

# 淮南市区域卫生规划

## ( 2016-2020 )

淮南市卫生和计划生育委员会

2017年3月10日

# 目 录

序 言 .....	1
第一章 规划背景 .....	2
第一节 自然、社会与经济现状 .....	2
第二节 居民健康与疾病状况 .....	5
第三节 医疗卫生现状 .....	5
第四节 存在的问题 .....	10
第五节 面临的形势 .....	13
第二章 总体思路及目标 .....	15
第一节 指导思想和原则 .....	15
第二节 总体思路与布局 .....	17
第三节 规划目标 .....	18
第三章 医疗卫生资源总体设置 .....	21
第一节 医疗机构设置规划 .....	21
第二节 床位配置规划 .....	25
第三节 人员配置规划 .....	26
第四节 人口健康信息化配置 .....	27
第五节 学科配置 .....	28
第六节 医疗设备配置 .....	29
第四章 各级各类医疗卫生机构设置要求 .....	30
第一节 公立医院设置要求 .....	30
第二节 社会办医院 .....	34

第三节	基层医疗卫生机构	35
第四节	专业公共卫生机构	37
第五章	人口健康信息服务体系	43
第一节	总体框架	43
第二节	动态人口健康信息化标准管理体系	45
第三节	人口健康信息平台	45
第四节	数据库	45
第五节	业务应用系统	46
第六节	居民健康卡	48
第七节	远程医疗	49
第八节	医院信息化	49
第九节	人口健康信息化创新	49
第六章	服务体系的整合和协作	52
第一节	医疗机构的整合与协作	52
第二节	专业公共卫生机构与医疗机构的整合与协作	55
第三节	医疗机构与养老机构的整合与协作	55
第四节	区域医疗资源的整合与协作	56
第七章	实施保障措施	57
第一节	加强组织领导	57
第三节	加快人才发展	59
第四节	着力资源调整	60
第五节	卫生经费配置规划	62
第六节	强化监督评价	62

# 序 言

改革开放以来，尤其在“十二五”期间，淮南市在社会经济发展方面发生了很大变化，卫生事业取得了长足的发展，社会卫生意识普遍增强，卫生服务体系网络基本形成，医疗技术水平不断提高，为保障全市人民健康和促进社会经济协调发展起到了积极作用。但是，随着疾病谱的改变和人民群众对医疗卫生保健服务需求的提高，在计划经济体制下配置的卫生资源与社会主义市场经济体制的要求不相适应，诸多弊端已经严重影响和制约着卫生事业的发展，为了适应新医改和医疗卫生服务市场需求的新变化，加强我市卫生事业发展宏观管理，合理配置和利用卫生资源，改善和提高卫生服务能力，保护和促进全市居民身体健康，根据《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》、《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号）、《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》和《安徽省医疗卫生服务体系规划（2016-2020年）》等文件精神，结合淮南卫生资源分布状况，按照“控制总量、调整存量、优化增量、提高质量”的思路，特制订本区域卫生规划。

# 淮南市区域卫生规划 (2016-2020)

为进一步完善全市医疗卫生服务体系建设，优化卫生资源配置，提高医疗卫生综合服务能力，保障人民群众身体健康，促进“健康淮南”建设，根据《安徽省医疗卫生服务体系规划（2016-2020年）》、《淮南市国民经济和社会发展的第十三个五年规划纲要》等文件规定，结合我市实际情况，制定本规划。

## 第一章 规划背景

### 第一节 自然、社会与经济现状

1、**地理位置：**淮南市地处安徽省中北部，淮河之滨，东经  $116^{\circ} 21' 5'' \sim 117^{\circ} 12' 30''$ ，北纬  $31^{\circ} 54' 8'' \sim 33^{\circ} 00' 26''$  之间，东西长 80.23 公里，南北长 122.68 公里，总面积 5533 平方公里。1950 年依矿建市，1952 年成为省辖市，1984 年和重庆、大连、青岛、无锡被国务院批准为“较大城市”，享有地方立法权；1985 年被国务院批准为“对外开放城市”；是安徽省第二座城市人口过百万的城市；是中国新型能源基地，安徽省区域重要的工业城市；是合肥都市圈同城化带动城市，素有“中州咽喉，江南屏障”之称，有着“蔡楚故地，能源之都”的独特魅力。

2、**行政区划：**2015 年 12 月 3 日，国务院（国函[2015]206 号）批复同意将六安市寿县划归淮南市管辖，2016 年 1 月 4 日，

寿县正式从六安划归淮南后，淮南市辖面积扩张了一倍多，下辖 6 区 2 县，分别是寿县、凤台县、大通区、田家庵区、谢家集区、八公山区、潘集区和毛集国家级综合实验区，拥有 1 个国家级开发区，6 个省级开发区和 4 个市属工业园区。下设 19 个街道，71 个乡镇，795 个村民委员会，286 个社居委。总面积达 5571 平方公里，现有常住人口也增至 343.1 万，常住人口城镇化率达 60.67%。其中：城市人口 208.3 万人，农村人口 134.8 万人；其中：男性 174.4 万人；女性 168.7 万人。性别比为 103.4。

3、**资源丰富**。淮南因煤设市，煤炭远景储量 500 亿吨，占华东地区储量的 50%、安徽省储量的 74%，可采储量 153 亿吨，拥有 18 对大型矿井，2015 年煤炭产量 8198 万吨。淮南是华东最大的坑口电站，拥有 6 座大型电厂 26 台发电机组，2015 年电力装机容量 1419 万千瓦。以煤电、煤化工为主要资源的重工业城市，环境污染对人的身体健康影响较大。淮南是“二十四节气”诞生的地方，农业资源丰富，宜稻宜麦，特色农产品质优价廉，优质果蔬四季不断。淮河南北支流交汇，境内淮河流长 87 公里，焦岗湖、高塘湖、瓦埠湖等河流湖泊星罗棋布，水产资源丰富。“淮王鱼”为地方特色珍稀鱼类，瓦埠湖银鱼、白虾品质优良，誉满江淮。

4、**交通便捷**。公路方面，京福高速、合淮阜高速、淮蚌高速建成通车，济祁高速即将建成，淮滁高速和城市外环快速通道正在规划建设。铁路方面，东连京沪线，西接京九线，京福高铁穿境而过，淮南东站是京福高铁的一个节点，南北向高速铁路在淮南设站，商杭高铁途经淮南，淮南南站是高速铁路的又一节点，高速铁路网贯通南北，到合肥 18 分钟，到上海、北京、福州仅需

3 小时左右。水路方面，3000 吨级淮南港、江淮运河在规划建设中。航空方面，合肥新桥国际机场紧邻市境，机场到市区仅 40 分钟车程。

5、**潜力巨大。**淮南产业基础良好，已形成以煤炭、电力、煤化工为支柱，煤矿机械、装备制造、生物医药、轻工纺织、新能源汽车、数据信息为主导的产业体系，是长三角经济协调会成员，合肥经济圈带动沿淮、辐射皖北的中心城市，省委、省政府重点规划建设的“两淮一蚌”都市圈核心城市，中部“三基地一枢纽”建设的重点城市，国家主体功能区规划中的重点开发区域，皖江城市带承接产业转移示范区项目支持城市。位于淮南高新区的“江淮云”产业基地是省优化产业结构，培育发展新“增长极”行动计划的重点建设项目，中国移动数据中心、“云海战略”智慧城市、“淮南谷”科技研发孵化平台正在规划建设，淮南拥有安徽理工大学等 5 所高校，拥有煤炭开采国家工程技术研究院等 7 个国家级科研平台和中科院淮南新能源研究中心、中科院大气所淮南研究院等 2 个产学研基地。

淮南，是一座希望之城。勤劳智慧的淮南人民锐意进取，开拓创新，先后荣获国家绿化模范城市、中国优秀旅游城市、国家园林城市、全国平原绿化先进城市、中国节能减排二十佳城市等殊荣，先后 8 次荣获全国科技进步先进城市称号，也是国家首批“智慧城市”试点市。我市国民经济持续增长，2015 年我市国内生产总值 901.1 亿元，城镇常住居民人均可支配收入 28106 元，农村常住居民人均可支配收入 11433 元，全市财政收入 131 亿元。

## 第二节 居民健康与疾病状况

2015年人口出生率为12.57‰，死亡率为5.53‰，自然增长率为7.04‰，人口低生育水平保持稳定，增长呈低出生、低死亡、低增长的趋势。人均期望寿命为75岁，高于全国平均水平(2012年6月11日，中国国务院新闻办公室公布的《国家人权行动计划(2012—2015年)》表明，到2015年，中国人均期望寿命将达到全国是74.5岁)。婴儿死亡率降至6.56‰(目标为8‰)，5岁以下儿童死亡率降至7.91‰(目标为10‰)，孕产妇死亡率降至10.14/10万(目标为20/10万)。2015年全市居民患慢性病前五位疾病是恶性肿瘤、脑血管疾病、心血管疾病、高血压和糖尿病。其中，心脑血管疾病、恶性肿瘤为最主要的死亡原因，分别占死亡总数的40.20%和25.74%。患传染病前五位是病毒性肝炎、结核病、痢疾、疟疾、淋病。住院疾病谱前五位是损伤与中毒、消化系统疾病、呼吸系统疾病、妊娠分娩和产褥期并发症、传染病和寄生虫病。根据死因调查，影响居民健康和生命的主要疾病是恶性肿瘤、呼吸系病、脑血管病、损伤中毒、心脏病。

## 第三节 医疗卫生现状

经过长期发展，我市已经建立了由医院、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。截至2015年底，全市(含寿县下同)有医疗卫生机构1569个，其中医院75个、基层医疗卫生机构1347个、专业公共卫生机构

85 个，其他卫生机构 27 个。基层医疗卫生机构中，卫生院 80 个，社区卫生服务中心（站）193 个，村卫生室 816 个；专业公共卫生机构中，疾病预防控制中心 9 个，专科疾病防治院（所、站）2 个，妇幼保健院（所、站）10 个，卫生监督所（中心）8 个。全市卫生技术人员 16525 人，其中执业（助理）医师 6267 人，注册护士 7240 人。乡村医生和卫生员 2434 人。全年医疗卫生机构共诊疗 1240.44 万人次。全市有床位 16191 张，医疗卫生机构床位 1.62 万张，其中医院、卫生院床位 1.4 万张。平均每千人口床位 4.72 张（全省为 4.35 张），平均每千人口执业医师 1.77 人，平均每千人口注册护士 2.12 人。现有大型设备：CT35 台，MRI 10 台，DSA6 台，SPECT2 台，LA4 台，伽玛刀 2 台。

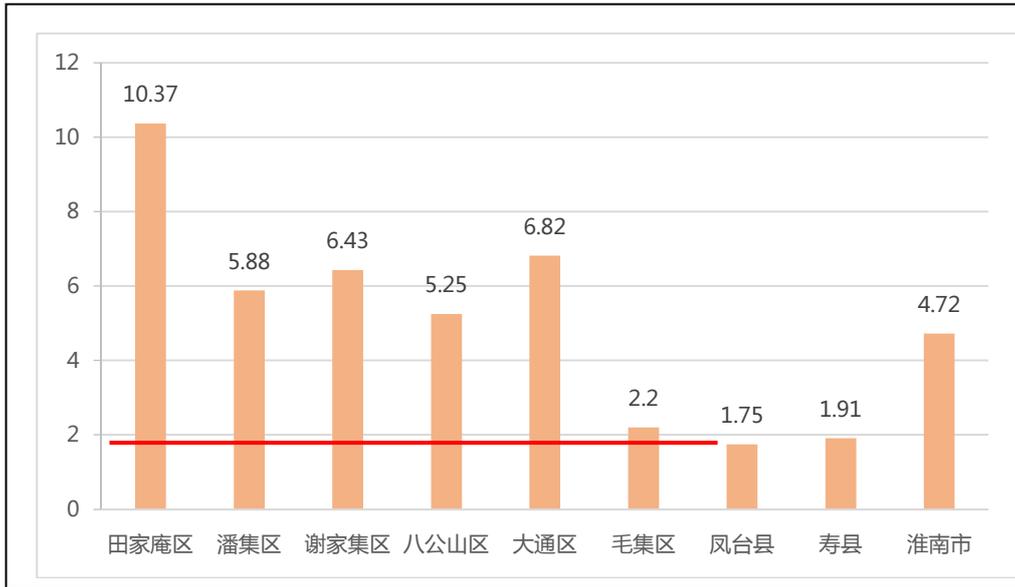
卫生服务需求，2010～2015 年，全市医疗卫生机构总诊疗人次由每年 568.6 万人次增加至 1072.2 万人次；入院人数由每年 18.6 万人增加到 34.9 万人。病床使用率由 81.59% 上升至 82.33%；平均住院日同步缩小。

截至 2015 年，全市完成城乡居民规范化电子健康档案 194.1281 万人，电子建档率达 82.64%；老年人健康规范管理 228928 万人，规范管理率达 88.14%；高血压患者健康规范管理 223149 万人，规范管理率达 92.87%；II 型糖尿病患者健康规范管理 60824 万人，规范管理率达 91.54%；重性精神疾病患者规范管理 6800 人，规范管理率达 86.81%；突发事件报告率 100%；卫生监督协管服务比率达到 95% 以上；中医药健康管理服务覆盖率老年/儿童分别是 55.4% 和 56.64%。全市在创建卫生城市、农村改水改厕、健康教育和灭鼠、灭蟑螂、灭蚊、灭蝇工作方面取得显著成绩。

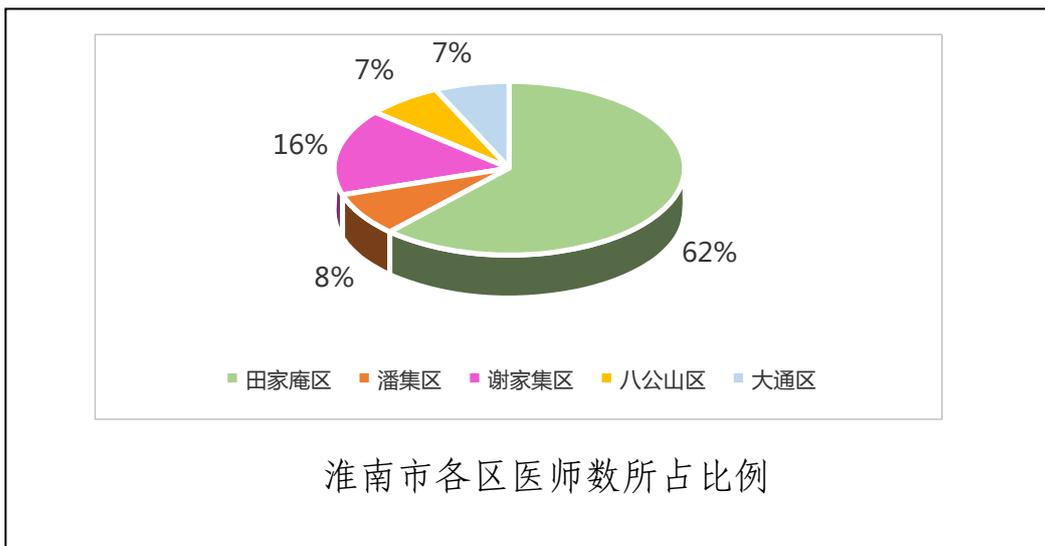
各区指标对比

### (1) 医院

田家庵区千人床位数较高，为 10.37 张，约为此项指标最低的风台县的 6 倍，寿县的 5.4 倍，毛集区的 4.7 倍，潘集区、谢家集区、八公山区、大通区的床位数分布较均。

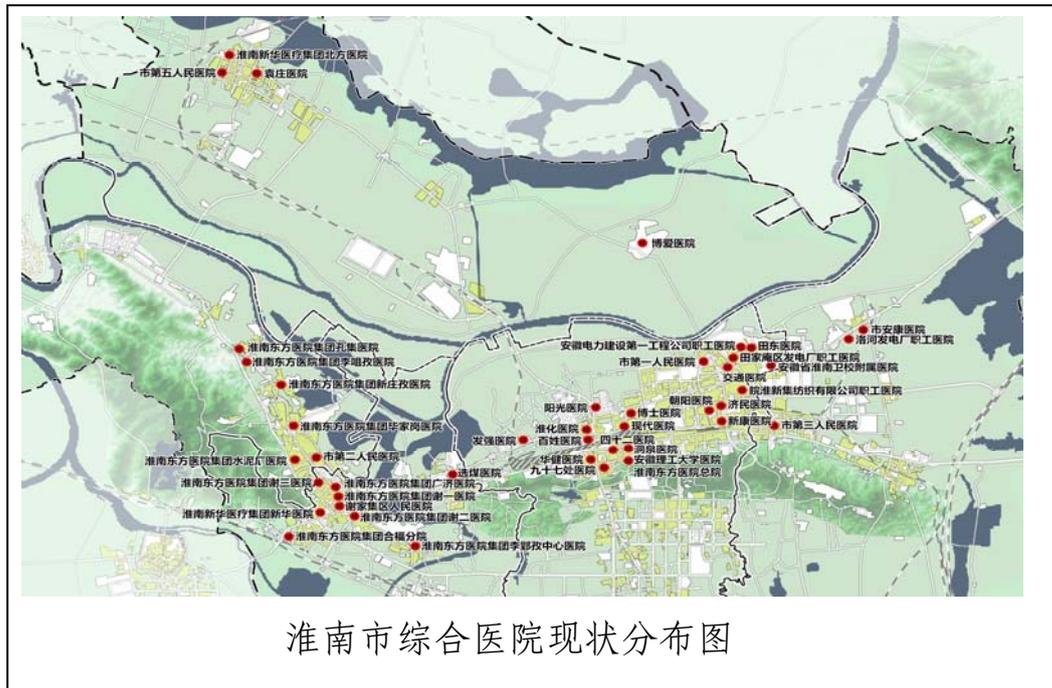


市辖区中田家庵区千人医师数较高，为 4.77 人/千人口，约为此项指标最低的毛集区的 7 倍，潘集区、谢家集区、八公山区、大通区分布基本均衡，患者就诊分布与医疗资源分布基本一致，医疗资源较为丰富的田家庵区就诊患者较多，其他老城区诊治的患者数也远超周边农业人口比重高的县、区。



### 淮南市中心城区规划现状

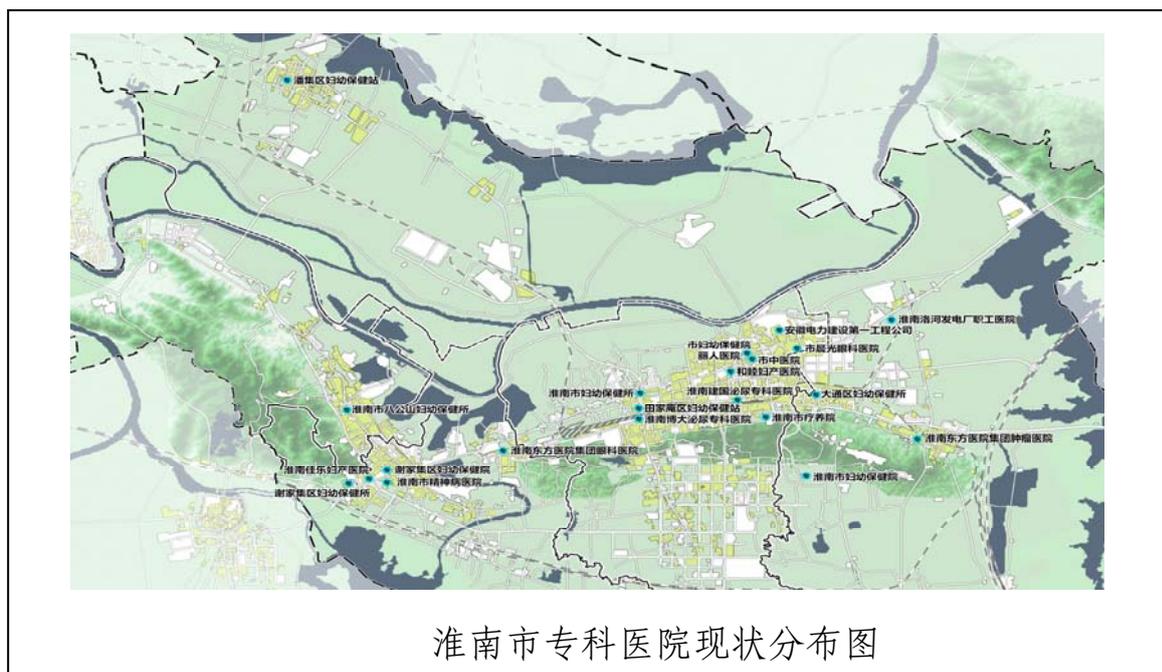
## 医院: (1) 综合医院



城市集中建设区共有综合医院 45 所，床位数为 7705 张。其中田家庵区 22 所，床位数为 4915 张；潘集区 3 所，床位数为 756 张；谢家集区 11 所，床位数为 1041 张；八公山区 6 所，床位数为 781 张；大通区 3 所，床位数 212 张。

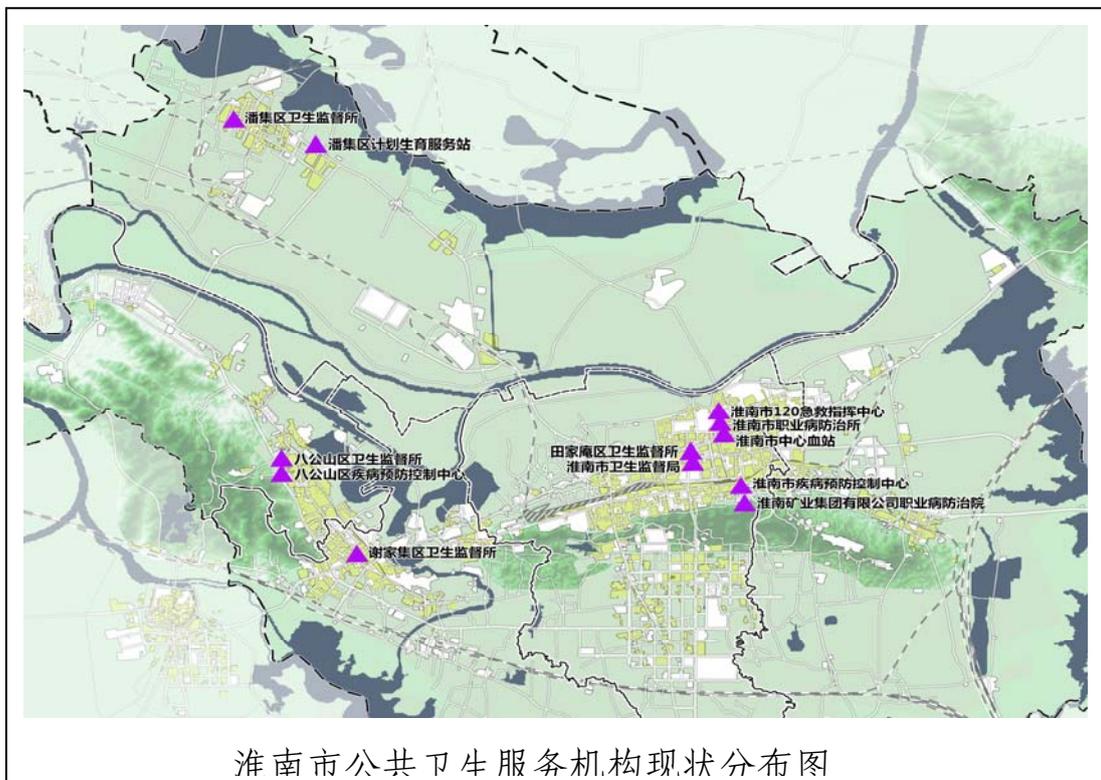
## (2) 专科医院

城市集中建设区共有专科医院 12 所，中医院 1 所，共有床位数 2030 张。其中田家庵区 11 所，共有床位数 1565 张；潘集区 1 所；谢家集 4 所，共有床位数 465 张；八公山区 1 所；大通区 1 所。



### (3) 公共卫生服务机构

城市集中建设区共有公共卫生服务机构 21 个，其中疾病预防控制中心 6 个，卫生监督所 6 个，职业病防治所 2 个，120 急救指挥中心 1 个，血站 1 个、妇幼保健所 5 个。共有床位数 427 张。



### (4) 基层医疗卫生服务机构

目前 136 个社区配置卫生服务中心或社区卫生服务站，部分已设的社区卫生服务中心下辖社区卫生服务站。五个城区共有街道 19 个，26 个乡镇，136 个社区，现状部分街道或社区未配置社区卫生服务中心和卫生服务站。

淮南市医疗卫生设施现状

分布	街道数	乡镇数	社区数	社区卫生服务中心	乡镇卫生院	社区卫生服务站数	未配置社区卫生机构的街道
田家庵区	9	4	64	9	5	57	0
潘集区	1	10	18	1	10	14	0
谢家集区	5	6	31	5	6	27	0
八公山区	3	2	18	4	2	22	0
大通区	1	4	5	3	5	20	0
总计	19	26	136	22	28	140	0

城市集中建设区内共有社区服务中心 22 个，乡镇卫生院 15 个，床位数为 1136 张。



#### 第四节 存在的问题

1、卫生资源配置城乡失衡，布局存在不合理。城市卫生资源相对过剩，农村卫生资源相对不足。从地域千人口床位分布上，田家庵区千人口床位数最高为 10.37 张，是凤台县的 6 倍，寿县的 5.4 倍，毛集区的 4.7 倍，潘集区、谢家集区、八公山区、大通区的床位数分布较均。从城乡结构上，优质医疗资源主要集中在主城区（田家庵区占总卫生资源的 50%以上），凤台县、寿县等边远乡村医疗资源较为薄弱。从人员结构上，医护比 1:1.11 远低于全国总体水平，公共卫生人员严重不足。从办医结构上，原煤矿医院转型为民营医院，成立东方和新华两个三级医院医疗集团，加上淮南朝阳医院（三级医院）、淮南新康医院（相当于三级医院）、淮南济民医院等

社会办医床位数占比约占全市总床位的 51%以上，多元化办医格局基本形成，但基础设施条件和管理水平需要进一步改善。

2、卫生资源利用效率不高与浪费的现象并存。卫生计生行政部门缺乏对卫生资源宏观调控手段，难以形成区域内卫生资源的合力优势。社区卫生服务机构与综合性医院之间，尚未建立起良性循环的双向转诊机制。政府公立卫生机构投入不足，基础设施和医疗器械等设备陈旧落后，发展后劲不足，缺乏市场竞争力。

3、防病治病任务繁重，公共卫生问题日益突出。我市虽然在防治传染病、寄生虫病、地方病等方面取得了显著成绩，但是，导致传染病流行的因素、人口老龄化、环境污染、流动人口日益增加等引发的公共卫生突发事件问题日益突出，具体表现在以下三个方面：1、疾病谱变化，慢性非传染性疾病(NCD)已成为严重威胁我市居民健康的主要因素，是造成居民死亡的主要原因；2、老龄化问题，老龄人口逐年增多已成为我市防病治病的新问题，截至 2015 年，全市 60 岁以上老人占人口总数的 18.5%，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，慢性病患者率和伤残率明显上升，老年医疗保健服务费用增长等等；3 部分病如病毒性肝炎、结核病、性病等发病率居高不下；意外伤害及中毒事件等时有发生；环境污染和不良卫生习惯对健康的影响越来越突出，肺癌、消化道肿瘤、心血管疾病和糖尿病等消化道疾病发病率呈上升趋势。

4、城镇化率不断提高，卫生服务能力总体不足。城市区户籍人口与周边县、区农业人口进城务工和子女就学等人口公共服务二元结构日益凸显。农民工及其随迁家属、子女进城尚未与城镇居民平等享受医疗、养老等基本公共服务问题显现。同时，随着

城市中小城镇快速发展，人口加速聚集市中心城区，医疗卫生资源供需矛盾将更加突出，扩大医疗卫生资源面临更大挑战。

#### **5、学科建设比较薄弱，卫生人才引进机制和培养体制不健全。**

我市学科建设缺乏系统性规划，政府资金投入不足，卫生科技还没有真正形成优势和特色，重点专业专科建设缺乏有力保障，发展速度较慢，创新后劲不足。同时，卫生队伍中，高层次人才较少，年龄结构、学历结构、专业结构不合理现象仍然突出。部分专业人才青黄不接，尤其缺乏较高层次的卫生管理、卫生经济、预防保健、全科医学等方面的人才和名中医药专家。人才引进机制和培养体制不健全，培养方式落后，学术梯队建设存在断层或后继乏人，且人才流失现象普遍。从学科发展上，专科发展相对较慢，省级重点专科仅 5 个，儿科、妇产、精神卫生、老年康复等专科仍较为薄弱，其他专科优势不明显。从中西医发展上，中医发展滞后、服务能力有待提升，中医药特色和优势有待进一步彰显。同时，基层医疗卫生机构专业卫生技术人员短缺，且层次不高，服务能力和专业水平远不能满足基层广大市民需求。民营医疗机构管理水平有待提升。慢性病、老年病等非传染病呈现逐年上升态势，且多数去二级以上医院就诊。

#### **6、信息化建设标准不统一，不能充分发挥信息资源共享优势。**

各级医疗卫生机构内部信息化建设因标准不统一，均由各单位自行建设，信息化发展不平衡，形成信息“孤岛”和“烟囱”，医疗卫生信息缺乏有效整合和共享利用。当前，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，为实现智慧医疗、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。

## 第五节 面临的形势

随着淮南市社会、经济发展必将带来新的卫生需求和卫生服务等问题，也创造出卫生事业新的发展空间。

### 一、总体发展要求

党的十八届五中全会提出“到二〇二〇年全面建成小康社会”。“没有全民健康就没有全面小康”，对医疗卫生服务体系的发展提出了更新、更高的要求。面对“十三五”时期卫生计生事业发展的新常态、新要求，要在“病有所医”上持续取得进展，健全医疗卫生服务体系、加快健康服务业发展，是推动实现全面建成小康社会宏伟目标，促进人的全面发展和社会和谐进步的必然要求。

### 二、“健康中国”带来了发展机遇

“十三五”时期是打造健康中国的重要机遇期。《健康中国建设规划（2016-2020年）》从大健康、大卫生、大医学的高度出发，以人的健康为中心，将“健康中国”战略与经济社会发展紧密融合，为卫生计生事业发展提升了战略定位、拓宽了发展领域，加快医疗卫生服务体系优化调整、拓展服务内涵，在推进健康淮南建设、提高全市人民健康水平上发挥促进作用。

### 三、综合医改提出了更高要求

“十三五”时期是深化医改的攻坚期。《安徽省人民政府关于印发安徽省深化医药卫生体制综合改革试点方案的通知》（皖政〔2015〕16号）对医改进行了全面的顶层设计，淮南市要确保各项改革措施尽快落地，解决公立医院无序扩张、公益性淡薄、基层机构发展滞后、健康保障缺乏合力等问题，需要进一步增强政府对医疗卫生资源的宏观调控能力，促进医疗卫

生资源合理布局，提高整体运行效率。

#### 四、经济新常态增强了发展迫切性

在经济下行压力较大的形势下，未来五年，淮南财政收入、城镇和农村常住居民人均可支配收入的增长速度仍将高于经济增长速度。在经济发展新常态下，医疗卫生服务体系发展必须认识新常态、适应新常态、引领新常态，加快发展动力转换和资源调整步伐，着力优化结构、增强动力、补齐短板、提高效率，以绿色为核心推动医疗卫生服务体系持续健康发展。

#### 五、社会、健康问题加重了供需矛盾

“十三五”期间，淮南老龄化加剧，“全面二孩”政策将进一步推动人口增长，人口发展的各种因素加重了卫生服务供给和卫生资源调整的需求。医疗保障制度逐步完善，保障水平不断提高，居民生活方式快速变化，高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病已成为主要的疾病负担等，对医疗卫生服务质量和需求量提出了更高要求，现有的卫生资源总量不能有效适应医疗服务需求量的快速增长。

#### 六、“互联网+”加速健康服务模式转变

随着信息化等新技术的快速发展，云计算、物联网、移动互联网、大数据等信息化技术的快速应用，在整合利用现有信息化资源的基础之上，实施智慧医疗、卫生健康产业双轮驱动互联网建设，为优化医疗卫生业务流程、提高服务效率及互联网智能管理提供了条件，也必将推动淮南医疗卫生服务模式和管理模式的深刻转变，使互联网+医疗卫生成为淮南卫生计生事业发展的重要战略选择。

## 第二章 总体思路及目标

### 第一节 指导思想和原则

#### (一) 指导思想

以科学发展观为指导，深入贯彻落实党的十八大和十八届五中全会以及习近平总书记系列重要讲话精神，按照“四个全面”战略布局，坚持创新、协调、绿色、开放、共享发展理念，科学研判形势，以群众健康需求为导向，推进健康淮南建设，深化医药卫生体制改革，实施智慧医疗、健康产业双轮驱动，实行医疗、医保、医药联动，推进医药分开，实行分级诊疗，着力构建功能完善、结构合理、层次分明、区域协调、运转有效、分工协作的新型医疗卫生计生服务体系，提高全市人民群众的健康素质，增进健康公平，为我市全面建成小康社会提供更加坚实有力的卫生计生保障。

#### (二) 规划原则

1. **政府主导，社会参与。**切实落实政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的作用，强化政府对医疗卫生的责任和投入，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，充分调动社会力量办医的积极性和创造性，引导社会办医向高水平、规模化发展，满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

2. **需求导向，优化配置。**围绕健康需求和解决人民群众主要健康问题开展卫生资源规划和配置，以调整布局结构、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。

**3. 资源调整，系统整合。**对我市现有卫生资源进行调整，盘活存量、发展增量、优化结构、补齐短板、突破瓶颈、协调发展，促进医疗卫生系统合作共享，注重发挥医疗卫生服务体系的整体功能，提高医疗卫生系统的协同性。

**4. 改革创新、模式转变。**以创新为动力，抓住主要矛盾，运用创新思维推动重难点问题的解决和医疗模式的转变，积极探索符合医改要求、市情发展，具有淮南市地方特点的符合全生命周期健康服务模式。

**5. 内涵发展，提升能级。**转变公立医院发展方式，合理控制公立医院床位规模，推动公立医院走向精细化的内涵发展之路。建设高水平区域医疗中心，提升县级医院医疗技术水平，加强基层医疗卫生机构能力建设，注重科研、人才、制度环境等软件建设和基础设施、设备等硬件建设，扩大优质卫生资源，提升全市医疗卫生服务能级。

**6. 公平可及，兼顾效率。**优先保障基本医疗服务的可及性，促进公平、公正。以基层为重点，注重医疗卫生资源配置与使用的科学性，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一。

**7. 层级分明，信息支撑。**充分考虑全市经济社会发展水平和医疗卫生资源现状，统筹不同县区、类型、层级的医疗卫生资源的数量和布局，分类制定配置标准，分层分类构建覆盖城乡的卫生服务体系。利用互联网信息技术，推广普及居民健康卡，推动智慧医疗、分级诊疗，提高专业公共卫生机构的服务能力和管理水平。

## 第二节 总体思路与布局

### 一、实行分类发展

**建立区域医疗（次）中心：**在急危病症、疑难重症诊疗、医学教育和科研领域发挥引领作用，鼓励设置具有市内一流水平的三级综合医院，引导现有二级专科和二级医院发展具有省内领先医疗技术水平的临床重点专科、特色专科。

**发展疑难诊疗中心：**具备区域内急危病症、疑难病症和科研教学辐射水平，鼓励以现有医疗资源为基础，发展高端医疗技术，新增资源向薄弱区域倾斜，使之具备市内一流水平的临床服务能力。

**扶持县（区）域综合医疗中心：**具备区域内整体综合性或专科性医疗服务水平的区域医疗（次）中心，引导卫生资源向薄弱区域和薄弱领域倾斜，增强卫生资源的综合服务能力，支持帮扶建立县（区）域综合医疗中心。

### 二、优化区域医疗中心布局

坚持统筹兼顾、分级规划、择优设置、辐射带动的原则，按区域地理位置和淮南经济社会区域发展现状，优化区域医疗中心布局，实施“123”区域医疗工程，将全市划分为：

**一个市级区域医疗中心：**以田家庵区为中心建设 1 个达到全省较高水平的市级区域综合性医疗中心，田家庵区以淮南市第一人民医院、淮南东方医疗集团、淮南朝阳医院和新康医院为依托，包含若干个相关特色专科的市级区域专科性医疗中心，向全市和周边地区提供紧急救援、疑难病症诊疗和专科医疗服务，在临床学科、人才培养、医学科研、教学等领域发挥引领作用。

**二个县域医疗次中心：**以寿县、凤台为次中心打造 2 个代表

本市较高水平的**县域**综合性或专科性医疗中心，寿县以寿县县医院和寿县中医院为依托、凤台以凤台县人民医院、凤台县中医院和凤凰湖医院为依托，向周边社区和乡镇居民提供急危病症、疑难病症诊疗和专科医疗服务，并承担基层社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院(室)的人才培养和医疗帮扶任务，提升**县域**优质医疗资源总量和水平。

**三个区域医疗基地：**以西部城区、山南新区和潘集区为医疗基地，西部城区以淮南新华医疗集团新华医院和淮南市第二人民医院为依托，山南新区以安徽理工大附属医院（淮南市立医院新建）和淮南市妇幼保健院（新建）为依托，潘集区以潘集区人民医院和淮南市新华医疗集团北方医院为依托，组建三个医疗基地向周边社区和乡镇提供较高水平的综合性医疗服务，打造优质医疗服务圈，完善基层医疗卫生设施布局，解决边远地区群众看病难问题。

### 三、健全区域公共卫生应急培训基地

建立淮南市区域公共卫生应急培训基地，依托淮南市120急救指挥中心设置全市卫生应急演练培训中心，负责承担全市各级各类医疗卫生机构的卫生应急专业知识和培训演练，指导各县区卫生应急准备工作。

## 第三节 规划目标

我市卫生事业发展的总目标是：以深化改革、整合资源、多元办医为动力，合理布局卫生资源，优化资源配置结构，增进资源利用效率，不断满足人民群众健康需求，构建与国民经济和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、密切协作的整合型医疗卫生服务体系。到 2020 年，基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，人民健康水平持续提升，医疗卫生服务可及性、服务质量、群众满意度和人均预期寿命稳步提高。到 2020 年资源要素配置指标主要如下：

表 1 2020 年全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）	5.50	4.72	指导性
医院（张）	4.35	3.79	指导性
公立医院（张）	2.05	1.75	指导性
其中：市办医院	1.20	1.05	指导性
县办医院	0.85	0.70	指导性
其他公立医院			指导性
社会办医院	2.30	2.04	指导性
基层医疗卫生机构（张）	1.15	0.93	指导性
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.50	1.77	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	2.60	2.11	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	0.85	0.71	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	2.00	1.38	指导性
医护比	1:1.25	1:1.2	约束性
市办及以上医院床护比	1:0.6	1:0.45	指导性
县办综合性医院适宜床位规模（张）	800	800	转型 200
市办综合性医院适宜规模章（张）	1000	1270	转型 270

注：市办包括地级市举办；县办包括县、区举办。

——其他主要健康指标

- 1、到 2020 年，人均期望寿命达到 76.8 岁。
- 2、到 2020 年，婴儿死亡率控制在 8‰以下。
- 3、到 2020 年，5 岁以下儿童死亡率控制在 10‰以下。
- 4、到 2020 年，纳入国家扩大免疫规划的疫苗接种率以乡镇为单位达到 95%以上。
- 5、到 2020 年，孕产妇死亡率控制在 18/10 万以下。

# 第三章 医疗卫生资源总体设置

## 第一节 医疗机构设置规划

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）。各机构按照市、县（区）、乡镇（街道）、村4个层级梯度配置，县（市、区）及以下机构设置，按照常住人口规模和服务半径合理布局。医院分为公立医院和社会办医院。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（区）办、市办两类。



（一）加强医疗机构分类管理。非营利性医疗机构在医疗服

务体系中占主导地位。主要承担基本医疗卫生服务。积极推进公立医疗机构产权制度改革，积极吸纳社会资金进入医疗服务领域。实现所有制实现形式多样化，鼓励各类医疗机构合作合并，组建医疗服务集团。

（二）综合医院的发展重点是提高服务能力、辐射能力和疑难病的诊治能力。规划设置三级综合性医院 6 所；二级综合性医院 12 所，以市第三人民医院为基础组建淮南太森龙湖明珠健康城护理院（淮南太森颐养健康护理院）。

（三）专科医院要突出专科特色，提高专科医疗技术水平。到 2020 年规划设置淮南市眼科医院、淮南市肿瘤医院、淮南市心脑血管医院、淮南市口腔医院、淮南市肛肠医院等 5 所专科医院。

（四）中医院要发扬传统医学的优势，走中西医结合道路。以淮南市中医院和寿县、凤台县中医院为基础，到 2020 年市中医院达到三级甲等医院标准、寿县中医院达到三级乙等中医院标准。

（五）大力发展社区卫生服务，健全社区卫生服务网络。城市以街道为单位设置社区卫生服务中心，原则上以社居委为单位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，可由二级以下医院或企业剥离医院诊所按规定设置，鼓励社会及个人通过招标方式参与社区卫生服务，依法准入。随着城区范围扩大，新建城区设置街道办事处，应同步规划建设社区卫生服务中心用房。在县、区政府所在地的镇，根据社区建设需要，参照城市社区卫生服务规模进行设置。

（六）各建制镇（乡）原则上设置 1 所政府办卫生院，乡镇卫生院以公共卫生服务为主，承担公共卫生的管理职能，综合提

供预防、保健和基本医疗等服务，重点加强产科、儿科、急诊、急救等服务功能，一般不得医院模式发展。县(区)政府所在地不增设卫生院，卫生院所在地不设村卫生室。中心卫生院应结合实际，在资源配置和功能上要求按一级医院发展。

(七) 各行政村原则上设置一所村卫生室，可由镇(乡)卫生院分设经营或联合经营，也可由个人申办，依法准入。主要提供常见病的初级诊治服务，并承担卫生行政部门的预防保健任务。乡镇卫生院对村卫生室在业务、行政、药品、财务 4 个方面实行统一管理。到 2020 年，实行镇(乡)、村一体化管理的覆盖率达到 100%以上的乡镇。未实行一体化管理的村卫生室，可按个体诊所审批设置。

(八) 改革卫生监督体制和预防保健体制。按行政规划设置卫生监督和疾病控制机构，市级分别设置市疾病预防控制中心和市卫生监督所，县各区分别设置县区疾病控制机构和卫生监督机构，在各级政府的领导下，和上级卫生行政部门的指导下，依法开展传染病、慢性病防治、公共卫生突发事件、救灾防病、卫生执法等工作。

(九) 加强职业病防治机构建设，提高我市职业病防治能力。规划建设市职业病防治院(所)，承担全市职业病诊断防治任务，负责收集有关流行病学调查资料、职业危害现状和人群健康资料，对发病规律和流行趋势进行分析，对医疗卫生机构放射诊疗设备防护安全、患者和公众的辐射防护情况进行监测，为制定出有效的防控措施提供依据。建立以淮南市职业病防治院(所)为主导，依托于淮南矿业集团职业病防治院、新集集团新康医院和凤台县

疾病预防控制中心为主要支撑力量的基本职业健康监护服务网络，完善职业病防治机构应急处置设施，进一步提高我市基层职业病防治院所的职业病防治能力。

（十）加强妇幼 计生保健机构建设，健全妇幼计生保健服务体系。推进妇幼保健和计划生育技术服务机构的资源整合，构建妇幼保健计划生育技术服务体系，改善计划生育机构基础设施、技术装备，规范服务环境和技术标准。按行政区划设置妇幼保健机构。市级妇幼计生保健机构 1 所，县区设置 8 所。市妇幼计生保健所为全市妇幼计生健康管理中心，主要负责组织监督检查培训指导等各项妇幼计生保健工作的开展；县区妇幼计生保健机构应强化保健功能，指导县区各级医疗机构做好妇幼计生保健工作，不再增设床位，2020 年寿县妇幼保健计划生育服务中心达到二级标准床位数达到 240 张。

（十一）到 2020 年，完成全市急救网络建设。规划建设淮南市 120 急救指挥中心，负责协调指挥全市的急救任务。市 120 急救指挥中心分别依托综合性医院，按行政区划下设 7 个淮南市 120 急救站，负责辖区急诊病人的救治任务。同时，不断加强急救站和基层急救队伍的建设，强化训练，规范运作，统一调配，科学管理，不断提高急诊病人的救治水平和应对公共卫生突发事件的能力。

（十二）健康教育机构设置：规划设置市级健康教育所 1 所，专门从事全市的卫生宣传、健康教育、管理和健康促进工作，各县区疾控机构应设健康教育科，普及疾病预防知识，增强群众健康和保健意识。

(十三) 采供血机构设置: 规划设置市中心血站 1 所。

(十四) 医学教育机构设置: 在淮南卫校的基础上与淮南职工大学组建淮南护理学院, 保留 1 所县级卫校, 承担全科医生培训和乡镇卫生院、村卫生室人员的继续教育工作。

(十五) 卫生信息服务机构设置: 组建淮南市卫生信息中心, 承担全市卫生计生信息服务和全市卫生计生信息网的技术管理。

## 第二节 床位配置规划

到 2020 年, 全市每千常住人口医疗卫生机构床位数达到 6 张。各县区按照床位配置标准(表 2), 合理配置各类医疗卫生机构床位数。原则上, 基层医疗卫生机构床位占当地总床位比例不得低于 20%, 社会办医院床位不得低于 40% (2015 年占比为 38.5%); 市域内的市、县办公立医院床位比例不得低于 35% (2015 年占比为 33.5%); 公立医院床位数(含妇幼保健院床位)占当地总床位比例不超过 40%。中医类医院床位数按照每千常住人口 0.55 张配置, 到 2020 年目标达到 0.53 张。

建立公立医院规模动态调整机制。实行公立医院床位规模分级备案和公示制度, 对超出规模标准的公立医院逐步压缩床位, 调整床位功能结构向医养结合、康复、教研、住院医师规范培训等转变, 或将部分病区社会化整体转型, 同时鼓励资源向基层、向农村延伸。对医院年病床使用率低于 90%, 或年平均住院日高于同类医院平均水平 20%的, 原则上不允许扩大床位规模。医院对院内各病区的病床使用率小于 80%, 或平均住院日高于同类医院同病区平均水平 20%的, 应将床位向高使用率、高周转率且病床短缺的病区调整。

表 2 淮南市每千常住人口床位配置标准

单位	2015 年	2020 年	备注
淮南市	4.72	5.50	二类地区
大通区	6.82	7.2	三类地区
田家庵区	10.55	12	三类地区
谢家集区	5.86	6	三类地区
八公山区	5.25	5.50	三类地区
潘集区	3.1	3.5	三类地区
毛集区	2.20	3.8	三类地区
凤台县	1.75	3.5	三类地区
寿县	1.91	4.7	三类地区

### 第三节 人员配置规划

到 2020 年，全市每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.32 人，其中中医执业类（助理）医师数达到 0.4 人，注册护士数达到 2.9 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，每万常住人口全科医生数达到 2 人，每千常住人口公共卫生人员数达到 0.83 人。

其中，医院人员配置要以执业（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。

各县区按照人员配置标准（表 3），加强卫生人才引进、培养，

使卫生人才规模与全省人民群众健康服务需求相适应，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。

表 3 淮南市每千常住人口人员配置标准

单位	2015 年		2020 年	
	每千常住人口护士数	每千常住人口执业（助理）医师数	每千常住人口护士数	每千常住人口执业（助理）医师数
淮南市	2.11	1.83	2.66	2.13
大通区	2.92	2.34	3.01	2.56
田家庵区	5.59	4.77	7.2	4.8
谢家集区	2.42	3	4.98	3.98
八公山区	2.46	2.17	2.8	2.17
潘集区	1.18	0.7	2.10	1.18
毛集区	0.85	0.64	1.75	1.44
凤台县	1.4	1.54	2.66	2.13
寿县	0.68	0.78	2.44	1.81

#### 第四节 人口健康信息化配置

到 2020 年，建立健全卫生计生信息化管理制度、规范标准和信息安全三大体系；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；参与建设全省统一的互联网“健康云”服务平台，实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理等六大业务应用系统的互联互通和业务协同；稳步推进智慧医疗建设项目，加快推进远程医疗等服务；积极推广居民健康卡，实现就医“一卡通”；推进分级诊疗体系建设，逐步建立跨行业健康大数据共享交换体系，实现“记录一生、服务一生、管理一生”的全人口、全生命

周期的精细化人口健康服务。

## 第五节 学科配置

制定临床重点专科建设发展规划，提高区域和基层的专科综合竞争力、科技创新能力和医疗技术水平。开展中医临床专科建设，推广应用中医药技术。以发展优质医疗资源为目标，加强对临床专科建设发展的规划引导和支持，发挥示范、引领、带动和辐射作用，提高全市医技水平，促进医疗服务体系协调发展。

加强重点学科建设，强化特色技术管理，以特色学科为龙头，以优势学科为重点，引进先进医学技术，力求技术上有特色、设备上有优势、人才上有梯队、发展上有后劲。全市医学重点专科根据学科调整、淘汰增补等需要，按照“依靠专家、择优遴选、公正合理、兼顾布局、科学决策”的原则，集中时间申报评审；经过市卫计委组织的专家认定，在学科管理、人才建设、科技优势、学科条件、教育培训、医疗质量和学科影响力等方面的综合实力，在我市同学科领域内应具有领先水平或有明显特色或优势，通过扶持和建设有望达到省内先进或省内领先以上水平。按临床类、医技类、公卫类设定专科，包括重点专科、重点培育专科、重点特色专科三个类别。

市级三甲医院建设一批具有核心竞争力的临床重点专科，实现专科能力均衡布局和协调发展；县级医院要提高县医院专科疾病诊治水平，减少县域患者外转率。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。我市计划在“十

三五”时期，申报省级重点专科6个、评审市级重点专科60个，将对医学重点专科在人员配备、业务发展、设备配置和科研项目开展等方面实行政策倾斜，同时核定目标任务。以大力推进我市医学专科发展，提升卫生科技创新能力，加快优秀卫生人才培养，提高医疗卫生服务水平和综合竞争力。

## 第六节 医疗设备配置

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。制定全市大型设备配置规划，加强大型医用设备规划和准入管理，严控公立医院超常规装备，严禁超越公立医院功能定位或疗效不明确、费用高昂的医疗技术、大型医用设备的引进和应用。适度放宽社会办医疗机构配置条件，预留社会办医院大型医用设备配置空间。

支持发展专业的医学影像和检验机构，逐步建立大型设备共用、共享、共管机制。建立市级区域医学影像中心、检验中心建设，推动服务“基层医疗卫生机构检查、医学诊断”的服务模式，提高基层医学影像服务能力。按照统一规范的标准体系，二级以上医疗机构检验对所有医疗机构开放，推进有条件的地区开展集中检查检验和检查检验结果互认。“十三五”期间，规划在淮南市中心城区建设1家区域医学影像中心和医学检验中心。

其他大型医用设备按照国家和省对各类医疗卫生机构相关建设标准配置，实行动态调整。

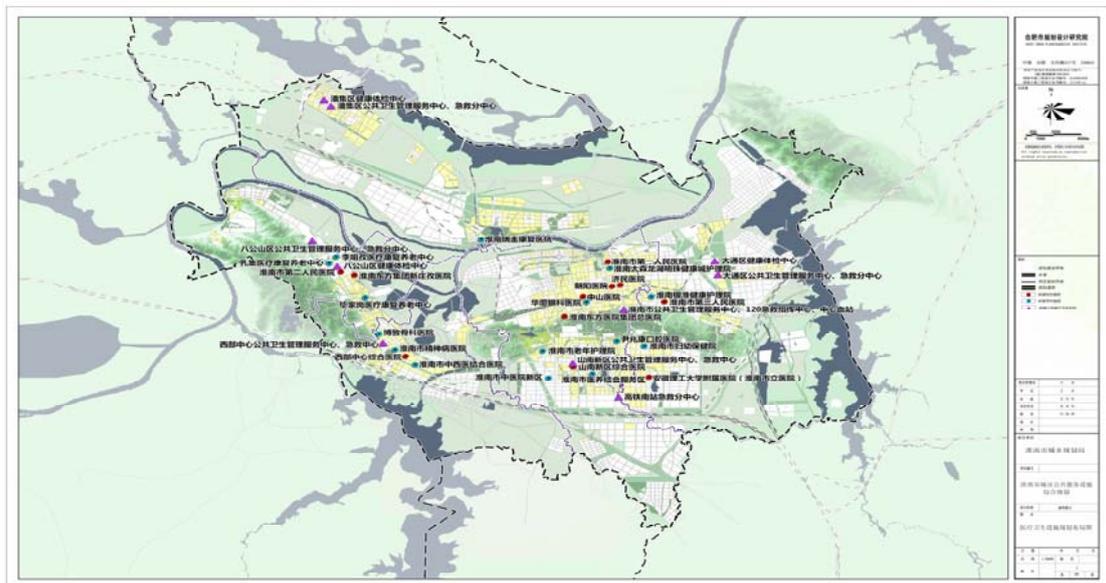
# 第四章 各级各类医疗卫生机构设置要求

## 第一节 公立医院设置要求

公立医院是医疗服务体系的主体，是公益性服务机构，在提供基本医疗服务、急危重症和疑难病症诊疗等方面发挥主力作用，同时承担医疗卫生机构人才培养、医学科研、医疗教学等任务，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。

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。

医疗卫生机构规划布局图：



## 一、县办医院

### （一）功能定位

县办医院是政府向县区内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体，主要承担县区内居民的常见病、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。

### （二）机构设置

在县区内依据常住人口数，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、中西医结合等，下同）。50 万人口以上的县可适当增加公立医院数量。

规划建设项目：寿县县医院：投资总额 1.8 亿元；凤台县人民医院：投资总额 1.2 亿元；寿县县医院肿瘤防治中心：投资总额 1 亿元；寿县县医院养生康复中心：投资总额 0.3 亿元；寿县中医院康复中心（含治未病中心、健康管理中心和影像中心）：投资总额 0.5 亿元。

县办医院规划建设项目表：

区划	项目名称	总投资(亿元)	规划床位(新增)
凤台县	凤台县人民医院	1.2	280
寿县	寿县县医院肿瘤防治中心	1	150
寿县	寿县县医院养生康复中心	0.3	50
寿县	寿县中医院康复中心	0.5	80

### （三）床位配置

以县域常住人口规模为主要依据，综合考虑县域内经济、社会、卫生等方面的实际状况，结合各地差异，合理配置县级公立医院床位规模。县办综合性医院新增后的单体（单个执业点）床

位规模一般以 500 张左右为宜，50 万人口以上的县可适当增加，100 万人口以上的县原则上不超过 1000 张。

## 二、市办医院

### (一) 功能定位

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

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。其中，市级原则上至少设置 1 个市办中医类医院。在市级区域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）。

市办医院规划建设项目表：

单位	项目名称	总投资（亿元）	类型
市第一人民医院	门急诊医技楼	1.47	新建
市第一人民医院	儿科中心暨内科综合楼	1.65	新建
市第一人民医院	新增 PET-CT 和大型医用设备	1.47	更新
市第一人民医院	肿瘤诊疗中心	1.25	新建
市第一人民医院	眼科医院	0.9	新建
市第一人民医院	全科医生临床培养基地在建	0.3	新建
市第二人民医院	市第二人民医院迁址新建	5	新建
市中医院	市中医院新建综合大楼	7	新建
市精神病院	市精神病医院改扩建	0.32	续建
市传染病院	市传染病医院改扩建	0.1	续建
市山南新区医院	市山南新区综合医院（心脑血管）新建项目	12	新建
合计		31.46	续建

### （三）床位配置

按照优化存量、突出重点、有序发展原则，市办综合性医院新增后的单体（单个执业点）床位规模一般以 800 张左右为宜。

#### 淮南市市办医院床位设置规划

机构名称	2015 年现状		2020 年规划
	开放床位数	在建项目新增床位数	规划编制床位数
淮南市第一人民医院	1270		1000
淮南市山南新区综合医院	1000		1000
淮南市第二人民医院	292		1000
淮南市第三人民医院	130		150
淮南市第四人民医院	200	220	420
淮南市中医院	156		1000
淮南市妇幼保健院	200	600	800
淮南市传染病医院	157		300
淮南市第五人民医院（潘集区人民医院）	226		600
淮南市第八人民医院（毛集区人民医院）	90		300
合计	3721	820	7170

### （四）人员配置

市办医院人员配置原则上床护比要达到 1: 0.6，医护比要高于 1: 1.25。

### （五）临床重点专科配置

坚持错位发展、特色发展、优质发展的原则，以临床重点专科发展引导医院内涵建设，盘活存量、优化结构，提高医疗服务水平和医疗质量，让人民群众在市内内就能享受到看得上、看得起、看得好的学科全面的优质医疗服务。

## 第二节 社会办医院

### 一、功能定位

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、老年护理等紧缺服务，对公立医院形成补充。

### 二、机构设置

鼓励社会资本以出资新建、参与改制、托管、公办民营等多种形式投资医疗服务业，优先发展社会资本举办康复医院、老年病医院、儿童医院、护理院等紧缺型医疗机构。支持社会资本举办非营利性医疗机构、提供基本医疗卫生服务。放宽对营利性医院的数量、规模、布局以及大型医用设备配置的限制。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。

社办医院规划建设项目表：

项目名称	总投资（亿元）	类型
淮南朝阳医院（贵州益佰制药）	10	扩建
济民医院综合大楼	2	新建
淮南东方医院集团凤台凤凰医院	3.5	新建
淮南东方医院集团总医院二期工程	1.4	扩建
淮南东方医院集团新庄孜医院外科大楼	0.8	扩建
淮南中山医院	2	新建
淮南华夏眼科医院	0.5	新建
淮南新康医院（上海阳光控股）	5	收购
合计	25.2	新建

### 三、床位配置

到 2020 年，按照全市每千常住人口医疗卫生机构床位数 1/2 比例为社会办医预留规划空间，同步预留诊疗科目设置和大型医用设备配置空间。

## 第三节 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。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。

（一）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。

（二）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。

（三）其他基层医疗卫生机构。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

（一）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，在每个乡镇设置 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。综合考虑城镇化、地理位置、人口聚集程度等因素，可以选择 1/3 左右的乡镇卫生院建设为中心乡镇卫生院。有条件的中心乡镇卫生院可以建设成二级综合医院或县办医院分院。市区一级和部分市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。

（二）村卫生室和社区卫生服务站。按照乡镇卫生院、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，合理确定其配置数量和布局。原则上每个行政村应当设置 1 个政府支持、实施一体化管理的村卫生室。

（三）个体诊所等其他基层医疗卫生机构。可不受规划布局限制，实行市场调节的管理方式。

## 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，在基层医疗服务能力提升的基础上，逐步扩大基层医疗卫生机构床位占比，到 2020 年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数占当地床位总数比例达到 20% 以上，重点加强护理、康复病

床设置。

#### 四、人员配置

到 2020 年，每千常住人口基层卫生人员数应达到省级标准，其中：乡镇卫生院公共卫生人员不得低于本单位专业技术人员的 25%，初步建立全科医生制度，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，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 名取得执业资格的乡村医生或执业助理医师执业。

#### 五、设备配置

基层医疗卫生机构设备配置应与医疗卫生技术人员的技术水平、开展的业务项目及工作量相适应，坚持功能健全、技术改善、能力提升、共用共享的原则，提高设备利用效率。

（一）乡镇卫生院、村卫生室设备配备。应符合相关乡镇卫生院和村卫生室设备配备标准，支持医疗服务能力较好的中心卫生院合理配置 CT、DR、彩超、腹腔镜、全自动生化仪等医疗设备。

（二）社区卫生服务中心、站设备配备。应符合原卫生部、国家中医药管理局《关于印发城市社区卫生服务中心、站基本标准的通知》（卫医发〔2006〕240 号）有关规定。

### 第四节 专业公共卫生机构

#### 一、功能定位

（一）总体功能定位。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，原则上由政府举办。

（二）县办专业公共卫生机构主要职责。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。

（三）市办专业公共卫生机构主要职责。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，统筹辖区内医疗卫生机构相关公共卫生工作技术指导等管理工作，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。

## 二、机构设置

（一）总体设置。专业公共卫生机构按照辖区常住人口数、服务范围、工作量等因素合理设置。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一个，县级以下由社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院（妇幼保健计划生育服务站）和村卫生室、计划生育服务室承担相关工作。

（二）疾病预防控制中心。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。

（三）综合监督执法机构。县级及以上政府根据工作职责，

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。

**（四）妇幼保健计划生育机构。**市办和县办妇幼保健机构与计划生育技术服务机构原则上予以整合，分别成立市办、县办妇幼保健计划生育服务中心，坚持临床和保健相结合。整合乡办计划生育技术服务机构与乡（镇）卫生院的妇幼保健职能。村级保留村卫生室和村计划生育服务室，共享共用。

**（五）血液机构。**市规划设置市中心血站 1 所，各县区按国家、省、市规划要求设置中心血库及单采血浆站。

**（六）专业精神卫生机构。**以市办专业精神卫生机构为主体、县办专业精神卫生机构和市（县）办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。

**（七）急救机构。**规划建设淮南市 120 急救指挥中心，负责协调指挥全市的急救任务。设置以市办急救中心为龙头，县急救中心和院前急救网络医院（中心卫生院）共同组建的急救网络，每个县区设置 1 个急救中心（站），并依托中心卫生院设置若干急救站（点）。建设完善覆盖全市的突发事件紧急医疗救护基地网络，设置市急救医学中心、市儿童急救中心，突发事件市级医学救援基地、核辐射应急救治基地、突发急性中毒救治基地、急性职业中毒救治基地和培训演练基地。

**（八）职防机构。**职业病防治机构。规划建设职业病诊断防治服务机构，建立起以淮南市职业病防治所为主导，依托于淮南矿业集团职业病防治院、新集集团新康医院和凤台县疾病预防控制中心为主要支撑力量的基本职业健康监护服务网络，并将其纳

入公共卫生服务体系建设。到 2020 年在我市 3 家职业病诊断机构基础上升级一家职业病诊断机构，扩大职业病诊断范围，使其能较全面地承担职业病诊断服务工作。“十三五”期间职业病防治目标是：

1、加强职业健康监护队伍建设。到 2020 年我市每 10 万劳动力人口配备职业病医师 2-3 人，职业健康检查人员每 10 万劳动力人口市级配备 6 人，县级配备 4 人。合理布局职业病健康检查机构，对接触职业病危害因素劳动者多、危害程度重的大型企业鼓励建立专业的职业病健康检查机构。

2、加强放射诊疗机构监督管理力度，提高职业病鉴定服务质量。加强对职业病鉴定工作的领导，提高职业病鉴定工作人员业务水平，简化职业病鉴定工作程序，优化流程，为用人单位和劳动者提供公平公正、便捷高效的服务；到 2020 年我市每 10 万劳动力人口配备放射卫生专职监管人员 30 人，完善监管体系的执法装备，提高放射卫生执法人员的素质，切实做到严格执法、科学执法、文明执法。对新建、改建、扩建放射诊疗设备的预评价和控制效果评价率达 100%，放射诊疗机构放射工作人员个人剂量计佩戴率达 90%；职业健康检查人员培训合格率达 95%，职业病诊断人员的培训合格率达 100%。每两年对放射工作人员进行一次放射防护知识培训，到 2020 年放射工作人员培训合格率达到 90%。

3、加强重点职业病监测工作。我市将接触煤尘（煤矽尘）、矽尘、石棉、苯、铅、噪声、布鲁氏菌、氨、CO、氮氧化物 10 种职业病危害因素所致的煤工尘肺、矽肺、石棉肺及石棉所致肺癌和间皮瘤、苯中毒及苯所致白血病、铅中毒、噪声聋、布鲁氏菌

病、氨中毒、一氧化碳中毒和氮氧化物中毒作为重点职业病监测项目。收集有关流行病学调查资料、职业危害现状和人群健康资料，对发病规律和流行趋势进行分析，为制定出有效的防控措施提供依据。

4、完成医疗机构医用辐射防护监测项目，对医疗卫生机构放射诊疗设备防护安全、患者和公众的辐射防护情况进行监测，为研究制订适宜的放射卫生标准和规范提供技术支持。通过对职业性放射性疾病监测与职业健康风险评估项目的实施，掌握我市医疗机构职业性放射性疾病的发病特点、规律和趋势，为制定职业性放射性疾病防治政策和修改国家放射卫生标准提供科学依据，最大限度地保护放射工作人员的职业健康权益。

5、加强对职业病防治院所能力建设的投入。市财政局每年拿出一定的经费用于政府举办的职业病防治院所的基本建设和设备购置等发展经费支出，在职业病健康体检及职业病病人治疗硬件设施上加大投入，完善职业病防治机构应急处置设施，进一步提高我市基层职业病防治院所的职业病防治能力。

**（九）健康教育机构。**规划设置市级健康教育所 1 所，专门从事全市的卫生宣传、健康教育、管理和健康促进工作，县各区疾控机构应设健康教育科，普及疾病预防知识，增强群众健康和保健意识。

**（十）医学教育机构。**建设淮南卫生学校职教园新校区，承担全科医生培训和乡镇卫生院、村卫生室人员的继续教育工作。

**（十一）信息服务机构。**建立淮南市卫计委信息中心，承担全市卫生计生信息服务和全市卫生计生信息网的技术管理。

专业公共卫生机构规划建设项目表:

项目名称	总投资(亿元)	类型
市妇幼保健院	3.33	新建
市120急救中心培训综合大楼	0.15	新建
市中心血站综合大楼	0.3	新建
淮南卫生学校职教园新校区建设	5	新建

### 三、人员设置

(一) 总体设置。各级各类公共卫生人才配备应满足工作需要,争取到2020年,每千常住人口公共卫生人员数达到0.83人。

(二) 疾病预防控制中心。原则上按照常住人口1.75/万人的比例核定全市人员总量,并结合地区实际合理核定。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%。

(三) 专业精神卫生机构。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。

(四) 妇幼保健计划生育机构。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应当不低于总人数的80%。

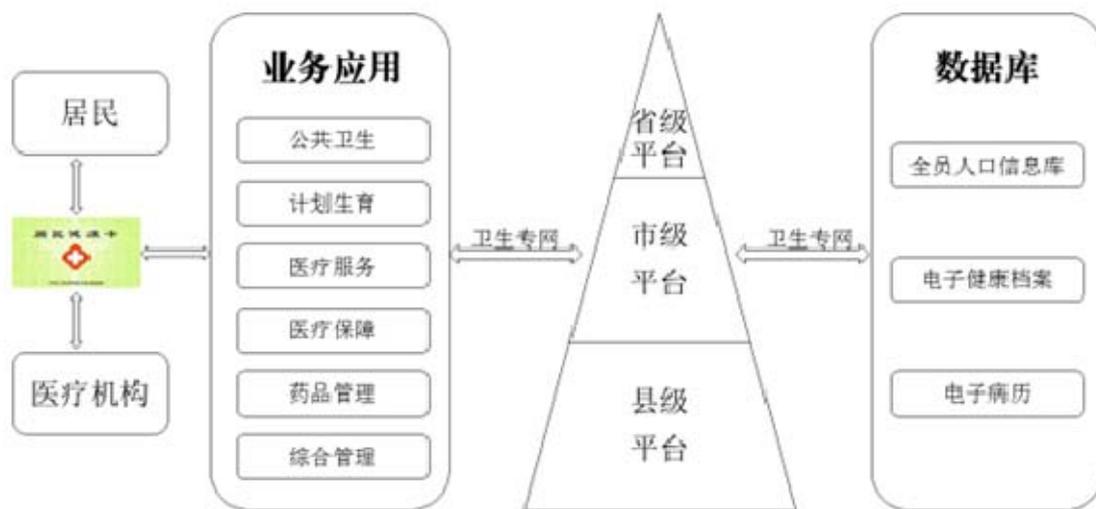
(五) 血站。根据年采供血等业务量配备卫生技术人员数量。

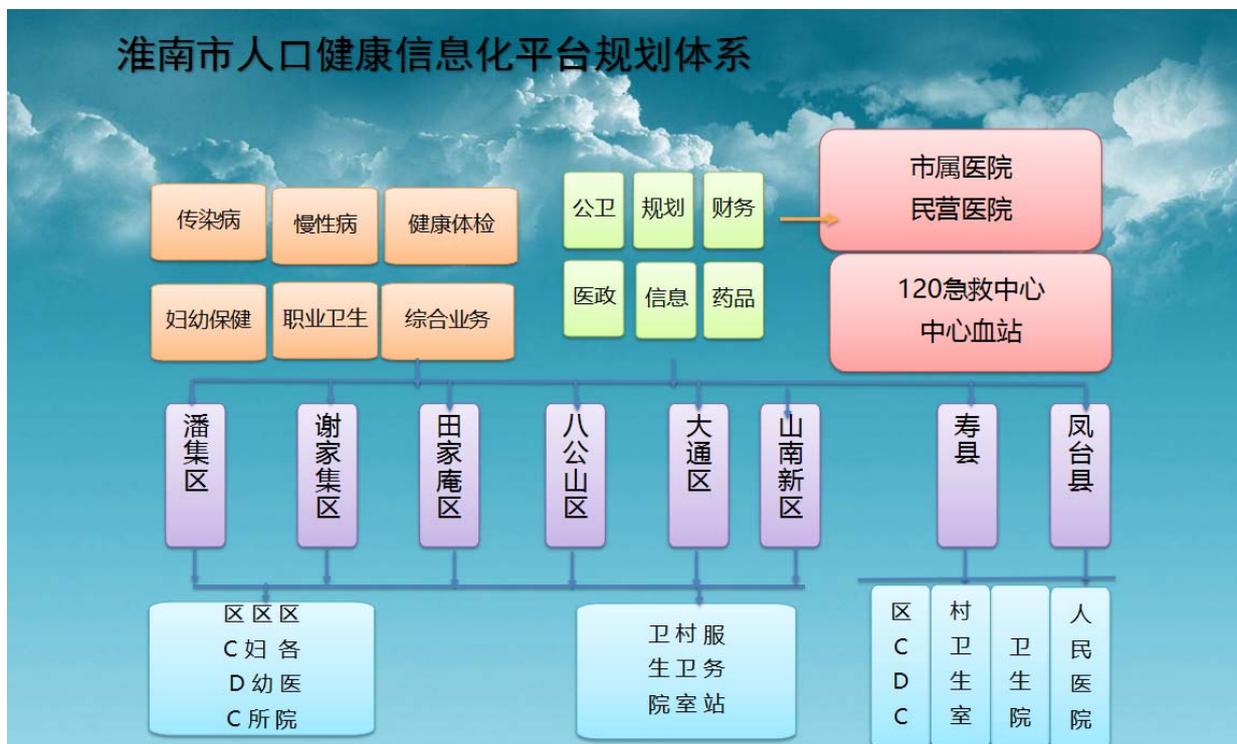
(六) 急救中心。根据服务人口、年业务量等配备人员数量。

# 第五章 人口健康信息服务体系

## 第一节 总体框架

以满足公众服务和行政监管需求为导向，建设地市和县、区级人口健康信息平台并与省级平台无缝对接，建立健全全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库，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，建立健全互联互通的人口健康信息服务体系，实现卫生计生一网覆盖、居民健康一卡通用、健康信息资源统一融合、健康数据共享交换。





信息化发展目标:

到2020年，建立健全卫生计生信息化管理制度、规范标准和信息安全三大体系；

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；

实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理等六大业务应用系统的互联互通和业务协同；

稳步推进智慧医疗建设项目，加快推进远程医疗等服务；

积极推广居民健康卡，实现就医“一卡通”；

推进分级诊疗体系建设。

## 第二节 动态人口健康信息化标准管理体系

建立健全适应医疗卫生行业发展需求，促进卫生计生科学发展，涵盖数据、应用、管理、安全等方面的人口健康信息化标准规范体系；完善全员人口信息、电子健康档案、电子病历数据标准和技术规范，统一建立人口健康数据元值域代码数据库，实现与相关业务领域信息标准协同；完善业务术语标准、各类数据集标准、统一接口标准，完善信息化标准应用管理工作机制，确保人口健康信息系统标准统一、有效互通和可持续发展。

## 第三节 人口健康信息平台

建设标准统一、融合开放、有机对接、分级管理、安全可靠的省、市、县三级人口健康信息平台。

### 二、市（县）级人口健康信息平台

联通区域内各类卫生计生机构的信息系统，以服务居民为中心，支撑六大业务应用，支持预约挂号、双向转诊、健康咨询等服务，实现电子病历与电子健康档案信息实时更新，满足居民查询个人健康档案需求。联通省级信息平台，满足跨区域业务协同需求。

## 第四节 数据库

全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库相对独立又相互关联，可对外授权实现部门信息共享，对内努力提升临

床和基础医学科学研究水平，实现信息资源综合开发利用和信息共享，支撑人口健康战略决策和精细化服务管理。

一、**全员人口信息数据库**。包含姓名、性别、现居住地址、户籍所在地、公民身份号码、出生日期、民族、婚姻状况、户口性质等基本内容，存储并建立全员人口注册和索引信息库，实现全员人口信息的实时动态管理。

二、**居民电子健康档案数据库**。包含居民人口统计学信息，家庭档案、个人档案、健康体检、孕产妇保健、婴幼儿保健、规划免疫、慢性病管理、传染病管理、社区康复、诊疗信息等内容，存储居民医疗服务结果记录的电子健康档案基本信息，提升公共卫生和基层医疗卫生应用服务水平，满足居民个人健康档案信息查询、增强自我保健和健康管理能力。

三、**电子病历数据库**。包含人口统计学信息、住院病案首页、住院入院记录、住院用药记录、出院记录、入院诊断和出院诊断、检查报告、检验报告等内容，存储居民检查检验结果、医学影像、用药记录等信息，实现医院内部信息资源整合和共享，提高医疗服务效率和质量，加强公立医院行为监管，体现公益性。

## 第五节 业务应用系统

统筹建设和深化涵盖卫生计生各项业务领域的公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理等六大重点业务应用系统，不断推动实现基本公共卫生服务均等化、人口与计划生育工作转型发展、医疗医保体系信息共享及药品供应保障的强化与及时监督；充分运用大数据、云计算、物联网、视联网、

智能卡等新技术，实现分级管理，数据同步，协同应用，有效提升人口健康信息化业务应用水平。

一、**公共卫生业务应用系统**，包括疾病防控、健康教育、妇幼健康、食品安全、血液管理、综合监督、卫生应急决策信息系统，以及卫生计生门户网站和服务热线，实现分级管理、数据同步、协同应用，推动实现基本公共卫生服务均等化。

二、**计划生育业务应用系统**，包括计生站 HIS 管理系统、计划生育手术信息系统、妇女病普查管理系统、孕前优生评估管理等系统，具备出生人口信息采集、人员档案管理、计生的服务法规和计生政策查询、监测预警、流动人口服务管理等功能，推动人口与计划生育工作转型发展。

三、**医疗服务业务应用系统**，包括中西医电子病历、远程医疗（远程会诊、远程心电、远程培训等）、区域影像、区域检验、预约诊疗、医疗服务流程管理、医疗服务行为监管等功能，提高医疗服务质量和效率，保障医疗安全，方便群众看病就医。

四、**医疗保障业务应用系统**，包括医保资金结算、监管和统计分析等功能，实现医保管理经办机构网上实时监控，提供住院患者网上查询窗口，强化内部管理和外部监督，加强医保业务运行监控和信息决策支持，促进医疗、医保体系信息共享。

五、**药品管理业务应用系统**，建立医疗机构和公共卫生机构药品供应保障应用信息系统，支持基本药物管理和使用，支持药品、医疗器械招标采购、物流配送、使用管理，强化及时监管，提供库存报警和自动提醒功能，以及对药品批号和有效期进行管理和更新。

六、**综合管理业务应用系统**，对公共卫生、医疗服务、行业

管理等公共领域的大量数据进行综合分析，提升医疗卫生行政管理部门的财务管理水平，加强卫生数据的统计与分析利用，实现对各级各类卫生计生机构业务工作、财务管理、内部运行的精细化管理，有效支撑卫生计生战略决策和政策规划。

## 第六节 居民健康卡

依托人口健康信息化平台，构建淮南市“居民健康卡”就医一卡通应用信息系统，建设覆盖市卡注册管理中心（行政管理机构）、各级医疗卫生机构、制卡机构以及银行间的居民健康卡专网，建立健全居民健康卡卡管系统和居民健康卡密管系统，改造卫生计生机构信息系统；以居民健康卡为联结介质，依托人口健康信息平台，有效共享全员人口信息、电子健康档案、电子病历信息。坚持居民健康卡的专属、通用、交互和开放功能，实现居民身份识别、基本健康信息存储、跨地区、机构就医和费用结算，促进居民个人电子健康信息动态实时更新，强化个人健康与疾病监测的管理，构建优化、规范、共享、互信的诊疗流程，方便居民享受连续、高效、便捷的卫生计生服务。

市民通过“居民健康卡”，去市内任何一家医疗机构就医，医生可从健康医疗大数据中心调阅市民的健康档案数据（包括每天的血压、体温、活动量等），结合电子病历相关数据，以辅助医师诊断及治疗。市民还可以根据“居民健康卡”在健康门户网站或者移动终端上，查询到自己的健康档案数据，做好自我健康管理，实现跨机构、跨区域医疗卫生信息共享和卫生信息化直接服务群众的目标，促进卫生计生、精准扶贫、金融事业、服务民

生的融合发展。

## 第七节 远程医疗

丰富远程医疗技术服务应用，在省级医院建立病理、质控和影像中心；县级医院建立心电、生化、影像中心。整合现行以各省级医院为主体的远程会诊系统，建设完成以政府为主导的标准统一、互联互通、资源共享、安全实用的远程会诊平台，为人民群众提供远程影像诊断、远程心电诊断、远程病理诊断、远程教育等远程医学服务，实现群众在基层医疗卫生机构通过网络即可享受高端优质资源的医疗卫生服务，进一步缓解“看病难、看病贵”。

## 第八节 医院信息化

深入推进医院信息化建设，统一医院信息化功能规范和信息标准，继续推广以 HIS、LIS、PACS 为主体的医院基础信息管理系统，建设基于电子病历的医院信息平台，新建或改造医院业务应用系统，功能涵盖电子病历、临床路径、诊疗规范、药品管理、医药价格管理、绩效考核、综合业务管理等内容；初步形成基于医院信息平台覆盖所有业务和管理的完整一体化医院信息系统，实现政府组成部门对医院运营的动态监管和实时监测。

## 第九节 人口健康信息化创新

### 一、探索建立“云中心”服务模式

推进“互联网+、大数据、云计算”等新技术应用，大力发展以互联网为载体、线上线下互动的创新服务。以租代建，与运营

商合作建立市级医院云医疗中心，统一版本，制定标准化的流程，统一开放县级医院使用。信息化水平较高的医院暂时保留原有系统，信息化水平较低的医院、准备更换系统的医院、与系统开发商合作不畅的医院先行使用，逐步推广替换。继续探索建立全省影像检验云中心、慢病管理云中心。

## 二、鼓励信息产品创新应用

以物联网和穿戴式智能终端为重点，推进物联网应用示范和穿戴式智能终端应用。鼓励大型厂商研究发展物联网产品和穿戴式智能设备，先行选择部分医院为试点，深入推进物联网在试点医院的临床应用建设，推进穿戴式智能医疗设备的快速发展应用，促进传感器等技术与信息化的深度融合。通过示范引领，使群众足不出户即可享受到“看得见、摸得着”的健康服务。

## 三、推进智慧医疗

根据省人口健康信息化建设相关标准、规范和制度文件。建立健全适应卫生计生科学发展，涵盖数据、应用、管理、安全等方面的人口健康信息化标准规范体系。继续推进淮南市智慧医疗建设项目，建设智慧医疗数据中心，实现网上就诊、资源共享，线上线下互动的创新服务。力争在2017年底全面上线，实现大数据+医疗的完美结合。在此基础上，将全面深化健康医疗大数据在各个领域应用，同时将通过“互联网+健康医疗”，探索服务新模式、培育发展新业态，带动城市健康医疗大数据产业，推动卫生事业和中医药发展。逐步建立淮南市统一权威、互联互通的人口健康信息平台。

2016年12月29日，淮南市召开“淮南市智慧医疗（健康医疗大数据）平台上线新闻发布会暨启动仪式。以全员人口信息、

电子健康档案和电子病历三大数据库为基础，公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理六大业务应用为重点，按照 PPP 模式投资、建设和运营的淮南市智慧医疗（健康医疗大数据）平台上线。

淮南市健康医疗大数据中心设置在中国移动（安徽）大数据中心内，机房总面积 1000 余平米，目前已到位服务器 160 台，存储器 13 台，安全设备 20 台。同时，为实现互联互通，建设了高速的卫生信息专网，目前已铺设至市区、潘集区、山南新区、凤台县卫计委新农合管理中心等各级医疗卫生机构。未来数据中心在保证高度信息安全的前提下将存储淮南市 380 万人口的全生命周期所有诊疗数据、电子病历和健康档案数据。整合居民从出生至老年各个阶段的健康记录，将分散在各医疗机构的“孤岛”变“共享”。通过数据中心、专网和平台的全面建设，将大大缓解老百姓看病难、看病贵的问题。

依托智慧医疗平台，探索利用新技术提升人口健康信息化水平。探索利用“互联网+、大数据、云计算、物联网、3D 打印”等新技术在人口健康信息化方面的应用，提升人口健康信息化建设水平。积极建立淮南市医疗云、影像云建设，开展分级诊疗（区域双向转诊）、区域影像中心、区域检验中心、慢病管理示范中心、城市健康生活 e 站等区域化新型医疗服务模式，以居民健康需求为导向，通过智能化的方式，将与医疗卫生服务相关的人员、信息、设备、资源连接起来，通过良性互动，使居民人人都能享受最优化的医疗卫生和人口健康信息化服务。

## 第六章 服务体系的整合和协作

以提升分级诊疗服务能力为目标，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，逐步实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动，为群众提供系统、连续、全方位的医疗卫生服务。

### 第一节 医疗机构的整合与协作

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，健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制。充分利用信息化手段，促进优质医疗资源纵向流动，建立医院与基层医疗卫生机构之间共享诊疗信息、开展远程医疗服务和教学培训的信息渠道。

#### 一、不同层级医疗机构之间的整合与协作

市三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务，重点发挥在医学科学、技术创新和人才培养等方面的引领作用，逐步减少常见病、多发病复诊和诊断明确、病情稳定的慢性病等普通门诊，分流慢性病患者，缩短平均住院日，提高运行效率。城市三级中医医院充分利用中医药技术方法和现代科学技术，提供急危重症和疑难复杂疾病的中医诊疗服务和中医优势病种的中医门诊诊疗服务。

市二级医院主要接收三级医院转诊的急性病恢复期患者、术

后恢复期患者及危重症稳定期患者。鼓励医疗资源丰富地区的部分二级医院转型为慢性病医疗机构。

县级医院主要提供县域内常见病、多发病诊疗，以及急危重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务。

基层医疗卫生机构和康复医院、护理院等为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。

控制公立医院普通门诊规模，支持和引导病人优先到基层医疗卫生机构就诊，由基层医疗卫生机构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。探索县域一体化管理。鼓励公立医院通过技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，帮扶基层医疗卫生机构提高服务能力和水平。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。

## 二、中西医之间的整合与协作

坚持中西医并重方针，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。加强中西医临床协作，统筹中西医资源，提升基层西医和中医综合服务能力，力争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。

## 三、公立医疗机构与社会办医之间的整合与协作

加强社会办医疗机构与公立医疗卫生机构的协同发展。社会

力量可以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。鼓励社会力量举办中医类专科医院、康复医院、护理院（站）以及口腔疾病、老年病和慢性病等诊疗机构。鼓励药品经营企业举办中医坐堂医诊所，鼓励有资质的中医专业技术人员特别是名老中医开办中医诊所。允许医师多点执业。支持社会办医疗机构加强重点专科建设，引进和培养人才，提升学术地位，加快实现与医疗保障机构、公立医疗机构等信息系统的互联互通。

#### **四、建立双向转诊服务管理规范**

建立以覆盖主要常见病、多发病为重点的转诊指南，明确各层级医疗卫生机构诊疗目录、转诊指征和用药目录。各级医疗机构按照《安徽省分级诊疗管理规范（试行）》，坚持尊重病人就医习惯和就近便捷原则，选择多家定点转诊医疗卫生机构，签署转诊服务协议，并设置或指定专门机构，确定专人，负责转诊管理，提供预约转诊、病案交接和协调医保经办机构等服务。上级医院应明确下转患者接续治疗、康复治疗 and 护理方案，建立定期随诊制度。加快建设区域统一的双向转诊平台，逐步实行网上预约转诊、病案传送，并与医保经办机构信息网络互连互通，提供便捷高效服务。

#### **五、推进基层服务模式改革**

针对慢病患者等重点人群推进全科医生契约服务，提供基本医疗、健康管理、转诊预约等服务。合理确定契约服务内容和费用，实行按签约人头付费，费用主要由医保基金、基本公共卫生服务经费承担，个人可适当分担。

## 第二节 专业公共卫生机构与医疗机构的整合与协作

建立专业公共卫生机构与医疗机构的联防联控机制。专业公共卫生机构负责对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展公共卫生服务进行指导、培训和考核，建立信息共享与互联互通等协作机制。专业公共卫生机构要主动与医疗机构做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的联控工作，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交给综合性医院或者专科医院开展，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。

医疗机构要在专业公共卫生机构指导下主动协作配合。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，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。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。发挥中医药在公共卫生中的作用，积极发展中医药预防保健服务。

建立社会力量参与公共卫生工作的机制。政府通过购买服务等方式，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。社会力量要加强自身管理，不断强化自身能力，与专业公共卫生机构密切合作，确保公共卫生工作顺利开展

## 第三节 医疗机构与养老机构的整合与协作

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。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老年病医院、老年护理院、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。支持有条件的养老机构设置医疗机构。依托淮南市第三人民医院和田家庵区组建淮南太森龙湖明珠健康城护理院（淮南太森颐养健康护理院）建设项目：投资总额5亿元。

积极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。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。

#### **第四节 区域医疗资源的整合与协作**

整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构和慢性病医疗机构开放。探索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，推动建立“基层医疗卫生机构检查、医院诊断”的服务模式，实现区域资源共享。加强医疗质量控制，按照统一规范的标准体系，二级以上医疗机构检验对所有医疗机构开放，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。

# 第七章 实施保障措施

## 第一节 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，有利于优化医疗卫生服务资源，推动医疗卫生事业转型升级，为人民群众提供更加公平可及的医疗卫生服务。要切实加强对区域卫生规划工作的领导，把区域卫生规划工作提上重要议事日程，列入政府的工作目标和考核目标，建立问责制。

### 一、落实各级政府责任

市级政府负责研究编制区域卫生规划和医疗机构设置规划并组织实施，重点规划市办及以下医院和专业公共卫生机构，将床位配置标准细化到县，并按照属地化原则，对本地市范围内的各级各类医疗卫生机构的设置进行统筹规划。

县级政府应当按照所在地市的区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，负责研究编制县域医疗卫生服务体系规划，合理设置辖区内的县办医院、专业公共卫生机构及基层医疗卫生机构。

各级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、明确相关部门协调协作

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、物价和中医药等部门要认真履行职责，协调一致地推进区域卫生规划工作。在卫生计生方面，要制订区域卫生规划和医疗机构设置规划并适时进行动态调整；在发展改革方面，要将

区域卫生规划和医疗机构设置规划纳入当地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；在财政方面，要按照政府卫生投入政策落实相关经费；在城乡规划管理方面，要依据依法批准的城乡规划审批建设用地；在机构编制方面，要依据有关规定和标准统筹公立医疗卫生机构编制；在人才队伍建设方面，要不断深化人事薪酬制度改革；在社会保障方面，要加快医保支付制度改革；在物价方面，要深入推进医疗服务价格改革；其他相关部门要各司其职，做好相关工作。

### 三、加大政府投入力度

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。切实落实对公立和社会办非营利性医疗卫生机构的投入政策。合理划分医疗卫生投入责任。各级专业公共卫生机构、公立医院、基层医疗卫生机构所需发展建设、人才培养、设备购置等支出主要由同级政府负担。

## 第二节 推进发展创新

深化医药卫生体制改革，实行医疗、医保、医药联动，推进医药分开，实行分级诊疗，建立覆盖城乡的基本医疗卫生制度和现代医院管理制度。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，促进医疗资源向基层、农村流动，提高服务质量和效率；全面推进公立医院综合改革，坚持公益属性，破除逐利机制，建立合理的补偿机制、科学的绩效评价机制和符合医疗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。鼓励社会力量兴办健康服务业，推进非

营利性民营医院和公立医院同等待遇。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。

### 第三节 加快人才发展

#### 一、加强卫生人才队伍建设

针对卫生人才缺乏的发展“瓶颈”，制订有利于卫生人才培养使用的政策措施，注重医疗、公共卫生、中医药以及卫生管理人才的培养。切实加强医教协同工作，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，加强人才培养的针对性和适应性，提高人才培养质量。

开展基础医疗卫生人才储备工程，以住院医师、专科医生规范化培训制度和全科医生培训制度为核心，建立基础医疗卫生人才储备培养机制，依托市级医疗卫生机构建立临床（公卫）培训实践基地，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，改革完善继续医学教育制度，建立健全人才培养绩效评价机制，提升卫生计生人才队伍整体素质。重点选拔、培养医疗卫生技术骨干及卫生青年领军人物等医疗卫生人才，形成一支医术一流、医德高尚、具有发展潜力的医疗、研究、预防医学领域的高层次人才队伍。

到2020年，基本建成院校教育、毕业后教育、继续教育三阶

段有机衔接的标准化、规范化临床医学人才培养体系。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。

## 二、推进人才使用制度创新

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、业务骨干和作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。

## 第四节 着力资源调整

### 一、加快“短板”医疗资源发展

加大对边远地区医疗卫生服务体系发展支持力度。对新建城

区、郊区、等薄弱区域，或社会资本投入不足的地区和领域，由政府有计划、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。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100%。新建居住区和社区按照相关规定保障基本医疗卫生设施配套。

## 二、优化公立医疗资源发展

合理确定区域内公立医院的数量和布局，优化调整公立医院布局和结构，强化医院“内涵”发展，把控公立医院床位规模、建设标准和大型设备配置，禁止公立医院自行举债建设和装备。

对于公立医院资源过剩地域，要从实际出发，基于结构和布局，积极稳妥地将部分公立医院转为康复、老年护理等接续性医疗机构或社区卫生服务机构。对超出规模标准的公立医院，则要逐步压缩床位，或鼓励向下延伸。

## 三、推进社会办医疗资源发展

鼓励社会力量举办各类医疗机构。放宽中外合资、合作办医条件。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。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，支持社会办医院逐步纳入医保定点范围，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。

## 第五节 卫生经费配置规划

卫生经费总量增长幅度不低于财政总支出的增长幅度；各级政府卫生计生行政部门及卫生执法监督机构履行卫生管理和监督职责所需经费由同级财政预算支出；政府举办的县及县以上的非营利性医疗机构补助不减，增加重点专科建设、重大维修、基本建设、大型设备、承担防保任务等项目的定项补助；加大医疗卫生经费投入；社区卫生服务组织及乡镇卫生院按照所承担的社区人口预防保健和最基本的医疗服务任务实行定额补助。疾病控制、妇保、血防、采供血机构、急救部门经常性补助水平应满足人员和业务工作的正常开支，对这些机构的设备购置和房屋维修由财政给予足额补助。卫生事业费在规划期内应向防保、社区、中医和农村适当倾斜。

## 第六节 强化监督评价

### 一、规范规划编制流程

切实加强对区域卫生规划工作的领导，把区域卫生规划工作提上重要议事日程，在编制区域卫生规划（医疗卫生服务体系规划）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。要综合考虑各方医疗资源，充分征求有关部门和社会各界的意见。要与新型城镇化以及区域发展布局相结合，做好与本体系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，各地可以在强基层的基础上，根据实际需要针对不同级别、类型机构床位的比例关系进行适当调整。县区区域卫生规划起草和论证完成后，须经市级卫生计生行政部门同意并报本地人民政府审批，确保规划的可行性、可操作性和权威性。区域卫生规划的周期一般为 5 年。

## 二、严格规划组织实施

区域卫生规划（医疗卫生服务体系规划）和医疗机构设置规划是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，无论何种资金渠道，必须符合规划的要求和程序。规划的实施坚持实事求是、因地制宜、逐步调整、循序渐进的原则。严格执行规划是各级卫生计生行政部门和医疗卫生单位的职责。

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 1200 张床以上公立医院，其床位增加须报省卫生计生委备案。对达到或超过 1500 张以上的，还须经市卫生计生委报国家、省卫生计生委备案（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，由市政府通报批评并报省备案，相关部门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。

## 三、严肃规划监督评价

建立区域卫生规划（医疗卫生服务体系规划）、医疗机构设置规划和资源配置监督评价机制，各级人民政府成立专门的评价工作小组，负责规划的实施监督和分期效果评价，及时发现实施过程中存在的问题，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、管理和保障规划的有效实施。将评价结果列入政府的考核目标，建立健全目标问责制。各县（区）政府和有关部门依照本规划，制订相应的实施意见和配套政策，确保规划的贯彻落实。