

# 共青城市人民政府办公室文件

共府办发〔2020〕21号

## 关于转发《九江市人民政府办公室关于印发 九江市生育保险和职工基本医疗保险合并 实施细则的通知》的通知

各乡（镇）人民政府、茶山街道办事处，南湖新城管委会，市政府各部门，市直及驻市各单位，九江共青城高新技术产业开发区各局（室）：

现将《九江市人民政府办公室关于印发九江市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则的通知》（九府办发〔2020〕6号）文件转发给你们，请遵照执行。



# 九江市人民政府办公室文件

九府办发〔2020〕6号

## 九江市人民政府办公室关于印发九江市生育保险 和职工基本医疗保险合并实施细则的通知

各县（市、区）人民政府，庐山管理局，九江经济技术开发区、庐山西海风景名胜区、八里湖新区、鄱阳湖生态科技管委会，市政府各部门，市直及驻市各单位：

《九江市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》经2020年2月26日第41次市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真抓好落实。



（此件主动公开）

# 九江市生育保险和职工基本医疗保险合并 实 施 细 则

为推进我市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，保障职工社会保险待遇，增强基金共济能力，提升经办服务水平，根据《江西省生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法》（赣府厅字〔2019〕94号）的要求，结合我市实际，制定本细则。

## 一、参保登记

两险合并实施后，九江市区域内的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户（以下简称用人单位）及其在职职工，参加职工基本医疗保险时同步参加生育保险。

有意愿的无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员）参加职工基本医疗保险时同步参加生育保险。

## 二、基金征缴

两险合并实施后，生育保险基金并入职工基本医疗保险基金统一征缴。

1. 缴费基数：统一执行职工基本医疗保险的缴费基数。

2. 缴费比例：

（1）用人单位及其在职职工缴费比例为10%，其中：用人单位

8%、在职职工 2%，个人缴费部分由用人单位代扣代缴。

（2）自愿参加职工基本医疗保险的灵活就业人员的个人缴费比例为 7%。

（3）关闭破产改制及国有困难企业等符合参加困难企业职工住院统筹医疗保险条件的用人单位及其在职职工的缴费比例为 4%。

### 3. 缴费年限：

（1）合并实施前，用人单位或个人欠缴职工基本医疗保险费或生育保险费的，分别按单项险种的有关补缴规定执行；合并实施前后的职工基本医疗保险和生育保险的参保缴费年限分别合并计算。

（2）合并实施后生育保险中断续保的按如下规定执行：

①机关事业单位、社会团体职工调动工作单位，生育保险费缴纳至调出月份止，新用人单位自接收月份续保。期间，因工作调动而发生的中途断保，断保时间不超过 3 个月（含 3 个月）续保的，原用人单位为该职工缴费的月数与新用人单位为该职工缴费的月数合并计算；断保时间超出 3 个月续保的，缴费月数从新用人单位续保月份起重新计算。

②各类企业、民办非企业单位与职工之间依法解除劳动关系的，职工生育保险费缴纳至劳动关系解除之月止。职工实现重新就业的，新用人单位自该职工进入本单位参加工作月份起续保。期间，因解除劳动关系而发生的中途断保，断保时间不超过 6 个

月（含 6 个月）续保的，原用人单位为该职工缴费的月数与新用人单位为该职工缴费的月数合并计算；断保时间超出 6 个月续保的，缴费月数从新用人单位续保月份起重新计算。

③灵活就业人员断保时间不超过 6 个月（含 6 个月）续保的，断保前后的缴费月数合并计算；断保时间超出 6 个月续保的，缴费月数从续保后缴费月份起重新计算。

### 三、基金管理

两险合并实施后，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。

1. 职工基本医疗保险基金执行社会保险基金财务制度。坚持基金运行情况公开，规范基金预决算管理，加强内部控制和基金监督，探索建立健全基金风险预警机制，确保基金安全。

2. 完善生育保险监测指标，跟踪分析两险合并实施后基金运行情况和支出结构。根据基金支出情况和医疗、生育待遇的需求，按照收支平衡的原则，适时动态调整缴费比例，实现制度可持续发展。

### 四、生育保险待遇

生育保险待遇包括《中华人民共和国社会保险法》和《江西省女职工劳动保护特别规定》规定的生育医疗费用和生育津贴，所需资金从职工基本医疗保险基金中支出。

#### （一）生育医疗费用。

1. 生育医疗费用包括：

(1) 生育费用：因生育发生的医疗费用，含从怀孕至分娩住院期间发生的检查费、接生费、手术费、住院费、药费等医疗费用，以及生育出院后3个月内因生育引起的疾病的医疗费用。

(2) 计生费用：实施计划生育避孕节育情况检查，实施避孕节育手术，符合生育政策实施复通手术，以及实施计划生育手术后3个月内因计划生育手术引起的疾病的医疗费用。

2. 生育医疗费用不包括：人工授精、试管婴儿等辅助生育的医疗费用；不育(孕)症、性功能障碍的医疗费用；按规定免费的计划生育技术服务的医疗费用；各种科研性、临床验证性的生育医疗的医疗费用；因生育医疗事故发生的医疗费用；因交通事故、意外伤害等事故造成妊娠终止的应由第三方责任人承担的医疗费用；在国外及港、澳、台地区发生的生育医疗费用；其他医疗保险政策规定不予支付项目的医疗费用。

3. 生育医疗费用支付范围：执行《江西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《江西省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》等有关医疗保险政策规定的支付范围。

4. 生育医疗费用支付标准：符合待遇享受条件的参保人员及参保男职工的未就业配偶在定点医疗机构发生的符合规定的生育医疗费用，按以下标准支付：

(1) 下列门诊医疗费用在最高限额标准下据实结算，超出限额标准部分由个人自行负担。

①妊娠诊断 40 元。

②产前检查：妊娠至第 12 周末前的产前检查费 160 元，妊娠至第 27 周末前的产前检查费 360 元，妊娠至分娩的产前检查费 560 元。

③怀孕 10 周（不含）以内流产 300 元。

④常规宫内节育器放置或取出 60 元（处于绝经期宫内节育器取出伴有嵌顿、断裂、变形、异位的 120 元）。

⑤皮下埋植避孕术 60 元。

⑥输精（卵）管疏通术 3000 元。

（2）下列住院医疗费用执行职工基本医疗保险和大病保险的起付标准、报销比例、年度最高支付限额等有关规定。

①怀孕 10 周（含 10 周）以上的流产或引产。

②经阴道正常分娩、经阴道助产分娩、剖宫产（剖宫产合并子宫肌瘤、阑尾炎等）、宫外孕手术、输卵管绝育术、输精管绝育术、输精（卵）管复通术（吻合）等。

③生育出院后 3 个月内因生育引起的疾病。

④实施计划生育手术后 3 个月内因计划生育手术引起的疾病。

上述符合规定的生育医疗费用按规定报销后的个人自付部分可使用职工个人账户支付。

## （二）生育津贴。

1. 计发标准：生育津贴为参保职工在规定的产假及计划生育手术假期期间获得的工资性补偿。以用人单位职工身份参保的按

照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发；以灵活就业人员身份参保的按照本人上年度生育保险月平均缴费基数计发。

2. 计发期限：生育津贴支付期限按照《江西省人口与计划生育条例》和《江西省女职工劳动保护特别规定》等规定的产假期限执行。

- (1) 正常分娩的，按规定享受九十八天生育津贴。
- (2) 符合《江西省人口与计划生育条例》规定生育的，除享受第一项外，增加六十天生育津贴。
- (3) 难产或实施剖宫产手术分娩的，增加十五天生育津贴。
- (4) 生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加十五天生育津贴。
- (5) 怀孕不满三个月流产的，享受二十五天生育津贴。
- (6) 怀孕满三个月不满七个月流产的，享受四十二天生育津贴。
- (7) 怀孕满七个月以上终止妊娠的，享受九十八天生育津贴。
- (8) 放置宫内节育器的，享受三天生育津贴。
- (9) 取出宫内节育器的，享受一天生育津贴。
- (10) 结扎或复（疏）通输卵管的，享受二十一天生育津贴。

3. 拨付方式：

(1) 以用人单位职工身份参保的，由医保经办机构按规定拨付给用人单位。用人单位按规定发放工资且工资标准高于或等于生育津贴计发标准的，职工不再领取生育津贴；用人单位按规定

发放工资但工资标准低于生育津贴计发标准的，差额部分由用人单位予以补足；用人单位未按照规定发放工资的，生育津贴由用人单位发放给职工个人，不得截留挪用。

（2）以灵活就业人员身份参保的直接拨付给个人。

## 五、生育保险待遇享受条件

符合计划生育法律、法规和政策规定，在九江市内定点医疗机构或按有关规定至异地定点医疗机构生育、实施计划生育手术的，正常参保缴费且达到下列参保缴费条件的享受相应生育保险待遇。

1. 两险合并实施后，自参保缴费三十日后，参保人员和男职工未就业配偶享受生育医疗费用待遇。

男职工未就业配偶参加居民医保的，其生育医疗费用由职工医保基金按规定支付，不得在居民医保基金中重复报销。

2. 参保人员退休后可继续享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。

3. 两险合并实施后，在江西省范围内连续缴费至生育时满一年以上（含合并实施前的生育保险缴费时限大于或等于 13 个月）且生育后处于正常缴费状态的享受生育津贴待遇。男职工未就业配偶不享受生育津贴待遇。

## 六、医疗服务管理

1. 生育医疗和职工基本医疗实行统一定点医疗管理。各地医保经办机构与定点医疗机构签订医疗服务协议时，要将生育医疗

服务有关要求和指标增加到协议内容中，加强对生育医疗服务的监控。

2. 生育医疗费用实行医保经办机构与定点医疗机构直接结算。符合规定在异地发生的生育医疗费用未能实现直接结算的回参保地经办机构报销。

生育医疗费用纳入医保支付方式改革范围，推动住院分娩等医疗费用按病种等方式付费，促进生育医疗服务行为规范，控制生育医疗费用不合理增长。

3. 深入推进“放管服”改革，进一步提升生育保险便民服务水平，取消职工享受生育医疗待遇前需到医保经办机构申请备案手续，取消（再）生育服务证和婴儿出生医学证明材料，通过部门间公共信息共享，提供生育信息咨询服务。

4. 各地医保经办机构要统一经办管理，规范经办流程，完善统计信息系统，实行医保信息系统一体化运行，确保两险合并顺利实施，经费列入同级财政预算。

**七、本细则自 2020 年 1 月 1 日起实施。**本细则实施前，已生育或实施计划生育手术的（住院的以医疗机构出院结算时间为准，门诊的以医疗机构门诊结算时间为准）按原政策规定享受生育保险待遇，本细则实施后发生的按本细则规定执行。



