

医疗服务和保障能力提升补助资金转移支付区域（项目）绩效目标自评表

(2024 年度)

转移支付（项目）名称	医疗服务与保障能力提升补助资金				
中央主管部门	国家医疗保障局				
地方主管部门			资金使用单位	自治区及各市、县（区）医保局	
资金投入情况（万元）		全年预 算数（A）	全年执行数（B）		预算执行率(B/A ×100%)
	年度资金总额：	8189	3007. 18		36. 72%
	其中：中央财政资金	8189	3007. 18		36. 72%
	地方资金				
	其他资金	6118. 18 （上年 结转资 金）	3586. 27		58. 62%
资金管理情况			情况说明		存在问题和改进 措施
	分配科学性		根据《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》，和 2024 年医疗服务与保障能力提升补助资金区域绩效目标表的规定，严格按因素法分配下达资金，对标对表资金使用用途，根据自治区全民医疗保障“十四五”规划部署，结合年度工作计划安排，在征集各地项目推进需要的同时，依托资金使用绩效等因素，对资金使用用途进行列项细分，确保项目安排符合医疗保障综合能力和业务水平提升实际。2024 年，我区根据能力提升资金的使用用途按业务职责定位，分为医保信息化建设、医保政策宣传、医保综合服务能力提升、培训经费、医保基金监管、医保反欺诈大数据应用监管和“两结合三赋能”国家试点工作经费、医疗服务与保障能力提升其他支出等方面。		
	下达及时性		会同财政部门在收到中央财政转移支付资金后，在 30 日内将资金下达至各市、县（区）。		
	拨付合规性		严格按照国库集中支付制度有关规定支付资金，未出现违规将资金从国库转入财政专户等情况。		
	使用规范性		医保部门严格按照《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》和区域绩效目标要求范围进行支付，专款专用，并履行审批报销程序，未发生截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。		
	执行准确性		严格按照中央下达金额执行，不存在执行数偏离预算数较多的问题。		

			预算绩效管理情况		2021 年我区印发《宁夏回族自治区医疗保障项目资金预算绩效目标管理暂行规定》（宁医保发〔2021〕113 号）和《自治区医保局 财政厅关于印发医疗保障转移支付资金绩效评价指标体系的通知》（宁医保发〔2021〕128 号），健全绩效评价制度体系。建立医疗服务与保障能力提升补助资金使用情况月度统计机制，按月调度资金使用进度并及时督导，对资金使用绩效目标进行适时监控。并按规定开展绩效评价工作。	
			支出责任履行情况		为监管医疗服务与保障能力提升补助资金支出责任履行情况，宁夏制定印发了《2024 年中央财政医疗保障服务能力建设实施方案的通知》（宁医保函〔2024〕78 号），坚持按月督导，分自治区本级、各市、县（区）通报资金执行进度，切实增强加快资金支出进度的紧迫感，提高医疗服务与保障能力提升补助资金使用效益。	
总体目标完成情况	总体目标			全年实际完成情况		
	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；加快推进医保支付方式改革和 DRG 试点工作；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。			2024 年宁夏着重强化医保、医疗、医药三者之间的协同治理。通过精心谋划、统筹协调，促使这三个关键环节紧密配合、形成合力，从医保信息化标准化、基金监管、医保支付方式改革、经办管理服务体系建设、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格改革、医保目录实施监管等七项重点领域攻坚克难，持续推动我区医疗保障事业高质量发展。2024 年全年绩效目标如期完成，绩效目标完成率为 99.18%。		
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	全年实际完成值	未完成原因和改进措施
	产出指标	数量指标	基本医保参保人数	≥668 万人	99.68%	我区人口基数小，随着人口出生率下降，老龄化加深，加之外出务工、常住人口外流、空挂户及个人缴费标准上涨等因素影响，居民医保缴费压力逐年增大，缴费意愿呈明显下降趋势。
			每个县（区）范围内开通门诊慢特病相关治疗费用跨省联网定点医疗机构数量	≥1	≥1（每个县（区）至少开通 1 家门 诊慢特病跨省联网定点医疗机构）	
			短缺药品异常高价和异常配送核 查处置情况	处置率达 100%	100%	
			每年开展药品挂网价格联动次数	≥1	≥1（每个县（区）至少开通 1 家门 诊慢特病跨省联网定点医疗机构）	
		质量指标	重复参保治理情况	依托医保信息平台 实施参保信息强制	100%	

				校验		
			医保基金综合监管能力	有所提升	2024 年 1-12 月，全区各级医保部门通过自查自纠、飞行检查、专项整治、日常检查、投诉举报核查等形式现场检查定点医疗机构 6174 家，处理处罚定点医药机构 2083 家，处理违法违规人员 51 人，追回医保基金 13847.58 万元，违约金 13.33 万元，行政罚款 3164.40 万元，共涉及违规金额 17025.31 万元，主动公开曝光案例 136 例。与 2023 年相比，处理机构数增加 77.4%、处理人员数增加 88.9%、追回本金增加 31%、行政处罚增加 200%、公开曝光案例增加 54.5%。	
			基金预警和风险防控能力	有所提高	2024 年，我区继续落实《基本医疗保障基金运行评价、监测及风险预警办法》，坚持按季度对全区开展监测预警评估工作，从参保缴费、基金收支、待遇保障等维度，对医保基金运行全量数据进行深入分析，重点监控医疗费用增长率、次均住院费用增长率、基金预算执行率、异地就医变化率等关键指标，对基金运行结果进行评估，对异常指标进行分析预警。对石嘴山市、中卫市、固原市定点药店医药费用人均支出费用、城乡居民基本医疗保险住院费增幅、人均住院费支出等指标高进行发函提醒，多措并举防范和化解当前基金运行的风险，确保基金安全平稳运行。	
			推进医保支付方式改革	省级出台支付方式改革文件并落实到位。	按照国家医保局安排部署，向全区各地市转发《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》（宁医保函〔2024〕116 号），同时，印发《自治区医保局关于进一步推进落实我区按病种分值（DIP）付费有关工作的通知》（宁医保发〔2024〕83 号），指导各地市按照时限要求做好 2.0 版分组的切换和使用工作，建立并完善特例单议、预付金、谈判协商、意见收集和数据工作组等五大机制，扎实有效推动各项任务	

					务落地实施。	
			医保经办服务能力	有所提升	我区医保经办机构实行归口管理、独立运行。制定印发《宁夏医疗保障经办政务服务事项清单（2024 年版）》，积极推进清单事项下沉，为群众提供就近服务，进一步提高办事效率和水平。全区乡镇便民服务中心、村便民服务站分别实现 15 项以上和 9 项以上医保经办服务，极大方便群众办事。推动医保与定点医疗机构、银行网点等第三方机构合作，实现 23 个办理事项和 20 个查询事项下沉金融机构，做实“医银合作”联办机制，全力打造 15 分钟医保便民服务圈。全面落实“一件事一次办”，网办掌办率达 75.76%，“城乡居民医保缴费”和“生育保险报销”两项高频政务服务实现“一件事一次办”。	
			医保标准化水平	显著提升	严格按照《宁夏回族自治区贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准实施方案》做好 15 项信息业务编码贯标工作。同时，印发《关于做好全区定点医疗机构体外诊断试剂信息贯标工作的通知》《关于贯彻执行中药配方颗粒编码标准的通知》，做好体外诊断试剂及中药配方颗粒编码贯标。宁夏医保信息业务编码标准贯标工作达标，医保标准化水平逐年提升。	
			开展村（社区）级医保服务、有网店提供帮办、代办服务的村（社区）覆盖率	≥60%	100%	
			提升公立医疗机构平台采购药品耗材比例	药品网采率≥85%，高值医用耗材网采率≥75%	药品网采率≥92.02%，高值医用耗材网采率≥88.53%	
			医保信息系统正常运行率	≥90%	≥99%	
			国谈药等相关药品落地及统计监测情况	国谈药品落地数据报送及时率100%	国谈药品落地数据按月报送，及时率100%	
			医疗服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革试点执行情况	按要求开展调价评估并进行调价，做好医疗服务价格管理与深化医疗服务价格	2024 年，我区组织各地市开展年度调价评估，调取上年度公立医疗机构医疗费用、宏观经济和医保基金运行等数据，经过量化评估，2024 年度全区均不符合上调价格启动条件，未	

				改革方向一致性工作	开展调价工作。	
			集中带量采购落实情况	完成国家组织集中采购中选产品约定采购量	2024 年我区第八批、第九批国家组织集采 80 个品种药品，完成约定采购量品种 75 个。目前，各批次国家集采药品医用耗材中选结果执行情况平稳有序，年度协议采购量均能有效完成。	
			医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况	限定时限内反馈案源处理情况	2024 年，根据国家医保局有关药品集采违规行为及医药商业贿赂案源信息，对石家庄四药有限公司等 3 家企业进行了信用评级。其中，2 家企业已进行了信用修复。按照国家要求，反馈相关信用评价处理情况。	
			招采子系统落地应用情况	实现交易、采购等核心功能应用	目前，我区已将招采子系统建设方案上报自治区发改委审核，待发改委批复后，立即组织项目招标采购和系统建设及数据迁移工作。。	
			医保目录管理规范性情况	年内未出现违反目录管理政策情况	按时按要求落实和执行，年内未出现违反目录管理政策情况	
			医保信息系统重大安全事件响应时间	≤60 分钟	25 分钟	
			医保信息系统运行维护响应时间	≤30 分钟	15 分钟	
	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	≥85%	100%	
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. 资金使用单位按项目绩效目标填报，主管部门汇总时按区域绩效目标填报。
2. 其他资金包括与中央财政资金、地方财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。
3. 全年执行数是指按照国库集中支付制度要求所形成的实际支出。

城乡医疗救助补助资金转移支付区域（项目）绩效目标自评表

(2024 年度)

转移支付（项目）名称	城乡医疗救助补助资金			
中央主管部门	国家医疗保障局			
地方主管部门		资金使用单位	自治区及各市、县（区）医保局	
资金投入情况（万元）		全年预算数（A）	全年执行数（B）	预算执行率（B/A×100%）
	年度资金总额：	51285	51285	100%
	其中：中央财政资金	39285		
	地方资金	12000		
	其他资金	39538.57（上年结转资金）		
资金管理情况			情况说明	存在问题和改进措施
	分配科学性		按照《财政部 国家卫生健康委 国家医保局关于修订〈中央财政医疗救助补助资金管理办法〉的通知》（财社〔2022〕32 号）、《宁夏回族自治区医疗救助办法》等相关规定，采用因素法进行资金分配。按照一般救助需求因素（救助对象人数及医疗救助标准因素）、特殊救助需求因素（乡村振兴重点帮扶县医疗救助因素）、财力调节因素和绩效调节因素四个因素进行测算，资金分配与绩效评价结果挂钩。	
	下达及时性		在收到中央财政转移支付资金预算后 30 日内，会同财政部门将城乡医疗救助补助资金指标下达各市县（区）。	
	拨付合规性		严格按照国库集中支付制度有关规定支付资金，未出现违规将资金从国库转入财政专户等情况。	
	使用规范性		各级财政补助经费严格按照《中央财政医疗救助补助资金管理办法》和《宁夏回族自治区医疗救助办法》的救助范围和标准进行支付，专款专用。未随意扩大受益人员范围，未挪用医疗救助资金。设立本级医疗救助基金财政专户管理基金。	
	执行准确性		按照中央下达和本级预算安排的金额执行，不存在执行数偏离预算数较多的问题。	
	预算绩效管理情况		2021 年我区印发了《宁夏回族自治区医疗保障项目资金预算绩效管理暂行规定》（宁医保发〔2021〕113 号）和《自治区医保局 财政厅关于印发医疗保障转移支付资金绩效评价指标体系的通知》（宁医保发〔2021〕128 号），健全绩效评价制度体系。建立医疗救助基金使用情况月度统计机制，按月调度资金使用进度并及时督导，对资金使	

			用绩效目标进行适时监控。并按规定开展绩效评价工作。		
	支出责任履行情况		为监管医疗救助资金支出责任履行情况，下发了《关于建立医疗服务与保障能力提升补助资金和医疗救助基金使用情况月度统计机制的通知》（宁医保函〔2022〕364号），已在我区医疗保障信息平台财务管理子系统中增设了医疗救助补助资金预算执行情况表，对资金运行情况按月进行督导和监查，及时发现和纠正问题。		
总体目标完成情况	总体目标		全年实际完成情况		
	科学确定救助对象范围，夯实医疗救助托底保障，健全防范和化解因病致返贫长效机制。强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度综合保障，实事求是确定困难群众医疗保障待遇标准，确保困难群众基本医疗有保障，不因患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。		2024年我区跟进国家统一部署，优化完善参保缴费政策，修订《宁夏回族自治区社会救助条例》医疗救助专章，加强高额医疗费用负担患者监测预警，持续强化基本医疗保险、城乡居民大病保险、医疗救助三重制度综合保障，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，经三重制度保障后，我区重点救助对象政策范围内住院自付费用年度限额内救助比率为84.92%，最大程度解决参保群众看病就医后顾之忧。绩效目标完成率100%。		
绩效指标	二级指标	三级指标	指标值	全年实际完成值	未完成原因和改进措施
	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	216万人次	
		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%	84.92%	
		符合资助条件的农村低收入人口资助参保政策覆盖率	≥99%	100%	
	质量指标	医保综合监管能力	有所提升	有所提升	
	时效指标	市域内“一站式”即时结算覆盖地区	不低于上年	覆盖比率达到100%，不低于上年。	
	社会效益指标	城乡医疗救助政策知晓率	≥80%	80%	
		困难群众看病就医方便程度	明显提高	明显提高	
		困难群众医疗费用负担	有效缓解	有效缓解	
	可持续影响指标	对健全社会救助体系的影响	成效明显	成效明显	
		对健全医疗保障制度体系的作用	成效明显	成效明显	
	服务对象满意度指标	救助对象对救助工作满意度	≥85%	100%	

城乡居民基本医疗保险补助资金转移支付区域（项目）绩效目标自评表

(2024 年度)

转移支付（项目）名称		城乡居民基本医疗保险补助资金			
中央主管部门		国家医疗保障局			
地方主管部门				资金使用单位	自治区及各市、县（区）医保局
资金投入情况（万元）		全年预算数（A）	全年执行数（B）		预算执行率（B/A×100%）
	年度资金总额：	323841.32	323841.32		100%
	其中：中央财政资金	264756			
	地方资金	59085.32			
	其他资金				
资金管理情况			情况说明		存在问题和改进措施
	分配科学性		根据《财政部国家医保局关于修订〈中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法〉的通知》（财社〔2022〕1号）要求，按照因素法对城乡居民基本医疗保险资金进行科学、合理地分配、下达，资金分配与绩效评价结果挂钩。		
	下达及时性		在收到中央财政转移支付资金预算后30日内，会同财政部门将城乡居民基本医疗保险补助资金指标下达各市县（区）。		
	拨付合规性		严格按照国库集中支付制度有关规定支付资金，未出现违规将资金从国库转入财政专户等情况。		
	使用规范性		各级财政补助经费严格按照《财政部国家医保局关于修订〈中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法〉的通知》（财社〔2022〕1号）要求进行支付，专款专用。各统筹区2023年城乡居民基本医疗保险基金均设专户存款，专账核算，未发现挤占、挪用医保基金情况。		
	执行准确性		按照中央下达和本级预算安排的金额执行，不存在执行数偏离预算数较多的问题。		
	预算绩效管理情况		2021年我区印发了《宁夏回族自治区医疗保障项目资金预算绩效管理暂行规定》（宁医保发〔2021〕113号）和《自治区医保局 财政厅关于印发医疗保障转移支付资金绩效评价指标体系的通知》（宁医保发〔2021〕128号），健全绩效评价制度体系。		
	支出责任履行情况		按月度、季度、半年度、年度填报基金报表，对异常数据有说明解释，对基金运行情况进行分析说明。按月进行督导和监查，及时发现和纠正问题。		
总体目标完成情况	总体目标		全年实际完成情况		
	巩固参保率，稳步提高保障水平，实现基金收支平衡。		巩固参保率，稳步提高保障水平，实现基金收支平衡。		

绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	全年实际完成值	未完成原因和改进措施
	项目完成	数量指标	参保人数（人）	达到国家下达的年度基本医保参保人数目标值	4949616	我区人口基数小，随着人口出生率下降，老龄化加深，加之外出务工、常住人口外流、空挂户及个人缴费标准上涨等因素影响，居民医保缴费压力逐年增大，缴费意愿呈明显下降趋势。
		质量指标	重复参保人数（人）	0	0	
			申请结算补助资金时多报、虚报参保人数（人）	0	0	
			参保人政策范围内住院费用报销比例	70%左右	74.77%	
			实行按病种（组）、按人头付费等支付方式改革	逐步推开	逐步推开	
			基金滚存结余可支付月数	≥6 个月	14.53 个月	
			开展门诊统筹	普遍开展	普遍开展	
	满意度指标	政策知晓率	参保群众政策知晓率	普遍知晓	普遍知晓	
		服务对象满意度	参保对象满意度	≥90%	100%	

自治区项目支出绩效自评表

(2024年度)

项目名称		自治区医疗保障局2024年专项业务费						
主管部门		宁夏回族自治区医疗保障局			实施单位	宁夏回族自治区医疗保障局（本级）		
项目资金（万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额：	274.38	274.38	217.79	100	79.38%	95
		其中：当年财政拨款	231	231	174.41	—	75.50%	—
		上年结转资金	43.38	43.38	43.38	—	100.00%	—
		其他资金				—		—
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	一、2024年度医疗保障政策管理项目 231万元。 1. 法律顾问年度服务费用5万元。2. 基金监管公务交通车辆租赁14.14万元。3. 基金监管区内（外）调研、检查、监管检查差旅费143.46万元。4. 中心机房线路维护及专用通信网络运维项目17.8万元。5. 聘请专家开展医保业务、政府采购、医保信息平台优化分析、职能监管劳务费8万元。6. 全区医保系统业务区内培训支出18万元。7. 文书档案、干部人事档案整理费用6.6万元。8. 全区医保业务宣传印刷费用18万元 预期实现的绩效目标为：1. 解决老百姓看病报销问题，以及报销比例问题。2. 增加参保人员普及率，参保群众知晓率。3. 跨省异地就医结算率。4. 打击欺诈骗保，确保医保基金成为老百姓的救命钱。5. 摸清全区医保基金底数，以及全区参保人员底数。6. 持续提高医保干部职工业务能力水平，进一步提升医保基金监管水平普及率。7. 确保医保专用通信网络及办公电脑正常使用。8. 保证我局业务正常开展。				2024年本级项目预算经费231万元，已全部拨付到位。全部为，医疗保障政策管理项目。 偏离绩效目标的原因和下一步改进措施：2023年本级项目预算经费未达到绩效考核目标100%的原因是成本指标经费总额有结转资金，预算执行率为79.38%。 下一步我们将根据预算安排，加强项目规划，强化绩效管理，提升资金使用效率，不断提高医疗保障业务能力和水平。			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成值	分值	得分	偏差原因分析及改进措施
	产出指标（60分）	数量指标（20分）	指标1：法律顾问年度服务费用	不限次数	73次	2.5	2.5	
			指标2：基金监管公务交通车辆租赁	≥54次	78次	2.5	2	
			指标3：基金监管区内（外）调研、检查、监管检查差旅费	≤1439人次	≈1050次	2.5	2.5	
			指标4：中心机房线路维护及专用通信网络运维项目	不少于20次	长期	2.5	2.5	
			指标5：聘请专家开展医保业务、政府采购、医保信息平台优化分析、职能监管劳务费	≥200人次	≈160人次	2.5	2.2	部分项目未实施完毕
			指标6：全区医保系统业务区内培训班	≤5天80人次	4天56人次	2.5	2.2	根据工作安排下年度结转使用
			指标7：文书档案、干部人事档案整理费用	不少于2次	1	2.5	0.5	工作已开展资金未付
			指标8：全区医保业务宣传印刷数量	≥3400册	基本完成	2.5	2.2	根据工作安排下年度结转使用
	成本指标（20分）	质量指标（10分）	医保基金监管覆盖面	>98%	>98%	10	10	
			完成时限	12月25日	年度内未完成	10	8	部分项目有结转
			指标1：法律顾问年度服务费用	5万元	4万元	2.5	2.5	下一年度考核合格后支付尾款
			指标2：基金监管公务交通车辆租赁	14.14万元	12.92	2.5	2.27	
			指标3：基金监管区内（外）调研、检查、监管检查差旅费	143.46万元	108.19万元	2.5	2.1	
			指标4：中心机房线路维护及专用通信网络运维项目	17.8万元	15.26万元	2.5	2.14	

		分)	指标5: 聘请专家开展医保业务、政府采购、医保信息平台优化分析、职能监管劳务费	8万元	6.12万元	2.5	2	
			指标6: 全区医保系统业务区内培训班	18万元	9.97万元	2.5	1.9	下一年度考核合格后予以支付
			指标7: 文书档案、干部人事档案整理费用	6.6万元	0万元	2.5	0.5	工作已开展资金未付
			指标8: 全区医保业务宣传印刷数量	18万元	17.96万元	2.5	2.49	部分项目有结转
	效益指标 (30分)	经济效益指标	提高医保基金安全性, 完善性	成果显著	成果显著	10	10	
		社会效益指标 (10分)	指标1: 跨省异地就医结算率	≥99%	99%	5	5	
			指标2: 参保群众知晓率	≥95%	≥90%	5	4.7	
		可持续影响指标 (10分)	解决老百姓看病报销问题, 以及报销比例问题, 增加参保人员普及率	参保比例逐年提高	参保比例逐年提高	10	10	
	满意度指标 (10分)	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务满意度	≥98%	≥98%	10	10	
	总 分					100	90.2	