

阜新市卫生和计划生育委员会文件

阜卫发[2017]186号

关于下发2017年阜新市新型农村合作 医疗工作实施意见的通知

各县区卫生计生局，市直相关医疗卫生单位：

为了做好我市2017年新型农村合作医疗保障工作，根据国家、省卫生计生委下发的相关文件精神，进一步完善我市新农合方案，制定《2017年阜新市新型农村合作医疗工作实施意见》，现下发给你们，请认真贯彻执行。

阜新市卫生和计划生育委员会
2017年7月6日



2017年阜新市新型农村合作医疗工作实施意见

为贯彻落实《国务院关于整合城乡基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）精神，进一步加强全市新农合制度建设，逐步推进覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理等方面城乡统一，提高统筹层次，增强保障能力，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，根据辽宁省卫计委、省财政厅联合下发的《关于进一步加强新型农村合作医疗制度建设的通知》（辽卫发〔2017〕24号）文件精神，结合我市工作实际，制定本实施意见。

一、指导思想

按照国家、省新农合工作的统一部署，加快新农合医疗保障体系建设，巩固工作成果，创新运行机制，充分利用农合政策的引导作用、调控作用、支撑作用、保障作用，促进“医药、医疗、医保”三医联动，着力在提高覆盖率、保障水平、管理水平和服务水平上下功夫，规范制度运行，强化过程监管，全力支持医疗卫生体制改革，全力支持贫困居民脱贫攻坚。

二、工作目标

1. 统一覆盖范围，实现城乡居民应保尽保。除城镇职工医疗保险应参保人员以外其它所有城乡居民都可以以家庭为单位参加新农合或城镇居民医保，按照规定标准完成个人缴费，各级财政按照

规定标准予以补助。与有关部门定期定期交换比对参合(保)数据,避免重复参保和政府重复补助现象。

2. 统一筹资标准,建立稳定可持续的筹资机制。2017年,新农合个人缴费标准150元/人,政府补偿标准450元/人。新农合大病保险筹资标准35元/人。

3. 统一保障待遇,引导参合居民分级诊疗。建立农合基金进一步向基层倾斜的差异化支付政策,政策性引导农合患者合理选择门诊就医及适合的住院级别,合理利用医疗资源。继续补充、完善新农合政策,规范建档立卡贫困居民(以下简称贫困居民)、重大疾病、专科(专病)、孕产妇补助等特殊补偿政策,推进新农合政策在全市范围内统一。农合政策范围内报销比例达到75%以上。

4. 统一医保目录,新农合参合人员在统筹区域内就医执行新农合药品目录、国家基本药物目录和诊疗项目目录,在统筹区域以外的执行《辽宁省基本医疗保险药品目录》(2010版)、《辽宁省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》(2012版)。合理确定医保支付标准,规范高值医用耗材的支付方式。

5. 统一定点范围,满足城乡居民就医需求。将符合条件的城镇居民医保非营利性定点医疗机构纳入新农合定点医疗机构范围,并完善新农合信息管理系统,为参合居民提供便捷服务。完善定点医疗机构管理办法,强化定点服务协议管理,建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。采取有效措施将次均住院费用和住院率控制在省平均水平以下。

6. 继续开展支付方式改革。实行按病种、按人头、按服务单元、按疾病分组付费等复合型支付方式，控制医药费用不合理增长。阜彰两县县级公立医院全面实行按疾病分组付费方式结算，探索市级定点医疗机构按疾病组付费方式改革试点。

7. 大力实施精准健康扶贫工作。根据省卫生计生委要求，充分利用好农合结余资金，加大对贫困居民的扶助力度。鼓励各地学习借鉴全国及我省各地健康扶贫推进措施及做法，因地制宜创新健康扶贫形式和途径，要以解决因病致贫、因病返贫问题为重点，结合实际积极探索，统筹配置和使用相关资金、项目，提高使用效率，推动实施健康扶贫工程。按照扶贫部门确认的人员名单，精准标识贫困居民的身份，进行分类统计。实现大病集中救治一批，慢病签约服务一批，重病兜底保障一批，通过医保倾斜政策、扶贫补充保险、动员社会力量兜底保障。贫困居民经新农合、大病保险补偿后，符合规定的个人负担费用，民政部门按政策及时给予救助。鼓励各县区充分利用好农合结余资金，加大精准健康扶贫力度。贫困居民、特殊人群参合率达到100%。

8. 推进农合信息化、智能化建设进程。提升新农合平台整体化建设水平，不断完善信息平台转诊、审核、查询、统计、报表等功能，满足新农合管理需要。稳步推进新农合平台的“费用核查、即时结报、即时监管、智能监管”工作。积极推动建立新农合、大病保险、疾病应急救助、医疗救助等制度的信息互通和有效衔接。

9. 巩固全市范围内市级定点医疗机构“即时结报”成果，扩大

省内异地就医即时结报覆盖面。

三、新农合统筹支付政策

对不同统筹区域确定的定点医疗机构，实行“定点资格互认”。患者在非定点医疗机构就医的不予补偿。

（一）筹资标准

新农合筹资标准提高到 600 元/人，其中农民个人缴费为 150 元/人，各级财政补助标准为 450 元/人（各级财政配套标准待定），贫困居民参加新农合个人缴费部份由财政给予补贴。完善和强化参合费用征缴和新农合筹资配套、拨付机制，确保新农合统筹资金足额按时到位。

（二）补偿标准

全市继续实行住院统筹和门诊统筹相结合的补偿模式，合理设置各级别补偿比例，鼓励、引导农民在基层医疗机构就医。

1. 门诊补偿

门诊统筹基金原则上不超过当年筹资总额的 30%，鼓励、引导农民选择门诊就医。

门诊补偿标准

级别	补偿比例(%)	支付限额(元)	说明
村级	80%	40	以家庭为单位共同使用
乡级	50%	300	
县级	25%	300	
特慢病门诊 (2015) 172 号	乡: 60% 县: 50%	3000	冠心病(心绞痛型、心肌梗塞型)、高血压(III 期)、糖尿病(具有严重合并症和并发症)、结核病、慢性病毒性肝炎(抗病毒治疗)、类风湿性关节炎及强直性脊柱炎、系统红斑狼疮、再生障碍性贫血。 急性脑血管病后遗症、心功能不全(II° 以上)、慢性阻塞性肺气肿、慢性肝炎(肝硬化)、介入术后康复、布鲁氏杆菌病。
特慢病门诊	参照住院补偿	无	恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析(腹透和血透)、血友病、儿童苯丙酮尿症、日间手术。

贫困居民普通门诊补偿标准在正常比例的基础上提高 10%。

继续实施新农合扶持中医药发展的优惠政策, 在我市开放门诊报销的中蒙医定点医疗机构门诊就医的, 中蒙医诊疗项目和中蒙药物品种补偿比例提高 5%。继续开放阜新市中医医院市级门诊补偿。

肺结核病患者门诊治疗纳入新农合支付范围, 推行新农合普通肺结核病诊疗包、耐药肺结核病诊疗服务包政策。不具备传染病诊治条件的县区, 可确定市传染病医院开放定点门诊, 参照县级定点

机构补偿比例报销。

每个行政村要确定一所村级新农合定点医疗机构，新农合对每个行政村一般诊疗费的支付不得超过服务人口 10 元/人的限额。

2. 住院补偿

继续实行分级分段报销的原则，新农合统筹区域政策范围内住院费用实际支付比例稳定在 75%以上。严格控制目录外费用占比，缩小政策报销比和实际报销比之间的差距。已签约家庭医生的参合农民按新政策执行。

级别	分段(元)		补偿比例	说明
市内 (乡级)	A 段:	0-500	45%	市内跨统筹区域就医，各级各段补偿比例下调 20%。
	B 段:	500-3000	85%	
	C 段:	>3000	75%	
市内 (县级)	A 段:	0-1000	40%	
	B 段:	1000-5000	75%	
	C 段:	>5000	65%	
市内 (市级)	A 段:	0-2000	35%	未经转诊的，各级各段补偿比例下调 20%。
	B 段:	2000-7000	60%	
	C 段:	>7000	50%	
市外 (省内、省外)	A 段:	0-5000	30%	
	B 段:	5000-20000	40%	
	C 段:	>20000	30%	

贫困居民的住院补偿标准在正常比例基础上提高 5%。

提高中蒙医药服务的补偿比例。在我市中蒙医定点医疗机构住院的，中蒙医诊疗项目和药物品种补偿标准在正常比例的基础上提高 10%；传染病患者在市、县传染病定点医疗机构住院的，住院费用第二段（B 段）补偿标准在正常比例的基础上提高 10%。

积极推进残疾人康复事业，逐步增加康复项目，将国家“9+20”类残疾人康复项目纳入新农合支付范围。三级以上残疾人的住院补偿标准在正常比例基础上提高 5%。

（三）重大疾病保障

巩固儿童白血病、先天性心脏病、终末期肾病、人工耳蜗植入术等 23 种重大疾病保障工作。将肝癌、膀胱癌、甲状腺癌、再障、儿童脑瘫、胆管癌、胰腺癌、卵巢癌、病毒性肝硬化、难治性癫痫病、红斑狼疮、儿童甲低等 12 种疾病纳入重大疾病保障范围，所发生的新农合支付范围内，3 万元限额内的医疗费用报销比例为 70%，限额外的费用按普通住院补偿标准执行。加大对加大对农村新农合贫困居民医疗保障倾斜力度，贫困居民患儿童白血病等重大疾病，限额内的医疗费用新农合报销比例提高到 80%。

将 18 周岁以下苯丙酮尿症患者诊断、治疗费用纳入新农合医疗门诊补偿范围，患者使用的低苯丙氨酸食品（奶粉、蛋白粉等）的发票经市妇幼保健所确认后，可以作为农合补偿的依据。

（四）孕产妇和新生儿子女优惠政策

当年出生的新生儿，可在所在统筹区域内随当年参合的父母自动获取参合资格，享受新农合相关的政策待遇，自第二年起按规定缴纳参合费用。孕产妇住院分娩费用纳入新农合补偿范围。

(五)药品、诊疗项目、医用材料补偿范围

强化新农合“保基本、强基层”的属性，引导临床应用基本药物、基本诊疗项目和低值医用材料。县级以上定点医疗机构执行新农合药品、诊疗项目目录，将城镇居民基本医保药品目录的甲类药纳入新农合目录；市级以上定点医疗机构执行城镇居民基本医保药品、诊疗项目目录、医疗服务设施项目目录。临床使用新农合药品目录中的基本药物及项目和城镇基本医保药品目录中的甲类、乙类所发生费用全部纳入新农合补偿范围。将国家谈判药品、定点医疗机构开展远程医疗会诊费用，按照相关文件要求纳入新农合补偿范围。目录范围之外的费用新农合和大病保险均不予报销。

卫生材料除新农合明确不予支付的，全部纳入新农合补偿范围。新农合患者到市级、市外定点医疗机构就医，补偿范围内的卫生材料费占住院总费用 25%以内，按相应规定报销，超过 25%的，超出部份自费支付。

(六) 统筹基金最高支付限额（封顶线）15 万元。

四、大病保险赔付政策

大病保险保费筹集标准 35 元/人，起付线确定为 2016 年度农村居民人均可支配收入 11812 元的 60%，即 7087 元。起付线以上

的合规医疗费用 5 万元（含 5 万元）以下的部分，按照 50%的比例赔付；5 万元至 10 万元（含 10 万元）的部分按 55%赔付；超过 10 万元以上的部份按照 60%赔付。

根据《辽宁省新型农村合作医疗大病保险承办协议》，全市新农合大病保险继续实行市级统一实施、统筹管理，建立大病保险收支结余和经营性、政策性亏损的动态调整机制。进一步优化和完善新农合大病保险经办业务，强化服务监管，建立大病保险协调沟通和收支动态调整机制，推动新农合和大病保险相关业务信息化建设，提高新农合和大病保险“一站式”服务能力。

定期对商业保险公司的服务质量开展考核，不断完善考核标准和考核办法，以提高大病保险运行效率、服务水平和质量，为广大参合农民及时提供便民、利民、高效的新农合大病保险服务。鼓励各县区探索开展农村参合居民参加无第三方责任的意外伤害医疗保险试点。

五、具体措施

1. 构建分级诊疗新秩序

发挥新农合的杠杆和利益导向作用，引导形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局。运用各种调控手段，规范转诊流程，指导分级诊疗，确保基金安全、高效运行，合理拉开不同级别医疗机构分级分段标准和报销比例的差距，引导参合农民合理就医。助力分级诊疗制度，将符合条件的家庭医生签约服务

费纳入新农合补偿范围。

继续在全市范围内实行网络转诊备案制度，未经逐级转诊规定到统筹区域外就诊的，新农合补偿、大病保险报销比例均下调20%。各县区可根据实际情况，取消到市级定点医疗机构就医转诊流程。

2. 加快推进新农合支付方式改革，控制费用不合理增长

积极发挥支付方式对医疗机构服务行为的引导作用和对医疗费用的控制作用，积极配合公立医院改革和实施基本药物制度。实行按病种、按人头、按床日、按服务单元等多种支付方式相结合的复合性付费方式，积极探索市级定点医疗机构按疾病分组付费方式改革，控制医药费用不合理增长，进一步扩大支付方式改革对定点医疗机构和参合患者的覆盖面。根据乡、村一体化建设要求，各县区可试行开展乡、村两级门诊总额预付制度。

按病种支付方式改革限额标准参照定点医院等级设置（附件1），费用超出限额部分由医疗机构承担，结余部份医疗机构留用。

3. 提高大病保险服务、管理水平

与财政、保监等部门密切配合，加强对商业保险机构承办大病保险业务的监管，完善服务质量考核办法和承办服务退出机制。结合新农合业务特点，积极探索合作经办机制。充分利用和依托现有的新农合信息系统，新农合经办机构与商业保险机构进行必要的信息交换和数据共享，提供“一站式”即时结算服务。

发挥商业保险机构全国网络优势，为参合农民提供异地结算服

务。发挥商业保险机构风险管控能力，与新农合管理机构协同开展异地就医信息核查等合作，控制医疗费用不合理增长。

4. 完善服务模式，提高便民利民能力

新农合经办机构及定点医疗机构要完善和优化各项工作制度及流程，加快信息化建设，推动各项制度有效衔接，进一步提高为参合农民提供便民、利民服务能力。巩固参合农民在统筹区域范围内所有定点医疗机构自主选择就医，出院即时获得补偿成果。

市卫生计生委将会同有关部门就推进新农合信息化建设、开展新农合异地就医结报和加强基本医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助等制度有效衔接等工作出台具体文件，推动新农合各项工作和措施有效落实。

5. 规范基金使用，强化服务监管。

进一步完善新农合定点医疗机构管理办法，会同卫生监督、纪检监察等部门密切配合，用协议管理的方式取代原有的定点审批，优化管理服务水平。建立新农合定点医疗机构自律和诚信制度，根据诚信等级调整对定点医疗机构垫付费用的支付比例。推进对目录外药品使用率、药占比、次均费用、住院率、平均住院日等指标的监控，定期开展对定点医疗机构考核评价，考核结果向社会公布。

严格执行定点医疗机构准入退出制度，实施定点机构协议管理。加强经办机构管理及服务能力建设，强化岗位培训，规范岗位设置和职责分工，建立健全内部控制制度、稽查制度和违规责任追究

究制度，坚决堵塞基金漏洞。切实做好新农合基金运行的监测和分析，加强对基金使用的审计和监督，切实防范基金风险。

经办机构要结合大病保险业务的开展，加强经办机构基础设施建设，配备与管理经办业务相适应的基本设备，逐步提高监督管理能力。要改进服务方式，优化报销流程，为参合农民提供方便快捷的结算服务。要加强制度建设和队伍建设，强化政策学习和业务培训，认真开展政策理论研究，不断推动新农合制度向纵深发展。要建立新农合运行情况分析和预警机制，确保新农合制度平稳运行。

6. 规范和完善新农合信息化监管平台

继续推进新农合信息平台建设，不断开发、完善平台转诊、审核、查询、统计、报表等功能，使之满足新农合管理需要。依托新农合信息平台建设，稳步推进市级定点医疗机构“即时结报”工作，持续推进新农合异地就医费用核查和即时结报。发挥网络功能，节约运行成本，对定点医疗机构实行电子登记、备案、管理工作。更好利用健康卡的筹资缴费、即时参合、即时结算等功能。

7. 县区农合方案备案管理

按照国家、省“六个统一”的要求，各县区要以本实施意见为基调合理制定本辖区新农合实施方案，相关补偿政策与本意见不一致的，要向市卫生计生委报告备案。

8. 本意见自 2017 年 8 月 1 日起实行。请各农合管理中心、市卫生信息中心做好政策切换工作，确保补偿工作平稳过度。

附件：阜新市新农合单病种定额付费参考标准

附件:

阜新市新农合单病种定额付费参考标准

序号	病种名称	单病种价格（按医疗机构级别定价）			备注
		三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构	
1	正常产	3000	2000	1500	无痛分娩超出部份 由患者自理
2	剖宫产	5000	3500	3000	手术治疗
3	单纯性阑尾炎	4500	3500	3000	手术治疗
4	腹股沟疝	4500	4000	3500	手术治疗
5	鞘膜积液	4000	3500	3000	手术治疗
6	锁骨骨折	7000	5000	4000	手术治疗

阜新市卫生和计划生育委员会办公室

2017年7月6日印发
