**绩效评价报告**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** | 北塔区2022年度城乡居民医保项目 |
| **项目单位：** | 邵阳市北塔区医疗保障局 |
| **委托单位：** | 邵阳市北塔区财政局 |
| **评价机构：** | 湖南骏新联合会计师事务所（普通合伙） |

**二○二三年十一月二十六日**

湘骏会绩效评字[2023]第023号

**北塔区2022年度城乡居民医保项目绩效评价报告**

为加强财政支出管理，优化财政支出结构，提高财政资金使用效益，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）、《中共湖南省委办公厅湖南省人民政府办公厅关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（湘办发〔2019〕10号）、《湖南省财政厅关于印发湖南省预算支出绩效评价管理办法的通知》（湘财绩〔2020〕7号）等文件要求，邵阳市北塔区财政局委托湖南骏新联合会计师事务所（普通合伙）对湖南省邵阳市北塔区公共卫生体系建设项目实施绩效评价。评价采用定量分析和定性分析相结合的方法，从项目决策、项目过程、项目绩效完成等方面对项目进行了综合评价。现将绩效评价情况汇报如下：

**一、项目概况**

**（一）项目基本情况**

根据《中华人民共和国社会保险法》《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)《湖南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(湘政发〔2016)14号)和《邵阳市人民政府关于印发<邵阳市城乡居民基本医疗保险实施细则>的通知》(邵市发〔2017)3号)等文件精神，城乡居民医保实行“市级统筹，分级管理”，市人民政府负责统一制定全市城乡居民医保政策和相关配套文件，下达县区城乡居民医保工作目标任务并纳入政府绩效评估，督查指导各县区城乡居民医保工作。城乡居民按年度一次性足额缴纳城乡居民医疗保险费，方可享受相应的医疗保险待遇。

**（二）项目立项情况**

根据《社会保险基金财务制度》《邵阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》《邵阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》等文件设立。

**二、项目资金情况**

**（一）资金到位情况**

2022年，全区实际到位医保基金6917.41 万元，其中财政补助收入4302.58万元（中央财政2592.1万元、省级财政677.1万元、市区财政1033.38万元）、个人缴纳2275.94万元、全年基金利息收入95.88万元。

**（二）资金使用情况**

截止到2022年12月份全县城乡居民基本医疗保险基金实际拨付累计支出5983.65万元，其中:社会保险待遇支出为4775.40万元，大病保险支出547.27万元，上解上级支出564.00万元，其他支出为96.98万元，年终居民医保基金滚动结存8170.72万元。

**三、项目组织实施情况**

**（一）项目管理制度建设情况**

城乡居民医疗保险主要参照邵阳市人民政府关于印发《邵阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》的通知（邵市政发【2017】3号），该文件对参保缴费、基金管理、医疗保险待遇等情况做出了具体规定。

**（二）项目组织实施情况**

**（1）全力开展参保征缴**

加大医保政策宣传力度，制作了宣传折页、缴费公告、宣传音频，通过微信公众号、视频号、村村响、各类会议等方式，扎实开展医保缴费集中宣传活动，不断增强全民医保意识，引导群众主动参保缴费。强化了政府牵头、部门配合的职工医保征缴联动机制，确保及时足额征收到位;健全了区、镇街道、村社区三级的城乡居民医保征缴责任机制，并将该项工作纳入全区“三重点”工作及年度绩效考核，进一步压实责任，摸清底数，优化缴费服务，切实增强医保费征缴实效。

**（2）全面落实医保待遇**

认真执行全市统一的基本医保待遇标准，全面落实医保待遇各项政策。一是认真落实医保“三重保障”。患者在定点医疗机构住院均实现了基本医保、大病保险、医疗救助三重保障的费用审核、结算等业务“一站式”结算服务。二是扎实开展乡村振兴医保帮扶。对特困供养人员、重度残疾人、事实无人抚养儿童等给予全额参保资助，对低保人员、乡村振兴监测人员、低保边缘户人员给予50%的参保资助。三是有序开展“两病”和特慢病工作。简化“两病”认定程序，委托定点医疗机构办理门诊特殊慢患者办理待遇认定，积极开展家庭医生签约服务送药上门工作。

**（3）着力强化基金监管**

一是全方位宣传。组织开展了医保基金监管集中宣传月活动，发放宣传折页10000余册，张贴宣传海报300多份、制作宣传标语100余条、在精美北塔转发宣传动画片8期。印制了《医疗保障基金使用监督管理条例》宣传折页，通过医保经办窗口、医疗门诊大厅发放宣传。在定点医药机构和村（社区）电子显示屏滚动播放宣传标语,营造浓厚的基金监管氛围。二是积极自查。按照《“回头看”自查指南》要求，组织区医保事务中心和各定点医药机构认真开展自查自纠。三是强化督查。建立部门联合机制，医保、卫健、市场监管等部门联动开展医保基金专项治理工作。

**（4）强化医保规范管理**

一是从严开展内部管理。规范管理医保服务窗口，制定了统一的医保经办工作制度、经办流程、办事规章，实行全市统一的医保经办服务事项清单。窗口设立岗位牌、服务之星岗、党员先锋岗，工作人员统一工作服、工作牌,实行刷脸考勤，严格遵守窗口服务工作规范。认真落实“好差评”制度，促进医保经办服务提升。二是从优加强定点医药机构管理。组织对全区定点医药机构履约情况进行检查考核，对结算资金进行清算，进一步简化协议医药机构评估准入和签订医保服务协议的程序，优化对协议医药机构的结算方式。落实考核淘汰机制，对定点医药机构进行动态调整。三是从细推广使用医保电子凭证。采取多种措施，推广使用医保电子凭证，给各镇街道、村社区和区直机关各单位都下发了激活使用医保电子凭证的工作提示，给各镇街道下达了激活任务数，同时通过医保信息平台筛选未激活人员名单，及时推送给各镇街道和区属机关单位督促激活。

**（5）不断提升经办服务能力**

一是着力推进经办服务下沉。区委区政府高度重视和大力支持完善医保经办管理服务体系，研究出台《关于加强全区医疗保障经办管理服务体系建设实施意见》，分批打造村（社区）“医保服务站”，完善区、镇（街道）、村（社区）三级医保经办服务体系，统一配备标识标牌和相关设备，基本构建医保经办“15分钟服务圈”。同时，下放参保登记缴费、灵活就业人员参保、跨省基本医疗保险转入等十一项经办业务，让老百姓不出村（社区）就能办理。二是持续优化便民服务措施。持续推进医保领域“放管服”改革，推进医保事务一体化结算，实现“一站式服务窗口办理、一单制结算”。三是稳步推进DIP支付改革。制定了DIP付费实施方案，组织业务人员参加专业技术培训，医疗机构的病案首页和医保结算清单上传运行稳定。

**四、项目绩效情况**

邵阳市北塔区医疗保障局年度绩效目标为完成各项任务，具体绩效目标设立情况如下表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一级指标** | **二级指标** | **三级指标** | **指标值** |
| **产出指标** | **数量指标** | 参保人数（人) | ≥70300人 |
| 各级财政实际补助标准（元） | ≥610元 |
| **质量指标** | 以常住人口数为基数的基本医保综合参保率（%） | ≥95% |
| 重复参保人数 | 0 |
| 虚报参保人数 | 0 |
| 参保人政策范围内住院费用报销比列 | 65% |
| 参保人住院费用实际报销比例 | 55% |
| 基金滚存结余可支配月数（月） | 6-9月 |
| **时效指标** | 医疗费用即时结算率 | ≥95% |
| **满意度指标** | **服务对象满意度指标** | 参保对象满意度（%） | ≥85% |

**五、绩效评价工作开展情况**

**（一）评价目的**

通过对2022年居民基本医疗保险项目支出绩效评价，进一步了解 医保局所属部门职能绩效目标的实现情况，了解制度建设、资金的使 用、产出、效益等执行情况，找到执行单位绩效管理的薄弱环节，促 进其改进和创新管理方式，提高绩效管理效能和管理质量。

**（二）评价对象和范围**

1. 评价对象。对2022年城乡居民基本医疗保险项目支出为本次 绩效评价对象。结合基金中心对该项目支出制定的各项绩效目标，分 析确定项目的评价重点，围绕业务管理部门职能、项目的决策、各项 目标的设定，项目预算资金管理、效益完成情况、社会评价，可持续发展情况等方面进行评价分析。
2. 评价范围。评价的期限为2022年1月1日至2022年12月31日。

**（三）绩效评价原则**

此次绩效评价以结果为导向，重点围绕项目决策、项目过程、项 目产出情况、效益情况及满意度等方面设计指标体系，进行评价分析。 结合项目实况，通过对比项目绩效目标，综合分析影响绩效目标实现、 项目效果的内外因素。同时运用定量分析及定性分析方法，对2022年居民基本医疗保险项目支出效率进行评价，分析项目资金的投入利 用情况及财政支出效率变化趋势，总结项目实施过程中的难点和问题， 并为以后项目的实施提供相应建议。

**（四）绩效评价指标体系**

根据《财政部关于印发<项目支出绩效评价管理办法>的通知》（财预〔2020〕10号）文件规定，本次评价指标体系包括项目决策、项目过程、项目产出、项目效益4个一级指标，满分为100分。其中，项目决策（20分）主要评价项目立项、绩效目标、资金投入情况，重点关注项目绩效目标设定情况、预算编制情况。项目过程（25分）主要评价资金和业务管理情况，其中资金方面重点关注预算编制情况和资金支出的合法合规性，业务方面重点关注管理制度的健全性和制度执行的有效性的情况。项目产出（35分）主要评价项目在本年度的实际产出数量、 产出质量等产出完成情况，根据项目申报内容，重点核实产出数量是否达到设定目标、产出质量是否符合设定标准。项目效益（20分）主要评价社会效益及服务对象满意度情况，重点关注项目在会计行业发展方面发挥的实际作用情况和社会公众等服务对象的满意度情况。

**（五）绩效评价结果**

通过对各项绩效指标的综合考核评分，北塔区公2022年城乡居民医保绩效项目评价得分为95分，评价档次为“优”。

**六、项目绩效指标完成情况**

**一、决策指标分析。**该指标分值20分，得分20分。 项目立项依据较充分，程序较规范。绩效目标设置合理、指标明确。

**二、过程指标分析。**该指标分值25分，得分25分。项目建立了相关业务及财务管理制度，能够满足项目管理需求，项目资金拨付具有完整的审批程序和手续等资料齐全。

**三、项目产出指标分析。**该指标分值35分，得分30分。

**（1）数量指标**

全区城乡居民参保70586人，无重复参保人数，无虚报参保人数。2022年，医保基金人均筹资标准为930元，其中个人缴纳320元、各级财政补助610元（中央财政366元，地方财政 244元）。

**（2）质量指标**

2022年末参保人政策范围内住院费用报销比为 69.99%，较上年度提高了5.74个百分点，以参保人住院费用实际报销比为55.04%，较上年度上升了0.7个百分点，按病种（组）、按人头付费等支付方式改革逐步推开。普遍开展门诊统筹。同时，基金累计结余可支配16个月，高于9个月扣5分。

**（3）时效指标**

各级财政补助资金按时拨付到位，到位率100%。医疗费用即时结算率达到100%。

**四、项目效益指标分析。**该指标分值20分，得分20分。

**（1）社会效益**

城乡居民医疗保险工作是一项“政府得民心，居民得好处”的惠民工程，该项目的实施与深入推进，使城乡居民的基本医疗得到保障，有效缓解参保居民因病致贫、因病返贫的问题，更好保障人民群众就医需求，减轻了参保居民医疗费用负担。有效地提高了党和政府在人民群众心中的形象，体现了党和政府对群众的关心与体恤，让人民群众的获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续;对社会的和谐稳定起到不可替代的作用。2022年城乡居民住院9618人次，住院总费用9728.66万元，可报费用7772.8万元，住院补偿总金额4522.49万元，可报费用报销比例58.18%。大病保险补偿760人次，总补偿金额386.9万元。医疗救助住院对象467人次，救助金额83.67万元。

**（2）群众满意度**

根据评价组进行的城乡居民基本医疗保险满意度调查，调查结果“很好”。根据满意度汇总统计，项目整体满意度为90%以上。

**七、存在问题**

**（一）医保基金累计结余过大**

邵阳市北塔区医疗保障局提供的居民基本医疗保险基金收支报表显示，2022年末基金结余为8170.72万元，根据2022年北塔区城乡居民医保总支出5983.64.万元，月平均支出498.64万元，结余基金可支配月数为16个月。

**八、相关建议**

根据历年统筹基金征收及支出、结余情况，科学制定定点医院可使用的统筹基金总量，合理规划医保基金预算及支持，有效控制基金结余，提高基金有效利用率。

附件：北塔区2022年城乡居民医保绩效评价指标评分表

**湖南骏新联合会计师事务所（普通合伙）**

**二〇二三年十一月二十六日**

附件：

2022年度城乡居民基本医疗保险绩效评价指标表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级指标** | **二级指标** | **三级指标** | **分值** | **评分要点** | **评分标准** | **得分** |
| **决策（20分**） | **项目立项（8分）** | 立项依据充分性 | 5 | ①是否符合国家法律法规、国民经济发展规划和相关政策；②是否符合行业发展规划和政策要求；③是否与部门职责范围相符，属于部门履职所需；④是否属于公共财政支持范围，是否符合中央、地方事权支出责任划分原则；⑤是否与相关部门同类项目或部门内部相关项目重复。 | ①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，计1分，否则不得分；②项目立项符合行业发展规划和政策要求，计1分，否则不得分；③项目立项与部门职责范围相符，属于部门履职所需，计1分，否则不得分；④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，计1分，否则不得分；⑤项目没有与相关部门同类项目或部门内部相关项目重复，计1分，否则不得分。 | 5 |
| 立项程序规范性 | 3 | ①是否按照规定的程序申请设立；②审批文件、材料是否符合相关要求；③事前是否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项目按照规定的程序申请设立，计1分，否则不得分；②审批文件、材料符合相关要求，计1分，否则不得分；③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，计1分，否则不得分。 | 3 |
| **绩效目标　（6分）** | 绩效目标合理性 | 3 | （如未设定预算绩效目标，也可考核其他工作任务目标）①项目是否有绩效目标；②项目绩效目标与实际工作内容是否具有相关性；③项目预期产出效益和效果是否符合正常的业绩水平；④是否与预算确定的项目投资额或资金量相匹配。 | ①项目有绩效目标，计1分，否则不得分；②项目绩效目标与实际工作内容具有相关性，计1分，否则不得分；③项目预期产出效益和效果符合正常的业绩水平，计0.5分，否则不得分；④与预算确定的项目投资额或资金量相匹配，计0.5分，否则不得分。 | 3 |
|
| 绩效指标明确性 | 3 | ①是否将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标；②是否通过清晰、可衡量的指标值予以体现；③是否与项目目标任务数或计划数相对应。 | ①将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标，计1分，否则不得分；②是通过清晰、可衡量的指标值予以体现，计1分，否则不得分；③与项目目标任务数或计划数相对应，计1分，否则不得分。 | 3 |
|
|
|
| **资金投入（6分）** | 预算编制科学性 | 4 | ①预算编制是否经过科学论证；②预算内容与项目内容是否匹配；③预算额度测算依据是否充分，是否按照标准编制；④预算确定的项目投资额或资金量是否与工作任务相匹配。 | ①预算编制经过科学论证，计1分，否则不得分；②预算内容与项目内容匹配，计1分，否则不得分；③预算额度测算依据是充分，是按照标准编制，计1分，否则不得分；④预算确定的项目投资额或资金量与工作任务相匹配，计1分，否则不得分。 | 4 |
|
|
|
|
| 资金分配合理性 | 2 | 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。 | 评价要点：①预算资金分配依据是否充分；②资金分配额度是否合理，与项目单位或地方实际是否相适应。 | 2 |
|
|
| **过程（25分）** | **资金管理（15分）** | 资金到位率 | 5 | 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%。 | 5 |
| 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。 |
|  |
| 预算执行率 | 5 | 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%。 | 5 |
| 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。 |
| 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；④是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。 | 5 |
|
|
|
|
| **组织实施（10分）** | 管理制度健全性 | 5 | 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是否已制定或具有相应的财务和业务管理制度；②财务和业务管理制度是否合法、合规、完整。 | 5 |
|
|
| 制度执行有效性 | 5 | 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。 | 评价要点：①是否遵守相关法律法规和相关管理规定；②项目调整及支出调整手续是否完备； | 5 |
|
|
|
|
| **产出（35分）** | **数量指标（10分）** | 参保人数（人） | 5 | 项目实施的实际产出数与计划产出数的比率，用以反映和考核项目产出数量目标的实现程度。 | 参保人数大于等于70300人，实际完成任务计1分，未完成任务每项按比例扣分，每项实际完成情况每低于指标值的10%，扣1分，扣完为止。 | 5 |
|
| 各级财政实际补助标准 | 5 | 补助标准大于等于610元，实际完成任务计1分，未完成任务每项按比例扣分，每项实际完成情况每低于指标值的10%，扣1分，扣完为止。 | 5 |
| **质量指标（20分）** | 以常住人口数为基数的基本医保综合参保率（%） | 3 | 报告期末参保人数占按户籍人口统计应参保人数的比率 | 以常住人口为基数计算的基本医保综合参保率≥95%计满分，每下降1%扣0.3分，扣完为止。 | 3 |
| 重复参保人数 | 3 | 统筹地区内参加城乡居民医保的同时参加了职工医保,周期超过一年(含一年)视为重复参保。 | 无重复参保人数计满分；发现一列扣0.2分，直至扣完。 | 3 |
| 虚报参保人数 | 3 | 统计参保人数是否超过实际参保人数。 | 无虚报参保人数计满分；发现一列扣0.2分，直至扣完。 | 3 |
| 参保人政策范围内住院费用报销比列 | 3 | 基金用于住院保障的支出与居民医保政策范围内住院费用的比率 | 参保人政策范围内住院费用报销比≥65%计满分，每下降1%扣0.3分，扣完为止。 | 3 |
| 参保人住院费用实际报销比例 | 3 | 基金用于居民医保住院保障的支出占居民医保住院费用比率。 | 参保人住院费用实际报销比≥55%计满分，每下降1%扣0.3分，扣完为止。 | 3 |
| 基金滚存结余可支配月数（月） | 5 | 基金支出占收入的比例,是否略有结余。用以反映医保基金是否遵照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则执行情况 | 满分:6-9个月；每低于或高于标准值1%扣0.1分，扣完为止。 | 0 |
| **时效指标（5分)** | 医疗费用即时结算率 | 5 | 当年城乡居民医保医保刷卡人次/ 当年城乡居民医保总人次 | 满分95%，每低于或高于标准值1%扣0.1分，扣完为止。 | 5 |
| **效益（20分）** | **项目效益（20分）** | 社会效益 | 10 | 项目实施所产生的效益。 | 项目实施所产生的效益，是否减轻了职工的医疗费用负担。 | 10 |
| （10分） |
| 目标群体满意度 | 10 | 社会公众或服务对象对项目实施效果的满意程度。 | 社会公众或服务对象是指因该项目实施而受到影响的部门（单位）、群体或个人。一般采取社会调查的方式。 | 10 |
| （10分） |
| **总计** |  |  | 100 |  |  | 95 |