

电子公文打印版	
打印单位	
打印人	
年 月 日	

# 桂林市人民政府 办公室文件

市政办〔2016〕78号

## 桂林市人民政府办公室关于印发桂林市 医疗卫生服务体系规划（2016—2020年）的通知

各县、自治县、区人民政府，高新区、临桂新区、漓江风景名胜区、经济技术开发区管委会，市直各委、办、局，中央、自治区驻桂林各单位，各企事业单位：

《桂林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，请认真组织实施。

桂林市人民政府办公室

2016年12月30日

# 桂林市医疗卫生服务体系规划

(2016—2020 年)

为加强“十三五”期间医疗卫生服务体系建设，进一步优化配置医疗卫生资源，提高服务可及性、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）》《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》《广西医疗卫生服务体系规划（2016—2020 年）》，结合我市实际，制定本规划。

## 一、规划背景

### （一）现状

1.人口和经济社会发展概况。桂林是世界著名的风景游览城市和中国历史文化名城。位于广西东北部，北与湖南交界，东南部与贺州市相邻，西边与柳州市三江县接壤，辖 6 区 11 个县，总面积 2.78 万平方公里，其中中心城区 866.36 平方公里。2015 年全市常住人口 496.16 万人，其中城镇人口 231.29 万人，人均生产总值为 3.9329 万元，一般公共预算收入 134.53 亿元；城镇居民人均可支配收入 28768 元；农村居民人均纯收入 10365 元。桂林市社会经济发展和居民收入水平处于广西前列，为医疗卫生事业发展提供有力支撑。

2.医疗资源现况。2015 年全市共有医疗机构 5316 家，其中，医院 57 个，基层医疗机构 5064 个，专业公共卫生机构 192 所，其他机构 3 所。卫生人员 41211 名，其中卫生技术人员 29979 名；

实有床位数 19630，每千常住人口拥有医疗机构实有床位 3.97 张、卫生技术人员 6.06 名、执业（助理）医师 2.19 名、注册护士 2.51 名。基本建成了由医院、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。2010—2015 年，全市医疗卫生机构总诊疗人次由 2010 年 2440.67 万人次增加到 2015 年 3090.32 万人次，年均增长 4.83%；出院人数由 54.15 万人增加到 67.1 万人，年均增长 4.38%。2015 年，民营医院总诊疗人次和出院人数占全部医疗机构的比例分别为 7.47%和 8.92%。2015 年全市居民人均期望寿命 77.88 岁，孕产妇死亡率 18.93/10 万，婴儿死亡率 4.13‰。

## （二）主要问题

人民群众健康需求日益增长与医疗卫生服务供给不足之间的矛盾仍然是主要矛盾，医疗资源总量不足、布局结构失衡的状况尚未根本改变。具体表现在：

1.卫生资源难以满足快速增长的居民卫生服务需求。2015 年底，每千常住人口拥有医疗机构实有床位 3.97 张，低于全区同期平均水平（4.47 张）和全国同期平均水平（5.11 张）。乡村、社区医务人员队伍总体上数量不足、质量不高，亟待从根本上解决人才下得去、留得住的问题。

2.医疗卫生资源布局结构不合理。大部分医疗资源集中在市区和县城，市区核心区域的三级综合医院过于集中，各县的经济发展水平相差较大，医疗机构的规模及服务能力相差悬殊；全市

医疗机构以综合医院为主，专科发展相对较慢，儿科、妇产、精神卫生、老年康复等专科较为薄弱，社会办医相对滞后，民营医院规模较小，服务能力有限，多元化办医格局尚未有形成。

3. 基层医疗机构服务能力发展缓慢。由于城市医院规模急速扩张，大量技术骨干流向城市医院，卫生院的医疗业务和服务能力普遍下降，卫生院初诊住院人数连年下降。

### （三）形势与挑战

1. 全面建成小康社会对医疗卫生事业发展提出新目标。党的十八大提出了 2020 年“全面建成小康社会”的宏伟目标，中共中央、国务院印发了《“健康中国” 2030 规划纲要》，桂林市第五次党代会提出了到 2020 年全面建成小康社会和基本建成桂林国际旅游胜地“两个建成”宏伟目标。与“两个建成”和建设健康中国的目标要求相比，我市医疗卫生服务供给与人民群众健康需求不断增长之间的矛盾依然突出，特别是地区之间发展不均衡，部分贫困地区和经济困难群众还存在健康公平问题。卫生计生事业必须坚持为人民健康服务的方向，以全民健康促进全面小康，实现“人人享有基本医疗卫生服务”的卫生计生工作新目标，为实现伟大中国梦而不懈努力。

2. 城市发展对卫生事业提出新要求。《桂林市城市总体规划（2011—2020 年）》提出了“两轴、一核心”的空间布局结构；国家批复了《桂林国际旅游胜地建设发展规划纲要（2012—2020 年）》，把桂林定为国家旅游综合改革试验区；桂林市在国家“一

带一路”战略中被定位为：构筑“一带一路”有机衔接的综合交通节点，打造面向欧亚、服务东盟的国际文化旅游交流合作平台；桂林市在积极争取成为国家健康医疗旅游示范基地。这些新的形势对医疗卫生机构布局、结构调整提出了新的要求。

3.全面深化医改对优化医疗卫生资源配置提出了新任务。当前深化医改进入攻坚克难时期，迫切需要紧紧围绕改革重点任务，在统筹规划、优化医疗资源布局，加强服务体系建设、提升县级医院和基层医疗卫生机构服务能力，促进优质资源纵向流动等方面主动作为，充分发挥市场在资源配置中的决定性作用，善于利用信息化等技术促进优质资源的共享共用，利用改革的手段在方便群众就医、减轻看病用药负担上取得更大实效，实现全民健康的宏伟目标。

4.城镇化、老龄化、疾病谱变化和生育政策调整对医疗卫生服务提出新需求。城镇化进程明显加快，城乡优质医疗卫生资源的配置不均衡与城镇快速扩张的矛盾日益突出；快速老龄化使老年人生活照料、康复护理等医疗服务需求日益增长；疾病谱变化使健康服务业更多面向需要长期管理干预的慢性疾病，生育政策调整后，妇产、儿童、生殖等专科医疗资源配置压力增大。这些对医疗卫生资源的布局、医学理念调整和健康产业战略发展提出新的需求。

5.“互联网+”快速发展对健康服务模式转变提供了新机遇。云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息化技术快速发展，

为优化医疗卫生业务流程、提高服务效率提供了有利条件，要求我们转变观念，积极主动地接受和利用互联网技术，抓住发展机遇，转变服务模式，满足新形势下群众对健康服务的新需求。

## 二、规划目标和原则

### （一）规划目标

全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，围绕“两个建成”的总目标，以提高居民健康水平为目标，以优化资源配置为主线，以深化医药卫生体制改革为动力，以信息化为支撑，加快转变公立医院发展方式，扶持引导社会办医有序发展，大力推动健康服务业发展，切实促进系统整合，创新服务模式，提升服务效率和质量。基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成，逐步建立布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的、与全面建成小康社会相适应，符合我市城市地位与功能要求的医疗卫生服务体系，满足人民群众多层次、多样化的医疗卫生服务需求。努力把桂林市建设成为广西领先水平的区域医疗中心。

表一：2020年桂林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）	6	3.97	指导性
医院	5	2.99	指导性
公立医院	4	2.71	指导性
其中：自治区办及以上医院	0.78	0.40	指导性
地市办医院	1.25	0.69	指导性

县办医院	1.72	1.31	指导性
其他公立医院	0.25	0.25	指导性
社会办医院	1.00	0.11	指导性
基层医疗卫生机构	1.00	0.92	指导性
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.51	2.19	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	3.68	2.51	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	1.00	0.1	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	2.00	1.22	约束性
医护比	1:1.50	1:1.14	指导性
地市办及以上医院床护比	1:0.79	1:0.75	指导性
县办综合性医院适宜床位规模（张）	500		指导性
地市办综合性医院适宜床位规模（张）	800		指导性
自治区办及以上综合性医院适宜床位规模（张）	1000		指导性

注：每千人口配置数分别以 2015 年全市常住人口数 496.16 万人和 2020 年全市预计常住人口数 519.03 万人为标准计算。

表二：桂林市 2020 年卫生资源核心指标配置控制标准

区域	基本配置数（人）			每千人口配置数（人）		
	床位数	医师数	护士数	床位数	医师数	护士数
桂林市	27078	11419	17076	5.22	2.20	3.29
城区	10353	5575	8280	6.28	4.81	7.15
辖县	16725	5844	8796	4.72	1.45	2.18
阳朔县	1338	542	795	4.50	1.82	2.67
灵川县	1838	591	904	4.89	1.57	2.40
全州县	2984	1078	1600	4.38	1.58	2.35
兴安县	1814	550	852	5.17	1.57	2.43

永福县	1173	403	586	4.71	1.62	2.35
灌阳县	1190	384	557	4.86	1.57	2.27
龙胜各族 自治县	723	289	428	4.44	1.77	2.63
资源县	703	250	393	4.50	1.60	2.51
平乐县	1950	686	1047	4.92	1.73	2.64
荔浦县	1792	6310	963	4.93	1.73	2.65
恭城瑶族 自治县	1220	441	671	4.67	1.69	2.57

注：1.不含自治区级医院；2.每千人口配置数均以2020年各县区常住人口预计数计算。

## （二）规划原则

1.坚持健康需求导向、优化配置的原则。根据区域人口、社会经济发展状况等，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、提升能级、补强短板、夯实基础、发展健康服务业为主线，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、职能及布局。

2.坚持公平与效率统一，群众受益的原则。充分考虑经济社会发展水平和卫生资源现状，以居民健康需求为目标，优先保障基本医疗服务的可及性和公平性。以基层为重点，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。构建布局合理、功能完善、公平可及的医疗健康服务网络。

3.坚持政府主导与市场机制相结合，社会参与的原则。坚持

政府主导的基本医疗服务的责任和投入，维护公共医疗卫生的公益性。大力发挥市场机制在配置资源方面的作用，鼓励社会力量依法举办医疗机构，允许依法有限量设立中外合资合作医疗机构，鼓励引进先进的技术、设备、管理和服务模式，增加供给，满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

4.坚持系统整合，内涵发展的原则。加强全行业监管与属地化管理，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，促进均衡发展。

5.坚持分级分类管理、信息支撑的原则。按照城区功能战略部署，统筹不同区域、类型、层级医疗卫生资源的数量和布局，分类制订配置标准，分层分类构建覆盖城乡的医疗卫生服务体系。利用互联网信息技术，推广普及居民健康卡，推动智慧医疗、信息惠民和健康服务业发展，促进分级诊疗、双向转诊，转变医疗卫生服务和管理模式，提高医疗卫生服务能力和管理水平。

### **三、医疗卫生机构布局和资源配置**

#### **（一）总体布局**

根据桂林市城市总体发展规划和国家卫生计生委关于公立医院发展坚持“中心控制，周边发展；单体控制，分散发展”的原则，推进优质医疗资源均衡分布和合理布局。构建以市级医疗机构为龙头，以县级医疗机构为主线，以乡镇卫生院和社区卫生服务中心为基础，以村级卫生室为网底的四级医疗服务网络。完善

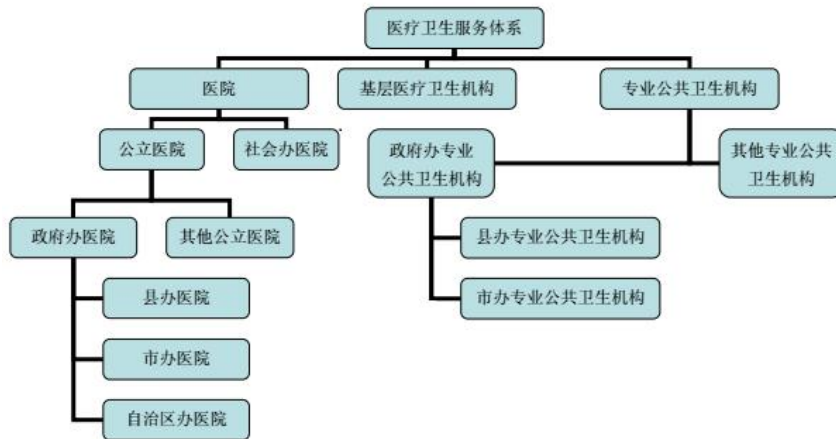
以四级医疗服务网络为主轴，专科医疗为补充，特色医疗适度发展，医疗抢救 2 小时覆盖，社会办医为补充，医疗卫生信息资源共享的新型桂林医疗服务体系。积极推进“分级诊疗”，完善自治区、市、县三级医疗机构与基层医疗卫生机构之间相对紧密的分工协作机制，建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医制度，形成“小病在基层，大病到医院，康复回社区”的就医格局。

根据城区医疗资源密度和桂林国际旅游胜地建设的需要，在城区划定核心区域。核心区域具体范围为区域线：环城北一路→环城北二路→普陀路→漓江路→上海路→环城西二路→环城北一路以内区域。在规划期内，对核心区域内各类医疗机构的设置予以一定的控制。

## （二）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。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、自治区办医院）和其他公立医院（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，分为政府办和非政府办两类，政府办基层医疗卫生机构包括政府举办的社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院。专业公共卫生机构分为政府办专业公共卫生机构和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）。根据

属地层级的不同，政府办专业公共卫生机构划分为县办和市办。



图一：

### (三) 床位配置

到 2020 年，每千常住人口医疗卫生机构床位配置数为 6 张，其中，医院床位数 5 张，基层医疗卫生机构床位数 1 张。在医院床位中，公立医院床位数 4 张，预留不低于 1 张社会办医院空间。

#### 1. 床位质量标准

至 2020 年，各级各类医疗机构的床位应达到规定标准。

表三：桂林市各级各类医疗机构床位质量标准

指标	三级医院	二级医院	乡镇卫生院
每床占用业务用房面积 (m <sup>2</sup> )	60-80	50-60	30-40
每床净使用面积 (m <sup>2</sup> )	≥6	≥5	≥4
每床占有医疗设备金额 (万元)	≥20	≥15	≥5

#### 2. 床位数量配置参考标准

至 2020 年，全市每千常住人口各级各类医疗卫生机构床位配置数为 6 张。

(1) 自治区级医院。至 2020 年，自治区级医院床位配置数 4039 张由自治区规划确定，占全市每千常住人口 0.78 张，其中：桂林医学院附属医院 1800 张，临桂区人民医院（桂林医学院第二附属医院）1000 张，自治区南溪山医院 1239 张。

(2) 我市各级各类医疗卫生机构。按照至 2020 年全市每千人口床位控制在 5.22 张（不含自治区级医院）的总体目标配置各级各类医疗机构床位数。

1) 公立医疗机构。公立医院（含中医医院、妇幼保健院）床位控制在每千人口 3.22 张（床位 16698 张），其中：县级医院床位数 1.72 张（床位 8920 张），市级医院床位数 1.25 张（床位 6480 张），其他公立医疗机构床位数 0.25 张（床位 1298 张）。

2) 基层医疗卫生机构床位控制在每千人口 1 张（床位 5190 张）。

3) 社会力量举办医院预留床位数每千人口 1 张（床位 5190 张），其中 6 城区 0.41 张（床位 2120 张），11 县 0.59 张（床位 3070 张）。

各地应依据合理调整存量、有序发展增量的原则配置医疗资源总量，按 6 张床/每千常住人口标准配置总床位数，医疗机构的设置和床位数核定由市级卫生计生行政部门统筹规划。

表四：桂林市各类医疗机构规划床位数（张）

区域	医疗机构	2015 年 编制床位数	2015 年 实有床位数	2020 年 目标值	床位 增减数	2015 年 千人口数	2020 年 千人口数
全市	公立医院	10371	11673	16698	5025	2.35	3.22
	社会办医院	1016	1136	5190	4054	0.23	1
	基层医疗卫生机构	4221	4563	5190	627	0.92	1
	合计	15608	17372	27078	9706	3.5	5.22
城区	公立医院	4533	5043	7778	2735	3.29	4.72

	社会办医院	342	367	2120	1753	0.24	1.29
	基层医疗卫生机构	586	614	655	41	0.4	0.4
	合计	5461	6024	10553	4529	3.93	6.28
县域	公立医院	5838	6632	8920	2288	1.93	2.52
	社会办医院	674	769	3070	2301	0.22	0.87
	基层医疗卫生机构	3635	3949	4535	586	1.15	1.28
	合计	10147	11350	16525	5175	3.31	4.67
阳朔县	公立医院	460	380	766	386	1.62	2.58
	社会办医	0	0	200	200	0	0.67
	基层医疗机构	304	330	372	42	1.07	1.25
	合计	764	710	1338	628	2.69	4.5
灵川县	公立医院	675	829	968	139	1.85	2.58
	社会办医	171	192	400	208	0.47	1.06
	基层医疗机构	423	395	470	75	1.16	1.25
	合计	1269	1416	1838	422	3.49	4.89
全州县	公立医院	830	825	1455	630	1.27	2.13
	社会办医	68	68	480	412	0.1	0.7
	基层医疗机构	647	702	849	147	0.99	1.25
	合计	1545	1595	2784	1189	2.36	4.08
兴安县	公立医院	602	770	905	135	1.77	2.58
	社会办医	96	150	470	320	0.28	1.34
	基层医疗机构	288	316	439	123	0.85	1.25
	合计	986	1236	1814	578	2.9	5.17
永福县	公立医院	506	734	742	8	2.1	2.98
	社会办医	0	0	120	120	0	0.48
	基层医疗机构	269	272	311	39	1.11	1.25
	合计	775	1006	1173	167	3.21	4.71
灌阳县	公立医院	345	406	631	225	1.45	2.58
	社会办医	119	116	200	84	0.5	0.82
	基层医疗机构	355	359	359	0	1.49	1.47
	合计	819	881	1190	309	3.43	4.86
龙胜各族自治县	公立医院	430	380	419	39	2.72	2.58
	社会办医	0	0	100	100	0	0.61
	基层医疗机构	144	104	204	100	0.91	1.25
	合计	574	484	723	239	3.63	4.44
资源县	公立医院	245	250	402	152	1.62	2.58
	社会办医	0	0	100	100	0	0.64

	基层医疗机构	193	201	201	0	1.27	1.29
	合计	438	451	703	252	2.89	4.50
平乐县	公立医院	780	816	1022	206	2.04	2.58
	社会办医	200	210	380	170	0.52	0.96
	基层医疗机构	341	548	548	0	0.89	1.38
	合计	1321	1574	1950	376	3.46	4.92
荔浦县	公立医院	455	717	937	220	1.27	2.58
	社会办医	0	0	400	400	0	1.1
	基层医疗机构	444	441	455	14	1.24	1.25
	合计	899	1158	1792	634	2.51	4.93
恭城瑶族自治县	公立医院	510	525	673	148	1.99	2.58
	社会办医	20	33	220	187	0.08	0.84
	基层医疗机构	227	281	327	46	0.89	1.25
	合计	757	839	1220	381	2.96	4.67

注：1.不含自治区级医院；2.每千人口配置数均以2020年各县区常住人口预计数计算。

表五：桂林市公立医院规划床位数（张）

医疗机构	2015年 编制床位数	2015年 实有床位数	2020年 目标值	增减 床位数	2015年 千人口数	2020年 千人口数
桂林市人民医院	645	1013	1050	37	0.20	0.20
桂林市中医医院	549	658	900	242	0.13	0.17
桂林市第二人民医院	503	522	800	278	0.11	0.15
桂林市妇幼保健院 (妇女儿童医院)	502	570	900	330	0.11	0.17
桂林市中西医结合医院	455	455	800	345	0.09	0.15
桂林市第三人民医院 (传染病医院)	172	171	300	129	0.03	0.06
桂林市皮肤病防治医院	0	0	0	0	0.00	0.00
桂林市口腔医院	20	10	30	20	0.00	0.01
桂林市旅游综合医院	—	—	550	550	0	0.11
桂林市妇产医院	—	—	150	150	0	0.03
桂林市儿童医院	—	—	150	150	0	0.03
桂林市福利医院 (桂林市精神卫生中心)	400	650	850	200	0.13	0.17
桂林医学院附属医院	1000	1112	1800	688	0.22	0.35

广西壮族自治区 南溪山医院	809	893	1239	346	0.18	0.24
临桂区人民医院 (桂林医学院二附院)	1000	728	1000	272	0.15	0.19
合计	<b>6055</b>	<b>6782</b>	<b>10519</b>	<b>3737</b>	<b>1.37</b>	<b>2.03</b>

注：每千人口配置数分别以 2015 年全市常住人口数 496.16 万人和 2020 年全市预计常住人口数 519.03 万人为标准计算。

#### (四) 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原则，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。

(1) 资源共享。大型设备配置饱和的区域不允许包括公立医疗机构在内的所有医疗机构新增大型设备，鼓励各地整合现有大型设备资源，提高使用效率。到 2020 年，市建设 1—2 所医学检验机构/影像中心，在确保医疗安全和满足医疗核心功能前提下，实现医学影像、医学检验等结果互认和资源共享；各县可依托县级医院建立县城影像、心电、检验、病理中心。

(2) 分级管理。大型医用设备按照品目分为甲类和乙类，由国家卫生计生委会同有关部门制定配置规划，并分别由国家和自治区级卫生计生行政部门组织实施；市级卫生计生行政部门负责辖区大型医用设备规划、配置初审和日常监管等工作。完善审批制度体系，强化使用事中事后管理。

(3) 配置标准。各医疗机构严格按照国家、自治区制定的甲

类、乙类大型医用设备配置标准进行配置。

## 2.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。注重中医临床专科的建设，强化中医药技术推广应用。

## 3.信息资源配置

开展健康云服务计划，积极应用移动互联网、物联网、云计算、可穿戴设备等新技术，推动惠及全民的健康信息服务和智慧医疗服务，推动健康大数据的应用，逐步转变服务模式，提高服务能力和管理水平。加强人口健康信息化建设，到 2020 年，实现全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库基本覆盖全市人口并信息动态更新。全面建成互联互通的市、县两级人口健康平台，实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理 6 项业务应用系统的互联互通和业务协同。积极推动远程医疗服务发展。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、市民服务卡等公共服务卡的应用集成，实现就医“一卡通”。依托电子政务网，构建与互联网安全隔离，联通各级平台和各级各类卫生计生机构，高效、安全、稳

定的信息网络。加强信息安全防护体系建设。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，转变服务方式，提高服务能力和服务效率。

## 四、各级各类医疗卫生机构功能定位和设置

### （一）医院

#### 1. 功能定位

公立医院是医疗服务体系的主体，要坚持公益性，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、医疗教学等任务，承担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。

县办医院主要承担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。

自治区办医院主要向各设区市提供急危重症、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。

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。

## 2.机构设置

### (1) 区域医疗中心的设置

1) 市级区域医疗中心。统筹自治区级、市级医疗机构建设桂林市及桂北地区的综合医疗中心和儿童医疗中心，负责全市乃至桂北地区医疗科研、诊疗技术指导，疑难杂症的救治等。支持桂林市人民医院（桂林旅游综合医院）建设市级综合性区域医疗中心，把桂林市旅游综合医院建设成一家集医疗、科研、预防、保健、康复、培训于一体的综合性现代化三级医院，成为立足桂林、辐射周边半径 200 公里的区域性医疗中心、国际化的旅游医疗服务保障中心和养生康复保健中心。支持桂林市中医院建设市级中医区域医疗中心，支持桂林市妇幼保健院建设市级妇产、儿童专科区域医疗中心，支持桂林市社会福利医院（桂林市精神卫生中心）建设市级精神卫生区域医疗中心。

建设中医养生文化聚集区，把崇华中医街（桂林中医药文化街）建设成一个以国际生命科学研究中心为基础的养生养老航母级基地，并依托“一街三院”（崇华中医街/中医药文化街、广西生命与健康国际职业学院、桂林老年病医院/信和康复医院、老年护理院），打造中医养生小镇，引领桂林养生健康产业发展。

2) 县级区域医疗中心。支持临桂区及各县人民医院建设县域医疗中心。

3) 乡级区域医疗中心。根据区域分布情况，选择条件较好的中心卫生院建设乡镇级医疗中心，辐射周边乡镇，为当地群众提供水平较高的急诊、手术和住院等医疗服务服务。乡级区域医疗中心强化医疗服务功能，按二级乙等医院的规模和水平建设发展。每县设 2—3 家乡级区域医疗中心。

## (2) 三级医疗机构设置

1) 综合医院设置。规划期内，新增 2—3 家（其中 1 家公立医院）。市域内三级综合医院床位总数不得超过区域医疗机构床位总数的 30%，不超过区域医院床位总数的 35%。在临桂区新设桂林市旅游综合医院，临桂区人民医院（桂林医学院第二附属医院）从二级综合医院升级为三级综合医院。各县域内设置三级综合医院必须有一家具一定规模、能力较强的二级综合医院作为前提。市第二人民医院分期向站前路搬迁。支持桂林医学院附属医院搬迁。

2) 中医医院设置。规划期内不再新增设置三级中医类别医院。

3) 专科医院设置。新增 1—2 家，提升 3 家。桂林市第三人民医院提升为三级传染病医院；桂林市社会福利医院由二级精神病医院升级为三级精神病医院。

鼓励社会力量举办符合桂林市医疗卫生事业发展规划、属于区域内稀缺医疗卫生资源、建成后能代表桂林市该领域最高医疗技术水平的专科医院、且投资规模大于 2 亿人民币（外资 5000 万

美元)的医院建设项目。

根据医疗资源配置情况,可适当增加三级医疗机构。

### (3) 二级医疗机构设置

1) 综合医院设置。规划期内,引进社会力量在雁山区、七星区铁山工业园周边各设置1家二级综合医院;各县根据情况,可设置1家社会办二级综合医院,或鼓励从已有的社会力量举办的一级综合医院升级1家为二级综合医院。支持公安监管场所医疗卫生专业化建设。

2) 专科医院设置。在桂林医学院东城校区设置1家二级口腔专科医院。市区核心区以外鼓励设置1家二级肿瘤医院。在临桂区(旅游综合医院内)设置二级妇产医院和儿童医院各1家。银海医院提升为二级专科医院。

中医(民族医)医院设置。原则上每一县有1家二级中医医院,中医类医院床位数可以按照每千常住人口0.55张配置。阳朔县、资源县、临桂区可设置二级中医院各1家。县级中医医院重点加强内科、外科、妇科、儿科、针灸、推拿、骨伤、肿瘤等中医特色专科和临床薄弱专科、医技科室建设,提高中医优势病种诊疗能力和综合服务能力。

精神病医院设置。在核心区域以外的象山区、雁山区、七星区、临桂区的区域内可增设1家二级精神病医院,全州县设1家二级精神病医院。平乐县精神病医院升级为二级精神病医院。

鼓励社会力量举办二级康复、护理、儿科、老年病、医养结合

等专科医院，区域不限。鼓励社会力量在核心区域以外举办具有国内先进医疗技术和管理水平的有国家医疗机构专科医院设置标准二级各类专科医院和中医类医院。设立自愿戒毒医疗机构 1—2 所。

根据区域医疗资源配置情况调配二级医疗机构。

#### (4) 一级医疗机构设置

1) 综合医院设置。维持现有一级综合医院数量，根据区域医疗资源配置情况，可升级为二级综合医院。

2) 专科医院设置。鼓励社会力量举办一级康复、护理、儿科、老年病、医养结合医院，区域不限。鼓励社会力量在核心区域以外的城区和县举办有国家医疗机构专科医院标准的一级专科医院和中医类医院（如专科医院标准要求最低设置二级，则可认可为举办二级）。

精神病医院设置。除平乐、全州县外的其他县可各设置 1 家一级精神病医院。

城区内除学校、企事业单位为内部职工、学生等设置的医疗机构外，不再新设置其他一级医院或相应规模医院。现有由政府举办的一级医院及相应规模医院可以保留建制，采取组建联合体的形式，转型为社区卫生服务机构，或转为康复医院和护理院等慢性病医疗机构。

根据区域医疗资源配置情况调配一级医疗机构。

#### (5) 社会办医疗机构设置

到 2020 年，按照每千常住人口不低于 1 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。放宽举办主体要求，进一步放宽中外合资、合作办医条件，逐步扩大具备条件的境外资本设立独资医疗机构试点。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，发展专业性医院管理集团。支持社会办医院合理配备大型医用设备。加快办理审批手续，对具备相应资质的社会办医院，应按照规定予以批准，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，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。

## （二）基层医疗卫生机构

### 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、慢性病、多发病及危急和疑难重症病人。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、诊所（医务室）卫生所、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。

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、慢性病、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，承担辖区范围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，承担所在行政村、居委会的基本公共卫生服务和普通常见病、慢性病、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，负责所在单位或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。

## 2. 机构设置

### (1) 社区卫生服务机构设置

1) 原则上按照街道办事处范围或3—10万居民规划设置1家社区卫生服务中心，并可按其常住人口向下设立若干个社区卫生服务站，社区卫生服务中心和社区卫生服务站实行一体化管理。社区卫生服务机构以政府举办为主，按照平等、竞争、择优的原则，鼓励其他社会力量以资金、物资、技术等形式捐助社区卫生服务机构开展社区卫生服务，逐步建立健全政府举办社区卫生服

务中心为主体的城市社区卫生服务网络，形成“15分钟”服务圈。

2) 符合区域卫生规划的公立一级、部分二级医院和国有企事业单位所属医疗机构等基层医疗单位可转型或改造为本居住区的社区卫生服务中心。街道办事处范围内没有上述医疗单位的，在做好规划的基础上，或新建社区卫生服务中心，或引进社会力量举办社区卫生服务中心。

3) 社区卫生服务中心（站）要按卫生部有关城市社区卫生服务机构建设标准进行建设，每一城区应有1—2家示范社区卫生服务中心。

## （2）卫生院和村卫生室设置

1) 原则上每个乡镇应有一家政府举办的卫生院，每个行政村应有一家村卫生室。乡镇卫生院、村卫生室的房屋和基本装备要符合国家和自治区规定的标准，保证乡镇卫生院和村卫生室发挥应有的功能。进一步推进乡村卫生服务一体化管理。驻城区人民政府所在地的乡镇卫生院逐步转型为社区卫生服务中心。

2) 每个行政村原则上只设1所政府投资建设的标准化村卫生室，并逐步实行乡村卫生服务一体化管理。村卫生室的业务半径以2.5公里为宜，超过3公里的，可以实行一室两“点”；邻近、人口较少的行政村可多村一室、联村设室。对现有村卫生室进行标准化建设，标准化建设率90%以上。

## （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、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），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、急救中心（站）、血站等，原则上由各级政府举办。

县办专业公共卫生机构的主要职责是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的公共卫生工作进行技术指导、人员培训、监督考核，完成上级下达的指令性任务。

市办专业公共卫生机构的主要职责是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进行人员培训、业务指导、监督考核等，完成国家、自治区下达的指令性任务。

## 2.机构设置

### （1）疾病预防控制机构设置

1) 进一步健全疾病防治体系，在县区原则上只设立 1 个疾病预防控制中心，在临桂新区建设新的市疾病预防控制中心。

2) 推进县区疾病预防控制中心基础设施建设，按填平补齐的原则，逐步加强未达标疾病预防控制中心的建设，重点加强贫困县疾控能力建设。

3) 支持市县疾病预防控制中心实验室能力建设与专业技术人才队伍建设。按填平补齐、满足实际原则，按标准配置相关设备，提升市县疾病预防控制中心实验室检测能力，保障传染病、健康危害因素监测工作的开展。

### (2) 卫生计生监督综合执法机构设置

1) 健全卫生计生监督执法体系网络，建立起适应我市卫生计生监督需要的结构合理、功能齐全、运行高效的综合监督执法体系。整合卫生计生执法资源，组建市、县两级卫生计生综合监督执法队伍。

2) 加快卫生监督基础设施建设，落实卫生监督执法装备，配备完善对生活饮用水、公共场所的现场快速检测设备，提升监督监测能力。着力提高卫生计生监督执法的信息化水平，实行卫生监督工作实时动态和科学化信息管理，进一步提升卫生监督执法能力和技术支撑水平。

3) 建立健全中医药监督行政执法体制机制，完善中医药监督管理和执法制度，不断规范工作内容和流程；全面提升卫生计生综合监督执法机构中医药监督能力。

### (3) 妇幼保健机构设置

1) 完善以市妇幼保健院为龙头、县妇幼保健机构为枢纽、基层医疗卫生机构为网底的三级妇幼保健网络。

2) 各县及临桂区设置 1 家二级妇幼保健院，合理整合卫生和计生相关资源，提高妇幼健康服务能力。

3) 加快建设桂林市儿童医院，建成区域性儿童医学中心。

#### (4) 采供血机构设置

1) 设立桂林市中心血站。负责桂林辖区内无偿献血者的招募、血液的采集与制备、临床用血供应以及医疗用血的业务指导等工作，承担辖区内采供血分支机构的业务管理和质量控制，以及供血范围内血液储存的质量控制。

2) 在各县、临桂区各设置 1 家献血屋。

3) 根据临床用血需要，在没有设立分站的县设置固定（流动）采血点，采血点的人员及业务由中心血站统一管理。固定采血点可设置在县、区人民医院，所需场地和业务用房由县、区人民医院提供。固定（流动）采血点的设置，按有关要求报批。

4) 规划期内，各县及临桂区不再增设储血点，加强临床用血管理和储血点标准化建设。

#### (5) 急救机构设置

医疗急救体系是公共医疗服务体系的重要组成部分，由日常急救网络、突发事件应急救援网络和保障支持网络三部分构成。日常急救网络由急救指挥系统、院前急救机构、急救队伍和工作机制组成。

1) 设立独立建制的桂林市急救中心。桂林市急救中心由市卫生计生委直接领导，统一指挥、组织、协调桂林市各医疗机构开展急救业务的功能。急救医疗中心暂不设直属急救分站，各二级以上医疗机构的急诊科作为网点，构建区域性医疗急救服务网络，

健全医疗急救服务体系，逐步实现急救网络市、县、乡全覆盖。急救中心为政府举办，财政全额拨款的事业单位，在同级卫生行政部门领导下，指挥、调度本行政区域内医院的急救资源，开展伤病员的现场急救、转运和重症病人途中监护。

2) 加强院前急救站建设。急救网络的各医院急诊科属院前急救站。院前急救站负责接收急诊病人和紧急救援中心调度转运的伤病员，提供医疗急救救治，并向相应专科病房或其他医院转送。在突发公共事件发生时，接受市卫生行政部门和急救中心指挥、调度，承担伤病员的现场急救、转运和医疗救治。各医院应加强急诊室的建设，提高急救救治的能力。

3) 各县和临桂区设 1 家县区域急救中心，建立覆盖乡镇的急救网络。

## (6) 精神卫生机构设置

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。

## 五、加强卫生人才队伍建设

### (一) 人员配备

到 2020 年，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 3.68 人，公共卫生人员数达到 1 人，每万常住人口全科医生数达到 2 人，医护比达到 1: 1.5，市办及以上医院床护比不低于 1: 0.79，保证人才规模、区域布局与全市人民群众健

康服务需求相适应，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和住院医师规范化培训制度。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。

## 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。

### （1）执业（助理）医师配置参考标准

至 2020 年，全市每千常住人口执业（助理）医师配置参考标准为 2.2 人（不含自治区级医疗机构千人口数 0.31 人）。执业（助理）医师基本配置参考数为 11419 人。

表六：桂林市 2020 年执业（助理）医师配置参考标准

区域	2015 年		2020 年		
	在岗人数	每千人口数	配置参考数	每千人口数	床医比
桂林市	4897	0.99	11419	2.20	0.42
城区	2478	1.62	5575	4.81	0.53
辖县	2299	0.67	6399	1.45	0.35
阳朔县	178	0.63	542	1.82	0.40
灵川县	302	0.83	591	1.57	0.32
全州县	312	0.48	1078	1.58	0.35
兴安县	300	0.88	550	1.57	0.33

永福县	204	0.84	403	1.62	0.34
灌阳县	180	0.75	384	1.57	0.34
龙胜各族 自治县	13	0.08	289	1.77	0.39
资源县	91	0.60	250	1.60	0.35
平乐县	257	0.67	686	1.73	0.36
荔浦县	245	0.69	631	1.73	0.36
恭城瑶族 自治县	217	0.85	441	1.69	0.36

注：本表不含自治区级医院。

## (2) 注册护士配置参考标准

至 2020 年，全市每千常住人口注册护士配置参考标准为 3.29 人（不含自治区级医疗机构千人口数 0.39 人）；基本配置参考数为 17076 人。

表七：桂林市 2020 年注册护士配置参考标

区域	2015 年				2020 年			
	在岗人数	每千人口数	床护比	医护比	配置参考数	每千人口数	床护比	医护比
桂林市	7369	1.49	0.52	1.50	17076	3.29	0.63	1.50
城区	3244	2.12	0.44	1.31	8280	7.15	0.79	1.49
辖县	4125	1.20	0.60	1.71	8796	2.18	0.53	1.51
阳朔县	291	1.02	0.77	1.63	795	2.67	0.59	1.47
灵川县	484	1.33	0.56	1.60	904	2.40	0.49	1.53
全州县	566	0.86	0.63	1.81	1601	2.35	0.52	1.49
兴安县	489	1.44	0.58	1.63	852	2.43	0.51	1.55
永福县	327	1.35	0.50	1.60	586	2.35	0.49	1.46
灌阳县	260	1.09	0.55	1.44	557	2.27	0.49	1.45
龙胜各族 自治县	234	1.48	0.62	1.76	428	2.63	0.58	1.48
资源县	160	1.06	0.74	1.76	393	2.51	0.55	1.57
平乐县	538	1.41	0.52	2.09	1047	2.64	0.55	1.53
荔浦县	444	1.24	0.67	1.81	963	2.65	0.55	1.53
恭城瑶族 自治县	332	1.30	0.63	1.53	671	2.57	0.55	1.52

注：本表不含自治区级医院。

## 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 人以上，在我国初步建立起充满生机和活力的全科医生制度，基本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比较稳定的服务关系，基本实现城乡每万名居民有 2—3 名合格的全科医生，全科医生服务水平全面提高，基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。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。

### (1) 乡镇卫生院卫生人力配置参考标准

乡镇卫生院原则上按辖区服务人口的 1.0% 配置人力，并实行总量控制。乡镇卫生院卫生技术人员所占比例不低于乡镇卫生院总人员的 90%，临床医师、护士、医技和药剂人员按 1: 1.2: 0.3: 0.1 的比例配备。从事公共卫生服务人员，中心卫生院不低于 25%，一般卫生院不低于 30%。从事中医药人员的比例不低于 10%。

### (2) 社区卫生服务机构卫生人力配置参考标准

社区卫生服务中心按每万名居民配备 4—5 名全科医师和 1 名公共卫生医师，注册护士与全科医师的比例按 1: 1 配备。每个社区卫生服务中心配置 2—3 名中医类别执业医师，其他卫生专业人员如药剂、检验、影像等医技人员配置 1—2 名。社区卫生服务站至少配备 2 名全科医师，注册护士与全科医师的比例按 1: 1 配备。

### (3) 村卫生室卫生人力配置

到 2020 年，全市的村卫生室原则上按其服务人口的 1‰ 配备乡村医生。原则上每个村卫生室应配置 1 名女性乡村医生。若服务人口少于 1000 人的村卫生室，优先配置 1 名女性乡村医生。

### 3. 专业公共卫生机构

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。

(1) 疾病预防控制中心规模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得低于 85%，卫生技术人员不得低于 70%。

(2) 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。

(3) 卫生计生监督执法机构要综合考虑辖区人口、工作量、服务范围和经济水平等因素，配置卫生计生监督执法人员，充实监督执法力量，保证综合监督行政执法工作正常开展。

(4) 妇幼保健计划生育机构人员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、县、乡三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%。

(5) 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。

(6) 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。

### (二) 人才培养

加强卫生人才队伍建设，注重医疗卫生、公共卫生、中医药以及卫生管理和监督执法人才的培养，制订有利于卫生人才培养使用的政策措施。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，提高人才培养的针对性、适应性和整体质量。建立住院医师规范化培训制度，探索专科医师规范化培训制度，开展助理全科医生培训，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，改革完善医学继续教育制度，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、继续教育有机衔接的标准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。

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，鼓励符合条件的在岗乡村医生进入中、高等医学院校（含中医药院校）接受系统教育，提高整体学历层次。加强政府对医药卫生人才流动的政策引导，制定出台医药卫生人才引进奖励办法，切实落实人才政策，加大优秀人才引进力度；推动医药卫生人才向基层流动，加大人才培养与引进力度。制订优惠政策，为农村订单定向免费培养医学生，研究实施基层医疗卫生机构全

科医生及县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，加强高层次医药卫生人才队伍建设。为实施好全面两孩政策，大力加强产科、儿科人才培养。加强精神科等急需紧缺专门人才培养。大力支持中医和壮瑶医类人才培养。

### （三）人才使用

健全以聘用制度和岗位管理制度为核心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、加强功能整合与分工协作

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）政府主导，多元办医

明确政府在提供基本医疗服务中的主导地位，政府对卫生投入予以重点保障。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的建设。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，2020年达标率达到95%以上。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。创新医药卫生投融资体制机制，建设投融资平台，加大财政投入力度；鼓励和引导社会力量发展医疗卫生事业，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国有企业所办医疗机构与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，探索公立医院有形资产和无形资产科学评估办法，形成投入主体多元化、投入方式多样化的办医格局。

### （二）上下联动，医养结合

完善上下联动。建立完善分级诊疗模式，建立不同级别医院之间，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，到2020年，县域内就医比例达到90%。公立医院要帮扶和指导与之建立分工协作关系的基层医疗卫生机构，

提高其服务能力和水平。允许公立医院医师多点执业，促进优质医疗资源下沉到基层。充分发挥信息技术手段在分级诊疗中的作用，提升远程医疗服务能力，鼓励二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务，鼓励有条件的地方探索“基层检查、上级诊断”的有效模式；建立医院、基层医疗卫生机构和医疗保险经办机构之间的信息共享，向基层医疗卫生机构提供转诊预约挂号服务，将恢复期需要康复的病人或慢性病病人转诊到病人就近的基层医疗卫生机构。基层医疗卫生机构要逐步承担公立医院的普通门诊、康复和护理等服务，推动全科医生、家庭医生责任制，逐步实现签约服务。鼓励有条件的地区通过医联体、合作托管、重组等多种方式，促进医疗卫生资源合理配置。探索县域一体化管理，巩固乡镇卫生院和村卫生室一体化管理。

建立健全医疗机构与养老机构之间的业务协作机制。探索建立长期护理保障办法。鼓励社区卫生服务中心设置专门的老年康复床位，构建社区医养结合的养老服务平台。提升养老机构的医疗护理、康复保健能力，鼓励民办养老机构增加养老护理床位。完善治疗—康复—长期护理服务链，发展和加强康复、老年、长期护理、慢性病管理、临终关怀等接续性医疗机构。支持医疗卫生机构与有条件的养老机构内设医疗机构签订医疗服务协议，推动有条件的综合医院开设老年病房、开展老年康复业务，鼓励部分一、二级医院和专科医院转型为老年病医院、康复医院、护理

院，推进医养融合发展。

### （三）强化防治结合

对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展的公共卫生服务，专业公共卫生机构要加强指导、培训和考核，建立信息共享与互联互通等协作机制。

进一步明确专业公共卫生机构和医疗机构的职责，着力加强高血压、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，逐步交给综合性医院或者专科医院负责，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。

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，承担相应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。要进一步加强基层医疗卫生机构队伍建设，拓展基层医疗卫生机构的功能，确保各项公共卫生任务落实到位。充分发挥中医药壮瑶医药在公共卫生中的作用，积极发展中医壮瑶医预防保健服务。

### （四）坚持中西医并重

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。充分发挥中医医疗预防保健特色优势，不断完善由中医医疗机构、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，加快中医医疗机构建设与发展，加强综合医院、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，提升基层西医和中医两种手段综合服务能力，到 2020 年，力争使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。

加强壮瑶医医疗服务体系建设，扎实推进中医药壮瑶医药“三名”（名医、名药、名院）战略。加强壮瑶医重点学科、专科建设，大力发展社区卫生服务中心、乡镇卫生院壮瑶医科。推广壮瑶医优势病种诊疗方案以及壮医经筋推拿、药线点灸、药物竹罐、瑶医药浴等壮瑶医药特色技术。

#### （五）促进非公立医疗机构持续健康发展

开展依法执业承诺，引导非公立医疗机构依法规范执业，规范非公立医疗机构医疗广告发布行为，严禁发布虚假、违法医疗广告。开展社会行风评议和依法执业专项检查，加大违法行为的处理，重大违法事件要依法社会公示，加大舆论监督力度。要把非公立医疗机构纳入医疗质量控制评价体系，通过日常监督管理、医疗机构校验和医师定期考核等手段，对非公立医疗机构及其医务人员执业情况进行检查、评估和审核，将医疗质量和患者满意度纳入对非公立医疗机构日常监管范围。加强对非公立医疗机构的技术指导，在开

展医疗卫生专业技术人员继续教育、技能人才职业技能培训、全科医生培养培训和住院医师规范化培训等专业人员教育培训,要考虑非公立医疗机构的人才需求,统筹安排。鼓励有条件的非公立医疗机构做大做强。鼓励社会力量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,实施品牌发展战略,树立良好的社会信誉和口碑。鼓励非公立医疗机构加强临床科研和人才队伍建设。培育和增强非公立医疗机构的社会责任感,鼓励非公立医疗机构采用按规定设立救助基金、开展义诊等多种方式回报社会。进一步培育和完善的非公立医疗机构行业协会,充分发挥其在行业自律和维护非公立医疗机构合法权益等方面的积极作用。

## **七、组织实施与监督评价**

### **(一) 加强组织领导**

切实加强对区域医疗卫生服务体系规划工作的领导,将规划列入各级政府的工作目标和考核目标,建立问责制。各级政府要将医疗机构发展建设列入土地利用总体规划和城乡规划,优先保障非营利性医疗机构用地。

各县区人民政府应当按照市的区域卫生规划和医疗机构设置规划的要求,负责辖区内县办医院、公共卫生机构及基层医疗卫生机构的设置。

政府是实施规划的责任主体和工作主体。各地要把规划作为财政投入、项目建设、人员配置、床位设置、绩效指标等的依据,

增强规划的约束力。

各级卫生计生、发展改革、财政、规划、机构编制、人力资源社会保障等部门要认真履行职责，密切配合、协调一致地推进规划的有效实施。卫生计生部门要牵头编制区域卫生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年度计划，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；规划部门要依据依法批准的城乡规划审批建设用地；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；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）创新体制机制

医药卫生体制改革不断深化和推进，为规划的实施创造有利条件。建立和完善政府卫生投入机制，明确政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位。落实对公立和社会办非营利性医疗卫生机构的投入政策，明确各级政府的医疗卫生投入责任。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，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。取消药品加成，逐步推行药品集中带量采购。加快发展城乡居民大病保险、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。改革医保支付方式，推行医保异地结算和大病保险即时结算，构建以总额预付为主，单病种、按床日付费、按人头付费等多种方式结合的支付体系。探索以临床路径管理为主的医保支付方式改革。建立属地化、全行业管理体制。推行医疗责任保险、医疗意外保险等多种形式的医疗执业保险，加快发展医疗纠纷人民调解等第三方调解机制，完善医疗纠纷处理机制。

### （三）严格规划实施

各地要及时发布机构设置和规划布局调整等信息，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，无论资金来源渠道如何，都必须依据本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审查备案和公示制度，新增床位后达到或超过 1500 张床位以上的医院，其床位增加须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 1000 张床位以上的公立医院，其床位增加须报自治区卫生计生委备案。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、等级评审和财政资金安排。

### （四）强化监督评价

各地在编制区域卫生规划和医疗机构设置规划工作中，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。要综合考虑包括辖区内的军队医疗机构、复员退伍军人医疗机构等在内的各方医疗资源，充分征求有关部门和社会各界的意见。要做好与本规划以及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，合理控制资源总量标准及公立医院单体规模。

各级政府要强化规划实施监督和评价，建立区域卫生规划和资源配置监督评价机制，成立专门的评价工作小组，组织开展区域卫生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、管理和保障区域卫生规划的健康开展和有效运行。各有关部门根据职责分工，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。

---

抄送：市委各部门，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级人民法院，市检察院。

各民主党派桂林市委员会，市工商联。

---

桂林市人民政府办公室

2016年12月30日印发