

中医保规字〔2020〕3号

# 中山市医疗保障局文件

中山医保发〔2020〕28号

## 关于印发中山市社会医疗保险医疗费用 结算办法的通知

各定点医药机构：

现将新修订的《中山市社会医疗保险医疗费用结算办法》印发给你们，请遵照执行。执行中遇到问题，请径向我局医药服务管理科反映。



（联系人：叶满伟，联系电话：0760-88103026）

公开方式：主动公开

中山市医疗保障局办公室

2020年6月9日印发

# 中山市社会医疗保险医疗费用结算办法

## 第一章 总则

**第一条** 为加强医疗费用结算管理，完善我市社会医疗保险医疗费用支付制度，提高社会医疗保险基金使用效率，保障参保人的基本医疗，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）、《广东省全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案》（粤府办〔2019〕24号）和《中山市生育保险和基本医疗保险合并实施办法》（中府办〔2020〕17号）等办法，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 社会医疗保险医疗费用结算办法，是指市医疗保障经办机构和我市社会医疗保险参保人，向各社会医疗保险定点医药机构支付医疗费用的方式。

**第三条** 市医疗保障行政部门负责本办法的组织实施。市医疗保障经办机构负责社会医疗保险医疗费用结算和管理工作。

**第四条** 参保人在定点医药机构发生的医疗费用，按规定实行联网结算。属统筹基金支付部分，由市医疗保障经办机构与定点医药机构按规定结算；属个人支付部分，由个人与定点医药机构结算。参保人医保待遇不受市医疗保障经办机构与定点医药机构结算方法的影响。

**第五条** 市医疗保障经办机构与定点医药机构结算医疗费用，遵循“总额控制，病种分值结算，年初预付，按月预付，年度清算”的原则。门诊医疗费用按项目和

按定额等多元复合结算方式，住院医疗费用按病种分值为  
主，按床日费用分值和项目为辅等多元复合结算方式。

## **第二章 门诊医疗费用结算**

### **第一节 门诊基本医疗保险费用结算**

**第六条** 参保人在定点医疗机构就医发生属于门诊基本医疗保险基金支付范围的门诊医疗费用，由市医疗保障经办机构按《中山市门诊基本医疗保险费用结算办法》的相关规定与定点医疗机构结算。

### **第二节 门诊统筹医疗费用结算**

**第七条** 市医疗保障经办机构与定点医疗机构门诊统筹医疗费用结算方式：

（一）属于特定病种门诊统筹费用、特殊病种门诊统筹费用和公务员门诊统筹医疗费用等按项目结算。

（二）基本医疗保险生育医疗费用在定额标准内据实结算。

（三）国家、省和市规定的结算方式。

**第八条** 市医疗保障经办机构按月拨付给定点医疗机构的特定病种门诊统筹费用、特殊病种门诊统筹费用和公务员门诊统筹医疗费用按以下公式计算：

每月拨付的统筹费用 = 实际发生统筹费用 - 每月预留的医疗服务质量保证金

基本医疗保险生育医疗费用统筹费用和大病医疗保险中支付特定病种门诊统筹费用每月按实际发生的统筹费用支付。

### 第三节 职工生育保险产前检查和门诊计划生育

#### 手术生育医疗费用结算

**第九条** 职工生育保险参保人在本市生育保险定点医疗机构产前检查和施行门诊计划生育手术的生育医疗费用，由市医疗保障经办机构与定点医疗机构按定点医疗机构等级定额结算。产前检查额度及施行门诊计划生育手术项目额度按定点医疗机构等级确定，原则上同等级定点医疗机构相同。

（一）产前检查额度确定：以本市同级医疗机构前2年实际发生符合规定的产前检查项目平均每孕次产前检查医疗费用为基数，结合政策调整、居民消费价格指数和医疗服务价格调整等有关因素确定。

（二）门诊计划生育手术项目额度确定：以本市同级医疗机构前2年实际发生的符合规定各计划生育手术项目的平均每人医疗费用为基数，结合政策调整、居民消费价格指数和医疗服务价格调整等有关因素确定。

**第十条** 参保人因特殊原因中途变更产前检查定点医疗机构的，均不计入定点医疗机构产前检查人次。参保人产前检查费用在首次选定的定点医疗机构结算额度以内的部分据实支付给定点医疗机构，剩余结算额度部分在变更后的定点医疗机构使用，剩余结算额度以内的部分据实支付给定点医疗机构，超出剩余结算额度部分由参保人个人支付。

门诊计划生育手术因病情需要转院的，分别给予转

出、转入定点医疗机构相应的结算额度。

**第十一条** 市医疗保障经办机构根据定点人数、结算人数及定额结算标准，按月拨付给定点医疗机构的生育医疗费用按以下公式计算：

（一）每月拨付产前检查医疗费用 = 每孕次产前检查额度 × 月度内定点医疗机构已结束产前检查项目的人数（不含已变更产前检查定点医疗机构的人数）+ 变更不计入定点医疗机构产前检查人数的前后定点医疗机构的产前检查结算额度内的统筹费用 - 每月预留的医疗服务质量保证金

（二）每月拨付门诊计划生育手术项目月总结算医疗费用

1. 某门诊计划生育手术项目月结算医疗费用 = 每人该计划生育手术项目额度 × 定点医疗机构当月施行该计划生育手术项目人次

2. 门诊计划生育手术项目月总结算医疗费用 = 各个计划生育手术项目的月结算医疗费用之和 - 各项目每月预留医疗服务质量保证金之和

**第十二条** 门诊医疗服务质量保证金清算方式，在市医疗保障经办机构与定点医疗机构签订的《中山市社会医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》中予以明确。

### 第三章 住院医疗费用结算

**第十三条** 职工生育保险参保人在非本市生育保险定点医疗机构住院分娩、施行住院计划生育手术报销待遇

的等级定额计算。

（一）住院分娩额度确定：以本市同级医院前2年实际发生的符合《中山市职工生育保险办法》规定的平均每人住院分娩医疗费用为基数，结合政策调整、居民消费价格指数和医疗服务价格调整等有关因素确定不同等级定点医疗机构住院分娩额度。

（二）住院计划生育手术项目额度确定：以本市同级医疗机构前2年实际发生的符合《中山市职工生育保险办法》规定各住院计划生育手术项目的平均每人住院医疗费用为基数，结合政策调整、居民消费价格指数和医疗服务价格调整等有关因素确定不同等级定点医疗机构各住院计划生育手术项目额度。

**第十四条** 职工生育保险参保人在本市生育保险定点医疗机构住院分娩和住院计划生育手术的医疗费用，由市医疗保障经办机构与定点医疗机构按住院病种分值结算。

**第十五条** 市医疗保障经办机构与定点医疗机构住院医疗费用结算方式：

（一）参保人在市内定点医疗机构发生属于社会医疗保险基金支付范围的住院医疗费用主要按病种分值结算，在住院医疗费用可分配资金总额内，由市医疗保障经办机构根据病种分值、住院床日费用分值和定点医疗机构等级系数（定点医疗机构等级系数规则由市医疗保障行政部门另行制定），与各定点医疗机构进行费用结

算。本市定点医疗机构实施按政策规定的基层病种实行按规定的等级系数结算。

(二) 实施市医疗保障行政部门公布的高精尖和疑难重症医疗技术操作项目病种按项目结算。

(三) 省平台和跨省平台异地就医联网结算医疗机构住院费用按项目结算。

(四) 国家、省和市规定的结算方式。

**第十六条** 全市各定点医疗机构住院医疗费用可分配资金总额以当年度社会医疗保险基金收入和经批准使用的历年社会医疗保险基金结余，扣除下列支出后确定：

(一) 划拨大病医疗保险的资金；

(二) 划拨个人账户的资金；

(三) 特定病种门诊统筹费用、特殊病种门诊统筹费用、公务员门诊统筹医疗费用和基本医疗生育医疗费用报销费用；

(四) 项目结算病种统筹费用；

(五) 省平台和跨省平台异地就医联网结算统筹费用；

(六) 医疗保险及生育保险零星报销统筹费用；

(七) 职工产前检查的定额费用、门诊计划生育手术的定额费用和划拨的职工生育津贴；

(八) 按规定应由社会医疗保险统筹基金支付的其他费用。

当年度社会医疗保险基金（含基本医疗保险、补充

医疗保险、公务员补充医疗保险和生育保险)收入、划拨大病医疗保险的资金、划拨个人账户的资金和划拨的职工生育津贴等数据按当年度财务基金收支计算,其余按业务实际发生统筹费用及定额费用计算。

### **第十七条 病种分值的确定**

#### **(一) 纳入病种分值结算病种的分值确定**

1. 各病种分值确定。根据全市各定点医疗机构(精神病类疾病住院除外)前2年出院病历资料,按出院临床第一诊断(主要诊断)病种发生频率、医疗费用情况,按国际疾病分类ICD-10编码小数点后1位(亚目)筛选出常见病、多发病病种,综合治疗方法(结合《广东省ICD-9-CM-3手术与操作分类代码库》)分别计算出各病种的平均医保费用,再按以下公式确定各病种分值:

各病种分值 = 各病种的平均医保费用 ÷ 固定参数

2. 全市各定点医疗机构发生的住院医保费用为该病种平均医保费用2倍以上或为该病种平均医保费用40%以下的病例,按以下公式计算病种分值:

住院医保费用为该病种平均医保费用2倍以上病例的病种分值 = [(该病例的医保费用 ÷ 上年度该级别定点医疗机构该病种的平均医保费用) - 2 + 1] × 该病种分值

住院医保费用为该病种平均医保费用40%以下病例的病种分值 = 该病例的医保费用 ÷ 上年度该级别定点医疗机构该病种的平均医保费用 × 该病种分值

#### **(二) 未纳入病种分值结算病种的分值确定**



将全市各定点医疗机构（精神病类疾病住院除外）未纳入病种分值结算的病种视为 1 个特别病种，根据所有未纳入病种分值结算的病种病历资料，按第一款有关规定计算分值。

### **第十八条** 住院床日费用分值的确定

住院床日费用分值参考床日病种费用分值（床日病种费用分值 = 累计住院医保费用 ÷ 累计住院人次天数 ÷ 固定参数）的计算基础上，结合成本监审确定。

**第十九条** 根据上年度平均月实际发生统筹费用及当月实际发生统筹费用，初步计算后，将预付费用拨付给各定点医疗机构，预付住院医疗费用按以下公式计算：

预付住院医疗费用 = [（当月用于支付住院医疗费用的可分配资金预算总量 + 当月全市参保人住院个人支付的医保费用总额） ÷ 全市当月病种实际总分值] ×（该定点医疗机构当月基层病种总分值 × 基层病种结算等级系数 + 该定点医疗机构当月非基层病种总分值 × 该定点医疗机构等级系数） - 该定点医疗机构当月参保人住院个人支付的医保费用总额

为保证基金安全支出和缓解定点医疗机构资金运行压力，在每一医保年度最后一个季度，市医疗保障经办机构根据当年度内已预付金额（含预付款及月度住院预付金额），适当调整可分配资金预算总量及拨付月数。

**第二十条** 医保年度末，如全市各定点医疗机构住院实际发生的统筹费用（不含大病医疗保险统筹费用，本

条下同)总和未达到可分配资金总额92%的,则按最高不超过实际发生统筹费用总和108%作为当年度住院医疗费用分配总资金;如全市各定点医疗机构住院实际发生的统筹费用总和达到可分配资金总额92%以上(含92%)的,则将当年度可分配资金总额作为当年度住院医疗费用分配总资金。但在突发疫情等紧急情况时,为确保医疗机构与参保患者不因费用问题影响医疗,市医疗保障行政部门可对住院实际发生统筹费用与可分配资金总额的分配比例适当调整。

住院实际发生统筹费用与可分配资金总额具体比例由市医疗保障行政部门接到市医疗保障经办机构报请后,征求相关部门意见后决定。

**第二十一条** 年度清算时,分年度初次清算和年度再次清算,应偿付给各定点医疗机构的住院医疗费用(含日间手术),分别按以下公式计算:

(一)年度初次清算的住院医疗费用 = [ (全市年度住院医疗费用可分配资金总额+全市年度参保人住院个人支付的医保费用总额+全市年度参保人住院大病医疗保险统筹费用总额) ÷ 全市年度病种实际总分值 ] × (该定点医疗机构当年基层病种总分值 × 基层病种结算等级系数+该定点医疗机构当年非基层病种总分值 × 该定点医疗机构等级系数) - 预付费总金额 - 该定点医疗机构参保人住院个人支付的医保费用总额

医保年度末各定点医疗机构进行年度初次清算时,

如各定点医疗机构住院实际发生的统筹费用未达到按上述公式计算出的年度清算的住院医疗费用90%的，则按实际发生统筹费用的110%拨付给该定点医疗机构；如各定点医疗机构住院实际发生的统筹费用达到按上述公式计算出的年度清算的住院医疗费用90%以上（含90%）的，则按上述公式计算出的年度清算的住院医疗费用拨付给该定点医疗机构。

（二）年度再次清算资金=全市年度住院医疗费用可分配资金总额-年度初次清算应偿付总额+应扣质量保证金+应扣违规费用（含应扣分值转化的违规费用）

年度再次清算按以下公式计算：

1. 年度综合考核得分<85分、 $\geq 80$ 分者，年度再次清算的住院医疗费用=80%年度再次清算资金 $\times$ [(该定点医疗机构当年度基层病种总分值 $\times$ 基层病种结算等级系数+该定点医疗机构当年度非基层病种总分值 $\times$ 该定点医疗机构等级系数)/80分以上所有定点医疗机构年度病种实际总分值]

2. 年度综合考核得分 $\geq 85$ 分者，年度再次清算的住院医疗费用=80%年度再次清算资金 $\times$ [(该定点医疗机构当年度基层病种总分值 $\times$ 基层病种结算等级系数+该定点医疗机构当年度非基层病种总分值 $\times$ 该定点医疗机构等级系数)/80分以上所有定点医疗机构年度病种实际总分值]+20%年度再次清算资金 $\times$ [(该定点医疗机构当年度基层病种总分值 $\times$ 基层病种结算等级系数+该定点医

疗机构当年度非基层病种总分值 × 该定点医疗机构等级系数) / 85 分以上所有定点医疗机构年度病种实际总分值]

当年度定点医疗机构受到社会医疗保险行政处罚、收货后 6 个月内未付清集团采购药品医用耗材货款（私立定点医疗机构收货后 6 个月内未付清采购药品医用耗材货款的，参照执行）、医疗保障行政部门或经办机构通报的，不参与年度再次清算。

医保年度末各定点医疗机构进行年度再次清算时，如各定点医疗机构住院实际发生的统筹费用未达到按上述公式计算出的年度再次清算的住院医疗费用的，则按实际发生统筹费用拨付给该定点医疗机构。

## **第四章 预付款、质量保证金和个人医疗账户**

### **第一节 预付款**

**第二十二条** 为缓解定点医疗机构资金运行压力，市医疗保障经办机构在新医保年度第一个月内，按规定拨付一个月预付款给定点医疗机构，同时参加中山市公立医疗机构药品集团采购定点医疗机构的，按规定增加拨付一个月预付款。如遇突发公共卫生事件，经市政府同意，市医疗保障经办机构增加拨付预付款。

**第二十三条** 参加中山市公立医疗机构药品医用耗材集团采购的定点医疗机构，从收到合法发票之日起 30 天内应付清药品和医用耗材货款。

### **第二节 医疗服务质量保证金**

**第二十四条** 门诊统筹医疗费用、职工生育保险产前检查和门诊计划生育手术生育医疗费用按实际发生统筹费用预留5%为质量保证金。

基本医疗保险生育医疗费用统筹费用和大病医疗保险中支付特定病种门诊统筹费用质量保证金在年度清算时按实际发生统筹费用的5%计算。

**第二十五条** 各定点医疗机构的住院服务质量保证金在年度清算时按以下公式计算：

住院服务质量保证金=该定点医疗机构全年住院实际发生统筹费用×5%

**第二十六条** 在年度清算时，市医疗保障经办机构根据《中山市社会医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》有关约定，对定点医疗机构进行年度考核，并根据年度考核情况对预留质量保证金、住院费用、应扣质量保证金及应扣违规费用进行年度总清算。如定点医疗机构清算结果为负数的，定点医疗机构应当自收到退款通知后30天内，退还相应费用至指定账户。确因特殊情况无法如期退还的，需与市医疗保障经办机构另行协商解决，不能协商解决的，自次月起停止其住院月度预付，至足额抵扣当月为止。

### 第三节 个人医疗账户

**第二十七条** 拥有个人医疗账户的参保人在定点医疗机构就医发生由个人支付的医疗费用，从个人医疗账户中支付，不足部分由参保人个人支付，属于个人医疗账

户支付的费用，由个人医疗账户经办银行向定点医疗机构划拨。

**第二十八条** 拥有个人医疗账户的参保人在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用材料及消毒用品所发生的费用，可从个人医疗账户中支付，不足部分由参保人个人支付，属于个人医疗账户支付的费用，由个人医疗账户经办银行向定点零售药店划拨。

**第二十九条** 参保人个人医疗账户的医药费用结算及质量保证金计算方式，按《中山市社会医疗保险定点零售药店服务协议》和《中山市社会医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》有关约定执行。

**第三十条** 参保人退费涉及个人医疗账户退回的，需按原途径退回参保人个人医疗账户。

## **第五章 监督管理**

**第三十一条** 市医疗保障经办机构与定点医疗机构按要求实行医疗费用联网结算，定点医疗机构联网结算时须按规定选择相应结算类别，及时准确录入相关资料并上传至市医疗保障经办机构。

**第三十二条** 定点医疗机构、医疗保障经办机构及工作人员违反本办法规定，按《中华人民共和国社会保险法》和《广东省社会保险基金监督条例》等相关规定处理。

**第三十三条** 定点医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费和公开透明的基本医疗服务

原则，严格执行现行的出入院指征，不得分解住院、挂床住院或让不符合出院条件的病人提前出院。定点医疗机构有义务和责任执行首诊负责制和等级定点医疗机构的有关规定，属本等级定点医疗机构诊疗能力范围内的病人不得转院，严格掌握转院指征。

对不符合入院指征住院、分解住院、挂床住院，以及无特殊原因把本院有条件、有能力诊治的病人推转其他定点医疗机构的，经查实后，所发生的费用统筹基金不予支付，并按社会医疗保险有关规定进行处理。

**第三十四条** 市医疗保障经办机构按有关规定对定点医疗机构进行检查时，按比例随机抽查住院病例，经审核属违规的医疗费用，按抽查比例放大后，在年度清算应拨付费用中予以扣减。

## 第六章 附则

**第三十五条** 各定点医疗机构应于每月 15 日前，将上月参保人的月结信息上传市医疗保障经办机构，市医疗保障经办机构经审核后，将预付费用于报送结算信息截止日起 30 天内拨付给各定点医疗机构。逾期不报送的，顺延至报送后的下月拨付。

**第三十六条** 职工生育保险生育医疗费用待遇跨医保年度结算的，按结束产前检查或结算时的年度结算标准进行结算。

**第三十七条** 医保年度结束时未及时进行结算的病种，在新医保年度清算时按出院结算时的年度结算标准

进行清算。

**第三十八条** 参保人跨医保年度连续住院的，可在医保年度的最后 5 个工作日内向定点医疗机构申请分段结算 1 次，分段结算后按新入院享受我市社会医疗保险待遇。

**第三十九条** 本办法未予规定的具体事宜，在市医疗保障经办机构与定点医疗机构签订的《中山市社会医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》中予以明确。

**第四十条** 医保年度医疗费用结算以每年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日为一个年度周期，当月 1 日零时至次月 1 日零时前为一个月度周期。

当国家、省和市对医保年度周期调整的，按有关规定执行。

**第四十一条** 定点医疗机构等级系数、住院病种分值、项目结算病种、基层病种结算等级系数、基层病种种类、住院分娩额度、住院计划生育手术额度、职工产前检查额度和门诊计划生育手术额度由市医疗保障行政部门另行公布。

**第四十二条** 每孕次是指参保人每次怀孕后到定点医疗机构第一次登记参加产前检查至终止怀孕。

**第四十三条** 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

**第四十四条** 本办法自 2020 年 6 月 10 日起施行。2019 医保年度职工生育保险产前检查、住院分娩、计划生育



手术仍按原定额结算方式执行。2019 医保年度住院医保费用计算病种分值的倍数和一定比例沿用 2.5 倍和 40%。2019 医保年度住院医疗费用年度清算按本办法规定结算（2019 医保年度全市住院医疗费用可分配资金总额在第十六条的基础上，扣减生育保险住院分娩和住院计划生育手术定额费用）。《中山市社会医疗保险医疗费用结算办法》（中人社发〔2014〕149 号）、《中山市职工生育保险医疗费用结算办法》（中人社发〔2015〕371 号）、《2015 年社保年度职工生育保险医疗费用定额结算额度的通知》（中人社发〔2015〕379 号）和《关于修改〈中山市社会医疗保险医疗费用结算办法〉部分条款的通知》（中山医保发〔2019〕4 号）同时废止。