

沂南县医疗保障局 2024 年度部门预算

整体绩效评价报告

一、部门基本情况

（一）部门概况

1.部门概况和职能

沂南县医疗保障局（以下简称县医保局）是县政府工作部门，为正科级。根据《关于印发<沂南县医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定>的通知》（沂办字〔2019〕53号）对县医保局职能进行梳理，核心职能为医药价格管理、采购管理、待遇保障、优质服务、基金监管。具体如表 1-1：

表 1-1 县医保局职能梳理情况表

序号	职能	具体职责
1	医药价格管理	组织实施城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准；建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制等工作。
2	采购管理	贯彻执行国家和省、市药品、大型医疗设备和医用耗材的集中采购政策并监督实施等工作。
3	待遇保障	组织实施全县医疗保障筹资和待遇政策；健全完善大病保险制度；组织实施全县医保目录和支付标准，落实动态调整机制等工作；完善重点救助对象参保缴费补助政策，离休及优抚对象、建国前老党员医疗费用结算等。
4	优质服务	完善异地就医直接结算；提升医疗保障经办管理服务质量；推动智慧医保、数字医保发展等。
5	基金监管	监督管理全县医疗保障基金，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革等。

2.部门机构和人员

县医保局内设办公室（挂党建工作科牌子）、规划财务科（挂医药价格和招标采购科牌子）、待遇保障科（挂医药服务

管理科牌子）、基金监督管理科 4 个内设机构。根据《关于印发<沂南县医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定>的通知》（沂办字〔2019〕53 号）县医保局具体人员编制及配备情况见表 1-2、1-3:

1-2 2024 年部门人员编制及配备情况

人员性质			核定编制数（人）	在职人员数（人）	备注
编制内	行政人员	局长	1	1	
		副局长	2	2	
		其他人员	5	5	
	其他	-	29	25	事业管理人员和 专业技术人员
编制外	合同制		-	0	
	劳务派遣		-	6	
	其他		-	5	公益岗
合计			37	44	

综上，部门编制外人员共 11 名，其中劳务派遣 6 名、公益岗 5 名，入职程序合规。由于部门工作任务辅助性需求，随着医保业务量的增长，在编制有限的情况下，通过招聘编外人员来缓解工作压力，确保各项医保服务工作的顺利开展，如医保大厅日常业务受理、基金管理辅助工作等，编外人员承担了大量具体事务，对保障基金管理工作的顺畅运行起到积极作用，有必要续约。

3.部门预决算情况

（1）2024 年度收入预决算情况

2024 年度县医保局年初预算数 618.66 万元，调整后预算数 857.11 万元，决算数为 857.11 万元，来源为一般公共预算

收入。

(2) 2024 年度支出预决算情况

2024 年县医保局支出预算 12968.95 万元，其中基本支出 493.25 万元、项目支出 12475.70 万元。2024 年度县医保局预算支出情况见表 1-4:

表 1-4 2024 年度县医保局预算支出情况表

类别	年初预算数	调整数	决算数	执行率
基本支出	493.25	469.02	469.02	100%
人员经费	467.56	455.75	455.75	100%
公用经费	25.69	13.27	13.27	100%
项目支出	12475.7	12489	10636.83	85.17%
年末结转和结余	-			
合计	12968.95	12958.02	11105.85	85.71%

(3) “三公” 经费、会议费、培训费预决算情况

2024 年度县医保局 “三公” 经费预算数 2.7 万元，会议费预算数 0 万元、培训费预算数 0 万元，共计 2.7 万元，截至 2024 年底 “三公” 经费实际支出 1.5 万元。具体情况见表 1-5。2023 年 “三公” 经费决算数 0.98 万元，2024 年较 2023 年 “三公” 经费增加的主要原因是 2023 年度单位新添公车一辆，运行费用增加。

表 1-5 2025 年度县医保局 “三公” 经费支出明细表

单位：万元

明细项目	年初预算数	全年预算数	执行数	预算执行率
因公出国（境）经费	0	0	0	-
公务用车购置及运行维护费	1.8	1.37	1.37	100%
公务接待费	0.9	0.13	0.13	100%

明细项目	年初预算数	全年预算数	执行数	预算执行率
合计	2.7	1.50	1.50	100%

（4）项目支出预决算情况

2024 年度县医保局项目支出年初预算数 12475.70 万元，全年预算数为 12489.00 万元，执行数为 10636.83 万元，预算执行率为 85.17%。

4.部门政府采购情况

2024 年度县医保局政府采购预算数 0.32 万元，全年采购预算数 0.5 万元，实际完成 0.5 万元，政府采购授予中小企业合同金额 0.5 万元。

5.部门资产情况

截至 2024 年 12 月底，县医保局资产合计 47.58 万元。其中流动资产 1.39 万元，非流动资产 46.19 万元，固定资产净值 46.19 万元。具体情况见表 1-7。

表 1-7 县医保局部门资产明细表

单位：万元

资产明细	期初数	期末数
流动资产	0.87	1.39
货币资金	0.87	1.09
预付账款	-	0.30
非流动资产	50.93	46.19
固定资产原值	78.92	84.68
减：固定资产累计折旧	27.99	38.49
固定资产净值	50.93	46.19
无形资产原值	0.80	0.80

资产明细	期初数	期末数
减：无形资产累计摊销	0.80	0.80
资产合计	51.80	47.58

6.部门政策制定及执行情况

县医保局主要负责医药价格管理、采购管理、待遇保障、优质服务、基金监管等职能，依据上级政策，部门制定《关于农村建国前老党员使用“补充医疗保障基金”补助流程的通知》（沂医保发〔2019〕10号）、《沂南县医疗保障局关于印发〈沂南县医疗保障特邀社会监督员管理办法（试行）〉的通知》等开展工作。

（二）部门绩效目标

1.部门中长期绩效目标

完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务，为广大人民群众提供更加公平、更加可靠、更加充分、更高质量的医疗保障，增进民生福祉，促进社会和谐，为“十四五”医保高质量发展奠定坚实基础。

2.部门年度目标

根据县医保局《沂南县医疗保障局2024年重点工作推进落实措施及打算》、2024年度部门整体绩效目标等梳理部门年度绩效目标如下：

表 1-8 2024 年度县医保局部门整体绩效目标表

主要职能	指标名称	指标值
------	------	-----

主要职能	指标名称	指标值
医药价格管理	推进医药价格有效治理	显著
采购管理	各品类集采药品	≥800 种
	医用耗材	≥40 类
待遇保障	基本医保参保人数	≥810041 人
	一般居民参保补助人数	≥727604 人
	职工长期护理保险县级补助人数	≥100727 人
	离休干部保障人数	≥67 人
	特殊人群参保补助人数	≥127222 人
	医疗救助人次规模	≥110000 人次
	医疗资助参保人数	≥30000 人
	重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例	≥70%
	3 月底前门诊统筹药店覆盖率	≥30%
优质服务	异地住院费用跨省联网直接结算率	>80%
	医疗保障政务服务事项线上可办率	100%
	“一站式”即时结算覆盖面	提高
	医保电子凭证定点医疗机构覆盖率	100%
	提升医保服务站数量	≥5 家
	医保政策宣传次数	≥10 次
基金监管	医保基金监管稽核覆盖率	100%
	宣传、打击欺诈骗保次数	≥80 次

（三）部门重点工作任务和实施情况

根据《临沂市医疗保障局关于印发临沂市医疗保障事业发展“十四五”规划的通知》（临医保发〔2021〕42号）、《沂南县医疗保障局2024年重点工作推进落实措施及打算》等，梳理2024年度县医保局年度工作见表1-9。

表 1-9 2024 年度部门重点工作任务和实施情况表

类别	明细内容	具体内容	完成情况
医药价格管理	完善医药价格形成机制	对药品、医用耗材价格实行常态化监管，遏制药品、医用耗材价格虚高。建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，开展调价评估。	2024 年开展 8 家“双通道”药店进行药品信息月度更新和维护，确保药品配备，为“双通道”药品电子处方流转工作提供支持。
采购管理	药品、医用耗材集中带	①落实药品耗材集中采购工作机制，提升招标、采购、交易、结算、监管信息化管理水	①组织开展国家和省药品报量及集采 9 批次，医用耗材集中带量采购 11 批次，中成药和中药饮片带量采购 2 批次填报工作，

类别	明细内容	具体内容	完成情况
	量采购制度化常态化	平;②继续开展“集采产品进基层”活动,年底前完成各品类集采药品累计达到 800 种以上、医用耗材累计达到 40 类以上的目标任务。	集采药品医保资金结余留用 12 批次;②集采药品进村卫生室(社区卫生服务站)388 家,配备达到 30 种以上,一体化管理的村卫生室参与率 100%;集采药品进定点零售药店 59 家,配备达到 50 种;集采药品进民营医疗机构 3 家,配备达到 50 种以上;7 家民营医疗机构已申请集采账号。
保障程度	提高参保质量	基本医疗保险参保率>95%。	养老、医疗参保率分别达到 95%和 98%,基本医保参保人数 791879 人,低于目标值 810041 人。
	优化医疗保障筹资机制	基本医疗保险基准费率保持财政补助、个人缴费稳定在 2:1 以内。	基本医疗保险基准费率保持财政补助、个人缴费稳定。
	完善医疗保障待遇机制	①落实医保待遇政策,坚持职工和居民分类保障、待遇与缴费挂钩,健全基本医保待遇调整机制;②建立门诊共济保障机制,改革职工基本医保个人账户,全面实施普通门诊统筹,提高普通门诊报销额度;③完善重点救助对象参保缴费补助政策,稳步提高年度医疗救助限额,建立预防和化解因病致贫返贫长效机制。	①统筹推进职工医保省级统筹和门诊共济保障改革,规范统一职工医保参保范围、筹资标准及住院待遇、生育医疗费标准、大额补助等各项待遇政策;②落实门诊统筹药店互联网问诊购药结算报销“一站式”服务;③通过实施城乡医疗救助,为 31885 人资助参保缴费,住院救助 32193 人次,门诊救助 82974 人次,报销救助资金 3496.87 万元,全部开展一站式结算,有效减轻困难群众医疗费用负担。
优质服务	完善异地就医直接结算	异地住院费用跨省联网直接结算率 >80%,普通门诊直接结算率稳定在 90%以上,门诊慢特病跨省直接结算率达到 70%以上。	异地就医五项指标全部达到省局要求,其中跨省住院直接结算率 92.48%,跨省门慢特直接结算率 81.73%。
	提升医疗保障经办管理服务质量	①医疗保障政务服务事项线上可办率 100%;②医保便民服务站覆盖到所有的村(社区),完善基层医保工作站点准入退出机制和运行保障措施,撤销一批不具备条件、有牌无实、无实质服务内容的医保工作站点;③积极探索医疗保障业务一站式服务、一窗口办理、一单制结算;④优化医保咨询服务,建立“好差评”结果及整改情况通报制度。	①医疗保障政务服务事项线上可办率 100%;②落实村级卫生室医保定点动态新增和退出机制,先后解除 2 家村卫生室、2 个乡镇卫生院,新增 4 家村卫生室,将符合条件的村卫生室全部纳入医保定点范围,医保定点村卫生室数量达到 390 家。③推行“生育一件事”和“医药费报销一件事”,实现生育与医药费用报销等多个事项联办和市域通办,有效减少了群众医保事项办理的跑腿次数。截至 11 月份,共办理生育费用免审即享 1416 人次,拨付基金 1258.81 万元。④“好差评”系统处于维护状态。

类别	明细内容	具体内容	完成情况
	推动智慧医保、数字医保发展	构建“互联网+”综合保障服务体系。提升医保电子凭证覆盖率，定点医疗机构全覆盖，同时提高全县参保群众激活率。	41家定点医疗机构全部实现医保码全流程全场景应用，上线率达到100%，年度医保码结算率50.44%。为解决基层就医人员年龄大、无智能手机展码难题，投放刷脸设备110余台。
基金监管	健全完善监督检查制度	①落实“双随机、一公开”检查制度，完善智能监控、日常巡查等相结合的医保监督检查制度；②推进DRG疑点审核；③健全完善医疗保障舆情分析制度、基金监管要情报告制度。	①全年共处理处罚定点医药机构45家，约谈整改30家，中止医保服务协议2家，行政处罚11起，曝光典型案例21起，落实举报奖励0.84万元，累计追回、拒付医保基金695万元，行政罚款206万元；②完成DRG疑点数据审核8463条，确认违规1461条，违规金额244.26万元。完成纸质病案审核1.9万份，门诊处方7.37万份，门诊慢特病处方0.8万份，拒付36.86万元。审核省外直报病历659份，拒付2.46万元；③健全完善医疗保障舆情分析制度、基金监管要情报告制度。
	推进政策宣传	加强医保基金安全宣传。	开展医保基金打击欺诈骗保宣传105次活动。

二、评价组织实施

（一）评价目的、评价对象和范围

围绕县医保局职责、行业发展规划，以预算资金管理为主线，分析县医保局职能与规划的匹配程度、工作计划与部门预算分配合理性、部门整体绩效目标与履职相符程度等，总结经验做法，衡量部门整体及核心业务实施效果，找出资金使用和管理中的薄弱环节，提出改进建议，优化预算配置、健全预算资金与业务管理制度，降低行政成本、提高部门履职效率和财政资金使用效益。对县医保局2024年度部门预算12968.95万元资金开展整体绩效评价，评价组依据县医保局提供的相关资料进行全面现场评价。

（二）评价思路、评价重点、评价方法和评价指标体系

1.评价思路。遵循科学公正、统筹兼顾、激励约束、公开透明的原则。通过对部门核心职能的梳理，明确部门 2024 年度重点工作，结合工作内容梳理部门整体绩效目标，以此为切入点，通过部门座谈、专家论证的方式，制定出涵盖财政资源配置、预算管理、绩效管理、履职效能和社会效应 5 个方面的评价指标体系，据此开展县医保局部门整体绩效评价工作。

2.评价重点。本次部门整体评价重点：一是预算管理方面，以部门预算资金为主线、内控制度为抓手，分析部门业务流程存在的潜在问题；二是部门履职方面，根据部门职责分类分析部门任务完成情况、履职效益完成目标情况等。

3.评价方法。

（1）指标分析法。评价组根据有关文件、部门实际履职情况设置指标体系，利用指标体系分析部门建设资金使用及履职情况，根据指标评分点综合分析评价。

（2）比较法。评价组根据工作计划及任务对比完成情况，同时将完成效果与行业标准进行对比。

（3）因素分析法。以因素分析法为补充，从分析影响因素入手在部门财政资源配置、职责履行等方面，挖掘部门潜在问题，并根据问题提出合理建议。

4.评价指标体系。本次绩效评价以《沂南县县级部门和单位整体绩效管理暂行办法》为依据，设计了一级指标、二级指标，按照绩效评价的基本原则，评价组结合部门整体绩效目标、

自评价报告等相关材料，设计绩效评价三级指标，具体评价指标体现详见部门指标体系。根据评价规程，绩效评价结果采取评分和评级相结合的方式设定。总分设置为 100 分，分值和对应等级划分为四档：90（含）-100 分为优、80（含）-90 分为良、60（含）-80 分为中、60 分以下为差。

（三）评价组织实施

根据委托时间要求，绩效评价工作开展时间为 2025 年 3 月 27 日至 2025 年 5 月 31 日，具体安排见表 2-1：

表 2-1 评价实施进度及工作安排情况表

序号	工作程序	工作内容	完成时间
1	前期准备	首先组建绩效评价组，了解被评价单位业务情况，收集相关资料，充分了解单位职责、预算安排、实施内容、组织管理、绩效目标设置等内容，为编制评价方案奠定基础。	2025 年 4 月 1 日
2	制定评价实施方案	在调研、了解单位基本情况的基础上，对回收的材料进行整理分析，根据具体项目实际情况和绩效管理要求拟订评价实施方案并报送论证。	2025 年 4 月 10 日
3	现场评价	根据具体评价要求确定现场评价抽样范围，组成现场评价工作小组，对项目进行实地勘察、资料核实、社会调查、分析评价等。	2025 年 4 月 14 日 -2025 年 4 月 25 日
4	撰写评价报告初稿	在梳理、研究、分析现场评价和非现场评价情况的基础上，按照规定格式撰写绩效评价报告。	2025 年 5 月 12 日
5	提交评价报告	评价报告根据专家评审意见进行修改，由项目主评人签字确认后，加盖公司公章后，按项目交付时间要求提交。	2025 年 5 月 31 日

三、评价结论及分析

（一）综合评价结论

沂南县医疗保障局部门预算整体绩效评价得分 82.50 分，绩效评价结果为“良”，一级指标得分情况见表 3-1。

表 3-1 部门预算整体绩效评价得分情况表

一级指标	指标分值	得分	得分率
财政资源配置	18.00	15.50	86.11%
预算管理	32.00	25.80	80.63%
绩效管理	15.00	13.00	86.67%
部门履职效能	25.00	22.20	88.80%
社会效应	10.00	6.00	60.00%
合计	100.00	82.50	82.50%

（二）指标分析

1.财政资源配置

财政资源配置类指标，权重分为 18.00 分，实际得分 15.50 分，得分率为 86.11%。

预算安排与部门职能匹配度：①2024 年度县医保局预算安排和部门“三定”方案确定的职责、县委、县政府年度重点任务匹配，②预算安排不存在“先排钱、再谋事”的问题，明确细化；③预算安排资金不存在在不同项目、不同用途间分配，不存在交叉重复；④2024 年度县医保局年初预算数 12968.95 万元，全年预算数 12958.02 万元，预算调整 0.08%，得满分；⑤重点项目支出（居民医疗保险特殊人群代缴费 5032 万元、居民医疗保险县级补助资金 4639.69 万元）安排率 = $(9671.69/10636.83) * 100\% = 90.93\%$ 。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 11 分。

评价落实收入统筹管理情况：①部门依法依规将取得的各类收入纳入部门预算；②部门加强对所属单位非财政拨款收入

管理，部门预算如实反映所属单位非财政拨款收入。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 2 分。

落实过紧日子要求情况：①2024 年“三公”经费、会议费、培训费等五项费用总控制率= $(\text{实际支出经费金额}/\text{预算安排经费金额}) \times 100\% = (1.50/1.50) = 100\%$ ；②“三公”经费、会议费、培训费等五项费用总变动率= $(\text{本年度经费决算数}-\text{上年度经费决算数})/\text{上年度经费决算数} \times 100\% = (1.50-0.98)/0.98=53.06\%$ ，主要原因是 2023 年新增 1 辆公车，以后年度车辆运行费增加，扣 2.5 分。根据评分标准该指标得 50%权重分，即 2.5 分。

2.预算管理

预算管理类指标，权重分为 32.00 分，实际得分 25.80 分，得分率为 80.63%。

财政结转结余控制率：根据县医保局 2023-2024 年预决算信息，不存在财政结转结余资金。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 2 分。

预决算信息公开：①根据 2024 年度预决算报告，预决算信息能够及时公开；②专项资金有效公开任务清单、具体支出政策、项目申报指南、资金分配因素和分配结果、绩效自评报告。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 2 分。

预算管理一体化和项目库管理情况：①部门在一体化系统各个推进阶段中能够按照财政部门考核要求对预算编制、预算

执行（含单位资金支付）等模块进行应用；②部门落实做实项目库管理的相关要求。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 2 分。

内控建设规范性：①县医保局开展风险评估，覆盖单位层面和业务层面；②成立内部控制领导小组和工作小组，明确内控牵头部门和监督评价部门，并根据人员变动情况及时更新；建立议事决策机制、关键岗位责任制，得满分；③建立健全预算、政府采购、建设项目、合同内控管理制度；④编制内控控制报告。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 5 分。

资金使用规范性：①基本支出与项目支出混用，涉及资金 3222 元。如凭证 12-0037 号支岳增辉订阅杂志费（《中共中央办公厅通讯》《秘书工作》）156 元、凭证 12-0038 号支 12 月公车加油卡充值 3000 元、凭证 12-0039 号 10 月订阅报刊费（《机构与行政》）66 元，通过特定项目类支出，扣 2 分；②资金的拨付有完整的审批程序和手续。根据评分标准该指标得 50%权重分，即 2 分。

会计核算规范性：①部门依法设置会计账簿；②凭证附件未附合同及验收单，如凭证 06-0011 号购置 A3 双面打印复印机富士胶片 2150N（含机柜）、碎纸机科密黑金刚共 5000 元，不符合《会计基础工作规范》。06-0005 号凭证支 2022 年终一次性奖，附件发放名单金额与支出金额不符，主要原因是凭证附件的发放明细在系统导出过程中出现错误，系统未能准确

关联并提取完整的数据信息。同时，会计人员在凭证审核过程中，未严格履行审核职责，未能及时发现这一数据差异，扣 1 分；③会计核算符合会计法和国家统一会计制度的规定。根据评分标准该指标得 75%权重分，即 3 分。

会计人员任用规范性：①担任单位会计机构负责人（会计主管人员），具备会计师以上专业技术职务资格或者从事会计工作三年以上经历，符合要求；②会计人员具备从事会计工作所需要的专业能力，全部会计人员符合要求。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 2 分。

采购活动合法性、合规性：①县医保局 2024 年政府采购内容为购置罗邦电子打印机碎纸机，共计 0.5 万元。购置合同及验收合同未及时归档；②医保服务站点建设能力提升资金为 5 家卫生院购置电脑、打印复印一体机、办公桌椅，供货合同约定于 2024 年 4 月 30 日前交货，无合同签订日期且验收单无验收日期，扣 1 分。根据评分标准该指标得 80%权重分，即 4 分。

政府采购预算编制准确性：2024 年县医保局政府采购年初预算总额 0.32 万元（购置 A4 纸），预算未批复，后追加政府采购预算 0.5 万元（购置打印机、碎纸机），支出 0.5 万元。 $(0.5-0.32)/0.32*100\%=0.56>0.3$ ，调整率大于 0.3。根据评分标准该指标得 0%权重分，即 0 分。

资产管理规范性：①按规定编制新增资产配置相关预算并

严格执行；②新增资产按规定登记入账，但新增资产（购置及调拨）均于当月计提折旧；县医保局部分资产未贴固定资产标签，如碎纸机、文件柜，扣 0.2 分。根据评分标准该指标得 95% 权重分，即 3.8 分。

3.绩效管理

绩效管理类指标，权重分为 15.00 分，实际得分 13.00 分，得分率为 86.67%。

绩效目标管理：①符合国家法律法规、国民经济和社会发展规划总体规划、县委、县政府的决策部署和工作要求；符合部门和单位职责和制定的中长期实施规划；②分解成具体工作任务，与年度部门预算资金、项目投资额相匹配；③绩效指标完整、全面，但自评表指标与绩效目标表、监控表不一致。如医疗服务与保障能力提升资金项目、医疗服务与保障能力提升资金项目、职工长期护理保险县级补助资金项目等。且监控表格式中存在大量空格（如医疗服务与保障能力提升资金项目等），自评表中部分指标冗长，如医疗保险经办及监管工作经费项目社会效益指标“提升医疗保险经办能力，确保资金使用效率”，扣 1 分；④绩效目标值测算依据充分，通过清晰、可衡量的指标值予以体现；⑤绩效目标编制报送及时。根据评分标准该指标得 80% 权重分，即 4 分。

绩效主体责任落实：①部门绩效运行监控、绩效自评实现全面覆盖，应评尽评；绩效资料报送及时，报送材料符合要求、

材料完整；绩效报告内容结构完整清晰，指标体系细化完善，评价结果客观公正。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 5 分。

绩效评价结果应用：①根据单位提供的《2023 年沂南县建国前老党员补充医疗保障基金项目绩效评价报告》存在预算编制不合理，2023 年项目预算 90 万元，支出 52.58 万元，24.36 万元未及时拨付，由医疗机构垫付。同时资金拨付不及时，个别医疗机构未能按要求及时和医保局进行对账的问题。2024 年县医保局根据上年度预算执行率及建国前老党员人数测算预算数 42 万元，同时加强与定点医疗机构进行沟通协调，督促及时进行对账；②《2024 年部门预算整体绩效自评报告》中建国前老党员补充医疗保障基金项目存在建国前老党员预算人数数据不够准确，超预算执行的问题，主要原因是 2024 年的人数是以 2023 年 10 月的人数为基数预测的，且建国前老党员年龄较大，无法准确预测死亡人数，年度发生住院人次及住院次均费用无法准确预测，只能按照人数预测。2025 年县医保局依据 2024 年全年 245 人次重新测算建国前老党员 240 人次，调整预算测算数 33 万元；③医疗保险经办及监管工作经费项目存在未加强项目管理的情况，如，2023-2024 年双堃镇南石门卫生院存在超标准收费、超限制性别用药违规使用医保基金的行为，监管部门未及时开展医疗机构操作层面的具体培训和案例分析等措施加强医疗机构内部管理，扣 1 分。根据

评分标准该指标得 80%权重分，即 4 分。

4.部门履职效能

部门履职效能类指标，权重分为 25.00 分，实际得分 22.20 分，得分率为 88.80%。

医药价格与采购管理：①组织开展国家和省药品报量及集采 9 批次，医用耗材集中带量采购 11 批次，中成药和中药饮片带量采购 2 批次填报工作，集采药品医保资金结余留用 12 批次。完成各品类集采药品累计达到 800 种以上、医用耗材累计达到 40 类以上的目标任务；②开展 8 家“双通道”药店进行药品信息月度更新和维护，确保药品配备，为“双通道”药品电子处方流转工作提供支持；③集采药品进村卫生室(社区卫生服务站)388 家，配备达到 30 种以上，一体化管理的村卫生室参与率 100%；但县医保局集采药品采购进度低于序时进度的品种数量共 53 种药品，采购非中选产品超过 50%的品种数量沂南县 1 种药品，根据《关于进一步加强药品和医用耗材集中带量采购全流程管理的通知》（鲁医保函〔2024〕1 号）规定“未完成约定采购量、非中选产品使用量占同品种药品耗材总使用量的比例高于 50%，相关品种视为考核不合格”，扣 0.2 分。根据评分标准该指标得 80%权重分，即 0.8 分。

医疗保障程度：①养老、医疗参保率分别达到 95%和 98%，基本医保参保人数 791879 人，低于目标值 810041 人，主要原因出生率下降、县区无大型企业导致人口外流严重、县区无

高等学校，大学生学籍地参保等。扣 0.2 分；②基本医疗保险基准费率保持财政补助、个人缴费稳定在 2: 1 以内；③根据《各县区定点药店纳入职工门诊统筹情况通报》截至 8 月 4 日，沂南县定点数量 132 家，开通数量 87 家，开通率 65.91%，位于临沂市各县区第二；④一般居民参保补助人数 692461 人，职工长期护理保险县级补助人数 102014 人，离休干部保障人数 67 人，特殊人群参保补助人数 132421 人。其中一般居民参保补助人数低于目标值（原因为居民参加职工医保增加，造成人群分流），扣 0.2 分；⑤推行“生育一件事”和“医药费报销一件事”截至 11 月份，共办理生育费用免审即享 1416 人次，拨付基金 1258.81 万元；⑥解除 2 家村卫生室、2 个乡镇卫生院，新增 4 家村卫生室，将符合条件的村卫生室全部纳入医保定点范围，医保定点村卫生室数量达到 390 家；⑦通过实施城乡医疗救助为 31885 人资助参保缴费，住院救助 32193 人次，门诊救助 82974 人次，报销救助资金 3496.87 万元。根据评分标准该指标得 80%权重分，即 1.6 分。

优质服务：①跨省住院直接结算率 92.48%，跨省门慢特直接结算率 81.73%；②医疗保障政务服务事项线上可办率 100%；③落实门诊统筹药店互联网问诊购药结算报销“一站式”服务。推行“生育一件事”和“医药费报销一件事”；④41 家定点医疗机构全部实现医保码全流程全场景应用，上线率达到 100%，年度医保码结算率 50.44%。为基层就医人员年龄大、

无智能手机展码难题，投放刷脸设备 110 余台；⑤医保政策宣传次数达 20 次。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 1 分。

基金监管：①全年共处理处罚定点医药机构 45 家，约谈整改 30 家，中止医保服务协议 2 家，行政处罚 11 起，曝光典型案例 21 起，落实举报奖励 0.84 万元，累计追回、拒付医保基金 695 万元，行政罚款 206 万元；②完成 DRG 疑点数据审核 8463 条，确认违规 1461 条，违规金额 244.26 万元。完成纸质病案审核 1.9 万份，门诊处方 7.37 万份，门诊慢特病处方 0.8 万份，拒付 36.86 万元。审核省外直报病历 659 份，拒付 2.46 万元；③建立《关于印发<沂南县医疗保障特邀社会监督员管理办法（试行）>的通知》，举报奖励符合制度要求；④宣传、打击欺诈骗保次数 105 次。根据评分标准该指标得 100%权重分，即 1 分。

政策制定执行有效性：现行资金政策和项目政策包括《关于印发<沂南县医疗保障局财务管理制度>等文件的通知》（沂医保发〔2022〕25 号）、《沂南县医保中心项目资金管理暂行办法》《沂南县医疗保险基金财务管理制度》《关于印发<沂南县医疗保险基金财务内部控制制度>等五项制度的通知》（沂医保中心发〔2020〕16 号）、《沂南县医疗保障局采购管理制度》（沂医保发〔2022〕26 号）、《关于印发<沂南县医疗保险风险分级管控制度（试行）>的通知》《关于印发<

沂南县医疗保险风险应急处置预案>的通知》《关于印发<沂南县医疗保障经办机构内部控制检查工作方案>的通知》《关于农村建国前老党员使用“补充医疗保障基金”补助流程的通知》（沂医保发〔2019〕10号）、《沂南县医疗保障局关于印发<沂南县医疗保障特邀社会监督员管理办法（试行）>的通知》共10项围绕部门职责全面梳理部门政策，部门政策设计科学合理，不存在低效无效、应清未清政策。根据评分标准该指标得100%权重分，即4分。

项目支出绩效复评：①医保局2024年共计8个项目，项目单位自评总得分735.02分，复核得分694.37分，差异率5.53%。得3.78分；②医疗服务与保障能力提升资金项目由优复核为良。主要原因是基本医保参保人数实际完成值低于目标值，部分项目资金与预算批复用途不符，如杂志费等。效益及满意度指标缺少佐证材料；建国前老党员补充医疗保险基金项目由良复核为中。主要原因是成本指标实际完成值43.35万元超预算金额，预算资金未到位由医疗机构垫付资金，效益及满意度指标缺少佐证材料；离休人员医疗补助资金由优复核为良，主要原因是效益及满意度指标缺少佐证材料。得1.1分；③建国前老党员补充医疗保险基金由良复核为中，得1.8分。根据评分标准该指标得83.5%权重分，即6.68分。

重大政策项目实际绩效：综合考虑部门重点项目情况，本次对居民医疗保险县级补助资金、医疗保险经办及监管工作经

费采取“短、平、快”的方式开展评价。①居民医疗保险县级补助资金。通过居民医疗保险县级补助资金项目的实施，对全县692461名居民参加基本医疗保险及时进行补助并正常享受待遇，杜绝重复参保虚报参保现象，参保人的医疗费用报销比例达到上级要求，费用及时结算率>95%，确保居民基本医疗保险制度平稳运行。评价为优。得3.5分；②医疗保险经办及监管工作经费项目，预算执行率72.68%。县医保局2024年追回、拒付医保基金695万元，2023年追回、拒付医疗机构违规使用的医保基金559.41万元，2024年较上年增加24.23%。评价为良。得2.62分。根据评分标准该指标得87.43%权重分，即6.12分。

劳务派遣人员支出成本效益：①部门用工需求及人员配备较为匹配；②劳务派遣人员工作产出较高；③成本相对节约，劳务派遣人员工资成本2300元、工龄250元、考勤奖300元、根据12月缴纳五险一金1559.43元（单位1104.58元、个人454.85元）、住房公积金（单位及个人均为218.4元）、派遣服务费50元/人/月；公益岗人员工资成本1820元、根据12月缴纳五险1559.43元（单位1091.34元、个人454.45元），招录程序合规。劳务派遣人员工作内容基本与正式编制员工内容一致。根据评分标准该指标得100%权重分，即1分。

5.社会效应

社会效应类指标，权重分为10.00分，实际得分6.00分，

得分率为 60.00%。

在部门高质量发展考核中，县医保局评定等次为三等。根据评分标准该指标得 60%权重分，即 6 分。

四、部门主要成效及做法

（一）加强医保服务，推进医保改革

一是全县 2024 年度医保参保 79.38 万人，参保率达到 98%；二是深入推动异地就医直接结算，跨省住院直接结算率 92.48%，跨省门慢特直接结算率 81.73%；三是将符合条件的村卫生室全部纳入医保定点范围，医保定点村卫生室数量达到 390 家，41 家定点医疗机构全部实现医保码全流程全场景应用，上线率达到 100%，年度医保码结算率 50.44%；四是在全县推行“生育一件事”和“医药费报销一件事”，实现生育与医药费用报销等多个事项联办和市域通办，有效减少了群众医保事项办理的跑腿次数。截至 11 月份，共办理生育费用免审即享 1416 人次，拨付基金 1258.81 万元；五是成功上线运行医保移动支付、诊间支付，实现医生诊室医保报销。创新应用医保信用支付系统，实现“先诊疗，后付费”的智慧医保就医模式，住院流程由原来的 10 个环节减少到 3 个环节，结算时间由 30-50 分钟减少到 3-5 分钟。

（二）全面强化监督检查，推进政策宣传

一是聚焦部门联合执法，联合市场、卫健部门开展“双随机、一公开”、三医联动检查；聚焦问题整改情况“回头看”，

组织开展定点医疗机构自查行动；二是实现了定点医药医疗机构全覆盖现场督导检查，并完成 DRG 疑点数据审核 8463 条，确认违规 1461 条，违规金额 244.26 万元；三是制定《沂南县加强医保阵地建设和政策宣传工作意见》，健全政策宣传工作长效机制，先后开展医保基金打击欺诈骗保宣传月、异地就医直接结算宣传月、城乡居民基本医保参保宣传月等活动。开展医保政策进万家宣讲 42 场，组织医保干部进基层 194 次，举办“医保明白人”培训 22 场次，开展“赶大集”宣传活动 83 次。

五、发现的问题及原因分析

（一）部门运行成本显著升高

县医保局 2023 年“三公”经费决算数 0.98 万元，2024 年“三公”经费决算数 1.5 万元，变动率 53.06%，实际支出本年度较上年度增长明显，不符合过紧日子要求。主要原因是预算编制不精准，2023 年县医保局购置一辆公务用车，2024 年运行经费未考虑到该用车加油及维护费用。

（二）预算管理落实有待进一步完善

一是项目单位存在项目支出与基本支出范围划分标准不明确现象，资金使用不规范。如凭证 12-0037 号支岳增辉订阅杂志费（《中共中央办公厅通讯》《秘书工作》）156 元、凭证 12-0038 号支 12 月公车加油卡充值 3000 元、凭证 12-0039 号 10 月订阅报刊费（《机构与行政》）66 元，通过特定项目

类支出。

二是会计凭证管理不严谨。如凭证 06-0011 号购置 A3 双面打印复印机富士胶片 2150N（含机柜）、碎纸机科密黑金刚 0.5 万元凭证附件未附合同及验收单，不符合《会计基础工作规范》；凭证 06-0005 号支 2022 年终一次性奖，凭证附件发放名单与支出金额不符，主要原因是凭证附件的发放明细在系统导出过程中出现错误，系统未能准确关联并提取完整的数据信息。同时，会计人员在凭证审核过程中，未严格履行审核职责，未能及时发现数据差异。

三是采购管理有待进一步加强。政府采购预算编制不够准确，2024 年预算数 0.32 万元，实际执行 0.5 万元，政府采购预算变动率 56%。且采购管理存在不规范现象，如 2024 年政府采购内容为购置罗邦电子打印机碎纸机 0.5 万元，购置合同及验收合同未及时归档；医保服务站点建设能力提升资金为 5 家卫生院购置电脑、打印复印一体机、办公桌椅，供货合同约定于 2024 年 4 月 30 日前交货，无合同签订日期且验收单无验收日期。

四是资产管理需完善。项目单位新增资产（购置及调拨）均于当月计提折旧，低估了部门资产总值。且部分资产未贴固定资产标签，如碎纸机、文件柜等。

（三）部门履职效能有待提升

一是医药采购管理方面。集采药品采购进度滞后，县医保

局集采药品采购进度低于序时进度的品种数量共 53 种药品，主要原因为临床实际需求下降、医疗机构为消化前期库存影响了当期采购进度；1 种药品采购非中选产品超过 50%，主要原因为配送企业药品供应量不足等。根据《关于进一步加强药品和医用耗材集中带量采购全流程管理的通知》（鲁医保函〔2024〕1 号）规定“未完成约定采购量、非中选产品使用量占同品种药品耗材总使用量的比例高于 50%，相关品种视为考核不合格”。

二是医疗保障程度方面。目标人数测算不精准，基本医保参保人数、一般居民参保补助人数低于年初目标值，特殊人群参保补助人数高于年初目标值，建国前老党员补充医疗保障基金、居民医疗保险特殊人群代缴费超年初预算执行。主要原因是特殊人群人数增加及建国前老党员年龄较大，年度发生住院人次及住院次均费用无法准确预测，只能按照人数预测，因此可能存在预测与实际发生额偏差较大的情况。

（四）绩效管理需进一步加强

一是自评表指标与绩效目标表、监控表不一致且监控表格式中存在大量空格；二是自评表中部分指标冗长，如医疗保险经办及监管工作经费项目，效益指标“提升医疗保险经办能力，确保资金使用效率”“减少医保基金损失，维护医保基金安全”；三是未建立绩效评价结果的管理机制。医疗保险经办及监管工作经费项目存在未加强项目管理的情况，2023-2024 年双堍镇

南石门卫生院存在超标准收费、超限制性别用药违规使用医保基金的行为，医疗机构内部管理不足，缺乏对 DRG 分组的专业审核机制。监管部门未及时开展医疗机构操作层面的具体培训和案例分析等措施加强医疗机构内部管理。

六、相关建议

（一）统筹财政资源配置，合理编制年初预算

建议县医保局统筹财政资源配置，年初扎实做好预算，编制预算时应尽可能细化，在预算编制过程中充分考虑所需资金的周全性、稳定性和可操作性等因素，预算执行时，对于“三公”经费的增加，应具体分析其必要性和效果，严格控制预算执行。避免预算执行过程出现部门预算变动较大的问题。

（二）加强部门预算管理，严格落实单位内控制度

一是明确划分标准。在预算编制过程中，充分考虑单位的实际情况和发展需求，合理安排基本支出和项目支出的比例和规模。同时，要加强对预算执行情况的监督和评估，确保预算的严肃性和约束力。

二是建立严格的会计凭证审核制度，加强财务管理。明确审核人员的职责和权限，对凭证的完整性、准确性、合规性进行逐级审核，确保凭证质量。

三是加强政府采购管理。首先，做好政府采购预算编制，每年度采购计划申报前，加强财务科室与业务科室的沟通和协调，结合实际需求开展预算工作，提高年度采购计划安排的科

学性；其次，加强合同管理，合同签订做到条款内容完整，表述严谨准确，规范合同签订，避免出现重大纰漏。加强合同拟定、审批、执行等环节的监控力度；最后，及时归档项目资料，实施单位项目完成后及时与承办单位交接项目资料，确保资料完整性、真实性。

四是提高资产管理水平。明确新增资产折旧计提的时间和方式，确保折旧计提的准确性和规范性；在资产购置或调拨后，及时为资产粘贴标签，并确保标签粘贴牢固、清晰可辨。

（三）优化项目实施，提升部门履职效能

一是强化协同监管，优化供应保障。首先，建立动态监测机制，对进度滞后品种实施清单化管理，加快采购进度，落实集采政策要求；其次，加强非中选产品使用监管，完善沟通协调机制，通过多方协同发力，确保集采政策执行到位，切实降低群众用药负担；二是优化参保人数测算机制。动态更新特殊人群（低保、退役军人、老党员等）基础信息库，提升数据时效性。将年龄结构、历史就医数据等纳入测算依据，减少单纯依赖人数测算的误差，提高项目预算测算精准度；三是加强资金使用管理与绩效评估。完善医疗救助资金支付审核制度，对医疗机构的救助费用申请进行严格审核，确保费用真实、合理；制定医疗救助资金绩效评估指标，包括资金使用效率、救助对象满意度、医疗费用控制等方面，定期对资金使用情况进行评估。

（四）加强绩效目标管理，提高绩效管理水平

一是自评表应围绕绩效目标表中的关键绩效指标进行设计，自评内容与项目目标保持一致，了解项目进展、评估项目成果，确保项目绩效管理有效性和准确性；二是规范项目绩效指标设置。根据项目的实际情况，完善项目绩效目标，制定细化可衡量、具有挑战性和前瞻性的绩效指标，做到绩效目标科学合理、绩效指标约束有力；三是建立绩效评价结果的管理机制，加强项目管理。推动医保基金监管从被动追缴向主动防控转型。首先，督促医疗机构建立“自查自纠+智能审核”双防线，要求其开展分解住院、低标入院等违规行为自查，并对DRG分组、诊疗路径进行实时校验；其次，加强培训，开展DRG分组规则、病案首页规范填写实操培训，强化违规案例解析与智能审核系统操作培训。