

中卫市医疗保障定点医药服务 资源配置规划（2026年—2030年）

为进一步提高医疗保障定点服务资源配置效率，有效满足参保群众基本医保服务需求，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）、《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）、《自治区医疗保障局关于优化基本医保定点医药机构资源配置规划的指导意见》（宁医保规发〔2026〕3号）、《宁夏回族自治区长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》（宁医保规发〔2026〕1号）等文件规定，结合我市实际，制定本规划。

一、规划背景

十四五时期，中卫市常住人口微弱增长0.33%。截至2025年末，全市常住人口108.93万人，其中城镇人口58.57万人，乡村人口50.36万人，60岁及以上人口占总人口比重超过14%，人口结构呈现轻度老龄化特征。

十四五以来，我市基本医疗保障工作取得了突出成绩，基金支出规模逐年增加，但参保人数减少3.17%，其中职工医保参保人数增长10.51%，居民医保参保人数减少5.07%，基金筹资可持

续性问题日益突出，基金安全面临一定风险。同时，全市医疗保障定点医药服务资源配置存在区域分布不均，床位使用率较低，资源等级配置结构不合理，医保基金管理精细化不足、基金运行承压等问题，亟待推进定点医药服务资源优化配置。

二、总体要求

（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，深入贯彻党的二十届三中全会精神，立足中卫作为“沙漠水城”的生态与城市发展实际，紧扣“资源均衡、服务可及、基金安全”三大目标，将“严控增量、优化存量、提高质量”作为主线，优化医保定点资源配置。突出城乡统筹与区域协调，着力补足农村及偏远地区医药服务短板，引导定点医药机构从“数量竞争”转向“质量与效率竞争”，打造具有中卫特色、布局集约、运行高效、群众满意的医保定点服务新格局，切实守护好老百姓的“看病钱”“救命钱”。

（二）规划原则

1.科学布局。以构建“15分钟医保服务圈”为核心抓手，供需匹配、统筹城乡，科学优化定点医药机构空间布局。

2.择优定点。引导定点医药机构规范发展、提质增效，全面提升医保定点管理精细化、科学化、规范化水平。

3.保障公平。坚持盘活存量、动态调整，实现定点医药资源有序流动。

4.基金安全。确保资源配置与基金承受能力相适应，坚决守

住基金安全运行红线。

（三）规划目标

到 2030 年，基本形成总量适宜、布局合理、覆盖城乡、管理规范、医保定点医药服务新格局。城市“15 分钟医保服务圈”基本建成，农村地区、偏远乡镇、移民安置区等薄弱环节得到有效倾斜补强。城乡服务均等化水平显著提升。区域差异化配置机制全面落地，主城区严格调控增量、优化存量，重点调减三级医疗机构床位数，压缩定点口腔门诊部（诊所）、定点零售药店数量；城郊区调减二级、一级医疗机构床位数，合理优化配置定点医药服务资源。医保基金使用效能持续增强，定点医药机构服务质量、规范化水平和群众满意度全面提高，构建起保障有力、公平可及、监管闭环、可持续运行的医保定点服务体系，更好满足全市参保群众基本医疗医药服务需求。

三、主要任务

（一）住院定点医疗机构

1.强化床位总量控制。截至 2026 年 4 月底，全市共有 70 家含住院服务定点医疗机构，实有床位数 3614 张。2025 年全市住院定点医疗机构使用医保基金 16.06 亿元。以人口结构与疾病谱需求为基础，结合合理平均住院日、床位使用率及异地就医调节系数，考虑多因素测算显示目前全市定点住院医疗机构总量尚不能完全满足全市住院医疗服务需求。但考虑人口总量和结构变化趋势、各级别医疗卫生机构病床使用率仍有优化空间，在规划期

内，全市医保住院定点医疗机构规划床位实行“适度增长，总量控制、结构优化”。原则上，全市规划数量按不超过每千常住人口4.84张（参考值）进行控制，即总量规模控制在5130张以下，规划期内可根据实际微调。床位结构按三级医院30%、二级医院50%、一级及基层医疗机构20%比例动态调控，重点做强县域二级医院、补齐基层短板，优先保障紧缺专科床位需求。

在区域层面，按照沙坡头区、中宁县、海原县人口规模占全市人口比重安排各区域定点住院医疗服务机构床位数规模。按人口规模占比沙坡头区、中宁县、海原县床位分配系数分别为0.37、0.32和0.31，即至2030年规划期内沙坡头区、中宁县、海原县定点住院医疗服务机构床位数总量须控制在1898张、1642张和1590张以内。中卫市医保局可根据区域发展和医保基金运行情况在区域间进行定点床位总量调剂。

2.优化配置结构。

（1）严格限制过剩区域。严控三级公立医院新增定点床位，重点提质增效。支持二级医院提质扩容，向基层辐射。“15分钟医保服务圈”（以800米服务半径参考）内同类型住院机构已饱和的，原则上不再新增医保定点。

（2）提升存量效率。对全市及各县（区）连续三个月床位使用率低于70%的定点住院医疗机构所在区域，原则上暂停该区域同等级住院医保定点新增申请。鼓励县域医共体内部床位统筹使用，提高资源共享和利用效率。

(3) 实行紧缺领域优先。对康复、护理、精神、老年病、儿科等紧缺专科，以及偏远乡镇、生态移民安置区、救助对象集中区域，放宽规划限制，优先纳入定点。

(4) 健全退出机制。对连续两年床位使用率低于 50%或存在严重违规行为的住院定点医疗机构，依法依规解除协议。

3. 医疗救助定点医疗机构。结合分级诊疗要求和困难群众就医需求，实行市、县、乡、村四级精准配置、全覆盖保障。在医保定点医疗机构范围内，全市遴选 1 家三级非营利性医院作为市级医疗救助定点医院，承担全市重特大疾病、复杂病种困难群众住院救助服务。沙坡头区、中宁县、海原县各遴选 1—2 家二级及以上非营利性医院（包含 1 家中医院）作为县级医疗救助定点医院，承担县域内常见病、多发病住院救助及转诊任务；所有乡镇卫生院、社区卫生服务中心全部纳入医疗救助定点，所有医保定点村卫生室（社区卫生服务站）自动同步纳入医疗救助定点，确保困难群众“小病不出村”。全市遴选 1 家精神卫生专科医院、1 家传染病专科医院作为专科医疗救助定点。

(二) 门诊类定点医疗机构

1. 强化总量控制。截至 2025 年底，全市门诊类定点医疗机构 108 家（不含村卫生室）。以 2025 年末常住人口 108.93 万人为基数，按平均服务 5000 人/家核算，规划期内中卫市门诊类定点医疗机构规划总量不超过 218 家。对服务圈内已饱和区域新设同类型门诊服务，不予医保定点。

2.区域数量调控。按照构建“15分钟医保服务圈”要求，基于合理布局、方便群众原则，各区域规划数量根据其常住人口占比进行分配。即沙坡头区可规划83家；中宁县规划68家；海原县规划67家。对超出规划总量的区域，通过自然淘汰、违规清退逐步优化；对服务不足区域新增门诊类定点医疗机构予以适当倾斜，鼓励向薄弱区域布局。

3.分类差别化管理。

(1)基层定点医疗机构：符合区域卫生健康规划的社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院、一体化村卫生室，按本规划第(五)条第2款执行。

(2)个体诊所、门诊部：“15分钟医保服务圈”内同类型机构已饱和的，原则上不再新增定点，避免过度聚集；

(3)血液透析等特殊治疗定点实施专项管理。针对血液透析服务“需求刚性、就近依赖性强、运营成本高”的特点，实行“全市统筹、总量调控、差异布局、动态监管”的专项管理原则。规划期内，全市医保定点血液透析机构及透析机位总量原则上保持现有规模不变，重点通过优化存量提升服务可及性。服务半径重叠区域内原则上不新增透析定点及机位，鼓励现有机构通过分时段预约、延长服务时间等方式挖掘内部潜力。资源薄弱区域，支持市级医院设立分中心、开展合作共建或通过巡回医疗车等方式补充服务，保障患者“就近透析”。新增机位需经市医保局与市卫健委联合评估后，一事一议确定。

其他纳入医保支付范围的特殊治疗性服务，参照血液透析管理原则，根据服务可及性、基金承载能力和实际需求，适时确定配置规范。

（三）定点零售药店

1.强化总量控制。截至 2026 年 4 月，全市定点零售药店 517 家。综合按服务面积和按服务人口两种方法测算，并结合中卫市医药服务需求发展实际，全市可规划配置定点零售药店数量为 360 家，当前全域总体定点零售药店数量已满足群众基本购药需求。规划期内各区域医保定点零售药店、医疗救助定点零售药店和“双通道”药店配置标准如下：

（1）医保定点零售药店。以“15 分钟医保服务圈”为标准布局：人口密集区域（ ≥ 3000 人/ km^2 ）800 米服务半径内定点不超过 3 家；城镇街道非人口密集区域，服务半径内 ≤ 2 家；每个乡镇至少设置 1 家医保定点零售药店，人口规模和人口密度偏高的乡镇最多配置 3 家，人口规模和人口密度适中的乡镇可以配置 2 家，人口规模和人口密度偏低乡镇仅需配置 1 家。规划期内沙坡头区、中宁县、海原县可配置医保定点零售药店上限分别为 135 家、113 家和 112 家。服务圈重叠区域引导错位发展，重点向偏远社区、移民安置区倾斜。

（2）医疗救助定点零售药店。在定点零售药店基础上遴选一批医疗救助定点零售药店，在各县（区）医疗救助对象集中区重点配置，根据全市医保工作统一部署，充足配备集采药品，为群

众提供质优价宜的医药服务。

(3)“双通道”定点零售药店。按照“双通道”保障“三定”等准入条件确定纳入“双通道”管理的定点零售药店。规划期内，全市“双通道”定点零售药店总量控制在7家以内，沙坡头区3家、中宁县2家、海原县2家，优先布局在“双通道”定点医疗机构周边。

2.优化存量结构。以均衡覆盖、避免无序竞争为原则，在总量控制下优化存量。对城区饱和区域严控新增、逐步减量，对农村及偏远薄弱区域优先补充配置，持续优化存量、盘活资源，推动定点零售药店布局与群众购药需求、医保基金承载能力动态匹配。沙坡头区城区、中宁县城、海原县城现有配置已相对饱和的街道，规划期内暂停新增定点，实行退10进1机制。鼓励新增向服务不足和空白区域布局。优化存量结构，逐步实现布局均衡。

3.加强动态管理。严格落实有进有出、优胜劣汰机制。对存在欺诈骗保、严重违规经营、服务不达标、群众投诉集中或连续考核不合格的定点零售，依法依规及时解除医保定点资格；定点零售药店跨区域变更地址、更换法人的药店，须符合目标区域配置标准，不符合不予定点；严格“双通道”药店遴选和考核，若出现违规经营、药品供应不达标、整改不到位等情况，取消“双通道”资格。

(四)长期护理保险定点护理服务资源配置

1.完善居家社区护理网络。居家护理型定点长护服务机构以上门照护、就近可及、网格化覆盖为核心原则，结合长期护理服

务需求高、应急性强、失能群体行动受限的特点，实行网格化布点。原则上，城市地区力争实现 30 分钟内服务响应，农村地区通过设立服务支点、流动服务等方式保障基本可及。核心城区等资源饱和的区域严格控制新增定点，重点倾斜服务覆盖薄弱的乡镇和社区。在农村地区，依托乡镇医疗和养老机构、设施，和村级互助养老设施和老饭桌，建立探访关爱与应急救援机制。

2.优化机构护理型资源配置。全市机构护理床位以长护险待遇享受总人数为基数统筹配置，本规划期床位规模对应待遇人数比例控制在 20%以内，重点保障刚需人群，巩固居家照护主体地位。规划期内，新增定点机构床位规模不超过 200 张，新增定点床位必须 100%为护理型床位。鼓励定点长护机构按实际服务情况适当增设认知障碍照护专区与安宁疗护床位。当区域内定点长护机构连续 2 个季度床位平均使用率低于 70%时，原则上该区域内（3 公里范围）暂停新增机构护理定点、新增床位；使用率连续 4 个季度低于 60%的，由医保经办机构启动专项评估，结合区域需求、机构运营、支付政策等因素综合研判，采取约谈提醒、业务帮扶、协议约束等措施引导优化。

3.存量优化与城乡统筹。沙坡头区和中宁、海原县主城区实行“存量优化、动态调整”，严格控制大型单体机构盲目扩张。农村地区确保重点乡镇至少有一家定点护理机构（或服务点），着力提升农村失能老人照护服务可及性。

4.推动定点长护服务高质量发展。强化自治区关于定点长护

服务机构签约和动态管理政策。对服务质量不达标、床位长期闲置、违规运营的机构，依法依规解除定点协议。开展市级示范定点护理机构遴选工作，提升总体照护服务水平。严格合规监管，保障长期护理保险基金运行安全。

（五）特殊情形

以下情形不受本规划总量和布局限制，可按规定程序评估后优先纳入医保定点：

（1）重点项目及优质资源

列入国家、自治区、市级及以上重点建设项目的医疗机构；可补足本市医疗技术短板、提供高水平差异化服务的优质医疗资源，经市政府或市级医保行政部门同意后，不受规划数量限制。

（2）基层医疗卫生机构

符合区域卫生健康规划的社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院及实行一体化管理的村卫生室，符合条件的应纳尽纳，不受本规划数量限制。

（3）医养结合和内部服务机构

通过市级验收、实行医养结合的医疗机构内设医疗区域，经评估后优先纳入住院或门诊定点。高等院校、大型企事业单位内设的、仅对本单位人员提供服务的医务室（卫生所），不受本规划数量限制，不计入规划总量。

（4）其他依申请纳入的情形

生态移民安置区、新建大型社区等确无同类型医保定点覆盖

的区域，经区县医保部门现场核查确认后，可一事一议，不受所在区域规划数量限制。

四、组织实施

（一）加强组织领导，明确职责分工

各级医保部门要明确职责，加强落实。市级医保行政部门负责统筹全市及各区域定点医药机构配置，监督指导各区县规划执行情况，协调解决跨区域、跨部门的重大事项。市医保经办机构依据本规划，组织新增定点的受理、评估、协商谈判和协议签订。各区县医保部门（含分局、经办机构）负责本辖区内定点医药机构分布动态监测，按权限和属地原则具体落实新增定点受理、现场核查、日常监管和协议管理。

（二）强化部门协同，形成工作合力

建立多部门信息共享、政策协同、联合监管的工作机制。与卫生健康部门协同，共享医疗机构设置规划、床位配置、执业登记等信息，确保医保定点规划与区域卫生规划有效衔接；联合对紧缺专科的配置需求进行评估认定。与市场监管部门协同，共享零售药店登记注册、药品经营许可、行政处罚等信息；建立药店“医保定点”与“药品经营”的联动管理机制，对严重违规的药店实施跨部门联合惩戒。与发改、民政部门协同，及时掌握重点建设项目医疗机构、医养结合机构、养老机构内设医疗机构的设立和验收情况，提前介入、主动服务，符合条件的及时纳入定点。

（三）完善管理机制，严格进退有序

坚持“公开、公平、公正”原则，规范定点申请、材料审核、现场评估、协商谈判、社会公示等全流程操作，确保程序透明、标准统一。强化协议管理，建立定点医药机构年度绩效考核制度，考核结果与协议续签、费用结算、定点资格等挂钩。落实退出机制，对存在欺诈骗保、串换药品、空刷套刷、拒绝为参保人员提供服务、连续两年考核不合格等情形的，坚决解除医保协议，并按规定向社会公布。引导医药机构提升服务能力、规范运营、诚信执业，推动行业高质量发展，营造公平有序、良性竞争的市场环境。

（四）加强宣传引导，营造良好氛围

多渠道、多形式宣传资源配置规划、准入标准、动态管理规则，及时公开年度计划、评估结果、机构名录，主动接受社会监督。解读医保政策、引导合理就医购药，提高群众知晓度、参与度；设立监督举报电话和邮箱，畅通群众反映问题的渠道。引导医药机构理性投资、合理布局、规范经营，鼓励定点医药机构加强内部管理、提升服务质量，凝聚社会共识，为规划实施营造良好舆论环境。

本规划自印发之日起施行，有效期至2030年12月31日。规划实施过程中，国家、自治区有新政策规定的，从其规定。市医疗保障局可根据本市经济社会发展实际和医保基金运行情况，对本规划进行适时调整。