

摘要

甘肃省新农合制度 2008 年普遍建立，到 2016 年年底与甘肃省各市州城镇居民医疗保险制度合并，成为统一的城乡居民社会医疗保险制度，这一合并标志着我省社会医疗保障制度的一大进步，具有里程碑的意义。在这个关键的时间节点上，本报告对甘肃省 2008-2016 年的新农合运行状况进行评价，为各级政府部门及管理机构进一步推进和完善城乡居民医疗保障制度建设提供参考和借鉴。评价结果如下（如无特别说明，时间跨度均为 2008-2016 年）：

甘肃省新农合卫生服务利用情况：（1）**参合率**。参合率逐年上升，从 93.20% 提高到 98.53%；2016 年全省 14 个市州参合率均达到 98% 以上。（2）**参合收益率**。参合受益率呈逐年上升，住院受益率从 5.42% 提高到 13.90%，门诊受益率由 0.57% 提高到 230.86%。（3）**住院病人去向**。住院就医服务主要集中在县内医疗机构，乡级医疗机构住院比重在 2016 年有所提高，分级诊疗政策已经初见成效。（4）**门诊病人去向**。门诊病人主要集中在村级医疗机构，但有向乡县级医疗机构外流的趋势。

甘肃省新农合筹资与资金平衡情况：（1）**筹资与补偿水平**。筹资标准不断提高，人均筹资总额从 90 元提高到 540 元；基金筹资总额与基金补偿总额均逐年提高，从 12.56 亿元提高到 98.54 亿元。（2）**主要筹资来源**。中中央财政所占的比例逐年提高，地方财政所占的比例逐渐降低，2016 二者分别占 55.56%、22.22%。（3）**资金平衡状况**。2008-2011 年结余率比较高，2012 年以后保持在 10% 左右，在合理区间。（4）**基金支出结构**。新农合基金支出中，以住院补偿支出为主，2010-2016 年住院补偿金额所占比例有所降低，但仍然达到 86.84-82.59%（5）**住院补偿基金去向**。住院补偿基金约一半流向县外医疗机构，2016 年有所降低，原因与分级诊疗政策的实施有关。（6）**门诊补偿基金去向**。门诊补偿基金主要流向村级、乡级医疗机构，这两级医疗机构接受了 90% 以上的门诊补偿基金。

甘肃省新农合农民疾病负担情况：（1）**住院报销情况**。住院报销起付线、封顶线、报销比例逐年提高。（2）**人均补偿金额**。参合农民从新农合制度中获得的补偿占其纯收入的比重多年来持续增长，总体收益水平不断提高。（3）**次均费用占年均纯收入比例**。

次均住院费用增加，但占农民年均纯收入比例逐年降低，因此参合农民住院经济负担有所减轻。**(4) 实际补偿比。**住院实际补偿比和门诊实际补偿比均逐步提高，病人经济负担减轻。

甘肃省新农合成本效果情况：**(1) 增速与总量。**政府对新农合的投入量增长迅速，但总量绝对值仍然偏低，地方政府需要继续加大投入力度。**(2) 政府投入的拉动作用。**随着政府投入的增加，新农合筹资难度降低，农民就医负担减轻，新农合参合率、农民受益率、门诊及住院补偿比例均随之增加。**(3) 分级诊疗。**随着政府新农合基金的投入，基层医疗机构就诊的病人比例并没有随之增加甚至县内医疗机构住院补偿金额所占比例与政府投入负相关，新农合病人分级诊疗任务艰巨。

目 录

引言	1
1 概述	3
1.1 评价背景	3
1.2 相关概念	6
1.3 资料来源	7
1.4 技术路线	8
2 甘肃省新农合卫生服务利用评价	10
2.1 参合率	10
2.2 参合受益率	11
2.3 住院病人去向	13
2.4 门诊病人去向	16
3 甘肃省新农合筹资与基金平衡评价	18
3.1 筹资与补偿水平	18
3.2 主要筹资来源	19
3.3 基金平衡状况	20
3.4 基金支出结构	21
3.5 住院补偿基金流向	22
3.6 门诊补偿基金流向	22
4 甘肃省新农合农民疾病经济负担评价	24
4.1 住院报销起付线、封顶线、报销比例	24
4.2 人均补偿金额	24
4.3 次均费用占年均纯收入比例	25
4.4 住院实际补偿比	28
4.5 门诊实际补偿比	30
5 甘肃省新农合成本效果评价	34

5.1 分析方法	34
5.2 分析结果	35
5.3 讨论	39
6 甘肃省各地新农合实施方案评价	40
6.1 方案收集情况	40
6.2 方案内容概述	40
6.3 支付方式分析	44
参考文献	47
附件：甘肃省各地典型新农合实施方案	51
附件 1 定西市安定区新农合深化支付方式改革实施方案	51
附件 2 甘南州新农合州级统筹暨支付方式改革实施方案	62
附件 3 陇南市礼县新农合实施方案	75

引言

2016年，在全国卫生与健康大会上习近平总书记指出：“没有全民健康，就没有全面小康”。建立和完善农村医疗保障制度，是农村发展的一项基础性工作。在党的十九大报告中，习近平总书记又明确指出：“新时代我国社会主要矛盾是人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾”。农村医疗保障制度的建立，有利于减轻农民的医疗负担，缓解农民因病致贫的问题，从根本上切断病贫循环的链条，是消除农村贫困的一项重要制度安排。

2003年我国启动新型农村合作医疗（以下简称新农合）试点工作，2014年大陆地区基本达到了“应保尽保”的目标。新农合是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。它的重大突破在于明确了各级政府的资金补助职责，彻底改变了传统的农村合作医疗制度，改善了广大农民的就医环境，农民较之前享有更优越的医疗资源，进一步缓解了农民看病难的问题，并在一定程度上缓解了城乡之间长期存在的不公平现象，逐步实现农村居民与城镇居民享受同样的医疗费用补偿。

甘肃省新农合制度2008年普遍建立，到2016年年底与甘肃省各市州城镇居民医疗保险制度合并，成为统一的城乡居民社会医疗保险制度，这一合并标志着我省社会医疗保障制度的一大进步，具有里程碑的意义。在这个关键的时间节点上，对甘肃省2008-2016年的新农合运行状况进行评价，为各级政府部门及管理机构进一步推进和完善城乡居民医疗保障制度建设提供参考和借鉴，无疑具有重要的现实意义。

本评价报告的时间跨度为2008-2016年，相关资料包括2008-2016年甘肃全省及2016年甘肃省14个市州的新农合制度运行情况的相关资料，资料主要来源于卫生部新型农村合作医疗研究中心、甘肃省统计年鉴、甘肃省政府公报、甘肃省卫生统计信息资料、甘肃省卫生财务年报、甘肃省各级新农合经办机构。部分数据来源于课题组的调查。

评价内容包括甘肃省新农合卫生服务利用评价，筹资与资金平衡评价，农民疾病经

济负担评价，成本效果评价、各地实施方案评价等。

研究方法包括文献研究法、描述性统计分析法、相关和回归分析法、加权 TOPSIS 法、问卷调查法、关键知情人访谈法等。

1 概述

2003年甘肃省开始推行新农合制度以来，相关制度及配套措施逐渐完善，服务可及性日益提高，为保障甘肃农民的健康、减轻农民就医负担、促进甘肃农村社会经济的稳定与发展方面发挥了重要作用。

对我省新农合运行情况特别是近年来的实际效果进行评价，掌握新农合运行的实际效果，提炼成功的经验，分析不足之处，为政府及相关部门的决策及管理提供依据，无疑具有重要的理论价值和现实意义。

1.1 评价背景

甘肃省新农合的发展经历了如下发展阶段：

(1) 试点阶段

2003年甘肃省积极响应国家政策，省政府负责制定了新农合和医疗救助管理办法，市（州、地）政府结合当地实际制定实施意见，县人民政府制定具体实施方案，以县（市、区）为单位组织实施。甘肃省率先在山丹、灵台等5县开展新农合试点工作，揭开了甘肃省新农合大幕，为甘肃省新农合制度建立、推广、深化积累了丰富的经验。

2004年，甘肃省要求新农合基金的管理必须坚持“以收定支、收支平衡、超支不补、结余留用”的原则，坚持公开、公平、公正的原则。必须专款专用，专户储存，不得挤占挪用。合作医疗基金依据其用途可分为家庭账户资金、住院账户基金和风险基金三部分。家庭账户基金主要用于家庭成员门诊医药费用补助和住院所发生的医药费用的自付部分，一般控制在总基金的10%-30%，并可进行累积。住院账户基金主要用于农民因大病住院发生的医药费用的补助，一般控制在总基金的70%-80%。风险基金主要用于弥补住院账户基金超支部分和因住院发生的特大额医药费用的补助，一般控制在总基金的5%-10%。

2005年，甘肃省率先开展新农合城市郊区农村试点工作，先在嘉峪关市试点。省级财政按参合农民每人每年5元补助，嘉峪关市财政按参合农民每人每年不低于15元的标准补助，补助资金从2005年起列入各级财政预算。甘肃省新增天水市武山县等9县

为试点县，甘肃省新农合试点县（区、市）扩大到 14 个，新农合覆盖范围、参合人数不断提高。甘肃省提高新农合人均筹资额度并且率先开展定点医疗机构现场直报制度。新农合人均财政补助比上一年度提高 10 元，个人缴纳费用不变，没有增加农民负担。现场直报制度的开展既简化了农民报销流程，方便参合农民报销又便于新农合管理机构和定点医疗机构的审核，提高了办事效率。甘肃省全面推进农村贫困家庭医疗救助制度的实施，主动将医疗救助制度与新型农村合作医疗制度有机结合。同时，对因患大病严重影响其家庭基本生活的农民给予救助。

2006 年，甘肃省新增兰州市永登县等 38 个县市区为试点县，新农合试点县（区、市）扩大到 52 个，制度覆盖率达到 68.24%。甘肃省率先统一了全省的新农合住院统筹补偿方案，率先规范统一了全省的新农合药品目录（试行）和诊疗项目目录，缩小了地区间的差异，充分体现新农合保障制度的公平性。甘肃省对定点医疗机构用药做出规定，指出参合人员就诊时要使用基本药品目录中药品，使用非基药时，要征求患者或患者家属意见并签字。对门诊处方用药实行定量管理，单人次门诊处方用药量急诊患者不得超过 3 日；普通患者不得超过 7 日。同时定点医疗机构要严格控制出院带药量，可根据病情需要带治疗本次住院疾病 7 日量的药品。通过加强对定点医疗机构的监管，有效控制医药费用的不合理增长。

2007 年，甘肃省新增庄浪等 33 个县市区为试点县市区，至此，甘肃省新农合制度覆盖全部农村地区，提前完成新农合全覆盖目标。甘肃省提高参合农民受益水平，使参合农民的实际补偿比例平均达到 40%以上，基金年度结余控制在 20%以内。甘肃省在新农合实现全覆盖的基础上，将高血压、糖尿病、慢性肾炎、甲亢等慢性重大疾病门诊纳入新农合统筹基金补偿范围，扩大了新农合的受益面。甘肃省积极探索门诊基金统筹管理使用、门诊现场直报和住院、门诊“一本通”等方式，努力提高家庭门诊账户基金的使用率，减少门诊基金结余，提高了农民受益水平。

（2）发展阶段

2008 年，甘肃省在全省范围内普遍建立新农合制度，率先开展“大病统筹+门诊统筹”模式的试点工作，在金川区率先开展新农合与城镇居民基本医疗保险相衔接的试点工作。2009 年，甘肃省实行药品统一招标采购，统一配送给新农合定点医疗机构，统一规定药品价格，控制了药品费用的过快增长，减轻了农民疾病负担。合管办通过与定点医疗机构签订协议，开展宣传教育，加强医德风等措施，加强对供方的监督。各县新型

农村合作医疗资金管理设立了财政专户，“帐”与“管钱”分离，收支两条线，资金在筹集上使用由市财政局统一设计、监制的“新型农村合作，医疗统一收据”，作为收取农民个人统筹金的凭证。在管理上所有资金纳入国库集中核算。资金使用与支付过程中，设立了新型农村合作医疗专职管理员，专门负责资金结报联络，以保证资金结报及时，在报销时能做到人人审核。经办机构人员的经费纳入同级财政预算。新型农村合作医疗制度的管理和运行机制初步形成，运行平稳。

2010年，甘肃省启动新农合信息系统与医疗机构 HIS（医院信息系统）对接工程，既提高了新农合的服务能力和管理水平，又实现全省的资源共享、信息互通，提高了信息的利用率。2011年，甘肃省全面推行新农合“一卡通”工作，实现新农合筹资、补偿、药品目录、审核流程、结算票据、管理制度的“六统一”，在全省范围内实现了新农合的网络化、科学化、规范化、制度化管理。甘肃省全面启动按病种付费、总额预付制等多种支付方式改革。按照分级医疗的原则，在国家公布的临床路径病种基础上，全省县级以上公立医院从中选择不少于 10 个病种开展住院按病种付费试点；对于未纳入按病种付费范围的病种，探索按项目付费与按床日付费相结合的混合支付方式。甘肃省扩大了重大疾病的救助的病种范围，在全省全面推行提高儿童白血病、先天性心脏病、妇女宫颈癌、乳腺癌、重性精神病、耐多药肺结核、终末期肾病、先天性耳聋等疾病医疗保障水平的试点工作。提高了重特大疾病的新农合报销补偿水平，有效缓解了参合农民因患大病而致贫、返贫的状况。

2012年，甘肃省全省范围内实现门诊统筹的全覆盖，并将门诊特殊病种提高到 33 种，大大提高了新农合的受益面，引导参合农民有病早治，避免小病养成大病而给农民带来的经济负担。甘肃省实现新农合省级医疗机构即时结报，至此，实现了全省各级医疗机构即时结报，最大限度的方便参合农民就医、报销。甘肃省实行新农合支付方式改革，门诊实行总额预付制和按人头付费制度，住院实行总额预付制与按病种付费制度。通过支付方式改革，提高了新农合基金使用效率，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨，促进病人合理分流。

2013年，甘肃省进一步优化统筹补偿方案，提高保障水平。将政策范围内住院费用报销比例提高到 75%左右，进一步提高统筹基金最高支付限额和门诊医药费用报销比例。适当拉开不同级别医疗机构间的门诊和住院报销比例，将门诊逐步引向乡村医疗机构，将住院主要引向县乡两级医疗机构，引导农民合理就医。

（3）深化阶段

2014年，甘肃省开展分级诊疗试点工作，并取得初步成效，试点地区县域外就诊比例较往年有了明显下降，新农合实际报销比例有了明显提升。甘肃省新农合深化支付方式改革在将支付方式由单纯的按项目付费向混合支付方式转变的基础上，健全和完善了支援农村卫生工程等医师多点执业配套管理措施，通过提高支援农村卫生工程等医师多点执业医师门诊诊疗费新农合支付标准，并为“三类医师”支付指导费，确保分级诊疗制度全面有效落实。甘肃省实施新农合网上监督管理，加强对基金管理、定点医疗机构医疗质量、双向转诊、用药和收费行为的监管，对重点数据实行红线预警管理。实现了全省各级卫生计生行政部门、新农合管理部门、经办机构、定点医疗机构的新农合信息网络全覆盖并与新农合一卡通、健康档案无缝联接，进一步提高新农合管理水平，确保医疗机构服务规范、收费合理，实施“先看病、后付费”的就医模式，实现医疗费用即时结报、省内异地结报，使分级诊疗工作取得实效，方便群众就医看病。甘肃省对新农合报销药品和诊疗项目进行了更新，新更新的药品目录增加了中成药、民族药、陇药等地产药品，新增31种重大疾病病种，纳入全省新农合重大疾病保障范围病种达到50种。新版诊疗项目和药品目录，保障了新农合制度持续健康发展，适应并满足新农合患者不断变化的就医和用药需求。

2015年甘肃省全面开始实施分级诊疗制度。根据全省县乡两级医疗机构疾病谱排序分析数据，初步确定了县级医疗机构100个分级诊疗病种和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）50个分级诊疗病种，取近三年平均值后初步确定了各个病种的定额费用标准，严格实行分级诊疗补偿原则，充分发挥新农合补偿政策的监督和指导作用，设置不同报销比例，严格控制越级诊疗，以实现90%的病人县内就医的目标。通过分级诊疗的实施进一步推动医改向纵深发展，综合运用医疗、医保、价格等手段引导患者在基层就医，推动形成基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医新格局，并通过优质医疗资源的合理分配在城市大医院和基层医疗机构之间建立固定、有序、紧密的多点执业联系关系，帮助县级医疗机构加快专科建设，帮助基层医疗机构快速提升服务能力，切实缓解群众“看病难、看病贵”问题。甘肃省新农合对定点医疗机构恶意违规收费行为、成本性违规收费行为、项目性违规收费行为实行基金扣减办法，保障了新农合基金安全、合规的使用，提高基金使用效率，减轻参合农民医疗费用负担。

1.2 相关概念

本评价中用到的主要概念及含义见表 1-1。

表 1-1 相关概念及含义

概念	含义
人均筹资水平	指每年实际到位的新农合筹资总额与参合人数的比值。
人均缴费	指实际到位的筹资总额中，农村居民个人缴费金额与参合人数的比值。
参合率	指参合人数与当地农业人口数的比值。
受益率	指年度累计补偿人次与年度参合农民人数的比值。
个人缴费占人均可支配收入的比重	指个人缴费与人均纯收入的比值。
基金使用率	指每年新农合的基金支出总额占当年筹资总额的比重。
实际补偿比	指补偿金额与总费用的比值。
住院费用	指参合农民在医疗机构住院发生的直接经济费用，包括化验费、检查费、住院床位费、手术费、药品费等，即居民在住院期间支付给医院的费用。
住院实际补偿比	指参合农民次均住院补偿费用占次均住院费用的比值。
门诊费用	指参合农民在医疗机构门诊接受医疗卫生服务发生的直接经济费用。
门诊实际补偿比	指参合农民次均门诊补偿费用占次均门诊费用的比值。
县级以上医疗机构	理论上指卫生计生行政部门认定的等级为三级的医院，本研究中，为了便于统计，认为“县外医疗机构”均是“县级以上医疗机构。”
加权 TOPSIS 法	TOPSIS 法是 technique for order preference by similarity to ideal solution 的缩写，意为与理想方案相似性的顺序选优技术，是多指标综合评价的一种常用方法，可用于效益评价、卫生决策和卫生事业管理等多个领域。本研究中对多个评价指标设定权重，再使用 TOPSIS 法，故称为加权 TOPSIS 法，是一种改良后的 TOPSIS 法。

1.3 资料来源

相关资料包括 2008-2016 年甘肃全省及 2016 年甘肃省 14 个市州的新农合制度运行情况的相关资料，资料主要来源于卫生部新型农村合作医疗研究中心、甘肃省统计年鉴、甘肃省人民政府公报、甘肃省卫生统计信息资料、甘肃省卫生财务年报、甘肃省各级新农合经办机构。

部分数据来源于课题组的调查。调查包括：课题组设计《甘肃省新型农村合作医疗运行情况调查问卷》，在甘肃省新农合管理中心的协助下，通过电子邮件对甘肃省全省共 86 个县（区/市）的合管局/办进行问卷调查，由县级新农合局/办负责人填写后，以

电子邮件的方式发送给课题组。经数据核对和逻辑校验，共回收 50 份合格问卷，占甘肃省县级单位总数的 58.14%。这 50 个县（区/市）覆盖了甘肃省全部 14 个市（州），能够比较全面地反映甘肃省全省的情况。

课题组对甘肃省合管中心及 9 个县（区/市）合管部门领导、业务骨干及部分定点医疗机构领导、医务人员的访谈，访谈重点是甘肃省新农合制度取得的成绩、存在的问题和政策建议。

1.4 技术路线

本评价的技术路如图 1-1 所示。

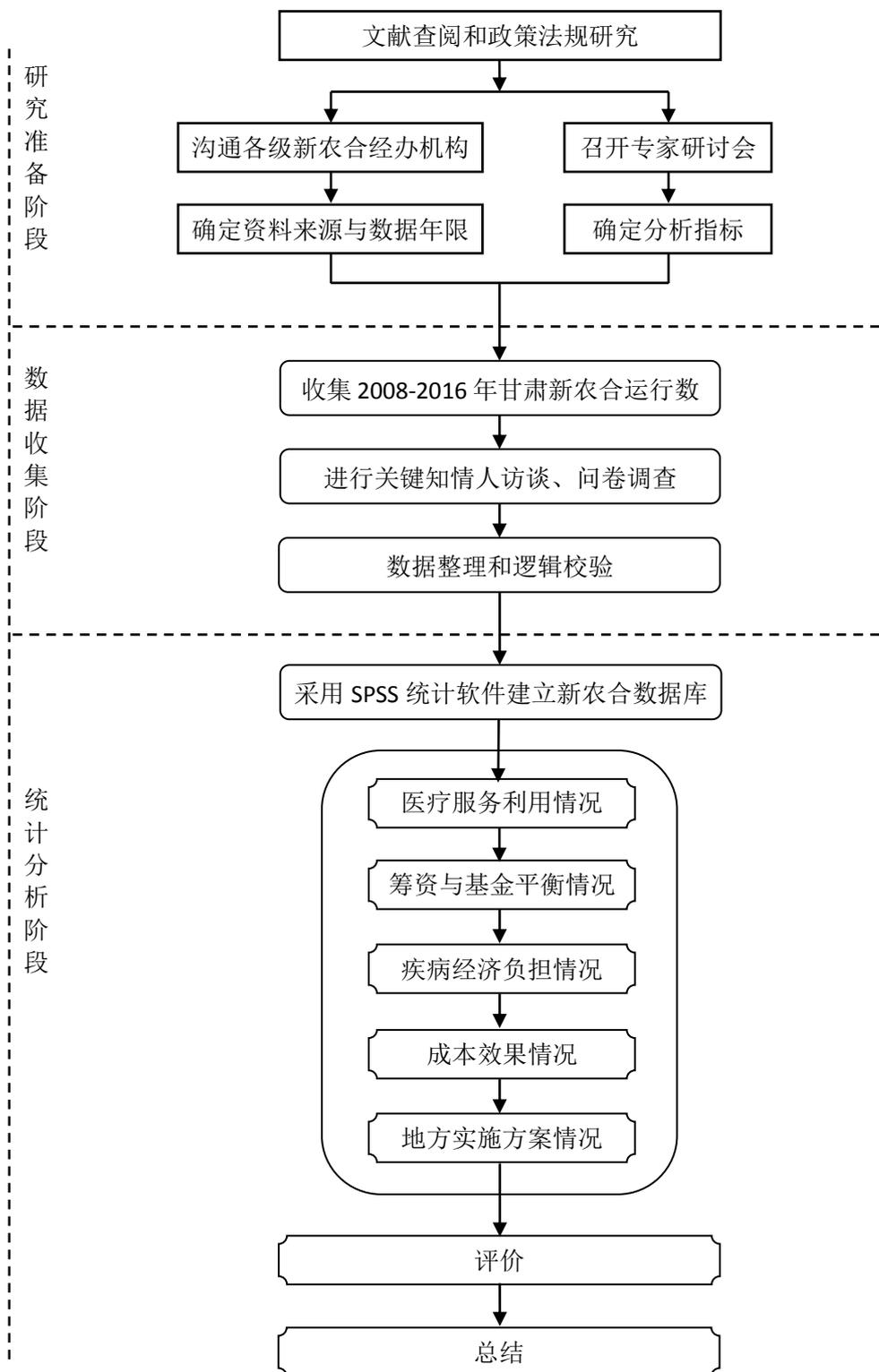


图 1-1 评价的技术路线图

2 甘肃省新农合卫生服务利用评价

2.1 参合率

(1) 纵向趋势

2008-2016年，甘肃省农村居民新农合参合率逐年上升，从2008年的93.20%提高到2016年的98.53%（图2-1）。

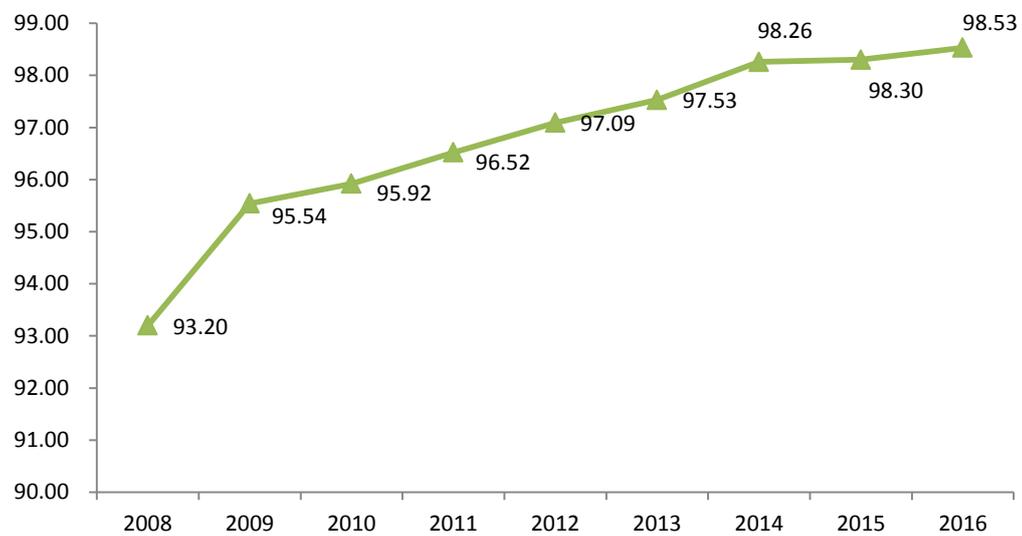


图 2-1 2008-2016 年甘肃省农民新农合参合率 (%)

(2) 横向比较

2016年全省14个市州新农合参合率均达到98%以上，武威市参合率最高，为99.20%，兰州市为98.05%（表2-1）。

表 2-1 2016 年各市州新农合参合率

市州	应参合人数	实际参合人数	参合率 (%)
兰州市	1152911	1130446	98.05
嘉峪关市	20011	19773	98.81
金昌市	226500	222744	98.34
白银市	1235142	1220084	98.78
天水市	2896654	2848343	98.33
武威市	1406829	1395607	99.20
张掖市	956498	944603	98.76
平凉市	1760336	1737150	98.68
酒泉市	630364	622454	98.75
庆阳市	2173914	2144025	98.63
定西市	2382912	2338307	98.13
陇南市	2284270	2243560	98.22
临夏州	1585835	1567651	98.85
甘南州	532591	526850	98.92
合计	19244767	18961597	98.53

参合率反映了农民参加新农合的积极程度,拥有一定规模的参合人数和较高的参合率是新农合制度可持续发展的基础。2008-2016年,甘肃省新农合参合率和参合人数呈逐年上升趋势。根据《中国卫生和计划生育统计年鉴 2015》,2014年全国农村居民新农合参合率为 98.90%,甘肃省同年为 98.26%,基本达到了全国平均水平。甘肃省农村居民 2010 年以后基本做到了新农合应保尽保。

2.2 参合受益率

2008-2016 年甘肃省新农合参合农民受益人次及受益率呈逐年提高的趋势。2008-2016 年,甘肃省新农合住院受益率由 5.42%增加到 13.90%,门诊受益率由 0.57%增加到 230.86%。甘肃省参合农民的受益人数逐年增加,总受益人次从 2008 年的 111.87 万人次提高到 2016 年的 4576.48 万人次;2016 年住院受益率、门诊受益率、合计受益率分别达到 13.90%、230.86%、244.76% (表 2-2)。

表 2-2 2008-2016 年甘肃省新农合参合农民受益情况

年份	参合人数 (万人)	总受益人次 (万人次)	住院总人次 (万人次)	门诊总人次 (万人次)	受益率 (%)		
					住院	门诊	合计
2008	1869.12	111.87	101.24	10.62	5.42	0.57	5.99
2009	1906.92	220.60	119.94	100.65	6.29	5.28	11.57
2010	1910.32	1580.65	121.15	1459.50	6.34	76.40	82.74
2011	1918.27	2778.39	140.04	2638.35	7.30	137.54	144.84
2012	1921.50	3743.60	176.79	3566.81	9.20	185.63	194.83
2013	1930.34	3812.91	197.53	3615.37	10.23	187.29	197.53
2014	1925.92	3558.03	208.31	3349.72	10.82	173.93	184.74
2015	1909.30	4151.76	229.93	3921.83	12.04	205.41	217.45
2016	1896.15	4576.48	263.56	4377.42	13.90	230.86	244.76

2016年各市州新农合住院受益率最高的是金昌市，为20.31%，最低的是甘南州，为9.46%；门诊受益率最高的是武威市，为361.30%，最低的是金昌市，为58.14%；合计受益率最高的是武威市，为376.41%，最低的是金昌市，为78.45%（表2-3）。

表2-3 2016年各市州新农合参合农民受益情况

市州	参合人数	总补偿人次	住院总人次	门诊总人次	受益率(%)		
					住院	门诊	合计
兰州市	1130446	2234143	146606	2087537	12.97	184.66	197.63
嘉峪关市	19773	64691	3352	61339	16.95	310.22	327.17
金昌市	222744	174744	45235	129509	20.31	58.14	78.45
白银市	1220084	3763565	139847	3623718	11.46	297.01	308.47
天水市	2848343	9888496	335967	9552529	11.80	335.37	347.17
武威市	1395607	5253208	210841	5042367	15.11	361.30	376.41
张掖市	944603	3010763	135836	2874927	14.38	304.35	318.73
平凉市	1737150	4533973	273402	4260571	15.74	245.26	261.00
酒泉市	622454	1408308	94304	1314004	15.15	211.10	226.25
庆阳市	2144025	3922828	259319	3663509	12.09	170.87	182.97
定西市	2338307	4299059	387770	3911289	16.58	167.27	183.85
陇南市	2243560	4214906	295362	3919544	13.16	174.70	187.87
临夏州	1567651	3044850	257943	2786907	16.45	177.78	194.23
甘南州	526850	596341	49837	546504	9.46	103.73	113.19
合计	18961597	46409875	2635621	43774254	13.90	230.86	244.76

在2009年新医改政策实施以后，随着门诊统筹的增加，有效地提高了门诊卫生服务的利用，参合农民的门诊人次明显增加，门诊补偿比例也显著提高，进一步扩大了新农合受益率，降低了新农合门诊报销起付线，引导参合农民有病早治，减少了不必要的住院，对于提高新农合资金使用效益和参合农民健康水平具有重要意义。同时，甘肃省各级政府配套建立医疗救助制度，资助贫困农民参加并享受合作医疗。为促进农村居民住院分娩，新农合将住院分娩纳入到补偿范围，将普通门诊费用列入补偿的范围。通过开展特殊大病门诊等措施，保障慢性病患者得到长期稳定的治疗。

新农合不仅减少了农民居民的医疗支出，减轻了农村居民的疾病经济负担，而且提高了参合农民的就医积极性，促进了参合农民对医疗卫生服务的利用，有效缓解了由于经济原因所导致的应住院而未住院的现象，有病及时治疗，减少因小病演变成大病而增长患者的医药费用负担，提高了新农合基金的利用效率。

新农合受益率逐年提高一方面体现了新农合制度保障范围的不断扩大，另一方面也反映了农村就医需求的逐步释放。参合农民受益率是一个适度指标，过高或过低都不能正确地反映医疗服务需求，都会影响参合农民的受益效果。

2.3 住院病人去向

2008-2016年甘肃省参合农民住院就医服务主要集中在县内医疗机构，县级医疗机构住院病人所占比例逐年增加。2008-2016年乡级医疗机构住院人次所占比例从46.80%降低到25.03%，县级医疗机构从37.66%提高到55.90%（县内医疗机构住院人次所占比例从84.46%降低到80.93%），县外医疗机构（主要是市级及省级医院）从15.54%提高到19.07%（表2-4，图2-2）。

2015年以前，县级医疗机构及县外医疗机构住院服务比重呈现逐年上升的趋势，乡级医疗机构住院服务比重则逐年降低。2015年以后，这一趋势有所改变，县外医疗机构住院比重连续两年保持下降，乡级医疗机构住院比重在2016年有所提高，县级医疗机构住院比重继续提高。参合农民就医流向的变化一方面反映了参合农民的就医需求，另一方面也与基层医疗机构的功能定位、体系建设、服务能力以及统筹补偿方案的调整有很大的关系。2015年以后甘肃省新农合住院病人流向的变化，说明2015年起甘肃省开始实施的以新农合政策为杠杆，引导病人合理使用基层医疗资源的分级诊疗政策已经初见成效。这一政策的实施已经改变了前几年住院病人日益集中在三级医院的趋势，有利于提高医疗资源的使用效率。但是就目前来看，住院病人在乡级医疗机构接受服务的比重仍然偏低，提示甘肃省政府部门应该继续加大对乡级医疗机构的建设和人才培养，提高乡级医疗机构的服务能力，并进一步加大分级诊疗政策的实施力度，引导病人更多地利用基层医疗机构的卫生服务。

表 2-4 2008-2016 年甘肃省新农合住院病人流向

年份	住院总人次	乡级医疗机构		县级医疗机构		县外医疗机构	
		人次	比例 (%)	人次	比例 (%)	人次	比例 (%)
2008	1012425	473770	46.80	381289	37.66	157366	15.54
2009	1199430	513084	42.78	480321	40.05	206025	17.18
2010	1211516	458971	37.88	497350	41.05	255195	21.06
2011	1400414	468329	33.44	604330	43.15	327755	23.40
2012	1767858	559963	31.67	787366	44.54	420529	23.79
2013	1975345	547141	27.70	932821	47.22	495383	25.08
2014	2083139	537206	25.79	1017849	48.86	528084	25.35
2015	2299339	572444	24.90	1214990	52.84	511905	22.26
2016	2635621	659606	25.03	1473231	55.90	502723	19.07

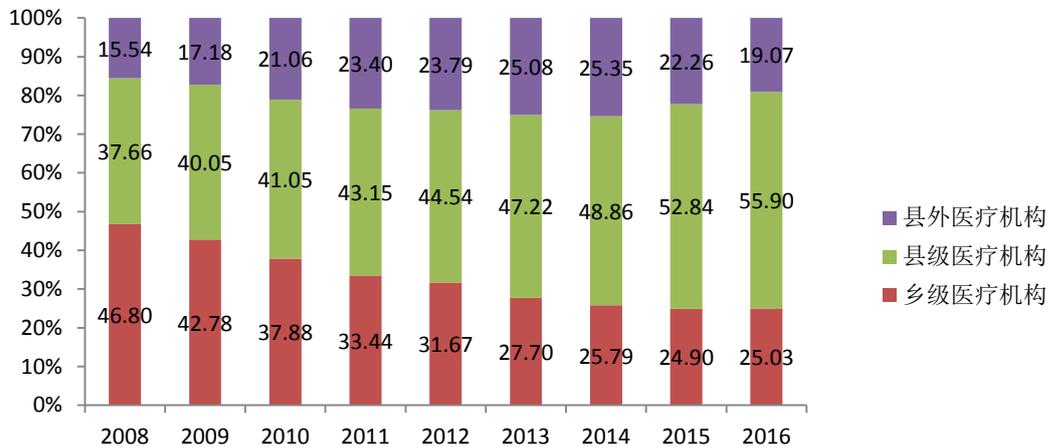


图 2-2 2008-2016 年甘肃省新农合住院人次流向构成 (%)

从 2011 年开始，甘肃省规定部分重大疾病可以转诊直接到三级医院住院治疗，2011-2016 年县外医疗机构住院病人中，重大疾病的病人比例逐年增加，从 2011 年的 0.47% 增加到 2016 年的 18.86% (表 2-5，图 2-3)。

表 2-5 2011-2016 年甘肃省新农合县外医疗机构住院病人构成

年度	病例总数	一般疾病		重大疾病	
		病例数	比例 (%)	病例数	比例 (%)
2011	327755	326206	99.53	1549	0.47
2012	420529	405590	96.45	14939	3.55
2013	495383	444243	89.68	51140	10.32
2014	528084	466066	88.26	62018	11.74
2015	511905	437653	85.49	74252	14.51
2016	502784	407945	81.14	94839	18.86

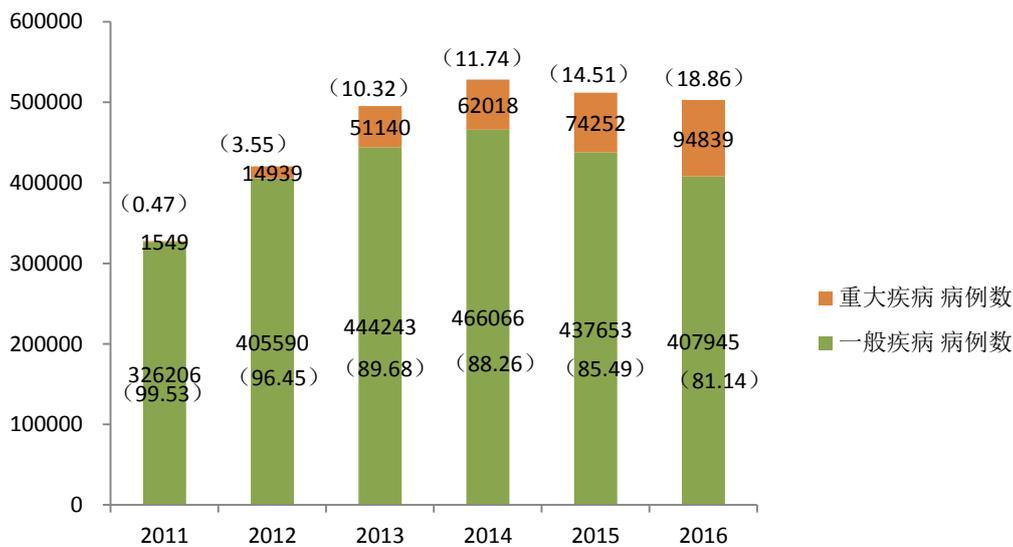


图 2-3 2011-2016 年甘肃省新农合县外医疗机构住院病人数量 (%)

2016 年各市州新农合住院病人在乡级医疗机构住院的比例最高的是金昌市, 为 41.56%, 最低的是甘南州, 为 1.72%; 县级医疗机构住院病人比例最高的是平凉市, 为 64.03%, 最低的是庆阳市, 为 40.00%; 县外医疗机构住院病人比例最高的是甘南州, 为 35.53%, 最低的是嘉峪关市, 为 0.39% (表 2-6)

表 2-6 2016 年各市州新农合住院病人流向

市州	住院总人次	乡级医疗机构		县级医疗机构		县外医疗机构	
		人次	比例 (%)	人次	比例 (%)	人次	比例 (%)
兰州市	146606	21469	14.64	93819	63.99	31318	21.36
嘉峪关市	3352	1232	36.75	2107	62.86	13	0.39
金昌市	45235	18800	41.56	22326	49.36	4109	9.08
白银市	139847	27602	19.74	82102	58.71	30143	21.55
天水市	335967	48272	14.37	199358	59.34	88337	26.29
武威市	210841	53438	25.35	106429	50.48	50974	24.18
张掖市	135836	32886	24.21	85168	62.70	17782	13.09
平凉市	273402	63156	23.10	175055	64.03	35191	12.87
酒泉市	94304	21700	23.01	58008	61.51	14596	15.48
庆阳市	259319	83888	32.35	103718	40.00	71713	27.65
定西市	387770	130207	33.58	211653	54.58	45910	11.84
陇南市	295362	72955	24.70	172979	58.57	49367	16.71
临夏州	257943	83145	32.23	129234	50.10	45564	17.66
甘南州	49837	856	1.72	31275	62.75	17706	35.53
合计	2635621	659606	25.03	1473231	55.90	502723	19.07

2.4 门诊病人去向

甘肃省新农合门诊病人主要集中在村级医疗机构，但是病人流向有逐年变化趋势。2008-2016 年村级医疗机构门诊人次所占比例从 77.38%降低到 60.55%，乡级医疗机构从 20.32%提高到 34.07%，县级医疗机构从 2.30%提高到 5.38%（表 2-7，图 2-4）。

表 2-7 2008-2016 年甘肃省新农合门诊病人流向

年度	门诊总人次	村级医疗机构		乡级医疗机构		县级医疗机构	
		人次	比例 (%)	人次	比例 (%)	人次	比例 (%)
2008	106247	82212	77.38	21593	20.32	2442	2.30
2009	1006529	738013	73.32	266786	26.51	1730	0.17
2010	14594983	8790662	60.23	5586860	38.28	217461	1.49
2011	26383488	14349510	54.39	10602106	40.18	1431872	5.43
2012	35668131	20614376	57.79	14515398	40.70	538357	1.51
2013	36153732	20870482	57.73	14675774	40.59	607476	1.68
2014	33497183	18459261	55.11	14692037	43.86	345885	1.03
2015	39218301	22388010	57.09	15715700	40.07	1114591	2.84
2016	43129208	26114147	60.55	14692571	34.07	2322490	5.38

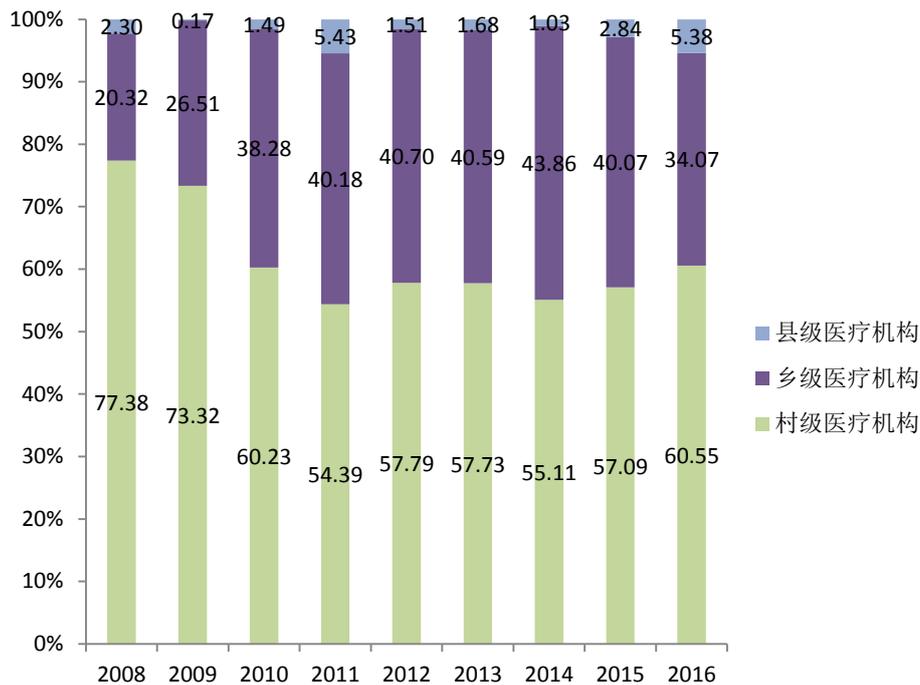


图2-4 2008-2016年甘肃省新农合门诊病人流向 (%)

2016年各市州新农合门诊病人村级医疗机构就医人次所占比例最高的是天水市,为74.53%,最低的是甘南州,为4.44%;乡级医疗机构就医人次所占比例最高的是临夏州,为61.08%,最低的是平凉市,为16.31%;县级医疗机构就医人次比例最高的是甘南州,为40.55%(表2-8)。

表2-8 2016年各市州新农合门诊病人流向

市州	门诊总人次	村级医疗机构		乡级医疗机构		县级医疗机构	
		人次	比例 (%)	人次	比例 (%)	人次	比例 (%)
兰州市	2087537	1177484	56.41	505092	24.20	404961	19.40
嘉峪关市	61339	30897	50.37	30442	49.63	0	0.00
金昌市	129509	88332	68.21	41177	31.79	0	0.00
白银市	3623718	2465887	68.05	1157831	31.95	0	0.00
天水市	9552529	7119443	74.53	2219514	23.23	213572	2.24
武威市	5042367	3464751	68.71	1514757	30.04	62859	1.25
张掖市	2874927	1742234	60.60	1131977	39.37	716	0.02
平凉市	4260571	3081474	72.33	694833	16.31	484264	11.37
酒泉市	1314004	708318	53.91	605686	46.09	0	0.00
庆阳市	3663509	2450867	66.90	1212642	33.10	0	0.00
定西市	3911289	1405453	35.93	1476587	37.75	1029249	26.31
陇南市	3919544	1754235	44.76	2165292	55.24	17	0.00
临夏州	2786907	1084647	38.92	1702260	61.08	0	0.00
甘南州	546504	24240	4.44	300635	55.01	221629	40.55
合计	43774254	26598262	60.76	14758725	33.72	2417267	5.52

3 甘肃省新农合筹资与基金平衡评价

3.1 筹资与补偿水平

2008-2016年,甘肃省新农合筹资标准不断提高,人均筹资总额从90元提高到540元,年平均增长率为25.10%;各部分筹资来源中,农民个人增长最快,年平均增长率为36.43%,其次为中央财政(28.64%),市、县级财政筹资额度没有增长(表2-9)。2008-2016年甘肃省新农合基金筹资总额逐年提高,从2008年的16.84亿元提高到2016年的107.19亿元。2008-2016年甘肃省新农合基金筹资总额与基金补偿总额均逐年提高,从2008年的12.56亿元提高到2016年的98.54亿元(表3-1、图3-1)。

根据《中国卫生和计划生育统计年鉴2015》,2014年全国新农合人均筹资410.9元,甘肃省人均筹资410元,与全国水平持平,低于东部地区的469.8元,高于中部地区的393.6元,在西部省份中处于中间位置。

新农合的筹资水平是保证新农合制度长效运转的关键因素,由于中央财政不断加大对新农合的扶持力度,甘肃省新农合人均筹资水平不断提高。甘肃省新农合人均筹资水平在9年间增长了5倍,其人均筹资标准由2008年的90元增加到2016年的540元。2008-2016年,筹资额的增长主要来源于中央财政、农民个人,地方政府,尤其是市级、县级政府的筹资额度增长缓慢。主要原因在于甘肃省经济欠发达,地方政府经济实力比较薄弱。

筹资水平与医疗服务需求的释放呈正相关,较低的筹资水平,就会降低参合农民医疗服务需求的释放,从而影响农民健康水平的提高。为了能够进一步提高参合农民的医疗保障水平,在我省经济持续增长的情况下,应该努力提高我省城乡居民社会医疗保险的筹资水平,增加对农村居民这一弱势群体的保护,保证其具有公平享有卫生资源和卫生服务的权利。

表 3-1 2008-2016 年甘肃省新农合人均筹资标准 (元/人)

年度	筹资来源				合计
	中央财政	省级财政	市、县级财政	农民个人	
2008	40	30	10	10	90
2009	40	30	10	20	100
2010	60	50	10	30	150
2011	124	66	10	30	230
2012	156	74	10	50	290
2013	188	82	10	60	340
2014	220	90	10	90	410
2015	268	102	10	90	470
2016	300	110	10	120	540
年均增长率 (%)	28.64	17.63	0.00	36.43	25.10

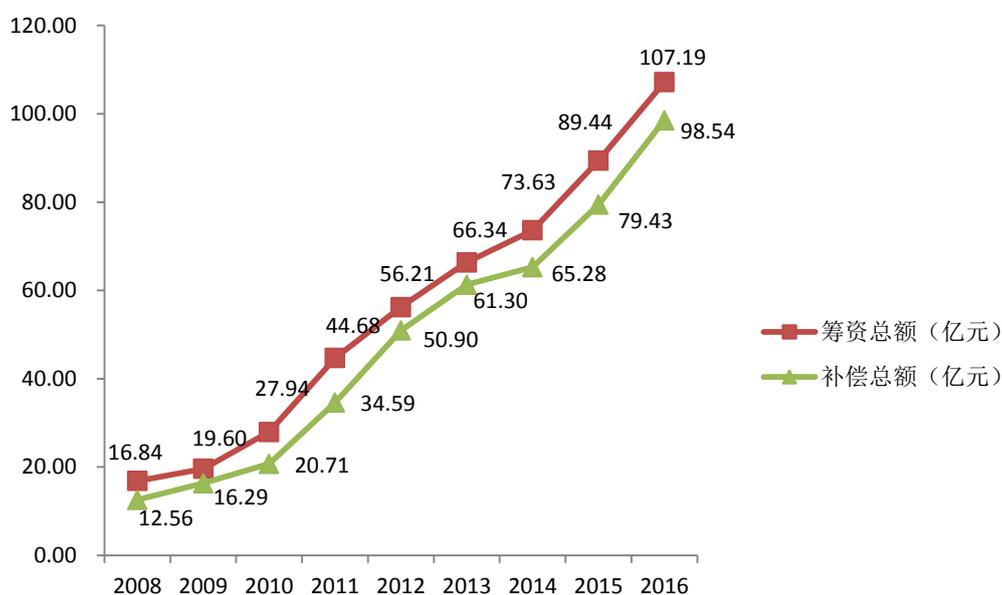


图 3-1 2008-2016 年甘肃省新农合筹资、补偿总额 (亿元)

3.2 主要筹资来源

各部分筹资中, 农民个人筹资所占比例从 11.11% 提高到 22.22%; 中央财政筹资比例从 44.44% 提高到 55.56%; 市、县级财政筹资比例从 11.11% 降低到 1.85%; 省级财政筹资比例从 33.33% 降低到 20.37%。2016 年甘肃省新农合主要筹资来源是中央财政和农民个人 (图 3-2)。

我国新农合制度实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制, 中央财政和个人缴费是甘肃省新农合筹资的主要来源。2008 年以来, 甘肃省新农合的筹资中中央财政所占的比例逐年提高, 地方财政所占的比例逐渐降低。从 2016 年实际筹资总额的

构成来看，甘肃省中央财政、农民个人，分别占 55.56%、22.22%。提示甘肃地方政府应该加强对农村医疗保障的支持力度，加大对农村医疗保障体系的筹资。

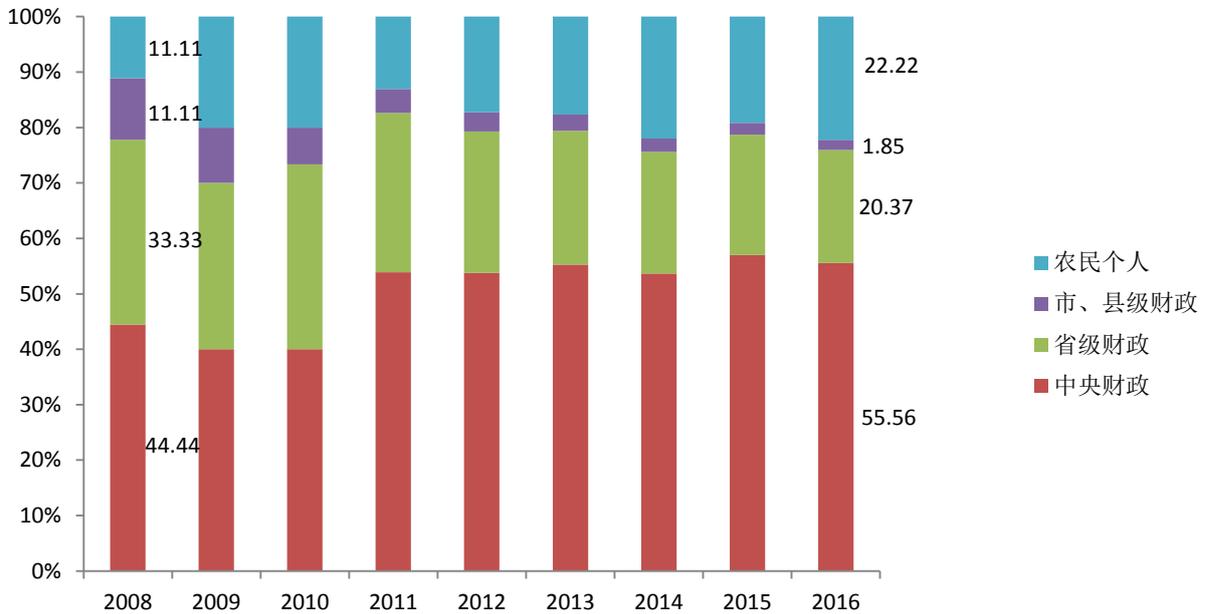


图3-2 2008-2016年甘肃省新农合各部分筹资所占比例 (%)

3.3 基金平衡状况

2008-2016年，甘肃省新农合基金结余率 2008年最高，为 25.44%，2013年最低，为 7.60%，2016年基金结余率为 8.07% (表 3-2)。

为了保证新农合基金安全和使用效率，基金结余率必须保持在一个合理的区间。2012年，原卫生部规定，新农合基金当年结余率不能超过基金总额的 15%，累计结余率不能超过基金总额的 25%。按照这个标准，2008-2016年甘肃省新农合基金结余率除了 2008年、2010年略高以外，其他年度均在合理的区间内。其中，2008-2011年结余率比较高，2012年以后，保持在 10%左右，比较理想。

表 3-2 2008-2016 年甘肃省新农合基金平衡情况

年度	筹资总额 (亿元)	补偿总额 (亿元)	门诊补偿 (万元)	住院补偿 (万元)	结余总额 (亿元)	结余率 (%)
2008	16.84	12.56	119.87	125439.52	4.28	25.44
2009	19.60	16.29	2755.60	160150.88	3.31	16.88
2010	27.94	20.71	27251.06	179844.15	7.23	25.88
2011	44.68	34.59	68172.26	277696.72	10.09	22.59
2012	56.21	50.90	97583.83	411400.22	5.31	9.45
2013	66.34	61.30	111055.66	501916.42	5.04	7.60
2014	73.63	65.28	106740.19	546017.34	8.35	11.35
2015	89.44	79.43	114025.61	680237.63	10.01	11.20
2016	107.19	98.54	165160.99	813833.76	8.65	8.07

2016 年各市州新农合基金结余率最高的是甘南州，为 27.30%；最低的是武威市，为 1.12%（表 3-3）。提示武威市、金昌市、天水市要适度控制补偿比例，防范基金运行风险；甘南州要提高报销比例，增加基金运行效率。

表 3-3 2016 年各市州新农合基金平衡情况

市州	筹资总额 (万元)	补偿总额 (万元)	结余总额 (万元)	结余率 (%)
兰州市	63991.01	55308.51	8682.50	13.57
嘉峪关市	1235.28	1151.89	83.39	6.75
金昌市	12491.00	12144.81	346.19	2.77
白银市	68036.32	58021.53	10014.79	14.72
天水市	160978.25	155719.36	5258.89	3.27
武威市	78922.50	78041.47	881.03	1.12
张掖市	52917.67	49902.37	3015.30	5.70
平凉市	97850.79	94005.74	3845.05	3.93
酒泉市	34985.27	31351.84	3633.43	10.39
庆阳市	121993.30	114649.48	7343.82	6.02
定西市	132073.60	121745.82	10327.78	7.82
陇南市	128881.89	109273.28	19608.61	15.21
临夏州	87924.27	82475.22	5449.05	6.20
甘南州	29671.86	21571.81	8100.05	27.30
合计	1071953.01	985363.13	86589.88	8.07

3.4 基金支出结构

近年来，随着新农合筹资水平不断提高，新农合统筹补偿方案不断调整，补偿范围逐渐扩大，住院补偿、门诊补偿金额逐年增加（表 2-10）。从使用情况来看，新农合基金支出中，以住院补偿支出为主。2008 年甘肃省新农合补偿总金额中住院补偿占 99.90%；2010-2016 年住院补偿金额所占比例有所降低，但仍然达到 86.84-82.59%（图 3-3）。

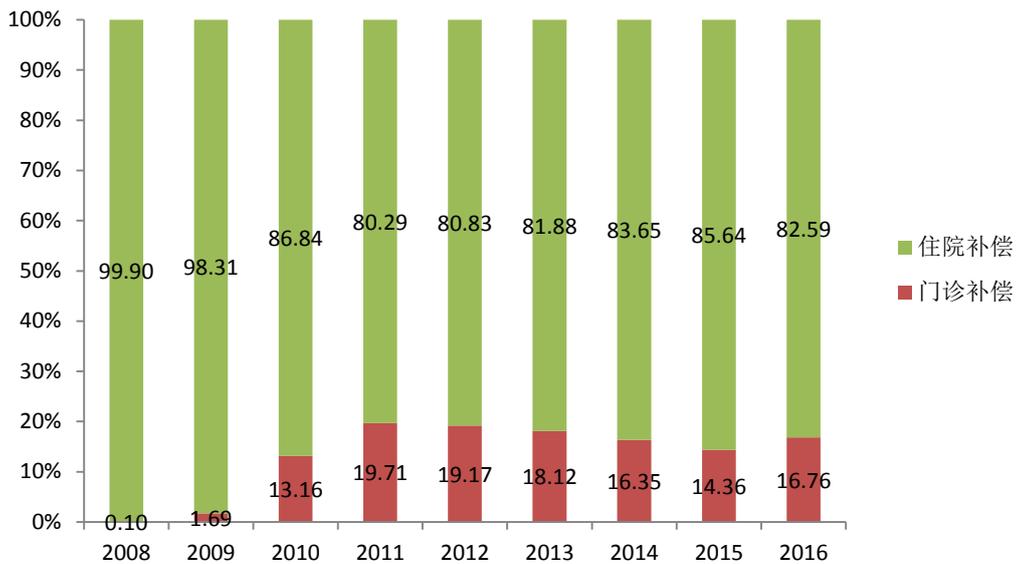


图3-3 2008-2016年甘肃省新农合总补偿金额构成比例 (%)

3.5 住院补偿基金流向

2008-2016年新农合住院补偿基金流向有以下特点：县级医疗机构所占比例基本保持不变(从42.53%增长为46.17%);乡级医疗机构所占比例有逐年下降的趋势(从22.00%降低到7.58%);县外医疗机构所占比例在2015年以前逐年增加(从35.47%增加到45.74%),2016年有所降低(图3-4)。2016年县外医疗机构住院补偿基金所占比例的降低,原因与分级诊疗政策的实施有关。

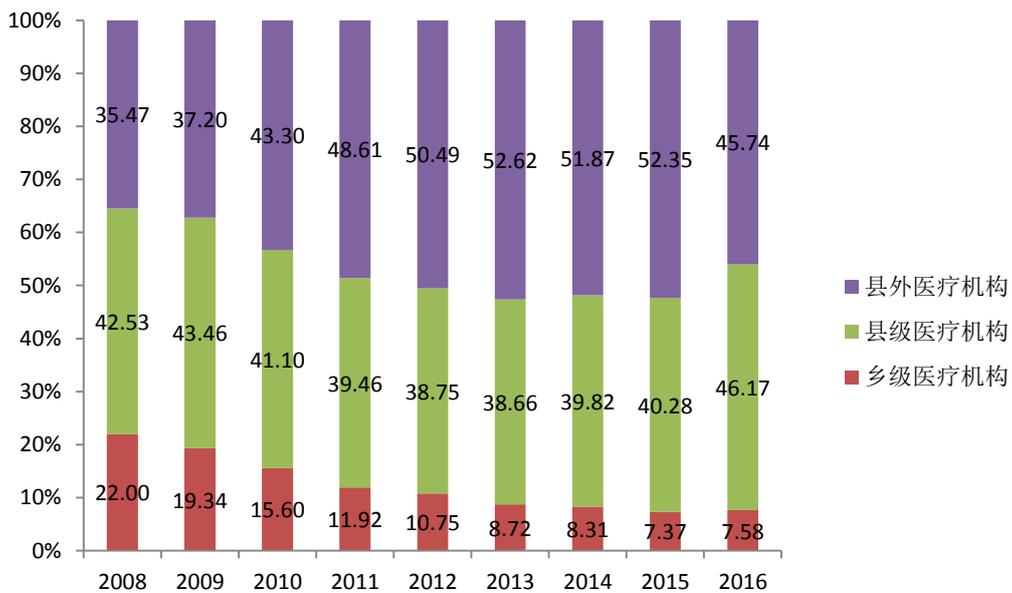


图3-4 2008-2016年甘肃省新农合住院补偿基金各流向所占比例 (%)

3.6 门诊补偿基金流向

2008-2016年甘肃省新农合门诊补偿基金主要流向村级、乡级医疗机构，这两级医疗机构接受了90%以上的新农合门诊补偿基金（图3-5）。

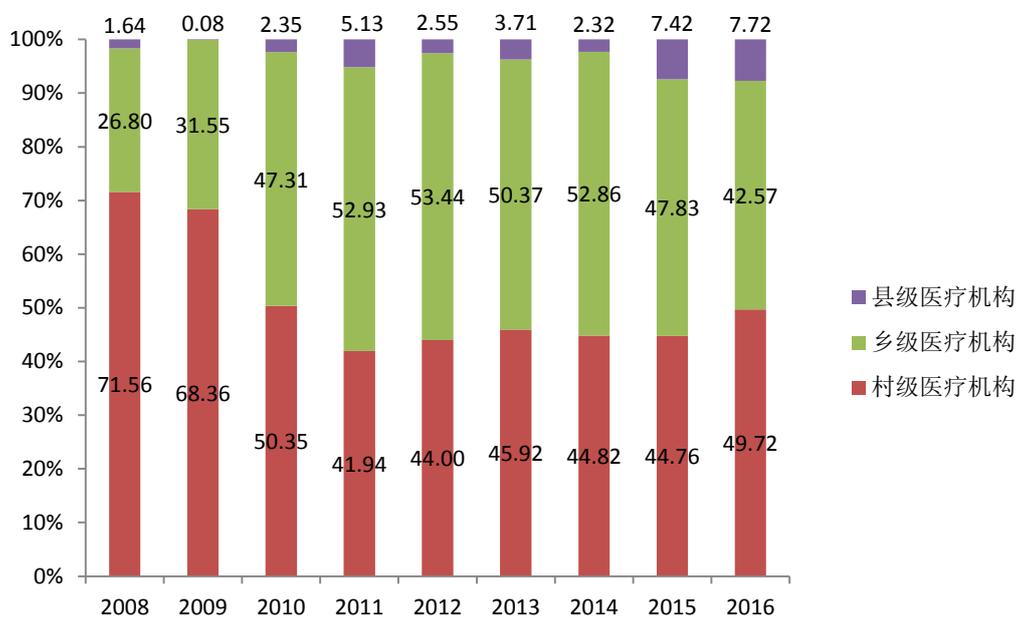


图3-5 2008-2016年甘肃省甘肃省新农合门诊补偿基金各流向所占比例（%）

4 甘肃省新农合农民疾病经济负担评价

4.1 住院报销起付线、封顶线、报销比例

2010-2015年,接受调查的50个县(区/市)新农合住院报销乡镇卫生院起付线平均值从104元提高到140元,年平均增长率为6.13%;封顶线平均值从3193元增长到4766元,年平均增长率为8.34%。各级医疗机构中,起付线年平均增长率最快的是省级医院为23.93%;封顶线年平均增长率最快的是县级医院,为13.23%(表4-1)。

表4-1 2010-2015年新农合住院报销起付线和封顶线平均值(元)

年份	样本量	乡镇卫生院		县级医院		市级医院		省级医院	
		起付线	封顶线	起付线	封顶线	起付线	封顶线	起付线	封顶线
2010	50	104	3193	279	9717	664	20065	1019	30935
2011	50	97	4078	273	13957	649	27196	989	42891
2012	50	98	6109	291	17565	762	33830	2209	47872
2013	50	127	4085	403	16277	923	33191	2755	47021
2014	50	133	6149	464	18404	1094	35426	2979	49787
2015	50	140	4766	483	18085	1155	35426	2979	48085
年平均增长率(%)		6.13	8.34	11.60	13.23	11.71	12.04	23.93	9.22

2010-2015年,甘肃省新农合政策报销比例均值乡镇卫生院从80%提高到86%,省级医院从50%提高到58%(表4-2)。

表4-2 2010-2015年新农合住院政策报销比例均值(%)

年份	样本量	乡镇卫生院	县级医院	市级医院	省级医院
2010	50	80	70	58	50
2011	50	87	78	65	57
2012	50	87	78	67	61
2013	50	85	76	65	59
2014	50	86	76	65	58
2015	50	86	77	66	58

4.2 人均补偿金额

2008-2016年甘肃省参合农民从新农合基金中获得的年人均补偿金额逐年增长。2008年,全省新农合基金人均补偿金额为67元,即当年每个参合农民从新农合基金中平均获得了67元的补偿;到了2016年,这一指标已经提高至493元,是2008年的7.33倍(2016年新农合人均筹资水平是2008年的6倍)。从新农合人均补偿金额占当年全省

农村居民人均纯收入的比重来看，这一比重在 2008 年为 2.47%，2016 年提高至 6.57%。因此，可以看出参合农民从新农合制度中获得的补偿占其纯收入的比重多年来持续增长，总体收益水平不断提高（表 4-3）。

表 4-3 2008—2016 年甘肃省参合农民人均补偿情况

年度	参合人数 (万人)	补偿总额 (万元)	人均补偿金额 (元)	农民人均纯收入* (元)	人均补偿金额/ 农民人均纯收入 (%)
2008	1869.12	125559.39	67	2724	2.47
2009	1906.92	162906.48	85	2980	2.87
2010	1910.32	207095.20	108	3425	3.17
2011	1918.27	345868.98	180	3909	4.61
2012	1921.50	508984.05	265	4507	5.88
2013	1930.34	612972.08	318	5108	6.22
2014	1925.92	652757.53	339	5736	5.91
2015	1909.30	794263.24	416	6936	6.00
2016	1897.85	985363.13	493	7500	6.57

*注：农民人均纯收入数据来自甘肃省各年度社会发展公报。

4.3 次均费用占年均纯收入比例

2008—2016 年甘肃省新农合住院病人次均费用从 2376 元提高到 4598 元，2016 年是 2008 年的 1.94 倍；乡级医疗机构次均住院费用从 808 元提高到 1075，2016 年是 2008 年的 1.33 倍；县级医疗机构次均住院费用从 2414 元提高到 3273 元，2016 年是 2008 年的 1.36 倍；县外医疗机构次均住院费用从 7005 元提高到 13101 元，2016 年是 2008 年的 1.87 倍（图 4-1，表 4-4）。总体上来看，级别越高的医疗机构住院病人次均费用增长幅度越大。

病人次均住院费用的增加与医疗条件的改善、医疗水平的提高、新技术的使用、物价的上涨、经济的发展等因素有关。2008—2016 年甘肃省农民年均纯收入也在不断提高，新农合住院病人次均费用占农民年均纯收入比例逐渐降低，因此，参合农民住院经济负担有所减轻。2008 年，新农合住院病人次均费用占农民年均纯收入比例为 87.22%，2016 年降低至 60.50%，且从 2011 年以来，每年下降的幅度有扩大的趋势（图 4-2）。

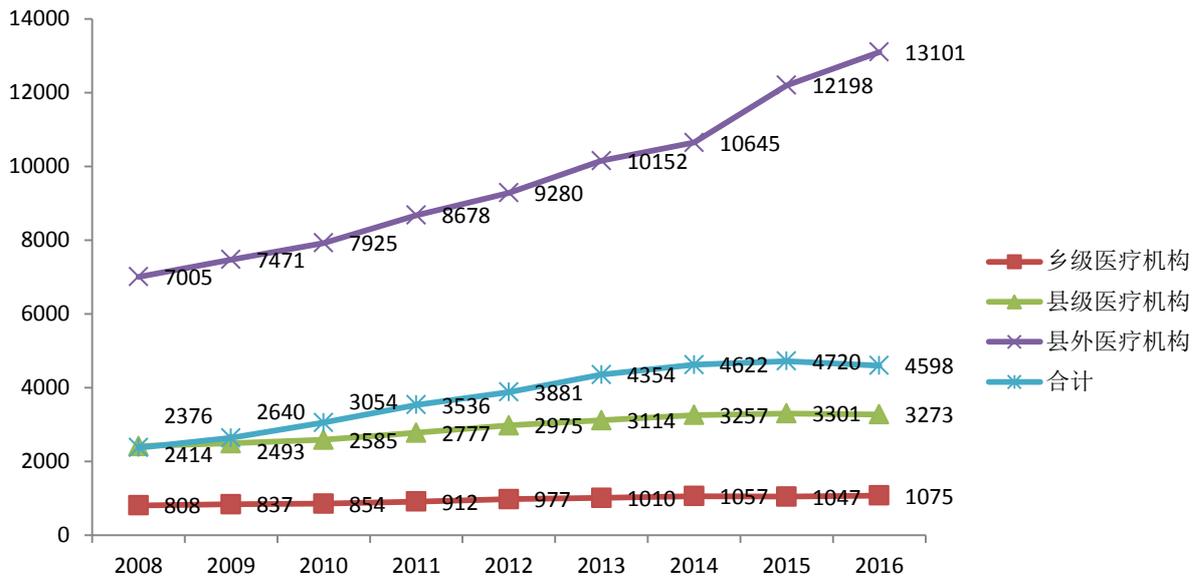


图4-1 2008-2016年甘肃省新农合住院病人次均住院费用（元/人次）

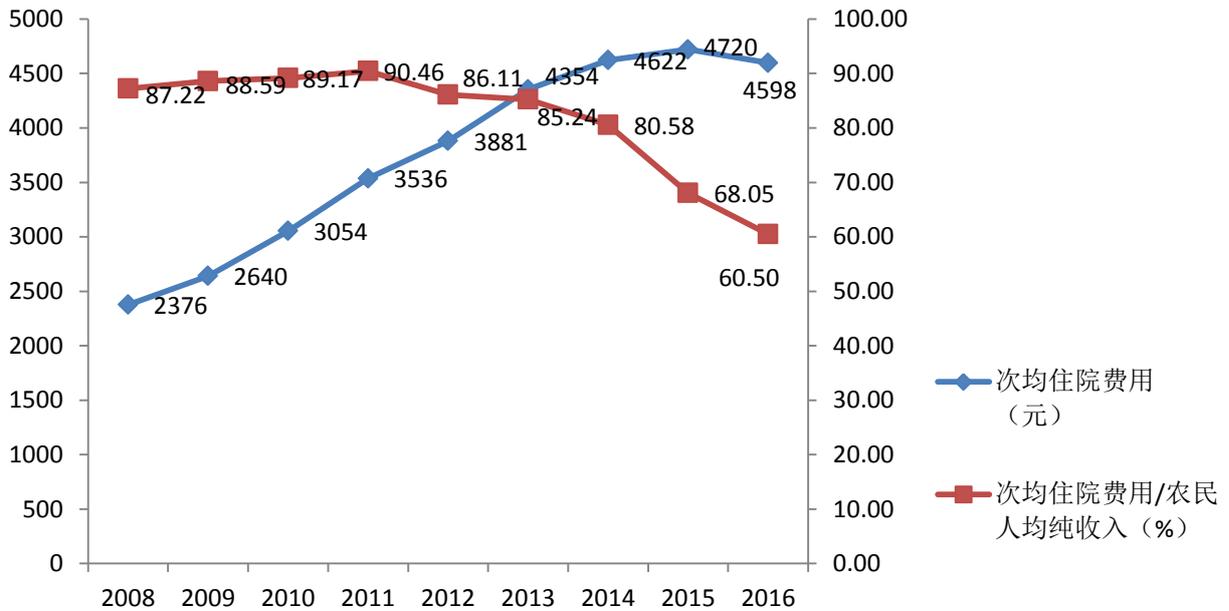


图4-2 2008-2016年甘肃省新农合住院病人次均费用占农民人均纯收入的比例（%）

表 4-4 2008-2016 年甘肃省新农合住院病人次均费用及实际补偿比

年度	乡级医疗机构			县级医疗机构			县外医疗机构			合计		
	次均费用 (元)	次均补偿费 用(元)	实际补偿 比(%)									
2008	808	583	72.13	2414	1399	57.97	7005	2827	40.36	2376	1239	52.15
2009	837	604	72.15	2493	1449	58.13	7471	2892	38.71	2640	1336	50.59
2010	854	611	71.59	2585	1486	57.49	7925	3051	38.50	3054	1485	48.61
2011	912	707	77.51	2777	1814	65.31	8678	4106	47.32	3536	1983	56.08
2012	977	790	80.85	2975	2015	68.06	9280	4750	51.18	3881	2327	59.97
2013	1010	800	79.22	3114	2080	66.80	10152	4926	48.52	4354	2541	58.36
2014	1057	845	79.96	3257	2137	65.60	10645	4922	46.24	4622	2621	56.70
2015	1047	876	83.64	3300	2255	68.33	12198	6217	50.97	4720	2958	62.67
2016	1075	929	86.45	3273	2375	72.55	13101	6869	52.43	4598	3066	66.70

4.4 住院实际补偿比

2008-2016年甘肃省新农合住院病人实际补偿比从52.15%提高到66.70%，2016年是2008年的1.28倍；乡级医疗机构实际补偿比从72.13%提高到86.45%，2016年是2008年的1.20倍；县级医疗机构实际补偿比从57.97%提高到72.55%，2016年是2008年的1.25倍；县外医疗机构实际补偿比从40.36%提高到52.43%，2016年是2008年的1.30倍。（图4-3，表4-5）。

2016年各市州新农合住院病人次均费用最高的是甘南州，为6003元，最低的是嘉峪关市，为3539元。住院病例实际补偿比最高的是嘉峪关市，为74.82%，最低的是兰州市，为58.10%（表4-6）。

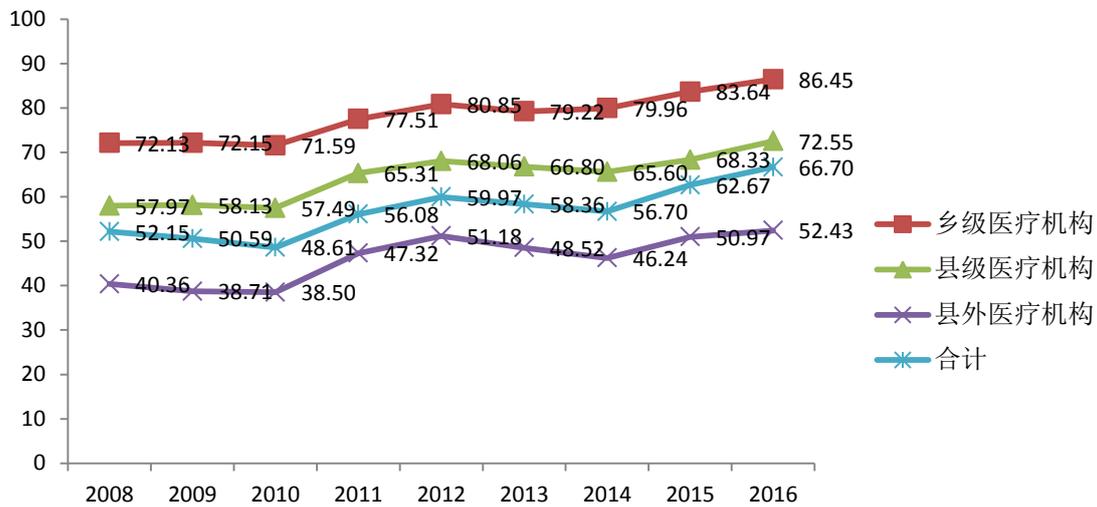


图4-3 2008-2016年甘肃省新农合住院病人实际补偿比 (%)

表 4-5 2016 年各州市新农合住院病人次均费用及实际补偿比

市州	乡级医疗机构			县级医疗机构			县外医疗机构			合计		
	次均费用(元)	实际补偿比(%)										
兰州市	941	80.39	3057	2091	68.42	14656	7427	50.68	5225	3036	58.10	
嘉峪关市	1164	77.47	4450	3171	71.27	80985	31962	39.47	3539	2648	74.82	
金昌市	1498	76.16	4109	2737	66.61	14948	6058	40.53	4009	2527	63.03	
白银市	811	81.14	3288	2291	69.69	13538	7434	54.91	5008	3351	66.90	
天水市	1281	93.52	3165	2472	78.11	12268	6754	55.05	5288	3631	68.66	
武威市	1046	80.86	3222	2281	70.80	10163	5318	52.33	4348	2782	63.97	
张掖市	1068	87.33	3467	2489	71.80	15645	8098	51.76	4480	2983	66.57	
平凉市	934	88.86	3074	2307	75.05	14553	7295	50.13	4057	2806	69.17	
酒泉市	871	86.51	3479	2474	71.11	12332	6589	53.43	4249	2817	66.29	
庆阳市	1298	86.45	3299	2482	75.23	12793	7100	55.50	5277	3567	67.59	
定西市	1120	89.19	3495	2505	71.68	14552	7240	49.75	4007	2686	67.03	
陇南市	948	83.00	3378	2380	70.46	13822	7023	50.81	4523	2969	65.64	
临夏州	977	87.79	3018	2140	70.91	13557	7127	52.57	4222	2737	64.82	
甘南州	1018	82.20	3175	2420	76.25	11240	6047	53.80	6003	3824	63.70	
全省平均	1075	86.45	3273	2375	72.55	13101	6869	52.43	4598	3066	66.70	

4.5 门诊实际补偿比

2008-2016年甘肃省新农合门诊病人次均费用从39元/人次提高到40元/人次，平均水平基本保持不变；村级医疗机构次均门诊费用从35元/人次降低到30元/人次；乡级医疗机构次均门诊费用从53元/人次提高到55元/人次；县级医疗机构次均门诊费用从20元/人次提高到65元/人次（图4-4，表4-5）。

2008-2016年甘肃省新农合门诊病人实际补偿比从29.19%提高到72.75%，2016年是2008年的2.49倍；村级医疗机构实际补偿比从29.39%提高到80.21%，2016年是2008年的2.73倍；乡级医疗机构实际补偿比从29.39%提高到80.21%，2016年是2008年的2.73倍；乡级医疗机构实际补偿比从28.16%提高到67.03%，2016年是2008年的2.38倍；县级医疗机构实际补偿比从41.00%提高到64.49%，2016年是2008年的1.57倍（图4-5，表4-6）。

2016年各市州新农合门诊病人次均费用最高的是庆阳市，为55元/人次，最低的是白银市，为31元/人次。门诊病例实际补偿比最高的是天水市，为84.02%，最低的是金昌市，为54.17%（表4-7）。

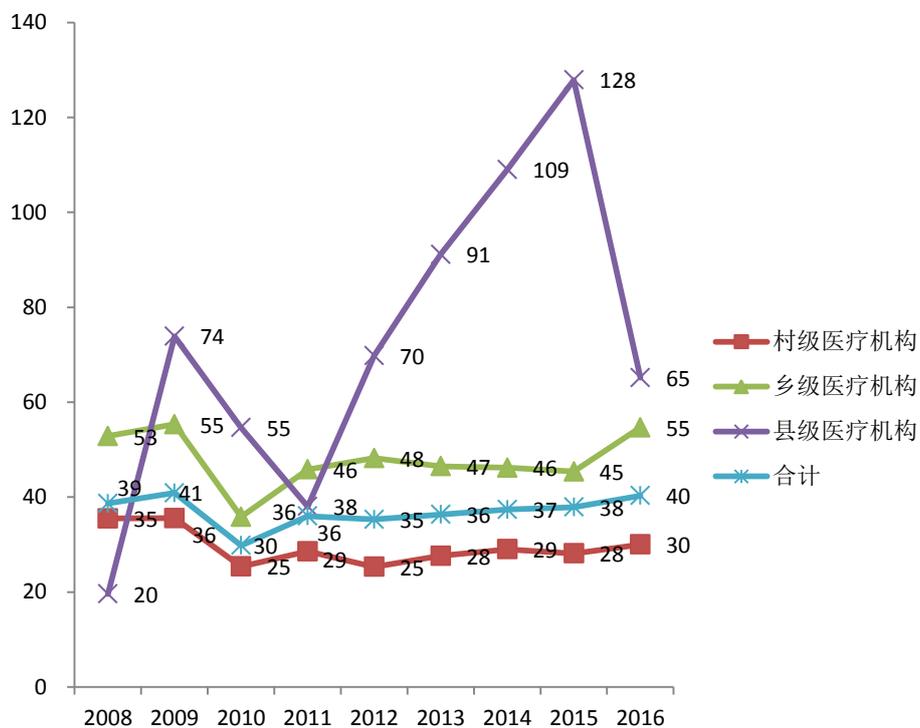


图4-4 2008-2016年甘肃省新农合门诊病人次均费用（元/人次）

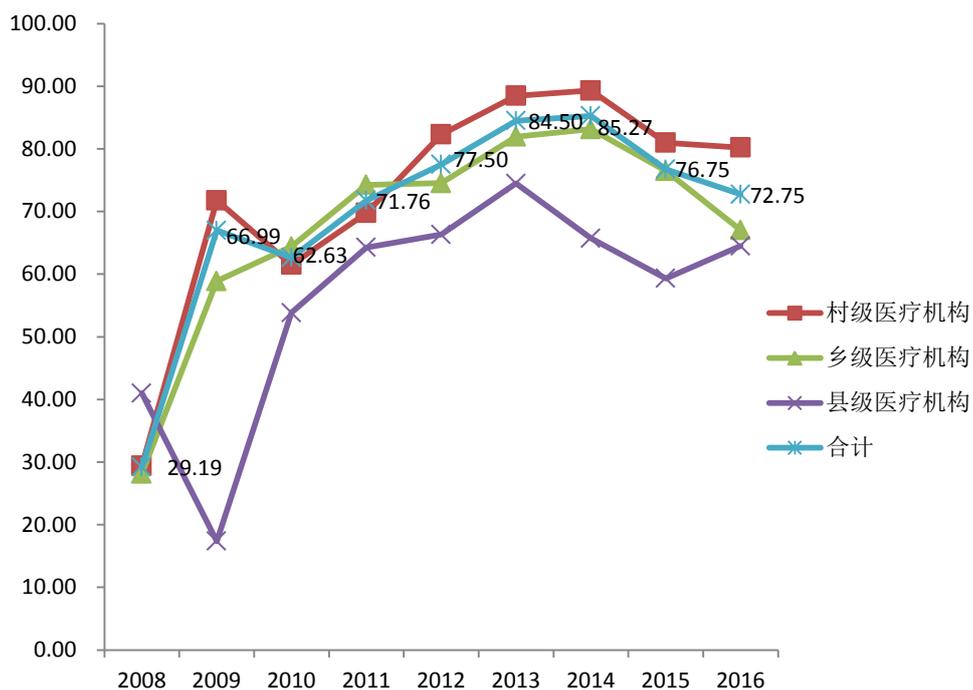


图4-5 2008-2016年甘肃省新农合门诊病人实际补偿比 (%)

表 4-6 2008-2016 年甘肃省新农合门诊病人次均费用及实际补偿比

年 度	村级医疗机构			乡级医疗机构			县级医疗机构			合计		
	次均 费用 (元)	次均 补偿 费 (元)	实际 补偿 比 (%)									
2008	35	10	29.39	53	15	28.16	20	8	41.00	39	11	29.19
2009	36	26	71.78	55	33	58.90	74	13	17.37	41	27	66.99
2010	25	16	61.51	36	23	64.40	55	29	53.84	30	19	62.63
2011	29	20	69.78	46	34	74.27	38	24	64.27	36	26	71.76
2012	25	21	82.30	48	36	74.52	70	46	66.34	35	27	77.50
2013	28	24	88.47	47	38	81.96	91	68	74.48	36	31	84.50
2014	29	26	89.32	46	38	83.15	109	72	65.71	37	32	85.27
2015	28	23	80.99	45	35	76.47	128	76	59.33	38	29	76.75
2016	30	24	80.21	55	37	67.03	65	42	64.49	40	29	72.75

表 4-7 2016 年各市州新农合门诊病人次均费用及实际补偿比

市州	次均费用（元）	次均补偿费用（元）	实际补偿比（%）
兰州市	32	22	69.52
嘉峪关市	40	25	62.95
金昌市	55	30	54.17
白银市	31	22	71.35
天水市	32	27	84.02
武威市	37	28	74.87
张掖市	35	26	73.99
平凉市	40	30	75.80
酒泉市	40	29	70.48
庆阳市	55	31	56.22
定西市	50	34	67.65
陇南市	53	40	76.44
临夏州	42	29	68.65
甘南州	50	37	73.18
合计	592	410	69.26

5 甘肃省新农合成本效果评价

5.1 分析方法

分析 2008-2016 年政府部门对甘肃省新农合的各项投入与反映新农合效果的主要指标间的数量关系，采用相关和回归分析法，步骤如下：

(1) 确定分析指标

在本研究中，成本-效果分析的主体为政府部门（将各级政府部门看作一个整体），新农合政策的成本和效果指标及其定义、来源、计算方法见图 5-1、表 5-1。

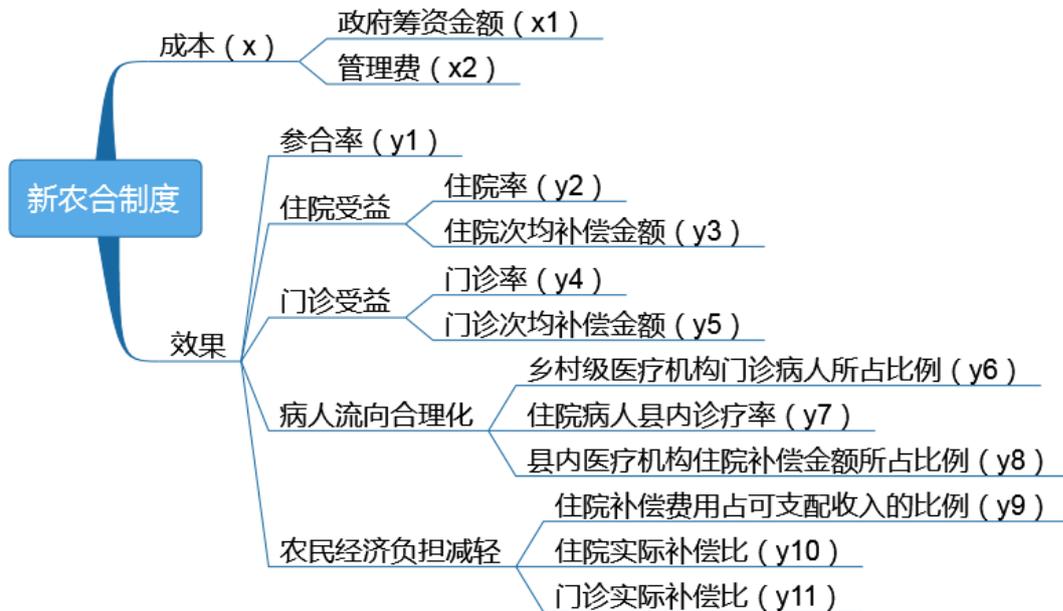


图 5-1 新农合政策成本效果分析主要指标

表 5-1 各指标简介

变量名称	代码	定义或计算方法	数据来源
政府人均筹资金额 (元/人)	x1	对每名参合农民各级政府筹集的农合基金合计金额	政府部门相关文件
基金管理费 (元/人)	x2	合管办工作人员工资及各项支出	以人均筹资总金额的 1% 估计
政府投入总成本 (元/人)	x	政府平均为每名参合农民投入的资金额	$x1+x2$
参合率 (%)	y1	参合人数/应参合人数*100	政府部门相关文件
住院率 (%)	y2	住院人次/参合人数*100	新农合平台数据统计
住院次均补偿金额 (元)	y3	住院补偿总金额/住院人次	新农合平台数据统计
门诊率 (%)	y4	门诊人次/参合人数*100	新农合平台数据统计

门诊次均补偿金额(元/次)	y5	门诊补偿总金额/门诊人次数	新农合平台数据统计
乡村级医疗机构门诊病人所占比例(%)	y6	乡村级医疗机构门诊人次数/门诊人次数*100	新农合平台数据统计
住院病人县内诊疗率(%)	y7	县乡级医疗机构住院人次数/住院人次数*100	新农合平台数据统计
县内医疗机构住院补偿金额所占比例(%)	y8	县乡级医疗机构住院病人补偿金额合计/住院补偿金额合计*100	新农合平台数据统计
农民住院补偿费用占可支配收入的比例(%)	y9	每人住院病人平均可报销费用/农民年可支配收入*100	新农合平台数据统计、政府统计部门相关文件
住院实际补偿比(%)	y10	每人住院病人平均可报销费用/每人住院病人平均住院费用*100	新农合平台数据统计、政府统计部门相关文件
门诊实际补偿比(%)	y11	每人门诊病人平均可报销费用/每人门诊病人平均住院费用*100	新农合平台数据统计、政府统计部门相关文件

(2) 统计各指标数据

分析数据库中收集、整理的数据库，得出甘肃省新农合 2008-2016 年的成本和效果指标值。计算上述指标的均数、标准差。

(3) 成本—效果分析

计算甘肃省新农合成本(包括政府筹资金额和基金管理费)和新农合政策产生的各项效果(包括 y1-y11); 以各年度合计成本的值为自变量, 以各效果指标值为因变量进行相关分析, 对相关性显著的自变量和因变量进行直线回归, 求出回归系数, 以此来估计单位成本产生的效果。

5.2 分析结果

(1) 各指标值

经数据整理, 课题组得到下列数据, 见表 5-2。

(2) 成本和效果的相关分析

将各年度成本 x 与新农合政策效果指标 y1-y11 做 Pearson 相关分析, 则 x 与 y1、y2、y3、y4、y8、y9、y10 相关性极显著(与 y8、y9 是负相关), 与 y5 相关性显著, 与 y6、y7、y11 相关性不显著(表 5-3)。

相关分析结果说明, 随着政府投入力度的增加, 农村人口参合率随之提高; 参合农民住院率和住院人均补偿金额随之提高; 参合农民门诊率与门诊次均补偿金额随之提高; 住院实际补偿比随之提高; 此外, 随着政府投入力度的增加, 县内医疗机构住院补偿金额所占比例随之降低, 农民住院可报销费用占可支配收入的比例随之降低。但是, 政府投入力度与乡村级医疗机构门诊病人所占比例、住院病人县内诊疗率、门诊实际补偿比

没有显著的相关性。说明近几年随着政府投入力度的增加，参合率逐年提高，参合农民受益程度逐渐扩大，农民住院经济负担逐渐减轻，但是很大比例的住院补偿基金流向了县外医疗机构，继续推行分级诊疗政策十分必要。

表 5-2 甘肃省新农合 2008-2016 年投入产出指标值

年度	x1	x2	x	y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	y8	y9	y10	y11
2008	80.00	0.90	80.90	93.20	5.42	1239.00	0.57	11.00	97.70	84.46	64.53	87.22	52.15	29.19
2009	80.00	1.00	81.00	95.54	6.29	1336.00	5.28	27.00	99.83	82.82	62.80	88.59	50.59	66.99
2010	120.00	1.50	121.50	95.92	6.34	1485.00	76.40	19.00	98.51	78.94	56.70	89.17	48.61	62.63
2011	200.00	2.30	202.30	96.52	7.30	1983.00	137.54	26.00	94.57	76.60	51.39	90.46	56.08	71.76
2012	240.00	2.90	242.90	97.09	9.20	2327.00	185.63	27.00	98.49	76.21	49.51	86.11	59.97	77.50
2013	280.00	3.40	283.40	97.53	10.23	2541.00	187.29	31.00	98.32	74.92	47.38	85.24	58.36	84.50
2014	320.00	4.10	324.10	98.26	10.82	2621.00	173.93	32.00	98.97	74.65	48.13	80.58	56.70	85.27
2015	380.00	4.70	384.70	98.30	12.04	2958.00	205.41	29.00	97.16	77.74	47.65	68.05	62.67	76.75
2016	420.00	5.40	425.40	98.53	13.89	3066.00	230.86	29.00	94.62	80.92	50.87	60.50	66.70	72.75
均数	235.56	2.91	238.47	96.77	9.06	2172.85	133.66	25.67	97.57	78.58	53.22	81.77	56.87	69.70
标准差	126.01	1.62	127.63	1.71	2.92	694.25	86.08	6.65	1.85	3.49	6.57	10.48	5.84	16.90

表 5-3 新农合政策成本和效果的相关分析

自变量	因变量	样本量	Pearson 相关系数	P 值	显著性判断
x	y1	9	0.905	0.001	极显著
	y2	9	0.985	0.000	极显著
	y3	9	0.993	0.000	极显著
	y4	9	0.939	0.000	极显著
	y5	9	0.702	0.035	显著
	y6	9	-0.441	0.234	不显著
	y7	9	-0.495	0.176	不显著
	y8	9	-0.835	0.005	极显著
	y9	9	-0.843	0.004	极显著
	y10	9	0.919	0.000	极显著
	y11	9	0.649	0.059	不显著

(3) 成本和效果的回归分析

以政府投入总成本为自变量，分别以新农合政策效果为因变量，进行一元一次线性回归。回归方程分别为：

$$y1=93.873+0.012x$$

$$y2=3.690+0.023x$$

$$y3=885.293+5.399x$$

$$y4=-17.305+0.633x$$

$$y5=16.943+0.037x$$

$$y8=63.466-0.043x$$

$$y9=98.278-0.069x$$

$$y10=46.843+0.042x$$

回归结果说明：

政府对参合农民的投入平均每人每增加 1 元，参合率提高则 0.012%；参合农民住院率提高 0.023%；参合农民住院次均补偿金额提高 5.399 元；参合农民门诊率提高 0.633%；门诊次均补偿金额提高 0.037 元；县内医疗机构住院补偿金额所占比例降低 0.043%；农民住院可报销费用占可支配收入的比例降低 0.069%；住院实际补偿比提高 0.042%（表 5-4）。

表 5-4 新农合政策成本和效果的回归分析

自变量	因变量	样本量	R2	常数项	斜率值
X	y1	9	0.820	93.873	0.012
	y2	9	0.970	3.690	0.023
	y3	9	0.985	885.293	5.399
	y4	9	0.881	-17.305	0.633
	y5	9	0.493	16.943	0.037
	y8	9	0.697	63.466	-0.043
	y9	9	0.710	98.278	-0.069
	y10	9	0.845	46.843	0.042

5.3 讨论

(1) 政府对新农合的投入量增长迅速，但绝对值仍然偏低

2008-2016年甘肃省新农合政府部门的投入增长迅速，从2008年的80元/人增长至2016年的420元/人，年平均增长率为23.03%。政府的投入主要来源于中央财政和省级财政，市级和县级财政增长幅度很小。相对于东部、中部地区，甘肃省新农合地方政府投入仍然偏低，地方政府需要继续加大对新农合的投入力度。

(2) 政府投入的增加促进了甘肃省新农合体系的健康发展

本次研究发现，随着政府投入的增加，新农合参合率、农民受益率、门诊及住院补偿比例均随之增加。参合农民2008-2016年农民住院可报销费用占可支配收入的比重与政府投入金额负相关，说明政府增加的投入减轻了农民住院经济负担。原因在于，政府的投入增加了新农合筹资总额，使新农合筹资难度降低，公平性提高；同时，补偿比例的提高使参合农民就医负担减轻，引导了农户“早检查、早发现、早治疗”的就医模式，合理的医疗需求得到满足。此外，政府投入的增加，也是新农合基金安全运行的重要保障。

(3) 新农合病人分级诊疗任务艰巨

研究发现，乡村级医疗机构门诊病人所占比例、县内医疗机构住院病人所占比例与政府新农合投入没有相关关系。说明近年来随着政府新农合基金的投入，基层医疗机构就诊的病人比例并没有随之增加。而且县内医疗机构住院补偿金额所占比例与政府投入负相关。这说明，近年来，由于基层医疗机构服务能力提高速度较慢，加上农民存在错误的就医观念，县外医疗机构住院病例增长迅速，占用了大量的农合基金。尽管2015年以后，随着分级诊疗政策的实施这一现象有所扭转，但是分级诊疗政策的效果才初步显现，还不足以改变前7年的数据趋势。

6 甘肃省各地新农合实施方案评价

6.1 方案收集情况

甘肃省现有 14 市（州）86 个县（区、市），共有新农合统筹地区 69 个（其中市级统筹地区 4 个，县级统筹地区 65 个），课题组共收集到市县两级新农合实施方案 55 份，占统筹区总数的 63.95%。其中，2015 年新农合实施方案 7 份，2016 年新农合实施方案 48 份（表 6-1）。

表 6-1 新农合实施方案收集情况

年 度	方案数 量	地区名称	
		市（州）	县（区、市）
2015	7	临夏市	秦州区、麦积区、安定区、陇西县、通渭县、凉州区
2016	48	庆阳市、甘南州、酒泉市、兰州市	崇信县、崆峒区、静宁县、华亭县、泾川县、灵台县、庄浪县、清水县、武山县、甘谷县、张家川县、秦安县、甘州区、高台县、临泽县、山丹县、民乐县、肃南县、白银区、平川区、会宁县、景泰县、靖远县、临洮县、岷县、漳县、广河县、和政县、永靖县、临夏县、东乡县、康乐县、武都区、西和县、宕昌县、徽县、文县、康县、礼县、成县、两当县、古浪县、民勤县、天祝县

6.2 方案内容概述

(1) 2016 年各地人均筹资情况

2016 年，由于各地地方政府财政补助金额不同，各地新农合人均筹资标准略有差别。其中，人均筹资标准最高的为肃南县 580 元，政府财政补助 460 元；庆阳市、平川区等 7 个地区，人均筹资标准为 540 元，政府财政补助 420 元；崇信县、崆峒区等 28 个地区，人均筹资标准为 530 元，政府财政补助 410 元；甘谷县等 4 个地区人均筹资标准最少，为 500 元，政府财政补助 380 元；庄浪县等 8 个地区筹资情况不详（表 6-2）。

表 6-2 2016 年各地人均筹资情况

人均筹资情况(元)			统筹区 数量	统筹区名称
总额	政府	个人		
580	460	120	1	肃南县
540	420	120	7	庆阳市、平川区、会宁县、景泰县、靖远县、漳县、武都区
530	410	120	28	崇信县、崆峒区、静宁县、华亭县、泾川县、灵台县、清水县、武山县、张家川县、甘州区、高台县、临泽县、山丹县、白银区、临洮县、甘南州、酒泉市、广河县、和政县、永靖县、临夏县、东乡县、康乐县、宕昌县、徽县、礼县、两当县、古县
500	380	120	4	甘谷县、秦安县、岷县、天祝县
/	/	/	8	庄浪县、民乐县、兰州市、西和县、康县、文县、成县、民勤县

注：“/”表示数据不详

(2) 基金分配和结余控制

甘肃省新农合基金的使用坚持以收定支、收支平衡、保障适度的原则，大部分统筹地区将新农合基金划分为住院统筹基金、门诊统筹基金和风险基金三部分。根据风险基金提取的不同分为两类：崇信县、崆峒区等 40 个地区风险基金按年度筹资总额的 10% 提取，住院和门诊统筹基金占 56.60%—78.30%、16.04%—37.74%；高台县、民乐县等 4 个地区风险基金按年度筹资总额的 3% 提取，住院和门诊统筹基金占 63.43%—64.34%、27.00%—27.19%；庄浪县等 11 地区基金分配情况不详。全省所有地区新农合统筹基金当年结余控制在 15% 以内（含当年提取的风险基金），累计结余不超过当年统筹基金的 25%（含风险基金）（表 6-3）。

表 6-3 各统筹地区基金分配情况

基金分配比例(%)			统筹区 数量	统筹区名称
住院统筹	门诊统筹	风险基金		
56.60-78.30	16.04-37.74	10	40	崇信县、崆峒区、静宁县、华亭县、泾川县、灵台县、庆阳市、秦州区、清水县、武山县、秦安县、张家川县、甘州区、临泽县、山丹县、肃南县、白银区、平川区、会宁县、景泰县、靖远县、安定区、临洮县、陇西县、岷县、通渭县、漳县、甘南州、酒泉市广河县、和政县、永靖县、临夏县、东乡县、武都区、宕昌县、徽县、礼县、古浪县、天祝县
63.43-64.34	27.00-27.19	3	4	高台县、民乐县、两当县、凉州区
/	/	/	11	庄浪县、麦积区、甘谷县、兰州市、临夏市、康乐县、西和县、文县、成县、礼县、民勤县

注：风险基金结余总额已达到当年筹资总额 10% 的，不再继续提取

(3) 门诊补偿政策

(1) 合管办对医疗机构门诊费用补偿模式

50 个地区合管办对医疗机构门诊费用补偿采取“门诊总额预付制”模式，即合管办依据与定点医疗机构双方签立的协议，按照统筹基金的 30%及时足额向定点医疗机构预拨门诊统筹资金，预付比例为预算总额的 60%，按月预付，次月结算，年底决算。预算总额主要用于支付乡、村两级医疗卫生机构提供的一般性疾病门诊服务。总额预付实行“总额包干、限额预付、超支不补”的原则。此外，5 个地区实行“总额预付制下的按人头付费制度”，即在“总额预付制”的基础上，经过合理测算，确定人均定额标准，依据与定点医疗机构签订服务协议，实行“按人头付费”结算。

(2) 定点医疗机构对农民补偿政策

A. 普通门诊报销政策

普通门诊就诊单位分为县、乡、村三级，县级医疗单位门诊报销比例为 30%到 70%，日封顶线由 42 元到 120 元不等；乡级报销比例为 60%到 90%，日封顶线由 30 元到 75 元不等；村级报销比例为 60%到 90%，日封顶线由 20 元到 50 元不等。县乡村三级医疗机构平均报销比例分别为 58.89%、69.67%、72.76%，平均日封顶线分别为 67.64 元、45.27 元、28.85 元（表 6-4）。

表 6-4 普通门诊补偿方案

级别	报销比例 (%)	日封顶线 (元)
村	30-70	20-50
乡	60-90	30-75
县	60-90	42-120

B. 门诊特殊病种补偿政策

为了缓解门诊特殊慢性病患者医疗负担，所有地区针对纳入新农合门诊特殊病种补偿范围的疾病均实行“门诊特殊病补偿制度”，即对门诊特殊疾病实行分病种确定额度、按比例补偿、年度累计封顶的支付方式。门诊特殊慢性病实行新农合定点医疗机构直报，补偿不设起付线，可补偿费用的报销比例为 70%，超过年度限额新农合不予报销。例如：甘南州规定 I 类尿毒症透析治疗患者每人年度累计补偿封顶线为 60000 元，其他疾病每人年度累计补偿封顶线为 20000 元；II 类苯丙酮尿症儿童每人年度累计补偿封顶线为 14000 元，其他疾病每人年度累计补偿封顶线为 6000 元；III 类乙型病毒性肝炎患者每人年度累计补偿封顶线为 3000 元，其他疾病每人年度累计补偿封顶线为 1500 元；IV 类每人年度累计补偿封顶线为 1000 元。

(4) 住院补偿政策

(1) 合管办对医疗机构住院费用补偿模式

所有地区均开展了新农合住院支付方式改革，实行住院费用“总额预付制”+“按病种付费制度”。即合管办根据各地区历年基金结余和当年筹资情况，各定点医疗机构近3年住院医疗费用平均水平，医疗费用和当年统筹基金增长幅度，结合各定点医疗机构服务能力、历年新农合基金使用情况、分级诊疗病种价格等指标综合考虑，合理确定当年各定点医疗机构住院费用总额。预付总额根据实际情况适时调整，实行“总额包干、限额预付、超支限补”的原则。对于分级诊疗规定的普通病种和重特大疾病实行从确诊入院、检查治疗到治愈出院定额付费的“按病种付费制度”，费用超出部分由医疗机构承担，结余部分留作定点医疗机构作为单病种定额付费平衡资金。

(2) 定点医疗机构对农民住院补偿政策

A、普通病种住院费用报销政策

住院患者在不同级别医疗机构住院，起付线、报销比例以及封顶线各不相同。乡级医疗机构起付线为50-200元，报销比例为80-90%，封顶线为1500-8000元；县级医疗机构起付线为200-600元，报销比例为70-85%，封顶线为5000-30000元；市级医疗机构起付线为500-3000元，报销比例为70-75%，封顶线为20000-50000元；省级医疗机构起付线为1000-4000元，报销比例为50-70%，封顶线为30000-80000元。乡、县、市、省四级医疗机构平均起付线分别为134元、450元、1182元、3018元；平均报销比例分别为86%、78%、67%、60%；平均封顶线分别为3010元、16852元、33910元、48830元（表6-5）。

表 6-5 住院补偿方案

级别	起付线（元）	报销比例（%）	封顶线（元）
乡	50-200	80-90	1500-8000
县	200-600	70-85	5000-30000
市	500-3000	70-75	20000-50000
省	1000-4000	50-70	30000-80000

B、重大疾病补偿政策

对于甘肃省规定的50种农村重特大疾病患者，各地均实行新农合“重特大疾病付费制度”、“大病保险理赔制度”及“民政救助制度”。对于列入新农合重大疾病保障病种范围的住院患者，补偿时不设起付线，不受新农合用药目录和诊疗目录的限制，在费用限额内按住院总费用的70%予以补偿，补偿金额不计入患者当年新农合普通住院封顶线计算基数。患者实际治疗费用未超过最高限额，实际费用的70%由定点医疗机构垫付，

实际治疗费用超过最高限额，最高限额的70%由医疗机构垫付，之后是大病保险理赔、民政医疗救助，患者只支付大病保险理赔和民政医疗救助后的自付部分费用。

（5）其他配套政策

（1）分级诊疗配套政策

各地落实开展分级诊疗政策，使新农合制度与分级诊疗政策有效融合。充分发挥新农合补偿政策的监督和指导作用，严格控制越级诊疗，将大多数病人留在基层。对于符合分级诊疗病种诊断的新农合患者原则上只能在参合地相应级别的定点医疗机构就诊，不得越级诊疗。执意要求转诊并经过医疗机构、新农合管理机构审批同意转诊的分级诊疗病种患者，新农合资金按照该病种在转出医疗机构定额标准的20%报销。医疗机构将签约服务范围内病种向外转诊的，新农合管理机构按一定额度扣减医疗机构垫付的新农合补偿资金，其中县级医疗机构每外转一例病人扣减1000元，乡级卫生院（社区卫生服务中心）每外转一例病人扣减300元（属于新农合重大疾病范围的病种除外）。未按规定办理转诊转院手续，擅自外出就诊的分级诊疗病种患者新农合资金不予报销。

（2）多点执业配套政策

各地区都出台健全和完善支援农村卫生工程等医师多点执业配套管理措施，确保相关政策全面有效落实。具体表现在：1. 新农合支付医师多点执业门诊诊疗费用。2. 支付多点执业医师手术（麻醉）指导费 3. 支付医师多点执业查房及其他多点执业指导费

（3）中医药优惠政策

大部分地区全面落实中医药优惠政策，促进中医药事业的发展。以崇信县全面落实中医药报销优惠政策为例，具体表现在：（1）各级中医医院起付线较同级综合医院降低30%。（2）各级定点医疗机构使用中成药、中药饮片、地产中药材及其验方处方治疗常见病多发病费用，分别在门诊和住院统筹基金中全额报销。（3）各级定点医疗机构利用中医药适宜技术、中医诊疗项目治疗常见病多发病费用，分别在门诊和住院统筹基金中全额报销。（4）参合农民使用全省统一调剂使用的院内中药制剂治疗疾病所产生的费用纳入新农合全额报销。

6.3 支付方式分析

（1）支付方式对完善医疗保险制度的影响

医疗保险费用支付方式是医疗保险制度运行中的一个重要环节，而且是一个至关重要的环节。医疗保险承担医疗费用、抗御疾病风险的功能最终都是通过其支付被保险人

的医疗费用来实现的。由于医保基金支付过程是医疗保险中涉及保险各方经济利益的最直接、最敏感的环节，因而对医疗保险的状况有着重大影响。不同的费用支付方式，会影响医疗费用的开支，医疗资源的配置以及患者所得到的医疗服务质量。不同的费用支付方式会造成不同的经济诱因，影响并引起不同的医疗服务行为，导致不同的后果。通过合理的支付方式，辅以严格的配套管理措施，可以引导和规范医疗机构的行为，有效控制医药费用，防范支付方式中的风险，保障参合者的基本医疗需求，确保医疗保险制度平稳运行。

（2）甘肃省新农合支付方式改革成效

甘肃省自 2011 年开展支付方式改革以来，不断总结先进经验，逐步实施以总额预付制为基础的按人头付费、按病种付费相结合的混合支付方式，基本实现了对医疗费用支付从后付制到预付制的转变，有效控制了医保支出的快速增长、规范了医疗服务行为、减少了医疗费用过度消费，具体表现如下：

A、基金监管力度逐渐增强。支付方式改革按照医疗保险基金以收定支、收支平衡的原则，新农合经办机构确定各定点医疗机构拨付总额并为之签订服务协议，医院必须按照协议内容提供医疗服务，不能随意增加服务量或医疗成本提高收入，有效控制了次均住院费用、次均住院天日的逐渐增长的势头，确保了新农合基金运行安全。

B、医疗机构自我约束机制和分担机制初步建立。通过支付方式改革，规范了医疗机构服务行为，医疗机构变被动控费为主动控费，促进了医疗机构的规范和良性发展，逐步形成了医疗机构控制住院费用不合理增长的内生动力。各定点医疗机构根据支付方式改革的要求，不断修订和完善内部分配、财务管理等制度和诊疗行为规范，过度检查和过度治疗等违规行为明显减少。

C、进一步推动分级诊疗和医师多点执业政策的落实。通过门诊和住院支付方式改革，一方面促进了病人合理分流，基层医疗机构门诊、县级医疗机构住院业务有了普遍提升，门诊量与住院人数比例结构更趋合理，双向转诊机制逐步形成，构建了小病不出乡、大病不出县、疑难危重再转诊的就医新秩序。另一方面，提高了医师多点执业的积极性，保障了多点执业医师合理收入，有力促进了医师下沉，提高了基层医疗机构服务水平与能力，保障农民居民健康权益。

D、结算程序简化。总额预付制将医疗服务供方从单纯控制费用的被动方变为积极主动的参与者，减少了不必要的审核程序，促进了医疗保险费用结算的简便化，提高了

经办机构办事效率。

(3) 甘肃省新农合支付方式改革存在问题

A、预算方法缺少专业性，医疗机构存在逆向选择风险

甘肃省新农合采用近3年平均住院费用作为主要测算指标来确定各医疗机构的预算总额，虽在一定程度上制约了医院的过度服务，但并没有充分调动医院合理控制医疗费用的积极性，尤其在以“总额预付、超支不补、结余留用”为原则的基金考核办法下，医疗机构在费用管理过程中的目标更多的是不超标，而不是理顺医疗服务价格。这极易造成医疗机构在规定额度内过度医疗，对于重症病例推诿治疗，助长医疗机构道德风险的发生。

B、病种费用缺乏弹性，服务质量较难保障

由于按病种付费刚性较强，部分医院尤其是三级医院在费用不超标的前提下，可能会对部分病人使用高价药品，增加病人经济负担。此外，同一病种不同病情只按同一给付标准支付，医院可能采取诊断升级、拒绝重症患者、减少必要的检查治疗程序、降低服务质量等措施减少费用支出。

参考文献

- [1] 中国国家统计局. 中国统计年鉴 2015 [M]. 中国统计出版社, 2016.
- [2] 肖晗. 论完善我国社会保障体系的措施[J]. 改革与开放, 2010, (11):132.
- [3] 赵慧珠. 新型农村合作医疗对于中国社会的意义[J]. 理论探讨, 2007, 138(5): 107-109.
- [4] 中国卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴 2015 [M]. 中国协和医科大学出版社, 2015.
- [5] 卢祖洵. 社会医疗保险学 [M]. 北京, 人民卫生出版社, 2012.
- [6] 陈瑶. 新型农村合作医疗支付方式的利益均衡研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2009.
- [7] Fiona Ferguson. Provision of Accessible Health Care in Rural Areas. Country side Agency [R]. Chinese rural health reform, 2002: 29-30.
- [8] C. 布罗姆, 汤胜蓝. 中国政府在农村合作医疗保健制度中的角色与作用[J]. 中国卫生经济, 2002, (3): 17-21.
- [9] WHO Global Forum for Health. Research 1999. Switzerland: the Global Forum for Health Research [R]. Chinese rural health reform, 1999: 2-5.
- [10] Adam Wagstaff: 对中国卫生改革现状的思考—世界银行发展部专家 Adam Wagstaff 在北京论坛分论坛上的发言 [EB/L]. 人民网, 2006, 10, 27. [http://theory. people. com. cn/GB/40557/72701/72713/4967903.html](http://theory.people.com.cn/GB/40557/72701/72713/4967903.html).
- [11] Hiroshi NATO. Pubic goods Provision and rural governance in China: an empirical analysis using the 2002 CASS CHIP survey [J]. Discussion paper, 2006, (12): 4-72.
- [12] Meng Q. Provider payment system reform in china : a updated review [R]. World Bank AAA Report, 2008: 2-4.
- [13] Dumber, A. Facets of Thailand Healthcare Market Some Issues. Saket Industrial Digest [R]. Chinese rural health reform, 1998: 32-39.

- [14] 杨泓涛, 许聪恩, 刘永, 等. 大理州新型农村合作医疗两种门诊补偿模式运行效果分析[J]. 卫生软科学, 2006, 20(5): 430-434.
- [15] 黄宵, 李婷婷, 顾雪非, 等. 新农合门诊补偿方案对居民就医行为的影响研究[J]. 卫生经济研究, 2012(6): 19-22.
- [16] 何进凯, 韩颖, 李凤琴. 基于平衡系数法的某县新农合门诊统筹方案研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2010, 30(7): 538-539.
- [17] Wang Hong, Liu Yu, Zhu Yan, et al. Health insurance benefit design and healthcare utilization in northern rural china[J]. PlosOne, 2012, (7): 11.
- [18] 李润萍. 浅谈新农合统筹补偿方案调整测算[J]. 时代金融, 2013(2): 28-31.
- [19] 李斌, 李鏊勋, 徐影涛. 新农合补偿方案的三大关键要素[J]. 西南石油大学学报(社会科学版), 2011, 13(2): 75-79.
- [20] 张英洁. 新型农村合作医疗统筹补偿方案研究[D]. 济南: 山东大学, 2009.
- [21] 刘中正. 吉林省新型农村合作医疗制度成效分析及未来展望研究[D]. 吉林: 吉林大学, 2014.
- [22] 漆光紫, 黄高明, 谢平. 贫困地区新型农村合作医疗试点工作运行情况分析[J]. 卫生软科学, 2007, 21(4): 273-275.
- [23] You Xuedan, Kobayashi Yasuki. The new cooperative medical scheme in China [J]. Health Policy, 2009, 91(1): 1-9.
- [24] Yip Winnie, Hsiao William C. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? [J]. Social Science & Medicine, 2008, 68(2): 201-209.
- [25] Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, Gao Jun, et al. Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme [J]. Journal of Health Economics, 2008, 28(1): 1-19.
- [26] Jing Shanshan, Yin Aitian, Shi Lizheng, et al. Whether new cooperative medical schemes reduce the economic burden of chronic disease in rural china [J]. Plos One, 2013, (8): 1.
- [27] Yang Wei. China's new cooperative medical scheme and equity in access to health care: evidence from a longitudinal household survey [J]. International

Journal for Equity in Health, 2013, (12): 20.

[28] Sun Xiaoyun, Jackson Sukhan, Carmichael Gordon, et al. Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province [J]. Health Economics, 2008, 18(1): 103-119.

[29] 韩冰, 袁兆康, 方丽霖, 等. 江西省新型农村合作医疗住院补偿公平性研究[J]. 中国社会医学杂志, 2011, 28(2): 128-130.

[30] 汪宏, Winnie Yip, 张里程, 等. 中国农村合作医疗的受益公平性[J]. 中国卫生经济, 2005, 24(2): 16-19.

[31] 吴宁. 新型农村合作医疗政府财政补助受益公平性研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2011.

[32] Luying Zhang, Xiaoming Cheng, Rachel Tolhurst, et al. How effectively can the New Cooperative Medical Scheme reduce catastrophic health expenditure for the poor and non-poor in rural China? [J]. Tropical Medicine & International Health, 2010, 15(4): 468-475.

[33] 胡晓先. 新型农村合作医疗不同参合人群住院受益分析[[J]]. 中国农村卫生事业管理, 2012, 32(8): 771-773.

[34] Ye Chiyu, Duan Shengnan, Wu Yuan, et al. A preliminary analysis of the effect of the new rural cooperative medical scheme on inpatient care at a county hospital [J]. Health Services Research, 2013, (13): 519.

[35] 郑振佳, 潘宝骏, 吴燕玲. 福建省新型农村合作医疗缓解农民“看病难”效果分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2012, 32(1): 15-17.

[36] 邓永新, 程英华, 杨春花. 青州市新农合基金支付方式改革探讨[[J]]. 社区医学杂志, 2012, 10(4): 72-73.

[37] 汤敏, 尹爱田, 范学玲, 等. 从费用控制角度谈新农合可持续发展[J]. 中国农村卫生事业管理, 2008, 28(1): 20-23.

[38] 盛红旗, 郭晓刚. 新型农村合作医疗支付方式改革探索[[J]]. 社区医学杂志, 2011, 9(1): 4-5.

[39] 刘亚歌, 彭明强. 医疗保险费用支付方式改革对医院管理的影响[J]. 中国医院

管理, 2011, 31(7): 52-54.

[40] 甘肃省统计局. 甘肃发展年鉴 2015 [M]. 中国统计出版社, 2016.

[41] 中国国家统计局. 中国统计年鉴 2016 [M]. 中国统计出版社, 2016.

附件：甘肃省各地典型新农合实施方案

附件1 定西市安定区新农合深化支付方式改革实施方案

为巩固和扩大新农合制度运行成果，发挥新农合基金差别化支付的激励约束和杠杆作用，推动全区分级诊疗和“固定、有序、紧密”的医师多点执业工作全面有效开展，充分调动各方的积极性，全面有效使用“一卡通”，实施“先看病、后付费”的就医模式，切实解决农民“看病难、看病贵”问题，提高基金使用效益。根据《甘肃省新型农村合作医疗深化支付方式改革实施方案（试行）》、《定西市新型农村合作医疗深化支付方式改革实施方案（试行）》，制定本方案。

一、指导思想

围绕“保基本、强基层、建机制”的医改总要求，着力统筹整合城乡医疗资源，引导城市优质医疗资源流向基层和基层患者理性有序选择就医，充分调动多方面的积极性，逐步建立有利于合理控制医药费用、提高参合农民受益水平、确保基金安全高效运行的新农合费用支付制度，破除公立医院“以药养医”弊端，建立“以医养医”新机制，增强新农合基金支付对医疗行为的激励约束作用，使有限的医疗资源能有效重组，合理配置，形成良好的看病就医新格局，推动基层医疗机构综合改革逐步走向良性运行和自我发展的轨道。

二、目标任务

以破解农民“看病难、看病贵”为切入点，通过有效实施新农合支付方式改革，落实分级诊疗和“固定、有序、紧密”的医师多点执业制度，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨，促进病人合理分流，构建“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县、疑难危重再转诊”的看病就医新秩序，落实“医生下沉、基金下沉、病人下沉”（三个下沉），全面提高医疗资源综合利用效率和基金使用效果。

从2015年起，在全区分级诊疗试点工作的基础上，计划利用三年时间，通过持续有效落实支援农村卫生工程等医师多点执业、分级诊疗和区、乡两级公立医疗机构支付方式改革工作，力争使全区区域外就诊率下降到15%以内，区域外基金支付所占比例降为30%以下；到2020年，全区区域外就诊率下降到10%以内，区域外基金支付所占比例

降为 20%以下，真正实现 90%的参合病人留在区域内、80%的新农合基金在区域内流动的基层医改总目标。

2015 年，要认真做好组织实施工作，要在全区实现支付方式改革全面覆盖、病人合理有序分流，全区力争当年门诊病人在县级医疗机构就医比例平均控制在 10%以下，乡级医疗机构 40%左右，村级医疗机构 50%左右；住院病人区外就医比例控制在 20%以内，新农合基金区域外支付控制在 40%以下。通过新农合支付方式改革，全面落实推行“先看病、后付费”的看病就医新模式。

三、基本原则

- (一) 定点医疗机构、病种全面覆盖；
- (二) 结合本地实际，实施动态管理；
- (三) 坚持以收定支，确保基金安全；
- (四) 兼顾各方利益，统筹持续发展。

四、方案内容

要根据预算年度所筹集到位的统筹基金收入总额，在足额扣留风险基金和购买大病保险金后，将其总额的 30%留作门诊统筹基金，其余 70%用于住院病人统筹基金，全面落实基金预决算管理制度和收支两条线管理规定，本着以“以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余”的原则，测算制定统筹补偿方案。

(一) 门诊统筹支付方式改革

1、门诊统筹总额预付制度。门诊总额预付是新农合管理经办机构与定点医疗机构在科学测算的基础上协商确定门诊费用预算总额的一种付费方式。预算总额主要用于支付乡、村两级医疗卫生机构提供的一般性疾病门诊服务。总额预付实行“总额包干、限额预付、超支不补”的原则。区新农合经办机构要依据与定点医疗机构双方签订的协议，及时足额向定点医疗机构预拨门诊统筹资金，预付比例应控制在预算总额的 60%，按月预付，次月结算，年底决算。

2、门诊特殊病种补偿制度。门诊特殊病补偿制度是对门诊特殊疾病实行分病种确定额度、按比例补偿、年度累计封顶的支付方式。

①病种范围

纳入新农合门诊特殊病种补偿范围的疾病共分四大类 33 种。

I 类（4 种）：尿毒症透析治疗（终末期肾病），再生障碍性贫血，血友病，系统性

红斑狼疮肾损害;

II类(9种): 苯丙酮尿症(18岁及以下儿童), 恶性肿瘤放化疗, 精神分裂症, 慢性肾炎并发肾功能不全, 失代偿期肝硬化, 脑瘫, 心脏病并发心功能不全, 强直性脊柱炎, 重症肌无力;

III类(14种): 高血压病(II级及以上), 脑出血及脑梗塞恢复期, 风湿(类风湿)性关节炎, 慢性活动性肝炎, 慢性阻塞性肺气肿及肺心病, 饮食控制无效糖尿病(I型糖尿病), 椎间盘突出, 慢性盆腔炎及附件炎, 耐药性结核病, 癫痫, 甲亢, 克山病, 大骨节病, 布鲁氏菌病;

IV类(6种): 黑热病, 克汀病, 包虫病, 氟骨症, 砷中毒, 疟疾。

②确诊机构

门诊特殊病由二级及以上新农合定点医疗机构负责确诊。

③补偿比例与额度

门诊特殊病种补偿不设起付线, 在相应病种年度补偿限额内按患者实际费用的70%比例计算补偿, 超过年度限额新农合不予报销。I类尿毒症透析治疗(终末期肾病)患者每人年度累计补偿封顶线为60000元, 其他疾病每人年度累计补偿封顶线为20000元; II类苯丙酮尿症儿童每人年度累计补偿封顶线为14000元, 其他疾病每人年度累计补偿封顶线为10000元; III类每人年度累计补偿封顶线为3000元; IV类每人年度累计补偿封顶线为1000元。今后, 随着新农合筹资标准的逐年提高, 适当增加门诊特殊病种补偿范围, 扩大参合农民受益面。

3、严格执行甘肃省卫生计生委《关于印发〈甘肃省医师多点执业管理办法(2014)〉的通知》(甘卫医政发〔2014〕471号)、《关于支援农村卫生等医师多点执业有关规定的通知》(甘卫医政发〔2014〕472号)精神, 全面实施上级医院对下级医院纵向技术帮扶和分片包干业务。县、乡医疗机构要建立“固定(固定人员、固定时间、固定地点)、有序(有计划、有目标、有任务)、紧密(责权对等、利益分享、风险共担)”的医师多点执业医疗服务体系, 切实提高基层医疗机构服务能力, 全力做好参合农民医疗服务保障工作, 让农民患者就近享受到专家提供的高质量医疗服务。适当提高支援农村卫生工程等医师多点执业服务的技术劳务性医疗收费标准, 以调动广大医务人员和医疗机构开展医疗服务的积极性。

4、将普通门诊报销比例由90%下调到80%, 就诊范围和补偿封顶线不做调整, 要继

续做好门诊统筹政策宣传工作，不留政策死角，消除宣传盲区，争取做到家喻户晓，人人皆知。严格禁止参合农民年底集中到村卫生室取药突击花钱等不良行为。

5、支付程序。区新农合管理机构要按计划及时将门诊统筹基金的60%下拨到各定点医疗机构，不得无故拖欠。村级新农合定点医疗机构，每月将门诊统筹补偿登记表、双联处方（结算联）、发票（或门诊补偿结算清单）等材料上报乡镇卫生院，经卫生院合管办人员进行初审，同本院门诊报销资料汇总后报区合管办，区新农合经办机构根据各医疗机构“一卡通”就医网上实时监控情况及数据结果，经认真复审后，与乡镇卫生院办理结算，多退少补。

参合患者凭“一卡通”在定点医疗机构门诊看病就医，只需支付自付部分费用，其余费用全部由医疗机构垫付。定点医疗机构要进一步优化服务流程，提高工作效率，体现政策关怀，方便群众就医，简化患者先交款付费，再报销领钱等冗余环节，真正实现“面对面、一站式”即时结算服务。

6、绩效考核。区新农合管理机构要详细制定区、乡、村级定点医疗机构考核管理办法，完善公示制度。

要组织区、乡卫生人员、卫生院新农合经办人员和村卫生室负责人等组成新农合监督管理小组，每季度对定点医疗机构门诊服务数量、质量以及患者满意度等进行考核，发现有分解处方、推诿病人、不合理减少医疗服务、降低服务质量等违规行为，按照门诊服务协议，扣除一定数额的门诊统筹垫付资金。

村卫生室也要相应成立由乡镇卫生计生办包村干部任组长，村计划生育专干、社（组）长、村医和村民代表为成员的健康监督管理小组，除了履行新农合监督管理职能外，还应积极开展慢病管理工作，健康管理小组要坚持每周至少入村（户）一次。

新农合管理机构要根据各自职能分工、职责划分和管理授权范围，运用现代科技管理手段，充分发挥新农合信息平台网上实时动态监督管理作用，不断提高管理工作精细化、规范化、科学化水平。

（二）健全和完善支援农村卫生工程等医师多点执业配套管理措施，确保分级诊疗制度全面有效落实

1、提高支援农村卫生工程等医师多点执业医师门诊诊疗费新农合支付标准

支援农村卫生工程等医师多点执业门诊诊疗费是指实施支援农村卫生工程等医师多点执业到签约医疗机构，开展“固定、有序和紧密”的对口医疗帮扶业务的门诊费用。

新农合支付标准如下:

三级医院医师到二级医院服务: 正高职称医师 30 元/人次*疗程(新农合基金支出 25 元, 患者自付 5 元)(支付医师 25 元, 医院 5 元); 副高职称医师 25 元/人次*疗程(新农合基金支出 20 元, 患者自付 5 元)(支付医师 20 元, 医院 5 元)。

二级医院医师到一级医院服务: 正高职称医师 20 元/人次*疗程(新农合基金支出 17 元, 患者自付 3 元)(支付医师 15 元, 医院 5 元); 副高职称医师 15 元/人次*疗程(新农合基金支出 12 元, 患者自付 3 元)(支付医师 10 元, 医院 5 元); 中级职称医师(含五年以上住院医师) 10 元/人次*疗程(新农合基金支出 8 元, 患者自付 2 元)(支付医师 5 元, 医院 5 元)。

2、支付多点执业医师手术(麻醉)指导费

是指实施支援农村卫生工程等医师多点执业到签约医疗机构, 按照双方协议约定, 定期为住院病人现场实施手术、示教、指导等活动所支付的技术指导费用。其标准为:

(1) 手术医师指导费(注: 手术分级按照《国家卫生计生委关于印发医疗机构手术分级管理办法(试行)的通知》(卫办医政发〔2012〕94号)规定执行):

三级医院医师到二级医院: 三级手术医师指导费 1000 元/人次; 二级手术医师指导费 800 元/人次; 一级手术医师指导费 500 元/人次;

二级医院医师到一级医院: 二级手术医师指导费 500 元/人次; 一级手术医师指导费 300 元/人次。

(2) 麻醉医师指导费

三级医院医师到二级医院: 三级手术麻醉医师指导费 300 元/人次; 二级手术麻醉医师指导费 200 元/人次; 一级手术麻醉医师指导费 150 元/人次;

二级医院医师到一级医院: 二级手术麻醉医师指导费 150 元/人次; 一级手术麻醉医师指导费 100 元/人次。

3、支援农村卫生工程等医师多点执业查房及其他多点执业指导费

是指实施支援农村卫生工程等医师定期到签约服务的定点医疗机构从事医疗查房、技术指导、示范示教及其他医疗服务等活动所支付的技术指导费用。其标准为:

医师查房指导费: 150 元(20 人以下), 200 元(20 人以上); 药师处方点评指导费: 150 元/次(20 份以下), 200 元/次(20 份以上); 超声医师指导费: 150 元/次(20 人以下), 200 元/次(20 人以上); 病理医师指导费: 150 元/次(5 人以下), 200 元/次(5

人以上); 检验医师指导费: 150 元/次 (20 人以下), 200 元/次 (20 人以上); 放射医师指导费: 150 元/次 (20 人以下), 200 元/次 (20 人以上)。

(三) 住院费用支付方式改革

1. 住院费用总额预付制度。根据全区历年基金结余和当年筹资情况, 各定点医疗机构近年来住院医疗费用平均水平, 医疗费用和当年统筹基金增长幅度, 结合各定点医疗机构服务能力、历年新农合基金使用情况、分级诊疗病种价格等综合因素, 确定当年各定点医疗机构住院费用总额。预付总额根据实际情况适时调整, 实行“总额包干、限额预付、超支限补”的原则。新农合经办机构要依据预算年度每月住院统筹基金总额预留 40%后, 其余 60%按计划下拨各定点医疗机构作为参合患者住院统筹周转资金, 按月预付, 次月结算, 年底决算。

2. 住院病种付费制度

(1) 单病种定额付费制度。在确保医疗质量和医疗安全的前提下, 按照合理规范的临床路径 (参照卫生部临床路径管理汇编), 对参合患者的某一病种从确诊入院、检查治疗到治愈出院实行定额付费管理。按住院病种付费, 对费用超出部分由医疗机构承担, 结余部分留作定点医疗机构作为单病种定额付费平衡资金。

2015 年, 对在区、乡两级新农合定点医疗机构实施分级诊疗的 150 个病种实行定额付费管理 (见附件 1、2)。各定点医疗机构必须与新农合管理机构签订住院病种服务协议, 明确双方各自的权利和责任, 并相互监督执行。随着基层医疗机构诊疗业务的拓展和服务能力的提升, 需要增加病种时, 新农合管理机构要根据该机构前三年该病种实际费用进行测算, 合理确定单病种平均费用定额标准。新增病种的选取应在国家卫生计生委已经确定实施临床路径的病种中增加选择, 要尽可能减少例外病种数量。

要结合实际, 建立健全“病种分级定额覆盖、临床诊疗路径规范、首诊分级分工负责、双向转诊流程完备、医师固定有序帮扶、医疗服务质量提升和基金支付激励约束”等制度, 落实“医生、病人和基金”三个下沉, 破解“看病难、看病贵”两个难题, 推动区级公立医院综合改革全面深化。

对诊断符合分级诊疗并与相应定点医疗机构签订协议病种的新农合患者原则上只能在参合地相应级别的定点医疗机构就诊, 不得越级诊疗。患者执意要求转诊且经过医疗机构和同级新农合管理机构同意的分级诊疗病种患者, 新农合基金分别按照县、乡两级分级诊疗确定病种相应定额的 50% (2015 年)、20% (2016 年) 比例报销, 2017 年及

以后新农合不予报销。转出医疗机构也要承担相应责任费用(县级 1000 元/例、乡级 300 元/例)。对私自外转的分级诊疗病种患者新农合基金一律不予报销。各定点医疗机构要各自所承担的分级诊疗病种严格把关,积极收治患者,不得随意外转。区新农合管理经办机构每月在与定点医疗机构进行新农合基金结算时予以扣除兑现。

(2) 重大疾病限额付费制度。在确保医疗质量和医疗安全的前提下,对患有重大疾病的参合患者从确诊入院、检查治疗到治愈出院实行最高费用限额管控,限额内新农合按照规定比例报销,其余费用由定点医疗机构分别申请商业保险理赔和民政救助。

继续完善以病种为切入点的农村重大疾病保障工作,2015 年,省卫生计生委对新农合原有 27 种农村重特大疾病病种进行调整扩增,达到 50 种,定点医院资质条件重新确定为三级及以上医院(原各县区确定的县级重大疾病定点医院资格自动取消),在省级医院住院的重大疾病患者,其就医流程、报销比例以及管理等严格按照省卫生计生委、省民政厅联合下发的《甘肃省农村重特大疾病新型农村合作医疗保障实施方案(试行)》(甘卫基层发〔2014〕489 号)执行。

对于同时符合新农合重大疾病保障补偿政策、城乡居民大病保险救助政策和民政重特大疾病医疗救助政策的参合患者,原则上由新农合经办机构按照相关规定先行补偿,再由大病保险经办机构进行理赔补偿,最后由民政部门按照相关规定实施救助。对于重大疾病范围外的普通病种费用补偿程序各地可根据实际参照执行。

各定点医疗机构应当积极为参合农民提供新农合、大病保险和重特大疾病医疗救助“一站式”即时结报服务,并在出院结算发票上注明住院总费用、新农合报销费用、大病保险理赔费用、民政医疗救助费用及其他各类项目救助等明细,各项保障措施叠加后,参合患者获得的补偿总金额不得高于住院总费用。

3、严格执行“即时结报”制度,全面推行“先治病、后付费”的支付管理模式。各级定点医疗机构要逐步改革住院预交金制度,推行“先治病、后付费”结算模式。参合患者入院时,只需将新农合“一卡通”原件以及本人身份证(户口簿)复印件交定点医院,经定点医院查验患者身份信息正确无误后,即可与患者签署住院费用结算协议。患者入院时免交押金,出院时只支付个人自付费用部分,其余费用由定点医疗机构与新农合管理等部门进行结算。定点医院要严格执行患者住院费用“一日清单”制度。

(四) 总额预付制度的统筹衔接与有效落实

新农合支付方式中总额预付包括门诊总额预付、住院总额预付和多点执业医师医疗服务费用总额预付等内容，新农合经办机构要完善制度措施，统筹预算内容，严格按照与各定点医疗机构签订的服务协议约定，按时足额向定点医疗机构预拨统筹资金，不得无故滞留或扣减。预付比例应控制在预算总额的60%，按月预付，次月结算，年底决算。

五、保障措施

（一）提高认识，增强开展工作的主动性

新农合支付方式改革是通过推行总额预付、按病种付费、按床日付费等支付方式，将新农合的支付方式由单纯的按项目付费向混合支付方式转变，其核心是由后付制转向预付制，充分发挥新农合支付方式的基础性作用，实现医疗机构补偿机制、激励机制及约束机制的关联牵动效应和综合传导功能。

实行支付方式改革，有利于巩固完善新农合制度，提高新农合基金使用效率，保障参合农民受益水平；有利于合理利用卫生资源，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨；有利于新农合制度持续、健康、稳定发展，让参合农民切实享受医改成果，维护参合农民权益等有重要意义。

卫生部门和新农合管理经办机构主要负责人，务必高度重视，落实任务，靠实责任，要加强同发改、财政等相关部门的配合协调，切实加强对新农合支付方式改革工作的组织领导。要成立由卫生计生、发改、财政等部门负责人参加的新农合支付方式改革领导小组，领导小组下设办公室，具体负责支付方式改革工作方案的拟定以及实施过程中的业务指导。各级定点医疗机构也要成立相应的工作小组，负责协调本单位支付方式改革各项具体工作。

（二）激励引导，争取医疗机构的主动配合

各定点医疗机构要充分认可和深刻理解开展支付方式改革的重大现实意义，主动适应、配合和参与改革，严格执行患者入出院标准，认真履行定点医疗机构服务协议，优化医疗服务流程，提高管理水平，深入探索降低服务成本和提高服务质量的有效途径。充分利用临床医师在与患者沟通交流中的优势地位，积极向群众宣传新农合有关政策，树立正确的就医观念，培养良好的就医习惯，引导农民群众正确认识并支持支付方式改革工作。

（三）完善措施，实现与公立医院改革管理的有效衔接

要做好支付方式改革与公立医院改革的衔接，按照总额控制、结构调整的工作思路，

充分发挥支付方式改革对调整医药费用结构中的重要作用，合理减少药品、耗材使用，适当提高医疗技术劳务收入，把支付方式改革与推行临床路径管理、分级诊疗实施、标准化诊疗管理密切结合，实现控制费用、规范诊疗的预期目标。在推进支付方式改革过程中，要注意完善相关配套政策措施。

（四）落实考评，推动改革工作平稳均衡发展

新农合管理经办机构要将支付方式改革实施情况纳入定点医疗机构目标责任制和积分记录考核，结合实际制定相应的配套约束和激励措施，落实绩效考核办法，总体与基金拨付挂钩。对不严格执行临床路径、诊疗规范、相关管理规定及变异率超标的定点医疗机构，采取不予拨付补偿资金，降低预付比例或责成限期整改，暂停乃至取消定点医疗机构资格等处理办法；对违反规定的当事人可视情节轻重给予警告或不良执业记录登记并处罚，情节严重者移交司法机构处理，确保支付方式改革顺利推进。

（五）强化监管，及时总结先进经验成果

要严格执行《甘肃省新型农村合作医疗网上监督管理办法》（甘卫基层发〔2014〕498号），加强支付方式改革的统筹协调、进度安排、实施效果等的督导检查，充分利用信息网络平台，实时动态监控，发现问题，及时解决。对于在支付方式改革推进工作中好的做法和典型经验及时总结报道加以推广，要勇于创新，敢于克难，善于总结，始终把解决基层老百姓看病就医困难作为衡量我们改革工作得失的基本标准，力争使全市新农合支付方式改革取得实效。

（六）健全网络，利用信息化手段提高工作质量

加快卫生信息化建设，是推动农村卫生事业发展的基础支撑，特别是要加强基层卫生信息平台建设，实现资源互联共享。2015年，要将新农合“一卡通”推广及有效使用和住院病人费用即时结报作为推动信息化建设的一项重要工作来抓，要精心策划，周密部署，加强与农业银行的业务联系，详细制定目标任务书、实施路线图和推进时间表，加快村卫生室网络配套机具安装布放进度，现场培训指导操作人员，采取分片包干与分工负责相结合的形式，扎扎实实将我省起步较早的新农合惠农“一卡通”工作全面有效落到实处，让参合农民一卡到手，家喻户晓，人人使用，真正实现规范管理流程、方便参合农民和提高工作效率之目的。

六、2015年新农合统筹补偿工作

（一）统一筹资标准

1. 筹资标准。2015年新型农村合作医疗基金筹资标准为450元,其中中央及地方各级财政补助360元/人,参合农民个人缴费人均90元。

2. 筹资方式。坚持政府主导、农民自愿参合的原则,以农村户籍为依据,以户为单位缴纳参合资金,参合人数应不少于农村户籍人数。

(二) 规范补偿模式

新农合基金划分为住院统筹基金、门诊统筹基金和风险基金三部分。风险基金应按照规定每年从筹集的合作医疗基金中提取,风险基金结余总额已达到当年筹资总额10%的,不再继续提取。新农合筹资总额扣除风险基金和购买大病保险基金后,门诊统筹基金的划分原则上应不低于30%。新农合统筹基金当年结余控制在15%以内,累计结余应不超过当年统筹基金的25%。随着门诊和住院人次的增减,住院统筹基金和门诊统筹基金可相互转划使用,但总基金不得透支。

继续坚持以大病统筹为主的原则,除风险基金外,原则上按30%比例设门诊统筹基金(含普通门诊和特殊病种门诊补偿基金)和70%比例设住院统筹基金(含普通住院、正常分娩、单病种定额付费、重特大疾病补偿基金),对参合农民门诊和住院费用分别进行补偿,采取住院统筹和门诊统筹相结合的补偿模式。

(三) 严格补偿范围

新农合基金只能用于参合农民医疗费用的补偿。对于国家和省上有关政策规定的专项补偿项目,应先执行专项补偿,剩余部分的医疗费用再按新农合报销比例规定给予补偿,但合计补偿金额不得超过住院封顶线和患者实际医疗总费用。纳入免费治疗的项目,不纳入新农合基金补偿范围。

要严格按照省卫生计生委印发《甘肃省新型农村合作医疗报销药品目录(2015版)》、《甘肃省新型农村合作医疗报销诊疗目录(2015版)》规范审核。对使用目录外药品、诊疗费用和超标准收费、分解收费、自立项目收费、非疾病治疗项目以及违反政策规定等而发生的不合理费用,新农合基金均不予支付。

(四) 调整补偿方案

1. 住院补偿政策

(1) 住院起付线。省、市、县、乡四级医疗机构住院补偿起付线分别为3000元、1000元、500元和150元。

(2) 住院补偿比例。省、市、县、乡四级医疗机构住院补偿比例分别为55%、60%、

70%、80%。分级诊疗范围内病种按照《甘肃省分级诊疗工作实施方案》补偿政策执行。

(3)住院封顶线。省、市、县、乡四级医疗机构单次住院封顶线分别为40000元、30000元、25000元和3000元。年内多次住院的参合农民年度内累计补偿金额为80000元。

(4)新生儿参合补偿政策。当年出生的新生儿，随其母亲享受新农合待遇，次年按规定缴费。鼓励家庭对即将出生的婴儿提前缴纳参合资金。

(5)住院正常分娩补偿政策。住院正常分娩的，应先行享受“农村孕产妇住院分娩补助项目”，对补助后剩余费用区级及区以上定额补助650元，乡级定额补助300元。区内区、乡两级医疗机构住院分娩的，按分级诊疗病种进行定额补偿。住院病理性分娩和产后并发症发生的医药费用，在享受“农村孕产妇住院分娩补助项目”的基础上，剩余费用执行新农合住院补偿规定。

(6)跨年度住院补偿。跨年度住院的参合人员入、出院年度连续参合的，住院医疗费全部参与计算，按照出院时所在年度补偿标准计算补偿费用，对住院医疗费用过高的，可分年度计算补偿费用；跨年度住院的参合人员如果参合缴费未连续，只计算参合年度所发生的住院医疗费用，并按参合年度补偿标准计算补偿费用，未参合年度所发生费用新农合不予报销。

2. 普通门诊统筹补偿

规范开展普通门诊统筹补偿工作，门诊参合患者医药费用补偿比例调整为80%，年内个人补偿封顶线为100元，户内可调剂使用。普通门诊统筹就诊范围在乡级医疗机构和符合条件的村卫生室，引导病人就近就医。普通门诊要实行现场补偿，按比例“一站式”结算。

村卫生室一般诊疗费标准为：中医6元/人次*疗程（每疗程3天），西医5元/人次*疗程（每疗程3天，含耗材，包括一次性注射器、输液器等）。其中：中医诊疗新农合全额报销；西医诊疗新农合补偿4元，个人自付1元。

政府办乡镇卫生院和社区卫生服务机构一般诊疗费标准为：中医10元/人次*疗程，西医9元/人次*疗程，其中：中医诊疗新农合补偿9元，个人自付1元；西医诊疗新农合补偿7元，个人自付2元。

3. 中医药报销、医疗康复项目、农村特殊人群（五保户，一、二类低保户，残疾人，独生子女户，二女户，少数民族三女户）的补偿政策继续执行现行相关文件规定。

本方案自2015年1月1日起执行。

附件2 甘南州新农合州级统筹暨支付方式改革实施方案

为扎实推进医改向纵深发展,提高医疗保障水平,巩固和扩大新农合制度运行成果,发挥新农合基金差别化支付的激励约束和杠杆作用,合理有效分配现有的医疗资源,推动全州分级诊疗和“固定、有序、紧密”的医师多点执业工作全面有效开展,充分调动各方的积极性,全面有效使用“一卡通”,实施“先看病、后付费”的就医模式,切实解决农民“看病难、看病贵”问题,提高基金使用效益,根据《甘肃省新型农村合作医疗诊疗项目(2015版)》(甘卫基层发〔2015〕504号)、《甘肃省新型农村合作医疗诊疗报销药品目录(2015版)》(甘卫基层发〔2015〕500号)、《关于印发甘肃省分级诊疗工作实施方案》甘卫基层发〔2014〕502号)和《甘肃省新型农村合作医疗深化支付方式改革实施方案》(甘卫基层发〔2014〕501号)精神,结合我州新农合运行实际情况,制定本实施方案。

一、指导思想

围绕“保基本、强基层、建机制”的医改总要求,着力统筹整合城乡医疗资源,引导城市优质医疗资源流向基层和基层患者理性有序选择就医,充分调动多方面的积极性,逐步建立有利于合理控制医药费用、提高参合农民受益水平、确保基金安全高效运行的新农合费用支付制度,破除公立医院“以药养医”弊端,建立“以医养医”新机制,增强新农合基金支付对医疗行为的激励约束作用,使有限的医疗资源能有效重组,合理配置,形成良好的看病就医新格局,推动基层医疗机构综合改革逐步走向良性运行和自我发展的轨道。

二、目标任务

以破解农民“看病难、看病贵”为切入点,通过有效实施新农合支付方式改革,落实分级诊疗和“固定、有序、紧密”的医师多点执业制度,规范医疗机构服务行为,控制医药费用不合理上涨,促进病人合理分流,实现“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县、疑难危重再转诊”的看病就医新秩序,落实“医生下沉、基金下沉、病人下沉”(三个下沉),全面提高医疗资源综合利用效率和基金使用效果。

2016年,各县市要认真做好分级诊疗工作,要在全州实现支付方式改革全覆盖,

促进病人合理有序分流,全州力争当年门诊病人在县级医疗机构就医比例平均控制在 10% 以下,乡级医疗机构 40%左右,村级医疗机构 50%左右;住院病人县外就医比例控制在 15%以内,新农合基金县域外支付平均比例控制在 30%以下。到 2020 年,全州县外就诊率下降到 10%以内,县域外基金支付所占比例降为 20%以下,全州真正实现 90%的参合病人留在县域内、80%的新农合基金在县域内流动的基层医改总目标。通过新农合支付方式改革,全面落实推行“先看病、后付费”的看病就医新模式。

三、基本原则

- (一) 定点医疗机构、病种全面覆盖;
- (二) 结合本地实际,实施动态管理;
- (三) 坚持以收定支,确保基金安全;
- (四) 兼顾各方利益,统筹持续发展。

四、主要内容

各统筹地区依据预算年度所筹集到位的统筹基金收入总额,在足额扣留风险基金后,原则上将其总额的 30%留作门诊统筹基金,其余 70%用于住院病人统筹基金,全面落实基金预决算管理制度和收支两条线管理规定,本着以“以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余”的原则,测算制定统筹补偿方案。

(一) 门诊统筹支付方式改革

1. 门诊统筹总额预付制度。门诊总额预付是新农合管理经办机构与定点医疗机构在科学测算的基础上协商确定门诊费用预算总额的一种付费方式。预算总额主要用于支付乡、村两级医疗卫生机构提供的一般性疾病门诊服务。总额预付实行“总额包干、限额预付、超支不补”的原则。各新农合经办机构要依据与定点医疗机构双方签订的协议,及时足额向定点医疗机构预拨门诊统筹资金,预付比例应控制在预算总额的 60%,按月预付,次月结算,年底决算。

2. 按人头付费制度。按人头付费是在“总额预付”的基础上,经过合理测算,确定人均定额标准,由新农合经办机构与定点医疗机构签订服务协议,实行“按人头付费”结算的管理办法。

实施支援农村卫生工程等医师多点执业签约服务的县市,医疗专家技术服务指导等费用先由各受援医疗机构垫付,新农合管理经办机构应将此费用纳入定点医疗机构门诊(住院)统筹总额预付,按比例预拨到各定点医疗机构,按月预付,次月结算,年底决

算。

3. 门诊特殊病补偿制度。门诊特殊病补偿制度是对门诊特殊疾病实行分病种确定额度、按比例补偿、年度累计封顶的支付方式。

①病种范围

纳入新农合门诊特殊病补偿范围的疾病共分四大类 35 种。

I 类（4 种）：尿毒症透析治疗（终末期肾病），再生障碍性贫血，血友病，系统性红斑狼疮肾损害；

II 类（11 种）：苯丙酮尿症（18 岁及以下儿童），恶性肿瘤放化疗，精神分裂症，慢性肾炎并发肾功能不全，失代偿肝硬化，脑瘫，心脏病并发心功能不全，强直性脊柱炎，重症肌无力，甲状腺功能减退，白癜风；

III 类（14 种）：高血压病（II 级及以上），脑出血及脑梗塞恢复期，风湿（类风湿）性关节炎，慢性活动性肝炎，慢性阻塞性肺气肿及肺心病，饮食控制无效糖尿病，椎间盘突出，慢性盆腔炎及附件炎，耐药性结核病，癫痫，甲亢，克山病，大骨节病，布鲁氏菌病；

IV 类（6 种）：黑热病，克汀病，包虫病，氟骨症，砷中毒，疟疾。

②确诊机构

门诊特殊病由二级及以上新农合定点医疗机构负责确诊。

③补偿比例与额度

门诊特殊病补偿不设起付线，在相应病种年度补偿限额内按患者实际费用的 70% 比例计算补偿，超过年度限额新农合不予报销。I 类尿毒症透析治疗（终末期肾病）患者每人年度累计补偿封顶线为 60000 元，其他疾病每人年度累计补偿封顶线为 20000 元；II 类苯丙酮尿症儿童每人年度累计补偿封顶线为 14000 元，其他疾病每人年度累计补偿封顶线为 10000 元；III 类每人年度累计补偿封顶线为 3000 元；IV 类每人年度累计补偿封顶线为 1000 元。

4. 严格执行甘肃省卫生计生委《关于印发〈甘肃省医师多点执业管理办法的通知〉》（甘卫医政发〔2014〕471 号）、《关于支援农村卫生等医师多点执业有关规定的通知》（甘卫医政发〔2014〕472 号）精神，全面实施上级医院对下级医院纵向技术帮扶和分片包干业务。州、县、乡医疗机构要建立“固定（固定人员、固定时间、固定地点）、有序（有计划、有目标、有任务）、紧密（责权对等、利益分享、风险共担）”的医师多

点执业医师服务体系，切实提高基层医疗机构服务能力，全力做好参合农民医疗服务保障工作，让农民患者就近享受到专家提供的高质量医疗服务。

5. 支付程序。新农合管理机构要按计划及时将门诊统筹基金的60%下拨到各定点医疗机构，不得无故拖欠。各定点医疗机构每月将门诊统筹补偿登记表、双联处方（结算联）、收据（或门诊补偿结算清单）等材料上报乡镇卫生院，经办人员进行初审汇总，县市新农合经办机构根据各医疗机构“一卡通”就医网上实时监控情况及数据结果，经认真复审后，与乡镇卫生院办理结算，多退少补。

参合患者凭“一卡通”在定点医疗机构门诊看病就医，只需支付自付部分费用，其余费用全部由医疗机构垫付，真正实现“面对面、一站式”即时结算服务。

6. 绩效考核

各县市要详细制定县、乡、村级定点医疗机构考核管理办法，完善公示制度。

县市卫生计生行政部门、新农合管理机构要组织县乡卫生人员、卫生院新农合经办人员和村卫生室负责人等组成新农合监督管理小组，每季度或半年对定点医疗机构门诊服务数量、质量、转诊率以及患者满意度等进行考核，发现有分解处方、推诿病人、不合理减少医疗服务、降低服务质量等违规行为，按照门诊服务协议，扣除一定数额的门诊统筹垫付资金。各县市卫生计生行政部门、新农合管理机构要根据各自职能分工、职责划分和管理授权范围，充分发挥新农合信息平台网上实时动态监督管理作用，不断提高管理工作精细化、规范化、科学化水平。

村卫生室也要相应成立由乡镇卫生计生办包村干部任组长，村计划生育专干、社（组）长、村医和村民代表为成员的健康监督管理小组，除了履行新农合监督管理职能外，积极开展慢病管理工作，健康管理小组要坚持每周至少入村（户）一次。

（二）健全和完善支援农村卫生工程等医师多点执业配套管理措施，确保分级诊疗制度全面有效落实

1. 支援农村卫生工程等医师多点执业医师门诊诊疗费新农合支付标准。

支援农村卫生工程等医师多点执业门诊诊疗费是指实施支援农村卫生工程等医师多点执业到签约医疗机构，开展“固定、有序、紧密”的对口医疗帮扶业务的门诊费用。新农合支付标准如下：

三级医院医师到二级医院服务：正高级职称医师 30 元/人次*疗程（新农合基金支出 25 元，患者自付 5 元）（支付医师 25 元，医院 5 元）；副高级职称医师 25 元/人次*疗程（新

农合基金支出 20 元，患者自付 5 元)(支付医师 20 元，医院 5 元)。

二级医院医师到一级医院服务：正高职称医师 20 元/人次*疗程(新农合基金支出 17 元，患者自付 3 元)(支付医师 15 元，医院 5 元)；副高职称医师 15 元/人次*疗程(新农合基金支出 12 元，患者自付 3 元)(支付医师 10 元，医院 5 元)；中级职称医师(含五年以上住院医师) 10 元/人次*疗程(新农合基金支出 8 元，患者自付 2 元)(支付医师 5 元，医院 5 元)。

2. 支付多点执业医师手术(麻醉)指导费

指实施支援农村卫生工程等医师多点执业到签约医疗机构，按照双方协议约定，定期为住院病人现场实施手术、示教、指导等活动所支付的技术指导费用。其标准为：

(1) 手术医师指导费(注：手术分级按照《国家卫生计生委关于印发医疗机构手术分级管理办法(试行)的通知》(卫办医政发〔2012〕94号)规定执行)：

三级医院医师到二级医院：三级手术医师指导费 1000 元/人次；二级手术医师指导费 800 元/人次；一级手术医师指导费 500 元/人次；

二级医院医师到一级医院：二级手术医师指导费 500 元/人次；一级手术医师指导费 300 元/人次。

(2) 麻醉医师指导费

三级医院医师到二级医院：三级手术麻醉医师指导费 300 元/人次；二级手术麻醉医师指导费 200 元/人次；一级手术麻醉医师指导费 150 元/人次；

二级医院医师到一级医院：二级手术麻醉医师指导费 150 元/人次；一级手术麻醉医师指导费 100 元/人次。

3. 支援农村卫生工程等医师多点执业查房及其他多点执业指导费

指实施支援农村卫生工程等医师定期到签约服务的定点医疗机构从事医疗查房、技术指导、示范示教及其他医疗服务等活动所支付的技术指导费用。其标准为：

医师查房指导费：150 元(20 人以下)，200 元(20 人以上)；药师处方点评指导费：150 元/次(20 份以下)，200 元/次(20 份以上)；超声医师指导费：150 元/次(20 人以下)，200 元/次(20 人以上)；病理医师指导费：150 元/次(5 人以下)，200 元/次(5 人以上)；检验医师指导费：150 元/次(20 人以下)，200 元/次(20 人以上)；放射医师指导费：150 元/次(20 人以下)，200 元/次(20 人以上)。

(三) 住院费用支付方式改革

1. 住院费用总额预付制度。住院费用总额预付是指根据统筹区域内历年基金结余和当年筹资情况，各定点医疗机构近3年住院医疗费用平均水平，医疗费用和当年统筹基金增长幅度，结合各定点医疗机构服务能力、历年新农合基金使用情况、分级诊疗病种价格等指标综合考虑，合理确定当年各定点医疗机构住院费用总额的一种费用支付方式。预付总额应根据实际情况适时调整，实行“总额包干、限额预付、超支限补”的原则。各新农合经办机构应依据预算年度住院统筹基金总额预留40%后，其余60%按计划下拨各定点医疗机构作为参合患者住院统筹周转资金，按月预付，次月结算，年底决算。

2. 病种定额付费制度

(1) 分级诊疗病种定额付费制度是指在确保医疗质量和医疗安全的前提下，按照合理规范的临床路径（参照卫生部临床路径管理汇编），对参合患者的某一病种从确诊入院、检查治疗到治愈出院实行定额付费的管理模式。按分级诊疗病种付费，原则上费用超出部分由医疗机构承担，结余部分留作定点医疗机构作为分级诊疗定额付费平衡资金（中西医治疗费用同标准）。（详见附件1、2）

开展分级诊疗病种定额付费制度病种的选择，应当本着诊疗科学规范、费用测算相对简单、因地制宜的原则，病种费用可依据参考定额（中西医同价）标准上下浮动，但最高不得超过该病种定额标准的130%，病种数量原则上不得低于相应医疗机构规定标准。依据甘肃省卫生计生委《关于印发甘肃省分级诊疗工作实施方案的通知》（甘卫基层发〔2014〕502号）和《关于印发甘肃省新农合分级诊疗县级医疗机构新增病种目录的通知》（甘卫基层函〔2016〕40号）要求，根据全省县乡两级医疗机构疾病谱排序分析数据，结合我州实际情况确定了县级定点医疗机构250个分级诊疗病种，乡级定点医疗机构50个分级诊疗病种。病种选择确定后，各定点医疗机构必须与县级卫生计生行政部门、新农合管理机构签订住院病种服务协议，明确双方各自的权利和责任，并相互监督执行。随着基层医疗机构诊疗业务的拓展和服务能力的提升，需要增加病种时，各级新农合管理机构要根据该机构前三年该病种实际费用进行测算，合理确定单病种平均费用定额标准。新增病种的选取应在国家卫生计生委已经确定实施临床路径的病种中增加选择，要尽可能减少例外病种数量。各县市要紧密切合实际，建立健全“病种分级定额覆盖、临床诊疗路径规范、首诊分级分工负责、双向转诊流程完备、医师固定有序帮扶、医疗服务质量提升和基金支付激励约束”等制度，落实“医生、病人和基金”三个下沉，破解“看病难、看病贵”两个难题，推动县级公立医院综合改革全面深化。

各县市对诊断符合分级诊疗并与相应定点医疗机构签订协议病种的新农合患者原则上只能在参合地相应级别的定点医疗机构就诊，不得越级诊疗。患者执意要求转诊且经过医疗机构和同级新农合管理机构同意的分级诊疗病种患者，新农合基金分别按照县、乡两级分级诊疗确定病种相应定额的 50%（2015 年）、20%（2016 年）比例报销，2017 年及以后新农合不予报销。转出医疗机构也要承担相应责任费用（县级 1000 元/例、乡级 300 元/例）。对私自外转的分级诊疗病种患者新农合基金一律不予报销（外出务工的、长期在参合地以外居住的和在参合地以外急诊入院的参合患者，不得越级直接到省、市级医疗机构就诊，可以在参合地以外相应级别的新农合定点医疗机构就诊，补偿标准参照参合地相应级别定点医疗机构执行）。各定点医疗机构要对各自所承担的分级诊疗病种严格把关，积极收治患者，不得随意外转。各县市新农合管理经办机构每月在与定点医疗机构进行新农合基金结算时予以扣除兑现。

（2）重大疾病限额付费制度。重大疾病限额付费制度是指在确保医疗质量和医疗安全的前提下，对患有重大疾病的参合患者从确诊入院、检查治疗到治愈出院实行最高费用限额管控，限额内患者只支付个人自付部分费用，其余费用由新农合省级结算中心、大病保险机构以及民政部门与省级医疗机构统一进行结算的一种付费制度。（见附件 3、4）

2016 年，继续完善以 50 种病种为切入点的农村重大疾病保障工作，其就医流程、报销比例以及管理等严格按照省卫生计生委、省民政厅联合下发的《甘肃省农村重特大疾病新型农村合作医疗保障实施方案（试行）》（甘卫基层发〔2014〕489 号）、省卫生计生委、省财政厅联合下发的《甘肃省新型农村合作医疗重特大疾病省内就医费用省级结算及跨省就医费用核查结报工作实施方案》（甘卫发〔2016〕19 号）执行。

3. 按床日付费制度。按床日付费是指患者在住院治疗中，根据其病情严重程度和治疗进展情况，对疾病进行分类和分段，并在严格测算基础上，制定各级（类）定点医疗机构、各类疾病和各时间段的每床日费用标准；病人出院时按照实际发生费用和规定补偿标准与定点医疗机构结算，新农合经办机构根据各类疾病各时间段的支付标准、实际住院天数和规定补偿比例与各级定点医疗机构进行结算的一种付费制度。（见附件 5）

4. 探索疾病诊断相关组等付费方式改革。鼓励有条件的县（市、区）定点医疗机构，尝试开展参照疾病诊断相关组、按绩效付费等付费方式改革试点，积极探索完善现行按病种付费模式，控制医疗机构在诊疗过程中规避按病种付费的行为。

5. 严格执行“即时结报”制度，全面推行“先治病、后付费”的支付管理模式。各级定点医疗机构要逐步改革住院预交金制度，推行“先治病、后付费”结算模式。参合患者入院时，只需将新农合“一卡通”原件以及本人身份证（户口簿）复印件交定点医疗机构，经定点医疗机构查验患者身份信息正确无误后，即可与患者签署住院费用结算协议。患者入院时免交押金，出院时只支付个人自付费用部分，其余费用由定点医疗机构与新农合管理等部门进行结算。定点医疗机构要严格执行患者住院费用“一日清单”制度。

（四）总额预付制度的统筹衔接与有效落实

新农合支付方式中总额预付包括门诊总额预付、住院总额预付和多点执业医师医疗服务费用总额预付等内容，各新农合经办机构要完善制度措施，统筹预算内容，严格按照与各定点医疗机构签订的服务协议约定，按时足额向定点医疗机构预拨统筹资金，不得无故滞留或扣减。预付比例应控制在预算总额的60%，按月预付，次月结算，年底决算。

五、2016年新农合统筹补偿工作

（一）筹资标准。2016年新型农村合作医疗基金人均筹资标准为530元，其中各级财政补助410元（中央财政补助292元、省级财政补助108元、市、县财政补助10元。）参合农牧民个人缴费人均120元。坚持政府主导、农民自愿参合的原则，以农村户籍为依据，以户为单位缴纳参合资金，参合人数应不少于农村户籍人数。

（二）规范补偿模式

新农合基金划分为住院统筹基金、门诊统筹基金和风险基金三部分。风险基金应依照规定每年从筹集的合作医疗基金中提取，风险基金结余总额已达到当年筹资总额10%的，不再继续提取。新农合筹资总额扣除风险基金后，住院统筹基金（含普通住院、正常分娩、单病种定额付费、重特大疾病补偿基金）和门诊统筹基金（含普通门诊和特殊病种门诊补偿基金）比例按当年筹资总额7:3的比例划分，对参合农民门诊和住院费用分别进行补偿，采取住院统筹和门诊统筹相结合的补偿模式。新农合统筹基金当年结余控制在15%以内，累计结余应不超过当年统筹基金的25%。随着门诊和住院人次的增减，住院统筹基金和门诊统筹基金可相互转划使用，但总基金不得透支。

（三）严格补偿范围

新农合基金只能用于参合农民医疗费用的补偿。对于国家和省上有关政策规定的专

项补偿项目，应先执行专项补偿，剩余部分的医疗费用再按新农合报销比例规定给予补偿，但合计补偿金额不得超过住院封顶线和患者实际医疗总费用。纳入免费治疗的项目，不纳入新农合基金补偿范围。

各地必须按照甘肃省卫生计生委印发《甘肃省新型农村合作医疗报销药品目录（2015版）》、《甘肃省新型农村合作医疗报销诊疗目录（2015版）》严格执行，规范审核。对使用目录外药品、诊疗费用和超标准收费、分解收费、自立项目收费、非疾病治疗项目以及违反政策规定等而发生的不合理费用，新农合基金均不予支付。

（四）调整后补偿方案

1. 住院补偿政策

（1）普通住院起付线。省、市、县、乡四级医疗机构住院补偿起付线分别为2000元、500元、300元和100元。

（2）普通住院补偿比例。省、州、县、乡四级医疗机构住院补偿比例分别为60%、70%、85%、90%。分级诊疗范围内病种按照各县市《分级诊疗实施方案》补偿政策执行。

（3）普通住院补偿封顶线。省、州、县、乡四级医疗机构单次住院封顶报销封顶分别为：60000元、40000元、20000元、3000元。年累计补偿封顶线为100000元。

（4）重大疾病补偿政策。全面落实省卫生计生委、省民政厅联合下发的《甘肃省农村重特大疾病新型农村合作医疗保障实施方案（试行）》（甘卫基层发〔2014〕489号）中规定的50种农村重大疾病病种省级限额及新农合补偿支付标准保障病种分期（见附件3、4）。列入新农合重大疾病保障病种范围的住院患者，补偿时不设起付线，不受新农合用药目录和诊疗目录的限制，在费用限额内按住院总费用的70%予以补偿，补偿金额不计入患者当年新农合普通住院封顶线计算基数。

（5）新生儿参合补偿政策。在参合费征缴结束后，当年出生的婴儿（当年10月1日出生到次年12月31日之前未参保的都按婴儿对待）随其母亲享受新农合待遇，次年按规定缴费。鼓励家庭对即将出生的婴儿提前缴纳参合资金。

（6）住院正常分娩补偿政策。住院正常分娩的，应先行享受“农村孕产妇住院分娩补助项目”，对补助后剩余费用县级及县以上定额补助650元，乡级定额补助300元。住院病理性分娩和产后并发症发生的医药费用，在享受“农村孕产妇住院分娩补助项目”的基础上，剩余费用执行新农合住院补偿规定。

（7）意外伤害住院补偿政策。对参合农牧民在生产生活中发生的意外伤害无第三

方责任人的，可纳入新农合补偿范围。

(8) 中(藏)医药补偿优惠政策。

①各级中(藏)医医院普通住院起付线较同级综合医院降低 30%。

②各级定点医疗机构使用中成药、中药饮片，以及利用中(藏)医药适宜技术、中(藏)医诊疗项目、地产中(藏)药材及其验方处方治疗常见病多发病费用，分别在门诊和住院统筹基金中全额补偿。

③参合农民使用全省统一调剂使用的院内中(藏)药制剂治疗疾病所产生的费用纳入新农合全额补偿。

(9) 残疾人补偿政策。

①参合残疾人一级、二级残废(持一级、二级残疾人证)，住院报销取消起付线，补偿比例在原有基础上提高 5 个百分点。

②9 项国家基本医疗保障康复项目补偿政策。参合残疾人以住院治疗性康复为目的，发生的运动疗法，作业疗法，偏瘫、脑瘫、截瘫肢体综合训练，日常生活能力评定，言语、吞咽功能及认知知觉功能障碍训练等九类基本医疗康复项目的住院医疗费用，按照《甘肃省新型农村合作医疗诊疗项目(2015 年版)》规定纳入新农合按政策标准补偿。

(10) 精准扶贫户、七十岁以上老人、计生“两户”等特殊群体住院报销不设起伏线，报销比例在原有的基础上提高 5 个百分点。

(11) 120 救护车产生的费用按 40%予以报销。

(12) 支付部分费用的诊疗项目按 70%予以报销。

(13) 凡在新农合定点医疗机构以外医疗机构住院的，原则不予补偿。

(14) 跨年度住院补偿。跨年度住院的参合人员入、出院年度连续参合的，住院医疗费全部参与计算，按照出院时所在年度补偿标准计算补偿费用，对住院医疗费用过高的，可分年度计算补偿费用；跨年度住院的参合人员如果参合缴费未连续，只计算参合年度所发生的住院医疗费用，并按参合年度补偿标准计算补偿费用，未参合年度所发生费用新农合不予报销。

(15) 非正常转院降低 10%报销。

(16) 在省外公立医院就医的补偿标准按省级标准执行。

(17) 合作市辖区参合农牧民在甘南州人民医院、甘南州藏医研究院附属藏医院、甘南州妇幼保健院、甘南隆宝缘中西医结合医院、红十字仁爱医院、甘南中西医结合医

院住院治疗，均按县级补偿标准执行。

2、普通门诊补偿政策

普通门诊统筹坚持以收定支、收支平衡、保障适度的原则。普通门诊补偿应实行现场即时结报，按比例“一站式”结算。县、乡、村级单次门诊费用补偿比例统一确定为70%、70%、80%，每人每日累计门诊处方费用分别控制在70元、50元、30元以内，当日门诊补偿封顶额分别为50元、35元、25元，参合农民每人每年度普通门诊统筹补偿封顶线为150元，以户封顶，年度不结转。

普通门诊统筹就诊范围主要在乡镇卫生院和符合条件的村卫生室，城区可确定社区卫生服务中心为普通门诊定点医疗机构，引导病人就近就医。

村卫生室一般诊疗费标准为：中医6元/人次*疗程（每疗程3天），西医5元/人次*疗程（每疗程3天，含耗材，包括一次性注射器、输液器等）。其中：中医诊疗新农合全额报销；西医诊疗新农合补偿4元，个人自付1元。

政府办乡镇卫生院和社区卫生服务机构一般诊疗费标准为：中医10元/人次*疗程，西医9元/人次*疗程，其中：中医诊疗新农合补偿9元，个人自付1元；西医诊疗新农合补偿7元，个人自付2元。

六、保障措施

（一）提高认识，增强开展工作的主动性

新农合支付方式改革是通过推行总额预付、按病种付费、按床日付费等支付方式，将新农合的支付方式由单纯的按项目付费向混合支付方式转变，其核心是由后付制转向预付制，充分发挥新农合支付方式的基础性作用，实现医疗机构补偿机制、激励机制及约束机制的关联牵动效应和综合传导功能。

实行支付方式改革，有利于巩固完善新农合制度，提高新农合基金使用效率，保障参合农民受益水平；有利于合理利用卫生资源，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨；有利于新农合制度持续、健康、稳定发展，让参合农民切实享受医改成果，维护参合农民权益等有重要意义。

各县市卫生计生部门和新农合管理经办机构主要负责人，务必高度重视，落实任务，靠实责任，要加强同发改、财政等相关部门的配合协调，切实加强对新农合支付方式改革工作的组织领导。各县（市、区）要成立由卫生计生、发改、财政等部门负责人参加的新农合支付方式改革领导小组，领导小组下设办公室，具体负责支付方式改革工作方

案的拟定以及实施过程中的业务指导。各级定点医疗机构也要成立相应的工作小组，负责协调本单位支付方式改革各项具体工作。

（二）加强经办机构能力建设，提高信息化管理水平

各县市政府积极将新农合管理经办机构的工作经费按参合人数每人不少于1元的标准纳入财政预算（参合人数少于5万人的地区工作经费应在此标准上适当提高，具体由各地政府与卫生行政部门协商确定），确保新农合日常管理工作的顺利运转，严禁从合作医疗基金中变相提取。州、县、乡各级定点医疗机构要加强医院内部新农合管理能力建设，设立专门科室，充实经办人员，加强学习培训，强化内部稽查，改进工作作风，切实增强经办机构及经办人员的服务意识、效能意识，提高各级经办机构的管理能力和服务水平。要加大信息化建设投入力度，加快推进“一卡通”有效使用工作，对农村重特大疾病实行省内异地结报。省、州、县、乡四级公立医疗机构信息系统要与省级新农合信息平台的互联互通，建成以省级新农合信息平台为依托，覆盖全省各级定点医疗机构的新农合信息管理系统，实现就诊数据实时传输、转诊审核和监管、即时结报等目标。

（三）激励引导，争取医疗机构的主动配合

各定点医疗机构要充分认识和深刻理解开展支付方式改革的重大现实意义，主动适应、配合和参与改革，严格执行患者入出院标准，认真履行定点医疗机构服务协议，优化医疗服务流程，提高管理水平，深入探索降低服务成本和提高服务质量的有效途径。充分利用临床医师在与患者交流沟通中的优势地位，积极向群众宣传新农合有关政策，树立正确的就医观念，培养良好的就医习惯，引导农民群众正确认识并支持支付方式改革工作。

（四）完善措施，实现与公立医院改革管理的有效衔接。

要做好支付方式改革与公立医院改革的衔接，按照总额控制、结构调整的工作思路，充分发挥支付方式改革对调整医药费用结构中的重要作用，合理减少药品、耗材使用，适当提高医疗技术劳务收入，把支付方式改革与推行临床路径管理、分级诊疗实施、标准化诊疗管理密切结合，实现控制费用、规范诊疗的预期目标。在推进支付方式改革过程中，要注意完善相关配套政策措施。

（五）落实考评，推动改革工作平稳均衡发展

各县市新农合管理经办机构要将支付方式改革实施情况纳入定点医疗机构目标责任制和积分记录考核，结合实际制定相应的配套约束和激励措施，落实绩效考核办法，

总体与基金拨付挂钩。对不严格执行临床路径、诊疗规范、相关管理规定及变异率超标的定点医疗机构，采取不予拨付补偿资金，降低预付比例或责成限期整改，暂停乃至取消定点医疗机构资格等处理办法；对违反规定的当事人可视情节轻重给予警告或不良执业记录登记并处罚，情节严重者移交司法机构处理，确保支付方式改革顺利推进。

（六）强化监管，及时总结先进经验成果

各县市要严格执行《甘肃省新型农村合作医疗网上监督管理办法》（甘卫基层发〔2014〕498号），加强支付方式改革的统筹协调、进度安排、实施效果等的督导检查，充分利用信息网络平台，实时动态监控，发现问题，及时解决。对于在支付方式改革推进工作中好的做法和典型经验及时总结报道加以推广，要勇于创新，敢于克难，善于总结，始终把解决基层老百姓看病就医困难作为衡量我们改革工作得失的基本标准，力争使全省新农合支付方式改革取得实效。

（七）健全网络，利用信息化手段提高工作质量

加快卫生信息化建设，是推动我州农村卫生事业发展的基础支撑，特别是要加强基层卫生信息平台建设，实现资源互联共享。2016年，各定点医疗机构要实现省级新农合平台、医院HIS系统、新农合“一卡通”、健康档案管理系统“无缝”对接。全面推广及有效使用和住院病人费用即时结报作为推动信息化建设的一项重要工作来抓，要精心策划，周密部署，加强与农业银行的业务联系，详细制定目标任务书、实施路线图和推进时间表，加快村卫生室网络配套机具安装布放进度，现场培训指导操作人员，采取分片包干与分工负责相结合的形式，扎扎实实将新农合惠农“一卡通”工作全面有效落到实处，让参合农民一卡到手，家喻户晓，人人使用，真正实现规范管理流程、方便参合农民和提高工作效率之目的。

（八）加强政策宣传工作

各县市要继续做好重特大疾病、门诊统筹、特殊门诊病种、大病保险等新政策宣传工作，不留政策死角，消除宣传盲区，争取做到家喻户晓，人人皆知。严格禁止参合农民年底集中到村卫生室取药突击花钱等行为。

本方案自2016年1月1日起执行。

附件3 陇南市礼县新农合实施方案

为贯彻落实国家医药卫生体制改革有关精神，进一步巩固和完善全县新型农村合作医疗（以下简称新农合）制度，扩大新农合制度运行成果，发挥新农合基金差别化支付的激励约束和杠杆作用，推动我县分级诊疗和医师多点执业工作扎实开展，有效使用“一卡通”，实施“先看病、后付费”的就医模式，切实解决农民“看病难、看病贵”问题，提高新农合基金使用效益，促进全县经济社会和谐发展与新农合工作健康高效运行。根据省卫生和计划生育委员会关于印发《甘肃省新型农村合作医疗深化支付方式改革实施方案（试行）》的通知（甘卫基层发〔2014〕501号）文件精神，结合我县实际，特制定本方案。

一、指导思想

围绕“保基本、强基层、建机制”的医改总要求，着力统筹整合城乡医疗资源，引导城市优质医疗资源流向基层和基层患者理性有序选择就医，充分调动多方面的积极性，逐步建立有利于合理控制医药费用、提高参合农民受益水平、确保基金安全高效运行的新农合费用支付制度，破除公立医院“以药养医”弊端，建立“以医养医”新机制，增强新农合基金支付对医疗行为的激励约束作用，使有限的医疗资源能有效重组，合理配置，形成良好的看病就医新格局，推动基层医疗机构综合改革逐步走向良性运行和自我发展的轨道。

二、目标任务

以破解农民“看病难、看病贵”为切入点，通过有效实施新农合支付方式改革，落实分级诊疗和“固定、有序、紧密”的“三类医师”多点执业制度，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨，促进病人合理分流，构建“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县、疑难危重再转诊”的看病就医新秩序，落实“医生下沉、基金下沉、病人下沉”，全面提高医疗资源综合利用效率和基金使用效果。

2016年，力争当年门诊病人在县级医疗机构就医比例平均控制在10%以下，乡级医疗机构40%左右，村级医疗机构50%左右；住院病人县外就医比例控制在20%以内，新农合基金县域外支付平均比例控制在40%以下。通过新农合支付方式改革，全面推行“先看病、后付费”的看病就医新模式。

三、基本原则

(一)坚持政府主导,农民自愿参加;(二)坚持多方筹集资金,互助合作共济;(三)坚持以收定支,收支平衡,适度保障,略有节余;(四)坚持大病统筹、门诊统筹补偿相结合,病种全覆盖;(五)坚持统筹持续发展,兼顾各方利益;(六)门诊统筹实行全县统筹管理、按比例直补和补偿封顶的管理方式,整户封顶,家庭内通用,额满即止。

四、方案内容

(一) 参合对象与基金筹集管理

1. 参合对象。参加新型农村合作医疗的对象为全县所有农业户口的居民(包括长期外出务工、经商,且户籍在本县的农民),非农业人口不得参加新农合。

2. 筹资标准。2016年新型农村合作医疗基金筹资标准为人均530元,中央及地方各级财政补助410元/人(其中中央292,省级108元,县级10元),参合农民个人缴费120元。

3. 筹资方式。①坚持政府主导、农民自愿参合的原则,以户为单位缴纳参合资金,村不漏户,户不漏人。农民个人参合费由乡镇合管办收缴,同时开具由省财政厅统一印制的专用票据。各乡镇财政所要在当地农商银行开设合作医疗基金财政收入专户,并定期将资金汇划到县财政局合作医疗基金财政收入专户。参合费征缴工作要于前一年12月底前完成,县财政配套资金要按时足额配套到位。②实施农村特困医疗救助,辖区内农业户口中的五保户、低保户、独生子女户、二女户的参合费由县民政局、卫计局按照征收标准分别负责代缴。

4. 基金管理。合作医疗基金实行全县统筹、总量控制,实行以收定支、收支平衡、双印鉴管理、专款专用,封闭式管理运行。由县财政局和县新型农村合作医疗管理办公室(以下简称县合管办),分别建立新农合财政收入专户、新农合支出专户、国有银行专户储存。基金筹集、管理与使用纳入年度审计计划,主动接受审计监督,任何单位和个人不得挤占、挪用,不得用于平衡财政预算。

(二) 基金分类与使用

①新农合基金划分为住院统筹基金、门诊统筹基金和风险基金三部分。根据《甘肃省新型农村合作医疗深化支付方式改革实施方案(试行)》精神,风险基金应依照规定每年从筹集的合作医疗基金中提取,风险基金结余总额已达到当年筹资总额10%的,不

再继续提取。新农合筹资总额扣除风险基金后，30%留作门诊统筹基金（含普通门诊和特殊病种门诊补偿基金），70%用于住院病人统筹基金（含普通住院、正常分娩、分级诊疗、重特大疾病补偿基金），住院统筹基金包括：当年筹集的资金、历年结转和利息总和。新农合统筹基金当年结余要控制在15%以内，累计结余应不超过当年统筹基金的25%。随着门诊和住院人次的增减，住院统筹基金和门诊统筹基金可相互转划使用，但总基金不得透支。②落实基金预决算管理制度和收支两条线管理规定，实行上年结余与当年筹资滚动发展的使用模式。

（三）新农合支付方式改革

新农合支付方式改革是通过推行总额预付、按病种付费等支付方式，将新农合的支付方式由单纯的按项目付费向混合支付方式转变，其核心是由后付制转向预付制，充分发挥新农合支付方式的基础性作用，实现医疗机构补偿机制、激励机制及约束机制的关联牵动效应和综合传导功能。

新农合支付方式中总额预付包括门诊总额预付、住院总额预付和“三类医师”多点执业医疗服务费用总额预付等内容。县合管办按照与各定点医疗机构签订的服务协议约定，按时足额向定点医疗机构预拨统筹资金。预付比例为预算总额的60%，按月预付，次月结算，年底决算。

1. 住院费用总额预付制度。住院费用总额预付是指根据统筹区域内历年基金结余和当年筹资情况，各定点医疗机构近3年住院医疗费用平均水平，医疗费用和当年统筹基金增长幅度，结合各定点医疗机构服务能力、历年新农合基金使用情况、分级诊疗病种价格等指标综合考虑，合理确定当年各定点医疗机构住院费用总额的一种费用支付方式。
$$\text{年住院基金预算额} = \text{年本医疗机构住院人数} / \text{年全县县内总住院人数} \times \text{县内直报补偿基金（连续两年的平均值）}$$
。预付总额应根据实际情况适时调整，实行“总额包干、限额预付、超支限补”的原则。县合管办依据预算年度住院统筹基金总额预留40%后，其余60%按计划下拨各定点医疗机构作为参合患者住院统筹周转资金，按月预付，次月结算，年底决算。

（1）分级诊疗（单病种定额付费）。根据甘肃省卫计委文件《关于印发甘肃省新农合分级诊疗县级医疗机构新增病种目录的通知》（甘卫基层函〔2016〕40号）在县级医疗机构原有100种分级诊疗病种的基础上，2016年县级分级诊疗病种新增150种，经认真筛选我县最终确定为249种。

纳入住院病种付费制度管理的住院患者出院时，由定点医疗机构实行即时结算，患者只定额缴纳自付部分费用，新农合基金按定额补偿费用拨付，当实际发生的住院费用超出定额标准的，超出部分由定点医疗机构承担，新农合基金不予报销；低于定额标准的，结余部分留作定点医疗机构作为单病种定额付费平衡资金（中西医治疗费用同标准）。

县合管办与各定点医疗机构签订病种分级诊疗协议，诊断符合分级诊疗的新农合患者原则上只能在参合地相应级别的定点医疗机构就诊，不得越级诊疗。患者执意要求转诊且经过医疗机构和县合管办同意的分级诊疗病种患者，新农合基金分别按照县、乡两级分级诊疗确定病种相应定额的20%（2016年）比例报销，2017年及以后新农合不予报销。转出医疗机构也要承担相应责任费用（县级1000元/例、乡级300元/例）。对擅自外转的分级诊疗病种患者新农合基金不予报销。各定点医疗机构要对各自所承担的分级诊疗病种严格把关，积极收治患者，不得随意外转。县合管办每月在与定点医疗机构进行新农合基金结算时予以扣除兑现。（分级诊疗病种费用定额标准、县乡两级分级诊疗转诊表见附件）

（2）重大疾病限额付费。2015年农村重特大疾病病种扩增到50种，就医流程、报销比例以及管理等严格按照省卫生计生委、省民政厅联合下发的《甘肃省农村重特大疾病新型农村合作医疗保障实施方案（试行）》（甘卫基层发〔2014〕489号）执行。

2. 门诊统筹总额预付制度

（1）门诊总额预付。门诊总额预付主要用于支付县、乡、村三级定点医疗机构提供的一般性疾病门诊服务。综合考虑各定点医疗机构服务人口数、年就诊人次、门诊病人流向、次均门诊费用、增长系数、实际补偿比等因素，测算各定点医疗机构年门诊预付总额。年门诊基金预算额 = 年本乡镇门诊人数 / 年全县县内总门诊人数 × 县内直报补偿基金（连续两年的平均值）。乡镇卫生院辖区内的村级定点医疗机构门诊统筹补偿预算总额以乡镇卫生院为核算单位，由乡镇卫生院负责，统一管理，包干使用。乡镇卫生院预算总额 = 本院年基金预算额 + 辖区内村级定点医疗机构年基金预算额。总额预付实行“总额包干、限额预付、超支不补”的原则。县合管办及时足额向定点医疗机构预拨门诊统筹资金，预付比例为预算总额的60%，按月预付，次月结算，年底决算。

（2）门诊特殊病补偿。①病种范围：I类（4种）：尿毒症透析治疗，再生障碍性贫血，血友病，系统性红斑狼疮肾损害；II类（9种）：苯丙酮尿症（18岁及以下儿童），恶性肿瘤放化疗，精神分裂症，慢性肾炎并发肾功能不全，失代偿期肝硬化，脑瘫，心

脏病并发心功能不全，强直性脊柱炎，重症肌无力；Ⅲ类（14种）：高血压病（Ⅱ级及以上），脑出血及脑梗塞恢复期（附住院证明），风湿（类风湿）性关节炎（附检验报告单），慢性活动性肝炎，慢性阻塞性肺气肿及肺心病，饮食控制无效糖尿病，椎间盘突出，慢性盆腔炎及附件炎（附B超报告单），耐药性结核病，癫痫，甲亢，克山病，大骨节病，布鲁氏菌病；Ⅳ类（6种）：黑热病，克汀病，包虫病，氟骨症，砷中毒，疟疾。

②确诊机构：门诊特殊病Ⅰ类与Ⅱ类由三级以上新农合定点医疗机构确诊；Ⅲ类与Ⅳ类由二级及以上新农合定点医疗机构确诊。

3、支援农村卫生工程等医师多点执业费用新农合支付标准。

（1）支援农村卫生工程等医师多点执业医师门诊诊疗费支付标准。三级医院医师到二级医院服务：正高职称医师 30 元/人次*疗程（新农合基金支出 25 元，患者自付 5 元）（支付医师 25 元，医院 5 元）；副高职称医师 25 元/人次*疗程（新农合基金支出 20 元，患者自付 5 元）（支付医师 20 元，医院 5 元）。二级医院医师到一级医院服务：正高职称医师 20 元/人次*疗程（新农合基金支出 17 元，患者自付 3 元）（支付医师 15 元，医院 5 元）；副高职称医师 15 元/人次*疗程（新农合基金支出 12 元，患者自付 3 元）（支付医师 10 元，医院 5 元）；中级职称医师（含五年以上住院医师）10 元/人次*疗程（新农合基金支出 8 元，患者自付 2 元）（支付医师 5 元，医院 5 元）。

（2）“三类医师”手术（麻醉）指导费支付标准。①手术医师指导费（注：手术分级按照《国家卫生计生委关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94号）规定执行）：三级医院医师到二级医院：三级手术医师指导费 1000 元/人次；二级手术医师指导费 800 元/人次；一级手术医师指导费 500 元/人次；二级医院医师到一级医院：二级手术医师指导费 500 元/人次；一级手术医师指导费 300 元/人次。②麻醉医师指导费支付标准。三级医院医师到二级医院：三级手术麻醉医师指导费 300 元/人次；二级手术麻醉医师指导费 200 元/人次；一级手术麻醉医师指导费 150 元/人次；二级医院医师到一级医院：二级手术麻醉医师指导费 150 元/人次；一级手术麻醉医师指导费 100 元/人次。

（3）支援农村卫生工程等医师多点执业查房及其他多点执业指导费支付标准。医师查房指导费：150 元（20 人以下），200 元（20 人以上）；药师处方点评指导费：150 元/次（20 份以下），200 元/次（20 份以上）；超声医师指导费：150 元/次（20 人以下），200 元/次（20 人以上）；病理医师指导费：150 元/次（5 人以下），200 元/次（5 人以

上); 检验医师指导费: 150 元/次 (20 人以下), 200 元/次 (20 人以上); 放射医师指导费: 150 元/次 (20 人以下), 200 元/次 (20 人以上)。

(四) 补偿标准

1. 住院补偿标准。住院医药费用补偿设最低起付线和最高封顶线, 起付线以下、封顶线以上的医药费用全部由参合患者自己负担。

(1) 起付线: 乡级 100 元、县级 400 元、市级 2000 元、省级 3000 元, 转县外县级医院住院的报销起付线为 1000 元, 外出务工人员参照同级医疗机构起付线执行。分级诊疗病种不设起付线。

(2) 封顶线 (最高补偿额度): 乡级 3000 元、县级 10000 元、市级 30000 元、省级 50000 元, 参合农民个人年度累计补偿封顶线为 80000 元。

(3) 补偿比例: 乡级 90%、县级 85%、市级 75%、省级 65%, 转县外县级医院住院的报销比例为 50%, 外出务工人员按照同级医疗机构补偿标准执行。纳入分级诊疗的病种的报销比例县级为 75%, 乡级为 85%。

(4) 新农合支付的 9 项国家基本医疗保障康复项目。①运动疗法: 限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者, 1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 2 次 (包括项目合并计算)。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。②偏瘫肢体综合训练: 1 个疾病过程支付不超过 3 个月。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。③脑瘫肢体综合训练: 限儿童。3 岁以前, 每年支付不超过 6 个月; 3 岁以后, 每年支付不超过 3 个月。支付总年限不超过 5 年。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。④截瘫肢体综合训练: 1 个疾病过程支付不超过 3 个月。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。⑤作业疗法: 限器质性病变导致的生活、工作能力障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 1 次。⑥认知知觉功能障碍训练: 限器质性病变导致的认知知觉功能障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月。⑦言语训练: 限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月; 每日支付不超过 1 次。⑧吞咽功能障碍训练: 限中、重度功能障碍; 限三级医院康复科或康复专科医院使用。1 个疾病过程支付不超过 3 个月。⑨日常生活能力评定: 限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。1 个疾病过程支付不超过 4 次。报销比例和起付线以医院级别为准。

(5) 中医中药报销比例。按照《甘肃省卫生厅关于进一步完善全省新农合相关政

策的意见》(甘卫农卫发〔2008〕163号)精神, 参合农民在各级中医院、民族医院和综合医院中医科住院的, 报销起付线在原有标准基础上降低 30%, 中医药和民族医医药费用报销比例为 100%。

(6) 计划内孕产妇住院分娩补偿: 住院正常分娩的, 应先行享受“农村孕产妇住院分娩补助项目”, 对补助后剩余费用县级以上(包括县级)定额补助 650 元, 乡级定额补助 300 元(符合分级诊疗病种收治标准的以分级诊疗定额补偿)。住院病理性分娩(妊高症、前置胎盘、胎盘早剥、妊娠合并心脏病等)和产后并发症发生的医药费用, 在享受“农村孕产妇住院分娩补助项目”的基础上, 剩余费用执行新农合住院补偿规定。

(7) 参合农民中五保户、一、二类低保户、残疾人、独生子女户、二女户在县级定点医疗机构就诊住院的, 凭相应证件补偿比例提高 10%。参合农民属于精准扶贫户的补偿比例提高 5%。

(8) 意外伤害住院补偿政策。对参合农民在生产生活中发生的意外伤害无第三方责任人的, 纳入新农合补偿范围。(9) 跨年度住院补偿。跨年度住院的参合人员入、出院年度连续参合的, 住院医疗费全部纳入补偿计算, 按照出院时所在年度标准计算补偿费用, 对住院医疗费用过高的, 可分年度计算补偿费用; 跨年度住院的参合人员如果参合缴费未连续, 只计算参合年度所发生的住院医疗费用, 并按参合年度补偿标准计算补偿费用, 未参合年度所发生费用新农合不予报销。

2. 门诊统筹补偿标准。(1) 普通门诊费用补偿不设起付线。(2) 普通门诊补偿比例: 县级定点医疗机构补偿比例 70%, 乡、村两级均为 80%, 门诊中成药和西药按相同比例报销, 中草药的报销比例为 100%, 中药门诊(表三)分册登记。(3) 普通门诊当日单次补偿封顶线: 县级 120 元, 乡级 60 元、村级 50 元。(4) 普通门诊费用补偿标准为人均每年 160 元, 年度封顶线以户为单位, 实行整户封顶, 家庭内通用, 额满即止。计算方法为: 家庭参合人数 \times 160 元=每户年度封顶线。(5) 普通门诊诊疗费标准: 普通门诊诊疗费按疗程支付, 村卫生室一般诊疗费为中医 6 元/人次 \times 疗程(每疗程 3 天), 西医 5 元/人次 \times 疗程(每疗程 3 天, 含耗材, 包括一次性注射器、输液器等)。其中: 中医诊疗新农合全额报销; 西医诊疗新农合补偿 4 元, 个人自付 1 元。乡级各定点医疗机构一般诊疗费为中医 10 元/人次 \times 疗程, 西医 9 元/人次 \times 疗程, 其中: 中医诊疗新农合补偿 9 元, 个人自付 1 元; 西医诊疗新农合补偿 7 元, 个人自付 2 元。

3. 门诊特殊病种补偿标准。(1) 门诊特殊病种补偿不设起付线。(2) 门诊特殊病种

在相应病种年度补偿限额内按患者实际费用的70%比例计算补偿。(3) 门诊特殊病种补偿: I类尿毒症透析治疗患者每人年度累计补偿封顶线为60000元, 其他疾病每人年度累计补偿封顶线为20000元; II类苯丙酮尿症儿童每人年度累计补偿封顶线为14000元, 其他疾病每人年度累计补偿封顶线为10000元; III类每人年度累计补偿封顶线为3000元; IV类每人年度累计补偿封顶线为1000元, 超过年度限额新农合不予报销。

(五) 补偿范围

1. 《甘肃省新型农村合作医疗报销药品目录(2015年版)》之内的药品、《甘肃省新型农村合作医疗报销诊疗目录(2015版)》内的报销项目费用。

2. 参合患者在省、市、县定点医疗机构和专业公立医疗机构就诊的各类常见病、多发病、传染病、中毒、急救以及政府部门批准且在县计生站开展的输卵管吻合术或经县计生站出具转院手续的参合患者输卵管吻合术的住院药费、化验费、影像检查费、手术费、床位费、处置费等费用。

3. 计划内孕产妇住院分娩。

4. 计划内出生的新生儿, 自出生时间到当年12月31日止, 随参合母亲凭生殖保健服务证享受门诊统筹补偿(该户门诊补偿封顶线不变)和住院统筹补偿, 次年必须主动参加合作医疗。鼓励家庭对即将出生的婴儿提前缴纳参合资金。

5. 在县、乡、村三级新农合定点医疗机构发生的普通门诊医药费用, 特殊病种门诊费用。

6. 支援农村卫生工程等医师多点执业医师门诊诊疗费、查房费及多点执业指导费, “三类医师”手术(麻醉)指导费。

7. 对于国家和省上有关政策规定的专项补偿项目, 先执行专项补偿, 剩余部分的医疗费用再按新农合报销比例规定给予补偿, 但合计补偿金额不得超过住院封顶线和患者实际医疗总费用。

8. 下列情形不属于合作医疗补偿范围: (1) 未参加新型农村合作医疗人员发生的医药费用; (2) 超过当日普通门诊费用最高限额部分的医药费用; (3) 自购药品、保健品费、非疾病治疗费用、保健及康复性器具费用; (4) 斗殴致伤、酗酒、服毒、自残、自杀、交通事故、工伤、医疗事故等原因所产生的医药费用; (5) 与疾病无关的检查费、治疗费和与诊断不符的药品费用; (6) 住院期间的特需服务、生活服务和设施等费用; (7) 使用《甘肃省新型农村合作医疗基本用药目录》之外的药品费用; (8) 计划生

育手术费用及无计生站转诊证明的其它医疗机构输卵管吻合术；（9）纳入免费治疗的项目；（10）县外住院持手工发票的费用；（11）甘卫基层发〔2014〕504号文件规定的不予报销的诊疗项目，该文件规定支付部分费用的诊疗项目扣除20%后按比例补偿。

（六）补偿办法

1. 住院补偿办法。

（1）县内各定点医疗机构要严格执行“即时结报”制度与患者住院费用“一日清单”制度，全面推行“先治病、后付费”的支付管理模式。参合农民在县内定点医疗机构就医，实行“一卡通”，凭《合作医疗卡》、身份证和户口簿，可在县内相应的定点医疗机构住院治疗，参合患者入院时，只需将新农合“一卡通”原件以及本人身份证、户口簿复印件交定点医疗机构，经定点医疗机构查验患者身份信息正确无误后，即可与患者签署住院费用结算协议。患者入院时免交押金，出院只需交清自付部分，其余费用由定点医疗机构与县合管办进行结算。

（2）在市级及以上医疗机构住院治疗的参合农民，必须持县级医院县外转诊转院审批表，并经县级定点医疗机构科主任、主管院长签字，县合管办审批后，方可转入县外指定医疗机构治疗。需转院治疗的急诊病人可先住院，入院5日内凭急诊证明补办转诊手续，超过5天不再补办。对未按规定办理转诊转院手续，擅自外出就诊患者新农合基金不予报销。

（3）外出务工的、长期在参合地以外居住的和在参合地以外急诊入院的参合患者，不得越级直接到省、市级医疗机构就诊，可以在参合地以外分级诊疗相应级别的新农合定点医疗机构就诊，补偿标准参照参合地相应级别的定点医疗机构执行。外出务工人员因病住院的，出院后提供用人单位的雇用证明；长期在参合地以外居住的出院后提供当地居住证明纳入新农合报销。属于分级诊疗病种的按分级诊疗病种报销，不属于分级诊疗病种的按普通比例报销。属于新农合重大疾病范围的病种按照重大疾病相关政策规定执行。外出务工人员及转县外人员住院费用先由个人垫付，出院后本人携带病历复印件、住院发票或结算单、费用清单、个人申请、《合作医疗卡》、《户口簿》等手续原件及复印件（外伤病人提供无责任方证明），交当地卫生院，按不同医疗机构补偿标准初审核算，上报县合管办、财政局审核结算。资金拨付到位后，由当地卫生院转付给本人。

（4）各定点医疗机构要把支援农村卫生工程等医师多点执业医生的签名留样，报送县合管办备案，门诊报销处方、手术麻醉记录、病历查房记录、辅助检查指导及处方

点评要有支援医生本人的签名，且门诊及住院发票要有收费明细，否则新农合不予报销。支援农村卫生工程等医师多点执业费用不纳入平均费用考核，但病历要分类整理。

(5) 参合患者新农合报销后剩余费用在 5000 元以上的，各级定点医疗机构经办人员应当及时说明，让其自行复印发票和费用清单，方便群众办理平安大病保险补偿和民政部门医疗救助。

2. 门诊统筹补偿办法。

(1) 普通门诊补偿办法。县合管办每月按计划及时将门诊统筹基金的 60% 下拨到各定点医疗机构，全县参合患者可在本县、乡、村三级定点医疗机构中任意选择就诊，发生的普通门诊医药费用，根据普通门诊补偿标准，进行现场直报，县、乡级定点医疗机构农合办经办人员每月对门诊统筹补偿登记表、双联处方（结算联）、门诊发票（村卫生室的门诊统筹资料上报各乡镇卫生院）进行初审汇总，县合管办根据各医疗机构“一卡通”就医网上实时监控情况及数据结果，经认真复审后，与县、乡各定点医疗机构办理结算，多退少补。

(2) 门诊特殊病种补偿办法。特殊病种患者，凭诊断证明、身份证、合作医疗卡在县合管办办理特病卡，所发生的医疗费用，先由患者自行垫付，各种补偿所需资料自行保存；补偿时须携带《特殊病种门诊补偿卡》、个人申请、《合作医疗卡》、户口簿、身份证、门诊病历复印件及原件、辅助检查报告单、发票（单张金额 20 元以上，Ⅲ类、Ⅳ类病种 300 元以下，涂改和手工发票无效）等手续到当地卫生院进行初审登记；乡镇卫生院初审合格并填写相应报表，以每例为单位将门诊特殊病种患者资料装订成册报县合管办、财政局审核结算（门诊特殊病种的报销时间为 6 月份与 12 月份），待补偿资金拨付到位后，患者在乡镇卫生院领取。

五、监督与管理

(一) 定点医疗机构的管理。严格执行甘卫发【2015】314 号《甘肃省新农合定点医疗机构违规行为基金扣减办法》文件精神。新农合定点医疗机构，由县合管办会同主管机构实行资格确认，挂牌管理。县合管办每年年初必须与定点医疗机构签定合作医疗服务合同，明确双方责任、权利和义务。并制定县、乡级定点医疗机构考核管理办法，组织成立新农合监督管理小组，对定点医疗机构实行医疗行为、费用控制等动态管理，严格定点医疗机构准入和退出机制，建立定点医疗机构违规医疗行为约谈制度。县卫计局、合管办每季度或半年要对定点医疗机构进行考核，对突击开药或违规变异操作等达

不到医疗服务要求的要按服务协议或合同扣除相应的费用，情节严重的取消定点医疗机构资格。各乡镇卫生院院长与合管办主任要负责各村卫生室新农合工作的监督管理与考核，详细制定村级定点医疗机构考核管理办法，成立村卫生室监督管理与考核小组，每周进村入户督查，发现有分解处方、推诿病人、不合理减少医疗服务、降低服务质量等违规行为，及时上报县合管办调查处理。每月对定点医疗机构门诊服务数量、质量、转诊率以及患者满意度等进行考核，结合绩效考评结果拨付村卫生室门诊补偿资金。

（二）积极开展支付方式改革。实行支付方式改革，有利于巩固完善新农合制度，提高新农合基金使用效率，保障参合农民受益水平；有利于合理利用卫生资源，规范医疗机构服务行为，控制医药费用不合理上涨，推行“先看病、后付费”的看病就医模式，有利于新农合制度持续、健康、稳定发展，让参合农民切实享受医改成果，维护参合农民权益等重要意义。成立由卫生计生、发改、财政等部门负责人参加的新农合支付方式改革领导小组，领导小组下设办公室，具体负责支付方式改革工作方案的拟定以及实施过程中的业务指导。各级定点医疗机构也要成立相应的工作小组，负责协调本单位支付方式改革各项具体工作。各定点医疗机构要积极配合，主动参与改革，成立相应的工作小组，负责协调本单位支付方式改革各项具体工作，严格执行患者入出院标准，认真履行定点医疗机构服务协议，优化医疗服务流程，提高管理水平，深入探索降低服务成本和提高服务质量的有效途径。充分利用临床医师在与患者沟通交流中的优势地位，积极向群众宣传新农合有关政策，树立正确的就医观念，培养良好的就医习惯，引导农民群众正确认识并支持支付方式改革工作。县卫计局与合管办要完善相关配套措施，对不严格执行临床路径、诊疗规范、相关管理规定及变异率超标的定点医疗机构，采取不予拨付补偿资金，降低预付比例或责成限期整改，暂停乃至取消定点医疗机构资格等处理办法；对违反规定的当事人可视情节轻重给予警告或不良执业记录登记并处罚，情节严重者移交司法机构处理，确保支付方式改革顺利推进。

（三）各定点医疗机构要严格执行《甘肃省新型农村合作医疗诊疗规范》、《甘肃省新型农村合作医疗基本药物目录》（县级定点医疗机构基本药物使用率必须达 95%以上，乡村两级定点医疗机构不得使用超药物目录药品）等新农合相关政策及制度，严格执行药品跟标采购制度物价部门核定的医疗收费价格，切实控制药品价格，加强医德医风建设，提高医疗服务质量，为参合农民提供良好的医疗服务。

（四）各定点医疗机构医务人员要严格遵守规范诊疗，坚持因病施治、合理检查、

合理用药的原则，不得乱检查，开大处方、人情处方和“搭车”药，滥用药品及耗材。严格控制住院病人药品与住院总费用比：县级 40%-60%，乡级 50%-70%；癌症、再障、白血病等重症病人不受此限制；抗生素占药品总费用比应小于等于 30%（骨髓炎、败血症等严重感染病人除外）。

（五）乡、村两级定点医疗机构必须接受乡镇合管办的监督管理。乡镇合管办要按照全县新农合政策有关规定，对乡、村两级新农合定点医疗机构的服务行为、药品价格、收费标准、补偿落实情况等进行监督检查，确保乡、村两级新农合定点医疗机构规范运行。

（六）严格落实入户调查制度与补偿公示制度。为了保障新农合基金安全，防止套取新农合基金，外伤住院患者在进行新农合报销时，必须出具加盖村委会、乡合管办公章的证明方可予以核报。对外院住院费用在三万元以上病历，卫生院要派工作人员入户调查，如实填写入户调查表，并在报销病历中附患者照片（外伤或手术的要显示相应部位）。住院费用在五万元以上的病历县合管办组织人员入户抽查，情况属实者放次月报销。各定点医疗机构每月要公示当月住院病人补偿信息

六、组织机构

（一）成立以县委书记任组长，县长、县委副书记、县委宣传部部长、分管副县长任副组长，县委办、政府办及发改、财政、人事、监察、审计、卫计、民政、统计、合管办等部门为成员的新农合新农合工作领导小组。主要负责贯彻落实国家、省、市新农合支付方式改革的相关方针、政策，制定全县新农合有关政策措施，审批全县新农合实施方案。

（二）成立由政府县长任主任，县委副书记、县委宣传部部长、分管副县长任副主任，政府办及发改、财政、人事、劳动、监察、审计、卫计、民政、统计、农牧、广电、物价、扶贫、教育、残联、药监、工商、县合管办等部门为成员的新农合管理委员会。主要负责组织、宣传发动农民参加新农合，制定新农合发展规划，审批新农合实施细则和各项规章制度，组织农民参合费的收缴，设立新农合基金专用账户，检查、监督新农合基金的筹集、管理和使用情况，保证财政配套资金按时足额拨付，保证基金收支平衡，封闭运行；负责研究解决新农合运行中的问题；负责组织开展年度工作考核、总结，定期向县委、县人大、县政府及管理委员会、监督委员会及上级工作组汇报工作。

（三）成立以人大主任任主任，人大与政协分管领导任副主任，人大办、政协办、

审计、监察等部门和农民代表为成员的新农合监督委员会。主要负责检查监督新农合实施方案及相关政策制度的贯彻执行情况，新农合基金运行、收支、使用和定点医疗机构的服务、住院患者补偿落实情况；并向县、乡、村三级公布对新农合运行情况的监督结果。审计部门负责对新农合资金实行年度审计，并向县委、县政府及卫生、财政、民政、合管办等部门反馈监督审计结果，指出存在的问题，提出整改意见或建议，责成相关部门纠正解决新农合筹资、运行和管理中存在的问题；监察部门负责受理群众的举报和投诉，严肃查处违规违纪和贪污、挤占、挪用、截留新农合基金的单位和相关人员。

（四）各乡镇成立以党委书记任主任，乡镇长、分管乡镇长、卫生院院长任副主任，财政所长、民政助理、计生站长为成员的乡镇新农合管理办公室，确定2-3名专职人员。主要负责宣传新农合相关政策，组织发动农民积极参加新农合；组织乡镇财政所收缴农民参合资金，建立新农合基金专户，负责参合农民医疗费用的汇总上报。

（五）县合管办成立以主任任组长，聘请县级医疗机构中中级职称以上相关专业人员为成员的技术指导组。主要负责承担全县新农合工作的技术指导，完善实施方案及有关政策措施，推动新农合各项政策措施落实参与全县新农合的相关培训和研究工作；负责定期对全县新农合工作进行调研、督导和评估，总结经验，提出对策建议。

七、部门职责

（一）县发改委负责将新农合工作纳入国民经济和社会发展规划，促进新农合工作与经济社会的协调发展，加强农村卫生基础设施建设。

（二）县财政局负责新农合基金的筹集，将配套资金及工作经费纳入财政预算，建立新农合基金财政收入专户，加强基金监管，健全基金财务会计制度。

（三）县卫计局负责加强医疗机构的基础建设与管理，健全完善各项规章制度，加强医德医风教育，提高医疗服务质量，控制医药费用，将定点医疗机构支付方式改革开展与新农合运行情况纳入医疗机构年度考核。

（四）县合管办负责宣传贯彻国家、省、市、县有关新农合方针政策及规定；起草全县新农合实施方案、细则及管理办法；实行新农合基金双印鉴管理，专款专用，办理医药费用的审核结算与拨付；依据有关政策规定对定点医疗机构进行监督管理，协调相关部门查处定点医疗机构违规行为；定期向县新农合管理委员会汇报新农合资金的收支使用及工作进展情况；收集、汇总、分析发布新农合运行信息，按时上报各种报表；负责协调相关部门调查处理新农合举报和投诉案件等；负责全县新农合日常工作。

(五) 县民政局、卫计局分别负责特困救助对象及计生“两户”的资金筹集、代缴参合费。

(六) 县广电局负责对新农合政策实施方案、补偿标准等相关规定的宣传，提高农民群众的知晓率，引导农民群众积极参合。

(七) 统计、监察、审计、农牧、物价、残联、社保、药监等相关部门要根据新农合工作需要，各司其职，加强协作，密切配合，做好各项工作。

八、奖惩

县、乡、村各定点医疗机构必须认真履行新农合服务合同：

(一) 对在实施新型农村合作医疗制度中取得优异成绩的定点医疗机构、管理经办人员、参合农民，由县新农合管委会进行表彰奖励。

(二) 新农合管理机构和定点医疗机构的管理人员有下列行为之一者，由县新农合管委会视其情节轻重分别给予责令改正、通报批评或由纪检监察等部门给予处分或经济处罚，并追缴非法所得，情节严重构成犯罪的移交司法机关依法追究法律责任。1. 工作严重失职或违反财经纪律造成新农合基金损失的；2. 贪污、截留及挪用合作医疗基金，索贿受贿、徇私舞弊的；3. 弄虚作假骗取新农合基金的；4. 不按规定及时兑付参合农民医药费用，吃、拿、卡、要的；5. 在兑付县外住院患者医药费用补偿时乱收费的；6. 违反新农合制度有关规定的。

(三) 定点医疗机构及其人员有下列行为之一者，由县新农合管委会、县卫计局、县合管办视其情节轻重，分别给予警告、通报批评或经济处罚，责令限期改正；拒不改正或整改无明显效果的，取消其新农合定点医疗机构的资格；属医务人员个人行为的，由主部门关取消执业资格。

1. 县、乡、村各级定点医疗机构不执行现场直报的；2. 将未参加合作医疗人员的医药费纳入合作医疗基金支付的；3. 病历不按规定记录病情治疗经过，医嘱与清单不符，违反新农合用药规定的；4. 利用职权开“搭车药”、“回扣药”及串换药品的；5. 故意截留病人，不及时转诊延误病情的；6. 不执行诊疗规范，不坚持出入院标准，将不符合入院标准的病人住院治疗或故意延长病人住院时间的；7. 虚挂住院病人，造假病历，与患者串通套取合作医疗基金的；8. 违反《甘肃省新型农村合作医疗诊疗规范》和有关规定的。

(四) 参合农民有下列行为之一者，由县合管办、乡（镇）合管办责令其退回已发

生的费用，暂停其享受合作医疗 1 年。

1. 将本人合作医疗证件借给他人使用的；2. 私自涂改医药费收据、病历资料、处方等虚报冒领的；3. 因本人不遵守合作医疗制度规定等原因，造成医药费用不能报销而无理取闹的；4. 违反合作医疗管理有关规定的。

九、风险

(一) 重大自然灾害，造成农民无力缴纳参合费；
(二) 各种因素引起的增加补偿支出，出现资金透支；
(三) 补偿比例和封顶线过低，起付线过高，造成资金积淀，影响农民参合积极性；
(四) 因各种客观原因，致使各级政府配套资金不能及时足额到位，出现参合基金短缺，影响对参合农民医药费用的补偿。

十、附则

1. 本方案由县新型农村合作医疗管理办公室负责解释；
2. 本方案自发文之日起执行，原方案同时废止。