

阳江市人民政府

阳府函〔2017〕216号

阳江市人民政府关于印发阳江市区域卫生 规划（2016-2020年）的通知

各县（市、区）人民政府，市府直属各单位：

《阳江市区域卫生规划（2016-2020年）》业经市政府七届四次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市卫生计生局反映。



阳江市区域卫生规划（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《中共阳江市委 阳江市人民政府关于建设卫生强市的实施意见》（阳发〔2016〕6 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，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稳步增长，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. 社会、经济发展和人口状况。我市下辖 1 市（阳春市）、1 县（阳西县）、4 区（江城区、阳东区、海陵试验区、阳江高新区），总面积 7955.9 平方公里。2015 年全市地区生产总值 1250.01 亿元，地方财政一般预算收入 67.93 亿元，全市户籍人口 292.12 万人（其中城镇人口 90.67 万人，乡村人口 201.45 万人），常住人口 251.12 万人（其中城镇人口 125.33 万人，农村人口 125.79 万人）。《阳江市 2015 年国民经济和社会发展统计公报》显示，2015 年人口出生率 13.54‰，死亡率 6.1‰，自然增长率 7.44‰。

全年全体居民人均可支配收入 17777 元，其中城镇常住居民人均可支配收入 23088 元，农村常住居民人均可支配收入 12543 元。2016-2020 年，我市人口自然增长率预计为 10‰左右。

2. 医疗卫生资源状况。2015 年全市医疗卫生机构 1773 个，其中医院 41 个、基层医疗卫生机构 1685 个、专业公共卫生机构 46 个，其他卫生机构 1 个。医疗卫生机构在岗职工 17306 人，其中：卫生技术人员 13391 人、乡村医生和卫生员 1310 人、其他技术人员 446 人、管理人员 845 人、工勤技能人员 1314 人。卫生技术人员中，执业（助理）医师 4519 人，注册护士 4864 人，医护比 1:1.08。医疗卫生机构床位数 10914 张，其中：医院 8190 张（公立医院 6238 张，民营医院 1952 张），卫生院 1722 张，妇幼保健院 693 张，社区卫生服务机构 210 张，门诊部 15 张，专科疾病防治机构 84 张。医疗卫生机构万元以上设备 6430 台。

3. 服务利用和需求状况。2015 年全市医疗机构总诊疗人次达 14839896 人次，其中：医院 3772850 人次、卫生院 2305564 人次、社区卫生服务机构 934176 人次、村卫生室 4891255 人次、门诊部 42675 人次，诊所（卫生所、医务室）1920517 人次，专业公共卫生机构 972859 人次。2015 年人均全年诊疗人次为 5.91 人次。2015 年，全市医疗机构病床使用率 72.02%，其中医院 77.12%、社区服务中心 32.31%、乡镇卫生院 47.99%；全市医疗机构出院者平均住院日为 7.8 日，其中医院 8.8 日、乡镇卫生院

5.3 日。

4. 居民健康状况。城乡居民主要健康指标居全省平均水平，孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别降至 7.62/10 万和 2.61‰。

5. 收入支出。2015 年，全市医疗卫生机构总收入 385095.4 万元，总支出为 338984.6 万元。其中医院总收入 257536.3 万元（公立医院为 241701.5 万元，民营医院为 15834.8 万元），基层医疗卫生机构总收入 77337.5 万元，专业公共卫生机构总收入 50221.6 万元；医院总支出 229873.7 万元（公立医院为 216604.8 万元，民营医院为 13268.9 万元），基层医疗卫生机构总支出 63762.7 万元，专业公共卫生机构总支出 45348.2 万元。2015 年全市公立医院财政补助收入占总支出比例为 4.73%，低于全省平均水平 8.42%；2015 年全市公立医院人员经费支出占比 29.40%，与卫生强省 40% 以上的目标值存在一定差距，人员经费投入有待提高。

（二）主要问题

1. 资源总量相对不足。总体上，全市医疗卫生资源总量特别是优质资源相对不足，医疗卫生服务压力较大，难以满足快速增长的居民卫生服务需求。2015 年，全市每千人口执业（助理）医师 1.80 人、注册护士 1.94 人；每万常住人口全科医生 1.04 人；每千人口 0-14 岁儿童拥有儿科医师 0.37 人。全市医院医师日均担负诊疗 6.5 人次和住院 2.6 个床日；乡镇卫生院医师日均担负

诊疗 10.8 人次和住院 1.0 床日；社区卫生服务中心医师日均担负诊疗 9.4 人次和住院 0.3 床日。按照 2015 年常住人口测算，要达到卫生强省每千人口执业（助理）医师数 2.8 人、每千人口注册护士数 3.5 人、每万常住人口全科医生数 3 人以上、每千名儿童儿科执业（助理）医师 0.69 名的目标值，全市需要增加执业（助理）医师至少 2500 名，注册护士 3900 名。执业（助理）医师中的全科医生至少增加 490 名，儿科医师至少增加 140 名。

2. 资源配置不均衡。全市二甲以上医院均集中在中心区或中心镇。基层医疗卫生机构基础设施薄弱，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”，服务能力亟待提高。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。市场在医疗卫生资源配置中的作用有待加强，社会办医发展空间仍受到诸多限制，多元化办医格局尚未形成。民营医疗机构规模偏小、床位数量不足、整体发展较慢。

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。

（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。2016 年，市委、市政府作出建设卫生强市、打造健康阳江的重大战略部署，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。

1. 疾病谱变化。随着人口老龄化和居民生活方式转变，影响我市居民健康和威胁社会公共安全的主要疾病逐步从传染性疾病转变为不良生活方式、饮食习惯等导致的慢性非传染性疾病。糖尿病、高血压、心血管等慢性病成为威胁人群健康的主要疾病负担，新发突发传染性疾病威胁增加，多重健康问题并存。客观现实要求全市医疗卫生机构转变服务模式和服务结构，从单纯的疾病诊疗向综合性的健康干预和健康管理转变，推动形成“以健康为中心”的各类卫生资源分工协作格局，发展预防、医疗、康复、护理相协调的健康服务体系。

2. 医疗需求变化。随着全市经济社会快速发展，居民对医疗卫生服务呈现多层次、多样化和个性化需求，社会需要提供优质、高效、安全、舒适的医疗服务，医疗卫生机构发展面临新的

形势任务。同时，全市老龄化、高龄化、城镇化水平不断提高，医疗保健等服务需求日益增长，康复、护理、疗养等薄弱环节问题将更加凸显，户籍人口与外来人口公共服务二元结构矛盾日益突出，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，医疗资源需要进一步优化配置。满足居民不断增长的医疗需求，加快实现基本公共卫生服务均等化，统筹城乡医疗卫生事业均衡健康发展的任务更加紧迫。

3. 信息技术发展。医药卫生体制改革的不断深化对公立医院数量规模和资源优化配置提出了新的要求。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、提升服务效率提供了有力支撑，能够有效提高医疗资源配置效益，推动预约挂号、远程医疗等诊疗服务，切实改善居民看病就医环境，提高群众就医体验，推动医疗卫生服务模式和管理模式深刻转变。

二、规划目标和原则

（一）规划目标

紧紧围绕建设卫生强省和加快阳江振兴发展的决策部署，优化医疗卫生资源配置，以保障人民群众健康为中心，以公平可及、群众受益为出发点和落脚点，树立创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，坚持预防为主、防治结合、中西医并重，坚持政府主导、社会参与，坚持三医联动、协同推进，坚持固本强基、

创新发展，统筹推进医疗服务、医疗保障、公共卫生、医药供应、监管体制综合改革，实施强基创优行动计划，增强医疗卫生服务水平 and 综合实力，力争在 2020 年前把阳江建设成为卫生强市，打造区域医疗服务中心。

2020 年阳江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）	6.0	4.35	指导性
医院	4.8	3.56	指导性
公立医院	3.3	2.78	指导性
其中：市办医院	1.30	1.25	指导性
县办医院	1.9	1.09	指导性
其他公立医院	0.10	0.08	指导性
社会办医院	1.5	0.78	指导性
基层医疗卫生机构	1.2	0.78	指导性
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.8	1.8	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	3.5	1.94	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	1	0.86	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	3	1.04	指导性
医护比	1: 1.25	1:1.08	指导性
市办及以上医院医护比	1: 0.6	1:0.43	指导性

注：市办指市政府举办；县办指县（市、区）政府举办，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、提升能级为主线，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。大力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. 坚持改革引领、创新驱动。创新体制机制，统筹推进医疗保障、医疗服务、药品供应、公共卫生、监管体制综合改革，进一步凝聚改革合力，推动医保、医药、医疗“三医”联动，提升人民健康保障。创新服务模式，改善服务绩效，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，进一步增强人民改革获得感。

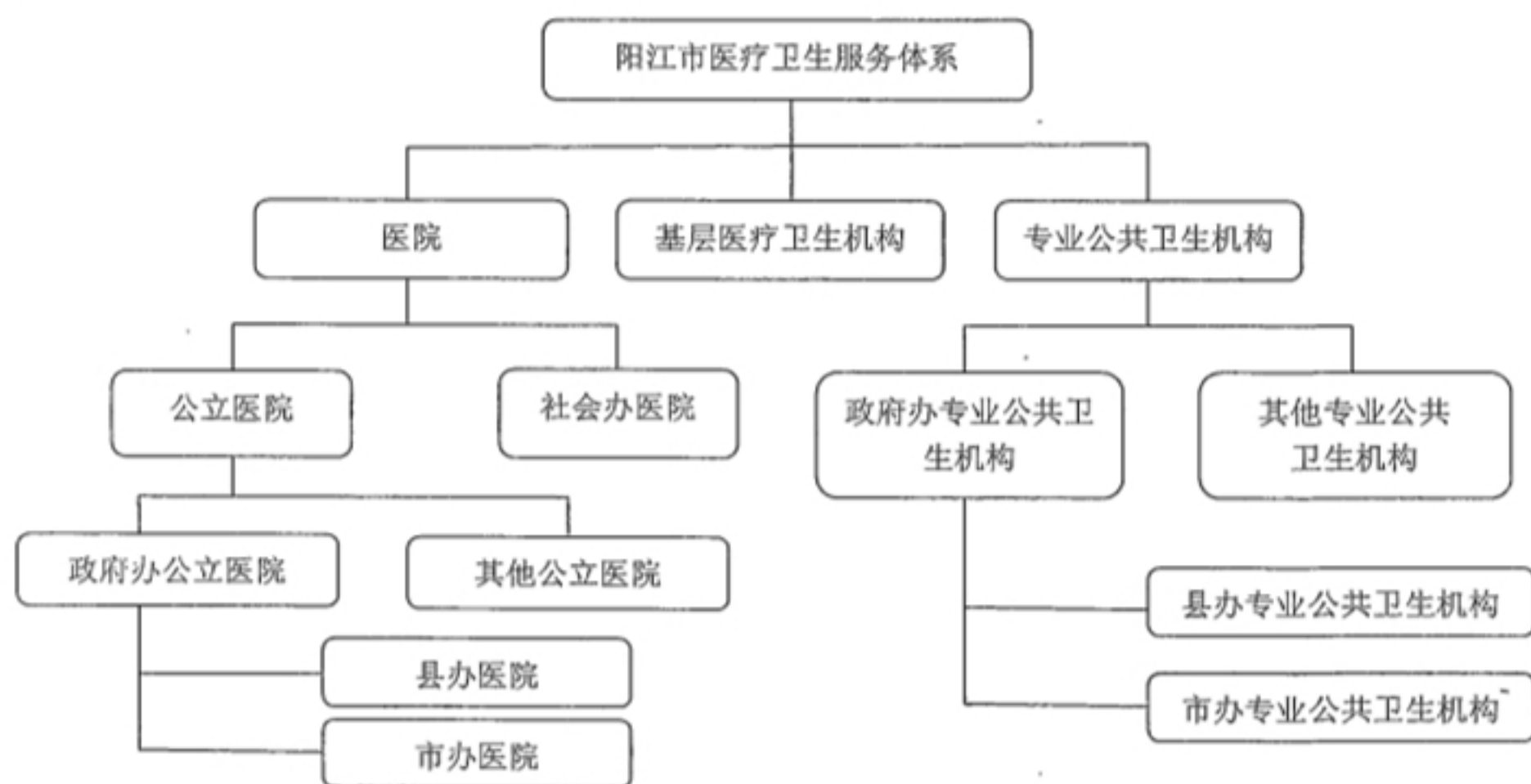
5. 坚持协调发展。建设与小康社会相适应的整合型医疗卫生服务体系，推动全市区域范围内卫生计生资源共享，推进区域、城乡卫生计生事业一体化发展。

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。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（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公立医院（根据功能定位主要划分为市办医院、县办医院）和其他公立医院。县级以下为基层医疗卫生机构，分为公立和社会办两类。专业公共卫生机构根据属地层级分为市办、县办两类。



（二）床位配置。医疗卫生机构床位配置标准主要依据我市的人口数量结构、居民卫生服务需求及现有床位使用情况等因素

制订，并综合考虑各地经济社会发展、人口流动、疾病谱等因素实施总量控制。2015 年，我市每千常住人口医疗卫生机构床位数为 4.35 张，与 2020 年的每千常住人口医疗卫生机构床位数达到 6 张的规划目标相比，差距较大。规划期内，我市医疗卫生机构床位配置按照本市医疗机构设置规划规定，加强床位核定管理，床位增量优先配置在床位配置水平较低区域，以及康复、护理等短缺资源和社会办医领域。

在床位总量控制范围内，各地对城乡间、综合性医院和专科医院之间的病床配置比例应按照保证基本医疗服务、加强农村医疗服务的要求，以及群众卫生服务需求、疾病谱因素等情况进行合理安排。

各县（市、区）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	备注
江城区	8.0	7.86	
阳东区	3.5	3.33	
阳春市	4.2	4.07	
阳西县	3.0	2.57	
高新技术开发区	2.0	1.56	
海陵经济试验区	3.0	2.82	

（三）信息资源配置。整合全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据，完成市县两级区域信息平台构建，搭建市、县、镇、村四级卫生计生机构信息网络，全面推广应用人口健康综合信息管理系统，实现各级各类医疗卫生计生信息统一、高效、

便捷交换与共享。

到 2017 年底，全市公立医院基本实现健康卡发卡功能，居民持身份证到医院即可办理，实现只需通过身份证号码和姓名识别，就可以将患者的健康档案、诊疗服务、药品使用、检验检查、慢性病监测、健康体检等诸多信息共享调阅。

到 2018 年底，建成基于“电子病历”的数字化医院系统，实现临床“智慧医疗”，建设智慧型医院。全面建成互联互通的市、县、镇、村四级卫生计生网络，实现全员人口信息、电子健康档案和电子病历数据库覆盖全市人口并整合共享，实现双向转诊和分级诊疗等业务协同和信息共享。

（四）医疗设备资源配置。鼓励整合医学检验、病理诊断、医学影像检查和消毒资源，探索建立区域医学检验检查中心、消毒中心，提高资源利用效率。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。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）医院设置

1. 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。

县办公立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，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。

市办公立医院主要向我市区域内居民提供代表本市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（市、区）依据常住人口数原则上设置 1 个县办综合性医院和 1 个县（市、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（市、区）可在县办综合性医院设置中医科。50 万人以上的县（市、区）可适当增加公立医院数量。30 万人以上的县（市、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（市、区）至少有 1 所三级医院或增设 1 所二级综合性医院。

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。原则上至少设置 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。各地应结合当地实际情况，参考以下指标研究制订本地区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 3 张（含妇幼保健院床位）。其中，县办医院床位数 1.8 张，市办医院床位数 1.0 张，其他公立医院床位数 0.2 张。每千常住人口公立医院床位数超过 3 张的，原则上不再扩大公立医院规模，鼓励各地对过多的

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。

市直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	市人民医院	1200	3000
2	市中医医院	650	1500
2	市妇幼保健院	350	550
4	市第三人民医院	163	250
5	市中西医结合医院	200	300
6	市公共卫生医院	500	600

注：1. 以上医院（院区）不含合资医院、托管医院、共建医院；

2. *为新建、在建院区，以各类专科医院（院区）为主。

（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。

2. 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 1.5 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，发展专业性医院管理集团。放开社会办医院乙类大型医用设备配置。

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，落实非公立与公立医疗机构在设置审批、运行发展等方面同等对待的政策。创造条件落实好国家和省有关财政补助、筹资融资、税收优惠、医保定点、职称评定、等级评审、技术准入、重点学科建设、科研立项、行政事业性收费等政策。鼓励各县（市、区）医疗资源富余地方转制部分公立医疗机构。鼓励公立医院以品牌、技术、人员、管理等与民营医疗机构合作

办医。社会资本举办非营利性三级医院或现有三级以下（不含三级）医院改建或扩建为三级医院的，经批准可享受划拨方式供地等扶持政策。对达到一定床位数的民营医院可给予一次性基本医疗服务床位奖励。鼓励各县（市、区）结合实际出台优惠政策，尽快形成多元办医格局。

3. 基层医疗卫生机构。基层医疗卫生机构包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生站、医务室、门诊部（所）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。

乡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，并受县级卫生计生部门委托，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、技术指导和乡村医生的培训等。乡镇卫生院分为中心镇卫生院和一般乡镇卫生院。中心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乡镇卫生院的技术指导工作。

村卫生站、社区卫生服务站分别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。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，在每个街道办事处范围或每 3 万-10 万居民规划设置 1 所社区卫生服务中心。全面提升乡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 左右的乡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（乡镇卫生院所在地除外）。推行乡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。乡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。

4. 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。受县级卫生计生部门委托，乡镇卫生院、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，承担辖区内的专业公共卫生任务以及相应的信息管理等工作。

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疾病预防控制中心机构。完善全市疾病预防控制体系，结合实际和参考国家标准落实人员配备。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。2017 年，江城区建成疾病预防控制中心。市、县（市、区）两级建有完善的疾病预防控制机构。

②卫生计生综合监督执法机构。2017 年，江城区建成卫生计生监督机构。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。

③妇幼保健与计划生育服务机构。优化整合各级妇幼保健和计划生育技术服务资源。实施妇幼健康优质服务创建示范工程，全市打造 2 所三级妇幼保健院，阳江市妇幼保健院和阳春市妇幼保健院按照三级妇幼保健院标准建设。加快推动阳东区妇幼保健院（阳东区妇女儿童医院）、阳西县妇幼保健院异地迁建，并按

照二级妇幼保健院标准建设。推动江城区、高新区、海陵试验区建设妇幼保健院。整合乡镇计划生育技术服务机构与乡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。阳江市公共卫生医院作为市级精神卫生专科医院或精神卫生专业机构。到 2018 年，建成阳春市公共卫生医院。各县（市、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。市、各县（市、区）依托现有精神卫生专业机构（医院）建设市县两级精神卫生中心，承担精神卫生防治管理、技术指导、人员培训、信息管理等功能。鼓励社会资本举办精神专科医院。

⑤血站。市级设置 1 个中心血站。到 2018 年，各县（市、区）要在人流密集区域建成 1 个固定献血屋（点）。在市中心血站规划设置 1 所血液核酸检测实验室。完善血液检测、制备配套设施，提升血液安全保障能力。

⑥急救网络。加强 120 急救指挥中心网络建设，落实人员配备，将 120 急救指挥中心工作经费纳入财政预算管理，到 2018 年，要建成独立设置的市、县（市、区）120 急救指挥中心，完善急救网点设置。可以建设核辐射应急救援救治基地。

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 2.8 人、注册护士数达到 3.5 人、公共卫生人员数达 1 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。

（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。到 2020 年，全市医院执业（助理）医师具有本科及以上学历占比不低于 80%，具有中级以上职称占比不低于 60%；注册护士具有大专及以上学历占比不低于 60%，具有中级以上职称占比不低于 20%。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。县办医院床护比不低于 1：0.6，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乡镇

卫生院全科医生数不低于其医师总数的 20%；每千常住人口乡村医生不少于 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疾病预防控制中心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、乡级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。到 2020 年底，全市每 10 万人精神科执业（助理）医师数量不少于 3.8 人，每个乡镇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医生。

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。充分发挥阳江市卫生学校的优势，创办阳江健康职业学院。加快基层医疗卫生人才的培育，充分发挥南方

医科大学继续教育学院阳江分院的办学优势，加强力度培养大专、本科医学人才。制定相关措施，促进符合条件的在职人员积极完成成人大专、本科学历教育。落实住院医师和全科医生培训配套资金。全面实施住院医师规范化培训，到 2018 年，基本实现所有新进医疗岗位的本科及以上学历临床医师接受住院医师规范化培训；到 2020 年，所有新进医疗岗位的本科及以上学历临床医师 100%接受住院医师规范化培训。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、提升基层在岗医师学历层次等渠道，加强基层医疗卫生人才队伍建设。到 2018 年，全市全科医生每万常住人口达 2 名以上；到 2020 年，全科医生每万常住人口达 3 名以上。加强临床专科护士培训，优化护士队伍结构，提高护士队伍整体素质。到 2020 年，全市大专及以上学历护士比例不低于 60%，具有中级及以上专业技术职称比例不低于 20%，逐步提高我市护士学历、职称结构。加强农村卫生人员学历教育，力争到 2018 年，全市镇卫生院专科以上学历比例提高到 45%以上。建立健全医学终身教育制度，充分利用各种卫生和教育资源，发挥远程教育的技术优势，开展形式多样的继续医学教育活动。

加大高层次卫生人才培养引进力度。积极参与国家“一带一路”建设，推动医药卫生国际交流与合作，特别是在技术交流、卫生人才培养方面加强与东盟等地区的合作。制定医疗卫生高层

次人才发展规划,推进我市医疗卫生优秀学科带头人和优秀中青年卫生技术人才选拔、培养和管理。加大资深专家、医学领军人物、急需紧缺型人才的引进力度,引进的高层次人才工资待遇由用人单位与本人协商确定,可实行年薪制。对符合条件的正高级职称专业人才可一次性给予安家费 30 万元,年薪 30 万元;对符合条件的具有博士学位的副高级职称专业人才一次性给予安家费 20 万元,年薪 20 万元。政府对引进人才的单位给予补助,标准为财政补助安家费的一半、年薪的 20%,补助期限最长为 3 年。对引进的符合条件的博士研究生,财政一次性给予 3 万元补助,每月发放生活补贴 5000 元,财政与用人单位各负担一半。对引进的人才在家属就业和子女就学等方面给予倾斜,以尽快补充我市在高层次的卫生管理、临床医学、公共卫生、护理和中医药人才方面的空缺,引领带动我市医疗学术技术进步和提升我市医疗卫生服务水平。各类医疗卫生机构按照绩效工资总量的 5% 统筹安排高层次卫生人才培养经费并逐年增加,逐步达到绩效工资总量的 10% 左右,用于高层次卫生人才的培养、引进。

(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，逐步实行公益一类以外的公立医院编制备案制，探索多种形式用人机制和政府购买服务方式。

六、功能整合与分工协作

大力推进整合型医疗卫生服务体系建设，更加注重系统、连续、全方位的医疗卫生服务供给，建立完善医院、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，强化各类医疗卫生机构的服务功能整合。

（一）建立健全多层次城乡医疗服务体系

1. 优化区域医疗资源配置。坚持统筹规划、分步推进，结合实施强基创优行动计划和医疗卫生重点项目建设规划，对全市医疗卫生资源进行优化配置，加大政府投入，引进社会资本，集中力量抓好医疗卫生重点建设项目落实，加强市、县两级人民医院、中医医院、妇幼保健医院建设，加快市第三人民医院改革搬

迁工作。2018 年年底前，力争全市有 4 所医院达到三级甲等标准，50%的县级综合医院和 80%的县级中医医院达到二级甲等标准；到 2020 年年底前，力争全市有 6 所医院达到三级甲等标准，80%的县级综合医院和 100%的县级中医医院达到二级甲等标准。

2. 打造粤西地区医疗中心。争取上级支持，把阳江市人民医院、阳江市中医医院建设成为粤西地区医疗中心。到 2018 年年底，阳江市人民医院建成新住院大楼和阳江市住院医师规范化培训基地、阳江地区重点专科（重症监护、急救、血液净化、手术室）护理人员培训基地和阳江市区域中心实验室，按省“杰出青年医学人才”标准培养 10 名本院青年优秀医生，引进高层次人才 20 名，培育 3-4 个省级临床重点专科，发展心胸外科，强化医疗服务质量建设，提升医疗服务和科研教学水平，综合实力进入全省 40 强；阳江市中医医院完成二期工程建设，加强阳江市中医骨伤研究所建设，在突出中医特色的基础上提高专科高、精、尖技术水平，将骨科打造成为国家级重点专科。推进中医治未病和健康促进示范单位工作，做大做强，打造省级示范基地。引进高层次人才 20 名，培育 3-4 个省级临床重点专科，综合实力进入全省中医医院 13 强。

3. 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。对薄弱区域，各地要有计划、有步骤建设公立医疗卫生机构，鼓励社会资本在医疗资源配置薄弱的区域举办医疗卫生机构，满足群众基本医疗卫生需求。

4. 提升基层医疗卫生机构服务能力。县域内的农村地区建立以县级医疗卫生机构为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生站为网底的基本医疗卫生服务网络。城市地区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。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。

（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，形成统一规范的“首

诊在基层”服务模式，推进居民或家庭自愿与签约医生团队签订服务协议，优先覆盖老年人和高血压、糖尿病等慢性病患者、严重精神障碍患者、孕产妇、儿童以及残疾人等重点人群，并逐步扩展到普通人群。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。结合中医药强省建设，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。建成一批特色浓厚、技术适宜的中医馆。建设一批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、乡镇卫生院和85%的村卫生站具备与其功能相适应的中医药服务能力。

4. 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。

5. 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，逐步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。

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。各地、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，制定工作方案，明确责任分工，建立问责制。各地政府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。市政府依据广东省医疗卫生服务体系规划研究编制阳江市区域卫生规划和医疗机构设置规划并组织实施，重点规划市办医院与专业公共卫生机构，将床位等卫生资源配置标准细化到各县（市、区），并按照属地化原则，对本市范围内各级各类医疗卫生机构的设置进行统筹规划。各县（市、区）政府要依据本规划及所在市的区域卫生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。

（三）加强分工协作。市及各地的卫生计生、机构编制、发展改革、财政、人力资源社会保障、国土资源、住房规划建设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，依据规划做好新改扩建项目立项工作，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。

（四）规范规划编制。各县（市、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（市、区）的区域卫生规划编制完成后，须经市卫生计生局论证同意后报本级政府审批，确保规划的可行性和可操作性。

(五) 严格规划实施。各地、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。

(六) 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。市各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。

公开方式：主动公开

抄送：省卫生计生委；市委有关部委办局。