

重庆市人力资源和社会保障局 关于医疗保险和生育保险有关问题处理意见的 通知

渝人社发〔2015〕55号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局，北部新区社会保障局：

针对医疗保险和生育保险近年运行中反映的有关政策问题，经研究提出如下处理意见，请遵照执行。

一、关于门诊特殊疾病资格认定

医疗保险市级统筹后，参加我市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）或城乡居民合作医疗保险（以下简称居民医保）的人员，按规定取得的特殊疾病资格，在医疗保险跨险种或职工医保跨档次转移接续中，属同一特殊疾病病种的互认，不再重新申报。

医疗保险关系从市外转移到我市的参保人员，其特病资格按照《关于调整基本医疗保险市级统筹特殊疾病范围和管理办法有关问题的通知》（渝劳社办〔2003〕265号）和《重庆市城乡居民合作医疗保险特殊疾病暂行管理办法》（渝人社发〔2012〕102号）等规定重新申请办理。



二、关于医疗保险支付范围

根据医疗保险市级统筹和城乡统筹要求，职工医保和居民医保均统一执行《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《城镇职工基本医疗保险医疗服务项目目录》和医保基金的支付范围。

三、关于孕产妇住院分娩定额补助

对符合计划生育政策的孕产妇住院顺产分娩，居民医保按照《关于重庆市城乡居民合作医疗保险若干问题处理意见的通知》（渝人社发〔2013〕267号）政策给予定额补助，不符合计划生育政策规定的不予补助。

四、关于孕产妇住院剖宫产医保结算

对参加居民医保符合计划生育政策且具备剖宫产指征的孕产妇，在执行单病种结算的定点医疗机构剖宫产，按照《重庆市医疗保险单病种结算暂行办法》（渝人社发〔2014〕167号）规定实行单病种定额结算；在未执行单病种结算的定点医疗机构剖宫产按普通住院结算。不符合计划生育政策的孕产发住院剖宫产发生的医疗费用，医保基金不予结算支付。

医疗保险定点医疗机构应严格遵循剖宫产指征，按照《重庆市医疗机构助产技术服务质量评审细则(试行)》(渝卫妇社〔2009〕22号)规定，一级医疗机构剖宫产率全年应当控制在15%以内，二级医疗机构控制在35%以内，三级医疗机构剖宫产率控制在

50%以内。对超过以上指标的，医疗保险经办机构在年终清算时，对超过比例的剖宫产孕产妇按照渝人社发〔2013〕267号文件规定的顺产分娩定额补助标准予以清算。

剖宫产率=医疗机构全年接生的居民医保剖宫产孕产妇数÷
医疗机构全年接生的居民医保孕产妇数×100%。

五、关于居民医保精神病住院费用结算

对居民医保精神病住院费用实行按单病种结算，结算标准按照《重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局关于调整城镇职工基本医疗保险精神病住院结算标准的通知》（渝人社发〔2013〕107号）执行，医疗费用由居民医保基金和个人分别按《重庆市医疗保险单病种结算暂行办法》（渝人社发〔2014〕167号）规定的比例分担。其就诊人次不纳入药事服务费计算。

六、关于申领职工生育保险所需材料问题

我市职工生育保险参保人员申领生育保险待遇按《重庆市职工生育保险暂行办法》（重庆市人民政府令第181号）执行。参保人符合计划生育政策但未办理《生育服务证》或《再生育服务证》的，生育保险经办机构可凭参保人在卫生计生部门出具的符合计划生育的相关材料，按规定享受生育保险待遇。

七、过去有关规定与本通知不一致的，以本通知为准。



重庆市人力资源和社会保障局

2015年3月30日