

郑州航空港经济综合实验区管理委员会文件

郑港〔2013〕109号

郑州航空港经济综合实验区管理委员会 关于印发新型农村合作医疗统筹补偿方案 指导意见（2014年版）的通知

实验区各部门，各办事处（社区服务中心），各有关单位：

现将《郑州航空港经济综合实验区新型农村合作医疗统筹补偿方案指导意见（2014年版）》印发给你们，请认真贯彻执行。

2013年12月18日

郑州航空港经济综合实验区 新型农村合作医疗统筹补偿方案指导意见 (2014年版)

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参合人员受益水平，推进新农合制度建设，现就新农合统筹补偿方案提出以下意见。

一、基本原则

（一）坚持大额医疗费用补助为主，兼顾受益面。财政补助资金主要用于大病统筹，也可适当用于小额医疗费用补助。

（二）坚持以收定支，收支平衡，保障适度，略有节余。既要最大程度地提高新农合基金使用率，又要避免出现基金透支，确保基金安全。

（三）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。

（四）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，合理分流病人，引导病人到基层医疗机构就诊。

二、具体内容

（一）合理分配和使用基金

新农合基金主要用于建立大病统筹基金、门诊统筹基金(含家庭账户资金、一般诊疗费支付资金)和风险基金，不再单独设立其他基金。原则上，门诊统筹基金占新农合基金总额的25%，大病统

筹基金占新农合基金总额的 75%。年度内门诊统筹基金（不含家庭账户资金部分）与大病统筹基金可调配使用。

统筹基金累计结余一般应不超过当年筹集的统筹基金总额（含往年结余）的 25%（含风险基金）。

（二）明确基金补偿范围

新农合基金只能用于参合人员的医疗费用补偿。

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目录范围的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，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。

（三）完善住院补偿规定

1. 科学设置起付线和补偿比。为合理引导病人到基层医疗机构就医，切实减轻大病患者医疗费用负担，对住院医疗费用实行分级分段补偿。具体比例如下：

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 ≤ 800 部分	70
			医疗费用 > 800 元部分	90
县级		500	500 元 < 医疗费用 ≤ 1500 部分	60
			医疗费用 > 1500 部分	80
市级	I 类	700	700 元 < 医疗费用 ≤ 3000 部分	50
			医疗费用 > 3000 部分	70
	II 类	1000	1000 元 < 医疗费用 ≤ 4000 部分	50
			医疗费用 > 4000 部分	70
省级	I 类	1000	1000 元 < 医疗费用 ≤ 4000 部分	45
			医疗费用 > 4000 部分	65
	II 类	2000	2000 元 < 医疗费用 ≤ 7000 部分	45
			医疗费用 > 7000 部分	65
省外		2000	2000 元 < 医疗费用 ≤ 7000 部分	45
			医疗费用 > 7000 部分	65

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，可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。

参合人员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， 执行本县同级别定点医疗机构规定的补偿标准。 统筹地区外设农民工定点医疗机构的， 执行新农合服务协议规定的补偿标准。

2. 统一住院补偿封顶线。 住院补偿封顶线以当年实际获得的大病统筹补偿金额累计为 20 万元。

3. 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。

继续开展儿童先天性心脏病、 白血病、 宫颈癌、 小儿苯丙酮尿症等病种的新农合重大疾病保障工作， 补偿政策按相关规定执行。

4. 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。

5. 对参合孕产妇等给予定额补偿。为鼓励孕产妇住院分娩，对参合孕产妇住院分娩给予定额补偿。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。

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。

6. 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分娩婴儿，出生当年可以凭患儿母亲身份证明、合作医疗证以及患儿出生医学证明或户口证明，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。

7. 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。

8. 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，可将住院医疗总费用去除起付线后，按不低于 30%的比例给予保底补偿。

9. 无第三方责任的意外伤害的报销补偿比例，扣除相应级别的起付线后，按照 40%的比例进行报销。

（四）推行门诊统筹

门诊统筹资金用于在乡镇卫生院、村卫生室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。

参合人员在乡镇卫生院、村卫生室门诊就医的费用按照 60%的比例进行补偿，年度个人门诊统筹封顶线为 120 元，可在家庭成员内调剂使用，每天限报一次。

（五）实行慢性病及特殊病种大额门诊医疗费用补偿

将恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗等特殊病种，以及Ⅱ期及以上高血压病、冠心病（非隐匿型）、有并发症的糖尿病、急性脑血管病后遗症、肝硬化失代偿期、结核病（免费项目除外）、精神病、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、慢性阻塞性肺气肿、肺心病及癫痫病等慢性病门诊费用均纳入大病统筹基金支付范围。慢性病、特殊病门诊补偿不设起付线，按一

定比例（适当高于门诊统筹补偿比例）或按年度定额包干的办法给予补助。具体鉴定、补助程序及监督管理措施另行制定。

（六）巩固完善支付制度改革

逐步完善新农合支付制度改革的措施和方法，细化综合考核方案，根据日常考核结果动态调整各医疗机构预付总额，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。不断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。

三、有关要求

（一）继续完善跨区域即时结报。继续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是否有第三方责任人的相关证据），由区合管办审核。

（二）严格控制转诊转院。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，因同一疾病年度内多次转诊到统筹地区外同一医疗机构住院治疗的，第二次及其以后住院前向所在统筹地区新农合经办机构备案即可（在即时结报医院住院的同时办理电子转诊），

不再办理转诊证明。

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）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。

（四）区合管办每月对新农合基金分析一次，对各定点医疗机构的医疗费用较往年同期增长超过 8%的，给予警告并采取如下措施：定点医疗机构向区合管办书面汇报增长的原因；超出部分，暂不予支付，组织人员对其处方、病历、诊疗项目进行专项审核，其中不合理费用给予 2~3 倍扣拨支付款；对严重违反医护操作常规，开大处方、滥检查、滥用药、分解收费、滥收费等违规现象，区合管办报请市卫生局；对当年医疗费用增幅超过同期 10%的定点医疗机构，取消下年度新农合定点资格。

（五）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，严格执行新农合报销基本药物目录和诊疗范围目录，目录外药品费用加诊疗费用所占比例乡级不得超过 5%，县级不得超过 10%，省、市级不得超过 15%。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。区合管办要对新农合服务中的违规违纪行为

按有关规定严肃查处，确保参合农民享受质优、价廉的医疗服务。

（六）严格控制医疗费用和住院率增长。各定点医疗机构要严格出、入院标准和目录外药品管理规定，严格医疗收费标准，切实控制住院率和医疗费用不合理增长，不断提高服务质量，为农民提供合理、有效、质优、价廉的医疗服务。

（七）加强公示制度，每月对住院及门诊的费用全部给予公示。

本方案自 2014 年 1 月 1 日起执行，以前下发的统筹补偿方案同时作废。