

吉林省人民政府办公室文件

吉市政办发〔2022〕41号

吉林省人民政府办公室关于印发 吉林省“十四五”医疗卫生服务体系规划的通知

各县（市）区人民政府，各开发区管委会，市政府各委办局、直属机构：

《吉林省“十四五”医疗卫生服务体系规划》已经市政府2022年第14次常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

吉林省人民政府办公室

2022年12月28日

吉林市“十四五”医疗卫生服务体系规划

为强化吉林市卫生健康资源配置，推动优质医疗资源有效扩容和均衡布局，实现区域医疗卫生服务体系协调发展，有效提升医疗卫生服务的公平性、可及性，增强全方位全周期健康服务能力和重大疫情防控救治水平，根据《吉林省“十四五”医疗卫生服务体系规划》（吉政办发〔2022〕12号）、《吉林市国民经济和社会发展第十四个五年（2021-2025年）规划纲要和2035年远景目标纲要》（吉市政发〔2021〕2号）、《“健康吉林2030”规划》（吉市发〔2018〕1号）等文件要求，结合全市实际，制定本规划。

一、规划背景

“十三五”时期，全市坚持以人民为中心的发展理念，大力推进健康吉林建设，医疗卫生服务体系进一步健全，服务能力显著提升。截至2020年末，医疗卫生机构达到3845个，其中医院172个，基层医疗卫生机构3625个，专业公共卫生机构36个，其他卫生机构12个；卫生人员44683名，其中卫生技术人员34758名；床位30758张。每千人口拥有医疗卫生机构床位数8.49张、执业（助理）医师3.88人、注册护士4.42人，人均预期寿命达到78岁以上，人民健康水平持续提高，健康吉林建设稳步推进，新冠肺炎疫情防控取得重大战略成果，为保护人民群众生命安全和身体健康、保障经济社会持续健康发展作出了重要贡献。

当前，复杂变化的外部环境给卫生健康事业发展带来诸多风险和挑战，新发传染病不断出现、新冠肺炎疫情仍处于全球大流行状态，重大传染病防控形势依然严峻，公共卫生安全保障、公共卫生体系建设短板和弱项更加凸显，防范化解重大疫情和突发公共卫生事件能力亟待快速提升。同时仍面临多重疾病负担并存、多重健康影响因素交织的复杂状况。随着居民生产生活方式和疾病谱不断发生变化，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。全市人口结构性问题日益突出，人口出生率下降，老龄化进程加速，“一老一小”等重点人群健康服务需求不断增长。群众健康需求的持续快速增长，品质要求不断提升，对各项公共卫生政策和资源优化配置提出了新的要求。需要进一步优化全市医疗卫生资源结构、扩大优质资源供给，加快从以治病为中心转变到以人民健康为中心，提高居民全生命周期健康管理和服务水平。

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，全面贯彻党的二十大精神，深入落实习近平总书记关于健康中国的重要论述和视察吉林重要讲话精神，按照市委、市政府决策部署，紧紧围绕“四六四五”发展战略，坚持把人民健康放在优先发展战略地位，全面推进健康中国建设，深化医药卫生体制改革，落实预防为主，以基层为重点，中西医并重，扩大优质医疗卫生服务供给，

提升服务质量和水平,加快构建强大公共卫生体系,推进建设覆盖生命全周期、健康全过程的整合型医疗卫生服务体系,推动发展方式从以治病为中心转变为以人民健康为中心、服务体系从规模数量增长型转变为质量效益提升型、资源配置从注重物质要素转变为更加注重人才技术要素,为防范化解重大疫情和突发公共卫生风险、建设健康吉林、提升人民健康水平提供有力保障和支撑。

(二) 基本原则。

政府主导、社会参与。强化政府主导、投入保障、管理监督等责任,通过深化医改,强化资源配置,加大建设力度,维护公益性,提高基本医疗卫生服务公平性和可及性。发挥市场机制作用,调动社会力量的积极性,满足群众多层次、多元化的健康需求。

整体规划、分类指导。强化全行业和属地化管理,统筹城乡、区域资源配置,统筹预防、治疗、康复与健康促进、中西医并重,通过整体规划提高综合绩效。合理制定资源配置标准,优化服务模式,提升服务体系整体功能。

需求导向、平急结合。以主要健康问题为导向,扩大资源供给,提高质量水平,优化结构布局,提升配置效率。立足平时需求,考虑重大疫情防控需要,完善设施设备标准,全面提高应急处置和快速转化能力。

关口前移、重心下沉。强化预防为主,加大对公共卫生体系倾斜力度,建立医防协同长效机制,将重大疫情防控在早期。以

基层为重点，推动优质资源扩容下沉，加强上下联动和协作，夯实基层基础工作，提高医疗卫生体系的整体绩效。

提质扩能、优质均衡。注重提高供给质量和服务水平，加快优质医疗卫生资源扩容和区域均衡布局，加大对城乡、区域、人群间资源配置，减少服务水平差距，促进健康公平。

（三）发展目标。

到 2025 年，基本建成能有效应对重大疫情和突发公共卫生事件、基本满足公共安全形势需要的强大公共卫生体系，基本建成有力支撑全面推进健康吉林建设的优质高效的整合型医疗卫生服务体系，逐步完善特色优势鲜明的中医药服务体系，加快补齐以“一老一小”为重点的全方位全周期健康服务短板，推动人民健康水平持续提升。

到 2035 年，全面建立强大的公共卫生体系和优质高效的整合型医疗卫生服务体系，中医药实现振兴发展，全方位全周期健康服务体系更加完善。

主要发展指标

指标维度	指标名称	2020 年数值	2025 年目标值	指标性质
疾病预防控制体系	每千人口专业公共卫生机构人员数（人）	0.59	0.85	预期性
	各级疾病预防控制机构标准化基础设施	——	全覆盖	预期性
	生物安全二级（P2）实验室数量（个）	238	持续提高	预期性
应急医疗救治体系	二级以上综合医院（含中医医院）设置感染性疾病科的比例（%）	——	100	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

公立 医疗 机构 高质 量发 展	每千人口医疗卫生机构床位数（张）	8.49	8.2 左右	预期性
	其中：市办及以上公立医院（张）	2.98	2.7 左右	预期性
	县办公立医院及基层医疗卫生机构（张）	2.4	3.5 左右	预期性
	每千人口公立中医类医院床位数（张）	0.46	0.85 左右	预期性
	每千人口执业（助理）医师数（人）	3.88	3.9	预期性
	每千人口注册护士数（人）	4.42	4.65	预期性
	每千人口药师（士）数（人）	0.36	0.54	预期性
	每万人口全科医生数（人）	4.3	3.93	预期性
	医护比	1: 1.14	1: 1.20	预期性
	床人（卫生人员）比	1: 1.45	1: 1.62	预期性
中医 药服 务	每千人口中医类别执业（助理）医师数（人）	0.56	0.62	预期性
	设置中医临床科室的二级以上公立综合医院比例（%）	100	100	预期性
	设置中医馆的社区卫生服务中心和乡镇卫生院比例（%）	91.37	力争到 2022 年底 全部设置	预期性
重点 人群 健康 服务 补短 板	每千人口拥有 3 岁以下婴幼儿托位数（个）	—	4.5	预期性
	二级及以上综合性医院设置老年病医学科的比例（%）	46	≥60	预期性
健康 水平	人均预期寿命（岁）	78 以上	提高 1 岁 左右	预期性
	人均健康预期寿命（岁）	—	同比例 提高	预期性

三、优化资源配置

全市医疗卫生服务体系主要包括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构和其他医疗卫生机构。医院分为公立医院和非公立医院。其中，公立医院分为政府办医院（根据举办层级划分为部门办医院、省办医院、市办医院、县办医院等）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非营利

性医院)。县级(不含)以下为基层医疗卫生机构,主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)、村卫生室、医务室、门诊部(所)等。专业公共卫生机构主要包括疾病预防控制机构、专科疾病防治机构、健康教育机构、急救中心(站)、采供血机构等。其他医疗卫生机构主要包括医学检验中心、病理诊断中心、医学影像中心、血液透析中心等独立设置机构和护理机构、康复医疗中心、安宁疗护中心等接续性服务机构。县级及以下基本医疗卫生资源按照常住人口规模和服务半径合理布局,市级分区域统筹规划,促进优质医疗卫生资源均衡布局,提高服务和保障能力。

(一)床位资源配置。

1.优化床位布局 and 结构。合理控制公立医院单体规模,引导在资源相对薄弱区域设置院区。到 2025 年,每千人口医疗卫生机构床位数的预期性指标为 8.2 张左右,其中公立医院 5.0 张左右,公立中医医院 0.85 张左右。将每千人口县办公立医院及基层医疗卫生机构床位数的预期性指标提高到 3.5 张左右,各地结合基层医疗卫生机构床位使用率,合理确定床位数量,提高康复、护理床位占比,鼓励有条件的地方因地制宜探索开展家庭病床服务。按照每千人口 2.0 张左右床位为非公立医院预留空间。增量床位向传染、重症、肿瘤、精神、康复、儿科、新生儿科、护理等紧缺领域倾斜。

2.提升床位质量和使用效率。落实国家床位分类管理制度,改进以科室为单位的资源管理方式,鼓励医疗卫生机构成立住院

服务中心，对床位和护士等资源实行统筹调配。逐步压缩一、二类手术比例，推动三级医院更加突出急危重症、疑难病症诊疗。将预约诊疗、日间手术等服务常态化、制度化，提高床单元使用效率，控制医院平均住院日。优化床位与卫生人力配置比例，到2025年，床人（卫生人员）比的预期性指标值为1:1.62。落实省在资源配置、医保支付、绩效考核等方面分类管理要求。执行国家、省和行业医疗卫生机构设施设备相关标准。

3.强化综合评价。建立完善医疗卫生机构床位综合评价机制，对全市床位数量、质量、结构、效率开展综合评价。根据各县（市）区常住人口规模及密度、健康需求、床位与卫生人力资源配置结构、床位利用效率等方面的实际情况，按照鼓励发展、平稳发展、科学发展等策略，引导各县（市）区对床位资源进行优化配置，合理控制床位数增长。各县（市）区要根据床位使用率、平均住院日、床人（卫生人员）比、床医比、床护比等指标合理确定医疗卫生机构床位总量和分布。原则上，公立综合医院床位使用率低于75%，平均住院日高于9天，不再增加床位。

“十四五”全市医疗卫生机构床位资源配置参考

县 (市) 区	2020年 人口 总数	2020年		2025 年	公立医院(张)			市办及以上公立 医院(张)			县办公立医院及 基层医疗卫生机 构(张)			公立中医医院(张)			非公立医院(张)		
		床位 总数	千人 口数	千人 口数	2020年		2025 年	2020年			2025 年			2020年			2025 年		
					床位总 数	千人 口数		千人 口数	床位总 数	千人 口数	千人 口数	床位总 数	千人 口数	千人 口数	床位总 数	千人 口数	千人 口数	床位总 数	千人 口数
吉林市	3623713	30758	8.49	8.2	17156	4.73	5.0	10806	2.98	2.7	8714	2.4	3.5	1649	0.46	0.85	9713	2.68	2.0
市区	1895865	18511	9.76		11222	5.92					1596	0.84		825	0.96		5744	3.03	
永吉县	280633	1738	6.19		777	2.77					1096	3.91		50	0.18		602	2.15	
舒兰市	406744	3369	8.28		1541	3.79					1643	4.04		218	0.54		1145	2.82	
磐石市	370238	2804	7.57		1460	3.94					1859	5.02		160	0.43		896	2.42	
蛟河市	328925	2242	6.82		1311	3.99					1200	3.65		281	0.85		653	1.99	
桦甸市	341308	2094	6.14		845	2.48					1320	3.87		115	0.34		673	1.97	

(二) 人力配置。

1.合理提高公共卫生人员配置标准。充分考虑疾病预防控制和突发公共卫生事件应对需要，进一步加强公共卫生机构人员队伍建设。到 2025 年，全市每千人口专业公共卫生机构人员数达到 0.85 人。疾病预防控制机构人员原则上按照每万人口 1.75 人的比例核定，妇幼保健机构保健人员按每万人口 1 人的比例配备，按照每万人口 1—1.5 人的比例配备卫生监督员。健康教育机构、急救中心（站）、采供血机构等其他专业公共卫生机构根据工作量和任务合理配置人力资源。乡镇卫生院至少配备 1 名公共卫生医师，社区卫生服务中心和二级以上医疗机构原则上至少配备 1 名公共卫生医师。

2.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，全市每千人口注册护士数达到 4.65 人，每千人口执业（助理）医师数 3.9 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。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。按照国家和省要求，合理配备医疗机构感染防控人员数量。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。

“十四五”全市卫生人力资源配置参考

县(市)区	每千人口专业公共卫生机构人员数(人)			每千人口执业(助理)医师数(人)			每千人口注册护士数(人)			医护比		床人比		每千人口药师(士)数(人)			每万人口全科医生数(人)			每千人口中医类别执业(助理)医师数		
	2020年		2025年	2020年		2025年	2020年		2025年	2020年	2025年	2020年	2025年	2020年		2025年	2020年		2025年	2020年		2025年
	总数	千人口数	千人口数	总数	千人口数	千人口数	总数	千人口数	千人口数					总数	千人口数	千人口数	总数	千人口数	千人口数	总数	万人口数	万人口数
吉林市	2141	0.59	0.85	14068	3.88	3.9	16007	4.42	4.65	1: 1.14	1:1.20	1: 1.45	1:1.62	1316	0.36	0.54	1557	4.3	3.93	2033	0.56	0.62
市区	1507	0.79		9089	4.79		10546	5.56		1: 1.04		1: 1.52		838	0.44		694	3.66		1347	0.71	
永吉县	129	0.46		804	2.86		907	3.23		1: 1.13		1: 1.61		69	0.25		131	4.67		106	0.38	
舒兰市	137	0.34		1006	2.47		1173	2.88		1: 1.17		1: 1.06		93	0.23		210	5.16		156	0.38	
磐石市	127	0.34		1124	3.04		1265	3.42		1: 1.13		1: 1.32		104	0.28		166	4.48		166	0.45	
蛟河市	92	0.28		1098	3.34		1042	3.17		1: 0.95		1: 1.54		121	0.37		175	5.32		163	0.5	
桦甸市	149	0.44		947	2.77		1074	3.15		1: 1.13		1: 1.47		91	0.27		181	5.3		95	0.28	

3.增加短缺人才供给。加强精神和心理等专业人才队伍建设，强化药师人员配备使用。到2025年，精神科执业（助理）医师数量不低于4.0人/10万人口，精神科注册护士数量不低于8.68人/10万人口，每千人口药师（士）数量增长到0.54人，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。

（三）技术和设备配置。

1.提升公共卫生防控救治设备配置水平。根据保障公共卫生安全的需要，合理配置和更新专业公共卫生机构实验室检验检测、救治、卫生应急和信息化设施设备，进一步提高医疗装备技术水平。承担重大传染病救治和紧急医学救援任务的医疗机构要加强体外膜肺氧合设备（ECMO）、移动断层扫描（CT）机、移动手术室、呼吸机、监护仪、负压救护车、负压担架等配置，完善聚合酶链式反应（PCR）仪等检验检测仪器配置，提高快速检测和诊治水平。

2.优化医疗机构设备配置。综合考虑经济社会发展水平、人民群众医疗服务需求与承受能力、医学科技进步与学科发展等因素，以提高医疗质量，保障医疗安全为前提，以优化资源配置和控制医疗成本为重点，统筹规划全市大型医用设备配置数量和布局。坚持资源共享和阶梯配置，强化大型医用设备配置准入管理，引导医疗机构合理配置适宜设备。

3.促进医疗技术发展应用。加强临床重点专（学）科建设，强化重症、麻醉、影像、肿瘤、心脑血管、儿科、儿童保健科、新生儿科、老年医学、精神、营养等临床专（学）科建设，推动临

床研究中心和特色优势专（学）科建设。完善医疗技术临床应用质量管理与控制制度，开展医疗技术临床应用评估。

（四）信息数据资源配置。

进一步夯实卫生健康信息化基础，依托吉林省全民健康信息平台推进吉林市全民健康信息平台建设，完善全员人口、电子健康档案、电子病历、基础资源等核心数据库。推动县域电子病历和基层医疗信息、疾病预防控制和妇幼保健等信息、采集设备信息、可穿戴设备标准化信息等全部归集入健康档案。加快推进医疗机构电子病历、检查检验结果、医学影像资料等信息共享互认。持续推动卫生健康行业政务信息资源整合，实现部门间信息资源共享应用。按照国家、省相关医疗卫生机构信息化建设标准和规范，结合功能定位，推进医疗卫生机构数字化智能化发展，增强数据管理和应用能力，推动医防融合、上下贯通。加强医疗卫生机构网络安全管理，坚持安全可控和开放创新并重，强化网络安全管理、数据安全，加强数据资源全周期安全基础设施建设，推进医疗健康数据与社会数据良性互动和融合应用。

四、加快构建强大公共卫生体系

（一）改革完善疾病预防控制体系。

以市、县两级疾病预防控制机构和各类专科疾病防治机构为骨干，以医疗机构为依托，以基层医疗卫生机构为网底，改革完善疾病预防控制体系，提高重大疾病监测预警、风险评估、流行病学调查、检验检测、应急处置、综合干预等能力。

1.明确职能定位。按照国家和省疾病预防控制体系改革要求，各级疾病预防控制机构主要履行监测预警、检验检测、风险评估、流行病学调查、应急处置、人群健康状况监测与调查、综合干预与评价、信息管理与发布、健康教育与促进、技术管理与指导等职能。各类专科疾病预防控制机构负责协助卫生健康行政部门制定专科疾病预防规划、建立专科疾病防治协作网络、拟订防治标准规范、推广防治适宜技术和管理模式等。

2.加强能力建设。加快推进各级疾病预防控制机构标准化基础设施建设，满足新形势下突发公共卫生事件应对和重大疾病防控需要。支持吉林市疾病预防控制中心建设公共卫生实验室，完成高标准生物安全二级（P2）水平实验室建设，鼓励有需求的县（市）区配备移动检测车，提升基层传染病检测能力。根据省级统一部署，支持市疾病预防控制中心规划布局省域公共卫生中心建设，提高突发公共卫生事件的监测预警和应急处置能力。加快推进各级疾病预防控制机构信息化建设，推动各级各类医疗机构与疾病预防控制信息系统互通共享，开展人群全生命周期健康监测与评估工作。

3.强化队伍建设。按规定核定疾病预防控制机构人员编制并足额配备。疾病预防控制机构的专业技术人员占编制总额的比例不低于85%，卫生技术人员不低于70%，合理提高职业健康等工程技术人员比例。

（二）创新医防协同机制。

强化各级医疗机构疾病预防控制职责，建立人员通、信息通、资源通和监督管理相互制约的机制。

1.落实医疗机构公共卫生职责。公立医疗机构设立公共卫生科等直接从事疾病预防控制的科室，并配备相应资质要求的人员，负责统筹协调本机构疾病报告、就诊者和家属健康教育，协助开展疾病调查和标本采集等工作。乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）等城乡基层医疗卫生机构落实基层疾病预防控制、公共卫生管理服务职能，接受疾控部门在传染病防控方面的业务指导和监督，公共卫生人员所占编制不得低于专业技术人员编制的 25%。

2.推进医疗机构和专业公共卫生机构深度协作。制定医疗机构（紧密型医疗联合体）公共卫生责任清单。按规定落实医疗机构公共卫生服务经费保障政策。加强疾病预防控制机构对医疗机构疾病预防控制工作的技术指导和监督考核。探索建立疾病预防控制监督员制度，在医院和基层医疗卫生机构设立专兼职疾病预防控制监督员。县级疾病预防控制机构负责对辖区内基本公共卫生服务提供主体开展技能培训、技术指导等，探索疾病预防控制机构专业人员参与医疗联合体工作。

（三）建立完善监测预警和应急处置体系。

落实“早发现、早报告、早隔离、早治疗”要求，建立完善以疾病预防控制机构为主体，以医院、基层医疗卫生机构和其他专业公共卫生机构等为哨点，以大数据等信息技术为支撑的监测预警和应急处置体系。

1.强化全域监测和智能预警。完善传染病疫情和突发公共卫生事件监测系统，改进不明原因疾病和异常健康事件监测机制，完善公共卫生信息系统和医疗机构信息系统，强化系统之间的对接协同，增强传染病报告信息的时效性和敏捷性。建立疾病预防控制中心与医疗机构之间的协同监测机制，强化医疗机构发热门诊、基层医疗机构、药店等哨点作用。依托公共卫生、动物疫病、口岸检疫、食品安全等信息系统，加强网络直报、医疗机构报告、科研发现报告、群众个人报告、舆情监测等多渠道信息综合监测，建立完善新发未知传染病多点触发预警机制，实现市、县监测信息同步共享，加快构建全域监测、全程追踪的传染病疫情和突发公共卫生事件监测预警体系。

2.提高应急响应和快速处置能力。建立健全集中统一高效的领导指挥体系，完善多部门、跨地区、军地联防联控机制，完善传染病疫情和突发公共卫生事件应急指挥系统，加强紧急事务数据跨部门共享，实现监测预警、风险研判、专业决策、应急处置一体化管理。完善传染病疫情和突发公共卫生事件分级应急响应机制，确定不同级别响应的启动标准和程序，落实政府、部门、单位和个人“四方责任”。完善突发公共卫生事件应急预案，动态修订总体预案和专项预案，完善应急医疗物资保障、应急医疗资源启用等相关预案，构建分层分类、高效实用的卫生应急预案体系。制定演练计划，加强针对管理人员、专业人员和社会公众的突发事件应急培训和实战演练，开展不同场景下的应急处置演

练，提高规范化处置能力，缩短从常态到应急处置的转换时间。

（四）健全传染病疫情和突发公共卫生事件救治体系。

加强急救中心（站）、传染病救治机构以及紧急医学救援站点建设，提高传染病疫情和突发公共卫生事件发生时患者转运和集中救治能力，努力提高患者收治率和治愈率、降低感染率和病死率。

1. 优化急救体系。

完善院前医疗急救体系。市本级独立设置急救中心，下设急救分中心或急救站，市级急救中心负责指导县（市）急救中心（站）工作。有条件的县（市）独立设置急救中心（站），条件尚不具备的县（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）。受本级卫生健康行政部门委托，急救中心负责指挥、调度本行政区域内急救资源，开展伤病员的现场急救、转运和重症病人途中监护，市急救中心探索开展航空、水上医疗救护。完善急救中心（站）布局，城市地区服务半径不超过5公里，农村地区服务半径因地制宜确定。加强急救中心（站）急救车辆等运载工具和设备配置。

完善医疗机构急诊科设置。二级及以上综合医院（含中医医院）设置急诊科，按医院床位的2-3%设置观察床，完善场所、设施、设备和药品等基础条件，负责接收急诊病人和急救中心（站）转运的伤病员，提供急诊医疗救治，并向相应科室或其他医院转送。传染病疫情和突发公共卫生事件发生时，接受市级急救中心指挥、调度，承担现场急救和转运任务。

推动院前医疗急救与医院信息系统连接贯通。加快推进市级

急救中心与三级甲等医院信息系统互联互通，开展院前院内急救协同救治平台建设，实现院内外急救诊疗无缝衔接。县（市）急救中心（站）建立院前医疗急救指挥调度信息化平台，实现急救呼叫统一受理、车辆人员统一调度，提高调度效率。

2.健全传染病医疗救治体系。

完善市、县两级传染病医疗救治体系。加快市级传染病医疗救治体系建设，提升定点收治医院传染病防治和弹性扩容能力，加快推进吉林市传染病医院改扩建、吉林医药学院附属医院疫情应急改造等项目。充分考虑透析、肿瘤放化疗等重症患者以及孕产妇、新生儿等特殊群体的救治需要，提升定点医院能力建设，同时将一定数量的方舱医院提标改造为常设的亚（准）定点医院。定点医院床位总数不少于 1000 张，定点医院重症救治床位数不少于床位总数的 10%，同时，按照平急结合原则，建设可转换重症救治床位，确保有需要时重症床位可扩展至不低于 20%。亚（准）定点医院床位不少于 1000 张，监护床位数不少于床位总数的 10%。县级依托县域综合实力强的综合医院，规划布局建设相对独立的感染楼或感染性疾病病区。原则上，在疫情发生时能迅速开放的传染病病床，10 万—30 万人口的不低于 20 张，30 万—50 万人口的不低于 50 张，50 万—100 万人口的不低于 80 张。落实综合医院传染病防治设施建设标准，加强呼吸、创伤、重症、感染、检验、麻醉等专科建设。二级以上综合医院要设置感染性疾病科，并在相对独立的区域规范设置发热门诊和留观室。

加强传染病医院和传染病专科防治机构建设，推动市传染病医院不断完善传染病救治、检测、科研、培训等方面能力建设。儿童医院设置独立的儿童传染病病区。加强医疗机构核酸检测能力建设。

提高基层传染病防治能力。服务人口较多、规模较大的乡镇卫生院建立标准化发热门诊，一般乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）建立标准化的发热诊室（哨点），设置可转换的应急物理隔离区和隔离病房（观察室），配备必要的消毒产品、防护物资并做好储备。强化传染病防控知识、技能培训和应急演练，具备传染病监测、筛查、隔离观察、转诊和随访管理能力。

3.完善紧急医学救援体系。

加强紧急医学救援站点建设。市、县（市）区两级依托综合实力较强的医疗机构布局建设紧急医学救援点，有效提升现场医学救援处置和患者救治能力，最大程度地减少人员伤亡和健康危害。

加强卫生应急队伍建设。建立健全分级分类的卫生应急队伍，融合医疗、防控、检测、管理等专业，促进卫生应急队伍由“单一化”向“综合化”发展。市级组建紧急医学救援快速反应小分队，每个县域建立1支基层综合应急分队，实现市域内2小时内救援全覆盖。加强与应急管理部门和消防救援机构的联勤联训，提高灾害事故现场医学救援处置能力。

（五）完善中医药应急防控救治体系。

以中医医院感染性疾病科为主体，完善全市中医药应急防控救治体系，在新发突发传染病疫情防治和突发公共卫生事件应急

处置中发挥独特作用。

1.推进中医药融入疾病预防控制和应急救治体系。充实公共卫生队伍中的中医药人员力量,探索疾病预防控制机构建立中医药科室或专家队伍,建立全市中医药应对重大公共卫生事件和疫情防治骨干人才库,强化重大传染病防控理论、技术方法和相关现代医学技术培训。加强传染病专科医院中医临床科室和中药房建设。加强基层医疗卫生机构中医诊疗设备配备和医务人员中医药知识及技能培训。推进中西医协同疫病防治,加强传染病疫情和突发公共卫生事件等管理信息互通和资源共享,推进中医药人员第一时间全面参与应急处置,中医药防治举措全面融入应急预案和技术方案。

2.完善中医疫病防治体系。加强中医医院传染病防治能力建设,加强中医医院感染科、肺病科、发热门诊、可转换传染病区、可转换重症监护室等建设,培养一批中医疫病防治专家,带动提升区域内中医疫病防治能力。建设中医药传染病临床救治协作网络。

五、建设优质高效医疗服务体系

(一) 推进公立医院高质量发展。

以现有公立医院为基础,加强临床专科能力建设,实施吉林市中心医院省级区域医疗中心建设,持续推动市、县两级医院发展。全面提升县域综合服务能力,规范推进城市医联体和紧密型县域医共体建设,着力推动危急重症抢救与疑难病诊治等在本市解决、一般疾病在县(市)解决。

1.实施省级区域医疗中心建设。依托吉林市中心医院,建设

省级区域医疗中心。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，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。

2.持续推动市办以上医院优质发展。设置3所市办三级甲等综合性医院（含中西医结合医院）、2所省直三级甲等综合性医院（北华大学附属医院和吉林医药学院附属医院）、1所企业办三级甲等综合性医院（吉林市化工医院），同时设置中医、儿童、精神、妇产、肿瘤、传染病、结核病等市办专科医院及职业病防治院。鼓励综合医院围绕严重危害人民群众健康的重大、疑难疾病，不断拓展诊疗方法，提升医疗技术能力和诊疗效果，形成综合优势。推动专科医院服务能力高质量发展，围绕专科特色，做精做细做强，提高核心竞争力。支持市办医院以转诊、会诊、学科建设、人才培养、医学研究、管理创新等为纽带，加强与县办医院的分工协作。按照网格化布局建设城市医疗集团，实现综合医院、社区卫生服务机构、护理院、康复医院、安宁疗护等医疗资源协同发展。

3.全面提升县办医院综合服务能力。县（区）级区域原则上设置1个县（区）办综合医院、1个县（区）办中医医院和1个县（区）办妇幼保健机构。充分考虑医疗基础水平、功能任务、专科设置等，有序引导部分城市区级医院转型为康复、护理、精神卫生等专科医疗机构或向医疗资源薄弱区域调整，提高资源利用效率。积极上争国家县医院综合能力提升工程（千县工程），改善县医院基础设施条件和诊疗环境，加强专科建设，提高常见病、

多发病和慢性病诊疗能力，提升感染性疾病、精神疾病、呼吸、创伤、重症等救治水平。落实乡村振兴战略，加大优质医疗资源对医疗综合能力薄弱县的支持力度，加强对口帮扶，补齐能力短板。

（二）夯实基层医疗服务网底。

以急诊急救、全科医疗、儿科及儿童保健、康复、护理、中医药、口腔保健等服务为重点，提高基层医疗卫生机构常见病、多发病、慢性病门诊、住院服务和传染病防控能力，发挥基本医疗和公共卫生服务网底作用。到 2025 年，实现服务人口较多、规模较大的机构逐步达到乡镇卫生院或社区卫生服务中心（站）服务能力推荐标准，其他机构逐步达到服务能力基本标准，具备辖区内居民首诊、双向转诊能力，有能力开展的技术和项目不断增加，基层门急诊服务量占比得到提升，逐步实现群众日常疾病在基层解决。

1.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《社区医院基本标准（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。

2.健全完善乡村医疗卫生服务网络。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

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5所以上中心乡镇卫生院，使其逐步达到二级医院服务能力。优先支持镇域常住人口较多、非县级人民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。根据乡镇卫生院服务范围和村级人口的分布情况，调整优化行政村卫生室设置，提高服务供给能力。常住人口较少、服务半径大的地区，通过加强巡回医疗、上级机构驻村服务、发展移动智慧医疗等方式，提高群众看病就医可及性。

3.加快推进紧密型县域医共体建设。深度整合县域医疗服务资源，有效融合公共卫生资源，促进县乡一体、乡村一体管理，逐步实现行政管理、人事管理、财务管理、业务管理、后勤服务、信息系统等统一运作，统筹推进县乡村卫生健康服务体系一体化，提高县域医疗卫生服务体系整体水平。2022年底，紧密型县域医共体试点县建成目标明确、权责清晰、分工协作的新型县域医疗卫生服务体系，形成服务、责任、利益、管理的共同体。到2025年底，实现紧密型县域医共体县（市）全覆盖。

（三）促进非公立医疗机构发展。

非公立医疗机构主要提供基本医疗服务、高端医疗服务和康复医疗、老年护理、家庭医生签约服务等，是医疗服务体系的重要组成部分。

1.推动非公立医疗机构合理布局规范发展。鼓励社会资本在医疗资源薄弱区域举办医疗机构，开展口腔、妇产、医疗美容、中医、康

复、护理等医疗服务，满足群众多元化就医需求，重点支持在南部新城、哈达湾、东山片区等新建城区举办非营利性医疗机构。鼓励符合条件的高水平非公立医院跨区域打造具有竞争力的品牌服务机构。支持社会力量举办的医疗机构加强重点专科建设，参加远程医疗协作网，规范发展“互联网+医疗健康”服务，参与公共卫生服务，在应对传染病疫情和突发公共卫生事件中发挥积极作用。鼓励商业保险机构结合非公立医疗机构特点开发健康保健产品。支持社会力量举办医学检验、病理诊断、医学影像、安宁疗护等独立设置机构。

2.促进诊所发展。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），主要提供常见病和多发病的诊疗服务。医疗机构设置规划对诊所不作限制，按国家有关规定实行备案制管理。鼓励取得执业医师资格，经注册后在医疗卫生机构中从事同一专业临床工作满5年的医师按规定全职或兼职开办诊所。鼓励符合条件的全科医师或加注全科医师执业范围的专科医师全职或兼职开办全科诊所。鼓励将诊所纳入医疗联合体建设，鼓励以政府购买服务的方式引导诊所提供基本医疗卫生服务。

（四）完善服务模式。

完善医疗卫生机构之间分工协作关系，加快形成以健康为中心的整合协作机制，为群众提供系统、连续、全方位的医疗卫生服务。

1.强化平急转换。制定完善各级各类医疗卫生机构传染病疫情和突发公共卫生事件平急结合方案，开展应急培训演练，完善应急状态下医疗卫生机构动员响应、区域联动和人员调集等机制。

建立健全应急状态下保障基本医疗卫生服务的工作机制，保障急危重症患者、需要维持定期治疗的患者以及孕产妇、儿童等重点人群的基本医疗服务。加强医疗机构相关救治设备和应急物资配置。

2.强化防治结合。实施国家基本公共卫生服务项目和重大传染病防控等项目，稳步提高人均卫生服务补助标准，持续巩固和扩大服务面，优化服务内涵，提高服务质量。加强基本公共卫生服务与家庭医生签约服务的衔接，依托国家基本公共卫生服务项目，以高血压、Ⅱ型糖尿病等慢性病管理为突破口，为每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）培养1-2名具备医、防、管等能力的复合型骨干人员，提升慢性病医防融合能力。在有条件的社区医疗卫生机构设立科学健身门诊。鼓励妇幼保健机构完善内部管理，整合预防保健和临床医疗服务，提升防治结合水平。建立完善医疗机构和医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制。

3.强化上下联动。完善分级诊疗制度，推进优质医疗资源向基层倾斜。建立转诊机制，开通绿色通道，并及时向相关基层医疗卫生机构推送诊疗信息，推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局。规范有序推进医疗联合体建设，构建网格化、一体化服务体系。推动二三级医院专科医生为基层家庭医生签约团队提供支持，建立以基层医疗卫生机构为平台、以全科医生为核心、全科专科有效联动的家庭医生签约服务模式，为签约居民提供公共卫生、基本医疗和健康管理服务。

4.强化学科协作。针对肿瘤、疑难复杂疾病、多系统多器官

疾病等，推进“单病种、多学科”诊疗模式建设，建立病例讨论和联合查房制度，推动多学科联合诊疗，提升疾病综合诊疗水平。鼓励将麻醉、医学检验、医学影像、病理、药学、营养等专业技术人员纳入多学科诊疗团队，探索心脏中心、神经中心、肿瘤中心等综合学科发展模式，促进专科协同发展。继续推进胸痛中心、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领域新型服务模式建设，为患者提供医疗救治绿色通道和一体化综合救治服务，提升重大急性疾病医疗救治质量和效率。鼓励医疗机构设置服务协调员，在患者诊疗过程中予以指导协助和跟踪管理，推行“一站式”服务。

六、打造特色鲜明的中医药服务体系

进一步整合和优化全市中医药服务资源，以市域内高水平中医医疗机构为龙头，各级各类中医医疗机构和其他医疗机构中医科室为骨干，基层医疗卫生机构为网底，健全融预防保健、疾病治疗和康复于一体的中医药服务体系，促进中医药传承创新高质量发展。

（一）加快优质中医服务资源扩容。

支持吉林省吉林中西医结合医院建设成为临床能力强、中医药文化氛围浓郁、功能布局优化的中医药传承创新中心，提升全市中医药基础研究、优势病种诊疗、高层次人才培养、中医药装备和中药新药研发、科技成果转化等能力，打造“医产学研用”紧密结合的中医药传承创新高地。

（二）推进中医医院特色发展。

支持吉林市中医院建设中医特色重点医院，打造中医特色突出、临床疗效显著、示范带动作用明显的中医医院。进一步规范中医医院科室设置，强化以中医药服务为主的办院模式和服务功能。围绕心脑血管、肿瘤、骨伤、妇科、儿科、康复等优势病种，加强中医优势专科建设，做优做强一批中医优势专科，培养一批学科带头人和骨干人才。实施中医药康复服务能力提升工程，提高中医药特色康复服务能力和水平。开展市级、县级中医院“治未病”服务能力建设。

（三）筑牢基层中医药服务阵地。

在乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）建立中医馆，大力推广中医药综合服务模式和中医适宜技术，提升服务能力。持续推进中医医疗联合体、医共体和中医专科联盟建设，加强各级中医医院对基层中医药服务的指导，健全全科医生和乡村医生中医药知识与技能培训机制。到 2022 年，力争实现全部乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）设置中医馆、配置中医医师。实施名医堂工程，以优势中医医疗机构和团队为依托，建立一批名医堂执业平台。实行创业扶持、品牌保护、自主执业、自主运营、自主培养、自负盈亏综合政策，打造一批名医团队运营的精品中医机构。鼓励有经验的社会力量兴办连锁经营的名医堂，突出特色和品牌，打造一流就医环境，提供一流中医药服务。

（四）促进中西医协同发展。

在综合医院、传染病医院、专科医院等逐步推广“有机制、有团队、有措施、有成效”的中西医结合医疗模式。强化临床科

室中医医师配备，打造中西医结合团队，开展中西医联合诊疗，逐步建立中西医多学科诊疗体系，鼓励科室间、医院间和医联体内部开展中西医协作。对医院临床医师开展中医药专业知识轮训，使其具备本科室专业领域的常规中医诊疗能力。打造中西医协同“旗舰”医院、科室、基层医疗卫生机构。

七、优化全方位全周期健康服务体系

（一）建立完善老年健康服务体系。

建立完善以满足老年人健康服务需求为导向，以设置老年医学学科的综合医院为主体，以疾病预防控制机构、基层医疗卫生机构、护理机构、安宁疗护机构等为基础，覆盖城乡、综合连续的老年健康服务体系。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、安宁疗护等服务。

1.增强老年期疾病防治能力。加强综合性医院老年医学科建设，到2025年，全市二级及以上综合性医院设立老年医学学科的比例达到60%以上。鼓励各地结合实际，通过转型、转建等方式建设老年医院，推进老年友善医疗机构建设。提升基层医疗卫生机构老年人常见病、多发病和慢性病诊治能力，促进老年健康服务向社区和家庭延伸。

2.提高长期照护和安宁疗护服务水平。增加各类长期照护服务资源供给，鼓励医疗资源丰富地区在整体规划基础上，引导部分一二级公立医疗机构转型为康复、护理型机构。社区卫生服务机构、乡镇卫生院或社区养老设施、敬老院利用现有资源，内部

改扩建一批社区（乡镇）医养结合服务设施，重点为社区（乡镇）失能、失智老年人提供集中或居家医养结合服务。根据居家老年人照护需求，推进相关护理专业机构进社区工作。鼓励有条件的基层医疗卫生机构建立家庭病床、日间护理中心或“呼叫中心”等。鼓励社会力量举办护理院（中心、站），打造品牌连锁服务机构。支持护理站与社区养老服务设施、老年照护服务机构等同步设置、配套建设。稳步推进安宁疗护试点建设，每个县（市）区至少设立1个安宁疗护病区，鼓励有条件的社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院设立安宁疗护病床，加快安宁疗护机构标准化、规范化建设。

3.增加医养结合服务供给。以需求为导向，合理规划、建设和改善医养结合机构，到2022年，市、县（市）至少建成1所医养结合机构。鼓励各级医疗机构与养老机构签约合作，支持医疗机构整体转型为医养结合机构。进一步增加居家、社区、机构等医养结合服务供给，推动基层医疗卫生机构开展老年医疗照护、家庭病床、居家护理等服务，鼓励农村地区通过毗邻建设、签约合作等方式实现医养资源共享。加强医养结合人才培养，开展医养结合机构服务质量提升行动和医养结合示范创建活动。

（二）完善妇幼健康服务体系。

以各级妇幼保健机构、妇女儿童专科医院以及综合医院妇产科、儿科为骨干，以基层医疗卫生机构为基础，以综合救治能力较强的大中型综合医院为技术支撑，完善全市妇幼健康服务体系。

1.改善妇幼保健机构设施设备条件。以适应群众高品质生育和

保健服务需求为目标，加快推进市、县两级妇幼保健机构标准化建设，全面改善基础设施条件，优化诊疗环境和设施条件。到 2025 年，力争实现市、县均有 1 个政府举办、标准化的妇幼保健机构。到 2030 年，地市级和有条件的县级妇幼保健机构达到三级妇幼保健院标准，辖区人口 30 万以上的县级妇幼保健机构普遍达到二级妇幼保健院标准，辖区人口 30 万以下的县级妇幼保健机构至少开设门诊。按照《吉林省人类辅助生殖技术应用规划(2021-2025 年)》，严格技术审批，加强服务监管，规范人类辅助生殖技术应用。

2. 巩固危重孕产妇和新生儿救治网络。依托市域内产科、儿科实力和综合救治能力较强的医疗机构建立市、县两级危重孕产妇和新生儿救治中心。继续加强市级危重孕产妇救治中心和市级危重新生儿救治中心建设，建成分级负责、上下联动、应对有序、运转高效的危重孕产妇和新生儿急救、会诊、转诊网络。县级应有至少 1 个危重孕产妇救治中心和 1 个危重新生儿救治中心，全面提升孕产妇和新生儿救治能力，推动全市孕产妇死亡率持续稳中有降。

3. 完善出生缺陷防治网络。加快构建覆盖城乡居民，涵盖婚前、孕前、孕期、新生儿和儿童各阶段的出生缺陷防治体系。发挥市级产前诊断中心、新生儿遗传代谢病诊断中心，新生儿听力障碍诊断中心技术支撑和引领作用，强化产前筛查和出生缺陷防治。市级设置产前诊断机构、新生儿遗传代谢病筛查中心、新生儿遗传代谢病诊断中心、新生儿听力障碍筛查中心和新生儿听力障碍诊断中心。县（市）区应开展婚前保健、孕前保健、产前筛查、新生儿遗传代

谢病筛查、新生儿听力障碍筛查和新生儿先天性心脏病筛查，至少有 1 个独立开展产前生化免疫实验室检测的产前筛查机构。

4.强化儿童健康服务网络。加强儿童医疗卫生服务资源统筹利用，构建市、县儿童医疗服务网络。以县（市）区妇幼保健机构为龙头，乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）为纽带，村卫生室为基础，夯实基层儿童保健服务网络，提升基层儿童医疗服务能力。到 2025 年，每千名儿童拥有儿科执业（助理）医生 0.87 人、儿科床位增加到 2.5 张。到 2030 年，每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）至少配备 1 名提供规范儿童基本医疗服务的全科医生，至少配备 2 名专业从事儿童保健的医生。

（三）发展普惠托育服务体系。

积极争取中央预算内资金支持，进一步改善托育服务基础设施条件。引导社会力量兴办托育机构，支持企事业单位等提供普惠托育服务，提高普惠性托育服务供给和服务水平。

1.加强公办托育服务能力建设。支持公办托育服务机构建设，鼓励采取公建民营、购买服务等方式运营。建成一批承担指导功能的普惠性和其他形式的试点托育服务机构。推动医疗保健机构与托育服务机构有机结合，实现医育在婴幼儿照护服务的有效融合。

2.实施普惠托育专项行动。支持社会力量发展社区托育服务设施和综合托育机构。鼓励各类婴幼儿照护服务机构提供全日托、半日托、计时托、临时托等多样化的普惠托育服务。支持用人单位以单独或联合相关单位共同举办的方式，在工作场所为职

工提供福利性婴幼儿照护服务，有条件的可向附近居民开放。规范公共场所和用人单位母婴设施建设和管理。

（四）完善职业健康技术支持体系。

提高职业病监测评估、诊断救治技术支持能力，维护劳动者职业健康。

1.提升职业病监测评估技术支持能力。以市级职业病防治院和各县（市）区疾病预防控制中心为主干，完善市、县两级职业病监测评估技术支持网络。合理配置职业卫生、放射卫生、检验检测、工程技术、临床医学等相关专业技术人员。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%。职业健康检查机构按需要配置执业医师、护士、其他医疗卫生技术人员，至少配备1名取得职业病诊断资格的执业医师。

2.提升职业病诊断救治技术支持能力。充分发挥职业病专科医院、综合医院作用，构建“市-县”并向重点乡镇（街道）延伸的职业病诊断救治技术支持网络。市级依托吉林市职业病防治院或具备职业病诊断救治康复条件的综合医院建立诊断救治技术支持机构。职业病救治任务重的县（市）区应依托同级综合医院或其他医疗卫生机构，开展职业病救治康复等工作。尘肺病患者超过100人的乡镇（街道）应依托乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室建设尘肺病康复站（点），开展尘肺病患者康复工作。市级职业病防治院根据需要合理配置专业技术人员和床位。县级根据需求单独设置或依托县级综合医院整合设置职业病

防治医院。承担职业病诊断职责的疾病预防控机构按照《职业病诊断与鉴定管理办法》等规定，配置专业技术人员和床位。

（五）完善健康教育体系。

建立完善由健康教育专业机构、健康教育服务基地、各类医疗卫生机构健康教育职能科（室）以及学校、机关、社区、企事业单位的健康教育职能部门等组成的健康教育体系，加强健康促进与健康教育、普及健康知识，提高全民健康素养水平。

1.完善健康教育专业机构设置。健康教育专业机构是健康教育体系的核心组成部分，承担健康科普，健康传播规范、标准、技术指南制定，健康促进与健康教育的理论、方法和政策研究等任务。市级和有条件的县级卫生健康行政部门要依托现有资源，加强健康教育力量建设，配备满足工作需要的人员，其中专业技术岗位原则上不低于岗位总量的 80%。

2.强化医疗卫生机构健康教育职能。各级各类医院、专业公共卫生机构和基层医疗卫生机构应设立健康教育科（室），至少配备 2 名从事健康教育的专兼职人员。暂不具备条件的确定相关科（室）和人员负责健康促进与健康教育工作，接受当地健康教育机构的业务指导和考核评估。其中，医疗机构负责向患者及其家属传播健康知识，针对患者开展个体化的健康教育服务；疾病预防控制机构等专业公共卫生机构负责对社会公众和各类疾病防控重点人群进行健康指导；基层医疗卫生机构负责向辖区居民普及健康知识。

（六）优化心理健康和精神卫生服务体系。

以精神专科医院和综合医院精神科为主体，基层医疗卫生机构为依托，疾病预防控制机构和社会心理服务机构为补充，优化心理健康和精神卫生服务体系，为群众提供心理健康和精神疾病预防、干预、诊治和康复服务。

1.建立完善市、县两级防治体系。市级设置2所精神专科医院，城市二级及以上综合医院可根据医疗需求开设精神心理门诊、病房。服务人口多且市级机构覆盖不到的县（市）区可根据需要建设精神卫生专业机构。人口超过30万的县（市）区，至少有1所县级公立医院设置有病房的精神科，人口30万以下的至少有1所县级公立医院设置精神心理门诊。

2.完善基层心理健康和精神卫生服务网络。基层医疗卫生机构主要承担基层精神疾病患者管理和居家康复指导、居民心理健康指导等任务。社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院要设立精神（心理）科门诊，配备至少1名专兼职心理健康服务工作人员。精神障碍社区康复机构承担康复训练期和非急性期的精神疾病患者生活和康复训练、生活照料等任务。建立精神卫生专业机构、社区康复机构及社会组织、家庭相互支持的精神障碍社区康复服务体系，到2025年，70%以上的县（市）区设有精神障碍社区康复机构或通过政府购买服务等方式开展康复工作。

3.建立覆盖城乡的心理健康服务网络。建立健全各部门各行业心理健康服务网络，机关、学校和企事业单位可通过设立心理健康辅导室，配备专（兼）职心理健康辅导人员或购买服务等方式为员工提供

心理评估、咨询辅导等服务。在县、乡、村三级综治中心或社区综合服务设施规范设置心理咨询室或社会工作室，配备心理辅导人员或社会工作者，对村（居）民开展心理健康宣传教育和心理疏导。培育专业化、规范化社会心理健康服务机构，承担公众心理健康教育和心理咨询等任务。充分发挥精神卫生专业机构作用，对医疗机构临床科室医务人员开展心理健康知识和技能培训，提高医疗机构心理健康服务能力，探索建立心理和身体疾病多学科联络会诊制度。依托精神专科医院和综合性医院精神专科组建心理救援专业队伍，提升精神专科领域突发公共卫生事件应急处置、心理康复与心理疏导能力。

（七）发展康复医疗服务体系。

以康复医院、综合医院康复医学科、康复医疗中心为主体，以基层医疗机构等为基础，发展康复医疗服务体系。

1.优化康复医疗功能。三级综合性医院康复医学科重点为急危重症和疑难复杂疾病患者提供康复医疗服务，承担辖区内康复医疗学科建设、人才培养、技术支持、研究成果推广等任务，发挥引领和带动作用。二级综合性医院康复医学科、二级康复医院、康复医疗中心、基层医疗机构等重点为诊断明确、病情稳定或需要长期康复的患者提供康复医疗服务。以基层医疗卫生机构为依托，鼓励开展社区和居家康复医疗服务。

2.增加康复医疗资源供给。统筹区域内医疗资源，合理增加康复医院数量，重点支持地市级康复医院、县级综合医院康复科建设。市级至少设置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。支持和引导社会力量举办规范化、连续化的康复医疗中心。支持医疗资源丰富地区的部分一二级医院转型为康复医院。鼓励有条件的基层医疗机构根据需要设置和增加康复医疗服务的床位。妇幼保健机构、儿童医院等应具备为妇女儿童提供康复服务的能力。支持有条件的医疗机构与残疾人专业康复机构等加强合作，提高康复水平。加强康复医疗专业能力建设，逐步建立一支数量合理、素质优良的康复医疗专业队伍，到 2025 年，每 10 万人口康复医师达到 8 人、康复治疗师达到 12 人。

（八）完善血站服务体系。

加强血液中心、中心血站、分支机构、储血点和采血点建设，提高血液供应能力，保障临床用血安全。

1.完善血站规划设置。统筹规划全市血站、采血点和储血点设置布局，明确功能任务、数量布局、服务区域范围，加强质量控制，改善服务，推进血站标准化建设和规范化管理。依托吉林市红十字中心血站设立市级中心血站。中心血站难以覆盖的县（市）区可根据需要，依托县办综合医院规划设置 1 个中心血库。每个县（市）区至少设置 1 个固定采血点。将献血屋建设纳入国土空间规划，对流动采血车停放提供支持。

2.提升血站服务能力。优化中心血站设置，填平补齐业务用房缺口，优化设备配置。推进覆盖血站和医疗机构的血液管理信息系统建设，精准开展血液供应保障和应急调配。加大血液核酸

检测能力建设投入力度，巩固血液核酸检测全覆盖成果。

八、加强体制机制保障和要素支撑

（一）深化“三医”联动改革。

1.健全管理考核机制。加强党对公立医院的全面领导，落实党委领导下的院长负责制，健全完善常委会和院长办公会议事决策规则，落实公立医院内部人事管理、内部机构设置、中层干部聘任、人员招聘（人才引进）、内部绩效考核与薪酬分配等自主权。持续优化公立医院绩效考核，重点考核医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价等。完善城市医疗集团和县域医共体综合绩效考核制度，突出医疗资源下沉、基层服务能力提升、有序就医和居民健康改善等。以提高积极性为重点深化基层医疗卫生机构运行机制改革，健全绩效考核机制。选优配强专业公共卫生机构领导班子，实施岗位分级分类管理，提高专业技术人员比例。妇幼保健机构、专科疾病防治机构等可按规定获得预防保健和基本医疗服务收入。

2.加快人事薪酬制度改革。合理制定并落实公立医院人员编制标准，建立动态调整机制。推动在公立医院、专业公共卫生机构和基层医疗卫生机构落实“两个允许”（允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励）要求，完善薪酬分配制度。建立健全符合医疗卫生行业特点的人才评价机制。改革完善医务人员职称评价机制，突出实践能力业绩导向，鼓励医疗卫生专业技术人员扎根防病治病一线。

3.完善医疗服务价格政策。深化医疗服务价格改革，落实合

理补偿机制，探索适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制，稳定调价预期，确保群众负担总体稳定、医保基金和工伤保险基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续。落实目标导向的价格项目管理机制，结合医疗服务特性加强分类管理，理顺比价关系。

4.深化医保支付方式改革。按照国家基本医保目录的调整范围和调整权限，统一执行国家基本医保药品目录和省级基本医保诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材目录。持续完善更加管用高效的医保支付机制，加快推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，充分发挥医保支付杠杆作用，探索对紧密型医疗联合体实行总额付费，加强监督考核，结余留用、合理超支分担，加快形成分级诊疗格局，引导强化预防保健和健康管理。探索符合中医药特点的医保支付方式，支持将疗效和成本有优势的中医医疗服务项目按程序纳入医保支付范围。

5.增强医保保障功能。加强门诊共济保障，逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围。完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制。建立重特大疾病医疗保险和救助制度，完善异地就医直接结算制度。完善重特大疫情医疗救治费用保障长效机制，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医院不因支付政策影响救治。稳步建立长期护理保险制度。

6.健全药品供应保障体系。推进药品、高值医用耗材集中采购常态化运行机制，完善激励配套政策，落实集中采购医保资金

结余留用政策。巩固完善基本药物制度，促进基本药物优先合理使用，鼓励城市医疗联合体、县域医疗共同体等建立药品联动管理机制，促进上下级医疗机构用药衔接。对结核病、丙肝等需要长期服药治疗的重大传染病和严重精神障碍等慢性病，探索进一步降低患者药费负担的有效方式。持续推进药品使用监测和药品临床综合评价工作。完善药品质量管理制度及追溯制度。推动医疗机构处方信息与药品零售消费信息互联互通。

7.提升工伤保险保障水平。进一步提升工伤保险医疗管理服务质量和水平，合理确定工伤保险待遇水平，支持和促进工伤康复技术发展，将包括中医在内的工伤康复项目按规定纳入工伤保险基金支付范围。鼓励探索工伤医疗和工伤康复支付制度改革和创新，完善监督考核，逐步形成适应工伤保险特点的费用支付机制和激励约束机制。落实工伤医疗异地就医结算。

（二）加强卫生健康人才队伍建设。

1.加强公共卫生人才培养。健全公共卫生医师制度，推进公共卫生医师规范化培训试点，支持新入职的公共卫生医师参加规范化培训，培育壮大公共卫生医师队伍。加强疾病预防控制机构骨干人才培养，到2025年，市级、县级疾病预防控制中心培养不少于1名具有较高水平现场流行病学调查能力的骨干人才。建立公共卫生专业技术人员和医疗机构临床医生交叉培训制度，鼓励人员双向流动。建立健全面向临床医师和护理人员的流行病学、传染病、医院感染等风险警觉意识教育和培训制度。

2.加强乡村卫生人才队伍建设。深入实施农村订单定向医学生免费培养和助理全科医生培训。以县为单位每5年动态调整乡镇卫生院人员编制总量，用好用足空余编制。加强乡村医生队伍建设，实施“一村一名大学生村医计划”，推动乡村医生队伍向执业（助理）医师转化，力争到2025年，乡村医生中执业（助理）医师比例达到45%左右。

3.强化住院医师规范化培训和继续医学教育。推进住院医师规范化培训制度，落实国家四部委《关于贯彻落实住院医师规范化培训“两个同等对待”政策的通知》要求，指导各级医疗机构完善相关制度，为经住培合格的临床医师营造良好就业环境。继续加强全科医生临床培养基地建设，保障住院医师培训期间合理待遇。健全继续医学教育制度，将医务人员接受继续医学教育的情况纳入其年度绩效考核的必备内容。将继续医学教育合格作为卫生健康专业技术人员岗位聘用和定期考核的重要依据，作为聘任专业技术职务或申报评定上一级资格的重要条件。健全继续医学教育基地网络，推进“互联网+远程教育”。

4.加强急需紧缺专业人才培养培训。增加全科、实验室检测、感染（含传染）、急诊、病理、重症、儿科（含儿童保健）、新生儿科、产科、出生缺陷防治、老年医学科、麻醉、精神卫生和心理健康、职业健康、食品安全与营养、康复、护理、采供血、健康教育、信息化、托育等专业技术人员有效供给。实施中医药特色人才培养工程（岐黄工程）。

（三）加强科技、信息化和监管支撑。

1.加快卫生健康科技创新。围绕重大传染病、重大疾病等健康问题和健康产业发展需求，加强疾病防治和公共卫生科研攻关体系和能力建设，加强医药科学前沿基础研究、关键技术研发、成果转移转化、医药产品开发和适宜技术推广。支持医疗卫生机构、医学科研机构、医药企业联合开展医药科技创新，促进“产学研用”良性互动。充分调动和发挥高校和科研院所的创新力量，积极引导企业与科研院校共建技术研发中心、院士工作站，加快推进技术、成果、人才等创新要素流动。

2.强化卫生健康信息化支撑。各级医疗卫生机构严格落实《全国医院信息化建设标准与规范（试行）》《全国公共卫生信息化建设标准与规范（试行）》《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范（试行）》等卫生健康信息化建设功能指引和相关标准，规范有序推进行业信息化建设。加快智慧医院建设，优化医院服务流程，为患者提供预约诊疗、就诊提醒、移动支付、床旁结算、结果查询、信息推送等服务，改善就医体验。持续推进远程医疗服务，逐步提高覆盖率和利用率。完善和丰富电子健康档案服务内容，优化面向个人开放的服务渠道和交互方式，推进在线查询和规范使用，有效发挥在居民全流程健康管理中的支撑作用。探索大数据、互联网、人工智能、5G、区块链、物联网等新兴信息技术的规范应用，丰富应用场景。开展面向基层的人工智能辅助诊断、数字化健康管理、在线医学教育等服务，推进“互联网+医疗健康”示范，提升基层诊疗能力。积极运用大

数据等数字技术，在传染病疫情和突发公共事件监测分析、病原体溯源、防控救治、资源调配等方面发挥支撑作用。

3.提高卫生健康监督执法效能。加强执法车辆、现场快速检测设备和防护装备、执法取证工具等配备。加强卫生健康监督执法信息化建设，到2025年，全市实现行政审批、行政处罚信息互联互通和实时共享，市级承担监督执法的机构运用移动执法终端开展现场执法工作，承担卫生监督协管工作的乡（镇）全部装备卫生健康监督协管信息系统。加强传染病防控等重点领域监督执法，强化对医疗机构传染病防控工作的巡查监督。深入开展“双随机、一公开”监督检查。

九、做好规划实施保障

（一）加强组织领导。

坚持党对卫生健康工作的集中统一领导，全面加强医疗卫生机构党的建设。强化责任落实，把制定实施医疗卫生服务体系规划作为对卫生健康发展进行宏观调控的重要手段，列入政府工作的重要议事日程。县级人民政府要按照市级医疗卫生服务体系规划，制定实施县域医疗卫生服务体系规划并与市级做好衔接。在编制区域医疗卫生服务体系规划中，要根据群众健康需求，科学配置医疗卫生资源，充分征求有关部门和社会各界的意见建议。要与区域发展布局相结合，提高规划的有效衔接性。

（二）落实部门职责。

卫生健康、机构编制、发展改革、教育、科技、财政、人力资源和社会保障、自然资源、农业农村、医疗保障、中医药、市

场监督管理等部门要加强政策协同，共同推进规划编制与实施。卫生健康部门负责牵头编制实施规划并根据需要按程序适时调整。机构编制部门要依据有关规定和标准合理制定并落实公立医疗卫生机构人员编制标准。发展改革部门要将本规划纳入国民经济和社会发展规划，积极支持“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设项目。财政部门要按照政府卫生投入政策落实相关经费。自然资源部门要将医疗卫生专项规划纳入国土空间规划，统筹考虑医疗卫生机构发展需要，合理安排用地供给。医疗保障部门要加快医疗服务价格和支付制度改革。其他部门要各司其职，做好相关工作。

（三）动员社会参与。

结合推进乡镇（街道）权责清单制度，强化和明晰乡镇（街道）公共卫生管理权责，村（居）委会推进公共卫生委员会建设。学校按规定设置保健科（卫生室），并配备专职或兼职卫生技术人员。用人单位应做好职工疾病预防控制相关工作。完善疾病预防控制机构与城乡社区联动机制，构建常态化管理和应急管理动态衔接的基层治理机制。加强爱国卫生组织机构建设，健全各级爱国卫生工作网络，乡镇（街道）、村（社区）、机关、企事业单位等明确专兼职爱国卫生工作人员，将爱国卫生运动与传染病、慢性病防控等紧密结合，融入基层治理。健全社会健康教育网络，动员社会力量参与健康知识普及工作。

（四）严格规划编制实施和监测评价。

市级建立规划监测评价机制，围绕主要指标和重点任务加强

年度监测分析、中期评估和末期评估等全过程管理，全面评估医疗卫生资源配置情况和服务体系整体绩效。市卫生健康委会同有关部门成立专家委员会，建立对县（市）规划的论证机制，各县（市）人民政府印发本级医疗卫生服务体系规划要报请市级相关部门同意。各县（市）人民政府要建立区域医疗卫生服务体系规划监测评价机制，成立专门工作小组，组织开展本地规划实施进度和效果评价，确保规划有效实施，发挥应有作用。