

第一章 医疗保险概述

建立医疗保险制度是我国医疗卫生体制适应社会主义市场经济发展的重大改革措施。学习和了解我国城镇职工基本医疗保险制度，首先需要了解我国卫生费用的增长与国民经济发展增长速度的关系，从而才能深刻理解为什么要进行这项医疗保障制度改革的现实意义。本章介绍我国城镇职工基本医疗保险制度的特征、构成等基本概念。

一、医疗费变化趋势

(一) 卫生总费用

卫生总费用(National health expenditure, NHE), 也称国家卫生账户(National health account, NHA)。卫生总费用是指政府、社会和居民个人卫生投入的

总和。国家卫生总费用主要受人口因素、年龄结构、通货膨胀、卫生服务的弹性需求等因素影响。卫生总费用占国内生产总值（GDP）的比重是各国通用的衡量卫生发展与国民经济发展是否相适应的重要评价指标

20 世纪 90 年代我国卫生总费用占国内生产总值的比例呈快速增长趋势（图 1），卫生总费用年平均增长率（13.13%）明显高于国内生产总值年平均增长率（10.78%）。我国城乡居民人均卫生费用以平均 21% 的速度增长（图 2）

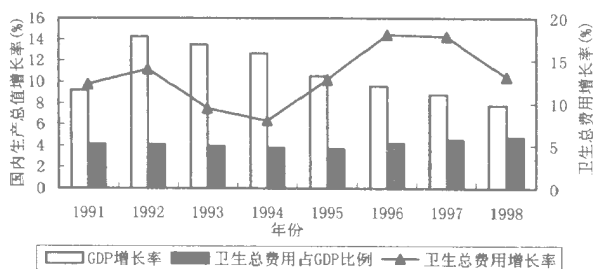


图 1 卫生总费用与 GDP 年增长率 (%)

卫生总费用按卫生保健服务功能可以分为医疗费用、公共卫生费用、卫生发展费用和其他卫生费用。1998 年，医疗费用占卫生总费用 78.66%，公共卫生费用和卫生发展费用分别占卫生总费用的 9.78% 和 10.19%，其他卫生费用占 1.37%。公共卫生费用中，防治防疫费用占 35.99%，妇幼卫生费用

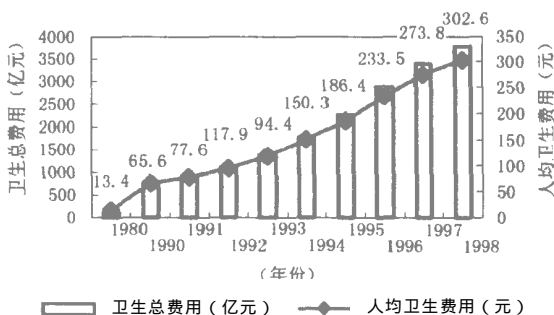


图 2 城乡居民人均卫生费用增长 (元)

约占 38.92%。

(二) 医疗费用

医疗费用分为医疗服务费用和医疗药品费用，我国医疗服务费用和医疗药品费用比例在 4:6 之间。医疗服务费用还包括各种检查费用，实际医疗服务费用在 30% 以下。药品费用中零售药品费用所占比重由 1990 年的 4.58% 上升为 1998 年的 16.08% (图 3)。

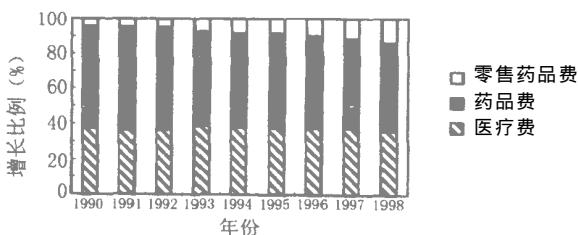


图 3 医疗服务费用和医疗药品费用

医疗服务费用和医疗药品费用价格结构的不合理状况，需经过一定时期的逐步调整来提高医务人

员的劳务价值，降低药品流通的虚高价格部分，完善医疗费用的合理比例

卫生服务弹性系数

小知识

卫生服务弹性系数是世界各国用来衡量卫生发展与国民经济增长是否协调的一个评价指标，表示卫生总费用增长与 GDP 增长速度之间的关系。一般认为 GDP 增长 1%，卫生总费用的增长控制在 1.2% 是较为合理的比例。据资料介绍，加拿大和瑞士卫生服务弹性系数均为 1.36、日本为 1.45、法国为 1.68 英国为 1.80、意大利为 1.85、德国为 1.91、美国为 1.95、荷兰为 1.99、瑞典为 2.07、西班牙为 2.32 根据我国 21 年的经验（1978~1998），我国 GDP 平均增长速度为 9.71%，卫生总费用年平均增长为 12.1%，卫生服务弹性系数为 1.18，低于发达国家。从政策分析方面研究，我国卫生服务弹性系数应该大于 1，卫生总费用增长速度应该快于国民经济增长速度，弹性系数保持在 1.2~1.3 之间比较符合我国国情。

二、医疗保险的定义

医疗保险是补偿因疾病带来的医疗费用的一种保险。

我国城镇职工基本医疗保险属于社会医疗保险的范畴。社会医疗保险是一种社会制度，根据国家法律规定，建立由职工及职工单位共同缴纳保险费，由政府管理保险基金当职工（包括退休职工）遭遇疾病、生育、工伤等风险时，按照社会统筹与个人账户（个人医疗账户）相结合的形式，发挥社会互助共济、风险共担和增强个人自我保障的能力，从而体现社会公平。

我国城镇职工基本医疗保险给付形式，是通过医疗机构的医疗行为，为被保险人提供医疗服务的医疗给付方式。

医疗保险制度的建立与实施，对于培育个人自我保健意识，实现个人账户自我积累，有效利用卫生资源，提倡适度医疗消费，发扬互助共济精神，提高人民健康水平，控制医疗费用增长，促进国民经济发展，发挥着重要作用。

医疗保险的特征

社会医疗保险是通过国家立法的形式，以劳动者为保障对象，以劳动者的疾病、伤残、生育等与健康相关事件为保障范围，实施以政府强制为特点的一种保障制度。

医疗保险制度简史

小知识

医疗保险作为现代社会保障体系中最早出现的保险制度之一，起源于 19 世纪的德国，尤其是第二次世界大战后，在欧洲各国得到迅速的发展。1951 年，我国政务院颁布了《中华人民共和国劳动保险条例》在企业中实施。1952 年，对国家机关、人民团体、事业单位的职工，相继建立了公费医疗制度和病假、生育、残疾、抚恤等办法，公费医疗制度和劳保医疗制度在我国实施。20 世纪 90 年代初，我国对医疗保障制度进行改革，试行社会统筹与个人账户相结合的医疗保险模式。2001 年逐步在全国实施以社会统筹与个人账户相结合的医疗保险制度。

作为社会保险的城镇职工基本医疗保险与商业医疗保险不同，其特征如下：

(一) 非盈利性

基本医疗保险不以盈利为目的，而以实施社会政策为目的。不能以经济效益的高低来决定社会保险项目的取舍和保障水平的高低。如果社会保险财务出现赤字影响其运作，国家财政负有最终责任。

(二) 强制性

指国家通过立法强行实施，劳动者个人和所在单位都必须依照法律的规定参加。劳动者个人作为被保险人一方，对于是否参加社会保险、参加的项目和待遇标准等，均无权选择和更改。

(三) 普遍保障性

基本医疗保险对于在职职工和退休职工具有普遍的保障责任。不论被保险人的年龄、就业年限、收入水平和健康状况如何，一旦发生疾病，政府即依法提供基本医疗服务。

(四) 权利与义务的基本对等性

基本医疗保险的支付一般不与个人劳动贡献直接相关联。社会医疗保险有一个再分配的问题，是以有利于低收入阶层为原则的。

四、医疗保险的构成

(一) 医疗保险覆盖范围

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，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。

(二) 医疗保险缴费办法

城镇职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴纳的保险费占在职职工工资总额的 6% 左右，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。

职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分，占 30% 左右的费用划入个人账户，其余部分用于建立统筹基金。退休人员个人不缴纳基本医疗保险费（图 4）。

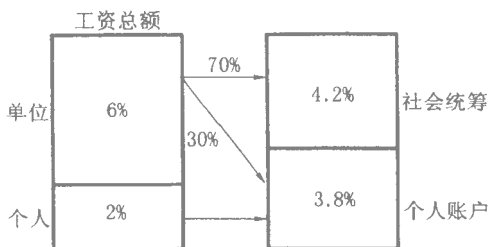


图 4 中国基本医疗保险基金筹资与分配

统筹地区

小知识

基本医疗保险原则上实行市级统筹，也可以县级统筹。医疗保险的大数法则需要参加社会保险的人群必须达到一定的覆盖范围，也需要社会保险的管理必须统筹调剂层次。如果覆盖范围达到要求，而参加人群还是分块运作，仍然不能实现社会保险共济、防范基金风险的作用。基本医疗保险的统筹层次又取决于社会保险机构的管理能力。如果统筹层次过高，直接搞省级统筹，由于地区间经济发展、医疗消费差异过大，目前管理水平难以适应；统筹层次过低，县(市)以下统筹，保险基金共济能力较差，抗风险能力弱，难以满足劳动力流动的要求。

(三) 个人账户和统筹基金

1. 个人账户

个人医疗账户是医疗保险经办机构为被保险职工设立的医疗终身账户，用于记录、储存个人缴纳的医疗保险费和单位缴费中划入的医疗保险费。

个人医疗账户资金归个人所有，由个人按有关规定支付医药费用。个人账户资金结余滚存，并按照有关规定计息。

2. 统筹基金

统筹基金的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。起付标准以下的医疗费用，从个人账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（图 5）。

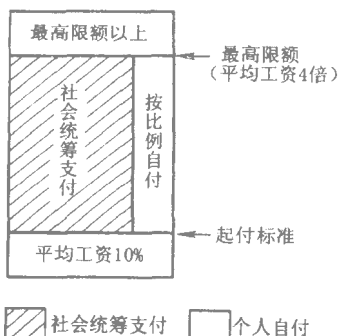


图 5 基本医疗保险个人负担医疗费用部分

(四) 医疗保险基金管理和监督机制

基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用。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，并要建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

各级劳动保障和财政部门，加强对基本医疗保险基金的监督管理。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。

基本医疗保险实行属地管理原则

小知识

基本医疗保险原则上以地级以上行政区（包括地、市、州、盟）为统筹单位，也可以县（市）为统筹单位，北京、天津、上海三个直辖市原则上在全市范围内实行统筹（以下简称统筹地区）。所有用人单位及其职工都要按照属地管理原则参加所在统筹地区的基本医疗保险，执行统一政策，实行基本医疗保险基金的统一筹集、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。

五、医疗保险制度的运行模式

城镇职工医疗保险制度运行是通过由职工单位与个人的筹资；医疗机构提供医疗服务；医疗保险结算机构的结算；政府管理的医疗保险统筹基金或个人账户支付而完成。

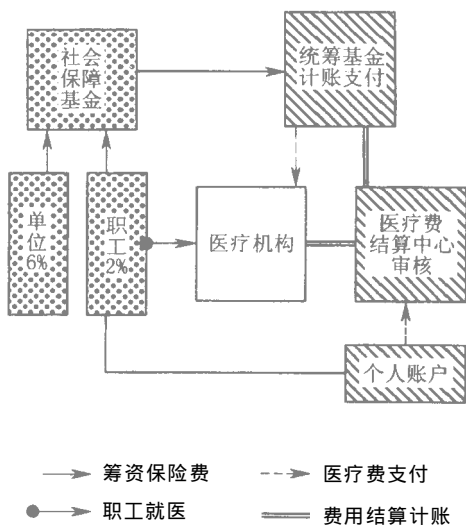


图 6 医疗保险运行模式

第二章 保险诊疗与医师

一、保险诊疗

(一) 保险诊疗定义

为医疗保险参保人员提供医疗服务的医疗机构所进行的医疗行为，称为“保险诊疗”这种医疗行为所发生的医疗费用，是从医疗保险基金支付给医疗机构的。

(二) 保险诊疗机构

医疗保险诊疗机构是指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定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员指定提供医疗服务的定点医疗机构。

1. 定点医疗机构

(1) 定点医疗机构申请资格

经卫生行政部门批准取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构，以及经军队主管部门批准有资格开展对外服务的军队医疗机构，可申请定点资格。具体有：

综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院；

中心卫生院、乡（镇）卫生院、妇幼保健院（所）；

综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部；

诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室；

⑤ 专科疾病防治院（所、站）；

⑥ 经地级以上卫生行政部门批准设置的社区卫生服务机构。

（2）社会保险经办机构与定点医疗机构签约项目

包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法、医疗费用支付标准以及医疗费用审核与控制等内容的协议，明确双方的责任、权利和义务。协议有效期一般为一年。

（3）参保人员自由选择定点医疗机构就医

在不同等级的定点医疗机构就医，个人负担医疗费用的比例有所差别，以鼓励参保人员到基层定点医疗机构就医。

参保人员在不同等级的定点医疗机构就医时

个人负担医疗费用的具体比例和参保人员转诊、转院办法，由统筹地区劳动保障行政部门制定。

“基本医疗”与“基本医疗保险”的界限 小知识

“基本医疗”是从医学的角度为提高效率、减少浪费、合理施诊、合理用药等提出的医疗服务与管理的规范。如针对某一病种该使用何种手段做基本的检查和治疗，使用何种药物及基本的用药量和疗程等。“基本医疗保险”则是从经济的角度规定在一定基金承付能力下只能购买什么样的医疗服务，相应决定基金支付的医疗服务范围和基金支付水平。从医学的角度衡量，应由医生决定病人应该做什么检查、吃什么药、住多少天医院。但从基本医疗保险的角度考虑，为了绝大多数参保人利益，保证基金平衡，基本医疗保险必须规定只能支付的检查、治疗费用范围和支付水平。这是两者的界限区别。

2. 定点医疗保险零售药店

定点医疗保险零售药店是指经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定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员提供处方外配服务的零售药店。

参保人员的外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签名和定点医疗机构盖章。处方要有药师审核签字，并保存 2 年以上以备核查

定点零售药店应具有以下资格与条件：

(1) 持有《药品经营企业许可证》、《药品经营企业合格证》和《营业执照》经药品监督管理部门年检合格；

(2) 遵守《中华人民共和国药品管理法》及有法规，有健全和完善的药品质量保证制度，能确保供药安全、有效和服务质量；

(3) 严格执行国家、省、自治区、直辖市规定的药品价格政策，经物价部门确定并检查合格；

(4) 具备及时供应基本医疗保险用药、24 小时提供服务的能力；

(5) 能保证营业时间内至少有一名药师在岗，营业人员需经地级以上药品监督管理部门培训合格；

(6) 严格执行城镇职工基本医疗保险制度有关政策规定。

医师

为城镇职工提供医疗服务的医师，应该具备国

家执业医师资格。按照《中华人民共和国执业医师法》，医师应具有良好的职业道德和医疗执业水平，发扬人道主义精神。

作为提供医疗保险诊疗服务的医师，必须了解城镇职工基本医疗保险制度的相关法律、法规、政策、实施办法等规章，必须遵照医疗保险制度的保险诊疗规则规范医疗行为；树立具有成本效益的医疗服务工作观念，在保证医疗质量的基础上，合理使用和控制卫生资源，控制医疗费用过度使用和浪费，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。给广大职工提供服务优良、价格合理的基本医疗服务。

（一）医师执业资格

国家实行执业医师资格考试制度和医师执业注册制度。医师资格考试成绩合格，取得执业医师资格或者执业助理医师资格的，可以向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。受理申请的卫生行政部门应当自收到申请之日起三十日内准予注册，审核后发给由国务院卫生行政部门统一印制的医师执业证书。

医师注册后，可以在医疗、预防、保健机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业，从事相应的医疗、预防、保健服务。

未经医师注册取得执业证书，不得从事医师执