

珠海市人民政府文件

珠府〔2013〕100号

珠海市人民政府关于印发职工生育保险办法的通知

横琴新区管委会，各区政府（管委会），市府直属各单位：

现将《珠海市职工生育保险办法》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到问题，请径向市人力资源社会保障局反映。



珠海市职工生育保险办法

第一章 总 则

第一条 为使职工在生育和施行计划生育手术期间得到基本的医疗和生活保障，均衡用人单位生育费用负担，促进妇女公平就业，根据《中华人民共和国社会保险法》、《女职工劳动保护特别规定》等有关法律、法规及政策规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域（含横琴新区）内的国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（下称用人单位）应当依照本办法为本单位全部职工参加生育保险，缴纳生育保险费。

第三条 生育保险基金及其收益、生育保险待遇按照国家规定不计征税费。

第四条 市人力资源社会保障行政部门负责本市生育保险的组织、管理、指导和监督工作。

市社会保险经办机构负责生育保险的具体业务经办工作。

市社会保障卡管理中心负责生育保险信息化建设工作。

市财政、地税、卫生、人口计生、审计等有关部门按照各自职责做好生育保险工作。

第五条 市社会保险经办机构应根据本办法设置专职部门，配备专职人员开展生育保险经办工作。

第六条 市人力资源社会保障行政部门、市社会保险经办机构、市社会保障卡管理中心开展生育保险工作所需经费列入市财政预算。

第二章 生育保险基金

第七条 生育保险基金按照以支定收、收支平衡的原则筹集。

第八条 生育保险基金由下列资金构成：

- (一) 生育保险费。
- (二) 生育保险基金的利息。
- (三) 滞纳金。
- (四) 财政补贴。
- (五) 其他资金。

第九条 生育保险费由用人单位按照本单位职工月工资总额的0.7%按月缴纳，职工个人不缴纳生育保险费。

第十条 生育保险费的征收，按社会保险费征收的相关法律法规及政策规定执行。

第十一条 生育保险基金实行全市统筹，单独建账，纳入财政专户管理。生育保险基金出现当期收不抵支时，采取动用结余基金、市财政补助等办法解决。

第三章 生育保险待遇

第十二条 参保职工自用人单位缴费次月1日起享受生育保险待遇，自停止缴费的次月1日起停止享受生育保险待遇。

第十三条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴，所需资金从生育保险基金中支付，其中生育医疗费用包括生育的医疗费用（下称孕产费用）和施行计划生育手术的医疗费用（下称计生费用）。

（一）孕产费用包括：

1. 产前检查费用。产前检查项目范围：血常规、血型、血糖、尿常规、白带常规、肝功能、肾功能、乙肝两对半、丙肝抗体、凝血功能、地中海贫血筛查、G6PD 筛查、心电图、胎心监测、普通B超、普通产检。

2. 住院分娩费用。参保职工住院分娩（含怀孕满24周以上的引产住院）所发生的符合规定范围的医疗费用。

（二）计生费用包括以下项目产生的医疗费用：

1. 放置（取出）宫内节育器。
2. 皮下埋植术。
3. 流产术（自然流产、药物流产按流产术支付）。
4. 引产术（怀孕满24周以上的按住院分娩支付）。
5. 输精管结扎术。
6. 输卵管结扎术。
7. 输精管复通术。
8. 输卵管复通术。

第十四条 纳入生育保险基金支付的生育医疗费用应符合以下范围：

（一）本市执行的基本医疗保险和生育保险药品目录。

（二）本市执行的基本医疗保险诊疗项目及医疗服务设施范围。

（三）本市非营利性医疗机构医疗服务价格项目中所列的孕产项目。

（四）本办法规定的计划生育手术项目。

第十五条 参保职工在本市二级及以下医疗机构发生的符合本办法规定的生育医疗费用，由生育保险基金支付，个人不自付；在本市三级医疗机构发生符合本办法规定的生育医疗费用，由生育保险基金支付 80%，个人自付 20%。其中：

（一）基本医疗保险诊疗项目中需个人自付部分费用的项目无需参保职工先自付，直接按生育保险有关规定支付。

（二）住院床位费结算标准按基本医疗保险有关规定执行。

（三）属本市减免的产前检查项目费用及计生项目费用，生育保险基金不重复支付。

第十六条 生育津贴是参保职工按照国家规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。参保职工有下列情形之一的，享受生育津贴：

（一）女职工享受《女职工劳动保护特别规定》、《广东省女职工劳动保护实施办法》规定的产假。具体支付期限为：

(1) 生育的，98 天。其中剖腹产、难产的，增加 30 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿增加 15 天。

(2) 怀孕未满 16 周流产的，15 天。

(3) 怀孕满 16 周流产的，42 天。

(二) 享受国家和省规定的计划生育手术休假。具体支付期限为：

(1) 取出宫内节育器的，2 天。

(2) 放置宫内节育器的，3 天。

(3) 结扎输卵管的，21 天。

(4) 结扎输精管的，7 天。

(三) 法律、法规规定的其他情形。

第十七条 依照《广东省人口与计划生育条例》规定享受增加的产假期间和增加的计划生育手术休假期间，职工不享受生育津贴，由用人单位按照规定发放工资。

第十八条 生育津贴从分娩或施行计划生育手术之日起按照规定的假期计发。

生育津贴计算办法为：以参保职工分娩或施行计划生育手术时所在用人单位上年度职工月平均工资为基数，除以 30 再乘以规定的假期天数。

用人单位上年度职工月平均工资，按照用人单位上年度每月向市社会保险费征收机构申报的工资总额平均数，除以其每月参保职工的平均数确定。

用人单位无上年度职工月平均工资的，生育津贴以本单位本年度职工月平均工资为基数计算。用人单位本年度职工月平均工资参照用人单位上年度职工月平均工资计算方法计算。

第十九条 生育津贴由市社会保险经办机构按本办法规定支付给参保职工。

市社会保险经办机构已支付参保职工生育津贴的，视同用人单位已经支付其相应数额的假期工资。生育津贴标准低于参保职工原工资标准的，用人单位应当将差额支付给参保职工。

第二十条 参保职工分娩或施行计划生育手术时，连续参保缴费(中断缴费时间不超过3个月视为连续参保)不足12个月的，其生育医疗费用由个人垫付，相应假期工资由用人单位垫付。

自参保职工分娩或施行计划生育手术次月起，连续缴费满12个月后，其生育医疗费用、生育津贴分别由参保职工和用人单位向市社会保险经办机构申请。经审核符合条件的，由生育保险基金按本办法规定支付。

因解除或者终止劳动关系导致连续缴费不足12个月的，申请时应提供相关证明，其生育医疗费用、生育津贴由生育保险基金按本办法规定支付。

第二十一条 参保职工未就业配偶未享有社会保险(含新型农村合作医疗)提供的生育保障，其孕产费用由生育保险基金按费用发生当年本市城乡居民基本医疗保险参保人的生育待遇标准支付给个人。参保职工未就业配偶不享受生育津贴待遇。

第二十二条 下列人员可按本办法规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇：

（一）失业前已参加生育保险，失业后在领取失业保险金期间的人员。

（二）享受本市职工医疗保险退休待遇的退休人员。

上述人员的生育医疗费用由生育保险基金支付，其未就业配偶不享受本办法规定的生育保险待遇。

第二十三条 下列医疗费用不纳入生育保险基金支付范围：

（一）不符合国家、省、市人口与计划生育规定所发生的费用。

（二）应当由医疗保险基金或工伤保险基金支付的费用。

（三）因发生医疗事故应当由医疗机构承担的费用。

（四）境外（含港澳台）的生育医疗费用。

（五）国家、省、市规定的其他不予支付的费用。

第四章 医疗管理

第二十四条 生育医疗服务实行协议管理。市社会保险经办机构根据管理服务的需要，可与符合以下条件之一的医疗机构签订生育医疗服务协议，由其为参保人提供生育医疗服务：

（一）具备本市社会基本医疗保险定点医疗机构资格，且取得《母婴保健技术服务执业许可证》。

（二）具备本市社会基本医疗保险定点医疗机构资格，且具有计划生育专业诊疗科目。

(三) 取得《计划生育技术服务机构执业许可证》。

第二十五条 参保职工应在与市社会保险经办机构签订生育医疗服务协议的医疗机构（下称生育协议机构）产前检查、住院分娩或施行计划生育手术。

第二十六条 参保职工怀孕后，应选定1家生育协议机构作为产前检查费用结算机构（下称产前检查机构），除因工作调动及住址变动的情形，孕期内不得变更。选定前的产前检查费用及在非选定机构发生的产前检查费用，生育保险基金不予支付。

第二十七条 参保职工选定产前检查机构时应提供以下资料原件：

(一) 本人社会保障卡或身份证。

(二) 户籍所在地镇（街）计生部门出具的计划生育证明。其中，省外户籍的应同时提供本市镇（街）计生部门出具的符合计划生育政策的证明。

第二十八条 参保职工因工作单位或住址改变需变更产前检查机构的，应持有效证明材料到市社会保险经办机构办理变更手续，其产前检查费用在结算额度以内的部分据实支付给医疗机构，剩余结算额度包干给个人使用。

第二十九条 参保职工可任选1家生育协议机构住院分娩或施行计划生育手术，所发生的费用凭本人社会保障卡或身份证办理费用结算。其中住院分娩的，应同时提供第二十七条第（二）款规定的资料。

第三十条 参保职工在市内非生育协议机构发生符合本办法规定的住院分娩及施行计划生育手术费用，除急诊、抢救的情形外，在费用发生当年市内同级医疗机构结算额度 50%以内的，由生育保险基金据实支付，超出部分不予支付。

参保职工属急诊、抢救的情形在市内非生育协议机构分娩或施行计划生育手术的，其在二级及以下医疗机构发生符合本办法规定的生育医疗费用，在费用发生当年市内同级医疗机构结算额度以内的，由生育保险基金据实支付，超出部分不予支付；在三级医疗机构发生符合本办法规定的生育医疗费用，在费用发生当年市内同级医疗机构结算额度 80%以内的，由生育保险基金据实支付，超出部分不予支付。

第三十一条 参保职工在市内外产前检查、分娩或施行计划生育手术的，应在当地医疗、生育保险定点（协议）机构就医，其发生符合本办法规定的生育医疗费用按以下规定处理：

（一）在市内外二级及以下医疗机构就医，其生育医疗费用在费用发生当年市内同级医疗机构相应项目结算额度以内的，由生育保险基金据实支付，超出部分不予支付。

（二）在市内外三级医疗机构就医，其生育医疗费用在费用发生当年市内同级医疗机构相应项目结算额度 80%以内的，由生育保险基金据实支付，超出部分不予支付。

第五章 费用支付

第三十二条 参保职工在市内生育协议机构发生的符合本办法规定的生育医疗费用，属于生育保险基金支付的部分，由市社会保险经办机构与生育协议机构按照定额的方式结算；属于个人支付的部分由生育协议机构直接向参保职工收取。

第三十三条 市社会保险经办机构与生育协议机构的定额结算额度，分为产前检查额度、住院分娩额度及计生项目额度。

（一）产前检查额度：初次确定每孕次产前检查结算额度，由市社会保险经办机构以前2年实际发生的符合本办法规定的平均每孕次产前检查医疗费用为基数，结合居民消费价格指数等有关因素，与生育协议机构协商后，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

（二）住院分娩额度：初次确定的每人次住院分娩结算额度，由市社会保险经办机构以本市同级医院前2年实际发生的符合本办法规定的平均每人次住院分娩医疗费用为基数，结合基金收支情况、居民消费价格指数、剖腹产率等有关因素，与生育协议机构协商后，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

（三）计生项目额度：按每个项目确定定额结算额度。初次确定的每人次计生项目结算额度，由市社会保险经办机构以本市同级医疗机构前2年该计生项目实际发生的符合本办法规定的平均每人次医疗费用为基数，结合基金收支情况、居民消费价格指数等有关因素，与生育协议机构协商后，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

第三十四条 产前检查结算额度各级医疗机构相同。住院分娩结算额度和计生项目额度按医疗机构级别确定，原则上同级医疗机构相同，不同级之间级差不低于10%。

第三十五条 生育医疗费用定额结算额度需调整的，由市社会保险经办机构根据本办法第三十三条所列的有关因素及生育保险基金运行情况提出调整意见，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

第三十六条 生育医疗费用按月结算，年度清算。其中，产前检查费用在定额结算额度内的据实结算，超出定额结算额度的先按定额结算额度结算，年度末再按规定清算；住院分娩及计生项目费用在月结算额度内的据实结算，超出月结算额度的先按月结算额度结算，年度末再按规定清算。

第三十七条 生育医疗费用结算的相关公式：

(一) 产前检查费用年结算额度=每孕次产前检查结算额度
×年度内生育协议机构产前检查人次

中途变更产前检查机构的人次不计入年度内生育协议机构
产前检查人次。

(二) 住院分娩月结算额度=每人住院分娩结算额度×生
育协议机构当月分娩（出院）人次

(三) 住院分娩年结算额度=年度内生育协议机构住院分娩
月结算额度之和

(四) 某计生项目月结算额度=每人该计生项目结算额度

×生育协议机构当月施行该计生项目人次

(五) 计生项目月总结算额度=各个计生项目的月结算额度之和

(六) 计生项目年总结算额度=年度内生育协议机构计生项目月总结算额度之和

(七) 生育医疗费用年结算额度=产前检查年结算额度+住院分娩年结算额度+计生项目年总结算额度

第三十八条 生育协议机构年生育医疗费用(不含中途变更产前检查机构人员的费用)在年结算额度96%(含)以内的,据实清算;96%以上按年结算额度清算。

第三十九条 生育协议机构年生育医疗费用超过年结算额度的,原则上不予补偿。其中,因医疗服务价格标准调整导致超支的,可在生育保险基金当年有结余的情况下,结合生育协议机构履行生育医疗服务协议的情况给予适当补偿。

第四十条 生育医疗费用中属个人自费的部分应经参保职工本人或家属签字同意。年度内参保职工的自费费用不得超过市人力资源社会保障部门规定的比例。

第四十一条 参保职工有以下情形之一的,可到市社会保险经办机构申领生育医疗费用待遇:

(一) 在市外发生生育医疗费用。

(二) 在市内非生育协议机构发生生育医疗费用。

(三) 因特殊原因在市内生育协议机构未能实现结算。

第四十二条 参保职工申领生育医疗费用待遇时，应提供以下资料原件：

（一）孕产费用。

1. 本人社会保障卡或身份证。

2. 户籍所在地镇（街）计生部门出具的计划生育证明。其中，省外户籍的应同时提供本市镇（街）计生部门出具的符合计划生育政策的证明。

3. 婴儿出生或者死亡证明。

4. 诊断证明或相关医学证明材料。

5. 费用凭据及费用明细清单。

代为申领的，代领人应提供其本人身份证。

（二）计生费用。

1. 本人社会保障卡或身份证。

2. 诊断证明或手术证明。

3. 费用凭据及费用明细清单。

代为申领的，代领人应提供其本人身份证。

第四十三条 参保职工申领其未就业配偶的孕产费用，除本办法第四十二条规定的资料外，还应提供以下资料原件：

（一）结婚证及其配偶身份证。

（二）其配偶的失业登记证明或户籍所在地居（村）委会提供的未就业证明。

（三）其配偶户籍所在社会保险经办机构提供的未享有生育

保障的证明。

(四) 市人力资源社会保障行政部门规定的其他证明材料。

第四十四条 市人口计生部门或者工作机构应当为参保职工出具计划生育证明。

第四十五条 用人单位或参保职工申领生育津贴时，应当提供以下资料原件：

(一) 产假津贴。

1. 享受待遇人员的社会保障卡或身份证。

2. 户籍所在地镇(街)计生部门出具的计划生育证明。其中，省外户籍的应同时提供本市镇(街)计生部门出具的符合计划生育政策的证明。

3. 婴儿出生或者死亡证明。

4. 诊断证明或相关医学证明材料。

5. 与产假相关的其他证明。

(二) 计划生育手术休假津贴。

1. 享受待遇人员的社会保障卡或身份证。

2. 诊断证明或相关医学证明材料。

用人单位垫付生育津贴的，应提供生育津贴垫付凭证。

第四十六条 参加本市生育保险的外国人及港澳台人员，享受孕产费用待遇最多不超过2次。

第四十七条 生育保险待遇自参保职工分娩或施行计划生育手术之日起，24个月内未提出待遇申请的，生育保险基金不再

支付。

第六章 监督管理

第四十八条 用人单位未按照规定为职工办理社会保险登记或未按时足额缴纳生育保险费的，按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理，其职工生育保险待遇由用人单位按照本办法规定的生育保险待遇标准支付。

用人单位参加生育保险并补足应当缴纳的生育保险费、滞纳金后，由生育保险基金依照本办法支付新发生的费用。新发生的费用指补缴次月起发生的生育医疗费用和生育津贴。

第四十九条 用人单位未足额申报单位工资总额，给职工造成损失的，其生育津贴的差额部分由用人单位给予赔偿。

第五十条 生育保险其他法律责任按《中华人民共和国社会保险法》、《珠海市社会保险基金监督条例》、《珠海市社会保险基金监督条例实施细则》及《珠海市社会保险反欺诈办法》等相关规定执行。

第七章 附 则

第五十一条 根据生育医疗费用变化、生育保险基金收支等情况，需对生育保险费率、待遇支付范围和支付标准等作调整的，由市人力资源社会保障行政部门提出意见，报市人民政府批准后执行。

第五十二条 用人单位应自 2013 年 10 月 1 日起按本办法规定缴纳生育保险费，参保职工自 2013 年 11 月 1 日起按本办法规定享受生育保险待遇。

2013 年 11 月 1 日前已分娩或已施行计划生育手术的参保职工，未享受生育保险待遇的，按原规定标准享受待遇。

2013 年 11 月 1 日已怀孕未分娩的参保职工，按本办法规定享受生育保险待遇。其中分娩前未享受产前检查待遇的，其产前检查待遇可按市内确定的结算标准一次性支付给个人。

第五十三条 本办法由市人力资源社会保障行政部门负责解释。

第五十四条 《关于印发珠海市城镇职工生育保险暂行办法的通知》（珠府〔2005〕41 号）及《关于调整生育保险费率及待遇支付政策的通知》（珠劳社〔2008〕70 号）于 2013 年 10 月 1 日废止。

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办局，市人大办，市政协办，市纪委办，
珠海警备区，市中级人民法院，市检察院，口岸查验各单位，
各人民团体，各新闻单位，中央和省属驻珠海有关单位。

珠海市人民政府办公室

2013年9月9日印发
