吉林省“十四五”医疗机构设置规划

(征求意见稿)

为进一步优化医疗卫生资源配置，推动优质医疗资源扩容和均衡布局，完善区域、城乡医疗服务体系建设，提升卫生健康综合服务能力和整体效率，满足群众多元化、多层次就医需求，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》《医疗机构管理条例实施细则》以及《吉林省“十四五”医疗卫生服务体系规划》等要求，制定《吉林省“十四五”医疗机构设置规划》（下称《设置规划》）。

一、医疗机构设置规划背景

“十三五”时期，省委、省政府深入贯彻落实习近平总书记关于卫生与健康的重要论述和视察吉林重要讲话重要指示精神，坚持以人民为中心的发展理念，深入推进健康吉林建设，持续深化医药卫生体制改革，全省医疗卫生服务体系不断完善，各级医疗机构设置更加科学，医疗资源配置更加合理，避免医疗卫生资源配置重复、盲目扩大规模，逐步缩小城乡差别、地区差别，充分合理利用医疗资源，满足区域内居民的日益增长的医疗服务需求。

（一）社会经济发展概况。

吉林省辖1个副省级市（长春市）、7个地级市、1个自治州，21个市辖区、20个县级市、16个县、3个自治县。截止2020年末，全省总人口为2577.1万人，全省人口出生率4.84%，人口自然增长率-2.97%，2020年全省实现地区生产总值12311.32亿元。

（二）医疗卫生服务概况。

2020年，全省诊疗人数为9301.77万人次，年门诊、急诊诊疗人次为8288.58万人次；年住院306.67万人次，年住院患者平均住院日为9.9天；全省人均预期寿命提高到78岁以上，孕产妇死亡率、婴儿死亡率、５岁以下儿童死亡率分别为10.75/10万、2.74‰、3.60‰，主要健康指标居于全国中上水平，新冠肺炎疫情防控取得重大战略成果，为全面建成小康社会奠定了坚实的健康基础。

（三）医疗卫生资源概况。

1.医疗卫生机构。截至2020年底，全省医疗卫生机构达到25626个，其中医院812个、基层医疗卫生机构24434个、专业卫生机构314个，其他医疗卫生机构66个。医院中，公立医院268个，民营医院544个；三级医院53个，二级医院281个，一级医院156个，未定级医院322个(其中公立医院：三级医院47个，二级医院160个，一级医院34个，未定级医院27个)。基层医疗卫生机构中，城市社区卫生服务中心（站）302个，乡镇卫生院760个，诊所（卫生所、医务室）12288个，村级医疗卫生机构（村卫生室）9640个，门诊部1443个。专业公共卫生机构中，疾病预防控制中心67个，卫生监督机构44个，妇幼保健院（所、站）70个，急救中心（站）9个，采供血机构20个，专科疾病防治院（所、站）54个，计划生育技术服务机构47个，健康教育所（站、中心）3个。建立互联网医院11个。

2.卫生技术人员。截至2020年底，全省卫生技术人员212140人，其中执业（助理）医师85123人、注册护士95392人，药师（士）8717人、技师（士）10290人、其他技术人员12624人。全省医护比1:1.12，每千人口执业（助理）医师3.54人，每千人口护士3.96人，每万人口全科医生3.33人。

3.病床使用情况。截至2020年底，全省卫生机构共有床位为173143张，其中：医院床位为148846张，基层医疗机构床位为19647张，每千人口医疗卫生机构床位数7.19张。平均床位使用率56.16%。

（四）现状分析。

当前，复杂变化的外部环境给全省卫生健康事业发展带来诸多风险和挑战，重大传染病防控形势依然严峻，防范化解重大疫情和突发公共卫生事件能力亟待提升。同时，随着居民生产生活方式和疾病谱不断发生变化，我省仍面临多重疾病负担并存、多种健康影响因素交织的复杂状况。居民健康素养水平偏低，慢性病发病人群呈现年轻化趋势，心理健康、职业健康等问题不容忽视，“一老一小”等重点人群健康服务需求不断增长，卫生健康服务供给压力、公共卫生安全治理难度持续加大。

1.医疗服务能力不足。一方面临床专科资源、专业领域存在短板，部分市（州）医疗机构诊疗服务能力不足，跨市异地转诊量较大。结合全省居民疾病谱表明，发病率且致死致残率较高、严重影响人民群众健康的恶性肿瘤、心脑血管疾病、高血压、糖尿病等重大慢性非传染性疾病仍是导致死亡的主要因素，对于发病率高的基础专科、严重影响人民健康的核心专科和区域资源短板专科的医疗服务能力发展较缓慢。另一方面高端服务医疗资源不足，与先进省市相比，高水平医院的引导力和辐射力不足。在2020年度全国三级公立医院绩效考核中，全省仅有3家医院排名进入前100位，没有达到A++等次的医院。

2.医疗机构建设不完善。全省优质卫生资源集中于大中城市，基层医疗资源匮乏，城乡差距较明显。医疗卫生机构智慧化、信息化建设较滞后，院前急救网络建设仍不健全，形成城乡居民就医需求较高但资源相对不足的现状。突发公共卫生事件处置和医疗急救网络建设经费投入不足，各地急救中心(站)尚未真正实现医疗急救指挥、调度、处置功能，急救设备缺乏，通信联络方式落后，院前急救和院后急诊不能有效衔接。

3.医疗资源分布不均。目前我省医疗资源分布不均，多元化办医格局尚未形成。全省卫生资源明显地向大中城市集中，向大型医疗机构倾斜，城市医疗资源过剩，基层医疗资源不足，行政部门在卫生资源分配上干预不足，城乡差距较大。个别地区突破规划设置医疗机构和自行调整规模，医院功能和服务范围界定不清晰，存在不切合实际的单体扩张现象。

二、医疗机构设置规划指导思想及基本原则

（一）指导思想。

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，统筹规划，合理配置医疗卫生机构，构建布局合理、区域协调、多方参与、分工明确、共同发展的现代化的卫生健康服务体系，着力解决好人民群众看病就医急需求，不断提升人民群众健康获得感。

（二）基本原则。

**坚持需求导向，人民至上原则。**践行以人民需求为中心的发展思想，围绕新时期卫生与健康工作方针，统筹区域医疗资源总量、结构、布局，完善城乡医疗服务体系建设。以国家医学中心、国家和省级区域医疗中心（中西医同含，下同）、省、市、县级公立医院为重点，以临床专科能力和人才队伍建设为抓手。优化卫生资源要素配比，增强重大疫情及突发公共卫生事件处置能力。将建立覆盖城乡居民的健全医疗服务体系摆在首要位置，充分发挥有限医疗资源的最大效能和服务效率，明确各级医疗机构的功能和职责，建立和完善基层首诊、分级医疗、双向转诊、急慢分治的医疗服务体系让人民群众享有公平、可及、安全、有效的基本医疗卫生服务。

**坚持统筹规划，科学布局原则**。强化政府办医疗机构的公益性和在医疗服务体系中的主导地位。各级卫生健康行政部门（含中医药部门）在同级人民政府领导下负责本辖区《设置规划》的制定，并严格按照设置规划增设医疗机构，控制公立医疗机构的建设规模、建设标准。规划实行中心控制、周边发展，数量实行存量提质、增量有序，规模施行单体控制扩张、基层鼓励扩面。合理控制三级公立综合医院数量和规模，推进医疗机构从外延扩张向内涵提升转变。对社会办医区域总量和空间不作规划限制，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，鼓励社会力量举办的医疗机构积极加入医疗联合体。

**坚持中西医并重，协同创新原则。**循新时期卫生与健康工作方针，中西医并重，促进中医药传承创新发展，保障中医、中西医结合、少数民族医医疗机构的合理布局和资源配置，充分发挥中医防病治病的独特优势和作用。根据区域特点，着眼实际需求和发展水平，科学谋划分级医疗体制，推动紧密型城市医疗集团和县域医共体建设，充分发挥信息化的支撑作用，加强医防融合、平急结合、医养结合，充分发挥医疗服务体系的整体功能和效益。大力发展互联网诊疗服务，将互联网医院纳入医疗机构设置规划，形成线上线下一体化服务模式，促进区域医疗资源融合共享，提高医疗服务体系整体效能。

三、医疗机构设置规划总体目标

（一）主要指标。

医疗机构的设置要围绕“平急结合、医防协同、区域协作、医养结合、中西医并重、多元发展”总要求，以医疗服务需求、医疗服务能力、千人口床位数（千人口中医床位数）、千人口医师数（千人口中医师数）和千人口护士数等为主要指标进行宏观调控，具体指标值由各市（州）根据实际情况确定。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **主 要 指 标** | **2020年现状** | **2025年目标** | **指标性质** |
| 每千人口医疗卫生机构床位数（张） | 7.19 | 7.50左右 | 指导性 |
| 其中：市办及以上公立医院 | 2.4 | 2.00左右 | 指导性 |
| 县办公立医院及基层医疗卫生机构（张） | 2.43 | 3.50左右 | 指导性 |
| 每千人口公立中医类医院床位（张） | 0.63 | 0.85左右 | 指导性 |
| 每千人口执业（助理）医师数（人） | 3.54 | 3.54 | 预期性 |
| 每千人口中医类别执业（助理）医师数（人） | 0.56 | 0.62 | 预期性 |
| 每千人口注册护士数（人） | 3.96 | 4.20 | 预期性 |
| 每千人口药师（士）数 | 0.36 | 0.54 | 预期性 |
| 医护比 | 1:1.12 | 1:1.20 | 预期性 |
| 床人（卫生人员）比 | 1:1.58 | 1:1.62 | 预期性 |
| 二级及以上综合医院设置老年医学科的比例（%） | 38 | ≥60 | 预期性 |
| 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 |
| 省办及以上综合医院适宜床位规模（张） | — | 1500-3000 | 指导性 |

（二）完善城乡分级诊疗服务体系建设。

明确各级各类医疗机构功能定位。组建由三级公立医院或代表辖区医疗水平的医院牵头，若干医院、基层医疗卫生机构、公共卫生机构构成的城市医疗集团，以社区卫生服务机构为基础，以城市医疗集团为主要形式，推动建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制；以县级医院为龙头，乡镇卫生院和村卫生室为基础，以县域医共体为主要形式，加强对乡镇卫生院、村卫生室的技术指导，推动建立农村医疗服务网络。按照县乡一体化、乡村一体化原则积极发展紧密型县域医共体，在原有紧密型县域医共体建设基础上进一步扩大范围。促进区域医疗机构检查检验结果互认。强化三级医院对口帮扶工作，加强对国家、省级乡村振兴县、医疗服务能力薄弱县、少数民族自治县、边境地区重点县、革命老区县县级医院的医疗技术支持和指导。

（三）推进优质均衡高效的医疗服务体系建设。

依托现有资源，积极申报创建国家医学中心、国家和省级区域医疗中心、临床医学研究中心、中医药传承创新中心。以省域死亡率高、外转率高的疾病为重点，强化国家级高水平医院与我省合作共建相关专业类别的国家区域医疗中心项目建设，推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。积极争取国家支持，按照省市共建、网格布局、均衡配置的原则，建设省级区域医疗中心。支持康复医院、护理院、护理站发展，鼓励医疗资源丰富地区的部分二级医院转型为接续性医疗机构，加大区域内服务协同，扩大康复、护理、安宁疗护等接续性服务供给。强化信息化的支撑作用，切实落实医院、基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范，推动人工智能、大数据、云计算、5G、物联网等新兴信息技术与医疗服务深度融合，推进智慧医院建设和医院信息标准化建设，规范远程医疗和互联网医疗管理。拓展社会办医空间，社会办医区域总量和空间不做规划限制。

（四）加强医疗急救服务体系建设。

构建覆盖城乡、衔接顺畅、服务优质的省、市、县三级医疗急救服务体系。各市（州）应全部设有急救中心（站），有条件的县及县级市设置急救中心（站）。条件尚不具备的县及县级市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），同时提高乡镇卫生院急救转运能力。合理布局院前医疗急救网络，大型城市可以在急救中心下设急救分中心或急救站，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。规范各级胸痛中心、卒中中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重儿童和新生儿救治中心等急诊急救“五大中心”建设，进一步扩大城市和县域“五大中心”建设覆盖率。

（五）深化医养结合服务及中医药服务体系建设。

鼓励二级及以上综合医院设置老年医学科，鼓励有条件的二级及以上中医医院设置老年病科，引导部分一、二级公立医疗机构转型为长期护理机构。探索社区卫生服务机构、乡镇卫生院建设社区（乡镇）医养结合服务设施，养老机构周边医院开设老年医学科，开展多种形式的医养结合服务，做好老年病诊疗相关工作。积极构建融预防保健、疾病治疗、康复于一体的中医药服务体系。推进国家中医医学中心、国家中医区域医疗中心、国家中西医结合医学中心、国家中西医结合区域医疗中心建设，规划设置1个省级中医区域医疗中心，大力发展中医特色重点医院、中西医协同“旗舰”医院、县办中医医院、中医诊所和门诊部，基本实现县办中医医疗机构全覆盖。依托高水平中医医院建设国家中医疫病防治基地和国家中医紧急医学救援基地，加强中医医院感染性疾病科、呼吸科、急诊科、重症医学科等相关科室基础设施条件建设，提高中医医院应急和救治能力。

四、具体规划设置

（一）医疗机构配置。

1、公立综合医院

（1）三级医院：全省设置公立三级综合医院不超过31所，国家区域医疗中心建设项目医院独立规划，不纳入总体数量管理。

设置国家卫生健康委管公立三级综合医院3所，分别是吉林大学第一医院、吉林大学第二医院、吉林大学中日联谊医院；设置省级公立三级综合医院6所，分别是吉林省人民医院、吉林省一汽总医院、吉林省前卫医院、北华大学附属医院、吉林医药学院附属医院和延边大学附属医院；设置国有企业属三级综合医院2所，分别是吉林市化工医院、松原吉林油田医院；各设区市（州）按照每100-200万人口设置1-2个市（州）办三级综合医院（含中医类医院，地广人稀的地区人口规模可以适当放宽）要求，设置公立三级综合医院（含县、市级）不超过20所，作为辖区的医疗中心，重点建设，满足本行政区内居民较高层次医疗需求及疑难危重疾病诊疗需要。

设置省级区域医疗中心3个，通过引进高水平医疗机构，开展管理模式、医疗团队、先进技术合作，在延边、吉林、通化等地依托现有公立综合医院建设省级区域医疗中心。提高区域内疑难危重症的诊断与治疗水平，辐射和引领区域医学发展和医疗服务能力提升。

支持引进国内高水平医院，围绕死亡率高、疾病负担重、转外就医集中、严重危害群众健康的病种，与我省合作共建肿瘤、神经、心血管、儿科、呼吸、创伤、妇产、骨科、传染病、口腔、眼科、精神卫生等专业类别的国家区域医疗中心。合作共建国家区域医疗中心项目医院数量纳入建设所在地三级医院规划总数。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地区** | **公立三级综合医院** | **备注** |
| 长春市 | 3 | 含所辖县、市 |
| 吉林市 | 3 | 含所辖县、市 |
| 四平市 | 2 | 含所辖县、市 |
| 辽源市 | 2 | 含所辖县、市 |
| 通化市 | 2 | 含所辖县、市 |
| 白山市 | 2 | 含所辖县、市 |
| 松原市 | 2 | 含所辖县、市 |
| 白城市 | 1 | 含所辖县、市 |
| 延边朝鲜族自治州 | 1 | 含所辖县、市 |
| 梅河口市 | 1 |  |
| 长白山保护开发区 | 1 |  |
| 国家卫生健康委管 | 3 |  |
| 省级 | 6 |  |
| 国有企业属 | 2 |  |

（2）二级医院：在县（市、区）区域，依据常住人口数，原则上每个县（市、区）均应设置1个公立综合医院，按照二级综合医院规模设置，主要功能是对辖区内居民的基本医疗服务及急危重症病人的抢救，并承担对乡镇卫生院、社区卫生服务机构等的业务技术指导和卫生人员的进修培训。要着重发展综合医院的专科和短缺急需的专科医院，满足区域医疗服务需求。县域常住人口超过100万人口的地区，可适当增加县（市、区）办医院数量；县域常住人口低于10万人口，应整合设置县（市、区）办医院。有序引导部分城市区级医院转型为康复、护理、精神、职业病等专科医疗机构。

（3）一级医院：严格控制公立一级医院数量，原则上不再新增设置公立一级综合医院。

2、公立中医类医院（含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院，下同）

（1）三级医院：全省设置公立三级中医类医院不超过14所。

设置省级公立三级中医类医院3所，分别是吉林省中医药科学院第一临床医院、长春中医药大学附属医院、长春中医药大学附属第三临床医院；各设区市（州）设置公立三级中医类医院（含县、市级）不超过11所。满足辖区内居民较高层次中医医疗需求，并兼顾本地区中医预防保健、康复等服务。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地区** | **公立三级中医类医院** | **备注** |
| 长春市 | 2 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 吉林市 | 2 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 四平市 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 辽源市 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 通化市 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 白山市 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 松原市 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 白城市 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 延边朝鲜族自治州 | 1 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |
| 省级 | 3 | 含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院 |

（2）二级医院：设置市（州）级公立二级中医、中西医结合、民族医医院不超过4所。其中，吉林、松原各设置中医院1所，四平设置中西医结合医院1所，延边设置民族医院1所；在县（市、区）区域，原则上每个县应规划1所公立县级中医医院作为县域内的中医医疗中心，按照二级中医医院规模设置，主要功能是对辖区内居民的基本中医医疗服务，并承担对乡镇卫生院、社区卫生服务机构等的中医药业务技术指导和中医药人员的进修培训；少数民族市州（县）可设一所民族医医院或在市州（县）中医院加挂民族医院牌子，提供民族医药服务。

（3）一级医院：严格控制一级中医类医院数量，原则上不新增设公立一级中医类医院。

3、专科医院

设置省级三级儿童医院1所，在长春市儿童医院加挂吉林省儿童医疗中心牌匾，承担省级三级儿童医院职能。到2025年，全省每千名儿童拥有儿科执业（助理）医生达到0.87人、儿科床位达到2.5张；设置委管三级口腔专科医院1所，即吉林大学口腔医院。设置省级三级肿瘤专科医院1所，即吉林省肿瘤医院；设置省级传染病专科医院1所，即吉林省结核病医院（吉林省传染病医院）医院；设置省级三级精神病专科医院l所，即吉林省精神神经病医院。

设区市（州）根据辖区医疗服务需要设置儿童、精神、妇产、肿瘤、传染病、康复等专科医院；县市区可根据需要建设精神专科医院或依托县办综合医院设置精神专科和病房；服务人口多且地市级医疗机构覆盖不到的县（市、区）可根据需要建设相应类别专科医院，专科医院设置需提前纳入地区医疗机构设置规划并符合医疗机构设置基本条件，并同时达到以下要求：

① 现有医疗资源不能满足该专科医疗服务需求；

② 市（州）级医疗机构设置规划对该类专科医院作出规划；

③ 名称符合医疗机构命名基本原则和规定；

④ 具有二级以上规模，专科特点明显，能够辐射一定区域；

⑤ 具有稳定的学科带头人和技术团队，能够提供与其级别相适应的专科医疗服务；

⑥ 该专科具有完整、科学的基础理论体系，技术成熟且安全有效，符合医学伦理道德。

4、康复医院

设置省级二级康复专科医院1所，即吉林省残联康复医院。设区市（州）可结合本地实际情况规划设置康复医院，或在二级及以上综合医院、中医（中西医结合）医院设置康复科。原则上，长春市和人口超过300万的地级市至少设置1所二级及以上康复医院，人口超过30万的县（市、区）至少有1所县级公立医院设置康复医学科，人口30万以下的至少有1所县级公立医院设置康复医学门诊。康复医院以疾病稳定期患者为主，提供专科化、专业化康复服务；基层医疗机构以疾病恢复期患者为主，为患者提供专业康复医学指导。

5、妇幼保健院（所）

设置省级三级妇幼保健机构1所，即吉林省妇幼保健院。妇幼保健院（所）由政府举办，独立建制，全额拨款公益性事业单位。分省、市、县（市、区）三级，原则上每个行政区域应有1所妇幼保健院（所），实现省、市（州）、县（市、区）均有1所政府举办标准化的妇幼保健机构。各级妇幼保健院（所）应具备与其职责任务相符合的基础设施和基本设备。

6、互联网医院

互联网医院包括作为实体医疗机构第二名称的互联网医院，以及依托实体医疗机构独立设置的互联网医院。设区市（州）卫生健康行政部门结合本地实际情况规划设置互联网医院，按照属地化管理原则，负责辖区互联网医院设置审批及日常监督管理。

7、社区卫生服务机构

完善城市社区医疗卫生服务网络。根据新型城镇化建设、人口分布、地理条件、服务半径等因素，调整优化社区卫生服务机构布局，原则上在每个街道办事处范围或每3万—10万居民规划设置1所社区卫生服务中心，根据需要设置若干社区卫生服务站，提高服务可及性。全面推进社区医院建设，对照《社区医院建设标准（试行）》，进一步完善房屋、设备、床位、人员等资源配备，加强住院病房、信息化等基础设施建设和设备提档升级，重点完善临床、公共卫生、医技等科室设置，为城市居民提供基本公共卫生服务和一般常见病、多发病的基本医疗服务。

8、乡镇卫生院

政府在每个乡镇办好1所乡镇卫生院，加快发展全科医学、中医和口腔等特色专科。综合考虑城镇化、区域位置、交通条件、人口聚集程度、就医流向和服务能力等因素，选建46所中心乡镇卫生院，使其逐步达到二级医院服务能力。优先支持镇域常住人口10万以上、非县级政府驻地的特大镇卫生院，重点提升医疗服务能力。地广人稀的地区应强化乡镇卫生院医疗服务节点作用。

9、疗养院

疗养院的设置由各市（州）、县（市、区）人民政府卫生健康行政部门结合本地实际情况进行规划。二级及以上综合医院探索设置老年医学科，到2025年，全省二级及以上综合性医院设立老年医学科的比例达到60%以上。

10、诊所、门诊部

诊所是为患者提供门诊诊断和治疗的医疗机构，不设住院病床（产床），主要提供易于诊断的常见病和多发病的诊疗服务。诊所设置不受规划布局限制，按照国家中、西医诊所备案管理要求实行备案制管理。由县（市、区）级卫生健康行政部门、中医药管理部门负责辖区诊所备案和日常监督管理工作。

门诊部包括综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部。由县（市、区）卫生健康行政部门结合本地实际情况进行设置。

11、急救中心、急救站

设置省级医疗急救指挥中心1所，即吉林省医疗急救指挥中心；每个设区市（州）设置1所市（州）级院前急救中心，原则上要求独立设置；每个县设置1所县级院前急救分中心，可以依托辖区内具备条件的综合医院设置；每个乡镇设置1所院前急救站，依托辖区乡镇卫生院设置。逐步建立覆盖省、市、县、乡的四级院前医疗急救网络，在应对突发事件医疗救治时，统一调度指挥，及时有效地开展医疗救援。

12、临床检验中心

设置省级临床检验中心1所，即吉林省临床检验中心。设区市（州）可结合本地实际情况设置市（州）级临床检验中心。县（市、区）不设置临床检验中心。

13、专科疾病防治院、防治所和防治站

（1）设置省级三级职业病防治院1所，即吉林省职业病医院，作为我省职业病研究与防治中心。各市（州）根据需要统一规划设置职业病防治所，或在辖区三级综合医院设置职业病科，承担本区域内职业病防治任务。

（2）设置省级精神疾病防治中心1所，吉林省精神神经病医院作为我省精神疾病研究与防治中心。各市（州）根据需要统一规划设置精神疾病防治中心，承担本区域内精神疾病防治任务。

（3）设置省级肿瘤疾病防治中心1所，吉林省肿瘤医院作为我省肿瘤疾病研究与防治中心。各市（州）根据需要统一规划设置肿瘤疾病防治中心，承担本区域内肿瘤疾病防治任务。

（4）设置省级结核病防治中心1所，吉林省结核病医院（吉林省传染病医院），作为我省结核病研究与防治中心。各市（州）根据需要统一规划设置结核病防治中心，承担本区域内结核病防治任务。

14、护理院、护理站（临终关怀医院）

护理院、护理站的设置由各市（州）、县（市、区）卫生健康行政部门结合本地实际情况进行规划。

15、医院检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、安宁疗护中心、医院检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、安宁疗护中心设置由各市（州）、县（市、区）卫生健康行政部门结合本地实际情况进行规划。

16、戒毒医疗机构

设置省级强制戒毒医院2家，分别是吉林省女子强制隔离戒毒所戒毒医院、吉林省九台戒毒医院；设置市州级强制戒毒医院2家，分别是白城市戒毒医院、通化市戒毒医院；设置公立自愿戒毒医疗机构5所，分别是吉林省神经精神病医院、延边脑科医院、吉林市第六人民医院、通化市第三人民医院、长春市心理医院，原则上不再新设置公立自愿戒毒医疗机构。

各市（州）、县（市、区）卫生健康行政部门根据同级司法或公安部门戒毒医疗机构设置规划，结合行政区域戒毒治疗资源情况、吸毒人员分布状况和需求，在满足戒毒医院基本标准、医疗机构戒毒治疗科基本标准和戒毒治疗管理办法规定后，规划设置戒毒医院、医疗机构戒毒治疗科。

（二）床位配置。

到2025年，全省每千人口医疗卫生机构床位数的预期性指标值为7.50张左右，其中公立医院4.50张左右（公立中医医院0.85张左右），可按照公立医院床位15%的比例设置公立专科医院。增量床位主要向传染、重症、肿瘤、精神、康复、儿科、新生儿科等紧缺领域倾斜。公立医院根据其功能定位和服务能力，合理设置科室和病区数量。每个病区床位规模不超过50张。新设置的县办综合医院（单个执业点，下同）床位控制在600-1000张；新设置的地市办综合医院床位数控制在1000-1500张；新设置的省办及以上综合医院床位数一般控制在1500-3000张。省、市、县办综合医院具体床位规模可根据辖区内人口数量及实际需求确定。专科医院、中医医院的床位规模根据实际需要设置。承担区域医疗中心任务的医院，可根据医疗服务需求适当增加床位规模。公立综合医院申请增加床位应当同时具备以下条件：

1.医院资产负债率＜35%；

2.卫生技术人员和床位的比例＞1.6：1；

3.重症医学科床位占床位数的比例＞6%；

4.日间手术患者占手术患者总数比例≥20%；

5.上一年度平均住院日＜10天；

6.上一年度重点病种或疑难危重症患者占出院患者比例＞40%；

7.上一年度三级综合医院药品收入占业务收入比例≤30%，二级综合医院药品收入占业务收入比例≤35%；

8.上一年度大型医用设备检查治疗和高值医用耗材收入增幅≤公立医院业务收入增幅；

9.上一年度无一级医疗事故；

10.人员经费支出占医院总支出的比例＞25%。

（三）规范公立医院分院区设置。

公立医院“分院区”是指公立医院在原有院区（主院区）以外的其他地址，以新设或者并购等方式设立的，具有一定床位规模的院区。分院区属于非独立法人，其人、财、物等资产全部归主院区所有。公立医院举办的基层医疗服务延伸点、门诊部、未设置床位的健康体检中心等，以及医联体、医院托管、合作举办、协议合作、对口支援等合作医疗机构不属于分院区。引导优质医疗资源向医疗服务能力薄弱、群众医疗需求较大的地区布局，推动区域医疗服务体系均衡发展，发挥集约优势，提高医疗服务体系整体能力与绩效。

公立医院申请设置分院区的基本条件、公立医院分院区规模，按照国家《医疗机构设置规划指导原则（2021-2025年）》《关于规范公立医院分院区管理的通知》以及省级分院管理相关要求执行。

（四）卫生人员配置。

1.完善医疗机构人力资源配置。充分适应疾病谱变化和医疗服务高质量发展要求，优化提高医生和护士配置，重点向基层倾斜。到2025年，全省每千人口注册护士数达到4.20人，每千人口执业（助理）医师数3.54人（其中中医类别0.62人），医护比达到1：1.20，每万人口全科医生数达到3.93人。按照国务院应对新冠肺炎疫情联防联控机制综合组《关于进一步加强医疗机构感控人员配备管理相关工作的通知》（联防联控机制综发〔2021〕88号）要求，合理配备医疗机构感染防控人员数量。二级以上医疗机构、社区卫生服务中心原则上至少配备1名公共卫生医师，乡镇卫生院至少配备1名公共卫生医师。

合理设置医、护、药、技、管等不同类别岗位。承担临床教学、医学科研、支援基层、援外医疗、应急救援等任务的医疗卫生机构以及国家级、省级区域医疗中心适当增加人员配置。适应社区基层首诊和家庭医生“守门人”要求，加强乡镇卫生院和社区卫生服务机构全科医生配备。

2.增加短缺人才供给。加强精神和心理专业人才队伍建设，到2025年，每10万人口精神科执业（助理）医师数量不低于4名，每10万人口精神科注册护士数量不低于8.68名，心理治疗技师、精神卫生社会工作者数量基本满足工作需要。大力推进药师队伍建设，加强药师人员配备使用，到2025年，每千人口药师（士）数量增长到0.54人。

3.必需医师数、必须护士数、必须药师数参考国家《医疗机构设置规划指导原则（2021-2025年）》计算公式确定。

五、实施规划的策略和措施

（一）各级卫生健康行政部门要加强组织领导，明确相关部门职责，以辖区内居民的实际医疗服务需求为依据，以合理配置利用医疗卫生资源、公平地向全体居民提供高质量的基本医疗服务为目的；通过实施属地化和全行业管理，将各种所有制、投资主体、隶属关系和经营性质的医疗机构均纳入所在地卫生计生行政部门的统一规划、设置和布局，实行统一准入、统一监管。各级卫生健康行政部门要依据《规划》设置卫生区域内的各级各类医疗机构，引导医疗资源合理配置，避免医疗卫生资源配置重复、盲目扩大规模，逐步缩小城乡差别、地区差别，充分合理利用医疗资源，满足区域内居民的日益增长的医疗服务需求。

（二）各级卫生健康行政部门要深化公立医院运行机制改革，推进公立医院高质量发展。建立健全现代医院管理制度，加强党对公立医院的全面领导，引导公立医院发展方式从规模扩张转向提质增效，运行模式从粗放管理转向精细化管理，资源配置从注重物质要素转向更加注重人才技术；要将以城市医疗集团、县域医共体为主要形式的医疗联合体建设纳入辖区医疗机构设置规划布局中，推进紧密型城市医疗集团，建立资源整合、统筹管理、优势互补的服务模式；推进紧密型县域医共体建设，实行县乡一体化、乡村一体化管理，科学规划和配置乡村卫生资源，规范服务行为，提高服务能力和可及性，促进全省医疗卫生事业健康持续发展。

（三）各卫生健康行政部门要合理配置医疗资源，缩小城乡和地区差别，根据辖区服务需求规划设置医疗卫生机构，提高医疗卫生资源利用效率；严格按照规划和医疗机构基本标准审批医疗机构，充分利用和优化配置现有医疗资源，对不符合规划要求的医疗机构逐步进行整合，合理控制城市等医疗资源密集区域医疗机构数量和规模。加强医疗机构、医疗技术和人员准入监管，依法严厉打击非法行医等违法行为，维护健康有序的医疗市场秩序。

（四）医疗机构设置规划制定权限和程序。

1.县级卫生健康行政部门。在设区的市级卫生健康行政部门规划框架内，拟订、论证本县医疗机构设置规划要求，上报设区的市级卫生健康行政部门；按照《规划》要求进行县域医疗机构配置布局；按照设区的市级《规划》，将有关本县的医疗机构设置部分报县级人民政府批准实施。

2.设区的市级卫生健康行政部门。拟订、论证本区域《规划》方案；按照《规划》方案组织进行具体工作；在省级卫生健康行政部门宏观调整和县级医疗机构配置布局完成之后，形成《规划》定稿，报设区的市级人民政府批准实施；组织《规划》的实施。

3.《规划》每5年更新一次，根据监测评估的情况和当地社会、经济、医疗需求、医疗资源、疾病等发展变化情况，对所定指标进行修订。更新的《规划》要按程序审核、批准、发布、实施。