关于做好城乡居民基本医疗保险参保人员

生育医疗费用保障的通知

（公开征求意见稿）

为进一步提高本市城乡居民生育医疗费用保障水平，实施积极生育支持措施，促进人口长期均衡发展，根据《中共中央 国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》（中发〔2021〕30号）和《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）等有关文件精神，现就做好城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员生育医疗费用保障有关事项通知如下：

1. 合理界定保障范围

本市居民医保参保人员，在正常享受居民医保待遇期间发生的政策范围内生育医疗费用纳入城乡居民基本医疗保障范围。居民医保参保人员生育医疗费用报销范围比照职工生育保险报销范围执行。生育医疗费用主要包括：

1. 生育的医疗费用，具体包括：药费、化验费、检查费、治疗费、手术费、材料费等；
2. 计划生育的医疗费用，具体包括：实施放置（取出）宫内节育器、流产术、引产术、绝育术和复通术所发生的医疗费用等；

（三）法律、法规规定的其他项目费用。

二、巩固提高保障水平

居民医保参保人员发生的政策范围内生育医疗费用，单独建立报销台账，不与居民医保门（急）诊或住院台账合并计算，所需资金从居民医保基金中列支。根据经济社会发展、基金运行情况等，巩固提升居民医保参保人员生育医疗费用报销待遇，具体支付标准和结算方式详见附件。

参保人员妊娠期间因保胎治疗和期待疗法发生的医疗费用居民医保不予支付；终止妊娠或实施计划生育手术时出现合并症或并发症的，参照分娩期生育并发症或分娩期内合并严重内外科疾病有关待遇支付标准执行；妊娠28周（含）以上采取腔内注射、水囊引产、药物引产等引产方式终止妊娠的，对应规定的引产、自然分娩、人工干预分娩、单纯剖宫产等支付项目，确定相应的待遇支付标准。

三、推进支付方式改革

对产前检查费、部分计划生育的医疗费用实行按人头限额支付，对自然分娩、人工干预分娩、剖宫产不伴其他手术实行按病种定额支付，相关支付标准包括全程医疗费用（不含自费的药品、诊疗项目和服务设施）。参保人员发生医疗费用超出支付标准的部分，定点医疗机构另行向参保人员收取；低于按人头限额支付标准的，按实际发生费用结算；低于按病种定额支付标准部分，定点医疗机构结余留用。

 四、持续优化经办服务

 医保经办机构应持续做好生育医疗费用报销的经办服务工作，提高经办服务效能，促进群众办事更加方便快捷。

1. 妊娠登记服务

参保人员怀孕后在本市基层定点医疗机构联网办理妊娠登记后，发生的生育医疗费用纳入居民医保报销。因特殊原因不能联网办理的，可到医保经办机构办理。

1. 定点就医服务

 参保人员生育、实施计划生育手术等，应当到具有助产、计划生育技术服务资质的定点医疗机构生产或就医。医保经办机构应当与之签订协议，并向社会公布。

1. 异地就医服务

参保人员在异地发生的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，先由个人垫付后申报报销。按照国家统一规定，做好参保人员生育医疗费用异地就医直接结算等有关工作。

1. 垫付费用报销服务

 以家庭和行政村组织参保的人员发生垫付生育医疗费用后，凭相关材料到乡镇（街道）综合服务机构申报，乡镇（街道）综合服务机构受理后，录入医疗保障信息系统，并及时将申报材料已交至医保经办机构。以学校组织参保的人员发生垫付生育医疗费用后，凭相关材料到区医保分中心申报，区医保经办机构受理后，及时录入医疗保障系统。

五、精心做好组织实施

做好居民医保参保人员生育医疗费用保障，是实施积极生育配套政策，落实待遇清单管理要求的重要改革举措。各有关部门要切实增强改革定力，加强统筹谋划和沟通协调，积极做好政策衔接过渡，维护社会和谐稳定。同时，要加强宣传引导，采用喜闻乐见的形式，及时准确解读政策措施，合理引导社会预期，努力营造改革的良好氛围。

本通知自2023年1月1日起施行，有效期5年。《市医保局市财政局关于印发<天津市城乡居民生育保险规定>的通知》（津医保局发〔2019〕10号）、《市医保局关于实施<天津市城乡居民生育保险规定>有关问题的通知》（津医保局发〔2019〕37号）废止。

附件：

居民医保生育医疗费用支付标准

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 待遇名称 | 项目名称 | 付费方式 |
| 生育的医疗费用 | 产前检查 | 不满12周终止妊娠 | 按人头限额支付 |
| 满12周至不满28周终止妊娠 |
| 满28周以上终止妊娠或分娩 |
| 自然分娩 | 按病种定额支付 |
| 人工干预分娩 |
| 剖宫产不伴其它手术 |
| 分娩期合并内外科疾病 | 按项目支付 |
| 分娩期出现生育并发症① |
| 计划生育的医疗费用 | 引产 | 按人头限额支付 |
|
|
| 人工流产 |
| 高危人工流产② |
| 放置（取出）宫内节育器 |
| 更换宫内节育器 |
| 女性绝育术 |
| 男性绝育术 |
| 自然流产或药物流产 |
| 绝育术后复通手术 | 按项目支付 |
| 宫内节育器取出伴嵌顿、断裂、变形、异位或绝经1年以上 |
| 计划生育手术并发症③ |

**备注：**①分娩期出现生育并发症是指从分娩开始，到本次分娩结束期间出现下列情况：子宫破裂；羊水栓塞前置胎盘、胎盘粘连或植入需采取急救止血治疗者；产后出血；会阴Ⅲ度及复杂裂伤行缝合术的；妊娠期高血压疾病中的重度子痫前期和子痫；HAPLP综合征；胎盘早剥；胆汁淤积症；妊娠期脂肪肝；产后溶血；尿毒症。②高危人工流产是指需要住院实施人工流产的下列情况：1．年龄小于20岁或大于50岁流产的；2．半年内有终止妊娠或１年内有２次人工流产史的；3．1年内有剖宫产史的；4．产后１年之内尚在哺乳期的；5．生殖器畸形或合并盆腔肿物的；6．有子宫或子宫颈穿孔史的；7．带器妊娠的；8．子宫位置高度倾屈或暴露宫颈困难的；9．既往妊娠有胎盘粘连及大出血的；10．脊柱、下肢、盆腔病变不能采取膀胱截石卧位的；11．有出血性疾病史的；12．并发内、外科严重器质性疾病的；13.有多次剖宫产史。③计划生育手术并发症应当由市或区卫生健康部门负责认定，并开具鉴定结论。

起草说明

现就《关于做好城乡居民基基本医疗保险生育医疗费用保障工作的通知》（以下简称《通知》）起草情况说明如下：

 一、起草背景和过程

2012年10月，市政府办公厅印发《天津市城乡居民生育保险规定》（津政办发〔2012〕123号），自2013年1月起，建立城乡居民生育保险制度。居民医保参保人员无需额外单独缴费，就可以享受生育的医疗费用和计划生育的医疗费用报销待遇。该制度运行多年来，在减轻居民医保参保人员生育医疗费用负担上发挥了积极作用，促进提升了生育水平。

2021年1月，国家医保局、财政部出台《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号），明确医疗保障基本制度清单，并要求各地在医疗保障基本制度框架外不得新设制度，并要求三年内地方自行设立的地方性保障制度安排全部清零。我市城乡居民生育保险制度未纳入国家待遇清单制度范畴。为做好国家待遇清单在我市落实，并同步做好政策衔接，我们起草了《通知》。

 二、《通知》主要内容

 《通知》重点是取消城乡居民生育保险制度，相关费用纳入基本医疗保障，确保待遇不降低，政策平稳过渡。主要内容如下:

第一，合理界定保障范围。本市居民医保参保人员，在正常享受居民医保待遇期间发生的政策范围内生育的医疗费用和计划生育的医疗费用纳入居民基本医疗保障范围。

第二，巩固提高保障水平。参保人员发生的政策范围内生育医疗费用，单独建立报销台账，不与居民医保门（急）诊或住院合并计算，所需资金从居民医保基金中列支。重点提高产前检查费、人工干预分娩、剖宫产不伴其它手术等待遇。

第三，推进支付方式改革。重点是对产前检查费、部分计划生育的医疗费用实行按人头限额支付，对自然分娩、人工干预分娩、剖宫产不伴其他手术实行按病种定额支付，引导医疗机构主动降低成本，减轻医疗费用负担。

 第四，持续优化经办服务。重点是调整了妊娠登记服务，废止了生育服务登记与享受生育待遇挂钩相关规定。参保人员按规定办理妊娠登记后即可享受待遇，进一步简化享受生育待遇手续，方便群众办事。

第五，精心做好组织实施。要求各有关部门切实积极做好政策衔接过渡，加强宣传引导，合理引导社会预期。