

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

医保支付方式专刊

2012 年 第 2 期

(总第 36 期)

上海市卫生发展研究中心

2012 年 3 月 21 日

编者按 医保支付方式是医疗保险制度的核心内容之一，建立科学、有效的医保支付方式，既是合理控制医疗费用的关键，也是推进医疗保险制度改革的重点和难点。本期刊载了上海财经大学特聘教授蔡江南对我国正在推行的医保总额预付制的有关述评；介绍了国际上几种主要的医保支付方式及国内医保支付方式改革的若干经验；从医保部门及医疗机构实践两方面介绍了上海市医保支付方式改革的概况。此外，还邀请台湾地区中山医院行政副院长、台湾医务管理学会常务理事朱益宏教授撰文，系统介绍了我国台湾地区的总额预付制度；并刊载了有关镇江市医保支付方式改革经验方面的文章。谨供领导和同志们参阅。

1959



卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 5 卷 第 2 期 (总第 36 期)
2012 年 3 月 21 日
(内部交流)

主管

上海市卫生局

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 801 室
邮编: 200040
电话: 021-22121869
传真: 021-22121879
E-mail: shanghai.hdrc@gmail.com
网址: www.shdrc.org

顾	问:	徐建光	肖泽萍
		夏毅	
主	编:	胡善联	
常务副主	编:	刘雪峰	
副主	编:	付晨	丁汉升
编辑部主	任:	王贤吉	
编	辑:	信虹云	李芬
		高广文	谢春艳
		何江江	彭颖
		王月强	王力男
		杜丽侠	许明飞
		薛佳	

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目次

专题研究

医保支付方式比较分析及国内改革经验·····	1
一、支付方式与卫生改革·····	1
二、常见支付方式比较分析·····	2
三、国内医保支付方式改革经验·····	3
医保总额预付制: 我们准备好了吗? ·····	8

案例与实践

上海市医保支付方式改革的探索与实践·····	11
一、上海市医保支付方式改革历程·····	11
二、上海市医保支付方式改革成效·····	13
三、对进一步改革的思考·····	14
仁济医院医疗保险费用总额预付试点工作经验探讨·····	16
一、主要措施·····	16
二、重要环节·····	17
三、取得的成效·····	19
四、面临的问题·····	19

他山之石

台湾地区全民健康保险以点数结算的总额预付制度简介·····	21
一、预算总额的设定·····	22
二、预算总额的分配·····	24
三、预算总额点数的结算·····	26
四、总额以点数结算的优缺点·····	26
医保付费改革的方略选择——基于镇江市17年改革实践* ·····	28
一、打好“组合拳”，不断优化复合式付费方式·····	28
二、突出“管理型”，致力寻求医疗服务的共振点·····	29
三、注重“协同性”，善于用支付杠杆强化资源配置·····	30
四、引入“分饼制”，积极探索谈判机制的构建与完善·····	31

文件转载

人力资源和社会保障部《关于进一步推进医疗保险 付费方式改革的意见》·····	33
上海市定点医疗机构医保支付费用预算管理试行办法·····	38
上海市人力资源与社会保障局等《关于进一步加强 本市医保总额预付费用管理的通知》·····	41

医保支付方式比较分析及国内改革经验*

谢春艳

【摘要】 医保支付方式作为一种经济激励手段，关系到整个医疗服务体系的绩效，与医药卫生体制改革密切相关。本文在对常见支付方式进行比较分析的基础上，对国内医保费用支付方式改革的经验进行总结和讨论，为进一步改革和完善支付方式提供借鉴。

【关键词】 医疗保险费用；支付方式；比较研究

医保支付方式（以下简称“支付方式”）作为一种有力的政策工具，通过经济激励发挥作用，调控医疗行为，控制医疗费用，配置卫生资源，影响整个卫生服务体系的运行。合理的医保费用支付方式对整个人群健康水平的提高及社会公平稳定都具有重要意义。

一、支付方式与卫生改革

（一）支付方式影响医疗服务体系的整体绩效

支付方式通过对服务提供者的激励作用，影响医疗行为和医疗服务的数量、质量及效率，进而影响到患者对医疗服务的满意度。国际经验表明，虽然卫生筹资水平对医疗行为有重要影响，然而医疗行为对支付方式的变化更加敏感。支付方式关系到卫生资源的分配，比筹资水平在更大程度上影响着医疗服务的质量和效率。科学支付方式有利于促进医疗机构内部运行机制改革，从而提高医疗服务

* 本文在《医保费用支付方式比较研究》课题研究成果基础上整理形成，该课题委托方为国家深化医药卫生体制改革部际协调工作小组办公室（国家发展改革委社会司），课题负责人为上海市卫生发展研究中心胡善联教授。

作者：谢春艳，女，助理研究员，上海市卫生发展研究中心，上海 200040

体系的整体绩效，推动卫生改革。

（二）支付方式影响医疗卫生资源的分配和利用

支付方式改革可以推动医疗资源在不同级别和类型的医疗机构之间重新配置，促进资源配置和利用合理化。合理的支付方式将提高医疗资源在不同地区、不同人群之间分配的公平性和可及性，对卫生服务的提供和利用、可及性以及病人满意度产生深刻的影响。支付方式作为医疗资源分配的经济杠杆，有利于落实各级各类医疗机构的功能定位，强化分工与合作，促进双向转诊和有序就医秩序的形成。此外，结合家庭医生制度的实施，支付方式改革还可合理配置医疗资源（如在分配医保资金时向社区卫生服务倾斜），推动医疗卫生服务的关口前移和重心下沉，提升社区卫生服务水平，从而真正实现“保基本、强基层、建机制”。

二、常见支付方式比较分析

对医疗服务提供方的支付方式大致可以分为后付制和预付制。后付制最常见的是按服务项目付费。预付制主要包括以下几种支付方式：基于病例的支付方式，如按病种付费、按治疗事件付费等；按服务单元付费，如按床日付费等；按人头付费；总额预付等。

不同的支付方式通过其特定的激励作用对医疗服务提供方的行为产生不同的影响（表1），进而影响医疗服务绩效和卫生资源流向。不同的支付方式的设计需要不同的先决条件，并且存在不同的预期效果与潜在问题。

各种支付方式的影响和效果应该根据支付方式制定者的政策目标来考察，比如医疗服务的费用、质量、效率及可及性、公平性等多个方面（表2）。同时付费方的政策目标往往是多重的，而且还可能是相互矛盾的。尽管相关利益方各自的目标本身都具有合理性，

但是一种支付方式不可能符合所有利益相关方的期望，因而购买方、提供方及患者之间总是存在或多或少的矛盾，这些矛盾包括服务质量提高与费用控制、风险选择与服务效率以及支付水平的公平性与服务的最佳选择等。因此，对支付方式的改革要根据政策目标做好顶层设计，采用混合的支付方式寻求一个平衡点。

表1 不同支付方式的特征和激励作用比较

支付方式	特征			供方激励
	支付额度是预设还是后设	支付是预付还是后付	支付基于投入还是产出	
按服务项目付费	后设	后付	投入	增加服务；增加投入
按人头付费	预设	预付	产出	提高效率；增加服务人数；减少投入和服务；增加转诊；注重预防保健；推诿重病人
基于病例的支付	预设	后付	产出	增加病例数，诱导住院；减少每病例的投入；提高效率；减少住院天数；减少必要服务；分解服务；推诿重病人
按服务单元付费	预设	后付	产出	诱导住院；延长住院日；增加床位数；减少每床日的投入
总额预付	预设	预付	投入或产出	减少服务；增加转诊；提高服务效率；推诿病人

表2 不同支付方式的预期效果比较

支付方式	承担风险	可及性	服务质量	效率	费用控制	管理难度
按服务项目付费	购买者	好	好	低	差	高
按人头付费	提供者	一般	一般	高	好	较低
基于病例的支付	提供者	较好	较好	高	好	高
按服务单元付费	提供者	较好	一般	较高	较好	较低
总额预付	提供者	一般	一般	高	好	较低

三、国内医保支付方式改革经验

目前，国内各地已经普遍认识到医保支付方式的重要作用，并根据当地实际情况，探索适合本地的支付方式。经过多年来的不断调整和完善，一些地方已经形成了各具特色的支付方式典型。例如

上海市以“年初预算、按月预付、过程监控、动态调整、年终清算”为主要内容的总额预付，江苏省镇江市的“总额预算、弹性结算、部分疾病按病种付费”，江苏省淮安市的“病种分值结算”，湖南省株洲市的“总额控制管理”，云南省禄丰县新农合实行的“门诊总额预付，住院单病种付费与床日付费相结合”等。总的来说，国内医保支付方式改革的趋势是预付制与后付制相结合，实行混合支付制度。就一般情况而言，混合支付方式优于单一方式，大多数支付方式可以与其它方式配合，以消除某单一方式的负面效应而保留综合优势。

（一）为支付方式改革营造良好的外部政策环境

1. 支付方式的改革应有更宏观的卫生政策目标

支付方式是调控医疗行为、配置卫生资源的一种有力的政策工具，其改革应该放在新医改的大背景下统筹考虑，设定更为宏观的卫生政策目标，使其在控制费用、规范医疗行为的同时，还能发挥调配医疗资源的作用。根据区域卫生规划，形成医保预算管理的政策导向，引导医疗服务重心下沉，规范医院功能定位，加强分工与合作。医保政策重点向基层倾斜，统筹城乡基本医疗服务协调发展，提高医疗资源在不同地区、不同人群之间分配与利用的公平性。

2. 加强配套政策的支撑

支付方式改革涉及到卫生系统的多个层面，涉及到多方利益的调整和医疗行为模式的转变，具有相当的复杂性和艰巨性，需要多种配套措施的支撑，主要包括以下几个方面：一是完善区域卫生规划，控制卫生资源的无序扩张，明确各级医疗机构功能定位，强化分工与合作，建立有序的梯度转诊体系，优化医疗资源的配置和利用；二是完善公立医院补偿机制，加强医疗机构成本核算和成本管理，

推动医疗服务价格体系改革，使价格真实反映医疗服务成本；三是建立和实施统一的诊疗规范体系和疾病分类体系，建立科学的临床路径，为规范、监管医疗行为和制定支付标准提供科学依据；四是医保支付方式改革与质量控制、考核评估相结合，兼顾费用控制与质量提高，防止因费用控制而降低服务质量；五是加快各种基本医疗保险制度的衔接，提高统筹层次；六是建立动态的医保定点协议管理，开展医保定点医疗机构信用等级评定，加强信息披露与公示，促进医疗机构之间的良性竞争。

（二）具体做法与经验

1. 根据本地具体情况设定支付方式，并按照政策实施的效果不断调整

实践证明，支付方式的确定必须与本地的经济状况、社会历史条件、医疗制度背景、卫生资源、医疗服务体系、信息系统的基础和管理水平相适应，必须与新医改的方向和要求相适应，注重科学机制的建立。实现支付方式的改革和创新，应在总量控制的基础上兼顾供给与需求，将医疗机构的内涵建设与外延发展、控制医疗费用与保障基本医疗、公平原则与效率要求等有机地联系起来。各地医保支付方式的改革与探索过程充分体现了医保部门与医疗机构的博弈过程，支付方式根据变化的现实情况和政策实施效果不断调整才得以逐渐完善。

2. 转变管理理念和管理方式，提高管理能力

支付方式改革要求支付方转变管理目标与管理方式，对医保部门的管理能力提出了更高的要求。医保部门的管理目标不再局限于过去的控制费用、保证基金收支平衡这一单一目标，而是通过各种医保政策措施，引导医疗机构完善运行机制、提高服务效率与质量、

促进医疗资源优化配置与利用。其管理方式也要从事后监管转向对医疗服务的全程监管，建立和完善绩效考核评估体系，通过加强监督考核促使医疗机构进行自我管理，规范医疗行为，激发医院由外延型扩张向内涵式发展转变。

在改革过程中，各地医保管理部门的管理理念都有不同程度的转变。以江苏为例，江苏省医保部门对医疗机构的管理由微观走向宏观，在保持基金平衡的基础上着重研究对医疗行为的规范。转变管理方式，使其对医院的管理更具弹性。例如，在全省范围内建立医疗机构信用等级评定制度，并将其与医保政策、医疗服务行为、医疗费用绩效指标、群众满意度等指标相结合，形成一套严谨的考核评价系统，从对医院的单纯管控变成医保和医院某种程度的合作，形成良性互动的局面。

3. 建立医保与医院的谈判协商机制，争取医疗机构和医务人员支持

能否获得医疗机构的理解与支持是关系到支付方式改革成功与否的一个重要环节。各地的经验表明，医保支付方式改革取得较大成效地区的一个重要的共同点是，其改革较好地得到了定点医疗机构及医务人员的理解和支持。一方面，医疗机构能在沟通和参与过程中从政策执行者的角度提出建设性意见，对支付方式的完善起到较为关键的作用；另一方面，医疗机构对政策的理解也有利于促使其加强内涵建设，强化自我管理，主动控制医疗费用、提高服务质量，保证支付方式改革的平稳、有效实施。例如上海市在医保资金预算总额分配过程中，进行了“医保统筹组织、医院自主协商、区县合理分配”的探索，初步建立了医保部门与医疗机构间的谈判协商机制，推进了预算指标分配的公开透明，也促进医疗机构与医保部门从对

抗走向合作，实现了医保费用预算管理工作机制的转变与创新。

4. 加快卫生信息化建设，为医保支付提供有力的技术支撑

完善的信息系统是建立合理支付方式体系的重要技术支撑。建议从以下方面完善此项工作：一是由卫生行政部门制定统一的卫生信息化规范和标准，为医保部门和医疗机构信息系统的建设提供指导。二是医保部门要逐步提高信息化管理的层次。逐步实现同一统筹地区信息系统的标准化管理，实现城保、居保和新农合等多种不同保障制度之间的有效衔接。三是信息系统的调整和升级应该实现系统性。各相关机构在信息系统的维护升级方面应加强沟通协调，实现医保与医院信息系统建设互动发展，避免单方面调整带来的信息传输不畅，保证医疗服务信息透明、公开、准确和及时。

（责任编辑：何江江）

医保总额预付制：我们准备好了吗？*

蔡江南

最近，国家人力资源和社会保障部颁布了《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》（人社部发〔2011〕63号），希望推动医保付费机制的改革，从而进一步规范医疗服务方的行为，有效控制医疗费用的过度增长。文件要求，认真编制基本医疗保险基金收支预算。对基金支出预算要进行细化，将支出预算与支付方式相结合。在此基础上，结合门诊统筹的开展探索按人头付费，结合住院门诊大病的保障探索按病种付费。要根据基金收支预算实行总额控制，探索总额预付办法。各地要按照基金支出总额，确定对每一种付费方式的总额控制指标，根据不同定点医疗机构级别、类别、特点以及承担的服务量等因素，落实到每一个定点医疗机构，以及每一结算周期。

可以看到，这里提出的医保总额预付制包括几个关键限定因素：1）总额只限于基本医疗保险部分，而不是整个医疗费用；2）与目前地区（市、县）统筹的社会医保相一致，总额预付只限于地区范围，而非全国范围内的总额预付；3）按照医疗服务两个大类（门诊和住院）来划分总额预付；4）总额预付具体到每一个医保定点医疗机构；5）落实到每一个结算周期（年）。

将总额预付落实到医疗机构的层次，这是一种要求非常高、非

* 本文转载自《医院领导决策参考》2011年第18期1-2页。

作者：蔡江南，男，博士，美国麻省卫生福利部高级研究员、美国塔夫茨大学医学院卫生经济学兼职教授，中欧国际工商学院经济学客座教授、上海财经大学特聘教授

常强、非常严的预付制度，需要具备的条件非常多，实行的难度也非常大。据笔者所知，世界上确实有一些国家和地区实行医疗服务的总额预付制，但是还没有看到将总额预付落实到每一个具体医疗机构的例子。例如，英国是在整个国民健保系统的范围内实行总额预付，由于医疗费用是通过政府税收来筹资的，因此需要通过政府预算来确定总额，但每一个系统内部的医疗机构并没有实行总额预付。加拿大是在地区范围内实行医疗费用的总额预付，台湾也是如此。美国的退伍军人系统也是在整个系统范围内实行医疗费用总额预付。

实际上，只有在一个大型医疗联合体内部，当病人与这个医联体保持一种稳定的联系时，这个医联体才有可能对固定的病人进行管理，才有可能承担这部分人的医疗风险和财务风险。只有在病人人头固定和具有足够大的人群的基础上，一个医联体才具备承担医保总额预付带来的风险的能力。因此，对具体医疗机构实行总额预付需要具备很强的先决条件，不然，我们无法计算这个医疗机构可能具有的医疗风险和财务风险，从而计算预付总额便不具备合理的基础。如果采取简单的办法，即根据历史情况来计算总额，往往会出现很大误差，使得预付的总额与实际需要之间发生很大背离。

我国的一些地方已实行以医院为单位的总额预付。从实行情况来看，接近年底时，当预付总额使用完后，医院便不愿意接受医保病人，或者采取各种办法来拖延治疗，避免超出总额限制，给病人带来了极大不便。对于一些大型三甲医院来说，由于接受许多外地的自费病人，所以总额预付制给他们带来的影响相对有限。而对于那些以医保病人为主的中小型医院来说，总额预付制的影响非常大。随着将来医保覆盖程度的提高，更多的医疗服务项目被医保覆盖的话，医保在医疗费用中的比重将更大，从而医保总额预付制的影响

将进一步增强，对病人和医疗机构的影响将更大。

我们完全可以理解控制医疗费用过度增长的重要性，可以理解国家出台有关政策的用心。从医保管理机构的角度来看，采用对每个医疗机构实行医保总额预付制，在管理上也许更为简单，可以将所有风险一股脑推给了医疗服务方。但是政策的制定和出台一定要非常谨慎，充分考虑可能带来的各种影响和现实可行性，需要先进行试点和经验总结，然后再考虑推广。在我国目前医疗卫生体制的现状下，比较可行的办法是，采取多条路线来推进医疗费用支付方式的改革。例如：（1）建立基本医疗服务的“看门人”制度，规范病人的就医方式；（2）建立医联体，鼓励病人与医联体签约；（3）试行门诊基本医疗服务的按人头付费方式；（4）试行住院治疗的按病种付费方式；（5）建立培养全科医生的制度，使得高质量的医生充实基层医疗，吸引病人愿意首先使用基层医疗服务。今后只有当条件具备的情况下，才能对某些医联体试行总额预付制。

（责任编辑：李芬）

上海市医保支付方式改革的探索与实践

张 超

【摘 要】 本文主要介绍了上海市医保支付方式改革的进程，从医保基金状况和医疗机构改革环境分析了改革的成效，并提出上海市医保进一步改革的思考。

【关键词】 医疗保险；支付方式；总额预算；预付制

近年来，上海市认真贯彻落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）和《国务院关于医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》（国发〔2009〕12号），按照人力资源和社会保障部的要求，结合上海实际，不断探索改革医保支付方式，逐步形成了在医保预算总额管理框架下，以项目付费为基础，社区卫生服务中心医保总额预付、精神病住院费用按床日付费、部分住院病种按病种付费等多种支付方式并存的混合支付模式。通过综合运用上述各项费用管理举措，医疗机构的医保费用增速得到了一定控制，医保基金收支总体平衡，在推动本市医药卫生体制改革不断深化等方面发挥了积极作用。

一、上海市医保支付方式改革历程

（一）2002年启动医保费用预算管理

2001年上海启动城镇职工基本医疗保险制度，当年就出现费用过快增长的局面，严重威胁医保基金平衡。针对这种情况，2002年

上海制定和实施了《定点医疗机构医保支付费用预算管理办法》，并在实践过程中，逐步建立和完善了“年初预算、按月预付、过程监控、动态调整、年终清算”五大环节的过程监管办法。

同时，考虑到医保支付方式改革不但具有直接调控医疗费用的短期效果，更具有间接推动医疗机构完善运行机制的长远效应，上海市以完善运行机制为原则，不断进行政策调整。一是坚持三医联动，推进门诊医疗重心下移和住院医疗重心上移；二是探索分级管理，发挥区县管理优势；三是统筹城乡发展，缩小城、郊待遇差距；四是体现公平原则，缩小同级同类医疗机构差距；五是结合区域规划，平衡区域医保资源；六是强化综合管理，通过减少浪费，更好地保障基本医疗。

（二）2005 年开展社区医保费用预付试点

经过多年的探索，总额预算观念和风险共担机制逐步形成，为进一步试行医保预付制提供了思想认识基础。2005 年，为了促进社区卫生服务健康发展，上海市按照强化协调配套、注重操作规范、确保基本医疗的原则，在松江、长宁 2 个区开展了社区卫生服务中心医保费用预付试点工作。到 2008 年，已逐步推广至全市 19 个区县。

（三）2008 年创新医保费用管理工作机制

针对之前工作中注重政策内容公正性、忽视工作机制协同度，注重内部管理流程规范性、忽视外部沟通开放度的问题，2008 年上海市着力创新医保费用预算管理工作机制，积极探索医保统筹组织、医疗机构自主协商工作体系。

一是推进“四项公开”，以公开促公平。主要包括公开年度基金收支预算和医疗机构预算安排总体计划；公开全市医疗机构预算指标核定及实际执行情况；公开全市医疗机构预算分配全过程；公

开年终清算全过程。通过医疗机构自主协商，建立了医疗机构特殊情况的公开处理平台，预算指标分配过程透明化、分配原则公开化，预算分配结果公平性、合理性进一步提高。

二是实行“三轮协商”，以透明促共识。第一轮协商，由全体医疗机构代表协商，确定三级医疗机构和一、二级医疗机构预算总额划分比例，平衡兼顾各级医疗机构的实际情况；第二轮协商，由三级医疗机构和一、二级医疗机构进行分组协商，三级医疗机构代表协商预算分配到具体医院，一、二级医疗机构代表协商确定各区县预算总额；第三轮协商，区内一、二级医疗机构协商分配，确定各一、二级医疗机构预算指标。

（四）2009年推进三级医院和二级医院医保预付试点

在社区预付试点实践的基础上，上海市进一步开展以形成医院自主管理机制为核心、以实行医保费用预付为特征、以推进资源整合调整目标的医保支付方式改革，完善本市基本医疗保障机制和费用节约机制。2009年，经医院自愿申请，仁济、华山和第一人民医院3家三级医院先行启动医保预付试点，2010年进一步扩大至10家。与此同时，2010年正式启动全市所有公立二级医院的医保预付试点。医保费用预付后，医院因加强管理，实际申报费用低于预付额度的部分由医院留用。

此外，2001年上海市还实施了精神病住院费用按床日付费，2008年整合归并至医保预算管理，取消单独办法，保留相应机制。2004年起试行部分住院病种按病种付费，分三年逐步推进，试点病种数量由最初的9种扩展至目前的17种。

二、上海市医保支付方式改革成效

（一）有效控制医院费用增速，确保医保基金总体平衡

医保总额预算管理实施近10年来，医院费用增速得到有效控

制，城保基金收支总体平衡。截止到 2010 年底，医保费用平均增速为 11.7%，与本市同期 GDP 平均增速基本保持平衡。同时，医保预付试点工作的不断推进，鼓励医院形成费用节约机制。社区层面，社区预付办法实施后，明显遏制了医保费用过快增长的趋势，试点机构费用增速普遍低于非试点机构。医院层面，首批 3 家试点三级医院当年费用增速明显低于自身上年水平及当年三级医院平均水平，2010 年扩大的 8 家试点医院中，费用增速较自身上年全体回落，5 家低于当年三级医院平均增速。

（二）营造医院改革良好环境，推进医药卫生体制改革

一是得到了医疗机构的理解和支持。通过创新医保费用预算管理工作机制，公开协商，医疗机构普遍反映良好。医疗机构表示，医保预算公开协商过程中，医保管理部门真心实意、医疗机构领导认真主动，与为参保人员服务的目标更趋一致；医疗机构积极建言献策、医保管理部门虚心采纳，双方求同存异、共同发展的机制更加完善。二是调动了医疗机构自主管理的积极性。实行医保预付改革后，合理减少浪费由管理部门的单方面要求变为医保和医疗机构双方的共同目标 and 责任，这充分调动了医疗机构自主管理的积极性，激发了医务人员化解社会矛盾的主动性和能动性。试点实践证明，通过激发医疗机构管理积极性，可以合理控制医疗费用过快增长；同时落实结余留用的政策对医疗机构起到了较好的激励作用。此外，通过医保预算指标导向的调节作用，也有效推进了门诊医疗重心下移和住院医疗重心上移。

三、对进一步改革的思考

结合国家、上海医改和“十二五”期间社会经济发展、民生保障等方面的工作要求，上海医保支付方式改革下一步应主要做好以

下工作：

（一）加强医院自主管理，完善医保预付试点

原有医保预算管理，通过设定医疗机构费用管理目标，实行预算约束，基本实现了控制医保费用过快增长、确保基金收支平衡的阶段性目标，但单一约束机制（即只有超标扣减分担约束，没有节约奖励）下，医疗机构自主管理机制不完善，导致其对预算控制采取了机械的应对方式，引发了社会矛盾，如限期住院、处方限额等。为了进一步推进本市医药卫生体制改革，缓解“看病难、看病贵”的矛盾，本市将进一步完善一、二级公立医疗机构和部分三级医院的医保预付试点工作，运用医保支付手段，推动公立医院改变运行机制、提高运行效率。

（二）探索区域性医疗联合体统一医保预付制度

建立区域性医疗联合体（以下简称“联合体”）是上海贯彻国家医改方案、深化公立医院改革的重要举措。联合体通过整合资源、创新制度、完善机制、强化监管，探索构建以联合体为基础，结构合理、分工明确、技术适宜、运转有序的新型城市医疗服务体系，更好地为广大人民群众健康服务。为此，我们将探索对联合体实施医保总额预付，配合完善财政投入、调整医疗收费标准等补偿机制改革，促进形成医疗费用自我约束机制，规范公立医疗机构的医疗服务行为，强化公立医疗机构的公益性质，切实让人民群众得到实惠。

（责任编辑：王力男）

仁济医院医疗保险费用总额预付试点工作经验探讨

张继东

【摘要】 本文介绍了仁济医院开展医疗保险费用总额预付制的情况，分析了实施过程中的主要措施、重要环节以及取得的主要成效，同时提出了试点过程中面临的主要问题。

【关键词】 总额预付；费用控制

公立医院改革试点工作启动以来，仁济医院积极配合上海市医保支付制度改革，率先参加上海市三甲医院医保总额预付试点工作，其目的是在保证医疗质量和安全的前提下，优化服务流程，转变服务模式，提高医疗资源利用效率，将医疗费用增长控制在合理区间，合理、有效地使用有限的医保资金，为更广大的医保患者服务，切实解决群众“看病难、看病贵”问题。

一、主要措施

（一）明晰组织架构和考核体系

医院成立了改革试点领导小组，院长任组长。建立了“院领导—科主任—医保专管员”的组织架构体系，明确科主任是科室总量控制第一责任人；设立科室医保专管员，协助科主任加强科室医保管理，传达政策、分析数据。同时，制定实施年度总预算、季度预算、月度预算制度，进行月考核、季通报、年结算全程监管，保证服务质量与服务人次。

作者：张继东，男，副主任医师、医务处处长，上海交通大学医学院附属仁济医院，上海 200127

（二）加强医务人员培训

在医保总额预付管理过程中，医院对医务人员开展了多项相关培训。一是为确保政策顺利实施，组织科室医保专管员进行医保政策培训，使其掌握各项医保规定，并传达给科室其他医生，完善院、科二级管理。二是为进一步规范医务人员诊疗行为，针对临床科室进行了抗生素使用原则培训，规范临床医师的抗生素使用。三是组织专家对全体手术科室进行围手术期的预防用药培训指导。

（三）实行信息化全程精细化管理

为方便临床科室及时完整地了解本科室的费用执行和次均费用等指标完成情况，医院重点开发了“医院医保信息查询和分析系统”软件以供科室查询分析。该系统能及时准确统计全院及每个科室的医保总费用和各项医保指标，科主任、医保专管员拥有查询权限，可通过医院内、外网进行相关信息查询。同时，该系统还每月定时给各科主任发送医保月报表及各类整改意见表。通过信息化的全过程精细化管理措施，各科室更好地掌握了本科室医保执行情况，从而能够及时调整费用结构，确保了试点工作的顺利开展。

二、重要环节

为了确保医保总额预付制落实的效果，医院狠抓重点环节管理，做到各环节齐头并进。

（一）加强疾病诊疗的规范化管理

加强临床路径和单病种收费工作管理，扩大临床路径实施范围，探索形成适宜的临床路径管理制度、运行机制、质量评估和持续改进体系，并积极推进电子病历平台建设，为医保总额预算管理实施提供条件。

（二）大力推广日间手术和日间化疗

作为上海市最早开展日间手术的三甲医院之一，为配合医保总

额预付管理的实施，医院大力推广日间手术，进一步发挥日间手术的传统特色，规范日间手术病种，严格手术指征和医生手术资质准入，加强术后观察，建立严格的出院随访制度及相关的配套政策等。医院还开展肿瘤规范化治疗，大力推广日间化疗，目前医院正在筹备日间化疗病房。

（三）优化服务流程和服务模式

一是开展普通门诊分时段预约制，缩短病人就诊等候时间。二是推行“先诊疗、后付费”模式，实行“自助挂号”和“银医合作一站式预储值自助收费”，减少病人往返。三是在门诊大厅设立便民服务中心，为病人提供一站式报告查询、检查预约等服务。参与上海市信息预约平台，每周提供 250 个专家号源。四是开展急诊分级分诊管理，畅通重症分流绿色通道，完善急性创伤急救流程。五是实施同级医院之间检查、检验结果互认，借助“医联工程”共享外院检查报告，避免重复检查。六是开设以疾病、器官为纽带的多学科联合门诊。七是参与社区慢性病（糖尿病、高血压）健康管理，与一、二级医疗机构实行双向转诊、转检，并提供技术支持和指导。

（四）严格控制高值耗材和药品支出

一是实施医保预付制后实行“阳光采购”。高值耗材在卫生部集中招标目录中进行采购，并严格按照卫生部招标价格收费；配合上海市医保局相关改革措施，高值耗材统一采用新医保代码，并且严格在上海市医保局有编码的耗材目录下进行采购和收费。二是加强药品管理。实行“一品两规”抗菌药物分级管理，严格执行新药论证制度，优先考虑国内知名品牌，确保药品质量；利用信息手段，对特殊使用的抗菌药、抗肿瘤药、高价药、异常用量药等重点进行同比、环比监控，排出使用数量和总金额前 20 位的药品名单；临床

药师参与患者治疗；实施不合理处方点评和整改制度。

三、取得的成效

实行医保总额预付试点以来，医院各项医保考核指标名列上海市三级医院前列。2010 年医院医保门急诊诊疗病人达 159.00 万人次，同比增长 5.31%；医保出院病人达 3.55 万人次，同比增长 4.81%。与此同时，医院医保资金结余额度却在增加，2009 年、2010 年分别为 250 万元和 2501 万元，同年全市三级医院平均超额 10.23% 和 3.19%。医保病人医疗费用中，病人负担占比为 32.38%（其中自费项目 15.16%，分类自负 17.22%）；急诊次均费用为 234 元，门急诊复诊率仅为 1.65%，均低于全市三级医院平均水平；住院次均费用为 11172 元，处于全市最低水平。

通过对医院 7 个专科、31 个病种实施临床路径管理，这些病种如肺炎、脑梗塞、急性心肌梗塞、慢性心衰及脑出血等的平均住院天数、平均住院费用有了较大幅度的持续下降。日间手术的开展也让患者的医疗费用负担大为减轻，如甲状腺良性肿瘤手术从 5.44 天降至 1.37 天，平均药费从 1937 元降至 1521 元；大隐静脉剥脱、结扎术从 8.42 天降至 2 天，结扎术平均药费从 1896 元降至 1506 元。

另外值得一提的是，在总额预付管理实施两年多的时间里，医院未发生一例“推诿病人”投诉。

四、面临的问题

医保总额预付制试点两年多来，医院在取得成绩的同时，也遇到了许多问题。

（一）医务工作量增加，管理难度增大

与过去市医保办考核医院各项医保小指标相比，医保总额预付管理使医院对医保总量有了宏观调控的可能，不再为了做好指标而

单纯地控制医保费用数量，但此种管理模式使医院的医务工作量和
管理难度增大。一方面医院要通过调整费用结构节省医保费用，增
加的工作量很大。如在引导病人合理选择检查项目方面，以胆囊结
石为例，其诊断通过超声检测即可，但病人多选择 CT 检查，这就
需要医生额外花费大量时间和精力给病人做解释工作。另一方面医
院管理工作的难度也大大增加。医院必须花费更多精力，选择、设
计适当的措施，对科室和个人进行激励和约束，以同时兼顾患者和
科室的利益，保证试点改革顺利进行。

（二）政策的长效性缺乏保障

医保总额预付制是深化医保改革的重要举措，如面向全市推广，
可能会遇到如下制约因素：一是总额预付支付制度下，如果医保预
付总量测算不合理，医院为维持自身正常运行，可能出现推诿病人
或选择性收治病人的现象。二是目前政策还处于试点阶段，仅试点
医院对贵重药品和耗材进行控制，这可能会导致病人流向非试点医
院，当政策进入全市推广阶段，病人将重新选择就诊医院。三是随
着将来政策的全面推广，现行针对试点医院的奖励可能会被取消，
必须制定切实可行的长效机制，以保持医院改革的热情和动力。

（责任编辑：许明飞）

台湾地区全民健康保险以点数结算的总额预付制度简介

朱益宏

【摘 要】 台湾地区实施全民健康保险总额预付制度，在实际结算中实行按点数结算，形成了在总额控制下的内部市场，促进了医疗资源的分配和有效竞争，提高了医疗资源的效率和利用率。本文着重从操作层面详细介绍了台湾地区总额的制定与分配、点数的结算等方面内容，并对该制度在台湾地区应用过程中产生的问题进行分析讨论。

【关键词】 全民健康保险；点数；总额预付

台湾地区全民健康保险自 1995 年 3 月 1 日开始实施，在 17 年间建立了广覆盖、高水平、高可及性、低保费与高民众满意度的健康保险制度，引起国际社会高度重视。2002 年台湾地区全面实施总额预付制度，确立牙医门诊、中医门诊、西医基层诊所、医院四大部门的年度医疗费用总额，用点数折算金额的方式进行结算，在控制医疗费用增长方面取得了良好的效果。

总额预付制度是指付费者（需方）与医疗服务提供者（供方），就特定范围的医疗服务，预先以协商方式，制定未来一段期间（通常为 1 年）内健康保险医疗服务总支出（预算总额），以将医疗费用控制于预算范围内的一种制度，也称为总额预算制度。台湾地区实施的总额预付制度属于上限制的总额预付，即医疗服务以点数反映各项服务成本，每点支付金额采回溯式计价方式，由预算总额

作者：朱益宏，男，台湾地区中山医院行政副院长、台湾地区医事管理学会常务理事

除以实际总服务点数而得。其实施过程大体可以分为预算总额的设定、分配、点数的结算三大部分。

一、预算总额的设定

台湾地区《全民健康保险法》第 47 条规定：“本保险每年度医疗给付费用总额，由主管机关于年度开始六个月前拟订其范围，经咨询健保会后，报‘行政院’核定”。

（一）总额预算协商平台

台湾地区全民健康保险法规定，总额预算谈判的平台在全民健康保险医疗费用协定委员会（简称“费协会”），费协会由医疗服务提供者代表（供方）、保险付费者代表与专家学者（需方）、相关主管机关（政府方）代表各九名组成，每两年改选一次。在会议中付费者代表与医疗服务提供者代表就付费者愿意花多少钱（费率）购买医疗服务提供者的医疗服务（保险给付范围）展开对等谈判。

（二）总额协商过程

1. **“卫生署”设定医疗费用总额范围。**在年度开始前的九个月，台湾地区“行政院卫生署”先行订出下年度总额增长率的建议下限，并且在征询各界意见的基础上，考虑政策推动相关措施、总体经济形势、群众付费能力与整体医疗服务支出等因素后制订年度总额增长率的建议上限，在年度开始前七个月送交“行政院”审议。

2. **“行政院”核定总额范围。**“行政院”经济建设委员会参考“卫生署”的建议，于年度开始前六个月完成审议，确定下年度总额预算增长率的上下限并且提出政策指示。具体设定流程见图 1。

3. **关于年度总额预算增长率下限的设定。**年度总额预算增长率的下限作为一种不可协商的数值，是通过人口预估增长率、人口结构改变率、医疗服务成本指数改变率三项因素计算得出，下面将对

其计算方式作详细的说明。

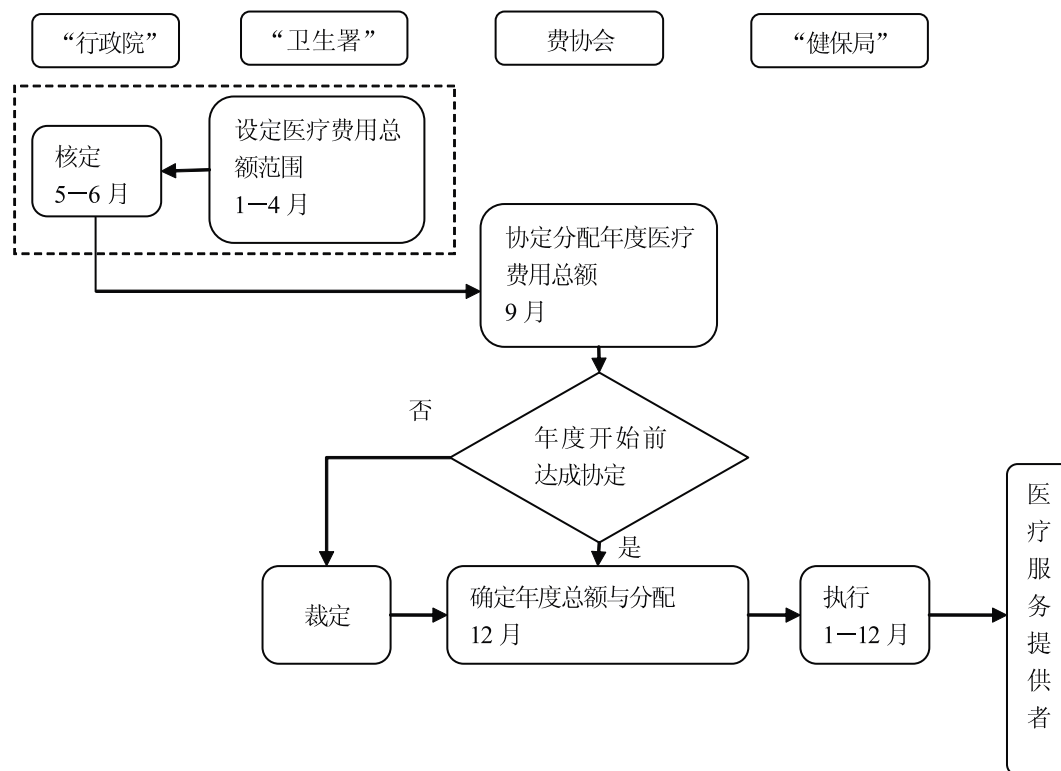


图1 台湾地区医疗费用总额设定流程

人口预估增长率：台湾地区的全民健康保险是全民强制参保，因此投保人口的年增率几乎等于年度人口增长率，故投保人口的年增率以台湾地区人口五十年的预测报告为基础估算得出。台湾地区人口五十年的预测报告由“行政院”经济建设委员会推算，每两年更新一次。

人口结构改变率：指各年龄层（以5岁为一组）男女医疗费用增长率的总和，用来表示人口结构改变（例如人口老化、男女性别比例改变等）对医疗费用的影响。

医疗服务成本指数改变率：以人事费用、药品费用、耗材费用、基本营业费用、其它费用五大服务成本项目计算各项目占医疗服务成本的权重，并且用“行政院”主计处统计的总体经济学指数年增长率来反映（表1）。

表1 医疗服务成本指数与权重（以医院为例）

成本类别	指数	权重（%）
人事费用	工业及服务业每人每月平均薪资指数	45.81
药品费用	趸售物价指数—药品类指数	22.05
耗材费用	趸售物价指数—医疗器材及用品类指数	9.54
基本营业费用	趸售物价指数—医疗器材及用品类与消费者物价指数—居住类房租项之平均数	7.85
其它营业费用	消费者物价指数—总指数	14.76

二、预算总额的分配

预算总额的分配主要包括两个步骤，即部门总额的分配和分区总额的分配。

（一）部门总额分配

预算总额确定后，先将总额分为牙医门诊、中医门诊、西医基层和医院四个部门总额。另外将西医基层总额与医院总额中的肾脏透析的费用分割出来组成透析总额，将由“健保局”所负责下拨的政策经费依照专款专用的方式列为其它总额。部门总额预算的设定公式为：次年度医疗费用总额＝今年年度部门一般服务医疗给付费用的 $\times$ （1+非协商因素增长率+协商因素增长率）+部门专款项目费用。以下分别就非协商因素、协商因素与专款项目逐项说明。

1. 非协商因素

非协商因素又称为医疗服务成本及人口因素，包括医疗服务成本指数改变率、投保人口年增率、人口结构改变率。在协商年度总额的时候，该项目的增长率由公式计算得出，其计算公式与年度总额设定时下限的三项考虑因素相同，但各总额部门增长率则各不相同。2011年各部门非协商因素增长率如表2。

表2 2011年台湾地区各部门非协商因素增长率(%)

项目	牙医门诊	中医门诊	西医基层	西医医院	整体总额
投保人口年增率	0.336	0.336	0.336	0.336	0.336
人口结构改变率	-0.197	0.579	0.886	2.064	1.602
医疗服务成本指数改变率	0.865	0.973	-0.767	-0.353	-0.298
非协商因素增长率	1.006	1.893	0.455	2.053	1.644

注：非协商因素增长率 = (1 + 人口结构改变率 + 医疗服务成本指数改变率) × (1 + 投保人口年增率)

2. 协商因素

协商因素指在年度总额协商过程中需要通过协商确定的因素，由医疗服务提供者依据项目因素提出具体增长额度及原因，通过与付费者代表协商、修正，最终确定。考虑的项目因素包括保险给付范围（支付项目）的改变、医疗质量与保险对象健康的提升、其它服务利用与密集度的改变、政策改变及政策诱因影响、医疗服务效率的提升。

3. 专款项目

专项经费具体实施方案由医疗服务提供者在年度协商总额时提出，通过与付费者代表协商确定，通过后依照实际执行状况支付费用。此专项经费不得挪用作为其它医疗费用支出，并且不列入次年度总额预算的基期年费用*。

（二）分区总额分配

台湾地区“全民健康保险局”（以下简称“健保局”）依照行政区划分为6个业务组（台北业务组、北区业务组、中区业务组、南区业务组、高屏业务组、东区业务组）。为了平衡医疗资源，当各部门年度总额确定后，将其依照“健保局”业务组分配为6个分区，各分区依照人口结构与标准化死亡比校正后的占率获得相应总额。

* 基期年费用：指在次年的预算总额制定时的基础数据，专项项目作不作为基础数据范围。

各区在确定年度总额后，根据往年医疗费用的分布及比例，制定每季度的总额。

三、预算总额点数的结算

年度开始以后，分区内的各医疗院所，依据医疗费用支付标准，以论量计酬、论值计酬、论日计酬、论人计酬、诊断关联群等支付方式于次月 20 日前向“健保局”各业务组申报医疗点数。各分组“健保局”依照医疗机构申报的点数、预估的每点金额，参考前三个月申报后审查的核减比率，在收到申报点数后的 15 日内给予各医疗院所暂付健保费用。

每季结束后的第四个月，“健保局”预先在各分区季度总额中扣除该区内医疗院所于该季度申报的总药费与保障项目所需金额，将剩余总额除以该分区申报的点数，得到每点折算的金额，也称为浮动点值（表 3）。点值结算完成并公告之后，“健保局”各业务组依据浮动点值，对辖区内各医疗院所该季度申请的医疗点数予以重新结算金额并且多退少补。

表 3 2011 年第一季各部门总额各分区公告之浮动点值

项目	台北分区	北区分区	中区分区	南区分区	高屏分区	东区分区
牙医门诊总额	0.9559	1.0695	0.9595	1.0275	0.9638	1.1522
中医门诊总额	0.9958	0.9790	0.9249	1.0044	1.0333	1.3727
西医基层总额	0.7918	0.7892	0.8154	0.8819	0.8275	0.9922
医院总额	0.8164	0.8791	0.8841	0.8671	0.8692	0.8521

四、总额以点数结算的优缺点

台湾地区实施的总额预付制度以点数结算，强调部门总额与分区总额，形成分区的内部市场，可以平衡医疗资源，并形成各区内的医疗院所自由竞争的市场模式，可以促进各医疗院所不断地降低

成本、提升服务质量以吸引更多的病人，可以避免个别医院总额预付制所造成的推诿病人与降低医疗质量等缺点。

但任何一个制度都不是完美的，台湾地区按点数法支付制度运行多年来，也存在一些不足之处。主要表现为三个方面。

一是总额预算谈判平台无法完全对等。台湾地区全民健康保险总额预算由付费者代表与医疗服务提供者代表共同协商，但付费者代表并非医疗专业人员，无法站在专业角度上对于医疗服务提供者代表所提出增加医疗费用的理由进行判断，存在信息不对称的因素，因此只是在形式上的对等。二是非协商因素无法及时反应医疗费用的变动。非协商因素以公式计算，是一种比较客观的方式，但是公式中所采计的增长率数据与实际医疗费用增长的变动相差2—3年（例如2011年度总额增长率采用2009年对2008年的指标增长率），无法及时反应医疗费用的变动。三是医疗机构更趋向于健保支付范围外服务。在台湾地区所实施的总额预付制度下，财务责任完全由医疗院所承担，特别是西医部分承担了巨大的财务风险，导致台湾地区医疗体系的危机。医疗机构更多地追求健保支付范围外的服务，造成医疗主体内、外、妇、儿科医师青黄不接、而不纳入健保范围的医学美容成为抢手科室的现象。

（责任编辑：杜丽侠）

医保付费改革的方略选择——基于镇江市 17 年改革实践 *

王 翔

医疗保险制度建设是一个渐进完善的过程，离不开“机制”这个“内核”的作用。镇江从“两江”试点开始，在 17 年改革历程中，坚持不懈地进行支付方式改革，走出了一条切合市情的路子，在实现基金平稳健康运行、控制医疗费用过快增长的同时，还促进了医疗卫生领域的协同改革。目前，镇江医保付费的责任分担结构链趋于合理，参保人员健康“产出”水平、医疗需求实现程度逐年提高，制度内费用报销比例达 87%，定点医疗机构门诊和住院次均费用为全省最低，净资产增长率等主要经济运行指标连年保持全省先进。在推进支付方式改革中，优化复合式付费、建立医疗机构的自我管理约束机制、注重与定点机构的协同性、建立谈判机制等 4 项内容，已成为镇江持续深化医保付费改革的重要着力点。

一、打好“组合拳”，不断优化复合式付费方式

在付费机制改革方面，镇江先后运用过按服务单元、按人头、总额预付等各种支付办法，并针对各自的弊端及时调整，采取相应的防范措施与对策，不断寻求付费方式本地化之路，逐渐形成了具有本地特点的复合式付费管理方式。从 1995 年开始，实行“定额结算、质量控制、结余归院，超支不补、超收上缴”的办法（即“定额付费”），全市医疗费用比上年只上升约 2%，收到较好效果。1997 年，

* 本文转载自《中国医疗保险》2011 年第 7 期 35-36 页。

作者：王翔，男，高级经济师，江苏省镇江市人力资源和社会保障局医疗保险处，镇江 212033

针对单纯“定额支付”办法存在的控制“定额”但控制不了“总量”的弊端，实行“总量控制与定额结算相结合”的支付办法，对控制基金支出总量、实现收支平衡起到了较为明显的作用，但也出现层层分解指标、医患矛盾比较尖锐等问题，没有真正体现“按劳分配、多劳多得”的原则。1998年，实行“总量控制、定额结算、预算拨付、弹性决算、考核奖励”的办法，一定程度上反映了医院实际工作状况，公平和效率得以体现，但医患矛盾仍突出。随后开始实行“个人账户按实支付、统筹基金总额控制”的支付办法。这一办法采用之初结果比较理想，医院业务收入增长9.2%，医疗费用增长降低；但随后，由于个人账户不合理支付过快，使一部分病人过快地进入统筹基金支付阶段，加大了统筹基金控制压力。为弥补这一缺陷，从2001年起至今，实行以“人头”指标为核心的“总额预算、弹性结算和部分疾病按病种付费相结合”的综合付费办法，并以“预算管理”作为具体实施途径，即将医疗保险基金收支预算与医疗费用结算有机结合，将宏观刚性预算与微观弹性结算有机结合，使医疗费用支付办法日趋合理、科学和规范。

二、突出“管理型”，致力寻求医疗服务的共振点

在付费方式改革各方博弈的过程中，单靠管理部门严格、繁琐的“管控”一定是事倍功半，经办机构也必将受到大量微观管理和具体事务的桎梏。为此，镇江借鉴和遵循“管理型医疗”的思路，以“需方自主、供方能动”为着眼点，将“软预算约束”变为“硬预算约束”，在费用控制的预期结果上将医保双方置于共同的刚性目标下，从而降低诱导型、超前型过度医疗消费的风险。更重要的是，建立医疗机构的自我管理机制，充分调动定点医疗机构的管理积极性，取得了医、保、患三者关系和谐的多赢结果。

一是以“指标体系”作为管理手段，用一系列指标来规范定点机构的行为。建立了一整套“医疗费用结算质量管理指标体系”，与各定点医院的年度医疗费用预算总额指标一并下达，让医院根据本院的实际情况自主管理，自我调节，掌握使用。二是以“人头人次比”指标为规范，促进医疗机构公平、良性竞争。规定各定点医院的工作量与就诊人头应同步增长，未同步增长超过规定部分的工作量不予补助；对二级（及以上）定点医院工作量增幅进行控制，其超出的增量部分予以同比例修正扣减。三是以“弹性结算”为杠杆，促进定点医院更好地为患者服务。作为调节手段，对医院医疗费用超预算总额指标的合理部分，视不同情况给予补助，使医院不因总控指标不够用而降低服务质量和推诿病人，而是通过改善服务态度和医疗质量吸引病人、增加工作量来获取更多收入。四是以“专项结算”为手段，促进医疗新技术的发展。对代表本市医疗技术先进水平的重点专科开展的新技术、新项目，不能列入“单病种付费”的，实行专项结算，经审核符合医保规定的按实支付；对能够节约医疗费用、缓解医患矛盾的项目，本着节约原则也实行单独专项结算。目前，纳入专项结算的新技术、新项目共有3项。这些新项目运用后，提高了诊疗质量，较好地满足了参保人员的需求。

三、注重“协同性”，善于用支付杠杆强化资源配置

政府的投入、医疗保险的补偿，目的都是通过医院用比较低廉的费用向病人提供比较优质的服务，患者才是医疗保险偿付的最终落脚点。为此，镇江在付费方式改革过程中，着眼于支付方式改革所产生的政策导向、机制驱动，致力于供需双方之间形成动态平衡，更多地尝试医保配套政策以及“人头指标”的管理运用，按照“一切以病人为中心、资金跟着病人走”的理念，形成对医方的外部激

励和制约机制，促使医疗机构内部通过采取相应措施，将改变不良医疗行为、提高服务效率与降低费用成本有机结合，实现偿付最大化。

在社会医疗保险带动社区卫生服务改革的进程中，镇江市创造性地凭借“服务人头”激励社区卫生服务机制的变革，建立了以“人头”指标为核心的付费制度：对社区卫生服务机构发生的门诊费用，根据实际定点人头数进行补偿，打造社区帮助动员参保的动力机制；根据就诊人头数向社区购买药品“零差率”后的基本医疗服务，逐步实现从“卖药”向“卖服务”机制的转变；根据实际慢病服务人头和年度门诊药品费用标准结算慢病费用，促进了优质的慢病服务机制的形成；将社区家庭病床纳入医保基金报销范围，按实际住院人头结算费用。

这一系列配套政策与结算杠杆的运用，促进了社区卫生服务从“外延式”向“内涵式”发展的变革，促进了医疗卫生资源的合理配置和整个医改工作的联动。镇江医保制度改革以来，医疗费用过快增长的势头得到有效遏制，参保人员年均医疗费用增幅控制在11%左右，制度内个人负担比例占可结算基本医疗总费用的17%左右（包括住院和门诊），实现了参保人员医疗费用负担的适度、可控。与此同时，定点医疗机构主要经济运行指标保持全省先进水平，医保付费机制促进医院管理改革的内生机制逐步形成。

四、引入“分饼制”，积极探索谈判机制的构建与完善

为解决医保制度发展过程中的内生性以及医疗机构对支付方式、结算杠杆运用的认同度与执行力问题，近年来，镇江积极探索支付方式改革过程中谈判机制的构建与完善，通过“政策工具与市场机制”相结合，促进“公平、竞争、多赢”局面的形成，反过来又推动支付方式改革的深化。特别是作为支付方式运用的核心，在基金

预决算指标和结算过程的谈判中，医保部门着力引导医疗（药）服务机构构建责任与权力共享的规则秩序：根据当年基金筹集预算额度，在测算提取风险金和预留个人账户资金结余后，其余全部作为当年医疗费用支出的预算总额，并按定点医疗机构的不同类别，分别测算及修订当年医保基金支出预算总额，予以计划分配及规划使用。

在资源配置有限的前提下，针对医疗服务提供方在卫生资源存量、服务提供手段、保障能力上的差异，对不同的定点医疗和医药机构开展分类谈判，对于不同等级的定点医院采取不同的医疗服务购买支付方式，实现医、药、保三方博弈的均衡。具体实施时，由医保部门分别就结算方式、总额预算指标测算办法、有效工作量、客观因素变化等与不同的谈判对象进行商谈，确定医保指标与实际付费。谈判双方经过反复地推敲与充分交换观点后，在基本达成共识的基础上，对实现这一目标的计划路径进行再沟通。从实践效果看，基金预决算指标和结算过程谈判平台的建立，促进了医保付费改革的良性发展。

（责任编辑：李芬）

关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见

人社部发〔2011〕63号

各省、自治区、直辖市人力资源社会保障厅（局），新疆生产建设兵团劳动保障局：

基本医疗保险制度建立以来，各地积极探索有效的医疗保险付费方式，在保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用增长和促进医疗机构发展等方面发挥了重要作用。随着医药卫生体制改革的深化，对完善医疗保险付体系提出了更新更高的要求。按照党中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的总体部署，为进一步推进医疗保险付费方式改革，现提出如下意见：

一、推进付费方式改革的任务目标与基本原则

当前推进付费方式改革的任务目标是：结合基金收支预算管理加强总额控制，探索总额预付。在此基础上，结合门诊统筹的开展探索按人头付费，结合住院门诊大病的保障探索按病种付费。建立和完善医疗保险经办机构与医疗机构的谈判协商机制与风险分担机制，逐步形成与基本医疗保险制度发展相适应，激励与约束相并重的支付制度。

推进付费方式改革必须把握以下基本原则：一是保障基本。要根据医疗保险基金规模，以收定支，科学合理确定支付标准，保障参保人员的基本医疗待遇。二是建立机制。要建立医疗保险经办机构和医疗机构之间的谈判协商机制和风险分担机制。三是加强管理。要针对不同付费方式特点，完善监督考核办法，在费用控制的基础

上加强对医疗服务的质量控制。四是因地制宜。要从实际出发，积极探索，勇于创新，不断总结经验，完善医疗保险基金支付办法。

二、结合基金预算管理加强付费总额控制

付费方式改革要以建立和完善基金预算管理为基础。各统筹地区要按照《国务院关于试行社会保险基金预算的意见》（国发〔2010〕2号）文件要求，认真编制基本医疗保险基金收支预算。对基金支出预算要进行细化，将支出预算与支付方式相结合，进行支出预算分解。

要根据基金收支预算实行总额控制，探索总额预付办法。各地要按照基金支出总额，确定对每一种付费方式的总额控制指标，根据不同定点医疗机构级别、类别、特点以及承担的服务量等因素，落实到每一个定点医疗机构，以及每一结算周期，并体现在医保经办机构和定点医疗机构的协议中。医保经办机构要根据协议的规定，按时足额向定点医疗机构支付费用。同时，根据基金能力和结算周期，明确预拨定点医疗机构周转金的条件和金额。

要将定点医疗机构总额控制指标与其定点服务考评结果挂钩，在按周期进行医疗费用结算的基础上，按照“结余奖励、超支分担”的原则实行弹性结算，作为季度或年度最终结算的依据。

三、结合医保制度改革探索相应的付费办法

门诊医疗费用的支付，要结合居民医保门诊统筹的普遍开展，适应基层医疗机构或全科医生首诊制的建立，探索实行以按人头付费为主的付费方式。实行按人头付费必须明确门诊统筹基本医疗服务包，首先保障参保人员基本医疗保险甲类药品、一般诊疗费和其他必需的基层医疗服务费用的支付。要通过签订定点服务协议，将门诊统筹基本医疗服务包列入定点服务协议内容，落实签约定点基

层医疗机构或全科医生的保障责任。

住院及门诊大病医疗费用的支付，要结合医疗保险统筹基金支付水平的提高，探索实行以按病种付费为主的付费方式。按病种付费可从单一病种起步，优先选择临床路径明确、并发症与合并症少、诊疗技术成熟、质量可控且费用稳定的常见病、多发病。同时，兼顾儿童白血病、先天性心脏病等当前有重大社会影响的疾病。具体病种由各地根据实际组织专家论证后确定。有条件的地区可逐步探索按病种分组（DRGs）付费的办法。生育保险住院分娩（包括顺产、器械产、剖宫产）医疗费用，原则上要按病种付费的方式，由经办机构与医疗机构直接结算。暂不具备实行按人头或按病种付费的地方，作为过渡方式，可以结合基金预算管理，将现行的按项目付费方式改为总额控制下的按平均定额付费方式。

各地在改革中要按照不增加参保人员个人负担的原则，根据不同的医疗保险付费方式，适当调整政策，合理确定个人费用分担比例。

四、结合谈判机制科学合理确定付费标准

付费标准应在调查测算的基础上确定。可以对改革前3年定点医疗机构的费用数据进行测算，了解掌握不同医疗机构参保人员就医分布以及费用支出水平。在此基础上，根据医保基金总体支付能力和现行医保支付政策，确定医保基础付费标准。要以基础付费标准为参照通过经办机构与定点医疗机构的谈判协商，根据定点医疗机构服务内容、服务能力以及所承担医疗保险服务量，确定不同类型、不同级别医疗机构的具体的付费标准。同时，综合考虑经济社会发展、医疗服务提供能力、适宜技术服务利用、消费价格指数和医药价格变动等因素，建立付费标准动态调整机制。

统筹地区要遵循公开透明的原则，制定医保经办机构与定点医

疗机构进行谈判的程序和办法，在实践中对谈判的组织、管理、方式、纠纷处理办法等方面进行积极探索。

五、建立完善医疗保险费用质量监控标准体系

要建立健全医疗保险服务监控标准体系。要在基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准基础上，针对不同付费方式特点分类确定监控指标。应明确要求定点医疗机构执行相应的出入院标准，确定住院率、转诊转院率、次均费用、参保人自费项目费用比例以及医疗服务质量、临床路径管理、合理用药情况等方面的技术控制标准，并将此纳入协议，加强对医疗机构费用的控制和质量的监管，切实保障参保人权益。

要针对不同付费方式明确监管重点环节。采取按人头付费的，重点防范减少服务内容、降低服务标准等行为；采取按病种付费的，重点防范诊断升级、分解住院等行为；采取总额预付的，重点防范服务提供不足、推诿重症患者等行为。

要加强对定点医疗机构的监督检查。通过引入参保人满意度调查、同行评议等评价方式，完善考核评价办法。要充分利用信息管理系统，通过完善数据采集和加强数据分析，查找不同付费方式的风险点并设置阈值，强化对医疗行为和医疗费用的监控，并总结风险规律，建立诚信档案。要将监测、考评和监督检查的结果与医保实际付费挂钩。

六、统筹规划，精心组织，以点带面推动实施

推动医疗保险付费方式改革是一个长期的、不断完善的过程，各地要统一思想，提高认识，加强领导，落实责任，抓好组织工作。在推进医疗保险付费方式改革中，要按照有利于提高医疗保险基金使用效率，有利于调动医疗机构及其医务人员的积极性，有利于提

高医保管理水平，有利于维护参保人员的基本医疗保障权益的指导思想，主动改革，敢于创新，针对改革中遇到的新情况、新问题，不断调整完善付费政策和办法。

各省级人力资源社会保障部门要按照本意见要求，在认真调研的基础上制定本省（区、市）推进付费方式改革总体规划。要通过建立重点联系城市制度，发现、培育、树立典型，通过搭建交流工作平台，充分发挥典型城市的示范带头作用，以点带面加强对所辖统筹地区的指导。

各统筹地区人力资源社会保障部门要按照省（区、市）的统一部署，制定本地区推动付费方式改革的工作方案，明确改革目标、改革思路以及推进步骤。统筹地区工作方案应报送省级人力资源社会保障部门备案。

付费方式改革涉及各方利益的调整，在改革中要注意维护政策的连续性和稳定性，妥善处理改革与稳定的关系。要加强与其他部门的沟通协调，充分听取社会各方意见建议，形成改革的合力。遇有重大事项要及时报告。

人力资源与社会保障部

二〇一一年五月三十一日

上海市定点医疗机构医保支付费用预算管理试行办法

沪人社医发〔2009〕24号

第一条 （目的和依据）

为了进一步完善和规范本市定点医疗机构医保支付费用预算管理工作，根据《上海市城镇职工基本医疗保险办法》等规定，制定本办法。

第二条 （适用范围）

（一）本办法适用于在本市医保定点医疗机构中发生的由医保基金支付的医疗费用。

（二）预算管理具体费用范围，可根据本市医保制度完善情况适当调整。

第三条 （基本原则）

（一）收定支原则，以医保基金年度收支预算为基础，对定点医疗机构医保支付费用进行合理的预算安排。

（二）坚持风险共担原则，建立与完善超预算费用由定点医疗机构和医保基金合理分担机制。

（三）开透明原则，以公开促公平，以透明促共识，建立多方参与、协调协商的工作机制，形成职责明确、流程规范的工作程序。

第四条 （工作体系）

（一）人力资源和社会保障局（上海市医疗保险办公室）是本市基本医疗保险的行政主管部门，负责本市定点医疗机构医保支付费用预算工作的统一管理。各区、县医疗保险办公室（以下简称区县医保办）负责本辖区内定点医疗机构医保支付费用预算管理工作。

（二）上海市医疗保险事务管理中心（以下简称市医保中心）是本市医疗保险经办机构，负责本市定点医疗机构医保支付费用预算管理事务经办。

（三）定点医疗机构推荐代表参加医保预算管理医院代表会议，进行医保预算额度自主协商分配。

第五条 （医院预算总额）

（一）每年年终，由上海市医疗保险办公室（以下简称市医保办）按照以收定支原则，留存必要风险储备等资金后，以当年实际收入加上下一年度医保基金收入预期增长拟定下一年度医保预算总额。

（二）在下一年度医保预算总额的基础上，由市医保办按照基金支付项目情况，合理拟定医院预算总额，报请市政府同意后执行。

第六条 （医院协商分配）

（一）按照自主推荐、广泛覆盖原则，由医院按不同等级分别推荐医院代表参与医院医保预算指标分配落实工作。

（二）根据市政府审定同意的医院预算总额，由市医保办组织召开医院代表会议进行协商，将下一年度医院预算总额划分为三级医院和一二级医院预算总额。

（三）根据医院代表协商确定的三级医院预算总额，由三级医院代表协商提出三级医院预算分配方案，听取意见后分配落实到各三级医院。

（四）院代表协商确定的一二级医院预算总额，由一二级医院代表协商将一二级医院预算总额分配落实到各区县，再由各区县医保办在充分考虑区域卫生规划要求的基础上，组织区内医院协商，分配落实到辖区内各一二级医院。

第七条 （按月拨付和暂缓支付）

（一）市医保中心根据各医院年度预算指标，按月均摊拨付。

（二）对实际费用增长较快、超预算比例较高的医院，可实行暂缓拨付。

（三）市区两级医保部门应建立医院院长例会制度，及时通报费用动态，及时反映患者要求，及时了解医院情况。

第八条 （年中调整）

（一）按照分级管理原则，可在年度中对各医院年度预算指标进行适当调整。

（二）各区县医保办应及时收集和了解辖区内一二级医院情况，并可在区县一二级医院预算总额范围内进行合理调整；如因特殊情况，需要调增辖区内一二级医院预算总额，区县医保办应向市医保办提出正式申请。

（三）三级医院因特殊情况需追加医保预算指标的，应向市医保办提出正式申请。

（四）市医保办原则上应在每年的9月份，集中组织医院代表在年初预留特殊情况机动预算额度内对预算指标调整进行协商审议。

第九条 （年终考核分担）

（一）每年年终，由市医保办根据医院代表意见拟定预算管理年终清算方案，对于实际申报费用未超年度预算指标的医院，原则上年终考核不扣减、不分担；对于实际申报费用超出年度预算指标的医院，应在对医院诊疗行为规范性、医疗费用合理性等进行考核的基础上，兼顾医保基金和医院承受能力，对医院超预算费用进行合理分担。

（二）年终清算方案经医院代表会议协商后操作落实。

第十条 （其他）

本办法自发布之日起施行。

关于进一步加强本市医保总额预付费用管理的通知

沪人社医发〔2010〕28号

各区县人力资源和社会保障局（医保办）、卫生局、财政局：

根据《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）文件中“强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索实行总额预付等方式，建立激励与惩罚并重的有效约束机制”的要求，为进一步完善本市医保总额预付制度，规范医保资金使用，加强资金管理，调动定点医疗机构医保控费积极性，促进合理用药，合理检查，切实减轻群众医药费用负担，现就进一步加强本市医保总额预付费用管理通知如下：

一、实施范围

本通知适用于本市试行医保总额预付的定点医疗机构。

二、医保预付总额的确定

医保管理部门根据《上海市定点医疗机构医保支付费用预算管理试行办法》（沪人社医发〔2009〕24号），综合考虑社会经济发展，医疗机构规模调整及服务质量等因素，通过医院代表自主协调分配途径，统筹调配，核定本市试行医保总额预付的定点医疗机构年度医保预付额。

三、医保预付费用的拨付使用

医保管理部门按照医保服务协议，通过购买服务方式，将医保预付费用拨付至各试行医保总额预付的定点医疗机构，用于支付医保医疗服务；试行医保总额预付的定点医疗机构每月收到医保预付费用后，应根据相关财务会计制度规定计入相应收入，月末将医保预付费用与相应医保申报费用的差额部分暂转入其他收入。

各试行医保总额预付的定点医疗机构应根据相关财务会计制度对医疗收支进行核算，结余部分按规定分配和使用。

医保管理部门按照医保服务协议，通过购买服务方式，拨付至社区卫生服务中心的医保预付费用作为医疗机构收入，按照《关于本市社区卫生服务中心试行收支两条线管理的指导意见》（沪财社〔2006〕13号）文件有关规定核算使用。

四、医保预付费用的使用监督

各试行医保总额预付的定点医疗机构按照医保服务协议，接受医保督查部门检查，确定有无“服务不足、降低质量、推诿病人”等不合理节省医疗费用及其他违反医保规定的行为。对违反医保规定的行为，按照医保监督管理的有关规定，严肃查处。

五、部门职责

（一）医保部门

科学合理确定医保定点医疗机构医保预付总额，加强监督检查，规范相关操作，严格各项医保制度。

（二）卫生行政部门

加强医保定点医疗机构绩效考核，指导其规范使用医保预付费用，促进医疗卫生事业发展。

（三）试行医保总额预付的定点医疗机构

认真执行医保有关规定，规范医疗行为，减少浪费，控制医疗费用不合理增长，减少浪费，切实保障广大患者权益。

上海市人力资源和社会保障局

上海市医疗保险办公室

上海市卫生局

上海市财政局

二〇一〇年四月二十九日

送:

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
卫生部相关司局、卫生部卫生发展研究中心、卫生部统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
美国中华医学基金会合作单位
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生厅（局）政策法规处
上海市卫生局局领导及有关处室
上海市各区（县）分管副区（县）长、各区县卫生局
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China