

旺苍县人民政府办公室文件

旺府办发〔2016〕5号

旺苍县人民政府办公室 关于印发旺苍县2016年新型农村合作医疗 统筹补偿方案的通知

各乡镇人民政府，县级有关部门：

经县政府研究同意，现将《旺苍县2016年新型农村合作医疗统筹补偿方案》印发你们，请遵照执行。



旺苍县人民政府办公室

2016年4月18日

旺苍县2016年新型农村合作医疗统筹补偿方案

为进一步巩固完善新型农村合作医疗制度（以下简称“新农合”），不断提高新农合基金的使用效益和参合群众的受益水平，积极、稳妥地推进新农合大病保险工作，根据《广元市2016年新型农村合作医疗统筹补偿方案》（广卫发〔2016〕60号）精神，结合2016年新农合筹资标准提高和2015年全县新农合基金实际运行情况，制定本方案。

一、基本原则

坚持以收定支，收支平衡；坚持以住院补偿为主，兼顾门诊受益面；坚持方案统一，均衡推进；坚持分级医疗与便民利民相结合；坚持多措并举控费，提高受益水平。

二、具体内容

（一）筹资标准及参合率。2016年，我县新农合人均筹资水平为540元，其中各级财政补助420元，个人缴费120元。持有农业户口的居民原则上在户籍所在地以家庭（不含已参加城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的家庭成员）为单位参加新农合，参合率在99%以上（建卡贫困人员参合率达100%）。参合（保）人员不得重复参加新农合和城镇（乡）居民医保，不得重复享受补偿待遇。因婚姻关系，长期居住我县且未将户口转入县内的外地人员，可参加新农

合（报账时需提供婚姻关系证明）。

（二）基金分配。新农合基金（当年筹集基金与去年结余统筹基金总和）分为住院统筹基金、门诊统筹基金（含普通门诊、特殊病种大额门诊和一般诊疗费支付资金）、风险基金和大病医疗保险基金。门诊统筹基金提取比例原则上控制在年度筹资总额扣除补提风险基金和大病医疗保险基金后的 25%以内；风险基金总量按当年统筹基金总额的 10%补提，并于当年 6 月底前将风险基金提交市财政专户统一管理；住院基金提取比例原则上控制在年度筹资总额扣除补提风险基金后的 75%以内；当年统筹基金结余、统筹基金累计结余一般应分别不超过当年筹集的统筹基金总额的 15%（含风险基金）和 25%（含风险基金）；2016 年大病医疗保险基金提取标准待 2015 年度考核结束并经市政府确定后拨付。

（三）不属于基金的补偿范围。新农合基金只能用于参合群众的医疗费用补偿和购买大病医疗保险支出。下列医疗费用不纳入新农合基金支付范围：

1. 四川省新农合用药目录以外的药品；
2. 我市新农合统筹方案中明确不予报销的诊疗服务项目和医用耗材；
3. 属于公共卫生服务范畴的；
4. 应当由第三方承担的（含应由工伤保险支付的），其中因交通肇事逃逸的，新农合基金可先行支付，一经确认肇事者，患者必须及时如数退回新农合补偿资金；

5. 因违法、犯罪、酗酒、吸毒、自杀、自残、斗殴等造成的；

6. 在境外就医的。

（四）门诊统筹补偿。门诊统筹基金实行年度总额控制，主要用于普通门诊统筹补偿、特殊病种大额门诊补偿和乡镇卫生院、村卫生室一般诊疗费补偿，以及市、县级公立医院实施取消药品加成改革后的门（急）诊的诊查费。

1. 普通门诊统筹补偿：普通门诊仅限于县域内县级以下定点医疗机构。普通门诊统筹基金年度人均额度 70 元，家庭成员可共用。基层医疗卫生机构门诊补偿比例 70%，乡镇卫生院门诊费用日次补偿封顶线为 40 元，村卫生室门诊费用日次补偿封顶线为 20 元。探索将家庭远程医疗服务项目纳入普通门诊统筹补偿范围。鼓励按照参合人员自愿的原则，将健康一体机服务项目（包含心电图、尿常规、血糖等）纳入乡村医生签约服务范围，实行年度定额付费。

2. 一般诊疗费和县级公立医院取消药品加成后的门（急）诊诊查费补偿按规定标准执行，将门（急）诊诊疗信息上传至新农合信息系统作为补偿重要依据。

（五）住院统筹补偿

住院费用政策范围内报销比稳定在77%以上，实际补偿比不低于65%。

1. 起付线、补偿比和次均费用。为合理引导病人到基层医疗机构就医，切实减轻大病患者医疗费用负担，对住院

医疗费用补偿政策进行调整，调整后的补偿政策如下：

医疗机构级别		起付线(元)	补偿比例(%)
县内	一级医院	200	90
	一级民营医院	300	77
	二级医院（含专科）	400	77
市内	市城区一级医院	450	65
	市城区二级医院	550	60
	三级乙等专科医院	700	60
	三级乙等综合医院	800	55
	三级甲等中医医院	850	55
	三级甲等综合医院	900	55
市外	省级定点医院	1000	50
	省外及非定点医院	1200	40

注：县内一级医院含乡镇卫生院及陈家岭社区医院、静乐寺社区医院、唐家河煤矿医院、赵家坝煤矿医院、代池坝煤矿医院；

市城区三级乙等综合医院指：广元市第二人民医院（广元市急救中心）；

三级乙等专科医院指：广元市第三人民医院（广元市铁路医院）、广元市妇幼保健院；

2. 政策导向。

（1）鼓励支持各级各类定点医疗机构引进、应用医学新技术、新项目，提高防病治病技术水平。三级甲等综合医院因大额费用超过3万元以上费用段人数的30%不纳入次均费用考核，其中川北区域医疗中心领头医院为35%；三级乙等综合医院2万元以上费用段人数的30%不纳入考核；三级乙

等专科医院1.5万元以上费用段人数的30%不纳入考核；二级甲等及以下按住院费用的人次最高与最低扣减1-5%进行考核。

(2) 药占比、自费药占比、检查检验占比及耗材占比要求。

严格控制药品使用比例，一般乡卫生院、中心卫生院、一级医院、二级医院、三级医院药品使用分别不得超过医疗总费用的60%、45%、40%、35%、30%，超出部分由医疗机构承担。

严格控制自费药品比例，使用时必须告知并签字确认，一级医院、市、县定点医疗机构使用目录外药品分别不得超过医药总费用的12%、10%、8%，超出部分由医院自行承担。

严格控制各类辅助检查指征（含化验、医学影像〈含心电图、B超、彩色多普勒、CT、MRI等〉、内窥镜〈含胃镜、结肠镜、纤支镜、耳鼻咽喉镜内窥镜等〉、介入类、以及其它各类大型检查），二级、三级医疗机构各类检查检验占比例不应超出医药总费用的25%、30%。

严格控制医用耗材使用比例，二级医院、三级医院耗材使用分别不得超过医疗总费用的12%、20%，超出部分由医疗机构承担。

(3) 实行市内定点医疗机构农合政策和辅助检查结果互认制度。凡经各县区卫生行政部门审核认可的新农合定点医疗机构实行在全市范围内农合政策互认制度，参合群众在市内任何一家公立定点医疗机构就诊，均享受相同的起付线和报销比例。凡不执行此政策取消该医疗机构的新农合定点

报帐资格；对在全市内任何一家定点医疗机构实行同类级别的医疗机构辅助检查结果互认制度；执行市内定点的下级医疗机构认可市内定点上级医院辅助检查结果制度。

（4）大型医疗设备检查治疗及高质耗材的补偿。因检查治疗需进行 R-刀、X-刀、X-射线计算机体层摄影装置（CT）、心脏及血管造影 X 线机（含数字减影设备）、核磁共振成像装置（MRI）、医疗直线加速器等大型医疗仪器检查治疗项目、体外震波碎石、高压氧治疗项目、恶性肿瘤（重大疾病除外）放化疗（县内医疗机构除外）以及各种临床监测（术中、术后除外）等检查，须自付 45% 后按比例报销；因治疗所需的单价在 50 元及以下的基础性医用耗材全额纳入报销，其余单项医用耗材需自付 55% 后按比例报销。进口材料不予报销。

（5）农业转移人口补偿政策接续办法。户籍由农村调整为城镇的居民，其当年参加新农合制度的，凭参合证件等在参合地享受新农合补偿政策至参合年度 12 月 31 日；如果参加城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的，需要按照相关规定中止享受新农合待遇，办理转移接续手续。

三、特殊补偿政策

（一）住院分娩补偿

1. 住院分娩补偿。农村参合孕产妇在市内定点医疗机构住院分娩，按照《广元市卫生局等部门关于印发〈广元市孕产妇住院分娩补助实施方案（试行）〉的通知》（广卫发〔2011〕163 号）精神执行。农村孕产妇住院分娩补偿政策是先按各

级项目补助后，剩余部分再按新农合规定补偿，两项补偿之和不得超过医疗总费用。

住院分娩补偿时需提供卫生计生部门发给的《生育服务证》。

2. 母（父）婴共享补偿。当年出生的婴儿，其出生当年患病可凭母（父）亲身份证明、参合证以及患儿出生医学证明或户口证明，享受统筹地新农合补偿政策。

（二）意外伤病人补偿。符合补偿范围的意外伤在县内定点医疗机构治疗的，按相应定点医疗机构扣减起付线后可报费用的 50%予以补偿；在县外定点医疗机构治疗的，按相应定点医疗机构扣减起付线后可报费用的 40%予以补偿；在非定点医疗机构治疗的，按相应医疗机构扣减起付线后可报费用的 30%予以报销。因第三方交通事故逃逸，按有关法律规定由新农合基金先行支付后向第三方责任人追偿的，按相应医疗机构扣减起付线后可报销费用的 20%予以报销。各新农合定点医疗机构有责任和义务协查外伤原因，首诊医院（医生）应如实将受伤经过写入病历，严禁将外伤经过笼统描述或串通作假套保。因疾病导致的意外伤害按疾病补偿。

注：患者年龄在 18 周岁以下及 60 周岁以上的，因意外伤住院符合报销政策的，县内提供“意外事故调查表”，县外提供住院病历复印件（加盖医疗机构印章），按住院医疗机构普通疾病报账比例进行报销，不执行以上调整标准。

（三）精神类病人补偿。省 21 种重大疾病住院治疗费用限（定）支付标准中的重性精神病除外。对肇事肇祸或需

要长期托管的精神类病人，对住院时间在半年内、半年以上，分别按不低于 160 元/天、110 元/天据实结算。

（四）放疗、化疗、血透、腹透病人和器官移植术后抗免疫排斥药物门诊治疗补偿。根据《省卫生厅、省财政厅、省民政厅、省发改委关于印发〈四川省提高农村居民重大疾病医疗保障水平工作实施方案（试行）〉的通知》（川卫办发〔2013〕7号），患者放疗、化疗、血透、腹透、器官移植术后抗免疫排斥药物治疗的门诊符合补偿范围内的药品费和治疗费用按同级别医院住院补偿方案进行补偿（仅指未按重大疾病临床路径治疗或在非定点医疗机构治疗患者，当年内不计门槛费，年底一次性报销）。

（五）特殊病种大额门诊补偿

一类：恶性肿瘤（放化疗除外）、肝硬化、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、脑梗塞（脑出血）后遗症、肾病综合征、慢性肾功能不全、I型糖尿病、重性精神病（指精神分裂症、躁狂症、抑郁症），补偿比例按 70%报销，补偿总额 3000 元封顶。

二类：肺结核、高血压病、各类心脏病（含冠心病、高心病、扩心病、肺心病、风心病、甲心病等）、慢性心功能不全、甲亢病、II型糖尿病、非外伤性癫痫、慢性阻塞性肺病、帕金森氏病，补偿比例按 70%报销，补偿总额 1000 元封顶。

申请两种及以上慢性病补偿的患者，补偿金额不实行叠加，其补偿金额不得超过最高类疾病封顶线。二级以下医疗机构门诊输液处方不纳入报销范围。中药饮片一张处方超过

3 付不纳入报销。抗生素不纳入报销。

参合建卡贫困人员的门诊特殊病种，在核定的补偿比例基础上再提高5个百分点予以报销。

（六）新生儿“四病”筛查及治疗的补偿。先天性甲状腺功能低下、先天性肾上腺皮质增生、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶筛查及治疗的分别按每年累计限额在 1.5 万元内，每次按照 70%进行补偿。

（七）重大疾病保障。21 种重大疾病按照《四川省卫生厅、四川省财政厅、四川省民政厅、四川省发改委关于印发〈四川省提高农村居民重大疾病医疗保障水平工作实施方案（试行）〉的通知》（川卫办发〔2013〕7 号），《四川省卫生计生委、四川省财政厅关于调整新农合部分报销政策的通知》（川卫办发〔2014〕322 号）和《四川省卫生计生委、四川省财政厅、四川省发改委关于将儿童苯丙酮尿症纳入新农合提高重大疾病医疗保障水平范围的通知》（川卫办发〔2014〕167 号）相关文件精神，执行“分级、定点、限额（定额）”政策，重大疾病未入径或超限额（定额）费用治疗及因自动出院、转院、死亡等特殊原因中途退出临床路径，一律按普通疾病补偿；在一个参合年度内，重大疾病患者因同种疾病限享受一次本方案限定的重大疾病保障政策。

（八）将日间手术纳入补偿范围。接收治医疗机构住院补偿比例予以补偿。

（九）保底补偿政策。参合人员在省内（外）新农合定点医疗机构住院，实际补偿比例偏低的，按照住院医疗总费

用减去起付线后剩余费用，原则上在县级以下定点医疗机构就医保底补偿不低于 70%，在县级定点医疗机构就医保底不低于 50%，在市级定点医疗机构就医保底补偿不低于 30%；在省级定点医疗机构就医实行全省统一，保底补偿 25%；在省内（外）各级非定点医疗机构就医的，全省统一保底补偿 20%。其中意外伤害和因肇事逃逸的交通事故，均不执行保底补偿政策。

（十）中医药服务补偿。在市内定点医疗机构住院治疗的中药饮片提高10%纳入补偿范围，但中医适宜技术服务项目总数最多不超过五项，适宜技术单项服务每天不超过1次；中成药注射液使用每天限报销1种；住院病人无上级专业机构建议或者未对住院病人进行辨证而使用“参麦注射液、生脉注射液、参附注射液、黄芪注射液、血塞通注射液、血栓通注射液、刺五加注射液、红花注射液等同类或同性质药品”不能享受农合报销补偿政策。

（十一）大病医疗保险报销。按照四川省人社厅等 6 部门《关于全面实施城乡居民大病保险有关问题的通知》（川人社发〔2015〕47号）、《四川省政府办公厅关于全面开展城乡居民大病保险工作的通知》（川办发〔2014〕22号）和《广元市医改领导小组关于印发〈广元市农村居民大病保险实施方案（试行）的通知〉（广医改〔2013〕1号）的有关规定执行。支持承办大病保险的商业保险公司开展“一站式”结算服务。参合群众凡符合享受大病医疗保险条件的，大病保险费用先由所在的住院医疗机构负责垫付后，再由保险公

司随后支付给该医疗机构。

(十二) 参合建卡贫困人员县内住院优惠政策。对参合建卡贫困人员在县内定点医疗机构住院治疗的，在补偿比例的基础上再提高5个百分点进行报销。

(十三) 最高支付限额。最高支付限额全年累计计算，包括住院补偿、特殊病种大额门诊补偿、正常产住院分娩补助、一般门诊统筹补偿等。2016年最高支付限额不超过30万元。

四、新农合住院病人单病种定额补偿

2016年我县将实行多种单病种付费管理，具体实施按市上文件执行。原则上执行定点、分级和限额，超支由医疗机构自负。

五、严格落实分级诊疗配套政策

(一) 认真落实基层首诊制度

参合患者就医时，原则上应首先到其所在地的基层医疗机构就医，目前，在以下医疗机构就诊均视为基层首诊：乡镇（含中心）卫生院、村卫生室、县级公立综合医院、中医院、保健院、社区卫生服务机构、城市一级和二级公立医院、专科医院、二级以下（含二级）民营医疗机构。

急危重症患者可以按照就近、就急、就病情的原则选择首诊医疗机构。对于需要特殊陪护才能就医的特殊人群（65岁以上老年人、0-6岁婴幼儿、重度残疾人等）、急危重症患者、同类疾病需再次入院治疗者、孕产妇等，可根据病情需要自主选择省内首次就诊医疗机构。上述患者或其家属应在首诊后及时向参合地新农合经办机构备案。

（二）严格执行推进分级诊疗新农合报销政策

1、继续规范执行双向转诊医疗费用报销政策。转入上级新农合定点医院治疗的患者，住院起付线仅补差额部分；转入下级新农合定点医院治疗的患者，住院起付线不再另外收取；相应定点医院内发生的住院医疗费用按规定比例分别给予报销。

2、分级诊疗补偿政策。对未履行转诊手续的不予报销。

3、要切实采取措施，努力提升农村基层医疗卫生机构服务能力。加强转外就医管理，合理调控就医流向。年内县域内就诊率达到 90%以上,力争达到 95%。

六、工作要求

（一）严格业务量的核定与“次均控费”的管理。县新农合管理中心要科学核定好各医疗机构业务增减量，严格执行统筹补偿方案中有关次均费用的规定，以协议的形式按照每月一次与医疗机构结清新农合费用。既要提高医疗机构的积极性，又要防止医疗机构不合理的业务量的增长，达到基金风险可防可控的效果，最大程度减轻群众的负担，让新农合基金真正惠民利民。

（二）深化支付制度改革。进一步探索支付制度改革措施和方法，根据日常考核结果动态调整各医疗机构预付总额，不断完善支付制度改革监测评价制度，准确掌握住院病人流向、医疗机构补偿资金流向、基金支出等变化情况，切实加强对新农合运行情况的分析监测；在总额预付基础上，进一步扩大按病种付费病种范围，积极探索按病种付费与按

床日付费相结合的混合支付方式，促进医疗机构加强自我管理，规范医疗行为，切实控制医疗费用不合理增长，提升参合人员受益水平，保障新农合基金安全。

（三）进一步加强对定点医疗机构的监管。加大对群众和医务人员的分级诊疗政策的深入宣传，要切实加强对各级定点医疗机构的管理，及时将符合条件的医疗机构纳入新农合定点范畴，通过探索双向转诊、支付方式改革等措施有效控制住院费用的过快增长，降低住院率，确保基金安全平稳运行，总体上县级（含县级）以下医疗机构补偿基金占比力争达到69%；要完善与市级定点医疗机构的协议管理制度，将次均费用和实际自付费用比作为考核指标，逗硬考核；要对各级定点医疗机构实行量化分级监督管理，对量化分级较低、问题较多、投诉较多的定点机构，将降低补偿比例、增加督查频次直至停止或取消定点资格；要强化卫生执法监督机构的新农合监管职能，坚决处罚违纪违规行为，扩大通报范围，增强震慑力；要成立参合农民、社会人士参与的新农合义务监督组，建立有奖举报制度，将定点医疗机构的医疗服务和费用等情况定期向社会公布，接受社会监督。

（四）加快推进新农合信息化建设进程。加快与居民健康卡的信息整合工作，充分发挥居民健康卡的功能，为参合群众提供更加方便、快捷的服务；各乡镇合管办要加强信息系统的日常管理与维护，不断完善相关功能，确保相关数据和基本信息传输畅通；要加快信息化建设进程，确保年内实现省内新农合异地就医即时结报，确保做到实时监管、便民

利民。

本方案自发布之日起执行，由旺苍县新型农村合作医疗管理中心负责解释，有出现与本方案矛盾或出入的表述，以本方案为准。

附件：21种重大疾病住院治疗费用限（定）额支付标准

附件

21 种重大疾病住院治疗费用限（定）额支付标准

疾病名称	省级定点医院（万元）		三级医院（万元）		二级医院（万元）		备注	
	支付标准	新农合支付标准	支付标准	新农合支付标准	支付标准	新农合支付标准		
艾滋病机会性感染	0.85	0.60	0.80	0.56	0.65	0.49	支付标准包括患者每次住院期间发生的费用（含一周期化疗或放疗）	
耐多药肺结核	1.64	1.15	1.53	1.07			含全年门诊治疗费用	
唇腭裂	唇裂	0.50	0.35	0.48	0.34	0.45	0.34	在定点医疗机构行唇裂、腭裂修复术的费用纳入
	腭裂	0.62	0.43	0.60	0.42	0.56	0.42	
肺癌	3.40	2.38	3.04	2.13	2.70	2.03	在定点机构实施手术治疗发生的费用纳入（含一周期化疗或放疗）	
宫颈癌	2.0	1.4	1.78	1.25	1.58	1.19	在定点机构实施手术治疗发生的费用纳入（含一周期化疗或放疗）	
乳腺癌	改良根治术	2.30	1.61	2.19	1.53	2.0	1.50	在定点机构实施手术治疗发生的费用纳入（含一周期化疗或放疗）
	保乳术	2.10	1.47	2.0	1.40	1.80	1.35	
食道癌	3.50	2.45	3.36	2.35	2.80	2.10	行食道癌切除消化道重建术的费用纳入（含一周期化疗或放疗）	
结肠癌	3.40	2.38	3.20	2.24	2.50	1.88	行结肠癌根治切除术的费用纳入（含一周期化疗或放疗）	
直肠癌	腹会阴联合切除	3.90	2.73	3.70	2.59	3.0	2.25	行直肠癌根治切除术的费用纳入（含一周期化疗或放疗）
	低位前切术	3.60	2.52	3.40	2.38	2.70	2.03	
胃癌	根治术	3.97	2.78	3.78	2.65	2.70	2.03	行胃癌根治切除术的费用纳入（含一周期化疗或放疗）
	联合脏器切除术	4.20	2.94	4.0	2.80	2.80	2.10	
终末期肾病			5.46	3.82	4.55	3.41	仅指患者全年血液透析的门诊治疗费用，不含药费、放射费、化验费等。	
血友病			3.36	2.35			仅指门诊治疗费用，使用血浆源性因子Ⅷ制剂	
重症精神病	0.53	0.37	0.5	0.35	0.4	0.3	单次住院费用	
I 型糖尿病			0.60	0.42	0.46	0.35	同上	
甲亢			0.60	0.42	0.40	0.30	指住院手术治疗费用	
脑梗死	1.26	0.88	1.20	0.84	1.0	0.75	指发病时间 2 周以内，头部 CT/MRI 排除颅内出血拿入病种付费。血管介入治疗等费用不纳入此比例。	
慢性粒细胞白血病			7.20	5.04			含全年住院、门诊治疗费用	
急性心肌梗塞	1.26	0.88	1.20	0.84	0.7	0.53	冠状动脉造影及冠状动脉介入治疗不纳入	
儿童先天性心脏病	房间隔缺损治疗收费标准 3 万元						0-14 周岁（含 14 周岁），定点医疗机构治疗。贫困家庭全额报销，其它家庭 85%。	
	房间隔缺损治疗标准 2.5 万元							
	动脉导管未闭治疗标准 2.5 万元							
	肺动脉瓣狭窄治疗标准 2 万元							
儿童白血病	急性淋巴细胞白血病						0-14 周岁儿童第一年 8 万，第二年 3 万，第三年 1 万。在定点医疗机构治疗。	
	急性早幼粒细胞白血病							
儿童苯丙酮尿症	普通型苯丙酮尿（PKU）按 70% 补偿	0—3 周岁	补偿范围： 门诊检查费用及治疗用低苯丙氨酸食品费用		新农合限额 1.2 万元/年			
		4—14 周岁			新农合限额 1.7 万元/年			
	四氢生物蝶呤缺乏症（BH4D）按 70% 补偿	0—3 周岁	补偿范围： 门诊检查费用及专用药品费用；BH4D（DHPR 缺乏症）所需特殊奶粉费用		新农合限额 1.5 万元/年			
		4—14 周岁			新农合限额 2.0 万元/年			

信息公开选项：主动公开

抄送：县委办，县人大大办，县政协办。

旺苍县人民政府办公室

2016 年 4 月 18 日印发