贵州省生育保险经办管理规程

（试行）

第一章 总则

第一条 为规范我省生育保险业务经办，维护参保人员生育保障权益，促进我省人口长期均衡发展，根据《贵州省医疗保障局等五部门关于贵州省全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（黔医保发〔2019〕49号）《省医保局关于完善生育保障制度的通知》（黔医保发〔2023〕19号）等文件要求，制定本规程。

第二条 本规程适用于全省各级医疗保障经办机构（以下简称经办机构）及定点医疗机构。

第三条 本规程所指的生育保险待遇是指参保人员在各级定点医疗机构发生的生育医疗费用及生育津贴（生育补助金）。

第二章 适用对象

第四条 本规程适用对象为已参加贵州省城镇职工基本医疗（生育）保险（含灵活就业人员）、贵州省城乡居民基本医疗保险的参保人员。

第三章 生育医疗费用待遇

第五条 生育医疗标识。参保人员确诊怀孕时可通过线上或线下方式在医保系统内进行生育医疗标识（办理时应提供能够证明本人怀孕及预产期的材料，如《母子健康手册》等），标识时应收取证明材料的复印件作存档保存，线下办理服务下沉到定点医疗机构。一个妊娠周期仅能进行一次生育医疗标识。

（一）线下申报方式。

参保人员确诊怀孕后，可到全省各级医保经办窗口或定点医疗机构通过医保系统办理生育医疗标识。

（二）线上申报方式。

1.贵州医保APP。参保人员确诊怀孕后，登录贵州医保APP，点击“服务”栏，找到“医保业务办理”，选择生育标识登记，按要求填写相关信息及上传资料，签署承诺书后完成生育标识登记申请。

2.贵州医保微信公众号。参保人员确诊怀孕后，登录贵州医保微信公众号，选择医疗服务，点击“服务”栏，在“业务办理”栏中选择生育标识登记，按要求填写相关信息及上传资料，签署承诺书后完成生育标识登记申请。

（三）其他情况。

一个妊娠周期仅能进行一次生育医疗标识，产前检查待遇至预产期当月自动结束。一个妊娠周期内多次进行生育标识登记的，需到医保经办机构或定点医疗机构取消上一次登记，并注明取消原因。取消成功以后，重新进行标识。

第六条 产前检查待遇。产前检查待遇不设起付线，待遇享受期截至预产期当月。实际分娩日期晚于预产期当月以后所发生的产前检查费用，且支付限额还有结余的，可在分娩后的12个月内（含12个月）申请零星报销（12个月的定义从分娩次月开始计算）。

1. 城镇职工医保（含灵活就业人员）。产前检查按限额报销，基金支付限额为1200元，支付比例为90%，不区分医疗机构级别。超支付限额的费用，可通过参保人对应可享受的普通门诊等门诊待遇、个人账户（含门诊共济）等渠道按规定支付。
2. 城乡居民医保。产前检查按限额报销，基金支付限额为600元，与普通门诊统筹额度合并保障。叠加待遇拓展到三级医疗机构。三级医疗机构叠加待遇支付比例为50%，普通门诊已开放至三级医疗机构的统筹地区支付比例就高执行。二级及以下医疗机构叠加待遇支付比例按照各统筹区现行门诊规定执行。
3. 跨年费用累计。按职工医保（含灵活就业人员）1200元额度，居民医保600元额度进行费用累计，当年产前检查待遇基金支付剩余部分，结转至次年继续使用。
4. 参保转移接续的产前检查待遇认定。城镇职工医保（含灵活就业人员）或城乡居民省内跨市（州）参保的，产前检查待遇额度重新累计。跨省参保的，待遇截至转出当日。
5. 产前检查待遇支付范围。参考《贵州省母子健康手册》产检计划检查项目制定，详见附件《贵州省生育保险产前检查待遇支付范围》（附件1）。《贵州省母子健康手册》产检计划检查项目发生调整时，支付范围同步调整。
6. 其他情况。因参保人员自身原因不愿进行生育医疗标识的，其产前检查相关费用按各统筹区现行规定执行。

第七条 计划生育手术和生育费用。相关待遇按各统筹地区现行政策执行。

第八条 生育医疗费用直接结算。参保人员确诊怀孕并完成系统生育标识后，在省内定点医疗机构发生的生育医疗费用，可按享受的待遇标准进行直接结算，暂未实现直接结算的统筹地区应逐步开通直接结算。跨省就医暂不开通生育医疗费用直接结算。

第九条 生育医疗费用手工（零星）报销。参保人员自费结算的费用，可申请手工零星报销。原则上申请手工（零星）报销时间不超过分娩后12个月（含12个月）。其中报销产前检查费用的，需完成生育标识补登记，所需材料为：

（一）产前检查费用：1.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；2.医院收费票据；3.费用清单；4.参保人员银行账号。

（二）生育医疗费用：1.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；2.医院收费票据；3.费用清单；4.病历资料；5.参保人员银行账号。

（三）计划生育医疗费用：1.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；2.医院收费票据；3.费用清单；4.病历资料；5.参保人员银行账号。

第四章 生育津贴（生育补助金）

第十条 生育津贴（生育补助金）申请和发放。产（休）假期间，参保身份转变的，按照分娩时的参保身份核发生育津贴（生育补助金）。

（一）职工医保（不含灵活就业人员）。职工医保生育津贴（生育补助金）的申请和发放按各统筹现行规定执行，产假天数参照《贵州省女职工劳动保护特别规定》执行。

（二）灵活就业人员。灵活就业人员在贵州省参加职工基本医疗保险，连续缴费至分娩前已满12个月（不含分娩当月），且至申领生育补助金时亦连续缴费未断保的，享受生育补助金。原则上，申领生育补助金需在分娩后12个月内（含12个月）。生育补助金发放标准为：贵州省一类地区月最低工资标准÷30天×98天（其中：怀孕未满4个月流产的发放标准为贵州省一类地区月最低工资标准÷30天×15天；怀孕满4个月流产的发放标准为贵州省一类地区月最低工资标准÷30天×42天）。贵州省月最低工资标准调整的，按照新标准执行。

第十一条 参保转移接续的生育津贴（生育补助金）待遇衔接。参保人员省内跨市（州）参保的，生育津贴（生育补助金）由转入地（新参保地）支付。生育津贴计算基数为转出地（旧参保地）所在单位上年度平均缴费基数。如果在产假期间发生参保单位变更的，分段计算基数，以新参保时间当月为节点，新参保当月之前的基数按转出地（旧参保地）计算，新参保当月及以后的基数按转入地（新参保地）计算。转出地（旧参保地）所在单位上年度平均缴费基数，由转入地（新参保地）通过《医疗保险缴费基数确认函》（附件2）进行查询，转出地（旧参保地）通过《关于医疗保险缴费基数确认函的复函》（附件3）进行回复。参保人转移至省外的，转移之前满足生育津贴（生育补助金）申领条件的，由转出地根据其实际产（休）假参保天数支付。

第五章 费用结算、审核、清算

第十二条 定点医疗机构通过线上办理渠道向医保经办机构推送当期费用申报单及明细，医保经办机构业务部门按照月度费用结算流程，对费用进行审核、拨付，将清算后费用拨付至定点医疗机构。

第十三条 贵阳市以外参保人员在贵阳市区域内定点医疗机构就医的，相关费用由省医保中心进行结算。省内异地生育医疗费用直接结算的预付金管理、费用清算工作参照《省医保局 省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（黔医保发〔2023〕2号）文件执行。本统筹区内生育费用，由各统筹区直接结算。

第六章 费用监管

第十四条 医保部门按《医疗保障定点医疗机构服务协议》内容，通过现场检查、智能审核等方式对生育保险待遇支付费用进行审核。

第七章 财务基金财务管理

第十五条 生育保险基金并入职工医疗保险统筹基金统一管理，职工医疗保险基金账套中的“社会保险费收入”科目下不单独设立生育保险基金收入相关科目；不对生育保险基金收入进行单独核算。生育保险基金要严格按照社会保险基金财务制度进行管理。

第十六条 在职工医疗保险基金账套中的“社会保险待遇支出 基本医疗保险基金 统筹基金”科目下设置“生育医疗费用”“生育津贴”科目，“生育医疗费用”科目下另设置“生育医疗费”“计划生育医疗费用”2个下级科目，用于核算生育医疗费、计划生育医疗费、生育津贴（生育补助金）等生育保险待遇支出。

第十七条 在城乡居民基本医疗保险基金账套中的“社会保险待遇支出”科目下设置“生育医疗支出”科目，用于核算城乡居民享受的产前检查等有明确标识的生育医疗支出。

第十八条 城镇职工基本医疗保险财务报表中“生育保险收入”按填报规则如下：生育保险收入=当期征缴的基本医疗保险基金统筹基金收入×生育保险基金所占当期征缴统筹基金比例。

第十九条 城乡居民医疗保险基金财务报表填报时，将“生育医疗支出”科目与“普通门诊统筹”科目的当前累计发生额，合并填入财务报表中“一、基本医疗待遇支出 其中：普通门诊统筹”项目。如财政决算报表和国家局基金财务报表格式进行调整，该项目的填列将根据调整后的填报要求另行通知。

第八章 附则

第二十条 生育产前检查待遇的支付比例，是指相关诊疗服务项目政策范围内的支付比例。

第二十一条 本规程未明确事项，暂按各统筹地区现行有关规定执行。国家及省有新规定的，从其规定。

第二十二条 本规程由贵州省医疗保障事务中心、省医疗保障异地结算中心负责解释。

第二十三条 本规程从2023年10月1日起执行。2023年10月1日起发生的产前检查费用、生育津贴（生育补助金）相关待遇按本规程执行，之前相关待遇不予追溯。

附件：1.贵州省生育保险产前检查待遇支付范围