

医疗卫生机构。完善公立医院与基层医疗卫生机构分工协作机制,加强全科医师培训和培养,提高基层医疗卫生机构服务能力。

(二)积极组建医疗联合体。鼓励以利益共享为纽带,以协同服务为核心,以医疗技术为支撑,以支付方式为杠杆,建立多种形式的医疗联合体,在城市主要以三级医院为龙头,与社区卫生服务中心建立联合体,在县域主要以县级医院为骨干,与乡镇卫生院建立联合体,促进优质医疗卫生资源合理流动、下沉基层。

(三)加强公立医院财务管理。建立公立医院总会计师委派制度,规范公立医院财务行为。加强公立医院基本建设项目立项管理和大型医用设备配置管理,严格审批标准和程序。建立公立医院全面预算管理制度,将政府补助、以前年度结余结转资金、事业发展基金等全部纳入预算管理范围,完善收支结余分配办法。

(四)加快推进社会资本办医。将社会资本办医纳入区域卫生规划,支持非营利性医疗机构提供基本医疗卫生服务,引导营利性医疗机构走高端化、多样化、差别化的发展路子,细化鼓励社会资本办医的扶持政策,促进形成多元办医格局。到2017年,非公立医疗机构床位数和服务量达到总量的25%左右。□

责任编辑 李艳芝

积极推进城乡居民基本医疗保险整合

山东省财政厅

党的十八届三中全会明确提出:“整合城乡居民基本养老保险制度、基本医疗保险制度。”按照这一要求,山东省在总结试点经验的基础上,创新机制、完善措施,积极推进新型农村合作医疗制度和城镇居民基本医疗保险制度并轨,2014年探索建立起全省统一、城乡一体的居民基本医疗保险制度和大病保险制度,实现管理体制、基本制度、政策标准、支付结算、信息系统、经办服务的有机统一,向实现城乡居民享受普惠、公平的基本医疗保障服务目标迈出了关键一步。

主要做法

整合管理经办职能。将原由卫生部门负责新型农村合作医疗、人力资源社会保障部门负责城镇居民医保的管理经办职能,统一归并到人力资源社会保障部门,建立起统一的居民基本医疗保险管理体制和经办机构。职能合并后,原新农合经办机构的编制、人员、基金全部整体移交人力资源社会保障部门。为不影响参保居民看病报销,确定了3个月过渡期,过渡期间以人力资源社会保障部门管理为主,卫生部门做好配合,妥善处理体制、制度并轨有关问题,做好工作衔接。

整合基本医疗保险制度。两项制度并轨前,虽然管理模式基本一致,但筹资标准、药品目录、报销比例、统筹层次等具体政策均有较大差距。为确保整合后的居民基本医疗保险总体待遇不降低,本着“最大限度惠民”的原则,实现了制度政策的“六统一”。一是统一缴费档次。规定由各市统一确定缴费档次,具备条件的可采取一档缴费方式,暂不具备条件的可采取多档缴费方式,档次原则上不超过3档,并逐步向一档过渡。二是统一政府补助标准。2014年政府补助标准为不低于每人每年320元,2015年进一步提高至不低于380元。三是统一实施普通门诊统筹。将参保居民全部纳入门诊统筹制度保障范围,所需资金从医保基金划拨,一般掌握在基金总额的15%左右。参保居民在定点基层医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费,支付比例不低于50%。四是统一住院医疗待遇。针对不同的缴费档次确定门诊和住院起付标准、最高支付限额和支付比例,政策范围内住院费用基金平均支付比例不低于70%,2015年达到75%,最高支付限额达到城乡居民人均可支配收入的8倍以上。五是统一药品和诊疗项目目录。因制度整合时2014年缴费已基本完成,城乡居民暂分别执行原城镇基

本医疗保险和原新农合药品、诊疗项目和医疗服务设施范围目录。从2015年起,原新农合药品目录品种整体纳入城乡基本医疗保险用药范围,对选择不同缴费档次的参保居民用药品种分别作出标识。六是统一基金管理。将城镇居民医疗保险基金和新农合基金合并,统一纳入财政专户管理。城乡居民基本医疗保险基金实行市级统筹,暂不具备条件实行统收统支的市,可暂实行调剂制度,其中调剂金比例不低于20%。

整合大病保险制度。2013年山东省开展了新型农村合作医疗大病保险试点,按照人均15元的标准从新农合基金中筹集资金,对患20类重大疾病的参保农民,在新农合报销基础上,再给予大病报销补偿。结合两项制度整合,对大病保险政策进行了调整和完善。一是扩大制度覆盖面。将原仅限于新农合参保人员的大病保险制度扩大到所有城乡居民基本医疗保险参保居民,实现大病保险全覆盖。二是提高筹资标准。根据基本医疗保险筹资能力和保障水平、高额医疗费用支出情况以及大病保险保障水平等因素,将城乡居民大病保险筹资标准由人均15元提高至人均32元,所需资金从居民基本医疗保险基金中划拨。三是完善补偿办法。将原新农合大病按病种补偿调整为按照医疗费用额度补偿。起付标准参照山东省上一年度居民年人均可支配收入确定,2015年为1.2万元。起付标准以上个人负担的合规医疗费,按数额分段补偿,其中个人负担1.2万元以上10万元以下部分,给予50%的补偿;10万元以上20万元以下部分给予60%的补偿;20万元以上部分给予65%的补偿。个人年最高补偿限额为30万元。

整合经办信息系统。两项制度整合前,全省城镇居民医保和新农合原使用经办管理软件多达32种,各种信息系统功能不同、接口不一,信息不能共享、

数据不能相互传输。为解决这一问题,省财政结合人力资源社会保障信息化建设项目,调整安排资金500多万元,支持建立统一的城乡医疗保险信息网络系统,建立跨市域的居民基本医疗保险数据交换中心,有效对接省有关部门和各市信息化平台,实现居民基本医疗保险信息“一个平台、统一网络、互联互通。”

实施情况及初步成效

截至2014年底,全省城乡居民基本医疗保险制度整合工作进展顺利,17个市部门职能和机构整合工作已全部完成。其中东营、淄博、威海3市提前试点,已从2014年1月1日起实现城乡居民医疗保险并轨运行,总体实施情况平稳顺利,取得阶段性成效。

居民医保制度更加完善、公平。通过制度整合,打破了原两项制度之间筹资标准、保障待遇差距较大的二元结构,并对政策设计、基金划转、信息系统建设、经办服务管理等多项政策进行了全面调整和完善,实现了城乡居民同等待遇,体现了公平。

重复参保问题得到有效解决。制度整合后,建立了新的经办管理系统,城乡居民参保信息采集实现“身份证号唯一认可”,从源头上杜绝了原新农合与城镇居民基本医疗保险之间的交叉重复现象。据初步统计,全省核减重复参保人数约254万人。目前,各地还在进行城乡居民医疗保险与职工医疗保险信息比对,下一步还将在全省范围内跨市域进行信息比对,预计还将剔除部分重复参保人员。

节约了财政补助资金。按照人均320元的政府补助标准计算,仅剔除重复参保人员就节约各级财政支出8.1亿元。

存在的主要问题

尽管山东省城乡居民医疗保险制

度并轨时间较短,但工作中已经发现一些苗头性问题,需要引起高度重视和关注。

基金支付风险加大。从全省情况看,原新农合参保人数达6500万人,原城镇居民参保人数仅为970万人,且原新农合医保待遇总体上低于城镇居民医疗保险。两项制度合并后,占总参保人数87%的原新农合参保人员待遇水平明显提高,政策约束明显放宽,基金支付压力也明显加大。以东营市为例,整合后的药品目录由原来新农合的1127种增加到2387种,门诊、慢性病、住院报销比例平均比新农合提高了10、22、9个百分点,同级别定点医院报销比例由原来的55%提高到75%,并轨运行当年城乡居民医保基金超支8265万元。城乡居民医保制度筹资的主要来源是政府补助,基金支付增加的压力将直接转嫁到财政补助水平上,缺口补助压力也全部由财政承担。

基层人力资源社会保障经办力量不足。原新农合参保人数多,经办管理的重点在乡(镇)村,卫生部门利用乡镇卫生院、村卫生室现有人员兼职管理经办,既节约人力成本,管理也更加直接。职能统一归并到人力资源社会保障部门后,基层卫生机构兼职经办的业务隶属关系略显不顺,工作配合不够协调的问题逐步显现。人力资源社会保障部门基层力量相对薄弱,管理经办压力很大,也缺乏医疗管理方面的专业知识优势和对医疗行为的行政约束引导手段。

信息系统整合困难。原两项制度的经办资源和信息系统部门分割、产权分割,由于不同部门之间信息技术、人员流动等都存在一定壁垒,整合协调难度很大。从山东省情况看,原有的信息系统基本无法继续使用,相当于重新建设一套新系统,一方面重复建设、增加了资金投入,另一方面新系统的开发应用也需要一段时间,整合期间居民报销时



间延长，参保群众有所反映。

下一步工作打算

城乡居民医保制度整合是规范完善城乡社会保障体系的必然要求，也是大势所趋。下一步，山东省将针对整合工作中存在的问题，进一步加大工作力度，完善制度措施，提高城乡居民基本医疗保险保障水平。

完善居民医保基金收支政策。在统一政策的基础上，既充分考虑参保居民的承受能力，也要考虑待遇水平提高对基金支出造成的压力，进一步修订和完善基金收支政策。一是提高筹资水平。2015年，将个人缴费标准提高至不低于120元，再加上政府补助380元，人均筹资总额达到不低于500元，预计全省增加基金收入60亿元。二是完善补偿政策。进一步扩大不同等级医疗机构报销比例差距，鼓励参保居民在基层就医，推动加快形成分

级诊疗制度，逐步控制门诊支付额度，重点提高对大额大病支出的实际报销水平，使基本医保回归“保障大病，解决居民因病致贫、因病返贫”的本来涵义。逐步完善大病保险补偿机制，探索实行细分报销层次、超额累进补助的报销政策，起付线以上多划分几个报销层次，数额越大，补偿比例越高，充分发挥大病保障作用。三是推进付费方式改革。进一步完善医保付费总额控制机制，加快推进支付方式改革，积极推动建立医保经办机构与医疗机构的谈判机制和购买服务的付费机制，提高医保基金使用效益。

完善基金收支风险分担机制。一是加强风险监控。进一步细化和夯实预算编制，充分发挥预算执行管理的约束作用。定期分析基金收支状况，有针对性地解决执行中发现的问题，保障制度稳健运行。二是落实风险分担责任。完善城乡居民医保市级统筹制

度，在更大范围内实现基金余缺互济。指导各市深入研究历年结余基金管理使用、收支缺口弥补和调剂金上解下拨办法，建立市、县之间科学合理的责任分担机制，充分调动县级在组织基金收入、控制医疗费用支出、加强基金管理方面的积极性。

完善居民医保基层经办体系。居民医保大量的参保居民在基层，要管好、用好医保基金，使参保居民获得便捷、高效的医疗保障服务，必须提高基层经办管理和信息化水平。充分利用现有的乡镇、街道人力资源社会保障服务所，进一步配齐配强经办力量，加快推进信息化管理和监控。采取政府购买服务等方式，利用第三方机构加大费用稽核力度。逐步建立完善信息公开、有奖举报等制度，发挥社会监督力量，共同监督违规行为，保障基金安全。□

责任编辑 刘慧娟