

云南省人民政府办公厅文件

云政办发〔2016〕115号

云南省人民政府办公厅关于印发云南省医疗卫生服务体系规划（2016—2020年）的通知

各州、市人民政府，省直各委、办、厅、局：

《云南省医疗卫生服务体系规划（2016—2020年）》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

云南省人民政府办公厅

2016年10月22日

（此件公开发布）

云南省医疗卫生服务体系规划

(2016—2020 年)

为进一步优化并合理配置医疗卫生资源，提高我省医疗卫生服务质量和效率，为民族团结进步示范区、生态文明建设排头兵、面向南亚东南亚辐射中心建设提供更好的健康保障，根据《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020 年）的通知》（国办发〔2015〕14 号）精神，结合我省实际，制定本规划。

第一章 规划背景

第一节 基本现状

一、医疗卫生资源现状

在各级政府高度重视下，经过多年的发展，我省基本建成了由医院、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。医疗卫生资源逐年增加，2015 年与 2010 年相比，各级各类医疗卫生机构数由 22888 个增加到 24186 个，每千常住人口医疗卫生机构床位数由 3.41 张增加到 5.01 张、执业（助理）医师数由 1.38 名增加到 1.68 名、注册护士数由 1.07 名增加到 1.97 名、专业公共卫生人员数由 0.40 名增加到 0.54 名。

二、医疗卫生资源利用情况

2015 年与 2010 年相比，全省医疗机构总诊疗人次数由 17613.24 万人次增加到 22838.67 万人次，年均增长率为 5.93%；住院人数由 483.6 万人增加到 744.85 万人，年均增长率为 10.80%。2015 年医院、基层医疗卫生机构诊疗人次数占比分别为 38.60%和 57.63%，其中医院诊疗服务利用以公立医院为主，占医院总诊疗人次数 的 83.06%。全省医疗机构病床使用率 76.23%，平均住院日为 8.18 日。

三、健康水平

全省人口平均预期寿命由 2010 年的 69.5 岁预计提高到 2015 年的 73.6 岁，孕产妇死亡率由 2010 年的 37.27/10 万下降到 2015 年的 23.63/10 万，婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率分别由 2010 年的 12.24‰和 15.31‰下降到 2015 年的 8.7‰和 11.34‰。

第二节 存在的主要问题

一、医疗卫生资源总量不足、质量不高

我省医疗卫生资源数量和质量与各族人民的健康需求仍有较大差距。2015 年末，全省每千常住人口医疗卫生机构床位数、执业（助理）医师数、注册护士数、专业公共卫生人员数低于全国平均水平。卫生人力资源尤其短缺，2010—2015 年每千常住人口执业（助理）医师年均增长率仅为 3.84%，远低于诊疗人

次数增长速度。卫生技术人员学历和职称普遍偏低，2015 年仅有 28.84% 的卫生技术人员有大学本科及以上学历，副高及以上职称仅占卫生技术人员的 6.41%。全省 27.4% 的妇幼保健机构仍不能开展住院分娩。

二、医疗卫生资源分布不均、结构不合理

医疗卫生资源分布不均，资源利用不足与过度利用并存。全省 93% 的省办医院、46% 的三级甲等医院、30% 的执业（助理）医师和注册护士集中在昆明。不同类型医疗卫生机构发展不均衡。中医（民族医）特色优势尚未充分发挥。2015 年，全省专科医院数量仅占医院总数的 19%、床位仅占医院床位总量的 13%，医疗服务能力和医疗服务辐射能力不强，儿科、精神卫生、康复、老年医学、临终关怀、妇幼保健、计划生育等专科较为欠缺。社会办医院仍存在层次低、专科特色不明显、人才基础薄弱、社会认同度不高等问题，尚未形成与公立医院相互促进、共同发展的格局。

三、基层医疗卫生机构管理水平较低、服务能力弱

乡镇卫生院和村卫生室管理水平相对较低。社区卫生服务机构管理落后，服务功能不健全。基层医疗卫生机构存在人员“下不去、留不住、用不好”以及业务素质偏低的问题，服务水平难以提升，服务能力难以承担基层首诊、分级诊疗的托底功能。同时，基层医疗卫生机构医疗业务萎缩，乡镇卫生院床位占比、入院人数有下降趋势。

四、卫生信息化建设发展滞后、地区发展差异大

信息基础设施较差、卫生信息化建设投入不足、标准不统

一、信息化利用和人员培训不到位。各级各类医疗卫生机构信息化建设程度不一，机构间尚未建立信息互联互通机制，面向公众的医疗卫生信息服务不足。

五、公立医院功能定位不清、分工协作机制尚未建立

各级各类公立医院在医疗卫生服务体系中的功能定位不清。医疗卫生机构间尚未建立分工协作机制，医疗卫生服务体系碎片化问题较为严重。部分医院单体规模过大，降低了管理效率，增加了患者负担，虹吸了基层医疗卫生人才和患者，挤占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 机遇与挑战

未来5年，我省医疗卫生服务体系建设将迎来许多难得的机遇。党中央、国务院高度重视医疗卫生事业发展，把人民健康放在优先发展的战略位置，以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业为重点，加快推进健康中国建设，努力全方位、全周期保障人民健康。省委、省政府把保障人民健康作为重大民生工程，大力推进健康云南建设，为我省进一步完善医疗卫生服务体系建设提供了历史性机遇。我省主动服务和融入国家“一带一路”建设，努力成为面向南亚东南亚辐射中心，为医疗卫生事业带来了面向南亚东南亚开放发展的机遇。国家加大脱贫攻坚力度，为我省加快医疗卫生事业发展速度创造了政策性机遇。信息技术快速发展和普及，为革新医疗卫生

服务和管理模式、提高医疗卫生服务可及性和便捷性提供了技术支持。

同时，经过多年高速发展，我省经济下行压力持续加大，公共财政预算收入增长乏力，医疗卫生事业发展必须适应新常态；新型城镇化和全省空间布局的优化调整对医疗卫生服务体系架构和资源配置提出了新的要求；随着人口老龄化程度加剧，预计到2020年，我省人口将达到4910万，其中老年人口将达到650万，占比达13%，老年医学、康复医疗等领域面临巨大压力；生育政策的重大调整，将加剧儿科、妇幼保健、生殖健康等领域的供需矛盾；慢性非传染性疾病发病率不断升高，重大传染病尚未完全控制，突发新型传染病和输入性传染病对全省尤其是边境地区存在潜在威胁；医疗保障制度的完善，将进一步释放各族人民的医疗服务需求；全面深化医药卫生体制改革向纵深发展、分级诊疗制度的建立和实施为优化医疗卫生资源布局和配置确立了新目标。

第二章 总体要求

第一节 指导思想

全面贯彻落实党的十八大和十八届三中、四中、五中全会以及全国卫生与健康大会精神，深入贯彻习近平总书记系列重要讲话和考察云南重要讲话精神，紧紧围绕“四个全面”战略布局及党中央、国务院和省委、省政府的决策部署，坚持创新、协调、绿色、开放、共享发展理念，贯彻新时期卫生与健康工作新方

针，以提高全省各族人民健康水平为宗旨，以“保基本、强基层、建机制”为主线，进一步深化医疗卫生体制改革，健全医疗卫生服务体系。

第二节 基本原则

一、需求导向，合理布局

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、提升能级、增强补短为主线，适度有序发展，强化薄弱环节。加强全行业管理、属地化管理，对行政区域内不同隶属关系和所有制形式的医疗卫生资源进行统一规划和布局，科学合理确定各级各类医疗卫生机构的数量、规模及布局。

二、政府主导，多元投入

强化政府对基本、基层、基础医疗卫生资源的规划、筹资、监管等方面的责任，维护公共医疗卫生的公益性。发挥市场机制作用，加强政策引导，调动社会力量的积极性和创造性，鼓励和扶持社会办医，以满足人民群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

三、公平可及，提升效率

围绕保障基本医疗卫生服务的公平可及和群众受益的目标，推进少数民族地区、集中连片特困地区基本医疗卫生服务均等化。注重医疗卫生资源配置与使用的科学性与协调性，充分发挥信息技术优势，构建科学、合理、便捷的医疗卫生服务体系，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一。

四、以人为本，创新机制

改革公立医院发展方式，合理调控公立医院资源规模，构建以人为本一体化服务模式。加强人才队伍建设，提高基层医疗卫生机构服务水平，提升公共卫生机构服务能力。

五、因地制宜，统筹协调

充分考虑经济社会发展水平、服务人口数量、服务半径、交通状况和医疗卫生资源现状，分类制定配置标准。统筹城乡、区域资源配置，统筹当前与长远，统筹预防、医疗和康复，以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中医（民族医）西医并重，发挥医疗卫生服务体系的整体功能，促进均衡发展。

第三节 总体目标

优化医疗卫生资源配置，构建与我省国民经济和社会水平相适应、与各族人民健康需求相匹配、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作、便捷可及的整合型医疗卫生服务体系，实现人人享有基本医疗卫生服务。

到 2020 年，全省每千常住人口医疗卫生机构床位数控制在 6.0 张、执业（助理）医师数达到 2.5 人、注册护士数达到 3.14 人、专业公共卫生人员数达到 0.83 人，每万常住人口全科医生数达到 2 人（详见表 1）。按照“控制发展、适度发展、加快发展”的策略制定不同州、市医疗卫生资源配置标准，逐步缩小各州、市医疗卫生资源配置差距，建成“坝区 15 分钟健康服务圈”和“山区 30 分钟健康服务圈”，县域内就诊率达到 90%，全面

提高全省基本医疗卫生服务公平可及性。

表 1 2020 年云南省医疗卫生服务体系资源要素配置主要指标

| 主要指标 | 2020 年 | 2015 年 | 指标性质 |
|---------------------|----------|----------|------|
| 每千常住人口医疗卫生机构床位数（张） | 6.0 | 5.01 | 指导性 |
| 医院 | 4.75 | 3.98 | 指导性 |
| 公立医院 | 3.25 | 2.93 | 约束性 |
| 其中 省办医院 | 0.33 | 0.30 | 指导性 |
| 州市办医院 | 0.88 | 0.83 | 指导性 |
| 县办医院 | 1.94 | 1.65 | 指导性 |
| 其他公立医院 | 0.10 | 0.15 | 指导性 |
| 社会办医院 | 1.5 | 1.05 | 指导性 |
| 基层医疗卫生机构 | 1.25 | 1.03 | 指导性 |
| 每千常住人口执业（助理）医师数（人） | 2.5 | 1.68 | 指导性 |
| 每千常住人口注册护士数（人） | 3.14 | 1.97 | 指导性 |
| 每千常住人口公共卫生人员数（人） | 0.83 | 0.54 | 指导性 |
| 每万常住人口全科医生数（人） | 2 | 0.90 | 约束性 |
| 医护比 | 1 : 1.25 | 1 : 1.17 | 指导性 |
| 州市办及以上医院床护比 | 1 : 0.6 | 1 : 0.52 | 指导性 |
| 县办综合性医院适宜床位规模（张） | 500 | —— | 指导性 |
| 州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：州市办包括地级市、自治州举办，县办包括县、县级市、市辖区举办，下同。

第三章 医疗卫生服务体系布局

第一节 医疗卫生服务体系构架

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。

医院分为公立医院和社会办医院。其中，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、州市办医院、省办医院、部门办医院）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）。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）。

第二节 医院规划设置

一、公立医院

（一）功能定位

公立医院是医疗服务体系的主体，必须坚持维护公益性，充分发挥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。

县办医院主要承担县级行政区域内居民的常见病和多发病诊疗、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、承担相应公共卫生服务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。

州市办医院主要向州市级行政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。

省办医院主要向省级行政区域内各州、市提供急危重症、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。

（二）机构设置

各类地区根据当地城镇化、人口分布、地理交通、疾病谱等因素科学设置各级各类公立医院，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，根据具体情况设立相应的专科医院。

在县级行政区域依据常住人口数，原则上每个县级行政区域设置1个县办综合性医院和1个县办中医类医院（含中医、中西医结合和民族医等，下同）。中医类资源缺乏，且无条件设置中医类医院的县应在县办综合医院设置中医科或民族医科室，床位数不低于10%。民族自治县级行政区域优先设立民族医医院。县办综合医院必须设置精神科和传染病科。50万人口以上的县可适当增加公立医院数量。

在州市级行政区域依据常住人口数，每100万—200万人口，服务半径一般为50公里左右，设置1—2个州市办综合性医院（含中医类医院），地广人稀的地区可以适当放宽。各州、市按照“布局合理、定位明确、重点突出”的原则，至少设置1所州市办综合性医院和1所中医类医院，鼓励现有其他综合性医院根据需要向儿童、妇产、肿瘤、口腔、康复、精神病、传染病、老年病、临终关怀等专科医院发展。未设置精神病专科医院和传染病专科医院的州市，必须在州市办综合医院设置精神病科和传染病科。

在省级行政区域，依据常住人口数，每1000万人口规划设置1—2个省办综合性医院，同时根据需要规划设置儿童、妇产、

肿瘤、心血管、精神病、传染病、职业病、口腔、康复等省办专科医院（含中医类专科医院）。通过交流合作，创新发展，不断提升医疗服务水平、提高医学科研实力，将省办医院建设成为立足云南，面向南亚东南亚的医学高地。

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、高端服务或康复、老年护理等紧缺服务，与公立医院形成有序竞争和补充。

到 2020 年，按照每千常住人口不低于 1.5 张床位为社会办医院预留规划空间，同步预留诊疗科目设置和大型医用设备配置空间。引导社会办医院向高水平、规模化方向发展，鼓励社会办医院提升基础设施建设，发展专业性医院管理集团。支持社会办医院合理配备大型医用设备。

完善配套支持政策，在符合规划总量和结构的前提下，鼓励和引导社会资本举办医疗机构。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。放宽服务领域要求，凡是法律法规没有明令禁入的领域，均可向社会资本开放。优先支持举办非营利性医疗机构。推进医师多点执业，加强公立医院和社会办医院业务合作，提升临床水平和学术地位，支持社会办医院纳入医保定点范围，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。加强行业监管，保障医疗质量和安全。

第三节 基层医疗卫生机构规划设置

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、门诊部、医务室（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，常见病和多发病的诊疗、护理、康复等综合服务，并受县级卫生计生行政部门委托，承担行政区域内的公共卫生管理工作，负责对村卫生室和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工作。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。

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、开展普通常见病和多发病的初级诊治、康复等工作。

单位内部的医务室和门诊部（所）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，提供有关医疗卫生服务。政府可采取购买服务的方式对其提供的服务予以补助。

二、机构设置

乡镇卫生院、社区卫生服务中心按照乡镇、街道办事处行政区划或一定服务人口进行设置。到 2020 年，在每个乡镇办好 1 所政府举办的乡镇卫生院，在每个街道办事处范围或按照每 3 万—10 万居民规划设置 1 所政府举办的社区卫生服务中心。全面提升社区卫生服务中心和乡镇卫生院服务能力和水平。综合考虑城镇化、地理位置、人口聚集程度等因素，选择 1/3 左右的乡镇卫生院提升服务能力和水平，建设中心乡镇卫生院。

合理确定村卫生室和社区卫生服务站的配置数量和布局，根据乡镇卫生院、社区卫生服务中心覆盖情况以及服务半径、服务人口等因素合理设置。原则上每个行政村应设置 1 个村卫生室，每个社区应设置 1 个社区卫生服务站。

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。

第四节 专业公共卫生机构规划设置

一、功能定位

专业公共卫生机构是向行政区域内提供专业公共卫生服务

(主要包括疾病预防控制、卫生计生综合监督执法、健康教育、妇幼保健、精神卫生、急救、采供血、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、健康教育机构、卫生计生综合监督执法机构、妇幼保健计划生育服务机构、精神卫生专业机构、急救中心(站)、血站等, 原则上由政府举办。

县办专业公共卫生机构的主要职责是: 承担行政区域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, 并对行政区域内医疗卫生机构有关公共卫生工作进行技术指导、人员培训、监督考核, 完成上级下达的指令性任务等。

州市办专业公共卫生机构的主要职责是: 承担行政区域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, 完成上级下达的指令性任务等。

省办专业公共卫生机构的主要职责是: 承担行政区域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, 完成上级下达的指令性任务等。

二、机构设置

专业公共卫生机构按照行政区域内常住人口数、服务范围、工作量等因素合理设置。加强行政区域内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；加强边境地区疾病防控能力建设；加强健康教育能力建设。按照行政区划，分级设置，县级及以上每个行政区域内同类专业公共卫生机构原则上只设 1 个，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设置，由其承担卫生计生综合监督执法任务。

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专业公共卫生有关工作。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。

县级行政区域内原则上设置疾病预防控制、卫生计生综合监督、妇幼保健计划生育服务机构各 1 个，目前单设的麻风病、血吸虫病专业防治机构，逐步整合到疾病预防控制中心；在县办综合医院附设急救中心（站）和储血库各 1 个，州市政府所在地不重复设置。

在州市级行政区域内设置疾病预防控制、卫生计生综合监督、妇幼保健计划生育服务、采供血等公共卫生机构各 1 个，独立或依托州市办综合医院设置急救中心（站）1 个。昆明市不再重复设置急救中心和血液中心。各地可根据实际整合资源。

在省级行政区域内，设置疾病预防控制、健康教育、卫生计生综合监督、妇幼保健、人口和计划生育科研、精神卫生、急救、血液中心等专业公共卫生机构各 1 个。

全省范围内，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。

全省范围内，以疾病预防控制机构为主体、传染病专科医院、综合性医院传染科为辅助、基层医疗卫生机构为基础，加强全省传染病防控力度。

全省范围内，以省办、州市办急救中心为龙头，县办急救中心和院前急救网络医院共同建成比较完善的急救网络。加强地质灾害频发地区、大型石油炼化项目所在地、输油管道沿线地区突发事件紧急医学救援基地建设。

第五节 构建区域医疗卫生中心

按照“做强滇中、搞活沿边、联动廊带、多点支撑、双向开放”的发展思路，结合新型城镇化建设规划，构建滇中、滇西、滇东南、滇西北、滇西南、滇东北6个医疗卫生服务区域。滇中医疗卫生服务区域包括昆明、玉溪、楚雄、曲靖；滇西医疗卫生服务区域包括大理、保山、德宏；滇东南医疗卫生服务区域包括红河、文山；滇西北医疗卫生服务区域包括丽江、迪庆、怒江；滇西南医疗卫生服务区域包括西双版纳、普洱、临沧；滇东北医疗卫生服务区域包括昭通。统筹各区域内优质医疗卫生资源，互动发展，打造区域医疗卫生中心，整体提升全省医疗卫生服务水平。

在滇中医疗卫生服务区域，以国家级、省级临床重点专科建设项目和临床学科建设为基础，依托省办三级医院，引进国内优质医疗卫生资源合作共建，建设省级高水平医疗卫生中心；依托省阜外心血管病医院打造面向南亚东南亚的国家级心血管病诊疗中心、省心血管疾病诊疗培训基地。力争将省级高水平医疗卫生中心建设成环境优美、人才聚集、特色突出、设备精良、技术领先、学术严谨、科研创新、管理先进的医疗卫生机构，面向全省和周边国家提供高效优质的危急重症、疑难病症诊治和专科医疗服务，引领全省医疗卫生水平提升。

在滇西、滇东南、滇西北、滇西南、滇东北医疗卫生服务区域，通过省级和省州市共建临床重点专科、临床学科的建设，依托区域内技术能力强、服务能力佳的三级医院，建设滇西、滇东南、滇西北、滇西南、滇东北区域医疗卫生中心，为区域内群众提供高水平的医疗卫生服务，培训、指导区域内基层医疗卫生人员，带动区域内医疗卫生技术水平提升，充分发挥区位优势和技术优势，开展面向南亚东南亚地区的医疗卫生服务。

在滇西、滇西北、滇西南、滇中医疗卫生服务区域，发挥民族医药传统优势，依托现有藏医医院、傣医医院、彝医医院等民族医院，积极开展民族医药服务，打造藏医、傣医、彝医等民族医药服务中心。

第六节 医疗卫生机构分工协作

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，为群众提供系统、连续、全方位的医疗卫生服务。

一、防治结合

专业公共卫生机构要对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展公共卫生服务加强指导、培训和考核，建立信息共享与互联互通等协作机制。明确专业公共卫生机构和医疗机构的职责，做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的综合防治工作。综合性医院或专科医院开展结核病、艾滋病等重点传染病以及职业病、精神疾病等病人的诊断治疗，专业公共卫生机构负责追踪管理。为妇女儿童提供涵盖全生命周期的保健和临床相结合的健康服务，开展出生缺陷综合防治。加强妇幼保健机构和综合医院协调配合，重点加强高危孕产妇、高危儿童的转诊和救治。综合性医院及有关专科医院要依托有关科室，与专业公共卫生机构密切合作，承担行政区域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。加强基层医疗卫生机构队伍公共卫生服务能力建设，确保各项公共卫生任务落实到位。

二、中西医并重

着力推动中医药振兴发展，坚持中西医并重，发挥我省中医（民族医）医疗预防保健特色优势，建立健全中医（民族医）发

展机制，加强中医（民族医）队伍建设，健全中医（民族医）管理体系、中医（民族医）继承创新体系和中医（民族医）服务体系。运用现代科学技术加强中西医在疾病预防、临床治疗、医学科研方面的协作，推动中医（民族医）和西医相互补充、协调发展。加大中医（民族医）医院信息化支持力度。在综合医院、妇幼保健机构等非中医类医疗卫生机构设置中医药（民族医）科室。加强乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医（民族医）综合服务区建设。加强藏医、彝医、傣医等民族医学发展。努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创造性发展。

三、上下联动

建立并完善符合我省实际情况的分级诊疗模式，构建不同级别医院间、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，逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的诊疗格局。以形成分级诊疗秩序为目标，积极探索科学有效的医联体和远程医疗等多种分级诊疗方式，努力完善基本医疗保险报销比例对双向分级诊疗的激励机制。充分利用信息技术促进医疗服务信息公开、优质医疗资源纵向流动，实现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。完善治疗—康复—长期护理服务链，发展和加强康复、老年、长期护理、慢性病管理、临终关怀等接续性医疗机构，建立急慢分治的制度，提高公立医院医疗资源利用效率。

四、医养结合

结合我省得天独厚的自然条件优势，建立多种类型的医养结

合模式。鼓励各类医疗机构开展养老服务，支持各类养老机构加载医疗服务功能，增加为老年人提供医疗服务的资源数量，提升综合医院、中医类医院、老年医院、康复院、养老院、护理院、临终关怀机构以及基层医疗卫生机构为老年人服务的能力。从常见病、慢性病、康复护理、健康促进等方面重点增强基层医疗卫生机构为老年人提供诊疗服务的能力。医疗卫生机构为养老机构开通预约就诊绿色通道，为入住老年人提供医疗巡诊、健康管理、保健咨询、预约就诊、急诊急救、中医养生保健等服务，确保入住老年人能够得到及时有效的医疗救治。养老机构内设的具备条件的医疗机构可作为医院（含中医类医院）收治老年人的后期康复护理场所。鼓励二级以上综合医院（含中医类医院）与养老机构开展对口支援、合作共建。通过建设医疗养老联合体等多种方式，整合医疗、康复、养老和护理资源，为老年人提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料以及临终关怀一体化的健康和养老服务。推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭。鼓励社会力量兴办医养结合机构。

五、多元发展

加强社会办医疗机构与公立医疗卫生机构的协同发展，提高医疗卫生资源的整体效率。鼓励社会资本向满足多元需求的服务领域投资。鼓励社会资本通过多种形式、多个渠道投资举办社区卫生服务机构。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。鼓励社会力量优先举办妇科、儿科、骨伤、肛肠等非营利性中医专科医院，发展中医特色的康复医院、护理院。对社会资本举办只提

供传统中医药服务的中医门诊部、诊所，医疗机构设置规划和区域卫生发展规划不作布局限制。支持有资质的中医专业技术人员，特别是名老中医开办中医门诊部、诊所。鼓励药品经营企业举办中医坐堂医诊所。积极开展医师多点执业。支持社会办医疗机构加强重点学科建设，引进和培养人才，提升学术地位。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。

第四章 医疗卫生资源配置

第一节 配置思路

针对我省医疗卫生资源总体不足、卫生人力资源极度短缺的现状，按照统筹协调的发展思路，控制床位增长速度，提升服务效率，加快执业（助理）医师、专业公共卫生人员、全科医师队伍建设，合理配置注册护士。

针对医疗卫生资源分布不均的问题，根据各州、市社会经济发展情况、地理交通条件、医疗卫生资源现状以及区域医疗卫生中心建设需要，将全省 16 个州、市分为：

控制发展地区：昆明市；适度发展地区：玉溪市、楚雄州、红河州、西双版纳州、德宏州；加快发展地区：曲靖市、保山市、昭通市、丽江市、普洱市、临沧市、文山州、大理州、怒江州、迪庆州。

按照“控制发展、适度发展、加快发展”的策略制定不同地区医疗卫生资源配置标准，要求控制发展地区推动结构调整、加强内涵建设，控制各类资源增长速度，引导社会办医做精做细，鼓励州市办医院和县办医院探索新型服务模式，逐步压缩床位；鼓励适度发展地区提升效率，盘活存量，合理配置和利用各类医疗卫生资源；扶持加快发展地区加大服务供给能力建设力度，逐步缩小各类地区间医疗卫生服务能力差距。对红河州、西双版纳州、保山市、普洱市、临沧市、文山州、德宏州、怒江州等8个沿边州、市各类资源配置予以适当倾斜，加强边境地区医疗卫生服务和疾病防控能力，为建设面向南亚东南亚辐射中心提供健康保障。

第二节 床位资源配置

一、结构配置

到2020年，全省医疗卫生机构床位总数控制在29.5万张左右，每千常住人口医疗卫生机构床位数控制在6.0张，公立医院床位控制在3.25张，其中，县办医院1.94张，州市办医院0.88张，省办医院0.33张（省办医院床位规划详见表2）。国有和集体企事业单位等举办的其他公立医院0.10张，社会办医院1.5张，基层医疗卫生机构1.25张。中医类医院床位数可按照每千常住人口0.55张配置。可按照15%的公立医院床位比例设置公立专科医院。

每千常住人口公立医院床位数超过 3.25 张的，原则上不再扩大公立医院规模，鼓励有条件的地区对公立医院过多的存量资源进行优化调整。政府加大对医疗卫生服务资源短缺、社会资本投入不足地区和领域的投入，满足群众基本医疗卫生服务需求。

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，重点加强医养结合、护理、康复病床的设置。

二、区域配置

综合考虑各州、市社会经济、地理区位、服务人口、现有床位资源、床位利用等因素，按照“控制发展、适度发展、加快发展”等策略制定各州、市床位配置标准（详见表 3）。

表 3 2020 年全省医疗卫生机构床位配置指导标准

| 地 区 | 每千常住人口医疗卫生机构床位数（张） | |
|-----|--------------------|--------|
| | 2015 年 | 2020 年 |
| 全省 | 5.01 | 6.0 |
| 昆明市 | 8.27 | 8.10 |
| 曲靖市 | 4.47 | 5.92 |
| 玉溪市 | 5.42 | 6.03 |
| 保山市 | 4.35 | 5.88 |
| 昭通市 | 3.53 | 4.58 |
| 丽江市 | 4.43 | 5.14 |
| 普洱市 | 3.73 | 5.76 |

| 地 区 | 每千常住人口医疗卫生机构床位数（张） | |
|-------|--------------------|--------|
| | 2015 年 | 2020 年 |
| 临沧市 | 3.68 | 5.67 |
| 楚雄州 | 5.44 | 5.93 |
| 红河州 | 5.37 | 5.80 |
| 文山州 | 4.03 | 5.80 |
| 西双版纳州 | 5.84 | 5.88 |
| 大理州 | 4.63 | 5.96 |
| 德宏州 | 5.08 | 5.96 |
| 怒江州 | 4.10 | 5.14 |
| 迪庆州 | 3.21 | 5.16 |

三、单体规模

严格控制公立医院单体（单个执业点）床位规模，县办综合性医院床位数一般以 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；州市办综合性医院床位数一般以 800 张左右为宜，300 万人口以上的州市可适当增加，原则上不超过 1200 张；省办及以上综合性医院床位数一般以 1000 张左右为宜，原则上不超过 1500 张。2015 年前编制床位数超过 1500 张的综合性医院，不得再新增床位。专科医院的床位规模根据实际需要合理设置。

第三节 卫生人力资源配置

卫生人力资源配置与人民群众健康服务需求、机构功能定位和床位配置等相适应。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。加强全科医生和住院医师规范化培训，完善医教协同机制，逐步建立和完善全科医生制度。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。加强公共卫生人员专项能力建设。

一、执业（助理）医师和注册护士配置

综合考虑各州、市社会经济、地理区位、服务人口、现有人力资源、医疗卫生服务需求等因素，按照“控制发展、适度发展、加快发展”的策略，制定各州、市执业（助理）医师和注册护士配置标准。

到 2020 年，全省每千常住人口执业（助理）医师数和注册护士数分别达到 2.5 人和 3.14 人，总量分别达到 12.3 万人和 15.4 万人左右（配置指导标准详见表 4）。各州、市可根据本区域人口、经济发展水平以及医疗服务需要和需求的变化情况进行适当调整。

表 4 2020 年全省执业（助理）医师、注册护士配置指导标准

| 地 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 |
| 全省 | 1.68 | 2.5 | 1.97 | 3.14 |
| 昆明市 | 3.61 | 3.68 | 4.21 | 4.6 |
| 曲靖市 | 1.19 | 2.18 | 1.16 | 2.79 |
| 玉溪市 | 2.26 | 2.66 | 2.75 | 3.33 |
| 保山市 | 1.37 | 2.28 | 1.60 | 2.90 |
| 昭通市 | 0.73 | 1.75 | 0.91 | 2.22 |
| 丽江市 | 1.46 | 2.34 | 1.51 | 2.93 |
| 普洱市 | 1.37 | 2.40 | 1.48 | 3.01 |
| 临沧市 | 1.08 | 2.21 | 1.40 | 2.78 |
| 楚雄州 | 1.71 | 2.71 | 1.95 | 3.38 |
| 红河州 | 1.46 | 2.58 | 1.82 | 3.23 |
| 文山州 | 1.13 | 2.09 | 1.78 | 2.63 |
| 西双版纳州 | 2.14 | 2.81 | 2.68 | 3.52 |
| 大理州 | 1.56 | 2.49 | 1.80 | 3.11 |
| 德宏州 | 1.82 | 2.45 | 1.72 | 3.07 |
| 怒江州 | 1.25 | 2.12 | 1.60 | 2.65 |
| 迪庆州 | 1.94 | 2.49 | 1.23 | 3.11 |

二、医院人员配置

医院人员以执业（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执业（助理）医生和注册护士数量，医护比达到 1 : 1.25，州市办及以上医院床护比不低于 1 : 0.6。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适当增加人员配置。未达到床护比标准的医院，原则上不允许扩大床位规模。

三、基层医疗卫生机构人员配置

到 2020 年，每千常住人口基层卫生人员数达到 3.5 人以上；每千服务人口乡村医生数不少于 1 名，居住分散的行政村可适度增加；每所村卫生室至少有 1 名乡村医生执业，配备 2 名以上乡村医生的村卫生室，应有 1 名女乡村医生，同时，至少应有 1 名能西会中的乡村医生。每万常住人口全科医生数达 2 人，每个乡镇卫生院有 2 名全科医生。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签约服务关系，基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。

四、专业公共卫生机构人员配置

到 2020 年，每千常住人口公共卫生人员数达到 0.83 人，各级各类公共卫生人才满足工作需要。

疾病预防控制中心人员原则上按照常住人口 1.75/万人的比

例核定，传染病高发地区和边远地区可适当增加，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%。

妇幼保健计划生育机构应当根据当地服务人口、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。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%。

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。

采供血机构应当根据年采供血等业务量配置卫生技术人员。

急救中心、卫生计生综合监督执法机构等应当根据服务人口、年业务量等配置人员。

第四节 信息资源配置

以全民健康保障信息化工程统领全省人口健康信息化建设，有效提升人口健康信息化业务应用水平；以信息惠民为目标，以业务和管理需求为导向，全面建成实用、共享、安全的人口健康信息服务网络。加快省、州市、县三级人口健康信息平台建设，整合完善公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理和综合管理等 6 大业务应用系统，联通全员人口信息、电子病历、居民电子健康档案 3 大数据库，构建全省人口健康大数据中心，普及居民健康卡应用。研究制定我省人口健康信息标准规范

体系，落实安全保障体系。

到 2020 年，初步建成互联互通的全省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、政府社会资源融合，建立人口全覆盖、生命全过程、中西医并重、工作全天候的全民健康保障信息服务机制；强化基于居民电子健康档案贯穿个人全生命周期的医疗健康大数据分析应用；促进卫生计生业务协同、信息共享和科学决策。

第五节 其他资源配置

一、大型设备配置

根据功能定位、医疗技术水平、学科发展和群众健康需求，加强大型医用设备配置规划。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。严控公立医院超常规和举债装备。对社会办医疗机构配置条件适度放宽，不将社会办医疗机构等级、床位规模等作为确定配置大型设备的必要前置条件，重点考核机构人员资质与技术服务能力等指标，为社会办医疗机构大型设备预留一定配置额度。为控制大型医用设备所致的医疗费用不合理上涨，保证大型医用设备使用安全，对未经准入的大型医用设备不予医保报销支持和物价收费许可支持。支持发展专业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。鼓励滇中、滇东南、滇西南及其他有条件的区域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，提高基层医学影像检查和检验服务能力。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。大型医用设备按照品目实行甲、乙类设备分类管理，具体配置规划另行制定。

严格执行医疗机构购置和使用二手大型医用设备有关规定。严禁使用国家已公布淘汰的机型。

二、技术配置

根据医疗卫生服务需求、医疗卫生机构功能定位、疾病谱、疑难危重疾病等情况合理配置医疗卫生技术。

建立医疗技术临床应用评估管理制度，对医疗技术临床应用实行备案管理。围绕常见疾病和健康问题，加强适宜医疗技术的研究开发和推广应用，强化中医药（民族医药）技术推广应用。

建设50个省级临床重点学科和20个中医药重点学科，形成具有云南特色的优势学科，带动整体疾病诊疗水平和医院综合竞争力的提高。实施300个省级临床重点专科建设项目和200个省级临床重点专科培育项目，建成一批有辐射和示范作用的临床重点专科群，解决群众疑难危重和专科疾病诊疗问题。力争到2020年，建设1—3个国家区域性医学诊疗中心，40个专科达到国家级临床重点专科标准，疑难危重疾病救治能力显著提高。

加强县级医疗机构制度建设和以人才、技术为核心的能力建设，实现医院管理法治化、规范化、精细化、信息化，医疗综合

服务能力达到国家基本要求。每个乡镇卫生院、社区卫生服务中心至少建设1个临床重点科室，实现“常见病不出乡、大病基本不出县”的目标。

加强对少数民族地区、边远地区院前急救转运设备配置和院前急救能力建设。

三、经费配置

强化政府对基本、基层、基础医疗卫生资源的投入责任，维护公共医疗卫生的公益性，切实保证公共卫生服务和基层卫生服务经费。新增加的医疗卫生投入应重点向公共卫生、基层医疗卫生、中医（民族医）等重点领域倾斜。改革财政补助方式，建立财政补助与绩效考核结果挂钩机制。

省和州市财政对医疗卫生事业发展滞后地区和区域医疗卫生中心，给予倾斜扶持，加大对贫困地区卫生事业的支持力度。

第五章 保障措施

第一节 加强组织领导

一、加强领导

医疗卫生服务体系规划是政府对卫生事业进行宏观调控的重要手段。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。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、合理划分各级政府责任

各州、市人民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，要重点规划州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，并按照属地化原则，对本州市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州市的区域卫生规划和医疗机构设置规划要求，负责区域内县办医院、专业公共卫生机构及基层医疗卫生机构的设置。

三、明确有关部门职责

卫生计生、发展改革、财政、城乡规划、人力资源社会保障、机构编制和中医药管理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，制定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，依据规划对新改扩建项目进行基本建设管理，按照基本建设程序，积极争取中央建设资金；在物价方面，推进医疗服务价格改革；在财政方面，要按照政府卫生投入政策落实有关经费，注重中西医并重的原则；在城乡规划管理方面，要按照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；在社会保障方面，要加快医保支付制度改革；其他有关部门要各司其职，做好有关工作。

第二节 创新体制机制

深化医药卫生体制改革，为医疗卫生服务体系规划的实施创造有利条件。本规划主要内容是医疗卫生资源配置，“十三五”期间深化医改的总体部署将由医药卫生体制改革规划作出安排，在实施推进过程中，要做好与有关规划的衔接。要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。合理划分各级政府的医疗卫生投入责任。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，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，推进管办分开、政事分开，实行医药分开。科学建立专业公共卫生机构绩效工资动态调整制度，允许基层公共卫生机构在收支结余中提取一定比例作为奖励性绩效工资增量，将其纳入绩效工资统筹管理。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 加大资源调整力度

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，采取多种措施推动公立医院布局 and 结构优化调整。合理控制公立医院床位规模、建设标准和大型设备配置，禁止举债建设和装备。对新建城区、郊区、卫星城区等薄弱区域，政府要有计划、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、妇幼保健、计划生育、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。优先支持集中连片特困地区、人口大县和医疗资源缺乏地区发展，引导城市优质医疗卫生资源向基层、农村流动。优先加强县办医院服务能力，提高县域医疗能力和水平，到2020年，90%的县办医院、县办中医医院分别达到县医院、县中医医院综合能力建设基本标准要求，县域内就诊率提高到90%。支持村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构标准化建设，构建“坝区15分钟健康服务圈”和“山区30分钟健康服务圈”。加大对少数民族地区、边境地区和集中连片特困地区医疗卫生服务体系发展和人才定向培养的支持力度。新建居住区和社区按照有关规定保障基本医疗卫生设施配套。公立医院资源过剩的地区，要优化结构和布局，从实际出发，根据需要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，要采取综合措

施，逐步压缩床位。

第四节 加强人才培养和使用

开展基础人才培养计划，加强医教协同发展，建立医学人才培养与卫生计生行业人才需求的供需平衡机制，加快构建以“5+3”为主体、以“3+2”为补充的临床医学人才培养体系，继续开展农村订单定向医学生免费培养工作，探索“5+3+X”的专科医师培养模式。全面实施住院医师规范化培训和助理全科医生培训，开展专科医师规范化培训制度试点。深入推进继续医学教育。到2020年，基本建成院校教育、毕业后教育、继续教育3阶段有机衔接的具有云南特色的标准化、规范化临床医学人才培养体系。

开展医师万人培训计划，加快执业（助理）医师队伍建设。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，鼓励乡村医生参加学历教育。加强护理、儿科、精神科等急需紧缺专门人才培养。

以“云岭名医”、高层次人才和“省级名中医”培养工程为抓手，在全省范围内分年度有计划开展“云岭名医”、高层次人才选拔和培养工作，开展高端人才引进计划，带动和引领全省公共卫生、医疗和卫生管理等卫生计生各领域高层次人才发展，壮大高层次人才队伍，提高高层次人才水平。

改善医药卫生人才发展政策环境，健全医药卫生人才评价、

选拔、流动、激励保障等制度和机制。加强政府对医药卫生人才流动的政策引导，制定和实施基层“拴心留人”政策，推动医药卫生人才向基层流动，研究实施基层医疗卫生机构全科医生及县办医院专科特设岗位计划，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。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，完善卫生计生人员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、业务骨干和有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。

第五节 强化监督评价

一、规范规划编制流程

各州、市在编制医疗卫生资源配置标准和区域卫生规划工作

中，要根据群众健康需求，合理设置各类医疗卫生资源的配置目标。做好与本规划以及当地经济社会发展规划、城乡规划、土地利用总体规划等的衔接，合理控制资源总量标准及公立医院单体规模，在强基层的基础上，根据实际需要对不同级别、类型机构床位的比例关系进行适当调整。各州、市区域卫生规划起草，须经省卫生计生行政部门论证通过后，再报本州市人民政府审批，确保规划的适宜性、可行性和权威性。区域卫生规划的周期一般为5年。

二、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备案和公示制度，新增床位后达到或超过1500张以上的公立医院，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）；新增床位后达到或超过1000张以上的公立医院，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。

三、建立规划实施的监督评价机制

各州、市人民政府要强化规划实施监督和评价，建立区域卫生规划和资源配置监督评价机制，成立专门的评价工作小组，组织开展区域卫生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、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。

附件：省直部门重点工作任务分工

附件

省直部门重点工作任务分工

| 序号 | 重点工作任务 | 牵头部门 |
|----|---|--------|
| 1 | 制定医疗卫生服务体系规划和医疗机构设置规划，明确各级各类医疗卫生机构功能定位，重点规划省办医院与专业公共卫生机构，科学设置各州、市床位、执业（助理）医师、注册护士配置标准 | 省卫生计生委 |
| 2 | 依据规划对新改扩建项目进行基本建设管理，按照基本建设程序，积极争取中央建设资金；在物价方面，推进医疗服务价格改革 | 省发展改革委 |
| 3 | 按照政府卫生投入政策落实有关经费，加大对公共卫生、基层医疗卫生、中医（民族医）等重点领域的投入力度 | 省财政厅 |
| 4 | 依据有关规定和标准合理设置公立医疗卫生机构编制 | 省编办 |
| 5 | 加强医教协调发展，建立培养医学人才与卫生计生行业人才需求的供需平衡机制 | 省教育厅 |
| 6 | 加大对医疗卫生科研创新支持力度，提升我省医疗卫生整体水平 | 省科技厅 |

抄送：省委各部委，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省法院，省检察院，云南省军区。
滇中新区管委会。

云南省人民政府办公厅

2016年10月26日印发

