

◎ 王东进 / 主编

医疗保险
YILIAOBAOXIAN
操作指南
CAOZUOZHINAN

改革出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗保险操作指南/王东进主编. - 北京: 改革出版社, 1999.1

ISBN 7-80143-234-7

I. 医… II. 王… III. 医疗保险-中国-指南
IV. F842.4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 00778 号

医疗保险操作指南

王东进 主编

改革出版社出版发行

社址: 北京市东城区安德里北街 23 号

邮政编码: 100011

煤炭工业出版社印刷厂印刷

新华书店经销

1999 年 1 月第 1 版 1999 年 1 月第 1 次印刷

850×1168 1/32 20.25 印张 530 千字

印数: 10000 册

ISBN 7-80143-234-7/F·125

定价: 52 元

把握大局 锐意改革

建立有中国特色的医疗保险制度

(代序)

王东进

医疗保险制度是社会保障制度的重要组成部分，是国家的基本经济社会制度之一。加快医疗保险制度改革，保障职工基本医疗，是建立社会主义市场经济体制的客观要求和重要保障，关系到维护广大职工的基本权益，关系到改革、发展和稳定的大局。因此，我们要按照党中央、国务院的部署和要求，认真学习、深刻领会《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》）的精神实质，把握大局，锐意改革，精心组织实施，积极稳妥地推进职工医疗保险制度改革；通过坚持不懈的努力，建立健全有中国特色的职工医疗保险制度。

一、充分认识推进城镇职工医疗保险制度改革的必然性、重要性和紧迫性

我国现行的职工医疗保障制度包括机关事业单位的公费医疗制度和国有企业单位的劳保医疗制度，是在50年代初期建立起来的。40多年来，这种公费、劳保医疗制度在保障职工身体健康和维护社会稳定等方面发挥过积极的作用。但是，随着社会主义市场经济体制的确立和国有企业改革的不断深化，这种制度的弊端日益暴

露，难以为继，改革势在必行。

（一）我国现行职工医疗保障制度的主要弊端

一是国家和单位对职工医疗费用包揽过多，从门诊到住院、从小病到大病无所不包，职工不负担或负担很少的医疗费用，缺乏自我保障意识，财政和企业不堪重负。1978年全国职工医疗费用为27亿元，1997年增加到774亿元，增长了28倍，年递增约19%，而同期财政收入只增长了6.6倍，年递增约11%，职工医疗费用的增长速度超过了同期财政的增长速度。

二是对医患双方缺乏有效的制约机制，医疗服务成本高、效率低，浪费严重。一些医疗单位在利益的驱动下，开大处方、人情方，滥检查，乱收费。一些职工缺乏节约医疗费用的意识，“小病大养”，“一人看病，全家吃药”。

据有关部门调查分析，不合理的医疗费用支出约占全部医疗费用的20%—30%。

三是覆盖面比较窄，非公有制企业职工得不到应有的医疗保障，即使国有企业职工也基本上是以企业保险为主，职工医疗费用社会互济性差，管理和服务的社会化程度低，抗风险能力弱，影响了社会公平。新老企业之间、不同行业之间，职工医疗费缺乏统筹互济，职工医疗待遇苦乐不均，阻碍了劳动力的合理流动和统一的劳动力市场的形成，一些经济不发达地区和效益差的企业职工基本医疗待遇得不到保障，给这些职工造成了严重困难，甚至引发社会矛盾。例如，有的单位年人均医疗费达几千元，而有的单位年人均只有几十元；有些企业职工医疗费实行实报实销，而有些困难企业却长期拖欠职工医疗费。另外，由于劳保医疗分散在各个企业自行管理，企业“办社会”现象十分严重，严重影响了企业的活力和市场竞争的能力。

（二）加快医疗保险制度改革具有重要意义

第一，加快医疗保险制度改革，切实解决职工基本医疗保障是政府的责任，也是社会长治久安的保证。

我国劳动者是国家的主人，也是社会经济发展的基本力量，切实解决他们的基本医疗保障，是党和政府历来关心的重要问题，也是各级政府的责任。近些年来，随着改革开放的深入和社会经济发展，党和政府提出了一系列改善职工生活的措施，从总体上人民群众的生活和基本医疗保障水平得到了很大的改善和提高。但同时也应该看到，由于经济发展的不平衡和经济转轨时期国有企业传统体制固有矛盾的显化，一些经济不发达地区和困难企业的职工医疗保障问题得不到有效的解决，一些地区和企业出现了长期拖欠职工医疗费的现象，影响了职工基本的健康保障，影响了职工的基本生活，有的甚至“因病致贫”、“因病返贫”，损伤了职工劳动生产积极性。因病得不到治疗和医疗费用得不到报销的职工找企业、找政府，也影响了企业的正常生产经营和社会秩序，一定程度上激化了社会矛盾，成为影响社会稳定的一大隐患。

朱镕基总理讲，本届政府要切实转变工作作风和工作重点，把主要精力放在解决职工基本生活和社会保障方面，这不是一个简单的承诺，而是对过去若干年经验教训进行深刻总结后得出的结论，明确了市场经济条件下政府的基本职能和主要责任。也就是说，在市场经济条件下，政府应从改革、发展和稳定的大局着眼，从职工切身利益出发，切实解决好职工包括基本医疗保障在内的整个社会保障问题。

第二，加快医疗保险制度改革，切实解决职工基本医疗保障问题，是推进国有企业改革的必要条件，也是劳动者基本权益的重要保障。

当前，国有企业改革已经到了一个关键时期，能不能通过改革建立适应市场经济体制需要的现代企业制度，关系到能不能实现党的十四届三中全会提出的在本世纪末建立起社会主义市场经济体制的基本框架，关系到能不能在世纪之交顺利实现我国经济体制和经济增长方式两个根本性转变。

党中央、国务院提出用三到五年的时间，通过改革、改组、改

造和加强管理，使大多数国有大中型亏损企业摆脱困境，通过鼓励兼并、规范破产、减员增效、下岗分流和实施再就业工程，力争到本世纪末使大多数国有骨干企业初步建立现代企业制度。这是一个具有战略意义的决策。要实现这个战略目标，从近二十年来国有企业改革的经验教训看，核心的问题也是一个日益突出的难点问题，就是能不能妥善解决好人员的流动与安置问题。国有企业改革涉及的不是解决一般性劳动力流动问题，而是与经济结构调整相适应的劳动力结构性调整和资源配置问题。这种结构性调整的突出特点是，由于长期形成的结构性矛盾，历史遗留问题较多，因而调整的力度、深度和解决问题的难度都非同以往。实施下岗职工的再就业工程，包括建立再就业服务中心，给下岗职工以基本生活保障，这是在现阶段社会保障制度不健全的情况下必要而现实的选择，是实施国有企业结构性调整的重要举措，当然也是一个必要的过渡性措施。没有这个过渡性调整措施，就实施不了这个战略性调整；没有这个结构性调整，国有企业就不能轻装上阵，也就没有竞争力。但是，经济结构调整、企业减员增效的最终出路，还是要通过建立完善的社会保障体系，把富余职工从企业中分流出去，形成市场就业机制，发挥市场配置资源的基础性作用。从这个意义上讲，包括职工基本医疗保险制度在内的社会保障制度能否尽快建立和完善，能否切实解决好职工基本生活和基本医疗问题，从而保障职工基本权益，不仅关系到再就业工程能否顺利推进，而且关系到国有企业改革是否最终取得成功。

第三，加快医疗保险制度改革，切实解决职工基本医疗问题，是建立社会主义市场经济体制的客观需要。

党的十四届三中全会明确提出，要在本世纪末初步建立起有中国特色的社会主义市场经济体制基本框架。经过 20 多年的改革探索，建立社会主义市场经济的目标和基本原则已经明确，各项改革已经到了一个攻坚阶段。现在最大的难点，也是最重要的改革任务，就是加快建立各项社会保障制度。

市场经济，说到底是一个竞争的经济。有竞争就会有风险，有风险就需要为劳动者提供参与市场竞争的社会保障。建立基本养老、医疗和失业保险等各项社会保险制度，是有序竞争的“安全网”，也是建立统一、开放、有序的劳动力市场的前提条件。这是100多年来市场经济发展的一条重要经验，也是现代市场经济国家的通行做法。过去让企业进入市场，为什么进不去，关键是人进入不了市场。没有完善的社会保障体系，职工宁愿窝在企业“喝粥”，也不愿意到市场“找饭”。所以，不建立各项社会保障制度，统一的劳动力市场建立不起来，劳动力的有序流动就是一句空话，国有企业也不可能真正成为市场竞争的主体，市场经济体制也就建立不起来。

发展市场经济的根本目的是解放和发展社会生产力，但市场经济的竞争必然带来企业效益和职工收入的差距，这就需要强化政府对社会收入分配的调节功能。政府一方面要通过建立市场经济的规则，保护竞争，形成一个追求效率与效益的市场经济运行机制；另一方面，要通过建立健全收入分配调节机制，有效调节收入差距，维护社会公平，最终实现全社会的共同富裕。健全的社会保障体系，作为再分配的一种方式，是政府调节收入分配的重要手段。现在，以企业保险为特征的医疗制度，使得企业负担畸轻畸重，职工医疗待遇苦乐不均，一些地区 and 企业的医疗消费水平过高，医疗费用的增长过快，浪费惊人。但同时，许多困难企业的职工基本医疗保障问题解决不了，甚至在一些地方国家公务员的医疗问题也得不到保障。加快职工医疗保险制度改革，建立互助共济、社会化管理的职工基本医疗保险制度是建立社会主义市场经济体制的客观需要，是政府在市场经济条件下实行社会收入再分配的重要手段，也是政府的基本职责。

（三）医改试点的探索实践，为全面推进医疗保险制度改革创造了有利条件

80年代以来，各地开始了医疗保障制度改革探索实践。不少

地方试行医疗费用与个人利益挂钩、医疗费用定额管理和大病医疗费用社会统筹等改革办法。这些改革措施，对增强个人费用意识，抑制医疗费用过快增长起到了一定作用，但是没有从根本上解决原有制度的要害问题。

在总结各地改革探索经验的基础上，党的十四届三中全会《决定》提出，在我国建立社会统筹和个人帐户相结合的社会医疗保险制度。1994年，原国家体改委、财政部、原劳动部、卫生部共同制定了《关于职工医疗制度改革的试点意见》，经国务院批准，率先在江苏省镇江市、江西省九江市进行试点。1996年国务院办公厅转发了四部委《关于职工医疗保障制度改革扩大试点的意见》，试点扩大到40多个城市。

几年来，各地的医改试点取得了初步成效，主要有三个方面：

一是建立了合理的医疗保险基金筹措机制和医疗费用制约机制，保障了职工的基本医疗。按照医疗保险改革政策的规定，医疗保险费用由单位和个人承担共同缴纳，使医疗保险基金有了稳定来源，职工基本医疗有了保障。据镇江市评估调查，职工两周患病就诊率由1994年的69.65%，提高到1997年的81.2%，职工需住院因经济困难未住院的比例由1994年的26.5%，下降到1997年的5%，下降了21个百分点。职工对医疗保险制度改革的满意度为77.8%。

二是抑制了医疗费用的过快增长。由于建立了科学合理的医疗消费制约机制，医疗费用浪费现象得到有效遏制。据九江市统计，医改前，市区医疗费用年均递增33.4%，医改后，年均医疗费增长12%，下降21个百分点。

三是促进了医疗机构改革。医疗保险制度改革对医疗机构既是挑战，又是机遇。由于对医疗机构实行了定点管理、“总量控制、结构调整”等一系列改革措施，医疗机构加强内部管理，合理调整医疗机构收入结构，促使医疗机构提高服务意识和服务质量。据镇江市统计，医疗机构医院药品收入占医院业务收入的比重由1994

年的 52.7%，下降到 1997 年的 43%，大型医疗设备修购费年均增长速度由医改前的 40%，下降到医改后的 16.9%，下降了 23 个百分点。

试点中也暴露出一些矛盾和问题，主要是“统帐结合”的具体形式还不能完全适应医疗保险的特点，对医疗费用的控制乏力。在实际运行中则表现为“一低一高两困难”，即企业参保率低和筹资比例偏高，基金征缴困难、医疗费用支出控制困难。如在筹资水平方面，在已经启动改革方案的 40 个试点城市中，用人单位缴费率在 10% 以上的共有 26 个，占 65%；低于 10% 的有 14 个，占 35%。费率最高的宁波市为 13.5%，最低的陕西铜川市为 7%。在单位和职工参保率方面，在试点城市中，单位和职工参保率在 60% 以上的有近 20 个城市，参保率低于 50% 的有 14 个城市。在基金征缴方面。试点城市中，原实行公费医疗的单位缴费情况较好，基金收缴率较高，一般在 90% 以上，有的甚至达到 100%；而参保企业的基金收缴率较低，一般在 40% 到 70%，如河南新乡市企业的基金收缴率仅为 30% 左右。

所以出现上述问题，一是有些地方对基本医疗保险只能根据财政和企业的实际承受能力提供最基本的医疗保障认识不够，在制定方案时，过多地照顾了现有的医疗需求，这是导致高缴费率、低参保率的主要原因；二是对医疗费用缺乏有效的制约机制，医疗机构改革滞后，医疗行为不规范，这是造成医疗费用支出难以控制的主要原因；三是医疗保险管理体制不顺，医改政策不统一，推进步调不一致，管理上存在漏洞和缺陷。

医改试点的实践证明，职工医疗保险制度改革的方向和基本原则是正确的，实行社会统筹和个人帐户相结合的医疗保险制度是符合中国国情的。实践也使我们 对医改的难点和问题越来越清楚，医改的目标和原则越来越清晰，医改的政策和办法越来越切合实际，对医疗保险制度改革规律的认识越来越深刻，因而搞好医改的信心也越来越坚定。

1997年以来，根据党中央、国务院领导关于医疗保险制度改革的指示精神，国务院职工医改领导小组组织有关部委，就职工医疗保险制度改革的若干重大问题进行了深入细致的调查、研究和分析。在此基础上，国务院颁布了《决定》，明确了城镇职工医疗保险制度改革的任务、原则和主要政策，决定在全国范围内进行城镇职工医疗保险制度改革。

二、深刻领会职工医疗保险制度改革的指导思想和基本思路

职工医疗保险制度改革的指导思想是，按照建立社会主义市场经济体制的总体要求，适应深化国有企业改革的需要，从我国社会主义初级阶段国情出发，建立具有中国特色的城镇职工基本医疗保险制度，为广大职工提供基本的医疗保障，提高职工的健康水平。

职工医疗保险制度改革的主要目的：一是建立由用人单位和职工共同缴费的机制，建立基本医疗保险基金，切实保障职工基本医疗；二是建立医疗保险统筹基金和个人帐户，发挥互助共济和个人自我保障的作用，形成医、患、保三方激励与制约相统一的内在机制，控制医疗费用过快增长，杜绝浪费。

建立城镇职工基本医疗保险制度，是建立健全社会医疗保障体系的核心，也是这次改革的重点。改革的基本思路是，“低水平、广覆盖、双方负担、统帐结合”，即基本医疗保险的水平要与我国社会主义初级阶段的生产力发展水平相适应；保障范围覆盖城镇所有用人单位及其职工；基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担；基本医疗保险实行社会统筹和个人帐户相结合。

所谓“低水平”，就是只能根据财政和企业的实际承受能力，确定合理的医疗保障水平，而不能超越生产力水平和实际可能确定过高的保障水平。换句话说，保障水平只能根据可能，不能完全根据需要。能否确定一个合理的保障水平（筹资水平），这是医改的基础，也是成败的关键。职工基本医疗保险的水平取决于社会生产力发展水平。我国还处在社会主义初级阶段，社会生产力发展水平不高，综合经济实力不强，经济发展不平衡。建立职工基本医疗保

险制度要从绝大多数人的利益出发，只能着眼于绝大多数职工的基本医疗需求，并为其提供基本的医疗服务。说到底，我们只能根据财政和企业的实际承受能力，实事求是，量力而行，既不能完全照顾过去公费、劳保医疗已经包不下来的过高消费水平，也不可能满足所有需求，更不能与发达国家攀比。当前，一些地方的财政、企业都很困难，国有企业改革进入攻坚阶段，这些也都决定了职工基本医疗保险只能从“低水平”起步，只能是“雪中送炭”，还不能“锦上添花”。

所谓“广覆盖”，就是要努力扩大基本医疗保险的覆盖面，提高基金统筹共济的能力。这既是照顾绝大多数职工利益的需要，也是提高基金统筹共济能力的需要。任何社会保险都遵循大数法则，没有一定的覆盖面，就不能有效地分散风险，均衡负担，新制度也建立不起来。所以说，扩大覆盖面是建立基本医疗保险制度的基本要求。基本医疗保险是政府举办的、强制实施的社会保险，筹资比例又是确定在绝大多数单位都能负担的水平上的，这样，任何单位就不能愿意参加的就参加、不愿意参加的不参加。职工基本医疗保险制度要覆盖城镇所有用人单位，包括企业（国有企业、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。乡镇企业及其职工、城镇个体经济组织业主及其从业人员是否参加基本医疗保险，由各省、自治区、直辖市人民政府决定。

根据上述改革的基本思路，我们采取了大政方针统一、具体办法体现差别的改革实施方略。即城镇职工医疗保险制度改革的任务、原则、主要政策和制度模式等大的方面坚持全国统一，具体的实施方案、统帐结合的实现形式等，由地方人民政府根据当地实际情况研究制定。这既考虑了我国各地经济社会发展差异较大的实际，也考虑到“统帐结合”的制度还处在一个初创阶段，还有待进一步探索完善，因而给各地留有很大的继续探索、试验、创新的空间。

三、准确把握医疗保险制度改革的基本内容和主要政策

医疗保险制度改革的基本着眼点是实现制度创新和机制转换。制度创新，就是把过去那种由国家和企业包揽的福利型的公费、劳保医疗制度，改为费用由用人单位和职工双方共同负担的、社会统筹和个人帐户相结合的职工基本医疗保险制度。机制转换，就是要建立合理的医疗保险费用筹措机制、稳定的保障机制、必要的制约机制、有效的运行机制和有利的监督机制。为此，我们要认真学习国务院《决定》，准确把握医疗保险制度改革的基本内容和主要政策。

（一）关于改革的任务和原则

《决定》中提出职工医疗保险制度改革的任务是：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，根据财政、企业和个人的承受能力，保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。

《决定》提出，建立职工基本医疗保险制度的原则是：保险水平要与社会主义初级阶段的生产力发展水平相适应；城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，实行属地管理；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。

目标任务与基本原则的关系是内在统一的。基本原则是建立基本医疗保险制度的理论依据和实践基础，目标任务是基本原则的制度体现。因此，我们讲统一思想认识，最根本的是要把我们的认识统一到《决定》明确的改革任务和基本原则上来。只有坚持改革的基本原则，才能保证医疗保险制度改革沿着正确的方向前进，才能实现改革的任务，达到预期的目的。

（二）建立医疗保险费由用人单位和职工共同负担的筹资机制

合理界定政府、企业和职工在社会保障中的责任，并适当增大职工的自我保障责任，既是当今世界社会保障制度改革的一个趋势，也是这些年来各地改革实践中得出的宝贵经验。医疗保险费由

用人单位和职工个人双方共同缴纳，既可以解决职工医疗费用由国家和企业包揽，造成财政、企业不堪重负的问题，也可以拓宽医疗保险费的筹资渠道。更重要的是，通过建立用人单位和个人共同缴纳医疗保险费的机制，可以增强职工个人自我保障的责任和节约医疗费用的意识。

《决定》规定，用人单位缴费率控制在工资总额的6%左右，职工个人缴费率一般为本人工资的2%。随着经济发展，用人单位和职工缴费率可作相应调整。6%左右的缴费水平，是全国基本医疗保险水平的一个宏观控制标准，具体对一个城市和地区来说，缴费比例是否适当，关键要看财政和企业能不能承受，看绝大多数企业能不能参加进来并按规定缴费。6%这个控制标准，是根据1996年全国职工医疗费占工资总额的7.86%，扣除不在基本医疗保险范围开支的离休人员医疗费和企业工伤、生育医疗费等因素后确定的。按照这个水平，改革前后财政和用人单位的医疗保险费负担大体相当。个人缴费为本人工资收入的2%，从这些年各地的改革实践看，职工无论在经济上还是心理上，都是可以承受的。

（三）基本医疗保险基金实行社会统筹与个人帐户相结合

基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合，是具有中国特色的医疗保险制度的基本特征。这是总结我国医疗保险制度改革经验，借鉴国外医疗保险制度的经验教训，并结合中国国情提出来的，是我们在社会保障领域的一个伟大创举。

按照《决定》，基本医疗保险基金包括统筹基金和个人帐户两部分。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；另一部分，按用人单位缴费的30%左右划入职工个人帐户，具体比例由统筹地区根据个人帐户的支付范围和职工年龄等因素确定。职工缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人帐户。个人帐户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。

统筹基金和个人帐户要划定各自的支付范围，分别核算，不能互相挤占。统筹基金要按照“以收定支、收支平衡”的原则，根据

各地的实际情况和基金的承受能力，确定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，最高支付限额原则上控制在当地职工年平均工资的 4 倍左右。统筹基金起付标准以下的医疗费由个人帐户支付，不足部分由个人自付；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，但个人也要负担一定的比例。超过最高支付限额的医疗费用，不再由统筹基金支付，可以通过商业医疗保险、社会医疗救助等其他途径解决。

实行社会统筹和个人帐户相结合，其实质就是使效率与公平、纵向积累与横向调剂两种机制有机地结合，既可以发挥统筹基金的互助共济作用，增强抗风险的能力；又可以发挥个人帐户的激励与制约作用，增强个人节约医疗费用的意识和自我保障的能力。

划定统筹基金和个人帐户各自的支付范围，分别核算，不得相互挤占。这是总结了前几年试点中的经验教训得出的一个重要结论。这样做的好处至少有三：一是有利于充分发挥个人帐户的激励、约束机制的作用，强化个人责任；二是有利于防止滥用统筹基金，避免统筹基金透支个人帐户；三是“泾渭分明”，便于管理，降低管理成本，提高管理效率。

（四）基本医疗保险管理属地化、服务社会化

实行属地管理是医疗保险的一个重要原则。所谓属地化，其实质就是社会化。实行属地管理就是打破条块分割，就是打破过去公费、劳保医疗的界限，打破过去不同所有制单位之间、不同身份职工之间的界限，在更大的覆盖范围实行统一的制度、统一的政策、统一的待遇标准和统一的社会化管理。这不仅有利于减轻企业的社会负担，而且有利于提高管理效率，更好地发挥社会保险的功能。社会化当然不仅仅是指摆脱了企业自我保险，而且还要体现在具有一定的统筹层次上。医疗保险基金的统筹层次，决定着医疗保险基金的共济范围和能力。过低的统筹层次，必然削弱通过互济抵御风险的作用，导致医疗保险统筹基金支撑乏力。

建立城镇职工基本医疗保险制度，必须确定一个适宜的基金统筹层次。《决定》规定，基本医疗保险统筹范围，原则上以地级以上行政区为统筹单位，也可以以县（市）为统筹单位（简称为统筹地区），京、津、沪三个直辖市原则上在全市范围内实行统筹。所有单位及其职工都要按照属地管理的原则，参加所在统筹地区的基本医疗保险，执行统一政策，基金统一筹集、使用和管理。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，可以相对集中的方式异地参加统筹地区的基本医疗保险。

建立城镇职工基本医疗保险制度，不搞行业统筹，实行属地管理。这既是遵循社会保险的客观规律，又是总结了过去养老保险搞行业统筹的经验教训提出来的。国务院从抓试点工作开始就反复强调这一点，但在实践中和操作上还存在一些阻力和困难，其中有思想认识方面的，也有客观实际方面的。比如一些中央、省属单位效益好，医疗待遇高，参加地方医疗保险不仅要多拿钱，还要降低原来的待遇水平，因此不愿意参加。当然，有些地方的筹资比例偏高、统筹层次较低，确实给少数行业和大企业参加地方医改带来一些实际问题。这次在《决定》中，已考虑到这些因素，并在政策上作了相应规定，包括：严格控制筹资水平，避免过多地增加这些行业的负担。同时，这些行业在参加基本医疗保险的前提下，允许搞企业补充医疗保险。另外，要求各地要适当提高统筹层次，以缓解行业参加地方统筹的困难。既然如此，如果再不认真落实属地管理的原则就没有道理了。

（五）健全医疗保险基金的监督机制，强化基金的监督管理

国际、国内的经验说明，有无健全的医疗保险基金监督机制，能否对医疗保险基金实行有效的管理和监督，是基本医疗保险制度改革能否顺利运行并取得成功的重要环节。医疗保险基金是职工的“救命钱”，必须切实管好、用好。能否管理得好、控制得住，从某种意义上说，可能比征缴还难、还重要。过去公费、劳保医疗费用增长速度过快，使财政和企业不堪重负。前阶段试点，一些城市社

会统筹基金大量超支，出现透支个人帐户等问题，有方案设计上的问题，也有管理上的漏洞。必须引起我们的高度重视，在推进医疗保险制度改革的全过程中必须自始至终地把基金的监督管理作为各项管理的核心和重中之重切实搞好。

按照《决定》，加强基本医疗保险基金的管理和监督，一是要纳入财政专户管理，做到专款专用，任何单位和个人都不得挤占和挪用，任何一级领导都无权乱批条子。为了保证基金的安全，要实行收支两条线管理。基本医疗保险基金只能用于保障职工的基本医疗，结余部分除留足一定的周转金外，只能用于购买国债，不能用来搞投资、买股票。社会保险经办机构的事业经费由各级财政预算解决，不得从基本医疗保险基金中提取。二是统筹基金要以收定支，量入为出，收支平衡。在加强基本医疗保险基金收缴的基础上，重点要做好基金的支出管理工作。三是健全基本医疗保险基金的监督机制。要建立健全基金的预决算制度、财务会计制度和社会保险经办机构的内部审计制度。此外，社会保险经办机构和财政部门要增强服务意识，做到基金的及时拨付和结算，提高工作效率。

（六）同步推进医疗机构配套改革，强化医疗服务管理

职工基本医疗保险制度改革必须有医疗机构改革的配合。医疗机构是职工医疗服务的供方，在一定意义上讲，控制医疗费用的主动权在医疗机构，医疗保险存在的所谓“道德风险”也在医疗机构。因此，只有搞好医疗机构的配套改革，才能从根本上控制医疗费用的不合理增长，才能从根本上规避“道德风险”，确保医疗保险制度改革的成功。目前，我国医疗机构存在着一些与国有企业相似的严重问题，机构重复，人浮于事，效率低下。公费、劳保医疗费用浪费严重和上涨过快，以及一些医改试点城市的统筹基金大量超支，都与目前医疗机构的管理体制和运行机制不顺有很大关系。如果医疗机构不改革，职工基本医疗保险制度即使建立起来了，也难以正常运转下去。

卫生资源的总量不足与城市卫生资源过剩并存，结构不合理，

是我国当前的一个突出问题。1996年全国有68.7%的病床和62%的医务人员集中在区县级以上大中型医院。全国平均每千人口有医师1.23名,大城市一般在4名左右,有的省会城市是全省平均数的6.8倍。这种布局 and 结构使城市医疗机构供过于求,卫生资源的使用效率很低。据统计,目前医院的病床有1/3在闲置,患者平均住院天数是发达国家的一倍。某些城市的高档医疗仪器,如CT等远远超过了发达国家的数量。如此庞大的公办医疗机构和医务人员,完全靠财政和企业来维持是非常困难的,靠职工基本医疗保险支撑同样是非常困难的,也是不合理的。

医疗机构的改革是一个十分复杂且难度很大的系统工程。当务之急是要把与医疗保险制度改革密切相关的几项工作切实抓好。特别是要围绕控制医疗费用医疗费用的不合理支出上下功夫、做文章(通常说,医疗保险难,在很大程度上就难在医疗费用难控制,世界各国都为此大动脑筋、大伤脑筋)根据几年的医改实践,要首先抓好“一分、二定、三目录”。

“一分”就是实行医、药分开核算,分别管理,切断医疗机构与药品营销之间的经济联系,使医生因病施治、合理用药,遏制滥开药、过量开药造成的浪费。“以药养医”是我国医疗卫生改革中要着重解决的一个问题。1996年全国县级以上医院的业务收入中药品收入占到了55.53%,小医院的这个比例还要高,而国外一般只占30%左右,发达国家只占15%—20%。要控制医疗费用的增长幅度,控制药品费用是关键,要使医疗机构与医药经营脱开,逐步实现医药分业管理。“二定”就是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,并制定科学合理的医疗费用结算办法。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,职工在定点医疗机构就医、购药,也可持处方到定点药店