

关于印发《威海市医疗保障定点机构资源配置方案（2026-2029 年）》的通知

各区市医疗保障局、国家级开发区科技创新局，市医疗保险事业中心：

为科学合理配置医疗保障定点医药机构资源，现将《威海市医疗保障定点机构资源配置方案（2026—2029 年）》印发给你们，请认真贯彻执行。

威海市医疗保障局

2026 年 10 月 28 日

（此件主动公开）

威海市医疗保障定点机构资源配置方案

（2026—2029 年）

为深化医药卫生体制改革，发挥医保基金战略购买作用，促进医疗保障定点机构（以下简称医保定点机构）资源优化配置，提高医保基金使用效率和定点机构协议管理服务水平，保障参保人员基本医疗服务和长期护理服务需求，推动医疗保障制度更加公平、充分、可持续，根据国家医疗保障局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）和《中共中央办公厅、国务院办公厅关于加快建立长期护理保险制度的意见》等规定，结合我市实际，制定本方案。

一、资源配置背景

2019年以来，我市以国家基本医疗保险制度体系为基础，逐步构建了以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、长期护理保险、商业健康保险协同发展的多层次医疗保障体系。2020年至2025年间，全市定点医疗机构由798家增至919家，净增121家；定点零售药店由1463家增至1532家，净增69家；2021年至2025年定点长期护理服务机构由21家增至102家，净增81家；2020年至2025年全市医疗机构平均开放床位数由19365张增至20534张，增长6.04%；2020年至2025年每千常住人口床位数由6.83张增至7.35张，增长7.61%。

我市各级各类医保定点机构在快速发展的同时，部分区市医

保定点机构区域分布不均衡、等级配置结构不合理，定点零售药店布局过密、过度饱和等问题日益凸显；医药服务质量不够高，与参保人员健康需求和就医购药期盼还有较大差距；医保基金收支长期处于紧平衡状态，医保定点管理精细化、科学化水平不高；长期护理服务整体供给能力不足，服务供给与群众多样化差异化需求不相匹配。根据国家和省关于促进医疗、医保、医药协同发展和治理的要求，有必要对医保定点机构进行资源配置，促进医保定点机构高质量发展。

二、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届历次全会精神，全面落实习近平总书记关于医疗保障工作的重要讲话和重要指示，以人民健康为中心，坚持因地制宜、稳中求进、协同发展，科学合理规划全市医保定点机构资源配置，持续提升医保治理现代化能力，推进“三医”高质量协同发展，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

1. 保障基本、协同增效。以人民健康为中心，合理调整医保定点机构总量和结构，加强与区域卫生规划协同、与经济社会发展规划衔接，保障参保人医药和长期护理服务需求，提高医保资源配置质效。

2. 因地制宜、提升效益。发挥医保战略性购买作用，因地制宜引导医保定点机构资源合理配置、分类管理、均衡发展，推动

医药和长期护理服务供给侧改革，提升医保基金使用效益。

3. 动态管理、安全高效。全面加强医保基金使用管理，动态调整医保资源配置，完善医保定点机构动态评价管理，切实守牢基金安全底线，保障医保基金平稳运行。

（三）资源配置目标

1. 定点资源配置更加科学。充分考虑区域发展差异，补充薄弱环节，根据人口数量、就医需求等经济社会发展宏观指标，构建“15 分钟医保服务圈”（指服务半径 800 米范围内，下同），因地制宜配置定点机构资源，建立与参保群众医药和长期护理服务需求相匹配、与医保基金平稳运行相适应、与基金费用增长相挂钩的分区市、分类型定点医药和长期护理服务资源配置机制。

2. 定点体系建设更加健全。根据公众健康需求、管理服务需要、医疗卫生服务体系规划、医疗机构设置规划等，科学合理确定医保定点机构数量，建立健全以三级、二级公立医院为支撑，以基层医疗卫生机构为基础，非公立医疗机构为补充的定点医疗卫生服务体系和结构合理、协同高效、优质均衡的长期护理服务体系。

3. 定点动态管理更加规范。完善定点机构协议履行考核办法，突出行为规范、服务质量、费用控制，逐步实现定点机构有进有出动态管理，推动定点机构资源分布更加合理，各级各类定点机构统筹协调发展。

三、资源配置任务

（一）住院类定点医疗机构

根据《医保定点资源配置规划通知》，千人床位数是衡量医疗资源的主要指标，定点医疗机构资源配置管理以千人床位数为基准，通过床位数匹配医务人员、医疗设备设施、检查检验等资源。计算公式具体如下：

$$\text{需要的千人床位数} = \frac{\sum (\text{各年龄段住院率} \times \text{各年龄段参保人数}) \times \text{平均住院日} \times 1000}{\text{床位使用率} \times 365 \times \text{总参保人数}}$$

$$\times \text{患者调节系数} \times \text{基金调节系数}$$

患者调节系数 = (本地参保人在本地出院人次 - 本地参保人在异地出院人次 + 异地参保人在本地出院人次) ÷ 本地参保人在本地出院人次。基金调节系数 = 基金可支付月数 ÷ 基金安全要求可支付月数。

(1) 当全市测算值 < 实际值时，以优化存量为主，暂停全市当年度医疗机构新增医保定点的受理和评估。

(2) 当全市测算值 > 实际值时，可根据国家医保局基本医保定点医药机构资源配置测算参考指导，人口规模在 100 万—300 万的城市，可按照 4:4:2 左右比例确定三级、二级、一级及以下医院的床位配比要求，确定可新增医保定点的机构级别。

(3) 当全市测算值 > 实际值时，按照 4:4:2 左右比例确定不同级别医院的床位配比要求的基础上，还需结合全市定点医疗机构住院床位使用现状（使用率），确定新增住院类定点医疗机构级别和床位数量。根据年度全市定点医疗机构床位使用率与床位使用率预设值（简称预设值）数据对比，确定次年新增的床位

数量。

床位预设值由床位使用率基础值（简称基础值）和参保人异地就医调节系数（简称调节系数）组成，即预设值=基础值×调节系数。我市三级、二级、一级及以下定点医疗机构床位使用率基础值分别为 90%、80%、70%，调节系数=（年度本市参保人员在市内出院人次-年度本市参保人在异地出院人次+年度异地参保人员在市内出院人次）/年度本市参保人员在市内出院人次。

经计算，当全市各级别定点医疗机构床位实际使用率高于预设值的，次年可以开展评估，否则暂不开展。市直经办机构根据上述计算方法确定各区市的新增住院类定点医疗机构级别和床位数量计划，各区市根据计划，开展新增定点医疗机构受理、评估工作。

根据以上公式测算我市 2025 年末医保需要的每千人床位数为 6.96 张（测算值），小于卫健部门统计的实有每千人床位数 7.35（实际值），我市 2026 年度住院类定点医疗机构应以优化存量为主，暂停全市当年度住院类医疗机构新增医保定点的受理和评估。

严格控制精神类定点医疗机构（含综合医疗机构、中医医疗机构及其他专科医疗机构精神科）规模。精神类医疗机构新申请增加医保定点和新增院区床位，由市医保部门明确纳入意见后按程序报上级医保部门审核备案。

（二）仅提供门诊服务的医疗机构

医疗机构申请开通门诊统筹服务（包括普通门诊、门诊慢特病含居民“两病”），应当满足“15 分钟医保服务圈”建设要求。对服务半径 800 米范围内，已有开展门诊统筹服务的医保定点医疗机构，且能够满足参保人员就医需求的，原则上不再新增。

（三）定点零售药店

按照国家医保局相关工作要求，定点零售药店配置总量控制在每万人不超过 4 家；按照“15 分钟医保服务圈”要求，服务半径 800 米范围内可纳入不超过 3 家定点零售药店，对大型高层住宅小区、大型产业园、办公聚集区、高校小区等人口密集区域，可适当增加 1 家定点零售药店。当万人口定点零售药店数量高于 4 家时，暂停全市新增定点零售药店的受理和评估。2025 年度，我市万人口定点零售药店数量为 5.2 家（全国平均数为 3.14 家），2026 年度应暂停定点零售药店的受理和评估。待万人口定点零售药店数量低于 4 家后，再按照定点资源配置要求受理新增定点零售药店申请。

鼓励零售药店向资源相对不足的区域布局，目前无定点零售药店或定点零售药店相对不足的区域，新开设且符合资源配置要求的零售药店，优先纳入基本医疗保险定点评估范围；定点零售药店相对饱和的区域，按照区域常住人口购药需求，逐步探索优化定点零售药店的布局及密度。门诊统筹药店、双通道药店等专项药店维持现有规模，实行动态优化调整，原则上不再新增。

（四）定点长期护理服务机构

坚持需求导向与总量调控并重，统筹区域参保规模、失能人员数量及基金收支情况，科学测算长期护理服务资源供给总量。居家型长期护理服务机构结合护理员与失能人员配比、人均服务时长、上门服务频次等核定服务承载能力，计划到 2029 年，实现每家长期护理机构至少覆盖 2000 名 60 周岁以上常住老年人口、服务 40 名重度失能老人的目标。做好机构型长期护理服务机构前瞻配置，动态适配需求增长，鼓励管理规范、服务达标、符合条件的长期护理机构申报定点评估；引导长期护理服务机构向供给不足区域及乡镇基层布局，对尚无定点机构的区域，新开办且符合条件的机构，优先纳入长期护理服务定点机构评估。

（五）特殊情形

当出现下列情形之一时，暂停全市当年度医药机构新增医保定点的受理和评估：

1. 居民或职工医保基金上年度出现赤字；
2. 收到上级医保部门基金运行风险预警；
3. 上年度医保基金结余可支付月数低于国家规定最低月数（职工医保统筹基金 12 个月、居民医保基金 6 个月）。

（六）其他

1. 新增执业地点（新设分院区）的定点机构视同新增定点，按照本方案执行。
2. 定点医药机构变更地址，应当满足“15 分钟医保服务圈”建设要求，其中定点零售药店跨区市（功能区）迁移的需满足迁入地万人药店数不超过 4 家。因政府规划原因变更地址且迁址后

未跨区市（功能区）的除外；定点零售药店变更地址距离原址未超过“15 分钟医保服务圈”且未跨区市（功能区）的除外。

3. 列入省、市重点建设项目的医疗机构，以及符合市级卫生健康发展规划和医疗机构设置规划明确的重点建设住院类医疗机构，可按规定依申请纳入医保定点，原则上不受本方案限制。

四、组织实施

（一）加强组织领导

全市各级医保部门要加强领导，落实责任，各司其职，协同推进，确保医保定点机构配置工作平稳有序开展。市级医保行政部门负责全市方案编制工作；区市医保行政部门负责辖区方案实施工作。市级医保经办机构负责完善配套措施、编制全市医保定点机构年度配置计划等工作；各级医保经办机构按照年度配置计划做好方案落地实施工作。

（二）深化部门协同

深化医保定点机构与区域卫生规划、医药产业规划的协同，提升方案的科学性和可行性。加强医保与发展改革、财政、民政、卫生健康、市场监管、行政审批等部门的沟通协调，凝聚工作合力，促进方案有序实施。推动跨部门数据共享，为方案调整和实施提供必要支撑。

（三）优化布局配置

要对定点医药机构布局进行优化引导，合理设置不同级别的定点医疗机构。依托国家医保信息平台，归集区域内医药资源配置基础信息，推动定点医药机构资源布局可视化，为医保资源配

置提供决策支持。定点长期护理服务机构布局需在 2027 年新的长期护理保险制度全面启动实施后，根据长期护理保险运行和定点长期护理服务机构的运行情况，定期进行分析，及时研究解决发现的问题，建立长期护理服务定点机构资源配置动态调整机制。

（四）强化监督管理

要进一步完善医保定点机构协议管理、履约考核、信用评价、监管稽核等机制，及时向社会公布医保定点机构发展方案，合理引导社会预期。优化医药机构、长期护理服务机构的定点申请、现场评估等经办流程。加强全过程监管，深化部门协同联动，推进医保信用体系建设，进一步规范医药服务行为。

本方案自 11 月 1 日起施行。方案施行前已经行政审批部门批准设立的医疗机构，可于 2027 年 1 月 31 日前提出定点申请，符合医保定点准入条件的，按规定流程纳入医保定点管理。实施过程中，国家、省有新规定的，从其规定。市医疗保障行政部门可根据国家、省有关政策规定和我市经济社会发展实际，对方案进行动态调整。