

鄂州市医疗保障局
鄂州市财政局
鄂州市人力资源和社会保障局
国家税务总局鄂州市税务局

文件

鄂州医保发〔2023〕62号

关于完善生育医疗保障有关政策的通知

各区医保局，葛店开发区社保服务中心、临空经济区组织人事局，各区财政局、人社局、税务分局，市医保服务中心：

为进一步落实积极生育支持措施，提升我市基本医保参保人员生育医疗保障待遇水平，根据《湖北省全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施意见》（鄂医保发〔2019〕

42号)《省医疗保障局 省财政厅关于完善积极生育医疗保障支持措施的通知》(鄂医保发〔2023〕45号)等文件精神,结合鄂州市实际,对我市生育医疗保障政策作出调整,现就有关事项通知如下:

一、保障对象

生育医疗保障对象覆盖全市所有职工基本医疗保险(以下简称:职工医保)和城乡居民基本医疗保险(以下简称:居民医保)参保人员。灵活就业人员可自愿选择参加职工医保或居民医保。

二、基金征缴

(一)缴费对象

生育保险费由用人单位缴纳,职工个人不缴纳。用人单位为本单位在职职工(含未办理医保退休持续缴费人员)缴纳基本医疗保险费时,同步缴纳生育保险费。灵活就业人员参加职工医保不缴纳生育保险费,居民医保参保人员不缴纳生育保险费。

(二)缴费基数及费率

生育保险费并入职工基本医疗保险费统一征收。用人单位为本单位在职职工缴纳生育保险费的缴费基数与基本医疗保险的缴费基数保持一致;单位缴费费率为生育保险费率0.8%与职工基本医疗保险费率8.5%之和,即9.3%。

三、待遇保障

(一)职工医保

1.生育医疗费用。职工医保参保人员享受生育医疗费用待遇，生育医疗费用包括符合生育政策的生育医疗费（包括产前检查费，分娩医疗费）、计划生育医疗费（包括职工因计划生育实施放置、取出宫内节育器，人工终止妊娠，输卵管、输精管结扎手术等所发生的医疗费用），待遇标准如下。

（1）产前检查。参保人员产前检查费由生育保险限额支付，限额标准为每个妊娠周期 600 元。经生育保险支付后，后续发生的超出生育保险支付额度之外的政策范围内医疗费用，按职工医保普通门诊统筹待遇政策执行。

（2）住院分娩。参保人员在医保定点医疗机构住院分娩和住院分娩期间因并发症、合并症产生的住院医疗费用，不区分分娩胎次数，不分顺产与剖宫产，使用“生育住院”类别结算，取消住院起付标准，报销比例、年度限额按照职工医保住院待遇标准执行。住院分娩原限额结算政策取消。

（3）计划生育医疗费用。参保人员门诊流产、引产发生的政策范围内医疗费用实行限额支付，限额标准为 600 元。因流产、引产发生的政策范围内住院医疗费用，按职工医保住院待遇政策执行。

放置或取出宫内节育器、输卵管或输精管结扎手术发生的政策范围内医疗费用实行限额支付，限额标准分别为 300 元 / 例、1000 元 / 例。

参保人员因计划生育手术引起的合并症产生的医疗费用，按职工医保普通门诊或住院待遇政策执行。

参加生育保险的男职工未就业或处于医保待遇等待期

的配偶，在医保经办机构办理备案后，按照规定享受生育医疗费用待遇。享受其他保险或参加了外地医保的，生育时只能享受一种保障待遇。

2.先兆流产（保胎）。参保人员因先兆流产（保胎）发生的政策范围内医疗费用，纳入职工医保统筹基金支付范围。门诊治疗的，按职工普通门诊统筹待遇政策执行；住院治疗的，按职工医保住院待遇政策执行。

3.生育津贴。参加职工医保的用人单位在职职工按规定享受生育津贴。参加职工医保的灵活就业人员、领取失业保险金期间的失业人员、享受职工医保退休待遇的退休人员不享受生育津贴。

生育津贴以参保女职工分娩或施行计划生育手术时所在用人单位上年度职工月平均缴费工资为基数，除以 30 再乘以规定的假期天数计发。由基本医疗保险经办机构按照规定标准拨付给用人单位，用于支付女职工在产假、计划生育休假期间的工资。女职工生育津贴高于本人工资标准的全额计发，低于本人工资标准的用人单位可以补足。生育津贴支付天数按照国家统一规定执行。

财政供养人员(国家机关、全额拨款事业单位职工等)的生育津贴与工资不能重复享受。

4.缴费与待遇享受时间。用人单位新参保的职工办理参保登记后首次缴费起，连续缴费满 6 个月的次月开始享受生育津贴待遇。生育医疗费用待遇享受时间与基本医疗保险一致。原已参加生育保险的职工变更工作单位时，原单位应在

30 日内将该职工生育保险变更信息报医保经办机构备案，新单位在 3 个月内为其接续保险关系并补缴变更工作单位期间费用的，其实际缴费年限累计计算，参保人在变更工作单位期间享受生育津贴待遇；超过 3 个月以上接续保险关系的，其实际缴费年限重新累计计算，自缴费之月起，连续缴费满 6 个月的次月开始享受生育津贴待遇，变更工作单位期间不享受生育津贴待遇。

(二) 居民医保

居民医保参保人员产前检查费、住院分娩、先兆流产（保胎）及流产、引产发生的政策范围内医疗费用，纳入居民医保统筹基金支付范围。

1.产前检查费。 参保人员产前检查发生的政策范围内医疗费用，取消基金支付日限额，支付比例、年度限额按居民普通门诊统筹待遇标准执行。

2.住院分娩。 参保人员在医保定点医疗机构住院分娩和住院分娩期间因并发症、合并症产生的住院医疗费用，不区分分娩胎次数，不区分顺产与剖宫产，使用“生育住院”类别结算，取消住院起付标准，报销比例、年度限额按照居民医保住院待遇标准执行。住院分娩原限额结算政策取消。

3.先兆流产（保胎）及流产、引产。 参保人员因先兆流产（保胎）、流产、引产，在门诊发生的政策范围内医疗费用，按居民医保普通门诊统筹待遇政策执行；住院治疗发生的政策范围内医疗费用，按居民医保住院待遇政策执行。

(三) 不予支付范围

生育保险不予支付范围：违反国家生育法律、法规、规章规定发生的医疗费用；实施人类辅助生殖术发生的费用；应在其他保险或其他赔付责任范围（如兼有人身伤害、交通事故、医疗事故等致害方）支付的费用；在境外或香港、澳门特别行政区以及台湾地区发生的生育医疗费用；其他与生育无关的费用等。

职工医保、居民医保不予支付范围按国家医疗保障待遇清单相关规定执行。

四、基金财务管理

生育保险基金与职工基本医疗保险基金合并统一征缴，生育保险基金并入职工基本医疗保险基金专户管理，不单列生育保险基金收入。职工基本医疗保险基金严格执行社会保险基金财务制度，在统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目，实现基金共济。生育保险与职工基本医疗保险一并结算、清算。

五、其它积极生育支持措施

1.优化新生儿参保缴费。新生儿父母任意一方在省内参加基本医保或新生儿本人户籍在本市的，出生后凭户口簿或出生医学证明等有关证件资料，可在本市办理参保登记，免缴出生当年参保费用，从出生之日起享受当年居民医保待遇。新生儿应按规定在居民医保集中参保缴费期缴纳出生次年居民医保费，未在集中缴费期缴费的，可补缴出生次年居民医保个人缴费，自缴费之日起按规定享受居民医保待遇。

2.取消享受生育待遇前置条件。除参加生育保险的男职

工未就业或处于医保待遇等待期的配偶外，基本医保参保人员根据参保缴费情况，按规定享受生育保险待遇或基本医保有关生育医疗费用待遇，无需提供结婚证、生育服务证等证明材料。

六、工作要求

1.加强部门协作。各部门要明确工作职责，加强协作，形成工作合力，严明工作纪律和财经纪律，确保基金安全，确保参保人员就医、结算不受影响。市医疗保障部门负责指导医保经办机构及时做好系统调整，确保参保人员正常享受生育保险待遇；财政部门完善基金财务会计制度，会同相关部门做好基金监管工作；人社部门负责做好领取失业保险金期间的失业人员基本医疗保险（含生育保险）参保工作；税务部门负责做好基本医疗保险（含生育保险）的统一征收工作。

2.强化经办服务。市医疗保障经办机构要强化职工基本医疗保险、生育保险基础管理，严格执行职工基本医疗保险、生育保险经办业务操作规程，提高经办服务水平。完善信息统计，确保全面准确反映生育保险的基金运行、待遇享受人员、待遇支付等方面情况。要将生育医疗服务要求的指标纳入与定点医疗机构签订的服务协议中，促进生育医疗服务行为规范。参保人员生育医疗费用要实现在定点医疗机构医保直接结算。充分利用医保智能监控系统，强化监控和审核，控制生育医疗费用不合理增长。

3.做好政策宣传。各级各部门要充分发挥职能作用，加

大政策宣传力度，采用群众喜闻乐见的形式、通俗易懂的语言，全面、准确地解读生育保险医疗保障政策，充分利用各部门门户网站、微信公众号等多种信息化服务渠道，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

本通知自 2024 年 1 月 1 日起执行。既往生育保险和生育医疗费用有关政策和本通知不符的，以本通知为准。

