

2025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

2026年9月

南京市医疗保障局现对 2025 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。

截至 2025 年 12 月底，机关核定行政编制 55 名，实有 51 名，另核定编外员额 6 名、实有 6 名。

截至 2025 年 12 月底，南京市医疗保障局（本级）机关资产总额为 2514.36 万元。流动资产 208.04 万元，其中货币资金 208.04 万元，其他应收款净额 0 万元。非流动资产 2306.32 万元，其中固定资产净值 522.07 万元，无形资产净值 1784.25 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算、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等工作。

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

2025 年度南京市医疗保障局（本级）收入年初预算 3543.03 万元，调整后全年收入部门预算共安排 6058.72 万

元，部门决算收入 6058.72 万元。

2025 年度南京市医疗保障局（本级）支出年初预算 3543.03 万元，其中基本支出 2737.03 万元，部门预算项目支出 806 万元。调整后全年支出部门预算 6058.72 万元，其中基本支出 2965.69 万元，项目支出 3093.03 万元。部门决算支出 6058.72 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）2025 年度重点工作和目标

根据《2025 年全市医疗保障工作要点》，年度重点工作和目标为：

一是健全完善医保制度体系。根据国家局及省局基本医保长效参保机制工作要求，制定出台我市贯彻落实意见。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。

二是深化医保支付方式改革。健全科学结算体系，提高基金使用效能。推行以病种付费为主的多元复合式医保支付方式，持续优化 DRG 分组、结算政策，明确支持创新医药技术临床应用细则。聚焦长期住院费用保障，加快实施基于价值医疗的康复付费（VRG）政策。探索实施门诊支付方式改革，开展模式比较和数据测算分析，提升医保基金支付效率。

三是保持基金监管高压态势。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。

四是深化药品耗材治理改革。执行国家、省集采结果，进一步降低药品和医用耗材价格，减轻群众就医负担。持续开展联动降价，完善企业整体谈判规则，适时开展企业整体

谈判。做好药店药品价格治理。做好医疗服务价格项目整合和价格制定工作。实施生物医药创新产品市场孵化。

五是强化医保信息化建设。提升“医保高铁”运行水平，建设“医保高铁”风险监测和业务调度中心，实时调度解决基金运行风险和业务经办问题。完善医保线上就医购药平台建设，开展医保码、药品追溯码深化应用，持续加强医保信息平台数据治理，充分发挥信息技术对医疗保障事业的支撑作用。

六是提升医保公共服务质效。拓展“15分钟医保服务圈”延伸服务点，优化容缺受理、预约办理等特色服务。扩大经办服务事项“不见面办”范围，优化办理流程，提高办理时效。优化智能客服，提升12393热线服务质效。

四、评价工作简述

（一）评价对象和范围

本次评价对象为2025年南京市医疗保障局本级部门整体决算支出6058.72万元。绩效评价时段为2025年1月1日至2025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2025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)医保基金稳健运行。一是医保基金收支平衡。职工医保和居民医保基金当期结余、12个月滚动结余、年底结余三个维度均未出现赤字，职工医保累计结余569.68亿元、备付水平12.43个月，居民医保累计结余29.82亿元，备付水平8.06个月，均处于低风险区间。二是参保覆盖面逐步扩大。落实基本医保参保长效机制，截至12月底，全市基本医保参保896.08万人，职工医保、居民医保参保人数实现“双增长”，居全省前列。三是降低费率减轻负担。2025年起，职工医保单位缴费率长期执行7%，年度为23万户参保单位、50万灵活就业人员减负约38亿元。

(二)多层次保障体系不断健全。一是完善基本医保政策。职工、居民医保政策范围内住院费用报销比例分别达88%、73%，均高于“十四五”规划目标3个百分点；职工医保门诊统筹范围内基金支付比例达62%；实施个人账户健康激励机制，对2024年未发生医保统筹基金支付的88.46万名参保人发放健康激励2.15亿元。二是完善生育保险政策。落实孕产妇住院分娩财政补贴、生育津贴直接发放至个人、省内异地生育直接结算等一系列生育支持政策，生育保险基金支出30.5亿元，同比增长17.3%。三是完善长期护理保险制度。全市享受长护险待遇超3万人，在南通市、苏州市开展长护险省内异地待遇享受试点，于2026年1月起覆盖全省范围。辅具产品目录由6类扩大到10类，覆盖护理床、轮椅、护理垫等产品，惠及1.35万失能人员。四是强化重特大疾病保障和医疗救助。享受大病保险待遇6.42万人；将11.68万

名困难群众纳入救助对象范围，救助资金支出 4.42 亿元，托底保障作用持续增强。指导发布“南京宁惠保”第六期产品，参保人数超 150 万人。

(三)保持基金监管高压态势。一是强化监督执法。深入开展医保基金管理突出问题专项整治，推动定点医药机构自查自纠，多部门联合开展“突击战”“会战月”行动，现场检查覆盖率、欺诈骗保行政处罚率、违规使用医保基金协议处理率、规定范围内线索移送率均实现 100%。

二是织密监督体系。率先出台《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施方案(试行)》，压实五方监管责任，健全四级网格体系，探索辖区和医药机构风险等级管理制度，构建立体式监管体系。建设“医保高铁”风险监测和业务调度平台，完善智能审核系统，实现全闭环智慧监管。三是健全长效机制。联合公安、卫健、市场监管等 7 部门建立健全部门双向衔接、长效沟通会商、重大案件联合处置等工作机制。

(四)深化医保支付方式改革。一是深化 DRG 付费改革。修订完善 DRG 付费办法，在全国首批落地 DRG2.0 版本分组方案，连续第三年实现住院总费用、基金支付、个人负担“三降低”。《病证结合首创中医 DRG 分组付费新模式》入选国家医保局医保支付方式改革典型案例，是全国唯一中医医保支付案例。探索开展中医门诊优势病种按人头付费改革。在溧水、玄武区探索实施按人头付费改革。二是动态发布医保数据。成立数据工作组，依托“医保高铁”，多渠道多形式实

时发布医保数据，推动“三医”协同。三是率先实施 VRG 付费改革。将 39 家医疗机构、98 个康复病组纳入 VRG 试点范围。《VRG 新型康复价值支付体系》获得 2025 年全国智慧医保大赛二等奖。四是实施医保基金“即时结算”。建立“提前预付+应急加码+专项扶持”的预付金制度。医疗机构月度预结算“免申即享”，打造灵活“N 日拨付”即时结算路径。

(五)深化医药服务供给侧改革。一是做好医用耗材(药品)集采谈判和组织实施工作。落地国家组织人工耳蜗、外周血管支架集中带量采购和省组织产前基因检测等集中带量采购结果，延续做好罗氏、南微、普门、威高等企业整体谈判，完成中心静脉导管和血液透析类耗材联动降价，有序推进骨科类耗材价格治理。二是推进集中采购集中结算。集中结算监测指标良性运行。医保基金直接结算扩大到 30 家三级医疗机构、集采医用耗材和药品及创新产品，年度结算额达 13.6 亿元。三是做好医药价格管理工作。落地护理、临床量表、放射检查类等 11 批次医疗服务价格项目立项指南。会同市卫健委制定《南京市医疗服务价格调整三年工作方案(2025—2027 年)》，调整部分中医、物理治疗、床位费医疗服务项目价格。四是促进生物医药产业发展。按季度发布《医保推动生物医药创新产品市场孵化项目清单》8 批次、107 个产品，构建“南京认证—区域辐射—跨省推广”的良性发展模式。

(六)医保数据赋能智慧医保建设。一是医保数据赋能国家试点。2025 年先后获真实世界医保综合价值评价和医保云

HIS 系统两项国家试点资格，开展创新药和中医类别服务药品综合价值评价的真实世界数据库研究，推进医保云 HIS 系统建设优化。二是持续推广完善“医保高铁”。打造“医保高铁”风险监测和业务调度平台，优化 79 条风险预警调度规则，实现“监测—处置—反馈—分析”全流程闭环管理。三是融合线上线下经办平台。落实 17 个国家、省、市“高效办成一件事”项目，涉及职工退休、家庭共济、企业开办等多个领域。通过“南京医保”微信公众号、“我的南京”APP 等，实现医保高频服务事项“不见面办”全覆盖，医保“智捷付”平台覆盖全市所有三级公立医院和 35 家二级及以下医院。医保码全场景全流程应用持续推进，激活率达 95%。四是推行人工智能服务模式。创新智能服务机器人，挖掘听、说、学等 9 种功能，开发政策咨询、业务办理、信息查询等 12 项能力，月均办理业务量超 5000 件，提供 7×24 小时不间断响应服务，获得国家医保局表扬，入选 2025 第五届“我为群众办实事”《十佳人气口碑》案例。

六、存在的问题及原因分析

2025 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）基本医保参保扩面空间收窄。当前，居民医疗费用支出增速高于同期居民人均可支配收入增速，叠加财政收支压力较大、出生人口下降，我市居民医保参保人员持续扩面征缴的空间进一步收窄。

（二）基金稳健运行压力较大。2025年6月起，国家局强化调度医保基金运行指标，要求当期结余、12个月滚存结余、预测年底结余“三个维度”均不能出现赤字，对产生赤字以及基金备付水平处于高、中风险的统筹区进行约谈、通报直至飞检。2025年，职工医保统筹基金、居民医保基金备付水平分别为12.43个月、8.06个月，均处于紧平衡的状态。

（三）医保基金监管形势依然严峻。医保基金安全形势依然严峻复杂，违规问题仍处多发高发态势。存量问题尚未根治，医保基金“跑冒滴漏”问题没有彻底解决，欺诈骗保时有发生；违规手段不断翻新，骗保行为呈现隐蔽化、专业化、复杂化特征，由传统的虚假住院、过度诊疗等，向串换药品、倒卖“回流药”等新型手段扩展；违规形态从“恶意骗保”向“违规使用”延伸，既有蓄意欺诈骗保，也有因管理不规范、政策理解偏差引发的一般违规问题，点多面广、屡查屡犯。

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）持续巩固全民参保计划。持续推动“一人一档”数据库应用，强化参保工作多方联动，及时掌握已参保、未参保人员情况，动员全面参保。引导新就业形态人员参保。加强新就业形态从业人员参保引导，探索适应灵活就业特点的

参保缴费服务模式。完善参保激励约束。对连续参保群体给予政策倾斜，稳定参保预期。

（二）推进基金常态监管机制。加大基金监管力度，严厉打击欺诈骗保及各类违法违规行为。持续压实“医保行政部门—医保经办机构—医保定点医药机构—行业部门—区政府”五方责任机制，完善市、区医保行政部门和经办机构四级监管责任体系，充分发挥大病保险承办机构等第三方专业力量，形成全链条、全流程、全覆盖的基金监管模式。完善部门间协同监管机制，强化医疗保障、卫生健康、市场监管、药品监管、公安、法院、检察院等部门信息共享、双向衔接、联查联办、结果反馈等工作机制，形成“各司其职、常态协作、联合惩戒”的综合治理格局。

（三）推进医保经办服务提质增效。创新智能医保经办服务机制，在全面推进医保业务“一窗办、掌上办、就近办、高效办”的基础上，大力推行“智能办”，充分运用“人工智能+”技术，精准提供个性化政策咨询、信息查询和业务办理服务；持续推进机器人、数字人“进大厅、进医院、进药店”落地应用。以医保服务为引领，促进“三医”协同发展，推动人工智能等新技术在医疗保障领域深度融合与有序应用，着力构建全场景、全天候、全生命周期的经办服务新格局。

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 2025 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和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25.85%。	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97%。	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”，部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。	2025年底，基本医疗保险参保人数896.08万人，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350万人，得4分	2025年底，生育保险参保人数357.77万人	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	2025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88.48%	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	2025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97.2%	4
	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	2025年，居民医保财政补助标准1063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	2025年，大病保险政策范围内最低报销比例62.24%	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	2025年，重点医疗救助对象政策范围内救助比例88.23%	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	2025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