

阜阳市卫生和计划生育委员会文件

卫农〔2017〕721号

关于印发《阜城三区新型农村合作医疗和大病保险统筹补偿实施方案（2018版）》的通知

颍州区、颍泉区、颍东区卫生计生委，各相关新农合定点医院机构：

现将《阜城三区新型农村合作医疗和大病保险统筹补偿实施方案（2018版）》印发给你们，请遵照执行。

阜阳市卫生和计划生育委员会

2017年12月13日



阜城三区新型农村合作医疗和 大病保险统筹补偿实施方案（2018版）

一、指导思想

以省政府全面深化医药卫生体制综合改革试点方案为指导，根据上年度新农合运行情况和本年度筹资水平，量入为出，在基金可承受范围之内，支持县域医共体运行，引导参合患者合理就医，控制“三费”不合理增长，逐步提高保障水平，努力缓解因病致贫、返贫现象的发生。

二、基本原则

（一）坚持以收定支，收支平衡，略有节余。以住院补偿为主、兼顾门诊受益面；相对统一，分类指导，尽力保障，规范运行。

（二）支持分级诊疗。着力引导参合农民一般常见病首先在门诊就诊；确需住院的，首选基层医疗机构就诊，支持县域医共体建设。

（三）保障大病待遇。引导患者优先在市区内医疗机构住院；确需到省级大医院诊治的疑难重病，适度提高其实际补偿比例，切实减轻大病患者经济负担。

三、基金用途

新农合基本医疗保险基金原则上只能用于参合农民医药费用的补偿，除可支付符合规定的大病保险盈利率费用及因政策性亏损导致的基金分担支出外，不得用于经办机构工作经费等。县域医共体实施地区，基金按人头预算管理，具

体按省政府《关于全面推进县域医疗共同体建设的意见》等有关文件执行。应由政府另行安排资金的公共卫生服务项目不得从新农合基金中支付。医疗事故、二类疫苗、非医疗机构发生的医药费用、医疗机构发生的非医药费用均不纳入新农合基金补偿范围及保底补偿范围。

新农合当年筹集基金与上年度结余基金全部纳入统筹基金，预算分配如下：

1. 风险基金。按当年新增筹资部分的 10%预留风险金，保持累计风险金在当年筹集资金的 10%水平。风险金提取、管理按省里规定执行。

2. 大病保险基金。2018 年新农合大病险按每人 35 元筹集。

3. 门诊补偿基金。按当年筹集资金，去除风险金后 × 20% 左右予以安排。含普通门诊、一般慢性病门诊、特殊慢性病门诊、大额门诊、村医签约服务包、一般诊疗费等门诊补偿基金。

4. 住院补偿基金。按当年筹集基金，去险风险金后 × 75% 左右予以安排。即为普通住院、按病种付费、特殊慢性病住院、按床日付费、意外伤害、住院分娩等补偿基金。

5. 结余基金。原则上，当年基金结余（含当年预留风险金）不超过当年筹集基金的 15% 或累计结余基金（含累计风险金）不超过当年筹集基金的 25%。

四、省内协议医疗机构分类

省内新农合协议医疗机构分为五类，分类设置住院补偿

起付线及政策性补偿比例。

I类：乡镇卫生院及在乡镇(不含城关镇)执业的一级医疗机构。

II类：在乡镇执业的二级医疗机构、在县城执业的二级以下(含二级)医疗机构和市辖区的区直医疗机构。上年度次均住院医药费用水平已经超过全省县人民医院平均水平的I类医院。

III类：在省辖市城区执业的二级以下(含二级)医疗机构和省属二级医疗机构；被评定为“三级医院”的县级医院；上年度次均住院医药费用水平已经超过全省市属二级医院平均水平的II类医院。

IV类：在省辖市城区执业的三级医院(含省市属三级医院、社会办三级医院；含三级综合和三级专科)；上年度次均住院医药费用水平已经超过全省市属三级医院平均水平的III类医院。

V类：暂停协议或定点资格的医疗机构以及已完成注册登记但未与统筹地区签订协议的医疗机构。

五、住院补偿

(一) 普通住院补偿

1. 省内普通住院补偿

(1) 起付线

各医疗机构起付线，继续按照2017年规定标准执行，但最低不少于150元，最高不超过3000元。

新增注册登记类协议医疗机构，在没有基础数据以前，

省级三级、二级暂分别按照 2000 元、1500 元，市级三级、二级、一级分别按照 1500 元、1000 元、500 元，县级三级、二级、一级分别按照 900 元、600 元、400 元设置起付线。

新增注册登记类但未签订协议医疗机构，按照当次住院费用 × 25% 设置起付线，最高不超过 2 万元。

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（省外医院除外）。

（2）补偿比例

表一：普通住院补偿比例

医疗机构	I 类	II 类	III 类	IV 类	V 类
政策性补偿比例	90%	85%	80%	75%	55%

有关说明：

- ① 国家基本药物、安徽省基药补充药品、新农合药品目录内中药（含有批准文号的中药制剂）、新农合诊疗项目目录内中医诊疗项目的报销比例，表 1 中比例增加 10 个百分点。
- ② 非即时结报的省内新农合定点医院，表 1 中比例可下调 5 个百分点。
- ③ 上年度县外住院人次超过 25% 或上年度基金支出占累计基金的比例超过 80% 的县，表 1 中 III、IV 类医院比例可下调

5 个百分点。

④阜阳市肿瘤医院、阜阳市六院、阜阳市五院就诊的参合群众实行统一结报补偿比例 85%。

(3) 住院保底补偿

保底补偿是指：按前文描述的住院补偿规定计算的实际补偿所得金额与住院总费用减起付线的余额相比，如低于保底补偿比例 Y，则按（住院总费用-起付线）× Y 计算其补偿金额。为着力引导病人首选县域内医疗机构住院，实现基层首诊，县域医疗服务共同体试点县 I、II 类医疗机构住院医药费用可实行保底补偿，保底补偿比例设定为 80%、70%。III、IV 类医疗机构住院医药费用实行分段保底补偿（表 2）。

表 2：III、IV 类医疗机构住院费用分段保底补偿比例（Y 值）

住院费用段	5 万元以下段	5--10 万元段	10 万元以上段
保底补偿比例	40%	50%	60%

有关说明：

①保底补偿，不受新农合报销药品以及诊疗项目等目录限制。

②V 类医疗机构、重点监控医疗机构及预警医院住院患者不执行保底补偿。

(4) 封顶线

参合患者当年住院（含省外）及特殊慢性病门诊获得补

偿的累计最高限额（不含大病保险补偿）30万元。

2. 省外非即时结报普通住院补偿

(1) 省外非预警医院住院补偿。按照当次住院费用的25%计算起付线，最低不少于1000元，封顶1万元。政策内报销比例定为70%，即补偿额=（可补偿费用-起付线）×70%。同时执行分段保底补偿政策，即按照起付线至5万元间费用保底补偿比40%、5万元至10万元间费用保底补偿比45%、10万元以上费用保底补偿比50%。按照就高不就低原则，上述两种方法以较高的测算补偿额作为实际补偿额。

省外非预警医院（非即时结报）发生的特需医疗费用、新农合基金支付部分费用的特殊检查治疗类项目单价超过5000元以上的费用、器官源和组织源费用、非《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》与《安徽省医疗服务价格》规定的医疗服务项目费用、非真实合理医疗费用等不纳入保底补偿计算基数。

对于省内医院已经实行按病种付费的病种，三区可探索按照新农合基金支付省内医院的定额标准，实行“同病同价”定额补偿。紧邻外省的周边地区参合农民在紧邻的省外医疗机构住院，可参照省外非预警医院住院补偿规定。

(2) 省外预警医院住院补偿。参合农民到预警医院住院，首次申报住院补偿时，统筹地区经办机构须履行预警医院名单及其补偿政策告知义务并经参合患者或家属签字确认知情。在患者或家属获得该项政策信息之前，其真实合理的住院费用按照（住院医药费用-起付线）×40%给予补偿，住院

起付线分次计算，起付线计算方法同省外非预警医院。在患者或家属获得告知信息并签字确认知情后，仍然前往预警医院住院的，新农合基金不予补偿。省外预警医院住院（首次申报补偿除外）的一切费用，均不计入新农合大病保险合规费用范围。省外预警医院名单由省卫生计生委公布，三区也可确定并增加名单。

3. 跨省转诊患者通过国家新农合平台实现联网即时的结报普通住院补偿。经国家新农合平台开展跨省即时结报的，执行就医地诊疗、材料和药品等医保目录，执行全省统一的补偿政策。按照当次住院费用的 25% 计算起付线，最低不少于 1000 元，最高不超过 2 万元。按照定点医疗机构所在省的新农合或城镇居民基本医保报销目录由医疗机构 HIS 系统自动计算可补偿费用（即政策内费用）。政策内报销比例定为 60%，即补偿额 = （可补偿费用 - 起付线）× 60%。同时执行分段保底补偿政策，即按照起付线至 5 万元间费用保底补偿比 40%、5 万元至 10 万元间费用保底补偿比 45%、10 万元以上费用保底补偿比 50%。按照就高不就低原则，上述两种方法以较高的测算补偿额作为实际补偿额。

（二）住院分娩补偿

参合产妇住院分娩（含剖宫产）定额补助 800 元。妊娠或分娩合并症、并发症，其可补偿费用的 1 万元以下的部分按 40% 的比例给予补偿，1 万元以上的部分按同类别医院住院补偿政策执行，但不再享受定额补助。

（三）按病种付费住院补偿

实行按病种付费的住院患者补偿，不设起付线，不设封顶线，不受药品目录及诊疗项目目录限制，新农合基金实行定额补偿。按病种付费重大疾病患者的定额补偿费用不计入当年新农合封顶线计算基数。省、市、县级按病种付费补偿政策另文规定。

（四）意外伤害住院补偿

1. 交通事故导致的他伤和自伤、刀枪伤、搏斗伤、酗酒、吸毒、服毒、猫抓、狗咬伤、在工厂（场）或工地作业时负伤等情形，新农合基金不予补偿。

2. 因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院，按普通住院补偿政策执行，申请补偿者须提供县级或县级以上政府相关部门出具的情节证据。

3. 非上述两类情况的意外伤害。其住院医药费用中的可补偿费用的起付线以上部分，按40%的比例给予补偿，年度封顶3万元，不实行保底补偿。

4. 经调查确实无他方责任的意外伤害（如：摄入异物、蛇咬伤、蜂蛰伤、溺水、烫伤等）、学生校园内意外伤害（出具学校证明）、因意外且无他方责任导致的中毒（酗酒导致的酒精中毒除外）、7周岁以下（含）儿童和70周岁以上（含）老人意外伤害，可按普通疾病住院补偿政策执行。

有关说明：

① 申请外伤住院补偿均须提供其参合证（卡）、当次外伤住院医药费用发票原件和病历复印件（加盖经治医院公章），并如实填写《新农合外伤住院申请补偿登记表》以供

新农合经办机构或保险公司对外伤责任关系进行调查备用。

② 兑付意外伤害住院补偿款之前，应履行必要的调查手续和必须的公示程序，结论清楚，无异议、无举报，按规范程序集体审议、批准后发放补偿款。

③ 意外伤害患者首次出院后因本次意外伤害再住院所发生的费用，其补偿待遇仍按首次住院补偿政策执行。

④ 三区根据实际情况将“意外伤害”补偿业务移交商业保险公司经办。

⑤ 意外伤害住院补偿不实行即时结报。

六、门诊补偿

（一）常见慢性病门诊补偿

常见慢性病门诊补偿不设起付线，其补偿费用的补偿比例为 65%，年度封顶 5000 元。

常见慢性病范围包括：1. 高血压（II、III 级）2. 肾病综合征 3. 心脏病并发心功能不全 4. 冠心病 5. 心肌梗塞 6. 脑出血及脑梗塞恢复期 7. 慢性阻塞性肺气肿及肺心病 8. 慢性溃疡性结肠炎 9. 慢性活动性肝炎 10. 慢性肾炎 11. 糖尿病 12. 甲状腺功能亢进 13. 甲状腺功能减退 14. 癫痫 15. 帕金森氏病 16. 风湿（类风湿）性关节炎 17. 重症肌无力 18. 结核病 19. 免疫性血小板减少性紫癜 20. 硬皮病 21. 银屑病 22. 白癜风 23. 艾滋病机会性感染 24. 白塞氏病 25. 强直性脊柱炎 26. 肌萎缩 27. 慢性支气管哮喘 28. 脑瘫（小于 7 岁）29. 精神障碍（非重性）30. 结缔组织病 31. 腰椎间

盘突出 32. 股骨头坏死 33. 骨与关节结核 34. 严重阿尔茨海默病 35. 丹毒 36. 痛风。

（二）特殊慢性病门诊补偿

特殊慢性病患者的门诊费用补偿，可定期累计，执行门诊就诊最高类别医院普通住院补偿政策（含保底补偿政策），参合年度计门诊就诊最高类别医院最高起付线 1 次。

特殊慢性病范围包括：1. 再生障碍性贫血 2. 白血病 3. 血友病 4. 重性精神病 5. 恶性肿瘤放化疗 6. 慢性肾功能不全透析治疗 7. 器官移植抗排治疗 8. 心脏换瓣膜术后 9. 血管支架植入术后等 10. 肝硬化（失代偿期）11. 肝豆状核变性 12. 系统性红斑狼疮 13. 淋巴瘤骨髓瘤 14. 骨髓增生异常综合征 15. 透明肺 16. 耐多药肺结核病。

上述常见慢性病和特殊慢性病的门诊费用是指针对该病必须（或专用）的药品、检查和治疗项目的费用，其鉴定和认定程序要严格按照《安徽省新型农村合作医疗慢性病及特种疾病鉴定程序和管理办法》执行。

（三）普通门诊补偿

门诊补偿严格实行“按比例补偿”的费用分担共付机制。单次门诊的可补偿费用（不含一般诊疗费）的补偿比例为 55%（含对国家基本药物和安徽省补充药品以及《目录》内中药增加的补偿比例），以户为单位年度补偿金额封顶，户内人员门诊费用可调剂使用，农村五保户每人年度补偿封顶额适当提高。

门诊补偿：1. 每人每年门诊报销封顶线为 180 元。农村

五保每人每年门诊报销封顶线为 360 元，户内家庭成员之间可调剂使用。2. 门诊费用补偿不设起付线，每人每天就诊补偿仅限一次。单次门诊处方费用封顶（包括一般诊疗费）：中心卫生院为 75 元，普通卫生院为 55 元，村卫生室为 25 元。

健康一体机中包含的心电图、尿常规、血糖等项目必须纳入签约服务包，新农合门诊统筹补偿不实行单次结算。

（四）大额普通门诊补偿

在二级以上新农合定点医疗机构就诊，花费 1000 元以上的大额普通门诊补偿按疾病对待，起付线按省同级同类医院标准执行，政策内补偿比为 60%，年度封顶 3000 元。

七、大病保险补偿

1. 人均筹资标准。2018 年，三区新农合大病保险人均筹资标为 35 元。

2. 盈利率。遵循“保本微利”的原则，三区通过竞争性谈判等方式合理确定新农合大病保险盈利率。2018 年三区新农合大病保险盈利率为 2.5%。

3. 起付线。根据基金承受能力，三区 2018 年大病保险起付线为 1.3 万元，并依据基金运行情况进行动态调整。

困难群体大病保险起付线定为 0.7 万元。困难群体为五保户、低保户、重点优抚对象，以三区民政部门提供的参合信息为准。三区应建立困难群体数据库并与新农合大病保险信息系统互联互通。

4. 分段补偿比例。大病保险合规可补偿费用分费用段设

定补偿比例（表 3），各费用段补偿额累加得出大病保险总补偿额。

表 3：大病保险合规可补偿费用分段补偿比例

费用分段	补偿比例（%）
0-5 万	55%
5-10 万	65%
10-20 万	75%
20 万以上	80%

5. 封顶线。2018 年大病保险年度封顶 30 万元。

6. 其余相关政策继续按照市卫计委、市财政局《关于印发〈阜城三区新农合大病保险实施方案(2016 版)〉的通知》(卫农〔2015〕453 号)文件执行。

八、转诊

三区根据各地实际情况，制订转诊方案。

九、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，三区也可根据实际情况自行规定新生儿出生当年享受新农合待遇政策。

（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）新农合基金支付部分费用的特殊检查治疗类项目。其中：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）新农合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。除新农合规定不予支付的医用材料外，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。患者在本区域内医院住院，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。

（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。

（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)参合年度同一病人在属于 I 类、II 类、V 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,由统筹地区县域医共体牵头医院或新农合管理经办机构审查判定其合理性和必要性。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。但须分疗程间断多次住院治疗的病种例外。

(十三)建档立卡贫困人口医保补偿政策继续按照《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》(皖政〔2016〕68 号)、《关于印发〈安徽省农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案〉等三个健康脱贫配套文件的通知》(皖卫财〔2016〕22 号)等相关文件执行。

十、有关要求

(一)阜城三区应将各区新农合统筹补偿实施方案以通俗语言和模拟案例进行广泛宣传,着力引导参合农民首选本区基层医疗机构就诊,理性选择定点医疗机构就诊,减少医疗广告对参合农民就医的误导。

（二）阜城三区卫生计生委及新农合管理经办机构要及时组织所辖定点医疗机构负责人学习方案精神，理解方案中的定点医疗机构分类、起付线设计的重要意义，努力控制住院费用不合理增长、减少不可报药品和诊疗项目的使用、努力提高可补偿费用的比例，把农民的利益与医疗机构自身的利益融为一体。

（三）以前新农合政策文件规定中，与本实施方案不一致的，以本实施方案为准。