

山丹县医疗保障服务中心文件

山医保中心〔2023〕4号

山丹县医疗保障服务中心 关于印发山丹县 2023 年 1-3 月医保基金运行 分析的通知

全县各定点医疗机构:

根据各定点医疗机构 2023 年 1-3 月城乡居民和城镇职工基本医疗保险住院、门诊就医补偿情况,现就基本医保基金运行情况分析如下:

一、参保情况

1. 截至 3 月 31 日,税务征缴城乡居民医保 151122 人,参保退费 761 人,实际参加城乡居民医保 150361 人,与上年度参保缴费人数(157814 人)比较完成 95.28%。(完成预算参保人数 154148 人的 97.54%。

2. 城镇职工参保 27068 人,实际缴费 27068 人,参保率 100%。完成预算参保人数 25620 人的 105.65%。

二、基金收入情况

1. 城乡居民 2023 年度人均筹资标准由 930 元/人调整至 990 元/人，其中：个人筹资 350 元/人，财政配套资金 640 元/人。个人缴费 5262.64 万元，完成预算个人缴费收入 5395 万元的 97.55%，市县财政配套资金预算 252.49 万元，1-3 月上解 80 万元。

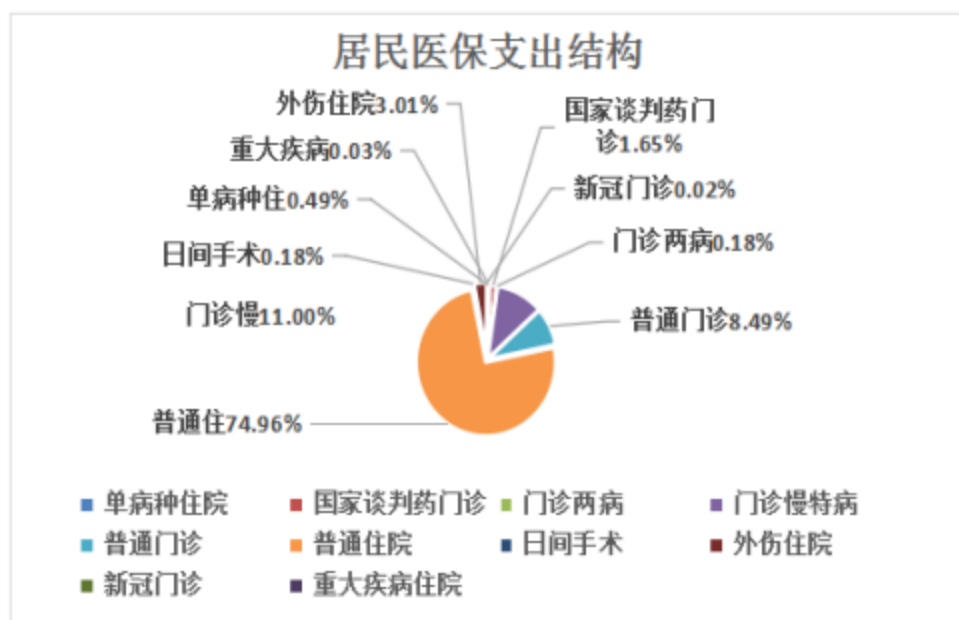
2. 城镇职工医疗保险征缴缴费收入 2575.23 万元，完成全年预算征缴收入 10858 万元的 23.72%。

3. 城乡居民医疗救助资金收入 2114.37 万元，其中：中央财政补助 2086 万元，省级财政补助 28 万元，利息收入 0.37 万元。

三、待遇保障情况

（一）城乡居民基本医疗保险待遇保障情况

居民医疗保险基金支出 4623.03 万元，其中：住院支出（普通住院、重大疾病住院、外伤住院、单病种住院）3628.41 万元，占支出的 78.49%；门诊支出（含普通门诊、门诊两病、门诊慢特病、国谈药品门诊、新冠门诊、日间手术）994.62 万元，占支出的 21.51%。



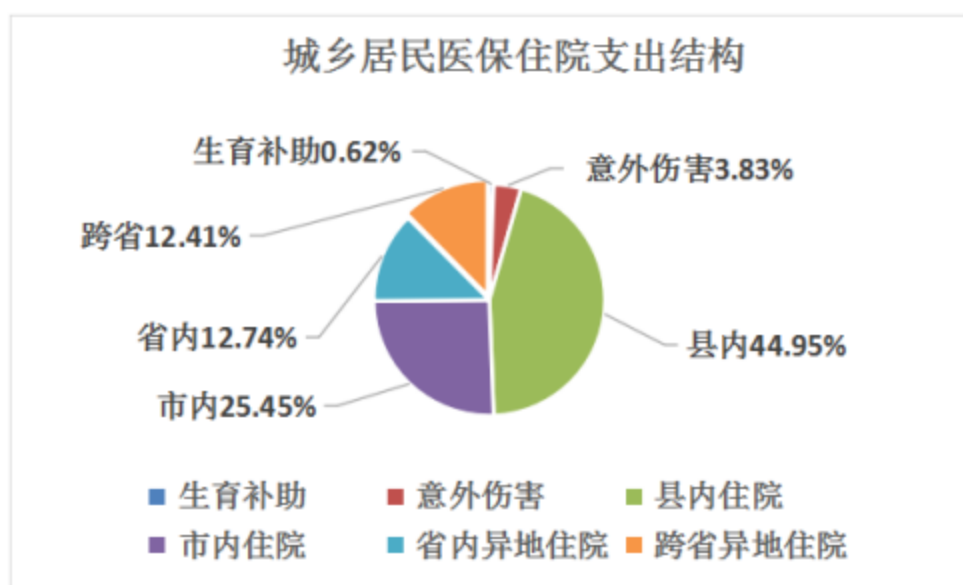
居民医保结构性支出明细表

医疗类别	2023年1-3月支出(万元)
单病种住院	22.68
国家谈判药门诊	76.13
门诊两病	8.54
门诊慢特病	508.51
普通门诊	392.28
普通住院	3465.32
日间手术	8.19
外伤住院	139.12
新冠门诊	0.97
重大疾病住院	1.29
合计	4623.04

(二) 城乡居民住院支出分析

1. 住院支出结构。居民医保基金住院统筹支出 3628.41 万元，占支出的 78.49%；其中：县内住院 1630.95 万元，占住院支出 44.95%；市内住院支出 923.28 万元，占住院支出的 25.45%；

省内异地住院支出 462.35 万元，占住院支出的 12.74%；跨省异地住院支出 450.32 万元，占住院支出的 12.41%；意外伤害费用支出 139.12 万元，占住院支出的 3.83%；生育补助费用支出 22.4 万元，占住院支出的 0.62%。



2. 住院支出情况分析。居民住院（含异地就医）9837 人次（参保 150361 人），平均住院率 6.54%，比上年同期 4.13% 增加 2.41%；居民住院总费用 6507.2 万元，比上年同期 4220.97 万元增加 2286.23 万元，同比增加 54.16%，次均住院费用 6615.03 元，比上年同期 6481.84 元增加 133.19 元，同比增长 2.05%；居民医保住院政策范围内报销比例 84.21%，同比 83.92% 增长 0.29%，实际住院报销比例 60.88%，同比 57.21% 增长 3.67%；居民医保住院床日 74186 天，平均住院床日 7.54 天，比去年同期 7.27 天增加 0.27 天。

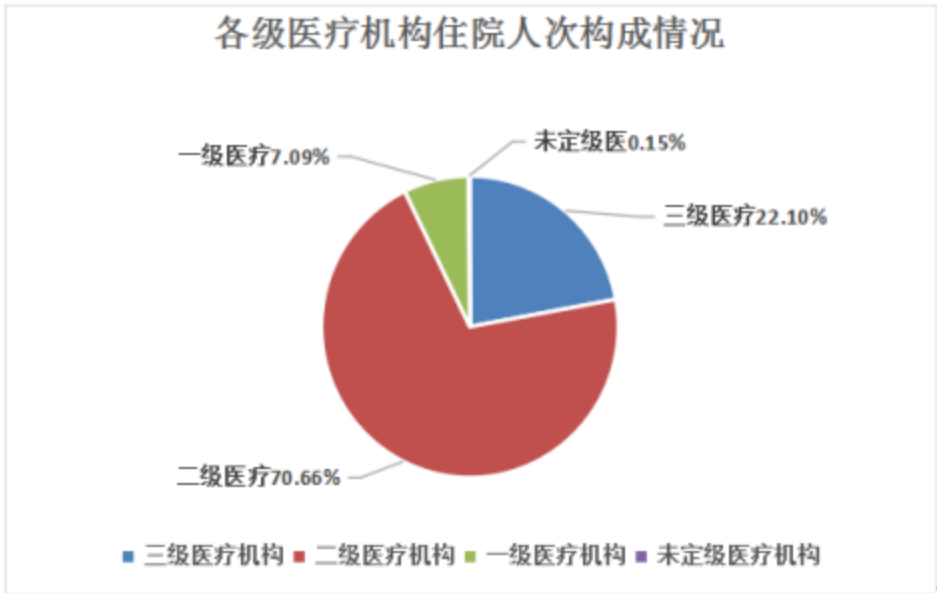
(1) 住院人次。居民住院 9837 人次，比上年同期 6512 人次增加 3325 人次，平均住院率 6.54%，同比增加 51.06%。县内住院率、市内住院率、省内住院率、跨省异地住院率同比增长 56.24%、34.35%、26.41%、108.87%。

居民医保各区域住院率增长明细表

住院区域	参保人数	2023 年住院人次	2022 年住院人次	住院率	住院人次同比增长率
县内住院	150361	6998	4479	4.65%	56.24%
市内住院		1721	1281	1.14%	34.35%
省内异地住院		694	549	0.46%	26.41%
跨省异地住院		424	203	0.28%	108.87%
合计		9837	6512	6.54%	51.06%

居民医保各级医疗机构住院人次占比表

医疗机构等级	住院人次	占比
三级医疗机构	2174	22.10%
二级医疗机构	6951	70.66%
一级医疗机构	697	7.09%
未定级医疗机构	15	0.15%
合计	9837	100.00%



县内住院 6998 人次，比上年同期 4479 人次增加 2519 人次，增长 56.24%；其中：县级医疗机构住院 6424 人次，比上年同期 3973 人次增加 2451 人次，增长 55.88%。乡镇卫生院住院 574 人次，比上年同期 506 人次增加 68 人次，增长 13.44%。

县内医疗机构住院人次增长率明细表

医疗机构	2023 年 1-3 月 住院人次	2022 年 1-3 月 住院人次	同比 增加	同比增长率
陈户中心卫生院	40	21	19	90.48%
陈户中心卫生院新河分院	32	24	8	33.33%
大马营中心卫生院	37	31	6	19.35%
东乐中心卫生院	42	37	5	13.51%
花寨卫生院	47	40	7	17.50%
霍城卫生院	92	140	-48	-34.29%
老军卫生院	34	26	8	30.77%
李桥中心卫生院	176	73	103	141.10%
清泉卫生院	54	58	-4	-6.90%
位奇卫生院	20	56	-36	-64.29%
小计	574	506	68	13.44%
山丹县妇幼保健院	411	382	29	7.59%
山丹县人民医院	2780	1631	1149	70.45%
山丹县同和医院	482	378	104	27.51%
山丹县中医医院	2519	1582	937	59.23%
山丹县仁汇医院	232	0	100%	100.00%
小计	6424	3973	2220	55.88%
总计	6998	4479	2519	56.24%

（2）次均费用。居民住院总费用 6507.2 万元，比上年同期 4220.97 万元增加 2286.23 万元，同比增加 54.16%，次均住院费用 6615.03 元，比上年同期 6481.84 元增加 133.19 元，同比增长 2.05%。

居民医保住院次均费用增长明细表

住院区域	住院人次	住院总费用(万元)	次均费(元)	2022年同期次均费用(元)	同比
县内住院	6998	2694.96	3851.05	3347.83	15.03%
市内住院	1721	1673.39	9723.39	8857.39	9.78%
省内异地住院	694	1144.88	16496.85	20549.78	-19.72%
跨省异地住院	424	993.96	23442.52	22594.22	3.75%
合计	9837	6507.20	6615.03	6481.84	2.05%

居民医保住院各级医疗机构次均费用明细表

医疗机构等级	住院人次	住院总费用(万元)	次均费用(元)
三级医疗机构	2174	2961.45	13622.13
二级医疗机构	6951	3404.33	4897.61
一级医疗机构	697	131.20	1882.36
未定级医疗机构	15	10.22	6816.05
合计	9837	6507.20	6615.03

县内医疗机构次均费用 3851.05 元，同比增加 565.36 元，同比增长 17.21%；其中：县级医疗机构次均费用 4071.3 元，同比增加 437.19 元，同比增长 12.03%。乡镇卫生院次均费用 1386.02 元，同比增加 228.18 元，同比增长 19.71%。

县内医疗机构住院次均费用增长率明细表

医疗机构	2023年1-3月次均费用(元)	2022年1-3月次均费用(元)	同比增加(元)	同比增长率
陈户中心卫生院	1250.94	1085.14	165.81	15.28%
陈户中心卫生院新河分院	1485.89	1080.94	404.95	0.00%
大马营中心卫生院	1248.54	942.93	305.61	32.41%
东乐中心卫生院	1306.71	1033.88	272.83	26.39%

花寨卫生院	1158.66	1195.32	-36.66	-3.07%
霍城卫生院	1353.28	1189.57	163.71	13.76%
老军卫生院	1147.41	1288.28	-140.87	-10.93%
李桥中心卫生院	1542.20	1128.58	413.62	36.65%
清泉卫生院	1521.37	1271.80	249.57	19.62%
位奇卫生院	1268.02	1172.45	95.58	8.15%
小计	1386.02	1157.85	228.18	19.71%
山丹县妇幼保健院	2770.80	2520.52	250.28	9.93%
山丹县人民医院	3599.44	4058.63	-459.19	-11.31%
山丹县同和医院	4469.52	3760.92	708.61	18.84%
山丹县中医医院	4729.89	3435.04	1294.85	37.70%
山丹仁汇医院	4051.22	0.00	4051.22	100.00%
小计	4071.30	3634.11	437.19	12.03%
合计	3851.05	3285.69	565.36	17.21%

（3）住院报销比例。居民医保住院报销（基本+大病+救助）政策范围内报销比例 84.21%，同比 83.92%增长 0.29%，实际住院报销比例 60.88%，同比 57.21%增长 3.67%。

居民医保住院各区域报销比例明细表

住院区域	住院人次	住院总费用 (万元)	政策范围 内费用(万 元)	报销费用（万元）				实际住 院报销 比例	政策范 围内住 院报销 比例
				基本医保 报销	大病报 销	救助报 销	合计		
县内住院	6998.00	2694.96	2034.49	1630.95	3.94	159.32	1794.21	66.58%	88.19%
市内住院	1721.00	1673.39	1216.43	923.28	29.60	59.11	1011.99	60.48%	83.19%
省内异地住院	694.00	1144.88	736.21	462.35	73.27	44.64	580.26	50.68%	78.82%
跨省异地住院	424.00	993.96	717.13	450.32	103.15	21.75	575.21	57.87%	80.21%
合计	9837.00	6507.20	4704.26	3466.90	209.95	284.82	3961.67	60.88%	84.21%

居民医保住院各级医疗机构报销比例明细表

医疗机构等级	住院人次	住院总费用(万元)	政策范围内费用(万元)	报销费用(万元)				实际住院报销比例	政策范围内住院报销比例
				基本医保报销	大病报销	救助报销	合计		
三级医疗机构	2174	2961.45	2365.22	1602.76	199.86	110.60	1913.22	64.60%	80.89%
二级医疗机构	6951	3404.33	2223.09	1767.12	9.97	165.06	1942.15	57.05%	87.36%
一级医疗机构	697	131.20	110.99	93.48	0.11	9.12	102.71	78.29%	92.54%
未定级医疗机构	15	10.22	4.95	3.54	0.00	0.03	3.57	34.97%	72.19%
合计	9837	6507.20	4704.26	3466.90	209.95	284.82	3961.67	60.88%	84.21%

县域内医疗机构基本段报销实际补偿比 60.52%，同比增长 6.4%；其中：县级医疗机构基本段报销实际补偿比 60.18%，同比增长 6.53%。乡镇卫生院实际补偿比 71.68%，同比增长 6.03%。

居民医保基本段报销实际补偿比增长明细表

医疗机构	2023年1-3月 实际补偿比	2022年1-3月 实际补偿比	同比增长
陈户中心卫生院	69.07%	65.64%	3.43%
陈户中心卫生院新河分院	71.45%	64.86%	6.59%
大马营中心卫生院	69.54%	62.08%	7.46%
东乐中心卫生院	72.51%	64.83%	7.69%
花寨卫生院	68.51%	64.86%	3.64%
霍城卫生院	69.99%	65.67%	4.32%
老军卫生院	70.78%	63.02%	7.76%
李桥中心卫生院	73.49%	65.64%	7.85%

清泉卫生院	72.66%	67.60%	5.06%
位奇卫生院	73.41%	67.68%	5.73%
小计	71.68%	65.65%	6.03%
山丹县妇幼保健院	55.84%	49.96%	5.88%
山丹县人民医院	57.74%	53.88%	3.87%
山丹县同和医院	60.94%	55.40%	5.54%
山丹县中医医院	62.88%	53.57%	9.31%
山丹仁汇医院	55.39%	0.00%	55.39%
小计	60.18%	53.65%	6.53%
合计	60.52%	54.12%	6.40%

(4) 平均住院床日。居民医保住院床日 74186 天，平均住院床日 7.54 天，同比 7.27 天增加 0.27 天。县域内住院床日 7.26 天，同比 6.51 天增加 0.75 天；其中：县级医疗机构平均住院床日 7.28 天，同比 6.53 天增加 0.75 天；乡镇卫生院平均住院床日 6.99 天，同比 6.35 增加 0.64 天。

居民医保各区域住院床日明细表

住院区域	住院人次	住院床日	平均住院床日
县内住院	6998	50797	7.26
市内住院	1721	14204	8.25
省内异地住院	694	5873	8.46
跨省异地住院	424	3312	7.81
合计	9837	74186	7.54

居民医保各级医疗机构住院床日明细表

医疗机构等级	住院人次	住院床日	平均住院床日
三级医疗机构	2174	17680	8.13
二级医疗机构	6951	51479	7.41
一级医疗机构	697	4901	7.03
未定级医疗机构	15	126	8.40
合计	9837	74186	7.54

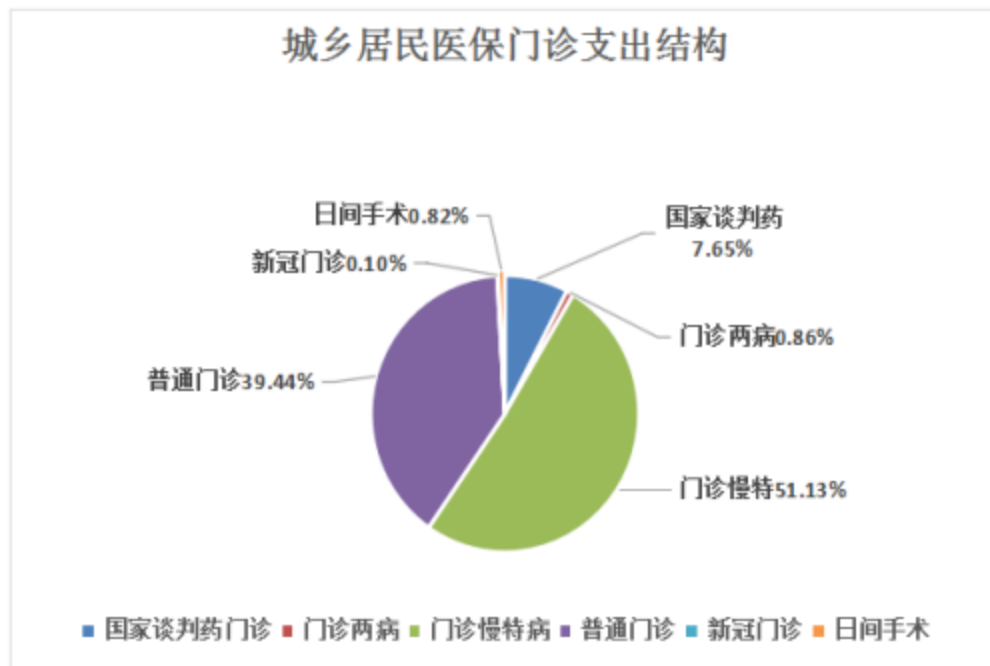
（5）住院人次人头比。县域内住院人次人头比 1.06，同比无变化；其中：县级医疗机构住院人次人头比 1.06，同比无变化；乡镇卫生院住院人次人头比 1.08，同比无变化。

居民医保住院人次人头比例明细表

医疗机构	2023 年 1-3 月住院人次	2023 年 1-3 月住院人数	占比
陈户中心卫生院	40	37	1.08
陈户中心卫生院新河分院	32	30	1.07
大马营中心卫生院	37	34	1.09
东乐中心卫生院	42	41	1.02
花寨卫生院	47	44	1.07
霍城卫生院	92	87	1.06
老军卫生院	34	32	1.06
李桥中心卫生院	176	154	1.14
清泉卫生院	54	52	1.04
位奇卫生院	20	19	1.05
小计	574	530	1.08
山丹县妇幼保健院	411	400	1.03
山丹县人民医院	2780	2629	1.06
山丹县同和医院	482	456	1.06
山丹县中医医院	2519	2370	1.06
山丹县仁汇医院	232	225	1.03
小计	6424	6080	1.06
合计	6998	6610	1.06

3. 门诊支出情况分析。居民医保基金门诊支出 994.62 万元，占总支出的 21.51%，其中：门诊统筹支出 392.28 万元，占门诊支出的 39.44%；门诊慢病支出 508.51 万元，占门诊支出的 51.13%；门诊两病费用支出 8.54 万元，占门诊支出的 0.86%；国谈药品费用支出 76.13 万元，占门诊支出的 7.65%；日间手术

支出 8.19 万元，占门诊支出的 0.82%；新冠门诊支出 0.97 万元，占门诊支出的 0.82%。



（1）门诊统筹支出情况分析。居民医保基金门诊统筹支出 392.28 万元，比去年同期 492.25 万元减少 99.97 万元，降低 25.48%。

（2）门诊慢特病费用支出情况分析。居民医保基金门诊慢特病支出 508.51 万元，比去年同期 399.12 万元增加 109.39 万元，增长 27.41%，享受待遇人次 23625 人次，比去年 20713 人次增加 2912 人次，同比增长 14.06%；实际补偿比 58.5%，比去年 59.62%降低 1.12%；次均费用 367.93 元，比去年 323.18 元增加 44.75 元，增长 13.85%。

医疗机构等级	认定人次	待遇享受人次	总费用 (万元)	统筹基金 支付费用 (万元)	报销比	次均费 (元)
三级医疗机构	17384	1798	140.47	79.94	56.91%	781.23
二级医疗机构		18426	673.89	395.89	58.75%	365.73
一级医疗机构		3277	45.94	29.20	63.55%	140.20
未定级医疗机构		124	8.92	3.48	39.02%	719.67
合计		23625	869.22	508.51	58.50%	367.93

(3) 门诊两病费用支出情况分析。居民医保基金门诊两病费用支出 8.54 万元，比去年同期 10.35 万元减少 1.81 万元，降低 21.19%。

(4) 国谈药品费用支出费用情况分析。居民医保基金国谈药品费用支出 76.13 万元，比去年同期 72.66 万元增加 3.47 万元，增长 4.78%。

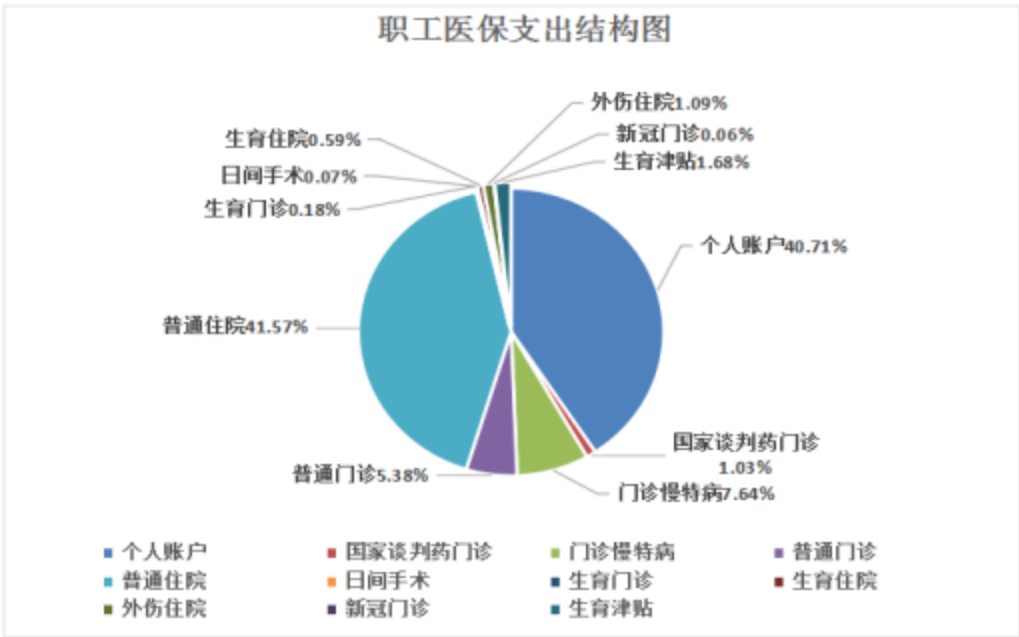
(5) 日间手术费用支出情况分析。居民日间手术费用支出 8.19 万元，比去年同期 8.51 万元减少 0.32 万元，降低 3.76%。

4. 居民医保 DIP 执行情况分析。1-3 月县域内 4 家医疗机构（县人民医院、县中医医院、县妇幼保健院、山丹县同和医院）居民医保 DIP 结算 6228 人次，占县域内住院总人次的 89%，DIP 结算基金结余-24.55 万元，其中：中医院结余-78.25 万元，其余 3 家医疗机构结余 53.7 万元。

(三) 城镇职工基本医疗保险待遇保障情况

职工医保基金支出 3581.83 万元，其中：住院支出（普通住院、外伤住院）1528.13 万元，占支出的 42.66%；门诊支出（含普通门诊、门诊两病、门诊慢特病、国谈药品门诊、新冠门诊、

日间手术、个人账户) 1965.95 万元，占支出的 54.89%；生育保险支出 87.75 万元，占支出的 2.45%。

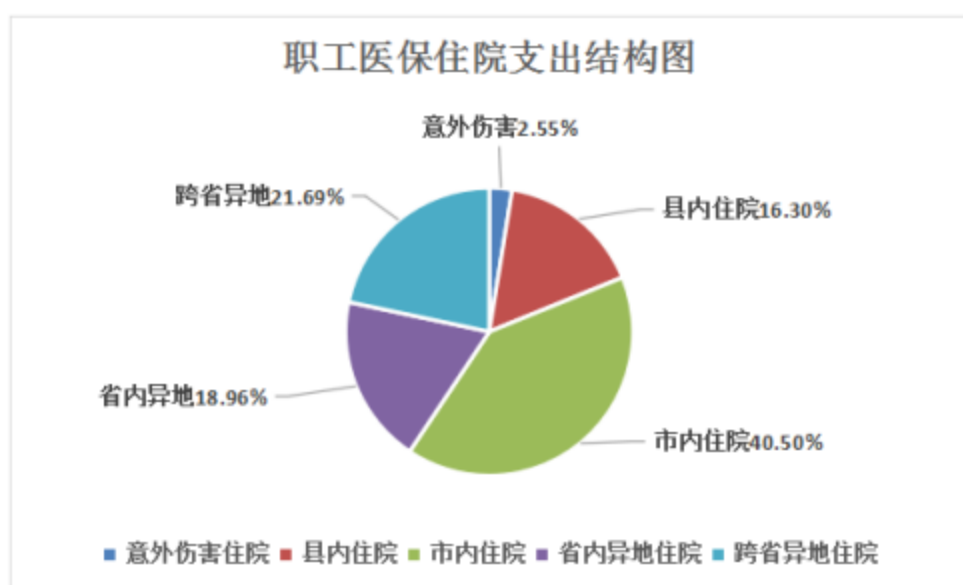


职工医保结构性支出明细表

医疗类别	2023年1-3月支出(万元)
个人账户	1458.06
国家谈判药门诊	36.79
门诊慢特病	273.56
普通门诊	192.76
普通住院	1489.14
日间手术	2.67
生育门诊	6.37
生育住院	21.28
外伤住院	38.99
新冠门诊	2.12
生育津贴	60.09
合计	3581.83

（四）职工医保住院支出分析

1. 住院支出结构。职工医保基金住院统筹支出 1528.13 万元，占支出的 42.66%；其中：县内住院 249.04 万元，占住院支出 16.3%；市内住院支出 618.91 万元，占住院支出的 40.5%；省内异地住院支出 289.71 万元，占住院支出的 18.96%；跨省异地住院支出 331.48 万元，占住院支出的 21.69%；意外伤害费用支出 38.99 万元，占住院支出的 2.55%。



2. 住院支出情况分析。职工住院（含异地就医）2410 人次（参保 27068 人），平均住院率 8.9%，比上年同期 5.8% 增加 3.1%；职工住院总费用 2274.52 万元，比上年同期 1268.69 万元增加 1005.83 万元，同比增加 79.28%，次均住院费用 9437.86 元，比

上年同期 9301.23 元增加 136.63 元，同比增长 1.47%；职工医保住院政策范围内报销比例 88.87%，同比 89.17%降低 0.3%，实际住院报销比例 67.04%，同比 66.43%增长 0.61%；职工医保住院床日 19341 天，平均住院床日 8.03 天，比去年同期 7.91 天增加 0.12 天。

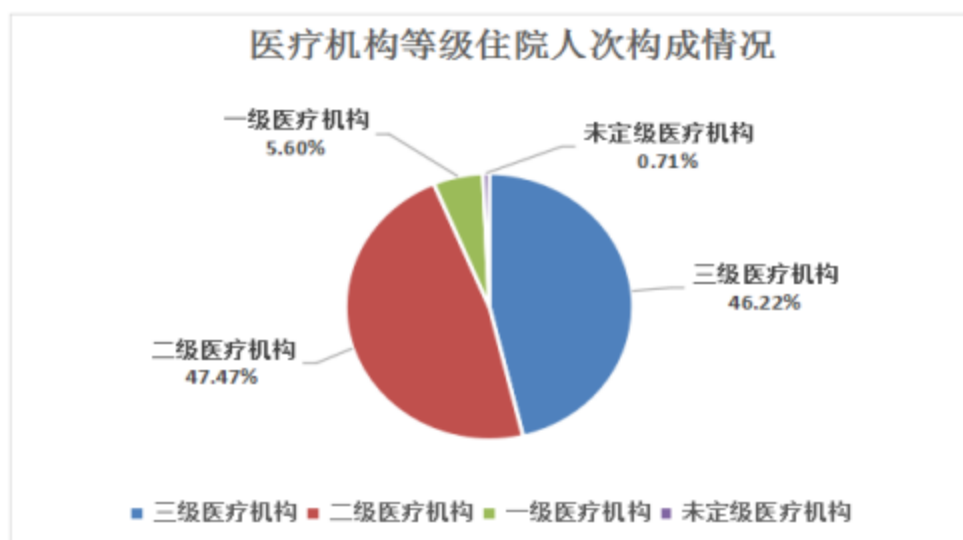
（1）住院人次。职工住院 2410 人次，比上年同期 1364 人次增加 1046 人次，平均住院率 8.9%，同比增加 76.69%。县内住院率、市内住院率、省内住院率、跨省异地住院率同比增长 99.04%、62.34%、69.79%、82.61%。

职工医保各区域住院率增长明细表

住院区域	2023 年参保人数	2023 年住院人次	2022 年住院人次	住院率	同比增长率
县内住院	27068	832	418	1.76%	99.04%
市内住院		1000	616	2.60%	62.34%
省内异地住院		326	192	0.81%	69.79%
跨省异地住院		252	138	0.58%	82.61%
合计		2410	1364	5.75%	76.69%

职工医保各级医疗机构住院人次占比表

医疗机构等级	住院人次	占比
三级医疗机构	1114	46.22%
二级医疗机构	1144	47.47%
一级医疗机构	135	5.60%
未定级医疗机构	17	0.71%
合计	2410	100.00%



县内住院 832 人次，比上年同期 418 人次增加 414 人次，增长 99.04%；其中：县级医疗机构住院 831 人次，同比 416 人次增加 415 人次，增长 99.76%。乡镇卫生院住院 1 人次，同比 2 人次减少 1 人次，减少 50%。

职工住院人次增长率明细表

医疗机构	2023 年住院人次	2022 年住院人次	同比增加	同比增长率
山丹县妇幼保健院	20	4	16	400.00%
山丹县人民医院	426	223	203	91.03%
山丹县同和医院	90	54	36	66.67%
山丹县中医医院	256	135	121	89.63%
山丹仁汇医院	39	0	39	100.00%
小计	831	416	415	99.76%
清泉卫生院	0	2	-2	0.00%
山丹县李桥中心卫生院	1	0	1	100.00%
小计	1	2	-1	-50.00%
合计	832	418	414	99.04%

(2) 次均费用。职工住院总费用 2274.52 万元，比上年同期 1268.69 万元增加 1005.83 万元，同比增加 79.28%，次均住院费用 9437.86 元，比上年同期 9301.23 元增加 136.63 元，同比增长 1.47%。

职工医保住院次均费用增长明细表

住院区域	住院人次	住院总费用(万元)	次均费用(元)	2022 年次均费用(元)	同比
县内住院	832	350.97	4218.40	3634.95	16.05%
市内住院	1000	875.68	8756.79	8699.92	0.65%
省内异地住院	326	516.96	15857.62	12317.81	28.74%
跨省异地住院	252	530.92	21068.09	24951.45	-15.56%
合计	2410	2274.52	9437.86	9301.23	1.47%

职工医保住院各级医疗机构次均费用明细表

医疗机构等级	住院人次	住院总费用(万元)	次均费用(元)
三级医疗机构	1114	1647.67	14790.56
二级医疗机构	1144	566.68	4953.54
一级医疗机构	135	44.31	3282.32
未定级医疗机构	17	15.86	9329.26
合计	2410	2274.52	9437.86

县域内住院次均费用 4218.4 元，同比 3634.95 增加 583.46 元，同比增长 16.05%；其中：县级医疗机构次均费用 4221.24 元，同比 3645.36 增加 575.88 元，同比增长 15.8%。乡镇卫生院次均费用 1863.78 元，同比增加 427.35 元，同比增长 29.75%。

县内医疗机构住院次均费用增长率明细表

医疗机构	2023 年次 均费用 (元)	2022 年次 均费用 (元)	同比增加 (元)	同比增长率
山丹县妇幼保健院	2792.45	2703.91	88.54	3.27%
山丹县人民医院	3890.87	3707.94	182.93	4.93%
山丹县同和医院	3787.08	4310.47	-523.39	-12.14%
山丹县中医医院	5044.41	3303.85	1740.56	52.68%
山丹仁汇医院	4161.04	0.00	4161.04	100.00%
小计	4221.24	3645.36	575.88	15.80%
清泉卫生院	0.00	1468.72	-1468.72	-100.00%
山丹县李桥中心卫生院	1863.78	0.00	1863.78	100.00%
小计	1863.78	1436.43	427.35	29.75%
合计	4218.40	3634.95	583.45	16.05%

(3) 住院报销比例。职工医保住院政策范围内报销（基本+大额）比例 88.87%，同比 89.17%降低 0.3%，实际住院报销比例 67.04%，同比 66.43%增长 0.61%。

职工医保住院各区域报销比例明细表

住院区域	住院人 次	住院总 费用(万 元)	政策范围内 费用 (万元)	报销费用 (万元)			实际住院 报销比例	政策范围 内住院报 销比例
				基本医保 报销	大额补 助	合计		
县内住院	832	350.97	267.88	249.04	0.08	249.12	70.98%	93.00%
市内住院	1000	875.68	685.04	618.91	2.63	621.54	70.98%	90.73%
省内异地住院	326	516.96	380.60	289.72	31.75	321.46	62.18%	84.46%
跨省异地住院	252	530.92	382.33	331.48	1.27	332.75	62.67%	87.03%
合计	2410	2274.52	1715.85	1489.14	35.74	1524.88	67.04%	88.87%

职工医保住院各等级医疗机构报销比例明细表

医疗机构等级	住院人次	住院总费用(万元)	政策范围内费用(万元)	报销费用(万元)			实际住院报销比例	政策范围内住院报销比例
				基本医保报销	大额补助	合计		
三级医疗机构	1114	1647.67	1232.56	1040.95	35.65	1076.61	65.34%	87.35%
二级医疗机构	1144	566.68	436.65	404.64	0.08	404.73	71.42%	92.69%
一级医疗机构	135	44.31	34.92	32.85	0.00	32.85	74.13%	94.06%
未定级医疗机构	17	15.86	11.72	10.70	0.00	10.70	67.44%	91.28%
合计	2410	2274.52	1715.85	1489.14	35.74	1524.88	67.04%	88.87%

县域内医疗机构基本段报销实际补偿比 70.96%，同比增长 3%；其中：县级医疗机构基本段报销实际补偿比 70.96%，同比无变化。乡镇卫生院实际补偿比 65.31%，同比增长 9.74%。

职工医保基本段报销实际补偿比增长明细表

医疗机构	2023 年 1-3 月实际补偿比	2022 年 1-3 月实际补偿比	同比增长
山丹县妇幼保健院	61.69%	62.81%	-1.11%
山丹县人民医院	68.99%	68.52%	0.47%
山丹县同和医院	71.93%	69.81%	2.12%
山丹县中医医院	74.44%	66.17%	8.27%
山丹仁汇医院	64.58%	0.00%	64.58%
小计	70.96%	67.98%	2.98%
清泉卫生院	0.00%	55.57%	-55.57%
山丹县李桥中心卫生院	65.31%	0.00%	65.31%
小计	65.31%	55.57%	9.74%
合计	70.96%	67.96%	3.00%

(4) 平均住院床日。职工医保住院床日 19341 天，平均住院床日 8.03 天，同比 7.91 天增加 0.12 天。县域内住院床日 7.38 天，同比 6.53 天增加 0.85 天；其中：县级医疗机构平均住院床日 7.28 天，同比 6.52 天增加 0.76 天；乡镇卫生院平均住院床日 7 天，同比无变化。

职工医保各区域住院床日明细表

住院区域	住院人次	住院床日	平均住院床日
县内住院	832	6143	7.38
市内住院	1000	8392	8.39
省内异地住院	326	2726	8.36
跨省异地住院	252	2080	8.25
合计	2410	19341	8.03

职工医保各等级医疗机构住院床日明细表

医疗机构等级	住院人次	住院床日	平均住院床日
三级医疗机构	1114	9337	8.38
二级医疗机构	1144	8940	7.81
一级医疗机构	135	914	6.77
未定级医疗机构	17	150	8.82
合计	2410	19341	8.03

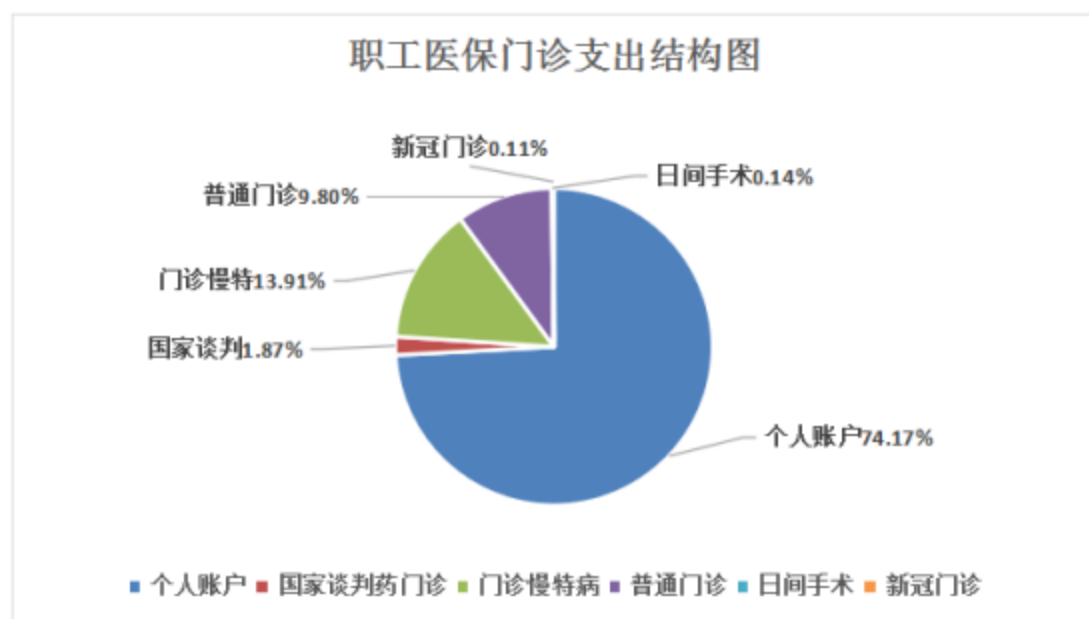
(5) 住院人次人头比。县域内住院人次人头比 1.09，同比 1.12 降低 0.03；其中：县级医疗机构住院人次人头比 1.09，同比降低 0.03；乡镇卫生院住院人次人头比 1，同比无变化。

职工医保住院人次人头比例明细表

医疗机构	2023 年住院人次	2022 年住院人数	占比
山丹县妇幼保健院	20	19	1.05
山丹县人民医院	426	384	1.11
山丹县同和医院	90	83	1.08
山丹县中医医院	256	238	1.08

山丹仁汇医院	39	39	1.00
小计	831	763	1.09
清泉卫生院	0	2	0.00
山丹县李桥中心卫生院	1	1	1.00
小计	1	1	1.00
合计	832	764	1.09

3. 门诊支出情况分析。职工医保基金门诊支出 1965.95 万元，占总支出的 54.89%，其中：个人账户支出 1458.06 万元，占门诊支出的 74.17%；门诊慢特病支出 273.56 万元，占门诊支出的 13.91%；国家谈判门诊支出 36.79 万元，占门诊支出的 1.87%；普通门诊支出 192.75 万元，占门诊支出的 9.8%；日间手术支出 2.67 万元，占门诊支出的 0.14%；新冠门诊支出 2.12 万元，占门诊支出的 0.11%。



(1) 个人账户支出情况分析。职工医保基金个人账户支出 1458.06 万元，比去年同期 1893.29 万元减少 435.23 万元，降低 22.99%。

(2) 门诊慢特病费用支出情况分析。职工医保基金门诊慢特病支出 273.56 万元,比去年同期 223.59 万元增加 49.97 万元,增长 22.35%,享受待遇人次 9338 人次,比去年 7792 人次增加 1546 人次,同比增长 19.84%;实际补偿比 72.23%,比去年 72.65 降低 0.42%;次均费用 405.58 元,比去年 394.98 元增加 10.6 元,增长 2.68%。

职工医保门诊慢特病各级医疗机构实际报销情况明细表

医疗机构等级	认定人次	待遇享受人次	总费用(万元)	统筹基金支付费用(万元)	报销比	次均费(元)
三级医疗机构	17384	2944	144.50	103.07	71.33%	490.84
二级医疗机构		5728	218.26	158.85	72.78%	381.05
一级医疗机构		445	8.06	5.98	74.27%	181.09
未定级医疗机构		221	7.90	5.65	71.53%	357.43
合计		9338	378.73	273.56	72.23%	405.58

(3) 国谈药品费用支出费用情况分析。职工医保基金国谈药品费用支出 36.79 万元,比去年同期 24.82 万元增加 11.97 万元,增长 48.23%。

(4) 普通门诊费用支出情况分析。职工普通门诊费用支出 192.75 万元,比去年同期增加 192.75 万元,增长 100%。

(5) 日间手术费用支出情况分析。职工日间手术费用支出 2.67 万元,比去年同期 4.66 万元减少 1.99 万元,降低 42.7%。

4. 职工医保 DIP 执行情况分析。1-3 月县域内 4 家医疗机构（县人民医院、县中医医院、县妇幼保健院、山丹县同和医院）职工医保 DIP 结算 813 人次，占住院总人次的 97.71%，DIP 基金结余-0.55 万元，其中：县中医院结余-8.07 万元，其余 3 家医疗机构结余 7.52 万元。

（五）医疗救（资）助待遇保障情况

1. 截至 3 月底应参保资助 22341 人，实际完成资助 22341 人，资助金额 387.2 万元，其中：全额资助 1344 人，资助金额 47.04 万元；定额资助 20997 人，资助金额 340.16 万元。

2. 医疗救助住院 2551 人次，补偿 295.47 万元；门诊慢特病救助 7669 人次，补偿 62.77 万元；依申请救助 163 人次，补偿 178.34 万元。

四、基金运行情况分析

（一）住院指标呈现增长趋势。居民住院人次同比增长 51.06%，县内住院率、市内住院率、省内住院率、跨省异地住院率同比增长 56.24%、34.35%、26.41%、108.87%；居民次均费用同比增长 2.05%，县内医疗机构次均费用 3851.05 元，同比增加 565.36 元，同比增长 17.21%。职工住院人次同比增加 76.69%，县内住院率、市内住院率、省内住院率、跨省异地住院率同比增长 99.04%、62.34%、69.79%、82.61%；职工次均费用同比增长 1.47%，县域内住院次均费用 4218.4 元，同比 3634.95 增加 583.46

元。主要原因：一是疫情逐步得到控制，各地开始全面放开，人们的生活逐渐恢复正常，外出就医患者逐渐增多；二是省内无异地等政策的实施，患者转外就医更为便捷，使得异地就医住院率增长明显；三是疫情开放初期老年参保群众抵抗力较弱，需要住院治疗才能恢复健康；四是县中医院居民、职工次均费用分别高于县级次均费用 20.49%、36.88%，李桥卫生院居民住院次均费用高于乡级次均费用 16.94%，大马营中心卫生院居民住院次均费用高于乡级次均费用 12.7%。

（二）门诊慢特病各项指标呈现较快增长趋势。截至 3 月底居民医保慢病支出 508.51 万元，比去年同期 399.12 万元增加 109.39 万元，增长 27.41%，享受待遇人次 23625 人次，比去年 20713 人次增加 2912 人次，同比增长 14.06%；次均费用 367.93 元，比去年 323.18 元增加 44.75 元，增长 13.85%。职工医保门诊慢特病支出 273.56 万元，比去年同期 223.59 万元增加 49.97 万元，增长 22.35%，享受待遇人次 9338 人次，比去年 7792 人次增加 1546 人次，同比增长 19.84%；次均费用 405.58 元，比去年 394.98 元增加 10.6 元，增长 2.68%。各级医疗机构要严格慢性病资格的审查和审批，规范慢性病就诊的范围和行为，严把入口关，确保门诊慢特病各项指标合理增长。

（三）居民门诊两病费用支出呈下降趋势。居民医保基金门诊两病费用支出 8.54 万元，比去年同期 10.35 万元减少 1.81 万

元，降低 21.19%。主要原因：一是“两病”待遇享受流程不够简便、门诊备药不能满足患者用药需求等因素，导致参保群众和基层医生响应政策的积极性不高；二是参保群众对“两病”等医保惠民政策知晓率不高。

（四）参保患者实际报销比例进一步提高。居民医保住院实际住院报销（基本+大病+救助）比例 60.88%，同比 57.21%增长 3.67%，县域内医疗机构基本段报销实际补偿比 60.52%，同比增长 6.4%；职工医保住院实际（基本+大额补助）报销比例 67.04%，同比 66.43%增长 0.61%，县域内医疗机构基本段报销实际补偿比 70.96%，同比增长 3%。主要原因：一是居民医保政策调整，降低起付线，提高报销比例；二是惠民政策不断落地实施，参保职工享受政策红利逐年增加。

（五）DIP 付费亏损严重。1-3 月居民医保 DIP 结算 6228 人次，占住院总人次的 63.31%，DIP 结余-24.55 万元，其中：中医院结余-78.25 万元，其余 3 家医疗机构结余 53.7 万元。职工医保 DIP 结算 813 人次，占住院总人次的 97.71%，DIP 结余 -0.55 万元，其中：县中医院结余-8.07 万元，其余 3 家医疗机构结余 7.52 万元。

五、工作要求

（一）着力提升县域内医疗服务水平和质量。为有效控制住院各项指标，降低住院费用，各医疗机构要进一步提高医疗质量

和合理用药水平，着力推进 DIP 支付方式改革，加强内部控制，强化精细化管理，严格诊疗活动计费收费监管，降低医疗服务成本，建立与 DIP 支付方式相适应的绩效考核机制，提高工作人员服务管理水平，为参保患者提供更优质、高效的服务。

（二）加强医保医师服务行为管理。各医疗机构切实提高思想认识，组织全体工作人员认真学习服务协议规定内容及“一个条例三个暂行规定”等医保政策法规，常态化组织开展医保医师的培训，不断强化“目录意识”“合规意识”，切实做到合理检查、合理用药、合理治疗，不断增强维护基金安全的思想自觉和行动自觉。进一步加强医务人员绩效考核，严格各项诊疗标准，加强自我管理，有效规范医保医疗行为，控制医疗费用过快增长，确保医保基金收支平衡。

（三）加强门诊“两病”用药保障。进一步简化“两病”购药、报销流程，备足、备齐常需“两病”药品，通过纸质政策展示牌、电子屏、微信群等形式进行全面宣传，充分发挥家庭医生优势，签约家庭医生上门进行精准宣传，让“两病”政策入脑入心，探索建立“两病”患者直接与家庭医生服务团队签约，由家庭医生开具符合规定的“两病”药品，并对行动不便的“两病”患者实施送药上门服务。

（四）持续做好 DIP 运行管理。各定点医疗机构要提高认识，高度重视，深入思考和谋划在 DIP 模式下医院如何更好地发展，

抓紧建立和完善与 DIP 政策相适应的医院内部管理制度,强化对医务人员 DIP 政策的培训,逐步提升对疾病的诊断能力,提高病案管理质量。以实施医院精细化管理为抓手,健全内部管理机构,合理控制医疗成本,规范诊疗服务行为,促进医院高质量发展,努力实现患者得实惠、医院得发展、政府得民心的三赢局面。



送: 县医保局、县财政局、县卫生健康局

山丹县医疗保障服务中心

2023年5月18日印
