
上海民营医院纳入医保定点的现状与 未来政策走向研究

《上海民营医院纳入医保定点的现状与未来政策走向研究》课题组

【摘要】上海民营医疗机构快速发展，很多高端专科民营医院进入较多，在上海高端医疗领域产生了“鲶鱼效应”（激发竞争等）的同时，成为了公立医院的重要补充。目前，上海已有 700 家民营医疗机构纳入医保定点（包括中医门诊部），很多民营医疗机构也正尝试纳入医保定点。对于民营医院加入医保定点存在政策支持的方面，也存在受限制的方面，因此需要民营医院针对当前的政策及未来政策走向，结合自身定位做出选择。本报告对上海民营医疗机构纳入医保定点的政策现状及未来走向进行研究，并对民营医院是否进入医保进行 SWOT 法分析，提出民营医院可选择的若干战略。最后，课题组指出虽然从医院的收益最大化角度考量，试点部分进入医保是最优战略选择，但由于现有政策的制约，此战略无法实施，因此民营企业可以考虑选择全面加入医保定点战略。

“十三五”时期是我国全面建成小康社会的决胜阶段，也是建立健全基本医疗卫生制度、推进健康中国建设的关键时期。当前，人民生活水平不断提高，健康需求日益增长，但我国卫生资源总量不足、结构不合理、分布不均衡、供给主体相对单一、基层服务能力薄弱等问题仍比较突出，维护和促进人民健康的制度体系仍需不断完善。鼓励社会力量提供医疗服务，是深化医改、改善民生、提升全民健康素质的必然要求，是壮大健康产业、释放内需潜力、推动经济转型升级的重要举措，对推进健康中国建设、全面建成小康社会具有重要意义，彰显了社会办医疗机构在我国卫生事业中的重要地位。

健康中国的实现需要形成多元办医格局，社会办医疗机构的发展是实现多元化必然路径。当前国家在大力倡导社会力量参与医疗服务的供给，并提出一揽子财税、融资、用地保障、多点执业以及人才规划等配套政策，支持社会力量举办非公立医疗机构，并进一步优化政策环境，推进和实现非营利性民营医院与公立医院实现同等待遇。多元化办医格局有利于满足人民群众多元化的需求服务，各层次非公立医疗机构的服务供给有利于弥补公立医疗机构的部分不足，因此需要推动多层次社会办医疗机构的发展。

医疗卫生竞争机制的建立，社会办医疗机构的发展壮大是形成民营医院与公立医院有效竞争的重要因素。我国及本市社会办医疗机构的数量已经占据半壁江山，体量不断增加，但在床位数及诊疗人次方面，却是公立医疗机构一家独大的格局。公立机构在医疗卫生中的超群实力使其在医疗市场上缺乏博弈方，阻碍了医疗卫生市场化作用的发挥，也对管理部门和医改成效的持续推进产生巨大挑战。社会办医疗机构的发展壮大有利于竞争格局的形成，借助社会力量促进本市医疗机构体制机制的改革与创新，提高医疗卫生服务的整体效率和效益。此外社会办医疗机构的发展和作用发挥有利于弥补当前公立医疗机构存在的不足，并有利于构建健全的医疗体系。

社会办医疗机构需要实现与公立医疗机构的同等待遇，创建公平的竞争环境，医保定点是目前重要的政策体现之一。社会办医疗机构是我国卫生事业的重要组成部分，完善保险支持政策有利于推动民营医院的发展和壮大。目前本市正在积极落实将符合条件的社会办医疗机构纳入基本医疗保险定点范围，医保管理机构与社会办医疗机构签订服务协议，在程序、时限、标准等方面与公立医疗机构同等对待。民营医院的市场定位分为高端和一般领域，医保“保基本”的原则，决定了进入医保定点的社会办医疗机构必须遵循医保的医疗服务定价，并接受医保管理部门的相关规定和监督。因此，社会办医疗机构与“医保”间是否存在无缝对接领域，需要社会办医疗机构根据自身战略做出选择。

上海民营医疗机构快速发展，很多高端专科民营医院进入较多，在上海高端医疗领域产生了“鲶鱼效应”，成为公立医院的重要补充。目前，上海已有 700 家民营医疗机构纳入医保定点（包括中医门诊部），很多民营医疗机构也尝试纳入医保定点。对于民营医院加入医保定点存在明显的优势点，也存在受限制的方面，需要民营医院针对当前的政策及未来政策走向，结合自身定位做出选择。本课题在对民营医院相关政策及环境分析基础上，对上海民营医疗机构纳入医保定点的政策现状及未来走向进行研究，并以民营医院是否进入医保进行 SWOT 法分析，提出民营医院可选择的若干战略，帮助医院高层在是否加入医保定点这一战略选择上提供决策参考，并提出相关对策建议。

一、上海民营医院发展面临的形势分析

（一）民营医院目前处于发展的重要机遇“窗口期”

1. 社会办医疗机构在准入方面存在巨大空间

《关于加快发展社会办医的若干意见》（国卫体改发[2013]54 号文），提出持续提高社会办医的管理和质量水平，引导非公立医疗机构向规模化、多层次方向发展，实现公立和非公立医疗机构分工协作、共同发展。

《关于加快发展社会办医的若干意见》提出切实将社会办医纳入规划范围，在区域卫生规划和医疗机构设置规划中为非公立医疗机构留出足够空间，严格控制公立医院发展规模，留出社会办医的发展空间，优先满足非营利性医疗结构需求。

在举办主体准入方面，领域进一步放宽，凡是法律法规没有命令禁入的领域，都要向社会资本开放。且在逐步放开、风险可控的基础上，进一步放宽境外资本在内地设立独资医院的范围。

2. 多方面政策助力社会办医疗机构的发展

积极完善配套支持政策，在医保定点范围，完善规划布局和用地保障，优先投融资引导政策，完善财税价格政策，非公立医疗机构服务价格实行市场调节价。并发挥非公立医疗机构在提供基本公共卫生和医疗服务中的作用，建立健全政府购买社会服务机制。

在支持引进和培养人才方面，将非公立医疗机构所需专业人才纳入当地人才引进总体规划，享有当地政府规定的引进各类人才的同等优惠政策，并出台了允许医师多点执业政策，重点明确了医师多点执业的条件、注册、执业和责任分担等内容。

3. 大力鼓励倡导各地将社会办医疗机构纳入医保定点范围

为大力扶持社会办医疗机构的发展，积极完善医保纳保政策，并坚持社会医疗机构在医保定点准入方面一视同仁原则。《关于进一步促进本市社会医疗机构纳入医保定点工作的通知》（沪人社医监发[2013]55 号）对社会医疗机构医保定点准入、优先鼓励支持领域、管理及优化社会医疗机构的医保定点审批等进行了详细规定。

沪人社医监发[2013]55 号文

关于鼓励支持社会医疗机构

优先纳入医保定点的相关条款

鼓励支持社会医疗机构在高水平医疗技术、老年护理等医疗服务领域发展以参保人员的医疗服务需求为导向，引导社会医疗机构，特别是非营利性医疗机构在以下领域提供基本医疗服务，经审核符合规定的优先纳入医保定点。

1. 鼓励社会医疗机构在疑难病症的治疗领域提供高水平的医疗技术服务。支持具有一定规模、一定社会影响、一定品牌特色，具备重点专科和专业学科群，能够承担疑难病症诊治任务的社会医疗机构发展。

2. 鼓励社会医疗机构在需求较大的老年护理等领域提供专业、规范的医疗服务。支持提供老年护理、康复、舒缓疗护（临终关怀）、中医门诊等医疗服务的社会医疗机构发展。

3. 鼓励社会医疗机构在专科医疗服务领域提供既有价格竞争优势的特色医疗服务。支持具有一定专科特色，具备先进的硬件设备、诊疗技术、服务质量、管理水平和价格优势的社会医疗机构发展。

4. 鼓励社会医疗机构在医疗服务空间较大的区域提供社会综合门诊服务。支持在医疗资源配置相对薄弱、需要设置医疗机构的人口导入区域提供综合门诊服务的社会医疗机构发展。

国务院 2015 年 6 月 11 日颁发的《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》中指出，将符合条件的社会办医疗机构纳入医保定点范围，执行与公立机构同等政策。不得将医疗机构所有制性质作为医保定点的前置条件，不得以医保定点机构数量已满等非医疗服务能力方面的因素为由拒绝将社会办医疗机构纳入医保定点。规范各类医疗收费票据，符合规定的票据均可作为医疗保险基金支付凭证。

4. 十三五期间，社会办医疗机构的自主性将增强

国家放开特需医疗服务价格，“十三五”深化医药卫生体制改革规划中，提出“放开特需医疗服务和其他市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务价格，由医疗机构自主制定。”

健全医保支付机制和利益调控机制，实行精细化管理，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力。全面推行按病种付费为主，按人头、按床日、总额预付等多种付费方式相结合的复合型付费方式，鼓励实行按疾病诊断相关分组付费（DRGs）方式。对住院医疗服务主要按病种付费、按疾病诊断相关分组付费或按床日付费；对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与高血压、糖尿病、血液透析等慢性病管理相结合；对一些复杂病例和门诊费用可按项目付费、按人头付费。有条件的地区可将点数法与预算管理、按病种付费等相结合，促进医疗机构之间有序竞争和资源合理配置。

（二）民营医院发展仍面临的政策性障碍

1. 政策的部分量化指标规定对进入医保定点的高端民营医院产生限制性影响

目前政策规定“控制公立医院特需服务规模，提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的 10%”。特需服务主要针对公立医院提出，向卫计委报备审批，对社会办医疗机构卫计委不对特需床位数进行审批，原则上默认营利性的民营医院均可提供特需服务。但民营医院如果进入医保定点，与医保目录匹配的项目需要遵从医保定价。进入医保的民营医院，在“类特需”服务的床位数比例方面必然要执行与公立医院同等标准。

关于非营利性医疗机构提供特需服务比例的相关文件规定

《国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（国发[2016]78 号文），在统筹推进相关领域改革中提出

“加快形成多元办医格局”、“控制公立医院特需服务规模，提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的 10%。”

2012 年上海市卫生局颁布《关于进一步规范本市非营利性医疗机构特需医疗服务项目和价格管理的通知》（沪卫规财[2012]022 号文）对特需医疗服务项目进行了规定：本市非营利性医疗机构必须经市卫生局批准后，方可开展特需医疗服务。经批准开设的特需病房医疗服务价格项目是指住院床位费、住院诊查费、护理费，特需病房床位数一般不超过医院核定床位数的 10%，住院床位费可按套间、单人间和双人间分档计价。

民营医院进入医保定点机构必须与公立医院一样执行“药品零加成”和“耗材加成”的相关规定。药品必须实行零加成，耗材加成最高不超过 5%，加成金额 200 元封顶，此规定在公立医院强制执行。民营医院的药品处方和耗材由于人员、库房、管理成本等的存在，使民营医院早药品和耗材方面存在巨大亏损，加上营利性民营医院担负了约 25% 的所得税，使得民营医院与公立医院的竞争更加不利，生存更加艰难。药品号耗材加成规定是我国医改的重大举措，并且从长期看，打破此制度规定的可能性也不大。

《上海市进一步深化公立医院体制机制改革三年行动计划（2013-2015 年）》关于药品和耗材加成的相关规定

“三年行动”深化改革提出“以医药分开为切入点，建立公立医院补偿新机制”。稳步推行医药分开，全面实现“四个分开”。首先在 4 家郊区新建三级医院实施医药分开改革试点，取消药品加成，同时调整医疗服务价格，建立新的公立医院补偿机制。

至此，上海公立医院考试试点“取消药品加成”政策，伴随试点的推进和配套政策的实施，2017 年 1 月上海公立医院全面取消药品加成。

2. 医药卫生体制改革的目标指标增加了民营医院的生存难度

2017 年深化医药卫生体制改革主要目标：家庭医生签约服务覆盖率达到 30% 以上，重点人群签约服务覆盖率达到 60% 以上。试点城市公立医院药占比（不含中药饮片）总体降到 30% 左右，百元医疗收入（不含药品收入）中消耗的卫生材料降到 20 元以下。家庭医生签约必然以医保定点医院的医生签约为主，重点服务人群签约覆盖率指标使更多人群首先选择医保定点医院就医，民营医院在病源获得方面将面临更大挑战。

2020 年深化医药卫生体制改革中提出的主要目标中包含，医保支付方式改革逐步覆盖所有医疗机构和医疗服务，全国范围内普遍实施适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式，按项目付费占比明显下降。民营医院若进入医保定点必然受到医保支付方式改革的影响。

3. 民营医院与公立医院同等政策实践方面仍然存在差异

根据当前的政策规定，在社会办医准入、人才待遇、医保定点、医师多点执业等方面实行公开、透明、平等和规范，在政策层面实现了社会办医疗机构与公立医院的公平。我国公立医院管理的长期路径依赖，使得卫生医保管理部门按照公立医院的管理思路管理民营医院，民营医院在医保、税收、医院的定级等方面都成为其发展阻碍。由于公立医院的补贴制度，社会办医疗机构的土地、税收、人才等成本的客观存在，以及药品、耗材加成等管理规定的限制，使民营医院始终难以获得与公立医院开展公平竞争的地位。政策公平与实践中的公平仍存在一定衔接的缝隙，实现公平竞争的最后“一公里”问题仍然没有解决。

(三) 异地就医结算政策对本市医疗机构的影响分析

跨省异地就医结算的政策实施将对医保定点机构产生冲击性影响。2017 年政府工作报告明确指出，在全国推进医保信息联

网，实现异地就医住院费用直接结算。人社部 2016 年 12 月发布了《关于加快推进跨省异地就医结算系统建设的通知》（人社厅发[2016]185 号），强调要贯彻落实到党中央、国务院关于基本医疗保险全国联网和异地就医结算工作的精神，对异地就医结算工作统一部署，主要内容是“统一标准、部省系统、最小改造、一卡同行”。2017 年年底以前，实现所有统筹区全面对接，支持跨省异地安置退休人员和符合转诊规定人员的住院费用持社会保障卡直接结算。全面发放社会保障卡，并且从国家层面推动社保卡的发放和使用的相关配套。上海根据国家要求进行了信息系统改造，在全市具备住院资质的 41 家三级医院全部接入的基础上，对二级、一级医院也在快速接入，目前已经有 499 家定点医院开通了跨省异地就医住院费用直接结算功能。^①

1. 国家和上海在政策方面的若干关键点问题

(1) 政策的人群是由点到面逐步推开，短时间内跨地区就医在人群方面还不能全部推开

国家在推进跨省异地就医结算系统的文件中指出：“优先为跨省异地安置退休人员和符合转诊规定人员发卡，将社会保障卡^②作为参保人员跨省异地就医身份识别和直接结算的唯一凭证。”说明并非全部人群可直接享受异地就医结算，异地安置退休人员和符合转诊规定的人员将优先得到可异地通用结算的社会保障卡。

(2) 在异地就医方面仍然有程序性规定

国家突出要探索利用人力资源社会保障公共服务信息平台为部分长期异地居住参保人员的异地就医人员备案提供方便，说明在异地就医前端仍然存在备案程序。上海在已经联网的医疗机构中实施异地结算也提出了人群适用条件。全面异地联网结算和自由异地就医根据目前政策趋势短时间还无法全面实施，国家提出了异地就医和结算的备案要求，各个地区根据自身实际会在备案和转诊方面做出相应的规定。

(3) 上海对异地就医中的就医流程和住院结算进行了明确规定

上海在政策中提出“外省市的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊人员，经当地医保部门备案后来沪就医，将执行上海市相关就医流程和管理规范，执行上海市的医保药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准；住院医疗费用直接结算的起付线、支付比例、统筹基金最高支付限额等，则按照参保地规定执行。”在操作方面将根据上海的标准实施，但住院的相关费用则根据参保地实施，给予参保地相关部门基于医保基金收支情况的政策调整空间。

2. 医保异地联网结算的未来发展趋势分析

医保异地联网结算政策的于 2017 年 10 月 1 日开始实施，政策的实施效果和医患相应的行为反映需要经过一段时间才能显现出来。课题在当前政策基础上根据国家的政策方向，认为未来医保异地联网结算将呈现若干趋势，但是否与国家政策走向一致，有待实践检验。

(1) 未来或将覆盖所有医保定点医院

上海目前已经全部完成 41 家三级医院的接入，对二级、一级医院也抓紧接入，在国家规定的任务节点内，成熟一家、联网一家。预计将在规定时间内实现上海范围内医保定点医疗机构的全面进入，医保定点医院对医保管理部门来说更容易监管和监控，使相关部门存有通过强制性政策手段推动该趋势的动机。医保定点机构基于医保病源规模考虑也存在主动接入的动机，医

^①资料来源于上海市人力资源和社会保障局网站。

http://www.12333sh.gov.cn/201412333/xwzx/zxdt/201709/t20170911_1257886.shtml

^②是指二代社保卡。

保病人的异地就医需要产生医保的支付和结算，因此，需要进入医保定点的医院要接入异地联网结算系统，以满足医保病人的需求，如果医保定点机构不接入系统则会面临医保病人对异地就医机构的倾向性选择。此外，地区和省市间基于本地居民医疗福利开展的博弈也会客观上促使这一趋势发展。

(2) 随着硬件建设和监管水平的提高或将推广至门诊

“一卡通行”是异地就医结算工作的重要建设思路，全国统一的就医凭证、信息系统为向门诊推广提供了重要基础，也不排除国家在政策设计时考虑了未来异地就医门诊结算的可能。同时国家层面对系统运行监测十分重视，并通过系统建设实现对异地就医服务的职能监控，监管水平的提高也为门诊推广提供了便利条件。

(3) 伴随政策和制度的完善未来可能覆盖更多异地就医人群

在一卡通行的基础上，国家在人社厅发〔2016〕185号文中明确提出要建成国家异地就医结算系统，建立跨地区信息交换的渠道。在硬件建设初始阶段，国家就着眼于全国统一系统的建设，为实现全面异地就医提供了最根本的信息化系统基础保障。此外，欧盟在医疗保险领域的实践给予我国的异地就医制度的完善以重要经验，伴随国家在政策和制度层面的不断完善，课题组认为未来异地就医会覆盖到更多人群。当前由于政策执行后给各方主体造成的影响存在不确定性，国家和上海在实践层面并未在医保结算范围内向更多人群开放，但未来异地就医覆盖人群不断扩大的趋势可能不会改变。

3. 异地联网结算政策对本市医疗机构产生的影响

(1) 使上海成为医疗市场“价格洼地”，更多外省市医保病人涌入上海就医

上海的优质医疗资源较为集中，该政策实施以前由于收费标准较本市医保病人存在差异，由于医疗价格对外省市病人进入上海就医产生一定抑制作用。医保医疗联网结算政策的实施，尽管住院费用的报销标准仍然执行参保地政策，但由先垫付后报销到直接支付，报销程序方面的时间成本大大降低，一定程度上会增加外省市病人进入上海就医的意愿。加上外省市与上海在医疗资源质量方面存在的客观差异，使得在同等报销待遇下病人会更加倾向于进入上海就医，一定程度上加大了本市医保定点医疗机构尤其是三级医疗机构的资源紧张程度，在目前三级医疗机构本身医疗资源就难以满足需求的基础上产生就医“拥堵”。

(2) 异地联网结算对公立医院产生一定影响

上海的政策规定外省市医保病人在住院医保费用结算方面，仍然执行参保地政策标准。由于各地医保在起付线、支付比例和统筹基金最高支付限额标准存在一定差异，对于上海和外省市来说存在标准差异。外省市对本地参保病人外地就医限制程度相同的情况下，如果上海医保支付水平高于外地，外省市病人会基于医疗价格和医保支付水平进行选择。如果上海与外省市标准相当，在上海就医的“性价比”会提高，预计外省市病人进入上海就医的规模会明显上升。目前公立医院尤其是三级医院的外省市病人占比较高，主要是考虑了非医保支付因素。如果在外省市和上海医保支付水平相当的情形下，医院收治外省市病人与收治本市医保病人的收入差异会明显降低，由于原先对医保病人的治疗利润空间非常有限，这种情况下该政策的实施会对医院合理的利润空间产生重要负面影响，对医院病源结构将产生巨大影响。医保定点医院尤其是二级、三级医院需要在战略层面重新做出选择。

(3) 未进入医保定点的医疗机构在病源获取上将面临更多挑战

在上海优质医疗资源较为集中的背景下，由于异地就医联网结算政策实施，使上海成为医疗市场的“价格洼地”。上海 41 家三级医疗机构全部实现异地联网结算，这种情形下外省市病人会更加倾向于进入上海的医保定点机构就医。在上海三级医疗

机构既具备较高的医疗水平且又按政策需要收治外省市病人的情况下，未进入医保定点的医疗机构的将更难争取到病源，非定点医疗机构将更难获得外省市相对大众化的医保病源。民营医院的竞争处境更加恶化，由于病人本就对公立医院的信任度较高，加之目前的政策因素，到医保定点医疗机构就医的性价比会大幅提高。因此，对未进入医保的医疗机构尤其是目前缺乏稳定病源的民营医疗机构来说，处境更加艰难。

（四）本市民营医院目前发展现状

1. 民营医疗机构数已占本市医疗机构的半壁江山

在国家大力倡导发展社会办医疗机构的背景下，大量民营和外资医疗机构进入本市，医疗机构数量快速增加，民营医疗机构体量不断增加。截至 2016 年末，全市各级各类医疗卫生机构总数达 5011 所，其中公立机构（不含医务室等内设医疗机构）2500 所，其他性质的社会办医疗机构数 2011 所，占比超过 50%。医疗机构数已然占到半壁江山，其中本市的 349 家医院中，公立医院 178 所，民营医院 171 所，这为充分发挥民营医疗机构在医疗卫生事业中的重要作用奠定了重要基础。

2. 民营医院的实际诊疗服务能力相对较低

虽然民营医院与公立医院数量相当，但以总床位数和总诊疗次数为代表的服务能力与公立医院还存在巨大差距。在床位数方面，医院中公立医院 9.30 万张，占医院实际开放床位的 84.47%，民办医院开放床位数仅 1.70 万张，还不到公立医院的 1/5。在医疗机构诊疗总次数方面，民营医疗机构占比更是微乎其微，以 2016 年数据为例，医疗机构诊疗总次数约为 26605 万次，其中公立医院机构诊疗总次数约为 24416 万次，占总诊疗总次数的约 92%，相应社会办医疗机构的诊疗次数占比微乎其微。

3. 医保定点医疗机构增加主要以一级医疗机构为主

医保定点总量自 2011 年以来经历了下降后又呈现上升趋势，其中 2013 年是拐点。自 2013 年基本能符合纳保条件的医疗机构已经纳入到医保定点，近两年医保定点纳保根据上海医疗卫生中短板的领域进行倾斜。近两年将老年护理、专科和精神康复领域的社会办医疗机构纳入医保定点较多，也使得 2013 年以来医保定点医疗机构总数呈现增加趋势。

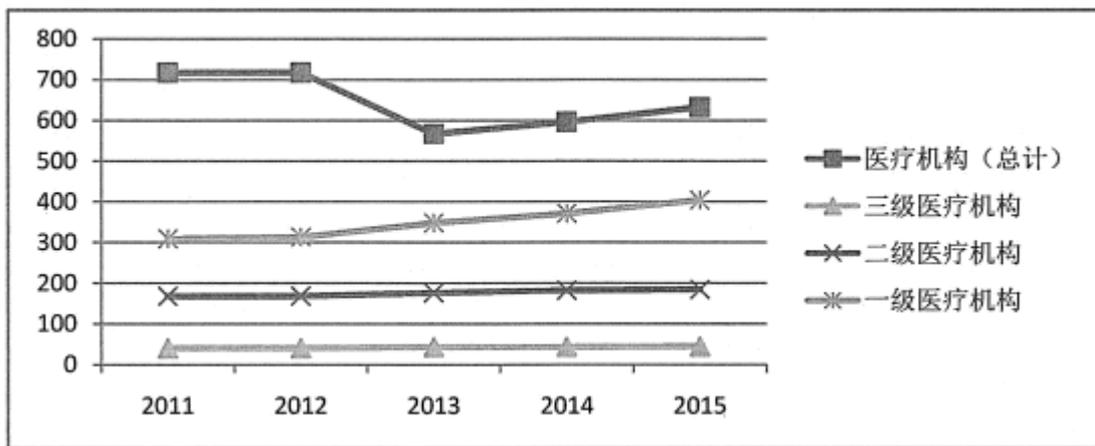


图 1 医保定点机构总量及各级医疗机构数量变化趋势

从医保定点各级医疗机构的变化趋势看，医保定点医疗机构总量的增加主要以一级医疗机构为主，三级和二级医疗机构的

总量基本稳定,并未呈现明显的增加趋势,一级医疗机构呈现明显的上涨趋势。目前社会办医疗机构的分类分级不像公立医院那样清楚,使得民营医院在进入医保定点时存在一定不利因素,也加大了医保管理部门的管理难度。

二、本市民营医院纳入医保定点现状分析

(一) 本市医保定点经历了从“非营利性”机构扩大到“营利性”机构的过程

本市社会办医疗机构进入医保定点的历史相对较长,自1996年开始就有民营医疗机构进入医保定点,但数量相对较少。随后公立医院进行改革,部分公立医院转制成为民营,但大部分经过审核仍然保留了医保定点资格。2003年重新将非营利性医疗机构纳入医保定点,后经过对营利性医疗机构尝试购买专项服务,2007年开始将非营利性医疗机构正式纳入医保定点,大规模纳入医保定点则始于2013年。

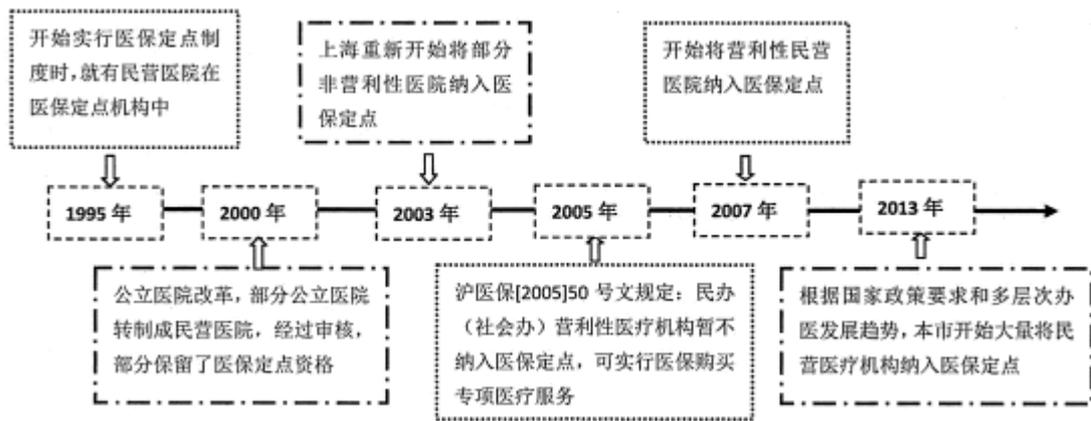


图2 民营医疗机构纳入医保政策发展脉络

(二) 本市民营医院纳入“医保定点”情况

1. 近年社会办医疗机构纳入医保定点呈现一定高峰的基础上整体呈下降趋势

社会办医疗机构纳入医保定点的趋势是跟随国家对社会办医疗机构发展的鼓励政策逐步发展的,营利性社会办医疗机构进入医保定点始于2013年。2013年以后每年新加入医保的定点医疗机构平均每年在25家左右,每年数量规模有一定波动,2016年纳入的机构数明显呈下降趋势。

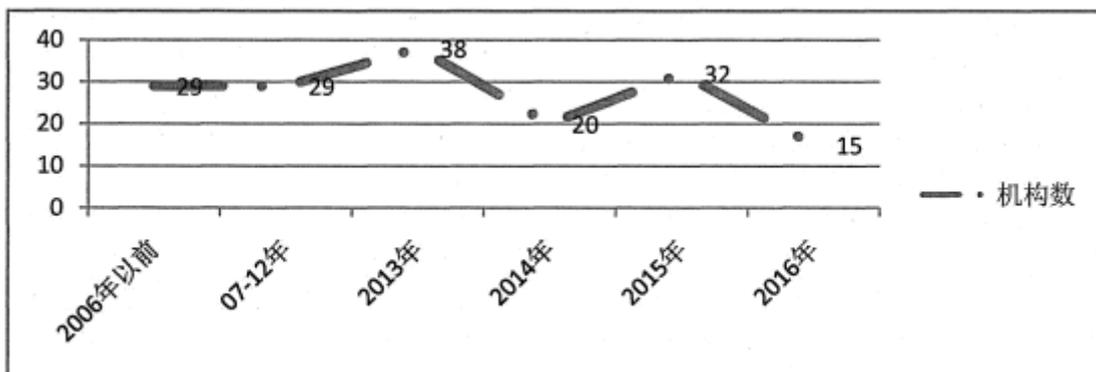


图 3 本市民营医疗机构纳入医保定点新增数量变化

注：上图中 2006 年以前的数据为存量数据。07-12 年、2013 年以后均为新增数据。

2. 已进入医保定点的机构类型分布情况

进入医保定点的机构类型可按“门诊”和“住院”两个标准进行划分。门诊类别共包含四类：综合、专科、精神康复和中医门诊。住院类别分为综合、护理和专科三类。根据对目前本市医保定点医疗机构的数据统计，得到按门诊和住院标准的统计如下表所示：

表 1 民营医疗机构按“门诊”和“住院”划分类别分布 单位：家

	2006 年以前	07-12 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
纳入医保数量	29	29	38	20	32	15
门诊住院都有	21	16	26	14	20	2
-综合	4	0	0	1	2	1
-护理	15	8	16	8	16	0
-专科	2	8	10	5	2	1
纯门诊部	8	13	12	6	12	13

目前进入本市医保定点机构的社会办民营医疗机构数共有 165 家，其中含有门诊的共有 165 家，99 家同时包含门诊和住院，说明进入医保的部分医疗机构只存在门诊或者门诊进入医保定点。

3. 目前本市医保支付以按项目付费为主，辅之以按病种收费

目前上海的医保费用支付方式实行的是“总额预付制下的按项目服务为主体，其他方式为辅”的体系。本市的医保费用支付方式，总额预算下按项目付费占据绝对优势地位，近年还存在按病种服务和购买服务等类型。按病种付费主要在二级和三级医院中实施，此项付费方式的病种总共约有 17 种^①，病种非常有限，与心血管疾病无关，近年也无大的突破。购买服务主要是指按照病例数付费，本市医保在 2016 年 7 月以前对上海伽玛等特色明显的医院实施按病例数购买服务，但目前已经全面转成协议制方式。预计本市未来医保费用支付方式以按项目付费为主，按病种付费为辅的基本框架不会发生变化。

（三）民营医院进入“医保定点”后的发展变化

2016 年纳入医保定点的医疗机构中有住院的机构仅有两家，分别为护理性质和康复性质，自 2017 年 3 月份才开始产生住院医保结算费用，数据较为有限。课题不对 2016 年纳保的机构进行讨论。本市营利性民营医院是从 2013 年开始进入医保定点，因此课题主要研究 2013 年以后门诊和住院都纳入医保定点的民营医院^②相关指标变化情况。

1. 纳入医保定点的民营医院月门诊人次普遍呈上升趋势

^①①在本市已经实施的按病种付费模式中，部分病种的模式有“顺产”、“子宫肌瘤+子宫切除术”两种，在实际付费中，“子宫肌瘤+子宫切除术”类似的病种作为单一病种进行医保付费。

^②②由于护理院和中医门诊部与很多民营医院差异性较大，课题组在样本中进行了剔除。

月门诊人次可体现病源的规模情况，通过对 2013-2015 年纳保的 20 家民营医疗机构的指标分析发现进入医保定点后民营医院的门诊人次呈现明显上升趋势，其中 80% 的民营医院呈现明显上升趋势，10% 的民营医院门诊人次规模基本稳定，10% 的民营医院呈现下降趋势。呈现“维持”趋势的两家机构均为 2014 年纳保，呈现下降趋势的两家分别为 2013 年（某五官科医院）和 2014 年（某专科肛肠医院）纳保。

2. 日均实际开放床位数整体以上升和维持趋势为主

该指标通过月住院总天数和当月天数计算得出，反映的是医院的住院病人量和病床利用率。其中一家机构住院病人数量较少，在日均实际开放床位数方面未进行统计，剩余 19 家民营医院“日均实际开放床位数”呈上升趋势的共有 11 家，呈现相对稳定状态的有 7 家，均分布在 2013 和 2014 年纳保机构中。呈现下降趋势的有 1 家，医院性质为专科。

3. 进入医保定点后的各医疗机构医保支付额呈现分化趋势

20 家纳入医保定点的民营医院中，2013 年纳保的民营医院中其中 1 家机构的门诊和 2 家机构住院量较少，课题未进行统计。19 家民营医院的门诊医保结算额方面，近两年呈现上升趋势的有 13 家，下降趋势的有 5 家，基本维持的 1 家。18 家民营医院在“住院医保结算费用”指标方面，处于上升趋势的有 9 家，下降趋势的有 6 家，基本维持的有 3 家。

（四）民营医院进入医保定点后的机遇与挑战

1. 民营医院进入医保定点的机遇分析

（1）进入医保定点的民营医院可享受医疗保险带来的巨大市场。能否进入医保定点机构，将直接影响民营医院的病源范围。民营医院进入医保后，可以每年都能享受基本医疗保险带来的巨大市场，能否进入医疗保险定点机构，在病源的质量和范围上存在本质区别。进入医保定点，病源的扩大可以提高资源的利用效率，并确保医院每年的收入维持在一定规模。

（2）进入医保定点可以提高医院声誉，吸引外省市病人入院治疗。医保定点机构可以提高社会的知名度，提升病人的信任度，逐步提高民营医院发展的影响。对于民营医院来说，“医保定点医院”的招牌某种程度上意味着更高的人气和更有利的市场竞争地位。虽然本市医保病人需要执行相关费用标准，但通过“医保定点”招牌吸引来的外地病人的增多，目前可执行“双轨制”的费用标准，有利于提升医院的病源规模和营收水平。

（3）进入医保定点更有利于获得与公立医院公平竞争的机会。对民营医院来说，没有医保定点资格，在一定程度上是难以获得与公立医院公平竞争的机会的。由于目前的基本医疗制度几乎实现了全覆盖，基于经济利益角度和心理上的选择偏好，病人更倾向于去医保定点机构接受医疗服务，因此在一定程度上必然减少了医保患者到民营医院就医的机会。仅从医保定点角度上，民营医院在病源市场竞争中已然处于劣势地位。因此，若民营医院进入医保定点将一定程度上提高了其与公立医公平竞争的砝码。

2. 民营医院进入医保定点面临的挑战分析

（1）进入医保定点必然使医院运营现状和诊疗秩序进行调整。根据当前的医保政策，医疗机构进入医保必须保证医院一半以上的医疗项目在基本医疗保障目录范围内，而民营医院在建立时的定位差异较大，宗旨在于为有不同层次医疗需求的患者提供更多的选择空间。民营医院若选择进入医保必然要求对已有的医疗项目进行一定程度的调整。并在医疗服务价格方面调整至医保结算中的价格，对建院成本和硬件服务设施较好的民营医院必然产生限制作用，难以通过医保病人实现合理的收益。

(2) 医保服务价格由于受医保价格政策限制, 对医院的经营和财务产生影响。民营医院进入医保定点, 必然要对原先实行自主定价的项目诊疗价格进行调整, 使各项诊疗服务价格符合医保目录价格, 会在现有基础上增加系统改造成本和减少单项诊疗项目的收入。首先, 医院目前的诊疗及费用结算系统必须进行改造, 以实现与医保结算系统的对接, 必然产生系统改建或新建成本。其次, 由于原先市场化的诊疗服务价格将调整至医保目录价格, 必然使得单项诊疗服务的收入水平下降, 从而影响医院的盈亏水平, 对医院的营利产生影响。

(3) 新进入医保定点的民营医院获得社会知晓度、信任度需要一个时间过程, 面临从公立医院“抢夺病源”的挑战。由于长期以来, 病患形成的医保定点机构看病的路径依赖, 患者在习惯上可能更倾向于到公立医院看病。新进入医保定点的民营医院, 短期内从公立医院“抢夺”病源, 需要医院有从公立医院抢夺“潜在病源”的能力。患者对新进入医保定点的民营医院在某个领域的知晓度和信任度需要一个客观的时间过程, 因此, 民营医院需要对进入医保定点后病源的明显增加有一个时间预期。民营医院需要在病源不断扩大, 并不断获得良好社会口碑的基础上逐步增强自身对患者的吸引力, 从而实现医院进入医保定点的目的。

三、基于“医保定点”战略选择分析

(一) “SWOT”分析法的战略剖析

对于未进入医保定点的医院当前或未来面临三种战略选择, 第一种是, 维持不进医保定点, 走市场化的高端策略; 第二种是实行全面进入医保定点策略; 第三种是试点部分进入医保战略。三种战略分别存在优势和劣势, 为更好地综合比较选择出适合医院的最优策略, 本课题采用 SWOT 分析法^③对高端民营医院当前面临的优势、劣势、机会和威胁进行分析, 并结合优劣势、机会和威胁四个维度提出相应战略。

表 2 基于“SWOT”分析法的民营医院战略分析

	优势 (Strength)	劣势 (Weakness)
内部能力 外部机会	<ul style="list-style-type: none"> • 具有一流的医疗技术 • 可实现心血管疾病一站式全程管理 • 良好的硬件设施和服务品质 • 高精尖的医疗设备和医疗团队 	<ul style="list-style-type: none"> • 民营医院缺乏稳定的病源 • 相对较高的收费将大部分病源“拒之门外” • 社会知晓度和影响力相对较低 (无品牌优势) • 院址远离市中心, 交通不便
机会 (Opportunity)	SO 战略	WO 战略
<ul style="list-style-type: none"> • 经济收入的提高, 群众对健康消费的质量和档次要求越来越高, 支付能力越来越强 • 可通过市场细分, 采取灵活的营销宣传手段 • 商业医疗保险的发展, 为高端民营医院提供了合作机会 	维持目前市场化状态, 采取不进医保定点策略, 瞄准高收入群体, 加强医院品牌宣传, 提升医院病源数, 从而提高资源利用和效率和经济效益。并且一定程度上可以避免医保异地联网结算政策带来的影响。且医疗价格的自主性相对较大。	选择部分进入医保战略, 通过“医保定点”提升医院社会信任度, 形成部分相对稳定的病源。还可存在部分自主定价的服务或寻求商业医疗保险合作, 提升医院效益。使医院达到社会知名度、信任度和意愿效益间的兼顾。
威胁 (Threats)	ST 战略	WT 战略

^③①SWOT 分析法实际上是将对企业内外部条件各方面内容进行综合和概括, 进而分析组织的优劣势、面临的机会和威胁的一种方法。包含企业优势 (strength)、劣势 (weakness)、机会 (opportunity) 和威胁 (threats) 四个方面。

<ul style="list-style-type: none"> •相同领域新的民营医院进入本市或加入医保定点 •公立医院对病源的进一步垄断 •异地联网结算政策的实施，上海包含全部 41 家三级医院在内的 499 家机构接入异地结算系统 	<p>选择部分进入医保战略，通过“医保定点”提升医院社会信任度，形成部分相对稳定的病源。还可存在部分自主定价的服务或寻求商业医疗保险公司合作，提升医院效益。使医院达到社会知名度、信任度和意愿效益间的兼顾。</p>	<p>选择全面进入医保战略，用“医保定点”提升医院品牌和社会知晓度，增加内部资源利用率，提升与公立医院和同类型民营医院的竞争。尤其是在异地联网结算政策实施背景下，可获得相对稳定的病源。且全面进入医保定点较为符合目前的政策。</p>
---	--	---

从表 2 可以看出，基于各个维度的分析组合战略主要三种，优势和机会的 SO 战略主要是定全部不进入医保战略、基于威胁和劣势的 WT 战略是指医院选择通过协议制全面进入医保，基于机会和劣势的 WO 战略是指部分进入医保，基于机会和威胁的 ST 战略是指试点部分进入医保战略。

基于 SWOT 法的结果认为当前民营医院面临三个战略选择，分别为全部不进入医保定点战略，全部进入医保定点战略和试点部分进入医保战略。每个战略对医院会产生不同的影响，因此，需要在进一步具体分析每个战略的优劣势基础上进行最后选择。

（二）SO 战略：维持不进医保定点战略

1. 不进医保定点战略的优势

（1）经营管理和定价的自主权较高。由于进入医保定点机构必然在诊疗、服务、操作及价格方面受到医保政策的制约，使医院原本在经营管理方面的自主权降低。若采取全面不进入医保政策，则医院会在经营管理和诊疗服务定价方面存在更大的灵活性，并且在市场定位选择、市场宣传等方面保留较大的自主权。

（2）提升品牌影响力，未来存在更加广阔的市场空间。目前医院的硬件基础设施、诊疗设备都较为高端，理应定位于为部分高端患者服务，收费价格也可以根据市场化自主定价。不进入医保定点必然需要走市场化道路，采取多种措施扩大病源。继续加大对医院的宣传力度，提升医院的社会知晓度和信任度，并着力寻求与商业保险公司合作等，若这些措施取得较好效果，医院的市场空间将更好，也会获得更好的客户群体和利润。

（3）医院可避免受到医保异地联网结算的负面影响。医保异地联网结算系统预计将会在上海全部医保定点机构中实施，如果进入医保定点机构，则会在外省市病人的医疗价格方面丧失一定自主权。使医院面临无论是收治本市医保病人还是外省市病人，均难以存在合理的利润空间。如果民营医院选择不进入医保，则可避免该政策造成的影响。

2. 不进医保定点战略的劣势

（1）病源短缺和资源闲置的问题难以得到解决。由于医院的收费水平相对较高，必然使一部分购买能力相对较低的病患排除在外。加上当前医院并非是医保定点机构，患者在就医方面存在医保定点的选择偏好，使得医院当前病源数量较少，难以达到一定规模。医院的床位数、人员、硬件设施投入已经产生，继续执行不进入医保战略，病源短缺和资源闲置的现状难以得到改变。

（2）缺失了通过医保定点机构提升吸引外省市病人的效应。患者在看病方面存在路径依赖更倾向于公立医院。外省市病人由于对医院不是很熟悉，如果是医保定点机构，病人会对医院心理上的信任度较高，从而选择来沪就医，通过医保可以吸引较多

的外地病人。如果医院选择不进入医保定点，则一定程度上缺失了吸引外省市病人的砝码。由于医院本身是定位于高端民营医疗机构，根据目前的定价消费人群具有一定小众化。根据上述异地联网结算政策的实施的影响分析，在异地联网结算背景下作为民营医院更加难以获得病源。

(三)WT 战略：实行全面进入医保定点战略

1. 全面进入医保定点战略的优势

(1)可以获得扩大的病源基础。全面进入医保定点意味着医院全部专科向本市医保病人开放，“医保定点”具有一定的招牌效应，对于普通病患来说，具有较高的信任度，医院可在短期内增加病源数。因此全面进入医保定点的战略，短期内扩大病源的效果会比较明显。

(2)资源利用效率提升。病源不断扩大必然涉及门诊和治疗人次的增加，床位占有数不断增加，诊疗设备利用率提升，人员和医务资源的利用效率也会提升，从而全面提升医院现有资源的利用效率，解决目前医院资源闲置的问题。

(3)若病源获得保障，不但能保障医院的基本运营,还存在获得收益的可能性。全面进入医保，营业收入的增加主要体现在两个方面，一是医保病人进入医院就医增加营业收入。由于全面进入医保定点，病源会不断增加,虽然受到医保目录价格的限制，但由于病源规模增加必然使医院营业收入提升明显。另一方面是由于“医保定点”的品牌效应，会吸引外地病人进入医院就医，从而扩大医院营业收入。根据异地联网结算政策的最新调整，外地病人的收费会受到医保目录价格的限制，在营业收入增加的基础上，利润空间会受到一定程度的压缩。

上海伽玛医院进入医保定点的相关情况

上海伽玛医院是 1992 年复旦大学附属华山医院和美国医疗国际集团 (APMG) 公司合作建立的医院，拥有高场强核磁共振等先进设备。医院特长为伽玛到和放疗中心等。全面进入协议制前主要通过购买病例数，从最初的每年 100 例逐步增加到协议制实施之前的每年 456 例左右，2016 年 7 月通过协议方式全面进入本市医保定点。

本院职工共有约 100 人，在医保定点费用结算中定为“三级”，与医保基金采用按项目付费方式，一年伽玛刀手术病例约为 3000 例左右。

在病源方面主要以外地病源为主，占比约为 70%，外地病源分散在全国各地，主要以浙江、福建、安徽、江苏等省市。在诊疗费用方面，本市医保病人医保基金支付价格约为 7000 多元，外省市病人执行与本市病人不同的价格，具体价格根据相关规定自主确定。

2. 全面进入医保定点战略的劣势

(1)从管理到运营，硬件到软件都需要调整。由于医保价格目录目前主要针对公立医院提出，具有较强的公益性属性。民营医院作为一个经济主体全面进入医保定点，在诊疗服务价格方面失去了自主定价权，需要执行医保目录价格，必然使得医院原有的定价自主权受到限制。民营医院各方面成本与公立医院存在巨大差异，民营医院作为经济主体天然追逐利润，但受医保政策限制，民营医院对目前门诊、药品、化验、检查等方面缺乏价格调整的空间，此外只剩下床位和护理费存在一点自主定价空间。民营医院进入医保定点后几年的实践表明，民营医院加入医保会产生“双刃剑”作用。

(2)可能存在“赢得了销售额，失去了利润”的风险。全面进入医保，医保范围内的病源数会增加，使得医院整体的销售额

呈明显上升趋势。但在诊疗服务价格方面，由于受制于医保目录价格的规定，以及药品加成、耗材加成等限制性政策因素的影响，医院在收治医保病人时难以获得一定利润。根据最新的医保医疗联网结算政策，外省市病人执行与本市医保病人执行相同的价格政策，来自外省市病人的利润空间得到进一步压缩，使医院进入医保后面临的利润风险更大。

上海开元骨科医院进入“医保定点”情况简介

上海开元骨科医院地处上海浦东新区金桥功能区，2005年3月开始兴建的一所骨专科医院，是上海市已开设的骨科医院中规模最大的医院。目前开设脊柱外科、关节外科、创伤外科、手外科、微创骨科、中医骨伤科、康复医学科、高压氧治疗科、内科、麻醉科、医学检验科、医学影像科等临床科室。

医院的专业技术队伍结构为高级职称15人(正高8人，4人为博士生导师，副高7人)，中级职称22人，初级职称64人。这当中有博士10人，硕士7人，本科32人，大专30人，中专15人。

医院成立于2005年，2010年全面进入医保定点机构，床位数共164张。

在病源方面，主要以外地病源为主，占比约为40%。在价格方面，本市医保病人按医保目录价格收取，外省市病人执行不同标准收费。整体上本市和外省市患者大约90%都是医保病人。

调研中医院反映，加入医保定点使医院的病源得以大规模提升，但由于医院为外科性质，药品零加成、耗材加成制度对医院的经营成本产生了较大影响。医院在本市医保病人方面无法实现盈利、甚至产生亏损。

(3)医院将面临不同领域多“条线”监管。加入医保定点后，医院的管理尤其是诊疗价格管理和费用结算必然要受到医保监督部门的监督和管理，加上本身作为企业性质的属性受相关市场监督管理机构的管理。使得民营医院在加入医保后面临多条线管理的难题。医院在政策执行过程中，可能存在某个管理部门允许，但在实践操作中，各条线对政策理解的差异，加上患者的主体因素，对医院运营和管理产生影响。

调研中有民营医院反映，由于某个手术项目的价格是1997年由发改委统一制定的，经过了20多年原来的价格已经不符合实际。北京、天津、广州等地均对此手术的医保支付价格进行了大幅调整。本市医保中心也同意在医保基金支付中进行一定程度调整，但缺乏明文规定。医院在操作中受系统价格的限制便对一个病人开具了两次诊疗单，并未增加病人的个人支付金额，但遭到病人向相关市场监督管理部门的投诉，最后导致医院罚款200多万元。

(四)ST和WO战略：试点部分进入医保定点战略

从优势和劣势比较看，试点部分进入医保定点战略无疑是医院的最优选择。可实现对全面进入医保定点和维持不进医保定点战略分别存在的优势和劣势实现较好地“兼容”。从医院整体利益角度考量出发，试点部分进入医保定点战略存在明显的优势。

(1)可较好地实现自主性和政策性间的平衡。试点部分进入医保，在实践中的进入医保定点的部分，完全按照医保相关政策执行，诊疗价格的制定遵循医保目录价格。剩余不进入医保定点的部分，则可按照医院的硬件、诊疗和服务水平根据物价局的相关规定，实行市场化的自主定价方式，具有较强的灵活性。试点部分进入医保定点，既可享受政策性福利又存在较强的灵活性，较好实现自主性和政策性间的平衡。

(2)既可确保基本收入又存在追逐利润的空间。医院针对医保病人的收费执行医保目录价格，虽然利润空间较小，但可以保障一定数量的病源，确保医院的基本收入具有一定规模，以较好地弥补医院的固定成本。此外，医院还存在完全自主定价的部

分病人，则可按照市场化标准实行自主定价，确保医院利润的实现。因此，纳入医保定点可以较好的兼顾基本收入和利润空间。

(3) 通过医保定点提升医院的知晓度和社会信任度，更好地拓展市场。医保定点在市场宣传中具有较强的吸引力，同时患者对医保定点单位的信任度相对较高，因此可充分利用医保定点的“品牌”效应提升医院的知晓度和社会信任度。在医院具备高水平的医疗团队和优质的硬件服务基础上，可凭借医院的医保定点吸引更多外省市病患和非医保病人就医，从长远角度实现医院的市场拓展。

试点部分进入医保定点战略在存在巨大优势的同时在目前的政策环境下还存在巨大的障碍。第一，上海当前还没有医疗机构采取部分进入医保定点的实践，政策突破存在一定难度。第二，试点部分进入医保对医保及相关管理部门的管理提出巨大挑战，需要医保管理部门具有精细化管理的硬件系统和软性实力。第三，部分进入医保定点必然涉及多少床位或多少比例进入的问题，合适比例的制定也是对医院决策的重大挑战。

四、对策思考及建议

前文根据医院当前形势下的 SWOT 分析，提出了三种可供选择的战略，每种战略各存在优缺点。从医院的收益最大化角度考量，试点部分进入医保是最优战略选择。

(一) 争取政策支持，试点部分进入医保定点

1. 根据本市医保定点政策，争取部分进入医保试点

根据目前的医保定点相关政策，无论是公立医院，非营利性民营医院还是营利性民营医院在进入医保定点时只能选择全部进入医保定点。原先医保定点中有若干综合医院的某些专科进入医保，但伴随医保定点协议化管理的逐步实施，已经逐步转变为全部进入。医保有关部门目前并不排斥民营医院部分进入医保定点，可采取试点方式先行实施。因此医院需要与医保部门积极开展协商，争取以试点方式实行部分进入医保定点战略。

沪人社医监发[2016]32号

申请加入医保定点机构的申请材料和签约程序

(一) 申请材料

申请签订定点服务协议医疗机构，应提交以下书面材料：1. 定点医疗机构申请表（由市医保中心统一印制）。2. 《医疗机构执业许可证》副本及正、副本复印件。3. 贵重医疗设备清单。4. 卫生计生行政部门、药品监督管理部门和物价管理部门监督检查合格的证明材料（或书面承诺无违规记录）。5. 其他材料。

(二) 签约程序

1. 提出申请的医疗机构将书材料交所在区县医保中心。医疗机构提交的书面材料不符合要求的，区县医保中心应通知其他在 10 个工作日内补正。预期不补正的视为撤回申请。

2. 区县医保中心应自收到医疗机构提交的全部书面材料之日起 15 个工作日内组织工作小组进行实地评估，并将初评结果及相关材料上报市医保中心。

3. 市医保中心应在收到区县医保中心上报材料后定期组织开展评估审定工作。

4. 市医保中心根据评估审定结果，在平等沟通、协商谈判的基础上，按照“公平、公开、公正”的原则，鼓励医疗机构在质量、价格、费用等方面进行竞争，选择服务质量好、价格合理、管理规范医疗机构签订定点服务协议，并报市人力资源和社会保障局（市医保办）备案。

对签订服务协议的医疗机构，市医保中心颁发统一监制的“上海市基本医疗保险定点医疗机构”铜牌。

2. 研究制定适合本院进入医保的床位数或专科比例

与医保相关部门的协商，必然需要医院先前做好本院部分进入医保定点的具体方案，主要是确定既符合医院利益又能被医保部门所接受的合适比例。由于部分进入医保目前本市尚无实践，缺乏可借鉴的个例经验。医院在与医保部门开展协商前首先要对部分进入的“比例”、科室和方式进行详细研究。确定是按“床位数”比例还是“科室”作为部分进入医保的依据。并对确定的部分进入医保的方案进行成本、收益进行模拟。

3. 紧密关注“医保支付价”政策走向，及时调整诊疗服务价格

目前医院实行的主要是“医保目录价”和“自主定价”两种方式。由于相较于公立医院民营医院税收成本较好、缺乏政府补贴，但在医保目录价格、药品和耗材加成等方面执行与公立医院同等标准，使得医院对医保病人的诊治缺乏利润空间，这是进入医保定点的民营医院普遍反映的问题，伴随政策实践的深入，必然会对政策进行一定程度的调整。在调研中，有关部门认为将来会实施“医保支付价”政策，更有利于在定价方面具有一定自主权，获得利润空间。因此，医院应紧密关注“医保支付价”政策的改革，及时调整诊疗服务价格。

（二）部分床位坚持高端定位，扩大市场化的病源体

1. 瞄准商业保险客户，寻求与商业保险公司的合作

医院不进入医保定点部分，非医保病人和商业医疗保险患者是重要的目标群体。市场化的商业保险患者相对具有稳定的支付能力，伴随国家对商业保险发展的进一步推动，未来商业保险客户会成为医院客户群的重要组成部分。医院应积极尝试与商业保险公司进行战略合作，扩大患者来源渠道，为医院打造相对稳定的病源规模。

2. 借助合适途径扩大宣传，提升医院知晓度

当前医院在本市和外省市的知名度相对较低，失去了一些潜在患者。既然医院坚持部分做高端医疗，必然需要加强宣传力度，提升市场知晓度。作为民营医院在宣传中要坚持真实、诚信的原则，采用合理方式，通过电视、正规媒体、公益活动等渠道对医院进行宣传。在树立医院正面形象的同时提升在行业 and 患者中的知晓度，为获得潜在病源提供良好基础。

3. 充分借助医保定点优势，打造医院的社会“品牌”

“医保定点”对医院来说是一张亮丽的“名片”，有利于提升患者的信任度和提升医院的美誉度。医院应充分利用医保定点，在充分利用相关政策获得利益的同时，严格遵守医保相关管理制度，保障患者的利益。在此基础上可在宣传中突出“医保定点”这一特点和优势，提升品牌的品牌效应，在保障医保病源的基础上，不断扩大外省市及商业保险病患，争取在医保定点部分和自主定价部分实现双赢。

课题组认为“试点部分进入医保定点战略”是一种最优化选择，但目前的政策规定是：综合性的民营医院如果要加入医保定点，只能全部进入，试点部分进入医保的尝试存在突破政策的较大难度。异地联网结算政策实施后，如果医院不进入医保，外省市需要高端治疗的病人可能会进入上海的三级医院，民营医院无论在争取本市病人还是外省市病人方面的难度都会增大。为了使医院可以更好地充分利用政策，在考虑可行性的基础上做出最优选择，课题组建议在无法实施试点部分进入医保定点战略的情形下，考虑全面加入医保定点战略。

课题组长：

刘彩云

成员：

刘彩云 徐坚成 张爽 侯立文

执笔：

刘彩云 徐坚成 张爽 侯立文