省发展改革委 省卫生计生委关于印发

浙江省卫生和计划生育事业发展“十三五”

规 划 的 通 知

浙发改规划〔2016〕567号

各市、县（市、区）人民政府，省级有关单位：

《浙江省卫生和计划生育事业发展“十三五”规划》是列入省级“十三五”专项规划编制目录的重点专项规划。经省政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

浙江省发展和改革委员会

浙江省卫生和计划生育委员会

2016年8月31日

浙江省卫生和计划生育事业发展“十三五”规划

根据《“健康中国2030”规划纲要》《浙江省国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》，结合我省卫生计生事业发展实际，制定本规划。本规划是“十三五”时期推进卫生计生事业发展的行动纲领，是制定公共健康政策、安排重大投资项目、引导社会力量发展医疗健康服务业的重要依据。

一、发展背景

**（一）现实基础**

“十二五”时期，全省卫生计生系统认真贯彻落实中央和省委、省政府重大决策部署，紧紧围绕卫生强省、全民健康总目标，以深化医药卫生体制改革和完善生育政策为主线，基本医疗卫生制度初步建立，卫生计生综合服务能力明显提升，“十二五”规划目标和任务顺利完成，卫生计生事业发展取得重要成果。

——居民健康水平显著提高。2015年全省人均期望寿命达到78.22岁，较2010年的77.29岁提高了0.93岁；孕产妇死亡率为5.28/10万，5岁以下儿童死亡率为3.82‰，分别较2010年的7.44/10万和8.2‰下降29.03%和52.25%，人群主要健康指标达到中高收入国家水平。

——医疗卫生服务能力明显增强。卫生强省、全民健康六大工程建设全面推进，城乡医疗卫生资源总量增加、结构优化，“双下沉、两提升”工程全面实施，基层服务能力明显增强，中医药服务进一步普及。2015年，每千人口床位4.92张，每千人口执业（助理）医师2.85人、注册护士2.89人，分别较2010年的3.38张、2.1人和1.82人增长45.56%、35.71%和58.79%。

——医药卫生体制改革取得成效。基层卫生综合改革不断深化，基本医疗卫生服务体系更加健全，基本药物制度全面建立，全民基本医保制度逐步完善，人均基本公共卫生服务经费稳步提高，公立医院药品加成全面取消，综合改革有序实施。药品采购供应机制、分级诊疗制度、社会办医等改革统筹推进。

——计划生育工作扎实推进。基层基础持续夯实，“单独两孩”政策在全国率先实施，人口政策利益导向机制日益完善，人口健康管理服务水平不断提高，2015年出生人口缺陷发生率为24.15‰；出生人口性别比偏高势头得到有效遏制，2015年全省出生人口性别比为109.44。

|  |
| --- |
| 专栏1 “十二五”规划主要指标完成情况 |
| 序号 | 指 标 名 称 | 单位 | 规划目标2015年 | 完成情况2015年 |
| 1 | 人均期望寿命 | 岁 | 78 | 78.22 |
| 2 | 孕产妇死亡率 | 1/10万 | 10 | 5.28 |
| 3 | 5岁以下儿童死亡率 | ‰ | 9 | 3.82 |
| 4 | 新型农村合作医疗参合率 | % | 95 | 97 |
| 5 | 新型农村合作医疗政策范围内住院补偿率 | % | 70 | 75 |
| 6 | 政府卫生投入占卫生总费用比重 | % | 30 | 22.45\* |
| 7 | 农村饮用安全自来水覆盖率 | % | 95 | 99 |
| 8 | 食品安全检测覆盖率 | % | 90 | 100 |
| 9 | 每千人执业（助理）医师数 | 人 | 2.51 | 2.85 |
| 10 | 每千人注册护士数 | 人 | 2.35 | 2.89 |
| 11 | 每千人床位数 | 张 | 4.13 | 4.92 |
| 12 | 居民20分钟可达医疗卫生机构比例 | % | 95 | 城市：95.83农村：92.17 |
| 13 | 居民健康知识知晓率 | % | 88 | 88.64 |
| 14 | 主要慢病社区规范管理率 | % | 60 | 高血压：67.78糖尿病：68.26 |
| 15 | 城乡居民社区门诊就诊比例 | % | 60 | 50.01 |
| 16 | 人口总量 | 万人 | 5700 | 5539 |
| 17 | 自然增长率 | ‰ | 6以内 | 5.02 |
| 18 | 总和生育率 |  | 1.6以内 | 1.3 |
| 19 | 计划生育率 | % | 90以上 | 91.87 |
| 20 | 婚前医学检查率 | % | 70以上 | 94.16 |
| 21 | 孕前优生检测率 | % | 80以上 | 95.35 |
| 22 | 出生人口性别比 |  | 115以下 | 109.44 |
| 23 | 全员人口信息掌握率 | % | 90以上 | 95 |

注：标\*的为2014年数据。

**（二）面临形势**

“十三五”时期是我省高水平全面建成小康社会的决胜阶段，也是全面建成卫生强省、全力打造健康浙江、促进人口均衡发展的关键时期。准确把握面临的新形势、新任务，对于做好“十三五”时期的卫生计生工作至关重要。

“十三五”时期，卫生计生事业发展面临重大的战略机遇。“没有全民健康，就没有全面小康”。党的十八届五中全会作出了建设“健康中国”和促进人口均衡发展的重大决策部署，强调要把增进人民福祉、促进人的全面发展作为发展的出发点和落脚点。省委十三届八次全会明确提出了高水平全面建成小康社会的奋斗目标，把健康浙江作为全面推进共享发展的重要内容，把健康产业作为七大万亿级产业之一。如何抢抓机遇，加快推动卫生计生事业发展战略、理念和方式创新，实现更高水平、更有质量、更具效率的发展显得尤为迫切。

“十三五”时期，卫生计生事业发展面临较大的转型任务。在我省加快经济社会转型发展的新常态下，卫生计生工作不仅要为经济社会发展提供有力的健康保障和民生支撑，也要为经济转型升级和中高速增长打造新引擎、注入新动力。如何适应大健康、大卫生、大医学的理念，着力在改革资源配置方式、丰富公共产品供给、创新服务提供模式、提升服务能力水平上实现新突破、取得新进展，为全体居民提供与经济社会发展水平相适应的健康服务，是摆在全省卫生计生系统面前的一个重大课题。

“十三五”时期，卫生计生事业发展面临更多的风险挑战。“十二五”时期我省卫生计生事业发展取得了重要成果，但是发展中长期存在的资源总量不足且配置不合理、城乡区域事业发展不均衡、服务管理能力与群众需求不匹配以及投入长效机制不健全等矛盾和问题仍未得到根本解决，改革过程中遇到的新情况、新问题亟待破题。尤其是工业化、城市化、人口老龄化带来的重大传染病、慢性病、环境污染、食品安全问题和重大公共安全事件等多重健康威胁因素叠加，人口生育政策重大调整带来的全局性、深层次影响，都对卫生计生资源承载、治理结构、服务能力等提出了更大挑战。

二、指导思想、基本原则和总体目标

**（一）指导思想**

“十三五”期间，全省卫生计生事业发展的指导思想是：以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想和科学发展观为指导，深入贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，以“四个全面”战略布局和五大发展理念为统领，以“八八战略”为总纲，以全面建成卫生强省、全力打造健康浙江、促进人口均衡发展为目标，坚持党的卫生工作方针和计划生育基本国策，深化医药卫生体制改革，完善基本医疗卫生服务体系，强化计划生育服务管理，为我省高水平全面建成小康社会和建设“两富”“两美”现代化浙江提供更加坚实的健康保障。

**（二）基本原则**

——坚持以人为本，共享发展成果。按照公平、可及、共享的要求，解决好人民群众最关心、最直接、最现实的健康问题，实现好、维护好、发展好人民群众的健康权益和计划生育权利，让改革发展成果更多、更实在地惠及全体居民。

——坚持深化改革，转变发展方式。按照增强公益性、调动积极性、促进可持续的要求，更加注重政府与市场两手并用，更加注重“三医”联动改革，更加注重卫生计生事业与健康产业协同发展，持续推进制度创新和服务模式转变。

——坚持走在前列，提升发展质量。按照更进一步、更快一步的要求，夯实发展基础，巩固先发优势，培育新特色，形成新亮点，加快提升卫生计生服务管理的能力、质量、内涵和效益，开创富有浙江特色的健康发展之路。

——坚持依法治理，优化发展环境。按照简政放权、放管结合、优化服务的要求，进一步转变政府职能，强化法治思维和底线思维，运用法治方式，提高治理能力，加强舆论引导，为卫生计生事业改革发展创造良好环境。

**（三）主要目标**

到2020年，卫生强省全面建成、健康浙江建设全面推进，健康促进型社会初步形成，人人享有与我省经济社会发展水平相适应的更加完善、更高水平的基本医疗卫生服务和人口健康服务，卫生计生事业发展综合实力继续保持全国前列。

——群众健康素质更高。居民人均期望寿命达到78.5岁，孕产妇死亡率和5岁以下儿童死亡率分别控制在9.5/10万和8.5‰以下，人群主要健康指标达到或接近高收入国家水平，城乡居民健康差异进一步缩小。居民健康素养水平达到24%。

——人口发展更均衡。“全面两孩”政策稳妥有序实施，生育水平适度提高，总和生育率上升到1.6左右，出生缺陷发生率控制在15‰，出生人口性别比控制在112以下。免费计划生育服务覆盖率达到95%以上。

——资源配置更优化。资源总量适度增加，城乡区域资源配置更趋均衡。每千人床位数控制在6张，医护比力争达到国家规定标准，每万人全科医生数不少于2名。资源利用更趋合理，服务体系更加健全，县域范围内就诊率达90%以上。

——服务保障更有力。政府投入力度不断加大，筹资渠道更加多元，群众医药费用负担进一步减轻，个人卫生支出占卫生总费用比例下降到30%以下。责任医生规范签约服务率达到50%以上，区域医学共享中心覆盖率达到80%，服务效率明显提高。人口健康信息化水平不断提高，智慧医疗覆盖率达到80%。

|  |
| --- |
| 专栏2 “十三五”时期卫生计生事业发展主要指标 |
| 类别 | 序号 | 指 标 名 称 | 单位 | 目标值 |
| 健康素质 | 1 | 人均期望寿命 | 岁 | 78.5 |
| 2 | 5岁以下儿童死亡率 | ‰ | 8.5以下 |
| 3 | 孕产妇死亡率 | 1/10万 | 9.5以下 |
| 4 | 居民健康素养水平 | % | 24 |
| 人口发展 | 5 | 总和生育率 |  | 1.6 |
| 6 | 出生人口性别比 | / | 112 |
| 7 | 出生缺陷发生率 | ‰ | 15 |
| 8 | 免费计划生育服务覆盖率 | % | 95 |
| 资源配置 | 9 | 每千人床位数 | 张 | 6 |
| 10 | 医护比 | / | 达到国家标准 |
| 11 | 每万人全科医生数 | 人 | 2 |
| 12 | 县域内就诊率 | % | 90 |
| 服务保障 | 13 | 责任医生规范签约服务率 | % | 50 |
| 14 | 区域医学共享中心覆盖率 | % | 80 |
| 15 | 智慧医疗覆盖率 | % | 80 |
| 16 | 个人卫生支出占卫生总费用比例 | % | 30 |

注：本规划中有关指标属性，国家有明确规定的，从其规定。

三、优化服务体系

坚持总量调控、结构优化、有序发展的原则，统筹医疗卫生资源，强化薄弱环节，增强服务可及性，着力构建城乡一体、优质均衡、多元发展的整合型医疗卫生服务体系。

**（一）优化城市医疗资源布局结构。**严格控制城市公立医院总体规模和单体规模，省办公立医院床位数控制在每千人0.45张以内，综合性医院单体规模原则上不超过1500床；市办公立医院床位数控制在1.0张，综合性医院单体规模原则上不超过1200床。各级政府原则上不再新建城市综合性医院。严禁公立医院举债建设、超标准装修和超常规配备大型医用设备，鼓励支持国产医用设备应用。优化城市医院空间布局，利用资源重组、机构拆分、举办分院、合作办医等多种途径，鼓励和引导中心城区医疗资源向新建城区、郊区、卫星城区和基层延伸、转移，疏解中心城区过度密集的医疗资源，完善周边区域医疗资源配套。促进城市医疗资源均衡发展，重点加强儿童、妇产、精神、传染病、肿瘤、老年、护理和康复等专科医院建设。进一步推进城市社区卫生服务体系建设，从设施设备、人才培养、资源共享和业务协同等方面推动“市区共建”，做强做优社区卫生服务。

**（二）深化县域医疗服务一体化发展。**每个县（市）重点办好1家县办综合医院和1家县办中医类医院。深入推进乡镇卫生院（社区卫生服务中心）标准化、规范化建设，实现村级医疗卫生服务全覆盖。每千人县域公立医疗卫生机构床位数达到2.91张。全面深化县乡村卫生一体化管理，推进县域卫生人员县管乡用、乡招村用、统筹使用、柔性流动，推进基层医疗卫生机构财务集中管理、统一开户、分户核算，推进区域医学共享中心建设。鼓励探索基层医疗卫生机构与县级医院人、财、物统一管理的多种实现形式。支持26个加快发展县卫生计生事业发展。

|  |
| --- |
| 专栏3 区域医学共享中心建设项目推进区域性临床检验、医学影像、心电诊断、消毒供应等共享中心建设。到2020年，以县（市）为单位共享中心覆盖率达到80%左右，其他地区通过向有资质的社会专业服务机构购买服务、加强县域医疗卫生机构设备标准化配置等形式实现医疗资源集约化配置。 |

**（三）加强公共卫生薄弱环节。**统筹规划公共卫生资源，加强区域内疾病预防控制、综合监督执法、妇幼保健计划生育等专业公共卫生机构建设，每个县级以上行政区域内原则上只设1个疾病预防控制机构、1个综合监督执法机构、1个妇幼保健计划生育服务机构。鼓励有条件的地区组建综合性公共卫生服务中心，促进各专业领域协调发展。

加强精神卫生体系建设。完善省、市级精神卫生专业机构和综合性医院精神科建设，健全基层精神卫生预防、治疗、康复服务网络，精神科执业（助理）医师不低于每10万人口3.8人。推动综合性医院及其他专科医院对患者提供心理健康服务，推动基层医疗卫生机构对辖区内居民提供心理健康指导。鼓励支持心理诊所（工作室）发展。

加强卫生应急体系建设。依托现有机构，加快省级和区域卫生应急救援中心（应急基地）建设，完善卫生应急管理网络，着力推进医疗机构、疾控机构应急规范化管理，提升应对自然灾害、涉恐事件、突发急性传染病、食品安全事故、职业中毒、化学中毒、核辐射突发事件和群体性伤亡灾害事故等的能力，构建突发事件紧急医学救援体系、突发急性传染病防控体系以及重大活动医疗卫生安全保障体系。

加强院前急救体系建设。加快建设覆盖城乡、实时联网的120信息调度指挥系统，重点推进基层急救网络建设，完善院前急救队伍培养培训体系，提升院前急救装备水平。普及急救知识和技能，推动公共场所急救设施建设。

加强健康教育与促进体系建设。充分发挥专业公共卫生机构、医疗卫生机构在健康教育与促进中的主导作用、其他部门的协同作用和全媒体的社会传播作用，规范发展各类健康管理服务组织，完善健康教育网络。深化爱国卫生运动，率先实现国家卫生城市（县城）全覆盖，创建健康城市（城镇）。开展全民健康促进活动，完善居民健康素养和国民体质监测体系。打造“健康浙江”传播平台。履行《烟草控制框架公约》，推进公共场所禁止吸烟地方立法。

加强血液质量和安全管理。健全采供血服务体系，完善无偿献血宣传招募长效机制，每千人口献血人次达到15人次。加强食品安全标准管理和风险监测能力建设。

|  |
| --- |
| 专栏4 公共卫生安全保障项目健全精神卫生专业机构。加强县级综合性医院精神（心理）科建设，服务人口多且市级专业机构覆盖不到的县（市、区）可根据需要建设精神卫生专业机构。建设卫生应急救援基地。完成省级综合紧急医学救援基地、突发急性传染病防控快速反应队伍、灾难医学研究和6大专业救治基地建设。建设浙北、浙南、浙东、浙西和浙中五大卫生应急综合保障基地；70%的县（市、区）完成卫生应急标准化建设。健全院前医疗急救体系。各设区市建立独立建制的院前急救中心，县级依托现有机构建立急救指挥机构，加快建设全省统一的指挥调度系统。全省救护车配置达到1辆/5万人。制定公共场所急救设施建设标准规范。健全采供血服务体系。实现县级采供血服务全覆盖。血液核酸检测达100%，基本普及血液滤白、病毒灭活技术，血液综合利用率达40%。推广自体输血，手术病人自体输血率（红细胞），三级医院达20%，二级医院达15%。健全食品安全标准管理和风险监测评估体系。加强省市县三级食品安全风险监测能力建设，“十三五”期间风险监测食品样本量达到28万件。强化食源性疾病管理，培育发展30家示范哨点医院。完善省级食品安全风险评估基础数据库。 |

|  |
| --- |
| 专栏5 新时期爱国卫生运动实施全民健康促进行动。推进健康教育设施建设，建立居民健康素养基本知识和技能传播资源库。深入推进卫生城镇创建。到2020年，实现国家卫生城市（县城）全覆盖，国家卫生乡镇比例达5%以上。在全民健康促进行动和慢病示范区建设基础上，在90%的县（市、区）开展健康家庭创建工作。加快农村无害化卫生户厕建设。实现农村卫生厕所全覆盖，农村无害化卫生厕所普及率达96%以上。健全农村饮用水监测网络，设区的市应具备《生活饮用水卫生标准》规定的全部106项水质指标检测能力，县（市、区）应具备常规指标的检测能力。科学防控病媒生物，全省所有城市（县区）“四害”密度控制水平达到国家C级标准。 |

**（四）提升中医药服务特色优势。**加快国家级和省级中医药临床研究基地、重点研究室、实验室和学科（专科）发展，形成鲜明中医特色。完成县级中医院标准化建设，重点扶持加快发展地区县级中医院发展，到2020年，90%的县（市）中医院达到二级甲等以上水平。加强综合医院和专科医院中医临床科室和中药房设置。健全中医药基层服务网络，建设中医药特色诊疗区，100%的社区卫生服务机构、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。推广应用中医药适宜技术200项，培训学员5万人次。促进中医药健康服务业发展，推广中医药综合服务，充分发挥中医药在常见病、多发病和慢性病防治中的作用。

|  |
| --- |
| 专栏6 中医药健康服务项目推进中医药标准化建设。打造省级区域中医诊疗中心12个、基层中医优势病种50个，完成中医临床诊疗指南和治未病修订项目25项，开展重大疑难疾病中西医临床协作项目20项以上。提升中医药服务能力。建好35个中医名院，新增国家级、省级中医药重点专科50个，重点中西医结合医院单位达到4个以上。加强中医药人才培养。省级名中医达到150名，培养省中青年临床名中医和基层名中医60名；全省中医类别住院医师培训4000名，中医全科医师转岗培训500名。发展中医药健康服务业。建设中医文化养生旅游示范基地和中医药健康服务示范基地20个，建好中医药特色小镇和特色街区5个，开设浙东、浙南、浙西、浙北、浙中中医药特色旅游路线，新增省级以上中医药非物质文化遗产5个。遴选新“浙八味”，设立中药颗粒专项2个以上。实施中医药“走出去”工程，力争5个项目纳入国家中医药国际合作目录。 |

**（五）加快形成多元办医格局。**拓展社会办医发展空间，鼓励社会力量以出资新建、参与改制等多种形式举办医疗机构，优先发展非营利性医疗机构；支持公立医院和社会力量通过特许经营、公建民营、民办公助、委托管理等多种形式进行合作，全省按照每千常住人口不低于1.5张为社会办医院预留规划空间。提升社会办医发展水平，积极培育医疗集团，鼓励有资质的人员开办个体诊所，鼓励探索医疗机构连锁经营。创建多元办医示范区，基本形成功能互补、规范有序、持续发展的社会办医体系。增强社会办医发展活力，创新社会办医机构管理模式和用人机制，落实社会办医在投融资、土地、医保、财税、学科建设、人才培养、大型医用设备配置等方面的扶持政策。加强对社会办医疗机构的监督管理。

|  |
| --- |
| 专栏7 社会办医发展项目深入推进做强做优公益性医院、放开放活营利性医院改革试点。积极培育医疗集团，每个设区市发展2—3家具有一定规模和影响力的社会办医疗机构。开展多元办医示范区创建活动，覆盖三分之一以上的市、县（市、区）。建立民营医院特色专科20个。逐步建立和完善具有浙江特色的医疗健康服务新型业态行业标准和技术规范体系。支持建立健康产业基金，加强政府与社会资本合作。 |

四、完善服务功能

坚持把明确定位、完善功能、促进融合放在突出重要位置，着力强化基层、补齐短板、健全机制，不断增强卫生计生事业发展的整体性和协调性。

**（一）加强基层卫生综合服务功能。**全面加强基层医疗卫生机构预防保健、计划生育等基本公共卫生功能，强化常见病、多发病诊治，以及医疗康复护理和转诊等服务。结合中心镇（小城市培育试点镇）建设规划，开展中心镇卫生院医疗服务功能完善工程，三分之一左右的乡镇具备基层特色科室（专科），能提供常见病、多发病、老年病、慢性病等住院服务，开展一、二类手术。进一步强化城市二级医院的社区卫生服务、全科医疗、专科服务、老年护理和康复等功能。

|  |
| --- |
| 专栏8 中心镇卫生院医疗服务功能完善工程以中心镇为重点，通过基础设施、基层特色科室（专病）、骨干医务人员培养等，培育形成200个左右具有较大规模和较强服务能力的中心镇医疗卫生服务机构，强化住院和急救、产科、儿科、常规二级以下手术、康复等技术服务。 |

**（二）落实医院层级功能。**城市三级医院主要提供急危重症、疑难复杂疾病的诊疗服务，承担人才培养、医学临床科研、成果转化推广和质量控制及相应公共卫生和突发事件紧急医疗救援任务与技术支撑；逐步减少常见病、多发病复诊和诊断明确、病情稳定的慢性病等普通门诊，逐步实现门诊以接受下级医院转诊病人为主，一、二类手术比例明显下降。实施县级公立医院能级提升工程，进一步做强做优县级医院，强化常见病、多发病诊疗，以及急诊、转诊、指导基层等基本功能，发挥在医疗服务供给和分级诊疗中的基础地位和作用。严格控制公立医院特需医疗服务规模，提供特需医疗服务的比例不超过全部医疗服务的10%，有条件的地区要下降到5%。

|  |
| --- |
| 专栏9 县级公立医院能级提升项目加大城市三级甲等医院下沉力度，选派优秀管理人员、医务人员，加强对县级医院的帮扶，以医院管理、人才培养、业务指导和学科建设为重点，带动县级医院整体发展。建设县级龙头学科100个。支持建立有资产纽带关系的城市医院分院，建设专病治疗中心15个。 |

**（三）推进医防功能延伸整合。**加强专业公共卫生机构对医院、基层医疗卫生机构公共卫生服务的业务指导、培训和考核，建立和完善工作协调和业务协作机制，强化信息共享与互联互通，共同做好慢性病、传染病的防治工作。强化医疗机构预防、保健、康复等服务功能，促进医防整合，在二级以上综合性医院推广设立预防保健中心（科）。重点推进妇幼、精神、传染病、职业病等专科医院临床诊疗与预防保健的人员、业务、管理与信息协同。

**（四）夯实计划生育基层基础。**加强县、乡计划生育工作，落实乡镇卫生计生工作机构，合理配备工作人员。妥善解决好村级计划生育服务员的报酬待遇、养老保障等问题。完善和增强乡村计划生育服务管理职能，统筹乡镇（街道）卫生计生资源，逐步建立集生育登记服务、计划生育技术服务、妇幼卫生保健、人口基础信息采集、公共卫生计生宣教咨询等职能于一体的综合服务管理平台。严格依法行政，规范社会抚养费征收管理，依法依规查处政策外多孩生育。健全县乡村出生监测网络，建立健全出生人口信息共享机制，及时把握出生人口动态。注重优生优育优教知识传播，目标人群优生优育优教知识普及率达到80%以上。充分发挥计划生育协会的生力军作用，切实加强县、乡、村级计划生育协会的组织和能力建设，鼓励和支持各级计生协组织做好计划生育家庭发展、青春健康促进等生育关怀行动公益品牌。

|  |
| --- |
| 专栏10 基层计生服务管理便民平台建设项目协同推进乡镇计生管理与妇幼保健服务，到2020年，全省乡镇综合服务管理平台基本建立并发挥作用。整合全员人口系统与育龄妇女信息系统，建设人口健康和计划生育综合业务信息平台，全省乡镇（街道）计生统计管理、生育登记和审批办证、行政执法等基础性服务管理全部实现网上办理。 |

**（五）推进医养结合发展。**鼓励有条件的医疗卫生机构根据服务需求设置老年养护、临终关怀床位或转型为康复、老年护理等接续性医疗机构。支持有条件的养老机构开展医疗服务。推进医疗卫生服务延伸至社区、家庭。建立医疗机构与养老机构合作机制，通过开展医疗养老联合体、签订机构间协议合作机制或老年居民签约服务关系等多种形式，为老人提供健康养老服务。到2020年，基本形成有序衔接、相互补充的集医疗、康复、护理、临终关怀于一体的医疗养老服务体系。

|  |
| --- |
| 专栏11 医养结合推进项目支持各地开展医养结合试点工作。推进医疗养老服务合作，医疗机构普遍开设为老年人提供挂号、就医等便利服务的绿色通道，养老机构能够以不同形式为入住老年人提供医疗卫生服务；基层医疗卫生机构为居家老年人提供上门服务，65岁以上老年人健康管理率达到70%以上。推进中医治未病工程进社区、进家庭活动。加快培养老年医学、康复、护理、营养、心理等方面的专业人才。开发居家照护专业技能培训包，为从业人员提供系统化培训。鼓励和支持社会力量兴办医养结合机构。鼓励养老院开展中医药特色的养生保健、医疗、康复、护理服务，创建12个省级养老示范医疗机构。 |

五、提升服务能力

坚持问题导向和需求导向，围绕群众关心的主要健康问题，以核心能力建设引领高水平发展，以基础能力建设推动高质量发展，增强卫生计生综合实力。

**（一）推进医学中心（副中心）建设。**结合都市圈建设，打破行政区划限制，明确发展目标、基本定位、主体功能、辐射区域和特色优势，聚焦发展、梯度推进，加快打造杭州、宁波、温州和金华-义乌四大省级医学中心平台建设，力争在器官移植、传染病、心血管病、微创外科、眼科学、生殖医学、小儿内外科、肾脏病、血液病、肿瘤精准治疗、流行病等领域实现全国领先、与国际接轨。支持舟山群岛新区省级医学副中心建设。推动浙北地区与长三角区域中心城市的对接与合作。继续推进省级区域专病中心建设，提高区域学科均衡发展水平，到2020年，全省共设立40个病种的区域专病中心。

|  |
| --- |
| 专栏12 医学中心建设项目建设省级医学中心。以创建省市共建医院为抓手推进形成省级医学中心。争取创建2—3家三级特等综合医院。在杭州、宁波、温州和金华义乌等中心城市，开展省级医学影像、病理、检验等共享中心建设试点。建设区域专病中心。完成对81个区域专病中心的省级专病中心的评估；按照浙北、浙中、浙东、浙南四个区域并依托其二级以上医院，新增专病医疗中心80个。以国家级临床重点专科为基础，设置区域专病中心的技术指导中心。 |

**（二）实施改善医疗服务行动计划。**健全医疗质量控制体系，持续改进医疗质量。大力推行临床路径，力争三级医院50%的出院患者和二级医院70%的出院患者按照临床路径管理。继续扩大优质护理服务覆盖面，三级医院所有病房开展优质护理服务，至少有50%的二级医院60%的病房开展优质护理服务。加大门诊抗菌药物静脉使用管理力度，三级以上医院（除儿童医院和儿科外）逐步停止门诊患者静脉输注抗菌药物。优化诊区设施布局和就医流程，推广预约转诊、诊间结算、手机等移动设备支付等便民服务。在统一质量和标准前提下，实行同级医疗机构检查检验结果互认，医保按共认结果一次付费。大力推行日间手术。加强基层急诊能力建设。推进医学人文建设，构建和谐医患关系。

|  |
| --- |
| 专栏13 构建和谐医患关系建设项目广泛开展人文精神培训。采取集中授课和网络教育相结合的方式，开展人文关怀、医患沟通技巧和医德医风建设等专题培训活动，到2020年，实现全系统医护人员分类培训全覆盖。普遍开展医患友好度评估。到2020年，建立医患友好度指标体系，医疗机构普遍开展医患友好度评估，医患关系更加和谐。 |

**（三）提升重大疾病防治能力。**加强疾病预防控制队伍建设，依据中央编办、财政部、国家卫生计生委《关于印发疾病预防控控制中心机构编制标准指导意见的通知》（中央编办发〔2014〕2号）规定，实行总量控制、统筹安排、动态调整，各地结合实际需要适当配置人力资源。加强传染病防控，确保不发生因控制不力而导致的疾病传播和蔓延，甲、乙类传染病发病率低于全国平均水平。重点做好艾滋病、结核病、病毒性肝炎、血吸虫病、人感染高致病性禽流感和性传播疾病等重大传染病、地方病和新发传染病的防控。高度重视慢性病防治，推进慢性病综合防治示范区建设，探索慢性病综合管理模式。加强高血压、糖尿病、慢阻肺、恶性肿瘤、精神疾病等慢性病的社区规范化管理，高血压和糖尿病社区规范管理率达到75%以上；高血压患者血压控制率达65%，糖尿病患者血糖控制率达60%；严重精神障碍患者管理率达到80%以上。改善职业人群健康。继续实施扩大国家免疫规划，维持全省无脊髓灰质炎状态，推进消除麻疹、血吸虫病工作。

**（四）提高人口健康服务能力。**继续实施母婴健康促进项目，提高孕产妇、儿童系统保健水平。加强二级精准干预能力，提高产前筛查和产前诊断能力，提高出生人口素质。推广自然分娩适宜技术，降低非医学需要剖宫产率。创建国家爱婴医院，推广母乳喂养。继续实施农村妇女免费“两癌”筛查和妇女病检查等重大妇幼公共卫生项目。加强产科、儿科紧缺专业人员培养与使用，提升儿童急救和孕产妇危重症救治能力。促进辅助生殖技术规范发展。实施安全避孕综合示范项目，降低非意愿妊娠和人工流产。继续开展关爱女孩行动，依法严厉查处非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别人工终止妊娠行为，综合治理出生人口性别比偏高问题。完善计划生育奖励扶助制度、特别扶助制度和计划生育公益金制度，加大对独生子女残疾死亡家庭扶助关怀力度。

|  |
| --- |
| 专栏14 人口健康促进工程实施母婴健康促进项目。落实对全省妇幼健康机构基础设施建设和基本设备配置的投入，加强对加快发展地区和基层产科、新生儿抢救能力提升等的保障力度。加强中心卫生院产科建设。建立覆盖孕期保健、产时和产后管理的连续的妇幼健康管理系统。实施出生缺陷精准干预项目。进一步完善全省产前诊断中心和分中心体系建设。针对严重、多发、致残的重大出生缺陷疾病，实现产前筛查和诊断服务目标人群全覆盖。常见出生缺陷发生率位于全国最低水平，严重致残致畸的出生缺陷得到有效控制。实施安全避孕综合示范项目。全方位开展避孕节育服务、PAC项目服务，推进自然避孕技术的研究与推广。加强青少年生殖健康关怀，将非意愿妊娠和人工流产遏制在可接受的范围之内。建立健全避孕药具不良反应监测网络。国家规定的免费计划生育技术服务覆盖率达到95%以上，计划生育药具获得率达到90%以上。落实计划生育家庭扶助政策。对符合条件的计划生育家庭按规定发放奖励扶助金、特别扶助金和公益金，对独生子女死亡家庭辅助生育服务实行医疗服务费用补助，建立经济扶助标准动态增长机制，实现目标人群全覆盖。 |

六、创新服务模式

坚持以关口前移、重心下移、内涵拓展为导向，强化医疗卫生资源有效供给、有序利用的制度性安排，着力形成主动、连续、综合、高效的新型服务模式。

**（一）全面实施分级诊疗制度。**推进基层首诊，结合区域医疗服务能力及医保基金统筹区域设置等情况，明确首诊医疗机构。建立双向转诊机制，上级医院对下级医院上转患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务，并畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道。优化急诊服务和预约服务工作机制，完善治疗—康复—长期护理服务链，推动形成急慢分治格局。完善分级诊疗标准，探索制定区域内首诊疾病种类目录。落实医疗机构转诊服务管理机构和人员配备，完善全省预约转诊服务平台，规范分级诊疗流程。实施医保差别化支付政策，逐步降低未经转诊患者医保报销比例。到2020年，县域内就诊率达到90%以上。

|  |
| --- |
| 专栏15 分级诊疗制度推进项目全面实施分级诊疗工作。各级各类医疗机构分工协作机制得到加强，预约转诊服务平台有效运转，预约转诊占公立医院门诊就诊比例达到30%以上。探索制定区域首诊疾病种类目录，对目录内的疾病种类，完善医保报销办法，逐步引导患者到基层医疗卫生机构首诊，基层医疗卫生机构诊疗量占县域内总诊疗量的比率达到75%以上。 |

**（二）建立健康守门人制度。**加强以全科医生为重点的基层卫生队伍建设，全面推进责任医生签约服务，为签约居民提供基本医疗、基本公共卫生和个性化健康管理等服务，优先满足老年人、儿童、妇女和慢性病患者、精神疾病患者、残疾人等重点人群的签约服务需求，逐步扩大到全人群，规范签约服务覆盖率达到50%以上。逐步建立完善由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约服务对象个人分担的签约服务筹资机制，调整、规范服务项目和价格收费。推进责任医生签约服务与门诊按人头付费相结合，建立医保对签约责任医生的奖惩激励机制，让责任医生成为群众健康守门人和医保基金守门人。到2020年，每个家庭拥有1名合格的签约医生。

**（三）完善“双下沉、两提升”长效机制。**加大城市三级甲等医院资源下沉力度，加快形成医疗资源依次梯度下沉格局，深化医疗资源纵向整合，实现城市医院资源下沉县（市），县（市）医院下沉乡镇高质量、高水平全覆盖。针对下沉地区医疗资源的空白领域和薄弱环节，鼓励城市医院通过学科合作、合作办院、建立分院或独立举办医疗机构等形式，推动城市优质资源精准下沉、精准对接。积极推进医疗联合体建设，创新多层级医疗机构的管理体系，重点培育5—10家以资产为纽带、具有一定规模、学科优势鲜明、区域辐射能力较强的纵向整合型医疗集团或医疗联合体，形成合作办医发展共同体、利益共同体、责任共同体。落实地方政府办医责任，确保对城市医院在当地举办或合作办医疗机构的保障不变、责任不变、监管不变。

**（四）加快健康服务新型业态发展。**引导支持健康体检、健康咨询等机构向提供全人全程、连续综合服务的健康管理组织转型，推动连锁经营和品牌发展。大力发展第三方临床检验、医学影像、病理诊断、卫生检测和消毒供应等专业服务机构，推动网络医院、电子健康服务、医药电商等健康信息服务业规范发展。积极培育面向社会的健康服务评估、评价、咨询等专业化社会服务组织。加快发展医养、医健、医旅、医体等结合型服务。支持居家医疗卫生服务发展，完善家庭出诊、家庭病床、健康评估指导等服务规范、标准。支持建立健康产业基金，鼓励发展商业健康保险，推进健康服务新业态发展。

七、强化服务支撑

坚持创新引领发展、科技强化支撑，紧紧抓住卫生计生人才、科技、信息化等核心要素建设，注入持续发展新动力，增强综合发展软实力。

**（一）促进卫生计生人才培养。**深入推进“325”卫生高层次人才工程的实施，加大能够跟踪国际医疗卫生前沿、引领型、创新型高端人才遴选培养力度。实施“百千万”医学人才服务基层计划，加强基层卫生人才引进、培养和发展。建立健全适应行业特点的毕业后医学教育体系，开展专科医师规范化培训试点，加强临床高层次人才、医学紧缺人才、基层全科医生培养培训，5年培训住院医师2.5万人，实现每万人拥有2名以上全科医生。实施基层卫生计生干部素质提升工程，提升落实“全面两孩”服务管理水平。改革卫生计生专业技术职务评聘制度，推进高级专业技术职务评聘全面分级管理、分类评价、评聘结合。积极培育和依法管理卫生人才市场，规范医生多点执业，探索自由执业，促进人才合理流动，完善准入和退出机制。建立和完善卫生计生行业职业技能鉴定体系。

|  |
| --- |
| 专栏16 卫生计生人才发展工程实施“325”卫生高层次人才工程。至2020年，共计遴选培养（含培养期内）卫生领军人才不少于30名、卫生创新人才不少于200名、医坛新秀不少于500名，大力推进人才选拔、培养向人才团队建设拓展，形成具有我省特色的卫生高层次人才培养和发展模式。实施 “百千万”医学人才服务基层计划。结合“双下沉、两提升”，推动百名卫生高层次人才帮带服务基层。按需制定基层卫生人才定向培养计划，全省每年定向培养基层卫生人才1000名以上。实施新一轮招聘万名医学生到基层医疗卫生服务机构服务工作计划，提升基层卫生人才队伍能力水平。实施住院医师规范化培训示范提升计划。建设“四大基地、一支队伍”，建立健全适应符合行业特点的住院医师规范化培训制度，全省建设265个住院医师规范化培训示范基地（单位），其中示范基地联合体15家，示范联合体单位50个，示范专业基地150个，示范全科基地50个，培养各类师资骨干500人。实施基层卫生计生干部素质提升项目。建立健全培训师资库，组织编写统一的培训教材与培训资料，建设完善网络教育培训平台。“十三五”期间，对基层卫生计生干部进行人均2次左右的轮训。 |

**（二）构建科技创新体系。**强化创新引领，积极融入“一带一路”、健康服务业等国家战略和全球创新网络，加快医药卫生科技创新顶层设计、趋势研判和机制建立，研究制订创新驱动相关政策；围绕重大慢性病、人口生殖健康、精准医疗等领域的临床、公共卫生重大问题，加快前沿生命科技研发，积极推进重大重点科研项目实施，力争“十三五”期间新增国家重大重点项目20个；加快临床研究协作网络建设，针对行业重点需求，开展国内外、产学研协同创新合作，提升医学科技成果的贡献率和显示度，在相关领域形成重大科技成果奖励30个以上；实施重点学科高峰计划，打造一批针对重点疑难疾病联合攻关的科研基础平台，建设具有浙江特色的医学品牌学科和重大疾病研究中心，继续建好支撑学科、创新学科、省市共建学科、县级龙头学科和特色学科；加强心脑血管疾病、恶性肿瘤、代谢性疾病、呼吸系统疾病等重点高发疾病的医学科技成果的推广应用，进一步创新基层卫生适宜技术示范基地管理，推进适宜技术指导中心建设；促进科技资源优化配置、高效利用和科学评价，提高科技平台的共享利用。加强中医药重点学科（专科）建设，建设省级中医药重点学科20个，做好8个省中医药重大疾病防治联合攻关项目。

加强医学科技、人才培养和医疗卫生服务等领域的对外交流与合作，强化省级援外工作，积极参与国际重大卫生行动，促进卫生计生事业与国际接轨。

|  |
| --- |
| 专栏17 重点学科高峰计划实施浙江品牌学科建设项目和重大疾病研究中心建设项目，“十三五”期间，建设10—15个品牌学科及研究中心。继续推进支撑学科和创新学科建设，力争三分之一左右的省级医学重点学科达到全国领先水平。加强省市共建学科、县级龙头学科的规范化建设，新建省市共建学科和龙头学科100个以上，实现学科布局区域全覆盖和主要疾病全覆盖；以重点学科作为高层次人才培养平台，培养学科带头人和各类科研高层次人才200人以上，提升重点学科团队能力。 |

**（三）推进人口健康信息化建设。**全面建成互联互通的省市县三级人口健康信息平台，实现全员人口、电子健康档案和电子病历三大基础数据库基本覆盖全省人口并整合共享，持续深化公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理等重点业务信息系统协同应用和信息共享。推进健康云建设。大力推进“互联网+”医疗健康服务，促进大数据在卫生计生领域应用，重点完善主要由智慧医院、预约转诊服务平台、远程医疗、区域共享中心、公众健康信息服务平台等组成的智慧医疗体系，构建卫生计生智慧监管平台。加快完善和应用信息化标准规范体系。强化信息安全防护。

|  |
| --- |
| 专栏18 智慧医疗建设项目完善各级平台应用功能，开展人口健康信息平台应用等级评价。省级平台与所有市级平台、区域平台与辖区内80%的医疗卫生机构实现互联互通。80%以上的县（市、区）实现基于区域人口健康信息平台的全科签约、预约转诊、区域诊疗、远程医疗以及医疗机构传染病和慢病实时报告等业务功能。开展智慧医院建设活动，覆盖全省80%的三级公立医院。建成1个省级公众健康信息服务平台。 |

八、改善服务绩效

坚持改革促发展、管理增绩效，强化综合监督管理，深化体制机制改革，优化考核评价制度，加快构建卫生计生治理新体系。

**（一）提升基本公共卫生计生服务绩效。**逐步提高人均基本公共卫生服务经费政府补助标准。建立健全基本公共卫生服务包遴选和动态调整机制，优化完善服务项目。进一步做好城乡居民健康体检工作，优化体检项目，完善筹资机制，强化健康综合管理和居民参与度。扎实开展重大公共卫生服务项目，加大重点人群健康管理和公共卫生安全保障力度。积极开展新一轮全国计划生育优质服务先进单位创建活动。建立流动人口健康监测机制，推进流动人口基本卫生计生公共服务均等化。完善政府公共卫生服务购买机制，强化与服务数量、质量和满意度挂钩的考核评价，提高资金使用和服务绩效。

|  |
| --- |
| 专栏19 流动人口基本卫生计生公共服务均等化项目促进流动人口社会融合。流动人口目标人群基本公共卫生计生服务覆盖率达到90%，流动儿童预防接种率达到95%，流动人口传染病报告和报告及时率达到100%，为流动人口中重点人群建立规范化电子健康档案，流动人口计划生育技术服务指导咨询服务覆盖率达到95%。提升流动人口信息管理水平。跨省流动人口计生重点信息核查反馈率达到90%，全员流动人口信息入库率达到90%。开展流动人口抽样调查，加强流动人口的动态监测。建设流动人口规范化服务中心。全省新建流动人口规范化服务中心150个，为流动人口在现居住地办理生育服务登记时提供一站式全程化的便捷服务。 |

**（二）建立现代医院管理制度。**按照管办分开、放管并举的要求，完善政府办医体制，强化规划、筹资和监管等职能；完善医院法人治理结构，推进院长任期制、年度目标责任制和年薪制改革试点，落实公立医院人事管理、内部分配、运营管理等自主权。完善经济运行机制，理顺医疗服务价格，优化医院收支结构。创新编制管理方式，推行编制备案制，建立动态调整机制。深化用人制度改革，实行人员聘用制和岗位管理制度。建立符合医疗卫生行业特点的薪酬制度，着力体现医务人员技术劳务价值。全面推行公立医院目标管理和绩效考核管理制，建立激励约束机制，考核结果与财政补助、医保支付、工资总额以及院长薪酬、任免、奖惩等挂钩。

|  |
| --- |
| 专栏20 现代医院治理项目建设现代医院管理制度示范点。以现代医院法人治理结构、新型人事薪酬制度和精细化的目标管理、成本核算与绩效考核为重点，推进建设50家现代医院管理制度示范点。建设省级公立医院综合服务监管电子化平台，逐步实现医疗服务数量、价格、费用、质量等数据资源的实时反馈、定期公开、系统应用和有效共享。建立健全各级各类医院目标管理和绩效评价体系。积极引入第三方评价机制，评价结果有重点的向社会公开。 |

**（三）创新药械采购供应机制。**巩固和完善基本药物制度，提高医院基本药物使用比例，加强与基层用药衔接，规范基本药物临床应用。完善药品供应保障，基本解决药品耗材价格虚高问题。完善省级药品集中采购平台，实现信息流、商流、资金流的“三流合一”。完善药品分类采购、医保支付标准和药品集中采购监管机制，形成供需主体竞价交易，医保支付标准挂钩与政府服务监管相结合的阳光采购模式。逐步将医用耗材和医疗器械等统一在省采购平台采购。完善药品短缺监测预警和低价药的供应保障。

|  |
| --- |
| 专栏21 药品安全与合理使用项目建立药品供应保障监测预警机制，在全省38个医疗卫生机构设立监测点，进一步完善信息报送、研判预警、控制防范等措施。推进阳光用药工程，全面实施信息公开，确保药品采购使用各个环节在阳光下运行。建立价格高、用量大、非治疗辅助性等重点药品监控制度，从严控制抗菌药物和营养类、辅助用药使用。建立健全以基本药物为重点的临床用药评价体系，加强内部监督，建立处方点评和医师约谈制度，加强医务人员合理用药培训和考核评估。 |

**（四）强化卫生计生综合监管。**加强全行业、属地化管理，实行统一规划、准入，强化事中、事后监管。推进集公共卫生、医疗服务和计划生育等于一体的综合执法，健全执法责任制和责任追究制，不断提高执法效能。完善医疗卫生服务规范、标准和评价体系，重点加强对医疗服务行为、医疗质量与安全、医药费用控制、经济运行状况等监管。强化对医务人员执业行为的监管，完善医务人员评价制度，遏制不合理用药、用材和检查检验行为。加强医药费用监管控制，采取综合监管手段，实现医疗总费用和均次费用增幅下降，患者自付医疗费用占医疗总费用比例下降。强化医疗卫生机构经济运行监管，探索在三级公立医院实施财务总监派驻制度，加强审计监督。建立和完善公共卫生机构和计划生育机构服务监管和绩效评价。推进信息公开，强化社会监督，探索第三方评价制度。

**（五）改革完善计划生育服务管理。**稳妥扎实有序实施“全面两孩”政策，推动教育、社保、民政、卫生计生等公共服务资源的合理配置和配套政策的逐步完善，鼓励群众按政策生育，适当提高生育水平，建立健全有利于促进人口均衡发展的政策体系和服务管理体系。坚持和完善计划生育目标责任制管理，以促进人口均衡与健康发展为导向，建立计划生育和医疗卫生综合考评体系，强化政府目标管理责任制对政府行为的考核，完善“一票否决”制。改革完善生育服务证制度、计划生育公共服务制度、家庭发展支持政策，提升计划生育服务管理水平。

九、强化发展保障

**（一）加强组织领导。**各级政府要充分认识促进人口均衡发展和提高人口健康素质对高水平全面建成小康社会的重要意义和作用，把卫生计生事业改革发展摆在更加突出重要的位置，纳入国民经济和社会发展总体规划，精心组织实施，切实落实好领导责任、保障责任、管理责任和监督责任。充分发挥医改领导小组、人口计生领导小组等机构的组织协调、指导督促作用，加强部门协同，形成工作合力，切实保障规划任务落到实处。实施严格的规划审查制度，强化以规划为引领、以项目为抓手的管理机制，建立规划执行的部门联审联动机制，健全规划监督评价机制，完善规划反馈与调整机制，增强规划引导力、执行力和约束力。

**（二）完善投入保障。**建立完善政府投入长效机制，切实保障基本医疗、公共卫生、计划生育服务等所需经费，重点加强薄弱区域、薄弱领域和薄弱环节的投入倾斜。探索政府保基本服务、购买服务、按绩支付的财政补偿方式，建立健全科学合理的绩效考评体系，提升财政投入绩效。充分发挥财政资金的引导和杠杆作用，发展政府产业基金，吸引社会资本投资；在加大政府投入的同时，鼓励社会各界投入和捐赠，拓展卫生计生事业发展筹资渠道。

**（三）加强法治建设。**推动卫生计生地方立法，加快推进基本医疗卫生、计划生育、中医药、控烟等地方性法规规章的研究、起草和修订，开展设区的市卫生计生立法协调。完善卫生计生重大公共政策、行业规范和技术标准的制订修订。全面推进依法行政工作，以“四张清单一张网”建设为重点，加大简政放权力度，进一步深化行政审批制度改革。推动政务信息公开，提高行政透明度。强化依法管理、依法执业、依法维权，做好卫生计生信访调解、行政复议、行政应诉等工作，建立健全矛盾纠纷预防和化解机制。加强法治宣传教育，推进学法用法，弘扬法治精神，建设法治文化。积极培育社会管理、社会服务资源，充分发挥行业协会、中介组织的自律维权和服务作用。依法保障医护人员合法权益和卫生计生管理秩序。

**（四）优化发展环境。**加强全省卫生计生系统党的建设，完善党委（党组）研究卫生计生事业发展重大发展战略、重大政策措施、重大决策部署的工作机制，完善干部队伍考核评价体系和奖惩机制。强化党风廉政建设主体责任和监督责任，加强惩防体系建设，健全改进作风长效机制，强化权力运行制约和监督，打造廉洁卫生计生。充分调动全省卫生计生系统广大干部职工的积极性、主动性和创造性，加强职业道德和执业素养建设，发挥好在改革发展中的主力军作用。加强卫生计生智库建设，推进前沿理论和重大政策研究和应用，完善重大公共政策风险评估和结果评价机制。大力普及卫生计生法律法规和健康科学常识，积极宣传卫生计生改革发展成果，选树正面典型，提高舆情应对能力和文化宣传阵地建设，努力营造崇尚生命、关爱健康、尊重医务人员的良好氛围，形成政府重视、社会支持、全民参与的卫生计生事业发展新环境。

|  |
| --- |
| 专栏22 卫生计生智库建设项目优化整合现有卫生计生政策研究资源，建立卫生计生改革发展专家研究决策咨询工作机制。建立完善重大卫生计生政策集体决策、专家咨询、社会参与、风险评估和效果评价工作机制。开展卫生计生重大理论、重大政策的专项研究，结合改革发展重点工作，每年开展若干专项课题研究，发布全省卫生计生年度改革发展报告。 |

附件

浙江省卫生和计划生育事业发展

“十三五”规划重点指标名词解释

一、人均期望寿命：一般指出生期望寿命，指某国家、区域或地区每个新生儿期望能够生存的平均年数。

二、5岁以下儿童死亡率：指出生至不满5周岁的儿童在统计年度（上一年度的10月1日至本年度的9月30日）内死亡的概率（用每1000名活产的比率表示）。测算方法为：5岁以下儿童死亡率=当年5岁以下儿童死亡数/当年活产数×1000‰。数据来自全国妇幼卫生年报《七岁以下儿童保健和健康情况年报表》。

三、孕产妇死亡率：指一年内每10万例活产儿中，孕产妇的死亡数。活产是指妊娠满28周，胎儿娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、随意肌收缩4项生命指标之一者，如孕周不清楚，可以出生体重（≥1000克）为参考标准。孕产妇死亡是指在妊娠期或妊娠终止后42天之内的妇女，不论妊娠期长短和何种受孕部位，由于任何与妊娠或妊娠处理有关的或由此而加重了的原因导致的死亡，但不包括意外原因（如车祸、中毒等）导致的死亡。数据通过社区卫生服务中心/街道/乡镇上报辖区内的孕产妇死亡数和活产数，并通过县、市妇幼保健院逐级汇总上报到省级妇幼保健院。

考虑到“全面两孩”政策放开，高龄高危孕产妇数量有所增加，因此，该指标和5岁以下儿童死亡率指标值的设定均高于“十二五”时期的值。

四、居民健康素养水平：指该区域内具备基本健康素养的人在总人群中所占的比例。健康素养是指个人获取和理解基本健康信息和服务，并运用这些信息和服务做出正确决策，以维护和促进自身健康的能力。通过设立监测点，针对非集体居住的15—69岁常住人口开展居民健康素养水平监测。监测工具为《全国居民健康素养监测调查问卷》。问卷得分达到总分80%及以上，即问卷得分≥80分，被判定具备基本健康素养。

五、总和生育率：是指该国家或地区的妇女在育龄期间，每个妇女平均的生育子女数，计算方式是把所有年龄别生育率相加。

六、出生人口性别比：出生人口中男性人口与女性人口的比值。

七、出生缺陷发生率：围产儿发生出生缺陷比例，是衡量一个地区某一时间段出生缺陷发生水平指标。数据来自全省31个监测区89家县级以上助产机构监测。

八、免费计划生育服务覆盖率：国家规定的免费计生技术服务覆盖率是指本省户籍人口的覆盖率，为已经享受技术服务的人数占符合免费技术服务条件的总人数的百分比。

九、每千人床位数：指医疗卫生机构床位数与常住人口数（千人）之比。

十、医护比：指医生数与护士数之比。

十一、每万人全科医生数：指全省注册为全科医生的人数与全省常住人口数（万人）之比，主要用来衡量我省基层全科医生的数量是否能满足基层卫生服务需求。

十二、县域内就诊率：计算方式为县域内医疗机构住院总人次/（县域内医疗机构住院总人次+外出住院总人次）。数据来源于区域内城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗数据。

十三、责任医生规范签约服务率：指规范签约人数占户籍人口总数的百分比，其中规范签约人数指签约对象知晓签约医生和签约内容，对签约服务感到基本满意以上的签约人数。

十四、区域医学共享中心覆盖率：指建立区域性临床检验、医学影像、心电诊断、消毒供应等共享中心的县（市）占全体县（市）之比。

十五、智慧医疗覆盖率：指区域内开展智慧医疗服务的各类医疗卫生机构数占该类机构总数的比例。具体包括：通过区域人口健康信息平台实现与上级人口健康信息平台互联互通的医疗卫生机构比例；开展基于居民电子健康档案的健康管理、全科签约、预约转诊、区域诊疗、远程诊疗等普惠项目的基层医疗卫生服务机构比例；以及利用信息化手段优化诊疗流程、提升诊疗质量的三级公立医院比例。

十六、个人卫生支出占卫生总费用比例：卫生总费用指某地区在一定时期内（通常指一年），为开展卫生服务活动从全社会筹集的卫生资源的货币总和，主要来源于政府卫生支出、社会卫生支出和个人卫生支出；个人卫生支出是指城乡居民在接受医疗卫生服务和产品时的现金支付，包括享受多种医疗保险制度的居民在就医时的自付费用。个人卫生支出占卫生总费用比例反映了城乡居民对医疗卫生费用的负担程度。数据来源为浙江省统计年鉴、卫生统计资料汇编、卫生财务资料简编等。