

(以下附錄節錄自中華人民共和國珠海市人民政府的網站，全文可參閱
http://www.zhuhai.gov.cn/zw/fggw_44493/gfxwj_44496/201707/t20170718_23460112.html)

附錄

珠海市人民政府关于印发珠海市职工生育保险办法的通知 珠府〔2017〕48号

橫琴新区管委会，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
向市人力资源和社会保障局反映。

珠海市人民政府
2017年6月21日

珠海市职工生育保险办法

第一章 总则

第一条 为做好我市生育保险与基本医疗保险合并实施工作，保障职工在生育和实施计划
生育手术期间的基本医疗和生活保障，根据《国务院办公厅关于印发生育保险和职工基本医疗
保险合并实施试点方案的通知》(国办发〔2017〕6号)要求，以及《广东省职工生育保险规定》
(广东省人民政府令第203号)、《广东省实施〈女职工劳动保护特别规定〉办法》(广东省人
民政府令第227号)等有关法律、法规及政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 生育保险和基本医疗保险合并实施遵循“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成
本”的总体思路，通过整合两项保险基金及管理资源，强化基金共济能力，提升管理综合效能，
降低管理运行成本。

第三条 本市行政区域内的国家机关、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
法规定为本单位参加基本医疗保险的全部职工同步参加生育保险。

第四条 用人单位参加生育保险的费用与基本医疗保险费统一征缴，列入基本医疗保险基
金，不再单列生育保险基金收入，在基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支付项目。

第五条 市人力资源和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及生育医疗服务机构的协议管理
等工作。

市社会保障(市民)卡管理中心负责生育保险信息化建设工作。

市财政、地税、卫计、工会、审计等有关部门按照各自职责做好生育保险工作。

第六条 市人力资源和社会保障行政部门、市社会保险经办机构、市社会保障（市民）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 费用征缴

第七条 用人单位应按本市基本医疗保险办法有关参保规定，为本单位职工参加基本医疗保险一档或二档的同时参加生育保险，并按以下规定缴纳基本医疗保险费：

（一）参加基本医疗保险一档的，以职工本人工资的 8.5%按月缴纳，其中用人单位缴纳 6.5%（含生育保险费用 0.5%），个人缴纳 2%。

（二）参加基本医疗保险二档的，由用人单位以职工本人工资的 2.5%（含生育保险费用 0.5%）按月缴纳，职工个人不缴费。

职工本人工资超过本市上年度在岗职工月平均工资 300%以上的部分不计征基本医疗保险费；低于本市上年度在岗职工月平均工资 60%的，按本市上年度在岗职工月平均工资的 60%计征基本医疗保险费。

第八条 基本医疗保险费的征缴，按国家、省及本市有关社会保险费征缴的规定执行。

第三章 生育保险待遇

第九条 参加本市生育保险的职工（以下简称参保职工）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，所需资金从基本医疗保险统筹基金中支付。

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。产前检查项目分为常规项目和备查项目。常规项目指医疗机构应当为参保职工提供的基本医疗服务项目；备查项目指医疗机构根据参保职工具体情况建议检查的项目。

常规项目：普通产检、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、彩色多普勒超声检查 1 次。

备查项目：15-20 周妊娠中期非整倍体母体血清学筛查、血红蛋白电泳试验、抗 D 滴度检查（Rh 阴性者）、甲状腺功能筛查、宫颈脱落细胞学检查、宫颈分泌物检测淋球菌、宫颈分泌物检测沙眼衣原体。

其中，参保职工已享受本市免费孕期医学保健服务，如 5 次常规产检、夫妻双方全血细胞分析（含 MCH 和 MCV）检测、血糖筛查（孕 26-28 周）、地中海贫血筛查、甲状腺功能筛查等项目的，基本医疗保险统筹基金不重复支付。

2.住院分娩费用。参保职工住院分娩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。
4. 引产术。
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。

第十一条 纳入基本医疗保险统筹基金支付的生育医疗费用，按本市执行的基本医疗保险和生育保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目、基本医疗保险医疗服务设施的范围及标准执行。其中：

(一) 参保职工放置宫内节育器的，其宫内节育器的费用支付限额为 50 元，超出部分由参保职工自费。

(二) 镇痛泵按自费处理。

(三) 属本市减免的计划生育项目费用，基本医疗保险统筹基金不重复支付。

第十二条 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，由基本医疗保险统筹基金支付，个人不自付；在本市三级医疗机构发生的符合规定的生育医疗费用，由基本医疗保险统筹基金支付 80%，个人自付 20%。

第十三条 生育津贴是参保职工按照国家规定享受产假或计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。参保职工享受生育津贴的假期天数，按照下列规定计算：

(一) 女职工生育享受产假。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 个婴儿相应增加 15 天。

2. 怀孕未满 16 周终止妊娠的，15 天。

3. 怀孕满 16 周以上 28 周以下终止妊娠的，42 天。

4. 怀孕满 28 周以上终止妊娠的，75 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，1 天。

2. 放置宫内节育器的，2 天。

3. 施行输卵管结扎的，21 天。

4. 施行输精管结扎的，7 天。

5. 施行输卵管或输精管复通术的，14 天。

同时施行生育或节育手术的，合并计算假期。

第十四条 依照《广东省人口与计划生育条例》等生育法律、法规规定享受增加的产假和增加的计划生育手术休假期间，由用人单位按照规定发放工资，职工不享受生育津贴。

第十五条 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算。

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

平均缴费工资为基数，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缴费工资，按照用人单位上年度每月向市社会保险费征收机构申报缴纳基本医疗保险费的工资总额平均数，除以其每月参保职工的平均数确定。其中，用人单位上年度生育保险的缴费月数不超过 6 个月的，计算生育津贴基数时，上年度职工月平均缴费工资高于本市上年度在岗职工月平均工资的，以本市上年度在岗职工月平均工资为基数计算。

用人单位无上年度职工月平均缴费工资的，生育津贴以本单位本年度职工月平均缴费工资为基数计算。其中本单位本年度职工月平均缴费工资高于本市上年度在岗职工月平均工资的，以本市上年度在岗职工月平均工资为基数计算。

第十六条 生育津贴由用人单位按照职工原工资标准逐月垫付，产假或计划生育手术休假结束后，由用人单位提出申请，市社会保险经办机构按照规定拨付给用人单位。

职工原工资标准按《广东省实施<女职工劳动保护特别规定>办法》有关规定执行。

第十七条 参保职工分娩或施行计划生育手术时，其连续参保缴费不足 12 个月的，其生育医疗费用由个人垫付，相应的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，其生育医疗费用和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，由基本医疗保险统筹基金按本办法规定支付。

参保职工中断缴费不超过 3 个月（含）视为连续缴费，中断缴费超过 3 个月，视为新参保。

第十八条 参保职工连续参保缴费时间满 1 年，其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，其孕产费用由基本医疗保险统筹基金按费用发生当年参加本市基本医疗保险的城乡居民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。

参保职工连续参保时间未满 1 年的，其未就业配偶的孕产费用参照第十七条规定享受本条前款待遇。

第十九条 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基本医疗保险统筹基金支付，其未就业配偶不享受本办法规定的生育保险待遇。

第二十条 下列生育医疗费用不纳入基本医疗保险统筹基金支付范围：

- (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

第二十一条 生育医疗服务实行定点管理。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基本医疗（生育）保险服务协议，由其为参保人提供生育

医疗服务：

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

(二) 本市基本医疗保险定点医疗机构，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》，并具备与市社保经办机构联网结算的条件。

第二十二条 参保职工应在与市社会保险经办机构签订基本医疗（生育）保险服务协议的重点机构（下称生育定点机构）产前检查、住院分娩或施行计划生育手术。

第二十三条 参保职工怀孕后，应选定 1 家生育定点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，基本医疗保险统筹基金不予支付。

第二十四条 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。

(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。

第二十五条 参保职工因以下原因需变更前检查机构的，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：

(一) 工作单位或住址改变。

(二) 选定的生育定点机构被暂停生育医疗服务、终止或被解除基本医疗（生育）保险服务协议。

第二十六条 参保职工可任选 1 家生育定点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办理费用结算。其中住院分娩的，应同时提供第二十四条第（二）项规定的资料。

第二十七条 参保职工在市内非生育定点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以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按 50% 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定点机构分娩或施行计划生育手术的，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，由基本医疗保险统筹基金据实支付，超出部分不予支付。

(二) 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以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按 80% 支付，超出部分不予支付。

第二十八条 参保职工在无生育或施行计划生育手术资质的医疗机构接受相应医疗服务的，其生育医疗费用基本医疗保险统筹基金不予支付。同时，市社会保险经办机构应将相关情况通报给卫生计生行政部门。

第二十九条 参保职工在市外产前检查、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，由基本医疗保险统筹基金据实支付，超出部分不予支付。

(二) 在市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以内的部分，由基本医疗保险统筹基金按 80% 支付，超出部分不予支付。

第三十条 参保职工怀孕、分娩期间或施行计划生育手术时合并或并发疾病，其疾病治疗的住院核准医疗费用（保胎费用除外）由基本医疗保险统筹基金按相关规定支付。其中当次住院同时发生生育医疗费用及疾病医疗费用，按以下规定支付：

(一) 生育医疗费用及疾病医疗费用合计在生育保险结算额度内的，由基本医疗保险统筹基金按生育医疗费用相关规定支付。

(二) 生育医疗费用及疾病医疗费用合计超过生育保险结算额度的，在生育保险结算额度内的部分由基本医疗保险统筹基金按生育医疗费用相关规定支付，超出生育保险结算额度的部分由基本医疗保险统筹基金按《珠海市基本医疗保险办法》相关规定支付。

第五章 费用支付

第三十一条 参保职工在市内生育定点机构发生的符合本办法规定的生育医疗费用，属于基本医疗保险统筹基金支付的部分，由市社会保险经办机构与生育定点机构按规定联网结算；属于个人支付的部分由生育定点机构直接向参保职工收取。

第三十二条 市社会保险经办机构与生育定点机构的结算额度，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，结合政策调整、居民消费价格指数、医疗服务价格调整等有关因素，经与生育定点机构协商，报市人力资源和社会保障行政部门审定后执行。

(二) 住院分娩额度：初次确定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、医疗服务价格调整等有关因素，经与生育定点机构协商，报市人力资源和社会保障行政部门审定后执行。

(三) 计生项目额度：按每个项目确定结算额度。初次确定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、医疗服务价格调整等有关因素，经与生育定点机构协商，报市人力资源和社会保障行政部门审定后执行。

第三十三条 生育医疗费用结算额度每年由市社会保险经办机构向社会公布。生育医疗费用结算额度需调整的，由市社会保险经办机构根据本办法第三十二条所列的有关因素及基本医疗保险统筹基金运行情况提出调整意见，报市人力资源和社会保障行政部门审定后执行。

第三十四条 生育医疗费用按月结算，年度清算。其中，产前检查费用在结算额度内的据实结算，超出结算额度的先按结算额度结算，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。

第三十五条 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 × 年度内生育定点机构产前检查人次

中途变更产前检查机构的人次不计入年度内生育定点机构产前检查人次。

(二) 住院分娩月结算额度 = 每人次住院分娩结算额度 × 生育定点机构当月分娩(出院)人次

(三) 住院分娩年结算额度 = 年度内生育定点机构住院分娩月结算额度之和

(四) 某计生项目月结算额度 = 每人次该计生项目结算额度 × 生育定点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 = 年度内生育定点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

第三十六条 生育定点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),由市社会保险经办机构按以下办法清算:

(一) 在年结算额度 92% 以内的,据实清算。

(二) 在年结算额度 92% (含 92%) -96% 的,除据实清算外,其 92% (含 92%) -96% 之间未使用部分的 50% 及 96% (含 96%) -100% 之间的未使用部分支付给生育定点机构。

(三) 在年结算额度 96% (含 96%) 以上的,按年结算额度清算。

第三十七条 生育定点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,因政策调整、医疗服务价格标准调整导致超支的,可在基本医疗保险统筹基金当年有结余的情况下,结合生育定点机构履行生育医疗服务协议的情况给予适当补偿。

第三十八条 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。

第三十九条 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) 在市外发生未联网结算的生育医疗费用。

(二) 在市内非生育定点机构发生生育医疗费用。

(三) 因特殊原因在市内生育定点机构未能实现结算。

第四十条 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。

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. 财税统一印制的医疗费用票据及费用明细清单。

代为申领的,代领人应提供其本人身份证明。

(二) 计生费用:

1. 本人社会保障卡。

- 2.诊断证明或手术证明。
- 3.财税统一印制的医疗费用票据及费用明细清单。

代为申领的，代领人应提供其本人身份证明。

第四十一条 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) 市人力资源和社会保障部门规定的其他证明材料。

第四十二条 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。

第四十三条 用人单位申领生育津贴应当提供相关资料。其中，用人单位申请产假津贴时，其职工未申请生育医疗费用待遇的，应同时提供以下资料原件：

(一) 产假津贴：

- 1.职工本人社会保障卡。
- 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(终止妊娠的除外)。
- 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。

(二) 计划生育手术休假津贴：

- 1.职工本人社会保障卡。
- 2.诊断证明或手术证明。

第四十四条 参加本市生育保险的外国人及港澳台人员，累计最多可享受2次孕产费用及相应的产假津贴待遇(含国内户籍时已享受的待遇次数)。申请待遇时，无需提供符合计划生育政策的证明。

第四十五条 生育保险待遇自参保职工进行产前检查、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，基本医疗保险统筹基金不再支付。

第六章 监督管理

第四十六条 用人单位未按照规定为职工参保缴费，造成职工或其未就业配偶不能享受生育保险待遇的，由用人单位按照本办法规定的生育保险待遇标准支付相关费用。

用人单位参加生育保险并按规定补足应当缴纳的基本医疗保险费、滞纳金后，由基本医疗保险统筹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。补缴后核定连续缴费参保时间时，其补缴时间段不予接续。

第四十七条 职工已享受市外基本医疗保险或生育保险提供的生育保障待遇的，生育保险待遇按以下规定处理：

(一) 已享受市外城镇(乡)居民基本医疗保险或新型农村合作医疗提供的生育保障待遇的，其生育医疗费用按补差的原则报销，即我市生育医疗费待遇应支付数减去其城镇(乡)居民基本医疗保险或新型农村合作医疗已报销生育医疗费费的差额部分。

(二) 已享受市外职工生育保险待遇的，本市基本医疗保险统筹基金不予支付。

第四十八条 各有关单位和职工本人应如实反映与生育保险有关的情况，并对所提材料的真实性负责。职工、用人单位、医疗机构及其他有关单位、人员隐瞒事实真相、出具伪证或者以其他不正当手段参加生育保险、骗取生育保险待遇的，社会保险行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构应当记录在案，按照规定将相关人员或者单位的违法信息及时纳入相关信用信息数据库，并通过新闻媒体或者本单位门户网站予以公开。

生育保险其他法律责任按《中华人民共和国社会保险法》、《广东省职工生育保险规定》、《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。

第四十九条 违反社会保险相关法律，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附则

第五十条 根据生育医疗费用变化、基本医疗保险基金收支等情况，需对基本医疗保险费率、待遇支付范围和标准等作调整的，由市人力资源和社会保障行政部门提出意见，报市人民政府批准后执行。

第五十一条 职工生育保险和基本医疗保险统一征缴后，参保职工原生育保险的参保缴费年限按规定予以接续。

省内流动就业人员生育保险关系衔接按基本医疗保险有关规定予以接续。

第五十二条 本办法由市人力资源和社会保障行政部门负责解释。

第五十三条 本办法自 2017 年 7 月 1 日起施行，有效期 5 年。《珠海市人民政府关于印发职工生育保险办法的通知》（珠府〔2013〕100 号）同时废止。