

城乡统筹 全民保障

神木县城乡居民医疗保障制度



四、住院报销资料

- 1、身份资料:医疗卡、身份证件(户口簿或身份证)和本年度缴费票据(原件和复印件)。
- 2、住院资料:①住院病历复印件(盖章);②住院收费票据;③住院费用总清单;④住院证明或诊断证明。

五、门诊医疗制度

参保居民设立一人一卡、每人每年100元门诊医疗资金,可直接在县内定点医院、药店和村卫生室进行刷卡购药,也可结转下年使用。

六、门诊慢性病申报程序

本人当年的住院(或门诊)病历、相关检查化验单、身份证件、1寸彩照(1张)到县医院合疗科申请办理;经县医院检查、慢性病专家组评审、符合慢性病标准的,可按规定进行门诊医药费限额标准报销(具体另附)。

七、大病医疗救助制度

参保居民住院报销后,年度内符合规定范围内的自付住院医药费累计在3万元(含)以上的,可按规定进行大病医疗救助(救助资金由市人民健康保险公司支付)。具体救助标准:

自付费用段	补偿比例	封顶线
3万元(含)——5万元	35%	每人每年30万元
5万元(含)——10万元	45%	
10万元(含)——15万元	50%	
15万元(含)——20万元	55%	
20万元(含)以上	60%	

神木县城乡居民医疗保障制度每人每年获得最高补助达60万元。

八、县内定点医院

1、**县级医院**(16所):县医院、县二院、电力医院、大兴医院、麟州医院、开发医院、高新医院、惠民医院、康复医院、中西医院、社区医院、眼科医院、博仁医院、开发区医院、神东总医院(大柳塔试验区人民医院)、妇儿医院。

2、**镇(办)卫生院**(21所):神木镇卫生院、大柳塔镇卫生院、店塔镇卫生院、孙家岔镇卫生院、尔林兔镇卫生院、中鸡镇卫生院、锦界镇卫生院、大保当镇卫生院、高家堡镇卫生院、花石崖镇卫生院、万镇卫生院、贺家川镇卫生院、沙峁镇卫生院、马镇卫生院、栏杆堡镇卫生院、乔岔滩卫生院、太和寨卫生院、麻家塔卫生院、解家堡卫生院、西沟卫生院、永兴卫生院。

九、县外定点医院

1、**榆林**(6所):市一院、市二院、市中医院(北方医院)、星元医院、市精神卫生中心、榆阳区残疾人康复中心。

2、**西安**(9所):西京医院、唐都医院、省人民医院、西安交大一附院、省肿瘤医院、省传染病医院、省精神卫生中心、西安市儿童医院、西安市中医脑病医院。

3、**内蒙古**(2所):鄂尔多斯市中心医院及康巴什分院、鄂尔多斯市精神卫生中心。

4、**北京**(8所):解放军总医院(301医院)、解放军302医院、协和医院、天坛医院、阜外医院、北京儿童医院、北京市肿瘤医院、中日友好医院。

神木县农合办
二〇一七年三月

咨询电话:8331689 地址:旧县医院4楼

神木县农村合作医疗管理办公室简介

神木县农村合作医疗管理办公室，成立于2004年7月份，隶属县卫生局，正科级事业单位，编制14人，现有在岗工作人员27人，其中管理人员10人，专业业务人员17人，设有办公室、稽查科、财务科、信息科、档案科5个科办，主要职责是管理和经办全县城乡居民免费医疗的各项业务工作。

一、健全制度，严格管理

在县委、县政府的高度重视、正确领导和县卫生局的安排下，以党的“十八大”精神为指导，认真贯彻落实中、省、市、县医改和新农合有关政策，按照“巩固、完善、规范、创新、提高”的基本要求和“稳中求进、稳中有为”的工作思路，以提高城乡居民医疗保障水平为核心，以基金安全和群众受益为原则，以“控费”和“支改”为重点，以“内强素质，外树形像，争创一流工作业绩”为目标，创新思路，提升管理水平，追赶超越，顺利推进城乡居民医保工作。制定和完善《神木县全民免费医疗实施暂行办法》、《神木县全民免费医疗具体操作规程》等各类规范性文件和管理制度18个，进一步增强了城乡居民的医疗保障需求，推动了全民医保制度向更高水平迈进，使整体工作走上制度化、规范化、科学化的长效管理道路。

二、加强稽查，规范运行

为了全面加强定点医院管理工作，实行定点医院稽查制度。选派政治素质高、业务能力强、工作作风硬的9名稽查员进驻各定点医院，进行现场全程稽查。制订稽查人员工作职责和工作制度，实行划片包干、扛实责任。稽查员通过查病人、查病情、查病历、查处方、查收费清单等措施，严把入院关、住院治疗关和出院报销关，形成医院、患者、稽查员互相约束、层层把关的监督机制。每月召开例会，对各定点医院稽查工作进行一次工作总结，对当月发生的报销数据进行统计分析，及时掌握城乡医保工作运行态势。积极探索推进支付方式改革，不断完善单病种定额付费制度，单病种数目有149个；探索推行了限定医院床位数、五项指标考核、门诊单病种付费、DRGs等多种方式的改革，对控制医药费用不合理增长、确保城乡居民切实受益发挥了重要作用。

三、用好基金，确保受益

为了使医保基金发挥最大效益，严格执行“筹钱不管钱、管钱不用钱、用钱不见钱”的基金管理封闭运行模式。制订了会计、出纳工作职责，实行“管帐不管钱、管钱不管帐”。实行住院报销“直通车”和“明白卡”制度，参保患者在定点医院住院报销时，直接在医院办理报销手续，出院当天领取报销款。报销时发给患者一张“住院报销明白卡”，住院医药费用、报销金额等内容一目了然，真正做到了明白住院、清楚报销、真切受益。每月对报销患者名单、医药费用、报销金额等相关内容进行县、乡、村三级公示，主动接受社会各界监督。

四、深入宣传，正确引导

为了增强广大群众的疾病风险意识和互助共济意识，做了大量的宣传教育工作。通过召开专题培训会议，不断提高医护人员、经办人员和管理工作人员的思想认识水平，使他们准确掌握相关政策规定，深入到各镇（办）、村居委会进行政策宣讲，使全民医保政策家喻户晓、人人皆知。充分利用电台、报刊、标语条幅等多种途径宣传报道，特别是对群众身边典型事例进行深入宣传，使广大群众切身体会到此项政策带来的实惠和好处。此外，通过编印宣传资料、开通咨询服务电话等方式，积极做好群众的答疑解惑工作，努力营造全社会关心和支持城乡医保工作的良好氛围。目前，全县城乡居民参保人数达到39.5万人，参保率持续稳定在99%以上。经满意度测评，群众对城乡医保制度的满意率在95%以上。

神木县城乡居民医疗保障制度规定及程序

一、资金筹集

2017年度新农合筹资表

名称	筹资标准（620元/人）
个人筹集标准	130（其中：个人缴纳50元，县财政代缴80元）
各级财政匹配资金（县财政足额匹配资金）	490

注：1、参保居民个人资金以户为单位缴纳（开专用收据），每年12月份由各镇（办）政府统一收缴（下一年度）。2、属低保户、五保户、残疾人（县民政局核定）和独生子女户、双女户（县计生局核定）个人应缴纳的50元由县（省）财政代缴。

二、住院报销规定

医疗机构	起付线 (元/人次)	报销比例					封顶线
		范围内医药费	特殊检查费 特殊病血费 国产材料费	特殊病 营养药品费	进口 材料费	范围外 医药费	
乡镇定点医院	100	100%	90%	80%	70%	自付 (省医保 目录外 药品费)	每人 每年 30 万元
县级定点医院	500	100%					
市二级定点医院	500	80%			自付 (各种 检查费)		
市三级定点医院	1500	70%					
省级及省外定点医院	3000	70%					
县外非定点医院		50%					

注：1、实行分级诊疗转诊制度，未办理技术转诊、自行到县外医院住院治疗的合规医药费报销比例降低10%（急诊急救住院除外）。2、属于住院（或门诊）单病种的按定额标准报销（具体另附）。

三、住院报销程序

住院医药费先由患者垫付，在县内定点医院住院的，出院后直通车报销。需转县外医院住院的，应在县医院办理“新农合技术转诊单”并登记，出院后在县农合办报销。外出务工、异地居住的需提供暂住证明，住院医药费按同级医院规定报销。