

附件

汕头市基本医疗保障定点医药机构 资源配置规划（2026-2030 年）

（征求意见稿）

为科学引导医保定点医药机构资源合理配置，提高医保基金使用效率，更好满足人民群众日益增长的医疗保障需求，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）、《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，以下简称《通知》）等文件要求，结合本市实际，制定本规划。

一、规划背景

汕头市总面积 2205 平方公里，全市常住人口 557.69 万人，人口密度为 2529 人/平方公里，常住人口城镇化率 71.92%，城市建成区人口规模为 401.09 万人。截至 2026 年第二季度，全市基本医疗参保人数为 479.35 万人，医保定点医药机构共 1261 家，其中住院类定点医疗机构 110 家，门诊类定点医疗机构 123 家（另有通过“村医通”实现医保结算的村卫生站 516 家），定点零售药店 1028 家。全市住院类医保定点医疗机构总床位数为 25209 张，其中三级、二级、一级及以下（含未定级）医疗机构床位数分别为 14004 张、8325 张、2880 张。

基本医疗保障定点医疗机构与区域面积、人口配比分别为0.34家/平方公里、13.43家/10万人，平均每家医疗机构服务常住人口7446人，每千人常住人口床位数为4.52张。基本医疗保障定点零售药店与区域面积、人口配比分别为0.47家/平方公里、18.43家/10万人，平均每家定点零售药店服务常住人口5425人。当前，我市定点医药机构在总量上基本能够满足参保人员就医购药需求，但在区域布局、组成结构等方面仍存在优化空间。

二、总体目标

通过开展医保定点医药机构资源配置规划，充分发挥医保调节医疗服务行为、引导医疗资源优化配置的杠杆作用，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，形成与区域经济社会发展水平、人民群众医疗需求及医保基金可持续发展相适应的定点医药资源配置格局，不断满足新时代人民群众基本医疗保障需求，提升就医购药满意度与幸福感。

三、基本原则

（一）坚持健康优先，因地制宜。始终坚持以人民健康为中心，充分考虑汕头市经济发展水平、人口规模与结构、疾病发生率与住院率、地理环境、疾病谱差异及医保基金状况等因素，科学制定医保资源配置规划方案。

（二）坚持合理规划，分级分类。充分考虑群众医疗需求与医保基金可持续发展要求，合理规划定点医药机构数量、布局 and 规模，有效调节门诊与住院的比例，统筹配置普通定点零售药店和“双通道”定点零售药店等。

（三）坚持动态管理，协同发展。持续优化定点医药资源规划，用好协议管理工具，完善准入标准与退出机制，加强与区域医疗机构设置规划协同，与经济社会发展规划衔接。

（四）坚持规划引领，存量优化。坚持“规划总量、调控增量、优化存量、提高质量”的总体思路，当区域医保定点资源配置已超过规划目标时，以优化存量为主，强化日常管理，引导富余资源向紧缺领域转型。

四、规划内容

（一）住院类定点医疗机构资源配置规划

1.配置原则

全市住院类医保定点医疗机构床位实行总量管控。根据《广东省基本医保定点医药机构资源配置测算参考》相关测算口径，综合考虑本市医保基金预算增速，到规划期末（2030年），我市基本医疗保障定点医疗机构每千常住人口床位数控制目标上限为5.90张，全市住院类医保定点医疗机构床位控制目标上限为3.29万张。结合现有医院医保定点床位数及我市粤东区域医疗中心定位，本市三级、二级、一级及以下（含未定级）医院床位配置按照5.5:3.3:1.2进行管理。

2.准入规则

本规划实施时，本市下辖区县行政区域内每千常住人口床位数已高于本规划每千常住人口床位数控制目标的，原则上不再受理该行政区域内住院类医疗机构医保定点准入申请。

3.精神专科床位资源配置专项规划

在定点医疗机构床位总量控制的基础上，按照《通知》等

有关文件要求，对区域内精神专科床位资源配置开展专项规划。参考《通知》关于基本医保定点床位配置测算参考中需要的千人床位数计算公式，经测算，确定本规划期末我市精神专科床位（含综合医院设置精神科床位，下同）配置目标上限为每千常住人口 0.86 张。

本规划实施时，本市下辖区县行政区域内每千人精神专科床位数高于本规划精神专科床位配备目标上限的，原则上不再受理该行政区域内精神专科医疗机构医保定点准入申请。在精神类定点医疗机构违法违规使用医保基金问题专项治理期间，精神类医疗机构新申请增加医保定点和新增院区床位，按国家和省有关规定执行。

4.存量管理

支持引导富余床位向康复、护理、老年病等方向转型。鼓励定点医疗机构差异化发展，合理配置床位资源。

（二）门诊类定点医疗机构资源配置规划

1.配置原则

全市门诊类定点医疗机构按照构建“15 分钟医保服务圈”要求，实行科学规划、动态调整、合理定点。城市建成区以步行 15 分钟（按 800 米计）为服务半径、乡镇区域以骑行 15 分钟（按 2 公里计）为服务半径进行规划。原则上确保城市建成区内每个街道至少有 1 家社区卫生服务中心或一级医院作为定点医疗机构可提供门诊医保服务，每个社区可设置 1 家社区卫生服务站或门诊部作为定点医疗机构提供门诊医保服务，每个设置村卫生室（站）的行政村至少有 1 家村卫生室（站）可提

供门诊医保服务。

2.准入规则

以申请新增准入医疗机构所在地址为中心，服务半径范围内已有门诊类定点医疗机构的（一体化村卫生室以及高等院校、养老机构等内设的主要为内部人员服务的医疗机构除外），原则上不再新增门诊类定点医疗机构。优先将承担基层医疗卫生服务的医疗机构，纳入定点医疗机构配置范围。支持符合条件且自愿申请的村卫生室纳入定点。

3.存量管理

本规划实施时，门诊类定点医疗机构实际配置情况已超出本规划目标的区域，原则上不再新增准入，以优化存量为主，重点提升现有门诊类定点医疗机构的医保服务质量。

（三）定点零售药店资源配置规划

1.配置原则

全市定点零售药店按照构建“15 分钟医保服务圈”要求，实行科学规划、动态调整、合理定点。城市建成区以步行 15 分钟（按 800 米计）为服务半径、乡镇区域以骑行 15 分钟（按 2 公里计）为服务半径进行规划。二级及以上定点医疗机构周围以及人口密集区域可适当增加定点零售药店数量。原则上保障乡镇中心区至少 1 家定点零售药店。

2.准入规则

以申请新增准入零售药店所在地址为中心，服务半径范围内已有 2 家定点零售药店的，原则上不再新增准入。二级和三级定点医疗机构服务半径内分别已有 4 家和 8 家定点零售药店

的，原则上不再新增准入。人口密集区域以每家定点零售药店平均服务 3000 名参保人确定规划定点零售药店数量。

3. “双通道”定点零售药店专项规划

在定点零售药店配置规划的基础上制定“双通道”定点零售药店专项规划。原则上，以本市下辖区（县）为单位，按行政区域内分布定点三级医疗机构（含分院区）的数量确定该区（县）“双通道”定点零售药店规划目标上限。行政区域内没有三级医疗机构（含分院区）的区（县）可以设立 1 家“双通道”定点零售药店。

4. 存量管理

本规划实施时，定点零售药店实际配置情况已超出本规划目标的区域，原则上不再新增准入，以优化存量为主。医保部门通过健全准入退出机制，实现定点零售药店动态管理。

对合规经营、供应链完善、服务参保人数较多、积极履行社会责任的存量定点零售药店予以优先保留。自本规划实施之日起计算，对连续超过 12 个月未发生医保结算（包括统筹基金支付与个人账户支付）的定点零售药店（含“双通道”定点零售药店），医保经办机构应及时核查，并按规定采取协商解除或到期不再续签医保服务协议的方式，释放资源配置额度用于支持服务空白或较为薄弱区域的定点零售药店准入。

（四）医药机构定点管理年度规划

医疗保障经办部门每年根据上一年度我市统筹基金收入实际增长率和上一年年末我市住院类定点医疗机构床位数量、门诊类定点医疗机构数量（仅包括单独准入机构，不含通过“村

医通”纳入医保结算机构)以及定点零售药店数量,综合确定新年度住院类医疗机构床位数量、门诊类医疗机构和零售药店医保定点管理准入计划并组织实施。

(五)特殊情形

1.不纳入配置规划限制的情形

(1)列入国家、省、市重点建设项目范围的医疗机构;

(2)承担公共卫生服务职能的社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生站等;

(3)养老机构内设医疗机构、高校内设门诊部等主要为内部人员提供服务的机构;

(4)经会同卫生健康部门评估,确属我市医疗技术短板且能够提供高水平差异化服务的专科医院。

2.不纳入年度规划限制的情形

(1)定点医疗机构经卫生健康部门批准新设院区或增加床位数量的;

(2)经医疗机构所在区(县)的医疗保障行政部门及卫生健康部门联合评估并报同级人民政府同意。

3.其他特殊情形

(1)经监测医保基金存在当期赤字风险或收到上级医保部门基金运行预警的,风险解除前,原则上不再新增定点医药机构;

(2)门诊类定点医疗机构及定点零售药店变更注册地址的,应符合新注册地址定点资源配置规划要求且重新按规定实施定点管理,新注册地址在原注册地址服务半径以内的情形除外。

多次变更注册地址的，以本规划实施时的注册地址为原始地址进行核定。

五、组织实施

市医疗保障行政部门牵头组建医保定点医药资源管理工作小组，建立动态、统筹、协同的医保医药资源调整机制，研究设定启动触发条件，探索建立资源配置规划论证制度，广泛听取群众意见，科学合理制定及调整资源配置规划。

本规划自 2026 年 X 月 X 日起施行，规划期为 2026-2030 年。规划实施过程中，国家和省有新规定的，从其规定。根据国家 and 省有关政策、我市经济社会发展实际及医保事业高质量发展的工作要求，市医疗保障行政部门对本规划进行适时调整。