

2024 年 1-6 月鄂州市基本医疗、生育保险基金运行情况分析

第一部分 职工医保参保与基金运行情况

一、参保情况

2024 年 1-6 月，全市共有参保职工 203983 人（去年同期 200731 人），比增 1.62%。其中：在职职工 136445 人（去年同期 146181 人），比降 6.66%；医保退休人员 67538 人（去年同期 54550 人），退休人员占比为 33.11%，缴费人数减少 9736 人。

二、基金收支情况

2024 年 1-6 月，全市职工基本医保基金收入 54627.71 万元（去年同期 54923.38 万元），比降 0.54%；总支出 46065.81 万元（去年同期 44163.39 万元），比增 4.13%。其中：统筹基金收入 39795.60 万元（去年同期 36380.55 万元），比增 9.39%；支出 32008.33 万元（去年同期 28094.29 万元），比增 13.93%。个人账户收入 14832.11 万元（去年同期 18542.83 万元），比降 20.01%；支出 14057.48 万元（去年同期 16069.10 万元），比降 12.52%。

三、门诊基金运行情况

2024 年 1-6 月，全市职工医保门诊基金支出共计 25260.91 万元（去年同期 22231.20 万元），比增 13.63%。

(一) 门诊共济基金支出情况

2024 年 1-6 月,全市参保职工门诊共济就医 845588 人次(去年同期为 401407 人次),比增 110.66%;基金支出 5315.22 万元(去年同期为 2838.11 万元),比增 87.28%;次均报销费用 62.86 元(去年同期为 70.70 元),比降 11.10%。

(二) 门诊慢特病基金支出情况

2024 年 1-6 月,全市参保职工门诊慢特病就医 75743 人次(去年同期为 37827 人次),比增 100.24%;基金支出 5041.55 万元(去年同期为 2159.77 万元),比增 133.43%;次均报销费用 665.61 元(去年同期为 570.96 元),比增 16.58%。

(三) 单独支付药品基金支出情况

2024 年 1-6 月,全市参保职工单独支付药品报销 2778 人次(去年同期为 3656 人次),比降 23.99%;基金支出 828.38 万元(去年同期为 1162.47 万元),比降 28.74%;次均报销费用 2981.93 元(去年同期为 3180.49 元),比降 6.24%。

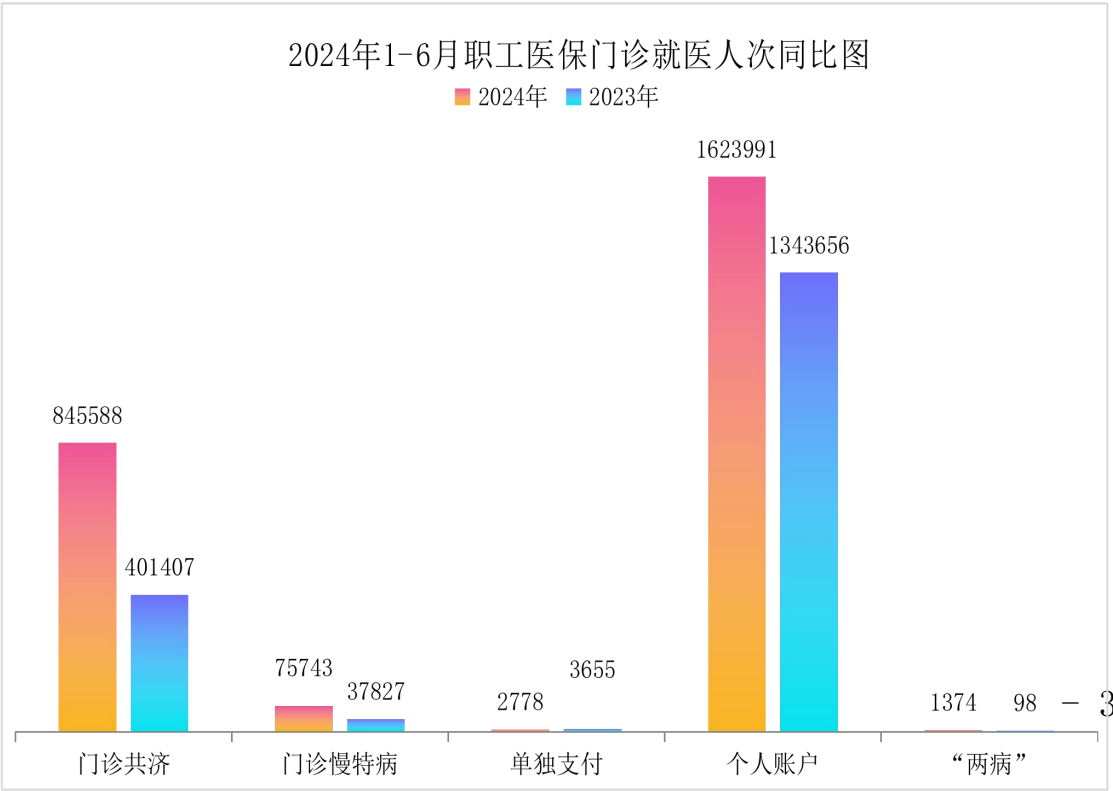
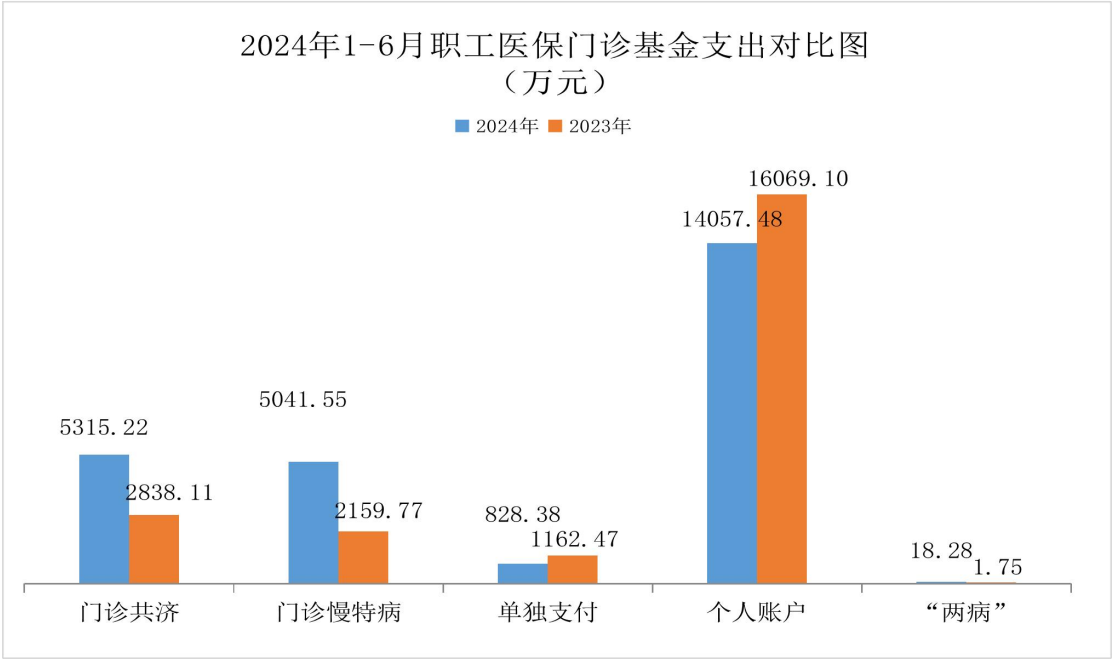
(四) 个人账户刷卡费用支出情况

2024 年 1-6 月,全市职工医保个人账户刷卡共计 1623991 人次(去年同期 1343656 人次),比增 20.86%。基金支出 14057.48 万元(去年同期 16069.10 万元),比降 12.52%。次均使用基金 86.56 元(去年同期 119.59 元),比降 27.62%。

(六) “两病”费用支出情况

2024 年 1-6 月,全市职工“两病”就医 1374 人次(去年同

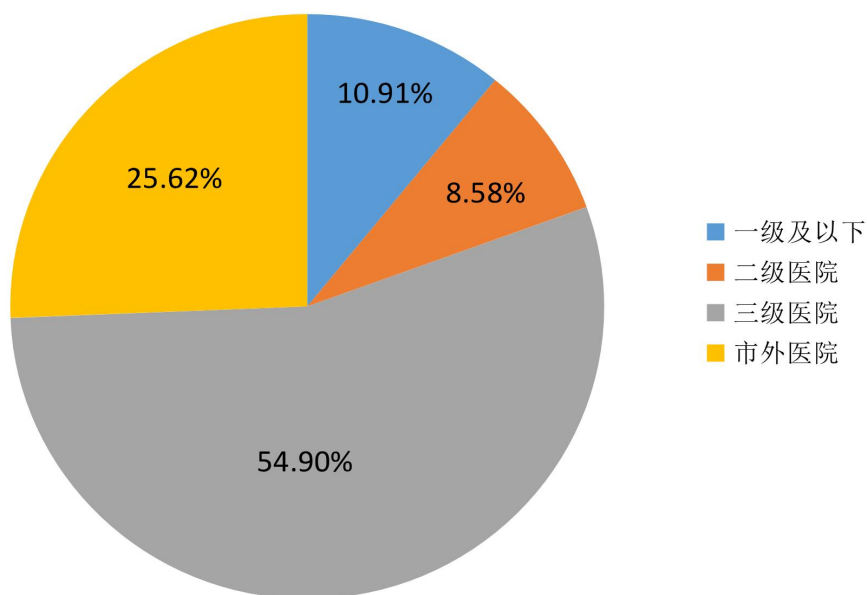
期 98 人次），比增 1302.04%。基金支出 18.28 万元（去年同期 1.75 万元），比增 944.57%，次均报销费用 133.04 元（去年同期 178.57 元），比降 25.50%。



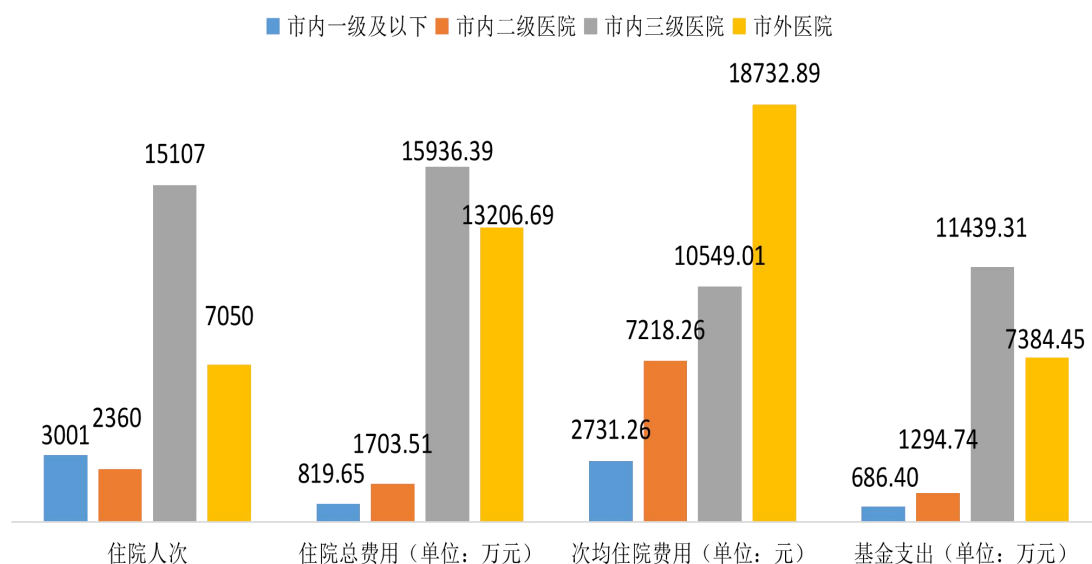
四、住院基金运行情况

2024 年 1-6 月，全市职工基本医疗保险住院 27518 人次(去年同期 27287 人次)，比增 0.85%。住院总费用 31666.24 万元(去年同期 34599.50 万元)，比降 8.48%。次均住院费用 11507.46 元(去年同期 12679.85 元)，比降 9.25%。报销总金额为 20804.90 万元(去年同期 21932.19 万元)，比降 5.14%。次均住院费用报销金额为 7560.47 元(去年同期 8037.60 元)，比降 5.94%。职工政策范围内费用报销比例为 78.79%(去年同期为 76.09%)，比增 3.55%。

2024年1-6月职工医保住院人次分布图



2024年1-6月职工医保住院基金支出明细图



(一) 市内一级及以下医疗机构住院情况

2024 年 1-6 月, 市内一级及以下医疗机构住院 3001 人次(去年同期 2993 人次), 比增 0.27%。住院总费用 819.65 万元(去年同期 847.49 万元), 比降 3.28%。次均住院费用 2731.26 元(去年同期 2831.57 元), 比降 3.54%。报销总金额为 686.40 万元(去年同期 688.69 万元), 比降 0.33%。次均住院费用报销金额为 2287.24 元(去年同期 2301.00 元), 比降 0.60%。政策范围内费用报销比例为 84.07%(去年同期报销比例为 81.84%), 比增 2.73%。

(二) 市内二级医疗机构住院情况

2024 年 1-6 月, 市内二级医疗机构住院 2360 人次(去年同期 2310 人次), 比增 2.16%。住院总费用 1703.51 万元(去年同期 1881.51 万元), 比降 9.46%。次均住院费用 7218.26 元(去

年同期 8145.06 元)，比降 11.38%。报销总金额为 1294.74 万元（去年同期 1328.64 万元），比降 2.55%。次均住院费用报销金额为 5486.19 元(去年同期报销金额为 5751.69 元)，比降 4.62%。政策范围内费用报销比例为 81.32%(去年同期报销比例为 79.96%)，比增 1.70%。

（三）市内三级医疗机构住院情况

2024 年 1-6 月，市内三级医疗机构住院 15107 人次(去年同期 15799 人次)，比降 4.38%。住院总费用 15936.39 万元（去年同期 19134.05 万元），比降 16.71%，次均住院费用 10549.04 元(去年同期 12110.92 元)，比降 12.90%。报销总金额为 11439.31 万元（去年同期 13553.28 万元），比降 15.60%。次均住院费用报销金额为 7572.19 元(去年同期报销金额 8578.57 元)，比降 11.73%，政策范围内费用报销比例为 79.51%(去年同期报销比例为 77.75%)，比增 2.27%。

（四）市外就医住院情况

2024 年 1-6 月，市外医院住院 7050 人次(去年同期 6185 人次)，比增 13.99%。住院总费用 13206.69 万元(去年同期 12736.45 万元)，比增 3.69%，次均住院费用 18732.89 元(去年同期 20592.48 元)，比降 9.03%。报销总金额为 7384.45 万元（去年同期 6361.58 万元），比增 16.08%。次均住院费用报销金额为 10474.40 元(去年同期报销金额为 10285.50 元)，比增 1.84%。

职工政策范围内费用报销比例为 76.84%(去年同期报销比例为 71.57%)，比增 7.37%。

医疗机构级别	住院人次	住院总费用 (万元)	报销合计 (万元)	政策内报销 比例
市内一级医院 及以下	3001	819.65	686.40	84.07%
市内二级医院	2360	1703.51	1294.74	81.32%
市内三级医院	15107	15936.39	11439.31	79.51%
市外医院	7050	13206.69	7384.45	76.84%
合计	27518	31666.24	20804.90	78.79%

五、大病保险基金运行情况

2024 年 1-6 月，职工医保享受大病保险待遇 6105 人次(去年同期 7604 人次，同比下降 19.74%)；医保报销 1464.28 万元(去年同期 1547.78 万元，同比下降 5.39%)。

第二部分 城乡居民医保参保与基金运行情况

一、参保情况

全市城乡居民医保参保 683621 人(去年同期参保 692885 人，减少 9264 人)，比降 1.34%。

二、基金收支情况

2024 年居民个人缴费 380 元/人，政府补助 640 元/人，共筹集居民医保基金 69729.34 万元(去年同期 68595.62 万元)，比增 1.65%。其中：个人缴费 25977.60 万元(去年同期 24250.98

万元），比增 7.12%；各级政府补助 43751.74 万元（去年同期 44344.64 万元），比降 1.34%。2024 年 1-6 月城乡居民医疗保险基金支出 43521.96 万元（去年同期 42218.84 万元），比增 3.09%。

三、门诊基金运行情况

2024 年 1-6 月，全市居民医保门诊基金支出共计 9553.05 万元（去年同期 6698.38 万元），比增 42.62%。

（一）门诊统筹基金支出情况

2024 年 1-6 月，全市城乡居民医保门诊统筹就医 1082231 人次（去年同期 856276 人次），比增 26.39%，报销总金额为 3041.73 万元（去年同期报销总金额为 2615.54 万元），比增 16.29%，次均报销金额为 28.11 元（去年同期 30.55 元），比降 7.99%。

（二）门诊慢特病基金支出情况

2024 年 1-6 月，全市城乡居民医保门诊慢特病就医 102856 人次（去年同期 66848 人次），比增 53.87%，报销总金额为 5885.63 万元（去年同期报销总金额为 3091.78 万元），比增 90.36%，次均报销金额为 572.22 元（去年同期 462.51 元），比增 23.72%。

（三）单独支付药品基金支出情况

2024 年 1-6 月，全市城乡居民医保单独支付药品报销 2574 人次（去年同期 3957 人次），比降 34.95%，报销总金额为 622.65 万元（去年同期 967.66 万元），比降 35.65%，次均报销金额为

2419.00 元（去年同期 2445.44 元），比降 1.08%。

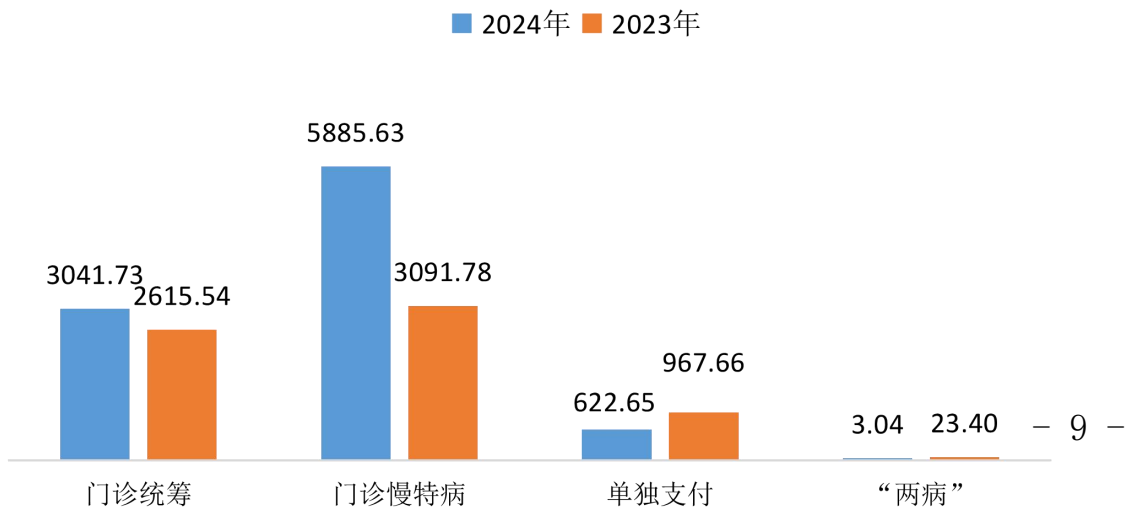
（四）“两病”费用支出情况

2024 年 1-6 月，全市城乡居民医保“两病”门诊就医 559 人次（去年同期 4904 人次），比降 88.60%，报销总金额为 3.04 万元（去年同期 23.40 万元），比降 87.01%，次均报销金额为 54.38 元（去年同期 47.72 元），比增 13.97%。

2024年1-6月居民医保门诊就医人次同比图



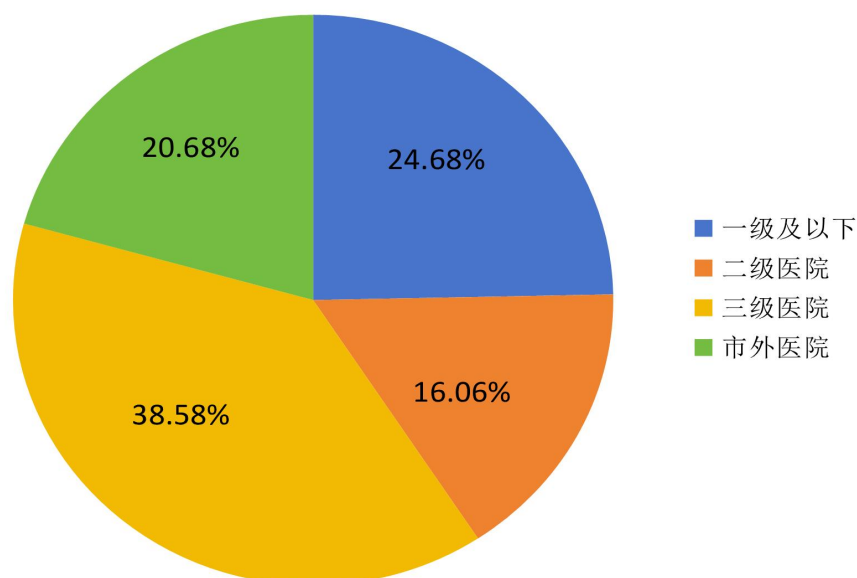
2024年1-6月居民医保门诊基金支出同比图
(单位：万元)



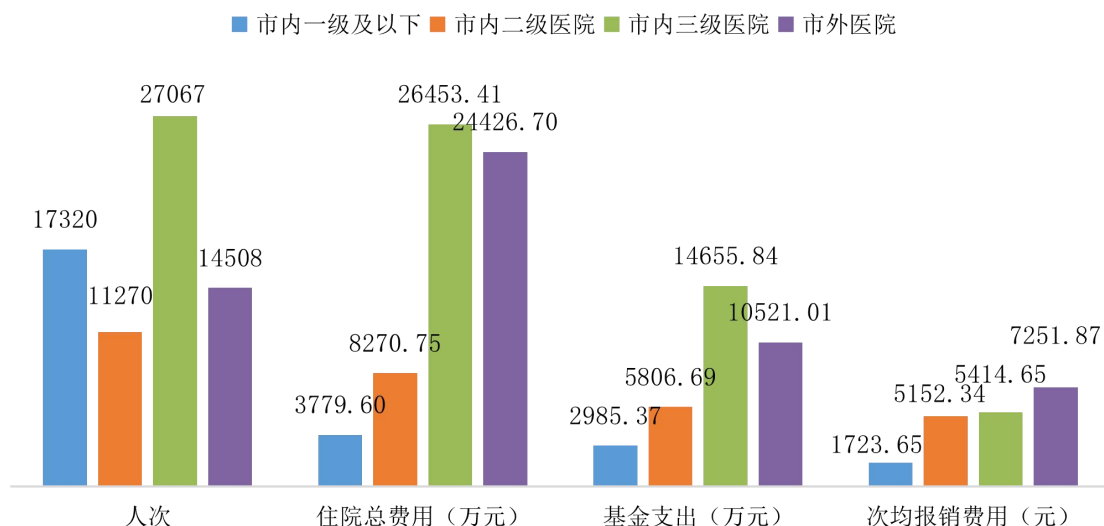
四、住院基金运行情况

2024 年 1-6 月，全市城乡居民医保住院 70165 人次（去年同期 68076 人次），比增 3.07%，住院总费用 62930.46 万元（去年同期 65599.38 万元），比降 4.07%。次均住院费用 8968.92 元（去年同期 9636.20 元），比降 6.92%。报销总金额为 33968.91 万元（去年同期 35520.46 万元），比降 4.37%。次均住院费用报销金额为 4841.29 元（去年同期 5217.77 元），比降 7.22%。居民政策范围内费用报销比例为 63.82%（去年同期报销比例为 64.60%），比降 1.21%。

2024年1-6月居民医保住院人次分布图



2024年1-6月居民医保住院基金支出明细图



(一) 市内一级及以下医疗机构住院情况

2024年1-6月,市内一级及以下医疗机构住院17320人次(去年同期18055人次),比降4.07%。住院总费用3779.60万元(去年同期4617.20万元),比降18.14%。次均住院费用2182.22元(去年同期2557.30元),比降14.67%。报销总金额为2985.37万元(去年同期3675.30万元),比降18.77%。次均住院费用报销金额为1723.65元(去年同期2035.61元),比降15.33%,政策范围内费用报销比例为79.63%(去年同期报销比例为80.59%),比降1.18%。

(二) 市内二级医疗机构住院情况

2024年1-6月,市内二级医疗机构住院11270人次(去年同期11207人次),比增0.56%。住院总费用8270.75万元(去年同期8055.35万元),比增2.67%。次均住院费用7338.73元(去年

同期 7187.78 元)，比增 2.10%，报销总金额为 5806.69 万元（去年同期 5450.77 万元），比增 6.53%。次均住院费用报销金额为 5152.34 元（去年同期 4863.72 元），比增 5.93%。政策范围内费用报销比例为 74.54%（去年同期报销比例为 74.49%），比增 0.06%。

（三）市内三级医疗机构住院情况

2024 年 1-6 月，市内三级医疗机构住院 27067 人次（去年同期 25994 人次），比增 4.13%。住院总费用 26453.41 万元（去年同期 29230.39 万元），比降 9.50%。次均住院费用 9773.31 元（去年同期 11245.05 元），比降 13.09%。报销总金额为 14655.84 万元（去年同期 16639.42 万元），比降 11.92%。次均住院费用报销金额为 5414.65 元（去年同期 6401.25 元），比降 15.41%，政策范围内费用报销比例为 61.89%（去年同期报销比例为 63.38%），比降 2.35%。

（四）市外就医住院情况

2024 年 1-6 月，市外医院住院 14508 人次（去年同期 12820 人次），比增 13.17%。医疗总费用 24426.70 万元（去年同期 23696.44 万元），比增 3.08%。次均住院费用 16836.71 元（去年同期 18483.96 元），比降 8.91%。报销总金额为 10521.01 万元（去年同期 9754.97 万元），比增 7.85%。次均住院费用报销金额为 7251.87 元（去年同期 7609.18 元），比降 4.70%。政策范围内费用报销比例为 58.43%（去年同期报销比例为 57.89%），比增 0.94%。

医疗机构级别	住院人次	住院总费用 (万元)	报销合计 (万元)	政策内报销 比例
市内一级医院 及以下	17320	3779.60	2985.37	79.63%
市内二级医院	11270	8270.75	5806.69	74.54%
市内三级医院	27067	26453.41	14655.84	61.89%
市外医院	14508	24426.70	10521.01	58.43%
合计	70165	62930.46	33968.91	63.82%

五、大病保险基金运行情况

2024年1-6月，我市居民医保享受大病保险待遇37249人次(去年同期36480人次，同比增长2.11%)；医保报销5821.64万元（去年同期6284.82万元，同比下降7.37%）。

第三部分 生育保险参保与基金运行情况分析

一、参保情况

2024年1-6月，全市生育保险参保缴费114347人(去年同期112343人)，比增1.78%；女职工参保48684人(去年同期47274人)，占比42.58%。其中：事业生育险参保20226人，女职工参保10814人，占比53.47%；机关生育险参保7807人，女职工参保2540人，占比32.53%；企业生育险参保86314人，女职工参保35330人，占比40.93%。

二、基金支出情况

2024年1-6月，全市享受生育待遇1709人次(去年同期1990人次)，比降14.12%，其中：享受医疗待遇1039人次（去年同

期 1060 人次），比降 1.98%，享受生育津贴待遇 670 人次（去年同期 930 人次），比降 27.96%。医疗基金支出 427.37 万元（去年同期 318.04 万元），比增 34.38%，生育津贴支出 1227.17 万元（去年同期 1830.46 万元），比降 32.96%。其中：(1) 事业医疗基金支出 90.27 万元，生育津贴医疗支出 334.48 万元；(2) 机关医疗基金支出 28.20 万元，生育津贴医疗支出 118.12 万元；(3) 企业医疗基金支出 308.90 万元，生育津贴医疗支出 774.57 万元。

第四部分 医疗救助基金运行情况

2024 年 1-6 月我市共有农村低收入人口 23016 人，脱贫人口 48591 人，低收入人口资助参保 22408 人（其中医疗救助资助 16471 人，557.74 万元；其他资金 5937 人，207.73 万元），脱贫人口资助参保 44819 人（其中医疗救助资助 13230 人，290.28 万元；其他资金 31589 人，353.20 万元）。2024 年 1-6 月我市享受医疗救助 45339 人次，救助支出 9293.47 万元，其中 36775 人次享受门诊医疗救助，救助支出 361.97 万元；8564 人次享受住院医疗救助，救助支出 1208.57 万元。

第五部分 基金运行情况分析

2024 年 1-6 月，我市医保基金运行基本平稳，医疗救助特殊人群应保尽保。虽然我市职工参保人员同比增加了 3252 人，但是我市退休人员增加了 12988 人，职工缴费人数同比减少了 9736 人；居民参保人数减少了 9264 人。职工医保基金收入下降 0.54%，基金支出增长了 4.13%，其中门诊基金支出增长 13.63%，

住院基金下降 5.14%。居民医保基金收入增长 1.65%，支出增长了 3.09%，其中门诊基金支出增长 42.62%，住院基金支出下降 4.37%。

一、存在问题

（一）居民医保参保人数下降趋势明显

根据参保人数数据分析，居民医保参保人数减少，主要原因是：一是就业人员增多，参加职工医保人数相对增加；二是国家医保局规范统计口径，剔除重复参保，数据进一步做实。三是缴费标准连年上涨，参保意愿下降。四是我市外出务工人员增多，选择在外地参保。

（二）职工医保基金收入下降

由于社会面经济下行，单位职工保底缴费人数占比偏高，影响到职工医保基金收入；因我市职工医保参保人群的老龄化，退休免缴费人群占比越来越高，职工医保基金收入下降。再就是因为我市政策调整，单位缴费金额自 2023 年起不再划入个人账户，故我市在 2022 年 12 月关闭缴费通道，进行系统升级，导致较多单位在 2023 年一季度缴纳 2022 年 12 月应缴的基本医疗保险费用，因而 2023 年一季度保费收入增多，导致 2024 年 1-6 月保费收入较上年同期有所下降。

（三）门诊基金支出增长较大

1. 2024 年，我市门诊慢特病政策调整，将以前的 37 种门诊慢特病调整为 11 种特殊疾病和 27 种门诊慢性病，特殊疾病职工医保报销比例 89%，居民医保报销比例 70%；27 种门诊慢性病职

工医保报销比例由 70%提高到 80%，居民医保报销比例由 60%提高到 70%。以前只有 11 种慢特病病种与基本医保年度最高支付限额合并计算调整为所有病种合并计算。并且 2024 年开始参保人员可同时申报多个门诊慢特病病种并且多个慢性病额度多病种共用。政策的调整导致门诊慢特病基金支出增长。

2. 随着门诊共济以及门诊慢特病待遇政策的普及，参保人员对门诊共济以及门诊慢特病政策的知晓率提高，我市享受门诊待遇的人次持续增大，2024 年 1-6 月我市享受职工门诊共济 845588 人次，同比增长 110.66%，门诊慢特病 75743 人次，同比增长 100.24%；享受居民门诊统筹政策 1082231 人次，同比增长 26.39%，门诊慢特病 102856 人次，同比增长 53.87%。

3. 门诊异地就医直接结算更加便捷以及《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023 年）》文件中规定 2024 年 1 月 1 日起将 430 种协议期内谈判药品和竞价药品全部纳入湖北省“双通道”药品目录。通过专家评审，将 224 种罕见病、恶性肿瘤、精神疾病、传染性疾病等疾病治疗的协议期内谈判药品及部分谈判转常规乙类药品纳入单独支付药品管理范围，药品目录的扩大导致门诊基金的支出增加。

4. 单独支付药品费用通过门诊慢特病政策结算导致门诊基金支出增长，《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023 年）》文件中规定 2024 年 1 月 1 日起单独支付药品适用于《关于进一步加强全省基本医疗保险门诊慢特病保障工作的通知》（鄂医保发〔2023〕21 号）规定的门诊特殊疾病时，按照

门诊特殊疾病同等的待遇执行,其他药品继续按单独支付药品政策执行。门诊慢特病评审通过的参保人员在使用单独支付药品时通过门诊慢特病政策结算。

5. 2024 年 1-6 月职工“两病”就医 1374 人次（去年同期 98 人次），基金支出增长 944.57%是因为“两病”政策自 2023 年才开始覆盖职工医保，政策知晓率慢慢上升。2024 年 1-6 月居民“两病”基金支出下降 88.60%是因为 2023 年在统计“两病”信息的时候将门诊统筹内使用了高血压以及糖尿病类药品的数据统计成“两病”数据，导致数据比真实数据大，今年系统做出“两病”类别后，可以单独使用“两病”系统结算，所以在统计的时候导致今年的居民“两病”人数及基金支出较去年下降 87.01%。

（四）单独支付药品费用下降

职工医保单独支付药品费用下降 28.74%，居民医保单独支付药品费用下降 35.65%的原因是单独支付药品费用通过门诊慢特病政策结算，《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023 年）》文件中规定 2024 年 1 月 1 日起单独支付药品适用于《关于进一步加强全省基本医疗保险门诊慢特病保障工作的通知》（鄂医保发〔2023〕21 号）规定的门诊特殊疾病时，按照门诊特殊疾病同等的待遇执行,其他药品继续按单独支付药品政策执行。门诊慢特病评审通过的参保人员在使用单独支付药品时通过门诊慢特病政策结算。

（五）住院人次上升，次均住院费用小幅下降

2024 年 1-6 月，我市享受住院待遇 97683 人次，比去年同期增加 2320 人次，同比增长 2.43%，住院总费用 94596.70 万元，同比下降 5.59%，次均住院费用 9684.05 万元，同比下降 7.83%。主要原因是 2024 年 DIP 支付方式的改革，医疗机构控制单次住院费用。

（六）住院政策范围内基金支付比例略有提升

全市住院费用政策范围内基金支付比例 68.78%，比去年同期提高了 0.34%；职工医保基金支付比例增长 3.55%，其中市内一级及以下、二级、三级医疗机构和市外就医政策范围内基金支付比例分别增长 2.73%、1.70%、2.27%、7.73%；居民医保基金支付比例下降 1.21%，其中市内一级及以下、三级医疗机构政策范围内基金支付比例分别下降 1.18%、2.35%，市内二级医疗机构、市外就医政策范围内基金支付比例分别增长 0.06%、0.94%。医保政策范围内基金支付比例总体增长的原因是湖北省医保编码数据库不断更新扩大，《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录[2023]年）》文件中规定 2024 年 1 月 1 日起将 430 种协议期内谈判药品和竞价药品全部纳入湖北省“双通道”药品目录。药品目录的扩大导致目录内费用增加，导致基金支付比例的提高。

职工医保住院人次增长，住院总费用和报销总金额同比下降的情况下，报销比例还有所提高的原因是报销总金额下降的幅度没有住院总费用下降的幅度高，导致次均费用同比下降、报销比

例提高。居民医保市内一级及以下医疗机构和三级医疗机构报销比例下降的原因是因为 2024 年住院总费用中乙类费用占比比 2023 年占比高，其中乙类费用中材料费用、西药费用、检查费用占比都比 2023 年高导致居民医保总体报销比例下降 1.21%。

（七）市外住院就医基金支出增长

市外就医职工医保基金支出同比增加 16.08%，居民医保基金支出同比增加 7.85%是因为市外就医的住院人次分别增加了 13.99%、13.17%。市外就医住院人次增加是因为随着全市异地就医备案，结算、信息化等事项，扩大了异地就医定点医药机构覆盖范围，就医结算更加方便，加上异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员的增加，导致居民医保市外住院就医人次增长了 13.17%，医保基金支出增长 7.85%；职工医保市外就医人次增长 13.99%，职工医保基金支出 16.08%。

二、下一步工作措施

（一）持续抓好扩面征缴工作

积极与税务、财政、人社等部门协同配合，推动用人单位依法参保，巩固基本医疗保险覆盖面，及时足额征收医疗保险费用。协同乡镇、村（社区）做好征收工作，加大对重点群体扩面的宣传动员力度，更加精确的推送参保信息，特别是在集中缴费期对应参未参人员进行有针对性的宣传活动，同时做好参保关系转移接续工作，确保医保基金总体收支平衡。

（二）稳步推进医保支付方式改革

稳步推进医保支付方式改革，按期实现 DIP 支付方式改革目

标，覆盖全市所有符合条件开展住院服务的医疗机构，基本实现险种、病种、医保基金全覆盖，控制医疗费用不合理增长，实现医疗机构之间的监督和约束。通过集采、药品目录谈判、医保支付方式改革等多项措施节流增效。

（三）强化异地就医管理

加强和完善异地就医结算服务管理，引导参保人员在本地医疗机构就医。积极探索异地就医费用管理模式，控制异地就医医疗费用过快增长，将异地就医费用纳入智能监控系统应用监管范围，推动就医结算费用从人工审核到智能审核转变。

（四）持续开展打击欺诈骗保专项工程

积极推进医保反欺诈大数据监管，建立大数据筛查模型，提升对各类欺诈骗保行为的精准发现和打击能力。合理运行基金分析结果，有针对性地加强对定点医药机构的监管，特别是要加强对门诊共济、门诊统筹、门诊慢特病、单独支付药品的监管力度。持续深入开展打击欺诈骗保工作，建立和完善日常巡查、专项检查、重点督查、交叉检查、联合检查等相结合的多形式检查制度，多管齐下，形成合力，实现多方位、多层次的监管。规范定点医药机构的服务行为，强化日常管理考核，加强对外配处方的使用管理。会同卫生健康、公安等部门开展联合监管，同时引入第三方机构和专业人员协助开展检查，不断提升医保基金综合监管能力，加强医保基金稽核队伍能力建设。推进医疗信用保障体系建设，出台医保信用管理制度。持续强化日常稽核审核，完善医保智能审核规则。