

惠州市人民政府文件

惠府〔2021〕1号

惠州市人民政府关于印发《惠州市社会基本医疗保险办法》的通知

各县、区人民政府，市政府各工作部门：

《惠州市社会基本医疗保险办法》业经十二届151次市政府常务会议通过，现印发给你们，请遵照执行。



惠州市社会基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市社会基本医疗保险（以下简称基本医保）制度建设，保障人民群众的基本医疗，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国军人保险法》和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》及有关法律、法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 基本医保包括职工基本医疗保险（职工基本医疗保险与职工生育保险合并实施，以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（含城乡居民生育保险，以下简称居民医保），由市人民政府负责组织实施，实行统一制度、统一政策、统一管理。

第三条 各级人民政府应组织辖区单位和个人依照本办法参加基本医保，确保人人享有基本医疗保障；保证基本医保基金（以下简称医保基金）的征集和医疗保险待遇（以下简称医保待遇）给付。医保基金不足支付时，由市、县（区）人民政府统筹解决。

市医疗保障部门（以下简称市医保部门）负责全市基本医保政策的拟定、组织实施和监督管理。市社会保险基金管理局及其下属机构（机构改革后负责医疗保障经办业务的机构，以下简称医保经办机构）具体承办基本医保相关事务。

县（区）医疗保障行政部门（以下简称县（区）医保部门）

负责本行政区域内基本医保管理工作。

市、县（区）卫生健康、市场监管部门应当配合基本医保制度改革，同步推进医药卫生体制改革，加强医药卫生从业人员职业道德教育，规范医疗和经营行为，满足参保人员的基本医疗服务需求。

市、县（区）税务部门负责职工医保费的全责征收，并按照省相关规定与医保经办机构共同做好居民医保费的征收。

市、县（区）教育、公安、民政、财政、审计、市场监管、退役军人事务、扶贫等部门及残联，按照各自职责，做好基本医保管理工作。

第四条 市、县（区）社会保险监督委员会设立基本医保监督检查小组，负责指导、协调和监督当地基本医保工作。

第五条 医保基金及其收益、医保待遇按国家规定免征税费。

第六条 基本医保实行定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点机构）管理制度。

第二章 医保参保

第七条 参加基本医保的人员统称为参保人，其中参加职工医保的统称为参保职工、参加居民医保的统称为参保居民。

第八条 本市行政区域内的机关、事业单位、社会组织、企业、民办非企业单位、个体工商户等组织（以下简称用人单位），

应当按照属地管理原则，依法为全体职工（含依法招用的外国人及港澳台人员）参加职工医保。

有非军籍职工的军队、武警部队所属用人单位及其非军籍职工，可依照本办法参加职工医保。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员、在本市灵活就业且办理港澳台居民居住证的港澳台居民以及其他灵活就业人员，可依照本办法参加职工医保。

法律、法规、规章规定的其他单位和人员，按照有关规定参加职工医保。

第九条 以下人员可参加居民医保：

（一）除按本办法规定参加了职工医保之外的本市户籍居民，参加居民医保。其中本市特困供养人员、困境儿童、社会福利机构收养的政府供养人员、最低生活保障家庭成员、建档立卡对象、低收入家庭成员和其他特殊困难人员（以下简称医疗救助对象）及未纳入医疗救助对象范围的城乡精神和智力残疾人、其他类别一级或二级重度残疾人，上述各类人员统称为困难群众。

（二）在本市各类全日制普通高等学校（含高职、民办高校、独立学院）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科学生和研究生（含港、澳、台、华侨学生，以下简称大学生），在中职技校（院，含民办）接受全日制教育的学生（以下简称中职技校学生），参加居民医保。上述各类学生统称为大中专学生。

（三）在惠异地务工人员参加本市职工医保后，随其生活并在本市中小学或幼儿园就读、学龄前的子女可在本市参加居民医

保。夫妻一方为本市户籍并已参加职工医保的，其非本市户籍的子女可按此规定参加居民医保。

（四）因生产经营确有困难的国有、集体企业在职职工（以下简称困难企业人员），可依照本办法参加居民医保。

（五）在本市居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民和其他符合国家、省有关文件规定的人员，可按照规定参加居民医保。

第三章 医保基金征集

第十条 医保基金实行市级统筹，并遵循市级统一收支管理、统一财政专户、分账核算、分级负责的原则。如省对医保基金统筹层次另作安排，按省要求执行。

医保基金分为：职工基本医疗保险基金（以下简称职工医保基金）、居民基本医疗保险基金（以下简称居民医保基金）和基本医疗保险大病二次补偿基金（以下简称大病基金）。

职工医保基金分为：职工医疗保险统筹基金、职工补充医疗保险基金和职工个人账户（以下分别简称职工医保统筹基金、补充医保基金和个人账户）。

第十一条 医保基金的来源为用人单位和参保人缴纳的医保费、各级财政补助资金、基金的利息收入、按规定收取的滞纳金以及其他收入。

第十二条 职工医保费与生育保险费一并征收，统一管理。

参加职工医保(包括综合基本医疗保险、住院基本医疗保险、补充医疗保险,以下分别简称综合医保、住院医保、补充医保)应按以下规定缴纳职工医保费:

(一)机关、事业单位、社会团体的职工必须参加综合医保;其他用人单位或个人可以根据实际选择参加综合医保或住院医保。

综合医保的缴费标准为:单位按职工月平均工资总额的**5.6%**逐月缴纳,职工按本人月平均工资总额的**2%**逐月缴纳(以下统称综合医保缴费基数、费率,其中职工本人的缴费基数统称本人缴费基数)。职工月平均工资总额低于全市上年度城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算的全口径城镇单位就业人员月平均工资(以下统称全市上年度职工月平均工资)**60%**的,按全市上年度职工月平均工资的**60%**计征(以下统称综合医保缴费基数下限),职工月平均工资总额高于全市上年度职工月平均工资**300%**的,高出部分不计征职工医保费(以下统称综合医保缴费基数上限)。个人缴费部分由用人单位按月从职工工资中代扣代缴。

住院医保的缴费标准为:单位按全市上年度职工月平均工资的**1.6%**逐月缴纳(以下统称住院医保缴费基数、费率),职工个人不缴费。

灵活就业人员参保缴费由个人负责。

自主择业的军队转业干部未被党和国家机关、人民团体、企业事业单位录用聘用期间参加综合医保的,以本人退役金为综合

医保缴费基数，按规定费率缴纳医保费。

（二）参加职工医保的，必须参加补充医保，补充医保费用由用人单位按全市上年度职工月平均工资的0.1%逐月缴纳（以下统称补充医保缴费基数、费率）。灵活就业人员参保缴费由个人负责。

企业参加了本市基本医保后，可按规定建立企业补充医疗保险，用于本单位参保人员的医疗费补助。企业补充医疗保险费在职工工资总额4%以内的部分，可以从成本中列支。

第十三条 居民医保基金由参保居民缴纳的医保费与各级政府财政补助组成。

2021年居民医保个人缴费标准为每人每年300元。自2022年起，居民医保个人缴费不低于国家和省规定标准。

困难群众个人缴费部分，由所在县（区）财政承担，其中医疗救助对象的个人缴费部分由医疗救助基金承担。

参保居民凡在6月30日前缴纳当年居民医保费的，只需按规定缴纳个人缴费部分；在7月1日至12月31日参保并缴纳当年医保费的（不含缴纳下一年度医保费的），需同时缴纳当年度的各级财政补助部分（当年出生的新生儿、职工医保转居民医保的人员除外）。

各级财政对居民医保的补助资金全部纳入居民医保基金。市、县（区）财政补助居民医保的标准，由市政府按国家有关规定并结合本市实际另行制定。

市财政按全市参加居民医保的人数，每人每年补助1元；各

县（区）财政按本县（区）参加居民医保的人数，每人每年补助2元，作为居民生育保障补助资金，纳入居民医保基金统筹管理。惠城区居民参加居民医保应由惠城区财政承担的补助资金，由市财政按每人每年5元的标准分担。

第十四条 市、县（区）财政部门应将本级财政承担的居民医保补助资金（含居民生育保障补助金，下同）、资助困难群众参加医疗保险的资金纳入当年财政预算。

市、县（区）财政承担的居民医保补助资金，应在每年的6月30日前，按医保经办机构提供的本年度参加居民医保人数和补助标准，一次性拨入市居民医保基金财政专户。

困难群众参加居民医保的个人缴费部分，由医保经办机构在当年的6月30日前向所在地财政部门申请，并直接划入市居民医保基金财政专户；属于医疗救助对象的，从医疗救助基金中划拨。

参保大中专学生所需政府补助资金，按照学校（含分校区）隶属关系，由同级财政负责安排。市、县（区）财政对大中专学生的补助标准按本市居民医保的补助标准执行。其中，市财政负担市属院校（含分校区或分支机构）及其县（区）所属中职技校参保学生的市级财政应补助资金；县（区）财政负担本县（区）参与举办的市属院校（含分校区或分支机构）及本县（区）所属中职技校参保学生的县（区）级财政应补助的资金。大学生日常所需的医疗资金，继续按高校隶属关系，由同级财政予以补助。

第四章 医保基金管理

第十五条 用人单位及其职工应按时足额缴纳医保费。用人单位应定期向职工公布医保费的缴纳情况，接受工会组织和职工的监督。

企业发生撤销、吊销、解散、合并、分立、转让、租赁、承包等情况时，按法律法规规定应承担其单位职工医疗保险责任的接收或承续经营者，应及时缴纳职工医保费。破产企业应按规定优先清偿欠缴的医保费。

破产、关闭的国有、县级以上集体企业应为距法定退休年龄5年以内（含5年）的职工，一次性以全市上年度职工月平均工资（以每年递增10%计算）为基数，按5.7%的缴费比例（含补充医保）、个人按2%的比例缴至法定退休年龄；达到法定退休年龄后，达不到规定缴费年限的，单位和个人缴费部分由个人缴至规定年限为止。

第十六条 用人单位缴纳的医保费按下列渠道列支：机关和财政全额拨款的事业单位列入地方财政预算安排；其他事业单位和社会团体按原资金渠道解决；企业从成本中列支。

参保人个人缴纳的医保费不计征个人所得税。

第十七条 用人单位未按规定足额缴纳和代扣代缴医保费的，由税务部门责令限期缴纳。

用人单位未按规定缴纳医保费的，未缴费期间所属职工发生的医疗费用，由用人单位按本办法的相关规定承担（灵活就业人员由个人承担）。

第十八条 大病基金从职工补充医保基金和居民医保基金的历年结余按9: 1的比例提取；职工生育津贴从职工医保统筹基金中据实列支。

第十九条 普通门诊医疗费用实行年度定额包干给门诊定点机构使用，超支不补。门诊定额包干费用分别从职工医保统筹基金和居民医保基金中列支。

普通门诊的有关规定及包干经费的具体标准，由市医保部门会同市财政、卫生健康部门根据门诊包干经费的具体使用情况适时调整。

第二十条 医保基金纳入市财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用，不得用于平衡财政预算。

医保基金按国家规定利率计算利息。

第二十一条 各县（区）政府应加强对医保基金收支的监督管理，必须完成市政府下达的基本医保参保和医保费征收任务，确保基金收支平衡。

完成当年征收任务后，本县（区）医保基金出现收不抵支时，由医保基金统筹解决。

未完成当年征收任务导致本县（区）医保基金出现收不抵支时，由市、县（区）财政按2: 8的比例分担。

第五章 附 则

第二十二条 离休人员的医疗待遇不变，医疗费用按原资金

渠道解决，支付确有困难的由当地政府解决。领取抚恤定期补助的优抚对象的医疗保障办法按国家、省、市的有关规定执行。

第二十三条 参保人医保待遇、服务管理和定点机构管理，按医保待遇和服务管理清单执行。

第二十四条 用人单位、定点机构、参保人、工作人员发生违反医保规定行为的，由相关部门依法处理。

第二十五条 大病二次补偿的具体承办方式，由市政府另行规定。

第二十六条 市医保、财政部门可根据本市经济社会发展情况及国家、省、市相关要求，按照规定程序，对医保缴费、财政补助和相关医保待遇标准进行调整。市医保部门应根据本办法会同相关部门制定并完善相应的配套文件。

第二十七条 本办法自印发之日起施行（本办法规定的职工医保缴费标准执行时间按国家和省有关规定执行），有效期至2025年12月31日。《惠州市人民政府关于印发〈惠州市社会基本医疗保险办法〉的通知》（惠府〔2015〕158号）、《惠州市人民政府关于调整惠州市社会基本医疗保险有关政策的通知》（惠府〔2016〕57号）同时废止。

附件：医保待遇和服务管理清单

附件

医保待遇和服务管理清单

一、医保费缴费管理清单

(一) 用人单位应按有关规定到经营地或工商登记地的税务部门办理缴费登记并申报缴纳职工医保费，医保经办机构根据税务部门提供的缴费登记信息办理参保登记；以灵活就业人员身份参加职工医保的携带本人身份证、户口簿或港澳台居民居住证到户籍所在地税务部门办理。

(二) 居民医保费缴纳：

居民医保以家庭为参保单位，到户籍登记地医保经办机构或乡镇（街道）社会保险管理所（以下简称社保所，如机构改革后乡镇、街道不再设立社保所，由机构改革后负责医疗保障的机构负责）办理参保手续；同一户口簿内符合参保条件的成员原则上应同时参保（已在本市行政区域外参加基本医保的人员除外）。

1. 居民以家庭为单位参保时，应向医保经办机构或社保所提供户口簿及复印件，同时填写《惠州市居民医保参保登记表》，办理参保登记手续。

2. 村民委员会为本辖区内居民办理参保时，应由家庭填写《惠州市居民医保参保登记表》，可由村民委员会代收医保费。村民委员会应汇总《惠州市居民医保参保登记表》报送所在地社保所或医保经办机构，办理参保登记手续。

3. 困难群众参加居民医保时，应由其认定部门组织参保；

县级民政、扶贫、残联等部门应按时将所认定的困难群众人员名册提供给同级医保经办机构办理参保登记手续。

4. 大中专学生由学校组织以学校或班级为单位统一填写《惠州市居民医保参保登记表》，同时提供参保大中专学生的身份证复印件，到学校所在地医保经办机构或社保所办理参保手续。大中专学生参加居民医保的缴费时间，为每年的9月1日至11月30日。当年的9月1日至次年的8月31日为一个医保年度（以下统称学生医保年度）。大中专学生以自愿为原则参加居民医保，其中已随家庭参加本市或市外居民医保的学生，可不随学校组织参保。

5. 在惠异地务工人员可凭身份证、户口簿复印件和子女身份证件，到居住地医保经办机构或社保所填写《惠州市居民医保参保登记表》，为其在本市中小学、幼儿园就读的子女、学龄前子女办理参保手续；其在本市中小学、幼儿园就读的子女也可由学校或幼儿园统一到学校所在地医保经办机构或社保所办理参保手续。夫妻一方为本市户籍并已参加职工医保的，其非本市户籍的子女可按此方式办理参保手续。

6. 困难企业应到当地税务部门和医保经办机构办理职工医保暂停手续，当企业恢复生产或被转让、兼并后，原企业或承继企业应继续为其职工办理职工医保手续。

（三）参保人有下列情形之一的，应及时到参保地税务部门、医保经办机构或社保所办理变更手续：

1. 参加职工医保的人员，在与用人单位终止或者解除劳动合同后，用人单位应在职工办理终止或解除劳动合同后的15个工

作日内，到税务部门及医保经办机构办理医疗保险关系终结或转移等相关手续。

2. 参保人应征入伍的，用人单位或家庭成员应在 20 个工作日内，凭当地政府征兵办发出的《入伍通知书》到户籍所在地税务部门及医保经办机构（或社保所）办理停保手续。退役军人（含武装警察部队，下同）服现役年限视同职工医保缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算为累计缴费年限；新的续（参）保时间，从批准退出现役的时间开始计算。退役军人在批准退出现役后 3 个月内办理续（参）保缴费手续的，其服现役时间视为职工医保或居民医保的连续缴费时间；超过 3 个月后再办理续（参）保的，按本年度内参保缴费的有关规定执行，其服役时间不计算为连续缴费时间（计划分配的军队转业干部、自主择业的军队转业干部和应由政府安置的退役士兵（士官）因安置等情况造成的延期除外，但最长不超过 1 年）。

参加居民医保的人员，实现就业后或以灵活就业人员身份参加职工医保的，自动中止居民医保关系，所缴的居民医保费不予退还。

（四）居民医保费按自然年度缴交。在一个年度内新参加居民医保的，应一次性缴纳当年医保费。连续参保居民原则上应在每年的 9 月 1 日起至 12 月 31 日缴纳下一年度的医保费。

各乡镇政府和街道办事处负责辖区内居民参保的宣传发动、政策咨询，并在每年的 9 至 12 月份组织村民委员会和社区工作站动员所有居民参加居民医保。

村民委员会可统一为辖区内居民代办缴费手续并及时缴纳

代收的居民医保费。

由学校组织参保的大中专学生及异地务工人员子女的医保费由学校代收代缴。

参保居民、村民委员会、学校应到税务部门或按税务部门提供的缴费渠道缴纳医保费，其中新参保居民应凭医保经办机构或社保所出具的缴费凭证缴费。

（五）符合本市入户条件的新生儿在出生后 8 个月（含 8 个月）内参保的，新生儿自出生之日起至办理参保缴费手续期间内因病住院（或因抢救无效死亡的）发生政策内费用，由居民医保基金按规定支付。新生儿跨年度产生的住院医疗费用，须缴纳上一年度的医保费后，居民医保基金方可按规定支付；新生儿因抢救无效死亡的，凭居民死亡医学证明（推断）书和夫妻双方的结婚证与户口簿登记参保缴费。

（六）按国家和省医疗保险关系转移接续规定办理转入的，在 3 个月内（含 3 个月）办理参保缴费手续，其缴费年限接续计算。

参保人连续欠缴医保费未超过 3 个月（含 3 个月）的可以补缴，补缴后连续计算参保时间，并正常享受医保待遇，期间发生政策内费用可由医保基金按规定支付。

连续欠缴医保费超过 3 个月（不含 3 个月）法律法规规章规定应补缴的可以补缴，补缴时间只计算为累计缴费时间和本市实际缴费时间，不计算为连续缴费时间，期间发生的医疗费用医保基金不予支付；超过 3 个月以后再参保或补缴的，从参保或补缴的次月起享受医保待遇。

达到法定退休年龄但未达规定缴费年限的参保职工，除法律法规规章规定可以补缴职工医保费外，其他情况均不可以补缴。

二、退休人员免缴医保费待遇清单

参加职工医保的人员在办理退休手续时，在本市实际缴纳职工医保费满 10 年，且累计缴费年限符合下列条件的，其退休后用人单位和个人不再缴纳职工医保费，个人按规定享受职工医保待遇：

（一）2021 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 19 年；

（二）2022 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 20 年；

（三）2023 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 21 年；

（四）2024 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 22 年；

（五）2025 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 23 年；

（六）2026 年办理按月领取养老保险待遇手续的人员，累计缴费年限满 24 年；

（七）2027 年及以后办理按月领取养老保险待遇手续的参保女职工，累计缴费年限满 25 年；

（八）参保男职工按上述方法推算至 2032 年及以后办理按月领取养老保险待遇手续的，累计缴费年限满 30 年。

参保职工退休时不满本办法规定缴费年限的（含已办理退休

手续人员、达到退休年龄而未领取养老金或退休金的灵活就业人员、符合国家和省有关规定在惠州安置的人员、不在本市领取养老待遇但办理退休手续时仍在本市参加职工医保的中央和省属驻惠机关和企事业单位参保人，下同)，可继续逐月缴费至规定年限后停止缴费并继续享受职工医保待遇。选择参加综合医保的，综合医保缴费基数为其本人基本养老金或退休金（单位缴纳时，单位和个人的缴费比例为：5.6%和 2%），综合医保缴费基数上下限及费率按照本办法规定执行。住院医保和补充医保的缴费基数和费率按本办法规定执行。

计划分配军队转业干部和符合政府安排工作条件的退役士兵及经组织、人力资源社会保障部门办理调动手续的参保人达到法定退休年龄时，达不到规定缴费年限的，由用人单位和参保人按本办法规定缴纳；自主择业军队转业干部和符合政府安排工作条件但选择自主就业或灵活就业的退役士兵达到法定退休年龄时，达不到规定缴费年限的，由安置地财政和参保人按本办法规定承担。

按国家和省医疗保险关系转移接续规定办理转移的市外医疗保险缴费年限（含军龄），纳入累计缴费年限计算。

2016 年前已办理退休手续并选择一次性趸缴或按月已缴满 10 年的人员不再缴纳医保费；已选择一次性趸缴的，所缴医保费不予退还；办理按月缴纳的，累计缴费年限和本市实际缴费年限达到规定缴费年限后，不再缴纳医保费，超出部分不予退还。2021 年前已办理退休手续并按原规定继续缴费，累计缴费年限达到原规定且本市实际缴费年限满 10 年的不再缴纳医保费，超出部分

不予退还。

三、医保待遇清单

参保人因病（含符合计划生育政策生育和非因第三人意外伤害，下同）就医发生的在起付标准以上（特殊规定除外，下同）、最高支付限额以下的符合医保政策规定的药品、医用耗材、诊疗项目及医疗服务设施范围的门诊、住院医疗费用（以下简称政策内费用），由医保基金按规定的比例给予支付。医保药品和医用耗材、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准按国家和省规定的目录执行。

参保人因病发生的住院和门诊特定病种（以下简称门特）政策内费用，医保基金在一个年度内的最高支付限额为：职工医保统筹基金最高支付限额为60万元；居民医保基金最高支付限额为50万元。

参保职工年度内发生的住院和门特政策内费用，超过职工医保统筹基金最高支付限额的部分，由补充医保基金支付95%。参保居民年度内发生的住院和门特政策内费用，超过居民医保基金最高支付限额的，医保基金不再支付，由参保人自行承担。

（一）普通门诊待遇：参保居民应在本市行政区域内就近选择一家乡镇卫生院（含所辖行政村卫生站）或街道办事处社区卫生服务中心（以下统称基层卫生服务机构），其中未成年人可选择一家儿童医院；参保职工可在本市行政区域内选择一家定点医疗机构，作为本人的普通门诊医疗机构（以下统称门诊定点机构）。参保人因病在门诊定点机构发生门诊政策内费用，医保基金支付标准如下：

1. 职工医保基金支付标准为：每人每年的累计支付限额为1000元（其中，诊断为各类精神疾病的患者不设年度最高支付限额）；在本市行政区域内基层卫生服务机构、二级、三级定点医疗机构就医的，单次门诊费用医保基金支付比例分别为80%、60%、55%；经门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构就诊的门诊费用，支付比例分别减少10个百分点；每次支付限额为140元。慢性病患者门诊发生的长处方医药费用不设单次限额，但不得超过年度限额的50%。

2. 居民医保基金支付标准为：每人每年的累计支付限额为800元（其中，诊断为各类精神疾病的患者不设年度最高支付限额）；单次门诊费用支付比例为75%，每次支付限额为70元；经门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构就诊及门诊定点机构为儿童医院的门诊费用，支付比例为60%，每次支付限额为60元。慢性病患者门诊发生的长处方医药费用不设单次限额，但不得超过年度限额的50%。

（二）住院待遇：参保人因病发生的住院政策内费用（含为办理当次住院手续前24小时内在本院发生的急诊和门诊检查政策内费用；留院观察期间发生的政策内费用，下同），在起付标准以上、最高支付限额以下的部分，由医保基金按规定支付。

1. 住院起付标准：按医院等级确定，一级医院200元、二级医院400元、三级医院800元，其中县级（含二级）中医院200元。本市行政区域外的医院，起付标准统一为1600元。住院政策内费用在起付标准以下的由参保人自负。

2. 住院政策内费用报销比例：参保人因病发生的住院政策内

费用，由医保基金按如下标准支付：

(1) 参保职工连续缴费满6个月后（不含6个月），在本市行政区域内定点医疗机构就医或经批准按规定转诊、转院的（含本市行政区域外的急诊住院），发生的住院政策内费用，职工医保统筹基金的支付比例为95%；不按规定转诊、转院或自行到本市行政区域外当地定点医疗机构住院或参保缴费不满6个月（含6个月）住院的，医保基金支付比例为50%。

(2) 参保居民在本市行政区域内定点医疗机构就医或经批准按规定转诊、转院的（含本市行政区域外的急诊住院），发生的住院政策内费用，居民医保基金的支付比例为一级医院95%，二级医院85%，三级医院75%。不按规定转诊、转院或自行到本市行政区域外当地定点医疗机构住院的，医保基金支付比例为45%（异地就读的学生除外）。

(3) 参保人应按卫生健康部门规定的分级诊疗要求就医，凡不按卫生健康部门确定的转诊、转院“病种清单”就医的，医保基金支付比例分别下调10个百分点（急诊除外）。

(4) 定点医疗机构应根据自身诊疗能力和参保人病情需要办理转诊手续；确需转往省内其他市定点医疗机构治疗的，原则上由惠城区范围内三级医院（急诊除外）转往广东省高水平医院。惠阳区、大亚湾区和仲恺高新区的三级医院转诊、转院按县级标准执行。

(三) 大病二次补偿待遇：参保人一个年度内发生的住院和门特政策内费用，经医保基金支付后的个人自付比例部分费用（含住院起付标准）累计达到10000元以上的部分，由大病基金

支付95%。下列医疗费用不纳入大病基金支付范围：

1. 不符合转诊、转院规定或自行到市外当地定点医疗机构就医的（异地就读的学生和本市行政区域外的急诊住院除外）。

2. 办理异地就医后到异地就医选定地区之外的医疗机构就医的（到本市行政区域内定点机构和符合当地转诊、转院规定到当地省级定点医疗机构就医除外）。

3. 在本市就诊不按规定转诊、转院下调的10个百分点。

（四）门特待遇：参保人享受门特待遇须经门特指定定点医疗机构确诊并选定符合条件的定点医疗机构作为本人就诊医疗机构（有特殊规定的除外）；选定医疗机构原则上一年内不变更，参保人员确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可向参保地医保经办机构申请办理变更手续。门特准入实施备案管理，本办法实施后符合门特准入标准的参保人可到指定定点医疗机构申请门特待遇，由指定定点医疗机构按照标准予以确认，同时出具《惠州市基本医保门诊特定病种待遇确认书》，并将确认信息上传医保经办机构备案。门特实行分类管理，药品目录、支付标准和诊断标准按省的规定执行。未纳入省门特目录的病种及门特待遇调整，由市医保部门在征求有关部门和医疗专家意见后制定。

门特费用年度限额为医保基金按比例支付部分和参保人个人按比例支付部分之和（以下简称门特限额）。门特限额原则上应按一个年度内的最高支付限额的月（或季）平均数逐月（或季）使用，不可跨年度使用。

与门特病种疾病诊疗无关的医疗费用，医保基金不予支付。

1. 一类门特共23项，门特限额为4000元（2021年1月1日零时后诊断为高血压或糖尿病的不设年度限额），职工医保基金的支付比例为95%，个人的支付比例为5%；参保职工连续缴费不满6个月（含6个月），职工医保基金的支付比例为50%，个人的支付比例为50%；居民医保基金的支付比例为55%，个人支付比例为45%（其中高血压、糖尿病医保基金支付比例同普通门诊一致）。具体为：肝硬化（失代偿期）、慢性肾功能衰竭（尿毒症期）、恶性肿瘤（非放、化疗治疗）、慢性阻塞性肺气肿并反复肺感染、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核活动期间、类风湿性关节炎、慢性活动性肝炎（不含聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗丙型肝炎）、帕金森病、糖尿病、冠心病（反复发作的心绞痛或心肌梗塞）、高血压病二期以上（含二期）、脑血管疾病及脑障碍性病变后遗症期、儿童白血病、艾滋病机会性感染、慢性粒细胞白血病、脑梗死、甲状腺功能亢进性心脏病、重症肌无力、骨髓增生异常综合症、心脏瓣膜置换和癫痫。

2. 二类门特共9项，医保基金的支付比例为95%，参保人个人的支付比例为5%；参保职工连续缴费不满6个月（含6个月），职工医保基金的支付比例为50%，个人的支付比例为50%。具体为：重症精神分裂症（共6类）的门特不设年度限额，使用“长效针剂”时，由医保基金按疗程支付包括治疗费用在内的医药费用；耐药性肺结核的门特限额为1.5万元；慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗）和骨髓增生异常综合症（放、化疗）的门特限额为3万元；血友病、内脏器官置换术及骨髓移植术后（抗排斥治疗期）和慢性肾功能衰竭（尿毒症期的透析治

疗) 门特限额为5万元; 恶性肿瘤(放疗、化疗、内分泌治疗, 含“生物靶向药物”治疗、甲磺酸伊马替尼治疗慢性粒细胞白血病和胃肠间质瘤) 不设年度限额, 由医保基金按疗程或药品使用限制性规定支付包括治疗费在内的医药费用, 仍可享受一类门特待遇; 地中海贫血不设年度限额, 由医保基金按疗程支付包括治疗费用在内的医药费用。

3. 参保人患2项以上(含2项) 门特病种疾病的, 其门特限额标准以其中最高的一种确定, 并在此基础上增加定额1000元; 参保职工如患2项以上(含2项) 门诊特定病种疾病的, 其中有1项规定应在定点医疗机构就医的, 须在定点医疗机构就医。

4. 参保职工经确认享受下列8项门特待遇的, 可在本市行政区域内由医保经办机构指定的定点机构就医、购药: 慢性活动性肝炎(不含聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗丙型肝炎)、类风湿性关节炎、帕金森病、糖尿病、冠心病(反复发作的心绞痛或心肌梗塞)、高血压病二期以上(含二期)、脑血管疾病及脑障碍性病变后遗症期和内脏器官置换术及骨髓移植术后(抗排斥治疗期)。其中, 2021年1月1日零时起诊断为高血压或糖尿病的患者(含2020年12月31日24时前诊断为高血压或糖尿病, 但未享受门特待遇的), 应在本人选定的门诊定点机构就医购药, 所产生的医疗费用纳入医保基金支付范围。

5. 参保人经确认享受门特待遇的, 只能在本市行政区域内的定点医疗机构就诊(符合转诊、转院“病种清单”的病种, 经转诊、转院后可在就诊医疗机构就诊购药); 已办理异地就医手续在本市行政区域外当地定点医疗机构就医的及按本办法规定可

在本市行政区域内由医保经办机构指定的定点机构就医、购药的除外。外配处方有效期，按国家和省有关规定执行。

6. 经确认享受门特待遇的参保人，因患肺结核活动期间和慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素 α -2a<或2b>注射液治疗）等2项病种疾病的，门特待遇有效期为6个月，临床表现符合继续治疗条件的，经具有副主任职称以上专科医师确定，最长不超过12个月；耐药性肺结核最长不超过36个月。

（五）职工医保个人账户待遇：参加职工综合医保的参保职工和退休人员，建立个人账户。

1. 个人账户由参保职工个人缴费和依据不同年龄段按规定比例划入的单位缴费部分及存款利息组成。单位缴纳部分具体划入个人账户标准为：35周岁（含35周岁）以下的职工，按本人缴费基数1%划入；35周岁以上至45周岁（含45周岁）的职工，按本人缴费基数的1.3%划入；45周岁以上至退休前的职工（包括达到退休年龄但未达到规定缴费年限的参保职工），按本人缴费基数的2%划入；退休人员以本人基本养老金或退休金（未领取养老金或退休金及本人养老金或退休金低于全市上年度职工月平均工资80%的，按全市上年度职工月平均工资的80%计算）为基数按4.5%的比例划入，退休人员个人账户划入金额由职工医保统筹基金历年结余列支。

2. 个人账户可用于支付参保职工本人及其配偶、父母、子女或本人其他亲属所发生的下列费用：

（1）在本市定点医疗机构就医发生的属个人支付的医疗费用和到定点零售药店购买符合规定的商品所发生的费用；

- (2) 健康体检和预防接种疫苗费用（按规定免费的除外）；
- (3) 购买商业健康和缴纳医保费。

3. 参保职工死亡的，个人账户余额可由其法定继承人提取现金或消费；参保职工异地转移时，其个人账户余额可提取现金，并终结医疗保险关系。参保职工办理异地就医手续的，个人账户每年以现金形式划入本人金融账户。

四、生育保障待遇清单

（一）参保人符合计划生育政策生育的门诊产前检查费用实行总额包干，具体标准为：职工医保基金支付限额为1500元，报销比例为95%；居民医保基金支付限额为1000元，报销比例为75%。参保人原则上选定一家市内定点医疗机构作为本人的产前检查定点机构。经生育备案和异地就医备案后在本市行政区域外进行产前检查的费用实行总额包干（不可同时享受本市行政区域内产前检查待遇），标准为500元。

（二）参保职工连续缴纳医保费不满6个月（含6个月），符合计划生育政策终止妊娠或分娩的（以住院当月为计算点，下同），发生的住院政策内费用（含新生儿非疾病治疗产生的政策内费用，下同），医保基金的支付比例为70%；连续缴纳医保费满6个月后（不含6个月），医保基金的支付比例为100%。

参保职工符合计划生育政策，在本市行政区域外住院分娩或终止妊娠的医疗费用（含生育时产生的其他医疗费用），以及参保职工未就业配偶未参加职工生育保险（本市职工医保）和户籍所在地城乡居民医保（本市居民医保），符合计划生育政策住院分娩或终止妊娠产生的住院政策内费用，实行总额包干，标准为

2000元。

(三) 参保居民符合计划生育政策分娩或终止妊娠，发生的住院政策内费用，医保基金按下列比例支付：一级医院100%，二级和三级医院90%。

(四) 参保职工，按规定缴纳了职工医保费，有下列情形之一的，享受生育津贴：

1. 女职工生育享受产假。
2. 享受计划生育手术休假。
3. 法律、法规、规章规定的其他情形。

参保职工符合上述条件享受生育津贴时，应当同时具备下列条件：

1. 用人单位为职工累计缴费（灵活就业人员连续参保缴费）满12个月（含12个月）以上，并继续缴费；参保职工生育时（含住院分娩、终止妊娠和计划生育手术，下同）前6个月直至用人单位申领生育津贴时均处于职工医保参保缴费状态。参加居民医保的缴费时间不予累计计算为享受生育津贴的时间。

2. 符合国家和省人口与计划生育规定。

(五) 生育津贴发放标准：

1. 计发基数：生育津贴按照参保人生育假期开始之日前12个月的本人月平均缴费基数计算（参加住院医保的或缴费未满12个月的参保人按照其生育假期开始之日时综合医保缴费基数下限计算），每天的计发基数为本人月平均缴费基数除以30天。

2. 职工享受生育津贴的假期天数：

(1) 产假：顺产的，98天；难产的，增加30天；生育多胞

胎的，每多生育1个婴儿，增加15天；怀孕未满4个月终止妊娠的，根据医疗机构的意见，15天至30天；怀孕满4个月终止妊娠的，42天；怀孕满7个月终止妊娠的，75天。

(2) 计划生育手术休假：取出宫内节育器的，1天；放置宫内节育器的，2天；结扎输卵管的，21天；施行输精管结扎的，7天；施行输卵管或者输精管复通手术的，14天。同时施行两种节育手术的，合并计算假期。

职工依照计划生育法律、法规规定享受奖励的产假或者看护假期，由用人单位按照规定发放工资，不享受生育津贴。

国家和省对生育假期作出新规定的，生育津贴的计算天数相应调整。

五、医保待遇管理清单

(一) 参保人在同一时间段内，只能参加一种基本医保，享受相应的医保待遇。

失业人员在领取失业保险金期间应参加职工医保，其单位缴费部分由失业保险基金承担，个人缴纳部分在每月领取的失业保险金中扣缴。本市户籍的失业人员在领取失业保险金期满后可按本办法的有关规定参加职工医保或居民医保。

(二) 参保人在本年度内参保缴费的，从参保人开始缴纳医保费的次月起享受医保待遇。

参保居民在规定缴费时间内缴纳下一年度医保费的，从下一年度1月1日起享受医保待遇。

参保人在应缴费日期内未缴费的，自欠缴医保费的次月起，停止享受医保待遇。

(三) 参保人跨年度住院的结算时间以出院时间为准，年度最高支付限额以出院时的自然年度计算。

参保居民在年度内转为参加职工医保的，在职工医保待遇生效前所发生的医疗费用由居民医保基金支付；参保职工停保后在次月参加居民医保的，参保当月内发生的医疗费用，由居民医保基金按规定支付。

参保居民参保年度内选择参加职工医保的，视为职工医保连续缴费；居民医保参保缴费时间不计算为职工医保累计缴费年限。

(四) 医保基金与定点机构的具体结算办法由市医保部门会同市卫生健康、财政等部门另行制定。

(五) 医保经办机构应加强对已办理门特人员的跟踪服务管理，不定期组织对已办理门特人员进行专项病种检查，检查所需的医疗费用由医保基金支付。

(六) 下列医疗费用不纳入医保基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 到本市行政区域内非定点医疗机构（急诊除外）就诊（含分娩或终止妊娠）及非定点零售药店购药的费用；
5. 施行美容手术或先天性残疾进行非生理功能矫正治疗所发生的医疗费用；
6. 预防保健、疗养费用；
7. 应由计划生育服务技术项目支付的费用；

8. 因非医学需要或自行终止妊娠的费用；
9. 实施人工辅助生殖术的费用；
10. 因医疗事故发生的应当由医疗机构承担的费用；
11. 在境外（含港澳台地区）就医的；
12. 法律、法规、规章规定不予支付的费用。

医疗费用依法应当由第三人负担的，事故发生之日起3个月后经公安、司法机关处理无法认定责任人或责任人无赔偿能力的，由医保基金先行支付。医保经办机构有权向第三人追偿。

六、医保经办服务清单

（一）参保人应到指定的金融机构办理“惠州市社会保障卡”（以下简称社保卡）和在有关渠道激活领取“医保电子凭证”（以下简称医保凭证），社保卡或医保凭证办理成功后，参保人凭社保卡或医保凭证就医或购药。在未办理社保卡或医保凭证前就医或购药的，参保人须出示本人身份证或户口簿原件。

（二）参保人因学习、工作或长期在本市行政区域外居住连续满1年以上的，需办理异地就医登记手续；参保人就医的定点医疗机构在诊疗等方面不具备相应的条件或因病情需要到异地就医的，需办理相应的转院手续。异地就医的有关规定由市医保部门另行制定。

（三）按照国家和省的部署，积极推进职工医保个人账户缴纳医保费工作。

职工个人账户购买商业健康保险的办法，由市医保部门另行制定。

参保人在年度内因死亡、出国定居等原因终止医疗保险关系

的，由医保经办机构对其个人账户余额进行清算，并按规定一次性予以支付。属于依法继承的，由继承人向医保经办机构提供被继承人医保凭证或有效身份证件或社保卡和继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的提供个人承诺书。

（四）参保人因病就医的，应出示本人社保卡或医保凭证（未办理社保卡或医保凭证的出示本人居民身份证，未办理居民身份证出示户口簿，转诊的需提供转院证明），在核对无误后办理就医手续。

1. 在与医保经办机构联网结算的定点医疗机构就医的（市外当地定点机构需要提供转院证明或进行异地就医备案），在本次医疗终结后，个人只需用个人账户余额或现金支付个人支付部分；属于医保基金支付的部分，由医保经办机构与定点医疗机构直接结算。

2. 在未与医保经办机构联网结算的定点医疗机构或本市行政区域外当地定点医疗机构住院治疗的，或未经异地就医备案的，医疗费用先由个人垫付，在本次医疗终结后6个月内（特殊情况下最长不超过12个月）凭医保凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费有效票据、住院费用清单以及诊断证明（急诊的提供急诊诊断证明）等资料，到医保经办机构或社保所办理报销手续。

3. 参保人在确诊怀孕后，应携带女方社保卡或医保凭证并填写《惠州市办理生育备案登记承诺书》，到参保地医保经办机构或网上办理登记备案。未登记备案前发生的产前检查、生育等医

疗费用，由参保人自负，医保基金不予支付。

参保人异地住院终止妊娠或分娩的，应按规定登记备案，并在终止妊娠或分娩之日起1年内持医保凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费有效票据、费用清单、病历资料（医保经办平台无法通过其他部门获得出生医学证明等，由办理人提供，无法提供的，需提供个人承诺书），到参保地医保经办机构办理报销手续（参保职工领取包干经费）。

4. 参保人在本市行政区域内因病住院，在办理出院手续时，其本人或家属应在《惠州市基本医保住院费用结算单》上签名认可。对有争议的医疗费用，参保人有权向医院查询有关明细项目。

5. 参保人经本人选定的门诊定点机构转诊（含急诊）到本市行政区域内其他定点医疗机构门诊就诊的，医疗费用先由个人垫付，参保人应在就诊之日起60日内凭医保凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费有效票据、门急诊费用清单、处方等资料到本人选定的门诊定点机构办理报销手续。

经门诊定点机构转诊的参保人，在规定时间内只能报销当次的门诊医疗费用。

6. 参保人非因第三人意外伤害住院治疗的，应向医疗机构说明具体情况，并由医疗机构开具《惠州市基本医保意外伤害住院医疗费用申请表》，参保人提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件，无法提供的应填写个人承诺书，经医保经办机构核实后按规定支付相关医疗费用。

7. 参保人因急诊、急救、抢救或确因实施急救和抢救的医疗

机构条件所限，在24小时内（不含24小时）确需转往其他医疗机构住院治疗的（或在此期间内死亡），期间产生的政策内费用，由医保基金按住院的有关规定支付；其他在24小时内（不含24小时）住院无特殊规定情形的，按普通门诊的有关规定执行。

参保人未在规定时间内申报医疗费用的，医保经办机构或门诊定点机构不予受理。

（五）办理异地就医登记的参保人应凭医保凭证或有效身份证件或社保卡，填写《广东省异地就医备案登记表（惠州市）》，并按人员类别分别提供有关资料，到当地医保经办机构或网上办理备案。异地安置退休人员备案提供异地安置认定材料（包括户口簿首页和本人常住人口登记卡或个人承诺书）；异地长期居住人员提供长期居住认定材料（包括居住证明或个人承诺书）；常驻异地工作人员提供异地工作证明材料（包括参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或个人承诺书）；异地转诊人员提供具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。参保人在选定地区的医疗机构就医，医保基金支付比例按本市行政区域内的同等级定点医疗机构标准执行（含符合当地转诊、转院规定到当地省级定点医疗机构就医的）。办理异地就医手续后，门诊医疗待遇按包干给门诊定点机构的标准一次性划入本人的金融账户。

异地就读的参保人只需凭就读学校的录取通知书或就读学校的其他有效证明（含证件），到参保地医保经办机构或社保所办理异地就医备案。门诊医疗待遇按本办法规定执行。

参保大中专学生在本市行政区域内流动的，不办理异地就医

手续。

参保大中专学生在假期和实习、休学期间因急危重病需异地住院治疗的，可先在异地住院治疗，并应在住院后的7日内向参保地医保经办机构报告，返校后（当年毕业的应在10月31日前）凭医保凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费有效票据、住院费用清单、诊断证明等资料，到参保地医保经办机构办理报销手续。

（六）参保人因病造成进食、翻身、大小便、穿衣和洗漱、自我移动五项中有一项不能自理者，可申请办理家庭病床。家庭病床原则上由基层卫生服务机构负责，经医保经办机构同意的可由二级、三级医院负责。办理家庭病床期间，参保人不再享受普通门诊医疗待遇。

1. 参保人办理家庭病床由定点医疗机构诊治医师出具家庭病床通知单，经该医疗机构审查同意，并持家庭病床通知单报当地医保经办机构或社保所复核后，在定点医疗机构办理家庭病床登记手续。

2. 家庭病床医疗费用由医保经办机构按本市医疗保险费用结算有关规定与定点医疗机构进行结算。家庭病床不设起付标准。

3. 在设立家庭病床诊疗期间，医患双方应严格执行定点医疗机构及医保经办机构的各项规定和制度。

（七）参保人应在每年的12月31日前，选定下一年度的门诊定点机构，由用人单位或个人到医保经办机构或社保所登记，或本人凭社保卡、医保凭证或身份证到选定的门诊定点机构登记，

并填写《惠州市门诊基本医保登记表》，或通过网上办理。

参保人选定的门诊定点机构，原则上1个年度内保持不变。

参保人原则上应在选定的门诊定点机构就医，因病情（不含急诊）需要到本市行政区域内其他定点机构就医的，门诊定点机构应按规定办理转诊手续，医疗费用报销按本办法规定执行。

参保大中专学生，由学校统一选择本校举办的定点医疗机构或一家一级（或二级）的定点医疗机构作为本学校参保大中专学生的门诊定点机构。基金支付比例统一按一级医院的有关规定执行。

基层卫生服务机构应按方便参保人的原则，确定一定数量的行政村卫生站或社区卫生服务站作为其下属门诊定点机构，并报当地医保部门和医保经办机构备案，纳入该基层卫生服务机构管理。

（八）确认门特待遇的门特指定定点医疗机构，应严格执行医保部门和医保经办机构关于门特的有关规定，不得为不符合规定条件的参保人确认门特待遇。门特指定定点医疗机构在为非本院就诊患者办理门特待遇时，应要求患者按医保部门和医保经办机构的政策规定与经办指南提供疾病诊断证明及其检查资料和病历等相关材料。门特指定定点医疗机构应严格执行检查结果互认的有关规定，不得要求患者再做相同的检查。

参保人申请门特得到确认后，方可到指定的定点机构就诊、购药。

参保人转换医保险种后，门特待遇按新参加的医保险种规定执行。

（九）参保职工（包括灵活就业人员和退休人员）在达到本办法规定的享受生育津贴条件时，由用人单位在职工生育结束后1年内向当地医保经办机构申请生育津贴。参保职工享受生育假期间，用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销或者提前解散等客观原因或者无正当理由未按照规定发放生育假期间工资的，参保职工可以在生育结束后1年内，凭相应证明和材料直接到当地医保经办机构申领生育津贴。参保职工生育时达不到本办法规定缴费时间的，并继续连续参保缴费的，可在生育假期结束1年后的3个月内，向医保经办机构申请生育津贴，生育津贴发放标准按照本办法规定执行。

1. 应提供的材料：用人单位或个人凭医保凭证或有效身份证件或社保卡、病历资料办理，并填写《惠州市生育保险待遇申请表》；医疗保障经办业务平台如无法通过其他部门获得出生医学证明等，由办理人提供，无法提供的，需提供个人承诺书。

2. 津贴发放：参保人所在单位应按相关法律法规的规定全额发放参保人生育假期间的工资（含各类津补贴）。职工享受生育津贴时，视同用人单位已支付相应数额的工资。生育津贴高于职工本人工资的，用人单位应将高出本人工资的部分补发给参保人；生育津贴低于职工本人工资的，用人单位仍应按本人工资足额发放。

（十）税务部门、医保经办机构应分别于每月3日前（逢节假日可顺延）将上月征集的居民医保费全额划入市居民医保基金财政专户，同时编制居民医保费划解清单及相应的缴款凭证报送市财政部门，做好各级财政补助资金请拨、记账及对账工作；严

格按照惠州市基本医保基金会计核算管理的有关规定，对医保基金收支情况进行会计核算；市医保经办机构负责惠城区职工医保待遇的核发工作，并进行职工医保基金的会计核算。

市医保基金财政专户应预拨2个月的周转金到市医保经办机构医保基金支出专户，作为支付医疗费用的周转金。

医保经办机构可根据定点医疗机构的实际，预拨一定数量的周转金；预拨周转金应结合上年度医保基金支付该定点医疗机构医疗费用总额和年度考评结果确定，基层医疗机构不超过上年度医保基金支付总额的60%，其他医疗机构不超过上年度医保基金支付总额的20%。如遇重大疫情和自然灾害，经医保部门和财政部门同意后可提高周转金的比例，一般不超过60%。

（十一）市、县（区）医保部门应加强对医保基金收支情况的监督，建立健全医保基金的预决算制度、财务会计制度和内部审计制度；市财政部门负责医保基金财政专户的管理；市、县（区）审计部门依法对医保基金进行审计监督。

七、定点机构管理清单

（一）定点机构实行信用等级和年度考评制度。定点机构的管理办法，由市医保部门会同有关部门另行制定。

（二）医保经办机构应当与定点机构签订基本医保服务协议，明确双方的责任、权利与义务。

（三）各基层定点医疗机构应按要求为参保人建立健康档案，为参保人提供门诊基本医疗服务和健康指导。

（四）定点机构应配备相应的基本医保管理机构和人员，负责基本医保的相关工作。

定点医疗机构的医务人员应严格按基本医保范围提供基本医疗服务，并接受病人的监督；对特殊检查、治疗以及转院的，应严格按照规定程序办理审批手续。定点医疗机构在与医保经办机构和参保人结算医疗费用时，应同时向付费方提供有关医疗费用的明细清单。定点医疗机构医务人员在使用自费药品和进行自费检查治疗前，应征得患者或患者亲属的同意，如患者病情危急需立即实施救治的，应在救治后履行书面告知义务。

定点医疗机构提供的超出基本医保规定范围的服务项目、收费标准，及新开展的诊疗项目未经卫生健康部门批准或未报医保部门备案的，医保经办机构不予支付。

非营利性定点医疗机构应严格按照省、市医保部门核定的收费项目和标准收费。违反规定收取的费用，医保经办机构和参保人有权拒付。

营利性定点医疗机构开展的医疗服务项目（含药品、耗材）属于医保基金支付范围的，其支付标准为医保部门公布同类（级）医疗机构各价格标准，超出部分医保经办机构不予支付。

（五）市、县（区）医保部门应组织卫生健康、市场监管等部门和医保经办机构，对定点机构执行基本医保制度情况进行监督、检查和考评。定点机构的管理工作经费纳入财政预算。

建立定点机构服务质量考评制度。医保经办机构应在定点机构基本医保结算资金中按5%的比例暂扣服务质量考评金；服务质量考评金根据年度考评结果给予返还或扣减，扣减的服务质量考评金全部划入居民医保基金统一管理使用；定点机构收取的参

保人使用职工医保个人账户支付的医药费用，不设服务质量考评金。凡违反医保相关规定被医保部门和经办机构要求返还的费用，分别计入职工医保基金和居民医保基金历年结余。

定点机构应实行医疗保险信息化管理，与当地医保经办机构联网。

（六）乡镇卫生院和社区卫生服务中心（含未定级的其他医疗机构）按一级医院的结算标准执行；各专科医院有住院功能的按县级以上卫生健康部门确定的医院等级管理。

八、本办法有关名词含义

本办法所称连续缴费，是指参保人在规定的时间缴纳医保费，包括本市户籍连续缴费的参保居民参加职工医保并缴费的、根据国家和省有关规定转移医保（含生育保险）关系并在3个月内（含3个月）参加本市职工医保的、欠缴（含停缴、间断缴等情形）不超过3个月（含3个月）并在期间内补缴的。

本办法所称灵活就业人员，是指具有本市户籍（含国家和省特别规定的人员）的未达到法定退休年龄的下岗失业人员及未实现就业的居民，不包括在全日制学校就读的学生或未满18周岁的居民。

本办法所称退休人员，是指达到法定退休年龄，并符合累计缴费年限和本市实际缴费年限规定的人员（含达到法定退休年龄及达到职工医保缴费年限，未按月领取养老保险待遇的人员）。

本办法所称欠缴医保费，是指参保人因工作调动、辞职、社保关系终止（含中断）与转移接续及其他情形下，终止（含中断）缴费或未在规定的时间内缴纳医保费。

本办法所称异地就医选定地区，是指参保人选定的就医地，包括西藏自治区、海南省、新疆生产建设兵团和各直辖市，以及其他各省、自治区地级及以上行政区域的地区。

本办法所称定点医疗机构，是指经县级以上卫生健康部门批准取得医疗机构执业许可证，并与医保经办机构签订服务协议的医疗机构。

本办法所称定点零售药店，是指经县级以上市场监管部门批准取得药品经营许可证和取得营业执照，并与医保经办机构签订服务协议的零售药店。

本办法所称门特指定定点机构，是指二级以上定点综合医院（含三级专科医院）、精神病专科医院（限确认精神类疾病）、眼科医院（限确认眼科类疾病）和结核病防治医疗机构（限确认肺结核类疾病）。

本办法所称自付比例部分费用，是指参保人因病就医时产生的符合规定纳入医保基金支付范围，应由个人按一定比例支付的部分医疗费用。

本办法所称每年和年度，是指每年的1月1日至12月31日，即自然年度（有特殊规定的除外）。

公开方式：主动公开

抄送：市委有关部委办局，市人大常委会办公室，市政协办公室，市
纪委办公室，市中级人民法院、市检察院，驻惠部队、惠州军分区。

惠州市人民政府办公室

2021年1月13日印发
