

# 关于调整《汕尾市基本医疗保险按疾病诊断 相关分组（DRG）付费实施细则》 部分条款的说明

为进一步明晰调整逻辑与实践价值，现就调整汕尾市DRG付费细则中部分条款的相关事项说明如下：

## 一、关于风险调剂金的调整

根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）的规定，加强医保基金预算管理，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，近年来，随着医保基金收入增速放缓与医疗费用刚性增长的双重压力持续叠加，为确保我市医保基金安全运行与医疗服务高质量发展，拟调整风险调剂金提取比例，兼顾应对突发公共卫生事件等的积累风险准备金，在收支“吃紧”的情况下，最大限度释放更多资金用于常规诊疗结算和特殊病例补偿，契合医保基金“以收定支、精准高效”的管理目标。

## 二、关于低倍率标准的调整

根据《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》规定：费用极低病例指参保病例能入组，但住院总费用低于DRG支付标准规定倍数的定义为费用极低病例。为保证医保基金的使用效率，费用极低病例按项目付费方式结算，界定标准一般规定为30%，各地可自行规定。2022年改革初期，

我市医疗机构病案首页编码水平参差不齐，为提升定点医疗机构DRG病例分组入组率和数据质量，我市设定低倍率病例界定标准为0.4倍，提高病案入组率和病组包容性。经过三年的改革实践，医疗机构编码水平、病案质量及病例入组率得到了有效保障，部分医疗机构对医保政策也有深入研究。据统计，近三年来病组例均费用40%至70%的病例从2022年的19.76%增加到22.92%，正常偏低病例占比上升3.16%，更多病例进入了正常偏低倍率范围。

由于原0.4的低倍率标准过低，易纵容低指征入院、诊疗服务不足等违规行为，部分医疗机构可能利用低标准获取DRG结算差额，挤占合规诊疗的基金资源。为约束定点医疗机构异化行为，确保分值单价稳定，经专家评估论证，拟对我市低倍率界定标准从0.4倍调整为0.6倍，0.6倍是国内DRG改革城市中0.5-0.7倍合理区间的主流选择，能有效筛选出诊疗完整的合规病例。此调整可减少因标准过低导致的基金低效支出，同时引导医疗机构规范诊疗流程，避免为追求结算结余而缩减必要医疗服务，保障参保人诊疗质量。

### **三、关于新技术按项目结算的调整**

根据《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》规定：医疗机构开展在医保经办备案的新技术项目等特殊病例，可申请按项目结算。为支持医疗机构新技术的发展，我市自实施DRG付费改革以来，制定了特例单议经办规程

等配套文件，明确医疗机构开展新技术项目的高倍率病例，经特例单议评审通过，可实施按项目结算。

DRG常规按组付费模式存在易制约新技术推广的制度性缺陷，因新技术应用初期成本高、无历史数据支撑，按固定病组结算会让医疗机构承担亏损风险；其次特例单议补偿机制，按照该病例总费用折算分值，如因年度分值单价下降时，仍会出现补充不足的情况。参考全国试点等地新技术除外支付的改革实践，新增按项目结算规则，在全市年度可分配资金总额中单独列支，可解决医疗机构开展合规新技术时的结算难题。此调整能打消医疗机构引进新技术的成本顾虑，推动临床有效新技术落地，让参保人更快享受到医疗技术进步红利，同时通过单独列支结算，确保基金支出的精准性。

#### 四、新增疑难重症病例按项目结算

根据医疗机构提出疑难重症病例按项目结算的意见。前期，经组织专家团队研究论证、数据工作组讨论，拟采纳疑难重症病例按项目结算的意见，其中疑难病例指收治 $RW \geq 2$ 的高倍率病例（即总费用高于DRG支付标准的2倍），重症病例指入住ICU的高倍率病例，经特例单议评审通过的，分别按基金支付排在全市前10%的病例，实施按项目结算，年度清算时在全市年度可分配资金总额中单独列支。

$RW > 2$ 代表病例属于高资源消耗的疑难重症，ICU收治病例均为病情危重需特殊监护的类型，两类病例诊疗难度大、成本高。

按DRG常规付费易造成医疗机构补偿不足，从而降低其收治积极性。为了保证急重症病人得到及时有效地治疗，鼓励医疗机构收治危重患者，设置基金支付前 10%的按项目结算的规定，既借鉴了高倍率病例差额排序补偿的经验，又通过专家评审前置筛选，可精准锁定真正需要高额医疗投入的病例。此调整能为医疗机构收治疑难重症患者提供合理经济补偿，契合三级医院聚焦疑难重症诊疗的政策导向，提升医保支付的公平性与针对性。

综上，上述量化调整既贴合国家DRG支付改革的细化要求，又精准匹配我市医保基金运行与医疗服务发展实际，既能保障医保基金安全可控，又能充分激发医疗机构的诊疗与创新活力，推动医保与医疗服务高质量协同发展。