附件2

起草说明

1. 起草背景

为保障我市基本医疗保险和生育保险参保人的合法权益，规范参保人的就医、购药行为，提高基本医疗保险基金使用效率，根据国家、广东省近年来出台的关于门诊特定病种、建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制、异地就医直接结算等政策要求，结合本市实际，我局起草了《深圳市基本医疗保险和生育保险就医管理办法（征求意见稿）》（以下简称《就医管理办法》），以更好适应国家、广东省有关要求，更好地满足广大参保群众的就医需求。

1. 主要内容

本《就医管理办法》分为5章32条，分别为总则、本市就医管理、异地就医管理、医疗费用手工（零星）报销、附则。对比现行的就医管理要求，主要调整内容如下：

（一）提升参保人市内就医便利程度

《就医管理办法》完善优化了参保人的市内就医管理服务。**一是**扩大职工基本医疗保险二档、居民基本医疗保险参保人的普通门诊统筹就医机构范围。将“选1”模式优化为“选1送N”模式：原先参保人只能选定一家社康机构作为普通门诊统筹就医的机构，现调整为参保人选定一家社康机构后，该机构所属的结算医院及其下设的所有其他社康机构都自动成为其普通门诊统筹就医机构。**二是**延长普通门诊就医转诊的有效期为30日，可以多次就诊使用，部分特殊疾病的转诊有效期可以延长至1年，相较于目前只有3天的转诊有效期并仅限当次使用的管理要求更灵活宽松。**三是**扩大门诊特定病种就医机构的范围。经认定为高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等8种门诊特定病种的参保人，原先享受门诊特定病种待遇只能在其签订家庭医生服务协议的社康机构就医，调整后还可以另外选定包含二级以上医院、专科医院在内的其他定点医疗机构就医。

（二）优化参保人异地就医管理制度

《就医管理办法》优化完善了参保人异地就医的条件和流程。**一是**规范异地就医备案人群，明确异地就医原则。符合国家、广东省及本市规定办理异地就医备案或者异地转诊手续的参保人，可以根据病情需要在备案的就医地联网定点医药机构或者转入的联网定点医疗机构就医、购药，享受直接结算服务。**二是**进一步扩大免备案直接结算范围。在原来省内异地的其他临时外出就医人员实行免备案直接结算的基础上，对跨省或省内临时外出就医人员、省内异地生育就医人员也实行免备案直接结算。**三是**新增异地就医普通门诊统筹待遇，提升异地就医待遇水平。目前参保人异地就医发生的普通门诊医疗费用不享受普通门诊统筹待遇，全部由个人账户支付，调整后，普通门诊异地就医执行与市内就医相同的基本医疗保险统筹基金支付比例和支付限额，大大提高参保人异地就医普通门诊待遇水平。

（三）完善医疗费用零星（手工）报销服务规范

《就医管理办法》调整和优化了我市医疗和生育保险零星（手工）报销流程和标准。**一是**明确报销范围和期限。明确规定参保人异地就医发生的未能直接结算或者补记账的医疗费用可以申请报销。**二是**延长异地就医医疗费用报销申请期限。目前参保人需在医疗费用发生或者出院之日起1年内提出报销申请，本办法统一将基本医疗保险、生育保险的医疗费用报销申请期限延长至3年。**三是**优化和调整生育医疗费用定额报销的项目和标准。本次修订在目前的定额报销标准基础上，结合实际调整报销项目，增加怀孕未满4个月终止妊娠（住院）、怀孕满7个月终止妊娠、异位妊娠施行手术终止妊娠等项目，参照我市诊疗项目政府指导价格和市内定点医疗机构生育费用记账支付情况，提高定额报销标准，进一步提高生育医疗费用待遇水平。