



医药学院 610 2 10002259



医疗保险 临床实用手册

孙桂芳 主编

YILIAO BAOXIAN
LINCHUANG
SHIYONG
SHOUCE

山东大学出版社



医药学院 610 2 10002259

会委编《册手用实求御制科农医》

黄鱼泰 审 主

长封保 编 主

改 编主编

医疗保险 临床实用手册

孙桂芳 主编

YILIAO BAOXIAN

LINCHUANG

SHUYONG

SHOUCE

医药学院

山东大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

医疗保险临床实用手册/孙桂芳主编. —济南:山东大学出版社, 2009. 9
ISBN 978-7-5607-3953-3

I. 医…

II. 孙…

III. 医疗保险—中国—手册

IV. F842.684—62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 162578 号

山东大学出版社出版发行

(山东省济南市山大南路 27 号 邮政编码:250100)

山东省新华书店经销

山东新华印刷厂印刷

787×980 毫米 1/16 18 印张 333 千字

2009 年 9 月第 1 版 2009 年 9 月第 1 次印刷

定价: 39.00 元

版权所有,盗印必究

凡购本书,如有缺页、倒页、脱页,由本社营销部负责调换

《医疗保险临床实用手册》编委会

主 审 秦成勇

主 编 孙桂芳

副主编 刘盛玉 姜民杰 李 娜 高贵德

孙卫华 刘宝林 张 毅

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁长华 王 立 王海虹 孔祥云 包国峰

刘许娥 刘宝林 刘盛玉 孙卫华 孙桂芳

李 娜 李昂昂 李彦博 宋冬梅 张 毅

张红燕 尚 萌 季克峰 袁 倩 索 红

徐 立 高贵德 翟爱玉



前 言

医疗保险制度改革作为我国社会保障体系建设的重要组成部分,对于社会的稳定和发展有着极为重要的意义。

医保定点医疗机构作为向参保人提供直接医疗服务的载体,对于医保统筹单位医保制度的平稳运行发挥着举足轻重的作用。定点医疗机构中的临床科室及其医疗护理人员作为医保政策的最终端执行者,能否正确认识与对待医保制度改革,能否熟练掌握医保政策规范,能否准确贯彻执行医保具体规定,是实现医保制度“以较低廉价格提供较优质医疗服务”的关键,也是定点医疗机构医保工作能否实现规范化管理的关键所在。

为了更好地让临床科室及其医护人员了解医保改革的重大意义,全面掌握医保理论和政策,减少医保改革对定点医疗机构带来的冲击和影响,更好地适应医保改革,同时为了进一步加强对临床人员医保工作指导,方便临床人员开展医保工作,减少医保新的工作要求给临床工作带来的不便,我们特地组织多年工作在医保一线特别是在定点医疗机构中长期从事基层管理实践的同志,在总结多年医保管理工作的基础上,编写了本书。

本书以山东省立医院医保工作为基础,以指导医保临床工作为目的。内容包括我国基本医疗保障制度的发展历程、医疗保险相关法规、政策和各类医疗保障模式的优劣,又涵盖了定点医疗机构对各险种医保病人就医管理、医保质量控制、医保定岗医师的培训和医保网络信息化建设等。努力做到理论与实际工作相结合。

本书力求突出医保工作的理论性、实践性、实用性和指导性,但由于编者水平有限,不足之处在所难免,敬请读者批评指正。

编委会

2009年9月

目 录

第一编 社会医疗保险概述

第一章 医疗保险概论.....	(1)
第一节 医疗保险概念.....	(3)
第二节 社会医疗保险的特殊功能.....	(4)
第三节 医疗保险的基本原则.....	(5)
第四节 我国医疗保险事业的历史沿革.....	(5)
第二章 国外医保模式的基本特征.....	(8)

第二编 医疗保险的分类

第三章 济南市城镇职工基本医疗保险	(13)
第一节 济南市城镇职工基本医疗保险相关政策	(13)
第二节 济南市城镇职工基本医疗保险相关介绍	(27)
第三节 山东省立医院医保管理制度	(32)
第四节 医保审核室护理人员的工作流程	(38)
第四章 济南市城镇居民基本医疗保险	(51)
第一节 济南市城镇居民基本医疗保险相关政策	(51)
第二节 济南市城镇居民基本医疗保险相关政策介绍	(64)
第三节 山东省立医院的管理规定	(67)
第五章 济南市医疗保险特殊人群	(71)
第一节 济南市属企业离休人员	(71)
第二节 医保门诊规定病种	(78)
第三节 医保优抚对象	(95)
第六章 工伤、生育保险	(101)
第一节 工伤保险.....	(101)



第二节 生育保险	(112)
第三节 山东省立医院对合同制职工医疗保险、生育保险的管理规定	(115)
第七章 新型农村合作医疗	(116)
第一节 新型农村合作医疗简介	(116)
第二节 新农合相关政策	(117)
第三节 山东省立医院的管理规定	(128)
第四节 新农合病人就医指南	(130)
第八章 省直基本医疗保险	(133)
第一节 省直基本医疗保险相关政策	(133)
第二节 省直基本医疗保险相关介绍	(145)
第三节 山东省立医院的管理规定	(147)
附:省直医保病人就医流程	(150)

第三编 医疗保险工作保障

第九章 医保三大目录维护管理	(153)
第十章 医保财务管理	(159)
第十一章 医保信息系统管理	(171)
第一节 医疗保险结算系统简介	(171)
第二节 医疗保险结算系统在医院的使用	(175)
第十二章 医保、新农合质量控制	(228)
第一节 概述	(228)
第二节 综合目标管理自查标准	(229)
第三节 医保、新农合质量控制标准	(231)

第四编 医保定岗医师管理

第十三章 医保定岗医师相关政策	(235)
第十四章 山东省立医院医保医师管理暂行办法	(240)
第十五章 医保定岗医师、护理、医保兼职管理员培训	(243)
第十六章 医保定岗医师试题及答案	(256)
第十七章 医疗保险常见问题解答	(265)
参考文献	(281)

第一编
社会医疗保险概述

第一章

医疗保险概论

第一节 医疗保险概念

医疗保险是为了补偿疾病所带来的损失的一种保险。医疗保险同其他保险一样,也是以合同的方式预先向受疾病威胁的人群收取医疗保险费建立医疗保险基金;当被保险人患病而发生医疗费用之后,由医疗保险机构给予被保险人一定的经济补偿。因此,医疗保险也具有保险的两大职能——风险转移和补偿转移职能。即把个体身上的由疾病风险所致的经济损失的风险分摊给所有受同样风险威胁的成员由疾病所带来的经济损失,用集中起来的医疗保险基金对疾病带来的损失给予补偿。

社会医疗保险是国家通过立法,强制性地由国家、单位和个人缴纳一定数量的医疗保险费,建立统一的医疗保险基金。当个人因疾病需要获得必需的医疗服务时,由社会医疗保险机构按规定提供医疗费用补偿的一种社会保险制度。公费医疗制度、劳保医疗制度、城镇职工基本医疗保险制度和合作医疗制度都是我国社会医疗保险制度的具体形式。

从社会医疗保险承保的范围大小来看,可分为广义和狭义的社会医疗保险。广义的社会医疗保险即社会健康保险,包含的内容要比单纯的社会医疗保险广。国外发达国家的社会健康保险不仅包括补偿由于疾病给人们带来的直接经济损失(医疗费用),而且还包括补偿疾病带来的间接经济损失(如收入损失),另外对分娩、残疾、死亡也给予经济补偿,甚至还包括疾病预防和康复保健等。狭义的



社会医疗保险只是对医疗费用进行的保险。我国以往和现行的职工医疗保险制度从表面看只支付医疗费用,但实际上通过其他制度也补偿了由疾病引起的收入损失等费用,所以也属于一种广义的社会医疗保险。

第二节 社会医疗保险的特殊功能

一、保障劳动者身心健康,减轻其经济负担

劳动者及其家庭的生活主要依靠劳动报酬维持,而身体健康又是劳动者获取劳动报酬的前提条件。劳动者一旦患病,不能从事劳动,正常收入中断或减少,势必会影响劳动者本人及其家庭的经济生活。

医疗保险制度的建立和实施,不仅集聚了单位和个人的经济力量,而且还有政府的资助,可以使患病的劳动者从社会获得必要的物质帮助,尽快恢复身体健康,重新从事劳动,取得经济收入,从而可以有效地帮助患病的劳动者从“因病致贫”、“因贫致病”的困境中解脱出来,并能分享社会经济发展的成果,不断提高物质文化生活水平。

二、规范卫生服务供方和需方的行为

与其他社会医疗保健制度比较,社会医疗保险制度对卫生服务供方和需方有较强的规范管理力度,有利于合理使用卫生资源,提高卫生服务的效率。事实上,在发达国家,由于社会医疗保险部门的作用,卫生行政部门的工作重点是公共卫生,而不是医疗服务管理。

三、促进卫生事业健康发展

医疗保险制度的建立,可以有效地依靠国家、单位和个人的经济力量,筹集医疗费用,通过提高广大群众对医疗卫生服务的利用能力,促进各类卫生保健事业的发展。同时,通过加大需方对医疗服务市场的调控能力,促进医疗卫生资源的合理分配,引导医疗服务市场合理调整服务布局和服务结构,提高服务质量,使医疗卫生事业逐步走上健康发展的轨道。

四、提高全民健康意识

医疗保险制度下的个人缴费和费用分担机制,有利于增强全民自我保健意识,增强自我医疗保障能力和费用节约意识。这对于控制医疗费用,有效利用卫



生资源,以及提倡适度医疗消费、发扬互助共济精神有着十分重要的意义。

第三节 医疗保险的基本原则

医疗保险的基本原则是:

- (1) 医疗保险是国家立法强制实施的社会保障制度。
- (2) 政府通过税收或社会保险缴费的方式筹集医疗保险基金。
- (3) 绝大多数国家由政府负责医疗保险计划的制定、管理和实施。
- (4) 政府向全体公民提供统一标准的医疗保险待遇。
- (5) 医疗保险的待遇水平只限于满足基本医疗需求。
- (6) 被保险人一般被要求到公立医院或国家指定的医院就医。

第四节 我国医疗保险事业的历史沿革

中华民族历来就有休戚与共、共同抵御疾病风险的优良传统。追溯新中国医疗保险事业的发展历程,大致可分为以下几个发展阶段:

一、1949~1952 年

新中国成立后,我国社会医疗保险事业百废待新,取得了一系列具有里程碑式的进步:

1. 1949 年,成立了中国人民保险公司。
2. 1951 年,颁布了《中华人民共和国劳动保险条例》。
3. 1952 年,建立了城镇职工劳保医疗制度和公费医疗制度。

二、1952 年至 20 世纪 80 年代中期

这一阶段的主要特点是:

1. 主要实行的是公费医疗和劳保医疗两大类。公费医疗在国家机关和事业单位中进行。劳保医疗在企业职工中进行。
2. 医疗机构的经费来源主要是国家财政拨款。

三、20 世纪 80 年代中期至 1992 年

1. 所作调整



由于公费医疗制度和劳保医疗制度覆盖面窄,且没有完善的筹资和管理机制,导致医疗费用入不敷出。因此,这一阶段,我国对上述制度进行了局部性的改革探索,并在宏观政策层面对医疗机构的运行模式进行了如下调整:

(1)医院的经营机制开始发生变化,政府预算减少,医院被看作是有收入的事业单位,能靠自身经营维持运转。

(2)实行了新项目新价格政策。

(3)实行药品加成政策。

(4)制定了“公费医疗用药报销目录”,对没有被列入的药品不予报销。

(5)公费医疗改变对医院的支付方法,按人员定额标准将医疗保险费用包给定点医院,超支部分主要由医院承担。

2. 利弊

改革虽然从一定程度上缓解了“医疗费用入不敷出”情况,促进了医疗行业的良性发展,但由于政府预算减少,医院经费来源市场化,也导致了一些弊端的产生。

(1)刺激了医院过度用药和提供其他医疗服务来增加收入,导致高级设备热、贵重药品热。

(2)在对待公费病人的医疗上,医院过多约束医疗行为。

四、1993~1999 年

这一阶段,是我国医疗保险改革的快速发展期,主要实施了以下几项具有重大影响的改革措施:

1. 1993 年 11 月,党的十四届三中全会通过了《关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定》,提出我国要建立多层次的社会保障体系,包括社会保险、社会救济、社会福利、优抚安置、个人储蓄保障,以适应发展市场经济的需要。

2. 1994 年,确定在“两江”(江西九江、江苏镇江)开始基本医疗保险制度改革的试点工作。实行医疗经费的社会化统筹,加大了对医院进行了定点资格审查和医疗服务价格调整;制定了基本用药目录,定期抽查处方和病历,强化了监督检查。

3. 1997 年 9 月,在党的第十五次全国代表大会上又指出:我国要建立社会保障体系,实行社会统筹与个人账户相结合的养老、医疗保险制度,完善失业保险和社会救济制度,提供最基本社会保障。

4. 1998 年 12 月,国务院下发了《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,标志着我国医疗保障制度进入一个新的阶段。

但是,这一系列措施没有从根本上改变医疗机构的补偿机制;各级医疗机构



的功能定位还不够明确;未能对医疗机构资源的过度使用产生内在制约机制,医疗保险费用相对偏高;药品补偿机制的弊端矛盾突现,医药费用居高不下。

五、2000 年至今

这一时期是医疗保险改革调整充实阶段,进行了如下改革:

1. 2000 年,明确了我国医药卫生体制改革的大政方针,提出要让群众享有价格合理、质量优良的医疗服务,提高人民的健康水平。

2. 2002 年 2 月,出台了《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,决定在建立城镇职工基本医疗保险制度的同时,进行城镇医药卫生体制改革,促进卫生机构和医药行业健康发展。

3. 党的十七大提出,建立中国特色的医药卫生体制,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,提高全民健康水平。

4. 2009 年,新的医改方案出台。要求探索建立比较规范的公立医院管理体制和运行机制,采取有效方式改革以药补医机制,加大政府投入,规范收支管理,使药品、检查收入比重明显下降。改进内部管理,优化服务流程,规范诊疗行为,明显缩短病人等候时间,实现检查结果互认。

这一时期,在发展城镇医疗保险制度的同时,也开始建立新型农村合作医疗,使我国的医疗保险制度更加丰富、完善。

(孙桂芳)

第二章

国外医保模式的基本特征

在国外,根据医疗保险基金筹集、支付、管理和所有制形式,医疗保险制度大体分为四种模式,即国家(政府)医疗保险、社会医疗保险、商业医疗保险和储蓄医疗保险。

一、国家(政府)医疗保险

国家(政府)医疗保险(national health service, NHS)是通过税收进行卫生筹资,向全体国民提供免费或低收费卫生保健服务。这些国家,大多数医疗机构属于国有,代表有英国、瑞典、加拿大、巴西等国。

这种类型的医保模式对医院提出严峻挑战,医院必须严格按照合同要求,提供适合居民要求的合格服务,并接受监督。

二、社会医疗保险

社会医疗保险(social health insurance, SHI)指国家通过立法形式强制实施,全体社会成员包括所有用人单位和个人都强制性加入医疗保险,以收入为基础缴纳医疗保险费形成社会统筹资金,为参保人员支付医疗费。医疗保险经费采用多渠道筹集的办法,医疗服务通过医疗保险机构来实施管理和提供,医疗经费由医疗保险组织筹集和支付。多渠道的形式,可分为二渠道、四渠道或双渠道。二渠道是指雇主、雇员缴纳医疗保险费作为保险基金,政府补助一部分作为福利措施;四渠道是除上述两方外,还有其他的募捐或慈善赞助事业的资助;双渠道是指雇主和雇员共同负担。在多渠道集资形式中,除了各方缴纳的保险基金外,患者就医时还要自己负担一部分费用,一般占医疗费用的10%~30%。



代表有德国、澳大利亚、法国、日本等。

三、商业保险

商业医疗保险是把医疗保险作为一种特殊商品,按市场法则自由经营的医疗保险模式。在医疗保险市场上,卖方是指营利性的私人医疗保险公司或民间医疗保险公司;买方既可以是企业、社会团体,也可以是政府或个人。商业医疗保险的资金主要来源于参保者个人及其雇主所缴纳的保险费,一般而言,政府财政不出资或不补贴。

四、储蓄保险

储蓄医疗保险型是指依据法律规定,强制性地以家庭为单位储蓄医疗基金,通过纵向逐步积累,以解决患病就医所需要的保险基金。新加坡是采用医疗储蓄保险的国家,其医疗保险储蓄是建立在公积金制度的基础上的。每个有工作的劳动者都被强制参加医疗保健储蓄。医疗保险根据不同年龄组按工资的6%~8%比例缴纳,雇主和雇员平均分摊,存入个人公积金账户中的医疗储蓄分户,缴纳的医疗储蓄金免交个人所得税。政府主要确定社会基本医疗服务水平,并重视对医生和医院的管理,以满足人们合理的医疗需求及医疗服务的选择。

五、四个有代表性的医疗保险模式

1. 英国医疗保障模式

英国的医疗保障制度属于预算拨款型的计划经济模式,即由国家财政负担医疗费用,对医疗机构实行国有制,为全体居民提供免费医疗,由政府来制定医疗经费的分配使用办法和医疗服务计划。

英国的医疗保险管理体制实行政府统一管理。卫生部是英国医疗制度的最高权力机构,下设地区和地段(社区)卫生局,共两级。在英国还有一些私人医院和私人医疗保险只是对社会医疗保险的补充。

英国医疗保险制度的优点是医疗费用的增长得到政府控制,有利于初期卫生保健的实施和实行有计划的疾病预防措施,医疗消费方面体现一定的平等原则。缺点是,服务效率低。由于医院属国家开办,在英国存在着医院服务效率低、医务人员工作积极性不高的现象,并且供需矛盾突出。在英国,不但门诊要排长队,住院治疗也要排长队,特别是择期手术患者,有的要等待几个月才能住进医院,有的地区甚至要等待一年或几年。

2. 德国医疗保障模式

德国联邦政府和州政府都设立了卫生部,主要负责制定医疗保险政策,并实



行宏观管理。德国还建立了由各保健组织、疾病基金管理机构、医疗保险机构、雇主、工会、州政府和联邦政府代表组成的“保健协商组织”，以听取各方对政府的意见和建议，为政府决策提供依据。

德国的医疗保障具有以下特点：

(1)德国是典型的强制实施的社会医疗保险模式。国家通过立法形式强制建立社会保险基金，覆盖率达 88%。

(2)医院全部是非营利性，州政府和保险公司的投入是主要经济来源。

(3)没有实行定点医疗制度，任何人可以选择任何医院、药店看病买药。

(4)严格实行医药分开，处方权与售药权严格分离。

(5)门诊与住院严格分开，门诊由个体医生负责，住院必须要有门诊医生转诊手续。

3. 美国医疗保障模式

美国是世界上市场经济体制最完善国家，受此影响，医疗保障具不同于其他西方国家的特点：

(1)美国是西方发达国家中唯一没有全民保险制度的国家，医疗卫生投入高。

(2)诊疗费用是计件支付，由第三者——支付机构来偿还，所以医疗机构并不考虑花钱多少，尽可能以高质量的医疗服务来赢得患者，没有“少花钱多办事”的激励机制。

(3)在医疗资源分配上，集中在高级治疗和专科治疗的过多，初步治疗和长期治疗的过少，结果造成了初级医生严重不足，长期治疗的质量极差。

4. 新加坡医疗保障模式

新加坡为代表的储蓄型医疗保险制度是一种将个人储蓄保险和社会保险相结合的模式。为促进国民对自身健康负责，采取了一套以保险储蓄为主体的综合保险措施。新加坡的储蓄医疗保险种类有 Medisave(保健储蓄)、Medishield(健保双全)和 Medifund(穷人医疗救助)。

储蓄型保险制度的特点：政府立法，属于强行性医疗保险制度，政府以补贴形式分担部分医疗费用，具体的资金筹集和管理是由民间机构进行的；以家庭为单位“纵向”筹资，强调个人的责任，消除了因第三方付费所带来的弊端；能更好地解决人口老龄化医疗保险所需要的筹资问题；制度本身不具有共济性。

(孙桂芳)