

南通市本级部门整体预算绩效目标表

2022年度

单位名称	南通市医疗保障局	
单位 主要职能	<p>(一) 拟订全市基本医疗保险、生育保险、长期护理（照护）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，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。</p> <p>(二) 协同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。推进医疗保障基金支付方式改革。</p> <p>(三) 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，推进建立医疗保障待遇动态调整和区域调剂平衡机制，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。推进实施医疗保障精准扶贫，负责拟订全市医疗救助政策并组织实施。</p> <p>(四) 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，落实医保目录准入谈判规则。</p> <p>(五) 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，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、成本调查和信息发布制度。</p> <p>(六) 组织实施国家和省药品、医用耗材的招标采购政策，推进药品、医用耗材招标采购平台建设。</p> <p>(七) 制定全市定点医疗机构协议和支付管理办法并组织实施，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。</p> <p>(八) 负责全市医疗保障经办管理、公共服务体系建设。统筹推进全市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办法。建立健全医疗保障关系转移接续制度。承办离休干部医药费统筹管理服务等工作。</p> <p>(九) 完成市委、市政府交办的其他任务。</p> <p>(十) 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，实施医疗保障市级统筹，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，确保医保资金合理使用、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。</p>	
机构设置及 人员配置	<p>南通市医疗保障局为财政全额拨款行政单位，为正处级。内设8个职能（处）室，即办公室、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）、机关党委（人事处）、老干部处。（一）编制核定：行政编制核定24人、政府购买劳务4人，在职在编目前实有行政人数26人（含附属编制两人）。</p> <p>（二）离退休人员实有人数55人。其中：离休1人，退休54人。</p>	
		全年 预算数

部门整体 资金（万 元）	收入	资金总额		1663.32	
		财政拨款	小计		1663.32
			一般公共预算资金		1663.32
			政府性基金		0
			财政专户管理资金		0
		国有资本金		0	
		社保基金		0	
		上年结转资金		0	
		其他资金		0	
	支出			半年 计划执行数	全年 预算数
		基本支出		526	1018.81
		项目支出		312.51	644.51
		医疗保障综合管理专项		30	67
		医药价格监测和招标采购专项		25	51
		办公设备购置		2.51	2.51
		医药服务管理专项		10	20
		网络设备设施运行与维护费		190	391
		医疗保障筹资与待遇落实专项		10	18
		医保基金防控与监督检查专项		45	95

中长期目标

一是持续提升“全民医保”参保质量。稳步推进全民参保计划，依托大数据精准参保，促进职工基本医疗保险依法参保，到2030年，力争职工基本医疗保险参保人数达到参保总人数的40%。

二是健全多层次医疗保障体系发展。完善市级统筹医疗保障制度，落实医疗保障待遇清单制度，改革职工基本医疗保险个人账户，健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制。优化大病保险分段及支付比例，完善医疗救助管理机制，持续深化长期照护保险制度。大力支持商业补充医疗保险发展，引导企业建立补充医疗保险，构建社会力量参与机制。

三是强化医保基金监管。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，保持打击欺诈骗保的高压态势，健全运用基金监管信用体系，加强综合执法和监督，构建全领域、全流程的基金安全防控机制。

四是更好发挥基金战略购买作用。全面推进医保支付方式改革，实现DRG支付方式改革全覆盖。改进医保总额管理方式，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，建立与医疗质量、协议履行相挂钩的绩效评价机制，配套衔接支付方式、药品耗材集中带量采购等重大改革，促进医疗机构合理控制成本，提高基金使用效率。

五是切实降低群众医药费用负担。全面建立阳光采购制度，实现公立医疗机构药品耗材实施阳光采购、网上议价、公开交易。全面落实药品、医用耗材带量采购，让群众用得上更多质量过硬、价格便宜的药品和医用耗材。加大医疗服务价格改革力度，建立科学确定、动态调整机制，更好体现医务人员的技术劳务价值。

六是推进医保信息化标准化建设。遵循国家、省顶层设计，持续推进医保信息化建设，突出应用导向，充分发挥数据在智能服务、医保精算、形势分析、风险防控、宏观决策、政策评估等业务中的作用，为提升医保治理现代化水平提供有力支撑。

七是持续提升人民群众获得感。规范医保公共服务标准，打造“15分钟医保公共服务圈”，实现乡镇（街道）为民服务中心、村（社区）便民服务中心就近办理，持续深化医保跨区域结算制度，加强医保公共服务经办力量配置，加快推进医保基层服务网络建设。

<p style="text-align: center;">年度目标</p>	<p>一、不断完善多层次医保体系建设。积极构建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制度体系。一是全面做实医疗保险市级统筹，健全完善待遇保障制度体系，起草《南通市基本医疗保险办法》。二是加强制度设计，鼓励用人单位为职工建立补充医疗保险，促进和谐稳定劳动关系的建立；探索开发与基本医保相衔接的商业健康保险产品，对医保政策范围之外的费用进行保障；积极鼓励社会慈善捐赠，支持医疗互助有序发展，着力满足参保群众多元化保障需求。三是科学编制医疗保障基金收支预算，做好基金统收统支工作，开展常态化监测分析，全面提升基金使用效能。四是继续推进参保扩面工作，调整优化参保结构。抓实抓细医疗救助工作，全力做到应保尽保。</p> <p>二、大力推进基金监管制度体系建设。一是始终保持基金监管高压态势，积极查处各类违法违规行为，持续开展对定点医药机构的源头治理。二是加强与公安、卫健、市场监管等部门联动，用好商保机构、信息技术服务机构等三方力量，构建基金监管长效机制。三是完成医保智能监控国家示范点建设，不断完善和推广医保人脸识别AI视频平台、移动稽核平台、进销存系统。四是按照行政监督检查“双随机一公开”以及全面推行行政执法公示、执法全过程记录和重大执法决定法制审核“三项制度”的工作要求，规范开展行政执法工作。五是健全基金监管预防机制，将基金监管的端口前移，强化警示教育培训，完善医保信用体系建设，推动“事前、事中、事后”监管常态化。</p> <p>三、全力推动医保领域改革落地。一是认真推进国家药品耗材集中招采、省高值耗材带量采购等改革落地，深化市医用耗材带量采购工作，持续放大改革红利和效应，不断减轻群众看病就医负担。二是稳妥有序推进医疗服务价格动态调整，强化价格政策与医保支付的衔接联动。三是全面实行总额预算管理下按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，明确改革方向，全面推行按疾病诊断相关分组（DRG）或基于大数据的病种（DIP）分值付费方式，指导各地有序推进医保支付方式改革市级试点工作。开展县域医共体建设绩效评价，重点监测县域门诊次均费用、参保人员住院次均费用、住院费用实际报销比、参保人员年住院率等指标。四是加强“两定”机构协议管理，探索建立定点协议管理效能评估机制，对定点申请、专业评估、协议订立、协议履行和解除等流程进行监督。五是强化与卫健部门公立医院考核指标的联动，充分调动医疗机构主动控制医药费用的积极性，促进医疗机构发展可持续，确保医保基金可承受、群众负担总体不增加，积极推进“三医”有效联动。四、全面提升医保公共服务效能。一是以人民群众的满意度获得感为着力点，打造“南通医保24小时”服务品牌，完善全市医疗保障一体化公共服务平台建设，开展政务服务“好差评”制度建设，推进医保公共服务标准化、规范化、信息化、一体化。二是积极开展长三角医保一体化合作，在政策研究、基金监管、异地就医、经办服务、长护保险等方面签署合作共建协议，优化异地就医经办流程，为参保群众提供更加便捷的异地就医服务。三是根据国家、省部署，推进全国统一的15项医疗保障信息业务编码标准落地使用，发挥标准化在医保管理中的支撑和引领作用。</p> <p>四、是做好市人社部门对金保信息系统拆分的衔接和接收工作，稳步推进医保信息新平台建设。五是积极推广国家医保电子凭证和江苏医保云App，实现医保电子凭证与南通医保App互联互通。</p> <p>五、持续提高医保综合治理能力。一是坚持和加强党的全面领导，以党建促业务，加快融合党建服务品牌建设，以过硬作风为全市医保事业高质量发展提供坚强保证。二是高质量编制《南通市“十四五”医疗保障发展规划》。三是加大医保政策宣传力度，全面推进政务公开，主动回应关切，有效引导预期。四是进一步整合行政和经办资源，完善机构设置，开展干部教育培训，加强考核考评力度，不断提升队伍履职能力。</p>			
<p>一级指标</p>	<p>二级指标</p>	<p>三级指标</p>	<p>半年指标值</p>	<p>全年指标值</p>

决策	计划制定	工作计划制定健全性	健全	健全
		中长期规划制定健全性	健全	健全
	目标设定	绩效指标明确性	明确	明确
		绩效目标合理性	合理	合理
	预算编制	预算编制规范性	规范	规范
		预算编制科学性	科学	科学
过程	预算执行	非税收入预算完成率	=100%	=100%
		政府采购执行率	=100%	=100%
		“三公经费”变动率	=0%	=0%
		公用经费控制率	≤100%	≤100%
		结转结余率	=0%	=0%
		预算执行率	=100%	=100%
		预算调整率	=0%	=0%
		支付进度符合率	=100%	=100%
	预算管理	预算管理制度健全性	健全	健全
		非税收入管理合规性	合规	合规
		预决算信息公开度	公开	公开
		基础信息完善性	完善	完善
		绩效管理覆盖率	=100%	=100%
		资金使用合规性	合规	合规
	资产管理	资产管理规范性	规范	规范
		固定资产利用率	=100%	=100%
		资产管理制度的健全性	健全	健全

	项目管理			项目管理制度执行规范性	规范	规范	
				项目管理制度健全性	健全	健全	
	人员管理			人员管理制度执行有效性	有效	有效	
				在职人员控制率	=100%	=100%	
				人员管理制度健全性	健全	健全	
	机构建设			业务学习与培训及时完成率	=100%	=100%	
				纪检监察工作有效性	有效	有效	
				组织建设工作及及时完成率	=100%	=100%	
	一级指标	二级指标	重点工作	对应项目	三级指标	半年指标值	全年指标值

	<p>(一) 拟订全市基本医疗保险、生育保险、长期护理(照护)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,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。</p> <p>(二) 协同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。推进医疗保障基金支付方式改革。(三) 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,推进建立医疗保障待遇动态调整和区域调剂平衡机制,建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。推进实施医疗保障精准扶贫,负责拟订全市医疗救助政策并组织实施。(四) 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,落实医保目录准入谈判规则。(五) 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,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、成本调查和信息发布制度。(六) 组织实施国家和省药品、医用耗材的招标采购政策,推进药品、医用耗材招标采购平台建设。</p> <p>(七) 制定全市定点医疗机构协议和支付管理办法并组织实施,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。(八) 负责全市医疗保障经办管理、公共服务体系建设。统筹推进全市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</p>	<p>负责机关正常运转,承担医保政策的宣传、规范性文件合法性审查</p>	<p>医疗保障综合管理专项</p>	<p>社会对象满意度</p>	<p>满意</p>	<p>满意</p>
--	---	--------------------------------------	-------------------	----------------	-----------	-----------

履职	<p>(一) 拟订全市基本医疗保险、生育保险、长期护理(照护)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,建立健全多层(二)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,推进建立医疗保障待遇动态调整和区域调剂平衡机制,建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。推进实施医疗保障精准扶贫,负责拟订全市医疗救助政策并组织实施。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。</p>	<p>全市医保待遇拟定和落实,政策宣传、调研、论证。</p>	<p>医疗保障筹资与待遇落实专项</p>	<p>培训参训率</p>	<p>=100%</p>	<p>=100%</p>
	<p>(一) 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,落实医保目录准入谈判规则。(二) 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,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、成本调查和信息发布制度。(二) 制定全市定点医疗机构协议和支付管理办法并组织实施,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。(三) 负责全市医疗保障经办管理、公共服务体系建设。统筹推进全市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办法。建立健全医疗保障关系转移接续制度。承办离休干部医药费统筹管理服务。</p>	<p>拟定全市基本医疗保险和大病保险目录及支付标准,政策宣传、论证。</p>	<p>医药服务管理专项</p>	<p>会议参会率</p>	<p>=100%</p>	<p>=100%</p>

	<p>(一) 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，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、成本调查和信息发布制度。(二) 组织实施国家和省药品、医用耗材的招标采购政策，推进药品、医用耗材招标采购平台建设。(三) 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，落实医保目录准入谈判规则。</p>	负责全市药品、医用耗材的招标采购，推进招标采购平台建设。	医药价格监测和招标采购专项	资金使用率	≥50%	≥98%
	<p>(一) 协同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。推进医疗保障基金支付方式改革。(二) 制定全市定点医疗机构协议和支付管理办法并组织实施，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。</p>	负责对全市医疗定点机构医保基金的防控和监督检查。	医保基金防控与监督检查专项	医保基金任务完成率	=50%	=100%
一级指标	二级指标		三级指标		半年指标值	全年指标值
效益	社会效益		社会效益		社会 稳定	社会稳定
	经济效益		资金使用规范率		规范	规范
	生态效益		节能办公		符合规定	符合规定
	可持续发展		工作创新		系统领先	系统领先
满意度	服务对象满意度		社会对象满意度		满意	满意