

菏泽市医疗保障局  
菏泽市发展和改革委员会  
菏泽市财政局  
菏泽市卫生健康委员会  
菏泽市行政审批服务局  
菏泽市市场监督管理局

文件

菏医保发〔2026〕14号

---

关于印发《菏泽市医疗保障定点医药服务资源配置规划（2026-2030年）》的通知

各县区医保局、发展改革局、财政局、卫生健康局、行政审批服务局、市场监管局，鲁西新区社会事业局、经济发展局、财政金融局、文化卫生服务中心、行政审批服务局、综合行政执法局，市医疗保险事业中心，各有关医药机构：

为科学合理配置医疗保障定点医药机构资源，现将《菏泽市

医疗保障定点医药服务资源配置规划（2026-2030年）》印发给你们，请认真贯彻执行。



2026年4月30日

（此件主动公开）

# 菏泽市医疗保障定点医药服务资源配置规划 (2026—2030年)

为深入贯彻落实党中央、国务院关于医疗保障制度改革的决策部署，进一步优化菏泽市医疗保障定点医药服务资源配置，强化医保定点机构管理，提高医保资金使用效益，保障基本医保制度更加公平、充分、可持续，更好地满足参保群众基本医疗服务需求，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）和《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）等文件规定，结合本市实际，制定本规划。

## 一、总体要求

### （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，全面贯彻党的二十大和二十届历次全会精神，认真落实习近平总书记关于医疗保障工作的重要指示批示精神，牢牢把握以人民健康为中心的发展思想，坚持尽力而为、量力而行，统筹发展与安全，通过优化医保定点医药服务资源，深化医疗、医保、医药“三医”协同发展与治理，加快构建与医保基金收支相适应、与群众健康需求相匹配的定点医药机构管理体系，筑牢医保基金安全防线，更好保障参保群众权益，提升参保群众的获得感、幸福感、安全感。

## （二）基本原则

1. **坚持公平可及，筑牢保障防线。**始终以保障人民群众基本医疗权益为出发点和落脚点，遵循医保基金“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，科学调控定点医药机构总量和布局，积极营造平等参与、公平竞争、规范有序的发展环境，切实筑牢群众基本医疗保障底线。

2. **坚持提质增效，优化资源配置。**充分发挥医保战略性购买作用，引导医药资源向优质、高效、稀缺领域流动。推动定点医药机构持续优化服务流程、提升服务质量，逐步提高医保基金使用效率，实现医疗资源价值与医保基金使用效益协同提升。

3. **坚持因地制宜，科学动态调控。**立足本市人口分布、疾病谱系、医疗需求及经济社会发展实际，科学编制并实施区域定点规划。建立与基金承载能力、管理服务需要相衔接的动态调整机制，确保全市医保定点医药服务体系健康、协调、可持续发展。

## （三）主要目标

到2030年，基本形成“总量合理适宜、资源配置均衡、就医便捷有序、定点进出有序、基金安全高效”的医保定点格局，基本实现医保定点医药服务资源配置与参保群众基本医疗需求精准对接，与医保基金承载能力和医保管理服务需要相适配。

## 二、重点任务

按照构建“15分钟医保服务圈”（指有效服务半径800米范

围内，下同）要求，结合区域内医保基金支撑能力，引导定点医药机构资源科学合理配置。

### （一）住院定点医疗机构

参照《菏泽市“十四五”医疗卫生服务体系规划》，每千常住人口床位数量目标值（以下简称“目标值”）为7.5张。基本医保需要千人床位数测算值（以下简称“测算值”），根据国家医疗保障局基本医保定点床位配置测算办法，综合考虑住院人次、平均住院日、病床使用率、总参保人数等因素计算（计算公式见附件）。

1. 当全市测算值 < 目标值和实际值时，以优化存量为主，暂停全市当年度医疗机构新增医保定点的受理和评估。

2. 当全市测算值 > 目标值和实际值时，以优化增量为主。各县区（其中：牡丹区、定陶区、鲁西新区除外，需结合实际情况确定）基本医保定点床位数实行分县区配置管理，及时将符合条件的医疗机构纳入医保定点管理。将各医保管理区域床位使用率，作为新增住院医保定点医疗机构的重要参考依据。

### （二）门诊定点医疗机构和定点零售药店

按照“优化存量、控制增量、动态调整”原则和构建“15分钟医保服务圈”要求，周边800米有效活动半径范围内有同类型定点医药机构的，原则上不再新增定点。按照卫生规划设立的社区卫生服务中心、社区卫生服务站、一体化村卫生室以及高等院校、养老机构等内设医疗机构符合定点条件的，可优先纳入门

诊统筹、门诊慢特病定点医疗机构。鼓励定点医药机构实行品牌化、连锁化发展。优化“双通道”药店、职工门诊统筹零售药店设置，将资质合规、管理规范、信誉良好、安全供应、布局合理的定点药店纳入“双通道”、门诊统筹管理。

门诊定点医疗机构和定点零售药店跨医保管理区域变更注册地址的，应符合定点资源配置规划要求，并依规办理变更手续。

### （三）其他方面

1. 当本市上一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、本年度基金可支撑月数低于国家、省局相关要求或收到上级医保部门基金运行风险预警函等情形，在上述任何一种情况未改善或未达到上级规定要求前，全市均暂不新增规划指标。

2. 列入省、市人民政府重点建设项目的医疗机构，不受本规划限制，可按规定纳入医保定点评估范围。

3. 承担基本公共卫生服务职能的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室等基层医疗卫生机构，可按规定依申请纳入医保定点，原则上不受本规划限制。

4. 其他特殊情况确需新增的，须报市级医保行政部门审核批准后方可开展。

## 三、组织实施

（一）加强组织领导，压实主体责任。要切实加强领导，落

实责任，各司其职，协同推进，确保我市定点医药机构资源配置得到落实，平稳有序地开展相关工作。市医保行政部门负责做好全市定点医药机构规划编制工作；县（区）医保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完善配套措施，科学制定全市定点医药机构年度受理计划，细化评估标准，完善经办流程，确保定点资源配置工作落地实施。

（二）深化部门协同，凝聚工作合力。强化本规划与区域卫生规划等相关规划的衔接协同。健全完善医疗保障部门与卫生健康、市场监管、发展改革、财政、行政审批等部门的常态化沟通协调机制，保障规划稳妥有序实施。深化跨部门数据共享共用，为规划制定、动态调整及落地执行提供坚实数据支撑。

（三）健全评估机制，实施动态优化。市、县医保部门要加强对资源配置实施的监督和评价，适时组织开展资源配置实施进度和效果的阶段评估工作，及时发现、协调、解决实施中存在的问题，并根据阶段评估情况对资源配置进行动态调整，保障规范、有效实施。各级医保经办机构要加强对医保定点机构的管理和数据分析，提升管理决策的科学性、精细化水平。

（四）强化监督管理，维护基金安全。完善定点医药机构履行协议考核办法，健全激励约束和有进有出的动态管理机制。各级医保部门要拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、信息化监管、常态化检查、信用评价、履约考核等

方式，加强对定点医药机构协议履行、基金使用、服务行为的全链条监管。发现定点医药机构存在违约和违反法律法规的，及时按照医保协议和相关法律法规进行严肃处理。

本规划自发布之日起实施。2025年3月1日暂停新增医保定点受理业务之前，经审批获得相关许可证并已正式运营的定点医药机构，暂不受此规划限制，可依申请按程序办理定点相关手续。规划实施过程中，国家和省有新规定的，从其规定。规划实施期间，市医疗保障行政部门可根据国家、省有关政策和本市经济社会发展变化，对规划进行动态修订完善。

## 术语解释

$$\text{需要的千人床位数} = \frac{\sum(\text{各年龄段住院率} \times \text{年龄段参保人数}) \times \text{平均住院日} \times 1000}{\text{病床使用率} \times 365 \times \text{总参保人数}}$$

× 患者调节系数 × 基金调节系数

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 = 基金可支付月数 ÷ 基金安全要求可支付月数