

# 医保数据发布简明工作手册

国家医疗保障局医药管理司组织编写

2025年4月

# 引言

组建医保数据工作组，定期向定点医药机构“亮家底”是国家医保局提出的一项创新工作。2024年7月，国家医保局印发《关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》中，明确数据工作组作为推进支付方式改革的五大配套机制之一，各级医保部门高度重视、迅速响应，于2024年底各统筹地区全部建立了数据工作组，并按照《建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》要求，于2025年3月底前均完成了首次数据发布活动，取得良好的社会效果。

我国基本医保制度建立之初，《社会保险法》和有关政策文件要求向社会公开基金情况，当时各地公开的指标和数据为宏观层面的基金总体收支数据。国家医保局成立后，随着医保支付方式改革、药品目录动态调整、基金监管等重点工作开展，医保领域的改革不断深化，反映改革成效和问题的指标和数据越来越细化，如医保基金总额预算、不同临床学科和疾病病种的费用情况、药品追溯码信息等，指标和数据逐渐走向中观、微观层面，如果数据公开仅停留在宏观层面，无法满足定点医药机构对医保数据的多样性需求，也不适应医保部门精细化管理的需要。

当今社会已经进入大数据和人工智能时代，数据正在深刻改变我们的工作和生活方式，也必将影响医保服务和管理方式。医保系统拥有海量医保、医疗数据，承载着13亿多参保人的健康密码，蕴藏着优化医疗资源配置、提升基金使

用效能，构建精准保障体系的关键密钥。组建医保数据工作组，开展数据发布的目的，正是让这些海量数据“开口说话”，更好促进三医协同发展和治理。

建立数据工作组，定向发布医保数据至少有三个方面的益处。一是有利于提高医保现代化治理水平。依托数据工作组开展医保基金运行分析，支付方式改革成效监测，有效提供决策支持，提高医保基金使用效率。二是有利于赋能医药机构高质量发展。公布医疗机构次均费用、人头人次比、按病种付费结算情况等，实现纵向和横向比较，便于医院管理者及时掌握运行情况，支持医疗机构做好成本控制、优化诊疗路径、提升医疗质量和水平，助力医疗机构从过去的“经验决策”向“数据决策”跨越，实现医药机构高质量发展。三是有利于提高人民群众对医保改革的获得感和认同感。通过“晒数据”促进医疗服务行为更加规范，降低了不必要医疗费用开支，以更具购买力的医保基金获得更优质高效的医疗服务，最终让群众获益。

作为一项创新工作，各地在具体实践中难免担心对政策理解不到位，对如何常态化做好数据发布还存在困惑，希望尽快得到具体实践指引。为此，我们编写了简明工作手册，以期更好指导地方开展工作。因为准备时间较短，数据工作组本身还在完善过程中，手册中难免有疏漏，望多提意见，批评指正。

国家医疗保障局医药服务管理司

2025年4月

# 目 录

一、总则	1
二、组织架构	3
三、工作职责	4
四、数据发布形式	5
五、数据发布内容	6
(一) 月推送	6
(二) 季发布	11
(三) 专题分析	12
六、数据发布组织流程	13
(一) 发布筹备	15
(二) 数据采集	15
(三) 数据分析	15
(四) 形成报告	17
(五) 工作组审议	17
(六) 数据发布	18
(七) 结果应用	18
(八) 监测与反馈	18
七、2025 年数据发布工作重点	19
八、工作要求	21
附录 1 数据工作组相关政策文件	23
附录 2 数据工作组分析提纲 (参考版)	31
附录 3 某市 2025 年第一季度发布分析报告形成示例	36
附录 4 数据工作组调查问卷	42



# 医保数据发布简明工作手册

## 一、总则

### (一) 工作目标

通过建立医保数据工作组，常态化开展医保数据发布，向定点医药机构发布医保基金运行、支付方式改革、医疗机构运行等情况，使定点医药机构及时了解当前医保基金管理、医保改革政策，通过数据共享与治理，打破信息壁垒，优化资源配置，加强医保基金监管和风险控制，提升基金使用效率，推动三医协同发展和治理。

2025 年实现医保数据工作组全面建立，数据发布活动全面覆盖，数据底稿指标和分析方法不断完善，通过定期向定点医药机构亮家底、评两定机构绩效、稳定医疗机构预期，实现医保数据工作组从无到有、从探索到实践、从数据发布到数据赋能转变。“十五五”期间，围绕“四个一”，即“一套方案、一本指引、一个品牌、一支队伍”，使医保数据发布成为促进医保改革提质增效的重要机制。“一套方案”强化医保数据工作组机制建设，提高标准化、规范化水平，形成一套科学合理的数据发布方案；“一本指引”丰富数据指标，拓展应用场景，开展以病种为切入点的专项分析，形成一本病种分析指引；“一个品牌”创新发布形式，各统筹地区数据工作组常态发布与面对面沟通相结合，形成医保数据分析和发布品牌；“一支队伍”加强医保数据开发与应用能力建设，培养一

支医保数据分析队伍。

## （二）政策依据

《社会保险法》《数据安全法》《政府信息公开条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》等法律法规，以及《中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快公共数据资源开发利用的意见》《关于加强数据资产管理的指导意见》《关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》《关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》等政策文件。

## （三）发布原则

1.坚持以人民为中心。数据发布要以增进参保群众健康福祉为根本出发点和落脚点。确保数据的发布、使用和共享能够促进医药机构提高服务质量、降低成本、改善患者就医体验。同时，提高医保基金使用效率，提升医保现代化治理水平，发挥医保社会稳定器、压舱石作用。

2.坚持公开透明。医保数据发布要以公开促公正，以公开促公平。提升定点医药机构数据发布的参与度，提高数据采集、分析、发布的透明度，提升相关利益群体对医保数据的信任度，以适度公开提升医保改革公信力，凝聚更多改革共识。

3.坚持实事求是。医保数据发布要服务大局，紧紧围绕医保改革重点工作，聚焦“钱、效、错”，全面客观反映工作实效和存在问题，实事求是、不搞形式主义。压实各级医保部门责任，落实工作组职责，提高工作效能。

## 二、组织架构

数据发布工作涉及医保领域多项改革任务，既要加强与财政、卫生健康、民政、商保等部门的协调沟通，也要充分吸纳定点医药机构代表参与，更要加强医保部门内部分工协作。

### （一）人员组成

医保数据工作组由统筹地区医保部门牵头组建，工作组成员主要来自统筹地区医保部门医药管理、规划财务、医保经办、数据管理等相关人员以及定点医药机构代表等。第三方运维单位人员等不作为数据工作组成员。

### （二）基本框架

工作组组长（1人）：医保部门主要负责同志

工作组副组长（2-3人）：医保部门分管负责同志1人，定点医疗机构负责同志1-2人

工作组成员（不少于12人）：医药管理、规划财务、医保经办、数据管理相关工作人员，以及定点医疗机构代表（不少于8人）

各地可根据实际调整完善基本框架。

### （三）定点医疗机构代表的产生及分工

定点医疗机构代表由医疗机构推荐，主要为医疗机构院领导、医保、财务等业务处室负责人。原则上每家定点医疗机构可推荐2人，加入统筹地区数据工作组成员库。每年年初，医保部门从成员库中随机抽取定点医疗机构代表进入工作组。抽取的代表需覆盖不同级别、不同类型的医疗机构，

人数不少于 8 人，其中基层医疗机构代表应不少于四分之一。原则上，数据工作组成员中的定点医疗机构人员每年轮换一次。

数据工作组定点医疗机构代表负责收集和反映定点医药机构数据需求、数据发布分析报告审议、开展专题分析以及数据发布后定点医药机构反馈情况的调研等工作。

#### （四）医保部门内部分工

医药管理部门负责数据发布的综合协调，分析研判支付方式改革工作。规划财务部门会同医保经办部门负责按月提供和分析基金运行、滚动结余测算等数据。医保经办部门负责提供结算清算、即时结算、支付方式改革以及定点医药机构协议履行等数据及情况。数据管理部门负责数据提取、测算，支持数据分析结果的产出，并提供药品追溯码管理情况等。基金监管部门负责提供监管线索、追回医保基金以及行政处罚等情况。

### 三、工作职责

统筹地区医保数据工作组职责包括向省级医保部门报送数据发布计划、发布情况总结，按月开展医保数据的提取分析、分析报告审核、定期开展数据发布等。

具体包括：

（一）每年 12 月底前，确定下一年度数据发布计划，报送省级医保部门。

（二）常态化开展数据发布，按月开展数据提取、分析、形成分析报告等（条件不具备的可以按季度开展）。

（三）广泛收集定点医药机构对于数据分析、基金结算、支付方式改革、基金监管等方面的意见建议，更好完善数据发布内容，促进数据赋能。

（四）鼓励有条件的地区，利用信息化、人工智能等手段实现数据自动抓取、分析、推送，提高数据发布效能。

（五）其他。根据当地医保部门要求以及定点医药机构的数据需求等，开展其他相关工作。

#### **四、数据发布形式**

##### **（一）发布对象**

数据发布对象主要为本统筹地区定点医疗机构，有条件的地区也可包括定点零售药店。

面对面发布活动中数据发布对象为本统筹地区定点医疗机构院领导、医保办负责同志，相关定点零售药店代表，视情况邀请当地党委、政府有关负责同志、人大代表、政协委员，纪委监委、财政、卫生健康、市场监管等相关部门及商保公司、医药企业代表参加。其中，应保证一定比例的基层医疗机构代表参与，用两年左右的时间实现定点医疗机构（可不含村卫生室）全覆盖。

##### **（二）发布形式**

数据发布组织形式主要包括面对面发布和定向推送材料两种形式。各地可结合当期的发布实际和工作需要选择发布形式。

面对面发布可通过线上或线下召开发布活动、座谈交流等方式开展。每个季度要开展1次面对面发布（可线上线下

相结合，一年内至少开展 2 次线下面对面发布），其他月份发布可选择定向发送材料等形式。线下面对面发布活动流程参见“六、数据发布组织流程”。

定向推送材料包括医保信息平台推送、发送电子邮件等方式。鼓励各统筹地区运用大数据模型、人工智能等技术，自动生成分析报告，定期向定点医药机构推送。

### （三）发布频次

数据公布的周期一般是按月，条件尚不具备的可按季度发布。一年内至少开展 2 次线下面对面数据发布活动，每年第 1 季度和年度清算完成后 1 个月左右两个时间节点以线下面对面发布为主。

## 五、数据发布内容

数据发布内容以底稿数据为基础，按“月推送、季发布、专题分析”等形式进行数据分析和发布。

### （一）月推送

#### 1.底稿指标

月推送的内容应包括数据底稿指标，对月度基金运行、支付方式改革运行、医疗服务情况等进行简要分析。

2025 年 3 月版数据底稿中共 8 类 47 项指标，包括基金运行、支付方式改革运行和医疗机构服务情况 3 个维度。其中，基金运行涉及底稿指标序号 1-27 和 46-47 共 29 个指标。支付方式改革运行涉及底稿指标序号 28-35 共 8 个指标。医疗机构服务情况涉及底稿指标序号 36-45 共 10 个指标。

医保数据工作组数据底稿 (2025 年 3 月版)

序号	项目	指标	建议公开频次	数据来源	公式	口径	备注
1	基金收入	收入合计	月	医 保 基金 基 金 报 表	职工医保基金收入+居民医保基金收入	累计	
2		(一) 职工医保统筹基金收入	月		征缴收入+其他收入	累计	
3		1.征缴收入	月		-	累计	含个人账户。
4		2.其他收入	月		-	累计	包含滞纳金、利息、转移收入等。
5		(二) 居民医保基金收入	月		个人缴费+财政补助+其他收入	累计	居民医保按年缴，报表月度收入实际上为全年收入，发布时需做好备注，避免误解。
6		1.个人缴费	月		-	累计	
7		2.财政补助和其他收入	月		中央财政+省级财政+市县级财政+其他收入	累计	其他收入包含滞纳金、利息、转移收入等。
8	基金支出	支出合计	月	医 保 基金 基 金 报 表	职工医保基金支出+居民医保基金支出	累计	
9		(一) 职工医保基金支出	月		-	累计	含个人账户。
10		其中：统筹基金支出	月		-	累计	本地就医。
11		其中： 住院统筹基金支出	月	统 筹 区 算 地 结 算 数 据	-	累计	所有住院类型，不含异地就医。
12		(二) 居民医保基金支出	月	医 保 基金 基 金 报 表	-	累计	
13		其中：住院统筹基金支出	月	统 筹 区 算 地 结 算 数 据	-	累计	所有住院类型，不含异地就医。
14		(三) 医保基金支付率*	半年/年		实际支付医疗机构金额/应付金额×100%	累计	医保基金实际支付金额与医疗机构申报医保结算金额的比（扣除违规），仅本地就医。

序号	项目	指标	建议公开频次	数据来源	公式	口径	备注
15	基金结余	结余合计	月	医 保 基金 基 金 报 表	职工医保统筹基金当期结余+居民医保当期结余	当期	
16		(一) 职工医保	月		-	-	
17		统筹基金当期结余	月		-	当期	
18		统筹基金累计结余	年		-	累计	
19		(二) 居民医保	月		-	-	
20		当期结余	月		-	当期	
21		累计结余	年		-	累计	
22	城乡医疗救助	基金收入	季度	医 保 基金 基 金 报 表	-	累计	职工和居民合并计算。
23		医疗救助支出(不含资助参保)	季度		-	累计	职工和居民合并计算。
24	下一年度统筹地区医保总额	住院统筹基金总额	年	统 筹 地 区 算 据	-	当期	职工和居民预算合并。
25		门诊统筹基金总额	年		-	当期	职工和居民预算合并。
26		DRG/DIP 付费统筹基金总额	年		-	当期	职工和居民预算合并。
27		其他	年		-	当期	职工和居民预算合并。
28	DRG/DIP 支付方式	医保结算清单上传率*	月	医 保 信 息 平 台	上传医保结算清单病例数/全部医疗机构总住院病例数	当期	全部医疗机构。
29		医保结算清单质控通过率*	月		结算清单质控通过病例数/已上传结算清单病例数	当期	全部医疗机构。
30	DRG/DIP 支付方式	DRG/DIP 结算人次占比*	月	统 筹 地 区 算 据 / 医 保 信 息 平 台	开展 DRG/DIP 付费的医疗机构按 DRG/DIP 结算的病例数/医疗机构所有出院病例数×100%	当期	开展 DRG/DIP 付费的医疗机构。
31		其中：按 DRG/DIP 付费标准结算人次占比*	月		开展 DRG/DIP 付费的医疗机构按 DRG/DIP 付费标准结算的病例数/	当期	开展 DRG/DIP 付费的医疗机构。

序号	项目	指标	建议公开频次	数据来源	公式	口径	备注
					医疗机构 DRG/DIP 入组病例数×100%		
32		DRG/DIP 病例中据实结算人次占比*	月		开展 DRG/DIP 付费医疗机构按项目结算的病例数/医疗机构 DRG/DIP 入组病例数×100%	当期	完全按照按项目报销费用据实结算的人次（包括特例单议，除外等）。
33		特例单议申请病例数量*	半年		DRG/DIP 付费范围中已申请特例单议病例数量	当期	开展 DRG/DIP 付费的医疗机构。
34		其中：审核通过病例数量*	半年		申请特例单议审核通过的病例数量	当期	开展 DRG/DIP 付费的医疗机构。
35		特例单议病例数占出院病例数的比例	半年		特例单议审核通过病例数 / 全部 DRG/DIP 医疗机构总住院病例数	当期	开展 DRG/DIP 付费的医疗机构。
36	医疗机构服务情况	住院总费用*	月	统筹区 地 结 算 数 据	当期住院类医疗费用的合计	当期	本地医疗机构发生的所有住院类型情况。下一步异地就医随着支付改革纳入就医地管理再统计。
37		次均住院费用*	月		住院类医疗费用的合计/当期住院结算人次合计	当期	住院类，不含异地就医。
38		门诊人次*	月		当期门诊类结算人次合计	当期	门诊类，不含异地就医。
39		出院人次*	月		当期住院类结算人次合计	当期	住院类，不含异地就医。
40		门诊住院人次比*	月		门诊人次/出院人次	当期	指标值越小，提示门诊收住院率越高。
41		出院人次增长率*	月		$[(\text{当期住院类结算人次}/\text{上期住院类结算人次}) - 1] \times 100\%$	当期	
42		住院率	半年		当期出院人次/当期参保人数平均数	当期	出院人次包括本地参保在本地、异地医疗机构住院人次。
43		时间消耗指数*	月		$\text{时间消耗指数} = \sum (\text{医院各病种平均住院日比} * \text{医院各病种病例数}) / \text{医院}$	当期	治疗同类疾病所花费的时间。体现同类疾病治疗时间效率，时间

序号	项目	指标	建议公开频次	数据来源	公式	口径	备注
					总入组病例数； 医院各病种平均住院日比=医院各病种平均住院日/区域各病种平均住院日		消耗指数数值越小，治疗的时间效率越高。
44		费用消耗指数*	月		费用消耗指数= $\sum$ （医院各病种费用比×医院各病种病例数）/医院总入组病例数； 医院各病种费用比=医院各病种平均费用/区域各病种平均费用	当期	治疗同类疾病所花费的费用。体现同类疾病治疗资源消耗，费用消耗指数数值越小，治疗的资源（费用）消耗越低（少）。
45		医保外费用占比*	月		当期结算住院及门诊医保目录外费用/医疗总费用	当期	参保人在就医时，使用医保目录外的药品、耗材和医疗服务项目所产生的费用占参保人医疗总费用的比例。
46	基金支撑能力	千人口定点医疗机构床位数	年度	医保信息平台	定点医疗机构床位数×1000/当月末参保人数固化值	当期	
47		千人口定点零售药店数	年度	医保信息平台	定点药店数×1000/当月末的参保人数固化值	当期	该指标未将药店规模等因素考虑在内。

备注：

（1）带“\*”的指标既要公布统筹地区整体情况，还要公布各家医疗机构情况。由于时间消耗指数、费用消耗指数统筹地区为1，所以两项指标仅公布各医疗机构的情况。

（2）分析具体医院单个指标时，要注意考虑医院的规模、类型、结算量等特性。如分析单个医院出院人次增长率等指标时，医院历史结算量过小会导致分析偏差，可考虑采用计算混合增长率（增长率×权重）等方法减少偏差。

（3）有条件的地方可测算基本医保可承担的千人床位数。

## 2.其他指标

为全面反映地方医保改革成效，各地在底稿指标基础上可以结合各地实际增加分析指标。建议将以下指标等加入发布范围。

- (1) 职工/居民人均医保基金收入；
- (2) 职工/居民人均医保基金支出；
- (3) 人均期望寿命；
- (4) 婴儿死亡率；
- (5) 孕产妇死亡率；
- (6) 完成集采中选产品约定采购量情况；

该指标=采购周期内集采中选产品实际采购量/集采中选产品约定采购量×100%

- (7) 中选产品占同品种药品或医用耗材使用比例；

该指标=中选产品使用量/同品种药品或医用耗材使用总量×100%

- (8) 定点药店医保药品量价比较指数。

量价比较指数= $\sum$ （医保药品价格指数×医保药品当期结算最小零售包装数量）÷ $\sum$ 医保药品当期结算最小零售包装数量

## （二）季发布

季发布的内容应包括数据底稿指标、其他指标以及详细的分析报告等，详细分析报告可聚焦以下四方面（可参见附录2和3）。

**1.“钱”，即基金运行情况。**具体内容要着眼当前和未来一段时期医保基金面临的形势和要求，发布基金收入各渠道资金到位率，分析支出结构，全面总结本地区基金运行特点，

分析医保基金安全与医疗机构发展之间的关系。基金滚动结余情况，提前预警本统筹区内基金运行趋势。

**2.“效”，即改革成效和基金使用效率。**一方面要深入剖析支付方式改革等运行的情况及其成效，以数据横向纵向比较说明医保支付对“医保患”三方的积极影响；另一方面也要关注医保基金使用效率相关指标的变化。

**3.“错”，即存在的不足和异常情况。**强化重点指标监测分析，对基金使用效率不高、医疗服务行为不规范、增加参保群众就医负担等异常行为点名提醒，提升定点医疗机构的主动规范诊疗行为意识。通报基金监管疑似违规线索，研判可能存在问题。

**4.下一步工作安排。**通报对线索问题的核查要求、医保工作改革新动向、数据发布活动后续安排等。

### （三）专题分析

专题分析包括基金运行情况、典型病种分析、基金监管中的案例分析警示等内容，可纳入月推送或者季发布。

以病种分析为例，统筹地区可结合实际，从诊断大类中选择结算量大、结算金额大、发病率高，或入组结算问题比较突出的病种进行专题分析。专题分析时，按 DRG 付费的地市可以选择 3 个左右 ADRG 进行分析，逐步实现 26 个 MDC 全覆盖；按 DIP 付费的地市可以选择 3 个左右的类目或亚目进行分析，逐步实现病种库涉及的 ICD-10 中的 20 个章全覆盖。

病种分析要注重年度间或医疗机构间比较，可重点分析统筹地区具体病种的结算量、总额、次均费用、费用构成以

及年度间变化情况。通过分析，向医疗机构提供该病种的资源消耗中位数、标杆值、前十位、后十位等排名信息；ADRG下的细分组入组数量、结构、费用变化，ICD-10疾病诊断医保2.0版诊断类目下的诊断亚目病种结构变化或诊断亚目下的DIP病种结构变化等情况。分析后发现数据波动异常的，可以适当方式与定点医疗机构沟通核实，或要求对应定点医疗机构提交分析报告。

## **六、数据发布组织流程**

数据发布形式由各地根据实际采用多种形式，其中面对面发布活动的组织流程参考详见图1，推送材料的数据发布形式可根据地方情况组织开展。

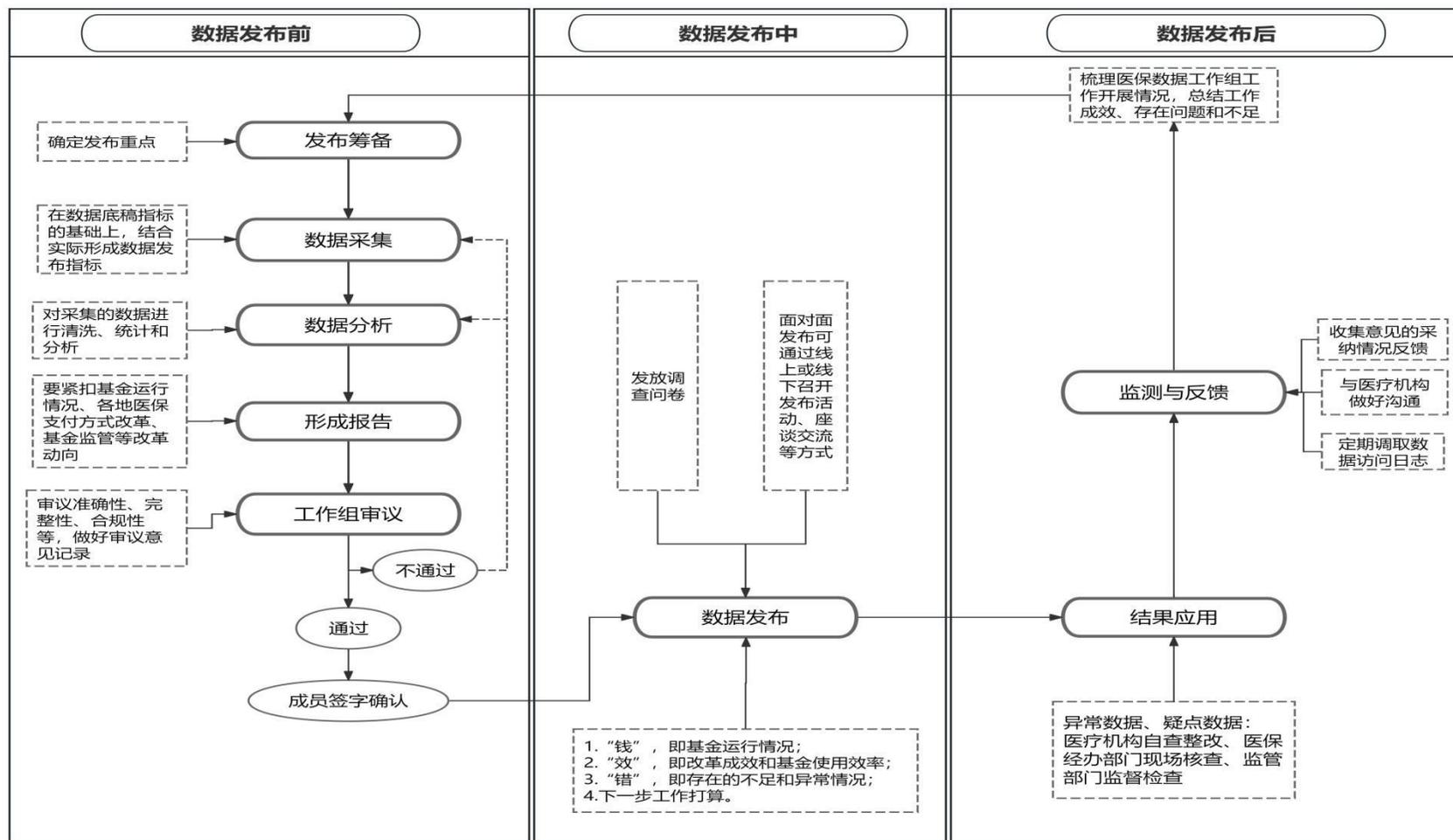


图 1 面对面数据发布组织流程图

### （一）发布筹备

在与定点医药机构座谈、开展调研、意见收集等基础上，研究确定数据分析和发布的重点，明确筹备人员分工。筹备人员可分为综合协调、数据提取和分析、材料准备、活动组织等小组。

### （二）数据采集

在数据底稿指标的基础上，结合实际形成数据发布指标，底稿指标的数据采集可从三个维度来看具体采集的来源：基金运行方面，国家医保局数据底稿 47 项指标中，基金运行与指标 1-10、指标 12、指标 15-23 通过国家医疗保障信息平台基金运行子系统下基金报表管理中的基金报表进行采集，根据公开口径选择对应的月、季度或者年度报表。指标 11、13、14 和指标 24-27 可根据统筹地区结算数据以及预算进行采集。

支付方式改革运行方面，指标 28-35、指标 43-44 可通过国家医疗保障信息平台基础业务子系统、支付方式管理子系统进行采集。

医疗机构情况方面，指标 36-42 以及指标 45，考虑到此部分指标的统计要基于数据中台，而数据中台为地方单独建设部分，可根据医保信息平台生成的统筹地区结算数据进行采集。

### （三）数据分析

在数据分析时，可运用趋势分析、排序与分布、逻辑验证等分析发现运行情况和问题：

1.趋势分析。追踪数据随时间变化趋势，例如，绘制基金收入、支出时间序列图，观察是否有上升、下降或周期性波动，以及收入增幅与支出增幅间关系。

2.排序与分布。对数据进行简单排序，观察最大值、最小值及集中区间。例如，对各定点医疗机构某病种次均费用情况进行排名，对于同级别医院费用情况进行排名，可以提示是否有治疗不足或成本管控不到位的情况发生。

3.跟踪核心指标。对于关键指标在不同时间维度、空间维度中持续监控。例如，将一年内几人组团反复多次住院对象作为跟踪核心指标，可以发现哪些医院“喜欢”收治组团式住院病人。

4.逻辑验证。检查数据是否符合运行或生活常识。例如，某参保人在某医药机构就医购药后，几分钟后又在相距几千公里以外的其他医药机构就医购药。

5.结构分析。观察数据各部分在整体中的比例关系，例如同一种病种内，有无合并症或操作复杂程度不同病种病例数据占总量的百分比变化情况，可发现结构是否失衡或存在异常分布，提示可能存在高套病组的情况发生。

6.比较分析。对比不同数据集（如不同时间段、区域、类别）的差异。例如，某地区住院率高于其他同类地区，提示该区域定点医疗机构可能存在分解住院的情况发生。门诊住院比过低，提示“拉人头”住院的可能性。

7.分层与归类。将数据按特定标准分层（如ABC分类、二八法则），识别关键影响因素。例如，将医疗费用按照金

额分层，发现高费用段占比是否合理。

以上方法与医保业务场景结合，通过多角度交叉验证，从数据表面现象逐步深入，揭示潜在规律或问题根源。

完成相关指标分析之后要进行分析结果复核。复核内容包括不同指标的数据来源和口径不一致、数据间逻辑错误（其中项大于加和项）、对数据指标含义理解错误、数据结果错误或无法支撑结论（如医保结算清单质控通过率超100%、医保外费用占比为负或超100%等）等。此外也有一些医疗机构特殊情况，如新建院区往往会出现住院支出上涨幅度较大，或者一些专科医院，如口腔、非公立妇产医院等自付率往往较高，对于上述情况应充分考虑，适当排除影响。

#### （四）形成报告

基于以上所阐述的数据发布内容和分析方法，结合日常管理，形成数据发布分析报告。分析报告要紧扣基金运行情况、各地医保支付方式改革、基金监管等改革动向，让各方清晰了解医保改革的动态进程与成果。此外，报告中还应对数据审核和基金监管发现的线索问题进行集中通报。

#### （五）工作组审议

数据定向发布报告等资料要在发布前经数据工作组成员审议。审议主要包括：准确性，交叉核对关键指标；完整性，是否有重要内容、字段缺失；合规性，是否有数据未完成脱敏等不合规情形。要做好成员审议意见记录，经成员签字确认。

## （六）数据发布

发布活动环节可分为整体基金运行情况及工作重点介绍、数据通报、答疑交流、医药机构分享、总结点评等议程。为了解统筹地区医保部门工作开展情况，医保部门需要在数据发布活动现场发放调查问卷，并由省级医保部门对问卷进行收集、分析。

## （七）结果应用

医保部门加强对数据结果的分析和应用，将部分指标纳入常规监测，探索与医保定点管理、医保支付、协议管理结果等关联；敦促数据发布中存在异常数据、疑点数据的医疗机构做好自查分析和问题整改。对于分析发现疑点问题需要现场核查，属于协议管理范围的，可由医保经办部门进行现场核查；涉及欺诈骗保的，可由基金监管部门进行现场核查。省级医保部门通过问卷调查等形式发现统筹地区医保部门是否存在拖欠医疗机构资金等问题，要及时排查并予以妥善解决。

## （八）监测与反馈

统筹地区医保部门要定期开展监测评估，跟踪数据支撑医疗机构提升管理决策、优化服务流程等情况，推动医保数据发布工作不断优化升级。采用线上发布的要关注医疗机构关注度、访问量，定期调取数据访问日志，并防范数据安全风险。定点医疗机构对发布数据有异议的，要及时做好沟通交流及处理。原则上，下期发布时要做好上期收集意见的采纳情况反馈。年度末要全面梳理医保数据发布工作开展情况，

总结工作成效、存在问题和不足，研究下一年度重点工作。

省级医保部门通过调查问卷分析、定期汇总统筹地区数据发布情况、组织定点医药机构座谈等方式，及时发现各统筹地区在数据发布过程中存在的成效和不足，并定期汇总各统筹地区医保数据工作组工作开展情况，向国家医保局医药管理司进行报送。

国家医保局指导各级医保部门不断优化医保数据定向发布工作；建立意见收集机制，指导地方医保部门畅通邮箱、电话等意见收集渠道，广泛收集意见并做好反馈。

医疗机构要高度重视数据发布工作。地方医保部门积极邀请医疗机构主要负责同志参加面对面发布活动，主要负责同志无法参加的，参加人员要及时向主要负责同志做好情况汇报。鼓励医疗机构充分运用发布数据内容，提升内部管理水平。

## **七、2025 年数据发布工作重点**

**（一）完善医保数据工作组组织，开展首次数据发布工作（2025 年 1-3 月）**

国家医疗保障局印发数据工作组有关政策文件，发布数据指标底稿，指导各地医保部门建立数据发布机制，开展首次数据发布活动。

**（二）完善工作机制（2025 年 4-5 月）**

国家医保局医药管理司总结各地数据发布阶段性工作，明确下一步工作要求，重点从健全工作机制、丰富数据发布形式、完善数据指标等方面，加强对各地数据常态化发布工

作指导。省级医保部门组织各统筹地区医保部门制定到 2025 年底前的数据发布计划，确定月度推送、季度发布形式，以及专题分析的病种。专题病种分析可由数据工作组中定点医疗机构成员单位牵头负责，在年度发布计划中明确牵头承办机构和病种选题。

### （三）围绕清算开展面对面数据发布（清算完成后的 1 个月内）

各统筹地区完成 2024 年清算工作后的 1 个月内，重点围绕清算情况等开展面对面数据发布工作。省级医保部门要做好发布活动指导并派员参加一定数量的统筹地区数据发布工作。国家医保局按照局内相关单位“包片分工”派员参加，从发布内容的完整性、针对性、分析深度等方面对发布活动进行点评。

### （四）做好常态化发布（2025 年 7 月开始，持续推进）

各统筹地区按照年度发布计划，常态化开展数据发布工作。可探索依托全国统一的医保信息系统，丰富功能设置，完善基金运行情况、分项支出、医疗机构费用分布等指标自动化、信息化抓取、分析、推送。国家医保局和省级医保部门做好地方数据发布情况监测调度和工作指导。

### （五）开展工作总结（2025 年 12 月）

2025 年底前，各级医保部门全面梳理医保数据工作组工作开展情况，总结工作成效、存在问题和不足，研究下一年度重点工作。省级医保部门进行汇总，并向国家医保局医药管理司进行报送。

## 八、工作要求

### （一）强化组织保障

各地医保部门要提高政治站位，加强对数据发布工作的重视和组织领导，做好人员安排及分工，强化部门协同和工作联动，提高数据发布工作质效。国家医保局将按照“包片分工”的安排，派员参加部分统筹地区的发布活动，对发布工作进行点评。对于数据发布成效显著、按病种专题分析工作突出的，可牵头制定《专题分析指引》，供各地参考。对于数据发布效果欠佳、医疗机构知晓度低的，省级医保部门要派员指导。将数据工作组建设及数据发布情况纳入医保相关考核因素。

### （二）加强信息化应用和成果转化

各地医保部门可探索将数据底稿指标嵌入信息系统，实现数据的自动抓取。同时，积极引入大数据模型、人工智能等信息化技术，探索自动生成分析报告，为医保各项改革提供决策支持。要加强对数据发布结果应用，对数据反映改革效果好的，要深挖细琢，总结经验做法；对数据反映存在的问题，要提醒到位，加强追踪，及时跟进解决，正向引导定点医药机构行为。鼓励根据定点医疗机构需求提供定制化的数据分析服务。

### （三）做好宣传引导

各地医保部门应对数据发布活动做好宣传引导，对数据发布内容做好解释说明，促使定点医药机构理解医保政策，引导合理预期。鼓励开展面对面数据发布时积极引入媒体，

营造支持改革的良好舆论环境。由于医保基金相关数据社会关注度高，影响力大，数据定向发布后要做好舆情监测，防范可能发生的舆情风险。

#### （四）强化纪律要求

规范数据发布活动，保障数据安全，做好宣传活动的同时要做好数据知悉范围管理。对统筹地区内部定点医药机构掌握的数据，不得以任何名义任何形式对本统筹地区以外的定点医疗机构传播。数据工作组成员应严格遵守中央八项规定实施细则精神，遵守廉洁自律底线，不得利用工作之便谋取私利，假借数据工作组名义以权寻租、利益输送等。一旦发现，医保部门立即解除对应人员该任期内的工作组任职。

## 附录 1

# 国家医疗保障局办公室关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为进一步提升医保工作透明度，发挥医保数据赋能医疗机构发展的作用，确保各统筹地区医保数据工作组全面覆盖，定期向定点医药机构亮医保基金家底、评两定机构绩效、稳定医疗机构预期，促进共享共治。现就做好相关工作通知如下：

### 一、高度重视医保数据赋能医疗机构工作

医保数据工作组是促进医疗、医保、医药协同发展和治理的重要举措，是加强医保部门与定点医疗机构、定点零售药店信息互通、改革协同的重要抓手，是管好用好医保基金，提高医保治理能力和水平的重要手段。医保数据赋能医疗机构，有利于提高定点医药机构医保基金使用预期，合理配置资源，增进改革协同；有利于落实基金支出预算，加强基金管理，提高基金使用效率，维护基金安全；有利于定点医药机构完善内部管理，规范服务行为，防止由于不合理行为导致基金跑冒滴漏。各级医保部门要高度重视，建好数据工作组、用好工作机制、发挥好数据赋能作用，以公开促理解、以公开促治理、以公开促发展，形成医保医疗改革合力。

### 二、明确数据工作组构成和职责

(一) 人员构成。工作组成员由统筹地区医保部门医药管理、规划财务、医保经办、数据管理等相关工作同志，以及定点医药机构代表等组成。其中，定点医疗机构代表应由医疗机构推荐产生，主要为医疗机构院领导、财务、医保等业务处室负责人。原则上每家定点医疗机构可推荐 2 人，形成工作组成员库。医保部门从成员库中抽取工作组成员，人数不少于 8 人，原则上三级医院不少于 2 人，二级医院不少于 3 人，一级医院及基层医疗卫生机构不少于 3 人。第三方运维单位人员等不作为数据工作组成员。

(二) 工作职责。数据工作组主要负责医保数据的审核分析、定期公布和医疗机构的意见收集。定期对医保基金收支、医保基金结算、医疗机构服务质量和效率数据等进行分析，形成数据分析简报，组织数据沟通会，面对面与定点医疗机构沟通数据分析结果，同时收集医疗机构对于数据分析、医保基金结算、支付方式改革等方面的意见建议。

### **三、向医疗机构公布医保数据的内容**

数据工作组面向统筹地区内所有定点医疗机构“亮家底”。数据内容包括医保基金收支情况、预算执行情况、DRG/DIP 付费、结算清算进度等（见附件）。数据工作组要根据国家统一要求，按月公布数据，暂时不具备条件的可按季度公布。鼓励地方在国家统一要求的基础上，根据医疗机构需求，细化数据指标，加强对医保基金、医疗机构行为相关数据的公布。

### **四、工作要求**

(一) 完善工作机制。省级医保部门按规定公开本省(自治区、直辖市)医保基金收支数据,指导统筹地区建好用好数据工作组,完善工作机制、议事规则、工作内容。统筹地区医保部门要按照要求建立完善数据工作组,做好数据公布工作。数据仅作为内部工作使用,严格管理知悉范围,未经允许不得公开或通过微信、上网等方式传播。自行公开造成严重后果的,应承担相应责任。

(二) 狠抓工作落实。各统筹地区应于 2025 年 3 月 31 日前至少公布 1 次数据,之后按要求定期做好相关工作。统筹地区在信息化水平、管理能力允许的情况下,可适度提高公布频次。

(三) 加强信息化支撑。切实做好国家医保信息平台 DRG/DIP 功能模块落地应用,发挥全国统一的医保信息平台优势,完善查询统计功能,逐步实现医保部门实时动态监测,医疗机构及时获取分组结果。省级医保部门要加强对各统筹地区的数据支撑,积极开展医保数据专区建设,为数据共享提供信息化支撑。各级数据管理部门按需求及时提供数据服务。

联系人: 王从从 010-89061263

附件: 医保数据工作组数据底稿

国家医疗保障局办公室

2025 年 1 月 20 日

(主动公开)

附件

## 医保数据工作组数据底稿

项目	指标	建议公开 频次	数据来源
基金收入	收入合计	月	医保基金 报表
	(一) 职工医保基金收入	月	
	1.征缴收入	月	
	2.其他收入	月	
	(二) 居民医保基金收入	月	
	1.个人缴费	月	
	2.财政补助和其他收入	月	
基金支出	支出合计	月	医保基金 报表
	(一) 职工医保基金支出	月	
	其中：统筹基金支出*	月	
	其中：住院统筹基金支出*	月	统筹地区结 算数据
	(二) 居民医保基金支出	月	医保基金 报表
	其中：住院统筹基金支出*	月	统筹地区结 算数据
	(三) 医保基金支付率*	半年/年	统筹地区结 算数据
基金结余	结余合计	月	医保基金 报表
	(一) 职工医保	月	
	统筹基金当期结余	月	
	统筹基金累计结余	年	
	(二) 居民医保	月	
	当期结余	月	
	累计结余	年	

<b>城乡医疗救助</b>	基金收入	季度	医保基金 报表
	医疗救助支出（不含资助参保）	季度	
<b>下一年度统筹地区医保总额</b>	住院统筹基金总额	年	统筹地区 结算数据
	门诊统筹基金总额	年	
	按 DRG/DIP 付费统筹基金总额	年	
	其他	年	
<b>DRG/DIP 支付方式</b>	医保结算清单上传率*	月	医保信息 平台
	医保结算清单质控通过率*	月	
	DRG/DIP 结算人次占比*	月	统筹地区 结算数据/医 保信息平台
	其中：按 DRG/DIP 付费标准结算人次占比*	月	
	DRG/DIP 病例中据实结算人次占比*	月	
	特例单议申请病例数量*	半年	
	其中：审核通过病例数量*	半年	
	特例单议病例数占出院病例数的比例	半年	
<b>医疗机构服务情况</b>	住院总费用*	月	统筹地区 结算数据
	次均住院费用*	月	
	门诊人次*	月	
	出院人次*	月	
	门诊住院人次比*	月	
	出院人次增长率*	月	
	住院率*	半年	
	时间消耗指数*	月	
	费用消耗指数*	月	
	医保外费用占比*	月	

说明：带“\*”的指标既要公布统筹地区整体情况，还要公布各家医疗机构情况。

# 关于进一步完善医保数据工作组数据指标 持续做好数据发布工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

按照《国家医疗保障局办公室关于建立医保数据工作组更好赋能医疗机构发展的通知》（医保办函〔2025〕5号，以下简称《通知》）要求，各地医保部门积极向定点医药机构“亮家底”，取得阶段性成果。为持续提升数据发布质量，不断丰富数据指标体系，促进医保数据赋能医疗机构高质量发展，现就做好有关工作通知如下：

## 一、做好基金运行分析，完善数据发布指标

医保数据发布要着眼当前和未来一段时期医保基金面临的形势和要求，压实基金收入各渠道资金到位率，摸透支出结构，讲深讲透医保基金安全与医疗机构发展之间的关系，全面总结本地区基金运行特点，按月开展基金动态收支运行分析。要加强基金滚动运行分析，为优化医保定点医药资源配置提供数据支撑。

根据医保管理需要和定点医药机构需求，数据工作组数据底稿新增与基金支撑能力相关的4个指标，分别是“千人口定点医疗机构床位数”、“千人口定点零售药店数”、“职工医保12个月动态结余”、“居民医保12个月动态结余”，各地在

下一次发布时应增加相关指标。地方可结合实际，增加特色指标，提高数据发布的针对性。

## **二、做好重点指标分析，开展异常数据比较评价**

要聚焦基金运行风险，重点分析研判基金紧平衡风险、可能导致当期赤字的原因，如收入增速放缓、支出异常增长等。要聚焦按病种付费工作成效，以数据横向纵向比较说明医保支付对“医保患”三方的积极影响。要强化重点指标监测分析，对基金使用效率不高、医疗服务资源利用效率提升不明显、增加参保群众就医负担等异常行为点名提醒，提升定点医疗机构的主动规范意识。数据公开中发现的疑似违规线索，研判可能存在问题的，要尽快核实，督促定点医药机构整改到位。要依托医保数据工作组，通过现场答疑、调查问卷等多种方式，做好医疗机构意见收集工作。

## **三、创新工作机制，拓展数据应用场景**

各地要高度重视医保数据发布工作，坚持常态化发布，及时更新基金运行数据、改革成效、疑似问题线索，数据发布时应同步向定点医疗机构提供数据分析报告，并严格规范数据知悉和使用范围。可按月分专题分析指标，由数据工作组中的医疗领域专家牵头，通过机构间、病组间数据分析比较，促进医疗机构规范行为，提高精细化管理水平。加强数据结果应用，主动挖掘数据资产价值，拓展数据应用场景，将一些成熟指标逐步运用到医保部门对定点医药机构的绩效管理。要做好数据发布中的各方意见收集和政策答疑，

各地收集涉及 DRG/DIP 分组的建议，可通过省级医保部门汇总至国家医保局，为按病种付费升级进行储备。

数据发布工作要遵守中央八项规定及其实施细则精神，坚持实事求是，不搞形式主义。国家医保局将持续派员参加统筹地区数据发布，指导各地完善发布工作，原则上将覆盖各省（自治区、直辖市）。

联系人：王从从

电 话：010-89061263

附件：医保数据工作组数据底稿（2025 年 3 月版，本手册第 7 页）

国家医疗保障局医药服务管理司

2025 年 3 月 24 日

## 数据工作组分析提纲（参考版）

发布（分析）内容：聚焦“钱、效、错”三部分，重点介绍和通报全市医保基金收支运行、基金管理使用、支付改革成效以及医保大数据分析和智能审核监控发现疑似问题线索，点评定点医药机构基金使用情况。

**（一）聚焦“钱”，公布基金收支和医疗资源供给情况。**（对应数据底稿中的收入、支出、结余、医疗救助、医保总额等指标项）。

### 1.基金收支情况（分险种）

（1）2024 年和 2025 年医保基金筹资，收入来源及结构，包括居民医保各级（中央、省级、地市级）财政补助收入、个人缴费收入、医疗救助各级财政补助收入等。

（2）2024 年和 2025 年 1 月医保基金支出及各定点医疗机构的支出分布情况，可分机构等级、支出方向（住院/门诊/门慢等）。

（3）对比变化：2025 年收入预算与 2024 年同比，2024 年 1 月和 2025 年 1 月基金支出同比，2024 年按月环比变化异常情况原因分析，不同险种对比。

（4）2024 年基金结存情况（分险种）及基金可支付月数，有条件可模拟分析未来 12 个月基金收支趋势。

### 2.医疗资源供给情况。

（1）医疗机构数量和结构：可按不同级别、床位规模、

举办主体、地理位置等分类或排序，包括国家、省级区域医疗中心等。

(2) 医疗资源配置：千人口床位数/医师数/护士数、千人口药店数，以及近五年变化情况。

(3) 医疗服务提供：医疗机构收入、住院率、床位使用率、平均住院日，异地就医情况（区分省内/跨省）以及近五年来变化情况。

(4) 定点医药机构情况：定点医疗机构数量、结构、占比，定点零售药店数量及占比。按照定点医疗机构口径计算医保千人口床位配置，千人口定点药店配置数，以及近五年变化情况。对比一下现状数和医保资源规划测算数，让大家了解现在床位和药店是多了还是少了，今后，这个数据可以成为工作组必选项。

## **(二) 聚焦“效”，从医保患三方面展示支付改革成效。**

(对应数据底稿中支付方式、医疗机构服务利用情况)

### **1. 医疗机构：**

(1) 服务指标：收入及结构，如药品、耗材、劳务性、检查检验收入占比、人次人头比等。

(2) 效率指标：平均住院床日、次均费用、分级诊疗，轻症组二级医疗机构以下有没有提高。

(3) 医疗机构 DRG 运行情况。结算清单质控通过率、病例入组情况、典型 DRG 病组在不同医院的结算情况、CMI 值、时间和费用消耗指数。

### **2. 医保基金：**

(1) 2024 年全年及 2025 年 1 月各家医疗机构医保基金结算情况，包括支付率、结余或超支等。

(2) 2025 年基金总额和预付情况，其中总额可区分住院和门诊，预付金确定规则、拨付到各医疗机构的金额（与月结算规模相比），医疗机构请款时间、实际收到时间，产生“时间差”的主要原因。

(3) 特例单议情况，各医疗机构申请数量及占比、各医疗机构审核通过数量及占比、医保支付情况、结果公开情况。

(4) 意见收集情况，收集的途径、2024 年至今收集的意见数量、主要集中在哪些方面、哪些已经解决，哪些没有解决，原因是什么。

(5) 协商谈判情况，开展方式和频次，聚焦的主要问题，哪些容易解决，哪些不容易解决，原因是什么。2024 年初 DRG 费率和年底费率分别是多少，变化的主要原因是什么。

(6) 基金战略购买的服务效率提升。可在本地高发疾病中选取 3-5 组，对比分析实施 DRG 以来，不同机构或同一机构同病治疗方式、治疗成本、资源消耗的变化，说明同样的钱购买到更多更优质的服务。对整体促进全市参保群众健康指标提升起到积极作用，如人均预期寿命的增加，四大慢病患者健康监测指标变化等。

### 3.患者：

(1) 住院患者人均及次均个人费用负担绝对值、占比变化情况。

(2) 以典型病组为例，群众个人负担的变化、结构差异

及原因分析。

(3) 费用指标：各家医疗机构目录外费用占比。

(4) 参保患者就医便利性、满意度。

### **(三) 聚焦“错”，专题分析两定机构疑似违规行为线索。**

通过数据对比，监测点评 2023-2025 年 1 月定点医药机构医保基金使用中存在的疑似违规行为，对数据异常的给予点名批评，要求限期做出整改说明；纵向横向比较医疗机构行为较为规范、成本效率控制好的给予表扬。（1.有什么说什么，不特定 2.现在列的内容作参考 3.时间不要局限 1 个月，可以是过去 2 年的）

1.2023-2025 年 1 月份医疗服务利用异常情况。主要发现住院率猛增、低标入院、重复住院、床位增加多而周转率低（床位使用率低）、轻症组在三级医院、民营医院的收治情况。

2.部分常见高发病费用异常情况。以 1 月份常见多发的 10 个病组做不同机构纵向费用、横向费用比较，发现异常偏离支付标准的情况，点评好的，提醒关注高套低编的。

3.疑似低标入院、重复入院、分解入院情况。重点分析 CMI 值较低病组集中分布在某几家机构的情况，15 天后再入院，门诊/住院比异常、同一患者在多个医院接续治疗或同一家医院轮换科室治疗等情况。

4.追溯码使用。通过追溯码发现哪些医疗机构、药店多次出现“回流药”“假药”等。

5.即时结算。开通和未开通医院名单，开通后医院获益

“绩效”情况。

6.监督检查。2024年各医院接受了哪些医保基金监管方面的检查（国家、省、市等），发现问题数量及处罚情况。

## 附录 3

# 某市 2025 年第一季度发布分析报告形成示例

根据指标底稿的有关数据以及日常工作情况，围绕“钱、效、错”三个维度，形成分析报告。主要内容包括 4 个部分：一是基金收支及结算情况；二是病种付费运行成效；三是重点关注指标；四是下一步工作打算。报告内容及其重点分析如下。

### 1.基金收支及结算情况分析

#### （1）收入情况

主要是分析 2024 年度统筹基金收入和 2025 年度统筹基金预算收入，并分析 2025 年基金预算收入增幅变动的主要因素。亮明收入的家底，开诚布公地告知医疗机构基金面临的压力等，让定点机构形成对医保基金的合理预期，从而形成科学的运营发展目标。

#### （2）支出情况

主要是分析 2024 年医保统筹基金支出情况、较 2023 年的增长情况以及 2025 年基金预算的情况，要基金支出的特点等进行分析。如对收支增幅的对比分析、对异地就医支出开展分析、对基金支出流向的分析（三级、二级和一级及以下）。

#### （3）结余情况

主要是分析 2024 年度职工统筹基金、居民基金的当期结余和累计结余，并重点分析基金结余现状的特点及其原因。

提示医疗机构，正确看待基金结余形势，共同应对基金运行面临的压力。

#### （4）基金支撑能力

主要是分析地区定点医药资源的配置情况和基金的滚动结存情况，并对有关指标和全国均值等进行比较分析。提示医疗机构从宏观层面做好发展规划。

#### （5）结算情况

主要分析 2024 财务年度与各医疗机构的结算情况和推进即时结算改革情况。告知医疗机构结算资金的拨付情况，“三结算”的改革的资金拨付情况。

### 2.按病种付费机构运行成效分析

#### （1）2024 年病种付费基本情况

主要分析预算、病例入组、结算清算、特例单议等情况。基金预算方面，主要通报 2024 年病种付费基金支出预算情况，分析较 2023 年度的同比增幅情况。病例入组情况，主要是 2024 年全市入组病例数和各级别机构入组病例数。月度结算情况，主要是分析 2024 年 12 月份的月度结算情况，对全年的月度结算情况进行总结，并预估清算情况。特例单议方面，主要是通报分析 2024 年度已落实的除外支付、特例单议及相关倾斜政策情况。

#### （2）病种付费主要成效

主要分析实施病种付费改革后，医保基金使用、医疗机构管理、群众就医负担等情况。如可以分析医疗资源使用效率（关注时间和费用消耗指数）、医疗服务能力情况变化（医

疗服务技术难度指数，CMI 指数）、医疗费用结构变化（诊疗、药品、材料、检查等）、群众个人负担变化情况（可关注次均负担，年人均负担等）。

### 3.机构重点指标情况分析

#### （1）门诊住院人次比

主要是看全市门诊住院人次比和各级别机构的门诊住院人次比（即每多少个门诊患者中收治 1 个患者住院，指标值越大越好，越小越可能存在异常），并对各级别偏离均值特别异常的有关机构点名重点提示。由于各机构之间的特点不同，此比例虽不能绝对反映真实情况，但放到全市总体来看，如果某机构偏离均值过大，说明可能存在“拉人头”住院问题。展示此指标，目的就是向医疗机构表明：医保部门已关注到此问题，过高的门诊住院转化率并不符合诊疗实际，如果没有特殊原因，严重偏离均值的机构将可能存在一定问题。

#### （2）医保外费用占比

主要是分析全市参保人在本地就医的医保外费用平均占比和各级别机构的平均占比情况，并对部分偏离均值特别异常的机构予以点名提示。医保外费用占比情况，与医保基金使用并无直接关联，但在日常工作中发现，少数医疗机构通过开取目录外药品耗材等方式，将本应纳入医保报销的费用让患者自付，虽然基金没有损失，但损害了参保群众的利益。通过展示数据，重点提示偏离均值过大的机构，认真排查诊疗行为，避免向病人转嫁负担。

群众就医负担等情况。如可以分析医疗资源使用效率（关注时间和费用消耗指数）、医疗服务能力情况变化（医疗服务技术难度指数，CMI 指数）、医疗费用结构变化（诊疗、药品、材料、检查等）、群众个人负担变化情况（可关注次均负担，年人均负担等）。

#### 4.机构重点指标情况分析

##### （1）门诊住院人次比

主要是看全市门诊住院人次比和各级别机构的门诊住院人次比（即每多少个门诊患者中收治 1 个患者住院，指标值越大越好，越小越可能存在异常），并对各级别偏离均值特别异常的有关机构点名重点提示。由于各机构之间的特点不同，此比例虽不能绝对反映真实情况，但放到全市总体来看，如果某机构偏离均值过大，说明可能存在“拉人头”住院问题。展示此指标，目的就是向医疗机构表明：医保部门已关注到此问题，过高的门诊住院转化率并不符合诊疗实际，如果没有特殊原因，严重偏离均值的机构将可能存在一定问题。

##### （2）医保外费用占比

主要是分析全市参保人在本地就医的医保外费用平均占比和各级别机构的平均占比情况，并对部分偏离均值特别异常的机构予以点名提示。医保外费用占比情况，与医保基金使用并无直接关联，但在日常工作中发现，少数医疗机构通过开取目录外药品耗材等方式，将本应纳入医保报销的费用让患者自付，虽然基金没有损失，但损害了参保群众的利

益。通过展示数据，重点提示偏离均值过大的机构，认真排查诊疗行为，避免向病人转嫁负担。

### （3）住院病例增幅

主要是分析全市医疗机构收治病例数、增幅总体情况和各级别机构平均水平，并对部分增幅远超同级别平均水平的机构予以点名提示。应该说整体数据符合全市参保对象发病率趋势，但在同级别机构均在下降或缓慢增长的情况下，少数一、二级机构，既无新增床位、也无明显优势学科，收治病例增幅却两倍甚至数倍于同级平均水平，其高增长的背后，需要特别关注，重点排查其是否存在通过不正当手段诱导参保人住院的可能。

### （4）基层病组病例收治疗

主要分析全市基层病组病各类医疗机构收治情况。三级机构收治过多的基层病组病例，这一现象，既不符合三级医院功能定位，也不符合分级诊疗要求，更背离了基层病组政策初衷。

### （5）常见高发病费用差异

主要分析全市部分病组同类机构之间均次费用的对比情况。选择规模、等级、水平等各方面完全差不多的机构进行比较，特点完全类似的一组机构间常见病（病例数足够多，可有效排除极值影响）次均费用相差较大，提示这一组医疗机构治疗路径、管理水平等存在一定差异。尽管次均费用高低，与医保基金实际支付金额无关，数据的比对能推动医疗机构“比学赶超”，提升管理水平、控制不合理费用、提高经

营效益，进而赋能医疗机构高质量发展。

#### （6）病种结构变迁

在病种付费改革下，个别医生、医疗机构有“高编高靠”冲动，甚至产生对病种付费改革的不合理应对，导致支付标准较低的病种占比在 ADRG 或诊断类目、亚目下的占比逐渐减少，相反支付标准较高的病例占比越来越高。

如“EJ1 呼吸系统其他手术组”有无严重并发症合并症支付标准相差近万元，2024 年某院该手术组有严重并发症的病例数同比增长 39%，相反没有严重并发症的病例数减少 24%。

再如对脑梗死（I63 类目）进行分析，发现某医疗机构 2022 年-2024 年该类目下不同诊断编码的病例数及占比变化明显。平均费用较高的 I63.3“大脑动脉血栓形成引起的脑梗死”从 400 例增长到 2300 例，增长近 6 倍，占比从 3%增加到 15%；I63.5“脑梗死”从 1200 例增加到 2900 例，增长约 140%，占比由 10%增加到 20%。而平均费用较低的“I63.9 未特指脑梗死”，占比从 60%降低到 35%。同类目下，平均费用较高病例数的大幅增加，提示有高靠诊断的可能。

## 附录 4

# 调查问卷（参考版）

各位定点医药机构代表：您好！党的二十届三中全会对深化医疗保障制度改革，促进医疗、医保、医药协同发展和治理作出明确要求，为全面深入了解大家对当前医疗保障制度重点改革的意见建议，借此数据定向公开发布契机，自治区医保部门诚挚邀请您以问卷调查方式如实反馈意见建议。问卷采用无记名方式统计，请实事求是填写。感谢您长期以来对医疗保障工作的关心和支持！

填报单位类别：（公立医疗机构/社会办医疗机构/零售药店，任选其一）

机构等级：三级/二级/一级（仅限医疗机构填写）

1.您所在统筹地区医保部门 2024 年至今是否向定点医药机构发布过医保数据？

A.是，按月或按季度    B.偶尔发布    C.否    D.不清楚

2.结合您所属机构的运行管理情况，您和您的单位最希望在数据定向发布中获取哪些方面的数据信息（可多选）？

A.基金收支类                      B.同类机构比较类

C.医疗服务质量类                  D.违规线索类

E.其他 \_\_\_\_\_（请补充）

3.您认为数据工作组哪种公开方式能较好满足您的需求？

A.每月/季度集中发布    B.定期组织面对面交流

C.点对点书面反馈        D.以上所有

4.您认为成立数据工作组及时反馈医院数据，对于您单位完善管理的意义如何？

A.非常重要 B.重要 C.一般 D.影响不大

5.您是否知晓医保预付金政策？

A.是 B.否

6.您所在单位是否获得预付金？

A.是 B.否

7.您所在单位获得预付金约为\_\_\_\_\_个月？

8.您所在的单位 2024 年是否足额结算医保基金？

A.是，已足额结算 B.基本完成，审核扣款尚在协商

C.是，实际结算金额受点值波动影响较大

D.否，部分申报款项还未结算 E.不清楚

9.您所在单位从申报到结算费用的周期平均有多长？

A.1 个月以内 B.2-3 个月 C.3 个月以上 D.不清楚

10.您的单位 2024 年是否获得 DIP 支付的结余留用？

A.是 B.否

11.与按项目付费相比，您单位获得结余留用金额约为\_\_\_\_\_万元。

12.您的单位是否开展特例单议申报？

A.是 B.否

13.如已申报特例单议，2024 年申报通过率大约为多少？\_\_\_\_\_ (%)

14.您的单位是否已完成 DIP2.0 版本分组切换？

A.是 B.否

15.您所在单位或统筹区医保部门是否已按照新版分组开始结算费用？ A.是 B.否

16.您是否知道统筹地区医保部门建立意见收集反馈机制？

A.是 B.否

17.如知道，您所在单位医务人员对于支付方式改革政策的意见建议，通常以下列哪些渠道反馈意见？（可多选）

- A. 由医院医保办/药店汇总后反馈地方医保部门
- B. 医务人员个人渠道提出，包括工作交流或公开邮箱等
- C. 医务人员通过学协会、卫生部门等第三方反馈
- D.其它\_\_\_\_\_（如有请填写）
- E.不了解，不清楚是否有正常的反馈渠道

18.对于您或您的单位提出的意见建议，统筹地区医保部门是否反馈处理意见？

- A. 是，反馈时间为\_\_\_\_\_天
- B.否
- C.不清楚

19.您所在单位是否出现医保结算审核不及时、资金拨付不及时或医保服务不到位的情况？

- A. 是，请列举说明：\_\_\_\_\_
- B.否
- C.不清楚

20.您所在单位是否已经上线应用药品追溯码？

- A. 是，已上传
- B.否
- C.不清楚

21.您或您的单位在开展药品追溯码扫码过程中遇到的最大困难是？

- A. 硬件基础薄弱
- B.人力成本
- C.信息系统支持
- D.其他\_\_\_\_\_

22.您和您的单位是否了解医保影像云建设情况？

- A.是，意见建议\_\_\_\_\_
- B.否
- C.不清楚

23.您对本统筹地区医保部门的工作给予何种评价？

- A.满意
- B.基本满意
- C.一般
- D.不满意

24.您对深化医保支付方式改革或医保部门工作还有哪些意见建议？

---

回答完毕，再次感谢您的支持和理解！