

关于印发沈阳市医疗保障定点医药机构 服务资源配置规划（2025-2027年） 的通知的政策解读

2025年7月2日

目录

第一部分

出台背景

第二部分

出台目的

第三部分

政策内容

第四部分

政策实施时间

第一部分

出台背景

一、出台背景



“十四五”期间基本情况

“十四五”期间，我市医保定点医药机构数量增长近三成，但参保人数增长不到百分之五，每千常住人口医疗机构床位数（以下简称“千人床位数”），远超国家、省、市规划指标。



医疗机构当前情况

对标国家三级、二级、一级医疗机构床位数6：2：2的配置标准，以及结合参保群众异地就医、医保基金支付能力等因素需要的千人床位数标准，我市定点医疗机构实际医保床位数已超目标值，医保主城区三级医疗机构床位数更是远超目标值。定点医疗机构区域分布不均，职工门诊统筹定点医疗机构突增，定点零售药店布局紧密、饱和过度。

一、出台背景



医药服务资源规划的必要性

我市定点医药服务资源分布不均衡、等级配置结构不合理、与参保人员增幅不匹配等情况日益凸显，定点医疗机构床位使用率低，医保基金战略性购买、价值购买作用发挥不够等问题亟待解决。站位增进沈阳民生福祉，推进定点医药服务资源优化配置，迫在眉睫、势在必行。



背景总结

为深入贯彻落实人民健康优先发展战略，充分发挥医保战略性购买作用，进一步推动医药服务供给侧改革，促进定点医药服务资源优化配置，不断提升医疗保障基金使用效率，有效满足参保群众基本医保服务需求，依据国家医疗保障局《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）、辽宁省医疗保障局《转发国家医疗保障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》，结合我市实际，拟制了我市医疗保障定点医药机构服务资源配置规划（2025-2027年）。

第二部分

出台目的

二、出台目的

为规范定点医药机构良性发展，引导定点医药机构合理布局，保障百姓就医购药安全，防止定点医药机构无序增长导致行业恶性竞争，促进定点医药服务资源优化配置，保证医保基金可持续发展，有效满足参保群众基本医保服务需求，结合我市实际，出台我市医疗保障定点医药机构资源配置规划（2025-2027年）。



第三部分

政策内容

➤ 强化源头管理，
把好“准入关”

➤ 实施动态管理，
把好“考核关”

➤ 健全风险防控，
把好“安全关”

三、政策内容

（一）强化源头管理，把好“准入关”

- 一是规划总量。在摸清底数基础上，结合区域卫生规划，充分评估全市参保人医药服务需求，细化资源规划存量管理和增量规划，形成规划配置最优目标。医保床位实行调剂管理，原则上三年内暂不再增加医保床位总数，合理调剂各区域、各等级医疗机构床位数量。定点零售药店调剂不高于现有存量的85%，职工医保门诊统筹处方流转定点药店调剂不高于现有存量的60%，提升定点零售药店专业服务能力。

三、政策内容

（一）强化源头管理，把好“准入关”

- 二是构建“15分钟医保服务圈”。新增定点医疗机构或定点零售药店以满足“15分钟医保服务圈”（半径800米）内没有同医保服务类型的定点医疗机构或定点零售药店为前提。
- 三是住院定点医疗机构配置。依据千人床位数等指标，统筹确定各行政区域年度住院定点医疗机构总量。医保定点区域（医保主城区、医保城郊区同时考虑整体计算结果和各自行政区分别计算结果，医保县市区按各自行政区分别计算，下同）千人床位数高于医保需要的千人床位数或高于沈阳区域卫生规划千人床位数时，次年新增住院定点医疗机构，原则上按照当年医保床位释放量的50%择优纳入。

三、政策内容

（一）强化源头管理，把好“准入关”

- 医保定点区域千人床位数不高于医保需要的千人床位数且不高于沈阳区域卫生规划千人床位数时，综合考虑现有住院定点医疗机构等级和专科类别分布现状，次年新增住院定点医疗机构，在不突破前置条件下择优纳入。

根据医保定点资源配置规划总体要求，透析、康复、精神、中医类床位及口腔类牙椅单独管理，促进均衡布局。

三、政策内容

（一）强化源头管理，把好“准入关”

- 四是门诊统筹定点医疗机构配置。结合定点医疗机构资源集聚度与人口集聚度差值指标等，确定各行政区域年度门诊统筹定点医疗机构总量。医保定点区域机构资源集聚度与人口集聚度差值为正值，次年新增门诊统筹定点机构，原则上按照当年门诊统筹定点释放量的50%择优纳入。医保定点区域机构资源集聚度与人口集聚度差值为等值或负值，次年新增门诊统筹定点机构，原则上按照当年门诊统筹定点释放量的100%择优纳入。

三、政策内容

（一）强化源头管理，把好“准入关”

- 五是个人账户定点医疗机构、定点零售药店配置。全面实施总量控制、动态调整、择优纳入，新增个人账户定点医疗机构及定点零售药店，在不突破前置条件下择优纳入。

三、政策内容

（二）实施动态管理，把好“考核关”

一是建立定点试运行管理机制。实行新增定点医疗机构试运行管理，为期1年，前6个月为政策辅导期。试运行期间，执行年度医保协议，实施考核评价管理。考核评价内容另行制定。

政策辅导期内，原则上不开通异地就医服务。期间，发现违规违约违法情形，情节较轻的，政策辅导期再延长6个月；情节严重的，按照相关规定或协议约定处理，直至解除医保协议。

三、政策内容

（二）实施动态管理，把好“考核关”

定点医疗机构试运行期满前1个月向医保经办机构申请，医保经办机构组织对定点医疗机构进行考核评价，考核评价结果分为合格和不合格。合格的续签医保协议，不合格的延期1年评审，延期期限内不予签订医保协议。

二是定点动态管理。优化完善定点医药机构考核管理办法，依据年度考核评分结果，实行分级分类末位惩戒。通过优胜劣汰引导定点医药机构建立自我管理和自我约束的良性运作机制。

三、政策内容

（三）健全风险防控，把好“安全关”

- 一是设置优先纳入定点医疗机构原则。列入政府重点建设项目的医疗机构、公立社区卫生服务中心及医养结合机构的内设医疗机构，同等条件优先纳入。一体化村卫生室、高等院校内设医疗机构不受本规划限制，符合条件的，原则上全部纳入定点准入范围。

三、政策内容

（三）健全风险防控，把好“安全关”

二是设置不予纳入定点医疗机构原则。除有关法律法规规章和政策协议规定外，人员、科室、医疗设备、信息系统等未满足对应等级医疗机构设置条件的，安全设施、残障设施、老年化设施等基础条件不符合行业管理规范的，无法实现全量数据传输至医保信息平台功能和使用药品耗材追溯码功能的，不纳入定点准入范围。

三、政策内容

（三）健全风险防控，把好“安全关”

三是设置纳入定点医药机构红线。定点医药机构资源规划的执行与医保基金运行情况相适应，遇有上年度医保基金出现当期赤字、预计本年度可能存在当期收不抵支风险、收到上级医保部门基金运行预警函等情形，在相关情况未得到改善前，原则上暂停新增定点医药机构。

第四部分

政策实施时间

自2025年7月1日起施行

实施过程中，国家、省有新政策规定的，按新政策执行。