

**河北省劳动和社会保障厅关于印发《省直城镇职工生育保险就医结  
算等有关问题》的通知（冀劳社[2009]18号）**

省直生育保险各参保单位、定点医疗机构：

为切实做好河北省省直城镇职工生育保险工作，根据《河北省省直城镇职工生育保险实施细则》（下称《生育保险实施细则》）的规定，结合经办管理工作实际，现就有关问题通知如下：◆

一、省直参加生育保险的职工（含男职工配偶无工作单位的）因生育需到省医疗保险管理中心办理备案手续

（一）女职工妊娠 90 日内向用人单位提交本人结婚证、生育登记卡（证）、围产保健手册、医疗保险证的原件及复印件、IC 卡、医学诊断证明书（对于体外胚胎的，还需提交精子和卵子来源的医学证明书）。由生育保险定点医疗服务机构、用人单位认真填写《河北省省直职工生育保险生育备案表》一式三份。用人单位收到上述材料 30 日内，持此材料到省医疗保险管理中心办理备案手续，备案后在省直生育保险定点医疗服务机构发生的生育医疗费，才能使用医疗保险 IC 卡结算。

（二）男职工配偶无工作单位的（是指其配偶为农民或城镇居民，与用人单位未建立劳动关系的。其配偶为大中专毕业生暂无工作单位的执行灵活就业人员生育保险政策）妊娠 90 日内向男职工

用人单位提交本人的身份证、户口簿原件及复印件，男职工的医疗保险证原件及复印件、IC 卡，男职工单位及配偶所在地居民社区〈或村委会〉出具的无工作单位的证明书和本款（一）规定的材料。男职工用人单位收到上述材料 30 日内，持此材料到省医疗保险管理中心办理备案手续。

二、省直参加生育保险的职工因生育或实施计划生育手术，须到省直生育保险定点医疗机构就医

省直参加生育保险的职工因生育或实施计划生育手术门诊或住院,须到省直生育保险定点医疗机构就医，就医时出示医疗保险证、IC 卡和病历本(办理住院手续时，还需出示生育备案表)；门诊（急诊）接诊医师首先对就医的职工与其出示的医疗保险证和病历本是否相符进行认真核对，确保无误（长期派驻外地的女职工生育或职工实施计划生育手术，应到本人所在地选择的并经省医疗保险管理中心批准备案的两所基本医疗保险定点医疗机构现金就医。急诊就医按《生育保险实施细则》的规定执行）。

三、省直生育保险定点医疗机构按省直医疗、生育保险政策规定为参加生育保险的职工提供医疗服务

省直生育保险定点医疗机构为参加生育保险的职工提供医疗服务时，认真执行《生育保险实施细则》相关规定，使用基本医疗保险处方，检查、治疗规范及开药量等执行省直基本医疗保险相关规定。

四、省直参加生育保险的职工在省直生育保险定点医疗服务机构因生育或实施计划生育手术，门诊（急诊）就医结算程序

女职工因生育或职工实施计划生育手术门诊（急诊）发生的医疗费使用医疗保险 IC 卡现金结算。具体操作方法：

（一）属于生育（有生育登记卡〈证〉的）产前检查的（生育保险规定的产前检查是指分别于

20、24、28、30、32、34、36、37、38、39、40 周进行的血压、腹围、宫高、体重、胎位、胎心检查，自孕中期开始每月一次的尿常规检查），接诊医师应在开具的“门诊收费单”上写明：产前检查，尿常规（每次最高支付额 12 元）。◆

（二）属于实施计划生育手术的，接诊医师应在“门诊收费单”上写明手术名称：宫腔内节育器情况检查（可写具体检查项目名称），宫腔内节育器放置术，宫腔内节育器取出术，避孕药皮下埋植术，避孕药皮下埋植取出术，输卵管结扎术，输卵管复通术，输精管结扎术，输精管复通术，终止妊娠术（可写“人工流产术”，无生育登记卡〈证〉的），子宫输卵管通液术。

（三）参保职工做上述检查、治疗项目和手术时，接诊医师在执行本款（一）、（二）规定的同时，还须在开具的“门诊收费单和门诊处方”上标注“生育保险”字样。门诊收费处结算时，对“门诊收费单和门诊处方”上标注“生育保险”字样的，按生育保险病人结算。

## 五、省直参加生育保险的职工在省直生育保险定点医疗服务机构因生育或实施计划生育手术，住院就医结算程序

女职工因生育或职工实施计划生育手术使用医疗保险 IC 卡办理住院手续，其发生的医疗费，出院时按分娩方式或实施计划生育手术名称相对应的生育保险支付标准结算。具体操作方法：

（一）女职工分娩（有生育登记卡〈证〉的）出院结算时，首先由产科病房根据病历记录和出院诊断确定属于哪一种分娩方式：自然分娩，手剥胎盘术，宫颈裂伤，产钳术，臀位牵引术，胎头吸引术，毁胎手术分娩，子宫破裂，剖宫产，剖宫产伴子宫肌瘤切除术、剖宫产伴卵巢囊肿切除术、剖宫产伴子宫切除术、剖宫产伴阑尾切除术、剖宫产伴输卵管结扎术等伴其他手术，异位妊娠保守治疗，异位妊娠手术治疗，因母婴原因终止妊娠术。

（二）职工实施计划生育手术出院结算时，首先由实施计划生育手术的病房根据病历记录和出院诊断确定属于哪一种计划生育手术：宫腔内节育器取出术，剖宫取环术，输卵管结扎术，输卵管复通术，输精管结扎术，输精管复通术，终止妊娠术（无生育登记卡〈证〉的）。◆

（三）由产科病房、实施计划生育手术的病房或住院处将确定的上述分娩方式和诊断、实施计划生育手术名称和诊断录入到计算机结算程序用医疗保险 IC 卡进行结算，应由个人自负的，由本人用现金与省直生育保险协议定点医疗服务机构结算；应由生育保险基

金支付的，由省直生育保险协议定点医疗机构用职工医疗保险 IC 卡划卡记账与省医疗保险管理中心结算。

六、省医疗保险管理中心与省直生育保险协议定点医疗机构结算应由生育保险基金支付的生育或实施计划生育手术医疗费的方法

省医疗保险管理中心与省直生育保险协议定点医疗机构结算职工住院应由生育保险基金支付部分的生育或实施计划生育手术医疗费时，凭职工医疗保险 IC 卡住院划卡记账记录，在扣除支付标准内不合理医疗费用的基础上按下列方法与其结算：

（一）女职工生育或职工实施计划生育手术发生的生育保险支付范围内的医疗费金额，等于或大于《生育保险实施细则》第十七条、第十八条规定的支付标准，按第十七条、第十八条规定的支付标准乘以其发生费用人次结算。

（二）女职工生育或职工实施计划生育手术发生的生育保险支付范围内的医疗费金额，小于《生育保险实施细则》第十七条、第十八条规定的支付标准，按其每人发生的生育保险支付范围内医疗费实际金额累加结算。

（三）省医疗保险管理中心与省直生育保险定点医疗机构结算应由生育保险基金支付的医疗费，在规定的时间内拨付给省直生育保险定点医疗机构。

七、省直参加生育保险的职工（含男职工配偶无工作单位的）因生育或实施计划生育手术时，特殊情况的处理和结算

（一）参加生育保险的女职工因“分娩”（含异位妊娠，有生育登记卡〈证〉的）办理住院手续时，如计算机程序中没有本人生育备案编码的，先挂账住院，住院后及时到省医疗保险管理中心办理生育备案手续（在非工作时间或节假日办理住院的，应在上班后及时到省医疗保险管理中心办理生育备案手续），出院前及时转办IC卡住院；对于无生育登记卡〈证〉分娩住院的，因无生育备案编码，出院时使用现金结算，其医疗费自费，生育保险基金不予支付。

◆

#### （二）参加生育保险的女职工患异位妊娠就医结算方法◆

1、参保女职工住院时已确诊为异位妊娠的，使用医疗保险IC卡按正常生育办理住院手续，手术治愈的，出院按“剖宫产”支付标准办理结算手续；保守治疗的，出院按“自然分娩”支付标准办理结算手续（有生育登记卡〈证〉的按生育对待，无生育登记卡〈证〉的按实施计划生育手术对待）。

2、参保女职工患不明原因的“急腹症”在省直医疗、生育保险定点医疗服务机构就医，使用医疗保险IC卡按医疗保险病人收住院后，又被诊断为“异位妊娠”的（必须符合国家和省计划生育政策），确诊前发生的医疗费按医疗保险政策结算。从确诊“异位妊娠”之日起，转办“异位妊娠”治疗住院（其他内容与本款的1相同）。

3、参保女职工患不明原因的“急腹症”在省直医疗保险定点医疗机构（非生育保险定点）就医，使用医疗保险IC卡按医疗保险病

人收住院后，又被确诊“异位妊娠”的，确诊前发生的医疗费按医疗保险政策结算。从确诊“异位妊娠”之日起，本医疗机构对此具备诊治条件的，使用现金转办“异位妊娠”治疗住院，其发生的医疗费，出院后按生育保险政策规定报销；不具备诊治条件的，转到省直生育保险定点医疗机构使用医疗保险 IC 卡住院（其他内容与本款的 1 相同）。

（三）参加生育保险的女职工因患妊娠滋养细胞疾病（不享受生育津贴）就医的，省直生育保险定点医疗服务机构按医疗保险病人诊治和结算（确诊前的医疗费按生育保险政策结算），并每月将诊治的患妊娠滋养细胞疾病人员名单，以书面形式报省医疗保险管理中心。省医疗保险管理中心据此将其生育备案编码注销，如计划内再妊娠需重新办理生育备案手续。

（四）参加生育保险的女职工因生育并发前置胎盘、胎盘早剥出血（未足月）及其他并发症就医的，省直生育保险定点医疗服务机构按医疗保险病人诊治和结算。

（五）参加生育保险的女职工因“分娩或终止妊娠”住院，同时需治疗其他疾病的，住院期间治疗其他疾病的医疗费门诊现金结算，并按医疗保险门诊费用对待，出院后按规定办理冲减个人帐户或报销手续。

（六）参加生育保险的女职工因疾病需住院或正在住院，同时需“分娩或终止妊娠”的，办理或转办“分娩或终止妊娠”住院，“分娩或终止妊娠”住院期间治疗疾病的医疗费门诊现金结算，按

住院费用对待，出院后按医疗保险政策规定报销（对于转办“分娩或终止妊娠”住院的，其门诊医疗费按本次疾病住院对待）。“分娩或终止妊娠”出院后，因该疾病需继续住院治疗的，于“分娩或终止妊娠”7天后，再使用医疗保险IC卡转办疾病住院，其发生的医疗费与上述治疗疾病的医疗费按同一次住院对待，起付标准只负担一次（本次转办疾病住院的起付标准，到省医疗保险管理中心按医疗保险政策规定报销）。

（七）参加生育保险的女职工因意外伤害（有意自伤或他伤除外）引起的意外“分娩”或终止妊娠就医的，在省直生育保险定点医疗服务机构发生的医疗费现金结算，然后按规定办理报销手续。

（八）参加生育保险的职工实施辅助生殖术，有生育登记卡（证）的，产前检查和住院分娩的医疗费，生育保险按规定支付（但体外胚胎必须是夫妻本人的精子和卵子。为参保职工实施人类辅助生殖术的医疗机构必须在省医疗保险管理中心备案）；无生育登记卡（证）的，实施辅助生殖术及产前检查、分娩发生的所有费用，生育保险基金不予支付。

（九）参加生育保险的职工做输精（卵）管复通术（必须符合国家和省计划生育政策），住院前的门诊相关检查医疗费使用医疗保险IC卡现金结算，出院后按同一次住院办理报销手续。因先天性畸形或炎症（对实施计划生育手术引起的炎症，实施的输精（卵）管复通术，生育保险按规定支付），实施的输精（卵）管复通术，生育保险基金不予支付。

（十）参加生育保险的女职工因计划生育原因需实施子宫输卵管通液术，按宫腔内节育器放置术支付标准结算（检查不孕不育症实施的子宫输卵管通液术发生的医疗费生育保险基金不予支付）。

（十一）参加生育保险的女职工因生育或职工实施计划生育手术住院后，需办理转院治疗的，职工在实施“分娩、终止妊娠术（因母婴原因）或计划生育手术”的医疗机构发生的医疗费按生育保险政策结算，在未实施“分娩、终止妊娠术（因母婴原因）或计划生育手术”的医疗机构发生的医疗费按医疗保险政策结算（属于保胎治疗发生的医疗费不予支付）。

（十二）参加生育保险的女职工因“分娩”（有生育登记卡〈证〉的）住院，不具备临床剖宫产手术指征，个人要求实施剖宫产手术的，出院按“自然分娩”结算。◆

（十三）参加生育保险的女职工需住院取环的，出院时按“住院终止妊娠术”支付标准结算；需住院剖宫取环的，出院按“剖宫产”支付标准结算。

（十四）参加生育保险的女职工因“分娩”住院（有生育登记卡〈证〉的）子宫破裂的，出院时按“剖宫产伴子宫肌瘤切除术”支付标准结算。

（十五）参加生育保险的女职工因“分娩”住院（有生育登记卡〈证〉的）宫颈裂伤的，出院时按“人工干预分娩”支付标准结算。

（十六）参加生育保险的女职工未采取节育避孕措施（有医学证明因疾病不能采取节育避孕措施的除外），计划外妊娠的（无生育登记卡〈证〉的），其终止妊娠发生的医疗费，生育保险基金不予支付。◆

（十七）参加生育保险的男职工其配偶无工作单位的，由于上述特殊情况发生的生育或实施计划生育手术医疗费，属生育保险基金支付的，按本款规定的支付标准的 50%给予补助。

二〇〇九年三月二日