

# 医疗机构设置规划指导原则 (2021-2025 年)

根据基本医疗卫生与健康促进法、中医药法、医疗机构管理条例等法律法规规定，以及国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要、“十四五”医疗卫生服务体系规划等有关要求，制定《医疗机构设置规划指导原则（2021-2025 年）》，指导各级卫生健康行政部门制定本行政区域《医疗机构设置规划》（以下简称《规划》），充分发挥政府宏观调控和市场配置资源的作用，进一步促进医疗卫生资源优化配置，补短板、转模式、增效能，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。

## 一、医疗机构设置规划的重要作用

《规划》是以区域内居民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、可及地向全体居民提供安全、有效的基本医疗卫生服务为目的，将各级各类、不同所有制形式、不同隶属关系、不同服务对象的医疗机构统一规划布局，有利于引导医疗卫生资源合理配置，充分发挥有限资源的最大效率和效能，建设与社会主义现代化国家新征程相适应、与人民美好健康需求相匹配、结构合理、分工

明确、密切协作的医疗服务体系。各地应当按照当地《规划》合理配置和合理利用医疗资源。

## 二、医疗机构设置的基本原则

（一）坚持需求导向原则。坚持以人民健康为中心，以人民群众就医需求为导向，围绕新时期卫生与健康工作方针，增加医疗资源，优化卫生资源要素配比，以国家医学中心、国家和省级区域医疗中心（均含中医，下同）、县级公立医院建设为重点，以临床专科能力和人才队伍建设为抓手，推进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，优化基层医疗卫生机构布局，实现医疗机构高质量发展，满足人民群众多层次、多样化的医疗服务需求。

（二）区域统筹规划原则。各级各类医疗机构应当符合属地卫生健康事业发展需求和医疗机构设置规划。地方各级卫生健康行政部门（含中医药主管部门）在同级人民政府领导下负责《规划》的制定和组织实施。通过统筹医疗资源总量、结构、布局，补短板、强弱项，完善城乡医疗服务体系，不断提高医疗资源整体效能，增强重大疫情应对等公共卫生服务能力。合理配置区域综合和专科医疗资源，促进康复、护理、医养结合、居家医疗等接续性医疗服务快速发展。

（三）科学布局原则。明确和落实各级各类医疗机构的功能和任务，根据人口数量、分布、年龄结构以及交通条件、诊疗需求等，实行中心控制、周边发展，合理配置各区域医疗机构数量，鼓励新增医疗机构在中心城区周边居民集中居

住区设置，推动各区域医疗资源均衡布局、同质化发展。

（四）协同创新原则。合理规划发展紧密型城市医疗集团和县域医共体，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，推动区域医疗资源融合共享。政府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牵头成立或加入医疗联合体。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，提高医疗服务体系整体效能。

（五）中西医并重原则。遵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。

### 三、医疗机构设置总体要求

（一）主要指标。医疗机构的设置以医疗服务需求、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（千人口中医医师数）和千人口护士数等主要指标进行宏观调控，具体指标值由各省、自治区、直辖市根据实际情况确定。

**2025 年全国医疗机构设置规划主要指标**

| 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）   | 6.46     | 7.40-7.50 | 指导性  |
| 其中：市办及以上公立医院       | 1.78     | 1.90-2.00 | 指导性  |
| 县办公立医院及基层医疗卫生机构（张） | 2.96     | 3.50      | 指导性  |

|                        |        |           |     |
|------------------------|--------|-----------|-----|
| 每千人口公立中医类医院床位（张）       | 0.68   | 0.85      | 指导性 |
| 每千人口执业（助理）医师数（人）       | 2.90   | 3.20      | 预期性 |
| 每千人口中医类别执业（助理）医师数（人）   | 0.48   | 0.62      | 预期性 |
| 每千人口注册护士数（人）           | 3.34   | 3.80      | 预期性 |
| 每千人口药师（士）数             | 0.35   | 0.54      | 预期性 |
| 医护比                    | 1:1.15 | 1:1.20    | 预期性 |
| 床人（卫生人员）比              | 1:1.48 | 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（%） | —      | ≥60.00    | 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 |

注：1.医院床位含同级妇幼保健院和专科疾病防治院（所）床位。

2.“省办”包括省、自治区、直辖市举办；“市办及以上”包括省办及以上和市办，其中“市办”包括地级市、地区、州、盟举办；“县办”包括县、县级市、市辖区、旗举办。下同。

3.适宜床位规模指综合医院单个执业点的床位规模，下同。

（二）总体要求。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，坚持以人民健康为中心，以高质量发展为主题，以供给侧结构性改革为主线，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，推动优质资源扩容和区域均衡布局，着力推进紧密型城市医疗集团网格化布局管理和县域医共体建设，积极发展接续性医疗机构和互联网医院，加快完善分级诊疗体系建设，提升重大疫情救治能力，保障人民群众健康权益。

1. 完善城乡医疗服务体系。明确各级各类医疗机构功能定位。完善以社区卫生服务机构为基础的城市医疗卫生服务体系，建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制；进一步健全以县级医院为龙头，乡镇卫生院和村卫生室为基础的农村医疗服务网络。

2. 加快完善分级诊疗体系。按照城市网格化布局管理，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、公共卫生机构构成紧密型城市医疗集团。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，县级医院重点加强专科能力建设，强化城市三级医院对县级医院的对口帮扶，加强县级医院与公共卫生机构的分工协作与业务协同，加强对乡镇卫生院、村卫生室的技术指导。整合区域内现有医疗资源，促进医疗机构检查检验结果互认。支持康复医院、护理院、护理站（以下统称接续性医疗机构）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。

3. 构建优质均衡高效的医疗服务体系。以推动国家医学进步为目标，依托现有资源规划设置国家医学中心、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，鼓励民营医院参与。加强“十四五”时期临床专科能力建设，建设高质量的人才队伍，带动全国和区域整体医疗服务水平迈上新台阶。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对省级医院的技术和人才支持，提升省域诊疗能力，减少跨省就医。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，大力发展并规范远程医疗和互联网医疗。

4. 建立健全分级分层分流的重大疫情救治体系。依托综合救治能力较强的医院，在全国分片区建设以国家医学中心、国家级和省级区域医疗中心为龙头，相关医疗机构共同组成的重大疫情医疗救治网络。坚持医防协同、平急结合，按照分级、分层、分流救治原则，形成分工明确、优势互补、协同联动的重大疫情救治体系。持续强化医院感染防控管理，提高重大疫情应对能力。

5. 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。地市级及以上城市和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。有条件的大型城市可以在急救中心下设急救分中心或急救站。推动院前急救网络与院内急救有效衔接，探索建立院前医疗急救机构与五大中心（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）实时交互智能平台，推行急诊急救服务一体化。

6. 深化医养结合。加强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。

7. 鼓励社会办医。拓展社会办医空间，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和医学检验室实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、血液透析中心、康复医疗中心等独立设置医疗机构，加强社会办医的规范化管理和质量控制，提高同质化水平。探索社会办医和公立医院开展多种形式的协作。诊所设置不受规划布局限制，实行备案制管理。

8. 健全中医药服务体系。构建以国家中医医学中心、区域中医医疗中心为龙头，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基础，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，每省（区、市）至少设置 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覆盖所有省份的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、医疗机构设置规划的主要内容**

（一）现状分析。参照全国卫生服务调查方案等，进行

本区域医疗资源和医疗服务调查，确定本区域居民医疗服务需求、利用和影响因素，综合考虑区域战略发展规划、城镇化、人口现状、地理交通环境、疾病谱等因素合理布局。

1. 社会经济发展概况。包括人口数量、人口结构（年龄、性别）、人口分布、区域战略规划及定位、经济发展水平、国民生产总值、财政收支、卫生投入占比、人均收入和支出水平、万人口等级公路里程数等内容。

2. 医疗服务需求分析。包括服务半径、年因伤病就诊人次、居民两周就诊率、居民住院率、年急诊人次、年住院人次、年手术人次、住院患者住院总天数、居民区域外诊疗人次数/入院人次数占比、区域内不同类型机构诊疗人次数/入院人次数分布。

3. 医学教育需求分析。包括作为高校附属医院、教学医院承担的医学生见习实习和研究生教育；作为医师规范化培训基地承担的毕业后教育；作为各类继续医学教育基地承担的卫生专业技术人员继续教育等。同时，在医院规划建设中要根据医院承担的医学教育和人才培养工作任务，科学合理设置一定的教学相关门诊、床位，满足教学需要。

4. 医疗资源分析。包括医疗机构、床位数、医务人员（医师、药师、护士及医技人员）、医疗技术、医疗设备、医疗费用等。医疗资源分析的维度主要包括资源总量和结构（医院/基层、不同类型医院、公立医院/民营医院等）、资源质量（床均卫生技术人员、床均护士比、床均业务用房面积、床

均固定资产数等)、资源效率(平均住院日、病床使用率、医师日均担负诊疗人次数、医师担负住院床日数)、不同类型机构运行(医院收入支出结构、手术占比、医疗服务性收入占比、人员支出占比等)及血液供应情况。(中医类医疗机构医疗资源分析维度还包括中药处方占比、中医非药物治疗法使用率等)。紧密型医疗联合体规划和建设情况分析,包括网格化布局、信息化建设、资源共享、服务协同等。

(二)明确健康影响因素。在现状分析的基础上,依据本区域居民的主要健康问题及其影响因素,确定本区域医疗机构合理设置的思路。

1. 区域居民主要健康问题。分析区域居民健康最迫切的服务需求,包括主要死因、主要慢性病患者率、区域内和区域外主要病种等,明确区域专科发展方向。基于区域医疗机构、医保数据和卫生服务调查数据,分析居民总/专科的医疗卫生服务利用总量及分布。

2. 医疗服务供需状况。分析不同专科医疗服务利用与本区域居民的医疗服务需求(居民年患病人次、年慢性病患者人数、年患病总日数、年卧床总日数)之间的差距,明确医疗服务供需现状,明确区域内资源结构的问题。

3. 医疗事业发展情况。医疗技术水平的提高、医疗保障水平的提高和覆盖范围的扩大,对居民潜在医疗服务需求产生的影响。

4. 社会经济发展因素。随着社会经济发展和城镇化的推

进，居民收入水平不断提高，医疗保健需求总量和结构发展改变，对医疗服务产生的影响。

5. 公共卫生重大风险。应对艾滋病、结核病、肝炎等传统重大传染病以及新冠肺炎等新发传染病传播，职业性化学中毒与核辐射突发事件的风险。

（三）确定医疗机构的设置。依据（一）和（二）的分析，综合考虑分级诊疗要求、支付能力、医疗服务可及性、转化成为服务需求的潜力，分年度预测、规划医疗服务需求，确定所需要的医疗机构级别、类别、数量、规模及分布，确定必需床位总数和必需医师、护士总数。医疗机构设置要明确公立医院的设置与发展规划，发挥公立医院的主导地位，为社会力量举办医疗机构预留空间。

#### 1. 必需床位数。

（1）普通床位数按下列公式计算：

$$\frac{\sum (A \times B + C - D)}{\text{病床使用率}} \times \frac{1}{\text{病床周转次数}}$$

其中：

$\Sigma$ 表示总和；

A 表示以年龄划分的分层地区人口数（人口数应是户籍人口、暂住人口及流动人口日平均数之和）；

B 为以年龄划分的住院率，按每 5 年划分年龄段；

若没有分年龄组人口和分年龄组住院率，可以用总人口数与区域人群年住院率代替；

C 为其他地区流入本区域的住院患者数；

D 为本地区去外地的住院患者数。

(2) 各专科床位数的计算：按照上述公式中的住院率、病床使用率、住院患者数以各专科住院率、病床使用率、住院患者数替换即可。专科床位数包括专科医院床位和综合医院中的专科病房床位，按照人口总数及其构成、居民的专科疾病发病情况、服务半径、医疗卫生资源状况确定。尚未具备条件进行精细测算的，可以参照目标地区的现有专科资源在总资源分布进行计算。

(3) 各级各类医疗机构床位数的确定：根据分级诊疗格局，前瞻性论证不同级别医院应就诊的各专科病种，然后由各专科病种床位数分别计算出各级医院床位数，为应急突发公共卫生事件预留一定床位。同时按照不同类型机构功能定位明确床位数效率及床位数质量。

2. 必需医师数。根据当地医疗需求，研究确定区域内医师总数，分科医师数。根据实际情况，确定各级各类医疗机构医师配置数量。

必需医师数按以下公式测算：

$$\frac{\sum (A \times B + C - D) * \frac{1}{3} + \sum (A \times E + F - G)}{\text{每个住院医生年均负责病床日}} \times \frac{1}{\text{病床使用率} \times \text{病床周转次数}} (1 + R) \times K$$

其中： $\Sigma$ 表示总和，A 表示以年龄划分的分层地区人口数；

B 为以年龄划分的年均诊疗人次数，即两周就诊率乘以 26，按每 5 年划分年龄段；

若没有分年龄组人口和分年龄组年均诊疗人次数，可以用总人口数与区域人群年均诊疗人次数代替；

C 为其他地区流入本区域的诊疗人次数；

D 为本地区去外地的诊疗人次数；

E 为以年龄划分的住院率，按每 5 年划分年龄段；

若没有分年龄组人口和分年龄组住院率，可以用总人口数与区域人群年住院率代替；

F 为其他地区流入本区域的住院患者数；

G 为本地区去外地的住院患者数；

R 为非日常医生比，指从事非日常临床医疗工作的医生数（即从事科研、教学、专业进修、学术会议、抢险救灾、支边、支农、病事假等活动的医生）占医生总数的比例；

K 调整系数即为住院医师与主治、副主任医师、主任医师的比例。每个门诊医生日均处理门诊人次数：每个门诊医生每天处理门诊人次数由调查表确定。

3. 必需护士数。根据当地医疗需求主要特征，按照服务目标法，明确出医护比，并以必需医生数及医护比为依据，确定区域内护士总数。根据实际情况，考虑不同机构功能定位下床护比要求，确定医疗机构护士配置数量。其他护理人

员根据区域内护理需求和职能定位配置。

4. 必需药师（士）数。根据当地医疗需求，按照每千人口药师（士）数，确定区域内药师（士）总数。根据实际情况，确定医疗机构药师（士）配置数量。其他药学专业技术人员根据区域内医疗机构需求配置。

5. 医疗机构的布局。统筹考虑区域发展战略及其要满足的各层次医疗服务需求等因素进行医疗机构布局，有利于形成分级诊疗模式，做好中长期重大疫情防控储备，加强平急结合，便于居民就诊和转诊，同时也促进不同类型机构实现其功能定位和高质量发展。

（四）制定医疗机构现状图和设置规划图。加强与城市规划部门沟通协调，根据现有区域内医疗机构布局，结合服务人口半径和实际医疗需求，加强对区域内医疗机构的宏观调控和动态管理。

## 五、公立医院设置的基本规则

（一）合理设置公立医院数量。公立医院的设置要符合国家和地方的卫生健康事业发展总体规划。在省级区域，每1000-1500万人口规划设置1个省级区域医疗中心，同时根据需要规划布局儿童、肿瘤、精神、传染病等专科医院和中医医院，地广人稀地区人口规模可以适当放宽，并根据医疗服务实际需要设置职业病和口腔医院；在地市级区域，每100-200万人口设置1-2个地市办三级综合医院（含中医类医院，地广人稀的地区人口规模可以适当放宽），根据需要设

置儿童、精神、妇产、肿瘤、传染病、康复等市办专科医院（含中医类专科医院）。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；在县级区域，依据常住人口数，原则上设置 1 个县办综合医院和 1 个县办中医类医院（含中医医院、中西医结合医院、少数民族医医院等），民族地区、民族自治地方的县级区域优先设立少数民族医医院。原则上县域常住人口超过 100 万人口的地区，可适当增加县办医院数量；县域常住人口低于 10 万人口，应整合设置县办医院。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精神专科医院或依托县办综合医院设置精神专科和病房。实现省、市、县均有 1 所政府举办标准化的妇幼保健机构。

（二）合理确定公立医院单体（单个执业点）床位规模。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）床位数一般以 600-1000 张左右为宜；新设置的地市办综合医院床位数一般以 1000-1500 张左右为宜；新设置的省办及以上综合医院床位数一般以 1500-3000 张左右为宜。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。省级卫生健康行政部门确定设置床单元建筑面积、门诊量/门诊建筑面积的最低控制标准。承担区域医疗中心任务的，可根据医疗服务需求适当

增加床位规模。

（三）合理配置公立三级综合医院床位数。充分发挥三级医院在医学科学、技术创新和人才培养等方面的引领作用，重点承担急危重症、疑难复杂疾病的诊疗任务。在设置审批三级综合医院时，要引导三级综合医院提高重症医学专业床位规模及占比，合理配置各临床专科资源。新增三级综合医院及其床位应当综合考虑病床使用率、平均住院日、收治病种难度等因素，原则上平均住院日过长的不得新增。

## 六、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。

综合考虑本地区经济社会、医疗资源布局和群众健康需求，统筹规划医疗资源和布局，支持实力强的公立医院适度发展分院区。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。建立完善不同院区间统筹管理制度，强化防治结合、平急结合，加强重大疫情救治等突发公共卫生事件应急处置能力建设，

确保重大疫情发生时迅速转换功能。

（一）公立医院申请设置分院区的基本条件。原则上支持部分综合实力强的公立医院，在严格控制单体规模基础上建设分院区。申请设立分院区的公立医院原则上应当满足以下条件：三级甲等公立医院，病床使用率持续超过 90%高位运行，平均住院日处于全国同类别医院前 10%（以平均住院日短为优），住院病人疑难程度（CMI 值）排名为所在省份同类别医院的前 10%，现有院区绩效考核等级连续三年 A+级以上（专科医院 A 级以上），近三年未发生重大医疗安全事件和严重行风问题。

达到以上条件的公立医院，在严格落实分级诊疗有关要求，通过医联体建设、双向转诊、日间手术等措施，进一步提升服务效率的基础上，仍难以满足群众就医需求时，方可考虑在加强人才储备的前提下发展多院区。尚未达到条件的医院应当强化内涵建设，进一步提升医疗质量与效率，通过改善性建设等方式，在不增加床位的前提下，优化患者就医环境与条件，为患者提供更优质、高效的医疗服务。原则上，除国家医学中心、国家区域医疗中心以及国家区域医疗中心建设项目单位、承担北京医疗卫生非首都功能疏解任务的项目单位外，不跨省设立分院区。

（二）明确医院建设发展的不同阶段。充分考虑公立医院服务半径、服务人口、服务需求、运行效率等因素，科学测算医院所处发展阶段，指导医院合理开展建设。依据数学

模型（见附件）测算结果，医院明确自身发展阶段。 $R \leq 1$ ，医院暂不适宜建设分院区，应当强化内涵建设，进一步提升医疗服务效率。 $1 < R < 1.3$ ，医院重点开展改善性建设，进一步改善医疗服务，提升服务效率。视情可进行人才储备。 $R \geq 1.3$ ，医院在人员储备基础上，视情发展分院区，控制单体院区规模。

（三）合理确定公立医院分院区规模。在符合区域医疗卫生服务体系规划和医疗机构设置规划的基础上，结合经济社会发展、群众看病就医需求等实际，优先考虑在医疗资源相对薄弱、群众医疗需求较大的地区开办分院区，避免重复建设、资源浪费，逐步缩小地区间医疗差异，满足群众就近享有高水平医疗服务的需求。原则上，到 2025 年末，符合条件的公立医院举办分院区不得超过 3 个；新增分院区的，每个分院区的床位数量不低于二级同类别医院最低要求、不高于本指导原则确定的同级综合医院床位最高标准，各分院区总床位数不超过 2020 年末主院区编制床位数的 80%。承担北京医疗卫生非首都功能疏解任务的项目单位可按实际情况予以调整。设置与主院区同类别分院区，卫生专业技术人员数量与床位数量比例应当符合主院区所属级别类别医院的基本标准；综合医院设置专科型分院区，卫生专业技术人员数量与床位数量比例应当符合相应三级专科医院的基本标准。避免出现摊薄、稀释优质医疗资源的问题。

## 七、医疗机构设置规划制定权限和程序

(一) 县级卫生健康行政部门。

1.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；

2.按照《规划》要求进行县域医疗机构配置布局；

3.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。

(二) 设区的市级卫生健康行政部门。

1.拟订、论证《规划》方案；

2.按照《规划》方案组织进行具体工作；

3.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；

4.组织《规划》的实施。

(三) 省级卫生健康行政部门。

1.在设区的市制订《规划》时，省级卫生健康行政部门提出宏观调控的指导意见；

2.按照国家有关规定和政策、本省实际，综合各设区的市级《规划》，制定省级《规划》；

3.将省级《规划》报省级人民政府批准实施；

4.组织《规划》的实施。

## 八、医疗机构设置规划的监测和评估

地方各级卫生健康行政部门要建立科学合理、适应发展

的医疗机构设置和床位规划管理制度，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、设置和监管。加强《规划》实施的监测和评估，确保医疗机构按《规划》设置，并根据监测评估结果做好《规划》制修订工作。

## **九、医疗机构设置规划的更新**

《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。

附件：医院建设发展阶段测算模型

## 附件

# 医院建设发展阶段测算模型

### 一、床位需求数量 $bed=$

$$\Sigma ( pop_{1n} * per_{1n} * A_n * 0.8 + pop_{2n} * per_{2n} * B_n * 1.1 + pop_{3n} * per_{3n} * C_n * 1.3 ) /$$

病床使用率/病床周转次数

### 二、床位需求系数 $R=bed/$ 实际开放床位数

1.  $pop_i$  表示医院所在地市以年龄划分的分层地区人口数（人口数应是户籍人口、暂住人口及流动人口日平均数之和）。

2.  $pop_2$  表示医院所在省份（除去所在地市）以年龄划分的分层地区人口数（人口数应是户籍人口、暂住人口及流动人口日平均数之和）。

3.  $pop_3$  表示医院所在区域（除去该省）以年龄划分的分层地区人口数（人口数应是户籍人口、暂住人口及流动人口日平均数之和）。

4.  $A$  表示医院所在地市以年龄划分的住院率，按每 5 年划分年龄段；若没有分年龄组人口和分年龄组住院率，可以用区域人群年住院率代替。

5.  $B$  表示医院所在省份（除去所在地市）以年龄划分的住院率，按每 5 年划分年龄段；若没有分年龄组人口和分年龄组住院率，可以用区域人群年住院率代替。

6.  $C$  表示医院所在区域（除去该省）以年龄划分的住院率，按每 5 年划分年龄段；若没有分年龄组人口和分年龄组住院率，可以用区域人群年住院率代替。

7.  $per_1$  医院在所在地市的入院人数占比。

8.  $per_2$  医院在所在省份（除去所在地市）的入院人数占比。

9.  $per_3$  医院在所在区域（除去该省）的入院人数占比。

10.  $n$  表示不同年龄段。

11. 公式中的 0.8、1.1、1.3 为服务半径相对应的床位权重。

### 三、结果运用

$R \leq 1$ ，说明该医院以收治本地市患者为主，且医疗服务效率有较大提升空间，暂不适宜建设分院区。

$1 < R < 1.3$ ，说明该医院现有床位数基本满足患者就医需求，重点是优化服务流程，提升服务效率。视情可进行人才储备。

$R \geq 1.3$ ，说明该医院收治大量外埠患者，具有明显区域辐射能力，现有床位数难以满足患者就医需求，视情发展分院区。