

# 河源市人民政府文件

河府〔2023〕43号

## 河源市人民政府关于印发河源市基本医疗保险实施办法的通知

各县（区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

现将《河源市基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真组织实施。实施中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。



# 河源市基本医疗保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善我市基本医疗保险制度，保障人民群众享受基本医疗待遇，促进经济社会和谐发展，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《广东省关于深化医疗保障制度改革若干措施》《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》以及有关法律、法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 基本医疗保险包括城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）和职工基本医疗保险（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”）。补充医疗保险制度包括居民大病保险、职工大额医疗费用补助（含职工大病保险）和公务员医疗补助。现行职工补充医疗保险修改为职工大额医疗费用补助。

**第三条** 参加居民医保和职工医保且按本办法规定缴费的人员统称“参保人”。基本医疗保险年度自公历1月1日起至12月31日止。参保人实行定点就医制度。

**第四条** 建立居民医保基金和职工医保基金。基本医疗保险制度遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，坚持权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩、属地管理，实行市级统筹、分级

管理，居民医保和职工医保基金分账管理，统一覆盖范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务、信息管理。

基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，独立核算，专款专用，并按国家有关规定计息，实现保值增值，任何单位和个人均不得改变其性质和用途，不得拖欠、挪用、截留或侵占。

基本医疗保险基金按照国家、省的有关规定执行会计制度和财务管理制度，建立健全基本医疗保险基金预决算制度和内部审计制度，并及时向社会公布基金的运行情况。

**第五条** 各县（区）政府（管委会）负责本辖区基本医疗保险工作，将基本医疗保险工作列入经济社会发展规划和年度工作计划，统筹做好宣传发动和参保缴费工作，落实基本医疗保险所需的机构设置、人员编制及经费。

市、县（区）医疗保障部门主管基本医疗保险工作，具体负责本办法组织实施、监督和指导，统筹开展基本医疗保险参保扩面等工作。各级医疗保险经办机构负责办理基本医疗保险登记，基本医疗保险业务经办工作。

税务部门负责制定或会同有关部门制定基本医疗保险费征管制度，基本医疗保险费申报受理、费款征收、会统核算、缴费检查、欠费追缴等工作，将征缴明细信息及时共享给相关部门；参与编制基本医疗保险基金收入预算草案、基本医疗保险参保扩面等工作。

市、县（区）卫生健康、市场监管部门应当配合基本医疗保险

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，满足参保人基本医疗服务需要。

发展改革、教育、公安、民政、财政、人力资源社会保障、退役军人事务、乡村振兴、移民、残联等部门，应当按各自职责协同实施本办法。

**第六条** 各县（区）政府（管委会）依法依规保障基本医疗保险费征缴，基本医疗保险基金不足支付时，由市、县（区）政府（管委会）统筹解决。

**第七条** 基本医疗保险基金及其收益按国家规定免征税费。个人缴纳的基本医疗保险费在个人所得税前列支。

## **第二章 基本医疗保险实施对象、基金筹集和管理**

### **第一节 实施对象与基金筹集**

**第八条** 居民医保参保对象：除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。本市户籍或持有本市居住证，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。本市行政区域内的各类高等学校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所等院校、中小学校的全日制在校学生，以及幼儿园学生等。

**第九条** 居民保险中途参保管理：个人缴费部分由政府资助参

保的特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、支出型困难家庭等困难人员和经审核符合条件的新生儿、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入本市户籍人员、中途转入本市就读学生、刑满释放人员、退役士兵等特殊群体，在当年医保年度内可以按规定中途参加居民医保，办理参保缴费手续。缴费标准按当年度居民医保参保缴费标准全额缴交。居民医保保费退费，按国家、省有关规定执行。

**第十条** 职工医保参保对象：覆盖所有用人单位职工。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以及其他灵活就业人员。领取失业保险金期间的失业人员、因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工（包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员）。

**第十一条** 居民医保基金来源包括：参保人缴纳城乡居民医疗保险费、各级财政补助资金、利息收入、社会捐赠、其他合法收入等。

职工医保基金的来源包括：用人单位和参保人缴纳的职工医保费、利息收入、滞纳金、地方财政补贴、其他合法收入等。

**第十二条** 基本医疗保险基金实行基金缺口分担机制。基本医疗保险基金出现缺口时，基金缺口由市、县（区）分担，分担比例与县（区）的扩面征缴任务完成情况进行挂钩。具体分担办法另行制定。

## 第二节 居民医保缴费管理

**第十三条** 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式。参保人应按缴费标准，一次性足额缴纳全年城乡居民医保费。

（一）居民医保个人缴费标准按国家、省公布标准执行。

（二）各级财政补助资金按照国家、省、市有关规定执行。

（三）参加居民医保所需财政补助资金按照行政区域关系，由同级财政负责安排。

（四）鼓励有条件的村（居）集体经济组织，对本村（居）居民参加居民医保给予个人缴费补助。

（五）特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员等困难人员个人缴费部分由财政给予全额资助。

**第十四条** 居民医保各级财政补助资金纳入年度财政预算安排。市、县（区）财政部门每年根据上级相关部门核定的参保人数，于12月底前将财政补助资金划入居民医保基金市级统筹财政专户。未按规定及时足额到位的，上级财政部门在结算年度补助资金时相应扣减的补助资金，由责任方财政补足，以保证补助资金的完整性。

**第十五条** 停产、半停产企业的在职职工、领取失业保险金期满的本市户籍失业人员，可转为按灵活就业人员身份参加职工

医保，或按城乡居民基本医疗保险政策规定参加居民医保。

### 第三节 职工医保缴费管理

**第十六条** 医保经办机构通过采集税务部门的缴费登记信息办理参保登记。

**第十七条** 用人单位及其职工应当按时足额缴纳职工医保费。灵活就业人员等参加职工医保，由个人按规定缴费。

**第十八条** 职工医保缴费基数和费率：

（一）职工医保用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。生育保险缴费基数与职工医保一致。

以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以本市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，以下简称“本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资”）为依据核定缴费基数上下限，上限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 300% 确定，下限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60% 确定。2023 年职工医保缴费基数上下限，按照本市 2021 年全口径城镇单位就业人员月平均工资 6860 元确定，今后年度的缴费基数上下限按省、市统计数据公布。

（二）参加职工医保的机关事业单位、社会团体等单位在职职

工单位月缴费费率为 6.5% (含职工生育保险 0.5%), 其他用人单位在职职工单位月缴费费率为 5.5% (含职工生育保险 0.5%), 个人月缴费费率均为 2%。个人缴费部分由用人单位按月从职工工资中代扣代缴。

(三) 参加职工医保的灵活就业人员, 选择个人账户的, 月缴费费率为 7% (含个人月缴费费率 2%); 不选择个人账户的, 月缴费费率为 5% (不含个人月缴费费率 2%), 缴费基数上下限按上述(一)有关规定执行。

(四) 失业人员月缴费费率为 6.5% (含职工生育保险 0.5%), 领取失业保险金期间, 按规定参加职工医保, 以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数。应当缴纳的职工医保费从失业保险基金中支付, 个人不缴纳基本医疗保险费, 不划拨个人账户。

(五) 因工致残被鉴定为一级至四级伤残并保留劳动关系的工伤职工, 按规定参加职工医保, 工伤保险基金月缴费费率为 6.5% (含职工生育保险 0.5%), 个人月缴费费率为 2%; 因工致残被鉴定为一级至四级伤残并办理伤残退休手续的职工, 工伤保险基金月缴费费率为 6%。因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工 (包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的) 应以工伤职工伤残津贴为缴费基数, 由用人单位缴纳的职工医保费按照规定由用人单位或工伤保险基金支付, 个人按规定缴费。

**第十九条** 参加职工医保的, 需参加职工大额医疗费用补助,

其中失业人员在领取失业待遇期间和困难企业退休人员可自主参加职工大额医疗补助。自主参加人员以及灵活就业人员的职工大额医疗费用补助保费，全部由个人缴纳。缴费标准按市医疗保障事业管理中心与承保商业保险公司签订的协议保费标准确定。

## **第二十条 职工医保缴费年限：**

（一）参加职工医保累计缴费年限男职工 30 年（含 30 年）、女职工 25 年（含 25 年）。参保职工达到法定退休年龄前，在不同时段参加的职工缴费年限可合并计算。选择本市作为退休后待遇享受地的，需在本市参加职工医保实际缴费年限累计满 10 年。

（二）参加职工医保的参保人达到法定退休年龄时累计缴费达到规定年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇。

（三）参加职工医保的参保人达到法定退休年龄时，但职工医保累计缴费年限未达到规定缴费年限的，或选择本市作为退休后待遇享受地，但未达本市实际缴费年限累计满 10 年的，由用人单位、灵活就业人员等以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，一次性缴纳所缺年限的医疗保险费，或由用人单位、灵活就业人员等以我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，逐月缴纳直至规定的缴费年限。选择一次性缴纳或逐月缴纳，缴费费率按照用人单位费率、灵活就业人员缴费费率缴纳至规定的缴费年限。

从 2023 年 6 月 1 日起，参加职工医保的参保人达到法定退休

年龄时，其累计缴费年限或本市实际缴费年限未达到规定的：

1. 选择按月缴费至规定年限的，其在按月缴费期间，享受在职人员医疗保障待遇，不计发个人账户。缴满规定年限后，享受退休人员医疗保障待遇。按月缴费期间，可申请一次性缴费。

2. 选择按一次性缴费至规定年限的，缴费达规定年限后，享受退休人员医疗保障待遇。

（四）国有企业经批准实施改组转制、整体转让、关闭破产或其他形式实施退出安置的职工按以下方式缴纳医疗保险费：

1. 退休人员由用人单位按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，一次性补缴所缺年限的医疗保险费。

2. 距法定退休年龄 5 年以内的职工，先由单位和职工按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，一次性缴纳至达到法定退休年龄，再由用人单位一次性补缴所缺年限的医疗保险费。

3. 选择一次性缴纳或逐月缴纳，缴费费率按照用人单位费率缴纳至规定的缴费年限。

（五）用人单位或退休职工在一次性缴纳或按月缴交基本医疗保险费时，同时一次性缴纳或按月缴交职工大额医疗费用补助保费。一次性缴纳职工大额医疗费用补助保费的标准，按一次性缴纳当年规定的标准缴交，按月缴交的按当年规定缴费标准缴交。一次性缴纳的职工大额医疗费用补助保费分年度划拨给承保公司。

由政府资助参加基本医疗保险的困难企业退休职工可参照前

款规定一次性缴纳或按月缴交职工大额医疗费用补助保费。

退休职工一次性缴纳的职工大额医疗费用补助保费按年度支付完毕后，由职工医保统筹基金支付。

### 第三章 基本医疗保险待遇

#### 第一节 待遇享受时间

**第二十一条** 居民医保待遇享受时间：原则上按年缴费，每年9—12月份集中办理下一年度居民参保手续，从次年1月1日起享受待遇。

个人缴费部分由财政全额资助的困难人员中途参保，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。

新生儿可于出生6个月内在户籍地或居住地参加居民医保，其出生到参保前所发生的医疗费用给予支付。新生儿参保登记应使用本人真实姓名和身份证明，对已使用父母姓名参保的新生儿，其监护人应尽快更新信息。新生儿出生6个月内死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或母亲户籍地参加居民医保。

除已办理职工医保中止手续的人员及上款规定的情况外，其他中途参保人从缴费次月1日起享受医疗保险待遇。

**第二十二条** 职工医保待遇享受时间：

职工医保按月缴费，参保人自缴费次月起享受待遇，停止缴

费次月起停止待遇。

（一）失业人员在领取失业保险金期间按规定享受相应的职工医保待遇，自符合失业保险金领取条件的次月起享受待遇。

（二）已连续参加我省基本医疗保险2年（含）及以上的职工医保参保人，中断缴费3个月内（含）参加职工医保的，可按规定办理职工医保补缴手续（含职工大额医疗费用补助保费），补缴后不设置待遇享受等待期，中断期间的待遇可按规定追溯享受；中断缴费时间超过3个月后参加职工医保的，设置3个月的待遇享受等待期（个人账户正常划拨）。

（三）职工医保参保人在省内跨市转入本市的，参保人在转出地最后一次缴费的次月，仍享受转出地的职工医保待遇。在转移接续前连续缴费未中断的，参保人在本市参加职工医保后，自缴费次月起享受本市的职工医保待遇。在转入本市前中断缴费3个月（含）以内的，补缴（含职工大额医疗费用补助保费）后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在我市按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇；中断缴费3个月以上的，设置3个月的待遇享受等待期（个人账户正常划拨）。

（四）参保职工跨省就业、户籍或常住地变动的，医疗保险关系转移按照国家有关规定执行。

**第二十三条** 参保人已连续2年（含）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在居民医保和职工医保间切换参保关

系，中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理基本医疗保险补缴手续（含职工大额医疗费用补助保费），补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在我市按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，设置3个月的待遇享受等待期（个人账户正常划拨）。

## 第二节 待遇保障

**第二十四条** 个人账户待遇：原由政府资助参加住院基本医疗保险的困难企业退休人员、原退休一次性趸缴的人员，不设职工医保个人账户。居民医保不设个人账户。

**第二十五条** 普通门诊（含一般诊疗费及门诊诊查费）待遇：居民医保普通门诊待遇按照本市普通门诊管理办法有关规定执行，具体办法另行制定。职工医保普通门诊待遇按照本市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法执行。

**第二十六条** 住院医疗保险待遇：

参保人因病发生符合规定的住院医疗费用，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，由个人、基本医疗保险基金按规定负担。

（一）起付标准。基本医疗保险住院起付标准分别为市内一级及以下医疗卫生机构300元、二级医疗卫生机构500元、三级医疗卫生机构700元，市外医疗卫生机构1200元（不分医疗卫生机构

级别)。起付线以下的医疗费用由参保人自负(住院费用未达到起付线的不纳入医保报销)。

## (二) 支付比例。

居民医保参保人因病住院发生符合规定的医疗费用,居民医保基金支付比例为:市内一级及以下医疗卫生机构 92%、二级医疗卫生机构 75%、三级医疗卫生机构 65%。

职工医保参保人因病住院发生符合规定的医疗费用,职工医保基金的支付比例为:市内一级及以下医疗卫生机构 92%、二级医疗卫生机构 85%、三级医疗卫生机构 80%。职工医保连续缴费不满 6 个月的,职工医保基金支付比例为 65%。

跨省异地就医、省内跨市异地就医支付比例另行制定。

除急诊、抢救外,参保人在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

(三)居民医保参保人因病发生符合规定的医疗费用,居民医保基金在一个年度内的最高支付限额为 25 万元(含市内外住院、门诊特定病种、急诊抢救和留院观察等)。

(四)职工医保参保人因病发生符合规定的医疗费用,职工医保基金在一个年度内的最高支付限额为 45 万元(含市内外住院、门诊特定病种、急诊抢救和留院观察等)。

**第二十七条** 门诊特定病种待遇:省、市规定的诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病,门特医疗费用由医保基金按规定支付。具体办法另行制定。

## **第二十八条** 生育待遇:

(一) 居民医保参保人生育待遇具体办法另行制定。

(二) 职工医保参保人生育待遇按照本市职工生育保险相关办法执行。

**第二十九条** 大病保险待遇: 参保人在一个医保年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用, 经基本医疗保险按规定支付后, 累计个人负担的合规医疗费用(含基本医疗保险最高支付限额以上的医疗费用) 达到大病保险起付标准部分, 由大病保险按规定支付。具体办法另行制定。

## **第三十条** 职工大额医疗费用补助待遇:

参保职工(连续缴费满6个月以上, 含6个月) 当年每次发生的, 符合分级转诊规定、办理异地就医转诊和“医保药品、诊疗项目和医用耗材目录”的合规住院、门诊特定病种费用(含起付线、个人自付), 经基本医疗保险或基本医疗保险和大病保险报销后, 医保政策范围内支付比例不足76%的, 不足部分由职工大额医疗费用补助基金支付; 超过基本医疗保险或基本医疗保险和大病保险最高支付限额的部分, 由职工大额医疗费用补助基金支付76%。职工大额医疗费用补助基金在一个年度内最高支付限额为57万元。

**第三十一条** 参保人在定点医疗机构急诊抢救、留院观察后, 在同一医院直接转为住院的, 其急诊抢救、留院观察期间发生的医疗费用, 应纳入住院医疗费用报销。

参保人在定点医疗机构急诊抢救、留院观察后, 未转入住院

的，其发生的急诊抢救、留院观察医疗费用报销不设起付线，医保基金支付比例按相同级别医疗机构住院比例报销。

## 第四章 基本医疗保险待遇管理

**第三十二条** 参保人按照住院医疗费用发生时间享受相应年度的医保待遇，基本医疗保险、大病保险、职工大额医疗费用补助等计入参保人住院医疗费用发生时间所在年度，参保人住院时间跨自然年度的，应在上一年度结束时在就医医疗机构开展中段结算。出院时属于未参保年度的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

**第三十三条** 基本医疗保险基金不予支付的范围：

- （一）应当由工伤保险基金中支付的。
- （二）应当由第三人负担的。
- （三）应当由公共卫生负担的。
- （四）在境外就医的。
- （五）体育健身、养生保健、健康体检。
- （六）国家和省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

**第三十四条** 未列入《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（以下简称《药品目录》）范围内的药品为自费药品，基金不予支付。

《药品目录》中的乙类药品，按 95%纳入统筹基金支付范围。  
诊疗项目和医用耗材支付比例按照省、市相关规定执行。

**第三十五条** 大病保险、职工大额医疗费用补助由市医疗保障部门通过公开招标确定服务好、信誉高、赔付合理的商业保险公司承保。市医疗保障事业管理中心作为投保人与承保商业保险公司签订协议，明确双方职责和被保险人权利及违约处理等事项。

**第三十六条** 参保人在住院、门诊特定病种治疗期间，需要到院外检查检验的项目，原则上在市内其他定点医疗机构开展检查检验。

院外检查检验所产生的费用，同时符合以下条件的，应纳入医保基金支付范围，由送检医院开具医疗收费收据，与当次就医的医疗费用合并计算，由送检医院按住院或门特规定予以直接结算：

（一）符合卫生健康部门审批的本院诊疗科目所需的项目。

（二）本院无该检查检验设备。

（三）相关项目纳入本市公立医疗机构服务项目价格标准定价范围，市外、第三方服务机构按照本市送检医疗机构医疗服务项目价格标准执行。低于送检医疗机构收费标准的，按实际价格执行。

（四）有主管医生医嘱和病历记录，确因病情需要到院外做的检查、检验。

（五）有按主管医生医嘱到院外检查、检验的相关结果。

## 第五章 定点机构管理

**第三十七条** 基本医疗保险实行定点医药机构协议管理制度。医保经办机构依照国家有关规定与定点医药机构签订医疗保险服务协议，明确双方的权利、义务和责任。

**第三十八条** 医保药品、诊疗项目和医用耗材目录和支付标准，按国家、省、市有关规定执行；超出目录和标准范围的费用，基本医疗保险基金不予支付。

**第三十九条** 加强基本医疗保险基金预算管理，进一步完善DIP（区域点数法总额预算和按病种分值付费）、按人头付费、按床日付费、预付等多元复合型支付方式，推进支付方式科学化、精细化、标准化管理。具体管理办法由市医疗保障部门会同相关部门另行制定。

**第四十条** 各定点医疗机构要严格遵守基本医疗保险各项规定和管理办法，坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理收费、结算公开”的原则，保障广大参保人的基本医疗权益。

**第四十一条** 参保人在定点医疗机构发生的医疗费用，属个人自付部分，由定点医疗机构直接与参保人结算；属统筹基金、大病保险、职工大额医疗费用补助、医疗救助支付部分，由医保经办机构、大病保险承办机构与定点医疗机构按规定进行结算。参保人在市外、省外定点医疗机构发生的住院医疗费用，按异地

就医结算办法结算。

**第四十二条** 定点医药机构应配备相应的基本医疗保险管理机构 and 人员，负责基本医疗保险相关工作。

定点医疗机构的医务人员应严格按基本医疗保险规定提供基本医疗服务，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 and 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相关资料。定点医疗机构医务人员在使用自费药品 and 进行自费检查治疗前，应征得患者 or 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。

对于纳入医保报销的诊疗项目，定点医疗机构应当严格执行项目内涵 and 收费标准。定点医疗机构提供的超出基本医疗保险规定范围、收费标准的医疗服务，造成医疗保障基金损失的，按照有关法律法规 and 规定处理。定点医药机构医保费用结算按照具体经办规程办理。

**第四十三条** 市、县（区）医疗保障部门对定点医药机构执行基本医疗保险制度情况进行监督、检查和考评。

市、县（区）医疗保障部门应建立定点医药机构服务质量考评制度，医保经办机构应在定点医药机构基本医疗保险结算资金中按 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 or 扣减，扣减的服务质量考评金留基金使用。

定点医药机构应实行医疗保险信息化管理，与国家医保信息

平台联网，动态维护医保编码信息，并实时全量上传结算数据、医保基金结算清单等信息。

**第四十四条** 参保人可凭身份证、医保电子凭证或社保卡等就医。

**第四十五条** 实施分级诊疗、转诊登记制度。参保人因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转院治疗的，由各定点医疗机构按规定办理转诊手续，不得将在医疗机构住院作为开具转诊手续的先决条件。其他临时外出就医人员和异地生育就医人员免备案。

**第四十六条** 参保患者从门诊直接转入住院的，在当次门诊所做的各项检查，住院时应当采用，定点医疗机构不得要求参保患者重复检查。

**第四十七条** 参保患者未达到临床治愈标准的，定点医疗机构不得强迫出院；达到临床治愈标准的，不得冠名其他疾病转到另外的科室住院继续套取医保基金。

**第四十八条** 参保患者出院带药量符合处方管理规定的，医保基金按规定予以支付；出院带检查检验、理疗等项目发生的费用，医保基金不予支付。

**第四十九条** 医疗保障部门和医保经办机构依法对参保患者的医疗费用进行检查、审核时，定点医疗机构应当提供相关资料及账目清单。

## 第六章 附 则

**第五十条** 用人单位、参保人、定点医药机构等医疗保险服务机构和承办医疗保险业务的商业机构、医疗保险费征收机构、财政部门、医疗保障部门、医保经办机构及其工作人员等，违反社会保险法律、法规和规章的，按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关规定承担责任。

**第五十一条** 探索建立基本医疗保险医保医师管理制度，建立健全考核评价和动态准入退出机制。全面建立和完善医保智能审核监控系统，实现事前提示、事中监控预警、事后审核和责任追溯。

**第五十二条** 因自然灾害等因素造成大范围急、危、重病人抢救发生的医疗费用，由当地政府统筹解决。

**第五十三条** 医保经办机构建立基本医疗保险预决算制度和内部审计制度，自觉接受同级财政、医疗保障、审计等部门和社会的监督。

**第五十四条** 医疗保障部门开展基本医疗保险征缴所需经费，列入同级财政预算，不得从基金中提取管理费。

**第五十五条** 基本医疗保险筹资标准和待遇保障标准由市医疗保障局根据国家和省的政策规定、基本医疗保险基金收支等情况，报市政府适时进行调整。

**第五十六条** 市医疗保障部门根据本办法制定相关管理具体

规定、经办规程等。

**第五十七条** 本办法自 2023 年 6 月 1 日开始实施，2028 年 5 月 31 日失效。《河源市人民政府关于修订印发河源市城镇职工基本医疗保险规定的通知》（河府〔2018〕31 号）、《河源市人民政府办公室关于印发河源市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（河府办〔2018〕50 号）同时废止。此前印发的文件与本办法不一致的，以本办法为准。

**公开方式：**主动公开

---

抄送：市纪委监委，市委办，市人大办，市政协办，市委工作部门，河源军分区，市法院，市检察院，群团组织，中央、省驻市单位，市新闻单位。

---

河源市人民政府办公室

2023 年 4 月 20 日印发

---