

# 福州市医疗保障定点医药机构资源配置规划

## (2025—2028 年)

为深化医药卫生体制改革，提高定点医药机构协议管理服务水平，保证医疗保障制度更加公平、可持续，更好地保障参保人员的基本医疗服务需求，根据《“健康中国 2030”规划纲要》《医疗保障基金使用监督管理条例》《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）及省市相关文件精神，结合本市实际，制定本规划。

### 一、总体要求

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疗服务需求为核心，兼顾医疗服务供给能力与医保基金承受能力，通过对区域内道路网格、人口分布、疾病谱、存量定点医药机构服务供给能力、流出病种等进行科学动态分析，结合人口、医疗、医保发展趋势研究，科学设置我市医保定点资源配置规划。到 2028 年末，基本形成总量适宜、结构合理、布局均衡的基本医保定点医药机构资源管理服务体系。

## 二、基本原则

(一) 坚持因地制宜，科学配置医保资源。综合考虑我市空间布局、人口分布实际以及各区域医疗服务供给能力、发展趋势、医保基金承受能力，科学制定医保资源配置规划方案，切实提升资源配置的精准性与有效性。

(二) 坚持分级分类，完善资源均衡布局。结合省会城市特点，分析我市各区域各年龄段参保人员数量、患病率、疾病谱、跨区域就诊流向等医疗需求情况，统筹考量不同等级、不同类型定点医药机构布局，促进医疗卫生资源均衡。

(三) 坚持适度保障，规范动态管理机制。坚持“保基本”原则，尽力而为、量力而行，综合考虑当前与长远、总量与结构，完善准入标准与退出机制，建立“有进有出”的动态管理机制，保障医保定点医药机构可持续发展。

(四) 坚持信息赋能，提高资源管理效率。依托我市医保信息平台及医保资源配置分析系统，推动定点医药机构资源布局可视化，强化数据支撑、动态监测与可视化决策能力，实现全链条高效协同管理。

## 三、规划内容

### (一) 定点医药机构增设规划

#### 1. 定点医疗机构的增设规划

为优化医疗资源的合理配置和确保城乡居民都能公平获得

高质量的医疗服务，将全市分为主城区（鼓楼区、台江区、晋安区、仓山区）及福清市、永泰县、罗源县、连江县、闽侯县、闽清县、长乐区、马尾区等9个区域（以下简称“各县区”），区分门诊、住院类别，按照14岁（含）以内、15-64岁、65岁及以上三个年龄段，区分疾病学科，结合患者调节系数和区域发展趋势进行规划，分别计算全市、各县区、各街道（乡镇）的测算值、实际值、目标值，并结合基金运行情况进行增设规划。

#### （1）住院类定点医疗机构规划

根据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确定全市和各县区床位测算值，并按照现有定点床位供给结合人员流动情况测算其实际供应值。全市医保定点住院床位规划总量目标按每1000名参保人员配置6.3张确定。

#### （2）门诊类定点医疗机构规划

参照住院类定点医疗机构规划测算口径确定全市和各街道（乡镇）医保医师测算值；按照现有医保医师供给结合人员流动情况测算其实际供应值；全市医保医师总量目标按每1000名参保人员配置3.8名确定。

### 2. 定点零售药店的规划

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，综合考虑定点零售药店服务覆盖范围确定。

## （二）存量定点医疗机构高质量发展规划

发挥医保战略性购买作用，从慢性病、基层病种、疑难危重症等三个分级诊疗层次设定各等级存量医疗机构高质量发展规划，推动“看大病在本省解决，一般的病在市县解决，日常的头疼脑热在乡村解决”。

## 四、规划办法

### （一）定点增设办法

符合规划可增设范围的医药机构，可经“定性+定量”评估后纳入医保定点管理。

#### 1. 定点医疗机构增设办法

通过测算值、目标值和现实值的对比分析，确定医药服务需求是否能够得到满足，当全市测算值 $>$ 目标值和实际值时，以优化增量为主；当全市测算值 $<$ 目标值和现实值时，以优化存量为主；当全市测算值介于目标值和现实值之间时，进行优化增量或优化存量。

结合基金运行情况增设规划：当全市基金有结余时适当增设引入竞争；当全市基金收支平衡时有出有进优化资源配置结构；当全市基金出现赤字或收到市级及以上医保部门基金运行警示函时，除国家、省、市另有要求外，原则上不再新增定点医药机构。

优先在区域有供需缺口且基金有结余的县区进行增设，住

院类医疗机构按县区层面分析供给，门诊类医疗机构按乡镇/街道层面分析供给：

### 1.1 住院类定点医疗机构的增设

(1) 依据各县区床位缺口程度和卫健部门对各级医疗机构床位设置配比要求，增设相应床位配比要求的定点医疗机构。

(2) 支持精神、老年、眼科、康复、儿科、中医等床位需求缺口较大的医疗机构按规定纳入医保定点管理。

(3) 区域定点医疗机构床位使用率作为是否新增其他医保定点住院类医疗机构的重要参考指标。

### 1.2 门诊类定点医疗机构的增设

(1) 依据区域医师缺口程度和卫健部门对各级医疗机构医师设置配比要求，增设相应医师配比要求的定点医疗机构。

(2) 支持中医、康复、儿科等需求缺口较大的医疗机构按规定纳入医保定点管理。

## 2. 定点零售药店的增设

### (1) 定点零售药店

根据“十四五”规划标准15分钟可达性划定区域，由于从二环到环外的人口聚集度和密度不同，因此划定不同的服务距离，结合未覆盖区域内人数进行增设。

### (2) “双通道”定点药店

根据《福建省医疗保障转发国家医保局办公室关于开展

基本医保定点医药机构资源配置规划试点工作的通知》(闽医保规财函〔2025〕87号),每个区(县)至少规划1家“双通道”定点药店。

### 3.其他特殊情形

#### 3.1 支持短板资源类医疗机构发展

- (1) 卫健部门批准增设的公立医疗机构及村卫生所(室);
- (2) 养老机构内设医疗机构和医养结合医疗机构;
- (3) 列入省、市政府明确扶持的项目。

#### 3.2 规划期内法定代表人、地址等重要信息变更

规划期内定点医药机构变更法定代表人、企业负责人或实际控制人(组织人事调整重新任命的除外)及跨县(市)区(主城区整体视为一个区)变更经营地址的,需向所属医保经办机构提出变更申请,并按规定进行定性+定量评估,由所属医保经办机构现场评估并记录后,报市基金中心统一审核,达到标准的方予以医保信息变更。其中,跨县(市)区(主城区整体视为一个区)变更经营地址的同时应符合规划区域定点资源配置数量要求。

#### (二) 存量定点医疗机构高质量发展支持办法

发挥医保支付杠杆作用,将存量定点医疗机构符合以下高质量发展的内部资源调整,及时纳入医保支付范围并适当调增年度预算总额:

- (1) 基层定点医疗机构增加的“高血压、糖尿病、慢性阻

塞性肺疾病”等慢性病门诊医疗资源配置；

(2) 县(市)区级定点医疗机构增加的医保基层病种相关住院医疗资源配置；

(3) 省市三级定点医疗机构，增加对患者流失到外省的比例偏高的病种、体现本院学科特色的病种等符合功能定位的医疗资源配置。

## 五、组织实施

(一) 加强组织领导。切实加强领导、落实责任、各司其职、协同推进。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；医保经办机构负责编制全市定点医药机构年度配置计划，并根据规划确定的原则和任务，科学制定评估工作计划，确保新增定点评估工作平稳有序开展；数据技术中心负责推动定点医药机构资源布局可视化，强化数据支撑、动态监测与可视化决策能力。

(二) 公开择优定点。在合理布局的基础上，本着公开、公平、公正的原则，鼓励定点医药机构在质量、价格、服务等方面进行竞争。医保经办机构根据参保人就医需求，结合定点医药机构协议管理情况，组织开展定点受理和评估，择优定点。

### (三) 促进健康发展

1. 提升定点服务水平。及时向社会公布医保定点医药机构发展规划，增强规划的指导性作用，合理引导社会预期，加强政策

宣传和解读，简化优化医药机构定点申请、受理、专业评估等程序，不断提高定点服务水平。

2. 加强医保协议管理。进一步强化医保经办机构与定点医药机构协议管理，努力营造公开透明的市场环境，鼓励和引导各级各类医药机构公平参与竞争，推动定点医药机构医保精细化管理，加大稽核稽查力度，对存在违法违规行为的坚决按规定予以退出定点，建立进出有序的定点医药机构动态管理机制。

3. 建立动态调整机制。结合“十五五”规划情况、年度基金运行情况和定点医药机构进出情况，依托医保信息平台，动态监测人员流向、病种分布、人口和发展趋势等每年动态调整规划。

(四) 加强部门协同。各级医保部门要加强与卫生健康、市场监管、发展改革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，不断提升医保定点管理精细化、科学化水平。

## 六、其他

本规划自发布之日起施行，有效期三年。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：福州市医疗保障定点资源配置规则

## 附件

# 福州市医疗保障定点资源配置规则

## 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定点医疗机构、定点零售药店两类进行资源配置规划，其中定点医疗机构含住院类定点医疗机构、门诊类定点医疗机构。

住院类定点医疗机构指有住院功能的定点医疗机构，门诊类定点医疗机构主要指门诊部、社区卫生服务站（村卫生室）、诊所等不含有住院功能的定点医疗机构。

### （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（2028年末）的预期规划量。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）定点医疗机构规划总量

#### 1. 全市和各县区医保住院床位规划总量

以定点医疗机构床位数作为配置标准，分别计算全市及各县区内床位实际值、测算值、目标值。通过对全市实际值、测算值、目标值的对比分析，并结合医保基金运行情况明确进行优化增量或优化存量，当需要优化增量时对各县区实际值与测算值进行对比分析，明确增设县区、床位数和定点医疗机构等级。

（1）实际值：分别测算全市和各县区内实际床位供给量，定点三级医疗机构床位供给按县区人员流入比例分配至该县区。

各县区内床位实际值=可获得的定点三级医疗机构床位数+定点二级医疗机构床位数+定点一级及以下医疗机构床位数

定点三级医疗机构分配至该县区的床位=该三级医疗机构总床位数\*（该县区参保人员在该医疗机构住院人次/福州参保人员在该医疗机构总住院人次）

福州参保人员：按照规划编制时上一年总参保人数（含省本级统筹区参保人）确定，其中省本级统筹区参保人归属地为主城区。

（2）测算值：以各县区参保人口为基数，综合考虑各年龄段住院率、各年龄段平均住院天数、病床使用率、患者调节系数等因素，计算各县区床位需求数。

各县区床位测算值= $[\sum(\text{各年龄段平均住院率} * \text{县区内各年龄段参保人数} * \text{各年龄段平均住院天数}) / (\text{病床使用率} * 365)] *$

## 患者调节系数

平均住院率=平均住院次数/参保人数

各年龄段参保人数：按照规划编制时上一年各年龄段（14岁（含）以内、15-64岁、65岁及以上）平均参保人数确定。

住院患者调节系数=（本县区参保人在本地定点医疗机构住院人次-本县区参保人在其他县区定点医疗机构住院人次+其它县区参保人在本地定点医疗机构住院人次+异地参保人员在本地定点医疗机构住院人次）/本县区参保人在本地定点医疗机构住院人次。

本县区参保人在本地定点医疗机构住院人次含本县区参保人在定点三级医疗机构住院人次

（3）目标值：参考“十四五”规划中对于千人均床位的设定标准设定每1000名参保人6.3张床位，具体公式如下：

各县区目标床位数=县区内参保人数\*6.3/1000

（4）分老年、精神、中医、康复、儿科、眼科等专科分析全市床位供需情况。

各县区各专科床位实际值=各县区可获得的定点三级医疗机构该专科床位数+定点二级医疗机构该专科床位数+定点一级及以下医疗机构该专科床位数

定点三级医疗机构分配至该县区的各专科床位=该定点三级医疗机构该专科总床位数\*（该县区参保人员在该定点医疗机

构住院人次/福州参保人员在該定点医疗机构总住院人次)

各县区各专科床位测算值=(各县区该专科住院次数\*全市该专科平均住院天数)/(全市病床使用率\*365)

通过对比各专科床位测算值与实际值的差额,分析该专科住院床位供需情况,对缺口大的定点专科医疗机构予以增设并引导存量定点医疗机构向缺口转型。

## 2. 全市和各街道(乡镇)医保医师规划总量

以医保医师数作为配置标准分别计算区域内医师实际值、测算值、目标值,通过对全市实际值、测算值、目标值的对比分析,并结合基金运行情况明确进行优化增量或优化存量,当需要优化增量时对各街道(乡镇)实际值与测算值进行对比分析,明确增设区域、医保医师数和定点医疗机构等级。

(1) 实际值:分别测算全市和各街道(乡镇)实际医师供给量,定点三级医疗机构医师供给按县区人员流入比例分配至该县区,县区定点三级、二级医疗机构医师供给按街道(乡镇)人口占比分配至街道(乡镇)。

各街道(乡镇)医师实际值=(所在县区可获得定点三级医疗机构医师总数+定点二级医疗机构医师总数)\*〔该街道(乡镇)人口/该县区人口〕+该街道(乡镇)内定点一级及以下医疗机构医师数

各县区可获得的定点三级医疗机构医师=该定点三级医疗

机构总医师\*〔该县区人员在该定点医疗机构的门诊就诊人次/福州参保人员在该定点医疗机构总门诊就诊人次〕

福州参保人员：按照规划编制时上一年总参保人数（含省本级统筹区参保人）确定，其中省本级统筹区参保人归属地为主城区。

（2）测算值：综合职工和城乡居民门诊就诊率、全市医师年人均接诊次数、患者调节系数等因素，计算街道（乡镇）医师需求。

街道（乡镇）医师测算值=县区医师测算总数\*〔该街道（乡镇）人口/该县区人口〕

县区医师测算总数= $\Sigma$ （职工各年龄段平均门诊就诊率\*县区各年龄段参保人数+城乡居民各年龄段平均门诊就诊率\*县区各年龄段参保人数）/（全市医师年人均接诊次数）\*患者调节系数

门诊就诊率=门诊就诊次数/参保人数

全市医师年人均接诊次数=年度总门诊就诊次数/总医师数

各年龄段参保人数：按照规划编制时上一年各年龄段（14岁（含）以内、15-64岁、65岁及以上）平均参保人数确定

门诊患者调节系数=（本县区参保人在本地定点医疗机构门诊就医人次-本县区参保人在其他区域定点医疗机构门诊就医人次+其它县区参保人在本地定点医疗机构门诊就医人次+异地

参保人员在本地定点医疗机构门诊就医人次)/本县区参保人员在本地定点医疗机构门诊就医人次

本县区参保人员在本地定点医疗机构门诊就医人次含本县区参保人员在定点三级医疗机构就医人次

### (3) 目标值

参考“十四五”规划中对于千人均医师的设定标准设定每1000名参保人3.8名医师，具体公式如下：

全市医保门诊医师数目标值=全市参保人口数\*3.8/1000

### (4) 分中医、康复、儿童等专科分析全市医师供需情况

各县区各专科医师实际值=各县区可获得的定点三级医疗机构该专科医师数+定点二级机构该专科医师数+定点一级及以下机构该专科医师数

定点三级医疗机构分配至该县区的各专科医师数=定点三级机构该专科总医师数\*(该县区参保人员在该定点医疗机构门诊人次/福州参保人员在该定点医疗机构总门诊人次)

各县区各专科医师测算值=各县区该专科门诊次数/全市该专科类型医师年人均接诊次数

通过对比各专科医师测算值与实际值的差额，分析该专科门诊医师供需情况，支持缺口大的专科医疗机构增设并引导存量机构向其转型。

## (二) 全市和各区域定点零售药店规划总量

### 1. 定点零售药店

全市定点零售药店规划参照“15分钟医保服务圈”要求，设置服务半径为800米，由于从二环到环外的人口聚集度和密度不同，因此采用二环内路网距离800米、三环内路网距离1000米、三环外路网距离1200米作为医保定点服务设施的服务距离，未覆盖区域内参保人口超过5000人可增设1所药店；为保证乡村居民购药需求，无定点零售药店的乡镇于乡镇中心增设一所定点零售药店。

### 2. “双通道”定点药店

根据《福建省医疗保障转发国家医保局办公室关于开展基本医保定点医药机构资源配置规划试点工作的通知》（闽医保规财函〔2025〕87号）的要求，在无“双通道”定点药店的县（区）予以配置1家“双通道”定点药店。

## 三、年度计划量配置规则

### （一）年度医保住院床位计划量

各县区年度医保住院床位计划量=（该县区医保住院床位测算需求量-该县区医保住院床位实际供应量）×年度分配系数

年度分配系数≤1，根据该县区住院床位测算需求量、实际供应量、当年符合卫生健康规划拟投用床位量等综合确定。

### （二）年度门诊类定点医疗机构计划量

各街道（乡镇）年度医保门诊医师计划量=〔该街道（乡镇）

医保门诊医师测算需求量-该街道（乡镇）医保门诊医师实际供应量〕×年度分配系数

年度分配系数原则上≤0.5，具体根据全市和各县区实际情况确定。

### （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

年度分配系数原则上≤0.5，具体根据全市和县区实际情况确定。

## 四、支持高质量发展配置规则

规划期内分批选取医保基金支出较多的15种基层病种及5种的外流病种作为支持发展的病种。（首批支持发展的病种详见附件）

附件：首批支持发展的病种

## 附件

### 首批支持发展的病种

#### 一、基层病种

1. 颈腰背部疾病的保守治疗
2. 高血压病的住院治疗
3. 糖尿病的住院治疗
4. 慢性气道阻塞病的住院治疗
5. 神经系统退行性疾病、先天病变等的住院内科治疗
6. 阑尾炎的手术治疗
7. 骨科固定装置去除/修正术
8. 尿路结石、阻塞及尿道狭窄的内科保守治疗
9. 女性生殖系统其他疾病的保守治疗
10. 百日咳及急性支气管炎的住院治疗
11. 除前臂、腕、手足外的四肢软组织及骨骼损伤住院保守治疗
12. 急性胆道疾病的住院保守治疗
13. 各种类型白内障的保守治疗（未行手术）
14. 肾及尿路感染的内科治疗
15. 消化性溃疡的住院内科治疗

#### 二、疑难病种

1. 严重心脏瓣膜疾病的手术或介入治疗

2. 严重心律失常的射频消融手术
3. 神经系统疾病的介入治疗
4. 胰腺疾病的外科手术或分流介入治疗手术
5. 结直肠恶性肿瘤的大手术治疗