

潮州市人民政府办公室

潮府办函〔2017〕93号

潮州市人民政府办公室关于印发《潮州市区域卫生规划（2016-2020年）》的通知

各县、区人民政府(管委会),市府直属各单位,市各开发区、潮州新区管委会:

《潮州市区域卫生规划（2016-2020年）》已经市人民政府同意,现印发给你们,请认真贯彻实施。实施过程中如遇到问题,请径向市卫生计生局反映。



公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，市纪委办，潮州军分区，市法院，市检察院，驻潮部队，中央、省驻潮各单位，各人民团体，各民主党派，各新闻单位。

潮州市区域卫生规划（2016-2020 年）

为贯彻落实《广东省人民政府关于印发广东省医疗卫生服务体系规划（2016-2020 年）的通知》（粤府函〔2016〕128 号）和《中共潮州市委、潮州市人民政府关于建设卫生强市的决定》（潮发〔2015〕5 号）精神，进一步优化全市医疗卫生资源配置，提高医疗卫生资源利用效率，提升医疗卫生综合服务可及性和能力，在《潮州市城区卫生专项规划（2013-2020 年）》的基础上，结合我市实际，制定本规划。

一、规划背景

（一）现状分析。近年来，我市医疗卫生资源总量逐步增长，医疗卫生服务体系不断健全完善，服务可及性持续提升，区域卫生发展不平衡逐步改善。

1. 医疗卫生资源状况。2015 年全市医疗卫生机构 2333 个，其中医院 27 个、基层医疗卫生机构 2245 个、专业公共卫生机构 60 个，其他卫生机构 1 个。全市卫生计生机构共有在岗职工 12826 人，卫生技术人员 9234 人，其中执业（助理）医师 4261 人、注册护士 2937 人。医疗机构实有床位 6270 张，其中医院 4058 张、基层医疗卫生机构 1872 张、妇幼保健院 340 张。医疗卫生机构万元以上设备 4482 台。全市 88.58% 的住户可在 15 分钟内到达最近的医疗机构。

2. 服务利用和需求状况。全市 2015 年医疗机构总诊疗人次达 1236.5 万人次，其中医院 260.5 万人次、基层医疗卫生机构 938 万人次、专业公共卫生机构 38 万人次。出院人次达 20.5 万人次，其中医院 13.5 万人次（含中医医院 8588 人次）、卫生院 5.6 万人次、妇幼保健院 1.4 万人次。全市医院病床使用率 71.27%，其中市中心医院、市人民医院分别达到 89.48%、82.58%。医疗机构出院者平均住院日 6.7 天，其中医院 8.2 天、镇卫生院 4.1 天、社区卫生服务中心 3.0 天、妇幼保健院 3.7 天。

3. 居民健康状况。2015 年全市人均期望寿命达到 76.32 岁，孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别降至 0.56‰和 2.59/10 万。

（二）主要问题。

1. 医疗卫生资源总量不足。全市医疗资源总量特别是优质资源相对不足，医疗服务压力较大，难以满足快速增长的居民卫生服务需求。2015 年每千常住人口床位数 2.37 张、执业医师（助理）医师 1.61 人、注册护士 1.11 人，全省排名靠后。医院医师日均诊疗量达到 11.6 人次。专科医院发展相对缓慢，儿科、精神卫生、康复、老年护理等领域服务能力较为薄弱。社会办医发展空间仍受到诸多限制，民营医疗机构规模偏小、床位数量不足、整体发展较慢。

2. 医疗卫生资源发展不均衡。我市现有优质医疗资源相对集中，基层医疗卫生机构基础设施薄弱，服务能力明显不足，

偏远地区医疗资源欠缺。中西医发展不协调，中医药特色优势未能得到充分发挥。非政府办医疗机构发展步伐缓慢，多元化办医格局尚未形成。

3. 服务体系整体效率亟需提升。医疗卫生机构职能定位不够清晰，部分不同层级、类别医疗机构存在无序竞争现象。医疗卫生服务体系碎片化问题比较突出，公共卫生机构、医疗机构分工协作机制不健全、有效联通共享不足，各级各类医疗机构合作不够、协同性不强。基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式亟待完善。

4. 医疗卫生人才相对缺乏。目前，政府办医疗卫生机构编制内卫生技术人员缺口较大，人才分布和结构也不合理，高层次卫生人才十分缺乏，基层卫生技术人员“低学历、低职称、低待遇”问题突出，人才“引不进、留不住”，满足不了当前医疗卫生服务需求。

（三）形势与挑战。

党的十八大提出到 2020 年“全面建成小康社会”的宏伟目标，推进健康中国建设成为国家战略。2015 年，省委、省政府作出建设卫生强省、打造健康广东的重大战略部署。2016 年，市委、市政府提出建设卫生强市、强基创优三年行动计划（2016-2018 年），我市医疗卫生服务体系的发展面临新的历史任务。卫生与健康工作逐步由以疾病诊疗为中心向以健康服务为中心转变，将更加注重预防为主和健康促进、更加注重提高

服务质量和水平、更加注重工作重心下移和资源下沉，医疗卫生服务体系建设既面临难得的发展机遇，同时也面临着诸多挑战。

随着医药卫生体制改革的深入，深层次体制机制问题逐步凸显，财政投入不足，改革难度、复杂性进一步增大。医疗服务管理水平不高，医疗纠纷时有发生。信息化技术发展跟不上，医疗卫生业务流程、服务效率和群众就医环境未能得到有效提高。影响居民健康和威胁社会公共安全的主要疾病逐步从传染病疾病转变为慢性非传染性疾病，有效应对突发性公共卫生事件和重大疾病疫情难度不断加大。居民对医疗卫生服务呈现多层次、多样化和个性化需求，康复、护理、理疗等薄弱环节问题将更加凸显。全市各地医疗卫生事业发展不平衡，促进人民群众享有公平、均等的卫生服务任重道远。保障和增进人民群众健康工作任务艰巨，提高人民健康水平面临新的挑战。

二、规划目标和原则

（一）规划目标。立足卫生强市建设，优化医疗卫生资源配置，构建与我市经济和社会水平相适应、与居民健康需求相匹配，布局合理、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、富有效率的整合型医疗卫生服务体系，为建设卫生强市、打造“健康潮州”，实现“三个定位、两个率先”目标奠定坚实的医疗卫生资源基础。

2020 年潮州市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	2015 年现状	指标性质
每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）	3.7	2.37	指导性
医院	2.8	1.54	指导性
公立医院	1.96	1.25	指导性
其中：市办医院	1.26	0.9	指导性
县（区）办医院	0.7	0.35	指导性
其他公立医院	—	—	指导性
社会办医院	0.84	0.29	指导性
基层医疗卫生机构	0.9	0.71	指导性
每千常住人口执业（助理）医生数（人）	2.2	1.61	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	2.3	1.11	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	0.75	0.49	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	3	1.04	约束性
医护比	1: 1.25	1: 0.69	指导性
市办医院医护比	1: 0.6	1: 1.48	指导性

注：市办指市政府举办；县（区）办指县（区）政府（管委会）举办，下同。

（二）基本原则。

1. 坚持健康需求导向。以健康需求和解决人民群众主要健康问题为导向，以调整布局结构、提升能力为主线，适度有序发展，强化薄弱环节，科学合理确定各级各类医疗卫生机构的数量、规模及布局。

2. **坚持公平与效率统一。**优先保障基本医疗卫生服务可及性，促进公平公正。同时，注重资源配置与使用的科学性与协调性，以“强基层、补短板”为重点，推动工作重心下移、优质医疗资源下沉，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一。

3. **坚持政府主导与市场机制相结合。**强化政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的责任，维护公共医疗卫生公益性。发挥市场在资源配置方面的作用，充分调动社会力量的积极性和创造性，加快推进社会办医，满足人民群众多层次、多样化健康服务需求。

4. **坚持系统整合。**加强全行业监管与属地化管理，统筹区域、城乡资源配置，统筹当前与长远，统筹预防、医疗和康复，加强医疗卫生服务体系系统性、协同性建设，推动区域一体化发展，注重发挥医疗卫生服务体系的整体功能。

5. **坚持协调发展。**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。促进基层医疗卫生机构发展，着力提升服务能力和质量。合理控制公立医院资源规模，推动发展方式转变。提高专业公共卫生机构的服务能力和水平。

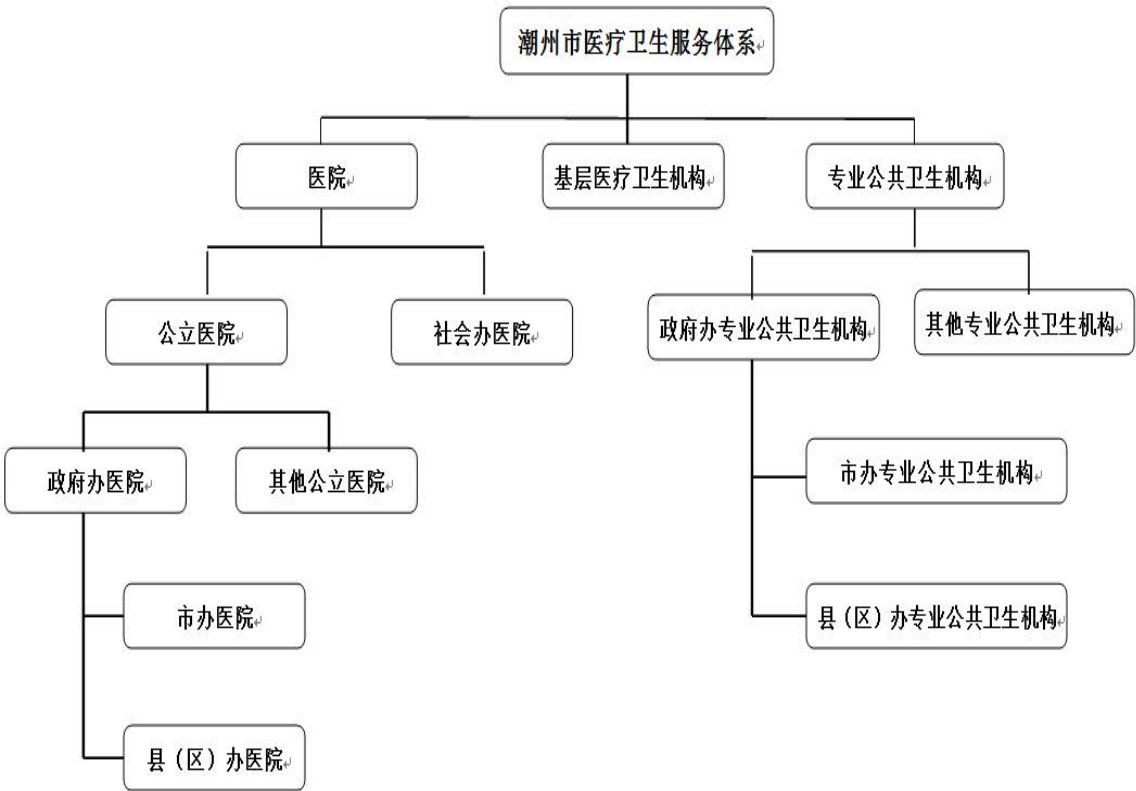
三、总体布局

全市医疗卫生资源按照属地层级实行梯度配置，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。总体上坚持预防为主、以基层为重点、中西医并重、依靠科技

与人才的方针，坚持城乡医疗卫生服务一体化和基本医疗卫生服务均等化发展方向。

（一）机构设置。

潮州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（见图示）。医院分为公立医院和社会办医院。公立医院分为政府办医院〔根据功能定位主要划分为市办医院、县（区）办医院〕和其他公立医院。县（区）级以下为基层医疗卫生机构，分为公立和社会办两类。专业公共卫生机构根据属地层级分为市办、县（区）办两类。



（二）床位配置。

分区域制定床位配置原则。医疗卫生机构床位配置标准主要依据我市的人口分布、居民卫生服务需求、区域医疗资源差异以及疾病谱的改变等因素制订，在床位总量控制范围内，分区域合理配置城乡间、综合性医院和专科医院之间的病床比例，保证基本医疗服务、加强农村医疗服务的要求。

潮州市分区域每千常住人口医疗卫生机构床位配置标准

单位：张

区域	2020 年目标	2015 年现状
潮州市	3.7	2.37
中心城区	7.5	4.50
饶平县	2.0	1.54
潮安区	2.3	1.58

注：根据潮州市城区医疗卫生专项规划（2013～2020），中心城区的地理区域包括湘桥区、枫溪区。

（三）信息资源配置。

按照省卫计委“一网二平台三库”建设思路，配合推进全省基层医疗卫生机构管理信息系统项目和全民健康综合管理信息平台建设项目，构建安全高效稳定的信息网络，将我市区域医疗卫生信息平台联通到省级平台，向下联通到二级及以上医

院和基层医疗卫生计生机构，通过统一的管理软件，实现公共卫生、医疗服务、计划生育、医疗保障、药品供应、综合管理等业务的协同（含中医药）。探索推进就医“一卡通”，有效整合居民身份证、社会保障卡、居民健康卡、金融 IC 卡、市民服务卡等公共服务卡，实现功能和应用集成。为每一位居民建立一个覆盖一生的动态电子健康档案，到 2020 年覆盖率达 90%以上。

开展健康云服务行动计划。充分利用现代信息技术，大力发展互联网+医疗，积极应用云计算、大数据、物联网、可穿戴设备等现代信息技术，推动智慧医疗，创新健康服务模式，提高健康服务效率和质量。推进医疗健康大数据应用体系建设。以居民电子健康档案、电子病历为基础，深入开展医疗健康大数据应用，强化预防、治疗、康复的精细服务。

建立健全涵盖数据、应用、管理、安全等方面的全民健康信息化规范体系，确保全民健康信息系统标准统一。利用信息化和互联网技术，进一步完善各机构分工协作机制，打造分级诊疗平台，完善全面预约式服务体系，建立“一体化、集约化”医疗网络信息平台。推进医疗资源、医疗数据联网共享，积极推进“互联网+”便民服务，推进网络医院试点建设。加强远程医疗建设，构建县（区）级医院与省、市三级医院互联互通的远程医疗平台，使其具备远程会诊、病理诊断、影像诊断、重症监护、继续教育等功能，实现城市优质资源与县（区）级医院

的互补和相互支持。鼓励有条件的镇卫生院与市、县（区）两级医院建立远程医疗系统，推动优质医疗资源的纵向流动。力争到 2020 年，建立覆盖全部县（区）级以上医疗机构和 60% 以上镇卫生院的远程医疗服务系统。

（四）医疗设备资源配置。根据功能定位、医疗技术水平和群众健康需求，坚持资源共享和梯级配置，引导医疗机构合理配置适宜设备。整合二级以上医院现有检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构和慢性病等专病防治机构开放。推进设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构、消毒供应机构和血液净化机构，实现区域资源共享。加强医疗质量控制，推进同级医疗机构间以及医疗机构与独立检查检验机构间检查检验结果互认。大型医用设备配置要符合国家、省有关部门制定的配置规划，坚持总量控制、合理布局、严格准入、有效使用原则，重点满足县（区）级医院建设与装备需要，重点保障装备空白地区配置需求；采取梯度配置政策，新增配置以临床实用型为主。同时要预留规划指标空间，确保非公立医疗机构的配置需求。

四、各级各类医疗卫生机构设置

（一）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，应当坚持维护公益性、充分发挥提供基本医疗服务以及危急重症和疑难病症诊疗等的骨干作用。主要承担医疗卫生机构人才培养、

医学科研、医疗教学，以及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（区）办公立医院主要承担县（区）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，是政府向区域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。

市办公立医院主要向全市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。

2. 机构设置。公立医院设置应以群众健康需求为导向，根据地域实际，综合考虑城镇化、人口分布、地理环境、疾病谱等因素合理布局。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。合理控制公立综合性医院的数量和规模。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建设。优先加强县（区）办医院服务能力。推动不同层级区域范围内资源共享，统筹规划。在保证总量的前提下，重点优化调整公立医院布局 and 结构。

县（区）依据常住人口数原则上设置 1 个县（区）办综合

性医院和1个县（区）办中医类医院（含中医医院、中西医结合医院等）。中医资源缺乏难以设置中医类医院的县（区）可在县（区）办综合性医院设置中医科。50万人以上的县（区）可适当增加公立医院数量。30万人以上的县（区）至少有1所医院达到二级甲等水平，100万人以上、医疗需求增长较快的县（区）至少有1所三级医院或增设1所二级综合性医院。

全市依据常住人口数，每100万-200万人设置1-2个市办综合性医院，服务半径一般为50公里左右。全市原则上设置1个市办中医类医院，并根据需要规划设置儿童、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. 床位配置。根据常住人口规模合理配置公立医院床位规模。建立以病种结构、服务辐射范围、功能任务完成情况、人才培养、工作效率为核心的公立医院床位调控机制。市、县（区）结合实际，参考以下指标研究制订本级公立医院床位层级设置：到2020年，每千常住人口公立医院床位数1.96张（含妇幼保健院床位）。其中，县（区）办医院床位数0.7张，市办医院床位数1.26张。每千常住人口公立医院床位数超过1.96张的，原则上不再扩大公立医院规模，市将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。

潮州市属公立医院床位配置标准

单位: 张

序号	医院名称	2015 年 编制床位数	2020 年规划 编制床位数
1	潮州市中心医院	960	960
2	潮州市中心医院（东院）*	—	1000
3	潮州市人民医院	1200	1400
4	潮州市人民医院（西院）*	—	250
5	潮州市中医医院	50	300
6	潮州市妇幼保健院	105	300
7	潮州市第三人民医院	300	400
8	潮州市新区综合医院*	—	400
9	潮州市妇女儿童医院*	—	200
10	潮州市康复医院*	—	100
11	潮州市疗养院*	—	200
12	潮州市口腔医院*	—	100
13	潮州市眼科医院*	—	100

注: *为规划医院, 详见潮州市城区医疗卫生专项规划（2013~2020）。

4. 单体规模。严格控制公立医院单体（单个执业地址）床

位规模的不合理增长，县（区）办综合性医院床位数一般以 500 张左右为宜，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，原则上不超过 1200 张；专科医院（含妇幼保健院）的床位规模要根据实际需要合理设置。需要扩建的医院的床位使用率必须达到 85% 以上。

（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。

力争到 2018 年，社会办医院床位数和诊疗服务量分别占总量 30% 左右，形成公立医疗机构与社会办医疗机构优势互补、良性竞争、分工协作、健康发展的新格局。到 2020 年，按照每千常住人口不低于 0.84 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。进一步破除社会办医方面存在的体制机制障碍和政策束缚，放宽举办主体要求，在符合规划总量和结构的前提下，放开社会办医院在设置数量、选址、类别、床位、间距方面规划限制。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，推进专业性医院管理集团发展。放开社会办医院乙类大型医用设备配置。加强行业监管，保障医疗质量和安全。

制订完善促进社会办医加快发展的支持政策，推进社会办医院行政审批标准化，鼓励各地开展实行“一网式、一门式”审批服务，探索并联审批的有效办法。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，落实财税价格政策，社会办医院医疗服务价格实行市场调节价。新增医疗资源优先考虑社会资本投资。

（三）基层医疗卫生机构。基层医疗卫生机构包括镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生站、门诊部（所）、卫生所、医务室等。

1. 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。

镇卫生院和社区卫生服务中心主要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（区）卫生计生部门委托，承担辖区内的公共卫生管理工作，负责对村卫生站、社区卫生服务站的综合管理、技术指导和村医生的培训等。镇卫生院分为中心镇卫生院和一般镇卫生院。中心镇卫生院除具备一般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镇卫生院的技术指导工作。

村卫生站、社区卫生服务站、卫生所分别在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、多发病初级诊治、康复等工作。单位内部的医务室和门诊部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、诊所向居民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。镇卫生院、社区卫生服务中心按照镇、街道行政区划或一定服务人口进行设置。到 2020 年，实现政府在每个镇办好 1 所标准化建设的镇卫生院，在每个街道范围或每 3 万-10 万居民规划设置 1 所社区卫生服务中心。全面提升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，选择 1/3 左右的镇卫生院提升服务能力和水平，建设中心镇卫生院。有条件的中心镇卫生院可以建设成为县（区）办医院分院。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机构、专科医院、老年护理和康复等机构。

根据镇卫生院、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，合理确定村卫生站和社区卫生服务站的配置数量和布局。原则上每个行政村应当设置 1 个村卫生站（镇卫生院所在地除外）。推行镇卫生院和村卫生站、社区卫生服务中心和社区卫生服务站一体化管理。鼓励符合条件的医师开办个体诊所。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。

3. 床位配置。按照基层医疗卫生机构所承担的基本任务和

功能合理确定床位规模。到 2020 年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数达 0.9 张。镇卫生院床位数宜控制在 100 张以内，社区卫生服务中心床位数不超过 50 张。重在提升床位质量、提高使用效率，重点加强护理、康复病床设置。

（四）专业公共卫生机构设置。专业公共卫生机构原则上由政府举办，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。主要提供卫生应急、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、出生缺陷防治等专业公共卫生服务，并承担相应管理职能。

1. 功能定位。县（区）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。受县（区）卫生计生部门委托，镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、妇幼保健和计划生育服务站、村卫生站等基层医疗卫生机构承担辖区内的公共卫生管理工作。

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，承担全市性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。

2. 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（区）级及以上行政区划内原则上只设 1 个同类专业公共卫生机构。

（1）疾病预防控制机构（含慢病机构）。按照立足当前、兼顾长远、因地制宜、循序渐进的原则，稳妥推进疾病预防控制机构优化整合。县（区）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（慢病站）。

（2）卫生计生综合监督执法机构。各县（区）政府（管委会）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）妇幼保健与计划生育服务机构。整合市办和县（区）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（区）办妇幼保健计划生育服务中心。整合镇计划生育技术服务机构与镇卫生院的妇幼保健职能。村级保留村卫生站和村计划生育服务室，共享共用。

（4）精神卫生机构。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。到 2017 年，市级拥有 1 所精神卫生专科医院或精神卫生专业机构，服务人口超过 100 万以上的县（区）建有 1 所精神卫生专科医院。到 2018 年底，各县（区）至少在 1 所以上符合条件的综合性医院或慢病机构建设有病床的精神专科。到 2020 年底，全市精神科编制

内床位数达到每十万人口不低于 28 张。市、县（区）依托精神卫生专业机构（医院），建设市、县（区）两级精神卫生中心，承担精神卫生防治管理、技术指导、人员培训、信息管理等职能。鼓励社会资本举办精神专科医院。

（5）血站。市原则上设置 1 个中心血站，同时规划设置 1 所血液核酸检测实验室。各县（区）原则上设置一个采血站，也可以依托县（区）级医院规划设置 1 个血站分支机构。加强采供血网点和实验室建设，合理布局无偿献血网点，力争到 2020 年，实现每个县（区）拥有 2 个以上献血屋，建成全市血液信息管理服务平台。

（6）急救网络。规划完善医疗急救服务网络，加强急救网点建设，在部分镇卫生院增设急救站和急救点，形成以市 120 医疗急救指挥中心指挥调度为核心，各急救网络医院联合的救护体系。力争到 2020 年，全市增至中心急救站 4 个、急救站 16 个，争取把未设置基层急救站的镇卫生院纳入急救点。抓好市、县（区）医院急诊科建设，建立院前急救、院内急诊快速有效衔接工作机制。逐步建成覆盖全市的应急信息网络平台，健全应急储备管理和应急保障机制。

五、卫生人力资源

到 2020 年，全市每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.2 人、注册护士数达到 2.3 人、公共卫生人员数达 0.75 人、中医执业（助理）医师数达到 0.4 人，医护比达到 1：1.25，人才规模与我市人民群众服务需求相适应，城乡和区域医药卫

生人才分布趋于合理，各类人才队伍统筹协调发展。加强全科医生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。加强公共卫生人员的专项能力建设。

（一）人员配备。

1. 医院。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数量，合理确定医护人员比例。力争到 2020 年，全市执业（助理）医生具有本科医生学历占比不低于 65%，具有中级以上职称占比不低于 50%；注册护士具有大专及以上学历占比不低于 50%，具有中级以上职称占比不低于 15%。

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、代教实习、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。市办医院床护比不低于 1：0.6，未达到床护比标准的，原则上不允许扩大床位规模。

2. 基层医疗卫生机构。到 2020 年，每千常住人口基层卫生人员数达到 3.5 以上，基本建立全科医生规范化培训制度，实现城乡每万居民有 3 名合格的全科医生，社区卫生服务中心和镇卫生院全科医生数不低于其医师总数的 20%；每千常住人口村医生不少于 1 名，居住分散的行政村可适当增加；每所村卫生站至少有 1 名乡村医生执业。

3. 专业公共卫生机构。

（1）疾病预防控制机构应结合本地区疾病预防控制任务、人口等情况合理配备人员。专业技术人员占编制总额的比例不得低于 85%，卫生技术人员不低于 70%。卫生监督员配置标准为每万常住人口 1-1.5 人。

（2）妇幼保健计划生育服务机构根据当地服务人口、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（区）、镇（街）妇幼保健计划生育服务机构中卫生技术人员比例不低于人员总数的 80%。

（3）专业精神卫生机构按照区域内人口及承担的精神卫生防治任务配置专职精神卫生防治人员。2020 年底前，全市每 10 万人口精神科执业（助理）医师数量不低于 3.8 名，各镇（街道）卫生院和社区卫生服务中心至少配备 1 名专职精神卫生防治人员

（4）血站卫生技术人员数量根据年采供血等业务量进行配备。

（5）急救（指挥）中心人员数量根据服务人口、年业务量等进行配备。

（二）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。强化医教协同，提高人才培养的针对性和适应性，提升人才培养质量。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。建立健全医学终身教育制度。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、继续教育三个阶段有机衔接的标准化、规范化临床医学人才培养体系。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。

加大高层次卫生人才培养力度，健全医学领军人才和拔尖创新人才培养体系，完善医学人才成长机制，通过加强人才引进、完善选拔机制、建立研修制度、资助重大学术活动等措施，努力打造医学人才高地。

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。通过全科医生规范化培训、在岗医师转岗培训、农村订单定向培养、提升基层在岗医师层次等渠道，全面提升基层医疗卫生人才队伍服务能力水平。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。研究实施基层医疗卫生机构全科医生及县（区）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。

（三）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、业务骨干和业绩突出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，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，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。

六、功能整合与资源配置

建立和完善医院、专业公共卫生机构和基层医疗卫生机构以及中西医间分工协作关系，优化医疗卫生资源布局，整合各级各类医疗卫生机构的服务功能，为群众提供方便、连续、高水平、全方位的医疗卫生服务。

（一）构建整合型医疗卫生服务体系。

1. 打造区域医疗卫生服务中心。实施构建医疗卫生高地

行动计划，力争全市有 2 所三甲综合性医院，主要承担区域内疑难复杂危重疾病诊疗、医学人才培养及临床医学研究等任务，在全市建成布局合理的区域医疗服务中心。鼓励有条件的医院与国内外一流高等医学院校、医疗卫生机构、科研团队和社会力量合作。结合新型城镇化发展等战略部署，重点布局建设若干个区域医疗中心、传染病和公共卫生中心、医疗卫生应急队伍。

2. 加快推进区域医疗卫生一体化发展。加快建立完善以基层医疗卫生机构为基础，二、三级综合性医院和中医院、专科医院以及专业公共卫生机构为主导的医疗卫生服务网络，推进县（区）、镇（街）、村（居）医疗卫生服务一体化管理。重点加强县（区）级医院综合能力提升，通过实施县（区）级医院综合服务、基层医疗卫生服务、公共卫生服务等能力提升项目，深化基层医疗卫生机构综合改革，加强基层医疗卫生机构服务能力建设。全面加强县（区）级医院基础建设，提升县（区）级医院急危重症救治能力和常见病、多发病诊疗水平。

3. 提升基层医疗卫生机构服务能力。制订落实医疗卫生强基创优行动计划，补齐基层医疗卫生事业短板。农村地区建立以县（区）级医疗卫生机构为龙头、镇卫生院为枢纽、村卫生站为网底的基本医疗卫生服务网络，实施镇卫生院标准化建设项目，落实镇卫生院业务用房标准化建设年度目标任务和医疗设备标准化配置。城市建立以社区卫生服务中心和社区卫生服务站为主体，以门诊部、诊所等为补充的社区卫生服务网络。

完善社区卫生服务能力建设，构建由社区卫生服务网络与辖区其它医疗卫生机构密切配合的城市区级医疗卫生服务体系。大力推进村卫生站公建规范化建设。

（二）加强医疗卫生机构服务功能整合。

1. 防治结合。建立医疗与公共卫生机构间信息共享与互联互通等协作机制，加强专业公共卫生机构对医院、基层医疗卫生机构开展公共卫生服务的指导、培训和考核，加强卫生计生综合监督部门对医疗机构的监督检查。二级以上医疗机构要设立预防保健科。依托相关科室，强化综合性医院（含中医类医院）及相关专科医院与专业公共卫生机构防治合作。充分发挥基层医疗卫生机构预防、保健、医疗、康复、健康教育及计划生育技术指导“六位一体”功能。二级以上中医院要设立“治未病”科室，积极发展中医预防保健服务。

2. 上下联动。加快完善分级诊疗制度，完善双向转诊标准和程序，建立全科医生、家庭医生、基层签约服务和急需领域医疗服务制度。到2020年，分级诊疗服务能力全面提升，保障机制逐步健全，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度全面建立，形成统一规范的“首诊在基层”服务模式，实现“小病不出村、常见病不出镇、大病不出县”的目标。通过组建医疗联合体、对口支援、医师多点执业等方式，鼓励城市二级以上医院医师到基层医疗卫生机构多点执业，或者定期出诊、巡诊，提高基层服务能力。建立不同级别医院之间，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。积极探索医联体、远程医疗对口帮扶等多种方式，充分利用信息化手段，推动优质资源下沉。全面提升县（区）级公立医院综合能力，以强基层为重点完善分级诊疗服务体系。控制公立医院普通门诊规模，鼓励并逐步规范常见病、多发病患者首先到基层医疗卫生机构就诊。完善治疗-康复-长期护理服务链，支持发展康复、老年、长期护理、慢性病管理、临终关怀等接续性医疗机构。

3. 中西医并重。坚持中西医并重，合理配置中医药资源。加快中医医疗机构建设与发展，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，增强中医科室服务能力。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，提升基层中西医综合服务能力。实施基层中医药服务提升工程，加强基层医疗卫生机构中医药特色诊疗区建设。建设一批特色浓厚、技术适宜的中医馆。建设中医药适宜技术推广基地。到 2020 年，力争使所有社区卫生服务机构、镇卫生院和 85% 的村卫生站具备与其功能相适应的中医药服务能力。

4. 医养结合。加强医疗机构与养老机构合作。推进中医药与养老结合。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、优先优惠医疗服

务的能力。支持有条件的养老机构设置医疗机构，整合审批环节，缩短审批时限，推动养护型、医护型养老机构建设。通过特许经营、公建民营、民办公助等模式，支持社会力量办非营利性医养结合机构，鼓励执业医师到养老机构设置的医疗机构多点执业。推进基层医疗卫生机构和医务人员与社区、居家养老结合，建立老年人健康档案，提高社区卫生服务机构为老年人日常护理、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，鼓励医疗机构将护理服务延伸到居民家庭。

（三）优化医疗卫生资源配置

1. 加强专项规划，促进资源均衡。贯彻落实医疗卫生服务体系规划和卫生与健康“十三五”规划，将医疗卫生设施布局纳入潮州市城市总体规划，统筹全市医疗卫生设施建设，加强对卫生资源的宏观调控，优化医疗卫生资源布局，推动医疗资源向基层和偏远地区流动，缩小区域间基本医疗卫生服务差距。根据地理位置、原有医疗资源分布、辐射半径的人口、道路交通、就医人流走向等情况，科学合理配置医疗资源。大力加强妇幼健康、公共卫生、肿瘤、精神疾病防控、儿科等薄弱环节能力建设，促进各地区、各级各类医疗卫生机构均衡发展，促进医疗卫生服务体系整体效能提升。

2. 鼓励社会办医，促进多元发展。加强社会办医疗机构与公立医疗卫生机构的协调发展，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，也可以采用多种形式参与国有企业所办医疗机构等部分公

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，满足群众多层次医疗服务需求。鼓励社会力量举办中医类专科医院、康复医院、护理院(站)、口腔疾病、老年病和慢性病等诊疗机构，以及独立的医学检验检查机构、病理诊断等机构。鼓励药品经营企业举办中医坐堂医诊所。通过政府购买服务等方式，鼓励和支持社会力量参与公共卫生工作。

3. 改革医疗合作模式，促进资源共享。鼓励市级公立医院以医联体形式，与县（区）级医院建立利益共享、责任共担的结对帮扶合作关系，将市级医院的优质资源输向县（区）域，突破制约县（区）级医院管理和业务提升的瓶颈。依托市中心医院、市人民医院分别建立全市医学检验中心和影像中心，依托县（区）级人民医院建设县（区）域医学检验中心、病理诊断实验室、消毒供应中心，实现区域卫生资源共享。探索以县（区）级医院为龙头，组建县（区）域内各级医疗机构医联体，推进一体化管理。有条件的镇中心卫生院可建设成为县（区）人民医院或中医院分院。在全市范围内选择不同层次公立医院试点实行由公立医院或医学院校进行整体托管。

（四）大力推进特色专科发展。

1. 加强临床重点专科建设。编制市、县（区）级医院临床重点专科发展规划，积极申报国家、省级临床重点专科或扶持专科建设项目，分类建立省、市、县（区）三级重点专科，重点支持心血管内科、眼科、妇（产）科、呼吸内科、泌尿外科

等重点学科及中医骨伤、针灸、心脑血管病等特色专科建设。力争到 2018 年，全市临床重点专科总体水平达到省内平均水平，形成布局合理、技术水平较高、各具特色优势的专科群。加强重点学科、重点实验室建设，开展基础医学和应用研究、精准医疗、重大疾病防治技术、中西医结合研究等方面科研攻关。加大适宜技术研发转化力度，每年推广一批特色鲜明、疗效确切、价格适宜的技术。

2. 推动中医药传承与发展。落实中医药强省决定，完善中医药管理体系建设，合理规划布局中医药资源，加快建立完善布局合理、规模适当、结构优化、层次分明、功能完善、运转高效的中医医疗体系。巩固和提升中医药服务能力，市中医医院建成三级甲等中医医院，各县（区）中医医院建成二级甲等中医医院，所有综合医院、60%妇幼保健院设置标准化中医科、中药房。实施基层中医药服务能力提升工程，大力推广中医适宜技术，引导中医优质医疗资源和人才资源下沉基层，基层医疗卫生机构全面推进中医综合诊疗服务区（中医馆）建设，促进中医药进农村、进社区、进家庭。推进“治未病”健康工程。加强中医住院医师（中医全科医师）规范化培训和基层中医药临床骨干人才培养，建立健全中医药人才选育机制，提高中医药人才队伍素质。打造地方特色中医药品牌。加强中医理念研究推广，充分发挥中医药服务特色优势。推进中医药文化传承，完善名老中医学术传承制度和人才培养制度，开展国家级和省级老中医药专家学术经验继承以及优秀中医临床人才研修，推

进名中医评选和名中医研修项目，在市中医医院、饶平县中医院建设 1-3 个重点特色专科，培育中医药学科带头人。

七、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。各级、各部门要切实加强对区域卫生规划工作的领导，将规划实施工作列入政府工作目标和考核目标，制订工作方案，明确责任分工，建立问责制。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）落实各级责任。市卫生计生局要牵头制订全市医疗卫生专项规划，将床位等卫生资源配置标准细化到各县区，组织各县区编制县（区）域区域卫生规划，并根据人口分布、医疗卫生服务需求和交通状况等，规划市办医院与专业公共卫生机构的设置，纳入县（区）的区域卫生规划。各县（区）政府（管委会）要依据市区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，编制县（区）域医疗卫生服务体系规划，负责辖区内县（区）办医院、专业公共卫生机构及基层医疗卫生机构的设置。

（三）完善资金投入机制。进一步明确政府、社会与个人的健康投入责任，完善合理分担机制。确立政府在提供计划生育和公共医疗卫生的主导地位，分级承担卫生计生投入责任，切实落实政府在筹资方面的责任。完善财政卫生计生投入保障和递增机制，政府新增投入要切实保障卫生计生事业发展需求，提高政府卫生计生投入人均经费标准，提高政府卫生投入占卫

生总费用的比重，降低个人卫生支出占卫生总费用的比重。对公立医院承担的公共卫生服务等任务给予补助，对政府指定的紧急救治、救灾等公共服务经费，按照服务成本予以保障。对城乡医疗救助所需资金，由中央和省医疗救助基金补助和市、县两级财政共同负担。从2016年起，市级每年统筹安排专项资金用于推进卫生强市建设。各县（区）要相应制定卫生强县（区）计划，重点解决医疗卫生基础设施建设、重大项目建设、信息化建设、医疗设备配备、基层医疗卫生人员待遇等资金问题。鼓励社会力量投资发展医疗卫生事业，建立政府主导的多元卫生计生投入机制。

（四）明确职责分工。市、县（区）的卫生计生、机构编制、发展改革、财政、人力资源社会保障、国土资源、城乡规划等部门要认真履行职责，协调推进区域卫生规划编制实施工作。卫生计生部门要研究起草区域卫生规划和医疗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和标准统筹公立医疗卫生机构编制。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，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。人力资源社会保障部门要加快医保支付制度改革。国土资源和城乡规划部门要依据依法批准的城乡规划审批建设用地。其他相关部门要各司其职，共同做好规划实施工作。

（五）规范规划编制。各县（区）编制的区域卫生规划要

按照当地常住人口和流动人口情况计算确定卫生资源配置总量，并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，区域卫生规划周期一般为 5 年。要与新型城镇化以及区域发展布局相结合，做好与本规划及当地的经济社会发展规划、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。各县（区）编制的区域卫生规划须报本级政府审批后送市卫生计生局备案，确保规划的可行性和可操作性。

（六）严格规划实施。各县（区）、各部门要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或运行主体。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，新增床位后单体规模达到或超过 1500 张床位以上的公立医院，其床位增加须按程序逐级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。对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、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。

（七）强化监督评价。建立区域卫生规划和资源配置监督评价机制，开展区域卫生规划实施进度和效果评价，及时发现

问题，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、管理和保障区域卫生规划的有效实施。市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，实现卫生资源有序发展、合理配置、结构优化。