2023年度南京市医疗保障局（本级）

整体预算绩效自评价报告

评价单位：南京市医疗保障局

2024年9月

南京市医疗保障局现对2023年预算资金使用情况开展自查，对绩效目标完成情况和工作开展情况进行自评价，具体情况如下。

**一、单位概况**

 (一)单位基本情况

南京市医疗保障局成立于2019年1月，行政机关，隶属于南京市人民政府。市医疗保障局负责贯彻落实中央关于医疗保障工作的方针政策和省委、市委的决策部署，在履行职责过程中坚持和加强党对医疗保障工作的集中统一领导。

根据部门职责分工，本部门内设机构包括办公室、规划财务和法规处、待遇保障处、医药服务管理处、医药价格和招标采购处、基金监督处、信息管理处、基层工作处（城区分局）及机关党委（人事处）。本部门下属事业单位包括南京市医疗保险管理中心和南京市医疗保障综合服务中心。

至2023年12月底，机关核定行政编制55名，实有55名，另核定编外员额6名、实有6名。

截至2023年12月底，南京市医疗保障局(本级)机关资产总额为3665.94万元。流动资产214.44万元，其中货币资金214.44万元，其他应收款净额0.00万元。非流动资产3451.49万元，其中固定资产净值1226.21万元，无形资产净值2225.28万元。

1. 单位主要职能。

1、拟订全市基本医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助、医药价格等医疗保障制度的政策、规划和方案，推进建立长期护理保险制度，建立健全多层次医疗保障制度体系并组织实施。开展医疗保障领域的对外合作交流。

2、做好医疗保障基金预、决算管理，组织制定并实施医疗保障基金监督管理办法。建立健全全市统一的医疗保障基金安全防控机制，组织开展打击欺诈骗取医疗保障基金行为，推进全市医疗保障经办机构开展医疗服务智能监控系统建设，审核医疗保障经办机构实施医疗保障基金运行情况报告。开展医疗保障基金支付方式改革。

3、组织实施医疗保障筹资和待遇政策，统筹城乡医疗保障筹资和待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇动态调整机制，完善医疗保障市级统筹工作。建立健全全市医疗救助体系，推进实施医疗保障精准扶贫。

4、组织实施统一的药品、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，建立动态调整机制，配合省医疗保障局做好医保目录准入谈判规则的组织实施。

5、组织制定全市药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制。组织实施药品和医疗服务价格调控和管理，规范医疗机构价格行为，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测预警、成本调查和信息发布制度。

6、制定全市药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施，指导药品、医用耗材招标采购平台的建设。组织、指导和监督全市定点医药机构药品、医用耗材的联合采购、配送和结算管理。

7、制定全市定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，制定定点医药机构医疗费用结算方式和结算标准并组织实施。对医疗保障经办机构、定点医药机构、协议管理医师药师、参保人员及医疗救助对象遵守医疗保障法律法规的情况实施监管，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

8、监督全市医疗保障经办管理、公共服务体系建设。贯彻推进全省一体的医疗保障信息化、规范化、标准化建设。组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。管理市属机关事业单位医疗保障工作，承办离休干部医药费用统筹管理服务工作。

9、完成市委、市政府交办的其他任务。

10、职能转变。完善统一的城乡居民基本医疗保险制度、大病保险制度和城乡统筹的医疗救助制度，提高医疗保障统筹层次，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，促进医保资金合理使用、安全可控，推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，更好地保障人民群众就医需求、减轻医药费负担。

**二、部门(单位)收支情况**

2023年度南京市医疗保障局(本级)收入年初预算5109.92万元，调整后全年收入部门预算共安排6455.54万元，部门决算收入6455.54万元。

2023年度南京市医疗保障局(本级)支出年初预算5109.92万元，其中基本支出2556.92万元，部门预算项目支出2553万元。调整后全年支出部门预算6455.54万元，其中基本支出3078.85万元，项目支出3376.69万元。部门决算支出6455.54万元，部门预算资金拨付到位率100%，预算执行率100%。

**三、绩效目标**

（一）中长期发展目标

根据《南京市“十四五”医疗保障发展规划》，南京市医疗保障局主要发展目标如下：

“十四五”时期南京医疗保障事业的主要目标是，基本完成筹资运行、待遇保障、医保支付、基金监管等重要机制建设，重点聚焦医药服务供给、医保管理服务等关键领域改革，着力完善医保经办管理、公共事务服务等治理体系建设，实现“全民医保”、打造“幸福医保”、推行“便捷医保”、启动“智慧医保”、建设“法治医保”、发展“协同医保”，使医疗保障制度更加成熟定型。

一是实现“全民医保”。多措并举，切实推进医保扩面工作。根据本地区常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定年度参保扩面目标。职工医保以本地区劳动就业人口为参保扩面目标，居民医保以本地区非就业居民为参保扩面对象，进一步落实居住证参保政策，提升基本医疗保险覆盖率。优化参保结构，推动职工医保参保人数和参保质量优化提升。完善参保缴费政策，优化参保缴费服务，积极引导灵活就业人员、个体工商户等按规定参加职工医保。完善统一规范的医疗救助制度，建立救助对象精准识别和实时共享机制，实施分层分类救助，发挥兜底作用，防止群众因病返贫。基本建成以基本医疗保险为主体、医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障体系。

二是打造“幸福医保”。完善基本医疗保险制度，维持公平适度的待遇保障水平。逐步健全门诊共济保障机制，由病种保障向费用保障过渡。完善医疗救助体系，确保应保尽保、应救尽救，探索构建救助对象由绝对贫困向相对贫困转变的医疗救助长效机制。稳步适度提高职工医保、居民医保待遇保障水平，不断提升大病保险报销比例。建立健全失能人员照护保险制度，为失能人员提供基本生活照料和与生活密切相关的基本医疗护理，解决失能人员照护难题。

三是推行“便捷医保”。提升基层医保经办服务水平，细化“我为群众办实事”具体举措，高质量建设“15分钟医保服务圈”省级、市级示范点。利用信息化手段，开发手机移动端APP，为群众提供医保业务网上办、手机查询、信用支付等功能。做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，实施公共应急和传染病联防联控，支持影像资料、检验报告互认，全面优化异地就医服务，简化备案流程，提高异地直接结算的便捷度。

四是启动“智慧医保”。完善医保协议管理，创新医保支付方式。科学合理编制医保基金收支预算，创新总额付费机制，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展；完善“互联网+”医疗服务医保支付政策，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，探索推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费工作，充分发挥大数据与医保信息化建设在医保支付方式改革中的重要作用。

五是建设“法治医保”。全面推进法治医保建设。深入贯彻执行中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》。结合《医疗保障法（征求意见稿）》精神，加快市级层面医疗保障立法，拟订出台《南京市医疗保障办法》。

六是发展“协同医保”。推动医保体制改革、卫生体制改革与医药流通体制改革联动，发挥“三医”组合效能，开启协同医保时代，建立医保新生态。从医保角度加强对定点医疗机构医疗服务行为的管理，强化对定点零售药店售卖、服务行为的监督。强化医用耗材（药品）供应服务企业协议管理，确保生产（配送）企业保质保量生产供应医用耗材、药品。推进医用耗材治理，探索医保支付与带量采购联动，促进带量采购非中选产品梯度降价。

（二）2023年度重点工作和目标

根据《2023年全市医疗保障工作要点》，年度重点工作和目标为：

一是加强医保规划法治建设。加强规划引领，从南京医保事业发展实际出发，结合省市发展指标要求，科学设定我市医保事业发展指标。持续跟踪《江苏省医疗保障条例》进展和最新要求，及时推进我市立法工作，力争在2023年底前出台。

二是大力推进全民参保。根据基金运行情况，报请省政府同意后，降低职工医保单位缴费率0.5-1个百分点。放开新业态从业人员、“新市民”参加我市基本医保有关限制，将建筑业农民工纳入职工医保保障范围，实现“应保尽保”。

三是健全医疗保障制度体系。2023年1月起，全面实施职工医保门诊共济保障机制，调整个人账户计入政策，扩大个人账户使用范围，提高统筹基金共济保障能力。完善大病保险和医疗救助制度，指导推出“南京宁惠保”后续产品，加强与基本医保衔接，减轻群众重特大疾病医疗费用负担。

四是规范失能保险运行体系。适时将符合条件的失智人员、中度失能人员纳入保障范围，开发0-6岁儿童的照护服务项目。探索开展照护服务机构等级(星级)管理，健全专业规范的照护培训体系，促进照护行业良性发展。根据国家和省部署要求，做好与长期护理保险制度的衔接。

五是强化医保基金监管。完善两定分级分类监管办法，制定出台第四期负面清单，引导医疗机构诚信规范服务。落实国家局飞检整改，推进二级及以上医疗机构专项检查和抽查复查，开展“三假”等欺诈骗保问题专项治理。构建智能监控、视频监控、现场稽核、病历审核相结合的稽核体系。

六是推动医用耗材(药品)治理改革。执行国家和省集中采购结果，开展市级医用耗材集中采购，遴选部分品种联动降价、梯度降价，做好带量采购产品结余留用工作。推进医保基金与企业直接结算试点，推进定点零售药店集中采购集中结算试点。持续开展生物医药创新产品申报审核、推广使用。

七是深化医保支付方式改革。遴选增补基础病组、中医优势病组，完善核心要素指标，进一步优化高新技术应用系数、价值医疗系数落地办法，以及年度应结算额调整办法。修订DRG付费规则，完善DRG付费监管体系。开展医疗服务项目动态调整评估，适时调整口腔类等医疗服务项目价格。

八是信息化赋能三医协同发展和治理。维护医保信息平台稳定运行，推动医保移动支付平台、处方流转管理平台建设，以医保电子凭证为载体，开通诊间支付、信用支付等“互联网+医保”服务。拓展阳光监管平台功能，打造医保综合管理平台。遵循三医“共建共治共享”理念，持续优化医保高铁建设，汇聚分析三医数据，做好基金监管专区建设、DRG专区模块升级等工作，反哺医保政策制定，赋能三医协同发展和治理。

九是提升医保公共服务质效。健全经办服务不见面办理体系，推进经办服务智能化、扁平化，让数据多跑路、群众少跑腿。落实异地就医结算工作，扩大异地就医联网直接结算范围，发布异地就医电子地图。全面提升“15分钟医保服务圈”服务质效，优化容缺受理、预约办理等多元特色服务。

**四、评价工作简述**

(一)评价对象和范围

本次评价对象为2023年南京市医疗保障局本级部门整体决算支出6455.54万元。绩效评价时段为2023年1月1日至2023年12月31日。

(二)评价结论

本次评价以南京市医疗保障局本级部门预算资金为主线，紧扣部门职能和绩效目标，运用成本效益分析法、比较法、公众评判法等评价方法对2023年度南京市医疗保障局部门整体进行绩效评价。经综合评定，得分为99分(详见附表)，等级为“优”。

**五、部门履职成效**

（一）构建多层次医保制度体系。一是优化基本医保筹资机制。今年1月1日起，职工医保缴费率由8.8%降低至7.8%，预计为23万户参保单位减负近30亿元/年。二是稳妥实施门诊共济改革。分类调整个人账户计入标准，取消门诊起付线，提高支付限额至1.5万元，为全省最高水平，在全省首批开通药店门统待遇直接结算。目前，全市门诊统筹享受3700万人次，基金预算执行进度87.8%，运行较为平稳。三是完善医疗救助制度。以市政府办公厅名义印发《关于进一步完善重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》，提高救助标准，实施分类救助，今年已累计实施门诊救助159.9万人次、住院救助7.3万人次，支出救助资金3.8亿元。四是健全长期护理保险制度。7月1日起，失能保险制度更名为长期护理保险制度。提高照护服务标准，将护理床等6类失能辅具服务纳入基金支付范围。目前，累计4.8万人享受长护险待遇，2.9万人正在享受。五是指导发布“南京宁惠保”四期产品。扩大参保人群，实行家庭共享免赔额，降低升级版免赔额，特药目录药品数量增加至36种，目前吸引近130万人参保。六是规范补充医疗保险制度。出台《关于促进用人单位建立补充医疗保险制度的意见》，明确补充医保定位、管理模式、支持措施等。

（二）全面深化医保支付方式改革。一是深化DRG付费改革。扩大参改医疗机构范围，优化本地细分组，调整DRG付费基准点数，保持预算点值基本稳定。1-10月，全市247家参改医疗机构发生住院费用141.9亿元，次均费用13349.6元，统筹（大病救助）基金94.2亿元，医保基金结算率110%。二是积极做好长期住院费用保障。提出额外补偿、规范转科转院、鼓励医院内部调节、建立满意度评价等14条治理举措，1-11月核定额外补偿费用5781.74万元。提高精神病床日定额结算标准，相关资质认定医院增至9家。三是加强医保目录管理。做好国家、省、市集中采购产品医保对接，制定耗材医保对接办法，上调听力残疾儿童电子耳蜗植入术医保支付标准至10万元。

（三）深化医药服务供给侧改革。一是深化医用耗材（药品）招采制度改革。执行国家、省组织集中采购结果，有序开展市级层面整体降低价格谈判、梯度降价、延续采购，年度节约资金超35.8亿元。调整体被系统等医疗服务项目价格201项，做好新增医疗服务价格项目申报工作。二是推进集中采购集中结算。南京平台集中采购医用耗材（含检验检测试剂）、药品、中药饮片及配方颗粒金额超127亿元，将35家定点连锁药店纳入集中采购范围，采购金额超2亿元。集中结算金额超过300亿元，提前完成全年目标任务。开展医保基金与医药企业直接结算。三是支持生物医药产业发展。制定2023年4批医保支持生物医药创新产品清单，目前，累计推广19批次、123个创新产品，采购金额超7亿元，惠及35家生物医药创新企业。

（四）保持医保基金监管高压态势。一是完善基金监管制度体系。以市政府办公厅名义出台《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》，制定举报奖励实施细则，出台负面清单（第四期），拟定分级分类监管办法，织密制度监管笼子。二是开展专项检查和专项稽核。开展门诊统筹、DRG基金等专项检查，重点稽核一级及以下民营医疗机构，今年以来，稽核扣减涉及定点医药机构133家次，扣减金额8886.27万元。三是加强事前事中监管。运用信息化手段开展数据筛查，对77人次医保医师予以记分处理，约谈医疗机构29家。优化视频监控系统，236家试点医院完成人脸识别摄像头上线验收。

（五）加强医保信息化建设。一是全面深化“医保高铁”建设。根据国家医保局“两结合三赋能”部署要求，在市委市政府支持指导下，全面深化南京“医保高铁”建设，汇聚“三医”数据，聚焦医保全领域业务，围绕重点改革任务，开发上线门诊监测、DRG再住院、进社区、电子处方流转、基金监管等功能模块，创新医保信息化、精细化管理模式，探索引领“三医”协同发展和治理的新实践，中央电视台报道。目前，“医保高铁”已服务南京地区2032家医疗机构、1471家医药企业、2352家零售药店，用户约9.5万人，日均使用量超6万人次，累计访问超1000万人次，受到医院、医药企业和患者的普遍欢迎，国家局领导两次听取专题汇报，给予充分肯定。二是持续完善医保信息平台。在国家和省统一标准下，持续优化完善平台待遇支付、参保征缴、财务等版块功能，5月28日上线居民医保参保征缴功能。目前，平台运行平稳有序。三是推进“医保智捷付”建设。建立“患者在线就医、药品线下配送、医保线上支付”的就医新模式，打通电子处方流转平台，对接全定点医药机构药品“进销存”系统。

（六）提升医保公共服务质效。一是提升“15分钟医保服务圈”服务质效。推动16个街道作为省级示范点建设。推进全市1230个社区（村）开展延伸服务工作，已实现服务点覆盖100%的社区（村）。严格落实“好差评”制度。二是提升医保“不见面办”质效。通过“南京医保”微信公众号“服务大厅”、网上办事大厅、“我的南京”APP等渠道，实现参保缴费、门慢定点变更、账户查询、在线结算、医保关系转移等95项医保公共服务“不见面办”。上线12393热线，人工接通率稳步提升，服务满意率99.8%。三是优化异地就医直接结算质效。实现“全市医药机构联网全覆盖”工作目标，4000余家医药机构实现异地就医联网。11月底，全市异地就医结算1022.2万人次，较去年增幅96.43%，结算费用178.9亿元，开展“宁徐”“宁蓉”“宁苏”免备案试点。

**六、存在的问题及原因分析**

2023年是“十四五”承上启下之年，对照国家、省市各级医疗保障工作的布置和要求，当前我市医疗保障工作面临的问题主要有：

（一）参保扩面和基金运行压力较大。近三年，我市参保人数由818.57万增加到870.96万人，同时增长率由4.6%下降到1.7%。2024年上半年，我市参保人数保持净增长，增幅全省领先，但仅增长4.25万人。随着医疗技术快速进步、人口老龄化加速等原因，医保基金支出刚性增加，保持基金平稳运行压力增加，特别是居民医保当期收支平衡压力剧增。

（二）多层次医疗保障体系发展仍不均衡。南京基本医保制度趋于成熟稳定，发挥了医疗保障体系中的主体作用，但其他保障制度还存在不充分的问题。企业补充医疗保险发展滞缓，覆盖面窄，成为医疗保障体系的“短板”。商业健康保险刚刚起步，参保人数依然偏少，功能定位还有待进探索完善，发展的可持续性亟待破解。

（三）医保基金监管形势依然严峻。2019年、2022年、2024年，国家飞行检查发现我市医药机构违规使用医保基金合计超3亿元，行为上呈现出欺诈骗保更专业、更隐蔽以及“跑冒滴漏”仍然普遍存在等特点。部分低层级民营医疗机构存在骗取医保基金行为。玄武、秦淮、建邺、鼓楼4区在区政府层面尚未赋予医保管理职能，基金监管体制机制仍有缺失。2024年开始，南京作为省会城市，将成为每年国家飞检的必检城市，基金监管面临监管责任重大、迎查任务繁重的严峻考验。

（四）医保公共服务供给质量仍需提升。国家医保局印发了在医疗保障服务领域推动“高效办成一件事”的通知，我市在大部分事项上均已实现，但仍有一些事项尚未完全实现；2023年一至三季度，我局窗口服务满意度得分分别居全市第10、3、7名，排名很不稳定，距优秀单位还有差距；医保基金结算清算时间较以前大幅缩短，但仍有不小提升空间。

（五）医保自身建设能力不足。医保管理工作精细化程度不断加深，对医保部门自身建设提出了更高要求，目前还存在一些突出问题：干部队伍能力不足、结构老化、梯次配置不合理；市、区统一的经办体制尚未建立，11个区级医保经办机构仍归属人社部门，基层服务不能满足群众需求。

**七、有关建议**

今后一个时期，全市医保系统将深入学习贯彻党的二十届三中全会精神，围绕《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，在市委市政府的坚强领导和市人大及其常委会的监督指导下，全面深化“三医”协同发展和治理，不断增进群众医疗保障福祉。

一是建议出台政策引导新业态从业人员参加职工医保，持续提升职工医保占比，取消就业地参保户籍限制，实现应保尽保。

二是建议实施针对性鼓励政策，探索通过费率动态调整，支持鼓励企业建立补充医疗保险。

三是建议制定长期护理保险照护服务机构量化分级管理办法，适时将符合条件的失智和中度失能人员纳入保障，建立完善待遇调整机制。

四是建议深入推进医保公共服务改革。积极推动区经办机构转隶。扩大经办服务事项“掌上办”“网上办”范围，优化业务办理流程，让数据多跑腿、群众少跑腿，提高办理时效。

**八、评价工作开展情况有其他需说明的情况**

(一)自评价工作开展情况

1、自评价基本情况

本次绩效自评价对象是2023年度本单位部门整体预算绩效。目的是通过开展部门整体履职绩效自评价，促进部门提升部门预算绩效管理水平，保障部门更好地履行职责。评价坚持科学规范、客观公正的原则。

绩效评价指标体系由决策、过程、履职、效益、满意度五部分组成。

2、自评价实施情况

本次自评价包括调研沟通、收集评价资料、确定指标体系、明确绩效评价方法、形成评价方案、对照体系评分、撰写评价报告等步骤。

指标体系选取有代表性、且能代表单位重点履职绩效的核心指标，指标的评分根据各项指标在评价体系中的重要程度确定。绩效评价结果实施百分制和四级分类：等级为优、良、中、差。

(二)其他需要说明的地方

本单位无其他要说明的情况。

附件：指标体系得分情况

附件

指标体系得分情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 全年指标值 | 权重 | 评分标准 | 完成情况 | 自评得分 |
| 决策 | 计划制定 | 决策程序的科学规范性 | 科学规范 | 3 | 共3项，分别为：1.部门建立了关于重大经济活动、重大资金安排的决策制度，得1分，未建立不得分；2.决策制度科学可行，得1分，不可行不得分；3.上述决策流程设计规范合理，得1分，不合理不得分。 | 1.部门建立了关于重大经济活动、重大资金安排的决策制度；2.决策制度科学可行；3.上述决策流程设计规范合理 | 3 |
| 中长期规划制定明确性 | 明确 | 2 | 制定有中长期发展目标，且部门中长期发展目标指向明确，符合部门未来工作的重点开展方向，具体内容明确且具有指导性，得2分；制定有中长期发展目标，但明确性不足，得1分；没有制定部门中长期发展目标或目标指向不明确，得0分。 | 有中长期发展目标，且部门中长期发展目标指向明确，符合部门未来工作的重点开展方向，具体内容明确且具有指导性。 | 2 |
| 目标设定 | 中长期目标与职能的匹配性 | 匹配 | 2 | 中长期目标与部门职能相匹配，得2分；匹配性不足，得1分；不匹配，得0分。 | 中长期目标与部门职能相匹配。 | 2 |
| 年度目标明确性 | 明确 | 2 | 部门年度工作目标明确，符合中长期目标得2分；不明确或不符合，得0分。 | 部门年度工作目标明确，符合中长期目标。 | 2 |
|  |  | 年度工作目标科学合理性 | 科学合理 | 2 | 共2项：1.年度工作目标可衡量，得1分；不可衡量，得0分。2.年度工作目标可实现，得1分；不可实现，得0分。 | 年度工作目标可衡量、可实现。 | 2 |
| 预算编制 | 预算编制规范性 | 规范 | 2 | 预算编制流程是否科学规范，遵循两上两下机制，经局办公会审议得2分；未执行编制流程，不得分。 | 预算编制流程科学规范，遵循两上两下机制，经局办公会审议。 | 2 |
| 预算编制科性 | 科学 | 2 | 共2项：1.重点项目资金编制经过科学论证程序，经财政系统审批通过得1分；未通过得0分；2.预算额度测算依据充分清晰，得1分；不充分或不清晰，得0分。 | 重点项目资金编制经过科学论证程序，经财政系统审批通过。预算额度测算依据充分清晰。 | 2 |
| 预算编制匹配性 | 匹配 | 2 | 共2项：1.预算内容与部门职责匹配，得1分；不匹配，得0分。2.预算编制与重点工作任务相匹配，得1分；不匹配，得0分。 | 算内容与部门职责匹配，预算编制与重点工作任务相匹配。 | 2 |
| 过程 | 预算执行 | 非税收入完成水平 | ＝100% | 2 | 非税收入及时足额上缴，得2分；存在未及时足额上缴情况，不得分。 | 非税收入及时足额上缴 | 2 |
| 部门预算资金到位率 | ＝100% | 2 | 实际到位资金与预算资金的比率，用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。到位比率\*权重=得分。 | 部门预算资金到位率100% | 2 |
| “三公经费”控制率 | ≤100% | 2 | “三公”经费控制率在100%(含)以下，得满分；每超出1%扣除5%的权重分，扣完为止。 | “三公经费”控制率76.76%。 | 2 |
| 公用经费控制率 | ≤100% | 2 | 公用经费控制率在100%(含)以下，得满分；每超出1%扣除5%的权重分，扣完为止。 | 公用经费控制率100%。 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 部门预算执行率 | ＝100% | 2 | 调整后部门预算执行率为100%，得1分；部门预算执行率没有达到100%，每低1%扣除5%得权重分，扣完为止。 | 部门预算执行率100%。 | 2 |
| 预算管理 | 预决算信息公开度 | 公开 | 2 | 共2项：1.预决算在“双平台”进行公开，得0.5分；未在“双平台”公开，得0分。2.预决算公开的内容和时限符合要求，得0.5分，不符合要求，得0分。 | 预决算信息按要求公开。 | 2 |
| 预算管理制度健全性 | 健全 | 2 | 已制订预算管理办法，得1分；未制定，得0分。 | 已制订财务管理办法，对预算管理要求明确。 | 2 |
| 预算管理执行有效性 | 有效 | 2 | 预算管理是否符合相关的财务管理制度规定，存在审计或其他检查发现违反预算规定情况，每发现一例扣除0.2分，扣完为止。 | 预算管理符合相关的财务管理制度规定。 | 2 |
| 收支管理 | 收支管理制度健全性 | 健全 | 2 | 已制订收支管理办法，得1分；未制定，得0分。 | 已制订财务管理办法，对收支管理要求明确。 | 2 |
| 收支管理执行有效性 | 有效 | 2 | 共2项：1.严格按照部门收入管理办法与流程执行，所有收入“应收尽收”、“应缴尽缴”，得0.5分；未严格执行，得0分；2.部门支出符合部门管理、财务管理等制度，得0.5分；不符合，每发现一例扣除0.2分，扣完为止；如存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况，得0分。 | 所有收入“应收尽收”、“应缴尽缴”，门支出符合部门管理、财务管理等制度。 | 2 |
| 资产管理 | 资产管理制度健全性 | 健全 | 2 | 已制订健全的资产配置、使用、处置制度，得1分；未制订不得分。 | 已制订健全的资产配置、使用、处置制度。 | 2 |
| 资产管理执行有效性 | 有效 | 2 | 严格遵守流程对资产进行配置、使用、处置，得1分；未有效遵守规定，每发现一例扣除0.2分，扣完为止。 | 严格遵守流程对资产进行配置、使用、处置。 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 政府采购管理 | 政府采购管理制度健全性 | 健全 | 2 | 已制订采购管理制度，得1分；未制订制度的不得分。 | 已制订采购管理办法。 | 2 |
| 政府采购管理制度执行有效性 | 有效 | 2 | 严格执行采购流程进行采购，得1分；未严格执行，每发现一例扣除0.2分，扣完为止。 | 严格执行采购流程进行采购。 | 2 |
| 合同管理 | 合同管理制度健全 | 健全 | 2 | 已制订合同管理制度，得1分；未制订制度的不得分。 | 已制订合同管理制度。 | 2 |
| 合同管理制度执行有效性 | 有效 | 2 | 严格执行合同管理规定的，得1分；未严格执行，每发现一例扣除0.2分，扣完为止。 | 严格执行合同管理规定 | 2 |
| 人员管理 | 人员管理制度健全 | 健全 | 2 | 已制订人员管理制度，得1分；未制订制度的不得分。 | 已制订人员管理制度。 | 2 |
| 人员管理制度执行有效性 | 有效 | 2 | 严格执行人员管理规定的，得1分；未严格执行，每发现一例扣除0.2分，扣完为止。 | 严格执行人员管理规定。 | 2 |
| 财政供养人员控制率 | ≤100% | 2 | 财政供养人员控制率=(财政全额拨款供养在职人员数/编制数)×100%。控制率在100%(含)以下，得满分；每超出1%扣除5%的权重分，扣完为止。 | 财政供养人员控制率在100%。 | 2 |
| 履职 | 参保水平 | 基本医疗保险参保人数、参保率 | 856.37万人，99% | 4 | 基本医疗保险参保人数不低于856.37万人，得2分；基本医疗保险参保率不低于99%，得2分。 | 2023年底，基本医疗保险参保人数870.96万人，基本医疗保险参保率99%以上。 | 4 |
| 生育保险参保人数 | 363.21万人 | 4 | 生育保险参保人数不低于360万人，得4分 | 2023年底，生育保险参保人数362.95万人 | 4 |
| 支付比例 | 城镇职工基本医疗保险政策范围内住院医疗费用统筹基金支付比例 | 85% | 4 | 城镇职工基本医疗保险政策范围内住院医疗费用统筹基金支付比例不低于85%，得4分 | 2023年底，城镇职工基本医疗保险政策范围内住院医疗费用统筹基金支付比例为90.03% | 4 |
| 住院按照DRG支付统筹基金费用占住院统筹基金总费用比例 | 80% | 4 | 住院按照DRG支付统筹基金费用占住院统筹基金总费用比例不低于80%，得4分 | 2023年底，住院按照DRG支付统筹基金费用占住院统筹基金总费用比例为96.90% | 4 |
| 效益 | 资金筹集 | 居民医保财政补助标准 | 不低于935元/人 | 4 | 居民医保财政补助标准不低于人均935元，得3分 | 2023年，居民医保财政补助标准1005元 | 4 |
| 待遇享受水平 | 大病保险政策范围内最低报销比例 | 不低于60% | 3 | 大病保险政策范围内最低报销比例不低于60%，得3分 | 2023年，大病保险政策范围内最低报销比例62.67% | 3 |
| 重点医疗救助对象政策范围内救助比例 | 不低于70% | 3 | 重点医疗救助对象政策范围内救助比例不低于70%，得4分 | 2023年，重点医疗救助对象政策范围内救助比例88.5% | 3 |
| 基金监督 | 二级及以上定点医疗机构抽查复查覆盖率 | 不低于60% | 3 | 二级及以上定点医疗机构抽查复查覆盖率不低于60%，得4分 | 2023年，二级及以上定点医疗机构抽查复查覆盖率100% | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 可持续发展 | 医保事业培训 | 20次 | 2 | 各类教育培训场次≥20次，得满分；各类教育培训场次＜20次，按照实际业绩值与标准值的比值，乘以权重分计分。 | 各类教育培训场次≥20次。 | 2 |
| 医保事业宣传 | 5项 | 2 | 各类宣传项目≥5项，得满分；＜5项，按照实际业绩值与标准值的比值，乘以权重分计分。 | 各类宣传项目≥5项 | 2 |
| 持续目标监测 | 12次 | 2 | 建立常态化监测机制，按月监测全市医疗保障事业发展主要目标完成情况。完成得分，没完成不得分。 | 完成12次 | 2 |
| 信息化建设情况 | 建立执行 | 3 | 共2项，1.办公流程、内部控制等管理是否建立部门的信息系统，是否成立信息化领导小组并建立信息化机制；建立得1分，未建立不得分。2.信息系统是否有效运行，有效得1分，无效或未建立不得分。 | 办公流程、内部控制等管理建立部门的信息系统，成立信息化领导小组并建立信息化机制。 | 3 |
| 满意度 | 服务对象满意度 | 12393服务满意度 | 90% | 3 | 12393服务满意度：对12393服务效能的综合评估。根据目标完成率评分，达到90%，得满分；低于90%，按照完成率与目标值的比重乘以权重得分。 | 超过90%。 | 3 |
| 经办服务满意度 | 100% | 4 | 按照服务好差评机制，评价等级为“很好”“好”“一般”或“非常满意”“满意”“基本满意”等三类评价数占总评价数的比例。结果得分=满意度结果比例\*指标权重分。 | 超过90%。 | 3 |
| 合计 | 100 |  |  | 99 |