

运城市人民政府文件

运政发〔2023〕26号

运城市人民政府 关于印发运城市医疗卫生服务体系规划 (2023—2025年)的通知

各县(市、区)人民政府,运城开发区管委会,市直各有关单位:
《运城市医疗卫生服务体系规划(2023—2025年)》已经运城市人民政府第28次常务会议研究通过,现印发给你们,请认真贯彻落实。

运城市人民政府
2023年9月1日

(此件公开发布)

运城市医疗卫生服务体系规划 (2023-2025 年)

“十四五”时期是我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程的第一个五年，也是在全面建成小康社会基础上，迈入全面建设社会主义现代化国家的关键时期，运城市正处于转型发展、振兴崛起、全面提速的重要阶段，健康运城高质量发展也已进入关键时期。

为更好地满足全市居民多样化健康需求，持续提高人民群众健康水平，进一步优化医疗卫生资源配置，提高医疗卫生服务能力和资源利用效率，推动优质医疗资源扩容下沉、均衡布局，根据《全国“十四五”医疗卫生服务体系规划纲要》《山西省医疗卫生服务体系规划（2023-2025 年）》《运城市国民经济和社会发展规划第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》《健康中国·运城行动（2020-2030 年）》，结合运城市医疗卫生服务体系的现状，制定本规划。

一、规划背景

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻习近平总书记视察山西重要指示精神，深化供给侧结构性改革，优化发展格局，补齐短板，建设布局合理、运行高效的医

疗卫生服务体系，推进高质量发展，满足人民群众不断增长的多层次医疗卫生服务需求。

（一）发展现状

运城市总面积 14182 平方千米，下辖 1 区 2 市 10 县和 12 个省级开发区。2022 年，全市常住人口为 471.85 万人，老龄化率为（65 岁以上）14.13%，城镇化率为 50.93%。全市地区生产总值 2301.1 亿元，人均地区生产总值 48693 元，居民人均可支配收入 25474 元，居民人均消费支出 14358 元，城镇居民人均可支配收入 37479 元，城镇居民人均消费支出 17469 元，农村居民人均可支配收入 15267 元，农村居民人均消费支出 12073 元。

一是服务体系逐步完善，卫生资源配置率明显提高。截至 2022 年底，运城市共有医疗卫生机构 5435 个，其中医院 258 个，基层医疗卫生机构 5122 个（乡镇卫生院 133 个、分院 29 个、社区卫生服务中心 21 个、村卫生室 3324 个、社区卫生服务站 78 个，门诊部 53 个、个体诊所 1484 个），专业公共卫生机构 51 个（疾控机构 14 个、综合行政执法机构 14 个、妇幼保健机构 15 个、专科疾控防治机构 3 个、紧急医疗救援中心 1 个、中心血站 4 个），其他医疗卫生机构 4 个。全市共有编制床位 34351 张，各类卫技人员 35283 人，千人口床位数 7.28 张、千人口执业医师数 3.08 人，高于国家要求的 6.7 张和 3.04 人标准。

二是服务能力明显提升，卫生健康服务公平性可及性持续改

善。截至 2022 年底，全市三级医院共 10 所。13 个县（市、区）人民医院均达到国家县级医院综合能力提升基本标准，其中稷山县等 5 家人民医院达到推荐标准。全市县级医院共获评省级重点专科 28 个，位列全省第一。60 家基层医疗卫生机构达到国家确定的基本标准，17 家医疗机构达到推荐标准，基层医疗机构的服务能力和服务质量得到较大的提升。全市拥有 1 所三级中医医院，每个县（市、区）均有 1 所二级中医医院，基层中医馆覆盖率达到 100%。“互联网+医疗健康”智慧服务三级医院全覆盖、二级医院覆盖 90%。

三是健康水平显著提高，城乡居民健康福祉均衡普惠。截至 2022 年底，全市婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率分别控制在 4.7‰、5.71‰和 3.36/10 万，远低于国家要求的 5.25‰、6.5‰和 12.5/10 万标准，优于全国平均水平。人均预期寿命也得到稳步提高，主要是心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性呼吸道疾病等慢性病死亡率大幅降低。

（二）机遇和挑战

1. 发展机遇。一是全面建成小康社会和“健康中国 2030”为卫生健康事业发展提供新机遇，把人民健康放在优先发展的战略地位，为卫生健康事业发展指明了方向，提出了新的更高要求。二是打造晋陕豫黄河金三角高端医疗健康平台，以高水平建设省级区域医疗中心，建设“三省四市”区域卫生高地，为医疗卫生

事业发展注入了新活力。三是通过县域综合医改等一系列改革推动卫生健康治理体系和治理能力现代化，为医疗卫生服务体系进一步整合提供新动力。四是新冠病毒疫情推动公共卫生体系的变革，进一步加大公共卫生改革力度，补齐短板弱项，全面提升防控和救治能力。五是信息化建设等科技赋能，为卫生资源整合提质增效提供了新契机，为优化卫生健康资源配置、创新服务模式、提高服务效率、降低服务成本提供了有力支撑。

2. 面临挑战。“十三五”期间，全市医疗卫生服务体系发展取得显著成就，为全面建成小康社会奠定了良好基础。通过对“十三五”的发展现状进行分析，新时期运城市卫生健康事业发展依然面临诸多挑战。一是医疗资源分布不均衡，与经济区域发展战略不匹配，医疗资源利用率尚待提高。二是高端优质医疗资源不足，部分专科医疗资源尚需加强。三是医疗卫生服务能力、水平与人口结构、居民需求转变对医疗卫生资源配置提出的新要求不相适应。四是基层和公共卫生体系尚存在防治结合不紧密等短板和弱项，公共卫生执业（助理）医师数较少。

二、总体要求

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大精神，全面贯彻习近平总书记视察山西重要指示精神，坚定不移贯彻新发展理念，以推动高质量发展为主题，以深

化供给侧结构性改革为主线，以趟出转型发展新路为起点，以改革创新为基点，认真贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府的各项决策部署，准确把握国内外发展环境和条件变化，找准运城市在全国、全省发展大局中的历史方位，立足实际、扬长补短，坚持新时代卫生健康工作方针，坚持以人民为中心，积极融入新发展格局，做好“六稳”工作，落实“六保”任务，推动“六新”突破，实现医疗卫生服务体系高质量发展，全力推进疫情防控和卫生健康事业快速发展，在开启全面建设社会主义现代化国家新征程中书写运城发展新篇章，为健康运城建设提供有力支撑。

（二）基本原则

1. 坚持以人为本，以健康为导向。以建设健康运城为总目标，坚持人民至上服务理念，以人民群众日益多样化、多层次的健康需求和主要健康问题为导向，科学合理布局，优化调整结构，提升服务能级，改进薄弱环节，有序确定各级各类医疗卫生机构的数量、规模及布局，促进上下协调联动、各地均衡发展，形成资源节约、效益最大化的医疗卫生服务体系新格局，不断提升城乡居民的健康素养和健康水平。

2. 坚持政府主导，提升公平和效率。强化并切实落实政府在制度、规划、调控、服务、监管等方面的责任，维护公共医疗卫生的公益性，提高基本医疗服务的可及性，积极发挥市场机制在资源配置方面的作用，充分调动社会力量兴办医疗卫生事业的积

极性和创造性，形成多层次医疗卫生格局，最大限度满足多元化的医疗卫生服务需求，促进公平与效率的统一，实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。

3. 坚持系统整合，协同均衡发展。统筹城乡、区域及系统内各领域资源配置，重点强化县域服务能力建设，聚焦薄弱环节，加快构建科学有序的分级诊疗体系，建立和完善不同类型机构之间的分工协作关系，提高医疗卫生服务的协同性，发挥医疗卫生服务体系的整体功能，为群众提供系统、连续、全方位的医疗卫生服务。

4. 坚持平急结合，因地制宜发展。强化公共卫生和基本医疗服务体系建设的政府责任，及时补短板、堵漏洞、强弱项，提高专业公共卫生机构的服务能力和水平，完善公共卫生服务体系。科学规划和配置医疗卫生服务资源，合理布局院前急救网络，实现服务全覆盖。优化中医医疗机构的合理布局和资源配置，大力推动中医药事业发展。

5. 坚持分级分类，升级服务管理。坚持分级分类管理，统筹不同区域、类型、层级医疗卫生资源的数量和布局，分类制订配置标准和计划，分层分类构建覆盖城乡的医疗卫生服务体系。利用互联网信息技术，推广普及居民健康卡，推动智慧医疗、信息惠民，促进分级诊疗、双向转诊。转变医疗卫生服务理念和管理模式，提高医疗卫生服务能力和管理水平。

（三）规划目标

通过优化医疗卫生资源配置和创新体制机制，推动区域内资源共享，着力解决医疗卫生服务不充分和发展不平衡的难题，构建能基本满足人民群众日益增长的健康需求、能有效应对重大疫情和突发公共卫生事件、能适应运城市国民经济与社会发展水平的整合型医疗卫生服务体系，使之分工明确、功能互补、密切协作、运行高效、富有韧性。

高水平建设省级区域医疗中心，推进打造晋陕豫黄河金三角高端医疗健康平台。依托运城市中心医院建设晋南地区区域医疗中心和疑难复杂疾病会诊中心。推动“136”兴医工程。继续推动县域综合医改进程，提升县域医疗集团诊治水平，强化乡（镇）卫生院服务能力，加强村卫生室建设，实施乡村医生素质提升计划，打造布局合理、技术水平高、服务能力强的卫生服务体系，大幅提升医疗卫生服务能力，力争实现出运就诊人数逐年降低，市域外来运就诊人数稳步增加，更好满足人民群众基本医疗卫生服务和健康需求。到2025年，达到县域常住人口范围内65%的患者在基层就诊，90%的患者在县域内就诊的目标，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的就医秩序，群众健康水平持续提升。

表 1 运城市医疗卫生服务体系发展指标

| | 主要指标 | 2020 年 | 2025 年目标 | 指标性质 |
|----------|-------------------------------------|--------|---------------|------|
| 医疗卫生体系 | 每千人口医疗卫生机构床位数（张） | 6.96 | 7.0（6.5~7.5） | 指导性 |
| | 千人口医院床位数 | 5.05 | 5.5 | 指导性 |
| | 其中：公立医院 | 2.69 | 3.0 | 指导性 |
| | 其中：市办公立医院 | 0.68 | 0.9 | 指导性 |
| | 县办公立医院及基层医疗卫生机构床位数（张） | 3.79 | 3.9 | 指导性 |
| | 每千常住人口公立中医医院床位数（张） | — | 1.0 | 指导性 |
| | 每千常住人口精神科床位数（张） | — | 0.78 | 指导性 |
| | 每千人口执业（助理）医师数（人） | 2.62 | 3（2.7~3.8） | 指导性 |
| | 每千人口注册护士数（人） | 2.89 | 3.45（2.6~3.9） | 指导性 |
| | 每万人口全科医生数（人） | 2.5 | 3.5 | 预期性 |
| | 医-护比 | 1:1.1 | 1:1.5 | 指导性 |
| | 床-人（卫生技术人员）比 | 1:1.0 | 1:1.1 | 指导性 |
| | 每千人口中医类别执业（助理）医师数（人） | 0.40 | 0.54 | 预期性 |
| 公共卫生体系 | 每万人口公共卫生机构人员数（人） | 1.06 | ≥2.5 | 预期性 |
| | 每千常住人口公共卫生人员数（人） | 0.63 | 0.83 | 预期性 |
| | 各级疾病预防控制机构基础设施达标率（%） | — | 100 | 指导性 |
| | 专业技术人员占疾病预防控制机构人员编制总额的比例（%） | — | ≥85.0 | 预期性 |
| | 乡（镇）卫生院和社区卫生服务中心设置发热诊室（门诊、哨点）的比例（%） | — | 100 | 预期性 |
| | 每万人口急救车数量（辆） | — | ≥0.33 | 指导性 |
| | 二级以上综合医院设置感染性疾病科的比例（%） | — | 100 | 指导性 |
| 重点人群健康服务 | 婴儿死亡率（‰） | 4.79 | 5.25 以下 | 预期性 |
| | 孕产妇死亡率（1/10 万） | 7.94 | 12.5 以下 | 预期性 |
| | 千人口 3 岁以下婴幼儿托位数（个） | — | 5.0 | 指导性 |
| | 二级及以上综合医院设置老年医学科的比例（%） | 82 | ≥85 | 预期性 |
| 健康水平 | 人均预期寿命（岁） | 77.6 | ≥78 | 指导性 |
| 建设指标 | 县办综合医院适宜床位规模（张） | — | 600~1000 | 指导性 |
| | 市办综合医院适宜床位规模（张） | — | 1000~1500 | 指导性 |

注：医院床位含同级妇幼保健院和专科疾病防治院（所）床位。

三、体系总体布局

打造“3+2”的医疗卫生服务体系格局，即以公共卫生体系、基层医疗卫生服务体系、医疗服务体系为框架，融合中医药服务体系和全生命周期服务体系的格局。该体系以基层医疗卫生机构、医院、专业公共卫生机构为主体，以“一老一小”重点人群的卫生健康服务机构为补充，传承创新中医药特色服务，面向全人群、全生命周期，提供健康促进、预防、保健、治疗、护理、康复、安宁疗护等健康全过程的接续型医疗卫生服务。围绕资源下沉、上下联动、急慢分治、平急结合和中西医并重，突出预防为主、多元发展，优化各级各类机构的功能定位，通过服务体系整合资源，提升全市医疗卫生机构整体服务效率。

（一）床位配置

到2025年，医院床位使用率提高至85%，平均住院日降低到8.5天以内，每千常住人口配置医疗卫生机构病床达到7.3张，其中，医院床位为5.5张，公立医院床位数为3.0张左右，每千人口县办公立医院及基层医疗卫生机构床位数为3.9张。按照每千常住人口2.5张为社会办医预留规划空间。重点推进精神卫生防治机构建设，确保每千常住人口精神科床位数达到0.78张。

到2025年，可以按照15%的公立医院床位比例设置公立专科医院，优先支持儿科、口腔科、肿瘤科和康复科专科医院发展。中医类医院床位可以按照每千常住人口1.0张配置。各类医院的

床位配置数应与其配备的卫生技术人员数、平均住院日、床位使用率等相匹配，并达到相应等级医院的评审要求。按照所承担的基本任务和功能，稳定基层医疗卫生机构床位规模，提升床位质量，提高床位使用率，重点加强护理、慢病、康复病床的设置。

严格控制公立医院单体规模（单个执业点）不合理扩张，强化《综合医院建设标准》《中医医院建设标准》执行力。县办综合性医院床位数一般以 500 张左右为宜，50 万以上人口的县（市、区）可适当增加；专科医院的床位规模根据实际需求合理设置。政府应监督公立医院基本建设投入是否符合规划，合理控制建设标准。

优化医疗卫生机构设施设备标准，合理确定床均面积和设备配置标准，优化床位与卫生人力配置比例。到 2025 年，床人（卫生技术）比、床护比、床医比分别不低于 1:1.1、1:0.47、1:0.41。打破以科室为单位的资源管理方式，二级以上公立医院全面建立“入院服务中心、床位调配中心、日间手术中心”等创新服务平台，对全院床位数和护士资源实行统筹调配。

（二）人力配置

到 2025 年，全市每千常住人口卫生技术人员数达到 7.7 人，每千常住人口执业（助理）医师数达到 3.0 人，注册护士数达到 3.45 人，每万人口公共卫生专业人员数不少于 2.5 人，高级、中级、初级卫生专业技术人员比例趋于合理，本科以上学历人员

占专业技术人员的 60%以上，其中具有研究生学历的比例达到 5%，医师队伍全部具有执业（助理）医师资格。

表 2 运城市医疗卫生机构卫生人力资源配置指导标准

| 主要指标 | 2020 年 | 2025 年目标 |
|------------------|--------|----------|
| 每千人卫生机构技术人员数（人） | 6.73 | 7.7 |
| 每千人口执业（助理）医师数（人） | 2.62 | 3.0 |
| 每千人口注册护士数（人） | 2.89 | 3.45 |
| 每万人口全科医生数（人） | 2.5 | 3.5 |
| 每万人口公共卫生机构人员数（人） | 1.06 | ≥2.5 |

人才规模与人民群众健康服务需求基本适应，城乡和区域医疗卫生人才分布趋于合理，各类人才队伍统筹协调发展。加强全科医生和住院医师规范化培训。促进医务人员合理流动，使其在流动中优化配置，充分发挥作用。

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，医护比不低于 1:1.1。

按照医院级别与功能需要确定床位与人员配比，原则上不低于 1:1.1，承担临床教学、带教实习、支援基层、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。对未达到床护比、床医比标准的医院，原则上不允许扩大床位规模。加强儿科医师、精神科医师、助产师、药师等紧缺医技人员培养。

（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，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。加强大型医用设备配置规划管理，严控公立医院超常装备。支持发展专业的医学检验机构和影像机构，逐步建立大型设备共用、共享、共管机制。

鼓励整合现有医疗设备资源，推动各医疗机构进行检验结果互认，通过紧密型医共体和医联体等方式推动建立资源共享的服务模式，提高县域医学影像服务能力和设备使用效率。严格按照国家规划和大型医用设备配置标准申请医疗机构设备配置。

（四）技术配置

以发展优质资源为目标，打造一批具有核心竞争力的临床重点专科，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，培育多个在全省乃至全国具有影响力的重点医学专科群，全面提升全市专科医院服务能力和服务水平。

以满足重大疾病临床需求为导向，着力推动国家和省级临床重点专科、市级医学重点学科和临床重点专科建设，重点发展重症、肿瘤、心脑血管、呼吸、消化、感染、儿科、精神卫生等临床专科和麻醉、影像、病理、检验、营养、康复等平台科室，以平台科室能力提升支撑专科发展。重点加强全科、康复科等薄弱领域的服务能力建设。做优做强一批中医优势专科，带动特色发展。支持以年薪、协议工资等形式引进国内外知名专家，建立名医工作室，实施名医带动战略，推进市、县共建重点学科（专科）。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，特别是中医药服务技术推广应用。到 2025 年，力争新增国家、省、市临床重点专科分别达到 3 个、30 个和 100 个。

（五）信息化配置

信息化资源配置遵循“统一规划、分步实施、纵横联网、规范标准、资源共享”的原则，改造各级各类医疗卫生机构基础数据接口并接入相应平台，建立覆盖全市的全民健康信息网络，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，推动公共卫生、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系统的协同。加快整合医院内部的医保系统和医疗信息系统，推广诊间结算，推动医院医疗服务数据与医保共建共享。

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。着力推进面向“互联网+”的新型医疗健康服务模式，实现防治结合、医养结合，满足群众多样化、多形式的健康信息服务需求。

公共卫生应急指挥信息系统以及疾控信息系统、医疗救治信息系统和卫生监督信息系统，在标准统一、数据共享的原则下，整合资源，打通疾控、医疗、实验室等信息，实现医疗卫生机构、疾控机构疫情相关核心信息快速报送。建立覆盖全市的公共卫生应急指挥网络，实现危机判定、决策分析、命令部署、预案启动、实时沟通、联动指挥、现场支持等功能。

四、完善体系建设

（一）专业公共卫生体系

专业公共卫生机构是向辖区内提供专业公共卫生服务并承担相应管理职能的机构，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服务任务，开展区域业务规划、科研培训、信息管理、技术支撑及对下级的业务指导、人员培训和监督考核等。

专业公共卫生机构主要包括：疾病预防控制中心、妇幼保健院（所、站）、采供血中心（站）、精神卫生防治机构、健康教育所（站、中心）、急救中心（站）、职业病防治机构等。

1. 功能定位

疾病预防控制中心。市级建成“防、控、治、研”四位一体的疾病预防控制中心，重点提高传染病防治和重大疾病市域防控能力。重点提升实验室检验检测、健康危害因素监测与干预、辖区健康大数据分析利用能力。县级建成“防、控、治”三位一体的疾病预防控制中心，重点提升现场检验检测、流行病学调查和现场应急处置能力，强化疾病预防控制和健康管理的组织实施、技术指导、监测预警、风险评估、现场检验检测、流行病学调查、应急处置等职能。

妇幼保健院（所、站）。负责为妇女儿童提供以孕产保健、儿童保健、妇女保健和优生优育技术服务为中心，以必要的临床诊疗技术为支撑的妇幼健康服务，承担辖区妇幼卫生和优生优育

技术服务业务管理、信息收集和技术支持工作。乡（镇）卫生院设妇幼专干，与村医共同完成基层妇幼保健任务。

采供血中心（站）。主要负责采集、提供临床用血的公益性卫生机构。主要包括血液中心、中心血站。

精神卫生防治机构。以市、县医疗机构精神科为主体，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。主要承担各类精神疾病和心理问题的预防、医疗、康复、健康教育、信息收集等任务的培训和指导工作。

健康教育所（站、中心）。承担全市健康教育、健康促进技术咨询和政策建议工作，总结推广适宜技术，开展业务指导与人员培训、信息管理与发布、健康教育与健康促进监测评估。包括健康教育专业机构，承担健康教育工作的各级各类医疗机构、公共卫生机构等。

急救中心（站）。按照城市地区服务半径不超过5公里，农村地区服务半径10~20公里的原则对全市进行分片划圈，合理布局院前急救网络。要设立覆盖全部辖区的统一指挥调度信息化平台，推动与本级区域健康信息平台、二级以上综合医院信息系统实现数据共享。提升急救效率，力争120呼救电话10秒内接听比例达到95%，3分钟内出车率达到95%。

职业病防治机构。职业病防治机构包括职业病监测评估、职业病危害工程防护、职业病诊断救治等技术支撑机构。各级疾控中心要设置独立的科室承担职业健康工作，实现监测评估机构

市、县全覆盖；依托现有医疗卫生机构，市级设置 2 家医疗机构承担职业病诊断工作，每个县（市、区）至少确定 1 家医疗机构承担职业健康检查工作。

2. 建设任务

市级疾病预防控制中心要拥有 P2 和 P3 实验室。各县（市、区）疾病预防控制中心，要配备相关人员及必要设备，确保完成基本检验和快速检验等工作任务。各县（市、区）疾病预防控制中心配置区域中心实验室（具备生物安全二级实验室要求），严格按照国家最新实验室建设标准进行规划建设，以疾病监测与预防控制、实验室检验检测、突发事件卫生应急三项基本能力为核心，全面提升公共卫生服务能力和服务质量。

持续提升基层疫情防控能力。按照“可设尽设、布局合理、条件合格、工作规范”的原则，充分考虑辖区服务人口、地域情况等因素，科学设置发热诊室，充分发挥“哨点”作用，提高基层医疗卫生机构对传染病患者的发现和预警能力。

强化公共卫生应急处置与物资保障能力。提升信息技术在卫生应急中的应用水平，建设具备急性传染病防控处置远程投送、移动作战能力的卫生应急处置队伍。推广实施大型体育场馆、展览馆等公共设施的平急两用改造，补充完善和强化应急处置内容。建立健全应急物资调配协同联动机制，完善应急物资保障能力，加强应急物资信息互联互通，确保物资送达的及时性。

完善监测预警体系，提升公共卫生风险评估和预警能力；完

善决策指挥体系，建立移动卫生应急指挥平台，建立健全协调统一、上下联动机制；完善联防联控网格化防控管理机制，形成群防群控工作合力。

3. 资源配置

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1个。县级以下由基层医疗卫生机构完成相关工作。符合条件的乡（镇）卫生院和社区卫生服务中心设置发热门诊（诊室），县级及以上综合医院设置感染性疾病科室，配置专门传染病相关临床、公共卫生人员。

市级设置1个疾病预防控制中心；设置1所政府举办、标准化的三级妇幼保健机构；设置1~2所政府举办精神卫生机构；设置1个急救中心（站）和1所达到三级传染病医院标准的专科医院；在市级规划布局紧急医学救援站点，支持各县（市、区）组建快速反应小分队；设置1个中心血站。各采供血机构可在规定采供血区域内合理设置固定（流动）采血点，在二级以上医院设置储血点。

县级设置1所疾病预防控制中心；设置1所政府举办、标准化的妇幼保健机构；服务人口多且市级机构覆盖不到的县（市、区）可根据需要建设1所二级精神卫生机构，无精神卫生机构的县（市、区）要指定1所综合医院设置专门的精神科床位，为居民提供精神卫生服务；有条件的县（市、区）可设置急救中心（站），

条件尚不具备的县（市、区）依托区域内综合水平较高的医疗机构设置县级急救中心（站）；在县级规划布局紧急医学救援站点和若干街头献血场所。

按每万常住人口不少于 8.3 人配备公共卫生人员。其中，疾病预防控制机构实行总量控制、统筹安排、动态调整，各县（市、区）结合实际需要适当配置。疾病预防控制中心人员按照不高于本地区常住人口万分之 1.75 的比例核定。其中，专业技术人员所占编制不得低于编制总额的 85%，卫生技术人员不得低于 70%。二级以上医疗机构均应至少配备 1 名公共卫生医师。

市办和县办妇幼保健机构应当根据当地服务人口、社会需求、交通状况、区域妇女及儿童数量及承担的功能任务等因素合理配备妇幼保健人员，其中卫生专业技术人员应当不少于 80%。

中心血站、中心血库卫生技术人员数量应当根据年采供血等业务量确定，卫生技术人员应占职工总数的 75%以上。高、中、初级专业技术人员与血站的功能定位和任务相适应。提高硕士研究生以上高学历人才比例，突破引进博士研究生学历人才。急救中心人员数量应当根据服务人口、年业务量等合理配备。到 2025 年，每 10 万人口精神科执业（助理）医师达到 3.5 名，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，每个基层医疗卫生机构至少配备 1 名专职或兼职人员承担严重精神障碍患者服务管理任务。探索并逐步推广心理咨询师、康复师、社会工作师和志愿者参与精神卫生服务的工作模式。

合理配置职业卫生、放射卫生、检测检验、工程技术、临床医学等相关卫生技术人员，专业技术人员占机构人员编制总额的比例不低于 85%，其中工程技术人员占专业技术人员的比例不低于 10%。职业健康检查中心至少配置 1 名取得职业病诊断资格的执业医师。市级职业病医疗机构参照三级综合医院标准配置专业技术人员和床位，县级参照二级综合医院标准配置专业技术人员和床位。

（二）医疗服务体系

1. 功能定位

医院分为公立医院和非公立医院。主要提供疾病诊治，特别是急危重症和疑难病症的诊疗，承担健康教育、医学教育、人才培养、医学科研和对基层医疗卫生机构的业务指导等任务，承担法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件医疗处置和紧急救援、支援等任务。公立医院包括市中心医院、市中医医院、市第二医院和市第三医院等，以及县（市、区）办人民医院和中医医院等。

市级公立医院。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，根据需要对病情稳定、已过急性期患者及时进行转诊，并承担人才培养、科研等任务，以及相应公共卫生和较大突发事件紧急医疗救援任务。

县级公立医院。主要承担县级区域内居民的常见病多发病诊治、急危重症抢救与疑难病转诊功能、指导基层医疗卫生人员工

作、医疗技术推广和相应公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援等工作。

其他公立医院。支持部队、公安、民政、残联、退役军人服务等部门举办为特定人群服务为主的医院，作为医疗卫生服务体系的重要组成部分。支持国有和集体企事业单位举办非营利性医院。将其他公立医院的资源纳入区域卫生规划统筹管理。

非公立医院是医疗服务体系的补充，主要提供基本医疗服务、高端服务和康复医疗、老年护理、家庭医生签约服务等紧缺服务，是满足人民群众多层次、多元化服务需求的有效途径。

2. 建设任务

以运城市中心医院建设省级区域医疗中心为契机，将运城市中心医院打造成晋陕豫黄河金三角区域旗舰医院，建成具有较强辐射和带动作用的优质医疗服务中心、医学研究中心和人才培养中心。通过科学规划、整体布局中心城区现有医疗资源，形成一批在晋陕豫黄河金三角区域具有较强引领和辐射带动作用的优质医疗服务高地。争取中央预算内投资和专项债券支持力度，争取新建市传染病医院院区（市第二医院）项目立项，提高公共卫生应急处置能力。按照三级甲等综合医院规划设置标准，以运城市第三医院（运城市血液病研究所）为依托，新建运城市人民医院。组建以运城市中心医院为牵头医院的医共体、医联体、专科联盟、远程医疗等多种形式并存的城市医疗集团，形成以市带县、县乡村一体的多元发展模式。

以千县工程为抓手，建设县级强院，合理提高建设标准，提升设施设备现代化水平，全面推进卒中中心、胸痛中心、创伤中心、高危孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心等五大中心的提档升级。启动县级医院肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护等临床服务“五大中心”建设。针对县域内诊疗需求较大、县域外转诊较多的病种，加强专病中心建设，提高儿科、老年医学科、精神科、感染科等专科能力，完善二级诊疗科目设置，推广内镜、介入治疗等微创技术，有效承担县域内常见病、多发病诊疗，危急重症抢救与疑难病转诊等任务，支持部分综合实力较强的医院创建三级甲等医院。

建立紧密型医共体，提高县域医疗服务能力和水平。做好县级医共体牵头单位与三级医院、专科联盟、远程医疗“三根天线”对接工作，通过整体托管、专科共建、教育培训、协同合作等方式，加快补齐医共体发展短板。围绕城镇化建设适度超前规划布局，加快补齐县域医疗卫生服务能力短板，提高县级医院平急转换能力。加强信息化等配套建设，推动县域医共体“六统一”管理一体化运营。

依托运城市中心医院全面托管临猗县、夏县人民医院契机，从管理输出、技术输出和模式输出三个方面着手，推动盐临夏区域优质医疗资源扩容下沉和均衡布局，稳步实施盐临夏医疗卫生一体化建设工程。到2025年，100%的县级综合医院医疗服务能力达到基本标准，70%达到推荐标准，80%以上的县级中医医院达

到二级甲等医院标准，70%的县级人民医院具备三级医院医疗服务能力水平；县域住院就诊率达到90%。

健全医防融合发展。促进公共卫生机构与医疗机构人员通、信息通、资源通。加强传染病医院和综合性医疗机构传染病防治能力建设。强化“预防+治疗+康复”的健康管理，重点在医防融合服务模式、激励机制、信息化应用等方面积极探索，大胆创新。同时赋予各级公共卫生服务机构对于传染病等疾病的临床诊疗和管理职能。

加强“智慧医院”建设。加快推进以电子病历为核心的智慧医院建设。建设完善“互联网+医疗健康”普惠便民服务平台。实现预约挂号、复诊识别、出入院管理、检查就诊、医保结算、处方流转、药品配送等就诊医疗“医链办”。把智慧医疗作为医改的平台和抓手，高标准、高质量加快医疗信息化建设；建设市级医院与县级医院、基层医疗卫生机构、各公共卫生机构互联互通信息网络，实现医疗资源、健康档案、医疗保险等数据共享共用；推动建立心电、影像、检验、病理等区域共享平台建设，助力重点专科群建设，提高资源利用效率；将远程诊疗由市、县直通乡村，打通医疗卫生服务“最后一公里”，努力让群众不出家门就能够享受到优质医疗服务。

3. 资源配置

(1) 市办公立医院

依据常住人口数，每100万~200万人口设置1~2所市办

三级综合性医院。在市级区域，设置 2~3 家地市办三级综合医院（含中医类），根据需要设置儿童、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）。有序引导盐湖区的区级医院部分转型为康复、护理、精神、职业病等市办专科医院医疗机构。

（2）县办公立医院

在县级区域内，原则上设置 1 个县办综合医院和 1 个县办中医类医院，依据居民医疗需求和资源禀赋情况设置精神、妇产、老年、康复等专科医院（含中医类专科医院）。50 万以上人口的县（市、区）可适当增加公立医院数量。各县（市、区）遴选 1 所综合医院强化感染性疾病科建设，30 万以下人口的县（市、区）要求不低于 20 张床位，30 万~50 万人口的县（市、区）要求不低于 50 张床位，50 万~100 万人口的县（市、区）要求不低于 80 张床位。按照编制床位的 2%~5% 设置负压病床和重症病床。常住人口超过 30 万人口的县（市、区），至少有 1 所县级公立医院设置康复医学科，常住人口 30 万人口以下的县（市、区）至少有 1 所县级公立医院设置康复医学科门诊。

二级以上医疗机构设立公共卫生科，负责统筹协调本机构疾病报告、医院感染控制工作，协调开展疾病调查和标本采集等工作。

（3）其他公立医院

支持部队、公安、民政、残联、退役军人服务等部门举办为

特定人群服务为主的医院，作为医疗卫生服务体系的组成部分。支持国有和集体企事业单位举办非营利性医院。将其他公立医院的资源纳入区域卫生规划统筹管理。

（4）非公立医院

非公立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、老年护理等紧缺医疗服务，对公立医院形成补充。优先支持举办非营利性医疗机构。引导非公立医院向规范化、规模化、高水平方向发展，发展专业性医院管理集团。

鼓励社会力量在康复、护理等短缺专科领域举办非营利性医疗机构和医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、康复医疗中心等独立设置医疗机构，加强社会办医的规范化管理和质量控制，提高同质化水平。诊所设置不受规划布局限制，实行备案制管理。

（三）基层医疗卫生服务体系

1. 功能定位

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。

乡（镇）卫生院以维护农村居民健康为中心，综合提供基本公共卫生服务和基本医疗服务，承担县级卫生健康行政部门委托的卫生管理职能。乡（镇）卫生院分为中心卫生院和一般乡（镇）卫生院。中心卫生院是一定辐射区域范围内的医疗卫生服务中

心，除承担一般卫生院的功能外，还承担对区域内一般卫生院的技术指导工作。乡（镇）卫生院对辖区内村卫生室实行乡村一体化管理，对村卫生室进行业务管理和技术指导，负责村卫生室开展绩效评价，依据评价结果落实乡村医生承担公共卫生等服务补助。

社区卫生服务中心（站）的服务对象是城市社区、家庭和居民，以妇女、儿童、老年人、慢性病人等人群为重点，建立和管理城市居民健康档案，开展健康教育、预防保健、康复和一般常见病、多发病的诊疗服务。

村卫生室主要协助乡（镇）卫生院做好承担辖区农村居民的基本公共卫生服务和基本医疗服务。主要包括：健康教育、预防保健、慢性病管理和疾病的初步诊查，常见病、多发病的基本诊疗以及康复指导等。

2. 建设任务

（1）乡（镇）卫生院

每个乡（镇）建成 1 所政府办卫生院，具有相应功能用房和设施设备，能够承担常见病、多发病诊治和急危重症病人初步现场急救、转诊等职责。一是业务用房。常住人口少于 1 万人无住院床位乡（镇）卫生院，建筑面积至少 200 m²；常住人口超过 1 万人（含）无住院床位乡（镇）卫生院，建筑面积至少 300 m²。原则上按每千服务人口不低于 0.6 张设置床位，每增设 1 张床位，建筑面积至少增加 20 m²。二是科室设置。至少设有内科（外科

或全科)、中医科、公共卫生科(预防保健科)、药房、化验室、治疗室、影像室,并结合工作实际,可适当增加其他相关科室。三是设备配备。应配备包括心电图机、X光机(DR)、生化分析仪、急诊抢救箱、氧气瓶、电动吸引器、洗胃机、抢救床、电冰箱、器械柜、无菌柜、担架车、紫外线灯、高压灭菌等14种基本设备,并配备与开展诊疗科目相应的其他设备。四是基本药物配备。不低于200种。

(2) 村卫生室

每个行政村建成一所公有产权的村卫生室,具有相应功能用房和设施设备,并达到村卫生室标准化建设“六统一”要求,能够开展基本医疗服务和基本公共卫生服务。乡(镇)卫生院所在地的行政村可不设村卫生室。常住人口在200人以下的行政村,可采取邻村共建、建设中心村卫生室、巡回医疗等方式,确保农村居民30分钟内就近获得基本医疗卫生服务。一是业务用房:常住人口500人以下的村不低于40m²,常住人口500人以上的村不低于60m²。二是基本设置:常住人口500人以下的村至少设有诊断室(预防保健室)、治疗室和药房。常住人口500人以上的村至少设有诊断室、治疗室、公共卫生室(预防保健室)和药房。三是设备配备:应配备听诊器、血压计、体温计、血糖仪、出诊箱、诊查床(观察床)、健康档案柜、中(西)药品柜。有条件的可配备中医药设备,与开展诊疗科目相应的其他设备。四是基本药物配备:不低于50种。五是人员配备:每个村卫生室

至少有 1 名合格的乡村医生或执业（助理）医师。

3. 资源配置

以满足临床诊疗和居民健康需求为目标，合理确定乡（镇）卫生院建设规模、设置床位和内设科室。按照布局合理、服务可及的原则，每个县重点建设 1~3 所中心乡（镇）卫生院，作为县城外辐射一定范围的乡村医疗卫生服务次中心，进一步拓宽医疗业务范围，提高急危重症的判断和初步抢救能力。大力推进“优质服务基层行”活动和社区医院建设，发挥医疗集团作用，通过支持基层医疗卫生机构科室设置、派驻专业人员、强化运行管理、扩展服务范围等多种方式，支持乡（镇）卫生院（社区卫生服务中心）建设特设专科或专家门诊，开展适宜技术。力争到 2025 年，每个县（市、区）依据常住人口数量建成 2~3 所县域医疗次中心，“优质服务基层行”活动和社区医院建设以县为单位，基本标准机构数量累计达到 100%，推荐标准机构数量累计达到 35%；建设 25 所社区医院，基层医疗机构就诊率达到 65%。

各县（市、区）结合人口分布、区域交通等因素，合理调整村卫生室规划设置，保证群众就近便捷就医。力争到 2025 年底，行政村卫生室标准化建设全覆盖，通过新建一批、改扩建一批、设备更新添置一批等方式，达到每个行政村至少建成一所公有产权的村卫生室，并对村卫生室进行“六统一”建设，实现提质升档。进一步提高村医队伍服务能力和水平，实施基层卫生人才能力提升项目，加强乡村医生全员轮训，积极推进乡村医生参加大

专学历继续教育,提升整体学历层次,同级财政可适当予以补助。支持在岗乡村医生考取执业(助理)医师(含乡村全科执业助理医师)资格,乡村医生执业(助理)医师比例逐年提高。落实乡村医生岗位补助、基本公共卫生服务项目补助、基本药物制度补助、在岗村医养老保险缴费补助、村卫生室运行维护费等各项保障制度,提高乡村医生收入,稳定乡村医生队伍,筑牢医疗卫生服务“网底”。

(四) 中医药服务体系

1. 功能定位

全面建设以市级中医医院为引领,县级中医医疗机构为主体,综合医院(专科医院、妇幼保健机构)中医药科室为重要组成,基层医疗卫生机构为网底,其他中医医疗机构为补充,社会办中医机构充分发展,融疾病诊疗、预防保健、康复服务、疾病防治于一体的整合型中医药服务体系。

2. 建设任务

提升中医药服务体系品质。推进中医医疗资源提质扩容,优化中医药资源配置规划布局,加强市级中医医院特色优势建设,推进县级中医医院标准化建设,全面强化基层医疗卫生机构中医药综合服务区建设,鼓励社会力量举办中医医疗机构。

全力推进运城市中医医院中医特色重点医院建设项目,打造晋南中医医疗中心,进一步做大做强中医医联体。提升中医药特色医疗服务能力。加强中医医院临床救治能力建设,推进市级中

医药临床重点专科提档升级，建设一批县域龙头专科。强化中医医院急诊、重症医学等科室建设，实现中医特色专病专科市级覆盖率 100%。

提升中西医协同发展能力。将中西医结合工作纳入政府举办综合医院、妇幼保健院、传染病医院、专科医院评审和绩效考核，推进中药房标准化建设，强化临床科室中医医师配备。

提升中医药公共卫生应急能力。不断完善公共卫生事件应急处置中西医协同机制，强化指挥体系、预防体系和急救救治体系的建设和协同作用。优化中医医院感染防控体系和管理制度，规范感染性疾病科和发热门诊建设。持续强化各级中医应急医疗队伍建设和能力培训。

3. 资源配置

市级设置一所三级公立中医医院。县级政府要在区域规划中合理配置中医医疗资源，在每个县级区域设置 1 个县办中医类医院，办好至少一所公立中医医院，并加强中医医院康复科室建设，支持康复医院设置中医药科室，配备中医康复专业技术人员。到 2025 年，全面完成县办中医医院基础设施建设，达到二级甲等中医医院水平。各类综合性医院要设置中医临床科室和中药房，配备中医专业技术人员和设备，乡（镇）卫生院和社区卫生服务中心要打造中医药综合服务区，发挥中医药特色优势，中医适宜技术基层覆盖率达到 100%。村卫生室要能够提供基本的中医药服务。

（五）全生命周期健康服务体系

1. 功能定位

全生命周期健康服务体系是以“一老一小”等重点人群为服务对象，实现全方位全周期健康服务和保障的重要载体。包括普惠托育、妇幼保健、老年健康、职业健康、康复医疗等新时期特点的卫生健康机构。

普惠托育服务机构。承担家庭科学养育指导和0~3岁婴幼儿照护，促进婴幼儿健康发展。包括区域综合托育中心、社区托育服务中心、家庭和工作场所托育点等。

妇幼保健机构。以孕产保健、儿童保健、妇女保健、生殖健康和出生缺陷防治为中心，以必要的临床诊疗技术为支撑提供妇幼健康服务，承担辖区妇幼健康业务管理和技术支持工作，实施妇幼公共卫生项目，提高妇女儿童健康水平。

老年健康服务机构。承担为老年人提供健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护、安宁疗护等老年健康服务，包括老年医院、康复医院、护理院、安宁疗护等接续性医疗机构。

职业健康机构。承担辖区内的重点职业病和职业病危害因素监测、职业健康风险评估、职业病防治情况统计和调查分析、职业健康检查、职业病报告、应急处置、职业健康宣传教育与健康促进等技术支撑任务。

康复医疗服务机构。为急危重症、疑难复杂疾病患者和诊断明确、病情稳定或者需要长期康复的患者提供康复医疗服务。包

括三级综合性医院康复医学科、三级康复医院，二级综合性康复医学科、二级康复医院、基层医疗机构等。

2. 建设任务

推进实施普惠托育专项行动。完善社区托育服务网络，建设一批具有示范效应的婴幼儿照护机构，大力发展家庭托育点。鼓励幼儿园、有条件的用人单位，采取单独或联合举办的方式建设工作场所托育点。

着力提升婴幼儿医疗卫生服务能力。全面改善病（产）房、新生儿室等诊疗环境和设施设备条件，推进流动母婴室建设。配置相关紧缺医疗设备，适当增加儿科病床数量，加强儿科医师培养力度。设置一定数量的儿科隔离病房，满足传染病救治需要。

积极探索多业态融合发展，开展医养结合。引导部分医院转型为老年、康复、长期护理、安宁疗护等接续性医疗机构。完善康复医疗服务网络体系建设，加强康复医疗专科建设，强化康复医疗人才培养与队伍建设。以城市医疗集团和县域医共体为核心，打造区域医、防、康、养、护、健整合型一体化的健康服务综合体。

按照方便就近、互惠互利的原则，完善老年人健康服务体系。推广稷山康宁护理院等3个省级医养结合试点经验。调动多方资源，鼓励有条件的医疗机构依托老年病科提供医养服务，探索在全市17家基层医疗卫生机构开展失能老年人医养结合服务。

3. 资源配置

根据常住人口、医疗资源、医疗需求和现有医疗机构分布状况进行设置。每个县（市、区）建立1所区域综合托育中心（托育服务指导中心）。按照15分钟生活圈居住区配套设施设置标准，建立若干普惠性社区托育中心，争取到2025年，50%的社区建成普惠托育机构。以住宅区家庭为主要服务对象，发展家庭托育点。鼓励幼儿园发展托幼一体化服务。支持有条件的用人单位单独或联合相关单位共同举办建设托育点，在工作场所或就近提供福利性托育服务，以单位职工为主要服务对象，有条件的可兼顾附近居民，争取到2025年，50%的城市社区建成普惠家庭邻托点。

五、 实施保障与监督评价

（一） 组织与保障

1. 加强组织领导

各级政府要切实加强对医疗卫生服务体系规划工作的领导，把医疗卫生服务体系规划工作提上重要议事日程，列入政府的工作和考核目标，强化卫生事业宏观调控。要在国土空间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。

2. 明确政府责任

各县（市、区）政府根据实际情况，依据本规划认真编制本区域医疗卫生服务体系规划和医疗机构设置规划并组织实施，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。

3. 明确部门职责

卫健、发展改革、财政、规划和自然资源、人社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。

在医疗卫生方面，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；在财政资金方面，要按照政府卫生投入政策落实相关经费；在规划和自然资源管理方面，在空间规划中统筹考虑医疗卫生机构需要，合理安排用地供给；在医疗保障方面，要落实国家和省级医保政策，吸收好的经验，固化成熟做法，加快医疗服务价格和支付制度改革；其他相关部门要各司其职，做好相关工作。

（二）强化监督评价

1. 规范编制流程

各县（市、区）在编制区域卫生规划文本时，要以提高居民健康水平为目标，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意见。要做好与本规划以及当地经济社会发展规划、国土空间规划等方面工作的衔接，合理控制资源总量标准以及公立医院单体规模。

2. 严格规划实施

卫健部门要及时发布机构设置和规划布局调整等信息，将纳入规划作为建设项目立项的前提条件。卫健、发展改革、财政、

规划和自然资源等部门要按照各自职责，保障各项规划实施协调统一，对配套的医疗卫生机构同步规划、同步建设。所有新增医疗卫生资源、特别是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，必须依据区域卫生规划的要求和程序，严格管理，确保规划实施到位。

3. 完善评价机制

要建立规划监督评价机制，成立专门的评价工作小组，组织开展医疗卫生服务体系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，运用法律和行政手段保障规划有效运行。

本规划由市卫健委负责解读。

抄送：市委，市人大，市政协。

运城市人民政府办公室

2023年9月4日印发

