

烟台市医疗保障局文件

烟医保发〔2025〕26号

烟台市医疗保障局关于印发 烟台市医疗保障定点医药机构资源配置规划 (2025-2027年)的通知

各区市医疗保障局，市医保中心：

为科学合理配置我市医疗保障定点医药机构资源，根据国家、省有关规定，现将《烟台市医疗保障定点医药机构资源配置规划（2025-2027年）》印发给你们，请认真贯彻执行。



烟台市医疗保障定点医药机构资源 配置规划（2025-2027 年）

为落实人民健康优先发展战略，保障参保人员的基本医疗服务需求，坚决守好老百姓的“看病钱”“救命钱”，深化医药卫生体制改革，提高医保基金使用效率，促进医疗保障事业健康发展，保障基本医保制度更加公平、充分、可持续，根据《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）、《国家医疗保障局关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知》（医保发〔2025〕14号）、《烟台市“十四五”医疗卫生服务体系规划》（烟卫〔2023〕37号）、《关于开展烟台市基本医保定点医药机构资源配置规划试点工作的通知》（烟医保发〔2025〕21号）等文件规定，立足本市实际，制定本规划。

一、规划背景

（一）发展现状

1998年以来，烟台市以国家基本医疗保险制度体系为基础，紧紧围绕“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的总体目标，逐步建立起“基本医保+大病保险+医疗救助”三层全民医疗保障体系。顺应医疗服务体系的逐步健全，为参保人提供住院、普通门诊统筹、门诊慢特病、个人账户服务等各类医保定点医药机构快

速发展，总体上满足了参保人员基本医疗服务需求。

1. 医疗服务总体情况。2020年至2024年间，全市住院定点医疗机构由277家增至313家，门诊统筹、门诊慢特病定点医疗机构达到430家，个账定点医疗机构由1476家增至1728家，定点零售药店由3445家增至4389家。2024年末，全市住院定点医疗机构医保购买床位42531张，每千参保人口住院床位数达到6.6张，其中，中医类医院住院床位0.82张/千参保人；康复类住院床位0.14张/千参保人；精神类住院床位0.45张/千参保人。床位使用率为61.7%，住院率达22.3%。

2. 医保基金运行情况。2024年全市医保统筹基金保费收入128.7亿元，同比增长10.5%，支出120.6亿元，同比增长8.1%。其中，职工统筹基金保费收入90.2亿元，同比增长14.7%，支出83.1亿元，同比增长13.4%；居民基金保费收入38.5亿元，同比增长1.7%，支出37.5亿元，同比降低2%。根据我市近5年基金收支情况可见我市统筹基金规模呈上升趋势，职工医保统筹基金支出从2020年的52.6亿元增至2024年的83.1亿元，累计增幅58%；居民医保参保人数逐步下降，财政补助标准每年提高30元，历年收支基本相抵。

3. 典型病种服务需求情况。医保结算数据显示，2024年我市收治人次较多病组主要为，呼吸系统感染/炎症、恶性增生性疾患的靶向/免疫/化学及其他治疗、脑缺血性疾患、糖尿病、心绞痛、结肠镜治疗操作等；费用发生较多病组主要为，有创呼吸机

支持、关节置换术、经皮冠状动脉支架植入、恶性增生性疾患放射治疗、恶性增生性疾患的靶向/免疫/化学及其他治疗、与脊柱有关的手术、肺大手术、脑血管介入治疗等；我市省内异地流出病种主要包括以恶性肿瘤各类治疗、肺大手术、关节置换术等为代表的新技术或高难度系数手术，以颈腰背疾患、脑缺血性疾患、呼吸系统感染等为代表的内科治疗，以晶体手术及玻璃体、视网膜、脉络膜手术等为代表的眼科疾病的其他手术治疗，以及以结肠镜治疗操作等为代表的非手术室操作。疾控部门死因分析报告中死亡率靠前的区域内重大慢特病组主要为心脑血管疾病、恶性肿瘤等。

4. 人口发展情况。2024年我市常住人口703.52万人，其中65岁及以上人口占24.13%。我市基本医保参保人群641.8万人，其中参保职工272.4万人，占比42.45%；参保居民369.4万人，占比57.55%。参保职工在职与退休比为1.89:1，低于全省平均水平2.75:1；参保居民60周岁以上占比37.1%。

5. 经济社会发展情况。2024年我市人均GDP153269元，城镇化率70.11%，城镇非私营单位就业人员平均工资108526元/年，城乡居民人均可支配收入50858元/年。

（二）面临的形势及存在问题

“十四五”期间，我市卫生健康事业高质量发展超越迈上新台阶，医疗保障制度、政策和服务的供给侧改革进一步深化，医疗保障的范围和水平逐步提高。同时，人口老龄化、需求多元化、

就医流向不确定性、医疗机构功能定位的不同等对医保管理提出了更大挑战和更高要求。在本市定点医药机构服务体系发展的过程中仍然存在一些短板：

1. 现有定点医药机构资源配置，存在区域之间定点医药资源数量和结构不平衡问题，需要进一步优化。

2. 部分重点专科、薄弱专科、紧缺领域的定点医疗资源还需进一步强化，减少异地就医患者流出。

3. 不同等级、不同类型医疗机构功能定位、诊疗服务行为的协同性和互补性还需要提高，进一步促进分级诊疗，提高医疗资源使用效能。

4. 部分区市基层医疗机构首诊率、基层医疗机构床位使用率相对较低，基层医疗机构的服务能力需再提高。

医保基金作为医药服务重要的战略购买方，对医药服务高质量发展具有重要的引领作用。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》第四条“统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置”的规定和国家有关促进医疗、医保高质量协同发展的要求，有必要对我市医疗保障定点医药服务资源配置进行规划引导，促进医药服务机构高质量发展和供给侧改革。

二、总体目标

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，坚持医保基金“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，按照“全域统筹、统分结合”的工作思路，合理调控定点医药机构总量和结构，通过规划总量、调整存量、优化增量、提高质量，引导定点医药机构资源科学合理配置，营造平等参与、公平竞争的发展环境，满足参保群众基本医药服务需求。

（二）基本原则

1. 因地制宜、健康导向。以参保人员基本就医购药需求为导向，以提升服务能力为主线，充分考虑人口结构、经济发展水平、发展战略、医保基金状况、疾病谱差异、医药服务需求以及医疗资源现状等因素，科学合理制定医保资源规划，优化定点医药资源总量和结构，推进优质医疗资源下沉和区域均衡布局。

2. 分级分类、提升效率。发挥医保基金战略性购买作用，引导医药服务资源配置有序发展、均衡发展、高质量发展。合理调控不同等级、不同类型定点医药机构数量和地域分布，有效调节门诊与住院服务、专科床位与总床位结构等要素，统筹配置普通定点零售药店、门诊统筹和“双通道”定点零售药店等，推动医药服务机构供给侧改革，提升医保基金使用效率。

3. 优化服务、动态管理。适应参保人医药服务需求、经济社会变化、医保基金收支水平，动态调整医保资源规划，优化评估流程，强化协议管理考核，建立落实退出机制，推动定点医药机

构公平、健康竞争，做到“优的进、平的改、差的出”，实现优胜劣汰、有进有退，促进定点医药机构高质量发展。

4. 全域统筹，协同集成。聚焦健康烟台需求，结合建设分级诊疗体系、深化养老服务改革发展、推进乡村全面振兴、完善生育支持政策等要求，加强与区域卫生规划协同，与经济社会发展规划衔接，提升医保定点管理精细化、科学化水平。

（三）规划目标

2025-2027年总的规划目标是“总量规划，结构调整”。2025年起步，依据2024年底数据，以“资源配置均衡、就医便捷有序、基金安全高效”为目标，到2027年基本形成总量适宜、结构合理、进出有序的医保定点格局，实现定点医药机构服务资源配置与参保群众基本医疗需求相匹配，与医保服务管理需要相适应的目标。

定点医疗机构的配置根据《烟台市“十四五”医疗卫生服务体系规划》，结合《医疗机构基本标准》中各级各类医疗机构医护人员、床位数量等设置标准，对参保人员享有医保医疗资源进行规划，指导各级各类定点医疗机构的新增配置，逐步实现各区域医疗资源数量和结构科学合理，各级各类定点医疗机构统筹协调发展。

定点零售药店的配置根据各区域常住人口分布、药店服务覆盖范围，结合周边服务人群的参保类型和慢特病人员数量、疾病谱涉及的药品使用类型、特殊药品供应保障能力，优化“双通道”药店、门诊统筹药店的布局，提高参保人员购药便利度，更好满

足参保人员用药需求。

三、规划任务

（一）促进定点医疗机构分级诊疗构建

综合考虑区域定位、人口分布、参保人员就医需求等因素，顺应医疗联合体发展、高新医疗科技发展、互联网医疗、检查检验结果互认和移动支付发展的新趋势，构建横向科学分布、纵向紧密联合的定点医疗机构架构。

1. 市属三级综合医院(含中医医院、中西医结合医院等)、三级专科医院：主要承担市级区域内参保人员提供危急重症和疑难复杂疾病诊疗服务、承担教学科研任务及区级医院帮扶任务，接受下级医院转诊，根据需要对病情稳定、已过急性期患者及时进行转诊，以及相应公共卫生和较大突发事件紧急医疗救援任务。

2. 区市属、民营二级及以上综合医院(含中医医院、中西医结合医院等)、二级及以上专科医院：主要承担县级区域内参保人员常见病、多发病诊治、急危重症抢救与疑难病转诊功能，以及相应公共卫生服务和突发事件紧急医疗救援等工作。

3. 乡镇卫生院、社区卫生服务中心、一级综合医院、一级专科医院：主要承担街道或乡镇区域内参保人员常见病、多发病的诊疗以及部分疾病的康复、护理服务，接收医院转诊患者，向医院转诊超出自身服务能力的患者等医疗服务。

4. 村卫生室、社区卫生服务站、医务室、门诊部、诊所、血液透析中心、安宁疗护中心、护理院、高校或养老机构内设的医

疗机构等医疗机构：主要承担与其功能相适应基本医疗服务。

（二）支持重点、短板资源类医疗机构发展

综合考虑本地疾病谱、异地就医病种、重点专科和重点领域建设方向等因素，引导医疗机构专科建设发展，促使优质医疗资源均衡分布。

1. 推动专科医院建设。支持儿童、老年、精神、妇产、肿瘤、传染病以及口腔、康复等专科医院建设，专科医疗机构的专科床位数不低于其总床位的80%。

2. 推动临床重点专科建设。支持设置急救、重症、肿瘤、心脑血管、儿科、老年医学、精神等专科床位的医疗机构发展。

3. 推动重点领域建设。引导增量床位向传染、重症、肿瘤、妇幼、精神、康复、老年等领域倾斜，支持中医类医疗机构发展。

4. 推动多业态融合发展。促进医养结合，引导部分一、二级医院转型为老年、康复、长期护理、安宁疗护等接续性医疗机构。

（三）完善及优化零售药店布局

对无定点药店的区域，规划期内新开设且符合规划要求的零售药店，可纳入定点评估范围，以满足基本购药需求；对定点药店相对不足的区域，规划期内新开设且符合规划要求的零售药店，择优纳入定点评估范围，提升服务可及性；对定点药店相对饱和的区域，规划期内根据常住参保人口购药需求引导定点药店的类型及布局逐步优化。

（四）其他

以下医疗机构原则上不受本规划限制，可纳入医疗保障定点评估范围。

1. 列入市委、市政府经济社会发展的重点建设项目。
2. 符合烟台市基层医疗卫生机构设置规划的乡镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站（室）、村卫生室以及安宁疗护中心、养老机构内设的医疗机构。
3. 仅对内部人员提供服务的机关、企事业单位、学校内设医疗机构。
4. 仅申请承担医保个人账户业务的医疗机构。

四、资源配置调整方向

将现有定点医药机构资源（现实值）与资源配置测算结果（测算值）、区域卫生规划（目标值）进行比对分析，明确区域内各类型定点医药机构资源的调整方向。

1. 当测算值>现实值和目标值时，以优化增量为主，细化申报条件，将符合规划的定点医疗机构纳入定点管理。

2. 当测算值<现实值和目标值时，支持定点医疗机构差异化发展，合理配置床位资源，以调整存量为主，强化考核

管理，引导富余床位向区域结构需求缺口转型；也可采取项目实施单位内部调剂、所属区域或行业主管部门调剂、全市统筹调剂等办法，并根据运行情况分步实施，将新增医疗机构（床位）逐步纳入定点资源配置规划管理。

3. 当测算值介于现实值和目标值之间，结合区域实际探索提

高质量的综合性措施。

五、资源配置测算标准

根据我市定点医药机构现状、参保人就医需求、医保基金支撑能力等情况，充分考虑区域发展差异，补充薄弱环节，统筹城乡资源，确定医保定点资源配置测算的总量标准和结构标准，发挥医保资金战略购买作用，科学合理配置定点医药机构资源。

（一）住院定点医疗机构

区域内医保购买总床位目标总量不超过我市“十四五”区域卫生服务体系规划确定的每千常住人口医疗卫生机构床位数7.5张（康复病床数0.42张、中医类医院床位数0.85张、精神科床位数0.78张）等主要指标。区域内医保资源配置规划总量测算标准与医疗需求导向和医疗机构服务效率、医保基金承担能力等相关，重点考虑区域内参保人员数量、年龄结构、住院率、平均住院天数、床位使用率、就医流向等医药服务需求和医疗服务效率变量，以及医保基金筹资规模、收支结余、变化趋势等医保基金承担能力因素，并综合考虑区域内人口经济社会发展情况，结合地方实际适当调整。

在区域内医保资源配置总量框架下，优化定点医疗机构等级、类型、专科设置、空间布局等结构。原则上，定点机构等级配置标准按照三级、二级、一级医疗机构5:3:2左右调控，暂未评定等级的医疗机构，参照卫生健康部门认定的建设级别执行。位置偏远的地区可适当向基层医疗机构倾斜的定点机构等级配

置标准，参照我市“十四五”区域卫生服务体系规划确定的每千人口床位市级及以上公立医院2.10张、县级公立医院2.30张、基层医疗卫生机构1.20张、非公立医院预留1.8张发展空间和按照公立医院床位15%设置公立专科医院的定点机构类型配置比例，综合考虑区域内城市人口规模、人口密度、人口分布、新型城镇化发展趋势、医护人员数量、医疗机构服务覆盖范围、群众就医便利度、以及本地疾病谱、异地就医病种、重点专科和薄弱专科建设方向等因素，引导优质医疗资源均衡、专科建设和分级诊疗。各管理区域可以在确定的资源配置总量下，结合实际对资源配置结构动态优化或分类调整。

（二）普通门诊统筹、门诊慢特病定点医疗机构

科学布局城市建成区普通门诊统筹、门诊慢特病定点医疗机构，纳入定点时参照“15分钟医保服务圈”内不宜设置同类型或同等级的定点医疗机构原则进行医保资源配置，人口密集区域可以适当增加定点医疗机构数量。鼓励和促进医疗机构向本地区空白区域、相对不足区域分布，对目前尚无医保定点医疗机构的区域，规划期内新开设且符合规划要求的，优先纳入医保定点评估范围；对目前医保定点医疗机构相对不足的区域，规划期内新开设且符合规划要求的，择优纳入医保定点评估范围；对目前医保定点医疗机构相对饱和的区域，规划期内根据参保人口就医购药需求，逐步优化医保定点布局及密度。

（三）定点零售药店和普通门诊统筹药店、双通道药店

科学布局定点零售药店配置数量，城市建成区按照“15分钟医保服务圈”、服务半径800米范围内可以纳入1-3家定点零售药店、每家定点零售药店服务人群原则上不低于3000人，以及乡镇中心区至少有1家定点零售药店的医保资源配置标准，综合考虑区域内人口规模、人口密度、单个药店服务半径、购药便利度等情况，人口密集区域可以适当增加零售药店数量，使定点零售药店的布局及密度更加合理，鼓励定点零售药店实行品牌化、连锁化发展。

在定点零售药店配置总量框架下，按照每个区市至少1家双通道药店、每个街道可有1-2门诊统筹药店配置标准，根据疾病谱涉及的药品使用类型、特殊药品供应保障能力、周边服务人群的参保类型和慢特病人员数量，优化“双通道”药店、职工门诊统筹零售药店的设置，推动区域内定点零售药店满足群众需要，其周边步行15分钟范围内（服务半径800-1000米）有同类型定点药店的，不再新增。原则上，门诊统筹药店、双通道药店等专项药店依托现有定点零售药店设置，不再单独设立。

（四）其他

本规划适用于新增医药机构、新增床位以及定点医药机构设置延伸服务窗口、新增院区、分支机构、变更注册地址等。

五、组织实施

（一）加强组织领导，明确各方职责分工。各级医保部门要切实加强领导，各司其职，协同推进。医保行政部门要在定

点申请、专业评估、协商谈判、协议签定、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医药机构进行监督。各级医保经办机构按属地原则和职责权限提供经办服务，进一步完善定点申请、专业评估、协商谈判、协议管理等经办流程，明确评估标准与时间节点，开展医药机构准入评估及医保协议签订、管理、考核等工作，确保定点资源配置工作规范、有效实施。

（二）科学制定计划，推进实施和效果评价。市医保中心制定的分区域、分类型年度受理计划要和定点资源规划相适应，形成科学的组织管理模式和有效的运行机制。各级医保经办机构根据年度受理计划通过现场考察和专业评估等方式，对医疗机构资质、场地设施、执业范围、科室设置、人员配备、管理能力、特色服务等指标进行全面评估，依程序遴选优质医药机构纳入定点协议管理。各级医保部门要强化规划实施监督与评估考核机制，开展进度和效果评价，遇到重大问题及时报告，及时发现存在的问题并研究解决对策，不断提高规划对区域定点资源配置的指导能力。

（三）明确约束情形，从严或暂缓新增配置。原则上，对于医疗费用增长率明显高于全市平均水平、县域外就医率高于全市平均水平、年龄段参保人员的住院率高于全市平均水平，以及出现严重或较多医保基金使用违法违规案件的区市，从严控制新增定点医药机构资源配置；对于定点床位使用率低于75%的区市，以及出现本统筹区内上一年度医保基金当期为赤字、预计本

年度可能存在当期收不抵支风险、年度中收到上级医保部门基金运行预警函、年度中职工基金可支撑月数低于12个月或居民医保基金可支撑月数低于6个月等情形，在上述情况明显改善前暂缓新增定点医药机构资源配置。

（四）科学引导发展。科学发挥医保按疾病诊断相关分组付费（DRG）等医保支付方式在资源配置中的基础引导作用，引导医疗机构差异化发展。依托医保部门数据工作组，按年度公布我市DRG付费中不同等级及类别相关ADRG床日数及相关专业床日数，引导医疗机构合理设置床位。用好DRG付费协商谈判机制，引导医疗机构专科发展及建设。

（五）强化监督管理，多途径规范机构行为。完善定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量、费用控制、考核评价，健全激励约束和有进有出的动态管理机制。拓宽监督途径、创新稽核检查方式，通过满意度调查、第三方评价等方式对定点医药机构进行社会监督。发现定点医药机构存在违约和违反法律法规的，要严肃查处，达到解约情形的，给予解除协议处理。

本规划实施过程中，市医疗保障行政部门可根据国家、省有关政策和我市经济社会发展实际，进行适当调整。

烟台市医疗保障局办公室

2025 年 12 月 1 日印发
