

阳江市社会保险基金管理局高新分局文件

阳高社保[2017]69号

转发《关于开展职工生育保险定点医疗机构 定额联网结算的通知》的通知

各定点医疗机构、各参保单位，各参保人：

现将阳江市社会保险基金管理局《关于开展阳江市职工生育保险定点医疗机构定额联网结算的通知》（阳社保〔2017〕78号）转发给你们，请认真遵照执行。

阳江市社会保险基金管理局高新分局

2017年12月7号



阳江市社会保险基金管理局文件

阳社保[2017]78号

关于开展阳江市职工生育保险定点 医疗机构定额联网结算的通知

各县（市、区）社保分局、各定点医疗机构、各参保单位、
各参保人：

根据《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45号）文件精神，为使参保职工在生育和施行计划生育手术期间得到基本的医疗保障、保证生育保险基金可持续运行，我局拟从2018年1月1日起正式实施职工生育保险联网结算，具体事项通知如下：

一、生育保险定点医疗机构确认

生育保险定点医疗机构由社会保险业务经办部门在职工基本医疗保险定点医疗机构内确定。生育保险定点医疗机

构应根据接口改造文档开展系统改造工作并向所在地社会保险业务经办部门备案和签订服务协议，未完成系统改造工作或未签订服务协议的不予认定为生育保险定点医疗机构。社会保险业务经办部门应将全部已签订服务协议的生育保险定点医疗机构名单向社会公布。

二、结算定额

参保职工在本市生育保险定点医疗机构发生的纳入职工生育保险办法基金支付范围的生育医疗费用个人不用支付，符合政策的生育医疗费用根据产前检查、分娩住院、计划生育手术等 12 个项目按定额与人次由各定点医疗机构包干结算，具体结算标准如下表：

阳江市职工生育保险定额结算标准

单位：元

结算项目	三级医疗机构 定额	二级医疗机构 定额	一级医疗机构 定额
分娩住院（含顺产、剖腹产）	5300	4800	4300
产前检查	1700	1600	1400
怀孕满 7 个月及以上的引产术（住院）	4800	4400	4000
怀孕满 4 个月不满 7 个月的流产、引产术（住院）	3600	3300	3000
怀孕不满 4 个月的流产术（住院）	3000	2700	2400
终止妊娠（门诊）	1200	1000	800
输卵管结扎术	3500	3200	2900
输精管结扎术	2000	1800	1600
输卵管复通术	5300	4800	4400
输精管复通术	7800	7100	6500
取出宫内节育器（门诊）	420	380	340

放置宫内节育器（门诊）	600	550	500
-------------	-----	-----	-----

因医疗技术及医改后物价收费调整等原因，阳江市妇幼保健院分娩住院（含顺产、剖腹产）的结算定额标准为 5000 元/人次，其余二级医疗机构分娩住院结算定额标准按照 4800 元/人次执行。

三、纳入基金支付范围的产前检查项目

产前检查项目分为常规项目和备查项目。常规项目指定点医疗机构应当为参保人提供的基本医疗服务项目；备查项目指定点医疗机构根据参保人具体情况建议检查的项目。

常规项目范围：产检、尿常规、血常规、血型、血糖、肝功能、肾功能、乙肝表面抗原、梅毒血清学检测、HIV 筛查、B 超、胎心监测、心电图。

备查项目范围：15-20 周妊娠中期非整倍体母体血清学筛查、丙型肝炎抗体测定、血红蛋白电泳试验、抗 D 滴度检查（RH 阴性者）、阴道分泌物检查、甲状腺功能筛查、宫颈脱落细胞学检查、宫颈分泌物检测淋球菌、宫颈分泌物检测沙眼衣原体。

四、办理就医确认手续

累计参加生育保险满 1 年的职工生育的，应当事先在本市生育保险定点医疗机构范围内选定 1 间作为产前检查和分娩的医疗机构，并向选定的生育保险定点医疗机构申请办理就医确认手续。材料齐全且符合条件的，定点医疗机构应当

即时予以办理确认手续，参保人凭定点医疗机构审批盖章的就医确认申请表到参保地社会保险业务经办部门进行就医确认登记。参保职工在办理就医确认前已发生的产前检查费用不纳入生育保险报销范围。职工办理就医确认手续应提交的资料按照《阳江市职工生育保险办法》（阳府〔2015〕45号）文件第二十七条规定执行。

职工因急诊、抢救、医疗条件限制、住所变化等特殊事由确需变更产前检查和分娩的定点医疗机构的，应当持原就医确认凭证和变更事由的相关凭证向社会保险业务经办部门申请办理变更手续，其产前检查费用在结算额度以内的部分据实支付给医疗机构，剩余结算额度包干给个人使用，待分娩后1年内凭门诊发票、清单、变更后的就医确认凭证、分娩住院的出院小结和出院诊断等资料到参保地社会保险业务经办部门申请报销，最高支付限额为社会保险业务经办部门与参保职工原选定的医疗机构剩余结算额度，低于剩余结算额度的按照实际支付。除上述原因外，孕期内不得变更医疗机构。

五、结算办法

（一）生育医疗费用结算办法

累计参加生育保险满1年的职工已办理就医确认手续并且在就医确认的定点医疗机构检查生育的，符合规定的生育医疗费用由社会保险业务经办部门与定点医疗机构按照定

额标准直接结算，个人不用负担。

累计参加生育保险满1年的职工未办理就医确认手续而在市内定点医疗机构生育，或者已办理就医确认手续但在市内非确认定点医疗机构生育的，其生育的医疗费用先由职工个人支付，待分娩后1年内，可到参保地社会保险业务经办机构申请报销，符合规定的生育医疗费用按实际报销，最高不超过本市相同级别定点医疗机构定额标准的80%。

累计参加生育保险满1年的职工因急诊、抢救而在本市非确认的定点医疗机构生育的，可在出院前补办变更手续，符合规定的分娩住院费用由社会保险业务经办机构与定点医疗机构按照定额标准直接结算，个人不用负担，转院生育前的费用由职工自费支付。

累计参加生育保险满1年的职工因急诊、抢救而在市内非定点医疗机构或市外医疗机构生育的，其生育的医疗费用由职工个人支付，待分娩后1年内，凭《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45号）文件规定的材料和相关医疗机构诊断证明向参保地社会保险业务经办机构申请报销。社会保险业务经办机构审核后，参照本市相同级别的定点医疗机构的定额标准结算，从生育保险基金中支付，超出部分不予支付。

累计参加生育保险满1年的职工非因急诊、抢救而在市内非定点医疗机构或市外医疗机构生育的，其生育的医疗费

用由职工个人支付，待分娩后 1 年内，凭《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45 号）文件规定的材料和相关医疗机构诊断证明向参保地社会保险业务经办部门申请拨付一次性生育保险医疗费用补贴，补贴标准为本市相同级别定点医疗机构定额标准的 50%。

（二）施行计划生育手术费用结算办法

累计参加生育保险满 1 年的职工在本市内定点医疗机构施行计划生育手术，手术费用由定点医疗机构按定额标准直接结算。

累计参加生育保险满 1 年的职工，因急诊、抢救而在本市内非定点医疗机构、市外医疗机构施行计划生育手术的，其计划生育的医疗费用先由职工个人支付，待手术后 1 年内，可到参保地社会保险业务经办部门申请报销，符合规定的医疗费用按实际报销，最高不超过市内相同级别定点医疗机构定额标准。

累计参加生育保险满 1 年的职工非因急诊、抢救而在本市内非定点医疗机构或者市外医疗机构施行计划生育手术的，其计划生育的医疗费用先由职工个人支付，待手术后 1 年内，可到参保地社会保险业务经办部门申请报销，符合规定的医疗费用按实际报销，最高不超过本市相同级别医疗机构定额标准的 50%。

（三）累计参加生育保险未满 1 年的职工医疗费用结算

办法

累计参加生育保险未满1年的职工生育或者施行计划生育手术的，其医疗费用（市内定点医疗机构按定额收取）先由职工个人支付，待其累计参加生育保险满12个月后的1年内，凭《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45号）文件规定的材料向参保地社会保险业务经办部门申请报销，符合规定的医疗费用按实际报销，最高不超过费用发生当年度社会保险业务经办部门与同级别定点医疗机构结算定额标准。

六、失业人员及职工未就业配偶生育医疗费用不实行联网结算

失业前已参加生育保险且在领取失业保险金期间发生生育医疗费用的失业人员以及职工未就业配偶发生的生育医疗费用不实行联网结算，其生育医疗费用先由职工个人支付，待费用发生后1年内，凭《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45号）文件规定的材料向参保地社会保险业务经办部门申请报销，符合规定的医疗费用按实际报销，最高不超过费用发生当年度社会保险业务经办部门与同级别定点医疗机构结算定额标准。

七、2018年1月1日前已发生的生育医疗费用报销办法

（一）2018年1月1日前已发生产前检查费用的参保职工费用报销办法

在 2018 年 1 月 1 日前已发生产前检查费用的参保职工，产前检查无需办理就医确认手续，孕期内符合政策的产前检查费用由参保人先行垫付，待分娩后 1 年内凭门诊发票、清单、分娩住院的出院小结和出院诊断等资料到参保地社会保险业务经办部门申请报销，最高支付限额为社会保险业务经办部门与市内三级定点医疗机构的产前检查结算定额，低于定额标准的按照实际支付。该部分参保职工分娩住院需按照本通知第三点要求办理就医确认手续，其符合规定的分娩住院费用由社会保险业务经办部门与定点医疗机构按照定额标准直接结算，个人不用负担。

参保职工在 2018 年 1 月 1 日前已发生产前检查费用后又办理了就医确认手续且在定点医疗机构联网结算产前检查费用的，其 2018 年 1 月 1 日前已发生的产前检查费用不予纳入生育保险报销范围。

(二)2018 年 1 月 1 日前已发生分娩住院费用或计划生育手术费用的参保职工费用报销办法

参保职工在 2018 年 1 月 1 日前已发生分娩住院费用或计划生育手术费用的，其符合政策范围内的医疗费用按实际报销，由参保职工按照《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45 号）文件规定提供相关材料至参保地社会保险业务经办部门申请待遇。

八、生育津贴待遇申领

累计参加生育保险满1年的职工生育医疗费用或施行计划生育手术费用由各定点医疗机构按定额标准与社会保险业务经办部门结算后，职工应享受的生育津贴应按照《阳江市职工生育保险办法》（阳府[2015]45号）文件的相关规定提交材料至参保地社会保险业务经办部门申领待遇。

九、诊治妊娠合并症、并发症报销办法

参保职工在分娩住院期间因诊治妊娠合并症、并发症需转移至其他临床科室治疗或转往其他基本医疗保险定点医疗机构就医的，其转移至其他临床科室或其他基本医疗保险定点医疗机构就医的费用按照基本医疗保险有关规定由基本医疗保险基金支付。定点医疗机构应从参保职工转移至其他临床科室或转往其他基本医疗保险定点医疗机构之时起为参保职工结算应由生育保险基金支付的住院费用。

十、定点医疗机构信息系统改造工作

各定点医疗机构需根据我局提供的接口改造文档完成医院管理系统接口改造工作及联调测试工作，并与社保信息系统进行对接。

十一、工作要求

1、各县（市、区）社保分局要高度重视生育保险经办工作，确保各业务经办人员熟悉生育保险各项政策和经办流程，并做好各辖区内定点医疗机构生育保险联网结算协议签订工作。

2、各定点医疗机构要高度重视生育保险联网结算工作，分管领导负责、指定专人跟踪落实，限期完成定点医疗机构结算系统接口改造和联调测试工作，并按要求做好生育保险联网结算协议签订工作。

附件：1、《阳江市职工生育保险就医确认申请表》

2、《阳江市职工生育保险就医确认变更申请表》

3、《阳江市职工生育保险协议机构生育医疗服务协议》

阳江市社会保险基金管理局

2017年11月20日

附件1:

阳江市职工生育保险就医确认申请表

参保属地社会保险机构:

咨询电话:

姓名		身份证号码	
单位名称		联系电话	
就医项目	☐ 产前检查 ☐ 分娩住院		
预产期		办理时怀孕周数	
		准生证号	
选择定点医疗机构名称			
享受待遇人员签名:	年 月 日		
定点医疗机构盖章		社会保险经办机构盖章	
年 月 日		经办人: 年 月 日	

备注: 1. 申请办理生育保险就医确认手续, 应当提供以下资料: ①阳江市职工生育保险就医确认申请表; ②医院诊断妊娠证明; ③享受待遇人员的身份证或社会保障卡; ④符合计划生育规定的证明。 参保职工在办理就医确认前已发生的产前检查费用不纳入生育保险报销范围。

2. 参保职工选定定点医疗机构后, 孕期内一般不得变更, 但因医疗条件限制、住所变化等特殊事由, 确需变更产前检查医疗机构的, 应当持原就医确认凭证(经定点医疗机构盖章确认)和变更事由的相关凭证(医疗条件限制需提供医疗机构证明, 住所变化需提供户口簿、房产证、购房合同等住所变化直接证明材料)向参保属地社保经办机构申请办理变更手续。

3. 此表一式两份, 参保职工和社会保险经办机构各存一份。

附件2:

阳江市职工生育保险就医确认申请表(变更)

参保属地社会保险机构:

咨询电话:

姓名		身份证号码	
单位名称		联系电话	
变更原因	☐ 医疗条件限制 ☐ 住所变化 ☐ 其他		
预产期		办理时怀孕周数	
		准生证号	
选择定点医疗机构名称			
享受待遇人员签名	年 月 日		
产前检查剩余定额: _____元			
定点医疗机构盖章		社会保险经办机构盖章	
年 月 日		经办人: 年 月 日	

备注: 1. 参保职工选定定点医疗机构后, 孕期内一般不得变更, 但因医疗条件限制、住所变化等特殊事由, 确需变更产前检查医疗机构的, 应当持原就医确认凭证(经定点医疗机构盖章确认)和变更事由的相关凭证(医疗条件限制需提供医疗机构证明, 住所变化需提供户口簿、房产证、购房合同等住所变化直接证明材料)向参保属地社保经办机构申请办理变更手续, 其产前检查费用在结算额度以内的部分据实支付给医疗机构, 剩余结算额度包干给个人使用, 待分娩后1年内凭门诊发票、清单、变更后的就医确认凭证、分娩住院的出院小结和出院诊断等资料到参保地社保经办机构申请报销, 最高支付限额为社保经办机构与参保职工原选定的医疗机构剩余结算额度, 低于剩余结算额度的按照实际支付。

2. 此表一式两份, 参保职工和社会保险经办机构各存一份。