安徽省医疗保障局
安 徽 省 财 政 厅 文件

皖医保秘〔2020〕38号

安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于全面实施中央财政医疗保障转移支付资金绩效评价的通知

各市医疗保障局、财政局：

为全面落实医疗保障转移支付资金预算绩效管理，强化绩效目标管理和结果导向，根据《财政部关于开展2019年度中央对地方转移支付预算执行情况绩效评价工作的通知》（财监〔2020〕3号）、《国家医保局关于全面开展医保转移支付资金绩效评价工作的通知》（医保函〔2020〕3号）等要求，结合实际，现就我

省各类中央财政医保转移支付资金全面实施绩效评价工作，通知如下：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党中央国务院关于全面实施预算绩效管理的部署，根据财政部和国家医保局规定的绩效评价指标体系和评价办法，紧扣医保转移支付资金的特点属性和我省实际，对中央财政下达我省的各类医保转移支付资金全面实施绩效评价，建立健全医保部门全面预算绩效评价制度和评价体系，充分发挥绩效评价的“指挥棒”作用，提高医保领域各项补助资金的预算质效，促进全省医保事业发展。

二、基本原则

（一）科学规范、公开透明。严格落实国家制定的绩效评价规范和指标体系，按照公开透明的要求，推进本地转移支付绩效评价工作。要准确掌握绩效评价指标体系中的各项内容要求，逐项实施绩效评价工作。要从指标项目、指标值、评分标准、参考权重、指标说明等多角度开展评价分析，逐级逐项统计真实数据，科学客观反映指标评估值。

（二）过程监控、结果导向。始终坚持项目实施的全过程管理和全过程监控，紧盯各项绩效目标，持续实施过程管控。要强化绩效评价结果导向和挂钩机制，将评价结果作为预算绩效管理、财政补助安排、医保资源分配、医保政策调整的重要依据。

（三）队伍保障、科技支撑。要强化医保系统预算管理和绩效评价队伍建设，落实专职工作人员，加强人员管理和经常性培训，提高绩效评价能力和水平。要充分运用医保信息化和大数据分析优势，强化新技术在绩效评价中的应用。

三、重点任务

（一）评价对象。中央财政下达我省的各类医保转移支付资金，包括共同事权转移支付和专项转移支付资金，以下统称为“医保转移支付”。现阶段主要包括以下资金：

1．城乡居民基本医疗保险补助资金；

2．医疗救助（城乡医疗救助部分）补助资金；

3．医疗救助（提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平部分）补助资金；

4．医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升部分）补助资金。

以上转移支付的省和市县财政配套补助资金及其他方面资金，一并纳入相应的中央财政转移支付资金绩效评价之中，同步部署、同步评价、同步报送。

（二）指标体系。在开展财政部和国家医保局部署的绩效评价活动中，各地必需严格执行国家规定的各项资金绩效评价指标体系，不得自行调整国家规定的指标设置、指标内容、指标值及权重、评价标准、计算方法、评分规则等（上述四项转移支付的绩效评价指标体系详见附表1-4）。今后，国家如有调整，从其

规定。

各地根据需要自行开展的绩效评价活动，不受本通知限制。

（三）指标说明。

1．预算执行率。根据中央补助、省级补助、市县安排和其他资金的全年预算总额（A）和资金使用单位执行数（B），计算预算执行率（=B/A）。

2．年初设定目标。即年初下达中央补助资金时一并下达或备案确定的绩效目标，以及省分解下达市县或市分解下达县的区域绩效目标。

3．全年总体绩效目标完成情况。对照年度设定的目标，填报全年总体绩效目标的实际完成情况。

4．各项绩效标准完成情况。对照上述四项资金已设定的三级绩效指标的年度指标值，逐项填写全年实际完成值，不得漏项。其中：

（1）定量指标。资金使用单位填写本单位实际完成数；医保主管部门汇总时，对绝对值实行直接累加计算，对相对值按资金额度加权平均计算。

（2）定性指标。资金使用单位填报及医保主管部门汇总时根据完成情况划分为三档：一档为全部或基本达到预期指标；二档为部分达到预期指标并具有一定效果；三档为未达到预期指标且效果较差。

（四）评分标准。

1．设定评价指标满分（100）、合格（60）、零分三个标准。

全国统一指标值的：满分——达到指标值；

合格——与指标值相差不大；

零分——与指标值相差很大。

各地设定指标值的：满分——全国最高者；

合格——达到指标值；

零分——与指标值相差很大。

2．定量指标评分。根据年末实际指标值与满分值、合格值之间的差距，根据如下公式计算得分：

（1）相对指标值：

合格之上评分=60+40*（实际指标值-合格指标值）/（满分指标值-合格指标值）

合格之下评分=60-60*（合格指标值-实际指标值）/（满合格指标值-零分指标值）

（2）绝对指标值：

合格之上评分=60+40*（完成率-1）/（满分完成率-1）

合格之下评分=60-60*（1-完成率）/（1-零分完成率）

完成率=实际值/指标值

3．定性指标评分。对照定性指标一、二、三档，使用单位分别按照100-80%（含）、80-60%（含）、60%-0三个区间合理打分。医保主管部门汇总时，以资金额度为权重，对分值进行加权平均计算。

4 .政策法规有明确要求的指标任务，达不到指标要求即为零分。其中对虚报参保人数情况的，达到指标值的为满分，达不到即为零分。

四、组织实施

（一）加强领导和协同配合。各级医保部门要高度重视，加强领导，明确责任单位和专人负责，建立部门之间和医保系统协调推进机制，主动组织实施好中央财政医保转移支付的绩效评价工作，形成工作合力。各级财政部门要加强对医保部门开展绩效评价工作的指导，积极参与绩效评价工作。

（二）加强组织和多元评价。各级医保部门要指导资金使用单位全面开展中央转移支付资金绩效评价工作，将使用单位自评、主管部门审评、财政部门核评有机结合；同时，积极发挥第三方评价的作用，引入社会中介组织开展绩效评价工作。

（三）加强填报和高效报告。按照逐项评价、层层评价的要求，一是资金使用单位应填报本单位某项资金的《项目绩效自评表》（见附件 5，下同），形成本单位某项资金的《项目绩效自评报告》（见附件 6，总体格式和框架结构不得调整，下同），报本级医保主管部门；二是本级医保主管部门汇总形成本地区某项资金的《区域绩效自评表》和《区域绩效自评报告》，报同级财政部门对口科室（社会保障）审核把关后上报上一级医保主管部门。三是以市为单位，于每年 2 月底前以市医保局和市财政局联合行文，一式两份报省医保局（规财法规处），附本市各项资

金的《区域绩效自评表》和《区域绩效自评报告》。各市医保主管部门上报时，确保四项转移支付资金分别形成四份《区域绩效自评报告》及其《区域绩效自评表》，不得自行将两项及以上转移支付资金整合汇总成一份报告。

受新冠肺炎疫情影响，2019 年度医保四项补助资金的《区域绩效自评报告》及其《区域绩效自评表》，延迟至 4 月底上报至省医保局，其中电子版和扫描件通过医保系统 OA 办公平台发送，纸质件请予以邮寄。各市医保局要切实引起重视，在符合疫情防控要求和安全的前提下，创新工作方式，主动会同当地财政部门，及时高效组织本地区的绩效评价工作，圆满完成 2019 年度转移支付资金的绩效评价任务。

附件：1．城乡居民基本医疗保险补助资金绩效评价指标体系（试行）；

2．医疗救助（城乡医疗救助部分）补助资金绩效评价指标体系（试行）；

3．医疗救助（提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平部分）补助资金绩效评价指标体系（试行）；

4．医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升部分）补助资金绩效评价指标体系（试行）；

5．xx 转移支付区域（项目）绩效目标自评表；

6．xx 转移支付区域（项目）绩效自评报告（提纲）。

联系人：省医保局规财法规处 305 室王维婷

电　话：0551-69029767

邮　寄：合肥市蜀山区政务文化新区祁门路 1569 号

安徽省医疗保障局　　安徽省财政厅

2020 年 4 月 13 日

附件 1

城乡居民基本医疗保险补助资金绩效评价指标体系（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	实际值 2018 年	实际值 2019 年	评分标准（百分制）	权重(%)	指标说明
产出指标	数量指标	参保人数（人）	≥**人			满分：全国完成率最高值 合格：达到指标值 零分：完成率≤50% 其他：合格之上：60+40*（完成率-1）/（满分完成率-1） 合格之下：60-60*（1-完成率）*2 （说明：完成率=实际值/指标值）	10	报告期末，参加医保部门管理的城乡居民基本医疗保险（在经办机构参保登记并已建立当年缴费记录）的人数
		各级财政补助标准（元）	≥**元			满分：全国完成率最高值 合格：达到指标值 零分：完成率≤50% 其他：合格之上：60+40*（完成率-1）/（满分完成率-1） 合格之下：60-60*（1-完成率）*2	10	报告期内按参保居民筹资标准有关规定当年应由各级财政实际到位补助资金标准
	质量指标	以户籍人口为基础计算的基本医保综合参保率（%）	≥**%			满分：全国最高者 合格：达到指标值 零分：实际值低于指标值 10 个百分点 其他：合格之上：60+40*（实际值-指标值）/（满分值-指标值） 合格之下：60-60*（指标值-实际值）/10%	5	报告期末参保人数占按户籍人口统计应参保人数的比率
		以常住人口为基础计算的基本医保综合参保率（%）	≥**%				5	报告期末参保人数占按常住人口统计应参保人数的比率
		重复参保人数（人）	0			满分：达到指标值 合格：较去年减少则合格 零分：重复参保人数较去年没有减少 其他：合格之上：60+40*重复参保人数减少率，其中重复参保减少率为较去年人数/上年度重复参保人数	5	统筹地区内参加城乡居民医保的同时参加了职工医保，周期超过一年（含一年）视为重复参保；省内不同统筹地区之间重复参保中央财政只对参保人自行选择的享受待遇所在地拨付补助资金。
		虚报参保人数（人）	0			满分：达到指标值 零分：未达到指标值	5	统计参保人数超过实际参保人数
		参保人政策范围内住院费用报销比（%）	≥**%			满分：全国最高者 合格：达到指标值 零分：实际值低于指标值 10 个百分点 其他：合格之上：60+40*（实际值-指标值）/（满分值-指标值） 合格之下：60-60*（指标值-实际值）/10%	5	居民医保住院政策范围内支出占居民医保住院统筹支付加自付的比率
		参保人住院费用实际报销比（%）	≥**%				5	居民医保住院统筹支出占居民医保住院费用比率
		实行按病种（组）、按人头付费等支付方式改革	逐步推开			满分：省级出台医保支付方式改革文件并落实到位；按病种（组）、按人头付费等支付方式改革试点城市 4 个及以上或者有地区按病种按病种（组）实际付费 合格：省内出台医保支付方式改革文件 零分：省内未开展支付方式改革（无文件、无试点） 其他：合格之上：支付方式改革试点城市一个 10 分	5	按病种（组）、按人头付费等支付方式改革的落实情况
		开展门诊统筹，实行个人账户的，向门诊统筹过渡	普遍开展			满分：省级出台相应的文件、制定方案及时间表；或者已经实现门诊统筹 合格：省级出台相应的文件 零分：省级未出台相应文件 其他：合格之上：有方案和时间表，20 分；有部分统筹区地区实现门诊统筹，20 分	5	各地出台关于开展门诊统筹，实行个人账户向门诊统筹过渡相应文件
		基金累计结余可支配月数（月）	6-9 个月			满分：达到指标值 合格：3 个月或 12 个月。 零分：实际值<3 个月；或者实际值>12 个月。 其他：合格之上：3<实际值<6，60+40*（实际值/3-1）；9<实际值<12，60+40*（12-实际值）/3	5	报告期末，居民医保基金累计结余可支付的居民基本医保待遇的月数。基金累计结存可支付月数=居民医保基金累计结余÷月均居民医保基金支出金额
	时效指标	当年各级财政补助到位率	1			满分：达到指标值 合格：95% 零分：≤80% 其他：合格之上：60+40*（实际值-95%）/5% 合格之下：60-60*（95%-实际值）/15%	10	报告期内实际到位各级财政补助金额占当年应由各级财政补助金额的比重
满意度	服务对象满意度	参保对象满意度（%）	≥**%			满分：全国最高者 合格：达到指标值 零分：实际值低于指标值 20 个百分点 其他：合格之上：60+40*（实际值-指标值）/（满分值-指标值） 合格之下：60-60*（指标值-实际值）/20%	15	参保对象对居民医保政策、医保经办和服务的满意度
		参保群众政策知晓度	普遍知晓			满分：普遍知晓 合格：知晓但不普遍 零分：很少知晓	10	参保对象对居民医保缴费、待遇、报销等政策的知晓情况

注：绩效评价指标体系按百分制统计，满分为 100 分，合格为 60 分。

附件 2

医疗救助（城乡医疗救助部分）补助资金绩效评价指标体系（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	实际值 2018 年	实际值 2019 年	评分（百分制）	权重(%)	指标说明
产出指标	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			满分：救助对象覆盖低保，特困、建档立卡及低收入对象 合格：仅覆盖低保、特困、建档立卡对象 零分：救助对象覆盖范围偏窄，未落实国家政策规定	20	本年度医疗救助(包括资助参保和直接救助）的人次数
		重特大疾病医疗救助人次占直接救助人次比重	≥28%			满分：≥28% 合格：26% 零分：≤25% 其他：合格之上 60+40*（实际值-26%）/2%；合格之下 60-60*（26%-实际值）/1%	10	根据《民政事业发展第十三个五年规划》，2020 年底，重特大疾病医疗救助人次数占直接救助人次比例达到 30%
	质量指标	重点救助对象政策范围内住院自付费年度限额内救助比率	≥70%			满分：≥79% 合格：70% 零分：<70% 其他：合格之上 60+40*（实际值-70%）/9%	20	《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的实施意见》，重点救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用中，对经基本医保、大病保险及各类补充医保、商业保险报销后的个人负担费用，在年度救助限额内按照**不低于** 70%比例救助。
		“一站式”即时结算覆盖地区	不低于上年			满分：结算覆盖地区较往年增加 合格：较往年持平 零分：较往年减少	15	参保人员可在就诊医院一站式结算，出院时直接在医院的结算窗口办理完所有报销手续。
效益指标	社会效益	医疗救助对象覆盖范围	稳步拓展			满分：低收入及因病返贫对象标准明确 合格：仅明确低保、特困、建档立卡贫困人口救助对象	5	在符合国家规定的基础上，适度扩大覆盖范围。
		困难群众看病就医方便程度	明显提高			满分：困难群众看病就医效率较上年提高百分之 5 及以上 合格：困难群众看病就医效率较上年提高 5%以内 零分：困难群众看病就医效率有所下降	5	医疗救助一站式、定点救助机构等措施提升困难群众看病就医方便程度。
		困难群众就医负担减轻程度	有效缓解			满分：困难群众就医负担减轻程度较上年缓解百分之 5 及以上 合格：困难群众就医负担减轻程度较上年缓解百分之 5 以内 零分：困难群众就医负担减轻程度加重	5	救助对象参保缴费的压力和政策范围内个人费用负担明显减轻。
	持续性	对健全社会救助体系的影响	成效明显			满分：成效明显 及格：有成效但不明显 零分：没有成效	5	医疗救助与其他社会救助制度的衔接，对健全社会救助体系，提高社会救助水平的影响。
		对健全社会保障体系的作用	成效明显			满分：成效明显 合格：有成效但不明显 零分：没有成效	5	医疗救助对健全社会保障体系，提高社会保障水平的作用
满意度	服务对象满意度	政策知晓率	≥80%			满分：≥80% 合格：60% 零分：≤50% 其他：合格之上：60+40*（实际值-60%）/20%；合格之下： 60-60*（60%-实际值）/10%	5	参保对象对医保缴费、待遇、报销等政策的知晓度。
		工作满意度	≥85%			满分：≥85% 合格：60% 零分：≤50% 其他：合格之上：60+40*（实际值-60%）/25%； 合格之下： 60-60*（60%-实际值）/10%	5	参保对象对政策、医保经办和服务的满意度。

注：绩效评价指标体系按百分制统计，满分为 100 分，合格为 60 分。

附件 3

医疗救助（提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平部分）补助资金绩效评价指标体系（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	实际值 2018 年	实际值 2019 年	评分（百分制）	权重(%)	指标说明
产出指标	数量指标	政策覆盖深度贫困地区农村贫困人口数量	全覆盖			满分：全覆盖 合格：95% 零分：<95% 其他：合格之上 60+40*（实际值-95%）/5%	30	贫困人口以建档立卡为准
	质量指标	明确保障对象范围	省级层面出台文件，明确保障对象范围，确定贫困人口定点救治医疗机构，建立规范的转诊制度			满分：规范明确且落实到位 合格：有规范但落实不全面 零分：无规范	5	保障范围、定点救治机构、转诊制度均有明确的文件
		确定贫困人口定点机构					5	
		建立规范转诊制度					5	
		农村贫困人口到定点救治医疗机构就诊率	≥90%			满分：≥90% 合格：80% 零分：<80% 其他：合格之上 60+40*（实际值-80%）/10%	5	贫困人口到定点医疗机构就诊人次数占贫困人口就诊人次数比重
		农村贫困患者住院及门诊治疗目录外医疗费用比例	控制在 10%以内			满分：<10% 合格：10% 零分：>10%	5	农村贫困患者住院及门诊治疗目录外医疗费用占农村贫困患者医疗总费用比重
		一站式结算覆盖地区	不低于上年			满分：超过上年或实现区域内全覆盖 合格：与上年持平 零分：低于上年	5	参保人员可在就诊医院一站式结算，出院时直接在医院的结算窗口办理完所有报销手续
效益指标	社会效益	农村因病致贫人数	较上年减少			满分：较上年减少 合格：与上年持平 零分：较上年增加	15	因重大疾病、慢性病需长期服药维持治疗、重点传染病等因素致贫（建档立卡）的人数变化
	可持续性	相关保障政策与政府承受能力相适应	不超过政府承受能力			满分：不超过政府承受能力 合格：略超过政府承受能力但具有持续性 零分：严重超过政府承受能力不具有持续性	10	贫困人口医疗救助及各项保障政策可持续性
满意度	服务对象满意度	农村贫困患者对保障政策满意度	持续提高			满分：持续提高 合格：保持 零分：降低	15	农村贫困患者对医保政策的满意度情况，用以反映扶贫成效和社会影响

注：绩效评价指标体系按百分制统计，满分为 100 分，合格为 60 分

附件 4

医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力提升部分）补助资金绩效评价指标体系（试行）

一级指标	二级指标	三级指标	标准值	实际值2018年	实际值2019年	评分（百分制）	权重(%)	指标说明
产出指标	数量指标	召开医保工作省级新闻发布会、政策吹风会	≥2 次			满分：≥2 次；合格：1 次；零分：0 次	5	召开医保工作省级会议的情况
		召开医保工作政府信息公开省级工作会	≥2 次			满分：≥2 次；合格：1 次；零分：0 次	5	召开医保工作政府信息公开省级工作的情况
		医保信息系统验收合格率	≥90%			满分：≥90%；合格：≥80%；零分：≤50% 其他：合格之上： 60+40*（实际值-80%）/10%； 低于之下： 60-60*（80%-实际值）/30%	5	报告期内新建医保信息系统项目验收合格数量占新建医保信息系统项目数量的比重
		医保信息系统正常运行率	≥90%			满分：≥90%；合格：≥80%；零分：≤50% 其他：合格之上： 60+40*（实际值-80%）/10%； 合格之下 ：60-60*（80%-实际值）/30%	5	报告期内完工并正常运行的医保信息系统数量占完工医保信息系统数量的比重
		医保信息系统重大安全事件响应时间	≤60 分钟			满分：≤60 分钟；合格：系统建设有设定；零分：无设定	5	信息系统发生重点安全事件做出响应的时间
		医保信息系统运行维护响应时间	≤30 分钟			满分：≤30 分钟；合格：系统建设有设定；零分：无设定	5	医保信息系统故障运行维护的响应时间
		定点医药机构监督检查覆盖率	1			满分：100%；合格：95%；零分：<95% 其他：合格之上：60+40*（实际值-95%）/5%	5	对定点医疗机构和定点零售药店监督检查全覆盖
		医保人才培养合格率	≥90%			满分：≥90%；合格：80%；零分：<80% 其他：合格之上：60+40*（实际值-80%）/10%	5	医保人才培养合格并满足工作需求、岗位要求
		推行医保支付方式改革和DRG试点	逐步推开			满分:省级出台支付方式改革文件并落实到位。DRG 付费国家试点进展监测评估结果为“进度优秀”。 合格:省级出台支付方式改革文件并落实到位，有国家支付方式改革和 DRG 试点通过试点监测评估。 零分：未开展任何医保支付方式改革 其他：80 分，国家 DRG 试点按方案开展工作，试点监测评估较好。 40 分，国家 DRG 试点监测评估其未开展工作。	10	通过省级政府出台支付改革文件，国家试点进展情况，试点监测评估结果等衡量
	质量指标	医保经办服务能力	有所提升			满分:经办机构服务能力较上年提高 5%及以上 合格：经办机构服务能力较上年提高百分之 5 以内 零分：经办机构服务能力较上年下降	5	反映医保经办机构的服务能力，可依据第三方评估结果（部分地区）
		医保综合监管能力	显著提升			满分：医保综合监管能力较上年提高 5%及以上。合格：医保综合监管能力较上年提高百分之 5 以内。零分：医保综合监管能力较上年下降	10	反映医保监管项目资金的效果
		医保宣传能力	显著提升			满分：医保宣传能力较上年提高 5%及以上 合格:医保宣传能力较上年提高百分之 5 以内。 零分：医保宣传能力较上年下降	5	医保宣传能力
		医保标准化水平	显著提升			满分：医保标准化水平较上年提高 5%及以上。 合格：医保标准化水平较上年提高百分之 5 以内。零分：医保标准化水平较上年下降	10	反映标准化建设项目资金的效果
		跨省异地就医直接结算率	有所提高			满分：较往年提高 合格：较往年持平 零分：较往年降低	5	报告期居民医保跨省异地就医直接结算人数占跨省异地就医人数的比重变化情况
满意度	服务对象满意度	参保人员对医保服务满意度	≥70%			满分：≥70%；合格：60%；零分：≤50% 其他：合格之上：60+40*（实际值-60%）/10%； 合格之下： 60-60*（60%-实际值）/10%	15	用以反映保障能力提升的效果和社会影响

注：绩效评价指标体系按百分制统计，满分为 100 分，合格为 60 分。

附件 5

××转移支付区域（项目）绩效目标自评表

（2019 年度）

转移支付项目名称								
中央主管部门				实施单位				
地方主管部门				全年预算数（A）	全年执行数（B）		预算执行率（B/A）	
项目资金（万元）			年度资金总额					
			其中：中央补助					
			地方资金					
			其他资金					
年度总体目标	年初设定目标				全年实际完成情况			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	2018 年实际完成值	2019 年度指标值	2019 全年实际完成值	得分	未完成原因和改进措施
	项目完成	数量指标						
		质量指标						
		时效指标						
		成本指标						
		……						
	项目效益	经济效益						
		社会效益						
		生态效益						
		可持续影响						
		……						
	满意度指标	服务对象满意度指标						
		……						
说明	请在此处简要说明中央巡视、各级审计和财政监督中发现的问题及其所涉及的金额，如没有请填无。							

注:1.其他资金包括和中央补助、地方政资金共同投入到同一项目的自有资金、社会资金，以及以前年度的结转结余资金等；
2.资金使用单位按项目填报，主管部门和财政部门汇总时按区域绩效目标填报。

附件 6

省（市、县，或单位）**转移支付 2019 年度绩效自评报告

（标题华文中宋，加粗，二号，参考提纲）

一、绩效目标分解下达情况（一级标题，黑体，加粗，三号，下同）

（一）中央下达转移支付预算和绩效目标情况（二级标题，楷体，加粗，三号，下同）。**

（正文仿宋，三号，下同）

（二）省内资金安排、分解下达预算和绩效目标情况。

（三）市县资金配套和绩效目标情况。

（四）其他资金安排情况。

二、绩效目标完成情况分析

（一）资金投入情况分析。

1．项目资金到位情况分析（三级标题，仿宋，三号，加粗，下同）。

2．项目资金执行情况分析。

3．项目资金管理情况分析。

（二）总体绩效目标完成情况分析。

（三）绩效指标完成情况分析（根据考核指标逐项分析，没有的指标项目可以删除，下同）

1. 产出指标完成情况分析。

（1）数量指标（四级及以上标题，仿宋，三号，下同）。

（2）质量指标。

（3）时效指标。

（4）成本指标。

2. 效益指标完成情况分析。

（1）经济效益

（2）社会效益

（3）生态效益

（4）可持续影响

3. 绩效满意度指标完成情况分析

三、偏离绩效目标的原因和下一步改进措施

包括总体绩效目标和绩效指标未完成原因、下一步改进措施、政策执行或项目实施中存在的问题，原因和改进措施。

四、绩效自评结果拟应用和公开情况

五、其他需要说明的问题

（一）中央巡视、各级审计和财政监督中发现的问题及其所涉及的金额。

（二）当地特色亮点及创新举措等。

附：xx 转移支付区域（或项目）绩效目标自评表

抄送：国家医疗保障局。

安徽省医疗保障局办公室　　2020 年 4 月 13 日印发