

# 白城市医疗保障局 白城市财政局文件

白医保联规〔2024〕1号

---

## 关于明确生育医疗保障有关政策的通知

各县（市）医疗保障局、各县（市、区）财政局，市医疗保障局直属单位：

为降低我市参保人员生育成本，协同实施积极生育支持措施，促进人口长期均衡发展，按照《关于优化生育医疗保障有关政策的通知》（吉医保联〔2024〕17号）文件要求，现结合我市实际，将我市生育医疗保障有关政策进一步明确如下：

### 一、明确产前检查医疗费用支付标准

参加生育保险的女职工，符合规定的门诊产前检查费用按限额支付，以生育保险备案至分娩（含计划生育）完整医疗过程为周期，周期内不设立起付线，支付比例为100%，最高支付限额1500元，原“一次性围产期补贴”不再单独定额发放。超出限

额的门诊产前检查费用，可通过职工医保普通门诊统筹、职工医保个人账户等渠道按规定支付。

## 二、明确计划生育等医疗费用支付标准

（一）参保职工在门诊或住院施行计划生育手术中有助于生育的取出宫内节育器、输卵管或者输精管复通、输卵管通水等手术，以及上述手术期间诊治并发症、合并症的政策范围内医疗费用，生育保险按住院分娩待遇标准支付。

（二）参保女职工门诊计划生育手术生育保险不设起付标准，政策范围内医疗费用按限额支付。具体限额标准为：

1. 门诊人工流产术为 500 元。
2. 门诊宫内节育器放置术为 300 元。
3. 门诊药物流产术为 500 元。
4. 门诊刮宫术为 300 元。

高于限额按限额标准支付，超出限额的医疗费用可通过职工医保个人账户、职工医保普通门诊统筹等渠道按规定支付，低于限额的政策范围内医疗费用按实际发生额支付。

（三）参保职工住院计划生育手术生育保险不设起付标准，住院实施的流产术、刮宫术，输卵管、输精管绝育（结扎）术，终止妊娠的中期引产术等手术，以及实施计划生育手术期间诊治并发症、合并症产生的政策范围内医疗费用，生育保险按照职工基本医保住院支付比例执行。

（四）参加生育保险的女职工治疗宫外孕、葡萄胎、妊娠高血压综合症（含保胎）等发生的政策范围内医疗费用，按照女职工住院分娩待遇标准支付。

以上由生育保险支付的政策范围内医疗费用不区分甲、乙类。

### 三、其他工作要求

1. 全市各级医疗保障局及业务经办机构要高度重视此次生育保险政策调整优化工作，主动加强定点医疗机构的政策宣传与解读，进一步完善《服务协议》，督促定点医疗机构建立健全生育保险管理制度，引导广大参保职工科学合理就医，同时要进一步优化经办服务流程，加强信息系统建设和政策调整前后业务衔接，强化基金监督管理，确保基本医保基金合理支出。

2. 本通知以及省文件所明确的相关生育医疗保障政策，省内异地就医的按省里要求执行，在省外异地就医的按照《吉林省医疗保险异地就医管理办法》执行。

3. 本通知执行前参保人员发生的产前检查、计划生育等已享受医保待遇支付的医疗费用不纳入调整后待遇标准计算，本通知执行后参保人员发生符合规定的生育医疗费用重新计算，按新标准执行。

4. 本通知进一步明确的有关生育医疗保障政策自8月1日起执行；其他生育医疗待遇保障政策按照《关于优化生育医疗保障有关政策的通知》（吉医保联〔2024〕17号）要求，自7月1日起执行。

附件: 《关于优化生育医疗保障有关政策的通知》（吉医保联〔2024〕17号）

白城市医疗保障局

白城市财政局

2024年7月15日

（此件公开发布）

---

抄送：市卫健委、市人社局

---

白城市医疗保障局办公室

---

2024年7月15日印发

---