**关于印发《辽宁省医保数据工作组工作规则》的通知**

各市医疗保障局：

为持续深化医保支付方式改革，完善按病组和病种分值付费机制，贯彻落实国家医疗保障局《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》(医保办发〔2024〕9号)、《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）有关具体要求，省医保局结合工作实际，制定了《辽宁省医保数据工作组工作规则》，现印发给你们，请遵照执行。

 辽宁省医疗保障局

2025年2月日

**辽宁省医保数据工作组工作规则**

第一章 总则

第一条 医保数据工作组(以下简称“工作组”)是按病组和病种分值付费过程中当地医保部门组织的，由医保和定点医疗机构代表共同组成的，支持医保支付方式改革纵深推进的专项工作机制，由各统筹区医保部门负责组织实施。

第二条 工作组坚持以人民为中心，遵循公开公正、共建共享、协商一致的原则，充分发挥医保数据赋能医疗机构发展的重要作用，推动按病组和病种分值付费改革提质增效，促进医保和医疗相向而行、协同发展。

第二章 人员构成

第三条 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。各统筹区可建立工作组成员信息库（以下简称“成员库”），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。

第四条 医保部门从成员库中抽取工作组成员，抽取的代表覆盖不同级别、不同类型的定点医疗机构，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，且来自同一机构的代表不得超过1人。第三方运维单位人员等不作为数据工作组成员。工作组中定点医疗机构代表任期原则上1年，最长不超过2年。如遇特殊情况退出，由医保部门从信息库中补充抽选，确保工作组工作平稳推进。

第五条 工作组实行召集人负责制，一般由统筹地区医保医药管理相关工作负责同志担任召集人，承担工作组的建立和日常管理等职责，指导工作组开展具体工作。

第三章 职责分工

第六条 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、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；做好按病组和病种分值付费过程中医院数据采集、分析、公开等工作，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，促进信息共通共享；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。

第七条 工作组面向本统筹区内定点医疗机构“亮家底”，公布的医保数据内容要规范准确。国家要求公开的数据包括医保基金收支情况、预算执行情况、DRG/DIP付费、结算清算进度等信息以及频次，具体要求见附表。鼓励地方在国家统一要求基础上，根据医疗机构需求和医院医保管理需要，细化数据指标。在做好医保基金、医疗机构行为相关数据的公布同时，加强医保和医疗相关数据分析，对于定点医疗机构横向和纵向变化较大的指标要查找原因并及时反馈给相关部门。

第八条 工作组要根据国家统一要求和本通知的附件内容，按月公布数据，暂时不具备条件的可按季度公布。支持有条件的统筹区建立数据定期公开机制，通过月告知、季公布、年通报等方式，结合实际向各定点医疗机构公开数据分析结果。各统筹区每半年至少公布1次住院率和特例单议情况。统筹地区完成年度清算后，要及时公开住院、门诊以及DRG/DIP付费的统筹基金支出总额，同时公开医保基金年度支付率、统筹基金累计结余等信息。各统筹区每季度向省医保局负责支付方式改革的部门报送DRG/DIP付费相关信息，包括重点病组（种）分析和主要医疗机构间的比较结果，开展职工门诊统筹支付方式改革试点的有关情况。

第四章 监督与纪律

第九条 工作组应切实履行职责，秉持客观公正、实事求是原则，对数据分析和公开内容做好宣传解释，帮助定点医疗机构理解医保政策，引导合理预期。

第十条 工作组定点医疗机构代表的抽选、数据公开等过程，要坚持公开透明、公平公正的原则，主动接受纪检监察部门和社会监督。

第十一条 严格遵守保密原则，对只能内部掌握不得公开的数据，工作组成员不得以任何名义，任何形式对外公开。

第十二条 严格遵守各项纪律要求，遵守廉洁自律底线，不得利用工作之便牟取私利，假借工作组名义以权谋私、以权寻租、利益输送等。一旦发现，医保部门立即解除该任期内的工作组，按照规定移送纪检监察机关。

第五章 附则

第十三条 推进医保信息化建设，不断完善信息平台支付方式管理子系统功能，加强医保数据治理和应用，提高数据分析效率，更好的支撑医保支付方式改革、医保基金“亮家底”等工作。

第十四条 统筹区可根据实际制定实施细则，报省级医保行政部门备案后实施。有条件的地区可抽选定点零售药店代表进入工作组，将有关数据分析结果向定点医药机构公示。

第十五条 本工作组规则由省医保局负责解释及调整。

附表：医保数据工作组需要公开的数据表

附表：

**医保数据工作组需要公开的数据表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |
| **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 |
| **城乡医疗救助** | 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 |
| **下一年度统筹地区医保预算总额** | 住院统筹基金总额 | 年 | 统筹地区年度预算数据 |
| 门诊统筹基金总额 | 年 |
| 按DRG/DIP付费统筹基金总额 | 年 |
| 其他 | 年 |
| **DRG/DIP支付方式** | 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 |
| 特例单议申报病例数量\* | 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 |
| **医疗机构服务情况** | 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“\*”的既要公布统筹地区整体情况，也要公布各家医疗机构情况