保山市生育保险和职工基本医疗保险

合并实施办法

(2019年9月19日保政办发〔2019〕43号公布 自2019年10月1日起施行)

第一章 总 则

第一条 为规范职工基本医疗保险、生育保险关系，维护职工参加医疗保险、生育保险和享受相应待遇的合法权益，保障妇女生育期间的基本生活和医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）和《云南省职工生育保险办法的通知》（云政办发〔2011〕121号）等有关规定，结合保山市实际制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的机关、团体、企业、事业单位、民办非企业等单位和有雇工的个体工商户(以下简称用人单位)及其职工。

公务员和参照公务员法管理的人员按本办法规定执行。

第三条 保山市城镇职工生育保险（以下简称职工生育保险）实行市级统筹，职工生育保险、基本医疗保险和大病保险合并实施。

第四条 坚持政府主导、医保主管、部门配合、社会参与的原则。市级医疗保障行政部门负责全市的职工生育保险监督管理工作，县(市、区)级医疗保障行政部门负责本行政区域内的生育保险监督管理工作。

市、县(市、区)医疗保险服务中心为生育保险经办机构(以下简称经办机构)，负责职工生育保险业务的具体经办工作。

人力资源和社会保障、财政、卫生健康、税务等部门按照各自职责，协同做好职工生育保险工作。

第二章 参保和基金筹集

第五条 保山市城镇职工基本医疗保险和生育保险合并实施，由经办机构统一经办管理。参加保山市城镇职工基本医疗保险的在职职工同步参加职工生育保险，用人单位不单独缴纳职工生育保险费。

第六条 职工生育保险基金的来源：

(一）用人单位缴纳的职工生育保险费；

(二）职工生育保险基金的利息收入；

(三）职工生育保险基金的增值运营收入；

(四）按照规定收取的滞纳金；

(五）财政在基金出现不足时给予的补贴资金；

(六）其他依法应当纳入职工生育保险基金的资金。

第七条 生育保险基金并入城镇职工基本医疗保险基金统一征缴，不单列生育保险基金收入，城镇职工基本医疗保险统筹基金待遇支出设置生育保险待遇支出项目。职工生育保险基金专款专用，任何单位和个人不得擅自挪用，不得违规投资运营，不得用于平衡政府其他预算，不得违反法律、法规挪作其他用途。

财政部门、医疗保障行政部门、审计部门对职工生育保险基金的收支、管理和运营情况实施监督。

第八条 职工生育保险费由用人单位缴纳（财政全额拨款单位由财政预算缴拨），个人不缴纳生育保险费。用人单位按8.7%（基本医疗保险7.5%，生育保险1.2%）的费率缴纳城镇职工基本医疗保险费，职工个人仍按2%的费率缴纳城镇职工基本医疗保险费。缴费基数按城镇职工基本医疗保险缴费基数相关规定执行，即以职工上一年度月平均工资作为缴费基数，职工个人工资收入超过全市上年度职工平均工资300%的，以300%为缴费基数，低于60%的，以60%为缴费基数。以个人身份参加城镇职工基本医疗保险的仍按原缴费费率和缴费基数相关规定缴纳医疗保险费。

保山市医疗保障局、保山市财政局根据本市经济发展水平及职工生育保险基金收支情况，对职工生育保险费率及享受待遇标准提出调整意见，报保山市人民政府批准后执行。

第九条 用人单位应当依法向统筹地区医保经办机构办理职工生育保险与职工基本医疗保险参保登记手续。其中，新设立的用人单位应当自设立之日起30日内，办理有关参保登记手续。

用人单位依法终止或者职工生育保险登记事项发生变更的，应当自终止或变更之日起30日内，在医保经办机构办理注销或者变更登记手续。

第三章 待遇和结算

第十条 生育保险待遇项目包括：

(一）生育或者计划生育的医疗费；

(二）生育或者计划生育假期的生活津贴；

(三）生育营养补助费；

(四）法律、法规规定的其他项目。

第十一条 用人单位参保的在职女职工本人符合法律、法规规定生育或施行计划生育手术的，享受生育医疗费用和生活津贴待遇；用人单位参保的在职男职工其未就业配偶享受职工生育医疗费用待遇，不享受生活津贴待遇。以个人身份参加城镇职工基本医疗保险的不享受生育保险待遇。

第十二条 职工领取生育或者计划生育假期的生活津贴的标准，以本办法第八条规定的所在用人单位上年度职工本人医疗保险缴费月平均工资和本办法第十三条规定的假期天数为实际计发数，计算公式为：

实际计发数=月平均工资（元）÷30(天)×假期天数

第十三条 根据《女职工劳动保护规定》和《云南省人口与计划生育条例》的规定，女职工符合计划生育政策规定生育、怀孕流产、施行计划生育手术的，享受以下产假待遇：

(一）女职工生育正常产假为158天；

(二）女职工生育为难产、剖宫产的，增加产假15天；

(三）女职工多胞胎生育的，每多生育1个婴儿，增加产假15天；

(四）女职工怀孕未满4个月流产的，休假15天；

(五）女职工怀孕满4个月流产的，休假42天；

(六）怀孕满7个月以上流产，按照正常产假休假158天；

(七）放置宫内节育器的，休假7天，产假期间放置的产假顺延。摘取宫内节育器的，休假7天；

(八）施行输卵管结扎的，休假30天，产假期间结扎的天数顺延。施行输精管结扎的，休假15天；

(九）施行输卵管复通术的，休假30天；施行输精管复通术的，休假15天。

国家和省对产假进行调整的，执行新的规定。

第十四条 参加生育保险的男职工配偶未就业的，配偶计划内生育的，按规定享受生育医疗费补助，陪护假30天，参保男职工同时享受生育陪护假期的生活津贴。

财政全额拨款的机关、事业单位职工生育不发生活津贴，生育期间由单位按原渠道发放产假工资。

第十五条 生育医疗费用包括女职工因怀孕、生育发生的检查费、接生费、手术费、住院床位费、药品费、护理费和治疗费。计划生育手术医疗费用包括职工因计划生育实施放置（取出）宫内节育器、流产术、引产术、皮埋术、绝育及复通手术所发生的医疗费用。符合规定的医疗费由职工生育保险基金支付。

生育或计划生育医疗费实行经办机构与医疗机构协议结算，具体结算办法由经办机构自行约定。暂不具备协议结算条件的统筹地区执行个人包干结算办法。经办机构与定点医疗机构签订相关医疗服务协议时，要将生育医疗服务有关要求和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。

生育医疗费用包干结算标准为：

(一）顺产2000元；

(二）难产（产钳助产和胎头吸引）2500元；

(三）剖宫产4000元；

(四）产前检查费1000元；

(五）妊娠4个月（含4个月）以上、7个月以下流产 (含人工流产）2000元；

(六）妊娠4个月以下流产（含人工流产）600元；

计划生育手术医疗费用包干结算标准为：

(一）放置宫内节育器（含宫内节育器）300元；

(二）摘取宫内节育器150元；

(三）皮埋术200元；

(四）皮埋取除术150元；

(五）输卵管结扎术2000元；

(六）输精管结扎术1000元；

(七）输卵管复通术2500元；

(八）输精管复通术2000元；

职工生育给予1000元生育营养补助。多胞胎的，每多一胎增加1000元。

第十六条 职工在市内协议定点医疗机构生育分娩的与协议定点医疗机构直接结算。因特殊情况未能直接结算的，应带齐申请生育保险待遇资料回统筹地医保经办机构进行零星结算。

第十七条 从怀孕开始到产假结束期间因生育引起的并发症和其他疾病的住院费用，按城镇职工医疗保险规定支付。

第十八条 参加生育保险的职工，被确诊为不育不孕症，在具备卫生部批准辅助生殖技术资质的医疗机构施行人工受精或试管婴儿技术的，产生的医疗费给予最高3000元的补助，在生育保险基金中列支。

第十九条 职工因生育或者计划生育死亡的，给予一次性补助，标准为全市上年度职工月平均工资的6倍，在生育保险基金中列支。

第二十条 本办法规定的生育医疗费用、营养费用、死亡补助等参考标准，在执行过程中根据经济发展水平及基金收支情况由市级医疗保障行政部门适时予以调整。

第二十一条 参加职工生育保险的用人单位，其退休人员发生生育或者计划生育的，按本办法规定的医疗费和生育营养费的补助标准在职工生育保险基金列支。

第二十二条 参加职工生育保险的男职工配偶未就业的， 配偶计划内生育的，按照本办法规定的医疗费补助标准支付给男职工，在职工生育保险基金中列支。

第二十三条 职工妊娠7个月以上（含7个月）计划内生产的，不论胎儿是否存活，均享受生活津贴、生育医疗费补助和营养费补助。

第二十四条 连续参保缴费的用人单位因依法关闭、破产、撤销等原因与职工解除劳动关系或劳动合同终止的，其职工在劳动关系解除或合同终止后10个月内发生生育的，享受本办法规定的在职人员的生育保险待遇。

用人单位欠缴医疗保险费3个月以内补缴欠费的其连续缴费年限累计计算，参保人在欠费期间生育或施行计划生育手术，医疗保险基金按规定支付生育保险待遇；欠费超过3个月以上的其连续缴费年限重新累计计算，医疗保险基金不支付欠费期间的生育保险待遇。

第二十五条 用人单位在职职工生育时连续缴纳保山市统筹区城镇职工基本医疗保险费满6个月以上的职工享受生育保险待遇。生育保险待遇由用人单位到经办机构申请，领取生育保险待遇时需提供下列材料：

（一）卫生健康部门出具的属于计划内生育的证明；

（二）职工的身份证（复印件)；

（三）医疗机构出具的相关医学证明；

（四）参保男职工申领待遇的，同时提供结婚证和相关材料。

第二十六条 经办机构应当自受理申请之日起15个工作日内，对申请生育保险待遇的条件进行审核。对符合条件的，按照规定核定待遇予以一次性计发；对不符合条件的，应当书面告知提出申请的用人单位。

零星报销的生育保险待遇，医保经办机构应当自受理申请之日起15个工作日内，对申请生育保险待遇的条件进行审核。对符合条件的，按照规定核定待遇予以一次性计发；对不符合条件的，应当书面告知提出申请的用人单位。

生育保险待遇在当年未结算的，可以于次年提供本办法第二十五条规定的材料进行报销，但间隔时间（以出院日期为准）不能超过12个月，逾期不予报销。

第二十七条 未依法办理参保缴费的用人单位，职工发生本办法所规定的生育保险待遇的，由用人单位按照本办法规定的标准向职工支付。

第四章 资金管理

第二十八条 生育保险基金并入城镇职工基本医疗保险基金，按照“以支定收，收支基本平衡”的原则统一征缴、统一管理，实行市级统筹，不单列生育保险基金收入，城镇职工基本医疗保险统筹基金待遇支出设置生育保险待遇支出项目。

第二十九条 经办管理统一由基本医疗保险经办机构负责，经费列入同级财政预算。

第五章 组织保障

第三十条 各统筹地区经办机构根据管理服务的需要，可以与医疗机构签订服务协议，规范医疗行为。协议医疗机构应当是具有母婴保健技术服务、计划生育手术资质的医疗机构。

经办机构审核生育或计划生育医疗费用，需要协议医疗机构出具有关记录和病情证明的，协议医疗机构应当配合。

第六章 法律责任

第三十一条 用人单位及其职工、经办机构、协议医疗机构违反本办法规定的，由医疗保障行政部门按照有关法律、法规进行处理。构成犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

第七章 附 则

第三十二条 两险合并实施前参加保山市职工生育保险并按时足额缴纳职工生育保险费的，2019年9月30日24：00前分娩或施行计划生育手术产生的生育医疗费按原政策执行，之前申请办理生育保险待遇报销的由各级社保经办机构审核、结算、支付；2019年10月1日00：00后产生的生育医疗费按本办法规定享受生育保险待遇，由各级医保经办机构审核、结算、支付。

两险合并实施前参加保山全市职工生育保险但未参加城镇职工基本医疗保险的，其生育保险的连续缴费年限合并计算。

第三十三条 生育保险基金并入职工基本医疗保险基金，2019年10月1日以后生育保险费与医疗保险费合并统一由税务部门征收，统筹层次与职工基本医疗保险一致。两项保险合并实施前的职工生育保险基金，经审计，如有结余并入城镇职工基本医疗保险基金，如有基金缺口报同级人民政府研究解决。

第三十四条 本办法自2019年10月1日起施行，原 2011年12月5日发布的《保山市人民政府办公室关于印发保山市职工生育保险实施办法的通知》（保政办发〔2011〕279号）同时废止。