附件

天津市职工生育保险规定

（公开征求意见稿）

1. 总则

**第一条** 为了维护职工的合法权益，保障女职工在生育期间获得基本的医疗和生活保障，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共中央 国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》（中发〔2021〕30号）和有关法律、法规，结合本市实际，制定本规定。

**第二条** 本规定适用于本市行政区域内职工生育保险的参保缴费、待遇支付、基金管理、经办服务及监督监管等活动。

  **第三条** 本市职工生育保险实行全市统筹，遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对等、公平与效率相结合的原则，推进职工生育保险高质量可持续发展。

**第四条** 市和区医疗保障行政部门负责本行政区域内的职工生育保险管理工作。

　　财政、卫生健康、人社、税务、审计等部门，在各自职责范围内负责有关的职工生育保险工作。

　　医疗保障经办机构负责提供职工生育保险经办服务。

 市医疗保障行政部门可以委托市医疗保障行政执法机构，具体实施职工生育保险监督检查等行政执法工作。

  **第五条** 本市加强与其他省市职工生育保险合作，做好区域职工生育保险工作协同。按照国家统一规定做好职工生育保险跨统筹地区待遇衔接、异地就医直接结算等有关工作。

1. 参保缴费

 **第六条** 国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及职工，应当参加职工生育医疗保险。

 灵活就业人员在参加职工基本医疗保险后，可以同步缴纳职工生育保险费，纳入职工生育保险保障范围。

 **第七条** 用人单位依法为其职工申请办理职工生育保险参保登记。参加职工生育保险的灵活就业人员，应当自行申请办理参保登记。

**第八条** 用人单位应当按照上年度职工月平均工资之和的0.5%按月缴纳职工生育保险费，职工个人不缴费。参加职工基本医疗保险的灵活就业人员同步参加职工生育保险，并按缴费基数的0.5%按月缴纳职工生育保险费。

**第九条** 职工基本医疗保险和生育保险合并实施，统一征缴。按照参加职工生育保险和职工基本医疗保险的缴费比例之和确定新的职工基本医疗保险费率。

**第十条** 领取失业保险金人员参加职工生育保险应当缴纳的生育保险费从失业保险基金中支付，个人不缴费，并按规定享受生育医疗费用和生育津贴待遇。

**第十一条** 用人单位应当依法自行申报、按时足额缴纳职工生育保险费，逾期缴纳的按规定收取滞纳金。职工生育保险费征收机构应当依法按时足额征收职工生育保险费。

 **第十二条** 本市职工生育保险费率根据经济社会发展水平、基金运行等情况确定并适时作相应调整。市医疗保障行政部门应当会同市财政等有关部门及时提出具体方案和调整方案，报市人民政府批准后执行。

1. 待遇支付

 **第十三条** 参加职工生育保险的用人单位职工自缴费当月起、灵活就业人员自连续正常缴费满六个月起享受职工生育保险待遇。

**第十四条** 参保人员中断缴费后享受生育医疗费用待遇条件与职工基本医疗保险保持一致。参保人员生育或终止妊娠当月按规定正常享受职工生育保险待遇，且当前连续缴费（含补缴）六个月以上具备生育津贴申领条件；领取生育津贴的当月应按规定正常享受职工生育保险待遇。

**第十五条** 职工生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

　　（一）生育医疗费用包括下列各项：

　　1．生育的医疗费用；

　　2．计划生育的医疗费用；

　　3．法律、法规规定的其他项目费用。

　　（二）职工有下列情形之一的，可以按照国家和本市规定享受生育津贴：

　　1．女职工生育享受产假；

　　2．享受计划生育手术休假；

　　3．法律、法规规定的其他情形。

**第十六条** 女职工生育或终止妊娠，按日享受生育津贴。用人单位职工生育津贴日标准按照其生育或终止妊娠时所在单位上年度职工月平均工资除以30.4计算。灵活就业人员生育津贴日标准按照上年度灵活就业人员缴费基数除以30.4计算。

（一）妊娠未满4个月流产的，享受15天生育津贴；

　　（二）妊娠满4个月流产的，享受42天生育津贴；

（三）生育婴儿的，享受98天生育津贴；难产的，增加15天生育津贴；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加15天的生育津贴。在此基础上，按照国家有关规定延长生育婴儿的女职工生育津贴支付天数。

**第十七条** 参保女职工的生育津贴实行分类申领和发放。其中，机关事业单位由单位申领并代为发放；企业由单位申请由医保经办机构发放给参保女职工。灵活就业人员由本人申领并由医保经办机构发放给本人。产假期间的工资标准高于医保经办机构核定的生育津贴标准的，应将差额部分发放给女职工本人。

**第十八条** 女职工生育期间出现并发症或合并症的，实行按项目支付，其中，合并症医疗费由本市基本医疗保障按规定支付，符合政策范围内的并发症费用由职工基本医疗保险全额报销。

 **第十九条** 参保人员发生的生育医疗费用按照规定纳入职工生育保险支付，有下列情形之一的除外：

 （一）应当从工伤保险基金中支付的；

 （二）应当由第三人负担的；

 （三）应当由公共卫生负担的；

 （四）在境外就医的；

 （五）国家和我市规定的其他不予支付的情形。

**第二十条** 参加本市职工基本医疗保险的各类退休人员，发生的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，由职工生育保险按照本办法有关规定报销。

**第二十一条** 职工生育保险报销范围按照本市基本医疗保险、生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准执行。综合考虑医保（含生育保险）基金可承受能力、相关技术规范性的因素，逐步将适宜的分娩镇痛和辅助生殖技术项目按程序纳入基金支付范围。

 **第二十二条** 生育的医疗费用和计划生育的医疗费用等支付标准和结算方式，由市医疗保障行政部门会同市财政、卫生健康部门根据经济社会发展水平、基金运行情况制定。

1. 基金管理

  **第二十三条** 职工生育保险基金管理应当坚持以支定收、收支基本平衡的原则，实行全市统筹，确保基金稳定、可持续运行。

 **第二十四条** 职工生育保险基金由下列各项构成：

　　（一）用人单位或灵活就业人员缴纳的生育保险费；

　　（二）生育保险基金的利息；

　　（三）滞纳金；

　　（四）其他资金。

 **第二十五条** 职工生育保险基金并入职工基本医疗保险基金后，纳入社会保险财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用。

**第二十六条** 职工生育保险和职工基本医疗保险并实施后，不再单列生育保险基金收入，在职工基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。

**第二十七条** 职工生育保险基金与职工基本医疗保险基金预算、决算合并编制，具体由市医疗保险经办机构编制（收入预算、决算应会同市税务部门编制），经市医疗保障行政部门同意、市财政部门审核后，报市人民政府审批。

1. 经办服务

**第二十八条** 实行定点医疗机构协议管理。职工生育、实施计划生育手术等，应当到具有助产、计划生育技术服务资质的基本医疗保障定点医疗机构生产或就医。

医保经办机构应当与具有助产、计划生育技术服务资质的基本医疗保障定点医疗机构签订协议，并向社会公布。

**第二十九条** 参保人员在异地发生的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，先由个人垫付后统一向医保经办机构进行申报。医保经办机构应及时予以审核支付。

**第三十条** 参保人员自在本市办理生育服务登记当日起，开始享受职工生育保险待遇。参保人员在异地办理生育服务登记或是因不符合本市生育服务登记条件未能办理生育服务登记，在医疗保障经办机构办理妊娠登记手续后视同一孩享受相关待遇，本人可以提供相关材料明确孩数的除外。

**第三十一条** 医保经办机构应当加强协议管理，对定点医药机构违反服务协议经审查核实的，依据服务协议给予相应处理。定点医疗机构违规申报费用经审查核实的，医疗保障经办机构不予支付。定点医疗机构不得将被拒付的费用转由参保人员承担。

 **第三十二条** 定点医疗机构为参保人员提供规定项目以外的医疗项目和生育保险规定不予支付的项目，并收取相应费用的，必须征得参保人员同意。

**第三十三条** 推进生育保险支付方式改革，普遍实施住院分娩医疗费用按病种、产前检查按人头的支付方式，引导定点医疗机构合理诊疗，进一步控制生育成本。

**第三十四条** 做好生育保险参保和待遇核准支付工作，推动生育保险待遇核定与支付“跨省通办”。协同推进出生医学证明、儿童预防接种、户口登记、医保参保等“出生一件事”联办。

1. 监督监管

**第三十五条** 用人单位不按照本规定参加生育保险、缴纳生育保险费，或者欠缴、少缴生育保险费造成职工生育保险待遇损失的，由用人单位按法律法规有关规定予以支付。

**第三十六条** 市医保、财政部门对生育保险基金实施监督管理。市审计部门依法对医疗保障经办机构生育保险基金的收支、管理等情况进行审计。

**第三十七条** 本市各级人民政府、医疗保障行政部门和其他负有监督管理职责的部门在职工生育保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第三十八条** 鼓励支持单位和个人对违反职工生育保险相关法律、法规的行为进行举报，经查证属实的，按照有关规定给予奖励。接受举报的部门，应当对举报人的相关信息予以保密。

**第三十九条** 定点医疗机构及其工作人员，参保人员等存在违法违规行为，属于职工生育保险服务协议规定内容的，按照协议约定进行处理；属于法律、法规和规章行政处罚规定范畴的，依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

1. 附 则

**第四十条** 市医保行政部门会同市财政、市卫生健康、市税务、市人社等部门另行制定职工生育保险规定实施细则。

**第四十一条** 本规定自2022年 月 日起施行，有效期\*年。

附件2

《天津市职工生育保险规定》实施细则

（公开征求意见稿）

为贯彻落实《天津市职工生育保险规定》，切实维护职工的合法权益，促进公平就业，特制定本实施细则。

1. 总则

**第一条** 《规定》第四条所称“医疗保障经办机构”是指市医疗保障基金管理中心及所属分支机构，以及市医疗保障基金结算中心。

**第二条** 《规定》第四条所称“市医疗保障行政执法机构”是指“天津市医疗保障基金监督检查所”。

1. 参保缴费

**第三条** 《规定》第六条“灵活就业人员”是指无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员。

**第四条** 《规定》第八条所涉及用人单位上年度职工月平均工资在计算时，低于本市社会保险缴费基数最低标准的，按照本市社会保险缴费基数最低标准计算；高于本市社会保险缴费基数最高标准的，按照本市社会保险缴费基数最高标准计算。用人单位上年度职工月平均工资无法确定的，按照上年度发布的本市职工月平均工资计算。

**第五条** 《规定》第八条所涉及灵活就业人员，也可以按季、半年、年缴纳职工生育保险费，缴费时间为每季、半年、年的首月。

**第六条** 《规定》第十条所称“按规定享受生育医疗费用和生育津贴待遇”是指，领取失业保险金人员自申领失业保险金当月起发生的生育医疗费用纳入职工生育保险报销；生育津贴申领条件为生育或终止妊娠当月按规定正常享受职工生育保险待遇，且当前连续缴费（含补缴）六个月以上，领取生育津贴当月还应按规定正常享受职工生育保险待遇。

**第七条** 灵活就业人员在缴纳职工生育保险后，在进入待遇享受期之前，可以申请退费。具体退费条件比照职工基本医疗保险执行。

1. 待遇和支付

**第八条** 《规定》第十四条关于所称“参保人员中断缴费后享受生育医疗费用待遇条件与职工基本医疗保险保持一致”，主要包括：

 （一）用人单位和连续缴费满六个月的灵活就业人员，中断缴费三个月内恢复正常缴费并办理补缴的，补缴月份发生的医疗费用按规定报销。超过三个月的，补缴月份发生的医疗费用不予报销。

（二）灵活就业人员在待遇等待期中断缴费三个月内恢复正常缴费并足额补缴的，待遇等待期连续计算。超过三个月的，自恢复正常缴费当月起重新计算等待期，再次连续缴费满六个月后，发生的医疗费用按规定予以报销。

（三）参保人员办理职工基本医疗保险关系转移接续前后，已连续参加基本医疗保险两年及以上（不含补缴）且中断缴费三个月内重新参加本市职工基本医疗保险的灵活就业人员，自参保缴费之月起享受待遇；超过三个月的，设置六个月等待期，等待期期间发生的医疗费用不予报销。

（四）参保人员与用人单位终止、解除劳动合同或领取失业保险金期满后三个月内在个人窗口缴纳参保缴费的，自参保缴费当月起，发生的医疗费用医保按规定报销。

（五）其他职工基本医疗保险判断规则。

**第九条** 《规定》第十五条所称“生育的医疗费用”，是指产前检查费、生育医疗费用，具体包括：药费、化验费、检查费、治疗费、手术费、材料费等。“计划生育的医疗费用”，是指参保人员实施放置（取出）宫内节育器、流产术、引产术、绝育术和复通术等所发生的医疗费用。

**第十条** 《规定》第十六条所称“生育津贴”，是指参保女职工按国家规定在享受产假等期间应获得的生活费用。“难产”，是指女职工生育时采用产钳助产、胎头吸引术、臀位助娩和剖宫产的（无医学指征，而由职工个人要求实施的剖宫产除外）。

**第十一条** 《规定》第十八条所称“生育期间出现并发症或合并症”，包括计划生育手术并发症、分娩期出现生育并发症或合并内科外科疾病。其中，计划生育手术并发症应当由市或区卫生健康部门负责认定，并开具鉴定结论；分娩期出现生育并发症是指从分娩开始，到本次分娩结束期间出现下列情况：子宫破裂；羊水栓塞前置胎盘、胎盘粘连或植入需采取急救止血治疗者；产后出血；会阴Ⅲ度及复杂裂伤行缝合术的；妊娠期高血压疾病中的重度子痫前期和子痫。

**第十二条** 《规定》第十九条所涉及“在境外就医的”费用不予支付，是指参保人员境外发生的生育的医疗费用及计划生育的医疗费用，生育保险基金不予支付。生育津贴按照本市生育保险有关规定执行。在港澳特区和台湾发生的相关费用参照本市条款规定执行。

参保人员妊娠期间因保胎治疗和期待疗法发生的医疗费用，职工基本医疗保险和生育保险不予支付。

**第十三条** 《规定》第二十一条“药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准”，具体是指《天津市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《天津市基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录暨服务设施标准》。

**第十四条** 《规定》第二十二条所称“支付标准和结算办法”，主要指生育的医疗费和计划生育手术的医疗费等费用的项目名称、付费方式（包括按人头限额支付、按病种定额支付、按项目支付等）、支付标准或比例（详见附件）。

**第十五条** 参保人员妊娠28周（含）以上采取腔内注射、水囊引产、药物引产等引产方式终止妊娠的，对应规定的引产、自然分娩、人工干预分娩、单纯剖宫产等支付项目，确定相应的待遇支付标准。

**第十六条** 参保人员终止妊娠或实施计划生育手术时出现合并症或并发症的，发生的医疗费用参照分娩期生育并发症或分娩期内合并严重内外科疾病有关待遇支付标准执行。

1. 基金管理

**第十七条** 职工基本医疗保险基金和生育保险基金合并建账和核算，执行国家统一的会计制度。合并征收的职工基本医疗保险费按规定缴入国库，并及时划入财政专户。

**第十八条** 加强生育保险运行分析，根据生育保险实际筹资费率测算基金收入，全面准确掌握生育保险基金收支运行、待遇享受人数、待遇支付等情况。

 **第十九条** 医疗保险经办机构应当定期向社会公布参加职工生育保险情况以及生育保险基金的收入、支出、结余等情况。

**第二十条** 《规定》第二十六条中“设置生育待遇支出项目”，是指设置“生育待遇支出”科目，用以职工生育保险医疗费用支出和生育津贴支出记账使用。

1. 经办服务

**第二十一条** 职工生育保险和职工基本医疗保险合并实施后，统一经办管理，规范经办流程，并充分利用医疗保障信息平台，实行信息系统一体化运行。

**第二十二条**《规定》第二十八条“实行定点医疗机构协议管理”时，医疗保险经办机构与定点医疗机构签订相关医疗服务协议时，要将生育服务有关要求增加到协议内容。

**第二十三条**《规定》第三十条“不符合本市生育服务登记条件未能办理生育服务登记”，主要包括非婚生育、异地生育、双方均未外籍或港澳台同胞等情况。“视同一孩享受相关待遇”，具体情形如下：

（一）异地办理生育服务登记在本市无法得知孩数，视同一孩享受生育津贴待遇；

（二）非婚生育参保女职工在本市未进行生育服务登记无法得知孩数，视同一孩享受生育医疗费和生育津贴待遇。

 **第二十四条** 对产前检查费、部分计划生育手术的医疗费用实行按人头限额支付，对生育医疗费用实行按病种定额支付，按人头限额支付、按病种定额支付标准包括全程医疗费用（不含自费药品和诊疗项目、服务设施）。参保人员发生医疗费用超出上述支付标准的以上部分，定点医疗机构另行参保人员收取；低于按人头限额支付标准的，按实际发生费用结算；低于按病种定额支付标准部分，定点医疗机构结余留用。

本细则自2022年 月 日起施行，有效期\*年。

附件2的附件

职工生育医疗费用支付标准一览表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 待遇名称 | 项目名称 | 付费方式 | 支付标准 |
| 生育的医疗费用 | 产前检查 | 不满12周终止妊娠 | 按人头限额支付 | \*元 |
| 满12周至不满16周终止妊娠 | \*元 |
| 满16周至不满28周终止妊娠 | \*元 |
| 满28周以上终止妊娠或分娩 | \*元 |
| 自然分娩 | 按病种定额支付 | \*元 |
| 人工干预分娩 | \*元 |
| 剖宫产不伴其它手术 | \*元 |
| 分娩期合并内外科疾病 | 按项目支付 | 按照基本医疗保障有关规定执行 |
| 分娩期出现生育并发症 | 100% |
| 计划生育的医疗费用 | 引产 | 按人头限额支付 | \*元（一级医院） |
| \*元（二级医院） |
| \*元（三级医院） |
| 人工流产 | \*元 |
| 高危人工流产 | \*元 |
| 放置（取出）宫内节育器 | \*元 |
| 更换宫内节育器 | \*元 |
| 女性绝育术 | \*元 |
| 男性绝育术 | \*元 |
| 自然流产或药物流产 | \*元 |
| 绝育术后复通手术 | 按项目支付 | 100% |
| 宫内节育器取出伴嵌顿、断裂、变形、异位或绝经1年以上 |
| 计划生育手术并发症 |

起草说明

 一、起草背景和过程

《中共中央 国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》（中发〔2021〕30号）明确提出实施三孩生育政策，并配套实施积极生育支持措施。国家卫生健康委、财政部、国家医保局等部门《关于进一步完善和落实积极生育支持措施的指导意见》（国卫人口发〔2022〕26号）也要求加快建立积极生育支持政策体系，推动实现适度生育水平、促进人口长期均衡发展。同时，《天津市职工生育保险规定》（津政发〔2016〕99号）（以下简称《规定》）今年11月23日即将届满废止，亟需修订完善。

为抓好国家文件贯彻落实工作，并实施更加积极生育保险政策，结合我市实际，我们对《规定》及配套实施细则进行了修订完善，已征求有关部门意见。

 二、主要内容

新修订的《规定》共41条，涵盖职工生育保险参保缴费、待遇支付、基金管理、经办服务、监督监管等各个方面。主要规定内容及对老政策调整情况如下：

1. 明确了总体要求。一是明确了职工生育保险制定目的、适用范围和基本原则，为职工生育保险工作确定了基本方向（第一条至第三条）。二是明确了各部门职责分工，并提出建立与外省市生育保险协同机制（第四条至第五条）。
2. 规定了参保缴费和待遇支付。一是规定了职工生育保险参保范围、参保登记、缴费费率、两险合并实施、滞纳金、费率调整等（第六条至第十二条）。二是规定了职工生育保险待遇起始时间、中断缴费待遇、待遇类型、生育津贴及其发放方式、不予支付范围、目录管理等（第十三条至第二十二条）。与老政策相比，主要调整如下：一是支持灵活就业人员同步参加职工生育保险，弥补了老政策短板。二是参保人员参保后即可按规定享受生育保险待遇，不再以符合计划生育政策为基础条件。三是新政策生育津贴与产假实现脱钩，明确女职工在享受98天生育津贴基础上，按照国家有关规定延长生育支付天数。三是明确逐步将适宜的分娩镇痛和辅助生殖技术项目按程序纳入基金支付范围。这样安排，突出了实施积极生育保险政策的导向，有利于提升生育水平。

 （三）规范了基金管理和经办服务。一是明确了职工生育保险基金管理原则、基金组成、合并实施后基金财务管理、预算决算编制（第二十三条至第二十七条）。二是明确了职工生育保险定点机构管理、异地费用报销、协议管理、支付方式等（第二十八条至三十四条）。与老政策相比，主要调整如下：一是取消本市人员妊娠登记服务事项，进一步简化享受生育保险待遇手续；二是明确推进出生医学证明、户口登记、医保参保等“出生一件事”联办，让新生儿出生即可纳入医疗保障。

（四）强化了监督监管。重点明确了用人单位，监督管理部门责任，以及定点医疗机构、参保人员违法违规行为的责任和相应处理处罚等，进一步强化职工生育保险监管。

《规定》附则部分主要授权市医保行政部门会同市财政、市卫生健康等部门另行制定实施细则，并明确文件执行时间、有效期。附件实施细则是对主文相关内容的细化，对于主文中未予明确的内容进一步进行细化明确，并同步明确了生育的医疗费用和计划生育的医疗费用结算方式和标准。