

江苏省新型农村合作医疗条例

(2011年3月24日江苏省第十一届人民代表大会常务委员会第二十一次会议通过)

江苏省人大常委会公告

第79号

《江苏省新型农村合作医疗条例》已由江苏省第十一届人民代表大会常务委员会第二十一次会议于2011年3月24日通过，现予公布，自2011年6月1日起施行。

江苏省人民代表大会常务委员会

2011年3月24日

第一章 总 则

第一条 为了发展和完善新型农村合作医疗制度，保障农村居民享有基本医疗服务，根据有关法律、行政法规的规定，结合本省实际，制定本条例。

第二条 本省行政区域内的新型农村合作医疗，适用本条例。

本条例所称新型农村合作医疗，是指由政府组织引导，农村居民自愿参加，按照个人缴费、集体扶持、政府补助的方式筹集资金，实行门诊统筹与住院统筹相结合的农村居民基本医疗保障制度。

第三条 新型农村合作医疗遵循公开公正、公平享有、便民惠民、保障基本的原则，坚持民主管理、依法管理。

第四条 县级以上地方人民政府应当将新型农村合作医疗工作纳入当地国民经济和社会发展规划，加强对新型农村合作医疗工作的领导，建立健全新型农村合作医疗工作协调机制，多渠道筹集新型农村合作医疗资金。

实行新型农村合作医疗基金统筹的设区的市、县（市、区）人民政府（以下统称统筹地区人民政府），应当成立由有关部门和参加人代表等组成的新型农村合作医疗管理委员会，负责统筹地区新型农村合作医疗有关组织、协调等工作。

第五条 县级以上地方人民政府卫生行政部门（以下简称卫生行政部门）主管本行政区域内的新型农村合作医疗工作。

县级以上地方人民政府有关部门按照各自职责做好新型农村合作医疗的相关工作。

第六条 乡镇人民政府、街道办事处具体承担新型农村合作医疗的组织、筹资和宣传工作。村民委员会、居民委员会协助乡镇人民政府、街道办事处做好新型农村合作医疗工作。

第七条 统筹地区设立的新型农村合作医疗经办机构（以下简称经办机构），负责新型农村合作医疗的日常运行服务、业务管理和基金会计核算等具体业务工作。

第八条 县级以上地方人民政府应当通过提高筹资水平和保障待遇、探索资源整合等措施，推进基本医疗保障城乡统筹。

第九条 对在新型农村合作医疗工作中做出突出贡献的单位和个人，县级以上地方人民政府及其有关部门应当给予表彰。

第二章 参加人

第十条 农村居民（含农村中小學生）以户为单位参加户籍所在地统筹地区的新型农村合作医疗。

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统筹地区的新型农村合作医疗。

居住在乡镇的城镇居民和其他人员，按照县级以上地方人民政府的规定，参加当地新型农村合作医疗或者其他基本医疗保险。

第十一条 在新型农村合作医疗上一个缴费期至下一个缴费期之间出生的婴儿、退役的士兵，可以参加当年度的新型农村合作医疗。

农村居民停止参加其他基本医疗保险的，凭相应的医疗保险经办机构出具的证明，可以参加当年度的新型农村合作医疗。

婴儿出生之日起十五个工作日内，父母为其申请参加新型农村合作医疗的，其自出生之日起产生的医药费用纳入新型农村合作医疗基金补偿范围。

第十二条 按照规定已经参加其他基本医疗保险的人员，不参加新型农村合作医疗，其家庭其他成员仍可以按照规定参加新型农村合作医疗；已经参加新型农村合作医疗的人员，需要参加其他基本医疗保险的，其本人应当于下一年度退出新型农村合作医疗。

第十三条 参加新型农村合作医疗的人员按照规定缴费后，经办机构应当将其登记注册为参加人，免费发给新型农村合作医疗证件。参加人凭新型农村合作医疗证件等有效证件就医，享受相应的医疗待遇。

第十四条 参加人享有下列权利：

- （一）按照规定享受医药费用补偿；
- （二）查询、核对自己缴费以及获得补偿情况；
- （三）了解新型农村合作医疗基金的筹集与使用情况；
- （四）参与新型农村合作医疗监督管理；
- （五）法律、法规规定的其他权利。

第十五条 参加人履行下列义务：

- （一）以户为单位按时足额缴纳个人费用；
- （二）遵守新型农村合作医疗政策规定和规章制度；
- （三）在就医和获得医药费用补偿时如实提供个人相关资料和信息；
- （四）法律、法规规定的其他义务。

第三章 基金筹集与管理

第十六条 新型农村合作医疗基金以县（市、区）为单位统筹管理。鼓励有条件的设区的市对市辖区实行统筹。

统筹地区人民政府应当建立新型农村合作医疗基金财政专户，统一管理和核算新型农村合作医疗基金。

第十七条 新型农村合作医疗基金的来源包括：

- （一）参加人个人缴费；
- （二）财政补助资金；

- (三) 农村集体经济组织扶持资金；
- (四) 社会捐赠资金；
- (五) 利息收入；
- (六) 其他。

第十八条 统筹地区人民政府应当建立与经济社会发展相协调、与基本医疗需求相适应，以政府补助为主、参加人合理负担的筹资动态增长机制。具体办法由省卫生行政部门会同财政等部门制定，报省人民政府批准。

统筹地区人民政府应当按照国家和省的规定，根据本地区经济社会发展水平确定筹资标准。筹资标准应当不低于本地区上一年度农村居民人均纯收入的百分之三，并应当高于国家最低筹资标准，其中个人缴费比例一般不超过筹资标准的百分之二十。筹资标准一般每两年调整一次。

第十九条 新型农村合作医疗基金每年筹集一次，按照自然年度运行。参加下一年度新型农村合作医疗的缴费时间和方式应当向社会公布。

财政补助资金由各级财政预算安排。统筹地区人民政府按照规定落实新型农村合作医疗财政补助资金，上级人民政府通过财政专项转移支付给予补助。各级财政补助资金应当在规定时间内足额划拨到统筹地区新型农村合作医疗基金财政专户。

个人缴费由参加人以户为单位，在规定的缴费时间内向乡镇人民政府、街道办事处或者其所委托的村民委员会、居民委员会等单位（以下统称个人缴费收缴单位）一次性缴清，并由个人缴费收缴单位按照规定缴入统筹地区新型农村合作医疗基金财政专户。

第二十条 农村最低生活保障对象、五保供养对象、重点优抚对象等医疗救助对象由统筹地区人民政府全部纳入新型农村合作医疗，其个人缴费由医疗救助基金全额给予资助。

统筹地区人民政府规定的未纳入农村医疗救助对象范围的其他困难人群，参加新型农村合作医疗所需个人缴费部分由政府给予补贴。

第二十一条 经办机构应当按照协议结算新型农村合作医疗定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）垫付的医药费用。拨付新型农村合作医疗基金应当遵循经办机构初审、卫生行政部门审核、财政部门复核的程序。

第二十二条 新型农村合作医疗基金实行收支两条线管理，专户存储、单独建账、专款专用，不得用于参加人医药费用补偿以外的任何支出，不得用于任何形式的投资。

任何单位和个人不得侵占、挪用新型农村合作医疗基金。

第二十三条 统筹地区人民政府卫生行政部门、财政部门 and 经办机构应当执行新型农村合作医疗基金财务制度和会计制度，规范新型农村合作医疗基金的使用和管理，做好基金预决算、会计核算、财务分析、监督检查工作。

第四章 基金使用与医疗待遇

第二十四条 统筹地区人民政府应当建立新型农村合作医疗基金收支动态平衡机制，保障基金安全、有效运行。

经办机构应当按照国家规定在新型农村合作医疗基金中提取风险基金，用于弥补新型农村合作医疗基金非正常超支造成的基金临时困难周转，提取的风险基金累计不得超过当年筹集基金总额的百分之十。具体办法由统筹地区人民政府根据国家有关规定和统筹地区实际制

定。

使用新型农村合作医疗基金应当遵循以收定支、略有结余的原则。新型农村合作医疗基金当年基金结余（含风险基金）应当不超过当年筹集基金总额的百分之十，累计结余（含风险基金）应当不超过当年筹集基金总额的百分之二十。

当年基金结余（含风险基金）超过当年筹集基金总额的百分之十，或者累计结余（含风险基金）超过当年筹集基金总额的百分之二十的，根据基金结余情况，对已获得大额医药费用补偿的参加人按照国家规定进行再次补偿。再次补偿应当遵循公开、公平、公正的原则，接受社会监督。

第二十五条 省卫生行政部门应当制定新型农村合作医疗补偿规则，并向社会公布。

设区的市卫生行政部门应当根据新型农村合作医疗补偿规则，制定本行政区域新型农村合作医疗补偿意见，指导统筹地区根据当地实际合理确定本地区新型农村合作医疗补偿方案。

在设区的市行政区域内，各统筹地区新型农村合作医疗补偿方案应当相对统一。

第二十六条 统筹地区应当根据新型农村合作医疗基金筹集和使用情况，合理确定新型农村合作医疗补偿方案，明确参加人医疗待遇，并根据筹资水平和基金运行状况及时调整补偿政策。

确定新型农村合作医疗补偿范围、补偿比例和最高支付限额等，应当有利于保障基本、引导合理就医、保障重大疾病救治，并逐步缩小门诊补偿与住院补偿的差距。

新型农村合作医疗最高支付限额按照不低于当地农村居民上一年度人均纯收入八倍的标准确定，对重大疾病、特殊病种应当提高最高支付限额。

第二十七条 省卫生行政部门应当根据基本医疗需求，制定、调整新型农村合作医疗报销药物目录和诊疗项目目录，并向社会公布。

第二十八条 逐步建立分级医疗和双向转诊制度，简化转诊流程，规范转诊管理。

参加人因病情需要转到统筹地区外就医的，定点医疗机构应当及时转诊，不得拖延，并告知经办机构。

参加人因病情急、危、重等特殊原因，在统筹地区外或者非定点医疗机构就医的，应当在就医之日起十五个工作日内告知经办机构。

参加人在统筹地区外居住、工作的，在统筹地区的经办机构办理异地医疗登记后，可以在居住地约定的医疗机构就医。

第二十九条 参加人因门诊和住院发生的医药费用，由新型农村合作医疗基金按照补偿方案给予补偿。

有下列情形之一的，医药费用不纳入新型农村合作医疗基金补偿范围：

（一）使用的药品或者诊疗项目未列入新型农村合作医疗报销药物目录或者诊疗项目目录的，但实行按病种定额付费的除外；

（二）按照规定应当由工伤或者生育保险基金支付医药费用的；

（三）应当由第三人负担医药费用的；

（四）应当由公共卫生负担的；

（五）境外就医的；

（六）因故意犯罪造成自身伤害发生医药费用的；

(七) 因美容、整形等非基本医疗需要发生医药费用的；

(八) 国家和省规定不予补偿的其他情形。

有前款第三项情形，但第三人无法确定或者无支付能力的，由经办机构按照补偿方案从新型农村合作医疗基金中先行支付。新型农村合作医疗基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第三十条 经办机构应当与定点医疗机构建立新型农村合作医疗基金补偿费用直接结算关系。参加人在定点医疗机构就医，只支付自付费用，医药费用中应当由新型农村合作医疗基金补偿的部分，由经办机构与定点医疗机构直接结算。经办机构可以向定点医疗机构提供必要的预付金。

参加人按规定在非定点医疗机构就医的，由参加人先支付全部医药费用，再凭有效证明和原始票据向统筹地区经办机构申请办理补偿手续，经办机构应当在收到申请之日起二十个工作日内予以审核结算。

第三十一条 医药费用的补偿范围、比例、条件和程序应当公布。医药费用和补偿结果，除涉及个人隐私外，应当公开。

第三十二条 农村医疗救助对象经新型农村合作医疗补偿后的个人自付费用，由统筹地区人民政府按照规定比例给予救助。民政部门、卫生行政部门应当运用信息手段，实行农村医疗救助与新型农村合作医疗费用同步结算。

第五章 定点医疗机构

第三十三条 定点医疗机构按照方便就医、布局合理、技术适宜、公平公正的原则确定。定点医疗机构应当具备下列条件：

(一) 依法取得《医疗机构执业许可证》；

(二) 自愿遵守并执行新型农村合作医疗规章制度；

(三) 提供的医疗服务符合新型农村合作医疗要求；

(四) 医疗服务收费符合有关规定；

(五) 有与新型农村合作医疗相适应的内部管理制度，配备必要的专职或者兼职工作人员以及用于结算医药费用的计算机设备。

定点医疗机构名单应当向社会公布，并适时调整。

符合条件的基层医疗卫生机构应当纳入定点医疗机构范围。

第三十四条 经办机构应当与定点医疗机构签订新型农村合作医疗定点服务协议，明确权利义务、就医管理、补偿政策、考核评价、违约责任等内容。

定点医疗机构及其工作人员应当按照协议要求提供医疗服务，遵守法律法规，恪守职业道德，执行临床技术操作规范，开展业务培训，提高服务质量和效率，做到合理检查和治疗，合理用药，控制医药费用。

第三十五条 定点医疗机构应当在显著位置悬挂统一标识牌，设置宣传栏和公示栏，宣传新型农村合作医疗补偿政策，公布就医和补偿流程，公示新型农村合作医疗基本用药目录、医疗服务项目目录、相关价格等。

第六章 保障与监督

第三十六条 县级以上地方人民政府应当根据国家有关规定做好新型农村合作医疗与其他基本医疗保险之间的制度衔接。

卫生、人力资源社会保障等有关部门应当加强协调配合，做好不同医疗保障关系的转移接续工作，并为参加人提供便利。

第三十七条 县级以上地方人民政府应当加强经办机构建设，保障经办机构的基本服务条件、人员配备与其承担的职能和业务量相适应；加强农村基层医疗卫生机构建设和人才培养，保障农村基层卫生人员待遇，提高农村基层卫生服务水平；加强新型农村合作医疗信息化建设，形成经办机构、定点医疗机构以及有关部门之间互联互通的新型农村合作医疗管理信息系统。

第三十八条 财政部门应当将新型农村合作医疗财政补助资金列入财政预算，保证资金及时足额到位，并对新型农村合作医疗基金实施监督管理；统筹安排经办机构人员和业务经费，确保经办机构正常运转，具体办法由财政、卫生行政部门制定。

第三十九条 县级以上地方人民政府应当将新型农村合作医疗工作纳入年度工作目标，通过建立考核评价制度等多种形式对有关部门、经办机构的行为进行监督。

第四十条 统筹地区人民政府成立由有关部门和参加人代表、人大代表、政协委员、专家等组成的新型农村合作医疗监督委员会，掌握、分析新型农村合作医疗基金的收支和管理情况，对新型农村合作医疗工作提出咨询意见和建议，实施社会监督。新型农村合作医疗监督委员会中，参加人代表人数应当不低于组成人员的三分之一。

经办机构应当定期向新型农村合作医疗监督委员会汇报基金的收支和管理情况。

新型农村合作医疗监督委员会发现基金收支和管理中存在问题的，有权提出改正建议；对经办机构及其工作人员的违法行为，有权向有关部门提出依法处理建议。

第四十一条 审计部门应当建立新型农村合作医疗基金审计制度，对新型农村合作医疗基金的收支、管理等情况进行审计监督，督促被审计单位及时整改和纠正审计中发现的问题。

第四十二条 卫生行政部门、经办机构应当加强对定点医疗机构的监督管理，制定定点医疗机构考核评价标准，实施绩效考核评价，并将考核评价结果向社会公布。

价格主管部门应当加强对定点医疗机构药品和医疗服务价格的管理和监督。

第四十三条 卫生行政部门应当设立并公布新型农村合作医疗监督举报电话和投诉信箱，受理对违反本条例规定行为的投诉和举报，并予以查处。

第四十四条 经办机构应当建立新型农村合作医疗信息公示告知制度，定期在村、乡、县等统筹覆盖层级公示新型农村合作医疗基金筹集、使用情况，并向社会公布，接受参加人和社会公众的监督。

第七章 法律责任

第四十五条 以伪造证明材料、使用他人新型农村合作医疗证件就医等手段骗取补偿费用的，由卫生行政部门责令其退回骗取的补偿费用，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

定点医疗机构明知就医人使用他人新型农村合作医疗证件，仍为其提供医疗服务，致使补偿费用被骗取的，由卫生行政部门对定点医疗机构处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

医疗机构提供虚假证明材料，为他人骗取补偿费用提供条件的，由卫生行政部门对医疗机构处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分，有执业资格的，依法吊销其执业证书。

第四十六条 定点医疗机构以伪造证明材料等手段骗取新型农村合作医疗基金费用的，

由卫生行政部门责令其退回骗取的基金费用，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款，经办机构应当与其解除新型农村合作医疗定点服务协议；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分，有执业资格的，依法吊销其执业证书。

第四十七条 定点医疗机构未按照新型农村合作医疗定点服务协议提供医疗服务，或者进行不合理检查、治疗和用药的，由卫生行政部门责令改正；拒不改正的，予以通报，经办机构应当与其解除新型农村合作医疗定点服务协议。

第四十八条 侵占、挪用新型农村合作医疗基金，或者将新型农村合作医疗基金用于投资的，由卫生行政部门、财政部门、审计部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第四十九条 经办机构、个人缴费收缴单位及其工作人员有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正；情节严重的，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；给新型农村合作医疗基金、参加人造成损失的，依法承担赔偿责任：

（一）未按照规定为参加人办理登记注册的；

（二）未按照规定将筹集的新型农村合作医疗基金存入财政专户，或者将新型农村合作医疗基金用于参加人医药费用补偿以外的支出的；

（三）未按照规定支付新型农村合作医疗补偿费用的；

（四）有违反本条例规定的其他行为的。

第五十条 县级以上地方人民政府及其有关部门不履行本条例规定的职责，或者滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，由其上级机关或者监察机关责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第五十一条 违反本条例规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第五十二条 统筹地区人民政府在确保基金安全和有效监管的前提下，可以委托具有资质的商业保险机构经办新型农村合作医疗业务。委托经办新型农村合作医疗业务，应当签订委托合同。具体办法由省卫生、财政部门会同保险监督管理机构制定。

第五十三条 本条例自 2011 年 6 月 1 日起施行。