**江门市医疗保障局关于印发江门市职工**

**生育保险医疗费用结算**

**管理办法的通知**

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为加强和规范我市职工生育保险医疗费用结算管理，提高职工医保基金（以下简称基金）使用效率，根据《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第287号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 生育保险医疗费用结算按照“以支定收、收支平衡”的原则，保障参保职工生育的基本医疗需求。

第三条 生育保险医疗费用结算范围包括在生育保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）或经医保经办机构（以下简称经办机构）核准就医的医疗机构发生的符合国家和省规定的药品、诊疗项目和医用耗材支付范围的生育医疗费用。

第四条 为保证医疗服务质量，保障参保职工的合法权益，定点医疗机构应当严格执行生育保险有关规定和医疗收费标准，做到合理检查、合理用药、合理收费。如病情需要，定点医疗机构确需提供超出药品、诊疗项目、医用耗材三个目录生育保险支付范围的项目时，应当先征得参保职工（或家属）同意并签字确认，该部分医疗费用基金不予支付。

第二章 结算方式

第五条 参保职工发生符合生育保险规定的门诊生育医疗费用，由定点医疗机构所在行政区域的经办机构（以下简称属地经办机构）按定额结算标准与定点医疗机构进行直接结算。

第六条 在本市生育保险定点医疗机构发生符合生育保险规定的住院分娩和住院计划生育手术的医疗费用，实行按病种分值结算，计入年度可分配资金总额。经办机构与定点医疗机构按病种分值结算的月度结算、预付、周转金加拨、责任保证金计算和扣除、年度清算等纳入基本医疗保险一并计算。

第七条 按规定办理就医确认手续的参保职工，在选定的定点医疗机构就医，发生符合我市生育保险规定的生育医疗费用，由定点医疗机构单独记账。属于基金支付的门诊医疗费用，由经办机构与定点医疗机构按本办法进行结算；属于个人支付的，由定点医疗机构与参保职工结算。

第三章 结算办法

第八条 在本市生育保险定点医疗机构发生符合生育保险规定的产前检查和施行门诊计划生育手术的生育医疗费用，按照“定额管理、月度结算、年度清算”办法实行定额结算。

定额管理是指经办机构按定额结算标准与定点医疗机构结算的管理。

定额结算月度结算是指经办机构与定点医疗机构按月结算参保职工在定点医疗机构累计已发生并终结的记账生育医疗费用。

定额结算年度清算是指年度考核后，经办机构与定点医疗机构对上年度参保职工发生符合我市生育保险规定的生育医疗费用进行清算。

第九条 定额结算标准由各县（市、区）经办机构根据生育保险“以支定收，收支平衡”的原则、定额结算标准期满当年上半年和前两年属地各级别定点医疗机构实际发生的范围内平均生育医疗费用情况、基金收支状况以及定点医疗机构级别等综合因素，并结合社会经济发展水平、费用合理增长水平和国家、省、市有关政策变动情况适时提出调整意见，报江门市医保经办机构（以下简称市医保经办机构）汇总，市医保经办机构综合拟订调整方案报江门市医疗保障局确定后另行发文公布，一般每3年调整一次。

第十条 定额结算月度结算办法。具体计算公式如下：

（一）当参保职工累计已发生并终结的记账生育医疗费用总额≥定点医疗机构定额结算标准×实际结算人次时：

定额结算月度结算金额=定点医疗机构定额结算标准×实际结算人次。

（二）当参保职工累计已发生并终结的记账生育医疗费用总额<定点医疗机构定额结算标准×实际结算人次时：

定额结算月度结算金额=参保职工累计已发生并终结的记账生育医疗费用总额。

第十一条 定额结算责任保证金计算和扣除。责任保证金按定点医疗机构月度结算金额的5%计算，月度结算时经办机构不预留。年度考核后，经办机构按我市基本医疗保险定点医疗机构分级评审管理的有关规定扣除年度责任保证金。

第十二条 定额结算年度清算，由属地经办机构按照参保职工参保所在地分别清算原则与该定点医疗机构进行清算。生育保险年度清算周期为每年的1月1日至12月31日。经办机构与定点医疗机构按以下办法进行年度清算：

**（一）计算年度定额总计。**

年度定额总计＝年度基金实际支付人次×定点医疗机构定额结算标准（按产前检查、计划生育手术分别计算）。

**（二）费用清算。**

建立年度费用清算激励约束机制。按照“结余留用、超支分担”的原则，在保证医疗数量、质量和安全并加强考核的基础上，建立基金和定点医疗机构对结余资金的合理留用与超支费用的分担机制。

**1.结余留用。**当定点医疗机构当年度记账基金支付金额低于年度定额总计，且达到年度定额总计一定使用比例时，年度结余部分全额由定点医疗机构留用；若未达到年度定额总计一定使用比例的，年度结余部分不作留用，按当年度范围内基金支付金额进行清算偿付。具体使用比例标准按服务协议约定执行。

**2.超支分担。**当定点医疗机构当年度记账基金支付金额高于年度定额总计，为定点医疗机构结算出现超支时，根据基金收支情况，基金与定点医疗机构适当分担超支金额。基金出现当期赤字的县（市、区），其所在地参保职工在定点医疗机构发生的生育医疗费用超支部分，基金不补。基金当期结余的县（市、区），其所在地参保职工在定点医疗机构发生的生育医疗费用超支部分，基金按约定分担。具体按服务协议约定执行。

第十三条 参保职工在产检期间经经办机构同意办理变更就医确认手续的，其发生符合生育保险规定的门诊生育医疗费用，由变更前、后的定点医疗机构分别记账，并按以下办法结算：

当定点医疗机构的记账门诊生育医疗费用未达到定额结算标准约定比例的，按实际记账生育医疗费用结算；当定点医疗机构的记账生育医疗费用达到定额结算标准约定比例（含约定比例）以上的，按定额结算标准结算。具体约定比例按服务协议约定执行。

第四章 管理监督

第十四条 参保职工在定点医疗机构就医发生属于生育保险支付范围的生育医疗费用，定点医疗机构应当凭有效身份证明材料对参保职工的生育医疗费用先予记账。待参保职工医疗终结后（包括终止妊娠、分娩住院出院或计划生育手术结束等），定点医疗机构应当于每月10日前将上月（自然月，下同）月结统计表交经办机构。经办机构于次月10日前，对定点医疗机构上报的生育保险医疗费用进行审核，并将月度结算金额支付给定点医疗机构。

定点医疗机构应当于每年1月底前，将上年度发生的生育保险医疗费用按经办机构的要求汇总，附结算申报表、费用情况分析报告及其他规定的资料，向经办机构提出年度清算申请。

第十五条 加强基金医疗服务监管。根据国家、省社会保险有关规定，结合生育保险定点医疗机构服务协议管理，各部门要协同做好基金监督管理服务工作。经办机构要加强对医疗机构申报医疗费用的审核和日常管理，加大对医疗机构稽核力度，随机抽查参保职工的病例，对违反协议规定的定点医疗机构，经办机构要按照服务协议规定落实基金不予支付政策，在月度结算中拒付相关医疗费用，并可以按抽查比例放大后予以拒付。

第十六条 经办机构对各定点医疗机构每月报送的月结统计表以及打印的月结支付表和财务支付表等结算业务档案资料进行及时整理归档。

定点医疗机构应当根据上级主管部门对其业务档案管理的规定和要求，及时收集、整理、归档、保管生育保险业务资料。应当存档的生育保险业务资料包括：参保职工住院及门诊医疗费用收费收据原件、就医确认手续材料、生育保险医疗费用结算单、自费确认书和月结统计表等。

第十七条 建立定期通报制度。经办机构定期向社会公布各定点医疗机构生育保险费用结算情况，接受社会公众的监督。

第五章 附则

第十八条 在结算过程中，定点医疗机构与经办机构发生争议时，可以申请同级医疗保障部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，定点医疗机构可以依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第十九条 本办法自2022年月日起施行，有效期为5年，《江门市人力资源和社会保障局关于江门市职工生育保险医疗费用结算管理办法》（江人社发〔2018〕436号）同时废止。如国家和省另有规定的，从其规定执行。

公开方式：主动公开

