附件1

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）

**第一章 总 则**

**第一条** 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《深圳市医疗保障办法》（深圳市人民政府令第358号）及国家、广东省有关规定，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市职工基本医疗保险、居民基本医疗保险和生育保险参保人就医、购药管理。

第三条 **参保人就医遵循“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗原则。**

**第四条** 参保人应当按规定使用医保电子凭证或者社会保障卡等作为其医疗保障凭证。医疗保障凭证不得涂改及伪造，不能转借他人使用。

**定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）**及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人的医疗保障凭证。

第五条 **定点医药机构应当严格执行医疗保障服务协议，合理检查、合理用药、合理治疗、合规收费，并优先使用基本医疗保险目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材。**

**第二章 本市就医管理**

第六条 **参保人按规定到市内定点医药机构就医、购药（以下包含购买药品、医疗器械、医用耗材），享受相应的医疗保险待遇。**

第七条 **职工基本医疗保险一档参保人可以在市内定点医疗机构范围内选定1家****社康机构或者其他基层医疗机构、1家****二级以上医院、专科医院作为普通门诊统筹就医定点医疗机构。参保人选定的社康机构所属结算医院及其下设的社康机构同为****选定的普通门诊统筹就医定点医疗机构。**

**参保人选定或者变更选定普通门诊统筹就医定点医疗机构的，可以向市医疗保障经办机构或者定点医疗机构申请办理。其中，****选定****社康机构或者其他基层医疗机构，****首次选定即时生效，变更选定的，自变更选定的次月起生效；选定或者变更选定二级以上医院、专科医院的，参保人就医时自动选定或者变更选定，即时生效。**

第八条 **职工基本医疗保险二档参保人、居民基本医疗保险参保人****可以在市内定点医疗机构范围内选定1家社康机构或者其他基层医疗机构作为普通门诊统筹就医定点医疗机构。14周岁以下的居民基本医疗保险参保人，可以在市内定点医疗机构范围内选定1家社康机构或者其他基层医疗机构或者1家市内二级以下医院作为****普通门诊统筹就医定点医疗机构。参保人选定的社康机构所属结算医院及其下设的社康机构同为选定的普通门诊统筹就医定点医疗机构。**

**参保人选定或者变更选定普通门诊统筹就医定点医疗机构的，可以向市医疗保障经办机构或者定点医疗机构申请办理。首次选定即时生效，变更选定的，自变更选定的次月起生效。**

**第九条**  **参保人因病情需要进行普通门诊转诊的，应当由选定的普通门诊统筹就医定点医疗机构办理转诊手续，转诊到具有诊疗、救治能力的市内其他定点医疗机构。同种疾病的转诊自办理之日起30日内有效，可以多次就医使用。部分特殊疾病参保人需要长期在普通门诊统筹就医定点医疗机构以外的市内其他定点医疗机构就医的，转诊有效期可以延长至1年。**

**除急诊抢救需要外，参保人未经转诊到非选定的普通门诊统筹就医定点医疗机构发生的普通门诊基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予支付，但可以由医保个人账户支付。**

第十条 **职工基本医疗保险一档参保人在市医疗保障经办机构公布的具有门诊大型医疗设备检查和治疗项目服务资质的市内定点医疗机构就医，享受门诊大型医疗设备检查和治疗待遇。门诊大型医疗设备检查和治疗项目范围见附件1。**

第十一条 **参保人享受门诊特定病种（以下简称门特病种）待遇应当经****具有门特病种诊断资质的定点医疗机构认定，并选定具有门特病种服务资质的市内定点医疗机构作为本人的就医治疗机构。认定机构和治疗机构须将参保人信息报市医疗保障经办机构备案。**

**一类门特病种参保人在具有门特病种服务资质的市内定点医疗机构就医，但经认定为慢性肾功能不全（血透治疗）、慢性肾功能不全（腹透治疗）的参保人应当选定一家治疗机构。**

**二类门特病种参保人选定治疗机构按下列规定执行：**

**（一）经认定为高血压、糖尿病的参保人，可以在其****签订家庭医生服务协议的定点社康机构就医，也可以在其选定的普通门诊统筹就医定点医疗机构就医，按规定享受相应的门特病种待遇；**

**（二）经认定为其他二类门特病种的参保人，应当选定一家治疗机构，其中经认定为慢性阻塞性肺疾病、冠心病、脑血管疾病后遗症、类风湿关节炎、支气管哮喘、慢性乙型肝炎的参保人还可以选择其签订家庭医生服务协议的定点社康机构就医，按规定享受相应的门特病种待遇。**

**选定治疗机构原则上一年内不变更，参保人确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定治疗机构的，应向拟变更的治疗机构提出申请办理变更手续，变更选定即时生效。**

第十二条 **参保人因病情需要住院治疗时，****可以在市内提供住院医疗服务的定点医疗机构就医。**

第十三条 **参保人可以在市内具有生育或者计划生育服务资质的定点医疗机构接受生育医疗服务，发生符合国家、广东省规定的生育医疗费用由基本医疗保险统筹基金支付。**

第十四条 **参保人市内就医发生的基本医疗费用有下列情形的，先由参保人个人支付，在费用发生或者出院之日起3年内到就医的定点医疗机构办理补记账：**

**（一）经就医的定点医疗机构同意，住院时在院外购买和使用基本医疗保险目录范围内的药品、诊疗项目和医用耗材的；**

**（二）****因就医的定点医疗机构发生系统故障、社会保障卡损坏或者补办、无法出示医保电子凭证等原因不能直接结算的。**

第十五条 **参保人在经市卫生健康行政部门批准设置互联网医院或者批准开展互联网诊疗活动的市内定点医疗机构接受符合规定的常见病、慢性病互联网复诊服务，享受与线下就医相同的医疗保险待遇。**

第十六条 **参保人凭市内定点医疗机构通过医疗保障信息平台电子处方中心流转的外配处方，在市内纳入“双通道”药品管理或者接入医疗保障信息平台电子处方中心的定点零售药店配药，按规定享受相应的医疗保险待遇。**

第十七条 **参保人在市内定点医药机构就医、购药发生的符合规定的费用，属于个人现金支付的部分，由参保人与定点医药机构直接结算；属于基本医疗保险基金支付的部分，由市医疗保障经办机构与定点医药机构按规定结算。**

**第三章 异地就医管理**

第十八条 参保人在异地联网定点医疗机构和联网定点零售药店（以下统称联网定点医药机构）就医、购药结算前，应当按规定办理异地就医备案手续。异地就医的备案人员范围、就医管理、医疗费用结算等按照国家、广东省有关规定执行。

参保人因居住地或者工作地变化等原因，需要前往已备案的就医地以外的其他地区就医的，应当及时向市医疗保障经办机构申请办理异地就医备案变更手续。

已办理异地就医备案手续的参保人有下列情形的，应当及时向市医疗保障经办机构办理异地就医备案注销手续：

（一）参保人返回本市居住或者工作的；

（二）参保人已由原用人单位办理终止参保，并在新用人单位办理参保缴费的；

（三）因情况变化，参保人已不属于国家、广东省基本医疗保险和生育保险规定的异地就医范围的。

第十九条 **参保人在市内定点医疗机构就医时，有下列情形之一的，可转诊到异地医疗机构就医：**

**（一）经市内三级医院检查会诊仍未能确诊的疑难病症；**

**（二）属于市内三级医院目前无设备或者技术诊治的危重病人。**

参保人因病情需要转诊到异地医疗机构就医的，应当由市内三级医院办理转诊手续，转诊到具有诊疗、救治能力的异地同级联网定点医疗机构。同种疾病的转诊自办理之日起12个月内有效，可以多次就医使用。

第二十条 参保人符合国家、广东省及本市规定办理异地就医备案或者市外转诊手续的，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。其中，职工基本医疗保险二档参保人、居民基本医疗保险参保人异地就医享受普通门诊统筹待遇，应当选定一家联网定点基层医疗机构就医，在非选定的医疗机构就医的，不享受普通门诊统筹待遇。

参保人异地就医享受门特病种待遇，应当提前在具有门特病种诊断资质的市内定点医疗机构办理认定，也可以提前在广东省内符合认定资质的就医地定点医疗机构办理广东省统一的门特病种认定。

参保人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发生的基本医疗费用应当直接结算。因系统故障、社会保障卡损坏或者补办等原因不能直接结算的，参保人可以到就医的医疗机构办理补记账。

异地临时外出就医人员、省内异地生育就医人员实行免备案直接结算。

第二十一条 参保人在异地医疗机构发生的基本医疗费用，普通门诊统筹支付限额、门特病种支付限额、基本医疗保险统筹基金累计支付限额执行与市内就医相同的标准。

同一个医疗保险年度内，基本医疗保险统筹基金对参保人在市内、异地医疗机构就医发生的基本医疗费用合并计算，不得超过市内就医相应的普通门诊统筹支付限额、门特病种支付限额、基本医疗保险统筹基金累计支付限额。

**第四章 医疗费用手工（零星）报销**

**第二十二条** 参保人在异地医疗机构就医发生的基本医疗费用，可以按规定向市医疗保障经办机构申请办理医疗费用手工（零星）报销。

参保人已在异地联网定点医疗机构直接结算或者补记账的医疗费用，不得向市医疗保障经办机构申请医疗费用手工（零星）报销。

第二十三条 **参保人申请医疗费用手工（零星）报销时，应当按照国家、广东省及本市统一规范的医疗保障经办政务服务事项清单制度有关规定办理。**

第二十四条 **参保人申请医疗费用手工（零星）报销的，应当在费用发生或者出院之日起3年内向市医疗保障经办机构提出申请，逾期不予受理。**

**职工或者职工未就业配偶的生育医疗费用不能直接结算的，其生育医疗费用先由个人支付，并在职工或者职工未就业配偶分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内，向市医疗保障经办机构申请生育医疗费用报销，逾期不予受理。**

第二十五条 参保人在异地就医未能直接结算或者补记账的基本医疗费用，经参保人申请，由市医疗保障经办机构按下列规定进行医疗费用手工（零星）报销：

（一）已办理异地长期居住人员备案或者市外转诊手续的参保人，在备案的就医地联网定点医疗机构发生门特病种、住院基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金按市内就医相应支付比例的90%报销；普通门诊基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予报销，其中属于医保个人账户支付范围的，可以由医保个人账户支付。

（二）临时外出就医的参保人（含异地急诊抢救人员），在就医地联网定点医疗机构发生的门特病种、住院基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金按市内就医相应支付比例的70%报销，其中在省内异地就医发生的住院基本医疗费用由基本医疗保险统筹基金按市内就医相应支付比例的80%报销；普通门诊基本医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予报销，其中属于医保个人账户支付范围的，可以由医保个人账户支付。

（三）诊疗项目的报销标准不超过本市非营利性医疗机构的医疗服务价格。

符合前款第（一）、（二）项规定的参保人，因所患门特病种尚未纳入跨省门特病种直接结算范围，或者就医医疗机构出具证明材料证明其门特病种、住院基本医疗费用因系统故障无法补记账的，基本医疗保险统筹基金支付比例执行异地就医直接结算的待遇标准。

参保人在异地零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的费用不予报销。

第二十六条 已办理异地长期居住人员备案或者市外转诊手续的参保人，因病情需要经异地联网结算定点医疗机构办理再转诊，发生未能直接结算或者补记账的基本医疗费用由基本医疗保险统筹基金按本办法第二十五条第一款第（一）项规定报销。

第二十七条 职工基本医疗保险参保人及其未就业配偶发生的生育医疗费用，经参保人申请，由市医疗保障经办机构按照生育医疗费用一次性定额报销标准（附件2）报销：

1. 职工基本医疗保险参保人在异地医疗机构就医发生的未能直接结算或者补记账的生育医疗费用；
2. 职工基本医疗保险参保人的未就业配偶在市内定点医疗机构或者异地医疗机构就医发生的生育医疗费用。

职工未就业配偶已参加职工基本医疗保险或者居民基本医疗保险并享受相关待遇的，不再享受生育医疗费用待遇。

居民基本医疗保险参保人发生的生育医疗费用，参照职工基本医疗保险参保人的标准享受待遇，费用由居民基本医疗保险统筹基金支付。

生育医疗费用一次性定额报销标准实行调整机制，由市医疗保障行政部门会同市财政部门结合物价水平、生育医疗费用支付情况和基本医疗保险统筹基金承受能力的变化适时调整。

第二十八条 参保人应当凭医疗费用的原始凭证申请手工（零星）报销，市医疗保障经办机构对已报销的凭证不予报销。

**第五章 附 则**

第二十九条 本办法规定的定点医药机构、社康机构或者其他基层医疗机构、二级以上医院、专科医院，以及具有门诊大型医疗设备检查和治疗项目服务资质、门特病种诊断资质、门特病种服务资质的定点医疗机构等名单，由市医疗保障经办机构另行公布。

第三十条 参保人在就医时发生的医疗费用中属于基本医疗保险药品、诊疗项目和医用耗材目录内的费用由基本医疗保险基金按规定支付。

参保人在就医时发生的属于国家、广东省规定的基本医疗保险基金不予支付的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

**除急诊抢救需要外，参保人在市内非定点医药机构或者市外非当地医疗保障定点医药机构发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。**

第三十一条 参保人多享受医疗保险和生育保险待遇的，由市医疗保障经办机构责令退回；难以一次性退回的，可以签订还款协议分期退回，也可以从其后续享受的医疗保险和生育保险待遇或者医保个人账户余额中抵扣。

第三十二条 本办法自2023年XX月XX日起施行，有效期X年。国家、广东省对本办法相关事项有新规定的，从其规定。

附件：1.门诊大型医疗设备检查和治疗项目范围

2.生育医疗费用一次性定额报销标准

附件1-1

门诊大型医疗设备检查和治疗项目范围

一、心脏彩超；

二、活动平板心电图；

三、动态心电图；

四、X线计算机体层（CT）扫描；

五、单光子发射计算机断层显像；

六、磁共振成像（MRI）；

七、颅内多普勒血流图；

八、体外冲击波碎石；

九、高压氧舱治疗；

十、数字减影血管造影（DSA）介入检查治疗（仅适用于心、脑血管疾病的检查治疗和恶性肿瘤的介入治疗以及急性内脏大出血的急诊抢救）。

十一、伽玛射线（γ射线）立体定向治疗。

附件1-2

生育医疗费用一次性定额报销标准

一、生育的医疗费用

1.产前检查：自确定妊娠至分娩，发生的产前检查费用按定额标准支付2600元；自确定妊娠至终止妊娠，发生的产前检查费用按实际发生的基本医疗费用支付，不超过2600元。

2.单胎顺产分娩：3200元；

3.单胎难产分娩（指臀位助产、臀位牵引、胎头吸引、胎头旋转、产钳助产）：5200元；

4.单胎剖宫产分娩：6000元；

5.多胞胎分娩：在相应分娩标准的基础上，每增加一胎增加1000元。

终止妊娠的医疗费用参照计划生育相应项目标准。

二、计划生育的医疗费用

1.怀孕未满4个月终止妊娠（门诊）：400元；

2.怀孕未满4个月终止妊娠（住院）：1800元；

3.怀孕满4个月不满7个月终止妊娠：3000元；

4.怀孕满7个月终止妊娠：3500元；

5.异位妊娠施行手术终止妊娠：8000元；

6.放置宫内节育器：200元，含节育器费；

7.取出宫内节育器：200元；

8.施行避孕药皮下埋植术：150元，含药物费；

8.施行输卵管结扎术：500元；

9.施行输精管结扎术：450元；

10.施行输卵管复通术：2400元；

11.施行输精管复通术：2000元。