

学校的理想装备

电子图书·学校专集

校园网上的最佳资源

医疗 保 险 解 答

 **E-BOOK**
内 容 广 泛 非 常 精 美

序言

当前，我国正处于由计划经济向社会主义市场经济转变的重要时期，如何建立适应市场经济需要的社会保险制度，已成为十分现实和紧迫的重大问题，也日益成为社会各界广泛关注的热点。

为适应广大读者热情关注、渴望了解社会保险的需要，我们组织编写了《社会保险解答丛书》。这套丛书共有5册，即：《养老保险解答》、《医疗保险解答》、《失业保险解答》、《工伤保险解答》、《生育保险解答》。

每册书分别对一个社会保险项目的产生与发展、基本原理与原则、享受条件与待遇水平、改革设想与发展趋势等做了比较详尽的介绍，对现实生活和实际工作中涉及较多的问题进行了解答，并附录了有关政策法规和其他有价值的资料。这套丛书材料翔实，文字通俗，将对广大读者了解社会保险的有关情况提供有益帮助。

同发达国家相比，我国的社会保险制度还比较年轻，因此，本丛书在充分肯定这方面改革取得重要成果的同时，也实事求是地介绍了我国社会保险制度存在的一些不尽如人意之处，提出了有关改革对策。时代在发展，改革在深化，我国社会保险体制已经进入一个极为重要的发展时期。党中央、国务院对社会保险工作十分重视，广大职工和离退休人员对社会保险制度改革给予了充分的理解和支持，健康运行的国民经济为社会保险事业的发展提供了必要的物质基础，社会保险工作者也积累了宝贵的经验。我们完全有理由相信，到本世纪末，一个基本适应社会主义市场经济要求，范围覆盖城镇所有从业人员，费用负担和待遇标准合理，基金统一调剂使用，社会化管理程度较高的社会保险体系，一定能在我国建立起来。

劳动部社会保险事业管理局局长

医疗保险解答

第一部分 医疗保险讲解

一、我国医疗保险制度的建立

医疗保险是劳动者因疾病、负伤或生育需要治疗时，由国家或企业向其提供必须的医疗服务的一种制度。医疗保险是社会化大生产的产物，是社会历史进步的表现。

我国职工医疗保险制度是 50 年代初建立起来的，是我国重要的劳动政策之一，它由公费医疗和劳保医疗两个部分组成。劳保医疗在企业实行，医疗费用由企业职工福利费中支付，职工福利费计入企业成本。考虑企业所得税问题，企业职工的医疗费确切地说，是由国家和企业共同负担，由企业管理。公费医疗在机关、事业单位实行，医疗费用由财政部按规定的年人均定额拨款支付，各地区负责统一管理使用。另外，我国农村实行合作医疗保险制度，它是一种集资医疗制度，医疗费用来源于集体经济，农民个人也承担一部分，在看病时享有部分免费医疗服务。

（一）劳保医疗制度

劳保医疗保险制度是 1951 年开始建立的。政务院 1951 年 2 月发布、1953 年 1 月修正发布的《中华人民共和国劳动保险条例》，对职工劳保医疗作了明确规定，其基本内容是：

1. 职工因工负伤，应在企业医疗所、医院或特约医院医治。企业医院无法治疗时，应转送其他医院治疗。全部诊疗费、药费、住院费、住院时的膳费、就医路费由企业负担。医疗期间的工资照发。

2. 职工因病或非因工负伤在企业医疗所、医院、特约医院医治时，诊疗费、住院费、手术费及普通药费由企业负担；贵重药费、住院的膳费及就医路费由本人负担；是否应住院或转院治疗，由医院决定。

针对劳保医疗国家和企业包得过多，药品浪费等情况，1966 年 4 月劳动部和全国总工会颁发了《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》，对劳保医疗又作了一些新的规定：

1. 企业职工患病或非因工负伤，在指定的医院（包括分设的和独立的门诊部）或本单位附设的医院医疗时，其所需的挂号费和出诊费，均由职工个人负担。

2. 企业职工患病和非因工负伤，在指定的医院或本单位附设的医院、医务室（所）、保健室（站）医疗时，所需的贵重药费，由企业负担，但服用营养滋补药品（包括药用食品）的费用，应由职工个人负担。

3. 企业职工因工负伤或患职业病住院医疗期间的膳费，由本人负担 1/3，企业负担 2/3。

4. 劳动保险条例规定享受医疗待遇的职工供养直系亲属患病医疗时，除了手术费和药费仍然实行半费外，挂号费、检查费、化验费等均由个人负担。

5. 企业职工实行计划生育手术时，所需医疗费用由企业负担，住院膳费由个人负担。

因病手术的输血费、理疗费、X 光透视费问题，全总劳动保险部在《劳动保险问题解答》中规定：凡经医师决定的治疗时所必须的输血费、理疗费、X 光透视费均由企业行政负担。

另外，国务院还对因病或非因工负伤的临时工及农民工医疗待遇做了明

确规定：临时工患病或非因工负伤、停工医疗期限按其在本企业工作时间确定，最长不超过三个月。在医疗期内其医疗待遇，应当与合同制工人同等对待；农民工患病或非因工负伤，企业应当根据劳动合同期限长短给予三至六个月的停工医疗期。停工医疗期的医疗待遇和病假工资与城镇合同制工人相同。停工医疗期不能从事原工作被解除劳动合同的，由企业发给相当于本人三至六个月标准工资的医疗补助费。

此外，国务院还对因工负伤的劳动合同制工人、临时工、农民工的医疗待遇做了规定：劳动合同制工人患职业病或因工负伤，以及女工孕期、产后和哺乳期间，应当与所在企业同工种的原固定工人同等对待；临时工在企业工作期间，因工负伤的，其医疗期间的待遇与合同制工人相同，农民工因工负伤，由企业给予免费医疗，医疗期间该农民工原标准工资照发。

（二）公费医疗制度

公费医疗预防办法，在老革命根据地已早有先例，但全国解放之后，由于各种条件的限制，仅在部分地区及某些疾病范围内重点实行。工矿部门则于1951年2月开始重点试行劳动保险条例，以解决工人的医疗问题。1951年在陕北老根据地及某些少数民族地区试行了公费医疗预防制度；以后将免费医疗预防办法扩大到第二次国内革命战争的各根据地。1952年政务院发布《关于全国人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，规定对全国各级人民政府、党派、工青妇等团体、各种工作队以及文化、教育、卫生、经济建设等事业单位的国家工作人员和革命残废军人，实行公费医疗预防制度。医疗费用由各级人民政府领导的卫生机构，按照各单位编制人数比例分配，统收统支，不能分给个人。门诊、住院所需的诊疗费、手术费、住院费、门诊或住院中经医师处方的药费，由医疗费拨付，住院的膳费、就医路费由个人负担。

1952年8月，政务院批准发布《国家工作人员公费医疗预防实施办法》，进一步明确了享受公费医疗待遇人员的范围。1964年国务院批转卫生部、财政部文件，明确了享受公费医疗的国家工作人员经批准到外地就医路费可参照差旅费的规定报销，未经批准，不准报销。

1979年6月23日和1979年11月28日，卫生部和财政部先后发了《关于公费医疗两个问题的复函》及《关于公费医疗几个问题的答复》。主要包括以下几点内容：

1. 原来不享受公费医疗的行政事业单位的职工，凡是符合国务院退休办法，退休后由民政部门发退休金的，可以享受公费医疗待遇，其医疗费用，由当地公费医疗管理部门报销，凡是退休后由原单位发退休金的，仍享受原单位的医疗待遇，其医疗费用由原单位报销。

2. 高等学校带工资的大学生，一律在学校所在地办理公费医疗，不应回原单位报销医疗费。

3. 享受公费医疗职工，由于打架斗殴、交通肇事以及医疗事故等造成伤残，其医疗费用由肇事者单位或本人负担，不应在公费医疗经费中开支。

4. 已经开除公职或劳动教养人员，不属于享受公费医疗待遇的范围，其医疗费用，在原单位其他费用中支付。

5. 享受公费医疗人员施行计划生育手术的费用和手术后遗症的治疗费用，在公费医疗经费中开支。

（三）劳保医疗和公费医疗保险的内容

公费医疗和劳保医疗两项制度，除享受劳保医疗的企业职工家属可享受半费医疗外，其他项目基本相同。职工所花费用，除挂号费、营养滋补药品以及整容、矫形等少数项目自负费用外，大部分医疗费用由政府或企业负担。目前医疗保险报销的主要项目有：

1. 门诊费、住院的检查费、药品费、治疗费、手术费及床位费；
2. 计划生育手术的医疗费；
3. 因病情需要，经治疗单位出具证明安装国产人工器官的费用，或安装进口人工器官不超过国产最高价格部分的费用；
4. 因病情需要，进行器官移植，按国家、单位和个人共同负担的原则，应由公费、劳保医疗负担的费用；
5. 因工负伤、致残的医疗费用；
6. 用于抢救危重病或治疗工伤所必须的贵重、滋补药品费用。

公费医疗和劳保医疗的异同可以在这张表格中显示。

劳保医疗和公费医疗的异同

（四）公费及劳保医疗的经费管理

1. 国家机关及全额预算管理单位的公费医疗经费来源于各级财政拨款；差额预算管理及自收自支预算管理事业单位从提取的医疗基金中开支。医疗费核准定额，1961年以前国家规定机关工作人员每人每年18元，以后进行过多次调整，逐步提高为20、22、25、30元，1979年提高为70元，以后根据财政体制的变化，具体标准由各地制定。中央驻地方人员的医疗费补助标准，1993年为150元，三个直辖市为206元。

2. 劳保医疗经费在1953年以前，全部由企业行政负担，1953年改为根据行业性质分别按工资总额的5~7%提取。为了便于企业统筹运用基金，1969年财政部规定将原按工资总额2.5%提取的福利费、3%提取的奖励基金和5.5%提取的医疗卫生费合并改按工资总额的11%提取职工福利基金。职工福利基金主要用于医疗卫生费和福利费开支。如果11%提取的福利基金仍不敷使用，企业可以从税后留利中提取职工福利基金进行弥补。

1992年底和1993年初，财政部对企业财务制度进行了全面改革，分别发布了《企业财务通则》和分行业的企业财务制度，规定企业按工资总额（包括副食品价格补贴和全部奖金）的14%提取职工福利费，并且规定企业职工福利费主要用于企业的医疗卫生支出和职工的其他福利支出，企业职工福利设施费用从税后利润提取的公益金中开支，不再从职工福利费开支。提取的职工福利费分别计入企业的成本。在新制度开始执行时，通过一定方式解决了企业职工福利基金的赤字问题，为企业甩掉了包袱。

（五）农村合作医疗保险

农村合作医疗保险是建立在合作医疗基础上的。合作医疗制度是农民群众依靠社会主义集体经济的力量，按自愿互利互助的原则，建立起来的一种集资医疗制度。基金由集体与个人分担，筹集的标准和比例各地不同，补偿的项目与比例也不同。目前实行这种制度的行政村，占全国行政村总数的5%左右。合作医疗保险是合作医疗与医疗保险的结合，其特点是在合作医疗的基础上，引进保险的某些原理和管理方法，保留了合作医疗的优点，做到四个一样：

1. 参加对象一样。一般都是不享受免费医疗的农民。
2. 集资方式一样。采取集体与个人分担，体现了集体资助与农民互助的

精神。

3. 补偿形式一样。在得到医疗服务时，个人都要自付一定比例的费用。

4. 带来效益一样。依靠集体力量，一人有病众人帮，能减轻患病农民因治病而增加的经济负担。

合作医疗保险又弥补了合作医疗之不足，体现四个改变；

1. 改变过去合作医疗的有关规定常受当地领导者的认识程度和主观意愿而随意变动的缺点，严格按照保险的原则办理，政策、规定也比较严密，而且有强有力的制约系统和监督机构参与管理。

2. 改变以往合作医疗基金常年固定在一个基数上的做法，在“量出为入”的基础上，经过调查，科学测算出人均医疗服务利用率、次均医疗费用值以及影响医疗费用的相关因素，比较准确地确定基金数额和补偿比例。

3. 改变过去个人压力轻、集体压力重的不合理状况，有一套严密筹集基金的规定，交纳比较及时，库容量比较雄厚，而且基金存入国家银行，利息远比合作医疗基金优惠，基金增值，同时又增强了抗风险能力。

4. 改变过去管理上的问题和漏洞，由政府行政部门、医疗单位、保险公司共同参与管理，互相监督、制约，使医疗服务更充分，基金使用更合理，有力地促进医疗保险制度的巩固和发展。

目前，凡户口在农村的常住居民（包括乡、村企业职工）均可自愿参加医疗保险，务农居民以户为单位参加，务工居民以厂为单位参加。按照“量出为人”、“以支定收”的原则进行集资，集体与个人筹集比例，视各地经济水平及群众意愿而定，一般个人筹集比例可在二分之一左右，经济发达地区也可以集体筹资比例大于个人。农村医疗保险基金的管理主要以乡统筹为主，其优点是：集资面比较广，基金比较雄厚，补偿调剂余地较大，抗经济风险能力较强。基金筹集与支付，实行严格的专户存储、专帐管理、专款专用，做到独立核算、统一使用、给付审计，做好基金的保值增值。采用“先交费、再签约、后补偿”的原则，按应缴纳的基金数额，由村统一收齐后交乡医疗保健基金管理委员会。实行凭医疗保健卡到指定单位就诊和逐级转诊制度。医药费由个人现金支付，定期报销，按规定付给补偿，以增强集资者费用意识。补偿后仍有困难的贫困户，由民政部门再酌情给予补助。

（六）医疗保险制度存在的问题

我国的医疗保险制度在制定的初期，对职工身心健康、促进经济发展、维护社会稳定发挥了积极的作用，它的功绩是不可抹杀的。但是随着改革开放和生产力的发展，我国医疗保险存在的问题也日渐暴露出来。我们知道，每一项社会制度都要经过产生、发展直至完善这个过程，医疗保险制度也不例外，于是如何改革和完善医疗制度便成为当前的重要课题。医疗保险制度的弊端主要表现在以下几个方面：

1. 医疗费用国家和企业包的太多，超出了我国目前的生产力发展水平。我国的医疗保险制度是在战争年代供给制的基础上参照原苏联的模式建立的，职工就医个人基本不承担医药费，绝大部分费用由国家和企业负担，超出了我国的生产力发展水平，阻碍了生产力的发展。医疗费用高速增长，在世界各国已经成为一种普遍的社会现象。1992年，德国用于医疗保障支出的费用为3431亿马克，占整个社会福利支出的25%，占国民生产总值的8%。80年代到90年代，新加坡国民经济年平均增长10%，医疗卫生消费却增长12%。大量数据表明，医疗费用国家包的过多的高福利国家，如英国、

瑞士等，生产力发展水平明显低于其他国家。这个道理很简单，国家和企业医疗费用负担过重，直接导致了产品成本的增加，成本过高的产品在国际上缺乏竞争力，这样便严重影响了生产力发展。从我国的实际情况来看，“七五”期间公费医疗费用每年都以超过 25% 的速度增长，劳保医疗费用增长速度也十分迅速，职工福利费由工资总额的 11% 提高为工资总额的 14%，还出现赤字。之所以这样，就是因为医药费支出过快。1993 年，公费医疗和劳保医疗两项支出超过 465 亿元，不仅加重了财政负担，而且成为制约国民经济发展的重要原因。如何使企业放下包袱，轻装上阵，便成为当前企业改革的一个重要任务。

2. 医疗费用缺乏有效的费用控制机制，医疗费用增长过快，超出了国家财政和企业的负担能力。医疗费用增长过快，有些因素是合理的。例如人口老龄化问题，有关测算结果显示，我国的退休职工 1992 年是 2568 万人，2000 年将达到 3654 万人，2050 年达到最高峰 10303 万人。老年人生病的机会大大高于年轻人，所以老年人口的增加则会导致医药费的增长。当然，医疗卫生科技的发展、药品价格、医疗收费标准的正常调整也是合理因素。但也存在着明显不合理甚至严重浪费的因素，主要是国家包的太多，医疗管理和费用脱节，一些医疗单位片面追求经济收入，开“大处方”，重复检查，滥施治疗；职工就医时，个人基本不交费，权利和义务不对等，个人缺乏费用意识和节约观念，追求过量过高的医疗服务；以及小病大养，以药牟私等，也加速了医疗费用的增长。据调查，天津市 1981 年至 1989 年，医疗费用总额由 7623 万元上升到 30817.2 万元，九年时间增长了三倍。就全国范围来讲，近年医疗费用的增长速度都在 30% 以上，1993 年的医疗费超过 400 亿元，比 1992 年增长 30.23%，这个增长速度已经大大超过了国民经济增长速度。我国的医疗制度，无论是对医院，还是对个人，都没有形成有效的制约机制。

3. 基本医疗需求不能满足和医疗资源浪费的现象并存。在医疗资源严重浪费的同时，还存在着某些困难企业职工医疗费不能报销的问题，尤其是一部分离退休人员，患重病时医疗费不能报销，严重影响了离退休人员的感情和社会稳定。

社会保障被称为社会的“稳定器”和“安全网”，医疗保险是社会保障中比较敏感的一项内容，它与职工的经济利益和身体健康息息相关。现在一些没有参加大病统筹的困难企业，仍存在医疗费不能报销现象；一些中外合资企业和乡镇企业的职工医疗费也无从着落。由于企业经济效益差，一些患重病的离退休职工的医药费也无法报销。世界卫生组织提出了在 2000 年实现“人人享有卫生保健”的目标，医疗保健是每一位公民应该享有的权利，任何国家、任何人都不能剥夺这项权力。

4. 医疗保险的覆盖面窄，管理和服务的社会化程度低，不利于劳动力的合理流动；企业负担畸轻畸重，不能适应社会主义市场经济体制的要求。就劳保医疗来说，多数中小企业没有自己的医疗机构，医疗经费由企业自己提取，自己使用，企业之间因为行业不同、成立时间长短不同、离退休人员的多少不同等，企业负担也不一样，不符合公平竞争的市场经济运行机制。由于企业医疗保险保障程度差，企业无法从各种社会性事务中解脱出来。现在一些大中型国有企业之所以缺乏活力，就是因为企业负担太重，办学校、办医院牵扯了企业大量的财力和人力，一些效益差的企业如果有大病发生，不

仅严重影响企业的生产经营活动，而且不能保证职工的基本医疗。

5. 公费医疗和劳保医疗制度不统一，主管单位不同，致使保险政策和法令规章的制定、执行、修订及改革难以协调一致，行政效率低下；两种模式各自为政，平衡发展，难以避免医疗设备的重复购置和医疗设施的重复建设，医疗资源浪费严重。两种制度实施的管理办法不同，不仅对保险人不公平合理，也容易造成医疗费用转移，需要两套管理机构 and 人员，管理成本大。因此，改革公费医疗、劳保医疗管理体制的呼声日高。

二、我国劳保医疗制度改革

1989年3月4日，国务院批转《国家体改委1989年经济体制改革要点》，《要点》中指出：在丹东、四平、黄石、株洲进行医疗保险制度改革试点；在深圳、海南进行社会保障综合改革试点；从此，医疗保险制度改革打开了新局面。劳保医疗制度改革主要包括两方面内容：一是离退休人员医疗费用社会统筹，二是大病医疗费用统筹。

（一）高退休人员医疗费用社会统筹

1989年前，只有极少数市、县开展了离退休人员医疗费用社会统筹，如山东的即墨市、辽宁的锦西市。随着改革的深入发展，据劳动部社会保险事业管理局统计，到1994年末，有19个地区的1.4万户企业实行离退休人员医疗费用社会统筹，参加统筹的人员为35.7万人，比上年增长26.1%。当年收缴基金0.6亿元，支出基金0.7亿元，基金滚存结余672万元，比上年减少1213万元。

1. 离退休人员医疗费用社会统筹内容

离退休人员医疗费用社会统筹的内容主要有：

（1）认真搞好调查测算，确定统筹标准。具体步骤是先摸清前三年的医疗费用情况，考虑物价上涨因素及医疗费用增长情况，本着“以支定筹”原则，确定当年统筹基数。企业必须在每年2月份按照统筹基数一次性交足全年的医疗费统筹金额。

（2）统筹的医疗费用的开支范围：离退休人员的门诊、住院、去外地就诊的路费、统一组织的查体费。

（3）健全制度，加强管理。即墨市先后试行了两个管理办法：第一，在“保证医疗，防止浪费，因病施治，合理用药”原则下，对离退休人员医疗费实行实报实销。第二，实行国家、企业、个人三方负担的原则，退休人员医疗费超过一定标准时，要负担部分医疗费用，离休人员这一块不动、仍旧实报实销。同时还实行奖惩制度，对全年节约医药费好的发给奖金，对滥用滋补药品者，除不予报销外，还视其情节的严重处以一定罚款。

（4）建立健康档案，实行“一卡一册”制度。“一卡”是指医疗保险卡，上面详细记录医疗费使用情况；“一册”是指医疗手册，上面附有医疗费管理试行办法。定期组织离退休人员体格检查，检查结果载入健康档案。

（5）建立离退休职工门诊部（医务室），方便离退休人员，节约开支。门诊部的医务人员由一些医术高、责任心强的离退休医务人员组成。离退休人员凭医疗保险手册看病，无需挂号，在规定范围内不交现金，不收其他费用，只记帐。

（6）建立管理机构，充实管理人员。在乡镇设立劳动管理所，负责离退

休人员退休费和医疗费发放、报销及管理工作。

(7) 进行细致深入的思想教育工作，增强离退休人员的节约意识。即墨市的社会保险工作人员还将有关劳动保险制度改革的材料汇编成册，离退休人员人手一册，大大增强了政策透明度，提高了离退休人员的自我管理意识。

从 1988 年到 1994 年，离退休人员医疗费用社会统筹是卓有成效的，主要体现在以下几个方面：

第一，离退休人员医疗费用社会统筹在全国基夺推开。截止到 1993 年底有 19 个省 1.4 万户企业实行统筹，医疗保险基金存入银行专户，专款专用，按城乡同期人民币存款利息计息。到 1993 年底，已经滚存结余 672 万元。这些数据说明离退休人员医疗费用社会统筹是可行的，并且有了一定抵御风险的能力。

第二，体现保险的互助互济性，维护了社会安定。我国现在正在由计划经济向市场经济转轨，由于一些企业不能适应改革开放的要求，在经济上出现了滑坡，这些企业在职职工的工资减发，医疗费报销也成了大难题。在这种情况下，参加了统筹企业的离退休人员医疗费却能如数报销。社会保险的原则就是互助互济，事实也说明了实行医疗费社会统筹，确实是抵御风险的好办法。即墨市一离休干部住院 5 个月，花费 2.7 万元，因单位参加了统筹而予以报销。离休人员数目很小，但是这些人为国家做出过突出贡献，应给予适当照顾，离退休医疗费用社会统筹照顾了离休人员的利益，充分维护社会的稳定。

第三，实行医疗费用由国家、企业、个人三方负担的原则是一项突破。以前的医疗保险不是社会保险，而是企业保险，项目包得过多，保得过宽，医疗保险管理不善，职工节约意识淡薄，药品浪费十分严重。现在由国家、企业、个人三方负担，国家的优惠政策体现在医疗费用税前列支。实行退休人员个人交费，既减轻了企业负担，又增强了节约意识，有效地克服了浪费现象。以即墨市为例，1988 年第四季度统筹后，与前三个季度相比，全市离退休人员医疗费用开支由人均 19.44 元下降为 12.48 元，节约率为 35.8%。医药浪费现象得到控制的因素很多，但是实行个人负担部分费用确实是主要因素之一。

第四，建立离退休职工门诊部（医务室），方便离退休人员，节约了开支。世界许多国家存在医疗保险管理机构办门诊现象。例如智利、缅甸、巴基斯坦由政府社会保险部门举办医疗机构，奥地利、墨西哥、秘鲁、日本、印度等国则是由社会保险协会或疾病基金会举办医疗机构。由社会保险机构办医院，有几个显著优势：一是大大降低了管理成本。医院除了为离退休工人看病外，也向社会开放，基本上能做到自给自足。以河南漯河职工中心医院为例，这家医院从 1994 年 3 月开始运行，三月份收入 8 万元，四月份收入 14.7 万元，五月份收入 15 万元。社会保险机构的医院在竞争中立住了脚，这和医生服务态度好，医术高及医院收费比较合理是分不开的。二是社会保险机构办医院方便了离退休工人。以前工人看病要经过挂号、就诊、划价、交款、取药等数道手续，一些年老体弱的老职工常常叫苦不迭。现在离退休人员凭医疗手册到近处门诊就医，报销范围内不交现金，不收其他费用，大大方便了职工。三是社会保险机构办医院使医药浪费现象得到控制。过去一人看病，全家吃药现象十分严重，一些离退休人员还乘机乱开滋补品及电热锅、电热毯等其他日常生活用品。现在由社会保险机构开办医院情况有所好

转，病人凭借医疗手册就医，诊断结果也记录在册，这样就防止亲属利用病人名义报销。另外规定了报销范围，病人的医疗费在报销范围的，实报实销，在报销范围外的，例如挂号、煎药、安装假肢假腿、开各类滋补药品、药酒、药引子等费用，则不在报销范围内，完全由个人负担。这些措施在某种程度上使医药浪费现象得到一定控制。一位在公费医院工作多年的老医生说：“社会保险机构的医院是有活力的，社会保险机构完全有能力办好医院。”

实行离退休医疗费用社会统筹也存在一些不足，主要存在以下几个问题：

第一，统筹面窄。大多数省市的离退休人员医疗费用统筹仅限于企业离退休人员这一块，机关、事业单位这一块没有包括进来，一些省、市在职工医疗这一块还没有动。统筹面窄带来的后果是保险的互济互助性没有得到充分体现，共同抵御风险的能力还不是很强。从1994年离退休医疗费用收支情况看，收缴基金0.6亿元，支出0.7亿元，动用历年结余0.1亿元。随着人口老龄化的发展，这种收不抵支的现象可能还要加剧，滚存结余的一点基金根本无法抵御风险，因此离退休医疗费用社会统筹仅是我国大范围的医疗改革条件不成熟时期的阶段性产物，它也面临着变革。分析当前形势，离退休医疗费用统筹必须吸收大量的基金，才能有活力。

第二，与离退休职工社会化管理相配套的医疗保障体系不完善。为了对企业离退休职工医疗实行社会化管理，社会保险机构开始办医院，这件事情本身是一件好事。但是由于社会保险机构财力有限，国家又无法给予大力支持，因此真正开业的门诊毕竟寥寥无几。这些医院仅方便了附近离退休人员，那些居住地比较远的，尤其住在偏远农村的一些病人，仍然无法得到及时治疗。另外社会保险机构办医院，无形之中对公费医院的收入产生影响。这些医院归卫生部门管，这样社会保险机构与卫生部门就容易产生矛盾，因此必须让社会承认社会保险机构医院的存在。社会保险机构的医院应该与公费医院互相交流学习，展开竞争，共同促进我国医疗事业发展。同时社会保险机构的医院还面临这样一个问题：聘请来的医务人员没有职称，所以卫生部门应该将这些医务人员和其他医院一视同仁，通过考核为他们评定职称，使这些医生解除后顾之忧，为我国职工医疗事业做更大的贡献。

第三，医药浪费现象仍旧很严重。由于宣传不够和离退休人员缺乏自觉性，“一人看病，全家吃药”的现象仍旧存在，社会保险机构对门诊之外的医院缺乏管理，医院的制约机制没有建立，开“人情方、大处方”的现象仍旧盛行。另外一些配套改革不完善，使医疗费用居高不下。医药市场管理混乱，医药价格飞速上涨，也是医疗费用收不抵支的重要原因。

第四，基金收缴率低。这几年，离退休医疗费用的收缴率一直呈逐渐下降趋势。1993年基金收缴率仅为69.7%，出现了“收不抵支”现象。当然收缴率低和企业经济效益有关，但是和社会保险机构的管理也有关系。由于社会保险机构对自己统筹的企业经济状况缺乏了解，致使一些企业偷缴漏缴现象十分严重，所以社会保险机构的审计职能急待加强。地方一些社保局已经在这方面开始了大胆探索。辽宁锦西市（现已改称葫芦岛市）社会保险事业管理局设立了审计科，并且已经形成了一套自己的管理办法。审计科每年对参加统筹的企业进行稽查，对漏缴企业强令征缴，对多交的企业返还多缴部分。尽管目前业务范围仅限于养老和工伤，但对于医疗保险费的征缴却有很大启发，劳动部社会保险事业管理局目前正在制订审计条例。大家期待这个

条例出台后，基金收缴率低的现象将有所改观。

（二）职工大病医疗费用社会统筹

职工大病医疗费用社会统筹（以下简称大病统筹），最早从丹东、四平、黄石、株洲等城市开始，以后逐渐在全国推开。有关数据显示，1994年末，有20个地区的3.2万户企业实行职工大病医疗费用社会统筹，参加统筹的职工374.6万人，比上年增长43.0%，当年收缴基金2.6亿元，比上年增长1倍多，基金收缴率由上年的74.3%提高到90.1%，基金支出2.1亿元，基金滚存结余0.6亿元。

大病统筹是根据医学上划分大病的种类，结合当前企业经济承受能力，选择某些医疗费用开支较大的大病病种，通过实行社会统筹来保障企业职工患大病后得到基本治疗。下面就大病统筹内容、优点及不足做一些介绍。

1. 大病统筹的内容

各地出台的大病统筹的政策不太一样，分析烟台、即墨、天津等地的方案，对大病统筹的内容概括如下：

第一，目标是建立起与整个经济体制改革的总体目标相一致的，医疗费用由国家、用人单位和职工三方合理负担，尽量覆盖城镇全体职工，保障劳动者基本医疗的医疗保险制度。

第二，基本原则是互助互济、保证基本医疗，效益优先、兼顾公平，以支定收、略有结余，严格制度、克服浪费。

第三，医疗保险专项基金由职工（含退休、退职人员）个人医疗保险专户金、企业医疗保险调剂金和大病医疗保险统筹金三部分组成。

职工个人医疗保险专户金归职工个人所有，由企业负责管理。职工患病医疗费用先从个人专户金中开支，结余部分划转下年合并使用。

企业医疗保险调剂金主要用于离退休人员的医药费、职工大病统筹比例以外企业负担部分以及医药费个人负担过重的职工的医疗救济。医疗保险金由企业调剂和管理。

大病医疗保险统筹金主要用于保证职工患大病后的基本医疗，大病医疗保险统筹金拨付起点一般是300元，超过起点的医疗费用由大病统筹部门按分段计算，累加支付的办法，拨付给参加统筹的单位。

第四，医疗保险基金的筹集办法是：企业在职职工按上年度职工工资总额的11%提取医疗保险专项基金。其中职工工资总额的3%左右用于大病医疗保险统筹；职工工资总额的5%左右记入个人医疗保险专户；职工工资总额的3%左右作为企业医疗保险调剂金。

离退休人员也按其本企业上年度离退休费用总额的一定比例（大约是30%左右）提取医疗保险专项基金。

在职职工的医疗保险基金在企业福利费中开支，离退休人员医疗保险基金在企业劳动保险费中开支。

第五，统筹的范围包括国有企业、集体企业、中央、省、市属国有企业、股份制企业、城镇私营企业及街（居）集体企业的在职职工，外商投资企业的中方职工，属上述企业中的离退休人员，均应参加大病医疗保险社会统筹。

第六，统筹大病病种各地不太一样，一般包括慢性肺源性心脏病、白血病、慢性肾功能衰竭、脑出血、颅内占位性病变、椎管内占位性病变、全身各系统恶性肿瘤、大面积烧伤（ $\geq 50\%$ 以上， $\geq 30\%$ 以上）、心功能不全 ≥ 3 级以上（含 ≥ 3 级）等病种。

第七，大病医疗保险统筹金实行专款专用，专户储存，任何单位和个人不得挪用和侵占。统筹金结余部分，连同利息，结转下年使用。统筹金款项的收缴、拨付由社会劳动保险机构与企业直接办理结算手续。社会劳动保险机构经办大病医疗保险社会统筹所需的管理服务费，一般按大病医疗保险统筹金的 2% 提取。大病医疗保险统筹金和提取的管理费，均不计征税、费。大病医疗保险统筹金的收支和管理，接受同级财政、审计、卫生、工会等部门的监督、检查。

第八，对退休人员、二等乙级以上革命伤残军人不建立个人医疗保险专户金。

第九，统筹金按照“以支定收，略有结余”的原则，按当地上年度企业职工月平均工资总额和月平均离退休费用总额的一定比例征集。参加大病统筹的企业，必须在规定时间内到当地社会劳动保险机构缴纳大病医疗保险统筹金，逾期不缴的，按日加收 2‰ 的滞纳金。滞纳金并入大病医疗保险统筹金。

2. 大病统筹的实施

我国的大病统筹从 1989 年才开始起步，比离退休医疗费用社会统筹晚得多，但是从 1994 年的有关数据看，参加大病医疗保险费用统筹的企业和人数已经远远超过离退休医疗费用统筹范围，由此可见，大病统筹有很强的生命力。同以前的医疗制度相比，大病统筹有以下几个优点：

第一，为以后的医疗制度改革打下良好基础。医疗保险是社会保险的重要组成部分，是难度最大、最复杂的改革之一，医疗保险搞好了对整个社会保险体制的建立都有重大意义。但是医疗保险改革不能一步到位，必须有一个过渡阶段，于是就出现了大病统筹。大病统筹实行国家、企业、个人三方负担，并且建立了个人帐户。医疗保险实行个人帐户，是我国医疗保险改革的关键之举，到 1994 年末，医疗保险已经积累了 0.6 亿元的基金，初步具有了抵御风险的能力。各地的医疗改革一直在探索中前进，通过大病统筹，地方社保人员已经积累了一定经验，形成了一整套管理办法。烟台、天津、北京、平顶山等地都先后出台了大病统筹方案，这些方案在理论上和可操作性上，都已经达到较高水平。现在开始的医疗制度改革，是选择大病统筹搞的比较好的九江、镇江两市做试点，这两个市的改革并不是推翻原来的大病统筹，重新开始，而是在原先大病统筹的基础上进行改进和完善。从对这两个市的考察、测算及至最后形成方案来看，大病统筹确实为改革打下了一个良好的基础。

第二，实行大病统筹扩大了统筹范围。离退休医疗费用社会统筹仅限于离退休职工，在职职工没有包括进来，统筹范围太窄。而实行的大病统筹，统筹面扩大了许多，不但国有企业、集体企业、股份制企业、城镇私营企业及街道集体企业，中央、省、市属国有企业及外商投资企业的中方职工也包括进来。不但上述企业中的在职职工，而且退休人员也必须参加大病统筹。为了避免条块分割现象的产生，各地制定政策时，特别考虑了中央、省、市属企业，在方案中强调中央、省、市属国有企业必须参加当地的大病统筹。这与以后制定的实行系统统筹的企业也应该参加地方医疗费用统筹的政策基本吻合。这说明各地制定医疗保险方案时，吸取了养老保险的教训，尽量避免条块分割局面的出现。统筹范围扩大了，积累的医疗保险基金相应增加，这样医疗保险抵御风险的能力得到加强。可以说，大病统筹为我国医疗保险

最终实现社会统筹大大迈进了一步。

第三，实行大病统筹建立了有效的医疗费用控制机制。控制医疗费用的不合理增长是医患双方的共同行为。对医方要逐步建立竞争和监督机制，签定医疗合同；对患方要逐步建立利益约束机制，职工就医时超过个人帐户后要自负一定比例的医疗费。大病统筹建立的医疗费用控制机制主要有以下几个方面：

对医院实现合同化管理，参加医疗保险的单位与承担职工医疗保险的医疗单位签订基本医疗服务范围、项目、费用定额、收费标准及节约奖励等内容的合同。

劳动、卫生、工会等部门拟定《职工医疗保险基本药品报销范围》及医疗规范等项制度。《报销范围》根据社会、经济、医药科技发展和医疗保险基金筹措等情况定期修订。

建立社会医疗保险门诊部，为在职职工和离退休人员提供良好的医疗服务并研究病种费用质量管理。

劳动、卫生、工会等部门开展医疗机构的资格审定工作。凡经批准的社会医院和单位职工医院，均可申请负责医疗保险业务，由劳动、卫生、工会等部门制定标准，进行资格审定。参加医疗保险的单位可以有选择地与凡是批准经办医疗保险业务的医院挂钩，医疗单位提高医疗质量，改善服务态度，合理用药，合理检查，降低医疗费用。发展医疗事业的社会化管理和社会化服务，切实减轻企业负担。合理调整医疗机构的布局，控制单位和部门增设医疗机构。第四，企业医疗费用畸轻畸重的矛盾有所缓解，较好地解决了小企业和微利企业职工害大病的医疗费用，保障了职工的医疗。河北大城县实行大病统筹后，县物资局机关有一名职工患血癌住院，半年时间花去医疗费4万多元，而这个单位的年工资额才4万多元。大病统筹使他们摆脱困境，该单位共缴纳大病统筹基金1600元，而给他们拨付的医疗费却是64972元。从这个例子我们可以看出，大病统筹真正发扬了互助互济精神，使企业医疗费用畸轻畸重的问题得到缓解。大病统筹还维护了职工就医的权力，保障了职工及时的医疗。1994年年初，北京市发生了一件感人事例，一位患心脏病的女职工因无力承担医疗费用而多年经受疾病的折磨，单位参加西城区大病统筹后，这名女职工的病终于得到治疗。她含着眼泪说：“是大病统筹给了我第二次生命。”

由于大病统筹对医患双方都有一定的制约作用，并且实行职工负担少量医疗费用，因此医药浪费现象大大减少。四川省大邑县1990年实行大病统筹后，1990年在职职工的医疗费由1989年的月人均14.56元下降到7.87元，退休职工的医疗费由1989年月人均16元下降到12元。

3. 大病统筹存在的主要问题

尽管大病统筹取得了许多成绩，但是由于种种原因，这项改革还存在一些不足。

第一，大病统筹有些办法不够科学合理，对操作及进一步推广造成一定困难。就拿“大病”的范围来说，各地的方案都对什么是大病做了规定，但实际上什么是大病很难说得清，一位得慢性病的人可能比得一场大病的人所花的医疗费还要多。有些人得了重病，但是大病病种名单上却没有这种病。各地对大病医疗基金的拨付起点不一样，大部分是以300元作为起点，但也有些地方将起点定到400元，甚至500元。起点定得太高，超过企业的经济

承受能力，不但不能帮助企业，反而会加重企业的负担。另外企业参加医疗费用统筹后，企业的医院如果不能作为定点医院怎么办？这些问题有待建立一个更科学的统筹制度才能解决。

第二，尽管大病统筹的范围扩大了，但是还没有形成整个社会统筹，目前的大病统筹一般只限于企业这一块，对机关、事业单位的医疗保险未做规定，因此大病统筹企业仅限于劳保医疗改革，没有与公费医疗改革同步进行。

第三，宣传不够。目前，一些参加统筹的职工不清楚什么是大病统筹，患了病后到非定点医院就医的现象也时有发生，因此积极开展宣传应当成为一项重要的工作。

离退休医疗费用社会统筹和大病医疗费用社会统筹尽管存在许多问题，但是作为劳保医疗的两种统筹方式；对我国的医疗保险事业做出了突出贡献，并且为下一步医疗制度改革打下了良好基础。

三、我国公费医疗制度改革

我国的公费医疗制度作为社会保障的一部分，从 1952 年实施以来发挥了积极作用。但是随着我国经济和社会发展情况的变化，现行的公费医疗制度存在的弊端逐渐显露出来，主要表现在国家包得过多过死，医疗单位、享受单位、享受人员缺乏必要的经济责任，缺乏费用控制机制，医疗提供者和医疗享受者缺乏费用意识和节约意识，导致药品一方面大量浪费，另一方面部分职工的基本医疗得不到保障。

针对上述情况，我国在公费医疗改革方面进行了积极的探索。1988 年 3 月，根据国务院指示，成立了由卫生部牵头，劳动部、财政部、国家体改委、全国总工会等八个部门参加的医疗制度改革研讨小组，下设办公室，开展日常工作，专门探讨公费医疗、劳保医疗制度的改革问题。这在我国尚属首次，充分体现了国务院及中央有关部门对公费医疗制度改革的高度重视。研讨小组在广泛调查，反复论证基础上，起草了《职工医疗保险制度改革设想（草案）》，提出了我国职工医疗制度改革方向。同时指出：公费医疗由各级财政和个人筹集，劳保医疗由企业和个人筹集。1989 年 3 月，经国务院批准，在四平、丹东、黄石、株州四个城市进行医疗制度改革试点。

（一）公费医疗改革的主要内容

1. 试行医疗单位管理公费医疗经费的办法，按人员定额将经费的全部或部分包给定点医疗的医院管理。经费超支，由医疗单位、享受单位、财政部门三者合理负担；经费节约，由医疗单位用于改善定点医院的医疗条件，发展卫生事业。把医疗管理与经费管理有机地结合起来，使医院有一定的经济责任，有利于促进医务人员在保证享受者基本医疗的同时，关心药品和资金的节约，减少浪费。据不完全统计，1989 年实行医院管理（或代管）公费医疗经费的享受单位占全国享受医疗单位的 31.07%，占享受人员的 20.54%。1990 年实行这一管理办法的范围又有所扩大。吉林省自 1975 年以来就一直坚持实行医院管理公费医疗经费的办法，为我们提供了许多经验。广东省的统计资料表明，全省公费医疗经费管理形式，主要有以下三种：单位包干管理；公费医疗办公室统管；医疗单位包干管理。实行三种管理方式的 1989 年，人均开支数分别为 206 元、407 元、180 元，比上年分别增长 23.35%、46.93%、12.50%。无论从人均开支绝对数还是增长速度看，医院管理的实

际效果还是比较好的。多数医疗单位在承担公费医疗管理任务，增加工作量的情况下，认真贯彻“预防为主”方针，积极做好疾病防治工作，坚持医疗原则，因病施治、合理用药、合理收费，保证了职工基本医疗，减少了浪费，在公费医疗改革和管理方面，发挥了较好作用。另外，国家财政部门实事求是核定预算，对合理超支部分给予补足，也起了一定的积极作用。2. 试行享受单位管理公费医疗经费办法。将公费医疗经费全部或部分按享受人员包给部门或单位管理，节余留用，超支自理或酌情补助。这样做，有利于调动单位参加公费医疗管理的积极性。但这种办法也有一定的局限性，因为享受单位在职工医疗过程中所起的作用是有限的，“各自为政”会弱化互济能力，使一些单位挤占本单位其他经费来弥补医疗经费的不足，影响单位的其他正常工作，甚至影响职工的基本医疗。3. 设立公费医疗门诊部（医院）。在医疗机构不足或医疗机构不接受管理公费医疗经费的地方，设立独立的公费医疗门诊部，专门管理公费医疗经费，并负责接治公费医疗患者。公费医疗门诊部作为全额预算管理单位，不收药品加成费，治疗和费用管理结合在一起，有利于贯彻“因病施治、合理用药”的原则。

4. 试行公费医疗经费与享受者个人适当挂钩的办法。北京市于 1982 年 10 月开始，首先在北京医科大学第一附属医院试行门诊药费补贴与个人就诊时门诊药费支付 20%相结合的办法，门诊药费补贴节约归己，个人自付超过门诊药费补贴的仍由公费医疗报销的办法。以后这一办法逐步在全国推广并加以完善。该办法的主要内容是：规定每人每年的公费医疗定额数：将公费医疗经费定额的一部分预付给享受公费医疗待遇的个人，门诊或住院时个人自付一定比例的医药费；每年终了，超过定额部分由定点医疗单位、享受单位、享受者个人各按一定比例负担。这种办法使享受者增加了费用意识和节约观念，自觉遵守公费医疗管理的各项规定，合理使用医疗服务，是减少公费医疗浪费、节约开支的重要环节。实行个人负担一定比例医疗费的办法的地区在不断增加，范围在不断扩大。上海市已经全面推行了这种办法。吉林省 1990 年 90%左右的城市，也实行了个人负担少量医疗费办法。吉林、海南、新疆等省区对医疗照顾人员在体现医疗照顾的情况下，也实行了适当挂钩的办法，一些省市还对大型设备检查、治疗等采取个人负担一定比例检查治疗费的办法，对解决病药费用浪费严重等问题起了积极作用。

5. 完善规章制度，加强日常管理。1989 年 8 月，卫生部、财政部联合颁发了《公费医疗管理办法》，对公费医疗享受范围、经费开支、医疗管理、机构建设、监督检查、考核奖惩等方面做了明确规定。许多地方依据《公费医疗管理办法》制订了实施细则或补充管理规定。一些地方还分析研究了当地公费医疗管理的难点和弱点，制定了相应的管理措施。例如上海市、重庆市等城市，继续补充完善了《公费医疗药品报销范围》等有关规定；大连市根据疗养病人多的特点，制定了疗养管理规定。一些地区还对不属于享受公费医疗人员进行了清理。北京市于 1989 年 5 月至 1990 年 5 月，用了整整一年的时间，检查出不符合公费医疗享受范围的人员 7 万多人；江苏省灌云县采取逐个复核办法，查出不符合享受公费医疗范围的人员 2253 人，占原享受人员总数的 25%，并及时进行了清理，减少了经费开支。各地公费医疗保险管理机构为了促进公费医疗管理经常化、制度化和正规化，建立了会议制度、奖惩制度、统计报表制度、档案管理制度及岗位责任制。许多承担公费医疗管理任务的医院，继续坚持和完善了一系列管理制度，较为普遍的是实行公

费医疗专科挂号、门诊、住院、结帐、取药“一条龙”服务办法，同时辅以处方限额、超量报批、专人审核、违纪处罚等规定。一些医院还对人均门诊费用、人均床日费用实行指标控制办法。天津市针对公费医疗经费开支猛增的情况，实行了医院药品总消耗指标控制办法，对节约开支和减少药品消耗起了明显作用。

承担公费医疗管理任务的单位，也采取了一些积极措施，例如，配备专职或兼职公费医疗管理人员；加强职工思想教育；建立健康档案；加强与医疗机构的配合；严格公费医疗经费报销；定期公布医药费开支情况。上述措施对节约经费、减少浪费都起了一定作用。

6. 坚持监督检查，查漏补缺。监督检查是保证公费医疗制度改革顺利进行的有效手段，对促进公费医疗管理制度化、规范化有重要作用。目前对公费医疗监督检查的方式有三种：第一种是组织联审互查。这是公费医疗监督检查的基本形式，即定期对公费医疗管理情况进行自查，在自查基础上组织联审和重点抽查。1988年3月，卫生部、财政部首次组织以大区为单位的全国性公费医疗联审互查工作。1988年底，卫生部、财政部在无锡市联合召开了全国公费医疗联查互审总结汇报会，充分肯定了这一做法。第二种是试行定期报审办法。这是公费医疗监督检查又一形式。基本做法是：医院每月将公费医疗处方送公费医疗管理办公室审核，并确定哪些开支可以付款，违反规定的开支则予以剔除并拒付。对医院有较大制约作用。上海市杨浦区自1988年首先采取这一办法，后来推广到上海八个区县，效果显著。第三种是建立举报制度，现场突击检查。北京市在联审互查的基础上实行这一办法。1988年9月至1990年8月，市公费医疗管理办公室根据群众举报，重点抽查了241个医疗单位，共查出有不同程度违纪问题的医疗单位141个，及时制止了部分医疗单位的违纪行为。

7. 奖惩结合，调动公费医疗管理单位的积极性。在实行医疗单位、享受单位管理公费医疗经费，超支分担、结余奖励的同时，一些地方对公费医疗管理好的单位给予表彰奖励，对严重违反公费治疗管理规定，造成严重浪费的单位和个人进行处罚及批评。

从1988年到1990年，卫生部、财政部连续三年对医院管理公费医疗经费成绩显著的省市进行奖励，奖励金额共4510万元。这样做，既解决了医疗单位的困难，改善了医疗条件，又进一步推动公费医疗管理工作。

在运用奖励机制同时，一些地方制订了违纪行为的处罚规定。深圳市1989年9月和10月在8个有问题的医院中查出违纪金额32500元，除全部没收外，还处以6倍罚款。北京市自1988年9月以来，对查出的141个违纪单位进行了处理，罚没违纪金额186万元。这些处罚措施，对挽回经济损失，促进管理，推动医德医风的转变起了一定作用。

（二）公费医疗管理中存在的问题

公费医疗改革虽然取得一定成效，但也存在一些问题。主要问题是：

1. 经费增长过快，国家财政难以接受。据统计，“七五”期间公费医疗经费每年都以超过25%的速度增长，1993年公费医疗经费支出达76亿元，比1992年增加了30.6%。而1989年全国财政开支的公费医疗经费是37.99亿元。由此可见，公费医疗经费的增长速度是相当惊人的，已经远远高于同期财政和文教卫生费用支出的增长速度。人均公费医疗经费的开支数，1986年为83.14元，1989年已达到145.18元，年平均递增20.40%。中央驻地

方人员的医疗费补助标准，1993年为150元，1994年欲提高为200元。三个直辖市为206元。目前，一些地方的公费医疗经费已经超过了卫生事业费。当然，随着医学科学的发展，人均寿命和消费水平提高以及物价上涨，医疗费用上升有其合理之处，但是以这样惊人的速度增长下去，不但国家财政无法承受，也会直接影响其他卫生事业的发展。各地人均开支水平及增长速度的不平衡，同时也反映了各地在公费医疗管理水平和改革进展方面存在差距。

2. 各项制约机制不健全，浪费仍然严重。各地虽然试行了一些公费医疗与医疗单位、享受单位、享受个人挂钩的办法，但是目前许多地方仍然存在医疗管理以及享受单位和个人责任、利益与经费管理脱节等问题，医疗单位和享受人员还没有从根本上自觉地遵守公费医疗管理规定，不能合理地提供和使用医疗服务，处罚措施也不够严格，致使公费医疗浪费现象仍然十分严重。主要表现在：（1）医疗单位及医务人员片面地追求经济收入，一方面提供过量的医疗服务，一方面乱开药，甚至将自费药物也列入公费医疗报销。另外，乱收费现象也十分严重。（2）一些公费医疗患者节约意识差，不能合理地使用医疗保健服务，追求过高的医疗消费，小病大养，点名要药，甚至无病开药以及挂名住院等现象仍不同程度地存在。（3）部分医药生产供应部门在追求盈利的思想指导下，不在提高药品质量上下功夫，而是一味地在药品装潢上做文章，使药品的成本越来越高，有的甚至采用搭售不对路药品等办法取得收入。

3. 公费医疗管理改革发展不平衡，管理措施不够得力，难以适应当前公费医疗改革形势。目前，一些单位公费医疗管理仍是统收统支、实报实销的几十年一贯制。一些单位缺乏大胆开拓精神，公费医疗改革至今没有起步，个别单位甚至出现了倒退现象。一些单位在制订与个人经济挂钩比例时，考虑享受者负担能力不够，有的简单地将门诊费或全部医药费包干给个人，给部分重病、慢性病人增加了过重的经济负担，不利于公费医疗改革的顺利开展。有的地方只注意了门诊，却忽视了住院医疗和大型设备检查以及治疗管理中存在的浪费问题，没能真正达到控制费用的目的。

4. 有些地方公费医疗经费定额过低，给保障基本医疗和加强管理带来了一定的困难。

5. 机构不健全，规章制度不够完善，难以适应管理需要。在一些地方，省市一级还都没有建立管理机构，地县一级的公费医疗管理网络更没有建立，因此不用说改革，日常工作都难以开展。有的地方没有根据公费医疗管理的需要，制订必要的规章制度，难以适应改革的要求。

四、我国医疗保险制度改革设想

（一）深化医疗保险制度改革的必要性

我国的医疗保险制度是50年代初建立的。由政务院1951年发布的《中华人民共和国劳动保险条例》和1952年发布的《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》，对企业和机关、事业单位职工的劳保医疗和公费医疗作了明确规定。四十多年来，这一套完整的医疗保险体系为保障人民身体健康，维护社会安定发挥了极为重要的作用。

随着客观形势的变化，现行的医疗保险制度已不能适应新形势的需要，尤其不能适应建立社会主义市场经济体制的需要，进行医疗制度改革势在必行。这种必要性具体表现在以下几个方面：

1. 医疗卫生资源浪费严重和基本医疗需求不能满足之间的矛盾日益突出。医疗供需双方不能进行有效制约，医疗卫生资源遭到严重浪费。据统计，“七五”期间公费医疗经费每年都以超过 25% 的速度增长，1993 年公费医疗经费支出达 76 亿元，增加 30.6%。劳保医疗费用支出增长速度也十分迅速，职工福利费由工资总额（扣除奖金）的 11%，提高为工资总额（包括奖金）的 14%，还出现赤字。其中重要原因就是职工福利费中的开支大项——医药费支出增长过快。据统计，1993 年企业医药费支出已占职工工资总额的 10.78%，使企业负担加重，严重影响了企业经济效益的提高。1993 年，公费医疗和劳保医疗两项费用支出超过 465 亿元，不仅加重企业和财政的负担，而且成为制约国民经济发展的的重要因素。

在医疗卫生资源严重浪费的同时，部分企业职工的基本医疗需求却得不到满足。现行的劳保医疗制度实行一家一户的企业保险，效益好的企业尚有能力解决职工的医疗问题，效益差的企业解决职工的医疗问题难度很大。目前，许多企业的厂长、经理已把保证报销职工医疗费用同保证职工的工资发放一样列入议事日程，想方设法报销职工的医疗费。尽管如此，仍有许多企业职工的医疗费报销条“拿在手里，揣在兜里”，职工因病致穷的现象也屡见不鲜，严重影响了职工的劳动热情，处理不好还会影响社会稳定。一些事业单位公费医疗费用超支严重，被迫挤占挪用其他事业经费，影响了其他工作的开展。

2. 企业负担畸轻畸重，不能公平参与竞争。新老企业、不同行业的企业之间医疗费负担苦乐不均，老企业、工伤事故多的企业，离退休和工伤人员多，医疗费支出多；相反，新企业、工伤事故频率低的企业，医疗费支出少。企业医疗费负担畸轻畸重，不能在公平的条件下参与竞争，不符合市场经济运行法则，不能满足建立社会主义市场经济体制的需要。

3. 单个企业负担医疗费支出，不利于人才流动和减轻企业社会负担。国有企业职工享有劳保医疗，集体企业、外商投资企业基本不承担职工医疗费，不利于人才流动和企业用人自主权的落实。职工的生老病死全部由企业负担，企业负担重，厂长、经理无法一心一意搞经营，不利于企业转换经营机制和建立现代企业制度。

4. 医疗保险是社会保险的重要组成部分，是难度最大、最复杂的一个部分，医疗保险搞好了，对整个社会保险体制的建立有着十分重要的意义。现行的医疗保险制度改比不改好，早改比晚改好。不改或晚改问题会越积越多，难度就会越来越大。

（二）深化医疗保险制度改革的可行性

为了推动医疗制度改革，1988 年国务院成立了医疗制度改革领导小组，并选择四平、株洲、黄石、丹东四个中等城市进行医疗制度改革试点，取得了一定经验。就全国来看，从 1982 年开始，部分地区实行了公费医疗支出与个人适当挂钩的办法，并逐步推广医院管理公费医疗经费的经验，目前已有 23 个省、市、自治区和部分计划单列市实行了医疗单位管理公费医疗的办法。对企业的劳保医疗实行大病统筹，职工负担部分医疗费改革的改革，截止 1993 年年底，全国已有 221 个县级市实行了大病医疗统筹。在全国各地的改

革措施中个人或多或少负担一部分医疗费用，有了一定的心理承受能力和社会承受能力，同时也为进一步改革积累了经验。1992年邓小平同志南巡谈话和党的十四大，提出了建立社会主义市场经济体制的目标，开阔了人们的思路，启迪了人们的思想。十四届三中全会全面总结分析了改革开放十五年的经验，将社会主义市场经济体制的目标规划的更具体、更明确。全会决定提出建立社会统筹和个人帐户相结合的医疗保险制度，为医疗制度改革指明了方向。

（三）深化医疗保险制度改革的主要内容

1. 改革的目标和基本原则

职工医疗保险制度改革的目标是：建立社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会保险制度，并使之逐步覆盖城镇所有劳动者。

建立职工医疗保险制度的基本原则是：

第一，适应建立社会主义市场经济体制的要求，使城镇全体劳动者都能获得基本医疗保障，有利于整个社会保险制度改革的推进，有利于减轻企业、事业单位的社会负担，有利于转换国有企业经营机制，建立现代企业制度。

第二，基本医疗保险的水平和方式要与我国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，国家和企业不能包揽全部医疗费用。

第三，公平与效率相结合，职工享受基本医疗保险的待遇要与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工劳动积极性。

第四，建立对医患双方的制约机制，最大限度地减少浪费，保障职工基本医疗。

第五，公费、劳保医疗制度按照统一的新制度和政策同步改革，保险费用的筹集方式和基本结构要统一，但经费使用可以分别独立核算。

第六，实行政事分开，政府主管部门制定政策、制度、标准，职工医疗保险资金的收、付和运营等由相对独立的社会医疗保险事业机构承担，以利于加强行政监督和社会监督，保证资金的合理使用。

2. 深化改革的主要内容

第一，职工医疗保险费用的筹集办法。职工医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费，参照本城市上年度实际支出的职工医疗费用换算成职工工资总额的一定比例缴纳。不超过职工工资总额10%的，由省人民政府决定。今后将根据经济、社会发展情况和实际医疗费用水平适时调整。超过职工工资总额10%的，由省人民政府审核后，报国家财政部批准。原养老、工伤社会保险费收缴中包含医疗保险费用的，应相应核减养老、工伤保险费的收缴比例。

用人单位缴费来源：国家机关、全额预算管理事业单位和差额预算管理的全民所有制单位，由各单位预算内资金开支；差额预算管理的其他事业单位及自收自支预算管理事业单位，由单位提取的医疗基金中开支；企业在职职工从职工福利费中开支，离退休人员在劳动保险费中开支。

职工个人缴费，先从本人工资的1%起步，由用人单位从职工工资中代扣，今后随经济发展和工资增加逐步提高。

个体劳动者的医疗保险费用，按照当地平均水平，全部由个人缴纳。

职工医疗制度改革实行属地原则，所有的企、事业单位都必须参加所在地的医疗制度改革，执行当地统一的缴费标准。

第二，建立社会统筹医疗基金和职工个人医疗帐户相结合的制度。用人

单位为职工缴纳的医疗保险费用的大部分（不低于 50%）和职工缴纳的医疗保险费用，记入个人医疗帐户，专款专用，用于支付个人的医疗费用。个人医疗帐户的本金和利息为职工个人所有，可以结转使用和继承。用人单位为职工缴纳的医疗保险费用的其余部分进入社会统筹医疗基金，由市医疗保险机构管理，集中调剂使用。作为一种过渡办法，经市医疗保险机构批准，原实行劳保医疗的单位，可以管理一部分社会统筹医疗基金，在单位内部调剂使用。个人医疗帐户超支，可按规定由社会统筹医疗基金支付。职工患国家认定的特殊病种或实施计划生育手术及其后遗症所需治疗费用，全部由社会统筹医疗基金支付。

第三，建立对职工个人的医疗费用制约机制，减少浪费。职工就医，必须出示由医疗保险机构统一制发的带本人照片的医疗卡，诊疗记录和处方必须有一份送达医疗保险机构。医疗费用首先从个人医疗帐户支付；个人医疗帐户不足支付时，先由职工自付。按年度计算，职工在个人医疗帐户之外自付的医疗费，超过本人年工资收入的 5% 以上部分，由社会统筹医疗基金中支付，但个人仍要负担一定比例。个人负担的比例随费用的升高而降低；超过本人年工资收入 5% 以上，但不足 5000 元的部分，个人负担 10~20%；5000 元至 10000 元的部分，个人负担 8~10%；超过 10000 元的部分，个人负担 2%。

第四，加强对医疗单位的有效制约，改善医疗服务。职工可以到定点的几个医院就医，促使医疗单位通过合理竞争，提高医疗质量，改善服务态度，合理用药、合理检查，降低医疗费用。要在调整医疗服务价格的基础上，逐步实行医疗服务和销售药品分开核算，允许病人持处方到医院外购药。政府有关部门与医疗保险机构要对定点医疗和销售药品的单位进行资格审定并定期检查；要制定医疗诊治技术规范和合理的、分档次的医疗收费标准并定期修订；制定医疗保险基本药品报销目录和检查、治疗的费用控制标准并定期修订。医疗保险机构应与定点医疗和销售药品的单位签订有关医疗保险服务范围、项目、费用定额等内容的合同，明确责任、权利和义务。超出规定的医疗服务和用药，费用不能在个人医疗帐户中开支，医疗保险机构也不负责支付。

第五，加强管理，强化监督。医疗保险金的管理要坚持以收定支、收支平衡。要建立科学高效的运行机制。医疗保险行政管理部门要和经办机构分开。医疗保险机构的各项开支要厉行节约，杜绝浪费。管理费的提取比例，须经主管部门和财政部门审核后，报当地人民政府批准。要建立由政府的财政、审计等部门和工会、职工代表参加的医疗保险监督组织，定期听取医疗保险机构关于医疗保险资金收支、运营及管理、服务的工作汇报，并向社会公布。审计部门要定期对医疗保险机构的收支、资金运营情况进行审计。

3. 深化改革的有关政策

第一，对特殊人员实行政策性照顾。老红军、二等乙级以上革命伤残军人、离休人员，不设立个人医疗帐户，个人也不缴纳医疗保险费，医疗费用全部由社会统筹医疗基金支付，但必须切实加强管理，具体管理办法另订。

职工退休后个人不再缴纳医疗保险费，新制度实行前已退休人员也不建立个人医疗帐户，新制度实行后退休人员个人医疗帐户中的资金不再增加。退休人员的医疗费用首先从个人医疗帐户支付，个人没有建立医疗帐户的或个人医疗帐户用完后由社会统筹医疗基金支付。社会统筹医疗基金支付时，

退休人员个人负担的比例为在职职工的一半。今后，随着职工在职时个人医疗帐户资金积累的增加，这种照顾将逐步减少和取消。大专院校在校生（不含自费生）不设立个人医疗帐户，个人不缴纳医疗保险费，但个人也要负担一定比例的医疗费，负担比例由地方确定。

第二，职工供养的直系亲属的医疗保险。由于医疗保险费用的大部分进入职工个人医疗帐户，原实行劳保医疗的单位，职工供养的直系亲属不实行个人医疗帐户，也不实行个人自付一定金额后再报销的办法，凡符合规定的医疗费用的40%，都由社会统筹医疗基金支付。原实行公费医疗的单位，职工供养的直系亲属的医疗费用仍采取个人自理的办法，也可以在职工自愿的前提下，发展多种合作互助的方式。

第三，对低收入和家庭生活困难的职工，由于医疗费用开支过多而影响家庭基本生活时，由职工所在单位从福利费中提供补助。

第四，为了不过多增加职工负担，职工个人缴纳医疗保险费，应在增加工资的基础上进行。企业增资原则上应在新增效益工资中列支。

第五，发展职工医疗互助基金和商业性的医疗保险，作为社会医疗保险的补充，以满足国家规定的基本医疗保障之外的医疗需求，但要坚持个人自愿参加、自主选择的原则。

第六，在农村，积极发展和完善农民合作医疗制度。乡镇企业职工的医疗保险办法，由当地人民政府根据本地区实际情况研究决定。

4. 深化改革工作的组织领导

职工医疗制度改革政策性强、难度大，直接关系到职工的切身利益和国家的经济发展与社会安定，为了加强对医疗制度改革试点工作的领导，试点城市要有一名政府的主要负责同志亲自抓这项工作。国务院已确定由彭珮云同志召集和主持医疗制度改革办公会议，讨论决定医疗制度改革试点的重大问题。在统一政策、同步改革公费、劳保医疗的前提下，试点的具体组织工作由卫生、劳动部门分工负责，体改、财政、人事、工会、医药、物价等有关部门要搞好协调、配合，共同搞好试点的指导工作。试点城市要根据本试点意见结合本地实际情况，抓紧制定具体的试点方案，经省人民政府审核后，报国务院医疗制度改革小组办公会议批准后组织实施。

五、九江、镇江两市医疗保险制度改革试点情况介绍

为了深化劳保、公费医疗制度改革，国务院选定江苏镇江市和江西九江市为试点城市。九江市和镇江市在此之前都已进行了大病医疗保险费用社会统筹，并取得一定成效。1993年年初，国务委员彭珮云带领劳动、卫生等部门的有关人员视察九江、镇江两市，对医疗制度改革进行了部署。彭珮云在两市医疗制度改革工作会议上重申：职工医疗保险制度改革实行医疗保险金由单位和个人共同负担，社会统筹和个人帐户相结合的制度，并且实行属地原则、所有企事业单位都必须参加所在地的医疗制度改革。随后，劳动部、卫生部、国家体改委、国家计委、财政部等部门分别组成九江市和镇江市联络小组，赶赴两市检查医疗制度改革试点准备工作情况。九江市和镇江市经过紧张筹备工作后，出台了《九江市职工医疗保险暂行规定》和《镇江市职工医疗制度改革实施方案》。

（一）医疗保险制度改革的目标和原则

两市医疗保险制度改革目标完全一致，即“建立社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会保险制度，并使之逐渐覆盖城镇所有劳动者。”

镇江、九江两市的医疗制度改革遵从下面几项原则：

第一，建立适应社会主义市场经济体制的职工医疗保险制度，使城镇所有劳动者都能获得基本医疗保障。

第二，基本医疗保障水平和方式要与生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，医疗费用由国家、单位和个人共同承担。基本医疗保障水平随经济的发展而逐步提高。

第三，公平与效率相结合的原则。两市都强调职工享受基本医疗保障的待遇要与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工积极性。镇江市提出在保证效率的基础上强调公平原则。

第四，建立对医患双方的制约机制，最大限度地减少浪费，保障职工基本医疗。

第五，公费和劳保医疗制度按照统一的新制度和政策同步改革，医疗保险基金的筹集方式和基本结构要统一，基金集中管理，内部分开核算。

另外，镇江市还强调政事分开原则，政府主管部门制定政策、制度，医疗保险基金的筹集、管理和运营由相对独立的社会医疗保险事业机构承担，纳入财政管理。镇江市还坚持实行属地原则，规定：本市范围内的（含县市区）国家机关、事业单位和各类企业（暂不含乡镇企业）的职工（含固定工、劳动合同制工和计划内临时工，下同），部省属和外地驻镇单位、驻镇部队企业的职工，全部参加职工医疗制度改革。九江市实行的也是属地原则，九江市对职工医疗社会保险的实施范围和实施对象规定得要详细一些、实施范围是：九江市、县（市、区）、庐山管理局和驻市的中央部属、省属国家行政、事业单位，国有企业、军队所属企业、城镇集体企业和私营企业以及“三资”企业；实施对象是：上述单位内各用人单位的国家干部、固定工人、劳动合同制工人、临时工、“三资”企业的中方职工（以下统称职工）、退（离）休人员和按国务院国发[1978]104号文件办理的退职人员、在乡村的二等乙级以上残废军人，均为职工医疗社会保险的对象。

由于乡镇企业、个体工商户、农垦企业中非工资在册人员以及行政和事业单位的临时工实行医疗社会保险的条件尚不具备，这次暂未纳入医疗保险改革范围，待条件具备后逐步实行。

（二）医疗保险费的筹集

九江、镇江两市经过精密测算之后，确定职工用人单位缴费比例为上年度实发工资总额与退（离）休费总额之和的10%缴纳，今后将根据经济发展和实际医疗费用水平变化适时调整。

职工个人的缴费，先从本人工资总额的1%起步，由用人单位从工资中代扣代缴，今后随经济发展和工资水平的提高而逐步提高缴费比例。为了不增加职工负担，在财政状况紧张的情况下，两市的财政部门表示尽量在增加工资的基础上进行个人缴费，增资数额基本上等于个人缴纳医疗保险费数额。镇江市还规定“三资”企业根据其工资水平自主确定。

医疗保险费的来源：全额拨款的行政、事业单位和差额拨款的全民所有制的单位，按照单位的财政体系关系，由现行资金供应渠道拨款；差额拨款、自收自支的事业单位，由单位提取的医疗费中开支；企业在职职工从职工福利费中开支，企业离退休人员在劳动保险费中开支；停薪留职人员由个人或

聘用单位负担，由保留其行政关系的单位代收代缴。

企业破产清算时，应该交足在职职工当年和退（离）休人员以后十年的医疗保险费。这样做符合劳动法中的有关规定，保障了职工的合法权益。

各用人单位必须按月足额缴纳医疗保险费，不得拖欠、拒付。对逾期不缴者，一般按日加罚 2% 的滞纳金。滞纳金并入社会统筹医疗基金项下。

（三）医疗保险基金的管理和使用

用人单位和职工个人缴纳的医疗保险费转入医疗保险机构在银行开设的专户，实行专项储存、专款专用，并按人民银行规定的城乡居民储蓄存款利率计息，所得利息并入基金。医疗保险基金及其利息免征税费。用人单位为职工缴纳的医疗保险费的 50% 和职工个人缴纳的医疗保险费，记入个人医疗帐户。用人单位为职工缴纳的医疗保险费的其余部分作为社会统筹医疗基金，由社会保险机构管理。九江市还试行建立企业调剂金制度。

个人帐户是这次医疗制度改革的核心内容。个人帐户中的本金和利息为职工个人所有，可以结转使用和继承。职工个人工作变动时，个人帐户也随人转移并继续使用。职工看病时，需持社会保险机构发放的医疗社会保险手册（或医疗证）到定点医院就医。每次就诊和治疗费用，由定点医院在医疗社会保险手册上进行登记，并采用记帐三联单，其中一联送医疗保险机构结算。医疗保险机构每年年终对医疗保险手册（医疗证）和职工个人台帐结算一次。

改革之后的职工医疗保险待遇和以前的大病统筹有所不同。职工患病后，在医疗保险机构确认的定点医院、医务室就医，其发生的医疗费用先由个人医疗帐户支付，个人帐户不足支付时，再由职工个人自付。按年度计算，职工在个人医疗帐户外自付的医疗费用，超过本人年工资的 5% 以上部分（不含退休人员），由社会统筹医疗基金支付，但个人仍要负担一定比例，采取分段累加计算，其中九江市和镇江市略有不同：5% 以上至 5000 元为一段，九江市规定个人自负 15%，镇江市规定个人自负 10%；5000 元至 10000 元为一段，九江市规定个人自负 9%，镇江市规定个人自负 8%；10000 元以上为一段，九江市和镇江市都规定个人要自负 2%。职工如果患国家认定的特殊病种，实施计划生育手术及经鉴定认定的后遗症，行政事业单位职工因公工伤治疗所需医疗费用，全部由社会统筹医疗基金支付。

对二等乙级以上的伤残军人、离休干部，符合规定的医疗保险费用一般完全由社会统筹基金支付，但是九江市规定除老红军、二等乙级以上的革命伤残军人、抗日时期参加革命的离休老干部、享受副地级以上待遇的离休老干部以外的离休人员，其医疗费用先在个人帐户中支付，个人帐户不足支付时由社会统筹医疗基金支付，但个人需自负 3% 的医疗费。

九江市规定职工退休后个人不再缴纳医疗保险费，医疗费用先从个人医疗帐户中支付，个人医疗帐户不足支付时由社会统筹医疗基金支付，但个人也要自负一定比例的医疗费用。其个人自付比例为在职职工个人自负比例的一半。随着职工在职时个人帐户资金积累的增加，这种照顾将逐步减少和取消。

九江市还规定大专院校在校生（不含自费生）仍按原公费医疗管理办法执行。但个人也要负担 10% 的医疗费。镇江市对大专院校生医疗待遇仍按原有规章进行。由于医疗费用开支过多而影响家庭基本生活的，其所在单位应给予适当补助和由工会通过建立职工互助储金办法解决。

值得提一句的是，九江市和镇江市的医疗保险金均纳入国家财政专户，必须专款专用，任何单位和个人不得挪用，同时还建立财务、审计、统计等管理制度，各项开支要厉行节约、杜绝浪费。管理费的比例为实际收取的社会统筹医疗基金的2%。

（四）建立有效的医疗保险制约机制

为了加强对医疗保险的有效制约，改善医疗服务，合理用药，合理检查，降低医疗费用，九江市和镇江市都采取一些相应措施。

第一，制定职工个人医疗费用的制约措施。职工就医，需持社会医疗保险机构统一制发的《职工医疗证》，患者凭医疗证就医，对将《职工医疗证》转借他人和冒名顶替者，除追回所发生的医疗费用外，并处以罚款。制定医疗保险基本用药目录，超出目录部分的药品费用个人全部自理。镇江市还规定进行特种检查治疗（如MRI、CT等高级仪器检查），须经所在定点医院“职工医疗保险管理小组”审批，医疗费用个人负担20%，不计入当年按比例负担部分。镇江市还规定对二等乙级以上伤残军人和离休人员，在保证基本医疗的基础上，在检查、用药等方面加强管理，凡超出医疗保险基本用药目录的药品费用全部自理，特种检查、治疗费用个人也要适当负担，其负担比例不超过在职职工的50%。

第二，健全医疗单位的管理制度，实行定点医疗，定点购药或处方外配点制度。

病人本着就近医疗的原则，除本单位医疗机构外，还可选择定点医院就医。九江市规定可以选择1~2所定点医院。而镇江市则允许公费医疗和劳保医疗人员按平均门诊人次费用、平均住院日、平均住院床日费用制订上述三项定额标准，对定点医院进行定额管理。每年修订一次。为明确责任、权利和义务，医疗保险机构应与定点医院及销售药品单位签订有关医疗保险服务范围、项目、费用定额等内容的合同。超出规定的医疗服务和用药，费用不能在个人医疗帐户中开支，医疗保险机构也不负责支付。

九江市还制订医疗保险奖惩办法，由医疗保险机构对定点医院执行医疗保险政策、医疗质量等情况进行检查考核。对违反医疗保险各项管理制度的单位和人员要追究其责任，对浪费严重，造成严重后果的定点医院要取消定点医院资格。

对于持处方外出购药问题，九江市规定在定点医院缺货的情况下，允许病人持处方到定点药店购药。镇江市也规定病人可以持处方到定点药品销售点购药。医疗保险机构对这些药品销售点进行监督，如果药品销售点违反规定，医疗保险机构有权进行批评，对于问题严重者，可以取消其定点资格。

第三，建立对用人单位的制约机制。参加医疗保险的用人单位应主动配合医疗保险机构做好医疗保险的管理工作，加强对本单位职工的宣传教育，落实专、兼职人员，做好本单位的医疗保险管理业务工作。根据单位管理的效果，由医疗保险机构对单位实施奖惩。

第四，加强对医疗制度改革的领导，实行政事分开。为了加强对医疗制度改革的领导，镇江市市政府成立了职工医疗制度改革试点工作领导小组，政府主要领导负责这项工作，领导小组下设办公室；各县区成立相应的组织机构，具体负责试点的组织、协调和指导工作。按照政事分开原则，成立镇江市职工医疗保险管理委员会，由体改、财政、劳动、卫生、人事、社会保险、物价、医药等部门参加，下设办公室，负责日常行政管理工作。由市社

会保险局牵头，将社会保险局基金管理科、公费医疗办公室和社会劳动保险管理处大病医疗保险科合并成立镇江市职工医疗保险基金管理中心。

九江市市也按照政事分开原则，设立九江市职工医疗社会保险工作领导小组，下设办公室，负责制订政策、制度、标准以及工作的协调，职工医疗保险资金的收、付和管理由公费医疗管理委员会办公室和社会保险事业管理局承担，以利于加强行政监督和社会监督，保障资金的合理运用。

医疗保险机构的职能是：负责医疗保险基金的筹集、运营和管理；编制医疗保险基金预决算；负责对定点医院和定点购药的资格确认和检查监督；处理职工有关医疗保险的查询，提出改革和完善医疗保险制度的建议和意见，做好相应的配套改革工作。

为了加强对医疗保险机构的监督管理，组成由体改、财政、审计、物价、卫生、劳动部门和工会、职工代表参加的医疗保险监督机构，对医疗保险基金的收、支及管理进行监督。

目前，九江、镇江两市的医疗保险制度改革已经初见成效。九江市 1995 年 1、2 月份统计数据显示，市二医院门诊费用比去年同期下降了 12.7%，住院收入下降了 18.7%；市三医院门诊人数比去年同期下降了 18.7%。事实证明，医疗保险制度改革，走社会统筹和个人帐户相结合的道路是符合中国国情的，并且这种模式随着改革的不断深入，将越来越发挥其重要作用。

第二部分 医疗保险问答

1. 什么是医疗保险？为什么要建立医疗保险？

医疗保险是劳动者因疾病、负伤或生育需要治疗时，由国家或企业向其提供必需的医疗服务的一种制度。

建立医疗保险制度具有重要的意义：

首先，建立医疗保险制度有利于劳动者的病伤得到及时、有效的医治，保证劳动者的身体健康，促进生产的发展。劳动者的健康状况是关系到国家繁荣昌盛和民族兴旺发达的重大问题。维护并提高劳动者的健康水平，是社会主义国家的重要职责。劳动者在一生中很难避免疾病的侵袭或工伤事故的伤害，任何人为的努力，也只能使其降低到尽可能少的程度。劳动者一旦遭受到疾病的侵袭或工伤事故的伤害，身心就会遭受痛苦，健康水平就会下降，工作和生产也就会因此而受到影响。如果再得不到及时而有效的医治，对劳动者的健康以及对生产和工作的影响就会更大。因此，要建立医疗保险制度，使劳动者的病伤得到及时、有效的医治，以保证劳动者的身体健康，促进生产的发展。

其次，建立医疗保险制度有利于消除或减轻劳动者及其家属由于患病或负伤而在经济上和精神上产生的负担，保证劳动者及其家庭的正常生活。对大多数或绝大多数劳动者来说，本人及其家属因治疗病伤而造成的额外开支，都会影响其正常的生活水平或打乱其原有的生活安排，从而造成精神上的负担。这种负担与劳动者收入的多少成反比，收入越少，负担越重。因此，要建立医疗保险制度，以弥补劳动者及其家属由于病伤而增加的开支，消除或减轻其精神负担，保证劳动者及其家庭的正常生活。

2. 职工实行的医疗保险制度有几种？分别建于何时？

我国目前的医疗保险制度有两种：一是公费医疗保险制度，它是国家对机关、行政、事业单位工作人员实行的一种免费的医疗卫生保健制度。公费医疗费用的水平是由国家根据职工对医疗方面的实际需求和国家财力，以及医疗卫生事业所能提供的资源，确定每人每年享受公费医疗待遇的预算定额，并将经费拨交地方管理使用。实际超支部分，由地方财政补贴。二是劳保医疗制度，它是向全民所有制企业的职工提供免费医疗的卫生保健制度。劳保医疗的经费来自企业的纯收入，由企业从福利基金中按一定比例提取，企业统一使用，超支部分企业自行承担。劳保医疗是1951年在《中华人民共和国劳动保险条例》中规定建立的。公费医疗是由政务院1952年发布的《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》建立的，两个制度在实施过程中都做过多次的修改和补充。

3. 医疗社会保险与商业保险的区别？

(1) 性质不同。社会保险是国家举办的，根据宪法规定，为保护和增进职工身体健康而建立的社会保险制度。它是国家的社会福利事业。社会保险目的是社会调剂。在这种保险制度下，被保险人可以得到一种特定的服务，不论他能否负担得起保险费，都有权利享受服务。商业性的保险是一种金融企业行为，人身意外保险附加医疗保险即是商业保险的一种险种，是一种营利性质的单纯经济补偿手段。

(2) 立法不同。社会保险是国家统一立法强制实行，是行政立法范畴。商业保险是自愿性质的，完全根据自己的情况而定。它属于经济活动范畴，

由此而产生的被保险人和保险人的权利与义务不同。社会保险是在劳动关系的基础上以劳动者为对象，参加社会保险的成员，只要为社会做出一定贡献，尽了劳动的义务，就有享受医疗保险的权利，并不是完全按照交费多少确定各项待遇。自愿性的商业保险体现有收有偿，多投多保，少投少保，不投不保的商品交换原则。其宗旨是个人或集体公平交纳保险金，同时得到相应的卫生服务。个人健康状况是商业保险公司确立缴费用数额的基本条件。

(3) 管理体制不同。社会保险是由中央或地方各级政府集中领导、以国家为实施主体，由主管社会保险机构的职能部门及所属非盈利性质机构组织管理。它的管理是为实现宪法和劳动法所赋予劳动者享有社会保障待遇的权利。商业保险是自行经营的企业单位，保险公司与被保险企业或个人的关系，是完全建立在商业原则上的契约关系，它的管理工作始终是履行保险合同。

综上所述，社会保险与商业保险是两回事，二者有原则上的区别，但是二者又有一定的联系。在我国，商业保险与社会保险分工与管理一直比较明确。如公费医疗和劳保医疗历来都是由政府行政部门主办的，商业保险公司只经营人身保险，如果把社会保险混同于商业人身保险，实行商业化管理，那将与社会保险的目的背道而驰，因而肯定也是行不通的。至于在公费、劳保医疗范围之外，应该允许单位或个人自愿参加商业保险，作为一种补充，以满足人们更高需求。

4. 医疗保险与疾病保险的区别与联系是什么？

医疗保险和疾病保险都是因病、伤引起的，但其保障的范围和作用不同。医疗保险待遇是直接用于医疗费用的费用，而疾病保险是对因病不能工作失去收入影响生活的一种保障，国际上称疾病津贴或生活补助。例如，对病人的现金补助和孕产妇假期内的生活补助，相当我国的病假工资、产假工资。虽然享受对象不一样，但是实际上都专指因病和生育不能工作期间，每日给劳动者一定休业期间的生活费，以保证其基本生活。医疗保险和每一个人的生老病死都有关系，从职工患病情况来看，享受病假工资的职工必然要享受医疗保险，但是绝大多数享受医疗保险的职工，并不一定享受病假工资。所以，我们需要把二者的作用区别开来。我国医疗保险与病假工资在管理上是泾渭分明的。二者是独立的项目，不能互相代替，不必归并在一起，否则会带来工作上的被动。

5. 医疗保险法律规定的基本内容有哪些？

从各国的医疗制度看，组织形式、保险类型多种多样，各有特点，各有利弊，但是立法基本要求是一致的。主要有以下几个方面：

(1) 享受医疗保险的范围。指被保险人大小范围，哪些人参加，哪些人不可以参加。强制性的医疗保险项目应按规定范围接受所有人参加。

(2) 医疗保险的给付项目种类。由法律规定，受保人能够得到的服务和报销数额，是否包括疾病津贴和生育的补助等。

(3) 医疗保险给付条件。如果是被保险人故意或犯罪行为引起的，概不列入给付等条件。

(4) 医疗保险的组织管理机构。不同国家根据需要分行政或具体组织管理机构。

(5) 医疗保险金(费)的计算。根据社会共同责任的原则，医疗保险事业所必要的费用由单位和个人分担的金额，通常按照被保人工资的一定比例计算。个体经营者按固定的比例征收保险金。

(6) 医疗保险金(费)的分担。各国立法不同,大体有两种:第一种是劳动者负担三分之二,雇主负担三分之一,国家不负担。第二种是雇主与劳动者平均分担,国家给予补助。近来各国立法多采纳后者。

(7) 医疗保险基金的管理及对医生和医院费用的支付方法。

(8) 医疗保险服务提供方式。非直接提供医疗服务方式,即与医院签订合同,直接向医疗服务机构付费,或病人先付费后报销。直接提供医疗服务方式,即社会保险机构有自己的医院和医生。

6. 企业职工的劳保医疗制度是怎样规定的?

政务院 1951 年 2 月 26 日发布、1953 年 1 月 2 日修正发布的《中华人民共和国劳动保险条例》中,对职工的劳保医疗做出了明确的规定:

职工因工负伤,应在该企业医疗所、医院或特约医院医治。如该企业医疗所、医院或特约医院无法治疗时,应由该企业行政方面转送其他医院医治。其全部诊疗费、药费、住院费、住院时的膳费与就医路费,均由企业行政方面负担。在医疗期间,工资照发。职工疾病或非因工负伤,在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中西医师处医治时,其所需诊疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业行政方面负担;贵重药费、住院的膳费及就医路费由本人负担,如本人经济状况确有困难,由劳动保险基金项下酌予补助。患病及非因工负伤的职工,应否住院或转院医治及出院时间,应完全由医院决定。

1966 年 4 月劳动部、全国总工会发出《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》,针对企业劳保医疗包得过多、医疗工作紧张和药品浪费等情况,做了以下规定:(1)企业职工患病和非因工负伤,在指定的医院(包括分设的和独立的门诊部)或本单位附设的医院医疗时,其所需的挂号费和出诊费,均由职工个人负担。(2)企业职工患病和非因工负伤,在指定的医院或本单位附设的医院、医务室(所)、保健室(站)医疗时,所需的贵重药费,由企业行政方面负担,但服用营养滋补药品(包括药用食品)的费用,应由职工个人负担。(3)企业职工因工负伤或患职业病住院医疗期间的膳费,由本人负担三分之一,企业行政方面负担三分之二。(4)按照劳动保险条例规定享受医疗待遇的职工供养直系亲属患病医疗时,除了手术费和药费仍然实行半费外,挂号费、检查费、化验费等均由个人负担。(5)企业职工实行计划生育手术时,所需的挂号费、检验费、手术费、药费和住院费(包括取暖费),全部由企业行政方面负担,住院膳费由本人负担。

另外,对劳动模范等有特殊贡献的企业职工在病伤医疗时的就医路费和住院膳费有所照顾。

7. 职工因病或非因工负伤的治疗费用有哪些规定?

(1) 职工因病或非因工负伤医疗费。《中华人民共和国劳动保险条例》规定:工人与职员患病或非因工负伤,在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中西医师处医治时,其所需诊疗费、手术费、住院费及普通药费均由企业行政方面或资方负担。贵重药费、住院的膳费及就医路费由本人负担。如本人经济状况确有困难,由劳动保险基金项下酌予补助。患病及非因工负伤的工人职员,应否住院或转院医治及出院时间,应完全由医院决定。

(2) 挂号费、出诊费。劳动部[1966]中劳薪字第 60 号、全国总工会[1966]令通字第 9 号《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题的通知》规定:企业职工患病和非因工负伤,在指定的医院(包括分设的和独立的门诊部)或本单位附设的医院医疗时,其所需的挂号费和出诊费,均由职工个人负担。

(3) 因病手术的输血费、理疗费、X光透视费。全总劳动保险部《劳动保险问题解答》规定：凡经医师决定的治疗时所必须的输血费、理疗费、X光透视费均由企业行政负担。

(4) 临时工患病医疗待遇。国务院第41号令《全民所有制企业临时工管理暂行规定》规定：临时工患病或非因工负伤停工医疗期限按其在本企业工作时间确定，最长不超过三个月。在医疗期内其医疗待遇，应当与合同制工人同等对待。

(5) 农民工患病医疗待遇。国务院令第87号《全民所有制企业招用农民合同制工人的规定》规定：农民工患病或非因工负伤，企业应当根据劳动合同期限长短给予三至六个月的停工医疗期。停工医疗期间的医疗待遇和病假工资与城镇合同的工人相同。停工医疗期满不能从事原工作被解除劳动合同的，由企业发给相当于本人三至六个月标准工资的医疗补助费。

农民工供养的直系亲属，不享受半费医疗待遇。

(6) 职工住肺结核防治院不享受疗养待遇。全国总工会[1964]险字320号《关于职工患病住肺结核防治所不能与在工人疗养院疗养职工享受同等伙食补助费的复函》规定：职工住肺结核防治院(所)治疗期间，不能与在工人疗养院疗养的职工享受同样的伙食补助待遇。

(7) 职工在生产时间打架负伤的医疗费。全国总工会保险字205号《关于工人在生产时间打架负伤医药费和工资如何处理的复函》规定：为了维护法制和生产秩序，对职工在生产时间打架负伤的，药费自理，未上班期间不发工资。

(8) 职工调动工作途中患病的医疗费由调人单位报销。国务院议字第35号《国务院关于工人、职员在企业之间调动工作后的工资和补助费的暂行规定》规定：工人职员及其随行家属在到职途中患病的时候，所花医疗费用，由调人单位按照本单位的规定办理。

8. 企业职工患病或非因工负伤医疗期有哪些规定？

医疗期是指企业职工患病或非因工负伤停止工作治病休息不得解除劳动合同的期限。根据劳动部1994年发布的《企业职工患病或非因工负伤医疗期规定》，对医疗期主要有以下几条规定：第一条企业职工因患病或非因工负伤，需要停止工作医疗时，根据本人实际参加工作年限和在本单位工作年限，给予三个月到二十四个月的医疗期：

实际工作年限十年以下的，在本单位工作年限五年以下的为三个月；五年以上的为六个月。

实际工作年限十年以上的，在本单位工作年限五年以下的为六个月；五年以上十年以下的为九个月；十年以上十五年以下的为十二个月；十五年以上二十年以下的为十八个月；二十年以上的为二十四个月。

第二条医疗期三个月的按六个月内累计病休时间计算；六个月的按十二个月内累计病休时间计算；九个月的按十五个月内累计病休时间计算；十二个月的按十八个月内累计病休时间计算；十八个月的按二十四个月内累计病休时间计算；二十四个月的按三十个月内累计病休时间计算。

第三条企业职工在医疗期内，其病假工资、疾病救济费和医疗待遇按照有关规定执行。

第四条企业职工非因工致残和经医生或医疗机构认定患有难以治疗的疾病，在医疗期内医疗终结，不能从事原工作，也不能从事用人单位另行安排

的工作的，应当由劳动鉴定委员会参照工伤与职业病致残程度鉴定标准进行劳动能力的鉴定。被鉴定为一至四级的，应当退出劳动岗位，终止劳动关系，办理退休、退职手续，享受退休、退职待遇；被鉴定为五至十级的医疗期内不得解除劳动合同。

第五条企业职工非因工致残和经医生或医疗机构认定患有难以治疗的疾病，医疗期满，应当由劳动鉴定委员会参照工伤与职业病致残程度鉴定标准进行劳动能力的鉴定。被鉴定为一至四级的，应当退出劳动岗位，解除劳动关系，并办理退休、退职手续，享受退休、退职待遇。

第六条医疗期满尚未痊愈者，被解除劳动合同的经济补偿问题按照有关规定执行。

9. 接受计划生育手术的医疗待遇有哪些规定？

劳动部在《企业职工生育保险试行办法》（劳部发[1994]504号）中规定：女职工生育的检查费、接生费、手术费、住院费和药费由生育保险基金支付。超出规定的医疗服务费和药费（含自费药品和营养药品的药费），由职工个人负担。住院膳费由本人负担。女职工生育出院后，因生育引起疾病的医疗费，由生育保险基金支付；其他疾病的医疗费，按照医疗保险待遇的规定办理。女职工产假期满后，因病需要休息治疗的，按照有关病假待遇和医疗保险待遇规定办理。企业职工供养的直系亲属实行计划生育进行手术时，免收上述各项医疗费用，具体由哪个部门（单位）负担，请各省、自治区、直辖市人民委员会研究决定。

10. 职工供养直系亲属的医疗保险待遇是怎样规定的？

职工供养的直系亲属是指其生活来源依靠职工供给，并符合下列条件之一的直系亲属：（1）祖父、父、夫年满60岁或完全丧失劳动能力者；（2）祖母、母、妻未从事有报酬的工作者；（3）子女（包括养子女、前妻或前夫所生子女，非婚生子女）、弟妹（包括同父异母或同母异父的弟妹）年未滿16岁者，或者子女年满16岁尚在普通中学学习者；（4）孙子女年未滿16岁，其父死亡或完全丧失劳动能力，其母未从事有报酬的工作者。另外，职工自幼依靠他人抚养长大，现抚养人男年满60岁或完全丧失劳动能力，女未从事有报酬的工作，须依靠职工本人供养且共同居住者，列为职工供养的直系亲属；职工因工死亡，其遗腹子也列为职工供养的直系亲属。职工供养的直系亲属，如不与职工同在一处居住，须取得其所在地政府机关证明，确系依靠职工供养，才能列为供养的直系亲属。

对于供养直系亲属的医疗待遇有下列规定：

（1）供养直系亲属享受半费医疗待遇。《中华人民共和国劳动保险条例》规定：工人与职员供养的直系亲属患病时，得到该企业医疗所、医院、特级医院或特级中西医师处免费诊治，手术费及普通药费，由企业行政方面或资方负担二分之一。贵重药费、就医路费、住院费、住院时的膳费及其他一切费用，均由本人自理。根据这一条规定，全总劳动保险部《劳动保险问题解答》进一步规定：凡职工供养的直系亲属，不论与职工同居或不同居，住在城市或农村，凡患病时能够到上述指定的医疗机构诊治时，即可享受医疗待遇。患病时未在上述指定的医疗机构诊治者，其所需诊治、医药等费用，应由本人自理。本人负担确有困难的，由基层单位适当补助。

（2）供养直系亲属医疗费报销办法。劳动部[1966]中劳薪字第60号、全国总工会[1966]会通字第9号《关于改进企业职工劳保医疗制度几个问题

的通知》规定：按照劳动保险条例规定享受医疗待遇的职工供养直系亲属患病医疗时，除手术费和药费仍然实行半费外，挂号费、检查费、化验费等均由个人负担。

(3) 尽管目前许多地方已经实施了大病统筹，但是职工直系亲属的半费医疗问题却并未纳入统筹范围，目前直系亲属的半费医疗问题仍由企业自行解决，并在某些地方实际上已经名存实亡了。

11. 私营企业职工的医疗保险待遇是怎样规定的？

1989年9月21日劳动部发布的《私营企业劳动管理暂行规定》中明确规定，私营企业职工患病或非因工负伤，企业应按其工作的时间长短给予3~6个月的医疗期，在医疗期间发给不低于本人原工资60%的病假工资。

私营企业职工因工负伤或患职业病，治疗期工资照发，所需医疗费用由企业支付。

12. 全民所有制企业临时工的医疗保险待遇是怎样规定的？

1989年10月5日国务院发布的《全民所有制企业临时工管理暂行规定》中明确规定：全民所有制企业临时工患病或非因工负伤，停工医疗期限按其在本企业工作的时间来确定，最长不超过3个月。在医疗期内其医疗待遇应与合同制工人同等对待。伤病假期间，由企业酌情发给生活补助费。对使用期限在半年以上，医疗期满尚未痊愈被解除劳动合同的，由企业发给一次性医疗补助费。生活补助费和医疗补助费的发放标准由省、自治区、直辖市人民政府按低于国家有关合同制工人的标准确定。

临时工在企业工作期间，因工负伤的，其医疗期的待遇与合同制工人相同。

13. 全民所有制企业招用的农民合同制工人的医疗保险待遇是怎样规定的？

1991年7月25日国务院发布的《全民所有制企业招用农民合同制工人的规定》中明确规定，农民合同制工人患病或非因工负伤，企业应当根据劳动合同期限长短给予3至6个月的停工医疗期。停工医疗期的医疗待遇和病假工资与城镇合同制工人相同。停工医疗期满不能从事原工作被解除劳动合同的，由企业发给相当于本人3~6个月标准工资的医疗补助费。

农民合同制工人因工负伤，由企业给予免费医疗，医疗期间标准工资照发。

农民合同制工人患职业病的，其医疗和生活待遇，与城镇合同制工人相同。

14. 企业职工和国家机关、事业单位工作人员实行的医疗制度是否相同？

企业职工实行的是劳保医疗制度，国家机关、事业单位工作人员实行的是公费医疗制度。两种医疗制度虽然名称不同，但是医疗待遇内容基本相同。两种制度规定：职工患病到本单位的医疗机构或本单位指定医院看病时，除挂号费、营养滋补药品费、住院伙食费、就医路费自理外，其他医疗费（诊疗费、检查费、手术费、住院费、非自理药费）均由单位行政负担。不同的地方：一是本人去外地就医路费。企业职工不能报销，确有困难的，可向行政申请困难补助；国家机关工作人员，患有疑难病症又必须到外地治疗的，经批准往返的车船费（不包括旅馆费和途中的伙食补助费），可由所在单位行政给予报销。二是企业职工供养的直系亲属患病，可以享受医疗补助待遇；

国家机关，事业单位工作人员，则无此项待遇。工作人员子女的医疗问题，采取自愿形式，每人每月按公费医疗规定的数额缴纳医疗费，由机关统筹解决。实行统筹有困难的机关，工作人员子女医疗费由本人自理，对自理有困难的，可从机关福利费内予以补助。三是经费来源不同。企业职工医疗费来自企业职工福利基金；国家机关、事业单位的公费医疗经费来自财政部门的专门拨款。

鉴于医疗费支出逐年增加，浪费严重情况，不少地区和单位根据保证医疗、克服浪费的原则，对劳保医疗和公费医疗进行了改革试点。改革办法：有的采取完善制度，加强管理的作法；有的行业为了解决所属中、小企业自身支付高额医疗费的困难，联合下属企业实行了大病医疗费用统筹；一般则采取门诊医药费与个人经济利益挂钩的作法。

15. 国家对享受公费和劳保医疗的人员是否有自费药品规定？自费药品包括什么内容？

(1) 下列范围的药品不论单味或复方，均按自费处理，不能在公费中报销。

各种人参（包括参须、条、片）鹿茸、猴枣、狗宝、海马、海龙、玛瑙等；

各种可药用的动物脏器（鸡内金除外）以及动物的胎、鞭、尾、筋、骨、睛等；

蛤士蟆（油）、龟灵集、首乌延寿丹、定坤丹、蜂蜜（配制丸药除外）等；

人参鹿茸丸、参茸卫生丸、参茸丸、三肾丸（粉）、人参膏（露、糖浆、酞、精）、全鹿丸、参茸精、鹿茸精以及以人参、鹿茸为主要成分的制剂；

各种药酒以及各种水果膏剂和各类滋补药膏剂，如秋梨膏、桑椹膏（蜜）、西瓜膏、枇杷膏、党参膏、桂圆膏、八珍膏等；

各种补汁（露、酞、糖浆）如葡萄糖补汁、安度补汁、单糖浆、卵磷脂糖浆、舒肝糖浆、灵芝糖浆等；

口服葡萄糖、各种鱼肝油（治疗夜盲症、肺结核、佝偻病除外）、玉米油、维他麦精、蜂皇精、蜂王浆、王浆蜜、蜂乳、蜂乳胶丸等；

三磷酸腺苷及其复方制剂、辅酶 A 及其复方制剂、复合辅酶 A、浓淡力维隆、水解胎胞糖浆、能量合剂、胎盘球蛋白、胎盘（包括人血）丙种球蛋白、人血（包括胎盘血）白蛋白等；

(2) 下列范围的药品，单味使用应按自费处理，因病情需要，在复方中使用，可在公费中报销。

三七、何首乌、枸杞子、阿胶、阿胶珠、鹿角胶、龟角胶、龟鹿二仙胶、龟板胶、鳖甲胶、马宝、珊瑚、玳瑁、冬虫夏草、藏红花、羚羊、犀角、牛黄、麝香等。

(3) 上述一、二类范围的药品，在危重病人抢救期内或治疗工伤人员，可以在公费中报销。对职工从事有毒有害的特殊工种，直接引起的疾病，所需药品费用报销问题，由各省、中、自治区酌定。

(4) 各种营养滋补药品和非治疗必需的药品（包括新产品、进口药品），以及可药用的高级食品、副食品以及水果等均应自费。

各省、市、自治区可以参照上述自费药品范围的原则精神。结合实际情况，作相应的补充规定。

1989年8月9日卫生部、财政部《公费医疗管理办法》(卫计[89]第138号),在公费医疗经费开支范围中对公费医疗的患者的以下各项费用,又作出由患者自理的规定:

(1)各种不属于公费医疗报销的自费药品,异型包装药品,未经批准的外购药品。

(2)挂号费、出诊费、伙食费、特别营养费、住院陪护费、特护费、婴儿费、保温箱费、产妇卫生费、押瓶费、中药煎药费(包括药引子费)、取暖费、空调费、电话费、电炉费;病房内的电视费、电冰箱费等。

(3)医疗咨询费、医疗保险费(指医疗期间加收的保险费)优质优价(指医院开设的特诊)费、气功费(不含气功治疗费)。

(4)非公费医疗管理部门组织的各种体检、预防服药、接种,不育症的检查、治疗费。

(5)各种整容、矫形、健美的手术、治疗处置、药品等费用以及使用矫形、健美器具的一切费用。

(6)就医路费、急救车费、会诊费及会诊交通费。

(7)各类会议的医药费。

(8)各种磁疗用品费。

(9)未经指定医疗单位介绍或公费医疗机构批准,自找医疗单位或医师诊治的医药费。

(10)未经公费医疗管理机构同意自去疗养、康复、休养的医药费用。

(11)由于打架、斗殴、酗酒、交通肇事、医疗事故等造成伤残所发生的一切费用。

(12)出国探亲、考察、进修、讲学期间发生的医药费用。

(13)其他由当地公费医疗管理部门规定不应在公费医疗经费中报销的费用。

16.国家对滋补、营养、饮料等保健类药品是否有不做公费报销的规定?

根据财政部、卫生部、国家劳动部(81)财事字第386号文转发江苏省《关于滋补、营养、饮料等保健类药品不准作公费报销的通知》的联合通知中规定,各省、市、自治区生产的滋补、营养、饮料各类保健药品,应在包装上标明“保健”字样。

江苏省上述通知具体规定:

凡药品包装瓶签上标有省卫生厅的批准号:“苏卫药(年份)健字××策号”的药品,均属滋补、营养、饮料等保健药品,一律自费。公费医疗、劳保医疗、统筹医疗均不准报销。

上述滋补、营养、饮料等保健药品,以及用陶瓷旅行杯、玻璃旅行杯等包装的药品,今后只限在医药零售药店和市场销售,不准进入医疗单位。

凡经省卫生厅批准的保健类自费药品品名,今后由省卫生厅定期发布。

随《通知》附发的第一批保健类自费药品名称有:

首乌精	珍珠酒
当归童鸡酒	当归鸡精酒
人参酒	黄芪晶
人参蜂乳	阳春药
彭龄茶	银菊晶

痲子水	延年益寿酒
益寿大补膏	菊花晶
银花晶	益寿强身膏
口服蜂乳	益寿大补酒
宝尔康胶囊	清荷菊花饮
健胃饮	健腰补酒
参茸八仙长寿膏	乌梅饮

17. 职工患心脏病安装起搏器的费用,可否在公费医疗费用中报销?

根据(80)卫计字56号、(80)财事字101号文件规定,凡是经医院认为病情确实需要,并且由医院安装在病人身上的国产起搏器,可以在公费医疗经费中报销;如果装配经批准由国外进口的起搏器,只能报销国产相似类型起搏器最高价格的费用,其超出部分不能在公费医疗经费中报销。

18. 企业职工更换心脏瓣膜的费用,可否在劳保医疗费用中报销?

根据卫生部、财政部《公费医疗管理办法》[卫计字(89)第138号文]中规定“因病情需要,经治疗单位出具证明安装的进口人工器官,不超过国产最高价格部分的费用,可在劳保医疗费用中报销。

19. 享受公费医疗或劳保医疗的职工做器官移植所需医疗费用如何报销?

根据[卫计字89]第24号文件规定:现行公费医疗制度只能保证干部职工的基本医疗需要,从实际情况看,目前所开展的一些内脏器官移植手术,基本属于拯救患者生命所必需的医疗需要,但费用开支较大。随着医学技术的发展,要求做内脏器官移植手术的患者逐渐增多,费用开支也越来越大,目前国家财力比较困难,治疗费全部由国家包下来各方面都承受不了,应当加以限制。享受公费医疗患者器官移植所需的医疗费用,原则上应由公费医疗经费、单位经费和个人共同负担,以国家、单位负担为主,个人也负担一部分,以抑制过高的需求,具体三方的负担比例,由省、自治区、直辖市自行制定。

20. 职工非因工的矫形手术、配眼镜、镶牙、安装假眼、假肢等费用能否从劳保医疗费中报销?

根据卫生部、财政部《公费医疗管理办法》以及全总劳保部(64)“问答”的规定精神,不能从劳保医疗或公费医疗经费中报销。

21. 享受公费医疗人员,参加群众性的体育锻炼,如学气功等费用能否在公费医疗经费中报销?

根据(84)卫计字第122号文规定,享受公费医疗的人员,参加群众性的体育锻炼,如气功等费用不能在公费医疗经费中报销。

22. 职工购买磁疗胸罩等费用能否在公费医疗中报销?

根据(84)财文字第231号文件规定,依据卫生部1961年12月27日卫保字第11号文中有关公费医疗报销规定的精神,磁疗胸罩、磁疗裤、磁疗鞋、降压手表之类物品等。均属自费范围,不得在公费医疗经费中报销。

23. 用陶瓷旅行杯、玻璃旅行杯等做包装的药品能否在公费医疗经费中报销?

根据(80)财事字第485号文件规定,凡是用陶瓷旅行杯、玻璃旅行杯、瓶等做包装的药品,一律做为自费药品的范围,不得在公费医疗或劳保医疗经费中报销。

24. 公费医疗和劳保医疗费能否发给职工个人包干使用？

根据工发总字（1982） 22号《关于制止把医药费全部发给职工个人包干使用》的规定，不得将职工全部医药费按定额包干或平均发给职工个人使用。

25. 实行公费医疗的国家工作人员患有疑难病症必须到外地就医的路费可否由所在单位给予报销？

根据国务院（64）国卫字第198号文批转卫生部、财政部“关于享受公费医疗的国家工作人员到外地就医路费问题的报告”规定：

（1）凡享受公费医疗的国家工作人员，因病在指定的医疗机构不能治疗，需转院治疗时，应该尽先转到当地高一级的医疗机构治疗，一般不应转到外地。

（2）国家工作人员因病必须转到外地治疗时，凡在本省、自治区、直辖市范围内转地治疗的，应由指定的医疗机构出具证明，并须经当地卫生部门审查批准；凡转到别的省、自治区、直辖市治疗的，须经各该省、自治区、直辖市卫生厅（局）审查批准。并事先与转往的医院联系妥当，取得同意后，方能介绍转院治疗。没有经联系同意的，不要让病人直接前往。

（3）凡经批准到外地就医病人的往返车、船费（不包括旅馆费和途中伙食补助费），可参照旅差费的规定，在原单位旅差费项下报销。

（4）凡不按上述规定，到外地就医的一切费用，完全由个人负担，不准报销。

上述规定只适用于享受公费医疗的国家工作人员。

26. 企业职工因病到外地治疗，能否报销护送人员的旅费？

根据财政部1975年12月17日财企字379号规定，企业职工因病或非因工负伤，应在该企业的医疗所、医院或特约医院就地治疗。如经主管医疗机构确定并经单位领导批准必须到外地治疗的，一般病人不应派人护送，特殊病症必须派人护送才能确保病人安全的，可以报销护送工作人员的旅费。病人及陪送病人的家属路费均由本人自理。个别生活有困难的，可在职工福利基金内酌情补助。

27. 职工因病住院，医院收取的暖气费可否报销？

根据（78）财事字332号文规定，职工因病、因工伤住院，医院收取的暖气费，可由职工工作单位，凭医院收据报销。

28. 职工因工负伤去外地治疗不能入院前的膳费、宿费如何处理？

根据（64）中劳薪保字68号复函规定，企业因工负伤的职工，因当地无法医治，经领导批准到外地治疗时，因医院床位所限或入院前观察期间所开支的膳费、宿费可按因工外出时的待遇处理，国家机关、事业单位同类情况的职工，根据（78）财事字332号复函，旅馆住宿费用，可比照企业的规定由单位报销，具体办法由各地自定。

29. 对于打架负伤医疗待遇问题如何处理？

关于工人在生产期间打架负伤，其医疗期间工资和医药费如何处理的问题，国家做了如下规定：为了维护法制和生产秩序，对职工在生产期间打架负伤的，药费自理，未上班期间不发工资。

30. 能否用公费医疗、劳保医疗经费报销自费药品和非治疗性药品？

不能。有关规定如下：

(1) 凡是国家明文规定的自费药品以及自购药品、自请医生等的费用，一律不得在公费医疗、劳保医疗经费中报销。各省、市、自治区可以根据本地区属于自费范围的新药品的生产、销售、药品名称的变化情况，作出补充规定，并从严掌握。

(2) 医疗单位经营非治疗性的商品，一律不得巧立名目，从公费医疗、劳保医疗经费中报销。如有违者，医疗单位所得的盈利应视为非法收入，一律上缴财政。情节严重的，要追究责任。

(3) 凡以公费医疗、劳保医疗经费报销了非治疗性商品和其他应自费的药品，一律按自费处理，应责成有关单位和人员予以退赔。

31. 职工患病来不及到本单位医疗机构或指定医院治疗时，其就近治疗其费用可否报销？

根据全总劳保部(64)“回答”规定的精神，职工没有经过企业行政同意而私自到外面找医生看病，其所需的医药费用自己负担。职工如患急病确实来不及到本企业医疗所、医院或特约医院医治，自己去附近的医院诊治，持有医院急诊证明，其治疗费用，可由企业行政方面负担。但经过急诊后，仍应回本企业医疗所、医院或特约医院诊治。

32. 实行《劳动保险条例》的企业职工的供养直系亲属患急病、负伤到指定医疗单位施行手术时，其输血费可否由企业给予补助？

根据全总劳保部“回答”的规定经医师决定必须输血，其输血费由企业补助1/2。

33. 实行《劳动保险条例》的企业职工的供养直系亲属可否转院治疗？

根据全总劳保部(64)“回答”的规定，一般不主张家属转院治疗，如果自己转院治疗，其全部费用由本人负责；如果不转院治疗就有生命危险，经医院证明，企业同意后，可以转院治疗并享受供养直系亲属医疗待遇。

34. 实行《劳动保险条例》的全业职工的供养直系亲属，在非指定的医疗单位诊治时，能否享受医疗补助待遇？

根据全总劳保部(64)“回答”规定职工的供养直系亲属患病未在企业单位指定的医疗机构诊治者，其所需诊疗、医药等费用，应由本人自理。本人负担确有困难的，由企业适当予以补助。

35. 实行《劳动保险条例》的企业职工被派往国外帮助进行建设，其供养的直系亲属能否继续享受原单位的劳动保险待遇？

实行《劳动保险条例》的企业单位职工，被派往国外帮助进行建设，其供养直系亲属可继续享受原单位的劳动保险待遇。

36. 实行《劳动保险条例》的企业因精简城镇人口回乡的职工供养直系亲属患病时，能否继续享受医疗补助待遇？根据(62)中劳薪字372号复函的规定，对在精简城镇人口中被动员回农村的职工供养直系亲属，如仍符合供养条件，患病时，能够到企业单位所属医疗机构或指定的医疗机构医疗时，可继续享受规定的医疗待遇，如不能够到指定的医疗机构医疗，其医疗费用，应由本人自理，本人负担确有困难者，企业可由福利基金中给予适当补助。

37. 职工调动工作其本人及随行家属在到职途中患病所花的医疗费用由谁支付？

根据国务院1957年7月29日议字第35号暂行规定，职工及其随行家属

在到职途中患病的时候，所花费的医疗费用，由调入单位按照本单位的规定报销。

38. 职工调动工作后，其供养直系亲属因食宿条件限制不能随同前往，暂留居原地的，患病治疗等问题如何处理？

根据国务院 1957 年 7 月 29 日议字第 35 号暂行规定，职工调动工作后，其家属暂时留居原地，经调入单位证明，原工作单位必须允许其继续居住；并且应当在医疗方面给予照顾；所花的医疗费用，由调入单位按照本单位的规定办理。

39. 实行《劳动保险条例》的全业职工病休超过 6 个月的，其供养直系亲属是否仍继续享受医疗补助待遇？

根据全总劳保部（64）“问答”规定职工病伤超过 6 个月，但仍还是企业在册人员，所以其供养直系亲属仍可享受职工所在单位的医疗补助待遇。

40. 实行《劳动保险条例》的全业离休人员的供养直系亲属，可否继续享受原单位的劳动保险待遇？

根据（81）劳险便字 85 号复函的规定，国营企业单位的离休人员其供养直系亲属可以与在职职工供养直系亲属享受同样的劳动保险待遇。

41. 企业职工供养直系亲属，实行计划生育手术时，所需费用由谁支付？

根据（66）中劳薪 60 号、（66）会通字 9 号通知的规定，企业职工的供养直系亲属实行计划生育进行手术时，免收挂号费、检验费、手术费、药费和住院费（包括取暖费）免收的上述各项费用具体由哪个部门（单位）负担，由各省、自治区、直辖市人民政府研究决定。

42. 我国对已出境定居的离休、退休、退职人员临时入境就医报销医疗费有用些规定。

已出境定居的离休、退休、退职人员临时入境就医，如果长期领取离休、退休、退职待遇的，其医疗费可由支付待遇的单位，按公费医疗或劳保医疗待遇的规定予以报销。

43. 什么叫大病医疗统筹制度？

指在企业之间实行医疗费用基金统筹，以解决职工患有大病时得到及时妥善地治疗的制度。现行企业实行的劳保医疗制度，职工个人除负担自费药的药费和少量挂号费以外，全部医疗费用皆由企业报销。由于职工老龄化，疾病时有发生，药品普遍涨价，一般医院为了追求效益，许多费用也普遍提价，企业职工福利基金提取的比例长期不变，而开支的范围不断地扩大，加上管理制度不严，企业职工医疗费严重超支，尤其是当职工患大病、重病急需入院治疗时，医疗费用更难以保证，如果为此挤占企业流动资金，势必会影响企业的正常经营，给企业完成生产任务带来新的困难，这个问题在中小型企业更为突出。为了保证企业的生产正常进行，保证职工得大病时的医疗费用来源有着落，近几年来有的行业采取以行业为单位，建立企业“大病医疗统筹基金制度”，取得良好的效果，既体现职工之间互助互济的精神，又可以解决企业医疗费负担畸重畸轻的现象，为企业之间平等竞争提供了良好的外部条件。

实行“大病医疗统筹基金制度”的具体做法是：由企业主管部门向所属企业征收基金，在行业内部企业之间实行互助互济，统一平衡调剂使用医疗费，以保障职工危、重、大病时得到及时治疗。划分“大病”的界线一般是：

指紧急抢救、入院治疗或手术后恢复期间，月连续就医费超过一定额度的各种内脏疾病、恶性肿瘤、精神病和各种严重外伤等伤、病。大病医疗统筹基金，在职职工一般在企业自有资金中列支；离、退休职工在“营业外收入”项下列支；凡符合“大病医疗统筹”范围的医疗费开支，应在发生后一定期限内，由职工所在单位提出申请，并填报《大病统筹基金支付审批表》，交上级主管部门负责核准后拨付款项。医疗费用拨付的标准不完全统一，一般是：大病统筹拨付金额的起点为301元；超过301元的医疗费采取分段计算，累加支付的办法，具体比例是：医疗费301元~1000元拨付80%；1000元~1500元拨付85%；1501元~2000元拨付90%，其余部分由职工所在单位和个人负担；2001元以上按100%拨付。医疗费在300元及以下的部分，由职工单位负担95%，个人负担5%，不属于大病的范围内开支的医疗费在301元以上，由职工所在单位负担90%，职工个人负担10%。

为了保证做好“大病医疗统筹”工作。需要劳资、财务等部门的密切配合，互相合作，并要做好思想政治工作，对企业领导进行必要的疏导，克服各种阻力，才有可能做好这项工作。

44. 农村合作医疗制度是怎么回事？

在“文化大革命”前，农村原人民公社社员群众自愿参加，实行集体互助的一种医疗制度。它是50年代后期随着我国农业合作化的发展而产生和发展起来的。当时，有大队办、社队联办和公社办等几种形式。合作医疗基金由公社、生产大队、生产队和社员群众共同筹集，主要用于社员医药费的减免，也有少数只用于诊断费，药费由社员自己负担。筹集基金的办法与社员药费报销范围、减免的比例有关，均由社员根据实际情况协商而定。合作医疗的机构一般是合作医疗站，其主要任务是贯彻卫生工作的方针、政策，搞好医疗预防、减少疾病，降低发病率，落实计划生育措施等。在管理上一般由生产大队合作医疗管理小组负责领导，其成员由生产大队干部、社员、赤脚医生代表组成。合作医疗经费单独记帐，专款专用，收支情况年终公布。公社的卫生院负责对合作医疗站指导工作，并培训赤脚医生等。

合作医疗制度，符合我国农村缺医少药的实际情况，对解决农民的医疗问题，保护农民的健康，促进农业生产起到重要作用。近几年来，农村在实行承包联产责任制中，农村医疗制度发生变化，出现多种形式办医，合作医疗制度无形中取消了。最近，根据农村群众的要求，许多地区又在总结过去的基础上，重新举办合作医疗制度，以利农村医疗事业的发展。

45. 什么叫子女统筹制度？

指不享受供养直系亲属医疗补助的机关工作人员，自愿组织，每人每月按公费医疗规定数额缴纳医疗费，由机关统一掌握，并负责向卫生行政部门联系指定医疗机构诊治。参加统筹的工作人员子女患病的医疗费，从统筹费用内开支，具体办法由各机关自行规定。

46. 疾病率是怎样计算的？

是指本单位在一定时期内疾病患者与全部职工之比。具体计算公式如下：

一定时期（月、季、年）

$$\text{疾病率} = \frac{\text{疾病患者的人数}}{\text{一定时期（月、季、年）} \times \text{全部平均职工人数}} \times 100\%$$

疾病率的高低标志着这个单位职工的健康水平，身体的素质，同时，也反映该单位领导对职工健康的重视程度，以及采取防治疾病的措施，有关增强职工体质有益职工身心健康的设施等情况。企业和单位应贯彻以预防为主方针，力争把疾病率降低到最低的程度。

47. 什么是医疗期？

指职工因病伤进行治疗的期间。根据治疗病伤的临床经验，病伤人员治疗病伤自临床医疗到恢复健康都需要一段时间，如果把医疗期定得太短，会使一部分病伤未愈的职工怕影响工资收入、影响生活而提前上班，不利于他们的身体健康。医疗期定得太长，也有它的副作用。我国企业职工疾病及非因工负伤期间的待遇，以6个月作为划分短期与长期病假的界限，还是适合原来的用工制度的。

48. 什么是职工医疗保险指定医院？

指定医院是指企业单位和国家机关、事业单位为了解决本单位职工享受劳保医疗和公费医疗看病问题，经与卫生行政部门联系指定就医的医院。如《劳动保险条例》规定：职工因工负伤，应在该企业医疗所、医院或指定医院医治。如该企业医疗所、医院或指定医院无法医治时，应由该企业行政方面或资方转送其他医院医治。职工患病或非因工负伤时，亦按上述规定办法就医。

49. 什么是职工医疗保险定点医院？

为了控制医药费的过快增长，增加对医院制约机制，社会保险机构通过对公费医院和企业医院审核，确定审核合格的医院为定点医院。社会保险机构每年度对这些医院进行考核，考核不合格的取消定点医院资格。社会保险机构要与定点医院签订合同，并且要定期向社会保险机构汇报职工医疗费用情况。职工本着就近医疗的原则选择定点医院，职工到定点医院就医的，按当地规定比例报销医疗费用，未经允许到非定点医院就医的，适当降低报销比例甚至不予以报销。

50. 什么是医疗机构？

指为病伤人员诊断治疗的机构。按其主要功能可分为：以诊疗疾病为中心工作的机构，如医院、门诊部、诊所、医务室等；以预防疾病为主体的机构，如妇幼保健站、结核病防治所；以康复疗养为重点的机构，如理疗疗养院（所）。此外，还有急救中心。《劳动保险条例》所说的指定医疗机构，一般是指医院、诊所、医疗所、医务所、特约医院、特约中西医等。

51. 国家对国有企业职工医疗保险基金的提取比例是怎样规定的？

劳动部转发财政部《关于提高国营企业职工福利基金提取比例调整职工福利基金和职工教育经费计提基数的通知》中规定：为了配合企业职工医疗制度改革，推动县（市）职工大病医疗费用社会统筹试点工作的开展，凡试行医疗费用社会统筹的地区，可将福利基金的一部分（按（92）财工字第120号文件规定提高的3%）作为职工大病统筹基金的一个来源。

52. 财政部、卫生部关于公费医疗几个问题的规定？

1979年，财政部、卫生部就黑龙江省财政局、卫生局提出的几点问题答复如下：

(1) 原来不享受公费医疗的行政事业单位的职工，凡是符合国务院退休办法，退休后由民政部门发退休金的，可以享受公费医疗待遇，其医疗费用，由当地公费医疗管理部门报销；凡是退休后由原单位发退休金的，仍享受原单位医疗待遇，其医疗费用由原单位报销。

(2) 高等学校带工资的大学生，一律在学校所在地办理公费医疗，不应回原单位报销医疗费。

(3) 享受公费医疗职工，由于打架斗殴、交通肇事以及医疗事故等造成伤残，其医疗费用应视情况由肇事者单位或本人负担，不应在公费医疗经费中开支。

(4) 享受公费医疗人员施行计划生育手术的费用和手术后遗症的治疗费用，仍按国务院计划生育领导小组、财政部、卫生部1977年12月27日《关于计划生育事业费开支范围的规定和加强财务管理的意见》规定执行，即在公费医疗经费中开支。

53. 我国目前医疗保险改革的目标和基本原则是什么？

职工医疗保障制度改革的目标是建立社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会保险制度，并使之逐步覆盖城镇所有劳动者。

建立职工医疗保险制度的基本原则是：

(1) 适应建立社会主义市场经济体制的要求，使城镇全体劳动者都能获得基本医疗保障，有利于整个社会保障制度改革的推进，有利于减轻企业、事业单位的社会负担，有利于转换国有企业经营机制，建立现代企业制度。

(2) 基本医疗保障的水平和方式要与我国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，国家和企业不能包揽全部医疗费用。

(3) 公平与效率相结合，职工享受基本医疗保障的待遇要与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工劳动积极性。

(4) 建立对医患双方的制约机制，最大限度地减少浪费，保障职工基本医疗。

(5) 公费、劳保医疗制度按照统一的新制度和政策同步改革，保险费用的筹集方式和基本结构要统一，但经费使用可以分别独立核算。

(6) 实行政事分开，政府主管部门制定政策、制度、标准，职工医疗保险资金的收、付和运营等由相对独立的社会医疗保险事业机构承担，以利于加强行政监督和社会监督，保证资金的合理使用。职工医疗保险基金要纳入国家财政预算管理。

54. 国家对医疗保险改革有哪些政策？

国家体改委、财政部、劳动部、卫生部颁布的《关于职工医疗制度改革的试点意见》(体改分[1994] 51号)，对医疗保险改革试点工作做了如下规定。

(1) 对特殊人员实行政策性照顾。

老红军、二等乙级以上革命伤残军人、离休人员，不设立个人医疗帐户，个人也不缴纳医疗保险费，医疗费用全部由社会统筹医疗基金支付，但必须切实加强管理，具体管理办法另订。

职工退休后个人不再缴纳医疗保险费，新制度实行前已退休人员也不建立个人医疗帐户，新制度实行后退休人员个人医疗帐户中的资金不再增加。

退休人员的医疗费用首先从个人医疗帐户支付，个人没有建立医疗帐户的或
个人医疗帐户用完后由社会统筹医疗基金支付。社会统筹医疗基金支付时，
退休人员个人负担的比例为在职职工的一半。今后，随着职工在职时个人医
疗帐户资金积累的增加，这种照顾将逐步减少和取消。

大专院校在校生（不含自费生）不设立个人医疗帐户，个人不缴纳医疗
保险费，但个人也要负担一定比例的医疗费，负担比例由地方确定。

（2）职工供养的直系亲属的医疗保险。由于医疗保险费用的大部分进入
职工个人医疗帐户，原实行劳保医疗的单位，职工供养的直系亲属不实行个
人医疗帐户，也不实行个人自付一定金额后再报销的办法，凡符合规定的医
疗费用的40%，都由社会统筹医疗基金支付。原实行公费医疗的单位，职工
供养的直系亲属的医疗费用仍采取个人自理的办法，也可以在职工自愿的前
提下，发展多种合作互助的方式。

（3）对低收入和家庭生活困难的职工，由于医疗费用开支过多而影响家
庭基本生活时，由职工所在单位从福利费中提供补助。

（4）为了不过多增加职工负担，职工个人缴纳医疗保险费，应在增加工
资的基础上进行。企业增资原则上应在新增效益工资中列支。

（5）发展职工医疗互助基金和商业性的医疗保险，作为社会医疗保险的
补充，以满足国家规定的基本医疗保障之外的医疗需求，但要坚持个人自愿
参加、自主选择的原则。

（6）在农村，积极发展和完善农民的合做医疗制度，乡镇企业职工的医
疗保险办法，由市人民政府根据本地区实际情况研究决定。

55. 《劳动法》对医疗保险有哪些规定？

《劳动法》第二十六条第一款规定：劳动者患病或者非因工负伤，医疗
期满后，不能从事原工作也不能从事由用人单位另行安排的工作的，用人单
位可以解除劳动合同，但是应当提前三十日以书面形式通知劳动者本人。

第二十九条规定：患病或者负伤，在规定的医疗期内的用人单位不得依
据本法第二十六条、第二十七条的规定解除劳动合同。

第七十条规定：“国家发展社会保险事业，建立社会保险制度，设立社
会保险基金，使劳动者在年老、患病、工伤、失业、生育等情况下获得帮助
和补偿。”

第七十一条规定：社会保险水平应当与经济发展水平和社会承受能力相
适应。

第七十二条规定：社会保险基金按照保险类型确定资金来源，逐步实行
社会统筹。用人单位和劳动者必须依法参加社会保险，缴纳社会保险费。

第七十三条规定：劳动者下列情形（退休、患病、负伤；因工伤残或者
患职业病；失业；生育）下，依法享受社会保险待遇。

第七十四条规定：社会保险基金经办机构依照法律规定收支、管理和运
营社会保险基金，并负有社会保险基金保值增值的责任；社会保险基金监督
机构依照法律规定，对社会保险基金的收支、管理和运营实施监督；社会保
险基金经办机构和社会保险基金监督机构的设立和职能由法律规定，任何组
织和个人不得挪用社会保险基金。

第七十五条规定：国家鼓励用人单位根据本单位实际情况为劳动者建立
补充保险；国家提倡劳动者个人进行储蓄性保险。

第一百条规定，用人单位无故不缴纳社会保险费的、由劳动行政部门责

令其限期缴纳；逾期不缴的，可以加收滞纳金。

第一百零四条规定：国家工作人员和社会保险基金经办机构的工作人员挪用社会保险基金，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

56. 十四届三中全会《决定》对医疗保险制度改革有什么要求？

十四届三中全会《决定》强调加强立法，促进社会保障体系的建立和完善。当前要抓紧制定《社会保险法》，特别是城镇职工的《养老保险条例》、《失业保险条例》、《医疗保险条例》、《工伤保险条例》等法规的制定。

另外，十四届三中全会《决定》还明确了医疗保险的模式：城镇职工医疗保险金由单位和个人共同负担，实行社会统筹和个人帐户相结合。这为我国的医疗保险制度改革指明了方向。

57. 农村医疗保险的现状如何？

目前，在我国农村社会医疗保险方面，大体上有医疗保险、合作医疗、合作办医自负药费、统筹解决住院费、预防保健合同等形式。在这些形式中，又以合作医疗为当前农村医疗保险中最普遍的形式。

合作医疗办法，最早起源于抗日战争年代，当时山西等地一些老解放区的农民曾采用过类似的办法。解放以后，有些地方在农业互助合作运动的启示和推动下，群众集资办起了保健站。60年代以后，广大农民又在建立保健站的基础上，逐步实行了合作医疗办法。后来，根据农村的需要和群众自愿原则，政府和有关部门有领导地在全国推行合作医疗制度，到1965年，全国有十几个省、市实行了合行医疗制度。

在当前，我国农村合作医疗制度，有如下几种形式：

(1) 村办村管。这种合作医疗形式的基金来源有两种方式：一种是由完全由农民自己集资，由村统一管理；另一种是由农民和村集体经济组织共同集资，由村统一管理。在资金筹集比例上不一，有的个人比例占的多一点，有的则集体所占的比例多一点，主要由集体的经济力量决定。在享受的范围和享受的标准上，均由村统一制定，农民共同遵守。

(2) 村办乡管。其合作医疗基金的来源由农民和村集体经济组织共同筹集，其享受的范围和享受的标准，由乡和村共同协商制定。经费由乡卫生院或合作医疗管理委员会统一管理。以村为核算单位，经费超支由各村自负。

(3) 乡、村联办。合作医疗基金由农民个人、村集体经济组织和乡公益金中的一部分共同组成。基金由乡统一管理，乡、村分成核算，提成标准由乡、村协商确定，享受范围和享受标准，由乡统一制定。

(4) 乡办乡管。这种形式的合作医疗基金来源有两个方面：一种是由农民个人、村集体经济组织和乡三方共同筹集；另一种是合作医疗基金全部由集体经济投资。不论基金如何筹集，均由乡统一管理，统一标准，享受范围和享受标准由乡统一制定。

合作医疗作为一种在自愿互助基础上，依靠集体经济的力量建立起来的，具有社会福利性质的医疗保险制度，在相当一个时期内为农村医疗保健事业的发展 and 解除农民看病就医之忧方面，发挥了积极的作用，为保障农民的健康和推进农村的卫生建设，建立了不可磨灭的功绩，也为今后进一步建立和完善农村社会医疗保险事业奠定了基础。但是，目前我国农村所实行的这种合作医疗制度，与当前农村经济的发展，劳动组织形式的改变以及农民对医疗卫生服务的需求，已不相适应也跟不上时代的要求。

第一，基金不足，保障水平低。目前农村实行的合作医疗制度，由于基

金不足（每人每年只能筹集十几元至二十余元的资金），每年所筹集的资金只能应付当年开支甚至有的还不够当年开支，因而保障水平很低，不能解除农民“因病致贫”的问题。一般来讲，在实行合作医疗制度的地区，农民参加合作医疗以后，乡或村根据本地区的集体经济能力和农民的缴费情况，只能确定一个最高报销标准。合作医疗由于它的这种局限性，只能保证一般小病的治疗，农民在村卫生室看病，可免收各种费用，外出看病医药费报销一般一年不超过 100 元，超过部分完全由病人自理。这样农民得了大病、重病时，经济上就负担不起。如上海地区的金山县亭新乡，经济条件较好，规定农民外出看病医药费在 200 元以内的报销 50%，超过 200 元的部分由农民自己负担，致使一些重病患者在经济上不堪重负，仅 1986 年，全乡因病致贫的有 20 多户，占全乡贫困户总数的 2/3；上海宝山区 1991 年共有贫困户 290 户，其中“因病致贫”的要占 50%左右。由于农村合作医疗制度自身的局限性，“小病还能包，大病包不了”，“因病致贫”依然是当今农村社会生活中的一大问题和农民群众最大的忧虑。

第二，基金分散，筹集困难，承受能力小。由于合作医疗的基金是分散筹集、分散管理、分散使用，基金筹集困难、基金数额小、使用管理混乱等问题在所难免。特别是集资时，要看当年的经济好坏，经济收入不好的年头，集体、个人都集不起资金。这种状况，致使合作医疗很难承担大的疾病所造成的经济上的风险。特别是在医疗科学不断发展的今天，医疗技术的不断提高，高科技新仪器不断在医学上运用，以及药品不断更新换代致使医疗费用不断上升，合作医疗制度更难以承受。据有关资料估算，1990 年上海市郊区农民用于医疗及药品的消费约为 2.2 亿~2.7 亿元，合作医疗组织所筹集的资金是绝对不够的。第三，组织不够健全，管理不够完善。现行的农村合作医疗制度，由于组织分散，管理办法各异，收费和医疗费用报销标准具有一定的随意性。因此，有的合作医疗组织，由于支大于收而难以维持；有的由于农村生产单位的变革，集体（村或乡）集资部分的资金来源发生困难，个人缴费部分也不能按时收足收齐，而难以继续生存；有的则因组织管理上的放松，有名无实，处于解体状态，不能发挥应有的作用。据有关资料统计，目前我国农村大部分地区的合作医疗组织都已解体，享受合作医疗制度的农民只占全国农村人口的 7~8%。就以上海郊区来讲，目前也有 15%左右行政村的合作医疗制度处于解体或是名存实亡的状态。因此，改革和完善农村的合作医疗制度，使之与我国农村经济的发展和农民对医疗卫生的要求同步，是一个非常重要的问题。

58. 怎样对医疗保险基金收入进行财务处理？

为了核算医疗保险基金收入，在社会保险基金来源类中设置“医疗保险基金收入”总帐科目。

本科目核算本年度单位按规定向社会保险机构缴纳的在职职工，离、退休人员医疗保险基金。收入记收方，年终转出时记付方，平时本科目收方余额反映当期医疗保险基金收入累计数。年终转帐时，将本科目收方余额全部转入“基金结存”科目中相应二级科目或明细科目的收方。年终本科目无余额。

本科目下设二级科目

- (1) 全民在职职工收入
- (2) 全民离、退休人员收入

- (3) 集体在职职工收入
- (4) 集体离、退休人员收入
- (5) 其他

如：某月某日，某一全民钢厂缴来本月医疗保险金 28,000 元，其中在职职工医疗保险金为 18,000 元，退休职工医疗保险金 10,000 元，转帐支票结算。

收：医疗保险基金收入—全民在职职工 18,000 元

—全民离、退休人员 10,000 元

收：银行存款—结算户存款 28,000 元

59. 怎样对医疗保险基金支出进行财务处理？

为了核算医疗保险基金支出，在社会保险基金的资金运用类中设置“医疗保险基金支出”总帐科目。

本科目核算本年度按规定实际支付给参加医疗保险的在职职工、离、退休人员疾病医疗保险费用。支付时记付方、年终冲销转出时记收方，平时付方余额反映当期医疗保险基金支出累计数，年终转帐时，将本科目的付方余额全额转入“基金结存”科目中相应二级科目或明细科目的付方冲销。年终本科目无余额。

本科目下设二级科目

- (1) 全民在职职工开支
- (2) 全民离退休人员开支
- (3) 集体在职职工开支
- (4) 集体离退休人员开支
- (5) 其他

如：某月某日，某一全民机电厂汇总本月医疗费用单据，按规定由社会保险机构支付定额是：在职职工 14,000 元，离退休人员 19,000 元，通过银行转帐。

付：医疗保险基金支出—全民在职职工 14,000 元

—全民离退休人员 19,000 元

收：银行存款—结算户存款 33,000 元

60. 供养直系亲属与职工本人不同居，其医疗待遇如何报销？

据[63]生活字第 490 号、全国总工会劳动保险部 1964 年 4 月解答规定：

职工供养的直系亲属，不论与职工同居或不同居，住在城市或农村，凡患病时能够到指定的医疗机构诊治时，即可享受劳保条例十三条戊款规定的医疗待遇。患病时未在指定的医疗机构诊治者，其所需诊治医疗费用应由本人负担。本人负担确有困难，影响其不能维持生活者，可以按生活困难，由基层给予适当补助。

对于因工作需要被调动的职工，其供养直系亲属在原单位已享受规定的医疗待遇，在职工调动后，因当地宿舍条件限制不能随同前往，患病在当地公立医院（铁路职工供养直系亲属仍在铁路医院）医疗，应由职工所在单位在医药卫生补助费中，按规定报销二分之一的药费（铁路职工供养的直系亲属因在铁路医院医疗，不再报销药费）。

61. 什么是医院代管医疗经费？

医院代管医疗经费是公费医疗制度的一项改革措施，这项措施首先在上海市实行。该市曾在 3 个区 6 个县进行试点，曾采用两种由医院代管公费医

疗经费的办法。一是代管门诊经费，住院经费仍由公费医疗办公室实报实销；二是门诊、住院经费一起代管。医院代管经费的定额，一般在年初由主管区、县公费医疗办公室确定。对于节余和超支费用的处理办法也有两种：一种是以年初的基本定额为衡量标准，节余经费的 50% 归医院作业务收入，50% 转下年度继续用于公费医疗；超支时，医院负担超支数的 15~20%，其余由主管公费医疗办公室检查考核后予以适当补贴。另一种是医疗费支出在年初基本定额以内的，节余经费全部作为医院业务收入；超出全市区、县平均支出数的，医院负担超支数的 15%。上海市试行代管办法的医院，除了认真执行公费医疗管理部门有关自费药品、处方药量的规定外，还根据实际情况，规定了进口药、贵重药的具体使用范围、用量及审批手续。不少医院在门诊部设立审方处，由专人审查公费医疗人员的处方和病史，使不合理用药得到及时纠正。对大型先进医疗检查仪器的使用，医院也指定了管理部门负责审批。实行这项改革之后，经费使用逐渐趋于合理，增长幅度明显下降，医疗服务质量有不同程度提高。

62. 什么是医疗费用包干制度？

这是我国近年来医疗保险制度改革的办法之一。其具体做法是：企业按照规定的医疗标准提取的医疗费用，一部分由企业统筹、统管，一部分包干发给个人，年终结算。包干部分结余，其中大部分属于个人，小部分收归企业医疗统筹基金内；超支部分由统筹基金支付。

63. 1994 年我国医疗保险基金收、支、结余全额为多少？

(1) 至 1994 年末，有 20 个地区的 3.2 万户企业实行职工大病医疗费用社会统筹，参加统筹的职工 374.6 万人，比上年增长 43.0%；当年收缴基金 2.6 亿元，比上年增长 1 倍多，基金收缴率由上年的 74.3% 提高到 90.1%；基金支出 2.2 亿元，其中支付医疗费用 2.1 亿元，占总支出的 96.3%；基金滚存结余 0.6 亿元，比上年增加 0.4 亿元。

(2) 实行离退休人员医疗费用统筹的有 19 个地区约 1.4 万户企业的 35.7 万人，人员比上年增长 26.1%。当年收缴基金 0.6 亿元，增长 52.2%，基金收缴率为 86.5%，比上年提高了 16.8 个百分点；支出基金 0.7 亿元，比上年增长 94.0%，大大高于收入增长速度，其中：医疗费用支出 0.7 亿元，占总支出的 97.7%；基金滚存结余 672 万元，比上年减少 1213 万元。

从各地收支情况看，当年收不抵支的地区有河北、内蒙古、江苏、安徽、福建、山东、河南、贵州、青海等 9 个地区。滚存结余出现赤字的有江苏、安徽、山东、河南、贵州、青海等 6 个地区。

64. 第 102 号国际公约对医疗保险是怎样规定的？

第 7 条规定：凡本公约本部分对其业已生效的会员国，应保证按照下列各条在受保人需要预防或治疗性医疗照顾时发给其津贴。

第 8 条规定：覆盖范围内的不测事件应包括不论其起因的任何病态、怀孕、分娩及其后果。

第 9 条规定：受保人应包括：法定类别的雇员，其在全体雇员中的构成至少不低于百分之五十，以及这些类别雇员的妻子和孩子；或法定类别的经济活动人口，其在全体居民中的构成至少不低于百分之二十，以及这些类别人员的妻子和孩子；或法定类别的居民，其在全体居民中的构成至少不低于百分之五十；或在根据第 3 条所作声明业已生效的情况下，在雇佣二十人或二十人以上工业企业的法定类别的雇员，其在这些企业全体雇员中的构成

至少不低于百分之五十，以及这些类别雇员的妻子和孩子。

第 10 条规定：津贴应至少包括：

(1) 在病态情况下：内科医务人员的照顾，包括家庭出诊；在医院由专家对住院或非住院人员的照顾，如有可能在医院外提供的专家照顾；由医生或其他合格医务人员开具处方的必需药物的供应；必要时住院；以及(2)在怀孕、分娩及其后果情况下；由医生或合格的助产士提供的产前、分娩和产后的护理；以及必要时住院。

可要求受益人或其家庭支柱分担受益人由于病态而接受的医疗照顾的费用，有关这种分担的规则应以避免造成过重负担的方式加以制订。

根据本条规定提供的津贴应着眼于维护、恢复或改善受保人的健康及其工作和个人生活自理的能力。

发放津贴的机构或政府部门应通过认为合适的手段，鼓励受保人利用由公共当局或由经公共当局承认的其他机构为其提供的一般卫生服务。

第 11 条规定：第 10 条规定的津贴，在发生覆盖范围内韵不测事件时，应保证至少给予本人或其家庭支柱，已完成一定必要资历期的受保人，以避免弊端。

第 12 条规定：(1)第 10 条所指津贴，在发生覆盖范围以内的不测事件时，自始至终均应发放，除非属病态问题时，津贴期限根据每一事例可限为二十六周。但在疾病补助继续发给期间，医疗津贴不得中断，并应就某些经医嘱需要延长护理期的国家立法规定的疾病制订延长上面所指期限的规定。(2)凡按第 3 条所作声明业已生效时，每例享受津贴的期限可限为十三周。

65. 深化医疗保险制度改革的深远意义是什么？

(1) 体现了公平与效率相结合的原则

职工医疗保险制度改革的目标是建立社会统筹医疗基金和个人医疗帐户相结合的社会保险制度，并使之逐步覆盖城镇所有劳动者。建立个人医疗帐户，将职工本人交纳的工资总额 1%的医疗费和医疗保险基金的一部分（结合本人工资总额）计入个人医疗帐户。建立个人医疗帐户是这次改革的最主要内容之一，它的优点表现在以下几个方面：第一，有利于与个人贡献挂钩，体现效率。按照本人工资总额的一定比例计入个人医疗帐户，本人工资高、对社会贡献大，计入个人帐户的医疗费也高。第二，有利于医疗费用的节约。医疗帐户个人有所有权，但使用权国家有限制，个人帐户的钱只能用于支付医疗费用，不能用于其他方面，个人医疗帐户允许继承，这样有利于增强人们节约意识，减少浪费。第三，有利于促使企业及时、足额交纳医疗保险基金。个人帐户是按本人工资的一定比例计人的，企业不交或少交医疗基金，个人帐户中的医疗保险金就会减少，有利于职工监督企业交费。第四，方便结算，减少经办机构的工作量。经医疗保险经办机构审查，符合报销条件，就可以通过个人帐户支付医疗费，方便结算，不用每一笔报销款都通过医疗保险机构支付。第五，在体现效率的前提下，兼顾了公平。个人医疗帐户不敷支出、超过本人工资 5%的医疗费，由社会统筹基金支付绝大部分，做到大病统筹，小病分流，体现了社会公平。

(2) 体现了权利和义务相统一的原则

我国现行的医疗制度，最大的弊端是职工个人不承担医疗费用，医疗费用实报实销，缺乏对个人的有效制约，权利和义务相脱节。参加医疗保险，

职工享受医疗保险待遇是权利，个人适当交纳、负担医疗费用是义务，各地试点经验证明，医疗费与个人适当挂钩，效果十分明显。考虑改革初期，职工的收入比较低，工资中又不包含医疗费，个人交纳医疗保险费的比例应当适度。因此，在改革的起步阶段，个人只交纳工资总额 1% 的医疗费，并在增加工资的基础上进行。个人帐户用完之后，个人负担超过工资总额 5% 的部分，由社会统筹基金按超额累进办法报销绝大部分（80~98%）医疗费，体现了权利和义务的对等关系。

（3）建立起科学的筹资机制和基金管理机制

社会保险最大的特点是社会共济，因此，用人单位必须按工资总额的一定比例交纳医疗保险基金。效益好的企业、事业单位，工资总额高，交费多；相反，效益差的企业、事业单位，工资低，交费也少。交费多的，对医疗保险贡献大，体现了保险的本质。为了不增加企业和其他用人单位负担，医疗保险金的筹集必须坚持以支定收，收支平衡的原则。用人单位交纳医疗保险金参照本城市上年实际支出的医疗费用换算成职工工资总额的一定比例交纳，并分两种情况处理：交纳比例不超过 10% 的，由省人民政府决定，超过 10% 的，由省人民政府审核后，报国家财政部批准。10% 的比例是根据 1992 年医疗费实际支出数占工资总额的比例确定的。同时，为了避免企业重复交费、增加企业负担，原养老保险、工伤保险费中包含医疗保险费用的，相应核减养老、工伤保险费的收缴比例。为了加强医疗保险基金的管理，保证医疗保险基金专款专用，防止挪用、浪费，医疗制度改革要体现政事分开，职工医疗保险基金的收付和运营由相对独立的社会医疗保险事业机构承担，医疗保险金要纳入国家财政预算管理。医疗保险事业机构的管理费标准须经主管部门和财政部门审核后，报政府批准。医疗保险基金的管理要实行社会监督。

（4）建立起对医患双方的制约机制

医疗保险对象和医疗服务的提供者对医疗费用支出有着直接的关系，要减少不合理的支出，必须加强对医患双方的制约。

第一，对医疗享受对象的制约。职工就医必须出示由医疗保险机构统一制发的带本人照片的医疗卡，诊疗记录和处方必须有一份送达医疗保险机构审核。医疗费用首先用个人医疗帐户支付，不足支付，由个人自付，超过本人工资（按年度计算）5% 以上部分，再由统筹基金报销，但个人仍自付一定比例的医疗费。制定医疗保险基本药品报销目录，在报销范围内的药品才能报销。大型设备检查费用，个人要负担较高的比例。

第二，对医疗单位的制约。医疗保险机构对定点医院进行资格审定，并与定点医院签订包括医疗保险服务范围、服务项目、费用定额等内容的合同，明确责任、义务。违反合同，取消定点资格。定点医院选择不唯一，病人可到几个定点医院就医，以形成竞争机制。逐步实现医疗服务收入和药品收入分别核算。允许病人到医院外部定点销售单位购药。制定医疗诊疗规范和合理的分档次的医疗收费标准；

（5）制定了试点的有关过渡政策

为了与过去的政策相衔接，减少改革的震动，保证改革的顺利进行，试点意见制定了改革的有关过渡政策，规定离休人员不建立个人医疗帐户，医疗费实报实销，退休人员减半负担医疗费，大学生也不建立个人医疗帐户。但对这部分特殊人群的医疗费支出要严格管理。

目前，九江和镇江两市的医疗制度改革试点工作正在紧锣密鼓地进行。医疗制度改革在两市取得经验后，国务院将考虑在全国推开，医疗制度改革已经势在必行。

66. 我国医疗保险合同的形式是什么？

(1) 医疗保险服务合同由医疗保险管理机构或企业单位代表职工与各类医疗机构签订。

(2) 签约医院、诊所都必须经过卫生部门批准，有行医资格并经企业或社会保险机构审查后，才能确定为承担医疗保险任务的合同医院。具体主要指以下几类医院。

社会医院（包括不同级别的综合医院或专科医院）；

企业和部门的职工医院、门诊部；

各类联合办医的机构；

一定范围的从事有特效治疗疑难病症的专科、私人诊所。

67. 我国医疗服务合同的主要内容是什么？

(1) 医疗服务合同必须明确医疗服务机构与社会保险机构（或企业）是平等的经济法人，医疗服务的类型、数量、质量期限和监督条款。

(2) 企业或社会保险机构对医院的医疗服务报酬标准以及结算方式。

(3) 医疗服务机构必须严格按照国家卫生行政部门颁发的有关法律、法规行使职责，如《医院管理条例》、《医疗保险用药报销范围》等。社会保险机构和企业及投保人有权监督医院。

(4) 医疗服务合同应包括医疗过程中对医患双方提出要求及违约处罚等事项。

(5) 某种特殊的单项保险就其需要和范围提出的具体要求，如为离退休人员的医疗合同应明确有别于一般医疗服务的部分附加服务，家庭病床照顾和其它帮助。

(6) 双方认为应规定的其他事项。

医疗保险合同是一种与劳动关系密切相关的合同之一，它是法律手段在劳动关系中的具体运用，它对于协调医疗保险各方面的利益关系，创建新型的适应市场经济发展要求的医疗保险体制，保证基本医疗，控制不合理的医疗消费具有十分重要的意义。

68. 对医疗保险合同如何进行仲裁？

医疗保险合同的管理、解释、仲裁由劳动部门负责。

处理程序由低向高。出现纠纷、争议后首先在当事人之间协商解决，协商后意见仍不一致，交由劳动部门的仲裁机构解决。有条件的地区可建立一个由劳动、卫生、财政、工会、医疗部门的代表参加的仲裁委员会，当事人对劳动部门的仲裁不服的，可向仲裁委员会提出申诉；对仲裁委员会的裁决仍不服的可按照行政诉讼法的管理范围要求，提交人民法院作出最后处理。

各级劳动部门作为职工医疗保险的行政主管部门，在实行合同化管理的过程中，要切实发挥监督、检查、指导、协调的综合职能，深入调查研究、协调各方面关系确保医疗保险合同管理顺利进行，以保证我国职工医疗保险制度改革健康发展。

69. 社会统筹与个人帐户相结合有几种方式？

主要有四种方式。

(1) 基金由社会保险机构统一筹集使用，先花帐户后统筹，中间设立自

付段，保险不分大小病。优点：基本保持原待遇水平，新旧办法相衔接，能够减轻企业负担。缺点：社会保险机构工作量加重，筹集资金难度较大。

(2) 建立大病统筹基金与个人医疗帐户，社会统筹只限大病费用，个人帐户自己保管使用。优点：解除了职工患大病的后顾之忧，减少了社会保险机构的工作量，个人帐户的自控作用较强。缺点：相对增加了职工负担。(3) 建立大病统筹基金、企业调剂金、个人帐户三块结构模式。优点：它是一种平稳的过渡办法，虚实结合，各方面容易接受。缺点：切块过多，资金分散，可能使有限的资金显得更加紧张。社会化程度不高，没有从根本上解脱企业。

(4) 在第一种方式的基础上，增加帐户使用起点限额，取消中间自付段，并规定使用帐户一开始个人就要自负一定比例，鼓励人们节约帐户。优点：结算方便，操作简便。缺点：相对增加了社会保险机构审核、报销等工作量。

70. 医疗保险的保险费提取比例是怎么规定的？

保险资金按照“以支定收，略有节余”的原则筹集，根据上年度医疗费的实际开支，剔除不合理因素，增加合理增长因素确定。具体比例由试点城市医疗保险主管部门提出，报经当地政府确定。筹集总比例（社会统筹、个人帐户及企业调剂金）超过10%时，要报劳动部、财政部批准。有两种计提方法：(1) 在职职工、离退休人员可以按不同基数不同比例分别计提，在职职工以工资总额为计提基数，离退休人员以离退休费为计算基数。(2) 所有人员（包括离退休人员），按照工资总额的统一基数统一费率标准，分别从职工福利费和管理费计提。退休人员从退休后的第一个月起不再缴纳保险费。

71. 目前医疗保险支付形式有几种？

支付形式主要有两种：

(1) 现金支付，患者看病直接向医疗机构支付全部医疗费用，然后凭发票、处方及有关证明到用人单位按规定报销，同时扣除自己所负担的部分。最后用人单位与医院结算。这种方式的优点是：患者费用意识强，有利于控制不合理的医疗费支出。缺点是，相对增加了医院的工作量，收入较低的病人垫资较多，会带来许多困难和麻烦。

(2) 医院记帐。患者除自付少量费用外（自付部分医院直接扣除），不直接与医院发生经济关系，由医院定期向用人单位或社会保险机构提出结算清单，经用人单位或社会保险机构审查后，按规定支付费用。这种方式的优点是：医疗费用意识增强，保险机构严格把关，有利于控制医疗费。

72. 医疗保险管理机构和监督机构是怎样设想的？

在一个试点城市内，在政府统一领导下，以劳动、卫生部门为主，由财政、体改、医药部门和企业负责人、职工代表等参加组成领导小组或管理委员会，负责有关改革的重大政策、事项的研究决策，逐步过渡由一个社会保险机构集中统一管理。社会保险机构要政事分开，行政机构负责政策规划，监督；事业单位具体操作运营。

成立监督机构，原则上应与其他社会保险建立统一的基金监督机构，也可以先进行建立医疗保险基金监督机构的试点。

对医院、企业、受益人、社会保险机构之间发生的纠纷，由仲裁机构进行仲裁，有三种设想：

- (1) 由劳动争议仲裁机构处理。
- (2) 建立统一的社会保险争议仲裁机构。

(3) 建立医疗保险争议仲裁机构。

73. 医疗保险的待遇水平是如何规定的？

确定医疗保险水平要与当地生产力发展水平和各方面的承受能力相适应，要保证投保人得到质优价廉的基本医疗服务。医疗保险范围即指一般疾病与非因工负伤所发生的医疗费，不含工伤、生育、待业人员的医疗费，以及交通事故等医疗费。改革的根本目的是保证基本医疗，克服过度医疗消费。今后，制度上要明确医疗费要与个人经济利益挂钩，规定医疗保险期限、条件，或超过一定数额后，才进入社会统筹；规定住院病房等级标准和天数；规定贵重药品和高、精、尖仪器设备使用范围等。

74. 如何进行个人帐户管理？

目前对个人帐户的管理有两种方式：

(1) 由医疗保险机构统一管理，并逐步实现电脑管理。

(2) 委托用人单位代为管理，每人开一个存款帐户，看病时先垫支，后核销。各用人单位根据自身的条件采取相应的管理办法，如小单位可以用手工操作，大单位用电脑和存折打印机。这样企业在资金方面有一定灵活性，省事简便。实际上，个人帐户的资金是由社会保险机构或用人单位按时记入，由自己掌管使用。

75. 退休人员是否建立个人帐户？

退休人员是否建立个人帐户有两种办法：

(1) 与职工一样，建立个人帐户。优点：有利于医疗费总量的控制，有利于增强退休人员安全感和节约意识；在一定程度上减轻社会保险机构的工作量。问题：需要建立相应的补救办法，保证其医疗。

(2) 不建个人帐户。因为这部分人在职时帐户上没有积累，体弱多病，总体开支大。由社会保险基金统一调剂使用，对他们比较有利。

76. 九江、镇江医改方案中用人单位缴纳的医疗保险费怎样记入个人医疗帐户？

(1) 在职职工年龄 < 45 岁时，以本人上年度工资为基数，九江、镇江均规定按 4% 的比例计算，计入个人医疗帐户。

(2) 在职职工年龄 > 45 岁时，以本年度工资为基数，九江市按 5.5% 的比例计算；镇江规定按 6% 的比例计算，计入个人帐户。

(3) 对离退休人员，九江市规定以本人年度退（离）休费总额为基数，按 5.5% 的比例计算，计入个人医疗帐户；镇江市规定退休人员按退休费用 5% 计入个人帐户，二等乙级以上残废军人和离休干部不设个人帐户。

(4) 九江市还规定在乡村的二等乙级以上革命伤残军人，按当地上年度行政、事业单位退、（离）休人员退（离）休费用为基数，按 5.5% 计算，计入个人帐户。

目前，两江的医疗帐户，采取医疗社会保险机构与委托用人单位管理相结合的办法，用人单位为本单位医疗社会保险对象逐人立户，建立和登记台帐，领取、登记和发放《职工医疗社会保险手册》，定期报医疗社会保险机构核对。

77. 医疗社会保险对象工作变动时需办什么手续？

医疗社会保险对象工作变动，由所在单位凭有关证件，携带《职工医疗社会保险手册》、台帐到当地医疗社会保险机构办理个人医疗帐户转移手续。凡有欠缴、漏缴社会保险费的，应由原单位缴清，否则由接受单位为其补发。

如转入地尚未开展医疗社会保险工作，其个人医疗帐户基金余额可列入调离人员指定的个人医疗帐户，也可向当地医疗保险机构申领，其《职工医疗社会保险手册》同时收回注销。

78. 医疗社会保险对象死亡，其个人医疗帐户如何处理？

医疗社会保险对象死亡，其个人医疗帐户仍有余额的，按《继承法》规定实施继承，其个人医疗帐户台帐、《职工医疗社会保险手册》由医疗社会保险机构收回注销。

79. 医疗社会保险对象如何就诊？

医疗社会保险对象凭《职工医疗社会保险手册》和《医疗社会保险病历处方本》交医师填写，然后将《职工医疗社会保险手册》、病历、复式三联处方交审核台审核。其治疗所需费用，首先从本人的医疗帐户中支付，由定点医院记帐，并在本人的医疗保险手册中核减职工医疗帐户基金。

80. 用人单位怎样向医疗社会保险机构办理审核、结算事宜？

各用人单位在每月固定时间（如九江市规定每月 15 日前），到相应的医疗社会保险机构取回本单位的就诊人员《复式处方结算联》、《住院医疗费用记帐结算表》，由单位记人职工《个人医疗帐户》的台帐上。

年末，单位经办人员根据台帐与职工《个人医疗帐户》上的年末余额核对，计算利息后，报相应的医疗社会保险机构审核。

81. 九江、镇江医疗制度改革的基金筹集和管理手段是什么？

（1）根据“以支定收、收支平衡、略有结余”的原则，由市社会医疗保险机构负责筹集医疗保险基金，实行专户储存，专帐记载，专款专用，加强管理。考虑到目前的财政体制，暂实行市、县分级核算，由市在医疗保险基金社会统筹部分提取 10% 作为市级调节基金。实行医疗保险制度后，大病医疗社会保险暂行办法不再执行，积累的大病医疗保险费并入社会统筹医疗基金。

（2）对滞缴医疗保险基金的单位，按日罚缴 2‰ 的滞纳金；无故逾期三个月未缴纳的，医疗保险机构可申请人民法院采取法律手段强制划扣。企业单位分立、合并、终止时必须先清偿欠缴的医疗保险基金；发生破产的，在清算财产时，必须先缴足在职职工当年和离退休人员 10 年的医疗保险金。

（3）医疗保险基金及其利息不征税费。个人帐户中的医疗保险基金，按城乡居民个人存款同期利率计息并纳入本金。

（4）建立财政、审计等部门和工会、职工代表参加的医疗保险监督组织，定期检查医疗保险基金的收支、运营和管理情况并向社会公布。

82. 镇江市职工的医疗保险待遇是怎样规定的？

（1）凡参保职工在医疗保险机构确认的定点医院、医务所（室）就诊，其发生的医疗费用先由个人医疗帐户支付；个人医疗帐户不足支付时，再由职工自付。按年度计算，职工在个人医疗帐户之外自付的医疗费用，超过本人（不含退休人员）年工资额的 5% 以上部分，由社会统筹医疗基金支付，但个人仍要负担一定比例，采取分段累加计算：超过本人年工资额 5% 以上至 5000 元部分，个人负担 10%；5000 元以上至 10000 元部分，个人负担 8%；10000 元以上部分，个人负担 2%。退休人员按在职职工规定比例的一半支付。

（2）等乙级以上伤残军人、离休人员符合规定的医疗费用，全部由社会统筹医疗基金支付。

(3) 患有国家认定的特殊病种、实施计划生育手术及其后遗症(经县以上计划生育委员会会同有关部门鉴定确认)的职工,符合规定的医疗费用全部由社会统筹医疗基金支付。

(4) 职工子女(含独生子女)、大专院校在校生和企业职工供养直系亲属暂按原管理办法执行。

(5) 由于医疗费用开支过多而影响职工家庭基本生活的,其所在单位应给予适当补助和工会通过建立职工互助储金办法解决。

83. 九江市职工的医疗保险待遇是怎样规定的?

职工就医所需费用先从本人医疗帐户中支付,个人医疗帐户不足支付时,先由职工自付,按年度计算,职工在个人医疗帐户之外自付的医疗费,超过本人年工资收入的5%以上部分,由社会统筹医疗基金中支付,但个人仍要负担一定比例:超过本人年工资收入5%以上至5000元部分,个人负担15%;

超过5000元至10000元部分,个人负担9%;

超过10000元部分,个人负担2%。老红军、二等乙级以上革命伤残军人、抗日时期参加革命的离休老干部、享受副地级以上待遇的离休老干部,个人不缴纳医疗保险费,其医疗费用先在个人帐户中支付,个人帐户不足支付时,全额由社会统筹医疗基金支付,但必须严格按医疗社会保险各项管理制度办事。除上面规定以外的其他离休人员,个人也不缴纳医疗保险费,其医疗费用先在个人帐户中支付,个人帐户不足支付时,由社会统筹医疗基金支付,但个人需自付少量的医疗费。职工退休后个人不再缴纳医疗保险费。退休人员的医疗费用首先从个人医疗帐户支付,个人医疗帐户不足支付时,由社会统筹医疗基金支付,但个人也要自付一定比例的医疗费用。其个人自付比例为在职职工个人自付比例的一半。随着职工在职时个人医疗帐户资金积累的增加,这种照顾将逐步减少和取消。

大专院校在校生(不含自费生)仍按原公费医疗管理办法执行,但个人也要负担10%的医疗费。

企业职工供养的直系亲属的医疗保障仍按现有规章执行。其医疗费用由各企业根据现行办法办理。

对于由于个人自付医疗费用开支过多而影响家庭基本生活时,由职工所在单位从福利费中给予适当补助。

84. 医疗保险费有哪些开支渠道?

(1) 全额拨款的行政、事业单位和差额拨款的全民所有制的医院,按照单位的财政体制关系由现行资金供应渠道拨款。此项拨款纳入各单位的经费预算。

(2) 差额拨款、自收自支的事业单位,由单位提取的医疗基金中开支。

(3) 企业在职职工从职工福利费中开支,企业退(离)休人员在劳动保险费中开支。

(4) 停薪留职人员由个人或聘用单位负担,由保留其工资关系的单位代收代缴。

85. 如何建立有效的医疗费用制约机制?

加强对医患双方的有效制约,由社会医疗保险机构对定点医院、处方外配点和用人单位执行医疗保险政策的情况进行检查考核,严格奖惩措施,以最大限度地减少浪费。

(1) 制订职工个人医疗费用的制约措施

由社会医疗保险机构统一制发《职工医疗保险证历》，患者凭其就诊，对将《职工医疗保险证历》转借他人和冒名就诊者，要追回所发生的医疗费用并给予一定的经济处罚。

制订医疗保险基本用药目录，超出目录部分的费用全部自理；进行特种检查治疗（如MRI、CT等高级仪器检查），须经所在定点医院“职工医疗保险管理小组”审批，其费用个人负担20%，不计入当年按比例负担部分。

二等乙级以上伤残军人和离休人员，在保证基本医疗的基础上，加强检查、用药等方面的管理，凡超出医疗保险基本用药目录的费用全部自理，特种检查、治疗费用个人也应适当负担。其负担比例不超过在职职工的50%。

(2) 健全医疗单位和处方外配点的管理制度

卫生部门负责定点医院的资格审定并会同医药主管部门搞好处方外配药品销售点的资格审定，由社会医疗保险机构确认并与其签订医疗保险服务范围、项目、费用定额等内容的合同，明确责任、权利和义务。卫生主管部门按国家规定，制定疾病诊治技术规范和可报销药品目录；物价部门会同卫生部门制定合理的医疗收费标准，报省级物价部门批准后实施，并且将医院收费标准向社会公布，接受监督。

改革并完善医疗费用支付办法。由卫生主管部门会同医疗保险机构，在核准上年度公费和劳保医疗平均门诊人次费用、平均住院天数、平均床日费用的基础上，制定合理的收费标准，实行定额管理。医院的销售药品收入和医疗服务收入要分别管理，分别核算。要促进医院深化改革，提高服务质量，形成良性运行机制。在医疗保险机构确认的定点医院中，允许职工选择几个定点医院就医，允许病人持处方到定点药品销售点购药。医院或药品销售单位如违反规定，医疗保险机构有权监督批评，直至取消定点资格。86. 国家规定哪些人员可以享受公费医疗待遇？国务院科教组、卫生部、财政部关于卫生事业计划财务工作中若干问题的意见中规定：属于享受公费医疗待遇范围的：（1）各级国家机关、民主党派、人民团体由国家预算内开支工资的、在编制的工作人员；（2）各级文化、教育、卫生、经济建设事业单位，由国家预算内开支工资的、在编制的工作人员；（3）中国人民银行、中国人民建设银行，由国家预算开支工资的，在编制的行政事业人员；

（4）属于国家编制的基层税务人员；

（5）中华全国总工会、各级地方工会在编制的脱产人员，以及由县以上及城市区以上工会领导机关举办的事业单位在编制的工作人员；

（6）属于享受公费医疗单位的，经批准因病长期休养的编外人员、长期供养人员和待分配处理的超编制人员；

（7）受长期抚恤的在乡二等乙级以上革命残废军人，和革命残废军人教养院、荣军院校的革命残废军人；

（8）属于享受公费医疗的经批准的退休人员、退休军官，以及在军队工作没有军籍的退休职工；

（9）国家正式核准设置的高等学校在校学生和经批准因病休学一年保留学籍的学生（解放军学生休学后的医疗待遇问题按国务院科教组的规定，由原单位按部队规定解决）；以及高等学校应届毕业生，因病不能分配工作在一年以内者；

（10）派驻享受公费医疗单位的人民武装干部；

(11) 属于享受公费医疗单位的经过批准并持有证明的保留公职不领工资回家参加劳动的人员，和要求保留干部身份，不领工资，不办退职手续的回乡或回家的老、弱、病、残职工。

不属于享受公费医疗待遇范围的：

(1) 各种企业单位和由企业开支工资的企业主管部门的职工，包括中国人民银行由企业开支工资的人员以及非国家行政，事业预算经费开支的行政、事业单位的职工；

(2) 享受公费医疗单位内的临时工、季节工、学校的兼职代课教员；

(3) 行政、事业单位附属机构不在国家编制，不由国家预算开支工资的工作人员；

(4) 预算外收支管理的事业单位的工作人员和不在国家预算内开支工资的国家机关和事业管理机构的工作人员；

(5) 国家举办的，但其经费由收入解决或者财政上给予“差额补助”的事业单位工作人员及派驻这些单位的人民武装干部；

(6) 企业、事业基层工会的脱产人员以及工会基层组织举办的事业单位的人员；

(7) 退职人员和非享受公费医疗单位的退休人员；

(8) 在军队工作没有军籍的退休的军工企业人员；

(9) 在乡三等以下革命残废军人和复员军人；

(10) 开除公职或劳动教养人员；

(11) 国家干部转制到集体单位工作，并由集体单位开支工资的人员；

(12) 高等学校附中的学生和高等学校休学、退学没有学籍的学生，以及外国留华学生；

(13) 根据协定来华工作，但不由我国负责供给医疗费用的外籍专家和家属；

(14) 集体办和民办事业单位（包括民办学校、医疗卫生单位等）的非国家编制人员；

(15) 享受公费医疗人员的子女和家属。

87. 研究生医疗费用问题有哪些规定？

财政部、卫生部 1979 年 2 月 21 日下发了《关于研究生医疗费用问题的通知》，对研究生（含国家正式职工被录取的）医疗费问题规定如下：

(1) 高等学校招收的研究生，享受公费医疗待遇，其医疗费用一律由学校所在地区的卫生部门统一安排，列“公费医疗经费”款开支。(2) 国务院各部、委和各省、市、自治区各部门所属科研机构招收的研究生，其医疗待遇，分别规定为：培养研究生的科研机构属于享受公费医疗的，按本通知第一条规定办理；培养研究生的科研机构属于享受劳保待遇的，研究生本人按劳动保险条例的有关规定执行，医疗费用在培养研究生的科研机构的“职工福利基金”内开支。

88. 中央驻地方单位公费医疗经费归地方安排，还是归中央安排？

1980 年 4 月 24 日，卫生部、财政部下发了《关于中央驻地方单位公费医疗经费仍由地方安排的通知》，内容如下：

随着国民经济的调整、整顿，中央各部门驻地方的事业单位情况也有不少变动。最近有些部门提出，驻各地直属事业单位的工作人员的公费医疗问题，没有得到切实解决。

对于这个问题，卫生部、财政部曾以（53）财卫联字第5号联合通知和（63）卫财徐字第84号、（63）财文申字第55号通知，明确规定，中央驻各省、市、自治区的单位，凡是按照规定应享受公费医疗的，其医疗费均包括在地方“卫生支出”（注：现已改为“公费医疗经费”）预算中，今后中央各部门驻地方的事业单位的工作人员，凡是按照规定应该实行公费医疗的，由各中央有关主管部门开具正式证明，同驻地卫生部门、财政部门联系，经审核同意后，办理公费医疗手续。卫生、财政部门要切实安排好他们的公费医疗问题。中央各部门在开具上述证明时，抄送我两部备查。

89. 民政部对参加对越自卫还击战伤残战士退伍后伤口复发医疗问题有哪些规定？

对于残废军人退伍后伤口复发治疗问题，原内务部1952年3月13日关于《革命残废军人、残废工作人员、民兵、民工伤口复发治疗办法》，卫生部、内务部1953年4月1日《关于二等乙级以上革命残废军人的伤口复发治疗手术及各项费用开支的规定》以及其他文件，已有明确规定，应当继续贯彻执行。为使参加对越自卫还击战和其他各个革命时期退伍的伤残战士伤口复发及时得到治疗，现将有关这方面的规定重申如下：

（1）退伍后参加工作的，由所在单位按照公（工）伤给予公费（或劳保）医疗，并享受公（工）伤的生活待遇。

（2）退伍在乡的二等乙级以上残废军人，按照公费医疗办法办理。医药费、手术费、治疗费、住院费均由卫生部门在公费医疗内报销。住院期间的伙食费由民政部门补助。经批准到外地就医的往返路费由民政部门解决。

（3）退伍在乡的三等残废军人和负伤不够评残条件，但伤口复发和伤处留有弹片需要手术取出的，全部医疗费由民政部门负责，住院期间的伙食费由民政部门补助。

90. 有些地方对在乡二等以上残废军人采取定额包干的做法对不对？

为了保证在乡二等乙级以上革命伤残军人的医疗，1983年民政部、卫生部、财政部以（民[1983]优103号）联合发出《关于在乡二等乙级以上残废军人公费医疗问题的通知》，明确规定对在乡二等乙级以上革命伤残军人的公费医疗费用，不应采取定额包干的办法。为此，1990年5月30日，民政部、卫生部、财政部联合下发了《关于重申在乡二等乙级以上革命伤残军人的公费医疗费用不得实行定额包干办法的通知》，内容如下：

（1）在乡二等乙级以上革命伤残军人为保卫和建设祖国负伤致残，应当受到国家和社会的关心，对他们的医疗问题应予特殊关怀和照顾。各地在实行公费医疗管理和改革中，对他们的公费医疗费用，不得采取定额包干给个人的办法，也不应对乡镇实行定额包干医疗。要采取妥善办法，切实解决好乡二等乙级以上革命伤残军人的公费医疗问题，以保证他们的伤病得到及时医治。

（2）要加强对这部分人伪公费医疗管理，教育他们严格遵守公费医疗管理制度及规定，防止浪费。

（3）各地应对在乡二等乙级以上革命伤残军人公费医疗情况进行一次认真检查，发现问题及时解决，以保证他们的医疗问题真正得到落实。

第三部分 医疗保险有关法规

卫生部 财政部

关于印发《公费医疗管理办法》的通知

卫计字(89)第138号 (1989年8月9日)

为了加强公费医疗管理,进一步健全和完善公费医疗管理制度,根据前中央人民政府政务院《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》和近几年国家有关规定,结合新的情况,制定了《公费医疗管理办法》,现发给你们,请根据本办法的规定,结合当地实际情况,认真贯彻执行。

附件:

公费医疗管理办法

第一章 总则

第1条 为了加强公费医疗管理,进一步健全和完善公费医疗管理制度,根据前中央人民政府政务院《关于全国各级人民政府、党派、团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示》和近几年国家的有关规定,结合新的情况,制定本办法。

第2条 公费医疗制度是国家为保障国家工作人员身体健康而实行的一项社会保障制度。国家通过医疗卫生部门向享受人员提供制度规定范围内的免费医疗预防。

第3条 公费医疗制度的实施应贯彻积极防病,保证基本医疗,克服浪费的原则,由各级公费医疗管理部门管理和监督。

第4条 承担公费医疗任务的医疗机构,要坚持全心全意为人民服务的宗旨,发扬救死扶伤的革命人道主义精神,认真贯彻预防为主方针,积极做好疾病预防工作,坚持医疗原则,因病施治,合理用药,合理检查,合理收费,保证公费医疗制度的正确实施。

第5条 享受公费医疗的个人及其所属单位,都有义务遵守各级公费医疗管理部门制定的有关规章制度。要切实加强对享受人员的思想教育,纠正和抵制不正之风。各级领导干部要以身作则,不得利用职权搞特殊化。

第二章 享受公费医疗待遇的范围

第6条 属于享受公费医疗待遇的人员:

一、各级国家机关、党派、人民团体由国家预算内开支工资的、在编制的工作人员。

凡经费自理或实行差额补助的各级各类学会、协会、研究会、基金会的工作人员不享受公费医疗。

二、各级文化、教育、科学、卫生、体育、经济建设等事业单位由国家预算内开支工资的、在编制的工作人员。

凡实行差额预算管理(不含全民所有制的医院)和自收自支管理的事业单位的工作人员及上述一、二款所列单位的临时工、季节工、学校的兼职代

课教员不享受公费医疗。

三、在国家预算内开支工资的、属于国家编制的基层工商、税务人员。

四、中华全国总工会、各级地方工会、产业工会在编的脱产人员以及由县或城区以上工会领导机关举办、实行全额预算管理的事业单位在编制的工作人员。

凡工会举办的事业单位的临时工、季节工、兼职代课教员以及在财务上实行差额管理和自收自支管理的工会事业单位的工作人员不享受公费医疗。

五、属于享受公费医疗单位的，经批准因病长期休养的编外人员，长期供养和待分配的超编制人员。

六、受长期抚恤的在乡二等乙级以上革命残废军人和残废军人教养院、荣军院的革命残废军人。

七、属于享受公费医疗单位的离退休人员，在军队工作没有军籍的退休职工。

八、不享受公费医疗的行政事业单位的职工符合国务院退休办法，且退休后由民政部门发放退休金的人员。

九、国家正式核准设置的普通高等学校（不含军事院校）计划内招收的普通本专科在校学生、研究生（不含委托培养、自费、干部专修科学生）和经批准因病休学一年保留学籍的学生以及高等学校应届毕业生因病不能分配工作在一年以内者。

十、享受公费医疗的科研单位招收的研究生。

十一、享受公费医疗单位招收的在编制的合同制干部、工人（不含劳保福利实行统筹办法的合同制工人）。

十二、中央和国务院规定享受公费医疗的其他人员。

第三章 公费医疗经费开支范围

第7条 公费医疗经费开支范围。凡享受公费医疗待遇的人员下列费用可以全部或部分在公费医疗经费中报销，具体报销比例由各地合理确定。

一、享受公费医疗人员，在指定医疗单位就诊的医药费（含床位费、检查费、药品费、治疗费、手术费等）。

二、因急症不能赴指定医疗单位就诊，在就近医疗单位（国家、集体）就诊的医药费。

三、因公外出或假期探亲，在当地医疗单位（国家、集体）就诊的医药费。

四、因手术或危重病住院后恢复期，进行短期疗养或康复治疗的，经原治疗单位建议，所在单位同意，公费医疗主管部门批准的医药费；非手术或非危重病恢复期进行疗养或康复医疗，经指定医院建议，所在单位同意，公费医疗主管部门批准的药品费。

五、因原治疗单位没有的药品，必须外购（指到国家医药商品或其他医疗单位）并附医院证明的药品费。

六、根据规定转外地医疗单位（国家、集体）治疗的医药费。

七、计划生育手术的医药费。

八、因病情需要，经治疗单位出具证明安装的进口人工器官，不超过国产最高价格部分的费用。

九、因病情需要，进行器官移植，按公费医疗、单位和个人共同负担的原则，应由公费医疗负担的费用。

十、因公负伤、致残的医药费用。

十一、用于危重病抢救或治疗工伤所必须的贵重、滋补药品（含血液制品）的费用。

第 8 条 自费范围。除第七条规定的开支范围以外的费用，由患者自理。举例如下：

一、各种不属于公费医疗报销的自费药品，异型包装药品，未经批准的外购药品。

二、挂号费、出诊费、伙食费、特别营养费、住院陪护费、特护费、婴儿费、保温箱费、产妇卫生费、押瓶费、中药煎药费（包括药引子费）、取暖费、空调费、电话费、电炉费、病房内的电视费、电冰箱费等。

三、医疗咨询费、医疗保险费（指医疗期间加收的保险费）、优质优价（指医院开设的特诊）费、气功费（不含气功治疗费）。

四、非公费医疗管理部门组织的各种体检、预防服药、接种，不育症的检查、治疗费。

五、各种整容、矫形、健美的手术、治疗处置、药品等费用以及使用矫形、健美器具的一切费用。

六、就医路费、急救车费、会诊费及会诊交通费。

七、各类会议的医药费。

八、各种磁疗用品费。

九、未经指定医疗单位介绍或公费医疗机构批准，自找医疗单位或医师诊治的医药费。

十、未经公费医疗管理机构同意自去疗养、康复、休养的医药费用。

十一、由于打架、斗殴、酗酒、交通肇事、医疗事故等造成伤残所发生的一切费用。

十二、出国探亲、考察、进修、讲学期间发生的医药费。

十三、其他由当地公费医疗管理部门规定不应在公费医疗经费中报销的费用。

第四章 公费医疗管理

第 9 条 要建立健全公费医疗网点，指定公费医疗医院，定点就医。定点医院确定应由公费医疗管理机构和享受单位商定。有条件的定点医院可设置公费医疗诊室或指定专职医生。

第 10 条 单位医务室要建立职工健康档案，并积极开展医疗预防宣传。

第 11 条 各级医疗单位要完善会诊、转诊制度。对疑难重症，其治疗单位应组织医生会诊；本院无条件治疗，必须转诊的，经科主任批准，提出转诊治疗的建议。凡需转外地治疗的人员，应持指定医院病情摘要，转诊证明及所在单位介绍信，经公费医疗主管部门批准，方可转诊。凡转到外省治疗的，须经省（市）的公费医疗管理部门或卫生厅（局）审查批准，并事先与转往的医院联系妥当，取得同意后，方能转院治疗。

第 12 条 住疗养院和康复医院，应经原治疗单位、接收治疗单位、所在单位同意，并由公费医疗主管部门批准。住疗养院或康复医院一般不得超

过三个月，如病情需要延长疗程，应持上述三方证明，报公费医疗主管部门批准。

第 13 条 医疗单位要切实加强药品管理。除小卖部外，不得经营、销售营养、滋补药品和药品以外的其他商品。医务人员和其他有关人员要严格执行公费医疗开支范围、药品限量的规定和用药规范。对违反规定，滥用药品，扩大开支范围造成浪费的，按本办法第三十条的有关规定予以处理。

第 14 条 医务人员要树立良好的医德、医风，努力学习医疗技术，改善服务态度，提高医疗质量，坚持医疗原则，自觉纠正和抵制不正之风，模范遵守和执行公费医疗制度规定。

第五章 公费医疗管理机构和职责

第 15 条 地方各级人民政府应设立由政府负责人以及卫生、财政、组织、人事、医药、工会等部门负责人组成的公费医疗管理委员会，以卫生部门为主，统一领导各级公费医疗工作，并设置办事机构，配备相应编制的专职管理人员。公费医疗管理机构的职责是：

- 一、贯彻落实国家有关公费医疗的政策、规定、制定具体实施办法。
- 二、对本地区公费医疗工作的计划、预测、组织协调、统计、调研等实施管理。
- 三、对本级享受公费医疗待遇的单位和人员的范围及资格的审核。
- 四、负责本级公费医疗经费预算的编制和经费的管理使用，并向主管部门编报公费医疗经费决算。
- 五、对下级公费医疗管理工作的检查和指导。
- 六、公费医疗政策的宣传、教育。

第 16 条 承担公费医疗任务的各医疗单位，应设立公费医疗管理机构，其职责是：

- 一、认真执行公费医疗制度、规定。
- 二、组织、领导医院公费医疗各项具体管理工作，制定并落实本院公费医疗管理措施。
- 三、监督、检查本院对公费医疗制度，规定的执行情况。
- 四、公费医疗经费包给医院或由医院代管的，医院应向公费医疗管理部门定期报送经费执行情况。

第 17 条 享受公费医疗人员的所在单位应设置公费医疗管理机构，配备专职或兼职人员。其职责是：

- 一、认真执行当地公费医疗制度、规定，并具体制定本单公费医疗管理办法。
- 二、按规定定期向同级公费医疗管理部门报送享受人数和公费医疗经费开支情况。
- 三、公费医疗经费包给单位或由单位代管的，单位应向公费医疗管理部门定期报送经费执行情况。
- 四、管理本单位涉及公费医疗的其他事宜。

第六章 公费医疗经费预算的管理

第 18 条 按规定应由国家负担的公费医疗经费在国家预算中单列一款。经费预算由各级财政部门安排，经由卫生部门拨付给公费医疗管理机构统一管理使用。公费医疗管理机构对医疗单位、享受单位和个人的经费管理办法，由各地自行确定。

第 19 条 公费医疗经费开支包括下列各项：

- 一、享受公费医疗人员正常的医药费开支。
- 二、列入事业编制的公费医疗管理机构的经费支出。

第 20 条 公费医疗的预算定额由各省、自治区、直辖市、计划单列市根据实际需要和财力可能确定，并监督执行。

第 21 条 享受单位因办公地点迁移，由甲地迁入乙地，其公费医疗关系，应办理转移手续，即由甲地公费医疗主管部门出具证明，由乙地公费医疗主管部门按规定办理公费医疗事宜。

第 22 条 凡跨省（自治区、直辖市、计划单列中）迁移的中央驻地方单位，应由迁出地公费医疗主管部门和中央主管部门出具证明，由迁入地公费医疗主管部门按规定办理公费医疗事宜。迁移人数较多时，迁出地和迁入地省级财政部门应根据迁移人数，报请财政部办理公费医疗经费的划转手续。

第 23 条 享受公费医疗人员调入其他享受单位，应办理公费医疗关系转移手续，即由调出单位出具证明，由调入单位按规定办理公费医疗事宜。

第 24 条 中央驻地方单位的公费医疗，由当地公费医疗管理机构统一管理，所需经费由地方财政部门统筹安排。

第 25 条 高等学校带工资的大学生，其医药费由原单位在有关经费中安排。

第七章 公费医疗工作的监督、检查

第 26 条 各级公费医疗管理部门应建立和健全对公费医疗享受单位、医疗单位的监督检查制度，并制定相应的措施、条例。享受公费医疗的单位、个人和所有医疗单位，必须严格遵守公费医疗管理制度和规定，接受公费医疗管理部门的监督和检查。

第 27 条 公费医疗监督检查的内容包括：

一、对医疗单位、医药销售单位药品购销范围、医疗收费标准执行情况的监督、检查。

二、对医疗单位、公费医疗享受单位执行公费医疗人员享受范围、经费开支范围情况的监督、检查。

三、对医疗单位、公费医疗享受单位医疗经费使用情况的监督、检查。

四、对享受公费医疗人员医药费报销情况的监督、检查。

第 28 条 公费医疗检查可采用组织自查、联查、互查、抽查等方式，有条件的可配备专业人员检查。检查结果应由公费医疗主管部门及时向有关单位通报。

第八章 公费医疗工作的考核奖惩

第 29 条 各地应根据实际情况，建立公费医疗工作的考核制度，制定

奖惩条例。公费医疗主管部门对下级管理部门、享受单位、医疗单位的考核，享受单位对享受人员的考核以及公费医疗管理部门对享受单位及个人、医疗单位的奖惩办法，由各地根据实际情况制定。

第 30 条 对加强和改进公费医疗管理工作，模范执行公费医疗政策、规定，成绩突出的单位和个人，应予以表扬或奖励。对管理松弛、违反规定造成损失浪费的医疗单位应视情节轻重分别给予通报批评、没收违纪金额和加成收入，并处以罚款等处分，没收和罚款全部上缴财政。对情节恶劣触犯刑律的，要追究其法律责任。对公费医疗享受人员违反公费医疗规定造成损失浪费的，应责令其赔偿损失并罚款。

**国家体改委 财政部 劳动部 卫生部
印发《关于职工医疗制度改革的试点意见》
的通知**

体改分[1994]51号

我国现行的职工医疗制度（包括公费医疗和劳保医疗）对于保障职工身体健康、促进经济发展、维护社会安定曾发挥了重要作用。但是，随着经济的发展和改革的深入，现行医疗制度存在的一些缺陷日益突出，主要是：医疗费用由国家、企业包揽，缺乏有效的制约机制，造成严重的浪费；缺乏合理的医疗经费筹措机制和稳定的医疗费用来源，部分企业经营发生困难时，职工甚至得不到应有的基本医疗保障；医疗保障的覆盖面窄，管理和服务的社会化程度低，不利于劳动力的流动和减轻企业的社会负担。这种制度不仅不能适应建立社会主义市场经济体制的需要，而且本身也难于继续运转下去。

近年来，一些地方和许多企业在职工医疗制度改革方面进行了多种形式的探索。取得了一定成效，也遇到了严重的困难，原有制度的根本性缺陷还没有得到解决。为了推动职工医疗制度的改革，建立适应社会主义市场经济体制要求、符合中国国情的医疗保险新制度，并考虑到此项改革关系到职工的切身利益，政策性强，涉及面广，需要经过试点取得经验后才能逐步推广，现提出试点意见如下：

一、改革的目标和基本原则

职工医疗保障制度改革的目标是建立社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会保险制度，并使之逐步覆盖城镇所有劳动者。

建立职工医疗保险制度的基本原则是：

1. 适应建立社会主义市场经济体制的要求，使城镇全体劳动者都能获得基本医疗保障，有利于整个社会保障制度改革的推进有利于减轻企业、事业单位的社会负担，有利于转换国有企业经营机制，建立现代企业制度。

2. 基本医疗保障的水平和方式要与我国社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，国家和企业不能包揽全部医疗费用。

3. 公平与效率相结合，职工享受基本医疗保障的待遇要与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工劳动积极性。

4. 建立对医患双方的制约机制，最大限度地减少浪费，保障职工基本医疗。

5. 公费、劳保医疗制度按照统一的新制度和政策同步改革，保险费用的筹集方式和基本结构要统一，但经费使用可以分别独立核算。

6. 实行政事分开，政府主管部门制定政策、制度、标准，职工医疗保险资金的收、付和运营等由相对独立的社会医疗保险事业机构承担，以利于加强行政监督和社会监督，保证资金的合理使用。职工医疗保险基金要纳入国家财政预算管理。

二、试点的主要内容

1. 职工医疗保险费用的筹集办法。职工医疗保险费用由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费，参照本城市上年实际支出的职工医疗费用换算成职工工资总额的一定比例缴纳。不超过职工工资总额 10% 的，由省人民政府决定，今后根据经济、社会发展情况和实际医疗费用水平适时调整。超过职工工资总额 10% 的，由省人民政府审核后，报经国家财政部批准。原养老、工伤社会保险费收缴中包含医疗保险费用的，应相应核减养老、工伤保险费的收缴比例。

用人单位缴费来源：国家机关、全额预算管理事业单位和差额预算管理的全民所有制医院，由各单位预算内资金开支；差额预算管理的其他事业单位及自收自支预算管理事业单位，由单位提取的医疗基金中开支；企业在职职工从职工福利费中开支，离退休人员在劳动保险费中开支。

职工个人缴费，先从本人工资的 1% 起步，由用人单位从职工工资中代扣，今后随经济发展和工资增加逐步提高。

个体劳动者的医疗保险费用，按照当地平均水平，全部由个人缴纳。

职工医疗制度改革实行属地原则，所有的企、事业单位都必须参加所在地的医疗制度改革，执行当地统一的缴费标准。

2. 建立社会统筹医疗基金和职工个人医疗帐户相结合的制度。用人单位为职工缴纳的医疗保险费用的大部分（不低于 50%）和职工缴纳的医疗保险费用，记入个人医疗帐户，专款专用，用于支付个人的医疗费用。个人医疗帐户的本金和利息为职工个人所有，可以结转使用和继承。用人单位为职工缴纳的医疗保险费用的其余部分进入社会统筹医疗基金，由市医疗保险机构管理，集中调剂使用。作为一种过渡办法，经市医疗保险机构批准，原实行劳保医疗的单位，可以管理一部分社会统筹医疗基金，在单位内部调剂使用。个人医疗帐户超支，可按规定由社会统筹医疗基金支付。职工患国家认定的特殊病种或实施计划生育手术及其后遗症所需治疗费用，全部由社会统筹医疗基金支付。

3. 建立对职工个人的医疗费用制约机制，减少浪费。职工就医，必须出示由医疗保险机构统一制发的带本人照片的医疗卡，诊疗记录和处方必须有一份送达医疗保险机构。医疗费用首先从个人医疗帐户支付；个人医疗帐户不足支付时，先由职工自付。按年度计算，职工在个人医疗帐户之外自付的医疗费，超过本人年工资收入的 5% 以上部分，由社会统筹医疗基金中支付，但个人仍要负担一定比例。个人负担的比例随费用的升高而降低；超过本人年工资收入 5% 以上，但不足 5000 元的部分，个人负担 10~20%；5000 元至 10000 元的部分，个人负担 8~10%；超过 10000 元的部分，个人负担 2%。

4. 加强对医疗单位的有效制约，改善医疗服务。职工可以到定点的几个医院就医，促使医疗单位通过合理竞争，提高医疗质量，改善服务态度，合理用药、合理检查，降低医疗费用。要在调整医疗服务价格的基础上，逐步实行医疗服务和销售药品分开核算，允许病人持处方到医院外购药。政府有

关部门与医疗保险机构要对定点医疗和销售药品的单位进行资格审定并定期检查：要制定医疗诊治技术规范和合理的、分档次的医疗收费标准并定期修订；制定医疗保险基本药品报销目录和检查、治疗的费用控制标准并定期修订。医疗保险机构应与定点医疗和销售药品的单位签订有关医疗保险服务范围、项目、费用定额等内容的合同，明确责任、权利和义务。超出规定的医疗服务和用药，费用不能在个人医疗帐户中开支，医疗保险机构也不负责支付。

5. 加强管理，强化监督。医疗保险金的管理要坚持以收定支、收支平衡。要建立科学高效的运行机制。医疗保险行政管理部门要和经办机构分开。医疗保险机构的各项开支要厉行节约，杜绝浪费。管理费的提取比例，须经主管部门和财政部门审核后，报当地人民政府批准。要建立由政府的财政、审计等部门和工会、职工代表参加的医疗保险监督组织，定期听取医疗保险机构关于医疗保险资金收支、运营及管理、服务的工作汇报，并向社会公布。审计部门要定期对医疗保险机构的收支、资金运营情况进行审计。

三、试点的有关政策

1. 对特殊人员实行政策性照顾。

老红军、二等乙级以上革命伤残军人、离休人员，不设立个人医疗帐户，个人也不缴纳医疗保险费，医疗费用全部由社会统筹医疗基金支付，但必须切实加强管理，具体管理办法另订。

职工退休后个人不再缴纳医疗保险费，新制度实行前已退休人员也不建立个人医疗帐户，新制度实行后退休人员个人医疗帐户中的资金不再增加。退休人员的医疗费用首先从个人医疗帐户支付，个人没有建立医疗帐户的或个人医疗帐户用完后由社会统筹医疗基金支付。社会统筹医疗基金支付时，退休人员个人负担的比例为在职职工的一半。今后，随着职工在职时个人医疗帐户资金积累的增加，这种照顾将逐步减少和取消。

大专院校在校生（不含自费生）不设立个人医疗帐户，个人不缴纳医疗保险费，但个人也要负担一定比例的医疗费，负担比例由地方确定。

2. 职工供养的直系亲属的医疗保险。由于医疗保险费用的大部分进入职工个人医疗帐户，原实行劳保医疗的单位，职工供养的直系亲属不实行个人医疗帐户，也不实行个人自付一定金额后再报销的办法，凡符合规定的医疗费用的40%，都由社会统筹医疗基金支付。原实行公费医疗的单位，职工供养的直系亲属的医疗费用仍采取个人自理的办法，也可以在职工自愿的前提下，发展多种合作互助的方式。

3. 对低收入和家庭生活困难的职工，由于医疗费用开支过多而影响家庭基本生活时，由职工所在单位从福利费中提供补助。

4. 为了不过多增加职工负担，职工个人缴纳医疗保险费，应在增加工资的基础上进行。企业增资原则上应在新增效益工资中列支。

5. 发展职工医疗互助基金和商业性的医疗保险，作为社会医疗保险的补充，以满足国家规定的基本医疗保障之外的医疗需求，但要坚持个人自愿参加、自主选择的原则。

6. 在农村，积极发展和完善农民的合作医疗制度。乡镇企业职工的医疗保险办法，由市人民政府根据本地区实际情况研究决定。

四、试点工作的组织领导

职工医疗制度改革政策性强、难度大，直接关系到职工的切身利益和国

家的经济发展与社会安定，为了加强对医疗制度改革试点工作的领导，试点城市要有一名政府的主要负责同志亲自抓这项工作。国务院已确定由彭佩云同志召集和主持医疗制度改革办公会议，讨论决定医疗制度改革试点的重大问题。在统一政策、同步改革公费、劳保医疗的前提下，试点的具体组织工作由卫生、劳动部门分工负责，体改、财政、人事、工会、医药、物价等有关部门要搞好协调、配合，共同搞好试点的指导工作。试点城市要根据本试点意见结合本地实际情况，抓紧制定具体的试点方案，经省人民政府审核后，报国务院医疗制度改革小组办公会议批准后组织实施。

劳动部关于发布《企业职工患病或非因工负伤医疗期规定》的通知

劳部发[1994] 479号 (1994年12月1日)

为了适应劳动用工制度改革需要，保护劳动者合法权益，促进企业改革，完善劳动合同制度，根据《中华人民共和国劳动法》有关医疗期限的规定，我部制定了《企业职工患病或非因工负伤医疗期规定》，现予发布，自1995年1月1日起施行。

企业职工患病或非因工负伤医疗期规定

第一条 为了保障企业职工在患病或非因工负伤期间的合法权益，根据《中华人民共和国劳动法》第二十六、二十九条规定，制定本规定。

第二条 医疗期是指企业职工因患病或非因工负伤停止工作治病休息不得解除劳动合同的时限。

第三条 企业职工因患病或非因工负伤，需要停止工作医疗时，根据本人实际参加工作年限和在本单位工作年限，给予三个月到二十四个月的医疗期：

(一) 实际工作年限十年以下的，在本单位工作年限五年以下的为三个月；五年以上的为六个月。

(二) 实际工作年限十年以上的，在本单位工作年限五年以下的为六个月；五年以上十年以下的为九个月；十年以上十五年以下的为十二个月；十五年以上二十年以下的为十八个月；二十年以上的为二十四个月。

第四条 医疗期三个月的按六个月内累计病休时间计算；六个月的按十二个月内累计病休时间计算；九个月的按十五个月内累计病休时间计算；十二个月的按十八个月内累计病休时间计算；十八个月的按二十四个月内累计病休时间计算；二十四个月的按三十个月内累计病休时间计算。

第五条 企业职工在医疗期内，其病假工资、疾病救济费和医疗待遇按照有关规定执行。

第六条 企业职工非因工致残和经医生或医疗机构认定患有难以治疗的疾病，在医疗期内医疗终结，不能从事原工作，也不能从事用人单位另行安排的工作的，应当由劳动鉴定委员会参照工伤与职业病致残程度鉴定标准进行劳动能力的鉴定。被鉴定为一至四级的，应当退出劳动岗位，终止劳动关系，办理退休、退职手续，享受退休、退职待遇；被鉴定为五至十级的，医疗期内不得解除劳动合同。

第七条 企业职工非因工致残和经医生或医疗机构认定患有难以治疗的疾病，医疗期满，应当由劳动鉴定委员会参照工伤与职业病致残程度鉴定标准进行劳动能力的鉴定。被鉴定为一至四级的，应当退出劳动岗位，解除劳动关系，并办理退休、退职手续，享受退休、退职待遇。

第八条 医疗期满尚未痊愈者，被解除劳动合同的经济补偿问题按照有关规定执行。**第九条** 本规定自 1995 年 1 月 1 日起施行。

国务院关于江苏省镇江市、江西省九江市 职工医疗保障制度改革试点方案的批复

国函[1994] 116 号 （1994 年 11 月 18 日）

江苏、江西省人民政府：

江苏省人民政府《关于报批镇江市职工医疗制度改革实施方案的请示》（苏政发[1994]91 号）和江西省人民政府《关于再次报请审批（九江市职工医疗社会保险暂行规定）的请示》（赣府字[1994] 315 号）收悉。国务院原则同意《镇江市职工医疗制度改革实施方案》（简称《实施方案》）和《九江市职工医疗社会保险暂行规定》（简称《暂行规定》），认为《实施方案》和《暂行规定》符合国务院批准的四部委《关于职工医疗制度改革的试点意见》精神。请江苏省镇江市和江西省九江市按此方案于 1994 年 12 月开始实施。现将有关问题进一步批复如下：

一、关于亏损企业职工医疗保险基金的筹集问题。亏损企业应努力克服困难，缴纳医疗保险金，使医疗机构能够对这些企业的职工继续提供医疗服务，不致影响社会的稳定。亏损企业参加医疗保险后，可以便职工的医疗保障社会化，实际上会减轻企业的负担。亏损企业筹集医疗保险基金的具体办法可在试点过程中探索。

二、关于私营企业职工参加职工医疗保险的问题。考虑到私营企业情况比较复杂。可以先进行试点。

三、国务院重申职工医疗保障制度改革实行属地原则。所有中央部属和省属企、事业单位都心须参加所在地的职工医疗保障制度改革试点，执行当地统一的缴费标准及有关政策规定。

四、关于个人医疗帐户问题。考虑到 45 岁以上的职工患病较多，但他们过去没有医疗帐户的积累，应在职工医疗保障制度改革的初期，对他们有所照顾。因此，原则同意镇江市、九江市提出的意见，单位缴纳的医疗保险费中，计入个人医疗帐户的部分，可按职工年龄确定不同的比例。

五、同意镇江市、九江市为切实加强时离休干部医疗费用的管理，对离休干部设立个人医疗费用台帐或个人医疗帐户，但一般不缴纳医疗保险费。

九江市对解放战争时期参加革命的、享受副地级以上待遇的离休干部，实行自付少量医疗费的办法，已实行两年多，且已为这些离休干部所接受，可以继续试行。

六、关于职工供养的直系亲属的医疗保障问题。考虑到这个问题比较复杂，需作进一步研究。因此，暂不纳入职工医疗保障制度改革试点范围。各企、事业单位可按规定办法执行。

七、原则同意镇江市、九江市提出的建立对医患双方制约机制的意见。为保证职工医疗保障制度改革的顺利进行，必须切实搞好医疗单位内部的管

理改革，既要最大限度地减少浪费，又要认真改善医疗服务，提高医疗质量。

八、医疗单位属于社会公益事业单位，应由当地政府规划、建设。医疗单位的基本建设及大型医疗设备的购置、维修要纳入同级政府的基本建设计划和财政预算，统筹安排。当地政府还要帮助医疗单位逐步解决合理补偿问题，实行医疗服务和销售药品收入分别管理、分开核算，使它们不仅能维持正常的运行，还能不断得到发展。

九、同意镇江市、九江市在职工医疗保障制度改革试点工作中，采取不同的领导管理体制，以便通过实践总结经验。

十、要加强医疗保险基金的管理。医疗保险基金要纳入财政预算管理，建立分级管理责任制，完善财务、会计、审计和预、决算审批制度，切实保证基金的合理使用，防止挪用。一旦出现问题，应该按有关规定严肃处理。管理费应该力求节约。管理费的提取比例不超过实际收取的医疗保险基金的2%。

职工医疗保障制度改革涉及广大职工的切身利益，政策性强，难度大。希望你们继续努力，精心组织实施。要认真做好宣传教育工作，发动和依靠广大干部群众不断克服改革进程中的困难，做好试点工作，为下一步全面开展职工医疗保障制度的改革提供经验。

附件：

- 1.镇江市职工医疗制度改革实施方案
- 2.九江市职工医疗社会保险暂行规定

附件一

镇江市职工医疗制度改革实施方案

根据国务院关于在我市进行职工医疗制度改革试点的指示精神和国家体改委、财政部、劳动部、卫生部《关于职工医疗制度改革的试点意见》，结合我市实际情况，现提出镇江市职工医疗制度改革的实施方案

一、改革的目标和原则

社会保障体系是构成社会主义市场经济体制基本框架的支柱之一，医疗保险是社会保障体系的重要组成部分。要通过改革现行公费、劳保医疗制度，逐步建立起适应我市经济发展水平的医疗保险模式，完善社会保障体系，促进改革开放、经济发展和社会稳定。

职工医疗制度改革的目标是：建立社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会保险制度，并且使之逐步覆盖城镇所有劳动者。

这项改革遵循以下原则：

（一）建立适应社会主义市场经济体制的职工医疗保险制度，在保证效率的基础上强调公平原则，使城镇全体劳动者都能获得基本医疗保障。

（二）基本医疗保障的水平和方式要与社会生产力发展水平以及各方面的承受能力相适应，医疗费用由国家、单位和个人共同承担。

（三）职工享受基本医疗保障的待遇要与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工劳动积极性。

（四）建立对医患双方的制约机制，因病施治，合理检查，合理用药，最大限度地减少浪费。

（五）公费、劳保医疗制度按照统一的新制度和政策同步改革，医疗保险基金的筹集方式和基本结构要统一，基金集中管理，内部分开核算。

(六) 实行政事分开, 政府主管部门制定政策、制度; 医疗保险基金的筹集、运营和管理由相对独立的社会医疗保险事业机构承担, 纳入财政预算管理。加强行政监督和社会监督, 保证基金的合理使用。

(七) 实行属地原则, 本市范围内的(含县市区)国家机关、事业单位和各类企业(暂不含乡镇企业、私营企业)的职工(含固定工、劳动合同制工和计划内临时工, 下同), 部省属和外地驻镇单位的职工, 全部参加职工医疗制度改革。

二、改革的主要内容

(一) 建立医疗保险基金制度, 实行国家、单位和个人三方合理负担

医疗保险基金指国家为保障职工患病期间的基本医疗, 中社会医疗保险机构按照国家有关规定, 向单位和个人征缴用于职工医疗保险的专项基金。医疗保险基金包括社会统筹医疗基金和个人医疗帐户两个部分。其基金来源由用人单位和职工个人缴纳两方面构成:

1. 用人单位缴费

国家机关、事业、企业单位按全市统一的提取比例缴纳医疗保险基金。改革起步时, 以本单位在职职工年工资总额与离退休人员费用总额之和为基数, 暂按 10% 提取。具体办法是:

国家机关、全额预算管理事业单位和差额预算管理的全民所有制医院, 在各单位预算内资金中列支;

差额预算管理其他事业单位及自收自支、企业化管理的事业单位, 在单位提取的医疗基金中列支;

企业的在职职工在“职工福利费”中列支, 离退休人员在劳动保险费中列支。

2. 职工个人缴费

改革起步时, 国家机关、事业、企业单位的职工暂按本人年工资总额的 1% 缴纳。

为不影响职工的实际收入, 职工个人缴费在增加工资的基础上进行(“三资”企业根据其工资水平自主确定)。增资的数额, 基本相当于本人缴纳医疗保险基金的数额。

通过试点探索私营企业职工参加职工医疗保险的做法和经验, 逐步实施。

(二) 按照个人积累与社会统筹互济的原则, 建立个人医疗帐户

社会医疗保险机构为每个职工(含退休人员)建立个人医疗帐户。个人医疗帐户中的基金来源:

1. 职工个人按年工资总额 1% 缴费的部分(退休人员不缴纳);

2. 用人单位按职工个人年工资总额 10% 提取医疗保险基金, 并且对 45 岁以上和 45 岁以下的职工按照不同比例计入个人医疗帐户。

3. 用人单位按退休人员个人年退休费用 10% 提取医疗保险基金, 并且将其一半划入个人医疗帐户。

个人医疗帐户专门用于支付个人符合规定的医疗费用, 其本金和利息为个人所有, 可以结转使用和依法继承。

职工在本市变换工作单位, 其医疗帐户随之转移并继续使用; 调离本市时, 其结余的个人医疗保险金随同转移。

建国前参加革命工作的在职国家干部, 同在职职工一样, 建立个人医疗

帐户，享受规定的医疗保险待遇。参加医疗保险后离休的干部，个人医疗帐户中的资金不再增加，用完为止。

二等乙级以上（含二等乙级，下同）伤残军人、离休人员不设立个人医疗帐户，但应建立医疗费用台帐。

（三）改革后的职工医疗保险待遇

1. 凡参保职工在医疗保险机构确认的定点医院、医务所（室）就诊，其发生的医疗费用先由个人医疗帐户支付；个人医疗帐户不足支付时，再由职工自付。按年度计算，职工在个人医疗帐户之外自付的医疗费用，超过本人（不含退休人员）年工资额的 5% 以上部分，由社会统筹医疗基金支付，但个人仍要负担一定比例，采取分段累加计算：超过本人年工资额 5% 以上至 5000 元部分，个人负担 10%；5000 元以上至 10000 元部分，个人负担 8%；10000 元以上部分，个人负担 2%。退休人员按在职职工规定比例的一半支付。

2. 二等乙级以上伤残军人、离休人员符合规定的医疗费用，全部由社会统筹医疗基金支付。

3. 患有国家认定的特殊病种、实施计划生育手术及其后遗症（经县以上计划生育委员会会同有关部门鉴定确认）的职工，符合规定的医疗费用全部由社会统筹医疗基金支付。

4. 职工子女（含独生子女）、大专院校在校生和企业职工供养直系亲属暂按原管理办法执行。

5. 由于医疗费用开支过多而影响职工家庭基本生活的，其所在单位应给予适当补助和由工会通过建立职工互助储金办法解决。

（四）建立有效的医疗费用制约机制

加强对医患双方的有效制约。由社会医疗保险机构对定点医院、处方外配点和用人单位执行医疗保险政策的情况进行检查考核，严格奖惩措施，以最大限度地减少浪费。

1. 制订职工个人医疗费用的制约措施。

由社会医疗保险机构统一制发《职工医疗保险证历》，患者凭其就诊，对将《职工医疗保险证历》转借他人和冒名就诊者，要追回所发生的医疗费用并给予一定的经济处罚。

制订医疗保险基本用药目录，超出目录部分的费用全部自理；进行特种检查治疗（如 MRI、CT 等高级仪器检查），须经所在定点医院“职工医疗保险管理小组”审批，其费用个人负担 20%，不计入当年按比例负担部分。

二等乙级以上伤残军人和离休人员，在保证基本医疗的基础上，加强检查、用药等方面的管理，凡超出医疗保险基本用药目录的费用全部自理，特种检查、治疗费用个人也应适当负担。其负担比例不超过在职职工的 50%。

2. 健全医疗单位和处方外配点的管理制度。

卫生部门负责定点医院的资格审定并会同医药主管部门搞好处方外配药品销售点的资格审定，由社会医疗保险机构确认并与其签订医疗保险服务范围、项目、费用定额等内容的合同，明确责任、权利和义务。

卫生主管部门按国家规定，制定疾病诊治技术规范和可报销药品目录；物价部门会同卫生部门制定合理的医疗收费标准，报省级物价部门批准后实施，并且将医院收费标准向社会公布，接受监督。

改革并完善医疗费用支付办法。由卫生主管部门会同医疗保险机构，在

核准上年度公费和劳保医疗平均门诊人次费用、平均住院天数、平均床日费用的基础上，制定合理的收费标准，实行定额管理。医院的销售药品收入和医疗服务收入要分别管理，分别核算。要促进医院深化改革，提高服务质量，形成良性运行机制。

在医疗保险机构确认的定点医院中，允许职工选择几个定点医院就医，允许病人持处方到定点药品销售点购药。医院或药品销售单位如违反规定，医疗保险机构有权监督批评，直至取消定点资格。

（五）医疗保险基金的筹集和管理

1. 根据“以支定收、收支平衡、略有结余”的原则，由市社会医疗保险机构负责筹集医疗保险基金，实行专户储存，专帐记载，专款专用，加强管理。考虑目前的财政体制，暂实行市、县分级核算，由市在医疗保险基金社会统筹部分提取 10% 作为市级调节基金。实行医疗保险制度后，原《镇江市企业职工大病医疗社会保险暂行办法》不再执行，积累的大病医疗保险基金并入社会统筹医疗基金。

2. 对滞缴医疗保险基金的单位，按日罚缴 2‰ 的滞纳金；无故逾期三个月未缴纳的，医疗保险机构可申请人民法院采取法律手段强制划扣。企业单位分立、合并、终止时必须先清偿欠缴的医疗保险基金；发生破产的，在清算财产时，必须先缴足在职职工当年和离退休人员 10 年的医疗保险金。

3. 医疗保险基金及其利息不征税费。个人帐户中的医疗保险基金，按城乡居民个人存款同期利率计息并纳入本金。

4. 建立财政、审计等部门和工会、职工代表参加的医疗保险监督组织，定期检查医疗保险基金的收支、运营和管理情况并向社会公布。

三、改革的组织实施和步骤

为了加强对医疗制度改革的领导，市政府成立镇江市职工医疗制度改革试点工作领导小组。政府主要领导负责这项工作，领导小组下设办公室；各县（市）区成立相应的组织机构，具体负责试点的组织，协调和指导工作。

按照政事分开的原则，成立镇江市职工医疗保险管理委员会，由体改、财政、劳动、卫生、人事、社会保险、物价、医药等部门参加。管理委员会下设办公室，负责日常行政管理工作。组建镇江市职工医疗保险基金管理中心，将社会保险局基金管理科、公费医疗办公室和社会劳动保险管理处大病医疗保险科予以合并。职工医疗保险管理中心可从医疗保险基金中提取不超过 2% 的管理费。市职工医疗保险基金管理中心负责经办全市医疗保险业务，主要职责是：

1. 负责医疗保险基金的筹集、运营和管理；
2. 编制医疗保险基金预决算；
3. 负责对定点医院和处方外配点的资格确认和检查监督；
4. 处理职工有关医疗保险的查询；
5. 提出改进和完善医疗保险制度的建议和意见；
6. 做好相应的配套服务工作。

在县（市）建立相应的职工医疗保险管理委员会和职工医疗保险基金管理中心，负责本地区医疗保险工作。

具体实施步骤分三个阶段进行：

第一阶段（1994 年 5 月～8 月底）为准备阶段。主要做好宣传发动、建立组织、调查研究、测算摸底、制订方案和相应的配套改革措施并上报审批

等工作。

第二阶段（1994年9月～10月底）为试运行阶段。实施方案经国务院批准后，在全市范围内组织试运行，主要做好医疗保险基金筹集、个人医疗帐户建立、各种证册印制、业务人员培训等工作，选择部分单位和定点医院全面试行新的医疗制度，认真总结经验，进一步充实、完善实施方案。

第三阶段（1994年12月1日起）为正式运行阶段。

附件二

九江市职工医疗社会保险暂行规定

第一章 总 则

第一条 为适应建立社会主义市场经济体制的要求，保障职工的基本医疗，维护社会安定，促进经济的发展，根据国家体改委、财政部、劳动部、卫生部《关于职工医疗制度改革的试点意见》，结合我市实际情况，特制定本规定。

第二条 职工医疗社会保险实行社会统筹医疗基金与职工个人医疗帐户相结合，医疗保险费由单位和个人共同负担。

第三条 建立职工医疗社会保险制度的基本原则是：

（一）适应建立社会主义市场经济体制的要求，逐步使城镇职工都获得基本医疗保障，有利于减轻国家、企业、事业单位的社会负担，有利于整个社会保障制度的建立，有利于转换国有企业经营机制，建立现代企业制度。

（二）基本医疗保障水平和方式与本市的社会经济发展水平以及各方面的承受能力相适应，量力而行，以后随经济的发展逐步提高。

（三）公平与效率相结合，职工享受基本医疗保障的待遇与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工劳动积极性。

（四）公费、劳保医疗制度改革同步进行，建立全市统一的职工医疗社会保险制度，统一保险费用的筹集方式和基本结构，全市统一筹集和管理医疗保险基金，但保险费的收付，分行政、事业和企业职工两块，分别分级单独核算。

（五）建立对医患双方的制约机制，最大限度地减少浪费，保障职工基本医疗。

第二章 试行范围和对象

第四条 职工医疗社会保险实行属地管理原则。市、县（市、区）、庐山管理局属和驻市的中央部属、省属国家行政、事业单位、国有企业、军队所属企业。城镇集体企业和“三资”企业，均为九江中职工医疗社会保险施行范围。

上述范围内各用人单位的国家干部、固定工人、劳动合同制工人、临时工、“三资”企业中的中方职工（以下统称职工）、退（离）休人员和按国务院国发[1978]104号文件办理的退职人员（以下统称退休人员）、在乡村的二等乙级以上残废军人，均为职工医疗社会保险的对象。

第五条 浔阳区、庐山区范围内的市属、驻中中央部属、省属单位的职工医疗社会保险，由市医疗保险机构负责实施和管理。

第六条 按用人单位性质划分职工医疗保险管理范围，行政、事业单位由各级行政事业单位职工医疗保险机构管理，企业由各级社会保险事业管理局管理。

第七条 行政、事业单位非在编的临时工、农垦企业中非工资在册人员以及私营企业、乡镇企业、个体工商户中职工的医疗社会保险，可待条件具备后逐步实行。

第三章 职工医疗保险费的筹集

第八条 职工医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。用人单位缴纳的医疗保险费，为本单位上年度实发职工工资总额与退（离）休费总额之和的 10%。今后根据经济发展和实际医疗费用水平变化适时调整。

职工个人的缴费，先从本人工资总额的 1% 起步，由用人单位从职工工资中代扣代缴。今后随经济发展和工资增加逐步提高。

为不过多增加职工负担，职工个人缴纳医疗保险费，应在增加工资的基础上进行。

第九条 医疗保险费的来源：

（一）全额拨款的行政、事业单位和差额拨款的全民所有制的医院，按照单位的财政体制关系由现行资金供应渠道拨款。此项拨款纳入各单位的经费预算。

（二）差额拨款、自收自支的事业单位，由单位提取的医疗基金中开支。

（三）企业在职职工从职工福利费中开支，企业退（离）休人员在劳动保险费中开支。

（四）停薪留职人员由个人或聘用单位负担，由保留其工资关系的单位代收代缴。

第十条 破产企业在清算财产时，应交足在职职工当年和退（离）休人员以后 10 年的医疗保险费。

第十一条 各用人单位必须按本《规定》第八条所定的比例，按月缴纳医疗保险费，开户银行代为扣缴，不得拖欠、拒付。逾期不缴纳者，医疗保险机构按日罚 2% 滞纳金，滞纳金并入社会统筹医疗基金项下。

第十二条 用人单位必须把医疗保险费的缴交情况逐月向职工公布，接受职工的监督，使职工的基本医疗保障权利不受侵犯。

第四章 医疗保险基金的管理和使用

第十三条 建立社会统筹医疗基金和职工个人医疗帐户相结合的管理办法。

用人单位为职工缴纳的医疗保险费对 45 岁以上和 45 岁以下的职工按照不同比例与职工个人缴纳的医疗保险费一并记入个人医疗帐户。用人单位为职工缴纳医疗保险费的其余部分作为社会统筹医疗基金，由医疗保险机构管理。

第十四条 用人单位和职工个人缴纳的医疗保险费转入医疗保险机构在银行开设的专户，实行专项储存。按其存期照人民银行规定的同期城乡居民储蓄存款利率计息，所得利息并入基金。医疗保险基金及其利息免征税费。

第十五条 个人医疗帐户的建立：

(一) 建立职工个人台帐和带本人照片的医疗社会保险手册，由医疗保险机构负责管理，每年年终结算一次。

(二) 职工就医，凭医疗社会保险手册到定点医院就诊、治疗。每次就诊、治疗费用，由定点医院在医疗社会保险手册上进行记载，并且采用记帐三联单，其中一联送达医疗保险机构结算。

(三) 个人帐户中的本金和利息为职工个人所有，可以结转使用和继承。职工工作变动，个人帐户随人转移。

第十六条 个人医疗帐户基金和社会统筹医疗基金的使用。

职工就医所需医疗费用，首先从本人个人医疗帐户中支付；个人医疗帐户不足支付时，先由职工自付，按年度计算，职工在个人医疗帐户之外自付的医疗费，超过本人年工资收入的 5% 以上部分，由社会统筹医疗基金中支付，但个人仍要负担一定比例：

超过本人年工资收入 5% 以上至 5000 元部分，个人负担 15%；

超过 5000 元至 10000 元部分，个人负担 9%；

超过 10000 元部分，个人负担 2%。

第十七条 按照保障基本医疗的原则，特殊检查和治疗以及转外地医院诊疗等，需经医疗保险机构审批，个人负担比例在上述基础上适当提高。

第十八条 建立全市医疗统筹调剂基金。从全市的社会统筹医疗基金中提取 5% 的资金，建立全市医疗统筹调剂基金。此基金由市医疗保险机构统一管理，专户储存，在全市范围内调剂使用。

第十九条 经中医疗保险机构批准，原实行劳保医疗的单位，可以管理一部分社会统筹医疗基金，在单位内部调剂使用（办法另定）。

第二十条 职工患国家认定的特殊病种、实施计划生育手术及经鉴定认定的计划生育手术后遗症以及行政事业单位职工因公负伤治疗所需医疗费用，全部由社会统筹医疗基金支付。

企业单位职工的工伤和生育，分别按工伤和生育社会保险办法处理。

第二十一条 对特殊人员实行政策性照顾：

(一) 老红军、二等乙级以上革命伤残军人、抗日时期参加革命的离休老干部、享受副地级以上待遇的离休老干部，个人不缴纳医疗保险费，其医疗费用先在个人帐户中支付，个人帐户不足支付时，全额由社会统筹医疗基金支付，但必须严格按医疗社会保险各项管理制度办事。

(二) 除本条一款规定以外的其他离休人员，个人也不缴纳医疗保险费，其医疗费用先在个人帐户中支付，个人帐户不足支付时，由社会统筹医疗基金支付，但个人需自付少量的医疗费。

(三) 职工退休后个人不再缴纳医疗保险费。退休人员的医疗费用首先从个人医疗帐户支付，个人医疗帐户不足支付时，由社会统筹医疗基金支付，但个人也要自付一定比例的医疗费用。其个人自付比例为在职职工个人自付比例的一半。随着职工在职时个人医疗帐户资金积累的增加，这种照顾将逐步减少和取消。

第二十二条 大专院校在校生（不含自费生）仍按原公费医疗管理办法执行，但个人也要负担 10% 的医疗费。

第二十三条 企业职工供养的直系亲属的医疗保障仍按现有规章执行。其医疗费用由各企业根据现行办法办理。

第二十四条 对于由于个人自付医疗费用开支过多而影响家庭基本生活时，由职工所在单位从福利费中给予适当补助。

第二十五条 职工医疗保险基金纳入财政预算管理，必须专款专用，任何单位和个人不得挪用。要建立财务、会计、统计、审计等管理制度。各项开支要厉行节约、杜绝浪费。医疗保险机构管理费的提取比例不超过实际收取的社会统筹医疗基金的2%。

第五章 医疗管理

第二十六条 加强对医疗单位的有效制约，改善医疗服务，合理用药，合理检查，降低医疗费用。

第二十七条 实行定点医疗和定点购药，政府有关部门与医疗保险机构要对定点医疗和销售药品的单位进行资格审定并定期检查。允许病人持处方到定点药店购药。

第二十八条 按照就近医疗的原则，以用人单位为整体，由单位申请，经医疗保险机构批准后确定定点医院，厂矿企业除本单位医疗机构外，还可选择1~2所定点医院。

第二十九条 职工就医时，定点医院必须复制一份处方和住院医嘱送达医疗保险机构备查。

第三十条 政府有关部门与医疗保险机构要制订和定期修订医疗诊治技术规范和合理的、分档次的医疗收费标准，报省级物价部门审定；制订和定期修订医疗保险基本药品报销目录和检查、治疗的费用控制标准；制订医疗保险费用开支范围以及就诊转诊转院等制度（上述各项标准、具体办法另定）。

第三十一条 参照上年度公费医疗和劳保医疗人员平均门诊人次费用、平均住院日、平均住院床日费用制订上述三项定额标准，对定点医院进行定额管理。定额标准每年修订一次。医院的销售药品收入与医疗服务收入要分别管理，分别核算。

第三十二条 为明确责任、权利和义务，医疗保险机构应与定点医院及销售药品单位签订有关医疗保险服务范围、项目、费用定额等内容的合同。超出规定的医疗服务和用药、费用不能在个人医疗帐户中开支，医疗保险机构也不负责支付。

第三十三条 参加医疗保险的用人单位应主动配合医疗保险机构做好医疗保险的管理工作，加强对本单位职工的宣传教育，落实专、兼职人员做好本单位的医疗保险管理业务，根据单位管理的效果，由医疗保险机构对单位实施奖惩。

第三十四条 制定医疗保险奖惩办法，由医疗保险机构对定点医院执行医疗保险政策、医疗质量等情况进行检查考核。对违反医疗保险各项管理制度的单位和人员要追究其责任，对浪费严重、造成严重后果的定点医院要取消定点医院资格。

第三十五条 建立由政府的体改、财政、审计、物价、卫生、劳动、经委等部门和工会、职工代表参加的医疗保险监督组织，定期听取医疗保险机构关于医疗保险基金的收支、管理及服务工作汇报并向社会公布。审计部门要定期对医疗保险机构的资金收支情况进行审计。

第六章 附 则

第三十六条 实行政事分开。设立九江市职工医疗社会保险工作领导小组（下设办公室），负责制订政策、制度、标准以及工作的综合协调；职工医疗保险资金的收、付和经办由行政事业单位职工医疗保险机构和社会保险事业管理局承担，以利于加强行政监督和社会监督，保证资金的合理使用。

第三十七条 由市行政事业单位职工医疗保险机构、市社会保险事业管理局按照本《规定》分别制定实施细则，经市政府批准后实施。

第三十八条 本《规定》由市人民政府组织实施，市职工医疗社会保险工作领导小组负责解释。

第三十九条 本《规定》自 1994 年 12 月 1 日起试行。

