

鄂州市医疗保障局
鄂州市卫生健康委员会
鄂州市市场监督管理局
鄂州市财政局

文件

鄂州医保发〔2025〕42号

市医疗保障局、市卫生健康委员会、
市市场监督管理局、市财政局关于印发
《鄂州市医疗保障定点医药服务资源配置
规划（2025—2028年）》的通知

各区医保局，葛店开发区社会保险服务中心、临空经济区经济发展局，市医疗保障服务中心：

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》(鄂医保发〔2025〕14号)《省医疗保障局关于开展基本医保定点医药机构资源配置规划工作的通知》(鄂医保发〔2025〕24号)等文件要求,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,现将《鄂州市医疗保障定点医药服务资源配置规划(2025—2028年)》印发给你们,请遵照执行。

附件:

- 1.鄂州市医疗保障定点医药服务资源配置规划(2025—2028年)
- 2.鄂州市医保定点资源配置规则
- 3.鄂州市医疗保障定点医药服务资源配置规划表



附件 1

鄂州市医疗保障定点医药服务资源配置规划（2025—2028 年）

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）《省医疗保障局关于开展基本医保定点医药机构资源配置规划工作的通知》（鄂医保发〔2025〕24 号）等文件精神，结合本市实际，制定本规划。

一、规划背景

“十四五”期间，我市医保定点医药机构数量增长 23%，参保人数（含市外参保）基本持平，每千常住人口医疗机构床位数（以下简称“千人床位数”）超过国家、省、市规划指标。对标国家三级、二级、一级医疗机构床位数 4:4:2 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。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，推进定点医药服务资源配置优化配置迫在眉睫、势在必行。

二、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2028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。

三、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。根据鄂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) 坚持动态管理，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，新增定点准入，重点考虑

供需匹配情况、医药技术水平、管理服务能力等因素。存量定点严格管理，对存在欺诈骗保、连续多次违规违约等性质恶劣的违法违规行为的医药机构，坚决取消医保定点。建立动态评估与调整机制，对服务空白区域适时评估并按规定考虑增补定点医药机构。完善绩效考核和风险预警机制。

（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，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，促进医疗、医保、医药协同发展。

四、规划内容

为形成“资源配置均衡、依规定点准入、就医便捷有序、服务合理必要、行业规范发展”的医保定点管理新格局。政策主要方向是总量控制促进可持续发展，调剂减少医保主城区床位数，重点调剂三级医疗机构床位数，侧重压缩定点口腔门诊（部）和定点零售药店数量。医保城郊区调减二级、一级医疗机构床位数，合理优化配置定点医药服务资源。

（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，结合我市实际情况（现有床位 7720 张、平均床位使用率 68.62%、千人床位数 7.6），对全市各等级医疗机构医保床位数量实行调剂管理，原则上三年内暂不再增加医保床位总数。全市医保定点住院床位总量按每 1000 名参保人员配置 7.5 张确定，其中三级、二级和一级医疗机构规

划床位数按国家规定 4:4:2 调控。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，其中医保管理区域内床位使用率低于 75% 的，该区域不再新增医保住院床位。

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，经市医疗保障服务中心和所在区联合评估确认后纳入定点管理。

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、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、异地人员来鄂州就医情况等因素确定。门诊类定点医疗机构总数量不高于现有的 85%。村卫生室不受规划数量限制，对符合条件的村卫生室实现“应纳尽纳”。

（三）定点零售药店规划

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，结合各区人口密度，每个服务半径范围内定点不超过 3 家。全市定点药店总量为各区域定点药店数量之和。

定点零售药店总数量不高于现有存量的 80%，个人账户定点零售药店总数量不高于现有存量的 80%，职工医保门诊统筹定点药店数量不高于现有存量的 30%，门诊慢特病定点零售药店数量不高于现有存量的 20%，双通道定点药店数量不高于现有存量的 30%。

（四）定点护理机构规划

为建立我市长期护理保险制度，配合相关部门同步制定长期护理机构规划，全市定点长护服务机构实行总量控制。以各区辖区内长期护理保险参保人数为基础，原则上按每 10 万名参保人数（参保人数低于 20 万的按每 5 万人）配置机构护理和居家护理服务机构各 1 家的标准，确定各区定点长护服务机构总量。市医疗保障部门将结合基金使用效能及失能群体护理需求变化，协调相关部门动态调整定点机构类型、数量及服务规模，持续优化护理服务资源配置体系。

（五）长护失能评估机构规划

以各区辖区内长期护理保险参保人数为基础，配合相关部门按每 50 万名参保人数配置失能评估机构 1 家的标准，全市配置 2 家失能评估机构。

各区域在规划期内可新增门诊定点医疗机构、定点零售药店、定点护理机构、定点失能评估机构的数量，根据全市规划总量、区域规划总量与实际数量确定。以上各类定点机

构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。

（六）规划实施后新增定点的处理

全市现有定点医药服务资源量超过本规划总量的，原则上不再新增定点医药机构，通过规划引领、规范引导、市场竞争等形式逐步有序调整。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，并按规定纳入定点管理。区域内定点医药机构数量超过规划数量，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，并按规定纳入定点管理。

（七）其他特殊情形的处理

1.列入省、市重点建设项目范围，可补足补强我市医药技术短板、提供高水平差异化服务的医药机构和涉及医保制度改革的医药机构设置，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.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。

五、组织实施

（一）加强组织领导。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，市、区两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。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。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机制，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。

本规划自 2026 年 1 月 1 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 2

鄂州市医保定点资源配置规则

一、医保定点资源配置规划分类

（一）规划定点机构分类

医保定点医药机构分住院医疗机构、门诊医疗机构、零售药店、护理机构、失能评估机构五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。护理机构指长护保险定点护理服务机构，失能评估机构指提供长护保险失能评估的机构。

（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=[\sum （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：按照计划编制时年龄段平均参保人数确定。

总参保人数：按照计划编制时总参保人数，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

全市门诊类定点医疗机构总量=（全市参保人数+异地参保人员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 5000 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，结合各区人口密度，每个服务半径范围内定点不超过3家。服务半径超过800米的社区内新增的零售药店，在增补时按规定考虑。

全市定点药店总量为各区域定点药店数量之和。

三、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。

四、医药机构定点

(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。原则上每乡镇纳入1家定点零售药店，每个区纳入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，由医保部门按规定遴选纳入定点管理。

附件 3

鄂州市医疗保障定点医药服务资源配置规划表

| 医疗机构类别 | 现状情况 | | | 规划标准 | 规划后情况 | | | 调整变化 | |
|-----------------------|-----------|-------------|---------------------------------|--|-----------|-------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | 数量 (家) | 总床位 数(张) | 千人 床位 /服 务人 口指 标 | | 数量 (家) | 总床位 数(张) | 千人 床位 /服 务人 口指 标 | 退出 数 量 (家 /张) | 新增 数 量 (家 /张) |
| 住院定点医疗 机构 | 60 | 7720 | 7.6 张/ 千人 | 全市医保定点住院床 位总量按每 1000 名 参保人员配置 7.5 张 确定 | - | 7650 | 7.5 张/ 千人 | 70 张 | - |
| 门诊类定点医 疗机构 | 400 | - | 服务 2544 人/ 机构 | 门诊类定点医疗机构 总数量不高于现有的 85%。 | | 340 | 服务 3000 人/ 机构 | 60 家 | - |
| 定点零售药店 | 445 | - | - | 定点零售药店总数量 不高于现有存量的 80% | 356 | - | - | 89 家 | - |
| 其中：个人账 户定点零售药 店 | 445 | - | - | 个人账户定点零售药 店总数量不高于现有 存量的 80% | 356 | - | - | 89 家 | - |
| 职工医保门诊 统筹定点药店 | 311 | - | - | 职工医保门诊统筹定 点药店数量不高于现 有存量的 30% | 94 | - | - | 217 家 | - |
| 门诊慢特病定 点零售药店 | 116 | - | - | 门诊慢特病定点零售 药店数量不高于现有 存量的 20% | 23 | - | - | 93 家 | - |
| 双通道定点药 店 | 32 | - | - | 双通道定点药店数量 不高于现有存量的 30% | 10 | - | - | 22 家 | - |
| 定点护理机构 | | - | - | 原则上按每 10 万名 参保人数（参保人数 低于 20 万的按每 5 万 人）配置机构护理和 居家护理服务机构各 1 家的标准 | 21 | - | - | - | - |
| 长护失能评估 机构 | | - | - | 原则上按每 50 万名 参保人数配置失能评 估机构 1 家的标准 | 2 | - | - | - | - |

