**秦皇岛市城镇职工生育保险**

**市级统筹实施办法**

第一章 总则

第一条 为了进一步完善我市城镇职工生育保险体系，提高生育保险统筹层次，增强生育保险基金的保障水平和抗风险能力，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》（国务院令第619号）和省政府办公厅《关于加快推进城镇基本医疗保险市级统筹指导意见》（冀政办函〔2014〕57号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条我市行政区域内的所有用人单位，包括城镇企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、城镇个体经济组织（以下简称用人单位），按照属地管理原则参加城镇职工生育保险；参加城镇职工基本医疗保险的灵活就业人员，可参加生育保险，实行市级统筹后按照本办法规定执行。

第三条 从2015年1月1日起通过建立调剂金制度，全面实现城镇职工生育保险市级统筹，达到统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办流程和统一信息管理系统的目标。

第四条 人力资源和社会保障行政部门负责城镇职工生育保险市级统筹的组织实施工作，各级人力资源和社会保障部门要密切配合、及时沟通、协调，年底前，缴费标准、待遇支付水平等逐渐向新制度过渡，确保市级统筹顺利实施。

市财政部门负责生育保险基金的财政专户管理，审核监督基金的使用，监督市级统筹基金年度考核制度的执行，参与审核市级统筹调基金额度分配，负责市级统筹调剂金划拨工作。

市审计部门负责全市生育保险基金的依法审计工作。

市卫生部门负责加强各级医疗机构建设，完善管理，提高医疗服务质量。

第五条生育保险工作纳入政府目标考核管理，各县 (区)政府要加强组织领导，切实做好协调和督导工作，确保完成目标任务。

第二章 基金筹集

第六条 生育保险费根据“以支定收、收支平衡”的原则筹集，由用人单位在缴纳基本医疗保险费的同时一并缴纳，职工个人不缴纳生育保险费；灵活就业人员生育保险费需个人缴纳，由生育保险经办机构委托银行于每月20日前从基本医疗保险缴费卡中代扣代缴。达到规定缴费年限的退休人员不缴纳生育保险费。

市、县（区）财政拨款的行政事业单位生育保险费由同级财政部门按时拨付。

第七条 已参保的用人单位继续在原参保地医疗保险经办机构办理生育保险业务。

第八条 市级统筹后，新参保的机关、事业单位隶属于县区以下的到相应县区医疗保险经办机构办理参保手续，隶属于市级以上的到市医疗保险经办机构办理；企业在其工商营业执照注册登记机关所在地医疗保险经办机构办理参保手续，在市以上工商行政管理机关注册的，到市医疗保险经办机构办理；社会团体等其他单位和组织在其注册审批机关所在地医疗保险经办机构办理参保手续，在市级以上注册审批的到市医疗保险经办机构办理。

第九条 参加生育保险的职工和灵活就业人员在统筹区域内可办理关系转移接续。单位参保地发生变更或参保职工离开原单位到新单位就业，应在30日内办理参保关系转移接续手续。

第十条 财政拨款的国家机关、事业单位和其他社会组织以及灵活就业人员生育保险缴费标准为基本医疗保险缴费基数的0.3%；企业、民办非企业单位、个体经济组织等非财政拨款单位生育保险缴费标准为基本医疗保险缴费基数的0.8%。

第三章 生育保险待遇

第十一条 职工按规定参加生育保险并在职工分娩或计划生育手术前连续缴纳生育保险费满一年的，方可享受生育保险待遇。

第十二条 生育保险待遇包括生育医疗费和生育津贴。

第十三条 生育医疗费包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用和法律、法规规定的应当由生育保险基金支付的其他项目费用。

生育的医疗费用指女职工在孕产期内因怀孕、分娩发生的医疗费用，包括符合规定的产前检查及分娩住院期间诊治妊娠合并症、并发症的医疗费用。不属于生育保险基金支付范围的医疗费用，按规定纳入基本医疗保险基金支付范围。

计划生育的医疗费用指职工放置或者取出宫内节育器、施行输卵管或者输精管结扎及复通手术、实施人工流产或者引产术等发生的医疗费用。

第十四条 女职工生育及计划生育手术医疗费实行定额结算。医疗费定额结算标准根据当地定点医疗机构的级别确定。

第十五条 按基本医疗保险缴费基数0.3%标准缴纳生育保险费的，不享受生育津贴；按基本医疗保险缴费基数0.8%标准缴纳生育保险费的，其女职工的生育津贴由生育保险基金支付。因工作变动，按0.3%标准缴费转为按0.8%标准缴费的人员，须连续按0.8%标准缴费满一年，方可享受生育津贴待遇。

第十六条 女职工生育及计划生育手术按照法律、法规的规定享受以下产假：

(一）女职工产假98天，其中产前假15天；难产的，增加产假15天；生育多胞胎的，每多生育一婴，增加产假15天。

(二）女职工符合计划生育有关规定，怀孕后流产的，根据生育保险定点医疗机构出据的证明，享有产假。女职工怀孕不满4个月流产的，享受15天产假；怀孕满4个月（含4个月）流产的，享受42天产假。

第十七条 女职工生育津贴标准按照职工所在参保单位上年度职工月平均工资除以30天再乘以产假天数计发。

生育津贴高于生育女职工本人工资标准的，用人单位不得克扣、截留或挪用,全额支付给本人；生育津贴低于女职工本人工资标准的，差额部分由用人单位补足。

领取生育津贴期间，生育保险关系转移到其他统筹地区或职

工死亡的，生育保险关系自行终止，从次月起停止发放生育津贴；职工终止生育保险关系的，从次月起停发生育津贴。

第十八条 用人单位及灵活就业人员中断缴费3个月以内（含3个月）及时补缴到账的，视同连续缴费，按规定享受生育保险待遇；中断缴费3个月以上的,中断期间的生育保险待遇生育保险基金不予支付。用人单位及灵活就业人员在补足所欠金额及滞纳金后，其职工及灵活就业人员可从补缴到账之日起按规定享受相应的生育保险待遇。中断缴费期间其职工的生育保险待遇由用人单位按照生育保险有关规定的项目和标准支付。

第十九条 用人单位应在参保职工产后一年内及时向医疗保险经办机构申领生育保险待遇，逾期未申请办理的，女职工应享受的生育保险待遇由用人单位负担。灵活就业人员产后一年内应及时申领生育保险待遇，逾期未申领的生育保险基金不予支付。

第二十条 职工违反计划生育规定的，不享受生育保险待遇。

第四章 就医结算和医疗服务管理

第二十一条 参保人员按规定持社会保障卡及相关材料到确定的定点医疗机构生育或实施计划生育手术，生育及计划生育手术医疗费用即时结算。

第二十二条 因特殊情况，需要在异地生育的参保职工，产前应按规定向当地医疗保险经办机构提出申请，并办理异地生育审批手续。

第二十三条 未经批准或未办理备案手续而到参保地以外或非定点医疗机构就医生育的，其生育及计划生育医疗费用生育保险基金不予支付。

第二十四条 女职工出国以及赴港、澳、台地区期间发生的生育医疗费用，生育保险基金不予支付。

第二十五条生育保险基金支出的生育及计划生育手术医疗费用，由市、县（区）医疗保险经办机构与生育保险定点医疗机构按月结算。

第二十六条 生育保险定点医疗机构由人力资源和社会保障行政部门审核认定，县（区）审核认定的应报市级备案。对生育保险定点医疗机构的资格准入和退出、考核评定、违规处罚、服务协议管理等执行统一标准。

第二十七条 生育保险定点医疗机构实行分级管理，市、县（区）医疗保险经办机构分别与本级确定的生育保险定点医疗机构签订医疗服务协议，并依据服务协议，对生育保险定点医疗机构的基金支出和医疗服务质量进行监督检查与考核。

第二十八条 市人力资源和社会保障行政部门负责统一组织对全市生育保险定点医疗机构进行年度考核、信用等级评定和专项检查。

第五章 基金管理

第二十九条 生育保险基金实行“收支两条线”管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。实行市级统筹后，执行统一的社会保险预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。市级财政专户下设市级统筹调剂金专户，统筹调剂金全市统一管理、核算和拨付使用。

第三十条 市级统筹前各县（区）城镇职工生育保险累计结余基金，经专项基金审计后，由当地医疗保险经办机构管理。各县（区）财政及用人单位所拖欠的生育保险基金和各经办机构拖欠生育保险定点医疗机构以及参保职工的生育医疗费和生育津贴要在2014年年底前全部结清，应支付的生育保险待遇缺口部分由同级政府协调解决。

第三十一条 市、县(区)医疗保险经办机构应按照上年度本级统筹基金结余的20％计提市级统筹调剂金，并经市、县(区)人力资源和社会保障部门与财政部门共同审核确认，于1月底前将计提的统筹调剂金上解到市级统筹调剂金专户。市级统筹调剂金滚存总额达到全市当年统筹基金收入总额的10%时不再提取。

第三十二条市级统筹调剂金每年调剂一次，于当年4月底前完成，统筹调剂金余额结转下年使用。

市、县(区)上年度统筹基金收不抵支缺口部分，由市级统筹调剂金弥补；市级统筹调剂金不足时，按市级统筹调剂金总额占应调剂总额的比例调剂；调剂后的基金仍有缺口部分由本级历年结余基金弥补；历年结余基金不足以弥补的,由同级政府协调解决。

第三十三条 实行基金运行年度考核制度。对各县（区）实行生育保险基金征收总量计划控制,每年由市人力资源和社会保障部门会同市财政部门向各县（区）下达生育保险基金征缴计划，年终进行核算。对未完成当年扩面征缴任务或生育保险待遇不合理支出,而造成统筹基金收不抵支的，市级统筹调剂金不予调剂。

第三十四条 符合使用市级统筹调剂金的地区，需在每年1月底前提出书面申请，并填写《市级统筹调剂金使用申请表》，报同级人力资源和社会保障部门、财政部门审核后，上报市级人力资源和社会保障部门、财政部门批准拨付。

第六章 业务经办及信息系统管理

第三十五条 实行市级统筹后，各级医疗保险经办机构的隶属关系不变，生育保险业务实行市、县（区）分级经办。

第三十六条 市医疗保险经办机构负责对县（区）进行业务指导和监督检查。全市统一规范业务经办流程，完善管理办法，全面提高生育保险管理水平和服务质量。

第三十七条 依托社会保障卡应用，按照“金保工程”的要求，建立统一的生育保险信息管理系统，使用统一的应用软件，建立统一的数据库和覆盖全市医疗保险经办机构和定点医疗机构的信息网络平台，实现参保人员在全市范围内生育结算“一卡通”。

第三十八条 医疗保险经办机构可委托专业中介机构参与用人单位参保缴费等情况的稽核工作，所需稽核经费列入同级财政预算。市级统筹后工作量增加，同级财政部门要适当增加经费预算，确保目标工作完成。

第七章 附则

第三十九条 本办法具体实施细则和相关配套政策由市人力资源和社会保障局会同有关部门另行制定。

第四十条 本办法自2015年1月1日起施行。我市现行生育保险政策与本办法不一致的，按本办法执行。