序规范性	4	4	100%
绩效目标	6	3.5	58.33%
绩效目标合理性	4	2	50.00%
绩效指标明确性	2	1.5	75.00%
资金投入	6	4	66.67%
预算编制科学性	6	4	66.67%
合计	20	15.5	77.50%

（一）项目立项方面

项目计划实施内容是国家及河南省关于健全重特大疾病医疗保险和救助工作的具体体现，与当前国家聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担、健全统一规范的医疗救助制度的政策导向一致，通过强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助的综合保障，确保困难群众基本医疗有保障、不因罹患重特大疾病影响基本生活，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。武陟县医疗保障局作为贯彻实施医疗保险、医疗救助等医疗保障相关法规、规章、政策、规划和标准的基层管理部门，负责建立健全统一的

城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，更好保障人民群众就医需求，减轻医药费用负担。县医保局组织实施“城乡医疗救助”项目，与当前城乡经济发展水平存在较大差异、群众对医疗救治迫切的现实需求相符。该项目为延续性内容，由中央、省、县三级财政资金予以保障，项目根据以往年度预算规模估算当年预算需求，在中央和省级资金支持的基础上，由县级财政予以兜底保障，项目各级资金均按照规定的预算申请流程执行，经过县医保局集体会议决策，各级预算申请均填报有绩效目标申报表，相关资料较为完整。

综合评价，项目立项满分 8 分，不扣分，得 8 分。

（二）绩效目标方面

项目根据不同资金来源，分别设置有中央、省级、县级项目绩效目标，并细化、分解形成成本指标、产出指标、效益指标和满意度指标。绩效目标设置与项目包含的医疗救助、医疗保险购置补助内容直接相关。但总体来看，项目绩效目标根据预算资金来源进行区分，未能针对年度工作内容及需求汇总形成项目整体目标，加之年度内实际到位资金与年初预算规模存在较大差异，但绩效目标及具体指标未能及时作出调整，目标与年度实际预算规模不匹配、绩效指标与年度任务数不匹配。

综合评价，绩效目标满分 6 分，扣 2.5 分，得 3.5 分。

（三）资金投入方面

项目预算包含基本医疗保险补贴和医疗救助两部分，虽然年度实际工作量是依据居民医疗就诊需求进行报销，年初难以准确

预估，但在预算规模测算时未能明确具体工作内容，加之项目年度实施过程中，实际还包含以前年度医疗补助费用的弥补（涉及金额 71.93 万元，约占年度实际支出总额的 7%）及 2023 年医疗保险补贴内容（涉及金额 41.93 万元，约占年度实际支出总额的 4%），项目年度预算测算依据不尽充分。

综合评价，资金投入满分 6 分，扣 2 分，得 4 分。

二、过程部分分析

过程部分包含 2 个二级指标 8 个三级指标，权重为 30 分，该项得分 22.70 分。项目预算资金足额、及时到位，整体预算执行率较高；预算资金使用符合国家财经法规和财务管理制度规定，资金的拨付有完整的审批程序和手续，符合项目预算批复及规定的用途；单位内控制度较为健全，项目业务内容执行与财务管理责任分工明确，执行省级的统一医疗救助标准要求。但项目部分预算资金支出账户与要求不符、财务支出明细账与凭证金额不一致，反映了项目实施监管工作有一定提升空间，同时项目绩效监控工作未能有效开展，绩效自评质量亦待进一步提高。过程部分各指标得分情况如表 2-2 所示：

表 2-2：项目过程部分绩效评价指标得分情况表

指标	权重	得分	得分率
资金管理	16	12.0	75.00%
资金到位率	2	2.0	100%
预算执行率	4	4.0	100%
资金使用合规性	5	3.0	60.00%
会计核算规范性	5	3.0	60.00%
组织实施	14	10.7	76.43%
管理机制科学性	4	3.0	75.00%
管理制度健全性	3	3.0	100%

指标	权重	得分	得分率
监督机制有效性	4	3.2	80.00%
绩效管理有效性	3	1.5	50.00%
合计	30	22.7	75.67%

（一）资金管理方面

1. 资金到位率及预算执行率

2022年“城乡医疗救助”项目预算资金包括医疗救助金财政专户资金和医保局账户资金两部分组成，预算总额1033.35万元。其中财政专户资金由三级财政资金保障，全年到位资金991.42万元，包括中央财政资金488.00万元（其中一般公共预算资金457.00万元和彩票公益金31.00万元），省级财政资金94.00万元，县级兜底财政资金409.42万元。此外医保局账户资金41.93万元。截至2022年12月31日，项目预算实际支出1033.09万元，预算执行率99.98%。其中财政专户到位预算执行991.16万元，预算执行率为99.97%，结余资金在医疗救助金财政专户管理；医保局账户支出41.93万元。

2. 资金使用合规性

项目预算支出符合国家财经法规相关规定，与预算批复方向一致，按照县财政预算资金管理要求，项目每笔资金支出均由县医保局提出申请，报经县财政局社保股审批后，经过库集中支付，项目预算不存在截留、挤占、虚列支出等违法违规情况。按照项目资金管理要求，该项目预算资金实行财政专户管理，每笔支出需由财政专户划转至税务局指定账户。但项目执行过程中，2022年10月-12月期间正值全省疫情爆发期，县医保局实施线上办公，在向财政局提交了关于“2023年度城乡居民医保参保资助资金

41.93 万元”申请后，该笔资金未按规定经财政专户划转，而是直接从医保局账户转至税务局专户，后经协商亦无法做退回处理，导致该笔资金支出账户不符合项目专项资金管理规定。

3. 会计核算规范性

项目各项内容预算按照财务管理要求执行并进行会计核算，但存在核算不够规范之处，主要体现在项目年度支出明细账金额与支出凭证数据不符的情况。根据县医保局提供资料显示，项目年度内财政专户实际支出 991.16 万元，但 11 笔支出凭证显示总额为 991.42 万元，二者数据不一致，项目财务数据账证不符。

综合评价，资金管理满分 16 分，扣 4 分，得 12 分。

（二）组织实施方面

1. 管理机制科学性

项目由县医保局决策主管，年度执行过程中，先由县级所属医院及乡镇卫生院、门诊统计救助人员信息及相关材料，县医保局逐个审核确认具体医保内容及金额后，汇总需求向县财政局社保股提交预算资金使用申请，社保股审核通过后，经国库集中支付。项目执行过程中各单位、部门责任分工明确，管理机制较为健全、流程清晰。

2. 管理制度健全性

项目按照国家和河南省关于医疗救助工作的意见与制度要求管理及实施，项目实施内容及管理制度要求健全、明确，在项目管理方面，县医保局按照财政局要求进行财务支出管理，县医保局相关审批工作材料完整，财务及业务管理要求完整、合法合规。

3. 监督机制有效性

项目在县医保局和财政局的双重监管下执行，预算资金支出审批程序规范、内容完整，医疗救助与医疗保险补贴补助发放明细等资料完整并及时归档，医保局对医院提交的申请材料审核监督，对于信息不准确、不完整的情况及时进行反馈、确认，监督成果及时应用。但总体来看，由于项目实施过程中存在前述的预算资金支出账户错误，以及项目支出账证不符等情况，一定程度上反映了项目实施监督工作还有一定提升空间。

4. 绩效管理有效性

项目实施终了后，县医保局于2023年3月对该项目执行及管理等情况进行绩效自评，按要求形成了项目绩效自评打分表及自评报告，同时对下一步需要改进的措施进行了总结。从全过程绩效管理角度来看，项目绩效目标设置存在一定不足，执行过程中未能开展绩效监控工作，同时绩效自评未能深入分析项目年度实施过程中存在的问题与不足，如年度预算支出数据与明细账数据不一致、项目实施监管等不足等情况均未体现，项目年度产出数据不够详细，实施效益效果未能充分彰显，绩效管理工作质量尚待提高。

综合评价，组织实施满分14分，扣3.3分，得10.7分。

三、产出部分分析

产出部分包含2个二级指标5个三级指标，权重为25分，该项得分22.00分。年度内项目严格按照补助补贴标准要求，依据医疗救助需求发放了医疗救助及医疗保险补贴资金，全年保障工作较好，但资金发放存在一定滞后，一方面年度预算内支出

2020-2021 年医疗救助款项，另一方面对 2022 年当年预算资金发放也存在 4-6 个月的滞后情况。产出部分各指标得分情况如表 2-3 所示：

表 2-3：项目产出部分绩效评价指标得分情况表

指标	权重	得分	得分率
产出数量	18	15.0	83.33%
住院救助完成情况	8	6.0	75.00%
门诊救助完成情况	5	4.0	80.00%
医保参保资助完成情况	5	5.0	100%
产出质量	7	7.0	100%
医疗救助工作质量	5	5.0	100%
医保参保资助工作质量	2	2.0	100%
合计	25	22.0	88.00%

（一）产出数量方面

项目包含的医疗救助和医保参保资助两部分内容基本按照工作需求完成了相关工作，但具体补助年度及时效性方面略有不足。

1. 医疗救助

医疗救助包括住院救助和门诊救助两部分，一方面，年度内保障了 2021 年 10 月至 2022 年 8 月期间，面向 1833 人实施了门诊救助、7498 人实施住院救助，确保了相关群体的医疗救助得到保障，但从预算资金支出时间来看存在一定滞后，如 1-2 月补助资金于 7 月底支付，3-4 月补助资金于 9 月底支付。另一方面，年度预算另支持了 2020 年 1 月至 2021 年 9 月的城乡医疗救助款，属于以前年度补助内容在当年予以支付，同样存在支付时间滞后情况。

2. 医保参保资助

年度内项目保障了医保参保资助工作的完成，对县民政局确定的城乡最低生活保障对象和乡村振兴局确定的脱贫享受政策户“三类监测对象”，个人先行缴纳320元参保费后，县财政给予每人80元定额补贴（城乡最低生活保障对象、贫困人口不重复补贴），实际向19513人提供了2022年度困难群众城乡居民医保参保定额资助；对县民政局确定的特困救助供养对象，县财政给予每人350元全额补贴，个人免缴参保费，向1198人提供了2023年度困难群众城乡居民医保参保全额资助。医保参保资助相关费用能够及时支付，确保了相关工作的及时性。

综合评价，产出数量满分18分，扣3分，得15分。

（二）产出质量方面

2022年项目实施过程中，能够按照国家和省级标准要求，针对特定群体开展医疗救助和医疗保险参保资助，补助对象及补助金额符合政策要求，项目产出质量较好。

综合评价，产出质量满分7分，不扣分，得7分。

四、效益部分分析

效益部分包含3个二级指标6个三级指标，权重为25分，该项得分22.00分。2022年度项目的实施，有效保障了相关群体得到医疗救助，并为以后年度继续享受政策福利提供了医疗保险保障，切实便捷了困难群众看病就医、减轻了看病经济压力、保障了公民生存权利、健康公平权利等，项目的持续多年实施，对于促进社会保障制度改革、解决城乡贫困问题具有积极作用。同时项目实施过程中也存在群众集中反映报销费用不尽及时，异地

参保或就诊报销不便捷等情况。效益部分各指标得分情况如表 2-4 所示：

表 2-4：项目效益部分绩效评价指标得分情况表

指标	权重	得分	得分率
社会效益	12	12.0	100%
便捷困难群众看病就医	4	4.0	100%
减轻困难群众看病就医的经济压力	4	4.0	100%
保障公民人权	4	4.0	100%
可持续影响	10	8.0	80.00%
对社会保障制度改革的促进作用	5	4.0	80.00%
对解决城乡贫困问题的促进作用	5	4.0	80.00%
满意度	3	2.0	66.67%
群众满意度	3	2.0	66.67%
合计	25	22.0	88.00%

（一）社会效益方面

1. 便捷困难群众看病就医

武陟县实施“城乡医疗救助”项目，是贯彻落实国家和地方关于医疗救助政策的具体体现，通过对困难群众住院及门诊救助，直接在医院进行信息系登录，实施救助费用报销，无需个人履行具体的报销审核程序，极大程度便利了困难群众看病就医。

2. 减轻困难群众看病就医的经济压力

通过项目实施，对困难群众进行医疗救助，同时保障其医疗保险参保，享受医疗保险的相关福利政策，对减轻困难群众经济压力起到了一定的作用，缓解了一部分群体因贫困不愿意或不能及时就医治疗的情况。

3. 保障公民权利

医疗救助是保护人权的重要体现之一。1948年12月10日，联合国大会通过了《世界人权宣言》，规定：“人人有权享受为维持他本人和家庭的福利所需的生活水准，包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务；在遭受失业、疾病、残废、守寡、衰老或其他不能控制的情况下丧失谋生能力时，有权享受保障”。1978年联合国的《阿拉木图宣言》指出，每个国家都要实现“人人享有卫生保健”的目标。《中华人民共和国宪法》第四十五条规定“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下，有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业”。由此可见，项目的实施，促使了医疗救助在保障公民的生存权、健康公平权领域发挥不可替代的作用。

综合评价，社会效益满分12分，不扣分，得12分。

（二）可持续影响方面

1. 对社会保障制度改革促进作用

医疗救助的产生和发展与我国社会保险中的医疗保险的改革、社会救助制度的完善等密不可分。传统的医疗制度是城镇机关、企事业单位的职工和重点优抚对象实行国家、单位负责的公费医疗，农村实行以集体经济负担为主的合作医疗。改革后，社会上出现了城镇、农村贫困人群和重点优抚对象患病无力治疗的问题，也就产生了医疗专项救助的需求，医疗救助促进了我国社会保障制度改革。但综合考虑当前社会保障相关制度改革还在进行中，目前我国的医疗救助工作属地管理，在全国范围内尚未形成

一网通办（河南省内基本实现异地办理，但跨省仍存在困难），相关效益仍需在以后年度持续发挥。

2. 对解决城乡贫困问题的促进作用

目前我国推进的最低生活保障制度已取得了明显效果，是对中国全方位改革的有力支持，解决了部分城乡的贫困问题。但因病致贫、无力救治、贫困加剧的恶性循环仅靠低保制度难以为继。据统计，目前我国贫困人口中因病致贫的大约占 1/3，其中有家庭成员长期患病者、家庭主要劳动力因患病全部或部分丧失劳动能力等情况的，均会使医疗支出大增、家庭实际支配收入减少，从而造成贫困，医疗消费已造成负担。医疗救助作为广义的综合救助的一个方向，在缓解因病致贫方面发挥了积极作用。同时考虑城乡贫困问题是一个长期、持续性问题，我国仍存在一定群体因病致贫或因贫无法救治，相关效益仍需在以后年度持续发挥。

综合评价，可持续影响满分 10 分，扣 2 分，得 8 分。

（三）满意度方面

项目实施的整体效益效果较好，但在群众享受相关政策过程中，也集中提出了普遍存在医疗保险无法直接结算时，相关费用报销不尽及时的情况，相关资料及信息在医院进行登记后，数月后才能收到补贴费用。同时跨地区缴纳保险、异地就诊、医疗救助政策享受时不够顺畅，不同地区的保险缴纳制度要求也存在一定差异，目前全国范围内“一网通办”还无法全面实现。

综合评价，满意度满分 3 分，扣 1 分，得 2 分。

附件三 项目绩效评价指标体系评分表

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
决策 (20分)	项目立项 (8分)	立项必要性	4	项目立项是否符合相关政策、发展规划、部门职责以及现实需求,用以反映和考核项目立项必要性情况。	评价要点: ①项目立项是否符合行业发展规划和政策要求;(1分) ②项目立项是否与部门职责范围相符,属于部门履职所需;(1分) ③项目立项内容是否与现实需求相符,各项内容是否必要。(2分)	具备各要素标准及要求,分别得对应要素分值,否则该要素不得分。	4	
		立项程序规范性	4	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。	评价要点: ①项目是否按照规定的程序申请设立;(1分) ②审批文件、材料是否符合相关要求;(1分) ③是否已经过必要的论证分析、决策等。(2分)	具备各要素标准及要求,分别得对应要素分值,否则该要素不得分。	4	
	绩效目标 (6分)	绩效目标合理性	4	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。	评价要点: ①项目绩效目标与实际工作内容是否具有相关性;(2分) ②预期产出和效果是否符合正常的业绩水平;(1分) ③是否与预算确定的项目资金量相匹配。(1分)	具备各要素标准及要求,分别得对应要素分值,否则该要素不得分。	2	项目根据不同资金来源分别填报绩效目标,但未能整合成项目整体目标内容,未能明确产出的业绩水平,加之年度内实际预算安排与年初预算规模存在差异,绩效目标未能及时、有效调整,目标与预算资金规模不符。 要素2扣1分,要素3扣1分。

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
		绩效指标明确性	2	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。	评价要点： ①是否将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标；（1分） ②是否通过清晰、可衡量的指标值予以体现；（0.5分） ③是否与项目目标任务数或计划数相对应。（0.5分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	1.5	绩效指标设置数量过多过散，未能明确不同来源资金主要支持的内容，2022年度项目执行过程中涉及预算调整及实施标准调整，但相关绩效指标未能一并修改。 要素3，扣0.5分。
	资金投入（6分）	预算编制科学性	6	项目预算编制是否有明确标准，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。	评价要点： ①预算与项目内容是否匹配；（2分） ②预算额度测算依据是否充分；（2分） ③预算确定的项目资金量是否与年度工作任务相匹配。（2分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	4	项目预算包含基本医疗保险补贴和医疗救助两部分，虽然年度实际工作量难以准确预估，但在预算规模测算时未能明确具体工作内容及测算依据，加之年度工作实施过程中，还包含以前年度医疗补助费用的弥补及2023年医疗保险补贴内容，预算测算依据不充分。 要素3，扣2分。
过程（30分）	资金管理（16分）	资金到位率	2	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）内实际落实到项目的资金。 预算资金：一定时期（本年度或项目期）内预算安排到项目的资金。	资金到位率≤100%，且未对项目开展造成不良影响，得分等于指标分值*资金到位率；资金到位率<100%，且对项目开展造成严重不良影响，不得分。	2	

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
		预算执行率	4	项目预算资金是否按照计划执行,用以反映和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)内项目实际支出的资金。 实际到位资金:一定时期(本年度或项目期)内实际落实到项目的资金。	得分等于指标分值*预算执行率。	4	截至2022年12月31日,预算执行率为99.98%。按比例计算后,四舍五入不扣分。
		资金使用合规性	5	项目资金使用是否符合相关的财务管理制度规定,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规定;(1分) ②资金的拨付是否有完整的审批程序和手续;(2分) ③是否符合项目预算批复或规定的用途;(2分) ④是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。	如存在要素④不符情况,该指标不得分。具备①②③一个得分要素,得对应分。	3	2022年12月,项目针对2023年度城乡居民医疗保险1198人进行全额资助参加医疗保险,金额41.93万元。受疫情影响,12月份单位实行线上办公,沟通工作不尽到位,导致该笔资金直接从医保局账户划转至税务局。发现后,医保局及时向财政局提交情况说明,但仍反映了单位在项目预算管理及审批、监管等工作方面存在一定不足。 要素3,扣2分。
		会计核算规范性	5	项目资金会计核算是否符合相关的相关法律、法规及准则要求,用以反映和考核项目会计核算的规范性。	对会计核算信息质量进行整体评价,会计核算是否符合相关法律、法规及准则要求。	严格执行政府会计制度及相关准则,得5分;执行情况一般,得指标分值的3分。	3	除医保局账户支出2023年度城乡居民医保参保资助资金41.93万元外,项目财政专户实际支出991.16万元,但依据项目资料显示,年度内国库集中支付凭证总额为991.42万元,与财务支出明细账数据不符。 存在上述会计核算不规范情况。扣2分。

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
	组织实施 (14分)	管理机制科学性	4	项目管理责任是否明确、科学，用以反映和考核管理机制对项目顺利实施的保障情况。	评价要点： ①项目决策及各项内容实施的管理责任分工是否明确；（2分） ②项目管理流程是否清晰；（1分） ③项目管理过程及结果是否科学合理。（1分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	3	按照国家医保局要求，医疗救助相关数据信息需在系统上进行登记汇总，能够全面彰显全国医疗救助内容及规模。目前武陟县相关工作能够按要求落实，但从县级工作角度考虑，结合项目年度产出内容及预算支出情况，该系统中数据无法准确反映，其原因在于当前“一站式”结算还未全面普及，工作中仍存在医保缴纳、就诊及医疗救助报销办理等工作异地的情况，全国各地医疗保险缴纳标准及政策等不尽统一。武陟县当前年度工作数据仍需要依据各医院、乡镇卫生院及门诊报销实际需求进行数据统计汇总，信息化管理方式及水平还有待加强。 要素3扣1分。
		管理制度健全性	3	项目实施单位的财务和业务管理制度是否健全，用以反映和考核财务和业务管理制度对项目顺利实施的保障情况。	评价要点： ①是否已制定或具有项目管理办法，或项目实施内容相关的财务和业务管理制度；（1.5分） ②财务和业务管理制度是否合法、合规、完整。（1.5分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	3	

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
		监督机制有效性	4	项目实施是否符合相关管理规定，监督考核是否落实，用以反映和考核监督考核工作的有效执行情况。	评价要点： ①是否具备明确的监督管理要求；（0.8分） ②监督考核工作方式、内容是否全面、科学、合理；（0.8分） ③是否有效落实监督考核工作内容；（0.8分） ④项目补助补贴等发放明细记录等资料是否齐全并及时归档；（0.8分） ⑤监督考核工作成果是否有效应用。（0.8分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	3.2	项目预算支出账户监管及财务管理方面存在不足，反映了监管工作仍需进一步加强。 要素3，各扣0.8分。
		绩效管理有效性	3	项目实施过程管理是否符合全过程绩效管理要求，相关工作是否有效。	评价要点： ①是否有效开展中期监控和绩效评价工作，形成工作成果；（1分） ②监控及评价结果是否真实、完整，符合实际情况；（1分） ③绩效管理工作成果是否有效应用。（1分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分	1.5	项目未开展中期绩效监控工作，自评工作虽形成了较为完整的自评表及自评报告，但自评报告中内容较为笼统，未能深入体现项目年度实施过程中存在的问题与不足，如年度预算支出数据与明细账数据不一致，项目实施监管等不足均未体现。 要素1扣0.5分，要素2扣1分。
产出（25分）	产出数量（18分）	住院救助完成情况	8	项目实施住院救助工作计划目标的实现程度。	评价要点： ①住院救助工作是否全部审批、落实；（6分） ②住院救助费用是否及时发放。（2分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	6	项目于2022年2月集中支付了2020年1月至2021年9月的城乡医疗救助款，以前年度项目实施内容资金支付时间滞后；此外，当年住院救助费用支出也存在滞后情况，如1-2月补助资金于7月底支付，3-4月补助资金于9月底支付等。 要素2，扣2分。

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
		门诊救助完成情况	5	项目实施门诊院救助工作计划目标的实现程度。	评价要点： ①门诊救助工作是否全部审批、落实；（4分） ②门诊救助费用是否及时发放。（1分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	4	项目于2022年2月集中支付了2020年1月至2021年9月的城乡医疗救助款，以前年度项目实施内容资金支付时间滞后；此外，当年门诊救助费用支出也存在滞后情况，如1-2月补助资金于7月底支付，3-4月补助资金于9月底支付等。 要素2,扣1分。
		医保参保资助完成情况	5	项目实施医疗保险参保资助工作计划目标的实现程度。	评价要点： ①医疗保险参保资助工作是否全部审批、落实；（4分） ②医疗保险参保资助费用是否及时发放。（1分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	5	
	产出质量 (7分)	医疗救助工作质量	5	项目实施医疗救助对象是否符合救助对象标准要求。	评价要点： ①住院救助工作对象及救助金额是否符合政策要求；（3分） ②门诊救助工作对象及救助金额是否符合政策要求。（2分）	具备各要素标准及要求，分别得对应要素分值，否则该要素不得分。	5	
		医保参保资助工作质量	2	项目实施医保参保资助对象是否符合救助对象标准要求。	医疗保险参保资助工作对象及资助金额是否符合政策要求。（2分）	具备指标标准及要求，得指标分值，否则该指标不得分。	2	

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
效益 (25分)	社会效益 (12分)	便捷困难群众看病就医	4	项目实施对便利困难群众看病就医的程度。	评价项目实施对便利困难群众看病就医的情况。	根据效益的显著程度定性评分， 效益良好，得分=100%*标准分； 效益较好，得分=80%*标准分； 效益一般，得分=60%*标准分； 效益较差，不得分。	4	
		减轻困难群众看病就医的经济压力	4	项目实施对减轻困难群众看病就医经济压力的情况。	评价项目实施对减轻困难群众看病就医经济压力的情况。	根据效益的显著程度定性评分， 效益良好，得分=100%*标准分； 效益较好，得分=80%*标准分； 效益一般，得分=60%*标准分； 效益较差，不得分。	4	
		保障公民人权	4	项目实施对保障公民的生存权、健康公平权领域发挥的作用。	评价项目实施对保障公民的生存权、健康公平权领域发挥的作用。	根据效益的显著程度定性评分， 效益良好，得分=100%*标准分； 效益较好，得分=80%*标准分； 效益一般，得分=60%*标准分； 效益较差，不得分。	4	

一级指标及分值	二级指标及分值	三级指标	分值	指标解释	指标说明	评价标准及评分规则	评价得分	扣分原因说明
	可持续影响 (10分)	对社会保障制度改革的促进作用	5	项目实施对全国社会保障制度改革所带来的直接或间接影响情况。	评价项目实施对社会保障制度改革的促进作用。	根据效益的显著程度定性评分， 效益良好，得分=100%*标准分； 效益较好，得分=80%*标准分； 效益一般，得分=60%*标准分； 效益较差，不得分。	4	医疗救助促进了中国的社会保障制度改革，考虑到目前社会保障相关制度改革还在进行中，医疗救助工作属地管理，在全国范围内尚未形成一网通办，相关效益仍需在以后年度持续发挥。该指标扣1分，得4分。
		对解决城乡贫困问题的促进作用	5	项目实施对解决城乡贫困问题的直接或间接影响情况。	评价项目实施对解决城乡贫困问题的促进作用。	根据效益的显著程度定性评分， 效益良好，得分=100%*标准分； 效益较好，得分=80%*标准分； 效益一般，得分=60%*标准分； 效益较差，不得分。	4	城乡贫困问题是一个长期、持续性问题，我国仍存在一定基数群体因病致贫或因贫无法救治，相关效益仍需在以后年度持续发挥。该指标扣1分，得4分。
	满意度 (3分)	群众满意度	3	群众对医疗救助工作的满意程度。	查看医疗救助满意度调查结果或总结材料，以及社会舆论相关信息，评价公民群众对该项工作的满意度。	满意度≥90%，得3分； 满意度不足90%，存在群众集中意见的，得2分； 满意度不足70%，发生重大社会舆论的，不得分。	2	群众普遍反映医疗救助费用报销时间较长，以及异地就医享受医疗救助福利较为麻烦等。该指标扣1分，得2分。
得分合计							82.20	
评价等级							良	

附件四 项目绩效目标表

1. 中央预算资金（包括一般公共预算和彩票公益金）

本级部门预算项目绩效目标表

（2022 年度）

项目名称	提前下达 2022 年中央城乡医疗救助补助			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金（万元）	年度资金总额		572.0	
	其中：政府预算资金		572.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	城乡医疗救助中央补助资金			
分解目标				
一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	指标下达金额	572 万元	
产出指标	数量指标	资金分配项目实施单位	1 个	指标分配至医保局
	质量指标	资金分配足额准确性	572 万元	
	时效指标	在收到上级预算指标后 7 个工作日内进行资金分配	≤7 工作日	
效益指标	社会效益指标	城乡医疗救助覆盖面	合理	
满意度指标	服务对象满意度指标	项目实施单位满意度	≥98%	

本级部门预算项目绩效目标表

（2022 年度）

项目名称	提前下达 2022 年中央城乡医疗救助补助			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金（万元）	年度资金总额		572.0	
	其中：政府预算资金		572.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	为进一步完善我市城乡医疗救助制度，筑牢医疗保障底线，保障困难群众基本医疗需求，对城乡医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的进行补贴。救助对象包括：建档立卡农村贫困人口；特困人员救助供养对象；城乡最低生活保障对象。实施医疗救助；重点救助对象自费用年度限额内住院救助比例达 70%；年度救助对象人次规模与上年度持平；强化医疗救助规范管理。			
分解目标				

一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	资助参加基本医疗保险标准	320 元	
产出指标	数量指标	资助特困参保人数	3486 人	
	质量指标	重点救助对象自负费用年度限额内住院救助比例	≥70%	
		重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比	≥25%	
	时效指标	一站式结算	及时	
效益指标	经济效益指标	城乡医疗救助覆盖面	合理	
	社会效益指标	保障健全社会医疗保险制度体系	成效显著	
满意度指标	服务对象满意度指标	群众满意度	≥92%	

本级部门预算项目绩效目标表

(2022 年度)

项目名称	提前下达 2022 年中央专项彩票公益金支持城乡医疗救助资金			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金(万元)	年度资金总额		40.0	
	其中：政府预算资金		40.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	城乡医疗救助中央专项彩票公益金补助			
分解目标				
一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	下达指标金额	40 万元	
产出指标	数量指标	项目分配实施单位	1 个	指标分配至医保局
	质量指标	资金分配足额准确性	40 万元	
	时效指标	在收到上级预算指标后 7 个工作日内进行分配	≤7 工作日	
效益指标	社会效益指标	城乡医疗救助覆盖面	合理	
满意度指标	服务对象满意度指标	项目实施单位满意度	≥98%	

本级部门预算项目绩效目标表

(2022 年度)

项目名称	提前下达 2022 年中央专项彩票公益金支持城乡医疗救助资金			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金（万元）	年度资金总额		40.0	
	其中：政府预算资金		40.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	为进一步完善我市城乡医疗救助制度，筑牢医疗保障底线，保障困难群众基本医疗需求，对城乡医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的进行补贴。救助对象包括：建档立卡农村贫困人口；特困人员救助供养对象；城乡最低生活保障对象。实施医疗救助；重点救助对象自费用年度限额内住院救助比例达 70%；年度救助对象人次规模与上年度持平；强化医疗救助规范管理。			
分解目标				
一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	资助贫困参加基本医疗保险标准	320 元	
	社会成本指标	资助特困参保人数	3486 人	
产出指标	数量指标	资助特困参保人数	3486 人	
	质量指标	重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比例	≥25%	
		重点救助对象自费用年度限额内住院救助比例	≥70%	
	时效指标	结算时效	一站式即时结算	
效益指标	经济效益指标	城乡医疗救助覆盖面	合理	
	社会效益指标	保障健全社会医疗保险制度体系	成效显著	
满意度指标	服务对象满意度指标	群众满意度	≥92%	

2. 省级预算资金

本级部门预算项目绩效目标表

(2022 年度)

项目名称	提前下达 2022 年城乡医疗救助省级补助			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金(万元)	年度资金总额		94.0	
	其中：政府预算资金		94.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	城乡医疗救助省级补助			
分解目标				
一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	下达指标金额	94 万元	
产出指标	数量指标	项目资金分配单位	1 个	指标分配至医保局
	质量指标	项目资金足额分配准确性	94 万元	
	时效指标	在收到上级预算指标 7 个工作日内进行资金分配时效	≤7 工作日	
效益指标	社会效益指标	城乡医疗救助覆盖面	合理提升	
满意度指标	服务对象满意度指标	项目实施单位满意度	≥95%	

本级部门预算项目绩效目标表

(2022 年度)

项目名称	提前下达 2022 年城乡医疗救助 省级补助 豫财社[2021]211 号			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金(万元)	年度资金总额		94.0	
	其中：政府预算资金		94.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	为进一步完善我市城乡医疗救助制度，筑牢医疗保障底线，保障困难群众基本医疗需求，对城乡医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的进行补贴。救助对象包括：建档立卡农村贫困人口；特困人员救助供养对象；城乡最低生活保障对象。实施医疗救助；重点救助对象自费用年度限额内住院救助比例达 70%；年度救助对象人次规模与上年度持平；强化医疗救助规范管理。			
分解目标				
一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	城乡医疗救助标准	≤94 万元	

产出指标	数量指标	重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比例	≥25%	
	质量指标	重点救助对象自负费用年度限额内住院救助比例	≥70%	
	时效指标	一站式及时结算	及时	
效益指标	社会效益指标	保障健全社会医疗保险制度体系	成效显著	
满意度指标	服务对象满意度指标	群众满意度	≥90%	

3. 县级预算资金

本级部门预算项目绩效目标表

(2022 年度)

项目名称	城乡医疗救助县级资金预算			
部门名称	武陟县医疗保障局			
单位名称	武陟县医疗保障局			
项目资金(万元)	年度资金总额		1,399.0	
	其中:政府预算资金		1,399.0	
	财政专户管理资金			
	单位资金			
年度目标	为进一步完善我市城乡医疗救助制度,筑牢医疗保障底线,保障困难群众基本医疗需求,对城乡医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的进行补贴。救助对象包括:建档立卡农村贫困人口;特困人员救助供养对象;城乡最低生活保障对象。实施医疗救助;重点救助对象自费用年度限额内住院救助比例达70%;年度救助对象人次规模与上年度持平;强化医疗救助规范管理。			
分解目标				
一级指标	二级指标	三级指标	指标值	指标值说明
成本指标	经济成本指标	城乡医疗救助补助资金	≤1399 万元	
产出指标	数量指标	重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比例	≥25%	
	质量指标	重点救助对象自费用年度限额内住院救助比例	≥70%	
	时效指标	“一站式”即时结算	及时	
效益指标	社会效益指标	保障健全社会医疗保险制度体系	成效显著	
满意度指标	服务对象满意度指标	城乡居民对医疗救助补充医疗保险工作的满意度	≥90%	