

福建省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 2025 年度绩效自评报告

一、绩效目标分解下达情况

(一) 中央下达本省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) 和《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), 共下达我省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, 下同) 10,732 万元, 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) 共分解下达医疗服务与保障能力提升补助资金 10,732 万元。其中: 省本级 4,514 万元, 分解下达各地市福州市 744 万元、宁德市 666 万元、莆田市

529万元、泉州市1,237万元、漳州市798万元、龙岩市593万元、三明市869万元、南平市732万元、平潭综合实验区50万元。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统筹区。

二、绩效情况分析

（一）资金投入情况分析

2025年，全省（不含厦门市）安排医疗服务与保障能力建设补助资金12,071.54万元，其中上年结转结余资金1,339.54万元。当年实际支出11,454.53万元，年末资金结转结余617.01万元，预算执行率为94.89%。

（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。综合考虑基础因素、工作任务量因素、绩效因素等三个方面，以及省本级与各地市医保信息化建设与运维保障需求，参保扩面年度目标值完成比率及上年度预算执行率等因素进行省内资金分配。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12月和2025年5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。**按照资金管理办法等有关规定进行拨付。省市县各级用款单位经办机构配备专职财务会计人员，按照规定开展财务管理和会计核算工作。

4. **资金使用规范性。**2025年，我省医疗服务与保障能力建设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。专款专用，不存在截留、挤占、挪用或擅自调整等情况。

5. **资金执行准确性。**2025年，主要用于巩固拓展三明医改经验，促进“三医”协同发展和治理，支持参保宣传、医保智能化标准化数字化建设、基金监管、经办管理、目录监管，以及医保支付方式改革、药品和医用耗材集中带量采购、医疗服务价格改革等任务落实。

6. **预算绩效管理情况。**2025年，我省严格按照全面实施预算绩效管理的有关要求，在细化下达预算时同步下达绩效目标，按规定开展绩效监控和绩效评价。

7. **支出责任履行情况。**我省严格遵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）中关于医疗服务与保障能力提升补助资金的财政事权和支出责任的相关规定，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年我省医疗服务与保障能力持续增强，绩效指标整体良好，任务目标基本落实到位。一是参保扩面基础持续夯实，4个地区纳入国家参保长效机制创新综合试点，全省基本医保参保率稳定在95%以上。二是医保信息化标准化建设持续深化。以“一码就医”全面深化应用为抓手，医保码全

流程应用不断延伸，实现全省二级以上医疗机构和定点药店全覆盖。三是**以医保基金管理突出问题专项整治为契机**，不断健全事前预警、事中监控、事后追责的监管链条，2025年，全省医保系统共追回医保基金11.2亿元。四是**大力度推进集采扩面**，逐步构建起国家、省级（省际联盟）和地市分层推进、协同联动的集采工作格局，打造“透明办、高效办、便捷办、清廉办”的采购服务模式。五是**深入推进DRG/DIP支付方式改革**，落地实施DRG/DIP2.0版分组方案，进一步提升支付方式改革的规范性、统一性和精细化水平。

（四）绩效指标完成情况分析

1. **基本医保参保年度任务完成率**。2025年，全省参保缴费人数3,827.33万人。

2. **统筹地区实现即时结算**。2025年，我省即时结算服务已覆盖全省11个统筹区的约2.4万家定点医药机构，资金涵盖门诊、住院、生育医疗、药店购药等医疗费用。全省实现即时结算的统筹地区覆盖率为100%。

3. **短缺药品异常高价和异常配送核查处置率**。2025年，我省共收到国家医保局下发的6份核查处置短缺药品异常价格及配送情况的通知，均按要求核查，并及时报送国家医保局。处置率为100%。

4. **每年开展全量挂网药品价格联动次数**。2025年，我省全年进行全量挂网药品价格联动次数6次，共降价处置1161个产品、降幅17.15%，群众就医负担持续减轻。

5. **医保基金监管能力**。2025年以来，我省以医保基金管

理突出问题专项整治为契机，持续加大监管力度，严厉查处各类违法违规违约使用医保基金行为。2025年，全省医保系统共追回医保基金11.2亿元，检查定点医药机构15692家，解除协议792家，暂停医保协议/结算1034家，行政处罚474家，处理违法违规人员6828人；移交司法机关27家、160人，移交纪检监察机关536家、2426人，移交卫健等其他部门3395家、2000人。在全国率先建立医保部门与公安机关同研判、同检查、同处置的“三同”联合办案机制，并连续查获两起全国性大案，得到国家医保局局长批示肯定。医保基金综合监管能力有所提升。

6. 基金预警和风险控制能力。2025年，我省职工医保统筹基金累计结余可支付月数全省平均水平为31.27个月，各统筹区职工医保统筹基金累计结余可支付月数均在6个月以上，无高风险级。职工医保高风险统筹区数量占全省统筹区总数的比例为0，与2024年持平。居民医保基金累计结余可支付月数全省平均水平为7.2个月，统筹区中仅平潭为0.54个月，不满3个月，列入高风险。2025年，居民医保高风险统筹区数量占全省统筹区总数的比例为1/11=9%，较2024年降低。基金预警和风险控制能力有所提高。

7. 推进医保支付方式改革。2025年，全面落地实施DRG/DIP2.0版分组方案，全省完成率为100%（注：三明市试点实施“按疾病诊断相关分组”（简称C-DRG）的收付费改革）。开展DRG付费改革的地区使用全省统一的细分组方案，该方案共形成839个DRG组。DRG付费改革地区2025年

出院病例数共 231 万例，其中按病种付费结算的出院病例数共 217 万例。开展 DIP 付费改革的地区在坚持病种库规则全国一致的基础上，对 DIP 病种库进行本地化细化，并重点对分值的点值进行动态调整，DIP 付费地区出院病例数共 265 万例。

8. 医保经办服务能力。即时结算改革已覆盖至全省所有定点医药机构。截至 2025 年 5 月 30 日，11 个统筹区已全部完成了 2024 年度医保基金清算工作。全省参保地系统级报错占跨省直接结算总交易量比例低于 5%；就医地跨省异地就医直接结算审核扣款率为 0.52%，就医地全口径审核扣款率为 1.49%，就医地跨省异地就医直接结算审核扣款率和就医地全口径审核扣款率比值超过 0.01。医保经办机构核查定点医药机构数量为 15643 家，核查率 $\geq 95\%$ 。人员基础信息上传率、参保单位信息上传率、个人缴费信息上传率、个人结算信息上传率、医保结算数据准确率等均为 100%。医保经办服务能力有所提升。

9. 医保标准化水平。我省持续做好编码动态维护工作，及时入库、动态调整，进一步深化编码应用。截至 2026 年 3 月 3 日，我省医保药品目录、医疗服务项目和耗材有效条数为 2,208,134,252 条，非贯标目录条数为 687,750 条，整体非标率为 0.65%。医保标准化水平显著提升。

10. 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。2025 年，我省共设置乡村医保代办网点 16830 个，村（社区）级医保服务、有网点提供帮

办、代办服务的村（社区）覆盖率达 99.98%，完成 $\geq 60\%$ 的指标值。

11. 提升公立医疗机构平台采购药品耗材比例。2025 年，我省全年医疗机构药品网采率大于 90%的指标值，高值耗材网采率大于 80%的指标值。

12. 医保信息系统正常运行率。2025 年，全省医保信息系统全年运行 525,600 分钟，省级医疗保障信息平台 2025 年累计发生故障 2 次，累计时长 28 分钟，故障时长全年占比约为 0.01%，全年信息系统正常运行率为 99.99%，完成 $\geq 90\%$ 的指标值。

13. 国谈药等相关药品落地及统计监测情况。2025 年 1-12 月，我省国谈药等相关药品落地数据均按时报送，报送及时率为 100%。

14. 药品价格治理与风险处置情况。2025 年，我省持续开展药品价格异常问题常态化机制化规范化治理，全年完成 21 项国家下发价格风险处置事项，并通过价格核查、书面函询、价格约谈等措施督促相关企业主动规范价格行为，任务完成率为 100%。开展两批次零售药店药品价格监测治理工作，共涉及全省 5102 家次定点零售药店。开展药品“阴阳价格”问题监测处置。开展多渠道药品价格交叉互验。构建定点药店医保药品量价比较指数，实现定点药店药品价格与挂网药品价格之间的关联比较。

15. 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，我省常态化开展全省医疗服务价格动

态调整评估，全省 11 个统筹区均按计划开展调价评估，其中，全省共 6 个地市（厦门、漳州、泉州、莆田、龙岩、宁德）符合调价启动条件，5 个统筹区触发限制条件。6 个地区（含厦门市）均已落地完成调价工作。厦门市按照国家深化医疗服务价格改革试点新机制启动并完成了第三轮调价工作。按要求落实有关工作。

16. 集中带量采购落实完成率。我省已构建形成国家、省级（省际联盟）和地市分层推进、协同联动集采格局。2025 年先后落地执行国家组织第十批药品集采、人工耳蜗和外周血管支架 2 类医用耗材集采中选结果；落地执行我省牵头的血管组织闭合用结扎夹类耗材全国联盟集采；牵头开展结构心脏病封堵器类医用耗材全国联盟集采。均按要求完成约定采购量。

17. 医药价格和招采信用评价制度建立和实施情况。修订《福建省药品和医用耗材供应履约管理办法》，强化履约考核管理与信用评级的衔接。全年共完成 4 批次（第七批-第十批）信用评级，涉及 22 家企业。2025 年，针对国家局下发的《关于通报 2024 年第三季度医药商业贿赂案源信息的函》（医保价采函〔2025〕7 号）和《关于通报 2024 年第四季度医药商业贿赂案源信息的函》（医保价采函〔2025〕20 号），及时进行核查，第三季度案源已及时办结并将处理情况及时上报。

18. 招采子系统落地应用情况。我省医疗保障信息平台药品和医用耗材招标和采购交易子系统于 2022 年 4 月 1 日

上线。交易功能可基本满足医疗机构日常交易、采购，原福建省药械联合限价阳光采购平台已关停。2025年，我省进一步完善招采子系统。推进全程线上办理，从日常阳光采购到集中带量采购，从企业产品申报到挂网、交易、结算，各类采购经办业务实现招采子系统全流程线上办理。深化招采平台应用，系统集成药品阳光采购多个场景及子业务功能，在招采子系统内打造操作指引模块，上线招采子系统AI智能咨询服务，明晰办事时限，服务提档升级，赋能医药产业发展。按照联审通办主办省份核验不超过15个工作日，协办省份核验不超过5个工作日的要求开展联审通办工作。

19. 医保目录管理规范性。全省于2025年1月1日起正式执行《2024年国家药品目录》，国家医保药品目录扩大至3159个，较2024年新增国家谈判药品91种。同步将其中514种国家谈判药品纳入“双通道”管理，方便群众多渠道购药。印发《福建省医疗保障局关于印发单列门诊统筹支付医保药品目录（2024年版）的通知》（闽医保规〔2025〕26号），促进单列门诊统筹支付医保药品规范、合理使用。下发《福建省医疗保障局关于调整“双通道”管理药品目录的通知》（闽医保〔2025〕19号），加强外配处方药品目录管理。2025年，我省不存在违反目录管理规范的情况。

20. 招采子系统脏数据率。根据国家医保局最新反馈，2025年11月归集到国家，招采子系统判定为脏数据的数据量有7058条，总上传数据量超26亿条，脏数据率为0.0021%，完成 $\leq 10\%$ 的指标值。

21. 医保信息系统数据重大安全事件响应时间。在 2025 年度的监控保障工作中，我省云平台安全基础设施整体运行稳定，系统整体安全综合评级良好，安全运维期间未发生数据安全事件。

22. 医保信息系统运行维护响应时间。2025 年，我省级医疗保障信息平台累计发生故障 2 次，维护单位均能在 10 分钟内完成维护响应，完成 ≤ 30 分钟的指标值。

23. 参保人员对医保服务的满意度。我省组织覆盖全省各统筹区的问卷调查，累计回收有效样本 2027 份。经统计分析，各类参保人员对本地基本医疗服务的便利性、医保经办服务窗口整体建设、医保支付医药服务价格、集采药品的质量和疗效、医保政策宣传工作、医保信息平台等相关医保服务的满意度都在 90%以上。