江门市医疗保障局2025年度
城乡居民基本医疗保险补助专项资金
项目支出绩效自评报告

项目名称：城乡居民基本医疗保险补助专项资金

市级预算部门：江门市医疗保障局

填报日期：2026年3月18日

一、项目概况

根据《中华人民共和国社会保险法》、《关于全面开展城镇居民基本医疗保险工作的通知》（人社部发〔2009〕35号）、《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）、《江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险管理办法的通知》（江府办〔2023〕12 号）、《关于做好2025年度江门市城乡居民基本医疗保险参保有关工作的通知》（江医保发〔2024〕91号）精神，结合我市经济发展水平和客观实际，合理编制居民医保市级财政补助资金绩效目标，绩效目标符合上级部门分解下达的目标要求，合理、明确，决策符合预算绩效管理要求和资金管理办法。

本项目主要目的是健全医疗保障制度体系，保障城乡居民医疗保障待遇水平，减轻医疗费用支出负担，通过配套财政补助资金，完善城乡居民医保筹资机制，确保应保尽保，及时给付城乡居民医保参保人医疗保障待遇，确保城乡居民医保基金收支平衡。

预期绩效目标为：优化居民医保筹资机制，稳定居民医保待遇水平，进一步提高城乡居民参保意识，促进全民参保工作稳健开展，不断扩大城乡居民参保覆盖面，确保应保尽保。

二、项目组织实施情况

（一）立项管理

我市根据《中央财政城乡居民基本医疗保险补助资金管理办法（2022年1月修订）》《广东省人民政府办公厅关于印发基本公共服务领域省级与市县共同财政事权和支出责任划分改革方案

的通知》（粤府办〔2018〕52号）《关于下达2015年城乡基本居民医疗保险市级财政补助资金（第一批）的通知》（江财社〔2015〕44号）等文件要求，结合国家规定的2025年度城乡居民医保财政补助标准，同时参考我市以往年度居民医保参保人数编制2025年度居民医保市级财政补助资金部门预算，并按省有关要求开展相关清算报告工作。

项目资金分配明细及财政资金分配原则：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，比上年增加30元。根据《关于下达2015年城乡基本居民医疗保险市级财政补助资金（第一批）的通知》（江财社〔2015〕44号），从2015年起城乡居民医疗保险对蓬江、江海市级财政补助按2013年市本级实际配套资金为基础固化（其中蓬江为2192.33万元，江海975.69万元），对新会、台山、开平、鹤山、恩平市级财政补助标准统一提高到11元/人×年（市直大中专生除外）。

（二）事项管理

项目实施程序：一是我市居民医保补助资金由市财政局统一专户管理，实行专账核算、专款专用、统收统支，对符合条件的居民进行居民医保参保补助，由财政部门和医保部门审核，向市财政局申请资金进行支付。二是我市居民医保工作由市政府领导、有关部门配合、各级政府共同推动落实的工作协调机制，建立健全了居民医保保障机制，并有效运行。

资金到位及支付情况：根据《江门市财政局关于提前下达2025

年城乡居民基本医疗保险市级财政补助资金的通知》（江财社〔2024〕191号）和《江门市财政局关于下达2025年城乡居民基本医疗保险市级财政补助资金（第二批）的通知》（江财社〔2025〕136号），分别下达2025年城乡居民基本医疗保险市级财政补助资金5728.37万元和53.02万元，合计5781.39万元。

三、项目绩效情况

（一）产出指标

1.数量指标：居民医保参保人各级财政实际补助标准≥670元/人。按照国家有关要求，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。按照评分标准得13.33分。

2.质量指标：普遍开展门诊统筹。根据《江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险管理办法的通知》（江府办〔2023〕12号）和《关于公布2025年度江门市基本医疗保险（含生育保险）待遇标准的通知》（江医保发〔2024〕120号）的有关规定，2025年度居民医保参保患者在选定的定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊费用，一级及以下定点医疗机构或我市儿童专科定点医疗机构基金支付比例为75%，因急救和抢救需要，参保人员到非选定医疗机构门诊就医的，基金支付比例50%，年度最高支付限额为350元，全市已落实开展门诊统筹，按照评分标准得13.33分。

3.成本指标：预算成本控制≤5960.08万元。2025年城乡居民基本医疗保险市级财政补助资金合计5781.39万元，不超出预算成本，按照评分标准得13.34分。

（二）效益指标

1.社会效益指标:参保人政策范围内住院费用报销比例为70%左右。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。按照评分标准得20分。

2.满意度指标：参保对象满意度≥85%。通过全市范围内调查问卷了解，我市参保人对居民医保政策落实满意度为98%，符合年度预期指标值，按照评分标准得20分。

四、项目主要做法和经验

经自评，我市合理安排使用居民医保财政补助资金，建立个人缴费与财政补助相结合的筹资模式，稳定我市居民医保待遇保障水平，并对困难居民实施待遇倾斜政策，有效减轻参保群众医疗费用负担。具体如下：

（一）落实参保长效机制。自2025年起，设置连续参保、基金零报销“两个激励”机制和固定待遇等待期、变动待遇等待期“两个等待期”约束机制，进一步推动全民参保工作。将参保扩面工作作为重点工作任务，聚焦新业态从业人员、学生、新生儿、缴费失败人员等重点人群，通过加强部门数据共享、优化新生儿预参保机制等工作措施，积极推动2025年度居民医保参保发动工作，努力实现应保尽保。

（二）稳定我市居民医保待遇水平。2025年，我市居民医保住院（含大病保险）年度最高支付限额54万元，三级、二级、一级及以下定点医疗机构住院的政策范围内统筹基金支付比例分别为65%、80%、85%；普通门诊统筹年度最高支付限额为350元，

基金支付比例为75%。同时，按照国家和省医疗保障经办政务服务事项要求，进一步优化办事流程，完善医保就医管理服务，确保参保群众更好地公平合理享受医保待遇。

（三）强化居民医保政策解读宣传。经我市居民医保政策制定和落实以及对相关政策进行多渠道广泛宣传，参保群众看病就医可及性明显提高，全市医保定点医疗机构均实现医疗保险“一站式”即时结算，有效缓解参保群众就医经济压力，成效显著。同时通过与我市医疗救助制度相衔接，有效补充了医疗保障体系。参保群众看病就医方便性、减轻就医费用负担、健全社会救助体系、健全医疗保障制度体系作用等方面，均达到年度预期效果。

（四）保持居民医保基金平稳运行。据统计，截至2025年12月，全市居民医保基金收入29.24亿元，同比下降6.34%；支出24.06亿元，同比下降5.60%，当期基金结余5.18亿元，历年累计结余26.64亿元，统筹基金累计结余可支付月数为11.47个月。

五、存在问题及建议

在城乡居民基本医疗保险补助专项资金项目实施期间，暂未存在问题。

六、项目自评结论及得分

2025年度，我市城乡居民医保市级财政补助资金项目绩效自评为100分。