

附件 2

2025 年度保健对象医疗费补助项目 绩效评价报告

一、基本情况

（一）项目概况。

为保障市直党政机关副厅级以上干部及正高级专业技术人员的医疗待遇，根据《六安市直党政机关副厅级以上干部医疗补助实施意见》（六办发〔2003〕32号）等文件精神，对上述保健对象实行医疗补助。文件规定，补助经费纳入当年财政预算，主要用于门诊及住院医疗费用的二次报销。门诊医疗费用，符合规定的部分，由医疗补助经费补助 90%，个人承担 10%；住院医疗费用，实行按费用和年龄“分段计算、累加支付”，个人承担 0-6%，有效减轻了保健对象的个人医疗费用负担。

随着医疗成本上升及医疗技术进步，目录内可报销项目范围持续扩大，医疗费用呈现刚性增长态势。为落实“医疗保健工作与国民经济和社会发展相适应”的要求，2025 年市级财政预算安排**保健对象医疗费补助项目资金 100 万元**，用于解决市本级副厅级以上干部及正高级专业技术人员的医疗补助经费需求，确保待遇及时足额兑现。

（二）项目绩效目标。

总体目标：确保市本级副厅级以上干部及正高级专业技术人员的医疗补助待遇，建立健全与经济社会发展水平及医疗费用增长趋势相适应的待遇保障机制。

阶段性目标：通过项目实施，完成 2025 年度保健对象医疗补助费用筹集与拨付；实现定点医疗机构刷卡即时结算与手工报销限时办结；保障覆盖率 100%；并将补助对象满意度保持在较高水平。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围。

本次绩效评价旨在考核“保健对象医疗费补助项目”的实施情况及财政资金使用效益。评价对象为 2025 年度保健对象医疗费补助项目，范围为市级财政安排的 100 万元补助资金。

（二）绩效评价原则与方法。

绩效评价遵循客观公正原则，通过项目支出绩效自评表形式，结合定量与定性分析、比较法及因素分析法，从产出、效益、满意度等维度进行综合评价。评价标准依据预算批复的绩效指标及医疗保障行业规范。绩效评价坚持客观公正、科学合理的原则，准确把握项目的有关政策、制度和文件精神，对项目实施和资金使用情况进行了客观分析。

（三）绩效评价工作过程。

市医保局成立自评工作小组，对照年初绩效目标，收集预算执行数据，对预算执行率、产出指标、效益指标进行逐项分析，形成自评结论。在完成基础资料收集后，按照确定的评价指标、评价标准和评价方法，对专项资金的使用情况、使用效益进行全面综合评价，并与相关科室进行沟通确认，形成评价初步结论。根据已确定的指标体系完成绩效评价报告初稿，完成项目支出评价报告。

三、综合评价情况及评价结论

该项目总体运行规范，资金使用合规，有效保障了保健对象的医疗权益。根据绩效指标评分，项目综合得分为 **96** 分，评价等级为“优”（满分 100 分）。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况。

项目依据市委、市政府相关会议纪要及六办发〔2003〕32 号文件设立，属于滚动保障项目，立项程序规范。市医保局会同市委组织部（负责厅级以上干部保人员管理工作）、市委保健办（负责保健对象医疗保健管理工作）、市财政局（负责根据财政政策提供必需的经费支持）等部门建立了协同机制，职责分工明确，决策程序规范。

（二）项目过程情况。

2025 年，市医保局进一步优化了保健对象服务流程。一是开通医疗补助二次报销即时结报；二是针对长期异地居住

的保健对象，提供上门收取报销材料并指导服务；三是强化资金管理，实行专款专用，并接受财政、审计监督。

在资金管理方面，项目经费实行专款专用，单独核算，单独管理，与城镇职工基本医疗保险基金分开核算，按照收支平衡原则合理使用，实行收支两条线管理，有效保障了资金的安全性、规范性和可持续性。

（三）项目产出情况。

1.数量指标：享受副厅级以上人员覆盖率及事业单位正高级专业技术人员覆盖率均达到 **100%**。

2.质量指标：医疗报销待遇水平实际完成值 **95%**（达到 $\geq 90\%$ 的目标），住院及门诊购药保障率达 **100%**。

3.时效指标：医保刷卡就医结算实现即时结算；手工报销时限实际控制在 **13 个工作日内**，优于 ≤ 30 天的年度目标值，实现了及时服务的目标。

4.成本指标（存在偏差）：

保健对象年人均统筹基金支出 **6485 元**，超厅级干部年度指标值 6000 元及事业单位正高级专业技术人员年度指标值 5000 元。

偏差原因分析：一是随着医疗技术进步和药品目录调整，目录内可报销的高值药品和诊疗项目范围持续扩大；二是部分定点医疗机构存在过度检查、过度用药等现象，也对医疗补助支出形成压力。

（四）项目效益情况。

1. **社会效益：**二级以上定点医疗机构服务覆盖率达100%，有效减轻了保健对象的个人医疗费用负担，保健对象医疗受益率保持在较高水平，医疗补助制度在减轻医疗负担方面发挥了显著作用。

2. **可持续影响：**建立了较为完善的保健对象医疗补助长效机制，为长期保障提供了制度支撑。

（五）满意度情况

通过即时结报及上门服务，补助对象满意度达到**98%左右**（超出95%的目标）。

五、主要经验及做法、存在问题及原因分析

（一）主要经验做法。

1. **建立健全多部门协同联动机制。**形成了市委保健办牵头，财政、组织、医保等部门各司其职的工作机制——财政提供经费支持、组织部门、保健委核定厅级、正高级职称资格、医保部门负责医疗费用审核报销，各环节衔接顺畅。

2. **优化服务提升保障效能。**对长期异地居住的保健对象实行上门收取材料办理服务，报销款项直接拨付至个人账户，有效解决了异地居住人员报销往返奔波的实际困难。

（二）存在问题分析。

1. 人均医疗补助支出超出预算控制目标。2025 年副厅及正高人员年人均统筹基金支出均为 6485 元，分别超出年度目标值 8.08%和 29.70%。

2. 医疗费用控制压力持续加大。随着医疗技术进步和药品目录调整，目录内可报销的高值药品和诊疗项目范围持续扩大，医疗补助支出呈现增长态势。同时，部分定点医疗机构存在过度检查、过度用药、超标准收费等现象，进一步加大了费用控制难度。

3. 控费机制有待进一步完善。目前在控费激励方面的制度设计尚不够系统，对定点医疗机构在保障服务质量前提下节约合规医疗费用的正向激励机制尚未建立。

4. 筹资标准动态调整滞后于实际支出增长。现有按职级设定的补助标准与实际医疗费用支出水平之间存在一定差距，需适时调整医疗补助水平。

六、有关建议

鉴于保健对象医疗需求的持续增长及财政兜底的实际，建议：

1.保留并优化项目预算规模。继续保留“保健对象医疗费补助”滚存项目，建议财政部门根据人均实际支出及支出趋势预测，适度调整年度预算规模。

2.引入科学控费机制，优化支出结构。进一步健全常态化医保基金监管机制，加强大数据分析和实地核查，提升费

用审核精准度。同时，核对是否存在违规报销、审核把关不严等问题。

3.积极运用绩效评价结果。建立绩效评价结果的反馈与整改、激励与问责机制，完善绩效评价结果的反馈和运用机制，将绩效结果充分运用于预算编制、资金分配和政策完善，持续提高财政资金使用效益。

七、其他需说明的问题

无。