

- 索引号：000014348/2015-31558
- 分类：卫生；通知
- 发布机构：省政府办公厅
- 发文日期：2015年12月03日
- 名称：省人民政府办公厅关于印发湖北省医疗卫生服务体系发展规划（2015—2020年）的通知
- 文号：鄂政办发〔2015〕86号
- 主题词：

省人民政府办公厅关于印发湖北省医疗卫生服务体系发展规划（2015—2020年）的通知

各市、州、县人民政府，省政府各部门：

《湖北省医疗卫生服务体系发展规划（2015—2020年）》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2015年12月3日

湖北省医疗卫生服务体系发展规划

（2015—2020年）

为进一步优化我省医疗卫生资源配置，提高服务能力和资源利用效率，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、医疗卫生资源状况

全省现有医疗卫生机构 36084 家，其中医院 771 家（综合医院 483 家、中医院 119 家、专科医院 169 家），基层医疗卫生机构 34502 家（乡镇卫生院 1186 家、社区卫生服务机构 1176 家、村卫生室 24918 家、诊所等其他基层医疗机构 7222 家），专业公共卫生机构 703 家，其它机构 108 家。全省医疗卫生机构床位数 31.8 万张，其中医院床位 23.7 万张、基层医疗卫生机构床位 8.1 万张。每千常住人口床位数 5.48 张，其中医院 4.08 张、基层医疗卫生机构 1.4 张。全省医疗卫生人员总数 44.35 万人，其中执业(助理)医师 12.74 万人、注册护士 14.70 万人。每千常住人口执业(助理)医师 2.2 人、注册护士 2.53 人。全省床位数、执业（助理）医师数、注册护士数分别排全国第八、第九、第七位。全省基本建立了由医院、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。

二、资源利用状况

2014 年全省医疗机构诊疗 3.8 亿人次，出院病人 1029 万人，均排全国第八位，近五年平均增长率分别为 29%和 14.7%。医院床位利用率 99.8%，基层医疗卫生机构床位利用率 79%。县办医院平均住院天数 9.2 天，市办及以上医院平均住院天数 10.8 天。

三、居民健康状况

2014 年全省人均期望寿命 76.5 岁，婴儿死亡率 7.97‰，孕产妇死亡率 12.9/10 万，5 岁以下儿童死亡率 10.75‰，主要健康指标优于全国平均水平，位于中西部地区前列。

四、服务需求状况

第五次全国卫生服务调查显示，全省居民两周患病率为 20.8%。两周患病疾病居前五位的分别是：高血压、糖尿病、急性鼻咽炎、上呼吸道感染和椎间盘疾

病。两周患病就诊率 9.8%，未就诊率 24.5%。住院率居前五位的分别是：正常分娩、高血压、脑血管、骨折和椎间盘疾病。城乡居民应住院而未住院的患者中，经济困难为主要因素，占 39.8%。

第二节 主要问题

一、资源总量不足

医院病床超负荷运转，全省公立医院病床使用率高达 103%，市办及以上医院长期加床，短期内依然存在住院难的问题。医疗服务需求多样化、多层次特征逐步显现，由于资源配置不到位，难以满足相应的医疗服务需求。精神疾病、传染病、职业病防治等部分公共卫生机构设置不全、能力不足。

二、资源分布不均

不同区域之间人均医疗卫生资源差异过大，千人口床位最高的市州达到 7.46 张，最低的只有 3.86 张。城乡之间医疗卫生资源差异过大，优质资源主要集中在大中城市，基层医疗卫生资源相对薄弱。中西医发展不协调，中医药特色优势发挥不明显。过多发展综合医院，专科医院发展较慢，康复、老年护理、儿童医疗等资源短缺，大部分公立医院未设康复科，全省儿科床位只占 4%，低于全国平均水平。公立医疗机构比重过大，社会办医床位数仅占 8.6%。

三、人才问题突出

医护人员配备不足，床医比、床护比等人力资源指标偏低，特别是医护比仅为 1:1.15，导致医护人员超负荷工作，医生日均负担门诊量 8.0 人次，日均负担住院量 2.2 床日，超过全国平均水平，增加了医疗安全风险，也影响了群众对医疗卫生服务的满意度。医护人员总体素质偏低，执业（助理）医师中，大学本科及以上学历者仅占 44.5%；注册护士中，大学本科及以上学历者仅占 13.4%。

四、职能定位不清和分工协作机制不健全

不同层级医疗机构的职能定位不够清晰，相互之间存在无序竞争问题，城市大中型医院资源被用于基础疾病诊疗，基层医疗卫生机构资源利用率低，服务体系整体效率不高。公共卫生机构、医疗机构之间分工协作机制不健全、缺乏有效联通，各级各类医疗卫生机构合作不够、协同性不强，服务体系难以有效应对日益严重的慢性病高发等健康问题。

五、公立医院单体规模偏大

公立医院普遍存在追求床位规模、竞相购置大型设备、忽视医院内部机制建设等粗放式发展问题，部分公立医院单体规模过大，一方面使得临床科室进一步细化，增加了管理链条，将原来的二级管理变成三级管理，降低了管理效率，加重了患者负担和疾病风险；另一方面挤压了基层医疗卫生机构与社会办医的发展空间，不利于分级诊疗制度的建立和医院服务质量、管理水平的提高，影响了医疗卫生服务体系整体效率的提升。

第三节形势与挑战

党的十八大提出了 2020 年全面建成小康社会的宏伟目标，省委、省政府作出了湖北率先在中部地区全面建成小康社会的重大决策。没有全民健康，就没有全面小康。我省医疗卫生服务体系的发展必须坚持为人民健康服务的导向，在“病有所医”上持续取得新进展，实现人人享有基本医疗卫生服务，以全民健康促进全面小康。

当前，随着国家实施长江经济带发展战略和我省加快“建成支点、走在前列”进程，湖北有望建成中部地区医疗服务高地，对内可以更加紧密联系，形成资源共享、合作共赢的局面；对外可以扩大服务范围、增强辐射能力，形成规模和品

牌效应。这些优势决定了我省医疗卫生资源配置要高于全国平均水平，优于中部地区。

随着经济总量增加和居民收入增长，公众消费结构加速升级，食物消费比重逐步下降，医疗保健等消费比重显著提升，城乡居民个性化、专业化的医疗卫生服务需求将逐步显现，对不断调整结构、推进社会办医，增加医疗卫生资源供给，加强特色专科建设，走差异化发展之路，促进基本医疗和高端医疗服务双轮驱动、协同发展提出了新要求。

近年来，我省城镇化率不断提高，2014 年达到 55.7%，预计 2020 年将达到 61%。随着新型城镇化的推进，医疗卫生资源总量不足、结构不合理、总体水平不高等问题日益凸显。特别是城镇集聚态势明显，近 10 年县级城市人口增长了 287.7 万人，占同期省内人口增长总量的 50.4%，县级城镇医疗服务矛盾尤为突出，必须适度加强县级医疗卫生资源配置，提升其服务能力。同时，随着农村居民的减少，基层医疗卫生机构应适度控制规模，着重加强内涵建设、转变服务模式。

预计到 2020 年底，我省 60 周岁及以上老年人占总人口的 20.6%，65 周岁及以上老年人占总人口的 14.8%。老龄化进程与家庭小型化、空巢化相伴随，与经济社会转型期各类矛盾相交织，老年人生活照料、康复护理、医疗保健等需求将急剧增加，成为迫切的公共卫生和社会问题。

在经济发展和社会转型中，疾病发生规律也出现了新变化。一方面，重大传染病和慢性疾病防治任务依然艰巨，艾滋病、结核病发病人数逐年增长，新发传染病与输入性传染病威胁将长期存在；另一方面，心脑血管疾病、恶性肿瘤等慢性病在全省居民病伤死因中占比高达 68%，给居民健康带来严峻挑战。必须转变医疗卫生服务模式和结构，从单纯的疾病诊治转向综合健康干预和健康管理，推

动形成以维护健康为中心的各类医疗卫生资源分工协作格局，完善预防、治疗、康复、护理协调发展的医疗卫生服务体系。

同时，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。

第二章原则、思路和目标

第一节基本原则

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。

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，促进公正公平。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。

坚持政府主导和市场机制相结合。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。

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数量和布局，分别规划资源配置总量与布局，形成“横向到边、纵向到底”的医疗卫生服务体系规划。

坚持总量适度发展与结构优化调整相结合。保持医疗卫生资源总量适度发展，合理规划增量，科学调整存量，坚持中西医并重，优化不同区域之间、公有与民营之间、医疗服务与公共卫生之间的资源结构。

坚持属地化与全行业管理。全省范围内所有医疗卫生机构，不论所有制、投资主体、隶属关系和经营性质，均由所在地卫生计生行政部门统一规划、统一准入、统一监管。

第二节 发展思路

医疗卫生服务体系发展思路是“稳增长、优布局、调结构、增效率、提能力”。一是促进总量适度增长。争取每千常住人口床位、执业（助理）医师、注册护士等主要医疗卫生资源指标和健康水平在全国领先，基本满足人民群众健康需求。二是优化不同区域布局。武汉市、十堰市等资源聚集区域，重在结构调整、内涵发展；襄阳市、宜昌市、荆门市等资源相对丰富区域，保持适度发展，不断优化结构；其他资源薄弱区域要加快发展，增加服务供给，逐步缩小区域之间差距，实现区域均衡发展。三是调整资源配置结构。从严控制公立医院扩张，扩大社会办医规模；控制综合医院数量，加强儿童、精神、肿瘤、老年病、康复等薄弱专科建设；控制中心城区资源，优先布局城镇新区；控制公立医院单体规模，从外延式发展向以提高服务质量和绩效为主的内涵式发展转型。四是提高资源利用效率。积极推进医疗联合体建设，实施双向转诊；加强医防结合，适度降低住院率；缩短平均住院日，加快病床周转。五是提升医疗卫生服务能力。更加注重队伍建设、医学科研、信息化建设、精细化管理，加强功能整合和分工协作，发挥医疗卫生资源的综合效能，提升整体服务能力。

第三节 总体目标

保持医疗卫生资源总量适度发展，优化医疗卫生资源配置布局 and 结构，构建与全省经济社会发展水平和居民健康需求相适应、体系完整、分工明确、功能互补、密切协作的医疗卫生服务体系，满足人民群众多层次、多样化的健康需求，为实现 2020 年基本建立覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度奠定坚实的基础。

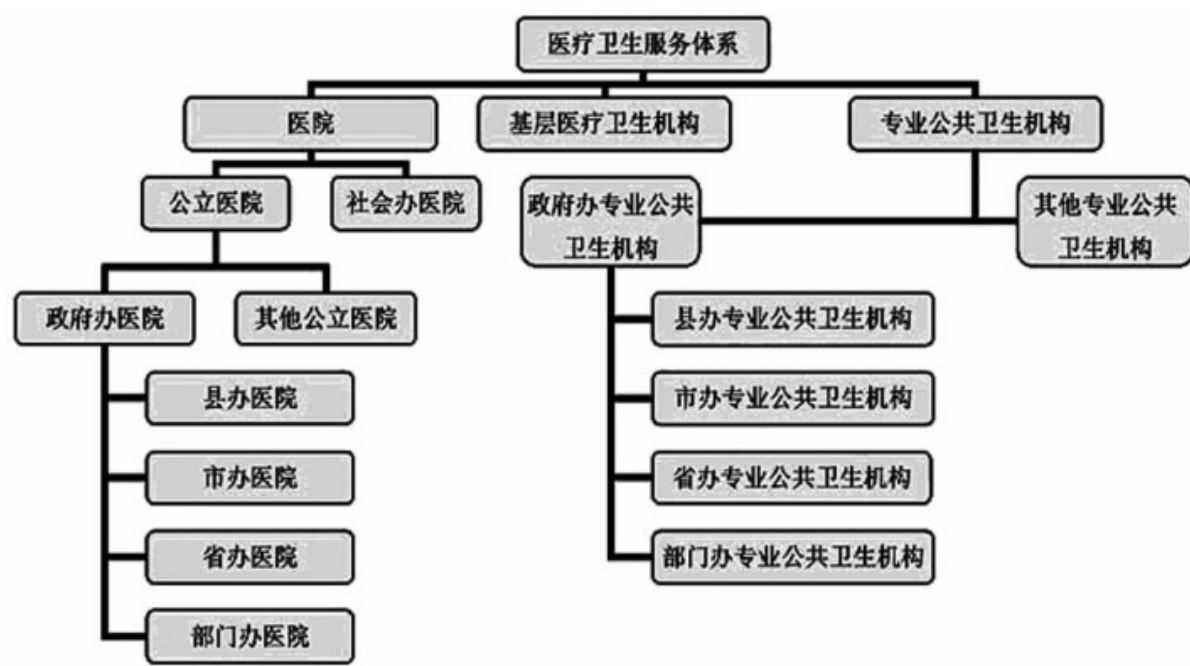
2020 年湖北省医疗卫生服务体系资源要素配置主要指标

主 要 指 标	2020 年目标	2014 年现状
每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）	6.30	5.48
医院	5.00	4.08
公立医院	3.50	3.64
其中：省办及以上医院	0.45	0.39
市办医院	1.00	1.02
县办医院	1.90	1.83
其他公立医院	0.15	0.40
社会办医院	1.50	0.44
基层医疗卫生机构	1.30	1.40

主 要 指 标	2020 年目标	2014 年现状
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	2.65	2.20
每千常住人口注册护士数（人）	3.30	2.53
每千常住人口公共卫生人员数（人）	0.83	0.51
每万常住人口全科医生数（人）	2~3	0.87
医护比	1 : 1.25	1 : 1.15
市办及以上医院床护比	1 : 0.60	1 : 0.50
县办医院床护比	1 : 0.50	1 : 0.46
县办综合性医院单体适宜床位规模（张）	500~1000	—
市办综合性医院单体适宜床位规模（张）	800~1200	—
省办及以上综合性医院单体适宜床位规模（张）	1000~1500	—

第三章医疗卫生机构设置规划

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（见图示）。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、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）。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、市办、省办和部门办四类。



第一节 医院设置

一、公立医院

公立医院是医疗服务体系的主体，应当坚持维护公益性，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。

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。

（一）省办及以上医院。主要向省内及周边区域提供急危重症、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。具体设置规划如下：

省办及以上公立医院设置规划

医 院 名 称	机构类型	2014 年实际 开放床位	2020 年规划 开放床位
合 计		21147	28850
1. 同济医院			
本部	综合	3319	2700
儿童医疗中心	儿童专科		500
光谷院区（在建）	综合		900
蔡甸院区（在建）	肿瘤专科		900
2. 协和医院			
本部	综合	3107	2400
骨科医院	骨科专科		300
协和金银湖医院（在建）	老年康复专科		800
肿瘤中心	肿瘤专科	942	900
协和医院（西院）	大专科小综合	226	600
3. 梨园医院	综合	600	800

医 院 名 称	机构类型	2014 年实际 开放床位	2020 年规划 开放床位
4. 武汉大学人民医院			
本部	综合	3500	2000
心脏医院	心脏专科		500
儿童医院	儿童专科		500
省精神卫生中心	精神专科		500
东院区	大专科小综合	400	1000
5. 武汉大学中南医院			
本部	综合	2300	2000
肿瘤中心（在建）	肿瘤专科		800
中法医院（在建）	大专科小综合		500
6. 武汉大学口腔医院	口腔专科	115	200
7. 湖北省中医院			
花园山院区	中医	750	800
光谷院区	中医	400	1200
8. 湖北省中西医结合医院			
本部	中西医结合	887	800
职业病防治中心（在建）	职业病专科		500
9. 湖北省第三人民医院			

医 院 名 称	机构类型	2014 年实际 开放床位	2020 年规划 开放床位
本部	综合	938	800
儿童医疗中心（在建）	儿童专科		500
阳逻院区	医养结合	300	700
10. 湖北省肿瘤医院	肿瘤专科	1503	1800
11. 武汉科技大学天佑医院	综合	660	800
12. 湖北省妇幼保健院			
街道口院区（在建）	妇儿专科	1100	1500
光谷院区（在建）	妇儿专科		500
13. 湖北省直属机关医院	综合	100	150

注：湖北民族学院附属医院、省中医院葛店分院、省中西医结合医院梁子湖院区等分别纳入当地规划。

（二）市办医院。主要向市（州）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。每个市（州）按 100 万至 200 万人设置 1 所市办综合医院，每个市（州）设置 1 所市办中医医院（民族医院）。根据需要设置适宜的市办儿童、肿瘤、传染病、血吸虫病等专科医院。

（三）县办医院。主要承担县级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，相应公共卫生以及突发事件紧急医疗救援等任务，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。每个县（市）原则上设置 1 所县办综合医院和 1 所县办中医医院（民

族医院），中医资源缺乏、难以设置中医医院的县（市）可在县办综合医院设置中医科或民族医科室。原则上，市（州）的中心城区不设县办综合医院和中医医院（民族医院）。

二、社会办医院

社会办医院主要包括社会力量举办医院和转制的公立医院，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 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。在符合床位总量规划的前提下，社会办医院机构设置数量与单体床位规模按照“非禁即入”的原则，由各地自主确定。

第二节 基层医疗卫生机构设置

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。

一、乡镇卫生院。政府在每个建制乡镇设置 1 所标准化建设的乡镇卫生院。综合考虑城镇化、地理位置、人口聚集程度等因素，可以选择 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。

二、社区卫生服务机构。政府在城区每个街道或每 3 万至 10 万居民规划设置 1 所社区卫生服务中心，每 0.8 万至 1 万居民规划设置 1 所社区卫生服务站。

三、村卫生室。原则上每个村应当设置 1 所村卫生室，支持交通便利的村合并建设中心村卫生室。乡镇卫生院所在地原则上不设村卫生室。村卫生室内应保留计划生育服务室。

四、个体诊所等其他基层医疗卫生机构的设置，不受规划布局与设置数量的限制，实行市场调节的管理方式。

五、支持市（州）级医院与社区卫生服务中心、县级医院与乡镇卫生院组建医疗集团或医疗联合体，推进乡镇卫生院和村卫生室一体化管理。

第三节专业公共卫生机构设置

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、卫生计生监督、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、综合监督执法机构、妇幼保健计划生育服务机构等，原则上由政府举办。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。

一、疾病预防控制机构。省、市（州）、县（市）各设置 1 所疾病预防控制中心。中心城区原则上可不设置疾病预防控制中心，其功能由市（州）疾病预防控制中心承担。目前已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。

二、卫生计生综合监督执法机构。县级以上人民政府要根据工作职责，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。

三、妇幼保健计划生育服务机构。省级设置 1 所妇幼保健机构和 1 所计划生育科研服务机构。市（州）、县（市、区）妇幼保健机构和计划生育技术服务机构应予以整合，组建市办、县办妇幼保健计划生育服务中心，保留“妇幼保健院”牌子。乡镇级计划生育技术服务机构与乡镇卫生院妇幼保健职能整合，乡镇卫生院加挂“妇幼保健计划生育服务站”牌子。

四、采供血机构。全省设血站 16 所，其中武汉市设 1 所血液中心，其他市（州）各设 1 所中心血站，天门、潜江、仙桃各设 1 所血站。血液中心和中心血站难以覆盖的县（市）可以依托县办综合医院规划设置 1 个中心血库。根据我省生物产业发展要求，全省规划设置 12 所单采血浆站。

五、医疗紧急救援中心。每个市（州）、县（市）设置 1 所医疗紧急救援中心。依托协和医院设置省级医疗紧急救援中心，依托同济医院设置核辐射应急救治基地，依托省中西医结合医院设置化学中毒救治基地。

六、精神卫生机构。依托武汉大学人民医院设置省级精神卫生中心。每个市（州）设置 1 所专业精神卫生机构，并至少在 1 所综合医院内设置精神科。每个县（市）设置 1 所精神卫生专业机构，鼓励挂靠县级综合医院。

七、血吸虫病防治机构。保留省血吸虫病预防控制所和省血吸虫病临床诊疗中心（挂靠荆州市三医院）。63 个流行区血吸虫病预防功能整合到疾病预防控制中心。调整和整合 18 个市、县级血吸虫病专科医院。

八、临床检验中心。根据临床检验工作需要，设置 1 所省级临床检验中心，各市（州）可独立或挂靠综合医院设置 1 所临床检验中心，县级不设政府主办的临床检验中心。

九、麻风病防治中心。武汉市、十堰市、孝感市、黄冈市、荆州市、恩施州各设置 1 所麻风病防治中心，麻风病人实行集中收治。

十、依托武汉大学中南医院设置省级艾滋病防治中心。

第四节区域医疗卫生中心建设

区域医疗卫生中心是以市（州）级以上医疗机构为龙头，以县级医疗机构为骨干，以基层医疗卫生机构为基础的服务体系，是全省卫生事业发展的重要空间战略布局。省级将根据不同的区域医疗卫生中心，在重点专科设置、患者流向控制上加强引导，平衡地区间医疗资源布局，统筹公平与效率。区域医疗卫生中心内部的各级各类医疗机构，特别是县级以上公立医院，要强化交流协作，充分实现资源共享，实行差别化发展，避免重复建设和恶性竞争。

到 2020 年，全省围绕“一主两副、四大片区”，重点打造六大区域医疗卫生中心，形成多层次、多元化的医疗卫生集群，使全省医疗卫生资源总量、医学高端人才、医学科技创新、医疗服务能力、居民健康水平等重要指标处于全国领先水平。

一、武汉城市圈医疗卫生中心。以同济医院、协和医院、武汉大学人民医院、武汉大学中南医院、武汉大学口腔医院、省中医院、广州军区陆军总医院、省妇幼保健院、省肿瘤医院、武汉市中心医院、武汉市中西医结合医院、武汉市中医院、武汉市亚洲心脏病医院等为核心，将武汉市建设成为国家级医疗卫生中心，覆盖武汉城市圈，辐射鄂豫皖赣湘等地区。

二、武陵山医疗卫生中心。以湖北民族学院附属医院、恩施州中心医院、恩施州中医院等为核心，建设武陵山医疗卫生中心，覆盖恩施州，辐射鄂渝湘毗邻地区。

三、秦巴山医疗卫生中心。以十堰市太和医院、十堰市人民医院、十堰市中医院等为核心，建设秦巴山医疗卫生中心，覆盖十堰市、神农架林区，辐射鄂豫陕渝毗邻地区。

四、大别山医疗卫生中心。以黄冈市中心医院、黄冈市中医院、孝感市中心医院、孝感市中医院、随州市中心医院、随州市中医院等为核心，建设大别山医疗卫生中心，覆盖黄冈市、孝感市、随州市，辐射鄂豫皖湘毗邻地区。

五、幕阜山医疗卫生中心。以黄石市中心医院、黄石市中医院、鄂州市中心医院、鄂州市中医院、咸宁市中心医院、咸宁市中医院等为核心，建设幕阜山医疗卫生中心，覆盖黄石市、鄂州市、咸宁市，辐射鄂湘赣毗邻地区。

六、“两江”城市群医疗卫生中心。以宜昌市中心医院、宜昌市一医院、宜昌市中医院、荆州市中心医院、荆州市一医院、荆州市中医院等为核心，建设长江城市群医疗卫生中心；以襄阳市中心医院、襄阳市一医院、襄阳市中医院、荆门市一医院、荆门市二医院、荆门市中医院、天门市中心医院、天门市中医院、仙桃市中心医院、仙桃市中医院、潜江市中心医院、潜江市中医院等为核心，建设汉江城市群医疗卫生中心。覆盖宜昌市、荆州市、襄阳市、荆门市、天门市、仙桃市、潜江市，辐射鄂豫湘毗邻地区。

第四章床位配置规划

一、床位总量

到 2020 年，全省医疗卫生机构床位数达到 37.8 万张，其中：省办及以上医院 2.7 万张，市办医院 6.0 万张，县办医院 11.4 万张，其他公立医院 0.9 万张，基层医疗卫生机构 7.8 万张，社会办医院 9.0 万张。

二、结构分布

到 2020 年，全省每千常住人口医疗卫生机构床位数达到 6.30 张，其中省办及以上医院 0.45 张，市办医院 1.00 张，县办医院 1.90 张，其他公立医院 0.15 张，基层医疗卫生机构 1.30 张，社会办医院 1.50 张。

总床位数中，中医类床位 0.55 张，儿科床位 0.40 张, 精神卫生床位 0.40 张，康复护理床位 0.50 张。

三、区域分布

根据近几年病床变动情况，结合未来人口和医疗需求变化，各市（州）病床配置规划如下：

湖北省各市（州）床位配置规划			
市 州	2014 年实际		2020 年规划
	床位总数	每千常住人口床位数	每千常住人口床位数
全省合计	318465	5.48	6.30

市 州	2014 年实际		2020 年规划
	床位总数	每千常住人口床位数	每千常住人口床位数
武汉市	72647	7.11	7.5
黄石市	14204	5.81	7.0
十堰市	25113	7.46	7.5
襄阳市	30218	5.40	6.5
宜昌市	24082	5.88	6.5
荆州市	25035	4.36	5.5
荆门市	15779	5.47	6.0
鄂州市	5083	4.81	6.0
孝感市	18750	3.86	5.5
黄冈市	30827	4.93	5.5
咸宁市	12351	4.97	5.5
随州市	9379	4.30	5.5
恩施州	20950	6.33	7.0
仙桃市	4609	3.89	5.0
天门市	5015	3.89	5.0
潜江市	3999	4.20	5.0
神农架林区	424	5.54	7.0

四、单体规模

严格控制公立医院单体（单个执业点）床位规模，县办综合医院床位数一般以 500—1000 张为宜，原则上不超过 1000 张；市办综合医院一般以 800—1200 张为宜，原则上不超过 1200 张；省办及以上综合医院一般以 1000—1500 张为宜，原则上不超过 1500 张。专科医院床位规模根据实际需要合理设置。

第五章卫生人员配置规划

一、医院

以执业(助理)医师和注册护士配置为重点,全省医护比达到 1:1.25 以上,市办及以上医院床护比不低于 1:0.6,县办医院床护比不低于 1:0.5。未达到床护比和医护比标准的,原则上不允许扩大床位规模。根据规划确需扩大规模的,要按 50%以上的拟增床位储备人才。

二、基层医疗卫生机构

全省每千常住人口基层卫生人员达到 3.5 人以上,基本实现每万名居民有 2—3 名合格的全科医生。其中,每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心至少配备 2—3 名全科医生,每个社区卫生服务站至少配备 1 名全科医生。村卫生室原则上按每千人口配备 1 名乡村医生,每所村卫生室至少有 1 名乡村医生执业。

三、专业公共卫生机构

全省每千常住人口公共卫生人员达到 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低于 85%,卫生技术人员不低于 70%。专业精神卫生机构根据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。妇幼保健机构根据服务人口、社会需求、地域条件等配置妇幼保健人员,按实际开放床位数和床护比、医护比要求配置临床人员。市、县、乡级妇幼保健计划生育服务机构中卫生技术人员比例不低于总人数的 80%。血站卫生技术人员根据年采血量等业务量进行配置。急救中心根据服务人口、年业务量进行配置。

四、区域分布

根据各市(州)床位设置规划以及医护比要求,结合未来人口和医疗需求变化,各市(州)执业(助理)医师和注册护士配置规划如下:

湖北省各市（州）执业（助理）医师和注册护士配置规划

	执业（助理）医生			注册护士		
	2014 年实际		2020 年规划	2014 年实际		2020 年规划
	总数	每千常住人口数	每千常住人口数	总数	每千常住人口数	每千常住人口数
全省合计	127383	2.20	2.65	146993	2.53	3.30
武汉市	30358	2.97	3.30	38549	3.77	4.20
黄石市	4982	2.04	2.80	7668	3.14	3.55

	执业（助理）医生			注册护士		
	2014 年实际		2020 年规划	2014 年实际		2020 年规划
	总数	每千常住人口数	每千常住人口数	总数	每千常住人口数	每千常住人口数
十堰市	8648	2.57	3.20	10590	3.15	4.05
襄阳市	11410	2.04	2.60	12662	2.26	3.30
宜昌市	9752	2.38	2.60	12027	2.93	3.30
荆州市	10207	1.78	2.20	10584	1.84	2.80
荆门市	6681	2.31	2.40	6801	2.36	3.05
鄂州市	1776	1.68	2.40	2330	2.20	3.05
孝感市	7915	1.63	2.20	8515	1.75	2.80
黄冈市	11740	1.88	2.20	12285	1.97	2.80
咸宁市	6354	2.56	2.60	6566	2.64	2.80
随州市	3859	1.77	2.20	3879	1.78	2.80
恩施州	6487	1.96	2.60	7983	2.41	3.30
仙桃市	1827	1.54	2.00	2016	1.70	2.50
天门市	2546	1.98	2.00	2402	1.86	2.50
潜江市	2708	2.84	2.80	2034	2.14	3.30
神农架林区	133	1.74	3.00	102	1.33	3.80

注：武汉市包含省办及以上医院。

第六章其他资源配置规划

一、设备配置

大型医用设备配置要统一规划、统一准入、统一监管，根据功能定位、医疗技术水平、学科发展程度和群众健康需求，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，降低医疗成本。加强大型医用设备配置规划和准入，严控公立医院超常装备，严禁公立医院举债或以合作投放方式配置大型医用设备。支持社会办医院合理配置大型医用设备，为社会办医院预留足够配置规划空间。

大力推动国产医疗设备发展应用，逐步提高国产医用设备配置水平。加强医用设备使用人员资质管理和质量控制管理，完善审批制度，加大采购监管力度。支持发展专业的医学检验机构和影像机构，鼓励通过各种方式整合现有大型医用设备资源，逐步建立共用、共享、共管机制。到“十三五”期末，有效解决大型医用设备配置总量不足、布局不合理等问题，基本满足临床分级诊疗和科研工作需要，控制医疗费用过快增长。

大型医用设备具体配置标准和规划由省卫生计生委会同有关部门，根据国家相关规定另行制订。

二、技术配置

加强对临床专科建设发展的规划引导，逐步建立以国家临床重点专科为龙头，省级临床重点专科为支撑，市级临床重点专科为补充的临床重点专科体系，发挥临床重点专科的示范、引领、带动和辐射作用，提高区域和基层的专科水平，促进医疗服务体系协调发展。到2020年，全省重点打造100个国家级临床重点专科、200个省级临床重点专科、300个县级临床重点专科。

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。到2020年，全省规划设置人类辅助生殖技术机构30家左右，其中含民营医疗机构1—2家。

三、信息资源配置

以人口健康大数据中心建设与应用为核心，加强人口健康信息化建设，建立完善人口健康信息标准化规范体系。构建与互联网安全隔离，联通各级数据中心与各级各类卫生计生机构的高效、安全、稳定的信息网络。全面建成互联互通的省、市、县三级人口健康信息平台，实现公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品

管理、计划生育、综合管理等六大应用系统的业务协同和信息共享。完善远程医疗系统，促进优质医疗资源纵向流动。实现各级医疗服务、医疗保障和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。建立健全信息动态采集更新、人口健康大数据挖掘分析和服务机制，拓展信息共享领域和范围，打造湖北人口健康大数据应用体系，促进健康服务业及相关产业发展。

到 2017 年，全省智慧健康服务体系初具规模，基本实现省级平台与国家和各市（州）平台的互联互通，支撑三医联动、分级诊疗、绩效考核、健康管理等服务，开展医疗健康大数据深度挖掘和广泛应用。到 2020 年，建成互联互通的全省智慧健康服务体系，实现卫生计生一网覆盖、居民健康一卡通用、政府社会资源融合，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。

第七章提升医疗卫生资源质量和效率

一、转变公立医院发展方式

各地要按照全省医疗卫生服务体系发展规划和本地区域卫生规划，明确政府办医的范围和数量，严格控制公立医院床位审批，严格控制公立医院建设标准，逐步实现公立医院发展方式从规模扩展向内涵建设转变，从数量攀升型向质量效益型转变。

严格控制公立医疗机构设置。除 2015 年底以前已经立项和在建项目外，各地一律不再审批新设公立综合医院。现有公立综合医院中，不符合设置规划要求的，可以转为康复、老年护理、精神卫生、儿童医疗等专科医院或社区卫生服务机构，也可按照政策要求，在保证国有资产保值增值的前提下，积极稳妥地进行改制。

严格控制公立医院单体规模。单体规模超过标准的公立医院，必须采取综合措施，逐步压缩床位，可以通过设置“院中院”形式，将部分床位拆分到专科医院，或在医疗联合体内部进行调剂。单体规模尚未达到标准的，不得超标准审批床位。

提高公立医院运行效率。到 2020 年，县办医院平均住院日控制在 8 天以内，市办及以上医院平均住院日控制在 9 天以内。公立医院平均住院日高于同类医院平均水平 20%，疑难重症患者比例及手术难度低于平均水平，床护比配置不达标，病床使用率低于 95% 的，均不允许增加床位；病床使用率低于 80% 的，可减少床位编制。

提升公立医院服务能力。省办及以上医院、市办医院要加强重点学科和临床专科建设，围绕引进人才、强化专科的思路全面提升服务能力。县办医院要紧紧围绕近三年县外转出率靠前的 5—10 个病种，加强重点专科建设。

二、促进社会资本办医

调整和新增卫生资源时，在符合准入标准的条件下，优先考虑由社会力量举办。支持社会资本举办服务能力和辐射能力较强的医疗机构，引导社会力量进入医疗服务资源稀缺的领域，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、慢性病、临终关怀等诊疗机构。社会力量可以直接投向资源稀缺的城乡结合部、城镇新区、开发区、郊区等地区，也可以满足多元需求，举办高水平、规模化的大中型医疗机构或向专业性医院管理集团发展。支持社会力量举办医学检验中心、医学影像中心和病理检查中心。鼓励药品经营企业举办中医坐堂诊所，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。支持社会信誉好、具有较强管理能力的社会资本，通过委托管理、合资、合作、收购兼并、公办民营、融资租赁等多种形式参与部分公立医院（包括国有

企业所办医院)的改制重组。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。

放宽社会办医准入,简化审批流程,提高审批效率。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,落实医保同等待遇、建设规费减免、水电气热和税收优惠政策,完善土地保障政策。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。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。

三、加强人才队伍建设

加强人才培养。推进医教协同,建立住院医师和专科医师规范化培训制度,加快实施“5+3”、“3+2”临床医学人才培养体系,推进全省医学领军人才培养,加大全科医生、护士、助产士、养老护理员、药师、儿科、精神科医师和公共卫生等急需紧缺专门人才培养。到2020年,力争培养3—5名医学院士或专业技术一级岗位人员,50名左右“享受政府特殊津贴专家”和“国家卫生计生突出贡献中青年专家”、“享受省政府专项津贴人员”等杰出骨干人才,200名左右全省卫生系统高层次学科带头人、400名左右全省中青年学术技术骨干队伍、40000名左右社区卫生技术人员和60000名左右农村卫生技术人员队伍。

推进人才使用。健全以聘用制度和岗位管理制度为主的事业单位用人机制,完善岗位设置管理,确保专业技术岗位占主体(原则上不低于80%)。进一步规范公开招聘,大力推行竞聘上岗。深化收入分配制度改革,完善专业技术职称评定制度,调动卫生人才积极性。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。

四、加强功能整合与分工协作

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，增强系统性、综合性、协同性，为群众提供系统、持续、全方位的医疗卫生服务。

强化防治结合。整合医疗和公共卫生资源合力，在基本公共卫生服务均等化中，确立健康管理联合体的主体地位，建立覆盖全人群和全生命周期的健康管理服务网络，完善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、医院和基层医疗卫生机构的职责，着力做好高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病的全过程管理，将结核病、艾滋病等重点传染病以及职业病、精神疾病等患者的治疗职能移交医院，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检查。加强医院和基层医疗卫生机构公共卫生科建设，完善医疗卫生机构内部的医防合作。同时，医院要与专业公共卫生机构密切合作，承担辖区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，在院内推行全面健康管理，开展就诊患者的院前、院中和院后健康管理服务。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，确保各项公共卫生任务落实到位。

促进上下联动。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。控制公立医院普通门诊规模，支持和引导患者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，家庭医生签约服务率达到 100%。积极探索科学有效的医联体和远程医疗、教学培训等多种方式，促进优质医疗资源纵向流动，实现医院与基层医疗卫生机构共享诊疗信息，优化流程，提高效率。鼓励有条件的地区通过合作、托管、重组等多种方式，组建资源纵向整合的医疗联合体、医疗集团，鼓励城市社区卫生服务机构由医院举办或托管，实行一体化管理；探索县域一体化管理，支持县级医疗机构与乡镇卫生院开展纵向技术合作、托管或组建医疗集团；推进乡镇卫生院和村卫生室一体化。公立医院要通过技术支持、人员培训、管理指导等多种方式，帮扶

与之建立分工协作关系的基层医疗卫生机构。允许医师多点执业，建立和完善医师执业信息数据库并向公众提供在线查询服务。建立区域在线预约挂号平台，公立医院向基层医疗卫生机构提供转诊预约挂号服务，对转诊患者优先安排诊疗和住院，将恢复期需要康复的患者或慢性病患者转诊到就近的基层医疗卫生机构。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。到 2020 年逐步形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的分级诊疗格局。

坚持中西医并重。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。

实施医养结合。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。推动二级以上医院与老年病医院、护理院（站）、康复医院、疗养院、养老机构内设医疗机构等之间的转诊与合作。支持有条件的养老机构设置医疗机构，按规定纳入基本医保定点范围。提高社区卫生服务机构为居家养老和社区日间照料机构的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。探索社区卫生服务机构和养老机构签约服务，鼓励医疗资源相对过剩的基层医疗卫生机构加强护理、康复病床设置，开设“医养结合”床位。进一步通过医疗保险促进“医养结

合”，符合条件的“医养结合”机构，可按规定纳入基本医疗保险定点范围。研究建立老年人长期医疗康复护理保险。

五、创新体制机制

落实政府投入责任。将符合规划要求的公立医疗卫生机构基本建设和大型设备购置等经费纳入政府预算，重点支持城市专科医疗体系建设，打造一批肿瘤、产科、儿科、康复等重点专科；重点支持基层医疗卫生服务体系建设，实施县级医院能力提升工程，乡镇卫生院“四化”和村卫生室“五化”工程；重点支持公共卫生服务体系建设，完成疾病控制、妇幼保健、精神卫生等基础卫生设施改造。

改革医疗卫生机构运行机制。按照“保基本、强基层、建机制”的基本要求，把“公平可及、群众受益”作为改革出发点和立足点，加快公立医院综合改革，破除公立医院逐利机制，打破“以药养医”利益格局，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、政事分开和医药分开，建立起维护公益性、调动积极性、保障可持续的激励机制。深化基层医疗卫生机构综合改革，完善基层医疗卫生机构运行机制，提高服务质量和效率。

巩固完善医疗保障制度。建立完善以基本医保为主体、商业健康保险为补充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，通过服务协议明确医疗保险经办机构和定点医疗机构双方的权利义务。进一步加强医疗服务监管，规范医疗服务行为，引导医疗机构合理施治，有效控制医疗费用过快增长。

完善医疗卫生机构管理体制。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。

六、积极推进“互联网+医疗”发展

全力推进湖北健康云服务计划，积极应用移动互联网、物联网、云计算、可穿戴设备等新技术，推动惠及群众的健康信息服务和智慧医疗服务。鼓励互联网企业与医疗机构合作建立医疗网络信息平台，积极推进“互联网+”便民服务，在城市公立医院试行通过微信、支付宝、银医通等现代信息技术支撑的医院缴费结算系统。完善全面预约式服务体系，缩短患者排队等候时间。全面推动健康大数据的应用，积极发展基于互联网的基因检测、疾病预防等健康服务新模式，推动精准医疗发展。加快互联网与健康养老产业融合，鼓励健康服务机构利用云计算、大数据等技术搭建公共信息平台，提供长期跟踪、预测预警的个性化健康管理服务。

利用信息化和互联网技术，进一步完善各类机构分工协作机制，打造分级诊疗平台。到 2020 年，通过信息化和云技术，建立人口全覆盖、生命全过程、中西医并重、工作全天候的全民医疗健康服务机制，并在此基础上，通过“互联网+”等技术，推动智慧医疗发展，对个体进行动态健康风险评估，对其行为进行干预，减少疾病发生，减轻疾病负担。

第八章规划管理、监督与评价

一、加强组织领导

医疗卫生服务体系规划是政府对卫生计生事业进行宏观调控的重要手段。各级政府要切实加强领导，把编制和实施区域卫生规划纳入政府的重要工作和考核目标，建立问责制。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。

省卫生计生委负责统筹全省医疗卫生资源配置，协调跨市(州)的资源配置，并纳入所在市(州)区域卫生规划；指导各市(州)、县(市、区)编制区域卫生规划；成立专家委员会，建立对各市(州)区域卫生规划的论证机制。

市（州）人民政府负责研究编制区域卫生规划并组织实施，重点规划市办医院和专业公共卫生机构，将医疗卫生资源配置数量细化到各县（市、区），按照属地化管理原则，对本市（州）范围内的医疗卫生资源进行统筹规划。市（州）卫生计生委成立专家委员会，建立对各县（市、区）区域卫生规划的论证机制。

县（市、区）人民政府应当按照所在市（州）的区域卫生规划，负责研究编制本县（市、区）区域卫生规划，对辖区内医疗卫生资源配置进行统筹规划。

卫生计生、发展改革、财政、城乡规划、国土资源、人力资源和社会保障、机构编制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。卫生计生部门牵头制定区域卫生规划并适时进行动态调整，会同城乡规划部门制定医疗卫生机构空间布局规划；发展改革部门将区域卫生规划纳入国民经济和社会发展总体规划，会同卫生计生部门依据规划编制基本建设项目库，安排建设项目投资；财政部门按照政府卫生投入政策落实相关经费，保障规划实施；国土资源部门依据规划保障医疗卫生机构用地需求；机构编制部门依据有关规定和标准统筹公立医疗卫生机构编制；人力资源和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，共同做好相关工作。

二、规范编制流程

各地在编制区域卫生规划工作中，要根据居民健康需求，合理确定各级各类医疗卫生资源的配置目标。要综合考虑包括军队、企业等在内的各方医疗卫生资源，充分征求有关部门和社会各界的意见。要与新型城镇化以及区域发展布局相结合，做好本规划与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。

各市（州）区域卫生规划、医疗卫生机构空间布局规划和基本建设项目库起草完成后，先报省卫生计生行政部门组织专家审查，再报本市（州）人民政府审批，确保规划的可行性、可操作性和权威性。区域卫生规划的周期一般为 5 年。

三、严格规划实施

及时发布机构设置和规划布局调整等信息，鼓励有条件的地方采取招标等方式确定举办或运行主体，将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 1000 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。新增床位后达到或超过 1500 张床位以上的公立医院，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）。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的，予以通报批评，暂停大型医用设备配置许可、等级评审等审批和财政资金安排。

四、强化监督评价

各级人民政府要强化规划实施的监督和评价，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。各有关部门和单位要根据职责分工，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。

相关链接：

解读：湖北省医疗卫生服务体系发展规划