

附件 1-1

项目名称	财政对医疗保障的补助			项目金额	3108930000.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金 (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	2351020000.00	3108930000.00	3108930000.00	10	1.00	10.00	
	其中：当年财政拨款	2351020000.00	3108930000.00	3108930000.00	—	1.00	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体 目标	预期目标			实际完成情况				
	包括城乡居民医疗保险财政补助、离休人员专项医疗保险补助、医疗救助专项财政补贴等，完成符合条件的预算人员及资金的拨付。			本年度按要求完成城乡居民医疗保险财政补助、离休人员专项医疗保险补助、医疗救助专项财政补贴等资金的拨付，当年各级财政补助资金到位率 100%，资金支付合规率 100%，有效保障低收入人群参保人、离休人员等享受医疗福利待遇。				
年度绩效 指标	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
	产出指标	数量指标	城乡居民医保年度缴费补贴 总参保人数（人）	≥293 万人	318.42 万人	6	6	

			城乡居民医疗保险财政补助 各级财政实际补助标准	≥606 元	632.57 元	6	6		
		质量指标		基本医疗保险政策范围内住 院费用支付比例	≥80%	87.02%	6	6	
				参保人住院费用实际报销比 例	≥70%	78.98%	6	6	
				离休人员专项医疗保险补助 支付规范性	合规	100%	7	7	
		时效指标		当年各级财政补助资金到位 率(%)	100%	100%	7	7	
				离休专项医疗补助资金支付 及时性	足额支付	100%	7	7	
		成本指标		离休人员专项医疗保险补助 基金拨付率	100%	100%	5	5	
	效益指标	社会效益指标		为低收入人群参保人提供医 疗救助专项财政补贴	足额支付	100%	15	15	
				保障离休人员享受医疗福利 待遇	100%	100%	15	15	
		满意度指标		参保对象满意度(%)	≥80%	99.73%	10	10	
	总分					100	100.00	—	

## 附件 1-2

项目支出绩效自评表

项目名称	医疗保障综合管理			项目金额	56950838.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金(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	32602948.00	56950838.00	52494030.88	10	0.92	9.2	
	其中:当年财政拨款	32602948.00	56950838.00	52494030.88	—	0.92	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	1.开展内审、财务、规划、绩效、资产管理等工作,提高我局内部管理水平。2.通过聘请律师事务所为我局提供法律服务,为规范性文件的制定、审查提供法律意见,协助办理行政复议案件、开展行政诉讼应诉,为重大行政决策、重要行政行为提供法律意见。3.做好年度档案收集鉴别、整理与归档。4.对定点医药机构和参保人进行政策宣传培训。5.局机关及十个分局办公场所修缮,保障局机关和十个分局的工作正常、安全开展。6.保持员额队伍稳定,推进医保服务便民化,为医保业务顺利开展提供保障。			1.开展内审、财务、规划、绩效、资产管理等工作,提高我局内部管理水平。2.通过聘请律师事务所为我局提供法律服务,为规范性文件的制定、审查提供法律意见,协助办理行政复议案件、开展行政诉讼应诉,为重大行政决策、重要行政行为提供法律意见。3.做好年度档案收集鉴别、整理与归档。4.对定点医药机构和参保人进行政策宣传培训。5.完成局机关、市医保中心和十个分局办公用房修缮,保障日常工作正常运转。				
年度绩效指标	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
	产出指标	数量指标	开展内部审计次数	≥1次	1次	5	5	
			劳务派遣员工数量	51名	51名	3	3	

			重疾险短信发送条数	756 万条	1034.72 万条	3	2	因业务范围扩大,重疾险短信发送条数与年初设定存在偏差,扣1分。	
			安全生产排查次数	≥1 次	2 次	2	2		
			开展全局范围内全系统多层次培训数量	≥2 轮	3 轮	3	3		
			法律意见	≥100 次	154 次	4	4		
		质量指标	办公系统安全性、稳定性	提高	提高	5	5		
			档案整理规范性	合规	合规	5	5		
			培训出勤率	≥80%	94.09%	5	5		
			办公场所修缮验收合格率	100%	100%	5	5		
			法律意见无重大错误	100%	100%	5	5		
		时效指标	安全生产排查时长	≥60 个工作日	60 个工作日	5	5		
			办公场所修缮的及时性	2021 年 12 月前完成	已完成	5	5		
		成本指标	预算资金到位情况	足额到位	足额到位	5	5		
			成本控制率	≤100%	≤100%	5	5		
		效益指标	社会效益指标	信息系统安全性以及工作高效性	提高	提高	5	5	
	规范医疗机构行为			通过政策法规培训,规范医疗机构行为	逐步规范	5	5		
	满意度指标		办公人员满意度	≥95%	96%	5	5		
			对法律服务的满意度	≥90%	85%	5	4.25	律所对派驻律师支持不够,且需要加强对行政执法、下属十个分局的法律服务支持,扣0.75分。	
	总分						100	97.45	—

附件 1-3

福利彩票公益金项目-低收入家庭购买医疗保险				项目金额	10910780.00		
深圳市民政局				实施单位			
	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	693,000.00	10910780.00	10910780.00	10	1.00	10.00	
其中：当年财政拨款	6931000.00	10910780.00	10910780.00	—	1.00	—	
上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
预期目标				实际完成情况			
<p>通过此项目的开展，为 18 周岁以上的低保人群按月缴纳一档医疗保险，为低收入家庭中的少年儿童以及市、区孤残儿童参加少年儿童医疗保险，资助低收入等困难群体参加重特大疾病补充医疗保险即“深圳重疾险”，为 60 周岁以上随迁入户的低保人群按月缴纳一档医疗保险，从而为低收入家庭提供保障。</p>				<p>经费使用率达 100%，全年完成低收入家庭购买医疗保险人数达 4270 人，切实解决困难群众看病难问题。</p>			
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
产出指标	数量指标	18 周岁以上的低保人群（非随迁入户）一档医疗保险人数	应保尽保	应保尽保	20	20	
	质量指标	低收入家庭购买医疗保险支付规范性	合规	合规	15	15	
	时效指标	低收入家庭购买医疗保险支付及时性	2021 年 12 月 31 日前	2021 年 12 月 31 日前	10	10	
	成本指标	成本控制率	≤100%	100%	5	5	

效益指标	社会效益指标	保障低收入家庭享受医疗福利待遇	足额保障	100%	20	20	
	满意度指标	低收入参保人对低收入家庭购买医疗保险业务开展的满意度	90%	97.63%	20	20	
总分					100	100	—

## 附件 1-4

## 项目支出绩效自评表

项目名称	医疗保障政策研究管理			项目金额	7408800.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金（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	7408800.00	7408800.00	4056999.49	10	0.55	5.50	
	其中：当年财政拨款	7408800.00	7408800.00	4056999.49	—	0.55	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	持续扩大深圳医疗保障的社会影响力，多维度呈现深圳医保成立以来的工作成效，全方位展现深圳医保干部队伍的精神风貌，为构建以健康为导向的创新型医保制度提供良好的舆论氛围。通过调查研究，了解工作推进情况，发现和解决实践中存在问题，提升政策执行力。			积极开展政策研究，出台门诊特定病种管理办法，覆盖 52 个病种；出台全国首个康复医疗政策，支持康复医疗等薄弱学科发展；印发医保信用评价管理办法，覆盖全市 7000 余家定点医药机构。通过线上、线下多渠道宣传医疗保障政策，覆盖 1660 万参保人。				
年度绩效指标	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
	产出指标	数量指标	信用体系建设的完善方案	1 份	1 份	5	5	
			政策信息宣传次数	≥2 次	22 次	5	5	
			宣传册印刷数量	≥20 万份	228671 份	5	5	
			媒体投放专版	≥5 个半版	7 个	5	5	
			开展调研工作次数	≥10 次	15 次	5	5	

			在电视、电台等各宣传途径报道专题栏目	≥6次	13	5	5	
	质量指标		体系建设完善方案验收通过率	100%	100%	5	5	
			保障门户网站运行情况	运行安全	运行安全	5	5	
			调研报告完成率	100%	100%	5	5	
			政策宣传内容准确性	100%	100%	5	5	
		时效指标		开展信用体系建设的及时性	按计划完成	按计划完成	5	5
			完成调研论证的及时性	2021年底完成	基本及时	5	3	受疫情影响，部分调研论证有所延迟，扣2分。
			政策宣传的及时性	按计划完成	及时	5	5	
	成本指标		预算资金到位情况	足额到位	足额到位	5	5	
	社会效益指标		调研开展有效性	100%	100%	5	5	
			政策法规保障覆盖范围	≥1000万人	1660万人	5	5	
	满意度指标		参加调研人员满意度	≥95%	95%	5	5	
			服务满意度	≥90%	≥90%	5	5	
	总分					100	93.5	—

## 附件 1-5

## 项目支出绩效自评表

项目名称	基金监督管理			项目金额	13700000.00			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金（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	8400000.00	13700000.00	5544776.08	10	0.40	4.00	
	其中：当年财政拨款	8400000.00	13700000.00	5544776.08	—	0.40	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	1. 完成 1 次以上交叉检查，检查 2000 家以上定点医疗机构，加强和规范定点医疗机构行为。2. 通过开展 10 万人次以上的参保人核卡工作，加强和规范定点医疗机构、定点零售药店行为，保证医保基金合理使用及运行安全。3. 按项目计划完成大数据分析、基金运行风险预警、基金中长期分析与精算工作。			开展参保人核卡工作，探索智能核卡，提高工作效率。不断加强医保监管力度。制定医疗保障局专家库与社会监督员制度，引入约 4000 多名专家参与医保监管工作，聘请 36 名社会监督员参与社会监督。完成大数据分析 4 亿条，排查异常数据，下发可疑数据进一步精准检查，做好监管工作。				
年度绩效指标	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
	产出指标	数量指标	全年分析数据总量	约为 2 亿条	4 亿条	5	5	
			参保人核卡数量	≥10 万人次	44 万	5	5	
			完成交叉检查次数	≥1 次	1 次	5	5	
开展定点医药机构检查数量			≥2000 家	7182	5	5		

		质量指标	检查意见有效性	≥60%	53.10%	5	4.4	大数据分析工作正在探索之中，试点初期假阳性数据较多，扣0.6分。		
			核卡准确性	100%	100%	5	5			
			智能核卡相较于人工核卡的效率有所提高	有所提高	有所提高	5	5			
			医疗监督检查人员资质	无资质人员为0	无资质人员为0	5	5			
		时效指标	及时出具分析报告	根据合同按计划完成	按计划按时完成	5	5			
			参保人核卡工作完成及时性	2021年12月底前完成	2021年12月底前完成	5	5			
			定点医药机构检查完成及时性	按工作计划及时开展	按计划完成	5	5			
		成本指标	降低医院违规风险、减少基金违规支出	有所降低	有所降低	5	5			
			预算资金到位情况	足额到位	足额到位	5	5			
			有效降低人力稽核成本	有所降低	有所降低	5	5			
		社会效益指标	规范医疗机构行为	逐步规范	逐步规范	5	5			
			促进群众和社会各方积极参与监督	积极参与	积极参与	5	5			
		满意度指标	工作人员对智能核卡系统使用的满意度	≥80%	90%	5	5			
			规范使用医保基金专项检查满意度调查	≥80%	89%	5	5			
		总分						100	93.4	—

## 附件 1-6

## 项目支出绩效自评表

项目名称	医药支付和管理			项目金额	4059900.00		
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位			
项目资金 (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	9059900.00	4059900.00	2621590.05	10	0.65	6.50
	其中：当年财政拨款	9059900.00	4059900.00	2621590.05	—	0.65	—
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—
年度总体目标	预期目标			实际完成情况			
	<p>1. 按病种分值付费工作：完成对我市住院按病种分值付费（约 6000 个病种）测算评估工作。探索出适合我市门诊按病种分值付费的病种库（约 4000 个病种）。2. 按疾病诊断分组付费（DRG）工作：完成对我市 9 家试点 DRG 医院的 845 组权重及付费标准测算和整体运行效果的评估。3. 定点医药机构精细化管理工作：出台《深圳市社会医疗保险定点医疗机构医保精细化管理绩效考核办法》，优化我市绩效考核指标。完善医保协议管理。4. “互联网+” 医保工作：构建“互联网+医保+医疗+医药”综合医疗保障服务体系，优化互联网诊疗医保支付方式。5. 开展医保引导资源配置政策措施研究工作。6. 根据 2020 年中医药打包收费试点实施时间确定评估时间（试点满 1 年后），预计于 2022 年第一季度完成中医药打包收费试点效果评估工作。7. 完成 1 批医疗服务价格项目新增立项工作。8. 聘请第三方对集团采购组织开展一次财务审计。9. 对成交药品信息变更进行论证，最终形成变更意见。完成公立</p>			<p>1. 全面推进国家 DIP 试点工作。按照国家医保局部署，根据国家技术规范完成 2021 年度病种库及相关分值的设置工作，病种数量从 2020 年的 5997 个扩展到 12292 个。2. 稳步推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革工作，完成对我市 9 家试点 DRG 医院的 852 组权重及付费标准测算和整体运行效果的评估。3. 定点医药机构精细化管理工作：按照全省医保定点综合性三级医疗机构医药服务评价工作方案，开展定点三级医疗机构医药服务评价工作；开展定点医药机构布局规划研究项目，探索适合我市实际的医疗保障定点机构管理模式；修订定点医药机构协议书，完善医保协议管理，提升管理效能。</p>			

年度绩效指标	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
		产出指标	数量指标	评估测算 DRG 医院	9 家	9	4	4
		医用耗材阳光交易和监管平台运行评估 费次数		≥1 次	1	3	3	
		药品集团采购过程中的盈利情况进行财 务审计次数		≥1 次	1	3	3	
		评估测算病种数		约 10000 个	12292	4	4	
		住院病种打包收费、日间手术病种打包收 费试点运行情况评估次数		≥1 次	1	3	3	
		评估测算病组数		约 845 组	852	4	4	
		新增医疗服务价格项目立项审批次数		1 次	1	3	3	
		中医药打包收费试点效果评估次数		≥1 次	1	3	3	
		开展专家咨询论证人次		≥500 人次	796	3	3	
		新增、修订医疗服务项目成本实测评估次 数		≥1 次	1 次	3	3	
		质量指标	测算和评估合理性	合理	基本合理	3	2	疫情影响下，医疗机构服务 量难以准确估计，扣 1 分。
			医疗专家资质	无资质的人员为 0	无资质的人员为 0	3	3	
		时效指标	分析评估及专家论证报告及时完成率	100%	100%	3	3	
			测算评估工作及时完成率	及时	及时	3	3	
			药品目录编制及更新	2021 年 11 月 30 日前完成	2021 年 3 月 1 日	3	3	

		成本指标	减低患者看病负担	有所降低	降低	2	2	
		社会效益指标	为规范本市药品集团管理工作,保障评审过程的公开、公正、公平	达到良好程度	良好	15	15	
			政策制定的科学性、合理性	提高	提高	15	15	
		满意度指标	评估工作满意度	≥95%	96%	10	10	
	总分					100	95.5	—

附件 1-7

项目名称	医疗保障经办管理			项目金额	34703470.67			
主管部门	深圳市医疗保障局			实施单位				
项目资金 (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	26419500.00	34703470.67	24913653.34	10	0.72	7.20	
	其中：当年财政拨款	26419500.00	34703470.67	24913653.34	—	0.72	—	
	上年结转资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
	其他资金	0.00	0.00	0.00	—	0.00	—	
年度总体目标	预期目标			实际完成情况				
	<p>一是发放少儿医保大学生医保协办费，推动相关部门积极协助配合完成少儿及大学生的参保工作，更好地提高参保人对医保服务的满意度。二是开展现金报销初审承办业务，实现市政改要求的经办时限压缩一半的工作目标。三是通过人工智能审核，进一步提升基金监管效率，减少医保基金的不合理支出，不断规范定点医药机构医疗行为。四是铺设医保自助设备，推动更多事项全程自助办理，实现政务服务“就近办、家门口办”。五是开展医保定点医药机构现场核查工作，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益。六是每年定期对档案收集鉴别、归档与整理，提高档案管理规范化水平。七是开展省内及跨省异地就医（含住院、门诊）联网结算数据审核，确保医保基金安全。</p>			<p>一是及时支付少儿医保大学生医保协办费，顺利完成新学年少儿大学生参保缴费。二是现金报销全年审核单量达 17.02 万宗，平均承办时间约 0.78 天。三是率先使用国家医保信息平台智能监管子系统对两定机构医保费用进行全量审核，人工审核筛查疑点数据，完成初审、复审异常数据 2.5 万多条。四是自助设备全部铺设到位，配置在医保中心本部、区级和街道政务服务大厅、社区（党群）服务中心、医院、社康等场所，打破业务办理的工作时间限制，为参保人提供便捷周到的医保自助服务。五是定点医疗机构现场抽查完成率 100%且覆盖全市范围，定点医疗机构现场核查率达 90%以上。六是完成档案的收集、整理、分类、扫描、录入、立卷、装订、移交、入库、上架，提高档案管理规范性。七是跨省及省内结算数据笔数 22.46 万笔，进一步解决报销周期长、个人垫资、往返奔波等问题。</p>				
年度绩效指	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
标	产出指标	数量指标	全市医疗（生育）现金报销审	≥14.83 万宗	17.02 万宗	4	4	

		核单量					
		省内外开展追缴和案件调查取证年工作次数	≥10 次	2 次	4	0.80	偏差原因分析：受各地疫情反复影响，开展追缴和案件调查开展次数未达指标值。 改进措施：下一年度根据实际情况出发，考虑疫情等不可抗力因素影响，合理设置指标值。
		跨省及省内结算数据笔数	≥24 万笔	22.46 万笔	4	3.74	偏差原因：受疫情影响，就医量减少导致。 改进措施：综合考虑疫情影响等因素，合理设置年初目标值。
		每日进行费用初审的医学专业背景的专职人员数	约 40 人	40 人	4	4	
		医保智能审核系统审核工作完成率	100%	100%	5	5	
质量指标	现金报销初审外包项目委托代办单位人员到位率	100%	100%	5	5		
	协办费发放到位性	到位	到位	5	5		
	现金报销初审平均承办时间	≤5 个工作日	0.78 天	5	5		
时效指标	医保定点医药机构现场核查工作完成频率	每季度	每季度	5	5		
	发放协办费时效性	2021 年 12 月 31 日	2021 年 12 月 31 日前	5	5		

				前				
		成本指标	成本控制率	≤100%	71.78%	4	4	
	效益指标	社会效益指标	实现市政务改革要求的经办 时限比例	50%	50%	10	10	
			协办费发放覆盖范围	本市高校, 中小学, 托幼机构及相关部 门	本市高校, 中小学, 托幼机构及相关部 门	10	10	
		满意度指标	医保中心工作人员对现金报 销初审业务委托代理商工作 情况的满意度	≥90%	95.30%	20	20	
	总分					100	93.74	—

附件 2

## 深圳市 2021 年度少儿医保大学生医保 协办费项目支出部门评价报告

项目主管部门：深圳市医疗保障局

项目实施单位：深圳市医疗保险基金管理中心

评价委托单位：深圳市医疗保障局

评价实施机构：深圳日浩会计师事务所（普通合伙）

评价报告时间：2022 年 6 月

一、项目基本情况 .....	19
二、绩效评价工作开展情况 .....	20
三、综合评价情况及评价结论 .....	25
四、绩效评价指标分析 .....	26
五、主要经验及做法 .....	32
六、存在的问题及原因分析 .....	33
七、有关建议 .....	34
附件 项目支出绩效评价评分表 .....	37

根据《深圳市市级项目支出绩效评价工作规程》（深财绩〔2020〕14号）相关要求，深圳市医疗保障局（以下简称“市医保局”）组织开展项目支出部门评价，深圳日浩会计师事务所（普通合伙）（以下简称“日浩”）受市医保局委托，对深圳市医疗保险基金管理中心（以下简称“市医保中心”）具体实施的“2021年度少儿医保大学生医保协办费”项目进行绩效评价。经过第三方书面评价、现场核查与综合分析评价，最终得出评价结论并形成绩效评价报告。

## 一、项目基本情况

### （一）项目概况

#### 1. 项目背景及实施情况

根据市教育局、市人社局、市发改委《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》（深教〔2017〕377号）的规定，本市高校、中小学校、托幼机构及相关部门应积极协助配合完成少儿及大学生的参保工作。市社保机构对其给予适当的经费补助，该经费由市财政纳入社保机构部门预算。同时，依据《关于划转少儿、大学生医保协办费预算的函》（深社保函〔2020〕110号），自2021年起，少儿医保大学生医保协办费项目预算由市社会保险基金管理局划转至市医保中心，市医保中心负责按每生3元的标准向协助办理的各学校、幼儿园支付协办费。总预算金额为6,400,200元。

2021年，市医保中心协办费实际发放人数为2159789人，协办费实际发放金额为5,930,036元。

## 2. 项目资金投入和使用情况

该项目年初预算数6,400,200元，全年预算数6,400,200元，到位资金6,400,200元，资金到位率为100%。支出资金5,930,036元，预算执行进度为92.65%。

## （二）项目绩效目标

### 1. 总体目标

完成对协助办理少儿医保大学生医保的本市高校、中小学、托幼机构及相关部门经费补贴资金的拨付。有利于全面提高学生的医疗保障水平，保障学生人身健康与安全，减轻学校和家庭负担，促进社会和谐稳定。

### 2. 阶段性目标

项目2021年年度目标为完成对协助办理少儿医保大学生医保的本市高校、中小学、托幼机构及相关部门经费补贴资金的拨付。通过少儿医保大学生医保协办费发放，推进政务改革及信息化规划建设，更好地服务民生，提高参保人对医保业务的满意度。

## 二、绩效评价工作开展情况

### （一）评价目的

从资金使用的经济性、效率性、效果性和公平性进行综合评判，客观评价市医保中心2021年度少儿医保大学生医保协办费项目的经费使用情况，衡量一个完整财政年度内项目支出的整体

绩效。通过本次绩效评价，旨在总结既有经验、分析存在问题，强化部门预算绩效管理意识，促进被评价单位进一步提升预算绩效管理工作水平，强化支出责任，规范资金管理行为，提高财政资金使用效益。

## （二）评价对象和范围

### 1. 评价对象和范围

本次评价对象为市医保中心 2021 年度少儿医保大学生医保协办费项目，项目年度预算下达金额为 6,400,200 元。

### 2. 评价基准日

2021 年 12 月 31 日。

## （三）评价原则及方法

### 1. 评价原则

实事求是，客观公正，科学规范。

### 2. 评价方法

为使评价结论科学合理、客观公正，评价方法主要采用成本效益分析法、目标结果比较法、因素分析法、公众评判法、穿行测试法等多种方法（详见表 1）；评价指标分析主要采用定量指标分析，并辅以部分定性分析。

**表 1 主要评价方法**

序号	评价方法	方法说明
1	成本效益分析法	将一定时期内的支出与效益进行对比分析以评价绩效目标实现程度，适用于成本、效益都能准确计量的项目绩效评价。

序号	评价方法	方法说明
2	目标结果比较法	通过对绩效目标与实施效果、历史与当期情况、同部门和地区同类支出的比较，综合分析绩效目标实现程度。
3	因素分析法	通过综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外因素，评价绩效目标实现程度。
4	公众评判法	通过项目组或专家评估、公众问卷及抽样调查等对财政支出效果进行评判，评价绩效目标实现程度。
5	穿行测试法	通过追踪项目实施内容在财务信息中的处理过程，采用询问、观察、检查等方式以确定是否与初始认知一致，了解项目的真实情况，评价前期投入及过程管理的规范性。

#### （四）评价依据

本次绩效评价的主要依据见表 2。

**表 2 项目绩效评价依据**

评价依据类型	评价依据
政策法规依据	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 国家、深圳市相关法律、法规和规章制度；</li> <li>2. 国家、深圳市发展规划、方针政策；</li> <li>3. 国家、深圳市财政预算绩效管理相关文件；</li> <li>4. 相关行业政策。</li> </ol>
项目决策相关材料	<p>主要包括但不限于：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 项目立项报告及批复文件；</li> <li>2. 项目预算报告及财政部门批复（若有预算调整的，包括调整报告及批复）；</li> <li>3. 项目绩效目标申报表。</li> </ol>
实施过程相关材料	<p>主要包括但不限于：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 项目实施方案、进度计划等；</li> <li>2. 项目进度报告、过程监管记录、过程总结等；</li> <li>3. 项目管理制度及执行情况；</li> <li>4. 预算管理制度、资金管理辦法、财务管理制度，以及财务会计凭证等资料；</li> <li>5. 其他过程性材料。</li> </ol>

评价依据类型	评价依据
项目绩效相关材料	1. 项目产出。主要包括但不限于： (1) 与项目实施相关产出内容； (2) 项目产出所达到的技术参数、质量状况、等级标准等。 2. 项目效果。主要包括但不限于： (1) 项目完成后的受益范围； (2) 项目完成后对经济、社会、生态等产生的影响； (3) 相关群体满意度（包括受益群体、社会公众等）问卷调查； (4) 项目可持续性条件及完善状况。
项目单位自评材料	绩效自评表。
其他依据	(一) 行业信息资料。主要包括但不限于： 1. 项目所属行业的专业技术规范、行业标准； 2. 项目相关行业技术经济统计资料； 3. 项目相关行业历史、现状及发展趋势。 (二) 部门相关材料 1. 预算部门（单位）职能职责、中长期发展规划及年度工作计划； 2. 项目执行单位概况、编制、职能职责、项目执行的组织安排情况等。 (三) 根据评价项目特点需要的其他资料。

### (五) 评价指标体系设置

本次评价采用目标预定与实施效果比较、定性与定量综合分析、自评材料审核与实地访谈、核查相结合等方法，对项目决策、过程、产出和效益方面进行全面综合评价，确定了包括 4 项一级指标，10 项二级指标，19 项三级指标的评价指标体系。该指标体系采用百分制计分法，其中决策 20 分、过程 20 分、产出 20 分和效益 40 分（详见表 3）。

**表 3 绩效评价指标体系**

一级指标		二级指标		三级指标	
名称	权重	名称	权重	名称	权重
决策	20	项目立项	4	立项依据充分性	3
				立项程序规范性	1
		绩效目标	9	绩效目标合理性	6
				绩效指标明确性	3
		资金投入	7	预算编制科学性	6
				资金分配合理性	1
过程	20	资金管理	12	资金到位率	1
				预算执行率	3
				资金使用合规性	8
		组织实施	8	管理制度健全性	2
				制度执行有效性	6
产出	20	产出数量	5	协办费发放工作完成率	5
		产出质量	5	协办费发放准确率	5
		产出时效	5	协办费发放及时率	5
		产出成本	5	协办费发放标准	5
效益	40	项目效益	40	协办费发放覆盖率	10
				参保意识提高度	10
				补贴机制可持续发展	10
				参保人满意度	10
总分	100	-	100	-	100

### （六）评价工作组织实施

本次评价工作主要经过了单位自评、书面评价、现场访谈及核查、综合评价、撰写报告 5 个阶段：

### 1. 单位自评

项目单位根据市财政局下达的通知以及主管单位的工作要求，开展绩效自评、组织收集材料，完成后将材料提交至日浩。

### 2. 书面评价

日浩组织绩效评价小组对项目自评材料进行审核，并对材料的及时性、完整性、规范性及内容有效性进行核查。同时，评价小组根据项目材料和绩效评价指标体系出具书面评价意见，并拟定现场访谈和核查的问题清单和补充材料清单。

### 3. 现场访谈及核查

评价小组根据自评材料、现场访谈和核查的问题清单，组织开展现场核查。评价小组与项目相关负责人进行了现场座谈，并针对核查问题清单进行调研、记录，搜集补充了佐证材料。

### 4. 综合评价

评价小组基于前期的单位自评材料、书面评价意见、现场访谈及核查情况，组织开展综合评价，并撰写及探讨商定综合评价意见，以保证评价意见客观、详细、明确及具有建设性。

### 5. 撰写及提交报告

评价小组综合前期资料审核和分析、综合评价意见等情况，按要求撰写完成及提交本绩效评价报告(包含绩效评价指标评分表)。

## 三、综合评价情况及评价结论

### (一) 综合评价情况

2021年，市医保中心主要依据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》（深教〔2017〕377号）等文件开展少儿医保大学生医保协办费发放项目，协办费发放工作执行到位，推进政务改革及信息化规划建设，更好地服务民生，增强参保意识，进一步提高学生参保的主动性。但是项目实施过程中仍存在一定不足，如绩效目标设置不够完整、预算执行率有待进一步提高、未建立补贴标准论证更新机制、以及参保人满意度有待进一步提高等。

## （二）评价结论

基于书面及现场核查结果及相关佐证材料分析，2021年度“少儿医保大学生医保协办费”项目综合评价最终得分为88.28分，绩效等级为“良”（注：90（含）-100分为优、80（含）-90分为良、60（含）-80分为中、60分以下为差）。

## 四、绩效评价指标分析

### （一）项目决策情况

一级指标“项目决策”满分为20分，得分16.5分，得分率为82.50%。

#### 1. 项目立项（满分4分，得分4分）

##### （1）立项依据充分性方面（满分3分，得3分）

项目主要依据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》（深教〔2017〕377号）等文件进行开展实施，项目立项符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责要求，项目

立项依据充分。

(2) 立项程序规范性方面 (满分 1 分, 得 1 分)

项目申请、设立过程符合《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》(深教〔2017〕377号)等相关文件要求,审批文件、请示文件资料符合相关要求,项目立项程序规范。

2. 绩效目标 (满分 9 分, 得分 7 分)

(1) 绩效目标合理性方面 (满分 6 分, 得 5 分)

市医保中心设置了产出数量、产出质量、产出时效、产出成本、社会效益、满意度等产出和效益指标,绩效目标整体与实际工作内容具有相关性,且预期产出效益和效果符合正常的业绩水平,与预算确定的项目投资额或资金量相匹配。但社会效益指标设置不够全面、完整性不足,综合评价扣 1 分。

(2) 绩效指标明确性方面 (满分 3 分, 得 2 分)

市医保中心在预算申报时将项目绩效目标细化分解为具体产出指标及效益指标,指标设置较为量化且与项目相关联。但是个别绩效指标设置仍有欠缺,例如质量指标“协办费发放到位性”的指标值“到位”不够量化。满意度指标“受益对象满意度”不够明确,未指明具体的受益对象等。扣 1 分。

3. 资金投入 (满分 7 分, 得分 5.5 分)

(1) 预算编制科学性方面 (满分 6 分, 得 4.5 分)

市医保中心根据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》(深教〔2017〕377号)等文件要求的相关标准编制

预算，但未提供预算额度测算依据等相关材料，无法更好佐证预算额度测算依据的充分性，预算编制科学性有待进一步提升。扣 1.5 分。

**(2) 资金分配合理性方面（满分 1 分，得 1 分）**

市医保中心根据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》（深教〔2017〕377 号）《深圳市社会保险基金管理局深圳市医疗保障局关于划转少儿、大学生医保协办费预算的函》（深社保函〔2020〕111 号）等文件精神实施，预算资金分配依据充分，资金分配额度合理，与地方实际情况相适应。

**(二) 项目过程情况**

一级指标“项目过程”满分为 20 分，得分 19.78 分，得分率为 98.90%。

**1. 资金管理（满分 12 分，得分 11.78 分）**

**(1) 资金到位率方面（满分 1 分，得 1 分）**

截止 2021 年 12 月 31 日，预算批复金额为 6,400,200 元，实际到位资金为 6,400,200 元，资金到位率= $(6400200/6400200) * 100\% = 100\%$ 。

**(2) 预算执行率方面（满分 3 分，得 2.78 分）**

截止 2021 年 12 月 31 日，实际支出资金为 5,930,036 元，实际到位资金为 6,400,200 元，预算执行率= $(5930036/6400200) * 100\% = 92.65\%$ ，得分= $3 * 92.65\% = 2.78$  分。

**(3) 资金使用合规性方面（满分 8 分，得 8 分）**

项目资金支出严格按照《关于印发〈深圳市医疗保险基金管理中心经费财务管理办法〉〈深圳市医疗保险基金管理中心差旅费报销细则〉的通知》（深医保中心发〔2020〕6号），执行，相关资金拨付均有完整的审批程序和手续，符合预算批复等用途；同时未存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

## 2. 组织实施（满分8分，得分8分）

### （1）管理制度健全性方面（满分2分，得2分）

市医保中心提供了财务管理制度汇总、《深圳市医疗保险基金管理中心制度汇编》，同时制定并印发了《关于印发〈深圳市医疗保险基金管理中心经费财务管理办法〉〈深圳市医疗保险基金管理中心差旅费报销细则〉的通知》（深医保中心发〔2020〕6号）《关于印发〈深圳市医疗保险基金管理中心预算绩效管理办法（试行）〉的通知》（深医保中心发〔2021〕9号）等相关财务和业务管理制度，项目实施具备较为健全的制度保障。

### （2）制度执行有效性方面（满分6分，得6分）

项目符合《关于印发〈深圳市医疗保险基金管理中心经费财务管理办法〉〈深圳市医疗保险基金管理中心差旅费报销细则〉的通知》（深医保中心发〔2020〕6号）等相关制度规定，即市医保中心协办费发放严格按照相关财务管理制度执行。同时项目实施的人员条件、场地设备、信息支撑等均落实到位。

### （三）项目产出情况

一级指标“项目产出”满分为20分，得分20分，得分率为

100%。

1. 产出数量（满分 5 分，得分 5 分）

协办费发放工作完成率方面（满分 5 分，得 5 分）

2021 年计划发放协办费涉及人数为 2133400 人，实际发放协办费涉及人数为 2159789 人，协办费发放工作完成率为 100%。

2. 产出质量（满分 5 分，得分 5 分）

协办费发放准确率方面（满分 5 分，得 5 分）

2021 年协办费发放涉及总人数为 2159789 人，准确发放协办费涉及人数为 2159789 人，协办费发放准确率 =  $2159789 / 2159789 * 100\% = 100\%$ 。

3. 产出时效（满分 5 分，得分 5 分）

协办费发放及时率方面（满分 5 分，得 5 分）

2021 年少儿医保大学生医保协办费发放均及时支付，发放及时率为 100%。

4. 产出成本（满分 5 分，得分 5 分）

协办费发放标准方面（满分 5 分，得 5 分）

2021 年少儿医保大学生医保协办费发放依据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》（深教〔2017〕377 号）等文件要求，以每生 3 元的标准进行发放。

#### **（四）项目效益情况**

一级指标“项目效益”满分为 40 分，得分 32 分，得分率为 80%。

## 1. 实施效益（满分 30 分，得分 24 分）

### （1）“协办费发放覆盖率”方面（满分 10 分，得 10 分）

根据市医保中心提供材料可知，2021 年少儿医保大学生医保协办费发放覆盖本市高校，中小学，托幼机构及相关部门，协办费发放覆盖率 100%。

### （2）“参保意识提高度”方面（满分 10 分，得 10 分）

市医保中心每年通过组织在校学生参与医保相关讲座及宣传，提高了在校学生的参保意识；且通过参与讲座及宣传的效果，按照自愿原则，符合参保条件的在校学生基本已参保。

### （3）“补贴机制可持续发展”方面（满分 10 分，得 4 分）

市医保中心依据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》（深教〔2017〕377 号）等文件要求，从 2017 年开始，按照每生 3 元的标准发放协办费。但是，补贴机制的可持续性有待进一步提高。一是对于发放的补贴资金所产生的效益和影响，并未进行定期的分析和总结，且未建立补贴标准论证更新补贴机制。二是对于目前执行的发放标准的科学性、合理性未进行调研和说明，不利于充分发挥政策的导向性和财政资金的使用效益，综合评价扣 6 分。

## 2. 满意度（满分 10 分，得分 8 分）

### 参保人满意度方面（满分 10 分，得 8 分）

根据市医保中心提供的《参保人对 2021 年度医保中心工作情况的满意度 - 默认报告》，计算可得参保人满意度 =

$(157*1+108*0.75+21*0.50+3*0.25+6*0)/295=84.49\%$ 。综合评价扣 2 分。

## 五、主要经验及做法

### **(一) 协办费发放工作执行到位，学校代缴医保流程规范、环节明确**

各级各类各校组织做好在校学生参保登记的宣传发动、参保续保、信息录入、费用归集和社保卡申领等事项。要按照规定将学生在校期间参保个人应缴纳的医保费纳入学校代收费项目并及时缴交，不得挪作他用。新入学但仍未办理参保登记的学生要逐个排查，并尽快办理参保登记及缴费确认，确保学生参保登记、统一缴费、补贴发放、就医服务管理工作有序进行，简化工作流程，不断完善信息系统。

### **(二) 增强参保意识，提高学生参保的主动性**

通过加强宣传引导，如海报、宣传单张、广播及网络等形式，宣传参加医保的政策规定、便民优惠措施和意义，通过典型事例引导学生和家长清晰认识参加医保的必要性和重要性，充分了解参保缴费及相关待遇，进一步增强学生及家长参保意识，切实提高学生参保的主动性和积极性，确保学生参保工作的顺利实施。

### **(三) 明确具体分工，落实主体责任**

各级各类学校要将组织学生参保缴费工作列入学校重要议事日程，落实工作责任制，做到责任到岗，责任到人。学校校长是在校学生参加医保工作的第一责任人，要将这项工作作为学校

年度常态化工作来抓，明确分管领导，要指定管理部门和具体经办人，齐心协力做好相关工作，争取在校学生参保率达到全覆盖。

## 六、存在的问题及原因分析

项目在取得成效的同时，也存在部分问题仍需完善改进，具体存在问题及原因分析如下。

### **（一）绩效目标设置不够完整，部分指标设置不够清晰量化**

一是绩效目标设置不够全面、完整性不足。根据项目单位提供的《项目绩效目标申报表》，项目虽然年初设置了“协办费涉及人数”“协办费发放到位性”“发放协办费时效性”“协办费发放覆盖范围”等产出和效益指标，但是，相关绩效指标设置仍不够完整，如社会效益指标等。二是个别绩效指标设置不够清晰、量化，不利于项目完成后对指标的衡量考核。例如质量指标“协办费发放到位性”的指标值“到位”不够量化。满意度指标“受益对象满意度”不够明确，未指明具体的受益对象等。

### **（二）预算执行率有待进一步提高，预算编制科学性有待提升**

一是根据项目预算申报表，资金支出主要向协助办理少儿医保大学生医保的学校支付协办费。从实际支出金额来看，项目整体预算执行率为92.65%，预算执行率有待进一步提高。二是项目单位未提供预算额度测算依据等相关材料，无法更好佐证预算额度测算依据的充分性，预算编制科学性有待进一步提升。

### **（三）未建立补贴标准论证更新机制，补贴机制可持续性有**

## 待进一步提高

市医保中心依据《关于进一步做好学生参加基本医疗保险工作的通知》(深教〔2017〕377号)等文件要求,从2017年开始,按照每生3元的标准发放协办费。但是,补贴机制的可持续性有待进一步提高。一是对于发放的补贴资金所产生的效益和影响,并未进行定期的分析和总结,且未建立补贴标准论证更新补贴机制。二是对于目前执行的发放标准的科学性、合理性未进行调研和说明,不利于充分发挥政策的导向性和财政资金的使用效益。

### (四) 参保人满意程度有待进一步提高

根据市医保中心提供的《参保人对2021年度医保中心工作情况的满意度-默认报告》,可知参保人满意度= $(157*1+108*0.75+21*0.50+3*0.25+6*0)/295=84.49%$ 。参保人对相关医保业务工作的满意程度有待进一步提高。

## 七、有关建议

为了整体提升被评价单位的项目管理水平,提高资金使用效益,因此,针对评价过程中发现的问题,对应提出如下意见建议。

### (一) 科学全面设置绩效目标指标,充分发挥绩效目标导向性作用

一是绩效目标是考评项目实施后是否达到预期成效的重要依据,项目单位应进一步提升绩效目标设置完整性。在年初填报绩效目标申报表时,应根据项目内容和合同要求,设置全面的绩效目标,充分发挥绩效目标导向性作用。例如,增设“参保意识

提高度”“补贴机制可持续发展”等社会效益指标，便于更好呈现项目实施后发挥的效益，并开展绩效评价考核。二是对绩效指标及对应指标值设置尽量清晰、量化，以进一步提高指标的可量化测评。例如，建议将质量指标改为“协办费发放准确率”，年度指标值改为100%；将时效指标“发放协办费时效性”改为“协办费发放及时率”，对应指标值改为“100%”；将社会效益指标“协办费发放覆盖范围”改为“协办费发放覆盖率”，对应指标值改为“100%”；满意度指标应明确具体受益对象，改为“参保人满意度”等。整体而言，项目预期目标是项目资金使用计划在一定期限内达到的产出和效果，是财政支出成果的具体体现，具有引导性和约束性作用，因此，项目单位更应科学合理设置项目绩效目标指标。

## **（二）加强预算编制科学性，提高资金使用效率**

一是建议项目单位在预算编制时应进行充分的前期调研，同时结合上一年项目实施开展情况，准确测算项目支出金额及支出内容，避免资金支出过程中发生过多的调整。二是规范预算编制工作，建议项目单位及时整理、备案成本核定测算依据材料，规范完备档案资料，对材料进行分类、梳理，并设专职档案员核查，对材料查遗补缺，使得归档材料完整、准确。

## **（三）健全补贴标准论证更新机制，提升补贴机制可持续发展程度**

一是建议项目单位对于发放的补贴资金所产生的效益和影

响，每年对工作完成情况进行总结和分析。在项目实施过程中发现存在的问题，及时改正，为下一年度工作的开展提供充分的参考与准备；二是健全补贴标准论证更新机制，定期对补贴标准的科学性、合理性进行调研和论证，以进一步保障完善补贴机制，提升补贴机制可持续发展程度，实现政策预期目标，充分发挥政策的导向性和财政资金的使用效益。

#### **（四）进一步提高相关医保业务工作质量，提升参保人满意度**

项目实施主要向协助办理少儿医保大学生医保的学校支付协办费。通过少儿医保大学生医保协办费发放，推进政务改革及信息化规划建设，更好地服务民生，提高参保人对医保业务的满意度。建议项目单位进一步提高相关医保业务工作质量，提升参保人员的满意度，进一步实现项目预期产生的绩效目标。

附件：项目支出绩效评价评分表

## 附件

### 项目支出绩效评价评分表

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
决策	20	项目立项	4	立项依据充分性	3	项目立项符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责	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。	评价要点： ①项目立项是否符合国家法律法规、国民经济发展规划和相关政策； ②项目立项是否符合行业发展规划和政策要求； ③项目立项是否与部门职责范围相符，属于部门履职所需； ④项目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项目是否与相关部门同类项目或部门内部相关项目重复。 以上每点 0.6 分，根据实际情况酌情给分。	/	3
				立项程序规范性	1	项目申请、设立过程符合相关要求	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。	评价要点： ①项目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。 以上每点 0.33 分，根据实际情况酌情给分。	/	1

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
		绩效目标	9	绩效目标合理性	6	项目所设定的绩效目标依据充分,符合客观实际,	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: (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。 以上每点 1.5 分,根据实际情况酌情给分。	项目单位仅设置了效益指标“协办费发放覆盖范围”,社会效益指标设置不够全面、完整性不足。	5
				绩效指标明确性	3	依据绩效目标设定的绩效指标清晰、细化、可衡量等	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; 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。 以上每点 1 分,根据实际情况酌情给分。	个别绩效指标设置不够清晰、量化。如质量指标“协办费发放到位性”的指标值“到位”不够量化。满意度指标“受益对象满意度”不够明确,未指明具体的受益对象等。	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
		资金投入	7	预算编制科学性	6	项目预算编制经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标相适应	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。	评价要点： 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和工作任务相匹配。 以上每点 1.5 分，根据实际情况酌情给分。	未提供预算额度测算依据等相关材料，预算额度测算依据不够充分，预算编制科学性有待进一步提升。	4.5
				资金分配合理性	1	项目预算资金分配有测算依据，与补助单位或地方实际相适应	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，体现厉行节约从严从紧安排的导向； 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。 以上每点 0.5 分，根据实际情况酌情给分。	/	1

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
过程	20	资金管理	12	资金到位率	1	100%	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。	/	1
				预算执行率	3	100%	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。	得分=3*预算执行率，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。	截止2021年12月31日，实际支出资金为5,930,036元，实际到位资金为6,400,200元，预算执行率=（5930036/6400200）*100%=92.65%。 得分=3*92.65%=2.78分。	2.78

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
				资金使用合规性	8	项目资金使用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。	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规程的规定； 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。 以上每点 2 分，根据实际情况酌情给分。	/	8
		组织实施	8	管理制度健全性	2	项目实施单位的财务和业务管理制度健全，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。	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。 以上每点 1 分，根据实际情况酌情给分。	/	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
				制度执行有效性	6	项目实施符合相关管理规定	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； ③项目合同书、验收报告、技术鉴定等资料是否齐全并及时归档； ④项目实施的人员条件、场地设备、信息支撑等是否落实到位。 以上每点 1.5 分，根据实际情况酌情给分。	/	6
产出	20	产出数量	5	协办费发放工作完成率	5	100%	协办费发放工作完成率=实际发放协办费涉及人数/计划发放协办费涉及人数*100%。	得分=5*协办费发放工作完成率。	/	5
		产出质量	5	协办费发放准确率	5	100%	协办费发放准确率=准确发放协办费涉及人数/协办费发放涉及总人数*100%。	得分=5*协办费发放准确率。	/	5

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
		产出时效	5	协办费发放及时率	5	100%	协办费发放及时率=按规定时间发放协办费涉及人数/协办费发放涉及总人数*100%。	得分=5*协办费发放及时率。	/	5
		产出成本	5	协办费发放标准	5	每生3元	用以反映和考核协办费发放是否符合相关文件规定标准。	协办费发放符合标准，得5分；否则根据实际情况评分。	/	5
效益	40	项目效益	40	协办费发放覆盖率	10	100%	反映和考核协办费发放是否覆盖本市高校，中小学，托幼机构及相关部门。	协办费发放覆盖率达100%，得10分；否则根据实际情况评分。	/	10
				参保意识提高程度	10	有效提高	反映和考核学生对参加医保的重要性的认识程度。	评价要点： ①是否组织在校学生参与医保相关讲座及宣传，提高参保意识； ②符合参保条件的学生，是否按照自愿原则都基本参保。 以上每点5分。	/	10

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
				补贴机制可持续发展	10	持续发展	反映和考核经费补贴机制的可持续发展情况。	通过评价补贴资金来源稳定性、补贴机制完善程度、补贴标准科学性等方面综合评价打分。	一是对于发放的补贴资金所产生的效益和影响,并未进行定期的分析和总结,且未建立补贴标准论证更新补贴机制。二是对于目前执行的发放标准的科学性、合理性未进行调研和说明,不利于充分发挥政策的导向性和财政资金的使用效益。	4
				参保人满意度	10	≥90%	用以反映参保人对相关医保业务工作的满意程度。	参保人满意度=(“非常满意”样本数*1+“比较满意”样本数*0.75+“一般”样本数*0.5+“较不满意”样本数*0.25+“非常不满意”样本数*0)/总样本数 参保人满意度≥90%时,得满分;每下降5%(不足5%按5%计算),扣1分,满意度低于60%,不得分。	根据市医保中心提供的《参保人对2021年度医保中心工作情况的满意度—默认报告》,计算可得参保人满意度=(157*1+108*0.75+21*0.5+3*0.25+6*0)/295=84.49%。	8

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	扣分原因	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重					
总分	100		100		100					88.28