

济源产城融合示范区医疗保障局
济源产城融合示范区财政金融局
济源产城融合示范区人力资源和社会保障局 文件
济源产城融合示范区卫生健康委员会
国家税务总局济源市税务局

济管医保〔2019〕8号

关于印发《济源生育保险和职工基本医疗保险
合并实施细则（试行）》的通知

市社会医疗保险中心，各定点医疗机构，各有关单位：

为推进济源生育保险和职工基本医疗保险合并实施工作，根据河南省医疗保障局等五部门《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施有关工作的通知》（豫医保〔2019〕10号）

精神，结合济源实际，制定《济源生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则（试行）》，请遵照执行。

济源产城融合示范区医疗保障局



济源产城融合示范区财政金融局



济源产城融合示范区人力资源和社会保障局



济源产城融合示范区卫生健康委员会



国家税务总局济源市税务局

2019年12月25日



济源生育保险和职工基本医疗保险合并 实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为保障参保职工合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《河南省女职工劳动保护特别规定》、《河南省人口与计划生育条例》（以下简称《条例》）等有关法律法规，按照《河南省医疗保障局 河南省财政厅 河南省人力资源和社会保障厅 河南省卫生健康委员会 国家税务总局河南省税务局关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施有关工作的通知》（豫医保〔2019〕10号）相关要求，结合济源实际，制定本实施细则。

第二条 城镇职工生育保险和职工基本医疗保险（以下简称两项保险）合并实施遵循保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本的总体要求。

第三条 两项保险合并实施后，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

第二章 实施范围和对象

第四条 凡参加我市职工基本医疗保险的单位和灵活就业人员均列入两项保险合并实施范围。

第五条 参加两项保险用人单位在职职工、退休人员，灵活

就业人员为两项保险的实施对象。参加两项保险的用人单位在职、退休男职工的未就业配偶列为生育保险的实施对象。

第六条 两项保险合并实施后，参保登记手续按照职工基本医疗保险的登记办法办理。

第三章 基金筹集

第七条 生育保险基金并入基本医疗保险基金，由下列项目构成：

- （一）用人单位及灵活就业人员缴纳的两项保险费；
- （二）财政补贴；
- （三）两项保险基金的利息；
- （四）依法纳入两项保险基金的其他资金。

第八条 两项保险个人缴费基数统一按照城镇职工基本医疗保险有关规定执行。

第九条 按照两项保险合并前缴费率之和确定合并后的职工基本医疗保险缴费率，实行统一征缴。其中：财政拨款行政、事业单位的单位缴费率为职工工资总额的 7%；其他非财政拨款用人单位的单位缴费率为职工工资总额的 7.5%；在职职工个人缴费率为本人工资收入的 2%。灵活就业人员缴费率为 8.5%。

第十条 用人单位和灵活就业人员应按时足额缴纳职工基本医疗保险费。中断缴费期间，停止享受两项保险待遇。中断缴费在 12 个月以内的，按规定补缴职工基本医疗保险费，补缴后

即可连续享受(除生育津贴外)两项保险待遇;欠费超过12个月的,恢复缴费时应补缴以往全部欠缴的职工基本医疗保险费,欠费期间的两项保险待遇,职工基本医疗保险基金不予支付。

第十一条 根据职工基本医疗保险基金支出情况和生育待遇的需求,建立费率动态调整机制;具体调整方案由医疗保障行政部门会同财政金融部门研究确定,报示范区管委会批准后公布施行。

第四章 生育保险待遇

第十二条 本实施细则所称的生育是符合国家、省人口和计划生育有关政策规定的生育。

本实施细则所称的计划生育手术是计划生育政策规定的宫腔内节育器放置(取出)、皮下埋植(取出)、输精(卵)管结扎及复通术等。

第十三条 生育保险的支付项目包括下列内容:

(一)符合《条例》生育政策规定的生育、意外怀孕、母婴生理原因所致的医学需要终止妊娠手术的医疗费用;

(二)宫内节育器放置(取出)、皮下埋植(取出)、输精(卵)管结扎、复通等计划生育手术的医疗费用;

(三)经卫生健康部门鉴定确认的计划生育手术并发症的医疗费用;

(四)非财政拨款用人单位女职工产假及职工计划生育手术

休假期间的生育津贴；

（五）法律法规规定的其他项目。

第十四条 参保职工参保缴费满一个月后享受基本医疗保险待遇和生育医疗待遇。生育医疗待遇包括：

（一）生育医疗费（含产检检查费）；

（二）计划生育手术及并发症医疗费；

（三）法律法规规定的其他费用。

第十五条 生育津贴待遇。用人单位按时足额缴费、女职工依法合规生育且连续缴费满 12 个月的，产假及计划生育手术休假期间享受生育津贴；财政拨款行政、事业单位的女职工产假及计划生育手术休假期间工资按原渠道解决，不享受生育津贴。

领取生育津贴期间，生育保险关系转移到其他统筹地区或职工死亡的，生育保险关系自行终止，从次月起停发生育津贴；职工终止生育保险关系的，从次月起停发生育津贴。

生育津贴以职工所在用人单位上年度职工月平均工资为基数除以 30 乘以休假天数计算，由医疗保险经办机构（以下简称经办机构）根据用人单位申请一次性拨付至用人单位账户。

第十六条 享受生育津贴的天数为：

（一）怀孕不满 4 个月终止妊娠的 15 天；

（二）怀孕满 4 个月终止妊娠的 42 天；

（三）自然分娩的 188 天（分娩后新生儿死亡的 98 天）；

（四）难产或实施剖宫产手术分娩的增加 15 天；

(五) 多胞胎生育的, 每多生育一个婴儿增加 15 天;

第十七条 两项保险基金支付生育医疗费用, 实行单病种管理、定额支付, 标准分别为:

(一) 自然分娩: 镇级医疗机构, 每例 2300 元 (含产前检查费 500 元); 市级二级及以下医疗机构, 每例 2500 元 (含产前检查费 500 元); 市级三级医疗机构, 每例 2700 元 (含产前检查费 500 元);

(二) 剖宫产: 镇级医疗机构, 每例 3900 元 (含产前检查费 500 元); 市级二级及以下医疗机构, 每例 4300 元 (含产前检查费 500 元); 市级三级医疗机构, 每例 4700 元 (含产前检查费 500 元); 剖宫产的同时做其他相关妇科手术的每例增加 500 元;

(三) 怀孕满 12 周不满 28 周终止妊娠, 每例 1100 元 (含产前检查费 300 元);

(四) 怀孕不满 12 周终止妊娠, 每例 300 元。

第十八条 职工计划生育手术医疗费, 实行限额报销, 限额标准分别为:

(一) 放置 (取出) 宫腔内节育器术, 每例 80 元;

(二) 皮下埋植 (取出) 术, 每例 80 元;

(三) 输精管结扎术 (含检验费), 每例 500 元;

(四) 输卵管结扎术 (含检验费), 每例 600 元;

(五) 输精 (卵) 管复通术, 每例 1200 元;

第十九条 灵活就业人员生育的按本实施细则第十七条规

定享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴。

第二十条 参加职工基本医疗保险的男职工，其未就业配偶符合政策生育的，按本实施细则第十七条规定的 50%享受生育医疗费待遇。

第二十一条 因无法提供符合规定的生育医疗报销凭证等原因造成生育医疗费由个人负担的，其生育医疗费不予报销；按本实施细则规定享受生育津贴待遇。

第二十二条 职工基本医疗保险基金不予支付下列生育、计划生育手术医疗费用：

- （一）治疗不孕不育症、安胎及保胎的；
- （二）因犯罪、酗酒、他伤造成妊娠终止的；
- （三）属于新生婴儿的；
- （四）因医疗事故所致的；
- （五）违反国家或省人口与计划生育政策规定生育的；
- （六）在国外或者港澳台地区生育和实施计划生育的；
- （七）未经批准自行恢复生育手术的；
- （八）不属于基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施及收费标准目录规定项目的；
- （九）在非医保定点医疗机构就医的；
- （十）其他应当由个人负担的。

第二十三条 参加职工基本医疗保险的参保人员因生育、终止妊娠及计划生育手术引起合并症或并发症，其合规医疗费用由

职工基本医疗保险基金支付。

第五章 就医管理与医疗费结算

第二十四条 两项保险合并实施后实行统一定点医疗服务管理，职工生育应在辖区内有产科的基本医疗保险定点医疗机构就医；计划生育相关项目应在辖区内具有计划生育服务资质的定点医疗机构就医。与定点医疗机构签订医疗保险服务协议时，要将生育医疗服务有关要求 and 指标增加到协议内容中，并充分利用协议管理，强化对生育医疗服务的监控。

第二十五条 职工生育医疗费按规定在定点医疗机构出院即时结算；生育医疗费中应由个人负担的，由本人使用现金或基本医保个人账户进行结算；应由两项保险统筹基金支付的，由定点医疗机构进行结算。符合国家生育政策但因特殊原因不能即时结算的，先由本人全额现金垫付，出院后由用人单位负责到经办机构按规定进行报销。

第二十六条 异地就医女职工生育、计划生育的，应到参保地经办机构办理异地生育、计划生育登记备案手续，在就医地选择医疗保险定点医疗机构就医，医疗费先由个人垫付，出院后由用人单位负责到经办机构按规定进行报销。

第二十七条 加强信息化建设。经办机构要充分利用医疗保险信息系统平台，实行信息系统一体化运行；完善统计信息系统，确保及时全面准确反映生育保险基金运行、待遇享受人员、待遇

支付等方面情况；充分利用医疗保险智能监控系统，强化监控和审核，控制医疗费用不合理增长。

第六章 待遇申报与费用拨付

第二十八条 参保职工全额垫付的生育医疗费、计划生育手术费及符合规定的生育津贴，由用人单位凭以下资料向经办机构申请支付。

（一）住院医疗费收据或门诊医疗费收据；

（二）住院病历（含入院证、出院证、诊断证明等）或门诊病历记录；

（三）费用明细清单；

（四）计划生育服务证。

第二十九条 对用人单位申报的职工及职工配偶生育保险待遇，经办机构应及时审核，将准予支付的费用拨付至用人单位，由用人单位支付给职工本人。灵活就业人员的生育保险待遇费用由经办机构拨付至本人金融账户。

第七章 基金管理

第三十条 两项保险合并实施后，不再单列生育保险基金收入，在职工基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。医疗保障部门要严格执行社会保险基金财务制度和会计制度，加强对基金的管理和监督，建立健全基金风险预警机制，坚

持基金运行情况公开，加强内部控制，强化基金行政监督和社会监督，确保基金安全运行。

第八章 部门职责

第三十一条 医疗保障行政部门负责职工基本医疗保险和生育保险政策规定的制订及贯彻落实；负责职工基本医疗和生育保险政策规定执行情况的监督、检查和考核。

第三十二条 经办机构负责做好两项保险合并实施后的经办管理，包括参保登记、基金筹集、待遇支付管理等工作。

第三十三条 医疗保障部门负责会同人力资源社会保障等有关部门制定实施方案及相关政策，组织两项保险合并实施，升级完善职工基本医疗保险管理信息系统，做好合并前后的衔接；财政金融部门负责做好两项保险基金监管和相关经费保障工作；卫生健康部门负责规范医疗机构生育医疗服务行为；税务部门负责职工基本医疗保险费的征收管理，配合医疗保障部门编制医疗保险费年度收支预算草案。

第三十四条 定点医疗机构按照政策规定承办医疗保险服务、生育保险服务，及时上传就医信息，配合做好监督检查等工作。

第九章 法律责任

第三十五条 凡存在虚报、冒领职工基本医疗保险待遇的，

一经查实，经办机构应全部追回，并由医疗保障行政部门按照《中华人民共和国社会保险法》规定严肃处理；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第十章 附 则

第三十六条 本细则实施前生育的按原规定执行。本细则实施后，原职工医疗保险待遇不变；原职工生育保险政策规定与本细则不一致的，以本细则为准。

第三十七条 根据国家、省有关规定，适时调整本实施细则涉及的生育保险统筹项目及保障水平。

第三十八条 本实施细则由医疗保障局负责解释。

第三十九条 本实施细则自 2020 年 1 月 1 日起施行。