

上海市医疗保险总额预算管理的主要成效与问题

熊先军 王丽莉 马勇

【摘要】：2002 年以来，上海市医疗保险总额预算管理经历了探索期、发展期和成熟期三个阶段，主要做法包括总额预算、按月预付、分类缓付、按季结算，按季通报、半年考评，年终清算、考核和超支分担，推行“四项公开”和“三轮协商”办法等。经过改革，医疗费用增速得到有效控制，医院自我管理的积极性得到提高，进一步强化监管机制，从而为医院改革营造了良好环境，但目前的改革也面临一些问题：医疗机构内部管理不够规范，费用控制与参保人医疗需求之间矛盾突出；并且缺乏一系列有效的措施。建议从优化预算指标、强化监管、开展支付方式改革等方面进一步完善医疗保险总额预算管理。

【关键词】：医疗保险，总额预算管理，成效，问题

基金项目：国家社会科学基金重大项目 (11Z&ZD176)

随着上海市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保险三项制度的建立，参保覆盖范围不断扩大，截至 2012 年底，全市共有 1 375.98 万人 (包括离退休人员) 参加职工基本医疗保险，262.59 万人 (含普通高等院校学生) 参加城镇居民基本医疗保险，113.7 万农民参加新型农村合作医疗保险，三项基本医疗保险参保率达 99%。由于覆盖面的扩大，参保患者的医疗需求得到释放，加之老年化程度的加快、医药新技术的使用以及不合理用药等因素，使得医疗费用快速增加，其增长速度远远高于 GDP 的增速。为控制医疗费用的不合理增长，保障基本医疗保险的可持续发展，2002 年起上海市开始实施医疗保险总额预算管理政策。本文通过总结上海医疗保险总额预算管理的主要成效及问题，为进一步完善该政策提出建议。

1 主要做法与作用机制

1.1 主要做法

2002 年，上海对全市定点医院的城镇职工基本医疗保险费用进行总额控制。以此为契机，上海市医疗保险总额控制共分为三个阶段：第一阶段为探索阶段，主要在社区卫生服务机构实施总额控制；第二阶段为发展、完善阶段，在上海市部分三级医疗机构开展医疗保险总额控制；第三阶段为逐步走向成熟阶段，开始在全市所有医疗机构开展医疗保险总额控制。

1.1.1 探索阶段 (2002—2007 年)

2002 年，上海市对全市定点医院的城镇职工基本医疗保险费用实行“年初分配预算，年中调整预算，年终清算、考核和超支分担”的办法，对医疗保险定点医院医疗保险支付费用实行总额控制。每月按预算定额数支付医疗保险费用，超出部分暂不支付；年终进行清算，对超出总额控制的费用由定点医院与医疗保险机构按比例分担。为提高定点医疗机构的预算管理能力和避免年度预算指标在年度后期用完后发生限制医疗服务的行为，2003 年上海市调整政策，实行“总额预算、按月预付、按季结算、风险分担”的办法。2004 年，医疗保险部门通过建立考核、考评机制，实行“按月预付、按季通报、半年考评、年终清算”的办法，加强对各定点医疗机构预算管理执行情况的监督，进一步完善了制度机制。

为进一步加强医疗费用的监督管理，2005 年上海市对医疗费用增长速度过快、超预算比例高的定点医疗机构试行暂缓支付医疗保险费用的办法，并督促定点医院自查及由医疗保险部门进行专项检查，根据检查结果确定是否支付医疗费用。2006—2007 年，上海市推出“按月预付、分类缓付、通报公示、年终清算”的办法，进一步完善医疗保险预算管理相关措施。

1.1.2 发展阶段(2008—2010 年)

为增加医疗保险总额分配的科学性、公正性、合理性，2008 年起上海推行了“四项公开”和“三轮协商”办法。

“四项公开”包括：公开年度基金收支预算和医院预算安排总体计划，提高医疗保险和医院双方对费用宏观管理目标的共识程度；公开全市医院预算指标核定及实际执行情况，推进医院管理自律和相互监督，夯实医院自我评价和自主协商分配的工作基础；公开全市医院预算分配全过程，通过医院推荐的代表，综合不同医院意见和情况，自主协商确定医院医疗保险预算指标，提高预算分配公平性；公开年终清算全过程，清算原则的确定、清算方案的拟定以及具体的清算结果，均由医院代表协商讨论确定，提高预算管理考核的合理性。

“三轮协商”即院长协商机制：第一轮由全体医院代表协商，确定三级医院和一、二级医院预算总额划分比例，平衡兼顾各级医院的实际情况；第二轮由三级医院和一、二级医院分别进行分组协商，三级医院代表协商预算分配到具体医院，一、二级医院代表协商确定各区县预算总额；第三轮，区内一、二级医院协商分配，确定各一、二级医院预算指标。

以上两项措施的实施，使得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、合理性进一步得到提高。2009 年，上海市仁济医院、华山医院、上海第一人民医院 3 家三级医院启动医疗保险总额预付试点，2010 年扩大到 10 家三级医院和全部公立二级医院。

1.1.3 逐渐走向成熟阶段(2011 年至今)

在总结总额预算管理经验的基础上，2011 年所有定点医疗机构都纳入了总额控制，在医疗保险总额预算管理框架下，建立了按床日付费、按病种付费、医保总额预付等多种支付方式并存的混合支付模式，逐步形成了对定点医疗机构控制指标数分类核定、公开透明、多方利益相关者协商沟通的费用控制机制。

1.2 作用机制分析

实施总额控制，采取不同制度设计会产生不同的机制效应。根据国际分类，上述第一、二阶段为支出总额目标下的按项目支付，当医疗机构的实际支出额低于目标时按实结算，但如有超支则由医院和医保共同分担。这一做法与单纯的按项目付费相比，对不受控制的医疗费用有一定的抑制作用，但医疗机构所面临的激励机制变化并不大，各机构会为了扩大下一年的预算基数而增加当年的服务量及医疗费用支出。

第二阶段与第一阶段相比，最主要的变化是建立了供方团体协商机制，进一步减少了医保方的财务风险和管理成本，将管理职能下沉，加大了供方的自主权，以发挥团体内专业优势，加强预算制定的合理性。

第三阶段，供方所受到的主体激励机制发生了重大改变，支付方不再按照供方具体服务量的多少来支付费用，而是就供方在一定时间范围内所提供的所有服务支付费用，如有结余则可留用，而一旦超过预算则不能再获得补偿。这一政策在预算范围内尽可能地控制成本。因此，供方会减少不必要的服务，提高生产效率，降低费用，但可能进一步减少必要的服务，推诿病人，降低服务的可及性及质量。

2 主要成效

2.1 总额预算管理覆盖面逐渐扩大，医院主动控费意识增强

一是医疗保险总额控制试点由社区卫生服务中心逐步扩展至全部的定点医疗机构，试点医院申报的医保费用占全市定点医疗机构总费用的比重由 2007 年的 16.5%提高至 2010 年的 72.6%。

二是实行医保预付改革后，原有医保总额预算管理的单一约束机制转变为约束激励复合机制，有效推动了医院改变运行机制，使合理减少浪费成为医保和医院双方的共同目标 and 责任，逐步增强了医院主动控费意识。首批实行医疗保险总额控制试点的 3 家三级医院中，有 2 家医院试点当年的费用增长速度明显低于医院上一年水平以及三级医院的平均水平，另一家医院在试点第二年也出现了回落趋势。2010 年扩大试点的 7 家医院费用增长较 2009 年有明显回落，有 5 家医院低于三级医院平均水平。

2.2 有效控制了医疗费用增长，确保基金总体平衡

上海市实行医疗保险总额控制以来，有效控制了医疗费用的增长。城镇职工医疗保险基金收支总体保持平衡，截至 2010 年底累计结余超过 200 亿元。2010 年在全市三级医院平均超额 3%的情况下，仁济医院医疗保险资金结余 2 501 万元，华山医院结余 2 900 多万元，药占比由 60%降至 48%。中国医疗保险研究会全国医疗服务调查（城镇职工基本医疗保险和城镇居民医疗保险）数据显示，2011 年全国医疗费用增长率为 23%，而上海医疗费用增长率为 9.6%，表明上海市实施医疗保险总额控制措施有效控制了医疗费用的快速上涨。

2.3 为医院改革营造了良好的环境

2008 年开始，上海市医疗保险机构通过医院自主协商，建立了医院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。通过医疗保险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。此外，医院对于医疗保险费用总额控制逐步接受和认同，为进一步开展多种支付方式改革奠定了基础。这些措施有效推动了医院改变运行机制，提高运行效率，为医院改革营造了有利的环境。

2.4 强化监管机制，预算管理 with 监督管理并举

上海市在推行医疗保险付费制度改革的同时，不断强化对医院费用审核和监督检查，2001 年上海市成立了医疗保险监督检查所，通过全市通报批评、限期改正、拒付或追回相关费用、处以加倍罚款等措施，有效地制约了医院及医务人员的医疗保险违规行为以及不合理的医疗服务，减少了医疗保险基金的流失。

3 存在的问题

3.1 医疗机构内部管理不够规范

医保总额预算实施后，医疗机构面临如何开展合理有效的内部管理问题。理论上讲，医疗机构应该以本医疗机构整体作为预算管理单位，不应该再将预算金额分配到不同的科室和医生。而在实际操作过程中，实行总额控制的医院将预算指标进一步分解到科室和医生，甚至对处方单价实行限制。如果在全市层面或区县层面分配预算额度，依照“大数法则”的原理具有较高的合理性，但分配到具体的医疗机构时，往往降低了其合理性，并违背了医疗保险的基本原则，从而出现了推诿病人、限制医

疗、费用转嫁、大量使用非总额控制药品等现象，对医保支付制度改革产生了不利影响。因此，还需要进一步探索在医疗机构内部如何科学合理的落实总额预算管理。

3.2 费用控制与参保人医疗需求之间矛盾突出

上海市实行医保总额预算管理以来，医疗机构基本能够接受医保费用总额控制，但参保人员的一些不合理的医疗需求并没有得到有效控制。由于对医保总额预算管理的宣传力度不够，参保人员对相关政策缺乏一定的了解，仍然有大量患者涌入大型医院就医，增加了医疗卫生服务成本。因此，应加强政策制定过程的公开透明，让参保人员的意见能够反映到政策中。

3.3 缺乏有效的配套措施

医保支付制度改革是一个系统工程，但目前依然缺乏有效的配套措施，一是药品、诊疗项目、医用耗材、疾病规范等方面没有形成统一的医疗保险基础信息数据库；二是医疗服务价格还不能真正反映医疗服务的真实成本与价值；三是由于对医疗机构的监管力度不够，实施费用总额控制后，医疗机构为了自身利益，可能会出现推诿病人、降低服务质量等行为。

4 建议

4.1 加强分类预算管理，进一步优化医疗保险总额控制指标

在总额预算管理的框架下，建立多维度的分类预算，如门诊、住院分类预算；药品、诊疗项目以及医用耗材费用分类预算等，进一步细化预算管理，防止医疗机构管理者简单将总额指标分解到科室、医生，避免出现推诿病人、医疗服务提供不足的现象。

同时，现行文件中尚未明确总额控制的费用范围是基金实际支付的医疗费用，还是基本医疗保险支付范围的医疗费用，或医疗总费用。总额预算管理只控制医疗保险基金支付的费用，可能出现目录内药品、诊疗项目以及耗材的费用下降，而目录外费用快速增加，参保患者自费费用快速增加，最终损害参保患者的利益。因此，总额控制指标的设计一定要科学、合理，以参保人利益为最终出发点，总量控制指标和分类预算控制指标相结合，同时兼顾数量和质量指标。

4.2 加强对医疗服务监督和考核

目前，医疗保险经办机构主要通过服务数量、服务质量、满意度等指标对定点医疗机构进行监管，如何将这些指标有机结合起来，形成一套完整的评价体系还有待进一步研究和探索。

同时，依据临床路径，确定按病种付费的服务标准和费用支付标准，并对医疗服务行为进行监督，监督结果与费用结算相挂钩，以提高医疗服务质量，控制医疗费用增长。另外，医疗保险机构要积极鼓励社会力量参与到医疗保险费用总额控制工作中，共同监督管理医疗机构可能对患者不利的各种医疗服务行为。通过网络、电话投诉、现场调查等途径，加强对定点医疗机构的监督和检查，为参保患者提供绿色投诉通道，严厉打击推诿重症病人、降低服务标准等行为。

4.3 在总额控制框架下开展多种付费方式改革

严格来说，总额控制不是一种付费方式，只是对医疗保险资金预算管理的一种方法。医疗保险机构应在总额控制框架下，根据实际情况，开展多种形式的支付方式改革，建立与其相适应的医务人员薪酬机制、医疗保险机构与医疗机构的谈判机制以及医疗机构之间的竞争机制，使医疗机构主动控制成本，提高管理水平。

作者简介：熊先军，男(1963 年—)，博士，研究员，主要研究方向为医疗保险。E-mail:xiongxianjun@mohrss.gov.cn

参考文献：

[1]上海统计网[EB/OL].<http://www.stats-sh.gov.cn>

[2]张超，沈怡，高臻耀. 医疗保险支付方式改革的上海路径[J]. 中国医疗保险，2011(7)：29-31.

[3]孙国桢. 上海市实施医疗保险费用总额控制的实践与体会[J]. 卫生经济研究，2012(12)：13-14.

[4]张贵民. 上海预付制：渐进式改革[J]. 中国医院院长，2011(24)：40-44.

[5]龚忆纯. 总额预付：困局与前景[J]. 中国社会保障，2011(9)：74-75.

[6]傅鸿翔. 总额控制之下的医疗保险付费方式改革[J]. 中国社会保障，2012(5)：74-76.

[7]郭文博，张岚，李元峰，等. 医疗保险费用总额控制支付方式的实施效果分析[J]. 中国卫生经济，2012，31(3)：25-27.

[8]Langenbrunner J, Cashin C, O’Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals[M]. Washington D C: World Bank, 2009.

[9]Langenbrunner J, Liu X. How to pay? Understanding and using incentives. Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper[M]. Washington D C: World Bank, 2004.