

莆田县享受公费医疗对象手中“发票”增多的问题,目前已得到解决。这是该县从今年起实行以“发证、定点、挂钩、记帐”为主要内容的公费医疗管理制度改革的初步成果。

为控制医疗经费过快增长,莆田县卫生、财政部门曾采取一些办法,但效果不够理想。在总结经验的基础上,两部门联合制定了“发证、定点、挂钩、记帐”办法,并经县政府批准执行。办法的主要内容是:

(一)发证。县公费医疗管理办公室对全县公费医疗享受对象 2.2 万人进行全面清理发证,并按人制作了与“公费医疗证”相一致的“公费医疗手册”,分别由享受者和定点医疗单位保管,作为看病就诊的主要依据。

(二)定点。全县设立 24 个定点医疗单位,按就近治疗的原则,为享受公费医疗人员确定一个记帐就诊点,并在各定点医疗单位设立“公费医疗手册”专柜,作为各定点公费医疗享受对象的医疗档案。同时对

远离医疗点的退休人员、小学教师等,采取确定门诊定额(按享受对象定为 36—96 元不等),允许在附近诊所

就诊,并凭票到定点医疗单位报销的办法。这类人员医疗费如果超过门诊定额后再看病,或需要住院治疗,则需要到定点医疗单位就诊。各定点医疗单位还指定专人负责此项工作。

(三)挂钩。根据国家、单位、个人三者负担的原则,实行公费医疗经费与个人适当挂钩,以增强享受对象的费用意识和节约观念。同时规定,不分门诊和住院,个人负担额年累计达到 300—500 元之间的,按比例减半负担;达 500 元以上部分,不与个人挂钩。经县以上医院确诊为不治之症及恶性肿瘤、急性传染病、精神病等特殊病人发生的费用,由医院出具诊断证明,经县公医办批准,免与个人挂钩(除自费药品外)。

(四)记帐。县公费医疗办公室将核定的门诊公费医疗费预拨给定点医疗单位,用于结算各定点医疗单位开支的定点管辖范围内的公费医疗费(含边远门诊定额报销部分)。公费医疗享受对象到定点医疗单位就诊发生的费用,除个人负担部分外,一律由定点医疗单位记帐,定期与县公医办结算。

为保证上述规定有效执行,莆田县还对门诊处方量、自费药品、单项检查、转诊、转院、检查监督、奖惩制度等作了明确规定。如经批准转院的,县内仍实行记帐结算,县外实行现金结算,凭病历和发票到县公医办核报。

上述办法经过莆田县医院试点后,于 1992 年 3 月 16 日在全县范围内全面试行。实施几个月来,效果较好。一是公费医疗费开支下降。今年 4、5、6 三个月门诊人均开支仅为 3.39、3.83、2.84 元,低于预算定额人均 5 元的水平;住院支出总额仅为 22.55 万元,低于预算数 40 万元的水平。二是医疗单位参与管理的意识加强了,把社会效益放在第一位,切实做到因病施治、合理用药、节省开支、防止浪费。三是享受单位不为本单位职工看病难、住院难、报销难而犯愁,有利于集中精力干工作。



简讯

承德地区重点乡镇“双创双扭” 经验交流会召开

8 月 18 日和 19 日上午,河北省承德地区在兴隆县召开了重点乡镇“双创双扭”经验交流会。来自全区 43 个重点乡镇的代表及各县县长和财政部门负责同志 120 多人参加了会议。会议对一年多来重点乡镇开展“双创双扭”工作予以了肯定,进一步明确了依据山区

优势,抓发展、上项目、上规模、增实力、增效益的发展方向。代表们表示,一定要抓住改革开放的有力时机,为“八五”期末县级财政创收入 500 万元、3000 万元,扭补贴、扭赤字的“双创双扭”目标多做贡献。

(夏春黎)