

河源市人民政府公报

2025 年第 7 期

(月刊)

河源市人民政府主管主办

2025 年7月31日出版

目 录

【市政府文件】

河源市人民政府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)1

【市府办公室文件】

河源市人民政府办公室关于修订印发河源市气象灾害应急预案的通知
(河府办函〔2025〕52号)9

【县区政府文件】

龙川县人民政府关于废止《龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施》的公告
(龙府〔2025〕81号) 10

【政策解读】

《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11
关于废止《龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施》解读14

【人事任免】

市政府7月份人事任免16

HFG-2025-007

河源市人民政府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

各县（区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

现将修订后的《河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

河源市人民政府

2025 年 7 月 20 日

河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法

第一章 总则

第一条 为深入学习贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的重要指示批示精神，进一步建立健全门诊共济保障机制，提高职工基本医疗保险（以下简称职工医保）参保人普通门诊统筹待遇水平，根据《广东省人民政府办公厅关于延长〈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）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民为中心，大力推进医保改革。坚持保障基本，重点保障参保人负担较重的门诊多发病、慢性病。坚持社会共济，充分发挥统筹基金作用，提高基金使用效率。坚持统筹联动，完善门诊保障机制和改进个人账户同步推进。坚持立足基层，发挥门诊共济保障机制作用，推动完善基层医疗卫生服务体系。

第三条 市医疗保障部门负责制定全市门诊共济保障政策，对定点医药机构进行监督检查，并指导各县（区）医疗保障部门开展门诊共济保障工作。各级医疗保障经办机构负责门诊共济保障的经办管理服务 work，并协助医疗保障部门对定点医药机构开展监督检查。

第二章 门诊共济保障待遇

第四条 普通门诊统筹通过统筹基金保障参保人符合规定的普通门诊医疗费用。

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%;退休人员在全市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%。

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。

从 2025 年起,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。

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)。

第五条 普通门诊统筹按照广东省基本医疗保险药品目录、医用耗材目录和诊疗项目目录支付。

第六条 通过改革职工医保个人账户增加的职工医保统筹基金,主

要用于提高职工医保门诊共济保障待遇。不断健全门诊共济保障机制，增强职工医保统筹基金对普通门诊统筹和门诊特定病种的保障能力，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第三章 个人账户

第七条 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（除 2023 年 6 月 1 日后，达到法定退休年龄时，选择按月缴费至规定年限期间的人员外）个人账户由职工医保统筹基金按定额划入。从 2025 年起，月划入额度为 102.79 元。

第八条 医疗保障部门负责个人账户开设、管理工作。个人账户按月计入，计入资金起止时间原则上和基本医疗保险待遇享受时间一致。

第九条 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）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

（二）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）参加居民医保等的个人缴费。

（四）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）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）其他符合国家、省规定的费用。

第十条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第十一条 当参保人出现以下各种特殊情况时，市医疗保障经办机构应及时处理个人账户资金。

（一）参保人省内跨市转移职工医保关系的，个人账户资金跨市使用，不划转、不提现。参保人跨省转移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转，特殊情况无法转移时可以划入本人银行账户。

（二）跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账户。

（三）参保人在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行账户。

（四）参保人死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户，或者按规定继承。

（五）参保人出境（包括港澳台地区）定居的，经本人申请，其个人账户资金可划入本人银行账户。

第四章 费用结算

第十二条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，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和院外购药费用，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。

第十三条 普通门诊费用（含一般诊疗费及门诊诊查费）由各级医疗保障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（居）卫生站由各乡镇卫生院、社区卫生服务中心包干结算。

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。

（一）定额包干及月预拨：医疗保障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定点医疗机构当年度定额包干费用。每年 1 月，医疗保障经办机构以不超过本月包干费用的 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等于本月包干费用的，按本月包干费用的 80%比例预拨；上一个月统筹实际发生费用小于本月包干费用的，按上一个月统筹实际发生费用的 80%比例预拨。普通门诊包干经费总额=普通门诊定点医疗机构选点总人数×年度包干标准。

（二）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 80%补偿给普通门诊定点医疗机构，20%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 20%补偿给普通门诊定点医疗机构，80%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。

(三)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,统筹基金不予支付。

(四)参保人发生的普通门诊费用直接与选定就诊的普通门诊定点医疗机构结算,其中个人支付部分由参保人支付;普通门诊基金支付部分,由普通门诊定点医疗机构先予记账,各级医疗保障经办机构与普通门诊定点医疗机构按规定结算。

(五)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。

(六)普通门诊异地就医暂不执行定额包干,暂按项目付费。

第五章 管理服务

第十四条 完善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。

第十五条 参保人选定 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。

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)。

第十六条 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、省普通门诊异地就医直接结算相关规定执行。

第十七条 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。

第十八条 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。建立对个人账户全流程动态管理机制，做好收支信息登记，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。

第十九条 建立和完善医保智能监控系统，加强对医保门诊医疗服务和个人账户使用的监管。定点医药机构应当严格执行医保支付政策，不得骗取医疗保障基金，不得从个人账户套取现金。

第六章 附则

第二十条 市医疗保障部门根据国家及省部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对门诊共济保障相关政策适时进行调整。

第二十一条 本办法自 2025 年 8 月 1 日起施行，有效期 5 年。《河源市人民政府办公室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）按期废止。

河源市人民政府办公室关于修订印发河源市 气象灾害应急预案的通知

河府办函〔2025〕52 号

各县（区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

经市人民政府同意，现将修订后的《河源市气象灾害应急预案》印发给你们，请认真组织实施。实施过程中遇到的问题，请径向市气象局反映。

河源市人民政府办公室

2025 年 7 月 20 日

（注：正文此略，详情请登录河源市人民政府门户网站政府公报栏目查阅）

LFG-2025-002

龙川县人民政府关于废止《龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施》的公告

龙府〔2025〕81 号

各镇人民政府，县府直属有关单位：

为深入贯彻党中央、国务院关于加快建设全国统一大市场的重大战略决策，根据《公平竞争审查条例》有关规定，经十七届县政府第 112 次常务会议研究，决定废止《关于印发龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施的通知》（龙府办〔2024〕3 号）。

上述文件自本公告印发之日起停止执行，不再作为行政管理的依据。

龙川县人民政府

2025 年 7 月 9 日

《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。六是其他

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。

关于废止《龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施》解读

2025年7月9日，龙川县人民政府印发《龙川县人民政府关于废止〈龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施〉的公告》（以下简称《公告》），《关于印发龙川县关于促进制造业高质量发展若干政策措施的通知》（龙府办〔2024〕3号，以下简称《通知》）自《公告》印发之日起停止执行，不再作为行政管理依据。现就有关内容解读如下：

一、制定背景及依据

为进一步打破地方保护和市场分割，坚决维护全国统一市场，根据《公平竞争审查条例》《公平竞争审查条例实施办法》等要求，拟废止《通知》。

二、主要内容

（一）废止的必要性

《公平竞争审查条例》明确要求“给予特定经营者选择性、差异化的财政奖励或者补贴，要有法律、行政法规依据或者经国务院批准”，为避免违反公平竞争审查标准，维护全国统一大市场，拟废止《通知》。

（二）废止的依据、过程

根据《河源市行政规范性文件管理规定》等法律法规，龙川县政府召集龙川县市监、司法、税务、财政等相关部门做专题研究，经会议讨论，一致建议废止《通知》。同时，龙川县工业商务和信息化局依照规

范性文件废止程序要求公开征求了有关部门的意见, 征求的各单位均无意见, 拟废止《通知》。

人事任免

市政府 7 月份任命：

温剑锋 市工业和信息化局副局长

陈德才 市商务局副局长（试用期一年）

市政府 7 月份免去：

黄福民 市公安局副局长职务