关于调整完善城乡居民基本医疗保险相关政策的建议

理由: 一、关于城乡居民门诊统筹报销制度。淄博市2017年、2018年城乡居民医保个人筹资标准分别是280元/年和310元/年。每年，从缴纳的年度参保资金中直接划拨60元，形成门诊统筹资金，用于城乡居民当年度在村卫生室和镇卫生院门诊看病拿药的报销，余额不结转下年度。报销起付线是50元，全年费用封顶900元，按照50%的报销比例，个人全年最多报销425元。据了解，目前大部分居民特别是年轻居民使用门诊报销的几率很低，统筹资金又不能结转下年度使用，影响了报销政策享受，造成部分居民不满意。另外，有些居民抱有不用就吃亏、过期就作废的心理，导致出现小病大治、无病买药的情况，造成了医保基金的浪费。

为此，建议参照其他地市做法，将参保城乡居民个人筹资标准按照一定比例划拨（例如湖南省2019年度城乡居民医保个人账户按筹资标准的30%左右划入），建立城乡居民基本医疗保险个人（家庭）账户，用于在协议医疗机构就医取药，结算门诊费用。同时，建议拿出一定数额的资金，为参保人购买意外伤害保险，弥补年轻人很少看病拿药，不报销、没有获得感的缺憾，提升了城乡居民参保的积极性。另外，这样也能够有效地堵塞监管漏洞，节约医保基金，更好的保障了参保人的医疗保险权益。

二、关于外转诊就医必须实行审批转诊制度问题。按照2017年淄博市下发《关于加强基本医疗保险市外住院转诊管理的通知》，外转诊必须实行分级诊疗和逐级转诊制度，并由指定医院办理转诊手续。该制度执行以来，老百姓对政策不理解、社会反响强烈，市外转诊成为两年来群众投诉最为集中的话题，也是各级群众满意度调查中问题反映最突出的问题。

为此，建议在分级诊疗制度基本建立，医保报销比例按医院级别已然明确的前提下，将目前执行的外转诊审批制改为备案制。对有外转诊需求的参保人，可持相关资料直接到当地医保机构办理转诊备案手续，不用再由医疗机构审批。同时，可以设定外出转诊报销费用的封顶线，参照该病种在县级医疗机构的花费标准，上浮一定比例（20%或30%），超出部分降低报销比例或不予报销，通过报销杠杆来制约一些不必要的外出转诊。

三、关于医疗机构垫支医保资金扣款问题。目前，群众医保报销由医院先行垫付，然后医保机构再根据考核情况拨付给定点医疗机构。由于医保资金拨付不及时（目前，医保部门在下一季度的第二个月拨付上一季度的医院垫付款，拖延拨付医保款近5个月），严重影响了医院业务发展。现行的按照病种分值付费管理办法对于基层医疗卫生机构有失公平。医保机构与定点医疗机构结算垫付资金时，扣减医保报销资金较多。比如，2017年沂源县共扣减医疗机构医保报销资金4424.4万元，2018年共扣减少医疗机构医保报销资金4780.91万元，给医院造成了严重的资金压力。

为此，建议按照“总额预算、按月拨付、年终结算”的拨付方式，及时拨付医院垫付的医保报销资金，以减轻医院的资金压力；对于超支部分建议由医保机构和医院按照一定的比例进行合理分担，既杜绝医院医疗费用无序增长，又能使医院正常合理运转。同时，建议借鉴福建三明、山西运城等医改先进地市的成功经验，以区县医保筹集资金为基数，实行县域内医共体医保资金打包拨付方式，由医共体内各单位统筹使用，超出不补，结余留用，提高医疗机构的自我管理能力，控制医疗费用的不合理增长。