

开封市医疗保障局

关于征求《开封市医疗保障定点医药机构配置规划（征求意见稿）》意见建议的通知

各县（区）分局、局机关各科室、局属各单位：

为更好的发挥资源配置规划引导作用，进一步提升医保服务质量和基金使用效率，促进医药服务机构高质量发展，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）有关规定，结合我市实际，我局起草了《开封市医疗保障定点医药机构配置规划（征求意见稿）》。现公开征求意见，请各单位认真研究或根据需要征求相关医药机构意见并于2025年1月10日17:00前将意见建议电子版和加盖公章扫描件反馈至市医保局，无意见亦请反馈。

联系人：李巍巍

联系电话：0371-22917019

邮箱：yyfwglk2024@126.com

附件：《开封市医疗保障定点医药机构配置规划（征求意见稿）》

开封市医疗保障局

2025年1月3日



开封市医疗保障定点医药机构配置规划(试行)

(征求意见稿)

为落实人民健康优先发展战略,保障基本医保制度更加公平、充分、可持续,促进医疗保障定点医药服务资源优化配置,提高医保资金使用效率,保障参保人员的基本医疗服务需求,根据国家医疗保障局《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)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、规划背景

截至目前,全市共有定点医疗机构2600余家(含村卫生室),住院定点医疗机构210家,其中职工门诊统筹46家,居民门诊统筹2424家,门诊慢性病定点134家,门诊特定药品定点27家,中医日间房54家,异地就医直接结算定点232家;定点零售药店964家,其中双通道定点22家,门诊慢性病定点19家,职工门诊统筹46家,参加集采287家。2023年末,全市住院定点医疗机构医保购买床位34126张,每千参保人口住院床位数达到8.12张。

近三年我市住院率高于全省平均水平,医保基金处于紧平衡状态,参保人数在逐年减少,存在住院床位使用率低(全市平均

71.13%，一级医院平均 54.24%），医保基金战略性购买、价值购买作用发挥不足，赋能医药产业创新发展方面不够有力，医保定点精细化管理水平不高等问题。根据国家医疗保障局有关规定和国家有关促进医疗、医保高质量协同发展的要求，有必要对我市医疗保障定点医药服务资源配置进行规划引导，促进医药服务机构高质量发展和供给侧改革。

二、规划依据

1、《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）

2、《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）

3、《河南省人民政府关于印发河南省“十四五”公共卫生体系和全民健康规划的通知》（豫政〔2021〕63号）

三、指导思想

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、二十届三中全会精神和习近平总书记关于医疗保障工作的重要讲话、重要批示指示精神，聚焦国家、省、市发展战略，以《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》为根本遵循，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，坚持尽力而为、量力而行，优化医保定点医药服务资源配置，用更精细化的管理、更人性化的服务提升参保群众获得感、幸福感和安全感。

四、基本原则

公平可及、统筹资源、科学合理、动态调整、鼓励竞争。

五、规划目标

到 2030 年，基本形成“资源配置均衡、就医便捷有序、基金安全高效”的医保定点格局。

（一）实施总量调控，促进医保可持续发展。

根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等合理确定定点医药机构数量，促进医药卫生服务事业发展，实现医疗保障基金良性运行。市级经办机构要制定与参保人医药服务需求相匹配、与医保基金收支平衡相适应、与医疗费用增长相挂钩的分区域、分类型定点医药机构年度设置计划，合理调控定点医药机构总量和结构，营造平等参与、公平竞争的发展环境，努力满足参保人的基本医药需求。医疗费用增长率高于全市平均水平的区市，从严控制新增定点医药机构资源配置。

（二）优化资源配置，发挥医保基金战略购买作用。

充分考虑区域发展差异，补充薄弱环节，统筹城乡资源，科学合理配置定点医药机构资源，引导医药服务资源配置均衡、高质量发展，推动医药服务机构供给侧改革，提升医保基金使用效率。定点评估时，重点考虑专科特色、管理规范、服务能力、诊疗技术、服务质量、硬件设备和价格优势等因素。

（三）健全管理机制，实现医保精细化管理。

按照协议管理经办规程和评估标准，完善定点申请、专业评估、协商谈判、协议管理等经办管理流程，严格遴选优质医药机构纳入定点协议管理。完善定点医疗机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量、费用控制、考核评价，健全激励约束和有进有出的动态管理机制。

六、规划内容

（一）住院定点医疗机构

全市医保购买的住院床位总量，原则上不超过我省“十四五”区域卫生规划确定的每千常住人口医疗卫生机构床位数 7.7 张的主要指标。其中，对于已达到“十四五”期末规划指标的床位或主城区每千人口床位数达到 12 张的床位，暂不新增购买。

医保管理区域（市本级、城乡一体化示范区、龙亭区、鼓楼区、顺河回族区、禹王台区、产城融合示范区、通许县、尉氏县、杞县、兰考县）内床位使用率低于 75%的，原则上不再新增购买住院床位。

（二）门诊统筹和门诊慢特病定点医疗机构、个账定点医疗机构和定点零售药店。

按照构建 15 分钟医保服务圈的原则，实行总量控制、动态调整、择优定点。拟新增定点周边步行 15 分钟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条件的，可优先纳入门诊统筹、门诊慢特病定点医疗机构。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”管理。

（三）其他

列入国家或省市政府重点建设项目或国家明确鼓励纳入医保定点的医疗机构，不受本规划限制，可按规定纳入医保定点评估范围。发生重大公共卫生事件或突发事件时，可不受本规划限制，临时增加医保定点满足相应需要，恢复常态后仍按本规划执行。

七、组织实施

（一）加强组织领导

市医保行政部门在定点申请、专业评估、协商谈判、协议签订、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医药机构进行监督。市医保经办机构根据规划确定的原则和任务，科学制定定点医药机构年度受理计划和评估标准，定期将全市定点医药机构配置、布局情况向行政部门报告。县（区）医保部门要切实加强领导，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。各级医保经办机构按属地原则和事前划分与医药机构签订医保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等工作，确保新增定点工作平稳开展。

（二）健全评估机制

各级医保部门要加强对资源配置实施的监督和自评，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，保障本规划规范、有效实施。

（三）强化监督管理

加强对定点医药机构协议履行、医保基金使用、医药服务行为的监督。拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价等方式对定点医药机构进行社会监督。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处理，实现定点医药机构的优胜劣汰。

本规划实施时间段为 2025-2030 年，实施过程中，市医疗保障行政部门可根据国家、省有关政策和我市经济社会发展实际等进行适当调整。