



怀化长源联合会计师事务所

HUAIHUA CHANG YUAN UNITIVE ACCOUNTING RIFM OF

怀化长源（2025）绩字第 25005 号



新晃侗族自治县 2023 年至 2024 年城乡居民 医疗保险基金绩效评价报告

为了进一步规范财政资金管理，强化部门责任意识，保障专项资金安全，切实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）、《财政部项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10 号）、《湖南省预算支出绩效评价管理办法》（湘财绩〔2020〕7 号）、《湖南省财政厅关于进一步规范绩效评价管理有关事项的通知》（湘政办发〔2020〕12 号）、《新晃侗族自治县财政局关于印发《新晃侗族自治县财政局关于开展 2025 年财政绩效评价工作的通知》要求，受新晃侗族自治县财政局委托，怀化长源联合会计师事务所成立绩效评价工作组，于 2025 年 5 月 30 日至 2025 年 7 月 20 日对新晃侗族自治县 2023 年至 2024 年城乡居民医疗保险基金实施了绩效评价，根据评价结果，形成本评价报告。

一、预算支出基本情况

（一）预算支出概况

1. 决策背景

根据《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》（中发〔2002〕13号）精神，为切实解决农民因病致贫、返贫问题，兼顾常见病多发病的诊疗，湖南省从2003年启动新型农村合作医疗制度。2003年9月，省卫生厅成立了合作医疗管理办公室，各县建立了合作医疗管理委员会及管理办公室，各乡镇也相应建立了管理服务机构。到2008年，新农合已覆盖全省122个县（市、区）。为解决广大人民群众医疗保障问题，不断完善医疗保障制度，建立城乡医疗救助制度，根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发〔2007〕20号）精神，湖南省从2007年9月部署启动全省城镇居民基本医疗保险试点工作，2009年在全省全面推开城镇居民医保。2016年根据《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）、《怀化市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》（怀政发〔2016〕16号）和《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17号）。提出“从2017年1月1日起，全省统一执行城乡居民基本医保政策，统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理”。

2. 主要内容

根据《怀化市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》（怀政发〔2016〕16号）和《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17号）相关规定，城乡居民基本医疗保险实行分级管理，个人缴费与政府补助相结合。本项目实施内容为城乡居民基本医疗补助，属于社会保险基金预算项目，财政补助资金用于对符合参保条件的参保缴费人员给予缴费补贴。

（1）参保范围

城乡居民医保覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以及按照国家规定享有其他保障的人员外，其他所有城乡居民均属居民医保制度覆盖范围。具体包括①农村居民、城镇非从业居民；②在校学生及学龄前儿童；③社区矫正对象；④在我省居住且办理了港澳台居民居住证的未就业港澳台居民；⑤在我省就读的港澳台大学生、外国国籍留学生；⑥在我省居住且办理了永久居留证的未就业的外国人；⑦以及规定的其他人员。

（2）筹资机制

城乡居民医保实行个人缴费、政府补助、集体补助相结合的筹资方式。

政府补助：分为中央补助和地方财政补助，中央每年下发文件明确政府补助标准总额，并明确湖南省的中央补助标准，省级财政补助标准由省级相关部门根据国家政策和本省实际情

况确定，怀化市及各县财政补助标准由市相关部门参照省级标准确定，各级财政按照相应的补助标准乘以每年 6 月份核定的参保人数下达相应的补助资金。

个人缴费：省级主管部门每年下达文件明确个人缴费的标准，全省统一相同的缴费标准，个人缴费实行一年一缴，本年缴纳下一年度费用，缴费期为每年 9 月至 12 月。

集体补助：有条件的集体经济组织、单位或其他社会经济组织从收益中拿出部分资金帮助本村村民、或对辖区内或本单位职工家属中的城乡居民参保人员提供一定的缴费资助或扶持。

根据《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》第七条规定：从 2019 年起，中央财政按国家公布的年度政府补助标准对各省（区、市）实行分档补助。湖南省属于第二档，新晃侗族自治县按照第一档进行财政补助，中央和地方按 8:2 比例分担。地方政府应配套补助部分，省级承担 16%，其余 4% 由市县配套，其中怀化市财政每年补助 132.38 万元，剩余补助资金由县财政承担。

2023 年和 2024 年医疗保险基金财政补助收入明细如下：

单位：万元

	资金来源				
年度	中央	省级	市级	县级	合计
2023	10100.98	2022	132.38	378.34	12633.7
2024	10428.24	2079.93	132.38	388.73	13029.28

合计	20529.22	4101.93	264.76	767.07	25662.98
----	----------	---------	--------	--------	----------

另：2023 年度疫苗补助资金 278.63 万元不包含在医疗保险基金财政补助指标内。

（3）医疗保险基金

医疗保险基金是指根据国家法律法规规定，通过参保居民个人缴纳、政府补助以及通过其他合法方式筹集的，用于对参保居民医疗费用进行补偿的专项资金。医疗保险基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则使用。医疗保险基金实行专账核算，所有医疗保险的收入和支出均通过医疗保险基金核算，各级财政补助资金和个人缴费资金均转入医疗保险基金收入专户，基金收入专户一般设置在各地区财政部门，由财政部门 and 主管部门平行记账。

（4）医疗保险待遇

参保人缴纳了当年的医疗保险费用就可以享受当年度的医疗保险待遇，可以享受的医疗保险待遇包括门诊医疗待遇、住院医疗待遇、生育分娩医疗待遇和大病保险医疗待遇。

门诊医疗待遇：分为普通门急诊、慢性病门诊和特殊病门诊。

住院医疗待遇：对符合基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，按照不同级别的医疗机构分别设置起付标准、支付比例和年度支付限额。参保人在参保年度内发生的符合规定的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准范围内的医疗费用，

在起付标准以上、年度最高累计支付限额以下的医疗费用由参保人与医疗保险基金按比例分担。

生育分娩医疗待遇：对生育分娩的妇女给以一定的补偿。

大病保险医疗待遇：参加基本医疗保险的参保人员，同时享受大病保险规定的相关待遇，大病保险个人不用单独缴纳保费，大病保险资金原则上按照每人每年 55 元从城乡居民医保基金全额划出。

省级主管部门对参保人可以享受的医疗保险待遇制定相应的范围，具体由各统筹区域根据各地区情况确定，新晃侗族自治县制定的医疗保险待遇如下表：

医疗保险待遇明细表

类别	待遇明细
普通门诊（含急诊）	1. 城乡居民基本医疗保险参保居民在参保所在地实施基本药物零差率销售的定点协议村卫生室就医的，不设起付线，报销比例 70%，年度最高可报销 420 元。
	2. 在乡镇卫生院（包括社区卫生服务中心）就医的，不设起付线，普通门诊医药费报销比例 70%。
	3. 在县级协议医疗机构就医的，普通门诊医药费报销比例 0。（在二级以上的医疗机构未开通居民普门报销）。
住院医疗保险待遇	1. 基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）住院起付标准 200 元，住院支付比例 85%；一级定点医院起付标准 500 元，住院支付比例 82%；二级定点医院起付标准 800 元，支付比例 80%；三级定点医院起付标准 1200 元，统筹区内住院支付比例 65%，统筹区外符合转诊转院规定并办理转诊转院手续发生的医疗费用支付按正常比例下调 5%，不符合和不办理转诊转院手续发生的医疗费用支付按正常比例下调 10%，办理异地长期居住以及异地安置人员住院支付比例参照参保地标准。
	2. 省部属定点医疗机构的住院起付标准统一为 2000 元，符合转诊转院规定并办理转诊转院手续发生的医疗费用支付比例下调 5%，不符合和不办理转诊转院手续发生的医疗费用支付比例下调 10%。办理异地长期居住以及异地安置人员住院支付比例参照参保地标准。一个自然年度内多次在同级别医疗机构住院的，第二次及以上起付标准按 50% 计算。起付标准年度累计不超过 3000 元。
	3. 一个自然年度内，住院（含参照住院待遇进行管理、“双通道”药品单行支付管理）医疗费用的最高实际支付限额为 15 万元。

生育分娩医疗待遇	居民医保基金对参保居民的产前检查费和生育医疗费用给予补助。产前检查费最高补助标准为 600 元，平产最高补助标准为 2000 元；剖宫产最高补助标准为 3000 元。补助标准根据居民医保基金运行情况适时调整。孕产妇因高危重症救治发生的医疗费用，参照因疾病住院相关标准支付。医保基金对到非协议定点医院住院分娩的不予支付。
大病医疗保险待遇	对参保人员一个自然年度内累计个人负担的政策范围内医疗费用，扣除大病保险起付线以后，分四段累计补偿：0-3 万元（含）部分报销 60%，3 万元以上至 8 万元（含）部分报销 65%，8 万元以上至 15 万元（含）部分报销 75%，15 万元以上部分报销 85%。特困人员、低保对象、返贫致贫人口，在扣除大病保险起付线以后，各段报销比例分别提高 5 个百分点。大病保险年度最高支付限额为 40 万元。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口取消最高支付限额。

（二）预算资金使用管理情况

1. 组织管理机构和职责

新晃侗族自治县医疗保障局主管城乡居民基本医疗保险工作，负责城乡居民基本医疗保险有关政策有效执行和制定与本地区相宜的医疗补充制度，管理、监督和指导行政区域内城乡居民基本医疗保险工作。财政、民政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、教育、残联、税务等部门按照各自的工作职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。新晃侗族自治县医疗保障事务中心负责本行政区域内城乡居民基本医疗保险经办服务工作。乡镇（街道）、村委会（社区）按照各自工作职责具体负责行政区域内城乡居民基本医疗保险的有关工作。

新晃侗族自治县医疗保障事务中心按照《财政部人力资源社会保障部国家卫生计生委关于印发<社会保险基金财务制度>的通知》（财社〔2017〕144 号）、《财政部关于印发<社会保险基金会计制度>的通知》（财会〔2017〕28 号）和《财政部关于印发<新旧社会保险基金会计制度有关衔接问题的处理规定>

的通知》（财会〔2017〕29号）的规定，加强城乡居民基本医疗保险基金的管理。

医疗保险基金纳入基金财政专户，实行收支两条线管理，单独记账、分账核算，专款专用，用于支付按照规定应支付给参保人的医疗待遇。

2. 管理制度建设

根据《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）、《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政办发〔2022〕67号）、《怀化市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》（怀政发〔2016〕16号）、《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17号）等一系列相关制度。为进一步完善城乡居民基本医疗保险制度，规范医疗保障服务工作，防范和化解业务运行风险，确保医疗保险基金安全，新晃侗族自治县医疗保障事务中心制定《新晃侗族自治县医疗保障事务中心内部控制制度》。

3. 资金投向合理性

新晃侗族自治县人民政府坚持城乡居民医疗保险基金优先覆盖住院、门诊统筹、大病保险等基础医疗服务，向困难群体、基层医疗、慢性病管理等领域倾斜。

2023 年新晃侗族自治县发生的住院支出 16212.12 万元，占基金总支出额的 73.6%，2024 年新晃侗族自治县发生的住院支出 16130 万元，占基金总支出额的 77.79%，是保障“大病重病”的核心环节。

近两年来基金逐步向门诊统筹倾斜，新晃侗族自治县优化门诊慢特病经办服务，将 47 种慢特病复审流程简化，不设起付线，报销比例 70%，提升了资金使用效率，2023 年新晃侗族自治县发生的门诊医疗支出 2275.73 万元，占基金总支出额的 10.33%，2024 年新晃侗族自治县发生的门诊医疗支出 2254.09 万元，占基金总支出额的 10.87%。

大病保险资金按 55 元/人/年从居民医保基金中划出，对高额医疗费用进行二次报销，2023 年新晃侗族自治县发生的大病保险支出 1216.94 万元，占基金总支出额的 5.52%，2024 年新晃侗族自治县发生的大病保险支出 1009.47 万元，占基金总支出额的 4.87%。

4. 资金拨付及时性

中央财政补助资金采取“当年全额预拨，次年据实结算”的办法，以每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为一个运行年度，将中央财政补助资金拨付至省级财政，除上年按照预算管理统一要求提前下达预算指标以外，中央财政于每年全国人民代表大会批准预算后的 30 日内全额预拨本年度补助资金，并于 6 月底前结算上年度补助资金。

省级财政补助资金的拨付方式：每年年初，省财政先预拨一部分省级补助资金，当年9月底前，按照各地当年6月底实际参保人数，扣除当年年初预拨资金后，拨付省级补助资金，在次年下达省级补助资金时，省级补助资金根据中央资金结算情况，对予以扣减的因素，给予同口径扣减省级财政补助资金。

市县补助资金按照每年下达的财政总补助资金扣除中央、省级补助资金后差额补足，并于每年7月底前补足。目前市财政每年补助132.38万元至医保基金专户，剩余部分由县财政补足。

个人缴费的方式：实行年缴费制度，每年的9月1日至12月底为下一年度的集中参保缴费期，新生儿可以在规定的缴费期之外办理参保缴费。

新晃侗族自治县医疗保障事务中心向市医疗保障局按季申请医保基金，按月预拨各医疗机构医疗保险基金，并于6月底前结算上年度补助资金。

5. 合规性检查

新晃侗族自治县医疗保障事务中心严格执行中央和地方制定的有关城乡居民医疗保险的各项规章制度，确保各级财政补助资金按标准及时足额到位转入怀化市医疗保险基金收入专户，新晃侗族自治县医疗保障事务中心根据每季度的实际基金需求量申请补助资金转入县级医疗保险基金专户。居民通过“湘税社保”、“国家税务总局湖南省税务局”官网以及银行缴费、

银行柜台缴费等多种方式自主足额及时缴纳医疗保险费用，通过身份证信息的匹配，规避重复缴费和虚报缴费人数套取财政补助现象发生。使用湖南省医疗保障信息平台智能抓取各医疗机构的过度医疗、分解收费、重复收费等医疗违规现象，降低患者的医疗成本和节省医疗保险基金的开支。新晃侗族自治县医疗保障局医疗检查部门和事务中心稽查小组抽查医疗机构病历记录、费用清单与实际诊疗是否一致，现场检查是否存在虚构医疗服务、挂床住院、串换药品或诊疗项目等骗取基金的行为，同时开常专项活动对各医疗机构的日常工作进行检查，对城乡居民医疗保险基金的收支情况进行全方面的监督。

（三）预算支出绩效目标完成程度

根据《怀化市医疗保障局关于下达 2023 年城乡居民基本医疗保险补助资金绩效目标的通知》、《怀化市医疗保障局关于下达 2024 年城乡居民基本医疗保险补助资金绩效目标的通知》，预算申报所设立的 2023 年和 2024 年项目目标和绩效指标情况如下：

2023 年和 2024 年该项目设立的绩效目标：持续推进全民参保计划，巩固基本医疗保险参保率；继续巩固完善全省统一的城乡居民基本医疗保险制度，稳定住院医疗待遇，稳步提高门诊待遇；实现基金收支平衡。

2023 年和 2024 年该项目共设置了 12 个绩效指标，包括产出数量、产出质量、产出时效指标、社会效益指标、可持续指

标及满意度指标，其中产出数量指标为“参保人数”1个指标；产出质量指标包含“重复参保人数”、“虚报参保人数”、“参保人政策范围内住院费用报销比例”、“开展门诊统筹”4个指标；产出时效指标为“医疗费用结算即时率”；社会效益指标包含“以常住人口数为基数计算的基本医保综合参保率”、“政策知晓率”、“享受待遇金额增长情况”3个指标；可持续指标包含“收支平衡”、“基金滚存结余可支付月数”2个指标；满意度指标为“参保对象满意度”。

本次绩效评价小组通过审阅分析收集的相关资料以及问卷调查，新晃侗族自治县2023年至2024年城乡居民医疗保险预算支出绩效目标完成如下：

2023年城乡居民医保参保人数达到19.99万人，参保对象和补偿标准符合相关规定。参保人数较上年减少，政策覆盖人数达到98.62%。参保人政策范围内住院费用报销比例73.6%，合理控制基金支出总量，年度基金结余率低于5%，基金累计结余可支付月数为4.56个月，二级风险预警，需加强基金风险防范。参保人员满意度达95%以上。

2024年城乡居民医保参保人数达到19.5万人，参保对象和补偿标准符合相关规定。参保人数较上年减少，政策覆盖人数达到96.42%。参保人政策范围内住院费用报销比例77.79%，合理控制基金支出总量，年度基金结余率高于5%，达到11.59%，基金累计结余可支付月数为5.55个月，三级风险预警。参保人

员满意度达 95%以上。

二、绩效评价工作情况

（一）绩效评价依据

1.《湖南省医疗保障局关于下达 2024 年城乡居民基本医疗保险补助资金绩效目标的通知》；

2.《怀化市医疗保障局关于下达 2023 年城乡居民基本医疗保险补助资金绩效目标的通知》；

3.《怀化市医疗保障局关于下达 2024 年城乡居民基本医疗保险补助资金绩效目标的通知》；

4.《新晃侗族自治县财政局关于开展 2025 年财政绩效评价工作的通知》；

5.《财政部 劳动保障部关于加强社会保险基本金财务管理有关问题的通知》（财社〔2003〕47 号）

6.《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）；

7.《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）；

8.《怀化市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》（怀政发〔2016〕16 号）；

9.《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17 号）；

10.《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省城乡居民基

本医疗保险实施办法》的通知》（湘政办发〔2022〕67号）；

11.其它相关依据文件。

（二）绩效评价方法

本次绩效评价小组对收集的相关基础资料、各种技术经济数据，在归集、整理、分析的基础上，运用资料审阅法、实地查勘法、分析比较法等系统、科学的反映评价项目综合绩效情况。

1.审阅资料

通过审阅项目实施单位的自评报告、查阅项目相关的政策文件、项目申报表、项目管理办法等资料，了解项目立项背景、依据、目的、过程管理、项目执行情况、资金到位情况、拨付和支出情况以及相关财务管理制度执行情况。

2.分析比较

依据项目管理制度文件，评级项目是否按照项目管理办法等文件执行；依据项目资金计划文件和凭证，评价项目资金下拨、到位使用情况；将项目绩效目标与实施结果对比分析，判断项目目标的实现情况；将项目预期效益与实施效果数据比的分析，结合开展问卷调查，评价项目预期效益实现程度。本次评价小组共收回调查问卷 231 份。

3.实地考察

通过现场评价，对照项目实施办法、资金管理制度等相关文件要求，抽取城乡居民基本医疗保险资金收支台账、智能稽

查违规月台账、参保人员缴费以及医保兑付情况进行核实，查看是否达到项目预期的目标和效果。

4.评分方法

根据以上方法对评价指标采用百分制打分后，对绩效评价结果采取评分与评级相结合的形式，确定绩效评价结果分为：优、良、较差、差四个等级（优 ≥ 90 分；90分 $>$ 良 ≥ 80 分；80分 $>$ 较差 ≥ 60 分；差 < 60 分），最终确定绩效评价结果。

三、预算支出主要绩效及评价结论

（一）项目实施及绩效情况

新晃侗族自治县城乡居民医疗保险基金上级补助收入全部到位，分别为：2023年上级补助收入12255.36万元、县配套资金378.34万元；2024年上级补助收入12640.55万元、县配套资金388.73万元。2023年城乡居民医保参保人数19.99万人，政策覆盖人数达到98.62%，2024年城乡居民医保参保人数19.5万人，政策覆盖人数达到96.42%。2023年和2024年住院保险、住院分娩、普通门诊（含急诊）、特殊困难人员医疗、大病医疗保险待遇补偿比例均符合相关规定。2023年累计结余14379.56万元，剔除业务未结算款和预收2024年度保险费实际结余7499.59万元，按照2023年每月1645.78万元支出，可达4.56个月的实际支撑能力。2024年累计结余17097.37万元，剔除业务未结算款和预收2025年度保险费实际结余9710.21万

元，按照每月 1750 万元支出，可达 5.55 个月的实际支撑能力，基金运行情况良好。

（二）评价结果

根据《新晃县 2023-2024 年城乡居民医疗保险资金绩效评价
指标及评分表》的设定，从项目决策、项目过程、项目产出
和项目效益等方面综合分析评价综合得分为 93 分(详见附件 2)，
绩效结果为“优”。一级指标具体得分情况详见下表：

一级指标	指标分值	评价得分	得分率
决策	18	17	94%
过程	22	21	95%
产出	25	25	100%
效益	35	30	86%
合计	100	93	93%

四、绩效评价指标分析

（一）预算支出决策情况

项目决策情况包括决策依据、决策过程、预算管理、绩效
目标和资金分配情况，该指标满分为 18 分，综合分析，评价得
分 17 分，得分率为 94%。项目依据国务院及省市政府文件立项，
并编制预算，但存在基金预算偏离的问题。具体如下：

1. 决策依据（满分 4 分，得分 4 分）

根据《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意
见》、《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法》、

《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）、《怀化市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》（怀政发〔2016〕16号）、《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17号）等文件要求设立了本项目，项目政策依据充分，立项程序规范，新晃侗族自治县执行的 policy 符合中央、国务院社会保险制度改革有关城乡居民基本医疗保险的决策部署。依评分标准得4分。

2. 决策过程（满分2分，得分2分）

由新晃侗族自治县财政局和医疗保障局填报审核的年度城乡居民基本医疗保险中央和省级财政补助资金结算申请表、年度基本医疗保险参保情况分县表、年度基本医疗保险实施情况分县表、年度参保城乡居民个人缴费情况分县表及资金的请示报告，申请下拨中央及省级补助资金。新晃侗族自治县医疗保障事务中收根据各医疗机构的实际情况预付医疗费用。依评分标准得2分。

3. 预算管理（满分2分，得分1分）

新晃侗族自治县各级社保机构在年度终了前，会同税务部门，按照财政部门规定的表式、时间和编制要求，综合考虑本年预算执行情况、下一年度经济社会发展水平以及社会保险工作计划等因素，编制下一年度机关事业单位基本养老保险基金

预算草案，报同级社会保险行政部门审核汇总，2023 年预算支出偏差率为 1.51%，2024 年预算偏差率 6.9%，2024 年未控制在 5%以内。依评分标准扣 1 分，得 1 分。

4. 绩效目标（满分 6 分，得分 6 分）

2023 年和 2024 年预算申报时，确定了城乡居民基本医疗保险补助资金项目的年度总体目标和绩效指标。编制的绩效目标与项目实施相符，细化分解目标能具体反映产出质量、产出时效目标。依评分标准得 6 分。

5. 资金分配（满分 4 分，得分 4 分）

根据《湖南省财政厅 湖南省人力资源和社会保障厅关于明确城乡居民基本医疗保险中央和省财政补助资金申请拨付办法的通知》（湘财社〔2017〕6 号）文件规定“中央财政对城乡居民医保补助资金统一采取“当年全额预拨付，次年据实结算”的方法拨付，省级财政按照“年初预拨，下半年结算的办法拨付”。资金下达符合文件规定，且采取预拨方式，时效率 100%。依评分标准得 4 分。

（二）预算执行过程情况

项目过程情况包括基金管理和组织实施，该指标满分为 22 分，综合分析，评价得分 21 分，得分率为 95%。基金管理按照相关的规定执行，资金的拨付有完整的审批程序和手续，建立健全内控制度，但无专门人员对参保人员档案进行管理。具体如下：

1. 基金管理（满分 8 分，得分 8 分）

（1）上级资金到位率：满分 2 分，得分 2 分。

根据中央、省级、市级资金下达文件，2023 年安排城乡居民基本医疗保险补助资金 12255.36 万元，截至 2023 年 12 月 31 日，实际到位资金 12255.36 元，资金到位率 100%。2024 年安排城乡居民基本医疗保险补助资金 12640.55 万元，截至 2024 年 12 月 31 日，实际到位资金 12640.55 元，资金到位率 100%。依评分标准得 2 分。

（2）配套资金到位率：满分 2 分，得分 2 分。

根据县级资金配套文件，2023 年县级财政安排城乡居民基本医疗保险补助资金 378.34 万元，截至 2023 年 12 月 31 日，实际到位资金 378.34 万元，资金到位率 100%。2024 年县级财政安排城乡居民基本医疗保险补助资金 388.73 万元，截至 2024 年 12 月 31 日，实际到位资金 388.73 万元，资金到位率 100%。依评分标准得 2 分。

（3）基金使用合规性：满分 2 分，得分 2 分。

经实地检查城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理，实行收支两条线，单独记账、分账核算，专款专用。依评分标准得 2 分。

（4）基金管理规范性：满分 2 分，得分 2 分。

经实地检查社保机构内设财务管理部门和相应专业工作岗位，分别配备了专职会计和出纳；账户管理、财务管理和基金

核算基本符合相关管理办法的规定。依评分标准得 2 分。

2. 组织实施方面（满分 14 分，得分 13 分）

（1）信息化建设水平：满分 2 分，得分 2 分。

据实地评价新晃侗族自治县基础数据准确性，与职工基本医疗保险信息管理系统衔接，与省级公安部门 and 统计部门的公民信息管理系统实现信息资源共享。依评分标准得 2 分。

（2）稽核内控建设：满分 2 分，得分 2 分。

经实地检查，新晃侗族自治县按照《社会保险基金财务制度》、《湖南省基本医疗保险监督管理办法》、《湖南省医疗保障经办机构内部控制试行办法》和《怀化市医疗保障经办机构内部控制试行办法》建立健全稽核制度和内部控制制度。依评分标准得 2 分。

（3）参保人员档案管理：满分 2 分，得分 1 分。

新晃侗族自治县按照《社会保险业务档案管理规定（试行）》配备必要档案管理的设施、场所，依托医保系统按年对参保人员进行归档处理，但无专门的档案管理人员和现代化档案管理要求的技术设备。依评分标准扣 1 分，得 1 分。

（4）定点医疗机构规范性：满分 3 分，得分 3 分。

新晃侗族自治县医疗保障事务中心协议部对定点医疗机构进行协议管理，并形成记录。建立了考核评价机制、动态准入和退出机制。依评分标准得 3 分。

（5）医保基金统计、基金报表准确性、及时性、完整性：

满分 2 分，得分 2 分。

新晃侗族自治县医疗保障事务中心能够按时、完整上报医保基金统计、基金报表。上报报表不存在虚报、瞒报、误报等现象。依评分标准得 2 分。

(6) 绩效自评开展情况：满分 3 分，得分 3 分。

已对本项目开展绩效自评工作，并及时上传自评报告。依评分标准得 3 分。

(三) 预算支出产出情况

项目产出情况包括产出数量、产出质量和产出时效，该指标满分为 25 分，综合分析，评价得分 25 分，得分率为 100%。2023 年新晃侗族自治县全县居民医保参保人数达 19.99 万人，2024 年新晃侗族自治县全县居民医保参保人数达 19.5 万人，参保人员和补偿标准符合相关规定，及时结算医疗费用。具体如下：

1. 产出数量（满分 6 分，得分 6 分）

(1) 参保目标任务完成率：满分 6 分，得分 6 分。

2023 年度城乡居民医保全县计划参保人数目标 19.76 万人，实际参保人数 19.99 万人，完成目标任务的 101%。2024 年度城乡居民医保全县计划参保人数目标 19.41 万人，实际参保人数 19.5 万人，完成目标任务的 100%。依评分标准得 6 分。

2. 产出质量（满分 16 分，得分 16 分）

(1) 参保对象合规性：满分 7 分，得分 7 分。

经实地检查，未存在重复参保和虚报参保人数现象，参保对象均符合相关规定。依评分标准得 7 分。

(2) 补偿比例合规性：满分 5 分，得分 5 分。

经实地检查，2023 年和 2024 年住院保险、住院分娩、普通门诊（含急诊）、特殊困难人员医疗、大病医疗保险待遇补偿比例均符合相关规定，其中 2023 年参保人政策范围内住院费用报销比例 73.6%，2023 年参保人政策范围内住院费用报销比例 77.79%。依评分标准得 5 分。

(3) 开展门诊统筹：满分 4 分，得分 4 分。

根据《湖南省医疗保障局关于加强职工医保普通门诊统筹基金使用监管工作的通知》（湘医保函〔2023〕36 号）、《怀化市医疗保障局关于进一步做好定点零售药店纳入城镇职工基本医疗保险门诊统筹管理工作的通知》（怀医保发〔2023〕21 号）文件要求，加强开展门诊统筹工作。依评分标准得 4 分。

3. 产出时效（满分 3 分，得分 3 分）

新晃侗族自治县医疗保障事务中心按月预拨各医疗机构医疗保险基金，并于 6 月底前结算上年度补助资金。2023 年医疗费用结算即时率为 99.49%，2024 年医疗费用结算即时率为 99.82%。依评分标准得 3 分。

（四）预算支出效益情况

项目效益情况包括社会效益、可持续影响及服务对象满意度，该指标满分为 35 分，综合分析，评价得分 30 分，得分率

为 86%。基本达到预期的实施效果。具体如下：

1. 基本医保综合参保率（满分 8 分，得分 8 分）

2023 年城乡居民医保实际参保人数为 19.99 万人，职工医保参保人数为 1.5 万人，常住人口数 21.79 万人，政策覆盖率为 98.62%。2024 年城乡居民医保实际参保人数为 19.5 万人，职工医保参保人数为 1.51 万人，常住人口数 21.79 万人，政策覆盖率为 96.42%。依评分标准得 8 分。

2. 政策知晓率（满分 3 分，得分 2 分）

通过现场及电话问卷调查的方式，了解参保人员对城乡居民基本医疗保险政策的知晓情况。现场及电话问卷调查 231 份，回收有效问卷 231 份，问卷有效回收率 100%，政策知晓率达 90%。依评分标准扣 1 分，得 2 分。

4. 享受待遇金额增长情况（满分 4 分，得分 1 分）

2022 年医保支出金额为 23127.71 万元，2023 年医保支出金额为 19749.35 万元，较上年减少 3378.36 万元，是因为参保人数下降 7363 人；2024 年医保支出金额为 19393.74 万元，较上年减少 355.61 万元，是因为参保人数下降 4933 人。因为新晃侗族自治县总人口数负增长，导致城乡居民参保人数也在下降。依评分标准扣 3 分，得 1 分。

5. 收支平衡（满分 5 分，得分 5 分）

2023 年基金收入为 20716.9 万元（不包含上级返回风险储备金 2055.93 万元），较上年收入增加 974.11 万元，主要是个

人缴费标准提高导致收入增加 871.61 万元，增长 13.07%；2023 年基金支出为 19749.35 万元（不包含上缴风险储备金 2277.43 万元），较上年支出减少 3378.36 万元，主要是参保人数下降。2024 年基金收入为 21436.28 万元（不包含上级返回风险储备金 2017.4 万元），较上年收入增加 719.38 万元，主要是个人缴费标准提高导致收入增加 570.84 万元，增长 7.57%；2024 年基金支出为 19393.74 万元（不包含上缴风险储备金 1342.13 万元），较上年支出减少 355.61 万元，主要是参保人数下降。依评分标准得 5 分。

6. 基金滚存结余可支付月数（满分 5 分，得分 4 分）

2023 年基金收入为 20716.9 万元，当期结余为 746.04 万元，当期结余率为 3.6%，低于三级预警结余率 5%，滚存结余为 14379.56 万元，剔除业务未结算 300 万元和预收 2024 年度保险费 6579.97 万元，实际结余 7499.59 万元，按照 2023 年每月 1645.78 万元支出，可达 4.56 个月的实际支撑能力，基金运行情况一般；2024 年基金收入为 21436.28 万元，当期结余为 2717.81 万元，当期结余率为 12.68%，滚存结余为 17097.37 万元，剔除业务未结算 150 万元和预收 2025 年度保险费 7275.96 万元，实际结余 9710.21 万元，按照每月 1750 万元支出，可达 5.55 个月的实际支撑能力，基金运行情况良好。依评分标准扣 1 分，得 4 分。

7. 参保居民满意度（满分 10 分，得分 10 分）

本次绩效评价受益对象为参保人群和领取人群，现场及电话问卷调查 231 份，收回有效问卷 231 份，最终满意度 95%。依评分标准得 10 分。

五、存在的主要问题

（一）个人缴费部分收取难度大，出现断缴现象

城乡居民医疗保险个人实际缴费标准 2023 年为 350 元/人/年，2024 年为 380 元/人/年，经实地调查，个人缴费标准逐年增长对于人口较多的农户，城乡居民医疗保险是一笔不菲的支出，导致参保人数逐年下降，并出现大量农民断缴现象。2022 年城乡居民医保参保人数为 20.73 万人，2023 年城乡居民医保参保人数为 19.99 万人，2024 年城乡居民医保参保人数为 19.5 万人，参保人数逐年下降。

（二）“过度检查、分诊治疗”等违规现象仍旧存在

经实地抽查新晃侗族自治县医疗保险事务中心稽核部月违规台账，发现医疗机构仍旧存在“过度检查、分诊治疗、单一中药报销等”违规情况，虽然湖南省医疗保障信息平台可智能监管部分违规现象，但还需提高各医疗机构医务人员医疗素养及医疗水平，降低医疗成本支出，保障广大患者的经济生命安全。

（三）稽查监管人员不足

目前事务中心稽核部仅工作人员两人，局监管部人员配置也不足，没有足够的人手对湖南省医疗保障信息平台智能监管

部分违规现象开展实地检查工作，仅审核各医疗机构在平台上提交的申诉材料。且只能针对上级部门的要求开展专项检查工作，不能对各医疗机构起到震慑作用。

（四）政策宣传不够深入

经实地问卷调查，部分参保人员对政策的了解不够深入，不知晓医保报销比例和财政每年按人投入金额，对医保个人缴费逐年增长产生抵触情绪。抽样调查 231 位参保人员，23 位参保人员不知晓财政对城乡居民医保投入金额。

（五）支出预算不精准，存在偏离度

2023 年预算支出 20051.79 万元，实际支出 19749.35 万元（不含上解上级支出 2277.43 万元），偏差率为 1.51%，2024 年预算支出 20831.11 万元，实际支出 19393.74 万元（不含上解上级支出 1342.13 万元），偏差率 6.9%，2024 年未控制在 5% 以内。

（六）医保结算款未及时退回基金专户

新晃侗族自治县医疗保障事务中心按月预拨各医疗机构医疗保险基金，并于 6 月底前结算上年度补助资金。2025 年 6 月结算后，各医疗机构应退回 274.78 万元医疗保险基金，未按时退回医保基金专户。

六、有关建议

（一）建立筹资动态调整机制

在精算平衡的基础上，逐步建立与经济社会发展水平、各

方承受能力相适应的稳定筹资机制；逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制；合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。

（二）加强信息化建设，提高智能监管力度

立足湖南省医疗保障信息平台，推动城乡居民医疗保险信息化建设，同时加强与有关部门工作衔接，建立对违规现象快速响应机制。

（三）加强稽核监管队伍建设，严格执法检查

根据实际工作强度，增加稽核部门专业人员，履行对各医疗机构病例审核和监督职能，加强对药品使用、治疗检查等医疗环节的审核把关，及时纠正不规范行为。

（四）加强医保政策宣传，提高群众知晓率

组织医保专员和乡村干部进村全方面宣传医保制度，尤其是对于报销比例和财政补助方面进行大力宣传，让群众了解政策的惠民保障程度。

（五）提高预算精准度，避免资金闲置

新晃侗族自治县医疗保障事务中心根据上年度实际情况及考虑各种可能因素，精准预测下年度支出，争取预算偏离度控制在规定范围内。

（六）及时收回多预拨的医疗结算款，避免医保基金长期滞留医疗机构

新晃侗族自治县医疗保障事务中心应根据各医疗机构实际经营情况预拨医疗保险基金，与各医疗机构核对结算款并及时收回多预拨的医疗结算款，预防医保基金滞留现象。


- 附件：1. 绩效评价基础数据表
2. 绩效评价指标及评分表
3. 现场评价工作底稿
4. 绩效评价问题清单
5. 绩效评价有关问题数据统计汇总表
- 6.绩效评价结果征求意见的反馈函
- 7.现场评价回执
- 8.承诺书

怀化长源联合会计师事务所（普通合伙）

中国·怀化市

电话：0745-2258016

中国注册会计师：

中国注册会计师：

2025 年 9 月 22 日

2023年项目支出绩效评价基础数据表

项目名称	城乡居民医疗保险中央、省级、县级配套				
主管部门	新晃侗族自治县医疗保障局			实施单位	新晃侗族自治县医疗保障事务中心
项目资金		年初预算数	全年预算数	全年执行数	执行率
	年度资金总额	12633.7	12633.7	12633.7	100%
	其中：财政拨款	12633.7	12633.7	12633.7	100%
	上年结转资金				
	其他资金				
年度总体目标	预期目标			实际完成情况	
	目标1：巩固参保率。			巩固参保率，稳步提高保障水平	
	目标2：稳步提高保障水平。				
一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	偏离原因分析及改进措施
项目决策	决策依据	贯彻中央对医疗保障制度改革中有关城乡居民医保决策部署	依据党中央和国务院深化医疗保障制度改革的意见和《“十四五”全民医疗保障规划》进行决策	依据党中央和国务院深化医疗保障制度改革的意见和《“十四五”全民医疗保障规划》进行决策	
		执行预算绩效管理和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	
	决策过程	决策程序规范	程序合规完整	程序合规完整	
	绩效目标	绩效目标设置科学	遵照省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标	遵照省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效指标	
		绩效目标分解细化	对省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标结合实际进行分解细化	对省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标结合实际进行分解细化	
	资金分配	资金下达时效性	按规定时限下达资金	按规定时限下达资金	
		资金下达合规性	符合预算管理和城乡居民基本医疗保险补助资金管理要求	符合预算管理和城乡居民基本医疗保险补助资金管理要求	
过程管理	资金管理	基金使用合规性	专账核算专款专用	专账核算专款专用	
		市地级统筹实现程度	做实市地级统筹	做实市地级统筹	
	组织管理	定点医药机构规范性	协议管理严格监管	协议管理严格监管	
		医保统计、基金报表准确性、及时性、完整性	医保基金统计、基金报表上报准确完整、及时有效	医保基金统计、基金报表上报准确完整、及时有效	
		绩效评价机制健全性	全面实现绩效管理	全面实现绩效管理	
	产出指标	数量指标	参保人数	≥19.76万人	199938人
基本医保综合参保率			≥95%	98.62%	
质量指标		重复参保人数(人)	0	0	
		虚报参保人数(人)	0	0	
		参保人政策范围内住院费用报销比例(%)	65%	75%	
		开展门诊统筹	普遍开展	普遍开展	
		基金滚存结余可支付月数(月)	≥6个月	4.56	
满意度指标(10分)	服务对象满意度	参保对象满意度	≥85%	95.00%	

2024年项目支出绩效评价基础数据表

项目名称	城乡居民医疗保险中央、省级、县级配套				
主管部门	新晃侗族自治县医疗保障局			实施单位	新晃侗族自治县医疗保障事务中心
项目资金		年初预算数	全年预算数	全年执行数	执行率
	年度资金总额	13029.28	13029.28	13029.28	100%
	其中：财政拨款	13029.28	13029.28	13029.28	100%
	上年结转资金				
	其他资金				
年度总体目标	预期目标			实际完成情况	
	目标1：巩固参保率。			巩固参保率，稳步提高保障水平	
	目标2：稳步提高保障水平。				
一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	偏离原因分析及改进措施
项目决策 (30分)	决策依据	贯彻中央对医疗保障制度改革中有关城乡居民医保决策部署	依据党中央和国务院深化医疗保障制度改革的意见和《“十四五”全民医疗保障规划》进行决策	依据党中央和国务院深化医疗保障制度改革的意见和《“十四五”全民医疗保障规划》进行决策	
		执行预算绩效管理和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法	
	决策过程	决策程序规范	程序合规完整	程序合规完整	
	绩效目标	绩效目标设置科学	遵照省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效目标	遵照省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标和具体绩效目标	
		绩效目标分解细化	对省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标结合实际进行分解细化	对省财政厅和省医疗保障局下达的年度总体目标结合实际进行分解细化	
	资金分配	资金下达时效性	按规定时限下达资金	按规定时限下达资金	
		资金下达合规性	符合预算管理和城乡居民基本医疗保险补助资金管理要求	符合预算管理和城乡居民基本医疗保险补助资金管理要求	
过程管理 (24分)	资金管理	基金使用合规性	专账核算专款专用	专账核算专款专用	
		市地级统筹实现程度	做实市地级统筹	做实市地级统筹	
	组织管理	定点医药机构规范性	协议管理严格监管	协议管理严格监管	
		医保统计、基金报表准确性、及时性、完整性	医保基金统计、基金报表上报准确完整、及时有效	医保基金统计、基金报表上报准确完整、及时有效	
		绩效评价机制健全性	全面实现绩效管理	全面实现绩效管理	
产出指标 (36分)	数量指标	参保人数	≥19.41万人	195005人	
		基本医保综合参保率	≥95%	96.42%	
	质量指标	重复参保人数(人)	0	0	
		虚报参保人数(人)	0	0	
		参保人政策范围内住院费用报销比例(%)	65%	76%	
		开展门诊统筹	普遍开展	普遍开展	
		基金滚存结余可支付月数(月)	≥6个月	5.05	
满意度指标 (10分)	服务对象满意度	参保对象满意度	≥85%	95.00%	

附件2:

新晃县2023-2024年城乡居民医疗保险资金绩效评价指标及评分表

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	指标解释	评价标准	扣分情况	得分	备注
项目决策	18	决策依据	4	贯彻中央对医疗保障制度改革中有关城乡居民医保决策部署	2	用以反映和考核各级医保部门贯彻中央医疗保障制度改革和《“十四五”全民医疗保障规划》有关城乡居民医保决策部署情况	①符合《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（1分） ②印发《“十四五”全民医疗保障规划》2022年度任务的相关文件		2	
				执行预算绩效管理和资金管理办法	2		①符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》（1分） ②符合《中央财政城乡居基本医疗保障补助资金管理办法》以及各省市制定的相关管理办法（1分）		2	
		决策过程	2	决策程序规范	2	用以反映和考核项目决策规范程度	资金下达按规定履行报批程序，审批文件和手续齐全（2分）		2	
		预算管理	2	预算精准性	2	用以反映和考核预算数据与实际情况的偏离度	满分：预算支出偏离度≤5%，预算精准度高（2分） 合格：预算支出偏离度5%<偏离度≤10%，预算精准度一般（1分） 零分：预算支出偏离度偏离度>10%，预算差异大（0分）	2024年偏离度为6.9%，扣一分	1	
		绩效目标	6	绩效目标设置科学	3	用以反映绩效目标的设置情况	①体现“巩固参保率、稳定住院待遇，稳步提高门诊待遇、实现基金收支平衡”等年度总体目标的基本要素（1.5分） ②明确产出指标、效益指标、满意度指标等绩效指标要求		3	
				绩效目标分解细化	3	用以反映绩效目标的分解情况	①市级按照要求同步细化分解下达绩效目标（1.5分） ②细化分解下达的绩效目标与省财政厅和省医疗保障局要求一致（1.5分）		3	
		资金分配	2	资金下达时效性	2	用以反映资金下达的时效性	①市级财政部门收到省级财政补助资金文件后，应会同医保部门在30日内将预算指标分解至各统筹地区（1分） ②中央及地方财政补助资金应在每年12月底前全部支付至市社会保障基金财政专户（1分）		2	
			2	资金下达合规性	2	用以反映预算资金下达的合规性	①资金下达金额符合财政厅和湖南省医疗保障局下达的文件要求（1分） ②支出内容符合省级实施细则要求（1分）		2	
过程管理	22	资金管理	2	上级资金到位率	2	资金到位率=（实际到位/预算资金）*100%	到位及时（2分）不及时但未影响项目进度（1分）不及时并影响项目进度（0分）		2	
			2	配套资金到位率	2	资金到位率=（实际到位/预算资金）*100%	到位及时（2分）不及时但未影响项目进度（1分）不及时并影响项目进度（0分）		2	
			2	基金使用合规性	2	用以反映基金专户专项使用资金情况	统筹地区医保财政专户专账核算、专款专用（5分），达不到其中1项的扣2分，扣完为止		2	
			2	基金管理规范性	2	用以反映基金管理情况	设立财务管理部门或相应专业工作岗位，配备了专职会计和出纳；账户管理、财务管理和基金核算基本符合相关管理办法的规定（2分）		2	
			2	信息化建设水平	2	用以反映基础数据准确性	基础数据准确，与其他部门数据衔接和共享信息（2分）		2	
			2	稽核内控建设	2	用以反映内部管理规范性操作	建立健全稽核和内部控制制度，并严格执行相关制度（2分）		2	

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	指标解释	评价标准	扣分情况	得分	备注
		组织实施	2	现代化档案管理水平	2	用以反映档案管理规范性	配备专门的档案管理人员和必要的设施、场所，配备有适应档案现代化管理要求的技术设备， 按年对参保人员进行归档处理（2分）	无专门档案管理人员和现代化管理技术设备	1	
			3	定点医药机构规范性	3	用以反映定点医疗机构和药店管理符合政策要求情况	①实行协议管理(1分) ②建立考核评价机制(1分) ③建立动态准入和退出机制(1分)		3	
			2	医保统计、基金报表准确性、及时性、完整性	2	用以反映医保基金、统计报表质量	能够按时、完整上报医保基金统计、基金报表。上报报表不存在虚报、瞒报、误报等现象。对异常数据有说明解释（2分）		2	
			3	绩效评价机制健全性	3	用以反映绩效自评管理情况	①绩效运行监控有力(1分) ②评价报告规范完整(1分) ③评价报告上报及时(1分)		3	
产出指标	25	数量指标	6	参保人数	6	2023年目标≥19.76万人	≥100%（3分）；95%—100%（2分）；90%—95%（1分）；90%以下（0分）		3	标准值：≥19.76万人 2023年实际值：19.99万人
						2024年目标≥19.41万人	≥100%（3分）；95%—100%（2分）；90%—95%（1分）；90%以下（0分）		3	标准值：≥19.41万人 2024年实际值：19.5万人
		质量指标	3	重复参保人数(人)	3	城乡居民基本医保制度内重复参保是指参保人同时具有两条及以上同一年度参保及缴费状态正常的居民基本医保参保信息。跨制度重复参保是指参保人在一个完整自然年度内同时具有参保缴费状态正常的职工基本医保和居民基本医保参保信息。参保人费款所属期不同的、有两条及以上参保及缴费状态正常记录，不认定为重复参保。	满分：达到标准值（3分） 零分：有重复参保人数		3	
			4	虚报参保人数(人)	4	统计参保人数超过实际参保人数	满分：达到标准值（4分） 零分：有虚报参保人数记		4	
			5	参保人政策范围内住院费用报销比例(%)	5	基金用于医疗保障的支出与居民医保政策范围内住院费用的比率	满分：达到标准值（5分） 零分：低于标准值		5	标准值：≥65% 2023年实际值：73%，2024年实际值：76%
			4	开展门诊统筹	4	各层级是否制定相关文件要求，规范居民诊疗保障的政策措施，更好地保障参保人员的基本医疗需求	满分：市级出台相关文件，已全面实现门诊统筹（4分） 合格：市级出台相应的文件 零分：市级未出台相应文件		4	
		时效指标	3	医疗费用结算即时率	3	用以反映医疗费用结算即时性	满分：>95%（3分） 合格（1分）：85% 零分：<85%		3	标准值：≥95% 2023年实际值：99.63%，2024年实际值：99.63%
			4	基本医保综合参保率	4	参保率=实际参保人数/本地区常住人口数	≥95%（4分）；90%—95%（3分）；85%—90%（2分）；80%—85%（1分）；80%以下（0分）	2023年参保率=（19.99+1.5）/21.79=98.62%	4	（2023年城乡居民实际参保19.99万人+职工医保参保1.5万人）/常住人口21.79万人=98.62%
			4		4	参保率=实际参保人数/本地区常住人口数	≥95%（4分）；90%—95%（3分）；85%—90%（2分）；80%—85%（1分）；80%以下（0分）	2024年参保率=（19.5+1.51）/21.79=96.42%	4	（2024年实际参保19.5万人+职工医保参保1.51万人）/常住人口21.79万人=96.42%

一级指标	分值	二级指标	分值	三级指标	分值	指标解释	评价标准	扣分情况	得分	备注
项目效益	35	社会效益指标	3	政策知晓率	3	已发放和电话调查问卷231份，政策知晓率为90%	≥95%（3分）；90%—95%（2分）；85%—90%（1分）；85%以下（0分）	调查231人，其中10%即23人完全不了解城乡居民医疗保险相关政策，扣1分	2	
			4	享受待遇金额增长情况	4	较上年增长	增长2000万（4分）；其他增长酌情加分；减少不给分。	2022年医保报销金额为23127.71万元，2023年医保报销金额为19749.35万元，较上年减少3378.36万元；2024年医保报销金额为19393.74万元，较上年减少355.61万元。主要为人口总数负增长，导致参保人数降，扣3分	1	
		可持续性指标	5	收支平衡	5	当期结余率≥0	2023年当期结余为746.04万元，当期结余率为3.6%；2024年当期结余为2717.81万元，当期结余率为12.68%。		5	
			5	基金滚存结余可支付月数	5	基金滚存结余达到的实际支撑月数。用以反映医保基金良性运行情况	满分：达到指标值（5分） 合格：3-6个月 零分：实际值低于3个月	2023年基金滚存结余可支付月数4.56个月和2024年基金滚存结余可支付月数5.55个月，扣1.5分	3.5	标准值：≥6个月 2023年实际值：4.56个月，2024年实际值：5.55个月
			10	参保对象满意度	10	参保对象对居民医保政策、医保经办和服务的满意度	满分：>85%（10分） 合格（6分）：85% 零分：<85%		10	标准值：≥85%，抽样调查满意度≥95%
		服务对象满意度	10	参保对象满意度	10	参保对象对居民医保政策、医保经办和服务的满意度	满分：>85%（10分） 合格（6分）：85% 零分：<85%		10	标准值：≥85%，抽样调查满意度≥95%
总分	100		100		100				92.5	

现场评价工作底稿

现场评价组人员签名: 龙世海、张小健、肖娜娜、周涛、贺涛

日期: 2025 年 7 月 15 日

被评价单位: 新晃侗族自治县医疗保障局

预算支出名称: 新晃县 2023-2024 年城乡居民医疗保险资金

情况摘要:

一、预算支出基本概况

1. 决策背景。根据《中共中央国务院关于进一步强化农村卫生工作的决定》（中发〔2002〕13 号）精神，为切实解决农民因病致贫、返贫问题，兼顾常见病多发病的诊疗，湖南省从 2003 年启动新型农村合作医疗制度。2003 年 9 月，省卫生厅成立了合作医疗管理办公室，各县建立了合作医疗管理委员会及管理办公室，各乡镇也相应建立了管理服务机构。到 2008 年，新农合已覆盖全省 122 个县（市、区）。为解决人民群众的医疗保障问题，不断完善医疗保障制度，建立城乡医疗救助制度，根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发〔2007〕20 号）精神，湖南省从 2007 年 9 月部署启动全省城镇居民基本医疗保险试点工作，2009 年在全省全面推开城镇居民医保。2016 年根据《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）、《怀化市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》（怀政发〔2016〕16 号）和《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17 号）。提出“从 2017 年 1 月 1 日起，全省统一执行城乡居民基本医保政策，统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理”。

2. 主要内容。根据《怀化市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》（怀政发〔2016〕16 号）和《怀化市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（怀政发〔2016〕17 号）相关规定，城乡居民基本医疗保险实行分级管理，个人缴费与政府补助相结合。本项目实施内容为城乡居民基本医疗补助，属于社会保险基金预算项目，财政补助资金用于对符合参保条件的参保缴费人员给予缴费补贴。从参保范围、筹资机制、医疗保险基金、医疗保险待遇四个方面做出具体阐述。

二、预算资金收支情况

1. 收入：2023-2024 年收到中央、省级、市级、县级财政补助收资金 25662.98 万元；

2. 支出：2023 年新晃侗族自治县发生的住院支出 16212.12 万元，占基金总支出额的 73.6%，2024 年新晃侗族自治县发生的住院支出 16130 万元，占基金总支出额的 77.79%，是保障“大病重病”的核心环节；2023 年新晃侗族自治县发生的门诊医疗支出 2275.73 万元，占基金总支出额的 10.33%，2024 年新晃侗族自治县发生的门诊医疗支出 2254.09 万元，占基金总支出额的 10.87%；2023 年新晃侗族自治县发生的大病保险支出 1216.94 万元，占基金总支出额的 5.52%，2024 年新晃侗族自治县发生的大病保险支出 1009.47 万元，占基金总支出额的 4.87%。

三、存在的问题

通过科学有效的评价方法，对项目预算资金使用管理情况及项目预算支出绩效目标完成程度进

行了全面深入的了解。据此整理出如下问题：

- 1.个人缴费部分收取难度大，出现断缴现象。城乡居民医疗保险个人实际缴费标准 2023 年为 350 元/人/年，2024 年为 380 元/人/年，经实地调查，个人缴费标准逐年增长对于人口较多的农户，城乡居民医疗保险是一笔不菲的支出，导致参保人数逐年下降，并出现大量农民断缴现象。2022 年参保人数为 20.73 万人，2023 年参保人数为 19.99 万人，2024 年参保人数为 19.5 万人，参保人数逐年下降。
- 2.“过度检查、分诊治疗”等违规现象仍旧存在。经实地抽查新晃侗族自治县医疗保险事务中心稽核部月违规台账，发现医疗机构仍旧存在“过度检查、分诊治疗、单一中药报销等”违规情况，虽然湖南省医疗保障信息平台可智能监管部分违规现象，但还需提高各医疗机构医务人员医疗素养及医疗水平，降低医疗成本支出，保障广大患者的经济生命安全。
- 3.稽查监管人员不足。目前事务中心稽核部仅工作人员两人，局监管部人员配置也不足，没有足够的人手对湖南省医疗保障信息平台智能监管部分违规现象开展实地检查工作，仅审核各医疗机构在平台上提交的申诉材料。且只能针对上级部门的要求开展专项检查工作，不能对各医疗机构起到震慑作用。
- 4.政策宣传不够深入。经实地问卷调查，部分参保人员对政策的了解不够深入，不知晓医保报销比例和财政每年按人投入金额，对医保个人缴费逐年增长产生抵触情绪。抽样调查 231 位参保人员，23 位参保人员不知晓财政对城乡居民医保投入金额。
- 5.支出预算不精准，存在偏离度。2023 年预算支出 20051.79 万元，实际支出 19749.35 万元（不含上解上级支出 2277.43 万元），偏差率为 1.51%，2024 年预算支出 20831.11 万元，实际支出 19393.74 万元（不含上解上级支出 1342.13 万元），偏差率 6.9%，2024 年未控制在 5%以内。
- 6.医保结算款未及时退回基金专户。新晃侗族自治县医疗保障事务中心按月预拨各医疗机构医疗保险基金，并于 6 月底前结算上年度补助资金。2025 年 6 月结算后，各医疗机构应退回 274.78 万元医疗保险基金，未按时退回医保基金专户。

附件 1：项目支出绩效评价基础数据表

附件 2：新晃县 2023-2024 年城乡居民医疗保险资金绩效评价指标及评分表

被评价单位签署意见:

被评价单位(盖章):

年 月 日

备注: 1. 被评价单位签署意见时,应当对现场评价工作底稿摘录的事项是否属实进行认定,如属实,签“情况属实”;如有不同意见,应说明理由,并附相关证明材料。

2. 本工作底稿的印制规格为 A4 型。

附件 4

绩效评价问题清单

被评价项目名称：新晃县 2023-2024 年城乡居民医疗保险资金

序号	问题类别	单位名称	存在具体问题	备注
1	政策、绩效完成程度	新晃侗族自治县医疗保障局	个人缴费部分收取难度大，出现断缴现象	
			政策宣传不够深入	
2	项目管理	新晃侗族自治县医疗保障局	“过度检查、分诊治疗”等违规现象仍旧存在	
			稽查监管人员不足	
3	资金使用管理	新晃侗族自治县医疗保障局	支出预算不精准，存在偏离度	
			医保结算款未及时退回基金专户	

说明：填报时注意以大类别为主线，简洁描述项目单位问题事实；建议将问题大类别分为：政策、绩效完成程度、资金分配和执行进度、资金使用管理、项目管理等；此表作为绩效评价报告的附件。

附件 5

绩效评价有关问题数据统计汇总表

被评价项目名称：新晃县 2023-2024 年城乡居民医疗保险资金 第三方机构：怀化长源联合会计师事务所（普通合伙） 单位：万元、个

序号	具体项目名称	绩效评价金额	现场评价金额	现场评价发现问题数据统计									
				尚未支出资金总额	占比	挤占挪用资金总额	占比	多头申报资金	占比	现场评价项目数	已完工项目数	未完工项目数	未开工项目数
合 计													
1	新晃县 2023-2024 年 城乡居民医 疗保险资金	25662. 98	25662. 98	17097. 37	67%	0	0	0	0	1	1	0	0

说明：此表作为绩效评价报告的附件，由第三方机构根据评价工作如实填写。

附件 6

绩效评价结果征求意见的反馈函

新晃侗族自治县医疗保障局：

按照相关规定和绩效评价要求，根据贵单位的绩效自评报告和绩效评价工作组的现场评价情况，形成绩效评价报告。现将《新晃县 2023-2024 年城乡居民医疗保险资金绩效评价指标及评分表》反馈贵单位，请于 2025 年 7 月 30 日前提出书面意见或说明，逾期未复，视为无异议。

项目实施单位意见	
一、对报告中“评价结论”的意见	
二、对报告中“问题”和“建议”的意见	
三、其它意见或建议	
	单位（盖章）
	年 月 日

附件 7

现场评价回执

预算支出名称：

现场评价小组人员单位和姓名：

工作纪律	执行情况
1、严格遵守有关法律、法规的相关规定，按照客观独立、公平公正、诚实守信的工作原则，不受任何干扰，独立、负责开展现场评价工作。	
2、以科学、诚实、客观、公正的态度，认真审核被评价单位提供的相关评价材料或现场实地情况，审慎、客观地提出评价意见，确保评价结果的真实性、客观性和公正性。	
3、秉公办事，不徇私情，不利用工作人员的特殊身份和影响力，单独或与有关人员共同为被评价单位提供便利，不利用职权为个人或他人谋取利益。	
4、不得以任何方式收取被评价单位的报酬、加班费、资金、津贴等；不参加被评价单位安排的宴请、公款旅游、庆典、公共娱乐场所的娱乐活动等，以及可能影响公正实施评价工作的其他活动；不索贿、受贿；不收受被评价单位赠送的礼品、礼金、有价证券及其他福利品等；不在被评价单位报销任何费用；不向被评价单位提出任何与评价工作无关的要求。	
5、严守保密纪律，应对执行评价工作中知悉的信息予以保密；不对外透露本次评价工作有关的全部信息（包括口头和书面）。	
6、按时出勤，不无故缺席、迟到和早退。	
说明：1、本表一式两份。 2、现场评价小组开展现场核查工作进点时，即将本表交给被评价单位。 3、现场评价工作结束后，被评价单位填写本表一式两份，其中一份盖章的电子版直接发送绩效评价组织部门，一份由被评价单位留存归档。 4、现场评价工作小组严守以上工作纪律的，则在执行情况栏填“是”；如存在违反工作纪律的情况，则在执行情况栏作出具体说明。	

被评价单位（盖章）：

联系电话：

附件 8

承诺书

我单位已按《新晃侗族自治县财政局关于开展 2025 年度财政绩效评价工作的通知》要求提供相关资料，并承诺对所提供资料的真实性、准确性、完整性负责。

承诺单位（盖章）

年 月 日