

# 关于本市新型农村合作医疗市级统筹的实施意见

为进一步缩小城乡差距,发挥本市新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)统筹共济作用,逐步实现农民与居民医疗保障接轨,提高农民医疗保障水平,现就本市新农合市级统筹提出如下实施意见:

## 一、主要目标

遵循“农民受益、市区联动、有序推进、均衡发展”的原则,从2015年起,本市新农合实行全市统筹。通过构建市级平台,做到新农合基金(以下简称“基金”)统一预决算管理、统一账户核算、统一业务管理、统一筹资标准、统一保障待遇,提高基金抗风险能力,逐步实现全市农民基本医疗保障均等化,形成公平可及、保障适度、资金安全、管理高效的新农合市级统筹制度。

## 二、保障对象

本市农业户籍及其外省市农业户籍配偶,且未参加其他基本医疗保障(城保、居保等)的人员,以及选择参加新农合门诊统筹的镇保人员。

## 三、筹资标准与资金来源

根据国家和本市医改规定的筹资和补偿要求,综合上年度基金收支情况、医疗费用增长以及基金使用结构(基本医疗基金占85%—87%、大病保险基金占3%—5%、风险金占10%),按照“收

支平衡、略有结余”的原则，确定筹资标准。2015年，新农合市级统筹人均筹资标准为1800元/人(不含中央财政补助资金)。

#### (一)个人缴费

参合人员以家庭为单位参保(已参加其他基本医疗保障人员除外)，个人继续按照上年度所在区县农民年人均可支配收入2%的标准缴纳。

农村低保、五保、生活困难的残疾人参加新农合的个人缴费，继续由区县政府、残联予以补助。

#### (二)财政补助

根据原市卫生局、市财政局等十部门《关于进一步完善本市新型农村合作医疗制度的实施意见》(沪卫基层[2012]3号)精神，市财政对崇明、奉贤、金山和原南汇继续给予1.5亿元筹资补助。在此基础上，对9区县按照人均100元的标准给予补助。

扣除个人缴费和市财政补助，余下部分由区县财政承担。

### 四、保障待遇

按照国家和本市医改确定的新农合保障目标，统一补偿政策和补偿范围，引导参合农民合理利用卫生资源。新农合政策范围内补偿项目，参照本市城镇职工医保规定执行。

#### (一)门诊

村卫生室、社区卫生服务中心、二级和三级医疗机构政策范围内补偿比例，分别为80%、70%、60%和50%。按照以上补偿比例，由基本医疗保险基金先行支付300元(补偿费用)，超过300元以上

部分设个人自付段 300 元(可报费用),封顶补偿 5000 元。

## (二)住院

社区卫生服务中心、二级和三级医疗机构政策范围内补偿比例分别为 80%、75%和 50%，平均达到 75%。尿毒症、恶性肿瘤放疗、化疗和重症精神病等门诊大病按照住院补偿政策执行。住院及门诊大病补偿封顶 12 万元。

## (三)大病保险

住院(含门诊大病)参合农民经新农合基本医疗保险基金补偿后,当年累计自付政策范围内费用仍超过 1 万元的,对超出部分再补偿 70%,封顶补偿 8 万元。大病保险由商业保险机构承办,具体办法另行制定。

高于以上市级统筹补偿水平的区县参照 2014 年筹资标准、原则和渠道,由相关区县政府对高出部分予以继续保障。

## 五、账户设置

按照《财政部 卫生部关于印发新型农村合作医疗基金财务制度的通知》(财社[2008]8 号)规定,统一账户核算。市财政部门在社保基金财政专户中,设立新农合基金专账。市合作医疗事务中心设立基金收入户与支出户,各郊区县保留基金结算户。

## 六、基金管理

### (一)基金使用

当年基金和区县历年结余基金全部纳入市财政新农合基金专账统一管理。风险金(10%)及中央财政补助资金作为市级共济,

用于弥补基金非正常超支造成的基金临时周转困难。基本医疗保险基金(85%)按照区县核算使用,用于基本医疗费用补偿。大病保险基金(5%)划拨商业保险机构,用于大病医疗费用二次补偿。各区县财政专户历年结余基金经审计后,全部上缴市财政专户,按照区县核算使用,用于弥补当年基金超支和参合人员补充保险待遇支出。

区县新农合经办机构负责审核辖区参合农民门诊、住院补偿费用,根据费用发生情况,按月向市合作医疗事务中心申请新农合补偿资金,用于支付定点医疗机构实时结算垫付款和个人事后结算补偿款。同时,按照全市统一财务会计制度,统一基金核算办法和统一电算化软件,做好日常会计核算工作,每月上报相关财务报表。

## (二)预决算管理

### 1.预算编制和审批

新农合基金预算草案由市合作医疗事务中心负责编制,经市卫生计生委、市财政局审核后联合上报市政府审批,并按照规定报送市人大。批准后的基金预算按照国家要求,分别上报财政部和国家卫生计生委,并由市财政局、市卫生计生委联合批复市合作医疗事务中心。

### 2.预算执行

区县经办机构严格按照批准的预算执行,按月向市合作医疗事务中心申报用款计划,并报告上月预算执行情况。市合作医疗

事务中心对基金预算执行情况进行汇总,定期向市卫生计生委、市财政局报告。

### 3. 预算调整

在执行中因国家和本市政策调整等特殊情况需要增加支出或减少收入的,由市合作医疗事务中心提出基金预算调整方案,经市卫生计生委、市财政局审核后联合报市政府审批,并报送市人大。批准后的基金调整预算按照国家要求上报,并由市财政局、市卫生计生委联合批复市合作医疗事务中心。

### 4. 基金决算

年度终了,市合作医疗事务中心按照有关规定,编制基金决算草案,经市卫生计生委、市财政局审核后联合报市政府审批,并按照要求报送市人大。批准后的基金决算按照国家要求,分别上报财政部和国家卫生计生委。

### (三) 超支处理

基金当年入不敷出时,按照下列顺序解决:

1. 动用统筹基金历年结余中的存款;
2. 按程序申请动用风险金等市级共济资金;
3. 按市、区县两级财政投入比例分担。

## 七、职责分工

根据“一级基金、两级管理”的要求,明确市、区县两级管理责任,形成市、区县联动,充分调动区县积极性。市级负责政策制定、预算决算、基金统筹、市级定点医院监管、人员培训、信息统计、工

作评估等。区县全面落实市级统一政策,负责宣传发动、引导参保、资金筹集、补偿支付、区县内定点医院监管、信息报送、实时结算等具体工作,确保市级统筹后新农合管理平稳运行。

## **八、就诊管理**

继续实行定点医疗与转诊制度。参合人员持新农合就医记录册及社保卡可直接到户籍所在街镇的村卫生室或社区卫生服务中心就诊。前往上级医院就诊,须经社区卫生服务中心转诊或街镇经办机构备案。急诊病人事后应到街镇经办机构补办备案手续。未经转诊或备案,所发生的医疗费用不予结算,且不享受大病保险待遇。

按照“就医下沉、社区首诊、方便病人”的原则,对人户分离的参合人员,经街镇经办机构审核同意并备案后,可选择跨区居住地就近一所社区卫生服务中心就医。

## **九、支付管理**

严格执行全市统一补偿政策,强化费用监管,确保基金安全运行。支付流程做到“四分开”,即初审、复审、审批与支付分开。建立和完善定点医疗机构监管制度,继续推进按人头支付、按病种付费、总额预付等支付方式改革。全面实施区域内定点医院实时结算,减少事后报销。逐步取消现金支付,提供转账服务。对冒用、伪造、出借、转让新农合凭证及变卖药品的行为,一经查实,取消新农合投保资格,并追回流失的资金。

## **十、信息化管理**

按照全市卫生信息化建设总体规划,继续提升新农合信息化

管理水平。根据监管要求,进一步完善新农合监管平台。

## 十一、镇保参合

镇保人员选择参加新农合门急诊统筹政策有效期,由市政府主管部门另行规定。其个人缴费及区县财政补助由各区县参照2014年镇保参合筹资标准执行。

本实施意见自2015年1月1日起施行,有效期至2019年12月31日。

附件: 1.2015年参合农民个人缴费及市、区县两级财政补助标准一览表

2.本市新农合市级统筹基金收支示意图

上海市卫生和计划生育委员会  
上海市发展和改革委员会  
上海市农业委员会  
上海市财政局  
上海市人力资源和社会保障局  
上海市医疗保险办公室  
2014年11月6日

附件 1

2015 年参合农民个人缴费及市、区县两级  
财政补助标准一览表

区 县	个人缴费 (元/人)	市财政补助 (元/人)	区县财政补助 (元/人)
闵行	350	100	1350
宝山	400	100	1300
嘉定	390	100	1310
浦东	320	246	1234
金山	310	290	1200
松江	360	100	1340
青浦	330	100	1370
奉贤	320	285	1195
崇明	270	398	1132



## 本市新农合市级统筹基金收支示意图





