

# 吉林省医疗卫生服务体系规划

(2015—2020 年)

为深入贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中全会精神，落实《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》、《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）、《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号）要求，依据《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）的通知》（国办发〔2015〕14号），深化全省医药卫生体制改革，进一步优化医疗卫生资源配置，提高医疗卫生的综合保障能力、服务可及性和资源利用率，结合我省实际，制定《吉林省医疗卫生服务体系规划（2015—2020年）》（以下简称《规划》）。

## 第一章 规划背景

### 第一节 现状

#### 一、现状分析

（一）社会经济发展概况。吉林省辖1个副省级市、7个地级市、1个自治州和长白山保护开发区，60个县（市、区）。2014年，全省常住人口为2752.38万人，占全国总人口的

2.04%；全省人口出生率 6.62‰，自然增长率 0.4‰。2014 年，全省实现地区生产总值 13803.81 亿元，常住人口人均 GDP50162 元，各类医疗卫生机构总费用 462.95 亿元。

（二）医疗卫生服务情况。2014 年，全省诊疗人数为 10634.85 万人，年门诊、急诊诊疗人次为 9380.10 万人；年住院人数为 335.46 万人，年住院患者平均住院日为 9.9 天；全年报告法定传染病发病人数 82558 例，发病率为 300/10 万，报告死亡 158 例，死亡率为 0.57/10 万；孕产妇死亡率为 25.73/10 万；出生婴儿死亡率为 4.68‰。

### （三）医疗卫生资源现状。

1. 医疗卫生机构。2014 年，全省医疗卫生机构 19891 个。其中：医院 582 个，基层医疗卫生机构 18856 个，专业公共卫生机构 348 个，其他医疗卫生机构 105 个。医院中，公立医院 327 个，民营医院 255 个；三级医院 49 个，二级医院 197 个，一级医院 78 个，未定级医院 258 个。基层医疗卫生机构中，城市社区卫生服务中心（站）364 个，乡镇卫生院 778 个，诊所（卫生所、医务室）6089 个，村级医疗卫生机构 11225 个，门诊部 400 个。专业公共卫生机构中，疾病预防控制中心 69 个，卫生监督机构 38 个，妇幼保健院（所、站）67 个，急救中心（站）6 个，采供血机构 20 个，专科疾病防治院（所、站）50 个，计划生育技术服务机构 95 个，健康教育所（站、中心）3 个。

2. 卫生人员。2014 年，全省卫生人员 206090 人，卫生技术

人员 151425 人。卫生技术人员中，执业（助理）医师 63232 人（城市 28447 人，农村 34785 人），注册护士 57433 人，药师（士）7794 人，技师（士）7845 人，其他 15121 人。村级医疗卫生机构从业人员 18954 人。2014 年，全省每千人口卫生技术人员为 5.5 人，每千人口医生 2.3 人，每千人口护士 2.09 人，每万人口全科医生 0.84 人，每万人口公共卫生人员 0.74 人。

3. 病床使用。2014 年，全省卫生机构编制床位为 132505 张，医院床位为 90962 张，每千常住人口拥有床位 4.81 张。2014 年，医院病床使用率为 80.32%，其中二级以上医院病床使用率 86.94%，三级医院病床使用率 98.34%。

## 二、存在的主要问题

（一）医疗卫生现实条件不能满足人民群众日益增长的服务需求。经济社会发展和人民群众生活水平的提高，以及国家加快推进基本医疗保障制度建设，相应增加了对医疗卫生的服务需求。医疗卫生服务对象不仅限于病人，健康和亚健康人群已成为新的服务群体，医疗服务既要保障基本医疗，又要满足特需服务，服务内容更加多样化。同时，重大、新发传染病仍在威胁着人民群众的生命安全和身体健康，突发公共卫生事件面临的严峻形势，亟需构建健全的医疗救治体系。恶性肿瘤、心脑血管疾病、高血压、糖尿病等重大慢性非传染性疾病仍是导致死亡的主要因素，防治任务仍十分艰巨；工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和生态环境变化等给医疗卫生工作带来新的挑战。

（二）医疗卫生资源配置及布局不合理制约了医疗卫生服务体系的发展和完善。全省卫生资源明显地向大中城市集中，向大型医疗机构集中，城市医疗资源过剩，基层医疗资源严重不足，城乡差距较大。个别地区突破规划设置医疗机构和自行调整规模，医院功能和服务范围界定不清晰，存在不切合实际的单体扩张现象。同时，全省医疗卫生资源总量仍略显不足，多元化办医格局尚未形成。医疗急救网络不健全，各地急救中心（站）尚未真正实现医疗急救指挥、调度、处置功能。全省医疗卫生信息化建设落后于全国先进省份，医疗管理模式滞后，不能有效实现医疗资源共享。

（三）医疗机构结构不合理影响了医疗卫生服务水平的提升。医疗机构结构不合理，存在综合医院过多、专科医院数量较少的情况。截至 2014 年底，全省专科医院 154 家，其中妇产医院 23 家，肿瘤医院 4 家，传染病医院 7 家，儿童医院 2 家，其他还包括口腔、精神疾病、骨科、眼科、康复、美容、心脑血管、结核病、耳鼻喉、皮肤病、整形等专科医院，大部分规模小、服务能力和辐射能力不强。个别县级公立医院学科建设无法满足就医需求，个别县（市、区）未设置公立中医院。上下级医院建设水平差异过大，无法开展双向转诊。全省大部分综合医院科室建设格局不合理，儿科、妇产科、急诊、感染性疾病科、病理科发展缓慢，严重影响了医疗服务和医疗技术的进一步发展。三级医院服务能力相差悬殊，一些三级医院不能提供与医院级别相适应的医

疗、教学、科研、保健服务，无法向二级医院提供技术指导及建立分级诊疗、双向转诊机制。

（四）健康促进与教育体系建设滞后制约了全民健康素养水平的提高。目前，与生活方式和行为方式密切相关的慢性病呈井喷之势，人民群众亟需提高健康观念和就医观念。健康教育是国际公认的应对慢性病问题的最有效的“疫苗”。而我省健康促进与教育体系服务能力与人民群众健康需求还有很大差距。健康教育专业机构、专业人员不足是制约我省全民健康素养提高的重要原因之一。

## 第二节 形势与任务

吉林省作为振兴东北老工业基地的重要省份之一，在东北亚经济合作中发挥着重要的先导作用。近年来，全省经济社会快速发展，医疗卫生服务体系不断健全，医疗卫生资源总量稳步扩大，随着国家振兴东北老工业基地政策的不断出台，医疗卫生事业将面临难得的发展机遇。但新型城镇化、人口老龄化、人口政策调整、医疗卫生信息化也对医疗卫生服务模式和卫生事业发展带来了诸多挑战。

### 一、十八届五中全会对医疗卫生事业发展提出新目标

党的十八届五中全会提出了建设健康中国和促进人口均衡发展的战略目标。在“十三五”期间，要深化医药卫生体制改革，实行医疗、医保、医药联动，推进医药分开，实行分级诊疗，建

立覆盖城乡的基本医疗卫生制度和现代医院管理制度。要促进医疗资源向基层、农村流动，推进全科医生、家庭医生、急需领域医疗服务能力提高。要坚持计划生育的基本国策，完善人口发展战略，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策。就我省医疗卫生现状来看，医疗卫生服务供给与人民群众健康需求不断增长之间的矛盾依然存在，特别是地区之间发展不均衡，部分贫困地区和经济困难群众还存在健康公平问题。党的十八届五中全会和省委十届六次全会关于“十三五”规划的建议，为我省医疗卫生服务体系建设指明了新方向、确立了新目标。

## 二、全面深化医药卫生体制改革对优化医疗卫生资源配置提出了新任务

当前，县级公立医院改革进入深水区，城市公立医院改革即将全面铺开，深化医改进入攻坚克难时期，迫切需要我们紧紧围绕改革重点任务，在统筹优化医疗卫生资源布局、加强服务体系建设和提升县级医院和基层医疗卫生机构服务能力、促进优质资源纵向流动等方面主动作为，充分发挥市场在资源配置中的基础性作用，善于利用信息化等技术促进优质资源的共享共用，利用改革的手段在方便群众就医、减轻看病用药负担上取得更大实效，全力打造健康吉林。

## 三、全面实施二孩政策、人口老龄化、新型城镇化对医疗卫生服务提出新需求

党的十八届五中全会提出，促进人口均衡发展，全面实施一

对夫妇可以生育两个孩子政策。据预测，到 2020 年，因普遍二胎政策实施，全省将多生 32 万人；全省常住人口中 65 岁以上老年人口比例将达到 15.15%，老年抚养比将达到 33.35%；全省城镇化率将达到 60%，将有 200 万农业人口转移落户城镇。届时城乡优质医疗卫生资源配置不均衡与快速城镇化的矛盾日益突出，老年人康复护理、医疗保健、老年病专科医疗服务等薄弱环节问题将更为凸显，新增出生人口对医疗卫生服务需求增加，对卫生资源的布局、医学理念调整和健康产业战略发展方向选择提出新的需求。群众健康需求日益多元化，对医疗卫生服务的需求呈多层次、多样化和个性化的发展趋势。

#### 四、医疗卫生信息化快速发展为健康服务模式转变提供了新机遇

目前，全国医疗卫生信息化正在加紧建设，快速推进。云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息化技术已成为未来医疗服务的重要手段，为优化医疗卫生业务流程、提高服务效率提供了有利条件，要求我们转变观念，积极主动地接受和利用互联网技术，抓住发展机遇，转变服务模式，满足信息技术下群众对健康服务的多样化和便捷化需求。

## 第二章 目标原则和适用范围

### 第一节 目 标

深入贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中全会精神，

以健康中国战略为指导，全面推进健康吉林建设，优化医疗卫生资源配置，构建与我省经济和社会发展水平相适应、与人民群众多层次医疗卫生服务需求相匹配，形成布局合理、上下联动、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作的整合型医疗卫生服务体系，促进医疗卫生资源向基层、农村流动，鼓励医疗卫生资源向社会资本办医倾斜，为实现 2020 年基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度和人民健康水平持续提升奠定坚实的医疗卫生资源基础。

### 2020 年全省医疗卫生服务体系资源要素配置主要指标

| 主要指标                | 2020 年目标 | 2014 年现状 | 指标性质 |
|---------------------|----------|----------|------|
| 每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）  | 5.78     | 4.81     | 指导性  |
| 医院                  | 4.63     | 3.89     | 指导性  |
| 公立医院                | 3.33     | 3.30     | 指导性  |
| 其中：省办及以上医院          | 0.63     | 0.63     | 指导性  |
| 市办医院                | 1.02     | 0.92     | 指导性  |
| 县办医院                | 1.53     | 1.26     | 指导性  |
| 其他公立医院              | 0.15     | 0.49     | 指导性  |
| 社会办医院               | 1.30     | 0.59     | 指导性  |
| 基层医疗卫生机构            | 1.15     | 0.92     | 指导性  |
| 每千常住人口执业（助理）医师数（人）  | 2.5      | 2.3      | 指导性  |
| 每千常住人口注册护士数（人）      | 3.14     | 2.09     | 指导性  |
| 每千常住人口公共卫生人员数（人）    | 0.83     | 0.57     | 指导性  |
| 每万常住人口全科医生数（人）      | 2        | 0.84     | 约束性  |
| 医护比                 | 1 : 1.25 | 1 : 0.91 | 指导性  |
| 市办及以上医院床护比          | 1 : 0.6  | 1 : 0.41 | 指导性  |
| 县办综合性医院适宜床位规模（张）    | 500      | —        | 指导性  |
| 市办综合性医院适宜床位规模（张）    | 800      | —        | 指导性  |
| 省办及以上综合性医院适宜床位规模（张） | 1000     | —        | 指导性  |

注：省办及以上医院包括省办、部办医院；市办包括市、州举办；县办包括县、县级市、市辖区举办，下同。



## 第二节 原 则

### 一、坚持健康需求导向，合理布局医疗卫生资源

以满足全省人民群众健康需求和解决健康问题为导向，科学合理布局，优化调整结构、保持适度有序发展，科学合理确定各级各类医疗卫生机构的数量、规模，促进上下协调联动、各地均衡发展。

### 二、坚持公平与效率统一，发挥资源配置作用

优先保障基本医疗卫生服务的可及性，发挥医疗卫生资源配置作用，促进公平，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一。

### 三、坚持政府主导地位，积极促进社会参与

强化政府在顶层规划设计与服务监管等方面的责任，坚定维护公共医疗卫生的公益性。发挥市场机制在配置资源方面的作用，充分调动社会力量的积极参与，形成多层次、多元化医疗卫生格局，满足人民群众日益增长的医疗卫生服务需求。

### 四、坚持行业系统整合，提升医疗卫生服务水平

促进医疗卫生系统合作共享，加强全行业监管与属地化管理，统筹城乡、区域资源配置，统筹当前与长远，统筹预防、医疗和康复，坚持中西医并重，注重发挥医疗卫生服务体系的整体功能，提升基层医疗卫生能力建设，加强科研、人才等基础建设，扩大优质医疗卫生资源。

### 第三节 适用范围

一、本《规划》以全省市（州）级行政区域为基本规划单位。区域内的医疗卫生机构，按属地原则，由各市（州）政府统一规划管理。

二、本《规划》作为各市（州）制定实施本地区区域卫生规划的依据，适用于检查、评价各市（州）区域卫生事业发展情况。各县（市、区）根据所属市（州）区域卫生规划制定本地区域卫生规划。

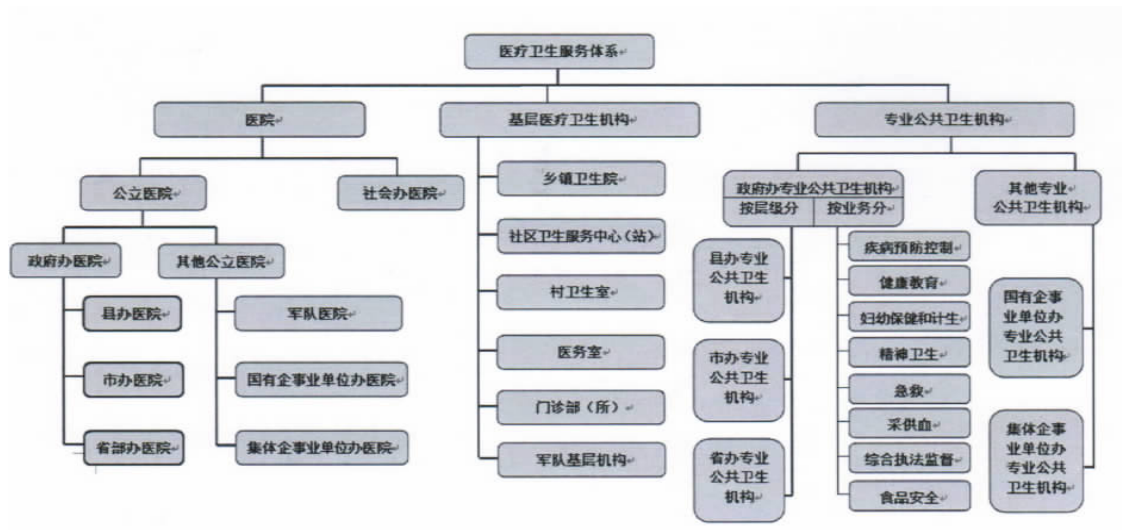
## 第三章 总体布局

在不同的属地层级实行资源梯度配置。市（州）级及以下，基本医疗服务和公共卫生资源按照常住人口规模和服务半径合理布局。

### 第一节 机构设置

全省医疗卫生服务体系主要包括医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构等（见图示）。医院分为公立医院和社会办医院。其中，公立医院分为政府办医院（根据功能定位主要划分为县办医院、市办医院、省部办医院）和其他公立医院（主要包括军队医院、国有和集体企事业单位等举办的医院）。县级以下为基层医疗卫生机构，分为公立和社会办两类。专业公共卫生机构分为政府办专业公共卫生机构和其他专业公共卫生机构（主要包

括国有和集体企事业单位等举办的专业公共卫生机构)。根据属地层级的不同,政府办专业公共卫生机构划分为县办、市办、省办三类。



## 第二节 床位配置

到 2020 年,每千常住人口医疗卫生机构床位数控制在 5.78 张,其中,医院床位数 4.63 张,基层医疗卫生机构床位数 1.15 张。在医院床位中,公立医院床位数 3.33 张,按照每千常住人口不低于 1.3 张为社会办医院预留规划空间。提高床位使用效率,全省医院病床使用率达到 88%,年平均住院日控制在 8.8 天以下。

### 一、部省直医院床位配置

针对我省医疗卫生资源配置集中在大城市、大型医疗机构、大规模综合医院,中小城市、基层医疗机构、专科医疗机构资源不足的现状,到 2020 年,要严控部省直综合医院床位增长,适当发展专科医院,为基层医疗卫生机构和社会办医预留发展

空间。

## 2020 年部省直属医院床位数规划

| 医院名称                    |        | 目前编制床位 | 2020 年规划编制床位 |
|-------------------------|--------|--------|--------------|
| 吉林大学第一医院                | 新民大街院区 | 2479   | 2479         |
|                         | 二部     | 943    | 943          |
| 吉林大学第二医院                | 自强院区   | 2460   | 拟政府收储        |
|                         | 亚泰院区   | 490    | 2950         |
|                         | 青年院区   | 50     | 50           |
| 吉林大学<br>中日联谊医院          | 中心院区   | 3000   | 3000         |
|                         | 新民院区   | 300    | 300          |
|                         | 开运院区   | 200    | 200          |
|                         | 南湖院区   | 1000   | 1000         |
| 吉林大学口腔医院                |        | 272    | 272          |
| 吉林省人民医院                 |        | 1698   | 1698         |
| 吉林省前卫医院                 |        | 802    | 802          |
| 吉林省肿瘤医院                 |        | 1110   | 1500         |
| 长春中医药大学附属医院             |        | 1340   | 1340         |
| 吉林省中医中药研究院附属医院（吉林省胜利医院） |        | 100    | 100          |
| 吉林省中医药科学院第一临床医院         |        | 550    | 550          |
| 吉林省结核病医院                |        | 401    | 401          |
| 吉林医药学院附属医院              |        | 521    | 521          |
| 吉林省神经精神病医院              |        | 532    | 852          |
| 吉林省温泉医院                 |        | 300    | 300          |
| 北华大学附属医院                |        | 844    | 844          |
| 延边大学附属医院                |        | 1518   | 1518         |
| 合 计                     |        | 20910  | 21620        |

## 二、市（州）医疗卫生机构床位配置

各市（州）根据本地区经济、社会、人口、卫生资源等方面的实际状况，考虑各地资源差异，在国家和省规划基础上，按照鼓励发展、平稳发展、控制发展的原则制定符合本地区实际的床位发展目标。

# 2020 年全省各市（州）医疗卫生机构床位数规划

| 市<br>(州) | 公立医院     |               |          |               | 社会办医院    |               |          |               | 基层医疗卫生机构 |               |          |               | 2014 年   |               | 2020 年   |               |
|----------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|
|          | 2014 年   |               | 2020 年   |               | 2014 年   |               | 2020 年   |               | 2014 年   |               | 2020 年   |               | 编制<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 | 规划<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 |
|          | 编制<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 | 规划<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 | 编制<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 | 规划<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 | 编制<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 | 规划<br>总数 | 每千<br>人口<br>数 |          |               |          |               |
| 长 春      | 29197    | 3.76          | 29646    | 3.77          | 7163     | 0.92          | 10223    | 1.3           | 4220     | 0.54          | 8650     | 1.1           | 40580    | 5.22          | 48519    | 6.17          |
| 吉 林      | 16359    | 3.71          | 16580    | 3.72          | 3192     | 0.73          | 5794     | 1.3           | 4062     | 0.92          | 4902     | 1.1           | 23613    | 5.36          | 27276    | 6.12          |
| 四 平      | 8694     | 2.57          | 8857     | 2.59          | 1579     | 0.47          | 4445     | 1.3           | 3633     | 1.07          | 3762     | 1.1           | 13906    | 4.11          | 17064    | 4.99          |
| 辽 源      | 3990     | 3.18          | 4049     | 3.19          | 200      | 0.16          | 1650     | 1.3           | 1542     | 1.23          | 1561     | 1.23          | 5732     | 4.57          | 7260     | 5.72          |
| 通 化      | 7541     | 3.3           | 7665     | 3.31          | 1640     | 0.72          | 3010     | 1.3           | 3148     | 1.38          | 3196     | 1.38          | 12329    | 5.39          | 13871    | 5.99          |
| 白 山      | 6062     | 4.66          | 6132     | 4.66          | 320      | 0.25          | 1711     | 1.3           | 2317     | 1.78          | 2342     | 1.78          | 8699     | 6.69          | 10185    | 7.74          |
| 松 原      | 5808     | 2.03          | 6268     | 2.16          | 905      | 0.32          | 3773     | 1.3           | 1821     | 0.63          | 2902     | 1.0           | 8534     | 2.97          | 12943    | 4.46          |
| 白 城      | 4951     | 2.43          | 5070     | 2.46          | 220      | 0.11          | 2679     | 1.3           | 2649     | 1.3           | 2679     | 1.3           | 7820     | 3.84          | 10428    | 5.06          |
| 延边州      | 8360     | 3.78          | 8453     | 3.78          | 904      | 0.41          | 2907     | 1.3           | 2028     | 0.92          | 2460     | 1.10          | 11292    | 5.11          | 13820    | 6.18          |
| 合 计      | 90962    | 3.3           | 92720    | 3.33          | 16123    | 0.59          | 36192    | 1.3           | 25420    | 0.92          | 32016    | 1.15          | 132505   | 4.81          | 160928   | 5.78          |

注：1. 按属地化服务原则，部省直医院床位数纳入所在市（州）统计；2. 公立医院含专业公共卫生机构，社会办医院在直报系统中指非公立医院，基层医疗卫生机构含疗养院等其他机构；3. 由于统计归属不同、地域规模不够、总人口数较低，长白山保护开发区、梅河口市和公主岭市应当根据本《规划》，同时参考延边州、四平市和通化市区域卫生规划，结合本地实际情况，制定本地区域卫生规划。

## 第三节 人员配置

到 2020 年，形成与人民群众健康需求相适应的医疗卫生人才队伍，力求城乡和区域人才分布趋于合理，各级各类人才队伍协调发展，每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.5 人，注册护士数达到 3.14 人，医护比达到 1：1.25，市办及以上医院床护比不低于 1：0.6，公共卫生人员数达到 0.83 人。加强全科医生培养和住院医师规范化培训，逐步建立和完善全科医生制度。促进医务人员合理流动，使其在流动中优化配置，充分发挥作用。

# 2020 年全省卫生人力资源配置主要规划指标

| 市 (州) | 执业 (助理) 医师 |       |          |       | 注册护士  |       |          |       | 公共卫生人员 |       |          |       | 全科医生  |       |          |       |
|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|----------|-------|--------|-------|----------|-------|-------|-------|----------|-------|
|       | 总数         |       | 每千常住人口拥有 |       | 总数    |       | 每千常住人口拥有 |       | 总数     |       | 每千常住人口拥有 |       | 总数    |       | 每万常住人口拥有 |       |
|       | 2014年      | 2020年 | 2014年    | 2020年 | 2014年 | 2020年 | 2014年    | 2020年 | 2014年  | 2020年 | 2014年    | 2020年 | 2014年 | 2020年 | 2014年    | 2020年 |
| 长 春   | 18816      | 20446 | 2.42     | 2.6   | 18006 | 27838 | 2.31     | 3.54  | 3803   | 7313  | 0.49     | 0.93  | 455   | 1824  | 0.57     | 2.4   |
| 吉 林   | 10976      | 11588 | 2.49     | 2.6   | 11324 | 15332 | 2.57     | 3.44  | 2266   | 3699  | 0.51     | 0.83  | 692   | 1054  | 1.57     | 2.5   |
| 四 平   | 6541       | 7967  | 1.93     | 2.33  | 5802  | 10053 | 1.72     | 2.94  | 1745   | 2838  | 0.52     | 0.83  | 172   | 561   | 0.51     | 1.7   |
| 辽 源   | 2730       | 3173  | 2.17     | 2.5   | 2769  | 4413  | 2.21     | 3.24  | 590    | 927   | 0.47     | 0.73  | 149   | 305   | 1.19     | 2.4   |
| 通 化   | 5374       | 5789  | 2.34     | 2.5   | 4055  | 6808  | 1.77     | 2.94  | 1752   | 1922  | 0.77     | 0.83  | 190   | 360   | 0.83     | 1.6   |
| 白 山   | 3364       | 3421  | 2.58     | 2.6   | 3027  | 4132  | 2.32     | 3.14  | 1003   | 1092  | 0.77     | 0.83  | 141   | 303   | 1.08     | 2.3   |
| 松 原   | 4986       | 5891  | 1.73     | 2.03  | 3639  | 8242  | 1.27     | 2.84  | 1553   | 2409  | 0.54     | 0.83  | 168   | 444   | 0.59     | 1.6   |
| 白 城   | 4290       | 5152  | 2.11     | 2.5   | 2825  | 5853  | 1.39     | 2.84  | 1175   | 1711  | 0.58     | 0.83  | 251   | 402   | 1.23     | 2.0   |
| 延边州   | 6155       | 6262  | 2.78     | 2.8   | 5986  | 7469  | 2.70     | 3.34  | 1674   | 1856  | 0.76     | 0.83  | 84    | 315   | 0.38     | 1.5   |
| 合 计   | 63232      | 69689 | 2.30     | 2.5   | 57433 | 90140 | 2.09     | 3.14  | 15561  | 23767 | 0.57     | 0.83  | 2302  | 5568  | 0.84     | 2     |

注：按属地化服务原则，部省直医院人力资源纳入所在市（州）统计。

## 一、医院人员

医院人员配置，以执业（助理）医师和注册护士配置为重点，以居民卫生服务需求量和医师标准工作量为依据，结合服务人口、经济状况、自然条件等因素配置医生和护士的数量，合理确定医护人员比例。其中，县级公立医院专业技术人员（医、药、护、技等）配备比例不低于核定编制总量的 85%（中医医院中医类执业医师占执业医师总人数比例不低于 60%），行政管理人员和工勤人员配备比例不得高于编制总量的 10%和 5%。县级以上医院按照医院级别与功能任务的需要确定床位与人员配比，承担临床教学、带教实习、支援基层、援外医疗、应急救援、医学科研等任务的医疗卫生机构可以适当增加人员配置。未达到床

护比标准的，原则上不允许扩大床位规模。

## 二、基层医疗卫生机构人员

到 2020 年，每千常住人口基层卫生人员数达到 3.5 人以上，初步建立起充满生机和活力的全科医生制度，基本形成统一规范的全科医生培养模式和“首诊在基层”的服务模式，全科医生与城乡居民基本建立比较稳定的服务关系，基本实现城乡每万名居民有 2 名合格的全科医生，全科医生服务水平全面提高，基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。基层医疗卫生机构专业技术人员（医、药、护、技等）所占编制要不低于总编制的 90%。原则上按照每千服务人口不少于 1 名的标准配备乡村医生。每个村卫生室至少有 1 名乡村医生执业。

## 三、专业公共卫生机构人员

加强公共卫生人员的专项能力建设，到 2020 年，每千常住人口公共卫生人员达到 0.83 人，各级各类公共卫生人才满足工作需要。

疾病预防控制中心人员原则上按照国家规定的常住人口 1.75/万的比例核定。其中，专业技术人员占编制总额的比例不得低于 85%，卫生技术人员不得低于 70%。

专业精神卫生机构应当按照中西部地区要求，精神科执业（助理）医师数量每 10 万人不低于 2.8 名。

综合监督执法机构人员数量应当根据区域内常住人口，按 1 名/万人左右配备。

妇幼保健计划生育机构应当根据当地服务人口、社会需求、交通状况、区域卫生和计划生育事业发展规划以及承担的功能任务等合理配备人员。市、县、乡级妇幼保健计划生育服务机构中卫生技术人员比例应当不低于总人数的 80%。

血站卫生技术人员数量应当根据年采供血等业务量进行配备。

急救中心人员数量应当根据服务人口、年业务量等进行配备。

#### 第四节 设备配置

根据功能定位、医疗技术水平、学科发展和群众健康需求，坚持资源共享和阶梯配置，引导医疗机构合理配置适宜设备，逐步提高国产医用设备配置水平，降低医疗成本。加强大型医用设备配置规划和准入管理，严格按照《大型医用设备配置与使用管理办法》配置大型医用设备。严控公立医院超常装备和举债装备，为社会办医疗机构预留一定大型设备配置额度。严禁未经准入、无配置许可证的大型医用设备的使用，严格管理大型医用设备操作人员资质。支持发展专业的医学检验机构和影像机构，逐步建立大型设备共用、共享、共管机制。建立区域医学影像中心，推动建立“基层医疗卫生机构检查、医院诊断”的服务模式，提高基层医学影像服务能力。按照统一规范的标准体系，二级以上医疗机构检验对所有医疗机构开放，推进有条件的地区开



展集中检查检验和检查检验结果互认。

## 第五节 技术配置

以发展优质医疗资源为目标，加强对临床专科建设发展的规划引导和支持，提高全省医疗技术水平，逐步缓解地域、城乡、学科之间的发展不平衡，强化中医药技术推广应用，促进医疗服务体系协调发展。到 2020 年，全省力争打造 50 个国家级临床重点专科建设项目。

### 一、三级医院技术配置

省级三级甲等医院要依托临床医学中心和重点专科建设，借助高校资源，建设国内领先、具有一定国际知名度的临床中心和特色学科，并以此为基础建设现代化研究型医院；省级医疗中心的三级医疗机构，负责向全省居民提供急危重症及疑难疾病诊疗和专科医疗服务，可以提供第一、二、三类医疗技术临床应用。

其他三级医疗机构主要向辖区居民提供代表本市（州）高水平的综合性和专科性医疗服务，可以提供第一、二类和部分第三类医疗技术临床应用。

市级三甲医院依托临床重点专科建设项目，建设一批具有核心竞争力的临床重点专科，实现专科能力均衡布局和协调发展，降低市域患者外转率。

### 二、二级医院技术配置

二级医疗机构主要负责基本医疗服务、危重急症病人的抢救

以及双向转诊工作，主要提供第一类和部分第二类医疗技术服务。县级医院依托省、市级医院共建县医院临床重点专科，提高县医院专科疾病诊治水平，减少县域患者外转率。

### 三、基层医疗卫生机构技术配置

乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构，负责提供公共卫生服务及常见病、多发病的基本医疗卫生服务和一般诊疗服务。

## 第六节 信息资源配置

积极应用移动互联网、物联网、云计算、可穿戴设备等新技术，开展吉林省健康云服务计划，建立吉林“互联网+医疗卫生”服务模式，推进惠及全民的健康信息服务和智慧医疗服务，推动健康大数据的应用，逐步转变服务模式，提高服务能力和管理水平。加强人口健康信息化建设，到 2020 年，实现全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库基本覆盖全省人口并实现信息动态更新。全面建成与国家互联互通的省、市、县三级人口健康信息平台，实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理等六大业务应用系统的互联互通和业务协同。积极推动移动互联网、远程医疗服务等发展。普及应用居民健康卡，积极推进居民健康卡与社会保障卡、金融 IC 卡、市民服务卡等公共服务卡的应用集成，实现就医“一卡通”。依托电子政务网，构建与互联网安全隔离，联通各级平台和各级各

类卫生计生机构，高效、安全、稳定的信息网络。建立完善人口健康信息化标准规范体系。加强信息安全防护体系建设。

## 第四章 医疗卫生机构

### 第一节 医 院

#### 一、公立医院

（一）功能定位。公立医院是医疗服务体系的主体，应当坚持维护公益性，充分发挥其在基本医疗服务提供、急危重症和疑难病症诊疗等方面的骨干作用，承担医疗卫生机构人才培养、医学科研、医疗教学等任务，承担法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等任务。

县办医院主要承担县域内居民的常见病、多发病诊疗，急危重症抢救与疑难病转诊，培训和指导基层医疗卫生机构人员，相应公共卫生服务职能以及突发事件紧急医疗救援等工作，是政府向县级区域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。

市办医院主要向市（州）域内居民提供代表本区域高水平的综合性或专科医疗服务，接受下级医院转诊，并承担人才培养和一定的科研任务以及相应公共卫生和突发事件紧急医疗救援任务。

省办医院主要向省级区域内若干个市（州）提供急危重症、疑难病症诊疗和专科医疗服务，接受下级医院转诊，并承担人才

培养、医学科研及相应公共卫生和突发事件紧急医疗救援任务。

(二) 机构设置。各级各类公立医院的规划设置要根据地域实际，综合考虑城镇化、人口分布、地理交通环境、疾病谱等因素合理布局。合理控制公立综合性医院的数量和规模，对于需求量大的专科医疗服务，可以根据具体情况设立相应的专科医院。

1. 省级医疗机构设置。在省域内划分片区，依据常住人口数，每 1000 万人口规划设置 1—2 个省办综合性医院（含中医类医院），同时可以根据需要规划设置儿童、妇产、肿瘤、精神、传染病、职业病以及口腔、康复等省办专科医院（含中医类专科医院）。为进一步满足全省居民更高层次的医疗需求，以疑难危重疾病的诊疗服务为主，兼顾预防保健和康复等服务，设立省级医疗中心和区域医疗中心。依托吉林大学第一医院，设立省级医疗中心，使全省人民可以享受到国家先进医疗技术对疑难病症的诊疗和服务。

2. 市（州）级医疗卫生机构设置。在市（州）域内依据常住人口数，每 100 万—200 万人口设置 1—2 个市办综合性医院（含中医类医院），服务半径一般为 50 公里左右。一般应至少设置 1 所市级中医或中西医结合医疗机构，按三级医院规模设置，重点建设。地广人稀的地区人口规模可以适当放宽。分别依托吉林市中心医院、延边大学附属医院、通化市中心医院、白城市中心医院，设立四个区域医疗中心，在全省形成功能比较齐全的医疗服务体系。每个市（州）原则上至少设置 1 个市办中医类医

院，暂不具备条件的，可在市办综合医院设置中医科或民族医科室。市（州）应根据需要依托现有具备条件的专科性医疗机构，规划设置儿童、精神、妇产、肿瘤、传染病、康复等市办专科医院（含中医类专科医院）。

3. 县（市、区）级医疗卫生机构设置。在县（市、区）级区域依据常住人口数，原则上应在县（市、区）政府所在地设置1个县办二级以上综合医院（部分发达地区也可按三级设置），县（市、区）还应设置1个县办二级中医类医院（含中医、中西医结合、民族医等，辖区人口达到100万人以上的县也可按三级设置），并重点建设。中医类资源缺乏，难以设置中医类医院的县可在县办综合医院设置中医科或民族医科室。少数民族地区、民族自治地方的县级区域优先设立民族医医院。50万人口以上的县可适当增加公立医院数量。

（三）床位配置。根据常住人口规模合理配置公立医院床位规模，重在控制床位的过快增长。各地应结合当地实际情况，参考以下指标研究制定本地区公立医院床位层级设置：每千常住人口公立医院床位数3.33张（含妇幼保健院床位）。其中，县办医院床位数1.53张，市办医院床位数1.02张，省办及以上医院床位数0.63张，国有和集体企事业单位等举办的其他公立医院床位数调减至0.15张。实行分类指导，每千常住人口公立医院床位数超过3.33张的，原则上不再扩大公立医院规模，鼓励有条件的地区对过多的存量资源进行优化调整。对医疗卫生服务资源

短缺、社会资本投入不足的地区和领域，政府要加大投入，满足群众基本医疗卫生服务需求。中医类医院床位数可以按照每千常住人口 0.55 张配置。同时，可以按照 15% 的公立医院床位比例设置公立专科医院。

（四）单体规模。严格控制公立医院单体（单个执业点）床位规模的不合理增长，县办综合性医院床位数一般以 500 张左右为宜，50 万人口以上的县可适当增加，100 万人口以上的县原则上不超过 1000 张；市办综合性医院床位数一般以 800 张左右为宜，500 万人口以上的市（州）可适当增加，原则上不超过 1200 张；省办及以上综合性医院床位数一般以 1000 张左右为宜，原则上不超过 1500 张。专科医院的床位规模要根据实际需要合理设置。

## 二、社会办医院

社会办医院是医疗卫生服务体系不可或缺的重要组成部分，是满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求的有效途径。社会办医院可以提供基本医疗服务，与公立医院形成有序竞争；可以提供高端服务，满足非基本需求；可以提供康复、老年护理等紧缺服务，对公立医院形成补充。

到 2020 年，按照每千常住人口不低于 1.3 张床位为社会办医院预留规划空间，同步预留诊疗科目设置和大型医用设备配置空间。放宽举办主体要求，进一步放宽合作办医条件。放宽服务领域要求，凡是法律法规没有明令禁入的领域，都要向社会资本

开放。优先支持举办非营利性医疗机构。引导社会办医院向高水平、规模化方向发展，发展专业性医院管理集团。支持社会办医院合理配备大型医用设备。

完善配套支持政策，支持社会办医院纳入城市医保和新农合定点范围。完善规划布局和用地保障，优化投融资引导政策。完善财税价格政策，社会办医院医疗服务价格实行市场调节价。鼓励政府购买社会办医院提供的服务。加强行业监管，保障医疗质量和安全。

## 第二节 基层医疗卫生机构

### 一、功能定位

基层医疗卫生机构的主要职责是提供预防、保健、健康教育、计划生育等基本公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗服务以及部分疾病的康复、护理服务，向医院转诊超出自身服务能力的常见病、多发病及危急和疑难重症病人。基层医疗卫生机构主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。

乡镇卫生院和社区卫生服务中心受县级卫生计生行政部门委托，承担辖区内的公共卫生管理工作，负责对村卫生室、社区卫生服务站的综合管理、技术指导和乡村医生的培训等。乡镇卫生院分为中心乡镇卫生院和一般乡镇卫生院，中心乡镇卫生院除具备一般乡镇卫生院的服务功能外，还应开展普通常见手术等，着

重强化医疗服务能力并承担对周边区域内一般乡镇卫生院的技术指导工作。

村卫生室、社区卫生服务站在乡镇卫生院和社区卫生服务中心的统一管理和指导下，承担行政村、居委会范围内人群的基本公共卫生服务和普通常见病、多发病的初级诊治、康复等工作。

单位内部的医务室和门诊部等基层医疗卫生机构负责本单位或本功能社区的基本公共卫生和基本医疗服务。

其他门诊部、诊所等基层医疗卫生机构根据居民健康需求，提供相关医疗卫生服务。政府可以通过购买服务的方式对其提供的服务予以补助。

## 二、机构设置

乡镇卫生院、社区卫生服务中心按照乡镇、街道办事处行政区划或一定服务人口进行设置。

到 2020 年，实现政府在每个乡镇办好 1 所标准化建设的乡镇卫生院。全面提升乡镇卫生院服务能力和水平，综合考虑城镇化、地理位置、人口聚集程度等因素，可以选择 1/3 左右的乡镇卫生院提升服务能力和水平，建设中心乡镇卫生院。有条件的中心乡镇卫生院可以建设成为县办医院分院。中心卫生院所在乡镇原则上不再另设立乡镇卫生院。人口较多的乡镇可适当设卫生院分院。

在每个街道办事处范围或每 3 万—10 万居民区规划设置 1 所社区卫生服务中心。城市地区一级和部分二级公立医院可以根



据需要，通过结构和功能改造转为社区卫生服务中心。

根据乡镇卫生院、社区卫生服务中心覆盖情况以及服务半径、服务人口等因素，合理确定村卫生室和社区卫生服务站的配置数量和布局设置。原则上每个行政村应当设置 1 个村卫生室，乡镇卫生院所在村不再设置村卫生室。

个体诊所等其他基层医疗卫生机构的设置，不受规划布局限制，实行市场调节的管理方式。

### 三、床位配置

按照所承担的基本任务和功能合理确定基层医疗卫生机构床位规模，重在提升床位使用质量和效率。到 2020 年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数达到 1.15 张，重点加强护理、康复病床的设置，未来增加的床位以护理、康复病床为主。

## 第三节 专业公共卫生机构

### 一、功能定位

专业公共卫生机构是向辖区内提供专业公共卫生服务（主要包括疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、急救、采供血、综合监督执法、食品安全风险监测评估与标准管理、计划生育、出生缺陷防治等），并承担相应管理工作的机构。专业公共卫生机构主要包括疾病预防控制机构、综合监督执法机构、妇幼保健计划生育服务机构、急救中心（站）、血站等，原则上由政府举办。

县办专业公共卫生机构的主要职责是，完成上级下达的指令性任务，承担辖区内专业公共卫生任务以及相应的业务管理、信息报送等工作，并对辖区内医疗卫生机构相关公共卫生工作进行技术指导、人员培训、监督考核等。

市办专业公共卫生机构的主要职责是，完成上级下达的指令性任务，承担辖区内的专业公共卫生任务以及相应的信息管理工作，并对下级专业公共卫生机构开展业务指导、人员培训、监督考核等。

省办专业公共卫生机构的主要职责是，完成上级下达的指令性任务，承担辖区内的专业公共卫生任务，开展区域业务规划、科研培训、信息管理、技术支撑以及对下级专业公共卫生机构的业务指导、人员培训、监督考核等。

## 二、机构设置

专业公共卫生机构要按照辖区常住人口数、服务范围、工作量等因素合理设置。加强区域公共卫生服务资源整合，鼓励组建综合性公共卫生服务中心，10 万人口以下的县原则上只设 1 所公共卫生服务机构。专业公共卫生机构实行按行政区划，分级设置，县级及以上每个行政区划内同类专业公共卫生机构原则上只设一个。县级以下由社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院（妇幼保健计划生育服务站）和村卫生室、计划生育服务室承担相关工作。

### （一）省级专业公共卫生机构设置。

设疾病预防控制中心和卫生监测检验中心，作为全省疾病预防控制的技术和业务指导中心。

设地方病防治机构，作为全省地方病防治的技术和业务指导中心。

设综合监督机构，作为全省本领域的技术和业务指导中心。

设职业病防治机构，作为全省本领域的技术和业务指导中心。

可以分设或整合妇幼保健机构和计划生育科研机构，作为全省的妇幼保健和计划生育工作的技术和业务指导中心。

设血液中心，作为全省的临床血液工作的技术和业务指导中心。

设精神卫生机构，作为全省精神卫生技术和业务指导中心。以专业精神卫生机构为主体、综合性医院精神科为辅助，基层医疗卫生机构和精神疾病社区康复机构为基础，在全省形成功能健全的精神卫生服务体系和网络。

设应急、急救指挥机构，负责全省的大规模应急、急救组织指挥与协调工作。

## （二）市（州）级专业公共卫生机构设置。

设妇幼保健计划生育服务中心。原则上应当整合妇幼保健机构与计划生育技术服务机构，成立市办妇幼保健计划生育服务中心，负责本地区妇幼保健和计划生育工作。

设疾病预防控制机构，有条件的地区设置卫生监测检验

中心。

设卫生监督机构，承担卫生计生综合监督执法任务。

结合实际情况设职业病防治技术服务机构。

必须设置 1 个应急、急救（指挥）中心，负责本区域内的急救指挥工作。市区可根据人口规模和服务半径设置若干急救站，城市急救站应按急救接报后 15 分钟到现场的标准设置。以市（州）级急救中心为龙头，以县急救中心和院前急救网络医院为辅助，建成比较完善的急救网络。

设中心血站，负责本市（州）的采供血工作，原则上不再设分支机构，现已设立的分支机构，可视情况予以调整或取消。

（三）县（市、区）级及以下专业公共卫生机构设置。

原则上每个行政区只设 1 个疾病预防控制中心，不再单设其他专病预防控制机构，目前部分县（市、区）单设的专病预防控制机构，要逐步整合到疾病预防控制中心。

设妇幼保健计划生育服务中心，原则上应当整合妇幼保健机构与计划生育技术服务机构，成立县办妇幼保健计划生育服务中心，负责本地区妇幼保健和计划生育工作。

设置卫生计生综合监督执法机构，承担卫生计生综合监督执法任务。

血液中心和中心血站难以覆盖的县（市、区）可以依托县办综合医院规划设置 1 个中心血库，市（州）未设立分支机构的县（市、区）可设立储血点。

可依托综合医院附设急救站或急救分站，负责本区域的院前急救工作。

至少在 1 所符合条件的综合性医院设立精神科，服务人口多的、市（州）级机构覆盖不到的县（市、区）可根据需要建设精神卫生专业机构，并承担相关领域工作。

整合乡（镇）办计划生育技术服务机构与乡（镇）卫生院的妇幼保健职能，加挂“妇幼保健计划生育服务站”牌子。村级保留村卫生室和村计划生育服务室，共享共用。

## 第五章 卫生人才培养与使用

### 第一节 人才培养

加强卫生人才队伍建设，注重医疗、公共卫生、中医药以及卫生管理人才的培养，制订有利于卫生人才培养使用的政策措施。切实加强医教协同工作，深化院校教育改革，推进院校医学教育与卫生计生行业需求的紧密衔接，加强人才培养的针对性和适应性，提高人才培养质量。加强住院医师和专科医师规范化培训制度建设，加大助理全科医生培训力度，完善毕业后医学教育体系，培养合格临床医师。以卫生计生人才需求为导向，改革完善继续医学教育制度，提升卫生计生人才队伍整体素质。到 2020 年，基本建成院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段有机衔接的标准化、规范化临床医学人才培养体系。院校教育质量显著提高，毕业后教育得到普及，继续教育实现全覆盖。近期，

要加快构建以“5+3”（5年临床医学本科教育+3年住院医师规范化培训或3年临床医学硕士专业学位研究生教育）为主体、以“3+2”（3年临床医学专科教育+2年助理全科医生培训）为补充的临床医学人才培养体系。到2020年，所有新进医疗岗位本科及以上学历临床医师均接受住院医师规范化培训。

加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，健全在岗培训制度。加强政府对医疗卫生人才流动的政策引导，推动医疗卫生人才向基层流动。制定优惠政策，为农村订单定向免费培养医学生，研究实施基层医疗卫生机构全科医生及县办医院专科特设岗位计划。创造良好的职业发展条件，鼓励和吸引医务人员到基层工作。加强公共卫生人才队伍建设，加强高层次医疗卫生人才队伍建设，大力培养护理、产科、儿科、精神科等急需紧缺专门人才。大力支持中医类人才培养。

加强乡村医生队伍建设。全面落实《吉林省进一步加强乡村医生队伍建设实施方案》（吉政办发〔2015〕63号），坚持保基本、强基层、建机制，从全省基本医疗卫生制度长远建设出发，改革乡村医生服务模式和激励机制，落实和完善乡村医生补偿、养老和培养培训政策，加强医疗卫生服务监管，稳定和优化乡村医生队伍，全面提升村级医疗卫生服务水平。鼓励乡村医生参加学历教育，到2020年，全省50%以上的乡村医生达到中专及以上学历，并逐步取得乡村全科执业助理医师及以上资格。乡村医生补偿、养老和培养培训等政策得到进一步健全完善。

## 第二节 人才使用

健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的事业单位用人机制，完善岗位设置管理，保证专业技术岗位占主体，推行公开招聘和竞聘上岗。健全以岗位职责要求为基础，以品德、能力、业绩为导向，符合卫生人才特点的科学化、社会化评价机制，完善专业技术职称评定制度，促进人才成长发展和合理流动。深化收入分配制度改革，建立以服务质量、服务数量和服务对象满意度为核心、以岗位职责和绩效为基础的考核和激励机制，坚持多劳多得、优绩优酬，人员收入分配重点向关键岗位、业务骨干和做出突出成绩的医疗卫生人才倾斜。建立以政府投入为主、用人单位和社会资助为辅的卫生人才队伍建设投入机制，优先保证对人才发展的投入，为医疗卫生人才发展提供必要的经费保障。创新公立医院机构编制管理，合理核定公立医院编制总量，并进行动态调整，逐步实行编制备案制，探索多种形式用人机制和政府购买服务方式。

## 第六章 政策保障和组织实施

### 第一节 政策保障

#### 一、政府主导，多元办医

明确政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位，政府卫生投入增长幅度高于财政经常性支出的增长幅度。对新建城区、郊区、卫星城区等薄弱区域，政府要有计划、有步骤建设公

立医疗卫生机构，满足群众基本医疗卫生需求。重点加强中医、儿科、妇产、精神卫生、传染病、老年护理、口腔、康复等薄弱领域服务能力的建设。印发《关于县级公立医院综合改革的实施意见》，优先加强县办医院服务能力，提高县域医疗能力和水平。加强基层医疗卫生机构综合改革，出台《关于深化基层医疗卫生机构综合改革的实施意见》。加强社会办医疗机构与公立医疗机构的协同发展，提高医疗卫生资源的整体效率。鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业，社会力量办医可以直接投向资源稀缺及满足多元需求的服务领域，也可以多种形式参与国有企业所办医疗机构与部分公立医院改制重组。鼓励公立医院与社会力量以合资合作的方式共同举办新的非营利性医疗机构，探索公立医院有形资产和无形资产科学评估办法，形成投入主体多元化、投入方式多样化的办医格局。

## 二、完善医保，理顺价格

研究完善深化医保支付方式改革的政策措施，通过完善医保支付方式和价格政策，加强对医疗服务供需双方行业调控，提高资源整体配置效率。推进单病种付费、按人头付费、按服务单元付费等复合型付费方式，建立更加合理的医保支付机制。在保证公立医院良性运行、医保基金可承受、群众负担不增加的前提下，坚持“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，进一步完善药品和耗材采购机制，降低药品、耗材、大型设备检查和检验等价格，提高体现医务人员劳务价值的医疗服务项



目价格。逐步理顺不同级别医疗机构间和医疗服务项目的比价关系，建立以成本和收入结构变化为基础的价格动态调整机制。

### 三、防治结合，中西医并重

有条件的二级以上公立医院要成立公共卫生管理科，其他综合性医院及相关专科医院要依托相关科室与专业公共卫生机构密切合作，承担辖区内一定的公共卫生任务和对基层医疗卫生机构的业务指导。专业公共卫生机构要强化对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展公共卫生服务的指导、培训和考核，建立信息共享与互联互通等协作机制。进一步明确专业公共卫生机构和医疗机构的职责，着力做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的联防联控以及高危孕产妇和儿童的筛查、诊治、管理工作，将结核病、艾滋病等重点传染病以及职业病、精神疾病等病人的治疗交综合性医院或者专科医院开展，加强卫生综合监督部门对医疗机构公共卫生服务的监督检查。

坚持中西医并重方针，以积极、科学、合理、高效为原则，做好中医医疗服务资源配置。充分发挥中医医疗预防保健特色优势，不断完善中医医疗机构、基层中医药服务提供机构和其他中医药服务提供机构共同组成的中医医疗服务体系，加快中医医疗机构建设与发展，加强综合医院、专科医院中医临床科室和中药房设置，增强中医科室服务能力。充分发挥中医药在医疗康复护理服务领域的特色优势和在健康服务业中的优势。统筹用好中西医两方面资源，提升基层西医和中医两种手段综合服务能力，到

2020年，力争使所有社区卫生服务机构、乡镇卫生院和75%的村卫生室具备与其功能相适应的中医药服务能力。

#### 四、上下联动，医养结合

综合运用医保支付、价格杠杆等措施，建立并完善分级诊疗模式，建立不同级别医院间，医院与基层医疗卫生机构、接续性医疗机构之间的分工协作机制，健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制，逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的诊疗格局。逐步完善双向转诊程序，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，推进急慢分治格局的形成。探索建立高血压、糖尿病等慢性病诊疗服务和结核病综合防治管理模式，制订不同级别和类别的医疗机构疾病诊疗范围，形成急性病、亚急性病、慢性病分级分类就诊模式。控制公立医院普通门诊规模，提高基层医疗卫生机构门急诊量占门急诊总量的比例。

推动医养结合机构发展，鼓励有条件的医疗卫生机构根据服务需求设置老年养护、临终关怀床位或转型为康复、老年护理等接续性医疗机构，支持有条件的养老机构开展医疗服务。推进医疗卫生服务延伸至社区、家庭，建立医疗机构与养老机构合作机制，通过开展养老联合体、签订机构间协议合作机制或老年居民契约服务关系等多种形式，为老人提供一体化的健康和养老服务。推动中医药与养老结合，充分发挥中医药“治未病”和养生保健优势。到2020年，所有医疗机构开设为老年人提供挂号、就医等便利服务的绿色通道，所有养老机构能够以不同形式为入

住老年人提供医疗卫生服务。

## 五、改革创新，调整资源

深化医药卫生体制改革，为区域卫生规划的实施创造有利条件。本规划主要内容是医疗卫生资源配置，“十三五”期间深化医改的总体部署将由医改规划作出安排，在实施推进过程中，要做好与相关规划的衔接。深化基层医疗卫生机构综合改革，健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制，提高服务质量和效率；加快公立医院改革，建立合理的补偿机制、科学的绩效评价机制和适应行业特点的人事薪酬制度，推进管办分开、政事分开，实行医药分开。加快发展城乡居民大病保险、商业健康保险，建立完善以基本医保为主体的多层次医疗保障体系。加强医疗卫生全行业监管。推行医疗责任保险、医疗意外保险等多种形式的医疗执业保险，加快发展医疗纠纷人民调解等第三方调解机制，完善医疗纠纷处理机制。

按照严格规划增量、科学调整存量的原则，合理确定区域内公立医院的数量和布局，采取多种措施推动公立医院布局和结构的优化调整。要合理把控公立医院床位规模、建设标准和大型设备配置，禁止举债建设。加大对贫困和边境地区医疗卫生服务体系发展和人才定向培养的支持力度。新建居住区和社区要按照相关规定保障基本医疗卫生设施配套。公立医院资源过剩的地区，要从实际出发，根据需要积极稳妥地将部分公立医院转为康复、老年护理等接续性医疗机构或社区卫生服务机构、社会办医疗机

构。对超出规模标准的公立医院，要采取综合措施，逐步压缩床位。支持村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构标准化建设，2020年达标率达到95%以上。

## 六、推动“互联网+”，发展健康服务业

要积极推动健康信息服务和智慧医疗服务，开展远程服务和移动医疗，不断丰富和完善医疗服务内容和方式，逐步转变医疗服务模式，延伸健康服务。要不断加强信息手段在医疗服务和医院管理方面的应用，促进医疗机构强化管理、精准管理，提高服务能力和管理水平。

要大力发展健康服务业，落实对非公立医疗机构和公立医疗机构在市场准入、社会保险定点、重点专科建设、职称评定、学术地位、等级评审、技术准入等方面同等对待的政策，加快多元办医格局的形成。各地要鼓励以多种方式积极发展康复医院、老年病医院、护理院、临终关怀医院等医疗机构。要大力发展健康养老、中医药医疗保健、健康体检、健康咨询、商业健康保险和第三方服务等多样化健康服务，培育健康服务相关支撑产业，支持发展健康服务产业集群。

## 第二节 组织实施

### 一、加强组织领导

区域卫生规划是政府对卫生事业进行宏观调控的重要手段。要切实加强对区域卫生规划工作的领导，把区域卫生规划工作提

上重要议事日程，列入政府的工作目标和考核内容，建立问责制。各市（州）、县（市、区）政府要在土地利用总体规划和城乡规划中统筹考虑医疗卫生机构发展需要，合理安排用地供给，优先保障非营利性医疗卫生机构用地。

## 二、明确各级责任

省卫生计生委会同省中医药管理局在全省医疗卫生服务体系规划的基础上，制定医疗机构设置规划，组织各市（州）编制区域卫生规划，并根据人口分布、医疗卫生服务需求和交通状况等，重点规划各类省办医院与专业公共卫生机构的设置，纳入所在市的区域卫生规划。

市（州）政府依据本规划负责研究编制区域卫生规划和医疗机构设置规划并组织实施。要重点规划市办及以下医院和专业公共卫生机构，并按照属地化原则，对本市范围内的各级各类医疗卫生机构的设置进行统筹规划。

县（市、区）政府要依据本规划和所在市（州）的区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，编制县域医疗卫生服务体系规划，负责辖区内县办医院、专业公共卫生机构及基层医疗卫生机构的设置，合理确定县域内医疗卫生机构的数量、布局、功能、规模和标准。

## 三、落实部门职责

卫生计生、发展改革、财政、城乡规划、人力资源社会保障、机构编制等部门要认真履行职责，强化政策联动，合力推进

区域卫生规划工作。卫生计生部门要制定区域卫生规划和医疗机构设置规划并适时进行动态调整；发展改革部门要将区域卫生规划和医疗机构设置规划纳入国民经济和社会发展规划安排，依据规划对新改扩建项目进行基本建设管理；财政部门要按照政府卫生投入政策落实相关经费；物价部门要强化物价监督，推进医疗服务价格改革；城乡规划管理部门要依据城乡规划和医疗卫生规划，依法审批建设用地；机构编制部门要依据有关规定和标准统筹公立医疗卫生机构编制；社会保障部门要加快医保支付制度改革；其他相关部门要各司其职，做好相关工作。

#### 四、规范规划编制

各地在编制区域卫生规划工作中，要根据群众健康需求，合理确定各类医疗卫生资源的配置目标。要综合考虑包括军队医疗机构、企事业医疗机构等在内的各方医疗资源，充分征求有关部门和社会各界的意见。要与新型城镇化以及区域发展布局相结合，做好本规划与当地经济社会发展规划、城乡规划、土地利用总体规划、国防卫生动员需求等的衔接，合理控制资源总量标准及公立医院单体规模。各市（州）区域卫生规划起草和论证完成后，须经省级卫生计生行政部门同意并报本级政府审批，确保规划的可行性、可操作性和权威性。区域卫生规划的周期一般为5年。

#### 五、严格规划实施

所有新增医疗卫生资源、特别是公立医院的设置和改扩建、

病床规模的扩大、大型医疗设备的购置，必须依据区域卫生规划的要求和程序，严格管理，将规划作为建设项目立项的前提条件。各市（州）、县（市、区）应及时发布机构设置和规划布局调整等信息，探索采取招标等方式确定举办和运行主体。建立公立医院床位规模分级备案和公示制度，新增床位后达到或超过 1500 张床位以上的医院，其床位增加须报国家卫生计生委备案（中医类医院同时报国家中医药管理局备案）；超过 1200 张床位以上的公立医院，其床位增加须报省卫生计生委备案（中医类医院同时报省中医药管理局备案）。对严重超出规定床位数标准，未经批准开展项目建设、擅自扩大建设规模和提高建设标准的公立医院，要进行通报批评，暂停大型医用设备配置许可、等级评审和财政资金安排，医保部门对超出核准床位的医保费用不予支付。

## 六、强化监督评价

各市（州）政府要强化规划实施的监督和评价，及时发现实施中存在的问题，并研究解决对策。省政府有关部门要根据职责分工，开展规划实施进度和效果评价，必要时开展联合督查，以推动规划落实，实现医疗卫生资源有序发展、合理配置、结构优化。