浙江省卫生计生委关于印发

浙江省医疗机构设置“十三五”规划的通知

浙卫发〔2016〕75号

各市卫生计生委（局），省级医疗卫生计生单位：

为科学配置和合理利用医疗资源，构建分工明确、满足不同层次需求的医疗服务体系，现将《浙江省医疗机构设置“十三五”规划》印发给你们，请结合本地区实际，认真组织实施。

浙江省卫生计生委

2016年12月30日

（此件公开发布）

浙江省医疗机构设置“十三五”规划

为进一步优化医疗卫生资源配置，合理设置各级各类医疗机构，完善医疗服务体系，满足群众就医需求，根据《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》、《医疗机构设置规划指导原则（2016-2020年）》和《浙江省卫生和计划生育事业发展“十三五”规划》、《浙江省医疗服务体系规划（2016-2020年）》，制定本规划。

本规划涉及的医疗卫生资源为浙江省行政区域内各级各类、不同隶属关系和不同所有制形式（不含中国人民解放军、武装警察部队）的医疗卫生资源。

一、规划背景

**（一）现实基础**

“十二五”期间，我省紧紧围绕卫生强省、全民健康总目标，以公立医院综合改革为主线，以提升县域医疗服务能力为重点，全面推进城市优质医疗资源下沉，完成了“十二五”规划要求的各项主要指标，医疗事业取得长足发展，成效显著。具体表现为：

**1.医疗资源持续增长**

2015年，医疗机构每千人口床位数4.92张，同比2010年增长1.04张。全省医疗机构床位数272503张，其中综合医院床位数154391张，占56.66%；中医（中西医结合）医院39184张，占14.38%；专科医院床位数42628张，占15.64%；社区卫生服务机构7413张，占2.72%；卫生院15697张，占5.76%；妇幼保健院7549张，占2.77%等。

2015年，每千人口执业（助理）医师数2.85人，同比2010年增长0.44人；每千人口护士数2.89人，同比2010年增长0.8人。卫生人员总数491172人，卫生技术人员405458人，其中:执业（助理）医师158056人，护士159945人，护士人数首次超过医师数。

**2.医疗服务体系基本健全**

省、市、县（市、区）、乡、村医疗机构基本健全，医疗服务网络逐步完善。“十二五”期间，完成浙江省第三轮医疗机构等级评审，其中三级甲等医院56家，三级乙等医院81家；所有县（市）第一人民医院均达到二级甲等以上医院水平，综合、中医（中西医结合）、专科各类别医疗机构协调发展的良好局面不断巩固。截至2015年，全省医疗卫生机构共31139家，其中医院1049家，妇幼保健院（所、站）88家，乡镇卫生院1199家，社区卫生服务中心（站）6020家，急救中心（站）48家，采供血机构18家。

**3.医疗资源利用效率逐年提升**

2015年，全省医疗机构门急诊人次51975.5万，出院人次789.7万，病床周转次数31.1次，床位使用率84.78%，平均住院日9.8天，与2010年比较，分别增长19870万、289.8万、2.8次，平均住院日减少了1天。

**4.医疗资源依次梯度下沉格局初步形成**

全面推进城市优质医疗资源下沉，全省54家省、市三级甲等医院分别与122家县级医院签订了5-8年全面托管紧密型合作办医协议，合作办医覆盖全部89个县（市、区），推进市、县级医疗资源下沉乡镇，为提升县级医院综合实力和县域医疗服务能力奠定良好基础。

**5.居民健康水平显著提高**

2015年，全省人均期望寿命78.22岁，比2010年提高0.93岁；孕产妇死亡率5.28/10万，比2010年下降2.16个十万分点；5岁以下儿童死亡率3.82‰，比2010年下降2.25个千分点。人群主要健康指标达到中上收入国家水平。

1. **主要问题**

**1.医疗资源配置结构不尽合理**

医疗服务供给的总量不足和医疗资源浪费并存，医疗资源配置结构不合理仍是整个医疗服务体系存在的主要问题。医疗资源过度集聚于经济发达地区和城市，欠发达地区和基层医疗资源配置总量仍显不足；不同地区之间医疗资源配置存在较大差距；城市公立医院设置重叠，职能交叉，区域医疗资源的合力优势作用不明显。

**2.医疗资源整体利用效益不高**

基层医疗机构医疗资源利用效率不高，床位使用率处于较低水平,平均每名医师每天承担门诊人次较低，社会公众对其医疗服务能力水平信任度不高；承担助产技术的中心卫生院不断减少；三级医院承担了大量常见病、多发病的诊治工作，分级诊疗格局尚未真正形成。

**3.不同医疗机构发展仍不均衡**

“十二五”期间，不同类别、不同层级医疗机构均有了新的发展，但肿瘤、儿童、精神、老年、康复等专科医疗机构发展相对滞后，难以有效满足医学模式和疾病谱转变的要求，难以应对人口老龄化等因素产生的医疗服务需求；同时,不同级别公立医院之间，缺乏专业分工，同级同等医院之间的技术水平和影响力差别较大，功能定位不能得到很好体现。

**4.民营医疗机构服务能力较弱**

民营医疗机构医疗服务能力、管理水平和技术水平有待提高。据统计，全省民营医院床位数51274张，占全省医院床位总数的21.41%，执业（助理）医师34699人，占总数的22.46%，护士27363人，占总数的17.21%，但门急诊诊疗人次数仅占总数的15.93%、入院人数仅占9.73%。

**5.优质妇幼医疗服务供需矛盾突出**

随着“全面两孩”政策的实施，群众生育需求增加，辅助生殖技术等技术服务需求增多；高龄高危孕产妇增多，助产技术服务要求越来越高；高龄孕产妇孕育的新生儿出生缺陷发生风险增大，出生缺陷防治任务进一步加重；新生儿特别是危重儿数量增多，新生儿救治与儿童保健任务不断增加，妇幼医疗服务供给难以满足人民群众不断增长的妇幼健康需求。

二、指导思想

以邓小平理论、“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和全国卫生与健康大会精神，全面落实党的十八大和十八届三中、四中、五中和六中全会精神，以“八八战略”为总纲，以完善基本医疗卫生服务体系为目标，以深化医药卫生体制改革为重点，充分发挥政府宏观调控和市场配置资源的作用，统筹规划、合理配置医疗机构、床位、人员、设备等医疗卫生资源，构建布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的医疗服务体系，实现城乡医疗服务体系协调发展、医疗服务能力全面增强、医疗服务公平性与可及性有效提升，确保人人享有基本医疗服务。

1. 设置原则

**（一）统筹规划，科学布局**

医疗机构设置要符合属地卫生资源配置标准和医疗机构设置规划，统筹规划各级各类医疗机构，明确功能和任务，鼓励社会力量举办和发展具有一定规模、有特色的医疗机构，优先设置审批社会力量举办的非营利性、资源稀缺的专科医疗机构。合理控制公立医院数量和规模，机构在地域设置上实行城市“中心控制、周边发展”，在机构类别上实行“综合控制、专科发展”，促进区域医疗机构协调发展，提高医疗资源整体效益。

**（二）公平可及，分级诊疗**

以实际医疗服务需求为导向，以提高县域医疗服务能力为重点，以常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口，面向城乡居民，逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度，形成科学合理就医秩序，促进基本医疗卫生服务公平可及，保证全体居民公平、可及的享有基本医疗服务。鼓励城市公立医院与县级医院、县级医院与基层医疗卫生机构建立紧密型医疗协作体，建立省（市）-县-乡一体化紧密型合作办医新机制。

**（三）注重内涵，可持续发展**

严格控制公立医院规模特别是综合医院单体规模扩张，强调以深化体制机制改革为重点，以改革创新为动力，以改革促发展，建立现代医院管理制度，推进医疗机构从外延扩张向内涵提升转变，加快推进医疗机构信息化建设，建立上下联动的分工协作机制，增强医疗服务体系的综合实力，促进可持续发展。

**（四）中西医并重，协调发展**

坚持中西医并重，鼓励综合医院、专科医院发展中医中药，保证中医、中西医结合医疗机构的合理布局及资源配置。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。

**（五）医防结合，强化公共卫生职能**

全面落实各级各类医疗机构的公共卫生任务，有效整合妇幼保健与计划生育技术服务机构，特别是要建设好急救机构、采供血机构、妇幼保健计划生育技术机构和基层医疗卫生机构，切实履行政府职责。

四、医疗机构设置与管理有关要求

“十三五”期末，全省医疗机构床位数和卫生技术人员配备调控指标为：全省每千常住人口医疗卫生机构床位数控制在6张，其中省办公立医院床位数控制在每千人0.45张以内、市办公立医院床位数控制在每千人1.0张、县办公立医院1.93张、其他公立医院0.14张、基层医疗卫生机构0.98张（含设在乡镇且主要服务于农村居民的县级医院床位），全省各地按照每千常住人口不低于1.5张为社会办医预留规划空间；省办综合医院单体床位规模一般不超过1500张、市办综合医院不超过1200张、县办综合医院一般以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）；每千人口执业（助理）医师数3.2人；每千人口护士数3.6人。

**（一）综合医院**

公立综合医院原则上以迁建、扩建、合并等形式调整布局，设区的市辖区范围内，除为调整布局、改善医疗环境所进行的迁扩建项目外，原则上政府不再新建综合性的医疗机构。

省办公立医院作为全省医、教、研中心和技术指导中心，负责向全省居民提供急危病症、疑难疾病诊疗和专科医疗服务，制定全省医院的医疗服务质量标准并进行质量控制，承担相应的医学院校教学和科研任务，培养高层次卫生技术人员，指导和培训下级医院卫生技术人员，定位以三级甲等医院为主。

市办公立医院是本市的医、教、研中心，主要向辖区县（市、区）居民提供代表本地市高水平的医疗服务，接受县级医院转诊，并承担基层卫生人才培养和一定的医学科研任务，不断提升急危病症和专科医疗服务能力，定位为三级医院。

县办公立医院作为县域内的医疗中心和农村三级医疗网的龙头医院，主要负责基本医疗服务及急危病症病人的抢救和复杂疑难疾病的向上转诊服务，具备解决县域内居民90%诊疗服务的能力，并承担基层人才培养、适宜技术推广应用和对乡镇卫生院、社区卫生服务机构等的业务技术指导、卫生人员的进修培训，是双向转诊的重要环节，主要定位为二级甲等医院，其中有条件的县（市、区）第一人民医院定位为三级乙等医院。

“十三五”期间综合医院调控指标与管理要求：

——以省办公立医院和区域内三级医院为本省的医学中心，努力争创国家区域医疗中心；在杭州、宁波、温州、金华-义乌分别建设成具有较强辐射能力的省级医学中心；支持舟山群岛新区省级医学副中心建设；其他设区的市重点建设1-2家代表本区域医疗服务能力和管理水平的医疗中心；在县行政区域内建设1家综合性医疗中心；

——全省三级甲等综合医院调控在30-35家医院；

——各县（市）原则上设置1家县（市）属综合医院，50万人口以上的县可适当增加公立医院数量；

——建立健全城市优质医疗资源下沉长效机制，实施县级公立医院能力提升项目，所有县第一人民医院达到国家县医院医疗服务能力基本标准，70%以上县第一人民医院达到国家县医院医疗服务能力推荐标准；

——在全省县级区域中心城市建成40家左右具有一定辐射带动能力的三级医院，试点开展县级三级甲等综合医院创建工作。

**（二）专科医疗机构和专病中心**

专科医疗机构设置应符合疾病谱变化、老龄化等因素产生的医疗服务需求，有利于弥补现有医疗机构专科服务技术和力量的不足，科室设置和学科发展应具备鲜明的专科特色。坚持政府主导，鼓励、支持建立儿童、妇产科、肿瘤、老年病、精神疾病、口腔、心血管、康复和护理等专科医疗机构。设区市应整合和集中综合医院相关优质专科资源，建立较为完善的专科医院体系。设区市市属专科医院体系应包括传染病医院、儿童医院、精神专科医院和妇幼保健院等。专科医疗机构其专科床位、专科医师数不低于医疗机构总床位和总医师数的80%。引进社会资源，共同发展老年病、肿瘤、康复和口腔等专科医疗机构，满足多样化医疗需求。同时建立各具特色的区域性专病中心。

**1.传染病医疗机构**

按国务院批转的《突发公共卫生事件医疗救治体系规划》城镇每万常住人口配置1张床、农村每万人口配置0.5张床的标准，继续加强传染病医院和病区建设。传染病医疗机构负责各类传染病人的诊治工作，并需达到相应的消毒隔离规范要求。

——省传染病防治研究中心（浙医一院、国家传染病诊治重点实验室）承担疑难病症的救治，并全面指导全省传染病的诊疗工作；

——各市应建立独立的传染病医院（院区），市级传染病医院（院区）应配置健全、功能完善的负压病区，具备收治各种烈性传染病的能力；

——县（市）应设置相对独立的传染病院区或感染性疾病病区，收治常见感染性疾病，并配置若干间负压病房；

——二级以上综合医院（中医院）应设置一定规模的感染性疾病病区，收治一般感染性疾病；设立符合要求的感染性疾病门诊（如发热、肠道、结核病门诊等）；

——中心卫生院应设立符合要求的感染性疾病门诊。

**2.精神卫生机构**

以专业精神卫生机构为主体，综合医院精神科为辅助，基层医疗卫生机构和精神病社区康复机构为基础，建立健全精神卫生服务体系，全省精神科核定床位数达到2.8张/万人，每10万人口精神科执业（助理）医师数量不少于3.8名。精神专科医院主要承担区域内精神障碍患者的诊治工作，并承担精神疾病的预防、随访管理和康复的社区指导工作；

——不断提升省级精神卫生中心(省立同德医院)治疗、康复、科研教育等水平。完成省精神卫生中心二期建设项目，建设省级精神疾病诊疗和康复中心、精神卫生培训中心和国内外交流合作中心；

——各设区市应独立设立精神专科医院，建成区域精神卫生工作指导中心和精神疾病诊疗中心，具备收治各类精神障碍患者的能力，并稳步发展心身医学、老年、儿童、青少年等精神卫生相关学科和重点专科；

——有条件的县（市）可独立设立精神专科医院；

——二级以上综合医院（中医院）应完善精神卫生科（门诊）的设置；有条件的可增设床位，提供住院治疗服务；

——乡镇卫生院、社区卫生服务中心应加强精神卫生防治工作，普遍配备专职或兼职精神卫生防治人员。

**3.老年病医疗机构**

加强老年病医疗服务体系建设，老年病医疗机构床位应与当地经济社会发展、年龄结构相适应。老年病医疗机构内部设施要符合老年人生理特点，开展的科目应以老年人常见病多发病为主，具有保健、医疗、康复和安宁疗护等功能。

——依托浙江医院建设浙江省老年病医疗中心，全面指导全省老年病的诊疗工作；

——各市可根据区域卫生规划，充分利用现有资源，设置区域性老年病医疗机构；

——有条件的县（市、区）可独立设立老年病医疗机构；

——二级以上综合医院和中医院应开设老年病科；

——推进医疗卫生机构与养老机构合作，协同做好老年人慢性病管理和康复护理等健康服务。

**4.肿瘤医疗机构**

——加强省肿瘤医院建设；依托省肿瘤医院建设浙江省肿瘤医疗中心，指导全省医疗机构对肿瘤病人的诊疗工作；

——各市可根据区域卫生规划，充分利用现有资源，设置肿瘤医疗机构；

——三级综合医院应设置肿瘤科。

**5.康复医疗机构和护理院**

随着人口老龄化进程的加快，康复、护理院作为接续性医疗机构是“十三五”期间重点设置的医疗机构。

——健全综合医院-专科医院-基层医疗卫生机构一体化的康复服务网络建设，加强基层医疗卫生机构康复医学专业建设；

——充分利用现有医疗卫生资源，对部分一级或者二级医院进行结构和功能调整，转型为护理院。

**6.区域医学共享中心**

依托信息技术和现代物流网络等，优化整合医疗资源，实现医疗资源互补，推进优质医疗资源向基层延伸覆盖，降低医疗成本，提高资金、设备的集约化及利用效率，改善和提高医疗质量，推进卫生信息化建设与应用。

——推进县域内临床检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应等共享中心建设，至“十三五”期末，以县（市、区）为单位共享中心覆盖率达到80%；

——鼓励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；

——各市完成区域医学影像中心规划设置；

——加快推进医疗卫生机构财务和后勤保障等资源的整合，提升服务管理的专业化、集约化和社会化。

**7.区域专病中心**

根据全省疾病谱现状，加强区域性专病中心建设。

——完成对“十二五”期间20个病种区域专病中心建设的验收；按照浙北、浙中、浙东、浙南四个医疗区域并依托其二级以上医院，再选择20个病种设置专病中心；

——区域专病中心以提升临床诊疗能力为主，突出专病治疗特色，推进区域医疗协调发展；

——以国家级临床重点专科为基础，设置40个专病技术指导中心，负责指导全省专病治疗同质化管理和疑难重症专病诊疗，全面指导区域专病中心的建设与发展。

**（三）中医（中西医结合）机构**

坚持中西医并重的原则，坚持公立中医医院公益性的基本定位和以中医为主的办院方向，建立布局合理、结构优化、功能完善、运转高效的中医医疗服务体系。省级中医医院建设成为综合服务能力强、中医特色突出、专科优势明显、管理科学规范的医疗机构；市级中医医院成为本地区中医医疗、康复、中医药适宜技术推广、中医临床科研和中医药专业技术人员培养中心；县(市、区)级中医医院建设成为基础设施完善、综合服务功能健全、中医药专科（专病）特色优势突出、具有区域带动辐射作用的医疗机构。到“十三五”期末，力争100%的乡镇卫生院、社区卫生服务中心和70%的村卫生室（社区卫生服务站）具备与其功能相适应的中医药服务能力。

每个市、县（市）应设置1家公立中医医院，可按照每千常住人口0.55床以上标准配置床位，不得撤销、合并或者改变其名称、性质和服务范围，争取新设中医（中西医结合医院）3家以上，完成23个基层中医优势病种建设项目，并新设立项目20个以上。

——创建1家以上全国重点中西医结合医院；

——争创全国中医诊疗中心3个以上；

——持续推进县级中医院标准化建设规划，90%的县（市）中医院达到二级甲等以上水平，县（市、区）三级以上中医医院达到10家以上。

**（四）妇幼保健计划生育技术服务和妇女儿童医疗机构**

树立妇幼健康优先发展理念，进一步完善婚前保健、孕期保健、出生缺陷防治、儿童健康管理和计划生育技术服务等，为妇女儿童提供系统、规范的优生优育全程服务。完善助产技术服务网络，加强中心卫生院产科建设，强化助产技术分级管理，满足百姓正常分娩需求。加强基层妇幼健康服务机构诊断治疗和抢救能力，通过区域妇、儿专科资源整合，加快构建区域性危重孕产妇和新生儿转诊救治网络，确保母婴安全。

——每个市、县(区、市)有1所政府举办的标准化的妇幼保健计划生育服务机构，其中，服务人口30万以上的县有1所二级乙等以上妇幼保健院；争取达到每千分娩量产科床位数17张；

——市、县两级均要建立至少1个危重孕产妇救治中心和1个危重新生儿救治中心，二级以上综合医院重症医学科要保障危重孕产妇救治床位，二级以上妇幼保健院原则上要设立重症监护室；

——各市应设有1所三级乙等以上的妇幼保健院（妇女、儿童医院）。到2020年，争创8-10家三级甲等妇幼保健院；16-18家三级乙等妇幼保健院；28-30家二级甲等妇幼保健院。

——每千名儿童床位数达到2.2张，每千名儿童儿科执业（助理）医师数达到0.8名；

——加快省儿童保健院湖滨院区改造，提高对全省儿童医疗保健的指导、培训和科研等能力。二级乙等以上（含）综合医院应开设儿科门诊，二级甲等以上（含）综合医院应设置儿科病房；县级及以上开展助产技术的医疗机构要设立新生儿病室；

**（五）院前急救机构**

院前急救是医疗卫生事业的重要基础组成部分，在医疗急救、重大活动保障、突发公共事件紧急救援、急救培训等方面发挥着重要作用。

——“十三五”期末，建立合理高效的院前急救空间布局网络。人口密集区（大于100人/平方千米）急救半径不超过5公里，人口中等区（25-100人/平方千米）急救半径不超过20公里，人口稀少区（小于25人/平方千米）急救半径不超过50公里。急救中心、急救站点标准化建设率城市不低于80%、农村不低于50%；

——逐步推进海（水）上及航空医疗急救转运平台建设，拓展救援远程投送渠道，提高转运效率和抢救成功率；

——各地急救中心（站）救护车数量按不低于每5万常住人口一辆的标准配置，其中具有监护抢救功能救护车比例地市级不低于80%、区县级不低于50%。带有负压功能救护车的比例不低于所在地救护车总数的10%；

——各县（市、区）应建立急救分中心或急救指挥中心，统一指挥调度区域内救护车辆，并根据常住人口、医疗机构数量及院前急救需要，下设若干个急救点；有条件的县（市、区）要建立独立建制的急救分中心或急救指挥中心;

——院前急救医护人员及救护员接受诊疗规范培训的比例达到100%，心肺复苏成功率不低于5%。

**（六）采供血机构**

“十三五”期间，围绕“质控上收、服务下沉”总体要求，统筹规划辖区内采供血机构和献血服务网点的设置，优化配置采供血资源，完善规范化、标准化管理模式，健全相互协作、互补短缺的应急体制，逐步构建符合省情的采供血服务网络。

——构建布局合理、运行高效的采供血服务体系，重点加强偏远地区和农村地区的血液采集供应，力求采供血服务网络横向到边、纵向到底，实现采供血工作全覆盖。有条件的县（市、区）建立独立建制的县（市、区）级中心血库或采供血分站，根据区域常住人口、医疗机构数量及临床用血需求，下设采血点；优化单采血浆站布局，控制浆站数量，提高采浆量和血浆综合利用率，满足临床对血液制品应用需求，促进无偿献血和单采血浆工作协调发展。

——进一步提升血液采集供应能力，强化血液核酸集中化检测工作，加强对浙北（杭州）、浙东（宁波）、浙南（温州）、浙中（金华）四个集中监测点的指导，全面保证血液“量”和“质”的安全。提高血液应急保障能力，有效应对突发公共卫生事件；

——进一步加快全省采供血信息化网络建设，争取“十三五”期末，全省各市实现采供血机构之间、采供血机构与医疗机构之间的信息互通，提升血液管理的效率，利用信息化手段，优化采供血服务流程，加快信息整合。

**（七）基层医疗卫生机构**

基层卫生服务网络进一步健全。每个建制乡镇都要有一所政府举办的标准化乡镇卫生院，每个街道或3-10万居民范围要有1所政府举办的社区卫生服务中心；原则上按照“20分钟服务圈”要求规划设置村卫生室（社区卫生服务站），重点加强中心村卫生室（社区卫生服务站）建设，全面完成社区卫生服务站（村卫生室）标准化建设，推进一体化管理；偏远山区、海岛地区（悬水小岛）通过“定时、定点、定人”巡回服务等方式，实现医疗卫生服务全覆盖。

——加强中心镇卫生院床位建设，增强住院服务能力，为当地群众提供基本医疗及康复、护理等服务。城市新建的住宅小区（功能区）按规定及时设置相应的社区卫生服务机构；

——明确基层医疗卫生机构功能定位，社区卫生服务中心、乡镇卫生院负责城乡居民的基本医疗服务和基本公共卫生服务，做到防治的有机结合；

——医务室、诊所、门诊部根据服务能力和本单位或本功能区居民健康需求，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医疗卫生服务予以补助。

**（八）民营医疗机构**

——全省按照每千常住人口不低于1.5张为社会力量办医预留规划空间；每个设区市要重点扶持发展2-3家具有一定规模和影响力的社会办医疗机构；引导有条件的社会办医疗机构向高水平、高技术含量和品牌化的大型医疗集团发展，增强竞争力；

——鼓励社会力量进入医疗卫生服务领域。鼓励社会力量举办上规模、上层次的医疗机构和老年医疗护理、康复、精神卫生、儿科、产科等专科医院，鼓励举办中医医院，发展中医特色的康复医院、护理院；优先支持社会力量在设区市举办独立设置的医学影像中心；鼓励病理诊断中心、血液透析中心向连锁化、集团化发展，建立规范化、标准化的管理与服务模式;

——鼓励具有中高级职称的执业医师举办私人诊所，探索成立医师工作室（站）；鼓励医师集团等多种形式的医师执业方式；

——个体诊所不受规划布局限制，实行市场调节的管理方式。

五、推进重点工作，优化资源配置

**（一）推进“双下沉、两提升”为重点的整合型医疗服务体系建设**

着眼于构建整合型医疗卫生服务体系，推动医疗卫生服务体系纵向和横向整合，促进区域医疗资源共享，推进不同层级医疗机构在技术上的协同、功能上的互补，为居民提供连续性、整合性医疗卫生服务。坚持高质量、均衡性，聚焦精准、补齐短板，突出工作实效，加大城市医院资源下沉力度，加快市县级医疗资源规范化下沉乡镇（社区），推进县乡村卫生一体化管理，完善中心镇卫生院医疗服务功能，加快形成医疗资源依次梯度下沉格局，整体提升县域医疗服务能力。完善人员下派机制，注重供需对接，发挥工作特长，建立完善以人才、资金、管理和信息为纽带的资源下沉长效机制，创新多层次医疗机构管理体系，培育学科优势明显、区域辐射能力较强的纵向整合型医疗集团或医联体，推动建立现代医院管理制度，形成合作办医发展共同体、利益共同体、责任共同体。

**（二）推进分级诊疗制度建设**

坚持居民自愿、基层首诊、政策引导、创新机制，综合运用行政管理、财政政策、绩效考核、医保支付方式改革和加强费用控制等激励约束机制，推进优质医疗资源下沉，全面落实各级各类医疗机构功能定位，强化各级各类医疗机构分工协作，逐步形成层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的分级诊疗服务体系。以提高基层医疗服务能力为重点，以常见病、多发病、慢性病的分级诊疗为突破口，强化家庭医师签约服务的基础性作用，健全健康“守门人”制度，不断完善省预约转诊服务平台功能，推进社区预约转诊服务，进一步提高医疗资源利用整体效益，实现90%以上的患者在县域内诊疗，逐步形成科学合理的就医秩序。

**（三）推进医疗机构评审评价长效机制建设**

以“互联网+”为手段，规范病案首页数据质量，颁布全省统一的手术分级和重点病种目录，全面启动并实施二级以上医院DRGs区域医疗服务质量和绩效评价项目，开展病种质量评价，持续改进各级各类医疗机构的服务质量。强化浙江省医院综合监管服务平台信息收集、分析和应用，完成第四周期医疗机构等级评审工作，不断优化医疗机构规划布局，以科学、有效、合理的医疗机构评审评价导向，推动医疗机构注重内涵发展的内生动力，提高医疗资源的利用效率和整体效益。

六、保障措施

**（一）加强组织领导。**各级卫生计生行政部门应在同级政府领导下，以本规划为指导，加强与发改、财政、人力社保、国土资源、民政、住房与城乡建设等部门的沟通与协调,做好区域医疗机构设置规划的制定和组织实施，各设区市应及时将区域医疗机构设置规划，报省卫生计生委备案。

**（二）加强执行刚性。**各级卫生计生行政部门要建立严格的医疗机构设置和床位审批制度，对区域内各种所有制、投资主体、隶属关系和经营性质的医疗机构实行宏观调控和属地化管理，统一规划、准入、监管。要强化本地区医疗机构设置规划执行的刚性措施，加强对规划实施的监控，加快整合不符合规划要求的医疗机构，杜绝不合理的医疗资源投入，保证规划的落实和目标的实现。

**（三）加强监督管理。**依托浙江省医院综合监管平台等信息系统，加强医疗机构、人员的准入监管，强化医疗技术临床应用备案管理，依法严厉打击非法行医等各种违法行为，维护健康有序的医疗秩序。加强对各级各类医疗机构医疗行为的监管，推进医疗机构依法经营、严格自律、健康发展。