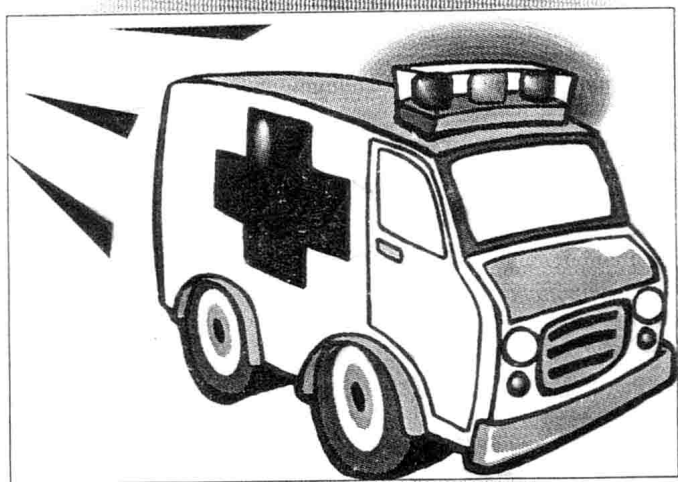


改革发展 政策新编



长春铁路分局党委宣传部

医疗保险篇



印发《吉林省建立城镇职工基本医疗保险制度总体规划》的通知

吉政发〔2000〕27 号

各市、州、县人民政府，省政府各厅委、各直属机构：

《吉林省建立城镇职工基本医疗保险制度总体规划》已经省政府第 35 次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

一、各统筹单位要抓紧制定实施方案并认真组织实施，力争年内在全省范围普遍建立起城镇职工基本医疗保险制度。同时，要在以医疗保险制度改革为重点的基础上，认真研究医疗机构改革和药品生产流通体制改革，做到三项改革同步进行，配套推进。

二、要认真做好舆论宣传，充分运用报刊、广播、电视等新闻媒体广泛宣传城镇职工基本医疗保险制度的目标、原则和基本政策，使广大职工群众充分了解医疗保险改革面临的形势和任务，提高用人单位和个人参加基本医疗保险的积极性和主动性，营造一个广大职工群众积极参与和支持医疗保险制度改革的良好社会舆论氛围。

三、各级政府的主要领导要经常过问和定期研究医疗保险制度改革工作，分管领导要亲自抓，其他班子成员要配合抓。各相关部门要通力协作，密切配合。要尽快理顺基本医疗保险工作管理体制，在今年 8 月底前将分散在各部门的社会保险职能统一归口到劳动保障部门管理。

四、各地、各有关部门务必从维护改革、发展和稳定的大局出

发,认真负责,积极稳妥地推进医疗保险制度改革工作。对于实施过程中出现的新情况、新问题,要认真分析,慎重行事,妥善加以解决。遇到涉及全局的政策性问题要及时向省政府报告。

吉林省人民政府
二〇〇〇年八月十一日

吉林省建立城镇职工 基本医疗保险制度总体规划

(2000 年 8 月)

根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44 号,以下简称《决定》)的要求,结合我省实际,制定本规划。

一、改革的任务和原则

医疗保险制度改革的主要任务是建立城镇职工基本医疗保险制度,即适应社会主义市场经济体制的要求,根据我省财政、企业 and 个人的承受能力,建立保障城镇职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。

建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是:基本医疗保险的水平要与社会主义初级阶段生产力发展水平相适应;城镇所有用人单位及其职工原则上都要参加基本医疗保险;基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合。

全省建立城镇职工基本医疗保险制度的原则、目标、基本政策和改革模式等,由省人民政府制定。具体实施方案、统筹基金与个人帐户的实现形式等,由市州、县(市)人民政府根据当地实际情况确定。

二、实施范围和主要政策

(一)实施范围。全省城镇所有用人单位,包括企业(国有及国有控股企业、集体企业、外商投资企业、私营企业等)、机关、事业单

位、社会团体、民办非企业单位及其职工，原则上都要参加基本医疗保险。乡镇企业及其职工、城镇个体经济组织业主及其从业人员，暂不参加基本医疗保险。

(二)统筹层次。基本医疗保险原则上以县(市)为统筹单位(以下简称统筹地区)。设区的市在全市区范围内(不包括所辖县、市)实行统筹。随着经济发展，县(市)统筹可逐步过渡到以市州为统筹单位。

铁路、电力、远洋运输等跨地区、生产流动性较大的企业及其职工，要以相对集中的方式异地参加统筹地区的基本医疗保险，具体办法由省劳动保障行政部门与有关地区和企业协商后确定。

驻长春市的省直机关、事业单位执行统筹地区的政策和标准，基本医疗保险实行省级单独管理。

(三)筹资水平(缴费率)。基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费率原则上不高于职工工资总额的6%，具体水平由统筹地区根据财政和用人单位的承受能力确定，确需高于6%的，经省劳动保障、财政部门审核后，报省人民政府审批。职工缴费率一般为本人工资收入的2%，随着经济发展，用人单位和职工缴费率可作相应调整。

(四)统筹基金和个人帐户。要建立基本医疗保险统筹基金和个人帐户。基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人帐户。用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人帐户。划入个人帐户的比例一般为用人单位缴费的30%左右，具体比例由统筹地区在保证统筹基金收支平衡的前提下，根据个人帐户的支付范围和职工年龄等因素确定。

要明确划定统筹基金和个人帐户各自的支付范围，分别核算，不得互相挤占。个人帐户主要支付本人门诊医疗费用和小额医疗费用，也可用于统筹基金支付中的个人负担部分。统筹基金主要

支付住院或大额医疗费用对在门诊就医的慢性病和特定治疗项目的医疗费用也可纳入统筹基金的支付范围,具体办法由统筹地区根据本地的实际情况确定。

要合理确定统筹基金的起付标准和最高支付限额。起付标准原则上控制在当地职工年平均工资的 10% 左右。最高支付限额(指一个年度内统筹基金所能支付给职工个人的医疗费用最高限额)原则上控制在当地职工年平均工资的 4 倍。起付标准以下的医疗费用,从个人帐户中支付或由个人自付。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用,主要从统筹基金中支付,个人也要负担一定比例,但应控制在 10—30% 的幅度内,具体标准由统筹地区根据以收定支、收支平衡的原则确定。超过最高支付限额的医疗费用,不得从统筹基金中支付,应通过建立医疗补助、企业补充医疗保险、医疗救助或商业医疗保险等途径解决。

(五)有关人员的医疗待遇。离休人员、老红军不参加城镇职工基本医疗保险,其医疗待遇不变,医疗费用按原资金渠道解决。支付确有困难的,由同级人民政府帮助解决。

二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变,医疗费用按原资金渠道解决,并按前 3 年实际支出的平均数核定给社会保险经办机构,单独列帐管理。医疗费支付不足部分,由同级人民政府帮助解决。

退休人员参加基本医疗保险,个人不缴纳基本医疗保险费。对退休人员计入个人帐户的金额和个人负担医疗费的比例给予适当照顾,从用人单位缴费中划入。具体比例由各统筹地区自行确定。

在开展基本医疗保险制度改革的同时,要积极抓好工伤保险和生育保险制度改革。改革方案由省劳动保障行政部门研究制定。

国家公务员在参加基本医疗保险的基础上,享受医疗补助政

策,具体办法由省劳动保障和财政部门按照《国务院办公厅转发劳动保障部财政部关于实行国家公务员医疗补助意见的通知》(国办发〔2000〕37号)的有关规定制定,报省政府批准后实施。为了不降低一些特定行业职工现有的医疗消费水平,在参加基本医疗保险的基础上,作为过渡措施,允许建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分,从职工福利费中列支,福利费不足列支的部分,经同级财政部门核准后列入成本。国有企业下岗职工的基本医疗保险费,包括单位缴费和个人缴费,均由企业再就业服务中心按照当地上年度职工平均工资的60%为基数缴纳,享受与统筹地区职工相同的基本医疗保险待遇。

三、基金的管理和监督

基本医疗保险基金纳入财政专户管理,专款专用,不得挤占挪用。

社会保险经办机构负责基本医疗保险基金的筹集、管理和支付,要坚持以收定支、收支平衡的原则,并要建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。要建立基本医疗保险统筹基金超支预警报告制度,当统筹基金出现超常支出时,社会保险经办机构要认真分析原因,研究对策,并及时向同级劳动保障部门报告。社会保险经办机构要建立和完善现代化基金管理手段,加快微机联网建设,提高基本医疗保险基金的管理水平。社会保险经办机构的事业经费不得从基金中提取,由各级财政预算解决。

基本医疗保险基金的银行计息办法:当年筹集的部分,按活期存款利率计息;上年结转的基金本息,按3个月期整存整取银行存款利率计息;存入社会保障财政专户的沉淀资金,比照3年期零存整取储蓄存款利率计息,并不低于该档次利率水平。个人帐户的本金和利息归个人所有,可以结转使用和继承。职工本人因工作调动,个人帐户应随工作关系一并划转,继续使用。

各地劳动保障和财政部门,要加强对基本医疗保险基金的监

督管理。各地审计部门要定期对社会保险经办机构的基金收支和管理情况进行审计。统筹地区应设立由政府有关部门代表、用人单位代表、医疗机构代表、工会代表和有关专家参加的医疗保险基金监督组织,加强对基本医疗保险基金的社会监督。

四、医疗服务管理

要确定基本医疗保险的服务范围和标准。全省基本医疗保险服务的范围、标准和医疗费用结算管理意见,以及基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准和相应的管理办法,由省劳动保障行政部门根据国家规定,会同有关部门制定。

基本医疗保险实行定点医疗机构(包括中医医院)和定点药店管理。统筹地区劳动保障行政部门负责定点医疗机构和定点药店的资格审查。社会保险经办机构要根据中西医并举,基层、专科和综合医疗机构兼顾,方便职工就医的原则,负责确定定点医疗机构和定点药店,并同定点医疗机构和定点药店签订合同,明确各自的责任、权利和义务。在确定定点医疗机构和定点药店时,要引进竞争机制,职工可选择若干定点医疗机构就医、购药,也可持处方在若干定点药店购药。对于违反有关规定的定点医疗机构和定点药店,要取消定点资格。统筹地区要根据当地实际和基本医疗保险基金支出管理的需要,本着合理控制费用、方便结算等原则,制定适合本地区的医疗费用结算办法。各统筹地区亦可在基本医疗保险实施的初期将机关、事业单位和企业单位的基本医疗保险基金单独设帐,分别管理,各自平衡,不得互相挤占,待条件成熟后再统筹管理。

五、加快医药卫生体制改革

为了配合医疗保险制度改革,药监、卫生部门要根据《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(中发〔1997〕3号)和《国务院办公厅转发国务院体改办等部门关于城镇医药卫生体制改革的指导意见的通知》(国办发〔2000〕16号)的有关要求,会同有关

部门尽快制定全省医药卫生体制改革实施方案和有关政策。主要是建立医药分开核算、分别管理的制度,形成医疗服务和药品流通的竞争机制,合理控制医药费用增长;加强医疗机构和药店的内部管理,规范医药服务行为,减员增效,降低医疗成本;理顺医疗服务价格,在实行医药分开核算、分别管理、降低药品收入占医疗总收入比重的基础上,合理提高医疗技术劳务价格;加强业务技术培训和职业道德教育,提高医药人员的素质和服务质量;按照市州制定的区域卫生规划,合理调整医疗机构布局、优化医疗卫生资源配置,积极发展社区卫生服务。

六、实施步骤

根据国务院《决定》精神和我省的《总体规划》,今年年底前要基本建立起城镇职工基本医疗保险制度,全面推进医药卫生体制改革。按国家要求,确定吉林市为建立城镇职工基本医疗保险制度国家重点联系城市;农安县、舒兰市、敦化市、伊通县、大安市、集安市、抚松县、东丰县、前郭县为省重点联系县(市)。各统筹地区要按照国务院《决定》精神和我省《总体规划》要求,组织人员开展调研测算和分析论证工作,制定基本医疗保险实施方案,积极做好各项基础工作,力争尽快启动。各市州和被确定为省重点联系县(市)的实施方案,报省人民政府批准后执行;其他县(市)的实施方案,经所在市、州人民政府批准,报省人民政府备案。

七、组织领导

医疗保险制度改革政策性强,涉及广大职工的切身利益,关系到改革、发展、稳定的大局,各级人民政府必须切实加强领导。

各地要认真学习 and 深刻领会国务院《决定》精神和我省《总体规划》要求,统一思想,提高认识,坚定搞好这项改革工作的信心和决心。要把建立基本医疗保险制度工作列入重要议事日程,态度要积极,工作要稳妥。要认真做好宣传解释工作,使广大职工和社会各方面正确理解医疗保险制度改革的重要意义和基本政策,积

极支持和参与这项改革。

要继续贯彻中编办《关于省级政府劳动和社会保障以及药品监督管理工作机构有关问题的通知》(中编办〔1998〕8号)和《对劳动和社会保障部关于对理顺地方医疗保险管理体制有关问题的请示的函》(中编办函〔1999〕98号)的有关规定,尽快理顺基本医疗保险工作管理体制,在今年8月底前统一归口到劳动保障部门管理。

各级劳动保障部门负责建立城镇职工基本医疗保险制度工作的具体组织实施、指导和检查。要及时研究解决工作中出现的问题。各级财政、卫生、药监、体改、计划、经贸、物价、审计等部门和社会保险经办机构、工会组织要积极参与,密切配合,确保全省建立城镇职工基本医疗保险制度工作的顺利进行。

沈阳铁路局文件

沈铁卫发〔2001〕35 号

沈阳铁路局职工 医疗保险制度改革指导意见

各分局，局直属各单位：

根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44 号）和铁道部有关文件精神，结合我局实际制定本指导意见。

一、主要任务和目标

适应社会主义市场经济体制的要求，根据企业的经济状况和个人的承受能力，在全局建立符合国家要求、保障职工基本医疗需求、以社会医疗保险为主体、企业补充医疗保险为辅等多种保障方式的职工医疗保险制度。

二、原则

职工的基本医疗保险水平要与本地区、本企业的经济发展水平相适应，管内各用人单位及其职工（包括退休职工）都要参加基本医疗保险，基本医疗保险执行所在统筹地区的基本医疗保险政策，企业补充医疗保险执行路局制定的补充医疗保险统一规定。

（一）基本医疗保险

1、根据劳动和社会保障部《关于铁路系统职工参加基本医疗保险有关问题的通知》(劳社部发〔1999〕20号)精神,全局应采取相对集中异地参加地方统筹基本医疗的投保方式。路局机关和沈阳地区局直、附属单位及其职工由路局统一组织参加沈阳市医疗保险,其他地区的局直属单位要与所在地分局一道参加所在地统筹医疗保险。各分局以分局为单位参加分局所在地统筹地区的基本医疗保险。在当前各地医改进度不统一的情况下,如果地方政府要求必须属地化管理而且统筹所在地医疗保险体系健全,完全有能力直接承担铁路企业参保单位和职工的基本医疗保险管理任务,应实行完全属地化投保方式;如地方政府的医疗保险体系尚未健全,没有足够能力承担铁路企业参保单位和职工的基本医疗保险直接管理任务,经地方政府批准可接受地方政府委托,采取自行管理方式,即:“委托管理方式”,待地方政府医疗保险体系和制度完善时,再移交给地方政府管理。

2、基本医疗保险缴费比例、统筹基金和个人帐户支付范围及标准执行统筹地区政府规定。

3、管内所有劳动合同制职工(原全民固定职工和全民合同制职工)、公检法部门职工及长期不辞不退临时工由路局或分局统一组织参加基本医疗保险并缴纳保险费。

(二)补充医疗保险

1、建立补充医疗保险是为了不降低职工现有医疗消费水平。依据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发〔1998〕44号)和铁道部文件规定,铁路企业在参加基本医疗保险的基础上,作为过渡措施,可建立补充医疗保险。路局机关(包括沈阳地区直附属单位、沈阳地区以外局直属单位参加属地分局补充医疗保险)和分局各自建立补充医疗保险。

2、补充医疗保险制度由路局统一制定。补充医疗保险要在铁路局经济状况允许的条件下建立,不能足额发放职工工资和交纳

社会保险费用的单位,不得建立企业补充医疗保险。补充医疗保险基金原则上按不超过企业上年度工资总额 4% 的比例提取,每年具体提取比例及列支科目由路局统一确定。凡是由路局或分局统一组织参加基本医疗保险的职工均享受补充医疗保险待遇。职工供养直系亲属可自愿参加补充医疗保险,每人每年缴纳 60 元,纳入补充医疗保险基金。

3、补充医疗保险基金的支付范围及标准

(1) 根据国务院关于“离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变,医疗费用按原资金渠道解决”的政策精神,其医疗费用从补充医疗保险列支,实报实销,并单独管理(具体管理办法另行制定)。

(2) 在基本医疗保险范围内,年内职工住院医疗费用在基本医疗保险最高支付限额及其以下的,在职职工个人负担超过本人年工资收入 8% 以上的费用,暂定给予 50% 补助;退休职工超过本人年工资收入 6% 以上的费用,暂定给予 50% 的补助;年内职工(包括退休职工)医疗费用超出基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上自己承担的部分,补充医疗保险暂定给予 85% 补助。补充医疗保险每人每年补助最多不超过 5 万元。

(3) 家属的门诊医疗费自理。家属住院医疗费度的计费范围、方法及住院补助起付标准与其参保职工相同。起付标准及起付标准以上的住院医疗费用按实际发生的 50% 给予补助。家属住院限局或分局医疗保险部门指定的铁路医疗机构住院,原则上不转院。家属医疗每年补助最高限额为 3 万元。

(4) 享受铁路内部干诊待遇的人员,在铁路医院干部病房住院医疗,床位费的享受标准与基本医疗保险可结算标准的差额,由补充医疗保险支付。

(5) 患有特殊病种(尿毒症、恶性肿瘤)并在门诊进行透析、放疗和化疗的参保职工,因其医疗费用较高,医保部门可按规定给予

特殊补助(具体补助标准另行制定)。

(6)工伤、生育、职业病的医疗费用,在未参加地方统筹保险前按原办法在补充医疗保险中列支。

(7)自然灾害应急抢救的医疗费用补助及与铁路运输生产有关的其他特殊医疗费用的补助。

(8)职工因急诊在非定点医院住院治疗或经定点医院同意、医保部门批准而转往非定点医院住院所发生的住院医疗费用,补充医疗保险补助比例减少10%。

4、补充医疗保险基金不予支付的范围:

有下列情况形之一的,补充医疗保险基金不予支付:

(1)违反规定在非定点医疗机构就医、配药或在非定点零售药店配药所发生的医疗费用;

(2)在就医或者配药时所发生的不符合国家或所在统筹地区的基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施、用药范围和支付标准的医疗费用;

(3)与患者病情无关、处方与诊断不符的医疗费等;

(4)因违法犯罪、自杀、自残、吸毒、医疗事故、交通事故等所发生的医疗费用。

5、补充医疗保险的支付方式:

(1)为方便职工就医,各分局根据单位和职工分布情况在管内医疗机构设置补充医疗保险报销结算点,并划分辖区范围,具体负责辖区职工与家属补充医疗保险补助的审核和报销工作。

(2)职工报销补充医疗保险补助费时,要先办理基本医疗保险报销手续,并于出院30日内,由本人或委托他人持有效凭证到本区补充医疗保险结算点办理。

(3)职工因转诊或因公出差、探亲期间在异地急诊或急救住院发生的医疗费用由所在单位凭有效凭证到本区补充医疗保险结算点办理补充医疗保险补助。

(4)家属住院先预交抵押金,出院时按个人负担比例现金支付,补充医疗保险负担部分由医院计帐定期向企业医保部门清算。

(5)长期异地居住、安置的退休(退养)人员和因工作所需驻外地一年以上的职工,由医疗保险部门指定到当地非营利性定点医疗机构就医,其补充医疗保险补助由职工所属单位定期到路局或分局医疗保险部门办理。

6、补充医疗保险基金管理和监督

(1)路局、分局医疗保险部门具体负责补充医疗保险工作,负责基金筹集、管理和支付,并建立预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。医保部门和参保单位要建立个人补充医疗保险台帐。补充医疗保险基金实行收支两条线管理,保证基金全部用于职工和家属的补充医疗保险,不得挤占挪用。

(2)补充医疗保险基金应集中存入银行。当年筹集的基本医疗保险基金按活期存款利率计息;上年结转的基金本息,按3个月期整存整取储蓄利率计息;存入财政专户的沉淀资金,比照3年期零存整取储蓄存款利率计息。

(3)实施补充医疗保险制度后,没有按规定缴纳保险费的单位和个人不享受补充医疗保险。家属缴费是互助共济性质,不论其是否享受过补充医疗保险补助,当职工或缴费者本人调离本局、死亡等,家属个人缴纳部分均不退回。

(4)加强对补充医疗保险基金的监督,建立由有关部门参加的补充医疗保险基金监督组织,定期听取基金的收支、运用、管理等情况汇报,每年要向职工代表大会报告。

三、改革的组织与实施

(一)医疗保险制度改革是国家与企业的一项重大改革,工作量大,政策性强,直接关系到职工的切身利益,关系到企业的发展和职工队伍的稳定。为保证此项改革的顺利进行,要加强领导,局与分局要建立医疗保险的办事机构,精心组织,及时研究,解决改