

2018 年度精准扶贫医疗叠加补助资金项目 资金使用绩效自评报告

一、项目概况

（一）项目单位基本情况

我中心职能承担全市医疗保险制度改革组织实施，贯彻执行医疗保险的法规、政策；负责医疗保险基金征缴筹集、管理使用；编制医疗保险基金年度收、支决算，编制医疗保险基金中、短期运行计划；对定点医疗机构、定点药店按协议管理；对在定点医疗机构就医，定点药店取药的参保人员医疗费用进行检查、审核。对违反规定的提请劳动保障行政部门予以处理；建立医疗保险档案，记载个人账户和统筹基金管理使用状况；计算机网络 PC 卡的使用管理；与市中心协调工作，做好医疗保险政策宣传与咨询工作。

（二）项目基本情况

根据《福建省财政厅 福建省医疗保障管理委员会办公室关于印发〈福建省精准扶贫医疗叠加保险资金管理暂行办法〉的通知》，结合我市实际情况一并贯彻执行。

二、专项支出项目实施基本情况

（一）项目组织管理情况

精准扶贫医疗叠加保险保障对象为 2016 年底全省建档

立卡农村贫困人口、以及每年新增建档立卡农村贫困人口中，包括扶贫开发对象及省定扶贫标准下的低保对象。

专项资金主要用于建档立卡农村贫困人口在享受基本医疗保险、大病保险、医疗救助等政策报销基本上，再享受精准扶贫医疗叠加报销。

（一）针对保障对象在省、市、县、乡四级定点医疗机构发生的属于基本医疗保险支付范围的门诊特殊病种和住院医疗费用，在基本医疗保险、大病保险和医疗救助的基本上，由精准扶贫医疗叠加保险采取双上限控制的方法对“目录内”医疗费用予以补助，一是按省、市、县、乡四级定点医疗机构分别不超过 7%、11%、14%、15%的比例叠加报销二是叠加后报销比例的上限省、市、县、乡四级定点医疗机构分别为 50%、70%、90%、95%。

（二）对保障对象中，患儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏病房间隔缺损、儿童先天性心脏病室间隔缺损、儿童先天性动脉导管未闭、儿童先天性肺动脉瓣狭窄、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病、乳腺癌、宫颈癌等 13 种疾病的患者，进行集中救治。集中救治患者的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助和“第一道”精准扶贫医疗叠加保险补偿后，医疗费用个人负担部分，再由精准扶贫医疗叠加保险予以补助 90%，

（三）保障对象家庭医生签约服务费个人缴费部分，由

精准扶贫医疗叠加保险资金承担。

(二) **项目资金使用状况** (包括项目总投入情况、年度财政预算和资金拨付/支出情况、资金分配办法、安排标准、资金使用合规性等)

2018 年精准扶贫叠加保险财政预算数为 5617 万, 下拨各县周转金: 新罗 1500 万, 长汀 1500 万, 永定 1520 万, 武平 2850 万, 上杭 3030 万, 连城 2080 万, 漳平 1510 万元。实际全市总支出: 特殊门诊 341 万, 住院支出 429 万, 家庭医生签约支出 125 万, 累计支出 895 万, 结余 4722 万。

三、专项支出项目绩效分析

(一) 项目绩效评价工作开展情况

项目绩效评价选用的指标有投入、产出、效益等, 评价方法为成本效益分析法, 自评得分为 78.2 分, 等级为合格。

(二) 项目绩效目标完成情况

2018 年精准扶贫叠加保险享受人员共 14964 人, 人均医疗费支出 598 元,

(三) 项目绩效分析

总分 100 分, 合计得分 78.2 分。

1、投入 38 分, 小计得 21.2 分, 其中:

(1) 时效情况。精准扶贫叠加救助医疗费得到及时报销。
得 18 分

(2) 成本指标。资金使用率符合实际支出, 得 3.2 分

2、产出目标 (满分 40 分), 小计得分 40 分, 其中:

(1) 数量指标，满分 20 分，得 18 分

管理制度健全性，我中心制定相关管理制度，2016 年底建档立卡的贫困人口及每个新增贫困人口全部享受扶贫补助 128245 人，实际享受 128245 人。采取双上限控制的方法对“目录内”医疗费用用于补助。得 20 分。

(2) 质量目标满分 20 分，小计得分 20 分，其中：

管理制度健全性，有专门的项目资金管理办法，项目资金管理办法符合相关财务会计制度的规定，得满分 6 分。

财务信息管理，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，资金的拨付是否有完整的审批程序和手续，得 6 分。

实行一站式即实结算，按照医保就医备案要求，省内联网定点医疗机构 100%全覆盖，得 8 分。

3、 产出与效益 22 分，小计得 17 分，其中：

(1) 可持续影响指标：

进一步健全和规范医疗体系，为医疗保险发展创造良好环境和影响力。基本完成得 9 分。

服务对象满意率达 96%得 8 分。

四、工作成效

主要成效，让所有登记建档贫困人员叠加救助医疗费均得到及时报销。

五、相关意见建议

（一）完善医保信息系统提高医保信息系统的安全性及医保结算的效率。

（二）继续完善医保智能稽核监控，适时增加审核的规则并注重对大数据的分析和应用，提高监控质量与效率。

2018年度部门发展性资金绩效自评表

项目主管部门	龙岩市医疗保障局			项目实施单位	龙岩市医疗保障基金管理中心				
部门预算编码				项目名称	精准扶贫医疗叠加补助资金				
财务负责人	吴国洪			项目负责人	郭迪				
财政资金安排和使用情况	专项资金预算安排、支出情况				项目单位实际支出情况（汇总全市项目单位）				
	资金结构（万元）	年初部门预算安排金额①	年中调整金额②	年度拨付金额③	本年度结余金额④=①+②-③	实际到位金额⑤	实际支出金额⑥	本年度结余金额⑦	结余率(%)⑧=⑦/⑤
	一、财政资金小计	5617万	0	0	5617万	5617万	894.59万	4722.41万	84%
	1、中央财政资金								
	2、省财政资金								
	3、市财政资金	5617万	0	0	5617万	5617万	894.59万	4722.41万	84%
	4、其他财政资金								
	二、其他资金小计	0	0	0	0	0	0	0	0
	1、……								
	合 计	5617万	0	0	5617万	5617万	894.59万	4722.41万	84%
年度总体目标完成情况	预期总体目标				总体目标实际完成情况				
	为落实中央和省委、省政府关于推进精准扶贫的决策和部署，进一步推进精准健康扶贫，着力解决因病致贫、因病返贫问题，对精准扶贫对象在基本医疗保险，大病保险和医疗救助基础上的医疗费进行补助。				根据《闽政办〔2017〕64号文，保证建档立卡农村贫困人口在享受基本医疗保险、大病保险、医疗救助等政策报销基础上，再享受精准扶贫医疗保险采取上限控制的方法对“目录内”医疗费用予以补助。				
年度绩效目标完成情况	一级指标	二级指标	三级指标	指标解释	评分标准	绩效目标值	实际完成值	指标分值	自评得分
	投入指标（20分）	时效指标	资金到位率	到位及时率=（及时到位资金/应到位资金）×100%	得分=（实际完成值/目标值）×指标分值	100%	100%	10	10
		成本指标	资金使用率	到位及时率=（及时到位资金/应到位资金）×100%		100%	100%	10	10
	产出指标（40分）	数量指标	基本医疗保险参保率	2016年底建档立卡贫困人口及每年新增贫困人口全部享受扶贫补助	采取双上限控制的方法对“目录内”医疗费用予以补助	100%	99%	20	18
		质量指标	实行一站式即实结算	按照医保就医备案要求，省内联网定点医疗机构100%全覆盖	按照医保就医备案管理要求，省内联网定点医疗机构100%全覆盖得满分，每降低1个百分点，扣一分，扣完为止。	100%	99%	20	18
	效益指标（40分）	经济效益指标	采取双上限控制的方法对“目录内”医疗费用予以补助	采取双上限控制的方法对“目录内”医疗费用予以补助，一是按省、市、县、乡四级定点医疗机构分别不超过7%、11%、14%、15%的比例叠加报销；二是叠加后报销比例的上限省、市、县、乡四级定点医疗机构分别为50%、70%、90%、95%。	按照精准扶贫医疗叠加保险资金管理实行全覆盖一站式支付参保人员扶贫叠加医疗费，支付率达99%。每降低10个百分点扣1分	99%	98%	6	5
			开展家庭医生签约服务	基本实行全覆盖家庭医生签约服务。2018年包标准为100元/人。以高血压糖尿病为主，并逐步扩大慢性病病种范围	按照医保要求，签约并支付家庭医生服务费。签约率达70%。每降低10个百分点扣1分	70%	65%	4	4
		社会效益指标	加强医保的重要性，合理改善民生	加强医保的重要性，合理改善民生	根据政策的知晓及实施率，酌情给分	80%	70%	10	8
		可持续影响指标	进一步健全和规范医疗体系	为医疗保险发展创造良好环境和影响力	明显改善	明显改善	明显改善	10	10
		服务对象满意度指标	服务对象满意度	服务对象满意度	服务对象满意度≥98%	≥98%	≥96%	10	8
总 分								100	91
自评等次		（优秀（S≥90）	良好（90>S≥75）	合格（75>S≥60）	不合格（60<S）				优秀

填表人：

填表时间：

联系电话

