

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保障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，可以使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、事业单位都必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、九江市为切实加强对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、事业单位可按现行办法执行。

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
(略)

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,全部参加职工医疗保险制度改革。

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,由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。其资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;

差额预算管理的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 and 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。