

昆明市五华区医疗保障局昆财社基〔2025〕39号
中央医疗服务与保障能力提升补助资金
项目支出绩效评价报告

一、基本情况

（一）项目概况。

为切实加强我区医疗保障基金监管，整顿规范医疗保障运行秩序，按照国家、省、市、区有关要求，积极引入第三方力量参与医保基金监管，加强基金监督检查能力建设，强化技术手段，各有关部门按要求给予医保基金监管必要的人、财、物保障，实现基金监管全覆盖，现场核查全覆盖，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，强化对欺诈骗保行为的高压态势，确实采取有效措施提升我区基金监管覆盖面、现场核查100%，确实保障基金安全，着力保障参保人待遇，达到国家医保局要求并接受国家省市医保局飞检，提高我区对医保基金监管在全市的综合排名，结合我区实际，制定本方案。

（二）项目绩效目标。

1. 通过现场核查、日常巡查、交叉检查、重点抽查和重大案件立案查处等方式，2025年初预计对全区415家定点医药机构的现场检查全覆盖，现场监督检查覆盖率100%。

2. 通过分析在事前提醒、事中控制、事后审核的方式，对415家定点医药机构的医疗保障数据进行整理和汇总，对不合理费用进行拒付或追回、对日常现场监督检查和专项检查以及重大案件的检查提供方向。

3. 委托第三方协助医保费用审核，达到省市加强基金监管的部署要求目标，降低基金监管工作存在的风险。

（三）项目组织管理情况。

1. 目标完成情况

目标任务量完成情况：按计划全部完成，现场检查定点医疗机构 415 家，医保综合监管能力显著提高，第三方检查工作的及时，医保标准化水平持续提高，参保人员对医保服务的满意度达 93%。

2. 项目效果情况

2025 年，五华区医疗保障局基金监管工作坚持以确保医保基金安全为前提，以保障参保人员切身利益为重点，以控制医疗费用不合理增长和加强定点医药机构监管为核心，积极开展基金监管工作，聚焦定点医疗机构、零售药店、参保单位三大主体，开展稽核执法检查，2025 年开展专项整治工作以来，区医疗保障局通过各种形式开展检查核查工作，维护基金安全，共通报曝光医保领域处理典型案例 8 批 8 人；向社会公布医保查处成果 9 批次；直接退回群众金额 30.86 万元。共追回医保基金 2366.47 万元（含自查自纠、审核扣款、协议处理、行政罚款）。坚决守住群众“看病钱、救命钱”。约谈违规机构 92 家，暂停医保服务协议 26 家（其中医疗机构 12 家，药店 14 家），解除服务协议 33 家（其中医疗机构 16 家，药店 17 家），公开曝光定点医药机构违约处理案件共 55 家，形成强力震慑，行业风气持续好转。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

通过本次绩效评价，总结昆财社基〔2025〕39号中央医疗服务与保障能力提升补助资金项目支出在决策、执行等方面的经验，查找其存在的不足，提出相关科学合理的政策建议，从而加强和规范昆明市五华区医疗保障局预算管理工作，合理配置公共资源，促进财政资金在昆财社基〔2025〕39号中央医疗服务与保障能力提升补助资金项目支出中的使用效益。

本次绩效评价对象为昆财社基〔2025〕39号中央医疗服务与保障能力提升补助资金项目支出，评价范围为2025年项目资金使用的决策，过程，产出，效益。

（二）绩效评价原则、依据、评价思路等。

1. 绩效评价的原则为：科学公正。绩效评价应当运用科学合理的方法，按照规范的程序，对项目绩效进行客观、公正的反映；

2. 评价依据：根据《中华人民共和国预算法》、《云南省预算审查监督条例》及五华区医疗保障局“十四五”及2025年工作总结和“十五五”主要目标任务及2026年工作打算情况报告以及项目完成的进度及情况，进行预算绩效管理。

3. 绩效评价思路：昆明市五华区医疗保障局确认当年度项目支出的绩效目标→梳理单位内部管理制度→分析确定当年度项目支出的评价重点→构建绩效评价指标体系。

（三）绩效评价工作过程。

1. 成立绩效自评工作组：召开绩效评价工作动员会。由绩效管理领导小组牵头，召集相关业务科室召开绩效评价工作动员会议，学习传达绩效评价工作相关要求，听取各科室的意见、建议。成立绩效评价工作小组。结合评价工作实施总体方案和

工作计划，根据评价工作任务要求，成立单位负责人任组长的绩效评价工作小组，为评价工作的具体实施机构。

2. 明确项目绩效自评的工作内容：明确项目绩效自评的重点和目标。内容具体详细，包括各个部门、个人的职责及项目目标、期望达成的成果等。

3. 组织自评：昆明市五华区医疗保障局通过收集本单位基本情况、预算制定与明细、部门中长期规划目标及组织架构等信息，分析本单位资源配置的合理性及中长期规划目标完成与履职情况，总结经验做法，找出预算绩效管理中的薄弱环节，提出改进建议，提高财政资金的使用效益。结合五华区医疗保障局“十四五”及2025年工作总结和“十五五”主要目标任务及2026年工作打算情况报告以及项目完成情况，进行预算绩效管理及自评。

三、综合评价情况及评价结论（附相关评分表）

（一）绩效评价综合结论：2025年我单位昆财社基〔2025〕39号中央医疗服务与保障能力提升补助资金项目评价总体得分为90分，项目开展及完成情况较优，可作为下一年度的相关开展重要依据。

（二）绩效目标实现情况：截止2025年12月31日委托第三方协助对辖区定点医疗机构现场监督检查，按计划全部完成，实现现场检查定点医疗机构415家，医保综合监管能力显著提高，第三方检查工作的及时，医保标准化水平持续提高，参保人员对医保服务的满意度90%。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况分析

昆财社基〔2025〕39号中央医疗服务与保障能力提升补助资金项目立项完全符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，并且项目申请、设立过程符合相关要求。本项目所设定的绩效目标依据充分，符合客观实际；依据绩效目标设定的绩效指标清晰、细化、可衡量；项目预算编制经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标相适应；项目预算资金分配有测算依据，与地方实际相适应。

（二）项目过程情况分析

昆财社基〔2025〕39号中央医疗服务与保障能力提升补助资金实际到位资金与预算资金的比率为100%，项目预算资金按照计划执行，项目资金使用符合相关的财务管理制度规定，项目实施单位的财务和业务管理制度健全，项目实施符合相关管理规定。

（三）项目产出情况分析

完成对辖区内全部定点医药机构现场监督检查全覆盖，现场监督检查覆盖率100%，目前，五华区医疗保障局基金监管科现有工作人员2名，对定点医药机构以及参保人员有效监管、专业监管、精准监管较难，为此根据规定积极引入第三方力量（商业保险机构）开展对定点医药机构、以及参保人员的现场检查。

（四）项目效益情况分析

通过常态化医保基金监管工作，持续保持基金监管高压态势。进一步规范医保基金使用行为，确保医保基金安全、高效、

合理使用，严守医保基金安全红线，不断增强人民群众的获得感、幸福感和安全感。

五、主要经验及做法

采取"线上智能筛查+线下现场核查"相结合模式，实现基金监管全覆盖，现场核查全覆盖，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，强化对欺诈骗保行为的高压态势，确实采取有效措施提升我区基金监管覆盖面、现场核查 100%，确实保障基金安全，着力保障参保人待遇，达到国家医保局要求并接受国家省市医保局飞检，提高我区对医保基金监管在全市的综合排名，通过此次第三方检查，有效弥补了行政监管力量不足，提升了监管专业性和精准度。下一步，我局将持续完善第三方监管机制，切实守护好人民群众的"看病钱""救命钱"。

六、存在的问题及原因分析

部分医疗机构配合度不高，病历调阅耗时较长；保险机构专业人员对医保政策理解存在偏差；检查结果运用机制有待完善。建立第三方机构考核评价体系，开展专业能力提升培训，完善检查结果与医保支付挂钩机制，探索"区块链+医保监管"新模式。

七、有关建议：无。

八、其他需要说明的问题：无。

昆明市五华区医疗保障局医疗保险审核工作经费 项目支出绩效评价报告

一、基本情况

（一）项目概况。

基本情况：为深化医疗保险基金使用的审核工作，委托第三方机构配合开展对 2025 年度与下属单位昆明市五华区医疗保险中心签订服务协议定点医药机构，按医疗保险相关政策开展医疗费用及医疗行为的病历审核、处方审核和智能审核工作。

（二）项目绩效目标。

1、通过抽查复审等方式，年初预计审核住院病历审核份数 ≥ 7200 份，就诊病历开展核查不低于 15000 份，确保医保基金支付的合规性，保障参保人的合法权益。

2、通过分析在事前提醒、事中控制、事后审核的方式，对 415 家定点医药机构的医疗保障数据进行整理和汇总，对不合理费用进行拒付或追回、对日常现场监督检查和专项检查以及重大案件的检查提供方向。

3、委托第三方协助医保费用审核，达到省市加强基金监管的部署要求目标，降低基金监管工作存在的风险。

（三）项目组织管理情况。

1、目标完成情况

目标任务量完成情况：截止 2025 年 12 月 31 日委托第三方配合对辖区定点医疗机构全年住院病历审核份数达 11996 余份，门诊病历抽审达 101597 余份。

2、项目效果情况

通过对两定机构医保费用进行审核、稽核，手工报销费用审核，医疗机构住院、门诊巡查，提高医保费报销质量及合理合规性。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

通过本次绩效评价，总结医疗保险稽核审核工作经费项目支出在决策、执行等方面的经验，查找其存在的不足，提出相关科学合理的政策建议，从而加强和规范昆明市五华区医疗保险中心预算管理工作，合理配置公共资源，促进财政资金在医疗保险业务专项资金项目支出中的使用效益。

本次绩效评价对象为医疗保险稽核审核工作经费项目支出，评价范围为 2025 年项目资金使用的决策，过程，产出，效益。

（二）绩效评价原则、依据、评价思路等。

1、绩效评价的原则为：科学公正。绩效评价应当运用科学合理的方法，按照规范的程序，对项目绩效进行客观、公正的反映。

2、评价依据：根据《中华人民共和国预算法》、《云南省预算审查监督条例》及五华区医疗保障局“十四五”及 2025 年工作总结和“十五五”主要目标任务及 2026 年工作打算情况报告以及项目完成的进度及情况，进行预算绩效管理。

3、绩效评价思路：昆明市五华区医疗保障局确认当年度项目支出的绩效目标→梳理单位内部管理制度→分析确定当年度项目支出的评价重点→构建绩效评价指标体系。

（三）绩效评价工作过程。

1、成立绩效自评工作组：召开绩效评价工作动员会。由绩效管理领导小组牵头，召集相关业务科室召开绩效评价工作动员会议，学习传达绩效评价工作相关要求，听取各科室的意见、建议。成立绩效评价工作小组。结合评价工作实施总体方案和工作计划，根据评价工作任务要求，成立单位负责人任组长的绩效评价工作小组，为评价工作的具体实施机构。

2、明确项目绩效自评的工作内容：明确项目绩效自评的重点和目标。内容具体详细，包括各个部门、个人的职责及项目目标、期望达成的成果等。

3、组织自评

昆明市五华区医疗保障局通过收集本单位基本情况、预算制定与明细、部门中长期规划目标及组织架构等信息，分析本单位资源配置的合理性及中长期规划目标完成与履职情况，总结经验做法，找出预算绩效管理中的薄弱环节，提出改进建议，提高财政资金的使用效益。五华区医疗保障局“十四五”及2025年工作总结和“十五五”主要目标任务及2026年工作打算情况报告以及项目完成的进度及情况，进行预算绩效管理及自评。

三、综合评价情况及评价结论（附相关评分表）

（一）绩效评价综合结论。

2025 年我单位医疗保险审核工作经费项目评价总体得分为 99.67 分，项目开展及完成情况较优，可作为下一年度的相关开展重要依据。

（二）绩效目标实现情况等。

截止 2025 年 12 月 31 日完成目标任务量完成情况：委托第三方配合对辖区定点医疗机构全年住院病历审核份数达 11996 余份，门诊病历抽审达 101597 余份，有效确保医保基金支付的合规性，保障参保人的合法权益。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况分析

2025 年我单位医疗保险审核工作经费项目立项完全符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，并且项目申请、设立过程符合相关要求。本项目所设定的绩效目标依据充分，符合客观实际；依据绩效目标设定的绩效指标清晰、细化、可衡量；项目预算编制经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标相适应；项目预算资金分配有测算依据，与地方实际相适应。

（二）项目过程情况分析

医疗保险审核工作经费项目资金实际到位资金与预算资金的比率为 100%，项目预算资金按照计划执行，项目资金使用符合相关的财务管理制度规定，项目实施单位的财务和业务管理制度健全，项目实施符合相关管理规定。

（三）项目产出情况分析

截至 20254 年 12 月 31 日委托第三方配合对辖区定点医疗机构全年住院病历审核份数达 11996 余份，门诊病历抽审达 101597 余份，有效确保医保基金支付的合规性，保障参保人的合法权益，受益对象满意度达 93%。

（四）项目效益情况分析

医疗保险费用审核能力水平明显提升，有效防止了我区医保基金的不合理支出，同时提高了审核工作的透明度，通过采取定期和不定期巡查、现场抽查，提高了对违规现象的防御能力；通过引入第三方的审核力量，提高了社会力量的监督作用。通过不断创新工作方法，逐步形成了事前警示教育、事中稽核监督检查、事后回访核实的审核格局，确保我区医保事业的健康发展。

五、主要经验及做法

我单位通过对年度预算执行情况、资金使用情况、支出组织管理情况、预定绩效目标完成情况等的梳理，加强对财政支出的实施效果和资金使用效益进行自我评价。

后续工作计划：我单位将及时总结经验、改进管理，不断提升预算绩效管理水平和持续提高财政资金使用效益。

六、存在的问题及原因分析

（一）进一步做好、做细绩效评价工作。严格审核工作方案，根据绩效工作开展需要科学安排，认真执行，强化监督。

（二）适时公开相关信息。绩效信息公开是保障人民群众民主权利的客观需要，是有效防治腐败的重要举措，是对行政权

力进行监督的有效途径,应加强领导组织,制定单位财务信息公开实施方案,及时准确完成信息公开.

七、有关建议:无。

八、其他需要说明的问题:无。

昆明市五华区医疗保障局 委托第三方开展公务员医疗补助等医保 经办项目支出绩效评价报告

一、基本情况

（一）项目概况。

基本情况：为确保公务员补充医疗保险补助基金安全运行，提升医疗服务保障水平，进一步提高基金使用效率，保障公务员合理医疗需求与避免医保基金流失相结合。保障五华区公务员医疗需求，进一步提高医疗保障水平，对符合享受公务员医疗补助的参保人，在医疗保险统筹年度内因病住院，公务员医疗补助统筹金给予适当补助。

（二）项目绩效目标。

1、通过委托第三方机构配合开展公务员补充医疗保险接件和初审业务等经办业务，项目实施单位五华区医疗保险中心对受委托第三方机构开展公务员补充医疗保险经办业务进行监督指导，对全区 2025 年实际发生的公务员医疗补助病历进行全面初审，确保补助标准界定合格率达到 100%。

2、通过委托第三方协助医保费用审核，达到省市加强基金监管的部署要求目标，降低医保基金运行工作存在的风险。

（三）项目组织管理情况。

1、目标完成情况

目标任务量完成情况：截止 2025 年 12 月 31 日按计划实现对全年全区公务员医疗补助费用的初审核查工作，保障了公务员医疗补助费用报销质量及合理合规性。

2、项目效果情况

切实保障了五华区公务员医疗需求，进一步提高医疗保障水平，对符合享受公务员医疗补助的参保人，在医疗保险统筹年度内因病住院，公务员医疗补助统筹金给予适当补助，被保险人在年度最高支付限额以内发生的由个人自付的符合基本医疗保险规定的住院（包括门诊特殊病和急诊抢救）医疗费，在职、退休人员按 90%的比例给予补助；超过年度最高支付限额以上的符合基本医疗保险规定的住院医疗费，在职、退休人员按 97.5 % 的比例给予补助。补助对象：全区 1.95 万名公务员。

二、绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

通过本次绩效评价，总结委托第三方开展公务员医疗补助等医保经办项目支出在决策、执行等方面的经验，查找其存在的不足，提出相关科学合理的政策建议，从而加强和规范昆明市五华区医疗保险中心预算管理工作，合理配置公共资源，促进财政资金在医疗保险业务专项资金项目支出中的使用效益。

本次绩效评价对象为委托第三方开展公务员医疗补助等医保经办项目支出，评价范围为 2025 年项目资金使用的决策，过程，产出，效益。

（二）绩效评价原则、依据、评价思路等。

1、绩效评价的原则为：科学公正。绩效评价应当运用科学合理的方法，按照规范的程序，对项目绩效进行客观、公正的反映。

2、评价依据：根据《中华人民共和国预算法》、《云南省预算审查监督条例》及五华区医疗保障局“十四五”及2025年工作总结和“十五五”主要目标任务及2026年工作打算情况报告以及项目完成的进度及情况，进行预算绩效管理。

3、绩效评价思路：昆明市五华区医疗保障局确认当年度项目支出的绩效目标→梳理单位内部管理制度→分析确定当年度项目支出的评价重点→构建绩效评价指标体系。

（三）绩效评价工作过程。

1、成立绩效自评工作组：召开绩效评价工作动员会。由绩效管理领导小组牵头，召集相关业务科室召开绩效评价工作动员会议，学习传达绩效评价工作相关要求，听取各科室的意见、建议。成立绩效评价工作小组。结合评价工作实施总体方案和工作计划，根据评价工作任务要求，成立单位负责人任组长的绩效评价工作小组，为评价工作的具体实施机构。

2、明确项目绩效自评的工作内容：明确项目绩效自评的重点和目标。内容具体详细，包括各个部门、个人的职责及项目目标、期望达成的成果等。

3、组织自评

昆明市五华区医疗保障局通过收集本单位基本情况、预算制定与明细、部门中长期规划目标及组织架构等信息，分析本单位资源配置的合理性及中长期规划目标完成与履职情况，总结经验做法，找出预算绩效管理中的薄弱环节，提出改进建议，

提高财政资金的使用效益。五华区医疗保障局“十四五”及2025年工作总结和“十五五”主要目标任务及2026年工作打算情况报告以及项目完成的进度及情况，进行预算绩效管理及自评。

三、综合评价情况及评价结论（附相关评分表）

（一）绩效评价综合结论。

2025年我单位委托第三方开展公务员医疗补助等医保经办项目评价总体得分为100分，项目开展及完成情况较优，可作为下一年度的相关开展重要依据。

（二）绩效目标实现情况等。

截止2025年12月31日完成目标任务量完成情况：委托第三方对公务员医疗补助病历审核数达实际发生数14372份，补助标准界定合格率达100%，购买第三方服务质量合格率100%，全区公务员医疗补助需求得到保障。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况分析

2025年我单位委托第三方开展公务员医疗补助等医保经办项目立项完全符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，并且项目申请、设立过程符合相关要求。本项目所设定的绩效目标依据充分，符合客观实际；依据绩效目标设定的绩效指标清晰、细化、可衡量；项目预算编制经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标相适应；项目预算资金分配有测算依据，与地方实际相适应。

（二）项目过程情况分析

委托第三方开展公务员医疗补助等医保经办项目资金实际到位资金与预算资金的比率为 100%，项目预算资金按照计划执行，项目资金使用符合相关的财务管理制度规定，项目实施单位的财务和业务管理制度健全，项目实施符合相关管理规定。

（三）项目产出情况分析

截至 2025 年 12 月 31 日委托第三方对公务员医疗补助病历审核数达实际发生数 14372 份，补助标准界定合格率达 100%，购买第三方服务质量合格率 100%，全区公务员医疗补助需求得到保障。

（四）项目效益情况分析

公务员医疗补助经办能力水平明显提升，有效防止了我区医保基金的不合理支出，同时提高了待遇享受的透明度，确保公务员补充医疗保险补助金安全运行，提升了医疗服务保障水平，进一步提高基金使用效率，实现保障公务员合理医疗需求与避免医保基金流失相结合。

五、主要经验及做法

我单位通过对年度预算执行情况、资金使用情况、支出组织管理情况、预定绩效目标完成情况等的梳理，加强对财政支出的实施效果和资金使用效益进行自我评价。

后续工作计划: 我单位将及时总结经验、改进管理，不断提升预算绩效管理水平和持续提高财政资金使用效益。

六、存在的问题及原因分析

(一)进一步做好、做细绩效评价工作。严格审核工作方案,根据绩效工作开展需要科学安排,认真执行,强化监督。

(二)适时公开相关信息。绩效信息公开是保障人民群众民主权利的客观需要,是有效防治腐败的重要举措,是对行政权力进行监督的有效途径,应加强领导组织,制定单位财务信息公开实施方案,及时准确完成信息公开。

七、有关建议:无。

八、其他需要说明的问题:无。