九鼎医院管理顾问 JIUDING HOSPITAL MANAGEMENT
WWW.YYJG.NET 医院经营管理网
2013.09

# 医院经营参考



## ■ 社会医疗保险支付方式变革，医院该如何应对？

# 目 录

一. 社会医疗保险费用现状 1

1.1 社会医疗保险费用现状 1

1.2 社会医疗保险支付方式变革的意义 3

二. 社会医疗保险支付方式变革，医院该如何应对？ 4

2.1 社会医疗保险支付方式变革内容 4

2.2 社会医疗保险支付方式变革对医院的影响 5

2.3 医院的应对措施 8

三. 医保拒付的原因及应对措施 11

3.1 医保拒付概述 11

3.2 非医院原因导致医保拒付（本节仅供参考） 12

3.3 医院原因导致医保拒付 14

3.4 病案审核中存在的医保管理问题及对策 17

# 一. 社会医疗保险费用现状

## 1.1 社会医疗保险费用现状

### 1.1.1 新农村合作医疗保障情况

表 1：新型农村合作医疗情况

| 指标 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 新农合县（区市）数 | 678 | 1451 | 2451 | 2729 | 2716 | 2678 | 2637 |
| 参合人口数（亿人） | 1.79 | 4.10 | 7.26 | 8.15 | 8.33 | 8.36 | 8.32 |
| 参合率（%） | 75.7 | 80.7 | 86.2 | 91.5 | 94.0 | 96.0 | 97.5 |
| 当年筹资总额（亿元） | 75.4 | 213.6 | 428.0 | 785.0 | 944.4 | 1308.3 | 2047.6 |
| 复合增长率（%） | - | 183.3 | 138.3 | 118.4 | 88.1 | 77.0 | 73.4 |
| 人均筹资（元） | 42.1 | 52.1 | 58.9 | 96.3 | 113.4 | 156.6 | 246.2 |
| 当年基金支出（亿元） | 61.8 | 155.8 | 346.6 | 662.0 | 922.9 | 1187.8 | 1710.2 |
| 复合增长率（5） | - | 152.1 | 136.8 | 120.4 | 96.6 | 80.6 | 73.9 |
| 社会受益人次（亿人次） | 1.22 | 2.72 | 4.53 | 5.85 | 7.59 | 10.87 | 13.15 |

从新农合这几年筹资与支出的复合增长来看，总体上，各自的增长率都呈下降趋势，而支出的复合增长率自 08 年开始超出筹资的复合增长率。

### 1.1.2 城镇职工、居民基本医疗保险保障情况

表 2：城镇职工、居民基本医疗保险情况

| 指标 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|
| 城镇职工基本医保 | | | | | |
| 参保人数（万人） | 18020 | 19996 | 21937 | 23735 | 25227.1 |
| 在职职工 | 13420 | 14988 | 16411 | 17791 | 18948.5 |
| 退休人员 | 4600 | 5008 | 5527 | 5944 | 6378.6 |
| 基金收入（亿元） | 2214.2 | 3040.0 | 3672.0 | 3955.4 | 4945 |
| 复合增长率（%） | - | 37.3 | 28.8 | 21.3 | 22.2 |
| 基金支出（亿元） | 1551.7 | 2084.0 | 2797 | 3271.6 | 4018.3 |
| 复合增长率（%） | - | 34.3 | 34.3 | 28.2 | 26.9 |
| 累计结存（亿元） | 1278.1 | 2440.8 | 3432.0 | 4741.2 | 5683.2 |
| 城镇居民基本医保 | | | | | |
| 参保人数（万人） | - | - | 18210 | 19528 | 22066 |
| 基金收入（亿元） | - | - | 251.6 | 353.5 | 594.2 |
| 复合增长率（%） | - | - | - | 40.6 | 53.7 |
| 基金支出（亿元） | - | - | 167.3 | 266.5 | 413.1 |
| 复合增长率（%） | - | - | - | 59.3 | 57.1 |
| 累计结存（亿元） | - | - | 220.7 | 306 | 496.8 |

城镇职工基本医保基金支出的复合增长率自 09 年后就一直高于基金收入的复合增长率。城镇居民基本医保基金支出的复合增长率也一直高于基金收入的复合增长率。

### 1.1.3 社会保险构成情况

表 3：居民社会医疗保险构成（%）

| 项目 | 合计 | | 城市 | | 农村 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2008 | 2011 | 2008 | 2011 | 2008 |
| 城镇职工基本医保 | 14.8 | 12.7 | 47.4 | 44.2 | 2.9 | 1.5 |
| 公费医疗 | 0.7 | 1.0 | 2.2 | 3.0 | 0.2 | 0.3 |
| 城镇居民基本医保 | 9.5 | 3.8 | 25.1 | 12.5 | 3.8 | 0.7 |
| 新农合 | 69.5 | 68.7 | 13.4 | 9.5 | 89.9 | 89.7 |
| 其他社会医保 | 0.3 | 1.0 | 0.9 | 2.8 | 0.1 | 0.4 |

公费医疗和其他形式的社会医保占比呈下降趋势，三大医保体系都不同程度地在增长，其中城镇居民基本医保因开展时间不长，增长幅度较大。

表 4：我国三大医疗保障体系

| 医保体系 | 覆盖对象 | 筹资方式 | 开始时间 | 2011 筹资额 |
|---|---|---|---|---|
| 职工医保 | 城镇所有用人单位职工，包括企业、机关、社会团体、民办非企业单位等 | 用人单位和职工共同缴纳，缴纳率为本人工资的 6%、2% | 1998 | 4945 亿 |
| 新农合 | 农村户籍居民 | 政府补贴 70%左右，个人出资 30%左右 | 2003 | 2408 亿 |
| 居民医保 | 城镇未成年人和没有工作的居民 | 政府补贴 70%左右，个人出资 30%左右 | 2007 | 594 亿 |

总的来说，目前，国内医疗保障体系已基本覆盖，一是人数基本覆盖，2011 年医保覆盖人数已达到 13.05 亿，根据《人力资源和社会保障事业发展“十二五”规划纲要》，2015 年预计能覆盖 13.2 亿；二是支付比例方面，2011 年医保住院报销比例总体在 60-65%，“十二五”期间可能提升到 70%以上；卫生总费用中，个人支出比重占 36%，社会支出和政府支出占比逐步提升。

随着保障力度的提升，医保维持收支平衡的压力逐步显现。

## 1.2 社会医疗保险支付方式变革的意义

从世界各国医保组织发展的过程来看，都存在着一个“覆盖”→“控费”→“支付方式变革”的进程，可以说，支付方式变革是医保发展的必然趋势。

社会医疗保险费用支付方式的发展趋势如下：

1、支付模式由分散向集中发展。实践证明，在医疗保险费用控制上，集中统一支付模式是最好的方法。目前许多国家由市场定价向政府统一定价发展，通过统一的价格体系来引导和约束医方的行为，合理配置和利用医疗资源。

2、支付方式从后付制向预付制方向发展。在后付费制度中，医疗服务机构得到提供医疗服务以后的事后补偿，医疗保险机构无法对医疗行为进行控制。而在预付制度下，医疗保险机构可以通过制定医疗总额预算来主动控制医疗总额，这样就使医疗服务机构改变其医疗行为。

3、支付水平由全额支付向部分支付发展。在支付医疗保险费用中引入需求方分担机制，让病人负担部分医疗费用，有利于减少需求方的过度医疗消费和道德风险，对于控制急剧增长的医疗保险费用起到重要作用。

我国社会医疗保险的传统支付方式是属于后付制的按服务项目付费方式，其优点是医疗服务供给者可获得全额补偿，可以调动医疗机构和医务人员的积极性，激励他们提供更多、质量更好的医疗服务；医学科技成果的应用和服务项目可以不断更新，管理成本较低。但其也存在着不容忽视的缺点：医疗收入与服务费用支出直接挂钩，整个支付系统中没有提高效率和降低支出的激励机制，容易造成医疗服务人员提供过度服务和医疗资源的浪费，容易倾向于发展高精尖医学技术，而忽视常见病、多发病的防治，对医疗保险机构来说，医疗支出总额不可预计。

我国基本医疗保险的一项重要原则就是“以收定支、收支平衡，略有结余”，随着基本医疗保险参保人群的不断增加，社会医疗保险的支出增长率高于收入增长率，基金运行面临巨大的压力。因此，对医疗保险支出进行变革是保证医疗保险基金安全运行的重要措施。

# 二. 社会医疗保险支付方式变革，医院该如何应对？

## 2.1 社会医疗保险支付方式变革内容

2011 年 5 月 31 日，人力资源和社会保障部下发《关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见》[人社部发（2011）63 号]，宣告了国内医疗保险支付制度变革的开始。2012 年 11 月 14 日，人力资源和社会保障部、财政部、卫生部联合下发《关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见》[人社部发（2012）70 号]，对社会医疗保险支付变革作了更为细致化的工作安排。

从上述两份文件可以看出，社会医疗保险支付方式变革，其核心是“总额控制”。“总额控制”蕴含双重含义，一是总额如何确定，二是总额如何控制。

### 2.1.1 医院社会医疗保险支付总额确定过程和方式

1、科学编制统筹地区年度基金支出预算。各统筹地区要根据近年本地区医疗保险基金实际支付情况，结合参保人数、年龄结构和疾病谱变化以及政策调整和待遇水平等因素，科学编制年度基金支出预算。实现市级统筹的地区还要在建立市级基金预算管理制度基础上，根据市、区（县）两级医疗保险经办机构分级管理权限，对基金预算进行细化和分解。

2、合理确定统筹地区总额控制目标。统筹地区要按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，以基本医疗保险年度基金预算为基础，在扣除参保单位和个人一次性预缴保费、统筹区域外就医、离休人员就医和定点零售药店支出等费用，并综合考虑各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人员医疗消费水平等因素，确定医疗保险基金向统筹区域内定点医疗机构支付的年度总额控制目标。在开展总额控制的同时，要保障参保人员基本权益，控制参保人员个人负担。

3、细化分解总额控制指标。以近三年各定点医疗机构服务提供情况和实际医疗费用发生情况为基础，将统筹地区年度总额控制目标按照定点医疗机构不同级别、类别、定点服务范围、有效服务量以及承担的首诊、转诊任务等因素，并区分门诊、住院等费用进一步细化落实到各定点医疗机构。

### 2.1.2 医院社会医疗保险支付总额的控制方式

1、建立激励约束机制。按照“结余留用、超支分担”的原则，合理确定基本医疗保险基金和定点医疗机构对结余资金与超支费用的分担办法，充分调动定点医疗机构控制医疗费用的积极性。在保证医疗数量、质量和安全并加强考核的基础上，逐步形成费用超支由定点医疗机构合理分担，结余资金由定点医疗机构合理留用的机制。超过总额指标的医疗机构，应分析原因，改进管理，有针对性地提出整改意见。医疗保险经办机构可根据基金预算执行情况，对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予补偿。医疗保险经办机构应与定点医疗机构协商相关具体情况，并在定点服务协议中明确。

2、纳入定点服务协议。要将总额控制管理内容纳入定点服务协议，并根据总额控制管理要求调整完善协议内容。要针对总额控制后可能出现的情况，逐步将次均费用、

复诊率、住院率、人次人头比、参保人员负担水平、转诊转院率、手术率、择期手术率、重症病人比例等，纳入定点服务协议考核指标体系，并加强管理。

3、完善费用结算管理。统筹地区医疗保险经办机构要将总额控制指标与具体付费方式和标准相结合，合理预留一定比例的质量保证金和年终清算资金后，将总额控制指标分解到各结算周期（原则上以月为周期），按照定点服务协议的约定按时足额结算，确保定点医疗机构医疗服务正常运行。对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用，医疗保险经办机构应根据协议按时足额拨付；超过总额控制指标部分的医疗费用，可暂缓拨付，到年终清算时再予审核。对于医疗保险经办机构未按照协议按时足额结算医疗费用的，统筹地区政府行政部门要加强监督、责令整改，对违法、违纪的要依法处理。

医疗保险经办机构可以按总额控制指标一定比例设立周转金，按协议约定向定点医疗机构拨付，以缓解其资金运行压力。医疗保险经办机构与定点医疗机构之间应建立定期信息沟通机制，并向社会公布医疗费用动态情况。对在改革过程中医疗机构有效工作量或费用构成等发生较大变动的，统筹地区医疗保险经办机构可根据实际，在年度中期对定点医疗机构总额控制指标进行调整。

4、强化医疗服务监管。统筹地区卫生、人力资源社会保障等部门要针对实行总额控制后可能出现的推诿拒收病人、降低服务标准、虚报服务量等行为，加强对定点医疗机构医疗行为的监管。对于医疗服务数量或质量不符合要求的定点医疗机构，应按照协议约定适当扣减质量保证金。要完善医疗保险信息系统，畅通举报投诉渠道，明确监测指标，加强重点风险防范。要建立部门联动工作机制，加强对违约、违规医疗行为的查处力度。

5、推进付费方式改革。结合基金收支预算管理加强总额控制，探索总额预付。在此基础上，结合门诊统筹的开展探索按人头付费，结合住院门诊大病的保障探索按病种付费。要因地制宜选择与当地医疗保险和卫生管理现状相匹配的付费方式，不断提高医疗保险付费方式的科学性，提高基金绩效和管理效率。

## 2.2 社会医疗保险支付方式变革对医院的影响

社会医疗保险支付方式变革进行总额控制，明确谈及到了三种付费方式，即总额预付制、按人头付费以及按病种付费。这三种付费方式在支付方式变革中所处的地位是不同的：即首先需要尝试和探索的是总额预付制，在总额预付制的基础上，门诊探索按人头付费，住院和门诊大病探索按病种付费。亦即通过总额预算、总额预付压缩不当医疗、过度医疗，并通过新修订颁布的医院财务、会计制度加强成本核算及报表呈报，以此明确各单项成本结构，成本具体数据，为门诊开展按人头付费、住院及大病门诊按病种付费做好基础数据积累工作。可以说，由于医疗行业管理部门缺乏相应的成本数据，因此，在文件中所明确的 2014 年前，社会医疗保险的支付方式一定是混合式的，总额预付、按服务项目付费、按服务单元付费、按人头付费以及按病种付费这些方式都会在不同地区不同级等的医院中同时存在，但这些支付方式都会加上一个“总额”予以控制。

### 2.2.1 各种支付方式的特点

| 支付方式 | 支付方式的界定 | 主要优点 | 主要缺点 |
|---|---|---|---|
| 按服务项目支付（后付制） | 传统、典型的明细账后付制，按照服务项目的价格和提供的服务数量计算费用，保险或病人向服务提供方支付 | 医生有行医自主权，能主动更新医疗手段，特别是那些收费高的新技术，能够促进医学技术发展；病人能随时看病，并能满足各种要求；支付灵活，核算方便 | 易产生诱导需求，可能导致医疗向高、精、尖发展，忽视常见病和多发病的防治；管理成本高，保险方只能在事后对账单进行审查监督，难以有效控制医疗费用 |
| 总额预付制（预付制） | 支付方式按照一定依据确定一个总额，支付给医院，医院提供规定的医疗服务。 | 费用结算简单，管理成本低；服务提供者有控制费用的动力，费用控制可靠 | 可能阻碍医疗服务技术的更新和发展；医疗服务提供数量减少，质量降低 |
| 按人头支付（预付制） | 支付方按照服务人口数量支付服务提供方，后者完成规定的服务内容 | 对服务和费用都有高度的控制，有利于开展预防工作，行政管理成本低 | 医生对患者避重就轻，推诿较重病人 |
| 按服务单元付费（后付制） | 按预定的住院日/床日费用标准支付住院病人每天的费用，或按诊次费用标准支付门诊服务 | 激励医院降低每住院日或每门诊人次成本 | 延长住院日，分解处方，增加复诊；推诿重症病人 |
| 按病种付费（预付制） | 按病人的主要诊断、次要诊断、年龄、疾病的情况分组，每组支付相同的费用 | 能够有效控制医疗费用 | 可能出现医疗欺诈即诊断升级 |
| 混合支付 | 两种或两种以上支付方式同时使用 | 克服了单一支付方式的不足 | 管理上比单一支付方式复杂 |

### 2.2.2 总额控制对医院收入的影响

1、总额控制基本确定了医院下一个周期的总体收入规模。总额控制中的“总额”即是医疗保险管理机构对各医院医疗保险市场份额的划分。随着总额控制的展开，医院在当地社会医疗保险市场所占的份额基本确定，而社会医保收入在医院整体收入中的占比至少在一半以上，多数三甲医院在 2/3 以上，因此，每次与医疗保险管理机构协商确定医保总额，也就基本确定了医院下一周期的收入规模。

2、总额控制增加医院收入的不确定性。社会医保管理部门根据过往三年的医院收入情况确定医院医保总额，这样确定的总额也暗含着确定了特定的患者结构（患者的病源、病种结构和病情缓急），在一个患者可以随机确定医疗保险定点机构就医的情况下，医院实际面对的患者结构是动态变化的，基本无法就此总额做出更系统化、更明确的应对预案。再加上与总额控制配套的医保拒付，使得医院的付出与收获将严重的不匹配，势必严重困扰医院的稳定发展。

3、总额控制对民营医院收入的影响甚大。一方面来自于对民营医院品牌构建的影响（这点在后文总额控制对医院品牌构建的影响中会有阐述），制约医院将来的收入增长空间；另一方面来自与对转诊业务的影响（见下一节），直接影响医院目前的收入。

### 2.2.3 总额控制对转诊的影响

总额控制对转出院有转诊转院率的控制，对报销比例有控制，对新农合向省级定点医院转诊有控制。但对转入医院来说，跨医保管辖区域转入的病人，其诊疗费用不会挤占医保总额。因此，可以预计，在没有更详细的管理办法出台之前，在医保支付方式还未再变革或更细致化之前，大型高级等知名医院会加大力度开发转诊业务。民营医院受品牌影响力及渠道开拓受限的影响，原本占有较大比重的转诊业务将会受到公立医院的侵蚀，进一步影响其收入。

### 2.2.4 总额控制对医院医患关系的影响

总额控制的核心是通过风险共担机制诱导需求，控制过度医疗。按照九鼎的医患关系模型，总额控制对医患关系的影响如下：

1、对于社会与医疗行业的关系。在这一对关系中，社会是主动的，即社会不仅提供了医疗行业生存的环境，也对其的正常良好运行进行控制和管理。本次医保支付方式变革，其实就是社会对医疗行业进行管理的一种表现。对医疗行业来说，本次医保支付方式改革，是对其整体运

营方式提出了新的要求，必须从过往的“粗放式”的、一味追求将“蛋糕”做大的追求“量”的运营方式向“集约化”的、“精细化”的追求“质”的运营方式转变。总的来说，影响是正面的。

2、对于患者与医院的关系。在这一对关系中，患者是主动的，患者可以随意地选择医院就医。在未采取总额控制时，由于社会医保提高了患者的就医支付能力，提升了患者对诊疗效果的期望，因而，患者在选择医院时，会更多地选择高级等、知名大医院，间接地造成了大医院患者人满为患。实行总额控制后，很多医院的医保额度很快就用完了，这也迫使医院产生推诿、选择病人的行为，这样的行为一方面加剧了医患关系的紧张状态，但另一方面也将迫使患者产生理性就医的行为习惯，当然，若能再增加信息的透明度，配合患者就医行为习惯的转变，则未必不是一件好事。对医院来说，实施总额控制后，为了避免超出总额，首先会控制以往存在的不合理检查、不合理用药、不合理治疗等行为；其次，医院会调整医疗保险病人药品、材料的使用范围，尽可能使用国产药物和材料。当上述限制措施仍无法将总费用控制在医疗保险限定范围之内时，医院易于产生选择性收治病人、推诿病人，特别是推诿重症病人的极端行为。总额控制的压力使得病人的要求得不到满足，甚至是就医遭到推诿、拒绝，使原本紧张的医患关系变得更加脆弱。上海媒体曾热议的“医疗保险部门一次澄清引矛盾，谁制造了医院的医疗保险限制”，就是这一问题的真实反映。这是医保支付方式变革后医患之间出现的新矛盾所在。

3、对于医生与患者的关系。在这一对关系中，医生是主动的。对患者来言，医生掌握了患者所不掌握的相关知识和技能，因此，患者对医生提出的各种医疗方案或建议接受度是很高的。在医保提高了患者的就医支付能力后，医生的诊疗空间应该说是扩大了，这也使得医生无论是从个人的学术发展也好，还是从为患者提供更好的医疗技术服务也好，都有动力为患者提供新医疗技术、新药品等等，这样做的一个后果就是医疗费用的持续上涨。而实行总额控制后，医生的诊疗空间被压缩了，除了收入的增长空间被压缩外，寻求个人学术、技能提升的空间也在压缩，。而患者一方面被过度治疗的可能性降低，另一方面治疗不足的可能性也增加了。总的来说，医生的不满意会更高点。

4、对于医院和医生的关系。在这一对关系中，医院是主动的。对医院来言，这样的主动性体现在医院可以采用相应有效的激励机制引导医生开展符合医院发展要求的医疗服务行为。未实施医疗保险总额控制时，医务人员的收入与医院的业务收入具有一定的相关性，实行“多劳多得”的奖励制度，医务人员有动力去多服务患者，多接收患者。实行总额控制后，做得过多会适得其反，相应的费用支出需要医院来承担，甚至还要接受处罚，医务人员戏称“少劳多得”。这对当前医院的激励机制提出了新问题。面对临床一线人员，既要保护其工作积极性，防止出现推诿病人、大病小治的现象，又要防止过度检查、不合理用药等浪费卫生资源的情况。如何转变医务人员观念，加强医疗保险管理，科学评价医药费用控制情况，是考验每个医院管理者智慧的难题。当下，也出现了医院将医保总额分解到科室、到具体医生上的做法，加重了医生不合规行医的可能性。对这一对关系来说，不满意的仍然是医生。

### 2.2.5 总额控制对医院品牌建设的影响

1、对品牌构成因素的影响。在医院品牌构成中，技术是一个不容忽视的重要因素。在未实施医保总额控制时，医院有动力主动去寻求技术创新和高新技术在临床的应用，这不仅可以为医院带来更高的收入，为自身谋得学术地位和技能提升，也对医院品牌构建起到了至关重要的支撑作用。实行总额控制后，此举显然对高新技术在临床的应用产生了遏制作用，医院必须面对“高新技术”与“适宜技术”的取舍与平衡，这对医院如何构建品牌提出了新的挑战。

同样，医院品牌的另一个构成要素，服务，在总额控制下，该如何开展，服务所针对的对象、服务内涵、服务方式、服务的收益与成本如何计算和平衡，这些也都成为医院需要面对的新问题。

2、对品牌传播的影响。在这一点上对以社会医保收入为主要收入来源的民营医院影响甚大。公立与民营医院在总体成本构成上，有一个显著的不同就是品牌传播费用。公立医院借助身份所具有的在政府、社会上更广泛的渠道资源传播自己的品牌，其单独支出的品牌传播费用非常少。

而民营医院呢？构建这样的渠道只能依靠真金白银的投入来实现，在成本构成上，这是很大的一块。总额控制，在确定总额预算时，是不会考虑这块支出的，因此，对这些民营医院来说，传统的品牌传播渠道恐怕会失去，“公”、“民”之间的竞争将更不对等，对民营医院收入的影响不可谓不巨大。

## 2.3 医院的应对措施

### 2.3.1 如何化解总额控制对医院收入的影响？

对医院来说，要医保、自费两条腿走路，主动扩大医院收入来源，减少总额预付对医院的制约。在目前的政策环境下，“做大做强”仍是医院的共识，而做大是做强的基础，增加业务量和业务收入仍是一定时期内院长们的主要目标。

1、保持医保额度逐年增加。对大多数医院来说，医保收入仍是医院收入的主要来源。在统筹区域整体业务量快速增长的支撑下，各家医院都有机会获得稳定增加的医保额度，而争取增加比例高于全市平均水平才是医院要争取的目标。要争取医保总额增加比例高于全市平均水平，除了要继续通过品牌影响力吸引更多的本地医保患者前来就医外，还需重点关注的一点就是要降低甚至最小化医保拒付水平。医保拒付水平过高将直接影响次年度医保总额的核定。如何应对医保拒付将在后文中作专题探讨。

2、吸引外地转诊、自费患者就医，减少对本市医保的依赖。在医保额度增长速度受限的情况下，有品牌影响力的医院普遍采取了“眼光向外”的策略，凭借较强的学科实力和影响力，积极向周边省市拓展医疗市场，吸引更多外地患者。为此，很多医院专门成立了“业务拓展部”、“事业发展部”或“对外合作部”一类的职能部门。通过与外地医保部门、外地转出医院签订合同或协议，成为其合作医院，患者回原籍后可享受当地医保报销待遇。外地患者不受本地医保的诸多限制，成为总额预付制下医院业务收入必要和有益的补充。

显然，依据品牌影响力而构建医联体，尤其是跨医保管辖区域医联体成了现实公立医院，特别是三甲大型知名公立医院需要着重考虑的运营方式。

对民营医院来说，构建品牌从未像现在这么急迫，必须快速地构建起具特色、差异化的医院品牌，不仅对增加本地医保患者有益，为下一年度增加总额打下基础，也为开展转诊业务提供平台。否则，民营医院生存空间将更加的逼仄。

### 2.3.2 如何化解总额控制对医患关系的影响

医患关系的核心是患者的满意度，患者的满意度却是需要医生—患者、医院—患者、医院—医生，以及与社会（包括社会医疗保险管理机构）这四种关系和谐共处来实现的。

2.3.2.1 和谐医院与社会的关系，尤其是与医保管理机构的关系。医院要与卫生行政部门、医保管理机构一道共同营造合理控费的良好氛围。医院要善于、勤于与卫生行政部门、医保管理机构进行沟通，毕竟控制医药费用的不合理增长，是一个涉及多部门、多层面的系统工程，绝不是某一个部门、机构的职责。医院需要主动创造一个与卫生行政部门、医保管理机构三方相互协调、合理控费的良好局面，不能出现政令不通、相互指责、相互推诿的现象。应该看到，医院目前处于控费的风口浪尖，舆论导向由“看病贵”转为“开药受限”，往往简单地把原因往医院、医生片面追逐利益上推。当务之急是医务人员需要全社会的理解和支持，在改革中，医院及其他相关部门都必须真正树立以病人健康为中心的理念，主动适应医疗改革的要求、疾病模式的转变以及人民群众多层次的医疗服务需求。

2.3.2.2 和谐医院、医生与患者的关系。

1、对医院来说，要转变观念，充分体现医院的公益性。各级医院管理者应高度重视控费工作，在思想上彻底扭转以往医疗保险管理工作中“能超则超“的观念，加强医疗保险政策宣传，使广大医务工

作者和患者对医疗保险政策有正确的认识。

2、对医生及医务人员来说，必须树立新的医疗服务观念，既要开药又要算账，既要保证医疗质量又要控制成本，既要患者理解又要医疗保险部门认可。应配合政府在提供“安全、高效”医疗服务的前提下主动积极控费，并且耐心细致地做好病人的安抚解释工作，不能简单化、一刀切。

3、健全组织机构，保障各项工作各项服务落实到位。健全的机构是在总额控制下保障医保工作顺利开展的立足点，为了实现医保工作齐抓共管、上下联动的局面，可以从以下三方面入手健全机构。一是建立领导体系，比如成立由院长任组长、主管院长任副组长、各科室主任为成员、院医保管理部门负责组织实施的医疗保险管理工作领导小组；二是强化院医保管理部门内部建设，将财会、医学、药学、计算机等专业人员充实到医保管理机构中，使医保队伍实现专业化、年轻化、高素质；三是把机构建设延伸到科室、病区。科室、病区要明确一名工作人员为医保专管员，负责本科室医保工作，使全院上下形成由院领导到各科室、病区的完整的医保管理体系。

注重基金预警监控。要对医疗保险基金的收入、分配和使用过程中出现的问题进行实时评价，提出预警分析，避免医疗保险基金在运作过程中出现失控，做到未雨绸缪。具体来说，要多部门协同依据总额预付数据，量化基金指标，设定警戒线，逐月进行基金监控，同期对比往年的变动，及时发现基金使用不足或过度使用问题，并反馈给临床科室，及时调整。

建立基金超额应对机制。超额情形可以有两种，一种是正常超额，表现为医疗机构进行了控制，但基金额度绝对量不足；另一种是恶性超额，表现为医院内部控制不力、基金不合理超出医保预付额度。应及时告知医疗保险管理工作领导小组，实施相关应对措施：对第一类应正确对待，与相关部门一起分析原因，在额度上请求给予适当的放松；对第二类，则应进行内部调整，采取约谈、通告等有力措施，引起各临床科室的重视，引导基金的正常、合理使用。

4、提升医疗保险管理信息化水平。医疗保险信息化，不仅对医院、医生开展医疗服务有益，对患者及时知晓支付就医状况也大有助益。医院应丰富管理手段，加强医疗保险的过程管控，依托信息平台，建立良好的医疗保险信息统计、反馈、控制平台。做法：一是将复杂多变的医疗保险政策整合至医生工作站，便于医生及时了解政策变化，减轻熟记复杂多变的政策法规和管理制度的压力；二是做到动态监测医疗保险总额完成情况，及时将相关信息反馈给医院管理者，以便及时调整相关政策；及时将相关信息反馈给患者，尤其是需要患者自负费用的有关信息，一定要事先讲清说明，争取患者理解和同意，并予以书面确认。

5、推行临床路径、日间病房等工作试点。医药费用是医院医疗质量和管理水平的综合体现。要使得控费工作可持续，必须做到“疏堵结合”，需要从提高医疗质量和管理水平等根源性问题着手，需要从技术整合上入手。临床路径给医院管理者提供了一种质量效益型医院管理模式，可通过标准化医疗流程和持续性流程改进，不断提高质量、控制费用，减少无效支出。日间手术不单能明显缩短治疗等候时间和治疗时间，而且由于住院时间减少及由此带来的医源性感染机会的降低，能很大程度地减少病人医药费用的支出。因此，医院大力推进日间手术与日间病房试点，加快医院病床周转，降低成本，减轻病人的医疗费用负担。

6、优化非医疗技术服务流程，提升患者满意度。临床路径是医疗技术服务流程的典型代表，对控费、提高医疗质量有关键性作用。但患者因信息不对称缘故，无法对医疗技术服务流程形成客观感知，也就无从谈及满意度。患者能形成感知并有所判断的是非医疗技术服务流程，比如门急诊相关流程。患者在接受医疗服务过程中，不仅大量的时间是停留在非医疗技术服务流程中，而且很多顾客是以非医疗技术服务流程中所感知到的医务人员的责任心，来推测医务人员在医疗技术服务流程中的尽职尽责程度，因此，以患者为中心，优化非医疗技术服务流程，不仅可以提高效率，提高患者满意度，提升服务质量，还可以对医患关系起到和谐修补的作用。

7、加强成本核算，实现成本控制。控制成本、降低不必要的费用、减少浪费，是医保支付变革后的大趋势。医院需通过全成本核算工作进行成本效益分析，找到成本控制点，通过成本控制增加医院收益，从而避免粗放型发展。医院应将成本核算的结果与工作人员的绩效考核有机结合，激发临床一线医护人员的成本控制意识，真正做到“以核算明成本，以绩效促控制”。

2.3.2.3 和谐医院与医生之间的关系。和谐医院与医生之间的关系，就是要在医保支付方式变革的前提下，重构医院激励机制，不能简单地将医保总额分解落实到医务人员头上，并以此作为考核指标对医务人员的医疗服务进行评价，这是与医保支付方式变革的初衷相违背的。

从某种意义上来说，医务人员的激励机制的设计是医改的重点，也是难点，对本次医保支付方式变革来说，也不例外。总额控制，可以说，更进一步增加了构建医务人员激励机制的难度。随着医保全覆盖，医保支付总量除了

随社会收入水平的整体提升而提升外，基本恒定。因而，整个医疗行业的医务人员之间成了“常合博弈”，对激励机制是否公平、是否足够精细、是否到位提出了更高的要求。

在以疾病本位和以赢利为目的的医疗模式已深根于我国的卫生行业时，突出人本价值的回归正当其时，对医务人员的激励必须摆脱唯物质论，必须将非物质激励融入到医院激励机制中，比如医务人员的个体尊严、声誉等等。这在施行中或许有一定的难度，但只有这样，医务工作才能真正成为一份让所有从业者真正发至内心感到骄傲和自豪的工作。这应该比金钱更为重要。

其他措施还包括：

1、制定管理措施及管理指标，提升医保管理水平。通过制定相关制度，比如《医保病人管理办法细则》，规范医务人员医疗行为，要求医务人员在保证医疗质量的前提下，遵循因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗的基本医疗准则。根据《医疗服务协议》的指标管理要求，制定医院内部医保管理指标，从而加快病床周转、降低平均住院日、降低住院费用，提升患者满意度。组织医保工作专题查房，加大监督检查力度，量化考核，讲评通报，将医保工作真正纳入医院管理的范畴。

2、宣传、讲评、公示，形成氛围。必须营造总额控制使得医院“必须动真格的了”这么一个氛围，医院应该加大宣传力度，利用院周会、宣传栏、内部网站等形式向医务人员灌输总额预付的各项要求，利用院周会等形式对违规科室进行点评和督促，而对药占比等指标超标的个人则利用公示栏进行警示，形成控费氛围。

3、挂钩内部分配，奖惩分明。这是医院目前的普遍做法。医院将医保政策执行情况直接与科室考核分配挂钩，将医保指标控制不佳的科室月度奖金进行部分预留，使其立竿见影地感受到违规的代价；如果年度结算时达标，则将预留的奖金返还，反之将扣除。对经批评教育不改的违规医务人员，除了扣发奖金外，还可采用延缓职称晋升或记入医生个人执业档案等方式进行处罚。

4、精细化指标管理。总额预付患者涉及指标较多，分为住院、普通门诊和门诊特殊病三类，除基金使用率、次均费用外，还有许多诸如自费比例、药费和耗材费等多项指标，若分别监控孤立的单个指标，必然忽略了指标之间内生关联。因此，在日常总额预付工作中，对于繁杂的指标数据，应该做到精细化管理，对多维度的指标进行综合分析。

### 2.3.3 如何化解总额控制对医院品牌建设的影响

总额控制对医院品牌建设的影响，将会使中国医疗行业品牌分层化。即以高新技术为技术特色、以自费患者为主要顾客的医院占据医院品牌金字塔的顶层，以适宜技术服务社会医保患者的医院占据品牌金字塔的中部，以全科医生为主的作为基本医疗服务体系“守门人”角色的以贴身贴心服务为特色的基层医疗机构占据品牌金字塔的底部。这样的品牌构成，亦将影响未来中国公立与民营医院的发展走向。

由此，不同品牌层次的医院品牌建设的应对措施也就不同。

1、对顶层品牌医院来说，大力发展高新技术自不待言。问题是，如何提升患者的满意度？这需要向美国的梅奥诊所学习，将人本化服务融入到医院的日常管理中，亦即需要从现在的“以疾病为导向、以赢利为目的”的建院方针转向“以人为本”，通过构建人本化战略，实施人本化服务，塑造自身强大的竞争能力。

2、对中层品牌医院来说，发展适宜技术是最满意的选择。但如何发展适宜技术呢？在技术同质化的前提下，通过技术体系的构建来差异化适宜技术。临床路径是技术体系的一种形式，每个医院都可以依据自身的优势和特色构建仅属于自身的临床路径，就像搭积木一样，虽然单个积木是一样的，无差异的，但系统化整体化搭建起来后，就形态各异了。而服务是让患者对整个技术体系形成良好感知体验的关键，作为技术体系中不可分割的一部分，服务流程（非医疗技术服务流程）必须认真加以建设，不断优化。

3、对底层品牌医疗机构来说，服务显然是其最需关注的。“以人为本”是必须有的服务理念，客户关系管理是重要的举措，信息化建设是基础。

# 三. 医保拒付的原因及应对措施

## 3.1 医保拒付概述

### 3.1.1 拒付的概念。

医保是政策性很强的工作，医方向患方提供医疗服务，患方向保方缴纳保费并享受保障待遇，保方向医方支付费用并承担管理医保基金和监管医方诊疗行为的责任。医保经办机构对医院违规行为的主要惩罚手段即为拒付——对于其判定不合理的、医院先行垫付的统筹费用，拒绝向医院支付。

### 3.1.2 拒付的方式。

医保拒付主要有两种方式，一是否认整个诊疗经过，一般称为“人次拒付”，如对降低住院标准的，该次住院期间发生的统筹费用全部拒付；二是判定诊疗基本合理，但部分费用不合理，对此部分不合理费用拒付，又称“项目拒付”，如判定使用抗生素超量，对超出的金额拒付。

### 3.1.3 拒付费用的构成

基本医疗保险费用结算有多种支付方式，但总体来说主要还是实行定额结算，超额部分形成拒付费用，由医院承担。具体做法是：

1、医院医保管理部门每月初将上月出院的参保病人的费用统计后填制报表，连同结算发票、清单、病历等送医保机构审核，医保机构审核无误后，按应付定额的规定比例拨付给医院，其余留作保证金，待年终考核后按规定给付。

2、如医保机构发现医院存在违规治疗等管理不善的情况，医保机构要按规定扣除这部分违规款，从而构成拒付费用的一部分；

3、定点医院全年基本医疗费用超过次均费用标准的，超出部分待年终统筹基金按有关规定扣除风险储备金及周转金后有结余的，按医疗服务考评标准考评后酌情给予各定点医院补偿，不能补偿的部分对医院而言就是拒付费用；

4、预留 10％的保证金，也存在着年度考核时无法全部返还给医院，比如未达到医保机构的考核标准，则要按规定扣除一部分款项，从而构成拒付费用的另一部分；

5、单病种医疗费用在按病种定额扣除参保病人自付总额后，其未付余额则全部构成拒付费用。

## 3.2 非医院原因导致医保拒付（本节仅供参考）

### 3.2.1 制度设计方面

3.2.1.1 医保统筹支付金额的 6%作为考核预留金，需 1 年半考核后返回。若考核分值低于某一分值将按其考核规定扣罚部分或全部费用。但其考核标准科学性欠佳，比较随意，医院很难达标。

3.2.1.2 无明确的医保审核规范。医保统筹城镇职工、居民及医疗救助拒付率以天津市为例，2008 年度分别为 1%～2%，其中城镇职工统筹拒付为 2700 万元，城镇居民拒付为 41 万元，医疗救助拒付为 393 万元。此拒付金额同 6%考核预留金同时并存。医院靠拒付后再次沟通协调非常困难，尤其对未明确支付范围的合理治疗拒付费用几乎无补付的可能。

3.2.1.3 超支缓付金额太大，支付比例制度不合理。天津市调研数据显示，2008 年度约为 4.88 亿元（其中总额预付医院 3.77 亿元，预算付费医院 1.11 亿元）。此费用同 6%考核预留金和 2%拒付金额并存。由于制度设计不合理，无很好的管理规范，从制定费用支付标准到超支缓付是否支付，支付比例是多少等均无科学合理的界定，人为随意性成分较多。

3.2.1.4 统筹与大额救助之间衔接不好的支付差额由医院承担。统筹与大额救助之间因政策有缺陷，导致商业保险在统筹医保审核后，不认可的费用计算额度及身份确认不明确者，在大额救助费用中不支付给医院，从制度上给医院造成不应有的经济损失。

3.2.1.5 医保协议中部分条款显失公平、公正，医保费用结算不规范。医保协议是医保经办机构按照人保部门提供的文本协议与各定点医院签署的。在医保协议中体现医保经办机构单方面的意愿较多，医院只能被动接受，可谓霸王条款有失公平。协议中要求医院做到的，医院必须无条件的做到，否则属违规行为。而协议中规定的结算和年终考核日期，则被医保经办机构以种种理由推迟或延缓。从制度上造成医院正常的医保费用不能按协议规定如期结算，给医院造成巨大的资金压力，影响医院正常运行。

3.2.1.6 医保目录调整不及时，制约医学新技术的应用，增加了患者的负担。医院在开展和应用新的技术和新的治疗方法，临床效果是明确有疗效的。但由于现行医保目录调整不及时，新技术、新的治疗方法不予支付，患者只能自费，加重了患者的负担。自费比例过高，医保考核不达标，影响了临床医生开展新技术的积极性，间接地制约了医学新技术的发展和医疗保障水平的提升，结果影响了参保人员不能享受较好的医疗服务。

3.2.1.7 医保支付政策与临床诊疗规范和物价收费政策不一致，医院处于多头监管的地位。医保政策规定能用甲类目录药品而不用乙类目录药品，这与基本医疗保险制度基础用药同类药中使用价格便宜的要求相抵触，造成参保人员在疾病治疗需要时有一定矛盾，参保人员指责医生不负责任，这也是医患矛盾的主要原因之一。

3.2.1.8 在医保管理体制上有缺陷。医保部门集医保政策的制定、医保基金的筹集、结算、检查、考核、支付和处罚于一身，既是运动员，又是裁判员，这也是上述矛盾问题存在的根本原因。

### 3.2.2 医保经办机构方面

医保经办机构在保证医保基金的安全，控制医疗费用过快增长，规范医疗行为中发挥着重要的作用，为国家医保政策的实施、维护广大参保人员的权益做出了很大的贡献。但由于我国特殊的国情，造成体制和机制的不健全，使得医保经办机构与医疗机构的矛盾加深、关系紧张、不和谐因素增多，引发了诸多的社会问题。原因分析如下：

3.2.2.1 无文件要求拒付理由随意性较大。材料费虽无明确限制，但医保中心要求均需重新申请同意并有相应的要求限制，未提前申请或超限制范围就拒付。其它治疗、检查费用情况也是如此，每一项治疗检查均有其要求限制，部分医保药品人为予以限量使用，超量部分就拒付。

3.2.2.2 超越医疗行业和物价管理政策要求。医保中心在调阅病历时，要求所有用药、治疗、检查均应在“病程记录”中描述原因及使用方法，并要求报告单、医嘱记录单、费用清单中的所有项目均应一致，不可存在特殊情况，发现一处缺少就视为违规便拒付，完全超出医疗行业和物价管理的政策要求，给临床科室医护人员和医院医保管理部门的工作带来很大压力，既增加了人力成本，又浪费了大量的宝贵时间。

3.2.2.3 超定额扣款和医保经办机构自行认定的违规扣款是目前医保费用拒付的突出问题。每年签订的医保协议，定点医院都是处于被动位置，病种定额过低（非病种定额只有 3500 元/人次），不考虑临床治疗和患者的实际情况。居民医保和生育保险定额过低。医院在签订协议时明知是亏损但还必须签协议。超定额费用不返还，大额医疗费用只返还 90%～92%，医院要承担 8%～10%的不返还费用。三甲医院收治患者病情复杂，定额超标严重，越是大医院越不敢收医保患者。

3.2.2.4 公费医疗（公务员待遇）超支部分，由财政、单位、医院按“五、四、一”比例分担（约 8%～10%）。有些医院每年分摊的金额达 14 万元。加上离休干部医保费用因财政拨款不到位，经办机构以统筹基金不足而拒付离休干部医药费用。某三甲医院从 2005 年开始有近 1000 万元未支付，给医院资金周转带来巨大压力。

3.2.2.5 住、出院标准与卫生行政部门制定的标准不相一致，医院无所适从。若执行医保经办机构要求，有些患者不需要收治住院，将其视为“降低入院标准”，有些住院患者在疾病未完全控制时要求自动出院或转院被作为拒付的原因。有些病种如“青光眼手术”治疗，在国外已开展日间手术多年，但医保只给住院患者报销，门诊患者不能报销，浪费了医疗资源和患者的救治时间。这与卫生行政部门倡导优化就医流程，缩短平均住院日，减少患者救治时间政策与医保要求不符。同时，对不合理用药、不合理检查，医保经办机构独家说了算，不能按卫生部门要求执行。

3.2.2.6 医保预留金预留比例太高。大部分省份医保经办机构每月给医院拨款要被扣掉申报金额 10%的保证金，个别地区还设特病保证金为 15%、住院定额结算的 5%作为预留金。就此一项导致医院承担、垫付费用巨大。经办机构有一种倾向，认为医院尤其是大型医院对拒付费用的“消化能力”强，使医院苦不堪言。

3.2.2.7 医保经办机构与医院医保管理部门沟通不及时，检查与被检查关系不平等。医保经办机构组织的检查或考核组有些人员不具备医学专业知识,有的人员脱离临床多年,不是帮助医院查找改正问题，而是明知医院有错误也不及时告之，而是等到核准或检查时挑出毛病来拒付。在检查中出现的问题，医院医保管理部门逐条审核认定，并作出详细解释和说明，还提供相关资料，并对确实存在的问题及时进行了整改。但有些经办机构并不关心和重视医院所作的努力，而是一味的罚款、扣款，医院有意见，对存在不合理的事情无处申诉，即使反映了，也得不到真正的解决。主要原因是没有一个机构来监管医保经办机构的执业情况。

3.2.2.8 门诊刷卡结算方法较好，但其中救助支付部分同住院一样结算较慢。刷卡结算方法也存在 0.5%-1%的拒付率，原因是医保审核过于严格，门诊医师诊断书写得不十分准确，即刻上传，医院无法复核。持医保卡患者入院登记时可用，出院结算时禁用，理由是因参保单位、个人缴费不及时，医保经办单位不承担责任，欠款由医院向参保单位、个人追缴，是明显的不合理规定。

### 3.2.3 应对措施建议

3.2.3.1 成立国家级医保管理专家委员会。国家级医保管理专家委员会应由政府官员、医保经办机构、医疗专家、医院医保管理协会、物价、财会人员组成。制定严格、规范、科学，便于医保经办机构、医院医保部门和每位医务工作者都可操作的医保费用审核标准。各省应结合当地的实际情况，因地制宜、实事求是地探索和制订总额预付制、单病种付费、临床路径病种付费的实施细则。

3.2.3.2 适当调整医保基金的筹集、报销比例、取消预留金的政策。保持统筹基金收支平衡， 绝不是只对医院的管理，还应该加强对医保经办机构的监督和参保人员的宣传教育。应由政府部门牵头，组织相关部门和行业协会对医保费用结算管理流程进行讨论，构建医保部门筹集资金、财政部门集中支付、医疗机构规范使用的新机制。

3.2.3.3 充分发挥行业协会的作用，建立医疗保险管理和谈判机制。由中国医院协会医院医保管理分会代表医疗机构，由人大代表、政协委员和社会贤达代表参保人员，与政府有关部门和医保经办机构进行谈判。可以先从《医保定点协议》谈判上进行探索，制订双方均认为合理、可行的协议。同时，还应加强行业自律。制定医院医保考核办法、医保经办机构考核办法，引入第三方监督考核的做法，定期向社会公布医保基金管理和使用情况，公布医疗机构管理医保费用的实际情况，有助于医疗机构和参保人员了解“家底”和对现行医保政策和保障水平的理解，有助于政策制订部门适时合理调控医保基金量，调节社会医疗保障水平。

3.2.3.4 提高医疗保险信息管理的能力。医疗保险管理是具有丰富信息的工作，信息的采集、整理、统计、分析、保存、更新、公开，是一项复杂而又重要的工作。其信息主要有政策文件、制度文件、参保人员、定点医疗机构、基本治疗项目、基本药品目录、收费标准等，通过信息集成管理，可以达到规范化管理的要求，每个医生在个人工作站处理参保人员的信息，杜绝超范围用药和超标准收费的现象。此外，人保部门和卫生部门应建设联网工作平台。如“一卡通”制作问题，人保部门在研究设计，卫生部门也在研究制作，两部门在“一卡通”个人信息、基本医疗信息是重叠和交叉的。两部门都在推行持卡

结算，势必造成医疗机构、参保人员的负担。无论哪个部门牵头完成这项工作，都要形成合力，减少人力、物力和时间的浪费。达到科学、方便、安全、监管的医保结算管理效果。

3.2.3.5 增强医疗保险制度监督的有效性。医疗保险制度应该建立有效的监督体系。监督体系包括：人保部门、财政、审计部门的监督与审计，卫生行政部门的监督、行业协会自律监督以及社会各界监督。人保部门通过完善相关政策，制订医保管理的考核标准，向社会公示医保管理制度运行情况，把相关政策、基金筹集、基金的使用、结余情况，医疗机构违规和参保人员违规情况向社会公布。财政部门应把对医保基金是否合理使用的监督，形成制度化，杜绝挤占、挪用与贪污、骗保现象。审计部门应当定期对医保基金的使用情况、结算过程、拒付金额、基金结余进行严格审计，对违反政策和制度要求的问题予以公开披露，建议相关政府部门追回不合理使用的医保资金，并对有关人员予以查处。卫生行政管理部门应加强对提供医疗服务的定点医疗机构的服务行为与收费行为的管理、监督，通过医保管理促进医疗质量的持续改进。行业协会应在行业内开展自律活动，倡导遵守规章制度和诚信服务的良好风尚，合理控制医疗服务价格，阻遏医疗费用的不合理增长，主动接受社会的监督。

3.2.3.6 医保患三方加强沟通，构建和谐的医保关系。医保政策制订部门在制订和出台政策时应与医保经办机构、医疗机构和医保管理行业协会进行沟通，听取上述单位的意见和建议。使医保各项政策在执行中保持一致性。医保经办机构和医疗机构应建立定期或年终沟通对话机制，互相理解、互相配合，管理部门领导最好亲临医院科室，听取医院医保管理部门、临床医生的意见。对超定额病案进行分析或进行合理适当调整。医疗机构要虚心接受医保经办机构的审核、指导，遇到问题及时向经办机构反映情况。医保经办机构和医疗机构的工作人员都要不断提高专业技术水平，新的政策和规定发布后双方应共同举办学习班，以提高政策的执行力度。

3.2.3.7 统筹医保政策标准、统一支付指标和网络系统。在同一个统筹地区应统一医保政策标准、统一医保支付指标、统一医保网络系统，并保证网络系统及时维护并保证正常运行。资金结算最好能够统一，结账日期按会计年度结算最佳，医保要保证基本医疗，将常规药品治疗周期纳入医保范围，及时调整医保药品及诊疗目录，最好每两年一次进行微调，有出有进，总量控制。把临床最需要的药品和诊疗项目适时调入，增加新的治疗方法，促进新技术、新方法在临床开展使用。

## 3.3 医院原因导致医保拒付

### 3.3.1 医保拒付的原因

3.3.1.1 医务人员方面

1、原则性差。医务人员由于怕医疗纠纷、服务投诉和患者流失，或碍于人情等原因，对参保人员不合理要求不予拒绝，过于迁就参保患者，对其提出的不合理要求不予制止，如参保人员要求超量、超范围开药或做与病情无关的检查。

2、违规开药、违规检查。门诊医师为特殊病种门诊患者超范围开药，大处方、人情方；超药品说明书用药，包括：超药品说明书剂量用药、超药品说明书适应症用药、超药品说明书用药途径、超药品说明书用药方法问题等方面。临床医师不按照医保药品目录相关规定超限制用药，滥用抗生素或贵重药品，出院超量带药。如为手术后已恢复正常饮食的患者使用“水溶性维生素”，为非抢救患者使用“白蛋白”且纳入医保基金支付，导致超限制用药拒付费。门诊医师为特殊病种门诊患者诊疗时超范围检查，临床医师未根据病情实际需要超范围检查、大包围检查或滥用大型仪器检查。如患者办理的门诊特殊病种为“高血压”，而医师为其开具腹部 B 超，且按特殊病种待遇纳入基金支付，导致超范围检查拒付费。

在所有拒付的项目中，本条最多，主要原因有三方面，一是以药养医因素，医院主要通过药品和检查保持财务平衡，多数医院采取按收支节余一定比例进行二级分配，因此门诊、临床医生只能多用药多检查。二是医务人员的“做好人”心态，对一些医保患者不能做的检查或不能用的药物，随意开具；三是防卫性心态，为躲避法律风险而做出“防卫性治疗”，对患者进行“撒网式”检查。

4、违规治疗。门诊医师为特殊病种门诊患者诊疗时，超范围治疗；临床医师未根据病情实际需要，超范围治疗、大包围治疗，尤其是部分康复理疗。如临床医师为某“脑出血”后遗症的患者，同时进

行5种以上康复治疗，导致过度治疗拒付费。

5、违规收费。收费员、核算员工作失误，多录费用或录错项目；科室分解收费；单独收取物价规定不能收取的一次性卫生材料；多记费；有收费，无医嘱、病程记录、检查报告单或治疗记录单；串换项目收费；全自费项目无患者或家属签字。

6、标准不熟。临床医师因对重症及单病种单独结算的病种不熟悉或工作繁忙等因素，出院时未及时上报医保管理部门审核并点击单独结算，而按普通病封控标准结算，造成费用损失。

#### 3.3.1.2 政策变更方面

医保政策每年都有新条款出台，对许多以往在医院已实施的条款要求更具体、违规处罚更严厉、医务人员操作更繁琐。如住院中医治疗项目、物理治疗项目、康复治疗项目每做一次必须有患者（特殊情况家属）签字，如漏签一次，医保即拒付。尽管医保管理部门进行了政策培训，但由于力度不够、宣传工作不到位或临床医师不关注，习惯按以往的救治程序操作，致使违规现象不断，导致医保费用拒付。

#### 3.3.1.3 结算方式方面

1、对医保与支付方式有关的政策不清楚。医保中心审核医院费用时，虽然以物价政策、医保协议等相关规定为依据，但是医疗收费价格扭曲现象长期得不到解决，而医保报销目录又完全以此为付费标准。同时，对物价政策不明确之处，医保中心和医院理解不一致，但往往以医保中心为准，医院只能被动接受。尤其是一次性卫生材料，因医保中心未建立卫生材料系统，而有些物价规定模棱两可，医院在面对一些一次性卫生材料时，不知该收或不该收，一旦超范围就拒付。

2、疾病诊断或病案记录存在问题。未明确诊断前即开始用药，或对疾病诊断错漏，以及病程记录书写不全面、重要检查报告结果缺失等，使得临床用药、检查在病历中找不到依据。医生在填写出院诊断时注意力只集中在主要疾病的诊断上，忽略或遗漏了伴随症、并发症及其他躯体疾病的诊断，造成住院期间用药无依据，没有相应诊断及病情描述。医保中心在调阅病历时，要求所有用药、治疗、检查、卫生材料均在“病程记录”中描述原因及使用方法，并要求报告单、医嘱记录单、费用清单中的所有项目均一致，不可存在特殊情况。发现一处缺少就视为违规便拒付，给医护人员和医保办的工作带来很大压力。

3、对医保有关入院的相关规定不清楚或执行不到位。医保结算政策规定，参保人员因不同病转科治疗一次连续住院只能按一个出院人次的封控线支付医院，如遇参保人员一次住院多次转科治疗多种慢性疾病，势必会导致控制线费用超标而遭到医保费用拒付。如某参保人员同时患有白内障、胆结石、腰椎间盘突出等慢性疾病，住院时后两种疾病并未急性发作，但患者白内障手术后又要求转入其他专科治疗，导致医保中心只按一人次给予结算，超控制线费用医保拒付。

4、超规定次均费用。这是目前医保费用拒付最突出的问题。医保中心为统筹费用支付规定次均费用，即定额。虽近年来定额有所提高（各地标准不尽相同），但是，临床医师在确保医疗安全不能简化治疗、简化临床路径的同时，还要面临物价政策等因素造成的耗材费用高、药品费用高导致的医疗费用上涨，不得不为超规定次均费用买单。当然，也有前述医务人员的个人原因造成的超规定次均费用。医保中心每月只按出院人次的规定次均费用拨付给医院，超出定额的统筹费用全部由医院先行垫付，待年终医保中心对全市基金清盘，视结余情况再给医院超定额费用给予一定补助，往往补助后仍然要承担大量的费用，使医院举步维艰。

### 3.3.2 应对措施

#### 3.3.2.1 加强医院管理

1、重视医患沟通。医院为参保人员提供优质高效的医疗服务，同时也应该合理控制好医疗费用，当患者提出一些不合理用药、检查或治疗的要求时，有义务和责任向其宣传医保政策，并予以拒绝，还应该提出合理的诊疗建议，避免医患矛盾。

2、做好政策培训。对医保政策调整及结算政策部分要全院培训，也可根据科室收治患者特点及易违规情况逐科分训，并编印医保宣传册，定期出版《院医保简报》，对当月违规科室和医师进行通报。

3、认真制定控费方案，加强监管。院医保管理部门派专人对门诊、住院费用，尤其是次均费用实施监控，定期检查门诊日志及治疗登记，做好病案审核。如发现违规，立即予以纠正；如数据已上传，及时与医保中心沟通并进行费用自查，避免3-5倍罚款。每月对违规情况严格按照相关管理规定进行处罚。

4、完善病案审核。由院医保管理部门专人对医保出院病历进行审核，确保符合医保及物价政策规定后再出院结账，将“事后惩罚”变为“事前控制”，把违规降低到最小，有效减少拒付。同时，可防止科室漏报重症。实践证明，此举是避免科室违规的最有效措施。（相关内容，后文做专题讨论）

5、构建临床路径。临床路径作为一个标准流程，避免了医师的随意性，可防止过度医疗的发生。医务人员必须根据临床路径的具体要求，严格、准确地执行，对患者诊治应做到“合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费”，严禁大包围治疗或检查，不得随意和无故调整

诊疗活动，使得医疗行为规范化、程序化，在确保医疗安全的同时，医疗质量得到持续改进。

6、避免差错。认真对待医保患者投诉，避免出现原则性错误，如违规套取医保基金、串换项目收费、系统外收费、挂床住院、推诿重症患者、患者举报违规等情况。认真对待医保中心的日常检查、专项检查、年终考核等各项检查，确保年终考核达标，保证金全额返还，最好是不扣分或少扣分，尽量争取超控制线费用最大限度返还。

7、定期对数据进行分析。尽管采取以上措施，但仍然难以避免医保中心拒付费用。院医保管理部门连同医院相关职能科室一定要加强费用的数据分析工作，定期向科室通报及分析，使临床医师自觉做到，在确保参保患者得到合理治疗的同时，避免因过度医疗造成的人为医疗费用不合理上涨，合理使用好基金。

## 3.3.3 总额预付制下医保拒付的新特点—以安徽某大型综合医院为例（供参考）

3.3.3.1 数据来源。提取安徽省某大型综合型医院 2008-2012 年前三季度最终被医保经办机构拒付的人次例数、项目例数，以及相应的统筹金额，剔除统筹费用为零的，以及不符合拨付条件的无效例数，进行统计分析。

3.3.3.2 相关数据

表 1 某院医保拒付例数及拒付金额

| 项目 | 2008 年 | 2009 年 | 2010 年 | 2011 年 | 2012 年 1-9 月 |
|---|---|---|---|---|---|
| 人次拒付（例） | 74 | 77 | 35 | 27 | 18 |
| 项目拒付（例） | 13 | 5 | 43 | 110 | 232 |
| 人次拒付（万元） | 10.05 | 3.28 | 1.20 | 0.48 | 1.36 |
| 项目拒付（万元） | 1.14 | 0.33 | 0.86 | 7.83 | 15.50 |

从表 1 可以看出，该院在 2010 年执行总额预付制后，人次拒付的例数和金额减少，项目拒付的例数和金额增加。

按人头付费制下，三甲医院每收治一住院人次，医保经办机构审核后拨付 4294 元统筹基金给医院。因此，医保经办机构的监管重点在于防止医院降低住院标准和分解住院人次以获取更多的人头费用。医保拒付的重点为人次拒付，项目拒付则较少。这样的管理方式有效防范了部分医院降低住院标准或分解住院人次，违规套取医保基金的行为。但弊端在于变相促成了医院收治病人时避重就轻。对医院来说，收治重症病人和轻症病人得到的统筹基金是相同的，重症病人会导致医疗费用超出人头费用，且加大医疗风险。因此按人头付费制下，各大医院拒收医保重症病人的事例时有发生。

总额预付以其控费效果好、管理效率高、促使医疗机构主动降低成本等优点，成为国际公认的理想支付方式。该院 2010 年执行总额预付制后，项目拒付例数和金额快速增加，人次拒付例数和金额明显下降。执行总额预付制后，医保经办机构一改过去管控降低住院标准的做法，转而监控医院基金的运行情况，并禁止医院拒收病人。医保经办机构为了保障预算方案顺利执行，避免医院中途“加价”，加大了对医院诊疗过程的审核和处罚力度，项目拒付增加，迫使医院变以往的被动管理为主动管理，从而大大减轻了医保经办机构的监管难度，也缓和了医患矛盾。

3.3.3.3 项目拒付的原因

项目拒付的原因，一是不合理使用限制性用药，将规定了疾病使用范围的药品用于没有相应适应症的病人；二是其他不合理用药，如出院带药超量、超品种用药、与诊断无必然联系的用药等；三是明显不合理收费，如违反物价部门规定收取的费用，超量收取吸痰、吸氧、心电监护等治疗护理费。

表 2 2012 年 1-9 月某院项目拒付原因

| 拒付原因 | 例数 | 占比（%） |
|---|---|---|
| 不合理使用限制性用药 | 144 | 62.7 |
| 其他不合理用药 | 41 | 17.67 |
| 明显不合理收费 | 47 | 20.32 |
| 合计 | 232 | 100 |

3.3.3.4 对策

除了前述的相关措施外，医院应加强诊疗过程的管理干预。不合理使用限制性用药拒付比例占项目拒付的比例过半，成为拒付管理的重点。医院应利用信息化手段加强限制性用药的管理，如医生在电脑下达医嘱时，电子病历工作台增加提示功能，医生须按照提示的指征和范围使用，不超量用药、相似作用的药品不联合使用；引入住院收费清单病区终核制度，在办理病人出院手续之前，主班护士对该病人的诊断和收费项目做一次详细的核对，发现问题及时与病人沟通，取得理解后修改项目收费属性；另外，进一步规范收费，实事求是，该收的费用不漏，不该收的费用坚决不收。

重视病案管理。医保机构把病案作为理赔的主要依据，因为病案是临床医生对患者进行医疗的原始客观依据，具有法律效力。因此，病案记录要求详尽，每项收费均要有对应的医嘱。医院医保管理部门须不定时组织医保专业专家抽查病历，按规定落实奖惩。（详见下节）

## 3.4 病案审核中存在的医保管理问题及对策

### 3.4.1 常见问题

3.4.1.1 未执行医疗核心制度。不执行三级查房制度，缺少上级医师对治疗计划的针对性指导意见，病程记录中分析论证不详细。对病情危重患者的抢救计划内容记录简单，出现多次抢救计费而无抢救病程记录现象。对非常规性治疗、检查在病程中不做具体分析描述，未体现因病施治、合理检查、合理治疗原则。

3.4.1.2 病案内容缺失。患者住院期间所做检查报告或治疗单缺失，如检验单、B 超单、放射检查报告单等在出院病案整理时不做核对检查，没有随同病案存档。与专业治疗科室间缺乏相互沟通，造成只有检查和治疗手段而无报告现象。如口腔科患者的曲面体层摄影计费，放射科将此报告内容由专业口腔科医师负责书写，却往往在病案中找不到报告结果；各种放射性的专科治疗及理疗康复科所做的物理治疗无记录单等。

3.4.1.3 限用药管理制度不健全。医保患者用药应参照《药品目录》管理规定，对目录外药品的使用必须经患者本人同意并签字后方可使用，该部分费用为患者全部自费结算，病案中应存放“自费项目知情同意书”，检查中常发现未将此内容进行存档管理。临床用药不按药品说明书使用，存在经验用药，超大剂量、超长时间用药，非常规使用的进口、贵重药品，病程内不进行使用理由记录，体现不出医保管理中所要求的“在具有相同疗效情况下能用国产的不用进口的，能用价格低的不用价格高”的用药管理要求。

3.4.1.4 入、出院标准把关不严。常见将可在门诊治疗的患者收住入院做单纯的物理治疗，如诊断为颈椎病、骨质增生等。从病程记录的体格检查以及相关辅助检查上查不出患者需要住院的确切理由，从所计费用及病程记录分析完全应在门诊进行处置。部分患者的病程记录显示无任何继续治疗的情况下仍长时间在院观察，造成违规现象。

3.4.1.5 医疗文书书写不规范。对病案书写要求不高，字迹潦草，检查核对时辨认困难，甚至医生自己也难以确认。对主诉、现病史、既往史记录不详细，病程记录没有连续性、内容不完整、查房记录不全面，所用检查及治疗与本次住院诊断无关且病程内未记录使用原因，如诊断急性胃肠炎的患者在无相关检查依据情况下却使用多种活血类治疗脑血管病的药物等。

3.4.1.6 医嘱制度落实不规范。住院处方与医嘱不一致造成上传药品数量与医嘱的开停时间不符，出院带药未按管理规定的时间进行取药，造成超量计费。医嘱与计费项目不符或无医嘱收费（常见为妇科或口腔科会诊进行的即刻治疗处置），造成当日计费无医嘱无病程记录，或计费项目与会诊记录不一致等现象。

3.4.1.7 审批管理制度不完善。要求进行存档管理的审批资料未保存，如内置材料的条型码应随同病案进行保存。创伤患者为区分是否属于参保支付范围应出具的相应证明资料未随同病案存档管理，病程内不详细记录受伤的原因、经过等。使用血液制品时无符合规定标准的报告记录及相应的病程或检查依据。

3.4.1.8 过度使用不必要的检查。将电脑血糖和血氧饱和度的测定当做一种常规的计费项目应用于每位新入院患者；心电图检查时将附加导联加收作为常规收费，此类检查无任何针对性，造成统筹基金的浪费。

3.4.1.9 不认真执行出院病案逐级审核制。患者出院病案根据要求应由专人负责核对整理、装订后由科主任进行科级审核并签字，但实际工作中，却保证不了科主任对每一份出院病案都进行完整的审核，往往只是单纯的签字后送往出院结算处，将科级审核关口放松，造成出院结算时核对工作量的增加，患者出院等待结算时间延长。

### 3.4.2 对策

3.4.2.1 认真学习医疗保险相关政策、法规。定期组织全院人员学习新的政策要求及管理规定，利用院内办公网

和院工作人员大会积极宣传医保知识，对重点内容有针对性地进行考核，对发现的问题及时通报各相关科室，让医护人员及时掌握应对措施，避免违规现象发生。

3.4.2.2 完善内部管理机制。制定医疗保险管理制度及各级管理人员职责，各岗位有完整的工作流程，做到对参保患者的门诊、住院、出院结算全方位监督管理。

3.4.2.3 认真执行《病历书写基本规范》要求。病历书写真实、规范、清晰，病程记录不违背诊疗原则，对任何治疗处置均有分析论证，能体现参保患者住院诊疗的实际过程。

3.4.2.4 认真执行《药品目录》管理要求。教育临床医师合理用药，严格执行抗生素分级使用标准，按剂量、疗程使用，不随意扩大药品剂量或超长时间用药，严格执行出院带药的管理规定。

3.4.2.5 严格执行病历审核制度。科室将病历在出科前进行严格审核，做到各种计费应与医嘱相符，实验室检查报告齐全，审批结果有存档记录。

加强病案管理，是医院注重医疗安全、提高医疗质量必不可少的重要一环，病案记录应体现参保患者住院期间客观、真实、完整的诊疗全过程，同时也必须符合医疗保险管理的规定与要求。医院要更加努力地建立完善的管理机制，规范医疗行为，建立健全保管、查阅、复印等各方面制度，保障病案的真实性、可靠性、完整性，为满足医保支付各项政策规定、构建和谐医患关系提供服务。