

贺州市卫生和计划生育委员会 贺州市财政局 文件

贺卫发〔2015〕29号

贺州市卫生和计划生育委员会 贺州市财政局 关于印发2016年贺州市新型农村合作医疗 基金技术补偿方案的通知

各县（区、管理区）卫生计生局、财政局：

现将《2016年贺州市新型农村合作医疗基金技术补偿方案》
印发给你们，请认真贯彻执行。

贺州市卫生和计划生育委员会

贺州市财政局

2015年12月15日

2016年贺州市新型农村合作医疗 基金补偿技术方案

根据国家卫生计生委、发改委、财政部、人力资源和社会保障部、国家中医药管理局联合下发的《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》（国卫体改发〔2015〕89号）、《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（2015年修订）》（桂卫基卫发〔2015〕9号）和《贺州市人民政府办公室关于印发贺州市城乡居民大病保险工作实施方案的通知》（贺政办发〔2015〕85号）文件精神，为进一步巩固和完善新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）制度，提高基金经济效益和社会效益，最大限度惠及广大参合农村居民，结合我市实际，制定本方案。

一、指导思想

以科学发展观为指导，以保障参合农村居民身体健康为目标，在巩固新农合覆盖面基础上，结合新农合筹资水平的提高，科学合理制定补偿方案，扩大保障范围，使参合农村居民受益程度不断提高、医疗保障能力不断增强。

二、基本原则

（一）坚持收支平衡，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，合理用于医药费用补偿。

（二）坚持大病统筹为主，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，按要求达到政策范围内报销比例，提升重大疾病保障水平。

（三）坚持基层优先，基本优先。充分发挥新农合基金补偿标准差异性优势，转变服务模式，科学引导病人留在基层医疗卫生机构就诊。新农合基金主要保障基本诊疗服务，原则上不支持高档医疗服务。

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

三、基金筹集的对象和标准

（一）新农合基金主要由政府补助和农村居民个人缴费筹集。农村居民以户为单位参加新农合，2016年新农合人均筹资标准为540元/人·年，其中各级财政补助标准为420元/人·年，农村居民个人缴费标准为120元/人·年。

（二）鼓励社会团体、慈善机构、企业、村集体和个人捐资新农合基金。

四、基金分配

新农合基金全部为统筹基金，分为风险基金、大病统筹基金、住院统筹基金和门诊统筹基金四个部分。

（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。

（二）大病统筹基金按当年新农合实际参合人数提取，不高于

30 元/人. 年。

（三）当年统筹基金提取风险基金和大病统筹基金后，余下的统筹基金按 75%的住院统筹基金和 25%的门诊统筹基金进行分配。住院统筹基金和门诊统筹基金之间可以调配使用。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县区，在年度提高筹资部分中统筹解决。

（四）当年筹集的统筹基金结余（含风险基金）一般不应超过 15%；历年统筹基金累计结余达到当年统筹基金的 25%（含风险基金）后，原则上当年不应再增加结余金额和比例。

五、补偿范围

（一）参合农村居民包括因错过缴费时限当年出生的农村新生儿（婴儿）随参合母亲（新生儿与母亲按一个人标准进行补偿）因病住院的医药费用符合报销范围规定的，纳入新农合补偿范围。

（二）广西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）内的药品纳入新农合补偿范围，中药“农本方”制剂等中药配方颗粒及目录外的药品不予补偿（纳入重大疾病医疗保障范围的病种除外）。

（三）乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室的报销药物目录，限于国家基本药物目录、自治区增补的基本药物目录和按照桂卫药政发〔2014〕5号文规定补充的药品目录。

（四）诊疗项目和医用材料的补偿范围。

1. 根据疾病治疗需要的诊疗项目和医用材料属于新农合报销目录的纳入报销范围，非疾病治疗需要的不予以补偿。需手术治

疗的疾病，原则上按常规（传统）手术给予补偿。使用腔镜（微创）手术的需经病人或其家属同意，所有新农合定点医疗机构均下降5%（已实行单病种和限额付费的病种除外）。

2. 原则上应使用国产常规医用材料（含体内置放材料），单价在1000元以下的按100%比例纳入补偿范围；如使用在1000元以上（含1000元）的按70%比例纳入补偿范围；如使用进口医用材料（含体内置放材料），则按40%比例纳入补偿范围。

3. 非补偿范围内的诊疗项目和医用材料不予以补偿（纳入重大疾病医疗保障范围的病种除外）。

4. CT、核磁共振和三维彩超等大型医疗设备检查费用按70%比例纳入补偿范围。

（五）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的新农合定点医疗机构确诊。

（六）**重大疾病医疗保障病种**。儿童急性白血病、儿童先天性心脏病、儿童苯丙酮尿症、重度听障儿童人工耳蜗植入、唇腭裂、尿道下裂、重症手足口病、重症地中海贫血、人感染禽流感、血友病（包括门诊治疗）、慢性粒细胞白血病、1型糖尿病、甲亢、终末期肾病（慢性肾脏病第5期，包括门诊治疗）、耐多药肺结核（包括结核病的门诊治疗）、艾滋病机会性感染（包括门诊治疗）、急性心肌梗塞、脑梗死、重性精神病、鼻咽癌、肺癌、食道癌、胃癌、肝癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、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 29 种疾病，在出院诊断前三位中有以上重大疾病诊断的，按重大疾病医疗保障的有关规定执行，不设起付线，按合规医药费用的 70%予以报销。

（七）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，按普通住院报销比例进行补偿。

（八）狂犬病暴露后处置费用纳入住院统筹基金补偿范围，每例给予 100 元的定额补偿。

（九）应由政府另行安排资金的公共卫生服务项目，不应列入新农合基金补偿范围。设有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”、“慢性病防治”等公共卫生项目，其救治经费必须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。

（十）门诊统筹补偿范围，原则上仅限于乡镇（社区）、村两级定点医疗机构。

（十一）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）住院患者在住院前 3 天、住院期间（含出院当天）因病情需要为明确诊断由本院医生开具到市内县级及以上定点医疗机构进行检验、检查（同一

项目检验检查原则上仅计算一次，如病情需要确需复查的，应在病程记录中有详细的病情分析方可进行）所发生的费用纳入住院补偿。

（十二）市内县级及以上医疗机构住院患者入院前3天、住院期间（含出院当天）在本院发生与该次疾病相关的门诊费用纳入住院补偿，并计入该医疗机构住院次均费用核算。

（十三）孕妇夫妻地贫筛查双阳的进行地中海贫血基因诊断、地中海贫血产前诊断项目个人负担费用纳入新农合补偿，其中地中海贫血基因诊断补助200元/对、地中海贫血产前诊断补助550元/例。

（十四）艾滋病抗病毒治疗新入组病人的检验费用，在市级医院治疗的每例给予460元的定额补偿，在县级医院治疗的每例给予380元的定额补偿。

（十五）凡属下列情形之一的，不予补偿：

1. 原则上报销手续不全或者不符合新农合财务制度规定的，无有效医疗费用发票报销联原件的。
2. 虽经批准转诊但擅自在非新农合定点医疗机构住院的。
3. 伪造新农合相关材料的或者使用虚假票据报销的。
4. 冒名顶替住院或不符合住院标准的病人所发生医疗费用的。
5. 相关证件姓名、出生日期不相符的或者医疗文书和医药费用票据的姓名与合作医疗卡的姓名不相符的。

6. 使用非《药物目录》的药品费用和非补偿范围检查治疗项目和医用材料的费用。

7. 各类器官或组织移植的器官源或组织源（产科急救用血及重症地中海贫血治疗用血除外）。

8. 违法犯罪、医疗事故所发生的医疗费用。

9. 交通肇事者、无证驾驶（未达法定年龄上路驾驶造成交通意外所发生的医疗费用）、酒后驾驶，以及工伤、职业病（尘肺病除外）、非工伤安全生产事故或责任事故发生的医疗费用。

10. 吸毒、服毒、自杀、打架（含夫妻打架）、斗殴、闹事、酗酒、故意自伤自残所发生的医疗费用。

11. 近视矫正术、气功疗法、音乐疗法、保健疗法、营养疗法、磁疗法等费用。

12. 各种美容、健美项目及非功能性整容、矫形手术。包括治疗雀斑、色素沉着、粉刺、痤疮、除皱、脱毛、脱发、白发、疤痕、腋臭、脱痣、平疣、洁齿、色斑牙、镶牙、牙正畸、假牙；验光配镜、装配义眼、视力矫正、矫正斜视（8岁以下儿童手术治疗除外）、正颌、酒窝再造、脂肪抽吸、变性、穿耳、保健性按摩；矫治口吃、“O”形腿、“X”形腿；隆鼻、隆乳；倒睫、眼睑下垂、单眼皮改双眼皮、厚唇变薄唇、鼻畸形矫正、多指或多趾等治疗费用。

13. 假肢、义齿、眼镜、助听器等器具费用。

14. 各种减肥、增胖、增高、增效项目费用。

15. 各种自用保健、按摩、推拿治疗器械费用。如按摩器、助听器、各种家用检测和治疗仪器、听诊器、血压器、叩诊锤、各种磁疗用品费、各种牵引带、拐杖、皮（钢）背甲、腰围、钢头颈、肾托、护膝带、疝气带、人造肛门带、畸形鞋垫、药枕、药垫、冷热敷袋等费用。

16. 非新农合经办机构组织的各种体检、预防保健性的诊疗、疾病普查、普治、疾病跟踪随访的各种费用、开展除害灭病的各种费用、免疫规划疫苗费、婚检等属公共卫生和保健项目费用。

17. 主要起营养滋补作用的药品；部分可以入药的动物及动物脏器；干（水）果类；用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂。

18. 自请医生会诊，自购药品的费用；院外会诊费、生活用品、病历工本费、各种检查清单工本费等；出诊费、自请特别护理等特殊医疗服务费。

19. 就（转）诊交通费、急救车费；空调、电视机、电话、电炉、电冰箱、婴儿保温、食品保温等费用及损坏公物赔偿费；陪护费、护工费、洗理费、门诊煎药费；更换中单、床单、枕套、被套等费用；一次性枕套、一次性中单、一次性床单等费用；桶、盆、杯、卫生纸、餐具等费用；膳食费；文娱活动费以及其他特需生活服务费。

20. 各种医疗咨询（包括心理咨询、健康咨询等，精神病治疗除外）、医疗事故鉴定费用；各种科研性、临床验证性的诊疗项目；戒毒、戒烟所发生的医疗费用；劳动能力鉴定、法医鉴定费用，

经络诊断仪及微循环检查仪等检查费、各种健康预测费和生命信息治疗费等。

21. 住院病人经专家鉴定确认治愈或可以医疗终结，但拒绝出院者，从鉴定确认的第二天起所发生的一切费用。

22. 个人缴费前一年所发生的医疗费用。

23. 各级疗养院的费用以及出国或赴港澳台地区期间所发生的医疗费用。

24. 零售药店的药品费用，包括住院总清单中标明的自购药品费用。

25. 新生儿体检费、保育费、保温箱费、产后访视费和产后卫生费。

26. 计划生育手术（非医学指征引产、人工流产、上环、取环、结扎手术、人工受孕、输卵管再通术等）、原发性不育（孕）症、性功能障碍等治疗的医疗费用。

27. 参合农户中夫妇如女方没有参合的，其当年出生的新生儿当年不能享受新农合报销政策。

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

29. 自治区卫生计生委和财政厅规定不予报销的有关费用。

30. 在非新农合定点医疗机构就诊发生的医疗费用。

31. 已在城镇居民医疗保险或城镇职工保险报账的（商业保险

除外)。

32. 各种税务票据出具的医疗费用（能够提供当地新农合定点医疗机构证明的除外）。

六、补偿标准

（一）住院补偿。

1. 住院补偿按以下公式计算。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. 住院补偿设置起付线。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。住院补偿起付线实行分级标准：市内乡镇卫生院和社区卫生服务中心 100 元，定点县级和市一级、二级医疗机构 400 元，定点市三级医疗机构 700 元；市外定点医疗机构 900 元。

3. 住院补偿按比例给予补偿。补偿比例是指参合农村居民患病住院花费医药费用后，按规定从新农合基金中获得的医药费用补偿比例。住院补偿比例按以下规定执行：市内乡镇卫生院和社区卫生服务中心 90%，定点县级医疗机构 70%，定点市一级、二级医疗机构 65%，定点市三级医疗机构 55%；市外区内医疗机构 50%；自治区以外医疗机构 40%。

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年度累计的最大补偿额度。所有统筹地区住院补偿

封顶线为 12 万元（重大疾病按重大疾病医疗保障限额 15 万元执行），新农合政策范围内统筹基金最高支付限额要达到医改目标要求。

5. 住院分娩纳入住院统筹基金补偿范围。住院分娩应先从财政专项补助资金中列支，再从新农合基金中列支，两项列支金额合计不得超过实际发生费用。

在市内定点医疗机构住院分娩实行单病种付费。

在市外定点医疗机构住院分娩的，其费用在财政专项补助支出后，剩余符合规定部分按住院补偿有关规定予以补偿。

补偿公式：新农合补偿=（合规医药费-起付线-降消补助）×补偿比例。

6. 参合农村居民在新农合定点医疗机构使用中医药、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%，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）。

7. 农村独生子女户和双女结扎户参合成员患病住院的，其医药费用补偿比例相应提高 10%。

8. 大力推进支付方式改革。结合本市实际制定总额控制、次均限制、按人头付费、按病种付费、按床日付费等付费方式改革方案，提高新农合基金使用效益，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨，促进病人合理分流，具体方案由卫生计生委另行下发。

9. 意外伤害及中毒住院的补偿办法。

(1) 对见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院，按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证明材料。

(2) 有明显责任的各种意外伤害，即有第三方责任人承担责任的，新农合基金不予以补偿。

(3) 其他各种意外伤害及中毒住院的，其住院医药费用的可补偿部分，补偿比例按以下规定执行：乡镇卫生院和社区卫生服务中心 50%，定点县级和市一级、二级医疗机构 40%，定点市三级及市外医疗机构 30%。

(4) 意外伤害及中毒住院办理报销手续时，患者须与经办机构签订无第三方责任承诺书，经办机构应告知其应当履行的法律责任，因涉及第三方责任而隐瞒进行新农合报账，事后经查实涉及第三方责任人赔偿的，经办机构应当如数追回补偿款项；难以追回的，移送司法机关依法处理。

(5) 意外伤害及中毒住院费用已经报销，参合居民或相关部门因为诉讼等行为，需要相关报销材料复印件的，新农合经办机构不再为其办理相关材料的复印和证明手续。

(6) 意外伤害住院费用已经报销，商业保险公司和民政医疗救助部门需要复印件的，经办机构应当在复印件上标明“仅用于商业保险”或“仅用于民政医疗救助”字样。

10. 同时参加新农合和商业保险的，可享受双重报账，但两者

的报销费用不得超过医药费总额。先在商业保险报账的，报销额度=（合规医药费-起付线-商业保险赔偿费用）×补偿比例；属于国家投入的医疗保障制度（新型农村合作医疗、城镇居民医保、城镇职工医保）每人只允许参加其中一种，不得重复参合参保；如重复参合参保的，只能选择其中一种进行补偿。

（二）普通门诊补偿。

2016年全市新农合门诊实行“3.5+10”补偿模式。

1. 参合农民在村级门诊就诊 3.5 元（含 3.5 元）以下据实支付，3.5 元以上的费用由新农合支付；在乡镇卫生院和社区卫生服务中心门诊就诊 10 元以下（含 10 元）据实支付，10 元以上的费用由新农合全额补偿。普通门诊补偿每人每天限于一次（原家庭账户余额除外）。每人每年封顶 200 元，户内家庭成员共享，超出家庭限额标准以外的金额自付。

2. 结算方式以村卫生室、乡镇卫生院和社区卫生服务中心为结算单位按月与新农合经办机构结账，月平均处方限额为：村级卫生室 20 元，乡镇卫生院和社区卫生服务中心 60 元。限额内除农民自付以外，新农合资金全额支付，超额的由医疗卫生机构承担。

3. 门诊统筹以乡镇（社区）为单位，根据该乡镇上年度门诊业务水平及当年该乡镇（社区）实际参合人数等综合因素，核定门诊统筹基金总额控制数。门诊统筹基金总额控制数包含乡镇村级门诊统筹、卫生院（社区卫生服务中心）门诊统筹支出，超额

的由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和村级定点卫生室共同承担。各县区新农合管理中心应按辖区乡镇（社区）门诊统筹基金总额控制数与乡镇卫生院（社区卫生服务中心）签订管理协议，有效管理门诊统筹基金。

4. 在实施门诊统筹前原门诊家庭账户基金仍有结余的，门诊家庭账户基金可用于门诊及住院个人自付部分费用的支付，家庭账户基金仅限于在乡镇级及以上的定点医疗机构使用，当年用不完的可结转下一年度使用。

5. 开展县级公立医院综合改革试点的县，将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，补偿按有关政策执行。

（三）特殊病种门诊补偿。

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、重型地中海贫血、慢性肾功能不全、重性精神病、慢性肾炎（含肾病综合征）、癫痫、脑瘫、重症肌无力、冠心病、慢性充血性心衰、帕金森氏综合症、肝硬化失代偿期、脑出血及脑梗塞恢复期、脑梗塞后遗症、风湿性心脏病、风湿（类风湿）性关节炎、慢性活动性肝炎、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（Ⅱ期以上）、甲亢、甲状腺功能减退症、银屑病、肺结核（含结核性胸膜炎）28种疾病的门诊治疗费用纳入住院统筹基金补偿范围，补偿标准每年1300元。特殊病种门诊治疗累计费用不足1300元的，按实

际发生的医药费用补偿。

七、补偿要求

(一) 参合农村居民应提供疾病证明、转诊证明、发票、费用清单、病历复印件、合作医疗证、户口本或身份证明等材料办理报销手续。实行网络直报的地区可适当精减报销材料。

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证转借给其他人使用，发现转借新农合证导致新农合基金被套取的，由转借新农合证者负责追回被套取的资金，并取消借证者整户当年度享受新农合补偿待遇的资格。

3. 套取、骗取新农合补偿基金，涉嫌违法的，移交司法机关处理。

(二) 各地应建立健全转诊制度并严格执行。参合农村居民患病应先在统筹区域内乡镇或县级定点医疗机构就诊；到统筹区域外定点医疗机构就医住院的，需办理转诊手续；未经转诊审批批准的，相应降低 10% 的报销比例。

(三) 参合农村居民凡因探亲访友、外出务工等原因在统筹区域外就医住院治疗的，入院前必须事先告知统筹地区新农合经办机构登记备案（确因病情急重的，应在入院后 3 个工作日内告知统筹地区新农合经办机构），经同意的才能按规定办理报销手

续。未经登记备案的，相应降低 10%的报销比例。

（四）参合农村居民在全市范围内的同等级别新农合定点医疗机构住院的，应按相应同等级别的补偿标准报销补偿，但须严格执行有关转诊、登记备案手续。

（五）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，须事先告知，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。参合人员每次住院费用自费部分比例由市卫生计生委另行下文规定。

（六）参合农村居民住院治疗所发生的医药费用，自出院之日起原则上 3 个月内（跨年度住院的需在出院当年 4 月 1 日前）办理报销手续。

（七）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。

八、管理与监督

（一）卫生计生行政管理部门要加强定点医疗机构监管，制定统一的定点医疗机构管理和考核办法，建立新农合监测指标和考核指标体系，对新农合控费管理实行预警、黄牌警告等动态监管，加强定点医疗机构的稽查，控制医药费用不合理增长。建立健全定点医疗机构准入和退出制度，通过推进支付方式改革等措施，推动定点医疗机构加强内部管理，规范医疗服务行为，并做好新

农合、大病保险和城乡医疗救助等各项补偿政策的有效衔接。

（二）新农合经办机构应与定点医疗机构建立谈判机制和购买服务的付费机制，通过谈判确定协议服务医院、服务范围、支付方式、支付标准和服务质量要求。签订医疗服务协议，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、转诊制度的规定等应纳入协议条款中。

（三）新农合定点医疗机构必须设置新农合管理科室，安排人员具体承接院内新农合相关工作。严格执行逐级转诊和双向转诊制度，严格执行相关诊疗规范、合理诊疗，并定期对医疗服务行为、质量、费用管理等进行自查，健全和完善外部监督和内部自查制度，控制医药费用不合理增长。

（四）各县（区、管理区）卫生计生行政管理部门要严格规定村卫生室定点条件，对定点的村卫生室要事先向农村居民公示。申请新农合门诊统筹定点医疗机构资格的村卫生室必须实施乡村卫生服务一体化管理。

（五）卫生计生行政管理部门和新农合经办机构要加强基金管理，建立门诊处方、病案、病人等抽查制度，严格审核，对不符合诊疗规范、不合理用药、无指征检查、无指征开药、无指征手术、无指征治疗、无服务收费、分解处方、分解医嘱、分解住院、虚开诊疗项目、应告知而未告知、年底集中开药等行为，要严肃查处，按比例扣减补偿基金，具体扣减比例由市卫生计生委另行

下文规定。除扣减补偿基金外，对无指征检查、无指征开药、无指征手术、无指征治疗、无服务收费、分解处方、分解医嘱、分解住院、虚开诊疗项目等恶意套取新农合基金行为还将纳入纪检监察重点监管。

（六）各级各部门要采取多种形式，加大对新农合转诊制度、门诊统筹、大病保障等政策的宣传力度，组织各级定点医疗机构医务人员、村医学习政策，提高其理论水平和执行能力，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，一旦发现，坚决查处。

（七）统筹地区财政部门应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一个季度补偿资金，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。

（八）各地要加强基金监管，建立基金运行分析和风险预警制度，防止收不抵支；进一步健全基金监管制度，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，避免套骗新农合基金事件发生；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，违反法律法规的要移送司法机关依法处理。

（九）为保障新农合基金安全及参合群众就医的合法权益，各新农合定点医疗机构应主动配合市卫生计生委完成本机构的新农合政策知识培训，并通过市卫生计生委组织的统一考试，具体培训及考试方案由市卫生计生委另行制定。

(十) 各定点医疗机构要大力宣传新农合政策并自觉接受社会监督，各项新农合监测指标和考核指标要定期向社会公布。

九、其他

(一) 本方案由各县（区、管理区）新农合管理中心及市合管办负责解释。

(二) 本方案自 2016 年 1 月 1 日起在全市范围内统一执行。

抄报：市人民政府，朱常委。

贺州市卫生和计划生育委员会办公室

2015 年 12 月 15 日印
