东莞市医疗保障局文件

东医保〔2026〕33号

东莞市医疗保障局关于印发《东莞市医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—2030年）》的通知

各医疗保障分局、松山湖社会事务局，市医疗保障事业管理中心：

为科学合理配置我市医疗保障定点医药机构资源，根据国家、省有关规定，我局研究制定了《东莞市医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—2030年）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

东莞市医疗保障局

2026年10月30日

东莞市医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—2030年）

为进一步优化全市医保定点医药机构资源配置，提供更具质效的医保医药服务，切实保障医保基金高效安全运行，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）、《广东省医疗保障局关于开展医保定点医药机构资源配置规划工作的通知》（粤医保函〔2026〕82号）及《广东省医疗保障局办公室转发国家医疗保障局办公室关于全面开展医保定点医药机构资源配置工作的通知》（粤医保办函〔2026〕189号）等文件精神，结合本市实际，制定本规划。

一、我市现状

近年来，围绕“健康东莞”建设目标，我局持续深化医疗保障领域改革，构建起以基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重制度为核心，以职工大额医疗费用补助、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助为补充的多层次医疗保障体系，实现了三重保障与各类补充保障有序衔接、协同发展，切实减轻参保群众医疗费用负担，有效筑牢民生保障底线。同时，医保医药服务供给能力持续增强，截至2026年9月底，全市共有定点医药机构2972家（其中定点医院109家、定点社区卫生服务机构388家、定点门诊部450家、定点零售药店2025家），已基本实现全域服务覆盖，有效保障了

全市参保群众的日常就医用药需求。但对标高质量发展要求，我市医保定点结构等方面存在不足，定点医药机构发展中还存在重规模轻质量、医药服务规范性不足等问题，资源利用效能有待提升，定点供给体系仍需进一步优化。同时，新增定点医药机构仍保持一定的增速，医药服务供给快速扩张会加剧医药服务市场竞争，影响医保定点医药服务资源的配置效率，增加医保管理运行风险。为贯彻落实国家和省级关于医保资源配置规划的工作部署，我市正加快推动医保定点医药机构管理模式从“扩面增量”向“提质增效”转变。

二、总体目标

对标国家医疗保障局、广东省医疗保障局关于医保定点管理和资源配置优化的工作导向，立足我市千万级人口城市发展实际，以保障参保群众就医用药需求为核心，统筹兼顾医疗服务供给能力与医保基金承受水平，按照“规划总量、调整存量、优化增量、提高质量”原则，科学谋划并逐步优化全市医保定点医药机构资源配置，到2030年末，基本形成布局合理、资源优质、竞争适度、服务便捷、监管有力的医保定点医药机构服务体系，推动定点医药机构资源配置与参保群众医药服务需求相适应，与医保基金支付能力相匹配，与医保精细化管理要求相统一，切实提高参保群众就医购药便利度与获得感。

一是保持适宜的定点资源规模。立足参保群众健康需求，持续优化定点医药机构空间布局与类型结构，补齐区域服务薄弱环

节，不断提升医保服务可及性和公平性，为群众提供更加便捷、均衡的医药服务。

二是构建合理的定点资源结构。按照住院定点医疗机构、门诊类定点医疗机构、定点零售药店三类实施分类规划，优化住院医疗机构层级布局，均衡门诊定点资源配置，调控零售药店配置密度，逐步形成各类定点机构协调发展的配置格局。

三是健全有序的准入退出机制。综合考量区域供需状况、医药机构技术水平、服务质效等要素，实行新增定点择优准入；强化存量定点机构常态化监管，对考核不达标、存在欺诈骗保等违约违规行为的医药机构，依规中止或取消医保定点资格，形成“能进能出、优胜劣汰”的良性运行机制。

三、规划内容

（一）住院定点医疗机构规划

优化全市住院定点医疗机构资源配置。坚持以供需平衡、结构优化、布局合理为导向，统筹规划全市住院定点医疗机构资源，优化床位配置与准入管理。根据广东省基本医保定点医药机构资源配置测算参考，经测算（详见附件公式）2026年全市“需要的千人床位数”为4.06张。规划期内，新增医保住院床位将结合各镇街（园区）实际情况进行配置，统筹考量实际开放床位数及实际床位使用率，核定可新增住院定点医疗机构数量及床位规模，保障紧缺区域刚性需求。

规范完善医疗机构医保级别管理。医疗机构医保级别直接影

响医保资源配置和基金结算，是实施定点医疗机构分级动态管理的重要抓手。针对已按三级医保等级执行、但尚未通过卫生健康部门三级评审的医疗机构，设置五年过渡期。过渡期内，机构任一自然年度医保综合考核或专项考核得分低于80分的，自考核结果正式发文次月起下调其医保级别至二级及以下（按卫生健康部门核定的评审等级调整）；过渡期结束仍未通过相应等级评审的，根据卫生健康部门核定的评审等级，重新核定其医保级别。立足保障参保人合理待遇，镇街（园区）公立医疗机构新申请核定医保级别原则上不高于二级，切实守牢参保人待遇底线；确需突破上述级别限定的，须经市委、市政府批准。

健全医疗救助定点机构准入机制。原则上将三级甲等综合医院、公立医疗机构纳入医疗救助定点范围，为保障救助服务平稳接续，设置政策过渡期至2026年12月31日，非范围内机构在过渡期结束前已入院的救助对象可继续完成诊疗并按规定结算。其中，由于当前精神类医疗救助定点医疗机构服务能力不足，可由相关职能部门联合确认的其他承接机构延长过渡期，直至完全按照本规划执行。

（二）门诊类定点医疗机构规划

本规划所指门诊类定点医疗机构，为门诊部、诊所等无住院功能的医疗机构，不含社区卫生服务机构及校内医务室。基于合理布局、便民可及的原则，以单家机构平均服务人数3000人设置1家机构的标准，结合历史就医数据确定全市门诊类定点医疗

机构规划总量。各镇街（园区）规划量根据全市规划总量与镇街（园区）个账参保人数占全市个账参保人数比例的乘积确定。此外，为扶持中医药事业发展，补齐基层中医药服务短板，对辖区内尚未设立中医类门诊部的镇街（园区），允许增设1家中医类门诊部；在可新增门诊类定点医疗机构的镇街（园区）中，优先考虑纳入中医类门诊部。

（三）定点零售药店规划

围绕打造“15分钟医保服务圈”目标开展定点零售药店布局规划，在全市土地面积的基础上按800米服务半径设置1家定点零售药店，形成全市定点零售药店规划总量，各镇街（园区）规划量根据全市规划总量与镇街（园区）参保人数占全市参保人数比例的乘积确定，确保规划布局与镇街（园区）实际服务需求精准适配。

我市已对门诊特定病种定点零售药店服务资格实行管理，鉴于“双通道”药店的服务功能、业务范围与门诊特定病种定点零售药店高度重合，现有供给能够满足群众用药需求，规划期内“双通道”药店数量维持现有规模，确因政策调整或区域实际服务供给存在明显短板的，按程序适时研究新增事宜。

四、政策衔接

（一）规划实施后新增定点机构的准入管理

对规划实施前三个月已取得《医疗机构执业许可证》《诊所备案凭证》或者《中医诊所备案证》的医疗机构，以及已取得

《药品经营许可证》的零售药店，设置过渡期至2027年4月30日。过渡期内，上述医药机构符合医保定点管理相关规定要求的，不受医保资源配置限制，按程序纳入医保定点管理。过渡期结束，对存在住院医疗资源需求缺口的镇街（园区），可结合实际并经综合评估后，择优将符合条件的住院医疗机构纳入定点，或允许存量住院医疗机构新增定点床位；对门诊类定点医疗机构及定点零售药店配置未达规划数量的镇街（园区），在镇街（园区）规划余量内依规择优纳入定点管理。

（二）规范定点机构跨镇街（园区）迁址管理

规划实施后定点医药机构跨镇街（园区）变更注册地址的，应当符合迁入镇街（园区）当年定点资源配置要求。迁入镇街（园区）在规划量内完成择优新增定点机构后仍有规划余量的，可按照提交地址变更申请的先后顺序受理跨镇街迁址申请，保留其医保定点资格；无规划余量的，不予保留医保定点资格。本规划实施之日至首年度配置计划发布前，跨镇街迁址以规划印发之日各镇街（园区）定点医药机构实际存量为临时管控上限。自首年度配置计划发布之日起，跨镇街迁址按照当年镇街（园区）配置总量管理；后续年度计划发布前的空窗期，参照上一年度配置计划执行。定点医药机构在同一镇街（园区）范围内变更注册地址的，按原有规定执行。

（三）健全定点机构的动态退出机制

强化定点医药机构考核结果运用，将考核情况与定点资格

保留、协议续签挂钩。对考核结果较差，或存在内部管理不到位、医保相关业务开展不充分等问题的医药机构，依照医保服务协议及相关法规政策，中止或解除医保定点服务协议，退出释放的定点资源纳入全市统筹，用于后续择优准入，落实规划总量管控。对长期未发生医保结算的存量定点机构及时解除医保服务协议，持续优化定点医药机构布局。

（四）特殊情形

1.符合以下条件的医疗机构，可按规定申请纳入医保定点，不受规划限制：

（1）专业公共卫生机构，政府办传染病、职业病、康复、精神病专科医院；

（2）已纳入或获评国家、省级、市级临床重点（特色）专科，市委、市政府规划确定的市级重大医疗建设项目、高水平医院、高水平专科医院、区域中心医院、卫生重点建设及扶持项目的医疗机构；

（3）社区卫生服务中心（站）、校内医务室。

2.已纳入医保定点的医疗机构，符合以下情形的，可按规定新增定点床位，不受规划限制：

（1）国家、省级、市级临床重点（特色）专科，市委、市政府明确批复的重大医疗建设项目、高水平医院、高水平专科医院、区域中心医院、卫生重点建设及扶持项目配套新增床位，可按规定新增定点床位；

（2）现有定点医疗机构在卫生健康部门核定编制床位范围内，将普通住院床位转型为传染病、职业病、康复、精神等紧缺专科床位的，予以备案调整，重点补齐专科短板，不扩大普通床位供给；

（3）经市政府同意，纳入本市卫生健康发展规划的情形。

3.其他管控规定

（1）统筹基金出现收不抵支的情况，暂停新增所有定点机构、新增定点床位申请，直至基金运行风险化解；

（2）涉及医保重大项目实施、医保资源配置政策调整的，可结合实际单独规划，不受本规划限制；

（3）对于我市定点医药机构资源配置规划，市委、市政府另有文件规定的，从其规定。

五、组织实施

（一）建立市级统筹。市医疗保障局统筹推进规划落地实施，健全专家咨询论证制度，在规划制定、评估和调整优化中，充分发挥行业专家的专业支撑作用。主动征询卫生健康等相关部门意见，完善社会参与机制，广泛征集社会公众意见，提升规划的科学性和透明度。

（二）加强监督管理。各级医疗保障部门要进一步强化协议管理，完善动态退出机制，健全“有进有出”的良好定点管理格局。完善定点医药机构绩效考核制度，将考核结果作为医保级别调整、服务协议续签的重要依据。

（三）强化实施保障。坚持稳中求进，做好政策宣传解读，合理引导社会预期。建立规划实施动态监测机制，依托医保信息平台，定期评估规划执行情况和实施效果。根据评估结果，结合基金运行状况及区域卫生规划调整等实际因素，适时修订完善规划内容，确保规划始终贴近实际运行。

六、其他事项

（一）本规划自2026年11月1日起实施。实施期间，国家、省级有新规定的，从其规定；市医疗保障局可依据国家、省级有关政策要求，结合本市经济社会发展实际及医保事业高质量发展需要，对本规划进行适时调整。

（二）市医疗保障局将于规划期内每年4月底前公布当年度定点医药机构受理计划，并自5月起执行，明确受理时间、准入条件及镇街（园区）规划数量等事项，未纳入当年度受理计划的，原则上不予受理。

附件：东莞市医疗保障定点医药机构资源配置规则

附件

东莞市医疗保障定点医药机构资源配置规则

一、医保定点资源规划分类

（一）规划定点机构分类

医保定点医药机构按住院医疗机构、门诊类医疗机构、零售药店三类进行资源配置规划。

住院医疗机构指具有住院服务功能的医疗机构（含综合医院、专科医院等）；门诊类医疗机构指门诊部、诊所等不含住院功能的医疗机构（不含社区卫生服务机构及校内医务室）。

（二）规划数量分类

本规划所称规划数量，包括规划期内的年度规划总量和年度计划量。年度规划总量，指截至下一年度规划期末的预期规划量。年度计划量，指根据年度规划总量、当期实有数量和相应资源配置规则确定的年度可计划新增的数量。

二、规划总量配置规则

（一）医保住院床位年度规划总量

全市医保住院床位实行总量控制，具体可新增床位数量结合各镇街（园区）可新增空间及重大项目布局等统筹确定。

需要的千人床位数=[∑（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：取规划编制上一年年末分年龄段参保人数。

总参保人数：取规划编制上一年年末全市参保总人数。

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。

（二）门诊类定点医疗机构年度规划总量

全市门诊类医疗机构年度规划总量的设置，综合考虑全市个账参保人员数量、异地就医情况及历史服务人数等因素确定。

全市门诊类定点医疗机构年度规划总量=（全市个账参保人数+异地参保人员在本地门诊就医人数）/平均服务人数

全市个账参保人数：取规划编制上一年年末个账参保人数。平均服务人数：结合我市门诊类医疗机构本地和异地参保人员就医历史数据，按3000人确定。

镇街（园区）门诊类定点医疗机构年度规划量=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=镇街（园区）个账参保人数/全市个账参保人数

（三）全市定点零售药店年度规划总量

全市定点零售药店规划总量按照“15分钟医保服务圈”建设要求，以800米服务半径正六边形覆盖模型测算。采用全市土地面积为测算基数，结合各镇街（园区）参保人数占全市参保总人数比例，测算核定各镇街（园区）新增定点零售药店规划量。对现有定点零售药店数量已超出规划量的镇街（园区），原则上不再新增；对尚未达到规划量的镇街（园区），可按规定程序受理新增定点零售药店申请。

全市土地面积：取值2460平方公里，未剔除水域用地等无常住人口、无购药需求的区域，可供布局药店的实际有效服务空间更为有限。

平均服务覆盖范围（正六边形面积）$=\frac{3\sqrt{3}}{2}R^2$

全市定点零售药店规划总量=全市土地面积/平均服务覆盖范围

镇街（园区）定点零售药店规划量=全市定点零售药店规划总量×区域分配系数

区域分配系数=镇街（园区）参保人数/全市参保人数

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-全市现有医保住院床位数

当全市医保住院床位数达到或超过全市医保住院床位规划总量时，原则上暂停编制年度计划量。对于存在住院医疗资源缺

口的镇街（园区），如其同时满足以下三个条件，经综合评估后，可结合区域医疗需求，统筹研究存量住院定点医疗机构新增床位或新增纳入医保住院医疗机构等事宜：

①镇街（园区）每千本地参保人拥有的实际床位数低于全市“需要的千人床位数”；

②实际开放床位数不低于《医疗机构执业许可证》载明的核定床位数；

③实际床位使用率高于85%。

（二）年度门诊类定点医疗机构计划量

1.实际数量少于规划数量的镇街（园区）。

门诊类定点医疗机构计划量=镇街（园区）门诊类定点医疗机构规划量-镇街（园区）实有门诊类定点医疗机构数

2.实际数量超过或等于规划数量的镇街（园区），暂停新增事宜。

（三）年度定点零售药店计划量

1.实际数量少于规划数量的镇街（园区）。

定点零售药店计划量=镇街（园区）定点零售药店规划量-镇街（园区）实有定点零售药店数

2.实际数量超过或等于规划数量的镇街（园区），暂停新增事宜。

抄送：省医疗保障局。市卫生健康局，市市场监管局。

东莞市医疗保障局办公室　　2026年10月30日印发