

关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E5_85_B3_E4_BA_8E_E5_AE_8C_E5_c80_302134.htm

卫生部财政部文件
国家中医药管理局 卫农卫发〔2007〕253号关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见各省、自治区、直辖市卫生厅局、财政厅局、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局、财务局：新型农村合作医疗统筹补偿方案包括统筹模式和具体补偿方案。完善新型农村合作医疗统筹补偿方案，是新型农村合作医疗制度建设的基础和核心。为进一步规范新型农村合作医疗基金治理，提高基金使用效率和农民受益水平，逐步扩大农民受益面，推进新型农村合作医疗制度建设，现就完善新型农村合作医疗统筹补偿方案提出以下指导意见：一、逐步规范统筹模式 根据各地试点经验，新型农村合作医疗统筹模式主要有大病统筹加门诊家庭账户、住院统筹加门诊统筹和大病统筹三种模式。大病统筹加门诊家庭账户是指设立大病统筹基金对住院和部分非凡病种大额门诊费用进行补偿，设立门诊家庭账户基金对门诊费用进行补偿。住院统筹加门诊统筹是指通过设立统筹基金分别对住院和门诊费用进行补偿。大病统筹是指仅设立大病统筹基金对住院和部分非凡病种大额门诊费用进行补偿。各省（区、市）要加强对县（市、区）制定和调整统筹模式的指导，逐步将省（区、市）内的统筹模式规范到1-2种。二、合理制订补偿方案 新型农村合作医疗补偿方案主要包括起付线、封顶线、补偿比例和补偿范围等内容。新开展合作医疗的县（市、区）要在基线调查的基础上，按照以收定支、收支平衡、略有结余

的原则制订补偿方案，努力提高参合农民受益水平。已开展合作医疗的县（市、区）要在综合分析以前年度方案运行和基金使用等情况的基础上，充分考虑农民医疗需求等因素，合理调整和完善补偿方案。各地要根据合作医疗基金收支情况，合理确定起付线、封顶线、补偿比例和补偿范围。合作医疗基金结余过多的县（市、区）要认真分析原因，有针对性地调整补偿方案，合理提高补偿比例、降低起付线。合作医疗基本药品目录和诊疗项目可根据实际需要适当调整，对乡、村两级医疗机构应根据机构功能和技术条件严格界定用药范围，原则上不能直接套用城镇职工基本医疗保险药品目录和诊疗项目。各地要在研究制订新型农村合作医疗补偿政策中，增加纳入新型农村合作医疗补偿范围的适宜的中医（含民族医）诊疗项目和中药（含民族药）品种，适当提高中医药服务的补偿比例，引导农民选择安全、有效、价廉的中医药服务。省（区、市）内各县（市、区）之间的补偿水平差异不宜过大，经济社会发展水平相近和筹资水平相当的地区补偿水平应相对统一。

三、规范基金使用 实行大病统筹加门诊家庭账户的地区，合作医疗基金主要用于建立大病统筹、门诊家庭账户和风险基金；实行住院统筹加门诊统筹的地区，合作医疗基金主要用于建立住院统筹、门诊统筹和风险基金；实行大病统筹的地区，合作医疗基金主要用于建立大病统筹基金和风险基金。合作医疗基金不宜再单独设立其他基金。

四、明确基金补偿范围 合作医疗基金用于参合农民的医疗费用补偿，应由政府另行安排资金的公共卫生服务项目不应列入合作医疗补偿范围。要研究采取适当方式将一些非凡病种大额门诊治疗费用纳入统筹基金补偿范围，根据当地

一些非凡病种的平均患病率、次均门诊费用、年人均门诊费用等数据，合理确定具体的补偿病种、对象、标准和程序。对当年参加合作医疗但没有享受补偿的农民，可以组织进行一次体检，但要合理确定体检项目和收费标准，加强质量控制，并为农民建立健康档案，切实加强农民健康治理，发挥体检作用。设立家庭账户的地区，体检费用原则上从农民家庭账户结余中支出；实行门诊统筹的地区，可以从门诊统筹基金中适当支付。对医疗机构提供体检服务，要根据服务质量、数量和费用标准支付体检费用，不能采取直接预拨的方式。承担体检任务的医疗机构要给予一定的费用减免和优惠。为鼓励孕产妇住院分娩，各地可根据实际情况，对参合孕产妇计划内住院分娩给予适当补偿，对病理性产科的住院分娩按疾病住院补偿标准给予补偿。开展“降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目”的地区，孕产妇住院分娩要先执行项目规定的定额补助政策，再由合作医疗基金按有关规定给予补偿。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，再对符合合作医疗补偿范围的医疗费用按照新型农村合作医疗规定给予补偿。上述合计补助数不得超过其实际住院费用。

五、规范住院补偿 住院费用实行按比例补偿的地区，对由县、乡两级医疗机构提供服务的，原则上不再实行分段补偿，已经实行分段补偿的，要逐步减少分段档次。由县以上医疗机构提供服务的，可实行分段补偿，但不宜档次过多。要合理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。住院补偿起付线可按照本地区同级医疗机构上一年度次均门诊费用的2-4倍设置，中西部地区乡级医疗机构起付线原则上不超过100元。乡、县及

县以上医疗机构补偿比例应从高到低逐级递减。对参合农民在一年内患同一种疾病连续转院治疗的，可只计算其中最高级别医院的一次起付线。封顶线应考虑当地农民年人均纯收入的实际情况合理设置，以当年内实际获得补偿金额累计计算。住院费用实行按病种付费方式的地区，要加强对病种确认和出入院标准的审核和治理。

六、加强门诊补偿治理 门诊补偿分为家庭账户和门诊统筹两种形式。实行门诊家庭账户的地区，要研究改进和规范家庭账户基金使用和治理，使大多数参加合作医疗的农民直接受益。家庭账户基金由家庭成员共同使用，用于家庭成员门诊医药费用支出，也可用于住院医药费用的自付部分和健康体检等。家庭账户基金结余可结转下年度使用，但不得用于冲抵下一年度参加合作医疗缴费资金。实行门诊统筹的地区，要合理制定补偿方案，明确门诊补偿范围，设定补偿比例，引导农民在乡、村两级医疗机构就诊。要严格控制合作医疗基本药品目录和诊疗项目外医药费用，加强门诊医药费用控制，并加强对定点医疗机构服务行为和农民就医行为的监督治理。

七、提高基金使用率 当年筹集的合作医疗统筹基金结余一般应不超过15%。在调整完善统筹补偿方案之前，当年基金结余或历年基金累计结余较多的地区，县级合作医疗治理部门可结合当地实际，酌情组织开展二次补偿，提高基金使用率。在开展二次补偿时，应主要对当年得到大病补偿的农民普遍进行再次补偿，不能只对少数农民进行补偿，同时，要做好二次补偿的组织宣传工作，避免引起参合农民不必要的待遇攀比。

八、完善转诊和结算办法 按照简化程序、方便群众的原则，完善农民转诊和报销补偿办法。原则上农民在本地县、乡定点医疗机构

就诊，不需办理转诊手续，医疗费用补偿提倡定点医疗机构垫支或现场报销的方式。农民到县外就医也要简化转诊手续和医疗费用补偿审批程序。各省级、市（地）级卫生行政部门应协助县级合作医疗治理机构确定省级、市（地）级定点医疗机构，规范农民县外就医行为，控制医药费用不合理增长。在一些农民工集中生活的城镇地区，农民工输出地合作医疗治理机构应与输入地有关部门协商，指定参加合作医疗农民工就诊的定点医疗机构，并签订协议，方便农民工就近看病就医，为外出务工的农民提供良好服务。卫生部（章）财政部（章）国家中医药管理局（章）二七年九月十日

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com