

省政府关于印发江苏省职工医疗保障制度改革扩大试点实施意见的通知

苏政发〔1996〕64号 1996年5月20日

各市、县人民政府，省各委、办、厅、局，省各直属单位：

《江苏省职工医疗保障制度改革扩大试

点实施意见》已经省政府批准，现印发给你们，请各试点市结合本地实际，认真贯彻执行。

江苏省职工医疗保障制度改革扩大试点的实施意见

为了积极稳妥地推进职工医疗保障制度改革，按照国务院的统一部署，省政府决定在总结镇江市改革试点工作的基础上，于1996年在苏州、无锡、南通、盐城4市扩大职工医疗保障制度改革试点，以进一步取得经验，在全省逐步推广医疗保障制度。现根据国务院办公厅转发国家体改委、财政部、劳动部、卫生部《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》（国办发〔1996〕16号）精神，结合我省实际，对扩大试点工作提出如下实施意见：

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，适应建立社会主义市场经济体制和提高职工健康水平的要求，建立社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会医疗保险制度，使之逐步覆盖城镇所有劳动者。这项改革遵循以下基本原则：

（一）适应建立社会主义市场经济体制的要求，为城镇全体劳动者提供基本医疗保障，逐步形成比较完善的社会医疗保障体系。

（二）基本医疗保障的水平与方式，要与当地经济发展水平相适应，要与各方面的承受能力相适应。医疗费用由国家、单位、个人合理分担。

（三）公平与效率相结合。职工享受基本医疗保障的待遇要体现效率优先、兼顾公平的原则，与个人对社会的贡献适当挂钩，以利于调动职工的积极性。

（四）职工医疗保障制度改革要有利于整个社会保障制度改革的推进，有利于减轻企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。

（五）建立对医患双方的约束机制，促进医疗机构深化改革，加强内部管理，提高医疗

服务质量和工作效率,遏制浪费,保障职工基本医疗,同时建立健全合理的补偿机制。

(六)推进区域卫生规划,有计划、有步骤地推进企事业单位医疗机构的社会化,逐步实现卫生资源的优化配置与合理利用。

(七)公费、劳保医疗制度按照统一的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,并实行统一管理。

(八)实行政事分开。政府主管部门制定政策、规章、标准,职工医疗保险基金的收缴、给付和运营等由相对独立和统一的社会医疗保险事业机构承担。加强基金使用管理和监督,保证资金的合理使用。

(九)对职工医疗保险基金实行预算内管理,专项专用,不得挤占挪用,也不得用于平衡财政预算。

(十)实行属地原则,所有中央和省两级机关和所属企事业单位都要参加所在地的社会医疗保险,执行当地统一的缴费标准和改革方案。

二、改革的主要内容

(一)建立职工医疗保险基金

职工医疗保险基金由用人单位和职工个人共同缴纳,实行以市为单位统一筹集、市县两级分级核算。

用人单位缴费:试点市人民政府参照本市前3年职工医疗费用的实际支出占职工工资总额的比例确定用人单位的缴费率,用人单位均按此缴费率为本单位职工缴纳医疗保险基金。缴纳比例不超过职工工资总额10%的,由试点市政府报省政府批准;超过10%的,由省政府审核后,报国家财政部批准。

用人单位缴费来源:行政机关、全额预算管理的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支出;差额预算管理的其他事业单位以及自收自支预算管理的事业单位,在单位提取的医疗基金中列支;企业在职工从职工福利费中列支,离退休人员在劳动保险费中开支。

职工医疗保险费的收缴可委托银行代

办,以保证基金及时收缴到位。医疗保险基金的缴费基数应严格按照国家统计局规定的职工工资总额统计口径计算。对于瞒报工资总额和故意拖欠或拒不缴纳医疗保险费的单位,由试点市有关部门依法做出相应的处罚规定。

职工个人缴费:先从本人年工资总额的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长逐步提高。

私营企业职工和外商投资企业的中方职工应参加当地的社会医疗保险,其缴费办法和医疗待遇,原则上执行当地统一的政策和标准。

城镇个体劳动者可参加社会医疗保险,其医疗保险费用按当地平均缴费水平,全部由个人缴纳。

(二)建立职工个人医疗帐户和社会统筹医疗基金

社会医疗保险机构为参保职工建立个人医疗帐户。职工个人缴纳的医疗保险费和用人单位为职工缴纳的医疗保险费的一部分(不低于50%),以职工本人工资为计算基数,划入个人医疗帐户,专门用于支付个人的医疗费用。单位缴纳的医疗保险费中划入个人医疗帐户的部分,可按职工年龄段确定不同比例。个人帐户本金和利息为个人所有,只能用于医疗支出,可以结转使用和依法继承,但不得提取现金和挪作他用。

个人医疗帐户当年结余基金,可按照城乡居民活期存款利率计息;一部分相对稳定的沉淀基金,可按同期城乡居民定期存款利率计息。

用人单位为职工缴纳的医疗保险费划入个人帐户以外的部分建立社会统筹医疗基金,由医疗保险机构集中调剂使用。同时从社会统筹基金提取一定比例,建立医疗保险风险调节基金,由市医疗保险机构集中管理和使用。

(三)职工医疗费用支付和分担办法

参保职工的医疗费用先从个人医疗帐户

支付。个人医疗帐户用完后,先由职工自付。按年度计算,自付的医疗费超过本人年工资收入5%以上的部分,由社会统筹医疗基金支付,但个人仍要负担一定比例。个人负担的比例随医疗费用的升高而降低,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%—5%。个人负担的具体比例由各试点市政府确定。同时,各试点市政府可根据实际情况确定社会统筹医疗基金所能支付的最高医疗费用限额,超过限额的医疗费用由各试点市探索其他解决办法。

职工患有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医疗费用,由社会统筹医疗基金支付。

(四) 医疗机构的配套改革和内部管理

公办医疗机构属于非营利性社会公益事业单位,应由当地人民政府规划、建设。医疗机构的基本建设及大型医疗设备的购置、维修,要纳入同级人民政府的基本建设计划和财政预算,统筹安排。各级人民政府应随着财政收入的增长,增加对医疗机构的投入。要根据医疗机构的不同情况,明确政府应该承担的经济责任,规范财政资金供给的范围和方式。

医疗保险行政管理部门会同卫生行政部门根据逐步形成和完善分级医疗体系的原则负责定点医疗机构的审定,会同医药主管部门进行定点零售药店的审定。并由医疗保险机构与定点医疗和销售药品的单位签订有关基本医疗保险服务范围、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,其费用不能在个人医疗帐户中开支,医疗保险机构也不予支付。医疗保险机构与定点医院实行医疗服务平均费用定额结算支付等办法。职工在若干定点医疗机构就医,可持处方到定点零售药店购药,以促使医疗单位通过合理竞争,提高医疗质量,改善服务态度,降低医药费用。

按照“总额控制、结构调整”的原则,合理调整医疗机构的收入结构,在确保财政对医疗机构的投入进一步增加的同时,适当增设体现医务人员技术劳务价值的医疗收费项目并调整这类项目的收费标准,降低大型设备检查收费标准,在合理用药的基础上,降低药品收入在医疗业务总收入中所占的比重。新增和调整医疗收费项目和标准,由各市提出意见,报省物价局、财政厅、卫生厅批准。医疗机构的医疗服务收支和销售药品收支实行分开核算,试行药品销售纯收入交由上级主管部门统一管理、合理返还的办法。

政府有关部门和医疗保险机构要定期对定点医疗机构和药品销售单位的服务情况进行考核检查,医疗机构的收费要接受物价部门的监督并向社会公布。

卫生部门制定医疗诊治技术规范,会同财政、医疗保险行政管理部门制定医疗保险药品报销目录,物价部门会同卫生、财政部门制定合理的、分档次的医疗收费标准,并定期予以修订。

医疗机构应加强医务人员的医德、医风教育,制定并完善必要的规章制度,规范和引导医疗行为,做到合理诊疗,优质服务。

(五) 医疗保险基金的管理与监督

医疗保险基金由社会医疗保险事业机构负责经办,专款专用,不得挪作他用。坚持以收定支、收支平衡、略有节余,确保基金的安全,实现保值增值。

医疗保险机构要建立科学高效的运行机制,提高社会化服务水平。简化费用报销、帐户结算等手续,尽量为参保职工及单位提供方便。

医疗保险机构要建立健全预决算审批制度、财务会计制度和审计制度,各项开支要厉行节约,杜绝浪费。管理费经主管部门审核财政部门审批后,列入财政预算,由财政拨款。

要建立由政府财政、审计等部门和用人单位代表、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。审计部门定期对医疗保险基金和保险机构的收支情况进行审计。

三、试点的有关政策

(一)对离休人员和老红军,不设立个人医疗帐户,个人也不缴纳医疗保险费,医疗费用由社会统筹医疗基金支付。医疗保险机构可按他们前3年平均实际支出的医疗费用从医疗保险基金中划出,单独管理,专款专用。若有超支,由原资金渠道解决。同时要加强管理,防止浪费。

二等乙级以上革命伤残军人,不设个人医疗帐户,个人也不缴纳医疗保险费,医疗费用由社会统筹医疗基金支付。

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资金不再增加。退休人员的医疗费用,凡建有个人医疗帐户的,先由个人医疗帐户支付;没有建立个人医疗帐户或个人医疗帐户用完后,由社会统筹医疗基金支付,但个人要负担一部分;退休人员个人负担的比例为在职职工的一半。

(二)所有在职领导干部均应参加医疗保险制度改革,参加社会医疗保险,并执行统一的政策和制度。对他们在就诊和住院等方面可给予适当照顾,同时要加强管理,防止浪费。

(三)职工供养的直系亲属暂不纳入职工医疗保险制度改革试点范围,仍按现行办法继续执行。

(四)在医疗保障制度改革起步时,职工个人缴纳医疗保险费,应在增加本人工资总额1%的基础上进行。企业增资原则上应在新增效益工资中列支。

(五)按照自愿参加、自主选择的原则,积极发展职工医疗互助保险和商业性医疗保

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险之外的医疗需求。

(六)对低收入家庭和生活困难的职工,因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适当给予补助,或通过所在单位建立职工互助储备金的办法解决。

(七)乡镇企业职工的医疗保险办法由试点市人民政府根据实际情况研究决定。各地应积极探索农民医疗保险办法。

四、扩大试点的组织实施和步骤

(一)扩大试点工作应在国务院统一部署和省、自治区、直辖市人民政府直接领导下进行。为切实加强对试点工作的领导,省、自治区、直辖市人民政府成立职工医疗保障制度改革领导小组,领导小组下设办公室,由省卫生厅负责同志兼任办公室主任,体改委、卫生厅、财政厅、劳动厅派员参加。各试点市要根据试点工作要求,成立强有力的领导小组和精干高效的工作班子,切实加强试点工作的组织领导。

(二)各试点市政府要根据国家四部委《试点意见》和本实施意见,抓紧制定改革试点方案,报省、自治区、直辖市人民政府审批后组织实施,并报国务院职工医疗保障制度改革试点领导小组备案。

(三)各试点市要实行统一的职工医疗保障管理体制,按照政事分开的原则建立独立的社会医疗保险事业机构,统一承担职工医疗保险基金的收、付和营运。县(市)也要建立相应的职工医疗保障行政管理机构和社会医疗保险事业机构。

(四)加强医改的宣传工作。充分利用广播、电视、报刊等新闻宣传媒介广泛进行宣传动员工作。宣传这项改革的意义、目标、原则、政策和做法,普及医疗保险基本知识。宣传要本着积极、慎重、科学、适度的原则,坚持正面引导,避免带来负面影响,以期取得职工群众对这项改革的认同、支持和参与。