

郑州市金水区人民政府文件

金政〔2013〕5号

郑州市金水区人民政府 关于印发金水区 2013 年新型农村合作医疗 实施方案的通知

各街道办事处，区人民政府各部门，各有关单位：

现将《金水区 2013 年新型农村合作医疗实施方案》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

二〇一三年二月八日

金水区 2013 年新型农村合作医疗实施方案

为进一步加强新型农村合作医疗（以下简称新农合）基金管理，提高基金使用效率和农民受益水平，推进新农合制度建设，根据《郑州市新型农村合作医疗协调领导小组办公室关于认真做好 2013 年度新型农村合作医疗筹资工作的通知》（郑新农合办〔2012〕1 号）和《郑州市卫生局 郑州市财政局关于印发郑州市新型农村合作医疗统筹补偿方案指导意见（2013 年版）》（郑卫农卫〔2013〕1 号），结合我区实际，制定本方案。

一、基本原则

（一）自愿参加，多方筹资。农民以家庭为单位自愿参加，遵守有关规章制度，履行缴费义务，按时足额交纳参合费用，区政府每年按要求安排一定专项资金，积极引导支持新农合制度的建立；鼓励乡村各种经济组织和社会各界对当地新农合制度给予资金等多方扶持。

（二）坚持以收定支，收支平衡，保障适度，略有节余。既要将合作医疗基金最大程度的用到农民身上，又要避免出现基金透支，确保基金安全。

（三）大额为主，兼顾小额。坚持以大额医疗费用补助为主，兼顾受益面，既要突出大额医疗费用统筹，又要兼顾小额医疗费补助，努力提高医疗水平，解决农民因病致贫、因病返贫问题，确保广大农民群众合理、公平享受基本的医疗保健服务，促进新

农合持续有效运行。

（四）坚持便民利民宗旨。在确保基金安全的前提下，逐步简化报销补偿程序，确保补助资金及时兑现。

（五）坚持合理利用卫生资源。适当拉开不同级别医疗机构的起付线和补偿比例，引导病人到基层医疗机构就诊。

二、组织管理

（一）新农合制度是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。

（二）区新农合管理委员会具体负责制定全区的实施方案，组织协调管理和指导，并组织实施、督促检查新型农村合作医疗制度实施情况，协调解决工作中存在的问题。其下设的办公室（简称区合管办）具体负责新农合的日常工作。区新农合监督委员会具体负责检查监督贯彻执行新农合制度和规定的情况，定期对新农合经办机构工作情况进行评议，接受群众的举报和投诉。

（三）各街道办事处成立新农合工作实施领导小组，领导小组下设办公室，指定专人负责本辖区内新农合的宣传、组织、实施和日常工作。

（四）区政府把新农合工作纳入目标管理，每年进行考核。

三、参加者的条件、权利和义务

（一）参合人员条件

1. 丰庆路街道办事处、国基路街道办事处、杨金路街道办事处、兴达路街道办事处辖区内享受村民待遇的农村村民（在城镇有工作，户口迁回农村的除外；计划外生育的子女在接受处理后可予参保），可以户为单位自愿参合。中途退出者，所交资金不予退还。

2. 已参加了城镇居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险的农村村民，不得重复参加新农合。

3. 除按规定批准设立的高等院校、科研院所中接受高等学历教育的全日制本、专科学生和全日制研究生参加城镇居民基本医疗保险外，包括中小学生在内的所有符合参合条件的农村人口，均应以家庭为单位在户籍所在地参加新农合。

（二）参合农民的权利

1. 有权享受新农合制度规定的各项补助；
2. 有权享受新农合定点医疗机构提供的各种医疗服务；
3. 有权监督新农合基金的使用和管理；
4. 有权对新农合的管理提出批评和建议。

（三）参合农民的义务

1. 遵守和维护新农合制度的各项规定；
2. 按时、足额交纳参合费用；
3. 积极配合卫生部门做好医疗保健工作；
4. 搞好新农合的宣传，并动员更多的农民参加新农合；
5. 对有损新农合的行为和冒名顶替等不良现象进行举报。

四、资金筹集

(一) 筹资机制。新农合制度实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。

(二) 筹资标准。2013年参合农民个人缴费标准为每人每年60元；区政府、街道办事处分别对参加新农合的农民每人每年资助200元、20元，村委会对参加新农合的农民每人每年扶持10元。

(三) 筹资办法。在区政府统一组织领导下，由各街道办事处组织，以村（居）委会为单位收取个人应缴纳的新农合资金。筹集的资金应及时、足额转入区新农合基金专用账户。农村独生子女及双女户、五保户及农村低保户、特困户个人应缴纳的费用由街道办事处解决。

五、基金管理

(一) 管理原则。新农合基金是由农民自愿缴纳、集体扶持、政府资助的民办公助的社会性资金，按照以收定支、收支平衡和公开、公平、公正的原则进行科学管理，专款专用，专户储存，任何单位和个人都不得挤占和挪用。

区合管办所需的人员和办公经费足额列入区财政预算，不得从新型农村合作医疗基金中提取。

(二) 账户设置。区合管办在国有银行建立新农合基金专用账户，由区合管办和区财政局共同管理。

(三) 财务管理。区合管办和区财政局必须建立和完善基金

管理制度，科学合理分配使用基金，防止基金的超支或过多节余，确保新农合基金全部、公正、公开、有效地用在农民防病治病上。

（四）基金支付范围。新农合基金用于支付《河南省新型农村合作医疗报销基本药物目录》、《河南省新型农村合作医疗基本诊疗项目和医疗服务设施范围目录（试行）》内的药品费用、诊疗费用。对使用目录外的药品费用、诊疗费用和超标准收费、自立项目收费，以及违反基本药物政策规定、药品不按规定比例加成、超过统一限价标准而造成的不合理费用，新农合基金均不予支付。

（五）定期汇报，接受监督。区合管办和区财政局对基金使用要严格履行审批手续，收有凭，支有据，日清月结，并定期向区新农合管理委员会汇报收支情况，采取村、街道办事处、定点医疗机构等多种公示形式，公布账目，接受监督。

区新农合监督委员会，要定期检查、监督新农合资金管理和使用情况，并定期向同级人民代表大会汇报工作，区合管办要定期向区新农合管理委员会和监督委员会汇报工作，主动接受社会各界监督。

六、补偿办法

（一）补偿原则

以收定支，量入为出，略有节余。既提高抗风险能力，又兼顾农民受益面。

（二）补偿模式

实行门诊统筹与住院统筹相结合的补偿模式。

（三）门诊统筹补偿

门诊统筹资金用于在区、乡、村级定点医疗机构开展门诊统筹和实行基本药物零差率销售的乡镇卫生院、村卫生室一般诊疗费补偿，实行总额预付，超支不补。

1. 补偿办法：在区、乡、村级定点医疗机构就诊的参合农民，直接在就诊的定点医疗机构新农合经办处办理门诊补助手续。

2. 补偿标准：普通门诊费用补偿不设起付线，参合农民单次门诊费用补偿比例为 60%。参合农民门诊统筹年度补偿个人封顶线为 100 元，家庭成员共享，达到封顶额后，门诊就诊费用病人自付。当年门诊统筹结余基金转入下年大病统筹基金帐户。

（四）住院统筹补偿

参合农民因病在定点医疗机构住院治疗，由住院统筹基金进行补偿。

1. 补偿办法：

（1）参合农民区内住院出院时，凭诊断证明、出院证、住院汇总清单、住院结算票据、病历复印件（病历首页、长期医嘱、临时医嘱、出院小结）、合作医疗证、身份证等在所住定点医疗机构新型农村合作医疗经办处办理补偿手续，领取住院补偿。

（2）参合农民转诊至省内经县及县以上新农合管理部门确定的定点医疗机构住院治疗的，均可享受新农合补偿，属省、市级医疗机构的，分别执行省、市级定点医疗机构统一的补偿标准，

属县、乡级医疗机构的，执行本区同级别定点医疗机构相同的补偿标准。

(3) 参合农民在外务工或居住等原因无法进行正常转诊的，须在当地公立医疗机构就医，并在5个工作日内与区合管办取得联系进行登记。省内住院的，由区合管办进行电子转诊，出院后在所住医院进行补偿；省外住院的，出院后凭诊断证明、出院证、住院汇总清单、住院结算票据、病历复印件（病历首页、长期医嘱、临时医嘱、出院小结）、合作医疗证、身份证到病人户籍所在乡镇卫生院或区人民医院办理补偿手续，领取住院补偿。

2. 补偿标准:

医疗机构级别		起付线 (元)	纳入补偿范围的 住院医疗费用	补偿比 例 (%)
乡级		200	200元 < 医疗费用 ≤ 1000元部分	70
			医疗费用 > 1000元部分	90
县级		500	500元 < 医疗费用 ≤ 2000元部分	60
			医疗费用 > 2000元部分	80
市级	I类	1500	1500元 < 医疗费用 ≤ 8000元部分	50
			医疗费用 > 8000元部分	65
	II类	2000	2000元 < 医疗费用 ≤ 8000元部分	50
			医疗费用 > 8000元部分	65

省	I	2500	2500 元 < 医疗费用 ≤ 12000 元部分	45
级	类		医疗费用 > 12000 元部分	60
	II	3500	3500 元 < 医疗费用 ≤ 12000 元部分	45
	类		医疗费用 > 12000 元部分	60
省外		3500	3500 元 < 医疗费用 ≤ 12000 元部分	45
			医疗费用 > 12000 元部分	60

各级医院包含的范围：乡级指乡镇卫生院；县级指县级二级（含二级）以下医院；市级 I 类指市级二级（含二级）以下医院；市级 II 类指市级三级医院；省级 I 类指省级二级（含二级）以下医院；省级 II 类指省级三级医院。

参合人员年度内在同级别医疗机构第二次及其以后住院的，将起付线降为相应级别医疗机构起付线的 50%；14 周岁以下（含 14 周岁）儿童住院的，补偿起付线在规定的同级定点医疗机构补偿起付线基础上降低 50%；参合人员在县级及以上中医医院住院治疗的，补偿起付线在规定的同级医疗机构补偿起付线基础上降低 100 元。对符合条件享受两项及以上起付线优惠政策的参合人员，只能享受最高级别的一项优惠政策。

3. 住院补偿封顶线。住院统筹补偿最高支付限额每人每年累计不得超过 15 万元（包括特殊病种补助费用）。

4. 提高重大疾病保障水平。对一次性政策范围内住院医疗费用超过 5 万元的参合患者，新农合实行分段补偿，5 万元以内（含 5 万元）部分按相应级别医疗机构规定比例补偿，5 万~8 万元（含 8 万元）部分按 80%的比例给予补偿，8 万元以上部分按 90%的比例给予补偿，切实减轻重大疾病患者医药费用负担。

按照深化医药卫生体制改革要求，在巩固提高儿童白血病、先天性心脏病、终末期肾病、血友病、精神病、结核病、艾滋病抗机会感染保障水平工作的基础上，逐步扩大重大疾病保障病种。

已实施新农合按病种付费试点的病种，要按照同级医疗机构新农合补偿政策执行。

5. 鼓励和引导参合人员利用中医药服务。参合人员利用中医药服务的住院费用补偿起付线以上部分，补偿比例提高 5%。中医药服务项目指纳入新农合补偿范围的临床治疗疾病所使用的中药饮片、中成药、中药制剂和《河南省新型农村合作医疗基本诊疗项目和医疗服务设施范围目录（试行）》（豫卫农卫〔2010〕18 号）明确的中医诊疗项目。

6. 对参合孕产妇等给予适当补偿。为鼓励孕产妇住院分娩，对参合孕产妇住院分娩给予适当补偿。结合农村孕产妇住院分娩国家专项补助项目的实施，孕产妇住院分娩要先执行国家有关项目规定的补助政策，再由新农合基金按规定给予补偿。参合孕产妇住院平产，在乡级定点医疗机构住院的，实行限价内定额补助

300 元，在县级及以上定点医疗机构住院的，新农合定额补助 450 元。

对病理性产科住院分娩按疾病住院补偿标准给予补偿，新农合政策范围内费用统一扣除农村孕产妇住院分娩项目补偿后，按相应级别医疗机构补偿标准给予补偿。

7. 对于其他政策规定费用优惠的医疗项目，应先执行优惠政策，再对符合新农合补偿范围的医疗费用按规定给予补偿，但上述合计补偿金额不得超过其实际住院费用。

8. 实行母婴共享补偿。筹资时尚未出生，错过缴费时限而未能参合的计划内分娩婴儿，出生当年可以凭户口本、患儿母亲身份证、合作医疗证、出生医学证明，以参合母亲身份享受新农合补偿，与参合母亲统一补偿标准。

9. 实行慢性病及特殊病种大额门诊医疗费用补偿。参合农民因患恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全透析治疗、器官移植抗排异治疗、再生障碍性贫血、血友病、冠心病（非隐匿型）、急性脑血管病后遗症、精神病、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、慢性阻塞性肺气肿、肺心病及癫痫病的门诊费用，纳入住院统筹基金支付范围，按 70% 比例补偿。参合农民因患肝硬化失代偿期、白血病、高血压 III 期以上（包括 III 期）、有并发症的糖尿病、结核病（免费项目除外）不需住院但需长期门诊治疗者，由参合农民向区合管办提出申请，经指定医院检查确诊，区合管办审核后实行补助，补助金额为每人每年最高 1000 元，用于在区内定点

医疗机构的门诊检查治疗，由住院统筹基金支付。慢性病及特殊病种大额门诊医疗费用补偿不设起付线。

10. 参合农民在新农合定点医疗机构住院的，如病情需要做特殊检查，而所住医疗机构无能力解决的，由所住医院提出申请，区合管办批准后，本次检查费用可纳入住院费用进行补偿。

11. 规范跨年度住院补偿。跨年度住院的参合人员入、出院年度连续参合的，住院医疗费全部参与计算，按照出院时所在年度补偿标准计算补偿费用，对住院医疗费用过高的，可分年度计算补偿费用；跨年度住院的参合人员出院年度新参加新农合的，只计算新参合年度发生的住院医疗费，按照出院时所在年度补偿标准计算补偿费用；跨年度住院的参合人员出院年度未参合的，只计算上年度住院医疗费用，按照上年度补偿标准计算补偿费用。

12. 实行省外住院保底补偿。参合人员经转诊至省外各级医疗机构住院治疗，实际补偿比例过低的，可按照住院医疗总费用去除起付线后的 30% 给予保底补偿。

13. 参合农民在一个参合年度内享受补助达到 15 万元后，年住院总开支减去起付线和已予补助的金额，个人支付金额部分按 80% 给予补助，医疗费用每年累计补助一次，年度最高补助金额为 10 万元。申报受理时间为每年的 1 月 1 日—1 月 15 日。

（五）不予补偿范围

下列医疗费用不纳入新农合基金支付范围：

1. 应当由公共卫生负担的；
2. 应当从工伤保险基金中支付的；
3. 应当由第三人负担的；
4. 因故意犯罪、酗酒、吸毒、自杀、自残、斗殴等造成的；
5. 在境外就医的；
6. 超出新农合报销基本药物目录、基本诊疗项目和医疗服务设施范围目录范围的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人无能力支付的，由新农合基金按规定比例先行支付。新农合基金先行支付后，有权向第三人追偿。

七、全面推行支付制度改革

全面推进新农合支付制度改革，不断完善新农合支付制度改革措施和方法，根据统筹基金增长，科学测算 2013 年各医疗机构预付总额，逐步建立完善新农合支付制度改革监测评价制度，准确掌握住院病人流向、医疗机构补偿资金流向、基金支出等变化情况，切实加强对新农合运行情况的分析监测。认真总结支付制度改革中的经验做法，及时发现问题，制定切实可行的解决对策，不断完善住院费用总额预付的方式方法，确保新农合支付制度改革顺利推进。

要制定切实可行的考核方案，加强对医疗机构综合考核，同时，在总额预付基础上，要进一步扩大按病种付费病种范围，积极探索按病种付费与按床日付费相结合的混合支付方式，促进医

疗机构加强自我管理，规范医疗行为，切实控制医疗费用不合理增长，提升参合人员受益水平，保障新农合基金安全。

八、完善便民服务措施

（一）继续完善跨区域即时结报。不断完善即时结报工作程序，规范运作流程，加强服务监管，提高服务质量，方便参合人员看病就医和结算补偿，保证新农合基金合理使用。意外伤害住院费用不实行即时结报，但医疗机构应积极协助统筹地区调查，提供患者是否有第三方责任人的相关证据，病人出院经调查审核后，符合报销条件的在区内定点医疗机构报销。

（二）严格控制转诊转院管理。参合人员患病在本统筹地区内的定点医疗机构间转诊时不需办理转诊手续。参合人员因病情需要转往本统筹地区外市级及以上医疗机构住院的，按照《河南省新型农村合作医疗转诊转院管理暂行规定（修订）》（豫卫农卫〔2012〕10号）执行。

农村居民重大疾病（包括儿童重大疾病）转诊审批手续按照农村居民重大疾病救治工作有关规定执行。

（三）加强信息化建设。各级新农合管理经办机构和定点医疗机构要加强信息系统的日常管理与维护，不断完善相关功能，确保相关数据和基本信息传输畅通。

九、加强监管，确保基金安全

（一）落实责任，强化基金监管。区卫生局、财政局要认真落实新农合基金财务和会计制度，切实加强对基金运行过程和结

果的监督检查。新农合管理部门要建立基金结余和基金透支风险预警机制，定期对新农合统筹基金收支情况进行分析和评价，及时向政府提出针对性意见建议，确保基金安全。

严格医疗机构直补审核、补助服务中心核补审核、新农合办抽查稽核的审核拨付程序，建立部门间、机构间激励约束和监督制约机制，更大程度保障基金安全。充分发挥新农合补助服务中心优势，统一审核，集中支付，做好与大病保险的衔接，提供“一站式”服务，提高结算审核效率。

（二）加强新农合定点医疗机构监管。加强农村卫生服务网络建设，强化对农村卫生机构的管理，积极推行农村卫生服务体制改革，不断提高卫生服务能力和水平，实施新农合定点医疗机构认证制，使农民得到较好的医疗服务。

1. 区合管办要择优选择新农合医疗服务机构，并加强对医疗服务机构的监管，实行动态管理。对不服从管理、有违规违纪现象、参合群众反应强烈的，视其情节轻重进行通报、限期整改，直至取消其新农合定点医疗机构资格。

2. 区合管办要对村卫生所工作人员进行审核，严把人员资格关，对现有村医经镇卫生院审核、区卫生局组织培训考核后，选取技术好，医德高的村医在村卫生所工作。村卫生所不足人员由镇卫生院负责选派。

3. 各定点医疗机构要严格执行新农合各项规定，认真落实各项诊疗规范和操作规程，合理检查、治疗、用药，严格控制医疗

费用的不合理增长。各级定点医疗机构的医疗服务收费不得超过现行《河南省医疗服务价格》，药品价格按照现行顺加作价方法执行，并不得超过当地最高零售价；要严格执行新农合报销基本药物目录和诊疗项目及医疗服务设施范围目录，目录外药品费用、不予补偿的诊疗项目和医疗服务设施（指纳入补偿比例为0的项目）费用分别占药品总费用、诊疗项目和医疗服务设施总费用的比例，乡级不得超过5%，县级不得超过10%，省、市级不得超过15%。各级定点医疗机构要加强政策培训，强化内部管理，制定控制医药费用不合理增长的具体措施，确保参合人员享受质优、价廉的医疗服务。

使用目录外药品和诊疗项目，必须事先征得患者或其家属签字同意。未经患者或其家属签字同意随意使用目录外药品和诊疗项目的费用，由定点医疗机构承担。区合管办要按照有关规定严肃查处新农合服务中的违规违纪行为，确保参合农民享受质优、价廉的医疗服务。

4. 参合农民在区内村级定点医疗机构就诊，使用新农合用药目录内的药品价格实行“零加价”，不得高于河南省药品统一招标采购价。村级各定点医疗机构每年用于参合农民使用的药品，经汇总上报，结合农民的满意率调查，由区财政按合理的比例补贴。

十、运行监督

（一）定期汇报，接受监督。区合管办要经常深入基层，检

查督导合作医疗实施情况，并每半年向区新农合管理委员会和监督委员会汇报工作，主动接受社会各界监督。

（二）民主评议，奖优罚劣。区新农合监督委员会按要求每半年对经办机构工作情况进行评议，对在新农合工作中取得显著成绩的定点医疗机构和工作人员，给予表彰奖励；对违反新农合有关规定，自行扩大新农合医疗服务范围，造成基金流失的定点医疗机构予以通报批评，并限期整改，拒不整改或整改不到位者，可建议取消其定点医疗机构资格。定点医疗机构及其工作人员徇私舞弊，或采取非法手段套取新农合基金者，一经发现，除不予结算费用和追回基金外，要对单位负责人及有关责任人进行通报批评；情节较为严重的，取消其定点医疗机构资格；构成犯罪的，依法追究其法律责任。参合农民弄虚作假，向他人转借合作医疗证、涂改处方和单据、虚报冒领合作医疗补助基金的，除追回基金外，要对其给予通报批评；构成犯罪的，依法追究其法律责任。区合管办工作人员因失职造成基金流失的，除补缴基金外，要视情节轻重给予相应的处分，直至追究法律责任。

（三）财务公开，办事透明。区合管办对合作医疗就诊补助办法进行长期公示；对全区合作医疗基金的收支、使用及补助达到封顶线的参合农民的补助情况定期在全区范围内进行公示。区内定点医疗机构对合作医疗就诊补助办法和医疗服务价格进行长期公示；对本院住院补助情况每月进行公示。镇级定点医疗机构对合作医疗就诊补助办法和医疗服务价格进行长期公示；对本

辖区参合农民大额补助情况每月进行公示。村级定点医疗机构对本村大额补助及门诊补助情况，每月进行公示。

（四）定期审计，堵塞漏洞。新农合基金实行定期审计制度。审计部门要定期对新农合基金收支和管理情况进行审计，确保基金安全使用。

本方案自印发之日起正式实施。

主题词：卫生 医疗 保障 方案 通知

郑州市金水区人民政府办公室

2013年2月8日印发
