

鄂州市医疗保障局

鄂州市财政局文件

鄂州市卫生健康委员会

鄂州医保发〔2026〕14号

关于落实《省医保局 省财政厅
省卫健委关于推行住院分娩政策范围内
医疗费用“零自付”的通知（试行）》
的通知（试行）

各区医疗保障局、财政局、卫生健康局，葛店经开区社会保险服务中心、临空经济区经济发展局、市医疗保障服务中心、各定点医疗机构：

为切实降低群众生育成本，现将《湖北省医疗保障局湖北省财政厅湖北省卫生健康委员会关于推行住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”的通知（试行）》（鄂医保发〔2026〕12号）转发给你们，请遵照执行。同时，将我市各级定点医疗机构医保支付标准明确如下：

1.自然分娩（常规）：三级医疗机构 4500 元/例，二级医疗机构 4000 元/例，一级医疗机构（含乡镇卫生院）3300 元。

难产分娩的，在自然分娩基本服务包基础上增加 1000 元/例。

2.剖宫产（常规）：三级医疗机构 6000 元/例，二级医疗机构 5400 元/例，一级医疗机构（含乡镇卫生院）4500 元。

自然分娩转剖宫产的，在剖宫产基本服务包基础上增加 1500 元/例。

3.生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，自然分娩 1000 元/例，剖宫产增加 1500 元/例。

本通知自 2026 年 6 月 15 日执行，试行 2 年。现有政策与本通知不符的，以本通知为准。国家、省有新规定的，从其规定。

附件：《湖北省医疗保障局湖北省财政厅湖北省卫生健康委员会关于推行住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”的通知（试行）》（鄂医保发〔2026〕12号）



鄂州市医疗保障局



鄂州市财政局



鄂州市卫生健康委员会

2026年6月8日

湖北省医疗保障局 湖北省财政厅文件 湖北省卫生健康委员会

鄂医保发〔2026〕12号

关于推行住院分娩政策范围内医疗费用 “零自付”的通知（试行）

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局，财政局，卫生健康委：

为贯彻落实国家积极生育支持政策，切实减轻参保人员住院分娩费用负担，推动建立生育友好型社会，经研究决定，在全省推行“住院分娩基本服务包”（以下简称：基本服务包），实现住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”。现将有关事项通知如下：

一、保障对象

按规定参加我省职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险，住院分娩时正常享受医保待遇的参保人员（含参加生育保险的男职工未就业配偶）。

二、基本服务包范围

基本服务包覆盖参保人员单次正常住院分娩过程中发生的符合临床路径和诊疗规范的必需医疗费用，包括：床位费（普通病房标准）、护理费、诊查费、阴道分娩（常规）或剖宫产（常规）对应的分娩操作、手术、麻醉、监护以及与分娩直接相关的常规检查、药品、耗材等费用（见附件1）。

住院分娩期间发生的其他特殊治疗、特需服务，以及合并症、并发症治疗费用等不纳入基本服务包范围。基本服务包由省医疗保障局统一制定，根据分娩需求以及医保基金可承受能力等动态调整。

三、待遇保障

参保人员在省内签约定点医疗机构住院分娩期间，发生属于基本服务包范围内的医疗费用，由基本医保统筹基金按规定全额保障，统筹基金支出计入基本医保年度最高支付限额。

因其他特殊治疗、特需服务，以及合并症、并发症治疗等，超出基本服务包范围的费用，按现行医保报销政策执行。

四、结算管理

（一）基本服务包类

对单纯使用基本服务包的患者，即住院分娩期间除特需病房外，未发生基本服务包外费用的，由医保经办机构按定额支付标准与医疗机构结算，超出定额支付标准的费用，原则上由医疗机构自行承担。具体标准如下：

1. 自然分娩（常规）：4500 元/例。

难产分娩的，在自然分娩基本服务包基础上增加 1000 元/例。

2. 剖宫产（常规）：6000 元/例。

自然分娩转剖宫产的，在剖宫产基本服务包基础上增加 1500 元/例。

3. 生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，自然分娩增加 1000 元/例，剖宫产增加 1500 元/例。

基本服务包定额支付标准由省医疗保障局结合既往分娩历史数据及基金可承受能力合理确定、动态调整。各统筹区可根据本地实际，综合考虑基金可承受能力、不同等级医疗机构资源消耗和成本支出，制定不同等级医疗机构差异化的支付标准，报省医疗保障局备案后执行，原则上各统筹区总体病例支付标准不高于省级规定。

（二）非基本服务包类

对使用其他特殊治疗超出基本服务包范围的，以及发生合并症、并发症的病例，基本服务包定额支付费用及其他费用纳入按病种付费，对照相应的 DRG/DIP 病（组）种支付标准与医疗机构

进行结算。

住院分娩所发生的费用，统一使用“生育住院”医疗类别。

五、异地就医管理

参保人员在省内其他市（州）签约定点医疗机构住院分娩直接结算的，基本服务包定额支付标准按就医地标准执行；超出基本服务包范围的费用，按参保地支付政策执行。参保人员在省外医保定点医疗机构住院分娩的，按参保地现行政策执行。参保人员未直接结算回参保地申请手工（零星）报销的，按参保地规定执行。

六、服务管理

对自愿使用基本服务包的患者，签约定点医疗机构应主动告知基本服务包包含的项目内容，做好政策宣传解释工作，并签订告知书，按约定向参保患者提供服务，不得减少服务、降低质量，不得诱导患者增加服务内容、加重费用负担。对分娩过程中确因个人原因及病情需要，无法按基本服务包内容提供服务的，经患者知情同意并签字确认后，可纳入非基本服务包类管理。

签约定点医疗机构按照住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”项目代码（见附件2）向湖北医保信息平台上传基本服务包类型，基本服务包外的项目明细按现行流程上传。

七、协议管理

各地医保部门应按照自愿申报、公平公正、协商谈判的原则，合理确定开展基本服务包“零自付”的定点医疗机构。政策实施

之初，可先从有意愿参与的医疗机构起步，鼓励三级医疗机构积极参与。

医保经办机构应与基本服务包“零自付”定点医疗机构签订补充服务协议，明确基本服务包范围、结算方式、支付标准及服务质量要求等，并向社会公布签约定点医疗机构名单等信息。各地医保部门可根据不同等级医疗机构，合理设置基本服务包病例占比，并纳入服务协议考核范围，减轻患者费用负担。

八、基金监管

各地医保部门要强化住院分娩费用监测分析，及时掌握参保人员住院分娩待遇享受、基金支出等情况，确保待遇有效落实，基金安全运行。要充分运用信息化手段，优化完善智能监管规则，严厉打击诱导、虚构检查治疗，骗取医保基金的行为，切实维护基金安全。

九、组织领导

各地要健全工作机制、强化统筹协调，切实做好住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”工作，逐步实现省内异地就医住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”直接结算。医保部门要建立完善政策制度，加强统筹协调、确保工作落实，防范基金风险。财政部门要加强对医保基金运行情况的财政监督。卫生健康部门要规范产科医疗行为，提升分娩服务质量，加强安全监测与质量评价。各相关部门要加强政策宣传与引导，准确解读政策，合理引导预期，既要纠正保障不足又要防范过度保障。各地在工作推

进过程中，要定期跟踪、评估，遇重大事项要及时向省医疗保障局、省财政厅、省卫健委报告。

本通知自 2026 年 6 月 15 日执行，试行 2 年。国家有新规定的，从其规定。

附件：1-1. 住院分娩基本服务包（自然分娩）

1-2. 住院分娩基本服务包（剖宫产）

2. 住院分娩政策范围内医疗费用“零自付”项目代码



（此件公开发布）

附件 1-1

住院分娩基本服务包

（自然分娩）

序号	项目名称	备注
1	普通病房床位费	
2	住院诊查费	
3	二级护理	
4	鼻导管吸氧	
5	宫颈内口检查费	
6	葡萄糖测定	1 次
7	彩超常规检查（胎儿产前）	1 次
8	彩超常规检查（产后）	1 次
9	常规心电图检查	1 次
10	静脉采血	1 次
11	血常规（五分类）	1 次
12	超敏 C 反应蛋白测定	1 次
13	ABO 血型鉴定	1 次
14	Rh 血型鉴定	1 次
15	乙肝五项检查	1 次
16	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	1 次
17	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)	1 次
18	梅毒螺旋体特异抗体测定	1 次
19	尿液分析（尿常规）	1 次
20	血浆 D-二聚体测定	1 次

21	凝血常规	1 次
22	肾功能(小)	1 次
23	肝功能	1 次
24	血脂(四项)	1 次
25	电解质检查	1 次
26	甲状腺功能常规检查	1 次
27	粪便常规	1 次
28	甲肝抗体测定(IgM)	1 次
29	丁型肝炎抗体测定(IgG)	1 次
30	戊型肝炎抗体测定(IgM)	1 次
31	特殊介质交叉配血(凝集胺法等)	1 次
32	催引产	1 次
33	产程管理	1 次
34	阴道分娩(常规)	1 次
35	产时子宫颈裂伤修补术	1 次
36	分娩镇痛	不超过 6 小时
37	导尿	1 次
38	膀胱容积测量	1 次
39	小换药 QD	
40	会阴护理 QD	
41	镇痛药	1 次
42	产后常规用药	

备注：“医用材料”与基本服务包内“医疗服务项目”相对应，根据实际分娩情况使用。

附件 1-2

住院分娩基本服务包

（剖宫产）

序号	项目名称	备注
1	普通病房床位费	
2	住院诊查费	
3	一级护理	
4	二级护理	
5	鼻导管吸氧	
6	葡萄糖测定	1 次
7	彩超常规检查（胎儿产前）	1 次
8	彩超常规检查（产后）	1 次
9	常规心电图检查	1 次
10	静脉采血	
11	血常规（五分类）	
12	超敏 C 反应蛋白测定	
13	ABO 血型鉴定	1 次
14	Rh 血型鉴定	1 次
15	乙肝五项检查	1 次
16	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	1 次
17	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)	1 次
18	梅毒螺旋体特异抗体测定	1 次
19	尿液分析（尿常规）	1 次
20	血浆 D-二聚体测定	1 次

21	凝血常规	1 次
22	肾功能(小)	1 次
23	肝功能	1 次
24	血脂(四项)	1 次
25	电解质检查	1 次
26	甲状腺功能常规检查	1 次
27	特殊介质交叉配血(凝集胺法等)	1 次
28	血型单特异性抗体鉴定	1 次
29	粪便常规	1 次
30	甲肝抗体测定(IgM)	1 次
31	丁型肝炎抗体测定(IgG)	1 次
32	戊型肝炎抗体测定(IgM)	1 次
33	血栓弹力图试验	1 次
34	剖宫产(常规)	1 次
35	麻醉	1 次
36	术中治疗	
37	心电监测	
38	特大换药	
39	引流管护理	1 次
40	剖宫产药品	
41	产后常规用药	

备注：“医用材料”与基本服务包内“医疗服务项目”相对应，根据实际分娩情况使用。

附件 2

住院分娩政策范围内医疗费用
“零自付”项目代码

序号	地方医疗服务项目代码	项目名称
1	003314000020000-331400002	自然分娩
2	003314000040000-331400004	自然分娩多胎（加收）
3	003314000070000-331400007	难产分娩（加收）
4	003314000120000-331400012	剖宫产
5	003314000150000-331400015	剖宫产多胎（加收）
6	003314000160000-331400016	自然分娩转剖宫产（加收）

备注：国家有新项目代码按新代码执行。

