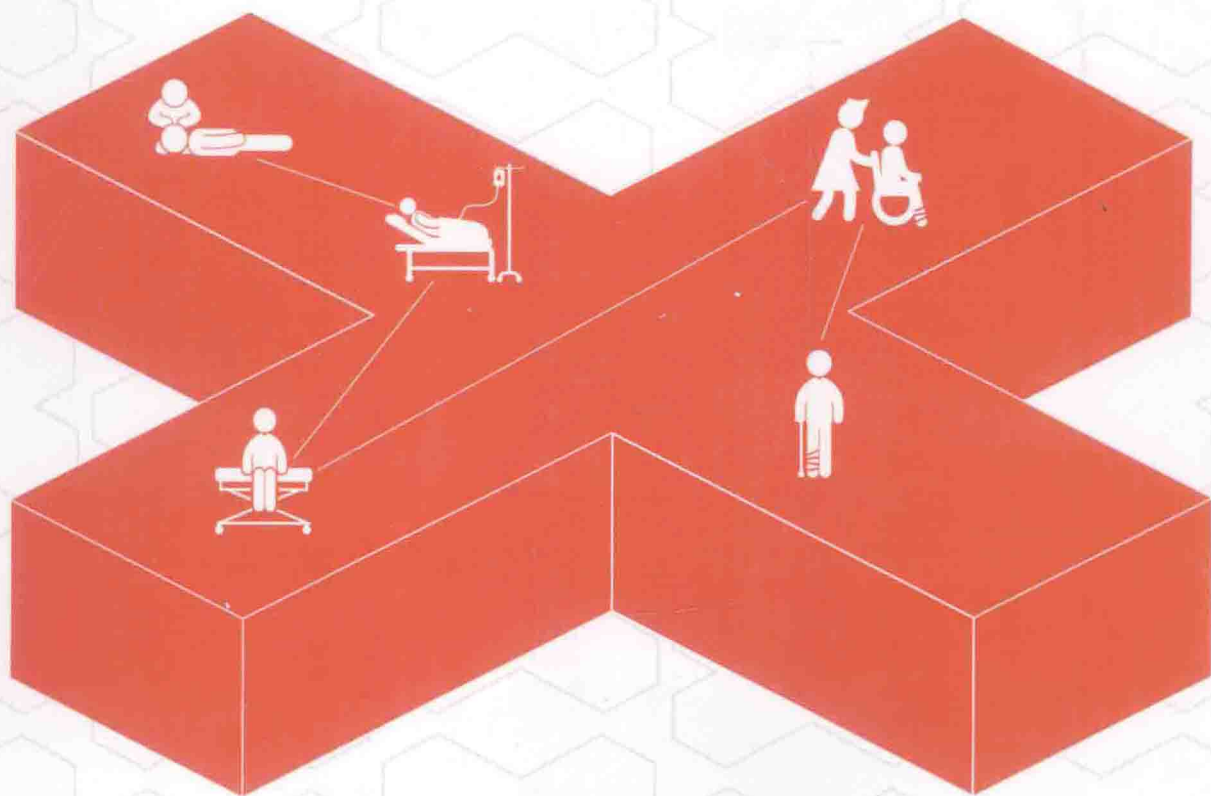


医院医疗保险管理

编著 荣惠英



科研项目资助：

国家自然科学基金项目(81072385)

山西省软科学研究项目(051044-3)

医院医疗保险管理

编 著 荣惠英

名誉主编 段政明 人力资源和社会保障部社保中心

胡 牧 北京大学第三医院

王 彤 山西医科大学公共卫生学院

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

医院医疗保险管理/荣惠英编著. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20319-7

I. ①医… II. ①荣… III. ①医院-医疗保险-管理-中国 IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 041570 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

医院医疗保险管理

编 著: 荣惠英

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 28

字 数: 887 千字

版 次: 2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-20319-7/R · 20320

定 价: 78.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序

与建立新型基本医疗保险制度同步,医院的医疗保险管理服务机构应用而生。

1998年发布的《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)明确规定:“基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。”依据这一规定,当时的劳动保障部、卫生部、国家中医药管理局制定了定点医疗机构管理办法,规定“定点医疗机构应配备专(兼)职管理人员,与社会保险经办机构共同做好定点医疗服务管理工作。”可见,在定点医疗机构设立医疗保险办公室(科),是建立新型医保制度的重要配套措施,是医院贯彻执行医保政策、加强医保管理服务的组织保障。

医院的医疗保险管理服务,具有新、难、重的特点。新,是指医院的医疗保险管理服务是一项开创性的工作,没有现成的经验可以借鉴,全靠在实践中探索。难,是指医院的医疗保险管理服务一头连着医保政策和保民权益的落实,一头连着医院管理和医疗事业的发展,是名副其实的一手托两家,工作难度大,岗位要求高:面对众多需求各异的参保病人,医保服务人员必须依据政策规定进行耐心解答和说服,参保病人因对政策不理解,误会时有发生,难度可想而知;城乡医保不统一,三项基本医保存在政策差异,给医保办的咨询服务和医院的医疗服务增添了难度;医保要求合理控制医疗费用,充分发挥基金的使用效率,医院要求积极创收,促进医疗事业发展,都无可非议,但对“一身二任”的医保办来说,怎样把二者统一起来,并非易事;重,是指肩负的责任重大,任务繁重,快速推进的全民医保带来医疗需求大释放,就医和咨询人次呈现出“井喷式”增长,给医保办的业务和咨询工作压力空前加大。

令人欣慰的是,在一个个难题面前,医院医保办的同志不负众望,不辱使命,苦练内功,以强烈的民生意识,促进医院与医保互利双赢、共同发展的全局观念,开拓进取的创新精神,出色地履行职责,成为医保政策的坚定落实者、参保民众的忠诚服务者和医保大业的有力促进者。医疗保险十几年来的持续发展,凝聚着医保办的心血和智慧,显示出这支队伍须臾不可或缺的重要地位和作用,彰显其为保民健康作出的突出贡献。作为老医保人,我感到由衷地高兴!

这本《医院医疗保险管理》,横跨医保与医院管理两个领域,借鉴吸收国内与国外两方面的实践经验和成果,兼顾历史、现状与未来的统一,集知识的全面性、探索问题的系统性、经验总结的实用性等于一体,是医院医保管理服务系统开拓进取、勇于创新的一个缩影,是理论与实践相结合,加强规范化、专业化建设的新成果,填补了我国医院医保管理服务系统缺少工具书的空白。

本书作者是医院的一位医保工作者,写的是医院医保人需要的书,完全可以作为培训、指导“两定”机构服务人员的工具书。本书对医疗保险行政、经办人员具有较强的启发和借鉴意义,值得看一看,读一读,想一想,可以从中加深对医院医保的了解,增进共识,有助于改变多年来医疗与医保联而不动的被动局面,与医院医保联合起来,共同创建医保服务的新常态,为建设更加公平可持续的全民医保制度贡献我们的力量。

这是一位老医保人的新期待!

中国医疗保险研究会顾问

《中国医疗保险》杂志社社长



2014年10月20日

前言

随着医疗保险改革的深入,我国已基本实现“全民医保”,建立了以城镇基本医疗保险和新型农村合作医疗制度为核心的多层次医疗保障体系。医院是提供基本医疗服务和发生医疗费用的主体,也是落实医疗保险政策的场所,成为医疗保险制度改革的重要环节。医院医保管理知识是管理者日常工作的理论基础和必备工具,它涉及面广、政策性强,关系到医疗保险和医疗卫生事业发展的科学性、前沿性,是医院医保管理工作实现规范化的关键。

本书为适应医疗保险制度和医院管理的需要,以医疗保险和医院管理的理论与实践为基础,以医院医疗保险管理体系为研究主题,从医院医保管理的功能组织、管理范围、业务流程、监督考核等方面探讨管理模式,设计医院医保管理的框架和内容,促进医院医保管理的规范化、科学化、系统化、标准化。第一章和第二章为医疗保险和医院管理的基本理论;第三章到第七章分别以经办机构、医院、参保人角度,从基础管理、就医管理、财务管理、信息管理和质量管理五个方面阐述了医院医保管理的主要内容;第八章为医疗卫生管理相关知识;附录为医疗保险和医疗卫生相关政策制度。

本书内容新颖,知识全面,理论与实践相结合,创新性和实用性强,借鉴吸收近年来国内外医院医保管理实践中的经验和成果,结合当前医疗保险和医药卫生体制改革中心任务,较全面地反映了我国医院医保管理的发展历史、现状与未来趋势,适用于不同等级、类别的医院和医保经办机构。对促进医疗保险和公立医院改革,提高医院管理水平,加强医院医保管理具有较强的指导意义。可供医院医保管理者、医保和新农合经办机构人员、商业保险管理人员、大中专院校学生、相关研究者、医务人员以及参保人员等参考。

荣惠英

目 录

第一章 医疗保险概论	1
第一节 医疗保险体系	1
一、医疗保险概述	1
二、医疗保险系统	4
三、我国的医疗保障体系	8
第二节 社会医疗保险基金	15
一、医疗保险基金的测算与筹集	16
二、医疗保险基金的支付与控制	19
三、医疗保险基金的管理与监督	28
第三节 定点医疗机构管理	33
一、定点医疗机构准入和协议管理	33
二、定点医疗机构考核和年审制度	37
三、定点医疗机构分级管理和医保医师制度	38
第二章 医院管理概论	40
第一节 卫生组织体系	40
一、卫生事业管理	40
二、卫生组织体系	43
三、医政管理	45
第二节 医院管理概述	47
一、医院管理	48
二、医院管理的职能	49
三、医院管理的范围	50
第三节 医院医疗保险管理概论	53
一、医院医保管理基本理论	53
二、医院医保管理相关学科与研究方法	54
三、医院医保管理历史与发展	56
第三章 医院医疗保险基础管理	59
第一节 医保管理机构组织管理	59
一、社会医疗保险机构的组织结构	59
二、我国社会医疗保险机构的组织与职能	60
三、医疗保险经办机构基础管理	65
第二节 医院医疗保险组织管理	66
一、医院医保行政管理组织	66
二、医院医保管理组织结构	72
三、医院医保管理的实施	74
第三节 医院医疗保险基础管理	77
一、医院医保管理制度	77

二、医疗保险支付范围	84
三、医院医保宣传与沟通	87
第四章 医院医疗保险就医管理	97
第一节 医保经办机构医疗管理	97
一、医保经办机构医疗管理职能	97
二、医保经办机构医疗管理内容	98
三、医保经办机构医疗管理流程	105
第二节 医院医保科医疗管理	105
一、医院医保门(急)诊管理	106
二、医院医保住院管理	107
三、医院医保转院管理	113
第三节 参保人员就医管理	114
一、参保人员门(急)诊就医	114
二、参保人员住院就医	117
三、参保人员异地就医	120
第五章 医院医疗保险财务管理	122
第一节 医保经办机构财务管理	122
一、医保经办机构财务管理职能	122
二、医保经办机构财务管理内容	122
三、医保经办机构财务管理流程	127
第二节 医院医疗保险财务管理	129
一、医院医保财务管理职能	129
二、医院医保财务管理内容	131
三、医院医保财务管理流程	136
第三节 参保人员医疗费用管理	137
一、参保人员门(急)诊费用	137
二、参保人员住院费用	138
三、参保人员异地就医费用	140
第六章 医院医疗保险信息管理	141
第一节 医保经办机构信息管理	141
一、医保经办机构信息管理职能	141
二、医保经办机构信息管理内容	143
三、医保经办机构信息管理流程	151
第二节 医院医疗保险信息管理	151
一、医院医保信息管理职能	151
二、医院医保信息管理内容	152
三、医院医保信息管理流程	158
第三节 参保人员信息管理	160
一、参保人员信息类型	160
二、社会保障卡的管理	162
三、参保单位信息管理	163

第七章 医院医疗保险质量管理	165
第一节 医保经办机构质量管理	165
一、医保经办机构监督	165
二、医疗保险运行分析	175
三、社会医疗保险评价	183
第二节 医院医疗保险质量管理	185
一、医院医保质量管理职能	185
二、医院医保质量管理内容	186
三、医院医保质量管理流程	192
第三节 医院医保质量管理技术	193
一、医院医保数据统计分析	193
二、医院医保质量管理方法	198
三、医院医保质量管理评价	200
第八章 医疗卫生管理相关常识	204
第一节 医疗管理与物价管理	204
一、医疗服务和药械价格	204
二、药械管理与医保支付	207
三、医疗管理与医保支付	210
第二节 医疗管理相关知识	213
一、医药卫生体制改革	213
二、医疗保险与医疗服务	215
三、医疗保险与卫生统计	218
第三节 医院管理相关制度	220
一、医院管理制度	220
二、医院各科室职责	237
三、医院人员岗位职责	245
附录 医疗保险与医疗卫生政策制度	254
附录1 社会保险政策	254
1-1 中华人民共和国社会保险法	254
1-2 关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定	261
1-3 关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知	263
1-4 关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见	265
1-5 关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见	268
1-6 关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见	271
1-7 关于印发城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法的通知	273
1-8 关于印发城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店服务协议文本的通知	275
1-9 关于印发城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准意见的通知	278
1-10 关于印发城镇职工基本医疗保险用药范围管理暂行办法的通知	281
1-11 关于印发国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录的通知	283
1-12 关于调整和制订新型农村合作医疗报销药物目录的意见	285
1-13 关于印发城镇职工基本医疗保险业务管理规定的通知	286

1-14 关于印发社会保险基金财务制度的通知	289
1-15 关于印发新型农村合作医疗基金财务制度的通知	295
1-16 关于印发加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理意见的通知	298
1-17 关于印发城镇职工基本医疗保险管理信息系统建设指导意见的通知	300
1-18 关于开展城镇职工基本医疗保险定点医疗机构信用等级评定工作的意见	303
1-19 关于进一步推进医疗保险付费方式改革的意见	304
1-20 关于开展基本医疗保险付费总额控制的意见	306
1-21 关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见	309
1-22 关于进一步加强生育保险工作的指导意见	311
1-23 关于妥善解决城镇居民生育医疗费用的通知	312
1-24 工伤保险条例	313
1-25 2013 年全国社会保险情况	319
附录 2 医疗卫生政策	322
2-1 医疗机构管理条例	322
2-2 医疗机构管理条例实施细则	325
2-3 中华人民共和国执业医师法	334
2-4 护士执业注册管理办法	338
2-5 会计从业资格管理办法	340
2-6 中华人民共和国药品管理法	343
2-7 中华人民共和国药品管理法实施条例	351
2-8 医疗器械监督管理条例	359
2-9 大型医用设备配置与使用管理办法	368
2-10 医疗器械临床使用安全管理规范(试行)	372
2-11 抗菌药物临床应用办法	375
2-12 医疗机构临床用血管理办法	380
2-13 医疗技术临床应用管理办法	383
2-14 医疗机构手术分级管理办法	389
2-15 处方管理办法	391
2-16 医疗机构病历管理规定	396
2-17 中华人民共和国侵权责任法(第七章医疗损害责任)	399
2-18 医疗事故处理条例	400
2-19 关于印发改革药品和医疗服务价格形成机制的意见的通知	406
2-20 关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知	409
2-21 2013 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报	410
附录 3 本书图表范例索引	416
附录 4 社会保险术语	418
附录 5 全国医院医疗保险服务规范(试行)	431
参考文献	435
后记	437

第一章

医疗保险概论

社会保障是世界上各个国家都在实施的一项社会政策,也是一个国家社会经济制度的重要组成部分。而医疗保障制度作为社会保障制度的重要组成部分,是保障社会成员健康,保障劳动力资源,从而促进经济发展的重要社会制度。进入新世纪,我国在全国范围内逐步建立了以城镇基本医疗保险和新型农村合作医疗制度为核心的多层次医疗保障体系。本章内容阐述了医疗保险的相关概念,社会医疗保险基金的运行,以及定点医疗机构管理的相关制度。

第一节 医疗保险体系

社会保障中的医疗保障制度,特别是医疗保险制度涉及面广、内容复杂、运行难度大。医疗保险作用的发挥是通过医疗保险机构、被保险人群、医疗服务提供机构以及政府之间的一系列复杂的相互作用过程来实现的。

一、医疗保险概述

(一) 社会保障

社会保障(Social security)源于“社会安全”一词,是指国家依法强制建立的、具有经济福利性的国民生活保障和社会稳定系统,是社会经济发展到一定阶段的必然产物。社会保障制度是社会政治经济制度的重要组成部分,也是社会经济发展的安全网和社会矛盾的缓冲器。

现代社会保障制度的产生是在19世纪的德国,其标志是一系列社会保险相关法律法规的出台。1935年美国颁布了历史上第一部《社会保障法》。我国于1951年颁布了《中华人民共和国劳动保险条例》,1993年在“关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定”中,提出了养老和医疗保险的统分结合模式,并将社会保障体系概括为社会保险、社会救济、社会福利、社会互助、优抚安置、个人储蓄积累保障等内容,其中社会保险是社会保障最主要的支柱。我国现阶段社会保障体系的构成如图1-1。

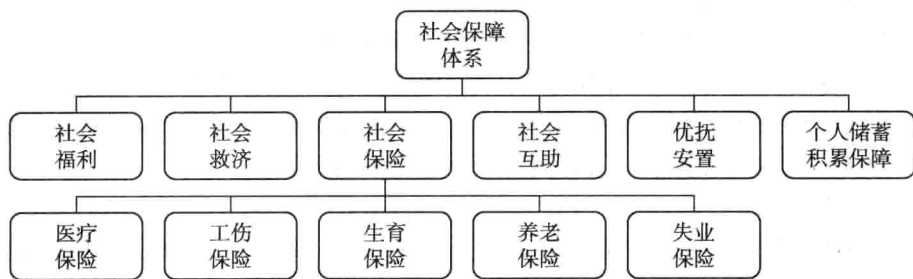


图 1-1 我国社会保障体系的构成

(二) 社会保险

保险(insurance)是相对于风险来说的。风险是意外事件发生的可能性,是一种客观存在的、损失的发生具有不确定性的状态,是保险产生的前提。人类常常会遇到自然灾害、意外事故以及自身生、老、病、死、自然规律带来的各种各样的风险,而疾病风险就是其中之一,是关系到人类基本生存权益的特殊风险,造成的损失将影响到个人、家庭、集体、社会。保险是一种经济补偿制度,它以合同的形式集合众多受同样风

险威胁的人,按损失分摊的原则预先收取保险费,建立保险基金,用以补偿风险发生后给被保险人所带来的经济损失。

保险根据标的,分为财产保险和人身保险;根据保险的保障范围,分为财产保险、责任保险、保证保险和人身保险;根据保险的实施方式,分为强制保险和自愿保险;根据风险转嫁形式,分为原保险、再保险和共同保险;根据保险人经营的性质,可分为社会保险和商业保险。

社会保险(social insurance)是根据国家通过立法,由劳动者个人、单位或集体、国家三方面共同筹集资金,在劳动者及其直系亲属遇到年老、疾病、工伤、生育、残疾、失业、死亡等风险时给予物质帮助,以保障其基本生活的一种社会制度。社会保险在我国分为医疗、工伤、生育、养老、失业五个险种。社会保险由国家举办,通过立法形式强制推行,是社会保障制度的最核心的内容。

(三) 医疗保障

医疗保障(health security)是指国家通过法律法规,积极动员全社会的医疗卫生资源,保障公民在患病时能得到基本医疗的诊治,同时根据经济和社会状况,逐步增进公民的健康福利水平,提高国民健康素质。

从社会保障制度的角度来看,医疗保障属于社会保障的有机组成部分,也要惠及每一个社会成员,在制度框架上是多层次、多形式、多样化的,医疗保险是其中的一种;从医疗卫生事业的角度来看,卫生福利体系包括医疗保障制度和医疗卫生服务体系,两者既相互联系、相互交叉,又自成体系,独立运行。我国现阶段医疗卫生福利体系的构成如图 1-2:

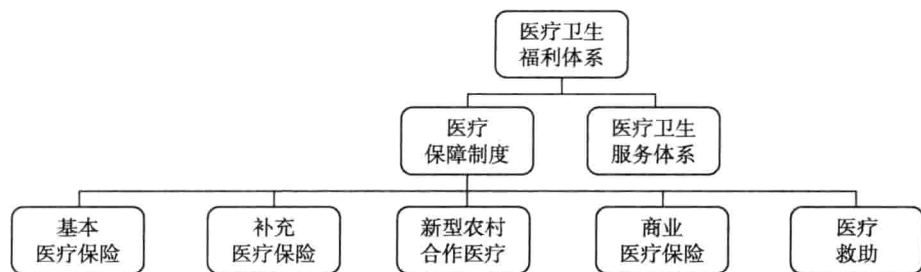


图 1-2 我国医疗卫生福利体系的构成

(四) 医疗保险

1. 广义的医疗保险指健康保险(health insurance),发达国家的健康保险不仅包括补偿由于疾病带来的经济损失(医疗费用),也包括补偿间接经济损失(如误工费),对分娩、残疾、死亡也给予经济补偿,以至于支持疾病预防、健康维护等等。狭义的医疗保险(medical insurance)是指以社会保险形式建立的、提供因疾病所需医疗费用资助的一种保险制度。一般而言的医疗保险指的是社会医疗保险。

2. 医疗保险根据保险性质的不同,可分为社会医疗保险和商业医疗保险;根据保险层次的不同,可分为基本医疗保险和补充医疗保险;根据保险对象的不同,可分为职工医疗保险和居民医疗保险等;根据保险范围的不同,可分为综合医疗保险、住院医疗保险和病种医疗保险等。

3. 医疗保险的基本原则

(1) 强制性原则:医疗保险是由国家立法规定享受范围、权利、义务及待遇标准,强制执行的社会制度。

(2) 全员参保原则:由全社会劳动者来共同承担责任,这样抵御疾病风险的能力就大大增强。

(3) 费用分担原则:一方面,医疗保险基金由国家、用人单位和个人三方面共同筹集;另一方面,医疗费用由医疗保险基金和个人共同分担。

(4) 保障性原则:以保障人们的平等健康权利为目的。

(5) 公平与效率原则:指公平与效率相结合,既要体现公平,又要兼顾效率。

(6) 属地管理原则:我国基本医疗保险实行属地管理,在一个统筹地区内,执行统一政策,基金统一筹集、使用和管理。

(五) 医疗保险法律法规

医疗保险的法律制度是医疗保险事业的重要组成部分,是医疗保险制度得以实施的重要保证。

1. 相关概念 医疗保险法(medical insurance law)是调整在医疗保险中形成的各种社会关系的法律规范的总称。医疗保险法律关系是国家医疗保险法律确认和保护的权利和义务内容的具体的社会关系,是医疗保险制度主体间的权利和义务关系。医疗保险法律关系由医疗保险法律关系的主体、内容和客体三部分组成。

医疗保险合同(medical insurance contract)是指医疗保险经办机构与参保单位所订立的一种在法律上具有约束力的协议。基本医疗保险服务协议是我国社会医疗保险经办机构与定点医疗机构或药店签订的一种服务协议,即是一种服务“合同”,具有行政合同和经济合同的双重特性。

2. 关于我国医疗保险法律的探讨 《中华人民共和国宪法》中明确规定:“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”《中华人民共和国社会保险法》(见附录 1-1)已于 2011 年 7 月 1 日起正式实施,其中明确规定国家建立基本医疗保险、生育保险、工伤保险等社会保险制度,以保障公民在疾病、生育、工伤等情况下从国家和社会获得物质帮助的权利。但对于医保经办机构的性质、医疗保险协议的性质以及协商和纠纷解决机制无尚未立法,亟待以法律形式明确,以建立与现行法律相衔接的程序法律规范,保障关系民生的重大问题能够有效解决,建立和谐的社会关系。

(1) 我国医疗保险法律关系的界定探讨

我国的医疗保险法律关系应具有法律具有的共性,即指引人们的社会行为,调整社会关系中人们之间的权利和义务联系,是社会内容和法律形式的统一。医疗保险法律关系也应具有部门法律关系自身的特殊性,主要表现在:

- 1) 医疗保险法律关系所涉及的社会活动内容局限在医疗保险的范围之内;
- 2) 医疗保险法律关系的主体涉及医、保、患三方,客体涉及财产权、行政权、经营自主权、知情权、隐私权、名誉权;
- 3) 医疗保险法律关系的内容涉及医疗保险的权利和义务;
- 4) 医疗保险法律关系是一种多重的法律关系,具有行政法律关系、民事法律关系和社会法律关系的特征;
- 5) 医疗保险法律关系的调整方式可以有法律调整、行政调整和社会机构调整。

(2) 我国医疗保险法律关系的主体和客体探讨:我国医疗保险法律关系的主体应包括国家行政机关、经办机构、定点医疗机构和药店、参保单位、集体和参保人员。客体应包括医疗保险基金和财政预算资金的财产权,经办机构、医疗机构和用人单位的自主经营权,参保职工的财产权、隐私权、医生的名誉权,以上各方的知情权。

(3) 我国医疗保险法律关系的内容探讨:我国医疗保险法律关系的内容应是各主体的具体权利和义务:

1) 国家行政机关在医疗保险法律关系中的权利主要体现在制定法律法规、政策措施,认定定点医疗机构和定点药店的资格,制定药品、诊疗和服务设施目录等标准,开展医疗保险监督检查等方面。其义务主要体现在推行医疗保险制度,通报医疗保险基金运行情况,提供医疗保险政策咨询和工作指导,进行行政执法等方面。

2) 医疗保险经办机构在医疗保险法律关系中的权利主要体现在依法征缴医疗保险费,用医疗保险合同管理定点医疗机构和药店,管理和支付医疗保险基金等。其义务主要体现在执行和宣传医疗保险政策,组织单位、集体和个人参加医疗保险,按时征缴医疗保险费,提供医疗保险服务,防范医疗保险基金欺诈行为,接受财政、税务、审计等部门的监督等。

3) 定点医疗机构在医疗保险法律关系中的权利主要通过医生行使处方权,通过医疗服务收取医疗费用,进行医疗鉴定、开具有关证明等;定点药店的权利主要体现在药师和经营人员进行药品销售。定点医疗机构的义务主要体现在提供门诊和住院治疗,记载和保管病历档案,接受参保人员咨询等;定点药店的

义务主要是提供购药服务。

4) 参保单位、集体在医疗保险法律关系中的权利主要是为职工或人群参加医疗保险;参保人员的权利主要体现在享受医疗保险待遇,对医疗服务和医疗保险政策的知情权。参保单位、集体在医疗保险法律关系中的义务主要是筹集和缴纳医疗保险费;参保人员的义务主要体现缴纳个人应付的医疗保险费,支付个人承担的医疗费,配合医务人员进行检查和治疗等。

(4) 我国医疗保险法律关系的运行探讨:医疗保险法律关系的运行,在制度层面应构建完整的医疗保险体制,形成良性的制度运行机制;在法律层面应制定一系列的法律、法规、政策,建立一支熟悉医疗保险法律的司法和行政执法队伍;在管理层面应实现医疗、财务、信息技术等业务人员的专业化管理。

3. 医疗保险中的纠纷与处理

(1) 医疗保险中的纠纷按其性质不同可分为行政纠纷和民事纠纷两类。

1) 医疗保险中的行政纠纷一般有:医疗保险管理机构的行政处罚或行政强制措施不服而产生的纠纷;为符合法定条件申请医疗保险资格或申请定点医院资格,而医疗保险管理机构拒绝申请或不予答复而引起的纠纷;医疗保险管理机构没有依法给付保险金的纠纷;医疗保险管理机构违法设置义务而产生的纠纷;医疗保险管理机构关于平等主体之间各种纠纷事实的认定以信赔偿问题的行政裁决不服而引起的纠纷。

2) 医疗保险中的民事纠纷一般有:保险承办机构与约定医疗机构之间签订了医疗保险合同,因一方不履行合同而引起的纠纷;医疗单位与接受医疗服务的参保人之间因医疗服务质量或医疗费用等原因引起的纠纷;医疗保险承办机构与用人单位及被保险人之间在合同履行方面引起的纠纷;单位与被保险人之间因医疗保险产生的纠纷。

(2) 医疗保险纠纷的处理途径:

1) 社会调整:在医疗保险中,指由社会仲裁机构或第三方机构建立由医疗卫生、社会保障、药品监督、物价管理等部门专家组成的医疗保险争议调解组织,对经办机构、医疗机构、药店和参保职工之间的医疗保险争议进行调解和仲裁。

2) 行政调整:有行政裁决和行政复议。

行政裁决指行政管理机构依照法律法规的授权,对于行政管理活动密切相关的特定民事纠纷进行裁定与处理行为。在医疗保险中集中表现在被保险人与约定医疗机构之间因医疗服务质量或医疗费用而产生的纠纷。

行政复议指公民、法人或其他组织不服行政主体的具体行政行为,依法请求上一级行政机关或法定复议机关重新审查,并做出决定的活动。在医疗保险中,指约定医疗机构、用人单位和被保险人等管理相对人认为医疗保险管理机构的具体行政行为侵犯其合法权益,向该管理机构的上一级主管部门申请重新审查并做出决定的行为。

3) 司法裁决:即诉讼,是国家司法机关在当事人和其他诉讼参与人的参加下,用裁判或以其他方式解决案件而进行的活动,具有最终裁决的法律效力。可分为民事诉讼、行政诉讼和刑事诉讼三种类型。在医疗保险中,指通过司法程序,对医疗保险法律关系中的违法行为进行调整。

二、医疗保险系统

医疗保险系统(medical insurance system)是一个以维持医疗保险的正常运转和科学管理为目的的,主要由被保险人及其单位、医疗保险机构、医疗服务提供机构等要素组成的,以规范医疗保险费用的筹集、医疗服务的提供、医疗费用的支付为功能的有机整体。

医疗保险系统的形成有一个从简单到复杂的过程。随着社会经济与医学的发展,系统中的各方相互作用,相互影响,从而使医疗保险系统不断地趋于完善,构成了由医疗保险机构、被保险人、医疗服务提供者和政府组成的现代医疗保险系统。见图 1-3。

(一) 医疗保险系统在社会系统中的位置及相互关系

政府以经济、法律、行政等手段介入到医疗保险系统,并把它纳入到整个社会保障系统中,政府处于医

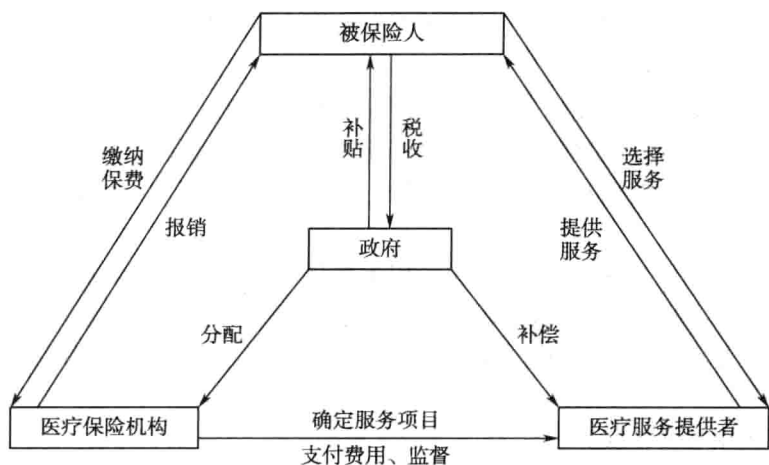


图 1-3 医疗保险系统的构成

疗保险各方的领导地位,医疗保险管理必须是多个部门的参与,主要涉及人力资源和社会保障、医疗保险、财政、物价、税务、医药、金融等职能部门,其中社会保障和医疗保险是主要的管理部门。就社会分工来看,财政部门管理医疗保险基金,物价部门对供方价格实行管理,医药、医疗保险部门负责医药、医疗保险协调管理,银行等金融机构则提供金融服务,而政府领导层则负责协调相关部门在医疗保险系统中充分发挥各自的作用。

(二) 医疗保险系统各方的特点

1. 政府 由于政治、经济、文化、体制、医疗保险模式等多种因素的影响,政府对医疗保险的管理有不同的方式,但一般有计划型、市场型、中间型三种管理模式。计划型管理模式的主要特点是政府承担医疗保险的责任,保险的公平性、均衡性、普及性得以保证,保险费用易于从总量上得以控制。但保险各方的积极性和效率下降,政府要为不断上涨的医疗费用负责而不堪重负。市场型管理模式,政府只做宏观规划,医疗保险基本由市场调节,会出现公平性下降、费用难以控制等问题。中间型管理模式,政府一方面要在市场之外进行宏观调控,同时要用计划手段进行适当的控制,甚至对医疗保险的某些部分直接参与。许多国家在总结多年的经验后,都在逐步向中间型管理模式靠拢。

2. 医疗保险机构 医疗保险机构指具体负责医疗保险费用的筹集、管理、支付、监督等业务的机构,又称为医疗保险方。根据医疗保险机构独立经营的程度高低,社会医疗保险机构可以分为三类:

(1) 政府机构型:这类医疗保险机构的运行基本按照政府计划规定办事,主要目标是保障政府计划的落实,可视为政府的派出机构,其机构成员类似于国家公务人员。经营效果主要依赖于行政管理水平,经营活动几乎没有风险。这类医疗保险机构在各国医疗保险机构中较少,例如加拿大、中国的医疗保险机构。

(2) 独立经营型:这类医疗保险机构在经营方面基本独立,包括组织人事、财务安排、经营决策等都可以自行决定,只是在总体上按照政府有关医疗保险的法规执行,并接受国家有关部门的监督。在财务经营方面自负盈亏,可以发展,也可以倒闭。商业保险公司经办的医疗保险多属于这种类型,例如,美国、荷兰等国的医疗保险机构。

(3) 中间型:世界上许多国家的医疗保险机构属于中间型。这类机构一方面接受政府统一的计划安排,另一方面又有相对独立的经营权,如在决定保险范围、保险费率和经营方式拥有一定程度的自主权。居民可自由选择保险机构,保险机构之间存在着一定的竞争。因此,既可以在实施医疗过程中保证社会公益性,又可以通过保险机构间的竞争保持较好的效率和效益,是一种较为合理的机构模式。

3. 被保险方 在我国被保险方通常指参保单位或参保人。综合多个国家医疗保险政策,对被保险方可以从以下几个角度进行分类:

(1) 按经济收入分类:一般划分为高、中、低三类。中等收入的人群是大多数,一般保险政策是针对他们而定。对于低收入人群,往往采用政府资助保险费的办法参加保险。

(2)按年龄分类:许多国家把65岁以上的老年人作为特殊保护对象,由国家负担保险金,支付医疗费。商业保险往往按不同年龄段收取保险金额。

(3)按职业进行分类:即不同职业的人群享有不同的保险政策。我国常见的职业人群有企事业单位的职工、国家公务员、特殊人群(例如离休人员)、灵活就业人员、城镇居民、农民等。

(4)按健康状况进行分类:对患有一些特殊疾病的人群,例如:残疾人、传染病患者、癌症患者等,由国家出资承担保险费、医疗费。

4. 医疗服务提供方 在医疗保险制度中,医疗服务提供方指经医疗保险统筹地区劳动保障行政部门审查,并经社会保险经办机构确认的,为城镇职工医疗保险参保人员提供指定医疗服务的医疗机构及其医务人员。我国医疗保险实行定点医疗制度,即为参保职工提供医疗服务的医疗机构分为定点医疗机构和定点药店。

(三)医疗保险系统中各方的关系

在现代医疗保险系统中,四个基本构成方围绕着医疗费用的补偿问题相互作用,相互影响,这一系统中各方的关系实质上是一种经济关系,其表现在以下四个方面:

1. 医疗保险机构与被保险方 医疗保险机构向被保险方收取保险费、确定医疗服务范围、组织医疗服务、确定医疗费用的补偿水平。在这一环节中,医疗保险机构通过确定医疗服务范围,满足被保险人的健康需求。

2. 被保险方和医疗服务提供方 被保险人向医疗服务提供方选择自己所需的医疗服务,并支付需自付的费用。在这一环节中,一般采用个人账户和费用分担的方法,使被保险方自我约束,审慎选择所需的医疗服务种类和服务量,以达到控制费用的目的。

3. 医疗服务提供方与医疗保险机构 医疗保险机构向通过一定的形式向医疗服务提供方支付医疗费用,同时对医疗服务的质量进行监督。在这一环节中,医疗保险机构通过改变支付方式约束医疗服务提供方的行为,同时采取一些外部监督措施,以达到既保证医疗服务质量又能有效地控制医疗费用的目的。

4. 政府与各方 政府与各方的关系主要体现在政府作为管理方对医疗保险系统的其他三方:保险方、被保险方和医疗服务提供方的行为进行监督和管理。政府一般通过法律、政策、行政和经济手段等来调节和保障三方的利益。

(四)医疗保险管理体制

医疗保险管理体制是组织领导医疗保险活动的管理原则、管理制度、管理机构和管理方式的总和。医疗保险管理体制一直是各国推行社会医疗保险最关键、最敏感、的因素,它在很大程度上决定着医疗保险资源的使用效率,决定着参保人员得到的医疗服务数量和质量。医疗保险的管理是通过一定的管理模式实现的,主要是指医疗保险行政与业务管理的组织制度,包括各级医疗保险管理机构的主体、职责权限的划分及其相互间的关系。由于各个国家政治、经济、文化和历史背景的不同,医疗保险的管理体制也不尽相同,从世界范围来看,各国医疗保险管理体制概括起来有以下三种模式:

1. 政府调控下的医疗保险部门和卫生部门分工合作模式 这种模式下,政府不直接管理医疗保险,只制定强有力的法律框架,并通过某个主管部门进行宏观调控;在政府法律的框架内,各机构拥有自主权。医疗保险部门由许多相对独立的公共机构组成,负责筹集和管理资金、支付费用;卫生部门负责提供医疗服务。这种模式以市场调节为主,医保、医疗双方各自独立、互相协商,通过签订和执行医疗服务合同发生经济关系,为参保人提供医疗服务。这种模式一般见于社会医疗保险实施前医疗市场就已相当发达的西方国家,主要是欧洲国家,例如德国、法国。20世纪90年代以来我国实行的社会医疗保险基本上也是这种模式。

这种模式的优点是社会医疗保险制度与市场经济有机结合,既保证社会稳定,又促进经济发展;比较灵活,可以根据医疗保险需求调整资金筹集,并通过支付制度的改革调整资源供给;医疗保险与医疗服务职责分明、独立核算、相互制约,有利于卫生资源合理利用;病人择医自由度高,对服务质量满意度高。但是,实行这种模式需要比较发达的医疗服务市场、比较完善的支付制度,同时还需要政府较强的监督和调控。

2. 社会保障部门主管模式 社会保障部门主管模式的特点是社会保障部门统一制定有关政策;所属社会保险组织不仅负责筹集和管理医疗保险基金,还组织提供医疗服务,也从社会上购买一部分医疗服务。这种模式多见于医疗资源比较缺乏且分布不尽合理的发展中国家。实行这种模式的关键是要协调好社会保障所属医疗系统与原卫生部所属医疗系统的关系,防止资源配置不当,造成浪费;并要调整好对医疗机构的补助和工作人员的工资,调动医疗机构和工作人员的积极性。

这种模式能够较快地促进卫生系统的发展,有效地提供初级卫生服务,摆脱缺医少药困境,有利于控制医疗保险费用,并可通过本系统内部的资源调整来满足医疗需求的变化。拉丁美洲和其他发展中国家一般采用这种模式。其缺陷是:社会保障部门所属医疗机构与卫生部门的职能容易重复,不利于行业管理和实行区域卫生规划;主要依靠的是部门内部人员和设施,不能充分利用社会上已有的医疗资源;医院设施归医疗保险机构所有并受其支配,行医自主权受到限制;参保人只能在医疗保险系统内部的医疗机构看病,择医自由受到某些限制。

3. 卫生行政部门主管模式 卫生行政部门主管模式的特点是国家的医疗保险计划和政策通过卫生部门来贯彻实施,卫生部门既负责分配医疗资源,又负责组织提供医疗服务。由国家财政资助的医疗保险制度一般采用这种模式,如英国、加拿大、瑞典等,我国的公费医疗和新型农村合作医疗制度也属于这种模式。

这种模式将福利与卫生结合起来,在提高医疗保险资源经济效率和加速实现卫生保健目标方面有许多优点:有利于实行行业管理和区域卫生规划,让有限的卫生资源得到充分利用;以预算制和工资制为主要补偿和支付方式,利于成本控制;有利于预防与治疗相结合;被保险人能够平等地享受医疗服务。但是实行这种模式,医疗保险水平和医疗卫生事业的发展受政府财政状况的影响较大,需要有较强的监督机制才能保证被保险人获得适当的、满意的医疗服务,还需要有完善的预算分配制度,既加强费用控制,又调动卫生部门的积极性。

(五) 我国社会医疗保险机构的性质和职能

在我国,社会医疗保险机构是政府隶属下的事业单位,社会医疗保险机构所从事的医疗保险是一项社会公益事业,所承担的医疗保险范围是基本医疗保险,不以盈利为目的,其事业经费不能从社会医疗保险基金中提取,而由各级财政预算解决。社会医疗保险机构代表政府执行医疗保险的各种方针政策,是具有一定自主经营权的非营利性的事业单位,同时也是按照国家有关医疗保险的政策法规运作,并接受政府的监督。各个统筹地区的社会医疗保险机构要根据当地不同的经济发展水平,以“以收定支,收支平衡”的原则自主确定医疗保险实施方案。

社会医疗保险组织机构通过业务活动将医疗保险费的提供者和医疗服务的提供者联系起来,将传统的医患双边关系变成了医、保、患的三方关系,其职能是有效地开展医疗保险业务,保证医疗保险系统的正常运转,包括筹资、支付、管理、服务、监督等方面。

1. 筹集医疗保险基金 征收方式主要有征税方式和征费方式。主要包括制定保险基金的筹集原则、方式和程序;做好统筹单位的建档工作;一些有关指标的测算和预算;选择有效的资金筹集方式;组织缴纳保险费;对医疗保险市场的调查研究等。

2. 组织医疗卫生服务的提供 包括定点医疗机构的资格审查;确定医疗卫生服务的范围和种类;提供接受医疗卫生服务的程序和方式等。

3. 支付医疗保险费用 选择和确定付费方式;审核定点医疗机构提供服务的情况;支付款项的账务处理;医疗费用的控制等。

4. 对医疗服务提供方和参保人的监督 对服务提供方的监督包括对服务范围和种类的监督,对服务价格、收费的监督以及服务水平和质量的监督;对参保人的监督包括对参保人道德风险、各种违反保险条例的欺诈行为进行的监督。

5. 医疗保险基金的管理和运营 催收欠缴的单位与个人,保证基金及时入账;基金纳入专户管理,专款专用;建立健全医疗保险经办机构的预决算制度、财务会计制度和审计制度,加强核算和管理;加强基金的运营管理、风险管理,保证基金的保值和增值;加强对基金的社会监督等。

6. 参与制定有关医疗保险的法律、法规和政策 医疗保险组织机构是医疗保险的直接实施部门,最了解整个医疗保险的运行情况,很多医疗保险措施是由其制定的,国家要制定有关医疗保险的法律、法规时,也需要医疗保险组织机构的参与。

(六) 我国医保经办机构的管理内容

1. 法律管理 医疗保险法律管理是由国家法律确认的方式,使医疗保险制度主体间的权利和义务关系明确,即医疗保险各方在医疗保险的缴费、支付、基金监管中所发生的权利和义务关系明确。这种关系通过国家强制力保证,不仅是社会医疗保险管理的基础,更是社会医疗保险运行的根本保证。

2. 行政管理 主要指社会医疗保险的计划、组织、协调、实施、立法、控制和监督检查等通过国家行政机构实施。社会医疗保险的保障对象、经费来源、享受条件、给付标准、管理方式、管理机构等都必须以国家立法为依据公布实施。社会医疗保险法一经国家公布,政府主管部门就要积极组织实施并监督检查;具体经办机构要认真做好诸如登记、收支、统计、分析等具体细致的技术操作工作,保证社会医疗保险制度的正常运转。

3. 基金管理 主要包括医疗保险基金的筹集、支付和运用等方面的财务管理。要建立健全一套统一的、科学的财务制度、会计制度、审计制度和报表报告制度,并要严格执行。如在我国,社会医疗保险的现收现付和补偿给付财务管理形式与工伤、养老失业等其他社会保险有着明显的区别,会计账目必须清楚无误,确保社会医疗保险基金的专款专用。

4. 医疗保险业务管理 医疗保险业务管理涉及参保人群、医疗服务提供者、医疗保险管理机构以及政府等多方。医疗服务管理又对医疗、药品、护理等专业化程度要求很高,这是医疗保险管理的复杂性所在,是社会医疗保险管理的核心内容。社会医疗保险管理机构不直接向参保人提供医疗服务,而必须通过医疗服务机构进行,因而,在医疗保险运行过程中,提供高质量的医疗服务管理成为社会医疗保险的最为主要的內容,对其管理显得十分重要。从某种意义上说,对医疗服务的监督和管理的好坏直接关系到社会医疗保险制度运行结果的好坏。

5. 信息管理 医疗保险信息管理是以医疗保险的基金运动规律和医疗保险服务质量为核心的管理,它对社会医疗保险运行和政策评估有着直接影响。医疗保险信息管理以提高医疗保险管理的效率及决策科学性为目的,因此,其主要任务在于实时、准确、完整和全面地采集医疗保险运行的信息,并对其科学加工处理,为社会医疗保险的决策和有效管理提供依据。随着社会经济的发展,知识经济的到来,信息管理在社会医疗保险的管理中扮演着越来越重要的角色,起着越来越重要的作用。

6. 其他管理 主要指社会生活服务工作。社会医疗保险的社会生活服务工作包括面非常广,如随访、慰问、护理、社区调查等都属于该范畴。

(七) 医疗保险的社会意义

1. 有助于提高劳动生产率 医疗保险是社会进步、生产力提高的必然结果。反过来,医疗保险制度的建立和完善又会进一步促进社会的进步和生产力的发展。

2. 有助于维护社会稳定 医疗保险对患病的劳动者给予经济上的帮助,维持这些人的正常生活,有助于消除因疾病带来的社会不安定因素。

3. 有助于促进社会文明与进步 医疗保险是一种社会共济互助的经济形式,这种形式是建立在互助合作的思想基础上的。

4. 有助于体现社会公平性 医疗保险体现了公平与效率相结合的原则,同时也是一种社会再分配的方式,所有劳动者患病后有均等的就医机会,依据其病情提供基本医疗服务。

5. 有助于增强费用意识和健康投资意识 医疗保险制度实行费用分担制,有助于控制医疗费用,加强自我保健,提高医疗保障能力,有效利用卫生资源。

三、我国的医疗保障体系

医疗保障制度是在传统医疗制度和医疗互助的基础上建立起来的,经历了长期的演变和发展过程。传统医疗制度阶段是自费看病,是人类历史上的一种传统的医疗费用负担形式。从17世纪开始,在欧洲