
省卫生厅关于新型农村合作医疗 费用补偿的指导意见

苏卫基妇〔2005〕4号 2005年3月18日

各市、县(市、区)卫生局:

为促进以大病统筹为主的新型农村合作医疗持续健康发展,不断提高广大农村居民抗御重大疾病的能力,着力缓解因病致贫、因病返贫问题,我厅在总结新型农村合作医疗试点县运行情况的基础上,特提出新型农村合作医疗费用补偿的指导意见,供各地参考。

一、费用补偿应遵循的原则

(一)坚持以大病统筹为主的原则。新型农村合作医疗基金由县统筹使用。由于目前资金筹集数额较少,补偿重点只能是大额医疗费用,即大病、重病和住院费用。目的是逐步解决部分农民因病致贫和因病返贫的问题。因此,受益面只能适当兼顾。

(二)坚持合理使用基金的原则。新型农村合作医疗基金使用要以收定支,量入为出,收支平衡,略有结余。要充分发挥基金的作用,让农民得到更多的实惠。要建立风险基金,提取风险基金额应累计达到年筹资总额的10%左右,建立风险基金后,当年基金结余应控制在基金总额的10%以内。

(三)坚持高效、便民的原则。新型农村合作医疗要推行计算机管理,提高工作效率,规范补偿行为,确保参合农民医疗费用即用即报,增加农民对新型农村合作医疗的信任度和参与度。

二、以30元为筹资基数的费用补偿

主要补偿住院治疗及门诊特殊病种治疗的费用。门诊特殊病种是指某些需要较长时间持续性门诊治疗,费用较多,对农民家庭生活影响较大的疾病。门诊特殊病种范围由各地根据实际情况确定。

费用补偿可采用在结报年度内多次费用累计计算的办法。参合农民住院及门诊特殊病种多次诊疗费用累计达到一定标准(一般为500~800元),即可进行补偿。补偿比例最低不少

于30%，最高不超过80%。对于容易导致农民因病致贫的高危费用段（一般为3000~5000元），应适当提高补偿比例。封顶线以2万元为宜。

三、超过30元筹资基数的费用补偿

在30元筹资基数补偿标准的基础上，适当增加每个费用段的补偿比例，并相应提高封顶线数额，但起付线不宜降低。可以在超过30元基金基数的费用中，提取一部分费用用于普通门诊、慢病普查、健康体检等。目前不宜建立农民家庭账户。

以上意见请结合本地实际，制定具体实施办法。