



市政府关于调整常州市职工生育保险有关政策的通知

(2011年10月10日常州市人民政府常政规〔2011〕8号文发布)

为进一步完善我市职工生育保险制度，提高生育保险保障水平，根据《中华人民共和国社会保险法》、《江苏省城镇企业职工生育保险规定》（省政府令第161号）等有关规定，结合我市实际情况，现就职工生育保险政策调整有关事项通知如下：

一、实行职工生育保险市级统筹

职工生育保险在全市范围内逐步统一参保范围和参保对象、统一缴费基数和费率标准、统一待遇水平和支付标准、统一经办流程和信息系统。

建立职工生育保险市级统筹调剂金。各地每年按上一年度职工生育保险基金应收入额的一定比例提取市级统筹调剂金，提取比例暂定为7%，调剂金规模达到全市职工生育保险基金1个月的支付水平时，原则上不再提取。市级统筹调剂金在各地财政专户暂存，由市统筹用于适当弥补各地职工生育保险基金缺口，具



体管理办法由市人力资源社会保障部门会同市财政部门另行制定。

二、生育医疗费用待遇

生育医疗费用包括生育的医疗费用和计划生育的医疗费用。纳入职工生育保险范围的生育医疗费用实行“定额补贴、实时结算和零星报销相结合”的补偿办法，由职工生育保险基金支付；超出职工生育保险范围的，由参保人员自行承担：

（一）生育的医疗费用

生育的医疗费用包括妊娠后的产前检查费、产时住院医疗费、因生育引起的流、引产医疗费和妊娠期间至产后 120 天内因生育并发疾病（以下简称“因生育并发疾病”）的住院医疗费。因生育并发的疾病包括重度先兆子痫、子痫、妊娠期肝内胆汁淤积症、妊娠期急性脂肪肝、羊水栓塞、产后出血、产后急性肾功能衰竭、弥散性血管内凝血、产褥感染。因生育并发疾病的具体范围，市人力资源社会保障部门可根据实际情况予以调整并向社会公布。

参保人员发生的产前检查费实行定额补贴。参保人员妊娠 3 个月以上不满 7 个月流、引产的，产前检查费定额补贴标准为



500 元/人；7 个月以上引产及生育的，产前检查费定额补贴标准为 1000 元/人。

参保人员产时发生的符合规定的住院医疗费，4200 元以内部分由职工生育保险基金全额支付；超过 4200 元的部分，由基金支付 90%，个人承担 10%。参保人员因生育引起的流、引产发生的符合规定的医疗费，由职工生育保险基金按计划生育的医疗费用标准支付。参保人员因生育并发疾病发生的符合规定的住院医疗费，由职工生育保险基金支付 90%，个人承担 10%。参保人员持职工医保 IC 卡在职工生育保险定点医疗机构发生的产时住院医疗费、因生育引起的流、引产医疗费和因生育并发疾病的住院医疗费，应当由职工生育保险基金支付的，实行刷卡实时结算。参保人员符合规定的急诊、抢救或异地（含市外转院，下同）生育，在非职工生育保险定点医疗机构发生的医疗费，应当由职工生育保险基金支付的，由职工生育保险经办机构（以下简称“经办机构”）按规定予以报销。

参保后失业的女职工在领取失业保险金期间享受生育的医疗待遇。参保男职工未就业配偶可按参保人员补偿标准的 50% 享受生育的医疗待遇。

（二）计划生育的医疗费用



计划生育的医疗费用包括因计划生育需要，实施放置（取出）宫内节育器、避孕药皮下埋植（取出）术、流产术、引产术、绝育和复通手术所发生的医疗费用。

参保人员持职工医保 IC 卡在职工生育保险定点医疗机构发生的符合规定的计划生育的医疗费用，应当由职工生育保险基金支付的，实行刷卡实时结算。参保人员符合规定的急诊、抢救或异地计划生育，在非职工生育保险定点医疗机构发生的计划生育的医疗费用，应当由职工生育保险基金支付的，由经办机构按规定予以报销。

参保职工未就业配偶按国家规定享受计划生育的医疗费用待遇。

三、生育津贴

参保人员生育享受产假、享受计划生育手术休假的，按有关规定享受生育津贴。生育津贴按参保人员所在用人单位上年度职工月平均工资计发。

四、享受职工生育保险待遇的条件

需要享受职工生育保险待遇的人员，应当符合国家和省计划生育有关规定。



人口计生部门、经办机构及生育保险定点医疗机构应当按规定加强对生育、实施计划生育手术人员相关情况的核查，不符合享受职工生育保险待遇条件的人员，不得在生育保险定点医疗机构持职工医保 IC 卡结付生育医疗费用。

符合享受职工生育保险待遇条件的人员，应持而未持职工医保 IC 卡在生育保险定点医疗机构发生的生育医疗费用，职工生育保险基金原则上不予支付，但有正当理由的除外。

符合享受职工生育保险待遇条件的人员，同时符合享受城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗保险有关待遇的，同类待遇部分只可选择其中一种，不得重复享受。

五、生育保险定点医疗机构管理

具有助产技术和计划生育技术服务资质的基本医疗保险定点医疗机构、计划生育技术服务机构，可申请成为生育保险定点医疗机构。经办机构应当根据管理服务的需要，与生育保险定点医疗机构签订服务协议，明确双方权利和义务。

生育保险定点医疗机构资格的认定、管理和考核，按照基本医疗保险定点医疗机构管理有关规定执行，另有规定的除外。



经办机构与生育保险定点医疗机构生育医疗费用结算的具体办法，由市人力资源社会保障部门会同市财政、卫生等部门另行制定。

六、生育保险用药和医疗服务项目管理

生育保险用药范围按照国家和省的基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录执行。诊疗项目及医疗服务设施范围在基本医疗保险的基础上，根据生育医疗的特点，由市人力资源社会保障部门作相应调整，并向社会公布。对符合规定的药品、诊疗项目和医疗服务设施范围，职工生育保险基金支付时不分甲、乙类，不另行设定个人自付比例。

七、做好与社会保险配套法规的衔接

市人力资源社会保障部门应当做好与社会保险配套法规的衔接工作，关注国家、省社会保险配套法规立法动态，及时研究起草、修订完善我市职工生育保险政策规定，依法自行发布或者提请市政府发布，并做好政策宣传和咨询答复工作。

本通知自 2011 年 12 月 1 日起施行。我市以前有关规定与本通知不一致的，按本通知执行。今后，国家和省有新规定的，按新规定执行。金坛市、溧阳市可结合本地实际情况，制定具体实施办法。