浙江省人民政府办公厅关于

印发浙江省医疗卫生服务体系规划

（2016—2020年）的通知

浙政办发〔2016〕49号

各市、县（市、区）人民政府，省政府直属各单位：

　　《浙江省医疗卫生服务体系规划（2016—2020年）》已经省政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

浙江省人民政府办公厅

2016年5月16日

浙江省医疗卫生服务体系规划

（2016—2020年）

　　为进一步优化卫生资源配置，提高医疗卫生服务质量和效率，增强卫生综合服务能力，改善人民群众的健康水平，根据中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见和《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》（国办发〔2015〕14号）精神，结合我省实际，制定本规划。

　　一、总体思路与体系架构

**（一）规划目标。**

　　以控制总量、调整存量、优化增量、提高质量为主线，以深化改革、整合资源、多元办医为动力，合理布局医疗卫生资源，不断优化资源结构，提高资源利用效率，构建与国民经济和社会发展水平相适应、与城乡居民健康需求相匹配，体系完整、分工明确、结构合理、功能互补、密切协作的整合型医疗卫生服务体系，不断满足城乡居民日益增长的健康服务需求。

**（二）基本原则。**

　　一是坚持以人为本，健康导向。以建设健康浙江为总目标，着力解决城乡居民主要健康问题，不断提升城乡居民的健康水平。

　　二是坚持政府主导，社会参与。强化政府的规划调控和监管职责，维护公共医疗卫生的公益性，充分调动社会力量举办医疗卫生事业的积极性和创造性，满足多层次、多元化的医疗卫生服务需求，促进公平与效率的统一。

　　三是坚持系统整合，统筹协调。整合存量、优化增量、提高质量，统筹城乡、区域及系统内各领域资源配置，重点强化县域服务能力及薄弱环节建设，加快构建科学有序的分级诊疗体系，提高医疗卫生服务的协同性，发挥医疗卫生服务体系的整体功能。

　　四是坚持预防为主，内涵发展。强化公共卫生和基本医疗服务体系建设的政府责任，提高专业公共卫生机构的服务能力和水平，严格控制公立医院数量规模，推动公立医院走质量效益型的发展道路，鼓励社会办医院向高水平、规模化方向发展，促进卫生事业发展方式转变。

**（三）体系架构。**

　　医疗卫生服务体系主要包括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构及其他卫生机构等。医院分为公立医院和社会办医院。其中，公立医院又分为政府办医院（根据功能定位主要划分为县办医院、市办医院、省办医院）和其他公立医院（主要包括公安、民政、司法、残联等系统所属，为特定对象服务为主的医院及其他利用政府所属部门资源举办的医院，部队所属的医院暂不纳入本规划）。社会办医院是指社会力量（含自然人）为主举办的医院。县级以下为基层医疗卫生机构，分为公立和社会办两类。政府办专业公共卫生机构及其他卫生机构根据属地层级不同，划分为县办、市办、省办三类。

　　二、医疗卫生机构功能定位与机构设置

**（一）公立医院功能定位与机构设置。**

　　公立医院是医疗服务体系的主体，必须坚持公益性，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、医学教学等任务，承担法定和政府指定的公共卫生任务、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。按层级分为县办公立医院、市办公立医院、省办公立医院及其他公立医院，其中：

　　1.县办公立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，基层医疗卫生人员的培训和指导，适宜技术的推广应用，相应公共卫生服务职能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。在县级区域内，原则上设置1个县办综合医院和1个县办中医类医院（含中医、中西医结合、民族医院，下同），可以依据居民医疗需求和资源禀赋情况设置精神、妇产、老年、康复等专科医院（含中医类专科医院）。50万人口以上的县可适当增加公立医院数量。

　　2.市办公立医院主要向设区的市级区域内居民提供代表本区域较高水平的综合性或专科医疗服务，接收下级医院转诊，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。设区的市级区域依据常住人口，每100万—200万人口设置1—2个市办综合医院（含中医类医院），服务半径一般为50公里左右。其中，每个设区市应设置1个市办中医类医院。依据居民医疗需求和资源禀赋情况可以设置儿童、妇产、精神、肿瘤、传染病、老年、康复等专科医院（含中医类专科医院）。“十三五”期间，设区的市级政府原则上不再单独举办新的城市综合性医院。

　　3.省办公立医院主要向全省区域内提供急危重症、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。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，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、老年、口腔、康复等省办专科医院。“十三五”期间，省级医院数量只减不增。

　　4.其他公立医院主要为特定人群及属地居民提供相应的诊疗服务，统一纳入当地医疗卫生服务体系统筹配置，实行属地化、全行业管理。

**（二）社会办医院功能定位与机构设置。**

　　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，是满足城乡居民多层次、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；可以提供高端特需服务，满足非基本医疗需求；可以提供康复、老年护理等紧缺服务，与公立医院形成补充。

　　到2020年，要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。

**（三）基层医疗卫生机构功能定位与机构设置。**

　　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。主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室（村卫生计生室，下同）、医务室、门诊部、诊所等。

　　乡镇卫生院和社区卫生服务中心负责提供基本公共卫生服务，以及常见病、多发病的诊疗、护理、康复等综合服务，并受县级卫生计生部门委托，承担辖区内的公共卫生管理和计划生育技术服务工作，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卫生院和一般卫生院，中心卫生院除具备一般卫生院的功能以外，还应开展普通常见手术，具备住院服务功能，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。政府在每个乡镇办好1所标准化乡镇卫生院，在每个街道范围或每3万—10万名居民设置1所社区卫生服务中心。各地可以根据地理、交通、人口等因素，结合中心镇（小城市培育试点镇）建设规划，选择三分之一左右的乡镇卫生院提升其服务能力和水平，使之具备较为完整的中心卫生院功能。鼓励引导乡镇卫生院与县级医院开展多种形式的合作，推动县乡村卫生一体化发展。

　　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、居委会范围内常住人口的基本公共卫生服务、计划生育日常服务和普通常见病、多发病的初级诊治、康复等工作。原则上按照“20分钟服务圈”要求规划设置，农村地区重点加强中心村卫生室（服务站）建设，加快推进标准化建设、一体化管理。偏远山区、海岛地区（悬水小岛）应该由乡镇卫生院负责提供“定时、定点、定人”方式的巡回服务。村卫生室可以由政府、集体或单位举办，也可以由乡村医生联办或个体举办，经县级卫生计生部门批准后设立。村卫生室、社区卫生服务站可以由政府采取购买服务的方式运行。城市新建的住宅小区（功能区）按规定设置相应的社区卫生服务机构。

　　医务室、门诊部、诊所根据服务能力和本单位或本功能区居民健康需求，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公共卫生服务予以补助。个体诊所不受规划布局限制，实行市场调节的管理方式。

**（四）专业公共卫生机构功能定位与机构设置。**

　　专业公共卫生机构是向辖区内提供专业公共卫生服务，并承担相应管理工作的机构，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（库）等。专业公共卫生机构由政府举办。

　　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、计划生育工作进行技术指导、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。

　　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服务任务，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开展业务指导、人员培训、监督考核等。

　　专业公共卫生机构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。专业公共卫生机构实行按行政区划、分级设置。县级以下由社区卫生服务中心、乡镇卫生院（妇幼保健计划生育服务站）和村卫生室等承担相关工作。每个县级以上行政区域内原则上只设1个疾病预防控制机构、1个综合监督执法机构、1个妇幼保健计划生育服务机构。妇幼保健机构和计划生育技术服务机构按照市县合、乡增强、村共享的原则优化整合。依托省级有关单位，强化妇女保健、儿童保健和计划生育技术指导职能。

　　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病社区康复机构为基础，建立健全精神卫生服务体系。

　　依据国家卫生计生委《院前医疗急救管理办法》和《浙江省院前医疗急救救护车管理办法》有关规定，合理配置急救资源。以市办急救中心为龙头，与县办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。县办急救中心可以依托县办综合医院设置，按照快速响应、方便可及的原则，分片设置若干急救站，形成统一指挥、高效协调的院前急救网络。市办急救中心应单独设置，并与辖区内县办急救中心联网，统一调度、统一指挥。按照国家卫生应急发展战略，加强浙江省急救指挥中心和浙东、浙南、浙北、浙中四大区域应急救援基地建设。依托省级有关单位，加强急救指挥、核辐射应急救治、化学中毒应急救治、创伤急救、突发急性传染病防治等基地能力建设。

　　除杭州市以外，其他设区市可设置1个独立建制的标准化采供血机构。部分县（市、区）可以按规定设置采供血机构作为上级采供血机构的分支机构。

　　三、资源配置

**（一）床位资源。**

　　1.全省床位配置。

　　医疗机构床位配置依据区域内居民医疗服务需求、疾病谱、医疗机构工作量、床位使用率、病床周转频次和住院天数，充分考虑当地居民发病情况、服务半径、地理位置和交通条件等因素，综合确定区域内床位总量和结构。到2020年，全省每千常住人口医疗卫生机构床位数控制在6张，其中医院5.02张、基层医疗卫生机构0.98张。在医院床位中，每千常住人口公立医院床位数3.52张（其中省办公立医院0.45张、市办公立医院1张、县办公立医院1.93张、其他公立医院0.14张），全省各地按照每千常住人口不低于1.5张为社会办医院预留规划空间。

　　中医类医院床位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，优先支持精神、妇儿专科医院发展。

　　各类医院的床位配置数应与其配备的卫生技术人员数、平均住院日、床位使用率等相匹配，并达到相应等级医院的评审要求。

表1 全省医疗卫生机构床位配置指导标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指 标 | 2014年 | 2020年 | 指标属性 |
| 千人床位数（张） | 4.46 | 6.0 | 指导性 |
| **1.医院** | 3.87 | 5.02 | 指导性 |
| 1.1公立医院 | 3.19 | 3.52 | 指导性 |
| 1.1.1省办公立医院 | 0.47 | 0.45 | 指导性 |
| 1.1.2市办公立医院 | 0.83 | 1.0 | 指导性 |
| 1.1.3县办公立医院 | 1.75 | 1.93 | 指导性 |
| 1.1.4其他公立医院 | 0.14 | 0.14 | 指导性 |
| 1.2社会办医院 | 0.68 | 1.5 | 指导性 |
| **2.基层医疗卫生机构** | 0.42 | 0.98 | 指导性 |

2.分区域床位配置。根据各地经济、社会、人口、卫生等方面的实际情况，考虑各地资源差异，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设区市区别制定床位发展目标。

表2 全省分区域床位配置指导标准

| 区 域 | 每千常住人口床位数（张） | |
| --- | --- | --- |
| 2014年 | 2020年 |
| 全 省 | 4.46 | 6 |
| 杭州市 | 6.27（含在杭省办医院） | 8.11（含在杭省办医院） |
| 宁波市 | 3.95 | 6.05 |
| 温州市 | 3.47（含在温省办医院） | 5.47（含在温省办医院） |
| 湖州市 | 4.24 | 5.91 |
| 嘉兴市 | 4.6 | 5.94 |
| 绍兴市 | 4.24 | 5.83 |
| 金华市 | 4.49 | 6.03 |
| 衢州市 | 4.9 | 5.73 |
| 舟山市 | 4.41 | 5.82 |
| 台州市 | 3.7 | 5.53 |
| 丽水市 | 5.16 | 5.64 |

3.省办公立医院床位配置。“十三五”期间，坚持总量控制、结构调整、均衡布局原则，不再审批床位扩张型的新建和改扩建项目，省办公立医院编制床位控制在每千常住人口0.45张以内。

　　支持省办公立医院资源下沉，推进合作办医。省办综合性医院和专科医院分别与4家和2家以上县办公立医院建立全面托管合作办医关系；结合实际，与若干县办公立医院建立重点托管或部分专科托管关系。被托管县办公立医院床位配置纳入当地规划调控。逐步推动省办公立医院按片区设置工作。

　　4.公立医院单体规模与建设标准。严格控制公立医院单体规模（单个执业点）不合理扩张，强化《综合医院建设标准》《中医院建设标准》执行力。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当适当增加，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原则上不超过1200张；省办综合性医院床位数原则上不超过1500张。专科医院的床位规模根据实际需要合理设置。公立医院不得举债建设，政府落实符合规划的公立医院基本建设投入责任，严禁公立医院豪华装修。

**（二）卫生人力资源。**

　　医疗卫生机构的人力资源配置应与居民医疗卫生服务需求、机构功能定位和床位配置等相适应。

　　1.医院人力资源配置标准。省办公立医院人力资源配置标准依据《浙江省省属医院机构编制标准指导意见》执行，市、县（市、区）所属公立医院的机构编制可参照该指导意见由各地结合医院等级及工作实际研究确定，原则上二级医院机构编制的配备应略低于三级医院。

　　2.基层人力资源配置标准。基层医疗卫生机构人员配置分别按《浙江省城市社区卫生服务机构设置和编制标准实施意见》《浙江省农村社区卫生服务中心机构设置和编制标准的实施意见》有关规定执行。到2020年，每千常住人口基层卫生人员数逐步达到3.5人以上，实现城乡每万名居民有2名以上合格的全科医生。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，每所村卫生室至少有1名乡村医生执业。

　　3.专业公共卫生机构人力资源配置标准。

　　全省专业公共卫生人员按每千常住人口0.83人配备。其中：

　　疾病预防控制机构的人力资源配置，依据中央编办、财政部、国家卫生计生委《关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知》（中央编办发〔2014〕2号）规定，实行总量控制、统筹安排、动态调整，各地结合实际需要适当配置。

　　县办卫生监督机构的人员编制，按辖区内每万常住人口0.6—1人的标准配备。山区、海岛、经济发达、卫生相关产业和从业人员较多的地区，可适当提高标准。

　　县办、市办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及承担的功能任务等因素合理配备人员，其中卫生专业技术人员应当不少于80%。

　　血站卫生技术人员数量应当根据年采血量等业务工作要求合理配备。

　　急救中心人员数量应当根据服务人口、年业务量等合理配备。

　　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。

**（三）信息资源。**

　　到2020年，基本建成覆盖全省常住人口并动态更新的全员人口、电子健康档案、电子病历三大基础数据库；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能有效支撑卫生计生事业发展和群众健康信息需求，各类人口健康信息通过省市县三级人口健康信息平台实现互联互通和协同应用；信息标准、安全、制度体系进一步健全。

　　在此基础上，整合各类资源，创新体制机制，充分发挥市场作用，规范市场行为，积极运用大数据、云计算、物联网技术，建立开放、统一、优质、高效的浙江省健康云，着力推进面向“互联网+”的新型医疗健康服务模式，实现防治结合、医养结合，形成规范、便捷、共享、互信的健康服务流程，满足群众多样化、多形式的健康信息服务需求。加快整合医院内部医保和医疗信息系统，推广诊间结算，推动医院医疗服务数据与医保共建共享。

**（四）设备资源。**

　　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依法准入管理，严禁公立医院超常规配置装备。鼓励支持发展专业的医学检验检测机构和影像机构，逐步建立大型设备共用、共享、共管机制。建立区域医学影像、检验、心电等共享中心，推动建立基层检查、上级诊断的服务模式。按照统一规范的标准体系，二级以上医疗机构检验、影像对所有医疗机构开放，全面实现结果互认，医疗保险按共认结果一次付费。大型医用设备按照品目实行甲、乙类设备分类管理，推动高值医用耗材集中采购。

　　严格执行医疗机构购置和使用二手大型医用设备有关规定，严禁使用国家已公布淘汰的机型。

**（五）技术资源。**

　　医疗卫生技术的配置应根据医疗卫生服务需求、疾病谱、疑难危重疾病等情况合理配置。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济和符合伦理的原则，实行分类、分级管理。加强医疗卫生技术管理，完善应用管理制度，保障群众生命安全。医疗机构要完善病历首页管理、诊断服务项目标准化管理，建立健全并发症库和合并症库，推行实施统一的临床路径，探索以诊断相关分组（DRGs）为核心的质量控制，为医保支付方式改革夯实基础。

　　医疗卫生机构开展医疗卫生技术应与其功能任务相适应，鼓励发展和应用适宜技术，强化中医药技术推广应用。

**（六）学科资源。**

　　合理设置医学重点学科和临床重点专科。医学重点学科包括支撑学科、创新学科、省市共建学科、县级医院龙头学科和非公立医疗机构特色学科等。

　　医学重点学科和临床重点专科根据功能定位实行分级配置，其中支撑学科、创新学科一般设于三级医疗机构和省级医学科研、教育、公共卫生机构；省级临床重点专科一般设于三级医疗机构；省市共建学科一般设于市、县的二级甲等以上医疗机构和医学科研、教育、公共卫生机构；县级医学龙头学科一般设于县级医疗卫生单位；非公立医疗机构临床特色学科面向社会办医院。

**（七）财力资源。**

　　按照财政规划管理要求，加强与同级财政部门衔接，落实政府在公共卫生、基层卫生和基本医疗保障等领域的投入责任。进一步健全以基本医保为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，社会慈善和商业保险等多种形式为补充的多层次医疗保障体系。

　　发挥政府卫生投入在卫生资源配置方面的引导作用，推动城乡、区域卫生均衡发展。完善政府卫生投入方式，政府卫生投入要兼顾供方和需方，统筹硬件建设和软件建设，探索实行政府购买服务、竞争性分配等多种政府卫生投入方式。

　　完善省级卫生投入转移支付制度，结合预算改革要求，推动以任务清单形式，引导各项工作任务落实。加强资金监管，确保资金绩效。

　　四、功能整合与分工协作

**（一）资源下沉。**

　　“十三五”期间，继续推进优质医疗资源下沉，实现省市医院优质医疗资源下沉所有县（市、区）全覆盖，实现县级医疗资源下沉所有乡镇全覆盖。城市公立医院在主城区的扩张得到严格控制，省办、市办公立医院普通门诊服务量和一、二类手术比例明显下降，县域内就诊率达到90%以上。鼓励省办公立医院以技术、管理、品牌、资金等为纽带与县级政府开展合作办医。

**（二）上下联动。**

　　建立并完善分级诊疗制度，构建不同级别医院之间，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，严格控制公立医院普通门诊规模，引导患者优先到基层医疗卫生机构就诊，逐步实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动。加快建立慢性病连续处方制度。充分利用信息化手段，建立医院与基层医疗卫生机构之间共享诊疗信息、开通远程医疗服务和教学培训的信息渠道。

　　坚持群众自愿、政策引导，支持和引导常见病、多发病患者优先到基层医疗卫生机构就诊。强化基层医疗卫生机构基本医疗、康复、护理等服务能力，承接下转病人。推行责任医生签约服务制度，规范签约服务收费，完善签约服务激励约束机制，探索提供差异性服务、分类签约、有偿签约等多种签约服务形式。结合责任医生签约服务开展按人头付费改革。允许公立医院医师多点执业，探索建立医师执业信息数据库并向公众提供在线查询服务。建立预约转诊服务平台，公立医院向基层医疗卫生机构提供转诊预约挂号服务，对基层医疗卫生机构转诊病人优先安排诊疗和住院；将恢复期需要康复的病人或慢性病人转诊到病人就近的基层医疗卫生机构。

　　完善治疗—康复—长期护理服务链，发展康复、老年、长期护理、慢性病管理、临终关怀等接续性医疗机构，研究制订长期护理机构医疗服务标准，建立急慢分治制度，提高医疗卫生资源利用效率。

**（三）区域协调。**

　　加快形成省内不同区域的省级医学中心，提升医疗卫生服务共享水平，建立医疗资源、医疗诊断、医疗信息全域共享机制，开展医疗卫生重大课题联合攻关、医疗卫生人才联合培养，实现跨区域联合办医，推进区域医疗卫生领域合作。继续加强区域专病中心建设，在省内不同区域建设若干有较强辐射能力的专病中心。

**（四）医防整合。**

　　推进医院和公共卫生机构资源相互整合和延伸。综合性医院及相关专科医院应依托相关科室，与专业公共卫生机构密切配合，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。建立医疗机构承担公共卫生任务的补偿机制和服务购买机制。综合性医院或专科医院要全面承接结核病、艾滋病等重点传染病以及职业病、精神疾病等病人的治疗工作。专业公共卫生机构要加强对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展公共卫生服务业务指导、培训和考核，建立信息共享等协作机制，共同做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的联防联控工作。充分发挥中医药在公共卫生事业中的作用，积极开展中医预防保健服务。

　　加强省市县三级食品安全风险监测能力建设，均衡配置疾控检验检测资源，推动以设区市为单位，整合检验检测资源。

**（五）中西医并重。**

　　坚持中西医并重方针，合理配置中医药资源。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。加强综合性医院、专科医院中医临床科室和中药房设置，增强中医药服务能力。加强中医药服务监管，杜绝大处方、滥用中医药等行为。加强中西医临床协作，整合资源，强强联合，优势互补，协同攻关，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综合服务能力。到2020年，力争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能力，积极鼓励中医药健康服务业发展。

**（六）多元发展。**

　　加强社会办医疗机构与公立医疗机构的协调发展，提高医疗卫生资源的整体效率。社会力量可以直接投向资源稀缺及满足多元需求的服务领域，也可以采用特许经营、公建民营、民办公助、委托管理等多种形式与公立医疗机构合作。进一步优化社会力量举办各类医疗机构的投资环境，简化审批流程，提高审批效率。完善配套支持政策，健全医保协议管理制度，建立医保经办机构和社会办医疗机构之间的有效谈判机制。完善规划布局和用地保障，优化投融资引导政策，落实和完善财税价格政策，社会办医疗机构医疗服务价格实行市场调节价。鼓励公立医疗机构与社会力量共同举办新的非营利性医疗机构，鼓励社会办医疗机构发展专业性医院管理集团，满足群众多层次医疗服务需求。完善公立医疗机构有形资产和无形资产科学评估办法，防止国有资产流失。鼓励社会力量举办中医类专科医院、康复医院、护理院（站）以及口腔疾病、老年病和慢性病等医疗机构。支持社会办医疗机构加强重点专科建设，引进和培养人才，提升学术地位。加快实现与医疗保障部门、公立医疗机构等信息系统的互联互通。加强行业监管，保障医疗质量和安全。

　　建立社会力量参与公共卫生工作的机制。政府通过购买服务等方式，鼓励和支持社会力量参与公共卫生工作，并加强技术指导和监督管理。

**（七）医教协同。**

　　以卫生计生行业和人员需求为导向，切实加强医教协同。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。注重医疗、公共卫生、中医药以及卫生管理人才的培养，鼓励高校增设全科专业，加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，开展助理全科医生培训。建立完善住院医师和专科医师规范化培训制度。改革完善医学继续教育制度，推动完善毕业后医学教育体系，培养合格临床医师。到2020年，基本建成院校教育、毕业后教育、继续教育三个阶段有机衔接的标准化、规范化临床医学人才培养体系，提升卫生计生人才队伍整体素质。

　　健全在岗培训制度，鼓励乡村医生参加学历教育。加强政府对医药卫生人才流动的政策引导，推动医药卫生人才向基层流动，加大重点地区人才培养与引进力度。落实和完善激励政策，为农村订单定向免费培养医学生，探索试行基层医疗卫生机构全科医生及县办公立医院专科特设岗位计划。加强公共卫生人才队伍和高层次医药卫生人才队伍建设，大力培养护理、儿科、精神科等急需紧缺专门人才。支持中医类人才培养。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，为医药卫生人才发展提供必要的经费保障。

　　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。创新公立医院机构编制管理方式，探索推行公立医院编制备案制管理，加强总量控制，实行动态调整。探索多种形式用人机制改革，深化符合行业特点的职称制度和薪酬制度改革，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符合行业特点的人事薪酬制度，完善考核和激励机制。

**（八）卫生计生融合。**

　　确保卫生、计划生育机构改革平稳整合，深度融合。市办和县办妇幼保健机构与计划生育技术服务机构原则上应当予以整合，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。市办、县办妇幼保健计划生育服务中心要加强对乡镇卫生院（妇幼保健计划生育服务站）的业务管理和技术指导，落实好生殖健康、妇幼保健、优生促进、药具服务和出生缺陷干预等工作，持续推进计划生育管理服务改革创新。

**（九）医养结合。**

　　推进医疗机构与养老机构深度合作。建立健全医疗机构与养老机构之间的业务协作机制，开通预约诊疗绿色通道，协同做好老年人慢性病管理和康复护理，增强医疗机构为老年人提供便捷、优质医疗服务的能力。

　　支持有条件的养老机构设置医疗机构，研究制订老年康复、护理服务体系专项规划，合理布局老年医院（病区）、老年护理院、康复医疗机构等，加快形成规模适宜、功能互补、安全便捷的健康养老服务网络。

　　发展社区健康养老服务，提高基层医疗卫生机构为老年人日常护理、慢性病管理、康复、健康教育和咨询等服务的能力，鼓励基层医疗卫生机构将护理服务延伸到居民家庭。推动开展远程服务和移动医疗，逐步丰富和完善服务内容与服务方式，做好上门巡诊等健康延伸服务。推进中医药与养老结合，充分发挥中医“治未病”和养生保健优势。

　　五、实施保障与监督评估

**（一）加强组织领导。**

　　本规划是对全省区域内医疗卫生服务体系架构和卫生计生资源配置的总体要求。各级政府要切实加强对科学编制和实施本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，列入政府工作目标责任制考核内容，建立问责制。各级政府必须优先保障基本医疗卫生服务的公平性和可及性。新增的卫生计生资源重点向农村卫生、公共卫生和加快发展县倾斜，促进卫生计生资源在城乡、区域和系统内各领域的合理配置，增强医疗卫生事业发展的整体性和均衡性，不断满足城乡居民日益增长的医疗健康需求。

　　坚持分类指导、分级管理原则，省级卫生计生部门要指导各设区市科学编制和实施区域卫生规划。设区市政府负责编制区域卫生规划和医疗机构设置规划并组织实施，要重点规划市办以下医院和其他医疗卫生机构，将床位配置标准细化到各县（市、区）。县级政府应坚持保基本、强基层、建机制的原则，按照所在设区市的区域卫生规划和医疗卫生机构设置规划要求，负责编制并实施县域医疗卫生服务体系规划。

**（二）规范规划编制流程。**

　　区域卫生规划应在当地政府的统一领导下进行，各有关部门加强配合、形成合力。各设区市区域卫生规划起草和论证完成后，须经省级卫生计生部门会同省级有关部门审核同意并经市本级人民政府审批。

　　按照《国务院办公厅关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33号）要求，县级政府负责编制县域医疗卫生服务体系规划。县域医疗卫生服务体系规划经市级卫生计生部门论证后，由县级人民政府负责审批，正式下达后1个月内报省级、市级卫生计生部门备案。

　　严格规划实施，及时发布医疗卫生机构设置和规划布局调整等信息。各地在研究编制区域卫生规划和县域医疗卫生服务体系规划时，要严格遵循规划编制工作规程，充分征求有关部门和社会各界的意见，医院布局要与各地城市总体规划、县（市）域总体规划等相衔接，确保医疗服务的空间均衡性，社区卫生服务站等医疗设施的配置要结合控制性规划单元的划分进行合理布局，防止规划之间互相矛盾。

**（三）加强部门协作。**

　　卫生计生部门要制订区域卫生规划和医疗卫生机构设置规划并适时进行动态调整；机构编制部门要依据有关规定，创新编制管理方式；发展改革部门要把区域卫生规划和医疗卫生机构设置规划纳入国民经济和社会发展总体规划安排，依据规划对新建和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，建立完善长效投入保障机制，推动基层补偿机制改革，加强财政资金的绩效评估；人力社保部门要加快医保支付方式改革，完善医保智能监管平台建设，发挥医保在管控医疗费用、监督医疗行为等方面的作用，提高医保基金使用绩效；城乡规划、国土资源部门要依法落实和保障医疗卫生设施用地；物价部门要积极稳妥地推进医疗服务价格改革；民政、残联等系统所属为特定对象服务的专科医院应加强与卫生计生部门协同合作；其他相关部门要各司其职、协同配合。

**（四）创新规划执行机制。**

　　省级卫生计生部门要研究建立严格的医疗卫生机构设置和床位审批制度，规范各类医疗卫生机构建设床位、核定床位审批流程和工作机制。新建和改扩建项目涉及床位扩张的，实行分级分类审批。各地、各有关部门要将纳入规划作为项目立项建设的重要依据，对严重超出核定床位数标准，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、责令改正，暂停大型医用设备配置许可、等级评审等审批和财政资金安排。

**（五）加强规划实施的监督评估。**

　　建立规划监督评价机制。各级政府要组织开展区域卫生规划实施进度、实施效果的监督评价，及时发现存在的问题，并研究解决对策。省级有关部门要加强对各级区域卫生规划实施的指导和督促，推动规划的落实，切实提升全省医疗卫生资源的配置效率和服务的能力水平。