

附件2-1:

## 项目支出绩效目标申报表

(2023年度)

项目名称		劳务派遣人员前台工作人员							
实施单位		宿州市医疗保障局本级							
项目属性		延续项目			项目期		长期		
项目资金 (万元)		中期资金总额:		183.3万	年度资金总额:		61.1万		
		其中: 财政拨		126.9万	其中: 财政拨款		61.1万		
		其他资			其他资				
总体 目标	中期目标 (2023年—2025年)					年度目标			
	劳务派遣人员前台工作人员完成每年工作目标任务。					劳务派遣人员前台工作人员完成年度工作目标任务。			
绩效 指标	一级 指标	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准
	产出 指标	数量 指标	劳务派遣人员前台工作人员	每年13人	计划标准	数量 指标	劳务派遣人员前台工作人员	13人	计划标准
		质量 指标	劳务派遣人员前台工作人员	完成工作任务	计划标准	质量 指标	劳务派遣人员前台工作人员	完成工作任务	计划标准
					计划标准				计划标准
		时效 指标	劳务派遣人员前台工作人员	每年年底前	计划标准	时效 指标	劳务派遣人员前台工作人员	年底前	计划标准
				计划标准				计划标准	
	成本 指标	劳务派遣人员前台工作人员	4.7万元/人、年	计划标准	成本 指标	劳务派遣人员前台工作人员	4.7万元/人、年	计划标准	
	效益 指标	经济 效益 指标	本指标不适用	本指标不适用	计划标准	经济 效益 指标	本指标不适用	本指标不适用	计划标准
		社会 效益 指标	本指标不适用	本指标不适用	计划标准	社会 效益 指标	本指标不适用	本指标不适用	计划标准
		生态 效益 指标	本指标不适用	本指标不适用	计划标准	生态 效益 指标	本指标不适用	本指标不适用	计划标准
		可持 续影 响 指 标	劳务派遣人员前台工作人员持续为单	持续影响	计划标准	可持 续影 响 指 标	劳务派遣人员前台工作人员持续为单 位服务	持续影响	计划标准
	满意度 指 标	服务对 象满 意度 指	聘用单位	考核满意	计划标准	服务对 象满 意度 指	聘用单位	考核满意	计划标准

附件：

附件2-2：

## 项目支出绩效目标申报表

（2023 年度）

项目名称		县域医共体医保支付方式改革工作经费							
实施单位		宿州市医疗保障局							
项目属性		延续项目				项目期		长期	
项目资金 (万元)		中期资金总额:		270万元	年度资金总额:		90万元		
		其中:财政拨款		270万元	其中:财政拨		90万元		
		其他资金			其他资				
总 体 目 标	中期目标(2023年—2025年)					年度目标			
	<p>1. 推进医保支付方式改革,引导医疗机构合理诊疗,提高医保资金使用效能。引导合理就医,促进基层首诊。</p> <p>2. 推进完善日间病房、中医药适宜技术按病种分值付费、精神病按床日付费、慢性病提标扩面等试点工作全面深入开展;推进按病种分值付费(DIP)试点工作持续稳步运行实施。</p>					<p>1. 继续深入推进医共体医保支付方式改革试点工作开展,建立以按病种分值付费(DIP)为主,多种付费方式共存的多元复合式医保支付方式体系,提高医保资金使用效益;</p> <p>2. 继续推进完善日间病房、中医药适宜技术按病种分值付费、精神病按床日付费、慢性病提标扩面等试点工作全面深入开展;推进按病种分值付费(DIP)试点工作持续稳步运行实施;开展专题培训;</p> <p>3. 制定并实施定点医药机构考核评价办法,联合第三方公司开发考核评价系统及终端执法仪。</p>			
绩 效 指 标	一级 指标	二级 指标	三级 指标	指标 值	绩效 标准	二级 指标	三级 指标	指标 值	绩效 标准
	产 出 指 标	数量 指标	1. 政策宣传专题培训活动	每年≥3次	计划标准	数量 指标	1. 医保支付方式改革专题培训活动	≥3次	计划标准
			2. 医药机构督查考核次数	每年≥3次	计划标准		2. 医药机构医保支付方式改革试点落实督查考核次数	≥3次	计划标准
		质量 指标	1. 会议和培训出勤率	100%	计划标准	质量 指标	1. 会议和培训出勤率	100%	计划标准
			2. 政策培训完成率	100%	计划标准		2. 医保政策培训完成率	100%	计划标准
			3. 对医药机构督查考核完成率	100%	计划标准		3. 对医药机构督查考核完成率	100%	计划标准
			4. 支付方式改革试点工作落地完成率	100%	计划标准		4. 支付方式改革试点工作落地完成率	100%	计划标准
		时效 指标	1. 医保专题培训3次	每年年底前完成	计划标准	时效 指标	1. 医保专题培训3次	一年内完成	计划标准
			2. 督查考核3次	每年年底前完成	计划标准		2. 督查考核3次	一年内完成	计划标准
		成本 指标	1. 培训劳务费	每年≤10万元	计划标准	成本 指标	1. 培训劳务费	≤10万元	计划标准
			2. 督查调研费差旅费及公务用车费用	每年≤30万元	计划标准		2. 督查调研费办公、差旅费及公务用车费用	≤30万元	计划标准
	3. 委托业务费		每年≤50万元	计划标准	3. 委托业务费		≤50万元	计划标准	
	效 益 指 标	经济 效益 指标	该指标本单位不适用			经济 效益 指标	该指标本单位不适用		
		社会 效益 指标	1. 对我市深化医药卫生体制改革制度建设、项目推进的影响程度	显著提高	计划标准	社会 效益 指标	1. 对我市深化医药卫生体制改革制度建设、项目推进的影响程度	显著提高	计划标准
			2. 对维护我市参保群众医保待遇和健康服务影响程度	显著提高	计划标准		2. 对维护我市参保群众医保待遇和健康服务影响程度	显著提高	计划标准
生态 效益 指标		该指标本单位不适用			生态 效益 指标	该指标本单位不适用			
可持 续影 响 指 标		长期坚持服务群众,提高全市参保人员医疗保障待遇水平,提高民生福祉	持续影响	计划标准	可持 续影 响 指 标	长期坚持服务群众,提高全市参保人员医疗保障待遇水平,提高民生福祉	持续影响	计划标准	
满意 度指 标	服务对象满意度	2. 定点医药机构满意度	≥90%	计划标准	满意 度指 标	服务对象满意度	2. 定点医药机构满意度	≥90%	计划标准

附件2-3:

## 项目支出绩效目标申报表 (2023年度)

项目名称		医疗保障基金预决算管理及信息系统安全维护								
实施单位		宿州市医疗保障局								
项目属性		项目日期				长期				
项目资金 (万元)		中期资金总额:		260万元		年度资金总额:		84.28万元		
		其中:财政拨款		260万元		其中:财政拨款		84.28万元		
		其他资金				其他资金				
总体目标	中期目标(2022年—2024年)					年度目标				
	<p>1.每年开展行政执法业务培训。2.组织行政执法人员专门法律知识和通用法律知识考试,确保基金监管人员持证上岗,建立全市统一调度的医保基金监管执法人员库。3.每年对财务人员和统计人员进行业务培训。4.召开会议,召集县区局和12个医保经办机构(含城乡居民和职工)财务和统计人员统一合理编制预决算。县、区进行交叉互审。市医保局终审、汇总、上报。5.每年定期召开基金运行分析会,做好医疗保障政策运行分析和风险预警工作。6.对全市医保基金运行安全进行监控,发现风险及时预警及妥善处理。7.开展普法宣传活动,倡导人人普法、人人守法,从多方面、多渠道开展宣传,营造宣传氛围,促进法治意识提高。</p> <p>8.医保应用系统提供的所有应用程序的后续开发和维护,还包括软件版本更新、新增政策、政策变化、业务流程调整、新增关联业务等涉及的软件开发和维护等工作,保障医保信息平台安全平稳运行。</p> <p>8.医保系统稳定运行,问题及时处理。</p> <p>10.购置正版办公软件、杀毒软件等,开展等保测评、网络安全攻防演、专项检查,保障局机关和重要系统网络安全运行。</p> <p>11.租赁市到县区视频专网网线,确保网络联通、安全稳定。</p> <p>12.按照市委、市政府要求,开展党建、文明创建、乡村振兴工作</p>					<p>1.开展行政执法业务培训和考试。</p> <p>2.开展2023年度普法宣传工作。</p> <p>3.开展基金财务报表和统计报表业务培训。</p> <p>4.组织开展医保基金预决算编制。</p> <p>5.定期召开基金运行分析会,做好医疗保障政策运行分析和风险预警工作。</p> <p>6.医保应用系统提供的所有应用程序的后续开发和维护,还包括软件版本更新、新增政策、政策变化、业务流程调整、新增关联业务等涉及的软件开发和维护等工作,保障平台建设过渡期内系统安全平稳运行。</p> <p>7.开展网络和数据安全攻防演练及相关检查,保障网络和数据安全运行。</p> <p>8.按照市委、市政府要求,开展党建、文明创建、乡村振兴工作。</p>				
	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准	
		数量指标	1.开展行政执法业务培训和考试	≥1次/年	计划标准	数量指标	1.召开全市业务培训会	≥1次	计划标准	
			2.开展普法宣传工作	≥4次/年	计划标准		2.开展普法宣传工作	≥4次	计划标准	
			3.组织财务和统计报表相关业务培训	≥1次/年	计划标准		3.组织财务和统计报表相关业务培训	≥1次	计划标准	
			4.召开基金运行分析会	≥2次/年	计划标准		4.召开基金运行分析会	≥2次	计划标准	
			5.编制医保基金预决算	1次/年	计划标准		5.编制医保基金预决算报表	1次	计划标准	
			6.开展医保网络和数据安全检查	≥1次/年	计划标准		6.开展医保网络和数据安全检查	≥1次	计划标准	
			7.开展医保基金绩效评价	1次/年	计划标准		7.开展医保基金绩效评价	1次	计划标准	
		质量指标	1.行政执法考试通过率	≥95%	计划标准	质量指标	1.行政执法考试通过率	≥95%	计划标准	
			2.普法宣传知晓率	逐年提升	计划标准		2.普法宣传知晓率	逐年提升	计划标准	
			3.医保基金可支付月数	达到国家标准	计划标准		3.医保基金可支付月数	达到国家标准	计划标准	

绩效指标	产出指标	时效指标	4. 预决算编制准确性	通过上级主管部门审核	计划标准	时效指标	4. 预决算编制准确性	通过上级主管部门审核	计划标准		
			5. 医保信息系统正常运行	≥95%	计划标准		5. 医保信息系统正常运行率	≥95%	计划标准		
		成本指标	1. 开展行政执法业务培训	每年年底完成	计划标准	成本指标	1. 开展行政执法业务培训和考试	年底完成	计划标准		
			2. 开展普法宣传工作	每年年底完成	计划标准		2. 开展普法宣传工作	年底完成	计划标准		
			3. 组织财务和统计报表相关业务培训	每年年底完成	计划标准		3. 组织财务和统计报表相关业务培训	年底完成	计划标准		
			4. 召开基金运行分析会	每年年底完成	计划标准		4. 召开基金运行分析会	年底完成	计划标准		
			5. 编制医保基金预决算	按照国家、省相关要求	计划标准		5. 编制医保基金预决算报表	按照国家、省相关要求	计划标准		
	6. 医保基金绩效评价	次年2月底前完成	计划标准	6. 医保基金绩效评价	2024年2月底前完成	计划标准					
	7. 开展医保网络和数据安全检查	每年年底完成	计划标准	7. 开展医保网络和数据安全检查	年底完成	计划标准					
	效益指标	经济效益指标	1. 医保基金预决算编制、基金财务、法规培训（约350人次*300元）	≈30万	计划标准	经济效益指标	1. 医保基金预决算编制、基金财务、法规培训（约350人次*300元）	≈10.28万	计划标准		
			2. 委托第三方开展医保基金绩效评价	≈20万	计划标准		2. 委托第三方开展医保基金绩效评价	≈6万	计划标准		
			3. 医保系统运维和网络、数据运行安全检查（其中含政府采购180万）	≈210万	计划标准		3. 医保系统运维和网络、数据运行安全检查（其中含政府采购60万）	≈68万	计划标准		
	满意度指标	服务对象满意度指标	经济	本单位不适用	计划标准	服务对象满意度指标	经济	本单位不适用	计划标准		
			社会	参保人员享受安全、优质、便捷的医保服务。	持续提升		计划标准	社会	参保人员享受安全、优质、便捷的医保服务。	持续提升	计划标准
			可持续影响	1. 执法人员持证执法，建立健全监管长效机制，切实维护医保基金安全	持续影响		计划标准	可持续影响指标	1. 执法人员持证执法，建立健全监管长效机制，切实维护医保基金安全。	持续影响	计划标准
	2. 增强基金风险防控能力，保障基金安全平稳	持续影响	计划标准	2. 增强基金风险防控能力，保障基金安全平稳运行。	持续影响	计划标准					
3. 医保制度发展	持续影响	计划标准	3. 医保制度发展	持续影响	计划标准						
服务对象满意度	参保群众满意度	≈50%	计划标准	服务对象满意度	参保群众满意度	≈80%	计划标准				

## 项目支出绩效目标申报表

(2023年度)

项目名称		医疗保障基金安全监管经费							
实施单位		宿州市医疗保障局							
项目属性		延续项目			项目期		长期		
项目资金 (万元)		中期资金总额:		201万	年度资金总额:		67万		
		其中: 财政拨		201万	其中: 财政拨		67万		
		其他资			其他资				
总体目标	中期目标(2023年—2025年)				年度目标				
	1: 持续开展医疗保障基金安全监管工作 2: 持续开展医疗保障基金监管方式创新(购买第三方服务等) 3: 持续开展欺诈骗保宣传				1: 开展医疗保障基金安全监管工作 2: 开展医疗保障基金监管方式创新(购买第三方服务等) 3: 开展欺诈骗保宣传				
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准
	产出指标	数量指标	出差、会议	每年≥3	计划标准	数量指标	出差、会议	≥3次	计划标准
			委托第三方参与检查	每年≥2次	计划标准		委托第三方参与检查	≥2次	计划标准
			开展打击欺诈骗保专项行动	每年≥2次	计划标准		开展打击欺诈骗保专项行动	≥2次	计划标准
		质量指标	定点医药机构检查覆盖率	全覆盖	计划标准	质量指标	定点医药机构检查覆盖率	全覆盖	计划标准
		时效指标	开展打击欺诈骗保相关活动	每年年底前	计划标准	时效指标	开展打击欺诈骗保相关活动	年底前	计划标准
		成本指标	成本指标	出差费、会议费	每年≤10万	计划标准	成本指标	办公费、出差费、会议费	≤10万
	委托第三方参与检查			每年≤27万	计划标准	委托第三方参与检查		≤27万	计划标准
	印发宣传单、海报、开展检查			每年≤10万	计划标准	印发宣传单、海报、开展检查		≤10万	计划标准
	监管方式创新			每年≤20万	计划标准	监管方式创新		≤20万	计划标准
	效益指标	经济效益指标	该指标本单位不适用			经济效益指标	该指标本单位不适用		
		社会效益指标	营造社会打击欺诈骗保氛围	显著提高	计划标准	社会效益指标	营造社会打击欺诈骗保氛围	显著提高	计划标准
		生态效益指标	该指标本单位不适用			生态效益指标	该指标本单位不适用		
		可持续影响指标	可持续影响指标	营造定点医药机构规范管理医保基金态势	持续影响	计划标准	可持续影响指标	营造定点医药机构规范管理医保基金态势	持续影响
	让参保群众主动参与到打击欺诈骗保			持续影响	计划标准	让参保群众主动参与到打击欺诈骗保活动中来		持续影响	计划标准
	满意度指标	服务对象满意度指标	医药定点机构	≥90%	计划标准	服务对象满意度指标	医药定点机构	≥90%	计划标准

附件2-5:

## 项目支出绩效目标申报表

(2023年度)

项目名称		医药带量采购及服务价格监管异地就医结算督查							
实施单位		宿州市医疗保障局							
项目属性		延续项目			项目期			长期	
项目资金 (万元)		中期资金总额:		60万	年度资金总额:		20万元		
		其中:财政拨款		60万	其中:财政拨款		20万元		
		其他资金			其他资金				
总体目标	中期目标(2023年—2025年)				年度目标				
	1. 优化调整医疗服务价格项目; 2. 稳步推进医药集中带量采购; 3. 强化政策培训和交流学习; 4. 进一步扩大异地就医直接结算范围。 5. 优化异地就医经办流程;提升异地就医基金支付比例。 6. 积极对医药机构进行检查验收,开展督查考核,开展宣传培训。				1. 通过省级发改委评标评审专家库或市级医药价格专家组抽取医疗服务专家开展医疗服务价格项目专家评审; 2. 通过邀请招标方式委托有资质的第三方开展医疗服务价格项目成本调查(监审)和风险评估服务; 3. 组织医药价格执行和国家、省集采政策落实情况联合检查; 4. 医疗服务价格、医药集中带量采购政策培训和外出交流学习。 5. 继续扩大异地就医直接结算范围,在实现长三角地区直接结算全覆盖的基础上,向北京、上海、广州等地扩展;优化异地就医经办流程;提升异地就医基金支付比例。				
	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准
产 山	数量指标	数量指标	1. 制定或调整医疗服务项目价格	≥30个项目	计划标准	数量指标	1. 开展医疗服务价格项目专家评审	≥2次	计划标准
			2. 落实国家、省医药集中带量采购成果落地执行	≥2次6批次	计划标准		2. 委托第三方对拟制定或调整的医疗服务价格项目开展成本调查、风险评估等服务	≥10个项目	计划标准
			3. 加强医疗服务价格、医药集中采购政策培训和学习	≥2次6次	计划标准		3. 组织医药价格执行和国家、省集采政策落实情况联合检查	≥2次	计划标准
			4. 政策宣传专题培训活动	每年≥2次	计划标准		4. 医疗服务价格、医药集中采购政策培训和外出交流学习	≥2次	计划标准
			5. 医药机构督查考核次数	每年≥1次	计划标准		5. 异地就医政策宣传专题培训活动	≥1次	计划标准
			6. 医药机构异地就医落实情况督查考核次数	每年≥1次	计划标准		6. 医药机构异地就医落实情况督查考核次数	≥1次	计划标准
	质量指标	质量指标	1. 制定或调整医疗服务价格规范率	100%	计划标准	质量指标	1. 制定医疗服务价格行为规范	100%	计划标准
			2. 开展医药集中带量采购规范率	100%	计划标准		2. 合理规避制定或调整医疗服务价格项目风险	100%	计划标准
			3. 培训会议和外出交流学习出勤率	100%	计划标准		3. 加强全市公立医疗机构医药集中采购管理,保障采购质量,降低虚	100%	计划标准

山 指 标		4. 对医药机构督查考核完成率	100%	计划标准		4. 培训会议和外出交流学习出勤率	100%	计划标准	
		5. 对医药机构督查考核完成率		计划标准		5. 对医药机构督查考核完成率	100%	计划标准	
	时效指标	1. 制定或调整医疗服务价格项目价格	每年年底前完成	计划标准	时效指标	1. 医疗服务价格项目专家评审	年底前	计划标准	
		2. 落实国家、省医药集中带量采购成果落地执行	每年年底前完成	计划标准		2. 医疗服务价格成本调查（监审）和风险评估	年底前	计划标准	
		3. 加强医疗服务价格、医药集中采购政策培训和学习	每年年底前	计划标准		3. 落实国家、省医药集中带量采购成果落地执行	年底前	计划标准	
		4. 督查考核3次	每年年底前	计划标准		4. 医疗服务价格、医药集中采购政策培训和外	年底前	计划标准	
		5. 督查考核1次	每年年底前	计划标准		5. 督查考核1次	年底前	计划标准	
	成本指标	1. 专家评审劳务费	≤8万/年	计划标准	成本指标	1. 专家评审劳务费	≤8万	计划标准	
		2. 委托第三方评估业务费	≤9万/年	计划标准		2. 委托第三方评估业务费	≤9万	计划标准	
		3. 联合检查费用	≤2万/年	计划标准		3. 联合检查费用	≤2万	计划标准	
		4. 价采培训交流学习费用	≤1万/年	计划标准		4. 培训交流学习费用	≤1万	计划标准	
	绩效指标	经济效益指标	该指标本单位不适用		计划标准	经济效益指标	该指标本单位不适用		计划标准
		社会效益指标	1. 优化调整医疗服务价格项目，切实保障医患合法权益，维护医保基金安全	显著提高	计划标准	社会效益指标	1. 依法依规制定或调整医疗服务价格，保障医患合法权益，维护医保基金安全	显著提高	计划标准
			2. 稳步推进医药集中带量采购，切实降低虚高医药价格，促进合理使用，控制医疗费用不合理增长	显著提高	计划标准		2. 规范医药集中采购行为，降低虚高医药价格，促进合理使用，控制医疗费用不合理增长	显著提高	计划标准
			3. 对我市参保群众就医体验、医疗需求满足的影响程度	显著提高	计划标准		3. 对我市参保群众就医体验、医疗需求满足的影响程度	显著提高	计划标准
			4. 对提升医药机构医药服务质量的影响程度	显著提高	计划标准		4. 对提升医药机构医药服务质量的影响程度	显著提高	计划标准

效益指标	生态效益指标	该指标本单位不适用		计划标准	生态效益指标	该指标本单位不适用		计划标准	
	可持续影响指标	1. 持续深化医药卫生体制改革，进一步加强医疗、医保、医药领域联动，凝聚改革合力，破解改革难题	持续影响	计划标准	可持续影响指标	1. 提高医疗服务价格项目管理水平，维护医患合法权益，保障医保基金安全；提升医疗服务价格项目服务能力，让改革成果惠及更多群众	持续影响	计划标准	
		2. 持续提高医疗服务价格管理能力和服务水平，进一步维护医患合法权益，保障医保基金安全	持续影响	计划标准		2. 增强医药集中带量采购服务能力，推进医疗、医保、医药改革联动	持续影响	计划标准	
		3. 持续降低虚高医药价格，进一步促进合理使用，控制医疗费用不合理增长	持续影响	计划标准		3. 深化医药卫生体制改革，加强医疗、医保、医药领域联动，凝聚改革合力，破解改革难题	持续影响	计划标准	
		4. 对我市异地就医全国联网结算工作进程的可持续影响	持续影响	计划标准		4. 降低虚高医药价格，保障采购质量，促进合理使用，提供更多质优价廉医药产品	持续影响	计划标准	
		5. 对我市医药机构协议管理规范化的可持续影响程度	持续影响	计划标准		5. 对我市异地就医全国联网结算工作进程的可持续影响	持续影响	计划标准	
		6. 对我市医药机构协议管理规范化的可持续影响程度		计划标准		6. 对我市医药机构协议管理规范化的可持续影响程度	持续影响	计划标准	
	满意度指标	服务对象满意度指标	1. 医疗机构满意度	90%	计划标准	服务对象满意度指标	1. 医疗机构满意度	90%	计划标准
			2. 患者满意度	90%	计划标准		2. 患者满意度	90%	计划标准



附2-6:

## 项目支出绩效目标申报表 (2023年度)

项目名称		上级转移支付(提前下达医疗服务与保障能力提升补助资金)							
主管部门		安徽省医疗保障局				实施单位		宿州市医疗保障局	
项目属性		<input type="checkbox"/> 新增项目 <input checked="" type="checkbox"/> 延续项目				项目期		长期	
项目资金 (万元)		中期资金总额:		1500万元		年度资金总额:		829.27万元	
		其中:财政拨款		1500万元		其中:财政拨款		829.27万元	
		其他资金				其他资金			
总体目标	中期目标(20××年—20××+n年)					年度目标			
	<p>(1)提升医保信息化水平,加强网络、信息安全、基础设施等方面建设,进一步夯实技术基础,切实保障医保信息系统高效、安全运行,提高数据采集质量和速度;(2)加强打击欺诈骗保工作力度,切实保障医保基金合理有效使用;(3)加快推进区域总额预算管理下按病种分值(点数)付费国家试点;(4)有效提升综合监管、宣传引导、人才服务、人才队伍建设等医疗保障服务能力。</p>					<p>(1)提升医保信息化水平,加强网络、信息安全、基础设施等方面建设,进一步夯实技术基础,切实保障医保信息系统高效、安全运行,提高数据采集质量和速度;(2)加强打击欺诈骗保工作力度,切实保障医保基金合理有效使用;(3)加快推进区域总额预算管理下按病种分值(点数)付费国家试点;(4)有效提升综合监管、宣传引导、人才服务、人才队伍建设等医疗保障服务能力。</p>			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准	二级指标	三级指标	指标值	绩效标准
	产出指标	数量指标	召开医保工作市级新闻发布会、政策吹风会	每年 ≥2次	计划标准	数量指标	召开医保工作市级新闻发布会、政策吹风会	≥2次	计划标准
			医保信息系统验收合格率	≥90%	计划标准		医保信息系统验收合格率	≥90%	计划标准
			医保信息系统正常运行率	≥90%	计划标准		医保信息系统正常运行率	≥90%	计划标准
			医保信息系统重大安全事件响应时间	≤60分钟	计划标准		医保信息系统重大安全事件响应时间	≤60分钟	计划标准
			医保信息系统运行维护响应时间	≤30分钟	计划标准		医保信息系统运行维护响应时间	≤30分钟	计划标准
			统筹地区飞行检查覆盖率	100%	计划标准		统筹地区飞行检查覆盖率	100%	计划标准
			推行医保支付方式改革和DIP工作	逐步推开	计划标准		推行医保支付方式改革和DIP工作	逐步推开	计划标准
	质量指标	质量指标	医保信息化建设	达标	计划标准	质量指标	医保信息化建设	达标	计划标准
			医保基金安全监管各项工作	达标	计划标准		医保基金安全监管各项工作	达标	计划标准
			推行医保支付方式改革和DIP工作	通过验收	计划标准		推行医保支付方式改革和DIP工作	通过验收	计划标准
	时效指标	医保服务与保障能力提升工作	每年底	计划标准	时效指标	医保服务与保障能力提升工作	每年底	计划标准	
	成本指标	医保能力建设工作	1500万	计划标准	成本指标	医保能力建设工作	829.27万元	计划标准	
	效益指标	经济效益指标	该指标本单位不适用			经济效益指标	该指标本单位不适用		
		社会效益指标	营造社会打击欺诈骗保氛围	显著提高	计划标准	社会效益指标	营造社会打击欺诈骗保氛围	显著提高	计划标准
生态效益指标		该指标本单位不适用			生态效益指标	该指标本单位不适用			
可持续影响指标		医保信息化、基金安全监管、支付改革工作	持续影响	计划标准	可持续影响指标	医保信息化、基金安全监管、支付改革工作	持续影响	计划标准	
满意度指标	服务对象满意度	参保人员对医保服务的满意度	≥85%	计划标准	服务对象满意度指标	参保人员对医保服务的满意度	≥85%	计划标准	