

河源市人民政府文件

河府〔2025〕27号

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

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，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%。

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 etc，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。

公开方式：主动公开

抄送：市纪委监委，市委办，市人大办，市政协办，市委工作部门，河源军分区，市法院，市检察院，群团组织，中央、省驻市单位，市新闻单位。

河源市人民政府办公室

2025 年 7 月 21 日印发
