

# 宁德市医疗保障局

宁医保函〔2025〕118号

答复类别：A类

## 关于市五届人大四次会议 第1285号建议的答复

陈迎霞、石远升、肖风、吴金荣等代表：

《关于改进DIP医保支付方式推动医保事业健康发展的建议》（第1285号）收悉，衷心感谢各位代表对医保工作的关心和支持！你们以高度的责任感和使命感，深入调研、倾听民意，对医保工作提出了许多富有建设性的意见和建议，充分体现了“人民代表为人民”的宗旨。你们的真知灼见为我们完善政策、优化服务提供了重要参考，我局对此表示诚挚的感谢。针对代表们提出的建议，我局高度重视，认真研究并积极推进落实。现将办理情况答复如下：

### 一、关于医保政策对医院的发展还是有存在制约现象的问题

（一）医保DIP相关政策出台滞后问题。国家《DIP技术规范》以及省医保局《DIP经办规程》等文件，均明确DIP结算点值是基于当年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总分值来计算，因此，结算点值应按照当年

度的所发生的费用以及总分值来计算，无法在年初就进行公布。但是，为帮助定点医疗机构对 DIP 工作开展情况作出判断，今年 3 月起，我市每月根据国家数据底稿内容通过“大蚂蚁”向定点医疗机构发布医保数据工作组数据底稿，内容包含基金收支、结余情况及全市医疗机构服务情况等。同时，我们每半年召开一次数据定向发布会，对医院具体的控费情况、服务情况等进行公布，并于 7 月底公开去年清算结算数据，后续我们将根据 DIP 定点医疗机构需求按月向定点医疗机构公布预结算点值。

（二）对基层病种设置不合理问题。我局未对“全市同类疾病在县级诊疗占比 50%，方可列为基层病种”做硬性规定。原则上根据二级及以下医疗机构占比达 50% 及以上初筛基层病种，此后，再发函和通过专家论证会征求意见，对医疗机构或专家提出的病种，经论证可行性后也纳入基层病种目录。如 2024 年基层病种目录，腹腔镜下阑尾炎切除术有关的病种，虽二级及以下医疗机构占比未达到 50%，也纳入了基层病种目录。

另外，基层病种范围上我们较其他地市有优势。一方面，全省其他地市将基层病种范围设定为一级医疗机构，我局考虑到我市医疗实际，将基层病种范围设定为二级及以下医疗机构；另一方面，在病种数量上不断拓展，2025 年基层病种更是基于数据，将二级及以下医疗机构占比 45% 以上的大部分病种也纳入基层病种目录，同时对于医疗机构提出的 45 个病种，如腹腔镜下经腹膜前腹股沟疝补片修补术（TAPP）的腹股沟疝病种，直肠-乙

状结肠镜下直肠息肉切除术的直肠息肉病种，脑梗死后遗症等病种，虽然二级及以下医疗机构开展数量占比不足 45%，我局也纳入基层病种目录中。2021 年至 2024 年，二级及以下医疗机构基层病种占比逐年提高，从原来的 37.48% 提高到 55.01%，对扶持基层医疗机构发展，引导常见病、多发病向基层医疗机构下沉起到了很好的作业。

（三）等级系数设置严重不合理问题。首先，我局的DIP病种分值测算，按照国家技术规范要求，采用的是前三年全市医疗机构的费用进行加权计算，每年都进行动态调整。即使三级医疗机构收费标准比二级及以下医疗机构高，但病种分值是根据这个病种全市所有病例的费用平均计算得出一个分值，因此不存在因收费标准不同，三级医院会比二级医院得到的分值高的问题。其次，我市历年按照医疗机构的平均费用或平均分值进行不同权重的模拟测算，遵照各等级医疗机构的医院等级系数差距最小的原则，最终测算结果都体现按平均分值计算差距最小。以2024年DIP医院等级系数为例，我局先后于2024年8月、11月、12月召开3次医疗机构专家协商论证会，专题协商论证包括等级系数在内的DIP相关政策。在与医疗机构专家多次协商论证的基础上，2024年12月20日，我局和市卫健委召开DIP支付方式专题会议，对DIP付费清算等级系数及相关政策进行沟通、探讨，双方达成一致意见，确定2024年度DIP清算等级系数基于2024年1-10月数据采用纠偏分值来计算，同时通过基层病种和加成系数，对不同医疗机

构的等级系数进行调节平衡，从汇总的情况看，三甲和三乙、二甲、二乙系数间距分别为0.086（2023年为0.2431）、0.2362（2023年为0.3009）、0.2915（2023年为0.4009），不同等级医疗机构综合系数的间距整体呈现缩小的趋势。

（四）简化转外就医导致基金总额受挤问题。近年来，城市化进程加快、医疗资源布局不均、异地就医政策优化，全国范围内转诊就诊率呈持续上升趋势。尽管我局已针对提升市域内就诊率积极采取措施，推动医保支付杠杆作用发挥，如实施市外医院与市内不同级别医院报销比例拉开差距、实行转外就医备案登记管理，对未经备案自行转外的报销比例降低5个百分点支付等等。但由于当前分级诊疗制度还不完善，受本地医院诊疗水平制约、群众就医习惯及意愿影响，加之各统筹区医保政策不统一，参保人员出于对本地医院不信任及至福州、上海等交通便利因素影响，大量转诊外流至县外、市外高等级医疗机构就医，现有医保经济手段对异地就医调控效果有限，转外就医已成为制约医疗机构可持续发展、引发医疗行业无序竞争以至“内卷”的主要因素。当然，我市已采取合作办医等有力措施扭转这一颓势，但医疗技术提升并非一朝一夕，需要一定时间周期，目前效果还未充分显现。

## 二、关于在每年初及时公布资金总盘和病种分值点值等建议

（一）建立常态化沟通机制。市医保局、市卫健委高度重视“三医联动”改革协同机制建设，近年来积极推进医疗、医保、医药协同发展和治理。2024年8月市医保局、市卫健委联合印发《宁

德市“三医联动”沟通协调工作机制》，通过定期召开沟通座谈会、探索信息互联互通、加强联合调研和督查等方式，致力共同解决在推动“三医联动”工作中出现的难点、堵点和热点问题。同时，我局积极邀请市卫健委参与医保政策制定工作，2024年以来，市卫健委领导及相关重点科室负责人多次参加医保部门组织的DIP工作会议，针对DIP的核心要素进行协商论证。

（二）及时公开医保相关数据。为更好地对接国家 DIP2.0 版相关工作，我局建立了我市 DIP 医保数据工作组，并 2025 年 3 月和 6 月跟医疗机构与卫健部门召开面对面医保数据定向发布会，公布了当前医保基金收支、医疗机构运行情况等数据。同时，我局也在官网按季度向社会公示当前基金收支情况。对于代表们提出在年初公布病种分值点值的建议，我局已在 2024 年 12 月公布了 2025 年执行的 DIP 病种目录库，而点值，需基于全年度的数据才能计算得出，因此无法在年初就公开当年度的点值为多少。但后续我们将根据 DIP 定点医疗机构需求按月向定点医疗机构公布预结算点值。

（三）优化医保基金预算管理。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映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%。

### 三、关于取消医院等级系数，助推分级诊疗工作开展等建议

（一）设置 DIP 各项调节系数。我市的实行的医保支付方式和三明市有所不同，三明市实施 DRG 支付方式，设置的是病种系数，而我市实施的是 DIP 支付方式。根据国家医保局、省医保局《DIP 经办规程》和《三年行动计划》要求，需建立定点医疗机构等级系数动态调整机制，应综合考虑定点医疗机构的级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构、医保管理水平、协议履行情况等相关因素，设定定点医疗机构等级系数，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构分值并动态调整。为贯彻落实上级文件规定精神，我局在历年的 DIP 清算中设置各项调节系数，由医院等级系数、加成权重系数和扣减权重系数构成，以区分不同级别以及同级别不同服务管理水平的医疗机构。因此，代表提出的取消医院等级系数的建议暂时无法做到。2025 年 6 月，我们印发了《宁德市医疗保障局关于设置 2025 年度 DIP 付费医疗机构调节系数的通知》（宁医保〔2025〕60 号）精神，采用医疗费用、资源消耗和病例组合指数（CMI 值）3 个指标设置调节系数，通过多维度的权重分配，更精准地反映不同医疗机构的实际服务能力与成本差异，同时，弱化医院等级系数带来的影响。

(二) 多举措助推分级诊疗。首先，我局为扶持基层发展，出台DIP基层病种目录库，基层病种按照同城同病同分值原则。从2021年至今，我市DIP基层病种经过4次拓展，从50个拓展285个。2021年至2024年，二级及以下医疗机构基层病种占比逐年提高，从原来的37.48%提高到55.01%，达到了引导常见病、多发病向基层医疗机构下沉。同时，按照国家、省级医保待遇清单有关要求，近年来我局采取积极措施，实施报销待遇向基层倾斜，目前我市城乡居民基本医保省、市、县、乡住院起付线分别为600元、500元、400元、100元（市内中医院较同级医院降低100元），住院报销比例分别为55%、65%、83%、90%（市级中医院67%、县级中医院85%），起付标准与报销比例均向县域和基层倾斜，三级医疗机构与县域基层医疗机构报销比例相差25-35个百分点。其次，市卫健委在2024年12月印发《关于进一步推进分级诊疗制度建设的通知》，对全面提升基层医疗服务能力、精准推进各级医院改革发展、持续提升医联体运行效益、健全完善分级诊疗配套政策等方面工作提出具体要求。同时，要求各地发挥绩效考核引导作用，加强分级诊疗制度落实的督促指导，并将分级诊疗成效作为各级政府投入安排、医保基金分配、医疗机构负责人年薪制、薪酬总量核定等的重要依据；要求各地在总医院院长和基层医疗卫生机构负责人年度绩效考核中，加大县域住院量占比等指标考核比重，并将规范转诊落实情况纳入绩效考评。

#### 四、关于制定转外就医目录和转外就医市级统筹安排监管等

## 建议

(一)制定转外就医目录，优化转外报销政策。“制定转外就医目录”的建议，也是进一步缓解转外就医比例过高的重要举措，按照部门职责分工，前期我局会同市卫健委研究相关工作思路，市卫健委于 2024 年 12 月印发《关于梳理限定转外就医病种目录的通知》，部署市属各医疗机构、各县（市、区）总医院梳理制定本辖区限定转外就医病种目录，拟经专家论证后交由我局研究制订转外就医报销标准，我局也将在国家政策框架内调整优化转外报销政策，并按程序报经省医保局同意后实施。

(二)积极向上级部门反映加强转外就医监管。关于转外就医由市级统筹安排监管的建议对维护医保基金安全可持续运行确有积极作用。当前，全国范围内约有 400 个医保统筹区，统筹单位及统筹层次不尽相同，多数以设区市为统筹单位，也有以省级、县（市、区）级为统筹单位。但由于各统筹区医保政策协同性不足、差异化较为明显，也给医保基金监管带来较大挑战。受限于监管力量、工作权限等客观因素，异地就医基金使用监管存在“盲区”：一方面医疗资源优势明显的核心区域，监管压力也相对较大，加之异地就医的患者不属于就医地医保部门参保服务对象，就医地医保部门难以像管理本地定点医疗机构那样实施全面有效监督，监管动力不足；另一方面，参保地医保部门作为“买单方”，对就医地医院缺乏有效的监管手段，就医地与参保地的跨区域基金监管联合检查、异地协查、问题线索横向移送、异地

就医违规问题协同处理等工作机制也尚未建立。今后工作中，我们将积极向上级医保部门呼吁该问题，并加强与统筹区外医保部门的协同联动，推动扭转工作局面，进而加强医保基金监管，切实维护基金安全。

## 五、关于县级统筹、职工医保和城乡居民医保统筹等建议

(一) 关于县级统筹问题。即基本医疗保险制度的统筹层次问题，涉及统筹地区内制度框架统一和基金管理统一。代表你们提出的这一建议，在基本医保制度建立初期确实在一些统筹区发挥过积极作用，一定程度上也确有其优势，比如：加快了基本医保制度建立的进度、各县域可自行决定最优的缴费标准和待遇水平、县域基金管理灵活性更高等等。然而，统筹层次作为医保制度有机构成的基本要素和重要环节，其高低与“大数法则”效应、基金使用效率和保障能力有直接关联，而统筹层次的高低受到，诸如经济发展水平、基金筹集渠道和方式、医保管理体制和管理能力等多种因素制约。因此，医保统筹层次必须与这些客观条件相适应、相匹配，才能使医保制度稳健运行、发挥保障功能。

反观医保统筹层次过低，也存在一些弊端：各统筹区的医保制度规定不一致，在待遇水平、参保项目、信息管理等方面存在明显差异，一定程度上会影响参保者的公平感和认同感，同时也会因统筹区内医保基金总量小、抗风险能力低，导致医保基金难以发挥互助共济功能。此外，参保者的医保关系归属于其所在统筹区管理，在未建立起互联互通的信息管理系统前，各统筹区的

医保信息系统独立管理，而一旦发生统筹区外就医行为，后续会伴随一系列烦琐的报销手续，影响劳动力和人口流动。可以说，提高医保统筹层次，将有效破解上述问题。我们以医保市级统筹为例，将医保统筹层次提高至市级层面，相当于将之前的各个县级统筹单位作“加法”，也就是说，在医保市级统筹水平下，医保基金总量扩大，增强了基金抗风险能力，更好发挥医保制度“大数法则”效应。同时，市级层面能有效统一管理医保基金，根据各地实际情况，将原本沉淀在各县级统筹单位的基金进行合理调剂使用，也有利于基金安全运行。在制度规定方面，在市级层面上统一规定参保项目、缴费标准、待遇水平等，通常遵循待遇“就高不就低”原则，这也在某种程度上意味着个体的医保待遇得以提高，有利于促进医疗服务利用，改善个体健康状况。此外，医保市级统筹实现了参保者医保关系的市内转移，消除了劳动力流动的制度障碍，因而在近年来的实践中，也有效推动了城镇化进程和现代化建设。

其实，在过去长达 10 多年的时间里，党中央、国务院对提高医保统筹层次的重视是一以贯之的，也折射出提高医保统筹层次对健全医保制度的重要性和紧迫性：2009 年中央 10 号文件中提出要“逐步提高统筹水平和统筹层次，缩小保障水平差距”；2016 年国务院印发的《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》中提出到 2020 年“建立医保基金调剂平衡机制，逐步实现医保省级统筹”；2020 年《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革

的意见》中提出“推进省级统筹”；2022年国办印发的《“十四五”全民医疗保障规划》中又提出“推动省级统筹”；党的二十大报告中又明确提出“推动基本医疗保险、失业保险、工伤保险省级统筹”的要求。2025年《政府工作报告》也再次提出：“稳步推动基本医疗保险省级统筹，健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制，深化医保支付方式改革，促进分级诊疗”。

由此可以看出，医保统筹层次也不是“一次定终身”的僵硬“构件”，而是随着形势发展、人民群众保障需求变化、医保基金规模增大和经办管理能力提升而逐步提高的，由地市级统筹提高到省级统筹，直至实行全国统筹。这是医保制度发展的逻辑和趋势，因此要健全医保制度，使之臻于更加成熟定型，实现高质量可持续发展，充分发挥制度优势，更好地满足人民群众日益增长的保障需要，与时俱进地提高医保统筹层次则是顺理成章的应有之义。

综上所述，你们提出的这一建议，在制度设计上暂时还无法实现。但在今后的工作和具体实践中，我局将认真贯彻落实国家、省级工作部署，持续健全“1+3+N”多层次医疗保障体系，不断完善医保基金预算管理机制，确保预算方案的公开透明，提升医保基金管理精细化水平，加强医保基金运行分析，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。

（二）职工医保和城乡居民医保统筹使用问题。职工医保与居民医保作为不同险种，其参保对象、筹资标准、待遇保障水平

都不同，而且我国现行的基金财务制度明确规定：“基金独立核算、专户管理，任何单位和个人不能挤占和挪用”。因此，两项基金不能统筹使用，职工医保基金无法调剂作为居民医保基金的补充以缓解压力。但今后工作中，我局将加强基金收支管理，健全完善医保基金预算管理机制，不断提升医保基金使用质效，维护医保安全可持续运行。

## 六、下一步工作思路

（一）加强核心要素管理与调整机制。我局将不断完善核心要素管理机制，根据国家《DIP技术规范》等文件要求，客观、科学、合理地对我市DIP核心要素进行动态调整。

（二）强化基本医保基金预算管理。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，科学编制基金收支预算，合理确定筹资水平和待遇政策，常态化开展基金预警和风险评估，坚决防范基金当期赤字。提高预算执行刚性，强化预算执行监控和绩效评价，严格对医保定点医药机构使用医保基金和医保经办机构及时足额支付的监管。加强基金统筹共济，按规定用好滚存结余资金，更好保障病有所医。

（三）加强部门联动。市卫健委将积极会同医保等相关部门，进一步优化完善我市医保支付方式改革相关政策。同时，进一步加强分级诊疗制度建设，健全完善首诊负责制，落实双向转诊机制，加快转外就医病种目录制定进度，加强医疗机构转诊服务和管理。

衷心感谢代表们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。