

在 207/10 万以下。1997 年新法接生率城镇达到 89.2%,农村 44.6%。

## 第四章 公费医疗、医政、药政、项目建设管理

### 第一节 公费医疗

1986~1991 年,全县实行“公费医疗门诊费用,按定额报销,超出定额部分报销 95%,自付 5%,门诊费用节余部分 50%奖励个人,住院费用实报实销”的办法。1988 年康定县针对公费医疗存在的问题,特别是极个别医务人员不遵守原则开具“大处方”、“人情方”,一部分享受公费医疗的患者“指名要药”的现象普遍存在,对县医院、个别区卫生院进行抽查,对发现的问题及时纠正、处理。为进一步改革公费医疗和管理办法,1991 年按照省、州有关规定,要求全县享受公费医疗的单位据实填报“康定县公费医疗门诊费用年报表”。1992 年县公医办制定了“公费医疗费用包干”办法,办法规定:门诊医疗费用按工龄定额报销,超额自付;住院治疗公医办按 80%报销,单位在包干经费中报销 15%,个人自付 5%,退休人员住院费用自付 3%,每半年现场结算。从而遏制了公费医疗超支现象。1993 年为提高住院费用开支透明度,防止和减少各种浪费行为。在继续坚持和完善国家、单位、医院、个人共同合理分担公费医疗费用的基础上,强化医院和单位直接参加管理医疗经费责任。保证干部职工基本医疗,控制公费医疗经费的过快增长,研究制定新的《公费医疗管理(试行)办法》,门诊医药费,实行现金就医,分工龄段由公医办核发给享受单位,单位按本人标准 70%发给个人,30%由单位统一使用,节余归单位。住院医药费,实行现金住院,分工龄段 10 年一档。由本人凭出院证、单位证明(单位证明必须由单位主管领导签字)并注明参加工作时间,由公医办审核报销。退休人员由原单位凭有关证明报销 85%。1994 年全县公费医疗经费支出 110 万元,1995 年猛增到 150 多万元,增 36.4%,为此康定县将现行公费医疗管理办法进行改进。从 1996 年起,县财政公费医疗经费支出实行总额控制,一年一定,由县公费医疗管理办公室(公医办)包干使用,超支不补,结余归公医办。公费医疗门诊费实行个人包干使用的办法,即按工龄段定标准,由个人包干使用,超支不补,结余归己。公费医疗住院费实行公医办和个人按比例分担的办法,即按工龄分段确定公医办和个人负担住院费的比例。

### 第二节 医政、药政管理

1986~1987 年,按照《药品管理法》,县卫生局业务股、炉城镇卫生办、各区卫生院开展自查活动,对医药单位和经营西药及中成药的销售网点进行监督检查,利用多种形式开展宣传活动。1987 年在 11 次检查中,销毁伪劣药品:瓜壳 125 公斤,虫蛀霉变的神曲 10 公斤,厚朴 18 公斤,价值 1589 元。同时严格审查游医摊贩,取缔伪证游医 1 人,处理外地来康贩卖假天麻药贩 1 人,没收假天麻 18 公斤和非法收入 100 元,并予罚款 200 元。