

宁县医疗保障局文件

宁医保发〔2025〕8号

签发人：王天俊

宁县医疗保障局 关于 2024 年医疗服务与保障能力提升项目 绩效的自评报告

一、项目概况

（一）项目单位基本情况

宁县医疗保障局是负责全县医疗保障工作的职能部门，主要职责包括贯彻落实国家、省、市医疗保障政策，统筹推进医疗保障制度改革；负责城乡居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险等参保管理与待遇落实；加强医保基金监管，打击欺诈骗保行为，保障基金安全高效运行；推进医保信息化建设，提升医保经办服务能力；指导定点医药机构规范医保服务，优化医保支付方式，维护参保群众合法权益。

在医疗保障工作中，县医保局围绕“保基本、强监管、优服务”核心目标，不断完善政策体系、强化基金管理、提升服务效能，在保障群众就医需求、减轻医疗负担、促进医疗行业规范发展等方面发挥关键作用。2024 年，医疗服务与保障能力提升项目作为强化医保基础能力、提升服务质效的重要举措，纳入年度重点工作与预算管理，为全县医保事业高质量发展提供有力支撑。

（二）项目基本情况

实施依据：根据中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金相关政策要求，结合宁县医保工作实际需求，为进一步提升医保信息化水平、加强基金监管、推进支付方式改革、强化服务能力与人才建设，实施本项目，资金管理严格遵循国家及地方财政专项资金使用规定。

基本性质、用途及涉及范围：项目属民生保障类转移支付项目，用途为补助宁县医疗服务与保障能力提升相关工作，涉及医保政策宣传引导、医保业务综合监管、信息化建设、DRG 支付方式改革、经办服务能力提升、人才队伍建设等领域，覆盖全县定点医药机构（含医院、村卫生室、零售药店）及全体参保群众。

可行性与必要性论证：随着医保制度改革深入推进，宁县医保工作面临信息化支撑不足、基金监管压力加大、支付方式改革亟待突破、经办服务能力与人才储备滞后等问题。通过项目实施，可针对性解决上述短板，提升医保服务效率与监管效能，保障基金安全，满足参保群众对优质医保服务的需求，论证结果为项目

可行且必要。

绩效总目标及阶段性目标:

总目标: 2024 年投入中央补助资金 60 万元, 全面提升医保信息化水平、基金监管能力、支付方式改革成效、经办服务质量与人才队伍素质, 保障医保基金合理有效使用, 增强参保群众获得感与满意度。

阶段性目标: 2024 年 6 月底前完成项目资金全额到位; 9 月底前完成政策宣传资料印制发放、信息化基础设施建设、DRG 改革培训等核心任务; 12 月底前完成全年项目实施、资金使用核查与绩效自评。

预期投入情况: 预期投入中央财政补助资金 60 万元, 按工作任务分科目分配, 其中宣传引导 14.24 万元、医保业务综合监管 12.8 万元、信息化建设 3 万元、支付方式改革 6.8 万元、服务能力提升 14.9 万元、人才队伍建设 8.26 万元。

预期效益:

政治效益: 落实中央医保政策要求, 强化医保基金监管, 维护医保制度公平性与可持续性, 夯实民生保障基础。

社会效益: 提升医保政策知晓率, 规范定点医药机构服务行为, 减少基金浪费, 优化医保经办服务, 降低群众就医负担, 提高参保群众满意度。

经济效益: 通过 DRG 支付方式改革降低住院次均费用, 减少医保基金不合理支出, 间接减轻群众医疗经济压力, 提升基金

使用效益。

二、项目实施基本情况

（一）项目组织管理情况

项目执行情况：县医保局成立项目专项工作小组，明确“统筹规划、分工负责、协同推进”的工作机制，将项目任务分解至各业务股室（宣传股、监管股、信息股、待遇保障股等）。2024 年 6 月完成资金到位与分配方案制定，7-11 月有序推进宣传资料印制发放、医保专网建设、DRG 培训、定点机构督查等工作，12 月组织开展资金使用核查与绩效自评，项目按计划完成全部任务。

纠偏措施：在项目实施过程中，通过定期调度、现场检查等方式，及时发现并解决问题。例如，针对个别定点机构对 DRG 政策理解不深的情况，追加 1 场专项培训；针对宣传资料发放覆盖不足的问题，增加“走村入户”发放频次，确保问题整改及时、成效可控。

管理制度及执行：制定《医疗服务与保障能力提升项目资金管理办法》，明确资金分配、使用、审核、监管流程；严格执行“专款专用、按进度支出、台账化管理”要求，所有支出均需提交业务支撑材料，经股室审核、分管领导审批后执行；定期开展资金使用合规性检查，无违规操作情况。

（二）项目资金使用情况

2024 年度医疗服务与保障能力提升项目预算安排中央财政补助资金 60 万元，实际投入 60 万元，资金到位率 100%；截

至 2024 年 12 月底，实际使用 60 万元，支出实现率 100%，无结余。资金使用符合中央及地方专项资金管理规定，具体支出明细如下：

宣传引导：14.24 万元，用于印制参保缴费公告、欺诈骗保宣传资料、政策解读彩页等；

医保业务综合监管：12.8 万元，用于外伤调查、挂床住院核查、定点机构季度督查、信访投诉处理等；

信息化建设：3 万元，用于医保政府专网、国家医保专网、财政一体化 2.0 专网建设；

支付方式改革：6.8 万元，用于 DRG 试点医院专家培训、政策宣讲等；

服务能力提升：14.9 万元，用于购置办公电脑、复印机等设备；

人才队伍建设：8.26 万元，用于定点医药机构经办人员以会代训。

资金拨付通过国库集中支付系统执行，使用过程中无挤占、截留、挪用等违规问题。

三、项目绩效分析

（一）项目绩效评价工作开展情况

2024 年医疗服务与保障能力提升项目绩效自评，依据《中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》《部门项目支出绩效评价指标体系》，采用“资料核查 + 现场核验 + 数据比

对”的方法开展。通过核查项目台账、财务凭证、宣传资料等，实地走访定点医疗机构、村卫生室了解政策落实情况，比对绩效目标与实际完成数据，经综合评价，自评得分 94.62 分，自评等级为“良好”。

（二）项目绩效目标完成情况

经评价核验，2024 年医疗服务与保障能力提升项目年度绩效目标总体完成良好，具体如下：

时效目标：项目资金于 2024 年 6 月底前全额到位，较阶段性目标按时完成；所有业务任务（宣传、监管、培训等）于 11 月底前完成，绩效自评于 12 月底前完成，目标完成率 100%。

成本目标：60 万元资金按预算科目全额使用，成本控制在预算范围内，无超支情况，目标完成率 100%。

产出数量目标：

印制发放医保政策宣传资料 33 万份（含参保公告、欺诈骗保宣传彩页等），超额完成预期；

开展定点医药机构督查 4 次（每季度 1 次），覆盖全县 27 家医院、257 家村卫生室、49 家零售药店，覆盖率 100%；

组织 DRG 改革培训、经办人员以会代训共 18 场次，培训 175 人次，完成预期任务；

医保信息系统正常运行率 90% 以上，重大安全事件响应时间≤1 小时，运行维护响应时间≤60 分钟，达标。

产出质量目标：

医保基金监管成效显著，实地稽查追回违规资金 22.2 万元（重复报销 14 万元、违规用药 8.2 万元）；

DRG 支付方式改革试点医院（县人民医院、县二院）住院次均费用下降，政策落实到位；

医保信息系统验收合格率 90% 以上，标准化水平显著提升；参保人员对医保服务满意度 98%，低收入人群满意度 100%，超预期目标。

效益目标：

社会效益：医保政策知晓率提升，欺诈骗保行为得到遏制，基金安全得到保障，医疗保障水平逐步提高，目标完成率 100%；

经济效益：DRG 改革降低住院次均费用，减少群众医疗支出，医保基金使用效益提升，目标完成率 100%；

可持续影响目标：医保信息化基础夯实、人才队伍能力提升、监管机制完善，为后续医保工作持续推进奠定基础，目标完成率 100%。

（三）项目绩效分析

投入评价指标（满分 20 分，自评得分 18 分）

时效情况（5 分，得分 5 分）：资金到位、业务实施、自评均按时完成，时效达标，得分原因是前期规划清晰，各环节衔接顺畅。

项目立项（5 分，得分 5 分）：立项依据充分，符合中央医保政策导向与宁县实际需求，可行性论证全面，得分原因是立项

前充分调研医保工作短板，目标针对性强。

目标管理（5 分，得分 4 分）：绩效目标清晰、量化指标明确，但部分指标（如 DRG 改革具体降费比例）未细化，扣分原因是目标设定缺乏更精准的量化标准。

资金落实（5 分，得分 4 分）：资金足额到位，但个别科目（信息化建设）支出进度略缓，扣分原因是专网建设前期对接流程较长，影响支出时效。

过程评价指标（满分 40 分，自评得分 38 分）

业务管理（20 分，得分 19 分）：建立完善的项目管理制度，监管、宣传、培训等业务流程规范，但个别宣传资料发放存在“最后一公里”覆盖不足（偏远村屯），扣分原因是基层配送机制需优化。

资金使用管理（20 分，得分 19 分）：资金分配科学、拨付合规、使用规范，但个别支出凭证附件（如培训签到表）不够完善，扣分原因是财务审核细节需加强。

产出与效益评价指标（满分 40 分，得分 38.62 分）

产出数量（10 分，得分 10 分）：宣传资料、督查次数、培训场次等均完成或超额完成预期，得分原因是任务分解合理，执行力度强。

产出质量（15 分，得分 14.62 分）：基金追回、系统运行、满意度等指标达标，但 DRG 改革试点医院降费数据未细化统计，扣分原因是成效数据跟踪需更精准。

社会效益（10 分，得分 10 分）：医保服务能力、基金安全、群众满意度均提升，得分原因是项目实施直击医保工作痛点，成效显著。

可持续影响（5 分，得分 4 分）：信息化、人才建设为后续工作奠定基础，但长效监管机制（如群众监督渠道）需进一步完善，扣分原因是可持续制度设计需加强。

四、存在问题

（一）DRG 支付方式改革成效跟踪不精准

DRG 改革试点医院虽实现住院次均费用下降，但未建立“改革前后数据对比表”，对降费具体金额、患者负担减轻比例等细化数据统计不足，无法精准评估改革对基金节约、群众受益的实际成效，核心原因是缺乏专项数据跟踪台账，部门间数据共享机制不健全。

（二）政策宣传“最后一公里”覆盖不足

尽管印制发放宣传资料 33 万份，但偏远村屯、行动不便老人等群体仍存在政策知晓盲区，部分宣传资料仅张贴在村委会、医院，未真正“走村入户”；线上宣传（微信公众号）对老年人覆盖不足，核心原因是基层宣传力量薄弱，针对性宣传方式（如方言广播、上门讲解）运用不够。

（三）资金使用细节管理需加强

个别支出科目（如人才培养）存在凭证附件不完整（部分培训签到表缺失）、信息化建设支出进度略缓的情况，核心原因是

财务审核对细节把控不够严格，业务部门与财务部门衔接不够紧密，对项目进度的动态跟踪不足。

五、有关建议

（一）完善 DRG 改革成效跟踪机制

建立“DRG 改革数据月度统计台账”，明确县人民医院、县二院需按月报送改革前后住院次均费用、基金支付金额、患者自付比例等数据，由医保局待遇保障股汇总分析，形成季度成效报告；加强与卫健部门数据共享，对比改革前后医疗服务质量（如住院天数、并发症发生率），精准评估改革综合成效，为后续全面推开提供数据支撑。

（二）优化政策宣传方式，打通“最后一公里”

强化基层宣传力量：联合乡镇政府、村卫生室，组织“医保政策宣传员”队伍（每村 1-2 人），开展“上门送政策”活动，重点覆盖偏远村屯、老年群体；

创新宣传形式：制作方言版医保政策宣传音频，通过农村“大喇叭”定时播放；针对老年人设计大字版、图文版宣传折页，减少文字密度；

加强线上线下联动：在微信公众号开设“政策问答”专栏，安排专人及时回复群众咨询；在乡镇集市、养老院开展“医保政策赶大集”活动，现场解答疑问。

（三）加强资金使用精细化管理

健全财务审核机制：制定《项目支出凭证管理规范》，明确

宣传、培训、设备采购等支出需附的支撑材料（如宣传资料发放台账、培训签到表、设备验收单），财务部门严格审核，对附件不全的不予报销；

建立进度跟踪制度：业务部门按月报送项目进度与资金支出计划，财务部门按月反馈支出情况，对进度滞后的科目（如信息化建设）及时预警，协调解决流程问题，确保资金按进度合规使用；

加强部门协同：每月召开业务股室与财务部门协调会，同步项目进展、资金使用、问题整改情况，避免“业务与财务脱节”。

六、其他需要说明的问题

2024 年医疗服务与保障能力提升项目在各级审计和财政监督中，未发现违规使用资金、虚报冒领等问题，项目实施合规、管理规范。

附件：宁县医疗保障局 2024 年医疗服务与保障能力提升项目绩效自评表



宁县医疗保障局

2025 年 3 月 10 日印

(共印 5 份)



能力提升项目支出绩效自评表

(2024年度)										
项目名称	甘财社〔2024〕38号关于下达2024年中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金									
主管部门	宁县医疗保障局				实施单位	宁县医疗保障局				
		年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率(%)	得分			
项目资金(元)	年度资金总额:		600000	600000	10	100.00	10.00			
	其中:财政拨款		600000	600000	-	100.00				
	上年结转资金									
	其他资金									
未完成原因分析										
年度总体目标	预期目标				实际完成情况					
	1、提升医保信息化建设水平、2、加强打击欺诈骗保工作力度,切实保障医保基金合理有效使用,3、价款推进医保支付方式改革、医疗服务价格和招标采购改革和DRG试点工作、4、有效提升综合监管、宣传引导、经办服务、人才队伍建设等医疗保障服务能力。									
	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标	实际完成值	分值	单位	完成率	得分	未完成原因分析
绩效目标	成本指标	社会成本指标	运行成本率	<=27%	24.68	20	%	100.00%	20	
	产出指标	数量指标	DRG付费支付方式改革	全面推开	100%-80%(含)	3.64		100%	3.28	
			参保覆盖面	>=99%	98	3.64	%	98.99%	3.64	
			定点医疗机构检查覆盖率	>=100%	100	3.64	%	100.00%	3.64	
			异地就医结算率	>=90%	90	3.64	%	100.00%	3.64	
			召开医保政府信息公开	主动公开	100%-80%(含)	3.64		100%	3.28	
		质量指标	集中采购落实情况	按政策要求落实和执行	100%-80%(含)	3.6		100%	3.24	
			医保标准化水平	显著提高	100%-80%(含)	3.64		100%	3.28	
			医保基金监管能力	有所提高	100%-80%(含)	3.64		100%	3.28	
			医保经办服务能力	有所提高	100%-80%(含)	3.64		100%	3.28	
			医保目录政策落实和执行情况	=100%	100	3.64	%	100.00%	3.64	
			医药价格政策落实和执行情况	按要求落实医疗服务、药品价格政策	100%-80%(含)	3.64		100%	3.28	
	效益指标	社会效益指标	医疗保障水平	逐步提高	100%-80%(含)	20		100%	18	
	满意度指标	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	>=90%	98	5	%	108.89%	5	
			低收入人群满意度	>=100%	100	5	%	100.00%	5	
总分					100			94.62		

