贵阳市紧密型县域医疗卫生共同体医保基金支付方式改革监测监管

**指**

**标**

**体**

**系**

**手**

**册**

贵阳市医疗保障局

2024年7月

一、指标体系概览

贵阳市紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称医共体）医保基金支付监测监管指标体系对县域医共体的住院行为、门诊行为和费用影响三个方面14项指标进行监测监管，具体为：住院行为指标5项、门诊行为指标4项、费用影响指标5项，概览图如下：



二、指标体系设置说明

贵阳市紧密型县域医共体医保基金支付监测监管指标体系，设置监测和监管两类指标，其中：4项监管指标、10项监测指标。具体见下表：

贵阳市紧密型县域医共体医保基金支付监测监管指标体系

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **影响范围** | **指标名称** | **指标性质** | **指标导向** |
| 1 | 住院行为 | ▲支付方式改革县参保人群住院率 | 监管 | 逐步下降 |
| 2 | 医共体内基层医疗卫生机构\*住院人次占比 | 监测 | 逐步上升 |
| 3 | 医共体内基层医疗卫生机构\*住院基金占比 | 监测 | 逐步上升 |
| 4 | ▲CMI（医共体中二级及以上医疗卫生机构） | 监管 | 逐步上升 |
| 5 | ▲医共体住院费用消耗指数 | 监管 | 适度区间 |
| 6 | 门诊行为 | 医共体内基层医疗卫生机构\*门急诊人次占比 | 监测 | 逐步上升 |
| 7 | 医共体内基层医疗卫生机构\*门急诊基金占比 | 监测 | 逐步上升 |
| 8 | 医共体普通门诊人次人头比 | 监测 | 适度区间 |
| 9 | ▲医共体普通门诊年人均费用 | 监管 | 逐步下降 |
| 10 | 费用影响 | 医保基金医共体支出占比 | 监测 | 逐步上升 |
| 11 | 医保基金医共体支出增幅 | 监测 | 适度区间 |
| 12 | 医保基金医共体外支出费用 | 监测 | 逐步下降 |
| 13 | 医共体就医患者自负费用占比 | 监测 | 逐步下降 |
| 14 | 医保基金结余率 | 监测 | 逐步上升 |
| **说明：**1.医共体内基层医疗卫生机构包括医共体内的乡镇卫生院、街道卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室、社区卫生服务站、医务室、门诊部和诊所等。2. ▲表示该指标为监管指标。 |

指标1：支付方式改革县参保人群住院率（监管类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，支付方式改革县参保人群住院的比例。

【计算公式】

$$ 支付方式改革县参保人群住院率=\frac{统计期内支付方式改革县参保人群实际住院人次}{同期支付方式改革县参保人数}×100\% $$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）统计期内支付方式改革县参保人群实际住院人次：指在统计期内，支付方式改革县参保人群因住院医疗服务产生医保结算的总人次；

（2）同期支付方式改革县参保人数：指在统计期内，支付方式改革县参保总人数。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度

【阈值边界】

该指标反映医共体管理当地参保人群健康的成效，该指标不宜过高。因此该指标分析指标值及其变化率，参考阈值边界分别为指标值上界和变化率上下界。

【指标意义】

该指标反映支付方式改革县参保人群的健康状况，或者对医疗服务的需求。指标降低反映参保人群可能更倾向于使用门诊服务等非住院医疗服务；指标较高反映参保人群的健康状况较差，需要更多的住院治疗。

【指标导向】逐步下降

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标2：医共体内基层医疗卫生机构住院人次占比（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医共体内基层医疗卫生机构住院人次之和与医共体所有医疗卫生机构住院总人次的比例。

【计算公式】

$$ 医共体内基层医疗卫生机构住院人次占比=\frac{\sum\_{}^{}医共体内基层医疗卫生机构住院人次}{医共体所有医疗卫生机构住院总人次}×100\% $$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）医共体内基层医疗卫生机构住院人次：指在统计期内，医共体内基层医疗卫生机构提供住院医疗服务所产生的人次；

（2）医共体所有医疗卫生机构住院总人次：指在统计期内，医共体所有医疗卫生机构提供住院医疗服务所产生的总人次。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

月度、年度

【阈值边界】

该指标体现医共体内基层医疗卫生机构的服务体量，在一定范围内升高，说明发挥了分级诊疗的作用；反之，则需进一步推进有序就医秩序的建立。

【指标意义】

表明医共体内基层医疗卫生机构更多地承担了基本医疗服务的情况，反映是否发挥分级诊疗的作用。

【指标导向】逐步上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标3：医共体内基层医疗卫生机构住院基金占比（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医共体内基层医疗卫生机构住院医保基金实际记账费用之和与医共体所有医疗卫生机构住院医保基金实际记账总费用的比例。

【计算公式】

$$ 医共体内基层医疗卫生机构住院基金占比=\frac{\sum\_{}^{}医共体内基层医疗卫生机构住院医保基金实际记账费用}{医共体所有医疗卫生机构住院医保基金实际记账总费用}×100\%$$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）医共体内基层医疗卫生机构住院医保基金实际记账费用：指在统计期内，医共体内基层医疗卫生机构提供住院医疗服务所产生的医保基金实际记账费用；

（2）医共体所有医疗卫生机构住院医保基金实际记账总费用：指在统计期内，医共体所有医疗卫生机构提供住院医疗服务所发生的医保基金实际记账总费用。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

月度、年度

【阈值边界】

该指标作为评估医共体内基层医疗卫生机构运营情况和医保基金实现分级诊疗的政策执行效果的重要依据。若该指标升高，表明医共体内基层医疗卫生机构更多地承担了基本医疗服务，发挥了分级诊疗的作用；若该指标下降，则需进一步推进有序就医秩序的建立。

【指标意义】

表明医共体基层医疗卫生机构更多地承担了基本医疗服务的情况，反映是否发挥分级诊疗的作用。

【指标导向】逐步上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标4：CMI（医共体中二级及以上医疗卫生机构）（监管类）

【计量单位】

小数（保留小数点后4位）

【指标定义】

统计期内，医共体成员单位中的二级及以上医疗卫生机构所有DIP入组病例的平均分值。

【计算公式】

$$病例组合指数\left（CMI\right）=\frac{总分值}{DIP入组病例总数} $$

【数据来源】

本指标数据来源于DIP付费系统。

【指标说明】

（1）总分值：指统计期内，医共体成员单位中的二级及以上医疗卫生机构DIP入组病例的分值之和；

（2）DIP入组病例总数：指统计期内，支付方式改革县参保患者DIP入组病例总数。

【统计维度】

（1）医疗机构：支付方式改革县医共体成员单位中的二级及以上医疗卫生机构；

（2）病组：DIP病种目录。

【统计周期】

月度、年度

【阈值边界】

CMI值的高低反映了医疗卫生机构收治疾病的复杂程度，与全市同级别医疗卫生机构平均水平比较，衡量服务能力。

【指标意义】

分值一般反映不同病例类型之间在资源消耗上的差别，病情越复杂，资源消耗越多，间接反映疾病治疗成本越高。CMI反映医疗卫生机构收治疾病的平均分值，间接反映医疗卫生机构收治疾病的复杂程度。CMI在一定范围内升高，说明收治病例的复杂程度增加，提示服务能力提升；反之，提示服务能力下降。

【指标导向】逐步上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标5：医共体住院费用消耗指数（监管类）

【计量单位】

小数（保留小数点后4位）

【指标定义】

统计期内，按病组标准化后的资源消耗指标，针对医共体即为医共体治疗同类疾病产生的医疗总费用与全市平均水平比较的相对值。

【计算公式】

$$ 医共体住院费用消耗指数=\frac{\sum\_{j=1}^{n}（\frac{医共体第j组次均费用}{全市第j组次均费用}×医共体第j组病人例数）}{\sum\_{j=1}^{n}医共体第j组病人例数}$$

【数据来源】

本指标数据来源于DIP付费系统。

【指标说明】

（1）分子：计算医共体各DIP分组次均住院费用与全市各DIP分组次均住院费用的比值，再用该医共体各DIP分组病例数进行加权求和；

（2）分母：指该医共体DIP入组总病例数。

【统计维度】

（1）医共体：支付方式改革县开展住院医疗服务的医共体成员单位；

（2）病组：DIP病种目录。

【统计周期】

月度、年度

【阈值边界】

该指标反映了医共体的服务效率，分析指标值，参考阈值边界为1。

【指标意义】

该指标值大于1，表明该医共体治疗同类疾病所需费用高于全市平均水平，指标值越大，相差越多，治疗该类疾病所需的费用越高；小于1，表明该医共体治疗同类疾病所需费用低于全市平均水平，指标指越小，相差越多，治疗该类疾病所需的费用越低。

【指标导向】适度区间

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标6：医共体内基层医疗卫生机构门急诊人次占比（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医共体内基层医疗卫生机构门急诊人次之和与医共体所有医疗机构门急诊总人次的比例。

【计算公式】

$$ 医共体内基层医疗卫生机构门急诊人次占比=\frac{\sum\_{}^{}医共体内基层医疗卫生机构门急诊人次}{医共体所有医疗机构门急诊总人次}×100\%$$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）医共体内基层医疗卫生机构门急诊人次：指在统计期内，医共体内基层医疗卫生机构提供门诊和急诊医疗服务所产生的人次；

（2）医共体所有医疗机构门急诊总人次：指在统计期内，医共体所有医疗机构提供门诊和急诊医疗服务所产生的总人次。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

月度、年度

【阈值边界】

该指标体现医共体基层医疗机构的服务体量，在一定范围内升高，说明发挥了分级诊疗的作用；反之，则需进一步推进有序就医秩序的建立。

【指标意义】

表明医共体基层医疗卫生机构更多地承担了基本医疗服务的情况，反映是否发挥分级诊疗的作用。

【指标导向】逐步上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标7：医共体内基层医疗卫生机构门急诊基金占比（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医共体内基层医疗卫生机构门急诊医保基金实际记账费用之和与医共体所有医疗卫生机构门急诊医保基金实际记账总费用的比例。

【计算公式】

$$ 医共体内基层医疗卫生机构门急诊基金占比=\frac{\sum\_{}^{}医共体内基层医疗卫生机构门急诊医保基金实际记账费用}{医共体所有医疗卫生机构门急诊医保基金实际记账总费用}×100\%$$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统

【指标说明】

（1）医共体内基层医疗卫生机构门急诊医保基金实际记账费用：指在统计期内，医共体内基层医疗卫生机构提供门诊和急诊医疗服务所产生的医保基金实际记账费用；

（2）医共体所有医疗卫生机构门急诊医保基金实际记账总费用：指在统计期内，医共体所有医疗卫生机构提供门诊和急诊医疗服务所发生的医保基金实际记账总费用。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

月度、年度

【阈值边界】

该指标作为评估医共体基层医疗卫生机构运营情况和医保基金实现分级诊疗的政策执行效果的重要依据。若该指标升高，表明医共体基层医疗卫生机构更多地承担了基本医疗服务，发挥了分级诊疗的作用；若该指标下降，则需进一步推进有序就医秩序的建立。

【指标意义】

表明医共体基层医疗卫生机构更多地承担了基本医疗服务的情况，反映是否发挥分级诊疗的作用。

【指标导向】逐步上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标8：医共体普通门诊人次人头比（监测类）

【计量单位】

小数（保留小数点后2位）

【指标定义】

统计期内，支付方式改革县参保患者普通门诊就诊人次数与同期普通门诊就诊人数之比。门诊人次统计方式为：同一医疗卫生机构一天内同人头就诊计一个就诊人次。

【计算公式】

$$医共体普通门诊人次人头比=\frac{医共体普通门诊就诊人次数}{同期普通门诊就诊人数} $$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）医共体普通门诊就诊人次数：指在统计期内，医共体提供普通门诊医疗服务所产生的就诊人次数，根据医保业务核心系统中的参保人员就诊信息汇总统计；

（2）同期普通门诊就诊人数：指在统计期内，医共体提供普通门诊医疗服务所产生的就诊人数，根据医保业务核心系统中的参保人员就诊信息汇总统计。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度

【阈值边界】

分析指标值及其变化率，该指标值不宜过高，与上年度同期比较。

【指标意义】

该指标反映患者统计期内在同一医共体内就诊的频次，可间接反映该医共体的医疗质量和多次就诊的情况。若该指标升高，则意味着参保患者在统计期内多次就诊，可能与参保患者的健康状况、医疗服务的可及性、医共体的服务质量等因素有关。相反，表明参保患者的就诊频率较低。

【指标导向】适度区间

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标9：医共体普通门诊年人均费用（监管类）

【计量单位】

小数（保留小数点后2位）

【指标定义】

统计期内，医共体普通门诊参保患者人均医药费用。

【计算方法】

$$医共体普通门诊年人均费用=\left.\frac{医共体普通门诊总费用}{医共体普通门诊病人数}\right.×100\%$$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）医共体普通门诊总费用：指在统计期内，医共体所有普通门诊参保患者的医疗总费用。

（2）医共体普通门诊病人数：指在统计期内，医共体所有普通门诊参保患者的人数。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度

【阈值边界】

该指标反映了医共体普通门诊的平均医疗费用，从而评估医疗服务的成本和效率，因此其参考与之边界为指标值上界及变化率上界。

【指标意义】

该指标可评估医疗服务的效率。若参保患者年人均费用过高，可能意味着医疗服务存在过度使用或者收费不合理的情况。

【指标导向】逐步下降

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标10：医保基金医共体支出占比（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医共体医保基金的实际记账费用与支付方式改革县参保人员医保基金实际记账费用之和的比例。它是衡量医保基金使用效率和财务状况的重要指标。

【计算公式】

$$ 医保基金医共体支出占比=\frac{医共体医保基金实际记账费用}{\sum\_{}^{}支付方式改革县参保人员医保基金实际记账费用}×100\% $$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）医共体医保基金实际记账费用：指在统计期内，医共体发生的医保基金记账费用；

（2）支付方式改革县参保人员医保基金实际记账费用：指在统计期内，支付方式改革县参保人员发生的所有医保基金实际记账费用。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度

【阈值边界】

该指标反映支付方式改革县参保人群选择医共体就医的需求和医保基金使用情况。若该指标下降，表明医共体医疗服务能力满足不了参保人群的就医需求。

【指标意义】

若该指标上升，表明医共体医疗服务能力提升，参保人群更愿意选择医共体就医。

【指标导向】逐步上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标11：医保基金医共体支出增幅（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医保基金用于支付医共体医疗费用的支出增长速度或增长百分比。

【计算公式】

$$ 医保基金医共体支出增幅=\frac{本期医共体医保基金支出 - 上期医共体医保基金支出}{上期医共体医保基金支出}×100\%$$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）本期医共体医保基金支出：指在当前统计期内，医保基金在该医共体的实际支出；

（2）上期医共体医保基金支出：指在上一统计期内，医保基金在该医共体的实际支出。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度或月度累计

【阈值边界】

医保基金医共体支出增幅反映了医保基金在医共体的支出变化情况，可以用来分析医共体医保基金使用的增长趋势。

【指标意义】

医保基金医共体支出增幅高于全市各医共体平均增幅，说明该医共体医保基金增长幅度过快；相反，说明医保基金在该医共体支出增长平稳或出现下降。

【指标导向】适度区间

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标12：医保基金医共体外支出费用（监测类）

【计量单位】

万元（保留小数点后2位）

【指标定义】

统计期内，支付方式改革县参保人群在医共体外医疗卫生机构就医产生的医保基金支出总和。

【计算公式】

$$ 医保基金医共体外支出费用=\sum\_{}^{}参保人群在医共体外的医保基金实际记账费用$$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

医保基金医共体外支出费用：支付方式改革县参保人群在医共体外医疗卫生机构就医产生的医保基金实际记账费用总和。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度或月度累计

【阈值边界】

该指标反映支付方式改革县参保人群医共体外就医的需求和医保基金使用情况。若该指标升高，表明医共体医疗服务能力满足不了参保人群的就医需求。若该指标下降，则表明医共体医疗服务能力提升，参保人群更愿意选择医共体就医。

【指标意义】

该指标反映支付方式改革县参保人群医共体外就医的医保基金使用情况。

【指标导向】逐步下降

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标13：医共体就医患者自负费用占比（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，支付方式改革县参保患者在医共体就医的个人自负费用与医疗总费用的比例。

【计算公式】

$$医共体就医患者自负费用占比=\frac{\sum\_{}^{}个人自负费用}{医疗总费用}×100\% $$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统。

【指标说明】

（1）个人自负费用：指在统计期内，支付方式改革县参保患者在医共体就医结算时，实际发生的个人自付和个人自费费用之和；

（2）医疗总费用：指在统计期内，支付方式改革县参保患者在医共体就医结算时，实际发生的医疗总费用。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度

【阈值边界】

自负费用占比体现了医共体医保支付方式改革实施过程中参保患者个人负担水平，应结合医保基金可承受能力和医疗费用水平保持相对稳定，不宜过高。

【指标意义】

该指标反映支付方式改革县参保患者在统计期内人均个人负担费用水平，降低则说明参保患者个人负担减轻；增高则说明参保患者个人负担增加。

【指标导向】逐步下降

【指标解释】贵阳市医疗保障局

指标14：医保基金结余率（监测类）

【计量单位】

百分比（%）

【指标定义】

统计期内，医共体医保基金可支配预算总额与支付方式改革县参保患者医保基金实际记账总费用之间的比值。

【计算公式】

$$ 医保基金结余率=\frac{医共体医保基金可支配预算总额}{支付方式改革县参保患者医保基金实际记账总费用}×100\% $$

【数据来源】

本指标数据来源于医保业务核心系统

【指标说明】

（1）医共体医保基金可支配预算总额：医保部门按照医保基金支付方式改革总额付费方式，支付给医共体的年度预算额度；

（2）支付方式改革县参保患者医保基金实际记账总费用：支付方式改革县参保患者在所有定点医药机构接受治疗或购买药品等医疗服务时，应由医保基金承担的实际记账费用总和。

【统计维度】

支付方式改革县

【统计周期】

年度

【阈值边界】

衡量医共体医保基金运行效率和财务状况的重要指标，与1进行比较。

【指标意义】

指标大于1，反映了医共体使用医保基金的效率较高，医共体有结余；指标小于1，反映了医共体使用医保基金的效率较低，医共体超支。

【指标导向】逐年上升

【指标解释】贵阳市医疗保障局