杭州市医疗保障定点医药机构资源配置规划

（2025-2027年）

（征求意见稿）

为进一步完善医疗保障定点管理制度，提高医疗保障定点服务资源配置效率，更好地满足参保人员基本医疗需要，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）等文件精神，结合本市实际，制定本规划。

一、总体目标

按照国家医疗保障局关于加强医疗保障定点管理和资源配置优化的有关要求，以保障参保人员基本医药服务需求为核心，兼顾医药服务供给能力与医保基金承受能力，合理规划并逐步优化全市基本医保定点医药机构资源配置。到2027年末，基本形成总量适宜、结构合理、布局均衡、动态调整、管理规范的定点医药机构服务体系，总体实现医保定点医药机构资源配置与参保人员基本医药需求相适应，与医保基金支付能力相匹配，与医保管理服务实际相统一，进一步提升医保基金支付绩效，更好地保障参保人员的权益。

二、基本原则

（一）坚持以人为本，保障基本医药需求。以参保人员基本医药需求为出发点，优化定点医药资源布局和结构，着力补齐薄弱环节，提升服务可及性和公平性，确保广大群众享有更加便捷、优质、普惠的医保医药服务。

（二）坚持统筹兼顾，促进资源均衡布局。根据杭州城市空间布局优化和人口分布变化实际，兼顾医疗服务需求和医保基金承受能力，统筹城乡区域发展差异，科学配置医药服务资源，推动医药服务资源向薄弱区域延伸，促进城乡医保服务资源均衡发展。

（三）坚持规范管理，健全准入退出机制。严格执行定点医药机构准入和协议管理政策，完善动态管理、绩效考核和风险预警机制。探索建立分级管理制度，引导定点医药机构进一步规范服务行为，切实维护医保基金安全运行，提高基金使用绩效和可持续发展水平。

（四）坚持数字赋能，提高经办管理水平。依托国家医保信息平台和我市医保地图应用场景，建立医保定点医药机构资源配置管理系统，强化数据支撑、动态监测与可视化决策，提升医保资源配置的科学化、规范化、信息化水平，实现经办管理全过程、全链条高效协同。

三、规划内容

（一）住院定点医疗机构规划

按照国家医疗保障局基本医保定点医药机构资源配置规划测算口径，全市医保定点住院床位总量按每1000名参保人员配置8.5张确定，其中三级、二级和其他等级医疗机构规划床位数按6：2：2调控，康复医院参照二级医院规划执行。对于暂未评定等级的医疗机构，医保部门可按卫健部门认定的建设级别确定。二级及其他等级医疗机构床位数占比未达到40%的，二级和其他等级医疗机构规划床位数可调配使用。规划期内，全市可新增的医保住院床位数按规划总量与现有数量的差额确定。

1.不同等级医疗机构实际住院床位数低于相应等级医疗机构规划床位总量的，可按规定评估后纳入医保定点管理；实际住院床位数已超出规划总量的，原则上不再新增该等级的定点住院医疗机构，但对于住院医疗机构资源需求缺口较大的区域，经所在区、县（市）评估确认后，按规定择优纳入定点管理。

2.将区域医疗机构床位使用率作为是否新增医保定点住院医疗机构的重要参考指标。

3.在医保住院床位规划总量范围内，优先支持精神、儿童、康复等需求缺口较大的医疗机构按规定纳入医保定点管理。

（二）门诊类定点医疗机构和定点零售药店规划

全市和各区域门诊类定点医疗机构（不含有住院功能的医疗机构，下同）和定点零售药店的规划数量，按照构建“15分钟医保服务圈”要求，基于合理布局、方便群众原则，综合考虑定点医药机构服务覆盖范围、实际服务人数、异地人员来杭就医情况等因素确定。

门诊类定点医疗机构以服务人数为主要规划依据，全市规划总量以每家医疗机构平均服务4800名参保人员确定。各区域规划总量以全市规划总量与区域参保人数占全市参保人数比例的乘积确定。

定点零售药店规划数量以服务半径800米范围为主要规划依据。各区域规划总量按区、县（市）人口密度划分，其中人口密集区域在服务半径范围内按3家定点零售药店确定，其他区域按2家确定。全市规划总量为各区域规划总量之和。

各区域在规划期内可新增门诊类定点医疗机构和定点零售药店的数量，根据全市规划总量、区域规划总量与实际数量确定。

定点门诊类医疗机构和定点零售药店跨区域变更注册地址的，应符合区域定点资源配置规划数量要求，并按规定重新申请纳入医保定点。

（三）规划实施后新增定点的处理

全市现有定点医药机构数量超过本规划总量的，原则上不再新增定点医药机构。区域内定点医药机构数量少于规划数量的，可根据全市同类型定点医药机构退出医保协议管理的数量确定准入数量，原则上每退出5家准入1家，并按规定择优纳入定点管理。区域内定点医药机构数量超过规划数量的，但医药机构分布不均衡的，可根据区域内同类型定点医药机构退出医保协议管理的数量确定准入数量，原则上每退出10家准入1家，并按规定择优纳入定点管理。

（四）其他特殊情形的处理

1.列入省、市重点建设项目范围，可补足补强我市医疗技术短板、提供高水平差异化服务的医疗机构，不受本规划数量限制，可按规定纳入医保定点，机构数量和床位数计入相应的规划总量。

2.承担公共卫生服务职能的基层卫生服务机构，以及养老机构内设医疗机构，不受本规划数量限制，可按规定纳入医保定点，机构数量和床位数计入规划总量。

3.仅对内部人员提供服务的高校、企事业单位内设医务室，不受本规划数量限制，机构数量不计入规划总量。

4.对医保基金当期赤字、动态监测赤字或收到上级医保部门基金运行预警函的区域，原则上不再新增定点医药机构。

四、组织实施

（一）加强组织领导。各级医保部门要切实加强组织领导，确保定点医药机构资源配置规划工作平稳有序开展。市医疗保障行政部门负责做好全市定点医药机构规划编制工作；区、县（市）医疗保障行政部门负责辖区内资源配置规划实施工作。市级医保经办机构负责编制全市定点医药机构年度配置计划，各级医保经办机构按照管理范围和权限做好资源配置规划落地实施相关工作。

（二）加强监督管理。各级医保部门要进一步加强协议动态管理、考核评估、监督稽核等工作，不断完善准入条件、协议内容和管理机制，将优质规范的医药机构纳入定点管理，将不符合条件的定点医药机构及时按规定退出定点范围，逐步优化调整超规划区域内的医保定点医药服务机构。

（三）加强部门协同。各级医保部门要加强与卫生健康、市场监管、发改等部门的沟通协调和信息共享，强化定点资源配置规划与区域卫生规划协同，与经济社会发展规划衔接，不断提升医保定点管理精细化、科学化水平。

（四）加强监测评估。依托医保信息平台，建立定点资源配置规划监测评估系统，动态监测定点医药机构布局、运行效率等情况。聚焦参保人员满意度、基金安全和服务可及性等重点要素，及时对开展规划实施评估，并根据评估结果动态调整规划，确保资源配置规划持续适应群众需求与医保制度可持续发展要求。

本规划正式实施前已经卫生健康和市场监管部门批准设立的医疗机构和零售药店，可于2026年12月31日前提出定点申请，符合医保定点准入条件的，可按规定流程纳入医保定点管理。

本规划自\*\*年\*\*月\*\*日起施行。规划实施过程中，国家和省有新规定的，从其规定。实施过程中，市级医疗保障行政部门可根据国家、省有关政策、我市经济社会发展实际，以及医保事业高质量发展的工作要求，对本规划进行适时调整。

附件：杭州市医保定点资源配置规则

附件

杭州市医保定点资源配置规则

一、医保定点资源规划分类

（一）规划定点机构分类

医保定点医药机构分住院医疗机构、门诊类医疗机构、零售药店三类进行资源配置规划。

住院医疗机构指有住院功能的医疗机构，门诊类医疗机构主要指社区卫生服务站（村卫生室）、机构内设医务室、门诊部、诊所等不含有住院功能的医疗机构。

（二）规划数量分类

规划数量包括规划期内的规划总量和年度计划量。

规划总量指到规划期末（2027年末）的预期调控量，年度计划量指根据规划总量、当期实有数量和相应配置规则确定的年度可新增数量。

二、规划总量配置规则

（一）全市医保住院床位规划总量

考虑到医疗机构建设布局涉及省市区重大项目前置规划，全市医保住院床位仅规划全市总量，暂不按地区开展区域数量分配。

需要的千人床位数=[∑（各年龄段住院率×年龄段参保人数）×平均住院日×1000/（病床使用率×365×总参保人数）]×患者调节系数×基金调节系数

年龄段参保人数：按照计划编制时上一年年龄段平均参保人数确定。

总参保人数：按照计划编制时上一年平均总参保人数，并适当考虑一定的增长比例确定。

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：基金调节系数视本市职工医保统筹基金和居民医保统筹基金累计结余情况确定。

全市住院床位数规划值=需要的千人床位数×全市参保人数

（二）全市和区域门诊类定点医疗机构规划总量

全市门诊类医疗机构规划总量的设置，基于合理布局、方便群众原则，综合考虑全市常住人口分布、异地就医情况、实际服务人数情况等因素确定。

全市门诊类定点医疗机构总量=（全市参保人数+异地参保人在本地门诊就医人数）/平均服务人数

全市参保人数：按照计划编制时上一年平均参保人数并适当考虑一定的增长比例确定。

平均服务人数：按照我市门诊类医疗机构本地和异地参保人员平均服务人数历史数据测算，平均服务人数按4800人确定。

区域门诊类定点医疗机构总量=全市门诊类定点医疗机构总量×区域分配系数

区域分配系数=区域参保人数/全市参保人数

（三）全市和区域定点零售药店规划总量

全市定点零售药店规划总量参照“15分钟医保服务圈”要求，设置服务半径为800米，结合各区、县（市）人口密度，每个服务半径范围内定点2-3家。

全市定点药店总量为各区域定点药店数量之和。

区域定点药店总量=∑（区域可用土地面积/服务覆盖范围×纳入数量）

区域每万人可用面积=区域可用土地面积/区域参保人数×10000

全市每万人可用面积=全市可用土地面积/全市参保人数×10000

服务覆盖范围（正六边形）=

全市可用土地面积：全市总面积扣除湿地、耕地、园地、林地、水域及水利设施用地后，为2358平方公里。

区域可用土地面积：区域总面积扣除湿地、耕地、园地、林地、水域及水利设施用地面积。

按照“15分钟医保服务圈”要求，设定规划服务半径为800米，同时考虑到各城区人员密度，以区域每万人可用面积与全市每万人可用面积比较，人员密度大，即区域每万人可用面积小于全市每万人可用面积的，以半径800米面积范围内纳入3家定点零售药店测算；其它区、县（市）人员密度相对较小，区域每万人可用面积大于全市每万人可用面积，以半径800米面积范围内纳入2家定点零售药店测算。

1. 年度计划量配置规则

（一）年度医保住院床位计划量

全市年度医保住院床位计划量=（全市医保住院床位规划总量-全市医保住院床位数）×年度分配系数

年度分配系数≤1，根据床位规划总量、医保住院床位数、当年符合卫生健康规划拟投用床位量等综合确定。

在床位数量规划范围内，按照精神、儿童、康复顺序优先安排。此外，优先考虑床位使用率高于全市床位使用率平均水平的区域。

当全市医保住院床位数达到全市医保住院床位规划总量时，全市暂停编制年度计划量。

（二）年度门诊类定点医疗机构计划量

全市年度门诊类定点医疗机构计划量=（全市门诊类定点医疗机构规划总量-全市实有门诊类定点医疗机构数）×年度分配系数

区域年度门诊类定点医疗机构计划量=全市年度门诊类定点医疗机构计划量×区域分配系数

区域分配系数=区域内可新增量÷所有可新增的区域的增量之和

区域内可新增量=区域内规划数量-区域内实有数量

年度分配系数原则上≤0.5，具体根据全市实际情况确定。

区域年度定点门诊部、诊所计划量由当地根据区域年度门诊类定点医疗机构计划量减去区域内拟新增医疗机构数量后确定。

区域内可新增量≤0的地区，不参与区域年度计划分配。

当全市门诊类定点医疗机构数达到规划总量时，全市暂停编制年度计划量。对于区域内门诊类医疗机构数量少于规划数量的，可根据门诊类医疗机构退出医保协议管理的数量确定准入数量，原则上按照每退出5家可准入1家，结合年度分配系数确定年度计划量。区域内门诊类医疗机构数量超过区域规划数量，但医疗机构分布不均衡的，可根据区域内门诊类医疗机构退出医保协议管理的数量确定准入数量，原则上按照每退出10家可准入1家确定，并按定点准入相关规定择优定点。

（三）年度定点零售药店计划量

全市年度定点零售药店计划量=（全市定点零售药店规划总量-全市实有定点零售药店数）×年度分配系数

区域年度定点零售药店计划量=全市年度定点零售药店计划量×区域分配系数

区域分配系数=区域内可新增量÷所有可新增的区域的增量之和

区域内可新增量=区域内规划数量-区域内实有数量

年度分配系数原则上≤0.5，具体根据全市实际情况确定。

区域内可新增量≤0的地区，不参与区域年度计划分配。

当全市定点零售药店数量达到规划总量时，全市暂停编制年度计划量。对于区域内零售药店数量少于规划数量的，可根据零售药店退出医保协议管理的数量确定准入数量，原则上按照每退出5家可准入1家，结合年度分配系数确定年度计划量**。**区域内零售药店数量超过区域规划数量，但零售药店分布不均衡的，可根据区域内零售药店退出医保协议管理的数量确定准入数量，原则上按照每退出10家可准入1家确定，并按定点准入相关规定择优定点。

四、择优定点

（一）医疗机构。支持基层医疗机构定点，对每个街道或乡镇可至少纳入1家一级及以下定点医疗机构。服务半径800米范围内原则上不设置同类型（指住院或门诊类医疗机构）或同等级定点医疗机构。

（二）零售药店。原则上每个街道（乡镇）纳入1家定点零售药店，每个区、县(市)纳入1家“双通道”定点零售药店。服务半径800米范围内有三级医疗机构的，定点零售药店不超过3家；无三级医疗机构的，不超过2家。

符合上述条件的医疗机构和零售药店，由医保部门按规定择优遴选纳入定点管理。