

宁德市医疗保障局

宁医保函〔2025〕116号

答复类别：B类

关于市五届人大四次会议 第1472号建议的答复

林洪棋、李英妹、吴元邦、陈久斌、陈兆树、陈秋玲、陈俊忠、陈楠、林圣涵、林容、林梅芳、林翠花、郑倩倩、黄林敏、黄祖落、黄银义代表：

《完善医保基金管理，切实保障民生福祉》（第1472号）建议收悉，代表们紧扣我市医保基金管理中的难点痛点及医疗卫生领域的短板提出的建议具有较强针对性和实践价值，对我市深化医保、医疗改革，提升医保基金使用质效具有重要借鉴意义。我局高度重视建议答复办理，现会同卫健部门，结合近年来工作实际答复如下：

医疗保障是保障群众基本医疗需求、减轻就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。医保基金作为老百姓的“看病钱”“救命钱”，其重要性不言而喻，不仅关系广大群众的医疗保障和切身利益，更是社会稳定和发展的重要基石。因此，加强医保基金的有效管理，确保每一分钱都用在刀刃上，是医疗

保障工作的重要任务。

一、关于“优化医保基金预算分配机制”的问题

为确保医保支付方式改革的深度推进，促进医保基金使用“提质增效”，近年来，我局结合实际，从加强基金总额预算、“两定”绩效考核等方面入手，持续优化医保基金预算分配机制。

一是持续优化医保基金总额预算管理。总额预算管理是医保基金合理使用的安全帽和防护网，我局坚持按照国家医保局“以收定支、收支平衡、略有节余”的方针，对定点医疗机构付费实行总额预算管理并不断完善。在编制基金预算时，为促进医疗机构的良性健康发展，充分考虑因医保待遇政策调整对基金支出带来的影响，针对年度内提高医保待遇追加医保基金支出预算，并适时动态调整，确保基金预算的合理性。以近两年为例，2023年结算时追加DIP预算1.15亿元；2024年DIP预算中已安排1.2亿元（其中职工0.4亿元，居民0.8亿元），后续再次追加城乡居民医保DIP预算总额0.53亿元，用于弥补医疗机构因政策调整等因素造成的超支费用。2025年6月，我局已完成基本医保基金总额预算工作，在坚决守住不发生系统性风险底线的同时，考虑适度调整职工医保DIP区域打包总额测算方式，对打包权重予以适当倾斜，并适度提高医疗费用增长率，最大限度赋能医疗机构高质量发展，有效解决医疗机构普遍反应的医保基金预算跟不上医疗费用支出的问题，进一步提高我市医保基金使用效率。2025年医共体及DIP预算总额为34.47亿元，比2024年增加3.12

亿元，增幅为 9.95%。其中：职工医保 10.92 亿元，增幅为 15.56%；城乡居民医保 23.55 亿元，增幅为 7.53%。

二是持续加强定点医药机构绩效考核。为提升医保基金使用质效，按照国家、省医保局工作要求，我局遵循“突出重点、客观公正、注重实效、正向激励、分类考核”的原则，按年度制定出台定点医药机构绩效考核方案，并根据当年考核情况调整完善下一年度考核方案，以保障考核结果的客观、公正、有效。注重规范考核程序，组建考核工作小组，通过定点医药机构自评，医保部门复评，形成考核报告，提交集体研究确定后，将考核结果运用于年底清算、结余留用超支分担、服务质量保证金返还及次年医保总额控制指标等。在考核指标设置上，注重科学化精细化，核心指标对标提高医疗服务质效，以今年 5 月我市出台的《2025 年度医保定点医药机构绩效考核暂行方案》为例，在上年度考核基础上，优化完善 2025 年度“两定”绩效考核方案及量化评分表，通过增设“基层医疗机构服务量占比”“域外医保基金支出占比”等核心指标，并提高相应指标的权重系数，倒逼市级医院聚焦疑难重症、县级医院提升综合能力、基层机构夯实首诊功能，进而助推分级诊疗制度落实，敦促医疗机构提升服务质量，合理控制医保基金外流，缓解转外就医激增的现状。同时，也促进医药机构加强内部管理，规范运行，严格控费，最大限度发挥基金的使用效能，保障医保基金平稳运行，切实提升群众的健康福祉。

二、关于“强化 DIP 支付方式改革成效”问题

支付方式改革的目标是实现医、患、保多方共赢，通过科学、合理、精准的支付，对医疗资源合理配置、医院精细管理、诊疗服务规范，发挥有效的杠杆导向作用。我市 DIP 支付方式改革工作按照国家顶层设计从试点先行到全面推广的实施路径稳步推进，从 2021 年 22 家试点医疗机构，到目前的 155 家 DIP 付费医疗机构，实现了医疗机构全覆盖目标。自开展 DIP 支付方式改革以来，住院次均总费用、平均住院天数和个人次均负担逐年下降。2024 年度住院次均总费用 6186.82 元，较上年降低 6.71%；平均住院天数 6.82 天，较上年度平均住院天数降低 2.15%；个人次均负担 2240.32 元，上年度个人次均负担 2615.88 元，个人次均负担比例较上年降低 14.36%；DIP 支付方式改革成效显著。

一是 DIP 结算点值计算。国家及省级层面对 DIP 结算点值计算方式已作出明确规定，我局按照国家《DIP 技术规范》中明确的 DIP 结算点值基于当年度医保支付总额与医保支付比例核定年度住院总费用，并结合年度 DIP 总分值，计算结算阶段的分值点值，以及省医保局下发的《DIP 经办规程》中规定结算点值基于区域内年度用于 DIP 结算的医保基金支出总额与区域年度分值比值的计算方法，确定我市 DIP 结算点值计算公式：病种分值点值= $\frac{\text{区域内年度用于 DIP 医保基金预结算预算总额}-\text{全省联网(含跨省联网)住院刷卡城镇职工医保(含生育保险)统筹基金或城乡居民医保基金支出}-\text{住院报销城镇职工医保(含生育保险)统筹基金或城乡居民医保基金支出}}{\sum(\text{纳入 DIP 结算定点医疗机构})}$

参保人员个人自付总额+其他医保基金(资金)支付总额)}÷区域年度分值总和。因此,每年度的结算点值是基于当年度的数据计算,是动态变化的,无法人为控制点值的增幅或降幅。通过数据分析,从分值看,2024 年职工总分为 86835.01 分,比增 17.96%;居民总分值 369415.04,比增 13.95%;二甲以上医疗机构增长最大的是福安市人民医院职工分值和居民分值分别比增 64.70%、79.75%;增长较大的主要有寿宁县中医院职工分值和居民分值分别比增 50.84%、50.14%;福鼎市医院职工分值和居民分值分别比增 38.76%、34.38%;蕉城区医院职工分值和居民分值分别比增 25.33%、27.85%;古田县医院分别比增 20.59%、26.00%等。分值增长远远高于医保参保保费收入,这是导致 2024 年度 DIP 清算点值下降的主要原因。基于当前的顶层制度设计,这一情况属于共性问题,有待今后在制度允许的框架范围内不断完善。

二是 DIP 病种分值计算。代表们提出的“探索建立基于大数据分析的病种成本测算体系为 DIP 支付提供更加科学合理依据”建议,与目前 DIP 支付方式改革原理一致。DIP 是医保、医疗大数据的挖掘利用,在分组方法、实施路径等方面实现了理论和方法创新,有待于在实际运用中进一步完善。病种成本测算在 DIP 付费框架下是病种分值的测算。病种分值是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值,反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。按照国家局《DIP 技术规范》要求,病种分值是某病种组合平均住院费用与所有病种组合病例的平均

住院费用的比值，且为综合反映历年疾病及费用的发展趋势，要以近三年的数据按照“1:2:7”的时间加权的形式计算。因此，我局每年均动态调整病种目录及分值，按照严谨的技术规范，采用前三年数据进行测算。

三是聚焦运行管理，释放数据“新价值”。目前，我市已成立DIP支付方式医保数据工作小组，并在2025年3月召开医保数据定向发布会，开放的医保数据涵盖了基金收支，医疗机构医疗服务和运行管理，DIP付费执行情况。医疗机构可以通过“按病种分值付费系统”查阅所有医疗机构的病种维度分析，进行纵向和横向比较，从原来各自管理到现在大家共同参与，从而更好地推进DIP付费运行管理。

三、关于“加强医保政策培训与指导”问题

加强医疗机构的政策培训与指导对保障医保基金安全运行具有十分重要的意义。一直以来，我局不断深入医疗机构实施医保监管政策“最后一公里”沉浸式培训，围绕医保专项整治、医保支付资格管理、DIP监管重点等内容，通过点对点政策指导，面对面案例宣讲，零距离交流研讨，引导医疗机构人员增强法治意识，压紧压实定点医疗机构自我管理和规范使用医保基金的主体责任，督促健全院内医保管理机制，规范诊疗行为。2024年以来，全市医保部门深入各级医疗机构开展医保基金监管政策培训50场、宣传活动79次。市医保中心作为医疗保障经办机构，也持续加强医保经办人员业务培训，2024年来举办城镇职工共济

保障经办业务培训、宁德市医保智能自动办理平台系统培训、DIP 支付模式与监管的视频业务培训、医保支付经办业务培训班、“高效办成一件事”等医保经办业务培训班、全市医保系统网络安全和信息化工作培训、医保政策培训、2024 年度边区海岛医保政策培训、DIP 专项培训、业财一体化系统培训班、全市医保信息化标准化工作及定点医疗机构协议培训班等共计 12 场次，不断提升医保经办人员及定点医疗机构工作人员的医保业务知识水平。

四、关于“提升医保监管智能化水平”问题

近年来，根据国家、省医保局工作要求，我市医保部门切实加强数据赋能，积极打造医保基金智能审核事前、事中、事后全链条监管，切实提升医保基金监管智能化水平。

一是打造事前智能提醒防线。2024 年以来，我市医保部门已在全市 204 家定点医疗机构搭建医保基金监管事前提醒系统，通过动态更新本地化规则库，将医保基金合理支付规则推送至定点机构，推动基金监管关口前移，从源头上防范和遏制违法违规行为发生。

二是推动事中信息审核。在定点医疗机构结算端设置疑点信息拦截，通过建立完善 DIP 监管审核系统，对定点机构的住院、门诊费用预结算异常结算信息予以拦截，督促定点机构加强医疗费用申报、病案首页上传等事项的事中审核。

三是筑牢事后费用监管。坚持“宽严相济、实事求是、依法

依规”的原则，一方面结合国家、省下发的本地化问题清单，通过建立、完善疑点数据筛查模型，并推送至定点医药机构，常态化帮助两定机构开展自查自纠工作，加强违规问题的自查整改。另一方面通过“线上智能审核+线下实地稽核”方式，充分运用大数据线索靶向确定事后监管对象，聚焦重点机构、重点领域、重点问题，开展医保基金管理专项整治和各类专项检查，对屡查屡犯、屡禁不改的定点医药机构，综合运用协议、行政、司法方式予以分类处置，严厉打击惩治欺诈骗保行为。

五、关于“促进医疗资源均衡分布”问题

为做好我市医疗服务能力提升工作，促进医疗资源均衡布局，满足群众就近就医需求，市卫健委开展了以下工作：

一是引进优质医疗资源合作办医。2023年8月25日，宁德市人民政府与上海市第一人民医院（以下简称上海一院）签订合作办医战略合作协议，从人才培养、学科建设等全方位开展合作办医。2024年，通过合作办医宁德市医院挂牌成立国家眼部疾病临床医学研究中心福建分中心和福建医大宁德临床医学院，门急诊人次增长11.81%，出院人次增长7.56%，门诊次均费用下降7.65%，住院次均费用下降1.78%，四级手术量增长26.63%，微创手术量增长25.26%，肿瘤内科门诊量和住院量分别增长39.83%、60.18%。闽东医院持续深化与华中科技大学同济医学院附属协和医院合作，并成功列入福建医大附属协和医院紧密型医联体成员单位，在两所医院帮扶下，先后获评“中国胸痛中心”“高级卒中

中心”“国家标准版心衰中心”。福鼎、古田、霞浦等县级医院积极深化与温州医科大学附属第二医院、福建医大附属第一医院、省立医院等帮扶协作，推动越来越多的优质资源下沉我市，目前与我市公立医院开展各类医疗合作的国家、省级医疗机构超过19家，群众在“家门口”就可以享受更好的优质医疗服务。

二是推动省级区域医疗中心建设。推动宁德市医院、福鼎市医院省级区域医疗中心项目建设，以合作办医项目为依托，加强医院管理、学科建设、人才培养等工作。2024年，宁德市医院介入血管科确定为国家临床重点专科建设项目，加强肿瘤诊疗能力建设，成立肿瘤科MTD团队8个，肺癌、胃癌、肠癌及乳腺癌等肿瘤外科手术量较去年同期增长31.97%。福鼎市医院引进上海交通大学医学院附属仁济医院、附属瑞金医院6个专家团队建立名医“师带徒”工作室，强力推动县域肿瘤防治中心建设，设立癌症防治慈善基金项目3个，深入16个乡镇、街道开展免费肺癌早期筛查，累计筛查733人。2024年12月19日，经省卫健委联合评价，福鼎市医院评价成绩为优秀、宁德市医院评价成绩为良好。

三是加强临床重点专科建设。市级财政先后投入4600万元支持临床重点专科建设，全力打造上下联动的重点专科群。“十四五”期间我市分别新增国家级、省级、市级临床重点专科建设项目1个、13个、44个。目前已验收建成省级重点专科4个（市医院医学影像科、闽东医院骨科、泌尿外科、市中医院脾胃科）。

同时注重两个覆盖面，一方面实现县域全覆盖，目前市级重点专科建设项目已延伸至 9 个县级医院，充分发挥医疗集团辐射带动作用，不断提高县域专科服务能力。另一方面基本实现重点学科全覆盖，省、市级重点专科专业覆盖内、外、妇产、儿、医学影像、麻醉、护理、药学、精神、康复等重要学科，以满足群众对重大疾病、常见病多发病的临床诊疗需求。

四是强化医疗资源下沉。持续开展“千名医师下基层”对口支援工作，要求市、县两级医院根据受援乡镇卫生院（社区服务中心）的帮扶需求，组织中级以上医师每个月安排一天送医到基层。2024 年，全市共安排 316 名医师下基层，累计支援 2279 人次，完成诊疗量 20070 人次，病例讨论 586 次，教学查房 522 次，学术讲座 701 次，开展业务培训 5173 人次，服务特殊人群 1845 人次，送医上门服务 405 次。

六、关于“严格医保基金违规惩处与教育”问题

我市医保部门始终保持医保基金监管高压态势，坚持“宽严相济”原则，全面推行“属地管理、智能稽核、动态监管、综合执法”基金监管模式，综合运用数据监测、智能审核、行政执法等手段，确保医保基金规范使用。

一是常态化推动自查自纠，压实机构自我管理和规范使用医保资金的主体责任。2025 年 1 月以来，全市医保部门按照医保政策讲清楚、主体责任讲清楚、自查自纠范围讲清楚、时间节点讲清楚、自查整改不到位后果讲清楚“五个讲清楚”的要求，通过

召开定点医药机构医保基金管理或自查自纠等医保政策相关培训、约谈会议 23 场次，通过现场培训、电话咨询、微信回复等多种方式督促指导 653 家次定点医药机构扎实开展自查自纠工作，并应用基金监管可视化建模系统开展大数据分析应用，帮助定点医药机构提升自查自纠的精准性，督促定点医药机构对问题清单逐项核对，做到举一反三、及时整改，及时退回违规使用的医保基金。2025 年以来，共 176 家定点医药机构已通过自查自纠主动退回违法违规使用的医保资金 655.15 万元，相关问题得到整改，定点医药机构诊疗、计价行为得到进一步规范。

二是扎实开展基金监管集中宣传活动，确保两定机构医务人员知法、守法。近年来，按照国家和省工作部署，每年 4 月，我局扎实开展基金监管安全集中宣传月活动，仅 2024 年全市医保部门开展进医院、进社区等面向定点医药机构、医务人员、参保群众等开展基金安全宣传 51 场次，通过解读《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》等医保基金使用相关法律法规，开展医保骗保犯罪典型案例剖析，让定点医药机构相关从业人员牢固树立底线思维和红线意识。

三是强化稽核稽查，督促整改落实。对定点医药机构自查自纠和医保部门日常各类检查发现的问题实行“问题—整改—销号”落实，督促定点医药机构针对发现的每个问题，逐一制定切实可行的整改措施，明确整改责任主体与整改时限，确保问题得

到彻底整改，推动问题整改见底清零。

七、关于“深化临床路径管理”问题

卫健部门结合医疗质量控制等工作，通过信息化建设强化对公立医疗机构临床路径管理，截至目前全市二级以上公立医院均建立临床路径管理工作制度，成立临床路径管理工作体系，结合医院实际制定临床路径病种管理目录，参照国家卫生健康委员会、国家中医药局规定的流程实施。相关二级以上公立医院均已纳入临床路径管理信息平台，并于每季度报送临床路径管理工作情况。

八、下一步工作安排

下一步，医保、卫健部门将在各自工作领域协同发力，共同推进民生保障再升级。

我局将继续按照国家、省关于医疗保障工作的部署要求，结合我市实际及群众需求，不断完善医保基金管理，提升基金使用质效，增强群众获得感。一是健全医保基金预算机制，针对当前城乡居民医保参保减缓、基金收支运行压力加剧现状，市医保局将综合考虑医疗机构的困难，改进预算办法，完善医保基金预算机制，确保预算方案的公开透明，最大限度发挥基金的使用效能，赋能医疗机构高质量发展。二是加强 DIP 核心要素管理，落实动态调整机制，优化病种目录库。依据我市近年医保结算数据，落实国家 DIP 病种目录库 2.0 版，完善病种目录。同时，积极探索和实践中西医同病同效同分值和日间病种，持续深化医保支付方

式改革。我局拟于近期面向医保部门和医疗机构，通过线上+线下相结合的模式，对我市目前执行的 2.0 版病种目录、基层病种目录和辅助目录进行培训。**三是**从能力提升、机制完善、数据治理等方面，全方位加强医保基金监管。对定点机构医务人员和药店经营管理主要负责人实施“驾照式记分”管理，实现“监管到人”“处罚到人”，为诚信医者撑腰，向违规行为亮剑，更好地守护患者、保护医者，用好每一分医保基金。**四是**进一步通过线上医保业务平台知识库、网络培训视频和线下培训等方式，定期开展医保业务知识培训，进一步加强加深医保经办人员及医疗机构工作人员医保业务知识水平。

市卫健委将重点聚焦以下方面开展工作：**一**是在现有的合作办医基础上，拟对接上海市精神卫生中心、复旦大学附属儿科医院和四川大学华西医院，持续推进优质医疗资源引进工作；**二**是持续抓好重点项目建设工作，以省级区域医疗中心、临床重点专科、“四大中心”、医技提升等项目建设为落脚点，持续推进我市综合性医院急难危重患者救治能力，满足“小病不出县、大病不出市”工作要求；**三**是持续推动医疗资源下沉，贯彻落实“百名医生下基层”“巡回医院”等工作部署，做好送医上门工作，让基层群众在家门口就能接受到省、市、县的医疗资源，减少就医奔波。**四**是认真对照《关于进一步规范医疗行为促进合理医疗检查的指导意见》和《医疗机构临床路径管理指导原则》等有关要求，进一步建立完善临床路径管理培训指导、评价考核体系，加大工作

力度，指导辖区内医疗机构推进临床路径管理工作提质扩面。

再次感谢各位代表对医疗保障和医疗卫生事业的关心和支持，欢迎代表们持续关注并对我们的工作提出宝贵意见！

领导署名：陈玉良

联 系 人：陈 玮

联系电话：0593-2079766

宁德市医疗保障局

2025 年 8 月 11 日

（此件主动公开）

抄送：人大常委会代表工委、市政府督查室。