

北京市医疗保障局

北京市医疗保障局 2022 年医疗服务与保障 能力提升补助资金（医疗保障服务能力 建设部分）绩效自评报告

根据《国家医疗保障局关于全面开展医保转移支付资金绩效评价工作的通知》（医保函〔2020〕3号）、《国家医疗保障局办公室关于开展 2022 年医保转移支付绩效评价工作的通知》（医保办函〔2023〕1号）、《财政部关于开展 2022 年度中央对地方转移支付预算执行情况绩效自评工作的通知》（财监〔2023〕1号）精神，北京市医疗保障局开展了 2022 年度医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）绩效评价工作，现将相关情况报告如下：

一、绩效目标分解下达情况

（一）资金总体情况

为支持各地加强医疗保障能力建设，中央下达了医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）。北京市医疗保障局认真落实党中央、国务院决策部署和国家医保局工作要求，扎实做好医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）使用管理工作，切实保障重点项目的资金需求，保障国家医保局部署的重点工作任务，有效提升了综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设、人才队伍建设等医疗保障服务能力。

（二）资金分解下达

2021年10月29日《财政部 国家医保局关于提前下达2022年中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金预算的通知》（财社〔2021〕156号），对北京市下达2022年医疗服务与保障能力提升补助资金预算5605万元；2022年4月10日《财政部 国家医保局关于下达2022年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）预算的通知》（财社〔2022〕39号），对北京市2022年医疗服务与保障能力提升补助资金预算（医疗保障服务能力建设部分）下达预算金额为-166万元；2022年6月28日《财政部 国家医保局关于下达2022年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）预算（第三批）的通知》（财社〔2022〕86号），下达北京市资金2000万元；三批共计下达补助资金7439万元。

根据财政部、国家医保局的要求，结合北京市实际情况，按照保障强化统筹、平衡地区差异的分配原则，2021年12月16日《北京市财政局关于下达提前下达各区2022年中央医疗服务与保障能力提升补助直达资金预算的通知》（京财社指〔2021〕2446号），下达各区资金合计3956万元，主要用于有效提升综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设（原则上应避免与医保业务系统重复建设）、人才队伍建设等医疗保障服务能力；2021年12月16日《北京市财政局关于明确中央提前下达2022年医疗服务与保障能力提升补助资金预算额度的函》（京财社指〔2021〕2639号），提前下达补助资金中1649万元至北京市医疗保障局，分别用于医保信息化运维项目778万元、支付方式改革工作项目669.2万元、医疗保障飞行检查服务项目87.5万元、全市基本医疗保险总额预算医院绩效

考核体系(Bj-GBI)培训经费 28.8 万元、“医疗保障基金使用监督管理条例”暨执法案例培训服务经费 55.812 万元、医疗服务与保障能力提升补助资金绩效管理经费 29.688 万元。财政部、国家医保局第二批下达的补助资金-166 万,2022 年 6 月 3 日《北京市财政局关于核减北京市医疗保障局医疗服务与保障能力提升补助资金预算的函》(京财社指〔2022〕1611 号),对北京市 2022 年医疗服务与保障能力提升补助资金预算(医疗保障服务能力建设部分)核减支付方式改革经费 166 万元。2022 年 8 月 8 日《北京市财政局关于下达北京市医疗保障局 2022 年中央医疗服务与保障能力提升(医疗保障服务能力建设部分)补助直达资金预算的函》(京财社指〔2022〕1878 号),下达补助资金 2000 万元,用于医疗保险门诊结算运行维护经费。

综上,2022 年度医疗服务与保障能力提升补助资金共计 7439 万元,市医保局分配 3483 万元,各区医保局共分配资金 3956 万元。

(三) 资金绩效目标

1. 年度总体目标

有效提升综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设、人才队伍建设等医疗保障服务能力。

2. 具体绩效指标

(1) 召开医保新闻发布会、政策吹风会议次数 ≥ 2 次;

(2) 召开医保工作政府信息公开省级工作会 ≥ 1 次;

(3) 医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查全覆盖;

(4) 推行 DRG/DIP 医保支付方式改革: 医疗机构 $\geq 40\%$, 病种 $\geq 70\%$, 基金 $\geq 30\%$;

(5) 医保信息系统正常运行率 $\geq 90\%$;

(6) 门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算统筹地区覆盖率 100%

(7) 定点医药机构监督检查覆盖率 $\geq 90\%$;

(8) 医药服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革改革试点执行情况按时按要求落实和执行;

(9) 医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况 按时按要求落实和执行;

(10) 国谈药等相关药品落地及统计监测情况按时按要求落实和执行;

(11) 原各省份自行增补纳入医保支付药品的消化情况 100%消化

(12) 集中采购落实情况 按时按要求落实和执行;

(13) 医保信息系统重大安全事件响应时间 ≤ 60 分钟;

(14) 医保信息系统运行维护响应时间 ≤ 30 分钟;

(15) 医保经办服务能力有所提高;

(16) 医保法制建设能力有所提高;

(17) 基金预警和风险防控能力有所提高;

(18) 医保综合监管能力显著提升;

(19) 医保宣传能力显著提升;

(20) 医保标准化水平显著提升;

(21) 参保人员对医保服务的满意度 $\geq 85\%$ 。

二、绩效情况分析

(一) 资金投入情况分析

2022 年下达医疗服务与保障能力提升补助资金预算 7439 万元,

上年结转 130.17 万元，截至 2022 年底执行 6384.44 万元（其中：当年度下达资金执行 6320.27 万元，上年结转资金执行 64.17 万元），当年下达资金预算执行率 84.96%，综合预算执行率（含结转资金）84.35%。

（二）资金管理情况分析

市医保局对 2022 年度补助资金开展了绩效运行监控和绩效评价工作，并先后下发了《北京市医疗保障局关于做好 2022 年医疗服务与保障能力提升（医疗保障服务能力建设部分）补助资金管理工作的通知》（京医保发〔2022〕1 号）、《财政部办公厅 国家医疗保障局办公室关于切实做好医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）预算执行管理工作的通知》、《北京市财政局关于进一步做好直达资金重点工作事项的通知》、《关于转发市财政局通报直达资金典型案例及加强长效管理的通知》，不断强化补助资金管理，确保资金使用规范、高效。

（三）总体绩效目标完成情况分析

经自评，北京市医疗保障局 2022 年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）管理整体情况良好，达到了年度目标要求。

1. 强化医疗保障信息化建设。坚定全国“一体化”格局不动摇，实现本市医疗保障信息平台经办功能上线。做好个人账户定向使用、北京普惠健康保即时理赔结算、医疗救助即时结算、民生卡“多卡合一”等重点工程信息化改造，做好长护险系统建设、电子处方流转和移动支付、集采统一结算支付前置准备。抓牢数据安全底线。

2. 扎实做好基金监管严打欺诈骗保。深化立体监管格局，强化日常监管，开展经办机构全覆盖监督检查，定点医药机构抽查复查、

飞行检查工作，拒付或追回 2135 家定点医疗机构不合理支出 1.65 亿元，处理违规定点医疗机构 31 家。对 15 家定点医疗机构开展飞行检查，确认并追回违规金额 835.43 万元。联合市公安局等多部门开展打击诈骗医保基金专项整治行动，强化对基层定点医疗机构、医养结合机构内设定点医疗机构监管，对 15 家定点医疗机构开展联合检查，追回医保基金 165.61 万元，行政处罚 6.29 万元。创新优化监管方式，全面梳理医保经办领域风险隐患，初步建立智能审核规则库，明确 13 类 1.1 万条规则明细。推进医保执法信息平台建设，建立参保人员异常就医监控费用、频次、行为三大类 16 项数据筛查规则，提升监管智能化水平。

3. 医保宣传能力显著提升。编发《工作动态》48 期，采编市、区两级信息 339 条。及时向国家医保局、市委市政府反映医保工作开展情况，全年报送信息 120 条，同比增加 79 条，全年国办采用 2 条、市委市政府采用 21 条，同比增加 14 条，国家医保局采用 15 条，同比增加 7 条。

开设 208 期“医保天天谈”广播专栏；组织召开 2 场新闻发布会、1 场新闻通气会，发布新闻通稿 15 篇、主流媒体采访 5 人次，累计形成 5245 篇媒体报道；开展“基金监管宣传月”“门诊共济保障机制改革”“北京普惠健康保”“城乡居民参保缴费”等主题宣传活动。发挥网站和微信公众号主阵地作用，局门户网站向社会公众发布各类信息 462 条，“医保北京”推送文章 621 篇，累计关注达 238 万人，较上年大幅提升 198%。

持续加强舆情应对工作。建立舆情信息联动共享机制和舆情应对处置闭环式管理体系，不断提高舆情监测和风险研判能力，出具舆情月报 12 期，简报 40 期，专报 5 期，形成各类舆情报告 11 份，

组织开展 1 次全系统舆情工作培训会。每月总结重点舆情信息上报北京舆情事件大数据研判平台，共上报 18 条舆情信息，被采用 3 条。针对舆情风险较大的“个人账户调整各项改革措施”重点专项工作，制定宣传方案和舆情应急预案，向市政府报送《本市推进门诊共济保障机制改革舆情风险研判》，协调市委宣传部、市委网信办共同做好宣传引导、舆情处置工作。

4. 支付方式改革稳步推进。强化医保基金总额预算管理，“一院一测”精准预测医保费用发生规律，建立以质量为核心的年终结算机制，启动 1 家紧密型医联体试点总额预算管理。落实药品集采结余留用政策，第二（含续约）、三批国家药品集采 2875 家定点医疗机构结余留用 10.1 亿元。研究基层医疗机构门诊试行糖尿病、高血压两种慢性病按人头付费。持续深化疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费改革，66 家定点医疗机构推行 647 个病组实际付费，数据模拟范围扩大至全市二级以上定点医疗机构。完善 DRG 付费激励约束机制，出台新药新技术除外支付和特殊病例除外支付管理办法，合理兑现临床价值。

（四）绩效指标完成情况分析

1. 召开医保新闻发布会、政策吹风会议次数 ≥ 2 次

2022 年召开医保工作省级新闻发布会 3 次、新闻通气会 1 次，绩效目标完成。

2. 召开医保工作政府信息公开省级工作会

2022 年我局共形成主动公开文件 26 件，已全部在规定时间内于局官网主动公开。2022 年我局共收到 34 位自然人的政府信息公开申请表，第一时间协调相关业务部门处理，并按流程在规定时间内以信件形式答复本人，未发生针对政府信息公开工作的行政复议、

行政诉讼败诉情况,同时按市政府要求形成《北京市医疗保障局 2022 年政府信息公开工作年度报告》并于局官网主动公开。

3. 医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查全覆盖

2022 年我局严格执行规范性文件合法性审查制度,依法开展行政规范性文件合法性审查和公平竞争审查 34 件,坚持应审尽审。

4. 推行 DRG/DIP 医保支付方式改革

我市深入贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,持续推进医保支付方式改革,完善多元复合式医保支付体系。一方面,全面落实 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划,在总结三年试点工作经验的基础上,于 2022 年 3 月 15 日启动 66 家二级及以上医疗机构 CHS-DRG 实际付费,扩大模拟运行范围至全市二级及以上开展住院服务的医疗机构,同时不断完善配套政策,出台新药新技术除外机制和特殊病例处理机制。在 2022 年全国第一次医保支付方式改革交叉评估中取得了“优秀”成绩。另一方面,落实 CHS-DRG 技术指导组工作任务,在国家医保局的有力领导下,编制了《国家医保疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组方案(2.0 版)》,初步完成了 CHS-DRG 监管指标体系及付费运行评价体系研究工作,为 DRG 付费在试点城市的落地与推广提供了有力的技术支持。2022 年达到了医疗机构 $\geq 40\%$,病种 $\geq 70\%$,基金 $\geq 30\%$ 的指标要求。

5. 医保信息系统正常运行率 $\geq 90\%$

每年进行系统安全等级保护测评或评估,根据系统安全等级要求进行系统安全加固,确保达到信息系统安全等级保护三级的标准。根据运维情况报告,2022 年市医保信息系统可用性(正常运行率)100%,达到规定要求。

6. 门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算统筹地区覆盖率 100%

截至 2022 年底，我市 62 家定点医疗机构开通异地门诊慢特病直接结算，全市每个区至少有 2 家定点医疗机构开通门诊慢特病直接结算，统筹区覆盖率 100%。

7. 定点医药机构监督检查覆盖率 $\geq 90\%$

2022 年我市定点医药机构监督检查覆盖率为 100%。

8. 医药服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革改革试点执行情况按时按要求落实和执行

一是按照国家要求，出台《关于建立健全本市医疗服务价格动态调整机制的实施意见（试行）》（京医保发〔2022〕20 号），分类建立“评估触发”和“专项调整”两种动态管理机制，明确启动指标和约束指标，建立健全符合本市实际、适应行业发展的医疗服务价格动态调整制度。2022 年，我局按照新机制完成本年度医疗服务价格动态调整评估工作，并已将评估结果上报国家医保局。

二是为进一步完善本市新增医疗服务项目价格管理工作，出台《关于进一步完善本市新增医疗服务项目价格管理工作的通知（暂行）》（京医保发〔2022〕5 号），完善新增医疗服务项目价格备案及动态管理相关制度。

9. 医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况 按时按要求落实和执行

常态化实施医药价格和招采信用评价制度。2022 年 6 月，我市就北京能济中药饮片有限公司系列商业贿赂案进行信用评级，溯源至具体中药饮片产品，按照价格招采信用评价制度规定，评定企业“严重”失信并予以公示处置。纳入评级处理数量大于 60%且均明确到具体产品。

10. 国谈药等相关药品落地及统计监测情况按时按要求落实和执行

根据国家医保局《国家医保局 人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021 年）〉的通知》（医保发〔2021〕50 号）要求，本市印发了《北京市医疗保障局 北京市人力资源和社会保障部关于调整本市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品报销范围有关问题的通知》（京医保发〔2021〕34 号）将国家谈判成功的药品全部纳入本市医保报销范围，并于 2022 年 1 月 1 日起执行。按照国家医保局医药服务管理司要求，每月对国家谈判药品的费用进行监测并报送。

11. 原各省份自行增补纳入医保支付药品的消化情况 100%消化

根据国家医保局《国家医保局 人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉的通知》（医保发〔2019〕46 号）要求，在三年内完成非国家医保药品的删除工作，2022 年 6 月印发了《北京市医疗保障局 北京市人力资源和社会保障部关于公布本市第三排调出非国家医保药品目录药品品种的通知》（京医保发〔2022〕21 号），完成了本市最后一批非国家医保药品的删除工作。

12. 集中采购落实情况 按时按要求落实和执行

按时、按要求组织实施国家组织药品集采工作，完成当年度协议采购量。有序推动第六批、第七批国采中选结果落地实施，统筹推进第一至五批国采协议到期药品接续和协议期内药品续约工作。

统筹推进冠脉支架国采协议到期耗材接续和协议期内耗材续约工作。在完成好国家组织冠脉支架首年采购周期的基础上，按时做好第二年采购周期接续工作。

牵头开展京津冀第二批药品联合带量采购，组织完成 2022 年北京市中成药带量采购工作，牵头开展京津冀“3+N”联盟冠脉药物球囊和起搏器类医用耗材带量采购工作，积极参加京津冀“3+N”联盟冠脉扩张球囊、人工晶体和吻合器集中带量采购工作。

13. 医保信息系统重大安全事件响应时间 ≤ 60 分钟

针对春节两会及冬奥保障、市第十三次党代会保障、党的二十大保障、新医保平台切换上线保障等重点时期，组织制定《北京市医保信息系统专项应急预案》并开展应急预案演练，通过演练检查预案、锻炼队伍、磨合机制、宣传贯彻。2022 年市医保信息系统未发生故障中断，最大故障中断恢复时间为 0 分钟，重大安全事件响应时间达到 ≤ 60 分钟的规定要求。

14. 医保信息系统运行维护响应时间 ≤ 30 分钟

持续做好医保信息系统运行维护保障，加强和规范专业化技术支持服务队伍管理，2022 年提供现场 IT 服务 2062 次，其中经办机构及社保所故障处理 525 次，定点医疗机构故障处理 1313 次，版本升级及保障工作 224 次。专门设立技术支持服务呼叫中心医保热线，及时为经办机构、定点医疗机构、参保单位和参保人等提供故障申报、自助查询、电话技术支持和派出现场技术支持等服务。运行维护响应时间达到 ≤ 30 分钟的规定要求。

15. 医保经办服务能力有所提高

按照全国“六统一”“四最”要求，统一事项标准、操作规范，争创“十四五”医保服务基层服务示范点。大力推行“网上办”“掌上办”，打造“指尖上”的便民服务。大力推进服务下沉，打通医保经办“最后一米”。基层医保经办推行“综合柜员制”“一窗通办”，实现群众办事“最多跑一次”。以“一件事”为牵引，聚焦企业和

个人全生命周期，开展医保业务整合和流程再造，实行全市通办，真正实现让“信息多跑路，群众少跑腿”。使市、区各级医保经办机构的服务能力均得到了大幅度提升。

16. 医保法制建设能力有所提高

医保法制建设和执行情况：法规制度建设与执行上，制定 2022 年法治政府建设和普法依法治理工作要点；修订行政处罚自由裁量基准、轻微违法免罚和初次违法慎罚办法，制定出台公平竞争审查制度工作程序。落实普法责任方面，组织会前学法 4 次，组织市区医保系统依法行政培训及法治讲座 6 次。打造普法宣传阵地，积极开展“法律十进”进社区、进机关、进写字楼、进乡村、进景区、进企业等活动共 23 场。围绕“国家宪法日”“国家安全日”“国际禁毒日”等重要节点，组织专题普法宣传活动，发放普法宣传材料、组织法律知识竞答，坚持学法普法与法治实践结合。

法律工作人员的配备与聘请情况：充分发挥法律顾问“外脑”作用，选聘了 2 家法律顾问团队，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和咨询意见，参与完成全局 190 余份经济合同法制审核。

涉法案件处理情况：2022 年我局完成行政复议案件答复 6 件，行政诉讼案件应诉 7 件。

17. 基金预警和风险防控能力有所提高

加快推进建立长短结合、标本兼治的基金监管机制，定期进行医保基金运行分析，提高基金预警和风险防控能力。印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》（京政办发〔2021〕13 号）、《北京市医疗保障局关于建立健全医疗保障基金监督检查制度的通知》（京医保办发〔2022〕18 号），通过建机制、强体系、

提效能，打造全方位综合监管格局。进一步完善医保社会监督员制度，鼓励和支持社会各界参与医保基金监管，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。

18. 医保综合监管能力显著提升

强化法治医保建设。开展行政规范性文件合法性审查和备案 32 件。加强宣传曝光，报道曝光案例千余例次，开展“织密基金监管网 共筑医保防护线”集中宣传月活动，曝光 68 起典型案例。做好举报奖励，奖励 11 名举报人 8.81 万元。

监管机制不断健全。梳理行政检查职权，制定行政检查事项清单，加强处罚案件法制审核，规范行政检查行为。完善查处骗保案件协作、违法线索移送、行刑行纪衔接等工作机制，深化“6+4”风险+信用事中监管模式，推进“双随机、一公开”监管工作。修订行政处罚自由裁量基准。完善医保基金监管社会监督员机制。

深化立体监管格局。强化日常监管，开展经办机构全覆盖监督检查，定点医药机构抽查复查、飞行检查工作。联合市公安局等多部门开展打击诈骗医保基金专项整治行动，强化对基层定点医疗机构、医养结合机构内设定点医疗机构监管。开展高值耗材专项治理，重拳出击严执法。

创新优化监管方式。全面梳理医保经办领域风险隐患，初步建立智能审核规则库。推进医保执法信息平台建设，建立参保人员异常就医监控费用、频次、行为三大类 16 项数据筛查规则，提升监管智能化水平。

19. 医保宣传能力显著提升

编发《工作动态》48 期，采编市、区两级信息 339 条。及时向国家医保局、市委市政府反映医保工作开展情况，全年报送信息 120

条，同比增加 79 条，全年国办采用 2 条、市委市政府采用 21 条，同比增加 14 条，国家医保局采用 15 条，同比增加 7 条。

开设 208 期“医保天天谈”广播专栏；组织召开 2 场新闻发布会、1 场新闻通气会，发布新闻通稿 15 篇、主流媒体采访 5 人次，累计形成 5245 篇媒体报道；开展“基金监管宣传月”“门诊共济保障机制改革”“北京普惠健康保”“城乡居民参保缴费”等主题宣传活动。发挥网站和微信公众号主阵地作用，局门户网站向社会公众发布各类信息 462 条，“医保北京”推送文章 621 篇，累计关注达 238 万人，较上年大幅提升 198%。

持续加强舆情应对工作。建立舆情信息联动共享机制和舆情应对处置闭环式管理体系，不断提高舆情监测和风险研判能力，出具舆情月报 12 期，简报 40 期，专报 5 期，形成各类舆情报告 11 份，组织开展 1 次全系统舆情工作培训会。每月总结重点舆情信息上报北京舆情事件大数据研判平台，共上报 18 条舆情信息，被采用 3 条。针对舆情风险较大的“个人账户调整各项改革措施”重点专项工作，制定宣传方案和舆情应急预案，向市政府报送《本市推进门诊共济保障机制改革舆情风险研判》，协调市委宣传部、市委网信办共同做好宣传引导、舆情处置工作。

20. 医保标准化水平显著提升

根据国家医疗保障局印发《关于贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准的通知》（医保办发〔2020〕51 号）以及《关于印发〈15 项医保信息业务编码标准贯彻执行验收工作手册〉的通知》（医保网信办〔2021〕10 号）、《国家医疗保障局办公室关于修订〈医疗保障基金结算清单〉和〈医疗保障基金结算清单填写规范〉的通知》（医保办发〔2021〕34 号）等文件要求，成立北京贯彻执行 15 项医疗

保障信息业务编码标准（以下简称“贯标”）工作专班，贯标工作专班相继下发《关于贯彻执行医疗保障信息业务编码标准的通知》等十余份通知，指导督促全市医保经办机构、定点医药机构贯标工作。在市、区、各定点医药机构的共同努力下，此项工作已经顺利完成，由于在医保结算时增加了编码标准的强校验，北京市实现了标准编码全覆盖、医保信息数据 100%使用标准编码。

21. 参保人员对医保服务的满意度 $\geq 85\%$

按照国家医保局统一部署，北京市建立医保公共服务“好差评”制度体系，制定出台《医疗保障公共服务评价指标体系》。同步推进《医疗保障公共服务“好差评”制度实施细则》制定实施。实现“好差评”公共服务事项全覆盖、评价对象全覆盖。2022 年北京市医疗保障局医保政务服务的办件评价数 5516944 件，好评件数 5516907 件，好评率 99.99%。

（五）国家医疗保障局绩效评价指标体系分析

国家医疗保障局于 2023 年初对市医保局 2022 年度能力提升补助资金开展了绩效评价，根据绩效评价指标体系，逐项指标情况如下：

1. 项目决策情况

（1）决策依据

①贯彻中央对医疗保障制度改革中有关医保服务能力提升的决策部署

在医疗保障工作中依据党中央和国务院深化医疗保障制度改革的意见进行决策，印发了《“十四五”全民医疗保障规划》2022 年度任务的相关文件。专项资金项目符合规定的使用领域，医疗保障服务能力提升方面的工作部署符合《中共中央 国务院关于深化医疗

保障制度改革的意见》要求。

②执行预算绩效管理和资金管理办法

相关决策符合预算绩效管理要求和专项资金管理办法规定，符合《国家医疗保障局关于全面实施预算绩效管理的意见》，符合《中央对地方专项转移支付资金管理办法》，符合《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》和北京市制定的相关管理办法。

（2）决策过程

决策程序规范

在医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）分配决策过程中，对转移支付资金支持项目的必要性、可行性等进行科学论证，按规定履行立项审批、预算评审等报批程序，下达预算指标的同时明确绩效目标。审批程序规范，报批手续完备。

（3）绩效目标

①绩效目标设置科学

按照财政部和国家医保局下达的年度总体目标和具体绩效指标，细化设置北京市年度总体目标和具体绩效指标，明确产出指标、满意度指标等绩效指标要求，目标设置合理科学，与部门职责相符、与年度任务对应、与预算资金较为匹配。

②绩效目标分解细化

对国家医保局下达的年度总体绩效目标，结合实际进行分解细化，按照要求对各区转移支付资金同步细化分解下达绩效目标，分解下达的绩效目标与财政部和国家医保局要求一致。

（4）资金分配

①资金分配规范性

北京市财政局收到中央财政转移支付资金预算文件 30 日内正

式下达到各区财政部门。

②资金分配合理性

根据财政部、国家医保局的要求，结合北京市实际情况，按照强化统筹、平衡地区差异的原则，资金重点用于医保信息化、基金监管、支付方式改革等提高医保能力方面，资金分配方案符合财政部和国家医保局下达的文件要求，资金分配与绩效评价结果挂钩。

2. 过程管理情况

（1）资金管理

①预算执行率

北京市 2022 年医疗服务与保障能力提升补助资金预算 7439 万元，上年结转 130.17 万元，截至 2022 年底执行 6384.44 万元（其中：当年度下达资金执行 6320.27 万元，上年结转资金执行 64.17 万元），预算执行率 84.35%。

②资金使用合规性

北京市医疗保障局将项目资金按规定纳入部门预算管理，实行国库集中支付，专款专用。同时，根据市财政局要求，将医疗服务与保障能力提升补助资金，纳入中央直达资金监控系统。资金使用符合财经法规和专项资金管理办法，审批程序和手续完整，未发现截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

③资金监管有效性

根据《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》规定及国家医保局相关工作要求，北京市医疗保障局结合本区域实际，起草了《北京市医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）管理办法》（征求意见稿），2021 年 12 月 14 日向北京市财政局发出征求意见的函。北京市医疗保障局对项目资金每月统

计支出进度，定期召开预算资金执行进度调度会，做好能力提升补助资金支出监管。

（2）组织管理

①管理制度健全有效性

项目执行中秉持重要事项专题请示报告、专题专家论证、项目事前绩效评估和预算评审、报局党组进行决策，确保合规合纪。信息化建设项目立项审批方面，严格按照项目可行性研究、项目初步设计方案等程序完成立项审批。项目的立项审批、招标采购、验收等规范运作、手续齐全。

②绩效评价机制健全性

根据国家及北京市全面实施预算绩效管理的要求，制定落实《北京市医疗保障局预算绩效管理暂行办法》，大力加强绩效管理，聘请第三方机构对2022年度转移支付资金进行绩效监控和绩效评价。绩效自评组织有力，评价报告规范完整，自评报告上报及时。

3. 项目产出情况

（1）数量指标

①召开医保工作省级新闻发布会和政策吹风会

2022年召开医保工作省级新闻发布会3次、新闻通气会1次，超过“≥2次”的绩效目标。

②推进医保政府信息公开

2022年北京市医疗保障局共形成主动公开文件26件，已全部在规定时间内于局官网主动公开。2022年共收到34位自然人的政府信息公开申请表，第一时间协调相关业务部门处理，并按流程在规定时间内以信件形式答复本人，未发生针对政府信息公开工作的行政复议、行政诉讼败诉情况。同时按北京市政府要求形成《北京

市医疗保障局 2022 年政府信息公开工作年度报告》并于局官网主动公开。

③在官方网站或微信公众号发布政策文件和解读

2022 年在北京市医疗保障局官网发布医保政策文件、解读共 59 条；在“北京医保”微信公众号发布 623 篇内容，其中医保政策解读 261 篇，主要内容为市医保局重点工作及百姓关注的热点医保问题，如城镇职工待遇、城乡居民待遇、大病保险、北京普惠健康保、异地就医、家庭共济、定点医院等。实现医保信息公开，传播医保好声音。

④报送工作信息情况

2022 年向国家医疗保障局报送各类信息 40 条，采用 15 条，同比增加 7 条。信息亮点突出、问题鲜明，及时反映了北京市医保工作开展情况，并提出合理化意见建议，且建议可行性强。

⑤医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查

根据国务院办公厅《关于加强行政规范性文件制定和监督管理工作的通知》《关于全面推行行政规范性文件合法性审核机制的指导意见》，2022 年北京市医疗保障局严格执行规范性文件合法性审查制度，依法开展行政规范性文件合法性审查和公平竞争审查 34 件，做到了应审尽审全覆盖。

⑥医保信息系统验收合格率

2022 年 12 月 3 日 6 时，北京市启用新医保平台经办端功能，落实国家医保局建设全国统一的医疗保障信息平台的要求，于 2022 年底前完成了 14 个医保核心业务系统上线。上线以来平台运行总体平稳，各类业务有序办理，参保群众就医结算稳定畅通。经办端上线标志着北京市医疗保障信息平台一期建设已经完成，将按计划向

国家医保局提请验收，并以新医保平台为基础，推进后续医保改革任务。

⑦ 医保信息系统正常运行率

北京市医保部门每年进行系统安全等级保护测评或评估，根据系统安全等级要求进行系统安全加固，确保达到信息系统安全等级保护三级的标准。根据运维情况报告，2022 年北京市医保信息系统可用性（正常运行率）100%，达到规定要求。

⑧ 医保信息系统重大安全事件响应时间

针对 2022 年春节、两会及冬奥保障、市第十三次党代会保障、党的二十大保障、新医保平台切换上线保障等重点时期，组织制定《北京市医保信息系统专项应急预案》并开展应急预案演练，通过演练检查预案、锻炼队伍、磨合机制、宣传贯彻。2022 年市医保信息系统未发生故障中断，重大安全事件响应时间达到≤60 分钟的规定要求。

⑨ 医保信息系统运行维护响应时间

市医保局制定了《北京市医疗保障局网络安全和信息化管理办法总则》等 13 项管理办法，建立了专业化技术支持服务队伍。持续做好医保信息系统运行维护保障，加强和规范专业化技术支持服务队伍管理，2022 年提供现场 IT 服务 2062 次，其中经办机构及社保所故障处理 525 次，定点医疗机构故障处理 1313 次，版本升级及保障工作 224 次。专门设立技术支持服务呼叫中心医保热线，及时为经办机构、定点医疗机构、参保单位和参保人等提供故障申报、自助查询、电话技术支持和派出现场技术支持等服务。运行维护响应时间达到≤30 分钟的规定要求。

⑩ 统筹地区飞行检查覆盖率

2022 年组织各区完成定点医药机构全覆盖现场检查，覆盖率达到 100%。由于疫情防控等因素，国家医疗保障局未对北京市定点医药机构进行飞行检查。北京市医疗保障局深入贯彻落实《国家医疗保障局关于做好 2022 年医疗保障基金监管工作的通知》（医保函〔2022〕1 号），对全市 15 家定点医疗机构开展了飞行检查，发现存在不同程度的医保基金使用不规范情况，如重复收费、多收费、用药与适应症不符、药品耗材进销存不符等问题，初步确认医保基金不合理支出 5797.82 万元，截至目前已退回 835.43 万元。组织专家对检查中的争议问题进行论证，并将按照论证结果跟进处理。

⑪推行医保支付方式改革和 DRG、DIP 试点

按照国家局有关要求，编制完成《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组方案（2.0 版）》，编制了北京分组方案，配套 CHS-DRG（2.0 版）增加了分组操作指南。DRG 技术指导组完成了 CHS-DRG 监管指标体系及付费运行评价体系研究工作，为 DRG 付费在试点城市的落地与推广提供了有力的技术支持。不断完善多元复合式医保支付制度，全面落实 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划，持续深化 CHS-DRG 付费改革，2022 年 3 月 15 日出台《北京市医疗保障局关于开展国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费改革工作有关问题的通知》（京医保发〔2022〕10 号），在 66 家定点医疗机构推行 647 个病组实际付费，数据模拟范围扩大至全市二级及以上定点医疗机构，促进医疗机构规范诊疗行为，提高医保基金使用效率。探索研究在紧密型医联体门诊试行糖尿病、高血压等慢性病按人头付费，推动卫生与健康事业发展从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。在 2022 年全国第一次医保支付方式改革交叉评估中取得了“优秀”成绩。2022 年在国家医保中心组

织下，承办第二届中国 CHS-DRG/DIP 支付方式改革大会。

（2）质量指标

①医保法制建设能力

法规制度建设与执行方面，制定 2022 年法治政府建设和普法依法治理工作要点；修订行政处罚自由裁量基准、轻微违法免罚和初次违法慎罚办法，制定出台公平竞争审查制度工作程序。落实普法责任方面，组织会前学法 4 次，组织市区医保系统依法行政培训及法治讲座 6 次。打造普法宣传阵地，积极开展“法律十进”进社区、进机关、进写字楼、进乡村、进景区、进企业等活动共 23 场。目前北京市医疗保障局（含医保中心）共有 82 名同志具有执法资格。法律工作人员的配备与聘请方面，充分发挥法律顾问“外脑”作用，选聘了 2 家法律顾问团队，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和咨询意见，参与完成全局 190 余份经济合同法制审核。2022 年完成行政复议案件答复 6 件，行政诉讼案件应诉 7 件。

②基金预警和风险防控能力

加快推进建立长短结合、标本兼治的基金监管机制，定期进行医保基金运行分析，提高基金预警和风险防控能力。印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》（京政办发〔2021〕13 号）、《北京市医疗保障局关于建立健全医疗保障基金监督检查制度的通知》（京医保办发〔2022〕18 号），通过建机制、强体系、提效能，打造全方位综合监管格局。进一步完善医保社会监督员制度，鼓励和支持社会各界参与医保基金监管，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。

③医保标准化水平

根据国家医疗保障局印发《关于贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准的通知》（医保办发〔2020〕51 号）以及《关于印发<15 项医保信息业务编码标准贯彻执行验收工作手册>的通知》（医保网信办〔2021〕10 号）、《国家医疗保障局办公室关于修订<医疗保障基金结算清单>和<医疗保障基金结算清单填写规范>的通知》（医保办发〔2021〕34 号）等文件要求，成立北京贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准工作专班，相继下发《关于贯彻执行医疗保障信息业务编码标准的通知》等十余份通知，指导督促北京市医保经办机构、定点医药机构贯标工作。在医保结算时增加了编码标准的强校验，实现了标准编码全覆盖、医保信息数据 100%使用标准编码。

④ 医保经办服务能力

北京市共 18 家医保经办机构，其中市级 1 家，区级 17 家，分别隶属于各级医保局。市、区医保经办机构均归口管理、独立运行。全面落实医保政务服务清单，按照全国“六统一”“四最”要求，统一事项标准、操作规范，争创“十四五”医保服务基层服务示范点。大力推行“网上办”“掌上办”，打造“指尖上”的便民服务。大力推进服务下沉，打通医保经办“最后一米”。基层医保经办推行“综合柜员制”和“一窗通办”，实现群众办事“最多跑一次”。以“一件事”为牵引，聚焦企业和个人全生命周期，开展医保业务整合和流程再造，实行全市通办，让“信息多跑路，群众少跑腿”。

⑤ 医保综合监管能力

强化法治医保建设。开展行政规范性文件合法性审查和备案 32 件。加强宣传曝光，报道曝光案例千余例次，开展“织密基金监管网 共筑医保防护线”集中宣传月活动，曝光 68 起典型案例。做好

举报奖励，奖励 11 名举报人 8.81 万元。

监管机制不断健全。梳理行政检查职权，制定行政检查事项清单，加强处罚案件法制审核，规范行政检查行为。完善查处骗保案件协作、违法线索移送、行刑行纪衔接等工作机制，深化“6+4”风险+信用事中监管模式，推进“双随机、一公开”监管工作。修订行政处罚自由裁量基准。完善医保基金监管社会监督员机制。

深化立体监管格局。强化日常监管，开展经办机构全覆盖监督检查，定点医药机构抽查复查、飞行检查工作，拒付或追回 2135 家定点医疗机构不合理支出 1.65 亿元，处理违规定点医疗机构 31 家。对 15 家定点医疗机构开展飞行检查，确认并追回违规金额 835.43 万元。联合市公安局等多部门开展打击诈骗医保基金专项整治行动，强化对基层定点医疗机构、医养结合机构内设定点医疗机构监管，对 15 家定点医疗机构开展联合检查，追回医保基金 165.61 万元，处行政处罚 6.29 万元。开展高值耗材专项治理，完成 153 家开展骨科手术定点医疗机构自查自纠工作，追回医保基金 165.5 万元。重拳出击严执法，对 132 家定点医药机构开展行政检查，作出行政处罚 6 家、责令改正 11 家、移交司法机关 1 家、送达《行政检查意见书》7 家，追回医保基金 4346.14 万元，处行政罚款 1.42 亿元。处理违法违规人员 854 人、约谈 886 人次、暂停医保卡结算 142 人次，行政处罚 5 人，追回医保基金 781.46 万元，处行政罚款 6.74 万元。

创新优化监管方式。全面梳理医保经办领域风险隐患，初步建立智能审核规则库，明确 13 类 1.1 万条规则明细。推进医保执法信息平台建设，建立参保人员异常就医监控费用、频次、行为三大类 16 项数据筛查规则，提升监管智能化水平。

切实贯彻落实《国家医疗保障局关于做好基金监管综合评价工

作的通知》（医保发〔2022〕31号）要求，按期完成2022年度自评。2021年北京市在全国医保基金综合监管工作中排名第29名，2022年的排名尚未公布，但月度排名在16至24名之间，综合评价分值排名较上年提高5%及以上。

⑥跨省异地住院费用直接结算率

2022年北京市参保人员中有异地备案且发生异地住院医疗费用共计93774人次，其中持卡实时结算78390人次，直结率83.59%，较2021年（72.14%）增加了11.45个百分点。其中，城镇职工参保人员中有异地备案且发生异地住院医疗费用共计87925人次，持卡实时结算74792人次，直结率85.06%，较2021年增加了12.92个百分点；城乡居民参保人员中有异地备案且发生异地住院医疗费用共计5849人次，持卡实时结算3598人次，直接结算率61.51%，与2021年基本持平。

⑦医保新闻宣传、政府信息工作和政策研究能力等方面培训

组织开展1次全系统舆情工作培训会。2022年召开医疗保障系统舆情公关线上培训会，市医保局局属各单位、各区医保局相关负责同志参加培训。2022年编发《工作动态》48期，采编市、区两级信息339条。

⑧医药价格政策落实和执行情况

按照国家要求，进一步完善北京市新增医疗服务项目价格管理工作，出台《关于进一步完善本市新增医疗服务项目价格管理工作的通知（暂行）》（京医保发〔2022〕5号），完善新增医疗服务项目价格备案及动态管理相关制度；出台《关于建立健全本市医疗服务价格动态调整机制的实施意见（试行）》（京医保发〔2022〕20号），分类建立“评估触发”和“专项调整”两种动态管理机制，

明确启动指标和约束指标，建立健全符合北京市实际、适应行业发展的医疗服务价格动态调整制度。按照新机制完成 2022 年度医疗服务价格动态调整评估工作，已将评估结果上报国家医保局。常态化实施医药价格和招采信用评价制度，纳入评级处理数量大于 60%且均明确到具体产品。2022 年 6 月就北京能济中药饮片有限公司系列商业贿赂案进行信用评级，溯源至具体中药饮片产品，按照价格招采信用评价制度规定，评定企业“严重”失信并予以公示处置。落实药品价格政策，做好药品价格监测和常态化监管，切实提高药品和医用耗材网采率，提升数据质量；定期处理价格异常数据并对相关产品进行约谈、调价、暂停网采等处置措施；将药品网采情况纳入医疗机构集采工作考核指标，并与结余留用挂钩。

2022 年制定了新型冠状病毒核酸、抗原检测和口腔种植医疗服务方面 5 份价格调整文件，对核酸检测价格进行 3 次动态调整，新增并动态调整“新型冠状病毒抗原检测”价格项目，按照国家开展口腔种植医疗服务收费和耗材价格专项治理工作要求，并结合实际初步形成了北京市医疗服务收费和耗材价格专项治理方案，已报国家局审批。

⑨医药招标采购政策落实和执行情况

协议采购任务完成方面，按要求实施国家组织药品、医用耗材集采工作，完成了当年度协议采购量。药品方面：协议采购任务量完成率平均达到 160%；有序完成第六批、第七批国采中选结果落地实施，第六批（胰岛素专项）16 个品种中选结果全面落地执行，涉及药品采购金额 12 亿元，第七批药 60 种药品中选结果全面落地执行，涉及药品采购金额 14 亿元；统筹推进第一至五批国采协议到期药品接续和协议期内药品续约工作，分别采取直接续约、重新集采

等方式，妥善做好到期品种衔接。医用耗材方面：统筹推进冠脉支架国采协议到期耗材接续和协议期内耗材续约工作；在完成好国家组织冠脉支架首年采购周期的基础上，按时做好第二年采购周期接续工作；有序推动国家组织骨科人工关节类中选结果落地，4月落地执行后平均降幅达82%，其中初次置换髋关节平均价格从3.5万元下降至7000元左右，首年节省费用约3.6亿元；初次置换膝关节平均价格从3.2万元下降至5000元左右，预计首年可节省费用约4亿元。

药品及医用耗材集采方面，牵头开展京津冀第二批药品联合带量采购和京津冀医用耗材带量采购工作。药品方面：一是牵头开展京津冀第二批药品联合带量采购，涉及三地药品采购金额约28亿元，联采品种累计达到39个；二是组织完成2022年北京市中成药带量采购工作，中选药品达到61个品种，涉及全市药品采购金额约30亿元；北京市承担跨省联盟采购牵头省份工作任务1次，参与省级联盟采购或自行组织开展省级药品集采品种数达到100个。耗材方面：一是牵头开展了京津冀“3+N”联盟冠脉药物球囊和起搏器类医用耗材带量采购工作，药物球囊同企业同产品的平均价从2.2万元下降至6300元，平均降幅71%；起搏器平均价从4.8万元下降至2.4万元，平均降幅达50%；二是积极参加京津冀“3+N”联盟冠脉扩张球囊、人工晶体和吻合器集中带量采购工作，中选降幅分别达到90%、54%和70%。

积极探索创新，建立医药集中采购示范平台且已制定公布办事指南，提升了公共服务能力；积极完成国家医保信息平台招采子系统落地应用，加快推进功能使用。北京市承担跨省联盟采购牵头省份工作任务2次。

4. 项目效益情况

服务对象满意度

按照国家医保局统一部署，北京市建立医保公共服务“好差评”制度体系，制定出台《医疗保障公共服务评价指标体系》。同步推进《医疗保障公共服务“好差评”制度实施细则》制定实施。实现“好差评”公共服务事项全覆盖、评价对象全覆盖。2022年北京市医疗保障局医保政务服务的办件评价数 5516944 件，好评件数 5516907 件，好评率 99.99%。

组织各区医保部门对医疗服务与保障能力提升补助资金使用效果进行了专题问卷调查，发放并收回问卷 348 份，其中非医疗保障政府机构 33 份，民营企业 34 份，医保部门 193 份，医疗机构 88 份，非常满意占比 91.35%，较为满意占比 7.07%，一般满意占比 1.12%，整体满意度 99.54%。

三、偏离绩效目标的原因和下一步改进措施

无。

四、绩效自评结果拟应用和公开情况

北京市医保局积极探索将绩效评价结果应用和医疗服务与保障能力提升补助资金预算管理相结合有效机制，并在 2023 年资金分配时已初步将 2021 年绩效自评结果应用于各区补助资金分配中。下一步拟将继续推进绩效评价结果应用工作，同时按照北京市财政局要求将此次绩效自评结果随 2022 年度部门决算向市人大报告并在门户网站上向社会公开。

五、其他需要说明的问题

无。

六、附件

转移支付区域绩效目标自评表



附件

转移支付区域绩效目标自评表

中央对地方转移支付区域（项目）绩效目标自评表						
(2022年度)						
转移支付（项目）名称		医疗服务与保障能力提升补助资金(医疗保障服务能力建设部分)				
中央主管部门		国家医疗保障局				
省级财政部门		北京市财政局				
省级主管部门		北京市医疗保障局				
资金情况（万元）		全年预算数（A）	全年执行数（B）		预算执行率	
		年度资金总额：	7,569.17	6384.44	84.35%	
		其中：中央补助	7,569.17	6384.44	84.35%	
		地方资金				
		其他资金				
年度总体目标	年初设定目标			全年实际完成情况		
	有效提升综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设、人才队伍建设等医疗保障服务能力。			综合监管、宣传引导、经办服务、信息化建设、人才队伍建设等医疗保障服务能力不断提升，总体绩效目标完成。		
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	全年完成值	未完成原因和改进措施
	产出指标	数量指标	召开医保工作省级新闻发布会和政策吹风会	≥2次	4次	
			召开医保工作政府信息公开省级工作会	≥1次	按要求公开政府信息	
			医保规范性文件和政策措施的合法性审查、公平竞争审查	全覆盖	全年审查34件，应审尽审。	
			推行DRG/DIP医保支付方式改革	医疗机构≥40%，病种≥70%，基金≥30%	完成，2022年3月15日启动66家二级及以上医疗机构CIS-DRG实际付费，2022年全国第一次医保支付方式改革交叉评估中取得了“优秀”成绩，编制了《国家医保疾病诊断相关分组（CIS-DRG）分组方案（2.0版）》。	
		质量指标	医保信息系统正常运行率	≥90%	100%	
			门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算系统地区覆盖率	100%	100%	
			定点医药机构监督检查覆盖率	≥90%	100%	
			医疗服务价格动态调整与深化医疗服务价格改革试点执行情况	按时按要求落实和执行	按时按要求落实和执行，常态化实施医药价格和招采信用评价制度，纳入评级处理数量大于60%且均明确到具体产品。	
			医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况	按时按要求落实和执行	按时按要求落实和执行，常态化实施医药价格和招采信用评价制度。	
			国谈药等相关药品落地及统计监测情况	按时按要求落实和执行	按时按要求落实和执行，国家谈判成功的药品全部纳入本市医保报销范围，每月对国家谈判药品的费用进行监测并报送。	
			原各省份自行增补纳入医保支付药品的消化情况	100%消化	100%消化	
			集中采购落实情况	按时按要求落实和执行	按时按要求组织实施国家组织药品集中采购工作	
		时效指标	医保信息系统重大安全事件响应时间	≤60分钟	≤60分钟，2022年医保信息系统未发生故障中断	
			医保信息系统运行维护响应时间	≤30分钟	≤30分钟	
	效益指标	社会效益指标	医保法治建设能力	有所提高	有所提高，法规制度建设到位、执行规范，组织专题普法宣传活动，完成全局190余份经济合同法制审核，完成行政复议案件答复6件，行政诉讼案件应诉7件。	
			基金预警和风险控制能力	有所提高	建机制、强体系、提效能，打造全方位综合监管格局，基金预警和风险控制能力不断提高	
			医保经办服务能力	有所提高	统一事项标准、操作规范，大力推行“网上办”“掌上办”，推进服务下沉，医保经办服务能力大幅提升	
			医保综合监管能力	显著提升	强化法治医保建设，不断健全监管机制，深化立体监管格局，创新优化监管方式，医保综合监管能力显著提升	
			医保宣传能力	显著提升	显著提升，编发《工作动态》48期，报送信息120条，局门户网站向社会公众发布各类信息462条，“医保北京”推送文章621篇，建立舆情信息联动共享机制和舆情应对处置闭环式管理体系。	
			医保标准化水平	显著提升	显著提升，标准编码全覆盖、医保信息数据100%使用标准编码。	
	满意度指标	服务对象满意度	参保人员对医保服务满意度	≥85%	99.99%	
2022年当年度下达资金7439万元，上年结转130.17万元，共计7569.17万元。截至2022年底共执行6384.44万元，其中当年度下达资金执行6320.27万元，上年结转资金执行64.17万元，预算执行率84.35%（含结转）。						