

《关于修订印发河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法的通知》解读

2025年7月20日，河源市人民政府印发《关于修订印发河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法的通知》（河府〔2025〕27号，以下简称《通知》），于2025年8月1日起实施，有效期5年。现就有关内容解读如下：

一、政策背景与修订依据

2024年12月26日，省政府办公厅下发《关于延长〈广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法〉有效期的通知》（粤办函〔2024〕334号），明确《广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》（粤府办〔2021〕56号）有效期延长至2029年12月31日。结合《关于印发河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法的通知》（河府办〔2022〕15号）于2025年7月31日到期的情况，印发《通知》，继续保障参保职工享有门诊共济待遇。

二、主要内容

（一）基金支付比例。职工医保普通门诊统筹不设起付标准。在职职工在市内发生的政策范围内医疗费用（含一般诊疗费及门诊诊查费），选定一级及以下定点医疗机构支付比例为70%，选定二级定点医疗机构为60%，选定三级定点医疗机构为55%；退休人员在市内发生的政策范围内医疗费用，按选定就医定点医疗机构等级比在职职工

分别提高 5%。已办理异地就医备案的职工、异地安置退休人员、常驻异地工作人员等办理异地就医备案手续后，其发生的政策范围内医疗费用按照市内相关规定执行，包括报销比例、单次限额和年度限额等（年度最高支付限额市内、市外累计计算）。

（二）年度最高支付限额。2025 年，在职职工、退休人员年度最高支付限额 1872 元/人·年。今后年度最高支付限额不低于我市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 2%。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。

（三）单次支付限额。一级及以下定点医疗机构单次支付限额为 60 元/次，二级定点医疗机构单次支付限额为 120 元/次，三级定点医疗机构单次支付限额为 150 元/次。

（四）个人账户计入办法。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，月计入标准为本人参保缴费月基数的 2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。灵活就业人员参加统账结合职工医保的，个人账户计入标准参照执行。退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，月划入额度为 102.79 元。

（五）拓宽个人账户使用范围。个人账户可用于支付参保人员本人及其近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）以下费用：一是在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。二是在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。三是参加居民医保等的个人缴费。四是参保人本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。五

是在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用。六是其符合国家、省规定的费用。

（六）与定点医疗机构的费用结算。普通门诊统筹原则上实行总额预算管理下的按人头付费。普通门诊费用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。年度定额包干费用为 320 元/人·年。年度定额包干费用依据年度最高支付限额及实施情况进行调整。月预拨与年度结算具体结算规则，医保经办机构与定点医疗机构通过医保定点协议进行结算。

（七）管理服务。参保人市内选定 1 家定点医疗机构就诊，一般一年一定。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。办理异地长期居住备案的职工，在备案地不需要选定医疗机构可享受职工门诊待遇。