

曾都区打击欺诈骗保奖励及工作经费 2020 年度绩效自评报告

根据省医疗保障局要求，为强化部门支出责任意识，提高财政资金使用效益。我单位对 2020 年度打击欺诈骗保奖励及工作经费实施绩效评价，自评报告如下：

一、自评结论

（一）自评得分

2020 年度曾都区打击欺诈骗保奖励及工作经费自评分 100 分。

（二）绩效目标完成情况

1、执行率情况

2020 年度曾都区打击欺诈骗保奖励及工作经费预算数为 27 万元，执行数为 27 万元，执行率 100%。

2、完成的绩效目标

2020 年曾都区大型社会宣传服务次数预算指标 2 次，实际完成 2 次。2019 年 4 月 22 日及 6 月 10 日，在神农公园举办打击欺诈骗取医保基金专项治理工作宣传活动，展出宣传牌 30 块，接待市民咨询 450 人次，向市民发放宣传画册 6000 余份，随州日报、曾都新闻、云上随州、云上曾都、随州论坛等多家媒体进行了宣传报道，加强了舆论引导。2020 年曾都区打击欺诈骗保奖励专项治理工作预算 4 次，先后迎接国家、省、市各级打击欺诈骗保飞行检查、专项检查 6 次，对全区范围内 442 家定点医药机构进行随机抽检。

（三）存在的问题和原因

一是宣传力度不大，目前主要是以报纸、网络等宣传医疗救助政策，而困难群众大多文化程度低，长年不看报纸不上网，不了解医疗救助政策；二是两定管理有待进一步规范，收费混乱，存在违规收费、提高标准收费、小病大治、过度诊疗现象。

（四）下一步改进措施

（一）监管手段单一，信息化建设滞后。目前，基金监管主要采取人工稽核方式进行，而面对众多定点医药机构，人员短缺，难以对全部定点医药机构进行全面有效的监管，不仅存在监管漏洞，还存在人为因素影响监管质量的问题。同时，急需解决办公场所，推进信息化建设。

（二）少数医疗机构降低标准收住、挂床住院、重复检查、过度检查、过度治疗等现象仍然存在，对违规行为的处理力度还不够大，震慑效果还不理想。

二、佐证材料

（一）基本情况

2020 年曾都区打击欺诈骗保奖励专项治理工作小组对存在超标准收费、串换项目收费、自立项目收费、收费与实际不符、降低标准收住院、过度治疗、套餐式检查、药品及特殊耗材进销存不一致等问题的医疗机构下达通报 10 期，通报批评存在违规行为定点医疗机构 22 家，追回违规行为产生的医保基金 58.29 万元，责令医疗机构退回违规行为产

生的医疗费用 2.90 万元，取消违规医疗机构定点资格 3 家，暂停违规医疗机构定点资格 7 家，暂停违规医师接诊参保患者处方权 5 名。

（二）自评工作开展情况

局领导集体研究并对工作进行部署，统筹规划，强化落实责任，对照工作方案和要求，自查自纠、查缺补漏。从加强预算管理、强化基金监管、做好控费工作等方面进行考核；对政策执行管理和政策效果指标严格把关，进一步规范定点医疗机构和医务人员诊疗行为，提升基本医疗保险保障绩效，发现问题及时纠正以保证绩效目标的完成；严格依据有关规定开展自评，自评材料做到全面、真实、可靠，确保自评结果客观真实，不弄虚作假。

（三）绩效目标完成情况分析

1、预算执行情况分析

根据项目绩效目标，对该项目从立项开始直到项目实施完成，实行全过程的监管，特别是对专项资金使用情况，进行全面分析和综合评价，切实提高财政资金使用效率和项目管理水平，为以后年度财政资金预算安排提供重要参考依据。

（一）资金投入情况分析

（1）资金到位情况分析：全年打击欺诈骗保奖励及工作经费收入 27 万元。资金及时到位，保障项目按期执行。

（2）项目资金执行情况分析

2020 年曾都区打击欺诈骗保奖励专项治理工作小组，先后迎接国家、省、市各级打击欺诈骗保飞行检查、专项检查 6 次，对全区范围内 442 家定点医药机构进行随机抽检。资金使用率达到 100%。

（3）项目资金管理情况分析

打击欺诈骗保奖励及工作经费严格执行机关财务管理制度，对曾都区打击欺诈骗保奖励专项治理工作小组申报各项工作支出标准经财务人员严格审核后，分管领导签字报销。支出程序规范，支付手续到位。

2、绩效目标完成情况分析

2020 年曾都区打击欺诈骗保奖励专项治理工作小组对存在超标准收费、串换项目收费、自立项目收费、收费与实际不符、降低标准收住院、过度治疗、套餐式检查、药品及特殊耗材进销存不一致等问题的医疗机构下达通报 10 期，通报批评存在违规行为定点医疗机构 22 家，追回违规行为产生的医保基金 58.29 万元，责令医疗机构退回违规行为产生的医疗费用 2.90 万元，取消违规医疗机构定点资格 3 家，暂停违规医疗机构定点资格 7 家，暂停违规医师接诊参保患者处方权 5 名。

2020 年 4 月 15 日

2020 年度打击欺诈骗保奖励及工作经费项目绩效自评表

填报日期:

2021 年 4 月

总分: 100

项目名称	打击欺诈骗保奖励及工作经费				
主管部门	曾都区医疗保障局		项目实施单位	曾都区医疗保障局	
项目类别	1、部门预算项目 ☒ √ 2、省专项 ☐ 3、中央转移支付项目 ☐				
项目属性	1、持续性项目 ☐ √ 2、新增性项目 ☐				
项目类型	1、常年性项目 ☐ √ 2、延续性项目 ☐ 3、一次性项目 ☐				
预算执行情况 (万元) (20 分)		预算数 (A)	执行数 (B)	执行率 (B/A)	得分 (20 分*执行率)
	年度财政资金总额	27	27	100%	20
一级指标	二级指标	三级指标	年初目标值 (A)	实际完成值 (B)	得分
产出指标 (40 分)	数量指标	27	27	100%	20
	质量指标				
	时效指标执行	27	27	100%	20
	成本指标				
效益指标 (40 分)	专项治理检查次数	4	6	120%	20
	大型社会宣传服务 次数指标	2	2	100%	20
总分	100				

偏差大或目标未完成原因分析	无
改进措施及结果应用方案	1、集中宣传，通过各医保服务中心或相关媒体，集中宣传解读医疗保障基金监管法律法规，并定期曝光一些已经查实的骗保案例； 2、专项自查，通过到各定点医院、药店等进行检查，并邀请群众或第三方参与到监督中来； 3、专项治理后复查，根据前期检查的情况，要求进行整改，并进行回头看复查。
备注： 1、预算执行情况口径：预算数为调整后财政资金总额（包括上年结余结转）。执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。 2、定量指标完成数汇总原则：绝对值直接累加计算，相对值按照资金额度加权平均计算。定量指标计分原则：（即目标值为 $\geq X$ 得分=权重*B/A，反向指标（即目标值为 $\leq X$ ，得分=权重*A/B），得分不得突破权重总额。定量指标先汇总完成数，在计算得分。 3、定性指标计分原则：达成预期指标、部门达成预期指标并具有一定效果、未达成预期指标且效果较差三挡，分别按照该指标对应分值区间 100-80%（含 80%）、80-50（含 50%）、50-0%合理确定分值。汇总时，以资金额度为权重，对分值进行加权平均计算。 4、基于经济性和必要性等因素考虑，满意度指标暂可不作为必评指标。	

曾都区医疗保障能力服务建设工作经费 2020 年度绩效自评报告

根据省医疗保障局要求，为强化部门支出责任意识，提高财政资金使用效益。我单位对 2020 年度医疗保障能力服务建设工作经费实施绩效评价，自评报告如下：

一、自评结论

（一） 自评得分

2020 年度曾都区医疗保障能力服务建设工作经费自评分 98 分。

（二） 绩效目标完成情况

1、 执行率情况

2020 年度曾都区医疗保障能力服务建设工作经费预算数为 100 万元，执行数为 100 万元，执行率 100%。

2、 完成的绩效目标

2020 年曾都统筹区城乡居民 500609 人参加城乡居民基本医疗保险，共筹集各项财政补助资金 24519 万元，其中：中央财政补助资金 15988 万元，省级财政补助资金 4617 万元，地方财政补助资金 3914 万元。参保居民在按时缴费的同时及时享受城乡居民基本医疗保险待遇，全部资金均用于城乡居民医疗保险待遇支出，完成了全年的总体绩效目标。经办机构工作经费 100 万元。

（三） 存在的问题和原因

一是医保信息网络建设滞后，政策系统不统一，致使参保群众待遇不平衡；二是两定管理有待进一步规范，收费混乱，存在违规收费、提高标准收费、小病大治、过度诊疗现象；三是医疗保险经办机构、

税务部门与财政部门的缴费收入不一致；四是医保政策宣传力度不大，形式单一，覆盖面小，政策解释繁琐复杂。

（四）下一步拟改进措施

一是根据政策调整，进一步完善城乡居民基本医疗保险网络；二是积极探索医疗保险付费制度改革，实行按病种、按人头付费，争取成为医疗保险付费制度改革试点区；三是在参保缴费方面，加强同地税等部门协调，做好城乡居民缴费统计工作，做到应保尽保；四是加大医疗保险政策宣传力度，让政策下沉到基层、下沉乡村，让城乡居民熟悉医疗保险相关政策，方便居民及时享受医保惠民政策带来的成果。

二、佐证材料

（一）基本情况

2020 年曾都统筹区（含市直、市高新区、大洪山风景管理区以及曾都区）城乡居民参加基本医疗保险人数 500609 人，共筹集各项财政补助资金 24519 万元，其中：中央财政补助资金 15988 万元，省级财政补助资金 4617 万元，地方财政补助资金 3914 万元。全部资金用于城乡居民依据医保政策享受相关待遇，有效减轻城乡居民参保人员的医疗费用负担。经办机构工作经费 100 万元。

（二）项目资金情况

根据项目绩效目标，对该项目从立项开始直到项目实施完成，实行全过程的监管，特别是对专项资金使用情况，进行全面分析和综合评价，切实提高财政资金使用效率和项目管理水平，为以后年度财政资金预算安排提供重要参考依据。

（一）资金投入情况分析

1. 资金到位情况分析：按照中央文件各级财政补助标准不低于 550 元的规定，2020 年曾都区各项财政补助资金共计 24519 万元，其中：中央财政补助资金 15988 万元，省级财政补助资金 4617 万元，地方财政补助资金 3914 万元。按时进入曾都区社保基金财政专户，各项资金及时到位，保障项目按期执行。经办机构工作经费 100 万元。

2、项目资金执行情况分析

2020 年曾都区参保居民发生普通门诊就诊人次 878882 人次，住院 110389 人次，城乡居民基本医疗保险待遇支出 43604 万元，各级财政补助资金 26095.87 万元全部用于参保居民的医疗待遇支出。经办机构工作经费 100 万元。

3、项目资金管理情况分析

财政补助资金严格执行“收支两条线”管理，各级财政补助资金直接划拨到区财政社保基金专户，医疗经办机构负责对定点医疗机构和参保个人申报医疗费用进行审核，对符合政策规定的医疗费用，向财政局申报资金拨付到定点医疗机构和个人，做到了审核支付环节有监督，支付手续规范。杜绝了违规挪用项目资金的违规违纪行为。

（二）自评工作开展情况

局领导集体研究并对工作进行部署，统筹规划，强化落实责任，对照工作方案和要求，自查自纠、查缺补漏。从加强预算管理、强化基金监管、做好控费工作等方面进行考核；对政策执行管理和政策效果指标严格把关，进一步规范定点医疗机构和医务人员诊疗行为，提

升基本医疗保险保障绩效，发现问题及时纠正以保证绩效目标的完成；严格依据有关规定开展自评，自评材料做到全面、真实、可靠，确保自评结果客观真实，不弄虚作假。

（三）绩效目标完成情况分析

1、预算执行情况分析

2020 年曾都区城乡居民地方配套资金预算数为 4292 万元，实际执行数为 3914 万元，相差 378 万元，是因为 2020 年曾都区城乡居民医疗保险预算参保人数为 370000 人，地方财政补助标准按 116 元/人计算，而曾都区 2020 年实际参保人数为 355789 人，地方财政补助标准 110 元/人。经办机构工作经费 100 万元。

2、绩效目标完成情况分析

（1）产出指标完成情况分析

2020 年曾都统筹区（含市直、市高新区、大洪山风景管理区以及曾都区）城乡居民参加基本医疗保险人数 500609 人，城镇职工参保 99078 人，共参加医疗保险 599687 人，按曾都统筹区常住人口 639200 人测算，参保率为 94%。经办机构工作经费 100 万元。

（2）效益指标完成情况分析

2020 年曾都区参保居民发生普通门诊就诊人次 878882 人次，住院 110389 人次，城乡居民基本医疗保险待遇支出 43604 万元，参保居民按政策及时享受到基本医疗保险待遇，各级财政补助资金全部用于参保居民看病就医，减轻经济负担 24519 万元，同时通过自身建设，区医疗保险城乡居民网络基本健全，居民可持续参保享受医疗保

险待遇。经办机构工作经费 100 万元。

（3）满意度指标完成情况

参保居民因个体经济条件差异、文化水平参差不齐等在医疗保险政策理解和报销比例方面存在个体差异。

2021 年 4 月 15 日

2020 年度医疗保障能力服务建设工作经费项目绩效自评表

填报日期：2021 年 4 月

总分：100

项目名称	医疗保障能力服务建设工作经费				
主管部门	曾都区医疗保障局		项目实施单位	曾都区医疗保障局	
项目类别	1、部门预算项目 ☒ √ 2、省专项 ☐ 3、中央转移支付项目 ☐				
项目属性	1、持续性项目 ☒ √ 2、新增性项目 ☐				
项目类型	1、常年性项目 ☒ √ 2、延续性项目 ☐ 3、一次性项目 ☐				
预算执行情况 (万元) (20 分)		预算数 (A)	执行数 (B)	执行率 (B/A)	得分 (20 分*执行率)
	年度财政资金总额	100	100	100%	20
一级指标	二级指标	三级指标	年初目标值 (A)	实际完成值 (B)	得分
产出指标 (40 分)	数量指标	实际到位资金	100	100	20
	质量指标				

	时效指标	资金到位率	100	100%	20
	成本指标				
效益指标 (40 分)	可持续影响指标	推动服务效率提升	稳步提升	全覆盖	20
	社会效益指标	支出依据合理度	支出合理合规	支出合理合规	20
总分	100				
偏差大或目标 未完成原因分 析	无				
改进措施及结 果应用方案	曾都城乡居民参保 37 万人, 按地方财政补助标准 116 元/人计算, 财政应补助金额 4292 万元。此为工作经费 100 万元说明。				
备注： 1、预算执行情况口径：预算数为调整后财政资金总额（包括上年结余结转）。执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。 2、定量指标完成数汇总原则：绝对值直接累加计算，相对值按照资金额度加权平均计算。定量指标计分原则：（即目标值为 $\geq X$ 得分=权重*B/A，反向指标（即目标值为 $\leq X$ ，得分=权重*A/B），得分不得突破权重总额。定量指标先汇总完成数，在计算得分。 3、定性指标计分原则：达成预期指标、部门达成预期指标并具有一定效果、未达成预期指标且效果较差三挡，分别按照该指标对应分值区间 100-80%（含 80%）、80-50（含 50%）、50-0%合理确定分值。汇总时，以资金额度为权重，对分值进行加权平均计算。 4、基于经济性和必要性等因素考虑，满意度指标暂可不作为必评指标。					

曾都区镇办医疗保障服务中心经费 2020 年度绩效自评报告

根据省医疗保障局要求，为强化部门支出责任意识，提高财政资金使用效益。我单位对 2020 年度镇办医疗保障服务中心经费实施绩效评价，自评报告如下：

一、自评结论

（一） 自评得分

2020 年度曾都区镇办医疗保障服务中心经费自评分 100 分。

（二） 绩效目标完成情况

1、执行率情况

2020 年度曾都区镇办医疗保障服务中心经费预算数为 140 万元，执行数为 140 万元，执行率 100%。

2、完成的绩效目标

根据会议精神，2020 年曾都区医保局医保服务中心现有 15 个以钱养事人员，每人每年财政预算 6 万元，计 90 万元。每个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年 5 万元，计 50 万元。以上共计 140 万元。

（三） 存在的问题和原因

一是以钱养事人员工资、五险一金、年终奖等年支出人均 7.8 万元左右，有较大的资金缺口；二是 10 个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年 5 万元，不能满足实际工作需求，也有较大的资金缺口。

（四） 下一步拟改进措施

请财政部门能够提高以钱养事人员工资待遇，提高人员工作积极性。请财政部门提高 10 个医疗保障服务中心工作经费财政预算，保障工作的正常开展。

二、佐证材料

（一）基本情况

根据会议精神，2020 年曾都区医保局医保服务中心现有 15 个以钱养事人员，每人每年财政预算 6 万元，计 90 万元。每个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年 5 万元，计 50 万元。以上共计 140 万元。

（二）项目资金情况

根据会议精神，2020 年曾都区医保局医保服务中心现有 15 个以钱养事人员，每人每年财政预算 6 万元，计 90 万元。每个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年 5 万元，计 50 万元。以上共计 140 万元。

（一）资金投入情况分析

根据会议精神，2020 年曾都区医保局医保服务中心现有 15 个以钱养事人员，每人每年财政预算 6 万元，计 90 万元。每个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年 5 万元，计 50 万元。以上共计 140 万元。

3、项目资金管理情况分析

镇办医疗保障服务中心经费严格执行机关财务管理制度，申报各项工作支出标准经财务人员严格审核后，分管领导签字报销。支出程序规范，支付手续到位。支付手续严格规范，杜绝了违规挪用项目资金的违规违纪行为。

（二）自评工作开展情况

局领导集体研究并对工作进行部署，统筹规划，强化落实责任，对照工作方案和要求，自查自纠、查缺补漏。从加强预算管理、强化监管、做好控费工作等方面进行考核；对支出行为严格把关，进一步规范化管理，提升资金使用绩效，发现问题及时纠正以保证绩效目标的完成；严格依据有关规定开展自评，自评材料做到全面、真实、可靠，确保自评结果客观真实，不弄虚作假。

（三）绩效目标完成情况分析

根据会议精神，2020年曾都区医保局医保服务中心现有15个以钱养事人员，每人每年财政预算6万元，计90万元。每个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年5万元，计50万元。以上共计140万元。以钱养事人员工资、五险一金、年终奖等年支出人均7.8万元左右，有较大的资金缺口；10个医疗保障服务中心财政预算工作经费每年5万元，不能满足实际工作需求，也有较大的资金缺口。请财政部门能够提高以钱养事人员工资待遇，提高人员工作积极性。请财政部门提高10个医疗保障服务中心工作经费财政预算，

保障工作的正常开展。

2021 年 4 月 15 日

2020 年度镇办医疗保障服务中心经费项目绩效自评表

填报日期：2021 年 4 月

总分：100

项目名称	镇办医疗保障服务中心经费				
主管部门	曾都区医疗保障局		项目实施单位	曾都区医疗保障局	
项目类别	1、部门预算项目 ☒ √ 2、省专项 ☐ 3、中央转移支付项目 ☐				
项目属性	1、持续性项目 ☒ √ 2、新增性项目 ☐				
项目类型	1、常年性项目 ☒ √ 2、延续性项目 ☐ 3、一次性项目 ☐				
预算执行情况 (万元) (20 分)		预算数 (A)	执行数 (B)	执行率 (B/A)	得分 (20 分*执行率)
	年度财政资金总额	140	140	100%	20
一级指标	二级指标	三级指标	年初目标值 (A)	实际完成值 (B)	得分
产出指标 (40 分)	数量指标	实际到位资金	140	100%	20
	质量指标				
	时效指标	资金到位率	140	100%	20
	成本指标				
效益指标	可持续影响指标	推动服务效率提升	稳步提升	全覆盖	20

(40 分)	社会效益指标	支出依据合理度	支出合理合规	支出合理合规	20
总分	100				
偏差大或目标未完成原因分析	无				
改进措施及结果应用方案	根据会议精神，15 个以钱养事人员，每人每年 6 万元。每个医疗保障服务中心工作经费每年 5 万元，共计 140 万元				

备注：

- 1、预算执行情况口径：预算数为调整后财政资金总额（包括上年结余结转）。执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。
- 2、定量指标完成数汇总原则：绝对值直接累加计算，相对值按照资金额度加权平均计算。定量指标计分原则：（即目标值为 $\geq X$ 得分=权重*B/A，反向指标（即目标值为 $\leq X$ ，得分=权重*A/B），得分不得突破权重总额。定量指标先汇总完成数，在计算得分。
- 3、定性指标计分原则：达成预期指标、部门达成预期指标并具有一定效果、未达成预期指标且效果较差三挡，分别按照该指标对应分值区间 100-80%（含 80%）、80-50（含 50%）、50-0%合理确定分值。汇总时，以资金额度为权重，对分值进行加权平均计算。
- 4、基于经济性和必要性等因素考虑，满意度指标暂可不作为必评指标。

曾都区城乡居民医疗保险地方配套资金 2020 年度绩效自评报告

根据省医疗保障局要求，为强化部门支出责任意识，提高财政资金使用效益。我单位对 2020 年度城乡居民医保地方配套资金实施绩效评价，自评报告如下：

二、自评结论

（一） 自评得分

2020 年度曾都区城乡居民医疗保险地方配套资金自评分 98 分。

（二）绩效目标完成情况

1、执行率情况

2020 年度曾都区城乡居民预算数为 4292 万元，执行数为 3914 万元，执行率 91%。

3、完成的绩效目标

2020 年曾都统筹区城乡居民 500609 人参加城乡居民基本医疗保险，共筹集各项财政补助资金 24519 万元，其中：中央财政补助资金 15988 万元，省级财政补助资金 4617 万元，地方财政补助资金 3914 万元。参保居民在按时缴费的同时及时享受城乡居民基本医疗保险待遇，全部资金均用于城乡居民医疗保险待遇支出，完成了全年的总体绩效目标。

（四）存在的问题和原因

一是医保信息网络建设滞后，政策系统不统一，致使参保群众待遇不平衡；二是两定管理有待进一步规范，收费混乱，存在违规收费、提高标准收费、小病大治、过度诊疗现象；三是医疗保险经办机构、

税务部门与财政部门的缴费收入不一致；四是医保政策宣传力度不大，形式单一，覆盖面小，政策解释繁琐复杂。

（四）下一步拟改进措施

一是根据政策调整，进一步完善城乡居民基本医疗保险网络；二是积极探索医疗保险付费制度改革，实行按病种、按人头付费，争取成为医疗保险付费制度改革试点区；三是在参保缴费方面，加强同地税等部门协调，做好城乡居民缴费统计工作，做到应保尽保；四是加大医疗保险政策宣传力度，让政策下沉到基层、下沉乡村，让城乡居民熟悉医疗保险相关政策，方便居民及时享受医保惠民政策带来的成果。

二、佐证材料

（一）基本情况

2020 年曾都统筹区（含市直、市高新区、大洪山风景管理区以及曾都区）城乡居民参加基本医疗保险人数 500609 人，共筹集各项财政补助资金 24519 万元，其中：中央财政补助资金 15988 万元，省级财政补助资金 4617 万元，地方财政补助资金 3914 万元。全部资金用于城乡居民依据医保政策享受相关待遇，有效减轻城乡居民参保人员的医疗费用负担。

（三）项目资金情况

根据项目绩效目标，对该项目从立项开始直到项目实施完成，实行全过程的监管，特别是对专项资金使用情况，进行全面分析和综合评价，切实提高财政资金使用效率和项目管理水平，为以后年度财政资金预算安排提供重要参考依据。

（一）资金投入情况分析

1. 资金到位情况分析：按照中央文件各级财政补助标准不低于 550 元的规定，2020 年曾都区各项财政补助资金共计 24519 万元，其中：中央财政补助资金 15988 万元，省级财政补助资金 4617 万元，地方财政补助资金 3914 万元。按时进入曾都区社保基金财政专户，各项资金及时到位，保障项目按期执行。

2、项目资金执行情况分析

2020 年曾都区参保居民发生普通门诊就诊人次 878882 人次，住院 110389 人次，城乡居民基本医疗保险待遇支出 43604 万元，各级财政补助资金 26095.87 万元全部用于参保居民的医疗待遇支出。

3、项目资金管理情况分析

财政补助资金严格执行“收支两条线”管理，各级财政补助资金直接划拨到区财政社保基金专户，医疗经办机构负责对定点医疗机构和参保个人申报医疗费用进行审核，对符合政策规定的医疗费用，向财政局申报资金拨付到定点医疗机构和个人，做到了审核支付环节有监督，支付手续规范。杜绝了违规挪用项目资金的违规违纪行为。

（二）自评工作开展情况

局领导集体研究并对工作进行部署，统筹规划，强化落实责任，对照工作方案和要求，自查自纠、查缺补漏。从加强预算管理、强化基金监管、做好控费工作等方面进行考核；对政策执行管理和政策效果指标严格把关，进一步规范定点医疗机构和医务人员诊疗行为，提升基本医疗保险保障绩效，发现问题及时纠正以保证绩效目标的完

成；严格依据有关规定开展自评，自评材料做到全面、真实、可靠，确保自评结果客观真实，不弄虚作假。

（三）绩效目标完成情况分析

1、预算执行情况分析

2020 年曾都区城乡居民地方配套资金预算数为 4292 万元，实际执行数为 3914 万元，相差 378 万元，是因为 2020 年曾都区城乡居民医疗保险预算参保人数为 370000 人，地方财政补助标准按 116 元/人计算，而曾都区 2020 年实际参保人数为 355789 人，地方财政补助标准 110 元/人。

2、绩效目标完成情况分析

（1）产出指标完成情况分析

2020 年曾都统筹区（含市直、市高新区、大洪山风景管理区以及曾都区）城乡居民参加基本医疗保险人数 500609 人，城镇职工参保 99078 人，共参加医疗保险 599687 人，按曾都统筹区常住人口 639200 人测算，参保率为 94%。

（2）效益指标完成情况分析

2020 年曾都区参保居民发生普通门诊就诊人次 878882 人次，住院 110389 人次，城乡居民基本医疗保险待遇支出 43604 万元，参保居民按政策及时享受到基本医疗保险待遇，各级财政补助资金全部用于参保居民看病就医，减轻经济负担 24519 万元，同时通过自身建设，区医疗保险城乡居民网络基本健全，居民可持续参保享受医疗保险待遇。

（3）满意度指标完成情况

参保居民因个体经济条件差异、文化水平参差不齐等在医疗保险政策理解和报销比例方面存在个体差异。

2021 年 4 月 15 日

2020 年度城乡居民医疗保险地方配套资金绩效自评表

填报日期： 2021 年 4 月

总分：

项目名称	城乡居民医疗保险地方配套资金				
主管部门	曾都区医疗保障局		项目实施单位	曾都区医疗保障服务中心	
项目类别	1、部门预算项目 ☐ 2、省专项 ☐ 3、中央转移支付项目 ☐				
项目属性	1、持续性项目 ☐ 2、新增性项目 ☐				
项目类型	1、常年性项目 ☐ 2、延续性项目 ☐ 3、一次性项目 ☐				
预算执行情况 （万元） （20 分）		预算数（A）	执行数(B)	执行率（B/A）	得分 （20 分*执行率）
	年度财政资金总额	4292	3914	91%	18
一级指标	二级指标	三级指标	年初目标值(A)	实际完成值(B)	得分
产出指标 （40 分）	数量指标	城乡居民参保人数	≥355789 人	355789 人	40
		建档立卡贫困人口建档	≥26641 人	26641 人	
	质量指标	城乡居民参保率	≥90%	94%	
	时效指标	城乡居民医疗待遇报销时限	即时结算	即时结算	
效益指标 （40 分）	社会效益	居民医保门诊待遇享受人次	≥878882	878882	40
		居民医保住院待遇享受人次	≥110389	110389	

		受益建档立卡贫困人口数	≥ 26641 人	26641 人	
总分	98 分				
偏差大或目标未完成原因分析	2020 年曾都区城乡居民医疗保险预算参保人数为 370000 人，地方财政补助标准按 116 元/人计算，而曾都区 2020 年实际参保人数为 355789 人，地方财政补助标准 110 元/人，因此，执行数与预算数偏差 378 万元。				
改进措施及结果应用方案	一是根据政策调整，进一步完善城乡居民基本医疗保险网络；二是积极探索医疗保险付费制度改革，实行按病种、按人头付费，争取成为医疗保险付费制度改革试点区；三是在参保缴费方面，加强同地税等部门协调，做好城乡居民缴费统计工作，做到应保尽保；四是加大医疗保险政策宣传力度，让政策下沉到基层、下沉乡村，让城乡居民熟悉医疗保险相关政策，方便居民及时享受医保惠民政策带来的成果。				

备注：

1、预算执行情况口径：预算数为调整后财政资金总额（包括上年结余结转）。执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。

2、定量指标完成数汇总原则：绝对值直接累加计算，相对值按照资金额度加权平均计算。定量指标计分原则：（即目标值为 $\geq X$ 得分=权重*B/A，反向指标（即目标值为 $\leq X$ ，得分=权重*A/B），得分不得突破权重总额。定量指标先汇总完成数，在计算得分。

3、定性指标计分原则：达成预期指标、部门达成预期指标并具有一定效果、未达成预期指标且效果较差三挡，分别按照该指标对应分值区间 100-80%（含 80%）、80-50（含 50%）、50-0%合理确定分值。汇总时，以资金额度为权重，对分值进行加权平均计算。

4、基于经济性和必要性等因素考虑，满意度指标暂可不作为必评指标。

曾都区医疗救助地方配套 2020 年度绩效自评报告

根据省医疗保障局要求，为强化部门支出责任意识，提高财政资金使用效益。我单位对 2020 年度城乡医疗救助资金实施绩效评价，自评报告如下：

一、自评结论

（一）自评得分

2020 年度曾都区医疗救助地方配套资金自评分 90 分。

（二）绩效目标完成情况

1、执行率情况

2020 年度曾都区医疗救助预算数为 10 万元，执行数为 10 万元，执行率 100%。

2、完成的绩效目标

2020 年曾都区享受城乡医疗救助对象 48882 人，全年医疗救助资金收入 994 万元，其中中央财政救助资金 984 万元，地方财政救助资金 10 万元，全部用于城乡医疗救助对象看病就医补助，有效减轻了困难群众的经济负担。

（三）存在的问题和原因

一是宣传力度不大，目前主要是以报纸、网络等宣传医疗救助政策，而困难群众大多文化程度低，长年不看报纸不上网，不了解医疗救助政策；二是两定管理有待进一步规范，收费混乱，存在违规收费、提高标准收费、小病大治、过度诊疗现象。

（四）下一步改进措施

首先在救助对象覆盖面上下功夫，对符合国家规定的基础上适度扩大覆盖范围，让更多困难群众享受医疗救助待遇；其次在方便困难群众看病就医上下功夫，探索小病进社区，大病进医院的模式，适度减轻困难群众的经济负担。

二、佐证材料

（一）基本情况

2020 年曾都区城乡医疗救助对象 48882 人，全年医疗救助资金收入 994 万元，其中中央财政救助资金 984 万元，地方财政救助资金 10 万元。与中央专项彩票公益金统筹使用，通过实施城乡医疗救助，开展重特大疾病医疗救助工作，医疗救助对象人次规模不低于上年，重点对象自付费用年度限额内住院救助比例达到 70%。

（二）自评工作开展情况

局领导集体研究并对工作进行部署，统筹规划，强化落实责任，对照工作方案和要求，自查自纠、查缺补漏。从加强预算管理、强化基金监管、做好控费工作等方面进行考核；对政策执行管理和政策效果指标严格把关，进一步规范定点医疗机构和医务人员诊疗行为，提升基本医疗保险保障绩效，发现问题及时纠正以保证绩效目标的完成；严格依据有关规定开展自评，自评材料做到全面、真实、可靠，确保自评结果客观真实，不弄虚作假。

（三）绩效目标完成情况分析

1、预算执行情况分析

根据项目绩效目标，对该项目从立项开始直到项目实施完成，实行全过程的监管，特别是对专项资金使用情况，进行全面分析和综合评价，切实提高财政资金使用效率和项目管理水平，为以后年度财政资金预算安排提供重要参考依据。

（一）资金投入情况分析

（1）资金到位情况分析：全年医疗救助资金收入 994 万元，其中中央财政救助资金 984 万元，地方财政救助资金 10 万元。各项救助资金及时到位，保障项目按期执行。

（2）项目资金执行情况分析

曾都区资助门诊救助（特困供养对象门诊补助）1691 人，支出资金 84.55 万元；住院一站式救助 19163 人次，支出资金 1563 万元，合计支出 1647.55 万元。当年各级财政医疗救助资金 994 万元全部用于医疗救助对象看病就医补助。资金使用率达到 100%。

（3）项目资金管理情况分析

医疗补助资金严格执行“收支两条线”管理，各级财政医疗救助资金直接划拨到区财政救助基金专户，经办机构负责对定点医疗机构和医疗救助对象个人申报医疗费用补助标准进行审核，对符合政策规定的医疗费用补助，向财政局申报资金拨付到定点医疗机构和医疗救助对象个人。支出程序规范，支付手续到位。

2、绩效目标完成情况分析

（1）产出指标完成情况分析

2020 年曾都区医保局对救助对象在定点医疗机构住院全部实行“一站式”结算，同时按照文件规定重点救助对象政策范围内住院自费年度限额内救助比例按 70%救助。2020 年因我区发生重大疾病医疗救助人次较少，救助人次占直接救助人次的比重较低，未能达到 28%。

（2）效益指标完成情况分析

2020 年医疗救助对象覆盖面在符合国家规定的基础上，稳步拓展，适度扩大覆盖范围。所有定点医疗机构向困难群众放开，困难群众看病就医方便程度得到明显提高，同时有效缓解了困难群众的就医负担。通过改善服务方式，有助于健全社会救助体系和医疗保保障制度体系。

（3）满意度指标完成情况

服务对象政策知晓率和工作满意度能达到 90%，特别是对建档立卡贫困人口做到了“三个到位”。即：政策宣传到位、一站式结算到位，待遇落实到位。

2021 年 4 月 15 日

2020 年度医疗救助地方配套资金绩效自评表

填报日期： 2021 年 4 月

总分：

项目名称	医疗救助地方配套资金				
主管部门	曾都区医疗保障局		项目实施单位	曾都区医疗保障服务中心	
项目类别	1、部门预算项目 ☐ 2、省专项 ☐ 3、中央转移支付项目 ☐				
项目属性	1、持续性项目 ☐ 2、新增性项目 ☐				
项目类型	1、常年性项目 ☐ 2、延续性项目 ☐ 3、一次性项目 ☐				
预算执行情况 (万元) (20 分)		预算数 (A)	执行数 (B)	执行率 (B/A)	得分 (20 分* 执行率)
	年度财政资金总额	10	10	100%	20
一级指标	二级指标	三级指标	年初目标值 (A)	实际完成值 (B)	得分
产出指标 (40 分)	数量指标	医疗救助对象人次规模	符合救助条件的对象按规定纳入救助范围	48882	30
		重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比例	≥28%	17%	
	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%	70%	
	时效指标	“一站式”即时结算覆盖地区	不低于上年	全覆盖	
效益指标 (40 分)	社会效益	医疗救助对象覆盖范围	稳步拓展	全覆盖	40
		困难群众看病就医方便程度	明显提高	明显提高	
		困难群众医疗费用负担减轻程度	有效缓解	有效缓解	
总分	90 分				

偏差大或目标未完成原因分析	2020 年因我区发生重大疾病医疗救助人次较少,救助人次占直接救助人次的比重较低, 未能达到 28%。
改进措施及结果应用方案	首先在救助对象覆盖面上下功夫,对符合国家规定的基础上适度扩大覆盖范围,让更多困难群众享受医疗救助待遇;其次在方便困难群众看病就医上下功夫,探索小病进社区,大病进医院的模式,适度减轻困难群众的经济负担。

备注:

- 1、预算执行情况口径: 预算数为调整后财政资金总额(包括上年结余结转)。执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。
- 2、定量指标完成数汇总原则: 绝对值直接累加计算, 相对值按照资金额度加权平均计算。定量指标计分原则: (即目标值为 $\geq X$ 得分=权重*B/A, 反向指标(即目标值为 $\leq X$, 得分=权重*A/B), 得分不得突破权重总额。定量指标先汇总完成数, 在计算得分。
- 3、定性指标计分原则: 达成预期指标、部门达成预期指标并具有一定效果、未达成预期指标且效果较差三挡, 分别按照该指标对应分值区间 100-80%(含 80%)、80-50(含 50%)、50-0%合理确定分值。汇总时, 以资金额度为权重, 对分值进行加权平均计算。
- 4、基于经济性和必要性等因素考虑, 满意度指标暂可不作为必评指标。

2020 年度曾都区医疗保障局部门绩效自评情况汇总表

填报日期 2021 年 4 月

绩效自评覆盖率：100%

序号	资金使用单位	项目名称	财政资金总额
1	曾都区医疗保障局	打击欺诈骗保奖励及工作经费	27
2	曾都区医疗保障局	镇办医疗保障服务中心经费	140
3	曾都区医疗保障局	医疗保障能力服务建设工作经费	100
4	曾都区医疗保障局	城乡医疗救助地方配套	10
5	曾都区医疗保障局	城乡医疗保险地方配套	4292
合计			4569
合计			

备注：绩效自评覆盖率=自评项目个数/项目总数

曾都区医疗保障局 2020 年度绩效自评报告

根据省医疗保障局要求，为强化部门支出责任意识，提高财政资金使用效益。我单位对 2020 年度区级预算工作经费实施绩效评价，自评报告如下：

一、自评结论

（一）自评得分

2020 年度曾都区区级预算工作经费自评分 92 分。

（二）绩效目标完成情况

1、执行率情况

2020 年度曾都区区级预算工作经费预算数为 4569 万元，执行数为 4191 万元，执行率 92%。

2、完成的绩效目标

2020 年，重大疾病城乡居民申报备案 935 人，就医 935 人、51168 人次，医疗总费用 3153.75 万元，政策范围内费用 3024.14 万元，报销 2620.50 万元，人均报销 2.80 万元。

2020 年，农村贫困人口区域内住院 11248 人次，总费用 6361.44 万元，政策范围内总费用 6055.53 万元，报销 5675.07 万元，政策范围内综合报销比例为 93.71%。区域内大病、特殊慢性病门诊总费用 730.93 万元，政策范围内总费用 714.6 万元，报销 632.02 万元，政策范围内综合报销

比例为 88.44%。区域内年度个人负担政策范围内医疗费用控制在 5000 元以内，达到 100%覆盖。

2020 年医疗救助对象住院救助 10091 人、19163 人次、1563.34 万元；特困人员门诊救助 1691 人，84.55 万元；对在惠民医院就医的医疗救助对象实行十三项减免、十七项减半、药品优惠，救助 136.81 万元。

2020 年，城乡居民住院 64423 人、93648 人次，医疗总费用 64789.21 万元，政策范围内费用 58212.77 万元，报销 39684.00 万元，综合报销比例 68.17%。

（三）存在的问题和原因

1、监管手段单一，信息化建设滞后。目前，基金监管主要采取人工稽核方式进行，而面对众多定点医药机构，人员短缺，难以对全部定点医药机构进行全面有效的监管，不仅存在监管漏洞，还存在人为因素影响监管质量的问题。同时，急需解决办公场所，推进信息化建设。

2、少数医疗机构降低标准收住、挂床住院、重复检查、过度检查、过度治疗等现象仍然存在，对违规行为的处理力度还不够大，震慑效果还不理想。

（四）下一步改进措施

1、强化基金使用监管

严格贯彻执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，坚持合法、安全、公开、便民原则，进一步优化医疗保障公共管理服务，协同推进医药服务供给侧改革，为人民群众提供

更加便捷、高效的医疗保障服务和医药服务。在医疗保障系统内建立以行政监管为主、协议管理协同的监管机制，综合运用没收违法所得、罚款、吊销许可证件、限制从业、暂停医药服务、解除服务协议、暂停医疗费用联网结算等多项监管措施，严厉打击医疗保障基金使用中的违法行为。

2、推行支付方式改革

积极推行单病种收付费支付方式改革，严格执行市医疗保障局制定的 115 个病种费用标准，做好信息系统改造的对接工作和医疗机构执行的核查工作，凡是纳入按病种收费的病种全部纳入医保基金支付。通过医保支付方式改革，控制医疗费用的快速上涨，引导医疗机构控制成本，激励约束医保医师的医疗行为。

3、加强行政执法建设

一是全面推行行政执法“三项制度”，做好事前公示、规范事中公示、推动事后公示，落实好“双随机、一公开”工作。二是全面规范行政执法行为，做到有权必有责、用权受监督、失责必追究。开展行政执法培训，组织执法人员系统学习法律法规，将学法用法与医保基金监管工作有效结合；加强行政执法力量，对暂未取得执法证的监管工作人员，积极组织参加行政执法资格考试，充实行政执法队伍。

4、推进信息平台建设

根据国家、省医疗保障局信息化建设工作部署，随州市被列为湖北省医保信息化建设工作试点城市。为确保曾都区

信息化建设工作顺利推进，按期上线，急需落实办公场所，建设核心机房和信息化大厅，配置服务器、存储设备等相关设施。按照上级信息化建设总体部署，以楚天医保云为支撑，运用统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，进一步延伸医疗保障服务，全面满足全区参保对象、定点医药机构的应用需求。同时运用省级集中统一的医保智能监管系统，完善医疗服务监控机制，实现全天候、全过程、全覆盖实时监管，构建“横到边、纵到底”的基金监管体系。

二、佐证材料

（一）基本情况

2019 年城乡居民基本医疗保险参保 499016 人。2020 年城乡居民基本医疗保险参保 500609 人。2020 年比 2019 年参保人数提高 0.32%。

2020 年，重大疾病城乡居民申报备案 935 人，就医 935 人、51168 人次，医疗总费用 3153.75 万元，政策范围内费用 3024.14 万元，报销 2620.50 万元，人均报销 2.80 万元。

2020 年，农村贫困人口区域内住院 11248 人次，总费用 6361.44 万元，政策范围内总费用 6055.53 万元，报销 5675.07 万元，政策范围内综合报销比例为 93.71%。区域内大病、特殊慢性病门诊总费用 730.93 万元，政策范围内总费用 714.6 万元，报销 632.02 万元，政策范围内综合报销比例为 88.44%。区域内年度个人负担政策范围内医疗费用控制在 5000 元以内，达到 100%覆盖。

2020 年医疗救助对象住院救助 10091 人、19163 人次、1563.34 万元；特困人员门诊救助 1691 人，84.55 万元；对在惠民医院就医的医疗救助对象实行十三项减免、十七项减半、药品优惠，救助 136.81 万元。

2020 年，城乡居民住院 64423 人、93648 人次，医疗总费用 64789.21 万元，政策范围内费用 58212.77 万元，报销 39684.00 万元，综合报销比例 68.17%。

（二）自评工作开展情况

局领导集体研究并对工作进行部署，统筹规划，强化落实责任，对照工作方案和要求，自查自纠、查缺补漏。从加强预算管理、强化基金监管、做好控费工作等方面进行考核；对政策执行管理和政策效果指标严格把关，进一步规范定点医疗机构和医务人员诊疗行为，提升基本医疗保险保障绩效，发现问题及时纠正以保证绩效目标的完成；严格依据有关规定开展自评，自评材料做到全面、真实、可靠，确保自评结果客观真实，不弄虚作假。

（三）绩效目标完成情况分析

1、预算执行情况分析

根据项目绩效目标，对该项目从立项开始直到项目实施完成，实行全过程的监管，特别是对专项资金使用情况，进行全面分析和综合评价，切实提高财政资金使用效率和项目

管理水平，为以后年度财政资金预算安排提供重要参考依据。

（一）资金投入情况分析

（1）资金到位情况分析：2020 年度曾都区区级预算工作经费预算数为 4569 万元，执行数到位为 4191 万元，到位率 92%。各项工作经费及时到位，保障项目按期执行。

（2）项目资金执行情况分析

2020 年，城乡居民住院 64423 人、93648 人次，医疗总费用 64789.21 万元，政策范围内费用 58212.77 万元，报销 39684.00 万元，综合报销比例 68.17%。

2020 年，农村贫困人口区域内住院 11248 人次，总费用 6361.44 万元，政策范围内总费用 6055.53 万元，报销 5675.07 万元，政策范围内综合报销比例为 93.71%。区域内大病、特殊慢性病门诊总费用 730.93 万元，政策范围内总费用 714.6 万元，报销 632.02 万元，政策范围内综合报销比例为 88.44%。区域内年度个人负担政策范围内医疗费用控制在 5000 元以内，达到 100%覆盖。

（3）项目资金管理情况分析

医疗补助资金严格执行“收支两条线”管理，各级财政医疗补助资金直接划拨到区财政医保基金专户，经办机构负责对定点医疗机构和医疗补助对象个人申报医疗费用补助标准进行审核，对符合政策规定的医疗费用补助，向财政局

申报资金拨付到定点医疗机构和医疗补助对象个人。支出程序规范，支付手续到位。

2、绩效目标完成情况分析

（1）产出指标完成情况分析

2020 年，城乡居民住院 64423 人、93648 人次，医疗总费用 64789.21 万元，政策范围内费用 58212.77 万元，报销 39684.00 万元，综合报销比例 68.17%。

2020 年，农村贫困人口区域内住院 11248 人次，总费用 6361.44 万元，政策范围内总费用 6055.53 万元，报销 5675.07 万元，政策范围内综合报销比例为 93.71%。区域内大病、特殊慢性病门诊总费用 730.93 万元，政策范围内总费用 714.6 万元，报销 632.02 万元，政策范围内综合报销比例为 88.44%。区域内年度个人负担政策范围内医疗费用控制在 5000 元以内，达到 100%覆盖。

（2）效益指标完成情况分析

2020 年医疗补助对象覆盖面在符合国家规定的基础上，稳步拓展，适度扩大覆盖范围。所有定点医疗机构向困难群众放开，困难群众看病就医方便程度得到明显提高，同时有效缓解了困难群众的就医负担。通过改善服务方式，有助于健全社会救助体系和医疗保保障制度体系。

坚持“以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余”的原则，执行总额预算（控制）管理办法。根据基本医疗保险

统筹基金年度总额预算额度和定点医疗机构近三年统筹基金支付情况，确定各定点医疗机构的总额控制指标（剔除提取风险金、预留异地就医支出、预留门诊大病支出、上解大病保险支出、家庭医生签约服务费支出等，剩余部分为预算控制总额）。经办机构将年度总额预算（控制）指标合理分解到月，医疗机构申报的医疗费用经审核后，超出指标的按月指标支付，未超出指标的按申报审核费用据实支付，年度内结合各定点医疗机构超额和结余情况，以及对定点医疗机构考核结果予以清算。对总额预算指标有结余的定点医疗机构奖励下年度总额控制指标，超出指标的定点医疗机构实行医保基金与定点医疗机构共同分担制度。

（3）满意度指标完成情况

服务对象政策知晓率和工作满意度能达到 90%，特别是对建档立卡贫困人口做到了“三个到位”。即：政策宣传到位、一站式结算到位，待遇落实到位。

2021 年 4 月 15 日

2020 年度曾都区医疗保障局部门绩效自评表

填报日期： 2021 年 4 月

总分： 94

单位名称	曾都区医疗保障局				
基本支出总额	4569		项目支出总额	4569	
预算执行情况 （万元） （20 分）		预算数（A）	执行数(B)	执行率（B/A）	得分 （20 分*执行率）
	部门整体支出 总额	4569	4191	92%	18
一级指标	二级指标	三级指标	年初目标值(A)	实际完成值(B)	得分
目标 1(40 分)：					
产出指标	数量指标	建档立卡贫困人口参加医疗保险参保率	100%	90%	18
效益指标	社会效益指标	贫困人口基本医疗保险政策知晓率	100%	90%	18
目标 2(40 分)：					
产出指标	时效性指标	各类资金到位率	100%	100%	20
效益指标	社会公众或服务对象满意度指标	工作满意度	93%	85%	18
约束性指标	资金管理	资金管理合规性	不设权重，酌情扣分，如出现审计等部门重点披露的问题,或造成重大不良社会影响,评价总得分不得超过 70 分。		
总分	92				

偏差大或目标未完成原因分析	
改进措施及结果应用方案	1: 及时将参加医疗保险的贫困人员进行建档立卡, 将全区精准扶贫对象录入医保网络; 2: 加大政策宣传力度, 让精准扶贫对象及时享受农村贫困人口基本医疗有保障各项待遇, 让“一站式”结算落实到实处; 3: 及时将城乡居民医疗保险地方配套预算资金及时转入曾都区财政局社保基金财政专户, 让参保居民按时享受到 2020 年度各项医疗保险服务。
备注: 1、预算执行情况口径: 预算数为调整后财政资金总额 (包括上年结余结转)。执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。 2、定量指标完成数汇总原则: 绝对值直接累加计算, 相对值按照资金额度加权平均计算。定量指标计分原则: (即目标值为$\geq X$ 得分=权重*B/A, 反向指标 (即目标值为$\leq X$, 得分=权重*A/B), 得分不得突破权重总额。定量指标先汇总完成数, 在计算得分。 3、定性指标计分原则: 达成预期指标、部门达成预期指标并具有一定效果、未达成预期指标且效果较差三挡, 分别按照该指标对应分值区间 100-80% (含 80%)、80-50 (含 50%)、50-0%合理确定分值。汇总时, 以资金额度为权重, 对分值进行加权平均计算。 4、基于经济性和必要性等因素考虑, 满意度指标暂可不作为必评指标。	