遂医保发〔2026〕8号

遂宁市医疗保障局
遂宁市卫生健康委员会
遂宁市市场监督管理局
关于印发《遂宁市基本医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—2028年）》的通知

各县（市、区）医保局、卫生健康局、市场监管局，市医保中心：

《遂宁市基本医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—2028年）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

（此页无正文）

遂宁市医疗保障局　　遂宁市卫生健康委员会

遂宁市市场监督管理局

2026 年 9 月 1 日

遂宁市基本医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—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）、《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）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，我市已建成覆盖城乡的定点医药机构服务网络，定点医药资源总量基本满足群众需求，但区域间结构不均衡的矛盾日益显现，资源配置的重心已从总量扩张转向结构调整。当前，亟须通过资源配置规划，进一步发挥医保战略购买作用，引导定点医药资源合理流动和科学布局，推动从“量的扩张”向“质的提升”转变，促进布局更加均衡、结构更加合理、服务更加高效的医保定点服务体系建设。

二、资源现状

经对全市医保定点医药资源进行系统分析，基本掌握各类资源的区域分布、服务效能及覆盖短板，为优化配置提供了基础依据。

（一）资源总量与布局结构。全市医保定点医药资源总体处于“结构性相对失衡”阶段。住院资源较为充足，基层机构呈现“核心过密、外围空白”的分化格局，诊所和药店在乡镇层面覆盖不足，区域间配置水平差异显著，撤乡并镇进一步加大统筹难度。

（二）基层网底覆盖短板。诊所和药店在乡镇（街道）存在较大面积空白，无定点诊所覆盖的乡镇占比68%，无定点药店覆盖的占比24%。空白区域虽已设村卫生室，但其服务能级和诊疗范围难以完全替代诊所药店功能，基层网底结构性短板明显，人口大镇资源缺口尤为突出。

（三）服务需求变化趋势。诊所服务量增长趋缓，药店需求普遍下行，需求下降已由个别区域扩展为普遍现象，需更加注重存量优化与精准配置，同时职工服务人次占比仍保持高位，在职工密集区域保持必要供给，避免过度压缩影响日常购药需求。

（四）专科及特殊药品供药配置。精神卫生和血透专科覆盖面相对较全，其余专科资源基本集中于船山区，其他区域专科服务缺乏。谈判药品供药药店主要围绕大型综合医院布局，便于处方流转，但部分机构供药功能已虚化，区域覆盖空白与服务效能分化并存。

总体来看，全市医保定点医药资源已具备一定基础，当前主要矛盾已从“总量不足”转向“结构优化”。下一阶段以“控增量、优存量、补短板”为思路，重点加强基层网底薄弱环节，健

全动态监测机制，推动资源布局更加均衡、服务效能持续提升。谈判药品供药领域应着力解决区域覆盖空白与服务效能分化问题，建立定期复审与动态调整机制，确保高值药品供药资源发挥应有作用。

三、总体目标

（一）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和二十届三中、四中全会精神，坚持以人民健康为中心，立足遂宁市经济社会发展实际，按照国家医保局关于加强医疗保障定点管理和资源配置优化的部署要求，统筹医疗服务供给能力与医保基金承受能力，以保障参保人员基本医疗需求为核心，以优化资源配置结构、提升服务质量效率为重点，以医保基金可持续运行为底线，坚持科学规划、动态调整、精准施策，合理规划全市医保定点资源配置。

（二）基本原则

1.保障基本，公平可及。坚持以人民健康为中心，立足参保群众基本医药服务需求，坚持医保基金“以收定支、收支平衡”的原则，在保障参保人员基本医疗需求的基础上，着力补齐薄弱环节资源短板，确保基金安全运行和医保制度可持续。

2.优化配置，提质增效。充分发挥医保基金战略性购买作用，促进区域间定点医药服务资源均衡配置，合理规划不同类型定点医药机构数量和结构，通过调控总量、优化结构、均衡布局，引

导医保定点服务资源投向短缺领域。

3.科学布局，均衡发展。综合考虑遂宁市人口分布、地理环境、经济发展水平、疾病谱特点及医保基金承受能力等因素，以方便群众就医为导向，统筹城乡区域资源配置，推动优质医疗资源向基层下沉，构建“15分钟医保服务圈”。

4.动态管理，规范有序。建立健全定点医药机构准入退出和考核调整的动态管理机制，完善定点医药机构准入退出标准与流程，强化定点服务协议管理与考核，实现定点医药机构准入、监督、退出的闭环管理。

5.协同联动，共建共享。加强医保部门与卫生健康、市场监管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、经济社会发展规划的协同衔接，形成政府引导、市场运作、社会参与的良好格局。

（三）规划目标

严格遵循供求平衡、分级分类、动态优化的原则，着力构建与遂宁市经济社会发展水平相适应、与医保基金支付能力相统一的定点医药服务资源配置体系。到2028年末，全市基本医保参保率稳定在97%以上；优质医疗资源覆盖274.7万常住人口，确保每个县（市、区）至少有1家二级及以上医保定点综合医院，每个乡镇（街道）至少有1家医保定点基层医疗卫生机构，医保定点机构实现乡镇（街道）全覆盖；规划区域800米半径内覆盖1—2家药店，力争“15分钟医保服务圈”实现全覆盖。最终达到“总

量适宜、布局均衡、结构合理、功能完善、管理规范、运行高效”的发展目标。

四、规划内容

我市医疗保障定点医药机构资源配置规划首期为2026—2028年。

（一）定点医药机构规划

按照国家医疗保障局关于基本医保定点医药机构资源配置规划的测算口径，全市医保定点住院规划床位总量按每千名参保人员配置6.47张确定，实施总量规划下的结构优化，结合参保人员分布和医疗服务需求，合理规划不同级别医疗机构床位的比例结构，其中三级、二级和一级及以下医保定点医疗机构规划床位数按5:2:3配置。对照规划期内全市资源配置总量目标，评估各县（市、区）医保定点资源供给水平。依据评估结果，将各县（市、区）实行差异化配置管理：当资源不足、资源紧张时，以优化增量配置为主；当资源充裕、资源过剩时，以优化存量结构为主；当资源平衡时，可统筹优化增量与存量。

1.住院类定点医疗机构床位规划

按照国家医疗保障局关于基本医保定点医药机构资源配置规划的测算口径，确定全市医保定点住院规划床位总量。规划床位数应与定点医疗机构编制床位相衔接，纳入医保补充协议管理，作为医保基金付费的核定依据。

（1）普通住院床位。普通住院定点医疗机构医保规划床位

按不超过编制床位且不超过医保千人床位数进行测算和核定。

（2）精神卫生定点医疗机构精神科床位。以精神疾病类在院患者数为参考，结合常住人口数进行确定。

（3）床位数总量超出规划总量的，须经市医保局审核同意，并纳入医保定点协议管理动态监测范围。所涉医疗费用按照补充协议规定比例分段付费。

2.门诊类定点医疗机构规划

（1）诊所类定点医疗机构。基于“以人为本、均衡布局、服务可及”的原则，统筹服务需求与区域覆盖，科学配置诊所类定点医疗机构资源。对实际数量超过规划总量的县（市、区），实行动态调整机制，逐步引导回归规划水平；对资源空白或不足区域，在新增指标上予以重点倾斜，引导资源向无定点诊所的乡镇迁址、开设分支机构，促进区域资源结构优化。

（2）血透类门诊。根据各县（市、区）血透服务供需状况，以患者需求为导向，以服务能力为基础，以保障及时可及为目标，精准配置血透机器资源。

3.定点零售药店规划

围绕构建“15分钟医保服务圈”目标，以800米服务半径为主要参考依据，结合区域内人口密度，在服务半径内按1至2家定点药店的标准进行配置，同时统筹服务需求，综合核定各区域规划总量。

全市定点零售药店规划总量为各区域规划总量之和。对实际

数量超过规划总量的县（市、区），按照动态调整原则，逐步引导回归规划水平；对资源空白或不足区域，在新增指标上予以重点倾斜。新增指标优先用于填补空白乡镇及职工密集区域的服务盲区，鼓励通过存量药店迁址置换实现布局优化。

（二）特殊情形与应急管理

1.列入中央、省、市重点建设项目（如精神卫生中心），或承担公共卫生服务职能的基层医疗机构（社区卫生服务中心门诊部、乡镇卫生院门诊部、村卫生室）不受本规划数量限制，可按规定纳入医保定点，机构数量和资源数计入相应的规划总量。

2.仅对内部人员提供服务的学校、企事业单位内设医疗机构，不受本规划数量限制，可按规定纳入医保定点，机构数量和资源数不计入相应的规划总量。

3.定点医疗机构新设院区或迁址，需参考本规划总体要求，并按现行定点管理办法执行。鼓励市、县联动，对省级、市级三级医疗机构到医疗资源薄弱地区设立分院的，不受本规划数量限制，可按规定纳入医保定点，机构数量和资源数计入相应的规划总量。

4.如收到省级及以上医保部门基金运行预警通报的，原则上全市不再新增定点医药机构；待预警解除，经集体决策通过后恢复新增。

（三）管理办法

根据我市定点医药机构资源配置方案，市医保局牵头负责年

度定点医药机构资源配置管理工作，统筹开展资源测算、结果发布、区域指导及资源库建设等事宜，指导各县（市、区）建立并管理医保定点资源库，协同推进资源配置与管理各项工作。

1.新增管理

严格对照国家及省市关于定点医药机构准入标准与协议管理要求，健全“有进有出”的定点机构动态管理机制。

（1）信息发布。市医保局每年向社会公布当年度定点医药机构资源配置结果。

（2）申请受理。医药机构向医保经办机构提交纳入定点的申请材料，医保部门应及时受理。

（3）评审组织。市医保局依据国家定点管理办法制定统一医保定点评估标准并向社会公开。各级医保经办机构对申请医药机构开展合规评估，全部评估达标的，按受理顺序协商签订医保服务协议。

（4）结果公示。评审结果向社会公示，公示期不少于5个工作日。

（5）协议签订。公示期满无异议的，由医保经办机构按规定与医药机构签订服务协议。

2.年度考核

各级医保部门负责组织实施本区域内定点医药机构的年度考核工作。考核以自然年度为周期，于次年初对上一年度定点医药机构的医保协议履行情况进行综合评价。考核工作应严格依据

相关办法执行，考核结果作为协议续签的重要依据。根据考核结果暂缓续签的定点医药机构设置1个月整改期，按期完成问题整改的予以续签，未完成的不予续签。对考核不合格的定点医药机构，不予续签服务协议。

五、组织实施

（一）加强组织领导。各级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；县（市、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，各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）明确职责分工。各级医保部门要加强与卫生健康、市场监管、发展改革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，与医保基金可持续性发展相适应，不断提升医保定点管理精细化、科学化水平。

（三）强化动态管理。进一步加强定点医药机构动态管理，强化医保准入、协议履行和评估考核，对符合条件的医药机构，根据年度配置计划，按规定择优遴选纳入定点。对不符合条件的定点医药机构要加强退出管理，持续优化定点医药机构资源的合理配置。

（四）抓好监督管理。注重市场机制与监管措施相结合，综合运用医保协议管理、日常监督检查、违规退出等手段，引导资源合理流动和结构优化。

六、附则

本规划所称“定点医药机构”，是指符合国家、省、市相关规定，经医保部门评估认定，纳入基本医疗保险定点管理，为参保人员提供医疗服务或药品销售服务，并与医保部门签订服务协议的医疗机构和零售药店。

本规划涉及的数据，以规划编制时上一年度统计数据为准；在规划实施过程中，若参保人口、医疗需求等发生重大变化，可按程序对规划指标进行适当调整。

附件:遂宁市医保定点资源配置测算方案

附件

遂宁市医保定点资源配置测算方案

一、规划定点分类

基本医保定点医药机构规划分为**住院类定点医疗机构、门诊类定点医疗机构、定点零售药店**三类进行资源配置规划。

住院类定点医疗机构指有住院业务的医疗机构，包括三级医院、二级医院、一级医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等。

门诊类定点医疗机构指不含有住院业务的医疗机构，包括社区卫生服务中心（站）、血透中心、村卫生室、机构内设医务室、门诊部、诊所等。

定点零售药店指直接向参保患者提供药品服务的药品零售经营企业。

二、定点医药机构规划与配置

根据《四川省医疗保障局关于印发〈四川省基本医保定点医药机构资源配置规划基本思路〉的通知》，结合我市实际制定以下测算方案。当参保人口、医疗需求等发生重大变化时，将按程序对规划指标进行适当调整。

（一）全市住院类定点医疗机构规划

1.医保住院床位规划总量

按照国家及省医保局关于基本医保定点医药机构资源配置

规划的测算口径，以总参保人数为基础，综合考虑住院率、平均住院日、病床使用率等因素，确定基本医保需求床位数。具体计算公式如下:

$$\text{需要的千人床位数}=\frac{\sum[(\text{各年龄段住院率}\times\text{各年龄段参保人数})\times\text{各年龄段平均住院日}]}{\text{病床使用率}\times 365\times\text{总参保人数}\times 1000\times\text{患者调节系数}\times\text{基金调节系数}}$$

全市需求床位数=需要的千人床位数×常住人口/1000

县（市、区）分配系数=各县（市、区）住院总床日÷全市住院总床日

各县（市、区）需求床位数=全市需求床位数×县（市、区）分配系数

各县（市、区）新增量。各县（市、区）新增量按以下公式计算:

县（市、区）可新增量=县（市、区）规划总量－县（市、区）当前实有量

县（市、区）缺口系数=县（市、区）可新增量÷所有可新增县（市、区）的增量之和

各县（市、区）新增量=全市新增量×县（市、区）缺口系数

确定最终规划数量。新增量加上现有编制床位数量，形成最终床位配置方案。

参数说明:

（1）各年龄段住院率、平均住院日：按照计划编制时前三年医保住院数据的平均值确定;

（2）年龄段参保人数：按照计划编制时上一年年龄段参保人数确定。

（3）总参保人数：按照计划编制时前三年总参保人数确定，并适当考虑一定的增长比例。

（4）病床使用率：结合实际床位使用率确定计划编制时床位使用率目标。

（5）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）;

（6）基金调节系数=基金实际可支付月数÷安全线可支付月数；为确保居民医保基金运行安全，该调节系数实行上限管控，最高不得超过105%。

基金实际可支付月数=上一年度城乡居民医保基金支出占比×城乡居民医保基金实际可支付月数+上一年度城镇职工医保基金支出占比×城镇职工医保基金实际可支付月数;

安全线可支付月数=城乡居民医保基金支出占比×9+城镇职工医保基金支出占比×18。

2.精神卫生机构需求床位测算

以精神卫生定点医疗机构在院患者数量为参考，将配置总量

控制在4000张左右，以此计算出精神科千人床位数为1.46张作为配置标准，再以各县（市、区）常住人口为分配依据，计算各县（市、区）规划床位数量。

（二）全市门诊类定点医疗机构规划

门诊类定点医疗机构指不含有住院功能的医疗机构。由于承担公共卫生服务职能的基层医疗卫生机构（含社区卫生服务中心、村卫生室）不受本规划限制，门诊类定点医疗机构的规划主要为诊所类（含普通诊所、中医诊所、口腔诊所、口腔门诊部、社区卫生服务站及其他专科类门诊。血透机构单独测算）。

1.诊所类定点医疗机构

（1）预测年度服务人次。依据前三年全市定点诊所类医疗机构（含已解除机构）服务人次平均增速，考虑到人口回流等因素将指标进行适当上浮，预测规划当年服务人次。

（2）确定平均服务人次标准。依据规划上年现存诊所类医疗机构上一年度服务总人次及机构数量，测算平均服务人次，作为规划基准。

（3）测算全市规划总量。以规划当年全市诊所类医疗机构预测服务人次除以平均服务人次，得出全市规划总量。全市可新增量按规划总量与全市实际量之差确定。

（4）测算各县（市、区）规划总量。以全市规划总量为基数，采用加权综合法，按各县（市、区）可用土地面积占比和服

务人次占比分别计算面积规划量和服务人次规划量，各赋予 50%权重，加总后确定各县（市、区）规划总量。

（5）测算各县（市、区）新增量。各县（市、区）新增量按以下公式计算:

县（市、区）可新增量=县（市、区）规划总量－县（市、区）当前实有量

县（市、区）缺口系数=县（市、区）可新增量÷所有可新增县（市、区）的增量之和

各县（市、区）新增量=全市新增量×县（市、区）缺口系数

注：在全市总量新增的前提下，方可适用缺口系数公式进行计算。

2.血透类门诊

门诊血透服务资源配置坚持以患者需求为导向，测算各县（市、区）血透服务供需状况，精准配置血透机器资源。

（1）识别血透患者人数。依据 2026 年 6 月结算数据，识别各县（市、区）血透患者人数。

（2）测算血透服务需求人次。按临床标准，以患者人数乘以每月服务频次 13 次计算，得出年度服务需求人次。

（3）测算所需机器数量。结合临床经验及患者需求，以每台机器每日服务 2 次作为测算基准，扣除机器定期关机维护时间，确定年有效服务天数，同时应对人员增长情况预留 5%、应对机器损耗预留 5%。各县（市、区）需求机器数量按年度服务需求人次除以日均服务次数及年有效服务天数，再乘以 110%确定。

（4）测算各县（市、区）可新增血透机器数量。可新增量按规划需求数量与当前实有数量之差确定，计算结果为正数的纳入年度新增计划，为负数或零的原则上不再新增。

（三）全市定点零售药店规划

围绕构建“15分钟医保服务圈”目标配置定点零售药店资源。以800米服务半径为主要参考依据，统筹服务需求和人口密度确定各区域规划总量。

测算思路如下:

（1）预测年度服务人次。依据前三年全市定点零售药店服务人次总和，预测规划当年服务人次。

（2）确定平均服务人次标准。依据规划当年现存定点药店上一年度服务总人次及机构数量，测算平均服务人次，作为规划基准。

（3）测算按服务人次规划量。以规划当年全市定点零售药店服务人次除以平均服务人次，得出按服务人次规划总量。各县（市、区）按服务人次规划量以规划总量乘以各县（市、区）服务人次占比确定。

（4）测算按服务面积规划量。各县（市、区）按服务面积规划量，以800米服务半径作为覆盖基准，测算单点覆盖面积，并结合人口密度设置调节系数进行调整。

$$\text{调节系数}=(1+2\times\frac{D-D_{min}}{D_{max}-D_{min}})$$

其中:

D 表示该县（市、区）人口密度;

D_{min}表示人口密度最小的县（市、区）;

D_{max}表示人口密度最大的县（市、区）。

（5）确定各县（市、区）规划总量与新增量。各县（市、区）规划总量，按服务人次规划量与按服务面积规划量各赋 50%权重加权计算得出。

各县（市、区）新增量按以下公式计算:

县（市、区）可新增量=县（市、区）规划总量－县（市、区）当前实有量

县（市、区）缺口系数=县（市、区）可新增量÷所有可新增县（市、区）的增量之和

各县（市、区）新增量=全市新增量×县（市、区）缺口系数

注：在全市总量新增的前提下，方可适用缺口系数公式进行计算。

信息公开选项：主动公开

遂宁市医疗保障局办公室　　2026 年 9 月 1 日印发