

# 晋城市人民政府办公厅文件

晋市政办〔2017〕25号

---

## 晋城市人民政府办公厅 关于印发《晋城市医疗卫生服务体系规划 (2016—2020年)》的通知

各县(市、区)人民政府、开发区管委会,市人民政府各委、办、局:

《晋城市医疗卫生服务体系规划(2016—2020年)》已经市人民政府同意,现印发给你们,请结合实际,认真贯彻落实。

晋城市人民政府办公厅

2017年3月31日



# 晋城市医疗卫生服务体系规划 (2016—2020年)

为深入贯彻落实《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》《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》精神，依据《晋城市国民经济和社会发展的第十三个五年规划纲要》要求，为进一步优化晋城市医疗卫生资源配置，健全上下联动、衔接互补的医疗卫生服务体系，根据《山西省医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》（晋政办发〔2016〕115号），结合我市实际情况，制定本规划。

## 一、规划背景

### （一）现状

**人口和经济状况。**晋城市面积 9490 平方公里，下辖 6 个县级行政单位。2015 年全市常住人口 2314977 人，人口出生率为 7.81‰，人口自然增长率 3.4‰，城镇化率 54.06%；地区生产总值 1040.2 亿元，城镇常住居民人均可支配收入 26651 元，农村常住居民人均可支配收入 10914 元。

**居民健康状况。**2015 年全市居民人均预期寿命达到 73.09 岁，婴儿死亡率 5.04‰，5 岁以下儿童死亡率 6.87‰，孕产妇死亡率 10.04/10 万。

**医疗卫生资源规模。**截至 2015 年底,全市共有医疗卫生机构 3084 个,其中医院 75 所,基层医疗卫生机构 2984 个,专业公共卫生机构 25 个,其他机构 6 个;社会资本举办医疗机构 525 所,占医疗卫生机构总数的 17.02 %。三级甲等综合医院 2 所;三级甲等专科医院 1 所;县级综合医院 18 所,100%达到二级甲等水平;社会办医院 35 家;每个乡镇至少有 1 所政府办卫生院,乡镇卫生院共 74 所;社区卫生服务中心 10 所,社区卫生服务站 29 所;卫生室 2252 所。全市共有卫生人员 18157 人,其中卫生技术人员 12464 名;编制床位数 9589 张。每千常住人口拥有医疗机构床位数 4.64 张、执业(助理)医生数 2.32 名、注册护士 1.91 名。

**医疗卫生服务利用。**2015 年全市医疗卫生机构门急诊共 861342 人次,出院共 254523 人次,住院手术服务共 51121 人次。较 2014 年总诊疗人次增长 1.16%,入院人数增长 4.81%。2015 年全市医疗卫生机构病床使用率为 71.75%,平均住院日为 9.9 天,门诊病人均次诊疗费用 125.8 元,出院者平均每日住院费用 603.9 元。

## **(二) 目前存在的主要问题**

1. **医疗卫生资源规模不够大,基本功能不足,卫生人力资源结构不合理。**从县办医院看,全市 6 个县(市、区)县级综合医院除泽州县以外均低于 500 张的适宜规模要求,综合服务能力不强,疑难重症病种占比不高;市级和泽州县仍没有中

医医院，县办专科医疗机构发展缓慢；到 2015 年底，每千常住人口执业（助理）医师 2.32 人，低于山西省每千常住人口执业（助理）医师 2.46 人的平均水平。从结构上看，护士严重短缺，全市每千常住人口注册护士 1.91 人，低于山西省每千常住人口注册护士 2.27 人的平均水平，2015 年全市医护比仅为 1:0.83，床护比仅为 1:0.51，均低于山西省的平均水平，资源配置结构失衡。同时，在全省有影响的高精尖专业技术人员偏少，特殊人才和学科带头人紧缺，难以满足居民对优质服务的渴求。

**2. 医疗卫生服务体系内部协同合作机制不完善。**公共卫生机构、医疗机构分工协作机制不健全，缺乏联通共享。各级各类医疗机构合作不够，协同性不强，服务体系难以有效应对日益严重的慢性病高发等健康问题。基层医疗卫生机构服务能力和水平较十一五期间下降，价格和医保支付对分级诊疗和双向转诊的引导作用不强，分级诊疗秩序尚未形成。

**3. 医疗卫生服务利用的效率有待进一步提升。**2015 年全市平均住院日为 10.7 天，基本与全省平均住院日 10.8 天持平，但是比全国的平均住院日多了 1.3 天。各级医疗机构的定位未能有效落实，个人医疗信息没有有效共享。三级医院优质资源过度利用与浪费并存，医疗卫生资源宏观与微观配置效率均有待进一步提高。

**4. 公立医院改革需进一步深化。**在当前经济下行持续增大

的形势下，公立医院改革也面临着“持续加大政府投入保障”和“破解体制机制难题”的双重压力。如何建立起长效、稳定、可持续发展的体制机制，如何在政府层面对公立医院长效补偿机制、人事薪酬制度改革、“三保合一”、公立体制改革等问题进行统筹，成为下一步改革的重点和难点。

### **（三）面临的挑战和机遇**

近年来，市委、市政府高度重视卫生工作，将卫生作为保障和改善民生的重要内容，加强领导，加大投入，加速推进，全市卫生资源快速增加，医疗卫生服务体系不断健全，居民健康水平不断提高。但在城镇化、老龄化、疾病谱变化和群众需求多元化的新形势下，受经济社会发展的影响，受人口、资源与环境的约束，我市医疗卫生服务体系面临诸多挑战。

1. **人口城镇化和两孩政策带来的新挑战和机遇。**根据我市统计局人口抽样调查结果，2015年较2010年全市常住人口增加34663人，其中城镇常住人口增加165326人，农村常住人口减少130663人，城镇人口增加6.4%，农村人口减少6.5%。预计到2020年全市人口达到234万人，达到全省人口平均寿命79岁。全市人口总量的增加、人口城镇化水平提高、预期人口寿命的提高、老龄人口的增加等因素，突出的表现在需要增加全市医疗卫生服务供给总量、调整医疗卫生服务供给结构、转变医疗卫生服务供给模式。同时，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策，也要求进一步提高生殖健康、妇幼保健等公共卫生

服务水平。

**2. 疾病谱系变化带来的新挑战。**我市疾病监测系统死因监测年报结果显示，2015 年被监测人口死因顺位居前五位的疾病依次是脑血管疾病、恶性肿瘤、心脏病、损伤和中毒的、呼吸系统疾病（五类死因造成的死亡人数占报告总死亡人数的 92.19%）。慢性非传染性疾病已经成为影响我市居民的首要疾病，同时传统烈性传染病和新发传染病的潜在威胁也不容忽视。医疗卫生服务需要及时调整发展策略，转变服务理念，不断提高服务能力，以积极有效应对疾病谱变化，满足居民复杂而多样化的服务需求。

**3. 经济发展新常态带来的新挑战和机遇。**市统计局经济运行数据显示，2014 年全市 GDP 同比增长 4.8%，2015 年全市 GDP 同比增长 3.3%。全市经济发展总体延续 2013 年以来速度持续放缓。经济发展是卫生事业不断向前的重要驱动力，为医疗卫生服务体系的建设和完善提供坚实后盾。在经济发展新常态下，医疗卫生服务体系单纯依赖政府的高投入、走简单规模扩张的发展路子不可持续，必须更加注重体制机制改革，在体系和结构调整中提高服务效率，提升发展质量。

**4. 信息技术发展带来的新挑战和机遇。**二十一世纪是信息化时代，信息技术迅猛发展，云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息化，特别是国务院专门出台了促进和规范健康大数据使用的指导意见。2015 年我市率先在全省实施居民健康卡

建设工程，提前实现了卫生计生要求一张专网、一张智能的居民健康卡，及电子病历和健康档案数据收集和共享，进一步通过“互联网+医疗”合理开发和利用目前的大数据为广大群众使用，转变卫生服务模式，市县人才短缺和资金投入是发展的最大挑战。

**5. 全面深化医改带来的新挑战和机遇。**当前，我市深化医改进入向纵深推进的关键时期，难点问题集中显现，体制性矛盾集中暴露，各方面利益交织叠加，面临的挑战更加严峻。在全面深化医改的攻坚阶段，市委市政府将易址扩建晋城市人民医院和建设市中医院作为“十三五”期间实现医疗卫生服务能力大提升目标的重要抓手，进一步均衡医疗卫生资源配置结构、提高医疗卫生资源供给效率，改善我市医疗卫生资源总量不足、分布不均、配置不合理的现状。

## **二、规划目标与原则**

### **（一）规划目标**

以建设“健康晋城”为目标，以深化医药卫生体制改革为动力，以提高人民健康水平为核心，统筹改革与发展，优化医疗卫生资源配置，构建与经济和社会发展水平相适应、与居民健康需求相匹配，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，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。

表1 晋城市医疗卫生服务体系资源要素配置目标

主要指标	2015年	2020年
每千常住人口医疗卫生机构床位数(张)	4.64	6.10
医院	3.42	4.60
公立医院	2.99	3.30
其中:市办医院	0.52	0.89
县办医院	1.31	1.80
其他公立医院	1.21	0.61
社会办医院	0.43	1.30
基层医疗卫生机构	1.22	1.50
每千常住人口执业(助理)医师数(人)	2.32	2.51
每千常住人口注册护士数(人)	1.91	2.51
每千常住人口公共卫生人员数(人)	0.54	0.83
每万常住人口全科医生数(人)	0.32	2.00
医护比	1:0.83	1:1
县办综合性医院适宜床位规模(张)	150—500	500
市办综合性医院适宜床位规模(张)	1000	1200

注:以上指标除每万常住人口全科医生数(人)是约束性指标,其他都是指导性指标

## (二) 基本原则

1. **坚持需求为导向,健康为中心。**以全面促进人民健康为中心,将满足人民群众基本医疗卫生服务需求作为出发点和落脚点,科学合理确定各级各类医疗卫生服务机构的数量、规模、职能及布局,均衡医疗卫生资源配置结构,提升医疗卫生资源服务整体效能。

2. **坚持政府主导,社会共同参与。**切实落实政府对基本、



基层、基础卫生资源的责任和投入，维护公共医疗卫生的公益性。充分发挥市场机制在配置资源方面的作用，调动社会办医的积极性和创造性，促进非公立医疗卫生机构发展，满足人民多层次、多元化的医疗卫生服务需求。

**3. 坚持公平公正，提高效率。** 优先保障基本医疗卫生服务的可及性，促进公平公正。同时，注重医疗卫生资源配置与使用的科学性与协调性，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一。

**4. 坚持分层管理，上下联动。** 合理布局不同层级医疗卫生服务机构，并分类制定配置标准。着力提升基层医疗卫生机构的服务能力和质量，推动公立医院发展方向转变，促进上下联动的分级诊疗模式形成。

**5. 坚持统筹兼顾，协调发展。** 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，中西医并重，注重发挥医疗卫生服务体系的整体功能，促进均衡协调发展。

### 三、总体布局

#### （一）机构设置

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。根据属地层级实行资源梯度配置。市、县按照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；市级资源按区域统筹考虑，重点布局。

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）和其他公立医院（主要包括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，包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室以及门诊部、诊所、卫生室、医务室。专业公共卫生机构，包括疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、急救、采供血、卫生监督、计划生育技术服务等机构，分为政府办专业公共卫生机构（根据属地层级不同，分为县办、市办两大类）和其他专业公共卫生机构（数量少，主要是国有和集体企事业单位等举办的专业公共卫生机构）。

## （二）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 6.10 张，其中，医院床位数 4.6 张，基层医疗卫生机构床位数 1.50 张。在医院床位中，公立医院床位数 3.30 张，按照每千常住人口不低于 1.30 张为社会办医院预留规划空间。

适度压缩企业办医院中床位利用率低、技术水平不高、床护比偏低、卫生人力资源不足的公立医院的床位规模；增加县办医院、基层医疗卫生机构、社会办医院床位规模。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。

完善城市医疗机构的基本功能配置，建立晋城市中医院，针对妇幼和老年医疗资源相对薄弱的特点，加大各级综合医院（含

中医院)妇产科、儿科建设力度,加强妇产、儿童专科医院建设,鼓励部分县办二级医院、部分企业办医院可通过迁建、整合、转型、改制、重组等形式转为老年康复医院或将二级医院部分床位转为护理、康复床位,加挂康复医院牌子。

根据各县(市、区)经济、社会、人口、卫生等方面的实际状况,考虑资源差异,在现有基础上,按照鼓励发展、平稳发展、控制发展等策略对各县(市、区)区别制定床位发展目标。

表2 2020年晋城市各县(市区)每千常住人口床位配置目标

	2014年	2015年	2020年
城 区	7.55	8.09	12.19
泽州县	3.7	3.66	4.20
高平市	2.75	2.8	4.15
阳城县	4.68	5.26	5.50
陵川县	3.09	3.51	4.26
沁水县	3.22	3.29	4.3

### (三) 人员配置

培养和造就与全市人民群众医疗卫生服务需求相适应,数量充足、结构优化、布局合理、素质优良的人才队伍,夯实晋城市卫生事业发展人才基石。

创新人才发展的体制机制,营造人才充分发挥作用的政策环境,实施人才开发的重大工程,引导和支持优秀人才队伍到贫困县乡工作或提供服务,完善全科医生制度,夯实基层卫生人才队伍,加强住院医师规范化培训制度,探索建立专科医师规范化培训制度,努力增加注册护士数量,加强公共卫生人员专项能力建设。积

极配合全省百万人才培养工程，培养全市各类精英领军人才。

落实医疗卫生机构人事制度和收入分配制度改革，建立合理的补偿机制、科学的绩效考核机制和适应行业特点的人事薪酬制度。完善分配激励机制，实行以绩效工资为导向的综合绩效考核和岗位管理制度，激发医务人员积极性

到 2020 年，全市每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.51 人，注册护士数达到 2.51 人，医护比达到 1:1，市办及三级以上医护比不低于 1:0.6。根据各县（市、区）经济、社会、人口、患者就医流向、现有人力资源及 2020 年床位资源指标等方面的情况，依据上述有关每千常住人口执业（助理）医师、注册护士数量指标，区别制定出各县（市、区）千人口执业（助理）医师数和注册护士数配置目标。

表 3 2020 年各县（市、区）千人口执业（助理）医师、护士配置目标

地区	千人口执业（助理）医师数		千人口注册护士数		2020 年千人口执业（助理）医师数	2020 年千人口注册护士数
	2014 年	2015 年	2014 年	2015 年		
城区	4.89	4.85	4.78	4.77	5.59	6.10
泽州	2.04	1.89	1.22	1.21	2.70	2.19
高平市	1.38	1.23	0.86	1.13	2.10	2.10
阳城县	2.38	1.98	1.52	1.41	2.56	2.51
陵川县	1.69	1.49	0.52	0.51	2.11	2.12
沁水县	1.83	1.5	1.1	1.00	2.0	2.00

#### **（四）信息资源配置**

继续以居民健康卡建设为切入点，加快推进市级人口健康信息平台建设。2016 年底基本完成市、县、乡、村四级医疗居民健康卡环境应用改造工作，实现各级医疗服务、医疗保障信息共享与业务协同，实现全市信息化一张卫生专网建设；实现个人电子健康档案、电子病历等医疗服务的全市覆盖、动态更新的信息共享；发放居民健康卡近 150 万张。2017 年，实现与全省全员人口健康信息和业务资源四大数据库有机对接，逐步实现市、县内各级公共卫生机构与平台的对接：实现全市就医“一卡通”的工作，并逐步取代各级医疗机构的院内卡。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、市民服务卡等公共卫生服务卡的应用集成，实现居民健康“一卡通”。

进一步整合计划生育、公共卫生、药品供应保障、综合管理等业务应用系统建设，实现各级医疗服务、医疗保障与公共卫生服务的信息共享与业务协同。以居民健康卡为联接介质，通过一账式登录，运用信息智能推送等技术，融合线上线下防病、治病和健康管理各类业务应用为一体，形成资源共享、业务协同、智能辅助、安全可靠的卫生计生信息化应用体系，使卫生计生信息化应用真正完成居民的健康保姆、医生的诊疗参谋、行政人员的管理助手，成为创新管理机制、转变诊疗模式、破解医药卫生事业发展难题的核心驱动，为卫生计生事业发展和人民群众健康水平提高提供坚实的信息技术支撑。

## **（五）其他资源配置**

### **1. 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标准设备，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，严控公立医院超常装备。鼓励整合大型医用设备资源，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。在确保医疗安全前提下，放宽社会办医机构大型医用设备配置条件，大型医用设备配置向基层倾斜，科学引导医疗机构配置国产统一的装备，打破医疗机构因为设备标准不一造成的检查误差。建立市县统一分区区域医学影像中心，推动建立“基层医疗卫生机构检查、医院诊断”的服务模式。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，逐步推行集中检查检验和检查检验结果互认。

按照国家卫生计生委牵头制定的大型医用设备甲类、乙类配置规划，组织实施乙类大型医用设备配置工作，配合省卫生计生行政部门做好甲类大型医用设备配置工作。

### **2. 技术配置**

健全医疗技术临床应用管理制度，强化医疗机构在医疗技术临床应用和管理中的主体责任。围绕常见疾病和健康问题，加快推进适宜卫生技术的研究开发与推广应用。

加强对临床专科建设发展的规划引导和支持，以发展优质医疗资源为目标，发挥其示范、引领、带动和辐射作用，提高基层和区域的专科水平，逐步缓解地域、城乡、学科之间发展不平衡，促进医疗服务体系协调发展。到 2020 年，在市级三级甲等医院建成 5-10 个省内领先的临床重点专科。

注重中医临床专科的建设，强化中医药技术推广应用。到 2020 年，完成市、县中医院的建设，并建成 3-5 个省级领先的中医重点专科。

#### 四、各级各类医疗卫生机构

##### （一）医院

##### 1. 公立医院

（1）功能定位。公立医院是医疗卫生服务体系的主体，应当坚持维护公立医院的公益性，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、突发公共事件紧急救治、援外、国防卫生动员、援藏援疆、对口支援、救灾、支边和支援社区等任务。

其中，县办医院主要承担县级区域内居民的常见病、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。市办医院主要向市级区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。

突出中医医院的作用，加强中医医疗服务能力，推进中医强市建设。三级医疗机构的中医科室，要利用中医技术方法和现代科学技术，提供危重、疑难复杂疾病的中医诊疗服务和中医优势病种的中医门诊服务；二级中医医院充分利用中医药技术方法和现代科学技术，提供区域内常见病、多发病、慢性病的中医诊疗，急危重症患者的抢救，疑难复杂疾病向上转诊服务。

（2）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。

规划期内，县级区域内已设置 1 所县办综合医院和 1 所县办中医类医院的原则上不再增加公立医院数量，难以设置中医类医院的县，可在县办综合医院设置中医科室。市级区域内依据常住人口数每 100-200 万人口设置 2 所市办综合性医院，可根据需要规划设置中医、儿童、精神、妇产、肿瘤、传染病、康复、自愿戒毒等专科医院。

（3）床位配置。每千常住人口公立医院床位数 3.3 张（含中医医院）。其中，县办医院床位 1.8 张，市办医院床位数 0.89 张，国有和集体企事业单位等举办的其他公立医院床位数 0.61 张。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。



表 4：晋城市市办医院布局规划（2015—2020 年）

医院名称	2015 年编制床位数	2020 年编制床位数	床位增减
晋城市人民医院	800	1200	400
晋城市中医医院（新建）		500	500
晋城市妇幼保健院（儿童医院）	100	200	100
晋城市第三医院（传染病医院）	100	100	0
晋城市康复医院	90	200	110
晋城市荣军康复医院	110	200	90

（4）人员配置。以执业（助理）医师和注册护士配置为重点，以医疗服务需求量和医师标准工作量为依据，按照医院级别与功能任务的需要确定床位与人员配比，市办以上医院床护比不低于 1:0.6。加大护士、药师等紧缺人员培养。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。

（5）区域医疗中心。通过市级区域医疗中心、跨县域医疗中心和县级医疗中心建设，打造形成贯穿全市的区域医疗中心架构，逐步提升全市医疗服务体系的整体服务能力和技术水平。

市级医疗中心。依托各市办、企业办三甲综合医院及技术力量强、影响力大的专科医院，在市级行政区域内设置市级综合性医疗中心和市级专科性医疗中心。市级医疗中心主要向所辖县（市、区）居民提供代表本地区高水平的综合性或专科性医疗服务，并承担基层卫生人才培养和一定的医学科研任务。

县级医疗中心。以县医院为中心，提高县医院医疗服务能力，建设县级综合医疗中心，负责向本县域内提供综合性医疗卫生服务；继续推动县乡医疗联合体、医疗集团建设试点，带动整个县域医疗水平的提升。

（6）公立医院规模。按照总量控制、结构调整、规模适度的原则，合理控制公立医院数量和规模。

每千常住人口公立医院床位数超过 3.3 张的，原则上不再扩大公立医院规模，对过多的存量资源进行优化调整。三级公立医院要逐步减少常见病、多发病和诊断明确病情稳定的慢性病等普通门诊，同时分流慢性病患者，缩短平均住院日，提高运行效率。针对妇幼和老年医疗资源相对薄弱的特点，加大各级综合医院（含中医院）妇产科、儿科建设力度，加强妇产、儿童专科医院建设，鼓励医疗资源比较丰富的县办的二级医院可通过迁建、整合、转型、改制、重组等形式转为老年康复医院或将二级医院部分床位转为护理、康复床位，加挂康复医院牌子。

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，60 万人口以上的县可适当增加；市办综合医院床位数以 1000 张左右为宜，原则上不超过 1200 张。

提高公立医院病床使用率。公立医院病床使用率低于 90%，平均住院日高于同类医院平均水平 20%，疑难重症患者比例及手术难度低于平均水平，床护比配置不达标时，不允许增加床位。

医院在病床使用率低于 80%，平均住院日高于同类医院平均水平 20%，疑难重症患者比例及手术难度低于平均水平时，可减少床位编制。

## 2. 社会办医院

(1) 功能定位。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，满足非基本医疗需求；可以提供康复、老年护理等紧缺医疗服务，对公立医院形成补充。支持社会办中医医疗机构提升服务能力，鼓励探索公立中医医院与社会办中医医疗机构加强业务合作的有效形式和具体途径，并探索开展多种形式的人才交流与合作。

(2) 资源配置。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。

推进和规范医师多点执业，取消多点执业的执业地点数量限制，医师在签订医疗机构帮扶或托管协议、建立医疗联合体的医疗机构间多点执业时，不需要办理多点执业相关手续。鼓励医务人员在公立和非公立医疗机构间合理流动，有关单位和部门应按现行政策和规定及时办理执业变更、人事劳动关系衔接、社会保险关系转移、档案转接等相关手续。平等吸收社会办医疗机构卫生计生人员进入各医学类行业协会、学术组织、职称评定和医疗

机构评审委员会等组织。

推动同级医疗机构间医学影像检查、检验结果互认。在确保医疗安全和满足医疗核心功能的前提下，社会办医可将医学影像、医学检验、病理诊断及消毒供应委托其他医疗机构。鼓励公立医疗机构和社会办医建立双向转诊关系，提高医疗卫生资源的整体效率。

## **（二）基层医疗卫生机构**

1. **功能定位。**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。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，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。加强基层医疗卫生机构中医药服务能力，推广中医药综合服务模式，充分发挥中医药在基层医疗卫生机构对常见病、多发病和慢性病防治中的作用。

乡镇卫生院和社区卫生服务中心负责提供基本医疗和基本公共卫生服务，基本医疗主要是常见病、多发病的诊疗、护理、康复等综合服务；并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医疗和基本公共卫生服务，基本医疗负责普通常见病、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医疗和基本公共卫生服务。

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。

**2. 机构设置。**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，每个乡镇卫生院建好 1 个标准化中医诊疗区（中医馆）。综合考虑城镇化、地理位置、人口聚集程度等因素，选择三分之一左右的乡镇卫生院提升其服务能力和水平，建设成中心乡镇卫生院。有条件的中心乡镇卫生院可以建设成为县办医院分院。提高乡镇卫生院的设备装备水平，每个一般乡镇卫生院应拥有功能完好的彩色超声仪、生化分析仪、血液分析仪、尿分析仪、X 光机、心电图机、救护车等必备治疗救护设备。

每个街道办事处范围或每 3-10 万居民规划设置 1 所社区卫生服务中心。人口规模较大的县和县级市政府所在地可根据需要设置社区卫生服务机构。城市地区一级和部分二级公立医院可依据需要，通过结构和功能改造转为社区卫生服务中心，每一个社

区卫生服务中心建好 1 个标准化中医诊疗区（中医馆）。

原则上每个行政村设置 1 个村卫生室。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，由市场进行调节。

**3. 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，重在提升床位质量，提高使用效率。到 2020 年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数达到 1.5 张，重点加强护理、康复病床的设置。

**4. 人员配置。**到 2020 年，每千常住人口基层卫生人员数达到 3.5 人，初步建立全科医生制度，初步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起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，其中，至少有 0.5 名中医类别。原则上每千服务人口人员配备 1-2 名乡村医生，人口超过 1000 人的行政村，人口每增加 500 人，可增加 1 名乡村医生。每所村卫生室至少有 1 名乡村医生执业。

### （三）专业公共卫生机构

**1. 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、计划生育服务、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、计划免疫、出生缺陷防治等，下同），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、

职业卫生机构、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等工作，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。

**2. 机构设置。**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）、乡镇卫生院和村卫生室、计划生育服务室承担相关工作。

整合市、县办妇幼保健机构与计划生育技术服务机构。分别成立市办、县办妇幼保健计划生育服务中心。整合乡办计划生育技术服务机构与乡（镇）卫生院的妇幼保健职能。村级保留村卫生室和村计划生育服务室，共享共用。

建立市级中心血站，各县（市、区）根据需要依托县办综合医院规划设置 1 个储血点。各县（市、区）要在县城内选择交通便利的场所至少建设一个面积不小于 60 平方米的献血屋，供市中心血站免费使用，保证辖区内义务献血工作的顺利开展。

以市办急救中心为龙头，县急救中心和院前急救网络医院共

同建成比较完善的急救网络。

建设市级精神卫生中心。以专业精神卫生机构为主体、综合性医院精神科(门诊)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，建立健全精神卫生服务体系和网络。

县级及以上每个行政区划内原则上只设 1 个疾病预防控制中心、1 个卫生监督所、1 个健康教育所，探索建立晋城市公共卫生中心。县级政府要根据工作职责，规范卫生计生综合监督执法机构的设置，由其承担卫生计生综合监督执法任务。

**3. 人员配置。**到 2020 年，每千常住人口公共卫生人员数达到 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常住人口 1.75 人/万人的比例核定。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区域内人口数及承担的精神卫生防治任务配置公共卫生人员。通过精神科医师转岗培训、临床医师增加精神卫生执业范围、中医类医师精神障碍防治培训等途径，加强精神卫生队伍建设，鼓励基层符合条件的精神卫生防治人员取得精神卫生执业资格。到 2020 年，全市精神科执业（执业助理）医师每 10 万人口平均不低于 2.8 人。

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。全市妇幼保健计划生育人力配置标准为每千



人口 0.26-0.30 人。妇幼保健计划生育机构临床人员按照每床 1:1.7 配备。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%。

卫生计生综合监督执法人员按照常住人口 1.5 人/万人的比例核定配置，按照省政府要求在一个城市区内实现卫生计生综合监督执法合并工作。

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。

## 五、能力建设

### （一）分类推进

1. **加强公共卫生服务。**按照国家统一部署，逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准。进一步完善疾病预防控制体系，逐步建立健全传染病、地方病、慢性病、职业病监测防治网络和重大疾病部门联防联控机制。整合利用公共卫生、医疗、医疗保险等资源和全社会力量，健全支持早发现、早诊断、早治疗的疾病预防控制体制机制，实施慢性病综合防治工程和重大疾病防治工程。

加强妇幼卫生健康服务能力。大力推进基层妇幼保健和计划生育技术服务资源优化整合和机构标准化建设，加大各级综合医院（含中医院）妇产科、儿科建设力度，加强妇产、儿童专科医院建设，争取 1-2 年内市、县基本建成孕产妇和新生儿危急重症救治中心，推进基层妇儿保门诊规范化建设，提高妇产科、儿科

医疗保健服务能力，努力在“十三五”前期配置好妇幼健康服务优质资源，保障两孩政策实施。

**2. 全面推进公立医院综合改革。**巩固完善县级公立医院综合改革，加快推进城市公立医院综合改革，到 2017 年，各级公立医院全面推开综合改革。健全政府办医体制，组建政府领导下的公立医院管理委员会，制定公立医院举办、运营、监管三方责任清单，实行院长任期目标考核和问责，完善公立医院精细化管理。采取综合措施破除以药补医机制，按照联动改革的要求通过调整医疗服务价格、加大政府投入、改革医保支付方式、降低医院运行成本等，建立科学合理补偿机制。创新公立医院编制管理，在现有编制总量内，合理核定公立医院编制总量，并进行动态调整，探索实行编制备案制。合理确定院长和医务人员收入水平，完善绩效工资制度，逐步建立符合行业特点的编制人事和薪酬制度。

**3. 强化基层卫生服务能力。**加快实施基层医疗卫生服务“三个一工程”，到 2017 年底，每个家庭拥有 1 名合格的家庭医生，每个居民拥有 1 份动态的电子健康档案，每个居民拥有 1 张服务功能完善的健康卡。三级医院推进医疗联合体建设，切实在不同层级医疗卫生机构之间形成利益共同体和责任共同体，通过医疗联合体的内部联动，优化医疗资源结构布局，推进医疗资源纵向流动，提升基层医疗服务能力。

**4. 提升中医服务水平。**加快发展中医医疗服务，完善公立

中医医疗机构为主导、非公立中医医疗机构共同发展、基层中医服务能力突出的中医医疗服务体系，全面提升中医服务能力，积极推进中医强市建设。按照“填平补齐”原则，加强中医医疗机构标准化建设，配备必要诊疗设备，引进现代科学技术，大力推广实施中医医疗技术，提高中医优势病种诊疗能力和综合服务能力。支持中医医院（中西医结合医院）发展形成一批特色明显的市级重点学科、重点专科，促进中医医院发挥中医药特色优势。引导中医优质医疗资源下沉基层，开展面向基层中医药人才的中医药基本知识、技能与适宜技术培训，完善财政补助政策，鼓励基层医疗卫生机构提供中医药适宜技术与服务，提高中医基层服务能力。大力发展中医养生保健服务，积极拓展中医服务新业态，发展中医健康服务相关支撑产业。

**5. 支持社会资本办医。**继续放宽社会办医院的准入范围，对符合具备相应资质的社会办医院，予以批准，简化审批流程，提高审批效率。完善配套支持政策，支持社会办医院纳入医保定点范围，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，非公立医疗机构医疗服务价格实行市场调节。鼓励政府购买社会办医院提供的公共卫生和基本医疗服务。社会办医疗机构在百千万卫生人才培养工程、住院医师规培、全科医生培养、继续医学教育、参加学术活动、科研立项、重点学科和专科建设、职称评定等方面享有与公立医疗机构同等待遇。鼓励公立医疗机构医师到社会办医疗机构执业，鼓励公立医疗机构为社

会办医疗机构培养医务人员。

加强对社会办医的日常监管。将社会办医纳入等级医院评审、医疗监督执法和医疗质量控制体系，促进规范化、精细化管理。将社会办医纳入不良执业行为记分和医师定期考核管理范畴，促进良性发展。加强对社会办医负责人及有关管理人员的培训，促进规范管理，提高经营水平。建立健全医疗机构及其从业人员信用记录，依法推进信息公开并纳入全市统一的信用信息共享交换平台。将社会办医相关数据、资料和信息依法依规纳入全省医疗卫生统计范围。规范医疗广告和相关信息发布。依法打击各类违法违规行。加强监管体系和能力建设，严厉打击非法行医，严肃查处租借执业证照开设医疗机构和出租承包科室等行为，严惩经查实的恶性医疗事故、骗取医保资金、虚假广告宣传、过度医疗、推诿患者等行为，探索建立医疗机构及其从业人员退出机制。

**6. 因地制宜开展卫生精准扶贫。**结合贫困地区实际，因地制宜制定卫生扶贫政策。加强连片特困地区和国家扶贫重点县医疗服务体系建设，提高贫困地区医疗服务能力。加大基层卫生机构人才培养力度，提高乡村医生待遇，合理解决乡村医生养老问题，建立引导医疗卫生人员到贫困地区工作的政策机制。提高贫困人口新农合住院费用报销比例和贫困人口大病保险报销比例，逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准，将重大公共卫生项目实施地区和服务对象向贫困地区和贫困人群倾斜，切实减轻贫困

人口医药费用负担。到 2020 年，贫困地区群众获得的公共卫生、基本医疗服务更加均等，服务水平进一步提高。

## **（二）功能整合**

### **1. 整合不同层级医疗卫生机构功能，构建分级诊疗模式。**

实施“两引导一提高”，即以医疗机构有序服务引导，患者有序就医，充分发挥医保政策引导作用，全面提高县域内医疗机构服务能力，促进分级诊疗，使常见病、多发病在县域内得到诊治。推动优质医疗资源合理配置和纵向流动，建立“健康守门人”制度，有效规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊。在县级医院与基层医疗卫生机构、市级和省级医院之间建立长期稳定、规范顺畅的双向转诊机制，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。强化级别医保的政策支持，完善激励机制，多措并举，引导患者分级诊疗。进一步提高医疗资源利用效率和整体效益，提升县域内就诊率。到 2020 年，逐步完善分级诊疗有效机制和政策体系，基本建立符合我市实际的分级诊疗制度，形成科学合理就医秩序。

### **2. 整合医疗与专业公共卫生机构功能，构建防治一体化模式。**

专业公共卫生机构要对加强对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展公共卫生服务加强指导、培训和考核，建立信息共享与互联互通等协作机制。二级以上公立医院要成立疾病预防控制科，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。加强专业公共卫生机构与医疗机构的协同，着力做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的联防联控工作，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，强化专业公共卫生机构对医疗机构公共卫生工作的技术指导和考核，监督部门加强对医疗机构的监督检查。

**3. 整合政府办与社会办医疗卫生机构功能，构建多元化服务模式。**明确政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位，公立医疗卫生机构着力满足群众基本医疗卫生需求。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公立医院改制重组。支持社会资本在城乡结合部等医疗卫生资源相对薄弱的地区举办二级以上综合、专科或中医医院，以及康复医院、护理院（站）、老年病和慢性病诊疗机构等医疗机构。鼓励和引导社会资本进入医疗服务的薄弱领域，如儿科、精神卫生、院前急救等。鼓励社会资本举办和发展具有一定规模、有特色的医疗机构，引导有条件的医疗机构向高水平、高技术含量的大型医疗集团发展。鼓励公立医疗机构与社会资本举办的医疗机构开展业务合作，实现资源共享、优势互补、互惠互利。通过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，满足城乡居民多元化医疗卫生服务需求。

#### **4. 整合中西医疗卫生机构功能，构建中西医并重发展模式。**

坚持中西医并重方针，在政策措施、资金投入、项目安排上向中医药倾斜，推动中西医协调发展。加强中西医临床协作，整合资源，强强联合，优势互补，协同协作，提高重大疑难病、急危重症临床疗效。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，所有社区卫生服务机构、乡镇卫生院和 70% 的村卫生室具备与其功能相适应的中医药服务。

**5. 整合医疗卫生机构与养老服务机构功能，构建健康养老服务模式。**推进医疗机构与养老机构加强合作，医疗卫生机构为养老机构开通预约就诊特色通道，有条件的二级以上综合医院（含中医院，下同）开设老年病科，为老年人提供便捷、优先优惠医疗服务。鼓励二级以上综合医院与养老机构开展对口支援，通过建设医疗养老联合体为老年人提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料以及临终关怀一体化的健康养老服务。支持养老机构开展医疗服务，鼓励执业医师到养老机构设置的医疗机构多点执业。发展社区健康养老服务。基层医疗卫生服务机构为 65 岁以上老年人提供健康管理服务，到 2020 年 65 岁以上老年人健康管理率达到 70% 以上。鼓励基层医疗卫生服务机构为高龄、重病、失能等行动不便老年人提供上门巡诊、家庭病床、护理等服务。

## **六、组织实施**

### **（一）加强组织领导**

切实加强医疗卫生服务体系规划工作的领导，把医疗卫生

服务体系规划工作提上重要议事日程，列入政府的工作目标和考核目标，建立问责制。各县（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机构用地。

## **（二）明确层级责任**

市卫生计生委在全市医疗资源配置的基础上，统筹规划跨县（市、区）的主要医疗资源配置，建立县级区域卫生规划论证机制，组织指导各县（市、区）的规划工作，重点规划好市办医院和公共卫生机构的设置工作。各县依据本规划负责研究编制县（市、区）医疗卫生服务体系规划并组织实施，要重点规划县办及以下医院和专业公共卫生机构，将床位配置标准等卫生资源细化到各县，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。各县（市、区）要依据本规划和我市的医疗卫生服务体系规划要求，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、住房和城乡建设、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，协调一致地推进医疗卫生服务体系规划工作。卫生计生部门要制订医疗卫生服务体系规划并适时进行动态调整；发展改革部门要将医疗卫



医类医院同时报国家中医药管理局备案); 超过 500 张床以上的公立医院, 其床位增加须报市卫生计生委备案。严重超出规定床位标准, 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等的公立医院, 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。

强化监督考评。建立医疗卫生服务体系规划监督评价机制, 成立专门的评价工作小组, 开展规划实施进度和效果评价, 及时发现实施中存在的问题, 并研究解决对策, 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。

抄送: 市委各部门, 市人大常委会办公厅, 市政协办公厅, 市法院, 市检察院, 各人民团体, 各新闻单位。  
市属各事业单位, 驻市各单位, 各大中型企业。

晋城市人民政府办公厅

2017年3月31日印发

生服务体系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，推进医疗服务价格改革；财政部门要按照政府卫生投入政策落实相关经费；住房和建设管理部门要依法批准城乡医疗卫生服务体系规划审批建设用地；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**

各县在编制医疗卫生服务体系规划中，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，合理控制资源问题标准及公立医院单体规模。

#### **(五) 严格组织实施**

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，无论何种资金渠道，必须依据医疗卫生服务体系规划要求和程序，严格管理，将规划作为建设项目立项的前提条件。各地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1200张床位以上的医院，其床位增加须报省卫生计生委备案（中