附件2

起草说明

一、政策依据

2021年4月14日，《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）出台；2021年12月31日，《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）出台。国家及省的这两个文件共同明确要求建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制，同步推进个人账户制度改革，改进个人账户计入办法，规范个人账户使用范围；从具体内容上，明确规定了以下内容：

**一是调整个人账户划入标准，规范使用范围。**在职职工个人账户月计入标准为本人参保缴费基数的2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，月划入额度为2021年各地市基本养老金月平均金额的2.8%。同时规范了个人账户的使用范围。

**二是建立普通门诊统筹。**明确在职职工发生的政策范围内的普通门诊医疗费用，一级及以下医疗卫生机构支付比例不低于60%，二级医疗卫生机构不低于55%，三级医疗卫生机构不低于50%，退休人员支付比例适当提高；年度最高支付限额不低于各地级以上市上上年度城镇在岗职工年平均工资的2%。

**三是明确普通门诊统筹****就医方式。**要求原则上选定1家定点医疗卫生机构就诊；除急救和抢救需要外，参保人员未经转诊到非选定医疗卫生机构门诊就医，统筹基金不予支付。

　　根据国家和省的规定，结合本市实际，我局起草了《关于实施<广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法>有关事项的通知》（以下简称《通知》）。

二、《通知》主要内容

（一）适用人群

国家和省门诊共济保障改革对象是统账结合职工医保。因此，《通知》适用人群为参加我市基本医疗保险一档（统账结合模式）的属于职工基本医疗保险性质的参保人。

（二）新增普通门诊统筹待遇

在现有门诊待遇保持不变的基础上，对基本医疗保险一档参保人另外新增普通门诊统筹待遇，按以下规定享受相应待遇：

**一是**规定参保人在选定的统筹定点机构就医的发生的普通门诊医疗费用由基本医疗保险大病统筹基金（以下简称“统筹基金”）根据医院级别按比例支付：在一级及以下医疗机构、二级医院、三级医院的统筹基金支付比例，甲类药品分别为80%、70%、60%，乙类药品分别为70%、60%、50%，退休人员支付比例提高2%；诊疗项目或医用耗材支付比例分别为90%、80%、70%。经统筹基金支付后的部分，可由参保人的个人账户支付，个人账户不足的由个人自付。

**二是**规定统筹基金支付普通门诊医疗费用的年度最高支付限额不超过本市上上年度在岗职工年平均工资的5%；其中在二级及以上医院、专科医院的年度支付限额最高不超过本市上上年度在岗职工年平均工资的2.5%；超出部分，可由参保人的个人账户支付，个人账户不足的由个人自付。

（三）规定与其他门诊待遇的衔接

参保人发生的门诊特定病种的医疗费用，按照《深圳市医疗保障局 深圳市卫生健康委员会关于实施<广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法>有关事项的通知》的相关规定享受待遇。除急救和抢救需要外，参保人未经转诊到非选定统筹定点机构就医的，不享受普通门诊统筹待遇，按照《深圳市社会医疗保险办法》规定享受原有的普通门诊待遇。

（四）调整个人账户划入标准

基本医疗保险总缴费费率为8%的基本医疗保险一档参保人，个人账户按其缴费基数的2%按月计入，其余部分全部划入统筹基金；参保人为在职职工的，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。在本市停止缴纳基本医疗保险费并继续享受基本医疗保险一档待遇的退休人员，其个人账户由统筹基金按定额划入，月划入标准为2021年本市基本养老金月平均金额的2.8%。

（五）规范并扩大个人账户的使用范围

我市医保个人账户目前已在家庭成员共济、药店购药等方面活化使用。《通知》进一步扩大了个人账户活化使用范围：**一是**可用于在定点零售药店购买医疗器械、医用耗材；**二是**可用于配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险的个人缴费及参保人本人达到法定退休年龄后未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。为了保障个人账户支出稳妥可控，对于在定点零售药店购买医疗器械和医用耗材的费用，设置个人账户的年度支付限额为5000元。

（六）规定普通门诊统筹的就医管理

参保人选定的统筹定点机构可包含一家社康机构、一家二级及以上医院和一家专科医院。参保人选定的社康机构有结算医院的，结算医院及其下设的其他社康机构可视同为选定的统筹定点机构，选定的统筹定点机构可申请变更。社康机构及其结算医院、二级及以上医院、专科医院的范围由市医疗保障经办机构公布。