

扬州市江都区新型农村合作医疗相关政策问答

问: 请简单介绍一下我区新型农村合作医疗制度 (以下简称新农合)发展概况?

答: 合作医疗保险是由我国农民自己创造的互助共济的医疗保障制度, 在此基础上, 2003 年起从国家层面试点建立起了新型农村合作医疗制度, 即由政府组织、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, 实行门诊统筹和住院统筹相结合。从 2014 年起, 按照国家统一部署, 从基金中划出一定额度建立城乡居民大病保险制度, 对大病群众给予再次补偿。多年来, 我区新农合制度在保障农民获得基本医疗服务、缓解农民因病致贫和因病返贫方面发挥了重要的作用, 最高补偿标准从 1 万元, 增加到现在的 20 万元, 参合覆盖率连续 8 年来维持在 99%以上。

问: 新农合参加的对象? 如何参加新农合?

答: 农村居民 (含农村中小学生) 以户为单位参加户籍所在地的新农合。

农村居民因就学等原因户口迁出本地, 现又回到原籍居住, 未参加或者停止参加其他基本医疗保险的, 可以参加原户籍所在地的新农合。

居住在各镇的城镇居民 (不包含仙女镇) 和其他人员, 也可以参加居住地的新农合。

长期居住在当地农村但尚未办理户籍转移手续的人员, 可参加居住地新农合。

农村户口在企事业单位参加职工医疗保险的, 凭相关证明, 不需重复参保 (合)。

我区按照“三定” (定时间、定地点、定标准) 的筹资要求, 以户为单位直接存入所在地邮政储蓄银行的家庭账户。2017 年个人缴款筹资从今年 10 月已经启动, 至 2016 年 12 月底基本结束; 2017 年 3 月底银行扣款全部截止, 银行扣款截止后, 参合信息将全部锁定。

需要特别提醒的是: 除新出生的婴儿和退役的士兵可以适时按规定参加当年度的新农合。其它新参加和中断参加新农合一年以上 (含一年) 重新参加的群众, 需按当年度的筹资标准 (含政府补助部分) 缴纳, 并在补交六个月以后方可享受医药费用补偿待遇。另外, 家庭参保人员信息有增减变动的, 要主动到所在村进行信息的重新登记确认, 以免导致扣款错

误或影响家庭其他成员参合。

问: 2016 年我区新农合资金筹集和结报使用情况?

答: 2016 年江都区新农合参合农民人数 753497 人, 筹资标准为 545 元, 其中: 农民 120 元, 各级财政补助人均不低于 425 元, 全年新农合基金总额达 4.1 亿元。截止 11 月底当年新农合基金门诊支出 5408.67 万元, 结报人次为 209.63 万人次; 住院基金支出 31167.88 万元, 住院人次数为 68878 人次, 其中补偿 1 万元以上的达到 6179 人, 2 人达到封顶线 20 万元, 区、镇两级定点医疗单位政策范围内补偿比达到 75%以上。

问: 2017 年新农合筹资标准和个人缴费标准是多少? 为什么每个地区有不一致的现象?

答: 由于今年我省筹资标准明确较迟, 经区政府研究同意, 从 10 月份开始我区个人按 160 元进行预筹集, 并待省文件发布时按标准进行扣款。近日, 省明确 2017 年新农合农民个人按不低于 150 元标准缴纳, 各级政府财政按不低于 470 元标准补助。新农合制度明确筹资标准按照国家和省的规定, 根据地区经济社会发展水平确定, 并应当高于国家和省最低筹资标准。同时, 新农合资金坚持“以收定支、收支平衡、尽力保障、略有结余”的原则, 资金筹集和报销政策确定与各地群众就医费用密切相关。另外, 受城乡居民医保制度改革的影响, 今年出现了较多的各地个人缴费标准不尽相同的情况, 比如, 淮安市 180 元、泰州市 170 元、宝应 180 元 (含大病保险)、高邮 150 元、海安 180 元, 各级财政配套标准也不相同, 多年来, 我区农民个人缴费一直按省公布的最低标准执行, 也基本保持了新农合制度的正常运行。

问: 新农合补偿的范围和标准有哪些?

答: 我们目前执行的标准是: 1) 住院报销: 一人一年内住院费用最高报销限额为 20 万元。区内一级定点医疗机构 (卫生院、医院、城市社区卫生服务中心等) 补偿标准: 起付线为 300 元, 用药目录、诊疗范围内可报费用补偿比例为 85%; 区内二级定点医疗机构补偿标准: 起付线为 700 元, 用药目录、诊疗范围内可报费用补偿比例为 70%; 扬州市级定点医疗机构补偿标准: 起付线为 800

元, 可报费用补偿采取分段补偿办法, 具体为 2 万元以内补偿 50%, 2 万 (不含) -4 万元部分补偿 55%, 4 万元以上部分补偿 60%; 扬州市外三级定点医疗机构补偿标准: 起付线为 1500 元, 可报费用补偿也采取分段补偿办法, 具体为 2 万元以内补偿 40%, 2 万 (不含) -6 万元部分补偿 45%, 6 万元以上部分补偿 50%。

2) 普通门诊报销: 门诊费用是指在本区内新农合定点一级医疗机构和经合管办确认的本区内社区卫生服务站 (村卫生室) 发生的费用。本区二级医疗机构和本区外发生的门诊费用不予报销。年累计门诊医药费用报销起报点为零, 经区合管办确认的社区卫生服务站 (村卫生室)、区内一级定点医疗机构报销比例分别为 50% 和 45%, 每人每日补偿限 40 元, 每人全年门诊费用可补偿 400 元。

提醒参合人员注意: 住院费用中须扣除目录外的医药费用及超标准费用后才能按上述比例补偿。因此, 就医时要注意提醒医务人员尽可能使用新农合规定的目录范围内的药品和诊疗项目。医院使用目录外药品必须征得患者同意, 否则可以拒付相关自费费用。

住院补偿金额=[住院总医药费用-新农合规定不予报销的医药费用-超标准的相关费用-住院起付线]×补偿比例。

另外, 对 0-14 周岁参合儿童患房 (室) 间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄等先天性心脏病, 和第一诊断为标危或中危组的急性淋巴细胞白血病、第一诊断为急性早幼粒细胞白血病以及省规定明确纳入重大疾病保障范围的疾病执行按病种付费, 即由确定的定点医疗机构按照临床路径进行规范化治疗, 医药费用按照省限定标准的 70% 的给予补偿。

问: 参合患病群众医药费用报销程序及需要的手续?

答: 参合人员在本区定点医疗机构以及联网的区外定点医疗机构门诊 (限基层医疗单位) 及住院治疗, 由其新农合结报窗口负责对住院患者提供的身份证 (或户口簿) 进行身份识别, 确认无误后进入新农合住院 (门诊) 结报系统实行即看即报。在区外未联网的医疗机构住院治疗, 凭住院医药费用票据原件、医药 (含材料) 费用清单、出院记录、转诊证明 (或原

籍和居住地证明)、身份证 (户口簿) 复印件等, 交村经办人员, 并经镇合管办初审后, 由经办人员上报区合管办审定; 区外住院治疗费用采取按月定期结报的办法, 补偿资金通过邮政储蓄银行直接划入参合人家庭账户。

问: 什么是大病保险? 保险的补偿标准是什么?

答: 针对参合人大病负担重, 尤其是大病区外就医农民实际补偿比低的情况, 按照国家政策要求并经扬州市统一建立了大病保险制度, 以减轻城乡居民的大病负担。2016 年在新农合基金中按人均 35 元标准作为参保人员患重大疾病而投保险的保费, 年度政策范围内个人医药费用负担超过 18000 元以上部分, 再给予不低于 50% 的补偿, 具体由大病保险经办机构根据大病保险诊疗和药品目录进行审核, 大病保险补偿最高限额为 20 万元, 2017 年仍将继续按此标准执行。目前扬州市区新农合大病保险经办统一由中国人寿保险公司牵头负责, 符合条件的大病保险补偿费用在新农合结报以后直接划入参合人家庭账户。

问: 哪些医药费用不能报销?

答: 主要有 1) 因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、服毒、自杀、自伤、自残造成的抢救费用和医药费用及后续治疗所发生的医药费用; 2) 医疗事故、工伤事故、交通事故、缺陷修补等各项医药费用及后续治疗所发生的医药费用; 3) 陪床费、伙食费、生活用品费、护工费用, 享受类服务项目、特殊护理费、病房空调费、输血费、健康体检费、会诊费、计划生育手术费; 4) 自购药品、滋补品、进口 (合资) 药品、药店自购药品; 5) 非财政部门监制的票据; 以及其他不符合规定的等等费用。

问: 有哪些门诊病种可以进行特殊报销政策? 是否有扩大计划?

答: 受我区医疗资源配置、群众就医结构和医疗服务能力的影响, 目前我区新农合基金基本保障住院结报, 门诊报销仅限于基层医疗单位。但对须做透析

的肾功能衰竭和须使用国产抗排斥药的肾移植以及须在门诊做放化疗的癌症患者, 参照住院补偿办法报销; 同时, 从 2015 年起对严重精神障碍患者给予封顶 1000 元的门诊特殊病种报销。除此以外, 未设立其他门诊特殊病种。针对群众需求, 也避免浪费住院治疗费用支出, 我区正在积极调研, 条件成熟时, 计划逐步对心脑血管疾病、糖尿病、肾病、肝病、慢阻肺、系统性红斑狼疮等慢性疾病设立门诊特殊病种以给予一定程度的补偿保障。

问: 区外就诊有哪些规定?

答: 区外就诊除按扬州市级 (即扬州市确定的市区三级或专科医院和泰州人民医院、中医院) 和扬州市外三级定点医疗机构报销标准进行报销以外, ”在扬州市外定点医疗机构确定上, 根据区域内群众就医特点, 确定了南京、上海、苏州较为有影响力的三级综合和专科医院作为我区新农合定点医疗机构, 主要有江苏省人民医院、江苏省中医院、江苏省肿瘤医院、南京市鼓楼医院、南京市第一人民医院、南京市儿童医院、南京军区总院; 苏州大学附属第一医院、苏州大学附属儿童医院; 上海瑞金医院、华山医院、肿瘤医院、中山医院、长海医院、长征医院、眼耳鼻喉医院、儿童医院等。

到本区外非营利性定点医疗机构就诊实行逐级转诊制度, 由江都人民医院、江都中医院、江都区妇幼保健院、扬州洪泉医院、江都区第三人民医院、江都区脑科医院按其专业分工出具转诊证明, 并在 15 个工作日内到区合管办登记确认。对未转诊或不按规定时间办理转诊确认手续的, 其报销比例为原补偿比例的 70%。除长期在外务工 (居住) 生病住院或在外突发疾病急诊入院, 到其它区外非定点医疗机构医疗机构, 特别是营利性医疗机构的住院治疗费用一般不予报销。

