

北京市医疗保障局 2020年度绩效管理工作报告

一、总体情况

2020年，全市医疗保障系统坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，牢牢聚焦首都功能，统筹疫情防控和群众需要，坚持兜底线、织密网、建机制、惠民生。依法高效履职，推动落实年度绩效任务；强化法治理念，扎实推进依法行政；严格预算管理，切实提高资金使用效益；全面优化服务，不断提高服务质量和效果，较好的完成了既定绩效任务年度目标。

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

2020年度，本市参保就医人数稳步增长，本市城镇职工参保1381万人，累计就医855.3万人，同比减少3.2%；本市城乡居民总参保398万人，累计就医288.7万人，同比减少7.0%。医保基金运行平稳，城镇职工医保基金结算医疗费用899.3亿元，同比减少11.5%，有效控制医疗费用过快增长；城乡居民医保基金支出76.3亿元，同比减少14.1%。

1. 全力为新冠肺炎疫情防控提供坚强的医疗保障

新冠肺炎疫情爆发以来，先后调整出台25项实打实的医疗保障支持措施，做到“三个放心、三个确保、一个减轻”。

——为新冠肺炎检测治疗及时提供医疗保障，减轻患者负担。将符合诊疗方案的新冠肺炎患者使用的药品和医疗服务项目，临时性纳入医保基金支付范围。对佑安等56家收治患者的定点医疗机构加大医保基金预付力度，提前预付医保基金，加强资金支撑保障。

——妥善处理单位和个人参保缴费问题，促进社会稳定。根

据疫情情况调整参保缴费时限，明确疫情防控期间经办流程，保障疫情期间参保人员待遇和权益不受影响。阶段性减征职工医保单位缴费，减轻企业负担，支持复工复产，涉及单位 63 万户，减轻企业负担 260 余亿元。

——大力推进“互联网+”医疗服务，减少疫情传播风险。实行“网上办”“掌上办”“电话办”“邮寄办”等业务办理新模式，打通互联网复诊服务医保线上报销渠道，支持定点医院开展互联网复诊服务。截至 12 月底，已开通 24 家“互联网+”医保服务定点医疗机构，共接诊 45779 人次。

——开启绿色通道，提高医疗保障效率。启动医保经办绿色通道，对新冠肺炎救治定点医院的协议管理、定点确立、信息变更等采取备案方式管理。畅通新型冠状病毒肺炎诊疗方案推荐药品阳光采购渠道，及时挂网，保障供应，对定点医疗机构紧急采购平台外的药品，可先行采购、事后备案。

——制定并动态调整新冠核酸检测项目，促进防控措施加快落地实施。会同有关部门制定并多次动态调整“新型冠状病毒核酸检测”价格政策，同步配套相关保障措施，有效减轻患者费用负担，支持全市核酸检测有序开展。

——坚持人民至上，做好政策宣传和舆论引导。先后 4 次通过市新冠肺炎疫情防控工作新闻发布会，介绍疫情防控有关医保政策。在局官网、微信公众号及时发布市民关注的医保政策问题。全力做好疫情防控“接诉即办”，加强舆情监测。

2. 首都医疗保障体系更加健全完善

——科学建立城镇职工和城乡居民医保筹资动态调整机制。按照“小幅调增上限、降低下限”原则，调整发布职工医保缴费基数，2020 年职工医保月缴费基数上限为 29732 元/月；下限由 5557 元/月下调至 5360 元/月；明确 2021 年城乡居民医保城乡老年人、

学生儿童和劳动年龄内居民三类人群个人缴费分别为 340 元/年、325 元/年和 580 元/年，财政人均补助分别为 4260 元/年、1645 元/年和 2210 元/年，门诊封顶线从 4000 元提高到 4500 元。

——建立城镇职工大病医疗保障长效机制。为提高重特大疾病保障水平，减轻大病职工高额医疗费用负担，明确 2020 年 1 月 1 日起，大病职工高额医疗费用可“二次报销”，单位和个人不缴费。

——医疗服务价格项目动态调整有序开展。按照小步快走的动态调整方式，规范调整 11 项医疗服务价格项目，进一步完善本市医疗服务价格政策。

——进一步完善医保药品目录和服务项目目录。本市医保药品目录新增 227 种常规药品和 70 种国家谈判成功药品，并按国家要求将部分药品调出本市医保药品目录。为进一步减轻参保人员医药费用负担，调整完善本市门诊特殊病政策，并对 9 种药品试行医保基金按固定比例支付。

——医药阳光采购工作取得新突破。圆满完成国家第一批药品集采任务，探索完善了本市“双向选择，带量分包”带量采购模式，在本市全面执行国家第二、三批集中采购中选结果。成功开展京津冀新冠检测试剂挂网采购，平均降幅达 70%，显著降低采购成本和群众负担。顺利实施人工晶体区域联盟带量采购工作，人工晶体平均降幅 54.2%。

——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，研究出台本市长期护理保险扩大试点方案，并在石景山区全面推开长期护理保险试点。

——探索推进京津冀跨省异地就医门诊医疗费用直接结算扩面工作。全年，本市已开通 23 家定点医疗机构，可与津冀 12 个统筹地区开展门诊直接结算，津冀参保人员来我市门诊直接结算

累计 18838 人次；津冀两地 134 家定点医疗机构试点运行，我市参保人员在津冀门诊直接结算累计 5892 人次。

——深化医疗保险支付方式改革。推进 DRG 付费的国家技术标准制定和本市具体落实工作，加快门诊慢性病按人头付费实施，研究探索紧密型医联体打包付费。稳步推进本市 DRG 付费改革工作，拟于 2021 年进行 DRG 实际付费，病种实施范围由 312 组推广至全病组。

3. 医保基金监管持续加强

——成立医疗保障行政执法机构。执法对象包括全市 2900 余家定点医疗机构，650 余家定点零售药店，60 余万家参保单位及 2000 余万参保人员，明确 15 项行政处罚职权。

——持续打击欺诈骗保行为。调动社会监督员积极参与打击欺诈骗保集中宣传月活动，持续推进打击欺诈骗保举报奖励，对定点医疗机构进行飞行检查。

——开展“打击欺诈骗保、维护基金安全”集中宣传月。主动曝光违规骗保案例，以案促法、以案讲法；依托户外新媒体，注重市区联动，打造“新媒体+宣传”。共组织宣传活动 403 场次，保证宣传活动进社区、到个人、到医药机构、到企业。

——开展全覆盖式现场检查和专项治理工作。全年，全市 3685 家定点医药机构全部完成自查自纠工作。全市共拒付、追退回、核减定点医疗机构不合理医保基金支出 1.25 亿元；处理违规定点医药机构 46 家；对全市参保人员异常费用进行筛查审核，给予违规参保人员停卡处理 211 人，锁卡处理 99 人，追回违规费用 457.42 万元。

4. 医疗保障信息化建设稳步推进

——稳妥推进医保电子凭证就医结算。经认真筹备，于 2021 年 1 月 1 日全面启用医保电子凭证就医结算。完成信息系统升级

改造、全市 2910 家定点医疗机构信息系统验收、并在全市开展广泛宣传和应急演练；实现 24 家授权渠道商的激活和展码功能，截止目前，全市已有约 491 万人激活电子凭证，共有 34632 人持电子凭证就医结算；我市成为全国首座医保电子凭证就医结算覆盖全部参保人员、全部定点医疗机构、全部费用类型的城市。

——积极推进医疗保障信息平台建设。根据国家医保局建设一体化医保信息平台的工作要求，结合本市推进信息系统“上云”“入链”“汇数”“进舱”等工作要求，积极开展《北京市医保局医疗保障信息平台建设工程可行性研究报告》编制工作。

——开展首届北京数智医保创新竞赛。吸引包括泰康、腾讯、百度、北大等在内的保险、互联网、银行、软件、名校等多个领域的百余支高水平团队参赛，优选出符合医保创新发展需要的新技术方案，为推动区块链、人工智能、大数据分析等高新信息技术在医疗保障领域的创新应用夯实基础，加快促进医保与高新技术产业融合发展。

（二）全面依法行政，依法行政工作稳步推进

一是持续做好复议诉讼、法制审查等工作。依法开展行政规范性文件合法性审查和备案 34 件。完成全局 120 余份经济合同法律审核。提升行政争议化解能力，审理和答复行政复议案件 5 件；行政诉讼案件应诉 1 件，部门负责人出庭应诉，维持率和胜诉率均为 100%。加快推动医保基金监管立法，完成医保基金监管地方性法规立法调研。细化完善我局行政执法公示制度工作实施方案，起草了行政处罚听证暂行办法。二是加强执法力量投入使用。组织执法总队人员参加行政执法资格考试，全部通过获得执法资格，及时公示执法人员信息，A 岗人员参与执法率 $\geq 60\%$ 。制定印发全市医疗保障行政处罚自由裁量基准通知，明确立案标准，开展新入职人员规范培训，进一步规范行政执法工作。三是积极开展法

治宣传培训。增强全员法治观念，组织会前学法 4 次，开展民法典等法律方面培训 10 次，培训近千人次。落实普法责任，制定 2020 年普法依法治理工作要点，完成七五普法工作总结。围绕民法典宣传、“国家宪法日”等重点，组织民法典培训、发放学习材料、组织法律知识竞答，坚持学法普法与法治实践结合。充分发挥法律顾问“外脑”作用，为局属各单位重大行政决策和疑难执法事项提供专业审查或咨询意见。

（三）全面预算管理，提高财政资金使用效益

一是科学编制 2021 年度部门预算。为进一步加强预算管理，继续聘请第三方机构，对申报的项目经费开展事前绩效评估和预算评审工作，邀请市人大代表和市财政局相关人员参与我局重点项目评估评审工作，提高预算编制的科学性和严谨性。二是强化预算执行调整。开展预算执行前评审，加强预算执行动态监控，合理调度预算执行进度，截至 12 月 31 日，实际进度达到 98%。严格管理“三公经费”、会议和培训支出，按照要求压减一般性支出和课题经费，合理安排预算调整。三是全面预算绩效管理。全面加强预算绩效管理，增强预算执行的科学性、合理性、规范性，建立科学、合理的财政支出绩效管理机制，开展财政支出绩效跟踪、绩效评价和项目成本绩效分析，提高财政资金使用效益。四是建立信息公开机制。在官方网站公开预算和决算信息，自觉接受社会监督。五是开展内部审计、内控评估评价，完善内控制度。开展 2019 年度内部审计工作，进一步规范预算管理，完善权力的监督制约机制，提高财政资金使用效益。聘请第三方中介机构开展内控风险评估、评价，查找内控工作中的风险点和不足，不断强化财务规范、防范化解风险，调整、完善 9 项内控制度，有效推进单位内部控制体系建设。

（四）全面优化服务，增强群众办事获得感

一是不断深化“放管服”改革。持续推进告知承诺审批制度改革，按照“成熟一批、推出一批”的原则，制定第一批告知承诺事项清单，根据全市统一部署做好实施准备工作。全面落实国家政务服务事项清单制度，同步推进政务服务事项标准化，医疗保障政务服务事项从63项办事项优化规范至17项主项、33项子项、55项办事项。进一步减材料压时限，精简申请材料125份，压减办理时限398个工作日，减材料减时限比例均超30%，超额完成全市20%、10%的工作任务，基本实现现阶段医疗保障政务服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简。

二是扎实做好接诉即办工作。以制度为抓手，以联动为保障，以数据为支撑，推进群众诉求接诉即办及未诉先办。结合疫情防控工作实际，落实“接诉即办”每日信息报送、重点问题会商、处长回访督办、节假日三级值班等制度，同时与机关纪委、驻局纪检组建立信息共享机制，充分发挥党建引领纪委监督作用，确保人民群众诉求快速响应、快速办理、快速反馈。2020年共受理群众政策咨询、投诉建议等来信来电来访共计1.32万件次，其中12345接诉即办派单3943件，均按期高质量办结。

三是全面推进政务公开。严格落实责任，创新公开形式，全年累计形成8739篇媒体报道，通过局官网、微信公众号发布各类信息共936条；加强重要决策公开，共发布医疗保障重点工作领域信息共325条。持续推进依申请公开标准化规范化建设，受理并答复依申请公开事项49件，切实做到“精准公开，贴心服务”。