

云南省城乡居民基本医疗保险 支付方式改革研究

王联熙 李保春 主 编



云南省城乡居民基本医疗保险 支付方式改革研究

王联熙 李保春 主 编



 云南大学出版社
YUNNAN UNIVERSITY PRESS
· 昆 明 ·

图书在版编目(CIP)数据

云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革研究 /
王联熙, 李保春主编. -- 昆明: 云南大学出版社, 2019
ISBN 978-7-5482-3710-5

I. ①云… II. ①王… ②李… III. ①居民—医疗保
险—支付方式—体制改革—研究—云南 IV. ①F842.684

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第123459号

策划编辑: 张丽华

责任编辑: 张丽华

封面设计: 任 微

云南省城乡居民基本医疗保险 支付方式改革研究

王联熙 李保春 主 编

出版发行: 云南大学出版社
印 装: 昆明理焯印务有限公司
开 本: 787mm×1092mm 1/16
印 张: 8.5
字 数: 150千
版 次: 2019年6月第1版
印 次: 2019年6月第1次印刷
书 号: ISBN 978-7-5482-3710-5
定 价: 30.00元

地 址: 昆明市一二一大街182号(云南大学东陆校区英华园内)
邮 编: 650091
发行电话: 0871-65033244 65031071
网 址: <http://www.ynup.com>
E-mail: market@ynup.com

若发现本书有印装质量问题, 请与印厂联系调换, 联系电话: 0871-64167045。

编委会名单

(按姓氏笔画排序)

主 编：王联熙 李保春

副主编：王艳君 车 刚 刘 林 李惠英 吴锦屏
高志学 彭 琰

编 委：王兴龙 方福祥 石 娟 匡华刘望
孙先军 严 莉 杜远见 李润萍
李 薇 何 莉 姜 明 唐国政
蒋爱华 谢富香

前 言

2017年是云南省整合城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗，实施统一的城乡居民基本医疗保险制度的第一年。整合后，城乡居民基本医疗保险成为云南省覆盖人口最多、保险资金规模最大的医疗保险。随着城乡居民基本医疗保险保障范围逐步扩大，基金统筹层次的上升，健康扶贫工作的全面推进，云南省城乡居民基本医疗保险基金管理方式面临着巨大的挑战，亟待建立科学、合理、可行的支付方式，提高保险资金使用效率。同时，随着深化医药卫生体制改革进入深水区，基本医疗保险支付方式被赋予了联动医疗和医药、推进分级诊疗制度建设等重任，如何胜任这些重任，也是云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革亟待解决的问题。

为此，2017年“云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革研究”课题组在回顾国内外医疗保险支付方式改革的研究概况、回顾新医改以来国内医疗保险支付方式改革政策变迁的基础上，重点分析了国内外医疗保险支付方式改革的经验和教训、城乡居民基本医疗保险整合对支付方式改革的影响，以及国内医疗保险支付方式改革的政策导向；通过实地调研云南昆明、玉溪、曲靖、楚雄、大理、普洱、德宏，安徽宣城，浙江金华，深圳罗湖等地区城乡居民基本医疗保险支付方式改革情况，剖析了云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革中存在的问题和挑战、国内改革先进地区的改革经验；通过对以上研究结果进行综合分析，提出了推进云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革的对策建议。

研究中如有疏漏和不足之处，敬请读者批评指正！

“云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革研究”课题组长 王联熙

2018年12月12日

目 录

第一章 云南省城乡居民基本医疗保险基本情况	(1)
一、云南省社会经济和医疗卫生资源基本情况	(1)
二、整合前的云南省城乡居民基本医疗保险	(1)
三、云南省城乡居民基本医疗保险整合情况	(6)
四、小结	(9)
第二章 云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革情况	(10)
一、医疗保险的支付方式及其主要类型	(10)
二、新医改以来我国医保支付方式改革政策变化	(11)
三、整合前云南省城乡居民基本医疗保险改革	(13)
四、整合后城乡居民基本医疗保险支付方式改革	(16)
第三章 云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革存在的问题与困难	(23)
一、改革联动不足	(23)
二、改革技术仍待完善	(24)
三、改革保障仍待加强	(26)
第四章 云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革面临的挑战	(28)
一、城乡居民基本医疗保险整合对支付方式改革的影响	(28)
二、医联体建设对支付方式改革的新要求	(29)
三、远程医疗的支付方式	(34)
四、“两票制”对支付方式的影响	(35)

五、健康扶贫对支付方式改革的影响	(37)
第五章 国内外医保支付方式改革经验对云南的启示	(41)
一、国外医疗保险支付方式改革经验	(41)
二、国内基本医疗保险支付方式改革典型案例	(45)
三、国内外医保支付方式改革对云南的启示	(64)
第六章 推进云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革的政策建议	(68)
一、以机构改革为契机，进一步统一改革思路，明确改革方向	(68)
二、加强改革联动性	(68)
三、提升支付方式技术水平	(69)
四、完善支付方式改革保障机制	(71)
附件 1 云南省祥云县新型农村合作医疗 DRG 支付方式改革	(73)
附件 2 昆明市城乡居民基本医疗保险改革	(78)
附件 3 玉溪市城乡居民基本医疗保险支付方式改革	(84)
附件 4 云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的 实施意见	(88)
附件 5 云南省人民政府办公厅关于推进基本医疗保险支付方式改革的 实施意见	(95)
附表 1 历年医改任务中医保支付方式改革相关内容	(101)
附表 2 云南省各州市城乡居民基本医疗保险普通门诊待遇情况	(107)
附表 3 云南省城乡居民慢性病门诊报销标准	(111)
附表 4 云南省城乡居民特殊疾病门诊报销标准	(114)
附表 5 云南省城乡居民基本医疗保险住院费用报销标准	(117)
参考文献	(121)
后 记	(128)

第一章 云南省城乡居民基本医疗保险基本情况

一、云南省社会经济和医疗卫生资源基本情况

云南位于祖国西南边陲，东部与贵州、广西为邻，北部与四川相连，西北部紧依西藏，西部与缅甸接壤，南部和老挝、越南毗邻；面积为 39.41 万平方千米，占全国面积的 4.1%，居全国第 8 位，山地面积为 33.11 万平方千米，占全省面积的 84%；国境线长 4 060 千米，其中，中缅边界长 1 997 千米，中老边界长 710 千米，中越边界长 1 353 千米；下辖 8 个市、8 个少数民族自治州，有 25 个边境县分别与缅甸、老挝和越南接壤。

2017 年末，全省总人口达 4 800.5 万人，城镇化率为 46.69%，人均地区生产总值为 34 545 元，全年全体居民人均可支配收入为 18 348 元。全省共有医疗卫生机构 24 688 个，医疗卫生机构床位数达到 27.48 万张，卫生技术人员为 36.92 万人。全省每千常住人口医疗卫生机构床位达到 5.72 张，每千常住人口执业（助理）医师和注册护士分别达到 1.96 人和 2.68 人。

二、整合前的云南省城乡居民基本医疗保险

（一）云南省新型农村合作医疗回顾

为解决农民因患传染病、地方病等大病而出现的因病致贫、返贫问题，2002 年 10 月，《中共中央 国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》提出，各级政府要积极引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度。云南省被确

定为全国首批新型农村合作医疗重点试点省之一，于 2003 年启动试点工作，20 个县（市、区）纳入首批试点范围，按照《关于印发云南省新型农村合作医疗管理办法的通知》（云卫发〔2003〕287 号），开展新型农村合作医疗试点工作。在各级政府的推动下，云南省新型农村合作医疗保障水平逐年提高，参合农民数量逐年增加，2007 年比全国提前一年实现了全省 129 个县（区）全面覆盖的目标，全省参合人数达到 3 100 万人，至 2017 年整合之前全省新型农村合作医疗参合率稳定在 95% 以上，基本做到了全省农村居民应保尽保。

在筹资方面，云南省新型农村合作医疗实行个人缴费和各级政府补助相结合的筹资机制，以户为单位进行筹资。筹资标准由 2003 年的每人每年 30 元逐步增加到 2016 年的 540 元，其中，个人缴费由 2003 年的 10 元增加到 2016 年的 120 元，各级财政补助由 2003 年的 20 元增加至 2016 年的 420 元，筹资构成以财政补助为主，详见图 1。

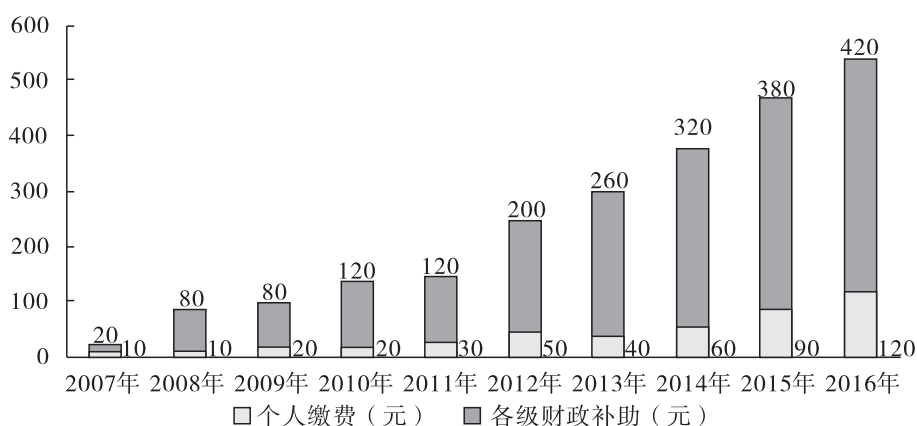


图 1 2007 年—2016 年云南省新型农村合作医疗筹资水平变化情况

在基金管理方面，云南省卫生厅、财政厅、农业厅于 2003 年联合印发了《云南省新型农村合作医疗管理办法》，按照管理办法的规定云南省新型农村合作医疗基金由县级新型农村合作医疗管理委员会及其经办机构进行管理，统筹层次为县级。云南省财政厅于 2005 年印发了《云南省新型农村合作医疗基金财务管理暂行办法》《云南省新型农村合作医疗基金会计核算暂行办法》《云南省新型农村合作医疗风险基金管理暂行办法》。其中，风险基金由各县（市）从每年筹集的合作医疗基金中按 3%—5% 提取，统一上缴州（市）财政社会保障风险

基金专户管理。云南卫生厅遵循卫生部最新颁布的新型农村合作医疗政策要求，采用了 B/S 架构，建立了云南省新型农村合作医疗信息系统。

在参合人员待遇方面，参合农民凭本人身份证证明及“合作医疗证”在定点医疗机构就诊，按当地新型农村合作医疗实施方案规定范围和比例报销门诊、住院医疗费用。在报销范围方面，全省新农合基本用药目录从 2005 年版的 1 067 种增加到了 2008 年版的 1 413 种；确定了“新型农村合作医疗基本诊疗项目”，将 3 800 种基本诊疗项目纳入了新农合补偿范围。2010 年，进一步扩大了报销药品目录范围，州市级和省级定点医疗机构全部使用云南省职工医保目录。同时，各统筹区门诊报销比例、住院报销比例、门诊补偿封顶线和住院补偿封顶线均在不断提高。

在基金收支方面，随着参合人数的增加和筹资标准的提高，2007 年—2016 年全省新型农村合作医疗筹资总额不断增加，受益人数由 2007 年的 4 037.78 万人次增加至 2016 年的 10 453.50 万人次，2007 年—2011 年基金使用率有一定波动，2012 年后基金使用率基本保持在 90% 以上，详见图 2。

总体而言，新型农村合作医疗为云南省农村居民提供了最基本的医疗保障，提高了农村居民医疗卫生服务的经济可及性，促进了云南省农村居民健康水平的提升。但由于统筹层次相对较低，新型农村合作医疗基金抗风险能力较弱，在一定程度上影响了群众在统筹区以外就医的便捷性。

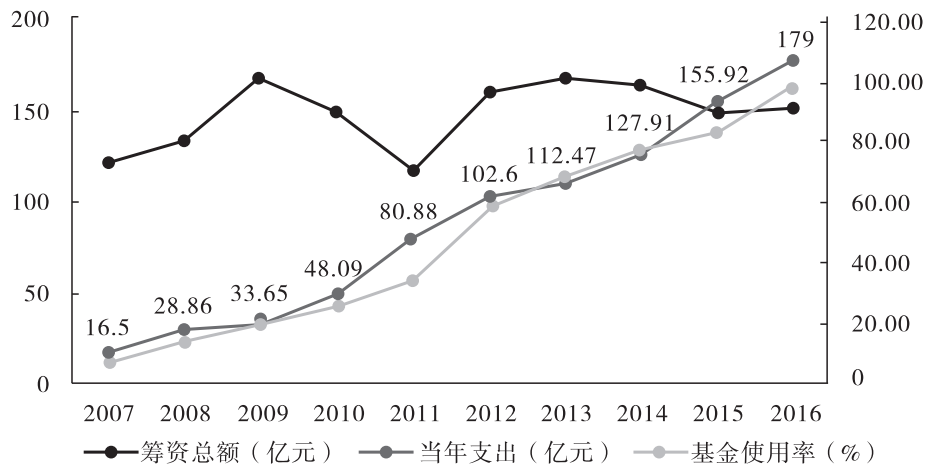


图 2 2007 年—2016 年云南省新型农村合作医疗基金收支情况

（二）云南省城镇居民基本医疗保险制度回顾

2007年，为实现基本建立覆盖城乡全体居民的医疗保障体系的目标，我国启动了城镇居民基本医疗保险工作。按照《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》，云南省于2007年8月出台了《云南省城镇居民基本医疗保险试点实施办法》，根据经济发展水平确定了实施原则、筹资水平和保障标准，在昆明、红河、楚雄首批试点后，2008年3月，新增曲靖、玉溪、普洱、大理、德宏、怒江、迪庆7个试点州市。2009年，第三批试点州市增加丽江、临沧、昭通、文山、西双版纳、保山6个州市，2010年，实现了全省城镇居民基本医疗保险全覆盖。参保人数由2011年的422万人增加至2016年的684.5万人。

在筹资方面，云南省城镇居民基本医疗保险基金由家庭缴费和政府补助构成，筹资标准由2007年的非从业城镇居民每人每年筹资标准不低于200元，学生、少年儿童筹资标准每人每年不低于80元逐年提升至2016年的570元，其中，个人缴费部分由2007年的70元增加至2016年的150元，各级财政补助部分由2007年的130元增加至2016年的420元，与新型农村合作医疗筹资结构一样，各级财政补助是城镇居民基本医疗保险基金的主要来源。

在基金管理方面，2007年云南省人民政府出台了《云南省城镇居民基本医疗保险试点实施细则》，按照细则的规定，劳动保障部门负责与有关部门协商，制定城镇居民基本医疗保险试点实施办法的配套政策和具体措施。基金按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，实施属地管理，州（市）级统筹。各统筹区根据实际制定起付标准、支付比例和年度最高累计支付限额，并建立州（市）级风险储备金。

在参保人待遇方面，参保人凭中华人民共和国社会保障卡就医，按所在统筹区的规定比例和规定范围报销医疗费用。在城镇居民基本医疗保险试点阶段，保险基金主要用于解决参保人的住院和门诊大病医疗的保障问题，试点城市城镇居民基本医疗保险用药按《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录》（2005年版）和劳动保障部《关于城镇居民基本医疗保险儿童用药有关问题的通知》（劳社部发〔2007〕37号）规定执行。2008年，为扩大城镇居民基本医疗保险制度受益面，减轻参保居民门诊医疗费用负担，原云南省劳动社会保障厅出台了《云南省劳动社会保障厅关于城镇居民基本医疗保险门诊医疗费用统筹的指导意见》，

要求试点地区将门诊费用纳入保障范围。2010年，为进一步提高全省城镇居民基本医疗保险保障水平和保障能力，结合全省城镇居民基本医疗保险基金运行实际情况，云南省人民政府下发了《云南省人民政府办公厅关于进一步提高城镇居民基本医疗保险待遇的通知》，要求城镇居民基本医疗保险实现全面实施门诊统筹，降低并规范城镇居民基本医疗保险住院起付标准，全省统一调整城镇居民基本医疗保险住院报销比例：一级医院住院报销比例低于75%的，统一调整为75%；二级医院住院报销比例低于65%的，统一调整为65%；三级医院住院报销比例低于55%的，统一调整为55%；提高并规范城镇居民基本医疗保险最高支付限额。城镇居民基本医疗保险最高支付限额低于3万元的，全省统一调至3万元^[1]。2013年，提高血液制品的基本医疗保险报销水平、调整了床位费的基本医疗保险支付标准^[2]。在报销范围上，云南省城镇居民基本医疗保险用药按《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录》（2005年版）和劳动保障部《关于城镇居民基本医疗保险儿童用药有关问题的通知》（劳社部发〔2007〕37号）规定执行。

在基金收支方面，随着城镇居民基本医疗保险参保人数逐年增加，医保基金收入由2010年的6.78亿元增加至2016年的39.32亿元，基金使用率基本保持在90%以上，详见图3。

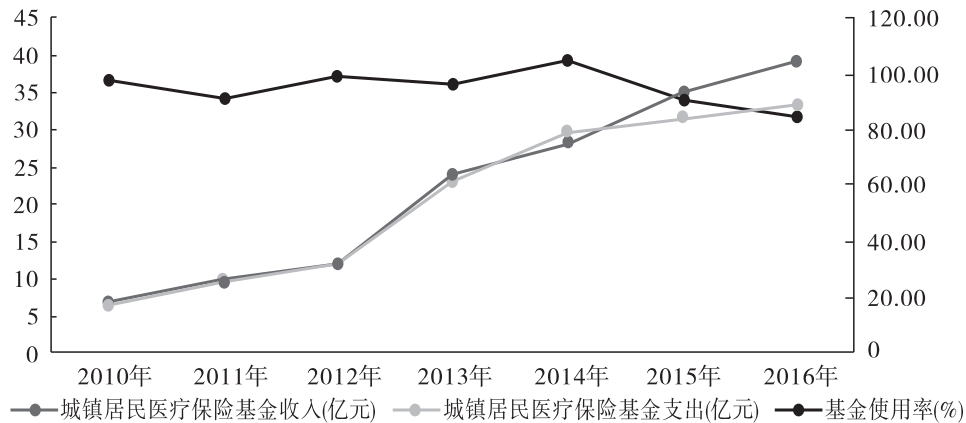


图3 2010年—2016年云南省城镇居民基本医疗保险收支情况

综上所述，城镇居民基本医疗保险为云南省城镇非从业人员提供了广覆盖、保大病的医疗保障。但由于城镇居民基本医疗保险参保人员年龄结构、收入水平

的特殊性和医疗卫生服务相对较高的可及性，基金运行安全压力较大^[3]。

三、云南省城乡居民基本医疗保险整合情况

（一）先行试点的昆明市城乡居民基本医疗保险整合

昆明市分别于 2003 年和 2007 年启动新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险制度。2012 年，昆明市新型农村合作医疗参保人数有 257.47 万人，城镇居民基本医疗保险参保人数为 130.18 万人。由于城乡居民基本医疗保险制度分设，两种制度板块分割、资源分散、管理分离，存在居民重复参保、政府重复补贴、信息系统重复建设等一系列弊端。作为医改试点城市，为促进社会公平，提高城乡居民医疗保障水平，降低管理成本、提高管理效率，昆明市于 2012 年启动了城乡居民基本医疗保险整合，于当年 8 月印发《昆明市城乡居民基本医疗保险实施办法》，按照该办法的要求，从 2013 年 1 月 1 日起，昆明实施城乡居民基本医疗保险，城镇居民和农民医疗保险制度在政策、缴费、经办、补助、待遇和信息等方面实现了统一。2013 年年底，昆明市参加城乡居民医保人数达到 385.53 万人，城乡居民住院就医 54.39 万次，基本医疗保险统筹基金支付 14.45 亿元，发生门诊就医 221.15 万人次，基本医疗保险统筹基金支付 737.4 万元。

昆明市在整合中的做法和经验，为之后其他州市城乡居民基本医疗保险整合工作的推进提供了宝贵的经验：一是认真比对、做好参保居民基础信息采集、核对和清理工作，确保参保信息真实、完整、准确、唯一；二是多部门协同做好城乡居民基本医疗保险信息系统建设、业务经办流程的模拟测试，确保城乡居民医疗保险报销流程能够正常运行；三是征求多方意见，建立《昆明市城乡居民基本医疗保险实施细则》《昆明市城乡居民基本医疗保险参保指南》《昆明市城乡居民医疗保险经办流程》《昆明市城乡居民基本医疗保险门诊医疗费结算办法》《昆明市城乡居民医疗保险单病种结算办法》为主体的城乡居民基本医疗保险相关配套政策框架，确保制度实施有依据；四是认真开展业务软件及医保政策培训，确保业务工作有序开展，服务规范、统一；五是与时俱进创新缴费方式，提高筹资效率。

（二）全省城乡居民基本医疗保险整合

为推进医药卫生体制改革、实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进

社会公平正义、增进人民福祉，按照《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》的精神，2016年8月9日云南省人民政府印发了《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》，要求从2017年1月1日起，全省各地统一执行城乡居民基本医保政策，统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理、统一统筹层次、统一归口管理、统一信息系统、完善付费方式。为保障城乡居民基本医疗保险有序实施，云南省人社厅、云南省卫生计生委等机构出台了《云南省人社厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》《云南省人社厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一城乡居民基本医疗保险定点医疗机构管理的通知》《云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一云南省城乡居民基本医疗保险用药、诊疗项目和医用耗材支付范围的通知（云人社发〔2016〕372号）》《云南省人社厅关于做好城乡居民基本医疗保险用药管理工作有关问题的通知》《云南省城乡居民基本医疗保险基金财务管理暂行办法》等一系列政策文件。当前全省各统筹区已按要求，完成了整合工作，于2017年1月1日起全省正式实施城乡居民基本医疗保险。

在参保方面，2017年云南省参加城乡居民基本医疗保险人数达到3972.49万人，占全省常住人口的82.75%，其中：成年人为2890.04万人，中小學生儿童为1028.86万人，大学生为53.58万人。农民工参保为421.55万人，低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人参保人数为322.88万人^[4]；建档立卡贫困人口为758万人^[5]，约占参保人数的19.08%。

在筹资方面，云南省城乡居民基本医疗保险筹资由参保人、中央财政和地方财政共同承担，个人缴费部分城乡实行统一标准。2017年，城乡居民筹资额度人均均为630元，其中个人缴费标准为180元/人·年，财政补助标准人均均为450元/年，其中中央财政人均补助为324元，地方财政补助按《云南省财政厅 云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于明确统一城乡居民基本医疗保险制度省级财政补助标准的通知》执行^[6]。

在保障范围方面，城乡居民基本医疗保险整合后，按照国务院文件要求，将原新型农村合作医疗和城镇居民医保用药范围、诊疗项目和医用耗材、慢特病病种等均按照就宽不就窄原则进行整合，整合后城乡居民用药为2888种，相比农村居民用药增加了1476种，比城镇居民用药增加了442种；诊疗项目为5003

种，相比农村居民诊疗项目增加了 1 203 项，比城镇居民诊疗项目增加了 32 项；慢特病病种增加 5—10 种。^[7]

在普通门诊待遇方面，各统筹区按照《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》的要求，根据当地实际情况，制定了不同的报销政策，适当提高了基层医疗卫生机构和中医药服务医保支付比例。从全省范围来看，各统筹区原则上对在基层医疗卫生机构就诊的普通门诊费用予以报销，报销比例为 25%—60%，年度支付限额在 200—500 元之间；大理州、楚雄州、红河州等统筹区对普通门诊中中草药和中医适宜技术的报销比例在原报销比例上提高了 5—10 个百分点；昭通市对家庭医生签约的患者在普通门诊保险比例上也有所倾斜，详见附表 2。在门诊特殊疾病方面，约有 12 种特殊疾病按住院比例（70%、90%）报销，起付标准同住院起付标准，费用与住院费用合计封顶线，详见附表 4。在门诊慢性病方面，约有 14 种慢性疾病在限额范围内由统筹基金支付 60%，报销额度不计入门诊报销限额。

在住院待遇方面，各统筹区对在不同级别和统筹区内外的医疗机构住院费用制定了阶梯式的起付标准和报销比例，其中玉溪市在一级和二级医疗机构住院的起付标准略高于其他调研地区，昆明市三级医疗机构住院的起付标准略低于除文山外的其他地区。为推进分级诊疗制度建设，参保人员转诊转院按分级诊疗相关规定执行，未按规定转诊转院发生的医疗费用，在按规定转诊转院报销比例的基础上有所降低，详见附表 5。

建档立卡贫困人口在定点医疗机构就诊的所有待遇均有所倾斜。在门诊方面，一般诊疗费个人自付部分由基本医保全额报销，普通门诊基本医保年度最高报销限额比其他城乡居民提高 5 个百分点，对 28 种疾病，门诊政策范围内医疗费用报销比例比其他城乡居民提高 10—20 个百分点，达到 80%（其中重性精神病和终末期肾病门诊报销比例达到 90%）。在住院待遇方面，政策范围内住院费用报销比例比其他城乡居民提高 5—20 个百分点，其中，乡镇卫生院住院不设起付线，报销比例达到 90%—95%，最高报销比例不超过 95%；县级医疗机构报销比例达到 80%—85%；州、市级医疗机构和省级医疗机构报销比例达到 70%，确保县域内住院实际报销比例不低于 70%，对符合转诊转院规范，到县域外住院的，单人单次住院政策范围内报销比例不低于 70%。

在基金运行方面，2017 年，云南省城乡居民基本医疗保险基金收入为

252.86 亿元，其中：参保实际缴费为 69.93 亿元；各级财政补助为 179.52 亿元，占全省城乡居民基本医疗保险收入的 71.00%，是城乡居民基本医疗保险资金的主要来源。全省享受城乡居民医疗保险待遇为 10 685.02 万人次，占全省享受基本医疗保险待遇人次的 78.00%，全省城乡居民基本医疗保险基金支出为 214.62 亿元，累计结余为 132.4 亿元^[8]，基金使用率达到 84.88%。

四、小 结

2003 年—2017 年，云南省城乡居民基本医疗保险经历了二者分离到二者整合的过程。随着财政支持力度和个人筹资水平的不断提升，城乡居民基本医疗保险保障范围、保障水平也在逐年增加，为全省城乡居民提供了广覆盖、保大病的基本医疗保障。

随着经济发展和医疗卫生保障制度的完善，全省各族群众医疗卫生服务需求不断增加，全省年人均就诊次数由 2008 年的 3.14 次增加至 2017 年的 5.3 次，居民年住院率由 2008 年的 7.80% 增加至 2017 年的 18.6%。同时，全省主要健康指标水平也逐年提高，孕产妇死亡率由 2008 年的 49.41/10 万下降至 2017 年的 19.65/10 万，婴儿死亡率由 2008 年的 15.34‰ 下降至 2017 年的 6.70‰，人均预期寿命由 2000 年的 65.49 岁提升至 2010 年的 69.54 岁。

但随着医疗卫生服务可及性的提高、人民群众健康意识的不断增强、医疗技术的不断更新以及人口老龄化的加剧，城乡居民基本医疗保险的保障范围逐渐扩展，基金运行和管理服务的压力日益增加。改革基金支付方式，成为各地提高基金使用效率、缓解无限需求与有限资金矛盾的主要手段。

第二章 云南省城乡居民基本医疗保险支付方式改革情况

一、医疗保险的支付方式及其主要类型

根据不同的维度，医疗保险支付方式的概念有多种解读。本书所指的支付方式是医保基金管理机构对医疗服务机构的支付方式，即医保经办机构为付款者，按照一定规则，向医疗服务机构支付城乡居民基本医疗保险参保人接受门诊、住院等医疗服务产生费用的方式，是医保基金管理机构对被保险人在医疗卫生机构所消耗的医疗资源进行经济补偿^[9]。

支付的计价单位、支付的付费标准、支付的先后时间、支付的质量标准是医疗保险的支付方式的重要组成元素。根据支付元素的不同，支付方式可以分为按服务项目付费、按人头付费、按病种付费、按疾病诊断相关组付费、按绩效支付等类型。

按服务项目付费，是医疗保险机构按照医疗服务项目向定点医疗卫生服务机构支付医疗费用的方式，属于后付制，是最传统的支付方式。其优点是医疗保险机构管理成本低，缺点是医疗卫生机构有过度诊疗的可能，难以控制医疗费用的不合理增长。

总额预付，指由医疗保险机构根据既往医疗卫生服务费用情况，与医疗服务机构协商确定的每一阶段（一年或一季度）的支付总额预算，医疗保险机构在支付费用时，不论医疗服务机构实际发生费用为多少，都以这个预算数作为支付的最高限度，同时明确医疗服务机构对保险范围内的所有病人都必须提供规定标准的医疗服务^[10]。其优点是能够控制医疗费用的不合理增长，缺点是对医疗服务的治疗监管难度较大。