

浙江省医疗卫生服务体系暨医疗机构设置 “十四五”规划

(征求意见稿)

为加强全省卫生健康资源配置的宏观调控，促进区域之间、城乡之间基本公共卫生和基本医疗服务的协调发展，推动优质医疗资源扩容和均衡布局，提升卫生健康服务的综合能力和整体效率，不断满足人民群众多元化多层次卫生健康服务需求，夯实共同富裕的健康基础，根据国家有关要求，结合我省实际，制定本规划。

一、总体思路

(一) 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和历次全会精神，以新时期卫生健康工作方针为指引，以维护和发展人民健康为出发点和落脚点，以高水平建设健康浙江为统领，坚定贯彻新发展理念，紧扣高质量竞争力现代化发展主题，更加注重统筹安全和发展，更加注重预防为主和医防融合，更加注重中西医并重和优势互补，更加注重优质扩容和区域协调，优化结构布局、提升品质能级、提高发展质量，推动卫生健康服务体系从以治疗为中心

向以健康为中心转型，从规模扩张向内涵提升转型，从各自为战向整体协作转型，努力实现医疗卫生资源更加优质均衡，医疗健康服务更加普惠公平，为推进高质量发展建设共同富裕示范区奠定坚实的健康基础。

（二）基本原则

——以人为本，公平可及。按照公平可及、普惠共享的要求，合理确定各级各类医疗卫生机构的数量、规模、布局 and 各类资源配置标准，加强短板领域和薄弱环节的资源供给，让更多优质医疗卫生服务更公平惠及全体人民。

——平疫结合，急慢并重。着眼复杂严峻形势局面和常态化疫情防控要求，统筹“平时”和“战时”双重需要，提高机构、设施平疫结合和快速转换能力，提升重大疾病防控救治水平，切实增强医疗卫生服务体系发展韧性。

——统筹协调，优质均衡。充分考虑地方发展的差异性，实行分级分类管理，加强梯次配置和智慧互联，推进优质医疗资源有效扩容和均衡布局，逐步缩小城乡、区域间差异，提升区域中心发展能级和县域综合承载能力，推动区域均衡协调发展。

——改革创新，系统整合。强化改革创新的突破和先导作用，突出预防为主、以基层为重点、中西医并重，坚持软件硬件协同发力，强化资源共享和分工协作，加快构建医防

融合、上下协作、医养结合、全人全程的系统性连续性服务模式。

——政府主导，多元参与。牢牢把握公立医疗卫生机构的主体主导地位，强化政府办医责任，充分发挥市场机制在资源配置和服务利用中的作用，加快形成政府市场双轮驱动、互促共进的发展格局。

（三）发展目标

到 2025 年，优质资源配置更加均衡，服务供给更加均等，服务质量更加均质，服务体系整体效能显著提高，基本建成体系完整、分工明确、密切协作、区域协调、运行高效、整体智治、富有韧性的整合型医疗卫生服务体系，形成省级有高峰、市域有高地、县域有高原的全省域医疗卫生协调发展格局，群众享有更加综合、连续、协同、智慧、安全的卫生健康服务，群众满意度持续提升，居民健康水平继续续走在全国前列。

（四）主要指标

表 1：医疗卫生服务体系资源要素配置主要指标

主 要 指 标	2025 年目标	指标性质
每千常住人口医疗卫生机构床位数（张）	7.5	指导性
其中：公立医疗卫生机构	5.7	指导性
内：县域公立医疗卫生机构	3.7	指导性
社会办医院	1.8	指导性

每千常住人口康复床位数（张）	0.3	指导性
每千名 65 岁及以上老年人护理和长期照护床位数（张）	2.5	指导性
每千常住人口精神床位数（张）	0.5	指导性
每千人拥有婴幼儿照护设施托位(张)	4.5	指导性
每千常住人口执业（助理）医师数（人）	4.3	指导性
每千常住人口注册护士数（≥人）	5	约束性
每万常住人口全科医生数（≥人）	5	约束性
医护比	1:1.16	指导性
床-人（卫生技术人员）比	1:1.5	指导性
三甲/三乙综合医院平均住院日（天）	6.5/7.5 以下	指导性
三甲综合医院三四类手术占比%	35 以上	指导性

二、机构设置与功能定位

医疗卫生服务体系由专业公共卫生机构、医院、基层医疗卫生机构等组成，坚持以非营利性医疗卫生机构为主体、营利性医疗卫生机构为补充。

（一）专业公共卫生机构。专业公共卫生机构是向辖区内提供专业公共卫生服务，并承担相应管理职能的机构，主要职责是完成上级下达的指令性任务，承担辖区内专业公共卫生服务任务，开展区域业务规划、科研培训、信息管理、技术支撑及对下级的业务指导、人员培训和监督考核等。专业公共卫生机构主要包括疾病预防控制、妇幼保健、院前急救、采供血和职业病防治等机构。

1. 疾病预防控制体系。

贯彻中央关于疾控体系改革的总体方案，按照系统重塑、预防为主、科学防控、协调高效的原则，理顺体制机制、明确功能定位、提升专业能力，形成从中央到基层领导有力、权威高效的疾控体系，为维护人民健康和国家安全提供保障。科学设置省、市、县（市、区）疾病预防控制机构，合理界定功能职责。

2. 妇幼保健体系。

机构设置：省、市、县（市、区）政府分别设置1家妇幼保健机构。

功能定位：各级妇幼保健机构以孕产保健、妇女保健、儿童保健和生殖保健为中心，以必要的临床诊疗技术为支撑，加强保健与临床融合，提供妇幼健康服务，并负责辖区妇幼健康工作业务管理。省级妇幼保健机构是全省妇幼健康业务指导中心，承担科学研究、技术推广、业务指导、人员培训等职能任务。市级妇幼保健机构是全市妇幼保健业务指导中心，承担市域妇幼健康工作业务管理任务，原则上应为三级妇幼保健院。县级妇幼保健机构承担县域内妇幼健康业务管理、人群服务和基层指导，融入县域医共体建设。

3. 院前急救体系。

机构设置：省级依托浙江省人民医院，建设浙江省急救指挥中心。设区市和有条件的县（市、区）应设置独立建制

的急救中心，其他依托区域内综合水平较高的医疗机构设置急救中心（站）。急救中心（站）的设置应满足城市 10 分钟、乡村 15 分钟急救反应时间要求。

功能定位：省急救指挥中心承担组织协调全省院前医疗急救工作，制定规章制度、考核标准，开展培训科研。市、县（市、区）急救中心（站）承担各种伤病员的院前急救工作，开展急救技能普及宣传、培训和科研等工作，承担重大活动医疗保障工作。

4. 采供血体系。

机构设置：省级设置省血液中心，除杭州市外，其他各设区市设置 1 家中心血站，各县级分支机构逐步完成独立执业许可设置，未设采供血机构的要合理布局中心血库和储血点。原则上每个县（市、区）设置不少于 1 个固定献血屋。

功能定位：省血液中心对全省采供血机构进行业务管理、技术指导、质量控制与评价、应急协调，对医疗机构临床用血进行业务指导，开展血液集中化检测、无偿献血者招募、血液采集制备、临床用血供应、输血相关科研等工作。中心血站做好献血招募、血液采集与制备、临床用血供应以及医疗用血业务指导，承担区域内血液储存的质量控制，并对所在行政区域内的中心血库进行质量控制。将县级中心血库和储血点统一纳入全省血液质量安全控制体系。

5. 职业病防治体系。

机构设置：职业病防治体系包括职业病监测评估、职业病危害工程防护、职业病诊断救治等机构，主要依托省、市、县（市、区）级疾病预防控制中心、综合性医院和第三方机构，建立职业病监测评估技术支撑网络，每个县至少有 1 家医疗机构承担职业健康检查工作。以省疾病预防控制中心为主体，设立工程防护技术指导中心，联合高校、技术服务机构、骨干企业和协会等，建立工程防护技术支撑体系。每个市至少设有 1 家职业病诊断机构。

功能定位：职业病监测评估机构主要承担行政辖区内的职业病危害因素监测、风险评估、职业病防治情况统计和调查分析、职业健康检查、职业病报告、应急处置、职业健康宣传教育与健康促进等技术支撑任务。职业病危害工程防护机构主要承担职业病危害工程防护及个体防护等标准研究和技术研发、筛选、推广、应用。职业病诊断机构承担本地区职业病诊断工作，强化与其他医院的合作及多学科联动，提供职业病救治技术支撑。

（二）医院。医院分为公立医院和社会办医院。公立医院分为政府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），主要提供疾病诊治，特别是急危重症和疑难病症的诊疗，承担健康教育、医学教

育、人才培养、医学科研和对基层医疗卫生机构的业务指导等任务，承担法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件医疗处置和紧急救援、支援社区等任务；社会办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、多元服务需求的有效途径。政府办医院包括省办医院、市办医院、县办医院。

1. 省办医院。

机构设置：在杭州、温州、湖州等地现有省办公立医院基础上，浙江大学医学院附属第四医院纳入省级医院管理。

功能定位：除具备省级医院一般功能定位外，承担国家医学中心和区域医疗中心建设的省级医院要积极参加制定国家级疑难危重症诊疗规范、疾病诊疗指南和有关标准，在医疗技术、临床教学、人才培养、科研培训等方面形成国内或区域内竞争新优势，成为掌握核心竞争力、具有学术话语权、引领医学发展先进方向的龙头力量。

2. 市办医院。

机构设置：设区的市级区域按照常住人口，每 100-200 万人口设置 1-3 家市办公立医院，其中至少设置 1 家综合医院、1 家中医（中西医结合）医院、1 家精神专科医院，每个市至少培育 1 家老年医疗学科特色突出的三级医院。

功能定位：市办公立医院主要承担市域内危重症、疑难

病临床诊治及医学教学、科研功能，住院医师规范化培训职能，重点提升肿瘤、心脑血管、创伤、精神、妇产、儿童、老年等专科服务能力。

3. 县办医院。

机构设置：县级政府至少举办 1 家县办综合医院、1 家县办中医医院，常住人口超过 40 万以上的县（市），县级公立医院的数量可适当增加，原则上应建有一家二级以上妇幼保健院。县级医院牵头组建县域医共体。辖区内医疗资源较为丰富的市辖区政府可根据实际决定是否举办区级医院。

功能定位：县级医院主要承担县域常见病多发病临床诊治、急诊急救和危重症转诊功能，负责基层卫生人才培养任务、适宜技术的推广應用和相应公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援等工作，是政府向县域内居民提供基本医疗卫生服务的重要载体。各市充分考虑医疗机构基础水平、功能任务、专科设置、运营状况和病源结构等，有序引导部分区级医院转型发展，向人口导入、医疗资源薄弱区域调整，或转型为康复、护理、精神卫生等专科医疗机构，提高医疗资源利用效率。

4. 社会办医院。

机构设置：社会办医院设置实行指导性规划，由投资主体自行选择营利性或非营利性机构。鼓励政府举办的医疗卫

生机构与社会力量合作举办非营利性医疗卫生机构。政府举办的医疗卫生机构不得与其他组织投资设立非独立法人资格的医疗卫生机构，不得与社会资本合作举办营利性医疗卫生机构。

功能定位：社会办医院可以提供基本医疗服务、高端服务和康复、老年护理等紧缺服务，鼓励社会力量在医疗资源薄弱区域或儿科、康复、护理、精神卫生等短缺专科领域举办医疗机构。

5、其他公立医院。支持部队、公安、民政、残联、退伍军人等部门办为特定人群服务为主的医院，作为医疗卫生服务体系的补充力量。支持国有和集体企事业单位举办非营利性医院。其他公立医院的资源纳入区域卫生规划统筹管理。

（三）基层医疗卫生机构。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、个体诊所、医务室、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）作为县域医共体成员单位，可以保留成员单位法人资格，也可与牵头医院共同组成一个独立事业单位。

机构设置：县级政府在每个乡镇举办好1家标准化乡镇卫生院，在每个街道（或3-10万人）举办好1家标准化社

区卫生服务中心。按照城区 15 分钟、农村 20 分钟服务圈的要求，合理设置社区卫生服务站、村卫生室。常住人口超过 1000 人的行政村（非卫生院所在地），应由政府或集体举办标准化村卫生室（服务站），偏远山区要建立完善多主体办医、多形式服务的基本医疗卫生服务圈。

个体诊所不受规划限制，实行市场调节的管理方式。根据相关规定，合理设置医务室、门诊部等。

功能定位：基层医疗卫生机构主要承担预防、保健、健康教育、疾病管理等基本公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗以及部分疾病的康复、护理、安宁疗护服务，接收医院转诊患者，向医院转诊超出自身服务能力的患者。支持中心镇卫生院具备二级乙等以上综合医院服务水平，支持有条件的社区卫生服务中心发展为社区医院。

（四）其他医疗卫生机构

1. 精神卫生机构。

机构设置：省、市、县（市、区）分别指定一所具备条件的精神专科医院或有精神专科特长的综合性医院作为本级精神卫生中心。二级以上综合性医院可根据医疗需求开设精神心理门诊、病房。服务人口多且设区市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。每个县至少有 1 所县级公立医院设置有病房的精神科。依托社区

服务机构，完善精神障碍患者社区康复服务。在符合条件的社区卫生服务中心、乡镇卫生院设立精神（心理）科门诊。

功能定位：精神专科医院和有精神专科特长的综合性医院是精神疾病患者急性住院治疗的主要机构，承担精神疾病的预防、医疗、康复和心理行为问题干预、心理健康促进等任务。各级精神卫生中心作为区域内精神卫生防治和心理健康服务技术管理机构，承担各类精神疾病和心理行为问题的预防、医疗、康复、健康教育、信息收集等培训与指导工作。依托各级精神卫生中心成立公共卫生应急心理救援中心，负责本级心理救援队伍组建，面向指定医疗机构和救援队伍开展日常培训和演练，承担相关事件发生时具体心理救援工作的组织和实施。综合性医院精神（心理）科主要承担常见精神疾病诊疗、康复、健康教育、心理行为问题干预和严重精神障碍转诊等任务。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。精神疾病社区康复机构主要承担康复训练期和收养期的精神疾病患者生活和职业技能康复训练以及生活照料等任务。

2. 其他医疗机构。

鼓励设置独立的区域医学检验中心、病理诊断中心、医学影像中心、血液透析中心、医疗消毒供应中心、健康体检中心等机构，与各级各类医院和基层医疗卫生机构建立协作

关系，实现区域资源共享。鼓励发展护理院、护理中心、康复中心、安宁疗护中心等接续性服务机构，为疾病慢性期、恢复期患者以及老年患者等提供老年护理服务、康复医疗服务和安宁疗护服务等。

三、主要卫生资源配置

（一）床位资源

1. 加强各级公立医院协调发展。按照“做强县级、做精市级、做优省级”的导向，合理增加医疗机构床位总体规模，推动省市级优质医疗资源扩容和均衡布局，到“十四五”末，全省每千常住人口公立医疗卫生机构规划床位数 5.7 张左右，其中，县域公立医疗卫生机构 3.7 张/千人左右。

2. 优化床位资源配置结构。优先支持传染病、肿瘤、重症、儿科等治疗性床位配置，全面加强康复、护理、长期照护、安宁疗护等紧缺床位供给。康复医院和综合医院康复科床位主要为康复床位。二级及以下医疗机构中老年护理病区的床位，护理院、疗养院等医疗机构床位原则上为护理和长期照护床位。到“十四五”末，全省每千常住人口康复床位数 0.3 张，每千名 65 岁及以上老年人护理和长期照护床位数 2.5 张。公立中医类医院床位数按照每千常住人口 0.73 张左右配置。为社会办医院预留每千常住人口 1.8 张的床位指标。

3. 提高床位使用效率。二级以上公立医院全面成立住院服务中心，打破以科室为单位的资源管理方式，对全院床位资源实行统一管理、统筹调配。原则上三级甲等综合医院平均住院日控制在 6.5 天以内，三级乙等综合医院平均住院日控制在 7.5 天以内。创设标准床指数，探索对床位使用绩效进行评价。

（二）人力资源。促进机构建设、床位设置与人力资源配置协调性，不断提高医疗质量和服务品质，主动适应公共卫生形势变化，补齐专业公共卫生人员缺编少员的短板，适度提高医生、护士的配置标准并落实到位。到“十四五”末，全省每千常住人口执业（助理）医师数 4.3 人以上，注册护士数 5 人以上。

——疾病预防控制机构人员配置：按照国家有关规定，坚持“权责一致、编随责增、人事相宜、保障履职”的原则，综合考虑辖区人口、工作量、服务范围和经济水平等因素，落实人员编制，具体标准另行制定。

——妇幼保健机构人员配置：加强妇幼保健机构人才队伍建设，卫生技术人员比例应当不低于总人数的 80%。其中县（市、区）级妇幼保健人员原则上按照每万常住人口 1-1.5 名配置，省、市级根据工作任务合理配置。

——精神卫生机构人员配置：全省精神科医师数达到 4

名/10 万人。心理治疗师和精神卫生社会工作者逐年增加至合理水平。每个街道/乡镇配备至少 1 名精神康复服务专干，包括康复师、社会工作者等。

——医疗机构人力资源配置：按照医院等级与功能任务的需要确定床位与人员配比，二级及以上综合医院卫技人员数占比不少于 70%。三级甲等综合医院实际开放床位与卫技人员比例不少于 1:1.25，三级乙等综合医院不少于 1:1.15，二级综合医院不少于 1:1。加强医护资源的协调配置，三级甲等综合医院在岗护士每床不少于 0.7 人，三级乙等综合医院每床不少于 0.65 人，二级综合医院每床不少于 0.6 人。中医医院及其他专科医院、妇保院参照有关规定执行。承担临床教学、带教实习、支援基层、援外医疗、应急救援、医学科研等任务的医疗卫生机构应适当增加人员配置。

医共体人员实行分类核定，统筹配置。原则上成员单位（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）按照每万人服务人口配置 13—15 人，设置床位的，另增加 0.7 人/床，其中建制乡镇卫生院（街道社区卫生服务中心）以及二级以上医疗机构应配备至少 2 名公共卫生医师。医共体人员由牵头医院统一招聘，统一培训，统一使用，统一调配管理。加强乡村医生队伍建设，实行乡村一体化管理，扩大订单式培养规模，推行县招乡管、乡聘村用，妥善解决乡村医生的身份待遇等问

题，到“十四五”末，每个政府办村级医疗卫生机构至少拥有1名执业（助理）医师。

——急救中心、采供血等其他专业机构根据工作量和任务职责合理配置人力资源。

（三）设备资源。加强大型医用设备配置规划和准入管理，实行总量控制，严格规范准入条件。根据功能定位、医疗技术水平、学科发展和群众健康需求，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，优先考虑配置功能适用、技术适宜、节能环保的国产医用设备，逐步提高国产医用设备配置水平。公立医疗机构配备大型医用设备以政府投入为主。支持发展专业的医学检验机构和影像机构，推动建立“基层检查、上级诊断、资源共享、结果互认”的服务模式，提高设备利用效率。加强医学检验检查质量控制，充分发挥全省医学检验检查共享平台的作用，提高诊间调用率，有效降低重复检查比例。

根据保障公共卫生安全的需要，瞄准国际先进水平，配置和更新专业公共卫生机构实验室检测设备、大型救治设备、卫生应急装备和信息化设施设备，承担重大疫情救治任务的定点医院要重点加强 ECMO、移动 DR、呼吸机、监护仪等生命支持类、急救类设备配置。

增强院前急救能力，完善急救中心（站）设施设备和急

救车辆，按照国家、省有关规定，结合交通半径和常住人口合理配置急救车和负压救护车。加强采供血车辆配备，原则上按供血量每 3 吨配置 1 辆送血车，合理配置流动采血车。

（四）实验室资源。改造提升现有生物安全等级三级（P3）实验室，加快推进动物生物安全等级三级（P3）实验室建设。依托市、县疾病预防控制中心建设若干高标准生物安全二级（P2）实验室，在有条件的设区市疾病预防控制中心建设加强型生物安全二级（P2）实验室，在整合市县两级疾病预防控制中心检验检测资源基础上配置移动生物安全二级（P2）实验室。三级综合性医院和传染病医院建立符合需要的加强型生物安全等级二级（P2）的实验室，具有多种基因检测技术平台，具备自行开展生化、免疫、临床基因扩增检验等实验室条件，县级医院应建有符合生物安全等级二级（P2）的实验室。全省建设配备一批快速移动检测实验室。

（五）学科（专科）资源。集中优势打造医学高峰，持续优化三级学科体系，在省级层面，围绕科技前沿领域、重大战略需求、重大疾病、重点薄弱领域，通过整合、优化、提升等举措，新建 10-15 个技术领先、特色明显、团队合理的科创基地，并与科研计划和人才计划相衔接。实施“四个一批”高峰学科计划，创建一批一流品牌学科、发展一批重点优势学科、培育一批特色学科、支持一批潜力学科，力争

进入国内、国际第一方阵。规划布局 30-40 个省级医学重点学科，进入全国前 3 的学科数量达 10 个以上，前 10 的学科数量达 30 个以上。

在市县层面，围绕区域卫生健康事业需求和医共体建设要求，以学科人才和技术为核心，统一规划、突出重点、补齐短板，布局一批省市共建学科、县级龙头学科和非公立医疗机构特色学科，突出诊治能力、医防融合和技术提升要求，有针对性地集中力量进行学科建设。加强临床专科建设，强化学科融合，创新多学科联合诊疗（MDT）模式，改善患者就医体验。加强二级及以上医院老年医学科建设，推进医养康融合发展，到 2025 年，全省二级以上综合医院和二甲以上中医医院规范设置老年医学科的比例达到 60%以上。

（六）临床技术资源。坚持科学、规范、安全、有效、经济、伦理原则，加强医疗临床技术管理。支持国家临床医学研究中心、国家中医临床研究基地和临床重点专科（学科）建设，建成一批国内领先、具有一定国际知名度的临床中心和特色优势学科，并以此为基础，建设一批现代化研究型医院，作为创新资源聚集平台。

辅助生殖技术、器官移植技术等按照国家有关规定实行准入制度。统筹规划人类辅助生殖技术配置，加强技术准入和综合监管，严禁商业化和产业化。全省新增开展夫精人工

授精或供精人工授精技术的医疗机构不超过 4 家，新增开展植入前胚胎遗传学诊断技术的医疗机构不超过 3 家。

（七）信息数据资源。依托省、市、县三级全民健康信息平台，推动医疗服务、公共卫生、医疗保障、药品供应、综合管理等信息系统互联互通，实现数据汇集和共享。开展大数据分析应用工程，建立完善全员人口、居民电子健康档案、电子病历、基础资源等核心数据库。全省统一建设传染病监测、慢病及其危害因素监测、免疫规划监测、健康危害因素监测、精神卫生监测、疾病预防控制综合管理等 6 大疾病预防控制业务应用系统，实现与各级各类医疗机构信息系统的互通共享，形成全省统一的公共卫生数据中心。升级扩容省、市、县三级卫生健康监督执法信息系统，推动建立乡级卫生监督子健康档案在线查询和规范使用。全省统一建设院前医疗急救工作信息管理系统和血液管理信息系统。

四、重点任务

（一）建设强大的现代化公共卫生安全体系

以疾病预防控制机构改革、传染病定点医院建设和省级重大传染病救治基地、紧急医学救援基地等项目建设为重点，织密织牢公共卫生安全网络。

1. 建设现代化疾病预防控制体系。推进疾病预防控制机构改革，强化上级疾控机构对下级疾控机构的业务领导和工

作协同，完善防治结合、联防联控、群防群控机制。建立功能完备的疾控网络，分级分类组建公共卫生应急队伍，创新医防协同机制，加强科研专业支撑，健全决策咨询体系，统筹好机构改革和疫情防控，改革过渡期内按照原机构原机制运行。

按照查缺补漏、填平补齐的原则，合理确定建设项目和建设规模，促进各级疾病预防控制机构业务用房和设施设备达标，到 2025 年，全省疾病预防控制机构标准化率达到 95% 以上。

2. 加强重大传染病防治基地建设。适当提高综合性医院传染病防治设施建设标准，提升公共卫生突发事件防控救治能力。建立健全分级、分层、分流的传染病等重大疫情救治机制，依托浙江大学医学院附属第一医院谋划建设平战结合的省公共卫生临床中心，作为全省传染病临床研究中心、疑难危重传染病诊治中心、技术指导中心和远程会诊中心，争创国家重大传染病防治基地。依托浙江大学医学院附属儿童医院建设省儿童疑难危重传染病诊治中心。在杭州、宁波、温州三地建设 3 个省级重大疫情救治基地，承担危重症患者集中救治和医疗应急物资集中储备任务。

3. 完善市县传染病收治定点医院和后备医院网络。建立传染病收治定点医院和后备医院清单目录，在定点医院基础

上，各地选择至少 1 家适当规模的医院作为后备医院，具备重大疫情时快速腾空、收治传染病的功能。市级传染病定点医院建设独立的感染楼或传染病院区，具备传染病常规筛查、实验室及影像检查、病人留观和住院、重症救治（ICU）、手术、医务人员隔离（生活）等功能。县级定点医院建设相对独立的感染病区或感染楼，有条件的可单独设立院区，满足辖区内传染病常规筛查、实验室及影像检查、患者留观和住院治疗等功能。重点加强市县定点医院传染病病床和重症监护病区建设，完善可转换病区，加强重症、呼吸、麻醉、感染等重大疫情救治相关学科建设。传染病救治床位和重症监护床位按照浙发改社会【2020】314 号文件执行。

4. 建设紧急医学救援基地。针对事故灾害等重大突发事件，加强紧急医学救援机构和二级以上综合医院急诊科、创伤科建设。依托浙江大学医学院附属第二医院建设省突发公共卫生事件创伤应急救援中心，作为全省创伤疑难复杂危急重症救治中心，提升严重创伤、多发伤害救治能力，强化创伤病房、重症监控病房、创伤复苏单元等建设，争创国家紧急医学救援基地。加强在浙国家国家卫生应急队伍建设，支持浙江省人民医院建设国际卫生应急救援队，提升紧急医疗救援能力。完善浙北、浙南、浙东、浙西、浙中五大区域卫生应急综合保障基地，加强应急物资储备和专业设施设备建

设，实现省域范围跨区域卫生应急 1 小时快速响应。加强核与辐射、化学中毒、传染病等省级卫生应急专业救治基地建设。建立海上、航空应急医疗救援体系，形成陆海空三位一体、协同联动的立体式、全方位省域公共卫生应急网络。建设浙江省（长三角）突发公共卫生事件应急培训与演练基地，加强区域业务协作。

（二）建设高质量整合型医疗服务体系

以国家医学中心、国家区域医疗中心建设为牵引，合理布局省级区域医疗中心，推动优质医疗资源有效扩容和均衡布局，深化医共体、医联体改革，促进社会办医协调发展，建设高质量的医疗服务体系。

1. 推进国家医学中心和国家区域医疗中心建设。主要依托在杭省级医院，高标准高质量建设国家传染病医学中心、综合类国家区域医疗中心及心血管病、创伤、呼吸、妇产、儿童、癌症等 6 个专业类国家区域医疗中心，打造医学高峰。

支持高水平的省级医院优化空间布局和学科结构，推进有效扩容和均衡布局，高质量建设一院多区。推动浙江大学医学院附属第一医院、中科院基础医学与肿瘤所整合现有资源建立主要传染性疾病、肿瘤信息库并组织开展多中心、大样本临床研究，集聚医教研产创新资源，打造高层次医学人才培养、教育培训和医学科研创新平台，提升并辐射带动危

重症患者临床诊治能力，引领国家传染病及肿瘤医学发展方向。支持三大国家临床医学研究中心建设，创新医企、医研融合发展的体制机制，提升基础研究能力，助力打造生命健康科创高地。

发挥国家区域医疗中心建设单位在疑难危重症诊断与治疗、医学人才培养、临床研究、疾病防控、医院管理等方面的引领、辐射和带动作用，瞄准国际一流、国内领先的目标，聚合各种创新资源，奋力提升核心竞争力，推动区域间医疗服务同质化水平，高质量完成国家区域医疗中心建设任务。

优先发展人体器官移植、血液病、重症医学、神经疾病、骨科、眼科、微创外科、康复医学、老年医学、口腔医学等10个医学重点培育专科，作为争取更多国家区域医疗中心项目的重要储备。

2. 推进省级区域医疗中心建设。围绕长三角一体化国家战略和省“四大都市区”空间布局，在湖州、宁波、温州、金义依托高水平市级综合性医院设置省级区域医疗中心，科学提高省级区域医疗中心建设标准，适度超前规划布局，提升医疗服务能力，与区域经济社会高质量发展相协调。强化基础设施建设，加强设施设备配置和合理冗余备份，提升信息化水平，建设面向周边市县的远程诊疗和教育平台，重点

提高传染病、儿童、肿瘤、心脑血管等专科服务能力，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，推动省域内优质医疗资源均衡配置，实现一般大病、疑难重症不出省。

3. 推进市级医院优质发展。设区市各打造 1 家以上省级重点建设医院，以转诊、会诊、学科建设、人才培养、科学研究等为纽带，统筹考虑常住人口、服务半径等因素，规划建设一批省域领先、特色突出的儿童、老年、肿瘤、心血管、妇产、传染病、口腔、精神等省级重点专科，促进优质医疗资源的纵向延伸和横向流动。实施委市战略合作工程，构建杭嘉湖、杭绍、甬舟、温衢丽、温台、金义等区域协同发展模式，推动宁波市级医院对舟山市，浙江中医药大学、温州医科大学附属医院对衢州市的紧密型合作，加快推进嘉兴二院、宁波一院等迁建项目进度，整体提升区域医疗服务水平。

4. 推进县域医疗综合服务能力提升。实施“山海提升”工程，打造“双下沉、两提升”升级版，以医共体牵头医院为重点，持续推动城市优质医疗资源精准下沉，重点加大对优质医疗资源短缺、转外就医多、地方积极性高地区的倾斜力度，建设省市医院与县级医院合作的高水平医联体，确保省市级优质医疗资源全面覆盖 32 个山区海岛县，缩小区域间医疗技术和服务水平差距，显著提升县域医疗综合服务能力。

力。

深化县域医共体改革，强化基层首诊，分级诊疗，完善上下联动、急慢分治的有序就医格局。推进城市医联体建设，网格化组建由市级三级公立医院或代表辖区医疗水平的医院牵头，其他若干家医院、基层医疗卫生机构、公共卫生机构等为成员的城市医联体，建立完善分工协作与利益共享机制。“十四五”期间建设市级医院与城市社区卫生服务中心等机构合作的城市医联体不少于 40 家。

建设县级强院，合理提高建设标准，提升设施设备现代化水平，针对县域内诊疗需求较大、县域外转诊较多的病种，加强专病中心建设，提高儿科、老年医学科、精神科、感染性疾病科等专科能力，完善二级诊疗科目设置，推广内镜、介入治疗等微创技术，有效承担县域内常见病、多发病诊疗，危急重症抢救与疑难病转诊等任务，原则上每个县至少有一家医共体牵头医院达到三级医院水平，支持部分综合实力较强的医院创建三级甲等综合性医院。

实施基层医疗卫生机构标准化工程，以县域医共体或城市医联体为单位，统筹推进基层医疗卫生机构基础设施和信息化等建设，强化急救、全科、儿科、康复、护理、中医药和公共卫生等服务能力，满足当地常见病、多发病诊治需求，城区新建社区卫生服务机构要在内部建设社区医养结合服

务设施。农村地区探索乡镇卫生院与敬老院、村卫生室与农村幸福院统筹规划，毗邻建设。

到 2025 年，服务人口较多、规模较大的乡镇（街道）所在地医共体成员单位普遍具备二级乙等以上医院能力，新改扩建村级卫生服务机构 3000 家，政府（集体）办村级医疗机构达 60%以上，村卫生室规范化率达到 90%。

5. 促进社会办医协调发展。鼓励社会力量举办的医疗卫生机构提供基本医疗服务，规范和引导其拓展多层次多样化服务，在眼科、骨科（骨伤科）、口腔、妇产、儿科、肿瘤、精神、医疗美容等专科以及康复、护理、体检等领域，加快打造一批具有竞争力的品牌服务机构。支持举办连锁化、集团化经营的医学检验、病理诊断、医学影像、消毒供应、血液净化、安宁疗护等独立设置医疗机构。支持社会办医发展“互联网+医疗健康”，开展远程医疗、健康咨询、健康管理服务。鼓励商业保险机构与社会办医联合开发多样化、个性化健康保险产品。鼓励有实力的社会办医疗机构有序发展前沿医疗服务，引导建成一批有一定规模、有一定社会影响、有一定品牌特色的社会办医院，实现社会办医院服务量占比明显提高。推进杭州市个体诊所设置备案制试点改革。

支持社会办非营利性医疗机构与公立医院开展医疗业务、学科建设、人才培养等合作。社会办医院可以自愿加入

公立医院牵头组建的城市医疗集团和县域医共体，综合力量或专科服务能力较强的社会办医也可牵头组建。

（三）打造独特优势鲜明中医药服务体系

以省级以上中医医学中心、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，基层卫生机构中医馆为基础，健全完善融预防、治疗、康复为一体，覆盖全民和全周期的中医药服务体系。

1. 筑牢中医药发展的基层基础。实施县级中医医院强院建设，进一步增强县域医共体、城市医联体中医药服务功能，健全完善县域中医服务网络及规范化服务体系，推动县域范围内中医服务一体化发展，实现县县有中医院，乡乡有中医馆和中医师，村村开展中医服务，力争90%以上的县级中医院达到二甲以上水平，70%以上医共体牵头的中医医院达到三级医院服务水平。推动宁波市和松阳县等8个县（市）创建全国基层中医药工作先进单位。支持有条件的中医医院开展社区和居家中医药健康养老服务。

2. 建设中医特色重点医院。选择一批中医药特色优势突出的中医医院，以中医医学中心、区域中医医疗中心建设为载体，以名医、名科、名药建设为手段，围绕专科专病，完善相关设施设备配置，加强中医综合治疗区（室）建设，挖掘、整理、评估、优化、创新、推广一批安全有效的中医医疗技

术，培养一批现代中医药人才，建设一批名老中医传承工作室。做优做强一批中医优势专科，建设特色鲜明的浙派中医药专科集群。加强中药制剂室建设，推动一批中药制剂开发应用和中药新药创制。着力提升中医诊疗能力和临床疗效，打造一批中医特色突出、示范带动作用明显的重点中医院。

3. 建设中西医结合“旗舰”医院。整合中西医诊疗体系，将中医纳入多学科会诊体系，推动建立综合医院、专科医院中西医会诊制度，打造释放中西医两种医学叠加优势的服务范式，打通中西医诊疗壁垒，改变“以西律中”现象，提高中西医结合医疗服务能力，提供疾病预防、治疗到康复一体化的中西医结合综合诊疗服务。支持符合条件的中医医院、中西医结合医院、综合医院、专科医院，开展中西医结合防治重大疾病和常见病多发病试点，加强相关重点中西医结合科室标准化建设，完善基础设施、信息化和设备条件，聚焦癌症、心脑血管、糖尿病、感染性疾病、老年痴呆、妇儿疾病和抗生素耐药问题，建设中西医结合临床协同基地和人才培养基地，建立中西医结合多学科团队，培养高层次中西医结合临床医学人才，建设中西医结合“旗舰”医院。

4. 促进中医药传承创新。推进浙江省中医院传承创新项目和临床研究基地建设。依托高水平中医医院，建设中医药重大疫病和突发公共卫生事件救治基地。支持省中医药研究

院青山湖科创园区、浙江省中医院富阳院区、浙江中医药大学附属第二医院申花院区等项目建设。支持中医类医疗机构、中医药研究院（所）、高等院校等联合建立浙江省中医药循证医学研究中心和“浙派中医”研究所，推进浙派中医体系研究。实施中医临床优势培育工程和中医特色康复服务能力提升工程，提高重大疑难病、急危重症临床疗效，促进中医药传承创新。

（四）构筑全方位全生命周期健康保障网络

坚持预防为主，关口前移，强化防治结合，医防融合，完善“一老一小”健康服务链条，健全精神卫生和社会心理服务体系，建设全人全程全方位的健康保障网络。

1. 完善老年健康服务体系。优先支持老年医疗、康复、护理等床位资源配置，通过新建、转型、提升等措施，加强护理院、康复医院、安宁疗护机构等建设，加快构建贯通健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护和安宁疗护的全链条老年健康服务体系。

建立健全老年医疗服务网络，逐步建立以机构为支撑、社区为平台、居家为基础的接续性服务体系，健全医疗机构与养老机构之间的业务协作机制，每个市至少有1家老年医疗学科特色突出的三级医院。增加老年护理服务供给，优化护理院、护理站（护理中心）规划布局，全省新增护理院、

康复医院等接续性医疗机构 100 家以上，基本满足 30% 的完全失能老年人入住护理院的需求。

在县、乡两级规范化建设安宁疗护中心、病区或床位，推进基层医疗卫生机构康复、护理、安宁疗护科室和病区（病房）建设并积极开展安宁疗护服务，到 2025 年，各设区市至少设立 1 个安宁疗护培训基地，各县（市、区）至少有 1 家医院和 20% 的基层医疗卫生机构开展安宁疗护服务，基层医疗卫生机构护理床位占比达到 30% 以上。

加强急性期康复医疗机构建设，以三级综合性医院康复医学科为主，主要承担疾病、损伤的急性期临床康复，为疾病急性期患者提供早期康复医疗服务。支持 1 家具备相应康复专业能力的三级甲等综合医院建设，争创国家区域康复医学中心，作为全省康复医学人才的培养基地、康复工程技术的临床实验基地、康复适宜技术的输出基地和康复转化医学学科的孵化基地，带动区域内康复医疗资源整合和体系发展。加强稳定期康复医疗机构建设，以康复专科医院（含以康复医疗服务为主的二级综合医院）为主，接受综合医院转诊的病情相对稳定的患者，提供以住院康复为主的专业、系统的康复医疗服务。加强恢复期康复医疗机构建设，以基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心和乡镇卫生院）、日间康复中心、康复专科门诊部等为主，为经评估确需康复医疗服

务的疾病恢复期患者，提供以门诊、上门服务和居家为主的社区康复训练与指导。到 2025 年实现每个社区卫生服务中心和乡镇卫生院均能提供康复服务。

2. 健全妇幼保健网络体系。推进省儿童医院滨江院区二期项目、省儿童医院莫干山院区和义乌院区项目、省妇产科医院钱江院区等项目建设，全面改善省级妇幼保健机构基础设施条件，提升妇女、儿童重大疾病、疑难复杂疾病和危急重症诊治能力。优化市级儿童医疗服务机构布局，提升县级儿科服务能力。推动妇幼保健特色专科建设，病（产）房、新生儿室等诊疗环境和设施设备条件全面改善。完善危重孕产妇和新生儿救治、转会诊网络，提升救治中心标准化水平和救治能力。

扩大婴幼儿照护普惠性服务供给，建成一批管理规范、模式可复制的婴幼儿照护服务示范单位，每千人口拥有 3 岁以下婴幼儿托位数 4.5 张，镇（街道）3 岁以下婴幼儿照护服务机构覆盖率达到 50% 以上。开展省级母婴室示范县（市、区）创建活动，二级以上医院全面配置标准母婴室，推进流动母婴室建设。各地在新冠肺炎定点救治医院之外，以分娩量最大的妇幼保健院、妇产医院为重点，确定一批应急助产机构，每个设区市和县（市）至少确定一家，并向社会公布，不得以疫情防控为由停诊、拒诊或延误治疗。推进“云上妇

幼”服务。

3. 完善精神卫生服务体系。以精神专科医院和有精神专科特长的综合性医院为主体，基层医疗卫生机构和精神疾病康复机构等为依托，疾病预防控制机构等为补充，建设完善精神卫生服务体系。

提升省精神卫生中心（省立同德医院）治疗、康复、科研教育等水平，建立和完善省级精神疾病诊疗和康复中心、质控中心、培训中心和国内外交流合作中心。重点支持各级精神专科医院、县办医院精神科建设，在有条件的基层医疗卫生机构开设精神心理门诊，鼓励社会力量开设精神心理门诊，鼓励符合条件的精神科医师，全职或者兼职开办精神专科诊所，成立适宜规模的合伙制医生集团，举办精神科医师联合诊所，增加基层优质医疗资源。

探索将精神专科医院纳入城市医疗集团、县域医共体网格统一管理，形成精神专科医院、综合性医院、基层医疗卫生机构等不同级别类别医疗机构间分工协作机制，为精神疾病患者提供连续型服务。鼓励精神专科医院组建或参与建设专科联盟，通过合作共建、对口支援、远程医疗等形式，发挥优质医疗资源技术辐射带动作用。鼓励精神专科医院吸纳康复、中医、药学等团队参与，建立多学科联合诊疗和查房制度。鼓励中医医疗机构加强神志病科、中医心理科、心身

医学科等精神类临床科室建设。

4. 强化医防协同。全面推进医疗机构和专业公共卫生机构的深度协作，制定医疗机构公共卫生责任清单并有效落实，建立工作衔接联动、服务连续整合、人员柔性流动、信息互通共享机制。加强医共体模式下公共卫生服务能力建设，健全“两员一中心一团队”工作机制。完善基层疾病预防控制网格化管理，探索疾病预防控制机构专业人员参与家庭医生签约服务，建立社区疾病预防控制片区责任制。

健全以全科医生为主体、全科专科有效联动、医防有机融合的家庭医生签约服务模式，建立二、三级医疗机构对家庭医生转诊签约居民“优先预约、优先就诊、优先检查、优先住院、优先会诊”的就诊机制，到2025年，初步实现家庭医生签约服务覆盖所有家庭，引导居民形成家庭医生首诊、并经家庭医生转诊到上级医院就诊和下转接诊的模式，发挥家庭医生健康和费用守门人作用。

完善全方位、立体式的健康管理体系。构建以疾病预防控制中心、医院、基层医疗卫生机构、妇幼保健机构等医疗卫生机构为主体，保险与健康管理组织等社会力量为补充，社会共建、全民参与的健康管理体系，加强对居民健康危险因素的监测、分析、评估和干预，形成“病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断”的健康管理闭环。

完善慢性病健康管理服务标准体系，优化疾病预防控制机构、医院、基层医疗卫生机构和社区居民“四位一体”慢性病防治模式，向居民提供融健康教育、风险评估、慢性病筛查、有序分诊、规范诊疗、随访干预为一体，“医防融合、全专结合、全程有序”的慢性病健康管理服务。推动互联网+等前沿技术与健康管理融合发展，以大数据和科技终端支撑群体疾病预测和个体健康促进，推动实现全方位健康管理。

（五）建设智慧互联的卫生健康服务体系和监管体系

强化顶层设计，完善“1314”卫生健康数字化改革整体架构，突出建管并重，高起点实施卫生健康新基建项目，建设智慧互联的卫生健康服务体系和监管体系，重点打造“健康大脑+智慧医疗”。

1. 完善全民健康信息平台建设。梳理核心业务和基本数据目录库，推进各级各类医疗卫生机构接入区域平台、实现共享应用和统一监管，实现医疗、医保、医药等数据高质量汇聚、治理、应用。启动实施卫生健康“云网计划”，谋划推进“1+N”浙江健康云，建设省医疗健康大数据中心，强化与公安、大数据等部门的数据共享和场景化多业务协同。持续推进行业内各级各类健康数据高质、高效汇集，促进医疗健康数据跨层级、跨领域、跨部门互联互通，通过数字化

新技术应用打通信息壁垒、建立数据链条，推动业务流数据流高效叠加。深化数据资源目录应用，强化健康领域数据治理，加快推动健康数据高效挖掘和利用价值最优化。

2. 建设完善全省统一的掌上卫生健康服务系统。深化“互联网+医疗健康”试点省建设，推进“两卡融合、一网通办”，集成全人全程全方位“互联网+医疗健康”掌上服务，实现健康医保卡覆盖所有医疗卫生机构。以国民医疗健康专区为载体，整合集成卫生健康线上政务服务、公共服务，通过专区向群众开放体检报告查询，县级以上公立医院检验检查信息共享、应用和开放率均达到100%，从业人员健康体检系统全省全覆盖。完善线下服务方式，充分保障运用智能技术困难人群就医需求，逐步消除“数字鸿沟”。

3. 建设全省通用数字医共体平台。以县域医疗卫生信息化为基础，搭建统一的组织架构和应用框架，助推县域医疗卫生组织新体系、运行新机制、管理新体制和服务新模式建设，打造以医共体为单位的卫生健康线上协同体系。

4. 建设全省医疗卫生智能监管决策系统。推进医疗卫生资源综合管理平台 and 实时、智能、全程的监管决策系统建设，推进“互联网+监管”和“互联网+监督执法”，到2025年，全省100%实现行政审批、行政处罚信息互联互通和实时共享，100%的运用移动执法终端开展现场执法，承担卫生监督

协管工作的乡（镇）100%装备卫生监督协管信息系统。

5. 建立健全全省院前医疗急救工作信息管理系统。推动院前医疗急救网络与医院信息系统连接贯通，推动急救调度信息与电信、公安、交通、应急管理等部门及消防救援机构的信息共享与联动。

6. 完善智慧血液管理信息系统。“互联网+血液”建设更加深入，智慧血液、智慧血站、智慧用血实现全覆盖。推进全省采供血机构与用血医疗机构信息系统互联互通，建设完善集志愿者服务、血液采集制备、血液质量安全、临床用血管理、用血直免为一体的智慧血液管理信息系统。

7. 加快新兴信息技术应用。推进人工智能应用服务，联合医院、企业和科研机构，按照“协同开发、示范应用、成熟推广”的步骤，推动医学人工智能、5G、区块链等新技术在医疗卫生领域的应用，积极开展医学人工智能、“5G+医疗健康”等创新应用示范试点，有序发展医学人工智能服务。开展基于人工智能技术、医疗健康智能设备的移动医疗示范，实现个人健康实时监测与评估、疾病预警、慢病筛查、主动干预。

五、保障措施

（一）加强组织领导。本规划是各级政府依法履行卫生健康管理服务职责的重要依据，是设置医疗卫生机构的基本

指引和安排卫生健康领域政府投资计划的主要工具，也是社会力量举办医疗卫生事业的参考指南，地方各级党委政府要切实加强领导，把区域卫生规划工作提上重要议事日程，列入政府的工作目标和健康浙江建设考核要求，建立问责制。

（二）层层压实责任。省级负责制订省级医疗卫生服务体系规划，组织各设区市编制区域卫生规划，明确省级区域医疗中心与公共卫生中心布局，并纳入所在地的区域卫生规划。各设区市负责研究编制区域卫生规划并组织实施，重点规划市办及以下医院和专业公共卫生机构，将床位配置标准细化到各县（市），对本市范围内的各级各类医疗卫生机构的设置进行统筹规划。县级应当按照所在市的区域卫生规划制定县域医疗卫生服务体系规划，负责辖区内县域医疗卫生机构设置和监管服务工作。

（三）加强部门联动。加强部门联动。各级卫生健康行政部门要加强统筹协调，会同发展改革、自然资源、编办、财政、人力社保、医保、教育、科技等有关部门建立健全医疗卫生服务体系规划执行机制，协同推进医疗机构设置、主要资源配置、人事薪酬制度改革、医保支付方式改革、医疗服务价格调整等，形成政策叠加效应，努力使规划成为引领高质量发展的方向标。

（四）加强监督评估。省卫生健康委成立专家委员会，

建立对各市医疗卫生服务体系规划的论证机制，各市相应建立论证机制。未经省级论证，各市不得印发区域卫生规划；未经设区市卫生健康行政部门论证，各县（市）不得印发县域服务体系规划。区级可纳入设区市区域卫生规划，推动市区规划合一。各级卫生健康主管部门要加强规划执行情况监测，创新规划实施机制，定期开展规划评估，及时发现并研究解决规划执行的问题。

（五）加强宣传引导。各级卫生健康主管部门要加强规划的宣传引导和业务指导，推动医疗卫生机构实行全面预算管理，强化运营绩效评价，促进内部管理的科学化、规范化、精细化。要强化信息公开，及时发布机构设置和规划布局调整等信息，将纳入规划作为建设项目立项的前提条件。

（六）深化联动改革。纵深推进“三医联动”“六医统筹”集成改革，强化改革的系统性、协调性、整体性。落实“放管服”改革要求，完善医疗机构设置和床位审批流程，强化床位资源配置与综合改革的协同联动。原则上二级以上医院开放床位数不得超过编制床位的 115%；公立医院床位使用率低于 85%、平均住院日高于 9 天、床护比低于 1:0.6、床均业务用房面积不达标区域，原则上不再增加急性治疗床位。