

# 山东省医疗卫生服务体系规划

(2016—2020 年)

根据《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020 年）》、《中医药发展战略规划纲要（2016—2030 年）》精神，以及《省委办公厅省政府办公厅关于进一步深化医药卫生体制改革的实施意见》（鲁办发〔2015〕53 号）等要求，为进一步优化我省医疗卫生资源配置，提高医疗卫生服务能力和资源利用效率，指导各市、县（市、区）科学合理编制实施区域医疗卫生服务体系规划和医疗机构设置规划，制定本规划。

## 第一章 规划背景

### 第一节 现状

#### 一、服务体系逐步完善

经过长期发展，我省已建立了由医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构等组成的覆盖城乡的医疗卫生服务体系。截至 2015 年年底，全省共有医疗卫生机构 77435 家，其中医院 1926 家、基

层医疗卫生机构 73164 家、专业公共卫生机构 2140 家、其他医疗卫生机构 205 家；全省卫生人员 85.64 万人，其中，卫生技术人员 61.86 万人（执业（助理）医师 23.71 万人、注册护士 25.42 万人）；床位 51.93 万张。

## 二、资源总量持续增长

2010 至 2015 年，全省每千常住人口拥有医疗机构床位、执业（助理）医师、注册护士分别由 3.99 张、1.93 人、1.63 人上升至 5.27 张、2.41 人、2.58 人。财政支持力度不断增强，2010 至 2014 年，我省卫生总费用由 1345.30 亿元增加到 2484.16 亿元，增长了 84.65%；其中，个人现金卫生支出占卫生总费用的比重由 38.72% 下降到 33.21%，下降了 5.51 个百分点。2015 年，我省医疗卫生机构房屋总建筑面积 4928.45 万平方米；拥有万元以上设备约 36.6 万台，总价值 594.4 亿元。

## 三、服务能力明显提升

2010 至 2015 年，全省医疗卫生机构总诊疗人次由 4.80 亿人次增加到 6.16 亿人次，年均增长 5.11%；入院人数由 1106.67 万人增加到 1521.64 万人，年均增长 6.58%。传染病实现有效控制，全省法定传染病报告发病率、病死率处于全国较低水平。中医药特色优势得到进一步发挥。

## 四、健康水平显著提高

截至 2015 年年底，全省人均预期寿命 78 岁，高于全国人均预期寿命；婴儿死亡率、孕产妇死亡率和 5 岁以下儿童死

亡率分别降至 4.77‰、13.04/10 万、6.03‰，分别低于全国平均水平的 8.1‰、20.1/10 万、10.7‰，主要健康指标居全国前列。

## 第二节 存在的主要问题

### 一、资源布局不够合理

我省医疗卫生资源总量相对不足，资源布局在城乡之间、区域之间和学科之间还存在较大差异。每千常住人口医疗机构床位数、执业（助理）医师数、注册护士数等主要医疗卫生资源，设区市之间差距较大。中西医发展不够协调，儿科、精神卫生、康复、老年护理等领域建设相对滞后，专科服务能力较为薄弱。医护比为 1:1.07，护士配备缺口较大。医疗服务资源过多集中在城市大型医院，基层医疗卫生服务体系仍需完善，社区卫生机构设置和服务存在空白点。

### 二、服务能力有待加强

一是优质资源不够突出。与国内先进地区相比，我省医疗卫生机构学术水平、技术优势、行业知名度及社会影响力尚有一定差距，难以满足疑难重症在区域内诊疗的需要。国家级临床重点专科建设项目 41 个，仅占全国总数的 3.3%，执业（助理）医师中大学本科及以上学历者仅占 49.83%，注册护士中大学本科及以上学历者仅占 19.54%。二是基层医疗卫生服务能力薄弱。机构补偿机制不健全，专业人才短缺，服务能力和发展活力不足。2015 年，每万人口全科医生数仅为 1.0 人，低于全国平均水平，村医中执业（助

理) 医师占比小, 年龄老化, 队伍不稳定, 后继乏人。部分县域医疗卫生机构服务能力与人民群众需求存在一定差距。

### 三、公共卫生体系建设相对薄弱

2015年, 每千常住人口专业公共卫生机构人员数量为0.65人, 与全国平均水平基本持平, 其中, 疾控机构现有编制人员1.14人/万人口, 精神科执业医师1.54人/10万人口, 卫生计生监督人员0.39人/万人口, 均与国家配备要求有较大差距。全省市、县两级疾控机构A类设备拥有率仅为72.71%、57.61%, 离国家100%的目标要求相距甚远。全省每个卫生计生监督机构万元以上设备平均6.27台, 列全国第26位, 监督执法设备配备不足问题较突出。全省144家县级妇幼保健机构中, 能够开展助产技术服务的仅有99家, 占68.7%, 一定程度上制约了妇幼健康服务的开展和主体作用发挥。

### 四、多元办医格局尚未全面形成

我省大规模、高水平、专业化的社会办医疗机构数量少, 护理、老年病、康复等专业化民办医院不足, 医学影像、检验检查、消毒供应等社会办服务机构缺乏。2015年, 我省社会办医诊疗人次占比18.07%, 入院人数占比10.48%, 床位利用率为59.83%, 与公立医院相比服务量少、床位利用率低, 对公立医院的补充作用不足, 还难以满足人民群众多样化、多层次医疗卫生服务需求。

### 五、服务体系管理不够协调

一是服务体系碎片化问题比较突出。医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生

机构分工协作机制不健全、缺乏联通共享, 各级各类医疗卫生机构合作不够、协同性不强, 对日益凸现的慢性病高发等健康问题整体服务效率不高, 基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗服务体系尚未全面形成。二是医疗卫生系统多部门监管, 条块分割、多头管理, 部门之间缺乏有效的沟通协调, 降低了行政管理效率。

## 第三节 形势与挑战

### 一、健康中国建设为卫生计生工作指明了新的方向

党的十八届五中全会作出了“推进健康中国建设”的重大战略部署, 国务院对中医药发展作出新的布局, 将卫生计生事业发展摆在了经济社会发展全局更加重要的位置, 要求医疗卫生发展理念由以疾病为中心向关注人群健康为中心的大健康、大卫生理念转变, 发展重点由重治疗向重预防、健康管理、健康干预、健康促进转变。医疗卫生资源的配置必须适应发展理念的转变, 注重通过医疗卫生服务体系和结构调整提高服务效率, 加大医疗卫生领域“供给侧”改革力度, 补“短板”, 增加医疗卫生服务有效供给, 提高整体医疗卫生服务效能, 满足群众多层次、多样化健康服务需求, 让卫生计生改革发展成果更多更公平地惠及广大人民群众。

### 二、经济社会转型对卫生计生事业发展提出了新的要求

“十三五”时期是我国实现“两个一百年”奋斗目标第一个百年目标的决胜阶

段，是我省实现提前建成全面小康社会目标的关键时期。随着经济进入新常态，社会转型加速，医改向纵深推进，医疗卫生服务体系发展面临新的历史任务。医疗卫生行业必须认识新常态、适应新常态，加快由粗放式发展模式向专业化、精细化、可持续发展模式转变。

### 三、医疗服务需求变化对卫生资源配置和调整提出了新的期望

随着医疗保障制度逐步完善，保障水平不断提高，医疗服务需求进一步释放，医疗卫生资源供给约束与卫生需求不断增长之间的矛盾将持续存在。卫生服务调查数据显示，两周患病率中慢性病的比重逐年提高，由“十一五”的 56.0% 上升到“十二五”的 80.1%。我省 65 岁以上老人达到 1200 多万，占总人口的 12.21%，未来老年医疗服务资源总量预计保持 4—5% 的增长速度。老龄化对医疗卫生保健，特别是老年病、老年护理、康复及中医药等服务提出了新要求。全面实施两孩政策后，妇女儿童医疗保健服务资源将更加短缺。随着新型城镇化的快速发展，预计到 2020 年，将约有 1000 万农业转移人口落户城镇，部分地区医疗卫生资源供需矛盾将更加紧张，对医疗卫生资源的合理布局提出了新的挑战。

### 四、人口健康信息化建设成为推动卫生资源整合、提高服务效率新的契机

云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息技术和互联网+健康医疗服务的快速发展，为优化医疗卫生业务流程、整合医疗资源、提高服务效率提供了新的机

遇，必将推动医疗卫生服务模式和管理方式的深刻变革。

## 第二章 目标和原则

### 第一节 目标

以居民健康需求和存在问题为导向，以“调结构，补短板，促均衡，提效能”为主线，明确各级各类医疗卫生机构功能定位，引导公立医院适度发展，鼓励社会办医，促进医疗卫生资源下沉，构建与国民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，为人民群众提供方便、快捷、高效的医疗卫生服务，为实现 2020 年建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度奠定坚实的医疗卫生资源基础。

### 第二节 原则

#### 一、政府主导，服务共享

加强政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的责任，保障公共医疗卫生的公益性。强化政府对基层、基础卫生资源的责任，提高基本医疗服务的可及性，新增资源向基层倾斜，促进公平、公正，实现人人享有基本医疗卫生服务。

#### 二、需求导向，绿色发展

以健康需求和解决人民群众主要健康问题为导向，优化资源配置，调整布局结构，提升服务能级。加强内涵发展，改进薄弱环节，提高利用效率，形成资源节约

型、效益最大化、绿色发展的医疗卫生服务体系建设新格局。

### 三、创新管理，提高效能

充分考虑我省各地经济社会发展水平和医疗卫生资源现状，统筹不同区域、类型、层级的医疗卫生资源数量和布局，分类制订配置标准。通过改革推进卫生资源管理和技术创新，提高整体服务效能。

### 四、市场开放，多元办医

大力发挥市场机制在医疗卫生资源配置方面的作用，充分调动社会力量办医的积极性和创造性，鼓励引导社会办医向高水平、规范化、规模化发展，以满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

### 五、系统整合，协调推进

加强全行业监管与属地化管理，统筹区域资源配置，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，协调推进，均衡发展。

## 第三章 总体布局

不同属地层级实行资源梯度配置。市级及以下，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；省级资源分区域统筹考虑，重点布局。

根据我省医疗卫生改革发展要求，按照“稳步提高、优化结构、合理布局、加强内涵、鼓励转型、提高效能”的思路进行卫生资源的合理调整和配置。

一是强化优质资源供给。省办和部分有能力的市办医院着重提升服务能级，致力于建成高水平的区域医疗中心，充分发挥其在科研、技术、人才方面的优势，发挥其辐射、示范、带动作用，提升全省医疗卫生服务水平。

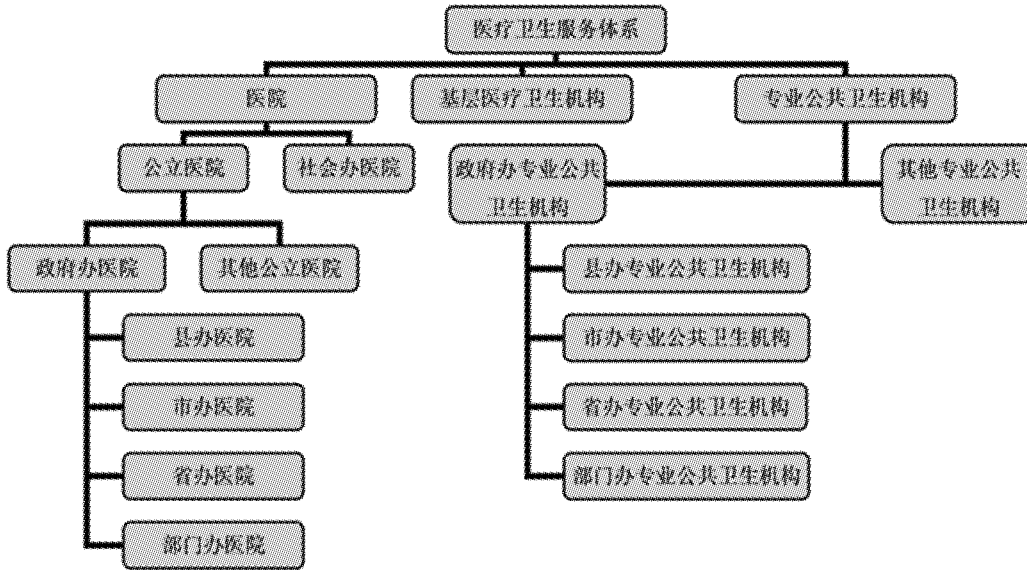
二是加强医院内涵发展。市、县办医院要适当控制床位规模，优化发展模式，着力提升诊疗水平和服务质量。重点加强县办公立医院重点科室和薄弱科室建设，优先支持西部地区、革命老区的县办医院发展。

三是提升基层医疗卫生服务能力。创新管理模式，通过加大各级政府投入、对口支援和建立医联体、医疗集团等方式，完善基础设施，促进分级诊疗，强化人才建设，重点加强全科医生培养和基层网底建设。

四是提高公共卫生机构服务水平。通过补足专业技术人员和装备，强化业务指导和培训，加强基础设施建设，落实工作经费，适应新形势下的公共卫生服务需求。

五是调整资源结构，鼓励社会办医。以“政府主导、社会参与、鼓励转型”的原则，促进社会资本、人才进入医疗卫生领域。积极鼓励部分公立医院转型、改制、重组、升级，提高社会办医在全省卫生资源配置比例，引导社会办医向规范化、规模化、高水平方向发展。

第一节 医疗卫生服务体系



注：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。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。

第二节 床位配置

一、全省床位配置标准。根据常住人口规模，合理配置公立医院床位规模，重在调控床位的过快增长。

表 1 2020 年床位配置主要指标

主要指标	2020 年 目标	2015 年 现状	2014 年 现状	指标 性质
每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）	6.1	5.27	5.11	指导性
医院（张）	4.9	4.09	3.92	指导性
公立医院（张）	3.3	3.35	3.28	指导性
其中：省办医院	0.45	0.35	0.34	指导性

主要指标	2020年 目标	2015年 现状	2014年 现状	指标 性质
市办医院	0.90	0.96	0.90	指导性
县办医院	1.8	1.74	1.74	指导性
其他公立医院	0.15	0.30	0.30	指导性
社会办医院	1.6	0.74	0.64	指导性
基层医疗卫生机构（张）	1.2	1.18	1.19	指导性

注：县办包括县、县级市、市辖区举办。

**二、各市床位配置标准。**根据“京津冀协同发展”、“两区一圈一带”等区域发展战略，按照各市现有卫生资源和经济、社会、人口、交通等方面的实际状况，考虑各地资源差异，按照优化发展、平稳发展、促进发展、加快发展等策略，制定各市床位配置标准（详见表2）。

对于经济社会发展基础好、人口流动大、床位利用率高、交通便利、省办（部门办）医疗机构比较集中的济南、青岛两市采取优化发展策略，扩充优质医疗资源，规划千人口床位数增长量分别为1.49张（含省办、部门办医疗机构增长量0.92张）、0.96张，着重提升服务能力和服务水平，打造优势品牌，强化区域医疗中心作用，提高行业影响力。

对于经济基础好、卫生资源相对充足的淄博、东营、烟台、威海市采取平稳发

展策略，适当控制床位数量，规划千人口床位数增长量在0.38—0.65张之间，着重加强内涵发展，提高资源使用效能。

枣庄、潍坊、济宁、泰安、日照、莱芜、临沂、滨州市经济基础、人均卫生资源量居全省中等水平，卫生资源配置有需求空间，采取促进发展策略，适度增加卫生资源规模，根据各自发展趋势，规划千人口床位数增长量在0.71—0.88张之间，提高卫生资源配置标准，加快发展速度。

德州、聊城、菏泽市经济基础相对薄弱，卫生资源不足，采取加快发展策略，规划千人口床位数增长量在1.08—1.22张之间，加大政府财政投入和政策扶持，保障卫生资源持续增长。

各市应结合当地实际，在强基层的基础上，参考全省指标，研究制定本地医院床位层级设置。

表 2 2020 年山东省各市每千常住人口床位配置发展策略

地区	2015 年	发展策略	2020 年	增长量 (比 2015 年)
山东省	5.27	—	6.10	0.83
济南市※	6.91	优化发展	8.40	1.49
青岛市	5.34	优化发展	6.30	0.96
淄博市	6.41	平稳发展	6.90	0.49
威海市	6.22	平稳发展	6.60	0.38
东营市	6.05	平稳发展	6.70	0.65
烟台市	5.96	平稳发展	6.60	0.64
济宁市	5.35	促进发展	6.10	0.75
潍坊市	5.29	促进发展	6.10	0.81
滨州市	5.19	促进发展	5.90	0.71
泰安市	5.18	促进发展	6.00	0.82
临沂市	5.02	促进发展	5.90	0.88
枣庄市	4.94	促进发展	5.70	0.76
莱芜市	4.82	促进发展	5.60	0.78
日照市	4.73	促进发展	5.60	0.87
菏泽市	4.42	加快发展	5.50	1.08
聊城市	4.40	加快发展	5.50	1.10
德州市	3.88	加快发展	5.10	1.22

\* 注：济南市数据含省办、部门办医疗机构床位数



### 第三节 人员配置

一、全省人员配置标准。按照我省实际情况，着重增大医疗卫生技术人员的配置总量，增加公共卫生人员和全科医生的数量。提高医护比，提升医疗卫生服务能力（详见表3）。

表3 2020年人员配置主要指标

主要指标	2020年目标	2015年现状	2014年现状	指标性质
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.70	2.41	2.36	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	3.37	2.58	2.51	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	0.83	0.65	0.63	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	2	1.00	0.92	约束性
医护比	1 : 1.25	1 : 1.07	1 : 1.06	指导性
市办及以上医院床护比	1 : 0.6	1 : 0.59	1 : 0.57	指导性

二、各市人员配置标准。根据各市经济、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，依据国家及我省关于每千常住人口执业（助理）医师、注册护士数指标标准，按医护比达到1 : 1.25、市办及以上医院床护比不低于1 : 0.6标准，制定各市千人口执业（助理）医师数和注册护士数配置标准（详见表4）。

表4 2020年山东省各市每千常住人口执业（助理）医师和注册护士配置标准（指导性指标）

地区	2015年千人口执业（助理）医师数	2015年千人口注册护士数	2015年医护比	2020年千人口执业（助理）医师数	2020年千人口注册护士数
山东省	2.41	2.58	1 : 1.07	2.70	3.37
济南市	3.70	4.11	1 : 1.11	4.50	5.63

地区	2015年千人口 执业(助理) 医师数	2015年千人口 注册护士数	2015年 医护比	2020年千人口 执业(助理) 医师数	2020年千人口 注册护士数
青岛市	2.97	3.12	1:1.05	3.15	3.94
淄博市	2.88	2.90	1:1.01	3.05	3.81
威海市	2.56	3.10	1:1.21	2.70	3.37
东营市	2.80	3.20	1:1.14	2.95	3.69
烟台市	2.51	2.29	1:0.91	2.70	3.37
济宁市	2.37	2.65	1:1.12	2.65	3.31
潍坊市	2.53	2.69	1:1.07	2.75	3.44
滨州市	2.29	2.55	1:1.11	2.60	3.25
泰安市	2.24	2.60	1:1.16	2.55	3.19
临沂市	1.69	1.97	1:1.16	2.20	2.75
枣庄市	2.11	2.42	1:1.14	2.35	2.94
莱芜市	2.32	2.28	1:0.98	2.55	3.19
日照市	1.91	2.11	1:1.11	2.25	2.80
菏泽市	2.17	2.25	1:1.04	2.60	3.25
聊城市	1.79	1.99	1:1.11	2.20	2.75
德州市	2.02	1.78	1:0.88	2.40	3.00

#### 第四节 其他资源配置

##### 一、信息资源配置

促进云计算、大数据、物联网、移动互联网、“互联网+”等信息技术、新业态与医疗健康服务的深度融合，构建省、

市、县(市、区)、乡镇(街道)、村(社区)“横到边、纵到底”安全高效的人口健康信息网络。加强信息资源整合，强化省、市健康云平台建设，形成全员人口、基础资源、电子健康档案、电子病历数据库，深化公共卫生、计划生育、医疗服

务、医疗保障、药品管理、综合管理等业务应用系统的信息共享和业务协同，支撑远程医疗、分级诊疗、防治结合、医养结合、健康管理等医疗健康业务应用。充分运用物联网技术、可穿戴设备等，探索健康服务新模式，全面加强预防、治疗、康复的精细服务和居民连续的健康信息管理业务协同，提升惠民便民服务水平。开发医疗健康大数据应用，建立基于居民电子健康档案的贯穿全生命周期的医疗健康大数据分析，推动临床辅助决策、医疗质量监管、疾病监测预警等领域大数据应用。积极推进各级各类卫生计生机构信息化和智慧医院建设，提升应用水平。大力推进“互联网+”医疗健康信息化建设，实现网上预约、线上支付、在线随访、健康咨询和检查检验结果在线查询等服务，增强群众获得感。推进居民健康卡、社会保障卡、市民卡等公共服务卡的应用集成，全面实现人口健康“一卡”通用。完善人口健康信息化共享标准规范体系，建立数据质量控制保障机制，加强信息安全防护体系建设，确保信息安全和个人隐私安全。

## 二、大型设备配置

根据国家大型医用设备管理的要求，按照功能定位、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比例，降低医疗成本。加强大型医用设备配置规划和准入管理，严控公立医院超常规装备。支持发展专业的医学检验机构和影像机构，逐步建立大型医用设备共用、共享、共管机

制。根据地域分布，鼓励支持有条件的市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，提高基层医学影像和检查检验服务能力。按照统一规范的标准体系，二级以上医疗机构的检查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。

## 三、技术配置

健全医疗技术临床应用准入和管理制度，对医疗技术临床应用实行分类、分级管理。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运用。以发展优质医疗资源为目标，大力整合优质医疗资源，加强对临床专科建设发展的规划引导和支持，着力打造以区域医疗中心为龙头、以专病专科医院为特色、以临床重点专科为重点，具有山东特色的高层次医疗卫生服务体系。注重中医药科技创新，强化中医药技术推广使用。

## 第四章 医疗卫生机构

### 第一节 医院

#### 一、公立医院

(一) 功能定位。公立医院是我国医疗卫生服务体系的主体，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。

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，承担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。

省办医院主要向省级区域内居民提供急危重症、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。

在县级区域依据常住人口数，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、中西医结合医院，下同）。中医类资源缺乏，难以设置中医类医院的县级区域须在县办综合医院设置中医科。70万人口以上的县级区域可适当增加公立医院数量。

在市级区域依据常住人口数，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，下同），服务半径一般为50公里左右。人口密度低的地区人口规模可以适当放宽。其中，每个市级区域至少设置1个市办中医类医院。各市应根据需要在市级区域规划设置儿童、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）。

在省级区域划分片区，依据常住人口数量，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）。

按照统筹规划、提升能级、辐射带动的原则，在全省规划设置不同层级的区域医疗中心。综合考虑我省医疗资源配置、经济发展、地域人口等因素，指导推动济南、青岛两市充分利用“一带一路”国家战略，“蓝黄”两大国家战略，整合优质资源，优化结构布局，力争建成具有国内先进水平的医学中心，实现双轮驱动，协同发展。在鲁中、鲁南、鲁西北、鲁西南、胶东半岛、黄河三角洲规划建设省级区域医疗中心，打造1小时优质医疗服务圈，为群众提供同质化的医疗服务。

(三) 省办医院设置。结合我省实际，在济南、青岛、潍坊、济宁、泰安、滨州、临沂等市设置省办、部门办综合医院14所、中医类医院3所、专科医院13所（详见表5）。省地方病防治研究所、省职业卫生与职业病防治研究院等公共卫生和科研机构利用其医疗资源开展的相关医疗服务，纳入省办医院管理。

表 5 省办、部门办医院设置情况

机构名称	院区/分部名称	地 址	编制 床位数	2020 年规划 床位数
山东大学齐鲁医院	中心院区	济南市文化西路 107 号	3000	3000
	东院区	济南市高新区天辰路 2000 号		1000
	* 青岛院区	青岛市市北区合肥路 758 号	—	1400
山东大学第二医院		济南市北园大街 247 号	2600	1800
山东省立医院	中心院区	济南市槐荫区经五纬七路 324 号	2600	2600
	东院区	济南市历下区经十路 9677 号	1500	1800
山东省煤矿总医院（省立医院（西院）、省立医院集团眼耳鼻喉医院）		济南市槐荫区段兴西路 4 号	500	1200
山东省千佛山医院		济南市经十路 16766 号	2348	2350
山东省泰山医院（省泰山疗养院）		泰安市泰山区天外村街 3 号	558	1070
青岛大学附属医院	市南院区	青岛市江苏路 16 号	1480	1500
	江西路院区	青岛市江西路 111 号	—	80
	崂山院区	青岛市海尔路 59 号	521	1500
	市北院区	青岛市嘉兴路 7 号	180	280
潍坊医学院附属医院		潍坊市奎文区虞河路 248 号	1200	1500
滨州医学院附属医院		滨州市黄河二路 661 号	1810	1810
滨州医学院烟台附属医院		烟台市牟平区金埠大街 717 号	1200	1500
泰山医学院附属医院		泰安市泰山大街 706 号	1600	1600
济宁医学院附属医院		济宁市古槐路 89 号	2900	2900
山东省医学科学院附属医院		济南市天桥区无影山路 38 号	500	1200
山东省交通医院		济南市天桥区无影山路 11 号	1400	1200
山东中医药大学附属医院（省中医院）	西院区	济南市文化西路 42 号	600	1400
	东院区	济南市经十路 16369 号	1000	1200

机构名称	院区/分部名称	地 址	编制床位数	2020年规划床位数
山东中医药大学第二附属医院（省中西医结合医院）		济南市中区经八路1号	1300	1500
	西院区	济南市经一路85号	200	200
山东省中医药研究院附属医院（省针灸医院）		济南市经十路12675号	100	300
山东省妇产医院（省妇幼保健院）		济南市经十东路238号	300	900
山东省胸科医院	西院区	济南市历山路46号	500	600
	东院区	济南市烈士山东路12号	120	600
山东省精神卫生中心		济南市文化东路49号	750	1050
山东省医学影像学研究所		济南市经五路324号	40	200
山东省青岛慢性病医院（省青岛疗养院）		青岛市市南区正阳关路16号	585	585
山东省口腔医院（山东大学口腔医院）		济南市文化西路44-1号	50	100
山东中医药大学附属眼科医院		济南市英雄山路48号	120	300
青岛大学附属心血管病医院		青岛市芝泉路5号	144	300
山东省肿瘤医院（省肿瘤防治研究院）		济南市槐荫区济充路440号	1145	2400
山东省眼科医院		济南市经四路372号	80	300
青岛眼科医院（省眼科研究所）		青岛市燕儿岛路5号	153	200
山东内分泌与代谢病医院（省内分泌与代谢病研究所）		济南市历下区经十路18877号	50	100
山东省煤炭临沂温泉疗养院		临沂市河东区汤头镇	400	800

注：1. 编制床位数为卫生计生等行政管理部门批准或核准登记的床位数。

2. 本表加“\*”为拟规划新建机构，其他为2016年1月1日前在省卫生计生委注册医疗机构执业许可证的公益二类事业单位。

（四）床位配置。根据常住人口规模 位的过快增长，协调地域平衡发展。各地合理配置公立医院床位数量，重在控制床 应参考我省医疗卫生资源要素配置指标中

公立医院床位指标，结合当地实际情况，研究制定本地区公立医院床位层级设置。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% 公立医院床位比例设置公立专科医院。

（五）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。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。

（六）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，根据辖区常驻人口数量合理确定床位规模。县办综合性医院床位数一般以 500—1000 张左右为宜，市办综合性医院床位数一般以 800—1200 张左右为宜，省办及以上综合性医院床位数一般以 1000—1500 张左右为宜。省办及以上、市办、县办综合性医院床位数现已达到或超出相应标准的，原则上不再新增床位。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。

到 2020 年，按照每千常住人口不低于 1.6 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。优先支持举办非营利性医疗机构。引导社会办医院向规范化、规模化、高水平方向发展，发展专业性医院管理集团。支持城市二级医院以托管、合作等形式与社会资本合作，加快向康复医院、老年病专科医院、护理院、临终关怀医院等老年专业医疗服务机构转型。注重提高社会办医质量，扶持一批具有影响力、竞争力、多层次的社会办医疗卫生机构，争取每个市建成 1—2 所三级社会医疗机构。使社会办医数量、规模、能力、服务全面升级，满足不同层次需求。

完善配套支持政策，制定审批标准，简化审批流程，提高审批效率，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，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，向医院转诊急危疑难重症病人。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）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、康复治疗、康复训练等综合服务，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功能外，还应承担周边区域内一般乡镇卫生院的技术指导，并着重强化医疗服务功能，提升急诊抢救、二级以下常规手术、正常分娩等医疗服务能力。

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，承担与其功能相适应的公共卫生服务、基本医疗服务和上级卫生计生行政部门交办的其他工作。

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 所标准化的乡镇卫生院，在每个街道办事处范围或每 3—10 万居民区举办 1 所标准化的社区卫生服务中心。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。城市一级和部分二级公立医院可根据需要，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，原则上按 2000—4000 人的服务人口设置 1 所村卫生室，每所村卫生室原则上应配有 2—4 名取得相应执业资格的医护人员。对海岛、湖区、民族村及交通不便地区，可根据实际合理设置。鼓励乡镇卫生院领办或延伸举办村卫生室。对实施农村新型社区规划建设及“撤村改居”的地方，应按照城市社区服务机构设置的有关要求，建设社区卫



生服务机构。

个体诊所等其他基层医疗卫生机构不受规划布局限制，由市场进行调节。

### 三、床位配置

按照所承担的基本任务和功能，稳定基层医疗卫生机构床位规模，重在提升床位质量，提高床位使用率。到 2020 年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数 1.2 张，重点加强护理、康复病床的设置。

### 四、人员配置

以政府为主导，加强基层医疗卫生服务机构标准化建设，实现服务网络全覆盖。加强基层人才培养和引进，实施基层和紧缺人才队伍建设工程。着力加强全科医生培养工作，做好住院医师规范化培训，促进乡村医生向执业（助理）医师过渡，提高乡村医生执业（助理）医师比例。乡镇卫生院原则上按每千人口 1—1.5 名人员编制配备，其中专业技术人员所占编制不低于总编制 90%，用于全科医生、专业公共卫生人员、中医药人员的编制分别不低于专业技术人员编制的 20%、20%、10%。到 2020 年，每千常住人口基层卫生人员数达到 3.5 人以上，基本实现每万居民配备至少 2 名全科医生。农村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 名执业（助理）医师或具备专科以上学历乡村医生。

## 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、计划生育技术服务、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、妇幼健康服务机构、精神卫生机构、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。

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。

公共卫生服务体系建设要转变发展理念，由传统的“人群疾病预防控制为目标”转向“全程健康管理为导向”。重构公共卫生服务网络体系，逐步将分散的专业公共卫生服务机构整合为一体，发挥整体效益。建立公共卫生大学科，构建公共卫生大数据，提升利用、分析大数据的技能，提高监测、预测、预警、处置疫情和突发公共卫生事件的能力。创新公共卫生服务与管理模式，积极探索实施全程健康管理工程。

## 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。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（妇幼保健计划生育技术服务站）和村卫生室、计划生育服务室承担相关工作。

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，不再单设其他专病预防控制机构，目前部分地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。

县级及以上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。

省、市、县均要设置1所政府举办、

标准化的妇幼保健机构，为妇女儿童提供以孕产保健、儿童保健、妇女保健和计划生育技术服务为中心，以必要的临床诊疗技术为支撑的妇幼健康服务；承担辖区妇幼卫生和计划生育技术服务业务管理、信息收集和技术支持工作。按照“省选设、市县合、乡加强、村共享”的原则，加快推进妇幼保健与计划生育技术服务资源整合。

根据国家有关规定，结合我省人口、医疗资源、临床用血需求等情况，除省会城市设置1个省办血液中心外，17个市各设置1个血液中心或中心血站。

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，建立健全精神卫生服务体系和网络。省、市、县三级各明确1所同级精神卫生专业机构承担精神卫生技术管理和指导职能，负责医疗、预防、医学康复、健康教育、信息收集、培训和技术指导等工作。二级以上公立综合医院均要设立精神科，人口50万以上的县（市）和距离中心城区较远的市辖区应具备为严重精神障碍患者提供住院服务的能力。

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，每个市必须设置1个急救中心（站），在有核电站、核设施、大型核辐射装置的重点地区可以建设核辐射应急救治基地。

### 三、省办专业公共卫生机构

结合我省实际，设置省疾病预防控制中心、省卫生监督所、省妇幼保健院、省血液中心、省地方病防治研究所、省性病皮肤病防治研究所、省寄生虫病防治所、省职业卫生与职业病防治研究院、省放射医学研究所等 9 个独立专业公共卫生机构。省精神卫生中心承担全省精神疾病防治管理职能，省结核病防治中心挂靠省胸科医院，省肿瘤防治办公室挂靠省肿瘤防治研究院，省牙病防治指导中心挂靠省千佛山医院。

### 四、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。

全省疾病预防控制中心人员编制原则上按照常住人口 1.75/万人的比例核定。其中，专业技术人员占编制总额的比例不低于 85%，卫生技术人员比例不低于 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。全省精神科执业（助理）医师数量达到每 10 万人口 3.8 名以上。85% 以上的乡镇卫生院和社区卫生服务中心配备有资质的专职或兼职精神科医师。

妇幼保健计划生育技术服务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。市级

妇幼保健人员编制一般配备 60—90 名，县级妇幼保健人员编制按服务区域人口 1:10000 的比例配备。市、县、乡级妇幼保健计划生育技术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。

## 第五章 卫生人才队伍建设

### 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，制定有利于卫生人才培养使用的政策措施。加大对医学院校支持力度，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。建立住院医师和专科医师规范化培训制度，开展全科医生培训，推动完善毕业后医学教育体系，培养合格临床医师。

以卫生计生人员需求为导向，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具有中国特色的标准化、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论文研究生教育）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。

扩充公共卫生人才队伍，实施优惠政策吸引高层次和紧缺专业人才从事公共卫生事业。完善绩效考核机制，合理确定公共卫生事业单位绩效工资水平，保障人员队伍稳定性。

健全基层人才培养体系，努力提高人员素质和专业技术能力。加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，实施农村订单定向医学生免费培养工作，改革免费医学生人才培养模式，重点为乡镇卫生院及以下的医疗卫生机构培养从事全科医疗的卫生人才。加强全科医生规范化培养建设和管理，建立定期进修学习制度，提高全科医生的基本医疗和公共卫生服务能力，发挥全科医生的居民健康“守门人”作用。建立全科医生激励机制，在绩效分配、岗位聘用、教育培训、职称晋升等方面向全科医生倾斜。健全在岗培训制度，鼓励乡村医生参加学历教育。促进乡村医生向执业（助理）医师过渡，逐步提高乡村医生执业（助理）医师比例。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，建立一支适应基本医疗卫生制度需要的基层卫生人才队伍。

强化高层次医药卫生人才的培养，实施以科研项目带动人才培养战略。通过公立医院院长职业化等方式，加大管理人才培养力度，大力开发护理、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。

## 第二节 人才使用

健全事业单位用人机制，完善岗位设置管理，保证专业技术岗位占主体（原则上不低于80%）。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、业务骨干和作出突出成绩的医药卫生人才倾斜。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，为医药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，全面推行编制备案制，落实公立医院用人自主权，探索多种形式用人机制和政府购买服务方式。

## 第六章 整合协作

建立和完善公立医院、专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构以及社会办医院

之间的分工协作关系，整合各级各类医疗卫生机构的服务功能，为群众提供系统、连续、全方位的医疗卫生服务。

### 一、医防融合，协同发展

加强专业公共卫生机构与医疗卫生机构的信息共享与互联互通等协作机制，构建医防融合综合防治卫生服务体系，在明晰机构职责的基础上，充分发挥各自防与治的专业优势，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。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。医院要依托公共卫生科或其他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。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。健全经费保障机制，完善绩效考核措施，充分利用基本公共卫生服务项目，落实各项公共卫生任务，实现基本公共卫生服务均等化。

### 二、分级诊疗，上下联动

坚持群众自愿、政府引导，以提高基层医疗卫生服务能力为重点，以慢性病、常见病、多发病为突破口，健全分级诊疗服务体系，逐步实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动。建立不同级别医院间，医院与基层医疗卫生机构之间的

分工协作机制。控制公立医院普通门诊规模，支持和引导病人优先到基层医疗卫生机构就诊，由基层医疗卫生机构逐步承担公立医院的普通门诊、康复和护理等服务。合理拉开不同级别医疗机构医保起付线和支付比例差距，鼓励常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊。整合共享检查检验、消毒供应等医疗资源，推进检查检验结果互认。促进不同级别和类别医疗机构之间有序转诊，上级医院对转诊患者提供优先接诊、检查、住院等服务，畅通慢性病、恢复期患者向下转诊渠道。鼓励老人、儿童、孕产妇、慢性病患者等，在自愿基础上与基层全科医生、乡村医生等签约，接受基本医疗、公共卫生和健康管理等服务，鼓励二级以上医院医师参与签约，使居民获得更便捷的优质医疗服务。通过公立医院与基层医疗卫生机构之间的对口帮扶和技术指导，提高基层医疗卫生机构的服务能力和水平。加强基层医疗卫生机构和县办公立医院服务能力建设，强化基层全科医生等人才培养，推动基本实现看大病不出县。

### 三、政府主导，多元发展

坚持基本医疗公益性，明确政府在基本医疗和公共卫生服务中的主导地位，加大财政保障力度，保障政府卫生投入。进一步鼓励多元化办医。按照“发展一批、扶持一批、转型一批”的思路，采取社办公助等方式，积极支持社会资本举办高水平、上规模、专业化的医疗机构，优先支

持非营利性医疗机构。鼓励医师到基层多点执业。支持城市二级医院以托管、合作等形式与社会资本合作。允许社会资本以联合、参股、兼并、收购、托管等形式，参与部分公立医院（包括国有企业医院）改制重组。积极鼓励社会力量发展中医类别医疗机构，鼓励社会资本举办中医专科医院，鼓励药品经营企业举办中医坐堂医诊所，鼓励有资质的中医专业技术人员特别是名老中医开办中医诊所。建立社会力量参与公共卫生工作的机制，鼓励和支持社会力量参与公共卫生工作，并加强技术指导 and 监督管理。到 2020 年，社会办医床位数和服务量达到总量的 25%。

#### 四、优势互补，中西医并重

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。推广中医药适宜技术，不断提高中医在医疗服务中的比例。促进民族医药发展，发挥中医药在慢性病和重大疾病防治等方面的作用。传承中医药文化，引导人们树立中医科学养生保健理念，实施“治未病”健康工程，充分发挥中医医疗预防保健特色优势。加强中医临床研究基地和重点专科、重点实验室和学术流派工作室建设。实施基层中医药服务能力提升工程，不断完善基层中医药服务体系，到 2020 年，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。全省社区卫生服务中心和乡镇卫生院中医药综合服务

区（国医堂、中医馆）建设率达到 95% 以上。

#### 五、统筹资源，医养结合

统筹医疗服务与养老服务资源，合理布局养老机构与老年病医院、老年护理院、康复疗养机构等，研究制订老年康复、护理服务体系专项规划，形成规模适宜、功能互补、安全便捷的健康养老服务网络。建立健全医疗机构与养老机构之间的业务协作机制，鼓励开通养老机构与医疗机构的预约就诊绿色通道，协同做好老年人慢性病管理和康复护理。推动二级以上医院与老年病医院、老年护理院、康复疗养机构、养老机构内设医疗机构等之间的转诊与合作。增强医疗机构为老年人提供便捷、优先优惠医疗服务的能力。探索医养结合多业态融合发展新模式，促进集养老—医疗—养生于一体的医养结合服务综合体建设。提高社区卫生服务机构为老年人提供日常护理、慢性病管理、康复、健康教育和咨询、中医养生保健等服务的能力。推动中医药与养老结合，充分发挥中医药“治未病”和养生保健的优势作用。

### 第七章 组织实施与监督评价

#### 一、加强领导，明确责任

各级政府要切实加强对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，强化卫生事业宏

观调控。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。各相关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。卫生计生部门要拟订医疗卫生服务体系规划和医疗机构设置规划并适时进行动态调整；发展改革部门要将医疗卫生服务体系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，依据规划做好基本建设项目的审批立项工作；财政部门要按照政府卫生投入政策落实相关经费；城乡规划管理部门要依据城乡规划，加强医疗卫生建设用地规划管理；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；人力资源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。

市级政府依据本规划负责研究编制医疗卫生服务体系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，将床位配置标准等卫生资源细化到各县（市、区），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，将各类省办医院与专业公共卫生机构的设置，纳入所在市的医疗卫生服务体系规划。

县级政府要依据本规划和所在市的医疗卫生服务体系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。

## 二、改革创新，共同推进

继续深化医药卫生体制改革，为医疗卫生服务体系规划的实施创造有利条件。在“十三五”期间深化医改的总体部署及医改工作推进过程中，要做好与相关规划的衔接。完善政府卫生投入机制，按照卫生事权和支出责任划分要求，落实好政府卫生投入政策，保障医疗卫生机构公益性。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，着重提高技术人员水平，稳定、优化人才队伍，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。改革医保支付制度，建立更加合理的医保支付方式。加强医疗卫生全行业监管。通过各部门共同努力，多措并举，促进资源优化配置，确保各级各类医疗卫生机构功能落实。

## 三、分类指导，控放结合

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，优化结构。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

债建设和装备。对新建城区、郊区、卫星城区等薄弱区域，政府要有计划、有步骤建设医疗卫生机构，满足群众基本医疗卫生需求。重点加强基层、妇幼、儿科、精神、急诊急救、传染病、病理、康复、老年护理等薄弱领域服务能力建设。优先加强县办医院服务能力，提高县域医疗能力和水平，支持村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构标准化建设，确保到2020年达标率95%以上。加大对落后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，可以从实际出发，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、社区卫生服务机构或社会办医疗机构。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。

#### 四、严格实施，加强监督

各市医疗卫生服务体系规划须经省卫生计生部门审核同意并报市政府审批。各级要将纳入规划作为建设项目立项的前提条件，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的要求和程序，严格管理。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，需报省、国家卫生计生部门备案（中医类医院同时报国家中医药管理局备案）。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。

省政府将强化规划实施监督和评价，建立医疗卫生服务体系规划和资源配置监督评价机制，成立专门的评价工作小组，开展医疗卫生服务体系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。评价过程中要实行公开评议、公平竞争，运用法律、经济和行政手段规范、管理和保障医疗卫生服务体系规划的有效实施。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。

（2016年7月13日印发）