

福建省城乡居民基本医疗保险补助资金 转移支付 2025 年度绩效自评报告

一、绩效目标分解下达情况

（一）中央下达城乡居民基本医疗保险补助资金转移支付预算和区域绩效目标情况

2025 年，中央通过《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）和《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）共下达我省城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）补助资金 921,852 万元（不含结算 2024 年资金，下同），并下达 2025 年度中央对地方专项转移支付区域绩效目标表。

（二）省内资金安排、分解下达预算和绩效目标情况

2025 年，省级（含中央）共分解下达城乡居民医保补助资金 1,178,658 万元，其中中央财政资金 921,852 万元，省级财政资金 256,806 万元。分解下达福州市 145,759 万元、平潭综合实验区 18,595 万元、南平市 125,720 万元、泉州市 212,810 万元、漳州市 179,495 万元、莆田市 126,404 万元、宁德市 146,201 万

元、三明市 109,455 万元、龙岩市 111,328 万元、厦门市（省属大学生）2,891 万元。同时，将 2025 年省级对地方专项转移支付区域绩效目标表分解下达各设区市。

二、绩效情况分析

（一）资金投入情况分析

2025 年全省（不含厦门）安排财政补助资金 1,944,593 万元，其中中央财政资金 921,852 万元，地方财政资金 1,022,741 万元，全部由各地财政部门及时拨付至社会保险基金财政专户，预算执行率 100%。

（二）资金管理情况分析

1. **资金分配科学性。**资金按照因素法分配。2025 年，根据 6 月底城乡居民医保参保人数、当年度省级人均财政补助标准（每人每年不低于 700 元）及各县按财力情况确定的分档补助比例，将中央及省级财政补助资金进行测算分配，资金下达至设区市。资金分配依据充分、分配方案合理，支出导向明确，符合转移支付管理制度和资金管理办法规定。

2. **资金下达及时性。**补助资金分别于 2024 年 10 月、2024 年 12 月和 2025 年 9 月下达，资金全部及时下达到位。其中：中央资金下达时间均在收到中央转移支付资金预算后 30 日内，符合规定时限。

3. **资金拨付合规性。**各设区市和平潭综合实验区财政部门在

收到预算指标文件后，按规定于当年度内将转移支付资金全额拨付到本级社会保险基金财政专户。

4. 资金使用规范性。2025年，我省城乡居民医保补助资金严格执行中央及我省资金管理办法，按规定的范围、标准和程序分配使用，确保专款专用，未发生违规投资运营、平衡其他政府预算、扩大支出范围等行为。在预算执行方面，我省强化预算支出刚性约束，严禁随意调整预算，未列预算项目不从基金列支。

5. 资金执行准确性。2025年，我省制定《医疗保障监测统计指标规范》省级地方标准，构建省市县三级监测体系，将医保支付比例、就医人次、住院率、次均费用等指标纳入常态化监测范围，定期开展基金运行分析和趋势研判。此外，我省依托全国统一医保信息平台，探索构建基金精算模型和风险预警系统，常态化开展基金预警和风险评估，确保医保资金安全、合规、高效运行和稳定增值。

6. 预算绩效管理情况。2025年，我省全面落实预算绩效管理有关要求，在细化下达预算时同步下达绩效目标，并按规定做好绩效监控与绩效评价工作。

7. 支出责任履行情况。2025年，我省严格按照《福建省人民政府办公厅关于印发福建省医疗卫生领域省与市县财政事权和支出责任划分改革实施方案的通知》（闽政办〔2021〕1号）中关于城乡居民医保补助资金的财政事权和支出责任划分有关规

定，结合资金管理办法，足额安排资金履行本级支出责任，保障项目顺利实施。

（三）总体绩效目标完成情况分析

2025年，我省持续巩固提升“三明经验”，争取4项国家试点改革项目落地福建，7项创新工作在国家会议上作经验交流。全省城乡居民医保基金运行平稳，群众健康福祉不断增强，高质高效实现“十四五”圆满收官。

一是基本医保参保率保持稳定。我省通过健全基层动员体系、建强专业宣讲队伍夯实组织基础，深化数据赋能应用、做实“一人一档”管理、实施精准分类策略提升施策效能，拓宽多元合作路径、优化参保缴费渠道完善服务供给，多措并举扎实推进全民参保护面。

二是巩固提升住院待遇水平，持续提升门诊待遇。2025年，我省基本医保、大病保险和医疗救助“三重保障”更加公平普惠，医保药品目录扩大至3159种，新增38种创新药进医院、进药店，居民医保政策范围内住院费用报销比例达70%左右，全年医疗救助676万人次、16亿元，保障质量不断提升。研究起草我省长期护理保险实施意见，出台失能等级评估机构、护理机构定点管理等6个配套文件，促进实现“老有所护”。出台完善“免陪照护”病房价格政策，在全省131家医院524个病区落地实施。规范医药价格治理，全省药品总费用同比下降6个百分点左右，让改革

红利更多惠及百姓。

三是基金收支平衡。积极做好基金预算管理和执行，我省（不含厦门市）城乡居民医保基金当期结余 311,177.71 万元，累计结余 1,653,393.65 万元，基金滚存结余可支付月数 6.7 个月。

（四）绩效指标完成情况分析

1. 参保人数。截至2025年12月31日，全省参保缴费人数 3,827.33 万人，参保率稳定在95%以上。

2. 重复参保人数。2025年，福建省医保局坚决贯彻落实国家医保局关于开展城乡居民医保重复参保治理专项工作的通知要求，按照规定的时间节点完成重复参保治理工作。**一是**推广参保“一人一档”，建立和完善全民参保基础数据库，实行多部门信息比对机制，加强参保人员信息比对核查，多渠道防止重复参保的发生。**二是**加强重复参保全流程检查控制，持续开展参保登记事前环节、应征数据发送税务征收事中环节、每月比对和限制刷卡结算的事后检查环节的多重检查工作。**三是**加强政策宣传引导，通过网络、经办窗口等线上线下方式加大清查重复参保工作宣传力度，及时通报违法违规警示案例，引导存在重复参保问题的人员主动申报终止重复的参保关系。

3. 申请结算补助资金无多报、虚报参保人数。2024年3月，我省印发《福建省医疗保障经办机构对参保人员异常信息核实处置工作规范（试行）》，通过政务数据汇聚共享平台整合医保、

卫健、民政等多部门数据，建立异常参保数据常态化核查机制。同时，在福建省医保信息平台中开发数据比对功能和死亡/服刑人员管理模块，通过汇聚多部门共享数据，每日自动比对，对具有疑似异常信息的参保人员予以暂停参保处理，以防止利用死亡等人员信息参保骗保。在申请结算补助资金时，我省已筛查扣除重复参保、外国人护照参保、不符合编码规则人员参保等中央补助申请，并在上报福建省2024年度城乡居民医保中央财政补助资金结算申请时对相关情况进行反映。经核查，截至2025年12月底，我省申请结算补助资金时，没有多报、虚报参保人数。

4. 基金滚存结余可支配月数（月）。截至2025年底，我省（不含厦门市）城乡居民医保基金累计结余1,653,393.65万元，基金滚存结余可支付月数6.7个月，实际完成绩效目标值（ ≥ 6 个月）的111.67%。

5. 开展门诊统筹。我省从2012年开始逐步建立城乡居民医保门诊统筹制度。目前，我省10个统筹区均开展门诊统筹工作，坚持向基层倾斜导向的原则，配套实施了差异化报销机制、定点零售药店纳入门诊统筹管理、医保药品单列门诊统筹支付及门诊慢特病跨省结算等政策措施，持续优化门诊保障水平，提升参保群众就医购药可及性、便利性。

6. 参保群众政策知晓率。为切实提升城乡居民对医保政策的知晓度与运用实效，提升群众主动参保意识，2025年，我省不断

创新宣传模式，借助主流新闻媒体、电视、广播、新媒体平台、地铁等宣传渠道，打造全方位、多层次的医保政策传播矩阵，持续强化医保正面宣传，切实以高质量宣传工作助推医保惠民政策落地见效。通过“传统媒体+新媒体”“线上+线下”深度融合的宣传模式，全省参保群众医保政策知晓率显著提升。在此次城乡居民医保补助资金绩效分析工作中，组织覆盖全省九市一区开展问卷调查，累计回收有效样本1717份，经统计分析，城乡居民医保参保群众政策知晓率达95.51%。

7. 参保对象满意度。2025年，我省医保系统以医保经办标准化、规范化、数智化建设为基础，持续强化管理，打造高效便捷安全规范的医保公共服务，推动医保经办管理服务高质量发展。2025年，全省各统筹地区医保经办部门的政务服务评价满意率均超过99.66%。在此次绩效自评工作中，全省问卷调查累计回收有效样本1717份，城乡居民医保参保群众总体满意程度为96.68%。