

# 医保支付方式 改革案例集

YIBAO ZHIFU FANGSHI  
GAIGE ANLIJI

张朝阳 ◎ 主编



中国协和医科大学出版社

# 医保支付方式改革案例集

主 编 张朝阳

副 主 编 傅 卫 王禄生 池延花

执行秘书 秦 坤 潘 伟

参编人员 (按姓氏笔画排序)

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 王禄生 | 石崇孝 | 李吴萍 | 朱 坤 | 朱兆芳 |
| 池延花 | 刘 锐 | 刘国祥 | 陈家应 | 吴妮娜 |
| 杨金侠 | 张乐辉 | 张 剑 | 张朝阳 | 赵 锐 |
| 胡 月 | 胡 牧 | 秦 坤 | 高广颖 | 龚忆蕊 |
| 崔 斌 | 傅 卫 | 潘 伟 |     |     |

参编单位 广东东莞市社会保障局 宁夏盐池县卫生计生委



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医保支付方式改革案例集 / 张朝阳主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2016. 9  
ISBN 978-7-5679-0638-9

I. ①医… II. ①张… III. ①医疗保险-支付方式-体制改革-案例-中国 IV.  
①F842. 684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 208680 号

医保支付方式改革案例集

主 编: 张朝阳  
责任编辑: 吴桂梅

出版发行: 中国协和医科大学出版社  
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: [www.pumcp.com](http://www.pumcp.com)  
经 销: 新华书店总店北京发行所  
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787×1092 1/16 开  
印 张: 11.5  
彩 图: 2  
字 数: 100 千字  
版 次: 2016 年 10 月第 1 版 2016 年 10 月第 1 次印刷  
印 数: 1—2000  
定 价: 39.00 元

ISBN 978-7-5679-0638-9

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

# 前言

随着新一轮深化医药卫生体制改革的有力推进，我国建立了覆盖全民的基本医疗保障制度，在减轻群众看病就医负担、促进医疗卫生事业发展方面发挥了重要作用，为实现“病有所医”奠定了坚实基础。但是，随着医改进入深水区，体制机制性矛盾已成为必须面对的挑战。实践证明，建立科学合理的医保支付方式能够有效规范医疗服务行为、控制医疗费用增长、提高医疗资源利用效率，是提升医疗卫生服务体系整体绩效的重要措施。新一轮深化医改将医保支付方式改革作为重要举措加以推进，为加快健全全民医保体系、推进公立医院改革、促进分级诊疗制度建设提供重要抓手。国务院办公厅印发的《关于全面推进县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33号）和《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号）也要求将深化医保支付方式改革作为公立医院综合改革的重点任务，覆盖试点区域内所有公立医院，并逐步覆盖所有医疗服务。

近年来，全国各地积极开展了多种形式的支付方式改革探索，部分地区的试点实践已经形成了诸多经验，取得了良好成效。为便于各级政府和医改相关部门借鉴前期经验，加快推进医保支付方式改革，国家卫生计生委项目资金监管服务中心受国务院医改办委托，组织编写了《医保支付方式改革案例集》。本案例集共包括六章内容，汇编了13个典型案例。既介绍了医保支付方式改革的基本理论、概念、做法与总体进展，又解析了总额付费、按人头付费、按床日付费和按疾病诊断组付费（DRGs）等不同类型的支付方式改革的主要背景、做法、成效、启示，为读者提供了理论和实践两个方面的经验借鉴。

希望本案例集能够为国内其他地区所借鉴，达到启发思路、推广经验、相互借鉴、推进医改的目的。受编写任务的时间及编者水平所限，本案例集难免有不当或疏漏之处，敬请读者批评指正。本案例集的编写得到了国务院医改办、国家卫生计生委、人力资源社会保障部相关司局、相关地方和专家的大力支持和帮助，在此一并致谢！

国家卫生计生委项目资金监管服务中心

二〇一六年四月

## 目 录

|                        |    |
|------------------------|----|
| 第一章 概论 .....           | 1  |
| 第一节 支付方式的概念 .....      | 2  |
| 一、支付方式的概念与意义 .....     | 2  |
| 二、支付方式改革的作用机制 .....    | 3  |
| 第二节 支付方式的分类 .....      | 5  |
| 一、按服务项目付费 .....        | 5  |
| 二、总额付费 .....           | 6  |
| 三、按服务单元付费 .....        | 7  |
| 四、按人头付费 .....          | 9  |
| 五、按病种付费 .....          | 10 |
| 六、按绩效付费 .....          | 12 |
| 第三节 支付方式的演变和适用条件 ..... | 13 |
| 一、支付方式的演变趋势 .....      | 14 |
| 二、支付方式的适用条件 .....      | 16 |
| 第四节 支付方式改革实践 .....     | 18 |
| 一、新农合支付方式改革进展 .....    | 19 |
| 二、城镇医保支付方式改革进展 .....   | 23 |
| 三、支付方式改革的启示和展望 .....   | 29 |
| 第二章 总额付费 .....         | 31 |
| 案例一：上海市总额付费 .....      | 31 |
| 一、实施背景 .....           | 32 |
| 二、主要做法 .....           | 33 |
| 三、实施成效 .....           | 39 |
| 四、经验与启示 .....          | 41 |
| 案例二：禄丰县门诊总额付费 .....    | 44 |
| 一、实施背景 .....           | 44 |
| 二、主要做法 .....           | 45 |

|                        |     |
|------------------------|-----|
| 三、实施成效 .....           | 50  |
| 四、经验与启示 .....          | 55  |
| 案例三：东莞市门诊按人头付费 .....   | 59  |
| 一、实施背景 .....           | 59  |
| 二、主要做法 .....           | 60  |
| 三、实施成效 .....           | 64  |
| 四、经验与启示 .....          | 66  |
| 第三章 按服务单元付费 .....      | 68  |
| 案例一：林口县住院按出院人次付费 ..... | 68  |
| 一、实施背景 .....           | 69  |
| 二、主要做法 .....           | 70  |
| 三、实施成效 .....           | 74  |
| 四、经验与启示 .....          | 77  |
| 案例二：常熟市住院按床日付费 .....   | 80  |
| 一、实施背景 .....           | 81  |
| 二、主要做法 .....           | 82  |
| 三、实施成效 .....           | 86  |
| 四、经验与启示 .....          | 89  |
| 第四章 按病种付费 .....        | 92  |
| 案例一：镇安县单病种定额付费 .....   | 92  |
| 一、实施背景 .....           | 92  |
| 二、主要做法 .....           | 94  |
| 三、实施成效 .....           | 98  |
| 四、经验与启示 .....          | 99  |
| 案例二：淮安市按病种（分值）付费 ..... | 101 |
| 一、实施背景 .....           | 101 |
| 二、主要做法 .....           | 102 |
| 三、实施成效 .....           | 106 |
| 四、经验与启示 .....          | 108 |
| 案例三：宜阳县按病种分组付费 .....   | 111 |
| 一、实施背景 .....           | 111 |
| 二、主要做法 .....           | 114 |

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 三、实施成效 .....                     | 118 |
| 四、经验与启示 .....                    | 120 |
| 第五章 诊断相关组 (DRGs) 付费 .....        | 123 |
| 案例一: DRGs 在北京市医疗保险支付管理中的应用 ..... | 123 |
| 一、实施背景 .....                     | 124 |
| 二、主要做法 .....                     | 125 |
| 三、实施成效 .....                     | 130 |
| 四、经验与启示 .....                    | 132 |
| 案例二: 禄丰县 DRGs 付费 .....           | 135 |
| 一、实施背景 .....                     | 135 |
| 二、主要做法 .....                     | 136 |
| 三、实施成效 .....                     | 140 |
| 四、经验与启示 .....                    | 145 |
| 第六章 复合支付方式改革 .....               | 148 |
| 案例一: 青岛市城镇职工医保住院支付方式改革 .....     | 148 |
| 一、实施背景 .....                     | 149 |
| 二、主要做法 .....                     | 150 |
| 三、实施成效 .....                     | 154 |
| 四、经验与启示 .....                    | 155 |
| 案例二: 高淳区新农合复合支付方式改革 .....        | 158 |
| 一、实施背景 .....                     | 158 |
| 二、主要做法 .....                     | 159 |
| 三、实施成效 .....                     | 163 |
| 四、经验与启示 .....                    | 166 |
| 案例三: 盐池县创新支付方式改革 提高卫生效益 .....    | 168 |
| 一、实施背景 .....                     | 168 |
| 二、主要做法 .....                     | 170 |
| 三、实施成效 .....                     | 174 |
| 四、经验与启示 .....                    | 176 |

## 第一章 概 论

建立覆盖城乡居民的基本医疗保障体系是中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）提出的重要目标之一。经过历年来的发展完善，城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗（以下简称新农合）已成为我国基本医疗保障制度的重要组成部分，并且基本实现了全覆盖，在保障民生中发挥了极其重要的作用。同时，按照该意见有关“强化医疗保障对医疗服务的监控作用，完善支付制度，积极探索实行按人头付费、按病种付费、总额预付等方式，建立激励与惩戒并重的有效约束机制”的要求，各地以确保医保基金收支平衡和医保制度可持续发展为目标，紧密结合医改，围绕支付方式改革进行了积极的探索和实践，取得了显著成效，为优化医保制度管理和深化医改积累了可贵经验，也为推进支付方式改革提供了重要的参考借鉴。

## 第一节 支付方式的概念

医保支付方式是一门科学，本节主要根据国内外文献，对医保支付方式的概念、理论机制和分类做简要描述，以指导各种支付方式改革的设计和实施。

### 一、支付方式的概念与意义

医保支付方式是指参保人在接受医疗服务提供者的服务后，由医疗保险机构作为第三方代替参保人向医药服务提供者支付医疗费用的方式。支付方式由支付单位、支付价格和支付范围构成。其中，支付单位是支付主体（医疗保险机构）对供方支付时的计费单元，它决定了对供方支付的依据，即按照什么单位进行支付；支付价格是支付主体给予供方的支付价格水平；支付范围是支付方对供方的服务内容和支付范围进行的约定，要求供方提供的服务项目即服务包。

各国卫生发展的实践证明，支付方式改革可以改变医疗服务行为，推动医疗卫生机构规范服务，控制医药费用不合理增长。通过医保支付方式改革，可以有效控制医疗费用不合理上涨，对控制基金风险、提高保障水平、改善保障绩效具有重要

意义。在当前深入推进医改的形势下，医保支付方式改革可以有力推进医疗卫生机构运行机制改革，促进医疗卫生机构服务模式转变，实现各项医保制度的可持续发展。

## 二、支付方式改革的作用机制

支付方式改革作用于医疗服务的供方和需方，对二者形成一定的支配作用。其作用机制主要包括：

### （一）激励约束机制

激励约束是指激励约束主体根据组织目标、人的行为规律，通过各种方式去激发人的动力，使人有一股内在的动力和要求，迸发出积极性、主动性和创造性，同时规范人的行为，朝着激励主体所期望的目标前进的过程。在支付方式改革中，医保经办机构作为参保人的委托代理人，与定点医疗机构签订服务协议，明确医疗机构的服务内容、支付单位和支付水平以及相应的经济责任。医疗机构可以通过降低成本、提高效率、落实经济责任，使经济效益最大化，这是支付方式改革的激励作用。医保经办机构通过契约管理形式，对医疗机构医疗服务行为进行约束，要求医疗机构遵守服务内容，保证医疗服务质量，促使医疗机构加强医疗质量管理，主动降低成本，缩短住院天数，减少诱导性医疗费用支付，有效控制费用支出。医保支付方式改革正是通过这种激

励和约束相容的机制作用于医疗服务的供方，通过转变服务行为实现支付方式改革的目的。

## （二）风险分担机制

医保基金超支是医疗保险长期应对的重大风险，导致医保基金风险的主要因素包括医疗机构诱导需求；经办机构补偿方法不科学，监管不到位；参保对象过度利用医疗服务，以及政府顶层政策设计与筹资水平不匹配等。特别是传统的按项目付费，经济风险完全由医保和参保人承担，医疗机构不承担风险。因此，支付方式改革重在形成经济风险分担机制，属于哪方的经济责任则由哪方承担。支付方式改革后，医疗机构要对不合理医疗费用增长承担风险，从而增强医疗机构的控费意识，提高医保基金的使用效率。

## （三）自我控费机制

支付方式改革是控制医疗费用不合理增长的重要手段，是通过对医疗服务按照一定标准进行打包付费，在医保可承受的范围内通过与医疗机构的协商确定医疗服务的购买价格，从而促使医疗机构通过降低成本、提高效率等手段实现费用自我控制的过程。自我控费机制是支付方式改革的重要机制。

#### （四）质量保证机制

保证医疗质量是医保对医疗服务提供的基本要求，但不同支付方式有其优点和缺点，在控费的同时，可能带来减少服务提供、降低服务质量等弊端。因此，设计支付方式改革时，必须针对可能出现的影响医疗质量的不良行为，同步设计规范诊疗行为的管理措施，通过规范临床路径，加强监管、监测和考核等方式，建立质量保证机制，确保参保人获得应有的医疗服务。

### 第二节 支付方式的分类

医保支付方式按照时间可分为后付制和预付制。常用的支付方式主要有五种：按服务项目付费、总额付费、按单元付费（人头付费、按床日付费）、按病种付费和按绩效付费，其中按项目付费属于后付制，其他支付方式均属于预付制。

#### 一、按服务项目付费

这是传统的、也是运用最普遍的支付方式。其做法是医保机构根据参保人在医疗机构接受服务（如诊断、治疗、化验、

药品和护理等)项目所规定的收费标准付费,按照报销比例支付给医疗机构,所支付的数额取决于各种服务项目的价格和实际服务量。

这种支付方式的优点是方便参保人,容易操作,医疗保险机构、参保人和医疗服务提供者三者之间关系简单。缺点是这种支付方式存在服务项目定价困难,而且将所有风险都转移给医疗服务购买方,医疗服务提供方并不承担任何风险,缺乏成本控制意识,刺激医疗服务提供方引入尖端诊疗设备和推销高价药物,逆向选择风险增大,从而导致医疗服务的过度提供,造成医疗资源的浪费,医疗保险方的监管成本较高。正是由于这种支付方式存在着明显缺点,从而促使了支付方式改革的兴起。

按项目付费简单易行,且与医疗机构现行的收费制度相一致,目前在国内的医保支付中被普遍使用。无论是城镇职工医保、城镇居民医保还是新农合,多数地区仍采用这种支付方式。

## 二、总额付费

总额付费是预先根据某种支付标准确定一个支付总额。在总额付费下,一旦确定了付费总额,支付给医疗机构的总额不能随服务量的增长而增长,超出部分一般由医疗机构承担,结

余可以适当给医疗机构。根据支付标准的不同,预付总额可以按人头计算、按有效服务量计算、按服务人次计算和按综合因素计算。总额付费支付方式在门诊和住院均可实施。

总额付费的优点是医疗服务提供方能主动控费,医保机构对医疗服务提供方的监管成本比按服务项目付费的成本低,容易控制医疗费用的不合理上涨。其缺点是确定付费总额有一定的难度,因为合理支出的概念难以界定,过高的预付额会导致医疗服务供给的不合理增长;过低的预付额会导致医疗服务供方过度减少医疗服务供给。抑制患者的合理医疗需求,还可能阻碍医疗服务技术的更新和发展,影响医疗机构的运行效率,医务人员缺乏工作积极性。

20 世纪 70~90 年代,德国开始实施总额付费改革,主要做法是根据医疗保险基金收入增长水平设置医疗费用支出上限,限制医保费用支出增速,此外,还有提高个人支付比例(Co-payment)、调整医保药品目录、改革药品定价方式等其他政策,其后逐步实行单病种付费、床日付费,最后过渡到 DRGs 付费。

### 三、按服务单元付费

按服务单元支付包括按住院床日、住院天数和人次支付等付费方式。

按床日付费是指按照覆盖一个住院日所发生的所有费用进行支付。按床日支付一般应用于对医疗机构（住院患者）的支付，以床日为支付单元。

按住院天数付费是事先确定住院一天的费用，然后按照总的住院天数支付。一般应用于对医疗机构的支付，支付单元为住院天数。

按人次付费是根据统计资料确定平均每人次费用的标准，然后按照总的人次进行支付，一般用于普通疾病的门诊支付，也可用于住院。

按单元付费的优点是对同一医疗机构所有病人每单元的支付费用都是相同的，与治疗的实际花费无关，因此能鼓励医生降低单元成本，提高工作效率。其缺点表现为：医疗机构通过诱导需求和分解服务人次以及延长住院时间等增加单元数量来增加收入；医疗机构还可能出现拒收危重病人、降低服务水平等现象。

日本于 2003 年 4 月实施新的疾病诊断群分类（diagnose procedure combination, DPC）定额支付制度，实际上是对急性住院和慢性病治疗实施疾病诊断分类的定额支付（是一种 DRGs 与按日付费的方法），根据诊断群组的平均住院天数相对于某医疗机构的平均住院天数的比例，每天预付的医疗费用标准根据疾病的病程和费用水平分为三个阶段。这项调整是为了保证每个医疗机构都能够获得上一年度应得的补偿。DPC 系统

实际上是一个按天数计算的预计费系统，这类似于我国新农合采用的分类分组床日付费制度，每日费用支付率随住院天数的增加而降低，其主要目的就是减少住院天数。有研究显示，这种新的支付方式降低了住院患者的平均住院日，但是也增加了再住院率。

#### 四、按人头付费

按人头付费不同于总额付费下的按人头计算预付总额。按人头付费是指医疗保险机构支付给医疗服务提供方（主要是保健医生）的基金额度，是按医疗服务所覆盖的人口数（即注册人数）为一定标准计算，并按规定提供医疗保健服务。

按人头付费会使医生有很强的动机去降低成本，注重预防性药品的使用，以避免日后提供更加昂贵的治疗性服务。因此，实施这种支付方式的前提是要实行医疗服务和公共卫生服务的捆绑，统一将服务经费按照人头计算预付总额。这种支付方式的缺点是医生可能会限制所提供的医疗服务的数量和放弃某些高质量、高成本的治疗方案；医生为了节约成本，限制病人转诊；医生更愿意接受相对健康的病人。

英国实行按人头付费，主要做法是医疗保险组织根据医疗服务提供机构的规模、技术、服务对象的特点等情况，按照事先确定的每个服务对象（人）的支付标准及所服务的人口数，

向该医疗机构预先支付一笔固定费用，医疗机构则负责向目标人群提供相应的医疗服务，如提供服务的总成本超出了支付总额，经济风险由医疗机构自己承担。

## 五、按病种付费

按病种付费是以病种为计费单位，在疾病分级基础上制定病种付费标准额，医保机构按照病种标准额支付给医疗服务提供方。按病种支付是目前国际上最常见的支付方式，常应用于住院服务，包括单病种付费以及疾病诊断相关组付费（diagnosis related groups, DRGs），都属于这个范畴。

单病种付费仅限于单一病种为付费单元，是以每单一病种成本作为核算对象，归集与分配费用，计算出每单一病种成本后确定病种的单次支付额。在实际应用中，单病种付费又可分为单病种定额支付和单病种限额支付。单病种定额付费是将事前确定好的病种单次费用，支付给医疗服务提供方。单病种限额付费是给单一病种医疗过程所发生的费用限定一个最高额，医保经办机构只承担最高限定额之内实际发生的费用，超出最高额的费用由医疗机构自行承担，这种方式严格上说只是一种限费措施。

诊断相关组（DRGs）与预定额付费（prospective payment system, PPS）是作为目前国际上最常见的支付方式，常用