

# 2024 年 1-3 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 1-3 月，全市共有参保职工 202521 人（去年同期 201603 人），比增 0.46%。其中：在职职工 145170 人（去年同期 128310 人），比增 13.14%；医保退休人员 57351 人，退休人员占比为 28.32%，缴费人数净增加 918 人。

### 二、基金收支情况

2024 年 1-3 月，全市职工基本医保基金收入 24959.60 万元（去年同期 28990.38 万元），比降 13.90%；总支出 21417.49 万元（去年同期 22410.92 万元），比降 4.43%。其中：个人账户收入 7652.16 万元（去年同期 7816.44 万元），比降 2.10%；支出 7490.29 万元（去年同期 8581.17 万元），比降 12.71%；统筹基金收入 17307.44 万元（去年同期 21173.94 万元），比降 18.26%；支出 13927.20 万元（去年同期 13829.75 万元），比增 0.70%。

### 三、门诊基金运行情况

2024 年 1-3 月，全市职工医保门诊基金支出共计 12200.61 万元（去年同期 11014.16 万元），比增 10.77%。

#### （一）门诊共济基金支出情况

2024 年 1-3 月,全市参保职工门诊共济就医 398619 人次(去年同期为 171141 人次),比增 132.92%;基金支出 1964.19 万元(去年同期为 1039.90 万元),比增 88.88%;次均报销费用 49.27 元(去年同期为 60.76 元),比降 18.91%。

## **(二) 门诊慢特病基金支出情况**

2024 年 1-3 月,全市参保职工门诊慢特病就医 35251 人次(去年同期为 12921 人次),比增 172.82%;基金支出 2280.50 万元(去年同期为 839.21 万元),比增 171.74%;次均报销费用 646.93 元(去年同期为 649.49 元),比降 0.39%。

## **(三) 单独支付药品基金支出情况**

2024 年 1-3 月,全市参保职工单独支付药品报销 1482 人次(去年同期为 1711 人次),比降 13.38%;基金支出 459.63 万元(去年同期为 553.79 万元),比降 17.00%;次均报销费用 3101.42 元(去年同期为 3236.65 元),比降 4.18%。

## **(四) 个人账户刷卡费用支出情况**

2024 年 1-3 月,全市职工医保个人账户刷卡共计 819444 人次(去年同期 648505 人次),比增 26.36%。基金支出 7381.76 万元(去年同期 8566.10 万元),比降 13.83%。次均使用基金 90.08 元(去年同期 132.09 元),比降 31.80%。

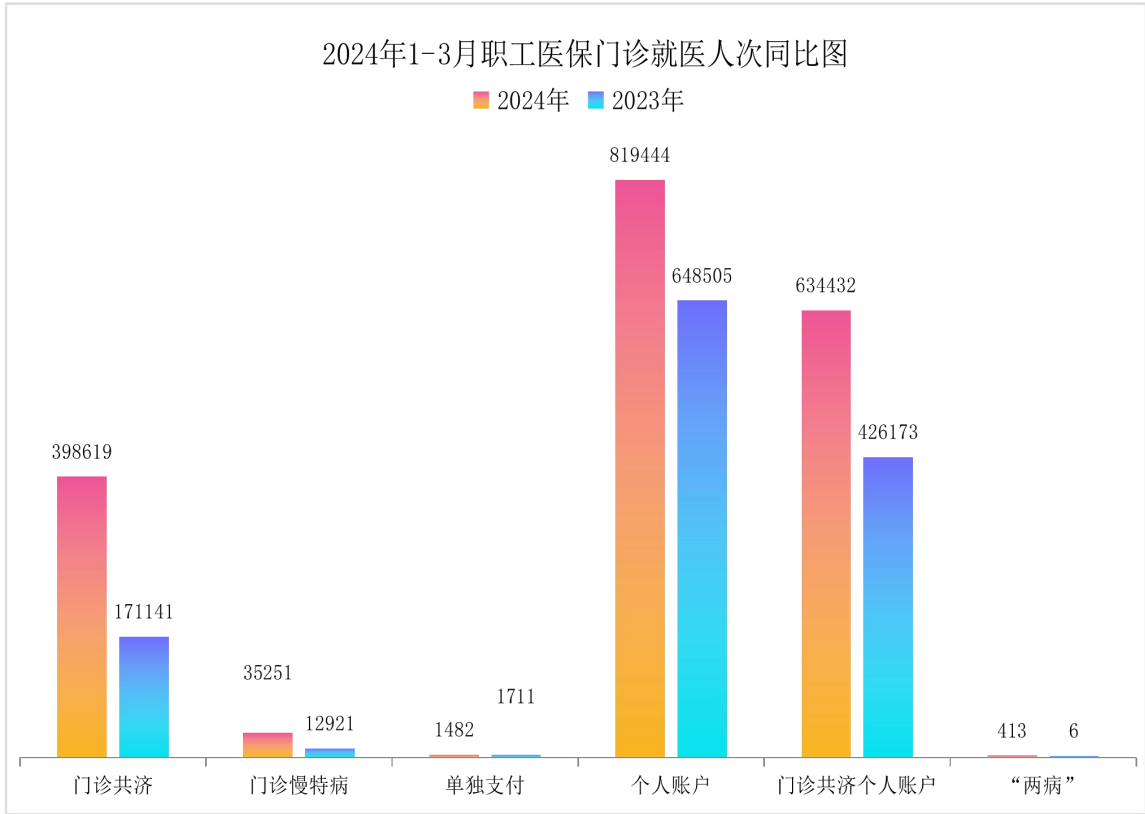
## **(五) 门诊共济个人账户费用支出情况**

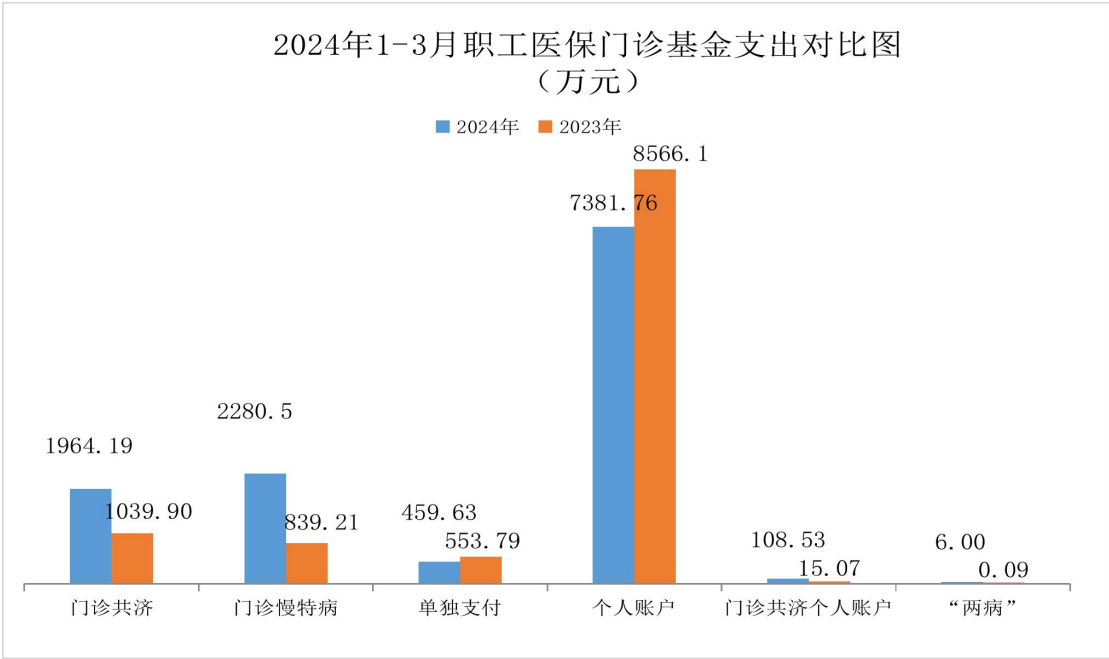
2024 年 1-3 月,全市职工门诊共济个人账户刷卡 634432 人次(去年同期 426173 人次),比增 48.87%。基金支出 108.53

万元(去年同期 15.07 万元)，比增 620.17%。次均使用基金 1.71 元(去年同期 0.35 元)，比增 383.77%。

**(六) “两病” 费用支出情况**

2024 年 1-3 月，全市职工“两病”就医 413 人次(去年同期 6 人次)，比增 6783.33%。基金支出 6 万元(去年同期 0.09 万元)，比增 6566.67%，次均报销费用 145.28 元(去年同期 150.00 元)，比降 3.15%。

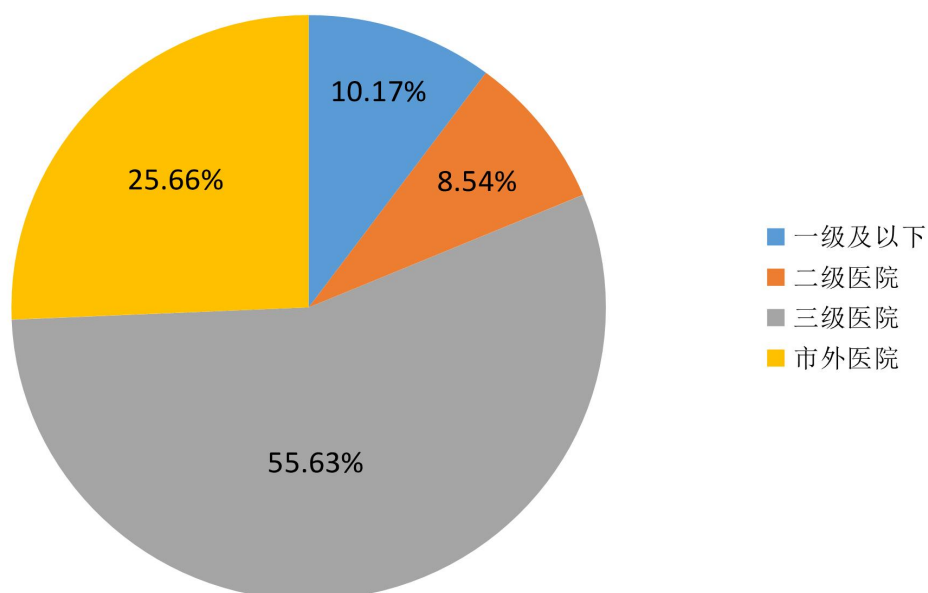




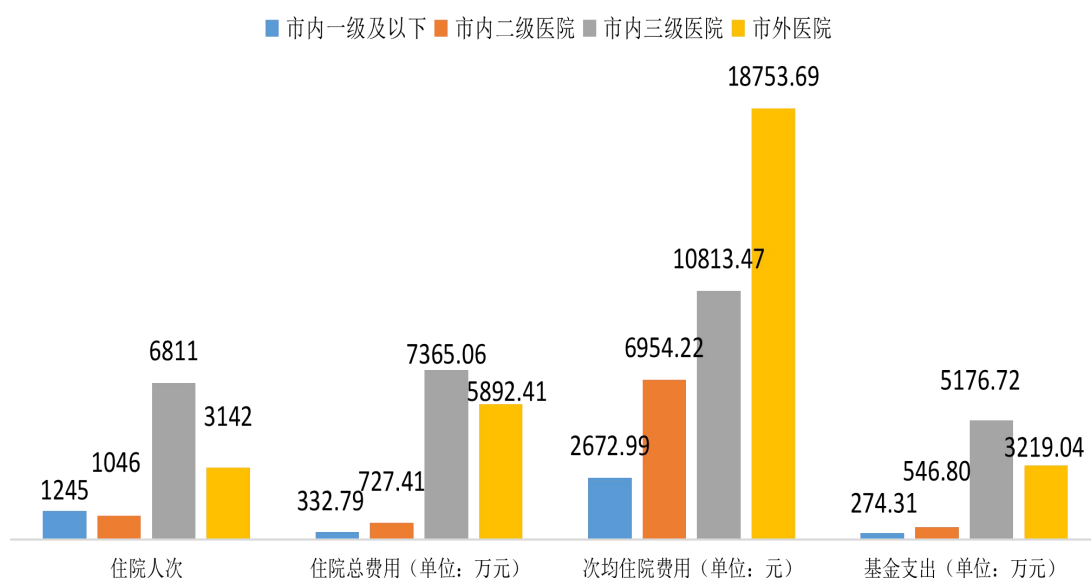
#### 四、住院基金运行情况

2024 年 1-3 月，全市职工基本医疗保险住院 12244 人次(去年同期 13580 人次)，比降 9.84%。住院总费用 14317.66 万元(去年同期 18094.16 万元)，比降 20.87%。次均住院费用 11693.62 元(去年同期 13324.12 元)，比降 12.24%。报销总金额为 9216.88 万元(去年同期 11396.76 万元)，比降 23.65%。次均住院费用报销金额为 7527.67 元(去年同期 8392.31 元)，比降 10.30%。职工政策范围内费用报销比例为 77.10%(去年同期为 75.87%)，比增 1.63%。

### 2024年1-3月职工医保住院人次分布图



### 2024年1-3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 1-3 月, 市内一级及以下医疗机构住院 1245 人次(去

年同期 1374 人次)，比降 9.39%。住院总费用 332.79 万元（去年同期 379.24 万元），比降 12.25%。次均住院费用 2672.99 元（去年同期 2760.14 元），比降 3.16%。报销总金额为 274.31 万元（去年同期 306.30 万元），比降 11.66%。次均住院费用报销金额为 2203.28 元（去年同期 2229.24 元），比降 1.16%。政策范围内费用报销比例为 82.86%（去年同期报销比例为 81.69%），比增 1.43%。

## **（二）市内二级医疗机构住院情况**

2024 年 1-3 月，市内二级医疗机构住院 1046 人次（去年同期 1306 人次），比降 19.91%。住院总费用 727.41 万元（去年同期 1005.98 万元），比降 27.69%。次均住院费用 6954.22 元（去年同期 7702.79 元），比降 9.72%。报销总金额为 546.80 万元（去年同期 676.14 万元），比降 23.65%。次均住院费用报销金额为 5227.57 元（去年同期报销金额为 5177.22 元），比增 0.97%。政策范围内费用报销比例为 80.19%（去年同期报销比例为 79.52%），比增 0.85%。

## **（三）市内三级医疗机构住院情况**

2024 年 1-3 月，市内三级医疗机构住院 6811 人次（去年同期 7969 人次），比降 14.53%。住院总费用 7365.06 万元（去年同期 10354.01 万元），比降 28.87%，次均住院费用 10813.47 元（去年同期 12992.86 元），比降 16.77%。报销总金额为 5176.72 万元（去年同期 7290.25 万元），比降 40.83%。次均住院费用报

销金额为 7600.53 元(去年同期报销金额 9148.26 元)，比降 16.92%，政策范围内费用报销比例为 77.92%(去年同期报销比例为 77.64%)，比增 0.37%。

**(四) 市外就医住院情况**

2024 年 1-3 月，市外医院住院 3142 人次(去年同期 2931 人次)，比增 7.20%。住院总费用 5892.41 万元(去年同期 6354.92 万元)，比降 7.28%，次均住院费用 18753.69 元(去年同期 21681.74 元)，比降 13.50%。报销总金额为 3219.04 万元(去年同期 3123.87 万元)，比增 2.96%。次均住院费用报销金额为 10245.21 元(去年同期报销金额为 10658.04 元)，比降 3.87%。职工政策范围内费用报销比例为 74.90%(去年同期报销比例为 70.89%)，比增 5.65%。

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	1245	332.79	274.31	82.86%
市内二级医院	1046	727.41	546.80	80.19%
市内三级医院	6811	7365.06	5176.72	77.92%
市外医院	3142	5892.41	3219.04	74.90%
合计	12244	14317.66	9216.88	77.10%

**五、大病保险基金运行情况**

2024 年 1-3 月，职工医保享受大病保险待遇 1376 人次(去年同期 1317 人次，同比增长 4.48%)；医保报销 559 万元(去

年同期 690.25 万元，同比下降 19.01%）。

## **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 684806 人(去年同期参保 700086 人，减少 15280 人)，比降 2.18%。

### **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 69850.21 万元（去年同期 69308.51 万元），比增 0.78%。其中：个人缴费 26022.63 万元（去年同期 24503.01 万元），比增 6.20%；各级政府补助 43827.58 万元（去年同期 44805.50 万元），比降 2.18%。2024 年 1-3 月城乡居民医疗保险基金支出 20766.92 万元(去年同期 19868.20 万元)，比增 4.52%。

### **三、门诊基金运行情况**

2024 年 1-3 月，全市居民医保门诊基金支出共计 4571.82 万元（去年同期 3046.78 万元），比增 50.05%。

#### **（一）门诊统筹基金支出情况**

2024 年 1-3 月，全市城乡居民医保门诊统筹就医 582951 人次(去年同期 390353 人次)，比增 49.34%，报销总金额为 1668.52 万元(去年同期报销总金额为 1283.76 万元)，比增 29.97%，次均报销金额为 28.62 元（去年同期 32.89 元），比降 12.97%。

#### **（二）门诊慢特病基金支出情况**



2024 年 1-3 月，全市城乡居民医保门诊慢特病就医 48802 人次(去年同期 29177 人次)，比增 67.26%，报销总金额为 2577.45 万元(去年同期报销总金额为 1311.04 万元)，比增 96.60%，次均报销金额为 528.14 元（去年同期 449.34 元），比增 17.54%。

**（三）单独支付药品基金支出情况**

2024 年 1-3 月，全市城乡居民医保单独支付药品报销 1359 人次(去年同期 1850 人次)，比降 26.54%，报销总金额为 324.98 万元(去年同期 428.70 万元)，比降 24.19%，次均报销金额为 2391.32 元（去年同期 2317.30 元），比增 3.19%。

**（四）“两病”费用支出情况**

2024 年 1-3 月，全市城乡居民医保“两病”门诊就医 156 人次（去年同期 4884 人次），比降 96.81%，基金支出 0.87 万元(去年同期 23.28 万元)，比降 96.26%，次均报销金额为 55.77 元（去年同期 47.67 元），比增 17.00%。

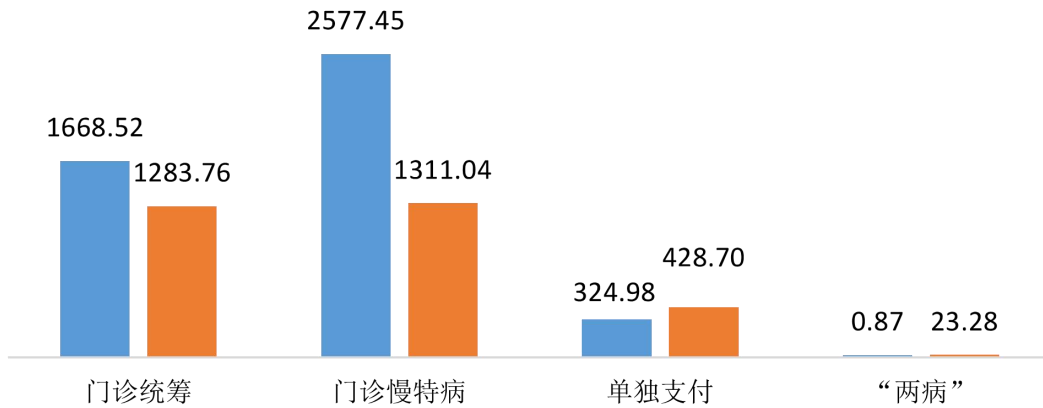
2024年1-3月居民医保门诊就医人次同比图



2024年1-3月居民医保门诊基金支出同比图

(单位: 万元)

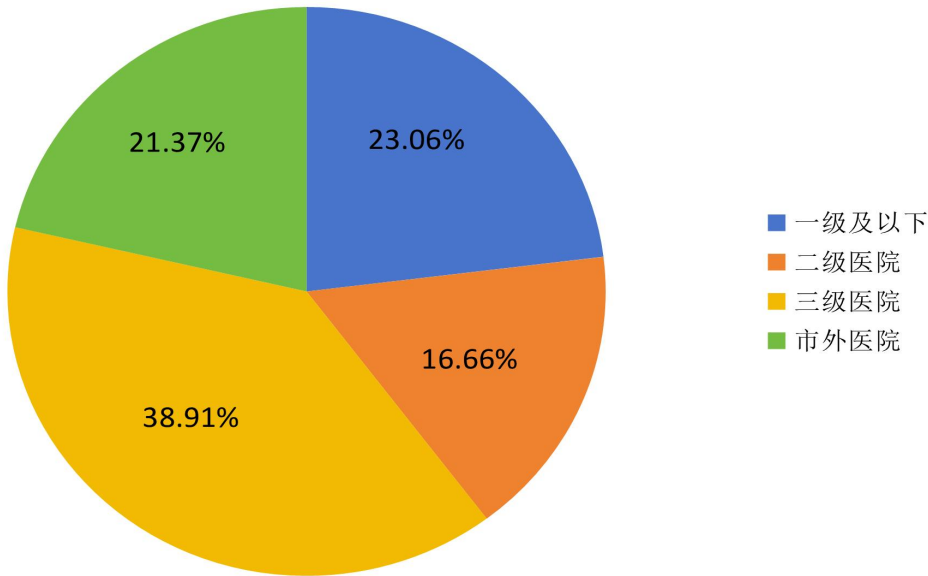
■ 2024年 ■ 2023年



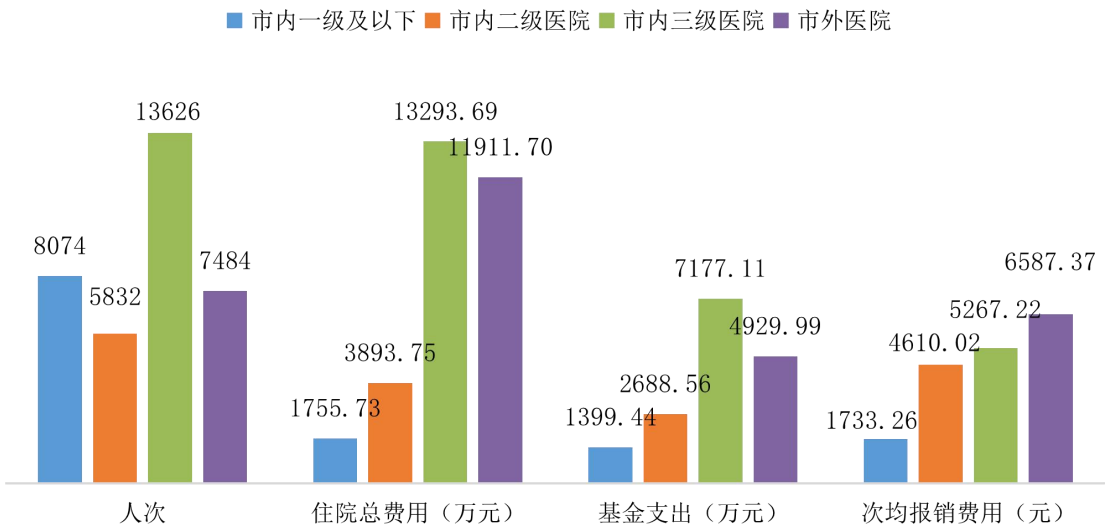
#### 四、住院基金运行情况

2024年1-3月,全市城乡居民医保住院35016人次(去年同期32318人次),比增8.35%,住院总费用30854.86万元(去年同期31858.85万元),比降3.15%。次均住院费用8811.65元(去年同期9857.93元),比降10.61%。报销总金额为16195.10万元(去年同期16821.42万元),比降3.87%。次均住院费用报销金额为4625.06元(去年同期5204.97元),比降11.14%。居民政策范围内费用报销比例为62.33%(去年同期报销比例为63.34%),比降1.60%。

2024年1-3月居民医保住院人次分布图



2024年1-3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 1-3 月, 市内一级及以下医疗机构住院 8074 人次(去

年同期 8194 人次)，比降 1.46%。住院总费用 1755.73 万元(去年同期 2035.01 万元)，比降 13.72%。次均住院费用 2174.55 元(去年同期 2483.53 元)，比降 12.44%。报销总金额为 1399.44 万元(去年同期 1568.07 万元)，比降 12.05%。次均住院费用报销金额为 1733.26 元(去年同期 1913.68 元)，比降 9.43%，政策范围内费用报销比例为 80.41%(去年同期报销比例为 78.32%)，比增 2.67%。

## **(二) 市内二级医疗机构住院情况**

2024 年 1-3 月，市内二级医疗机构住院 5832 人次(去年同期 5934 人次)，比降 1.72%。住院总费用 3893.75 万元(去年同期 4049.36 万元)，比降 3.84%。次均住院费用 6676.52 元(去年同期 6823.99 元)，比降 2.16%，范围内费用增长了 29.32%。报销总金额为 2688.56 万元(去年同期 2625.71 万元)，比增 2.34%。次均住院费用报销金额为 4610.02 元(去年同期 4424.86 元)，比增 4.18%。政策范围内费用报销比例为 73.33%(去年同期报销比例为 73.72%)，比降 0.52%。

## **(三) 市内三级医疗机构住院情况**

2024 年 1-3 月，市内三级医疗机构住院 13626 人次(去年同期 12289 人次)，比增 10.88%。住院总费用 13293.69 万元(去年同期 14573.20 万元)，比降 8.87%。次均住院费用 9756.12 元(去年同期 11858.74 元)，比降 17.73%。报销总金额为 7177.11 万元(去年同期 8230.53 万元)，比降 14.68%。次均住院费用报销金额为 5267.22 元(去年同期 6697.47 元)，比降 21.36%，政

策范围内费用报销比例为 60.48%(去年同期报销比例为 62.94%)，比降 3.91%。

**（四）市外就医住院情况**

2024 年 1-3 月，市外医院住院 7484 人次(去年同期 5901 人次)，比增 26.83%。医疗总费用 11911.70 万元(去年同期 11201.09 万元)，比增 6.34%。次均住院费用 15916.22 元(去年同期 18982.02 元)，比降 16.15%。报销总金额为 4929.99 万元（去年同期 4397.12 万元），比增 10.81%。次均住院费用报销金额为 6587.37 元(去年同期 7451.47 元)，比降 11.60%。政策范围内费用报销比例为 56.60%(去年同期报销比例为 55.54%)，比增 1.90%。

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	8074	1755.73	1399.44	80.41%
市内二级医院	5832	3893.75	2688.56	73.33%
市内三级医院	13626	13293.69	7177.11	60.48%
市外医院	7484	11911.70	4929.99	56.60%
合计	35016	30854.86	16195.10	62.33%

**五、大病保险基金运行情况**

2024 年 1-3 月，我市居民医保享受大病保险待遇 9336 人次（去年同期 10283 人次，同比下降 9.21%）；医保报销 2333.45 万元（去年同期 2488.36 万元，同比下降 6.23%）。

### **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 1-3 月，全市生育保险参保缴费 113277 人(去年同期 112072 人)，比增 1.08%；女职工参保 48295 人(去年同期 47120 人)，占比 42.63%。其中：事业生育险参保 20199 人，女职工参保 10847 人，占比 53.70%；机关生育险参保 7857 人，女职工参保 2559 人，占比 32.57%；企业生育险参保 85221 人，女职工参保 34889 人，占比 40.94%。

#### **二、基金支出情况**

2024 年 1-3 月，全市享受生育待遇 508 人次(去年同期 1040 人次)，比降 51.15%，其中：享受医疗待遇 266 人次（去年同期 534 人次），比降 50.19%，享受生育津贴待遇 121 人次（去年同期 506 人次），比降 76.09%。医疗基金支出 100.47 万元(去年同期 163.12 万元)，比降 38.41%，生育津贴支出 218.48 万元(去年同期 1019.22 万元)，比降 78.56%。其中：(1)事业医疗基金支出 19.51 万元，生育津贴医疗支出 55.29 万元；(2)机关医疗基金支出 8.88 万元，生育津贴医疗支出 45.33 万元；(3)企业医疗基金支出 72.08 万元，生育津贴医疗支出 117.86 万元。

### **第四部分 医疗救助基金运行情况**

2024 年 1-3 月我市财政补助收入 495 万元，利息收入 2.10 万元，共计 497.10 万元，上年结余 1516.87 万元。2024 年 1-3 月我市共有农村低收入人口 22936 人，脱贫人口 48727 人，低收入人口资助参保 22239 人（其中医疗救助资助 16316 人，571.82

万元；其他资金 5923 人，207.90 万元），脱贫人口资助参保 47867 人（其中医疗救助资助 13350 人，296.26 万元；其他资金 30894 人，343.63 万元）。2024 年 1-3 月我市享受医疗救助 22656 人次，救助支出 898.74 万元，其中 17850 人次享受门诊医疗救助，救助支出 212.04 万元；4806 人次享受住院医疗救助，救助支出 686.7 万元。

## **第五部分 基金运行情况分析**

2024 年 1-3 月，我市医保基金运行基本平稳，医疗救助运行平稳，特殊人群应保尽保。我市医保职工参保人数同比增加 918 人，居民参保人数减少了 15280 人。职工医保基金收入下降 13.90%，基金支出下降了 4.43%，其中门诊基金支出增长 10.77%，住院基金下降 23.65%。居民医保基金收入增长 0.78%，支出增长了 4.52%，其中门诊基金增长 50.05%，住院基金支出下降 3.87%。

### **一、存在问题**

#### **（一）居民医保参保下降趋势明显**

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。四是我市外地参保人员增多。

#### **（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，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 年一季度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 1-3 月，我市享受职工门诊共济 398619 人次，同比增长 132.92%，门诊慢特病 35251 人次，同比增长 172.82%；享受居民门诊统筹政策 582951 人次，同比增长 49.34%，门诊慢特病 48802 人次，同比增长 67.26%。

3. 门诊异地就医直接结算更加便捷以及医保诊疗目录的扩大也增加了门诊基金的支出。

4. 2024 年 1-3 月职工“两病”就医 413 人次（去年同期 6



人次)，是因为“两病”政策自 2023 年开始覆盖职工医保。2024 年 1-3 月居民“两病”基金支出下降 96.26%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“两病”人数及基金支出较去年减少。

#### **（四）住院基金支出有所下降**

2023 年年初，我市大量参保人员感染新冠病毒，同时，新冠病毒阳性后，大部分患者基础疾病症状反弹，导致就医人次大幅增加。疫情之后住院就医人次趋于平稳，导致 2024 年 1-3 月职工医保享受住院待遇人次较 2023 年同期住院人次下降 9.84%，次均住院费用下降 12.24%，基金支出下降 23.65%。虽然居民医保住院待遇人次增长了 8.35%（主要是市内三级医疗机构住院人次增长了 10.88%，市外住院人次增长了 26.83%拉高了占比），但是次均住院费用均成下降趋势，降低 10.61 个百分点，导致基金支出下降 3.87%。

#### **（五）市外住院就医基金支出增长**

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 26.83%，职工医保市外就医人次增长 7.2%，居民医保基金支出增长 10.81%，职工医保增长 2.96%。

## **二、下一步工作措施**

### **（一）加大医保护面征缴力度**

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）深化医保支付方式改革**

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）加大对门诊基金的监管力度**

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。

### **（四）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。

### **（五）持续开展打击欺诈骗保专项工程**

严厉打击欺诈骗保，开展重点领域专项整治。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。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。

### **（六）加快推进信息化建设**

扎实推进医保信息平台建设，不断优化智能审核、智能稽查系统，持续提升对住院基金的监管水平和监管力度。要加快门诊基金智能审核、智能稽查系统的建设，创新基金监管方式，确保医保基金安全运行。