

汕尾市乙类药品、诊疗项目、医用耗材 个人先自付比例调整的起草说明

为进一步提高医保基金使用效率，更好地维护参保人权益，结合我市医保基金运行实际，拟对我市乙类药品、诊疗项目、医用耗材个人先自付比例进行调整，具体情况如下：

一、调整背景

先行自付政策作为基本医疗保险制度的重要组成部分，是医疗保险学中“共付”机制的具体体现，强调在“委托一代理”的医疗保障体制中医疗服务需方在诊疗行为中应承担的责任，防止有限医保基金资源的浪费，降低来自医疗服务需方的道德风险。汕尾市现行政策规定乙类药品个人先自付比例为 5%，部分诊疗项目为 15%，医用耗材按价格分三档设置 15%-30%的自付比例。从需求层面分析，让患者在就医时分担一部分医疗成本，是减少道德风险的有效方式。但分担比例必须适度，过高会影响基本医疗服务的可及性，过低则难以发挥约束作用。我市现行先自付政策在减轻患者负担、促进医保基金可持续发展等方面具有较强导向作用，但单一的先自付比例难以凸显分层保障的作用，为防止医疗机构在收治参保人时滥用大型检查诊疗、诱导使用高值耗材，为此需要对我市基本医疗保险药品、诊疗项目、医用耗材先自付比例进一步优化。

二、政策依据

(一)《广东省医疗保障局 广东省人力资源和社会保障厅关

于印发〈广东省基本医疗保险、生育保险和工伤保险药品目录(2026年版)〉及〈商业健康保险创新药品目录(2025年)〉的通知》(粤医保发〔2025〕34号)规定:一是甲类药品不设定个人先自付比例,乙类药品先由参保人自付一定比例后,再由基本医疗保险基金按规定的分担办法支付;二是个人先自付比例由各统筹地区确定,并报省医保局备案。

(二)《广东省医疗保障局 广东省人力资源和社会保障厅关于印发〈广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录(2022年)〉的通知》(粤医保发〔2022〕13号)第三条第(三)款规定:(三)“备注”栏标有“○”的诊疗项目,属于基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目,先由参保人自付一定比例后,再由基本医疗保险按规定支付。个人先自付比例由统筹区(各地级以上市)医疗保障行政部门确定。

(三)《广东省医疗保障局 广东省人力资源和社会保障厅关于印发〈广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录(2022年)〉的通知》(粤医保发〔2022〕14号)规定:一是各地要严格执行《医用耗材目录》,不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内医用耗材,也不得自行调整目录内医用耗材的限定支付范围;二是各地级以上市医疗保障部门按照统筹区内基金支付能力设定相应支付比例,工伤保险基金支付时不设支付比例。

三、调整内容

一是药品:乙类药品个人先自付比例为5%(保持不变);二

是诊疗项目：基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目按《诊疗项目目录》分类设置先自付比例，其中综合医疗服务类个人先自付比例为 15%、临床诊疗类为 20%、医技诊疗类为 25%；三是医用耗材：按耗材单价设置先自付比例，其中单价在 1000 元（含）以下的个人先自付比例为 15%、单价在 1000 元（不含）至 3000 元（含）的为 25%、单价在 3000 元（不含）至 10000 元（含）的为 30%、单价在 10000 元（不含）至 30000 元（含）的为 40%、单价在 30000 元（不含）以上的为 50%；符合支付标准的人工耳蜗个人先自付比例仍按原先自付比例 15% 执行。（详见表 1）

表 1：汕尾市基本医疗保险个人先自付比例政策调整对比表

项目类型	现行标准		拟调整	
乙类药品	5%		5%	
需先自付的部分诊疗项目	15%		综合服务类：15%	
			临床诊疗类：20%	
			医技诊疗类：25%	
医用耗材 (按耗材单价)	1000 元（含）以下	15%	1000 元（含）以下	15%
	1000 元（不含）至 3000 元（含）	20%	1000 元（不含）至 3000 元（含）	25%
	3000 元（不含）以上	30%	3000 元（不含）至 10000 元（含）	30%
			10000 元（不含）至 30000 元（含）	40%
			30000 元（不含）以上	50%

四、调整后的总体影响

一是乙类药品先行自付比例保持 5% 不变，主要是参考借鉴省内主要地市先行自付政策的比较分析，惠州、河源、珠海、中

山、佛山等地均为 5%，这表明 5%的自付比例是广东省内的主流标准，具有合理性和可操作性。二是对医疗服务项目实施分类管理、差异化支付，按照我市DRG付费规则，对医技诊疗类（如 X 线、磁共振、彩超）等项目先自付比例提高 10%自付比例，一方面可以约束定点医疗机构通过重复检查做大医疗费用增加成本负担，另一方面增加参保人费用负担，促使参保人对自身医疗费用监督的主动性；对临床诊疗类（如各类手术）先自付比例的提高 5%，适当拉开同病组下内科治疗与手术治疗基金偿付率，约束医疗机构“小病大治”行为，促进开展适宜技术治疗的积极性。三是对医用耗材先自付比例进行分档优化，在保证低值耗材原自付比例不变基础上，对高值耗材先自付比例进一步细化分档，符合基本医疗保险“保基本”的基本原则，在市内开展DRG付费控制情况下，进一步减少异地医疗机构诱导参保人使用高值耗材的道德风险。

综上所述，此次对药品、综合服务诊疗项目和低值耗材保持原来自付比例不变，体现普惠性的原则，重点对医技类检查项目、高值耗材作了相应调整。目前我市先自付部分费用纳入自费费用管理，一定程度上增加参保人负担，一方面可以通过推动检查结果互认，加强对医院开展医技诊疗类项目必要性的监督，减少不必要的检查的费用支出；另一方面对高值耗材，参保人在就医时应考虑其实用性和经济性，作出自主选择性，个人负担增加在一定程度上促使参保人在就医时根据自身经济条件选择适宜医用耗材，促进医疗总费用总体下降，有利于减少医疗总费用支出。