

惠州市医疗保障局
惠州市卫生健康局文件
惠州市财政局

惠医保发〔2021〕73号

关于印发《惠州市医疗保障局 卫生健康局
财政局关于调整惠州市基本医疗保险
门诊统筹有关规定的通知》

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、财政局，市社会保险基金管理局及各分局，各定点机构：

现将《惠州市医疗保障局 卫生健康局 财政局关于调整惠州市基本医疗保险门诊统筹有关规定的通知》印发给你们，请遵照执行。



惠州市医疗保障局



惠州市卫生健康局



惠州市财政局
2021年8月23日

惠州市医疗保障局 卫生健康局 财政局

关于调整惠州市基本医疗保险 门诊统筹有关规定的通知

为深入贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）精神，根据《广东省医疗保障局广东省财政厅关于全面开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的通知》（粤医保规〔2020〕7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》（惠府〔2021〕1号），现就我市基本医疗保险门诊统筹的相关规定通知如下：

一、门诊定点机构的选定。原则上参保人在每年的9月至12月按规定选择下一年度门诊定点机构，年度内新参保的在参保缴费后按规定选择门诊定点机构（含未在上年度规定时间内选定的）。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）、街道社区卫生服务中心、与乡镇卫生院或街道社区卫生服务中心使用同一社会信用代码的二级定点医疗机构（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，作为本人的门诊定点机构。

二、门诊定点机构的变更。有以下情形之一的，参保人年度内可以变更一次门诊定点机构：

(一) 参保人年度内尚未在原选定门诊定点机构报销普通门诊费用的;

(二) 参保人家庭住址或常住地发生改变的;

(三) 用人单位常驻地发生改变或参保人工作单位发生变化的;

(四) 参保人在职工医保与居民医保间切换参保关系的;

(五) 原定点医疗机构变更地址、被暂停医保结算或取消医保定点资格的;

(六) 参保人符合计划生育政策怀孕的。

三、普通门诊包干经费管理。医保基金支付门诊定点医疗机构普通门诊医疗费用实行按人头付费，总额包干。包干经费确需调整时，由市医疗保障局商市财政局和市卫生健康局确定。

(一) 居民医保包干经费标准：18 周岁以下（含当年满 18 周岁）参保居民包干经费按医疗机构的不同等级划拨：基层卫生服务机构每人每年 144 元（每月 12 元），二、三级医院每人每年 156 元（每月 13 元）。超过 60 周岁（不含当年满 60 周岁）参保居民的包干经费为每人每年 120 元（每月 10 元）。其他参保居民的包干经费为每人每年 108 元（每月 9 元）。

(二) 职工医保包干经费标准：参保职工包干经费按医疗机构的不同等级划拨，60 周岁以下（含当年满 60 周岁）参保职工的包干经费为：一级医院（含基层卫生服务机构）每人每年 300 元（每月 25 元）、二级医院每人每年 180 元（每月 15 元）、三级医院每人每年 156 元（每月 13 元）。超过 60 周岁（不含当年

满 60 周岁) 参保职工的标准在上述基础上分别增加每人每年 12 元(每月 1 元)。

(三) 包干经费的计算: 门诊定点机构的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; 其中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当月起按实际月数分别计算(参保人变更门诊定点机构前本年度未享受普通门诊待遇的, 其包干经费按年度标准计算到变更后的门诊定点机构)。

四、普通门诊异地就医管理。参保人在本市行政区域外就医(含省内其他城市和省外, 下称异地就医), 普通门诊直接结算原则上执行就医地的支付范围及有关规定(基本医疗保险药品、诊疗项目、服务设施和医用耗材目录), 待遇标准执行参保地市内同级医院的标准, 包括报销比例、单次限额和年度限额等(年度限额市内、市外累计计算)。门诊定点机构的选定、变更按照市内门诊定点机构选定、变更的规定执行。

(一) 已办理基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算备案人员, 同步开通基本医保统筹基金和个人账户支付门诊医疗费用的直接结算服务, 无需另外备案。参保人在备案就医地选定开通异地就医门诊直接结算服务的定点医疗机构就诊, 应由医保基金支付的部分由医保经办机构按省规定的异地就医直接结算经办流程与定点医疗机构结算。参保人办理异地就医备案后, 在有效期内, 参保地不再保留为普通门诊就医统筹区(急诊除外, 急诊发生的费用由医保经办机构按实际报销费用与定点医疗机

构结算）。

（二）参保人在省内发生急诊的，可先就诊，后补办备案手续。发生的政策内医疗费用在备案后进行直接结算，也可由个人先行支付，再持相关就医资料到参保地医保经办机构办理报销手续。

（三）门诊处方应符合临床诊断标准和《处方管理办法》的规定。凡不符合临床诊断标准和《处方管理办法》发生的医药费用医保基金不予支付。相关责任医师开具的处方所产生的医疗费用，医保经办机构应按照规定暂停结算。

五、“互联网+门诊”。参保人在选定的经卫生健康部门批准开展互联网诊疗活动且与医保经办机构签订服务协议的门诊定点机构（简称“互联网+定点医疗机构”）发生的网上诊查费与政策内药品费用，一并由医保基金按规定比例支付，参保人只支付应由个人支付的部分，应由医保基金支付的部分由医保经办机构与该医疗机构结算。其中，网上诊查费的支付标准为同级同类公立医院普通门诊诊查费收费标准（执行“一般诊疗费”支付政策的，按规定标准执行），超出部分由参保人自负。

六、本通知自 2021 年 9 月 1 日起施行，有效期 5 年。《关于调整门诊统筹有关规定的通知》（惠市人社〔2014〕237 号）即行废止。2021 年普通门诊年度清算按本通知执行。

公开方式：主动公开

惠州市医疗保障局办公室

2021 年 8 月 23 日印发
