

东莞市区域卫生规划
(2016 – 2020 年)

目 录

一、规划背景	1
(一) 现状分析	1
(二) 主要问题	2
(三) 形势和挑战	3
二、规划目标和原则	5
(一) 规划目标	5
(二) 基本原则	6
三、总体布局	8
(一) 机构设置	8
(二) 床位配置	9
(三) 信息资源配置	9
(四) 医疗设备资源配置	11
四、各级各类医疗卫生机构设置	11
(一) 公立医院	11
(二) 社会办医院	15
(三) 基层医疗卫生机构	16
(四) 专业公共卫生机构	17
五、卫生人力资源	19
(一) 人员配备	20
(二) 人才培养	21
(三) 人才使用	22
六、功能整合与分工协作	23

(一) 构建整合型医疗卫生服务体系	23
(二) 加强医疗卫生机构服务功能整合	24
七、组织实施	27
(一) 加强组织领导，落实各级责任	27
(二) 强化宏观调控，实行全行业管理	28
(三) 完善社区卫生服务，提供基本医疗卫生服务 ...	28
(四) 加强人才队伍建设，提高医疗服务水平...	28
(五) 执行层级管理，确保规划实施	29
(六) 及时评价，强化监督	29

东莞市区域卫生规划

(2016 - 2020 年)

为贯彻落实《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015 - 2020 年）》和《中共广东省委广东省人民政府关于建设卫生强省的决定》精神，结合《广东省医疗卫生服务体系规划（2016 - 2020 年）》，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，提升医疗卫生服务可及性和能力，不断提高人民群众健康水平，结合我市实际，制定本规划。

一、规划背景

（一）现状分析

“十二五”期间，我市建成并逐步完善了以市属医院与三级民营医院为网顶，以镇街综合医院为枢纽，以社区卫生服务中心（站）及村其他基层医疗机构为网底的三级医疗服务网络架构，医疗服务能力和质量显著提升。

1. 医疗卫生资源状况。截至 2015 年底，全市各级各类医疗卫生机构共 2387 所，其中：医院 89 所（包括公立医院 40 所、民营医院 43 所、其它医院 6 所）、医院延伸设置分院 13 所、社区卫生服务机构 398 所、门诊部 436 所、诊所以及医务室等基层医疗卫生机构 1411 所、专业公共卫生服务机

构 40 所（不含市妇幼保健院和第六人民医院）。102 所医院（分院）中，其中：综合医院 70 所、中医综合医院 5 所、中西医结合医院 2 所、妇幼保健院 1 所、康复医院 1 所、慢性病防治医院 1 所、精神病医院 1 所、其他专科医院 21 所。2015 年，全市医疗机构共有住院床位数 27457 张，其中民营医院 7348 张，占全市的 26.8%。全市每千常住人口拥有床位 3.3 张；每千常住人口拥有卫技人员 5.5 人，其中每千常住人口拥有执业（助理）医师 1.92 人，每千常住人口拥有注册护士 2.4 人；医护比 1:1.25。

2. 服务利用和需求状况。2015 年全市医疗卫生机构提供总诊疗量 6251 万人次，出院人次 88.3 万人次，病床使用率 78%，出院者平均住院日 8.6 天。

3. 居民健康状况。2015 年全市居民人均期望寿命 78.6 岁；孕产妇死亡率 4.29/10 万，婴儿死亡率 2.32‰，传染病报告发病率 1002.12/10 万。主要健康指标达到中等发达国家水平。

（二）主要问题

1. 医疗卫生服务资源供给总量不足。从人均占有量来看，东莞部分医疗卫生资源指标低于全省平均水平，每千常住人口执业（助理）医师数 1.92 人、每千常住人口注册护士数 2.4 人、每千常住人口医疗机构床位数 3.3 张，分别排全省第 10 位、第 8 位、第 16 位，其中产科、儿科、精神科医

生尤为紧缺。基层公共卫生人员不足，每万人口公共卫生人员数仅 2.62 人，远低于全省平均水平的 6.9 人。

2. 资源配置不均衡。一是医疗卫生资源的区域分布不均衡。从区域分布来看，全市三分之一的医疗机构、一半的三甲医院集中在中心组团。从诊疗服务构成来看，基层医疗卫生机构诊疗量占全市的比例仅为 41.7%，8 间三甲医院提供了全市 18.6% 的门（急）诊服务。二是医疗卫生服务结构不合理。分级诊疗制度不完善，多数医疗卫生机构发展定位不清晰，医院普遍存在追求床位规模、竞相购置大型设备、忽视医院内部专业机制建设的问题。三是部分公立医院单体规模过大，挤压了基层医疗卫生机构的发展空间，影响了医疗卫生服务体系整体效率的提升。

3. 医疗服务体系不完善。优质医疗卫生服务能力不强，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薄弱。卫生技术人员“低学历、低职称、低待遇”问题突出，一些基层医疗卫生机构不能提供较高质量的常见病、多发病和康复诊疗等服务。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）形势和挑战

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。2015 年，省委、省政府作出建设卫生强省、打造健康广东的重大战略部署，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。我市卫生服务资源供给总量不足，优质医疗服务能力不强，政府对卫生事业投入长效机制尚需不断健全等问题。因此，保障和增进人民群众健康水平工作面临巨大的挑战。

1. 疾病谱变化。我市当前工业化、城镇化、人口老龄化以及食品安全与环境变化等对人民健康的影响日益显著。由生态环境、生产方式和生活方式变化以及社会因素导致的食品药品安全、饮水安全、职业安全和环境问题日益突出，传染病、职业病防控形势严峻，慢性非传染性疾病负担日趋加重。要求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. 医疗服务需求变化。随着全市经济社会快速发展，居民对医疗卫生服务需求呈现多层次、多样化和个性化，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卫生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。进一步优化医疗资源配置，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发展健康发展的任务更加紧迫。

3. 信息化技术发展不协调。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，但医疗机构之间、医疗机构与公共卫生机构之间的协同性不强，信息化存在孤岛，导致医疗卫生资源未能优势互补、互联共享。

二、规划目标和原则

（一）规划目标

立足卫生强市建设，优化医疗卫生资源配置，构建与我市国民经济和社会发展水平相适应、与居民健康需求相匹配，布局合理、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、富有效率的整合型医疗卫生服务体系，人民群众健康水平明显提升，医疗卫生综合实力和主要健康指标位居全省前列，为建设卫生强市、打造健康东莞，实现“三个定位、两个率先”目标奠定坚实的医疗卫生资源基础。

2020 年东莞市区域卫生规划资源配置主要指标

主要指标	全省 2020 目标	全省 2015 年现状	东莞市 2020 目标	东莞市 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	4.02	4.8	3.33	指导性

医院	5.1	3.43	4.8	3.33	指导性
公立医院	3.6	2.92	3.0	2.44	指导性
其中：省办及以上医院	0.6	0.39	0.04	0.04	指导性
市办医院	1.0	0.98	1.2	0.90	指导性
镇办医院	1.8	1.29	1.7	1.45	指导性
其他公立医院	0.2	0.26	0.06	0.04	指导性
社会办医院	1.5	0.51	1.8	0.89	指导性
基层医疗卫生机构	0.9	0.59	0	0	指导性
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.8	2.11	2.8	1.92	指导性
每千常住人口注册护士数（人）	3.5	2.35	3.5	2.4	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	1	0.69	1	0.26	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	3	1.41	≥3	1.40	约束性
医护比	1: 1.25	1: 1.11	1:1.25	1:1.25	指导性
市办及以上医院床护比	1: 0.6	1: 0.56	1: 0.6	1:0.58	指导性

注：省办指省政府举办；市办指地级以上市政府举办；镇办指镇级（街道）政府举办。

（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。在全市范围内，根据现有医疗机构的状况，在均衡综合医院发展的基础上，加强儿童、妇幼、精神、传染病、心血管、康复、口腔、眼科等专科医院和护理院建设，促进综合和专科医院协调发展，发挥重点专科的辐射带动作用，提高专业公共卫生机构的服务能力和水平，实现区域医疗服务体系公平和效率统一。

3. 坚持政府主导与市场机制相结合。切实落实政府在制度、规划、筹资、服务、监管等方面的责任，维护公共医疗卫生的公益性。通过整合自建或引入政府和社会资本合作（PPP）模式共建，设置独立的区域临床检验中心、病理诊断中心、医学影像检查中心和消毒供应中心，实现区域资源共享和对现有资源的补充。合理控制公立医院资源规模，推动发展方式转变。给社会办医疗机构预留发展空间，发挥市场机制在配置资源方面的作用，充分调动社会力量的积极性和创造性，满足人民群众多层次、多元化医疗卫生健康服务需求。

4. 坚持系统整合。加强全行业监管与属地化管理，统筹全市区域资源配置，统筹当前与长远，统筹预防、医疗和康复，加强医疗卫生服务体系系统性、协同性建设，推动区域一体化发展，注重发挥医疗服务体系的整体功能。在完善三级医疗服务网络架构的基础上，建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度，促进医疗资源合理利用，推动患者科学有序就医，做到一般常见病、多发

病实行基层首诊，基本实现“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的目标，有效缓解群众看病就医问题。遵循中西医并重，保证中医、中西医结合机构的合理布局及资源培训，鼓励中医发展，充分发挥中医中药在慢性病诊疗和康复领域的作用。

5. 坚持协调发展。充分考虑经济社会发展水平和医疗卫生资源现状，统筹不同区域、类型、层级的医疗卫生资源的数量和布局，分类制订配置标准。促进基层医疗卫生机构发展，着力提升服务能力和质量。建立分级诊疗制度和现代医院管理需要信息技术作为支撑，加强卫生信息化建设，推动双向转诊实施。

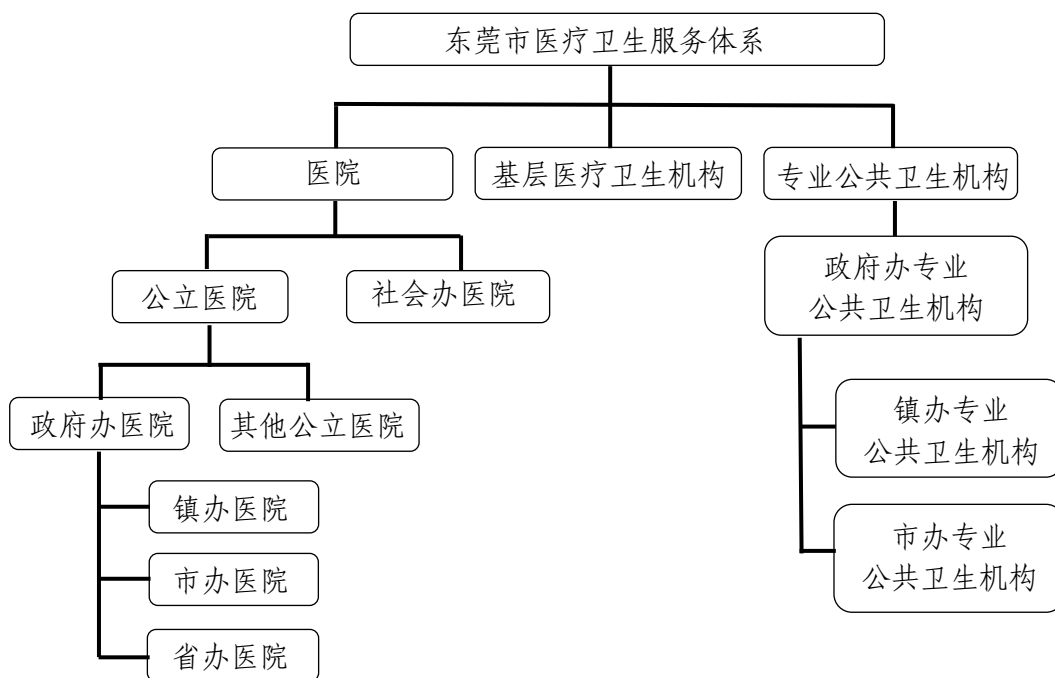
三、总体布局

总体上坚持预防为主、以基层为重点、中西医并重、多元发展、医养结合、依靠科技与人才的方针，到 2020 年建成卫生资源优化、结构合理、专科齐全、布局合理、运行高效，适应东莞市经济社会发展和区域内居民多层次医疗卫生服务需求的现代化医疗卫生服务体系。

（一）机构设置

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医院（根据功能定位主要划分为省办、市办、镇办）和其他公立医院（主要包括军队医院、国有和集体企事业单位等举办的医院）。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、镇办二类。



（二）床位配置

医疗卫生机构床位配置标准主要依据人口数量结构、居民卫生服务需求及现有床位使用情况等因素制订，并综合考虑经济社会发展、人口流动、疾病谱等因素实施总量控制。到 2020 年全市每千常住人口医疗卫生机构床位配置标准 4.8 张，其中公立医院床位总数约占 63%，社会办医院约占 37%；全市三级医院床位（包括三级综合医院、中医医院和妇幼保健院等专科医院）约占 35%，其他等级医院约占 65%。

（三）信息资源配置

强化顶层设计，以“集成、互通、共享”为原则，建设“一中心三平台”（全市卫生计生数据中心，基本医疗、公共卫生、计生服务信息平台），2017 年建立完善全员人口信

息、居民电子健康档案和电子病历三大数据库，基本实现公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品供应、计划生育和综合业务管理信息互通共享。积极配合省卫生计生委做好基层卫生机构管理信息系统项目试点工作，开展全民健康综合管理信息平台实施工作，推动省、市、镇三级条块结合、联合试点，实现多方数据共享、制度对接和协同配合。大力发展互联网+医疗，应用移动互联网、物联网、云计算、大数据等新兴技术，积极推进“智慧医疗”建设，建立区域检验云平台、病理云平台、影像云平台，发展移动医疗、移动护理、居家健康监测等智慧医疗服务，建立远程诊疗、远程影像、远程心电和远程检验中心，发展远程诊疗、医患互动等网络医疗服务，到 2019 年实现预约服务、分级诊疗及医疗协同一体化。积极调动社会力量，推进区域卫生信息化。

加强信息安全，全面建立网络和信息安全体系。建立数据、网络、系统等安全应用体系，完善安全制度与规范，提高安全风险防范能力。在大数据环境下，加强卫生计生敏感数据防泄密的监测、防治、预警能力建设，加强大数据安全及个人隐私保护，确保自主可控、安全可靠。

开展健康云服务行动计划。积极应用移动互联网、物联网、云计算、可穿戴设备等新技术，推动惠及全民的健康信息服务和智慧医疗服务。全面推动建设全民健康信息数据中心为核心的健康信息云平台。推动健康大数据的应用，积极发展基于互联网的基因检测、疾病预防、健康管理等的健康

服务新模式，推动移动医疗、精准医疗发展。

（四）医疗设备资源配置

整合二级以上医院现有检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构和慢性病等专病防治机构开放。充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性，鼓励共建，实现区域卫生资源共享，提高设备使用率和利用效能。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之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、规范准入、有效使用原则，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。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）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，坚持公益性、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。

镇级公立医院主要承担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，是镇级政府向区域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。

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，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。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和结构。

在每个镇级区域依据常住人口数，原则上设置1所综合性医院（含中医医院、中西医结合医院等），达到二级甲等水平。综合医院设置中医科并配置相应数量床位。

全市设置12所以上综合性三级医院，设置中医类、儿童、精神、妇产、肿瘤、传染病、康复等市办专科医院各1所。按照市委、市政府园区统筹片区联动协调发展，将全市划分为6大片区的发展理念，建设6所区域中心医院。

进一步加大政府投入，市镇财政大力支持东莞市妇幼保健院、东莞市儿童医院、市属综合医院、区域中心医院和镇

街公立医院的儿科建设，建成市、区域中心、镇街三级儿童医疗卫生服务体系。

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。到 2020 年，我市每千常住人口公立医院床位数 3 张。其中，省办及以上医院床位数 0.04 张，市办医院床位数 1.2 张，镇办医院床位数 1.7 张，其他公立医院床位数 0.06 张。中医类医院床位数可以按照每千常住人口 0.55 张配置；每千名儿童床位数增加到 2.4 张。原则上不再扩大公立医院规模，鼓励对过多的存量资源进行优化调整。

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，镇级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、专科医院（含妇幼保健院）的床位规模根据实际需要设置。需要扩建的医院床位使用率必须达到 85% 以上。床位使用率在 60% 以下的医院适当核减床位数。

市、镇公立医院床位配置标准

单位：张

序号	层级	医院名称	2015年编制 床位数	2020年规划编 制床位数
一、	市办	合计	9084	9945
1		市人民医院	2657	2789
2		市中医院	1288	1288
3		市第三人民医院	1000	1000
4		市第五人民医院	1100	1100
5		市第六人民医院	160	160
6		市第七人民医院	875	1000
7		市第八人民医院	1024	1428
8		市妇幼保健院	980	980
9		市第九人民医院		200
二、	镇（街）	合计	14129	14928
1	莞 城	莞城医院	550	440
2	石 龙（镇内有 两家市属医院）		-	-
3	虎 门	虎门医院	550	524
		虎门中医院	343	234
4	东 城	东城医院	380	300
5	万 江	万江医院	250	200
6	南 城	南城医院	250	200
7	中 堂	中堂医院	301	301
8	望 牛 墩	望牛墩医院	250	200
9	麻 涌*	麻涌医院	250	800
10	石 碣	石碣医院	355	355
11	高 埗	高埗医院	300	240
12	道 滘	道滘医院	250	300
13	洪 梅	洪梅医院	250	200
14	沙 田	沙田医院	300	300
15	厚 街	厚街医院	805	805
16	长 安	长安医院	748	566
17	寮 步	寮步医院	510	510
18	大 岭 山	大岭山医院	550	600
19	大 朗	大朗医院	870	870
20	黄 江	黄江医院	600	600
21	樟 木 头	樟木头医院	310	400

序号	层级	医院名称	2015年编制 床位数	2020年规划编 制床位数
22	清 溪	清溪医院	665	665
23	塘 厦*	塘厦医院	438	800
24	凤 岗	凤岗医院	676	540
25	谢 岗	谢岗医院	300	300
26	常 平*	常平医院	700	800
27	桥 头	桥头医院	500	500
28	横 沥	横沥医院	420	420
29	东 坑	东坑医院	350	350
30	企 石	企石医院	448	448
31	石 排	石排医院	360	360
32	茶 山	茶山医院	300	500
33	松 山 湖			300

（二）社会办医院

社会办医院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；优先鼓励提供康复、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 37%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 1.8 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。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。放开社会办医院乙类大型医用设备配置。社会办医院医疗服务价格实行市场调节价。

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，开展实行“一网式、一门式”审批服务，探索并联审批的有效办法。新增医疗资源优先考虑社会资本投资。

（三）基层医疗卫生机构

基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心（站）、医务室（卫生所）、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，承担首诊任务，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。

社区卫生服务中心主要负责是提供基本医疗和基本公共卫生服务，开展家庭医生签约服务和健康管理，并受该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，负责对社区卫生服务站的综合管理、技术指导和业务培训等。

社区卫生服务站在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医疗和基本公

共卫生服务，开展家庭医生签约服务和健康管理。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。原则上每个镇街（园区）设置 1 所社区卫生服务中心。

根据社区卫生服务中心覆盖情况以及服务半径、服务人口、地域性质及医疗卫生需求等因素，合理确定社区卫生服务站的配置数量和布局。推行社区卫生服务中心、社区卫生服务站一体化管理。鼓励部分公立医院向专科医院或社区卫生服务中心转型发展。

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。

（四）专业公共卫生机构

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、职业卫生、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。镇办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。受镇卫生计生行政部门委托，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，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。加强区域公共卫生服务资源整合，专业公共卫生机构实行按行政区划分级设置，镇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疾病预防控制机构。按照立足当前、兼顾长远、因地制宜、循序渐进的原则，稳妥推进疾病预防控制职能优化整合。

②卫生计生综合监督执法机构。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。市妇幼保健院与市计划生育服务中心整合，成立市妇幼保健计划生育服务中心；各镇计划生育服务所与镇社区卫生服务中心整合。村级保留村计划生育服务室。

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。设置 1 所市级精神卫生专科医院（精神卫生专业机构）；到 2018 年底，在符合条件的综合性医院建设有病床的精神专科。到 2020 年底，精神科编制内床位数达到每十万人人口不低于 28 张。依托现有精神卫生专业机构（医院），统筹精神卫生防治管理、技术指导、人员培训、信息管理等职能。鼓励社会资本举办精神专科医院。

⑤ 职业卫生机构。确定 1 家市级医疗卫生机构承担本市职业病诊断工作，立足本地培育 1 家具有甲级资质的公立职业卫生技术服务机构，因地制宜，合理设置职业健康检查机构。

⑥ 血站。原则上设置 1 个中心血站。血液中心和中心血站可以依托镇综合性医院规划设置血站分支机构。

⑦ 急救网络。以市 120 急救（指挥）中心为龙头，与院前急救网络医院共同建成比较完善的急救网络。逐步建成覆盖全市的应急信息网络平台，完善应急实验室网络体系、健全应急储备管理和应急保障机制。

五、卫生人力资源

到 2020 年，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，加强儿科医务人员队伍建设，每千名儿童儿科执业（助理）医师数达到 0.78 名，整体医护比达到 1：1.25，人才规模与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，医院承担临床教学、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机构可以适当增加人员配备。

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 人以上，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 名及以上合格的全科医生，社区卫生服务中心全科医生数不低于其医师总数的 20%。

3. 专业公共卫生机构。

①疾病预防控制机构结合疾病预防控制任务、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区域服务人口、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。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，每 10 万人精神科执业（助理）医师数量不少于 3.8 人，每个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

加强卫生人才队伍建设，注重医疗、公共卫生、中医药以及卫生管理人才的培养。强化医教协同，提高人才培养的针对性和适应性，提升人才培养质量。加强住院医师和专科医师规范化培训制度建设，加大助理全科医生培训力度，完善毕业后医学教育体系，培养合格临床医师。建立健全医学终身教育制度。以卫生计生人才需求为导向，改革完善继续医学教育制度，提升卫生计生人才队伍整体素质。

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。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。到2020年，所有新进医疗岗位本科及以上学历临床医师均接受住院医师规范化培训。

加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，健全在岗培训制度。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、提升基层在岗医师层次等渠道，全面提升基层医疗卫生人才队伍服务能力水平。加强政府对医疗卫生人才流动的政策引导，推动医疗卫生人才向基层流动。创造良好的职业发展条件，鼓励和吸引医务人员到基层工作。加强公共卫生人才队伍建设，加强高层次医疗卫生人才队伍建设，大力培养护理、产科、儿科、精神科等急需紧缺专门人才。大力支持中医类人才培养。

（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）构建整合型医疗卫生服务体系

1. 打造区域医疗中心。鼓励有条件的医院与国内外一流高等医学院校、医疗卫生机构、科研团队和社会力量合作，结合珠三角地区“深莞惠”经济圈，打造高水平医院，主要承担区域内疑难复杂危重疾病诊疗、医学人才培养及临床医学研究等任务。按照市委、市政府“园区统筹片区联动协调发展”的区域发展理念，建设5所区域医疗中心医院，除松山湖片区和滨海片区的市第三人民医院和市第五人民医院，拟选取东部产业园片区、东南临深片区、水乡新城片区各一家公立医院采用市镇共建的模式建设区域医疗中心，纳入市属医院序列统一管理，提高区域内重点专科、大型设备、专业人才等优质资源的利用效率，逐步建设成为三级综合医院。

鼓励社会资本投资按照相关的准入条件和技术规范举办区域影像检查中心、医学检验中心、病理诊断中心、消毒供应中心等医疗卫生技术辅助及后勤服务机构，抓紧推进检查检验结果的区域互联、共享与互认。

2. 加快推进区域医疗卫生一体化发展。明确各级医疗卫生机构的功能定位，组建三甲医院与镇街医院联合办医等多种形式的医疗联合体或医疗集团，选择部分综合医院向专科医院、医养结合机构或社区卫生服务中心转型发展。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。

3. 提升基层医疗卫生机构服务能力。进一步完善我市社区卫生服务设置布局，进一步健全社区卫生服务机构功能，加强全科医师培训、引进力度，完善分级诊疗制度。推进社区卫生服务机构、计划生育服务机构与疾病预防控制机构功能融合。

（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，加强卫生计生综合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。全面提升镇级医院综合能力，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。推进中医药强市建设，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，进一步深化粤港澳医疗合作。

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。对每千常住人口床位数在 4 张以下的或辖

区公立医院床位使用率在 80%以下的镇街将适度设置护理、康复和养老病床。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，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，落实各级责任

强化政府职能，制定并完善相关配套政策，健全医疗服务体系建设，实现全体居民医疗服务的公平性。发改部门要给予相应政策支持；财政部门要积极调整支出结构，健全卫生投入保障机制，新增政府卫生投入重点用于支持公共卫生、基层医疗服务和基本医疗保障以及公立医院改革等方面，完善财政卫生投入资金绩效考评监督机制；规划部门要将医疗机构设置规划纳入我市城乡建设发展总体规划，保障规划布局医疗网点建设；社保部门要不断完善医疗保障制度，减轻居民就医负担；卫生计生行政管理部门负责医疗机构设置规划的具体实施和管理，实行对区域卫生资源的宏观调控。

（二）强化宏观调控，实行全行业管理

以医疗机构设置规划为依据，对区域内的医疗资源配置进行统一规划和宏观调控，实行全行业管理。有计划地协调发展公立医疗机构，控制公立医院规模，按照服务需求和医疗服务体系层次配置医疗资源；对适度超前的配置，要科学论证，从严把关。鼓励和引导社会资金依法兴办医疗机构，实现医疗机构投资主体多元化。结合卫生事业发展规划和医疗机构设置规划，按照医疗机构设置标准，放宽社会办医疗机构的设置审批，形成多种所有制形式协调发展的医疗服务体系，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。通过政策引导和加强监管，确保医疗事业的公益性。

（三）完善社区卫生服务，提供基本医疗卫生服务

社区卫生服务体系作为整个医疗服务体系的重要组成部分，是建立覆盖全体居民基本医疗卫生服务的基础。各级政府应进一步加强社区卫生服务体系的建设。采取改善社区卫生服务条件，增强服务能力，提高医保报销比例和加强医疗技术培训等措施，保障全体居民基本医疗和公共卫生服务需要。

（四）加强人才队伍建设，提高医疗服务水平

建立健全各级各类医疗卫生技术人员的培训制度，通过学历教育、毕业后医学教育、继续医学教育、岗位培训和进

修交流等途径提升医疗卫生技术人员的技术水平。重点推进住院医师规范化培训和落实全科医生制度，不断完善培训模式和保障措施，培养造就一支高素质的医师队伍，提高临床医疗服务和社区卫生服务水平。

（五）执行层级管理，确保规划实施

所有新增医疗卫生资源，特别是公立医院的设置和改扩建、病床规模的扩大、大型医疗设备的购置，无论何种资金渠道，必须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）及时评价，强化监督

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。