

枣庄市医疗保障局
枣庄市财政局文件
国家税务总局枣庄市税务局

枣医保发〔2020〕49号

关于印发《枣庄市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则（试行）》的通知

各区（市）医疗保障局、财政局，国家税务总局枣庄市各区（市）税务局：

现将《枣庄市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

附件：枣庄市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则（试行）

— 1 —



(此页无正文)



附件

枣庄市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 为做好我市生育保险与职工基本医疗保险合并实施（以下简称“两险合并实施”）工作，强化基金共济能力，提升管理综合效能，根据枣庄市人民政府办公室《关于印发枣庄市全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案的通知》（枣政办发〔2019〕13号）有关规定，制定本实施细则。

第二条 两险合并实施遵循“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本”的总体思路，实行参保同步登记、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。

第三条 市医疗保障行政部门发挥统筹协调作用，负责两险合并实施政策制定并监督实施，区（市）医疗保障行政部门负责本行政区域内两险合并实施政策监督实施工作。市、区（市）医疗保险经办机构做好基金筹集、经办管理和待遇支付等日常经办服务工作。财政、税务等部门按照各自职责，协同做好两险合并实施工作。

第四条 两险合并运行，实行市级统筹。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基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。

第二章 参保登记及基金征缴

第五条 参加我市职工基本医疗保险的在职职工，同步参加生育保险，统一进行参保登记。医疗保险关系、生育保险关系不在同一经办机构的，应按基本医疗保险参保地一并参加生育保险，办理两项保险参保缴费。

第六条 生育保险基金并入职工基本医疗保险基金，统一征缴。用人单位(不含机关事业单位)以上年度本单位职工工资总额为基数，按8%的比例缴纳，个人按本人上年度月平均工资的2%缴纳；机关事业单位以上年度本单位职工工资总额为基数，按7.3%的比例缴纳，个人按本人上年度月平均工资的2%缴纳；经认定为困难企业的，单位以上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的60%为基数，按5%的比例缴纳。最低缴费基数不低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的60%，低于60%的按60%缴纳。最高缴费基数不高于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的300%，高于300%的按300%缴纳。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，按合并实施前的职工基本医疗保险缴费费率执行，不享受生育保险待遇。

根据职工基本医疗保险基金支出情况和生育待遇的需求等，



按照基金收支平衡原则，适时调整职工基本医疗保险缴费费率。

第七条 用人单位因各种原因参保人员补缴职工基本医疗保险费，或用人单位在职职工中断医保参保后办理补缴时，按合并实施后的职工基本医疗保险缴费费率补缴。

第八条 参保人员办理退休手续时，因医保缴费年限不符合规定条件而一次性补缴医疗保险费的，补缴费率按现行标准执行。

第九条 从统筹地区外转入的参保人员，职工医疗保险关系转入后，根据转出地发出的《基本医疗保险转移类型变更信息表》，将转出地所缴纳的基本医疗保险费（含生育保险），视同为本统筹地区的实际缴费。

第三章 生育保险待遇

第九条 职工享受生育保险待遇应符合计划生育政策要求，生育医疗费用统一执行山东省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录及基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围。

第十条 生育保险待遇包括以下项目：

- （一）女职工生育医疗费用；
- （二）女职工产假期间的生育津贴；
- （三）法律、法规规定的其他待遇。

第十一条 生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用以及法律、法规规定的其他项目费用。

生育的医疗费用是指因生育发生的符合规定的产前检查、住



院分娩、终止妊娠及其相关的医疗费用。

计划生育的医疗费用是指实施放置（取出）宫内节育器、皮下埋植术、绝育及复通等手术所发生的、符合规定的医疗费用。

第十二条 女职工生育医疗费用具体支付标准为：

（一）产前检查补助，不设起付线，按 60%比例支付，累计最高支付 800 元。

（二）剖宫产生育医疗补助 4000 元，经阴分娩生育医疗补助 2400 元。

（三）早孕流产（小于 12 周）医疗补助 100 元；中妊引产（大于 12 周小于 28 周）医疗补助 300 元；晚妊引产（大于 28 周）医疗补助 600 元。

（四）生育并发症（具体病种见附件）的住院医疗费用，按 50%的比例补助，最高支付限额为 10000 元。

（五）计划生育手术医疗费用，按照山东省核定的计划生育专项技术服务收费标准的 80%给予补助。

第十三条 生育津贴按照职工生育时所在用人单位上年度职工月平均缴费工资计发。计发公式：生育津贴=职工生育或实施计划生育手术时所在用人单位上年度职工月平均缴费工资÷30×规定的产假天数。生育津贴和工资不重复享受。

第十四条 职工生育津贴产假天数：正常生育的产假为 98 天；难产的，增加产假 15 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加产假 15 天。女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天产假；怀孕满 4 个月流产的，享受 42 天产假。



第十五条 用人单位参加职工基本医疗保险并按时足额缴费的，其职工享受生育医疗费用。连续足额缴费满1年的享受生育津贴待遇；对缴费不满1年的，待用人单位连续为职工足额缴纳医疗保险费用满1年后，由医疗保险基金补支职工生育津贴。

第十六条 机关事业单位参保女职工不享受生育津贴，产假期间工资由原渠道解决。

第十七条 参加生育保险男职工的未就业配偶，符合计划生育政策规定生育，未享受生育医疗费待遇的，按照职工生育医疗费标准的50%享受生育补助金。

第十八条 在本市参加生育保险的女职工赴香港、澳门、台湾以及国外生育或实施计划生育手术的，其生育医疗费用不予支付，按规定享受相应的生育津贴待遇。

第四章 就医管理

第十九条 两项保险合并实施后，统一定点医疗服务管理。医疗保险经办机构与定点医疗机构签订相关医保服务协议时，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和审核，控制生育医疗费用不合理增长。

第二十条 参保单位职工生育及实施计划生育手术，在定点医疗机构就诊发生的医疗费用，按照有关规定由医疗保险基金支付，在本市非医保定点医疗机构、异地医疗机构进行生育或实施



计划生育手术的，由个人先行垫付医疗费后，再到参保地医疗保险经办机构进行申请。

第二十一条 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，推动定点医疗机构与参保人员联网结算。参保女职工在定点医疗机构住院发生的生育医疗费用，个人应负担的部分，由个人支付；医保基金应支付的部分，由医疗保险经办机构与定点医疗机构进行结算。

第二十二条 参保女职工就诊时须出示社会保障卡，实行持卡就医。接诊时，定点医疗机构要认真核对参保女职工身份，将就诊信息实时上传至医疗保险信息管理系统。

第二十三条 男职工未就业配偶发生的符合规定的生育医疗费用，由个人先行垫付医疗费后，再到参保地医疗保险经办机构进行申请。

第五章 附则

第二十四条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第二十五条 本细则自 2020 年 8 月 1 日起施行。



生育并发症目录

1. 妊娠剧吐
2. 先兆早产
3. 宫颈机能不全（宫颈环扎术）
4. 异位妊娠
5. 羊水过少
6. 过期妊娠
7. 胎儿生长受限
8. 胎位异常（外倒转）
9. 胎盘早剥
10. 胎儿窘迫
11. 母婴血型不合
12. 前置胎盘
13. 妊娠高血压
14. 产后出血（包括晚期产后出血）
15. 产褥中暑
16. 产褥感染
17. 子宫破裂
18. 羊水栓塞
19. 妊娠滋养细胞疾病
20. 妊娠期糖尿病

