



# 中山市医疗保障局关于完善中山市社会医疗保险医疗费用结算办法的通知

中山医保发〔2025〕56号 中医保规字〔2025〕1号

各镇街卫健分局，市医保中心，各定点医药机构：

为加强本市定点医药机构医疗费用的结算管理，提高社会医疗保险基金使用效率，保障参保人的基本医疗保险权益，根据《广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法》（粤医保规〔2024〕11号）、《广东省医疗保障局关于建立健全门诊医保支付方式改革的通知》（粤医保发〔2025〕16号）等有关规定，结合本市实际，对《中山市社会医疗保险医疗费用结算办法》（中山医保发〔2023〕64号）部分内容完善如下：

## 一、将第六条修改为：

市医疗保障经办机构向镇街定点医疗机构（含镇街级定点医疗机构和社区定点医疗机构，下同）支付普通门诊统筹医疗费用，采用普通门诊医疗费用包干方式。根据选定该镇街定点医疗机构的参保人数，将普通门诊医疗包干费用（以下简称普门包干费用）按规定拨付给镇街定点医疗机构。

## 二、将第七条第三款至第六款修改为：

每月职工普通门诊包干标准 2025 医保年度执行 24.2 元/人，2026 医保年度在 2025 医保年度标准基础上递增 10%，之后每年在上年执行标准基础上递增 5%，计算结果四舍五入到十分位。

月度结算：每月拨付职工普通门诊费用 = 该月职工普通门诊实际发



生统筹费用-每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年职工实际发生统筹费用与职工普门包干费用的比值（以下简称包干费使用率）为标准，按以下原则执行：

1. 包干费使用率小于 70% 的，按职工实际发生统筹费用拨付。

2. 包干费使用率在 70%（含）- 80% 之间的，除全额拨付职工实际发生统筹费用外，职工基本医疗保险基金给予结余留用，职工基本医疗保险基金结余留用部分按职工普门包干费用与实际发生统筹费用之差再乘以 30% 计算。

3. 包干费使用率在 80%（含）- 100% 之间的，全额拨付职工普门包干费用。

4. 包干费使用率超出 100%（含）以上的，除全额拨付职工普门包干费用外，职工基本医疗保险基金给予超支分担，具体标准如下：包干费使用率在 100%（含）- 110% 之间的，职工基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与职工普门包干费用之差再乘以 30% 计算；包干费使用率在 110%（含）- 120% 之间的，职工基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与职工普门包干费用之差再乘以 15% 计算；包干费使用率在 120%（含）以上的，职工基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与职工普门包干费用之差再乘以 5% 计算。

按本条上述规定计算的应拨付职工普通门诊包干费用统称为职工普通门诊医疗包干费用年度清算应偿付金额。

当年度职工医疗保险基金收入和公务员医疗补助资金收入之和大于划拨个人账户的资金、划拨的生育津贴、国家组织药品耗材集中采购职工医保结余留用资金、拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用、参保人实际发生统筹费用、公务员医疗待遇费用、公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用等费用之和时，执行本条第三款第 2 项结余留用和第



4项超支分担的规定。

### 三、将第八条第四款至第六款修改为：

月度结算：每月拨付城乡居民普通门诊费用=该月城乡居民普通门诊实际发生统筹费用-每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年城乡居民实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用的比值（以下简称包干费使用率）为标准，按以下原则执行：

1. 包干费使用率小于70%的，按城乡居民实际发生统筹费用拨付。
2. 包干费使用率在70%（含）-80%之间的，除全额拨付城乡居民实际发生统筹费用外，城乡居民基本医疗保险基金给予结余留用，城乡居民基本医疗保险基金结余留用部分按城乡居民普门包干费用与实际发生统筹费用之差再乘以30%计算。
3. 包干费使用率在80%（含）-100%之间的，全额拨付城乡居民普门包干费用。
4. 包干费使用率超出100%（含）以上的，除全额拨付城乡居民普门包干费用外，城乡居民基本医疗保险基金给予超支分担，具体标准如下：包干费使用率在100%（含）-110%之间的，城乡居民基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用之差再乘以30%计算；包干费使用率在110%（含）-120%之间的，城乡居民基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用之差再乘以15%计算；包干费使用率在120%（含）以上的，城乡居民基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用之差再乘以5%计算。

按本条上述规定计算的应拨付城乡居民普通门诊包干费用统称为城乡居民普通门诊医疗包干费用年度清算应偿付金额。



当年度城乡居民医疗保险基金收入大于划拨国家组织药品耗材集中采购城乡居民医保结余留用资金、拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用、参保人实际发生统筹费用等费用之和时，执行本条第二款第2项结余留用和第4项超支分担的规定。

#### 四、将第九条修改为：

月度结算拨付至各镇街定点医疗机构。各镇街指定一家镇街定点医疗机构作为预付金和年度清算费用接收单位。市医疗保障经办机构根据各镇街定点医疗机构医疗服务质量年度考核情况（有住院服务的定点医疗机构执行本院考核结果，无住院服务的定点社区卫生服务站执行镇街社区卫生服务中心考核结果），分别对普通门诊医疗费用、预留的普通门诊医疗费用服务质量保证金和预付费用总金额等进行清算后，将其余部分费用拨付给各镇街指定的镇街定点医疗机构。如年度清算最终应偿付金额为负数的，由指定的镇街定点医疗机构返还相应金额至市医疗保障经办机构指定的医保基金账户。

#### 五、将第十三条修改为：

市医疗保障经办机构向定点医疗机构拨付门诊特定病种中家庭腹膜透析医保包干总费用为每月 7932 元/人。

月度结算：每月拨付的家庭腹膜透析医疗费用=（实际发生统筹费用+实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用+实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用）-每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之和与家庭腹膜透析医保包干总费用的比值（以下简称定额包干费使



用率)为标准,按以下原则执行:

1. 定额包干费使用率小于50%的,按实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之和拨付。

2. 定额包干费使用率在50%(含)-80%之间的,除全额拨付实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之和外,基本医疗保险基金给予结余留用,基本医疗保险基金结余留用部分按家庭腹膜透析医保包干总费用与实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之差再乘以30%计算。

3. 定额包干费使用率在80%(含)以上的,全额拨付家庭腹膜透析医保包干总费用。

本条上述月度结算和年度清算职工和城乡居民分别计算。

#### 六、将第十七条第三款修改为:

年度清算以全年实际发生统筹费用(不含已变更产前检查定点医疗机构的实际发生统筹费用)与等级定额包干费用的比值(以下简称定额包干费使用率)为标准,按以下原则执行:

1. 定额包干费使用率小于50%的,按实际发生统筹费用拨付产前检查医疗费用。

2. 定额包干费使用率在50%(含)-80%之间的,除全额拨付实际发生统筹费用外,职工基本医疗保险基金给予结余留用,职工基本医疗保险基金结余留用部分按等级定额包干费用与实际发生统筹费用之差再乘以30%计算。



3. 定额包干费使用率在 80%（含）以上的，全额拨付等级定额包干费用。

七、将第二十三条第一款第 2 项中的“全市各定点医疗机构发生的住院医疗费用为该病种平均医疗费用 2 倍以上或为该病种平均医疗费用 40%以下的病例”修改为“全市各定点医疗机构发生的住院医疗费用为该病种平均医疗费用 2 倍以上或为该病种平均医疗费用 50%以下的病例”。“住院医疗费用为该病种平均医疗费用 40%以下病例的病种分值”修改为“住院医疗费用为该病种平均医疗费用 50%以下病例的病种分值”。

**八、将第二十七条第一款修改为：**

自 2025 医保年度起，如全市各定点医疗机构职工住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和未达到可分配资金总额 85%的，则按最高不超过实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和 115%作为当年度职工住院医疗费用分配总资金；如全市各定点医疗机构职工住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和达到职工可分配资金总额 85%（含）以上的，则将当年度职工可分配资金总额作为当年度职工住院医疗费用分配总资金。

按本条上述规定计算的当年度职工住院医疗费用分配总资金大于上年度职工按病种分值付费住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和的 110%，则以上年度职工按病种分值付费住院实际发生统筹费用、公务员住院医



疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和的110%作为当年度职工住院医疗费用分配总资金。

**九、将第二十八条第一款修改为：**

自2025医保年度起，如全市各定点医疗机构城乡居民住院实际发生统筹费用总和未达到可分配资金总额85%的，则按最高不超过实际发生统筹费用总和115%作为当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金；如全市各定点医疗机构城乡居民住院实际发生统筹费用总和达到可分配资金总额85%（含）以上的，则将当年度城乡居民可分配资金总额作为当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金。

按本条上述规定计算的当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金大于上年度城乡居民按病种分值付费住院实际发生统筹费用的110%，则以上年度城乡居民按病种分值付费住院实际发生统筹费用的110%作为当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金。

**十、将第四十九条修改为：**

为缓解定点医疗机构资金运行压力、保证基金的安全，在医保年度的最后两个季度，市医疗保障经办机构可综合当年度已拨付的预付金及月度结算金额等情况，适当调整部分定点医疗机构拨付月数或按上一医保年度各定点医疗机构本市实际发生职工基本医疗保险费用和城乡居民基本医疗保险费用的月平均额（四舍五入到万元位）向定点医疗机构增拨结算金额。

**十一、**本通知自2026年1月1日起施行，有效期5年。本通知第二条、第三条、第五条及第六条涉及的结余留用和超支分担比例，视医



保基金运行情况由市医疗保障行政部门适时进行调整。2025 医保年度职工和城乡居民普门包干费用年度清算按本办法第二条和第三条的相关规定执行（第二条第三款第 2 项和第三条第二款第 2 项结余留用机制除外）。

附件：中山市社会医疗保险医疗费用结算办法（修订稿）

中山市医疗保障局

2025 年 12 月 16 日



附件

# 中山市社会医疗保险医疗费用结算办法

## (修订稿)

### 第一章 总 则

**第一条** 为加强本市定点医药机构医疗费用结算管理，完善我市社会医疗保险医疗费用支付制度，提高社会医疗保险基金使用效率，保障参保人的基本医疗保险权益，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）、《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第287号）、《中山市职工医疗保险办法》（中府〔2021〕87号）、《中山市城乡居民医疗保险办法》（中府〔2021〕88号）、《中山市公务员医疗补助办法》（中府〔2021〕92号）、《广东省医疗保障局关于转发国家医疗保障局DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（粤医保发〔2021〕54号）、《广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法》（粤医保规〔2024〕11号）、《广东省医疗保障局关于建立健全门诊医保支付方式改革的通知》（粤医保发〔2025〕16号）等办法，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 社会医疗保险医疗费用结算办法，是指市医疗保障经办机构和我市社会医疗保险参保人，向各医疗保障定点医药机构支付医疗费用的方式。

**第三条** 市医疗保障行政部门负责本办法的组织实施。市医疗保障经办机构负责社会医疗保险医疗费用结算和管理工作。



**第四条** 参保人在定点医药机构发生的医疗费用，按规定实行联网直接结算，属统筹基金、大病保险资金及公务员医疗补助资金支付部分，由市医疗保障经办机构与定点医药机构按规定结算；属个人支付部分，由个人与定点医药机构结算。参保人医保待遇不受市医疗保障经办机构与定点医药机构结算方法的影响。

**第五条** 市医疗保障经办机构与定点医药机构结算医疗费用，遵循“总额控制，DIP病种分值结算，年初预付，按月预付，年度清算”的原则。门诊医疗费用按包干、项目和定额等多元复合结算方式，住院医疗费用按DIP病种分值为主体，按床日费用分值为辅等多元复合结算方式。

## 第二章 门诊医疗费用结算

### 第一节 普通门诊医疗费用包干结算

**第六条** 市医疗保障经办机构向镇街定点医疗机构（含镇街级定点医疗机构和社区定点医疗机构，下同）支付普通门诊统筹医疗费用，采用普通门诊医疗费用包干方式。根据选定该镇街定点医疗机构的参保人数，将普通门诊医疗包干费用（以下简称普门包干费用）按规定拨付给镇街定点医疗机构。

**第七条** 市医疗保障经办机构向镇街定点医疗机构拨付职工普门包干费用时，采用月度结算、年度清算的方式。

每月职工普门包干费用 = 镇街定点医疗机构职工每月实际包干人数 × 每月职工普通门诊包干标准。

每月职工普通门诊包干标准 2025 医保年度执行 24.2 元/人，2026 医保年度在 2025 医保年度标准基础上递增 10%，之后每年在上年执行标准基础上递增 5%，计算结果四舍五入到十分位。

月度结算：每月拨付职工普通门诊费用 = 该月职工普通门诊实际发



生统筹费用-每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年职工实际发生统筹费用与职工普门包干费用的比值（以下简称包干费使用率）为标准，按以下原则执行：

5. 包干费使用率小于 70% 的，按职工实际发生统筹费用拨付。

6. 包干费使用率在 70%（含）- 80% 之间的，除全额拨付职工实际发生统筹费用外，职工基本医疗保险基金给予结余留用，职工基本医疗保险基金结余留用部分按职工普门包干费用与实际发生统筹费用之差再乘以 30% 计算。

7. 包干费使用率在 80%（含）- 100% 之间的，全额拨付职工普门包干费用。

8. 包干费使用率超出 100%（含）以上的，除全额拨付职工普门包干费用外，职工基本医疗保险基金给予超支分担，具体标准如下：包干费使用率在 100%（含）- 110% 之间的，职工基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与职工普门包干费用之差再乘以 30% 计算；包干费使用率在 110%（含）- 120% 之间的，职工基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与职工普门包干费用之差再乘以 15% 计算；包干费使用率在 120%（含）以上的，职工基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与职工普门包干费用之差再乘以 5% 计算。

按本条上述规定计算的应拨付职工普通门诊包干费用统称为职工普通门诊医疗包干费用年度清算应偿付金额。

当年度职工医疗保险基金收入和公务员医疗补助资金收入之和大于划拨个人账户的资金、划拨的生育津贴、国家组织药品耗材集中采购职工医保结余留用资金、拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用、参保人实际发生统筹费用、公务员医疗待遇费用、公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用等费用之和时，执行本条第五款第 2 项结余留用和第 4



项超支分担的规定。

**第八条** 市医疗保障经办机构向镇街定点医疗机构拨付城乡居民普门包干费用时，采用月度结算、年度清算的方式。

每月城乡居民普门包干费用 = 镇街定点医疗机构城乡居民每月实际包干人数 × 每月城乡居民门诊包干标准。

每月城乡居民门诊包干标准从2024医保年度执行23元/人，随后每年在上年执行标准基础上递增5%，计算结果四舍五入到十分位。

月度结算：每月拨付城乡居民普通门诊费用 = 该月城乡居民普通门诊实际发生统筹费用 - 每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年城乡居民实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用的比值（以下简称包干费使用率）为标准，按以下原则执行：

1. 包干费使用率小于70%的，按城乡居民实际发生统筹费用拨付。
2. 包干费使用率在70%（含）-80%之间的，除全额拨付城乡居民实际发生统筹费用外，城乡居民基本医疗保险基金给予结余留用，城乡居民基本医疗保险基金结余留用部分按城乡居民普门包干费用与实际发生统筹费用之差再乘以30%计算。
3. 包干费使用率在80%（含）-100%之间的，全额拨付城乡居民普门包干费用。
4. 包干费使用率超出100%（含）以上的，除全额拨付城乡居民普门包干费用外，城乡居民基本医疗保险基金给予超支分担，具体标准如下：包干费使用率在100%（含）-110%之间的，城乡居民基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用之差再乘以30%计算；包干费使用率在110%（含）-120%之间的，城乡居民基本医疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用之差再乘以15%计算；包干费使用率在120%（含）以上的，城乡居民基本医



疗保险基金分担部分按实际发生统筹费用与城乡居民普门包干费用之差再乘以5%计算。

按本条上述规定计算的应拨付城乡居民普通门诊包干费用统称为城乡居民普通门诊医疗包干费用年度清算应偿付金额。

当年度城乡居民医疗保险基金收入大于划拨国家组织药品耗材集中采购城乡居民医保结余留用资金、拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用、参保人实际发生统筹费用等费用之和时，执行本条第五款第2项结余留用和第4项超支分担的规定。

**第九条** 月度结算拨付至各镇街定点医疗机构。各镇街指定一家镇街定点医疗机构作为预付金和年度清算费用接收单位。市医疗保障经办机构根据各镇街定点医疗机构医疗服务质量年度考核情况（有住院服务的定点医疗机构执行本院考核结果，无住院服务的定点社区卫生服务站执行镇街社区卫生服务中心考核结果），分别对普通门诊医疗费用、预留的普通门诊医疗费用服务质量保证金和预付费用总金额等进行清算后，将剩余部分费用拨付给各镇街指定的镇街定点医疗机构。如年度清算最终应偿付金额为负数的，由指定的镇街定点医疗机构返还相应金额至市医疗保障经办机构指定的医保基金账户。

**第十条** 参保人新增选点的当月和异地就医备案期间，普门包干费用仍支付相应镇街级定点医疗机构。

## 第二节 门诊医疗费用项目结算

**第十一条** 市医疗保障经办机构与定点医疗机构门诊医疗费用结算方式：

（一）门诊特定病种统筹待遇费用（不含家庭腹膜透析门诊特定病种）、公务员普通门诊医疗待遇费用、公务员门诊特定病种医疗待遇费用、公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用、本市直属（含直管）



定点医疗机构发生的普通门诊统筹医疗费用和在非选定的医疗机构发生的紧急救治或抢救的普通门诊统筹医疗费用按项目结算。

(二) 国家、省和市规定的结算方式。

**第十二条** 市医疗保障经办机构按月拨付给定点医疗机构的门诊特定病种统筹待遇费用(不含家庭腹膜透析门诊特定病种)、公务员普通门诊医疗待遇费用、公务员门诊特定病种医疗待遇费用、公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用、本市直属(含直管)定点医疗机构发生的普通门诊统筹待遇费用和在非选定的医疗机构发生的紧急救治或抢救的普通门诊统筹医疗费用等按以下公式计算:

每月拨付的门诊医疗待遇费用 = (实际发生统筹费用+实际发生公务员普通门诊医疗待遇费用+实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用+实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用) - 每月预留的医疗服务质量保证金。

### 第三节 门诊医疗费用包干结算

**第十三条** 市医疗保障经办机构向定点医疗机构拨付门诊特定病种中家庭腹膜透析医保包干总费用为每月 7932 元/人。

月度结算: 每月拨付的家庭腹膜透析医疗费用 = (实际发生统筹费用 + 实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用 + 实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用) - 每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之和与家庭腹膜透析医保包干总费用的比值(以下简称定额包干费使用率)为标准,按以下原则执行:

1. 定额包干费使用率小于 50% 的,按实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用



药医疗费用待遇费用之和拨付。

2. 定额包干费使用率在 50%（含）- 80%之间的，除全额拨付实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之和外，基本医疗保险基金给予结余留用，基本医疗保险基金结余留用部分按家庭腹膜透析医保包干总费用与实际发生统筹费用、实际发生公务员门诊特定病种医疗待遇费用和实际发生公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用之差再乘以 30%计算。

3. 定额包干费使用率在 80%（含）以上的，全额拨付家庭腹膜透析医保包干总费用。

本条上述月度结算和年度清算职工和城乡居民分别计算。

#### 第四节 职工生育保险门诊医疗费用结算

**第十四条** 职工生育保险参保人在本市生育保险定点医疗机构产前检查发生的生育医疗费用，由市医疗保障经办机构与定点医疗机构按定点医疗机构等级定额结算。产前检查额度按定点医疗机构等级确定，原则上同等级定点医疗机构相同。

产前检查额度确定：以本市同级定点医疗机构前 2 年实际发生符合规定的产前检查项目平均每孕次产前检查医疗费用为基数，结合政策调整、居民消费价格指数和医疗服务价格调整等有关因素确定。

**第十五条** 参保人因妊娠风险评估分级为黄色或黄色以上的，中途按规定转诊变更产前检查定点医疗机构的，参保人产前检查待遇不变。参保人在转诊变更前的定点医疗机构发生的产前检查费用，在结算额度以内的部分据实支付给定点医疗机构；在转诊变更后的定点医疗机构发生的产前检查费用，在该定点医疗机构结算额度内据实支付。

**第十六条** 参保人因本办法第十五条以外的原因中途变更产前检查



定点医疗机构的，均不计入定点医疗机构产前检查人次。参保人产前检查费用在首次选定的定点医疗机构结算额度以内的部分据实支付给定点医疗机构，剩余结算额度部分在变更后的定点医疗机构使用，剩余结算额度以内的部分据实支付给定点医疗机构，超出剩余结算额度部分由参保人个人支付。

**第十七条** 市医疗保障经办机构根据定点人数、结算人数及定额结算标准向定点医疗机构拨付产前检查额度时，实行等级定额包干结算，采用月度结算、年度清算的方式。

每月拨付产前检查医疗费用=实际发生统筹费用-每月预留的医疗服务质量保证金。

年度清算以全年实际发生统筹费用（不含已变更产前检查定点医疗机构的实际发生统筹费用）与等级定额包干费用的比值（以下简称定额包干费使用率）为标准，按以下原则执行：

1. 定额包干费使用率小于50%的，按实际发生统筹费用拨付产前检查医疗费用。

2. 定额包干费使用率在50%（含）-80%之间的，除全额拨付实际发生统筹费用外，职工基本医疗保险基金给予结余留用，职工基本医疗保险基金结余留用部分按等级定额包干费用与实际发生统筹费用之差再乘以30%计算。

3. 定额包干费使用率在80%（含）以上的，全额拨付等级定额包干费用。

**第十八条** 职工生育保险参保人在我市生育定点医疗机构发生的门诊计划生育医疗费用，由市医疗保障经办机构与定点医疗机构按项目结算。

职工门诊计划生育医疗费用按实际发生统筹费用预留5%为医疗服



务质量保证金。

市医疗保障经办机构按月拨付给定点医疗机构的门诊计划生育统筹待遇费用为每月定点医疗机构实际发生门诊计划生育统筹费用减去每月预留的医疗服务质量保证金所得的金额。

### 第五节 家庭医生签约一般服务包费用结算

**第十九条** 市医疗保障经办机构向定点医疗机构支付家庭医生签约一般服务包费用，采用家庭医生签约一般服务包包干支付方式。根据该镇街级家庭医生定点医疗机构的签约人数，将家庭医生签约一般服务包包干费用拨付给镇街级定点医疗机构。家庭医生签约一般服务包医保费用具体支付办法由相关职能部门另行制定。

## 第三章 住院医疗费用结算

**第二十条** 市医疗保障经办机构支付定点医疗机构住院医疗费用（含日间手术、生育住院分娩和住院计划生育手术）结算方式：

（一）参保人在市内定点医疗机构发生属于社会医疗保险基金及公务员医疗补助资金支付范围的住院医疗费用主要按DIP病种分值结算，在住院医疗费用可分配资金总额内，由市医疗保障经办机构根据病种分值、住院床日费用分值和定点医疗机构等级系数，按规定与各定点医疗机构进行费用结算。

（二）本市定点医疗机构实施按政策规定的基层病种实行按规定的等级系数结算。

（三）国家、省和市规定的结算方式。

**第二十一条** 全市各定点医疗机构职工住院医疗费用可分配资金总额以当年度职工医疗保险基金收入、公务员医疗补助资金收入和经批准使用的职工医疗保险基金历年结余额度、公务员医疗补助资金历年结余



额度等的总和，扣除下列支出后确定：

- （一）划拨个人账户的资金；
- （二）普通门诊医疗费用包干年度清算应偿付金额；
- （三）拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用；
- （四）门诊特定病种统筹待遇费用（不含家庭腹膜透析门诊特定病种）、公务员普通门诊医疗待遇费用、公务员门诊特定病种医疗待遇费用和公务员门诊超范围限制用药医疗费用待遇费用、本市直属（含直管）定点医疗机构发生的普通门诊统筹待遇费用和在非选定的医疗机构发生的紧急救治或抢救的普通门诊统筹医疗费用；
- （五）异地就医联网直接结算对账清分统筹费用（含公务员医疗待遇费用和公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用）；
- （六）医疗保险及生育保险零星报销统筹费用（含公务员医疗待遇费用和公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用）；
- （七）年度拨付产前检查医疗费用和门诊计划生育手术定额费用；
- （八）拨付的生育津贴；
- （九）国家组织药品耗材集中采购职工医保结余留用资金；
- （十）家庭腹膜透析医保包干总费用；
- （十一）按规定应由职工医疗保险基金或公务员医疗补助资金支付的其他费用。

当年度职工医疗保险基金收入、公务员医疗补助资金收入、划拨个人账户的资金、划拨的生育津贴、国家组织药品耗材集中采购职工医保结余留用资金和拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用等数据按当年度财务基金收支计算，其余按业务实际发生统筹费用、公务员医疗待遇费用和公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用及定额费用计算。

**第二十二条** 全市各定点医疗机构城乡居民住院医疗费用可分配资



金总额以当年度城乡居民医疗保险基金收入和经批准使用的城乡居民医疗保险基金历年结余额度等的总和，扣除下列支出后确定：

- (一) 普通门诊医疗费用包干年度清算应偿付金额；
- (二) 拨付家庭医生签约一般服务包的相关费用；
- (三) 门诊特定病种统筹待遇费用（不含家庭腹膜透析门诊特定病种）、本市直属（含直管）定点医疗机构发生的普通门诊统筹医疗费用和在非选定的医疗机构发生的紧急救治或抢救的普通门诊统筹医疗费用；
- (四) 异地就医联网直接结算对账清分统筹费用；
- (五) 医疗保险零星报销统筹费用；
- (六) 国家组织药品耗材集中采购城乡居民医保结余留用资金；
- (七) 家庭腹膜透析医保包干总费用；
- (八) 按规定应由城乡居民医疗保险基金支付的其他费用。

当年度城乡居民医疗保险基金收入、国家组织药品耗材集中采购城乡居民医保结余留用资金和拨付家庭医生签约服务的相关费用等数据按当年度财务基金收支计算，其余按业务实际发生统筹费用计算。

### 第二十三条 DIP 病种分值的确定

#### (一) 核心病种分值确定

1. 各病种分值确定。根据全市各定点医疗机构（非急性精神病类疾病住院除外）前3年出院病历资料，按出院临床第一诊断（主要诊断）病种发生频率、医疗费用情况，按国际疾病分类编码小数点后1位（亚目）筛选出常见病、多发病为核心病种，综合各种诊治操作分别计算出各病种的平均医疗费用，再按以下公式确定各病种分值：

各病种分值 = 各病种的平均医疗费用 ÷ 固定参数。

2. 全市各定点医疗机构发生的住院医疗费用为该病种平均医疗费用



2倍以上或为该病种平均医疗费用50%以下的病例,按以下公式计算病种分值:

住院医疗费用为该病种平均医疗费用2倍以上病例的病种分值= $[(\text{该病例的医疗费用} \div \text{上年度该级别定点医疗机构该病种的平均医疗费用}) - 2 + 1] \times \text{该病种分值}$ 。

住院医疗费用为该病种平均医疗费用50%以下病例的病种分值=  $\text{该病例的医疗费用} \div \text{上年度该级别定点医疗机构该病种的平均医疗费用} \times \text{该病种分值}$ 。

### (二) 综合病种分值确定

将全市各定点医疗机构未纳入核心病种分值结算的各个系统的病种视为1个综合病种,根据各系统综合病种的病历资料,按第一款有关规定计算分值。

#### **第二十四条** 住院床日费用分值的确定

住院床日费用分值参考床日病种费用分值(床日病种费用分值=  $\text{累计住院医疗费用} \div \text{累计住院人次天数} \div \text{固定参数}$ )。

**第二十五条** 职工生育保险参保人在本市生育保险定点医疗机构住院分娩和住院计划生育手术等医疗费用,由市医疗保障经办机构与定点医疗机构按住院DIP病种分值结算。

**第二十六条** 市医疗保障经办机构向定点医疗机构拨付住院医疗费用时,采用月度结算、年度清算的方式。

每月拨付的住院医疗费用= (实际发生统筹费用+实际发生公务员住院医疗待遇费用+实际发生公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用) - 每月预留的医疗服务质量保证金。

**第二十七条** 自2025医保年度起,如全市各定点医疗机构职工住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制



用药医疗费用待遇费用总和未达到可分配资金总额 85%的，则按最高不超过实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和 115%作为当年度职工住院医疗费用分配总资金；如全市各定点医疗机构职工住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和达到职工可分配资金总额 85%（含）以上的，则将当年度职工可分配资金总额作为当年度职工住院医疗费用分配总资金。

按本条上述规定计算的当年度职工住院医疗费用分配总资金大于上年度职工按病种分值付费住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和的 110%，则以上年度职工按病种分值付费住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和的 110%作为当年度职工住院医疗费用分配总资金。

在突发疫情等紧急情况时，为确保医疗机构与参保患者不因费用问题影响医疗，市医疗保障行政部门可对实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和与可分配资金总额的分配比例适当调整。

实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和与可分配资金总额具体比例由市医疗保障行政部门接到市医疗保障经办机构报请后，征求相关部门意见后决定。

**第二十八条** 自 2025 医保年度起，如全市各定点医疗机构城乡居民住院实际发生统筹费用总和未达到可分配资金总额 85%的，则按最高不超过实际发生统筹费用总和 115%作为当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金；如全市各定点医疗机构城乡居民住院实际发生统筹费用总和达到可分配资金总额 85%（含）以上的，则将当年度城乡居民可分配资



金总额作为当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金。

按本条上述规定计算的当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金大于上年度城乡居民按病种分值付费住院实际发生统筹费用的110%，则以上年度城乡居民按病种分值付费住院实际发生统筹费用的110%作为当年度城乡居民住院医疗费用分配总资金。

在突发疫情等紧急情况时，为确保医疗机构与参保患者不因费用问题影响医疗，市医疗保障行政部门可对城乡居民住院实际发生统筹费用总和与可分配资金总额的分配比例适当调整。

城乡居民住院实际发生统筹费用总和与可分配资金总额具体比例由市医疗保障行政部门接到市医疗保障经办机构报请后，征求相关部门意见后决定。

**第二十九条** 职工医疗保险基金（含公务员医疗补助资金）年度清算时，应偿付给各定点医疗机构的住院医疗费用，按以下公式计算：

年度清算应偿付总额=[（全市年度住院医疗费用可分配资金总额+全市年度参保人住院个人支付的医疗费用总额）÷全市年度病种实际总分值]×（该定点医疗机构当年基层病种总分值×基层病种结算等级系数+该定点医疗机构当年非基层病种总分值×该定点医疗机构等级系数）-该定点医疗机构参保人住院个人支付的医疗费用总额。

年度清算的住院医疗费用=年度清算应偿付总额-预付费用总金额-应扣质量保证金-应扣违规费用（含应扣分值转化的违规费用）。

医保年度末各定点医疗机构进行年度清算时，定点医疗机构全年度收治中医特色治疗病种人次占其所有收治病种人次比例低于5%（不含本数）的，如其住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和未达到年度清算应偿付总额85%的，则年度清算应偿付总额按实际发生统筹费用、公务员住院医



疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和的115%拨付给该定点医疗机构；如其住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院合理医疗费用补助待遇费用总和达到年度清算应偿付总额85%（含）以上的，则按年度清算应偿付总额拨付给该定点医疗机构。

医保年度末各定点医疗机构进行年度清算时，定点医疗机构全年度收治中医特色治疗病种人次占其所有收治病种人次比例达5%（含）以上且低于10%（不含本数）的，如其住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和未达到年度清算应偿付总额80%的，则年度清算应偿付总额按实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院合理医疗费用补助待遇费用总和的120%拨付给该定点医疗机构；如其住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和达到年度清算应偿付总额80%（含）以上的，则按年度清算应偿付总额拨付给该定点医疗机构。

医保年度末各定点医疗机构进行年度清算时，定点医疗机构全年度收治中医特色治疗病种人次占其所有收治病种人次比例达10%（含）以上的，如其住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和未达到年度清算应偿付总额75%的，则按实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院超范围限制用药医疗费用待遇费用总和的125%拨付给该定点医疗机构；如其住院实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住院合理医疗费用补助待遇费用总和达到年度清算应偿付总额75%（含）以上的，则按年度清算应偿付总额拨付给该定点医疗机构。

**第三十条** 城乡居民医疗保险基金年度清算时，应偿付给各定点医



疗机构的住院医疗费用，按以下公式计算：

年度清算应偿付总额=[（全市年度住院医疗费用可分配资金总额+全市年度参保人住院个人支付的医疗费用总额）÷全市年度病种实际总分值]×（该定点医疗机构当年基层病种总分值×基层病种结算等级系数+该定点医疗机构当年非基层病种总分值×该定点医疗机构等级系数）-该定点医疗机构参保人住院个人支付的医疗费用总额。

年度清算的住院医疗费用=年度清算应偿付总额-预付费用总金额-应扣质量保证金-应扣违规费用（含应扣分值转化的违规费用）。

医保年度末各定点医疗机构进行年度清算时，定点医疗机构全年度收治中医特色治疗病种人次占其所有收治病种人次比例低于5%（不含本数）的，如其住院实际发生统筹费用未达到年度清算应偿付总额85%的，则按实际发生统筹费用的115%拨付给该定点医疗机构；如其住院实际发生统筹费用达到年度清算应偿付总额85%（含）以上的，则按年度清算应偿付总额拨付给该定点医疗机构。

医保年度末各定点医疗机构进行年度清算时，定点医疗机构全年度收治中医特色治疗病种人次占其所有收治病种人次比例达5%以上（含）且低于10%（不含本数）的，如其住院实际发生统筹费用未达到年度清算应偿付总额80%的，则按实际发生统筹费用的120%拨付给该定点医疗机构；如其住院实际发生统筹费用达到年度清算应偿付总额80%（含）以上的，则按年度清算应偿付总额拨付给该定点医疗机构。

医保年度末各定点医疗机构进行年度清算时，定点医疗机构全年度收治中医特色治疗病种人次占其所有收治病种人次比例达10%（含）以上的，如其住院实际发生统筹费用未达到年度清算应偿付总额75%的，则按实际发生统筹费用的125%拨付给该定点医疗机构；如其住院实际发生统筹费用达到年度清算应偿付总额75%（含）以上的，则按年度清算



应偿付总额拨付给该定点医疗机构。

**第三十一条** 若本市行政区域在医保年度内出现重大传染病疫情、群体性不明原因疾病的突发公共卫生事件Ⅱ级或以上响应，主要承担传染病救治任务的定点医疗机构在当年职工医疗保险医保年度住院医疗费用年度清算后出现统筹亏损，则统筹亏损部分在当年度住院医疗费用可分配资金年度清算后的结余总额内进行补偿。若当年度住院医疗费用可分配资金无结余，则不进行补偿；结余资金小于上述统筹亏损金额，则以实际的结余资金进行补偿。

**第三十二条** 若本市行政区域在医保年度内出现重大传染病疫情、群体性不明原因疾病的突发公共卫生事件Ⅱ级或以上响应，主要承担传染病救治任务的定点医疗机构在当年城乡居民医疗保险医保年度住院医疗费用年度清算后出现统筹亏损，则统筹亏损部分在当年度住院医疗费用可分配资金年度清算后的结余总额内进行补偿。若当年度住院医疗费用可分配资金无结余，则不进行补偿；结余资金小于上述统筹亏损金额，则以实际的结余资金进行补偿。

## 第四章 预付金、质量保证金和个人账户

### 第一节 预付金

**第三十三条** 为缓解定点医疗机构资金运行压力，市医疗保障经办机构在新医保年度第一个月内，按规定拨付一个月预付金给定点医疗机构，同时对参加药品、医用耗材集团采购的本市公立定点医疗机构的，按规定增加拨付一个月预付金。如遇突发公共卫生事件，经市医疗保障行政部门同意，市医疗保障经办机构增加拨付预付金。

**第三十四条** 各定点医疗机构预付金的实施标准按上一医保年度各定点医疗机构实际发生统筹费用、公务员住院医疗待遇费用和公务员住



院超范围限制用药医疗费用待遇费用的月平均额（四舍五入到万位）核定各医院预付额度。

**第三十五条** 参加中山市药品、医用耗材集团采购的公立定点医疗机构应按采购合同与企业及时结清货款，结清时间不得超过交货验收合格后次月底。公立定点医疗机构应通过采购平台线上采购药品、医用耗材，线下自主采购金额不超过药品、医用耗材年采购总金额的5%。参加药品和医用耗材集中带量采购的定点医疗机构应按规定完成集采中选品种约定采购量。

药品耗材线下采购比例、约定采购量的完成情况及药品耗材回款情况均纳入医保年度考核。

## 第二节 医疗服务质量保证金

**第三十六条** 普通门诊统筹待遇费用、门诊特定病种统筹待遇费用、住院统筹待遇费用、公务员医疗待遇费用、公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用、职工生育保险产前检查和门诊计划生育手术生育医疗费用按实际发生统筹费用、公务员医疗待遇费用、公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用预留5%为质量保证金。

**第三十七条** 医疗服务质量保证金清算方式，在市医疗保障经办机构与定点医疗机构签订的医疗保障服务协议中予以明确。

**第三十八条** 在年度清算时，市医疗保障经办机构根据医疗保障服务协议有关约定，对定点医疗机构进行年度考核，并根据年度考核情况对预留质量保证金、住院费用、应扣质量保证金及应扣违规费用进行年度总清算。

经办机构在年度清算时计算出定点医疗机构需退还多支款项的，定点医疗机构应当自收到退款通知后30天内，退还相应费用至指定账户。确因特殊情况无法如期退还的，需与市医疗保障经办机构另行协商解决，



不能协商解决的，自次月起停止其住院月度预付，至足额抵扣当月为止。

### 第三节 个人账户

**第三十九条** 拥有个人账户的参保人本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生由个人支付的医疗费用，可按规定从参保人个人账户中支付，不足部分由个人支付，属于个人账户支付的费用，由个人账户经办银行向定点医疗机构划拨。

**第四十条** 拥有个人账户的参保人本人及其配偶、父母、子女在定点零售药店购买符合规定的药品、医疗器械及医用耗材所发生的费用，可从参保人个人账户中支付，不足部分由个人支付，属于个人账户支付的费用，由个人账户经办银行向定点零售药店划拨。

**第四十一条** 参保人个人账户的医药费用结算及质量保证金计算方式，按医疗保障服务协议有关约定执行。

**第四十二条** 参保人退费涉及个人账户退回的，需按原支出方式退回参保人个人账户。确因特殊情况无法退回的，另行协商解决。

## 第五章 监督管理

**第四十三条** 市医疗保障经办机构与定点医疗机构按要求实行医疗费用联网直接结算，定点医疗机构联网直接结算时须按规定选择相应结算类别，及时准确录入相关资料并上传至国家医疗保障信息平台。

**第四十四条** 定点医疗机构、医疗保障经办机构及工作人员违反本办法规定，按《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》和《广东省社会保险基金监督条例》等相关规定处理。

**第四十五条** 定点医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理治疗、按规定收费和公开透明的基本医疗服务原则，严格执行现行的出入院指征，不得分解住院、挂床住院或让不符合出院条件的参保人提前出院。



定点医疗机构有义务和责任执行首诊负责制和等级定点医疗机构的有关规定，属本等级定点医疗机构诊疗能力范围内的参保人不得转院，严格掌握转院指征。

对不符合入院指征住院、分解住院、挂床住院，以及无特殊原因把本院有条件、有能力诊治的病人推转其他定点医疗机构的，经查实后，所发生的费用医疗保障基金（资金）不予支付，并按医疗保障有关规定进行处理。

**第四十六条** 市医疗保障经办机构按有关规定对定点医疗机构进行检查时，按比例随机抽查住院病例，经审核属违规的医疗费用，在年度清算应拨付费用中予以扣减。

## 第六章 附 则

**第四十七条** 异地就医联网直接结算的普通门诊统筹待遇费用、门诊特定病种统筹待遇费用、住院统筹待遇费用、公务员医疗待遇费用、公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用、职工生育保险产前检查和门诊计划生育手术生育医疗费用等按国家和省有关规定执行。

**第四十八条** 各定点医疗机构应于每月7日前，做好结算数据对账，按规定上传参保人结算清单信息，市医疗保障经办机构经审核后，将预付费用于报送结算信息截止日起20个工作日内拨付给各定点医疗机构。逾期不报送的，该月费用纳入年度清算处理。

**第四十九条** 为缓解定点医疗机构资金运行压力、保证基金的安全，在医保年度的最后两个季度，市医疗保障经办机构可综合当年度已拨付的预付金及月度结算金额等情况，适当调整部分定点医疗机构拨付月数或按上一医保年度各定点医疗机构本市实际发生职工基本医疗保险费用和城乡居民基本医疗保险费用的月平均额（四舍五入到万元位）向定点



医疗机构增拨结算金额。

**第五十条** 职工生育保险生育医疗费用待遇跨医保年度结算的，按结束产前检查的医保年度结算标准进行结算。

**第五十一条** 落实国家组织药品、医用耗材集中采购工作中医保资金结余留用政策，在各批次集采执行年度结束当年度职工医疗保险基金和城乡居民医疗保险基金内，对参与国家集采的定点医疗机构进行分配。结余留用分配计算方案按国家和省相关规定执行，市医疗保障行政部门负责核定线下自主采购金额占药品、医用耗材年采购总金额的比例和各定点医疗机构结余留用资金，并根据上年度末我市职工和城乡居民医疗保险参保人数之比，分配确定两险种基金支付金额；市医疗保障经办机构负责拨付。

**第五十二条** 医保年度结束时未及时进行结算的病种，在新医保年度清算时按出院结算时的医保年度结算标准进行清算。

**第五十三条** 市医疗保障经办机构根据职工医疗保险基金和公务员医疗补助资金的实际支出情况，合理分配支出比例，统筹使用职工医疗保险基金和公务员医疗补助资金；根据城乡居民医疗保险基金实际支出情况，合理分配支出比例，统筹使用城乡居民医疗保险基金。

**第五十四条** 本办法未予规定的具体事宜，在市医疗保障经办机构与定点医疗机构签订的医疗保障服务协议中予以明确。

**第五十五条** 医保年度医疗费用结算以每年1月1日至12月31日为一个年度周期，当月1日零时至次月1日零时前为一个月度周期。

当国家、省和市对医保年度周期调整的，按有关规定执行。

**第五十六条** 定点医疗机构等级系数、DIP住院病种分值、基层病种结算等级系数、基层病种种类、职工产前检查额度等由市医疗保障行政部门另行公布。



**第五十七条** 每孕次是指参保人每次怀孕后到定点医疗机构第一次登记进行产前检查至终止怀孕。

**第五十八条** 本文提及的门诊特定病种统筹待遇费用、异地就医联网直接结算对账清分统筹费用、医疗保险零星报销统筹费用、职工实际发生统筹费用和城乡居民实际发生统筹费用均指相应项目的基本医疗保险统筹支出和大病保险资金支出。

**第五十九条** 本文提及的参保人住院个人支付的医疗费用总额=住院医疗费用-实际发生统筹费用-实际发生公务员医疗待遇费用-实际发生公务员超范围限制用药医疗费用待遇费用。家庭腹膜透析门诊特定病种包干总费用包含社会医疗保险统筹基金支付的费用和公务员医疗补助资金支付门诊特定病种医疗待遇的费用。

**第六十条** 国家、省和市关于社会医疗保险医疗费用结算方式另有规定的，从其规定。

**第六十一条** 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

**第六十二条** 本通知自2026年1月1日起施行，有效期5年。本通知第七条、第八条、第十三条及第十七条涉及的结余留用和超支分担比例，视医保基金运行情况由市医疗保障行政部门适时进行调整。2025医保年度职工和城乡居民普门包干费用年度清算按本办法第七条和第八条的相关规定执行（第七条第五款第2项和第八条第五款第2项结余留用机制除外）。