

DB5101

四川省成都市地方标准

DB5101/T 63—2019

成都市医疗保障运行分析指标 体系规范

2019-08-26发布

2019-09-26实施

成都市市场监督管理局 发布

目 次

前 言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 医疗保障运行模型.....	1
5 指标体系架构.....	2
5.1 指标体系构建基本原则.....	2
5.2 总体架构.....	3
6 指标体系.....	5
6.1 参保征缴类.....	5
6.2 医保护面类.....	7
6.3 基金财务类.....	8
6.4 医疗管理评价类.....	10
6.5 医疗费用支付构成类.....	15
6.6 定点医药机构类.....	18
6.7 稽核监督类.....	19
6.8 经办机构类.....	23
6.9 医保智能审核类.....	23
6.10 在线监控类.....	27
6.11 在线预警类.....	30
6.12 运行分析类.....	31
6.13 支持医改类.....	32
6.14 扩展类.....	33
7 医保决策辅助.....	36
7.1 概述.....	36
7.2 基本功能要求.....	36
7.3 主要内容.....	36
8 指标体系维护.....	37
8.1 概述.....	37
8.2 指标的管理.....	37
8.3 维护流程.....	37
附录 A（规范性附录） 代码集.....	39
附录 B（规范性附录） 数据项描述方法与规则.....	43
参 考 文 献.....	45

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由成都市医疗保障局提出并归口。

本标准起草单位：成都市医疗保障局、成都市人力资源和社会保障局、成都市医疗保险研究会、成都市医疗保险管理局、成都市医疗保险信息服务中心、成都市标准化研究院、武侯区医疗保障局、青羊区医疗保障局、崇州市医疗保障局、金牛区医疗保障局、新都区医疗保障局、双流区医疗保障局、龙泉驿区医疗保障局、都江堰市医疗保障局、成都双楠医院、崇州市人民医院、四川现代医院、双流区第一人民医院、成都双流蛟龙港医院、成都长江医院、龙泉驿区第一人民医院、成都西区医院、成都市金牛区人民医院、成都红星老年病医院、成都市新都区人民医院、都江堰杰琳康复医院。

本标准主要起草人：杨晓涛、黄德斌、毛火平、李忠、李筑生、阳丽文、黄桂波、张廷平、秦佳佳、吴奎、陈晓曼、龙虹、余咏梅、邹凌琦、王燕、王莉、孙逢兴、李娅、覃钻、刘莉丽、刘莎、陈治文、刘一彬、郑闫军、吴刚、王平、李妙珏、万志红、孙书琦、陈江嵩、周瑜、牟启维、曾家贤、李佳承、左汪敬、万志红、吴俊、汪守成、付玲、杨珺、余海燕、陈瑶、杨成林、徐双、张琦、万彬、杨庆双、袁钊、杨庆双、张琦、胡克刚、魏超志、杨柏林、唐丽、潘昶、白俐雅、陈薪宇、余洋、陈萍、李红、周瑜、李冠霖、赵昇、叶云峰、杨洋、闫勇、孙梨、陈梅、安子翔、曹婷、陈昊、陈昱颖、蔡阳、刘兴凤、牟虹钢。

成都市医疗保障运行分析指标体系

1 范围

本标准规定了成都市医疗保障运行分析指标体系的术语和定义、医疗保障运行模型、指标体系架构、指标体系及指标体系维护。

本标准适用于成都市基本医疗保险及医疗保障的数据分析。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 5271.1-2000 信息技术 词汇 第1部分：基本术语

GB/T 18894-2002 电子文件归档与管理规范

GB/T 24405.1-2009 信息技术 服务管理 第1部分 规范

GB/T 31596.4-2015 社会保险术语第4部分：医疗保险

GB/T 31599-2015 社会保险业务档案管理规范

GB/T 34282.2-2017 社会保险关系转移接续第2部分：职工基本医疗保险

GB/T 34411-2017 基本医疗保险待遇稽核业务规范

DA/T 22-2015 归档文件整理规则

3 术语和定义

GB/T 5271.1-2000界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

数据

信息的可再解释的形式化表示，以适用于通信、解释或处理。

注：数据可以由人工或自动的方式加工、处理。

[GB/T 5271.1-2000，定义01.01.02]

3.2

运行模型

用系统关系的方法所描述的用户可理解的数据流转模型。

4 医疗保障运行模型

医疗保障运行模型，如图1所示。

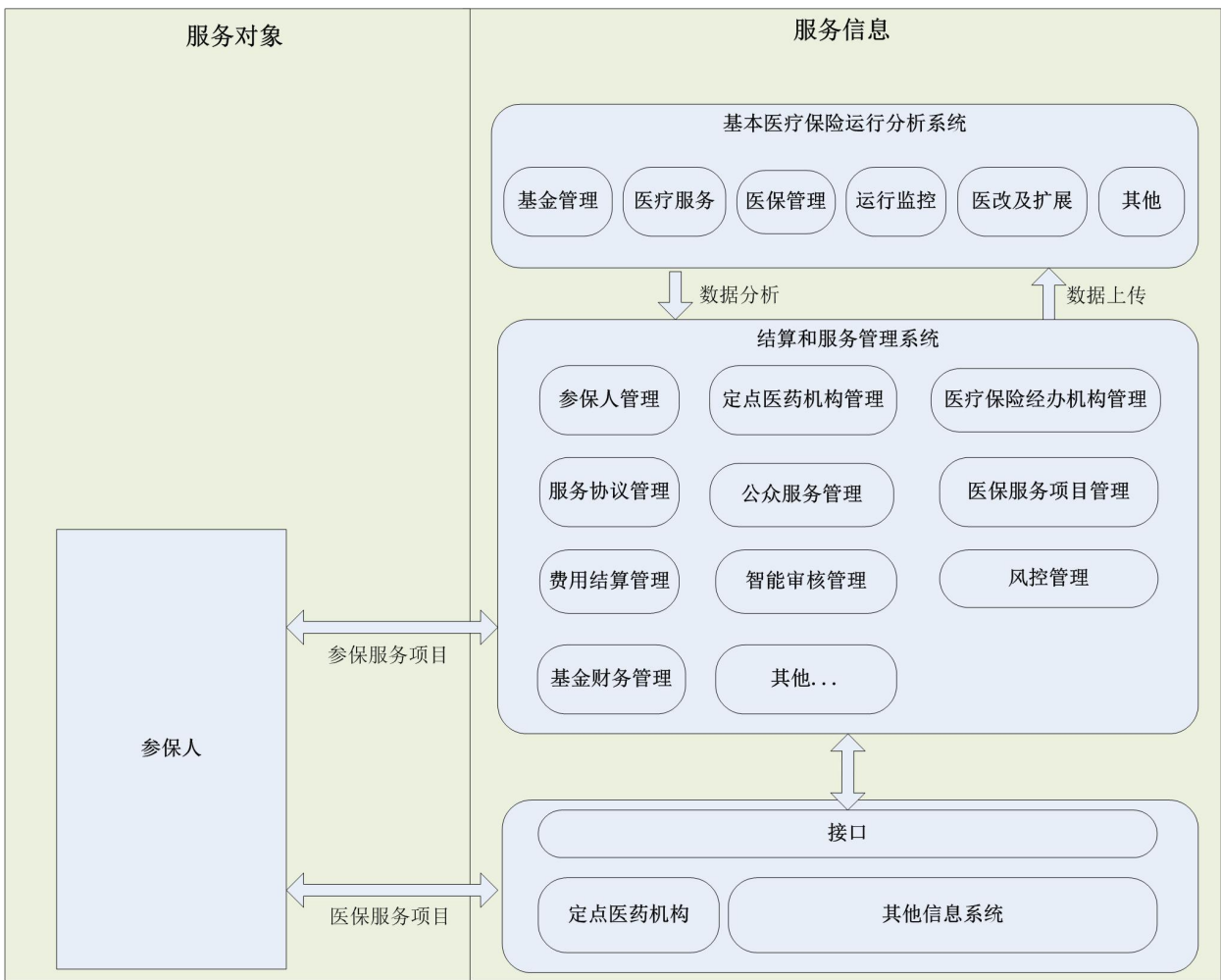


图 1 医疗保障运行模型

5 指标体系架构

5.1 指标体系构建基本原则

指标体系的构建应体现客观性、有效性、通用性、先进性原则。

5.1.1 客观性

用于运行分析的数据应来源于医保信息管理系统，以确保数据的客观性。

5.1.2 有效性

指标体系的设计和选择应与医保运行分析工作实践活动紧密结合，及时反映医保基金运行状况，有利于提高医保基金运行分析质量和使用效率。

5.1.3 通用性

指标体系中各项统计指标应明确统计范围和具体构成，有利于行业统一口径。

5.1.4 先进性

指标体系的建立应针对医保监管的现状和未来的发展趋势，有利于推动医保改革与发展。

5.2 总体架构

5.2.1 概述

成都市医疗保障运行分析指标体系分为6个组，15个类别，主要分组及类别要素如表1所示：

表1 指标类别

序号	组别	类别	指标
1	基金管理	参保缴费类	参保人
			参保单位
			缴费
		医保扩面类	职工医保
			城乡居民医保
		基金财务类	基金财务
2	医疗服务	医疗管理评价类	医疗费用
			住院医疗费用
			门诊医疗费用
			门诊特殊疾病医疗费用
			医保协议
		医疗费用支付构成类	住院医疗费用构成
门诊特殊疾病医疗费用构成			
3	医保管理	定点医药机构类	定点医疗机构
			定点零售药店
		稽核监督类	参保人稽核
			定点医疗机构稽核
			定点零售药店稽核
		案例指标信息	
经办机构类	经办机构		
医保智能审核类	医保智能审核规则		
4	运行监控	在线监控类	在线监控指标
		在线预警类	在线预警规则
		运行分析类	运行分析指标
5	医改及扩展	支持医改类	支持医改指标
		扩展类	扩展指标集
			按病种付费指标
			异地就医指标
6	其他	其他类	

5.2.2 成都市医疗保障运行分析指标体系总体架构

成都市医疗保障运行分析指标体系总体架构图，如图2所示。



图 2 成都市医疗保障运行分析指标体系总体架构图

6 指标体系

6.1 参保征缴类

6.1.1 参保人

参保人信息见表2。

表 2 参保人信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	参保人数	数值型	N..8		参加基本医疗保险的人数	可按性别、年龄、险种、区域、缴费单位、缴费档次、参保人群（建档立卡贫困人口、困难人员）等类别统计
2	参保人数增减数	数值型	N..8		参保人数与某个报告期同口径参保人数的差额	
3	参保人数增长率	数值型	N..7,2		参保人数增减数占某个报告期同口径参保人数的比例，以百分比表示	
4	参保率	数值型	N..7,2		参保人数占应参保人数的比例，以百分比表示	参保人数/应参保人数*100%
5	在职退休比	数值型	N..7,2		参加基本医疗保险的参保职工人数与退休人数的比例	参保职工人数/退休人数
6	参保险种	字符型	C1	C001	职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险	
7	同一险种不同缴费类别/档次占本险种人数比例	数值型	N..7,2		在同一险种中，不同缴费类别/档次的人数占本险种人数的比例，以百分比表示	不同缴费类别（档次）参保人数/本险种总参保人数*100%

6.1.2 参保单位

参保单位信息见表3。

表 3 参保单位信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	参保单位数	数值型	N..6		参加基本医疗保险的参保单位总数	可按区域、单位类别、医药机构类别、病种、险种等进行统计
2	参保单位新增/注销/暂停数	数值型	N..6		参保单位数与某个报告期同口径参保单位数的新增数/注销数/暂停数	

表3（续）参保单位信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
3	参保单位构成比例	数值型	N..10,2		按单位类型划分的参保单位数占参保单位数的比例，以百分比表示	

6.1.3 缴费

缴费信息见表4。

表4 缴费信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	应缴金额	数值型	N..12,2		参加基本医疗保险的单位和個人按缴费基数和缴费比例计算出来的应缴金额（不包括应补缴的上年度末之前的历年累计欠缴的医疗保险费金额）	可按照单位、个人、划入个人账户、划入退休人员个人账户等类别统计
2	实缴金额	数值型	N..12,2		参加基本医疗保险的单位和個人按应缴口径实际缴纳的保险费金额，不包括补缴的上年度末之前的历年欠费和跨年度的预缴金额	
3	实缴率	数值型	N..6,2		实缴金额占应缴金额的比例，以百分比表示	实缴金额/应缴金额*100%
4	月人均缴费金额	数值型	N..6,2		基本医疗保险的缴费总金额除以参保缴费人数	可按性别、年龄、险种、区域、缴费单位、缴费档次等类别统计
5	月人均缴费金额增长率	数值型	N..6,2		月人均缴费金额增长额占某个报告期月人均缴费金额的比例，以百分比表示	
6	单位缴费费率	数值型	N..6,2		指统筹地区政府规定的参加基本医疗保险的单位缴费比例，以百分比表示	
7	个人缴费费率	数值型	N..6,2		指统筹地区政府规定的参加基本医疗保险的个人缴费比例，以百分比表示	
8	单位缴费划入个人账户比例	数值型	N..6,2		指统筹地区规定的参加基本医疗保险并实行统账结合的单位，在缴费金额中划入参保人个人账户的比例，以百分比表示	

表4（续）缴费信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
9	月人均缴费金额与上年在岗职工月平均工资比例	数值型	N..6,2		月人均缴费金额占上年在岗职工月平均工资的比例，以百分比表示	月人均缴费金额/上年在岗职工月平均工资*100%
10	在职职工征缴率	数值型	N..6,2		在职职工当年实际收缴基金总额（不含陈欠）占当年应收缴基金总额的比例，以百分比表示	在职职工当年实际收缴基金总额（不含陈欠）/当年应该收缴的基金总额*100%

6.2 医保护面类

6.2.1 职工医保

职工医保信息见表5。

表5 职工医保信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	在职职工参保率	数值型	N..6,2		在职职工参保人数占应参保人数的比例，以百分比表示	在职职工参保人数/应参保人数*100%
2	灵活就业人员参保率	数值型	N..6,2		灵活就业人员参保人数占应参保人数的比例，以百分比表示	灵活就业人员参保人数/应参保人数*100%

6.2.2 城乡居民医保

城乡居民医保信息见表6。

表6 城乡居民医保信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	成年居民参保占比	数值型	N..6,2		成年居民参保人数占总参保人数的比例，以百分比表示	成年居民参保人数/成年居民总参保人数*100%，可按姓名、性别、年龄、缴费档次等分类统计
2	学生儿童参保占比	数值型	N..6,2		学生儿童参保人数占总参保人数的比例，以百分比表示	学生儿童参保人数/学生儿童总参保人数*100%
3	大学生参保占比	数值型	N..6,2		大学生参保人数占总参保人数的比例，以百分比表示	大学生参保人数/大学生总参保人数*100%
4	建档立卡贫困人口参保占比	数值型	N..6,2		建档立卡贫困人口参保人数占总参保人数的比例，以百分比表示	建档立卡贫困人口参保人数/大学生总参保人数*100%

6.3 基金财务类

基金财务信息见表7。

表7 基金财务信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	基金收入	数值型	N..12,2		由参加基本医疗保险的单位和 个人缴纳的基本医疗保险费收 入, 财政补助缴费收入, 财政 补贴收入, 及通过其他方式取 得的形成基金来源的收入, 包 括基本医疗保险统筹基金收 入、基本医疗保险个人账户基 金收入、待转保险费收入和待 转利息收入等	
2	基金收入增 长额	数值型	N..12,2		基金收入与上一报告期或某一 报告期同口径基金收入的差额	
3	基金收入增 长率	数值型	N..5,2		基金收入增长额占上一报告期 或某一报告期基金收入的比例, 以百分比表示	
4	人均基金收 入	数值型	N..6,2		基金收入除以参保缴费人数后 得到的数值	基金收入/参保缴费人数
5	人均基金收 入增长额	数值型	N..6,2		人均基金收入与上一报告期或 某一报告期同口径比较的人均 基金收入差额	
6	人均基金收 入增长率	数值型	N..5,2		人均基金收入增长额占上一报 告期或某一报告期人均基金收 入的比例, 以百分比表示	
7	基金支出	数值型	N..12,2		按国家政策规定的支付范围和 支付标准从基本医疗保险基金 中支出的各项费用, 包括基本 医疗保险统筹基金支出和个人 账户基金支出等	
8	基金支出增 长额	数值型	N..12,2		基金支出与上一报告期或某一 报告期同口径比较的基金支出 差额	
9	基金支出增 长率	数值型	N..5,2		基金支出增长额占上一报告期 或某一报告期基金支出的比 例, 以百分比表示	
10	人均基金支 出	数值型	N..6,2		基金支出除以参保人数后得到 的数值	基金支出/参保人数

表7（续）基金财务信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
11	人均基金支出增长额	数值型	N..6,2		人均基金支出与上一报告期或某一报告期同口径比较的人均基金支出差额	
12	人均基金支出增长率	数值型	N..5,2		人均基金支出增长率占上一报告期或某一报告期人均基金支出的比例，以百分比表示	
13	基金当期结存额	数值型	N..12,2		报告期末，基本医疗保险基金各项收入减去各项支出后的余额	基金各项收入 - 基金各项支出
14	基金当期结存率	数值型	N..6,2		报告期末，当期基金结存额占基金收入的比例，以百分比表示	当期基金结存额/基金收入*100%
15	基金累计结存额	数值型	N..12,2		报告期末，历年积存的基本医疗保险基金结存额	
16	人均基金累计结存额	数值型	N..8,2		报告期末，报告期末基金累计结存额除以参保人数后得到的数值	基金累计结存额/参保人数
17	基金累计结存可支付月数	数值型	N..6,2		报告期末，报告期末基金累计结余可支付的基本医疗保险待遇的月数	基金累计结存额/月均医疗保险基金支出额
18	基金收入增长率与基金支出增长率比例	数值型	N..10,2		基金收入增长率占基金支出增长率的比例，以百分比表示	基金收入增长率/基金支出增长率*100%
19	一次性缴费基金收入	数值型	N..12,2		关闭、破产企业为退休人员享受医疗保险待遇而一次性缴纳的医疗保险费收入	
20	一次性缴费的征地农转非人数	数值型	N..8		一次性缴费的征地农转非人员数量	
21	财政补助金额	数值型	N..12,2		收到的同级财政部门给予医疗保险基金的补贴，包括上级财政部门拨付并在本级财政预算列支的补助和补贴	
22	财政补助金额占医疗保险基金收入的比例	数值型	N..6,2		财政补助和补贴金额占基本医疗保险基金收入的比例，以百分比表示	财政补助和补贴金/基金收入*100%

表 7（续）基金财务信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
23	个人账户金收支结余率	数值型	N..6,2		个人账户金收入和个人账户金支出的差额占个人账户金收入的比例，以百分比表示	$(\text{个人账户金收入} - \text{个人账户金支出}) / \text{个人账户金收入} * 100\%$
24	总支付率	数值型	N..6,2		统筹基金实际支付额与总医疗费用的比例，以百分比表示	$\text{统筹基金实际支付额} / \text{总医疗费用} * 100\%$
25	统筹项目内支付率	数值型	N..6,2		统筹基金实际支付额与政策范围内医疗费用的比例，以百分比表示	$\text{统筹基金实际支付额} / \text{政策范围内医疗费用} * 100\%$

6.4 医疗管理评价类

6.4.1 医疗费用

医疗费用信息见表8。

表 8 医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	医疗费用	数值型	N..12,2		定点医疗机构所有参保人发生的所有医疗费用的总额，可分门诊（含慢特病）和住院统计	可按统筹支付、其他支付、自自费、个人账户、目录外等支付类别统计；可按照病种类别统计
2	医疗费用增长额	数值型	N..6,2		医疗费用与某一报告期医疗费用的比较差额，可分门诊和住院统计	
3	医疗费用增长率	数值型	N..6,2		医疗费用增长额占上一报告期或某一报告期医疗费用的比例，以百分比表示，可分门诊和住院统计	
4	药品费用占医疗总费用的比例	数值型	N..6,2		医疗总费用中药品费用占医疗总费用的比例，以百分比表示，可分门诊和住院统计	$\text{药品费用} / \text{医疗总费用} * 100\%$
5	人均医疗费用	数值型	N..5,2		参保人医疗总费用除以人数后得到的数值，人数可分参保人和就医参保人	$\text{参保人医疗总费用} / \text{人数}$
6	人均医疗费用增长额	数值型	N..5,2		人均医疗费用与某一报告期人均医疗费用的比较差额	
7	人均医疗费用增长率	数值型	N..6,2		人均医疗费用增长额占某一报告期人均医疗费用的比例，以百分比表示	

表 8 (续) 医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
8	退休人员医疗费用支出金额	数值型	N..12,2		定点医疗机构退休参保人发生的所有医疗费用的总额,可分门诊(含慢特病)和住院统计	可按统筹支付、其他支付、自费、个人账户、目录外等类别统计

6.4.2 住院医疗费用

住院医疗费用信息见表9。

表 9 住院医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	床位数	数值型	N..6		可分编制床位数、协议床位数、开放床位数	
2	床日数	数值型	N..8		参保人住院的总天数	
3	住院人次	数值型	N..8		参保人住院人次	
4	住院人数	数值型	N..8		参保人住院人数	
5	人次人头比	数值型	N..6,2		指同期出院人次与出院人数的比例	
6	床位使用率	数值型	N..6,2		床位使用情况,反映住院服务能力	床日数/(床位数*天数)*100%
7	住院率	数值型	N..6,2		住院人次与参保人数比例,反映区域内参保人的住院情况	住院人次/参保人数*100%
8	住院人次增长率	数值型	N..6,2		参保人住院人次增长与某一报告期住院人次的比例,以百分比表示	
9	住院医疗总费用	数值型	N..12,2		参保人发生的住院医疗费用总额,可分定点医疗机构统计	
10	住院医疗总费用增长额	数值型	N..12,2		住院医疗总费用与某一报告期住院医疗总费用的比较差额	
11	住院医疗总费用增长率	数值型	N..6,2		住院医疗总费用增长额与某一报告期住院医疗总费用的比例,以百分比表示	
12	住院统筹基金支付费用	数值型	N..12,2		医疗保险统筹基金用于住院支付的费用	
13	住院统筹基金支付费用增长额	数值型	N..12,2		统筹基金支付费用与某一报告期统筹基金支付费用的差额	

表9（续）住院医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
14	住院统筹基金支付费用增长率	数值型	N..6,2		统筹基金支付费用增长额占某一报告期统筹基金支付费用的比例，以百分比表示	
15	次均住院天数	数值型	N..6,2		参保人住院的总天数除以住院人次后得到的数值	床日数/住院人次
16	人均住院天数	数值型	N..6,2		参保人住院的总天数除以住院人数后得到的数值	床日数/住院人数
17	次均住院医疗费用	数值型	N..6,2		住院医疗总费用与住院人次的比例	住院医疗总费用/住院人次
18	次均住院医疗费用增长额	数值型	N..6,2		次均住院医疗费用与某一报告期住院医疗费用的差额	
19	次均住院医疗费用增长率	数值型	N..6,2		次均住院医疗费用增长额占某一报告期住院医疗费用的比例，以百分比表示	
20	次均住院统筹基金支付费用	数值型	N..6,2		医疗保险统筹基金用于住院支付的费用除以住院人次	统筹基金支付的费用/住院人次
21	次均住院统筹基金支付费用增长额	数值型	N..6,2		次均住院统筹基金支付费用与某一报告期统筹基金支付费用的差额	
22	次均住院统筹基金支付费用增长率	数值型	N..5,2		次均住院统筹基金支付费用占某一报告期统筹基金支付费用的比例，以百分比表示	
23	日均住院医疗费用	数值型	N..6,2		同期出院患者总费用与住院总天数的比例，以百分比表示	
24	日均住院统筹基金支付费用	数值型	N..6,2		同期出院患者统筹基金支付费用与住院总天数的比例，以百分比表示	
25	药占比	数值型	N..6,2		指药品费用与住院总费用的比例，以百分比表示	
26	各类药品费占药品费比例	数值型	N..6,2		甲类、乙类、自费药等药品费占住院药品费用的比例，以百分比表示	甲类、乙类、自费药等药品费/住院药品总费用*100%
27	各项医疗服务费用占住院医疗费用的比例	数值型	N..6,2		治疗、检查、手术、麻醉等各项医疗服务费用占住院医疗费用的比例，以百分比表示	治疗、检查、手术、麻醉等各项医疗服务费用/住院总费用*100%

表9（续）住院医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
28	特殊检查费用占检查费用的比例	数值型	N..6,2		CT、MRI等特殊住院检查费用占住院检查费用的比例，以百分比表示	CT、MRI等特殊检查费用/住院检查费用*100%
29	医用材料费用占住院医疗费用的比例	数值型	N..6,2		各类医用材料费用占住院医疗费用的比例，以百分比表示	住院各类医用材料费用/住院医疗费用*100%
30	大额费用	数值型	N..8,2		参保人单次或累计超过阈值的医疗费用总额	

6.4.3 门诊医疗费用

门诊医疗费用信息见表10。

表10 门诊医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	门诊人次	数值型	N..8		参保人门诊就诊的人次	
2	门诊支付费用	数值型	N..12,2		门诊基金支付费用	可按个人账户、门诊统筹基金分类统计

6.4.4 门诊特殊疾病医疗费用

门诊特殊疾病医疗费用信息见表11。

表11 门诊特殊疾病医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	享受门诊特殊疾病待遇人数	数值型	N..8		享受门诊特殊疾病待遇的参保人数	
2	享受门诊特殊疾病待遇的人数占比	数值型	N..6,2		享受门诊特殊疾病的人数占参保人数比例，以百分比表示，分职工和城乡居民统计	门诊特殊疾病人数/参保人数*100%
3	门诊特殊疾病人数增长率	数值型	N..6,2		门诊特殊疾病人数增长额占某一报告期门诊特殊疾病人数的比例，以百分比表示	
4	门诊特殊疾病医疗费用	数值型	N..12,2		参保人发生的门诊特殊疾病医疗费用总额，可分定点医疗机构统计	
5	门诊特殊疾病人次	数值型	N..8		参保人发生的门诊特殊疾病人次	可按认定和治疗分类统计
6	门诊特殊疾病人数	数值型	N..8		参保人发生的门诊特殊疾病人数	可按认定和治疗分类统计

表 11 (续) 门诊特殊疾病医疗费用信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
7	门诊特殊疾病人次增长率	数值型	N..6,2		参保人发生的门诊特殊疾病人次增长占某一报告期门诊特殊疾病人次的比例,以百分比表示	可按认定和治疗分类统计
8	门诊特殊疾病医疗总费用	数值型	N..12,2		参保人发生的门诊特殊疾病医疗费用总额	可分定点医疗机构统计
9	门诊特殊疾病医疗总费用增长额	数值型	N..5,2		门诊特殊疾病医疗总费用与某一报告期门诊特殊疾病医疗总费用的比较差额	
10	门诊特殊疾病住院医疗总费用增长率	数值型	N..6,2		门诊特殊疾病医疗总费用增长额占某一报告期门诊特殊疾病医疗总费用的比例,以百分比表示	
11	门诊特殊疾病统筹基金支付费用	数值型	N..12,2		医疗保险统筹基金用于门诊特殊疾病支付的费用	
12	门诊特殊疾病统筹基金支付费用增长额	数值型	N..12,2		统筹基金支付费用与某一报告期统筹基金支付费用的差额	
13	门诊特殊疾病统筹基金支付费用增长率	数值型	N..6,2		统筹基金支付费用增长额占某一报告期统筹基金支付费用的比例,以百分比表示	
14	次均门诊特殊疾病医疗费用	数值型	N..6,2		门诊特殊疾病医疗总费用与门诊特殊疾病人次的比例	门诊特殊疾病医疗总费用/门诊特殊疾病人次
15	次均门诊特殊疾病统筹基金支付费用	数值型	N..6,2		医疗保险统筹基金用于门诊特殊疾病支付的费用除以门诊特殊疾病人次	统筹基金支付的费用/门诊特殊疾病人次

6.4.5 医保协议

医保协议信息见表12。

表 12 医保协议信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	总额控制指标	数值型	N..8,2		自然年度内职工、城乡居民基本医疗保险统筹基金支付定点医疗机构医疗费用的上限,可分住院、门特、门诊统筹等类别统计	

表 12 (续) 医保协议信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
2	协议床位数	数值型	N..6		协议有效期内, 定点医疗机构经医保经办机构审核认可的床位数量	
3	在床率	数值型	N..6,2		参保人住院在床(或在院)人数与所有参保人在床(或住院)的比例, 以百分比表示	
4	购销存率	数值型	N..6,2		指同一时间段内, 同一品规药品或耗材, “本期销售、期末结存数量之和”与“期初结存、本期购进数量之和”的比例, 以百分比表示	
5	重复住院率	数值型	N..6,2		参保人因相同疾病在同一定点医疗机构, 住院时间间隔小于阈值的人次占该定点医疗机构住院人次的比例, 以百分比表示	
6	药品、耗材申报销售数量比	数值型	N..6,2		同一时间段内, 同一品规药品或耗材申报数量与销售数量之比	药品或耗材申报数量/销售数量
7	协议床位使用率	数值型	N..6,2		定点医疗机构实际结算床日总数与该定点医疗机构同期协议床日的总数比例, 以百分比表示	

6.5 医疗费用支付构成类

6.5.1 住院医疗费用构成

住院医疗费用构成信息见表13。

表 13 住院医疗费用构成信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	住院医疗费用中统筹基金支付费用	数值型	N..8,2		参保人在定点医疗机构住院期间发生的所有医疗费用中按规定由统筹基金支付的金额	
2	住院医疗费用中统筹基金支付费用比例	数值型	N..6,2		统筹基金支付住院医疗费用占住院医疗费用的比例, 以百分比表示	统筹基金支付住院医疗费用/住院医疗费用*100%

表 13 (续) 住院医疗费用构成信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
3	住院医疗费用中大病医疗互助补充保险支付费用	数值型	N..8,2		参保人在定点医疗机构住院期间发生的所有医疗费用中按规定由大病医疗互助补充保险支付的金额	
4	住院医疗费用中大病医疗互助补充保险支付费用比例	数值型	N..6,2		大病医疗互助补充保险支付住院医疗费用占住院医疗费用的比例,以百分比表示	大病医疗互助补充保险支付住院医疗费用/住院医疗费用*100%
5	住院医疗费用中城乡居民大病保险支付费用	数值型	N..8,2		参保人在定点医疗机构住院期间发生的所有医疗费用中按规定由城乡居民大病保险支付的金额	
6	住院医疗费用中城乡居民大病保险支付费用比例	数值型	N..6,2		城乡居民大病保险支付住院医疗费用占住院医疗费用的比例,以百分比表示	城乡居民大病保险支付住院医疗费用/住院医疗费用*100%
7	住院医疗费用中个人账户支付费用	数值型	N..8,2		参保人在定点医疗机构住院期间发生的所有医疗费用中按规定由个人账户支付的金额	
8	住院医疗费用中个人账户支付费用比例	数值型	N..6,2		个人账户支付住院医疗费用占住院医疗费用的比例,以百分比表示	个人账户支付住院医疗费用/住院医疗费用*100%
9	住院医疗费用中政策内个人自付费用	数值型	N..8,2		参保人在定点医疗机构住院期间发生的所有医疗费用中按规定由个人自付的金额	
10	住院医疗费用中政策内个人自付费用比例	数值型	N..6,2		按政策规定由统筹基金和参保人个人共同负担的住院医疗费用中个人自付的费用占住院医疗费用的比例,以百分比表示	个人自付费用/住院医疗费用*100%
11	住院医疗费用中政策外个人自付费用	数值型	N..8,2		参保人在定点医疗机构住院期间发生的所有医疗费用中按规定由个人自付的金额	
12	住院医疗费用中政策外个人自付费用比例	数值型	N..6,2		政策支付范围外个人负担的住院医疗费用占住院医疗费用的比例,以百分比表示	政策外个人负担的住院医疗费用/住院医疗费用*100%

6.5.2 门诊特殊疾病医疗费用构成

门诊特殊疾病医疗费用构成信息见表14。

表 14 门诊特殊疾病医疗费用构成信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	门诊特殊疾病费用中统筹基金支付费用	数值型	N..12,2		参保人在定点医疗机构发生的门诊特殊疾病费用中按规定由统筹基金支付的金额	
2	门诊特殊疾病费用中统筹基金支付费用比例	数值型	N..6,2		统筹基金支付的门诊特殊疾病费用占门诊特殊疾病费用的比例，以百分比表示	统筹基金支付的门诊特殊疾病费用/门诊特殊疾病费用*100%
3	门诊特殊疾病费用中大病医疗互助补充保险支付费用	数值型	N..12,2		参保人在定点医疗机构发生的门诊特殊疾病费用中按规定由大病医疗互助补充保险支付的金额	
4	门诊特殊疾病费用中大病医疗互助补充保险支付费用比例	数值型	N..6,2		大病医疗互助补充保险基金支付的门诊特殊疾病费用占门诊特殊疾病费用的比例，以百分比表示	大病医疗互助补充保险基金支付的门诊特殊疾病费用/门诊特殊疾病费用*100%
5	门诊特殊疾病费用中城乡居民大病保险支付费用	数值型	N..12,2		参保人在定点医疗机构发生的门诊特殊疾病费用中按规定由城乡居民大病保险支付的金额	
6	门诊特殊疾病费用中城乡居民大病保险支付费用比例	数值型	N..6,2		城乡居民大病保险支付门诊特殊疾病费用占门诊特殊疾病医疗费用的比例，以百分比表示	门诊特殊疾病费用中城乡居民大病保险支付费用/门诊特殊疾病费用*100%
7	门诊特殊疾病费用中个人账户支付费用	数值型	N..12,2		参保人在定点医疗机构发生的门诊特殊疾病费用中按规定由个人账户支付的金额	
8	门诊特殊疾病费用中个人账户支付费用比例	数值型	N..6,2		个人账户支付的门诊特殊疾病费用占门诊特殊疾病费用的比例，以百分比表示	门诊特殊疾病费用中个人账户支付费用/门诊特殊疾病费用*100%
9	门诊特殊疾病费用中政策内个人自付费用	数值型	N..12,2		参保人在定点医疗机构发生的门诊特殊疾病费用中按规定由个人自付的金额	
10	门诊特殊疾病费用中政策内个人自付费用比例	数值型	N..6,2		按政策规定由统筹基金和参保人个人共同负担的门诊特殊疾病费用中个人自付的费用占门诊特殊疾病的比例，以百分比表示	门诊特殊疾病费用中政策内个人自付费用/门诊特殊疾病费用*100%

表 14 (续) 门诊特殊疾病医疗费用构成信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
11	门诊特殊疾病费用中政策外个人自付费用	数值型	N..12,2		参保人在定点医疗机构发生的门诊特殊疾病费用中按规定由个人自付的金额	
12	门诊特殊疾病费用中政策外个人自付费用比例	数值型	N..6,2		政策支付范围外个人负担的门诊特殊疾病费用占门诊特殊疾病费用的比例,以百分比表示	门诊特殊疾病费用中政策外个人自付费用/门诊特殊疾病费用*100%

6.6 定点医药机构类

6.6.1 定点医疗机构

定点医疗机构信息见表15。

表 15 定点医疗机构信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	定点医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		报告期末,正常履行协议的定点医疗机构数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
2	定点医疗机构从事医疗保险管理工作的人数	数值型	N..6		报告期末,在定点医疗机构就业从事医疗保险管理工作(包括医疗保险的政策宣传、申报结算、数据管理等)的人数)	
3	诚信等级评定最高级别的定点医疗机构数	数值型	N..6		报告期末,经医保经办机构诚信等级评定为本统筹地区诚信等级最高级别的定点医疗机构数	
4	诚信等级评定最高级别的定点医疗机构占定点医疗机构的比例	数值型	N..6,2		报告期末,诚信等级评定为最高级别的定点医疗机构数占定点医疗机构总数的比例	最高级别的定点医疗机构数/定点医疗机构数
5	定点医疗机构增减数	数值型	N..6		报告期末,获得医保经办机构审查定点资格的医疗机构数与上一个或某个报告期获得资格的定点医疗机构数的差额	

表 15 (续) 定点医疗机构信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
6	协议医疗机构数	数值型	N..6		签订统筹地区定点医疗机构服务协议医疗机构数	
7	中止协议的医疗机构数	数值型	N..6		与医疗保险经办机构中止服务协议的定点医疗机构数	
8	中止协议的定点零售药店数	数值型	N..6		与医疗保险经办机构中止服务协议的定点零售药店数	
9	定点医疗机构医执人员数	数值型	N..6		定点医疗机构纳入成都市基本医疗保险基础信息库管理的人员,可分医生、护士、技师等类别统计	
10	定点医疗机构建筑面积	数值型	N..8.2		协议期内,不动产登记记载的建筑面积	
11	新增定点医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		与医保经办机构签订协议的定点医疗机构新增数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计

6.6.2 定点零售药店

定点零售药店信息见表16。

表 16 定点零售药店信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	定点零售药店数	数值型	N..6		报告期末,正常履行协议的定点零售药店数	可按区域、单店及连锁统计
2	定点零售药店医疗保险专管员的人数	数值型	N..6		报告期末,在定点零售药店就业从事医疗保险管理工作(如医疗保险的政策宣传、申报结算、数据管理等)的人数	
3	定点零售药店执业药师数	数值型	N..6		定点零售药店纳入成都市基本医疗保险基础信息库管理的执业药师数	
4	新增定点零售药店数	数值型	N..6		报告期末,获得医保经办机构审查定点资格的零售药店数与某个报告期获得资格的定点零售药店数的差额	

6.7 稽核监督类

6.7.1 参保人稽核

参保人稽核信息见表17。

表 17 参保人稽核信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	参保人违规享受待遇人次	数值型	N..5		报告期末，参保人违反享受规定待遇的人次	
2	参保人违规享受待遇金额	数值型	N..8,2		报告期末，发现参保人违反享受待遇规定涉及资金的总金额	
3	追回参保人违规享受待遇金额	数值型	N..8,2		报告期末，追回补缴到账的违规享受待遇的总金额	
4	参保人违规享受待遇金额追回率	数值型	N..6,2		报告期末，追回参保人违规享受待遇金额占发现参保人违规享受待遇金额的比例，以百分比表示	追回参保人违规享受待遇金额/发现参保人违规享受待遇金额*100%

6.7.2 定点医疗机构稽核

定点医疗机构稽核信息见表18。

表 18 定点医疗机构稽核信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	稽核定点医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		报告期末，被稽核定点医疗机构的总数量	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
2	违规定点医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		报告期末，经稽核查处的违反基本医疗保险协议规定的医疗机构总数量	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
3	定点医疗机构(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)违规率	数值型	N..6,2		报告期末，违规定点医疗机构数占稽核定点医疗机构数的比例，以百分比表示	违规定点医疗机构数/稽核定点医疗机构数*100%，可按不同性质、类别、级别、区域等统计

表 18（续）定点医疗机构稽核信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
4	定点医疗机构违规金额(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..10,2		报告期末, 定点医疗机构违反协议规定涉及资金总数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
5	追回定点医疗机构违规金额(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..10,2		报告期末, 已经补缴到账的违规金额总数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
6	追回定点医疗机构支付的违约金金额(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..10,2		报告期末, 按照协议约定支付的违约金金额总数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
7	定点医疗机构违规金额追回率(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6,2		报告期末, 追回定点医疗机构违规金额占定点医疗机构违规金额的比例, 以百分比表示	追回定点医疗机构违规金额/定点医疗机构违规金额*100%, 可按不同性质、类别、级别、区域等统计
8	限期整改、暂停支付、中止协议的医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		报告期末, 与医疗保险经办机构限期整改、暂停支付、中止协议的定点医疗机构数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
9	终止协议的医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		报告期末, 与医疗保险经办机构终止服务协议的定点医疗机构数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计

表 18 (续) 定点医疗机构稽核信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
10	解除协议的医疗机构数(含医院类、门诊诊所类、公益性基层医疗机构)	数值型	N..6		报告期末, 经医保经办机构审查, 取消定点资格的医疗机构数	可按不同性质、类别、级别、区域等统计
11	停止医保结算资格的医师数	数值型	N..6		报告期末, 违反医保政策协议被停止医保结算资格的医师数量	

6.7.3 定点零售药店稽核

定点零售药店稽核信息见表19。

表 19 定点零售药店稽核信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	稽核定点零售药店数	数值型	N..6		报告期末, 被稽核定点零售药店的总数量	
2	违规定点零售药店数	数值型	N..6		报告期末, 经稽核查出的违反基本医疗保险协议规定药店的总数量	
3	定点零售药店违规率	数值型	N..6,2		报告期末, 违规定点零售药店数占稽核定点零售药店数的比例, 以百分比表示	违规定点零售药店数/稽核定点零售药店数*100%
4	定点零售药店违规金额	数值型	N..8,2		报告期末, 定点零售药店违反协议规定涉及资金的总金额	
5	追回定点零售药店违规金额	数值型	N..8,2		报告期末, 已经补缴到账的违规金额总数	
6	定点零售药店违规金额追回率	数值型	N..6,2		报告期末, 追回定点零售药店违规金额占定点零售药店违规金额的比例, 以百分比表示	追回定点零售药店违规金额/定点零售药店违规金额*100%
7	终止协议的药店数	数值型	N..6		报告期末, 与医疗保险经办机构终止服务协议定点零售药店数	
8	解除协议的的定点零售药店数	数值型	N..6		报告期末, 经医保经办机构审查, 取消定点资格的药店数	

6.7.4 案例指标信息

案例指标信息见表20。

表 20 案例指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	违规案例总数	数值型	N..6		报告期末，被稽核定点医药机构违规案例总数，按支付类别可分医院类、门诊诊所类、定点零售药店类；按处理类别可分中止、暂停、终止、解除协议等统计	
2	向公安部门报案或移交案件数量	数值型	N..6		报告期末，向公安部门报案或移交案件数量总数，	按支付类别可分医院类、门诊诊所类、定点零售药店类；按处理类别可分中止、暂停、终止、解除协议等统计

6.8 经办机构类

经办机构信息见表21。

表 21 经办机构信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	医保经办机构数	数值型	N..6		统筹区内医保经办机构数	
2	在岗工作人员数	数值型	N..8		从事医疗保障经办管理工作的在编、聘用、借用的人数（不含后勤人员）	
3	人均管理参保人数	数值型	N..6		报告期末，在岗人员平均每人管理的参加基本医疗保险的人数，即参保人数除以在岗人员数。	

6.9 医保智能审核类

医保智能审核是指对“限定就医方式”、“限定医院类型级别”、“中药饮片用量”、“限定儿童”、“限定性别”、“限定总额”等既定规则的符合性进行智能审核。

医保智能审核规则见表22。

表 22 医保智能审核规则表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	参保人手术报销比例审核	数值型	N..6		按照《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法实施细则》中规定审核	
2	限定就医方式	数值型	N..6		审核仅限在门诊时使用的药品或项目，非门诊的其他就医方式下不予报销	
3	限定医院类型级别	数值型	N..6		审核有医院类型和级别限制的药品和项目	
4	中药饮片超量	数值型	N..6		根据国家药典或当地医保的报销规定，对部分中药饮片设定单帖最大剂量和处方最大帖数	
5	限定儿童	数值型	N..6		对限定儿童使用的药品和项目进行审核	
6	限定性别	数值型	N..6		对限定性别使用的药品或项目进行审核	
7	限定总额	数值型	N..6		对有限定总金额的项目进行审核	
8	限定适应症（条件）项目（违规）	数值型	N..6		对有适应症或使用条件限定的项目进行审核	
9	不符合临床实际规则	数值型	N..6		对不符合临床实际使用的药品、诊疗项目进行审核	
10	限定适应症（条件）用药（违规）	数值型	N..6		对有适应症或使用条件限定的药品进行审核	
11	不符合门诊特殊疾病支付范围	数值型	N..6		按门特特殊疾病报销政策和诊疗常规，筛选出门特不予报销的药品或项目	
12	限定频次	数值型	N..6		审核诊疗项目在一定时间段内的使用频次	
13	违反项目匹配（含不匹配特定药品）	数值型	N..6		通过诊疗项目之间或诊疗项目与药品之间的关联关系，审核发现异常项目	
14	重复用药（含特殊药品）	数值型	N..6		对药理作用相同的药品进行审核	
15	挂靠收费	数值型	N..6		对挂靠收费的项目进行审核	

表 22 (续) 医保智能审核规则表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
16	门诊中药饮片超量	数值型	N..6		按照国家药典或当地医保的报销规定,对部分中药饮片设定单帖最大剂量,门诊特殊疾病方案应按申请时间确定贴数	
17	限定适应症(条件)用药(可疑)	数值型	N..6		对有限定适应症或使用条件的项目进行审核	
18	限定适应症(条件)项目(可疑)	数值型	N..6		对有限定适应症或使用条件的项目进行审核	
19	二线药品审核	数值型	N..6		对二线使用限定的药品进行审核	
20	重复收费(可疑)	数值型	N..8,2		对于同一诊疗过程中,重复使用相同或类似的项目进行审核	
21	非基本医疗保险支付疾病	数值型	N..6		对病种是否在基本医疗保险支付范围内进行审核	
22	非基本医疗保险支付疾病(项目/药品)	数值型	N..6		对项目/药品是否在基本医疗保险支付范围内进行审核	
23	超治疗方案用量	数值型	N..6		对结算的医保服务项目与治疗方案不符的进行审核	
24	限定病种项目审核	数值型	N..6		对限定病种的项目进行审核	
25	超单位时间限定最大剂量(含不拆零)	数值型	N..6,2		按照药品说明书中最大剂量对方案申请用量进行审核	
26	手术超高频次	数值型	N..6		对手术项目频次超高(大于等于4)进行审核	
27	限定频次(可疑)	数值型	N..6		对一定时间段内诊疗项目的使用频次进行审核	
28	限定疗程	数值型	N..6		对药品或项目是否超过限定疗程进行审核	
29	就诊信息数据异常	数值型	N..6		对定点医疗机构上传的疾病诊断进行审核	
30	费用明细数据异常	数值型	N..6		对定点医疗机构上传的费用明细进行审核	

表 22 (续) 医保智能审核规则表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
31	疾病诊断与基础信息不符	数值型	N..6		将定点医疗机构上传的疾病诊断与参保人的基础信息进行比对, 筛选诊断与参保人身份不符合的单据	
32	非常规治疗药品	数值型	N..6		根据临床知识库对疾病诊疗过程进行判断, 筛选出诊疗过程中偏离常规的处方药品	
33	超适应症诊疗项目	数值型	N..6		将诊疗项目的适应症范围与疾病诊断进行比对, 筛选出与疾病不符的项目	
34	非常规诊疗项目	数值型	N..6		根据疾病诊断对疾病诊疗过程进行审核, 筛选出偏离常规诊疗的项目	
35	超临床常规治疗频次	数值型	N..6		对物理治疗、检验检查等诊疗项目的常规使用频次和疗程进行审核, 筛选超常规治疗频次的异常项目	
36	用药安全审核	数值型	N..6		根据临床知识库对儿童、老人、孕妇、哺乳期妇女等用药安全性以及药物的禁忌症进行审核	
37	住院间隔审核	数值型	N..6		对参保人的住院间隔进行审核, 发现分解住院的异常单据	
38	不合理入院审核	数值型	N..6		审核达不到入院标准, 而采用住院治疗的异常单据	
39	药品占比异常 (>45%)	数值型	N..6, 2		审核药品费用占比超高的异常单据	
40	治疗费用占比异常 (>35%)	数值型	N..6, 2		审核诊疗费用占比超高的异常单据	
41	特殊检查超高频次	数值型	N..6, 2		审核特殊检查频次超高的异常单据	
42	重点药品审核	数值型	N..6		对重点监控的药品进行审核	
43	病种认定与病史比对异常 (门诊特殊疾病)	数值型	N..6		审核门特认定机构的认定结果	

表 22 (续) 医保智能审核规则表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
44	药品超认定有效期	日期型	YYYYMMDD		患者认定通过时间和病种认定有效期,判断结算单据的参保人是否在认定有效期内	
45	药品与病种对应关系异常	数值型	N..6		根据药品与病种对应关系,筛选对应关系之外的药品。	
46	同一时段药品超限定数量	数值型	N..6		审核同一时段药品超限定数量	
47	超方案用量审核	数值型	N..6		将药品总量与治疗方案(治疗机构)中药品剂量比对,筛选出超治疗方案剂量使用的数量	
48	药品超单位时间最大剂量	数值型	N..6		根据药品说明书计算出单位时间最大剂量	
49	慈善外用药疗程审核	数值型	N..6		根据慈善计算报销天数	
50	慈善有效期内重复享受医保待遇	数值型	N..6		审核慈善有效期内重复享受医保待遇	
51	高值耗材数量审核	数值型	N..6		审核超临床常规的耗材数量	
52	频次审核	数值型	N..6		审核项目或耗材在一定时间段的使用频次	
53	限定病种药品审核	数值型	N..6		根据药品限制条件整理相应的病种,实现药品限定病种的审核	
54	诊疗项目与性别匹配可疑	数值型	N..6		审核诊疗项目与性别的关联关系	
55	常见病住院周期审核	数值型	N..6		审核常见病住院周期	
56	费用日期不在住院期间审核	日期型	YYYYMMDD		审核费用明细发生时间不在住院期间的情况	

6.10 在线监控类

在线监控指标信息见表23。

表 23 在线监控指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	实时门诊特殊疾病治疗人数	数值型	N..6		定点医疗机构实时办理门诊特殊疾病治疗的人数	
2	实时门诊特殊疾病结算人数	数值型	N..6		定点医疗机构实时办理门诊特殊疾病结算的人数	
3	实时入院人数	数值型	N..6		定点医疗机构实时办理入院的人数	
4	实时出院人数	数值型	N..6		定点医疗机构实时办理出院的人数	
5	实时门诊刷卡次数	数值型	N..6		定点医疗机构实时门诊刷卡次数	
6	实时门诊刷卡金额	数值型	N..6,2		定点医疗机构实时门诊刷卡金额	
7	实时药店刷卡次数	数值型	N..6		定点零售药店实时刷卡次数	
8	实时药店刷卡金额	数值型	N..6,2		定点零售药店实时刷卡金额	
9	实时门诊统筹刷卡次数	数值型	N..6		定点医疗机构门诊统筹实时刷卡次数	
10	实时门诊统筹刷卡金额	数值型	N..6,2		定点医疗机构门诊统筹实时刷卡金额	
11	实时在床量	数值型	N..6		定点医疗机构住院在床实时人数	
12	实时疑点量	数值型	N..6,2		违反监控规则的实时疑点数	可按定点医疗机构、定点零售药店、参保人、经办机构等类别统计
13	本月核查疑点量	数值型	N..6,2		医保经办机构本月核查实时疑点的数量	
14	本月住院结算人次	数值型	N..6		定点医疗机构本月住院结算人次汇总	可按同比、环比、类比等形式统计
15	本月住院医疗费总额	数值型	N..12,2		定点医疗机构本月出院结算参保人医疗费总额	可按同比、环比、类比等形式统计
16	本月住院统筹支付总额	数值型	N..12,2		定点医疗机构本月出院结算参保人统筹支付总额	可按同比、环比、类比等形式统计

表 23 (续) 在线监控指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
17	本月住院统筹支付比	数值型	N..6,2		定点医疗机构本月统筹支付费用占本月住院医疗费用总额的比例,以百分比表示	
18	本月住院次均床日	数值型	N..6,2		定点医疗机构本月出院结算参保人次均床日数	可按同比、环比、类比等形式统计
19	本月住院次均统筹支付金额	数值型	N..12,2		定点医疗机构本月出院结算参保人次均统筹支付金,	本月住院统筹支付总额/本月住院人次,可按同比、环比、类比等形式统计
20	本月住院床日统筹支付金额	数值型	N..12,2		定点医疗机构本月出院结算参保人床日统筹支付金额	可按同比、环比、类比等形式统计
21	本月住院药品费用占比	数值型	N..6,2		定点医疗机构本月出院结算参保人药品费用总额占本月出院结算参保人医疗费用总额的比例	本月住院药品费用总额/本月住院医疗费用总额*100%,可按中成药、西药、中药饮片等类型统计
22	本月住院检查费用占比	数值型	N..6,2		定点医疗机构本月出院结算参保人检查费费用占本月出院结算参保人医疗费用总额的比例	本月住院检查费总额/本月住院医疗费用总额*100%
23	本月住院治疗费用占比	数值型	N..6,2		定点医疗机构本月出院结算参保人治疗费用占本月出院结算参保人医疗费用总额的比例	本月住院治疗费总额/本月住院医疗费用总额*100%
24	本月住院高额费用人次占比	数值型	N..6,2		本月出院结算参保人高额费用人次占本月出院结算参保人总人次的比例,以百分比表示	本月住院高额费用人次/本月住院总人次*100%
25	频繁购药	字符型	C1	C002	参保人一天之内刷卡药店个数超过N个或参保人在同一家药店单日药次数累计N次以上(含)	
26	过高费用	字符型	C1	C003	城职、城乡参保人在一个医保年度于同一家医疗机构住院费用累计M元以上(含)、参保人三个月就诊金额(住院及门特)超过N元(含)、参保人单次购药个人账户支出额M元以上(含)	

表 23 (续) 在线监控指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
27	过度诊疗	字符型	C1	C004	参保人在医保年度内累计住院 N 天以上(含)	
28	重复诊疗	布尔型	B		参保人一次住院期间对一名患者开具相同选定诊疗项目的诊疗次数累计 N 次以上(含), Y-是; N-否	
29	不合理用药	字符型	C1	C005	参保人在一级及以下医疗机构单次住院药品费用与总费用的比例超过 M%(含)、参保人在二级医疗机构单次住院药品费用与总费用的比例超过 M%(含)、参保人单次住院药品费用与总费用的比例低于 N%(含)、参保人在三级医疗机构单次住院药品费用与总费用的比例超过 M%(含)	
30	冒名就医	布尔型	B		参保人在死亡日期后发生医疗费用, Y-是; N-否	
31	分解住院	字符型	C1	C006	将本应一次完成的医疗服务分解为两次及以上的违规行为	
32	违反知识库关联	字符型	C2	C007	药品使用的科室前提判断规则	
33	数据分析异常	字符型	C1	C008	参保人交叉住院及住院期间存在其他就诊行为	
34	床位占用预警	字符型	C1	C009	床位占用异常或床位医护比异常	

6.11 在线预警类

在线预警规则信息见表24。

表 24 在线预警规则信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	定点医疗机构住院结算人次异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
2	定点医疗机构住院医疗费总额异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	

表 24 (续) 在线预警规则信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
3	定点医疗机构住院统筹支付总额异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
4	定点医疗机构住院统筹支付比异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
5	定点医疗机构住院次均床日异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
6	定点医疗机构住院次均统筹支付异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
7	定点医疗机构住院床日统筹支付异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
8	定点医疗机构住院药品费用占比异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
9	定点医疗机构住院检查费用占比异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
10	定点医疗机构住院治疗费用占比异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
11	定点医疗机构住院高额费用人次占比异常预警	字符型	C1	C010	根据出院结算参保人指标超阈值范围的程度分别进行高度、中度、低度预警	
12	定点医疗机构当前在床率异常预警	布尔型	B		超过申报床位数的 115%即预警, Y-超过; N-未超过	

6.12 运行分析类

运行分析指标信息见表25。

表 25 运行分析指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	重点监控药品费用	数值型	N..12,2		定点医疗机构在重点监控药品目录范围内的药品费用总额	
2	重点监控药品费用占比	数值型	N..6,2		定点医疗机构在重点监控药品目录范围内的药品费用占总药品费用的比例，以百分比表示	
3	重点监控诊疗项目费用	数值型	N..12,2		定点医疗机构在重点监控诊疗项目目录范围内的诊疗项目费用总额	
4	重点监控诊疗项目费用占比	数值型	N..6,2		定点医疗机构在重点监控诊疗项目目录范围内的诊疗项目费用占总诊疗项目费用的比例，以百分比表示	
5	重点监控医用材料费用	数值型	N..12,2		定点医疗机构在重点监控医用材料目录范围内的医用材料费用总额	
6	重点监控医用材料费用占比	数值型	N..6,2		定点医疗机构在重点监控医用材料目录范围内的医用材料费用占总医用材料费用的比例，以百分比表示	
7	重点监控疾病	数值型	N..6		重点对参保人在定点医疗机构就诊频次高、占用医保基金多的疾病种类进行监控	
8	参保人就诊流向分析	数值型	N..6		对参保人在定点医药机构的就诊、购药流向进行分析	

6.13 支持医改类

支持医改指标信息见表26。

表 26 支持医改指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	自费率	数值型	N..6,2		医疗总费用中自费金额占比	自费金额/医疗总费用*100%
2	转诊转院率	数值型	N..6,2		同一参保人在一家定点医疗机构出院后两天内再次到其他定点医疗机构住院的人数占总住院人数的比例	

表 26 (续) 支持医改指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
3	双向转诊转院率	数值型	N..6,2		定点医疗机构将参保人转往其他医疗机构诊疗的人次占住院人次的比例,分为向上和向下	
4	复诊率	数值型	N..6,2		同一参保人在同一家医疗机构治疗同一疾病住院次数超过两次及以上的人数占总住院人数的比例	
5	手术率	数值型	N..6,2		同一家医疗机构一个时段内手术病人人数占总病人人数的比例	

6.14 扩展类

6.14.1 扩展指标集

扩展指标集信息见表27。

表 27 扩展指标集信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	CT、MRI、彩超等特殊住院检查人次占住院结算人次的比例	数值型	N..6,2		CT、MRI、彩超等特殊住院检查人次占住院结算人次的比例,以百分比表示	CT、MRI、彩超等特殊住院检查人次/住院结算人次
2	医保服务项目使用人次(频次)	数值型	N..6		使用某一类或某一项医保服务项目的人次(频次),可分诊疗项目、药品、医疗材料等类别统计	
3	医保服务项目项目费用	数值型	N..12,2		使用某一类或某一项医保服务项目的费用,可分诊疗项目、药品、医疗材料等类别统计	
4	医保服务项目项目次均费用	数值型	N..6,2		使用某一类或某一项医保服务项目的费用与医保服务项目使用人次(频次)的比,可分诊疗项目、药品、医疗材料等类别统计	医保服务项目的费用/医保服务项目使用人次(频次)

表 27 (续) 扩展指标集信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
5	医保服务项目使用率	数值型	N..6,2		使用某一类或某一项医保服务项目人次与住院人次的比例,可分诊疗项目、药品、医疗材料等类别统计	医保服务项目人次/住院人次*100%
6	住院基金实际报销比	数值型	N..6,2		参保人发生的住院总费用中,由各类医保基金实际支付金额占住院总费用的比例。反映医保对住院医疗费用的分担程度	各类医保基金实际支付金额/住院总费用*100%
7	个人自费率	数值型	N..6,2		个人实际结算自付总额占个人医疗费用总额的比例,以百分比表示	个人实际结算(含自费)自付总额/个人医疗费用总额*100%
8	住院门诊比	数值型	N..6,2		住院人次与门诊人次的比例,以百分比表示,限定持社会保障卡就诊的情况	住院人次/门诊人次*100%

6.14.2 按病种付费指标

按病种付费指标信息见表28。

表 28 按病种付费指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	按病种付费的病种数	字符型	N..6		医疗保险经办机构与定点医疗机构实施按病种结算的病种数量	
2	按病种付费的住院人次	数值型	N..6		参保人因患按病种结算的疾病在定点医疗机构的住院人次数	
3	按病种付费的医疗费用	数值型	N..12,2		参保人因患病按病种结算的疾病在定点医疗机构住院,所发生的医疗费总额	
4	按病种付费的医疗费用占住院医疗费用比例	数值型	N..6,2		按病种结算的医疗费用占参保人总住院医疗费用的比例,以百分比表示	按病种结算的医疗费用/总住院医疗费用*100%,可按定点医疗机构、区域、级别、病种等类比统计
5	按病种付费的次均医疗费用	数值型	N..6,2		按病种结算的医疗费用总额除以其按病种结算的人次所得到的比例	按病种结算费用/按病种结算的人次*100%,可按定点医疗机构、区域、级别、病种等类比统计

表 28 (续) 按病种付费指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
6	按病种付费的人次占比	数值型	N..6,2		按病种结算的人次占总住院人次的比例,以百分比表示	病种结算的人次/住院人次*100%,可按定点医疗机构、区域、级别、病种等类比统计
7	按病种付费转出的人数	数值型	N..8		定点医疗机构选择进入病种付费后,结算时退出病种付费的人数	
8	按病种付费转出的费用	数值型	N..12,2		结算时退出病种付费的参保人产生的医疗费用	可按医疗总费用,统筹支付金额等类别统计
9	按病种付费转出的人次占比	数值型	N..6,2		结算时退出病种付费的参保人次与选择进入病种付费的总人次的比例,以百分比表示	

6.14.3 异地就医指标

异地就医指标信息见表29。

表 29 异地就医指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
1	异地就医人数	数值型	N..8		参保人在本统筹地区以外的医疗机构住院(及门诊特殊疾病)治疗,在报告期内结算的数量,可分已备案、未备案进行统计	
2	异地就医人数占参保人数的比例	数值型	N..6,2		异地就医人数占参保人数的比例,以百分比表示	异地就医人数/参保人数*100%
3	异地安置人数	数值型	N..8		经本统筹地区经办机构批准的异地安置人数	
4	异地就医转诊人数	数值型	N..8		经本统筹地区经办机构批准转往外地的就医人数	
5	异地就医人次	数值型	N..8		在本统筹地区外就医的人次,可分异地安置、异地转诊、急救抢救、未备案等类别统计	

表 29 (续) 异地就医指标信息表

序号	数据项名称	数据类型	格式	值域	说明	备注
6	统筹基金支付异地就医费用占统筹基金支付总费用的比例	数值型	N..6,2		基本医疗保险统筹基金支付非本统筹地区住院(及门诊特殊疾病)费用占统筹基金支付总费用的比例,以百分比表示,可分异地安置、异地转诊、急救抢救、未备案等类别统计	非本统筹地区住院(及门诊特殊疾病)费用/统筹基金支付总费用*100%
7	异地安置参保人联网结算占比	数值型	N..6,2		异地安置参保人在统筹区外定点医疗机构联网结算医疗费用的人次与异地就医人次的比例,以百分比表示	
8	安置后异地就医率	数值型	N..6,2		安置后异地就医人数与安置总人数的比例,以百分比表示	
9	市外转诊就医率	数值型	N..6,2		市外转诊就医人次占总就医人次的比例,以百分比表示	
10	异地安置退休人员提取个人账户金额	数值型	N..12,2		异地安置退休参保人在统筹区外定点医疗机构联网结算医疗费用的金额	

7 医保决策辅助

7.1 概述

本章对医疗保险运行分析辅助决策系统应具备的基本功能要求及主要内容进行了规范性描述。

7.2 基本功能要求

- 应具备区域内参保情况分析功能,至少应包括:分行政区划等级、分医保类别、分时间段、分年龄段、分缴费档次等要素;
- 应具备医疗保险基金使用情况分析功能,至少应包括:基金收入、基金支出、结余情况、征缴比例、参保率、费用结算、按病种统计等要素;
- 应具备定点医疗机构情况分析功能,至少应包括:定点医疗机构数量、协议床位数、定点零售药店数、稽核违规情况、住(出)院率、医疗费用构成等要素;
- 应具备行业重点关注指标的分析功能,至少应包括:住院总人次、住院总费用、基金申请拨付金额、次均医疗费用等要素;
- 应具备实时获取医保结算信息的功能。

7.3 主要内容

7.3.1 医疗保险事业发展情况分析

医疗保险事业发展情况分析，其主要内容应涵盖的内容主要包括：参保情况、医保基金使用情况、全市定点服务机构情况、不同医保类别支付情况、一般诊疗费用、住院费用构成情况、结算病种情况、门诊特殊疾病诊疗情况、报告期内医保基金重点支付情况、综合分析等。

7.3.2 医保基金风险指数（FRI）分析

医保基金风险指数分析，应至少包括：数学分析模型、模型评价基础指标、区域内总体情况、不同险种情况、不同结算单元情况、详细情况、综合分析等。

7.3.3 定点医疗机构住院指标分析

定点医疗机构住院指标分析，应至少包括：按定点医疗机构类别、等级统计，按职工医疗保险、城乡居民医疗保险分类统计，按增速统计如总住院人次、总住院费用、基金申请拨付金额、次均基金申请拨付金额、床日均基金申请拨付金额、次均住院天数、综合分析等统计。

7.3.4 定点医疗机构门诊特殊疾病分析

定点医疗机构门诊特殊疾病分析，应包括：按定点医疗机构类别、等级统计，按职工医疗保险、城乡居民医疗保险分类统计，按增速统计如总结算人次、总结算费用、基金申请拨付金额、次均基金申请拨付金额、综合分析等统计。

7.3.5 定点零售药店指标运行情况分析

定点零售药店运行情况分析，应包括：按职工医疗保险、按刷卡人次、刷卡金额、次均刷卡金额、按药店统计的刷卡人次、按药店统计的刷卡金额、按药店统计的次均刷卡金额、大额刷卡金额、综合分析等统计。

8 指标体系维护

8.1 概述

本章主要对指标管理和维护流程进行规范性描述。

8.2 指标的管理

8.2.1 指标新增

指标新增主要是指在应用实施过程中，需增加新的字段到指标体系，应包括数据项名称、数据类型、格式、值域、说明和备注等信息。

8.2.2 指标删除

指标删除主要是指在应用实施过程中，需删除原有指标项，删除内容应包括数据项名称、数据类型、格式、值域、说明和备注。

8.2.3 指标修改

指标修改主要是指在应用实施过程中，需对原有指标项进行更新修改，修改内容可包括数据项名称、数据类型、格式、值域、说明和备注等信息。

8.3 维护流程

8.3.1 指标新增流程

- a) 对新增指标进行检查，确定指标的数据项名称、数据类型、格式、值域、说明和备注，形成正式申报文件；
- b) 正式申报文件提交至管理部门对新增指标进行审核；
- c) 管理部门审核后，对新增指标备案并在指标库中添加。

注1：对新增指标应明确在指标体系框架下的类别；

8.3.2 指标删除流程

- a) 对拟删除的指标进行核查，核查指标的数据项名称、数据类型、格式、值域、说明和备注，形成正式申报文件；
- b) 正式申报文件提交至管理部门对删除指标进行审核；
- c) 管理部门审核后，对删除指标备案并在历史指标库中添加。

注1：对删除指标应保存历史记录；

8.3.3 指标修改流程

- a) 对修改指标进行检查，确定指标的数据项名称、数据类型、格式、值域、说明和备注，形成正式申报文件；
- b) 正式申报文件提交至管理部门对修改指标进行审核；
- c) 管理部门审核后，对修改指标备案并在历史指标库中添加记录。

注1：对修改后的指标应明确在指标体系框架下的类别；

附 录 A
(规范性附录)
代码集

A.1 各类码表

A.1.1 参保人指标信息

A.1.1.1 C001 参保险种代码

说 明：参保险种代码。

表示方式：C1

编码方式：按GB/T 31596.4-2015的分类规定，采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.1。

表 A.1 参保险种代码表

代码	名称
1	职工基本医疗保险
2	城镇居民基本医疗保险
3	新型农村合作医疗
4	城乡居民基本医疗保险
9	其他

A.1.2 在线监控与分析规则集信息

A.1.1.2 C002 频繁就医代码

说 明：频繁就医代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.2。

表 A.2 频繁就医代码表

代码	名称
1	参保人一天之内刷卡药店个数超过 N 个
2	参保人同一家药店单日药次数累计 N 次以上（含）
9	其他

A.1.1.3 C003 过高费用代码

说 明：过高费用代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.3。

表 A.3 过高费用代码表

代码	名称
1	参保人-城职医保年度住院医疗费用累计 M 元以上（含）
2	参保人-城居医保年度住院医疗费用累计 M 元以上（含）
3	参保人-三个月就诊金额(住院及门诊特殊疾病)超过 N 元（含）
4	人员类别所使用的药品和总费用（或者固定类药品）的比例超过 M（含）
5	人员类别所使用的诊疗费和总费用(或者固定诊疗项目)的比例超过 M(含)
6	参保人-单次购药个人账户支出额 M 元以上（含）
7	参保人-在同一医疗服务机构日购药费用累计 M 元以上（含）
9	其他

A.1.1.4 C004 过度诊疗代码

说明：过度诊疗代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.4。

表 A.4 过度诊疗代码表

代码	名称
1	参保人-单次住院 N 天以上（含）。
2	参保人-医保年度内累计住院 N 天以上（含）
9	其他

A.1.1.5 C005 不合理用药代码

说明：不合理用药代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.5。

表 A.5 不合理用药代码表

代码	名称
1	参保人-一级及以下医疗机构单次住院药品费用与总费用的比例超过 M%（含）
2	参保人-二级医疗机构单次住院药品费用与总费用的比例超过 M%（含）
3	参保人-三级医疗机构单次住院药品费用与总费用的比例超过 M%（含）
4	参保人-单次住院药品费用与总费用的比例低于 N%（含）
5	参保人-一级及以下医疗机构单次住院个人负担比例高于 M%（含）
6	参保人-二级医疗机构单次住院个人负担比例高于 M%（含）
7	参保人-三级医疗机构单次住院个人负担比例高于 M%（含）
9	其他

A.1.1.6 C006 分解住院代码

说明：分解住院代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.6。

表 A.6 分解住院代码表

代码	名称
1	参保人-年度内同一人在同一医疗机构住院总次数超过 N 次（含）以上
2	参保人-年度内同一人住院总次数超过 N 次（含）以上
3	参保人-年度内同一人因同一疾病住院总次数超过 N 次（含）以上
4	参保人-同一医疗机构医疗年度内同一人两次住院间隔 N 天以下（含）
9	其他

A.1.1.7 C007 违反知识库关联代码

说明：违反知识库关联代码。

表示方式：C2

编码方式：采用顺序码，用两位字符表示，代码见表A.7。

表 A.7 违反知识库关联代码表

代码	名称
01	材料使用的药品前提判断规则
02	材料使用的诊疗项目前提判断规则
03	规则-疾病诊断限科室类型规则
04	规则-疾病诊断限医师执业范围
05	规则-限制诊疗项目用科室专业对照、设备备案、设备使用年限
06	规则-医师医保处方权限制规则
07	疾病诊断的诊疗项目使用前提判断规则
08	外检诊疗项目使用前提判断规则
09	药品使用的疾病前提判断规则
10	药品使用的科室前提判断规则
11	药品使用的药品前提判断规则
12	药品使用的医师执业范围或处方权前提判断规则
13	医嘱下达与执行不一致判断规则
14	医嘱执行于收费不一致判断规则
15	设备于技师执业范围判断规则
16	诊疗项目使用的诊疗项目前提判断规则
99	其他

A.1.1.8 C008 数据分析异常代码

说明：数据分析异常代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.8。

表 A.8 数据分析异常代码表

代码	名称
1	参保人交叉住院及住院期间存在其他就诊行为
2	下达医嘱时医师不在执业时间内
3	诊疗设备当日实施次数是否超过该设备允许的日最大实施次数
9	其他

A.1.1.9 C009 床位占用预警代码

说明：床位占用预警代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.9。

表 A.9 床位占用预警代码表

代码	名称
1	床位医护比异常
2	床位占用异常
9	其他

A.1.3 在线预警规则类信息

A.1.1.10 C010 预警等级代码

说明：预警等级代码。

表示方式：C1

编码方式：采用顺序码，用一位字符表示，代码见表A.10。

表 A.10 预警等级代码表

代码	名称
1	高度预警
2	中度预警
3	低度预警
9	其他

附 录 B
(规范性附录)
数据项描述方法与规则

B.1 数据项描述方法与规则

B.1.1 描述方法

数据项采用以下属性进行描述：

- 数据项名称；
- 数据类型；
- 数据格式；
- 值域范围；
- 说明。

B.1.2 描述规则

B.1.2.1 数据项名称

数据项的单个或多个中文字词的指称。

B.1.2.2 数据类型

表示数据项值域不同值的集合，本标准使用的数据类型见表B.1。

表 B.1 数据类型表示

数据类型	表示形式	说明
字符型	C	可以包括字母字符、数字字符或汉字等在内的任意字符
数值型	N	阿拉伯数字形式的数值（包括整型数和实型数），可进行数学运算
日期型	YYYYMMDD	采用GB/T 7408规定的日期表示法，“YYYY”表示年份，“MM”表示月份，“DD”表示日期
日期时间型	YYYYMMDDhhmmss	采用GB/T 7408规定的日期和时间表示法，“hh”表示时，“mm”表示分，“ss”表示秒
二进制流	BY	图象、音频、WAN、RM、AVI、MPEG等二进制流文件格式
布尔型	B	有且只有两个表明条件的值，采用Y/N表示

B.1.2.3 数据格式

B.1.2.3.1 数据类型采用表1中的“表示形式”进行表示。

B.1.2.3.2 数据类型后加1位数字表示定长格式。

示例：C6表示6位定长的字符；N6表示6位定长的数值。

数据类型后加“x.y”表示从最小到最大长度的格式。

示例：C2..10表示最短2位、最长10位的字符。

数据类型后加“..x”表示变长的格式。

示例：C..10 表示最短 1 位、最长 10 位的字符型格式。

数值型 N 后加 “.x” 表示变长整数格式。

示例：N..17 表示最长 17 位的数值。

B.1.2.3.3 数值型N后加 “.x,y” 表示变长小数格式。

示例：N..17,2 表示最长 17 位（包括小数点和小数点后面的数字）、小数点后 2 位的一个数值。

B.1.2.4 值域范围

数据项允许值的集合，采用附录A中的代码标识符进行表示。

B.1.2.5 说明

数据项的补充说明信息。

参 考 文 献

- 《基本医疗保险运行指标体系指标解释》
《关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》（人社部发〔2014〕54号）
《成都市城镇职工基本医疗保险办法》（成都市人民政府令第154号）
《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（成都市人民政府令第155号）
《成都市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》（成劳社发〔2008〕120号）
《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法实施细则》（成劳社发〔2008〕121号）
《成都市大病医疗互助补充保险办法》（成府发〔2009〕52号）
《成都市大病医疗互助补充保险办法实施细则》（成人社发〔2013〕232号）
-