

颍上县人民政府

颍政秘〔2017〕129号

颍上县人民政府关于印发颍上县2018年度 城乡居民基本医疗保险和大病保险 统筹补偿实施方案的通知

各乡、镇人民政府，县政府各部门、各直属机构：

现将《颍上县2018年度城乡居民基本医疗保险和大病
保险统筹补偿实施方案》印发给你们，请遵照执行。



2017年12月29日

(此件公开发布)

颍上县 2018 年度城乡居民基本医疗保险 和大病保险统筹补偿实施方案

第一章 总 则

第一条 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，根据省卫计委《关于印发安徽省新型农村合作医疗和大病保险统筹补偿指导方案（2018 版）的通知》（卫基层秘〔2017〕558 号）和《关于做好 2017 年新型农村合作医疗工作的通知》（皖卫基层〔2017〕235 号）文件精神，结合我县医改和 2017 年度城乡居民基本医保和大病保险运行实际及本年度筹资水平，量入为出，在基金可承受范围内，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。

第二条 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。着力引导参合居民一般常见病首

先在门诊就诊；确需住院的，首选基层医疗机构就医，支持县域医共体建设。

(三)保障大病待遇。引导患者优先在省内医疗机构住院；确需到省内省市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。

第二章 基金管理使用

第三条 城乡居民基本医疗保险基金原则上只能用于参合居民医药费用的补偿，除可支付符合规定的大病保险盈利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。我县推行实行医共体政策，基金实行按人头预算管理，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城乡居民基本医疗保险基金中支付。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城乡居民基本医疗保险基金补偿范围及保底补偿范围。

城乡居民基本医保当年筹集与历年结余基金全部纳入统筹基金，预算分配如下：

(一)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。已提取的省级风险基金暂保留在省财政专户。自 2017 年起，暂停提取新农合省级风险基金，由我县自行管理新增筹资部分的风险基金。

(二) 大病保险基金。原则上，按参合人均 35 元优先从历年结余资金中予以安排。

(三) 门诊补偿基金。原则上，按当年筹集基金 $\times 90\% \times 20\%$ 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。

(四) 住院补偿基金。原则上，按当年筹集基金 $\times 75\%$ 左右予以安排。即为普通住院、按病种付费、特殊慢性病住院、意外伤害、住院分娩等补偿基金。

(五) 结余基金。原则上，当年统筹基金结余（含当年预留风险金）不超过当年筹集的 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%。

第三章 医疗费用补偿

第四条 享受补偿政策待遇的时效
参合后享受相应的补偿政策待遇时间为 2018 年的 1 月 1

日起至12月31日(也意指参合患者年度医药费用发生的时间)。原则上,在享受补偿待遇年度期间,已参合的人员不得退出,未参合的人员也不得新增。

第五条 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(含镇社区卫生服务中心)及在乡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:被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。

第六条 住院补偿

(一) 普通住院补偿

1. 省内普通住院补偿

(1) 起付线

① 我县 I 类医疗机构的起付线在 2017 年度统一执行 150 元起付线。县外省内其他 I 类定点医疗机构的起付线我县按照 300 元标准执行。

② 我县 II 类和县外省内其他 II 类、III 类、IV 类、V 类医疗机构的起付线，继续按照 2017 年规定的标准执行，但最高不超过 3000 元。

③ 新增注册登记类但未签订协议医疗机构，按照当次住院医药费用 $\times 25\%$ 设置起付线，最高不超过 2 万元。

④ 对签约服务住院患者优惠后的起付线最低不少于 100 元。

⑤ 多次住院，分次计算起付线，起付线以下费用个人自付。在 2017 年年底县民政局提供代缴个人参合费用名册之列的农村五保户、城镇特困户、城市“三无”人员、孤儿以及在 2017 年年底县扶贫办提供的贫困人口名册之列同时又具有上述“五保”属性的贫困人口人员住院补偿，不设起付线。在 2017 年年底县民政局提供的名册之列的城乡低保、

重点优抚对象人员和县卫计委提供代缴个人参合费用名册之列的享受计划生育特殊政策等特殊人群住院补偿，免除参合年度首次住院起付线。恶性肿瘤放化疗等需要分疗程间断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 1: 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%	60%

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 中比例下调 5 个百分点。

(3) 住院保底补偿

住院保底补偿是指：按上文描述的住院补偿规定计算的
实际补偿所得金额与住院医药总费用减去起付线的余额相比，如低于规定的保底补偿比例 Y，则按（住院医药总费用 - 起付线）× Y 计算其补偿金额。通过住院政策性补偿比例
报销和保底补偿政策报销这两种方法测算补偿金额，按照就

高不就低原则，以测算较高的补偿金额作为实际补偿额。

为着力引导病人首选县内医疗机构住院，实现基层首诊，我县 I 类、II 类医疗机构住院医药费用实行保底补偿，保底补偿比例分别设定为 85% 和 75%。县外省内 III 类、IV 类医疗机构住院医药费用实行分段保底补偿（见表 2）。

表 2：III、IV 类医疗机构住院医药费用分段保底补偿比例（Y 值）

医药费用段	5 万元（含 5 万）以下段	5 万元—10 万元段 (含 10 万)	10 万元以上段
	保底补偿比例	55%	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。
2. 省内 V 类医疗机构、重点监控医疗机构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）为 30 万元。

2. 省外普通住院补偿

(1) 省外非预警医院住院补偿。按照当次住院医药费用的 25% 计算起付线，最低不少于 1000 元，最高不超过 2 万元。政策内补偿比例为 75%，即补偿额 = (可补偿费用 - 起付线) × 75%。同时执行分段保底补偿政策（见表 3）。通过

住院政策性补偿比例报销和保底补偿政策报销这两种方法测算补偿金额，按照就高不就低原则，以测算较高的补偿金额作为实际补偿额。

省外非预警医院住院（非即时结报）发生的特需医药费用、新农合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。

表 3：省外非预警医院住院医药费用分段保底补偿比例（Y 值）

医药费用段	5 万元(含 5 万)以下段	5 万元—10 万元段 (含 10 万)	10 万元以上段
保底补偿比例	50%	55%	60%

有关说明：保底补偿，不受新农合报销药品以及诊疗项目等目录限制。

(2) 省外预警医院住院补偿。参合患者到预警医院住院，首次申报住院补偿时，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。在参合患者或家属获得该项政策信息之前，其真实合理的住院医药费用按照（当次住院医药费用 - 起付线）× 45% 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。省外预警医院名单以省卫计委文件公布的为准。省外预警医院住院患者不执行保底补偿政策。

3. 跨省转诊患者通过国家新农合平台实现联网即时结报普通住院补偿

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、药品等医保目录，执行全省统一的补偿政策。按照当次住院医药费用的 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、自治区、直辖市的新农合或城镇居民基本医疗保险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（见表 4）。通过住院政策性补偿比例报销和保底补偿政策报销这两种方法测算补偿金额，按照就高不就低原则，以测算较高的补偿金额作为实际补偿额。

表 4: 跨省转诊即时结报住院医药费用分段保底补偿比例 (Y 值)

医药费用段	5万元(含5万)以下 段	5万元—10万元 段 (含10万)	10万元以上段
保底补偿比例	40%	45%	50%
有关说明：保底补偿，不受新农合报销药品以及诊疗项目等目录限制。			

(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、并发症住院治疗的医药费用,其可补偿费用在1万元以下的部分按60%的比例给予补偿,在1万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合作医疗封顶线计算基数。省、市、县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、驾驶机动车辆(含摩托车)在道路上行驶造成的他伤或自伤、刀枪伤、搏斗伤、酗

酒、吸毒、服毒、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。原则上，其住院医药费用中的可补偿费用的起付线以上的部分，按60%的比例给予补偿，单次封顶3万元，不实行保底补偿。

有关说明：

（1）申请意外伤害住院补偿均须提供其当年参合缴费票据、当次意外伤害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《合作医疗意外伤害住院申请补偿表》，以供新农合管理机构或保险公司对受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，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）意外伤害住院补偿不实行即时结报。

（5）我县《意外伤害报销和管理办法》另行文规定。

第七条 门诊补偿

(一) 常见慢性病门诊补偿

常见慢性病患者门诊费用补偿的起付线为当次申请补偿的门诊费用总额的10%，其可补偿费用的补偿比例为60%。不同病种的常见慢性病门诊治疗获当年累计补偿总金额均设为5000元。可以随时结报，也可定期累计结报。

常见慢性病包括以下病症：高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、心脏病并发心功能不全、冠心病、心肌梗塞、脑出血及脑梗塞（恢复期）、慢性阻塞性肺疾病、慢性溃疡性结肠炎、慢性肾炎、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、癫痫、帕金森氏病、风湿（类风湿）性关节炎、重症肌无力、结核病（非耐多药）、腰（颈）椎间盘突出症、免疫性血小板减少性紫癜、硬皮病、银屑病、白癜风、艾滋病机会性感染、强直性脊柱炎、肌萎缩、慢性支气管哮喘、精神障碍（非重型）、肾病综合征、结缔组织病、脑性瘫痪（小于7周岁）、白塞氏病、股骨头坏死、慢性活动性肝炎、慢性盆腔炎及附件炎、慢性萎缩性胃炎、慢性大脑动脉供血不足、严重阿尔茨海默病、丹毒、痛风。

(二) 特殊慢性病门诊补偿

特殊慢性病患者门诊费用补偿不设起付线，执行门诊就诊费用中最高类别医院普通住院补偿政策（含保底补偿政

策)。可以随时结报，也可定期累计结报。

特殊慢性病包括以下病症：再生障碍性贫血、白血病、血友病、精神障碍（重型）、恶性肿瘤、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化（失代偿期）、肝豆状核变性、耐多药肺结核、系统性红斑狼疮、淋巴瘤、骨髓瘤、骨髓增生异常综合征、丙型肝炎、透明肺。

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。

对慢性病门诊补偿的有关说明：

1. 纳入常见慢性病门诊费用报销时起付线的执行额度和次数，不受参合个人是否为五保、低保等特殊群体以及是否为签约服务对象应享受相应优惠条件的限制（农村建档立卡贫困人口常见慢性病、特殊慢性病门诊费用报销按照颍政办〔2016〕86号文件执行）。

2. 当恶性肿瘤放化疗等需要分疗程间断多次住院的特殊

慢性病患者通过特殊慢性病补偿政策补偿时，在同一医院多次住院治疗的，只设一次起付线（预警医院除外）。

3. 常见慢性病和特殊慢性病患者在村卫生室（社区卫生服务站）发生的医药费用不纳入慢性病门诊补偿范围。

（三）普通门诊补偿

普通门诊费用不设起付线。乡镇卫生院门诊补偿比例为 50%（含对国家基本药物（2012 版）、安徽省补充药品以及省新农合药品目录内中药增加的补偿比例），单次最高封顶为 40 元（含一般诊疗费补偿费用）。村级卫生室门诊补偿比例为 60%（含对国家基本药物（2012 版）和安徽省补充药品以及省新农合药品目录内中药增加的补偿比例），单次最高封顶为 30 元（含一般诊疗费补偿费用）。参合户所有成员年度内在乡、村两级医疗机构普通门诊或累计补偿金额不得超过其户缴纳参合总金额的 1.5 倍。以乡镇为单位，在乡、村两级定点医疗机构年度门诊就诊人次总数原则上不超过本乡镇参合总人数的 1.8 倍，以村（社区）为单位，在村（社区）卫生室年度门诊就诊人次总数原则上不超过本村（社区）参合总人数的 1.6 倍。乡、村两级的单次门诊费用（不含一般诊疗费）必须严格控制在 80 元和 50 元内。县级医院不开展门诊统筹补偿。

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，新农合村级门诊统筹补偿不实行单次结算。

（四）大额普通门诊补偿

参合患者在二级以上医院（含二级医院）看普通门诊，对其年度内累计达到一定数额但又不属于慢性病和特殊慢性病范围的普通门诊医药费用（不含检查费、材料费、单方或复方均不可报销的中药饮片费用），在年终前实行普通门诊医药费用累计结算补偿。起付线设为享受补偿年度普通门诊费用累计总额的 20%，最低不少于 300 元，最高不超过 800 元。普通门诊费用累计总额去除起付线后的余额部分按 60% 比例补偿，即补偿额 =（普通门诊费用累计总额 - 起付线）× 60%。每人年度内可享受大额普通门诊补偿的最高金额为 4000 元。

第八条 大病保险补偿

（一）人均筹资标准。2018 年，我县城乡居民大病保险的人均筹资标准提高到 35 元。

（二）确定盈利率。遵循“保本微利”原则，我县 2018 年度城乡居民大病保险盈利率定为 2%。

（三）起付线。遵循“尽力保障”原则，我县 2018 年度城乡居民大病保险的起付线设定为 1 万元，今后依据大病保险基金运行情况进行动态调整。

（四）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（见表 5），各费用段补偿额累加得出大病

保险总补偿额。

表 5：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
起付线-5 万元	55%
5（不含 5 万元）-10 万元	65%
10（不含 10 万元）-20 万元	75%
20 万元以上（不含 20 万元）	80%

（五）封顶线。省内就医大病保险补偿不设封顶线。省外就医（是指参合年度累计大病保险合规可补偿费用中含有省外医疗机构医药费用的患者）设年度大病保险补偿封顶线为 30 万元。

（六）大病保险其余相关政策继续按照省卫计委、省财政厅《关于印发〈安徽省新农合大病保险指导方案（2016 版）〉的通知》（卫基层秘〔2015〕643 号）和颍上县人民政府《关于印发〈颍上县 2017 年度城乡居民基本医保大病保险统筹补偿实施方案〉的通知》（颍政秘〔2017〕1 号）文件及精神执行。

第九条 其他补偿或规定

(一) 2017 年度怀孕且婴儿将在 2018 年出生的家庭，提倡为新生儿提前预缴参合资金。2018 年度出生的新生儿，随参合（保）双方父母自动获取参合资格，享受参合人员的全部待遇；新生儿父母单方参合（保），新生儿享受参合的待遇减半（新生儿父母单方因死亡、离异等情况造成的只有单方参合（保）或新生儿父母双方因死亡均未参合（保）者除外）。在对 2018 年度出生的患病新生儿进行补偿时，新农合经办机构要设法采取有效的方式将患儿的基本信息维护到新农合信息平台中，解决患儿的报销问题。新生儿出生的次年，其家庭应按规定为其缴纳参合费用。

(二) 以安徽省药物、医疗服务政策价格作为基础标准，当非公立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格（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）。特殊检查治疗类项目费用按 80% 计入可补偿费用单。150 元-5000 元检查治疗类项目费用按 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 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(不含 50 元) 国产(含中外合资) 医用材料费用按 80%、进口医用材料费用按 60% 计入可补偿费用。

(六) 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。

(七) 参合残疾人的假肢和助听器等补助比例为 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。

(八) 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。

(九) 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) 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等同对待。

(十一) 同时参加两种及以上国家基本医疗保险制度的参合患者，原则上凭住院医药费用发票原件申请补偿，不得重复报销。严禁重复参保及重复报销。一经发现重复参保人员，在条件允许的情况下将采取纳入黑名单方式处置。

(十二) 参合年度内同一病人在属于 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 次及以上的住院患者，由县域医共体牵头医院审查判定其合理性和必要性，对不合理、不必要的住院，由收治医疗机构承担患者的住院补偿费用，但须分疗程间断多次住院的病种除外。

(十三) 我县建档立卡贫困人口医保补偿政策继续按照《颍上县人民政府办公室关于印发颍上县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》(颍政办〔2016〕86号)等相关文件执行。

(十四) 参合患者报销时，原则上凭医药费用发票原件报销。

第十条 转诊

(一) 县域内医疗机构间转诊。下级医疗机构转诊至上级医疗机构的，只设上级医疗机构起付线；上级医疗机构转

诊至下级医疗机构的，免除下级医疗机构起付线。

(二) 转诊到省内省市级医院就诊。凡县内患者需要转诊到县外省内医院就诊的，均须由设在颍上县人民医院的颍上县远程会诊转诊中心转出。凡未经颍上县远程会诊转诊中心转诊而自主在县外省内医院住院治疗的，政策性补偿比例下降 10 个百分点。但因急诊、急救在县外省内医院就近住院的情况除外。

(三) 转诊到省外医疗机构就诊。凡未经颍上县远程会诊转诊中心转诊而自主在省外医疗机构住院治疗的，政策性补偿比例和保底补偿比例分别下降 15 个百分点和 5 个百分点。但以下三类情形之一者必须除外：

1. 在省外医院就诊住院前 3 个月内，因同一疾病在省内三级医院有过住院记录或新农合报销记录。
2. 因急诊、急救在省外医院就近住院。
3. 省外务工或省外常住人员在省外医院就近住院。须提供下列证据性材料之一：用工单位开具的务工证明、务工者居住证、自营业者的营业执照、房产证或长期租房合同或其它可信的证据材料。

(四) 强化转诊管理，严格落实转诊补偿政策。

县卫计委应本着便民、利民、惠民、高效的原则，制定出我县具体的转诊方案或办法。制定转诊方案或办法时，要

充分结合分级诊疗和医联体建设的精神，要从转诊患者疾病治疗最优的总体情况出发，制定出能充分体现转诊合理性、公正性且行之有效、可操作性强的转诊方案或办法。杜绝转诊工作流于形式、不规范转诊和恶意转诊等现象发生。严格落实转诊补偿政策不走样。

第四章 参合患者就医和医疗费用结算程序

第十一条 参合患者就医程序：

(一) 城乡居民基本医保实行协议医疗机构就诊制度，除急诊、抢救等特殊情况，参合居民需选择新农合协议医疗机构就医。

(二) 参合患者就医时，须携带参合缴费发票、《慢性病就诊证》、身份证或户口簿等，并主动向接诊医生出示。

第十二条 医疗费用补偿程序：

(一) 参合患者在县内医院治疗出院后，结报时须持本户参合缴费发票等到医院新农合结报窗口当场办理医疗费用补偿。

(二) 参合者在县外住院治疗时，携带本户参合缴费发票、身份证或户口本等，在已经与我县开展即时结报的省、

市级大医院出院当场为其办理报销补偿。县外定点医疗机构尚未与我县实行即时报销补偿的，参合患者出院后须携带本户参合缴费发票、本人身份证或户口簿、出院小结（需加盖公章）、住院费用清单原件（需加盖公章）、住院原始发票等相关材料，回本人户籍所在地乡镇卫生院新农合结报窗口办理报销补偿。

对在县内即时结报医院住院非患者本人办理补偿及领取补偿款的，代办人员须提交的本人的身份证，经办人员须同时对代办者身份进行核对，并将领款者的身份证号及联系方式登记在册。对在县外非即时结报医院治疗后回我县进行报销补偿的，坚持实行补偿资金打卡发放制。

第五章 附 则

第十三条 本方案自 2018 年 1 月 1 日起执行。我县以前新农合政策文件规定中与本方案不一致的，以本方案为准。

第十四条 本方案由县卫生计生委负责解释。

抄送：县委办，县人大办，县政协办。