附件2

关于《阳江市基本医疗保险门诊共济保障

实施细则》的起草说明

一、文件的制定背景说明

为进一步建立健全门诊共济保障机制，提高基本医疗保险参保人员普通门诊统筹待遇水平，广东省人民政府办公厅于2021年12月31日印发了《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），并要求各市须在2022年7月1日前出台实施细则。为贯彻落实国家、省的文件精神，在结合我市实际基础上，我局代市政府起草了《阳江市基本医疗保险门诊共济保障实施细则（征求意见稿）》。

二、法律法规政策依据

（一）《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）

（二）《广东省医疗保障局关于进一步完善职工基本医疗保险个人账户家庭共济使用管理的通知》（粤医保函〔2022〕112号）

（三）《广东省医疗保障局关于明确退休人员职工医保个人账户划入基数计算口径的通知》（粤医保函〔2022〕58号）

（四）《关于进一步完善阳江市城乡居民医保门诊统筹方案的通知》（阳人社发〔2014〕289号）

（五）广东省医疗保障局 广东省财政厅《关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3号）

三、主要内容说明

本次起草《阳江市基本医疗保险门诊共济保障实施细则（征求意见稿）》，主要内容包括：

（一）确定普通门诊统筹待遇标准

**1、基本原则。**根据粤府办〔2021〕56号第二条“坚持立足基层，发挥门诊共济保障机制作用，推动完善基层医疗卫生服务体系”的基本原则，明确普通门诊统筹实行“基层首诊、逐级转诊”的诊疗模式，参保人就诊时应实施基层首诊制，参保人因选定的基层医疗机构条件所限需转诊至其他定点医疗机构就诊的，须经选定的基层医疗机构批准并办理转诊备案手续。

**2、待遇标准**

（1）考虑到普通门诊容易出现小病大治、大处方、滥检查等不合规医疗行为，甚至出现虚开药品、串换药品、套现等骗保行为，监管难度较大，根据粤府办〔2021〕56号第四条规定并参照省内其他兄弟地市做法，我市普通门诊统筹实施“按比例支付、月度限额、年度封顶”的补偿方式，控制门诊医疗费用不合理支出。

（2）根据粤府办〔2021〕56号第四条规定及结合我市医保基金运行情况，确定职工医保普通门诊报销比例具体为：乡镇卫生院及社区卫生服务中心支付比例为在职职工70%、退休职工75%，一级定点医疗机构支付比例为在职职工60%、退休职工65%，二级定点医疗机构支付比例为在职职工55%、退休职工60%；三级定点医疗机构支付比例为在职职工50%、退休职工55%。月度限额和年度统筹均不结转使用。灵活就业人员参加我市职工医保的，其待遇等待期及在待遇等待期内报销比例与普通参保职工有所区别，因此，明确灵活就业人员享受普通门诊待遇的待遇等待期按照住院政策执行。

（3）根据《关于进一步完善阳江市城乡居民医保门诊统筹方案的通知》（阳人社发〔2014〕289号）规定，我市城乡居民医保现行普通门诊统筹支付比例为50%，参保人只能在基层医疗机构就诊，按照粤府办〔2021〕56号第四条“同步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹待遇，逐步提高保障水平”要求，将我市城乡居民医保普通门诊统筹报销比例由50%提高至60%，年度统筹封顶按照职工医保标准的80%执行，就诊医疗机构范围继续按照现行政策执行。

（4）对于已办理异地安置、异地长期居住及常驻异地工作手续的人员，考虑到其常驻异地生活，无法选择本市医院作为普通门诊备案医院，因此，允许该类人员异地门诊医疗费用待遇标准按照本市规定执行。

（5）结合国家、省和审计部门要求，进一步明确参保人不能同时重复享受住院、门诊特定病种或普通门诊待遇。

（二）调整个人账户划入标准和使用范围

1、根据粤府办〔2021〕56号第七条规定，我市个人账户划入标准调整为：在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，月计入标准为本人参保缴费月基数的2%；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年我市基本养老金月平均金额的2.8%。根据《广东省医疗保障局关于明确退休人员职工医保个人账户划入基数计算口径的通知》（粤医保函〔2022〕58号）及阳江市社会保险基金管理局提供的我市2021年基本养老金月平均金额，2021年度我市基本养老金月平均金额的2.8%为109.97元。

2、根据粤府办〔2021〕56号第九条规定，将我市个人账户使用范围扩大为：一是在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；二是在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；三是配偶、父母、子女参加城乡居民医保、普惠型商业补充医疗保险的个人缴费；四是参保人员本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用；五是在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用；六是其他符合国家、省规定的费用。其中第（四）点，我市在省的基础上，允许个人账户可用于本人和家属缴纳我市政府指导的普惠型商业补充险的费用。

3、我市自建立职工医保制度以来，个人账户均实行实帐管理，即每月由各级医保经办机构将应划拨的个人账户资金划拨至参保人社保卡发卡银行，资金已存放在各大发卡银行中。因此，对于办理职工医保关系转移接续人员，由于资金已存放在发卡银行中，无法实现跨市划转，因此，允许参保人办理转移接续手续后申请划入本人银行账户。

4、允许跨省异地安置退休人员、应征入伍人员、死亡人员及出境定居人员等申请将个人账户资金划入本人银行账户。

（三）明确管理服务事项

**1、明确普通门诊定点医疗机构范围。**根据《关于进一步完善阳江市城乡居民医保门诊统筹方案的通知》（阳人社发〔2014〕289号）规定，城乡居民医保参保人只能在基层定点医疗机构享受普通门诊统筹待遇，考虑到我市城乡居民医保基金的运行压力较大，暂不调整城乡居民医保普通门诊就诊范围，继续按照现行政策执行，即市内各乡镇卫生院和社区卫生服务中心（含实施基本药物制度和镇村一体化管理的村卫生站）为我市城乡居民医保普通门诊定点服务机构。职工医保基金运行较良好，因此，开放全市定点医疗机构为职工医保普通门诊服务机构。

**2、明确普通门诊实施选点备案制及逐级转诊制。**根据粤府办〔2021〕56号第二条及第十三条规定，普通门诊统筹实施选点备案制及逐级转诊制，参保人需选择本市1家基层医疗机构作为首诊医院，参保人需到非基层医疗机构就诊的，需经基层医疗机构批准并向医保经办机构申请办理转诊备案手续。基层医院转诊审批意见原则上只能允许参保人到其他一级或二级医院就诊，若参保人有特殊情况的，可由首诊医院直接转诊至三级医院。参保人因急救和抢救到非选定或未办理转诊备案手续的定点医疗机构门诊就医的，发生的门诊医疗费用零星待遇标准按照本办法第五条、第六条规定执行。

（四）确定定点医疗机构普通门诊年清算和预拨付办法

**1、医保基金与定点医疗机构结算原则。**根据粤府办〔2021〕56号第十四条指导意见，我市普通门诊统筹基金继续按照阳人社发〔2014〕289号规定与基层定点医疗机构实行按人头定额付费的结算方式，年度结算，超支不补；基层定点医疗机构与其他定点医疗机构费用结算实行按项目结算的方式，费用从基层定点医疗机构包干费用中列支。

**2、人头定额包干标准。**阳人社发〔2014〕289号规定城乡居民医保普通门诊的人头定额包干标准为65元/人.年，由于我市城乡居民医保基金近年来运行出现风险，因此，暂不调整城乡居民医保普通门诊人头定额包干标准，继续按照原标准执行；考虑到职工医保普通门诊待遇标准较城乡居民医保高，因此，职工医保普通门诊人头定额包干标准稍高于城乡居民医保，定为75元/人.年。

**3、年清算办法。**继续执行阳人社发〔2014〕289号确定的医保基金与基层医疗机构普通门诊统筹年清算方案，各基层医疗机构全年普通门诊合规统筹记账金额≧当年度定额包干费用70%的，医保基金按照当年度定额包干费用全额拨付；合规统筹记账金额超出当年度定额包干费用的，超出部分由各定点医疗机构承担，医保基金不予支付；各定点医疗机构全年普通门诊合规统筹记账金额＜当年度定额包干费用70%的，医保基金按照实际记账金额拨付。

**4、村卫生站结算办法。**为减轻各村卫生站信息化建设的经济负担，将村卫生站纳入乡镇卫生院一体化管理，村卫生站开展普通门诊业务的，允许其直接使用镇卫生院的信息系统将结算信息（包括费用明细）上传至国家医疗保障信息平台。医保基金将应结算资金拨付至乡镇卫生院，再由乡镇卫生院与村卫生站按照双方自行约定的办法进行结算。

**5、其他医疗机构结算办法。**为减少基层医疗机构工作量，经基层医疗机构转诊至其他医疗机构发生的普通门诊费用，由医保经办机构直接从基层定点医疗机构年清算金额中进行扣减并代为拨付，无需各基层医疗机构自行与其他医疗机构结算。

**6、月度预拨付办法。**参照市内住院医疗费用月度预拨付办法，各定点医疗机构发生的普通门诊统筹费用由各级医保经办机构在每年的2-12月按照记账金额的50%进行预拨付。

（五）职工医保普通门诊统筹新旧政策衔接

我市自2010年实施职工医保普通门诊政策以来，历年来职工医保普通门诊均执行年度限额及虚账管理模式，参保人每年可使用的普通门诊限额为250元，尚未使用的额度以虚账形式进行记账，资金存放在基金专户中，并未划转至个人。在调整我市职工医保统筹政策后，原政策已同步废止，因此，明确原政策按照虚账管理但参保人尚未使用的门诊额度计入职工医保累积结余中。