

师宗县人民政府办公室文件

师政办发〔2016〕4号

师宗县人民政府办公室关于印发师宗县 2016年新型农村合作医疗实施方案的通知

各乡镇（镇）人民政府、街道办事处，县直各单位：

经县人民政府同意，现将《师宗县2016年新型农村合作医疗实施方案》印发给你们，请认真贯彻落实。

师宗县人民政府办公室

2016年1月20日



师宗县 2016 年新型农村合作医疗实施方案

根据曲靖市卫计局《关于印发曲靖市 2016 年新农合补偿方案指导意见的通知》(曲卫字〔2015〕324 号)、《曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》相关要求，结合师宗县工作实际，特制定本实施方案。

一、指导思想

坚持以党的十八大和十八届五中全会、习近平总书记系列重要讲话和对云南工作的重要指示、国家省市卫生计生工作会议精神为指导，围绕提高农民群众健康保障水平的总体要求，切实增强保障能力，巩固完善大病保险制度，全面推行复合支付方式，完善支付方式改革，推动建立分级诊疗制度合理分流病人，规范基金管理，进一步促进全县新农合工作形成参合稳定、管理规范、运转有序、保障到位的良好局面。

二、基本原则

(一) 以收定支，略有节余。补偿方案必须坚持以筹集的基金规模相适应，既要量入为出，注意合理规避透支风险，又要充分发挥基金效益，避免基金结余过多的原则，让参合农民得到更多实惠，增强新农合的吸引力，促进新农合制度稳步健康发展。

(二) 效益优先，兼顾公平。补偿方案必须坚持以大病统筹为主，建立和完善门诊统筹和特殊慢性疾病病种补偿的原则，促

进新农合由全面覆盖向补偿全面可及转变，提高参合农民的受益水平。

(三) 方便群众，合理就医。补偿方案必须充分利用现有卫生资源，引导参合农民合理择医就诊，方便参合农民，实现“小病不出村、大病不出乡、重病不出县、疑难杂症才上大医院”的目标。

三、目标任务

进一步巩固和完善新农合制度，扩大新农合覆盖面，做到应参尽参，确保参合率保持在 96% 以上；进一步完善统筹补偿方案，合理分配和使用基金，当年的统筹基金结余不超过当年筹集基金总额的 15% (含风险基金)，统筹基金累计结余不超过统筹基金的 25% (含风险基金)；进一步提高保障水平，参合农民门诊统筹报销比例不低于 55%，统筹区域政策范围住院费用支付比例不低于 75%，住院费用实际报销比不低于 60%，县、乡两级实际住院补偿比分别达到 60% 和 75% 以上，新农合住院补偿最高支付限额 15 万元；进一步巩固完善市级统筹的城乡居民大病保险工作，积极配合承保保险公司加强对“新农合大病保险合署办”工作的领导、监督，完善新农合大病保险即时结报工作；积极引导参合农民合理就医，探索推动建立分级诊疗模式；创新以县情实际相适应的复合支付方式，进一步完善支付方式改革，遏制医药费用不合理增长；规范基金监管，加强定点医疗机构的监管和查处力度，确保基金安全。

四、基金筹集和用途

(一) 基金筹集

2015 年新农合筹资标准提高到每人每年 500 元，其中：各级政府补助增加到人均 380 元，参合农民个人缴费 120 元。参合农村居民以人均不低于 30 元标准从新农合基金中列支购买大病保险以提高大病保障水平。财政部门对县级配套的补助资金必须按照实际参合人数于 2016 年 4 月底前一次性拨付到新型农村合作医疗基金专用帐户，对新农合补助资金要按时拨付到位，确保补偿结算工作正常开展。

(二) 基金分配和用途

合理分配和使用基金。当年统筹基金结余不超过当年筹资基金总额的 15% (含风险基金)，统筹基金累计结余不超过当年筹集的统筹基金的 25% (含风险基金)。新农合统筹基金预算总额原则上按五个部分进行分配使用：

1. 门诊补偿基金，原则上占扣除风险金后的当年筹集的统筹基金的 20% 以内；

2. 新农合大病保险基金。原则上按 6% 左右安排，具体按市大病保险政策执行。

3. 医改支持基金。医改后设立的一般诊疗费。

4. 省、市政府卫生惠民实事项目支出基金；

5. 住院补偿基金。

五、医药费用补偿

(一) 住院统筹补偿

1.一般住院补偿

(1) 补偿起付线：乡级医院 200 元、县级医院 400 元、市级医院 600 元、省级医院 1200 元，精神病患者省级 600 元、市级 400 元。起付线为个人自付部分，年度内多次住院的，每次均按医疗机构级别分别重新计算，包括《师宗县新型农村合作医疗支付方式改革方案(试行)》(师卫联〔2012〕13号)中的所有病种。

(2) 补偿比例：乡级医院 85%、县级医院 70%、市级医院 60%、省级医院 50%。参合患者在市域内其它(县、区)确定的公立新农合定点医疗机构就医住院的按县域内同级医疗机构补偿标准执行、在民营定点医疗机构就医住院的按市级定点医疗机构补偿标准执行；参合患者在市域外新农合定点医疗机构住院的按省级标准执行、在其它医疗机构或未经审核批准的不予补偿；外出打工、就学的按县内同级别标准报销；精神病人在市级精神专科医院定点医院住院治疗的，按县级住院补偿标准执行，在省级定点医院住院治疗的，按市级住院补偿标准执行。

(3) 新生儿补偿：农业户籍新生儿出生当年随其参合母亲自动获取参合资格并享受新农合待遇，母亲因特殊情况未参加合作医疗的，也可随参合父亲享受新农合待遇，封顶线合并计算，自第二年起按规定缴纳参合费用。

(4) 补偿封顶线：住院补偿封顶限额按年度计算，最高支付限额每人每年 15 万元。

2.重大疾病保障：全面推进儿童先天性心脏病、白血病等 22

种重大疾病的医疗保障工作，完善补偿程序，切实减轻参合患者负担。重大疾病实行按病种包干付费，按照《曲靖市卫生局关于印发曲靖市提高农村居民重大疾病医疗保障水平试点工作实施方案（试行）的通知》（曲卫字〔2013〕105号）及《曲靖市卫生局转发云南省卫生厅关于印发云南省新农合慢性粒细胞性白血病患者大病保障专项援助项目实施方案的通知》（曲卫字〔2013〕77号）文件要求执行，慢性粒细胞白血病，终末期肾病，耐多药肺结核等门诊治疗病人尽可能实行即时结报，因信息系统暂时无法进行在院即时结报的，经市、县合管中心（合管办）同意后，可由患者回参合所在地按程序审核结算。

3.农村孕产妇住院分娩补偿：2016年农村孕产妇住院分娩新农合补助标准按照《云南省2015年农村孕产妇住院分娩补助项目实施方案》中的方案二进行补助：县级定点医疗保健机构顺产、阴道手术助产按照1650元/例费用包干、剖宫产按照2200元/例费用包干；乡（镇）卫生院顺产、阴道手术助产按照950元/例费用包干、剖宫产按照1650元/例费用包干（详见附表1）。此上述包干费用，先由中央农村孕产妇住院补助资金补助400元/例，其余部分由新农合基金实行定额报销。二次剖宫产、产科合并症及发生危重孕产妇抢救及县外住院分娩的，按新农合普通住院予以报销。

4.贫困白内障复明工程补偿：白内障手术属“复明工程”项目病人的按照《曲靖市卫生局 曲靖市财政局 曲靖市民政局 曲靖市人

力资源和社会保障局 曲靖市残疾人联合会关于印发曲靖市 2013 年“百万贫困白内障患者复明工程”暨“光明工程”实施方案的通知》(曲卫字〔2013〕180 号)中：“百万贫困白内障患者复明工程”暨“光明工程”免手术费用，实行 1900 / 例(单侧)的成本限价和不设个人支付比例的政策。项目外的白内障手术按师宗县新农合支付方式改革方案进入按病种结算。

5.特殊项目补偿

中医药补偿：参合人员在县级中医医疗机构就诊住院的补偿比例提高 10%，中医诊疗项目和中药饮片提高 5%。

医用耗材补偿：到市级以上定点医疗机构就诊的参合农民，单价 200 元以下的医用耗材无论国产和进口均可纳入报销，单价 200 元以上的医用耗材国产按比例报销，单价 200 元以上进口耗材新农合不予报销。定点医疗机构必须标明所使用耗材产地属性，属于国产(合资)还是进口，没有标注的，统一默认为进口耗材，不予报销；定点医疗机构若将进口耗材串换成国产(合资)耗材纳入报销，一经发现，扣除该患者当次住院应补偿的垫付费用并依规处理。

床位费补偿：床位费每人每日最高不得超过 40 元，据实按规定比例补偿。

6.跨年度住院补偿:参合患者跨年度住院的，不需办理出院手续，出院结报以入院时间结算，以新农合结算年度为界，按照入院时间所在年度补偿标准计算补偿费用。

(二) 门诊统筹补偿

1.普通门诊补偿。门诊减免只能在村级和乡级新型农村合作医疗定点医疗机构享受，在县级及以上新型农村合作医疗定点医疗机构门诊就医的费用不给予减免。门诊不设起付线，设立封顶线，封顶线为在一个自然年度内每人每年累计减免不超过 300 元，门诊减免比例为西医 55%、中医诊疗项目和中药饮片 60%。乡级定点医疗机构月门诊平均处方值不超过 45 元，村级月门诊平均处方值不超过 35 元。门诊总额预付费详见门诊总额预付费方案。

2.特殊门诊补偿

(1) 慢性病补偿。经县级鉴定持证的慢性病（原发性高血压、糖尿病）在乡、村两级新型农村合作医疗定点医疗机构门诊减免补偿比例按普通门诊标准执行，每人每年累计封顶为 1000 元。

(2) 精神病门诊病人的补偿。纳入基本公共卫生服务项目管理和经专科医院确诊的精神病患者，门诊减免最高支付限额每人每年 2000 元。实行“常规门诊减免+专药限额全免”的办法。常规门诊减免按照参合人员门诊减免规定执行；精神病类专药门诊全额减免 800 元/人/年，不受常规门诊减免比例和每次减免金额的限制，治疗重性精神疾病全额减免的药物实行专药、专用、专处方和台账管理，剩余 1200 元用于乡村两级普通门诊，按常规门诊减免办法执行。在省、市、县定点医疗机构的门诊费用报销由

患者提供发票、处方(实行双处方管理)、合作医疗证、身份证到参合所在地合管办报销,精神病常规治疗用药清单详见附件。

(3) 终末期肾病门诊透析补偿。终末期肾病的门诊透析按照《曲靖市卫生局关于印发曲靖市提高农村居民重大疾病医疗保障水平试点工作实施方案(试行)的通知》(曲卫字〔2013〕105号)执行,每次透析低于600元的按照实际费用纳入报销,超过600元的按600元纳入报销,报销比例为90%,门诊透析的自付部分不纳入新农合大病保险报销。由患者提供发票、处方(复印件)、门诊病历、合作医疗证、身份证等资料报销。

(4) 门诊一般诊疗费标准按照云南省物价局等4厅局《关于进一步完善基层医疗卫生机构一般诊疗费政策有关问题的通知》(云价收费〔2014〕114号)文件规定执行。

六、就诊和结算办法

(一) 就诊程序

参合人员凭师宗县新型农村合作医疗证、身份证或户口册及其它有效证件在县内县、乡、村可自主选择定点医疗机构就诊住院。门诊只有在乡、村两级自主选择定点医疗机构就诊才能享受新农合门诊补偿。参合人员因病须转县以上(含县域外)医疗机构住院治疗的按分级诊疗相关规定执行。

(二) 结算办法

1. 住院补偿结算

参合人员在县内定点医疗机构住院,实行出院当日持师宗县

新型农村合作医疗证、身份证或户口本、有效医药费发票、出院证明和医药费用明细清单等在所住医院新型农村合作医疗医药费用报销窗口即时报销。

参合患者在县外住院的，所住医院为即时结报医院的必须在该医院即时结报；所住医院为非即时结报医院则出院后 2 个月内持合作医疗证、身份证或户口本、县合管办开具的转诊单、有效医药费发票、出院证明、医药费用明细清单等到所在地乡（镇）卫生院审核报销。

参合人员在外打工、就学等因病住院，必须在参合年度内（12 月 31 日前）及时凭合作医疗证、有效身份证件、出院证明、有效医药费发票、医药费用明细清单、户籍地村委会和打工、就学等单位的打工、就学等证明到所在地乡（镇）卫生院审核报销，过期不予报销。就学、打工在外就医住院不能回家的，可将所需资料即时邮寄县合管办，由县合管办负责办理报销。

购买商业医疗保险的参合农民，就诊费用的合作医疗减免补偿不受商业医疗保险的影响，申报合作医疗补偿时，原则上凭就诊资料的原件进行申报补偿，如用就诊资料的复印件申报补偿，其所有资料的复印件必须由保险公司签署意见并加盖公章，同时还必须出具保险公司的付款收据。

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，原则上凭有效医药费用发票原件申请补偿，不得重复报销。

2.门诊补偿结算

参合人员在县内门诊就医时由乡、村级定点医疗机构按补偿规定当场直接减免补偿。精神病病人的门诊补偿结算办法另行规定。

七、其他规定

(一) 省、市级定点医疗机构用药报销范围参照《云南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2010年版)》执行,县级定点医疗机构用药报销范围按《云南省新型农村合作医疗县、乡、村用药目录(2008年版)》县级用药目录执行,乡(镇、街道)、村级用药报销范围为国家、省、市基本药物目录。

(二) 《云南卫生厅关于印发新型农村合作医疗基本诊疗项目(试行)的通知》(云卫发〔2008〕1159号)中所有的诊疗项目全部纳入报销范围。

(三) 意外伤害补助办法。意外伤害的首诊定点医疗机构应询问记录患者身份和意外伤害原因,对有第三责任的各种意外伤害,新农合基金不予补偿,对无第三责任的意外伤害,由患者户口所在地村委会提供意外伤害证明,出院时按普通住院报销程序实行即时结算,对于意外伤害原因不明确,报销有疑问的个别案例,定点医疗机构可与各县(市、区)合管办共同鉴定解决。

八、认真实施大病保险制度

进一步巩固完善市级统筹、城乡统筹的城乡居民大病保险工作,在新农合报销补偿的基础上达到新农合大病保险起付线的由承保保险公司兑现理赔。积极配合承保保险公司加强对“新农合大

病保险合署办”工作的领导、监督。进一步完善新农合大病保险即时结报工作，简化流程，减轻大病患者垫付大额医药费用的负担，对大病患者新农合补偿后需个人负担的合规医疗费用给予及时延伸报销。

九、新农合基金不予补偿范围

（一）超出本文件规定的用药范围和诊疗目录的费用。

（二）在新农合非定点医疗机构住院产生的费用。

（三）未经物价、卫生行政部门批准，医院自定诊疗项目和自制药品，以及擅自提高收费标准所发生的一切费用；医疗机构未按《云南省非营利性医疗服务价格》收费产生的费用（营利性医疗机构参照执行）。

（四）有第三者或其他赔付责任的医疗费用，因医疗事故或纠纷应由医方承担的费用。

（五）参合人员在海外和港、澳、台三个地区发生的医疗费用。

（六）住院病人不遵医嘱拒不出院者，自医院通知出院第 2 天起的医疗费用；挂名住院或不符合条件住院的费用；治疗期间与病情无关的费用；处方与病情不符的药品费用；超过规定处方用药量和带药量的费用。

（七）酗酒，自杀，自残，打架斗殴产生的医药费用，违法、犯罪所致伤害及被拘留、逮捕和服刑期间发生的医疗费用。

（八）非医疗性费用：如保险费、陪护费、陪客水电费、陪

客床椅费、空调费、出诊费、交通费、急救车费、出生证费、营养费等杂费。

(九)非基本医疗性费用：各类美容、整形、染发、狐臭根治，试管婴儿、安装假肢、假牙、假眼、假发，验光配镜、助听器、助行器、拐杖、轮椅等；各种减肥、增胖、增高等项目的一切费用；各种自用的保健、按摩、理疗、磁疗、按摩、检查和治疗器械的费用；各种医疗咨询、医疗鉴定产生的费用。除小儿麻痹、先天性唇腭裂、先天性髋关节脱位、先天性心脏病等病理性缺陷外未经批准的矫形、正畸产生的费用。

(十)病人使用的一次性生活消耗品：如：尿壶、盆、桶、一次性便盆、尿垫、尿布、卫生纸、一次性鞋套、洁净袋等。

(十一)家庭病床、疗养院产生的费用。

(十二)其他新农合及新农合大病保险规定不能减免赔付的费用。

十、完善支付方式改革，遏制医药费用不合理增长

在基金预算管理的基础上，因地制宜，全面推行以门诊总额预付和住院床日付费为主，按病种付费、按疾病诊断分组(DRGs)付费、次均费用控制等相结合的复合支付方式，完善相关配套政策措施，建立严格的考核评估和质量监督体系，防止定点医疗机构为降低成本而减少必需的医疗服务、降低服务质量或推诿上转患者。将考核从定点医疗机构延伸到个人，将医生成本控制和服务质量作为医生个人综合考核的重要内容，并与其个人收入挂钩，充分调动其控费积极性。激励医疗机构加强医疗质量管理，控制

医疗费用不合理增长，提高新农合基金使用效率。

（一）巩固完善定点医疗机构即时结报工作。

1.在全市范围内定点医疗机构住院治疗全面实行即时结报，个别特殊情况确需手工结报的，必须报经市县合管中心（办）审批同意，未经审批同意的所有垫付费用由医疗机构负责。

2.新农合定点医疗机构必须建立完善医院管理系统（HIS），并与云南省新农合信息管理系统对接，凡没有规范的医院管理系统或未按规定与云南省新农合信息管理系统对接的，取消即时结报资格，不得进行新农合减免补偿，若医院采取直接在新农合信息管理系统进行手工录入结算的，一经发现，所有涉及的垫付费用由医疗机构承担。

（二）加大“门诊总额付费制”、“住院次均费用限额制”和按病种定额加限额付费“统筹基金预算控制”等付费方式改革力度。

探索完善门诊付费总额预算控制、门诊次均处方值和次均费用控制标准等措施控制门诊费用不合理增长；以定点医疗机构综合服务能力、医护人员执业资格综合技术水平、服务半径人口数、历年次均住院费用、省市县同级同类医院住院次均费用和医疗费用正常上涨幅度等情况科学测算，确定年度统筹基金预算控制额度和县域内定点医疗机构次均住院费用控制标准。

各级各类新农合定点医疗机构必须严格遵守我县有关支付方式改革的规定，严格遵守《曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》及有关规定，对参合病人因病施治，合理检查、

合理治疗、合理用药，提高服务质量。县合管办要加强监督检查和费用审核力度，定点医疗机构有推诿病人、分解住院、住院期间出现门诊交费、同一病人同一病种 15 天内重复住院治疗(特殊情况需报市、县经办机构审批)等行为，一经发现一律扣减当次住院全部垫付费用，并按《曲靖市新型农村合作医疗管理办法(试行)》及《曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》处罚。

(三) 各定点医疗机构住院次均费用(平均床日费)和目录外费用控制标准

1. 各级新农合定点医疗机构住院次均费用(平均床日费)和目录外费用控制标准经统计测算确定后与各定点医疗机构签订管理服务协议，各定点医疗机构根据协议要求严格控制住院次均费用(平均床日费)。

2. 由县合管办按季度对县、乡各定点医疗机构进行考核，考核结果每半年公布一次，超过住院次均费用限额标准的医院，由县合管办通知各定点医疗机构按超标比例扣减垫付费用，扣款标准是：超住院次均费用比(%) \times 涉及县垫付费用=扣款额。

3. 目录外用药及非基本诊疗项目费用控制。严格控制、规范使用高值耗材和贵重药品，切实减轻患者的经济负担。县级医疗机构目录外用药及非基本诊疗项目费用占总医疗费用的比例应控制在 10% 以内。确因病情需要使用自费药品、自费检查项目、特殊材料、特殊检查需征得患者或其家属同意并签字后方可使用，未经患者或家属签字认可或超比例范围所发生的费用由医疗机构

承担。

(四) 定点医疗机构未取得相应专业技术准入资格而进行超范围行医，使用未经卫生行政部门审批同意的大型设备，所产生的一切费用，一律由医疗机构承担，新农合基金不予支付。

(五) 鼓励基层医疗卫生机构提高医疗技术水平、服务质量，扩大服务范围，为区域内参合农村居民提供高质量的医疗技术服务项目。基层医疗机构开展的医疗服务项目取得技术准入、在同级医院处于技术领先水平、治疗合理的疑难危重、有利于提高基层诊疗技术水平的病例费用，经县合管办审批，可不计入次均费用控制范围。

十一、推动建立分级诊疗制度，合理分流病人

根据《云南省推进县级公立医院综合改革实施方案》要求，统筹县域医疗卫生发展，从制度建设入手，逐步形成基层首诊、分级诊疗、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。实现小病不出村，常见病不出乡，大病基本不出县，预防在基层，90%左右的患者在县域内就诊的改革目标，严格转诊制度（22种重大疾病除外），逐步探索建立符合我县实际的分级诊疗制度。

(一) 曲靖市区域内新农合转诊实行“初诊制度”和“双向转诊转院制度”。参合患者原则上在新农合定点的乡镇（社区）初诊治疗，再根据病情需要逐级转诊。患者需转诊至市级及以上医疗机构住院治疗的，需使用全省统一的转诊审批表，经县合管办审批同意后方可转诊，对急、危、重病人，患者可直接到市级及以上

医疗机构抢救治疗，三日内凭医疗疾病证明到县合管按规定补办转诊手续。

(二) 参合患者由上一级医疗机构转回下一级医疗机构进行康复治疗时，持上级医院开具的下行转诊审批表经县合管办审批同意，可取消报销起付线。

(三) 因探亲、访友、外出务工等原因未经转诊审批在异地住院治疗的，需持户口所在地村委会出具的外出探亲、访友或务工证明，方可按程序审核报销。

(四) 未按规定办理转诊手续的，新农合基金将不予减免补偿。县级以上新农合定点医疗机构收治参合病人，必须认真核对合作医疗证、身份证(户口册)及住院转诊审批表，未经县合管办审批收治住院的，所发生的新农合垫付费用由定点医疗机构自行承担，新农合基金将不予支付。

十二、规范基金监管，建立健全责任追究制度

新农合基金监管的各相关部门要针对定点医疗机构和基金监管中存在的突出问题和难点，健全完善管理措施，加强监管力度和查处力度，有效建立“不能、不敢、不愿”骗取新农合资金的监管体系，确保基金安全。

(一) 强化基金监管。要进一步贯彻落实原卫生部、财政部《关于进一步加强新型农村合作医疗基金管理的意见》(卫农卫发〔2011〕52号)和原省卫生厅、监察厅、政府纠风办、财政厅、审计厅《关于印发进一步加强新型农村合作医疗资金监督管理意

见的通知》(云卫发〔2011〕546号)等文件要求,严格基金管理。完善新农合基金风险预警机制,规范基金使用范围,提高基金使用效益,不得过度提高补偿比例,盲目扩大保障范围,增加支出项目,确保基金既不过度结余,也不出现超支。落实公示制度,加大补偿结果公开力度,大力推进即时结报,方便群众报销,使广大群众最大限度地得到实惠。

(二)加强能力建设。主管部门要配齐配强县、乡合管办经办人员,加强新农合经办能力建设,确保人员、设备、工作经费、监管四到位。理顺县乡经办人员管理关系,落实乡级经办人员监管责任,健全新农合基金监管责任制和责任追究制度,加强新农合经办机构内部监督,加强经办审核、定点医院巡查以及日查房制度,加强新农合基金的运行管理,合理使用基金。实行分片负责、责任倒查和定期轮换,做到责任到人,监管到位。卫生监督机构要积极参与新农合监管,充分发挥卫生监督执法主体作用,运用法律武器依法加强新农合定点医疗机构医疗服务的监管工作。鼓励采取行政委托方式,委托第三方对新农合运行开展评估核查,加强新农合资金监管力度,提高监管有效性。争取创造条件解决新农合管理信息化建设滞后的瓶颈,提高监管手段。

(三)进一步加强新农合定点医疗机构管理。认真落实《曲靖市新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法》,严格定点医疗机构准入,加强定点医疗机构监管,按照“县级统筹,分级管理”落实监管责任,强化定点医疗机构执行新农合政策的主体责任,建

立新农合管理长效机制，加大监管力度，严肃查处违规医疗机构，严厉打击违法犯罪行为。探索建立定点医疗机构信用等级管理和黑名单管理制度，采取一票否决制，对有骗取新农合（医保）资金劣迹的民营医院和医疗集团不得审批进入新农合定点范围，对有骗取新农合资金行为的医务人员依法依规注销其执业资格。支持促进民营医院健康发展，优先将建设规模大、服务能力强、管理机制健全、运行规范有序、社会声誉好并能够填补当地医疗资源不足的民营医院纳入新农合定点范围，对主要开展非基本医疗服务的医疗机构不得纳入新农合定点范围，对管理混乱的定点医疗机构要及时督查整改，对有科室外包行为的依法依规及时查处，从源头上避免骗取新农合资金行为。广泛宣传全国人民代表大会常务委员会《关于〈中华人民共和国刑法〉第二百六十六条的解释》和《云南省医疗机构管理条例》依法加大对骗取新农合基金等违法违规行为的处罚力度，建立“不能、不敢、不愿”骗取新农合资金的监管体系，确保基金安全。

十三、相关说明

（一）本方案从 2016 年 1 月 12 日起执行，过去其他文件与本方案规定相冲突的内容不再执行。

（二）本方案由师宗县新型农村合作医疗管理办公室负责解释。

（三）取消犬咬伤狂犬疫苗注射的特殊减免补偿政策。

附件：1.师宗县 2015 年农村孕产妇住院分娩补助标准

2.师宗县 2016 年精神疾病患者新农合门诊用药目录

附件 1

师宗县 2015 年农村孕产妇住院分娩补助标准

	乡级		县级	
	顺产、阴道 手术助产	剖宫产	顺产、阴道 手术助产	剖宫产
包干费用 标准	950 元/例	1650 元/例	1650 元/例	2200 元/例
中央农村 孕产妇住 院分娩资 金补助	400 元/例	400 元/例	400 元/例	400 元/例
新农合资 金补助	550 元/例	1250 元/例	1250 元/例	1800 元/例

附件 2

师宗县 2016 年精神疾病患者 新农合门诊用药目录

序号	名称	剂型	规格	厂家	分类
1	右佐匹克隆片	片剂	3mg	成都康弘药	镇静催眠药
2	佐匹克隆片	片剂	7.5mg	齐鲁制药	镇静催眠药
3	阿普唑仑片	片剂	0.4mg*100	江苏恩华 湖南洞庭	镇静催眠药
4	艾司唑仑片	片剂	1mg*100	济川药业 湖南洞庭	镇静催眠药
5	劳拉西泮片	片剂	1mg*28	湖南洞庭	镇静催眠药
6	地西泮片	片剂	2.5mg*24	上海信谊	镇静催眠药
7	氯硝西泮片	片剂	2mg*100	江苏恩华	镇静催眠药
8	地西泮注射液	针剂	10mg*10	上海旭东	镇静催眠药
9	草酸艾司西酞 普兰片	片剂	10mg	四川科伦	抗抑郁药
10	草酸艾司西酞 普兰片	片剂	5mg	山东京卫	抗抑郁药
11	枸橼酸坦度螺 酮胶囊	胶囊	5mg	四川科瑞德	抗抑郁药
12	米氮平片	片剂	15mg	山西康宝	抗抑郁药
13	氢溴酸西酞 普兰片	片剂	20mg	江苏恩华药	抗抑郁药

14	舒肝解郁胶囊	胶囊	0.36g	成都康弘	抗抑郁药
15	盐酸阿米替林片	片剂	25mg	常州四药	抗抑郁药
16	盐酸丁螺环酮片	片剂	5mg	江苏恩华药	抗抑郁药
17	盐酸度洛西汀肠溶片	肠溶片	20mg	上海中西	抗抑郁药
18	盐酸氟西汀胶囊	胶囊	20mg	山西仟源	抗抑郁药
19	盐酸氟米帕明片	片剂	25mg	湖南洞庭 江苏恩华	抗抑郁药
20	盐酸帕罗西汀片	片剂	20mg	浙江华海 浙江尖锋	抗抑郁药
21	盐酸舍曲林片	片剂	50mg	辉瑞制药	抗抑郁药
22	盐酸文拉法辛缓释片	缓释片	75mg	成都康弘药	抗抑郁药
23	盐酸文拉法辛胶囊	胶囊	25mg	成都倍特	抗抑郁药
24	阿立哌唑口腔崩解片	口腔崩解片	5mg	成都康弘	抗精神病药
25	阿立哌唑片	片剂	10mg	上海中西	抗精神病药
26	奥氮平片	片剂	10mg	江苏豪森	抗精神病药
27	奥氮平片	片剂	5mg	江苏豪森	抗精神病药
28	奋乃静片	片剂	4mg	南京白敬宇上 海朝晖	抗精神病药

29	富马酸喹硫平片	片剂	0.1g	100mg*30	抗精神病药
30	富马酸喹硫平片	片剂	0.2g	湖南洞庭药	抗精神病药
31	利培酮分散片	分散片	1mg	江苏恩华	抗精神病药
32	利培酮口腔崩解片	口腔崩解片	1mg	吉林西点	抗精神病药
33	氯氮平口腔崩解片	口腔崩解片	25mg	江苏恩华	抗精神病药
34	氯氮平片	片剂	25mg	常州制药	抗精神病药
35	舒必利片	片剂	0.1g	湖南洞庭 常州康普 江苏天士力	抗精神病药
36	舒必利注射液	注射液	2ml:100mg	湖南洞庭	抗精神病药
37	五氟利多片	片剂	20mg	江苏恩华	抗精神病药
38	盐酸氯丙嗪片	片剂	50mg*100	西南药业 重庆科瑞	抗精神病药
39	盐酸多塞平片	片剂	25mg	常州康普	抗焦虑药
40	氯普噻吨片	片剂	25mg*100	上海信谊	抗焦虑药
41	奥卡西平片	片剂	0.3g	北京四环	抗癫痫药
42	丙戊酸镁缓释片	缓释片	0.25g	湖南省湘中	抗癫痫药
43	丙戊酸钠片	片剂	200mg	山东方明	抗癫痫药
44	癫痫康胶囊	胶囊	0.3g	亚宝药业太	抗癫痫药

45	癫痫平片	片剂	0.3g	四川诺迪	抗癫痫药
46	卡马西平片	片剂	0.2g	北京诺华	抗癫痫药
47	左乙拉西坦片	片剂	0.25g	比利时	抗癫痫药
48	苯妥英钠片	片剂	0.1g*100	天津力生 西南药业	抗癫痫药
49	氟哌啶醇	注射剂	5mg*5	湖南洞庭	抗精神病药

师宗县人民政府办公室

2016年1月20日印发
