|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **북경시 종업원 생육보험정책 조정**  **관련 문제에 대한 통지**  경인사의발[2011]334호  각 구, 현 인력자원 및 사회보장국, 각 지정 의료기구:  <사회보험법>을 관철 집행하고 북경시 종업원 생육보험정책을 진일보 완벽히 하고 보험가입자의 부담을 줄이기 위해, 본 시의 실제상황과 결부하여 생육보험정책 조정과 관련한 몇 가지 문제를 아래와 같이 통지한다.  1. 본 시 행정구역 내의 고용단위, 즉 기업과 기관, 사업단위, 사회단체, 민영 비 기업단위, 기금회, 변호사(회계사)사무소, 종업원을 고용한 개인사업자(이하 고용단위라 약함)를 포함한 고용단위 및 그와 노동관계를 형성한 종업원은 생육보험에 가입해야 한다.  2. 고용단위는 종업원을 위해 생육보험에 가입하고 <북경시 기업 종업원 생육보험규정>(제154호 정부 령)의 규정에 따라 생육보험비를 납부해야 한다.  재정부에서 경비를 조달하는 고용단위의 종업원 생육보험비는 부서의 예산에 편성하여 고용단위에서 매월 납부한다.  3. 본 시의 생육보험에 가입한 종업원이 생육 혹은 생육계획으로 인해 출산휴가를 누리는 경우에는 출산휴가기간에 생육보조금을 수령할 수 있다. 생육보조금은 종업원 소속 고용단위에서 매월 생육보험비를 납부하는 평균급여를 30일로 나눈 후 출산휴가일수를 곱하여 얻은 금액이다.  생육보조금은 출산휴가 급여이다. 생육보조금이 본인의 출산휴가급여 기준보다 높을 시 고용단위는 그대로 지급해야 하며, 생육보조금이 본인의 출산휴가급여 기분보다 적을 시 고용단위는 차액부분을 보완 지급해야 한다.  이미 생육보험에 가입한 종업원이 본 통지의 집행일 전에 이미 출산 혹은 생육계획을 실시하여 출산휴가를 누린 후, 본 통지의 집행일 후에 생육보조금을 청구한 경우에는 본 통지가 규정한 생육보조금 계산방법에 따라 생육보조금을을 계산 발급한다.  4. 본 통지의 규정에 따라 생육보험에 신규 가입한 여성종업원이 본 통지 시행일로부터 9개월 내에 출산한 경우에는 상응하는 생육보조금을 수령할 수 있다. 본 통지 시행일로부터 9개월 후에 출산한 경우하였고 생육보험비를 연속 납부한 기간이 9개월 미만인 경우 그 생육보조금은 고용단위에서 지급한다.  5. 보험가입 종업원이 출산하기 전에 보험비를 연속 납부한 기간이 9개월 미만이나 출산 후 연속 12개월동안 납부하였을 경우에는 생육보험기금에서 생육보조금을 보충 지급한다. 보충 지급기준은 보조금 수령을 신고 한 당월 고용단위의 종업원 월평균급여를 30일로 나눈 후 출산휴가일을 곱한 금액이다.  6. 보험가입 종업원이 출산 입원수속을 하거나 생육보조금 수령과 의료대우 혜택을 신청하는 경우에는 <북경시 생육서비스증>, 혹은 본시 거주지 주민판사처, 향(진)계획생육행정부서에서 발급한 <북경시 외지인 생육서비스 연락통지서(생육보험전용)>을 제출해야 한다.  7. 본 시의 생육보험 실시상황에 근거하여 생육 및 계획생육 수술 일부분 의료비용 지불항목과 기준을 조정한다. 조정내용은 첨부파일을 참조한다.  8. 종업원 기본의료보험대우를 누리는 정년퇴직자가 본 시 계획생육규정에 부합되는 생육의료비용이 발생하였을 경우 해당 비용은 생육보험기금에서 지불한다.  9. 본 통지는 2012년 1월 1일부터 시행한다.  첨부: 북경시 종업원 생육보험 일부분 의료비용 지불항목 및 기준 조정내용  북경시 인력자원 및 사회보장국  2011년 12월 12일  **북경시 종업원 생육보험 일부분 의료비용**  **지불항목 및 기준 조정내용**  1. 일부분 의료비용 지급기준을 인상  (1) 계획생육규정에 부합되는, 산모와 태아의 원인으로 인한 임신중절 수술 정액지급기준: 3급 병원은 2,400위원에서 2,800위안으로 인상, 2급 병원은 2,300위안에서 2,700위안으로 인상, 1급 병원은 2,100위안에서 2,500위안으로 인상한다.  (2) 자연분만 정액지급기준: 3급 병원은 2,000위안에서 3,000위안으로 인상, 2급 병원은 1,900위안에서 2,900위안으로 인상, 1급 병원은 1,800위안에서 2,700위안으로 인상한다.  (3) 인위적 분만 정액지급기준: 3급 병원은 2,100위안에서 3,300위안으로 인상, 2급 병원은 2,000위안에서 3,200위안으로 인상, 1급 병원은 1,900위안에서 3,000위안으로 인상한다.  2. 일부분 의료비용 지급기준과 항목별 지급범위를 조정  (1) 제왕절개수술은 한가지 정액기준을 집행한다. 즉 3급 병원은 4,400위안, 2급 병원은 4,200위안, 1급 병원은 3,800위안이다.  (2) 입원 분만 당시에 출혈량이 500ml이상이거나 혹은 혈소판 함량이 8만/mm3미만인 경우에는 항목별 지불하는 것으로 조정한다.  3. 일부분 의료비용 지급기준과 항목별 지급범위를 증가  (1) 보험가입 종업원이 입원 계획생육수술을 하기 전에 발생한 진찰 관련 비용은 300위안 한도 내에서 지급한다. 실제 생비용이 한도액 기준보다 높은 경우 한도액 기준에 따라 지급하며 한도액기준보다 낮은 경우에는 실제 발생한 비용에 따라 지급한다.  (2) 입원 분만 시 항목별 지급범위에 따라 산욕기 감염비용을 추가한다. |  | **关于调整本市职工生育保险政策有关问题的通知**  京人社医发〔2011〕334号  各区县人力资源和社会保障局、各定点医疗机构：  　 为贯彻落实《社会保险法》，进一步完善本市职工生育保险政策，减轻参保人员负担，结合本市实际，现将生育保险政策调整有关问题通知如下：  　 一、本市行政区域内的用人单位，包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师（会计师）事务所、有雇工的个体工商户（以下简称用人单位）和与之形成劳动关系的职工，应当参加生育保险。  　 二、用人单位应当为其职工办理参加生育保险手续，并按照《北京市企业职工生育保险规定》（第154号政府令）的规定缴纳生育保险费用。  　 财政部门核拨经费的用人单位，其应缴纳的职工生育保险费列入部门预算，由用人单位按月缴纳。  　 三、参加本市生育保险的职工，因生育或计划生育享受产假的,产假期间可享受生育津贴。生育津贴按照职工所在用人单位月缴费平均工资除以30天再乘以产假天数计发。  　 生育津贴即为产假工资，生育津贴高于本人产假工资标准的，用人单位不得克扣；生育津贴低于本人产假工资标准的，差额部分由用人单位补足。  　 原参加生育保险的职工，本通知执行之日前已经生育或计划生育享受产假，本通知执行之日后申报生育津贴的，按照本通知规定的生育津贴计发办法计算生育津贴。  四、按照本通知规定，新纳入参保范围的女职工，自本通知执行之日起9个月内分娩的，可即时申领享受相应的生育津贴待遇；自本通知执行  之日起9个月后分娩的，如连续缴费不足9个月，其生育津贴由用人单位支付。  　 五、参保职工分娩前连续缴费不足9个月，分娩之月后连续缴费满12个月的，职工的生育津贴由生育保险基金予以补支。补支标准为申报领取津贴之月，用人单位职工月缴费平均工资除以30天再乘以产假天数。  　 六、参保职工办理生育住院或申领生育津贴和医疗待遇时，应当出具《北京市生育服务证》，或本市居住地街道办事处、乡（镇）计划生育行政部门签发的《北京市外地来京人员生育服务联系单（生育保险专用）》。  　 七、根据本市生育保险实施情况，对生育和计划生育手术部分医疗费支付项目和标准进行调整。调整内容见附件。  　 八、享受职工基本医疗保险待遇的退休人员，发生的符合我市计划生育规定的生育医疗费用，纳入生育保险基金支付范围。  九、本通知自2012年1月1日起实行。  　 附件：北京市职工生育保险部分医疗费支付项目和标准调整内容  　　　　 北京市人力资源和社会保障局  　 二О一一年十二月十二日  **北京市职工生育保险部分医疗费支付**  **项目和标准调整内容**  　 一、提高部分医疗费用支付标准  　 （一）符合计划生育规定因母婴原因需中止妊娠的中期引产术定额支付标准：三级医院由2400元提高至2800元，二级医院由2300元提高至2700元，一级医院由2100元提高至2500元。  　 （二）自然分娩定额支付标准：三级医院由2000元提高至3000元，二级医院由1900元提高至2900元，一级医院由1800元提高至2700元。  　 （三）人工干预分娩定额支付标准：三级医院由2100元提高至3300元，二级医院由2000元提高至3200元，一级医院由1900元提高至3000元。  　 二、调整部分医疗费用支付标准和按项目支付范围  　 （一）剖宫产术合并执行一个定额标准，三级医院4400元，二级医院4200元，一级医院3800元。  　 （二）住院分娩当次出血量大于500ml或血小板计数小于8万/mm3调整为按项目付费。  　 三、增加部分医疗费用支付标准和按项目支付范围  　 （一）参保职工实施住院计划生育手术前，门诊发生的相关检查费，按300元限额标准支付。实际发生费用高于限额标准的，按限额标准支付；低于限额标准的，按实际发生费用支付。  　 （二）住院分娩当次按项目支付范围增加产褥期感染。 |