

陕西省医疗卫生服务体系规划及资源配置标准

(2016—2020 年)

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神，进一步优化我省卫生资源配置，提高医疗卫生服务质量和效率，增强卫生综合服务能力，根据《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020 年）》和《陕西省国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》，制定本规划。

第一章 规划背景

第一节 现状

一、医疗卫生服务体系状况。我省已建成了由医院、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。截至 2015 年底，全省共有医疗卫生机构 37030 个，其中医院 1014 所、基层医疗卫生机构 34098 个、专业公共卫生机构 1804 个、其他机构 114 个；卫生人员 349892 名，其中卫生技术人员 265381 名；床位数 220830 张。

二、卫生资源配置与利用情况。截至 2015 年底，每千常住

人口拥有医疗机构床位 5.82 张，执业（助理）医生 2.1 名，注册护士 2.75 名。2015 年共提供诊疗人次 1.75 亿人次，出院人数 622.51 万人，2010—2015 年医疗卫生机构总诊疗人次年均增长 4.08%，出院人数年均增长 11.2%。2015 年全省病床使用率为 76.47%、平均住院日 9.1 天。

三、居民健康状况。2015 年，全省人均预期寿命达到 75.7 岁，孕产妇死亡率 14.5/10 万，婴儿死亡率 6.75‰，5 岁以下儿童死亡率 8.55‰，居民健康素养水平 8.3%。

四、居民医疗卫生服务需求情况。2009—2014 年全省卫生费用年平均增长速度 18.3%。据第五次全国卫生服务调查显示，全省居民两周患病率为 21.4%；两周患病疾病分类前三位，城市居民为循环系统、呼吸系统、内分泌营养代谢，农村居民为呼吸系统、循环系统、消化系统。

第二节 存在的主要问题

一、卫生资源总量相对不足。全省每千人口的执业（助理）医师数比较低，床位数与执业（助理）医师数之比为 1：0.38，低于全国平均水平，医生日均担负住院床日达到 2.9，明显高于全国和东部地区。预计 2020 年我省人口达到 3870 万人，全省居民年平均就诊次数将超过 6 次，医疗服务供给与需求存在一定差距。

二、医疗资源分布和结构不合理。城市每千人口卫生技术人

员数 9.88 人、农村 4.98 人，城乡医疗资源和医疗服务水平差距明显。临床专业设置与需求不相适应，儿科病床及儿科医师数仅占总数的 7.56% 和 5.55%，每万人精神科床位数（1.5 张）远低于全国平均水平（2.4 张）。中医类机构基础设施和服务能力发展滞后，儿科、妇产、精神卫生、老年康复等专科需进一步加强，多元化办医格局尚未完全形成。

三、卫生服务利用效率不高。2015 年，我省医院病床利用率比全国平均水平低 2 个百分点，乡镇卫生院病床利用率不足 50%。全省平均住院天数高于国家卫生计生委提出的控制在 8 天以内的目标。各级医疗机构的功能定位未能有效落实，医疗机构之间分工协作机制仍不健全，优质医疗资源过度利用与浪费并存，整体性、联动性和协调性不足。

四、医疗卫生综合服务能力有待提升。部队医院和国家卫计委管理医院技术水平和影响力达到国家级区域医疗中心水平。市级医院数量多，但具备区域医疗中心实力的少。县级医疗技术水平较低，基层医疗卫生机构人才总量不足；全科医生进入渠道不畅，服务能力弱，健康守门员作用亟待加强。分级诊疗、分工协作和双向转诊机制尚未真正形成。

五、公立医院改革仍需进一步深化。稳定长效的投入机制尚未完全建立，医疗、医保、医药“三医联动”有待加强。医疗服务价格体系尚未理顺，以药补医没有完全破除，药品零差率销售补偿机制没有形成。现代医院管理制度没有建立，部分公立医院

单体规模过大，挤压了基层医疗卫生机构与社会办医院的发展空间，影响了医疗卫生服务体系整体效率的提升。

第三节 面临的形势和挑战

一、全面建成小康社会为医疗卫生事业发展奠定基础。到2020年，我省将同步够格全面建成小康社会。我省医疗卫生事业发展水平与人民群众健康需求之间的矛盾依然突出，贫困地区和经济困难群众还存在健康公平问题。医疗卫生事业发展必须以增进人民福祉为出发点和落脚点，提高服务效率，提升发展质量，在“病有所医”上持续取得进展，实现人人享有基本医疗卫生服务。

二、“健康陕西”建设为医疗卫生事业发展创造良好环境。“十三五”期间，我省将实施“健康陕西”战略，完善省级医疗服务功能，全面提高市级综合医院医疗水平，提高县级医疗机构诊疗水平，加强基层医疗机构标准化建设，加强疾病预防控制、妇幼健康、卫生应急救治、卫生监督四大体系建设，提高医疗卫生服务能力，为我省同步够格进入全面小康社会提供良好的人口环境和健康保障。

三、全面深化医改对优化医疗卫生资源配置提出新要求。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，充分发挥市场在资源配置中决定性作用，利用现代技术促进

优质资源的共享共用，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。

四、城镇化、老龄化和多重健康威胁叠加对医疗卫生服务提出新挑战。到 2020 年，我省城镇人口将达到 60%，65 岁以上老年人口比例达到 13%。城镇化和老龄化进程加快，使得医疗服务需求急剧增加，对医疗卫生服务体系和医保体系规划、资源配置优化提出了新要求。传统传染病防控形势依然严峻，新发传染病风险不容忽视，慢性非传染性疾病成为居民主要疾病负担，对卫生资源的布局、医学理念转变和健康产业战略发展方向选择提出新的挑战。

五、信息技术发展为健康服务模式转变提供了新机遇。云计算、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条件，也为转变医疗卫生服务模式、突破瓶颈制约、健全管理机制带来了各种可能。充分发挥信息化的基础保障和重要导向作用，强化精细服务和健康信息共享，推进医疗、医保、医药的精准管理和跨区域、跨部门业务协同，满足群众对健康服务的新需求，是医疗卫生服务体系建设的必然选择。

第二章 总体思路

一、指导思想

深入贯彻全国卫生与健康大会精神，坚持“创新、协调、绿色、开放、共享”五大发展理念，坚持正确的卫生与健康工作方针，围绕健康陕西建设，以提高城乡居民健康水平为目标，以改革创新为动力，以优化资源配置为核心，强基层、优结构、提能力，促进防治结合、医养结合、中西医结合，推动系统整合和优质资源持续下沉，加快转变公立医院发展方式，扶持引导社会办医有序发展，推进健康服务业和信息化建设，创新服务模式，提升服务效率和质量，逐步建立与全面建成小康社会相适应、符合我省区域地位与功能要求的医疗卫生服务体系，让广大人民群众享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。

二、规划目标

优化资源配置，统筹推进医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构建设，加强人才培养，完善保障机制，建成上下联动、衔接互补、城乡一体的医疗卫生服务体系，医疗卫生服务可及性、服务质量、服务效率和群众满意度显著提高，地区间卫生资源配置和人群间健康状况差异明显缩小，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。

2020 年全省医疗卫生服务体系资源要素配置主要指标

主要指标	2015 年现状	2020 年目标	指标性质
每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）	5.82	6.2	指导性
医院	4.82	5.1	指导性
公立医院	3.94	3.65	指导性
其中：省办及以上医院	0.47	0.5	指导性
市办医院	0.78	0.8	指导性
县办医院	1.66	2.0	指导性
其他公立医院	1.03	0.35	指导性
社会办医院	0.88	1.45	指导性
基层医疗卫生机构	0.94	1.1	指导性
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.10	2.5	约束性
每千常住人口注册护士数（人）	2.75	3.18	指导性
每千常住人口公共卫生技术人员数（人）	0.62	0.8	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	0.8	2	约束性
医护比	1 : 1.31	1 : 1.27	指导性
市办及以上医院床护比	1 : 0.59	1 : 0.6	指导性
县办综合性医院适宜床位规模（张）	—	500	指导性
市办综合性医院适宜床位规模（张）	—	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：省办医院指省政府举办的医疗机构；市办医院指市级政府举办的医疗机构；县办医院指县级政府举办的医疗机构；其他公立医院指部队医院、国有和集体企事业单位举办的医院；下同。

三、基本原则

坚持健康需求导向。以调整布局、优化结构、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。

坚持政府主导与市场调节相结合。强化政府规划、筹资、监管职责，维护医疗卫生的公益性。鼓励和支持社会办医，满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

坚持公平与效率统一。推进优质医疗资源下沉，增强基层服务能力，提高医疗卫生服务的可及性和公平性。注重医疗卫生资源配置与使用的科学性与协调性，避免重复投资和建设，全面推进分级诊疗，切实提高医疗卫生服务供给效率和质量。

坚持系统整合和分类管理相结合。按照属地化和全行业管理模式，统筹城乡、区域资源配置，统筹预防、医疗和康复，坚持中西医并重，发挥医疗卫生服务体系的整体功能。科学布局不同区域、类型、层级的医疗卫生资源，分类制订配置标准，促进均衡发展。

第三章 医疗卫生服务体系规划与资源配置标准

第一节 医疗卫生服务体系规划

全省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。各机构按省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）5个层级梯度配置。省级分区域统筹考虑，重点布局；市级及以下，按照常住人口和服务半径合理布局。

医院分为公立医院和社会办医院。公立医院分为政府办医院（根据功能定位主要划分为县办医院、市办医院、省办医院）和其他

公立医院（包括部队医院、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，分为公立和社会办两类。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）、社区卫生服务站（村卫生室、计生服务室）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。

专业公共卫生机构分为政府办专业公共卫生机构和其他专业公共卫生机构（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省办、市办、县办三类。县级以下公共卫生职能主要由公立基层医疗卫生机构承担。

第二节 全省医疗卫生资源配置标准

体系规划纲要（2015—2020年）》，结合我省卫生资源总量

依据《全国医疗卫生服务大、市级医院数量多、结构不合理等特点，本着“控制总量、盘活存量、优化增量、提升质量”的原则调整配置全省卫生资源标准，即适度控制资源总量，在目前基础上保持稳步增长；有效盘活存量，提高床位使用率、提升卫生技术人员整体素质，改善现有卫生资源利用效率；科学优化增量，根据各地区实际情况，通过科学测算进行新增医疗卫生资源的配置；提升医疗服务能力，提高服务质量。

三级医院数量规模扩张得到有效控制，诊疗病种和医疗水平与其功能定位相适应；二级医院服务能力明显增强；其他医院和基层医疗卫生机构服务效率显著提高，初步建立各有侧重、相互

衔接的分级诊疗模式。

适度压缩省办和市办医院中床位利用率低、技术水平不高、人力资源不足的公立医院的床位规模，致力改善患者就医环境、服务质量和科研教学条件。部分市办和二级医院可通过迁建、整合、转型、改制、重组等形式转为社区卫生服务中心及康复、老年医学、医养结合等卫生资源薄弱领域的专科医院和社会办医院。康复医疗机构主要承接急性期治疗后的康复病人，推进急慢分治的就医格局和缩短平均住院日。鼓励中心城区的二级医院或企业医院转为康复医院或将二级医院部分床位转为康复床位，加挂康复医院牌子。鼓励三级医院康复科与康复医院建立多种形式的指导协作关系。

通过加大各级政府投入和对口支援力度等方式，提高县办医院和基层医疗卫生机构卫生资源配置标准和服务能力。到 2020 年，医院床位使用率提高到 90% 以上，平均住院日降低到 8 天以内；基层医疗卫生机构床位使用率达到 70% 以上。产科、儿科、传染、精神卫生、康复等学科床位数分别达到床位总数的 10%、8.5%、5%、4.5% 和 3%。服务能力与人口结构和发病水平基本适应；通过鼓励引导社会办医的政策措施，提高社会办医在全省卫生资源配置比例。

第三节 市卫生资源配置标准

根据各市（区）现有卫生资源和经济、社会、人口、交通等

方面的实际状况，将全省 11 个市（区）医疗卫生资源分为三类，一类地区为医疗资源控制发展区，二类地区为医疗资源适度发展区，三类地区为医疗资源优先发展区。

西安、铜川为一类地区。医疗资源在该地区分布相对密集，基本饱和，未来严格控制该地区增设医疗机构，新建城区医疗机构发展尽量引导社会资金投入，对现有医疗机构的发展规模合理限制，补齐短板，调整医疗资源存量结构，发展专科医疗与特色医疗，发展速度控制在全省平均水平以下。

宝鸡、咸阳、汉中、延安、杨凌为二类地区。医疗资源在该地区分布尚未出现饱和，随着未来人口增长和经济发展，对现有医疗资源可在调整存量的基础上，科学、适度增加满足民众医疗需求的资源，发展速度与全省持平。

渭南、榆林、安康、商洛为三类地区。该地区医疗资源相对不足，未来应在科学优化的基础上新增满足民众医疗需求的资源，发展速度持续高于全省平均速度。

一、床位配置标准。

根据各地资源差异，在现有基础上，按照控制发展、适度发展、优先发展等策略对全省各市（区）区别制定出床位配置标准。各市（区）应结合当地实际，在强基层的基础上，参考全省指标研究制定本地区医疗机构床位层级设置。

各市（区）2020 年每千常住人口床位配置标准（张）

市（区）	2015 年	2020 年
------	--------	--------

西安市	7.31	7.38
铜川市	6.17	6.20
宝鸡市	6.14	6.15
咸阳市	5.72	6.00
渭南市	4.14	5.10
延安市	5.77	6.02
汉中市	6.10	6.12
榆林市	5.38	6.00
安康市	4.99	5.86
商洛市	4.99	5.86
杨凌示范区	5.51	6.05
陕西省	5.82	6.20

注：西安市床位含部队医院

二、人员配置标准。

根据各市（区）经济、社会、人口、患者就医流向、现有人力资源及 2020 年床位资源指标等方面的情况，参照《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020 年）》，区别制定出各市（区）每千常住人口执业（助理）医师数和注册护士数配置标准。

各市（区）2020 年执业（助理）医师和注册护士配置标准

市区	每千常住人口执业 （助理）医师数（人）		每千常住人口 注册护士数（人）	
	2015 年	2020 年	2015 年	2020 年
西安市	3.06	3.30	4.00	4.10
铜川市	2.55	3.03	3.55	4.00
宝鸡市	2.11	2.5	2.48	2.93
咸阳市	2.06	2.48	2.96	3.70
渭南市	1.44	1.79	1.79	2.18
延安市	2.00	2.46	2.78	3.15

汉中市	1. 67	2. 2	2. 16	2. 80
榆林市	1. 81	2. 32	2. 55	3. 10
安康市	1. 64	2. 12	2. 17	2. 69
商洛市	1. 54	2. 10	1. 70	2. 15
杨凌示范区	2. 50	2. 92	3. 94	4. 35
陕西省	2. 1	2. 50	2. 75	3. 18

注：医师、护士数字不含部队数据

第四节 信息资源配置

以服务群众和管理需求为导向，建成系统化、服务化、互联互通的人口健康化信息服务体系，实现“百姓一张卡，政府一张屏”目标。依托政务信息外网，构建与互联网安全隔离，覆盖省、市、县、乡、村，高效、安全、稳定的信息网络，省到市接入带宽不低于 500MB，市到县接入带宽不低于 200MB，县到乡镇接入带宽不低于 100MB，全省所有行政村卫生室利用村村通工程或无线网络线接入带宽不低于 10—20MB。省、市、县人口健康信息平台与各类卫生计生机构全面互联互通；全员人口信息、电子健康档案和电子病历三大数据库覆盖全省人口并实现信息动态更新，建立基础资源数据库和决策支持数据库。实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理六大类应用系统业务协同和信息共享。积极推进居民健康卡与社会保障卡等公共服务卡的应用集成，实现居民健康管理和医疗服务一卡通。消除数据壁垒，畅通部门、区域、行业之间的数据共

享通道，探索社会化健康医疗数据信息互通机制，推动实现健康医疗数据在平台集聚、业务事项在平台办理、政府决策依托平台支撑。加强深化医药卫生体制改革评估监测，健全医院评价体系，建立对医疗、药品、耗材等收入构成及变化趋势的监测机制，构建临床决策支持系统，支撑三医（医院、医保、医药改革）联动、分级诊疗、绩效考核、健康管理等服务。积极推动移动医疗、远程医疗服务等发展。建立完善人口健康信息化标准规范体系。加强信息安全防护体系建设，确保信息安全和个人隐私保护。

第五节 其他资源配置

一、大型设备。

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设备，逐步提高国产医用设备配置水平，降低医疗成本。加强大型医用设备规划和准入管理，严格按照《大型医用设备配置与使用管理办法》和全省大型医用设备配置规划配置大型医用设备。对社会办医疗机构配置条件适度放宽，预留一定配置额度予以支持。严控公立医院超常规和举债装备。对未经准入、无配置许可证的大型医用设备不予医保报销支持和价格政策支持。支持发展专业的医学检验机构和影像机构，逐步建立大型医用设备共用、共享、共管机

制。鼓励支持西安、宝鸡及其他有条件的地区建立区域医学影像中心，推动建立“基层医疗卫生机构检查、医院诊断”的服务模式，提高基层医学影像和检查检验服务能力。按照统一规范的标准体系，二级以上医疗机构的检查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。

二、技术配置与学科建设。

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，提高全省医疗技术水平，逐步缓解地域、城乡、学科之间的发展不平衡，促进医疗服务体系协调发展。省级三级甲等医院依托临床医学中心和重点学科建设，建设国内领先、具有一定国际知名度的临床中心和特色学科，建设现代化研究型医院，提升国际化服务能力；市级三甲医院依托临床重点专科项目，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，减少市域患者外转率；县级医院通过省县共建，从诊疗病种数与专科关键技术开展等方面强化临床重点专科建设，建立县级医院重点专科评审机制，提高综合服务能力，减少县域患者外转率。到 2020 年，新建 20 个国家级和 100 个省级重点临床专科，建设省级医疗保健基地，形成以省级重点专科为龙头，市级临床重点专科为主体，县医院临床重点专科为基础的全省临床专科体系。

第四章 各类医疗卫生机构

第一节 医 院

一、公立医院

（一）功能定位。公立医院是我国医疗服务体系的主体，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。

省办医院主要向省级区域内提供急危重症、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。

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。

县办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。

（二）机构设置。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。

1. 省办医院。严格控制三级综合医院数量和规模，原则上不再新建省办综合医院。重点加强专科医院建设。新建或改扩建1所省办传染病院、1所肿瘤医院、1所精神病院、1所康复医院、1所老年病院。加强紧缺科室建设，二级以上医院一律设立妇科、产科、精神科、传染科、康复科、老年病科。

陕西省省办医院布局规划（2016—2020 年）

医院名称	医院地址	目前 编制 床位	实际 开放 床位	十三五床位规划建议	2020 年 规划编制 床位
陕西省中医医院	西安市莲湖区西华门2号	1200	1015	改扩建、调整优化，床位控制在 1200 张以内。	1200
陕西省人民医院	西安市友谊西路 214 号	3500	2600	改扩建，优化调整，床位控制在 3000 张。	3000
西北妇女儿童医院	西安市雁塔路 1616 号	1200	826	曲江新区院区床位逐步开放，后宰门院区床位压缩至 200 张，总床位控制在 1200 张。	1200
陕西省肿瘤医院	西安市雁塔西路 309 号	850	840	改扩建、调整优化，将床位控制在 1000 张。	1000
陕西省第二人民医院	西安市尚勤路 3 号	350	400	拟改扩建为陕西老年病院，新增床位 50 张。	450
陕西省第四人民医院	西安市新城区咸宁东路 512 号	765	765	改扩建，内部调整优化布局，总床位控制在 800 张。	800
西安交通大学第一附属医院	西安市雁塔西路 277 号	2600	2506	重点发展国家确定的临床重点学科，床位控制在 2600 张。	2600
西安交通大学第二附属医院	西安市西五路中段 157 号	1650	1726	改扩建、调整优化，将床位控制在 2000 张。	2000
西安交通大学口腔医院	西安市西五路 98 号	76	76	重点提升口腔临床新技术、新方法应用开拓能力，不增加床位。	76
陕西中医药大学附属医院	咸阳市秦都区渭阳西路副 2 号	1200	1689	开放床位逐渐调整优化，控制在 1400 张。	1400
陕西中医药大学第二附属医院	秦都区渭阳西路 5 号	656	696	迁建门诊楼、住院楼、协同创新楼、专科楼，完成后床位增加到 800 张。	800

医院名称	医院地址	目前 编制 床位	实际 开放 床位	十三五床位规划建议	2020 年 规划编制 床位
延安大学附属医院	延安市中心街 43 号	1800	2493	开放床位逐渐调整优化，控制在 1900 张。	1900
西安医学院附属医院	西安市莲湖区沣镐西路 48 号	1200	745	改扩建，总床位控制在 900 张。	900
西安医学院第二附属医院	西安市灞桥区东郊纺织城东街	700	700	不再新增床位。	700
陕西省传染病院	西安市长安区太乙街道上湾村	800	800	改扩建、调整优化布局，床位控制在 1000 张。	1000
陕西省精神病院	在西安市区内选择一家基础条件较好的公立医院，通过改建方式建设省精神病院。				
陕西省康复医院	将西安博爱医院改建为陕西省康复医院。				

2. 市办医院。设置综合医院、中医院、妇幼保健院、传染病院、精神病院各 1 所，有条件的可建设肿瘤医院、老年病院等专科医院。加强儿科、产科、传染病科、精神、康复科等薄弱学科建设，增强对常见病防控和疑难危重症病人救治能力。常住人口超过 300 万的设区市可设置 1 所儿童医院。城市综合医院可根据医疗需求开设儿科门诊，需求较大的设置儿科病房。主城区设置 1 所市级综合医院，服务半径一般在 50 公里左右。新建城区、经济开发区、工业园区等新增服务人口达 80 万以上的区域，优先考虑依托现有市级综合医院设置分院或区级综合医院。

西安市要着力打造中西部医疗保健中心，医疗机构建设发展

预留空间可适当高于省内其他设区市，新增资源应以高、精、尖医疗技术为主，充分考虑需求量大但目前发展薄弱的学科，同时适当增加资源总量。其他设区市要适当控制新增医疗机构数量和规模，重点做好现有医疗资源结构调整，填补医疗卫生服务薄弱区域。

3. 县办医院。重点办好 1 所综合医院、1 所中医院和 1 所妇幼保健院。实施县级医院基础设施建设、人员培训、对口支援等项目，加强人才、技术、重点专科等核心能力建设，重点强化院前急救和儿科、妇产科、老年病科、预防保健科、传染病科、精神病科、慢性病科建设。每个县至少 1 所县级公立医院设置有病房的儿科，并根据实际需求合理确定床位数。人口超过 30 万的县，至少有 2 所二级甲等医院（含 1 所二级甲等中医医院）。

4. 单体规模。合理确定公立医院床位规模和建设标准，禁止举债建设，严格控制公立医院单体床位规模的不合理增长。省办综合医院床位数以 1000 张左右为宜，原则上不超过 1500 张；市办综合医院床位数以 800 张左右为宜，500 万人口以上的地市可适当增加，原则上不超过 1200 张；县办综合医院床位数以 500 张左右为宜，50 万人口以上的县可适当增加；其他公立医疗机构按照其功能定位和服务范围合理确定单体规模。

病床使用率低于 95%、平均住院日高于同类医院平均水平 20%、疑难重症患者比例及手术难度低于平均水平、床护比配置不达标的公立医院，不允许增加床位。病床使用率小于 80%、

平均住院日高于同类医院平均水平 20%、疑难重症患者比例及手术难度低于平均水平的公立医院，应减少床位编制。

各地应参考《2020 年全省医疗卫生服务体系资源要素配置主要指标》中各级公立医院床位指标，结合当地实际情况，研究制定本地区公立医院床位层级设置。每千常住人口公立医院床位数超过 3.15 张的设区市，原则上不再扩大公立医院规模。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。

（三）区域医疗中心。按照统筹规划、提升能级、辐射带动的原则，综合考虑医院的技术水平、地域分布等因素，结合辐射人口等因素，鼓励和支持一批医院建设综合性或专科专病区域医疗中心。

1. 国家级区域医疗中心。支持西安交通大学第一附属医院、第二附属医院和陕西省人民医院创建国家级综合性区域医疗中心，支持西安交通大学附属口腔医院、西北妇女儿童医院、西安儿童医院、陕西省肿瘤医院建设国家级专科专病区域医疗中心。支持陕西省中医医院创建国家级中医区域医疗中心。支持第四军医大学附属医院按照军队规划建设相关医疗中心，以西北为重点辐射区域，提供代表国家先进水平的疑难病症诊疗和专科医疗服务。

2. 省级区域医疗中心。以陕西省人民医院为龙头，支持延安大学附属医院、陕西省第二人民医院、第四人民医院和西安中

心医院、西安红会医院建设省级区域医疗中心，支持陕西中医药大学附属医院建设省级区域中医医疗中心，支持陕西省传染病医院建设省级区域传染病治疗中心，依托西安急救中心建设全省急救医疗服务中心。以全省和周边省市为辐射范围，向群众提供急危病症、疑难病症诊疗和专科医疗服务，并承担人才培养和医学科研任务。

3. 市级区域医疗中心。依托各市中心医院及技术力量强、影响力大的专科医院，在市级行政区域内设置市级综合性医疗中心和市级专科性医疗中心。市级医疗中心主要向所辖县（市、区）居民提供代表本地区高水平的综合性或专科性医疗服务，并承担基层卫生人才培养和一定的医学科研任务。

二、社会办医院

社会办医院是医疗卫生服务体系不可或缺的重要组成部分，是满足人民群众多层次、多元化医疗服务需求的有效途径。社会办医院可以提供基本医疗服务，与公立医院形成有序竞争；可以提供高端服务，满足非基本需求；可以提供康复、老年护理等紧缺服务，对公立医院形成补充。

按照每千常住人口 1.45 张床位为其预留规划空间。社会办医院在符合区域床位总量控制的前提下，机构数量与单体规模可以自主确定。放宽举办主体和服务领域要求，凡是法律法规没有明令禁止的，都要向社会资本开放。优先支持社会力量举办非营利性医疗机构。鼓励社会资本举办独立的区域医学检验、医学影

像、病理诊断等规模化专业机构。探索公立医院与社会资本合作模式，鼓励建设高水准医养结合社区，推进医、教、研、养、康一体化，打造辐射西北省区及“一带一路”沿线国家的高水平医疗中心。推动西安高新医院、西安长安医院、宝鸡高新人民医院做大做强，支持西安国际医学中心医院、沣东新城（国际）医院等非公立医疗机构建设。完善对社会办医疗机构的行业监管，将社会办医疗机构纳入统一的医疗质量控制与评价范围，探索建立负面清单和不良行为积分管理制度，健全社会办医疗机构退出机制。到 2020 年，社会办医疗机构床位数、诊疗量分别达到总量的 25% 左右。

第二节 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急危疑难重症病人。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（计生服务室）、医务室、门诊部（所）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、多发病的诊疗护理、康复治疗、中医治未病等

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周边区域内一般乡镇卫生院的技术指导。

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。

二、机构设置。

（一）乡镇卫生院。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，每个建制镇设1所标准化乡镇卫生院。综合考虑城镇化、地理位置和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，建设中心乡镇卫生院，建设1—3个区域重点示范卫生院。在每个街道办事处或每3万—10万居民规划设置1所社区卫生服务中心。对社区卫生服务中心难以覆盖的区域和新建社区，可由辖区社区卫生服务中心就近增设社区卫生服务站。

(二) 村卫生室。原则上每个行政村应当设置 1 所村卫生室，乡镇卫生院所在地的行政村原则上不设村卫生室。村卫生室和村计划生育服务室同时保留，共享共用。

(三) 其他医疗卫生机构。个体诊所等其他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。

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，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 1.1 张，重点加强护理、康复病床的设置。加强基层医疗卫生机构装备设备、信息化建设和养老功能基础设施建设。

第三节 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、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、出生缺陷防治等，下同），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、职业卫生机构、急救中心（站）、血站等，原则上由政府举办。

省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，开展区域业务规划、科研培训、信息管理、技术支撑以及对下级专业公共卫生机构的业务指导、人员培训、监督考核等。

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。

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。

二、机构设置。

专业公共卫生机构按照行政区划进行分级设置，综合考虑辖区常住人口数、服务范围、工作量等因素合理设置，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。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，10 万人口以下的县原则上只设 1 所公共卫生服务机构；乡镇卫生院、社区卫生服务中心必须内设公共卫生服务和计划生育服务（健康教育）机构，承担公共卫生、健康教育与促进、计划生育技术服务等职能，负责对辖区内社区卫生服务站、村卫生室工作的指导、考核。

专业公共卫生机构应当全面贯彻预防为主方针，转变卫生发展模式，完善疾病预防控制、妇幼健康、医疗急救、综合监督四大体系，加快形成大卫生格局。

（一）疾病预防控制机构。整合疾控机构资源，优化内设机构，加快推进“大疾控”形成。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，目前部分地区单设的专病预防控制机构，要逐步整合到疾病预防控制中心。按照“填平补齐”的原则，完成市、县级疾控机构业务用房和实验室建设，对疾控机构实验室仪器设备进行补充配置。不断提高各级疾病预防控制中心的实验室检测能力、流行病学调查能力、突发公共卫生事件应对能力和疾病预防控制能力，认真履行食品安全风险监测职责。到2020年，建成省级生物安全三级（P3）实验室、省疾控中心应急实验大楼和省传染病院；建成5个省级、10个市级综合医院感染疾病诊疗中心；100%的市级和90%的县级疾控中心达到国家标准；全省食源性疾病预防以县为单位覆盖率、报告率均达到100%。

（二）妇幼保健计划生育服务机构。省级可以分设或整合妇幼保健机构和计划生育科研机构，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应予整合，分别成立市办、县办妇幼保健计划生育服务中心；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。全面加强省级妇幼保健综合服务和计划生育技术科研能力建设，开展妇幼保健机构标准化建设，

提高危重孕产妇、新生儿疾病筛查和救治能力，建成以妇幼健康服务机构为核心、以城乡基层医疗卫生机构为基础，以各级各类妇产医院、儿童医院、综合医院为技术支撑的妇幼健康服务体系。完成西北妇女儿童医院基因检测示范中心、省妇幼保健院和西安市儿童医院二期工程、全省三级 127 个危重孕产妇和新生儿转诊救治中心规范化建设。

（三）医疗救治和卫生应急机构。急救网络体系以市办急救中心为龙头、县急救中心（站）为纽带、院前急救网络医院为基础共同组成。各设区市必须独立设置 1 个市级急救中心，覆盖不到的县级行政区设立县级急救中心（站）。急救车辆、设备等按照国家相关规定配置。加快推进急救体系标准化建设和卫生应急指挥决策系统建设，全面提升院前急救能力。到 2020 年，建设省、市、县、乡四级脑卒中、心猝死等绿色抢救体系、突发公共卫生和防控应急救治体系；建成 7 支省级应急救援医疗队；全省急救医疗服务水平达到全国领先、西部一流水平。

（四）精神卫生机构。建立以精神病专科医院为主，综合医院精神科（或心理治疗门诊）为辅助，基层医疗机构和精神疾病社区康复机构为依托的精神卫生防治服务网络。省级通过改建等方式，将适合条件的医疗机构调整转制为省精神卫生医院；各设区市至少建成 1 所市级精神卫生医院；服务人口多且市级机构覆盖不到的县可根据需要建设精神卫生专业机构，其他县至少在 1 所符合条件的综合性医院设立精神科。

（五）血站。省血液中心挂靠西安市中心血站，承担全省血液核酸集中检测、质量控制、技术指导、人才培训和信息化管理任务。每个设区市原则上只能设置 1 个血液中心（中心血站），血液中心和中心血站难以覆盖的县可以依托县办综合医院规划设置 1 个中心血库。脐带血造血干细胞库按照国家相关规定设置。开展全省采供血机构能力建设，完成省血液中心和各设区市中心血站、县级储血点基础设施改造，完善全省血液安全筛查实验室。

（六）综合监督执法机构。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设置，明确卫生计生综合监督行政执法工作任务。加强卫生计生综合监督执法体系建设，综合考虑辖区人口、工作量、服务范围和经济水平等因素，充实配备卫生计生监督执法人员，乡镇街道（卫生）计生办配备卫生计生监督执法人员。优化执法装备配置，完善执法技术手段，推进省级和市级监督机构业务用房建设，更新充实省、市、县三级综合监督机构现场检测、执法取证等设备，达到国家要求的规范化配备标准。到 2020 年，全省医疗卫生机构监督覆盖率达到 100%，小型集中式供水单位卫生监督覆盖率、学校卫生监督综合评价工作覆盖率和公共场所卫生监督量化分级管理率均达到 80% 以上。

第五章 卫生人才队伍

第一节 人员配备

到 2020 年，全省卫生计生人员总量达到 36.5 万人，其中卫生技术人员不得低于 75%；每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.5 人、注册护士数达到 3.18 人，医护比保持 1：1.27；城乡和区域医药卫生人才分布趋于合理，人才规模与群众健康服务需求相适应。

一、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。省办医院床位与工作人员比达到 1：1.6—1：1.7，教学医院达到 1：1.8 左右，床医比、床护比分别达到 1：0.6 和 1：0.7 以上，卫生技术人员中，副高以上职称和本科以上学历者分别达到 30% 和 70% 以上；市办医院床位与人员比达到 1：1.6 左右，床医比不低于 1：0.5、床护比不低于 1：0.6，卫生技术人员中，副高以上职称和本科以上学历者分别达到 20% 和 45%；县办医院床位与工作人员之比达到 1：1.5 左右，床医比不低于 1：0.4、床护比不低于 1：0.5，卫生技术人员中，副高以上职称和本科

以上学历者分别达到 15% 和 30%。边远县区可适当提高医师、护士配置比例。承担临床教学、带教实习、援外援藏、应急救援、医学科研等任务的医院可适当增加人员配置。中医医院中医药专业人员比例不低于 60%，综合医院按比例配备中医药人员，妇幼保健院应有 2—3 位中医药人员，每千常住人口中医执业（助理）医师数达 0.35 人。

二、基层医疗卫生机构。

到 2020 年，初步建立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，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。每千常住人口基层卫生人员数达到 3.5 人，每万名城市居民有 2 名合格的全科医生，农村居民每 3000 人至少有 1 名执业（助理）医师；原则上按照每千服务人口 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，边远贫困地区可以适当增配。鼓励有条件的地区优先配备具备中医技能的乡村医生。

三、专业公共卫生机构。

到 2020 年，每千常住人口公共卫生技术人员数达到 0.8 人，各级各类公共卫生人才满足工作需要。省、市、县疾病预防控制中心人员分别达到每万常住人口 0.15 人、0.35 人、1.25 人，其中专业技术人员占编制总额的比例不得低于 85%。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，执业（助理）医师数量按照每 10 万常住人口不低于 2.8 人配备。妇幼保健计划生育机构应根据当地服务人口、社会需求、交通状况、区域卫生计生事业发展规划以及承担的功能任务等合理配备人员，市、县、乡妇幼保健计划生育服务机构中卫生技术人员比例不低于 80%。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。急救中心人员数量应当根据服务人口、年业务量等进行配备。

第二节 人才培养

以素质提升为核心，以结构调整为主线，完善人才培养、吸引、使用、评价和激励机制，统筹各类卫生计生人才队伍协调发展。

加强医教协同，支持西北医科大学、陕西中医药大学建设和西安交通大学医学部、延安大学医学院发展，调整完善高等医学院校医药卫生专业设置，举办临床医学儿科、精神医学、全科医学方向专业，扩大妇科、传染科、公共卫生科、医学影像学、麻醉学、检验学等紧缺专业人才在陕招生规模，每年为陕西培养医学类本科及以上人才 1 万名左右，适应行业发展需要。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。基本建成院校教育、毕业后教育、继续教育有机衔接的规范化医学人才培养体系。

推进住院医师规范化培训基地、全科医师培训基地和公共卫生医师规范化培训基地建设,加强全科医生转岗培训、住院医师和公共卫生医师规范化培训、乡村医生在岗培训工作。将全科、儿科、精神科等紧缺专业人员和基层万名医生招聘人员、农村订单定向免费医学生等作为规范化培训重点,加强农村订单定向免费生就业安置工作,按政策落实免费医学生的编制和待遇,支持在岗乡村医生进入中、高等医学院校接受学历教育,选派具有执业医师或执业助理医师资格的优秀乡村医生到省、市级医院接受免费培训,建立农村和城市社区卫生计生技术人员定期进修学习制度,着力解决基层卫生技术人员短缺问题。

“十三五”期间,全科医生转岗培训2000人,农村订单定向医学生免费培养1200人,规范化培训住院医师5000人(其中规范化培训全科医生1500人),培训县级医院临床骨干医师2000人。培养100名达到国内领先水平的重点学科带头人和技术骨干、300名省级重点学科带头人和特色专科人才。

第三节 人才使用

从提升薪酬待遇、发展空间、执业环境、社会地位等方面入

手，调动广大医务人员积极性、主动性、创造性。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，按需设岗、按岗聘用、合同管理。完善岗位设置管理，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，专业技术岗位原则上不低于总岗位数的 80%，推行公开招聘和竞聘上岗。探索推进人事代理制度，推行医师多点执业。完善突出岗位职责、品德、能力、业绩、符合行业特点的人才评价机制。推进公立医院薪酬制度改革，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。探索公立医院院长年薪制，合理确定院长薪酬水平，与本院工作人员薪酬水平保持合理关系，院长年薪根据年度考核结果由同级财政兑现。公立医院在核定的绩效工资总量内自主分配，内部分配应向专业技术人员倾斜。允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励，实现同岗同酬同待遇。扩大卫生计生事业单位自主权，引进博士以上学历、副高以上职称专业技术人员和紧缺急需人才，可自主招聘，畅通高层次人才和紧缺急需专业人才引进绿色通道。积极引进海外高层次卫生计生人才，加大对高层次留学回国人才的支持，为回国人员创造较好的工作和生活条件。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。建立县级公立医院卫生技术人员评聘分开制度。完善基

层专业技术人员职称晋升优惠政策，对优秀的专业技术人才到基层卫生机构工作，可按照有关规定设置特设岗位。严格执行城市医生在晋升主治医师或副主任医师职称前到农村累计服务 1 年的制度。推行“万名医师支援农村卫生工程”。严禁非专业人员从事公共卫生专业技术工作，对现在专业技术岗位的非专业技术人员妥善进行调整。完善乡村医生聘用制管理机制。

第六章 加强功能整合与分工协作

整合各级各类医疗卫生机构的服务功能，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，着力为群众提供系统、连续、全方位的医疗卫生服务。

第一节 强化医防结合

贯彻预防为主方针，坚持防治结合、联防联控、群防群控，努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务。建立专业公共卫生机构与医疗机构的联防联控、信息共享和分工协作机制，重视重大疾病防控，优化防治策略，实施专病专策，共同做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病，结核病、艾滋病等重点传染病以及职业病、精神病等防治工作，最大程度减少人群患病。专业公共卫生机构要加强对医疗机构公共卫生工作的技术指导和考核督

查。综合医院及相关专科医院，要与专业公共卫生机构密切合作，承担辖区内相应的公共卫生任务和对基层医疗卫生机构的业务指导。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。充分发挥中医药在公共卫生中的作用，积极发展中医预防保健服务。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。把“以治病为中心”转变为“以健康为中心”，关注生命全周期、健康全过程，建立健全健康教育体系，推动全民健身和全民健康深度融合。

第二节 上下联动协作

建立不同层级医院之间、医院与基层医疗卫生机构之间的分工协作机制，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的分级诊疗模式和就医秩序。健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制，逐步实现“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的分级医疗服务。建立医保分级报销制度，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；逐步实现 90% 患者在县域内就疗的目标。

在确定分级诊疗病种、病种定额、医保报销比例等方面，实行同等级中医医院和综合医院同等标准、同等价格的政策。通过医疗联合体、县镇一体化和镇村一体化的形式，促进医疗资源下

沉，将公立医院的门诊向社区延伸。公立医院要设立全科医学科室，在全科医学体系内为转诊患者提供优先接诊、优先检查、优先住院服务。

每所三级医院要与 2—3 所县医院建立长期对口协作关系，每所二级医院要通过技术项目培育等方式支援 3 所乡镇卫生院，帮助其提高医疗水平和服务能力。推动全科医生、家庭医生责任制，逐步实现签约服务。充分利用信息化手段，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，形成优质医疗资源合理流动的长效机制，打造集预防、治疗、康复、保健等于一体的医疗卫生服务链。

第三节 坚持中西医并重

坚持中西医并重方针，完善中医药服务体系，推进中医药传承与创新，发展中医药健康服务产业，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，促进中医药医疗、保健、科研、教育、产业、文化“六位一体”创新发展。加强区域中医医疗中心和专科诊疗中心建设，推进中西医结合示范基地建设。发挥中医药在重大疾病、疑难杂症、慢性病诊疗和预防保健中的作用，加强中西医临床协作和科研攻关，推进中医药传承与创新。鼓励社会力量举办中医专科（专病）、康复、养老护理等医院（院、所）。

提升基层中医药服务能力，到 2020 年，基层医疗卫生机构

中医药服务量占总服务量比例提高到 30%。建设 3 个省级中医药基地、10 个中西医结合示范基地、10 个中医药特色康复和医养结合示范基地；80% 的市级中医医院和 85% 的县级中医医院分别达到三甲和二甲标准；所有社区卫生服务机构、乡镇卫生院和 75% 的村卫生室具备与功能相适应的中医药服务能力。支持北京中医药大学铜川孙思邈学院建设，将陕西中医药大学建设成为全国一流的中医药大学。推动陕西中医药在“一带一路”国家的海外发展。

第四节 促进多元化发展

引导社会力量增加医疗卫生资源供给，放宽市场准入、人才流动和大型仪器设备购置限制。有序发展和控制中心城区综合医院及其他医疗卫生机构的数量、规模，优先发展专科医院和短缺专业，加强社会办医疗机构与公立医疗卫生机构的协同发展，落实社会办医支持政策，加快形成多元办医、优势互补格局。下放社会资本举办医疗机构的审批权限，将 800 张床位以下的综合医院、300 张床位以下的专科医院（中医院）设置审批权限下放到设区市及以下卫生行政主管部门。支持通过股权、项目融资等筹集社会办医开办费和发展资金，鼓励和支持社会力量参与公共卫生工作；鼓励社会力量参与国有企业所办医疗机构等部分公立医院改制重组，或以合资合作方式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、妇产、老年病和慢性病等诊疗机构，建立区域性检验检查中心，进入接续性医疗服务领域；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；支持社会办医疗机构加强重点专科建设，引进和培养人才。

落实社会办医各项税收优惠，将符合条件的社会办医疗机构纳入医保定点范围，在行业准入、监督管理、重点专科建设、职称评定、学术地位、等级评审、技术准入等方面执行与公立医疗机构同等对待的政策。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。消除政策歧视，营造公平竞争的市场环境、产权保护的法治环境、宽松和谐的舆论环境，促进各类医疗卫生机构公平竞争、相互促进、共同发展。

第五节 大力发展健康服务业，促进医养结合

在切实保障人民群众基本医疗卫生服务需求的基础上，转变政府职能，加强政策引导，引导和支持健康产业加快发展，尤其要促进与养老、旅游、互联网、健身休闲、食品的五大融合。积极发展健康养老服务，推进医疗机构与养老机构等加强合作，发展社区健康养老服务，着力推动医养融合发展。充分发挥中医医

疗预防保健特色优势，全面发展中医药医疗保健服务，推广科学规范的中医保健知识及产品，打造富有陕西特色的中医药产业和服务品牌。强化科技创新引领产业绿色转型发展，培育健康服务业相关支撑产业，支持自主知识产权药品、医疗器械和其他相关健康产品的研发制造和应用。发展居家健康信息服务，规范网上药店和医药物流第三方配送等服务，推动中医药养生、健康养老、健康管理、健康咨询、健康文化、体育健身、健康医疗旅游、健康环境、健康饮食等产业发展，丰富健康保险产品，满足群众多层次、多样化的健康需求。

2020年，每县区建成2—3个医养结合示范养老院，健康服务业增加值占我省国内生产总值的比重达到4.8%，健康服务业全产业链占我省国内生产总值的比重达到10%，基本建立覆盖全生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务业体系。完成一批重点项目建设、打造一批健康产业集群、形成一批规模企业和知名品牌，使健康服务业成为推动我省经济社会发展的重要力量。

第六节 推进健康大数据应用和“互联网+”

利用互联网、物联网、云计算、可穿戴设备等新技术，积极做好健康大数据的应用，推动健康信息服务和智慧医疗服务。推进健康大数据在行业治理、临床科研、公共卫生、精细管理、绩效考核、科学决策等领域的应用。强化个人健康与疾病监测管

理、信息更新和卫生计生机构管理，推进预约挂号、分级诊疗、检查检验结果共享、防治结合、医养结合等服务，优化形成规范、共享、互信的诊疗流程，促进医疗服务方式转变、公共卫生和医疗协作，提升人口健康科学决策和精细化服务管理水平。逐步放开大数据应用范围，支持医疗数据信息产业的发展。积极鼓励社会力量创新发展健康医疗业务，促进健康医疗业务与大数据技术深度融合，加快构建健康医疗大数据产业链，不断推进健康医疗与养生、养老、家政等服务业协同发展。发展基于互联网的医疗卫生服务，支持第三方机构构建医学影像、健康档案、检验报告、电子病历等医疗信息共享服务平台，逐步建立跨医院的医疗数据共享交换标准体系。

整合线上线下资源，规范医疗物联网和健康医疗应用程序（APP）管理，大力推进在线预约诊疗、候诊提醒、划价缴费、诊疗报告查询、计划生育、药品配送、健康教育咨询、健康风险评估等便捷服务。以家庭医生签约服务为基础，激活居民电子健康档案应用，推动覆盖全生命周期的预防、治疗、康复和健康管理的一体化电子健康服务。大力推进面向基层、偏远和欠发达地区的远程医疗服务体系建设，引导医疗机构面向中小城市和农村地区开展基层检查、上级诊断等远程医疗服务。鼓励互联网企业与医疗机构合作建立医疗网络信息平台，加强区域医疗卫生服务资源整合，充分利用互联网、大数据等手段，提高重大疾病和突发公共卫生事件防控能力。积极探索互联网延伸医嘱、电子处方

等网络医疗健康服务应用。鼓励有资质的医学检验机构、医疗服务机构联合互联网企业，发展基因检测、疾病预防等健康服务模式。发展第三方在线健康市场调查、咨询评价、预防管理等应用服务，提升规范化和专业化运营水平。探索新型互联网教学模式和方法，组织优质师资推进网络医学教育资源开放共享和在线互动、远程培训、远程手术示教、学习成效评估等应用。

第七章 完善保障措施

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。全省各级政府要高度重视，切实加强组织领导，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，做好规划编制工作。市级政府要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，对本市范围内的各级各类医疗卫生机构的设置进行统筹规划，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各县。县级政府按照所在设区市的区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，制订县域医疗卫生服务体系规划，合理确定县域内医疗卫生机构的数量、布局、功能、规模和标准，设置辖区内县办医院、专业公共卫生机构及基层医疗卫生机构。各地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。

各地在编制区域卫生规划工作中，要根据群众健康需求，合理确定配置目标；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、移民搬迁以及区域发展布局相结合，做好与本规划及当地经济社会发展规划、城乡规划、土地利用总体规划、城乡公共服务设施规划（标准）等的衔接，合理控制资源总量标准及公立医院单体规模，合理安排用地供给。各设区市区域卫生规划起草和论证完成后，须经省级卫生计生行政部门同意并报本市人民政府审批，确保规划上下协调统一，增强可行性、可操作性和权威性。

二、建立协调推进机制。卫生计生、发展改革、财政、城乡规划、人力资源社会保障、机构编制和中医药等部门要认真履行职责，密切协作，协调一致地推进区域卫生规划工作。卫生计生部门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；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，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；城乡规划管理部门要按照依法批准的城乡规划审批建设用地规划许可证；国土资源部门要依据土地利用总体规划和相关用地政策审批建设用地；机构编制部门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。

三、创新体制机制。按照“保基本、强基层、建机制”的基本原则，统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制、支撑保障体系综合改革，努力在分级诊疗制度、现代医院管理制度、全民医保制度、药品供应保障制度、综合监管制度5项基本医疗卫生制度建设上取得突破。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。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，健全现代医院管理制度，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，逐步建立“总量控制、结构调整”的医疗价格动态调整机制。健全全民医疗保障体系，实施城乡居民大病保险制度，完善疾病应急救助制度和贫困人口医疗救助制度，加强与基本医保、商业保险和民政救助的衔接。改革医保支付方式，构建以总额控制为主，单病种、按床日付费、按人头付费等多种方式相结合的支付体系，有效控制医药费用不合理增长。全面开展异地就医结算，方便群众就医。推进药品分类采购、带量采购和医用耗材阳光采购，提高基本药物使用率，落实紧缺药、儿童药的用药保障。理顺药品价格，提高药品质量，确保用药安全。建立全行业、属地化管理体制，强化卫生计生行政部门医疗服务监管职能，所有医疗卫生机构均由卫生计生部门统一规划、统一准入、统一监管。

四、严格规划实施。及时发布机构设置和规划布局调整等信

息，鼓励有条件的地区采取招标等方式确定举办主体或运行主体，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 张床以上的公立医院，其床位增加须报省卫生计生委备案。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。

五、强化监督评价。省、市、县政府要建立督导、考核、评估机制，强化规划的编制和实施。要组织开展区域卫生规划实施和资源配置监督评价，细化实化评价指标，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。省级有关部门要加强对地方的支持和指导，开展联合督查，以推动规划落实。加强规划中期评估和期末评估，及时对执行效果进行论证，确保规划目标如期实现。