

保山市新型农村合作医疗领导小组办公室文件

保新农合发〔2015〕1号

保山市新型农村合作医疗领导小组办公室关于 印发 2016 年全市新型农村合作医疗 补偿标准的通知

各县（市、区）新农合领导小组办公室：

根据 2016 年新型农村合作医疗筹资水平和国家、省的相关政策，经市新农合领导小组研究决定，从 2016 年 1 月 1 日起，全市各级定点医疗卫生机构门诊、住院报销按照以下标准执行：

一、基金分配

（一）2016 年新农合基金按人均 500 元标准筹集，其中，大病商业保险基金按照人均 30 元标准筹集，其余用于门诊、住院、风险基金。

(二) 门诊基金、住院基金县级使用，县级管理的模式不变。

(三) 风险基金、大病保险基金实行全市统一管理，各县区按照规定提取后上缴市财政社会保障基金财政专户。

二、门诊报销比例及封顶线

(一) 普通门诊报销比例统一按照村级 50%、乡（镇）级 50% 的标准报销，封顶线按照每人每年 300 元的标准执行。

(二) 慢性病门诊每次按照门诊医药费的 60% 给予报销，封顶线为每人每年 1500 元（重性精神病患者社区康复按照云卫发〔2013〕22 号文件规定执行，门诊定额补助标准为全年 2000 元），慢性病补助费用全部用于与疾病相关的药费。慢性病报销药品目录参照县级目录执行，精神病患者用药目录可适当放宽。单方名贵中药材不予报销。

(三) 一般诊疗费收费标准按照云南省物价局等 4 厅局《关于进一步完善基层医疗卫生机构一般诊疗费政策有关问题的通知》（云价收费〔2014〕114 号）规定执行。中药饮片处方按照复杂诊疗费标准收取，针灸、推拿、理疗等按照简单诊疗费标准收取。

三、住院报销比例及起付线

(一) 住院报销比例按照乡（镇）级 90%、县（区）级 75%、州市级 60 %、省级 50%、市中医医院按照 70%、住院封顶线每人每年 20 万元的标准执行。

(二) 各级定点医疗机构住院起付线分别为乡（镇）级 200

元、县（区）级 400 元、州（市）级 500 元、省级 1000 元。

（三）尿毒症和重性精神病患者住院报销按照《云南省卫生厅 云南省人力资源和社会保障厅 云南省民政厅关于做好云南省城乡居民尿毒症和重性精神病医疗费用报销和医疗救助工作的通知》（云卫发〔2013〕22 号）规定执行。即重性精神病患者急性期限享受一个周期住院治疗，时间为 30 天。住院治疗包干费为：三级医院 7500 元，二级医院 6500 元，一级医院 5500 元。住院超过 30 天的，实行定额补助，每天补助标准为：31—90 天，三级医院每人每天 120 元，一级、二级医院每人每天 100 元。90 天以后，三级医院每人每天 80 元，一级、二级医院每人每天 60 元，超过上述控制标准的费用，新农合不予报销，由医疗机构自行承担。跨年度住院的不得再享受第二次急性期待遇。其他精神病住院患者按照一级医院 90%，二级、三级医院 80%比例报销，起付线按照一级医院 200 元、二级医院 400 元、三级医院 500 元（保山市第三人民医院按照三级医院、保山市民政精神病医院按照二级医院、腾冲市安定医院按照一级医院标准）执行。

（四）无论顺产、阴道手术助产或剖宫产，孕产妇住院分娩按照乡镇卫生院 1200 元/例，县级定点医疗保健机构 1650 元/例标准实行定额补助，其中，限价范围内先由中央农村孕产妇住院分娩项目补助 400 元/例，余下部分由新农合基金支付。

当年出生的婴儿年度内随参合父母享受新农合待遇，封顶线

合并计算。

（五）22类重大疾病按照《保山市卫生局转发云南省卫生厅关于加快推进农村居民重大疾病医疗保障工作意见的通知》（保卫发〔2013〕37号）文件相关规定执行。22类重大疾病患者自付费用实行年度累计计算，累计自付费用达到大病保险赔付标准的，由商业保险公司予以赔付。

（六）根据《中共保山市委保山市人民政府关于促进残疾人事业发展的实施意见》（保发〔2011〕7号）及相关文件精神，参合持证特困残疾人、五保户、特困优抚对象等特殊群体取消住院起付线。

（七）为鼓励中医药事业发展，各县（市、区）可结合实际，将中医药适宜技术纳入新农合报销范围（非治疗为目的的除外），具体办法由各县（市、区）自行确定。

四、意外伤害补助办法

意外伤害的补偿办法。对有责任的各种意外伤害（如：斗殴致伤、酗酒、自残、自杀，交通肇事），新农合基金不予补偿。但参合农民在保山地域范围内劳作中造成的外伤（含犬伤），并无第三责任人时，按一般疾病住院补偿政策执行，意外伤害的首诊定点医疗机构应询问记录患者身份和伤害，符合补偿条件的应及时报县（市、区）合管办审核备案实行即时结报，患者必须提供意外伤害情况调查表。

五、费用控制标准

要严格各级定点医疗机构的资格准入和退出制度，完善定点医疗机构管理和考核办法，并向社会公布，接受群众监督。强化对定点医疗机构的监管，规范服务行为，控制医药费用不合理的增长。

（一）2016年各类定点医疗机构次均门诊、住院费用较2015年增长不得超过5%，各级定点医疗机构次均住院费用控制标准由各县（市、区）与定点医疗机构谈判协商后自行确定。

（二）各级定点医疗机构实际报销比例原则上不得低于名义补偿比例10%。

（三）乡村（含社区）两级医疗卫生机构抗生素使用率分别不得超过40%、30%，静脉输液率不得超过50%、40%。

（四）上述控制指标均按月核定，超过上述指标的，由经办机构予以扣减补偿费用。

六、加强就医管理

（一）简化转诊手续

1. 参合农民在市内住院取消转诊手续，其他疾病到市外住院的，应到当地合管办办理转诊手续。

2. 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，应在住院7天内以电话或其它方式告知参合地经办机构备案。

3. 各定点医疗机构要加大参合农民住院患者身份核查力度，参合农民住院应提交合作医疗证、身份证（或户口簿，新生儿提供《出生医学证明》），未有上述证件的，由所在地村民委员会出具相关证明。

（二）就医管理

全市各级定点医疗机构在接诊参合患者时，要对患者合作医疗证、身份证（或户口簿）与新农合信息平台中基础信息进行核对，验证参合患者身份。窗口工作人员应主动向其宣传新农合定点医疗机构即时结报相关政策。

参合患者住院期间，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，使用目录外药品、诊疗项目、部分报销的诊疗项目时应向患者或患者家属告知相关报销政策，必须经患者或患者家属同意并签字。

（三）报销结算

各级定点医疗机构要为参合患者医疗费结算建立“一站式”服务窗口，参合患者出院时按照本方案规定范围、比例为参合患者直接结报医疗费用，参合患者结算自付费用即可出院。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。

各级定点医疗机构定期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（或户口簿）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，同时在新农合补偿登记表中进行登记。

各级合管办收到各级定点医疗机构寄送资料后，合管办要按时组织相关人员进行审核，在 30 个工作日内将各级定点医疗机构垫付费用拨付至定点医疗机构账户。

七、相关要求

（一）各县（市、区）要按照《保山市卫生局关于印发新农合基金风险预测预警机制实施方案的通知》（保卫发〔2013〕66号）文件要求，加强对定点医疗机构日常监管，有效防范基金风险。

（二）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。

（三）各地要加强对新农合市级统筹政策的宣传，让广大农村居民深入了解新农合政策带来的便利和实惠，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。

（四）参合人员要严格遵守新农合相关政策和规定，严禁将新农合证借给他人或冒用他人新农合证看病就医，一经发现，取消当年报账资格。

（五）各县（市、区）要严格执行各级定点医疗机构规定起付线、报销比例和报销封顶线标准，不得擅自调整，并按照通知

要求制定实施方案和实施细则，报市新农合领导小组办公室备案批准后，以县（市、区）人民政府文件印发实施。

本方案自 2016 年 1 月 1 日起施行。以前与本方案不一致的，按本方案执行。

附件：《保山市新型农村合作医疗不予补偿范围》。

保山市新型农村合作医疗领导小组办公室

2015 年 12 月 28 日

保山市新型农村合作医疗不予补偿范围

一、医疗服务类

(一) 门诊及住院病历工本费。

(二) 入院前的各种检查和治疗费，各种医疗风险保险费、滞纳金费。

(三) 各种特需医疗服务项目（如点名手术、点时手术、点名会诊、点名检查、点名护理、自请护士、家庭医疗保健等）。

二、生活服务设施类

(一) 就（转）诊交通费、急救车费、担架员随急救车出诊费等。

(二) 超过省、市、县合作医疗管理办公室规定标准的住院床位费用。

(三) 陪护费、陪客床椅费、陪客水电费、护工费、营养费、药膳费等杂费。

(四) 使用空调、电话、电视、电炉、煤气、电冰箱、食品保温箱等费用。

(五) 损坏公物的赔偿费用。

(六) 特需服务的项目和服务设施费。

(七) 尸体料理费、尸体冷藏费。

(八) 各种与诊疗无直接关系的费用（如脸盆、口盅、餐具、

牙具、一次性鞋套、洁净袋、卫生纸费、尿垫费、尿布费、排尿排便器具费、押瓶费等)。

三、非基本医疗性费用

(一) 各种美容、整形项目：如皮肤色素沉着、痤疮、疤痕美容、激光美容、脱痣、激光平疣、除纹身、除皱、除眼袋、雀斑、老年斑、开双眼皮、洁牙、镶牙、治疗白发、秃发、脱发、植毛、脱毛、隆鼻、隆胸、穿耳洞等费用。

(二) 各种矫形及生理缺陷的手术、检查治疗康复项目：如口吃、平足、安装假肢、假眼、假发、假牙，验光配镜、鼻鼾等矫形、正畸产生的费用。但小儿麻痹、先天性唇腭裂、先天性髋关节脱位、先天性心脏病、儿童脑瘫、智障、脊髓损伤等术后康复治疗项目除外。

(三) 各种健美治疗项目：如减肥、增胖、增高等项目费用。

(四) 各种健康体检：如婚前检查、旅游体检、出境体检、疾病普查等项目费用。

(五) 各种预防、保健性项目：如保健按摩、自动按摩床治疗、体疗健身、各种疫苗预防接种、预防服药、预防注射以及疾病的普查普治和预测、社会调查、跟踪随访等费用。

(六) 各种医疗咨询、健康预测：如心理咨询、健康咨询、性咨询、婚育咨询等费用。

(七) 各种医疗鉴定：医疗事故鉴定、精神病等法医学鉴定、

医务劳动鉴定、伤残等级鉴定、职业病鉴定、孕妇胎儿性别鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等费用。

四、诊疗设备及医用材料类

(一) 未纳入《云南省新型农村合作医疗基本诊疗项目(试行)》以外的诊疗项目的费用。

(二) 各种治疗器械:如矫形鞋、助力器、助听器、健脑器、皮下给药装置、电话传输心电图监护系统(心脏 BP 机)等费用。

(三) 各种自用的按摩、保健、治疗用品:颈托、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、平足托、疝气带、护膝带、护腰带、钢背心、钢腰围、钢头颈、热敷带、药带、药枕、药垫、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用。

(四) 国家、省级及州(市)物价、卫生、财政部门规定不可单独收费的一次性医用材料费。

五、治疗项目类

(一) 各种器官或组织移植时,其购买器官源或组织源费用。

(二) 近视和斜视矫形术费用,气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法等辅助性治疗项目费用和戒毒治疗费用。

六、其它

(一) 各种不孕(育)症、性功能障碍的诊疗项目费用。

(二) 住院期间使用不属于规定范围内的诊疗项目和自费材料的费用,挂名住院、冒名住院、不符合入院标准等其他违反新

农合管理规定所发生的医疗费用。

（三）超出《云南省新型农村合作医疗基本用药目录》的药品费。

（四）不在发改委规定的收费项目以外的项目费用一律不予报销。

（五）住院病人应当出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的一切医疗费用，或患者住院应由定点医疗机构记入结算清单而未记入出院清单，然后拿费用单据要求报销的费用。

（六）酗酒、服毒、自杀、自残、打架斗殴、违法犯罪所致伤害及被拘留、逮捕和服刑期间发生的医疗费用。

（七）有第三者或其他责任的医疗费用，因医疗事故或纠纷应由医方承担的费用。

（八）不符合省、市、县（市、区）级合作医疗管理机构转诊程序规定或不到定点医疗机构住院的医疗费用。

（九）新型农村合作医疗证生效之前或到期未继续参加合作医疗期间所发生的一切医疗费用。

（十）省、市、县（市、区）级合作医疗管理机构和卫生主管部门有具体规定不列入报销范围的其他费用。

七、部分补偿项目

（一）单项大型检查项目 500 元以下的计入补偿范围，超过 500 元的，患者自付 50%，再按照比例给予报销；

（二）单项耗材 3000 元以下部分据实计入补偿范围，超过 3000 元，按照 3000 元标准报销，其余由患者全部自费。检验费用控制标准由各县（市、区）与定点医疗机构谈判协后确定。

（三）省级和州市级定点医疗机构新农合用药目录参照《云南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（2010 年版）执行，不区分甲乙类，均可按比例报销。

抄送：省新型农村合作医疗管理办公室。

保山市新型农村合作医疗领导小组办公室

2015年12月28日印发
