

忻州市市级预算部门（单位）项目支出绩效目标申报表

（2022年度）

项目名称		欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费											
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局		实施单位		忻州市医疗保障局							
项目属性		一次性项目（1年结束）		项目期		1年							
项目资金（元）		实施期资金总额：		1,000,000		年度资金总额：		1,000,000					
		其中：中央财政资金		0		其中：中央财政资金		0					
		省级财政资金		0		省级财政资金		0					
		市县（区）财政资金		1,000,000		市县（区）财政资金		1,000,000					
		单位自筹		0		单位自筹		0					
		其他资金				其他资金							
项目概况		对统筹地区医疗保障部门按照查实的欺诈骗保金额、奖励等级等因素计算举报奖励奖金。每起案件的最高奖励金额不超过10万元。											
立项依据		《忻州市医疗保障局忻州市财政局关于转发<山西省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法>的通知》（忻医保发〔2019〕32号）											
项目设立必要性		维护医保事业的有序发展，保障医保基金的安全运行。											
保证项目实施的制度、措施		《忻州市医疗保障局忻州市财政局关于转发<山西省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法>的通知》（忻医保发〔2019〕32号）											
项目实施计划		用于保障欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费											
		实施期目标				年度目标							
总体目标		通过对欺诈骗保行为的打击，最终达到对纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用的有效监督，规范医保经办业务行为。维护医保事业的有序发展，保障医保基金的安全运行。				严格按照文件执行，对统筹地区医疗保障部门按照查实的欺诈骗保金额、奖励等级等因素计算举报奖励奖金。维护医保事业的有序发展，保障医保基金的安全运行。							
绩效指标		一级指标	二级指标	三级指标		指标值	二级指标	三级指标	指标值				
		产出指标	数量指标	对社会各界参与监督举报欺诈骗取医疗保障基金行为的奖励人数			≤10人	数量指标	对社会各界参与监督举报欺诈骗取医疗保障基金行为的奖励人数	≤10人			
			质量指标	欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费按规定发放			100%	质量指标	欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励经费按规定发放	100%			
			时效指标	持续加强打击欺诈骗保的违法行为			1年	时效指标	持续加强打击欺诈骗保的违法行为	1年			
			成本指标	项目工作经费			≤100万元	成本指标	项目工作经费	≤100万元			
		效益指标	经济效益指标					经济效益指标					
			社会效益指标	对打击欺诈骗保行为的自觉监督			有所提升	社会效益指标	对打击欺诈骗保行为的自觉监督	有所提升			
			生态效益指标					生态效益指标					
			可持续影响指标	对规范医保经办业务行为的作用			成效明显	可持续影响指标	对规范医保经办业务行为的作用	成效明显			
		满意度指标	服务对象满意度指标	参保人员对打击欺诈骗保工作满意度			≥90%	服务对象满意度指标	参保人员对打击欺诈骗保工作满意度	≥90%			
负责人：		经办人：		郭海清		联系电话：		3333895		填报日期：		20211214120006	

忻州市市级预算部门（单位）项目支出绩效目标申报表

(2022年度)

项目名称		医保信息系统建设						
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局		实施单位	忻州市医疗保障局			
项目属性		一次性项目（1年结束）		项目期	1年			
项目资金 (元)	实施期资金总额:	3,000,000	年度资金总额:	3,000,000				
	其中:中央财政资金	0	其中:中央财政资金	0				
	省级财政资金	0	省级财政资金	0				
	市县(区)财政资金	3,000,000	市县(区)财政资金	3,000,000				
	单位自筹	0	单位自筹	0				
	其他资金		其他资金					
项目概况		省医保局发函(晋医保办函〔2021〕11号)确定我市为省级开展DIP付费改革试点,市政府办《关于印发<忻州市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案>的通知》(忻政办发〔2021〕85号)。通知对DIP实施的试点要求,还对实施步骤、时间节点做了更加细致的要求。本项目根据国家、省局、市局的通知要求,结合我局医保信息化建设现状,全面推进按病种(DIP)分值付费信息系统建设。						
立项依据		《关于印发<忻州市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案>的通知》(忻政办发〔2021〕85号)						
项目设立必要性		持续推进医保支付方式改革,提高医疗服务透明度,提升医保基金使用效率,国家医保局制定下发了《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案的通知》(医保办发〔2020〕45号)文件,提出用1-2年的时间,将统筹地区医保总额预算与点数法相结合,实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立起现代化的数据治理机制,形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元,以结果为导向的医疗服务付费体系,完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。						
保证项目实施的制度、措施		《忻州市区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作实施方案》						
项目实施计划		将统筹地区医保总额预算与点数法相结合,实现住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式。建立起现代化的数据治理机制,形成数据采集、存储、使用的规范和标准。逐步建立以病种为基本单元,以结果为导向的医疗服务付费体系,完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。						
		实施期目标		年度目标				
总体目标	持续推进医保支付方式改革,提高医疗服务透明度,提升医保基金使用效率,逐步建立以病种为基本单元,以结果为导向的医疗服务付费体系,完善医保与医疗机构的沟通谈判机制。			根据国家、省局、市局的通知要求,结合我局医保信息化建设现状,全面推进按病种(DIP)分值付费信息系统建设。				
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	二级指标	三级指标	指标值	
	产出指标	数量指标	应用功能建设数量	≥3个	数量指标	应用功能建设数量	≥3个	
			医保部门医疗机构培训次数	≥1次		医保部门医疗机构培训次数	≥1次	
		质量指标	应用系统满足使用要求率	≥95%	质量指标	应用系统满足使用要求率	≥95%	
			对系统运行维护时间	12个月		对系统运行维护时间	12个月	
	成本指标	DIP应用系统建设费用		≤300万元	成本指标	DIP应用系统建设费用		≤300万元
		经济效益指标				经济效益指标		
	效益指标	社会效益指标	按病种(DIP)分值付费信息系统建设	稳步推进	社会效益指标	按病种(DIP)分值付费信息系统建设	稳步推进	
		生态效益指标			生态效益指标			
		可持续影响指标	全民医疗保障制度改革	持续推进	可持续影响指标	全民医疗保障制度改革	持续推进	
满意度指标	服务对象满意度指标	系统使用对象满意度	≥95%	服务对象满意度指标	系统使用对象满意度	≥95%		
负责人:	经办人:	杜俊义	联系电话:	03503333896	填报日期:	20220213160654		

忻州市市级预算部门（单位）项目支出绩效目标申报表

（2022年度）

项目名称		资产购置经费							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局		实施单位		忻州市医疗保障局			
项目属性		一次性项目（1年结束）		项目期		1年			
项目资金 （元）		实施期资金总额：		27,000		年度资金总额：		27,000	
		其中：中央财政资金		0		其中：中央财政资金		0	
		省级财政资金		0		省级财政资金		0	
		市县（区）财政资金		27,000		市县（区）财政资金		27,000	
		单位自筹		0		单位自筹		0	
		其他资金				其他资金			
项目概况		主要用于我单位办公设备购置，保障单位日常工作运行。							
立项依据		《市级行政事业单位国有资产配置管理办法》（忻财资【2021】1号）							
项目设立必要性		新成立机构，办公设备随单位干部队伍及各科室业务日益增多，需按需求购置办公设备，保障日常工作运行。							
保证项目实施的制度、措施		《市级行政事业单位国有资产配置管理办法》（忻财资【2021】1号）							
项目实施计划		按照采购法、资产管理相关法规政策，按流程、配备标准执行，完善单位办公设备购置。							
实施期目标				年度目标					
总体目标		严格按照资产采购、购置流程及标准执行，保障单位业务工作运行。				按照采购法、资产管理相关法规政策，按流程、配备标准执行，完善单位办公设备购置。			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	二级指标	三级指标	指标值		
	产出指标	数量指标	购置办公设备数量	≥2台（套）	数量指标	购置办公设备数量	≥2台（套）		
		质量指标	办公设备验收合格率	≥95%	质量指标	办公设备验收合格率	≥95%		
		时效指标	资产投入使用时间	资产购置按文件要求按期完成	时效指标	资产投入使用时间	资产购置按文件要求按期完成		
		成本指标	单位购置成本	按照配置标准严格执行	成本指标	单位购置成本	按照配置标准严格执行		
	效益指标	经济效益指标			经济效益指标				
		社会效益指标	资产利用水平	正常使用正常	社会效益指标	资产利用水平	正常使用正常		
		生态效益指标			生态效益指标				
		可持续影响指标			可持续影响指标				
	满意度指标	服务对象满意度指标	使用人员满意度	≥95%	服务对象满意度指标	使用人员满意度	≥95%		
负责人：	经办人：	高海云	联系电话：	3333893	填报日期：	20211217190340			

忻州市市级预算部门(单位)项目支出绩效目标申报表

(2022年度)

项目名称		医药招采与基金监管工作经费					
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局		实施单位	忻州市医疗保障局		
项目属性		一次性项目(1年结束)		项目日期	1年		
项目资金 (元)	实施期资金总额:	86,500	年度资金总额:	86,500			
	其中:中央财政资金	0	其中:中央财政资金	0			
	省级财政资金	0	省级财政资金	0			
	市县(区)财政资金	86,500	市县(区)财政资	86,500			
	单位自筹	0	单位自筹	0			
	其他资金		其他资金				
项目概况	开展依法查处医疗保障领域违法违规行为工作;开展药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策落实工作;开展全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实,并对落实情况开展日常监督工作。按照基金使用监督管理办法要求,聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员开展基金监管专项检查费用按照基金使用监督管理办法要求,聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员开展基金监管专项检查费用						
立项依据	中共忻州市委办公室忻州市人民政府关于印发《忻州市医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》的通知(忻办字〔2019〕71号)《医疗保险行基金使用监督管理条例》、《山西省医疗保障基金使用监督管理办法》						
项目设立必要性	工作量大,尤其是对全市2000多家两定机构的日差巡查和监督检查,需经常外出核查,差旅费等各项支出消耗较大。市内、市际交叉检查,需经常外出核查,仅有2名工作人员(含科级领导1名)且按照相关基金使用监督管理条例和办法,需聘请第三方会计师事务所等机构人员,检查服务费消耗较大。						
保证项目实施的制度、措施	山西省人民政府办公厅关于印发《山西省推进药品耗材集中带量采购和使用工作实施方案的通知》(晋政办发〔2019〕84号)《医疗保险行基金使用监督管理条例》、《山西省医疗保障基金使用监督管理办法》						
项目实施计划	用于支付2022年保证医保基金运行安全,打击欺诈骗保检查,完善打击欺诈骗保工作制度,继续实施欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法。开展依法查处医疗保障领域违法违规行为工作,对全市2000多家两定机构的日差巡查和监督检查;按省医保局安排部署落实公立医院医药价格和药械采购改革,促进“三医联动”;开展药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策落实工作;开展全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实,并对落实情况开展日常监督等工作相关的差旅费、邮电费等费用。参照2021年检查频次,预计2022年不少于2次的市内检查、2次由省组织市际交叉检查,每次聘请第三方机构检查人员不少于10人。						
实施期目标			年度目标				
总体目标	<p>一、加强医保基金管理,确保平稳运行。二、深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全。1、深入开展打击欺诈骗保专项行动。2、加强经办机构内控建设。3、扎实开展打击欺诈骗保集中宣传月活动。三、加快公立医院医药价格和药械采购改革,促进“三医联动”。</p> <p>用于支付2022年保证医保基金运行安全,打击欺诈骗保检查,完善打击欺诈骗保工作制度,继续实施欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法。开展依法查处医疗保障领域违法违规行为工作,对全市2000多家两定机构的日差巡查和监督检查;按省医保局安排部署落实公立医院医药价格和药械采购改革,促进“三医联动”;开展药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策落实工作;开展全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实,并对落实情况开展日常监督等工作相关的差旅费、邮电费等费用。参照2021年检查频次,预计2022年不少于2次的市内检查、2次由省组织市际交叉检查,每次聘请第三方机构检查人员不少于10人。</p>						
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	二级指标	三级指标	指标值
	产出指标	数量指标	开展打击欺诈骗保专项行动,对两定机构监督检查等检查的数量	≥2次	数量指标	开展打击欺诈骗保专项行动,对两定机构监督检查等检查的数量	≥2次
		质量指标	全市公立医院医药招采工作落实效果	按时间节点保障落实	质量指标	全市公立医院医药招采工作落实效果	按时间节点保障落实
		时效指标	药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格等政策落实	12个月	时效指标	药品、医用耗材价格、医疗服务项目价格等政策落实	12个月
		成本指标	深入开展打击欺诈骗保专项行动,打击欺诈骗保集中宣传月活动	不超预算	成本指标	深入开展打击欺诈骗保专项行动,打击欺诈骗保集中宣传月活动	不超预算
	效益指标	经济效益指标			经济效益指标		
		社会效益指标	深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全。	持续进行	社会效益指标	深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全。	持续进行
		生态效益指标			生态效益指标		
		可持续影响指标	促进“三医联动”改革发展,加快公立医院医药价格和药械采购改革政策落实,全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实	成效明显	可持续影响指标	促进“三医联动”改革发展,加快公立医院医药价格和药械采购改革政策落实,全市药品、医用耗材招标采购、配送及结算管理政策落实	成效明显
	满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度	基本满意	服务对象满意度指标	服务对象满意度	基本满意
负责人:	经办人:	郭海清	联系电话:	3333895	填报日期:	20211214143059	

忻州市市级预算部门（单位）项目支出绩效目标申报表

（2022年度）

项目名称		待遇保障与医药服务工作经费							
主管部门及代码		303-忻州市医疗保障局		实施单位		忻州市医疗保障局			
项目属性		一次性项目（1年结束）		项目期		1年			
项目资金（元）		实施期资金总额：		86,500		年度资金总额：		86,500	
		其中：中央财政资金		0		其中：中央财政资金		0	
		省级财政资金		0		省级财政资金		0	
		市县（区）财政资金		86,500		市县（区）财政资金		86,500	
		单位自筹		0		单位自筹		0	
其他资金				其他资金					
项目概况		开展用于医疗保险、生育保险等政策落实工作，建设市县乡村多层次医疗保障体系；开展医药机构医保协议和支付管理工作；开展异地就医管理工作；开展药品、医用耗材、医疗技术经济性评价等工作							
立项依据		中共忻州市委办公室 忻州市人民政府关于印发《忻州市医疗保障局职能配置、内设机构和人员编制规定》的通知（忻办字〔2019〕71号）							
项目设立必要性		省级参加培训学习，县级开展药品、医用耗材等经济性评价等工作，工作量巨大							
保证项目实施的制度、措施		忻医保发〔2019〕5号医保局、卫健委转发《关于规范县乡一体化打包付费工作的通知》忻医保发〔2019〕6号医保局转发《关于加快推进医保支付方式改革的通知》忻医保函〔2019〕31号转发《关于简化医药机构纳入医保协议管理的公告》							
项目实施计划		用于保障医保支付方式改革、规范医疗集团一体化改革打包付费、推进按病种付费工作；推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚；扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算等工作开展的相关费用。							
实施期目标				年度目标					
总体目标		一、加快医保支付方式改革，控制医疗费用不合理过快上涨。1、规范医疗集团一体化改革打包付费工作。推进按病种付费工作。试行其他控费支付方式。二、持续推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚。1、实施参保救助。2、落实医保帮扶待遇。3、进一步加强“一站式”结算建设。4、实施医疗保障扶贫三年行动计划。三、扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算。1、全面落实异地就医政策。2、落实市外异地就医刷卡结算。						保障用于保障医保支付方式改革，规范医疗集团一体化改革打包付费、推进按病种付费工作；推进医保扶贫政策落地见效，助力脱贫攻坚；扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算等工作开展的相关费用。	
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值	二级指标	三级指标	指标值		
	产出指标	数量指标	确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率	100%	数量指标	确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率	100%		
		质量指标	返贫致贫人口按个人缴费标准资助	90%	质量指标	返贫致贫人口按个人缴费标准资助	90%		
		时效指标	完善业务系统异地就医结算功能，完善跨省异地就医直接结算措施。	≤12个月	时效指标	完善业务系统异地就医结算功能，完善跨省异地就医直接结算措施。	≤12个月		
		成本指标	助推医保支付方式改革高效发展等工作经费	不超预算	成本指标	助推医保支付方式改革高效发展等工作经费	不超预算		
	效益指标	经济效益指标			经济效益指标				
		社会效益指标	参保人员就医结算便捷程度	明显提高	社会效益指标	参保人员就医结算便捷程度	明显提高		
		生态效益指标			生态效益指标				
		可持续影响指标	医疗生育保险政策落实，建设市县乡村多层次医疗保障体系；医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理等工作落实	成效明显	可持续影响指标	医疗生育保险政策落实，建设市县乡村多层次医疗保障体系；医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理等工作落实	成效明显		
	满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度	基本满意	服务对象满意度指标	服务对象满意度	基本满意		
负责人：	经办人：	杜俊义	联系电话：	3333896	填报日期：	20211214135652			

《部门（单位）整体支出绩效目标申报表》

（2022）年度

部门基本信息	部门名称	303-忻州市医疗保障局		
	内设职能部门	3个	下属预算单位	1个
	核定的人员编制数	40人	实际在职人员总数	37人
	其中：在编人员数	37人	其他人员数	0人
部门职能	<p>一、市局基本职能或主要职责（一）拟订全市医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的政策、规划和标准并组织实施。（二）组织制定并实施全市医疗保障基金监督管理办法，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革。（三）组织制定全市医疗保障筹资和待遇政策并组织实施，完善动态调整机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制，组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案。负责市直及省以上驻忻府区机关、事业、企业、社会团体等单位的医疗保险和生育保险管理工作。（四）贯彻执行全省城乡统一的药品、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。（五）贯彻执行全省药品、医用耗材价格和医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策并组织实施；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，建立价格信息监测和信息发布制度。（六）贯彻落实省药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施。（七）制定全市定点医药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。（八）负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。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。开展医疗保障领域国内合作交流。（九）完成市委、市人民政府交办的其他任务。二、下设机构及其基本情况 忻州市医疗保障服务中心，成立于2001年，是忻州市医疗保障局下属的一类公益性事业单位，参照公务员管理，副处级建制，编制数30名，实有在编人员29名。主要职责是：1.参与拟订并贯彻实施医疗保险政策；2.指导全市基本医疗保险经办业务工作；3.负责市级统筹、市级调剂业务的管理；4.经办市直管职工医疗保险和医疗保险异地就医结算业务；5.完成忻州市医疗保障局交办的其他任务</p>			
部门战略目标	<p>一、加强医保基金管理，确保平稳运行。二、加快医保支付方式改革，控制医疗费用不合理过快上涨。1、规范医疗集团一体化改革打包付费工作。推进按病种付费工作。试行其他控费付费方式。三、认真落实党中央、省、市安排部署，积极做好医保扶贫和乡村振兴衔接工作。1、实施参保救助。2、落实医保帮扶待遇。3、进一步加强“基本医保+大病保险+补充保险+医疗救助”四项医疗保障帮扶政策“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。四、扩大异地就医结算范围，方便参保人员报销结算。1、全面落实异地就医政策。2、落实市外异地就医刷卡结算。五、深入开展打击欺诈骗保专项治理，维护医保基金安全。1、深入开展打击欺诈骗保专项行动。2、加强经办机构内控建设。3、扎实开展打击欺诈骗保集中宣传月活动。六、扩大抗癌药纳入医保支付范围，使参保人员享受医保改革红利。七、加快公立医院医药价格和药械采购改革，促进“三医联动”。八、积极探索，搞好大病医疗救助工作。九、扎实推进，完善“两病”患者门诊用药保障机制。十、积极做好全省医疗保障信息平台上线工作。</p>			
年度部门预算情况	按收入来源分	预算金额（万元）	按支出来源分	预算金额（万元）
	合计	8203.60	合计	8203.60
	其中：财政拨款收入	8203.60	其中：基本支出	456.00
	财政专户管理资金收入	0.00	项目支出	7747.60
	单位资金收入	0.00	其中：本级安排	7747.60
			转移支付	0.00
	核心职能	重点任务		
	制定全市定点医药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。	加强医保基金监管力度，持续开展打击欺诈骗保专项治理行动		
	贯彻执行全省城乡统一的药品、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。	积极做好医保扶贫和乡村振兴衔接工作，巩固医保脱贫攻坚成果。		
	贯彻落实省药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施。	全面落实药品耗材集中带量采购，建立常态化、制度化工作机制。		

年度重点任务	贯彻执行全省药品、医用耗材价格和医疗服务项目价格、医疗服务设施收费等政策并组织实施;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,建立价格信息监测和信息发布制度。		全力服务新冠疫情防控工作,严格落实新冠肺炎确诊患者救治保障措施	
	完成市委、市政府交办的其他任务。		积极做好全省医疗保障信息平台上线工作	
	组织制定全市医疗保障筹资和待遇政策并组织实施,完善动态调整机制,统筹城乡医疗保障待遇标准,建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案。负责市直及省以上驻忻府区机关、事业、企业、社会团体等单位的医疗保险和生育保险管理工作。		深入推进医疗保障制度改革	
	组织制定并实施全市医疗保障基金监督管理办法,建立健全医疗保障基金安全防控机制,推进医疗保障基金支付方式改革。		完善县级医疗集团打包付费促进分级诊疗,深化医保支付方式改革	
	负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。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。开展医疗保障领域国内合作交流。		提升医保经办服务水平和公共服务能力	
年度绩效目标	一、提高信息化建设水平。积极做好全省医疗保障信息平台上线工作。保障医保业务信息系统基础设施安全保护及软件运行维护。二、扎实做好医保脱贫攻坚与乡村振兴有效衔接,确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率分别达到100%。三、推进医保支付方式改革。对业务信息系统进行全方位升级,助推医保支付方式改革高效发展。四、完善跨省异地就医结算。完善业务系统异地就医结算功能,完善跨省异地就医直接结算措施。五、强化医疗保险基金监管。实现统筹地区内定点医药机构监督检查全覆盖。六、持续巩固医保经办模式改革成果。开展委托商业保险机构经办城乡居民基本医疗保险业务工作。七、完成城镇职工和城乡居民基本医保和大病保险筹资任务。认真落实医疗保障待遇,深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动计划落实。八、加快公立医院医药价格和药械采购改革,促进“三医联动”。			
年度绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	指标值
	产出指标	数量指标	确保基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率	100%
			部门预决算公开次数	≥2次
		质量指标	返贫致贫人口参加基本医疗保险个人缴费部分给予资助比例	90%
		时效指标	完善业务系统异地就医结算功能,完善跨省异地就医直接结算措施。	12个月
		成本指标	部门公用经费支出	≤244万元
			部门人员经费支出	≤1058万元
	公车运行与维护成本		≤6万元	
	会议费		≤5万元	
	培训费	≤15万元		
	效益指标	社会效益指标	医疗生育保险政策落实、医药机构医保协议和支付管理、异地就医管理等工作落实。	成效明显
可持续影响指标		深入开展打击欺诈骗保专项治理,维护医保基金安全。	持续进行	
满意度指标	服务对象满意度指标	参保人员对医保工作的满意度	≥90%	
		本单位人员满意度	≥90%	