

电子公文打印版	
打印单位	
打印人	
年 月 日	

广西壮族自治区人民政府 办公厅文件

桂政办发〔2016〕52号

广西壮族自治区人民政府办公厅关于 印发广西医疗卫生服务体系规划 (2016—2020年)的通知

各市、县人民政府，自治区人民政府各组成部门、各直属机构：
《广西医疗卫生服务体系规划(2016—2020年)》已经自治区人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

2016年5月9日

广西医疗卫生服务体系规划

(2016—2020年)

为加强“十三五”期间医疗卫生服务体系建设，进一步优化配置医疗卫生资源，提高服务可及性、能力和资源利用效率，根据《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》（以下简称《纲要》），结合我区实际，制定本规划。

一、规划背景

（一）现状。

1. 人口和经济社会发展概况。2015年，全区户籍总人口5518万人，年末常住人口4796万人，其中城镇人口2257万人，农村人口2539万人，人口自然增长率7.90%。地区生产总值16803.12亿元，比上年增长8.1%，按常住人口计算，人均地区生产总值35190元。财政收入2332.96亿元，比上年增长7.9%。公共财政预算收入1515.08亿元，增长6.5%，公共财政预算支出4076.40亿元，增长17.1%。城乡居民收入继续增加，全年全区居民人均可支配收入16873元，比上年增长8.5%。

2. 卫生资源状况。全区已建立了由医院、公共卫生机构、基层医疗卫生机构等组成，覆盖城乡的医疗卫生服务体系。2015年末，全区共有医疗卫生机构34440个，其中包括医院527所，基层医疗卫生机构32216所，专业公共卫生机构1658所，其他机构

39所；卫生人员 37.56 万名，其中卫生技术人员 27.49 万名；实有床位 21.45 万张；每千常住人口医疗卫生机构床位数 4.47 张，执业（助理）医师 1.92 名，注册护士 2.36 名。2010~2015 年，全区医疗卫生机构总诊疗人次由 19588.82 万人次增加到 25197.48 万人次，增长了 28.63%，住院人数由 590.20 万人增加到 831.15 万人，增长了 40.83%。

（二）主要问题。

1. 卫生资源难以满足快速增长的居民卫生服务需求。全区卫生资源不足，2015 年底每千常住人口公立医院床位数仅为 3.07 张，每千常住人口执业（助理）医师数、注册护士数、公共卫生人员数分别为 1.92 人、2.36 人、0.69 人，每万常住人口全科医生数 1.12 人。县办公立医院床位不足，每千人口仅有 1.64 张，绝大部分地区乡镇卫生院床位数呈萎缩趋势。

2. 医疗卫生资源结构不合理。部分地区医疗卫生资源质量较低，中西医发展不协调，中医药特色优势未得到充分发挥。公共卫生服务体系发展相对滞后。社会办医明显滞后，每千常住人口社会办医床位数仅为 0.15 张，仅占全区每千常住人口医疗卫生机构床位数的 3.36%。专科医院发展相对较慢，儿科、精神卫生、康复、老年护理等领域明显薄弱。

3. 医疗卫生机构分工协作机制不健全。公共卫生机构、医疗机构分工协作机制不健全、缺乏信息联通共享。分级诊疗体系尚未建立，基层医疗机构人才缺乏，服务能力和水平不高，价格和

医保支付机制对分级诊疗的引导作用不强。

4. 公立医院改革还不到位。县级公立医院破除以药补医机制取得突破，但综合改革进展不平衡。城市公立医院改革有待更多试点突破，部分医疗机构仍存在追求床位规模、购置大型医疗设备、忽视医院内部机制建设等粗放式发展问题。医务人员激励机制有待完善。

（三）形势与挑战。

1. 全面建成小康社会对医疗卫生事业发展提出新要求。全区医疗卫生服务供给与人民群众健康需求不断增长之间的矛盾依然突出。医疗卫生事业必须坚持为人民健康服务的方向，以全民健康促进全面小康，实现人人享有基本医疗卫生服务目标。

2. 自治区重大发展战略对统筹优化城乡卫生资源提出新任务。“双核驱动、三区统筹”开发发展战略的全面实施，要求进一步优化医疗卫生机构结构布局，适应产业发展和人口流动迁徙，解决人民群众看病就医问题，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。

3. 城镇化、老龄化、疾病谱变化和生育政策调整对医疗卫生服务提出新需求。城镇化进程明显加快，城乡优质医疗卫生资源的配置不均衡与城镇快速扩张的矛盾日益突出。快速老龄化使老年人生活照料、康复护理等医疗服务需求日益增长。疾病谱变化使健康服务业更多面向需要长期管理干预的慢性疾病，生育政策调整后，妇产、儿童、生殖等专科医疗资源配置压力增大。这些

对医疗卫生资源的布局、医学理念调整和健康产业战略发展提出新的需求。

4. 云计算、物联网、“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。医改的不断深化也对公立医院数量规模和资源优化配置提出了新的要求。

二、规划目标和原则

（一）规划目标。

优化医疗卫生资源配置，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，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的持续提升奠定坚实的医疗卫生资源基础。

2020 年广西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）	5.53	4.47	指导性
医院床位数（张）	4.28	3.22	指导性
公立医院床位数（张）	3.56	3.07	指导性
其中：自治区办及以上医院床位数（张）	0.56	0.41	指导性
市办医院床位数（张）	0.90	0.87	指导性
县办医院床位数（张）	1.95	1.64	指导性
其他公立医院床位数（张）	0.15	0.15	指导性
社会办医院床位数（张）	0.72	0.15	指导性
基层医疗卫生机构床位数（张）	1.25	1.25	指导性

主要指标	2020 年目标	2015 年现状	指标性质
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.30	1.92	约束性
每千常住人口注册护士数（人）	3.14	2.36	指导性
每千常住人口公共卫生人员数（人）	0.83	0.69	指导性
每万常住人口全科医生数（人）	2.00	1.12	约束性
医护比	1:1.37	1:1.23	指导性
市办及以上医院床护比	1:0.60	1:0.54	指导性
县办综合性医院适宜床位规模（张）	500	432	指导性
市办综合性医院适宜床位规模（张）	800	747	指导性
自治区办及以上综合性医院适宜床位规模（张）	1000	1099	指导性

（二）规划原则。

1. 坚持以健康需求为导向。根据区域人口、经济社会发展状况等，围绕满足人民群众不断增长和变化的健康需求，合理调整医疗卫生资源布局，强化医疗卫生服务的薄弱领域和薄弱环节，科学合理确定各级各类医疗卫生机构数量、规模和布局。

2. 坚持公平与效率统一。优先保障基本医疗卫生服务的可及性，促进公平公正。同时，注重医疗卫生资源配置与使用的科学性与协调性，提高效率，降低成本，实现公平与效率的统一。

3. 坚持政府主导与市场机制相结合。切实落实政府在编制规划、制度建设、投入保障及监管服务等方面的责任，维护公共医疗卫生服务的公益性，满足群众基本医疗卫生服务需求。着力发挥市场机制在配置资源方面的作用，充分调动社会力量的积极性和创造性，满足群众多层次、多元化医疗卫生服务需求。

4. 坚持系统整合。加强全行业监管与属地化管理，统筹城乡、区域资源配置，统筹当前与长远，统筹预防、医疗和康复，中西医并重，注重发挥医疗卫生服务体系的整体功能，促进均衡发展。

5. 坚持分级分类管理。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；合理控制公立医院资源规模，推动发展方式转变；提高专业公共卫生机构的服务能力和水平。

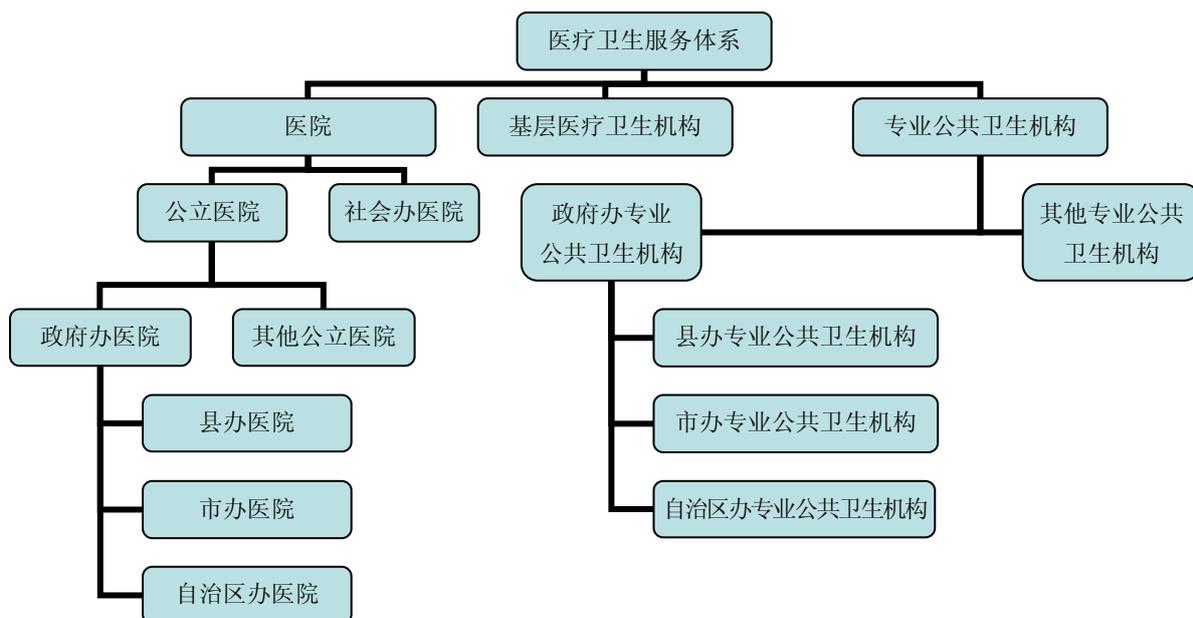
三、医疗卫生机构布局和资源配置

在不同的属地层级实行资源梯度配置。设区市及以下行政区域的基本医疗服务和公共卫生资源，按照常住人口规模和服务半径等因素合理布局。自治区级医疗卫生机构布局要分区域统筹考虑，重点布局。

（一）机构设置。

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、市办医院、自治区办医院）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，分为政府办和非政府办两类，政府办基层医疗卫生机构包括政府举办的社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院。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办（包括市辖区、县级市，下同）、市办、自治区办。



（二）床位配置。

到 2020 年，每千常住人口医疗卫生机构床位配置数为 5.53 张，其中，医院床位数 4.28 张，基层医疗卫生机构床位数 1.25 张。在医院床位中，公立医院床位数 3.56 张，预留不低于 0.72 张社会办医院空间。

1. 各设区市床位配置规划。

各设区市根据辖区内现有卫生资源（含自治区办医院）和经济、社会、人口、交通等方面的实际状况，按照较快发展、平稳发展、控制发展不同类别，区别制定床位配置规划。对医疗服务

辐射范围较广、区域医学中心作用强和患者基本不用外转的设区市，要按较快发展进行规划；对于每千常住人口床位数较少的设区市，要按平稳发展进行规划；对于床位资源高于全区平均水平、卫生资源利用率低，并存在一定外转患者的地方，适当控制其床位规模发展。

各设区市 2020 年每千常住人口医疗卫生机构床位配置规划

(单位：张)

城市	2015 年	其中社会办医院	2020 年	其中社会办医院
南宁市*	5.37	0.21	7.37	0.86
柳州市*	5.31	0.15	6.35	0.86
桂林市*	3.74	0.12	5.73	0.86
梧州市	3.85	0.29	5.07	0.86
北海市	4.41	0.18	5.70	0.80
防城港市	4.10	0.25	5.08	0.80
钦州市	4.14	0.03	5.02	0.86
贵港市	3.18	0.22	4.65	0.86
玉林市	3.80	0.15	5.00	0.80
百色市*	4.43	0.08	5.33	0.70
贺州市	3.67	0.40	4.70	0.80
河池市	4.23	0.10	5.14	0.64
来宾市	4.48	0.01	5.10	0.64
崇左市	3.65	0.04	4.83	0.74
全区合计	4.47	0.15	5.53	0.72

备注：*表示 2020 年含自治区办医院，其中南宁市 2.23 张/千人口，柳州市 0.83 张/千人口，桂林市 0.62 张/千人口、百色市 0.39 张/千人口。

2. 自治区办医院床位配置规划。

自治区办医院控制在每千人口 0.56 张，纳入所在设区市区域卫生规划，协调发展。自治区办医院共 27 家，其中综合医院 11 家，综合中医类医院 4 家，专科医院 12 家。

自治区办医院床位配置规划

(单位：张)

医院名称	目前编制床位	实际开放床位	已批复在建项目新增床位	十三五规划床位规划建议	2020 年规划编制床位
广西壮族自治区人民医院	2300	1748	592	在建病房楼建成后设置床位 592 张	2300
广西壮族自治区人民医院一分院	590	140	390	在建精神心理临床康复中心建成后设置病床 390 张	590
广西壮族自治区人民医院凤岭东盟医院	895	0	895	已批复项目设置病床 895 张，实际设置床位 500 张	500
广西医科大学第一附属医院	2750	2200	0	不增加床位	2750
广西医科大学第二附属医院	1200	790	784	原址重建综合楼，通过内部调整优化布局，实际增加床位 300 张	1500
中国—东盟医疗保健合作中心（广西）	838	0	838	在建项目设置病床 838 张	838
广西科技大学第一附属医院	1000	631	0	不增加床位	1000
广西科技大学第二附属医院	960	539	450	在建住院综合楼，建成后设置床位 450 张	960
桂林医学院附属医院	1000	1400	0	在建项目增加床位 400 张	1800

医院名称	目前编制床位	实际开放床位	已批复在建项目新增床位	十三五规划床位规划建议	2020年规划编制床位
桂林医学院第二附属医院	1000	728	0	在建医技病房内科楼,建成后实际不增加床位	1000
广西壮族自治区南溪山医院	1239	893	430	在建住院内科楼,建成后设置床位430张	1239
右江民族医学院附属医院	1460	1575	0	不增加床位	1460
广西中医药大学第一附属医院	1316	1500	0	在建广西中医药大学第一附属医院康复医院新增床位500张	1816
广西中医药大学第一附属医院仙葫分院	600	0	600	在建仙葫分院门诊住院综合楼,建成后设置床位600张	600
广西中医药大学附属瑞康医院	2000	1900	0	不增加床位	2000
广西国际壮医医院	1000	0	1000	在建广西国际壮医医院,建成后设置床位1000张	1000
广西壮医医院	300	100	0	床位整合到广西国际壮医医院	0
广西医科大学附属五象新区医院(广西肿瘤医院)	900	1000	900	搬迁重建,实际增加床位100张	1000
广西江滨医院	1100	1108	0	在建项目增加床位400张	1500
广西龙潭医院	550	800	0	广西龙潭医院医疗区整体搬迁项目总床位800张	800
广西脑科医院	900	950	0	不增加床位	900
广西骨伤科医院	603	603	0	不增加床位	603
广西医科大学附属口腔医院	230	80	150	在建东盟口腔医院项目,建成后设置床位150张	230

医院名称	目前编制床位	实际开放床位	已批复在建项目新增床位	十三五规划床位规划建议	2020年规划编制床位
广西儿童医院	500	0	500	在建广西儿童医院项目，建成后设置床位500张	500
广西壮族自治区妇幼保健院	840	900	400	原址重建，实际增加床位60张	900
广西工人医院	400	550	100	在建项目床位320张；建设核辐射基地床位100张	820
广西亭凉医院	150	150	0	不增加床位	150
广西壮族自治区皮肤病医院	60	60	0	不增加床位	60
自治区计划生育指导中心	144	47	103	在建项目，建成后设置床位103张	144
合计			8132		28960

（三）其他资源配置。

1. 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原则，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。

（1）资源共享。大型设备配置饱和的区域不允许包括公立医疗机构在内的所有医疗机构新增大型设备，鼓励各地整合现有大型设备资源，提高使用效率。逐步建立专业医学检验中心和影像中心。到2020年，各设区市建设1—2所医学检验机构/影像中心，在确保医疗安全和满足医疗核心功能前提下，实现医学影像、医

学检验等结果互认和资源共享。

(2) 分级管理。大型医用设备按照品目分为甲类和乙类，实行属地管理，分级负责。甲类由国家卫生计生委会同有关部门制定规划并组织实施；自治区卫生计生委在国家卫生计生委指导下制定乙类大型医用设备规划并组织实施；设区市卫生计生委负责辖区大型医用设备规划、配置初审和日常监管等工作。完善审批制度体系，强化使用事中事后管理。

(3) 配置标准。根据经济、社会、人口以及目前大型医用设备使用情况，制定出全区乙类大型医用设备配置标准，各医院严格按照配置标准进行配置。

2. 技术配置。

健全医疗技术临床应用准入和管理制度，对医疗技术临床应用实行分类、分级管理。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。加强对临床专科建设发展的规划引导和支持，以发展优质医疗资源为目标，发挥其示范、引领、带动和辐射作用，提高基层和区域的专科水平，逐步缓解地域、城乡、学科之间发展不平衡，促进医疗服务体系协调发展。注重中医临床专科的建设，强化中医药技术推广应用。

3. 信息资源配置。

加强人口健康信息化建设，到 2020 年，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区人口并信息动态更新。全面建成互联互通的自治区、市、县三级人口健康平台，

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 6 项业务应用系统的互联互通和业务协同。积极推动远程医疗服务发展。普及应用居民健康卡，积极推进居民健康卡与社会保障卡、金融 IC 卡、市民服务卡等公共服务卡的应用集成，实现就医“一卡通”。依托自治区电子政务网，构建与互联网安全隔离，联通各级平台和各级各类卫生计生机构，高效、安全、稳定的信息网络。加强信息安全防护体系建设。实现各级医疗服务、医疗保障与公共卫生服务的信息共享与业务协同，转变服务方式，提高服务能力和服务效率。

四、各级各类医疗卫生机构功能定位和设置

（一）医院。

1. 公立医院。

（1）功能定位。

公立医院是医疗服务体系的主体，要坚持公益性，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。

县办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。

市办医院主要向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。

自治区办医院主要向各设区市提供急危重症、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。

（2）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。

——在县级区域依据常住人口数，原则上设置 1 个县办综合医院和 1 个县办中医类（含中医、中西医结合、民族医等，下同）医院。中医类资源缺乏，难以设置中医类医院的县可在县办综合医院设置中医科或民族医科室。民族地区、民族自治地方的县级区域优先设立民族医医院。50 万人口以上的县（市、区）可适当增加公立医院数量。

——在设区市依据常住人口数，每 100~200 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。地广人稀的地区可以适当放宽人口规模标准。在设区市应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）。

——根据区域、交通、常住人口数实际情况，加强现有自治区办综合性医院、中医民族医医院和儿童、妇产、肿瘤、精神、传染病、职业病以及口腔、康复等专科医院建设。

——区域医学中心：根据统筹规划、提升能级、辐射带动的原则，在全区规划设置国家级、自治区级、市级区域医学中心。

国家级区域医学中心。支持广西医科大学第一附属医院和自治区人民医院建设国家级区域医学中心，辐射东盟国家，向周边国家和地区提供代表国家先进水平的疑难病症诊疗和专科医疗服务等。

自治区级医学中心。依托自治区办临床综合优势较大和整体水平较高的综合医院、中医医院、专科医院建设自治区级医学中心。同时依托梧州市、百色市、南宁市、桂林市、柳州市、玉林市和贵港市的医疗资源，建设桂东、桂西、桂南、桂北、桂中和桂东南自治区级医学中心。自治区级医学中心以全区和周边地区为服务范围，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。

市级医学中心。依托市办综合医院和技术力量强的专科医院，建设市级综合性医学中心和市级专科医学中心，主要向行政区域内群众提供高水平的综合性或专科医疗服务，并承担基层卫生人才培养和医学科研任务。

（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，重在控制床

位的过快增长。各地应结合当地实际情况，参考以下指标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 3.56 张（含妇幼保健院床位）。其中，县办医院床位数 1.95 张，市办医院床位数 0.9 张，自治区办医院床位数 0.56 张，国有和集体企事业单位等举办的其他公立医院床位数 0.15 张。实行分类指导，每千常住人口公立医院床位数超过当地每千常住人口医院床位数 83%或每千常住人口医疗卫生机构床位数 64%的区域，原则上不再扩大公立医院规模，鼓励有条件的地区对过多的存量资源进行优化调整。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。中医类医院床位数可以按照每千常住人口 0.55 张配置。同时，可以按照 15%的公立医院床位比例设置公立专科医院床位。

（4）单体规模。

严格控制公立医院单位床位规模的不合理增长，县办综合性医院（单个执业点，下同）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；市办综合性医院床位数一般以 800 张左右为宜，500 万人口以上的设区市可适当增加，原则上不超过 1200 张；自治区办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。专科医院的床位规模要根据实际需要合理设置。

2. 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。

到 2020 年，按照每千常住人口床位数不低于 0.72 张的标准，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，进一步放宽中外合资、合作办医条件，逐步扩大具备条件的境外资本设立独资医疗机构试点。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。支持社会办医院合理配备大型医用设备。对具备相应资质的社会办医院，应按规定加快办理审批手续，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。

（二）基层医疗卫生机构。

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、慢性病、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、诊所（医务室）卫生所、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。

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、慢性病、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，承担辖区范围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，承担所在行政村、居委会的基本公共卫生服务和普通常见病、慢性病、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，负责所在单位或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。

2. 机构设置。

乡镇卫生院、社区卫生服务中心按照乡镇、街道办事处辖区范围或服务人口标准进行设置。到 2020 年，要实现每个乡镇办好

1 所标准化的乡镇卫生院；在每个街道办事处或每 3~10 万服务人口，规划设置 1 所社区卫生服务中心。综合考虑城镇化水平、地理位置、人口聚集程度等因素，实施中心乡镇卫生院服务能力提升工程，重点建设现有的 288 所中心乡镇卫生院。有条件的中心乡镇卫生院可以建设成为县办医院分院。城市一级和部分二级公立医院可以根据需要，改造为社区卫生服务中心。

统筹乡镇卫生院、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，合理确定村卫生室和社区卫生服务站的配置数量和布局。原则上每个行政村应当设置 1 个政府办村卫生室，人口多、服务半径大、条件成熟的可设置 2 个政府办村卫生室。

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。

3. 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，重在提高床位使用效率。到 2020 年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数要达到 1.25 张，重点设置护理、康复病床的。

（三）专业公共卫生机构。

1. 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，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、急救中心（站）、血站等，原则上由各级政府举办。

县办专业公共卫生机构的主要职责是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的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。

市办专业公共卫生机构的主要职责是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进行人员培训、业务指导、监督考核等，完成国家、自治区下达的指令性任务。

自治区办专业公共卫生机构的主要职责是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，完成国家下达的指令性任务。

2. 机构设置。

专业公共卫生机构要按照辖区常住人口、服务范围、工作量等因素合理设置。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。专业公共卫生机构按行政区划分级设置，县级及以上行政区域原则上只设置一个同类专业公共卫生机构。县级以下区域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。

县级及以上行政区域原则上只设立 1 个疾病预防控制中心，不再单设其他专病预防控制机构，目前少数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。

县级及以上行政区域要整合卫生计生执法资源，规范设置卫生计生监督综合执法机构，只设置一支执法队伍，统一承担卫生计生综合监督执法任务，确保卫生计生法律法规的有效落实。

自治区设立妇幼保健院和计划生育技术服务中心、避孕药具管理中心。整合市级妇幼保健机构与计划生育技术服务机构，挂“妇幼保健院”和“妇幼保健计划生育服务中心”牌子；保留避孕药具管理中心。整合县级妇幼保健院、计划生育技术服务站、避孕药具管理站等机构，挂“妇幼保健院”和“妇幼保健计划生育服务中心”牌子。妇幼保健计划生育服务中心是提供妇幼公共卫生和妇幼基本医疗服务的公益性事业单位，要坚持妇幼保健与妇幼临床相结合的发展方向。将乡镇计划生育服务所的技术服务职能整合并入乡镇卫生院，在乡镇卫生院增挂“妇幼保健计划生育服务站”牌子。村级保留村卫生室和村计划生育服务室，共享共用。

自治区根据国家有关规定，结合人口分布、医疗资源、临床用血需求等因素，统筹规划血站设置，1 个城市内不得重复设置血液中心、中心血站。血液中心和中心血站难以覆盖的县（市、区）可以依托县办综合医院规划设置 1 个中心血库。

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。

每个设区市必须设置 1 个急救中心（站），以市办急救中心为龙头，县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。加强自治区核辐射应急救治基地建设。

五、加强卫生人才队伍建设

（一）人员配备。

到 2020 年，每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.30 人，注册护士数达到 3.14 人，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，医护比达到 1:1.37，市办及以上医院床护比不低于 1:0.6，保证人才规模、区域布局与全区人民群众健康服务需求相适应，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，逐步建立和完善全科医生制度和住院医师规范化培训制度。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。加强公共卫生人员的专项能力建设。

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。

各设区市根据本地区双核驱动、三区统筹经济、社会、人口、患者就医流向、现有人力资源及 2020 年床位资源指标等情况，区别制定出本地区千人口执业（助理）医师数和注册护士数配置标准。

各设区市 2020 年每千常住人口执业（助理）医师和注册护士配置标准

（单位：人）

地区	2015 年千人口 执业（助理）医师	2015 年千人口 注册护士数	2020 年千人口 执业（助理） 医师数	2020 年千人口 注册护士数
南宁市*	2.72	3.27	3.40	4.88
柳州市*	2.36	2.99	2.77	3.97
桂林市*	2.06	2.36	2.51	3.68
梧州市	1.58	2.03	2.11	2.95
北海市	2.02	2.20	2.23	2.99
防城港市	1.91	2.17	2.17	3.02
钦州市	1.48	1.91	1.93	2.56
贵港市	1.31	1.47	1.83	2.41
玉林市	1.41	1.54	1.93	2.31
百色市*	1.50	1.98	2.17	2.59
贺州市	1.48	1.89	1.85	2.68
河池市	1.59	1.97	2.00	2.59
来宾市	1.60	1.76	1.89	2.36
崇左市	1.55	1.96	1.91	2.84
全区	1.92	2.36	2.30	3.14

备注：*表示 2020 年含自治区办医院，其中南宁市千人口执业（助理）医师数 1.12 人、千人口注册护士数 1.45 人，柳州市千人口执业（助理）医师数 0.41 人、千人口注册护士数 0.54 人，桂林市千人口执业（助理）医师数 0.31 人、千人口注册护士数 0.39 人，百色市千人口执业（助理）医师数 0.19 人、千人口注册护士数 0.24 人。

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，在我区初步建立起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建立比较稳定的签约服务关系，基本实现城乡每万名居民有 2~3 名合格的全科医生的目标，全科医生服务水平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，每个村卫生室至少有 1 名乡村医生；有两名以上乡村医生的，原则上应配 1 名女乡村医生。

3. 专业公共卫生机构。

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。

疾病预防控制中心规模原则上按照常住人口 1.75/万人的比例核定，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%。

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。

卫生计生监督执法机构要综合考虑辖区人口、工作量、服务范围和经济水平等因素，配置卫生计生监督执法人员，充实监督执法力量，保证综合监督行政执法工作正常开展。

妇幼保健计划生育机构人员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。市、县、乡三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%。

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。

（二）人才培养。

加强卫生人才队伍建设，注重医疗卫生、公共卫生、中医药以及卫生管理和监督执法人才的培养，制订有利于卫生人才培养使用的政策措施。切实加强医教协同，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，提高人才培养的针对性、适应性和整体质量。建立住院医师规范化培训制度，探索专科医师规范化培训制度，开展助理全科医生培训，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，改革完善医学继续教育制度，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、继续教育有机衔接的标准化临床医学人才培养体系。院校教育质量显著提高，毕业后教育得到普及，继续教育实现全覆盖。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。

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，鼓励符合条件的在岗乡村医生进入中、高等医学院校

（含中医药院校）接受系统教育，提高整体学历层次。加强政府对医药卫生人才流动的政策引导，推动医药卫生人才向基层流动，加大人才培养与引进力度。制订优惠政策，为农村订单定向免费培养医学生，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。加强公共卫生人才队伍建设，加强高层次医药卫生人才队伍建设。为实施好全面两孩政策，大力加强产科、儿科人才培养。加强精神科等急需紧缺专门人才培养。大力支持中医和壮瑶医类人才培养。

（三）人才使用。

健全以聘用制度和岗位管理制度为核心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、加强功能整合与分工协作

建立完善公立医院、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）强化防治结合。

对公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院开展的公共卫生服务，专业公共卫生机构要加强指导、培训和考核，建立信息共享与互联互通等协作机制。

进一步明确专业公共卫生机构和医疗机构的职责，着力加强高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的联防联控工作。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，逐步交给综合性医院或者专科医院负责，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。

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密切合作，承担相应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。要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。充分发挥中医药壮瑶医药在公共卫生中的作用，积极发展中医壮瑶医

预防保健服务。

（二）完善上下联动。

建立并完善分级诊疗模式，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，逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治。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方式。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诊疗信息互通共享、远程医疗服务和教学培训的信息渠道。

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。鼓励有条件的地区通过合作、托管、重组等多种方式，促进医疗资源合理配置。探索县乡一体化管理。推进乡镇卫生院和村卫生室一体化。

公立医院要通过对口支援、技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，帮扶和指导与之建立分工协作关系的基层医疗卫生机构，提高其服务能力和水平。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。公立医院向基层医疗卫生机构提供转诊预约挂号服务，对基层医疗卫生机构转诊病人优先安排诊疗和住院；将恢复期需要康复的病人或慢性病病人转诊到病人就近的基层医疗卫生机构。

完善治疗—康复—长期护理服务链，大力发展提供康复、老年、长期护理、慢病管理、临终关怀等服务的接续性医疗机构，建立急慢分治的制度，提高公立医院医疗资源利用效率。

（三）坚持中西医并重。

坚持中西医并重方针，以积极、科学、合理、高效为原则，做好中医医疗服务资源配置。充分发挥中医医疗预防保健特色优势，不断完善由中医医疗机构、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，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，提升基层西医和中医两种手段综合服务能力，到 2020 年，力争使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。

加强壮瑶医医疗服务体系建设，重点建设广西国际壮医医院，改扩建一批市级、县级壮瑶医医院。扎实推进中医药壮瑶医药“三名”（名医、名药、名院）战略。加强壮瑶医重点学科、专科建设，大力发展社区卫生服务中心、乡镇卫生院壮瑶医科。推广壮瑶医优势病种诊疗方案以及壮医经筋推拿、药线点灸、药物竹罐、瑶医药浴等壮瑶医药特色技术。

（四）鼓励多元发展。

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。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，满足群众多层次医疗服务需求。探索公立医院有形资产和无形资产科学评估办法，防止国有资产流失。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。

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。

（五）加快发展医养结合。

推进医疗机构与养老机构等加强合作。推动中医药壮瑶医药与养老结合，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，鼓励开通养老机构

与医疗机构的预约就诊绿色通道，协同做好老年人慢性病管理和康复护理。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。在养老服务中充分融入健康理念，加强医疗卫生服务支撑。支持有条件的养老机构设置医疗机构。统筹医疗服务与养老服务资源，合理布局养老机构与老年病医院、老年护理院、康复疗养机构等，研究制订老年康复、护理服务体系专项规划，形成规模适宜、功能互补、安全便捷的健康养老服务网络。

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，逐步丰富和完善服务内容及方式，做好上门巡诊等健康延伸服务。

七、组织实施与监督评价

广西卫生服务体系规划（2016—2020年）是全区编制区域卫生规划和医疗机构设置规划的依据和标准，各设区市政府要加强组织领导，创新体制机制，严格规划实施，强化监督评价。

（一）加强组织领导。

切实加强对区域医疗卫生服务体系规划工作的领导，将规划列入各级政府的工作目标和考核目标，建立问责制。各级政府要

将医疗机构发展建设列入土地利用总体规划和城乡规划，优先保障非营利性医疗机构用地。

各设区市人民政府根据本规划编制区域卫生规划和医疗机构设置规划并组织实施，要重点规划市办及以下医院和公共卫生机构，将床位配置标准细化到各县，并按照属地化原则，对本市范围内的各级各类医疗卫生机构的设置进行统筹规划。

各县（市、区）人民政府应当按照所在市的区域卫生规划和医疗机构设置规划的要求，负责辖区内县办医院、公共卫生机构及基层医疗卫生机构的设置。

政府是实施规划的责任主体和工作主体。各地要把规划作为财政投入、项目建设、人员配置、床位设置、绩效指标等的依据，增强规划的约束力。

各设区市的卫生计生、发展改革、财政、规划、机构编制、人力资源社会保障等部门要认真履行职责，密切配合、协调一致地推进规划的有效实施。卫生计生部门要牵头编制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安排，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；规划部门要依据依法批准的城乡规划审批建设用地；机构编制部门要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。

（二）创新体制机制。

医药卫生体制改革不断深化和推进，为区域卫生规划的实施创造有利条件。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。落实对公立和社会办非营利性医疗卫生机构的投入政策，明确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。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，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结合的支付体系。建立属地化、全行业管理体制。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。

（三）严格规划实施。

各地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。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，无论资金来源渠道如何，都必须依据本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 张床位以上的公立医院，其床位增加须报自治区卫生计生委备案。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。

（四）强化监督评价。

各地在编制区域卫生规划和医疗机构设置规划工作中，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。要综合考虑包括辖区内的军队医疗机构、复员退伍军人医疗机构等在内的各方医疗资源，充分征求有关部门和社会各界的意见。要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、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。各设区市完成区域卫生规划起草和论证工作后，须经自治区卫生计生委同意并报本级人民政府审批。各设市市的区域卫生规划周期一般为 5 年。

各设区市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

的健康开展和有效运行。自治区有关部门根据职责分工，开展规划实施进度和效果评价，必要时开展联合督查，以推动规划落实，实现医疗卫生资源有序发展、合理配置、结构优化。

公开方式：公开

抄送：自治区党委各部门，广西军区，武警广西总队，各人民团体。
自治区人大常委会办公厅，自治区政协办公厅，自治区高级法院，
自治区检察院。
各民主党派广西区委会，自治区工商联。

广西壮族自治区人民政府办公厅

2016年5月9日印发

