

北京市医疗保障局 2025 年度部门 整体绩效评价报告

北京市医疗保障局

2026 年 5 月

目 录

一、部门概况.....	1
（一）机构设置及职责工作任务情况.....	1
（二）部门整体绩效目标设立情况.....	2
1. 绩效目标设定依据.....	2
2. 部门整体绩效目标.....	2
3. 目标与职责任务匹配情况.....	3
二、当年预算执行情况.....	3
三、整体绩效目标实现情况.....	3
（一）产出完成情况分析.....	3
1. 产出数量.....	3
2. 产出质量.....	4
3. 产出进度.....	4
4. 产出成本.....	5
（二）效果实现情况分析.....	5
1. 社会效益.....	5
2. 可持续影响.....	5
3. 服务对象满意度.....	6
四、预算管理情况分析.....	6
（一）财务管理.....	6

1. 财务制度健全性.....	6
2. 资金使用合规性和安全性.....	6
3. 会计基础信息完善性.....	7
(二) 资产管理.....	7
(三) 绩效管理.....	8
(四) 结转结余率.....	8
(五) 部门预决算差异率.....	8
五、总体评价结论.....	9
(一) 评价得分情况.....	9
(二) 存在的问题及原因分析.....	9
1. 预算项目实施方案不够细化.....	9
2. 满意度调查结果应用不足.....	9
六、措施建议.....	9
(一) 细化优化实施方案，做好动态调整.....	9
(二) 完善满意度调查结果分析应用，提升工作质效.....	9

北京市医疗保障局 2025 年度部门 整体绩效评价报告

一、部门概况

（一）机构设置及职责工作任务情况

根据党中央、国务院批准的《北京市机构改革方案》，组建北京市医疗保障局（以下简称“市医保局”），为市政府直属机构，机构规格为副局级。

市医保局主要职责是：

1. 贯彻执行国家有关医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障制度的法律法规和政策规定，拟订本市医疗保障制度地方性法规草案、政府规章草案、政策、规划和标准，并组织实施。

2. 负责本市医疗保障基金支付预算、管理及拨付工作。

3. 拟订本市医疗保障筹资和待遇政策，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。负责制定本市公费医疗政策并组织实施，承担中央在京机构公费医疗审核报销工作。负责本市离休干部医疗费用统筹工作。组织拟订并实施本市长期护理保险制度改革方案。

4. 组织制定本市药品、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，建立动态调整机制，承担本市医保目录准入谈判、确定等相关工作。

5. 组织制定本市药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

6. 制定本市药品、医用耗材招标采购政策并组织实施，组织推进本市药品、医用耗材招标采购平台建设。

7. 负责本市定点医药机构协议管理，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。

8. 负责本市医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。组织制定和完善本市异地就医管理、费用结算政策和平台建设。建立健全本市医疗保障关系转移接续制度。

9. 完成市委、市政府交办的其他任务。

市医保局直属机构 3 个，分别为：北京市医疗保险事务管理中心、北京市医药集中采购服务中心、北京市医疗保障局大数据中心。

（二）部门整体绩效目标设立情况

1. 绩效目标设定依据

2025 年度，根据市委、市政府的统一工作部署以及国家医保局的最新政策指导与任务要求，紧密围绕本部门的核心职能职责与年度总体工作计划，综合考虑各项重点工作的具体任务安排，并结合单位实际情况，设定了年度整体绩效目标。

2. 部门整体绩效目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，在市委市政府的坚强领导下，坚持站位全局，在服务国家战略、助力经济社会高质量发展中作出新贡献；坚持人民至上，在增进改善民生福祉中展现新作为；坚持系统集成，在“三医”联动中取得新突破，锚定首善之区建设目标，为首都高质量发展贡献医保力量。

3. 目标与职责任务匹配情况

2025 年度，市医保局部门整体绩效目标与本部门职能职责、中长期发展规划、年度工作计划相契合，紧紧围绕基金监管、待遇保障、医保系统信息化建设、医保改革发展、管理服务等方面的职能职责共计设置了 58 条绩效目标。绩效目标通过定性与定量相结合的方式，充分体现了本部门基本履职工作和各项重点工作任务的预期产出和效果，指标值结合年度预算资金投入情况设定，设立依据充分、指向明确，与预算资金投入相匹配，具备较强的可行性与合理性，部门整体绩效目标设置与部门职能定位相匹配。

二、当年预算执行情况

2025 年全年预算安排 126,226.81 万元，其中：基本支出预算 10,805.84 万元，项目支出预算 115,420.97 万元。资金总体支出 124,127.73 万元，其中：基本支出 10,106.14 万元，项目支出 114,021.59 万元。预算执行率为 98.34%。

三、整体绩效目标实现情况

（一）产出完成情况分析

1. 产出数量

2025 年各项数量指标稳步推进落实，具体情况如下：加强全市定点医疗机构管理，做到管理全覆盖，完成年度定点医疗机构项目年度趋势预测及质量评分；数据筛查覆盖全部二、三级定点医疗机构，覆盖率达 100%；完成 2024 年医疗保障信息平台用户账号权限检查审计服务项目工作报告 26 个；完成医疗保障信息化建设咨询 2024 年工作报告 50 份。完成药品与耗材带量采购项目数据服务各 3 批次，开展产品数据标准化采集 2 次、

电商平台药耗产品价格采集 2 次、省级药耗产品公示价格采集 2 次，编写价格监测统计分析报告 2 次；完成定点医疗机构“信用+风险”双评价项目报告 1 份，开展带量采购项目完成情况分析 4 次、阳光采购数据统计分析 4 次；为基于医疗数据的应用场景分析系统政务云服务租用高性能存储 74137600MB，维护医疗保险信息系统运行硬件 160 台；完成医疗保障信息安全加固 1 次、等级保护测评 9 个、安全巡检 1 次及安全渗透测试 2 次；完成医疗保障信息化建设咨询服务 2024 年关键节点评估报告 3 个，组织召开医疗保障信息化建设咨询会议 12 次；基于医疗数据的应用场景分析系统完成应用场景 36 个。

2. 产出质量

2025 年度核心业务与服务质量均达到标准，具体情况为：定点医疗机构数据筛查报告验收通过率达 100%，医疗保险信息化系统验收合格率 100%，药品和医用耗材集中采购数据服务、医药价格监测服务数据错误次数均为 0 次，体现了良好的数据准确性和流程规范性。医疗保障飞行检查工作方案执行率达 100%，飞行检查相关材料符合要求，保障了飞行检查工作的落地质量。医保系统年可用性 $\geq 99.9\%$ ，医疗保障信息化建设咨询服务 2024 年文档归档率达 100%，群众诉求办理的响应率 $\geq 95\%$ 。

3. 产出进度

市医保局严格依据 2025 年部门工作计划，对年度工作任务进行细化分解，针对各项重点工作制定实施方案，明确了时间进度安排与人员分工，为年度工作的顺利推进奠定了坚实基础。各项产出任务均按照计划有序推进。

4. 产出成本

市医保局 2025 年度坚持落实“勤俭办一切事业和习惯过紧日子”的要求，夯实预算编制基础，通过提高预算编制准确性，开展预算评审，规范政府采购流程，强化项目管理等举措，持续加强项目成本控制。2025 年度各项经费未出现超预算支出情况，实际成本控制在预算批复范围内。

（二）效果实现情况分析

1. 社会效益

2025 年度市医保局在深化医保改革、保障民生福祉等方面取得了良好的社会效益。积极开展支付方式改革（CHS-DRG）推进工作，为医保支付方式改革提供了坚实的技术支持，助力北京市基本医保总额预算（BJ-GBI）质量评价和趋势有效提升，进一步规范了定点医疗机构诊疗行为，促进了医疗资源的合理配置。切实落实惠民政策，开展医药价格监测服务，有效减轻了患者家庭经济负担。全年保持医保系统稳定运行，为定点医药机构及参保人提供了平稳、安全的医保信息系统服务。

2. 可持续影响

2025 年度市医保局持续推动医疗保障制度向更高质量、更可持续的方向发展。积极推进医保支付方式改革，特别是稳步推进国家 DRG3.0 版分组方案的数据分析与技术支持工作，为建立更加科学、精细的医保支付标准体系奠定了坚实基础。强化监管效能，有效提升了医保监管水平，确保医保基金的安全与高效运行。优化目录价格，持续助力本市医保药品目录及医疗服务价格的动态优化。

3. 服务对象满意度

2025 年度，市医保局在党建引领下，始终牢记习近平总书记对北京重要讲话和重要指示批示精神，公平普惠发挥基本医保主体作用，同时在医保基金可承受范围内，保障好参保群众医保权益，回应好群众美好生活新期待。2025 年度，市医保局全年共受理群众诉求 69847 件，行业综合得分 99.69 分（较上年提升 0.29 分）。

四、预算管理情况分析

（一）财务管理

1. 财务制度健全性

市医保局严格依据《中华人民共和国会计法》《中华人民共和国预算法》等法律法规及制度要求，结合医保业务特点，搭建完善的财务管理内控体系，编制《北京市医疗保障局内控手册》，常态化推进单位内部控制规范化建设。以健全内控体系、规范财务流程为核心抓手，持续梳理优化财务管理制度，厘清财务工作全流程管控逻辑，不断夯实财务规范化管理根基，确保了预算规范执行、国有资产安全完整、会计信息真实准确，切实提升财务工作质效，助力各项财政资金安全规范、高效有序运转。

2. 资金使用合规性和安全性

市医保局严格遵守国家财经法规、财务制度及资金管理相关规定，常态化规范各类财政资金使用管理，从严管控政府采购、政府购买服务、“三公”经费等重点支出。依托完善的资金管理内控制度，严格落实预算执行要求，坚守“先有预算、后有支出”和“专款专用”核心原则。实现资金全流程管控，监管范围覆盖

预算资金申报、使用全链条，对所有项目资金预算执行进度实施100%全程监控，切实筑牢预算执行进度与资金安全双重保障。目前，所有财政资金均按预算批复用途规范使用，严格遵循政府采购流程，无截留、挤占、挪用资金等违规情况，保障了财政资金合规、安全、规范、高效运行。

3. 会计基础信息完善性

市医保局通过建立相互制衡的内部控制管理机制，依据“不相容岗位相互分离”原则合理设置财务岗位，明确岗位职责，规范执行原始票据审核、会计核算等相关工作，为保障本部门会计基础信息完善、准确夯实了基础。强化财会监督职能，积极配合内、外部对会计信息的各项审计检查工作，持续完善内部管理机制，确保财会信息准确、真实反映本部门业务活动情况、预算执行等情况。

（二）资产管理

市医保局根据《行政事业性国有资产管理条例》（国务院令 第 738 号）、《行政单位国有资产管理暂行办法》（财政部令 第 35 号）、《事业单位国有资产管理暂行办法》（财政部令 第 36 号）等相关规定，结合单位实际情况，2025 年度修订完善《北京市医疗保障局固定资产管理办法》（京医保办〔2025〕3 号）、《北京市医疗保障局办公用品及低值易耗品管理制度》（京医保办〔2025〕2 号），规范和加强了单位资产管理工作，落实落细固定资产保管责任，每年组织固定资产盘点。通过持续优化资产配置结构，规范资产使用、处置流程，不断提升固定资产利用效能，保障国有资产安全完整、管控规范有序。

（三）绩效管理

市医保局为加强预算绩效管理，从绩效目标设定环节入手，先后制定分行业、不同类型项目的绩效目标填报模板供各项目处室参考；针对上年度预算绩效管理工作中总结的问题，开展专题培训；对各处室申报的绩效目标表，依据《北京市预算绩效目标管理办法》，围绕绩效目标设定的完整性、相关性、适当性和可行性等维度进行审核，进一步提升本部门绩效目标设定的合理性与规范性，为预算绩效管理筑牢坚实基础。

通过事前绩效评估、绩效运行监控、绩效自评及绩效评价等方式，将绩效管理贯穿预算管理全过程，硬化预算绩效管理约束。2025 年预算项目均纳入绩效目标管理，年末部门整体支出绩效目标基本完成。

综上，市医保局通过严格落实全过程预算绩效管理流程，实现了管控链条完整、管控措施规范，精准把控资金使用全过程，有效提升财政预算科学化管理水平。

（四）结转结余率

2025 年年末结转结余 2,099.09 万元，2025 年支出预算 126,226.82 万元，结转结余率为 1.66%，较上年资金结转结余率 11.28%下降 9.62%。其中财政拨款结转结余中基本支出年末结转 699.70 万元，较上年 490.59 万元增加 209.11 万元，项目支出年末结转结余 1,399.39 万元，较上年 12,343.99 万元减少 10,944.60 万元。

（五）部门预决算差异率

2025 年全年预算 126,226.81 万元，其中：基本支出 10,805.84

万元，项目支出 115,420.97 万元。2025 年度决算 124,127.73 万元，其中：基本支出 10,106.14 万元，项目支出 114,021.59 万元。全年预决算差异率为 1.66%。

五、总体评价结论

（一）评价得分情况

经综合评价，市医保局 2025 年度部门整体支出绩效评价综合得分 98.97 分，评价等级为“优”。

（二）存在的问题及原因分析

1. 预算项目实施方案不够细化

2025 年度个别项目实施方案内容细化程度方面尚有提升空间，需进一步详细明确具体工作任务、实施步骤、关键时间节点及职责分工等，以便进一步加强对项目的指导性。

2. 满意度调查结果应用不足

满意度调查数据收集、汇总等流程规范有序，但满意度结果分析应用工作存在不足。需结合工作实际优化改进，充分发挥分析结果对医保工作的指导作用。

六、措施建议

（一）细化优化实施方案，做好动态调整

建议进一步细化实施方案编制，在方案中明确界定各阶段的具体产出、关键时间节点及岗位责任人，以确保各项任务有序推进，同时根据实际情况做好动态调整。

（二）完善满意度调查结果分析应用，提升工作质效

建议在完成满意度调查数据收集工作后，针对发现问题进行研究、分析，加强结果应用，持续优化医保服务质量，确保调查

成果有效转化为服务提升的具体行动。

北京市医疗保障局财政支出项目 2025 年度绩效评价报告

北京市医疗保障局

2026 年 5 月

目 录

一、基本情况.....	1
(一) 项目概况.....	1
1. 项目背景.....	1
2. 项目主要内容及实施情况.....	2
3. 资金投入和使用情况.....	4
(二) 绩效目标.....	4
1. 总体绩效目标.....	4
2. 绩效指标.....	4
二、绩效评价工作开展情况.....	5
(一) 绩效评价目的、对象和范围.....	5
1. 评价目的.....	5
2. 评价对象和范围.....	5
(二) 绩效评价原则、评价方法、评价指标体系及评价标准.....	5
1. 评价原则和方法.....	5
2. 评价指标体系.....	6
3. 评价标准.....	6
(三) 绩效评价工作过程.....	6
1. 评价准备阶段.....	6
2. 评价实施阶段.....	7
3. 评价总结阶段.....	8
三、综合评价情况及评价结论.....	8
四、绩效评价指标分析.....	9
(一) 项目决策情况.....	9
1. 项目立项情况分析.....	9

2. 绩效目标情况分析.....	10
3. 资金投入情况分析.....	10
(二) 项目过程情况.....	11
1. 资金管理情况分析.....	11
2. 组织实施情况分析.....	11
(三) 项目产出情况分析.....	11
1. 产出数量情况分析.....	11
2. 产出质量情况分析.....	12
3. 产出时效情况分析.....	12
4. 产出成本情况分析.....	12
(四) 项目效益情况.....	13
1. 项目实施效益.....	13
2. 服务对象满意度.....	13
五、主要经验及做法、存在的问题及原因分析.....	13
(一) 主要经验做法.....	13
(二) 存在问题及原因分析.....	14
1. 绩效指标设置的科学性待提升.....	14
2. 项目管理精细化程度待夯实.....	14
六、有关建议.....	14
(一) 进一步提升预算绩效指标设置的科学性.....	14
(二) 持续强化项目管控的精细化程度.....	14

北京市医疗保障局 2025 年度“北京市飞行检查协助服务项目”绩效评价报告

为全面实施预算绩效管理，强化支出责任，建立科学、合理的财政支出绩效评价管理体系，提高财政资金使用效益，同时为提高财政支出管理水平，检验财政支出预期目标实现程度，考核财政支出效率和综合效果，为以后年度财政资金安排提供重要依据，根据《北京市项目支出绩效管理办法》（京财绩效〔2020〕2146号）、《北京市财政局关于2026年预算绩效管理工作的通知》（京财绩效〔2026〕392号）的要求等文件规定，北京市医疗保障局（以下简称“市医保局”）组织开展绩效评价工作，对“北京市飞行检查协助服务”项目（以下简称“该项目”）实施绩效评价，形成本绩效评价报告。

一、基本情况

（一）项目概况

1. 项目背景

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，党中央、国务院高度重视医保基金安全，习近平总书记多次就基金监管工作作出重要指示批示，强调绝不能让医保基金成为新的“唐僧肉”，必须加强监管、持续查处、常抓不懈。为深入贯彻习近平总书记重要指示批示精神、党中央、国务院决策部署及国家医保局相关文件要求，市医保局高度重视医保基金监管工作，将“严厉打击欺诈骗保”作为全系统首要政治

任务，积极开展打击欺诈骗保专项治理。

为持续深入整治医保基金管理突出问题，通过多措并举加大整治力度，严厉打击医保基金管理领域欺诈骗保行为，切实保障基金安全，全面提升医疗保险基金监管水平，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）和《北京市医疗保障局关于做好 2025 年医疗保障基金监管工作的通知》（京医保办发〔2025〕11 号）要求，2025 年市医保局组织实施该项目。

2. 项目主要内容及实施情况

（1）项目主要内容

该项目通过公开招标方式聘请第三方机构参与实施。具体内容如下：

一是数据分析工作。协助市医保管理部门开展医保审核结算等数据的分析工作；协助市医保管理部门及检查组向被检查医药机构及相关单位提出数据提取需求，并验证其提供的数据是否符合检查工作要求；在市医保管理部门指导下，运用信息化手段对被检查医药机构的医保审核结算数据、所提供数据及其他检查所需数据进行综合分析，建立数据模型，形成数据分析结果，梳理问题线索并生成相应疑点数据；协助检查组开展现场检查工作，在现场检查期间为检查组提供现场数据提取、分析、统计等支撑服务；协助检查组固定证据，在检查组指导下提取相关费用数据并开展统计汇总等工作；在市医保局及检查组指导下，完成相关数据的删除与销毁工作；为医保管理部门及检查组提供检查所需的数据分

析、统计等咨询服务；积极配合医保管理部门及检查组做好数据分析相关的沟通协调工作。

二是医学审核稽查及财务审计。在检查组指导下，安排医学审核稽查专家配合数据分析人员制定数据筛查规则并开展疑点数据筛查工作；安排医学审核稽查专家协助检查组完成对被检机构的现场检查；在检查组指导下，对被检查医药机构的财务情况进行审计；在检查组指导下，盘点被检查医药机构药品、医用耗材的进销存情况以及医疗器械的采购、使用情况；协助检查组检查被检查医药机构历史审计发现的医保相关问题的整改情况；为医保管理部门及检查组提供检查所需的审计、财务管理等咨询服务；积极配合医保管理部门及检查组做好飞行检查相关的沟通协调工作。

（2）项目实施情况

2025年6月，市医保局委托招标代理机构组织开展了该项目的公开招标采购工作。2025年7月，市医保局与中标服务商签订项目服务协议，合同金额为220.00万元。根据合同约定，乙方需协助参与飞行检查全过程，具体包括数据准备、现场检查及飞检总结等工作，工作范围为被检查定点医疗机构2023年1月1日至2024年12月31日期间结算的医保基金支付范围内的所有医药服务行为和医药费用，以及被检查区级经办机构内控、协议管理和费用审核等业务情况。

项目实施期间，市医保局指派专人负责监督指导，保障工作有序推进，具体管理措施如下：一是开展专项培训，对参与人员进行培训，统一检查流程与标准；二是组织相关人

员签订信息安全协议，规范信息管理；三是设立专人联络员，保障各检查组沟通畅通；四是建立周报告制度，要求各检查组及第三方机构每周五报送工作进展及下周计划；五是加强现场跟踪，随机抽取定点医疗机构开展实地跟踪检查。

为完成本次项目实施，市医保局牵头，全市各区医保局参与，组建飞行检查组。根据国家医疗保障局最新工作要求，完成 48 家定点医疗机构和 1 家区经办机构的市级常规飞行检查工作。在服务商协助下，市、区医保部门通过数据筛查、现场检查、沟通论证等环节，顺利完成既定工作任务。

市医保局与服务商签署《北京市医疗保障局政府采购项目履约验收单（服务类）》，确认服务商已按照合同约定完成飞检协助服务相关工作，达到预期要求。

3. 资金投入和使用情况

2025 年，该项目预算批复资金 222.43 万元，为市级财政资金。截至 2025 年底，该项目实际支出金额为 220.00 万元，资金执行率 98.91%，结余资金 2.43 万元。

（二）绩效目标

1. 总体绩效目标

拟聘请第三方机构对 2025 年度面向定点医药机构和医保经办机构的飞行检查工作提供协助，工作内容主要为提供数据分析、医学审核稽查专家服务和财务审计服务等，预期服务范围为 36 家定点医疗机构和 1 家医保经办机构。

2. 绩效指标

市医保局在总体绩效目标的基础上，结合项目实际设定

了产出指标、效益指标、满意度指标。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

1. 评价目的

通过绩效评价，衡量和考核市医保局使用财政资金的绩效实现情况，了解、分析和检验资金使用是否有助于实现该项目的工作目标，资金管理是否规范，资金使用是否有效。绩效评价工作组通过对项目的立项决策、过程管理、产出情况和绩效情况进行评价，发现问题，提出改进意见和建议。不断提升项目预算资金分配的规范化水平、资源配置的合理性，从而进一步有效提高财政资金使用效益。

2. 评价对象和范围

本次绩效评价对象为市医保局 2025 年度实施的“北京市飞行检查协助服务”项目，评价金额 222.43 万元。属于实施结果评价，侧重对项目产出和效益进行评价。

（二）绩效评价原则、评价方法、评价指标体系及评价标准

1. 评价原则和方法

本次评价工作遵循“客观、公正、科学、规范”的原则，通过对项目的经济性、效率性、效益性的比较和分析，考核支出效率和支出效果。结合该项目特点，评价方法主要采用目标预定与实施效果比较的方法，进行定性分析和定量分析。

2. 评价指标体系

本次绩效评价主要以《北京市项目支出绩效评价管理办法》（京财绩效〔2020〕2146号）项目支出绩效评价指标体系框架为依据，结合该项目的特点及资金使用的具体情况，以资金使用结果为导向，设定了本次评价指标内容和权重，重点对项目决策、项目过程、项目产出、项目效益进行综合评价。

3. 评价标准

绩效评价标准通常包括计划标准、行业标准、历史标准等，用于对绩效指标完成情况进行比较。

（1）计划标准。指以预先制定的目标、计划、预算、定额作为评价标准。

（2）行业标准。指参照国家公布的行业指标数据制定的评价标准。

（3）历史标准。指参照历史数据制定的评价标准，为体现绩效改进的原则，在可实现的条件下应当确定相对较高的评价标准。

（三）绩效评价工作过程

绩效评价工作程序主要分为评价准备、评价实施、评价总结三个阶段。

1. 评价准备阶段

成立绩效评价工作组，明确任务分工及时间进度，强调工作要求，确保绩效评价工作有序开展。

2. 评价实施阶段

（1）首次调研，做好培训工作。绩效评价工作组于2026

年5月10日首次调研，初步了解项目基本情况，沟通落实开展绩效评价工作的进度安排。5月12日前绩效评价工作组收取首批评价资料，并根据项目单位的需求有针对性地进行培训。

(2) 遴选专家，组建专家工作组。绩效评价工作组根据项目的特点，依据客观、公正的原则，遴选2名管理专家、2名业务专家及1名财务专家组成专家工作组。

(3) 收集整理资料，进行初步审核。绩效评价工作组在入户调研的基础上，结合初期收集资料情况，对资料进行核实、整理，形成工作底稿。并将结果与项目实施单位反复进行沟通，形成初步审核意见。

(4) 资料分析，信息汇总。

①项目绩效报告复核。绩效评价工作组在规定时间内按要求对项目单位提交的项目绩效报告和相关材料的完整性和真实性进行复核。复核内容主要包括：项目绩效报告中各项内容的完整性、真实性，各项数据的逻辑关系、勾稽关系的准确性。发现问题，及时反馈意见，要求项目单位进行补充、完善。对重要的和存在疑问的基础数据资料进行核实确认，确保评价数据的真实性。

②编制专家评价资料手册，提交专家工作组审阅。根据具体评价要求和评价项目情况，绩效评价工作组按照指标体系内容对资料分类整理并装订成册，形成专家资料手册，并提交给专家工作组成员审阅资料。

(5) 召开专家预备会，完善指标体系。绩效评价工作

组于 2026 年 5 月 14 日组织召开了专家预备会，5 位专家从各自专业角度，结合对项目的整体了解情况，明确对项目的关注重点，针对存在的问题形成初步的意见，并细化评价指标体系。会后，根据预备会专家提出的相关问题及补充资料意见，绩效评价工作组汇总后及时反馈。

(6) 召开专家评价会。2026 年 5 月 19 日绩效评价工作组组织召开了专家评价会，评价会上，专家组认真听取项目实施情况介绍，对相关问题进行充分交流，结合沟通情况与项目实际情况，专家组讨论后形成最终评价意见，并根据指标体系进行客观、公正地评分，形成专家意见汇总书。

3. 评价总结阶段

(1) 撰写评价报告。绩效评价工作组汇总专家意见，形成项目绩效评价报告初稿。

(2) 沟通初步评价意见。绩效评价报告初稿完成后，评价工作组就报告中所反映的问题进行沟通。

(3) 形成正式绩效评价报告。绩效评价工作组在反馈意见基础上，对报告内容进行完善，形成正式绩效评价报告。

三、综合评价情况及评价结论

在专家评价意见的基础上，该项目综合评价情况和评价结论具体如下：

项目决策方面。该指标分值 10 分，评价得分 9.22 分，得分率为 92.20%。该项目旨在依法查处违法违规使用医疗保障基金的行为，立项程序较规范，立项依据较充分。项目绩效目标设定较合理，但指标的科学性有待提升。

项目过程方面。该指标分值 20 分，评价得分 18.97 分，得分率为 94.85%。该项目资金足额、及时到位，预算执行率达 98.91%，资金使用整体规范，项目管理制度较为健全，但在制度执行方面仍有提升空间，主要是实施方案不够完整。

项目产出方面，该指标分值 40 分，评价得分 40.00 分，得分率 100.00%。项目整体完成了既定的产出数量、时效、成本等指标，各项工作落实到位。

项目绩效方面。该指标分值 30 分，评价得分 29.00 分，得分率为 96.67%。本次飞行检查有效打击欺诈骗保行为，指导定点医疗机构规范使用医保基金，提升医护人员合规意识，规范区级医保经办业务。该项目开展了满意度调查，49 家（48 家定点医疗机构和 1 家区级医保经办机构）单位对本次工作的满意度 96%，达到预期目标，但满意度调查工作的精细化程度尚有提升空间。

综上所述，该项目绩效评价得分为 97.19 分，综合绩效级别为“优”。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况

1. 项目立项情况分析

该指标分值 4 分，得分 4.00 分。该项目立项依据较充分，项目决策程序较规范。具体分析如下：

该项目与市医保局“负责本市定点医药机构协议管理，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等”的主管职责相匹配。

市医保局结合医保基金检查实际需求立项，预算申报阶段计划检查 37 家，实际执行过程中，根据国家医疗保障局最新工作要求，更新为 49 家。

2. 绩效目标情况分析

该指标分值 3 分，得分 2.22 分。该项目设定的绩效目标较为合理，绩效目标设定基本明确。具体分析如下：

该项目绩效指标体系贴合医保飞行检查核心目标，覆盖项目产出、实施效益核心维度，整体框架合理。但仍存在指标未与产出完全对应、报告考核标准不明确、效益指标量化不足的问题。具体情况如下：一是数量指标设定为“参与项目人员数量 ≥ 6 人/家”，未与项目产出有效呼应。二是质量指标设置为“检查报告合格率=100%”，未明确合格率的判断标准（如报告要素齐全性、问题定性合规性等），缺乏检查工作合规情况等核心质量指标，难以全面体现质量管控要求。三是经济效益为定性描述，未能结合项目预计工作成果设定量化指标值，或者定性描述为社会效益指标，以更科学、合理得体现项目实施价值。

3. 资金投入情况分析

该指标分值 3 分，得分 3.00 分。该项目资金投向与项目工作内容匹配度较高，整体分配方案具备合理性。

（二）项目过程情况

1. 资金管理情况分析

该指标分值 10 分，得分 9.97 分，该项目资金到位及时、足额，预算执行率高，项目资金使用规范。具体分析如下：

项目资金到位及时、足额，资金到位率 100%。

项目预算执行率高。该项目截至 2025 年 12 月 31 日，实际支出 220.00 万元，预算执行率 98.91%。

资金使用规范。市医保局项目资金使用符合国家财经法规和财务管理制度要求，项目资金使用方向符合项目预算批复和合同用途，不存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。

2. 组织实施情况分析

该指标分值 10 分，得分 9.00 分，市医保局在管理制度健全性和制度执行有效性方面尚有提升空间。具体如下：

管理制度方面，市医保局已制定《内部控制手册》，涵盖《北京市医疗保障局预算收支管理暂行办法》《北京市医疗保障局大额资金管理办法》《北京市医疗保障局合同管理办法》《北京市医疗保障局财务管理暂行办法》等文件，制度较为完善。

该项目整体按立项要求推进医保基金飞行检查的各项工 作，但在项目执行精细化程度方面仍有不足。主要是项目实施方案不够完整，未针对工作分工、成果交付等关键环节制定明确、具体的管理要求，且未实施动态调整。

（三）项目产出情况分析

1. 产出数量情况分析

该指标分值 10 分，得分 10.00 分。

该项目数量指标设置为“检查机构家数 $\geq$ 37 家”“参与

项目人员数量 ≥ 6 人/家”。截至2025年12月31日，实际检查49家；参与项目人员数量实际为6人/家。

评价认为，该项目完成了数量指标的设定要求。

2. 产出质量情况分析

该指标分值10分，得分10.00分。

该项目质量指标设置为“检查报告合格率100%”。实际情况是第三方机构从数据分析、医学审核稽查、财务审计三方面提供了较高质量服务，辅助检查组完成飞检工作，检查报告合格率100%。

评价认为，该项目完成了质量指标的设定要求。

3. 产出时效情况分析

该指标分值10分，得分10.00分。

该项目时效指标设置为“7月底前完成招标及合同签订，11月底前完成现场检查，12月中旬验收”，实际情况为2025年7月17日前完成了招标及合同签订，11月12日前完成了现场检查，11月中旬完成验收。

评价认为，该项目完成了时效指标的设定要求。

4. 产出成本情况分析

该指标分值10分，得分10.00分。

该项目经济成本指标设置为“预算金额222.43万元”，实际支付金额为220.00万元。

该项目通过公开招标方式采购，以市场化方式确定服务价格，建立了相应的成本管控机制，在一定程度上规范了资金使用，保障了财政资金使用效益。

（四）项目效益情况

1. 项目实施效益

该指标分值 20 分，得分 20.00 分。

社会效益方面，该项目实施成效显著，通过有效打击欺诈骗保行为，规范定点医疗机构行为与区级医保经办业务，提升医护人员合规意识，营造了共同维护医保基金安全的良好氛围。

经济效益方面，通过追回违法违规使用的医保基金，挽回基金损失，保障基金安全完整，有效提升了医保资金使用效益。

可持续影响方面，该项目形成的数据分析成果可复用至各类检查中，有效提升医保监督检查工作效率，为医保监管长效发展提供了有力支撑。

2. 服务对象满意度

该指标分值 10 分，得分 9.00 分。2025 年项目实施后，经统计本次飞行检查协助服务的满意度达 96%，整体服务认可度较高。但满意度调查工作的精细化程度有待提升，主要体现在缺少数据统计分析，且未结合调查结果开展问题汇总梳理，整体上未能充分发挥满意度调查对后续年度项目管理的优化推动作用。

五、主要经验及做法、存在的问题及原因分析

（一）主要经验做法

该项目在协助市级飞行检查工作中成效显著。通过构建信息、医学、财务专业三位一体的服务模式，充分发挥了专

业人员的协同作用，为飞行检查提供了有力支撑。此举不仅提升了问题检出率，提高了飞检工作效率，更有效打击了医保基金管理领域欺诈骗保行为，实现了宣传法规、引导教育、净化行业环境、守护医保基金安全的工作目标。

（二）存在问题及原因分析

1. 绩效指标设置的科学性待提升

绩效指标设置的科学性与可操作性有待加强，部分指标未与产出完全对应，质量指标设定不足、考核标准不够明晰，效益指标量化不足。

2. 项目管理精细化程度待夯实

一是项目全流程实施方案不够完善，对分工执行、成果交付等关键环节管理要求不够细化，并根据项目实际开展情况对工作方案实施动态调整。二是满意度调查工作的精细化程度不足，未统计并具体分析调查结果情况，对调查出现的问题应进行完善，以充分发挥调查结果对后续年度项目实施的优化指引作用。

六、有关建议

（一）进一步提升预算绩效指标设置的科学性

优化绩效指标设计，绩效指标与项目产出相对应，补充核心指标，提高效益指标的量化程度，促进绩效指标制定的科学性、合理性程度持续提升。

（二）持续强化项目管控的精细化程度

建议完善全流程实施方案，细化工作分工、成果交付等关键环节管理要求，明确各环节责任主体与执行标准，根据

工作开展情况动态调整实施方案，持续提升项目全流程管理的精细化水平。

建议强化满意度调查工作管理，深入分析问题背后的成因，强化满意度调查统计分析工作，充分发挥调查结果对后续年度项目实施的优化指引作用。

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障工作宣传服务						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	878. 075000	803. 806500	789. 564500	10	98. 23%	9. 82
		其中：当年财政拨款	878. 075000	803. 806500	789. 564500			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	一是医保宣传内容策划实施项目。根据医保领域年度重点工作、新医保政策出台和本市参保人员关心的热点难点问题，研究策划不同的宣传方案并实施，提高医保宣传工作策划能力；二是制作政策动画和新媒体产品，创新表现形式，一是通过购买服务，搭建全媒体宣传平台，紧紧围绕和服务全局中心工作，积极稳妥运用各类媒体平台，及时反映首都医保系统在落实习近平总书记对北京工作重要指示精神，在疏解协同、推动北京市各项医保政策落地、提升广大参保人员的医保获得感等工作上所取得的新举措、新成效、新成绩。不断强化首都医保系统内外宣传资源的融合与统筹，实现各类宣传媒体聚焦重点、持续发力，形成强大的宣传合力。二是继续加大宣传工作力度,拓宽宣传渠道,主动回应社会关切，争取社会各界对医疗保障工作的关心、理解和支持，提升群众对医保政策的知晓度，突出医保工作在服务首都经济发展、构建和谐社会中的地位和作用，为医疗保障事业改革与发展营造良好的社会环境。				根据医保领域年度重点工作、新医保政策出台和本市参保人员关心的热点难点问题，创新表现形式，制作了政策动画、新媒体产品、户外宣传品，紧紧围绕和服务全局中心工作，积极稳妥运用各类媒体平台，及时反映了首都医保系统在落实习近平总书记对北京工作重要指示精神，在疏解协同、推动北京市各项医保政策落地、提升广大参保人员的医保获得感等工作上所取得的新举措、新成效、新成绩。拓宽宣传渠道,主动回应社会关切，争取社会各界对医疗保障工作的关心、理解和支持，提升群众对医保政策的知晓度，突出医保工作在服务首都经济发展、构建和谐社会中的地位和作用，为医疗保障事业改革与发展营造良好的社会环境。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			48	48		
		质量指标			4	4		
		时效指标			5	5		
	成本指标	经济成本指标			6	6		
	效益指标	社会效益指标			21	21		
	满意度指标	服务对象满意度指标			6	6		
总分					100	99. 82		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障电话咨询服务						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	281.395200	281.377508	281.377508	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	281.395200	281.377508	281.377508			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	继续引入第三方公司作为项目合作方，组织开展本市医疗保障政策咨询及群众诉求接诉即办服务工作；协助落实接诉即办立法工作要求，进一步提升工作效能；通过电话分流、语音引导等功能有效提升对外公开“综合服务电话”接通率及电话端服务水平，发挥综合调度职能、落实协调转接机制，为企业群众提供“暖、快、优”的电话服务。建成智能咨询服务平台，对外电话实现多线路接听，语音名片等功能，知识库能够应答日常工作中的基本问题。				组织开展本市医疗保障政策咨询及群众诉求接诉即办服务工作，进一步落实了接诉即办立法工作要求，提升工作效能。通过电话分流、语音引导等功能有效提升对外公开“综合服务电话”接通率及电话端服务水平，发挥综合调度职能、落实协调转接机制，为企业群众提供了“暖、快、优”的电话服务。2025年度获评“优秀”档次；互动平台诉求办理满意率为99%；对外电话服务满意率为98.04%。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			12	12		
		质量指标			8	8		
		时效指标			20	20		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	100.00		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障公众评价						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	67.893000	67.893000	66.535000	10	98.00%	9.80
		其中：当年财政拨款	67.893000	67.893000	66.535000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目 标	预期目标				实际完成情况			
	以提升北京市医保服务体系工作质量为核心，遵循“问题发现-原因挖掘-策略提出”的流程，以及问题导向、全利益相关方的工作原则，通过大数据分析技术对医保重点问题投诉数据进行梳理和分解，通过定性和定量相结合的调查形式对包括参保对象、医疗机构工作人员、医药企业、医保经办人员、医保领域专家等在内的多个利益相关方开展全面调查评估，调查内容涵盖北京市医保局重点工作评价、相关政策评价、信息宣传工作评价和建议等多个方面，并结合新媒体形式开展医疗保障领域知识传播行动，为进一步改善医疗保障服务水平、完善相关政策制定、优化宣传工作等提供公众意见支撑，从而保障多方满意度，提升群众在医疗保障领域的获得感。				以提升北京市医保服务体系工作质量为核心，遵循“问题发现-原因挖掘-策略提出”的流程，以及问题导向、全利益相关方的工作原则，通过大数据分析技术对医保重点问题投诉数据进行梳理和分解，通过定性和定量相结合的调查形式对包括参保对象、医疗机构工作人员、医药企业、医保经办人员、医保领域专家等在内的多个利益相关方开展了全面调查评估，调查内容涵盖北京市医保局重点工作评价、相关政策评价、信息宣传工作评价和建议等多个方面，并结合新媒体形式开展医疗保障领域知识传播行动，为进一步改善医疗保障服务水平、完善相关政策制定、优化宣传工作等提供公众意见支撑，从而保障了多方满意度，提升了群众在医疗保障领域的获得感。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			50	47.5	年度指标值设定偏低；后续提高指标值准确度。	
		质量指标			5	5		
		时效指标			5	4.8	根据实际工作开展，采购方式有所调整；后续提高指标值准确度	
	成本指标	经济成本指标			5	5		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			5	5		
总分					100	97.10		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		法制政府建设经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	77.800000	77.800000	77.600000	10	99.74%	9.97
		其中：当年财政拨款	77.800000	77.800000	77.600000	—	—	—
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	通过聘请法律顾问切实维护我局和直属单位相关法律权益。协助完成2025年度各项普法任务。				加强法治政府建设，通过聘请法律顾问切实维护了我局和直属单位相关法律权益，协助完成2025年度普法任务，提高我局和直属单位法治意识和依法行政水平。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			30	28	根据实际工作增加部分活动；后续根据实际情况设置指标值。	
		质量指标			10	10		
		时效指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			10	10		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	97.97		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		市医保局协同OA运维经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	198.498000	338.990000	338.990000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	198.498000	338.990000	338.990000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	提高OA系统和办公软硬件产品的应用和管理水平，保证OA系统符合《网络安全法》《密码法》及网络安全等级保护等相关法律法规、标准、规定要求，保证系统安全、合法、合规运行，保障系统稳定运行和数据安全，为日常办公提供有效支撑，提升政务运行效能。				按照计划完成工作内容，保证了OA系统安全、合规、稳定运行，保障了数据安全，为单位日常办公提供有效支撑，提升了政务运行效能。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			22	22		
		质量指标			10	10		
		时效指标			8	8		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			15	15		
		可持续影响指标			10	10		
	满意度指标	服务对象满意度指标			5	5		
总分					100	100.00		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		财务综合管理工作经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	121.000000	108.000000	105.733000	10	97.90%	9.79
		其中：当年财政拨款	121.000000	108.000000	105.733000	—	—	—
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	促进财经管理工作提质增效，提升预算评估评审、绩效等工作水平，提高财务综合管理能力，保障财政资金使用效益和财务工作有序运行。				通过开展预算执行审计、绩效评价、事前绩效评估等工作，促进预算评估评审、绩效等工作水平不断提升，促进财经管理工作提质增效，保障了财政资金使用效益和财务工作有序运行。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			21	21		
		质量指标			10	10		
		时效指标			10	9	根据实际工作安排，调整了采购时间；在后续工作中，完善指标值设定。	
	成本指标	经济成本指标			19	19		
	效益指标	社会效益指标			10	10		
		可持续影响指标			10	10		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	98.79		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		网站运营项目						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	236. 769948	220. 212517	220. 212517	10	100. 00%	10. 00
		其中：当年财政拨款	236. 769948	220. 212517	220. 212517			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	将政府网站作为新时代建设服务型政府的重要平台，着力推进全市政府网站规范化、创新性发展。更好地履行新机构职能、推动北京市医疗保障工作开展、做好政策宣传与解读工作、服务公众，做好北京市医疗保障局门户网站及对外服务网络建设工作。 1、保障北京市医疗保障局门户网站平稳运行，内容发布及时准确、形式新颖多样； 2、保障定点医疗机构查询系统、定点零售药店查询系统、医保药品报销范围查询系统、打击欺诈骗保监督举报系统服务正常运行。				通过项目实施，确保了是医保局官方网站运行平稳，内容发布及时准确，未出现重大错误，未受到恶意攻击，保障了定点医疗机构查询系统、定点零售药店查询系统、医保药品报销范围查询系统、打击欺诈骗保监督举报系统服务正常运行等功能使用正常，			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			26	26		
		质量指标			12	12		
		时效指标			9	9		
	成本指标	经济成本指标			6	6		
	效益指标	社会效益指标			18	18		
		可持续影响指标			9	9		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障基金飞行检查保障经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	113. 554000	269. 355477	225. 359424	10	83. 67%	8. 37
		其中：当年财政拨款	113. 554000	269. 355477	225. 359424			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	严厉打击医保领域违法违规行为，切实维护医保基金安全，坚决守好人民群众“看病钱”“救命钱”，保障公民健康权益				按照工作安排，赴外地飞检，同时组织开展本市打击欺诈骗保专项检查，切实维护医保基金安全，坚决守好人民群众“看病钱”“救命钱”。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	20		
		质量指标			10	10		
		时效指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			10	10		
		可持续影响指标			20	20		
总分					100	98. 37		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障印刷服务						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	112. 669580	90. 889580	87. 339490	10	96. 09%	9. 61
		其中：当年财政拨款	112. 669580	90. 889580	87. 339490			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目 标	预期目标				实际完成情况			
	对出台的相关政策需进行宣传印制材料，扩大参保群众知晓率，同时确保全局日常工作的顺利开展，服务人群满意。				根据工作需求对出台的相关政策需进行宣传印制材料，扩大参保群众知晓率，顺利保障了单位日常工作的开展。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分 偏差原因分析及改进措施		
	产出指标	数量指标			10	10		
		质量指标			20	20		
		时效指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			30	30		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	99. 61		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		执法运行综合保障经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	44.150000	10.000000	6.721535	10	67.22%	6.72
		其中：当年财政拨款	44.150000	10.000000	6.721535			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	鼓励社会各界举报违法违规使用医疗保障基金行为，对愿意得到举报奖励金的查证属实的举报人进行奖励。积极引入第三方力量参与医保基金监管，坚决打击违法违规使用医保基金行为。				对愿意得到举报奖励金的查证属实的举报人进行奖励，鼓励社会第三方力量参与医保基金监管，有效打击了违法违规使用医保基金行为。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	20		
		质量指标			10	10		
		时效指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			40	40		
总分					100	96.72		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障业务工作专家劳务经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	155.850000	147.450000	135.288570	10	91.75%	9.18
		其中：当年财政拨款	155.850000	147.450000	135.288570			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	通过借用专家力量，提高我局医保业务工作质量，提升医保服务水平。				通过借用专家力量，提高了医保业务工作质量 医保服务水平持续提升。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			10	10		
		质量指标			10	10		
		时效指标			20	20		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	可持续影响指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	9	满意度调查范围稍有不足，后续工作中进一步加强。	
总分					100	98.18		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障审计检查经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（行政）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	677.920000	697.920000	684.628000	10	98.10%	9.81
		其中：当年财政拨款	677.920000	697.920000	684.628000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	拟聘请第三方机构对2025年度面向定点医药机构、医保经办机构等相关工作提供协助，协助检查的工作内容主要为提供数据分析、医学审核稽查专家服务和财务审计服务等。				2025年开展了定点医药机构、医保经办机构等审计、检查、数据分析等相关工作，加大了医保基金监管力度，营造社会合力打击违规行为的气氛，形成有力威慑，持续推进了医保基金安全规范使用，提升了医保监管水平，提高了医疗保险管理服务水平和基金使用效率。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			10	10		
		质量指标			20	20		
		时效指标			28	28		
	成本指标	经济成本指标			7	7		
	效益指标	可持续影响指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			5	5		
总分					100	99.81		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		档案存档经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	23. 120000	23. 120000	23. 120000	10	100. 00%	10. 00
		其中：当年财政拨款	23. 120000	23. 120000	23. 120000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	为贯彻落实《中华人民共和国档案法》、《社会保险业务档案管理规定（试行）》等法律法规要求，医保中心需要选择专业存档机构对档案和医疗保险手工报销单据进行存放保管及提供存档服务，确保档案和医保手工报销单据等材料存放安全、完整，能够及时、有效地保管、调阅、利用档案。				通过专业存档机构对医保报销单据进行存放保管及提供存档服务，保证了医保报销单据存放安全、完整，能够及时、有效地保管、调阅、利用材料。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			10	10		
		质量指标			20	20		
		时效指标			20	20		
	成本指标	经济成本指标			10	10		
	效益指标	社会效益指标			10	10		
		可持续影响指标			10	10		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		定点医疗机构服务满意度调查经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	3.600000	3.600000	3.600000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	3.600000	3.600000	3.600000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	定点医疗机构服务满意度作为“风险+信用”综合评价和BJ-GBI质量评价指标之一，委托第三方开展参保人员对定点医疗机构服务满意度调查，以获得更加完整、全面、科学的指标数据。				通过开展参保人员对定点医疗机构服务满意度调查，获得了更加完整、全面、科学的指标数据，为“风险+信用”综合评价和BJ-GBI质量评价提供有效支撑。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			10	10		
		质量指标			15	15		
		时效指标			25	25		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
		可持续影响指标			10	10		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		总额预算管理BJ-GBI经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	80.000000	80.000000	80.000000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	80.000000	80.000000	80.000000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	持续完善BJ-GBI（BeiJing Medical Insurance Global Budget Index Model）数学模型、优化质量评价体系，进一步提升总额预算管理工作的精细化和科学化水平，通过适当的激励约束机制，促进医疗机构转变扩张式发展理念，主动加强管理、规范行为、降低成本、提质增效，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，提高医保基金使用效率，切实保障广大参保人员基本医疗权益和医保制度长期可持续发展。				本项目按计划完成相关工作，对BJ-GBI数学模型、质量评价体系进行了优化完善，进一步提升了总额预算管理工作的精细化和科学化水平。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	20		
		质量指标			10	10		
		时效指标			15	15		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			5	5		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		定点医疗机构数据筛查						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	90.400000	81.683600	81.683600	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	90.400000	81.683600	81.683600			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	聘请数据分析公司通过大数据筛查对定点医疗机构开展异常数据筛查，发现问题线索，锁定异常数据，确定检查重点，为各类检查提供数据支撑，维护医疗保险基金安全。				完成对相应定点医疗机构的医保结算数据筛查分析工作，发现问题线索，锁定异常数据，确定检查重点，为各类检查提供数据支撑，达到了为有效维护医保基金安全提供支撑的目的。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			15	15		
		质量指标			10	10		
		时效指标			20	18	项目启动时间稍晚。下一步，在制定实施方案时更合理地设置时限并尽早启动项目。	
	成本指标	经济成本指标			10	10		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
		可持续影响指标			10	10		
	满意度指标	服务对象满意度指标			5	5		
总分					100	98.00		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		健全北京市定点医疗机构“信用+风险”双评价机制项目						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	13. 363200	13. 363200	13. 350000	10	99. 90%	9. 99
		其中：当年财政拨款	13. 363200	13. 363200	13. 350000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	完善定点医疗机构“信用+风险”双评价体系、完善定点医疗机构“信用+风险”双评价结果应用机制。				通过项目实施，改善了定点医疗机构“信用+风险”双评价体系，完善啦定点医疗机构“信用+风险”双评价结果应用机制，提高了医疗机构精细化管理水平，提升了医保经办机构管理效能。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	20		
		质量指标			10	10		
		时效指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			15	15		
	效益指标	社会效益指标			10	10		
		可持续影响指标			15	15		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	99. 99		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		北京市医保中心智能咨询服务平台项目						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	17.080000	17.080000	17.080000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款						
		上年结转资金	17.080000	17.080000	17.080000			
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	建成智能咨询服务平台，对外电话实现多线路接听，语音名片等功能，知识库能够应答日常工作中的基本问题。				通过建成智能咨询服务平台，对外电话实现10条线路同时接听，具备语音转文字等功能，知识库能够应答日常工作中的常见问题，提升对外咨询电话服务质效，保障群众诉求得到及时、妥善回应。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			15	13.5	根据实际需求开展，后续进一步提高绩效指标设置的科学性	
		质量指标			15	15		
		时效指标			15	15		
	成本指标	经济成本指标			15	15		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	98.50		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保险转移接续和邮寄经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	8.668200	3.728142	3.483129	10	93.43%	9.34
		其中：当年财政拨款	8.668200	3.728142	3.483129			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	为保障流动就业人员的权益，保证转移接续业务顺利有序进行，为流动就业人员邮寄《基本医疗保险关系转移接续联系函》和《参保人员基本医疗保险类型变更信息表》。				通过为流动就业人员邮寄了《基本医疗保险关系转移接续联系函》和《参保人员基本医疗保险类型变更信息表》，保障了流动就业人员的权益，保证转移接续业务顺利有序进行。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			10	10		
		质量指标			20	20		
		时效指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	99.34		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		支付方式改革推进工作						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	615. 530000	615. 530000	562. 450000	10	91. 38%	9. 14
		其中：当年财政拨款	615. 530000	615. 530000	562. 450000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《关于建立完善疾病诊断相关分组付费技术标准和维护机制的合作备忘录》等文件精神，推进国家和北京支付方式改革工作。一方面深化北京支付方式改革，完善北京DRG分组方案及配套机制，另一方面落实国家DRG分组方案优化、指导培训、宣传交流等工作。				国家层面：一是开展国家3.0版DRG分组方案优化升级工作。稳步推进数据测算、方案编制、技术规范研究、重点专业分组方案研究、疾病诊断和手术操作分类代码（ICD9和ICD10）研究、DRG2.0意见征集分析等各项研究和工 作；二是开展DRG审核校验规则、人工智能判断诊断合理性的系统开发等研究工作；三是组织全国DRG优秀管理案例评比活动，为全国医疗机构搭建“临床经验互通、管理智慧共享”的学习交流平台。四是做好技术指导组微信公众号和网站运营工作。 北京层面：一是按照国家医保局要求，北京市DRG支付方案2.0版于2025年1月1日落地，同时完善意见收集、协商谈判、预付金、特例单议、数据工作组五大机制。二是完成医疗保障基金结算清单诊疗信息填写规范等研究；三是开展北京版DRG2.0改革方案、居民总额预算、DRG特例单议等培训会等。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	19	年度指标值设定偏低；后续增加指标设置科学性	
		质量指标			10	10		
		时效指标			15	15		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			15	15		
		可持续影响指标			5	5		
	满意度指标	服务对象满意度指标			5	5		
总分					100	98. 14		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		区医保经办机构内部控制审计项目						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	51.738800	51.143820	51.143820	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款						
		上年结转资金	51.738800	51.143820	51.143820	10	100	10
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	通过对各项工作流程、岗位职责的梳理分析，及时发现风险点，不断完善问题整改，进一步加强各区医保经办机构内部控制管理、健全管理机制、完善内控管理措施、防范和化解风险。				通过对各区经办机构检查，系统梳理业务流程，发现了部分业务办理问题并及时完成整改，有效改善经办服务质量，强化了经办事项的控制管理。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			15	15		
		质量指标			20	20		
		时效指标			15	15		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
总分					100	100.00		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		内部控制检查经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局（事业）		
项目资金 （万元）			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	38.173800	38.173800	37.718780	10	98.81%	9.88
		其中：当年财政拨款	38.173800	38.173800	37.718780			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	进一步加强医疗保障经办机构内部控制管理与监督，健全管理机制，防范运行风险。				通过检查提出了整改建议，进一步改善了经办管理工作，健全管理机制，有效防范了经办机构内控管理中的运行风险。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	20		
		质量指标			5	5		
		时效指标			15	15		
	成本指标	经济成本指标			15	15		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
		可持续影响指标			5	5		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	99.88		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医药价格监测服务						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医药集中采购服务中心		
项目资金 (万元)			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	24.000000	24.000000	24.000000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	24.000000	24.000000	24.000000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	1、每月完成省级药耗产品公示价格采集、电商平台药耗产品价格采集、采集产品数据标准化、编写价格监测统计分析报告 2、数据服务发生错误次数不超过2次 3、成本控制在预算范围内				完成了每月省级药耗产品公示价格采集、电商平台药耗产品价格采集、采集产品数据标准化、编写价格监测统计分析报告。通过加强对药品、医用耗材价格的监测，为药、耗产品价格联动调整，医保目录动态调整提供有效支撑，实现了降低医疗机构药耗产品价格与执行的公开透明化、降低药耗产品整体费用，减轻人民群众的就医负担，有效降低了医保基金支出。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			40	40		
		质量指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			10	10		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
	满意度指标	服务对象满意度指标			10	10		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		药品和医用耗材集中采购数据服务						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医药集中采购服务中心		
项目资金 (万元)			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	48.000000	33.600000	33.600000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	48.000000	33.600000	33.600000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	1、完成带量采购项目数据服务（耗材完成批次）3次、完成带量采购项目数据服务（药品完成批次）3次、完成带量采购项目完成情况分析4次、完成阳光采购数据统计分析4次 2、数据服务发生错误次数不超过3次 3、成本控制在预算范围内				完成带量采购项目数据服务（耗材完成批次）3次、完成带量采购项目数据服务（药品完成批次）3次、完成带量采购项目完成情况分析4次、完成阳光采购数据统计分析4次。通过多源的数据采集，实现政府、企业、社会各方面的数据抽取、汇聚和整合，不断更新医保招采子系统数据，提升医保招采子系统数据准确性和时效性。 。通过对多源采集的数据进行统一的数据标准化清洗，实现医保招采子系统数据的统一规范化管理。通过科学建模和分析手段，开展医保带量采购数据挖掘和应用，加强业务运行把控，构建了制度化、常态化数据动态维护与分析机制。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			40	40		
		质量指标			10	10		
		时效指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			10	10		
	效益指标	社会效益指标			20	20		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		办公设备购置类项目						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医药集中采购服务中心		
项目资金 (万元)			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	0.750000	0.750000	0.750000	10	100.00%	10.00
		其中：当年财政拨款	0.750000	0.750000	0.750000			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	根据实际工作需求和资产管理相关规定，购置办公设备，满足日常办公需求、提高工作效率。				通过该项目实施，满足了日常办公需求、达到了提高工作效率的预期目标。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			20	20		
		质量指标			20	20		
		时效指标			10	10		
	成本指标	经济成本指标			20	20		
	效益指标	社会效益指标			10	10		
		可持续影响指标			10	10		
总分					100	100		

项目支出绩效自评表

(2025年度)

项目名称		医疗保障信息系统运维和信息安全经费						
主管部门		北京市医疗保障局			实施单位	北京市医疗保障局大数据中心		
项目资金 (万元)			年初预算数	全年预算数	全年执行数	分值	执行率	得分
		年度资金总额	2, 101. 762490	1, 920. 379657	1, 857. 483492	10	96. 72%	9. 67
		其中：当年财政拨款	2, 101. 762490	1, 920. 379657	1, 857. 483492			
		上年结转资金						
		其他资金						
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	为保障医疗保险、医疗救助等信息系统及日常办公设备和网络的安全、平稳、可靠运行，满足经办机构、参保单位、参保人办理医保事务的需要，落实国家和北京市法律法规要求，加强信息安全和数据安全管理及能力，需开展医疗保障相关信息系统建设、升级改造及运维，开展信息安全服务、信息化建设咨询服务、评估及审计服务和专家论证（咨询、论证、评审等）等工作。通过现场支持、远程支持和呼叫热线等方式，提供规范化、标准化的设备维护、应用软件升级、技术培训、故障处理等服务，加强对医疗保障信息系统的性能提升和优化。				开展医疗保障相关信息系统运维服务、信息安全服务、信息化建设咨询服务、评估及审计等工作，通过现场支持、远程支持和呼叫热线等方式，提供规范化、标准化的设备维护、应用软件升级、技术培训、故障处理等服务，推动了医保信息系统持续优化与适应性升级，快速响应医保政策调整和业务流程变化，更好地支撑医保便民服务和精细化管理，加强了信息安全和数据安全管理及能力，强化信息安全，规范用户行为，保障参保人待遇权益信息安全，提升业务系统稳定性。			
绩效指标	一级指标	二级指标			分值	得分	偏差原因分析及改进措施	
	产出指标	数量指标			34	34		
		质量指标			7	7		
	成本指标	经济成本指标			18	18		
	效益指标	社会效益指标			28	28		
		可持续影响指标			3	3		
总分					100	99. 67		

2025 年度中央对北京城乡居民基本医疗保险补助资金转移支付预算执行情况绩效自评报告

一、转移支付基本情况

（一）城乡居民基本医疗保险补助资金转移支付概况

2025 年中央对北京市城乡居民基本医疗保险补助资金 28358 万元，分别通过《财政部 国家医保局关于提前下达 2025 年中央财政城乡居民基本医疗保险补助预算的通知》（财社〔2024〕140 号）、《财政部 国家医保局关于下达 2025 年中央财政城乡居民基本医疗保险补助预算的通知》（财社〔2025〕92 号），下达 26002 万元和 2356 万元。

北京市城乡居民基本医疗保险预算资金在市级统筹使用。

（二）资金投入情况分析

2025 年，北京市共安排城乡居民基本医疗保险财政补助 1026512.8853 万元，其中中央财政补助资金 28358 万元，地方财政补助资金 998154.8853 万元。

2025 年城乡居民基本医疗保险地方财政安排预算资金 998154.8853 万元。其中市级财政补助资金 391600 万元；区级财政补助资金 606554.8853 万元。按照《北京市财政局关于批复社会保障基金财政专户 2025 年预算的函》（京财社指〔2025〕0601 号），下达市级财政补助资金 387300 万元；

按照《北京市财政局关于下达社会保障基金财政专户市级财政补助资金预算的函》（京财社指〔2025〕2110号），下达市级财政补助资金4300万元。按照《北京市财政局关于缴纳2025年城乡居民基本医疗保险财政补助资金的通知》（京财社〔2025〕948号），各区上缴城乡居民基本医疗保险补助资金606554.8853万元，其中区级按人均标准补助资金596579.4118万元，区级个人免缴补助金额9975.4735万元。上述资金全部纳入市社会保障基金财政专户（城乡居民基本医疗保险子户）。

2025年城乡居民基本医疗保险基金支出1204295.66万元，其中待遇支出1159227.06万元，大病保险支出45048.50万元，其他支出20.10万元，为退历年社会保险费。

（三）资金管理情况分析

我市城乡居民基本医疗保险基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和预决算管理制度，按照市级统一政策、统一经办流程，实行市级统筹。城乡居民基本医疗保险基金纳入市级社会保障基金财政专户，专款专用，严格实行“收支两条线”管理。

我市按照国家全面实施预算绩效管理文件要求，不断提高医保基金使用效率，从各环节加强基金预算绩效管理。在预算编制环节加强评审，在预算执行环节加强监控，决算环节开展绩效自评，形成评价报告。

全市医保信息平台提供从征缴、支付到财务的全流程线上信息流转和业务操作系统，有效保证业务财务数据的一致性和减少人为误操作因素。收入方面，城乡居民基本医疗保险费收入由税务部门征收，资金直接进入国库后上划财政基金专户。资金到账数据反馈至医保系统自动匹配业务信息形成收缴数据，财务根据业务推送的收缴数据核对财政专户银行收款情况一致后编制凭证并记账。支出方面，待遇支付由支付部门生成支付数据推送财务，财务根据支付数据进行拨款并编制凭证、记账。财务所有收支业务均依据医保系统数据进行自动制证，避免手工记账等离库操作可能出现的人为篡改行为，有效降低基金风险，维护基金安全。支出责任履行情况良好。

二、绩效目标实现情况

（一）总体绩效目标完成情况分析

2025年北京城乡居民基本医疗保险参保人数410.86万人，与去年相比参保规模维持稳定。具体筹资标准为，城乡老年人每人4780元/年，其中财政补助每人4350元/年，个人缴费每人430元/年；学生儿童每人2130元/年，其中财政补助每人1725元/年，个人缴费每人405元/年；劳动年龄内居民每人3085元/年，其中财政补助每人2335元/年，个人缴费每人750元/年。2025年城乡居民基本医疗保险基金收入121.34亿元，基金支出120.43亿元，当年基金结余

0.91 亿元，无赤字，滚存结余 75.70 亿元，可支付月数 7 个月，完成年度总体目标。

（二）绩效指标完成情况分析

1. 参保人数：2025 年北京市参保人数目标为 1942 万人。截至 2025 年 12 月底，年度任务完成情况为 1943.25 万人，完成率已超 100%，完成指标。

2. 重复参保人数：无重复参保数据。我市为市级统筹，各参保险种之间建立了互斥的判断校验机制。业务申报时，同一人不能同时在多个险种同时参保，完成指标。

3. 虚报参保人数：无虚报参保人数，完成指标。

4. 参保人政策范围内住院费用报销比例：70.48. %，完成指标。

5. 基金滚存结余可支付月数：2025 年城乡居民基本医疗保险当年基金结余 9086 万元，无赤字。滚存结余 756958 万元，可支付月数 7 个月，大于 6 个月，完成指标。

6. 开展门诊统筹：北京市开展了市级门诊统筹，全市执行统一的医保政策、缴费标准、待遇水平和目录，完成指标。

7. 参保群众政策知晓率：组织“中国医保 一生守护”全民参保集中宣传系列活动，精心策划实施方案并发文，举办启动仪式邀请 10 个兄弟单位及各区共 180 余人参加，开通线上同步直播，形成立体宣传矩阵，配合组织现场培训确保宣传实效，统筹全市 17 区“五进”宣传活动 50 场次营造

良好氛围。同时，针对参保人员、医保工作人员、社会监督员等相关群体通过问卷调查、深度访谈等方式开展医保政策知晓率调查，受访者对医保政策知晓率为 95.37%，完成指标。

8. 参保对象满意度：为全面了解不同服务对象对医保服务经办、待遇保障、药品种类与价格、政策整体落地等医保工作满意度，2025 年同步整合 7 项重点政策专项评价数据、总体政策知晓度及医保宣传满意度等关键指标，针对参保人员、各区医保经办工作人员、定点医疗机构相关人员、定点零售药店相关工作人员、服务对象等利益相关群体通过问卷调查、深度访谈等方式开展医保工作满意度调查。在本次调查中，医保工作整体满意度较好，达到 90.3%，完成指标。

三、绩效自评结论

经综合评价，2025 年城乡居民基本医疗保险补助资金管理规范，资金拨付、使用合规，年度绩效目标及指标均已达成，有效支撑了医疗保障事业发展工作。后续将持续做好补助资金管理工作，最大限度发挥转移支付资金使用效能。

2025 年度中央对北京医疗救助补助资金 转移支付预算执行情况绩效自评报告

一、转移支付基本情况

（一）医疗救助补助资金转移支付概况

2025 年，中央下达北京市医疗救助转移支付资金。根据《北京市财政局 北京市医疗保障局关于印发〈北京市城乡医疗救助基金市级统筹管理办法〉的通知》（京财社〔2022〕2637 号），北京市城乡医疗救助基金实行市级统筹管理。

（二）资金投入情况分析

2025 年北京市共安排医疗救助资金财政补助 47362 万元，其中中央医疗救助补助资金转移支付 1698 万元，地方财政补助资金 45664 万元。

2025 年中央对北京市城乡医疗救助补助资金 1698 万元，通过《财政部 国家医保局关于提前下达 2025 年中央财政医疗救助补助资金（城乡医疗救助部分）预算的通知》（财社〔2024〕132 号）下达 2081 万元，通过《财政部 国家医保局关于下达 2025 年中央财政医疗救助补助资金（城乡医疗救助部分）预算的通知》（财社〔2025〕31 号）核减 383 万元，最终实际到位中央补助资金 1698 万元。

2025 年全市城乡医疗救助地方财政安排预算资金 45664 万元。按照《北京市医疗保障局 北京市财政局关于提前下达 2025 年中央财政医疗救助补助资金及上缴 2025 年度城乡医疗救助资金的通知》（京医保办发〔2025〕1 号），各区按规定上缴资金 45664 万元。上

述资金全部纳入北京市社会保障基金财政专户（城乡医疗救助专户）专账管理。

2025年北京市医疗救助资金执行47362万元，执行率100%。其中：中央医疗救助补助资金执行1698万元，执行率100%；地方财政补助资金执行45664万元，执行率100%。

（三）资金管理情况分析

北京市 2025 年医疗救助补助资金严格遵循财政部、国家医保局相关文件精神与制度要求，全面规范资金分配、下达、拨付及使用全流程管理，切实提升资金使用效益与政策保障效能。

在资金分配、下达及拨付环节，坚持科学分配、及时高效的原则，综合考量各区救助对象规模、救助资金历史支出情况、区域医疗保障需求等核心因素，研究制定符合本市实际的中央财政医疗救助补助资金分配方案，确保资金分配精准匹配基层救助需求。资金到位后，严格按照规定时限分解下达至各区。

在资金使用管理方面，严格遵照《财政部 国家医保局关于修订〈城乡医疗救助基金管理办法〉的通知》（财社〔2025〕1号）、《北京市财政局 北京市医疗保障局关于印发〈北京市城乡医疗救助基金市级统筹管理办法〉的通知》（京财社〔2022〕2637号）等制度规定执行，资金使用合法合规，资金全部用于困难群众医疗救助相关支出，未发生截留、挤占、挪用或擅自调整用途等违规问题，切实保障救助对象合法权益。

在预算绩效管理方面，严格落实国家医保局关于绩效评价的工作要求，定期组织绩效评价工作。通过绩效评价及时发现并优化资金使用中的薄弱环节。

在支出责任履行方面，严格按照财政事权与支出责任划分要求，切实履行本级支出责任，足额安排配套资金，确保中央财政补助资金与地方配套资金及时拨付到位、规范使用。有效保障医疗救助政策落地见效，切实减轻困难群众医疗费用负担，兜牢民生保障底线。

二、绩效目标实现情况

（一）总体绩效目标完成情况分析

通过实施城乡医疗救助，医疗救助对象人数规模保持合理水平，2025 年医疗救助基金救助 11 万人，救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助比例超过 85%。

（二）绩效指标完成情况分析

1. 医疗救助对象人次规模

根据北京市医疗保障局等七部门《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》京医保发〔2022〕37号，社会救助对象包括：特困供养人员、民政部门管理的因公(病)致残返城知青；民政部门管理的享受原工资40%救济的60年代初精简退职老职工；最低生活保障对象以及生活困难补助人员；城乡低收入家庭救助人员”。《关于进一步做好因病致贫重病患者家庭医疗救助工作的通知》（京医保发〔2023〕9号）对具有本市户籍，未享受城乡居民最低生活保障或低收入等社会救助的城乡居民及其共同生活的家庭成员，家庭负担的合规医疗费用超过家庭承受能力，基本生活出现严重困难且符合相关因病致贫家庭认定条件的，给予医疗救助。

全年实际完成值：符合救助条件的对象均按规定纳入救助范围

2. 重点救助对象政策范围内个人自付费用年度限额内住院救助

北京市社会救助对象认定由民政部门按照有关规定进行认定，社会救助对象住院救助待遇如下：对社会救助对象中的特困供养人员、民政部门管理的因公（病）致残返城知青，政策范围内个人负担部分按照100%给予救助，不设年度救助最高支付限额。对社会救助对象中由民政部门管理的享受原工资40%救济的60年代初精减退职老职工，政策范围内个人负担部分按照85%给予救助，不设年度救助最高支付限额。除前述人员以外的社会救助对象，政策范围内个人负担部分按照85%给予救助，全年救助最高支付限额16万元。重点救助对象平均住院救助比例为 $(100\%+85\%+85\%)/3=90\%$ 。

全年实际完成值：90%

3. 符合资助条件的农村低收入人口资助参保政策覆盖率 $\geq 99\%$

根据北京市农业农村局《关于退出低收入农户城乡居民基本医疗保险缴费补贴政策的函》，截至2020年底本市低收入农户实现全部“脱低”，低收入农户参加城乡居民医保时享受的免缴政策自2022年1月1日退出。

全年实际完成值：100%

4. 医保基金监管情况

开展医保基金管理突出问题专项整治，维护基金安全。强化数智赋能，发布智能审核规则，全市定点医药机构全部实现药品追溯码应采尽采，源头防治回流药、串换药。

全年实际完成值：成效明显

5. 市域内“一站式”即时结算覆盖率

北京市为一个统筹区，市域内实现医疗救助“一站式”即时结

算，自 2023 年 1 月 1 日起，对参加本市基本医保的社会救助对象，在本市医保定点医疗机构治疗后，实行基本医保、大病保险与医疗救助“一站式”即时结算，全面提高结算服务便利性，统筹区医疗救助费用实现“一站式”即时结算率为 100%。

全年实际完成值：100%

6. 困难群众看病就医方便程度

参加本市基本医保的社会救助对象实行“一站式”即时结算，结算服务便利，从根本上减轻社会救助对象跑腿申报负担和资金垫付压力。2025 年出台就医服务相关政策，明确患者群体登记识别制度，重点人员的监测预警，困境患者的救助帮扶等相关工作，进一步提升困难群众的获得感、幸福感。

全年实际完成值：明显提高

7. 困难群众医疗费用负担

医疗救助对象政策范围内个人支付比例=医疗救助对象政策范围内个人支付金额/医疗救助对象政策范围内医疗费用总额。根据医疗救助费用统计表，2024 年医疗救助对象政策范围内个人支付比例为 6.94%，2025 年医疗救助对象政策范围内个人支付比例为 6.63%，本年度医疗救助对象政策范围内个人支付比例较上年度降低。

全年实际完成值：有效缓解

8. 对健全社会救助体系的影响

北京市印发《关于加强低收入人口动态监测 做好分层分类社会救助工作实施意见》，健全社会救助体系，进一步织密民生兜底保障安全网。依托市经信委大数据平台的救助人员数据库，每日接收市民政局认定的医疗救助人员信息，符合条件的人员自动办理城

乡居民参保登记。优化社会救助领域“高效办成一件事”，进一步提高了医疗救助的可及性。

全年实际完成值：成效明显

9. 对健全医疗保障制度体系的作用

北京市全力构建基本医保、大病保险和医疗救助三重保障制度有效衔接、梯次减负的制度体系。医疗救助减轻了特困供养人员、低保、低收入家庭等社会救助对象的医疗费用负担，在医疗保障体系中承担兜底保障功能，对健全社会保障体系、提高社会保障水平成效明显。

全年实际完成值：成效明显

10. 救助对象对救助工作满意度

为全面了解不同服务对象对医保服务经办、待遇保障、药品种类与价格、政策整体落地等医保工作满意度，2025 年同步整合 7 项重点政策专项评价数据、总体政策知晓度及医保宣传满意度等关键指标，医保工作整体满意度较好，社会公众对医保服务经办的满意度 90.3%。

全年实际完成值：90.3%

三、绩效自评结论

经综合评价，2025 年医疗救助补助资金管理规范，资金拨付、使用合规，年度绩效目标及指标均已达成，有效支撑了医疗保障事业发展工作。后续将持续做好补助资金管理工作，最大限度发挥转移支付资金使用效能。

2025 年度中央对北京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)转移支付 预算执行情况绩效自评报告

根据《北京市财政局关于开展 2025 年度中央对地方转移支付绩效自评工作的通知》（京财绩效〔2026〕244 号）要求，北京市医疗保障局组织开展了 2025 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)（简称“补助资金”）绩效自评工作，现将相关情况报告如下：

一、转移支付基本情况

（一）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)转移支付概况

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，扎实做好补助资金使用管理工作，充分保障重点工作任务需求，持续提升参保宣传、医保信息化标准化、基金监管、经办管理、目录监管水平，不断推进医保支付方式、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格等改革任务。

（二）资金投入情况分析

2025 年北京市补助资金共计 6256.35 万元，其中：当年度下达 5316 万元，上年结转资金 940.35 万元。

截至 2025 年 12 月 31 日，补助资金执行 5192.10 万元，其中：当年度下达资金支出 4774.82 万元，上年结转资金支出 417.28 万

元，总预算执行率 82.99%。

（三）资金管理情况分析

1. 资金下达情况

根据《财政部 国家医保局关于提前下达 2025 年中央财政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〔2024〕142 号），2024 年 11 月中央提前下达北京市 2025 年补助资金 4925 万元；根据《财政部 国家医保局关于下达 2025 年中央财政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〔2025〕30 号），2025 年 4 月中央再次下达北京市 2025 年补助资金 391 万元。

两批共计下达 2025 年补助资金 5316 万元。

2. 资金分配情况

根据财政部、国家医保局相关工作要求，结合北京市实际情况，补助资金分配一方面是强化统筹，足额保障市级医疗服务与保障能力项目需求，另一方面是结合定点医疗机构数量、服务参保人员数量、区财力因素、医保基金监管评价情况、普惠健康保推广情况、医保经办机构评估排名情况、接诉即办考评排名等医保相关工作情况，分配各区医保局。

2025 年共分配当年下达补助资金 5316 万元，其中：市级分配资金 1880.52 万元，各区共分配资金 3435.48 万元。

3. 资金使用情况

北京市补助资金主要用于医疗保障审计检查、支付方式改革推进、医疗保障基金飞行检查、医保政策宣传、医保信息化标准化、经办管理服务体系建设等工作。

4. 预算绩效管理情况

2025 年补助资金分配科学，资金下达及时，拨付程序规范，资金使用高效，预算执行合规，认真开展绩效运行运行监控、绩效评价工作，全面履行支出责任，年度绩效指标均达到预期目标。资金管理主要情况如下：

（1）健全机制保障，夯实管理基础

一是完善制度体系。协同财政部门制定补助资金管理办法，厘清资金分配、预算编制、使用及监督边界；印发年度管理工作通知，细化全流程要求，筑牢预算执行制度根基。二是强化政策宣贯。及时传达上级及财政部门文件精神，督促强化主体责任意识，扎实推进资金规范使用。

（2）规范预算管理，提升资金效能

一是科学统筹规划。紧扣工作规划，引导资金向重点领域、重大项目倾斜，全力保障改革任务落地见效。二是从严预算执行。压实主体责任，优化工作衔接，实施常态化监控与定期通报机制，及时调度滞后项目，提升资金支出效能。三是深化资金监管。实施预算进度与绩效目标双监控，深入开展绩效评价、专项审计，坚持问题导向，防范化解风险，确保资金安全、规范、高效运行。

二、绩效目标实现情况

（一）总体绩效目标完成情况分析

年度总体目标：有效提升参保宣传、医保信息化标准化、基金监管、经办管理、目录监管水平，推进医保支付方式、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格等改革任务。

完成情况：北京市 2025 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）分配、使用、管理、执行整体情况良好，达到了年度目标要求。

一是参保和基金运行保持平稳。加强市区宣传动员，开展“一人一档”排查，高质量完成本市全民参保任务。强化基金收支预算管理，基金运行保持平稳。

二是推进“三医”协同联动。深化医疗服务价格改革，落地护理类、放射类等医疗服务价格项目立项指南，技术劳务类项目价格有序上调，检查检验类合理下降。推进总额预付、按病种 DRG 付费、精神病床日付费等支付方式改革，用好 DRG 特例单议，推进即时结算，支持医疗机构内涵式发展。

三是持续加强基金监管。开展医保基金管理突出问题专项整治，维护基金安全。强化数智赋能，发布智能审核规则，全市定点医药机构全部实现药品追溯码应采尽采，源头防治回流药、串换药。

四是管理服务提质增效。深化定点医疗机构“信用+风险”双评价分级分类管理机制，推进信用体系建设；开展医保数据“亮家底”，提升基金透明度和精细化管理水平。便民利民不断深化，本市所有有床位的定点医疗机构全部开通异地就医直接结算，个人账户 OTC 线上购药持续扩面。

五是医保赋能医药健康产业高质量发展。连续 2 年会同 8 部门出台本市支持创新医药高质量发展措施，北京普惠健康保特药清单逐年增加。国谈药“双通道”持续推进，创新药供应保障水平不断提升，发布第 2 批 DRG 付费新药新技术除外名单。研究支持商业健康保险发展措施，医保商保合力提升创新药械可及性和可负担性，满足群众多层次健康保障需求。

六是积极承担国家重点任务展现首善担当。落地首个全国性“医保+商保”清分结算中心，实现医保商保数据互联互通、同步结算。上线中国药品价格登记系统，助力中国医药产业“走出去”。做好 DRG 全国技术指导组工作，推动国家分组技术、分组方案双升级。牵头开展国家口腔类、中医针法类立项指南。

（二）绩效指标完成情况分析

1. 产出指标完成情况

（1）数量指标完成情况

①基本医保参保年度任务完成率

2025 年，国家医保局下达北京市参保任务指标为 1942 万人，截至当年底，年度任务实际完成情况为 1943.25 万人（城镇职工参保 1532.39 万人，城乡居民参保 410.86 万人）。北京市已完成 2025 年度基本医保参保年度任务，年度任务完成率大于 100%。

②统筹地区实现即时结算

北京市在医保费用即时结算工作上坚持先行先试、持续优化。在国家医保局正式下达全面深化即时结算工作要求之前，北京市已依托国家医保信息平台，率先完成了本市所有定点医药机构的医疗费用即时结算 100%全覆盖。我们构建了以“按日申报、即申即结、审结分离”为核心的高效结算体系，实行“先支后扣、边结边审”的工作流程，将费用审核与资金拨付分离并行。国家医保局下达深化即时结算工作要求后，本市在已有基础上持续推进流程优化和效能提升。目前，全市即时结算平均时限较此前进一步缩短。

目前，北京市已实现即时结算稳定运行，医保基金支付效率的有效提升，实现了医保基金安全高效使用与医药服务高质量发展的

良性互动。

③短缺药品异常高价和异常配送核查处置情况

2025 年度，北京市共接收国家医保局下发的核查处置函 11 批次，相关核查处置工作已全部完成，处置率达 100%。

④每年开展药品挂网价格联动次数

2025 年开展药品挂网价格联动共 16 次。

2025 年 4 月，财政部、国家医疗保障局下达各省 2025 年中央医保能力提升补助资金通知，通知所附绩效目标表由国家医疗保障局综合考虑全国情况后进行设定，向全国各省份下发。根据当年度国家医疗保障局工作要求，各省需开展挂网药品价格联动至少 1 次，为此项工作最低要求。市医保局根据实际工作安排，2025 年全年开展药品挂网价格联动共计 16 次。

（2）质量指标完成情况

①医保基金综合监管能力

通过日常监管、自查自纠、飞行检查、行政执法、社会监督等形式，综合运用协议处理、行政处罚双手段，强化基金监管工作。组织定点医疗机构开展自查自纠，压实医院自我管理主体责任；发挥飞行检查利剑作用，开展打击欺诈骗保“百日行动”；强化数智赋能，完善医保智能审核知识库、规则库；推进部门协同，深化与公安、检察院、卫健、药监等部门联动，打好联合监管“组合拳”；加强宣传工作，连续 6 年联合多部门深入开展医保基金监管集中宣传月活动，鼓励群众广泛参与举报监督，强化基金监管高压态势。

②基金预警和风险防控能力

本市仅有一个统筹区，基本医保基金无高风险级。2025 年职

工医保统筹基金累计结余可支付月数 36 个月。居民医保基金累计结余可支付月数 7 个月。

③推进医保支付方式改革

北京市 DRG 付费 2.0 版于 2025 年 1 月 1 日落地，实现了本统筹区 2.0 分组方案切换完成率 100%的目标。在方案落地的同时，对全市各区医保经办机构、有住院服务的定点医疗机构相关人员开展线上、线下培训。目前，本市 DRG 付费改革工作基本运行平稳。

按照国家医保局部署要求，同步建立完善意见收集、协商谈判、预付金、特例单议、数据工作组五大机制，确保北京市 DRG 付费改革高质量落地。一是意见收集机制。建立“医疗机构-区医保-市医保”逐级按月沟通机制，汇总问题后分类处理解决。二是协商谈判机制。本市现行 DRG 工作方案制定过程中，书面征求意见并组织召开了 6 场意见征求会，涉及局内各处室、各区医保经办机构、试点医院（二级、三级）、中医专科医院和部队医院、相关委办局等多个相关部门，并形成最终工作方案。三是预付金机制。DRG 付费纳入总额预算（BJ-GBI）进行管理，根据医疗机构年度指标额和月度医疗费用发生规律确定月指标额，每月按指标额相应比例提前预付医保基金，并在年度结束后根据质量核定情况开展年终费用清算。四是特例单议机制。本着兑现临床价值、为临床发展提供合理空间的原则，配套本市 DRG 付费改革，建立了新药新技术除外机制和特殊病例单独结算机制，，密切关注临床诊疗变化，优化完善 DRG 付费管理。五是数据工作组机制。建立本市数据工作组，定期公开 DRG 分组结果、基金及个人支付情况和全市平均水平等数据，进一步促进医保信息共通共享。

④医保经办服务能力

一是及时拨付医保基金。2025 年北京市按规定向定点医疗机构拨付医保基金，并于 2025 年 6 月 18 日完成上年度基金清算。基金规模大的“按月预付”，基金规模小的“即时结算”，平均结算周期 1.5 天，为医疗机构运营提供有效保障。

二是构建线上线下经办服务体系，实现医保业务就近办。构建“线上全域覆盖、线下精准下沉”的全链条医保经办服务新体系。线上整合四大服务资源，形成同质化标准化集约化服务集群；线下一体推进医保服务驿站建设。建立服务事项、服务流程、服务质量三大标准，深化医银、医医、医社、医企四类合作场景，打造医保驿站品牌，实现群众医保业务就近办。

三是创新推出“医保人生”，为参保人提供全周期服务。打造“医保人生”项目，提供参保缴费、个账收支、医疗消费、报销情况、机构选择、备案情况等权益展示服务的同时，汇聚个人全生命周期参保数据、就医诊疗记录及健康画像，深入挖掘医保服务行为和费用结算数据资源的潜在价值，为参保人提供针对性健康服务。

⑤医保标准化水平

一是将业务编码维护情况纳入 GBI 质量评价体系。北京市医疗保障局于 2022 年及 2024 年先后要求医药机构对院内使用的药品、耗材、医疗服务项目编码进行梳理，清理非标准业务编码。自 2023 年 7 月起，各定点医疗机构医保信息业务编码维护情况将纳入 GBI 质量评价体系。

二是逐步废止临时编码。在贯标初期，为保障定点医药机构正常业务结算，北京市医疗保障局在医保信息库中设立了药品、医疗

服务项目和医用耗材临时编码。经过多年持续推进医保数据治理，各定点医药机构业务编码规范化水平显著提升，2024 年 1 月 1 日起正式废止药品及医用耗材临时编码。

三是建立非标数据查询功能。2024 年，北京市医疗保障局将医用耗材及诊疗项目的非标数据查询功能下放至新平台经办端及院端，各区医保经办机构和各定点医疗机构可以及时获取辖区/院内非标数据使用情况，方便各定点医疗机构及时清理错误信息。

经统计，2025 年度医保信息业务编码非标率为 0.94%，具体为：本地就医编码非标率为 0.53%，跨省异地就医编码非标率为 2.24%。2025 年，医保信息业务编码应用工作扎实推进，未来将持续巩固现有成果，不断提升医保信息业务编码应用的规范化水平。

⑥开展村（社区）级医保服务、有网点提供帮办、代办服务的村（社区）覆盖率

北京市辖 7403 个村（社区），其中 6404 个能够提供 5 项《全国医疗保障经办政务服务事项清单》中可下沉到村（社区）经办服务层级办结的服务事项，有网点提供帮办、代办服务，医疗保障服务覆盖率 86.51%，实现了覆盖率 $\geq 60\%$ 的指标要求。

⑦提升公立医疗机构平台采购药品耗材比例

2025 年公立医疗机构药品耗材平台采购中，药品网采率为 98%，高值医用耗材网采率 88%。

⑧医保信息系统正常运行率

2025 年北京市医保信息系统正常运行率达到 99.99%，超过 90% 的指标要求，系统运行稳定有序。主要工作包括医保平台系统运维和服务（含应用软件维护服务、技术支持服务、平台运维监控与安

全服务）、面向公众的呼叫和短信服务（含呼叫服务、短信服务）、医院端服务（含系统集成服务、现场技术服务、远程监控服务）。2025 年，通过全面的系统运维、技术支持及院端服务，医保信息系统实现了 99.99% 的正常运行率，确保了医保业务的连续性和稳定性。

⑨国谈药等相关药品落地及统计监测情况

根据《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、生育保险和工伤保险药品目录〉以及〈商业健康保险创新药品目录〉（2025 年）的通知》（医保发〔2025〕33 号）精神，北京市医疗保障局及时组织召开专家论证会，对本市落地实施国家医保药品目录有关政策开展论证，2025 年底出台了《北京市医疗保障局 北京市人力资源和社会保障局关于落实〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉以及〈商业健康保险创新药品目录〉（2025 年）有关问题的通知》（京医保发〔2025〕21 号）。

按照国家医保局有关工作要求，本市每月 10 日前将国家谈判药有关数据上报系统，上报时间及数据质量均 100% 按要求完成，国谈药品落地数据报送及时率 100%。

⑩药品价格治理与风险处置情况

2025 年根据国家医保局相关要求，本市对第七批至第十一批共计 5 批次 476 条药品开展价格处置工作，调整挂网承诺价、参考价或红黄标价等价格信息，通过价格约谈、公开问询、信用评价等措施，督促相关企业主动规范价格行为，降低价格水平。

⑪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

2025 年完成价格管理一致性评估，规范做好医疗服务价格动态调整工作。按照本市医疗服务价格动态调整实施意见，完成本年度医疗服务价格动态调整评估工作，科学测算调价总量空间。动态调整院前危急重症抢救、救护车使用费等医疗服务价格项目，促进相关学科有序健康发展。

⑫集中带量采购落实情况

2025 年北京市药品集中带量采购落实完成率 174.40%，医用耗材集中带量采购落实完成率 165.10%，完成国家组织集采中选产品的约定采购工作。

⑬医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况

2025 年，北京市医疗保障局处置医药价格和招采信用评价总案源数为 5 件，4 件按时处理完成，1 件案源评价案例情况复杂、特殊，不纳入完成评价并落实处置措施范围。综上，医药价格和招采信用评价反馈及时率 100%。

⑭招采子系统落地应用情况

北京市招采子系统计划核心功能数 5 个，分别为：药品招标管理、药品交易结算、耗材招标管理、耗材交易结算和联审通办服务，截止 2025 年底，核心功能已全部上线实现。同时，按时办结药品、医用耗材联审通办相关工作。

⑮医保目录管理规范

2025 年北京市医疗保障局对本市新增及动态调整的诊疗项目及医用耗材报销政策开展 10 场专家论证会，先后发布《北京市医疗保障局关于完善中药配方颗粒医保报销政策的通知》（京医保发〔2025〕2 号）、《北京市医疗保障局关于调整本市城镇职工基本

医疗保险脑深部电极置入系统、神经刺激器及配件报销标准有关问题的通知》（京医保发〔2025〕6号）和《北京市医疗保障局关于开展“预住院”费用医保支付试点工作的通知》（京医保发〔2025〕7号）。本市严格执行国家医保药品目录，目前本市医保药品目录品种、报销类别及报销限制内容均与国家医保药品目录一致，2025年内未出现违反目录管理政策情况。

⑩招采子系统脏数据率（满分2分，评价得分2分）

经核查本地库2025年创建的业务库归集表数据，总数为40475904条，其中脏数据2条。脏数据率=（脏数据条数/总数据条数） $\times 100\%$ =（2/40475904） $\times 100\%$ =0.0000049%，达到“ $\leq 10\%$ ”的指标要求。

（3）时效指标完成情况

①医保信息系统重大安全事件响应时间

2025年北京市医保信息系统运行平稳，未发生任何重大数据安全事件，顺利实现医保信息系统重大数据安全事件实际响应时间 ≤ 60 分钟指标要求。2025年重点开展了以下工作：

一是构建纵深防御体系。在基础网络侧部署区域边界防火墙、入侵防御系统及抗DDoS设备，实施精细化访问控制，实时拦截恶意代码注入与流量攻击；依托全威胁态势感知数据分析平台，对全网风险进行可视化监测与提前预警，实现“早发现、快处置”。

二是强化应急实战能力。组建“内部骨干+厂商专家”应急梯队，确立标准化流程，定期开展应急演练。通过“网络纵深防御+应用全周期加固+应急协同”工作，切实保障了医保系统稳定运行和数据安全。

三是完成重点时期安全保障。圆满完成五一、端午及网络和数据安全攻防实战演习等网络安全保障任务，有效防范各类网络安全风险，实现医保系统平稳运行，为参保群众提供不间断服务。

②医保信息系统运行维护响应时间

为确保医保信息系统的稳定运行，2025 年重点开展了医保平台系统运维和服务、面向公众的呼叫和短信服务和医院端服务工作。根据工作安排，建立标准运维流程和应急流程，组建专业技术支持团队提供现场和远程支持，确保运维过程中能够迅速介入。同时，根据服务类型，建立相应的响应机制，确保能够及时响应和处理。通过一系列相关工作，2025 年医保信息系统运行维护响应时间始终控制在 30 分钟以内，系统运行稳定，服务响应及时，全面保障了医保业务的顺利开展。

2. 满意度指标完成情况

参保人员对医保服务的满意度

为全面了解不同服务对象对医保服务经办、待遇保障、药品种类与价格、政策落地等医保相关工作满意度，面向参保人员通过问卷调查方式开展医保工作满意度调查。在本次调查中，共回收参保人有效问卷 15497 份，涉及核心维度、重点政策、总体政策知晓度、医保宣传四个方面。经统计，参保人员对医保服务的满意度为 85.26%，达到了满意度 $\geq 85\%$ 的指标要求。

三、绩效自评结论

经综合评价，2025 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)管理规范，资金拨付、使用合规，项目实施有序推进，年度绩效目标均已达成，绩效运行整体良好，有效支

撑了医疗保障事业发展工作。后续将持续优化资金配置，加快资金执行进度，最大限度发挥转移支付资金的使用效能。