

临夏回族自治州人民政府办公室文件

临州办发〔2017〕148号

临夏回族自治州人民政府办公室 关于印发临夏州医疗卫生服务体系规划 (2016—2020年)通知

各县（市）人民政府，州政府各部门，省属在临各单位：

《临夏州医疗卫生服务体系规划（2016—2020年）》已经州政府同意，现印发给你们，请结合各自实际，认真贯彻实施。

临夏回族自治州人民政府办公室

2017年5月15日

临夏州医疗卫生服务体系规划

(2016—2020 年)

为深入贯彻落实《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6号)精神,进一步推进我州医药卫生体制改革,优化医疗卫生资源配置,根据《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2016-2020年)》(国办发〔2015〕14号)和《甘肃省医疗卫生服务体系规划(2016-2020年)》(甘政办发〔2016〕203号)要求,结合我州实际,制定本规划。

第一章 规划背景

一、现状

(一) 经济社会发展概况

临夏回族自治州是全国两个回族自治州和全省两个少数民族自治州之一。位于黄河上游、甘肃省中部西南面,紧靠兰州、毗邻藏区,地处青藏高原与黄土高原、西部牧区向东部农区的过渡地带。全州国土总面积 8169 平方公里,总人口 219.39 万人,城镇化率 31.21%,建档立卡贫困户 72852

户，贫困人口 32.73 万人，因病致贫因病返贫的 5011 户，占贫困户的 6.88 %。全州辖 1 市 7 县，即临夏市、临夏县、永靖县、和政县、广河县、康乐县、东乡族自治县、积石山保安族东乡族撒拉族自治县，124 个乡镇、7 个街道办、1150 个行政村。2015 年全州生产总值 211.4 亿元；公共财政预算收入 16.59 亿元，公共财政预算支出 175.59 亿元；农民人均可支配收入 5245 元；城镇居民人均可支配收入 16508 元。

（二）卫生资源现状

2015 年底，全州共有医疗卫生机构 2047 个（含村卫生室），其中县级以上综合医院 10 个，中医医院 7 个（含中西医结合医院），疾病预防控制机构 9 个，地病办 9 个，妇幼保健院（站）9 个，卫生监督所 9 所，中心血站、中医药研究所、结核病防治所各 1 个，乡镇卫生院 129 所，社区卫生服务中心（站）12 个，村卫生室 1186 所，标准化村卫生室 947 所，标准化率 82%。全州医疗卫生机构有卫生工作人员 10633 人，其中卫生技术人员 6635 人，占总数的 62.4%，平均每千人拥有卫技人员 3.02 人。现有病床 8989 张，平均每千人拥有 4.10 张。每千人口执业（助理）医师数 1.20 人，每千人口注册护士 0.86 人，医护比为 1.39:1。全州现有计划生育服务站 9 个，乡镇计划生育服务所（站）130 个。计

划生育工作人员 2682 人，其中管理人员 2131 人，专业技术人员 492 人。自国家实施医药卫生体制改革以来，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。“十二五”期末，全州新农合“一卡通”以户为单位实现了全覆盖，发卡率达 98%。各医疗卫生机构与甘肃省卫生信息专网有效融合，与省人民医院连接建成了远程医疗会诊系统，基本药物招标管理平台发挥实效，基层医疗卫生机构管理信息系统和村卫生室信息子系统全面运行。

（三）资源利用情况

2015 年全州医疗机构总诊疗人次达 760.88 万次，人均门诊急诊人次为 3.35 次，低于全国、全省平均水平 5.6 次、4.84 次；其中：医院 170.35 万人次（占 22.39%），基层医疗卫生机构 581.26 万人次（占 76.39%），专业公共卫生机构 9.07 万人次（占 1.19%），卫生院 17.25 万人次，社区卫生服务中心（站）8.95 万人次。与上年比较，医院总诊疗人次增加 12.55 万人次，基层医疗卫生机构减少 15.44 万人次，社区卫生服务中心（站）增加 1.81 万人次，卫生院增加 3.7 万人次。2015 年全州医疗机构出院人数 27.20 万人，全州人均住院 0.12 次，低于全国平均 0.15 次、全省 1.13 次。其中：医院 17.80 万人次（占 65.44%）；基层医疗卫生

机构 8.82 万人次（占 32.43%）；专业公共卫生机构 0.57 万人次（占 2.10%）。与上年比较，医院出院人数增加 0.89 万人次，增长 5.27%；乡镇卫生院出院人数增加 0.03 万人次，增长 0.36%；社区卫生服务中心（站）出院人数增加 0.14 万人次，增长 26.62%。

（四）居民健康状况

人均期望寿命 2015 年达到 72.3 岁，与全国平均预期寿命差距进一步缩小。产前检查率由 2011 年的 88% 提高到 2015 年的 94%，孕产妇系统管理率由 81% 提高到 92%，孕产妇住院分娩率由 96% 提高到 99%，3 岁以下儿童系统管理率由 67% 提高到 84%，7 岁以下儿童保健管理率由 67% 提高到 83%；孕产妇死亡率由 27/10 万下降到 17/10 万；婴儿死亡率由 8.47‰ 下降到 5.07‰；5 岁以下儿童死亡率由 9.99‰ 下降到 5.78‰。

（五）中医药发展状况

全州公立中医医院 4 家、中西医结合医院 3 家，其中二级甲等 1 家、二级乙等 3 家。州中医院、临夏县、积石山县中医医院已建成使用，广河县中医医院已完成建设任务，和政县、康乐县中医医院主体已完工，正在进行室内外装饰工程。中医特色乡镇卫生院 50 个，开展中医药服务的乡镇卫生院 67 个、社区卫生服务中心 7 个、村卫生室 266 个、社

区卫生服务站 9 个。省级以上中医药重点专科建设单位 3 个，国家级、省级综合医院中医药示范单位各 2 个。全州 10 所县级以上综合医院均成立了中医药管理科，设置了中医诊室和中药房，中医病床占医院床位总数比例 5% 以上。在全州 29 个乡镇卫生院和 4 个社区卫生服务中心实施了中医适宜技术服务能力建设项目，累计投入 870 万元。中医药在职培训成效显著，中医药五级师承教育第一批 86 名继承人完成三年跟师学习任务；第二批 65 名继承人已跟师临床开展学习。中医药适宜技术培训班自 2013 年开始连续举办三年，累计培训 79507 人次。利用省级优质师资力量，分批培训了 300 名基层卫技人员，大部分参训学员已在临床开展适宜技术服务。努力挖掘利用当地中医药资源，撰写出版了《药菜两用健康产业指南》，整理印发了《临夏民间单验方集》、支持出版了《回医学理论研究与临症心验》。组织开展地产中药材普查并编写《临夏州地产中药材图录》等中医药文化书籍。大力推动中药材种植，全州中药材种植面积达 9 万多亩，其中康乐县 5 万多亩，被省上列入中药材产业大县；和政县引进的中藏回医药文化养生旅游产业园项目，总投资 5.6 亿元，已完成投资 2.2 亿元、占地 100 亩的一期工程，开始收购加工当地中药材。

（六）健康扶贫状况

紧紧围绕省委“1+17”精准扶贫任务和州卫计委、州扶贫办联合下发的《关于推进精准扶贫卫生计生工作的实施方案》，对全州6154户目标贫困户因病致贫、因病返贫情况进行了摸底调查，最后确定并建档立卡因病致贫、因病返贫贫困户5011户。“十二五”期间共为521个贫困村建设标准化村卫生室，有236个贫困村配备了健康一体机。全州村卫生室配备了总额381万元的电脑和打印机。加强贫困县县级医院重症医学科、新生儿重症监护室为主要建设内容的重点专科建设，先后在临夏市、康乐县、永靖县、广河县实施，总投资1000万元。在临夏市人民医院实施了县级医院薄弱学科建设，总投资375万元。建立了城市医院副高以上职称医师到贫困地区医疗机构开展多点执业的机制。全面落实贫困户医疗费用保障政策，贫困户政策内住院费用大病保险报销比例提高了5个百分点。加强联系村的帮扶力度，积极协调相关部门争取乡村危旧房改造、道路硬化、经济作物种植、畜牧养殖、贫困户贷款等项目，乡村基础设施和住房条件进一步改善，行路状况困难有效解决，群众致富渠道进一步拓宽，脱贫致富奔小康的步伐进一步加快。

（七）卫生人才队伍建设状况

坚持提质与增量并重，大力实施“人才强卫”战略。通过“送出去、引进来”、对口帮扶、继续教育等方式大力开

展人员培训，积极开展了各种形式的“强基础、练内功”和技术比武活动。5年来，共计培训全科医生484名，委托天津市、省级三级医院为县市医院培训业务骨干81名。为乡镇卫生院招录充实大中专毕业生和执业医师653名，州直充实187名。通过加大基层卫技人员全科医生转岗培训和卫技人员的招录，使全州卫技人员短缺状况得到一定缓解，职称结构不断趋于合理，技术水平和整体素质得到提高，各级医疗机构服务能力和诊疗服务水平进一步提升。

二、机遇与挑战

1. 机遇

“十三五”期间，是全面推进转型发展的重要时期，工业化、城镇化、市场化、国际化进程不断加快，经济社会发展进入新常态，“一带一路”战略全面实施，医药卫生体制改革大力推进，中医药国际化进程持续推动，健康促进模式改革有效实施，我州区域优势、资源优势、政策优势、中医药优势都将为卫生和人口工作的发展带来新机遇。党的十八大明确提出，到2020年全面建成小康社会的宏伟目标，卫生和人口发展面临新的历史任务，重点要在“病有所医”和实现“人人享有基本医疗卫生服务”的目标上持续取得新进展。

今后一段时期，经济社会转型中居民生活方式将快速变

化，预计到2020年全国人口规模将超过14亿人，全省人口将达到2756万人，全州人口将达到236万人，慢性病将成为主要疾病负担，医疗服务需求将进一步释放，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。城镇化率将达到45%以上，户籍人口与外来人口公共服务结构矛盾日益凸显，纳入城镇人口统计的农民工及其随迁家属尚未与城镇居民平等享受医疗、养老等基本公共服务，同时人口加速聚集，使部分地区医疗卫生资源供需矛盾将更加突出，医疗卫生资源布局调整面临更大挑战。老年人口快速增加，老年人生活照料、康复护理、医疗保健、精神文化等需求日益增长，加之工业化和城镇化的加速推进，导致大量青壮年劳动人口从农村流入城市，提高了农村实际老龄化程度，老龄化进程与家庭小型化、空巢化现象将长期相伴随，与经济社会转型期各类矛盾相交织，老年人口医养结合需要更多卫生资源支撑，医疗服务需求将急剧增加，使康复、老年护理等薄弱环节更为凸显。实施全面两孩生育政策后，新增出生人口将持续增加，预计2019年将达到高峰，2021年后将逐渐下降，新增人口的持续增加将对包括医疗卫生机构在内的公共资源造成压力，特别是妇产、儿童、生殖健康等相关医疗保健服务的供需矛盾将更加突出。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、提高服务效率提供了条件，必将推动医疗卫生服务模式和管理模式的深刻转变。

与此同时，国家层面出台了许多优惠政策，国家召开了全国卫生和健康工作大会，习近平总书记发表了重要讲话，国务院办公厅印发了《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》，国家发展改革委国家民委印发了《关于支持四川省凉山彝族自治州云南怒江傈僳族自治州甘肃省临夏回族自治州加快建设小康社会进程的若干意见》，提出了支持社会力量办医及在基础设施建设、基本公共服务均等化、保护和恢复生态环境、产业培育、改革创新、扩大对内对外开放等6个方面的重点任务和改革措施，并将一批“十三五”时期关系临夏州发展全局的重大项目纳入其中，给予重点支持，并在财政金融、投资、土地、人才等方面给出了一系列含金量高、措施实、力度大的扶持政策。这些政策措施和发展意见的相继出台，为加快推进社会办医疗机构成规模、上水平发展，不断满足人民群众多样化、多层次医疗卫生服务需求，为经济社会转型发展注入新的动力，为应对城镇化、老龄化造成的医疗服务需求的矛盾提供了有力的政策支持，对我州完成集中连片特困地区扶贫攻坚任务，消除瓶颈制约，加快民族贫困地区小康进程，实现“病有所医”和“人人享有基本医疗卫生服务”的基本目标，提供了重要的

政策保障。

2. 挑战

经过长期发展，覆盖城乡的由医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构等组成的医疗卫生服务体系基本建立健全。但是，医疗卫生资源总量不足、质量不高、结构与布局不合理、优质卫生资源分布不均（向城市集中）、服务体系碎片化、基层专业人员技术水平低下、服务能力不高等问题依然突出。

一是与经济社会发展和人民群众日益增长的服务需求相比，医疗卫生资源总量相对不足，质量有待提高。全州平均每千人拥有卫技人员 3.02 人，每千人拥有病床 4.10 张，每千人口执业（助理）医师数 1.20 人，每千人口注册护士 0.86 人，医护比为 1.39：1。公立医院中卫生专业技术人员大学本科及以上学历者占比仅为 26.4%，卫技人员中高级职称 227 人，中级职称 1050 人，初级及以下职称 3320 人，与全国全省平均水平相比差距较大。

二是资源布局结构不合理，卫生资源利用效率不平衡。临夏州作为西部连片特困地区，医疗资源特别是优质医疗资源主要集中在城市医院和人口密集的区域，农村、社区医疗卫生工作比较薄弱，“大医院人满为患，基层医疗卫生服务

利用不足”现象仍然严重。医疗机构以综合医院为主，专科医院数量少、规模小、医疗服务能力和医疗服务辐射能力不强，妇幼卫生、精神卫生、康复、老年护理等领域服务能力较为薄弱。医院学科建设不平衡，一些急需的专业如儿科、妇产科、重症医学等专业发展缓慢，影响了医院的整体水平。

三是多元办医的格局尚未形成。公立医疗机构所占比重过大，床位占比近90%，民营医疗机构发展水平还比较低，特别是具有一定规模的民营医院还比较少。民营医院存在低水平重复设置，规模小，功能不全，服务水平和能力有限，病床使用率低的问题，全州二级以上的民营医院仅有3家，公立医院与非公立医院相互促进、共同发展的格局尚未形成。

四是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、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，服务体系难以有效应对日益严重的慢性病高发等健康问题。

五是公立医院改革还不到位，医改任务还很艰巨。以药补医机制尚未有效破除，科学的补偿机制尚未建立，普遍存在政府投资有限、现代管理制度不健全、追求床位规模、购

置大型设备、忽视医院内部机制建设等粗放式发展问题。

六是卫生信息化建设滞后。卫生信息化建设投入不足，资源分散，信息标准化程度低，卫生计生合并后信息系统整合问题尚未解决，缺乏统一的规范和协调管理，影响信息资源共享，卫生信息资源利用率低，与信息现代化要求不相适应，不能满足卫生服务及卫生管理的需要。

七是政府对医疗卫生资源配置的宏观管理能力不强，资源配置需要进一步优化。区域卫生规划实施过程中存在权威性与约束性不足、科学性和前瞻性不够等问题，规划的统筹作用和调控效力有待增强。

第二章 总体要求

一、指导思想

全面深入贯彻党的十八大、十八届三中、四中、五中、六中全会精神和习近平总书记系列重要讲话精神，深入贯彻落实省第十二次党代会确定的各项任务，紧紧围绕州委“六抓思路举措”，以创新驱动和全面深化医改作为动力，紧紧围绕全面建成小康社会、全面深化改革、全面依法治国、全面从严治党的战略布局，坚持创新、协调、绿色、开放、共享的五大发展理念，以《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》、《甘肃省医疗卫生服务体系规划（2016—2020

年)》和医改政策为导向,以提高居民健康水平为目标,以优化资源配置为主线,以信息化为支撑,统筹推进医药卫生体制改革,健全基本医疗卫生制度,维护公共医疗卫生的公益性质,推动卫生和人口发展方式转变,坚持保基本、强基层、建机制、重预防的方向,全面提升医疗卫生服务能力和水平,让人民群众享受到安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。

二、基本原则

(一) 坚持政府主导与市场机制相结合,坚持公平与效率相统一。强化政府在本基本医疗卫生制度中的责任,不断增加投入,切实落实政府在制度、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。大力发挥市场机制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,积极鼓励社会力量办医,促进有序竞争机制的形成,提高医疗卫生运行效率、服务水平和质量,满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

(二) 坚持健康需求导向,以提升能力为主线。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。

(三) 坚持统筹兼顾，突出重点原则。统筹公共卫生、医疗服务体系建设，加快推进基本医疗卫生制度建设。统筹城乡、区域发展，不断缩小人群之间卫生服务利用和健康水平差异。坚持中西医并重，充分发挥中医药特色优势。优化卫生资源配置，城市重点强化三级医院整体功能，调整二级医院结构，农村重点强化三级医疗卫生服务网络，大力发展城乡社区卫生服务。

(四) 坚持全行业与属地化管理。加强对医疗卫生全行业的宏观管理，打破现有按照部门和行政隶属关系形成的条块分割、布局不合理的资源配置格局，对区域内医疗卫生资源的规划、审批、调整、监督、评价等进行统一管理。

(五) 坚持分级分类管理。充分考虑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的数量和布局。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。

(六) 坚持公平与效率统一。优先保障基本医疗卫生服务的可及性，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。

三、总体目标

全面深化医药卫生体制改革，到2020年，实现县（市）有标准化综合医院和中医医院，乡（镇）有标准化卫生院，村有标准化卫生室，城市社区有比较完善的医疗卫生服务网络，实现2020年全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库基本覆盖全州人口并信息动态更新，实现就医“一卡通”，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，为实现2020年基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度和人民健康水平持续提升奠定坚实的医疗卫生资源基础。

1、每千人口执业（助理）医师数达到2.25人，每千人口注册护士数达到2.5人，医护比达到1:1.11，每千人口医疗机构床位数达到5.89张。

2、人均期望寿命达到74岁；孕产妇住院分娩率巩固在98%以上，孕产妇系统管理率控制在85%以上；3岁以下儿童系统管理率达到80%以上，新生儿疾病筛查率80%以上，新生儿听力筛查率60%以上，人口出生缺陷率控制在140/万以下。

表 1 2015—2020 年临夏州医疗卫生资源配置主要指标

主要指标	甘肃 2020 年目标	临夏州 2020 年目标	临夏州 2015 年现状	指标性质
每千常住人口医疗卫生 机构床位数(张)	5.90	5.89	4.10	指导性
医院	4.75	4.51	2.81	指导性
公立医院	3.60	3.36	2.38	指导性
其中:省办及以上医院	0.60			指导性
州办医院	0.90	1.17	0.89	指导性
县(市)办医院	1.85	2.19	1.49	指导性
社会办医院	1.15	1.15	0.43	指导性
基层医疗卫生机构	1.15	1.20	1.15	指导性
每千常住人口执业(助 理)医师数(人)	2.35	2.25	1.20	指导性
每千常住人口注册护士 数(人)	2.8	2.5	0.86	指导性
每千常住人口公共卫生 人员数(人)	0.8	0.8	0.07	指导性
每万常住人口全科医生 数(人)	2.00	2.00	0.40	约束性
医护比	1:1.2	1:1.11	1.39:1	指导性
州办及以上医院床护比	1:0.5	1:0.42	1:0.09	指导性
县(市)办综合性医院适 宜床位规模(张)	500	500	441	指导性
市(州)办综合性医院适 宜床位规模(张)	800	800	---	指导性
省办及以上综合性医院 适宜床位规模(张)	1000			指导性

注:市(州)办医院指市(州)政府举办的市(州)级医疗机构;县(市)办医院指各县(市)政府举办的县(市)级医疗机构。

第三章 医疗卫生机构布局

一、总体布局

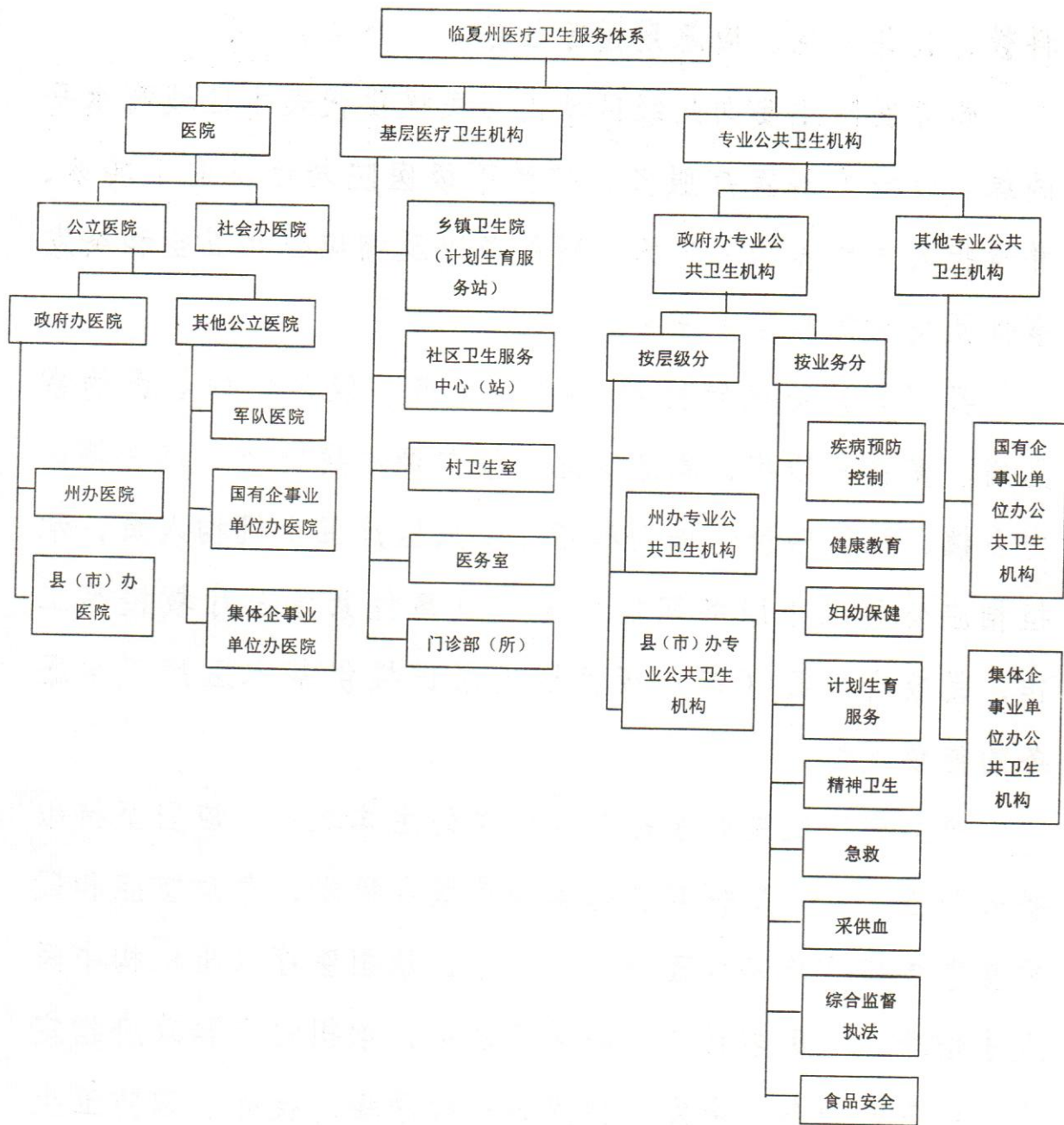
全州医疗卫生服务体系包括医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构等，各机构按照州、县（市）、乡镇（街道）、村4个层级梯度配置。县（市）及以下机构设置，按照常住人口规模和服务半径合理布局。州级机构分区域统筹考虑，重点布局。

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（包括州级医院和县市二级）和其他公立医院（包括军队医院、国有企事业单位等举办的医院）。

县（市）级以下为基层医疗卫生机构，分为公立和社会办两类。其中公立基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、计划生育服务站，社区卫生服务站（村卫生室）两级以及部分国有企事业单位医务室。社会办基层医疗卫生机构包括医务室、门诊部（所）等。

专业公共卫生机构主要包括疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、计划生育服务、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、中草药研究等机构，均由政府主办，分为州办及县（市）办。（如图1所示）

图 1 临夏州医疗卫生服务体系图



二、医院布局

(一) 功能定位

公立医院是医疗卫生服务体系的主体，要坚持维护公益

性，充分发挥社会“基本民生安全保障网”的功能，承担基本医疗服务、急危重症和疑难病症诊疗、人才培养、医学科教、公共卫生、应急救援等任务。

州办医院主要向州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，接受下级医院转诊及向下转诊，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等任务。

县（市）办医院主要承担县（市）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，接受辖区内乡镇、社区转诊，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（市）级区域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。

公立中医医院是医疗服务体系的主体之一，应当坚持维护公益性，充分发挥其在基本医疗服务提供、急危重症和疑难复杂疾病诊疗等方面的骨干作用，承担医疗卫生机构中医人才培养、中医学科研、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。州级和县（市）办中医医院要充分利用中医药技术方法和现代科学技术，提供区域内常见病、多发病、慢性病的中医诊疗，急危重症患者

的抢救，疑难复杂疾病向上转诊服务。

为进一步满足全州居民更高层次的医疗需求，以疑难危重疾病的诊疗服务为主，兼顾预防保健和康复等服务，设立州级区域医疗中心。依托州医院建设全州区域儿童医疗中心和临夏州传染病医院，依托州中医院建设中医诊疗中心，依托州医院、州中医院、州妇保院建设全州区域医疗中心。

(二) 机构设置

依据常住人口数，原则上每 100 - 200 万人口规划设置 1 - 2 个州办综合性医院（含中医类医院，下同）。在全州范围，设置 1 所州办综合性医院（临夏州人民医院）；设置 1 所州办中医医院（临夏州中医医院）；设置 1 所州办妇幼保健机构（临夏州妇幼保健院）；设置 1 所州办专科医院（临夏州传染病医院）。在全州范围内形成功能比较齐全的医疗卫生服务体系（见表 2）。

表 2 2020 年州办医院床位数规划

医院名称	目前编制床位	2020 年规划编制床位
临夏州人民医院	1450	1450
临夏州中医医院	400	500
临夏州妇幼保健院	100	500
临夏州传染病医院	0	300

在县（市）级区域，原则上设置1个县（市）办综合医院和1个县（市）办中医类医院（含中医、中西医结合、民族医院等，下同），州政府所在地的辖区市原则上不再设置中医院。人口50万以上的县（市）可适当增加公立医院数量。对未设置中医医院的县（市），要加强其综合医院中医科建设。民族自治地方的县（市）级区域优先设立民族医院。

（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，公立医院床位配置重在控制大医院床位的过快增长。各县（市）依照以下指标，结合实际情况，研究制定本县（市）公立医院床位层级设置，合理配置资源，每千常住人口公立医院床位数3.36张。鼓励有条件的县（市）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县（市）和领域，政府要加大投入，满足群众基本医疗卫生服务需求。

（四）单体规模

严格控制公立医院单体床位规模的不合理增长，州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；县（市）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（市）可适当增加。专科医院的床位规模要根据实际需要合理设置。

（五）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、精神病人医养等紧缺服务，对公立医院形成补充。

公开社会资本举办医疗机构的准入标准和审批程序，明确审批权限，简化审批环节，在规定期限内完成审批，为社会资本举办医疗机构准入提供方便。支持将符合条件的社会资本举办的医疗机构纳入新型农村合作医疗、医疗救助等社会保障的定点服务机构范围，并执行与相同条件的公立医疗机构同等的补偿政策。

社会办医院的设置原则上临夏市、临夏县、积石山县以设置二级社会办医院为主，其余县积极鼓励社会资本举办一级、二级医院。到 2020 年，按照每千常住人口 1.15 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，促进社会办医成规模、上水平发展，加快形成公立医院与社会办医相互促进、共同发展格局。

三、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，向上级医院转诊急危疑难重症病人等基本医疗卫生服务。

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（市）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的服务功能外，还应开展普通常见手术，承担农村急救等职能，并承担对周边区域内一般乡镇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。

基层医疗卫生机构要加强对辖区学校尤其是寄宿制学校

师生的公共卫生服务，协助和指导其做好传染病、常见病、多发病的防治。

提升基层医疗机构中医药综合服务能力，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。

（二）机构设置

到2020年，在每个乡镇办好1所由政府主办的标准化乡镇卫生院。原则上每个街道办事处或每3-10万人口设置1所标准化社区卫生服务中心，人口规模小于3万人口的街道办事处，其社区卫生服务中心的设置由州级卫生行政部门确定；人口规模大于10万的街道办事处，可增设社区卫生服务中心。有条件的中心乡镇卫生院可以建设成为县（市）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中心。

农村原则上以行政村为单位设置1个村卫生室，每千人口按照1名的标准配备乡村医生。对人口超过2000人或者居住分散的行政村可酌情增设；人口较少或面积较小的行政村，可与相邻行政村联合设置村卫生室。乡镇卫生院所在地的行政村原则上可不设村卫生室。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，社区卫生服务中心和社区卫生服务站的服务人口不重叠。

社会办基层医疗卫生机构原则上不受规划布局限制，由

市场进行调节。

(三) 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达到 1.20 张，应重点加强护理、康复病床的设置。乡镇卫生院床位规模应根据其服务人口数量、当地经济发展水平、服务半径、地理位置、交通条件等因素，按照乡镇卫生院的类型、基本任务和功能合理确定。每千服务人口宜设 0.60 - 1.20 张床位。乡镇卫生院床位规模宜控制在 100 张床位以内。社区卫生服务中心按每千服务人口设置 0.30 - 0.60 张床位，设置以护理康复和慢性病治疗康复为主要功能的病床，一般不超过 50 张床位。社区卫生服务站至少设日间观察床 1 张，不设病床。

四、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、地方病防治、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、中医药研究、干部保健等），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、妇幼保健机构、计

划生育服务机构、卫生计生监督执法机构、干部保健、医疗紧急救援机构、采供血机构、精神卫生机构、中医药研究、临床检验中心等，原则上由政府举办。

州办专业公共卫生机构的主要职责是，完成国家、省下达的指令性任务，并对下级专业公共卫生机构开展人员培训、业务指导、监督考核等。

县（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。

（二）机构设置

1. 疾病预防控制机构

州级行政区域内原则上设1个疾病预防控制中心、1个地方病防治办公室，不再单设其它专病预防控制机构。

每个县（市）设1所疾病预防控制中心、1个地方病防治办公室，不再单设其他专病防治机构。乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务机构组成疾病预防控制的基层网络。

2. 妇幼保健机构

州、县（市）二级各设置1所政府举办、标准化的妇幼保健服务机构。

3. 计划生育服务机构

州、县（市）、乡镇（街道）计划生育技术服务机构加

挂健康教育所牌子，承担健康教育工作；村级设置计划生育服务室。

4. 卫生计生监督执法机构

县（市）级及以上政府要根据工作职责，整合卫生、计生现有的行政执法机构和职责，综合设置1所卫生计生综合监督执法机构，推进卫生计生综合监督执法。

5. 紧急医疗救援机构

全州以临夏州紧急医疗救援中心（简称急救中心）为龙头，以县（市）级急救中心为主干，以各级医疗机构急诊科为支撑，建成比较完善的三级急救网络。州级紧急医疗救援中心挂靠在临夏州人民医院。州紧急医疗救援中心指挥功能由临夏州人民医院承担。临夏市区范围内的院前急救任务由临夏州紧急医疗救援中心负责统一指挥调度，临夏市人民医院、解放军一院临夏分院作为院前医疗急救网络医院，接受临夏州紧急医疗救援中心统一调度。临夏市不设急救中心，其余7个县各设1所县级急救中心，县级急救中心可独立设置或在县（市）级医院附设，承担辖区内紧急医疗救援职责。各县急救中心承担本辖区内的调度指挥及院前急救任务，各乡镇卫生院的急救车辆由县级急救中心统一指挥、统一调度。

6. 采供血机构

中心血站：州中心血站，负责全州医疗单位临床用血的

保障和技术指导工作，并对辖区内的储血点、采血点进行质量控制。

采血点、储血点、中心血库：根据经济社会发展状况、地理条件、人口资源、供血路程和临床用血需求等实际，各县设 1 个采血点和 1 个储血点，临夏市可适当增加，县（市）不再单独设置中心血库。储血点、采血点设置需报请省卫计委批准和备案同意。

7. 精神卫生机构

临夏州精神卫生防治中心挂靠在州中医医院，县（市）可在综合医院内设置精神卫生科。鼓励民营资本举办精神病专科医院。

8. 其他专业防治机构

州级依托州人民医院设置 1 所传染病医院，设置床位 300 张。各县（市）应在综合医院或中医院内设置传染病区。州级继续保留临夏州保健局，承担干部职工保健工作职能；继续保留州中医药研究所设置，承担中草药研究和开发利用职能。

第四章 资源配置标准

一、床位配置

（一）各县（市）床位配置标准。根据各县（市）近几

年病床变动情况，结合未来人口变动和居民潜在医疗需求，按照各县（市）经济、社会等方面的实际状况，考虑地区差异，对各县（市）床位配置标准（如表3所示）如下。

表3 2020年临夏州各县(市)每千常住人口床位配置标准
(单位:张)

县(市)	2015年总床位	2015年千人口床位	2020年规划总床位	2020年规划千人口床位
全州	8989	4.10	13907	5.89
临夏市(包括州办医院)	2425	8.12	4122	12.84
和政县	798	3.61	1289	5.41
广河县	816	3.31	1403	5.31
东乡县	505	1.68	1214	3.75
康乐县	837	3.16	1307	4.58
永靖县	973	4.62	1249	5.51
积石山县	1363	5.31	1528	5.53
临夏县	1272	3.22	1795	4.23

(二) 各类机构床位配置标准。到2020年，全州每千常住人口医疗卫生机构病床数控制在5.89张，各县（市）按照公平和效率统一的原则，根据未来人口规划、辐射范围和目前现状统筹考虑各类医疗机构床位数（见表4）。

表4 2020年临夏州各县(市)各类医疗机构床位规划
(单位:张)

市(州)	公立医院				基层医疗卫生机构			
	2015年		2020年		2015年		2020年	
	编制总床位数	每千人口床位	规划总床位数	每千人口床位	编制总床位数	每千人口床位	规划总床位数	每千人口床位
临夏州	5225	2.38	7940	3.36	2522	1.15	2832	1.20
临夏市(包括州办医院)	2052	6.87	3460	10.78	135	0.45	272	0.85
和政县	411	1.86	630	2.64	282	1.28	285	1.20
广河县	414	1.68	620	2.35	402	1.63	402	1.52
东乡县	150	0.50	420	1.30	335	1.12	364	1.13
康乐县	620	2.34	680	2.38	194	0.73	276	0.97
永靖县	310	1.47	700	3.09	170	0.81	226	1.00
积石山县	500	1.95	650	2.35	500	1.95	500	1.81
临夏县	768	1.94	780	1.84	504	1.28	507	1.19

二、人员配置

根据各地近几年卫生人力资源变动情况,结合未来人口变化和居民潜在医疗需求,到2020年,全州每千常住人口

卫生技术人员 5.55 人，每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.25 人，每千常住人口注册护士数达到 2.5 人。

表 5 2020 年临夏州卫生人力资源配置主要指标
(单位:张)

县(市)	卫生技术人员数				执业(助理)医师数				注册护士数			
	卫生技术人员总数		千人口卫生技术人员数		执业(助理)医师总数		千人口执业(助理)医师		注册护士数		千人口注册护士数	
	2015年	2020年	2015年	2020年	2015年	2020年	2015年	2020年	2015年	2020年	2015年	2020年
临夏州	6635	13098	3.02	5.55	2626	5310	1.20	2.25	1890	5900	0.86	2.50
临夏市	1593	3143	5.33	9.79	776	1593	2.60	4.96	402	1239	1.35	3.86
和政县	403	786	1.82	3.30	176	372	0.80	1.56	85	236	0.38	0.99
广河县	613	1179	2.49	4.46	232	425	0.88	1.61	217	649	0.94	2.46
东乡县	484	917	1.61	2.84	142	265	0.47	0.82	113	354	0.38	1.09
康乐县	683	1310	2.58	4.59	252	531	0.95	1.86	168	531	0.63	1.86
永靖县	1110	2226	5.27	9.83	434	903	2.05	3.75	432	1357	2.06	5.99
积石山县	900	1834	3.50	6.64	298	584	1.16	2.12	269	826	1.05	2.99
临夏县	849	1703	2.15	4.01	316	637	0.80	1.50	204	649	0.52	1.53

(一) 医院。以执业（助理）医师和注册护士配置为重点，按照医院级别与功能任务的需要确定床位与人员配比，

医护比达到 1:1.11。加强儿科医师、精神科医师、助产师(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置。未达到床护比标准的,原则上不允许扩大床位规模。建立住院医师和专科医师规范化培训制度,构建以“5+3”为主体、以“3+2”为补充的临床医学人才培养体系,推动完善毕业后医学教育体系,改革完善继续医学教育制度。

(二) 基层医疗卫生机构。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。到 2020 年,每千常住人口卫生技术人员数达到 5.55 人以上,基本实现城乡每万名居民有 2-3 名全科医生。鼓励乡村医生参加学历教育,按照每千服务人口不少于 1 名的标准配备乡村医生,每村卫生室至少有 1 名乡村医生执业。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,全科医生服务水平全面提高,与城乡居民基本建立比较稳定的服务关系,基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。

(三) 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 0.8 人。疾病预防控制中心人员原则上按照全省常住人口 1.75 人/万人的比例核定。疾病预防控制中心卫生技术人员比例不得低于总人数的 70%,其中专业技

术人员占编制总额的比例不得低于85%。妇幼保健和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%；综合监督执法机构按照平均每千人口0.09至0.11人的标准配备专职卫生计生监督执法人员。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；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；急救中心等其他专业公共卫生机构人员数量应当根据服务人口、年业务量等进行配备。

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。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。

三、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。

(一) 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，鼓励地方通过各种方式整合现有大型设备资源，逐步建立大型设备共用、共享、共管机制，提高使用效率。发展专业医学检验中心和影像中心。到2020年，州级建设1所医学检验机构/影像中心，挂靠在临夏州人民医院，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(市)原则允许配置2台CT,不再配置核磁等大型设备。社会办医院大型医疗设备配置原则上不设限。

(二) 分级管理。大型医用设备按照品目分为甲类和乙类，实行属地管理，分级负责。甲类由国家卫生计生委会同有关部门制定规划并组织实施；省卫生计生委制定乙类大型设备规划并组织实施；州和县(市)卫生计生行政部门负责辖区大型医用设备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。

四、技术配置

要以发展优质医疗资源为目标，加强对临床重点专科建设发展的规划引导和支持，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。

加强医院临床重点专科建设，临床重点专科分省级和州级，州、县（市）两级配置。到2020年，全州争创15至23个左右省级临床重点专科和39至55个州级临床重点专科。100%的县级以上中医医院、60%以上的疾病预防与控制机构和妇幼保健机构设立治未病科，开展中医治未病工作。100%的社区卫生服务机构和乡镇卫生院、70%的村卫生室开展中医健康干预服务。

五、信息资源配置

“十三五”期间的信息资源配置遵循“统一规划、分步实施，突出重点、纵横联网、规范标准、资源共享，多方投资、分级负责”的原则，建立覆盖州县（市）的信息网络系统。到2020年，省级、州级和县（市）级人口健康信息三级平台基本建成，逐步建立起跨机构的人口健康数据共享交换标准体系，全州各级各类医疗卫生机构均建立起与其功能相匹配的标准化的业务信息系统，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全覆盖和信息共享，全州实现每位居民拥有1份动态管理的电子健康档案和1张功能完善的健康卡，实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理等六大业务应用系统的业务协同和信息共享。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”。

依靠大数据支撑，优化医疗服务流程，加强远程医疗建设，规范医疗服务行业，完善信息安全保障体系建设，强化对医疗卫生服务绩效考核和医疗质量服务监管，提高卫生服务能力和服务效率，促进物联网、大数据、云计算、移动医疗等新兴技术在健康服务中的应用。

第五章 政策保障

一、完善政府主导的多元卫生投入机制。进一步明确政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的主导地位，政府卫生投入增长幅度高于财政经常性支出的增长幅度，逐步提高政府投入占卫生总费用的比例，合理控制个人支出占卫生总费用的比例。加大对基础医疗服务、公共卫生及其他基本医疗卫生服务、医学科研和人才建设等投入力度，对符合规划的公立医疗卫生机构的建设调整予以重点保障，对资源短缺的老年医疗护理、康复、精神卫生等在投入政策上予以适当倾斜，出台和用好各类卫生人才引进、培养和激励政策。鼓励和引导社会资本发展医疗卫生事业，形成投入主体多元化、投入方式多样化的办医格局。

二、发挥医保管理、医疗服务价格等政策调节作用。通过完善医保支付方式，加强对医疗服务供需双方行为调控，提高资源整体配置和利用效率。完善定点医药机构医保服务

协议管理，实施定点医疗机构分级管理，科学核定医保预付总额。推进临床路径管理和单病种付费，探索按疾病诊断相关组（DRGS）付费，结合家庭医生制服务，探索按人头付费。进一步拉开在不同级别医疗机构就医的报销比例差距，探索按住院时长梯度支付，实施对治疗、康复、护理床位医保支付和服务定价的分类管理。

三、建立高效规范的医疗卫生机构运行机制。完善医院法人治理结构，实现所有权和经营权的适度分离，建立对经营者履行职责的激励和约束机制。以激活医疗机构微观运行效率、调动医务人员积极性为核心，推动公立医院体制机制创新，建立以公益性为导向的公立医院综合评价体系，强化绩效考核，加大基本医疗服务支持保障力度。严格控制公立医院建设规模和标准。建立公共卫生机构综合评价体系，以履行政府公共卫生职能为导向推进公共卫生绩效考核。

四、加强卫生法制建设和行业管理。全面落实本规划提出的配置要求，严格规范机构、床位、人员、设备、技术的许可准入，新增各类卫生资源应符合本规划相关要求和标准。做好医院等级评审和复核，健全医疗服务监管网络，加强不良执业积分管理和依法执业工作力度。完善诊疗常规和公共卫生服务规范，强化医疗卫生服务质量控制，规范医疗卫生服务行为。发展卫生行业协会、学会等第三方组织，通

过购买服务和加强对第三方组织的管理，发挥第三方组织在行业管理中的重要作用。

五、坚持防治结合、中西医并重。坚持“管理机构下基层、疾控机构进医院、健康教育进家庭”以及“保健在家庭、小病在乡村、大病不出县”的工作思路，加强公共卫生服务能力。二级以上公立医院成立公共卫生管理科，其他综合性医院及相关专科医院依托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。专业公共卫生机构强化对公立医院、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，建立信息共享与互联互通等协作机制。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。加强中医药人才培养，完善中医药人才评价机制。持续开展“西医学中医、中医学经典”和中医药五级师承教育工作，加强中医住院医师规范化培训和骨干医师培训等工作，继续做好名中医和中医世家评选工作。

六、推进医疗机构与养老机构等加强合作。推动中医药与养老结合，充分发挥中医药“治未病”和养生保健优势。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。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。支持有条件的医疗机构设置养老床位。推动二级以上医院与康复疗养机构、养老机构内设医疗机构等之间的转诊与合作。在养老服务中充分融入健康理念，加强医疗卫生服务支撑。支持有条件的养老机构设置医疗机构，统筹医疗服务与养老服务资源，合理布局养老机构与康复疗养机构等，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。发展社区健康养老服务，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，鼓励医疗机构将护理服务延伸至居民家庭。逐步丰富和完善服务内容及方式，推动开展远程服务和移动医疗，做好上门巡诊等健康延伸服务。

七、深化医药卫生体制改革。深化基层医疗卫生机构综合改革，健全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。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，建立更加合理的医保付费机制。加强医疗卫生全行业监管。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。

八、加强人才队伍建设。加强基层人才队伍建设，严格卫生技术人员岗位准入制度。加强村医培训，推进乡村医生向执业助理医师和执业医师转化。加强以全科医师为重点的社区卫生人才队伍建设，建立临床培训基地和基层实践基地。加强中医药人才队伍建设。建立健全卫生监督人员培养体系，推进卫生监督员职位分级管理试点工作。认真落实护理岗位管理制度，加强专科护士培训，充实临床一线护士队伍，提高护理人员待遇。完善住院医师规范化培训制度。到2020年，全州各级各类医疗机构所有新进拟从事临床工作的临床医学类、口腔医学类、中医类和中西医结合类本科及以上学历毕业生均需接受住院医师规范化培训。

九、加快推进健康大数据平台的开发利用。开展健康中国云服务计划，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。依托国家电子政务网，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。

第六章 组织实施与监督评价

一、加强组织领导。区域卫生规划是政府对卫生计生事业进行宏观调控的重要手段。要切实加强对规划工作的领导，把规划实施工作提上重要议事日程，列入工作目标和考核目标，建立问责制。

二、明确相关部门职责。卫生计生、发展改革、财政、城乡规划、人力资源社会保障、机构编制等部门要认真履行职责，协调一致地推进规划工作。卫生计生方面，加强规划实施的监督，根据实施情况适时进行动态调整；发展改革方面，要将区域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；财政方面，要按照政府卫生投入政策落实相关经费；城乡规划管理方面，要依据依法批准的城乡规划审批建设用地；机构编制方面，要依据有关规定和标准统筹公立医疗卫生机构编制，并适时调整；社会保障方面，要加快医保支付制度改革，协调解决医务人员职称待遇方面的问题；其

他相关部门要各司其职，做好相关工作。

三、科学规划布局。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，采取多种措施推动公立医院布局和结构的优化调整。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、郊区等薄弱区域，要有计划、有步骤建设公立医疗卫生机构，满足群众基本医疗卫生需求。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。

四、严格规划实施。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，必须按照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张床以上公立医院，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）。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、等级评审等审批和财政资金安排。

五、建立规划实施的监督评价机制。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有效实施。州直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。

临夏回族自治州人民政府办公室

2017年5月17日印

共印180份