**2020年度芜湖市医疗保障事业**

**发展统计公报**

**芜湖市医疗保障局**

**2021年2月**

2020年，全市医保部门凝心聚力，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，依据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神，着力减轻群众就医负担、增进民生福祉，通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务，不断增强医疗保障的统一性、公平性、可及性，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

**一、医疗保险**

2020年，全市基本医疗保险参保人数共386.25万人，参保率98%。其中职工医疗保险参保86.88万人、城乡居民医疗保险参保299.37万人。全市共有1874家医药机构纳入医保协议管理，其中定点医疗机构330家，定点药店1544家。

**（一）职工基本医疗保险**

**1、参保人员情况**。2020年基本医疗保险参保人数86.88万人，较上年增长5.1万人，增幅6.24%。其中在职62.59万人、退休24.28万人，在职退休比2.58，较去年在职退休比2.46略趋于合理。

|  |
| --- |
| 2020年芜湖市职工基本医疗保险参保人员情况 |
|  |  |  |  |  |  | 单位： | 人 |
| 单位 | 2020年参保人数 | 在职退休比 | 女性人数占比 | 2019年参保人数 | 在职退休比 | 增长值 | 增长率 |
| 芜湖市 | 868753 | 2.58 | 48.75% | 817747 | 2.46 | 51006 | 6.24% |
| 湾沚区 | 50323 | 4.82 | 66.24% | 44666 | 4.3 | 5657 | 12.67% |
| 繁昌区 | 51532 | 2.85 | 42.09% | 46982 | 2.63 | 4550 | 9.68% |
| 南陵县 | 42291 | 2.46 | 56.76% | 38833 | 2.25 | 3458 | 8.90% |
| 无为市 | 66838 | 2.12 | 47.47% | 62386 | 1.96 | 4452 | 7.14% |
| 市本级 | 657769 | 2.51 | 47.55% | 624880 | 2.43 | 32889 | 5.26% |

我市参保人数与上年同期对比均有所增长，增长比例6.24%。其中，市本级同期对比净增人数较多，净增3.29万人；湾沚区同期对比增幅最大，增幅12.67%。

**2、基本医疗保险基金收入情况。**2020年，全市职工基本医疗保险基金当期收入30.19亿元，与上年同期相比增加2.07亿元，增长7.37%。其中：统筹基金收入16.57亿元，与上年同期相比增加1.67亿元，增长11.23%；个人账户收入13.62亿元，与上年同期相比增加0.4亿元，增长3.02%。

**3、基本医疗保险基金支出情况。**2020年，全市职工医疗保险基金当期支出24.66亿元，与上年同期相比增加0.93亿元，增长3.17%。其中：统筹基金支出13.09亿元，与上年同期相比减少1.67亿元，下降7.8%；个人账户支出11.57亿元，与上年同期相比增加2.08亿元，增长21.93%。

**4、基本医疗保险基金结余情况。**2020年，我市职工医疗保险基金总体保持结余。个人帐户基金收入占比仍然较高。受疫情等因素影响，医疗费用较往年增速减少，参保人数增长和缴费基数调整，基金增长平稳，基本医疗保险基金结余支撑能力较好。

|  |
| --- |
| **芜湖市2020年度职工基本医疗保险收支情况表** |
|  |  |  |  |  | 单位：万元、人、月 |
| 项目 | 上年结余 | 本年收入 | 本年支出 | 本年结余 | 累计结余 | 支撑月数 |
| 统筹基金 | 92227.61  | 165660.44  | 130921.64  | 34738.80  | 126966.41  | 11.64 |
| 个人账户基金 | 167517.74  | 136201.49  | 115724.01  | 20477.48  | 187995.22  | 19.49 |
| 基本医疗小计 | 259745.34  | 301861.93  | 246645.65  | 55216.28  | 314961.63  | 15.32 |

**5、参保人员享受待遇情况。**2020年,芜湖市职工医疗保险发生费用30.27亿元。其中普通门诊费用3.33亿元、药店购药4.74亿元、门诊慢性病费用6.32亿元、住院费用15.88亿元。

**（1）普通门诊。**2020年，我市发生普通门诊费用3.33亿元，312万人次，费用较上年基本持平、就诊下降30万人次。个人账户支出2.66亿元。均次门诊费用107元。从就诊医疗机构看，我市职工医保参保人员在三级医疗机构普通门诊就诊意愿明显，发生费用2.23亿元、占比66.99%，二级医疗机构发生费用0.58亿元、占比17.49%，一级及以下医疗机构发生费用0.52亿元、占比15.52%。

**（2）药店购药。**2020年，我市发生普通药店费用4.74亿元，531万人次，个人账户支出4.7亿元。均次购药费用107元。在职人员药店购药费用3.23亿元、退休人员药店购药费用1.47亿元。

**（3）门诊慢性病。**2020年，我市发生门诊慢性病费用6.32亿元，143.54万人次，费用较上年增长0.45亿元、就诊增长23万人次。统筹救助支付4.43亿元，政策范围内报销比例73.31%，较上年度72.88%增长0.5个百分点。从就诊医疗机构看，我市职工医保参保人员门诊慢性病就医主要集中在三级医疗机构，发生费用3.37亿元、占比78.73%，二级医疗机构发生费用0.61亿元、占比14.31%，一级及以下医疗机构发生费用0.3亿元、占比6.96%。

**（4）住院。**2020年，我市发生住院费用15.88亿元，出院人次12.14万，费用较上年略增0.79亿元、出院人次下降1.03万人次，人均住院费用13083.41元/人次，较上年同期增长1618.23元/人次。基金支付4.43亿元，政策范围内报销比例76.47%，较上年度73.13%，增长3.34个百分点。住院费用高度集中在三级医疗机构，发生费用13.48亿元、占比89.28%，二级医疗机构发生费用1.46亿元、占比9.66%，一级及以下医疗机构0.16亿元、占比1.06%。从住院费用支出类别看，住院发生药品费5.79亿元、占比38.36%，诊疗项目费用9.27亿元、占比61.42%，服务设施费用0.03亿元、占比0.21%。

**（二）城乡居民基本医疗保险**

**1、参保人数情况。**2020年，全市城乡居民医疗保险参保人数299.37万人，参保人数较上年减少3.93万人，下降1.29%。

2、**基金收入情况**。2020年，全市城乡居民医疗保险基金收入24.23亿元，同比增长1.85%。居民医保个人缴费收入7.48亿元，同比增长10.65%、财政补贴收入16.28亿元，与去年同期相持平。

**3、基金支出情况**

2020年城乡居民医疗保险基金支出22.88亿元，同比增长2.32%。其中全市城乡居民医疗保险基本医疗待遇支出20.49亿元，与去年同期相持平。（住院支出：17.36亿元，门诊大病支出2.91亿元，门诊统筹支出0.2亿元），城乡居民大病保险支出2.39亿元，由于降低起付线、不设封顶线，进一步调高参保人员大病保险待遇，城乡居民大病保险支出同比增长26.46%。

**4、基金结余情况**。截至2020年年末，全市城乡居民医疗保险累计结余15.09亿元。支撑月数7.91个月，处于合理水平。

**5、参保人员享受待遇情况**

**（1）普通门急诊。**2020年，普通急门诊就诊123.17万人次，发生费用1.14亿元，其中门诊统筹医疗费用0.7亿元、统筹支付0.17亿元，政策内报销比例27%。统筹支付中，三级医疗机构统筹支付14.11万元，占比0.83%，二级医疗机构统筹支付10.02万元，占比0.59%，基层医疗机构统筹支付1667.63万元，占比98.57%。

**（2）门诊大病（慢特病）。**2020年，门诊大病（慢特病）就诊人次174.40万人次，发生费用6.52亿元，其中统筹支付3.64亿元、大病支付0.35亿元，政策内报销比例67.82%。

统筹基金支付中，三级医疗机构统筹支付1.90亿元，占比45.91%，二级医疗机构统筹支付1.74亿元，占比41.96%，基层医疗机构统筹报销0.50亿元，占比12.11%。

**（3）“两病”情况。**2019年11月，我市全面执行“两病”新政。截至2020年12月底，“两病”新政已惠及83527人。其中：高血压患者就诊35.31万人次，发生费用0.70亿元，其中统筹支付0.38万元，政策内报销比例61.51%；糖尿病患者就诊27.95万人次，发生费用0.69亿元，其中统筹支付0.36亿元，政策内报销比例54.42%。

（4）**住院费用情况**。2020年，全市住院就诊人次31.83万人次，发生费用33.01亿元，其中统筹支付17.41亿元、大病支付2.46亿元，政策内报销比例72.86%。统筹报销中，三级医疗机构统筹支付9.88亿元，占比67.29%，二级医疗机构统筹支付3.86亿元，占比26.27%，基层医疗机构统筹报销0.95亿元，占比6.44%。

**二、生育保险**

2020年，我市生育保险参保53.19万人，其中女性20.56万人，享受待遇人数19971人。发生生育费用21069万元，较上年下降7363万元。其中：生育医疗费7536万元、生育津贴13533万元。

**三、医疗救助和医保扶贫**

**（一）推进医疗救助市级统筹。**联合市财政、民政、扶贫等部门印发《芜湖市城乡医疗救助暂行规定》，推进医疗救助市级统筹，提升医疗救助待遇水平，实现“同城同待遇”。

**（二）扎实开展民生工程。**2020年，我市医疗救助资助参保18.6万人，资助参保金额4313.68万元，直接救助人次14万人次，直接救助金额1.22亿元。

**（三）落实贫困人口待遇。**我市稳慎落实贫困人口综合医保待遇。2020年，享受“351”累积兜底7581人次，兜底资金累计支付523.71万元。享受“180”慢性病门诊补充医疗保障待遇19.64万人次，“180”补充保障资金支付1042.14万元。

**四、药品采购**

**（一）严格执行国家三批集采药品中标结果。**全面完成国家第一批集采药品约定采购量，第二批国家集采32个品种我市共39个品规有约定采购量，已完成25个品规，完成率达64.1%。第三批中选药品于去年底落地。经测算，2020年我市完成国家三批集采药品采购金额5411.26万元，年度节约采购费用约 4958.72万元。

**（二）持续推进“17+13+X”抗癌药政策落实。**按照“五确保，两考核”要求，13个省谈判品种按期约定采购量；17个国家医保谈判品种中，5个品规有约定采购量，均已完成约定采购量。2020年我市17种抗癌药累计采购2696.36万元；13种抗癌药省谈品种累计采购787.97万元。

**（三）全面保障省谈高值医用耗材政策落地。**及时出台《芜湖市关于执行省高值医用耗材集中带量采购结果有关事项的通知》，要求从7月1日起各公立医疗机构在用中选产品按照中选采购价格实行“零差率”销售；采购使用中选产品，严禁二次议价，不收取增值服务费。2020年7-12月，骨科植入（脊柱）类医用高值耗材采购金额485.62万元，可节约费用556.48万元；眼科（晶状体）类高值医用耗材采购金额16.55万元，可节约费用4.27万元。

**（四）落实短缺药品保供稳价。**我市在全省率先开展了以保供稳价为目的的短缺药品带量采购工作，通过公开招标确定短缺药品配送企业，44个短缺药品按照2019年全市公立医疗机构采购需求量和目前市场价格计算，总体降幅约为20.68%，预计可节约资金168.9万元，其中，单品种降幅最大的为61%。

**（五）推进急抢救药政策落实。**严格落实我市急抢救药保供稳价的带量采购结果，做好对全市公立医疗机构的采购、配送、回款情况的跟踪监测。2020年，全市完成30种急抢救药采购金额638.13万元，共节约资金121.76万元。

**（六）推动谈判药“双通道”工作。**按照国家、省最新谈判结果及时更新谈判协议药房药品目录，目前纳入目录的药品达108种。2家谈判协议药房共服务购买谈判药（抗癌药）患者405人次，通过药房销售谈判药（抗癌药）343.1万元。今年9月，市医保局印发《关于开通城乡居民医保抗癌谈判药医保协议药店有关事项的通知》，为城乡居保患者开通了定点药房购买抗癌药的渠道，切实保障各类患者同病同待遇。

**五、医保支付改革**

**（一）深化医保支付方式改革。**5月1日起，确定市职工医保19个病种日间手术实行按病种定额结算；深化总额控制下的住院费用按病种分值付费改革，2020年9月出台《芜湖市基本医疗保险住院费用按病种分值付费管理办法（试行）》，2021年起在全市城镇职工和城乡居民实行住院费用按病种分值付费；开展基层医疗机构适宜日间病床收治病种医保结算试点建设。

**（二）优化门诊慢性病政策。**一是提高职工医疗保险门诊慢性病血友病支付限额，由3500元/年调整为15000元/年，同时调整为按第I、II、III类门诊慢性病政策执行。二是增加职工医保门诊慢性病病种。全年共增加门诊慢性病病种12种，实现城镇职工、城乡居民门诊慢性病病种数量一致。

**六、异地就医**

2020年，我市职工医保异地就医登记备案41090人，异地就医13909人。其中普通门诊费用799.48万元，就诊4800人次；门诊慢性费用4713.93万元，就诊9174人次，政策范围内报销比例72.83%；发生住院费用36265.83万元，出院16287人次，次均住院费用22266元/人次，政策范围内报销比例73.84%。

2020年，城乡居民医保异地就医登记备案人数13164人，异地就医27897人。其中普通门诊费用55.78万元，就诊1847人次；门诊慢性费用1106.34万元，就诊2783人次，政策范围内报销比例70.13%；发生住院费用9.17亿元，出院42279人次，次均住院费用21687.34元/人次，政策范围内报销比例64.67%。

**七、医疗保障基金监管**

**（一）保持打击欺诈骗保高压态势。**2020年，全市开展重点打击欺诈骗保专项治理活动，检查定点医药机构1067家（其中有住院资质的医疗机构145家），医保经办机构13家、医共体账户7家，拒付及追回违规医保基金9083.12万元，追缴违规基金占医保基金总额比重达6.09%。接受实名举报查实线索2条，同时对举报人兑现了举报奖励。

**（二）推进医保智能监控系统。**2020年7月，我市医保智能监控系统正式上线运行，实现医保与医药机构线上全流程审核反馈和沟通。今年以来系统调用规则561.74万次，触发违规提醒36.06万次，涉及金额505.94万元。通过智能审核系统，筛查出涉及异常违规数为27.4万条，其中一类违规数据15.55万条，二类违规10.36万条，可疑数据1.49万条。