

关于印发芜湖市医疗保障定点医药机构资源配置规划（2026—2028 年）的通知

芜医保〔2026〕13 号

各县市区分局、直属分局，机关各科室，局属各事业单位：

为科学合理配置我市医疗保障定点医药机构资源，《芜湖市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。

芜湖市医疗保障局

2026 年 4 月 22 日

（此文件公开发布）

芜湖市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,有效发挥医保基金战略购买作用,提高基本医保定点医药机构资源配置效率,切实保障参保人员基本医保医药服务需求,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)、《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)和《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、部署要求

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及历次全会精神,坚持以人民健康为中心,持续深化医疗保障制度改革,统筹医药服务供给能力,兼顾医保基金支付能力,稳定总量、调整存量、优化增量,坚持数字赋能,优化基本医保定点医药机构资源配置,持续推进医疗保障和医药服务高质量协同发展。到2028年末,基本形成与芜湖市经济社会发展水平相适应、与参保人员医药需求相匹配、与医保基金支付能力相

协调的医疗保障定点医药机构资源配置体系，实现资源总量适宜、结构合理、进出有序、运行高效的发展目标。

（一）坚持以人为本，保障基本医药需求。以保障参保人员的基本医药需求为导向，通过科学规划医保定点医药机构的资源总量、结构与空间布局，着力补齐薄弱环节，提升服务可及性和公平性，确保参保群众享有更加便捷、优质、普惠的基本医保医药服务。

（二）注重科学布局，推动资源均衡配置。根据芜湖城市空间布局和参保人口实际分布，统筹医药服务需求、基金支付能力和资源分布现状，科学配置定点医药机构资源，推动医保定点医药机构资源向薄弱区域延伸，促进城乡医保医药服务资源均衡发展。

（三）坚持规范管理，健全准入退出机制。完善医疗保障定点医药机构准入制度，加强协议管理，实行动态调整、绩效考核和预警机制，引导定点医药机构进一步规范服务行为，提高医保基金使用效率和可持续发展水平，切实维护基金安全运行。

（四）强化数字赋能，提升资源服务效能。建立基本医保医药服务资源配置管理系统，强化数字支撑、动态监测与可视化决策，促进资源配置的科学化、规范化和智能化。实施差异化、精

细化的调控策略，加强专科服务能力与医保疾病谱变化的动态适配。

二、规划内容

（一）住院类定点医疗机构

综合考虑医保基金支付能力、住院人次、平均住院日、病床使用率、参保人数等因素，依据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，全市医保定点住院床位总量按每千参保人员配置 5.97 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 6:3:1 配置。以需求为导向，结合全市各专科的资源现状、服务利用量及变化趋势，综合评估各专科的服务供给能力，支持将供给相对不足、群众需求迫切的专科所在医疗机构优先纳入新增医保定点。规划期内，全市可新增的医保住院床位数按规划总量与实有数量的差额确定。

1. 当全市医保住院床位数实有数量超过规划总量时，原则上暂停全市新增住院类定点医疗机构，实行总量控制下的存量资源配置优化。

2. 针对医保住院床位资源供给不足的县市区，允许在全市实际医保住院床位数已超出规划总量的情况下，根据该县市区上一

年度缩减的数量进行“减一增一”配置，同时将上一年度全市其他冗余区域缩减床位量的 50%向供给不足的县市区进行配置，新增数量不得超过供给不足缺口数量，可优先将该县市区内资源短缺层级对应的优质医疗机构纳入新增定点。

3. 针对医保住院床位资源存在冗余的县市区，暂停该区域新增住院类定点医疗机构，引导现有资源向护理院、医养中心等接续性医疗机构转型。

4. 各县市区上一年度职工医保统筹基金或居民医保统筹基金中有一项出现收不抵支时，暂停该区域新增住院类定点医疗机构。

5. 各县市区上一年度住院病床使用率未达到 79%的，暂停该区域新增住院类定点医疗机构。

6. 在全市医保住院床位资源总量可控的前提下，对肿瘤等群众需求迫切但供给相对不足的专科，优先进行资源配置。

7. 规划期内，原则上不再新增精神专科住院类定点医疗机构资源配置。

（二）门诊类定点医疗机构

基于合理布局、便利群众原则，结合各县市区内定点医疗机构集聚度与参保人口密集度等因素，依据基本医保所需千人医保医师数配置规则，全市医保医师资源总量逐步向每千参保人员配

置 3.06 名发展。全市门诊类定点医疗机构的医保医师资源配置总量,按上一年度门诊类定点医疗机构的门诊诊疗人次占比确定。各县市区可新增门诊类定点医疗机构的数量,主要依据各县市区门诊类定点医疗机构医保医师资源配置数量与现有数量的差额,结合门诊类医疗机构医保医师平均配置标准确定。优先向基层定点医疗机构配置,并按补齐盲区、补足弱区的原则实施空间布局。

1. 各县市区上一年度实有医保医师数超过基本医保所需医师数时,暂停该区域新增门诊类定点医疗机构,实施医保医师存量资源的优化调整。

2. 各县市区上一年度实有医保医师数未达基本医保所需医师数时,可在全市可新增门诊类定点医疗机构医保医师数规划范围内,结合县市区门诊类医保医师资源缺口,结合门诊类医疗机构医保医师平均配置标准,规划新增门诊类定点医疗机构。

3. 各县市区规划新增门诊类定点医疗机构,原则上以补充基层定点医疗机构为主,优先将资源供给不足的社区(村)网格内门诊类医疗机构纳入定点,城市建成区和镇中心区按照“15 分钟医保服务圈”、行政村按“一村一室(所)”要求配置。

4. 规划期内,从严控制口腔专科的门诊类定点医疗机构资源配置。

(三) 定点零售药店

以最大化方便参保群众购药等药事服务需求为出发点，基于总量引导、合理布局、提高覆盖、市场竞争的原则，按照构建“15分钟医保服务圈”的要求，结合我市城乡二元化人口地理分布特征，规划定点零售药店的总量与空间布局。全市定点零售药店规划总量，结合全市参保人数变化趋势和上一年度全市单个定点药店平均服务覆盖参保人数进行配置，在规划期内实现定点药店服务参保人口覆盖率达到 95%，支持将农村地区的药事服务机构纳入定点管理，支持规模化、连锁经营药店优先纳入配置范围。

1. 普通定点药店实行城乡差异化配置。城市建成区以社区网格为单位，单个药店平均服务覆盖人数不低于基准值，新增定点药店空间布点须满足 15 分钟步行可达要求。农村地区结合资源现状，原则上每个镇中心区配置 1-2 家定点药店，人口密集镇可适当增加；每个行政村可通过村卫生室或全科诊所进行补点，为广大农村地区参保群众提供基本医保药事服务。

2. 针对县市区部分网格区域定点零售药店资源供给不足的情况，允许该县市区在已超出规划总量的情况下，根据上一年度缩减数量进行“减一增一”配置，也可将上一年度全市其他县市区缩减数量的 50%向供给不足的县市区进行配置，新增数量不得超过该区域供给不足数量。

3. 专业定点药店实行分类精准配置。按照区域均衡原则，城

市建成区每个街道、农村地区每个镇中心区，可设置 1 家门诊慢特病药店；每个县市区可设置 1 家门诊统筹药店；每个县市区可设置 1 家“双通道”药店，参保人口密度高的县市区可适当增设。

（四）其他特殊情形

1. 列入中央、省、市重点建设项目、承担公共卫生服务职能的基层卫生服务机构（含社区卫生服务机构、镇卫生院、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. 盲人医疗按摩诊所、安宁疗护中心，仅对内部人员提供服务的学校、企事业单位、养老机构内设医疗机构，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. 定点医疗机构因新设分院区等新增执业地点，或定点医药机构迁址等，均须按新增定点管理，并依据本规划执行。鼓励市、县联动，对省、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. 收到市级及以上医保部门基金运行预警函的，除国家、省、市另有要求外，各县市区原则上不再新增定点医药机构。

三、组织实施

（一）**加强组织落实。**各级医保部门应切实提高政治站位，压实主体责任，加强全市医疗保障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医疗保障定点医药机构资源配置规划编制工作；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。市级医保经办机构依据本规划编制并发布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落地实施相关工作。

（二）**建立协同机制。**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，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）**抓好监测评估。**依托资源配置管理系统，动态监测定点医药机构布局、资源运行效率，建立预警机制，实行红、黄、蓝三色分级预警。及时协调解决资源配置实施过程中存在的问题

与不足，确保本规划及实施更加符合经济社会发展实际，更加符合医保管理与服务实际。

四、其他

对本规划正式实施前已取得医疗机构执业许可证、诊所备案凭证或中医诊所备案凭证的医疗机构，以及已取得药品经营许可证的零售药店，设置过渡期至 2026 年 6 月 30 日。上述医药机构在过渡期内提出医保定点申请且符合医保定点准入条件的，可不受本规划限制，按规定流程纳入医保定点管理。过渡期结束后，自 2026 年 7 月 1 日起，医保定点准入管理严格按照本规划执行。

规划实施过程中，国家和省有新规定的，从其规定执行。实施过程中，市级医疗保障行政部门可根据国家和省有关政策、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，对本规划进行动态调整。

附件：芜湖市医疗保障定点医药机构资源配置规则

附件

芜湖市医疗保障定点医药机构资源配置规则

一、定点医药机构资源规划分类

（一）机构分类

本规划所称医保定点医药机构资源是指住院类定点医疗机构、门诊类定点医疗机构和定点零售药店。

其中，住院类定点医疗机构指设置住院床位的医疗机构；门诊类定点医疗机构主要指执业范围仅限门诊的社区卫生服务中心、社区卫生服务站（村卫生室）、门诊部、诊所等不含有住院功能的医疗机构；定点零售药店包括普通定点药店、门诊慢特病药店、门诊统筹药店和“双通道”药店。

（二）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。

规划总量是指到规划期末（2028年末）的预期调控量，年度计划量是指根据规划总量、当期实有数量以及相应配置规则确定的年度可新增数量或待优化存量。

（三）区域分类

本规划的规划区域包括城市建成区、镇中心区和行政村。

城市建成区指镜湖区、高新区（弋江区）、鸠江区、经开区全域和无为市、南陵县、湾沚区、繁昌区政府所在镇区域，镇中心区指农村地区镇政府所在中心区域，行政村指农村地区村民委员会所在区域。

二、规划配置规则

（一）住院类定点医疗机构配置

1.配置测算依据

依据国家医保局《关于开展基本医保定点医药机构资源配置规划试点工作的通知》中基本医保定点床位资源配置相关要求，结合国家卫健委《关于印发医疗机构设置规划指导原则（2021—2025年）的通知》相关规定，综合确定住院类定点医疗机构资源配置的测算规则。

2.住院类定点医疗机构资源配置

考虑到医疗机构建设布局涉及省、市重大项目前置规划，全市医保住院床位仅规划全市总量，暂不按区域进行数量分配。

基本医保千人所需医保床位数= $[\sum(\text{各年龄段参保人数} \times \text{各年龄段住院率}) \times \text{平均住院日} \times 1000 / 365 / \text{病床使用率} / \text{总参保人数}] \times \text{患者调节系数} \times \text{基金调节系数}$ ；

全市基本医保所需床位数=千人所需医保床位数 $\times$ 总参保人数/1000；

全市可新增的医保住院床位数=全市基本医保所需床位数-全市实有住院床位数；

(1) 总参保人数：按照规划编制时上一年平均总参保人数，并参考前三年参保人数增长比例确定；

(2) 各年龄段参保人数：按照规划编制时上一年各年龄段参保人数确定，按每 5 年划分年龄段；

(3) 各年龄段住院率：各年龄段住院人次/各年龄段参保人数；

(4) 平均住院日：住院总天数/住院总人次；

(5) 病床使用率：参考国家卫生健康委统计信息中心发布的《2024 年 1-11 月全国医疗服务情况》中的病床使用率为 79%；

(6) 患者调节系数=(本地参保在本地住院人次+异地参保在本地住院人次)÷本地参保总住院人次；

(7) 基金调节系数=职工医保基金支付能力系数×职工医保权重系数+居民医保基金支付能力系数×居民医保权重系数，其中：基金支付能力系数根据职工、居民医保基金结余可支付月数与相应医保基金安全要求可支付月数的比值计算，如低于警戒线则系数小于 1，高于安全线则系数大于 1；权重系数为职工、居民医保住院费用的占比。

(二) 门诊类定点医疗机构配置



1.配置测算依据

参考国家卫健委《关于印发医疗机构设置规划指导原则（2021—2025年）的通知》等相关规定，综合确定门诊类定点医疗机构资源配置规则。

2.门诊类定点医疗机构资源配置

基于合理布局、方便群众的原则，综合考虑全市参保人口分布、医保医师资源供给等因素，以社区（村）网格为规划单位，参考规划期内全市千人所需医保医师数测算目标，评估社区（村）网格医保医师供给能力，实行门诊类定点医疗机构资源的差异化配置。

全市所需千人医保医师数=[(本地参保本地门诊人次+异地参保本地门诊人次)/3+(本地参保本地住院人次+异地参保本地住院人次)×平均住院日]×1000/365/总参保人数/每个医生日均负责病床日；

全市可新增医保医师数=全市所需医保医师数-全市实有医保医师数；

全市可新增门诊医保医师数=全市可新增医保医师数*上一年度门诊诊疗人次占比；

各市区县可新增门诊医保医师数=全市可新增门诊医保医师数*区域分配系数；

区域分配系数=区域参保人数/全市参保人数；

社区（村）网格医保医师供给能力= $\Sigma[(\text{覆盖该社区（村）网格医疗机构的医保医师数}/\text{该医疗机构覆盖全部网格的参保人数}) \times \text{该社区（村）网格参保人数}] \times 1000/\text{社区（村）网格参保人数}$ 。

（1）总参保人数：按照规划编制时上一年平均总参保人数，并参考前三年参保人数增长比例确定。

（2）每个医生日均负责病床日：参考安徽省卫生健康委员会发布的《2024年安徽省卫生健康事业发展统计公报》中的医院医师日均负担住院床日工作量。

（3）门诊诊疗人次占比为上一年度门诊类定点医疗机构就诊人次占全市门诊就诊人次的比率。

（4）社区（村）网格医保医师供给能力：

根据全市医疗机构的空间分布和服务覆盖情况，计算所有社区（村）网格的千人医保医师供给数，对比规划期内全市基本医保千人所需医保医师数，评估每个社区（村）网格的医保医师资源供给水平，将全市社区（村）网格划分为资源不足、资源紧张、资源平衡、资源充裕和资源过剩，对每种类型的社区（村）网格进行门诊类定点医疗机构的差异化配置。

一是资源过剩：医保医师供给能力高于全市千人所需医保医

师数 120%及以上的社区（村）网格。各县市区内资源过剩网格，停止新增门诊类定点医疗机构，同时引导过剩医保医师资源转入资源不足的网格；

二是资源充裕：医保医师供给能力在全市千人所需医保医师数 110%-120%之间的社区（村）网格。各县市区资源充裕网格，原则上不再新增门诊类定点医疗机构和医保医师数量；

三是资源平衡：医保医师供给能力在全市千人所需医保医师数 90%-110%之间的社区（村）网格。各县市区资源平衡网格，原则上不再新增门诊类定点医疗机构，医保医师数量可按需适当增加；

四是资源紧张：医保医师供给能力在全市千人所需医保医师数 80%-90%之间的社区（村）网格。各县市区资源紧张网格，可按需适量新增门诊类定点医疗机构和医保医师数量；

五是资源不足：医保医师供给能力低于全市千人所需医保医师数 80%及以下的社区（村）网格。各县市区资源不足网格，应优先新增门诊类定点医疗机构和医保医师数量。

（三）定点零售药店规划配置

1.配置测算依据

依据国家医保局《关于开展基本医保医药服务资源配置规划试点工作的通知》中有关定点零售药店的配置要求，结合芜湖市

医保服务与管理实际，综合确定定点零售药店资源配置的测算规则。

2. 定点零售药店资源配置

（1）普通定点药店

全市定点零售药店规划实行总量引导、合理布局、提高覆盖的配置原则，按照构建“15 分钟医保服务圈”的要求，结合我市城乡二元化人口地理分布，全市定点零售药店参保人口服务覆盖率规划期内达到 95%，支持将农村地区的药事服务机构纳入定点管理，支持规模化、连锁经营药店优先纳入配置范围。定点零售药店的空间布局规划，以社区（村）网格为单位，优先城市建成区、镇中心区人口密集区域的配置，兼顾行政村。

全市所需定点药店总量=全市参保人数/单个药店平均服务覆盖人数；

各县市区定点药店规划数量=全市所需定点药店总量×区域分配系数；

区域分配系数=区域参保人数/全市参保人数；

区域定点药店人口覆盖率= Σ （区域内定点药店服务覆盖人数）/区域参保人数。

1. 单个药店平均服务覆盖人数指以药店为中心，15 分钟医保服务圈范围内所覆盖的参保人口，按照上一年度全市所有药店的

平均服务覆盖人数确定。

2.城市建成区定点药店的空间规划,按“15 分钟医保服务圈”要求,以药店为中心,沿交通路网步行 15 分钟,设定单个药店服务可覆盖距离为 800 米。

3.镇中心区定点药店的空间规划,按“15 分钟医保服务圈”要求,原则上每个镇可设置 1-2 家定点药店,人口密集镇可适当增加。

4.行政村以方便区域内参保群众的购药便捷性为目标,可结合村卫生室、全科诊所的定点管理,对定点零售药店未覆盖的行政村,按“一村一室(所)”原则进行补点,为农村参保群众提供基本医保药事服务。

(2) 专业定点药店

专业定点药店实行分类精准配置。按照区域均衡原则,城市建成区每个街道、农村地区每个镇中心区,可设置 1 家门诊慢特病药店;每个县市区可设置 1 家门诊统筹药店;每个县市区可设置 1 家“双通道”药店。

专业定点药店布点规划采取分类筛查与空间校准相结合的方式。全面梳理全市各街道(镇)门诊慢特病药店设置情况,明确尚未配置的空白区域,逐项核查各县市区门诊统筹药店和“双通道”药店的设置状况,分别列出未覆盖的区域。在此基础上,

对已设立的“双通道”药店开展空间可达性评估，对距离所在县市区内三级医疗机构行程超过 15 分钟的网点进行布局调整，确保高值药品供应的及时性。

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；

县市区年度医保住院床位计划量=全市年度医保住院床位计划量×区域分配系数；

区域分配系数=区域参保人数/全市参保人数。

1.年度分配系数 ≤ 1 ，根据床位计划总量、医保住院床位数、当年符合卫生健康计划拟投用床位量等综合确定。

2.在床位数量计划范围内，按照疾病谱病种顺序优先安排专科床位，同等条件下，优先考虑供给相对不足、群众需求迫切的专科。

3.当全市医保住院床位数达到全市医保住院床位规划总量，原则上暂停编制全市年度计划量。

4.各县市区的医保住院床位数已达到区域“十五五”卫生健康规划床位目标数量的，原则上不再新增医保住院床位。

5.各县市区上年度职工医保统筹基金或居民医保基金的当

期收支中有一项出现收不抵支时，不分配区域年度医保住院床位计划量。

6.各县市区上一年度床位使用率低于 79%的，原则上不分配区域年度医保住院床位计划量。

（二）年度门诊类定点医疗机构计划量

年度门诊类定点医疗机构计划分两步执行，首先确定可新增门诊类定点医疗机构医保医师数量，再根据门诊类医疗机构的医师配置标准确定可新增机构计划。

1.全市：

全市可新增医保医师数=全市所需医保医师数-全市实有医保医师数；

全市可新增门诊医保医师数=全市可新增医保医师数×门诊诊疗人次占比；

全市年度可新增门诊医保医师计划量=（全市门诊医保医师规划总量-全市实有门诊医保医师数）×年度分配系数；

全市门诊类定点医疗机构计划总量根据门诊类医疗机构医师配置标准确定；

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。

2. 县市区：

县市区年度医保医师计划量=全市年度医保医师计划量×区域分配系数；

区域分配系数=区域参保人数/全市参保人数；

县市区可新增医保医师数量=区域年度医保医师计划量-区域内所有网格医保医师供给能力；

县市区可新增门诊类医保医师数量=区域可新增医保医师总量×门诊诊疗人次占比；

县市区年度门诊类定点医疗机构计划量根据门诊类医疗机构医师配置标准确定。

（1）年度分配系数原则上 ≤ 0.5 ，具体根据全市实际情况确定。

（2）全市可新增的医保医师资源优先向基层定点医疗机构配置，可适度增加门诊类医保医师的资源配置数量，原则上不超过上一年度门诊类定点机构诊疗工作量占比的 120%。

（3）当全市门诊医保医师数达到规划总量时，全市原则上暂停编制门诊类定点医疗机构年度计划量。

（4）各县市区内新增门诊类定点医疗机构，应优先配置医保医师供给能力不足的网格。

（5）各县市区内可新增医师资源量 ≤ 0 的区域（网格），

不参与年度计划分配。

（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；

县区年度定点零售药店计划量=（区域定点零售药店规划数量-区域实有定点零售药店数）×年度分配系数。

（1）年度分配系数原则上 ≤ 0.5 ，具体根据全市实际情况确定。

（2）当全市定点零售药店数量达到规划总量时，全市原则上暂停编制年度计划量。

（3）各县市区新增定点零售药店，应优先配置定点药店无覆盖的网格，再考虑药店资源供给能力不足的网格，农村行政村可结合村卫生室、全科诊所进行补点。

（4）各县市区内可新增量 ≤ 0 的区域（网格），不参与年度计划分配。