2024年度南京市医疗保险管理中心

整体预算绩效自评价报告

一、单位概况

（一）单位基本情况

1. 单位职能及内设机构

南京市医疗保险管理中心（以下简称“南京市医保中心”）于2021年12月挂牌成立，并自2022年1月1日起正式启动运作，为市医疗保险管理中心为市医疗保障局所属全额拨款事业单位，公益一类，相当于副局级。

南京市医保中心主要职责是：

贯彻执行党和国家、省市有关医疗保障的法律法规规章及有关规定，承担职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助、长期护理保险等医疗保障经办工作。

编制医疗保障基金预算、决算草案，开展医疗保障基金核算，按规定收支、管理医疗保障基金。

负责各类医疗保险参保服务工作，承担医疗保险个人账户管理。

负责医疗保障定点机构协议管理，医疗保险异地就医经办服务和医疗保险目录维护管理。

负责基本医疗保险参保以及各类医疗保障待遇领取支付情况的稽核工作，开展违规享受医保待遇的追偿工作。

承担全市医疗保障经办工作内控管理，制定医疗保障业务经办流程、规范和标准，指导基层经办机构开展业务工作。

完成市委、市政府和市医疗保障局交办的其他任务。

截至2024年底，南京市医保中心内设综合部、参保业务部、医保结算部、基金稽核部、保障救助部等5个部、22个业务科室，本单位无下属单位。

2. 人员及资产情况

南京市医疗中心全额拨款事业编制92名、辅助人员编制45名。2024年末，实有在职人员86人、实有辅助人员45人、退休人员6人。

截至2024年12月31日，南京市医保中心资产总额为215.79万元。流动资产33.23万元，占资产总额的15.4%，主要为银行存款。

（二）单位收支情况

1. 部门预算与执行情况

（1）部门收支情况

2024年度，南京市医保中心收入决算数为5033.46万元，其中财政拨款收入5033.46万元。支出决算数为5008.2万元，其中基本支出4111.1万元，项目支出897.1万元。

（2）部门预算与执行情况

2024年财政下达部门预算4367.73万元，其中年初基本支出预算4199.11万元，项目支出预算168.62万元，追加预算665.73万元。调整后全年部门预算共安排5033.46万元，其中：基本支出4111.1万元、项目支出386.6万元。部门预算资金拨付到位率为100%，预算执行率为99.5%。

2. 市级专项预算与执行情况

2024年，南京市医保中心主管两个市级专项资金：

（1）城乡居民医保基金市级财政补助

2024年城乡居民医保基金市级财政补助下达预算指标112000万元，实际收到市级财政补助资金113186万元，资金到位率101.06%，预算执行率101.06%，超出预算部分为2023年底预拨付的下年度疫苗补助。

（2）医疗救助

2023年医疗救助下达预算指标11000万元，实际收到市级财政补助资金12500万元，资金到位率113.64%，预算执行率113.64%，超出预算部分统筹了省级补助资金。

（三）单位绩效目标

1. 中长期战略目标

扩大基本医疗保险保障范围，力争做到“一人不落全覆盖”；推进医保公共服务标准化建设，落实“一套标准管到底”；改革基金监管理念方法，力求“一分不少严监管”；加强三医协同治理发展，聚焦“一个目标齐推进”；丰富完善多层次医疗保障体系，实现“一环不缺兜底线”。

2. 年度绩效目标

一是持续推进基本医保参保扩面。探索与市监、税务、公 安等部门建立常态化全民参保工作机制；充分发挥大数据在参 保扩面工作中的引领作用，贯彻落实“高铁进社区”工作要求，数据赋能基层经办，依托“15 分钟医保服务圈”持续推进未参保户籍人口精准扩面，确保基本医保参保率持续稳定在99% 以上。结合“统模式”改革，进一步优化参保征缴业务经办，健全参保征缴业务标准化流程。

二是持续优化医保经办体系建设。提升各级医保经办窗口 服务质效，改造市医保经办大厅叫号系统，增加微信预约办件 取号后推送等待服务人数的短信提醒等功能。进一步扩大 OCR 系统应用范围覆盖区县医保经办，快速打通医保零星报销审核 “最后一公里”，提供便捷高效医保零星报销服务。继续推进 “15 分钟医保服务圈”建设，全面建成全省统一的医疗保障经办管理服务体系，实现村（社区）医保公共服务点全覆盖。丰富延伸和拓展医保公共服务渠道，推进高校医院、社区卫生服务中心、定点零售药店医保服务网点建设。组织开展“15 分钟医保服务圈”运行绩效评价评估。

三是持续深化医保支付方式改革。建设 DRG 导航系统，优化管理模式，推动审核规则由事后向事前事中前移，突出重点环节，加强预分组各项数据、病组基本费用情况、病人上次入院的情况等方面的提醒，以群众满意度为核心指标，以 DRG 总额预算、DRG结算率为抓手，实现管理、服务、监管三位一体， 全领域、全流程监管。开展 DRG 智能审核系统知识库二期建设，推动审核系统覆盖全部 DRG 病例达 50%，同时扩大上线病组，增加统计分析功能、建立审核指标、审核风险预警等。做好 DRG 病组分析，研判不同类型病组的变化情况及影响，对DRG 病组进行画像，将 DRG 病组按照管理模式进行分类，针对病组均费、病例数、MDC 构成、消耗指数等数据情况开展分析对比，提升精细化管理水平。建设医保专家库，拟定专家库管理办法。

四是持续强化医保基金监管稽核。以“医保高铁”平台为 抓手，加强基金稽核模块建设，丰富基金监管规则体系，探索 “三医四全五环”监管模式，推进形成风险严控、过程严管、 处置严肃的医保基金全流程闭环监管格局；建立常态化基金稽核体系，将突击检查、专项稽核、日常稽核有机结合，全面加强门诊统筹、DRG 等重点领域监管；做好医保基金智能监管系统建设，整合强化智能监控、智能稽核、预警风控、视频监控等模块功能，探索建立大数据反欺诈模型，加强事前、事中、事后全流程监管；全面对接省智能监管平台，做好规则和知识点落地相关工作，常态化推进规则和知识库的本地化建设；做好 投诉举报受理，坚决打击欺诈骗保，积极维护医保基金运行安 全和参保人利益。

五是持续加强两定机构服务管理。完善医药机构医疗保障 定点管理，规范定点医药机构医保服务范围办法。医药机构医 疗保障定点申请实时率达到 100%，审核结果反馈率达到 100%。及时转换落地年度定点医药机构考核标准，动态展示引导，确保定点医药机构可实时查看，责任部门申诉应答率达95%以上。 规范执行国家2023年版药品目录，落实国谈药“双通道”管理，及时做好数据库更新维护，支撑新政策新举措数据落地， 实现国家药品目录落地执行率 100%。优化医用耗材医保对接流程，做好医用耗材产品医保对接规范。对高值耗材进行常态化监测。实现医用耗材医保目录库执行率 100%。

六是持续建设多层次保障体系。进一步强化部门、市区、 行政经办协作联动机制，加强医疗救助系统信息化建设，聚焦 医疗救助身份认定、参保缴费、医疗待遇等方面开展全流程服 务。及时完善、扩展医疗救助、生育保险全量数据“医保高 铁”展示；分析照护服务次数时长、考核评分、稽核查处违规 情况等内容并分类推送，协同推进长护险管理。配合做好长护 险定点辅具服务机构遴选，指导承办机构与辅具服务机构签订 服务协议，做好辅具服务模块系统开发测试，加强政策宣传及 经办培训，确保政策顺利实施。

七是持续开展医疗保险经办创新。拓展“网办大厅”服务功能，针对不同服务对象，提供人性化精准服务、推送个性化医保信息，探索开展点对点提醒服务；加速推出线上服务大厅智能客服实现政策回复、业务导航、满意度评价等功能。完善医保移动支付功能。升级“医保服务机器人”知识库接口，开发叫号功能、IOT 扫描功能等办事功能，扩展和丰富机器人应用场景。提升“医保高铁”数据展示质量，持续优化“公共服务”“两定管理”“全民参保”“门诊特殊病种”“双通道药品”“电子处方”等模块，按照“三医四全五环”要求，实现经办服务的全流程闭环管理。

二、评价结论

（一）评价对象

本次绩效评价对象为2024年南京市医保中心部门整体，含部门预算和三个市级专项资金。绩效评价时间段为2024年1月1日至2024年12月31日。

（二）评价范围

本次评价以南京市医保中心部门预算为主线，紧扣单位职能与绩效目标，对2024年度南京市医保中心部门整体进行绩效评价。

（三）评价结论

按照绩效评价要求，我们成立了以中心主任为组长，分管主任为副组长，各部部长为成员的绩效评价小组，组织撰写中心整体预算绩效自评报告。通过收集整理收入支出相关资料，检查基本支出、项目支出有关账目，专题会议研究等方式，形成评价结论。经绩效评价小组综合评定，得分为99. 5分，等级为“优”，具体指标体系得分情况详见附件。

三、部门履职成效

（一）推进“高效办成一件事”，落实上级部署要求

积极落实医保经办领域“一件事”工作内容。一是新生儿“出生一件事”。实现江苏政务官网及其APP上《出生医学证明》、城乡居民参保登记、新生儿户口申报等事项集成办理。二是线上办理职工个账家庭共济。“南京医保”微信公众号、“我的南京”APP、“江苏医保云”APP均已实现线上办理职工医保个人账户家庭共济。三是企业“破产一件事”。完善政务服务平台“企业破产信息核查一件事”模块，对法院授权的律师事务所开展线上破产企业的医保参保及缴费情况核查。四是“慢特病门诊”异地就医一件事。实现职工、居民医保各类“慢特病”门诊异地就医联网结算，除“高血压”等5个“慢特病”病种外，参保人还可在异地联网结算“再生障碍性贫血”“系统红斑狼疮”等门诊特殊病费用。五是职工“退休一件事”。由省政务牵头、省人社发起的退休一件事，在医保退休业务部门进行规程重塑后，于12月2日正式上线。此外，“提供医保经办事项查询服务”“医疗救助对象资助参保免申即享”“生育津贴审核支付10个工作日内办结”“及时与定点医疗机构结算合规医疗费用”等“一件事”项目均已落实到位。

（二）做好医保参保缴费，推动重点工作落地

一是强化数字赋能医保参保。与市数据局建立参保数据定期交互工作机制，依托医保高铁全民参保掌中宝模块，根据省局统一部署，推进一户一档、一人一档工作。二是推动用人单位依法参保。依据《社会保险经办条例》规定，推动用人单位参保一件事，用人单位在登记管理机关办理登记时同步为其办理医保登记。三是落实领取失业金人员参加生育保险。与税务、社保等部门协同配合，确定参保执行时间、补缴经办流程，完成补缴费用测算，4月起领取失业金人员顺利参加生育保险。四是做好重点人群参保。全力推进9家在宁部属科研院所整建制参加我市职工医保；确保困难人员 “应保尽保”；落实2025年大学生医保参保并完善“南京医保”微信公众号大学生服务专区。五是重点落实个人账户激励。在完成企业退休人员重算养老金后个账补发、职工医保个账计息、机关事业单位个账增记、伤残军人个账注入等工作基础上，完成个人账户健康激励结算。

（三）完成各类医保结算，建设智能审核系统

一是做好DRG结算。二是调整结算政策。做好省内异地就医直接结算住院病例纳入就医地DRG付费、治疗性辅助生殖技术项目纳入基本医保等政策落地工作，并推进扩大中医DRG分组付费医疗机构覆盖范围、康复病组价值付费（VRG）管理等政策落实。三是全面规范预付金拨付并开展欠款清算。制定《南京市基本医疗保险定点医疗机构DRG改革预付金管理办法（暂行）》自2025年1月1日起实施。对两定机构医保基金欠款及2024年DRG预付金调整情况进行全面梳理并开展追缴工作，四是加强结算审核系统建设。实现DRG智能审核系统二期平稳上线，建立了具有南京本地专家共识和临床诊疗规范特点的二期知识库和规则库，涉及183个ADRG，417个DRG，915个疾病诊断。推进DRG导航系统建设，完成系统开发，搭建测试环境并开展了DRG导航系统试点。五是提高住院满意度评价填报率。开展住院满意度评价前置试点。

（四）开展日常专项稽核，深化智能监管应用

一是深化完善制度建设。制定《关于职工医保门诊费用支付管理相关事项的通知》，规范举报投诉医保稽核工作规程和两地重复享受医保待遇稽核规程。二是加强日常监管。加强两定机构稽核，完成审计移交事项后续处理，暂停参保人联网结算，办结各类信访、和谐信访件、外地协查等，强化应保尽保稽核，做好医保医师记分管理。三是开展专项稽核。定期开展门统专项核查，开展 2023年高频次住院病例专项核查、“重症监护”、“ICU”专项核查、结付率异常医疗机构专项核查、开展整治骗取医保基金监督检查、低级别机构重点检查、限儿童使用药品专项稽核、零售药店专项检查及市“双随机一公开”检查，组织全市经办机构开展国家局下发“马来酸阿伐曲泊帕（苏可欣）超限支付疑点线索”专项核查；组织全市经办机构开展国家医保中心下发死亡人员发生医保结算费用专项核查，组织全市经办机构开展国家医保中心下发高频次就诊核查；派员协助国家、省各项检查工作。四是深化智能监管。上线国家和省规则91条，圆满完成南京医保基金智能监管子系统国家局验收，按序时进度完成智能审核；发挥二级部署优势，跟进本地化监控规则及知识点的制定，制定完成中医类、康复类智能监控规则知识点205条；加强事前提醒预警，将门诊事前控制1.0系统扩大至全险种和全部人群，督促医药机构全面应用事前提醒【3101】、事前预警【3102】接口，每月对接口调用情况进行通报；根据监管面临的新问题，新增刷卡控制；建设“团进团出”、“卡聚集”、“慢特病人群监测”、“异常相似病例”等4个大数据反欺诈模型。五是开展创新探索。与科大讯飞合作，积极推进DRG医保基金人工智能风控系统建设工作，开展电子病案数据治理，完成定点机构培训；持续优化AI监管模型，已开发20个ADRG病组模型，正在进行数据校验，加快上线风控系统。

（五）落地新版“三个目录”，加强两定机构管理

一是加强“三个目录”管理。自2024年1月1日起，全面执行《2023年药品目录》，同步调整药品限定支付范围和医保支付标准、对接省药品标准库药品价格与支付标准，做好医疗服务项目申报开放及医用耗材产品医保对接工作。二是完善电子处方流转平台。增加电子处方开具时实名就医信息校验及持非“居民身份证”证件参保职工开具电子处方功能。三是强化“双通道”保障。四是加强定点医药机构考核。根据《2023年度全市定点医药机构考核工作实施方案》，将4634家定点医药机构7大类37个考核指标细划为250个考核细目，分别纳入运行质量、日常管理和自我评价三大类分类实施考核。持续优化定点医药机构考核系统，在定点医药机构交流平台嵌入绩效考核模块。在“医保高铁”实时推送考核情况，及时督促定点医药机构调整管理力度，着力提升定点医药机构医保服务水平。优化医保系统，将“日常考核”模块监测内容，拓展至“日常监督”与“自我管理”两类指标，全量考核、每日考核，实时监测定点医药机构动态管理情况；增加考核分析功能，构建两定机构精准画像并展示分析管理状态。五是规范做好门诊病种登记管理。根据《关于开展基本医疗保险门诊特殊病认定常态化检查的通知》《基本医疗保险门诊特殊病种认定管理经办操作规程》，指导监督各级经办机构和定点医疗机构规范门诊特殊病种认定，截至12月，完成35家定点医疗机构4048份门特认定资料检查。结合基金监管工作需求，开发门特电子处方流转系统，提高门诊特定病种患者的就医效率和医保服务质量。

（六）优化医保公共服务，提升窗口建设水平

一是持续加强经办标准化信息化建设。扎实落地2023版全省医保经办政务服务事项清单，线上线下“统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、统一服务标准”，实现2023版事项清单中所有服务事项均可在市、区服务网点办理。拓展服务事项线上办理渠道，网办增至31项，掌办增至20项，自助办增至23项。通过“南京医保”微信公众号、“我的南京”APP等，实现医保参保登记、异地就医备案等34项医保服务“不见面办理”。二是持续优化异地就医服务品牌。全面落实承诺制备案、多地备案等便民举措，持续开展“有事@我”服务。三是持续提升窗口服务水平。建立医保经办窗口岗位示范标兵制度。四是持续建强“15分钟医保服务圈”。实现“15分钟医保服务圈”102个乡镇（街道）、1230个村（社区）医保服务点覆盖率100%。

（七）完善多层次保障体系，实施精准兜底保障

一是生育保险方面。提高生育保险产前检查待遇，实施失业人员生育保险政策，落实“椎管内分娩镇痛”生育保险待遇。二是大病保险方面。2024年大病保险起付标准从2万元降低至1.5万元，困难人员从1万元降低至7500元。三是医疗救助方面。完善医疗救助一体化系统，增设“因病致贫”“因病返贫”等预警模块；加强医疗救助运行监管，对救助次数超过50次的救助对象进行短信提醒。四是长期护理险方面。调整筹资及享受标准，2024年度长护险筹资标准每人增加30元；长护险居家和机构享受待遇分别从45元/小时和60元/小时提高到50元/小时和70元/小时。同时，实施长护险辅助器具政策，全市辅具适配评估7037人，适配辅具件数1.45万件。

四、存在问题及原因分析

2024年，南京市医保中心较圆满地完成各项目标任务。

五、评价工作开展情况及其他需说明的情况

根据文件要求，我中心对2024年度部门整体预算支出进行绩效评价。

附件：指标体系得分情况

南京市医疗保险管理中心

2025年9月26日

附件

指标体系得分情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 权重 | 目标值 | 评分标准 | 评分过程 | 得分 |
| A部门决策（15分） | A1部门决策 | A11决策程序的科学规范性 | 3 | 科学规范 | 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；决策制度科学可行，得1分；上述决策流程设计规范合理，得1分。有一项未达标扣1分。 | 市医保中心制定了《市医保中心关于进一步加强重大事项请示报告工作的通知》，重大经济活动、重大资金安排的决策遵循规则制度，决策制度科学可行，决策流程科学合理。根据评分标准，得3分。 | 3 |
| A2中长期目标 | A21中长期目标明确性 | 2 | 明确 | (1)没有制定部门中长期发展目标，得0分；(2)制定有中长期发展目标，则：①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；②明确性不足，得1分；③不明确，得0分。 | ①依据《南京市“十四五”医疗保障事业发展规划》（宁政办发〔2022〕58号）文件精神，部门已组织实施"十四五"规划，同时，每年在部门整体绩效目标表中对部门中长期规划也给予详细阐述；②部门中长期目标指向明确，契合部门未来工作的重点开展方向，对工作内容、时间进度、责任分工等具有明确要求，具有较强的指导性。根据评分标准，本指标得2分。 | 2 |
| A22中长期目标与部门职能的匹配性 | 2 | 匹配 | ①中长期目标与部门职能相匹配，得2分；②匹配性不足，得 1分；③不匹配，得0分。 | 依据《关于印发南京市医疗保险管理中心智能配置、内设机构和人员编制规定》的通知》（宁编发〔2021〕25号）、《关于印发《南京市医疗保险管理中心内设机构职能设置方案》的通知》（宁医党组发[2022]17号）等文件分析，部门所设立的中长期发展规划目标与部门职能相匹配性，且对部门各项职能（包括下属单位）进行了明确的职责分工。根据评分标准，得2 分。 | 2 |
| A3年度工作目标 | A31年度工作目标明确性 | 2 | 明确 | ①部门年度工作目标明确，符合中长期目标；②得2分；③不明确或不符合，得0分。 | 根据《南京市医疗保险管理中心2023年度部门预算公开》、《关于印发<2024年医保经办工作要点>的通知（宁医险管〔2024〕4号），年度工作目标明确性较高，且符合部门中长期目标。根据评分标准，本指标得2分。 | 2 |
| A32年度工作目标科学合理性 | 2 | 科学合理 | 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。本指标分值为上述2项各自得分之和。 | 根据《南京市医疗保险管理中心2023年度部门预算公开》、《关于印发<2023年医保经办工作要点>的通知（宁医险管〔2023〕4号），内容显示：①部门年度工作目标细化、量化、可衡量，得1分；②部门年度工作目标符合实际，可实现，得1 分。本指标得分2分。 | 2 |
| A4部门预算编制 | A41预算编制科学性 | 2 | 科学 | ①部门预算编制经过科学论证程序，得1分；未科学论证，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；本指标分值为上述2项各自得分之和。 | 市医保中心部门预算执行率为99.5%，及专项资金预算执行率为100%，表明部门编制预算科学性足，测算依据充分清晰。得2分。 | 2 |
| A42预算编制匹配性 | 2 | 匹配 | 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；③不匹配，得0分。 | 依据《南京市医疗保险管理中心2024年度部门决算公开》资料显示，市医保中心①预算内容与部门职责相匹配；②预算编制与重点工作任务相匹配。根据评分标准，得2分。 | 2 |
| B部门管理（20分） | B1预算执行 | B11部门预算执行率 | 2 | 100% | ①部门预算执行率为100%，得满分；②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。 | 2024年度部门预算调整后预算数为5033.46万元，实际拨付到位数为5033.46万元，实际支出数为5008.2万元，预算执行率为99.5%。根据评分标准，扣除0.02分。 | 1.95 |
| B12专项资金预算执行率 | 3 | 100% | ①专项资金执行率为100%，得满分；②专项资金执行率没有达到100%，每低1%扣除5%得权重分，扣完为止。 | 2024年专项资金执行率100%。根据评分标准，得3分。 | 3 |
| B13“三公”经费控制率 | 1 | ≤100% | ①“三公”经费控制率在100%（含）以下，得满分；②每超出1%扣除5%的权重，扣完为止。 | 2024年市医保中心“三公经费”的实际支出数为8.74万元，预算数为8.88万元，“三公经费”控制率为98.42%。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B14预决算信息公开情况 | 1 | 公开、透明 | 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；本指标分值为上述2 项各自得分之和。 | ①部门预决算在本部门网站平台与江苏省预决算公开统一平台进行“双平台”公开；②年度预决算公开的内容和时限符合要求。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B2收支管理 | B21收支管理制度健全性 | 1 | 健全 | ①已制订预算收入管理办法，得0.5分；未制定，得0分；②已制订预算支出管理办法、内部财务管理制度、会计核算制度等管理制度，得0.5分；未全部制定，得0 分；本指标分值为上述2项各自得分之和。 | 制定了《南京市医疗保险管理中心行政经费管理办法》、《关于印发《南京市医疗保障经办机构内部控制实施细则（试行）的通知》（宁医险管（2022）12号）、《医疗保险基金收付规程》等资金管理办法等。根据评分标准，得1 分。 | 1 |
| B22收支管理执行有效性 | 1 | 有效 | 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；本指标分值为上述2项各自得分之和。 | 部门的收入管理能按照部门收支管理制度执行，未发现不符合规范处。 | 1 |
| B3资产管理 | B31资产管理制度健全性 | 1 | 健全 | 已制订健全的资产配置、使用、处置制度，得1分；已制订的资产配置、使用、处置制度不健全，扣0.5 分。 | 制定了《南京市医疗保险管理中心固定资产管理制度》严格按标准进行资产配置。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B32资产管理执行有效性 | 2 | 有效 | 严格遵守流程对资产进行配置、使用、处置，得2分；存在未能严格遵守流程对资产进行配置、使用、处置情况，扣除1分。 | 市医保中心严格遵守流程对资产进行配置、使用、处置，对新购资产办理入库及领用手续，并根据实际情况进行资产处置。根据评分标准，得2分。 | 2 |
| B4政府采购管理 | B41政府采购管理制度健全性 | 1 | 健全 | 建立了明确的部门采购品目录、明确的职责分工及采购渠道等管理制度，得1分；构建的管理不健全，扣除0.5分。 | 制定了《南京市医疗保险管理中心经费使用暂行规定》，对政府采购管理进行了规定、制定了《固定资产管理制度》、《办公用品及耗材管理制度》、《印刷品管理制度》。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B42政府采购管理制度执行有效性 | 1 | 有效 | ①严格执行采购流程进行采购，得 0.5分；未严格执行，得0分；②无超标超额采购、重复采购，严格执行“购管分离”制度，得0.5分；否则，得0分；本指标分值为上述2项各自得分之和。 | 市医保中心严格遵照采购流程进行采购，无超标超额采购、重复采购，严格执行“购管分离”制度。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B5内部控制管理 | B51内控制度完备性 | 1 | 完备 | 已建立以内控环境、风险评估、控制活动、信息和交流以及监控为主要模块的内控体系，得1分；每缺失一个模块扣除0.2分，扣完为止。 | 市医保中心建立了包括内控环境、风险识别、风险评估、控制活动等模块在内完整的内控制度。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B52内控制度遵从度 | 2 | 有效 | 部门的日常管理、预算管理、收支管理、资产管理、采购管理等业务模块严格遵守内控制度执行，得2分；每缺失一项扣除0.4分，扣完为止。 | 市医保中心的日常管理、预算管理、收支管理、资产管理、采购管理等业务模块严格遵守内控制度执行。根据评分标准，得2分。 | 2 |
| B6预算绩效管理 | B61组织管理情况 | 1 | 健全 | 健全，得1分；不健全，得0分。 | 市医保中心制定了《南京市医疗保险管理中心预算绩效管理办法》，成立了绩效管理领导小组得1分。 | 1 |
| B62工作开展情况 | 1 | 全面落实 | 部门事前评估、目标管理、跟踪评价、自评价和整改落实工作全面落实，得1分；未落实一项扣除0.2 分。 | 市医保中心落实事前评估、目标管理工作。根据评分标准，得1分。 | 1 |
| B63绩效信息公开 | 1 | 透明 | ①按规定内容公开绩效信息，得0.2分；未公开，得0分；②按规定时限公开绩效信息，得0.2分；未按规定时限，得0分；③相关信息资料真实，得0.2分；不真实，得0分；④相关信息资料完整，得 0.2分；不完整，得0分；⑤相关信息资料准确，得0.2分；不准确，得0分；本指标分值为上述5项各自得分之和。 | 医保中心在江苏省预决算统一公开平台对2023年绩效目标信息进行了公布；公布时限符合规定；相关的信息资料真实；公布的相关信息资料准确。根据评分标准，得1分 | 1 |
| C部门履职（36分） | C1医疗保险参保 | C11职工医疗保险参保人数 | 4 | 548.05万人 | 基本医疗保险参保人数达标得4分，否则按比例得分。 | 2024年末职工医保参保人数557.51万人，完成目标任务101.73 %，该项得权重分。 | 4 |
| C12城乡居民基本养老保险参保人数 | 3 | 321万人 | 居民医疗保险参保人数达标得3分，否则按比例得分。 | 2024年末居民医疗保险参保人数达325.80万人，完成目标任务101.50%，该项得权重分。 | 3 |
|  |  | C13生育保险参保人数 | 2 | 362.55万人 | 生育保险参保人数达标得2分，否则按比例得分。 | 2024年末生育保险参保人数达到363.01万人，完成目标任务100.13%，该项得权重分。 | 2 |
| C2医疗保险结算 | C21两定机构结算及时率 | 3 | 100% | 每月按时完成两定机构结算工作。按时完成，得3分；未按时完成，得0分。 | 每月按时完成两定机构结算工作。根据评分标准得3分。 | 3 |
| C22实施DRG住院付费改革后，次均费用同比下降比率 | 3 | 同比下降或保持不变 | 实施DRG住院付费改革后，次均费用，与2023年同比下降或保持不变得3分；未达到和上升得0分。 | 各级机构实施DRG支付方式改革后，DRG 参改医疗机构2024年次均费用同比下降2.19%。得3分。 | 3 |
| C23各项医保待遇及时、足额发放率 | 3 | 100% | 完成目标值得3分，否则按比例得分。 | 2024年各项医疗保险待遇及时、足额发放率100%，该项得权重分。 | 3 |
| C24两定机构结算参数调整及时率 | 2 | 100% | 两定机构结算参数及时调整得2分，未及时调整不得分。 | 政策出台后，两定机构结算参数及时调整，根据评分标准得2分。 | 2 |
| C3医疗保险稽核 | C31稽核举报投诉线索办理率 | 3 | 90% | 根据国家和省医保局规定，稽核投诉案件及各类办件办理率需达90 %，按照实际业绩值与标准值的比值，乘以3分计分。 | 2024年，共受理涉定点医药机构投诉举报案件339件，其中，办理国家举报投诉平台案件26件，市医保举报投诉平台案件79件，办理率为100%，该项得权重分。 | 3 |
| C32定点医疗机构疑点问题现场核查率 | 2 | 100% | 对定点医疗机构疑点问题现场核查率100%的比值，乘以权重2分计分。 | 对定点医疗机构发现的疑点问题100%开展现场核查。该项得权重分。 | 2 |
|  | C33智能监控新增规则数 | 3 | 15条 | 完成智能监控共新增监控规则目标得3分，否则按比例得分。 | 2024年制定并运行医保智能监管专项稽核规则15条。该项得权重分。 | 3 |
| C4保障救助 | C41 生育津贴待遇调整及时率 | 3 | 100% | 按时落实生育津贴待遇的调整工作。按时完成，得3分；未按时完成，得0分。 | 2024年1月1日起，领取失业金人员增加生育津贴待遇；2024年7月1日起，“椎管内麻醉”纳入生育保险支付范围；一次性营养补助标准由3104元调整至3193元。根据评分标准得3分。 | 3 |
| C42纳入救助对象人数 | 2 | 11.73万人 | 及时将认定部门核定的医疗救助对象纳入救助范围。全部完成，得2分；否则按比例得分。 | 2024年，及时将民政、总工会、退役军人事务局、农业农村局等4部门认定的医疗救助对象共计117265人，纳入医疗救助范围，享受医疗救助待遇。该项得权重分。 | 2 |
| C43失能保险参保人数 | 3 | 852万人 | 参保人数达到852万人得3分，否则按比例得分。 | 2024年长期护理保险参保人数920万人，完成目标人数的108%，该项得权重分。 | 3 |
| D部门综合绩效（21分） | D1社会效益 | D11 DRG住院极值病案抽查率 | 3 | 2‰ | DRG住院极值病案抽查率达到目标得2分，未达到不得分。 | 2024年共抽调5640份病案，约占全年实际发生住院病案的4.4‰。该项得权重分。 | 3 |
| D12 稽核投诉案件及各类办件办结率 | 3 | 95% | 稽核投诉案件及各类办件办结率＞95%，得3分；②稽核投诉案件及各类办件办结率≤95%，按照实际业绩值与标准值的比值，乘以3分计分。 | 2024年,共核查稽核投诉举报案件169件，已办结169件，办结率100%，该项得权重分。 | 3 |
| D13异地就医联网结算覆盖率 | 3 | 100% | 按照全市医院、社区卫生服务中心、定点药店异地就医联网结算覆盖率与100%的比值，乘以权重3分计分。 | 截至2024年12月底我市异地就医联网医药机构达4856家，实现全市医院、社区卫生服务中心、定点药店异地就医联网结算覆盖率100%。该项得权重分。 | 3 |
|  | D14救助对象个人费用负担率 | 3 | 10% | 通过医疗救助有效减轻救助对象的医疗费用个人负担，医保范围内个人负担10%以内。达标，得2分；未达标，得0分。 | 2024年，全市医疗救助对象医保范围内个人支付比例为3.66%。该项目得权重分。 | 3 |
| D2经济效益 | D21企业职工基本医疗保险参保率 | 3 | 90% | 企业职工基本医疗保险参保率≥90%，得满分；②企业职工基本医疗保险参保率＜90%，按照实际业绩值与标准值的比值，乘以3分计分。 | 2024年末全市企业职工基本医疗保险参保率99%，该项指标得权重分。 | 3 |
| D22医保单位费率下调降费 | 3 | >0 | 医疗保险单位费率下调，达标得权重分，否则按比例得分。 | 2024年度继续执行宁医发[2023]40号文件，落实医疗保险单位费率下调政策，职工医保单位缴费率下调至7.8%（含生育保险缴费率0.8%）。得权重分。 | 3 |
| D3满意度 | D31参保对象满意度 | 3 | 90% | 窗口好差评满意度，达到90%，得3分；低于90%，按实际完成值与目标值的比重乘以权重分得分。 | 2024年市医保中心窗口好差评满意度99%以上。该项指标得权重分。 | 3 |
| E可持续发展能力（8分） | E1当期基本医疗保险基金收入同比增长 | E11当期基本医疗保险基金收入同比增长率 | 4 | >0 | ①当期基本医疗保险基金收入较去年同期增长，得满分；②当期基本医疗保险基金收入较去年同期下降的，不得分。 | 2024年当期基本医疗保险基金收入同比增长率达5.3%，该项指标得权重分。 | 4 |
| E2职工医保参保登记网办 | E21职工医保参保登记网办率 | 4 | 90% | ①职工医保参保登记网办率达到90%，得4分；②低于90%，按实际完成值与目标值的比重乘以权重分得分。 | 2024年度职工医保参保登记网办率达到97.5%，该项指标得权重分。 | 4 |
| 合计 | 100 |  |  |  | 99.5 |