

索引号:	11220000MB19566296/2022-04266	分类:	待遇保障;通知
发文机关:	吉林省医保局	成文日期:	2005 年 12 月 16 日
标题:	关于印发《吉林省省直机关事业单位生育保险实施意见》的通知		
发文字号:	吉劳社医字〔2005〕355 号	发布日期:	2022 年 10 月 12 日

关于印发《吉林省省直机关事业单位生育保险实施意见》的通知

吉劳社医字〔2005〕355 号

省直各机关、事业单位:

现将《吉林省省直机关事业单位生育保险实施意见》印发给你们,请遵照执行。

吉林省劳动和社会保障厅

吉林省财政厅

吉林省卫生厅

吉林省人口和计划生育委员会

二〇〇五年十二月十六日

吉林省省直机关事业单位生育保险实施意见

为保障省直机关、事业单位职工生育和计划生育手术期间的基本医疗需要,根据《吉林省城镇职工生育保险办法》(吉林省人民政府令第 180 号),结合省直机关事业单位实际,提出如下实施意见。

一、生育保险缴费

(一)缴费基数。省直机关、事业单位缴费基数为本单位上年度职工工资总额。

(二)缴费比例

1. 省直机关和财政全额拨款事业单位,以及已参加省直公务员医疗补助的其它事业单位缴费比例为 0.4%,从省直公务员医疗补助资金中直接划拨,单位不再另外缴费。

2. 未参加省直公务员医疗补助单位的缴费比例为 0.4%，由单位另外缴费，与应缴纳的基本医疗保险费同时缴纳。

单位按时足额缴纳生育保险费的，其职工享受生育保险待遇。参保后中断缴费的，从中断缴费的次月起暂停其职工的生育保险待遇，在足额缴纳生育保险费和滞纳金后，从次月起恢复其职工生育保险待遇。

二、生育保险基金支付的费用

(一) 生育医疗费。女职工在妊娠期、分娩期、产褥期内，因生育所发生的检查费、接生费、手术费、住院费、药费等生育医疗费用。具体支付项目及标准见附件 1。

(二) 计划生育手术医疗费。职工实施长效节育或者复通手术、放置或者取出宫内节育器、中止妊娠等计划生育手术发生的医疗费。具体支付项目及标准见附件 1。

(三) 男职工无工作单位的配偶生育和计划生育手术医疗费。参保单位男职工的配偶无工作单位，符合国家和省计划生育规定，生育或者实施计划生育手术发生的医疗费，按照省直定额标准的 50% 支付。

(四) 独生子女父母退休奖励费。符合《吉林省城镇计划生育家庭独生子女父母退休后奖励实施意见》规定的退休人员，所在单位参加省直生育保险并连续缴纳生育保险费的，独生子女父母退休后，应享受的一次性 2000 元的奖励费，从生育保险基金中支付 500 元。

三、生育保险基金不予支付的费用

(一) 女职工生育或中止妊娠休假期间的工资，由用人单位按照《吉林省城镇职工生育保险办法》第十二条规定照发。

(二) 女职工因生育引起并发症的，治疗并发症的医疗费用，或者休假期间治疗其它疾病的医疗费用，按照省直基本医疗保险有关规定执行。

(三) 因施行计划生育手术引起并发症的，治疗并发症发生的医疗费，由施工单位承担。

(四) 违反国家和省计划生育规定，无正当理由自行中止妊娠发生的医疗费。

(五) 职工生育或者实施计划生育手术，因医疗事故发生的医疗费用，胚胎移植的医疗费用，违反国家和省计划生育规定生育或者实施生育手术的医疗费用。

(六) 超出《吉林省基本医疗保险和工伤保险药品目录》、《吉林省城镇职工基本医疗保险诊疗项目目录》、《吉林省城镇职工基本医疗保险医疗服务设

施范围和支付标准》的医疗费用。定点医疗机构使用目录外药品、诊疗项目等，应告知参保职工，并经参保职工同意，所发生医疗费用由职工个人负担。

(七)未经定点医疗机构同意和省医疗保险管理中心审批，擅自转外就医发生的医疗费。

四、生育医疗管理

(一)省直参保单位职工生育就医实行定点医疗管理。在省直医疗保险定点医疗机构和计划生育技术服务机构中，由省劳动保障厅及省医疗保险管理中心确定生育保险定点医疗机构，并由省医疗保险管理中心与之签订医疗服务协议，明确各自的责任、权利和义务。具体定点医疗机构见附件 2。

定点医疗机构应为参保职工提供围产期保健医疗服务、生育医疗服务、计划生育手术医疗服务。

(二)生育医疗就医

1. 参保单位女职工确诊怀孕后，持医疗保险本、卡、《围产保健手册》、《生殖保健服务证》或《再生育证》等材料到省医疗保险管理中心登记并填写《生育保险参保职工妊娠登记表》，选定定点医疗机构。

2. 省医疗保险管理中心将孕产妇信息发送到其选定的定点医疗机构。

3. 孕产妇在妊娠期、分娩期和产褥期，可凭有关证件到选定的定点医疗机构就医。

4. 自妊娠期开始至分娩结束，孕产妇原则上只能在已经选定的定点医疗机构就医。

(三)计划生育手术就医。参保单位职工持医疗保险本、卡可在省直生育保险定点医疗机构中选择就医。

(四)转外就医。如遇特殊情况需转外就医的，由定点医疗机构和所在单位出具证明，经省医疗保险管理中心批准后，可转外就医。未经批准擅自转外就医的，其医疗费用由个人负担。

五、费用结算

(一)省医疗保险管理中心与定点医疗机构的费用结算

1. 省医疗保险管理中心与定点医疗机构实行定额结算，依据《吉林省省直机关事业单位生育保险医疗费用支付项目及标准》，参保职工在定点医疗机构发生的生育医疗费和计划生育手术医疗费低于定额标准的按实际发生额支付，高于定额标准的按定额标准支付。

2. 定点医疗机构应于每月 5 日前将上月生育保险医疗费用汇总后，凭《生育保险医疗费用定额结算表》到省医疗保险管理中心办理结算手续。省医疗保险管理中心在收到结算申请之日起 15 个工作日内，根据生育保险有关规定进行审核，并作出准予支付、暂缓支付或不予支付的审核决定。

3. 经省医疗保险管理中心审核后，定点医疗机构如无违规情况，按照实际应支付额度的 90% 结算。其余 10% 作为服务质量考评保证金，年终根据考评情况按比例返还。

(二) 定点医疗机构与参保职工的费用结算。参保职工在定点医疗机构发生的生育、计划生育手术医疗费用中，属于目录外的药品、诊疗项目、医疗服务设施等方面的费用，由定点医疗机构与参保职工直接结算。但未告知参保职工并经其同意的，所发生的目录外医疗费用由定点医疗机构承担。

(三) 省医疗保险管理中心与参保职工的费用结算

1. 参保单位职工因转外就医、男职工配偶无工作单位和其它特殊情况而发生的由个人垫付的生育医疗费、计划生育手术医疗费，应于每月 10 日前携带规定的相关证件、资料到省医疗保险管理中心按《吉林省省直机关事业单位生育保险医疗费用支付项目及标准》结算报销。低于定额标准的按实际发生额支付，高于定额标准的按定额标准支付。

2. 对符合《吉林省城镇计划生育家庭独生子女父母退休后奖励实施意见》规定的退休人员，凭退休审批表、奖励审批表和《独生子女父母光荣证》，经省人口和计划生育部门核定后，填写《生育保险独生子女父母政策奖励费申领表》，经省医疗保险管理中心核准后，符合条件的一次性计发 500 元奖金；不符合条件的不予计发，说明理由并书面通知申请人。

六、其他

本意见未尽事宜，按照《吉林省城镇职工生育保险办法》执行。

七、本意见从 2006 年 1 月 1 日起执行。