

汉中市医疗保障局 关于印发汉中市生育保险待遇支付 管理办法的通知

汉市医保发〔2019〕73号

各县区医疗保障局，市社会保险业务经办中心，各相关定点医疗机构：

现将《汉中市生育保险待遇支付管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

汉中市医疗保障局

2019年12月3日

汉中市生育保险待遇支付管理办法

为落实生育保险与基本医疗保险合并实施政策规定，维护参保女职工合法权益，做好生育保险管理和待遇支付工作，根据《汉中市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则（试行）》（汉市医保发〔2019〕54号）等有关文件规定，结合我市实际，制定本结算办法。

一、生育保险待遇享受条件

1. 职工所在单位参加医疗生育保险,并按时足额缴费，连续缴费满12个月且仍继续缴费的；

2. 符合《中华人民共和国婚姻法》、《陕西省人口与计划生育条例》等国家、省、市人口和计划生育政策规定的；

3. 在定点医疗机构分娩、施行人工终止妊娠手术，以及在定点计划生育技术服务机构施行计划生育手术的。

二、生育保险待遇标准

（一）生育医疗费

1. 参保女职工因生育和人工终止妊娠手术在定点医疗机构发生的符合医疗保险统筹基金支付范围规定的生育医疗费（包括产前检查费、接生费、输血费、手术费、住院费和药费）在控制总费用的基础上实行定额补贴，由医保经办机构与定点医疗机构按月直接结算。

2. 定额结算标准为：

（1）二级医院顺产的1750元，难产的2100元，剖宫产的3600元。

（2）三级医院顺产的2300元，难产的2500元，剖宫产的4400元。

（3）一胎多育，每多生育一胎医疗费用增加800元。

（4）怀孕4个月以下终止妊娠的600元；怀孕4个月以上终止妊娠的800元。

3. 生育并发症。在分娩过程中发生的胎盘早剥、产后出血（出血量 $\geq 500\text{ml}$ ）、羊水栓塞、子宫破裂、宫颈裂伤、子宫内翻、产科弥

散性血管内凝血（DIC）、羊膜腔内感染等8种并发（合并）症的医疗费用，由生育保险基金支付，一种并发（合并）症增加500元，两种及以上增加1000元。除此之外的生育并发（合并）症，参照职工医保住院比例报销。

（二）生育津贴

计发女职工生育津贴的产假时间按《女职工劳动保护特别规定》执行，生育津贴标准按照用人单位上年度职工平均工资标准（即用人单位上年度单位职工工资总额的平均数）计发。其中：妊娠4个月以下流产的，享受15天生育津贴；妊娠4个月以上（含4个月）流产的，享受42天生育津贴；单胎正常产、剖宫产的享受98天生育津贴，难产的增加15天；生育多胞胎的，每多生育1胎增加15天。符合《陕西省人口与计划生育条例》规定奖励产假期间的待遇由用人单位支付。

三、就医管理

（一）参保人员因分娩或人工终止妊娠在基本医疗保险定点医疗机构就医的，参保人员持本人社保卡、生育登记证明相关资料在医院医保经办窗口办理住院就医登记备案。由定点医疗机构经办窗口核对资料后，通过结算系统办理就医登记备案，出院时通过医保结算系统直接进行结算，应由生育保险基金支付的生育医疗费由定点医疗机构先行垫付，并按规定（约定）与医保经办机构结算。

（二）定点医疗机构发生的符合职工基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施标准规定的因生育引起疾病的医疗费用，由生育保险基金按规定标准支付；属于生育并发症，未进行实质性治疗的，生育保险基金不予支付。其他疾病的医疗费用，按职工基本医疗保险政策规定执行。

（三）女职工因公出差、探亲、休假，或派驻异地工作等特殊原因在本市以外当地定点医疗机构生育或终止妊娠的，其生育医疗费用先由个人垫付，出院后由用人单位或家属持相关证明资料到参保地医

保经办机构报销。

四、费用结算

(一) 生育医疗费

参保人员发生符合生育保险服务范围和支付标准的医疗费用，按以下情况结算：

1. 在市内定点医疗机构发生的属于生育保险基金支付范围的医疗费用，由医疗保险经办机构按规定与定点医疗机构直接结算，个人负担由个人以现金与定点医疗机构结算，也可使用本人（或其亲属）社会保障卡医保个人账户支付。

2. 女职工在本市以外当地定点医疗机构生育或终止妊娠的，其生育医疗费用先由个人垫付，治疗终止后90日内由用人单位或家属持计划内生育证明、注明妊娠起止时间终止妊娠术的诊断证明、婴儿出生医学证明原件及复印件、住院费发票原件、病历首页复印件、费用清单等资料到参保地医保经办机构报销。

(二) 生育津贴

1. 企业及自收自支事业单位女职工生育期间停发工资的享受生育津贴待遇，其生育津贴由用人单位按照职工原工资标准逐月垫付，产假结束后，由个人提供下列资料，用人单位提出申请，医保经办机构按照规定拨付给用人单位：

(1) 汉中市参保职工生育津贴申请表；

(2) 婴儿出生医学证明原件及复印件；或终止妊娠术的医学证明（须注明妊娠起止时间）；

2. 对累计缴纳医疗保险费12个月以上，因破产、兼并、出售、租赁等原因导致失业的女职工，从正式转入失业之日起十个月内生育的，生育医疗费用在生育保险基金中按规定支付，并按规定享受生育津贴待遇，已按月领取失业保险金的，由生育保险基金补足差额部分。

3. 党政机关、全额拨款事业单位和差额拨款事业单位等财政预算

单位女职工生育期间不停发工资，不享受生育津贴。

五、定点医疗服务管理

(一) 生育保险定点医疗机构为具备助产和计划生育服务资质的医疗保险定点医疗机构，实行定点管理。除急诊和抢救危重病人外，在非定点医疗机构发生的生育医疗费用，生育保险基金不予支付。工作或居住在异地的参保人员，应选择在当地医疗生育保险定点医疗机构生育分娩。

(二) 定点医疗机构在参保人员就诊时应认真进行身份识别，仔细核对、留存生育及计划生育有关材料，并及时将相关信息登记、录入信息系统，确保就诊治疗信息的实时传输。计划生育有关手术或治疗，须提供计划生育管理部门或单位出具的证明。

(三) 参保个人在市内定点医疗机构就医时持社保卡进行登记，出院后属于个人应负担部分由患者和定点医疗机构直接结算，属于生育保险统筹基金支付部分，由定点医疗机构与社保经办机构结算。各定点医疗机构应于每月10日前将上月参保人员生育医疗费用资料，及时报送参保地医保经办机构审核。

(四) 定点医疗机构应当严格执行国家药品目录、诊疗目录和医疗设施项目范围及支付标准，严格遵守生育保险和医疗保险的有关规定，因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费，使用自费项目或提供特需医疗服务的应履行自费项目告知义务，严格控制医疗总费用和个人负担费用，不得将不属于生育保险结付范围或应由参保人员个人负担的医疗费用列入生育保险基金结付。

(五) 定点医疗机构及医师纳入医疗保险诚信服务信用等级管理。定点医疗机构违反生育保险、基本医疗保险有关规定和服务协议，造成生育保险基金损失的，由医疗保险经办机构依据医疗保险相关政策及服务协议约定，按情节轻重责令改正，追回经济损失和违约金，终止服务协议；情节严重的，由医保经办部门取消定点资格，并按有关规定上报相关部门予以处罚。

六、其他事项

(一) 因用人单位未参加生育保险、中断缴纳或欠缴医疗保险费、缴费时间不足, 影响参保职工享受相应生育保险待遇的, 其生育保险待遇由用人单位按本办法规定的标准足额支付。

(二) 生育保险基金不予结付的费用:

1. 早孕反应及保胎发生的医疗费用;
2. 不孕症治疗发生的医疗费用;
3. 因犯罪、酗酒、自伤、他伤造成终止妊娠的医疗费用;
4. 婴儿发生的各项费用;
5. 女职工生育因医疗事故发生的医疗费用;
6. 女职工出国或者港、澳、台地区生育发生的医疗费用;
7. 实施人类辅助生殖术发生的费用;
8. 按有关政策规定不予支付的其他情形。

本结算办法自2020年1月1日起执行。