

# 荆州市新型农村合作医疗管理委员会文件

荆合管委发[2015]5号

## 荆州市新型农村合作医疗管理委员会 关于印发《荆州市新型农村合作医疗 2016 年统筹补偿 实施方案（试行）》的通知

各县（市、区）合管委、荆州开发区合管委、市合管委各成员单位、市级各定点医疗机构、新农合大病保险各承保机构：

根据《荆州市新型农村合作医疗市级统筹管理办法（试行）》（荆政发[2012]41号）文件精神，结合 2015 年全市新农合运行实际和新农合调研各地反映情况，为切实做好 2016 年新型农村合作医疗工作，现将《荆州市新型农村合作医疗 2016 年统筹补偿实施方案》印发给你们，请各地遵照执行。



# 荆州市新型农村合作医疗 2016 年统筹补偿实施方案

根据《省卫生厅、省财政厅关于印发湖北省 2013 年新农合补偿方案调整指导意见的通知》（鄂卫发〔2013〕22 号）《省卫生计生委、省财政厅关于做好 2015 年新型农村合作医疗管理工作的通知》（鄂卫生计生通〔2015〕46 号）《省卫生计生委关于进一步规范新农合省级定点医疗机构即时结报工作的通知》（鄂卫生计生通〔2015〕2 号）《荆州市新型农村合作医疗市级统筹管理办法（试行）》（荆政发〔2012〕41 号）的规定，结合全市 2015 年实行市级统筹后新农合运行的实际情况和新农合调研各地反映情况，制定《荆州市新农合 2016 年统筹补偿实施方案》。

## 一、基本原则和主要目标

（一）基本原则。坚持政府组织、农民自愿参加、多方筹资；以收定支、收支平衡、略有结余；专户管理、专款专用、收支分离；统筹规划、分级负责。

（二）主要目标。统一全市新农合政策，缩小政策层面上地区间的基本医疗保障水平的差异，使全市参合农村居民公平、公正享有各项新农合政策，确保参合农村居民的利益最大化；提高统筹层次，建立市级风险调剂基金，提高新农合基金抗风险能力。

## 二、基金的筹集

坚持以家庭为单位参合，保持现行筹资渠道不变。根据《省卫生计生委、省财政厅关于做好 2016 年新型农村合作医疗个人缴费征收工作的通知》（鄂卫生计生通〔2015〕99 号）的规定，2016

年参合农民个人缴费标准按人均 120 元执行，缴费时间截止到 2016 年 2 月底；各级政府的补助标准按中、省规定执行。

### 三、基金分配

新农合基金（含利息）分为门诊基金、住院基金、风险调剂基金和大病保险基金，其中大病保险基金按人均 25 元提取，门诊基金、住院基金、风险调剂基金在剩余新农合基金中进行分配，其中风险调剂基金比例为 3%，门诊基金比例原则为 15%，住院基金比例原则为 82%，各地可结合门诊和住院实际情况适当调整门诊基金和住院基金分配比例。

风险调剂基金实行全市统一管理，市财政在社会保障基金财政专户下设立全市“新农合风险调剂基金”财政专户，2016 年各县（市、区）风险调剂基金可用各地留存的风险金上解，全市风险调剂基金总量不超过全市上年度基金总量的 10%，各地上解的风险调剂基金总量（含各地留存的风险金）已达到本地上年度基金总量 10% 的，本年度的风险调剂基金部分纳入住院基金。

### 四、基金的补偿

#### （一）基金补偿范围

1、新农合基金只能用于参合农民符合规定的医药费用的补偿，不得用于经办机构的工作经费及基本药物制度补偿等医改资金。

#### 2、不纳入补偿范围

##### （1）服务项目类

挂号费（门诊诊疗费）、院外会诊费、病历工本费等；出诊费、检查诊疗加急费、点名手术附加费、优质优价费、自请特别护士费等特需医疗服务费；转诊交通费、急救车费、担架费；膳

食费、空调费、取暖费、电视费、电话费、婴儿保温箱费、食品保温加热费、损坏公物赔偿费；陪护费、护工费、洗理费、煎药费等生活服务项目和服务设施类费用。

## （2）非疾病治疗项目类

各类美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术项目，如：治疗雀斑、老人斑、色素沉淀、充填鼻梁、脱痣、平疣、重睑术、美容按摩、脱发、腋臭、洁牙、镶牙、牙列正畸、色斑牙治疗、矫治口吃、隆胸术等；各种减肥、增胖、增高项目；各种健康体检；各种预防、保健、计划生育的诊疗项目；各种医疗咨询、医疗鉴定；各种疗养院的疗养费用。

## （3）诊疗设备和医用材料类

X 线—正电子发射计算机断层扫描仪（PET-CT）、电子束 CT、眼科准分子激光治疗仪等大型医疗设备进行的检查治疗项目；眼镜、义齿、义眼、义肢、助听器等康复器具；各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械，如：按摩器、按摩垫、残疾人专用轮椅、输液恒温仪、输液泵、镇痛泵、各种自用检测治疗仪器、磁疗器具、牵引带、拐杖、皮钢背甲、腰围、钢头颈、胃托、肾托、宫托、疝气带、护膝带、提睾带、健脑器、药枕、药垫、神功元气带、热敷袋等；进口材料；省、市物价部门规定不可单独收费的一次性医用材料。

## （4）治疗项目类

各类器官或组织移植的器官或组织源；除肾脏、肝脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓（含干细胞）移植外的其他器官或组织移植费用；视力及斜视矫正术；气功疗法、音乐疗法（精神病患者除外）、保健性营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目；

抗肿瘤细胞免疫疗法。

#### （5）意外伤害

因斗殴致伤、酗酒、吸毒、自残、自杀，交通事故（他伤和自伤）、工伤、职业病等发生的医疗费用，以及其他涉及第三方责任人的医疗费用和后期治疗的医疗费用。

#### （6）其他

各种血液制剂及血浆蛋白制品费用（血友病、川崎病患者除外）；各种不育（孕）症、性功能障碍的诊疗项目；变性手术等诊疗项目；各种科研、临床验证性的诊疗项目；应享受国家、省专项补助政策的疾病救治费用；住院期间加设的一切保险项目（包括安装心脏起搏器等各种人造器官移植手术的保险费）；经鉴定属医疗事故或已经产生争议尚未经过鉴定的医疗费用；新农合基本药物目录外药品；未经物价部门批准医疗机构自立项目产生的费用；境外就医发生的费用；医疗费用中已经由医疗机构减免的部分；在非定点医院住院治疗，其治疗项目不在本省、市物价部门规定的收费项目之列的，或超过本省、市物价部门规定标准的部分。

### 3、部分补偿项目

（1）单项大型检查项目 400 元（含 400 元）以下部分据实计入补偿范围，超过 400 元部分减半计入补偿范围。单个植入机体大型材料市外医疗机构及市级定点医疗机构（含市级一、二类）5000 元（含）以下部分据实计入补偿范围，超过 5000 元低于 30000 元部分按 30%比例计入补偿范围，超过 30000 元部分全部自费；县级（含市级三类、县级一、二类）3000 元（含）以下部分据实计入补偿范围，超过 3000 元低于 15000 元部分按 30%比例计入补偿

范围，超过 15000 元部分全部自费；乡镇 1500 元（含）以下部分据实计入补偿范围，超过 1500 元低于 5000 元部分按 30%比例计入补偿范围，超过 5000 元部分全部自费。

各类医用材料使用基本原则是临床必须、费用适宜且为国内普及型的材料，非特殊需要或国家强制性规定使用一次性器械以及带有精密、超低（高）、避光等字样或类似字样的医用材料不予补偿。

（2）血液制剂及血浆蛋白制品费用。

I、川崎病患者使用的人血丙种球蛋白 400 元以下的计入补偿范围，超过 400 元部分减半计入补偿范围。

II、血友病患者按荆州市提高 22 种重大疾病保障水平的相关规定执行。

（3）床位费（除层流病房、监护室）每日 40 元（含 40 元）以下部分据实计入补偿范围，每日 40 元以上部分全部自费，层流病房、监护室床位费按物价部门核定标准执行。

## （二）补偿标准

### 1、门诊补偿

参合农民的门诊就医以乡（镇）、村两级定点医疗机构为主。新农合门诊补偿全市统一实行门诊统筹和总额预付的管理模式。全面推行门诊统筹补偿费用直接划转至参合农民个人银行账户。

（1）一般诊疗费：按每人每次就医补偿，乡、村补偿分别为 7 元、4 元，一天只补偿一次。

（2）个人每次就医发生政策范围内的门诊医药费用补偿比例为 55%。

(3) 个人日就医补偿乡、村累计封顶 15 元、10 元（不含一般诊疗费），个人年度累计补偿封顶线 350 元（含一般诊疗费）。

(4) 提高 26 种门诊特殊慢性病补偿标准。甲类门诊特殊慢性病中器官移植术后在荆州市各新农合定点医疗机构抗排异治疗门诊医药费用按 70% 进行补偿，年封顶 2 万元；各类恶性肿瘤在新农合定点医院门诊放、化疗的医疗费用参照同级医院住院比例补偿；其余甲类门诊特殊慢性病年封顶线提高到 1200 元/年，乙类提高到 800 元/年；耐多药结核病补偿标准为 400 元/月；部分特殊慢性病各地可根据实际情况确定定点医疗机构，报市新农合经办机构备案。

(5) 将儿童脑瘫、自闭症在救治医院门诊的康复治疗费用纳入补偿，其补偿标准为 70%，具体办法由市卫生计生委制定。

## 2、住院补偿

(1) 起付线设置：全市统一参合农民住院报销起付线，采用梯级补偿支付的方式，促进分级诊疗的落实，其中荆州市中心医院、荆州市第一人民医院（以下简称市级医院一类）为 1200 元；荆州市中医院、荆州市第二人民医院、荆州市第三人民医院（以下简称市级医院二类）为 800 元；荆州市传染病（胸科）医院、荆州市妇幼保健院、荆州市精神病医院、市级各民营医院（以下简称市级医院三类）为 700 元；县级医院一类为 700 元，县级医院二类为 400 元；乡镇卫生院（含荆州市惠民医院）为 200 元。

农村五保户、低保户、特困优抚对象取消住院起付线；恶性肿瘤病人放、化疗取消住院起付线；在同一医院内一次住院因病情需要转其它科室治疗的只扣除一次起付线且不变更住院号。

### (2) 政策范围内补偿比例：

① 省级新农合定点医疗机构。住院起付线统一为 2000 元。

纳入政策范围内的住院医药费用	AAA 级定点医疗机构补偿比例	AA 级定点医疗机构补偿比例	A 级定点医疗机构补偿比例
2000 < 医药费用 ≤ 5000 元部分	50%	45%	40%
5000 元 < 医药费用 ≤ 20000 元部分	55%	50%	45%
20000 元以上部分	65%	60%	55%

②荆州市外非湖北省省级和荆州市新农合管理经办机构定点医疗机构，执行省 AA 级定点医疗机构补偿比例。省外荆州市卫生计生委确定的新农合即时结报定点医疗机构的补偿比例以及药品、材料的要求由荆州市卫生计生委根据实际情况与医疗机构定点确定。湖北省省内、荆州市外跨地区结报医疗机构执行省统一标准。荆州市内跨县市区医疗机构执行省跨地区结报县级医疗机构标准（医疗机构与县市区新农合经办机构签订单独定点除外）。

### ③市、县定点医疗机构

医疗机构	纳入政策范围内的住院医药费用	补偿比例
市级医院一类	起付线 1200 元 < 医药费用 ≤ 12000 元	55%
	12000 元 < 医药费用 ≤ 24000 元	60%
	24000 元以上	65%
市级医院二类	起付线 800 元 < 医药费用 ≤ 8000 元	60%
	8000 元 < 医药费用 ≤ 16000 元	65%
	16000 元以上	70%
市级医院三类	起付线 700 元 < 医药费用 ≤ 7000 元	70%
县级医院一类	7000 元以上	75%
县级医院二类	400 元以上	75%
乡镇卫生院	200 元以上	90%

(3) 残疾人员住院治疗，按省卫生厅、省人社厅、省民政厅、省财政厅、省残联《转发卫生部等五部委关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（鄂卫发[2011]10号）要求，将以治疗性康复为目的 9 项医疗康复项目要求纳入补偿，补偿范围按限定的支付范围执行，补偿比例执行相应定点医疗机构的补偿比例，纳入补偿的定点医疗机构为湖北省省级定点医疗机构或市内的定点医疗机构，且该定点医疗机构必须具有康复医学诊疗资质。

(4) 全面开展提高农村居民 22 种重大疾病的医疗保障水平工作。

I、22 种重大疾病指：儿童白血病、儿童先天性心脏病、终末期肾病、妇女乳腺癌、妇女宫颈癌、重性精神病、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食管癌、胃癌、I 型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、脑梗死、结肠癌、直肠癌、苯丙酮尿症、尿道下裂。

II、补偿标准：单纯无并发症，在市内重大疾病救治医院住院的 22 种重大疾病患者医药总费用新农合实行按病种定额（或限额）付费，取消住院起付线，补偿标准按照定额（或限额）标准医药费用的 70% 进行补偿，年度累计补偿费用不超过当年补偿封顶线，超过定额（或限额）标准的医药费用由医疗机构承担。

III、在市外其它医疗机构、在市内非救治医院住院治疗的执行新农合一般疾病补偿政策。

IV、甲亢使用碘 131 治疗的医药费用纳入补偿，具体标准由市卫生计生委另定。

V、慢性粒细胞白血病首选伊马替尼治疗，若患者对甲磺酸

伊马替尼不能耐受或耐药，经经治医疗机构认可，新农合经办机构审批，可选择二代酪氨酸激酶抑制剂，均按 70% 标准予以补偿，年度补偿封顶线 3 万元。

(5) 全面实施新农合支付方式改革。门诊统筹以及住院费用推行按病种付费（含日间手术病种）、按床日付费、按人头付费以及总额预付等综合支付方式，控制医药费用的过快增长。对医疗机构垫付 22 种重大疾病医药费用的支付不纳入总额控制，实行据实支付。

(6) 全面实施新农合大病保险工作。对参合农民年度自付合规费用达到一定额度的按规定标准进行赔付。合规费用、赔付标准、封顶线及保险机构年综合费率标准等按相关规定执行。

(7) 参合农民住院发生的中医适宜技术服务及中草药费用，补偿比例相应提高 10 个百分点。

(8) 当年参合 14 周岁（含）以下的独生子（女）及其失独父母的补偿比例提高 5%。

(9) 第（7）（8）项提高补偿比例的政策，其综合补偿比例不超过就诊医疗机构的最高补偿比例。

(10) 农村建档立卡贫困人口在新农合定点医疗机构住院费用报销比例提高 5 个百分点。

(11) 住院分娩实施定额补助。对参加新农合的农村孕产妇在财政专项补助住院分娩费用外新农合给予 300 元的定额补助（含新生儿筛查费 60 元，未做新生儿筛查的定额补助 240 元），如有合并症或发生并发症，剔除正常住院分娩费用（市外、市级医院一类：顺产 4500 元，剖宫产 7000 元；市级医院二类：顺产 3000 元，剖宫产 5000 元；市级医院三类、县级医院一类：顺产 2000

元，剖宫产 3500 元；县级医院二类：顺产 1500 元，剖宫产 2500 元；乡镇卫生院：顺产 800，剖宫产 1500）后余额按照各定点医疗机构住院补偿比例进行补偿（不设置住院起付线），不再享受定额补助。

（12）实施补偿保底。参合患者在各医疗机构补偿金额未达到本次住院发生的医疗费用总额 30% 的，实际保底补偿到 30%。未纳入新农合补偿范围内的服务类项目、非疾病治疗类项目，意外伤害、正常分娩、超出湖北省物价部门规定的医疗服务项目及收费标准的费用以及与疾病治疗无关的费用，不纳入保底补偿计算范围内（在新农合管理系统中按不可报销其它费用录入），具体由各县市区核定。

（13）意外伤害的补偿办法：

I、无第三责任人的意外伤害，其住院起付线以上政策范围内的医疗费用，按 40% 的比例给予补偿，意外伤害及后期治疗补偿金额年度封顶 5000 元。

II、因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院，按一般疾病住院补偿政策执行，申请补偿者须提供县级或县以上政府相关部门出具的情节和认定证据。

III、意外伤害的首诊定点医疗机构应询问并记录患者身份和伤害原因，符合补偿条件的应及时告知患者或家属拨打经办机构的核查电话，经审核认定后进行补偿。

IV、参合农民因意外伤害进行后期治疗的，需提供原意外伤害新农合补偿证明。

（14）住院补偿年封顶线。以当年内个人实际获得住院补偿金额累计计算。2016 年个人年累计补偿封顶线为 18 万元。

(15) 参合农民因危、急、重症等情况在门诊实施紧急抢救后住院的，其紧急抢救费计入住院费用纳入补偿范围。

(16) 分级诊疗试点县（市、区）按《湖北省卫生和计划生育委员会、湖北省人力资源和社会保障厅关于湖北省分级诊疗试点工作的指导意见》（鄂卫生计生发〔2014〕45号）相关规定和荆州市卫生计生委批准的方案执行。

(17) 2016年大病保险的筹资标准为25元/人，赔付标准、保险机构经营范围等按相关规定执行；保险机构年综合费率（经营机构成本和利润）不超过各地大病保险保费总额的5%。2015年大病保险基金结余部分全部返还至新农合基金或作为2016年度的保费。

对在荆州市二级以上定点医疗机构就医、符合大病保险赔付条件的患者各大病保险承保机构应对医疗费用及时审核，经审核认定后在新农合补偿时一并实行即时结报。

(18) 新生儿办理入院或转诊时，各地区新农合管理经办机构需先在新农合信息系统中办理出生参合登记。登记或发送电子转诊信息时要使用新生儿的姓名，暂未确定名字者可使用“某某之子（女）”，不得直接使用新生儿父亲或者母亲的姓名。

(19) 对于部分涉及创伤、功能性整形矫形、不孕不育等难以界定是否属于新农合报销范围的，由各县市区新农合经办机构予以确认，仍有争议的报市新农合经办机构确定。

(20) 各级新农合定点医疗机构应将患者就诊信息实时（或每天定时）上传至新农合信息管理系统。

## **五、费用控制标准**

(一) 参合患者个人住院药品费用中，市级医院一类合作医

疗目录外药品费用不得超过药品总费用的 20%；市级医院二类 and 三类不得超过 15%；县级不得超过 10%。

（二）参合患者个人住院总费用中，市级医院一类合作医疗补偿政策外费用（合作医疗补偿政策外的服务项目、药品、材料等费用）不得超过总费用的 25%；市级医院二类不得超过 20%；市级医院三类及县级医院一类不得超过 15%；县级医院二类不得超过 10%；乡镇卫生院不得超过 5%。

（三）2016 年各类定点医疗机构例均住院费用较各县市区核定的 2015 年例均费用增长不得超过 5%；2016 年例均住院费用的基数以县（市、区）为单位进行核算。

（四）非特殊需要或非国家强制性规定使用一次性器械（如一次性手术刀）以及带有精密、超低（高）、避光等字样或类似字样的医用材料（如精密、避光输液器等）费用由医疗机构承担。

（五）超过上述控制指标以及非特殊需要或非国家强制性规定使用医用材料的费用由经办机构予以核减。

（六）对在市内各级定点医疗机构住院需要实施保底补偿的患者，如政策范围外费用及合医目录外药品费用在上述控制范围内，保底补偿差额部分（即保底补偿金额高出计算实际补偿金额部分）由农合基金支付；如政策范围外费用及合医目录外药品费用超出上述控制标准的，保底补偿差额部分由医疗机构补偿。

## 六、即时结报流程

### （一）规范转诊制度

参合农民就诊推行基层首诊、分级诊疗，双向转诊制度，逐步推行逐级转诊。全市实行电子转诊。

1、在户口所在地县（市、区）内各医疗机构住院治疗的，由

各县市区确定是否需要办理转诊手续；到荆州市新农合市级定点医疗机构及市外医疗机构住院治疗原则上实行逐级转诊审批制度（具体转诊机构由各县市区根据实际情况确定）。

2、转诊程序为：参合农民应先在户口所在地县（市、区）内定点医疗机构就诊，经县（市、区）内定点医疗机构转诊到市级定点医疗机构，经市级一类、二类（含市级三类中传染病医院、市妇幼保健院、市精神病医院）定点医疗机构转往湖北省省级新农合定点医疗机构（洪湖市转诊到省级新农合定点医疗机构除外）。

需要抢救的急、危、重症患者，需要特殊陪护才能就医的人群（70岁以上的老年人、0~3岁婴幼儿、重度残疾人、精神疾病患者、高危孕产妇、法定传染病等）可按照“就近就医”的原则自主选择定点医疗机构就诊。

3、对诊断明确，经治疗病情稳定，转往下级定点医疗机构进行治疗和康复的，取消新农合住院起付线。

4、未按规定履行转诊程序的，住院补偿比按就诊医疗机构的补偿比例下调10个百分点。

5、为方便到外地务工参合农民的就诊，参合农民在务工地医疗机构住院的，在住院三天内以电话或其它方式告知参合地新农合经办机构备案，超过三天未备案者补偿比例下调10个百分点。

6、因未履行转诊程序等原因下调的补偿费用不计入大病保险合规费用。

## （二）就医管理

1、参合农民住院应提交合作医疗卡、身份证，新生儿需提供《出生医学证明》办理入院登记。

2、全市各级定点医疗机构要加大参合农民住院患者身份核查力度，在新农合患者门诊、入院登记窗口接诊参合患者以及诊疗过程中，要对患者合作医疗卡、身份证与新农合信息平台中参合患者基础信息进行核对。

3、各定点医疗机构对没有办理转诊和未办理入院登记的参合患者，窗口工作人员应主动向其宣传相关政策，要求参合患者先行办理转诊和办理入院登记。

4、参合患者住院期间，各定点医疗机构相关科室医护人员要按照新农合相关政策为参合患者进行诊治，使用实施目录外药品、诊疗项目、耗材时必须经患者或患者家属同意并签字，使用部分报销的诊疗项目或耗材时应向患者或患者家属告知相关报销政策。

### **（三）报销结算**

1、在参合患者出院时，荆州市内各级定点医疗机构要按照本方案规定的范围、比例为参合患者直接结报医疗费用，为参合患者提供住院费用发票复印件、住院医疗费用结算单、出院小结，参合患者结算自付费用即可出院。

各级定点医疗机构统一制单时间定为每月 24 日，并定期（当月 26 日前）将参合患者的补偿结算相关资料寄送各县（市、区）合管办。寄送资料包括患者补偿结算汇总表，患者身份证复印件，出院小结，原始发票，医疗费用清单，住院医药费报销审批表，目录外药品、诊疗项目、耗材患者知情同意书；恶性肿瘤病人放疗、化疗取消住院起付线的需提供医疗机构审核表。

各县市区新农合经办机构收到各级定点医疗机构寄送资料后，要按时组织相关人员进行审核，并积极协调财政部门，在 30

个工作日内将定点医疗机构垫付费用拨付至定点医疗机构账户。

2、参合农民在市外打工、暂住、探亲时因病住院治疗出院后，原则上应在出院后两个月内、年底结算病人在次年 2 月份前到新农合经办机构按规定申报补偿，因特殊原因延迟的须书面提出申请，写明原因，经县市区新农合管理机构批准后进行补偿。

3、累计材料费用“全部自费”部分不计入大病保险合规费用；门诊特殊慢性病超过限额部分的不计入大病保险合规费用；住院分娩有合并症或并发症的，剔除的正常住院分娩费用不计入大病保险合规费用。

#### （四）跨年结算

在荆州市内定点医疗机构住院，需要跨年度住院的参合患者，其费用录入和结算补偿制单在新农合管理系统 2016 年帐套中执行，按 2016 年补偿政策执行。跨年度住院患者 2015 年及 2016 年均参加了新农合者，定点医疗机构按 2016 年新农合报销政策给予即时结报。跨年度住院患者两年均参加了新农合者，患者于 12 月 31 日前主动要求办理出院，定点医疗机构按照住院年度政策分别结算，次年新农合补偿不计算起付线。

### 七、相关要求

（一）各县市区经办机构和大病保险承保机构要加强对新农合统筹补偿政策的宣传，让广大农村居民深入了解新农合相关政策规定（包括就医报销程序、报销标准、转诊单有效期、未即时结报将降低报销比例等相关政策），自觉参加新型农村合作医疗，同时正确指导参合农民及时办理相关手续，引导农民合理选择定点医疗机构。要简化程序，方便患者。

（二）各县市区可根据需要抽查参合患者在市级定点医疗机

构的原始病历等相关资料，抽查方式可采取实地抽查，也可要求市级定点医疗机构寄送相关资料，市级定点医疗机构应积极配合。

（三）各县（市、区）必须严格执行本补偿方案规定的补偿政策。可结合本地近年实际情况，细化实施办法，并报市卫计委备案。

（四）各县市区新农合管理经办机构要加强对意外伤害委托经办的日常监督管理，要对补偿全过程进行监管，要参与意外伤害的认定，要监督承保机构严格执行当年度新农合意外伤害的补偿政策。

（五）各县（市、区）新农合经办机构要与市、县、乡各级新农合定点医疗机构签订服务协议，明确各项控制指标（包括县外、市外的转诊率；22种重大疾病的实施情况等）及管理要求，并加强对定点医疗机构服务行为的日常监督管理。

（六）全市各级定点医疗机构在接诊参合患者时，要注意保护参合患者个人基础信息安全，并注重保护个人隐私。

（七）本方案自2016年1月1日起施行。

