**关于调整市区职工生育保险经办管理业务有关问题的通知**

芜人社秘〔2018〕70号

各县区人社局、各有关单位：

为规范职工生育保险待遇支付和管理服务，方便参保人员就医，依据省、市生育政策和职工生育保险有关规定，结合我市实际，现就调整市区职工生育保险经办管理业务有关问题通知如下：

一、协议管理。凡具有母婴保健服务资质，并愿意提供生育医疗费用持卡结算的本市医疗保险协议医疗机构，均可向市医疗保险管理中心申请提供生育保险服务并签订协议，实行协议管理。协议包括服务对象、服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等基本内容。

二、持卡结算。参保女职工在本地生育协议医疗机构施行分娩、计划生育手术的，由本人持社会保障卡与生育协议医疗机构按规定结算生育医疗费用（参保男职工未就业配偶暂不实行，仍采取窗口报销）。

参保女职工分娩前，需持本人社会保障卡和生殖健康服务证原件,到单位参保所属地生育保险经办机构办理分娩备案手续。

各生育保险经办机构应即时受理登记备案，并将相关资料及时整理、归档。

参保人员就诊时，应主动出示本人社会保障卡。生育协议医疗机构接诊时应认真查验、核实身份。

如因情况紧急，参保人员未能持卡就医，可按急诊报销处理。

三、生育医疗费用定额补贴标准。生育保险基金按以下定额补贴标准支付相关生育医疗费用，超过定额标准的费用由本人支付。

（一）妊娠4个月（含4个月）以下流产200元/人次；

（二）妊娠4-7个月（含7个月）流产或引产400元/人次；

（三）妊娠7个月以上引产1500元/人次；

（四）产道分娩1500元/人次；剖宫产3000元/人次；

（五）放置或取出宫内节育器100元/人次；

（六）绝育手术1000元/人次；

（七）复通手术1500元/人次。

四、生育保险当期并发症（合并症）医疗费用结算。参保女职工及参保男职工未就业配偶在我市生育协议医疗机构住院分娩期间发生并发症（合并症）的，在扣除不符合生育保险支付范围、基本医疗住院支付标准费用和生育定额补贴后，剩余费用由生育保险基金按80%的比例支付；未持卡在协议医疗机构就医或在非生育协议医疗机构住院分娩期间发生的并发症（合并症）的，在扣除不符合生育保险支付范围、基本医疗住院支付标准费用和生育定额补贴后，剩余费用由生育保险基金按70%的比例支付。

生育并发症及合并症的支付范围，由市人社局组织我市生育协议医疗机构妇产科专家确定并予以公布。今后，根据生育保险基金收支状况适时进行调整。

五、结算管理。生育保险协议医疗机构应于每月5日前向市职工医疗保险管理中心申报生育医疗费用。市职工医疗保险管理中心应及时组织审核，并于每月25日前支付协议医疗机构审核应付款的95%，剩余5%年终根据各协议医疗机构执行生育保险协议考核情况再行支付。

六、生育待遇发放。根据人社部《关于加快推进社会保障卡应用的意见》（人社部发〔2014〕52号）和《关于印发安徽省社会保障卡应用拓展方案的通知》（皖人社〔2017〕341号）要求，**将生育待遇的发放方式由单位代为领取，调整为发放到参保人员社会保障卡的银行账户中。**

生育保险参保单位新增参保人员，连续缴费满1年后，方能享受生育津贴。生育津贴计发标准及天数按《关于做好城镇职工生育保险工作有关问题的通知》（芜人社秘〔2016〕133号）有关规定执行。生育津贴自协议医疗机构持卡结算或申报生育津贴待遇的次月起，**由市职工医疗保险管理中心从参保女职工分娩或计划生育手术的当月计算，按月发放到参保职工的社会保障卡金融账户。**

七、欠费管理。用人单位欠缴生育保险费的，自欠费的次月起停止享受生育保险待遇。欠费期间参保职工按规定应享受的生育保险待遇由用人单位支付，生育保险基金不予补发。待用人单位按规定补齐欠费后，从正常缴费的次月起，恢复享受相关生育保险待遇。

八、**本通知自2018年5月1日起执行。**此前相关规定与本通知不一致的，以本通知规定为准。

九、市辖四县可参照执行。

芜湖市人力资源和社会保障局 芜湖市财政局

2018年2月5日