

济源产城融合示范区
基本医保定点医药机构资源配置
实施方案（2026-2028 年）
（征求意见稿）

二〇二六年六月

前言

基本医保定点医药机构是医保制度运行和基金支付的重要载体，是参保人员就医购药的核心服务终端，其数量、结构与布局，直接关系医保服务的可及性与基金安全，直接影响人民群众的健康福祉和医保制度的可持续发展。开展医保定点医药机构资源配置规划，是落实国家和省级政策部署、统筹人口健康需求与基金承载能力、促进医疗服务供给与保障能力协调发展的重要举措，对于构建布局合理、结构优化、运行高效的医保定点医药服务体系，更好保障人民群众健康权益具有重要意义。

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）和《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）等政策规定，结合济源示范区实际情况，制定本实施方案。

目录

一、实施背景.....	1
(一) 经济社会发展基本情况.....	1
(二) 医疗卫生资源基本情况.....	1
(三) 医疗卫生服务基本情况.....	3
(四) 基本医保基本情况.....	4
(五) 基本医保定点医药机构基本情况.....	6
(六) 基本医保定点零售药店空间分布.....	8
二、存在的问题.....	11
(一) 居民医保基金结余偏低, 抗风险能力不足	11
(二) 异地就医支出增长, 资金外流严重.....	12
(三) 定点医疗资源缩减, 基层覆盖能力下降... ..	12
(四) 定点零售药店连锁率下降, 管理难度增加	13
三、基本原则.....	13
(一) 坚持以人民为中心原则.....	13
(二) 坚持需求导向原则.....	13
(三) 坚持协同发展原则.....	14
四、规划任务.....	15
(一) 住院定点医疗机构.....	15
(二) 门诊类定点医疗机构.....	16

(三) 定点零售药店.....	16
(四) 其他.....	17
五、配置标准.....	17
(一) 定点医疗机构.....	17
1、定点住院医疗机构配置总量.....	17
2、定点门诊医疗机构配置总量.....	20
(二) 定点零售药店.....	21
六、组织实施.....	22
(一) 强化组织协同与部门联动.....	22
(二) 优化准入条件与退出机制.....	23
(三) 健全绩效评估与动态调整机制.....	23
(四) 积极做好政策宣传与舆论引导.....	24
附件 1: 测算说明.....	25
附件 2: 同级医院测算标准.....	29
附件 3: 医保定点医药机构评估指标体系构建.....	31
附件 4: 医养结合资源配置.....	39

一、实施背景

（一）经济社会发展基本情况

济源示范区行政区划面积 1898.73 平方公里，其中城区面积 78 平方公里。2021-2025 年初，济源示范区常住人口从 73 万减少至 72.3 万人。从年龄结构看，人口老龄化趋势明显，其中 65 岁以上人口占比从 13.2% 上升至 14.4%，老龄人口规模扩大、占比持续攀升，对医疗保障、慢性病药品供应及健康管理服务提出了更高要求。

在城镇化方面，从 2021 年城镇化率 68.17% 提高至 2024 年末的 70%，2024 年末济源常住人口城镇化率比上年末提高 0.93 个百分点，在全省 18 个地市中位居前列。济源示范区立足全国唯一全域规划建设国家产城融合示范区、河南唯一全域规划建设的城乡一体化示范区，扎实推进乡村全面振兴和城乡融合发展。人均 GDP、农村居民人均可支配收入均居全省第二位，常住人口城镇化率 70%，城乡收入比 1.61:1，共同富裕水平全省第二，农业农村现代化水平全省第一。均衡的城乡发展格局，为医保定点零售药店的合理配置提供了坚实的购买力支撑和均等化的服务基础。

（二）医疗卫生资源基本情况

机构数量持续精简，层级结构明显优化。2021 年至 2025 年初，全区医疗卫生机构总数从 758 家减少至 718 家，净减

40家。其中，医院总数由19家调整为17家，三级医院由1家增至2家，二级医院由8家增至10家，一级医院由10家减少至5家；基层医疗卫生机构由739家减少至701家。机构总量呈下降态势，但三级、二级医院数量增加，一级医院和基层机构数量相应减少，反映出医疗资源向更高层级集中的整合趋势。

人员配置持续增强，医护比略有提升。同期，全区医疗卫生机构人员总数从7,150人增至8,065人，增长12.8%。其中，执业（助理）医师从2,437人增至2,924人，增长20.0%；注册护士从2,490人增至3,053人，增长22.6%。护士增幅略高于医师，医护比从1:1.02升至1:1.04，护理配置水平有所改善。

床位资源向两端集中，一级医院床位大幅收缩。编制床位总数从3,602张增至4,234张，增加632张；实有床位总数从4,663张减至4,586张，减少77张。结构上，三级医院编制床位从800张增至1,250张，实有床位从1,000张增至1,247张；二级医院编制床位从1,643张增至2,061张，实有床位从1,923张增至2,014张；一级医院编制床位从579张降至285张，实有床位从867张降至291张；基层卫生机构编制床位从580张增至638张，实有床位从867张增至1,034张。床位资源向三级、二级医院和基层机构“两端”集中，一级医院床位数有所减少。

床位使用率普遍下降，基层卫生机构逆势上升。全区平均床位使用率由 81.05% 降至 65.3%，下降 15.75 个百分点。分级别看，三级医院床位使用率由 91.70% 降至 68.60%，下降 23.10 个百分点；二级医院由 88.84% 降至 68.18%，下降 20.66 个百分点；一级医院由 81.80% 降至 52.81%，下降 28.99 个百分点。基层卫生机构床位使用率由 50.40% 升至 58.11%，上升 7.71 个百分点。

（三）医疗卫生服务基本情况

诊疗服务量持续增长，基层机构贡献突出。2021 年至 2025 年，全区总诊疗人次从 506.96 万人次增至 604.15 万人次，增长 19.2%。其中，医院诊疗人次从 222.19 万人次增至 282.74 万人次，增长 27.2%；三级医院诊疗人次从 73.43 万人次增至 130.45 万人次，增长 77.6%；二级医院从 115.01 万人次增至 134.11 万人次，增长 16.6%；一级医院从 33.75 万人次减少至 18.17 万人次，下降 46.2%。同期，基层医疗卫生机构诊疗人次从 284.76 万人次增至 321.42 万人次，增长 12.9%，占全区总诊疗人次的比例保持在 53% 左右。诊疗服务重心呈现向三级医院和基层机构“两端”集中的趋势，一级医院诊疗量明显收缩。

住院服务量稳步增加，基层入院人次增速较快。全区总入院人次从 10.73 万人次增至 12.29 万人次，增长 14.5%。其中，医院入院人次从 9.13 万人次增至 9.97 万人次，增长 9.2%。

三级医院入院人次从 3.72 万人次增至 4.68 万人次，增长 25.8%；二级医院从 4.16 万人次增至 4.75 万人次，增长 14.2%；一级医院从 1.26 万人次减少至 0.54 万人次，下降 57.1%。基层医疗卫生机构入院人次从 1.60 万人次增至 2.32 万人次，增长 45.0%，增速远高于医院总体水平。一级医院住院服务量大幅下滑，基层机构住院服务能力显著增强。

平均住院日总体缩短，各级机构降幅不一。全区平均住院日从 9.9 天下降至 8.29 天，缩短 1.61 天。其中，医院平均住院日从 10.4 天降至 8.54 天，缩短 1.86 天；三级医院从 7.5 天降至 6.59 天，缩短 0.91 天；二级医院从 10.3 天微降至 10.25 天，基本持平；一级医院从 19.4 天大幅降至 10.46 天，缩短 8.94 天；基层医疗卫生机构从 7.1 天增至 7.26 天，略有上升。一级医院平均住院日降幅最大，但仍高于三级、二级医院；基层机构平均住院日略有延长。

（四）基本医保基本情况

参保人数总体稳定，结构持续优化。2021 年至 2025 年，全区参保总人数由 69.27 万人波动增长至 67.60 万人，总体保持稳定。其中，职工医保参保人数从 18.15 万人增至 21.46 万人，增长 18.2%，退休人员从 4.46 万人增至 5.16 万人，增长 15.7%；居民医保参保人数从 51.12 万人降至 46.13 万人，下降 9.8%，其中 60 岁以上参保居民从 12.00 万人增至 13.25 万人，增长 10.4%。参保结构呈现职工医保占比上升、居民

医保占比下降的趋势，老龄化背景下老年参保群体规模持续扩大。

基金收支平稳增长，职工医保累计结余增加。全区统筹基金收入从 8.35 亿元增至 12.17 亿元，增长 45.7%；统筹基金支出从 8.80 亿元降至 8.68 亿元，略有下降。分险种看，职工医保基金收入从 4.01 亿元增至 7.12 亿元，增长 77.6%；支出从 4.37 亿元降至 4.05 亿元，下降 7.3%，当期结余由负转正并持续扩大。居民医保基金收入从 4.34 亿元增至 5.04 亿元，增长 16.1%；支出从 4.43 亿元增至 4.63 亿元，增长 4.5%，收支基本平衡。基金运行总体稳健，职工医保保障能力明显增强。

医药费用结构变化，门诊费用占比提升。职工医保医药总费用从 4.95 亿元增至 6.00 亿元，增长 21.2%。其中，住院费用从 3.38 亿元增至 3.43 亿元，基本持平；普通门诊费用从 0.82 亿元增至 1.67 亿元，增长 103.7%；门特门慢费用从 0.74 亿元增至 0.90 亿元，增长 21.2%。居民医保医药总费用从 8.77 亿元增至 9.11 亿元，增长 3.9%。其中，住院费用从 6.77 亿元降至 6.15 亿元，下降 9.2%；普通门诊费用从 0.81 亿元增至 1.33 亿元，增长 64.2%；门特门慢费用从 1.19 亿元增至 1.63 亿元，增长 36.6%。医药费用结构呈现住院费用占比下降、门诊费用快速上升的特点。

基层住院人次增长，异地就医基金支出快速增长。职工

医保出院人次从 2.90 万增至 3.82 万，增长 31.7%；居民医保出院人次从 7.39 万增至 8.89 万，增长 20.3%。2023 年达到峰值后略有回落。从统筹基金住院支出看，职工医保住院基金支出从 2.09 亿元增至 2.27 亿元，增长 8.6%；居民医保住院基金支出从 3.60 亿元降至 3.25 亿元，下降 9.7%。职工医保异地就医基金支出从 0.79 亿元增至 1.38 亿元，增长 74.7%，其中住院支出占 86.6%；居民医保异地就医基金支出从 0.70 亿元增至 1.17 亿元，增长 67.6%，其中住院支出占 96.2%。异地就医基金支出增速显著高于本地基金支出，反映参保人员跨区域就医需求持续释放。

（五）基本医保定点医药机构基本情况

从 2021 年至 2025 年末，全示范区定点医药机构总体呈现医疗机构收缩、零售药店扩张的态势。定点医疗机构总数由 635 个降至 568 个，净减 67 个，2025 年定点医疗机构三级 2 家、二级 11 家、一级 16 家、未定级 539 家，定点住院统筹医疗机构资质的共 29 家（涵盖全部三级、二级及一级机构）；定点医疗机构床位数由 4359 张降至 4011 张，2025 年三级、二级、一级分别拥有 1250 张、2011 张、750 张。零售药店总数由 302 个增至 321 个，净增 19 个，其中连锁药店由 204 个降至 177 个，单体药店由 98 个增至 144 个，“双通道”药店由 11 个降至 8 个。基层未定级医疗机构持续整合，住院服务资源保持集中稳定；药店市场呈现单体崛起、

连锁收缩的明显分化，而“双通道”药店在总量增长背景下反而减少，总体表明医保定点资源配置正朝着住院服务集中化、药店结构分化与高价值服务点优化的方向发展。

2025年济源市常住人口72.30万人，参保总人口675983人，职工医保参保人数214644人，居民参保人数461339人。截至2025年末，济源示范区每千参保人口拥有定点医疗机构0.84家，定点住院医疗机构0.04家；每千参保人口拥有定点零售药店0.48家。分参保类型看，每千职工参保人拥有定点医疗机构2.65家、定点住院0.14家、定点零售药店1.50家。每千居民参保人拥有定点医疗机构1.23家、定点住院0.06家、定点零售药店0.70家（见表1）。

表1 济源示范区2025年每千参保人口机构数

指标类型	每千参保 人口机构数	每千职工 参保人口机构数	每千居民 参保人口机构数
定点医疗机构 (家/千人)	0.84	2.65	1.23
定点住院医疗机构 (家/千人)	0.04	0.14	0.06
定点零售药店 (家/千人)	0.48	1.50	0.70

济源示范区2025年每千常住人口编制床位数为5.55张，其中二级床位2.78张、三级1.73张、一级及以下1.04张。每千参保人口床位数5.93张，分参保类型看，职工参保人群每千人口床位数高达18.69张，每千居民参保人口医保购买

床位数 8.70 张（见表 2）。

表 2 济源示范区 2025 年每千参保人口编制床位数数

指标类型	每千常住人口 床位数	每千参保人口 床位数	每千职工 参保人口 床位数	每千居民 参保人口 床位数
总数	5.55	5.93	18.69	8.70
三级	1.73	1.85	5.82	2.71
二级	2.78	2.97	9.37	4.36
一级	1.04	1.11	3.49	1.63

（六）基本医保定点零售药店空间分布

对济源示范区 2025 年定点零售药店的空间分布进行分析，可以发现全区药店空间分布整体呈现出“城区多、农村少”的不均衡格局。热点区和次热点区主要集中在中部城区一带，药店数量多、分布密集，居民就近购药较为便利，基本实现了城区范围内的有效覆盖；而冷点区和次冷点区则主要分布在东西两端的乡镇和偏远农村，药店数量稀少，部分区域甚至存在服务盲区，当地群众购药距离远、可及性较差。过渡区药店分布相对均衡，处于中间水平。总体而言，城区药店已较为饱和，而农村偏远地区药店配置明显不足，城乡之间差距较大。下一步应重点在冷点区域补齐短板，提升农村群众购药的便利性。

该冷热点分析图直观地反映了济源示范区零售药店在空间分布上的冷热两极分化态势。医保资源配置规划中，热

点区应重点优化存量，适度调控新增，引导药店合理布点，避免因过度集中引发低效竞争；冷点区和次冷点区则应加大资源投放力度，填补服务盲区和薄弱区域，切实提升偏远地区参保人员购药可及性。通过分类施策、精准布局，推动全区零售药店资源配置逐步走向均衡、优化、科学。

同样的点密度分析图和核密度分析图均显示，药店分布高度集中在城区核心地带。点密度图中，高值区域（最高达138931）仅出现在中部城区，向周边迅速衰减至0，表明城区药店数量密集、单点集聚程度极高。核密度图则进一步将这种集聚细化为五个等级，最深色区域（66186—82732）同样局限于城区，向外逐级递减，至乡镇和农村地区密度值迅速降至最低等级。两张图共同揭示出药店资源“城区高度集聚、农村近乎空白”的极端不均衡状态，城乡之间的可及性差距非常突出。

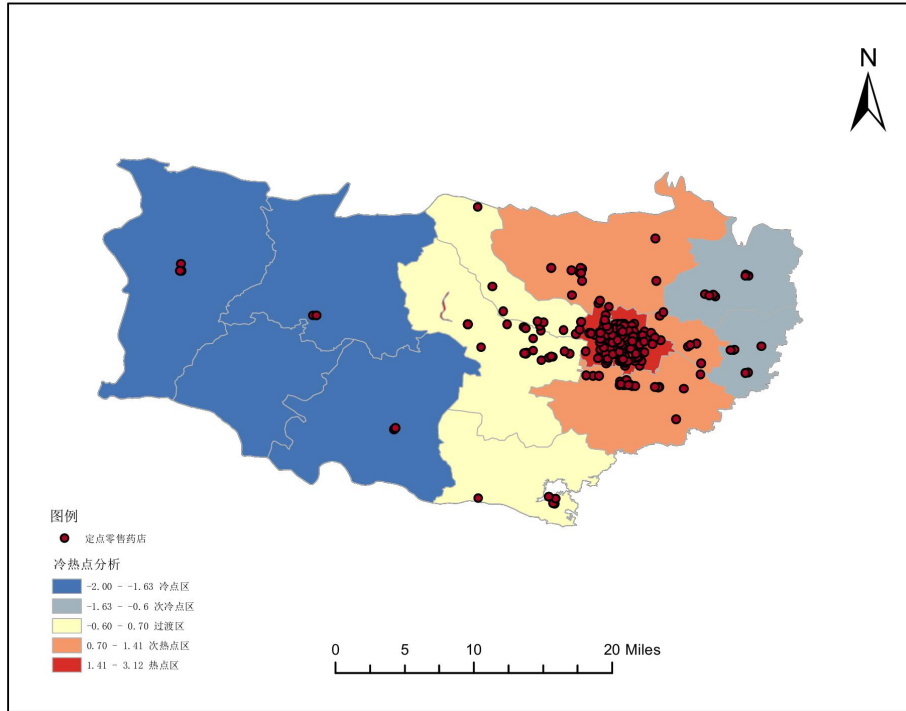


图 1 济源示范区零售药店冷热点分析

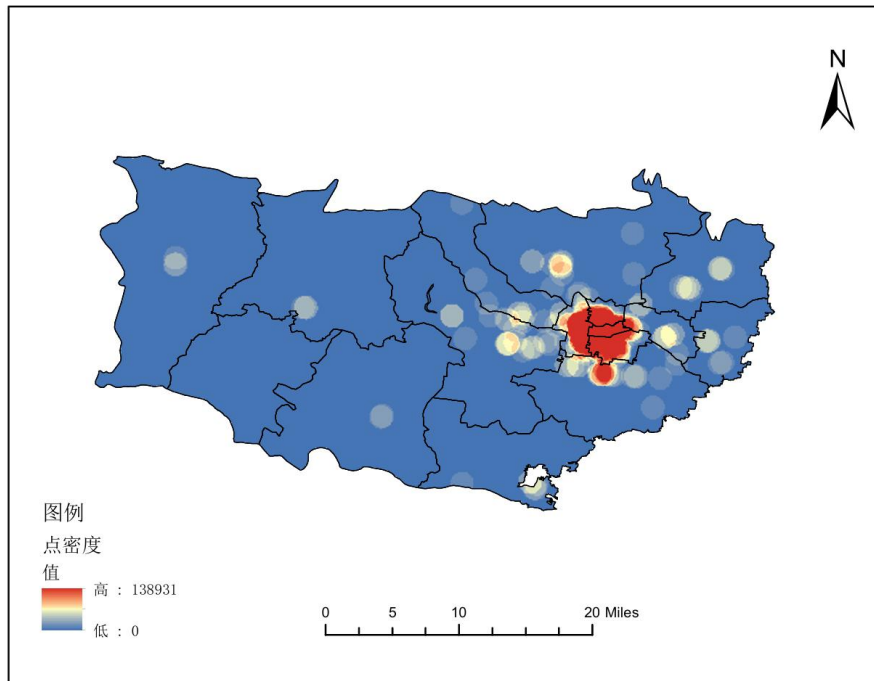


图 2 济源示范区零售药店点密度分析

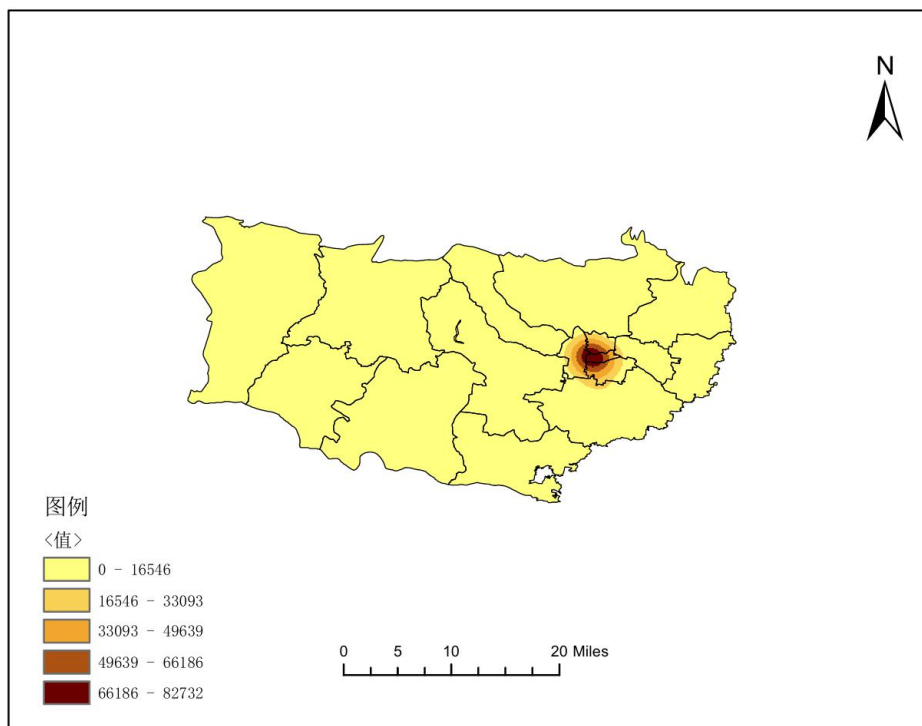


图 3 济源示范区零售药店核密度分析

二、存在的问题

（一）居民医保基金结余偏低，抗风险能力不足

据医保局统计，2025 年居民医保参保人数同比下降约 1.58%，居民医保 2025 年当期结余仅 0.42 亿元，结余率为 8.3%，2025 年居民医保基金累计结存可支付月数仅为 5.3 个月，已低于河南省规定的 9 个月安全线。2025 年居民医保基金支出同比增长 2.7%，医保基金收入同比增长 2.5%，支出增幅高于收入增幅 0.2 个百分点。当前基金运行呈现“参保人数下降、支出增速高于收入、结余水平偏低”的态势。若此趋势延续，未来将面临当期收不抵支的赤字风险，需引起高度重视并及早采取应对措施。

（二）异地就医支出增长，资金外流严重

职工医保异地就医基金支出从 0.79 亿元增至 1.38 亿元，增长 74.7%，占职工医保统筹基金支出的比例从 18.1% 升至 34.1%；居民医保异地就医基金支出从 0.70 亿元增至 1.17 亿元，增长 67.6%，占居民医保统筹基金支出的比例从 15.8% 升至 25.3%。总体来看，两类医保异地就医支出均呈现较快增长态势，支出占比持续攀升。大量医保基金流向区域外医疗机构，不仅削弱了对本地医疗服务体系的资金支撑能力，也进一步加剧了本地医疗机构运行困难。对此，应高度重视异地就医基金外流趋势，统筹推进分级诊疗与区域医疗能力建设，切实保障本地医保基金可持续运行和医疗服务体系稳定发展。

（三）定点医疗资源缩减，基层覆盖能力下降

全市定点医疗机构总数由 635 个降至 568 个，净减少 67 个。其中，住院定点医疗机构总数保持稳定，未定级医疗机构由 606 家减少至 539 家，是医疗机构总数下降的主要因素。同期，定点医疗机构床位总数由 4359 张减少至 4011 张，净减 348 张。分级别看，三级定点医疗机构床位数未发生变化；二级定点医疗机构床位数由 2089 张减少至 2011 张，净减 78 张；一级定点医疗机构床位数由 1020 张减少至 750 张，净减 270 张。总体而言，医疗机构呈现总量收缩、未定级机构明显减少、床位资源向高级别医院集中的态势，一级及以下

医疗机构床位缩减较为突出。

（四）定点零售药店连锁率下降，管理难度增加

定点零售药店总数从 302 个增至 321 个，净增 19 个，但连锁药店从 204 个降至 177 个，减少 27 个，连锁率从 67.5% 降至 55.1%；单体药店从 98 个增至 144 个，增加 46 个。连锁率下降、单体药店增多，可能带来服务规范性差异大、药品质量管控难度增加、医保基金监管风险上升等问题，不利于行业集约化、标准化发展。

三、基本原则

（一）坚持以人民为中心原则

习近平总书记强调：“人民健康是社会主义现代化的重要标志。”，面对经济社会持续发展和人口结构变化的新形势，必须主动适应居民日益增长且更加多元化的健康需求，紧紧抓住卫生健康服务发展不平衡、不充分这一主要矛盾。要坚持有效市场与有为政府相结合，遵循尽力而为、量力而行的原则，做到先立后破、不立不破，持续夯实中国特色基本医疗卫生制度的根基。要在缩小城乡、区域、人群之间服务差距上全面发力，始终坚持以人民健康为中心，着力引导定点医药机构资源科学配置、结构优化，不断筑牢全方位、全周期保障人民生命健康的防线。

（二）坚持需求导向原则

制定医保定点资源配置规划，必须立足不同地区的经济

发展水平、人口规模与结构、地理环境、地理分布、交通状况、医保基金状况等实际因素，避免“一刀切”式的资源配置方式，做到“量体裁衣”“因地制宜”。要坚持健康优先、因地制宜，坚持以参保人员基本医药需求为导向，以优化存量、合理布局、提升服务为主线，科学合理规划各级各类定点医药机构的数量及布局。在制定方案时，要统筹兼顾当前与长远、公平与效率、发展与安全，兼顾参保人需求、医药机构发展、医药市场繁荣和医保基金平稳运行，做到尽力而为、量力而行。同时，要通过科学测算资源配置总量，提升医保资源配置的精准性和有效性，引导优质医疗资源均衡布局，更好满足人民群众日益增长的医疗保障需求，促进医疗保障事业高质量发展。

（三）坚持协同发展原则

聚焦国家和区域卫生健康发展战略，加强与卫生健康、药品监管等行业主管部门相关规划的衔接与协同，强化医保在“三医”协同发展和治理中的基础性作用。以系统性思维优化医保资源布局，深化医疗、医保、医药“三医”联动，通过强化跨部门协作与政策资源整合，统筹推进“三医”协同发展和治理，构建均衡可及、运行规范的医药服务网络。在医药资源配置过程中，建立健全医保、卫生健康、市场监管等多部门协同联动机制，加强信息共享与监管联动。加强与区域医疗机构设置规划协同、与经济社会发展规划衔接，

结合医保基金承受能力、医药资源供需等情况，科学测算定点医药机构资源配置总量，着力提升规划实施的综合效益。

四、规划任务

（一）住院定点医疗机构

参照济源示范区“十四五”公共卫生体系和全民健康规划，统筹医保基金承受能力与参保群众住院服务需求，科学确定全区纳入医保定点范围的住院床位规划总量。至规划期末，医保住院床位规划总量按不超过每千常住人口 7.7 张确定。对于床位使用率低于 75%的医保管理区域，原则上不再新增购买住院床位；床位使用率高于 75%的区域，可优先将符合条件的康复类、安宁疗护类医疗机构按规定纳入医保定点管理。在医保住院床位规划总量范围内，通过存量结构优化，支持精神、中医、康复等需求缺口较大的医疗机构和专科领域发展。对符合区域卫生发展规划和分级诊疗体系建设要求，承接康复、护理、医养结合等职能转型的医疗机构，在床位配置上给予适当倾斜。建立床位资源的跟踪监测与定期评估制度，每年对医保住院床位使用效率、配置结构等进行评估，评估结果作为床位资源调整和年度计划分配的重要依据。推动济源的床位资源将从“总量过剩、结构失衡”逐步向“总量适度、结构合理”转变，从根本上提升医保床位资源的整体使用效率和服务质量。

（二）门诊类定点医疗机构

门诊类定点医疗机构主要包括村卫生室、门诊部等不设住院功能的基层医疗卫生机构。综合考虑参保人员基本医疗需求、服务可及性、医保基金承载能力等因素，科学合理规划门诊类定点医疗机构资源配置。门诊类定点医疗机构和定点零售药店的规划数量，按照构建“15分钟医疗服务圈”要求，基于合理布局、便利群众原则，综合考虑定点机构医药服务覆盖范围、常住人口分布、实际服务人数情况等因素确定。

新增门诊类定点医疗机构应符合“15分钟医保服务圈”要求。以服务半径800米范围内无同类型或同等级医保定点医疗机构为基本申报条件。对于服务资源相对饱和、同类型机构密集的城区区域，原则上暂缓受理新增申请，通过存量优化和结构调整满足参保人员就医需求。协同卫生健康部门，扶持特色专科发展，优先填补服务空白区域。

（三）定点零售药店

定点零售药店是医保定点服务体系的重要组成部分，在满足参保人员日常购药需求、承接门诊统筹外配处方、保障国家医保谈判药品供应等方面发挥着重要作用。定点零售药店布局城区按照“15分钟医保服务圈”要求，以每服务半径800米范围内纳入1-3家定点零售药店测算；非城区800米范围内不超过2家。每年编制定点零售药店新增计划，根据当

年定点药店退出数量、区域分布需求、门诊统筹需求及基金可承受能力，合理确定年度新增名额。对新增定点零售药店的审批以申请地点为圆心，半径 800 米内有 2-3 家定点零售药店的暂缓纳入，对当前服务半径内无定点零售药店区域，优先、择优纳入医保定点评估范围，每个乡镇中心区域，原则上配置 2 家定点药店。

（四）其他

列入我市政府重点建设项目的医疗机构，不受本实施方案限制，可按规定纳入医保定点评估范围。

五、配置标准

（一）定点医疗机构

1、定点住院医疗机构配置总量

千人床位数是衡量医疗资源的主要指标，定点住院医疗机构资源配置管理以千人医保床位数为基准。综合考虑住院定医疗机构数量及周边定点资源配置情况、每千人口床位数、床位使用率等因素，根据医保基金购买能力，确定医保购买床位数。国家医保局参考公式如下：

医保千人床位数

$$= \frac{\sum (\text{各年龄段住院率} \times \text{各年龄段参保人数}) \times \text{平均住院日} \times 1000}{\text{目标床位使用率} \times 365 \times \text{总参保人数}} \\ \times \text{患者调节系数} \times \text{基金调节系数} \times \text{区域调节系数}$$

2025 年济源示范区定点医疗机构床位数共有 4011 张，参保人数 67.60 万人。医保购买参保千人床位数 5.93 张/千人，

综合考虑到住院人数、异地就医、基金结余能力等因素，测算得到医保每千人床位数在 5.49 张/千人。总床位数约为 3711 张。

2025 年济源示范区常住人口 72.3 万人，由于济源示范区异地就医现象较多，应当加强当地医疗水平发展，选择按照三级、二级、一级医院 4: 4: 2 的比例进行调控床位数。规划三级床位数 1484 张，二级医疗机构床位数 1484 张，一级医疗机构床位数 743 张。

表 3 济源示范区床位测算

床位数	现实值	测算值
总数	4011	3711
三级	1250	1484
二级	2011	1484
一级	750	743
每千参保人口床位数	5.93	5.49

当前三级床位略有不足，可在规划期内适当增加，重点提升疑难重症救治能力，但需严格把握新增床位的准入标准。二级床位相对过剩，应通过存量优化、转型或撤销等方式逐步减少，原则上不再新增二级综合医院床位，引导部分二级床位向康复、护理、老年医学等紧缺领域转型。一级医疗机构可结合基层医疗卫生机构功能定位，将部分利用率低、服务能力不足的床位向康复、护理、精神卫生等专科方向调整。

当“医保测算床位（测算值）”同时小于“卫健规划床位（目标值）”和“现有床位（实际值）”时，表明区域内住

院床位资源总量已超出实际需求，存在结构性冗余。在此情形下，为落实“严控增量、优化存量”的资源配置原则，避免医保基金低效支出和床位资源进一步闲置，原则上暂停受理全市范围内所有住院类医疗机构的医保定点新增申请，不再新增医保住院床位。已纳入医保定点的医疗机构，应通过内部结构调整、功能转型或服务优化等方式盘活存量资源。

对于列入我市政府重点建设项目的医疗机构，可不受本实施方案限制，在按规定程序报备后，可单独核定医保定点床位或予以优先准入，确保重点项目顺利实施与医疗保障服务有效衔接。

在完成三级、二级、一级医疗机构床位总数的测算后，需进一步将各等级床位规模合理分摊至辖区内每家医疗机构。本研究采用床位比的方法作为分摊依据。

床位比体现了“原则导向”，即以现状床位分布格局为基准，尊重既有各医院的现实承载能力，可最大限度减少资源配置对现有服务秩序的冲击。具体分摊方法如下：首先，分别计算同一等级（如三级）下每家医疗机构的床位比；然后，以各医疗机构床位数占示范区该等级所有医疗机构床位数之和的比例作为分摊权重；最后，将示范区该等级的总床位数按该权重分配至各医疗机构。公式如下：

$$\text{资源分配}_i = \frac{\text{编制床位数}_i}{\sum_{j=1}^n \text{编制床位数}_j} \times \text{区域规划总床位数}$$

（数据来源于济源产城融合示范区医疗保障局报告定点医疗机构统计表）

按照上述方法分摊后的各医疗机构床位配置结果详见附表 2。

2、定点门诊医疗机构配置总量

定点门诊医疗机构的配置按照“15 分钟医保服务圈”要求，半径 800 米内不再重复设置同类型或同等级机构。城市建成区每个街道应至少设置 1 家一级及以下定点机构，提升医疗服务覆盖范围。门诊类定点医疗机构的配置数主要围绕服务人口确定，全市门诊类定点医疗机构规划总量，参照《荆门市医疗保障定点医药服务资源配置规划（2026-2028 年）》的做法，按每家门诊类定点医疗机构平均服务 2000 名参保人员确定。

$$\text{门诊类定点医疗机构数量} = \frac{\text{全市参保人口}}{\text{平均服务人口}}$$

表 4 济源示范区门诊类定点医疗机构测算

机构数	现实值	测算值
定点门诊医疗机构	568	338

参考测算值 338 家，规划期内全市门诊类定点医疗机构总数原则上不超过现状水平，新增机构须在全市规划总量内统筹安排。城区门诊机构已较为密集的区域，原则上不再新增同类门诊机构；现有机构通过绩效评估和协议管理引导提质增效。乡镇、农村及服务空白区域，可适度新增门诊机构，重点补齐基层服务短板。建立门诊类定点医疗机构年度评估机制，对长期服务量偏低、质量考核不合格或存在违规行为

的机构，按照协议约定实行退出机制；退出的机构数可统筹用于新增机构计划，确保“退一进一”或“多退少进”。

符合条件的康复医院、安宁疗护中心、护理院以及养老机构内设中医医疗机构纳入医保定点管理等不作医保资源配置限制。列入市政府重点建设项目的医疗机构不受本实施方案限制。

（二）定点零售药店

定点零售药店区域配置总量，在全国平均约每 10000 人 4 家配置标准的基础上，结合人口密度、服务半径容积等调整确定。定点零售药店布局城区按照“15 分钟医保服务圈”要求，以每服务半径 800 米范围内纳入 1-3 家定点零售药店测算；非城区 800 米范围内不超过 2 家，全市规划总量为各区域规划总量之和。国家局参考公式如下：

$$\text{地区零售药店配置数量} = \frac{\text{地区常住人口数}}{2500} \times \text{人口密度偏离系数} \times \text{区域调节系数}$$

表 5 济源示范区定点零售药店测算

机构数	现实值	测算值
定点零售药店	317	243

济源示范区当前定点零售药店数共有 317 家，常住人口 72.3 万人，行政区划面积 1898.73 平方公里，平均每家服务 2280 人，相较于国家提出的平均每家药店服务 2500 人来说，显示出较高的市场密度与竞争压力。为优化资源配置，规划期内对于药店数量已超出规划上限的区域，原则上不再新增

医保定点零售药店。

经测算，济源示范区定点零售药店测算值为 243 家，现实值比测算值多出 74 家，超出约 30.5%。在定点零售药店资源配置过程中，当测算值高于现有药店数量时，应统筹考虑人口密度、群众购药需求、服务人口规模、医保基金承受能力等因素，综合确定年度可新增药店数量，稳妥有序推进资源补充。新增名额应优先配置于基层服务薄弱地区、乡镇农村及新建小区周边等购药可及性不足的区域，切实满足基层群众用药需求。对于服务半径 800 米范围内已有 3 家及以上定点零售药店的相对密集区域，原则上不再新增定点零售药店；对于服务半径 800 米范围内已有 2-3 家定点零售药店的区域，应根据人口密度和实际购药需求审慎配置，严格控制新增节奏，防止同质化过度竞争。

对于列入政府重点建设项目的医药机构及服务覆盖盲区内的申请，可接单列资源配置模式优先纳入，不受规划新增名额限制。鼓励“双通道”定点零售药店发展，原则上每个县区至少有一家“双通道”定点零售药店。

六、组织实施

（一）强化组织协同与部门联动

坚持系统谋划、统筹推进，由医保部门牵头，联合卫生健康、财政、市场监管等部门建立协同联动机制，明确职责分工，强化政策衔接与信息共享。依托国家医保信息平台，

搭建医保资源配置分析系统，定期会商研判定点医药机构资源布局和医保基金运行情况，统筹协调解决规划实施中的重点难点问题。推动医保资源规划与区域医疗机构设置规划、经济社会发展规划有机衔接，形成上下联动、部门协同、责任清晰的工作格局，确保资源配置与基金承受能力、区域卫生发展方向相协调。

（二）优化准入条件与退出机制

强化协议管理，由医保部门牵头组建由医疗保障、医药卫生、财务管理等专业人员构成的评估小组，完善定点医药机构评估指标体系，从服务能力、服务质量、服务效率等维度开展量化评估，落实择优准入。结合区域资源饱和度与参保群众就医购药实际需求，科学制定年度配置计划，推动存量机构有序调整和行业良性竞争。建立“覆盖申请、评估、签约、监管、考核、退出”的全流程管理体系，完善医保定点机构退出机制，通过定点准入优化增量、通过绩效考核和定点退出调减存量，实现动态平衡。对服务质量不达标、医保违规行为频发的机构，按照协议约定予以退出；对列入政府重点建设项目的医药机构，按规定报备后可优先准入，不受规划数量限制。

（三）健全绩效评估与动态调整机制

坚持柔性指导与刚性约束相结合、目标导向与结果导向相结合的原则，分阶段动态推进规划评估考核。建立覆盖定

点医疗机构和定点零售药店的绩效评估体系，从总量控制与结构优化、空间布局与可及性、基金运行情况等方面综合量化评估。将定点医药机构协议履行纳入考核评估，评估结果作为定点管理调整的重要依据，并将资源配置效率作为各级经办机构考核的重要指标，构建从静态规划转向动态闭环调控的管理机制。推进医保资源配置从经验决策向科学治理转型，发挥数据要素乘数效应，实现数据汇聚、感知、决策、治理、服务全链路数字化升级，切实提高资源配置决策的科学性和精准性。

（四）积极做好政策宣传与舆论引导

医保部门应围绕资源配置规划实施，主动开展多形式、分众化的宣传引导。线上依托政府网站、政务新媒体等平台发布政策解读图文和短视频，线下通过医保服务窗口、定点机构电子屏、社区公示栏等渠道送达基层。重点讲清规划对优化群众购药网点、提高基金使用效率的积极成效，同步公布咨询投诉方式，建立舆情收集与回应机制。组建政策解读团队，针对群众关注的热点问题主动回应、解疑释惑，确保政策平稳落地，营造理解、支持改革的良好社会氛围

附件 1：测算说明

济源产城融合示范区基本医保定点医药机构资源

配置规则

一、定点住院医疗机构配置规则

医保千人床位数

$$= \frac{\sum (\text{各年龄段住院率} \times \text{各年龄段参保人数}) \times \text{平均住院日} \times 1000}{\text{目标床位使用率} \times 365 \times \text{总参保人数}}$$

× 患者调节系数 × 基金调节系数 × 区域调节系数

$$\text{患者调节系数} = \frac{\text{本地参保人出院人次} - \text{本地参保人在异地出院人次} + \text{异地参保人在本地出院人次}}{\text{本地参保人出院人次}}$$

$$\text{基金调节系数} = \frac{\text{基金结余可支付月数}}{\text{基金安全要求可支付月数}}$$

$$\text{区域调节系数} = \frac{\text{区域内医保住院床位数}}{\text{全市医保住院床位数}}$$

$$\text{各年龄段住院率} = \frac{\text{该年龄段住院人数}}{\text{该年龄段总参保人数}} \times 100$$

$$\text{目标床位使用率} = \frac{\text{床位使用率}}{\text{标准床位使用率}}$$

注：原卫生部《医院管理评价指南(2008版)》中对床位使用率的具体要求为 85%-93%，依据此要求测算该院总体床位配置的供需合理性，在本次计算中标准床位使用率采取平均值 89%。

各年龄段住院率：反映各年龄段的住院人数，住院人数采用卫健委提供的 2024 年、2025 年的总入院人数的平均值 12.52 万人。（2023 年之前数据受疫情影响此处不纳入分析）

患者调节系数：患者调节系数反映就医流入流出对床位配置影响。2025 年本地参保人在本地出院人次 12.70 万人，本地参保人在异地出院人次为 2.28 万人，异地参保人在本地出院人次两年平均值为 0.43 万人，计算得到患者调节系数 0.85。

基金调节系数:由各地区根据基金结余状况确定，系数取值区间建议为 0.8-1.2，

2025 年根据济源产城融合示范区医疗保障局上报的数据中，职工医保基金累计结余可支付月数共计 31.04 个月，居民医保基金累计结余可支付月份共计 5.3 个月，职工医保参保人数 2025 年共 214644 人，居民医保参保人数共 461339 人，计算基金调节系数时，按照加权计算。

加权实际结余月份： $(31.04 \times 214644 + 5.3 \times 461339) / (214644 + 461339)$ 约等于 13.47 个月

加权安全结余可支付月份：根据规定职工累计结余大于等于 18 个月，居民基金结余 9 个月。加权计算 $(18 \times 214644 + 9 \times 461339) / (214644 + 461339)$ 约等于 11.86 个月

$13.47/11.86$ 约等于 1.136。因此基金调节系数选取 1.136

区域调节系数:反映某一区域（如区、县）拥有的医保住院床位资源占全市总量的比重。济源示范区的区域调节系数为 1。

目标床位使用率:数据来源于济源示范区卫健委上报 2024、2025 年的平均床位使用率 66%， $66\%/89\%=74\%$ 。

平均住院日:平均住院日采用卫健委提供的 2024 年、2025 年平均住 8.23 日。

总参保人数:数据来源于济源产城融合示范区医疗保障局 2025 年数据总参保人数 67.60 万人。

$$\text{医保千人床位数} = \frac{1030754005}{182278056} \times 0.8549 \times 1.1362 \times 1$$

计算得到，医保千人床位数为 5.49 张。

2025 年济源示范区卫健委千人床位数目标值 7.7 张，根据计算得到规划值与该目标值进行比较。

二、定点门诊医疗机构配置规则

定点门诊医疗机构的配置按照“15 分钟医保服务圈”要求，半径 800 米内不再重复设置同类型或同等级机构。城市建成区每个街道应至少设置 1 家一级及以下定点机构，提升医疗服务覆盖范围。门诊类定点医疗机构的配置数主要围绕服务人口确定，全市门诊类定点医疗机构规划总量，参照《荆门市医疗保障定点医药服务资源配置规划（2026-2028 年）》的做法，按每家门诊类定点医疗机构平均服务 2000 名参保人员确定。

$$\text{门诊类定点医疗机构数量} = \frac{\text{全市参保人口}}{\text{平均服务人口}}$$

数据来源于济源产城融合示范区医疗保障局 2025 年数据总参保人数 67.60 万人，门诊类定点医疗机构共 568 家。

三、定点零售药店配置规则

$$\text{地区零售药店配置数量} = \frac{\text{地区常住人口数}}{2500} \times \text{人口密度偏离系数} \times \text{区域调节系数}$$

$$\text{人口密度偏离系数} = \frac{\lg \text{全国人口密度}}{\lg \text{地区人口密度}}$$

人口密度偏离系数：人口密度偏离系数是衡量区域人口密度与全国平均人口密度偏离程度的指标，用于量化人口分

布的不均衡性、集聚度或空间差异。人口密度为上一年度区域常住人口总量与区域总面积的比值。

区域调节系数: 济源示范区区域调节系数设为 1。

济源示范区常住人口 72.3 万人，行政区划面积 1898.73 平方公里。LG 济源示范区人口密度=2.58 LG 全国人口密度=2.16 人口密度偏离系数=0.84

附件 2：同级医院测算标准

确定各级医院的床位配置数后，分别计算同一等级（如三级）下每家医疗机构的床位比；以各医疗机构床位数占示范区该等级所有医疗机构床位数之和的比例作为分摊权重；最后，将示范区该等级的总床位数按该权重分配至各医疗机构。公式如下：

$$\text{资源分配}_i = \frac{\text{编制床位数}_i}{\sum_{j=1}^n \text{编制床位数}_j} \times \text{区域规划总床位数}$$

序号	定点医疗机构名称	等级	编制床位数（张）	医师数	床位比测算值（张）
1	济源市人民医院	三级	800	479	950
2	济源市妇幼保健院	三级	450	148	534
3	济源黄河医院	二级	100	45	74
4	济源东湖康复医院	二级	100	43	74
5	济源济钢医院	二级	120	75	88
6	济源市肿瘤医院	二级	200	63	148
7	济源市中医院	二级	500	206	369
8	济源市第三人民医院	二级	175	40	129
9	济源市第二人民医院	二级	476	223	351
10	济源尖峰眼科医院	二级	50	11	37
11	济源市精神卫生服务中心	二级	153	37	113
12	济源职业技术学院附属医院	二级	120	52	88
13	济源瑞济口腔医院	二级	17	28	13
14	济源市克井卫生院	一级	90	46	88

		级			
15	济源市邵原卫生院	级 一	40	30	40
16	济源同青医院	级 一	30	38	30
17	济源仁新医院	级 一	95	21	93
18	济源市王屋卫生院	级 一	30	23	30
19	济源市坡头卫生院	级 一	40	16	40
20	济源市玉泉卫生院	级 一	50	25	48
21	济源市五龙口卫生 院	级 一	40	27	40
22	济源市下冶卫生院	级 一	40	17	40
23	济源夏都医院	级 一	40	23	40
24	济源市轵城卫生院	级 一	50	40	50
25	济源济民医院	级 一	40	6	40
26	济源市思礼卫生院	级 一	30	22	30
27	济源承留卫生院	级 一	50	29	50
28	济源市梨林卫生院	级 一	50	28	50
29	济源市大峪卫生院	级 一	35	20	34

附件 3：医保定点医药机构评估指标体系构建

本研究参考浙江省、厦门市、福州市、青岛市等地定点医药机构评估细则，构建医保定点医药机构评估体系。

表 1 门诊统筹定点医疗机构评估指标体系

评估项目	基本条件	具体规则	分值
一、布局规划(15分)	1.1 与同级同类机构最小间距	500 米以上得 6 分，800 米以上得 8 分，不满 200 米不得分	8
	1.2 经营场所稳定性	产权或剩余租赁期限达 48 个月以上得 2 分	2
	1.3 场所设置规范性	机构独立设置、经营场所在一楼且具备便民设施	2
	1.4 选址对空白区域填补	所在区域服务人群密度高或填补空白区域	3
二、服务能力(30分)	2.1 经营时长	同一地址连续经营满 12 个月得基础分，每增加 3 个月加 1 分，最高 7 分；门诊类总分已统一为 100 分	6
	2.2 医师配备	至少 1 名注册在本机构的医师，连续在本机构参保 3 个月及以上	8
	2.3 诊疗项目覆盖面	基本医疗服务项目数量占比 $\geq 90\%$ 得 3 分；已开展节假日门诊或急诊服务得 2 分；提供便民门诊得 1 分；提供慢性病管	6

		理服务得 1 分	
	2.4 门诊服务量	正常运营 3 个月以上，每月门诊量达到 100 人次方可申请	5
	2.5 收费合理合规	明码标价并公示得 2 分，实行医疗收费清单制并能提供发票得 1 分，药品及耗材采购规范得 2 分	5
三、人员管理(18分)	3.1 职工社保参保率	连续缴纳医保 3 个月以上人数占比 $\geq 70\%$ 得基础分；连续缴纳 12 个月以上且占比 $\geq 80\%$ 得满分	10
	3.2 医保管理人员	配备专（兼）职医保管理人员，100 张床位以上机构应设专门管理部门	5
	3.3 培训与学习	医保服务人员参加医保线上培训达标情况	3
四、信息化建设(20分)	4.1 系统对接与接口	具备与医保信息系统有效对接的能力，按规定传送全部就诊人员信息	8
	4.2 药品耗材追溯码	具备应用药品耗材追溯码的条件，承诺“应扫尽扫、应传尽传”	6
	4.3 医保编码使用	按规定使用国家统一的医保编码，建立医保药品等基础数据库	4
	4.4 智能场景监控	与智能场景监控相适应	2
五、规范	5.1 违法违规记	近 2 年无欺诈骗保记录、无非法行医等不	8

经营(17分)	录	规范行为；一票否决情形	
	5.2 制度建设	建立符合医保协议管理的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度等	5
	5.3 信用等级	过往或潜在履约良好，未被列入失信名单	4

准入门槛说明：总分不低于 80 分；定量评估实际得分低于 70 分的一票否决；新增门诊统筹服务须通过评估并经公示。

表 2 住院统筹定点医疗机构评估指标体系

评估项目	基本条件	具体规则	分值
一、资源规划 (20分)	1.1 床位配置	床位使用率 $\geq 70\%$ 得 7 分 (乡镇机构 $\geq 65\%$ 得 7 分), 每降低 5%扣 1 分, 低于 60%不得分	7
	1.2 与同级同类机构间距合理	600 米以上得 4 分, 1000 米以上得 7 分; 乡镇地区放宽至 500 米以上得 4 分, 800 米以上得 7 分	7
	1.3 便民设施与就医环境	有就医指南或导诊、就医秩序良好、环境整洁, 每缺 1 项扣 1 分	6
二、服务能力 (28分)	2.1 运营时长	同一地址连续经营满 12 个月得基础分 4 分, 每增加 3 个月加 1 分	8
	2.2 人员配备合规率	依法签订劳动合同, 连续缴纳医保 12 个月以上人数占比 $\geq 85\%$ 得 4 分; 医护人员必须在本机构参保	8
	2.3 住院服务量	正常运营 3 个月以上, 一级机构 3 个月住院人次 ≥ 10 人次, 二级及以上 ≥ 50 人次	6
	2.4 收费合理合规	明码标价并公示得 2 分, 实行收费清单制且提供发票得 2 分, 药品及耗材采购合规得 2 分	6
三、信息	3.1 药品耗材追	具备应用药品耗材追溯码条件, 实现“应扫	6

化建设	溯码	尽扫”		
(20分)	3.2 医保编码使用	按规定使用国家统一医保编码	6	
	3.3 系统对接与数据上传	实现医保信息系统有效对接, 按要求传送全部就诊人员相关信息	8	
四、规范经营	4.1 医保管理	建立医保管理制度, 含医保病历处方审核制度、审批管理制度、政策宣传培训制度等	8	
	(18分)	4.2 违法违规记录	无欺诈骗保等严重违法违规记录; 一票否决情形	5
		4.3 信用等级	信用管理评价结果良好	5
五、医疗质量	5.1 用药合理性	抗生素使用率等符合规范	8	
	(14分)	5.2 患者满意度	住院患者满意度扫码测评有效回收率不低于60%, 门诊不低于80%	6

准入门槛说明: 总分不低于 80 分; 对一、二、三级医院实行分级分类评价; 一票否决项 (如欺诈骗保、无执业许可) 直接淘汰。

表 3 定点零售药店评估指标体系

评估项目	基本条件	具体规则	分值
一、布局与环境 (12分)	1.1 区域内药店密度与间距	依据县域医保定点药店占比及平均服务人数核定布局；鼓励向空白区域、乡镇农村布局；与同业态药店间距作为阶梯得分（不满 200 米不得分，600 米以上得 6 分）	6
	1.2 经营场所设置合规性	场所独立、连续且在一楼得 4 分；设置明确的医保用药标识得 2 分	6
二、医保基金使用安全 监控（22分）	2.1 异常大额结算监控	当月刷卡结算总额达 5000 元且不满 8000 元的人数超过 2 人按比例扣分； ≥ 8000 元的人数每 1 人扣 4 分（双通道药品费用除外）	8
	2.2 高频次刷卡监控	单日刷卡 3 次及以上人数占比 $\geq 3\%$ 扣 3 分；当月刷卡结算 10 次及以上人数每超 2 人扣 2 分	7
	2.3 单次结算品类异常监控	单次刷卡结算种类超 5 种的人数占比 $\geq 5\%$ 扣 4 分，每增加 2%加扣 1 分	7
三、药品质量追溯与合规经营	3.1 药品追溯码采集应用	按规定采集并上传药品追溯信息；药品入库扫码率和数据上传率达到规定标准	5
	3.2 进销存系统与数据相符率	建立完善的进销存管理系统；进销存相符率 $\geq 95\%$ 得 3 分；票据留存完整得 2 分	5

(20分)	3.3 药品管理规范	无销售假药、劣药、过期药品记录(否则一票否决); 医保药品与非医保药品分类陈列管理	5
	3.4 药械集中采购落地	按规定参与并落地药械集中带量采购, 集采药品配备齐全	5
四、处方流转与药品供应保障 (18分)	4.1 电子处方流转能力	完成医保电子处方流转平台对接; 规范接收、保存和上传处方信息; 外配处方须经药师审方后结算	8
	4.2 门诊统筹药品储备	药品品种丰富, 基药配备率 $\geq 80\%$ 得3分; “双通道”药品配备率 $\geq 50\%$ 加2分	5
	4.3 药学服务能力	执业药师在岗履职能力; 提供合理用药指导; 药品价格明码标价且执行医保支付标准管理	5
五、人员配备与内部管理 (13分)	5.1 执业药师配备与在岗	至少1名执业药师注册在本药店且连续在岗; 双通道药店需配备2名及以上执业药师; 不得出借或空挂药师资质	5
	5.2 内部制度建设	至少配备1名熟悉医保政策的专(兼)职管理人员, 建立完善的医保药品管理制度、财务管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度	8
六、规范经营与	6.1 违法违规记录	近2年无欺诈骗保、虚假处方、串换药品等违法违规记录; 无因违规被中止或解除	6

信用建 (15分)		协议记录；有违规记录的一票否决或加重扣分	
	6.2 医保电子凭证应用	医保电子凭证结算率达到规定标准（如40%以上），支持医保码全流程应用	5
	6.3 信用等级与培训	按规定参加医保线上培训；信用等级评定良好	4

准入门槛说明：总分不低于 80 分；欺诈骗保、假劣药、严重违法违规一票否决。

附件 4：医养结合资源配置

（一）政策背景

2025 年末，济源示范区常住人口 72.3 万人，其中 60 岁及以上常住老年人口 16.30 万人，占比 22.54%；65 岁及以上常住老年人口 11.36 万人，占比 15.71%。其中，失能老年人数 3000 人，半失能老年人 4000 人，经评估认定的重度失能人数 836 人。老龄化程度持续加深，老年人口规模不断扩大，失能半失能老年群体对医养结合服务的刚性需求日益凸显。

目前，本区域医养结合床位总数 605 张，均为二级医疗机构所属。其中养老床位 102 张，无一级及以下医疗机构参与医养结合服务。设置老年医学科的医院共 7 家（三级医院 1 家、二级医院 6 家）。在二级及以上综合医院老年医学科规范化建设比例仅为 53.85%，基层卫生机构与养老机构签订合作协议数 17 个，乡镇卫生院老年健康服务覆盖比例 78.34%。

当前医养结合床位共 605 张，按照 60 岁以上老年人口 16.30 万人计算，每千名老年人仅拥有医养结合床位约 3.71 张。按照 65 岁以上老年人口 11.36 万人计算，每千名老年人仅拥有医养结合床位约 5.33 张。养老床位在 102 张，按照 60 岁以上老年人口 16.30 万人计算，每千名老年人养老床位数 0.63 张。按照 65 岁以上老年人口 11.36 万人计算，每千名老年人养老床位数 0.9 张。

当前面临的问题和挑战是养老护理资源不足，随着老龄

化程度的加剧，当前的养老资源已无法应对未来老年人口进一步增长及失能比例上升的趋势。

（二）政策背景

《关于开展医养结合促进行动的通知》（国卫办老龄发〔2025〕29号）

（三）规划目标

健全医养结合服务网络。健全三级医养结合服务网络。依托现有医疗卫生网络，构建医养结合服务体系。三级医院重点承担疑难重症诊疗和老年医学技术支撑；二级医院重点拓展医养结合床位、老年医学科和康复护理服务；一级及以下医疗机构重点做好老年健康管理、家庭医生签约和基本医疗服务。进一步提高乡镇卫生院老年健康服务覆盖比例。到2027年底，二级及以上综合医院老年医学科规范化建设比例达到80%以上。加强老年人健康管理，不断扩大65岁及以上老年人健康管理服务覆盖面。

引导医疗机构转型拓展。结合区域卫生规划和城市建设规划，引导工作量不饱和的二级及以下医疗卫生机构转型为康复医院、护理院或老年护理中心。支持有条件的综合性医院新建或改扩建医养结合设施，鼓励发展护理型床位和安宁疗护床位。

规划养老机构布局。按照每家养老机构覆盖2000名60岁以上常住老年人口，每家机构服务80名重度失能老人进

行规划。规划未来济源示范区养老机构至少 10 家，覆盖经评估认定的 836 名重度失能老年人数。到 2027 年底，符合条件的医养机构里的医疗机构，全部纳入医保定点。