

医疗保险付费方式改革经办管理 城市实例

人力资源和社会保障部 组织编写
社会保险事业管理中心

医疗保险付费方式改革经办管理 城市实例

人力资源和社会保障部
社会保险事业管理中心 组织编写



中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

医疗保险付费方式改革经办管理城市实例/人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心组织编写. —北京:中国劳动社会保障出版社, 2012

ISBN 978-7-5045-9770-0

I. ①医… II. ①人… III. ①医疗保险-保险费-改革-案例-中国
IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 095245 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码: 100029)

出 版 人: 张梦欣

*

中国铁道出版社印刷厂印刷装订 新华书店经销
787 毫米×1092 毫米 16 开本 13.5 印张 157 千字
2012 年 8 月第 1 版 2012 年 8 月第 1 次印刷

定价: 32.00 元

读者服务部电话: 010-64929211/64921644/84643933

发行部电话: 010-64961894

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话: 010-64954652

如有印装差错, 请与本社联系调换: 010-80497374

编写人员

主 编：唐霁松 吴 光

副主编：段政明 周云飞

编 者：（按姓氏笔画排序）

王 樱	乌家伟	刘 刚	刘学杰	刘 娟
刘 晴	纪志强	吴冰肖	张亚林	张学峰
张秋红	陈树国	金 辉	赵 亮	费敏浩
钱 军	徐 玮	龚忆苑	梁倩君	谢道溥
潘康涛	潘惠娟			

前 言

医疗保险是一个世界性难题，作为医疗费用发生源头的医生手中那支笔难以掌控是难中之难。医疗保险又是一个多姿多彩的领域，医疗费用支付制度及其经办操作是其中最鲜活、最有生命力之处。

在新医改文件里（大家已习惯于把《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）称为新医改文件），关于医疗保险支付制度是这样写的：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。在全民医保已经实现、医疗保障体系建设从数量扩张走向质量提升的今天，付费方式改革正在登上前台，走上一线。实际上，一个时期以来，已有不少地方进行了付费方式改革的探索，从医疗保险制度建立初期单一的按项目付费，发展到以项目付费为管理基础、由多种付费方式组合的复合式付费方式。

支付制度也好，付费方式也好，有关文章著述，国外甚多，国内也不鲜见，但多是教科书风格的，理论色彩浓厚，“洋味”痕迹隐约可见。而付费操作中遇到的情况却是千变万化甚至千奇百怪的。处在操作一线的医疗保险经办机构面对这千变万化、千奇百怪的现象该如何处理呢？只能从实践中寻求办法。出于这种需要，这



两年，我们召集各地医疗保险经办机构开展“医疗保险付费方式改革经办管理专题研究”，30个典型城市参加了研究。研究中我们又发现，有几个领悟较早、行动较快的城市，已有一些成型的办法，倘或整理出来，稍加提炼，应能成为范例，起到示范、引领作用。这便是此书的由来。

这6个城市，是从参与研究的30个城市中产生的；6个实例，也是请这几个地方的同志自己动手写就的。土生土长，乡土气息，但却实在。今集纳成册，供全国医疗保险经办同仁参考借鉴。

选择这6个实例，是基于以下考虑：

代表性。6个实例涵盖了目前医疗保险付费方式改革的主要方式，包括总额预算、复合式付费、按病种分值付费、单病种付费和按人头付费等，具有很好的代表性。

实践性。6个实例均来源于统筹地区医疗保险经办管理的第一手材料。他们的改革具有特定背景，有的地方甚至是迫于基金收支平衡压力不得不改的。对付费方式的选择考虑了本统筹地区医疗保险基金收支、卫生资源配置、医疗保险信息系统建设、医疗保险经办管理水平、参保人员就医习惯等一系列因素，管理措施也具有当地特色。

操作性。6个实例从对定点医疗机构费用预算总额的控制，到年中预算总额的调整；从按月审核支付，到年终清算；从普遍实行，到特殊情况的处理；从针对不同的付费方式采取的管理措施，到对医疗服务行为的控制，都作了详细的说明。有数据，有公式，有表格，有流程图，是一种方法论的集成。

全面性。6个实例不仅对付费方式专项改革作了深入的阐述，对相关方面，如协议管理、分级管理、谈判机制等等，也有顾及。对存在的问题，也没有回避。任何付费方式都不是万能的，都有其优势和弊端，这一点，“教科书”倒是早已告诉我们了。在这一点上，6个实例的价值在于，它告诉我们，选择了哪一种付费方式，在哪一种特定情况下，该怎样应对哪一种特定问题。

医疗保险付费方式改革是件只有起点、没有终点的事情，6个城市是改革的先行者，期待6个地方越做越好，6个实例能产生示范效应。

编 者

2012年5月22日

目 录

CONTENTS

上海市医疗保险总额预算付费制度实例 /1

第一部分 付费制度改革的背景与沿革 /3

第二部分 付费制度改革经办管理的具体做法 /6

第三部分 付费制度改革取得的主要成效 /17

第四部分 存在的主要问题 /20

附录 上海市定点医疗机构医保支付费用预算管理试行办法 /21

杭州市医疗保险以总额预算为核心的复合式付费制度实例 /25

第一部分 付费制度改革的背景和沿革 /28

第二部分 付费制度改革经办管理的具体做法 /29

第三部分 付费制度改革的配套措施 /40

第四部分 付费制度改革的主要成效 /41

第五部分 付费制度改革的发展趋向 /43

附录 1 杭州市基本医疗保险医疗费用结算管理暂行办法 /44

附录 2 杭州市城镇基本医疗保险参保人员门诊血液透析费用结



算暂行办法 /50

附录3 杭州市区城乡居民基本医疗保险普通门诊定点管理医疗费用结算暂行办法 /51

广州市医疗保险复合式付费制度实例 /55

第一部分 付费制度改革的背景和沿革 /57

第二部分 付费制度改革经办管理的具体做法 /59

第三部分 付费制度改革的技术路线 /81

第四部分 付费制度改革的主要成效 /89

第五部分 存在的问题 /91

附录1 广州市社会医疗保险医疗费用结算办法 /92

附录2 关于医疗保险统筹基金支付尿毒症门诊透析治疗费用范围及标准的通知 /102

淮安市医疗保险总额控制下病种分值付费实例 /105

第一部分 付费制度改革的背景和沿革 /107

第二部分 病种分值付费方式经办管理的具体做法 /108

第三部分 基金预算与总额控制 /113

第四部分 付费制度改革的成效 /128

第五部分 存在问题与对策 /132

附录1 关于实行市区基本医疗保险按病种分值结算的意见（试行） /138

附录 2 实行以收定支、分月总量控制的意见（试行） /141

济宁市医疗保险单病种付费实例 /143

第一部分 付费制度改革的背景 /145

第二部分 付费制度改革经办管理的具体做法 /147

第三部分 付费制度改革的成效 /151

附录 关于调整住院费用结算办法 加强医疗保险基金支付管理
有关问题的通知 /153

东莞市医疗保险按人头付费实例 /167

第一部分 付费制度改革的背景 /169

第二部分 按人头付费经办管理的具体做法 /171

第三部分 按人头付费制度的配套措施 /187

第四部分 实施按人头付费制度的主要成效 /191

附录 1 关于建立东莞市社会基本医疗保险制度的通知 /192

附录 2 东莞市社会保险定点社区卫生服务机构管理暂行
办法 /196

附录 3 东莞市社会保险定点社区卫生服务机构医疗保险服务质
量考评暂行办法 /202

附表 东莞市社会保险定点社区卫生服务机构医疗服务质量考评
标准 /203

上海市医疗保险总额预算 付费制度实例

【概要】上海市自2002年起实施医保总额预算管理，对全市定点医院的城镇职工医保费用实行年初分配预算，年中调整预算和年终清算、考核和超支分担，建立了风险分担机制。2005年起，又逐步推行医保总额预付付费制度，健全激励与约束机制。2008年起，探索建立预算分配医院自主协商的工作机制，实现预算指标分配与调整的公开透明。此外，还实行17种住院病种的按病种付费和精神病院按床日付费。形成了以总额预算为主体，按病种付费、按服务单元付费为补充，逐步向总额预付方向发展的医保付费制度，收到明显成效。

推进医疗保险付费制度改革，是深化医药卫生体制改革和基本医疗保险制度可持续发展的重要举措。上海医保部门在 2001 年实施城镇职工基本医疗保险制度，从有效控制医保费用、确保医保基金收支平衡和促进医保制度可持续发展的目标出发，结合实际，推行城镇职工医保付费制度改革，现已基本形成以总额预算为主体，按病种付费、按服务单元付费为补充，逐步向总额预付方向发展的医保付费制度，并且在实践中不断加以完善，收到了显著的成效。

第一部分 付费制度改革的背景与沿革

2001 年全面实施城镇职工医保制度后，出现了医疗服务需求快速膨胀和医院医疗服务无序扩张的局面，当年城镇职工医保费用支出迅猛增长，严重威胁医保基金平衡。医保部门为保障参保人员权益，面对现实危机，深感推行医保付费制度改革的必要性和紧迫性。随着城保制度的基本建立，医保部门开始将工作重点逐步转移到加强与完善医保管理方面，着力推行医保付费制度改革。

2002 年，实行“总额控制、按月预留、年度考核”的办法，对医保定点医院医保支付费用实行总额控制。每月按平均每月的预算定额数支付医保费用，超出部分暂不支付；年终超出总额控制的费用由定点医院按比例分担。强调了医保部门对定点医院医保费用的控制，但当年定点医院超标情况较多，分解服务情况较为突出，定点医院对超支分担存在抵触情况。

2003 年，实行“总额预算、按月预付、按季结算、风险分担”的办法。“按月预付”是将定点医院年度预算指标按月均摊，当月度医院申报费用超预算金额的，按月度分摊指标预付；超预算金额的，在按月度分摊



指标预付的基础上，超预算费用按 70% 的比例预付，每季度进行评估。年终超支部分实行分担。重点解决定点医院因缺乏计划性，造成年度预算指标在年度后期用完后发生限制医疗服务的状况。

2004 年，实行“按月预付、按季通报、半年考评、年终清算”的办法。“按季通报”是由医保部门在季度末向各医院通报预算管理执行情况并进行分类指导。“半年考评”是由医保部门在年中和年终，按期内同级同类医院实际执行的平均水平，适当参考年初核算参数（门诊人次、门诊次均费用、门诊复诊率、住院人次、住院次均费用及门诊大病、计划生育手术、医保减负等），对次均费用等指标进行考评，次均费用、复诊率和 7 天内重复住院率高于同级同类医院平均水平一定比例的，高于部分按比例扣减。同时，开展了部分住院病种实行按病种付费试点；针对少数医院推诿病人、分解门诊诊疗人次、盲目限制处方单价等现象，专门发文以强化管理。

2005 年，重点是建立暂缓支付与监督检查相结合的工作机制，在市医保部门接到区县医保部门对定点医院申报费用初审意见后的 10 个工作日内，对费用增长速度快、超预算比例高的定点医院试行医保暂缓支付的办法，并督促定点医院自查及由医保部门进行专项检查，再根据检查结果确定支付与否。同时，在年中预算指标调整中，各区县医保部门将年初预留预算指标全部落实到定点医院，以缓解定点医院超标的矛盾。

2006—2007 年，实行“按月预付、分类缓付、通报公示、年终清算”的办法。“按月预付”是对定点医院当月申报费用未超出月度预算指标的，按月度指标数预付，但预付金额不超过医院申报费用的 110%；定点医院当月申报费用超出月度预算指标的，按月度指标数预付，超预算部分全部预留。“分类缓付”是对定点医院当月及年内累计费用超出预算指标 4% 以上，但低于 7% 的，当月预付费用最高按 75% 的比例拨付，其余预付费

用暂缓支付；超出预算指标 7% 以上，但低于 10% 的，当月预付费用最高按 50% 的比例拨付，其余预付费用暂缓支付；超出预算指标 10% 以上，当月预付费用全部缓付。“通报公示”是每季度定期通报定点医院预算管理情况和进行病种费用公示，对异常者组织开展监督检查。同时，对预算指标进行了适当调整，使多数定点医院的预算指标有了较大提高。

2008 年，重点推行了“医保统筹组织、医院自主协商、区县合理分配”的“四项公开”和“三轮协商”办法，实现以公开促公平，以透明促共识。同时，进一步明确了操作程序，使预算管理常规化、制度化。

2009 年起，市人社局、市医保办发布了《上海市定点医疗机构医保支付费用预算管理试行办法》，此后均按照该办法执行定点医院的医保预算管理。

回顾上海医保付费制度的改革进程，重点有两个“里程碑”：一是从 2002 年起实施总额预算，到 2005 年起逐步推行总额预付；二是从 2002 年起医保部门确定预算分配指标，到 2008 年起实行医院自主协商预算指标。前者是医保付费制度的重大进步，实现了激励与约束机制并举；后者是医保付费制度管理的重大进步，实现了公开透明、民主协商的目标。从上述历年医保付费制度改革的沿革观察，上海医保付费制度管理的重点，一是努力逐步缩小城市与郊区之间、同级同类医院之间的费用水平；二是结合医疗服务导向，促使门诊向基层医院分流，住院向二三级医院分流；三是促使定点医院有计划地掌控年度预算指标的分配与使用；四是不断强化监督检查，着力解决医保付费制度中产生的负面效应，以及医保付费制度自身不能解决的其他管理问题。



第二部分 付费制度改革经办管理的具体做法

一、基金预算和总额控制

从 2002 年起实行医保基金预算和总额控制办法，逐步建立和完善以年初预算、按月预付、过程监控、动态调整、年终清算为五个核心环节的过程管理办法。到 2009 年 7 月，根据《上海市城镇职工基本医疗保险办法》等有关规定，上海医保部门制定并发布了《上海市定点医院医保支付费用预算管理试行办法》，规范医院医保支付费用预算管理工作。

（一）适用范围

医保总额预算管理主要适用于在本市医保定点医院（除个别医院以外）中发生的由职工医保基金支付的医疗费用。除民政部门管理的师职退休人员、门诊费用减免、新疆回沪人员、干部保健等少数特殊人群或特殊项目的医疗费用外，其余在定点医院发生的医保费用均纳入医保预算管理。其中，离休干部费用也纳入医保预算管理范围，但其费用不列入医保预算总额内，按实支付。

（二）基本原则

一是坚持以收定支原则，以医保基金年度收支预算为基础，对定点医院医保支付费用进行合理的预算安排。

二是坚持风险共担原则，建立超预算费用由定点医院和医保基金合理分担机制。

三是坚持公开透明原则，以公开促公平，以透明促共识，建立多方参

与、协调协商工作机制，形成职责明确、流程规范的工作程序。

（三）基金预算

每年年终，由市医保部门按照以收定支原则，留存必要风险储备等资金后，以当年医保基金实际收入加上下年医保基金收入预期增长拟定下一年度医保基金预算。在下一年度医保基金预算的基础上，市医保部门按照医保基金支付项目情况，合理拟定医院预算总额控制指标，报请市政府同意后执行。

例：2010 年医保基金预算，按照以收定支原则，留存划转居民医保、支付生育医疗费补贴所需资金和必要风险储备后，以 2009 年基金收入加上 9% 的增长率确定。同时，按照基金支付项目大类，进一步细化预算项目分类和切块管理，确定了医院预算总额控制指标，统筹所有支出项目的资金预算。

根据市领导批示同意的《关于 2010 年度本市医保定点医疗机构医保支付费用预算管理预算安排方案的请示》（沪医保办〔2010〕2 号），2010 年医保基金预算为 272.5 亿元，其中医院费用支出预算 255 亿元，其他支出费用（药店、内设医疗机构、零星报销等）预算 17.5 亿元。

根据市人社局、市医保办审议同意的 2010 年预算安排方案，在医院费用支出预算 255 亿元中，扣除干保离休等按实支出预算 22 亿元和机动支出预算 3 亿元，年初可分配预算 230 亿元。

（四）协商确定医院预算总额控制指标

1. 推进“四项公开”，以公开促公平

一是公开年度基金收支预算和医院预算总额控制指标，提高医保和医院双方对费用宏观管理目标的共识程度；二是公开全市医院预算总额控制