

# 宁德市医疗保障局

宁医保函〔2025〕119号

答复类别：A类

## 关于市五届人大四次会议 第1105号建议的答复

陆盛彪代表：

《关于改进现行医保支付方式的建议》（第1105号）收悉。衷心感谢您对医保工作持续关注和大力支持。您的建议数据详实、分析深入、针对性强，既反应了基层群众的实际诉求，又提出了切实可行的改进方案，充分展现了人大代表深切的为民情怀和专业的履职能力，为我局今后完善政策、改进工作提供了重要参考。对此，我局表示衷心的感谢！收到您的建议后，我局高度重视，立即组织研究，查找解决办法。现将办理情况答复如下：

### 一、关于实施门诊医保基金总额打包问题

为深化医药卫生体制改革，有效整合县域医疗资源，提升基层医疗服务能力，2018年市委市政府研究出台了《宁德市推进医疗联合体建设和发展实施方案》，要求构建经济利益共同体，以医保总额打包付费为总医院主要经济纽带，建立以“总额预付、超支不补、结余留用”机制，赋予总医院内部人事、分配、经营

和财务管理自主权限。随着形势变化发展和医保基金管理日趋精细化，2023 年，国家卫健委、国家医保局等 10 部门联合印发的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》中也提出对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费；2024 年省卫健委等 9 部门《关于进一步推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施方案》也进一步明确完善医保支付政策，对县域医共体实行医保基金总额付费，与其他医保支付方式改革相衔接。为了推进紧密型县域医共体建设，发挥医保基金纽带作用，自 2019 年起，我市按照以收定支、收支平衡原则，对县域紧密型医共体实行医保基金总额打包，主要涉及门诊医疗费用,对各医共体职工医保、城乡居民医保分别进行医保基金总额打包，打包基金按月预拨、年终结算，并实行“总额包干、结余留用、合理超支分担”并沿用至今。

您从“以人民的健康为中心”角度出发，提出将医疗服务重点向预防和早期治疗倾斜，饱含为民情怀，也与建设健康中国理念同向同行。但是，随着县域医共体这一新型医疗卫生资源组织形式不断发展，对于一个发展成熟的县域医共体来说，出于成本和收益方面的考量，一些疾病的诊治将可能不再是自始至终由某一个成员单位独立完成，而是由县域医共体内各成员单位相互配合协作，通过提供一系列整合型、接续性医疗服务来完成，包括：药品和医用耗材统一采购配送管理、检查检验的结果互认或者由县域医共体内部的医学检查检验中心统一完成、急慢分治、双向

转诊，等等。因此，医保基金的结算对象客观上也需要由原来的单个医疗机构转变为县域医共体。

综上所述，现行的门诊医保基金总额打包兼具控费增效与提升服务质量的優勢：一是加强费用控制，提升服务效率。通过总额打包，有利于倒逼医疗机构主动控制成本，减少过度医疗和无效支出，进而减轻群众就医负担。二是提升基层能力，推动分级诊疗。激励总医院通过技术帮扶和资源下沉提升基层诊疗能力，引导患者首诊在基层，减少无序就医。三是实施预算管理，实现健康保障。通过预算管理和动态监测，提升医保基金管理水平的同时，推动医疗机构从“治病为主”转向“防病优先”，实现医保从“保疾病”到“保健康”。加之受国家政策框架影响，目前暂时还不宜取消门诊医保基金总额打包。结合您提出的意见建议，今后的工作中，我局将持续深化医保支付方式改革，加强医保基金运行监测分析，及时发现基金运行中的风险隐患并及时化解，充分发挥监测分析评价“指挥棒”“风向标”作用，有效保障基金安全平稳运行的同时赋能医疗机构高质量发展。

## **二、进一步调整 DIP 等级医院系数问题**

在 DIP 付费政策框架下，设置各项调节系数是为了综合考虑医疗机构业务成本、管理水平等因素动态调整平衡医保支付。近年来，我市基于医疗机构 DIP 运行数据，按照各等级系数之间差距最小的原则进行设置。2024 年采用纠偏分值进行基本调节系数测算。各个医疗机构 DIP 付费清算时的综合调节系数由基本调

节系数、加成权重系数和扣减权重系数构成。为了公平公正地反映我市不同等级医疗机构运营情况，我市和龙岩、漳州等设区市一样，将医疗机构等级系数划分为三甲、三乙、二甲、二乙、一级等三级五等。

由于，我市不同等级医疗机构的发展极不平衡，我市在 DIP 付费清算上，充分利用基层病种分值不受系数调节的特点来冲销调节系数的影响，持续将基层病种确定规定从一级医疗机构拓展到二级医疗机构，数量从 2021 年的 50 个增加到 2025 年的 285 个，使三级以下医疗机构都同等享有“同病、同价、同分值”的基层病种待遇。

基层病种在 DIP 付费清算中发挥了重要平衡作用。2024 年度，三甲、二甲、二乙医疗机构基层病种占比分别为 21.80%、47.49%和 62.10%；剔除基层病种后，三甲、二甲、二乙医疗机构受系数调节的病例数分别占比 78.20%、52.51%、37.9%。经测算，2024 年度基层病种影响三甲系数值下降 0.0266；影响二甲医疗机构系数值上升 0.0255；影响二乙医疗机构系数值上升 0.1136。各等级医疗机构 DIP 综合系数整体呈现缩小的趋势。2024 年，我市三甲和三乙、二甲、二乙综合系数间距分别为 0.086、0.2362 和 0.2915 对比 2023 年间距值 0.2431、0.3009、0.4009，分别缩小 0.1571、0.0647 和 0.1094。

关于“将等级医院 DIP 分值权重与价格权重设定为各占 50%”的建议。我们悉心听取并进行深入研究。价格最终反映在医疗费

用和资源消耗上。无论是价格水平还是医疗费用、资源消耗，三级医疗机构都更具优势。直接以价格占 50%测算确定调节系数，将进一步拉开不同等级（特别是三级和二级）医疗机构的差距。为此，经医保、卫健和医疗机构协商，我市 2025 年 DIP 调节系数综合 DIP 付费 2.0 技术规范和医疗机构运营实际，采用医疗费用、资源消耗和病例组合指数（CMI 值）三个指标设置，通过多维度的权重分配，弱化医院等级系数带来的影响，更精准地反映不同医疗机构的实际服务能力和成本差异。同时，为提高医疗机构的 DIP 运营管理水平，市医保局定期发布医保数据工作组数据底稿，按月向定点医疗机构公布预结算点值。

### **三、关于政策调整应评估基金实际承受力问题**

按照国家医疗保障待遇清单相关规定：对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，职工医保支付比例达到 85%左右，居民医保达到 70%左右（我市为 65%）。为实现这一任务目标，近年来我局本着“尽力而为、量力而行”的原则，结合您提出的“政策调整应评估基金的实际承受力”要求，调提基本医保待遇水平，提高参保群众获得感、幸福感。截至 2024 年 12 月，城镇职工基本医保住院目录内报销比例从 2023 年的 82.95%提升至 85.62%，提高 2.67 个百分点。城乡居民基本医保住院目录内报销比例从 2023 年的 60.98%提升至 65%，提高 4.02 个百分点，基本实现待遇清单要求。就近年的具体实践中，我局在开展政策调整工作中，形成了“科学测算、有效论证、征求意见、民主决

策”的一套工作程序和完整闭环。这一过程中，为促进医疗机构的良性健康发展，针对年度内提高医保待遇增加医保基金支出，以近两年为例，2023 年结算时已追加 DIP 预算 1.15 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；2024 年 DIP 预算中已安排 1.2 亿元（职工 0.4 亿元，居民 0.8 亿元），用于在预算执行中因政策调整增加的医疗费用支出。今后工作中，我局将认真吸纳您的建议，持续严格落实科学决策、民主决策工作程序，科学评估基金承受力，不断强化政策公平性、可持续性，减轻医疗机构基金支付压力，助力医疗机构高质量发展。

#### 四、下一步工作思路

（一）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，我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）加强核心要素管理与调整机制。我局将持续深化医保支付方式改革，综合国家 DIP 技术规范和我市医疗机构运营实际，加强病种、分值、系数等 DIP 核心要素管理，进一步优化病种目录、基层病种和辅助目录，积极探索 DIP 付费床日病种、中医优势病种；加强对医疗机构培训和指导、努力提升医疗机构院内运营水平，全面推动 DIP 付费支付方式改革质效上新水平。

衷心感谢您对医保工作的热忱关心与大力支持!

领导署名：陈玉良

联 系 人：黄文辉

联系电话：2880356

宁德市医疗保障局

2025 年 8 月 11 日

(此件主动公开)

抄送：市人大常委会代表工委、市政府督查室。