

口径减少45.74万元,降幅达51.58%。省计经委将办公、邮电、差旅等公务费包干到各处室,实行资金卡管理,使经济业务活动公开化,便于相互监督。省物价局针对邮电费失控的状况,取消了长途台帐号,只在局领导办公室和会计室安装了程控直拨电话,每月节约电话费3000多元。省统计局为增强经费管理的有效性和各处室负责人的责任心,采取了两条措施:一是按处室分项目设立经费支出辅助帐,每报销一笔支出,就在其经费支出辅助帐上核减包干数;二是建立经费使用情况通报制度,每个处室经费使用卡上经费余额到了一定的警戒线时,局办公室财务就向其负责人亮出“黄牌”;凡使用卡上出现了赤字,财务就一律不再向其借支。这样,使原来办公室独个当家,转变为各处室共同当家。

三、政策明确,引入机制,是调动单位积极性的前提,也是衡量定额包干是否具有生命力的尺度。

过去,由于政策不明确,制约和激励机制不硬,致使预算包干流于形式,包而不干现象严重。为彻底扭转这种局面,我们主要采取:(1)落实责任制,强化预算制约机制。按照“预算包干、超支不补”的原则,定额确定以后,采取“一步到位”法,年初一次核定到各单位,作为单位年度经费预算,并通过财政与各单位签订包干协议书的形式,明确双方的职责、权利。(2)调动积极性,强化激励机制。行政费包干办法突破了原有的诸多框框,明确规定,行政经费包干后,年终有结余的,包干结余的50%幅度内由各单位自主安排用于改善职工集体福利、发放奖金、补贴等开支,其余包干结余全部留给单位结转下年度继续使用。对包干工作做得好的单位财政另外再予以表彰奖励。1993年财政拿出40多万元奖励经费,对21个包干工作做得好的先进省直单位进行了奖励。由于奖惩政策明确,使单位感到“既有压力,又有动力;既有苦头,又有甜头”。

四、增强造血功能,多渠道组织收入,以丰补歉,是行政费定额包干的必要补充。

行政经费综合定额包干工作要求各单位在控制节减行政费支出的同时,根据各自特点,利用自身优势大力组织创收,以丰补歉。在这方面,省级各单位积极采取措施,并已初见成效。一些单位实行了预算内外资金统一核算管理,将单位的预算外收入100%抵顶预算内支出。不少单位在推进机关后勤服务社会化方面作了一些有益的尝试。配合机构改革,将车队、食堂、浴室、幼儿园、招待所等从机关中分离出来,在保证为机关提供后勤服务的前提下,积极创造条件,促使其成为为社会服务的相对独立的实体,形成自我补偿机制和“以外养内、以内促外”的运行机制,减轻行政经费支出的压力。

控制医疗费支出的主要出路 在于实施医疗保险

○深圳市财政局深圳市
医疗保险管理局

1992年以前,深圳市公费医疗经费支出每年以平均30%的幅度递增。为了控制医疗费支出的过快增长,1992年5月,深圳市实施医疗保险这一重大改革。截至今年5月,全市参加医疗保险单位总数已达2202人,人数为14.3万人,其中财政拨款单位438个,人数3.92万人,企事业单位1764个,人数10.38万人。医疗保险总收入为10221.3万元,总支出9588.6万

元,支付比率93.81%,结存632.7万元。实施医疗保险改革以来,行政事业单位和企业职工医疗费用增长分别控制在16.3%和10%左右,不但低于广东全省水平,也低于全国同类城市的医疗费用增长水平,有效地控制了公费医疗费支出过快增长。

主要政策规定

深圳市医疗保险的准备工作始于1989年,当时国家体改委确定深圳和海南作为社会保障制度综合改革试点地区。市设立了社会保险制度改革工作小组,并且邀请了国内外的医疗保险专家进行咨询和论证,形成了深圳市医疗保险改革的大体框架。1991年7月,成立了市医疗保险管理局。1992年5月1日医疗保险改革措施正式出台,同年5月至8月,在沙头角镇进行试点,9月在全市推开。这一改革的主要政策规定是:

1. 保险对象:在深圳市注册登记的各企业、事业、机关、团体等用人单位的固定工、合同工、临时工以及离退休职工。不受理个人投保。

2. 保险金:企业按职工月工资总额8%缴纳医疗保险金;党政机关事业单位按工资总额9.2%(含工伤医费)缴纳(现拟改由财政按定额拨付);离退休职工按离退休金总额的10%缴纳。

3. 保险待遇:投保职工持证到市级各综合医院、专科医院和就近区级综合医院、街道(镇)医院及被约定的本单位医务所(室)看病记帐。职工每人每年的医疗费用定额,依不同年龄段分别确定为年工资的6%、7%、8%和10%,定额之内的医疗费由医疗保险金支付,超过定额的费用由职工本人自付10%,医疗保险金支付90%。职工当年自付的医疗费累计超过本单位上年平均工资总额8%时不再自付,职工全年医疗费未达到定额时,当年结余的20%结转下年继续使用。历年结转未用的余额,职工迁离本市时发给职工本人。

运作程序

1. 由投保单位派出财务主管或人事、行政

负责人到医疗保险机构领取《职工医疗保险花名册》、《委托缴纳职工医疗保险金协议书》及有关文件资料,并组织人力如实填写,经核对后,再带齐有关资料到医疗保险部门办理投保手续。手续办理五天后,即进行核对,然后领取《单位医疗保险证》、《职工医疗保险证》、《单位医疗保险金缴交证明》。

2. 企业和实行企业化管理的事业单位,以及行政事业单位的编外人员的医疗保险金,全部由用人单位按季于上季末本季首月月底前缴纳;全额预算和差额补贴单位编内人员医保金分别由市、区两级财政按人头和定额每半年划拨一次;参加养老保险的离退休职工的医保金,由其原单位从社会保险机构发给的离退休金中与在职职工同时缴纳。如有迟交、少交、不交的,按缴交款项每天加收5%的滞纳金。

3. 各约定医疗单位在每月上旬填制上月各项医疗费支出月报表和结帐单,报送医疗保险财务部门核准,当月下旬偿付;企业约定医务所(室)按季度填制诊疗费用汇总结算表,于下月上旬前报送市医疗保险财务处核准偿付;市内外转诊、急诊、特殊检查治疗项目,进口药和自费治疗药的使用及输血、高费用的疾病以及离退休人员回乡常住需报销现金的,必须先向医疗服务监督部门履行审批手续,然后凭证明材料记帐或持现金发票报销。

主要做法

1. 认真测算,把握医疗保险收支的“总盘子”。保证医疗保险收支总量平衡,略有节余,这是搞好医疗保险的关键因素。为此早在医疗保险管理局成立之初,我们就运用原社会保险综合改革工作小组提供的有关资料和试点情况,对全市保险金收入与支出将要出现的趋势进行了调研和测算,并确定以扩大企业投保,发挥企业人数多、年龄结构轻、费用支付少来适当弥补行政事业单位医疗费吃紧的良性循环策略。随着投保面和就诊面双向扩大以及医疗市场价格发生急剧变化,医疗费用标准亟待调整。为此,我们确定由财务处、咨询调研处共同组织对各

类人员实际投保的工资额、实缴保险金以及发生的门诊、特检、住院等平均费用水平、结构等大量数据信息进行归集、分析和论证。依据论证,使领导机关对医疗保险基金收支与偿付能力、费用结构及其趋势做到心中有数,敢于将政策向医院和基层倾斜。经决策,医疗的门诊人次费用普遍上调25%—32%,住院床日费用上调40%—60%。全市医疗保险基金总支出与总收入的比例定在90%—95%之间,当支付占收入之比接近或达到95%时,及时亮出红灯,以示“危险”,必须尽快研究对策。我们这两年之所以能适当控制,没有出现大起大落和入不敷出的问题,就是坚持这样做的结果。

2. 强化宣传和投保,多为医疗保险“注液输血”。为加强人们对这项改革的理解和支持,深圳市政府在医疗保险制度出台的时候,专门召开了全市性的动员大会,市委、市政府主要领导到会讲话,并提出要求,同时,广泛利用报纸、电台,宣讲医疗保险的意义,解答人们关心的各种问题。并经常深入到部分单位、医院及企业召开座谈会,既作宣传也征求意见,尽力创造医疗保险良好的社会舆论环境,促使各单位踊跃投保,自觉参与这项重大改革中来。财政大力支持医疗保险工作:一是将原来由财政负担的党政机关、行政事业单位干部职工应付的保险金一笔划拨到保险局专户作为启动资金;二是对医疗保险工作在资金上给予保证;三是投资95万美元,建立医疗保险电脑信息管理系统,实现资金收取、保险金偿付、个人费用核算、结转等工作的科学化管理。企业投保,关键是要把好工资总额的审核关。为此,我们在对有关资料、报表进行细致认真审核的同时,还要做许多耐心细致的宣传说服工作,仅此一项就增收保险金300多万元。为了保证基金及时足额到位,我们还与深圳市工商银行、中国银行实现了电脑磁盘托收。此外,还专门成立催款小组,根据不同情况分别采用电话通知、书面函告、内部协助和上门催促等“四步曲”,催收单位拖欠的保险金,以保证保费的收入和支付。

3. 严格审核把关,确保医疗费真正用到投保人诊疗上。一是加强医疗证件管理,严查转借或冒名顶替就诊。证件是费用的源头,明确规定就诊、交费和取药时都必须先出示本人的《职工医疗保险证》,在收费员经过电脑查验后,一并将医疗证号和费用信息输进电脑数据库;因故注销和不按时缴交保险金单位,立即收回职工的医疗证件,并打印出这些名单下发给定点医院停止看病。各医院主动配合,自觉把关,医疗监督部门明查暗访,一经查出,即吊销医疗证并处以罚款。二是加强对医疗单位的监督检查。要求医院严格执行“因病施治,合理用药,合理收费”的规定,严禁滥开处方,滥提药价和将规定的自费药混入治疗药报销等问题。医疗监督部门除了经常深入检查外,还规定每半年考核一次,从偿付费用中扣出5%作为服务质量与风险挂钩,然后根据质量考核与结算结果每半年兑现一次。去年就查出几家医院不合理处方832份,扣罚金额2.8万元。三是加强对医疗费用审核报销的把关。两年来财务部门先后审查各种费用票据230多万份(张),从中抽查出23家单位先后错报、多报或虚报医疗费70多起,费用达25万多元。四是正确处理控制费用与保证基本医疗及特殊病种、特殊病人诊疗的关系,发挥医疗保险社会共济能力。

4. 加强制度建设,使医疗保险逐渐纳入规范管理。为使改革顺利进行,我们在1992年就下发了《医疗服务质量管理办法》、《用药规范》、《奖惩规定》、《就诊转诊现金报销规定》、《医疗费用偿付办法》、《特殊检查治疗管理规定》等七个暂行办法,之后,根据情况的发展变化,还先后调整和补充了《放大用药目录》、《医疗费用调整补充规定》、《使用治疗性自费药品审批报销规定》等5个文件规定,使之有章可循,有条不紊。在基金的财务管理上,先后制订了《医疗保险基金收支管理规定》、《基金投资管理规定》、《财务处内部牵制制度》及财务人员岗位责任制等规章制度,达到职责明确,管理有序,逐步向规范化靠近。