



HBGS-2026-4

## 关于印发《惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局 惠州市财政局医疗保障基金结算 管理办法》的通知

惠医保规〔2026〕2号

各县（区）医疗保障局、卫生健康局、财政局，惠东县人力资源和社会保障局，大亚湾、仲恺区教育文化卫生健康局，市医疗保障事业管理中心，市社保局大亚湾、仲恺分局，各定点医药机构：

现将《惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局 惠州市财政局医疗保障基金结算管理办法》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

2026年7月27日



# 惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局 惠州市财政局医疗保障基金结算管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为深化医保支付方式改革，加强医疗保障基金的支出管理，提高医疗保障基金使用效率，规范医疗费用结算管理，根据《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）、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（粤府办〔2017〕65号）、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法〉的通知》（粤医保规〔2024〕11号）等，结合我市医疗费用结算管理实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称医疗保障基金（以下简称医保基金）是指职工基本医疗保险基金（含生育保险基金，以下简称职工医保基金）、城乡居民基本医疗保险基金（以下简称居民医保基金）、职工大额医疗费用补助基金、大病保险基金和医疗救助基金的总称。职工医保基金和居民医保基金统称基本医保基金。医保基金实行全市“统收、统支”管理。

**第三条** 医保基金遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则。住院医疗费用的医保基金支付实行总额控制下的按病种分值付费（简称DIP）、按服务单元付费（如按床日付费）和按项目付费等相结合的复合式付费方式，遵循“总额控制、结余留用、超支合理分担”的结算原则；普通门诊实行按人头付费结合按项目付费的方式，遵循“总额包干、结余归己”的结算原则，探索超支合理分担机制；门诊特定病种按项目与DIP付费的方式进行。

**第四条** 本办法适用于医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）与定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）之间的医疗保障费用结算。参保人在定点医药机构发生的医药费用，应由个人支付的由定点医药机构向参保人收取，应由医保基金支付的由定点医药机构记账，医保经办机构按本办法规定与定点医药机构进行结算。医保基金实行统一结算、分账管理。



**第五条** 市医疗保障部门应根据本办法拟订具体结算规则并组织实施。

财政、卫生健康等部门在各自职责范围内协同实施本办法。

县（区）医疗保障部门负责配合做好本办法的实施。

各级医保经办机构应严格按照国家、省和市有关法律、法规和规章制度加强医保基金的使用管理。定点医药机构的协议管理和医疗费用结算原则上实行属地管理。惠城区范围内由市卫生健康部门直接管理的定点医疗机构以及惠城区、仲恺高新区范围内门诊特定病种定点零售药店及国家谈判药品“双通道”药店的协议管理和医疗费用结算由市医保经办机构负责，其他定点医药机构的协议管理和医疗费用结算由所在县（区）医保经办机构负责。

医保基金的支付（包括年度医保基金预付、即时结算、年度清算等）由市医保经办机构负责。

## 第二章 住院医疗费用基本医保基金结算

**第六条** 医保经办机构与本市行政区域内定点医疗机构的住院费用结算主要实行DIP，实行总额预算管理。

**第七条** 以我市年度住院基本医保基金预算支出为基础，扣除异地就医费用和不纳入DIP结算的费用等，确定年度DIP支出。

**第八条** 设立年度按病种分值付费风险调节金，主要用于年度清算时合理超支分担。

**第九条** 年度内因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情形发生，需要调整DIP预算支出或年度按病种分值付费风险调节金的，可根据实际情况调整。

**第十条** 年度DIP结算方案由市医保经办机构拟定，经市医疗保障部门审核，并充分征求市财政、卫生健康部门意见后执行。

**第十一条** DIP结算实行基金预拨付、即时结算（月度预结算或按月结算等）、年度清算的方式。

**第十二条** DIP涉及的病种分值和定点医疗机构系数（以下简称系数）等由市医疗保障部门组织拟定。系数原则上由市医疗保障部门会同市卫生健康部门每年发布一



次；病种分值库由市医保经办机构会同专家评议组织适时提出调整意见，由市医疗保障部门审核后发布。专家评议组织制度由市医疗保障部门另行制定。

**第十三条** 住院高额医疗费用病例实行费用单议制度，具体由市医疗保障部门另行制定。逐步完善特殊病例单议机制。

**第十四条** 按病种分值付费基层病种实行单独结算，年度清算时实行“结余留用、超支不分担”的原则。

**第十五条** 康复医疗和精神类疾病等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的病种可按床日分值结算，分值计入 DIP 总分值。具体按医疗保障部门相关文件执行。

精神专科医疗机构收治住院的按床日分值结算的精神类疾病病种进行单独结算，结算时不设系数，医保基金结算总额不超过应付总额。

**第十六条** 家庭病床发生的政策内费用由承办定点医疗机构和医保经办机构按该病种分值的 70% 结算，具体由市医疗保障部门明确。

**第十七条** 定点医疗机构按规定开展的日间手术病种，以及属于我市病种分值库范围的中医日间病房病种，均纳入 DIP 结算。

**第十八条** 基本医保基金支付市外住院费用按国家和省规定执行。

## 第三章 门诊医疗费用基本医保基金结算

**第十九条** 普通门诊医疗费用按人头付费并实行年度总额包干，结合按项目付费，家庭医生签约服务费纳入普通门诊年度包干总额单独结算。

普通门诊包干经费结算规则由市医疗保障部门另行制定，包干经费标准由市医疗保障部门商财政、卫生健康部门确定。

**第二十条** 普通门诊医疗费用的结算采取每月拨付和年度结算方式。

**第二十一条** 门诊特定病种医疗费用的结算采取按月结算与年度结算相结合的方式进行，具体规则按我市门诊特定病种管理办法有关规定执行。

## 第四章 其他医疗费用基本医保基金结算

**第二十二条** 产前检查费用原则上按项目付费结合按人头付费，具体标准另行确定。



**第二十三条** 参保人在国家谈判药品“双通道”药店、门诊特定病种定点零售药店发生的应由基本医保基金支付的费用，按本办法第五条第四款的管理权限由属地医保经办机构与药店按实际发生的费用直接结算。

**第二十四条** 根据国家和省的部署，对单独支付药品费用实行单独结算，对纳入国家集中带量采购且同类耗材支付标准差异较大的医用耗材单独计算 DIP 分数。

## 第五章 其他医保基金结算

**第二十五条** 职工大额医疗费用补助费用，按实际发生的费用结算。

**第二十六条** 大病保险、医疗救助费用由经办机构按规定与定点医药机构进行据实结算。

## 第六章 监督管理

**第二十七条** 医疗保障部门要聚焦临床需要、合理诊治、适宜技术，完善医保目录、协议、结算管理，实施更有效率的医保支付，加强医保基金监管，更好保障参保人员权益，增强医保对医药服务领域的激励约束作用。

**第二十八条** 卫生健康部门应加强对医疗机构病案管理工作，加强对本地区医疗费用增长率等情况的监测，加强对医疗机构及医务人员执业行为的监督管理。

**第二十九条** 医保经办机构应加大对定点医药机构执行服务协议情况的检查和医保基金支出的稽核，不定期组织专家对定点医疗机构进行检查，实行病案定期审核制度。

**第三十条** 定点医药机构应严格执行医疗保障有关规定，并遵守服务协议约定，为参保人提供优良的医疗服务。同时，加强对医务人员诊疗行为的规范和管理，按本办法做好费用结算相关工作。

**第三十一条** 当次住院个人自费费用比例控制在以下范围：一级医院 8%、二级医院（含各类专科医院）10%、三级医院（含按三级收费的专科医院）12%。



## 第七章 附则

**第三十二条** 因突发事件，定点医疗机构承担大批量急重参保人救治任务所发生的医疗费用，由定点医疗机构向医保经办机构提出书面申请，经市医保经办机构复核后，提交市医疗保障、财政和卫生健康部门审核同意，并报市政府批准后，从医保基金历年结余中支付。国家和省要求应由医保基金支付的公共卫生费用从医保基金历年结余中支付。

**第三十三条** 根据国家和省有关文件，推进对紧密型县域医共体开展医保支付方式改革。

**第三十四条** 结算年度为每年的1月1日至12月31日。跨年度连续住院的，按出院时的年度结算标准、方法进行结算。参保人住院政策内医疗费用未超过起付标准的，不计入定点医疗机构的住院结算。

**第三十五条** 定点医疗机构因违反相关法律、法规和规章制度产生的医疗费用（以下简称违规不予支付和需退回费用）和应由定点医疗机构负担的费用，医保基金不予支付。

医保经办机构在年度清算时，应核减该定点医疗机构各项违规不予支付和需退回费用。

**第三十六条** 参保职工个人账户支付给定点医药机构符合规定的费用，按实际发生额结算，由金融机构划入定点医药机构开设的银行账户。

**第三十七条** 医保经办机构应在定点医药机构基本医保结算资金中按5%预留服务质量保证金；服务质量保证金的返还或扣减，由医保经办机构根据年度绩效评价或协议履行情况决定；定点医药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，不设服务质量保证金。

**第三十八条** 本办法自2026年9月1日起施行，有效期5年。《关于印发〈惠州市医疗保障局 惠州市卫生健康局 惠州市财政局社会基本医疗保险费用结算管理办法〉的通知》（惠医保规〔2022〕3号）同时废止。本办法实施后，国家、省出台新规定的，按新规定执行。市医疗保障部门可根据国家和省要求，结合我市实际开展医保支付方式改革。