

# 河源市医疗保障局 文件 河源市卫生健康局

河医保发〔2023〕85号

## 河源市医疗保障局 河源市卫生健康局 关于印发《河源市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》的通知

各县医疗保障局、各县（区）卫生健康局、江东新区社会事务局，市医保局源城分局，市医保管理中心：

经市人民政府同意，现将《河源市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



河源市医疗保障局



河源市卫生健康局

2023年8月30日

# 河源市城乡居民基本医疗保险普通门诊 统筹管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险制度，提高城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保人普通门诊统筹待遇水平，根据《人力资源和社会保障部关于普遍开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹有关问题的意见》（人社部发〔2011〕59号）、《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）等文件规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 居民医保普通门诊统筹遵循以下原则：

- （一）坚持保障基本，保障参保人普通门诊多发病、慢性病诊治；
- （二）坚持社会共济，充分发挥统筹基金作用，提高基金使用效率；
- （三）坚持立足基层，推动完善基层医疗卫生服务体系；
- （四）坚持因地制宜，结合本市医保基金运行情况，完善保障政策。

**第三条** 市医疗保障行政部门负责制定居民医保普通门诊统筹相关政策并组织实施，对定点医疗卫生机构进行监

监督检查，指导各县（区）医疗保障部门开展居民医保普通门诊统筹工作。各级医疗保障经办机构负责居民医保普通门诊经办管理服务，并协助市、县（区）医疗保障行政部门对定点医疗卫生机构开展监督检查。卫健部门负责加强基层医疗卫生服务机构管理，合理控制医疗费用，监管普通门诊定点医疗机构医疗服务行为。

## 第二章 待遇保障

**第四条** 普通门诊统筹通过统筹基金保障参保居民符合规定的普通门诊医疗费用。

居民医保普通门诊统筹不设起付标准。

参保居民在市内定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用（含门诊诊查费），选定一级及以下定点医疗机构支付比例为60%，因病情需要按规定转诊到二级定点医疗机构支付比例为55%，转诊到三级定点医疗机构支付比例为50%，由转出门诊定点医疗机构负责报销；参保人自行到二级以上（含二级）医院就诊的，普通门诊统筹基金不予支付。

年度最高支付限额为350元/人·年（中途选点的参保人年度支付限额按月折算）。年度最高支付限额不纳入参保人基本医疗保险年度最高支付限额。

一级及以下定点医疗机构单次支付限额为 35 元/次，二级定点医疗机构单次支付限额为 30 元/次，三级定点医疗机构单次支付限额为 20 元/次。

**第五条** 已办理异地就医备案（含异地长期居住人员、常驻异地工作人员）的本市居民医保参保人，普通门诊异地就医待遇支付标准按市内标准执行。

**第六条** 居民医保普通门诊统筹按照广东省基本医疗保险药品目录（含国家谈判药品）、医用耗材目录和诊疗项目目录支付。

### 第三章 费用结算

**第七条** 完善与居民医保门诊统筹相适应的付费机制，普通门诊统筹原则上实行总额预算管理下的按人头付费。符合规定的转诊医疗费用、院外购药费用及“互联网+”首诊服务的费用，纳入普通门诊统筹支付范围，并纳入定点医疗机构人头支付标准。

**第八条** 普通门诊费用（含门诊诊查费）由各级医保经办机构与普通门诊定点医疗机构按“定额包干、年度结算、超支不补”的方式结算。村（社区）卫生室（卫生服务站）由各乡镇（街道）卫生院（社区卫生服务中心）包干结算。

（一）定额包干：居民医保普通门诊统筹年度定额包干费用为 57 元/人·年。

(二) 月预拨: 医保经办机构按一个年度参保人选定该普通门诊定点医疗机构人数的包干经费总额, 作为该普通门诊定点医疗机构当年定额包干费用, 普通门诊包干经费总额=门诊定点机构选点总人数×年度包干标准。

每年1月, 医保经办机构以不超过上年度包干经费总额月平均额的80%比例预拨, 2月起按照上一个月的包干费用使用情况进行月预拨, 上一个月统筹实际发生费用大于(含等于)年度包干经费总额月平均额的, 按年度包干经费总额月平均额80%的比例预拨; 上一个月统筹实际发生费用小于年度包干经费总额月平均额的, 按上一个月统筹实际发生费用预拨。

(三) 年度结算:

全年定额包干费用使用率大于或等于80%且不超过定额包干费用的, 结余额的55%补偿给普通门诊定点医疗机构, 45%留作统筹基金;

全年定额包干费用使用率低于80%大于等于60%的, 结余额的35%补偿给普通门诊定点医疗机构, 65%留作统筹基金;

全年定额包干费用使用率低于60%的, 按照实际发生的医疗费用进行年度结算。

(四) 超支不补: 实际发生普通门诊记账费用超出全年定额包干费用总额的, 超出部分由普通门诊定点医疗机构承担, 医保基金不予支付。

（五）参保人所发生的普通门诊医疗费用，属于个人支付部分的，由参保人与普通门诊定点医疗卫生机构直接结算；属于统筹基金支付部分的，由普通门诊定点医疗卫生机构先予记账，由市医保管理中心与普通门诊定点医疗机构按规定结算。

（六）参保人中途符合规定变更门诊定点机构的包干经费，按参保人变更之日的次月起按实际月数分别计算。

（七）普通门诊异地就医暂不执行定额包干，暂按项目付费。

#### 第四章 管理服务

**第九条** 完善居民医保普通门诊统筹协议管理，细化协议内容，将政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到协议中，通过协议强化门诊医疗服务监管。

**第十条** 参保人选定1家一级及以下定点医疗机构作为普通门诊定点，一般一年一定，如未变更定点，默认延续上年选点。参保人确因居住地迁移等情形需要变更选定定点医疗机构的，可向当地医疗保障经办机构或指定定点医疗机构申请办理变更手续。除急救和抢救需要外，参保人未经转诊到非选定定点医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

原则上参保人在每年的 9 月至 12 月选择下一年度门诊定点医疗机构，年度内新参保的在参保缴费后选择门诊定点医疗机构（含未在上年度规定时间内选定的）。

**第十一条** 普通门诊异地就医备案管理、定点管理、支付范围、结算流程、就医管理、基金管理等，按照国家、省异地就医相关规定执行。

**第十二条** 参保人可凭医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证，在定点医药机构就医购药。积极开展“互联网+”医保服务，通过互联网、国家医保 APP、医保公众号、粤省事等渠道为参保人提供线上便捷服务。

**第十三条** 严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设，强化基金风险防控。建立和完善医保智能监控系统，加强对医保门诊医疗服务的监管。

## 第五章 附 则

**第十四条** 市医疗保障部门根据国家和省部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对居民医保普通门诊政策适时进行调整。

**第十五条** 本办法自 2023 年 10 月 1 日开始实施，2028 年 9 月 30 日失效。《关于将公立医院门诊诊查费纳入基本医疗保险报销范围的通知》（河人社发〔2019〕9 号）同时废止。

此前规定与本实施办法不一致的，以本实施办法为准。国家和省有新规定，从其规定。