

北京市医疗保障局 2019 年度绩效管理工作报告

一、总体情况

2019 年，北京市医疗保障局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为统领，在国家医疗保障局和市委市政府的正确领导下，紧紧遵循“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的工作要求，对标全方位全生命周期为人民群众健康提供基本保障的初心和使命，推动首都医疗保障事业高质量发展迈上新台阶。

二、主要做法和工作成效

（一）全面高效履职，推动首都医疗保障事业高质量发展

2019 年是市医保局正式履行职责第一年。一年来，**本市参保就医人数稳步增长**，截至 11 月底，城镇职工总参保 1357 万人，累计就医 863.8 万人，同比增长 6.0%；城乡居民总参保 397 万人，累计就医 303.1 万人，同比增长 5.2%。**医保基金运行平稳**，城镇职工医保基金结算医疗费用 909.4 亿元，同比增长 6.2%，有效控制医疗费用过快增长；城乡居民医保基金支出 78.5 亿元，同比增长 21.1%。**保障水平稳步提高**，城镇职工医保住院报销封顶线由 30 万元提高至 50 万元；城乡居民医保门诊封顶线从 3000 元提高到 4000 元，住院封顶线由 20 万元提高至 25 万元，群众获得感进一步提升。

一是深化改革创新，持续破解全面深化医改领域的重点难点问题。

1. 稳妥推进医耗联动综合改革。规范调整 6621 项医疗服务项目价格，将 98% 的调整项目纳入医保报销，出台提高住院报销封顶线、调整精神类住院和 23 个单病种支付标准等六方面医保配套政策，全面结束了本市医疗机构通过销售药品和耗材赚取收入、补偿运行的历史。目前，改革结果基本符合预期。

2. 平顺实施“4+7”国家药品集中带量采购使用试点工作。截至 11 月底，医疗机构已累计发送中选药品订单 21 万笔，采购数量达 4.4 亿（片/粒/支），超额完成国家任务 26%。参保人员累计结算中选药品 1000 万笔，惠及患者超过 300 万人，同比节省药品费用超过 15 亿元。

3. 深化医疗保险支付方式改革。全面强化基金预算管理，建立以质量为核心的费用核算机制，引导医疗机构“提质增效”；加大超支共担比例，调整结余共享办法，充分发挥激励约束作用。形成《国家医疗保障疾病诊断相关组（CHS-DRG）分组方案（核心组 ADRG）》，签署 DRG 付费局市合作备忘录。

二是构建覆盖全民的基本医疗保障体系，持续完善医保制度机制。

1. 落实职工医保和生育保险两险合并实施。按照国家部署要求印发两险合并实施意见，确保 2020 年 1 月 1 日起实现两项保险参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

2. 调整 2020 年城乡居民医保筹资标准。在提高政府补助标准的同时适当提高个人缴费比重，将区属三级定点医疗机构报销比例从 75% 提高到 78%，扩大首诊医疗机构范围，方便患者就医。

3. **稳妥推进长期护理保险试点。**继续在石景山扩大长期护理保险试点，研究起草《北京市长期护理保险制度扩大试点方案》，向国家医保局推荐石景山区作为北京市长期护理保险扩大试点区。

4. **建立完善医保药品目录动态调整机制。**对接国家新版医保药品目录，将国家增加的 227 种常规准入品种以及谈判成功的 70 种癌症、罕见病以及慢性病等药品全部纳入本市医保药品目录。

5. **完善药品阳光采购动态调整机制，**建立“品种有进有出”的日常动态调整机制，启用药品阳光采购新平台，实行药品动态准入、价格日常联动，规范阳光采购参与各方的行为，强化对网上购销的监控。

6. **做好跨省异地就医住院费用直接结算工作，**直接结算范围扩展到所有有床位的定点医疗机构。截至 11 月底，本市累计审核支付直接结算费用 101.5 万人次。

三是聚焦“因病致贫、因病返贫”问题，最大限度减轻群众就医负担。

1. **着力提高大病医疗保障水平。**探索研究城镇职工大病保障长效机制，对城乡居民困难人员大病保险起付线降低 50%，报销比例提高 5 个百分点。将恶性肿瘤、血友病、再生障碍性贫血纳入门诊特殊病范围，参保人员患特殊病发生的相关门诊费用按照住院标准报销。做好国家谈判 17 种抗癌药在本市报销工作，截至 11 月底，本市参保人员共有 3.3 万人次发生相关费用，基金报销 2.68 亿元。

2. **强化托底功能筑牢医疗救助底线。**将各类社会救助对象医

疗救助的门诊、住院、重大疾病全年救助封顶线，分别从 6000 元、6 万元和 12 万元提高到 8000 元、8 万元和 16 万元。截至 11 月底，医疗救助覆盖 13 万社会救助对象，累计救助 11.3 万人次。累计医疗救助因病致贫家庭 378 人次。

四是立足基金安全监管，维护医保基金安全可持续运行。

1. 严打欺诈骗保，守好百姓救命钱。制定落实 2019 年开展打击欺诈骗保专项工作方案，举行集中宣传月活动，出台举报奖励办法，建立社会监督员制度，推进医保基金监管立法，持续开展打击欺诈骗保工作。对全市 3361 家定点医药机构实现现场检查全覆盖，处理 76 家定点医药机构，拒付并追回不合规医保基金 3126.2 万元。

2. 提高医保管理智能化、信息化和精细化水平。全市定点医疗机构均已实现就诊信息互联互通。在北京中医医院、友谊医院、方庄社区卫生服务中心开展人脸识别技术试点，积极探索高新技术在医保管理中的应用，开展“智慧医保”竞赛。

（二）全面依法行政，推进法治医保建设

一是完善医保依法行政制度体系。制定医疗保障行政规范性文件合法性审查、领导干部学法、法律顾问管理、公平竞争审查等多项制度。制定行政执法公示等三项制度，推动行政执法公示规范化。二是加强法治培训，提升领导干部法治思维。通过专家、律师讲法、以案释法等形式，开展领导干部会前学法培训和依法行政专题培训，集中学习行政复议和应诉等法律法规。三是加强行政复议和行政应诉工作，有效化解社会矛盾。积极履行行政复议和行政应诉工作法定职责，依法受理和答复行政复议和诉讼案

件，维护群众权利。四是立足精准公开，暖心服务满足群众信息获取需求。主动公开政府信息 308 条。通过召开新闻发布会、局网站公布、融媒体宣传等形式公开医保监管重点领域“五公开”信息。

（三）全面预算管理，提升财政资金使用效益

一是科学合理编制 2019 年度预算。聘请第三方机构，建立健全内部控制制度并且对所有项目开展预算评审工作，从源头上提高预算编制的科学性和精准性。二是严格预算执行。完善用款计划管理，加强预算执行监测；严控“三公”经费支出，合理组织会议和培训；加强国库动态监控，按规定划转资金；根据财政规定，合理安排调整预算。三是建立预算信息公开机制。在首都之窗公开 2019 年预算信息，提高财政资金使用的规范化和透明度。四是强化预算绩效跟踪。引入第三方机构，对档案存档租金、全市基本医疗保险奖励款两个项目开展绩效跟踪评估。

（四）全面优化服务，增强群众办事获得感

一是深化“放管服”改革，提升群众办事便利度水平。组织开展政务服务事项标准化，规范经办服务标准，优化办理流程，提升服务效率；落实“四减一增”改革要求，大力推行政务服务事项“一次不用跑”或“最多跑一次”，医保政务服务事项达到任务目标。二是全面提升“接诉即办”工作，积极回应群众关切。完善群众反映问题定期会商、回访反馈、督导评比“三机制”，建立政策问答平台。积极与 12345、12333 等热线对接，推动网上政策答疑环节前置。多渠道加大对医保政策宣传解读，开展政策优化改进会商，争取未诉即办。全年共受理群众来信、来访、来

电等诉求办理 2700 余件。三是推进医保“一网通办”，拓展网上办事的广度和深度。完成“医保系统人员增加”政务服务事项首批数据的上传报送，向经信局提供部分医保基础数据供信息公开使用；完善网上政务服务大厅，为政务服务局“指尖行动”计划提供定点医疗机构查询、变更等功能。

三、存在问题及改进措施

受经济下行等因素综合影响，全市医保基金收支平衡面临压力。医保基金监管面临的形势问题复杂严峻，现行医疗控费和医保管理水平与首善标准存在差距。此外，市区两级医疗保障部门人少事多的矛盾突出，基层呼声强烈。2020年，市医保局将牢固树立“医保的生命在于管理”核心理念，全力聚焦五个高质量转变，着力推动首都医疗保障事业由单独险种管理向完善医保制度体系高质量转变，由偏重控价控费向医保管理服务提质增效高质量转变，由偏重追求患者满意向参保人、定点机构、医药企业和医保四方满意高质量转变，由保障疾病人群向保障群众全方位全生命周期健康高质量转变，由福利型医保向健康风险互助共济高质量转变，持续提升人民群众在医疗保障领域的获得感、幸福感、安全感。