

临沂市人民政府办公室
关于印发临沂市医疗卫生服务体系规划
（2016—2020年）的通知

临政办发〔2017〕2号

各县区人民政府，市政府各部门、各直属机构，临沂高新技术产业开发区管委会，临沂经济技术开发区管委会，临沂临港经济开发区管委会，临沂商城管委会，临沂蒙山旅游度假区管委会，临沂综合保税区管委会，各县级事业单位，各高等院校：

《临沂市医疗卫生服务体系规划（2016—2020年）》已经市政府研究同意，现印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

临沂市人民政府办公室

2017年1月10日

临沂市医疗卫生服务体系规划
（2016—2020年）

为进一步优化全市医疗卫生资源配置，提高卫生服务能力和资源利用效率，根据《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》（国办发〔2015〕14号）、《山东省医疗

卫生服务体系规划（2016-2020年）》（鲁政办发〔2016〕33号）文件以及全国卫生与健康大会精神，制定本规划。

第一章 规划背景

第一节 医疗卫生现状

“十二五”以来，全市医药卫生体制改革加快实施，卫生投入不断增加，居民健康水平明显提高，医疗卫生事业持续健康发展。

一、医疗卫生服务体系逐步完善

截至2015年年底，全市有医疗卫生机构7002处，其中医院152处，基层医疗卫生机构6630处（含5412个村卫生室），公共卫生服务机构199处，其他医疗卫生机构21处。在岗职工75054人；其中卫生技术人员49854人，含执业（助理）医师17447人、注册护士20304人；床位51807张。已基本建立由医院、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。

二、医疗服务能力和水平明显提升

2010年至2015年，全市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3.62张、1.24人、1.03人，上升至5.02张、1.69人、1.97人；总诊疗人次由6870.76万人次增加到7173.16万人次，年增长率1.08%；入院人数由121.18万人次增加到165.16万人次，年增长率8.05%。

业务用房面积 303.4 万平方米，比 2010 年增长 56%；拥有万元以上设备约 27547 台，比 2010 年增长 28%。

三、公共卫生服务水平显著提高

截止 2015 年，全市建立城乡居民电子健康档案 912 万份，电子建档率 84%。孕产妇住院分娩率达到 99.99%，婴儿死亡率、孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率分别降到 4.43‰、6.41/10 万、5.26‰，低于全省 4.77‰、13.04/10 万、6.03‰ 的平均水平。传染病实现有效控制，甲乙类传染病发病率 103.73/10 万，处在全省较低水平。农村卫生厕所普及率达到 85.37%。

四、中医药事业得到长足发展

2015 年，97% 的乡镇卫生院和社区卫生服务中心增设国医堂，中医门急诊 207 万人次，是 2010 年的 2.4 倍；中医药服务量占基层医疗机构总服务量的比例由 2010 年的 16% 上升至 44%，中医药业务收入 3.86 亿元，较 2010 年翻了两番。公立中医医院全部达到二级以上标准。全市建立各类中药示范园区和基地 12 个，示范推广面积 20 多万亩，规模以上企业中药产值达到 42 亿元，平邑、郯城、费县被命名为山东省中药现代化科技产业基地。

第二节 存在的主要问题

一、医疗卫生资源总量相对不足，布局不合理

与经济社会发展和人民群众日益增长的服务需求相比，全

市医疗卫生资源总量相对不足。2015年，全市每千常住人口床位数5.02张，低于全省5.27的平均水平，在全省排第11位。每千常住人口执业（助理）医师数1.69人、注册护士数1.97人，远低于全省2.41和2.58的平均水平。结构和分布不均衡，优质医疗卫生资源集中在中心城区，五区床位、卫生技术人员数分别占全市的36%和41%；基层医疗卫生机构人才匮乏，服务能力有待提高；新建城区缺少医疗卫生机构，社区卫生服务机构存在空白点，影响了周边居民看病就医。

二、医疗卫生机构人力资源不足，服务能力有待提高

2015年全市开放床位51807张，执业（助理）医师17447人、注册护士20304人，床医比、床护比达不到规定要求。每千常住人口公共卫生人员数仅为0.28人，每万常住人口全科医生数仅为0.38人，与全省平均水平相比还有较大差距。基层医疗卫生人员年龄老化，职称、学历偏低，出现结构化失衡。全科医生培训通过及注册执业人员少。卫生技术人员本科以上学历占28%，低于全省33%的平均水平。

三、多元化办医格局尚未形成

全市大规模、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，全市社会办医机构数量占比45%，床位占比15%，诊疗人次占比12%，入院人数占比13%，机构数量多，业务量少，技术水平与公立

医院相比还有较大差距，难以满足人民群众多样化、多层次医疗卫生服务需求。

四、医疗卫生服务体系碎片化问题较突出

一是公共卫生机构、医疗机构分工协作机制不健全，公共卫生资源缺乏联通共享。二是医疗机构检查检验和结果互认尚未实现，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形成。三是医疗系统涉及多部门监管，部门之间协同性不够、权威性与约束性不足、缺乏有效的沟通协调，降低了行政管理效率。

五、医疗卫生信息化建设需进一步推进

人口健康信息化发展水平严重滞后，缺乏统筹规划和顶层设计，市级数据中心尚未建立，投入严重不足，主要依靠医疗卫生机构自身发展，不能实现信息的互联互通，总体协同效果差。

第三节 形势与挑战

一、经济社会发展对医疗卫生服务提出新要求

全市国民经济和社会发展的十三五规划提出优化城镇化空间布局，稳步推进人口市民化的具体规划，未来五年我市将面临城镇化发展，人口加速集聚、人员流动等问题，部分地区医疗卫生资源供需矛盾更加紧张，医疗卫生资源亟需科学合理布局。随着经济进入新常态，社会转型加速，医疗卫生行业要加

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，注重提高服务效率，增加有效供给。

二、人民群众变化和增长的健康需求需要满足

老龄化加剧对康复、保健、老年护理、中医药服务提出了新要求。疾病谱也发生了相应改变，心脑血管疾病、恶性肿瘤等慢性病患率上升，成为影响居民健康的主要因素。我市人口基数大，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。群众健康观念逐渐转变，要求医疗卫生发展在疾病治疗的基础上，向重视预防、健康管理、健康干预、健康促进转变。

三、疾病防控及突发公共卫生事件处理能力需提高

艾滋病、结核病、手足口病等传染疾病防控形势严峻，防治任务日益繁重。突发公共卫生事件发生具有不确定性，可能导致传染病、职业病、食物中毒等事件发生的危险因素将长期存在，自然灾害、事故灾难、社会安全事件衍生的突发公共卫生事件的及时有效应对面临巨大挑战。

四、“互联网+”时代带来新机遇

云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息化技术的快速发展，为优化医疗卫生业务流程、提高服务效率、促进资源共享和医患沟通提供了新的机遇。十三五期间，我市应加快建设涵盖全市人口健康数据，六大重点业务应用的人口健康信息体系，推动医疗卫生服务模式和管理模式的深刻转变。

第二章 规划目标和原则

第一节 目 标

以居民健康需求和解决存在问题为导向，以优化健康服务、完善健康保障为重点，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，加强人才培养，促进资源下沉，着力强基层、补短板、优化资源布局，坚持预防为主，中西医并重，构建与经济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、人民共建共享的医疗卫生服务体系。

第二节 原 则

一、需求导向，科学规划。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，科学合理确定各级各类医疗卫生机构的数量、规模、功能及布局。

二、政府主导，社会参与。加强政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的责任，维护公共医疗卫生的公益性。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。

三、分类指导，提升效能。统筹不同区域、类型、层级的

医疗卫生资源的数量和布局，分类制订配置标准。合理控制公立医院规模，加强省级区域医疗中心建设，提升市县级医院医疗技术水平；创新管理模式，完善基础设施，促进基层医疗卫生机构能力建设。

四、促进公平，提高效率。强化政府对基本、基层、基础卫生资源的责任，优先保障基本医疗服务的可及性，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。

第三章 医疗卫生服务体系设置与资源配置标准

第一节 医疗卫生服务体系设置

全市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。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、省办医院）和其他公立医院（主要包括国有和集体企事业单位举办的医院）。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县办、市办两类。

第二节 医疗卫生资源配置

一、床位配置

1、全市配置标准。根据常住人口规模合理配置床位规模，

重在调控公立床位的不合理过快增长。到 2020 年，全市每千常住人口医疗卫生机构床位数达到 5.90 张，其中，医院 4.39 张，基层医疗卫生机构床位数 1.51 张。在医院床位中，公立医院床位数 2.93 张，其中市办医院 1.25 张，县办医院床位数为 1.65 张。按照每千常住人口 1.46 张为社会办医院预留发展空间。

表 1：2020 年临沂市每千常住人口床位总体配置指标

主要指标	2015 年我市现状	2020 年我市目标	指标性质
每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）	5.02	5.90	指导性
医院（张）	3.51	4.39	指导性
公立医院（张）	2.80	2.93	指导性
其中：省办医院	0.03	0.03	指导性
市办医院	1.14	1.25	指导性
县办医院	1.63	1.65	指导性
社会办医院	0.71	1.46	指导性
基层医疗卫生机构（张）	1.51	1.51	指导性

注：县办包括区举办。

2、各县区配置标准。根据现有卫生资源和各县区实际，在现有基础上，按照优化发展、平稳发展、促进发展、加快发展策略制定各县区床位配置标准。

表 2：各县区每千常住人口床位配置指标

地区	2015 年	发展策略	2020 年	增长量 (比 2015 年)
临沂市	5.02		5.90	0.88

兰山区	10.00	优化发展	10.90	0.90
沂水县	6.55	优化发展	7.10	0.55
河东区	4.93	优化发展	6.30	1.37
蒙阴县	5.07	平稳发展	5.50	0.43
兰陵县	4.79	平稳发展	5.20	0.41
平邑县	4.57	平稳发展	5.10	0.53
沂南县	4.34	平稳发展	4.90	0.56
莒南县	4.13	促进发展	5.00	0.87
费县	3.93	促进发展	4.70	0.77
临沭县	2.81	促进发展	3.60	0.79
郯城县	2.75	促进发展	3.60	0.85
经济区	3.80	加快发展	5.30	1.50
罗庄区	3.72	加快发展	5.40	1.68
高新区	3.47	加快发展	4.90	1.43
临港区	1.63	加快发展	4.00	2.37
蒙管委	0.83	加快发展	2.60	1.77

注：兰山、沂水、河东含市直医疗机构数据。

二、人员配备

1、**全市配备标准。**着重增大医疗卫生技术人员数量，提高医护比，增加公共卫生人员和全科医生数量。到2020年，执业（助理）医师数每千常住人口达到2.20人，注册护士数达到2.75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，

县办医院床护比不低于 1: 0.4。公共卫生人员数达到每千常住人口 0.83 人，全科医生数达到每万常住人口 2 人。

表 3：2020 年临沂市每千常住人口执业（助理）医师和注册护士配置指标

主要指标	2015 年我市现状	2020 年我市目标	指标性质
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	1.69	2.20	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	1.97	2.75	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	0.28	0.83	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	0.38	2.00	约束性
医护比	1:1.16	1:1.25	指导性
市办及以上医院床护比	1:0.51	1:0.60	指导性
县办医院床护比	1:0.40	1:0.40	指导性

2、各县区配备标准。根据现有卫生资源和各县区实际，在现有基础上，制定各县区执业（助理）医师和注册护士配备标准。

表 4：各县区每千常住人口执业（助理）医师和注册护士配置指标

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
临沂市	1.69	1.97	1.17	2.20	2.75

兰山区	3.74	4.97	1.33	4.06	5.08
沂水县	1.80	2.12	1.18	2.65	3.31
河东区	1.99	1.64	0.83	2.35	2.93
蒙阴县	1.51	1.82	1.21	2.05	2.56
兰陵县	1.10	1.33	1.21	1.94	2.42
平邑县	1.50	1.69	1.12	1.90	2.38
沂南县	1.38	1.55	1.12	1.83	2.28
莒南县	1.52	1.59	1.04	1.86	2.33
费县	1.18	1.27	1.08	1.75	2.19
临沭县	1.36	1.23	0.90	1.34	1.68
郯城县	1.18	1.27	1.08	1.34	1.68
经济区	1.23	1.59	1.29	1.97	2.47
罗庄区	1.50	1.70	1.14	2.01	2.52
高新区	1.02	1.31	1.29	1.83	2.28
临港区	0.51	0.68	1.32	1.49	1.86
蒙管委	0.27	0.31	1.14	0.97	1.21

注：兰山、沂水、河东含市直医疗机构数据。

三、信息资源配置

加强人口健康信息化建设，建设人口健康信息化管理平台，形成全员人口、基础资源、电子健康档案、电子病历数据库，基本覆盖全市人口并实现信息动态更新，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。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。推进居民健康卡应用集成，激活居民电子健康档案应用，加强信息衔接、互联互通，推动预防、治疗、康复和健康管理一体化的电子健康服务。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，确保信息安全和个人隐私安全。

四、大型设备配置

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控，严禁公立医院超常规装备。支持有条件的地方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。

五、技术配置

健全医疗技术准入和临床应用管理制度，对医疗技术实行分类、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推广运用。整合优质医疗资源，加强对临床专科建设的引导和支持，提高基层和区域的专科水平，着力打造以省级区域医疗中心为支撑、以临床重点专科为重点，具有临沂特色、具有核心

竞争力的高层次医疗服务体系。注重中医药科技创新，强化中医药技术推广使用。

第四章 各级各类医疗卫生机构

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。

(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。允许在新区建设县级医院分院，或在医疗资源短缺、覆盖人口多、距离主城区较远的地区依托中心乡镇卫生院建设县级医院分院。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，市级区域至少设置1个市办中医类医院。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）。

(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，协调地域平衡发展。各县区应参考全市医疗卫生资源要素配置指标中各级公立医院床位指标，结合实际情况，明确各医疗机构具体指标。中医类医院床位数可以按照每千常住人口0.55张配置。可以按照15%公立医院床位

比例设置公立专科医院。

（四）人员配备。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。加强儿科医师、精神科医师、助产士、药师等紧缺医技人员培养。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备。未达到床护比标准的，原则上不允许扩大床位规模。

（五）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。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。

（六）市办医院设置。根据市直医院住院病人来源，综合考虑服务半径、服务需求、床位利用率、现状床位等因素，设置市办医院 9 所，其中综合医院 3 所、中医类医院 1 所、专科医院 5 所。

表 5：市办医院设置情况表

机构名称	院区/分部名称	地址	现有编制 床位数	2020 年规划 床位数	备注
临沂市人民医院	本部医疗区	临沂市兰山区解放路 27 号	2628	1480	
	北医疗区	临沂市兰山区沂蒙路北段临沂市委党校东侧		500	

	南医疗区	临沂市兰山区沂州路 49 号		600	
	东医疗区	临沂市河东区华阳路中段路西 200 米		600	
	北城新区医院	临沂市兰山区武汉路与卧虎山路交汇处北侧		1480	建设中
临沂市胸科医院		临沂市河东区华阳路中段路西 200 米	200	400	
临沂市中医医院	本部医疗区	临沂市兰山区解放路 211 号	1400	1900	建设中
	北城新区医疗区	临沂市兰山区济南路与仁和路交汇处		500	建设中
临沂市中心医院	本部医疗区	临沂市沂水县健康路 17 号	2000	2000	
	龙湾新院区			800	筹建中
临沂市妇女儿童医院	滨河院区	临沂市罗庄区清河南路 1 号	800	800	
	启阳院区	临沂市兰山区启阳路 187 号		300	
	大学院区	临沂市聚财六路东段北侧		400	建设中
临沂市肿瘤医院	本部院区	临沂市兰山区陵园东街 6 号	600	200	
	河东新院区	临沂市河东区中昇大街中段		1200	建设中
山东医学高等专科学校附属医院		临沂市兰山区金坛路 80 号	460	700	
临沂市精神卫生中心		临沂市兰山区前十街 121 号	700	1000	
临沂市皮肤病防治所		临沂市兰山区开阳路 63 号	20	50	

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 年底，按照每千常住人口 1.46 张床位为社会办医院预留发展空间，同时，也要为诊疗科目设置和大型医用设备配置预留适当空间。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。鼓励社会资本向康复医院、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投入。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，争取建成 1-2 所三级社会办医疗机构。

优化社会办医环境，推进非公立医疗机构与公立医疗机构在市场准入、技术准入、社会保险定点、重点专科建设、学术交流、职称评定、等级评审、等方面同等待遇。精简优化审批流程，完善规划布局和用地保障，对所有医疗机构实行统一规划、统一准入、统一监管。

推行属地化管理，加强全行业监管，依法规范社会办医疗机构的从业行为，严厉打击非法行医，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所标准化建设的乡镇卫生院，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。在街道办事处每3-10万居民区规划设置1所标准化的社区卫生服务中心。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。

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。原则上按照2000-4000人的服务人口或行政村范围设置一所村卫生室,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。鼓励乡镇卫生院领办或延伸举办村卫生室。社区卫生服务中心覆盖不到的地方,根据需要设置社区卫生服务站作为补充。

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稳定在1.51张,重点加强护理、康复病床的设置。

四、人员配备

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 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，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、妇幼保健计划生育技术服务机构、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。

转变发展理念，由传统的“人群疾病预防控制为目标”的公共卫生服务体系转向“全程健康管理为导向”的公共卫生服务体系。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1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。

市、县均设置1所政府举办、标准化的妇幼保健服务机构，

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重点，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。

市设置 1 个中心血站。

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。市、县两级各明确 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，各县应具备为严重精神障碍患者提供住院服务的能力。

市设置 1 个急救指挥中心，对全市院前急救活动统一调度、指挥。根据上级有关要求，加快建设和完善以市办急救中心为龙头、结合县急救中心和院前急救网络医院的急救网络。

三、人员配备

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基本满足工作需要。

疾病预防控制中心人员编制按照《关于印发山东省各级疾病预防控制中心机构编制标准实施意见的通知》（鲁编办发〔2016〕5 号）有关标准核定。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。全市精神科执业（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。市级人员编制一般配备 60-90 名，县级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。

四、市级公共卫生机构

结合我市实际，充分发挥市疾病预防控制中心、市妇幼保健计划生育服务中心、市中心血站、市皮肤病防治所、市 120 急救指挥中心等独立专业公共卫生机构的作用。设置 1 处卫生计生综合监督执法机构，承担公共卫生、医疗卫生和计划生育方面的综合监督执法职能。市精神卫生中心承担全市精神疾病防治管理职能。

第五章 人才培养和使用

第一节 人才培养

加强卫生计生人才队伍建设，注重医疗卫生、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。建立住院医师规范化培训和专科医师规范化培训制度，培养合格临床医师。以卫生计生人员需求为导向，开展和完善继续医学教育，提升卫生计生人才队伍整体素质。

扩充公共卫生人才队伍，实施优惠政策吸引卫生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。

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，鼓励乡村医生参加学历教育，创造良好的职业发展条件，鼓励、吸引和推动医药卫生人才向基层流动。加强全科医生规范化培养建设和管理，开展全科医生培训，建立定期进修学习制度，增强全科医生队伍，提高其基本医疗和公共卫生服务能力。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。

通过政策引导、经济补贴，高层次人才引进等方式引进高学历人才、知名专家、学科带头人等高层次人才。实施以科研项目带动人才培养战略，强化高层次人才的培养。通过学历提升、

专业调整、订单培养、人才引进等措施，大力开发护理、儿科、康复、精神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，原则上不低于 80%，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药卫生人才倾斜。建立以政府为主导的医药卫生人才发展投入机制，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。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，实行编制备案制，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 工作重点与措施

一、建立政府主导的多元化投入机制

坚持基本医疗公益性，明确政府在本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。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。鼓励和引导社会资本发展健康服务业和中医类别医疗机构，鼓励社会资本举办康复、养老、儿童、护理等紧缺的专科医疗机构，支持社会办医连锁经营、树立品牌、集团发展，提供高端医疗服务，满足群众多元化、多层次、多样化的健康需求。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，并加强技术指导和监督管理。

二、深化公立医院综合改革

开展公立医院内涵提升，在维护公益性的基础上，充分发挥公立医院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。深入推动公立医院综合改革，统筹推进财政投入、价格调整、人事分配、法人治理等各项改革。设立公立医院管理委员会，建立高效政府办医体制，建立完善公立医院绩效考核评价机制，探索由专业评价委员会或第三方机构对公立医院开展综合评价。

三、加快推进分级诊疗制度建设

坚持“保基本、强基层、建机制”原则，以提供系统性、连

续性医疗服务为目标，以常见病、多发病、慢性病诊疗为突破口，综合运用医疗、医保、医药、价格等手段，提升服务能力，加强政策引导，强化约束激励，建立不同层级医院之间，医院与基层医疗卫生机构，公立医院与社会办医院之间的分工协作机制，完善双向转诊程序，重点畅通患者向下转诊渠道。2020年，建立健全符合我市实际的分级诊疗制度，全面实施分级诊疗。

四、推进基层医疗卫生机构标准化建设

按照填平补齐原则，持续开展“卫生强基工程”，优化资源配置，解决制约基层医疗卫生机构发展的房屋、人员编制等问题，强化村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构的标准化建设，提升基层服务能力。鼓励乡镇卫生院延伸举办或领办卫生室，推进乡村卫生一体化管理。完善以社区卫生服务为基础的城市医疗卫生服务体系，在街道按每3-10万居民规划设置1所标准化的社区卫生服务中心，鼓励城市医院举办社区卫生服务机构。市级安排一定预算资金，通过基本建设、人员培训、设备更新等手段逐步更新提升现有基层医疗机构医疗力量，到2020年前基本实现人人享有基本医疗卫生服务。

五、进一步促进中医药事业发展

贯彻落实扶持中医药事业发展政策，扩大中医药服务覆盖面和服务半径。加强中医重点专科建设，充分发挥重点专科的引领和带动作用，整体提升中医药服务能力。开展基层医疗机构国医堂中医药技术骨干培训工作。提高基本公共卫生服务中医药健康

管理项目人群覆盖率。增选中医优势病种试点数量，扩大试点范围，持续深化中医优势病种收费方式改革。规范中医非药物诊疗技术，扩大纳入医保支付的中药制剂、针灸、治疗性推拿等中医非药物诊疗技术范围，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。

六、提升公共卫生服务水平

大力加强专业公共卫生机构建设，强化医疗机构公共卫生职能，提高突发公共卫生事件应急处置能力，加强重大疾病综合防治，普及预防保健知识，提高群众健康意识。推进“健康山东”行动，积极开展全市居民健康素养干预活动，到2020年，建成健康促进示范县区4个。实施以妇女儿童、老年人为重点的关爱行动，全面实施出生缺陷干预工程，国家免费孕前优生健康检查、老年人慢性病管理等公共卫生项目。推进医养结合机构养老、居家护理以及高端养老服务机构建设。推动计划生育工作由控制人口数量为主向调控总量、提升素质和优化结构并举转变，由管理为主向更加注重服务转变。加大计划生育特殊困难家庭的帮扶力度，妥善解决生活照料、养老保障和精神慰藉等问题。巩固国家卫生城市创建成果，建立完善长效管理机制，大力开展卫生城镇创建工作，适时启动健康城市建设。

第七章 组织实施与监督评价

一、组织实施

（一）加强组织领导。市政府通过制定和实施本规划，确定

本市卫生资源配置水平、调整原则和工作重点，统一规划和布局全市卫生资源。县级政府要依据本规划和医疗机构设置要求，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。规划的编制和实施，应当列入政府的工作目标和考核目标，强化卫生事业宏观调控。

（二）明确部门职责。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；规划和国土资源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，合理安排用地供给，优先保障非营利性医疗机构用地；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；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。

二、加强监督

各县区医疗卫生服务体系规划须经市卫生计生部门审核同意并报县区政府审批。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，必须依据区域卫生规划的要求和程序，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,需按有关程序报备。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予以通报批评,暂停大型医用设备配置许可、等级评审和财政资金安排。

市政府有关部门根据职责分工,落实各项政策,开展相应指导和评价,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。

(2017 年 1 月 16 日印发)