办理结果：A

市政协七届四次会议第47号提案办理情况的答复

段委员:

您提出的“关于完善生育支持政策体系促进人口长期均衡发展”的建议收悉，现答复如下：

我市主要执行2019年黄石市医疗保障局发布的《黄石市全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法》黄医保发〔2019〕20号文和《黄石市城乡居民基本医疗保险试行办法》黄政办发〔2017〕48号文，该文件关于生育政策主要规定如下：

1. 新生儿父母任一方已参加本市基本医疗保险并按规定正常享受待遇的，新生儿可免缴当年个人参保费用，自出生之日起享受，次年按规定参保缴费。
2. 职工医保人员发生的符合规定的门诊医疗费用（包括产检及计划生育手术等）按生育门诊限额支付，发生的住院医疗费用（含妊娠并发症、分娩以及计划生育并发症或合并症）符合政策规定的，按职工基本医疗保险住院医疗费支付政策支付；符合生育政策规定的参保居民享受生育医疗待遇，居民医保人员发生符合规定的产检费可纳入城乡居民普通门诊统筹支付，发生的符合规定的分娩住院医疗费用按定额支付。
3. 参保女职工在生育期间、计划生育休假期间和参保男职工在其配偶生育后享受护理期间由职工基本医疗保险基金支付生育津贴。

2023年10月份省医保局发布了《关于完善积极生育医疗保障积极支持措施的通知》鄂医保发〔2023〕45号文件，进一步完善了生育政策，该文件完善我市积极生育医疗保障支持有关措施如下：

1、新生儿未在集中缴费期缴费次年居民医保费的，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、将产前检查费用纳入职工医保和居民医保普通门诊统筹支付范围。职工医保参保人员产前检查费用经生育保险按规定支付后，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纳入职工医保普通门诊统筹保障范围。居民医保参保人员产前检查发生的医疗费用，取消基金支付日限额，与普通门诊统筹医疗费用合并计算，执行居民医保普通门诊统筹有关规定。

3、基本医保参保人员在医保定点医疗机构住院分娩和住院分娩期间发生的并发症、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，按照基本医保住院待遇标准执行，与基本医保年度最高限额合并保障。

4、基本医保参保人员因先兆流产发生的住院或者门诊政策范围内医疗费用，可纳入基本医保统筹基金支付范围。居民医保参保人员流产、引产发生的住院或门诊政策范围内医疗费用，可纳入居民医保统筹基金支付范围。

5、除参加生育保险男职工未就业配偶外，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。

段委员提出的逐步将分娩镇痛和人类辅助技术纳入基金支付的建议中，分娩镇痛是一个收费项目，具体收费项目名称是椎管内阻滞分娩镇痛，为丙类项目，不能纳入统筹基金支付，但是可以使用个人账户基金支付。

目前，职工医保和城乡居民医保仍不能将人类辅助生殖技术（试管婴儿）发生的医疗费用纳入报销，我们也会将情况向上积极反映，随着医保事业的可持续发展和生育政策的不断完善，今后有可能会逐步将分娩镇痛和人类辅助生殖技术纳入医保报销范围。

我局将段委员提出的建议，通过预约进行反馈解释工作后与提案代表取得一致意见。

再次感谢段委员对医保政策的关注，后期医保部门将加大医保政策宣传工作让参保人和医疗机构熟知。

大冶市医疗保障局