

南陵县城乡居民合作医疗管理委员会文件

南合管会〔2015〕2号

关于进一步完善 2016 年度全县城乡居民合作医疗补偿政策的通知

各镇人民政府，县各有关单位：

为进一步提升合作医疗保障水平，减轻参合群众就医负担，根据《安徽省新型农村合作医疗统筹补偿指导方案（2016 版）》（皖卫基层〔2015〕25 号）精神，结合上年度全县合作医疗运行情况和本年度筹资水平，以引导参合患者合理就医，发挥合作医疗基金最大效益为原则，现就进一步完善 2016 年度全县城乡居民合作医疗补偿政策有关事项通知如下：

一、住院补偿政策调整

（一）省内定点医疗机构起付线。A 类定点医疗机构中，一般卫生院 150 元，社区卫生服务中心及各镇中心卫生院 200 元，B 类、C 类、D 类、E 类定点医疗机构起付线按省卫计委、财政厅文件执行。计算公式：起付线=该医疗机构次均住院医药费用 $\times$ （1+0.9-该医院可报费用占总费用的比例），但分别不低于

400 元、800 元、1000 元、1000 元。

（二）省外医疗机构起付线及补偿比例。

1、省外非预警医院。按当次住院费用的 25% 计算起付线，最低不低于 1800 元，最高不超过 1 万元。政策范围内医药费用补偿比例参照省内Ⅱ类医疗机构政策性补偿比例执行。

2、省外预警医院。按当次住院费用的 25% 计算起付线，最低不低于 4000 元，最高不超过 1 万元。政策范围费用医药费用按 30% 予以补偿，封顶线 1 万元。参合居民到此类医院住院，首次住院的，按上述待遇补偿；再次住院的，不予补偿。在无法对应Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ类的省内其他医疗机构住院，可参照省外预警医院执行。在上述医院住院，不享受大病保险待遇。

3、多次住院，分次计算起付线。起付线以下费用个人自付；五保户住院补偿，不设起付线；重点优抚对象及低保对象住院补偿，免除参合年度内首次住院起付线；恶性肿瘤放化疗等需要分疗程间段多次住院的特殊慢性病患者、白血病患者、脑瘫康复治疗患者等在同一医院多次住院治疗的，只设一次起付线（预警医院除外）。

（三）可报费用补偿比例。县外Ⅲ类、Ⅳ类及省外非预警医疗机构可报费用 3 万元以上部分（含 3 万元）补偿比例分别提高 5 个百分点。

（四）继续深化完善住院统筹支付方式改革。参合患者在实施住院按病种付费或以科室相关病种组为单元按病例付费定点医疗机构住院的，按各类病种确定的患者自付费用标准结算支付。

实施医疗机构因违规被暂停某一住院病种（组）疾病实施资格，参合患者患该病种（组）疾病在此类医疗机构住院治疗的，收治医疗机构应履行告知义务，补偿政策一律按Ⅱ类医疗机构补偿政策执行，因医疗机构未履行告知义务，造成参合居民损失的，由收治医疗机构承担。

二、门诊直报补偿政策调整

（一）继续探索完善门诊统筹总额控制下按点值付费的支付方式改革，建立健全合作医疗对定点医疗机构门诊医疗服务行为的激励与约束机制，促进门诊医疗服务行为进一步规范。

（二）提高参合居民个人年门诊补偿封顶额。参合居民个人年门诊补偿封顶额由 80 元/人提高到 90 元/人，其中，农村五保、城乡低保、重点优抚对象、10 周岁以下儿童（2006 年元月 1 日以后出生）、60 周岁以上老人（1955 年 12 月 31 日前出生）年封顶额由 120 元/人提高至 130 元/人，同户参合居民可统筹使用。

（三）门诊直报补偿比及当日封顶额。

1、可报费用补偿比。镇、村两级门诊可报费用补偿比由 45%、40%提高至 50%，引导患者首选基层医疗机构门诊就诊。

2、当日封顶额。统一县级医疗机构当日补偿封顶额为 12 元。

表一：门诊可报费用补偿比例及当日封顶补偿额。

定点医疗机构类别	可报费用比例 (不含一般诊疗费)	一般诊疗费定额 补偿	当日封顶补偿额
县级医疗机构	40%	/	12 元
镇级定点医疗机构	50%	8 元	20 元
村级定点医疗机构	50%	5 元	13 元

注：1. 可报费用补偿比例含对Ⅰ国家基本药物Ⅰ和Ⅰ安徽省补充药品Ⅰ中所有药品及Ⅰ新农合药品目录Ⅰ内中药增加的 10%。2. 当日补偿封顶额含一般诊疗费定额补偿。

三、慢性病门诊补偿

（一）继续完善慢性病门诊刷证直报。继续完善慢性病门诊刷证即时结报，参合慢性病患者在县内县、镇两级门诊就诊的慢性病门诊费用全部实行定点医疗机构即时结报管理。

（二）特殊慢性病补偿。特殊慢性病患者的当次申报门诊总费用严格按疗程累计（无明确疗程的采取定期累计）。不设起付线，可报费用补偿比例及保底比例参照同级医疗机构住院补偿比例补偿。

对特殊慢性病患者必须（专用）的药品、检查和治疗项目，既不属安徽省新农合药品目录、安徽省新农合基金支付和支付部分费用的诊疗项目，又不属城镇职工基本医疗保险药品诊疗项目支付范围的，根据公平、公正、适度保障的原则，在合作医疗基金运行安全的前提下，当次疗程累计全部费用的保底比例按 45% 执行，原卫生部规定的 22 种重大疾病保底比例按 50% 执行。

（三）探索建立慢性病签约定点就医服务管理。2016 年起，建立以镇级医疗机构为主体的，参合慢性病患者就医签约定点就医服务管理，规范慢性病门诊就医与报销行为，保障参合慢性病患者便捷就医与健康指导，提高基金使用效益（具体方案另行制定）。

四、转诊

（一）县域内医疗机构间转诊。下级医疗机构住院患者转诊至上级医疗机构的，只设上级医疗机构起付线；上级医疗机构住院患者转诊至下级医疗机构的，免除下级医疗机构起付线。

（二）转诊到省内省市级医院就诊。住院前或住院期间经南陵县医院、县中医院诊治，建议转上级医疗机构并办理网络转诊或经县合管中心备案转诊的，政策性补偿比例提高 5 个百分点。未经转诊的原则上补偿待遇不变。

（三）转诊到省外医疗机构就诊。住院前或住院期间需办理就医转诊或住院备案手续，未履行转诊或住院备案手续的，办理报销时需提供村（居）委会证明材料，补偿待遇（含保底补偿）在原有比例基础上下降 5 个百分点。但以下情形之一者除外：

â 在省外医院就诊住院前 3 个月内，因同一疾病在省内三级医院有过住院记录或新农合补偿记录。

â_i 恶性肿瘤手术治疗或特种疾病省外治疗（省定按病种付费以外的重大疾病）。

五、其他补偿或规定

（一）新生儿出生当年，随父母自动获取参合资格并享受新农合待遇，自第二年起按规定缴纳参合费用。

（二）以安徽省药物、医疗服务政策价格作为基础标准，当非公医疗机构收费超出基础标准时，以基础标准作为新农合支付参考价（系统设置最高限价）。

（三）单价超过 5000 元的任何特殊检查治疗类项目，一律按单价 5000 元计算（系统设置最高限价）。特殊检查治疗项目费用按 80%计入可补偿费用。

（四）支付范围内的限制临床应用的第三类医疗技术(造血干细胞移植治疗技术除外)以及 2015 年后新增检查治疗类项目费

用，直接按照 60%计入可补偿费用。

（五）省物价部门规定可单独收费的医用材料。除外新农合规定不予支付的医用材料， 单价 50 元以上国产医用材料费用按照 80%、进口医用材料费用按照 60%计入可补偿费用。

（六）院外检查。患者在县域内医院住院，住院期间因缺乏相应检查设备需要到外院检查的，所发生的检查费用纳入当次住院费用，一并按政策规定报销。有条件的县外医院参照执行。

（七）院前检查。参合患者在县域内医院住院，入院前三天内的、该院的、本次住院疾病相关的门诊检查费用计入当次住院费用一并计算和补偿。

（八）参合残疾人的假肢和助听器等补偿比例为 50%（不设起付线），最高补助额每具大腿假肢为 1700 元，每具小腿假肢为 800 元，参合 7 周岁以下听力障碍儿童配备助听器每只为 3500 元。参合 10 周岁以下苯丙酮尿症患儿定点治疗费用补偿比例为 50%。

（九）计划生育特殊困难家庭新农合补偿，按照省卫生计生委、省人社厅《关于做好计划生育特殊困难家庭医疗扶助工作的通知》（皖卫办〔2014〕6 号）文执行。

（十）捐赠器官移植手术的参合供者住院医药费用（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等相关费用）纳入新农合基金支付范围，按同类别医院住院补偿政策执行。

（十一）自行购买商业医疗保险的参合患者在非即时结报的定点医疗机构住院，可凭住院医药费用发票复印件和保险公司结

报单据等材料申请补偿，新农合补偿待遇与未购买商业医疗保险的参合患者同等对待。同时参加两种及两种以上国家基本医疗保险制度的参合患者，原则上凭医药费用发票原件申请补偿，不得重复报销。

（十二）控制 $\hat{a}$ 类、 $\hat{a}_i$ 类、 $\hat{a}'$ 类医疗机构过度收治不设起付线患者。其不设起付线新农合住院人次占比控制在15%以内（分疗程间段多次住院患者除外）。超过规定比例的住院人次的新农合补偿费用，由收治医院承担，从即时结报回款或总额预算中扣减。扣减公式： $(\text{不设起付线比例}-15\%) \times \text{年度某医院参合住院人次数} \times \text{次均住院费用} \times 70\%$ 。

（十三）参合年度同一病人在属于 $\hat{a}$ 类、 $\hat{a}_i$ 类、 $\hat{a}'$ 类的同一医疗机构住院原则上不超过4次。达到5次以上的住院患者，按规定组织对其住院合理性和必要性进行审查判定。对不合理、不必要的住院，由收治医院承担患者的住院补偿费用。

（十四）严格控制 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 过快上涨。

$\hat{a}$ $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 同比涨幅控制指标。2015年度 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 占比 $\hat{a}$ 55%的医疗机构，2016年度 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 同比涨幅应控制在1%以内。2015年度 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 占比在55%-65%之间的医疗机构， $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 同比涨幅应控制在3%以内。2015年度 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 占比 $\hat{a}$ 55%的医疗机构，2016年度 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 同比涨幅应控制在5%以内。县域外住院患者比例明显下降的，县域内医疗机构的 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 控制指标可考虑酌情放宽1 $\hat{a}$ 2个百分点。

县域医疗服务共同体试点县的 $\hat{a}$ 体 $\hat{a}$ 内医疗机构 $\hat{a}$ 三费 $\hat{a}$ 实行自

我控制，可以将任务分解到科室。a体a外和县域外医疗机构a三费a控制执行上述规定。

ai 超过a三费a控制涨幅以上的部分，从即时结报回款中扣减。扣减公式：某季度不支付某医疗机构的a三费a费用 = （该医疗机构次均a三费a涨幅-控制涨幅）%^ 某季度该医疗机构的参合住院人次数^ 该医疗机构某季度次均三费。

六、有关说明

（一）本方案自 2016 年 1 月 1 日起执行。此前我县有关文件中与本方案不一致的内容，以本方案为准，未作调整的继续执行。

（二）本方案由县城乡居民合作医疗管理委员会办公室负责解释。



2015 年 12 月 22 日