江门市医疗保障局2025年度
部门整体支出绩效自评报告

部门名称：江门市医疗保障局

填报人：关淑怡、苏伟强

联系电话：0750-3992994

填报日期：2026年3月18日

一、部门基本情况

（一）部门职能

一是拟订医疗保险、生育保险、医疗救助等医疗保障方面的规范性文件和管理办法，制定本市医疗保障事业发展规划、政策、标准并组织实施和监督检查。

二是组织制定并实施医疗保障基金管理和基金监督管理制度，建立健全医疗保障基金安全防控机制，拟订应对预案并组织实施。

三是组织制定医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，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。组织拟订并实施长期护理保险制度改革方案。

四是组织实施城乡统一的药品、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。

五是组织实施药品、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，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度。

六是制定药品、医用耗材的招标采购政策并监督实施，指导药品、医用耗材招标采购平台建设。

七是制定定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，推进医疗保障基金支付方式改革，建立健全定点医药服务评价体系

和信息披露制度，监督管理纳入医疗保障范围内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。

八是负责医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。组织制定和完善异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。开展医疗保障领域合作交流。

九是完成市委、市政府和省医疗保障局交办的其他任务。

十是职能转变。推进医疗、医保、医药“三医联动”改革，建立健全覆盖全民、城乡统筹的多层次医疗保障体系，不断提高医疗保障水平，确保医保资金合理使用、安全可控。提高医疗保障统筹层次，增强人民群众医疗保障获得感，促进健康江门建设。

十一是与市卫生健康局的有关职责分工。市卫生健康局、市医疗保障局等部门在医疗、医保、医药等方面加强制度、政策衔接，建立沟通协商机制，协同推进改革，提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

（二）年度总体工作和重点工作任务

2025 年，市医保局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实市委、市政府和省医保局部署要求，牢牢把握医疗保障高质量发展这条主线，稳中求进、积极作为，推动机关党的建设和医保领域改革攻坚同频共振，不断提质增效。2025 年的工作亮点有：

1.聚焦政治统领，统筹推进党的建设各项工作，政治领航带跑“方向舵”把得更准。坚持把学习贯彻习近平新时代中国特色社

会主义思想作为首要政治任务，落实党组会议“第一议题”学习制度，发挥党组理论学习中心组领学促学作用，引导全体干部职工深刻领悟“两个确立”的决定性意义，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。严格落实意识形态工作责任制，加强网络舆情研判和阵地管理，坚决纠正政治偏差，及时消除政治隐患。切实履行党风廉政建设主体责任，加大对党风廉政建设的研究部署，制定印发《江门市医疗保障局2025年党风廉政建设和反腐败工作要点》，定期组织开展廉政教育活动。抓实抓细作风建设，深刻领会开展深入贯彻中央八项规定精神学习教育的重大意义，坚持目标导向、问题导向、结果导向相结合，一体推进学查改，开门搞教育，全力以赴抓好学习教育各项任务落实，真正做到了学有质量、查有力度、改有成效。践行好干部标准，注重在医保改革攻坚实践和疫情防控一线考察识别干部，提拔使用年轻干部7人，进一步激发党员干部担当作为、干事创业的内生动力。

2.聚焦公平适度，持续完善多层次保障体系，医保事业发展“地基”打得更实。**一是**全面促进高质量全民参保。稳步提升基本医保待遇保障水平。健全参保长效机制，实施连续参保、基金零报销激励措施。优化灵活就业人员、新生儿等特定群体参保条件，推进“一人一档”全民参保数据库建设。加大参保宣传，针对不同年龄段、不同职业特点的城乡居民，开展全方位、多渠道的宣传活动，提升参保意识。截至2025年底，全市基本医保参保人数

达408.41万人（其中职工医保175.03万人，居民医保233.37万人），基本实现应保尽保。**二是**完善大病保险工作机制，会同财政等部门制定印发新一期大病保险实施方案，组织开展新一期大病保险承保机构招标工作，确保新一期大病保险顺利衔接实施。**三是**认真落实生育支持政策。健全灵活就业人员、居民医保参保人等各类人群生育保障机制，落实失业人员参加生育保险政策并做好待遇追溯享受工作。按要求将“取卵术”等8项辅助生殖类医疗服务纳入医保支付范围。**四是**夯实医疗救助托底保障。认真贯彻落实《广东省关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》，及时完善本土医疗救助实施细则，全面落实好2025年度医疗救助待遇。2025年城乡医疗救助支出1.12亿元，惠及40余万人次，切实发挥了托底保障作用。**五是**促进商业健康保险发展。督促和指导“邑康保”迭代升级，推动实现“邑康保”与基本医保“一站式”结算。**六是**谋划推进长护险制度建设。成立专项工作领导小组，赴先行试点城市调研学习，组织编制《江门市长期护理保险试行办法》，稳步推进各项准备工作。

3.聚焦提质赋能，持续增强医改“驱动力”，医保惠民改革“红利”释放更多。一是医保支付方式改革提质增效。2025年运用DIP（按病种分值付费）方式，向全市252家定点医疗机构支付费用53.61亿元。新发布的DIP病种分值库扩充至9262组，同比增加15%。引入疾病严重程度分型，优化特例单议机制，既促进了医疗机构的精细化管理，也保障了疑难重症的合理诊疗。二是药品

耗材集采成果显著。目前，全市已落地执行国家及省级集采药品1088种、耗材53类，均超额完成约定采购量。同时，“双通道”和单独支付药品范围不断扩大，极大提高了群众用药可及性。三是医疗服务价格管理日趋规范。在降低大型检查项目价格的同时，合理上调了护理、中医等技术劳务类项目价格，医疗服务价格结构持续优化。通过定期发布医保数据，赋能医疗机构发展，提升了工作透明度。

4.聚焦科学严密，持续筑牢监管“防护栏”，基金安全“底线”守得更紧。一是强化预算绩效管理。科学编制医保基金收支预算，严格执行基金运行监测预警制度，与财政部门密切联动，确保各级财政补助及时到位。二是常态化监管手段升级。全面推行药品追溯码采集应用，1758家定点药店和273家医疗机构完成系统改造，为精准打击“回流药”等违规行为提供了技术支撑。推进“驾照式记分”管理，将监管责任落实到人。依托大数据与人工智能，强化医保基金使用事前、事中、事后监管，筑牢医保基金安全防线。三是专项整治成效显著。深入开展医保基金管理突出问题专项整治，通过自查自纠、飞行检查、“百日行动”等，形成了有力震慑。过去一年，全市医保基金总收入103.12亿元，总支出88.48亿元，当期收支结余14.64亿元，历年累计结余118.21亿元。其中，职工医保基金累计结余可支付月数达16个月，居民医保为11个月，均在安全运行区间。总的来看，全市医保基金大盘子稳固，支撑能力较强。

5.聚焦便捷可及，持续推进经办“精细化”，便民服务“温度”提升更多。一是构建“就近办”网络。健全四级经办服务体系，现有1个市级医保中心、7个县级医保中心（分中心）、全市共有75个镇（街道）医保经办服务点、991个村（社区）医保服务点，实现18项高频服务“全市通办”。638家符合条件的村卫生站均已纳入医保结算，建成3所高校医保服务点和63家企业试点服务点。二是推行“一站式”联办。积极推动“就医费用报销一件事”“新生儿出生一件事”“企业职工退休一件事”“退役军人服务一件事”等主题的“一件事”服务。跨省门特直接结算病种范围由5种扩增至10种，实现参保人非急诊且未转诊临时外出，在省内异地住院免备案，对医疗救助对象资助实施“免申即享”。三是拓展“掌上办”功能。依托国家医保服务APP、“粤医保”“粤省事”、省医保网厅等线上服务平台，支付宝“湾事通”上线医保专区，为参保人员提供优质高效的医保经办服务。医保码就医购药应用场景再升级，全市387.14万人注册激活医保码，1395家定点医药机构实现医保电子凭证全流程应用。200多家定点零售药店在支付宝、微信、京东等上线医保个账购药服务。

（三）部门整体支出绩效目标情况

2025年预期达到的部门整体支出总体绩效目标：全市医保认真贯彻落实国家、省医保局和市政府工作部署，在完善多层次医疗保障体系、减轻群众就医购药负担、守护群众“救命钱”、优化医保便民服务等工作呈现新质效，让医保改革发展成果更多更

公平地惠及全体市民。期望达到的具体目标如下：

一是2025年全市共计检查定点医药机构2029家，查处违规医药机构711家，有效打击欺诈骗保和各类违法违规行为，切实维护医保基金安全和参保群众合法权益。

二是全面落实医疗保障待遇清单制度，实施新修订的《江门市基本医疗保险管理办法》，落实基本医疗保险参保长效机制，完善我市医疗保障筹资和待遇调整机制。施行我市医疗救助实施细则，全额资助符合条件的困难人员参加江门市城乡居民医保，对符合医疗救助条件的救助对象在定点医疗机构发生的经基本医疗保险、大病保险等支付后个人负担的合规医疗费用，按不低于70%的比例予以分类救助。制定印发新一期大病保险实施方案，确保新一期大病保险顺利衔接实施，加强对商业承保机构的监督管理，开展2024年度大病保险专项审计和年度考核工作。按省要求做好第六次地市应负担新冠病毒疫苗及接种费用阶段性清算工作。

三是落实DIP支付方式改革促进医院高质量发展；持续推进药品耗材集采提速扩面；科学调控医疗服务价格总量、结构和水平。

四是全面完成年度法治培训任务，共开展法治培训2次；全面完成年度规范性文件合法性审查，审查文件1份，审查率100%；局法律顾问全面完成年度任务，出具法律意见65份，法律顾问服务响应及时率达到100%。

通过建立运维团队、形成运维制度、明确工作分工等措施有序开展国家医保信息平台运维工作。目前，国家医保信息平台运行正常平稳，为全市400多万参保人、286家(三级5家、二级27家、一级及以下254家）定点医疗机构、1785家定点零售药店提供更方便快捷、优质高效的医保服务。2025年全市定点医院日均医保结算业务量达4万多笔、日均医保结算金额约2000多万元、日均医保报销金额约1600多万元。

五是实施连续参保、基金零报销激励措施，优化灵活就业人员、新生儿等特定群体参保条件，推进“一人一档”全民参保数据库建设,落实失业人员参加生育保险政策，按要求将“取卵术”等8项辅助生殖类医疗服务纳入医保支付范围,推动实现“邑康保”与基本医保“一站式”结算,构建“就近办”网络,实现全市符合条件的村卫生站医保结算全覆盖。

（四）部门整体支出情况（以决算数为统计口径）

江门市医疗保障局2025年度总支出50,620.75万元，其中本年支出50,574.7万元，年末结转和结余支出45.97万元。其中基本支出2,680.15万元，项目支出47,894.63万元，上缴上级支出0万元，经营支出0万元，对附属单位补助支出0万元。

二、绩效自评情况

（一）自评结论

根据2025年我部门整体支出绩效和整体效能目标、预算编制目标、目标设置目标、成本管控目标、预算执行目标、绩效管

理目标和信息公开目标要求，通过一年来医保系统上下的共同努力，全部目标都按要求完成，自评综合得分98.80分，评价等级“优”。

（二）履职效能分析

指标1：开展医保基金监督检查次数≥2指标实现情况：一是开展市本级年度交叉检查。2025年，查处99家违规定点医药机构。二是开展重点领域医保基金监管专项行动。核查养老机构内设定点医疗机构，发现一般违规问题295条。三是大力推进“百日行动”。聚焦“回流药”、违规超量开药、生育津贴等重点问题，检查机构数共计1118家次。四是开展精神病类定点医疗机构专项检查。2025年对全市6家精神病定点医疗机构开展检查，近两年已实现精神病类定点医疗机构全覆盖检查。此指标已达标。

指标2：法治培训数量≥1次实现情况：2025年法治培训完成医保法治培训任务，确保全局行政执法人员每人每年接受不少于60学时的公共法律知识、业务知识和行政执法技能培训。下一步将继续做好法治培训工作，强化执法人员法律实务与业务技能培训，提升案件办理实战能力与规范水平。此指标已达标。

指标3：建立江门市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）病种分值库1个实现情况：印发江门市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）病种分值库（2025年版）和医疗机构等级系数（2025年版）。此指标已达标。

指标4：居民医保参保人各级财政实际补助标准（元）≥670

元/人指标实现情况：根据《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2025年城乡居民基本医疗保障有关工作的通知》（医保发〔2025〕22号）要求，2025年我市城乡居民基本医疗保险财政补助标准为每人每年700元。此指标已达标。

指标5：协议医药机构稽查覆盖率100%指标实现情况：医院进行信息系统改造覆盖率为100%，医保系统自动读取全量数据智能核查，此指标已达标。

指标6：发稿量：微信推送医保信息不少于250篇指标实现情况：微信公众号推送医保信息284篇。此指标已达标。

指标7：医疗保障行政规范性文件合法性审查率：100%指标实现情况：严格秉持法治思维，扎实推进医保管理规范化进程，坚决做到应审尽审，全面完成年度规范性文件审查任务，实现规范性文件合法性审查率100%，依法遵循制定程序出台规范性文件1份。下一步将继续做好规范性文件的合法性审查工作，在应审尽审的基础上不断提升合法性审查水平，此指标已达标。

指标8：国家新版医保药品目录执行率：100%指标实现情况：全面落实国家新版医保药品目录。此指标已达标。

指标9：局机关及各分局、市医保中心法律顾问律师自聘任以来，认真履行职责，完成对政策文件、合同审查、重大行政决策的合法性审查等工作，全年共办理269件合同与其他文件的法律审查，涉及标的金额958.26万元。全面完成2025年工作任务，法律顾问服务响应及时率100%。下一步将继续监督、配合法律

顾问做好我局的法律服务工作，在保证服务响应及时率100%的基础上，不断提升服务质量和服务水平，此指标已达标。

指标10：根据上级安排和基金监管年度工作安排完成监督检查：年度内每季度≥1次指标实现情况：一是开展市本级年度交叉检查，全年查处99家违规定点医药机构。二是开展重点领域医保基金监管专项行动，重点核查养老机构内设定点医疗机构，累计发现一般违规问题295条，涉及违规使用医保基金悉数追回。三是大力推进“百日行动”。聚焦“回流药”、违规超量开药、生育津贴等重点问题，检查机构数共计1118家次。四是开展精神病类定点医疗机构专项检查。全年对全市6家精神病定点医疗机构开展检查，近两年已实现精神病类定点医疗机构全覆盖检查。此指标已达标。

指标11：异地就医备案按时办结率≥90%指标实现情况：2025年，我市收到异地就医备案申请23611件，其中未按时办结6件，按时办结率为99.97%，此指标已达标。

指标12：预算成本控制：不超出预算指标实现情况：市本级以及下属单位均没有超出预算，此指标已达标。

指标13：检查对象年度随机抽查占比：（定点医疗机构）5%、（定点零售药店）3%以上指标实现情况：江门市2025年度开展医保领域“双随机、一公开”监管检查，联合市卫生健康局跨部门抽查定点医疗机构3家，2025年下半年江门市医疗保障局本部门抽查定点零售药店5家。此指标已达标。

指标 14：项目中查出违规金额追回率（缓缴和分期的除外）：100%指标实现情况：2025 年，全市共计检查定点医药机构 2029 家，查处违规医药机构 711 家，涉及违规使用的医保基金悉数，有效打击欺诈骗保和各类违法违规行为，切实维护医保基金安全和参保群众合法权益。此指标已达标。

指标 15：参保人政策范围内住院费用报销比例：70%左右指标实现情况：根据我市 2025 年度基本医疗保险待遇标准有关规定，居民医保参保人在我市三级、二级、一级及以下定点医疗机构住院，政策范围内统筹基金支付比例分别为 65%、80%、85%，平均约 76.67%，符合年度预期指标值 70%左右。此指标已达标。

指标 16：特困供养人员住院政策范围内基本医疗救助比例：100%指标实现情况：根据《江门市医疗救助实施细则》和《关于公布 2025 年度江门市医疗救助待遇标准的通知》（江医保发〔2024〕119 号）的相关规定，特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医保、大病保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按 100%的比例予以救助。此指标已达标。

指标 17：群众满意度：≥95%指标实现情况：我市医保经办业务窗口服务群众满意度 100%，数据来源为医保经办服务好差评统计情况。此指标已达标。

（三）管理效率分析

预算编制情况。一是按照财务管理收支分类科目、预算支出标准要求及绩效目标管理等预算编制规定，根据其依法履行职能、事业发展需要、存量资产情况，将各项收入和支出全部纳入本单位预算管理，确保预算编制的完整性和准确性。二是规范预决算编制制度，项目经费预算通过局党组会议集体讨论商议，基本支出预算按部门预算编制手册进行编制，由专人负责部门预决算的编制，编制完成后由审核人审核后报单位党组审议通过报出。三是强化主管责任人，主要负责人通过领导办公会议等形式每月召开不少于一次研究预算执行情况，做到专款专用，分级管理。实行部门财务预决算数据均通过广东省省预决算公开平台进行公开，接受社会各界的监督。四是在绩效目标合理性方面，本部门严格依据上级政策文件、年度重点工作任务及部门核心职能设定整体绩效目标，确保目标导向与履职要求高度契合。通过前期调研、可行性论证及历史数据分析，目标设定既符合客观实际，又体现适度挑战性，与年度工作计划匹配度达95%以上。绩效指标明确性方面，我部门将整体目标逐级拆解为定量化指标和定性指标，涵盖数量指标、质量达标率、项目时效及成本控制等维度。所有指标均设定具体计算公式、数据来源及考核标准，并同步分解至各科室/单位形成责任清单

成本管控情况。我部门根据政府采购文件的要求及历史数据为依据，科学制定项目预算标准，确保成本投入与业务需求精准匹配。在成本执行环节，严格执行公开招标机制，依托采购文件

规范流程，全年完成招标项目。

预算执行情况。我部门严格执行先预算、后支出原则，严禁无预算或超预算支出，严格控制和规范办理预算调整事项。各科室/单位要根据预算指标、用款计划和项目实施进度支付资金，切实加快资金支出进度、提高资金使用效率。对在预算年度内形成的结转结余资金，依照有关财政、财务管理规定执行。完善《江门市医疗保障局财务管理制度（修订）》《江门市医疗保障局国有资产管理制度》《江门市医疗保障局内部控制管理制度》等多个内部管理制度，规范预算支出行为。重视对巡察、督查、审计等发现问题整改工作，落实整改责任人，制定整改方案措施，形成整改长效机制，有力推动整改工作的落实。

绩效管理情况。我部门机关本级和下属单位都制定了明确绩效目标管理、绩效运行监控、绩效评价管理和评价结果应用等的预算绩效管理制度。年度预算绩效目标设定合理，设立的整体绩效目标符合国家法律法规、国民经济和社会发展总体规划、符合“三定”方案确定的职责与部门制定的中长期实施规划。我部门绩效指标明确，设定的绩效指标清晰、细化、可衡量，与部门年度的任务数相对应，并与本年度部门预算资金相匹配，能全面、客观地反映我部门2025年资金绩效目标的实现情况。

2025年江门市医疗保障局年度工作任务基本完成，部门整体预算投入取得一定成效，但在部门绩效目标设置、资金管理、项目管理、绩效表现等方面还有一定改进空间，部门整体支出绩

效评价综合得分为：98.80 分，绩效评价等级为：优。

信息公开情况。我部门预决算、“三公”经费预决算按财政部门规定的格式和法定的时间要求，在市人民政府门户网站、财政“预决算公开”专栏、广东省预决算信息系统平台、局门户网站等多种途径进行公开，主动接受社会各界监督。除涉密内容外，我部门预决算应全部公开到支出功能分类的项级科目，其中基本支出应公开到经济分类款级科目，并按规定要求不断拓展预算公开内容和范围。2025 年 4 月 3 日前，按财政部门规定要求将部门预算资料在单位网站进行公开。

（四）就部门整体支出绩效管理存在问题提出改进措施

存在问题。2025 年取得一系列工作成果的同时仍存在一些问题和不足：医保基金监管能力有待提升，预算管理能力需进一步提高，预算项目的绩效管理还需要进一步细化，加强绩效目标的合理性和明确性等。

改进意见。一是加强监管队伍建设。进一步完善医保基金监管机制，充分调动县（市、区）医保监管和经办精干力量，充实基金监管人才库。注重执法人员的行政执法知识体系与实操能力建设，定期开展执法能力提升培训班，采取集中授课模式，促进工作经验分享交流，在日常检查、交叉检查等行动中锻炼。做好常态化全覆盖检查、交叉互查、专项检查、自查自纠，联合多部门开展专项整治，严厉打击欺诈骗保行为。**二是**强化预算管理能力。结合我市医保职能和实际的工作，根据预算项目绩效目标，

层层分级细化绩效指标，加强绩效指标之间的逻辑性和紧密性，从而进一步提高绩效指标的合理性和明确性。

三、其他自评情况

无其他自评情况反映。

四、上年度绩效自评或财政重点绩效评价整改情况

2024 年部门整体绩效自评工作中，我部门在预算执行情况存在一些问题，主要是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）预算执行情况的问题。为切实落实整改要求，我部门认真梳理，对标对表深入开展整改工作，具体情况如下：

（一）为加快推进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）早落实、早使用、早见效，在资金下达到位前，做好相关资金支出计划。

（二）将结合年度重点工作安排，提前谋划，细化支出，加强与相关部门及工作人员的沟通，尽量避免项目资金集中支出，合理安排各项目资金支出，定期梳理资金使用情况，及时调整执行偏差，提升资金使用效率和执行率。