



生育：从保险到与保障并举

■文 / 本刊记者 邹萃

“十一五”期间，我国生育保险制度逐步从职业人群向覆盖全民迈进，呈现出保险与保障并重的态势。目前，我国城镇职业人群、非就业人群以及农村居民都开始得到不同程度的生育保险。

与医保协同推进

在过去的5年中，生育保险的改革与发展离不开一份重要的文件，那就是国务院发布的《中国妇女发展纲要（2001—2010年）》。该《纲要》提出，“十一五”期间，生育保险覆盖面要达到90%。但相比较于其他四个险种，生育保险发展相对滞后，这与制度刚性不够、受益面较窄、待遇项目单一等问题有关系。可喜的是，2010年10月，《社会保险法》的颁布将改变制度刚性不足的历史。

与医保协同推进是生育保险发展的一个重要思路。早在2004年，原劳动保障部发布了《关于进一步加强生育保险工作的意见》，提出协同推进的理念。要求生育保险与医疗保险一起协同推进，主要考虑生育保险与医疗保险在制度建设、医疗服务管理等诸多领域有着许多共同特性，包括定点医疗机构的管理、医疗费用结算等。两项保险统一管理可以缓解生育保险推进过程中人员、资源、技术力量欠缺等方面的矛盾。

从2005年至今，生育保险便开始探索与医疗保险相连接的管理办法，与医疗保险制度改革同步推进，实行“三统三分”：即在同一参保范围的单位和人群，实行统一缴费，统一参保，与医疗保险定点医疗机构管理、医疗服务管理和费用结算管理等实行统一管理；两项保险的费率分别确定，基金分别列账，

待遇按规定分别支付。

“十一五”期间，扩面成果是显著的。2009年末，全国参加生育保险的人数达到1.2亿。生育保险参保人数连续5年新增人数超过1000万，年均增长19%，步入了快速增长期。

同时，各地也动足脑筋，加快生育保险制度建设。据统计，目前全国有19个省（自治区、直辖市）出台了地方生育保险法规，并在国家原有的政策——《企业职工生育保险试行办法》的基础上进行了改革创新。突破之一在于将生育保险覆盖面从企业扩展到机关、事业单位。目前，全国有15个地方政策规定将机关、事业单位、社会团体、民办非企业、个体工商户等纳入生育保险覆盖范围，部分地区还包括了灵活就业、失业人员及农民工。突破之

二在于规定男职工配偶可享受生育保险待遇。9个省（自治区、直辖市）生育保险政策规定，男职工配偶住院分娩可报销一定比例的医疗费。突破之三就是强化医疗服务管理。全国17个省（自治区、直辖市）推行了定点医疗机构协议管理制度，实行社会保险经办机构与医疗机构之间结算医疗费的办法，方便参保职工就医，简化程序，提高服务质量。同时，这还起到了控制医疗费不合理增长，降低个人费用负担，提高工作效率的作用。

居民生育有保障

“有了保障就是不一样，咱居民孩子也可以像职工一样享受报销，我们真是赶上了好时候……”提起居民生育保险，家住安徽省马鞍山市向山镇的农





村居民朱香深有体会。4年前她第一胎分娩时，因大出血在该市人民医院花了1万多元，因为没有生育保障，全部自费。2010年9月计划内二胎，朱香因难产在同一家医院进行剖宫产手术，共花费5022元，最后报销了3645元，还不包括由居民生育保险基金支付的447元产前检查费用。前后有无保障，差异不言而喻。

而这一切，都是得益于城镇居民生育保险制度。生育保险制度从1994年开始实施到现在已经走过了16年，管理理念也实现了从“保企业”到“保民生”的转变，更注重保障范围的广泛性、保障待遇的公平性和发展趋势的统一性。2009年8月，人力资源和社会保障部发布了《关于妥善解决城镇居民生育医疗费用的通知》，将城镇居民住院分娩发生的医疗费纳入城镇居民医疗保险基金支付范围，解决了居民生育医疗费用负担问题。

这是生育保险工作的一次突破性进展，也是生育保险向与生育保障并举的一项具体体现。之前，我国生育保险制度仅仅覆盖城镇职业人群和农村居民，城镇非职业人员没有生育保障制度，而此次生育保障的范围从职业妇女扩展到了未就业妇女，开始全民覆盖。

同年，人社部还确定长春、南通、马鞍山、常德、惠州、成都和铜川7个城市作为生育保障试点城市，探索城镇居民生育保险模式和运行管理办法。7个试点城市积极行动，结合当地实际情况如期出台试点方案，全部启动实施。

马鞍山、南通、成都等地是探索城乡统筹的生育保险制度的先行者，按照建立统筹城乡社会保障制度的要求，整合各方面资源，将城镇、农村生育保险实行统一政策、统一管理。

积极争取公共财政支持也是各地的共同举措。长春、马鞍山、惠州、南通市在研究居民生育补助办法后，结合当地实际情况认真进行测算，建立了财政生育保险专项补助资金，按照市区两级财政分别负担的办法，对居民生育人员

进行专项补助。财政补助资金实行收支两条线管理，单独列账、统一管理。

在待遇保障方面，试点城市待遇项目包括了产前检查费、住院分娩医疗费、分娩并发症医疗费、计划生育手术费等5个项目，其中有5个试点城市将新生儿医疗费用纳入支付范围。

各地还完善了直接结算的管理办法。7个城市的结算办法基本实现了与定点医疗机构直接结算。如马鞍山市按照“项目定额、比例控制、按月拨付、年终考核决算、结余奖励、大额共担”的办法与定点医疗机构实行结算。常德、惠州、南通等试点城市通过城镇居民医疗保险平台实现了经办机构与医疗机构直接结算。

统一与完善待遇标准

“生孩子不花钱”，这已经成为北京、湖南、广州等越来越多的地方宣传生育保险的口号了！

在北京一家建筑设计院工作的罗小燕就深深体会到了这句口号的“含金量”。刚刚在4个月前做了妈妈的她，一开始对生育保险的作用并不看好，可生完孩子后仔细一算，产前检查花的1000多元钱，生育保险全给报销了。因为是剖腹产，自己仅掏了一些自费项目和医保目录外的药品和诊疗项目。最欣喜的是，出院后工作单位还通知她去领生育津贴，她不禁感叹：有了生育保险，生孩子不再发愁！

据统计，随着经济快速发展和医疗消费水平提高，“十一五”期间享受生育保险待遇人数逐年增加，待遇水平不断提高，人均生育支付标准从2005年的5547元增长到2009年的8559元。

问题也随之出现。按照国家政策，生育保险待遇只支付生育医疗费、女职工生育津贴和计划生育手术费，而目前很多地方待遇支付项目均多于国家规定项目且不统一。像北京、河北、内蒙古等地还支付男职工产假津贴；天津、河北等地还支付计划生育津贴；江苏还规定支付一次性营养补助等等。

另外，一些地区多渠道支付生育保险待遇，致使生育保险基金支出不能完全反映生育保险待遇水平。像上海市规定生育医疗费用由城镇职工医保基金支付，生育津贴由生育保险基金支付；海南省生育医疗费用由生育保险基金支付，生育津贴由单位支付等等。

因此，适时规范生育保险待遇支付项目，建立生育保险待遇调整机制是当务之急。

相比较城镇职工生育保险在政策规定范围内“生孩子不花钱”的目标，城镇居民生育保险试点工作的一项重要内容是要在城镇居民基本医疗保险制度报销住院费用60%的基础上，通过财政补助的方式解决个人负担40%部分的医疗费，或根据当地具体情况适当提高住院医疗费报销比例，逐步做到在基层医疗机构分娩个人不负担医疗费。

以成都为例，该市确定了“参保居民在一级及以下医疗机构正常生产每人定额补助1000元，在二级及以上医疗机构正常生产每人补助1200元；在一级及以下医疗机构剖宫生产的每人补助1400元，在二级及以上医疗机构剖宫生产的每人补助1600元等”具体标准。成都确定的居民生育保险待遇水平与国家西部农村孕产妇住院分娩补助标准相结合，基本可以保障参保孕产妇在二级及以下基层医疗机构住院顺产分娩不花钱或尽可能少花钱。

纵观这5年，城乡流动人口的生育保险问题是这期间尚未解决的难题。如何制定解决城乡人口跨区域流动生育保险制度的对接办法和管理措施非常重要，人社部总的想法是，在制度设计中充分考虑城乡之间、地域之间、人群之间的差异，确保制度的科学性和持续性。探索符合女农民工实际的生育保险办法，允许女农民工选择在就业地生育或返乡生育。对于返乡生育的女农民工，可在自愿的基础上，探索生育医疗费用与生育地医疗机构直接结算或一次性定额支付等多种待遇支付方式，以切实维护农民工的生育保险权益。■