

2024年度南京市医疗保障局（本级） 整体预算绩效自我评价报告

评价单位：南京市医疗保障局

2025年9月

南京市医疗保障局现对 2024 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 2024 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 2024 年 12 月底，南京市医疗保障局(本级)机关资产总额为 3254.57 万元。流动资产 211.27 万元，其中货币资金 211.27 万元，其他应收款净额 0 万元。非流动资产 3042.30 万元，其中固定资产净值 989.25 万元，无形资产净值 2054.05 万元。

（二）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

2024年度南京市医疗保障局(本级)收入年初预算 4800.72 万元，调整后全年收入部门预算共安排 5505.97 万元，部门

决算收入 5505.97 万元。

2024 年度南京市医疗保障局(本级)支出年初预算 4800.72 万元，其中基本支出 2398.32 万元，部门预算项目支出 2402.4 万元。调整后全年支出部门预算 5505.97 万元，其中基本支出 2702.38 万元，项目支出 2803.59 万元。部门决算支出 5505.97 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护面目标。职工医保以本地区劳动就业人口为参保护面目标，居民医保以本地区非就业居民为参保护面对象，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。深入贯彻落实《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）2024 年度重点工作和目标

根据《2024 年全市医疗保障工作要点》，年度重点工作和目标为：

一是健全完善基本医保制度。动态跟踪省局最新部署，稳步推进门诊共济改革。适度降低职工、居民医保大病保险起付标准，减轻参保群众住院和大病医疗费用负担。完善长期护理保险制度，提高长护险居家照护、入住机构基金支付标准，开展辅助器具租赁和购买服务。实施照护服务机构量化分级，规范照护服务机构行为。

二是健全多层次医保制度体系。提高用人单位补充医保覆盖面。指导推动“南京宁惠保”五期产品升级迭代，扩大保障范围，提高保障待遇，推进与基本医保“一站式”结算，提高理赔服务效率，提升参保人员获得感和满意度。

三是深化DRG支付方式改革。优化DRG付费核心要素管理与调整机制，跟踪评估长期住院医疗费用保障政策效果，鼓励医疗机构可持续控费。优化中医特色DRG分组器，建立健全更加符合中医药特点的医保支付方式。探索建立康复住院病例付费办法，力争启动康复支付方式改革实际结算。

四是保持基金监管高压态势。运用加强事前事中监管，聚焦门诊共济、检查检验、康复理疗等领域，开展打击虚假就医、医保药品倒卖专项整治。严格落实实名用卡制度。完善与纪委监委线索移送、与公安机关的行刑衔接工作机制。积极推进与科大讯飞在医保智能监管领域的深度合作。

五是深化招采制度改革。执行国家、省医保部门集采结果，做好结余留用拨付工作。适时开展企业整体谈判，选择适当品种开展带量采购谈判。推动医药机构中药饮片（含配方颗粒）网上采购，开展新一轮次医疗服务项目价格调整工作。

六是强化医保信息化建设。优化南京“医保高铁”建设，聚焦医保主体业务，建立医保数字评价指标体系，创新医保信息化精细化管理模式。持续优化“医保智捷付”平台，持续向互联网医院输出医保结算能力。建设医疗救助数据共享平台，实现医疗救助经办流程信息化。落实信息系统运维管理工作。

七是提升医保公共服务质效。推进高校医院医保服务网点、社区医保服务网点、定点药店服务网点建设。进一步拓展“网办大厅”服务功能，探索开展点对点提醒服务。持续推动异地就医“免备案结算”试点工作。做好医保经办系统练兵比武竞赛。做好12393热线咨询服务工作。

四、评价工作简述

（一）评价对象和范围

本次评价对象为 2024 年南京市医疗保障局本级部门整体决算支出 5505.97 万元。绩效评价时段为 2024 年 1 月 1 日至 2024 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 2024 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，经办服务满意度评分扣除 1 分，总得分为 99 分(详见附表)，等级为“优”。

五、部门履职成效

(一) 健全多层次医保制度体系。一是完善基本医保制度。阶段性降低职工医保单位缴费率 1 个百分点，为 23 万户参保单位减负约 35 亿元。稳妥实施门诊共济改革，为 93.07 万符合条件人员增加划入个人账户健康激励金约 1.86 亿元，职工门诊统筹基金支付 67.89 亿元，预算执行进度 97%，基金支出平稳可控。二是实施积极的生育支持政策。提高生育保险待遇，在二级及以下医院基金全额支付，在三级医院基金支付比例 85%以上；产前检查基金支付限额提高至 1800 元。将部分治疗性辅助生殖技术项目、椎管内分娩镇痛纳入医保支付范围。三是强化重特大疾病制度保障。降低大病保险起付标准，大病保险享受人数 5.93 万人，资金支出 5.85 亿元；扩大医疗救助保障范围，医疗救助惠及 10.47 万人，资金支出 4.22 亿元。四是健全长期护理保险制度。提高基金支付标准，新增居家照护服务项目，设立 0-6 岁失能儿童康复服务项目。开展长护险辅具服务，辅具目录增加至 10 种。规范失能等级评估管理，试点长护险异地待遇享受。目前，累计 5.8 万人享受待遇，基金支出 15.2 亿元。五是扩大补充医保覆盖范围。指导开发“南京宁惠保”五期产品，降低免赔额，提高报销比例，实施家庭共享免赔额，已吸引近 140

万人参保。鼓励企业建立补充医保，全市共 43.17 万员工纳入保障范围。

（二）深化医保支付方式改革。一是深化 DRG 付费改革。组织做好 DRG 年终决算，绩效性结余留用 15.4 亿元，医保结算率 113.4%。制定 2024 年 DRG 改革政策，扩大参改医疗机构范围，新增细化病组细分组，持续完善中医付费机制。率先建立 DRG 数据工作组，赴北京向国家局专题汇报，得到国家医保局领导高度认可，国家局领导批示请南京对接宁夏回族自治区和广东省云浮市帮助开展工作。二是探索康复病组价值付费。遴选康复付费病种、开展床日结算点数测算、完善量表评分细则、开展模拟运行，提升医保基金支付效率。三是全面支持药店高质量发展。制定药店分级分类管理、扩大个人账户使用范围、处方流转享受结余留用政策等十项具体举措。四是强化两定机构协议管理。将 14 批次 288 家医药机构纳入医保定点，定点医药机构达到 4848 家。制定定点医药机构资源配置方案，规范准入标准。简化两定机构考核管理，减轻医药机构负担。

（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，拨付药品、耗材集采预付金 1.67 亿元，拨付国家组织药品集采医保结余留用资金 7818.31 万元。促进集采提速扩面，创新开展联动降价，今年以来各类集采节约资金 58.6 亿元。二是推进集中采购集中结算。对接省平台建设“南京专区”，各在宁定点医药机构 2024 年度在网上采购医用耗材（含检

验检测试剂)、药品、中药饮片及配方颗粒总金额 395.3 亿元。集中结算“五率”指标良性运行，集中结算金额达 355 亿元。三是支持孵化生物医药产业。常态开展审核推广，制定 2024 年 6 批医保支持生物医药创新产品清单。目前，累计推广 205 个创新产品，采购金额超 11 亿元。四是做好医药价格管理工作。调整医学影像、病理、检验、临床诊疗等类医疗服务项目价格 503 项，整合中医类、辅助生殖类医疗服务价格项目 48 项。做好中药饮片价格监管。

(四) 保持医保基金监管高压态势。全年追回违规使用医保基金 4.36 亿元。一是落实 2024 年国家飞检工作。全面督促定点医药机构开展自查自纠，自查自纠金额达 1.67 亿元。8 月 9 日-21 日，国家飞检组开展 3 家驻点检查和 3 家暗访专项检查，肯定南京自查自纠工作，也发现基层民营医疗机构还存在不规范问题以及欺诈骗保行为。二是完善基金监管制度体系。起草《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案(试行)》，制定出台第五期医保基金使用“负面清单”，实施医保医师分类分级管理。完善行刑、行纪衔接机制。三是构建基金常态监管机制。开展基金监管专项检查、机构自查自纠工作。针对耗材药品网上采购结算、高频次住院病例、重症监护等开展专项治理。构建涵盖大病保险承办机构、区级经办机构、市级经办机构、医保行政部门的四级网络监管体系。

(五) 提升医保公共服务质效。一是深化医保信息化建设。完善“医保高铁”功能模块，建设“医保高铁”风险监

测和业务调度中心。深化“医保智捷付”平台应用，推广医保码在医院挂号、结算、取药、取报告、诊间核验身份等主要场景应用。二是完善线下经办服务。持续拓展并巩固“15分钟医保服务圈”建设成果，新建4所高校医院、7家社区卫生服务中心、12家定点零售药店医保服务点，提升基层医保公共服务可及性。建设“15分钟医保服务圈”运行评价体系，对基层医保公共服务能力实行常态化管理，巩固提升医保服务点运行水平。三是完善医保线上服务。推动医保服务“不见面办”，医保服务事项线上可办率达100%。落实医保领域“高效办成一件事”。12393医保服务热线人工服务满意度超99%。

六、存在的问题及原因分析

2024年是“十四五”收官之年，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883.31万人，同时增长率由4.6%下降到1.4%。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，覆盖面低，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-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。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划转工作进展缓慢，至今尚未全部完成。

七、有关建议

今后一个时期，全市医保系统将围绕《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。

一是跟踪国家和省统一改革要求，稳慎推进职工医保退休人员个人账户调整政策，确保门诊共济改革平稳有序。健全长期护理保险制度体系，逐步扩大异地待遇享受城市范围。指导开发“南京宁惠保”第六期产品，扩大“一站式”结算范围。继续实施积极的生育支持政策，加强居民医保生

育医疗费用保障。

二是健全“五方”协同监管机制，压实医保行政、经办机构、定点医药机构、行业部门、地方政府等“五方”责任，建立“辖区”风险等级制度，完善四级网络监管体系。运用数字技术构建风险严控、过程严管、处置严肃的医保基金闭环监管格局。

八、评价工作开展情况有其他需说明的情况

(一)自我评价工作开展情况

1、自我评价基本情况

本次绩效自我评价对象是2024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我评价，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、自我评价实施情况

本次自我评价包括调研沟通、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
		预算编制科学性	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。	2024年底，基本医疗保险参保人数883.31万人，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	2024年底，生育保险参保人数363.01万人	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	2024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88.70%	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	2024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97%	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	2024年，居民医保财政补助标准1038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	2024年，大病保险政策范围内最低报销比例62.87%	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	2024年，重点医疗救助对象政策范围内救助比例89.70%	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	2024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