

北海市卫生和计划生育委员会 文件

北海市 财 政 局



北卫发〔2016〕150号

北海市卫计委 财政局关于印发北海市新型 农村合作医疗基金补偿技术方案 (2016年修订)的通知

各县区卫生计生局、财政局、合管中心，涠洲岛旅游区社会事务局，市级各定点医疗机构：

为完善新农合制度，进一步提高农村医疗保障水平，根据《自治区卫生计生委 财政厅关于印发广西新型农村合作医疗基金补偿技术方案（2016年修订）的通知》（桂卫基层发〔2016〕5号）

精神，结合本市 2016 年新农合资金筹集等情况，我们组织制定了《北海市新型农村合作医疗基金补偿技术方案（2016 年修订）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

各县区在执行过程中遇到问题请及时向市卫生计生委新农合管理中心和市财政局社会保障科反馈。

北海市卫生和计划生育委员会



2016 年 6 月 27 日

（联系人及电话：

市卫生计生委新农合管理中心 韦晓东 0779-3030081，

市财政局社会保障科 蒙秋红 0779-3063841）

公开方式：主动公开

抄送：市委，市政府。

北海市卫生和计划生育委员会办公室

2016 年 6 月 27 日印发

北海市新型农村合作医疗基金补偿技术方案 (2016年修订)

为加强新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）基金管理，促进新农合市级统筹健康发展，打造新农合升级版，进一步提高基金使用效能，确保基金安全运行，最大限度惠及广大参合农村居民，编牢织紧用好医疗保障网，现结合我市实际，制定本方案。

一、指导思想

坚持取之于民、用之于民的服务理念，以科学发展观为指导，在逐步提高新农合筹资水平、巩固新农合覆盖面的基础上，通过合理调整和完善补偿方案，科学确定保障范围和报销比例，使参合农村居民受益程度不断提高，确保新农合基金安全和制度运行平稳。

二、基本原则

（一）收支平衡，保障适度。以收定支，量入为出，确保新农合基金收支平衡，防止基金透支或基金沉淀过多，合理用于医药费用补偿，逐步降低个人自付比例。

（二）大病统筹为主，兼顾受益面。以住院统筹为主，门诊统筹为辅，建立科学补偿机制，缩小政策范围内报销比例与实际报销比例之间差距，提升重大疾病保障水平。

（三）基层优先，合理引导。充分利用新农合基金补偿标准差异性优势，向基层倾斜，科学引导参合患者到基层医疗卫生机构就诊，为合理诊疗、建立分级诊疗制度创造有利条件。

（四）预算管理，提高效率。按照“总额包干、限额预付、超支不补”的要求，全面推进新农合支付方式改革，建立完善激励约束运行机制，保障基金使用效率和安全。

（五）市级统筹，统一实施。以市为单位统一执行补偿方案，基本做到诊疗项目、药品目录、起付线、报销比例、封顶线、报销办法等“六个”统一，促进社会公平。

三、参合对象及待遇

（一）参合对象。北海市辖区内居住的农村居民，以户为单位自愿参加新农合。因外出打工等原因已参加城镇职工、城镇居民基本医疗保险的人员，不能重复参合和重复享受待遇。

（二）参合时间。原则上，个人缴费应在当年 2 月底前完成，逐步推行到当年 12 月份前完成次年的缴费，并做好信息录入核查工作，方便参合人员及时就诊和报销。

（三）参合待遇。参合人员保障期限按当年参合，当年受益。当年出生超过缴费期的新生儿（婴儿）随母亲纳入新农合保障范围（所谓“超过缴费期的”，该时限确定为当年 2 月 1 日），实行“母婴捆绑”政策（封顶线按一个人标准进行补偿）。参合人员应履行新农合制度等有关规定的责任和义务，服从经办机构的就医和转诊指导。停止参加新农合的，不能享受报销。

四、基金筹集

（一）新农合基金主要由政府补助和农村居民个人缴费筹集。2016 年新农合人均筹资标准不低于 540 元/人·年。其中，各级财政补助标准不低于 420 元/人·年，农村居民个人缴费标准不低于 120 元/人·年。新农合财政补助资金实行分级负担，对市所属城区财政补助按以下标准分担：中央补助年人均 300

元，自治区补助年人均 81 元，市本级负担年人均 18.5 元，城区负担年人均 20.5 元；对县财政补助按以下标准分担：中央补助年人均 300 元，自治区补助年人均 95 元，市及县负担年人均 25 元。

（二）鼓励社会团体、慈善机构、企业、村集体和个人资助新农合基金。

五、基金分配

当年可支配的新农合基金包括当年筹集基金和历年累计结余基金，全部为统筹基金，可分为风险基金、住院基金和门诊基金、大病保险基金四个部分。

（一）风险基金按当年统筹基金收入总额的 10%提取，若风险基金累计结余达到当年统筹基金收入总额 10%的，不再提取风险基金。统筹市因弥补基金非正常超支造成的基金临时周转困难等，动用风险基金时，需报市级财政部门、卫生计生部门审核，经市级人民政府批准后方可使用，并报自治区财政厅、卫生计生委备案。

（二）当年统筹基金提取风险基金、大病保险基金后，统筹基金按 72%的住院基金、28%的门诊基金的比例进行分配。住院基金、门诊基金之间可以调配使用。原则上，购买大病保险资金应充分利用结余基金，结余不足或没有结余的，在年度提高筹资部分中统筹解决。

六、补偿范围

（一）补偿对象。参合农村居民因病住院或门诊就诊、住院分娩等医药费用符合报销范围规定的，纳入新农合补偿范围。

（二）补偿药物。新农合报销药物目录（含国家基本药物

目录和自治区增补的基本药物目录，下同）内的药品，包括暂时新增的伊马替尼胶囊（片）、尼洛替尼胶囊、达沙替尼片、舒尼替尼胶囊、盐酸吉非替尼和富马酸替诺福韦二吡呋酯6种特殊药品纳入新农合补偿范围，目录外的药品不予补偿，实行单病种付费管理或按床日付费管理的病种除外。

乡镇卫生院、村卫生室和政府（含公立医院）办社区卫生服务机构的报销药物目录，按《广西壮族自治区卫生计生委关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的通知》（桂卫药政发〔2014〕5号）执行。

“限二线用药”80%计入合理费用报销，20%个人自费负担。使用《基本用药目录》内药品属进口的，其药费的70%计入合理费用报销，30%个人自费负担。临床输血及其制品按70%比例计入合理费用报销。

（三）补偿项目和材料。非目录范围内的诊疗项目和医用材料不予补偿，但实行单病种付费管理或按床日付费管理的病种除外。

应用正电子发射断层扫描（PET）、电子束CT、CT、立体定向放射装置（Y-刀、X-刀）、磁共振、DR、MR、CR、C形臂X线；核医学（ECT）检查；纤维胃镜、纤维肠镜、纤维支气管镜；彩色多普勒类、彩超检查（含心室功能测定、室壁运动分析）；动态血压、动态心电图、平板运动试验等检查以及血管介入性诊疗要有明确指征，其发生的费用按80%计入合理费用报销，20%个人自费负担；国产植入性材料费用按80%计入合理费用报销，20%个人自费负担；境外植入性材料费用其发生的费用按70%计入合理费用报销，30%个人自费负担。因无检查条件，需

要病人到市内其他医院检查，定点医疗机构应向病人所属县区合管中心提出书面申请，合管中心同意后，该检查项目可报销。

(四) 特殊疾病。

1. 农村重大疾病。儿童急性白血病、儿童先天性心脏病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神病、终末期肾病（慢性肾脏病第 5 期，包括门诊治疗）、耐多药结核病（包括结核病的门诊治疗）、艾滋病机会性感染、重度听障儿童人工耳蜗植入、血友病（包括门诊治疗）、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、脑梗塞（急性期）、结肠癌、直肠癌、儿童苯丙酮尿症、尿道下裂、肝癌、鼻咽癌、人感染禽流感、尘肺（《中华人民共和国职业病防治法》实施前，难以明确第三者企业、用人单位责任，不能享受工伤保险的参合患者）等疾病，报销比例为合规费用的 70%，补偿封顶线 15 万元。

重大疾病应纳入单病种管理，重大疾病合并其他疾病，重大疾病为第一诊断或非第一诊断的，结合参合患者主诉，病程治疗过程及费用清单等内容分析，若治疗针对的是重大疾病，按重大疾病报销标准给予报销；主要治疗并非针对重大疾病，按普通疾病报销标准给予报销。

2. 门诊特殊病种。高血压病等特殊病种（详见特殊病种门诊补偿）的门诊治疗费用纳入住院统筹基金补偿范围。门诊特殊病种由二级及以上定点医疗机构确诊，精神专科疾病由专科定点医院出具诊断证明。建立门诊特殊病种确定和核查机制，确保参合患者疾病的真实性，避免重复往返确诊。

3. 康复项目。以治疗性康复为目的的运动疗法、偏瘫肢体

综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练、日常生活能力评定等 9 项医疗康复项目的门诊和住院治疗费用，纳入住院统筹基金补偿范围。其限定支付范围按《关于印发北海市将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围实施方案（试行）的通知》（北卫发〔2011〕156 号）执行。

4. 狂犬病。在定点医疗机构门诊注射狂犬疫苗每年补助 1 次，每次补助 200 元（需提供疾病证明）。狂犬病暴露后处置费用纳入住院统筹基金补偿范围，按住院补偿有关规定执行。

（五）政府财政专项经费支持的“农村孕产妇住院分娩”“艾滋病防治”“结核病防治”“血吸虫病防治”“慢性病防治”等公共卫生项目，其救治经费首先按照财政专项经费补助政策或经费使用有关规定给予补助后，剩余部分的医药费用再按照新农合规定补偿。

（六）门诊统筹补偿范围，原则上仅限于县级、乡镇（社区）、村三级定点医疗机构。

（七）积极推进按病种分级诊疗补偿新模式。各县区按照功能定位和服务能力，合理划分和选择不少于 30 种单病种作为县乡两级定点医疗机构基本诊疗病种，对于分级诊疗病种补偿比例按县乡级定点医疗机构的补偿比例提高 5%（不用扣除起付线、自费项目费用）。具体办法由市级制定。

（八）凡属下列情形之一的，不予补偿：

1. 报销手续不全或不符合财务制度规定的，无有效医疗费用发票报销联原件的；

2. 酗酒、打架（含夫妻打架）、斗殴、吸毒、服毒、自残、

自杀等导致的医疗费用；

3. 近（弱）视矫正术、保健疗法、营养疗法、气功疗法、音乐疗法、磁疗等费用（重性精神病患者因病情需要使用气功疗法、音乐疗法、磁疗等费用除外）；

4. 各种美容、健美、减肥、增胖、增效项目及非功能性整容、矫形手术包括眼睑下垂（13岁以下儿童除外）、多指（趾）等矫正等费用；

5. 义齿、眼镜、助听器（顺风耳项目儿童除外）和各种自用的保健、按摩、推拿治疗等器械费用；

6. 在国外和港、澳、台地区发生的医疗费用；

7. 各类器官、组织移植的器官源和组织源，以及开展摘取器官、组织移植的器官源和组织源的手术等相关费用；

8. 到非新农合定点医疗机构就医的；

9. 住院不足48小时的（病情严重须转诊上级定点医疗机构，或抢救无效最终死亡及到定点医疗机构进行恶性肿瘤放化疗除外），以体检为目的到定点医疗机构住院的，家庭病床产生的医疗费用；

10. 有工伤保险、生育保险基金和第三方承担的医疗费用；

11. 预防接种疫苗费（狂犬病疫苗除外）、婚检等属公共卫生和保健项目的费用；

12. 未经卫生计生行政部门批准或备案，未经物价部门核准收费价格，擅自开展的治疗项目，以及超过物价部门规定的医疗服务价格收费标准的医疗费用；

13. 涉及违法犯罪行为所产生的医疗费用；人流和引产（有医学需要的除外），以及因交通事故、医疗事故等应由第三人

负担的医疗费用。

七、补偿标准

(一) 住院补偿。

1. 住院计算公式：住院补偿费用=（住院总医药费用-非补偿范围内的药品费用-非补偿范围内的诊疗项目和医用材料的费用-起付线）×补偿比例。

2. 住院起付线。是指新农合基金对参合农村居民进行补偿时计算住院补偿费用的最低起点。起付线以下的费用由参合农村居民自付。住院补偿起付线按以下规定执行：定点乡镇卫生院或县一级医疗机构 **200** 元，定点县、市二级医疗机构 **400** 元，定点市三级医疗机构 **600** 元，定点自治区级医疗机构 **800** 元。未确定级别的定点医疗机构 **800** 元。

原则上，每次住院均需扣除起付线；肿瘤病人年内因同一疾病多次住院，只需扣除一次起付线；因病情需要转院治疗的，只需扣除最高级别医疗机构的起付线。

3. 住院补偿比例。是指参合农村居民患病住院支出医药费用后，按规定从新农合统筹基金中获得的医药费用补偿比例。定点医疗机构住院补偿比例按以下规定执行：

乡镇卫生院或县一级 **90%**，县二级 **70%**；市级和市级以上补偿比例：

(1)市第二人民医院、市结核病防治院、市妇幼保健院、市皮肤病防治院、市卫校附属医院、先觉新医正骨医院、博铎医院、玛莉亚妇科医院、安琪儿妇产医院，报销比例为 **70%**。市结核病防治院、复退军人医院和宏科康复医院的专科疾病，按照重大疾病保障的规定报销。

(2)市人民医院、市中医医院报销比例为 **55%**。

(3)自治区级或区外医疗机构，报销比例为 **50%**。

参合农村居民在全区范围内同等级别新农合定点医疗机构住院的，按本市相应级别的补偿标准报销；未确定级别的定点医疗机构按 **50%**报销。

4. 住院补偿设置封顶线。封顶线是指新农合基金能够提供给参合农村居民的最大补偿额度。普通疾病住院补偿封顶线为 **12 万元**。

5. 住院分娩纳入住院统筹基金补偿范围。

孕产妇在定点医疗机构住院分娩顺产，其费用在财政专项补助后，剩余符合规定部分由新农合基金予以补偿，**400 元 / 例**（双胞胎每例另加 **150 元**），免转诊。异常分娩按住院补偿有关规定予以补偿。

6. 参合农村居民在新农合定点医疗机构使用报销药物目录（不包括中药配方颗粒、中药浓缩配方制剂）范围内的中医药、民族医药诊疗疾病的，其中中医药、民族医药的医药费用（不包括中成药）补偿比例提高 **10 个百分点**以内，且在乡镇卫生院和社区卫生服务中心累加补偿比例不能超过 **100%**（与基本药物目录药品不叠加计算）。进一步完善中医药、民族医药诊疗规范，规范服务项目和服务内容，对不合规项目不予补偿。

7. 无责任意外伤害及后期康复住院治疗，补偿比例为 **50%**，封顶线为 **5 万元**，通过定点医疗机构出院即时结报，定点医疗机构应根据病情对伤害者进行责任确认，以防产生骗保行为。外伤引起的感染或自行山草药处理后第一次住院的，按外伤给予报销处理。

（二）普通门诊补偿。

1. 每人每年门诊统筹费用补偿封顶线为 120 元，可以参合户家庭为单位共享。门诊统筹补偿不设起付线，补偿达到封顶线限额后，费用自付。

2. 按分段给予报销补偿。乡镇（社区）级单次（或每日，下同）门诊费用不高于 35 元的，按 100% 补偿；费用高于 35 元的部分，按 70% 比例给予补偿。村级单次门诊费用不高于 15 元的，按 100% 补偿，费用高于 15 元的部分，按 70% 比例给予补偿，村级门诊处方每人每日封顶额为 80 元。确保政策范围内门诊费用报销比例达 50% 以上。

3. 做好门诊统筹与家庭账户的衔接，年度门诊统筹结余的费用，可用于抵消该参合农民往后年度的住院起付线，避免年底出现参合农民突击取药现象。合浦县仍保留家庭帐户的，按每人每年 70 元，可以家庭为单位共享，余额可结转下年度。

4. 开展县级公立医院综合改革的县区，调整后提高价格的门诊医疗服务项目纳入新农合门诊统筹支付范围，按有关政策执行。

（三）门诊特殊病种补偿。

各种恶性肿瘤放化疗、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、再生障碍性贫血、中型和重型地中海贫血、慢性肾功能不全、重性精神病、肾病综合征、慢性肾炎、癫痫、脑瘫、重症肌无力、冠心病、慢性充血性心衰、帕金森氏综合征、肝硬化失代偿期、脑血管疾病后遗症、风湿性心脏病、风湿（类风湿）性关节炎、慢性肝炎、慢性阻塞性肺疾病及肺心病、系统性红斑狼疮、强直性脊柱炎、糖尿病、高血压病、甲亢、甲状腺功能

减退症、银屑病等 **28** 种疾病的门诊治疗费用纳入住院统筹基金补偿范围，实现分类补偿。

1. 分类情况。

I 类：各种恶性肿瘤放化疗、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、再生障碍性贫血、中型和重症地中海贫血、慢性肾功能不全。

II 类：重症精神病、肾病综合征、慢性肾炎、癫痫、脑瘫、重症肌无力。

III 类：冠心病、慢性充血性心衰、帕金森氏综合征、肝硬化失代偿、脑血管疾病后遗症、风湿性心脏病、风湿（类风湿）性关节炎、慢性肝炎、慢性阻塞性肺疾病及肺心病、系统性红斑狼疮。

IV 类：强直性脊柱炎、糖尿病、高血压病、甲亢、甲状腺功能减退症、银屑病。

2. 补偿比例与额度。

门诊特殊病补偿不设起付线，可补偿费用的报销比例为 **70%**。原则上，I 类每人年度累计补偿封顶线为 **5000** 元；II 类每人年度累计补偿封顶线为 **4000** 元；III 类每人年度累计补偿封顶线为 **3000** 元；IV 类每人年度累计补偿封顶线为 **2000** 元。合并多种慢性病，以其中一病种最高额度为补偿封顶线，不累加。

（四）其他病种特殊补偿。结合中国慈善总会、中国癌症基金会援助项目的优惠政策，对治疗慢性粒细胞白血病和胃肠道间质瘤患者的伊马替尼胶囊（片）、尼洛替尼胶囊、达沙替尼片、舒尼替尼胶囊 **4** 种特殊药品实行特殊补偿。

对国家价格谈判药品盐酸吉非替尼和富马酸替诺福韦二吡

吡啶酮实行特殊补偿。

1. 适用症。伊马替尼胶囊（片）（商品名：格尼可、昕维）用于治疗费城染色体阳性的慢性髓性白血病的慢性期、加速期或急变期。伊马替尼片（商品名：格列卫）：用于治疗费城染色体阳性的慢性髓性白血病的慢性期、加速期或急变期；胃肠道间质瘤。尼洛替尼胶囊（商品名：达希纳）：用于治疗对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病慢性期或加速期。达沙替尼片（商品名：依尼舒、施达赛）：用于治疗对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病慢性期或加速期、急变期患者。舒尼替尼胶囊（商品名：索坦）：用于治疗对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的胃肠道间质瘤患者。

盐酸吉非替尼（易瑞沙）适用于表皮生长因子受体酪氨酸激酶（EGFR TK）基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞（NSCLC）患者的一线治疗；既往接受过化学治疗的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）的治疗。富马酸替诺福韦二吡啶酮（韦瑞德）适用于治疗慢性乙型肝炎成人和 ≥ 12 岁儿童患者。

2. 补偿比例。参合患者使用格列卫、达希纳、施达赛、索坦治疗的，在每一个参合年度内，由参合患者和住院统筹基金按以下标准共同负担符合临床规范用药 3 个月的药品费用，统筹基金支付 50%，余下药品费用由参合患者按相关程序向中华慈善总会或中国癌症基金会申请援助。参合患者使用格尼可、昕维、依尼舒治疗的，统筹基金支付 60%。

参合患者使用盐酸吉非替尼（易瑞沙）和富马酸替诺福韦二吡啶酮（韦瑞德）治疗的，统筹基金支付 50%。

3. 支付要求。在我市范围内使用的伊马替尼胶囊（片）、尼洛替尼胶囊、达沙替尼片、舒尼替尼胶囊 4 种特殊药品均实行全国最低档次价格。伊马替尼胶囊（片）、尼洛替尼胶囊、达沙替尼片、舒尼替尼胶囊、盐酸吉非替尼和富马酸替诺福韦二吡呋酯等药品，可凭医生处方在特殊用药定点药店取药，其药费发票作为报销凭证，参合患者的门诊治疗费与住院医疗费合并计算年度统筹基金最高支付限额。另定具体支付流程。

八、补偿要求

（一）参合农民须到新农合定点医疗机构就诊。除市外住院就医等情况需人工审核报销外，全市定点医疗机构要通过新农合即时报销系统按规定为病人办理即时结算手续，各县区要遵守即时报销规定，确保即时报销信息系统开通。人工报销时参合农民应提供疾病证明、转诊证明、发票、费用清单、病历复印件、合作医疗卡、户口本、身份证明等材料办理报销手续。

1. 参合农村居民不得弄虚作假套取新农合基金，一旦发现除追回被套取的资金外，还取消其整户当年度享受新农合补偿待遇的资格。

2. 参合农村居民不得将新农合卡转借给其他人使用，发现转借新农合卡导致新农合基金被套取的，由转借新农合卡者负责追回被套取的资金，并取消借证者和被借证者整户当年度享受新农合补偿待遇的资格。

3. 对套取、骗取新农合补偿基金的行为，按有关规定严肃查处，涉嫌违法犯罪的移交司法机关处理。

（二）严格执行《广西新农合转诊制度（试行）》，参合农民患病应先在乡镇或县级定点医疗机构就诊，在市内住院就医

不需要办理转诊手续。由县或市级往自治区级、自治区外定点医疗机构转诊住院的，需要办理转诊手续。转出机构出具转诊证明。

转诊应符合以下基本条件之一：**1.**所在县（区）定点医疗机构不能明确诊断或不具备诊断条件的；**2.**所在县（区）定点医疗机构无条件治疗的；**3.**外出务工或其他原因在县（区）外患病住院的（患者需要提供疾病证明等相关资料和县区外就医住院登记备案的证明）；**4.**定点医疗机构认为应该转诊的其他情形。

参合农村居民凡因探亲访友、外出务工等原因在市外就医住院治疗的，必须选择当地的新农合定点医疗机构，入院前事先告知县（区）新农合管理中心登记备案（确因病情急重的，应在入院后**5**个工作日内告知新农合管理中心），经同意的才能获得报销。

转诊未经审批同意的，原则上不能报销，或者降低**10%**报销比例。

（三）根据病情需要使用非新农合报销药物目录的药品、非补偿范围内的医用材料和开展非补偿范围内的诊疗项目的，特别是使用贵重材料或开展大检查项目时，须事先告知患者，并经患者签字认可。因不事先告知致患者投诉的，经新农合经办机构查实，所发生的医药费用由该定点医疗机构承担。

（四）新农合补偿原则上应于当年办理完毕，如遇特殊情况，参合农民办理报销截止日期是次年**3**月底，**4**月**1**日及以后视为自动放弃报销。

（五）不予受理报销的，新农合经办机构应书面告知不予

受理报销的理由及依据。

九、监督管理

（一）卫生计生行政部门要加强定点医疗机构监管，按照《广西新农合定点医疗机构管理办法（修订）》，建立健全定点医疗机构准入和退出制度，推进按病种付费、按床日付费、按人头付费、总额预付等付费方式改革，促进定点医疗机构加强内部管理，规范医疗服务行为，控制医药费用不合理增长，促进病人合理分流。要积极探索重大疾病保障与大病保险工作有效衔接机制，健全和完善大病保险分段付费办法，提高新农合基金使用效率，切实降低参合患者的医疗费用负担。

（二）卫生计生行政部门和新农合经办机构要加强对门诊统筹基金管理，加强门诊日志、门诊处方、就诊人次、次均费用等指标的管理，建立门诊病案、病历等抽查制度，监控月度门诊次变化情况，对不符合诊疗规范、不合理用药、无病开药、年底集中取药等行为，要严肃查处，按比例扣减补偿基金，并依法依规追究相关人员责任；情节严重的，取消新农合定点医院、科室或执业人员的资格。

（三）新农合经办机构与定点医疗机构建立谈判和购买服务付费机制，通过谈判签订医疗服务协议，确定服务医院、服务范围、服务质量要求、支付方式、支付标准、医疗机构周转金、质量保证金等双方的权责义内容，实行协议化管理。其中，新农合报销药物目录的用药比例、补偿范围内的诊疗项目和医用材料的使用要求、费用控制、转诊制度的执行、违约违规处理办法等应纳入协议条款中。医疗机构拒签新农合服务协议的视为自动放弃定点资格。

（四）各定点医疗机构要加强医务人员职业道德教育和业务技术培训，严格执行诊疗规范，合理检查、合理诊疗、合理用药、合理收费、合理结算，定期对医疗服务行为、质量、费用管理等进行自查自纠，健全和完善内部监督制度，并准确把握入院指征，严格控制住院率和医药费用不合理增长。

（五）各级有关部门要采取多种形式，加大对新农合门诊统筹、大病保障、转诊制度、大病保险等政策的宣传力度，让广大参合农村居民理解和支持新农合政策，正确履行权利和义务。要组织各级定点医疗机构医务人员学习政策，提高新农合政策知晓度和执行力，不得向参合农村居民传递“门诊统筹资金过期无效”谣言，误导参合农村居民年底突击取药，以及宣传免费住院治疗等信息，一旦发现，坚决查处。

（六）财政部门按规定对新农合经办机构实行补偿基金预付制，按月均医药费用预付两个月以上补偿资金，由经办机构对实现垫付制的定点医疗机构进行预付或对未实现即时结算的参合人员进行结算报销。新农合经办机构应及时申请、审核、拨付补偿款，确保定点医疗机构正常运转和参合农村居民及时获得补偿。

（七）加强基金监管，建立基金运行分析和风险预警制度，既要避免基金结余过多，又要防止收不抵支。要进一步健全完善基金监管制度，认真落实公示制度、督查制度，对大额费用的补偿要认真核查，避免套骗取新农合基金事件发生。要建立健全举报投诉制度，严厉查处参合农村居民、定点医疗机构和新农合经办机构违法乱纪行为，涉嫌违法犯罪的移送司法机关处理。

十、其他

本方案自下发之日起执行。《北海市新型农村合作医疗基金补偿技术方案（2015年修订）》同时废止，以往补偿政策与本文不一致的，以本文规定为准。

北海市市级新农合定点医疗机构名单 (2016年)

1. 北海市人民医院
2. 北海市中医医院
3. 北海市第二人民医院
4. 北海市卫生学校附属医院
5. 北海市结核病防治院
6. 北海市妇幼保健院
7. 北海市皮肤病防治院
8. 北海复退军人医院
9. 北海先觉新医正骨医院
10. 北海博铨医院
11. 北海玛莉亚妇科医院
12. 北海宏科康复医院
13. 北海安琪儿妇产医院