附件1

广东省职工生育保险产前检查项目

常规项目：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：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。

附件2

汕头市生育保险协议医疗机构生育医疗费用结算定额标准

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构级别** | | **一级医院**  **结算定额（元）** | | **二级医院**  **结算定额（元）** | | **市级妇产专科医院**  **结算定额（元）** | | **三级医院**  **结算定额（元）** | |
| 产式/项目 | | 住院分娩 | 产前检查 | 住院分娩 | 产前检查 | 住院分娩 | 产前检查 | 住院分娩 | 产前检查 |
| 阴式分娩 | | 2000 | 1100 | 2500 | 1600 | 3000 | 2000 | 3300 | 2000 |
| 剖宫产 | | 3500 | 1100 | 5400 | 1600 | 6000 | 2000 | 6300 | 2000 |
| 妊娠3个月以上引产 | | 1700 | 含术前检查费用 | 1800 | 含术前检查费用 | 2000 | 含术前检查费用 | 2000 | 含术前检查费用 |
| 妊娠3个月以下人流 | 门诊 | 440 | 500 | 600 | 600 |
| 住院 | 800 | 900 | 1000 | 1000 |
| 放（取）环 | | 120 |  | 150 |  | 200 |  | 200 |  |
| 输卵管结扎 | | 800 |  | 1200 |  | 1500 |  | 1500 |  |
| 输卵管复通 | | -- |  | 3000 |  | 4000 |  | 4000 |  |
| 输精管结扎 | | -- |  | -- |  | 1000 |  | 1000 |  |
| 输精管复通 | | -- |  | -- |  | 3000 |  | 3000 |  |

备注：1.表中的结算标准指参保职工本人的医疗费用，不包括新生儿的医疗费用；2.住院分娩定额含1万元以内的基本医疗费用。剖宫产同时合并输卵管结扎及子宫肌瘤或其他手术的的定额标准不予累加。

**《**职工生育保险医疗费用结算试行办法**》**

有关问题的说明

一、结算方式

我市职工在协议医疗机构发生的生育医疗费用按平均定额的方式进行结算，并根据医疗机构级别分别设定了产前检查、住院分娩和计生手术项目定额标准。其中，住院分娩定额标准包括诊治当次住院分娩及并发症或合并症的1万元以内符合规定的医疗费用，当次住院分娩的符合规定的医疗费用在1万元以上部分按医疗服务项目结算。

定额结算实行按月暂结、年度清算的方式，采取“结余奖励，超额分担”的原则。考虑到生育临床诊疗路径规范、医疗费用相对稳定等因素，参照广州、佛山等市的做法，在年度清算时协议医疗机构年度累计医疗费用总额未达到定额总额90%的，按实际发生的医疗费用结算；达到定额总额90％以上（含本数）的，按定额标准全额支付；实际发生的生育医疗费用超过定额总额15%以内的，超过定额总额的部分生育保险基金负担50%；超出定额总额15%以上的部分生育保险基金不予支付。

二、有关定额标准的确定依据

定额结算标准综合以下因素确定：

（一）参照广州市各级医疗机构生育医疗费用结算标准；

（二）依据2013、2014年度我市各相关医疗机构上报的生育医疗费用汇总数据；

（三）2014年度城乡居民产科结算次均医疗费用；

（四）计划生育手术定额参照广州市相关标准拟定。

目前所拟定的定额标准，已充分考虑了我市生育医疗费用实际情况，高于广州市同级医疗机构生育医疗费用结算标准。

三、征求意见和采纳情况

《试行办法》共征求市卫计、财政，相关定点医疗机构等单位意见，并专门召开由市卫计、财政，部分定点医疗机构参与的协调讨论会议。各单位反馈意见及采纳情况如下：

（一）建议适当调整提高医疗机构生育医疗费用结算标准。

已采纳。在综合考虑本地各医疗机构相关因素，并参照广州市各级医疗机构生育医疗费用结算标准后,已对二级、三级医院结算标准做适当调整提高（一级医院对定额标准表示无意见）。

（二）建议在结算定额标准中单独专列“市级妇产专科医院结算定额”。

已采纳。考虑到市级妇产专科医院在日常诊疗业务、生育医疗技术水平等因素方面与其他同级综合医疗机构的区别，其定额结算标准已作适当调整。

（三）提出年度清算由医院承担全部超定额费用不合理。

已采纳。为减轻医院负担，借鉴广州市做法，将原由医院承担全部超定额费用调整为：在年度清算时实际发生的生育医疗费用超过定额总额15%以内的，超定额的部分由生育保险基金和医院各负担50%。

（四）建议明确剖腹产同时切除子宫肌瘤等手术的结算标准。

已采纳。剖宫产同时合并输卵管结扎及子宫肌瘤或其他手术的按剖宫产的定额标准结算，不予累加。

（五）反映产前检查记账的实际操作和管理难度大，建议参照医保门特待遇或由职工先自费再到社保局报销。

不采纳。理由是：根据《广东省职工生育保险规定》（省府令第203号）第十三条、第二十四条等规定，符合条件的参保职工生育的医疗费用（包括符合国家和省规定的产前检查的费用）由统筹地区社保经办机构与定点医疗机构直接结算。将产检医疗费用参照门特待遇或现金垫付后再报销等不符合省有关政策规定和要求。