

绍兴市人民政府关于印发绍兴市区新型农村合作医疗制度实施办法的通知 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文 https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_BB_8D_E5_85_B4_E5_B8_82_E4_c80_305540.htm 绍兴市人民政府文件 绍政发〔2007〕85号 绍兴市人民政府关于印发绍兴市区新型农村合作医疗制度实施办法的通知越城区人民政府，市政府各部门：现将《绍兴市区新型农村合作医疗制度实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。二〇〇七年十月二十九日 绍兴市区新型农村合作医疗制度实施办法 第一章 总 则 第一条 为完善绍兴市区新型农村合作医疗制度，进一步提高农民群众的医疗保障水平，促进市区经济社会和谐发展，根据省政府办公厅《关于进一步完善新型农村合作医疗制度的意见》（浙政办发〔2007〕23号）和市政府《关于进一步深化城乡社区卫生服务完善新型农村合作医疗制度的意见》（绍政发〔2007〕54号）等文件精神，结合市区实际，制定本办法。

第二条 市区（含越城区、绍兴经济开发区、袍江工业区、镜湖新区）范围内新型农村合作医疗制度的实施，适用本办法。

第三条 市区新型农村合作医疗遵循政府组织引导，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主，互助共济、以收定支、保障适度的原则。

第四条 以下人员可以户为单位，以行政村（居委会）为整体参加市区新型农村合作医疗：（一）户籍在市区，未参加城镇职工基本医疗保险的农业人口；（二）户籍在市区，被征用土地后“农转非”，已参加被征地农民养老保障（包括后转企业职工养老保险的），但未参加城镇职工基本医疗保险或城镇居民医疗保障的人员；（三）上述人员户内未成年人一般参加市区新型农

村合作医疗，但也可以在补差的基础上选择参加市区未成年人医疗保障。

第二章 组织机构和职责

第五条 市区新型农村合作医疗治理委员会（以下简称“管委会”）负责市区新型农村合作医疗的组织指导和协调工作。下设办公室（以下简称“合医办”），承担管委会的日常工作。

第六条 设立市区新型农村合作医疗治理中心（以下简称“治理中心”）。其主要职责是：（一）指导各镇（街道）开展新型农村合作医疗工作；（二）负责市区新型农村合作医疗基金的使用和治理，定期对基金的运行情况进行分析，定期向社会公布基金的收支和使用情况；（三）对定点医疗机构执行市区新型农村合作医疗政策和规定的情况进行监督、检查和考核；（四）新型农村合作医疗档案治理。

第七条 越城区和绍兴经济开发区、袍江工业区、镜湖新区均应设立由相关部门组成的新型农村合作医疗治理委员会，协调解决本区域范围内的政策宣传、筹资和其他组织治理工作。

第八条 各镇政府、街道办事处均应成立新型农村合作医疗治理小组，配备合作医疗专管员。镇（街道）的主要职责是：（一）做好辖区内新型农村合作医疗制度的组织实施和宣传发动工作，确保辖区内参加新型农村合作医疗人口比例达到规定要求；（二）负责辖区内参加新型农村合作医疗人员（以下简称“参合人员”）经费的收缴及登记工作，同时确保本级财政补助资金及时足额到位；（三）协助治理中心做好参合人员身份确认以及在办理审批、审核过程中有关问题的调查处理工作；（四）完成上级政府和部门下达的其他工作任务。第三章 资金的筹集和治理第九条 市区新型农村合作医疗实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制，同时鼓励企业、社会团体

和个人捐赠资金。 第十条 市区新型农村合作医疗的筹资标准：
（一）2008年度按每人140元筹集，其中省、市财政补助每人70元，镇财政补助每人20元，参合人员个人缴纳50元。以后根据市区经济社会的发展情况逐步提高人均筹资标准，2010年前年平均增长率不低于30%，至2010年达到年人均220元，政府和个人出资数额原则上按2008年的比例确定；
（二）参合人员为低保户和重点优抚对象的，其个人应缴纳部分费用由政府全额补助，市、镇两级财政各承担50%；
（三）参合人员中已领取计划生育优惠证的双农独女户，给其父母每人每年补贴10元，补贴所需费用在计划生育公益金中列支，由所在镇（街道）计划生育办公室在筹资完成后核发；
（四）村集体组织对参合人员个人应缴纳部分费用可给予适当补助。 第十一条 建立市区新型农村合作医疗基金。该项基金由个人缴费资金、集体扶持资金、政府补助资金以及社会捐助资金和利息等组成。其中个人缴纳部分资金按整户参加的原则由各乡镇政府、街道办事处以行政村（居委会）为单位收缴，政府补助的资金由各级财政按规定划拨。 第十二条 设立市区新型农村合作医疗基金财政专户，实行收支两条线治理。任何部门、单位和个人均不得挤占、挪用基金，也不得用于平衡财政预算。设立市区新型农村合作医疗基金支出户，由治理中心负责治理，并接受管委会的监督。 第十三条 新型农村合作医疗基金以自然年度为单位收缴，每年的第四季度为缴费期，全年费用一次缴清，限定在每年的1月10日前全部资金收缴入库。各级财政补助资金以及由镇（街道）负责收缴的资金应在收缴入库截止日之前缴入市区新型农村合作医疗基金财政专户。 第十四条 新型农村合作医疗基金主要

用于支付参合人员的住院医疗费用、非凡病种门诊医疗费用以及在市区镇（街道）卫生院（含社区卫生服务机构，下同）的门诊医疗费用。第十五条 市财政部门负责市区新型农村合作医疗基金的筹集和对基金预算的审核。市财政、审计等部门要加强对市区新型农村合作医疗基金使用、治理情况的监督检查。第十六条 条件具备时可建立市区新型农村合作医疗风险资金，资金的筹集治理办法另行制定。第四章 参合人员的待遇与费用结算 第十七条 参合人员按规定享受医疗费用报销待遇。享受待遇的时间为缴费次年的1月1日至12月31日。凡在规定缴费期限以后要求参加的，须在下一结算年度才能缴费参加合作医疗并享受相应待遇。第十八条 参合人员的用药范围、医疗服务项目、门诊非凡病种范围等，参照绍兴市区城镇职工基本医疗保险制度执行。第十九条 以下情况不列入市区新型农村合作医疗基金报销范围：（一）在浙江省基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和支付标准范围以外的医疗费用；（二）未按规定就医所发生的医疗费用；（三）家庭病床费用及康复性医疗费用；（四）因违法犯罪、自残或自杀、斗殴、酗酒、吸毒等行为发生的医疗费用；（五）因机动车交通事故、工伤意外、医疗事故及有其他赔付责任发生的医疗费用；（六）群体性食物中毒或突发公共卫生事件所需的医疗费用；（七）治疗不孕不育、计划生育手术及其并发症的费用；（八）出国、出境期间发生的医疗费用；（九）参合人员被暂停享受合作医疗待遇期间发生的医疗费用；（十）其他按规定不予支付的医疗费用。第二十条 住院和非凡病种门诊医疗费报销标准：（一）在一个结算年度内，参合人员住院发生的符合报销范围的医疗费用实行

分段计算的报销办法，对于在同一年度内多次住院的，实行分次报销、累计计算。非凡病种门诊医疗费用的结算办法参照住院报销办法。（二）按医疗机构的不同等级设立起付标准，市区镇（街道）卫生院为300元，其它医疗机构为800元。起付标准以下的医疗费用由参合人员个人自负。具体报销标准如下：1．市区镇（街道）卫生院300元及以下部分，其它医疗机构800元及以下部分不予报销；2．在市区镇（街道）卫生院住院300元以上至6000元(含6000元)部分报销35%，其他定点医疗机构住院800元以上至6000元(含6000元)部分报销35%；3．6000元以上至10000元(含10000元)部分报销40%；4．10000元以上部分报销55%。（三）参合人员在外地医院就医的费用，按以下规定报销：1．参合人员经市区二级以上定点医院办理转院备案手续后，转外地特约医院，其住院发生的符合报销范围的医疗费用按报销标准的70%给予报销；2．未办理转院备案手续直接去外地特约医院住院的，按报销标准的35%给予报销；3．到外地非特约医院住院的，按报销标准的15%给予报销；4．在营利性医院诊治的医疗费用不予报销。（四）经市区三级医疗机构确诊，治理中心同意，并办理申报备案手续的非凡病种人员，在核准的定点医疗机构治疗产生的非凡病种门诊医疗费用，报销标准同住院医疗费用。（五）每一合作医疗结算年度内每人最高累计报销限额为3万元。

第二十一条 参合人员在市区镇（街道）卫生院门诊诊治的，凭个人合作医疗证、卡可在就诊卫生院实时报销当次就诊医疗费用的15%。其报销费用由治理中心根据各镇（街道）卫生院所在区域范围内参合人员数及实际门诊工作量，经考核后拨付。

第二十二条 根据新结算年度筹资标准

的变化和基金平衡情况，管委会可以对医疗费报销标准进行适当调整。

第二十三条 参合人员参加城镇职工基本医疗保险或城镇居民医疗保障的，不再享受新型农村合作医疗基金补偿待遇，个人自缴费用不予退还。

第五章 定点医疗机构的确定与治理

第二十四条 凡具备规定条件的非营利性医疗机构均可向合医办申请市区新型农村合作医疗定点医疗机构资格。符合要求的，由合医办公布列为定点医疗机构。绍兴市各县（市）区域内新型农村合作医疗定点医疗机构和市外特约医疗机构由合医办选定公布。

第二十五条 定点医疗机构应做好如下工作：（一）对就诊病人进行身份确认，告知有关合作医疗政策，按规定办理入出院手续、把握入出院标准，严格执行本办法规定的报销政策。（二）严格执行浙江省基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和收费等有关规定。（三）按规定做好患者的转院备案、门诊非凡病种申报等工作。（四）按规定做好就诊参合人员的费用结报工作。（五）配合合医办和治理中心做好其它工作。

第六章 监督治理

第二十六条 治理中心违反本办法规定造成严重后果的，由卫生行政部门对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分。

第二十七条 定点医疗机构及其工作人员违反本办法，造成合作医疗基金损失的，由治理中心向其追回损失，并视情节轻重作出责令限期整改、中止或者取消其定点医疗机构资格的处理。

第二十八条 参合人员有冒用、伪造、出借合作医疗证及个人信息卡等行为，或伪造、涂改医疗费用收据、病历、处方、检查报告以及其他证实材料，弄虚作假获取医疗费报销的，可暂停其合作医疗待遇三个月，并依法追回已经报销的医疗费用。

第七章 附则

第二十九条 本办法由

市卫生局负责解释。 第三十条 本办法自2008年1月1日起施行。《绍兴市区新型农村合作医疗制度实施办法（试行）》（绍政发〔2004〕76号）和《绍兴市区新型农村合作医疗大病补助办法（试行）》（绍政办发〔2004〕179号）同时废止。

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