

山丹县医疗保障服务中心文件

山医保中心〔2025〕7号

山丹县医疗保障服务中心 关于印发《2025年第二季度医疗保险基金运行 分析报告》的通知

全县各定点医疗机构：

现将《山丹县2025年第二季度医疗保险基金运行分析报告》印发你们，请结合工作实际，分析各自医院运行情况，查找存在问题，及时整改落实，确保医保基金安全平稳运行。

山丹县医疗保障服务中心

2025年8月13日

送：市医保事务中心、县医保局

山丹县医疗保障服务中心

2025年8月13日印发

山丹县 2025 年第二季度医疗保险基金 运行分析报告

一、参保情况

1.截至 6 月 30 日，税务征缴城乡居民医保 143601 人，实际参加城乡居民医保 143601 人，与上年度参保缴费人数（146555 人）比较完成 97.98%。

2.城镇职工参保 28366 人，实际缴费 28366 人，参保率 100%。

二、基金收入情况

1.城乡居民 2025 年人均筹资标准由 1020 元/人调整至 1070 元/人，其中：个人筹资 400 元/人，财政配套资金 670 元/人。个人缴费 5744.04 万元，市县财政配套资金预算 269.33 万元，上解 180 万元。

2.城镇职工医疗保险征缴费收入 6921.8 万元。

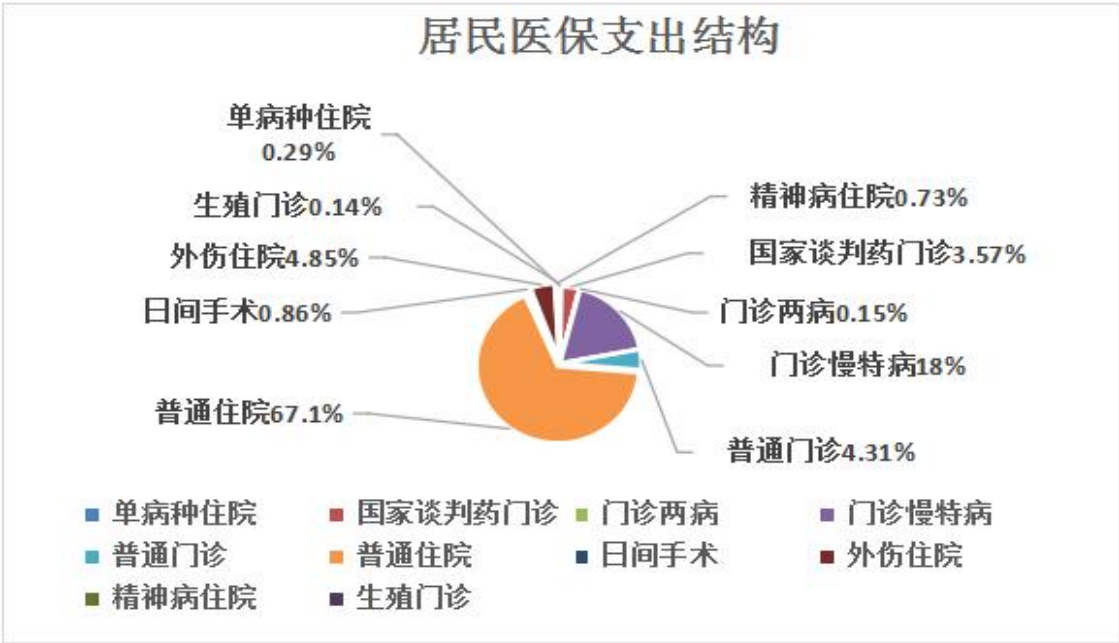
3.公务员医疗保险费收入 732.98 万元，其中：征缴收入 714.37 万元，利息收入 18.61 万元。

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 7946.95 万元，其中：住院支出（普通住院、外伤住院、单病种住院、精神病住院、日间手术）5867.56

万元，占支出的 73.83%；门诊支出（普通门诊、门诊两病、门诊慢特病、国谈药品门诊、生殖门诊）2079.39 万元，占支出的 26.17%。



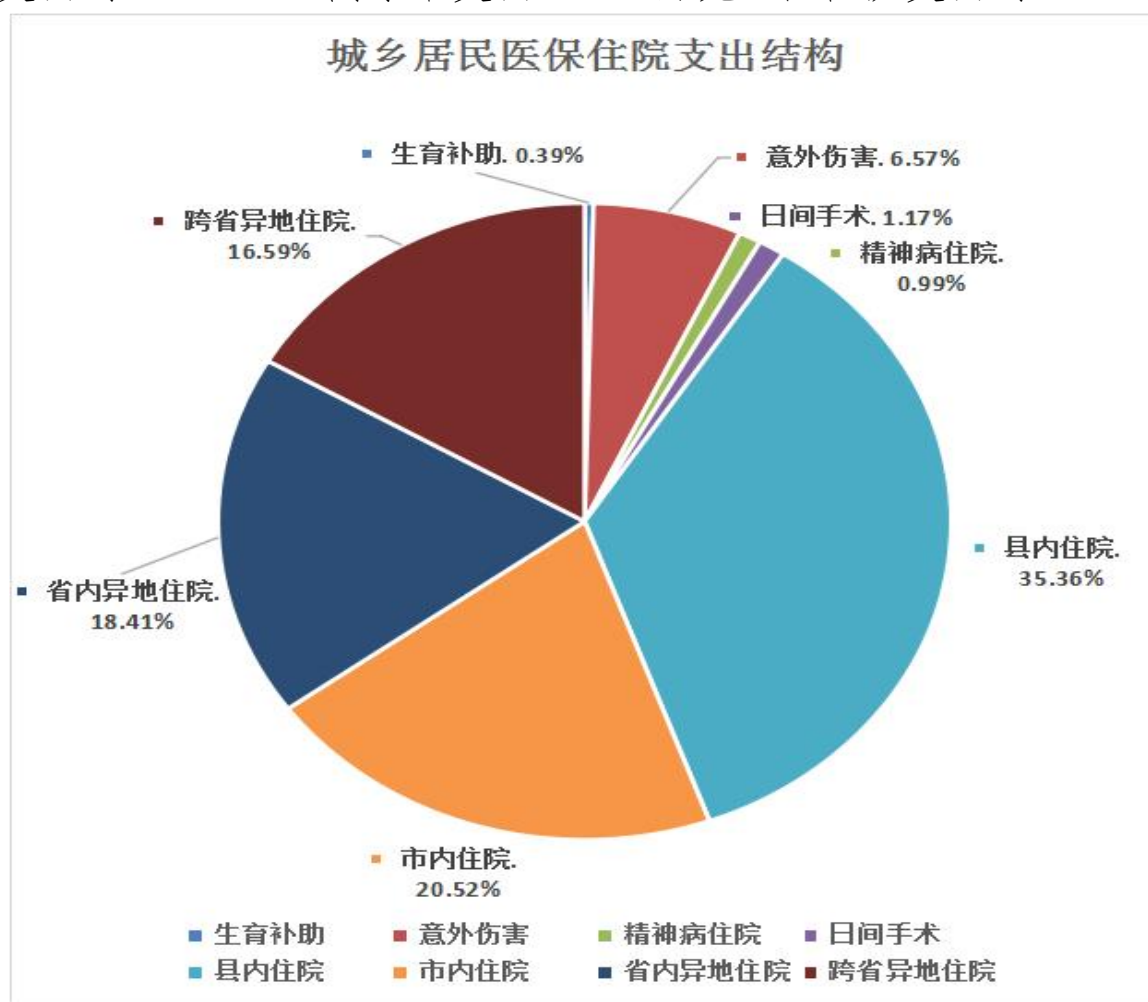
居民医保结构性支出明细表

医疗类别	2025 年支出（万元）
单病种住院	22.80
国家谈判药门诊	283.68
门诊两病	11.80
门诊慢特病	1430.52
普通门诊	342.49
普通住院	5332.88
日间手术	68.53
外伤住院	385.38
精神病住院	57.96
生殖门诊	10.90
合计	7946.95

（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 5867.56 万元，

占支出的 73.83%；其中：县内住院 2074.86 万元，占住院支出的 35.36%；市内住院支出 1204.32 万元，占住院支出的 20.52%；省内异地住院支出 1080.25 万元，占住院支出的 18.41%；跨省异地住院支出 973.46 万元，占住院支出的 16.59%；意外伤害费用支出 385.38 万元，占住院支出的 6.57%；生育补助费用支出 22.8 万元，占住院支出的 0.39%，精神病住院支出 57.96 万元，占住院支出的 0.99%，日间手术支出 68.53 万元，占住院支出的 1.17%。



2.住院支出情况分析。

(1) 住院人次。居民住院 15825 人次，比上年同期 17397

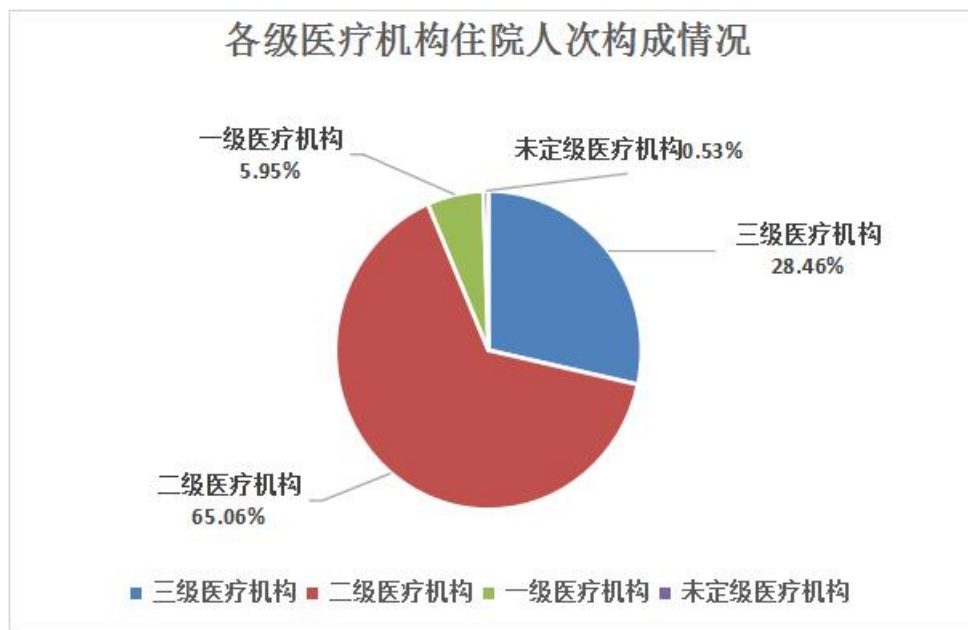
人次降低 1572 人次，同比降低 9.04%，其中县内住院人次同比降低 10.53%，市内住院人次同比降低 10.12%、省内住院人次同比降低 8.37%、跨省异地住院人次同比增长 8.72%。平均住院率 11.02%。

居民医保各区域住院率增长明细表

住院区域	参保人数	2025 年住院 人次	2024 年住院 人次	住院率(%)	住院人次同 比增长率(%)
县内住院	143601	9989	11165	6.96%	-10.53
市内住院		2914	3242	2.03%	-10.12
省内异地住院		1763	1924	1.23%	-8.37
跨省异地住院		1159	1066	0.81%	8.72
合计		15825	17397	11.02%	-9.04

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	4556	28.46
二级医疗机构	10228	65.06
一级医疗机构	957	5.95
未定级医疗机构	84	0.53
合计	15825	100.00



县内住院 9989 人次，比上年同期 11165 人次减少 1176 人次，降低 10.53%；其中：县级医疗机构住院 9279 人次，比上年同期 10116 人次减少 837 人次，降低 8.27%。乡镇卫生院住院 710 人次，比上年同期 1049 人次减少 339 人次，降低 32.32%。

县内医疗机构住院人次增长率明细表

医疗机构	2025 年住院人次	2024 年住院人次	同比增加人次	同比增长率(%)
山丹县人民医院	3818	4231	-413	-9.76
山丹县中医医院	3850	4049	-199	-4.91
山丹县妇幼保健院	516	846	-330	-39.01
山丹县同和医院	645	640	5	0.78
山丹县仁汇医院	450	350	100	28.57
小计	9279	10116	-837	-8.27
山丹县清泉镇中心卫生院	213	184	29	15.76
山丹县陈户镇中心卫生院	32	57	-25	-43.86
山丹县陈户镇中心卫生院新河分院		45	-45	-100.00

山丹县东乐镇中心卫生院	44	182	-138	-75.82
山丹县李桥乡中心卫生院	153	199	-46	-23.12
山丹县大马营镇中心卫生院	72	109	-37	-33.94
山丹县大马营镇中心卫生院 花寨子分院	88	85	3	3.53
山丹县霍城镇卫生院	33	90	-57	-63.33
山丹县位奇镇卫生院	30	29	1	3.45
山丹县老军乡卫生院	45	69	-24	-34.78
小计	710	1049	-339	-32.32
总计	9989	11165	-1176	-10.53

（2）次均费用。居民住院总费用 10494.15 万元，比上年同期 11647.62 万元减少 1153.47 万元，降低 9.9%，次均住院费用 6631.37 元，比上年同期 6695.19 元减少 63.82 元，降低 0.95%。

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)	次均费用(元)	2024 年同期次 均费用(元)	次均费用 同比(%)
县内住院	9989	3455.36	3459.17	3400.39	1.73
市内住院	2914	2236.85	7676.21	8549.61	-10.22
省内异地住院	1763	2656.76	15069.54	16886.37	-10.76
跨省异地住院	1159	2145.18	18508.85	17170.38	7.80
合计	15825	10494.15	6631.37	6695.19	-0.95

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	4556	6332.46	13899.17
二级医疗机构	10228	3907.47	3820.36
一级医疗机构	957	206.08	2153.44
未定级医疗机构	84	48.13	5730.18
合计	15825	10494.15	6631.37

县内医疗机构次均费用 3459.17 元，同比增加 58.78 元，增

长 1.73%；其中：县级医疗机构次均费用 3606.9 元，同比减少 7.11 元，降低 0.2%。乡镇卫生院次均费用 1528.46 元，同比增加 188.09 元，增长 14.03%。

县内医疗机构住院次均费用增长率明细表

医疗机构	2025 年次均 费用（元）	2024 年次均 费用（元）	同比增加 （元）	同比增长率 （%）
山丹县人民医院	3579.10	3750.55	-171.46	-4.57
山丹县中医医院	3831.24	3605.17	226.07	6.27
山丹县妇幼保健院	2698.53	2977.37	-278.84	-9.37
山丹县同和医院	3658.43	3632.95	25.47	0.70
山丹仁汇医院	2891.23	3569.96	-678.73	-19.01
小计	3606.90	3614.01	-7.11	-0.20
山丹县清泉镇中心卫生院	1606.40	1457.31	149.09	10.23
山丹县陈户镇中心卫生院	1583.02	1274.30	308.73	24.23
山丹县陈户镇中心卫生院 新河分院	0.00	1251.30	-1251.30	-100.00
山丹县东乐镇中心卫生院	1369.56	1124.65	244.91	21.78
山丹县李桥乡中心卫生院	1765.58	1437.50	328.07	22.82
山丹县大马营镇中心卫生院	1449.52	1306.91	142.61	10.91
山丹县大马营镇中心卫生院 花寨子分院	1278.68	1431.21	-152.53	-10.66
山丹县霍城镇卫生院	1502.39	1514.16	-11.77	-0.78
山丹县位奇镇卫生院	1395.43	1542.30	-146.87	-9.52
山丹县老军乡卫生院	1192.55	1059.55	133.00	12.55
小计	1528.46	1340.37	188.09	14.03
合计	3459.17	3400.39	58.78	1.73

（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 84.86%，同比 85.43%降低 0.57%，实际住院报销比例 60.77%，同比 61.84%降低 1.07%。

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	9989	3455.36	2591.01	2074.86	13.42	257.71	2345.99	67.89	90.54
市内住院	2914	2236.85	1604.45	1204.31	55.17	97.87	1357.35	60.68	84.60
省内异地住院	1763	2656.76	1737.48	1080.25	189.08	126.92	1396.25	52.55	80.36
跨省异地住院	1159	2145.18	1581.26	973.46	228.82	75.03	1277.31	59.54	80.78
合计	15825	10494.15	7514.21	5332.88	486.49	557.52	6376.89	60.77	84.86

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	4556	6332.46	4379.20	2828.60	464.78	272.10	3565.48	56.30	81.42
二级医疗机构	10228	3907.47	2932.43	2334.50	20.02	272.06	2626.58	67.22	89.57
一级医疗机构	957	206.08	170.21	144.24	1.22	12.23	157.68	76.51	92.64
未定级医疗机构	84	48.13	32.37	25.54	0.47	1.14	27.15	56.40	83.86
合计	15825	10494.15	7514.21	5332.88	486.49	557.52	6376.89	60.77	84.86

县域内医疗机构基本段报销实际补偿比 60.05%，同比增长 0.11%；其中：县级医疗机构基本段报销实际补偿比 59.63%，同比增长 0.16%。乡镇卫生院基本段报销实际补偿比 72.98%，同比增长 0.67%。

居民医保基本段报销实际补偿比增长明细表

医疗机构	2025 年实际 补偿比 (%)	2024 年实际 补偿比 (%)	同比增长 (%)
山丹县人民医院	58.34	58.67	-0.33
山丹县中医医院	61.32	60.53	0.78
山丹县妇幼保健院	54.76	56.57	-1.81
山丹县同和医院	60.33	60.93	-0.60
山丹仁汇医院	57.96	60.31	-2.35
小计	59.63	59.47	0.16
山丹县清泉镇中心卫生院	74.36	74.79	-0.43
山丹县陈户镇中心卫生院	73.50	71.64	1.85
山丹县陈户镇中心卫生院新河分院	0.00	71.80	-71.80
山丹县东乐镇中心卫生院	70.37	70.33	0.04
山丹县李桥乡中心卫生院	75.34	73.76	1.58
山丹县大马营镇中心卫生院	67.51	72.08	-4.58
山丹县大马营镇中心卫生院花寨子分院	70.91	72.66	-1.75
山丹县霍城镇卫生院	72.71	69.32	3.38
山丹县位奇镇卫生院	73.99	75.19	-1.20
山丹县老军乡卫生院	69.19	67.85	1.34
小计	72.98	72.31	0.67
合计	60.05	59.94	0.11

（4）平均住院床日。居民医保住院床日 109202 天，平均住院床日 6.9 天，同比 7.0 天减少 0.1 天。县域内平均住院床日 6.7 天，同比 6.5 天增加 0.2 天；其中：县级医疗机构平均住院床日 6.6 天，同比 6.5 天增加 0.1 天；乡镇卫生院平均住院床日 7.1 天，

同比 6.7 天增加 0.4 天。

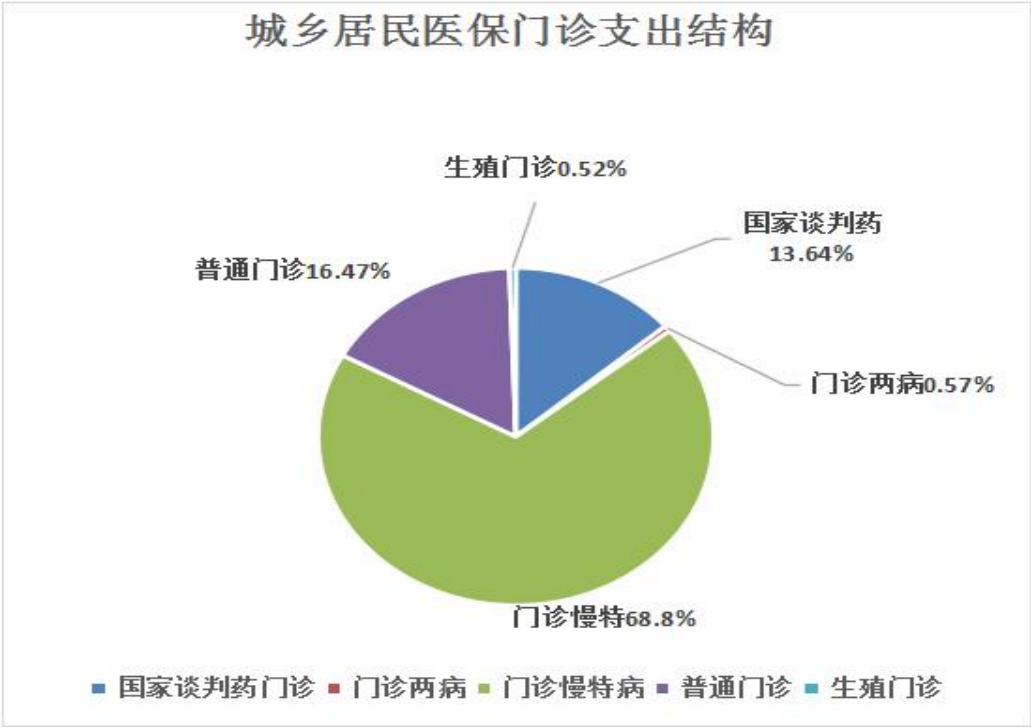
居民医保各区域住院床日明细表

住院区域	住院人次	住院床日（天）	平均住院床日（天）
县内住院	9989	66609	6.7
市内住院	2914	19994	6.9
省内异地住院	1763	13759	7.8
跨省异地住院	1159	8840	7.6
合计	15825	109202	6.9

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（天）	平均住院床日（天）
三级医疗机构	4556	33037	7.3
二级医疗机构	10228	68782	6.7
一级医疗机构	957	6853	7.2
未定级医疗机构	84	530	6.3
合计	15825	109202	6.9

3.门诊支出情况分析。居民医保基金门诊支出 2079.39 万元，占总支出的 26.17%，其中：普通门诊统筹支出 342.49 万元，占门诊支出的 16.47%；门诊慢病支出 1430.52 万元，占门诊支出的 68.8%；门诊两病费用支出 11.8 万元，占门诊支出的 0.57%；国谈药品费用支出 283.68 万元，占门诊支出的 13.64%；生殖门诊支出 10.9 万元，占门诊支出的 0.52%。



医疗类别	2025 年支出（万元）
国家谈判药门诊	283.68
门诊两病	11.80
门诊慢特病	1430.52
普通门诊	342.49
生殖门诊	10.90
合计	2079.39

（1）门诊统筹支出情况分析。居民医保基金门诊统筹支出 342.49 万元，比去年同期 531.63 万元减少 189.14 万元，降低 35.57%。

（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 1430.52 万元，比去年同期 1172.67 万元增加 257.85 万元，增长 21.99%，享受待遇人次 76036 人次，比去年 60582 人次增加 15454 人次，同比增长 25.51%；实际补偿比 59.9%，比去年 57%增长 2.9%；次均费用 314.09 元，比去年 337.16 元减少 23.07 元，降低 6.84%。

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）	实际补偿比（%）	次均费用（元）
三级医疗机构	23575	6950	394.95	227.75	57.66	568.28
二级医疗机构		55703	1710.02	1032.59	60.38	306.99
一级医疗机构		11611	146.17	89.45	61.20	125.89
未定级医疗机构		1772	137.08	80.73	58.89	773.60
合计		76036	2388.22	1430.52	59.90	314.09

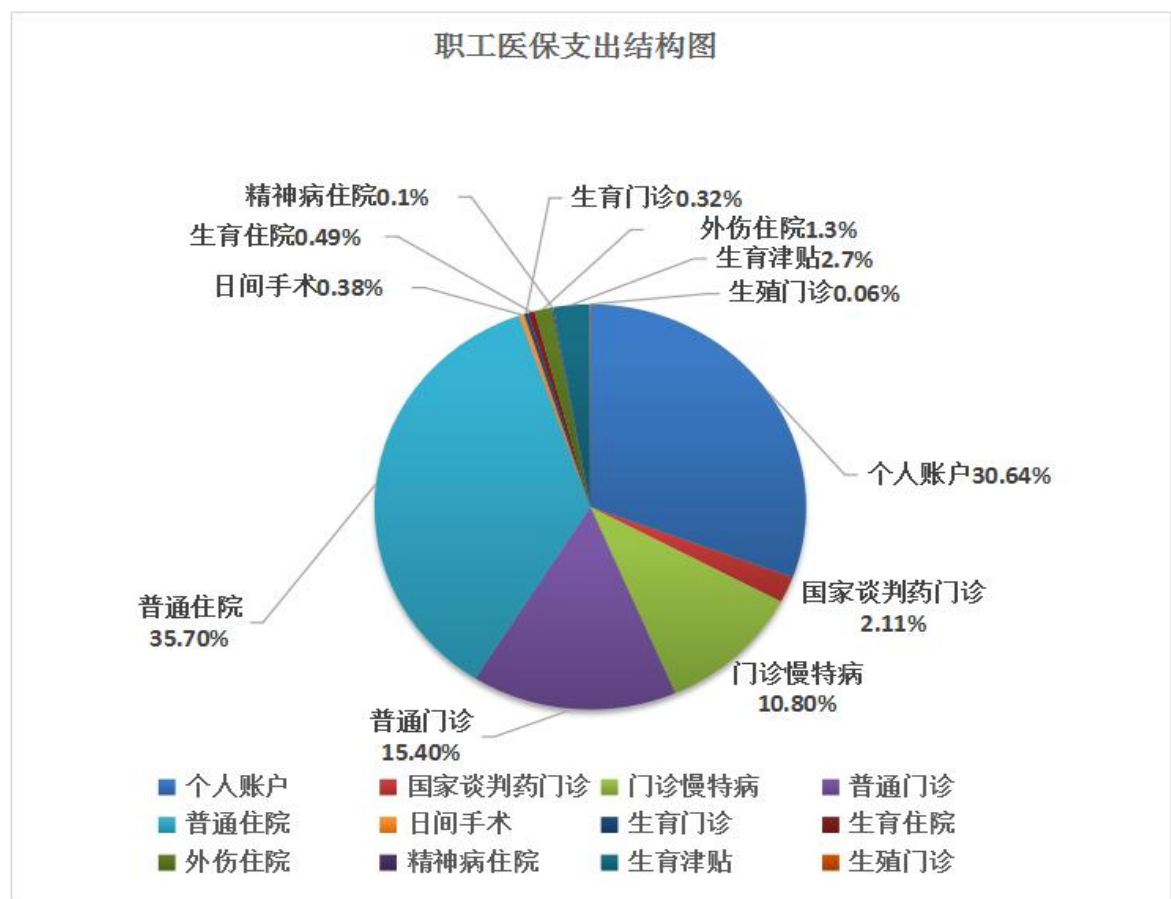
（3）门诊两病费用支出情况分析。居民医保基金门诊两病费用支出 11.8 万元，比去年同期 12.39 万元减少 0.59 万元，降低 0.48%。

（4）国谈药品费用支出情况分析。居民医保基金国谈药品费用支出 283.68 万元，比去年同期 230.31 万元增加 53.37 万元，增长 23.17%。

（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 6605.97 万元，其中：住院支出（普通住

院、外伤住院、精神病住院、日间手术）2475.65 万元，占支出的 37.48%；门诊支出（普通门诊、门诊慢特病、国谈药品门诊、个人账户）3894.21 万元，占支出的 58.95%；生育待遇支出 236.11 万元，占支出的 3.57%。



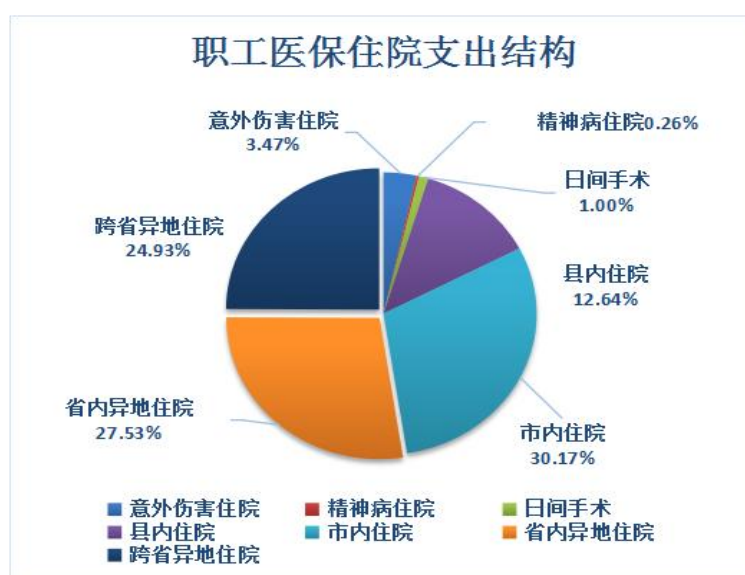
职工医保结构性支出明细表

医疗类别	2025 年支出（万元）
个人账户	2024.06
国家谈判药门诊	139.31
门诊慢特病	713.39
普通门诊	1017.44
普通住院	2358.57
日间手术	24.75

生育门诊	20.92
生育住院	32.39
外伤住院	86.00
精神病住院	6.33
生育津贴	178.64
生殖门诊	4.15
合计	6605.97

（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 2475.65 万元，占支出的 37.48%；其中：县内住院 312.97 万元，占住院支出 12.64%；市内住院支出 746.95 万元，占住院支出的 30.17%；省内异地住院支出 681.56 万元，占住院支出的 27.53%；跨省异地住院支出 617.09 万元，占住院支出的 24.93%；意外伤害费用支出 86 万元，占住院支出的 3.47%；精神病住院支出 6.33 万元，占住院支出的 0.26%；日间手术支出 24.75 万元，占住院支出的 1%。



2.住院支出情况分析。

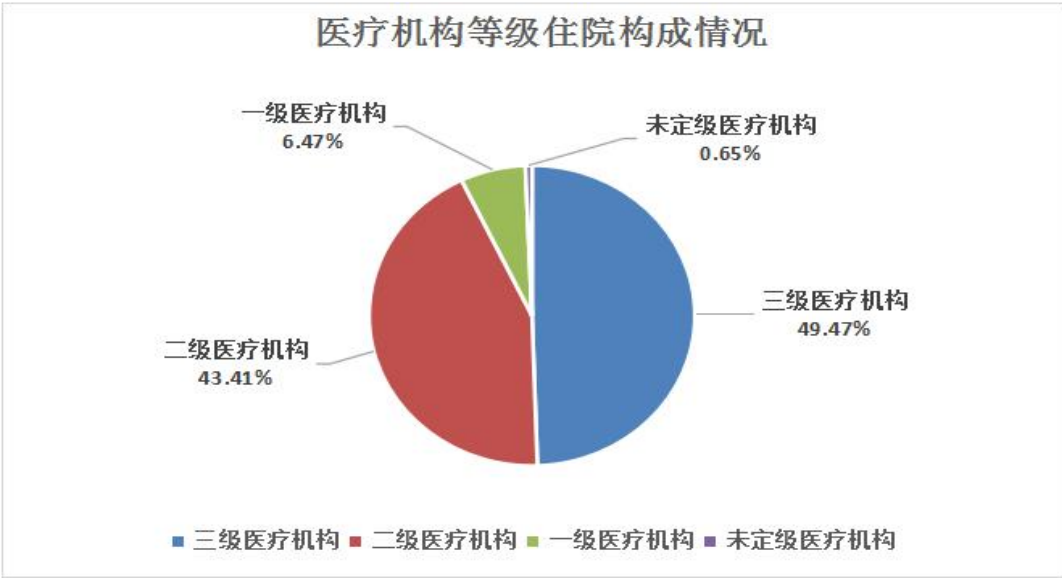
（1）住院人次。职工住院 3990 人次，比上年同期 4063 人次减少 73 人次，同比降低 1.8%，其中县内住院人次同比降低 2.19%，市内住院人次同比降低 4.06%、省内住院人次同比增长 1.54%、跨省异地住院人次同比增长 0.71%。平均住院率 14.57%。

职工医保各区域住院率增长明细表

住院区域	2025 年 参保人数	2025 年住院 人次	2024 年住院 人次	住院率(%)	同比增长 率(%)
县内住院	28366	1117	1142	4.10%	-2.19%
市内住院		1512	1576	5.65%	-4.06%
省内异地住院		790	778	2.79%	1.54%
跨省异地住院		571	567	2.03%	0.71%
合计		3990	4063	14.57%	-1.80%

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	1974	49.47
二级医疗机构	1732	43.41
一级医疗机构	258	6.47
未定级医疗机构	26	0.65
合计	3990	100.00



县内住院 1117 人次，比上年同期 1142 人次减少 25 人次，降低 2.19%；其中：县级医疗机构住院 1103 人次，同比 1135 人次减少 32 人次，降低 2.82%。乡镇卫生院住院 14 人次，同比 7 人次增加 7 人次，增长 100%。

职工住院人次增长率明细表

医疗机构	2025 年住院人次	2024 年住院人次	同比增加	同比增长率(%)
山丹县人民医院	583	602	-19	-3.16
山丹县中医医院	339	323	16	4.95
山丹县妇幼保健院	36	52	-16	-30.77
山丹县同和医院	88	125	-37	-29.60
山丹仁汇医院	57	33	24	72.73
小计	1103	1135	-32	-2.82
山丹县清泉镇中心卫生院	11	5	6	120.00
山丹县陈户镇中心卫生院	1	0	1	100.00
山丹县东乐镇中心卫生院	1	1	0	0
山丹县霍城镇卫生院	0	1	-1	-100.00
山丹县位奇镇卫生院	1	0	1	100.00
小计	14	7	7	100.00
合计	1117	1142	-25	-2.19

(2) 次均费用。职工住院总费用 3531.15 万元，比上年同期 3734.67 万元减少 203.52 万元，降低 5.5%，次均住院费用 8850.01 元，比上年同期 9191.91 元减少 341.9 元，降低 3.72%。

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）	2025 年次均费用（元）	2024 年次均费用（元）	次均费用同比（%）
县内住院	1117	417.51	3737.80	3796.16	-1.54
市内住院	1512	1020.58	6749.88	7494.33	-9.93
省内异地住院	790	1104.06	13975.47	14022.92	-0.34
跨省异地住院	571	989.00	17320.48	18149.19	-4.57
合计	3990	3531.15	8850.01	9191.91	-3.72

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	1974	2661.19	13481.19
二级医疗机构	1732	790.14	4561.99
一级医疗机构	258	74.30	2879.99
未定级医疗机构	26	5.53	2125.53
合计	3990	3531.15	8850.01

县域内住院次均费用 3737.8 元，同比 3796.16 元减少 58.36 元，降低 1.54%；其中：县级医疗机构次均费用 3764.62 元，同比 3811.52 元减少 46.9 元，降低 1.23%。乡镇卫生院次均费用 1624.61 元，同比 1306.87 元增加 317.74 元，增长 24.31%。

县内医疗机构住院次均费用增长率明细表

医疗机构	2025 年次均费用（元）	2024 年次均费用（元）	同比增加（元）	同比增长率（%）
山丹县人民医院	3847.23	4054.99	-207.75	-5.12

山丹县中医医院	3993.40	3567.53	425.87	11.94
山丹县妇幼保健院	2479.74	3096.70	-616.97	-19.92
山丹县同和医院	3513.93	3730.10	-216.18	-5.80
山丹仁汇医院	2757.55	3192.86	-435.32	-13.63
小计	3764.62	3811.52	-46.90	-1.23
山丹县清泉镇中心卫生院	1643.92	1580.89	63.02	3.99
山丹县陈户镇中心卫生院	1591.34	0.00	1591.34	100.00
山丹县东乐镇中心卫生院	0.00	1058.18	-1058.18	-100.00
山丹县霍城镇卫生院	0.00	185.43	-185.43	-100.00
山丹县位奇镇卫生院	1221.60	0.00	1221.60	100.00
小计	1624.61	1306.87	317.74	24.31
合计	3737.80	3796.16	-58.37	-1.54

（3）住院报销比例。职工医保住院政策范围内报销（基本+大额+救助）比例 87.52%，同比 88.4%降低 0.88%，实际住院报销比例 66.99%，同比 69.57%降低 2.58%。

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	救助	合计		
县内住院	1117	417.51	336.73	312.97	0.00	1.31	314.27	75.27	93.33
市内住院	1512	1020.58	822.48	737.60	9.35	2.69	749.64	73.45	91.14
省内异地住院	790	1104.06	804.62	646.10	35.47	1.80	683.37	61.90	84.93
跨省异地住院	571	989.00	739.06	586.27	30.81	1.32	618.41	62.53	83.68
合计	3990	3531.15	2702.88	2282.94	75.63	7.12	2365.70	66.99	87.52

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	救助	合计		
三级医疗机构	1974	2661.19	1986.54	1633.91	57.91	4.95	1696.77	63.76	85.41
二级医疗机构	1732	790.14	647.60	583.72	17.73	2.07	603.52	76.38	93.19
一级医疗机构	258	74.30	64.14	60.93	0.00	0.09	61.02	82.12	95.13
未定级医疗机构	26	5.53	4.60	4.37	0.00	0.02	4.39	79.40	95.35
合计	3990	3531.15	2702.88	2282.94	75.63	7.12	2365.70	66.99	87.52

县域内医疗机构基本段报销实际补偿比 75.27%，同比降低 0.53%；其中：县级医疗机构基本段报销实际补偿比 75.21%，同比降低 0.02%。乡镇卫生院基本段实际补偿比 85.95%，同比降低 4.44%。

职工医保基本段报销实际补偿比增长明细表

医疗机构	2025 年实际补偿比（%）	2024 年实际补偿比（%）	同比增长（%）
山丹县人民医院	74.72	75.22	-0.50
山丹县中医医院	77.03	75.46	1.56
山丹县妇幼保健院	66.52	72.15	-5.63
山丹县同和医院	74.78	75.79	-1.01
山丹仁汇医院	72.44	74.95	-2.51
小计	75.21	75.23	-0.02
山丹县清泉镇中心卫生院	85.15	85.45	-0.29
山丹县陈户镇中心卫生院	84.15	0.00	84.15
山丹县东乐镇中心卫生院	0.00	64.83	-64.83
山丹县霍城镇卫生院	0.00	8.77	-8.77

山丹县位奇镇卫生院	99.54	0.00	99.54
小计	85.95	81.51	4.44
合计	75.27	75.24	0.03

（4）平均住院床日。职工医保住院床日 28164 天，平均住院床日 7.1 天，同比 7.2 天减少 0.1 天。县域内住院床日 6.5 天，同比 6.4 天增加 0.1 天；其中：县级医疗机构平均住院床日 6.5 天，同比 6.4 天增加 0.1 天；乡镇卫生院平均住院床日 7.3 天，同比 6.1 天增加 1.2 天。

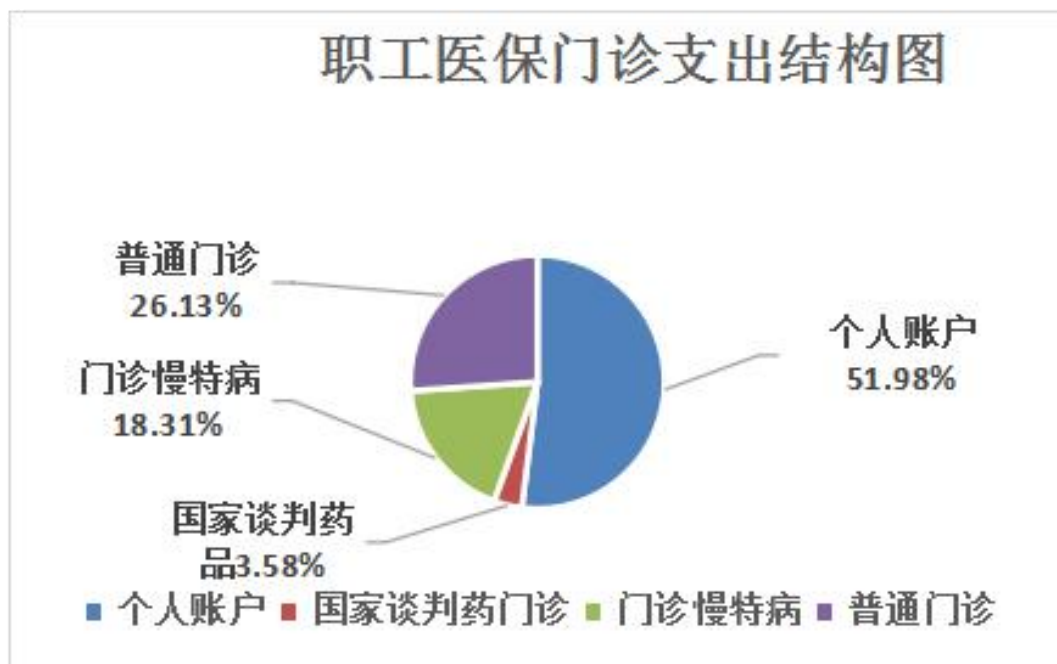
职工医保各区域住院床日明细表

住院区域	住院人次	住院床日	平均住院床日
县内住院	1117	7268	6.5
市内住院	1512	10679	7.1
省内异地住院	790	6349	8.0
跨省异地住院	571	3868	6.8
合计	3990	28164	7.1

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	1974	13824	7.0
二级医疗机构	1732	12342	7.1
一级医疗机构	258	1822	7.1
未定级医疗机构	26	176	6.8
合计	3990	28164	7.1

3.门诊支出情况分析。职工医保基金门诊支出 3894.21 万元，占总支出的 58.95%，其中：个人账户支出 2024.06 万元，占门诊支出的 51.98%；门诊慢特病支出 713.39 万元，占门诊支出的 18.31%；国家谈判药品支出 139.31 万元，占门诊支出的 3.58%；普通门诊支出 1017.44 万元，占门诊支出的 26.13%。



（1）个人账户支出情况分析。职工医保基金个人账户支出 2024.06 万元，比去年同期 2153.29 万元减少 129.23 万元，降低 6%。

（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 713.39 万元，比去年同期 594.89 万元增加 118.5 万元，增长 19.92%，享受待遇人次 26718 人次，比去年 22465 人次增加 4253 人次，同比增长 18.93%；三段实际补偿比 77.86%，同比增长 5.92%；次均费用 342.91 元，比去年 368.07 元减少 25.16 元，降低 6.84%。

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）	实际补偿比（%）	次均费（元）
三级医疗机构	7569	6324	282.57	218.97	77.49	446.83

二级医疗机构		16032	506.09	394.79	78.01	315.67
一级医疗机构		1776	27.82	21.36	76.77	156.67
未定级医疗机构		2586	99.71	78.27	78.49	385.58
合计		26718	916.19	713.39	77.86	342.91

（3）国谈药品费用支出情况分析。职工医保基金国谈药品费用支出 139.31 万元，比去年同期 114.98 万元增加 24.33 万元，增长 21.16%。

（4）普通门诊费用支出情况分析。职工普通门诊费用支出 1017.44 万元，比去年同期 1179.35 万元减少 161.91 万元，降低 13.73%。

（五）医疗救（资）助待遇保障情况

1.2025 应参保资助 24368 人，实际完成资助 24368 人，资助金额 496.26 万元，其中：全额资助 1345 人，资助金额 53.8 万元；差额资助 23023 人，资助金额 442.46 万元。

2.医疗救助共补偿 32509 人次，补偿 845.3 万元，其中：城乡居民医疗救助住院 5013 人次，补偿 597.23 万元，门诊慢特病救助 26397 人次，补偿 172.85 万元，国谈药品门诊救助 477 人，补偿 61.91 万元；城镇职工住院 113 人次，补偿 9.11 万元，门诊慢特病救助 479 人次，补偿 1.78 万元，国谈药品门诊救助 30 人次，补偿 2.42 万元。

四、基金运行情况分析

（一）住院占比高，门诊慢特病与国谈药成新增长点

1.城乡居民医保：住院支出占主导，门诊结构失衡。

住院支出：总支出 5867.56 万元，占比 73.83%。从区域看，县内占 35.36%，市内 20.52%，省内异地 18.41%，跨省异地 16.59%，呈现“县域为主、逐级外流”特征。其中，跨省异地住院人次同比增长 8.72%，反映出县域对复杂疾病的诊疗能力不足，患者倾向于省外就医。

门诊支出：总支出 2079.39 万元，占比 26.17%。门诊慢特病支出 1430.52 万元，占门诊总支出的 68.8%，同比增长 21.99%，享受待遇人次增长 25.51%，主要因老龄化加剧（慢性病高发）、医保病种范围扩大，以及部分医疗机构存在“小病大治”现象。国谈药品门诊支出 283.68 万元，增长 23.17%，与创新药纳入医保、“双通道”政策提升可及性相关。

2.城镇职工医保：门诊占比超住院，个人账户支出下降。

住院支出：总支出 2475.65 万元，占比 37.48%。市内住院占 30.17%，省内异地 27.53%，跨省异地 24.93%，县内仅 12.64%，职工更倾向于选择层级更高的医疗机构。

门诊支出：总支出 3894.21 万元，占比 58.95%。个人账户支出 2024.06 万元（占门诊 51.98%），同比降低 6%，说明职工医保个人账户使用更趋理性。门诊慢特病支出 713.39 万元，增长 19.92%，实际补偿比 77.86%（同比+5.92%），随着病种的增多，报销比例的提高，从而影响了门诊慢特病支出在医保基金中占比。

（二）基金运行次均费用与报销呈现区域差异

1.次均费用：县内低于异地，职工高于居民。

城乡居民县内次均住院费用 3459.17 元，仅为跨省的 18.69%（跨省 18508.85 元）；城镇职工县内 3737.8 元，为跨省的 21.58%（跨省 17320.48 元）。异地就医费用增长，增加了基金支出压力。

职工次均住院费用（8850.01 元）比居民（6631.37 元）高 33.46%，与职工医疗需求层次更高、选择医疗机构等级更高有关。

2.报销比例：县内保障力度强，异地报销低。

城乡居民县内实际报销比例 67.89%，政策范围内报销 90.54%；跨省实际报销 59.54%，政策范围内 80.78%，差异显著。

城镇职工县内实际报销 75.27%，跨省 62.53%，同样呈现“本地化就医保障更优”的特点，但整体报销水平高于居民。

（三）潜在风险与成因分析

1.跨省异地就医呈增长趋势。城乡居民跨省住院人次增长 8.72%，职工增长 0.71%，源于县域内专科能力不足（如肿瘤、疑难杂症）、长期异地备案人员增多、异地就医结算便利化等因素加剧了基金外流。

2.门诊慢特病过度医疗。居民慢特病次均费用降低 6.84%，但总支出增长 21.99%，由于人口老龄化，生活方式的改变，慢性病患者逐步增多，发病率不断上升，从而增加了基金支出。

3.国谈药品基金消耗攀升。高价创新药（如肿瘤靶向药）虽经谈判降价，但使用量增加导致基金支出攀升，居民国谈药占门

诊支出 13.64%，需防范滥用。

当前基金运行还存在“异地就医费用过高、门诊特定项目支出过快”的结构性问题。建议：**一是**提升县域内医疗机构专科能力，减少跨省外流；**二是**通过智能监管严控门诊慢特病诊疗与国谈药使用；**三是**优化异地报销政策，引导分级就医，确保基金安全可持续运行。