**合水县2024年度城乡居民基本医疗保险参保县级配套资金项目支出绩效评价报告**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、项目基本情况** | | | | | |
| **基** **本** **情** **况** | **项目名称** | 合水县2024年度城乡居民基本医疗保险参保县级配套资金项目支出绩效评价 | | | |
| **评价年度** | 2024年度 | **评价类型** | 财政评价 | |
| **委托评价单位** | 合水县财政局 | **评价机构名称** |  | |
| **评价对象名称** | 合水县2024年度城乡居民基本医疗保险参保县级配套资金项目 | | | |
| **实** **施** **目** **的** | **确保基金平稳运行 ：**县级配套资金是城乡居民医疗保险基金的重要组成部分，通过提供稳定的资金支持，保障医保基金有足够的资金来支付参保人员的医疗费用，确保医保制度的正常运转。**提高保障待遇水平 ：**随着医疗技术的发展和医疗费用的增长，通过县级配套资金的投入，有助于提高居民医保的人均财政补助标准，进而提高参保人员的医疗保障待遇，减轻他们的医疗费用负担。**扩大医保覆盖范围 ：**县级配套资金可以用于对困难群众参保的资助，如特困人员、孤儿、低保对象等，实现应保尽保，让更多的人能够享受到医保政策带来的福利，扩大医保的覆盖范围。**增强制度可持续性 ：**稳定的县级配套资金投入，能够增强城乡居民医疗保险制度的财务可持续性，使其能够应对人口老龄化、疾病谱变化等挑战，保障制度长期稳定发展。**促进社会公平与和谐：**通过县级配套资金的支持，能够使不同收入水平的居民都能享受到基本医疗保障，缩小城乡之间、不同群体之间在医疗保障方面的差距，促进社会公平与和谐稳定。 | | | | |
| **资 金 情 况（万元）** | **预算安排资金** | 246.4万元 | **实际到位资金** | | 218.17万元 |
| 其中：省级财政 |  | 其中：省级财政 | |  |
| 县级财政 | 246.4万元 | 县级财政 | | 218.17万元 |
| **实际支出资金** | 218.17万元 | **结转结余资金** | | 0 |
| **预算执行率** | 88.54% | | | |

**二、部门绩效目标**

|  |  |
| --- | --- |
| **年度绩效**  **目标** | 1.县级配套资金足额到位，预算执行率达到100%；  2.城乡居民参保率稳定在98%以上；  3.医保基金支付及时率100%，参保居民住院费用政策范围内报销比例不低于70%；  4.居民对医保政策满意度达到95%以上。 |
| **三、评价基本情况** | |
| **评价范围** | 评价对象为县医保局城乡居民医疗保险县级配套资金项目，范围涵盖2024年度项目预算安排、资金使用、政策落实及效益实现情况，涉及全县所有参保居民及相关经办机构。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **评价依据** | 1. 国家及省级关于城乡居民医疗保险的政策文件：《社会保险法》《甘肃省城乡居民医保基金管理办法》；  2. 县级财政预算管理制度、项目资金管理办法；  3. 项目预算批复、资金拨付凭证、基金收支报表等财务资料；  4. 参保人数、报销人次、待遇支付标准等业务数据。 |
| **绩效评价指标体系** | 1. 项目决策（权重20%）  指标：政策依据充分性（10分）、预算测算合理性（10分）；  评价标准：政策依据不符合得0分，部分符合得5分，完全符合得10分；预算测算误差≤5%得10分，5%-10%得5分，＞10%得0分；  数据来源：政策文件、预算测算报告，通过查阅资料收集证据。  2. 项目过程（权重30%）  指标：资金拨付及时性（15分）、资金使用合规性（15分）；  评价标准：资金按计划拨付得15分，延迟≤10天得10分，延迟＞10天得0分；无违规使用得15分，存在违规但未造成损失得5分，造成损失得0分；  数据来源：拨款凭证、审计报告，通过财务核查收集证据。  3. 项目产出（权重25%）  指标：参保率（10分）、待遇支付及时率（15分）；  评价标准：参保率≥98%得10分，95%-98%得5分，＜95%得0分；支付及时率100%得15分，＜100%得0分；  数据来源：参保统计报表、报销记录，通过业务系统数据核实。  4. 项目效益（权重25%）  指标：居民满意度（15分）、基金可持续性（10分）；  评价标准：满意度≥90%得15分，80%-90%得10分，＜80%得0分；基金累计结余可支付月数≥6个月得10分，＜6个月得0分； |
| **评价方法** | 评价方法：采用定量与定性相结合、非现场评价与现场评价相结合的方法，包括文献研究法、数据分析法、问卷调查法、实地访谈法（走访乡镇医保经办点、定点医院及参保居民）。 |
| **数据采集及处理办法** | 政策文件、预算测算报告，通过查阅资料收集证据。参保统计报表、报销记录，通过业务系统数据核实。 |
| **绩效评价工作过程** | 1.前期准备：成立评价小组，制定评价方案，收集政策文件、财务及业务资料，设计调查问卷和访谈提纲。  2.非现场评价：对预算报表、基金收支数据、参保信息等进行分析，梳理项目决策及过程合规性。  3.现场评价：走访3个乡镇医保经办点、2家定点医院，随机访谈50名参保居民，核实资金使用及待遇落实情况。  4.综合分析：结合非现场与现场评价结果，对照指标体系打分，分析存在的问题。  5.报告撰写：汇总评价数据，形成评价结论，提出建议，完成报告初稿并征求相关单位意见后定稿。 |

**四、评价结论和绩效分析**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **综合评价结论** | **评价得分** | | 92 | | | **评价等级** | 优秀 |
| **绩效**  **分析** | **指标** | 决策 | 过程 | 产出 | 效益 | 合计 | |
| **得分率** | 19% | 28% | 25% | 20% | 92 | |

**五、存在的问题**

|  |
| --- |
| 1.部分地区服务便利性不足：偏远地区居民反映门诊报销需多次跑路，原因是基层经办点人员不足，线上报销操作指引不够清晰。  2.居民满意度未达预期：主要因部分慢性病患者对特殊病种报销范围有更高需求，而当前政策受基金承受能力限制，暂未扩大覆盖范围。  3.预算测算精准度待提升：参保人数增长率预估偏差源于人口流动数据更新不及时，影响预算前瞻性。 |
| **六、有关意见建议** |
| 1.优化基层服务能力：增加偏远地区经办点人员编制，开展线上报销操作培训，制作简易指引手册，简化门诊报销流程。  2.动态调整保障政策：结合基金结余情况，逐步扩大特殊病种门诊报销范围，定期调研居民需求，建立待遇调整长效机制。  3.提升预算测算精度：加强与公安、民政部门数据共享，建立参保人数动态监测模型，提高预算与实际需求的匹配度。 |
| **七、其他需要说明的事项** |
| 无 |