关于进一步完善生育保险有关政策的通知

（送审稿）的起草说明

一、起草背景

为进一步完善我市生育保险政策，提升我市适龄妇女的生育意愿，优化人口结构，提高人口素质，促进共同富裕，努力为实现经济社会高质量发展提供坚实基础和持久动力，构建育儿友好型社会，根据《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第287号）等政策文件精神，经历史生育数据测算，在我市基本医保基金承受范围内，我局牵头草拟了关于进一步完善生育保险有关政策的通知（送审稿）。

二、文件依据

1.《中华人民共和国社会保险法》

2.《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第287号）

3.《河源市人民政府关于印发河源市基本医疗保险实施办法的通知》（河府〔2023〕43号）

三、起草过程

1.1月10日，草拟《关于进一步完善生育保险有关政策的通知（征求意见稿）》。

2.1月18日，发函征求市财政局、各县医疗保障局、财政局，江东新区发展财政局、江东新区社会事务局，市医保局源城分局，市医保管理中心的意见。

3.1月22日，在河源市人民政府网站公示，征求公众意见。

4.1月23日，征求市局法律顾问伍志业律师的意见。

四、主要内容

（一）职工医保产前检查和医保计划生育医疗费用，按照定额进行补助，相关标准按照原生育政策标准执行。职工医保产前检查定额补助标准为1000元，保持不变。职工医保计划生育医疗费用：放置、取出宫内节育器150元；输卵管结扎术500元、输精管结扎术200元、输卵管复通术3000元、输精管复通术2000元；人工流产400元；引产术800元，以上项目定额标准也保持不变。

（二）明确参保职工和参保居民发生的生育医疗费用及相关合并症、并发症医疗费用，对于起付标准以上、基本医疗保险最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，纳入住院报销，不再实行定额补助，由个人、基本医疗保险基金按规定负担。起付线及异地生育政策按照《河源市人民政府关于印发河源市基本医疗保险实施办法的通知》有关规定执行；一级定点医院报销比例按照《河源市人民政府关于印发河源市基本医疗保险实施办法的通知》有关规定执行。二级、三级定点医院报销比例在现行职工医保、居民医保住院医疗费用报销的基础上提高5％。以上生育医疗费用经报销后，报销金额低于原类别定额标准的按实际发生的医疗费用予以核报（不超过原类别定额标准）。

**测算情况：**经2022年数据测算，以上费用纳入住院报销后，居民医保基金预计为参保人多报销1339.33万元，职工医保基金预计为参保人多报销735.94万元。

（三）参保职工和参保居民发生的生育医疗费用及相关合并症、并发症医疗费用支付结算纳入DIP付费与定点医院结算。2023年度的生育医疗费用预算纳入2024年度DIP付费可分配总额中，并以基金预期增长率进行确定。

**修订理由：**将原生育一次性定额补助纳入DIP清算付费总额，不增加额外基金支出，将生育医疗费用及相关合并症、并发症医疗费用支付结算纳入DIP付费结算，通过DIP付费为抓手，定点医疗机构通过控费可以抑制生育费用不合理增长。

（四）明确我市参保人市外生育医疗费用报销标准。按照原定额标准执行。

四、关于提高生育二、三级定点医疗报销比例的说明

（一）有利于平缓总和生育率下降趋势，推动实现适度生育水平。群众生育观念已总体转向少生优育，经济负担、子女照料、女性对职业发展的担忧等成为制约生育的主要因素。实施提高生育报销比例措施，促进生育政策与相关经济社会政策同向发力，有利于满足更多家庭的生育意愿，有利于提振生育水平。

（二）有利于合理控费。此次生育政策修订，将生育医疗费用及相关合并症、并发症医疗费用支付结算纳入DIP付费结算，通过DIP政策控费抓手，可以调控医疗机构生育医疗费用的不合理增长。

河源市医疗保障局

2024年2月 日