**2023年度严重精神障碍患者以奖代补资金项目自评表**

单位名称：鄂州市卫生健康委员会 填报日期： 2024年4 月15日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | 严重精神障碍患者以奖代补资金 | | | | | | | |
| 主管部门 | | 鄂州市卫生健康委员会 | | | 项目实施单位 | | 鄂州市卫生健康委员会 | | |
| 项目类别 | | 1、部门预算项目√ □ 2、省直专项 □ 3、省对下转移支付项目 □ | | | | | | | |
| 项目属性 | | 1、持续性项目 √ □ 2、新增性项目 □ | | | | | | | |
| 项目类型 | | 1、常年性项目 √ □ 2、延续性项目 □ 3、一次性项目 □ | | | | | | | |
| 预算执行情况（万元）  （20分） | |  | 预算数（A） | 执行数（B） | | 执行率（B/A） | | 得分  （20分\*执行率） | |
| 年度财政资金总额 | 480 | 480 | | 332 | | 20 | |
| 年度绩效目标1  （80分） | 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | | | 年初目标值（A） | | 实际完成值（B） | 得分 |
| 产出指标 | 数量指标 | 以奖代补人数 | | | 2000 | | 1665 | 70 |
| 成本指标 | 每年每人金额 | | | 2400 | | 2400 | 10 |
| …… |  | | |  | |  |  |
| …… |  | | |  | |  |  |
| 效益指标 | …… |  | | |  | |  |  |
| …… |  | | |  | |  |  |
| …… |  | | |  | |  |  |
| …… |  | | |  | |  |  |
| 满意度指标 | …… | 患者满意率 | | | 100 | | 100 | 10 |
| …… | 家属满意率 | | | 100 | | 100 | 10 |
| 年度绩效目标2 |  |  |  | | |  | |  |  |
| …… |  |  |  | | |  | |  |  |
| 总分 | 100分 | | | | | | | | |
| 偏差大或  目标未完成  原因分析 | | 无偏差 | | | | | | | |
| 改进措施及  结果应用方案 | | 无 | | | | | | | |

备注：

1.预算执行情况口径：预算数为调整后财政资金总额（包括上年结余结转），执行数为资金使用单位财政资金实际支出数。

2.基于经济性和必要性等因素考虑，满意度指标暂可不作为必评指标。

3.部门预算项目以二级项目填报，市对下专项转移支付项目、具有特定用途和具体使用目标的共同事权类一般性转移支付以一级项目填报。