

宿迁市人民政府办公室文件

宿政办发〔2016〕49号

市政府办公室关于印发宿迁市 2016年新型农村合作医疗管理办法的通知

各县、区人民政府，市各开发区、新区、园区、景区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《宿迁市2016年新型农村合作医疗管理办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



宿迁市 2016 年新型农村合作医疗管理办法

为认真贯彻落实国家和省关于深化医药卫生体制改革、构建现代医疗卫生体系意见的有关文件精神,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,特制定本办法。

一、基本原则和工作目标

(一)基本原则。基金筹集实行个人缴费、社会资助、政府扶持;基金管理实行市区(包括宿豫区、宿城区、宿迁经济技术开发区、市湖滨新区、市洋河新区)统筹和县统筹;基金使用实行以收定支、收支平衡、略有结余;运作过程坚持公开、公平、公正。年度基金支出实行总额控制,超出部分由各统筹区内一级及以上定点医疗机构承担。

(二)工作目标。新农合人口覆盖率继续保持在 98%以上,其中救助对象人口覆盖率达 100%;门诊统筹基金占当年基金筹集总额的 20%,住院统筹基金占当年基金筹集总额的 70%;基金年度结余率控制在 10%以内,累计结余率控制在 20%以内。县乡两级政策范围内住院费用补偿比例达到 75%以上。

二、参合对象

(一)辖区内农村居民(含农村中小学生)以户为单位参加户籍所在地的新型农村合作医疗。

(二)长期居住在乡镇的城镇居民和其他人员,可以参加当地新型农村合作医疗;已参加城镇职工、城镇居民医疗保险的人员,不得参加新型农村合作医疗。

(三)在新农合上一个缴费期至下一个缴费期之间出生的婴儿、退役的士兵,可以参加当年度的新农合;婴儿自出生之日起15个工作日内,父母为其申请参加新农合的,自出生之日起产生的医药费用纳入新农合基金补偿范围;出生后15个工作日内未参加新农合的,自补办之日起发生的医药费用纳入新农合基金补偿范围。...

(四)农村最低生活保障对象、五保供养对象、孤儿、重点优抚对象等医疗救助对象由统筹地区人民政府全部纳入新农合。

三、筹资标准

2016年全市新农合筹资标准为人均545元,其中个人缴费120元,各级财政补助标准425元。农村最低生活保障对象、五保供养对象、孤儿、重点优抚对象等民政救助对象个人应缴纳的费用,由县(区)财政部门从医疗救助基金中全额补助。

四、定点机构

遵守新农合管理规定、经卫生计生行政部门批准并与新型农村合作医疗管理办公室签订服务协议的一级及以上医疗机构,以及实施乡村卫生机构一体化管理的村卫生室(社区卫生服务站),纳入新农合定点医疗机构。新农合定点医疗机构必须在协议期满前一个月内向新型农村合作医疗管理办公室(以下简称合管办)

申请续签服务协议，否则到期自动解除协议关系。

五、就医及转诊

(一) 统筹区内提倡首诊在基层，实行分级诊疗制度，根据相关文件予以落实。

(二) 统筹区外转诊实施转诊备案制度。县级定点医疗机构收治的参合病人需要转诊到上级医院住院治疗的，首选市级定点医疗机构。对于确实需要转诊到市外其他医院住院治疗者，由转出医院（县级及以上）出具转诊证明，并到统筹区合管办办理备案手续，备案有效期为 15 天。未办理转诊手续视为非正常转诊。患者转诊至市第一人民医院或市传染病医院不需审批，但在入院 3 天内应向统筹区合管办报告备案。

(三) 市区参合人员可在市区所有定点医疗机构中自主选择医，需转诊市外治疗的，须经市第一人民医院、南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院、上海东方医院宿迁分院（特指心血管和骨科疾病）、市儿童医院（特指儿童先心病）、市传染病医院、宿迁市第三医院（特指精神病人）出具书面证明，在规定时间内报市合管办审核备案。如未经市合管办审核同意，按非正常转诊报销。

六、补偿范围及标准

(一) 用药范围。

一级及以上医疗机构用药范围依据《江苏省新型农村合作医疗基本药物目录（2009 年修订版）》、《国家基本药物目录》（2012 年版）和《江苏省基本药物增补药物目录》（2015 年版）执行；

村卫生室(社区卫生服务站)用药范围依据《国家基本药物目录》(2012年版)和《江苏省基本药物增补药物目录》(2015年版)执行;个别统筹区已扩大用药目录范围的,仍按扩大后的用药目录范围执行。

(二) 门诊补偿标准。

1. 普通门诊补偿。

乡、村两级定点医疗机构门诊可补偿药费按 50% 比例补偿。乡镇定点医疗机构每人日门诊处方药费限额 100 元,村卫生室每人日门诊处方药费限额 30 元。村卫生室(社区卫生服务站)及实施基本药物制度的医院一般诊疗费 6 元,其中患者支付 1 元,其余 5 元从新农合基金中支付。乡镇、村定点医疗机构门诊不设起付线,参合人员年度补偿最高限额 200 元(含一般诊疗费)。

其他市内外医疗机构门诊费用不予补偿。

2. 门诊特殊病种补偿。

(1) 骨髓增生异常综合征、恶性肿瘤、终末期肾病、器官移植抗排异治疗、再生障碍性贫血、血友病等门诊可补偿费用按 80% 比例予以补偿,每人每年补偿最高限额 6 万元;慢性乙肝合并肝硬化、肾病综合征、系统性红斑狼疮、帕金森氏病等门诊可补偿费用按 80% 比例予以补偿,每人每年补偿最高限额 4 万元。

(2) 糖尿病、III 期高血压病、脑卒中后遗症、重性精神病等门诊可补偿费用,按 80% 比例予以补偿,每人每年补偿最高限额为 4000 元。重性精神病人在定点收治医院门诊费用方可补偿。

以上门诊特殊病种在市外医疗机构门诊就医的,按上述补偿标准的60%比例补偿。

门诊特殊病种患者^①凭借二级以上医疗机构(市区门诊特殊病种患者凭借市第一人民医院、南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院)(精神病人由精神病专科医院)^②出具的住院病历或门诊病历、检查报告单和^③诊断证明到统筹区合管办办理门诊特殊病种审批手续,经审批后方可享有门诊特殊病种补偿。

(三) 住院补偿标准。

1. 起付线。

13号 200元 城区一级医疗机构
在市内一级医院、二级医院、三级医院、市外医院住院起付线分别为200-400元(乡镇一级)、500元(城区一级)、800元(二级)、1000元(县级三级)、1200元(市级三级)、1800元(市外)。

2. 补偿标准。

(1) 乡镇一级定点医疗机构,住院可补偿费用减起付线后,余下部分按照85%比例补偿。城区一级定点医疗机构住院可补偿费用减起付线后,余下部分按照80%比例补偿。实施基本药物制度的医院,其新农合补偿标准将根据基本药物制度实施情况予以调整。

(2) 二级定点医疗机构,住院可补偿费用减起付线后,余下部分按照75%比例补偿。

(3) 三级定点医疗机构,住院可补偿费用减起付线后,余

下部分分2段补偿：1001（1201）元-2万元（含2万元）的补偿比例为60%，2万元以上的补偿比例为70%。

（4）市外医院，住院可补偿费用减起付线后，余下部分分3段补偿：1801元-2万元（含2万元）的补偿比例为45%，2-6万元的补偿比例为55%，6万元以上的补偿比例为65%。

（5）按单病种付费的，脑梗死首次发病二级医院按5500元、三级医院按8000元实行限价管理，再次因脑梗死住院按一般病人补偿政策执行。

（6）对医疗机构孕产妇住院分娩费用实行单病种限价管理，超过限价的部分由定点医疗机构承担。即：正常产和阴道手术助产一级医院1700元、二级医院2000元、三级医院2100；剖宫产一级医院2000元、二级医院2600元、三级医院3000元。

符合计划生育政策的参合农村孕产妇住院分娩，按照上述住院补偿标准进行补偿，新农合补偿费用与住院分娩财政补助合计不超过实际发生费用。不符合计划生育政策的，不予补偿。

（7）提高精神病人补偿标准，规范精神病人住院时间。

二级医疗机构：一般精神病人住院起付线500元，住院可补偿费用减起付线后，余下部分按照85%比例补偿，床日付费标准：1-12天180元，13-30天130元，31-79天110元，80天以上60元。重性精神病人不设起付线，按省重大疾病补偿政策执行，电休克治疗项目单独结算，按照80%比例予以补偿。

一级医疗机构：住院起付线300元，住院可补偿费用减起付

线后，余下部分按照 85%比例补偿；床日付费标准：1-12 天 140 元，13-30 天 110 元，31-79 天 100 元，80 天以上 50 元。

(8) 调整急危重病人占比和择期手术术前天数。对有 120 急救分站的乡镇医疗机构急危重病人比例由原来的 5%增加至 8%。择期手术病人术前天数由原来的 1 天增加至 2 天。

3. 对三级医疗机构部分病种实行按病种限价管理。积极开展日间手术按病种收付费试点工作。

4. 住院实际补偿所得金额与住院总费用相比低于保底补偿比例的，实施保底补偿。恶性肿瘤类病人保底补偿比例为 50%，其它类疾病保底补偿比例为 40%。

5. 市内各统筹区之间转诊。办理转诊审批手续的参合人员按正常补偿标准执行，未办理转诊审批手续的参合人员按照正常补偿标准的 70%执行。转诊至市外医院，办理转诊审批手续的参合人员按照正常补偿标准的 70%执行，实行保底补偿；未办理转诊审批手续的参合人员，按照正常补偿标准的 40%执行，不实行保底补偿。

(四) 传染病补偿标准。传染病实行集中收治，鼓励住院治疗。市区传染病人由市传染病防治中心统一集中收治，沐阳、泗阳、泗洪三县传染病人由县卫生计生行政部门指定 1-2 所医疗机构统一集中收治，门诊可补偿费用按 50%比例进行补偿，每人每年最高补偿 3000 元；住院可补偿费用按 80%比例进行补偿。在其他医疗机构发生的传染病门诊及住院费用不予补偿。

(五) 鼓励使用中医中药治疗。使用中医中药治疗的, 门诊和住院费用按本《办法》中补偿标准进行补偿后, 对病人使用的中药饮片费用再补偿 5%, 总费用不得超过实际发生费用。牵引、针灸等治疗项目纳入住院总费用给予补偿。

(六) 康复。将市人力资源社会保障局、市卫生局、市财政局、市民政局、市残疾人联合会等五部门《关于印发宿迁市将部分康复项目纳入基本医疗保险范围试行办法的通知》(宿人社发〔2012〕187 号) 规定的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、截瘫肢体综合训练等 18 项康复项目、0-6 岁残疾儿童抢救性康复和肢体、视力残疾人及 0-6 岁听力残疾儿童适配辅助器具纳入住院补偿范围。

(七) 意外伤害。按正常补偿标准的 80% 比例补偿, 不实行保底补偿。

(八) 按照项目付费结算的定点医疗机构, 费用标准按照原物价部门核定的标准执行。市区一、二级医疗机构全部实施按床日和按病种付费, 不再设立按项目付费结算。定点医疗机构调整服务价格结算要书面向市合管办申请, 经市合管办调研并以书面形式批准后方可执行。

(九) 参合人员在住院期间所做的应用 CT、核磁共振、立体、定向放射装置 (γ -刀, X-刀), 超生乳化治疗白内障、前列腺气化仪治疗前列腺肥大、微电极介入治疗、心脏激光打孔、抗肿瘤免疫治疗和快中子治疗的检查和治疗费用按 50% 折算后列

入报销范围。

(十) 参合人员在住院期间使用国产支架、心脏起搏器和介入治疗耗材所产生的费用，按 30% 折算后列入报销范围。

(十一) 大病保险。按照《宿迁市大病保险暂行办法》(宿政办发〔2013〕212 号) 有关规定执行。

(十二) 补偿封顶线。新农合费用每人每年累计补偿限额为 18 万元，包括住院费用 12 万元和门诊费用 6 万元。

(十三) 补偿时间。新农合补偿原则上在一个自然年度内完成，特殊情况跨年度补偿不超过 6 个月。

七、不予补偿范围

(一) 参合人员使用目录外药品发生的费用不予补偿，按床日、按病种付费的按照相关文件执行。定点医疗机构对参合人员使用目录外药品费用比例应予以控制。村卫生室必须全部使用基本药物目录内药品，一级医疗机构使用目录外药品费用不超过 5%；二级医疗机构使用目录外药品费用不超过 10%；三级医疗机构使用目录外药品费用不超过 15%，超出部分新农合不予补偿。定点医疗机构使用目录外药品必须事先告知并征得参合人员或直系亲属签字同意。

(二) 按照规定应当由工伤或生育保险基金支付的费用；应由城镇职工和居民医疗保险支付的费用；应由第三人负担的费用；应由公共卫生负担的费用；境外就医的费用。

(三) 在各级医疗机构发生的非基本医疗(主要指高等病房、

特种病房、特别护理、家庭病床等)的费用。

(四) 未经物价和卫生计生部门批准的医疗机构医疗服务、检查、治疗项目,以及擅自抬高收费标准所发生的费用。

(五) 打架斗殴、酗酒、吸毒、性病、交通事故、故意自伤自残、非生产性农药中毒、医疗事故(纠纷)、计划生育所需的费用。

(六) 挂号费、病历工本费、出诊费、点名手术附加费、中药煎药费、就医差旅费、救护车费、陪客床费、包床费、会诊费、伙食(营养)费、生活用品费、证书费、保健档案袋费、担架费、空调(含取暖)费、电视费、电话费、个人生活料理费、护工费。

(七) 各种减肥、健美及治疗雀斑、色素沉着、白发以及医学美容的费用;隆鼻、隆胸、重睑术、脱痣、穿耳、平疣、镶牙、洁牙、矫治牙列不整、治疗色斑牙、配眼镜、治疗近视,以及装配假眼、假发、假肢的费用;使用牵引器械、拐杖、皮钢背甲、腰围、畸形鞋垫、药垫、药枕、冷热敷袋的费用;按摩、磁疗、热疗(肿瘤病人除外)的费用。

(八) 各种医疗咨询、医疗鉴定和健康预测费用,商业医疗保险费、体疗费、男女不育、性功能障碍的检查治疗费。

(九) 挂名住院或明显不符合住院条件的住院费用;住超标病房,其超过普通床位标准的费用。

(十) 在就诊过程中进行各类器官或组织移植、安装人工器官和体内置放材料的费用。

(十一) 国家或省规定不予补偿的其他情形。

八、补偿办法

(一) 参合人员在市内定点医疗机构门诊就医时需提供新农合证(卡), 住院时需提供新农合证(卡)、身份证原件及复印件, 门诊药费及住院费用实行现场结报。

(二) 参合人员在市外发生的住院医疗费用, 沭阳县、泗阳县、泗洪县参合人员材料由县合管办审核并办理补偿手续; 市区参合人员材料由市合管办审核并办理补偿手续。

1. 参合人员在申请补偿时需提供下列资料: 新农合证(卡); 身份证原件及复印件; 市、县新型农村合作医疗管理办公室同意转诊批准表; 就诊医院开具的有效票据(原件)、电脑打印的住院费用结算清单和出院小结等。

2. 外出打工或长期居住在市外的参合人员在外就医申请补偿时需提供下列资料: 新农合证(卡); 身份证原件及复印件; 长期居住地村(居)委会或工作单位证明等; 就诊医院开具的有效票据(原件)、电脑打印的住院费用结算清单和出院小结等。

(三) 参合人员跨年度住院的, 入、出院年度连续参合的, 按照出院年度补偿政策补偿费用; 上年度未参加, 出院年度参加新农合的, 只计算新参合年度发生的住院医疗费用补偿; 上年度参加, 出院年度未参合的, 只计算上年度住院医疗费用补偿。

(四) 定点医疗机构应将医疗费用补偿情况按月在本单位进行公示, 乡镇新型农村合作医疗管理办公室应将医疗费用补偿情

况按月在乡镇卫生院和村卫生室进行公示。

九、基金筹集、管理与监督

(一)乡(镇)人民政府负责筹集农民个人缴纳的费用,县(区)财政部门负责落实财政补助资金。县财政部门负责将新农合基金划入县新农合专户,宿豫区、宿城区、宿迁经济技术开发区、市湖滨新区、市洋河新区财政部门负责将新农合基金划入市新农合基金专户。

(二)沭阳县、泗阳县、泗洪县、市区新农合基金纳入财政新农合基金专户管理,专款专用,结余转入下一年度继续使用。审计部门负责定期对新农合基金管理使用情况进行专项审计。

(三)在基金筹集过程中,严禁搭车收费,严禁擅自改变筹资标准,严禁为未参合人员垫资,严禁发生账实不符现象,严禁截留、挤占、挪用基金。

(四)定点医疗机构及其工作人员应当按照协议要求提供医疗服务,遵守法律法规,恪守职业道德,执行临床技术规范,开展业务培训,提高服务质量和效率,做到合理检查和治疗,合理用药,控制医药费用。

(五)定点医疗机构实行医疗服务收费自主定价之前,仍按原物价部门核准的收费标准执行;如实行自主定价,必须报市卫生计生主管部门备案,经实地调查,并视基金安全情况,给予书面答复后方可实施。

(六)定点医疗机构要控制次均住院费用不合理增长,平均

住院床日实现零增长。超出规定标准的，新农合不予结报。

(七) 定点医疗机构新农合结报与基本公共卫生服务等重点工作相挂钩，不能如期完成交办任务的，降低定点医疗机构结算比例（但定点医疗机构与参合人员按规定比例结报），直至暂停或取消新农合定点资格。

(八) 定点医疗机构以伪造证明材料等手段骗取新农合基金费用的，由卫生计生行政部门责令其退回骗取的基金费用，并处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款，经办机构应当与其解除新型农村合作医疗定点服务协议；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，由卫生计生行政部门依法吊销其执业证书。

参保人员以虚假住院等手段配合定点医疗机构骗取新农合基金的，经办机构应将其列入诚信黑名单，并在今后其报销时根据严重程度予以相应处罚。

(九) 以伪造证明材料、使用他人新农合证件就医等手段骗取新农合基金费用的，由卫生计生行政部门责令其退回骗取的补偿费用，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。构成犯罪的，移交司法机关处理。

(十) 各级卫生计生行政部门、新农合经办机构以及乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心、卫生计生服务中心）要加强对辖区内定点医疗机构的监督管理，对定点医疗机构新农合制度执行情况进行考核评价，评定信用等级，并且与新农合补偿费用结

算挂钩，完善定点准入和退出机制，切实保障基金使用安全。对定点医疗机构的新农合结报实行逐级签字审核把关制度。乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心、卫生计生服务中心）要对辖区内定点医疗机构和村卫生室（社区卫生服务站）治疗的参合病人身份及住院情况进行核查；市、县、区新农合经办机构要对乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心、卫生计生服务中心）审核上报的补偿材料进行复核，并随机抽查，发现有违规骗取套取新农合资金的要严肃查处。

十、附则

（一）本办法自 2016 年 4 月 1 日起施行。《市政府办公室关于印发宿迁市 2015 年新型农村合作医疗管理办法的通知》（宿办发〔2015〕34 号）同时废止。

（二）本办法由市卫生计生委负责解释。

合作医疗

宿迁市宿城区人民政府办公室文件

宿区政办发〔2016〕70号

区政府办公室 关于做好2017年度新型农村合作医疗 筹资工作的通知

各乡镇人民政府，区各有关部门：

为切实做好全区2017年度新型农村合作医疗（以下简称新农合）筹资工作，确保新农合工作健康有序开展，根据省、市新型农村合作医疗筹资工作要求，现将2017年度新农合筹资工作有关事宜通知如下：

一、目标任务

2017年度全区新农合参合对象为具有我区户口的全体农村

居民(包括乡镇中没有享受城镇职工医保、城镇居民医保的居民,农村最低生活保障对象、五保供养对象、孤儿、重点优抚对象等医疗救助对象)全员参合,参合率达100%。

二、筹资标准

2017年度新农合个人筹资标准为150元,农村最低生活保障对象、五保供养对象、孤儿、重点优抚对象等医疗救助对象个人缴费(每人150元)由区民政部门从医疗救助基金中解决。

三、时间安排

(一)宣传阶段(2016年10月16日—10月23日)。各乡镇要组织召开新农合筹资会议,明确任务,规范相关操作程序,周密部署新农合筹资工作。要迅速营造浓厚的筹资氛围,发放宣传单,确保每户一单,让广大农民群众深入认识参合的好处,引导农民自愿参合。

(二)筹款阶段(2016年10月24日—11月24日)。各乡镇要严格按照新农合有关规定组织个人缴费资金的筹集。

1.区财政局要做好新农合收款票据的印制、发放、未用完票据的收缴以及筹资款接收、参合人数与筹资款数核对工作。区民政局要做好医疗救助对象的新农合自筹资金拨付工作。

2.各乡镇以户为单位全员参合,村(居)委会在收取新农合个人缴费资金时要开具正式财政票据,同时核对参合人员信息,查看参合人员身份证或户口簿,若参合对象户不能全员参合,需

提供该参合对象户成员的城镇职工、城镇居民医疗保险就医手册以及在外地参加新农合医疗卡，并登记 2017 年度参合手工台账。

3. 资金筹集结束后，村（居）委会将筹集的资金、缴款专用收据、参合手工台账统一上交各乡镇，参合手工台账由乡镇负责审核。

（三）公示阶段（2016 年 11 月 25 日—12 月 2 日）。各乡镇以村（居）为单位，将经过乡镇审核的参合人员名单在村（居）进行公示。

（四）上缴阶段（2016 年 12 月 3 日—12 月 13 日）。经审核、公示无误、确认人款一致后，各乡镇要将所筹资金（含政府资助医疗救助对象参合资金）于 12 月 13 日前全额缴入区卫计委专户（账户名称：宿迁市宿城区卫生和计划生育委员会，账号：3213020331010000237647，开户银行：民丰银行宿城支行）。

（五）录入阶段（2016 年 12 月 14 日—12 月 24 日）。根据省市卫计委相关文件要求，所有参合群众必须录入身份证信息和联系方式。各乡镇要严格按照“宿城区参加新型农村合作医疗人员信息录入标准”将参合手工台账录入电脑，参合书面台账（乡镇盖章）和电子版于 12 月 24 日前报区合管办，不得错登、漏登、误录入参合人员信息。

四、工作要求

（一）加强领导，明确责任。各乡镇、区各有关部门要高度

重视新农合筹资工作，统筹安排，精心组织，确保 2017 年度全区新农合参合率达到目标要求。各乡镇长为此项工作的第一责任人，分管领导为直接责任人。

（二）严肃纪律，规范筹资。各乡镇在资金筹集过程中，要充分尊重农民的个人权益，不搞强迫筹资，不搞强行摊派。同时严肃工作纪律，严禁搭车收费，严禁擅自改变收费标准，严禁为未参合人员垫资，严禁截留、挤占和挪用参合资金。

（三）严格标准，加强督查。区财政局要加强新农合收费票据的管理，防止乱开票据等徇私舞弊行为的发生。区合管办要加强督促检查和业务指导，及时了解各乡镇筹资情况，每日一汇报，每周一通报，确保按时完成筹资任务，切实将这项惠民、利民好事办好。

五、责任追究

在新农合筹资过程中违反规定，有下列行为之一的，依据《江苏省新型农村合作医疗条例》给予涉及新农合筹资的直接负责主管人员和其他直接责任人员通报批评和纪律处分，构成犯罪的，依法移交司法机关追究其刑事责任。

1. 工作不力，不能如期筹集并上缴应筹款的；
2. 工作不负责任，上报台账与实际缴费人员不一致，未按照要求填制和录入台账的，新型农村合作 IC 卡发放不及时；
3. 借收取新农合农民个人缴费资金之机，搭车收费或擅自改

变筹资标准的；

4. 以其他理由拒收参合资金的；

5. 贪污、截留、挪用参合资金或授意他人贪污、截留、挪用的；

6. 其他违反法律法规规定的。

附件：宿城区 2017 年度新型农村合作医疗筹资任务分解表

宿城区人民政府办公室

2016 年 10 月 28 日