

# 项目支出绩效评价报告

## 一、基本情况

### （一）项目概况。

#### 1. 项目背景

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。2019 年中央印发了《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》，2022 年、2024 年分别对管理办法进行了修订，修订后的《医疗服务与保障能力提升补助资金管理办法》明确规定：“医疗保障服务能力建设方面的转移支付资金重点用于各地医保信息化标准化、基金监管、医保支付方式改革、宣传引导、经办管理服务体系建设、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格改革、医保目录实施监管等方面工作，不得用于基础设施建设、公用经费、人员工资及津贴补贴等支出”“原则上每年组织对相关工作进展和资金使用情况开展绩效自评”“绩效评价结果作为完善相关转移支付政策和以后年度预算申请、安排和分配的重要参考依据。”

依据《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》相关规定，补助资金重点用于医保信息化标准化、基金监管、医保支付方式改革、经办管理服务体系建设、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格改革、医保目录实施监管等方面。不得

列支工资福利支出、机构日常运转公用经费支出。

## 2、主要内容

根据《北京市财政局关于下达 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）预算的通知》（京财社指〔2024〕2088 号）和《北京市医保局关于做好 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）管理工作的通知》，西城区医保局补助资金主要加强医疗保障服务能力建设，严厉打击欺诈骗保行为，持之以恒地强化医保基金监管，压实监管责任。具体包含以下 4 个项目：

（1）提高基金监管水平项目 108.83 万元，主要用于医保基金监管数据信息核查服务、法律顾问服务、参保人员异常就医费用分析核查及高疑似违规参保人反欺诈筛查；开展部分定点零售药店医保基金监督检查专项审计、医保稽核工作审计服务，支付 2025 年度法律顾问服务费用等，全面强化医保基金全流程监管。

（2）提高医保信息化标准化水平项目 96.69 万元，主要用于医保业务档案电子化管理、2024 年医保信息化项目尾款支付及信息化项目等保测评；开展登记权益业务管理信息化项目系统开发及等保测评，升级公费医疗信息库，持续提升医保信息化支撑与标准化管理能力。

（3）提高经办管理服务体系建设水平项目 53.7 万元，当前医疗保障制度不断完善，医保服务需求持续增长，传统经办服务在人力成本、响应效率、服务规范性等方面存在局限，难以适配政策动态调整、医疗审核精细化及经办服务个性化要求。本项目主要用于市民服务中心医保宣传屏投放、

医保自助服务一体机购置，以及孕妈妈手册等宣传材料印制，优化便民服务载体，提升经办服务效能。

（4）医保政策宣传培训、调研交流及监督检查等项目：经费 32.31 万元。主要用于配合落实上级部署的各项监督检查任务，开展医保政策解读、经办服务实操、基金监管等方面的宣传培训、调研交流与学习研讨，保障医保各项工作规范落地、高效推进。

### 3、资金投入和使用情况

西城区医保局 2025 年医疗服务与保障能力提升补助资金 297.53 万元，无上年结转资金，2025 年支出 285.38 万元，预算执行率为 95.92%。

### （二）项目绩效目标。

根据《北京市财政局关于下达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）预算的通知》（京财社指〔2024〕2088号），补助资金用于医保信息化标准化、基金监管、经办管理服务体系建设、医疗服务价格改革、医保目录实施监管等方面工作。贯彻落实市、区关于做好医疗服务与保障能力提升补助资金工作要求，加强医疗保障服务能力建设，严厉打击欺诈骗保行为，持之以恒地强化医保基金监管，压实监管责任。广泛宣传医保制度政策和业务工作流程，做好宣传引导，完善制度建设和机制，提升服务安全与质量，加大信息化建

设和人才队伍建设，更好的提升我区医保综合管理和经办服务能力水平。确保补助资金安全、高效、合理使用，努力营造有序、规范的医疗保障环境。

## 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，衡量和考核项目单位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达到预期目标，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单位所实施项目的项目决策、项目过程、项目产出、项目效益四方面进行评价，通过评价发现问题，提出改进意见和建议，促进预算资金分配的规范化、资源配置的合理性，采取切实措施进一步改进和加强财政支出项目管理，从而有效提高财政资金使用效益。

2. 评价对象。本次绩效评价对象为西城区医保局 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）项目，评价金额 297.53 万元，属于实施结果评价，侧重对项目产出和效果进行评价，评价时间范围为 2025 年 1 月 1 日—2025 年 12 月 31 日。

### （二）绩效评价原则、评价指标体系、评价方法、评价标准等。

#### 绩效评价原则：

- 1.客观公正原则。本次绩效评价工作本着实事求是的原则，站在客观、公正的立场发表评价意见。
- 2.科学规范原则。本次绩效评价严格遵循绩效评价工作流程相关规定组织实施。

3.突出绩效原则。重点关注绩效，兼顾决策和管理，使评价结果清晰反映支出和产出绩效之间的紧密对应关系。

#### 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，结合提高基金监管水平项目、提供经办管理服务体系建设水平项目、提供医保信息化标准化水平项目、医保政策、经办服务、基金监管、上级交办事项的宣传培训、调研交流学习、检查、信息化建设等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。

#### 评价方法和标准：

根据《北京市项目支出绩效评价管理办法》（京财绩效〔2020〕2146号），结合项目实际，本次绩效评价工作以公众评判法为主，按照全面评价与重点评价相结合、现场评价与非现场评价相结合的方式组织实施。绩效评价工作采用计划标准，以预先制定的目标、计划、预算作为本次绩效评价的标准。

#### （三）绩效评价工作过程。

绩效评价工作程序包括绩效评价准备、实施、分析总结及应用三个阶段。

1、准备阶段：确定绩效评价分析对象、成立绩效评价工作组。

成立自评工作领导小组，确定绩效评价分析对象。由财务主管领导担任组长，综合科及各科室负责人为成员，负责协调、处理、决定本单位自评工作中的重大事项，研究解决工作中遇到的重大问题。自评工作由综合科牵头，涉及自评项目的科室协同配合做好自评工作。

## 2、实施阶段：制定工作方案、收集项目资料、开展绩效分析。

制定自评工作方案，对参与自评项目的科室进行工作部署，并将资料清单布置给各科室项目负责人。由项目负责人在规定的限期内完成资料搜集工作以及依据部门自评的指标体系和评分规则制定各自负责项目的评分体系，并由其科室负责人对资料的真实性、完整性、准确性以及评分体系的合理性等进行复核，开展绩效分析。

## 3、分析总结及应用阶段：撰写报告、提交正式报告、结果反馈与应用。

根据项目绩效资料的事实为依据，由综合科牵头各项目负责人对项目资金情况、项目产出目标、项目效果目标、项目服务对象满意度目标等与实际的完成情况进行对比，找出预定绩效目标与实际完成情况之间的差异，分析原因、拟定改进措施，填报《项目支出绩效自评表》、依据提纲撰写《项目支出绩效评价报告》，提交自评工作组。自评工作组依据项目自定的评分体系对自评表填报内容、评分、绩效资料以及绩效评价报告等的合理性、完整性、客观性等进行审核。自评小组与各项目负责人就相关事项进行沟通后出具修改意见，提交正式的《项目支出绩效自评表》及《项目支出绩效评价报告》。自评出现问

题的相关科室做好问题整改，对整改不彻底或存在严重问题的相关责任人追究相关责任。

### 三、综合评价情况及评价结论

绩效评价表明，我局认真贯彻北京市财政局、医疗保障局相关文件精神，围绕工作重点，安排补助资金，努力做好医疗服务与保障能力提升工作，2025年医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力提升部分）分配使用管理整体情况良好，达到了年度目标要求。根据2025年医疗服务与保障能力提升补助资金《项目支出绩效自评表》得分100分，绩效级别为“优秀”。其中，项目执行率得分10分、项目产出指标得分50分、项目效率指标得分10分、服务对象满意度指标得分10分。

### 四、绩效评价指标分析

#### （一）项目决策情况

根据北京市医保局相关文件要求，我局围绕提升医疗服务与保障能力，提出了项目需求，编制了项目申报书，进行审批与备案。该项目作为中央直达资金安排的项目，严格按照北京市财政局、医保局文件规定的开支范围和使用重点，进行项目立项和资金安排，立项依据充分，决策程序规范，符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，符合预算申报程序。

评价分析认为：该项目作为中央资金安排的项目，严格按照北京市财政局、市医保局文件规定的开支范围和使用重点，进行项目立项和资金安排，立项依据充分，决策程序规范，符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，符合预算申报程序。

## 2. 绩效目标评价分析

西城区医保局遵循市医保局强化项目谋划的要求，设置了项目总体目标：有效推进医保基金监管、建立医保信息化标准化水平、医保政策宣传等改革任务。

评价分析认为：该项目绩效目标设立方向和提供的决策文件一致，与部门职能和年度工作计划相符，目标比较明确。

### （二）项目过程情况

该项目 2025 年下达补助资金 297.53 万元，截至 2025 年 12 月 31 日，上述项目均已完成。预算支出 285.38 万元，总体预算执行率 95.92%%。具体使用情况见表 3。

表 3:西城区 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)项目资金使用情况表

单位：万元

| 序号 | 支出内容                                          | 预算金额   | 执行金额   |
|----|-----------------------------------------------|--------|--------|
| 1  | 提高基金监管水平项目                                    | 108.83 | 108.83 |
| 2  | 提供经办管理服务体系建设水平项目                              | 102.69 | 102.63 |
| 3  | 提供医保信息化标准化水平项目                                | 53.70  | 53.70  |
| 4  | 医保政策、经办服务、基金监管、上级交办事项的宣传培训、调研交流学习、检查、信息化建设等项目 | 32.31  | 20.21  |

按照《北京市西城区医疗保障局财务支出管理办法》《北京市西城区医疗保障局专项转移支付资金管理办法》等相关文件要求，项目资金的使用经过西城区医疗保障局党组 2025 年第三次、第四次、第五次、

第六次、第十二次党组会会议等，审议资金支付事宜，相关资金信息真实、准确、完整，未发现截留、挪用专项资金行为。

评价分析认为：该项目资金管理较为严格，审批程序较为规范，能够严格遵循“三重一大”决策机制及单位内控要求，形成了有效的资金管控体系。

## 2. 项目组织实施情况评价分析

该项目由西城医保局牵头组织实施，为加强项目规范管理与资金使用效能，西城区医保局制定了《西城区医疗保障局专项资金管理办法》及《西城区医疗保障局财务管理制度》，从制度层面为项目推进和财务管理提供保障。各项目具体完成情况如下：

（1）提高基金监管水平项目 108.83 万元。一是完善医保基金监管数据信息核查服务、提高医保基金监管数据信息核查服务；二是借助第三方专业机构签订法律顾问服务、参保人异常就医费用分析核查及高疑似违规参保人反欺诈筛查、服务内容开展部分定点零售药店医保基金监督检查专项审计；开展医保基金监管数据信息核查；参保人异常就医费用分析核查、医保稽核工作审计服务等。

（2）提高医保信息化标准化水平项目 96.69 万元。一是推进医保业务档案电子化管理体系构建，核心目标是实现医保业务档案的规范化、电子化存储与管控；二是开展医保信息化项目及相关信息化项目等级保护测评；三是实施登记权益业务管理信息化项目系统开发及等级保护测评；四是推进公费医疗信息库升级，核查升级工作的必要性与升级方案的合理性，关注数据迁移的准确性、完整性，以及升级后信息库的运行稳定性、数据安全性，确保公费医疗信息真实规范、可追溯，保障公费医疗业

务有序开展。

(3) 提高经办管理服务体系建设水平项目 53.7 万元。项目提升医疗保障制度日益完善、完善医保服务，面临着用户需求激增。传统服务不仅受限于人力成本、响应速度和专业一致性，还难以应对政策动态调整、医疗审核精度要求、经办服务个性化需求。为市民服务中心投放医保宣传屏购置医保自助服务一体机，印制孕妈妈手册宣传材料等。

(4) 医保政策、经办服务、基金监管、上级交办事项的宣传培训、调研交流学习、检查、信息化建设等项目金额 32.31 万元。项目用于配合完成上级部署的各项监督检查任务，落实医保政策、经办服务、基金监管等方面宣传培训、调研交流学习、外审检查等。

评价分析认为：该项目实施过程管理规范，管控措施到位。项目管理制度、内控机制基本健全，执行到位，未发现违规违纪情况；服务商选用采取比选方式，采购程序合规，组织实施有序，工作计划推进较为顺畅，过程监督检查机制有效，风险防控措施到位，确保了项目实施的规范性和可控性。

### (三) 绩效指标完成情况

#### 1、项目产出指标完成情况

##### (1) 数量指标。

①上级部门部署的监督检查任务完成率=100%，已完成。

一是重点关注市局组织的自查自纠、抽查复查、各类专项检查工作，结合纪检、审计等部门移送问题线索的核查，聚焦肿瘤、麻醉、血液净化等重点领域，2025 年通过飞行检查、专项检查、举报核查、

个人约谈等方式，共追回医保基金 1.19 亿万元，同比增长 171.5%。二是聚焦高频次异常就医人员、高风险人群、院内制剂等，共约谈疑似违规使用医保基金人员 106 次，确认违规事实 36 起，追回违规基金 73.14 万元。三是选派业务骨干参加国家医保局、市医保局对辖区两定机构的飞行检查，学习先进监管经验，对标国家标准规范基金管理；选派业务骨干配合国家医保局、市医保局跨省、跨区开展飞行检查，强化跨区域监管联动，精准识别风险隐患。

②开展信息化标准化建设≥1 个。已完成。

持续完善“医保服务一体化平台”功能，增加支付回盘申请、知青二次报销相关功能，将在职转退休医疗费用补支等划转业务纳入业务流转系统，减少群众跑路。信息化建设项目经区科信局批复，已于年底前完成系统的开发与升级改造。

③开展医保政策业务能力提升培训次数≥10 次。已完成。

落实《2025 年度干部教育培训工作实施方案》，围绕意识形态、党建与廉政、政策与法规、业务技能、服务规范、人文建设等方面，开展线上线下集中培训 42 次，随堂测试 8 次。从工作实际看，参训人员能够领会培训内容，并指导实践工作，有力地推动各项任务完成，各类培训均达到预期目标，培训效果明显。

④开展经办管理服务体系建设≥1 个。已完成。

为提高经办管理服务体系建设水平，进一步加大医保政策宣传力度，持续提升服务效能。一是印制《孕妈妈生育保障手册》为群众提供生育全周期的医保政策指引，进一步促进西城区生育政策普及，提

升政策知晓率，让辖区孕妈真正感受到生育友好政策的温暖依托。二是部分业务下沉 15 个街道，并在德胜街道多点位试点应用医保服务自助一体机，市民可便捷办理个人医保账户查询、缴费记录等业务，无需前往医保服务大厅，真正实现“家门口”的高效付。同时，一体机还集成了医保政策宣传视频播放功能，并同步更新我局微信公众号的政策内容，确保市民及时掌握最新医保政策动态，有效打破信息传播壁垒，全面提高政策知晓率。

⑤印制医保政策宣传材料≥2 次。已完成。

为做好医保政策宣传，提高广大参保人员的政策知晓度及医保工作人员的政策业务能力水平，2025 年 3 月完成了《孕妈妈生育保障手册》印刷；2025 年 5 月完成了医保基金管理突出问题专项整治工作方案材料的印刷。2025 年 12 月完成了政策宣传折页材料的印刷。

⑥定点医药机构监督检查覆盖率≥90%。已完成。

2025 年已完成辖区所有定点医药机构全覆盖现场检查。一是持续推进 2025 年区级基金监管现场检查工作。对辖区各级定点医疗机构进行全覆盖检查，共 175 家定点医疗机构，确认违规基金 417.2 万元，已启动费用追回工作。二是梳理定点药店检查要点 31 项，对检查人员进行全面培训，分成若干检查组，由组长带队完成 93 家定点药店现场检查全覆盖。

（2）质量指标。

①医保基金综合监管能力，有所提升。已完成。

2025 年我区医保基金综合监管能力显著提升。一是部门协同加强监管。组织召开西城区医保基金管

理突出问题专项整治推进会，区工作专班对标市级方案部署重点任务；牵头7部门联合印发《关于北京市西城区医保基金管理突出问题专项整治工作方案的通知》，向整治对象明确市级要求和区级细化举措，同题共答，形成监管合力。2025年区级部门开展联合检查、工作协同40余次。二是继续深化大数据分析技术在医保基金监管领域应用，研发“医保大数据智能分析系统”，面向辖区全部175家医疗机构，将专项整治梳理的169个自查事项，建立或优化核查模型，生成异常信息发至院端，指导其“靶向自查”，在整治范围的172家医院均上报违规费用，合计金额2260.22万元，占全市总金额的13%，名列全市第一。市级医保专项整治工作推进会，对西城区的做法与成果单独提出表扬。三是对辖区机构采取个别警示、集体谈话等方式，告知工作形势，指导机构关注指标执行情况，保障患者就医需求。截至日前，按处理规则已累计约谈存在问题的定点医药机构23家次。建议上级医保部门行政处罚3件次。四是开展专项整治“百日行动”，明确责任科室、工作思路。针对生育津贴骗保问题累计排查发现疑点数据4条，未发现虚构劳动关系“挂靠参保”骗保、虚报缴费基数“抬高标准”等问题。针对违规超量开药问题共计约谈参保人25人次，目前已确认5名参保人存在违规行为，并追回违规医保基金共计141848.6元。针对倒卖医保回流药问题，已完成3条国家局移交药品追溯码疑点线索的核查工作，经核实所有疑点线索均无违法违规套取医保基金的情形。

②基金预警和风险防控能力，有所提高。按半年计划已完成。

数智赋能，基金监管更具“穿透力”，不断提升基金预警和风险防控能力。一是西城区辖区5家医药机构获批国家医保局智能监管改革试点区，稳步开展事前提醒系统建设和事中审核全流程闭环管理，事

后监管方面开展大数据筛查，同时不断扩大我区自主开发的“医保基金监管前置模块”使用范围，2家定点医疗机构开展试点，多家医疗机构联调完成，监管由事后向事中、事前持续转变。二是全面应用医保药品追溯码，实现医保药品全流程可追溯，打击医保药品倒卖，维护医保基金和药品安全。

③医保经办服务能力，有所提升。已完成。

不断提升经办服务水平，加强医保服务体系建设和规范化建设，确保惠民政策直达群众。一是推动“医保服务一体化平台”升级，医保大厅新增自助服务设备，推动医保经办服务“自助办”“掌上办”。推出“医晓保智能问答系统”，实现智能问答、导办帮办，为参保人提供7×24h医保服务，获北京卫视宣传报道。二是推动业务下沉。在德胜街道多个社区、园区试点设置自助服务机，打造群众家门口的医保服务。

④医保标准化水平，显著提升。已完成。

为优化营商环境，我局以为民服务为根本，进一步加快推进政务服务标准化工作，规范业务受理操作流程，及时梳理和更新各个环节办事指南。加大对工作人员政策业务水平的培训和督导，提高工作人员综合服务能力。对照政务服务标准加强医保政务服务专业大厅建设，根据政务服务网上办、掌上办的要求，分阶段开发上线了涵盖掌上服务、经办业务流转、无纸化办公、电子档案检索、智能审核、智能存取等功能的医保服务一体化平台，不断提升医保精细化、标准化管理水平。

⑤开展街道（社区）医保服务、有网点提供帮办、代办服务的街道（社区）覆盖率≥60%。已完成。

部分业务下沉15个街道，另外在德胜街道多个社区、园区试点设置自助服务机，开展街道（社区）

医保服务、有网点提供帮办、代办服务的街道（社区）覆盖率 $\geq 60\%$ 。

⑥项目完成及时率 $\geq 100\%$ 。已完成。

各项目均已依据合同约定期限推进实施，关键截点把控到位，无延期事项，项目完成及时率 100%。

⑦项目验收合格率 $\geq 100\%$ 。已完成。

涉及项目验收的项目均严格执行合同约定的验收程序，在完成全部工作内容后及时开展验收，验收文档齐全，流程规范，结果合规，项目验收合格率 100%。

（3）时效指标。

2025 年 12 月底资金执行率， $\geq 95\%$ 。已完成。

截至 2025 年 12 月 31 日支出 285.37687 万元，执行率 95.92%。已按市局要求支出进度达到了 95%以上。

（4）成本指标。

资金控制总额 297.53 万元。截止 2025 年底结余 12.1533 万元，结余资金结转至 2026 年使用。

## 2、项目效益指标完成情况

①社会效益：对参保人员利益的保护的提升。已完成。

加大对医保基金的检查和监管，保护百姓“救命钱”，即是对参保人员利益的保护。2025 年通过飞行检查、专项检查、举报核查、个人约谈等方式，共追回医保基金 1.17 亿元，创历史新高。随着工作推进以及违规费用的追回，保障了医保基金安全，有利于提升对参保人员利益的保护。

①可持续性效益：对医保政策的普及。已完成。

聚焦群众关切的医保政策，共同谋划医保宣传，实现政策解读“可视化”“场景化”“便民化”。一是通过“医保基金安全靠大家”集中宣传月活动，为不同医保基金使用主题“量身定制”宣传内容，提升社会各界对医保基金监管政策法规的知晓率和配合度，从源头上筑牢医保基金“不敢骗”“不能骗”“不想骗”的思想防线。二是推出“西城医晓保智能问答应用系统”，系统内置 600 余篇政策文件、500 余个历史高频问题集，并按照“三重保障待遇清单”进行分类索引。使得 3.2 万家参保单位、190 万参保人办事像“聊天”一样简单。探索 7×24 小时医保智慧服务。加强医保服务体系建设和规范化建设，确保惠民政策直达群众，便民举措可触可及；三是发挥“中央单位医保服务议事厅”机制，上门解读政策、开展业务指导。年内，协助北京市消防救援总队顺利参保，为中宣部等多家中央单位上门开展医保政策宣讲，确保其参保后及时享受待遇。四是高标准建设“北京市西城区医疗保障局”微信公众号，积极宣传各类医保政策、办事指南、通知公告、工作动态，打造群众身边的“医保百科全书”。五是深化党支部服务功能，以人工智能和数智医保为方向，深入街道打造党群服务场景，设置医保政策宣传角、提供医保智能导办、查询服务，推动医保服务向基层延伸。

### 3、项目满意度指标完成情况

服务满意度指标：参保人员医保服务的满意度≥85%。已完成。

2025 年我局共收到表扬信 23 封，锦旗 12 面。利用微信公众号平台开展满意度调查问卷，办事人员对我局医保办事大厅整体环境、自助服务、工作人员服务、医保政策宣传培训满意率均超过 90%，赢得了

广大参保对象的认可。

#### 四、主要经验及做法、存在的问题及原因分析

##### 1. 主要经验做法及取得成效

近年来，我单位医疗服务与保障能力提升补助资金在市医保局组织的专项审计和绩效评价中，连续实现审计“零问题”、绩效评价“优”等级，始终保持全市第一方阵。主要做法如下：

**一是**强化组织领导，压实主体责任。将补助资金管理工作纳入局长办公会和党组会议事日程，定期听取并审议资金支出计划、执行情况、审计整改及绩效评价等工作，形成“一把手”亲自抓、分管领导具体抓、责任科室抓落实的工作格局。**二是**完善制度机制，规范支出行为。聚焦财务开支关键环节，制定加强合同管理及财务支出的具体举措，修订完善财务支出管理制度，构建全流程、全链条的资金监管体系，确保支出合规、流程规范。**三是**抓实业务培训，筑牢内控防线。常态化开展财务内控及支出管理专题培训，强化“专款专用、安全高效”理念，提升财务人员业务能力和风险防控意识，切实保障资金使用效益。

2025 年，我单位深入贯彻落实上级工作部署，扎实开展医保基金专项整治行动，充分发挥中央补助资金引导助力作用，强化每年补助资金审计和绩效评价结果运用，以查促改，举一反三，持续推动我区医疗保障能力建设提质增效，各项工作取得显著成效。

##### （1）基金监管力度空前，挽回损失大幅增长

全年实现对 260 余家定点医疗机构和定点零售药店现场检查全覆盖，通过飞行检查、专项检查、智

能监控等多种手段，严厉打击欺诈骗保行为，挽回医保基金损失 1.19 亿元，同比增长 171.5%，监管效能实现跨越式提升。

## （2）部门协同持续深化，形成强大震慑

强化与公安、卫健、市场监管、纪委监委等部门协同联动，全年向公安部门移交涉嫌欺诈骗保问题线索 99 人，协助查实倒卖医疗机构制剂犯罪嫌疑人 16 名。向区纪委报送问题线索 17 人。联合区卫健委对出租科室、违规使用医保基金的定点医疗机构和个人进行处理。向区市场监管局移交药品倒卖线索、协同开展药价管理。有力维护了医保基金安全。

## （3）民生实事落地见效，服务能力显著提升

坚持以人民为中心的发展思想，深入实施“医保智慧服务一体化平台”等 13 个为民办实事项目，持续优化医保公共服务，群众获得感、满意度不断增强。

## （4）改革试点率先突破，示范效应初步显现

成功获批国家医保智能监管试点区，在全国率先推进事前、事中、事后全链条监管及场景监管，形成可复制、可推广的“西城经验”。

## （5）科技创新成果丰硕，智慧医保走在前列

探索医保数据赋能多领域高效发展，参与全国性赛事，获 2025 年“数据要素 x”大赛北京分赛一等奖 1 项、三等奖 2 项，大赛决赛三等奖 1 项；获 2025 年全国智慧医保大赛一等奖、二等奖各 1 项。积极申办 2026 全国智慧医保大赛。

#### （6）结算机制创新突破，区域协同发展提速

积极推动全国性“医保+商保”清分结算中心落户北京西城，为全国完善多层次医疗保障体系提供先行先试的实践支撑，实现了基本医疗与商业保险的顺畅衔接，显著提升群众结算体验，有效激活商保市场发展活力。

#### （7）价格登记系统上线，药品管理更加规范

积极打造中国药品价格登记系统，为国内外医药企业提供全链条服务，助力中国医药企业参与国际竞争，支持中国创新药“走出去”的同时，吸引更多国外高质量新药进入中国市场，惠及国内患者。

### 五、有关建议

无。

### 六、其他需要说明的问题

无。