

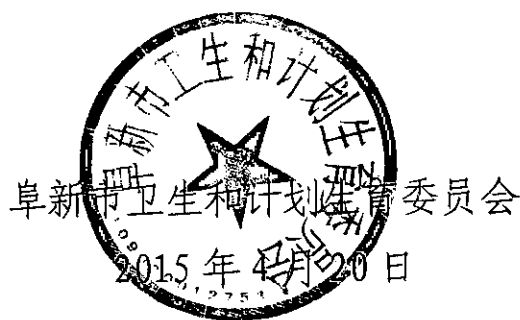
阜新市卫生和计划生育委员会文件

阜卫发〔2015〕79号

关于印发2015年阜新市新型农村合作医疗 工作实施方案的通知

各县区卫生计生局（卫生局），相关医疗卫生单位：

现将阜新市卫生计生委制定的《2015年阜新市新型农村合作医疗工作实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。



2015年阜新市新型农村合作医疗工作实施方案

为巩固医药卫生体制改革成果，进一步做好我市新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）工作，努力提高参合农民医疗保障水平，促进新农合工作健康持续发展，根据省卫计委《关于进一步做好新型农村合作医疗工作的指导意见》（辽卫发2014[57]号）相关文件精神，结合我市实际，制定阜新市2015年新型农村合作医疗工作实施方案。

一、指导思想

深入贯彻落实科学发展观和十八大精神，按照上级对新农合工作的部署，加快新农合医疗保障体系建设，着力在提高参合率、保障水平、管理水平和服务水平上下功夫，进一步巩固成果，规范制度，强化管理，创新运行机制，切实做到为民、便民、利民，为构建幸福和谐阜新做出积极贡献。

二、工作目标

（一）进一步扩大新农合覆盖面。继续坚持以家庭为单位、自愿参加的原则，积极引导农民主动缴费参合，实现农村常住人口应保尽保。常住农业人口参合率稳定在95%以上，贫困人口参合率达到100%。

（二）加强收支情况的监管，积极推进新农合基金市级统筹。建立基金运行分析和风险预警制度，统筹基金结余率控制在15%以内，确保2015年底累计结余不超过当年统筹基金的25%。

（三）进一步提高保障水平。政策性引导农合患者合理选择门诊就医及适合的住院级别，减少过度医疗行为。新农合统筹基金最高支付限额（封顶线）10万元。

（四）加强经办机构管理及服务能力建设。加强新农合就医审核、

结算能力建设，确保审核、结算的规范性、准确性和及时性。

(五) 加强各级定点医疗机构监管。进一步规范定点医疗机构服务行为，对套取新农合基金的医疗机构实行“一票否决”，进行严厉处罚，直至取消农合定点医疗机构资格。

(六) 全市执行统一的新农合方案。落实重大疾病和特色专科的新农合特殊补偿政策，探索开展支付方式改革。

(七) 县级定点医疗机构药品目录和诊疗目录外医药费用不得超过总费用的 10%，市级定点医疗机构控制在 20% 以内。

(八) 采取有效措施将次均住院费用和住院率控制在省平均水平以下。全年转市外转诊比率控制在新农合住院人次的 8% 以内。

三、统筹支付政策

(一) 筹资标准

2015 年我市新农合筹资标准为 500 元/人/年，其中农民个人缴费为 120 元/人/年，各级财政补助标准为 380 元（各级财政配套标准待定）。今年个人未缴足的 20 元在 2016 年个人缴费时一并补足。

(二) 补偿标准

全市继续实行住院统筹和门诊统筹相结合的补偿模式，合理设置各级别补偿比例，提高基层就医报销比例，引导农民在基层医疗机构就医。

1、门诊补偿

门诊补偿基金原则上不超过当年筹资总额的 30%。全市每个行政村要确定一所村级新农合定点医疗机构，新农合对每个行政村的一般诊疗费的支付最高限额不超过本村服务人口 10 元/人/年。各县区可试行开展乡、村两级门诊总额预付制度。

门诊补偿标准

级别	村级	乡级	县级	特殊病、慢病门诊
补偿比例 (%)	50%	50%	30%	60%
封顶线 (元)	30	500	500	2000-4000
说明	以家庭为单位共同使用			在县、乡级实施,需市级备案。方案另行制定

结合农村居民健康干预工程,从农村高血压病人干预入手,组织乡镇卫生院指导乡村医生对高血压病人进行药物干预,除老年人高血压筛查费用从基本公共卫生服务费中支付外,对其它人群的筛查费用,在乡镇卫生院新农合门诊总额预付经费中支付。

2、住院补偿

为了提高农民受益率,以保基本、保大病为原则,全面调整分段标准,提高各段补偿比例,大力促进基层诊疗。继续实行分级分段报销,新农合统筹区域政策范围内住院费用支付比例达到75%。

住院补偿标准

级别	分段(元)	补偿比例	级别	分段(元)	补偿比例
乡级	0-500	45%	市级	0-2000	35%
	500-2000	80%		2000-6000	60%
	>2000	75%		>6000	50%
县级	0-1000	40%	省级 (省外)	0-10000	30%
	1000-4000	70%		10000-20000	40%
	>4000	65%		>20000	30%

(三) 重大疾病保障

将儿童白血病、先天性心脏病、妇女乳腺癌、宫颈癌、血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、I型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、急性脑梗死、结肠癌、直肠癌、儿童苯丙酮尿症、尿道下裂 18 种重大疾病，按病种付费方式纳入新农合支付方式改革。

儿童白血病、先天性心脏病、终末期肾病、妇女乳腺癌、宫颈癌、重性精神病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、尿道下裂 11 个病种定点医疗机构范围为省、市、县三级新农合定点医疗机构；血友病、肺癌、食道癌、胃癌、直肠癌、结肠癌、I型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、急性脑梗死 10 个病种定点医疗机构范围为市、县两级新农合定点医疗机构；苯丙酮尿症患者就诊定点医疗机构为辽宁省妇幼保健院及阜新市妇幼保健所。

经转诊到新农合定点医疗机构就诊所发生的新农合支付范围和限额（详见附件 1）内的医疗费用，按重大疾病保障政策补偿，限额以上的费用按统筹补偿比例执行。

（四）其他政策

1、提高中蒙医药服务的补偿比例。根据卫生部“关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见”（卫农卫发〔2007〕253号）精神，继续实施新农合扶持中蒙医发展优惠政策试点工作。在我市中蒙医定点医疗机构住院的，在正常报销基础上中蒙医诊疗项目和中蒙药物品种增加补偿 10%；中蒙医定点医疗机构门诊治疗的，补偿比例提高 5%。继续开放阜新市中医医院市级门诊补偿，报销比例为 35%，补偿限额每人每年不超过 500 元。

2、传染病：传染病患者在市、县传染病定点医疗机构住院的，住院费用第二段（B 段）补偿比例在正常比例基础上提高 10%。肺结

核病患者门诊治疗纳入新农合支付范围，有条件的县区可根据实际，实行按疗程付费制度（详见附件4、5）。

3、母婴同报：当年出生的新生儿，可在所在统筹区域内随当年参合的父母自动获取参合资格，享受新农合相关的政策待遇，自第二年起按规定缴纳参合费用。

4、三级以上医院的门诊放、化疗纳入住院统筹支付范围。

5、继续将9类残疾人康复项目纳入新农合支付的诊疗项目范围。

（五）药品、诊疗项目、医用材料补偿范围

强化新农合“保基本”属性，引导临床应用基本药物（2012年版国家基本药物目录所列药物）、基本诊疗项目和低值医用材料。县以下定点医疗机构执行新农合药品、诊疗目录，市以上定点医疗机构执行城镇基本医保药品、诊疗目录。临床使用新农合药品目录中的基本药物及项目和城镇基本医保药品目录中的甲类、乙类药物及项目，所发生费用全额纳入新农合补偿范围。补偿范围之外的费用新农合不予报销，也不纳入新农合大病保险补偿范围。未取得技术准入资质的技术服务所涉诊疗项目不纳入补偿范围。

新农合患者经转诊到省以上定点医疗机构就诊，补偿范围内卫生材料费占合规住院费用25%以内，按相应规定报销，超过25%的，按合规住院费用25%计算报销。

（六）报销时限：参合农民申请医疗补偿的期限最迟为参合期限届满后三个月内，逾期视为自动放弃。各县区经办机构要提高工作效率，对参合农民提出的补偿申请在三个工作日内完成补偿工作。

四、具体措施

（一）调整支付政策，支持医改工作

继续完善一般诊疗费政策，村卫生室一般诊疗费标准为 6 元/人次，其中个人承担 0.5 元，新农合支付 5.5 元，最高支付限额，不超过本村服务人口年人均 10 元。研究制定鼓励使用基本药物和低价药物的支付政策，引导医疗机构和医务人员主动节约成本，优化用药结构，降低患者药品费用负担。

（二）严格执行转诊制度，构建分级诊疗秩序。

进一步规范转诊工作，对到区域外就诊的参合农民严格执行逐级转诊制度和首诊负责制，统一转诊单格式（详见附件 2）。县、区级新农合定点医疗机构具有向市级定点医疗机构转诊的权限，市级定点医疗机构具有向省级医疗机构转诊权限，转诊实施网络备案。转往市外就医原则上仅限于辽宁省内省级新农合定点医疗机构。到省外就医的患者经过具有转诊资格的省定点医疗机构转诊，方可按规定的比例报销。专科定点医疗机构只可转诊相应专科疾病患者。急诊、在外长期居住或特殊原因未能转诊的，就诊前要电话告知所在县区农合中心，并在报销时提供急诊、务工、居住证明等相关证明材料，在转诊系统中备案注明。

未经转诊到区域外就诊的，新农合和大病保险各段报销比例下调 20%。开放市级转诊的县区要向市农合中心提出书面申请，经审核备案。到非农合定点医疗机构就诊的不予补偿。

简化需要长期、多次住院治疗参合患者的转诊程序。年度内因同一疾病多次转诊到统筹地区外同一医疗机构住院治疗的，第二次以后复诊住院持第一次转诊备案表进行报销。

对转诊率超过规定比例的定点医疗机构要有明确的行政和经济处罚，必要时可取消其转诊资格。

（三）提高大病保险服务、管理水平，积极探索商业经办模式

根据两年来的大病保险运行情况，确定 2015 年大病保险筹资标准、起付线、赔付标准。结合新农合业务特点，积极探索合作经办机构。充分利用和依托现有的新农合信息系统，新农合经办机构与商业保险机构进行必要的信息交换和数据共享，提供“一站式”即时结算服务。发挥商业保险机构全国网络优势，为参合农民提供异地结算等服务。发挥商业保险机构风险管控能力，与新农合管理机构协同，控制医疗费用不合理增长。按照管办分开、政事分开的要求，开展商业保险机构参与新农合经办服务和新农合补充医疗保险工作。积极探索运用保险的风险管理功能及商业保险机构的网络、专业技术等优势，充分发挥市场机制作用，采取委托经办或购买服务方式，不断完善运行机制，降低公共服务运行成本，提高运行效率、服务水平和质量；要与财政、保监等部门密切配合，加强对商业保险机构承办大病保险业务的监管，完善服务质量考核办法和承办服务退出机制。

（四）探索多样化的新农合支付方式改革，控制费用不合理增长

积极配合公立医院改革和实施基本药物制度，按照统筹区域内机构和病种全覆盖、以收定支、动态调整支付标准、兼顾各方利益、确保持续发展、强化质量监管、保证服务水平原则，大力推进由后付制向预付制转变、由单纯的按项目付费向混合支付方式转变的新农合支付方式改革。具体方案另行制定下发。

各县区要通过广泛调查、深入论证，开展支付方式改革，通过“门诊总额预付”、“按病种付费”、“按床日付费”的支付新模式，促进新农合定点医院在合理医疗、合理收费、合理用药方面加强质量控制。

1、门诊费用支付改革

在乡（镇）、村两级医疗卫生机构要积极推行以门诊费用总额预付为主的支付方式改革。门诊预算总额要根据每一个乡（镇）、村级医疗卫生机构近2至3年区域服务人口、就诊率、次均门诊费用、服务能力等分别测算确定；也可探索实行按人头付费向乡村（全科）医生购买服务，要根据服务人口患病率、门诊分级诊疗、前三年门诊次均费用等情况确定人头付费标准。

2、住院费用支付改革

在县、乡（镇）两级医疗卫生机构要积极推进按病种付费、按床日付费等住院费用支付方式改革。

按病种付费是指根据住院病人所患病种确定相应付费标准的费用支付方式，新农合经办机构和医疗机构通过谈判协商，根据基线调查数据、临床路径或标准化诊疗方案，充分考虑前三年病种费用平均水平和现行病种收费标准等，合理确定付费标准，并可根据疾病诊疗过程中病情的异常变化给予一定的费用浮动空间。要积极做好按病种付费方式和收费方式改革的衔接。按病种收付费，原则上费用超出部分由医疗机构承担，结余部分归医疗机构所有。

按床日付费是将所有住院疾病分为若干类，合理确定平均住院日，经过测算确定各类住院疾病不同床日段的床日付费标准，体现疾病诊疗每日临床活动及资源消耗情况，并按住院床日累计计算每例住院病人的付费额。

重性精神病按床日付费（详见附件3）按照《关于做好农村困难家庭重性精神病患者救治工作的意见》（辽政办发〔2014〕4号）执行。市内定点医疗机构实行垫付制，再与新农合经办机构定期结算，市级定点医疗机构按90元/床/日进行补偿，县区级定点医疗机构按70元

/床/日进行补偿。

肺结核患者住院治疗主要指证包括确诊为活动性肺结核患者中少数危急、重症、大咯血、疑难、严重合并症和严重药物不良反应等以及耐药结核病患者，由辖区疾病预防控制机构(含结核病防治机构)出具相关证明材料，方可转诊到结核病定点医疗机构进行住院治疗并按床日付费。

(五) 强化基金监管，确保基金平稳运行。

认真做好新农合基金的预算执行和管理工作，增强基金收支计划性，加强预算约束力，推进基金管理公开透明。将各级财政补助资金及时、足额拨付到位并按规定申报省以上财政补助资金。针对支付方式改革、购买商业大病保险、支付一般诊疗费等改革出现的新情况，完善管理措施，建立健全监督管理机制，确保基金合理使用和有效运行。积极采取有力措施，防范基金风险，避免出现收不抵支现象。

县区经办机构要提高审核工作效率，及时向定点医疗机构拨付资金，确保定点医疗机构正常运转。要联合相关部门加强对新农合基金使用和管理的检查、审计，加大对乡、村两级门诊和县、乡两级住院及异地就医发生费用的审核力度，对挤占、挪用、骗取、套取新农合基金的行为依法严惩。县、乡两级新农合定点医疗机构实行财务会计电算化集中监管制度，对未实行集中监管的，新农合补偿资金可按70%进行拨付，年终根据定点医疗机构财务账目记录的实际发生费用进行结算，多退少补。

经办机构要主动会同卫生监督综合执法等部门密切配合，加强对定点医疗机构日常监管；定期组织定点医疗机构进行培训，认真贯彻新农合相关政策；定期通报定点医疗机构执行新农合政策情况和出现

的问题，控制医药费用不合理增长；严格执行定点医疗机构准入退出制度，建立新农合定点医疗机构自律和诚信制度，根据诚信等级调整对定点医疗机构垫付费用的支付比例。加大对违反各项基金政策行为的查处力度。对有组织进行骗取、套取基金的行为要依法依规严厉查处，违规的医疗机构要取消定点资格，对医疗机构主要负责人要予以通报并追究责任，重大案件移送司法机关处理。

严格执行新农合三级公示制度，并纳入村务公开内容。进一步完善监督举报制度，建立信访内容核查、反馈机制，充分发挥社会和舆论的监督作用。开展新农合经办机构负责人、财务人员、审核监管人员培训。通过强化培训，不断提高新农合工作人员的业务管理能力。

(六)加大定点医疗机构的监管力度，进一步规范医疗服务行为。

建立健全定点医疗机构的准入和退出机制，实行动态管理和协议管理。对违反新农合管理制度、造成不良后果的定点医疗机构，要提出警告，做出处罚，直至取消其资格。建立定点医疗机构监测评价指标体系，完善医疗费用分析、评估和通报制度，将医疗费用上涨幅度、医疗服务质量以及新农合制度执行情况等，纳入定点医疗机构考核范围，优奖劣罚。定点医疗机构要加大定点医疗机构人员、设备投入，加强组织机构建设，完善制度流程，促进新农合服务水平提升。严格执行医疗技术操作规范，提高服务质量，做到合理检查、合理用药、合理收费。

5月末前各县区要完成对辖区内新农合定点医疗机构的重新核定工作，并将结果报市农合中心备案，相关信息适时向社会公示。

(七)规范和完善新农合信息化管理工作，打造一个规范、便捷、实用的网络服务监管平台。

结合区域卫生信息化建设和发放居民健康卡等工作，进一步加快新农合信息化平台建设。结合实施基本公共卫生服务项目，积极推进新农合医疗证、卡的规范统一工作，建立以新农合和居民电子健康档案为主线的业务平台，实现向“一卡通”的转变。

经办机构要结合新农合大病保险业务的开展，加强经办基础设施建设，配备与管理经办业务相适应的基本设备，逐步提高监督管理能力。要改进服务方式，优化报销流程，为参合农民提供方便快捷的结算服务。要加强制度建设和队伍建设，强化政策学习和业务培训，认真开展政策理论研究，不断完善新农合制度。要建立新农合运行情况分析和预警机制，确保新农合制度平稳运行。

（八）进一步加大宣传力度

新农合管理经办机构及定点医疗机构要加大宣传力度，安排专人抓好宣传工作。充分利用公益广告、网站、LED 显示屏、宣传栏、宣传橱窗以及各类宣传品，加大新农合调整政策的宣传普及力度，全面、准确地解读和展示新农合补偿政策，使广大农民积极参合、提高新农合惠民政策的感受度。

附件：1、辽宁省新农合重大疾病病种医疗费用限额标准

2、辽宁省新型农村合作医疗转诊审批单

3、重性精神病按床日付费原则

4、新型农村合作医疗普通肺结核病诊疗服务包（门诊治疗）

5、新型农村合作医疗耐药肺结核病诊疗服务包（门诊治疗）

附件 1

辽宁省新农合重大疾病病种医疗费用限额标准

序号	病 种	限额标准 (万元)
1	肺癌	2
2	食道癌	2
3	胃癌	2
4	结肠癌	2
5	直肠癌	2
6	慢性粒细胞白血病	2
7	急性心肌梗塞	2
8	急性脑梗死	1
9	血友病	0.6
10	I 型糖尿病	0.5
11	甲亢	0.7
12	先天性唇裂 (单侧、双侧)	0.6
	先天性腭裂 (完全、不完全)	0.8
	唇腭裂术后鼻唇畸形	0.6
	先天性牙槽裂	1.2
	唇腭裂继发下颌前突畸形 (下颌前突矫正术)	4
	唇腭裂继发上颌发育不足畸形 (上颌发育不足及下颌前突矫正术)	6
13	儿童苯丙酮尿症	
14	尿道下裂	1.2

附件2

辽宁省新型农村合作医疗转诊审批单

患者姓名		性 别		年 龄	
身份证号		新农合证号		联系电话	
患者住址	县(市、区)	乡(镇、街道)	村(街、路、里、弄)	组 号	
临床诊断		ICD 编码		病案号	
入院日期			转出日期		
转出医院			转入医院		
病情介绍及转出原因:					
<p>经治医师签章: _____ 科主任签章: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
<p>转出定点医疗机构农合办意见:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医疗机构农合办盖章</p>					
<p>新农合经办机构意见:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">新农合经办机构盖章</p>					
备注:					

- 注: 1、此表一式两份, 转出医院、转入医院各一份备查;
- 2、此表信息应与网上申请登记内容保持一致;
- 3、如有特殊需要说明的情况请在备注栏内注明。

附件 3

重性精神病按床日付费原则

一、重性精神病按床日付费的病种

精神分裂症、分裂情感障碍、双相情感障碍、偏执性精神障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍。

二、住院条件

诊断为重性精神病并有以下情况之一的：

- (一) 危险性为 2-5 级；
- (二) 精神病症状明显、自知力缺乏；
- (三) 有急性药物不良反应；
- (四) 严重躯体疾病；
- (五) 社会功能状况较差。

三、付费标准

县级重性精神病定点机构每床日付费标准按机构收治重性精神病规模和数量进行调整，由省新农合管理中心会同省精神卫生中心共同现场审核确定。每年超过 200 天收治 300 名住院患者的机构按床日 70 元付费，收治 200-300 名按 60 元付费，收治 100-200 名按 50 元付费，收治 100 人以下按 40 元付费。

附件 4

新型农村合作医疗普通肺结核病诊疗服务包（门诊治疗）

项 目		单 价（元）	频 率	比 例（%）	费 用（元）	备 注
普通结核 (门诊全程 治疗)	痰涂片（3个标本）	15	4	100	60	治疗前、2月末和5/6月末、疗程结束
	胸部 X 线检查	120	3	100	360	治疗前、2月末、疗程结束
	血常规	15	6	100	90	每月
	尿常规	10	6	100	60	每月
	心电图	15	3	100	45	每月
	肝功能	40	6	100	240	每月
	肾功能	30	6	100	180	每月
	痰结核菌培养	60	1	50	30	治疗前
	菌型鉴定及药敏试验	260	1	50	130	治疗前
	HIV 抗体检查	30	1	100	30	治疗前
	血糖检查	10	2	100	20	治疗前
	结核菌素试验	60	1	10	6	治疗前
	基础护肝	70	6	100	420	每月
	抗结核治疗	150	6	100	900	新农合定
	维生素（B6, Vc, AD）	50	6	100	300	每月
	止咳化痰	10	6	80	48	每月
	诊断性抗感染药	600	6	20	720	每月
	抗过敏	50	6	10	30	每月
	骨关节（控尿酸）	20	6	20	24	每月
	其它不良反应处理	500	6	10	300	每月
其它（注射费 耗材等）	10	6	100	60	每月	
其他项目……					根据临床需要	
合 计		—	—	—	4053	全疗程

新型农村合作医疗耐药肺结核病诊疗服务包 (门诊治疗)

项 目		单价 (元)	频 次	比例 (%)	费用 (元)	备 注	
耐多药结核 (门诊全程 治疗)	辅助检 查	痰涂片 (3个标本)	15	4	100	60	治疗前、2月末和5/6月末 疗程末
		胸部 X 线检查	120	12	50	720	治疗前、2个月1次、疗程结束
		CT 检查	260	12	50	1560	治疗前、2个月1次、疗程结束
		血常规	15	24	100	360	每月1次
		尿常规	10	24	100	240	每月1次
		心电图	30	5	100	150	临床需要时
		肝功能	40	24	100	960	每月1次
		肾功能	30	24	100	720	每月1次
		腹部超声检查	40	1	100	40	临床需要时
		胸腔穿刺	130	4	5	26	临床需要时
		胸水检查	60	4	5	12	临床需要时
		听力检查:	55	12	100	660	2月1次
		视觉检查:				0	临床需要时
		眼底检查				0	临床需要时
	辅助治 疗	痰结核菌培养	60	12	100	720	2月1次
		菌型鉴定及药敏试验	260	2	100	520	治疗前、6月末
		新诊断技术 (r-干扰素释放试验、Genexpert、LAMP、hain)	700	3	50	1050	治疗前
		TSH (促甲状腺激素)	300	24	20	1440	每月1次
		肺功能	280	8	100	2240	3个月1次
		其他项目.....					根据临床需要
		基础护肝	100	24	100	2400	每月1次
		二线抗结核治疗	1200	24	100	28800	每月1次
		维生素 (B6, Vc, AD)	50	24	100	1200	每月1次
		止咳化痰	50	24	50	600	每月1次
		抗感染药	1500	1	50	750	临床需要时
		抗过敏	50	1	10	5	临床需要时
		骨关节 (控尿酸)	100	2	20	40	临床需要时
		雾化吸入	50	5	10	25	临床需要时
咳血处理	100	5	5	25	临床需要时		
不良反应处理	3000	1	15	450	临床需要时		
耗材等	20	100	100	2000	临床需要时		
注射费	5	180	100	900	6个月		
其他项目.....					根据临床需要		
合计		—	—	—	48673	全疗程	

