

《城乡公共卫生应急空间规划规范》

(报批稿)

编制说明

重庆市规划设计研究院

2022年11月

目 录

一 工作简况	1
1.1 任务来源	1
1.2 目的	2
1.3 协作单位	2
1.4 主要工作过程	3
1.5 标准主要起草人及分工	6
二 标准编制原则和确定主要内容的论据	9
2.1 标准编制原则	9
2.2 确定标准主要内容的论据	9
三 主要试验的分析、综述报告，技术经济论证及预期的经济效果	15
3.1 范围与重点	15
3.2 规范应遵循的总体原则	26
3.3 主要技术指标的说明	31
3.4 预期的经济效果	78
四 采用国际标准和国外先进标准的情况	78
4.1 标准收集情况	78
4.2 参考和采用情况	78
五 与有关的现行法律、法规和强制性标准的关系	79
5.1 与有关的现行法律、法规的关系	79
5.2 与相关强制性标准的关系	80
六 重大分歧意见的处理经过和依据	81

6.1 关于构建城市健康安全单元的原则	82
6.2 关于疾病预防控制中心用地标准问题	82
6.3 关于传染病床位分类构成的问题	84
6.4 关于应急通道分类与规划原则问题	85
七 标准作为强制性标准或推荐性标准的建议	86
八 贯彻标准的要求和措施建议	86
8.1 组织学习宣传	86
8.2 在国土空间总体规划中贯彻实施	87
8.3 推动全面评估和更新已编的控制性详细规划	87
8.4 开展专项规划和定期实施评估工作	87
九 废止现行有关标准的建议	88
十 其他应予说明的事项	88
附件 A: 条文说明 (送审稿)	89

《城乡公共卫生应急空间规划规范》

编制说明

一 工作简况

1.1 任务来源

新冠肺炎疫情发生以来，习近平总书记高度重视并多次作出重要指示，提出要抓紧补短板、堵漏洞、强弱项，加快完善各方面体制机制，着力提高应对重大突发公共卫生事件的能力和水平；要健全公共卫生服务体系，优化医疗卫生资源投入结构，加强农村和城市社区等基层防控能力，织密织牢第一道防线；要推动将健康融入所有政策，把全生命周期健康管理理念贯穿城市规划、建设、管理全过程、各环节。

在本次新冠疫情抗疫工作中，也暴露出我国公共卫生应急体系建设滞后、医疗服务体系与公共卫生体系脱节、常规医疗卫生设施标准在面对突发公共卫生事件中的适应性不足、疾控与急救等设施未达标、应急医疗救治设施数量不足且缺少系统的空间配置规范等诸多问题。为贯彻落实好习近平总书记的重要指示精神，提高突发公共卫生事件应对能力，各地纷纷制定了相关管理体制机制的落实意见，并积累了丰富的经验；有关专家也针对城市公共空间等重点领域、城市环境基础设施等关键节点以及农村乡镇卫生设施等薄弱环节，建议建立风险防控技术体系，制定和完善防控环境风险的规范性技术文件，以指导国家和地方空间规划编制、完善公共卫生体系建设。该建议已经获得了国务院领导批示。

为落实中央要求，总结经验教训，加快补短板、强弱项，保障人民生命安全和身体健康，自然资源部会同国家卫生健康委员会推动开

展《城乡公共卫生应急空间规划规范》（以下简称《规范》）研制工作，并指导重庆市规划设计研究院申报了 2020 年度自然资源部标准计划。2020 年 9 月，《规范》正式列入自然资源部 2020 年度标准计划（自然资办发〔2020〕43 号文）。

1.2 目的

此项工作是认真践行习近平总书记“把人民群众生命安全和身体健康放在第一位”要求的具体举措，体现了“以人民为中心”的思想和“以人为本”的规划理念。在《规范》编制过程中，坚持以习近平总书记提出的“构建强大的公共卫生体系，切实为维护人民健康提供有力保障”的要求为指导，以填补国内现行公共卫生应急空间规划标准空白、健全公共卫生应急空间结构为目标，以疫情防控中暴露出的短板和弱项为问题导向，以对接并完善相关空间规划和城乡建设的技术标准为重点，以期通过本《规范》的制定，指导国土空间规划的编制和实施，为突发公共卫生事件预防、救治提供设施、场所和通道保障，切实提高应对突发重大公共卫生事件的能力，助推健康中国建设。

1.3 协作单位

本《规范》编制的管理机构为自然资源部、国家卫生健康委员会，日常工作由自然资源部、国家卫生健康委员会分别委托自然资源部国土空间规划研究中心（原城乡规划管理中心）、国家卫生健康委卫生发展研究中心负责组织开展。相关单位情况如下：

- （1）主管部门：自然资源部国土空间规划局
- （2）主编单位：重庆市规划设计研究院
- （3）参编单位：国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、自然资源部国土空间规划研究中心（原城乡规划管理中心）、中国中元国

际工程有限公司、中国气象科学研究院、同济大学、武汉市规划研究院、重庆市卫生健康委员会、重庆大学。

1.4 主要工作过程

整个编制工作划分为七个阶段：立项、起草、征求意见、审查、批准、发布、备案。现已完成立项和起草阶段，正在开展征求意见工作。

(1) 立项阶段

2020年5月29日，自然资源部国土空间规划局门晓莹副局长主持召开《规范》研制第一次工作视频座谈会。会议邀请了重庆市规划设计研究院、自然资源部国土空间规划研究中心（原城乡规划管理中心）、国家卫生健康委卫生发展研究中心、同济大学建筑与城市规划学院、中国中元国际工程有限公司医疗健康建筑设计研究院、中国气象科学研究院工程气象研究中心等单位的专家。会议认为，开展《规范》研制工作是贯彻落实习近平总书记“把人民群众生命安全和身体健康放在第一位”重要要求的具体举措，对推动公共卫生应急空间规划、建设、管理的科学化、规范化，对完善国土空间规划编制技术标准体系，助推健康中国战略目标实现，具有重大意义。鉴于重庆市规划设计研究院在城乡公共卫生用地规划标准方面已有的相关研究和经验，请重庆市规划设计研究院作为牵头单位，其他与会单位作为参编单位，共同开展该《规范》的编制预研究工作，并按程序申报部年度标准计划。

2020年6月，重庆市规划设计研究院会同各参编单位，按照部里的统一安排，起草了工作方案、拟制了工作计划。

2020年7月8日，重庆市规划设计研究院卢涛院长主持了《规

范》研制第二次工作视频会，对《规范》编制工作方案进行研究，明确了编制框架、主要内容、专题设置和具体分工要求，并提出了下一步完善大纲框架及调研工作安排。

2020年7月22日，重庆市规划设计研究院卢涛院长主持了《规范》研制第三次工作视频会，会议对调研工作安排、公共卫生空间的相关概念界定、规范适用的范围、与现行国家和行业标准的关系、如何体现国际视野等五个议题进行讨论，最后对工作方案和大纲内容提出完善建议。

2020年8月，重庆市规划设计研究院按照部里的统一安排，申报了行业强制性规范，纳入自然资源部2020年度标准计划。

2020年9月，本《规范》正式在自然资源部立项。

（2）起草阶段

2020年9月2日，自然资源部国土空间规划局召开《规范》研制第四次工作视频会，会议对各编制单位的专题报告内容进行了研究，并对各专题提出了修改完善意见，要求以问题为导向，提高规范的针对性，避免大而全。

在2020年8月—12月期间，各参编单位结合各自专题内容，对北京、上海、武汉、重庆等城市的地方各级卫生主管部门、各级疾控中心、急救中心、传染病等专科医院、各类综合医院、中医院、基层医疗卫生机构进行了专题调研，完成专题研究报告10份，现场调研报告若干。

2020年12月11日，自然资源部国土空间规划局主持召开了《规范》研制中期视频会。空间规划局听取了编制情况，明确了规范对象、技术路线及重点内容。会议要求尽快开展条文的编制和研究工作。

2020年12月—2021年2月，在专题研究报告的基础上，各编制

单位撰写了规范的条文和条文说明；重庆市规划设计研究院统稿并形成条文初稿，并在编制组内部征求了修改完善意见，还根据各参编单位提交的专题研究报告成果撰写了规范编制说明。

(3) 征求意见阶段

2021年4月-2022年4月，在部国土空间规划司的指导下已征求北京市、上海市、湖北武汉市、广东深圳市、黑龙江哈尔滨市和绥芬河市、新疆乌鲁木齐市、云南瑞丽市、河北石家庄市、辽宁沈阳市、浙江温州市的意见，以及国内部分知名专家（含国家卫生健康委卫生发展研究中心推荐的3位公共卫生领域的专家）的意见。发送征求意见稿的单位29个，共反馈284条意见，其中标准委组织征求专家意见149条，逐一落实，修改完善。

2022年5月-2022年10月，经标准委组织公开征求意见并向国务院相关部门定向征求意见，收集了28条意见，项目组进行了逐一研究和落实。其中采纳21条，部分采纳2条，不采纳5条，逐一进行了解释。

(4) 审查阶段

2022年10月-2022年11月，经标准委组织专家对送审稿进行审查，经统计，有39票无意见赞成，有9票为赞成有意见和建议，有1票是弃权，1票是不赞成，如采纳建议或意见改为赞成（已采纳主要意见）。共收集意见31条，30条采纳或部分采纳。不采纳的意见1条，逐一进行了解释。详见《城乡公共卫生应急空间规划规范》（送审稿）专家投票阶段反馈意见汇总处理表。

2022年11月18日-11月28日，标准委对报批稿进行了审查，提出了16条涉及标准成果格式的修改意见，已逐一修改完善，重新提交报批稿。

1.5 标准主要起草人及分工

(1) 主要起草人情况

1) 主管部门参与人员

张兵 自然资源部国土空间规划局 局长

李枫 自然资源部国土空间规划局 副局长

杨挺 自然资源部国土空间规划局地方规划处 处长

罗明 自然资源部国土空间规划局地方规划处 工程师

刘永祺 自然资源部国土空间规划局地方规划处 工程师

汪鑫 自然资源部国土空间规划局地方规划处 高级工程师

杨光辉 自然资源部国土空间规划局地方规划处 高级工程师

2) 主编单位参与人员

卢涛 重庆市规划设计研究院院长、正高级工程师

易峥 副总工程师、正高级工程师

孟庆 副所长、正高级工程师

曹力维 办公室主任、正高级工程师

冷炳荣 正高级工程师

齐立 高级工程师

辜元 高级工程师

刘亚丽 正高级工程师

莫宣艳 高级工程师

邱强 副所长、正高级工程师

高小钦 高级工程师

张邯 高级工程师

付予 工程师

王昱江 工程师

邓达荣 工程师

王英 工程师

熊雄 工程师

3) 参编单位参与人员

王秀峰 国家卫生健康委卫生发展研究中心主任、正高级工程师

许海涛 中国中元国际工程有限公司医疗健康建筑设计研究院院长、正高级工程师

房小怡 中国气象科学研究院工程气象研究中心研究员、高级工程师

王兰 同济大学建筑与城市规划学院教授

陈韦 武汉市规划研究院院长、正高级工程师

李和平 重庆大学建筑城市规划学院党委书记、教授

林俞先 自然资源部国土空间规划研究中心处长

刘亮晴 重庆市卫生健康委员会处长

崔丽娜 自然资源部城乡规划管理中心副研究员

谭少华 重庆大学建筑城市规划学院教授

肖志中 武汉市规划研究院总规划师、正高级工程师

王昊 国家卫生健康委卫生发展研究中心 高级工程师

程宸 中国气象科学研究院工程气象研究中心工程师

夏巍 武汉市规划研究院总体规划所 主任规划师

骆保林 武汉市规划研究院总体规划所 高级工程师

林建伟 武汉市规划研究院总体规划所 高级工程师

卢进东 武汉市规划研究院总体规划所 高级工程师

(2) 具体分工情况

主管部门：负责项目策划组织，进度控制，成果质量审查，部门

意见协调，征求地方和相关部门意见，组织报批。

主编单位：负责起草工作方案，提出《规范》大纲草案，统稿形成《规范》条文及条文说明、编制说明报告，负责编制项目组日常工作协调，以及日常技术研究组织工作，组织研讨会。

参编单位：负责收集和提供专题相关资料，负责各自专题研究的调研和报告撰写工作，负责承担章节条文的撰写和修改，参加各阶段技术研讨与论证工作。

表 1 各章节和专题任务分工表

序号	责任单位	章节名称	专题名称	负责人
1	国家卫生健康委卫生发展研究中心、自然资源部城乡规划管理中心	1 范围，2 规范性引用文件，3 术语，5 公共卫生应急空间的分类与分级。	《公共卫生应急空间相关概念及体系研究》	王秀峰、林俞先
2	同济大学建筑与城市规划学院	4 一般性规定	《健康城市相关公共卫生应急空间规划标准研究》	王 兰
3	武汉市规划研究院	7.3 院前医疗急救设施	《应对新冠疫情的医疗卫生相关规划标准适应性研究》《院前医疗急救服务机构空间规划标准研究》	陈 韦
4	国家卫生健康委卫生发展研究中心，重庆市卫生健康委	7.1 医疗救治应急空间分类	《医疗救治机构应急空间规划标准研究》	王秀峰、刘亮晴
5	中国中元国际工程有限公司医疗建筑设计研究院	8.1 平急结合设施	《公共卫生相关平急结合设施规划标准研究》	许海涛
6	重庆市规划设计研究院	6、疾病预防控制应急空间，7.2 医疗救治应急空间基本规定，7.4 传染病防治基地，7.5 应急定点医院和应急后备医院；7.6 国家紧急医学救援基地；7.8 传染病及其他医疗救治应急空间，8.2 平急结合场地，9 公共卫生应急保障空间。	《公共卫生相关平急结合场地规划标准研究》 《公共卫生城市应急通道规划标准研究》	卢 涛
7	重庆大学	7.2 医疗救治应急空间一般规定，各类传染病床位数的论证	《重大传染病疫情的发病率、应急床位数占比与空间应对经验研究》	李和平
8	中国气象科学研究院工程气象研究中心	各类应急空间的气候适应性要求	《城乡公共卫生应急空间气候适应性规划研究》	房小怡

二 标准编制原则和确定主要内容的论据

2.1 标准编制原则

(1) 坚持公共利益最大化原则。依据国家关于构筑强大公共卫生体系，提高应对重大突发事件的能力和水平，以及把全生命周期管理理念贯穿城乡规划、建设、管理全过程各环节的相关政策要求，体现公共利益最大化和提高国土空间韧性，科学制定城乡公共卫生应急空间规划规范，优化配置城乡空间资源。

(2) 坚持统筹协调原则。依据有关方针政策、文件规定，加强与国家现有各类标准和规范的衔接，按照“补短板、堵漏洞、强弱项”的要求，以填补国内现行公共卫生应急空间规划标准空白为目标，保障突发事件对公共卫生应急空间的需要。

(3) 坚持因地制宜原则。适应我国行政管理体制架构，坚持因地制宜原则，体现不同区域、经济发展水平、人群结构的差异化配置，保障公共卫生空间规划的可实施性。

2.2 确定标准主要内容的论据

2.2.1 国家法规政策方面

本文件主要依据《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》《国家突发公共卫生事件应急预案》《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》相关内容要求，按照 GB/T1.1-2020 标准化工作导则等技术标准起草。

相关政策文件和规范标准简介如下：

1) 《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》(2021年7月)

首次提出了国家重大传染病防治基地、国家中医疫病防治基地的建设要求。国家重大传染病防治基地针对呼吸系统等重大传染病，在超大城市、国家中心城市等重点地区，依托高水平综合性医疗机构，布局建设国家重大传染病防治基地，具备聚集性疫情暴发时大规模危重症患者集中收治能力，能够按照国家要求第一时间驰援其他疫情严重地区，承担本区域内重大疫情救治培训任务，托管或指导当地传染病医院提高综合救治能力，把我国重大传染病防治能力提升到新的水平。遴选呼吸、感染等专科能力突出，“医、教、研、防”水平领先的综合性医疗机构，按照平急结合原则，进一步改造提升传染病防控救治设施，建设足量的负压病房、可转换重症监护病区、可转换院(病)区，有条件的可以配备移动生物安全三级水平实验室、移动核酸检测实验室。加强中西医协作能力建设。

国家中医疫病防治基地根据“平急结合、高效准备、专兼结合、合理布局、协调联动、快速反应”的原则，建设35个左右、覆盖所有省份的国家中医疫病防治基地，提高中医药在新发突发传染病等重大公共卫生事件发生时的第一时间快速反应参与救治能力和危急重症患者集中收治能力，带动提升区域内中医疫病防治能力。

2) 《公共卫生防控救治能力建设方案》(2020年5月)

首次提出了建设重大疫情救治基地的要求。为快速提高疫情下救治能力，弥补常规综合医院、中医院在应急救治上的短板，国家发展和改革委员会、国家卫生健康委员会、国家中医药管理局联合发布了《公共卫生防控救治能力建设方案》。具体包括：一是加强重症监护病区(ICU)建设。原则上按照医院编制床位的10%~15%(或不少于200张)设置重症监护病床，设置一定数量负压病房和负压手术室，按不同规模和功能配置心肺复苏、呼吸机、体外膜肺氧合(ECMO)

等必要的医疗设备。二是建设可转换病区，按照平急结合要求，改造现有病区和影像检查用房，能在战时状态下达到三区两通道的防护要求，水电气按照重症集中收治中心要求进行改造。三是改善呼吸、感染等专科设施条件。鼓励设置独立的病区或院区，重点加强检验、发热门诊等业务用房建设，按医院床位的 2%-3%设置门急诊观察床，按需要建设科研、教学用房，加强血液保障能力建设，配备相关设备，加强专业队伍建设和能力培训。四是提升公共卫生检验检测、科研和紧急医学救援能力。整合医院现有资源。加强紧急医学救援快速反应装备配置。五是加强应急救治物资储备。六是支持有条件的中医机构建设达到生物安全二级或三级水平的实验室，健全完善中医药应对突发公共卫生事件科研支撑平台。

要求加强县级医院疫情防控救治能力建设。适度超前规划布局，重点改善 1 所县级医院（含县中医院）基础设施条件，充分发挥县级医院龙头作用，辐射带动县域内医疗服务能力整体提升，筑牢疫情救治第一道关口。建设内容一是改善县级医院发热门诊、急诊部、住院部、医技科室等业务用房条件，更新换代医疗装备，完善停车、医疗废弃物和污水处理等后勤保障设施，提升医院诊疗环境。二是提高县级医院传染病检测和诊治能力，重点加强感染性疾病科和相对独立的传染病病区建设，完善检验检测仪器设备配置，提高快速检测和诊治水平。三是建设可转换病区，“平时”可作为一般病床，按照不同规模和功能，配置呼吸机等必要医疗设备，发生重大疫情时可立即转换。

3) 《应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案》（2020 年 7 月）

提出了做好定点医疗机构和后备定点医院的相关病区（病房）的准备要求。国务院应对新冠肺炎疫情联防联控机制医疗救治组发布了

《关于印发应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案的通知（联防联控机制医疗发〔2020〕276号）》。通知要求：一是加强定点医院改造。每省（区、市）至少确定3家省级、每地市至少确定1~2家市级、每县（区）至少确定1~2家县级新冠肺炎定点救治医院，定点医院名称、地址、联系电话要向社会公布。各地指定相关后备定点医院，并以地市为单位，对硬件条件不达标的定点医院和后备定点医院进行改造，要按照本地市二级及以上综合医院总床位数的10%进行准备，重点加强三区两通道、供氧、通风、供暖、污水污物处理等设施改造，使之符合秋冬季传染病诊疗要求，加强物资和设备配备，确保满足满负荷收治患者相关要求。提前做好重症病区设置，原则上重症监护床位数量应不少于定点医院床位总数的10%。二是完善定点医院启用方案。各地要制定定点医院分级启用方案。定点医院（或独立院区）启用时必须整体腾空，不得将新冠肺炎病人与普通病人同时收治于一家医院（或一个院区）。三是做好临时性扩充收治床位准备。各地要根据本地实际，加强医疗机构可扩充床位储备，做好体育馆、展览馆等可分隔的封闭式大空间建筑改造为临时集中收治场所的准备，并做好方舱医院改造预案。

4) 《综合医院“平疫结合”可转换病区建筑技术导则（试行）》 （2020年7月）

国家卫生健康委员会和国家发展和改革委员会制定了《综合医院“平疫结合”可转换病区建筑技术导则（试行）》。该导则明确了综合医院“平疫结合”可转换病区建设要求。明确综合医院的“平疫结合”病区应当相对独立，并符合现行国家标准《传染病医院建筑设计规范》（GB 50849）的有关规定，同时与医院其他功能区域保持必要、便捷联系；宜有独立的出入口，并在附近宜设置救护车辆洗消场地；

要预留用地，满足疫情时快速扩展的需要；医疗垃圾、生活垃圾暂存用房等设施应当与医疗业务用房保持必要的安全距离。另外对急诊部、门诊部、医技科室、住院部及后勤保障部门都提出应按照“三区两通道”的布局方式，设置满足疫情人流分诊、筛查、隔离的诊疗空间。

5) 《新冠肺炎定点救治医院设置管理规范》（2021年10月）

国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制（医疗救治组）制定了《新冠肺炎定点救治医院设置管理规范》。明确了新冠肺炎定点救治医院规划布局、设施条件等配置要求。该规范要求每个地市级以上城市都要指定1家综合能力强、救治水平高、感染防控基础好的医院作为新冠肺炎定点救治医院（简称定点医院），集中收治新冠病毒感染者（包括确诊病例和无症状感染者，下同），新冠病毒感染者不得分散收治于同一个城市的多家医疗机构。定点医院要远离城市中心和人口密集区域。距离设置定点医院城市车程大于1小时，且区域内没有足够负压救护车的县（区），要指定县（区）内1家能力强的综合医院作为定点医院；车程在1小时以内，且有足够负压救护车的县（区），可不常规设置定点医院。

明确了新冠肺炎定点救治床位数量。直辖市、省会城市和人口规模大于800万的城市，定点医院床位总数应不少于1000张；800万以下人口规模的地级市或人口规模大于150万的县（区），定点医院床位数应不少于800张；人口规模不足150万的县（区），定点医院床位总数应不少于500张。定点医院重症救治床位要达到医院床位总数的10%。

要按照定点医院设置管理要求做好后备定点医院相关准备。当定点医院收治病人达到床位总数50%时，后备定点医院要做好腾空启用的准备；当定点医院收治病人达到床位总数70%~80%时，后备

定点医院要立即启用并整体腾空，随时准备收治患者。

6) 国家卫生健康委员会关于印发医学隔离观察临时设施设计导则（试行）的通知（国卫办规划函〔2021〕261号）（2020年5月）

通知明确规定医学隔离观察临时设施是用于人员隔离和医学观察的临时性建筑及其配套设施，其建设应结合当地资源情况和疫情防控工作的实际需要，在现有医学隔离观察设施不能满足应急防疫需要时，经当地联防联控机制研究，确定建设需要和建设方案。《医学隔离观察临时设施设计导则》适用于新建医学隔离观察临时设施的设计工作，明确了相关设施的建设原则，规范了建筑选址、功能布局、结构、给排水、暖通空调、电气智能化等多方面的设计要求和技术参数。各地可结合防疫工作和实际需要参考执行。确保相关设施设备建设规范、功能完善、经济合理，绿色安全。

2.2.2 内容确定方面

目前，尚未出台城乡公共卫生应急空间规划相关技术规范，仅有根据突发公共卫生事件应急所需，再结合本次新冠疫情的应对经验，从公共卫生应急的预防控制、医疗救治和功能保障三方面进行空间规划技术规范的研制。在医疗救治应急空间类型方面本《规范》重点参照了《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》2021年7月，快速提高疫情下救治能力，弥补常规综合医院、中医院在应急救治上的短板，将应急医院划分为传染病防治基地、应急定点医院和应急后备医院、国家紧急医学救援基地、传染病医院（病区）以及其他医疗救治应急空间进行规划标准的规范，还将应急传染病床位数划分为基本床位、可转换床位、可扩展床位进行分类规定。在疾病预防控制、平急结合空间和应急保障空间的内容方面，本《规范》主要是依据本次新冠疫情的应对各地经验，项目组在各地开展的深入调研

和国内外相关实践的总结，结合实际需求确定相关技术内容。

三 主要试验的分析、综述报告，技术经济论证及预期的经济效果

完善的城乡公共卫生应急空间是提升我国城市应对突发事件能力的重要保障，其社会效益明显。本《规范》可有效指导各级各类空间规划中相关内容的编制、实施和管理，有利于提升突发公共卫生事件、灾害和事故的规划应对水平，提高城乡空间安全性和韧性，提升城乡居民生活水平。

3.1 范围与重点

3.1.1 范围的界定

明确公共卫生应急空间构成是本《规范》的基础性工作。在城市发展过程中，突发公共卫生事件与灾害将长期存在，城市发展的根本目标是促进人类的健康和福祉，国土空间规划需要充分理解空间要素对突发公共卫生事件的影响和作用，以及时提供必要的空间和设施，增强城市应对突发公共卫生事件的预控和救治能力。因此，有必要明确公共卫生应急空间的内涵与构成，建立涵盖城市与乡村、公共卫生与医疗服务的公共卫生应急空间，并明确相应的配置标准与空间管控要求。

3.1.1.1 上位要求

(1) 习近平总书记相关讲话要求

2020年3月10日，在抗击新冠肺炎疫情的关键时刻，习近平总书记专门赴湖北省武汉市考察疫情防控工作，强调这次新冠肺炎疫情防控，是对治理体系和治理能力的一次大考，既有经验，也有教训。

要放眼长远，总结经验教训，加快补齐治理体系的短板和弱项，为保障人民生命安全和身体健康筑牢制度防线。要着力完善城市治理体系和城乡基层治理体系，树立“全周期管理”意识，努力探索超大城市现代化治理新路子。

2020年9月8日，习近平总书记在全国抗击新冠肺炎疫情表彰大会上讲话指出，这场抗疫斗争是对国家治理体系和治理能力的一次集中检验。要抓紧补短板、堵漏洞、强弱项，加快完善各方面体制机制，着力提高应对重大突发公共卫生事件的能力和水平。要构筑强大的公共卫生体系，完善疾病预防控制体系，建设平急结合的重大疫情防控救治体系，强化公共卫生法治保障和科技支撑，提升应急物资储备和保障能力，夯实联防联控、群防群控的基层基础。要完善城市治理体系和城乡基层治理体系，树立全周期的城市健康管理理念，增强社会治理总体效能。要重视生物安全风险，提升国家生物安全防御能力。

2020年9月15日，习近平总书记在《求是》杂志发表《构建起强大的公共卫生体系，为维护人民健康提供有力保障》文章，强调“只有构建起强大的公共卫生体系，健全预警响应机制，全面提升防控和救治能力，织密防护网、筑牢筑实隔离墙，才能切实为维护人民健康提供有力保障”“要加强实验室检测网络建设，提升传染病检测能力”“要优化医疗资源合理布局，要立足平急结合、补齐短板，统筹应急状态下医疗卫生机构动员响应、区域联动、人员调集，建立健全分级、分层、分流的传染病等重大疫情救治机制；要以城市社区和农村基层、边境口岸城市、县级医院和中医院为重点，完善城乡三级医疗服务网络；要加强国家医学中心、区域医疗中心等基地建设，提升重大传染病救治能力。”

（2）相关法规政策要求

梳理现有的 12 部有关公共卫生防控救治的法规政策，主要涉及突发公共卫生事件（突发事件）应急处理、防控救治两方面的内容。与突发公共卫生事件（突发事件）应急处理相关的法规政策有 8 部，包括《突发公共卫生事件应急条例》《国家突发公共事件总体应急预案》等，重点对突发公共卫生事件的概念、处理流程、各部门应承担的应急处理工作进行了规范，尤其是明确了疾病预防控制机构和医疗机构卫生在应对突发事件中的责任和任务，便于迅速、高效、有序地开展卫生应急工作。与突发公共卫生事件（突发事件）防控救治相关的法规政策有 4 部，包括《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》《中华人民共和国传染病防治法》等，核心是加强疾病防控和医疗救治力量和资源统筹，预防、控制和消除传染病的发生与流行；特别 2020 年 5 月由国家发展改革委、国家卫生健康委、国家中医药局联合发布《公共卫生防控救治能力建设方案》，聚焦新冠肺炎疫情暴露的公共卫生特别是重大疫情防控救治能力短板，制定了调整优化医疗资源布局的五项任务，即疾病预防控制体系现代化建设、全面提升县级医院救治能力、健全完善城市传染病救治网络、改造升级重大疫情救治基地和推进公共设施平战两用改造，以切实提高我国重大疫情防控救治能力。2021 年 7 月国家发展改革委、国家卫生健康委发布《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》，提出了国家重大传染病防治基地、国家中医疫病防治基地的建设要求，以具备聚集性疫情暴发时大规模危重症患者集中收治能力，能够按照国家要求第一时间驰援其他疫情严重地区，承担本区域内重大疫情救治培训任务，托管或指导当地传染病医院提高综合救治能力，把我国重大传染病防治能力提升到新的水平；要在所有省份规划布局国家中医疫病防治基

地,提高中医药在新发突发传染病等重大公共卫生事件发生时的第一时间快速反应参与救治能力和危急重症患者集中收治能力,带动提升区域内中医疫病防治能力。



新中国成立初期：

- 确定“预防为主”的总方针
- 爱国卫生运动起源

“一五”和“二五”时期：

- 提出卫生防疫工作内容
- 建成覆盖全国的公共卫生体系雏形

改革开放初期：

- 卫生防疫工作恢复
- 相关法律法规开始制定和实施

20世纪90年代：

- 增加对慢性非传染性疾病的关注
- 建立疾病预防控制体系

SARS疫情之后：

- 加强对公共卫生应急体系建设的重视
- 增加对医疗救治体系的关注
- 制定了应急预案

新冠肺炎疫情之后：

- 医防结合
- 平战结合

图 1 我国公共卫生事业发展历程

表 2 国家公共卫生应急管理相关法律法规主要内容

年份	文件名称	发布主体	规范领域	主要内容
2003 年	突发公共卫生事件应急条例	国务院	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理	1、明确了突发公共卫生事件的含义 2、预防与应急准备 3、报告与信息發布 4、应急处理 5、法律责任
	突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划	国家发展改革委 卫生部	突发公共卫生事件(突发事件)的防控救治	医疗救治体系框架包括： 1、医疗救治机构：急救、传染病和职业中毒、核辐射救治及后备医院等机构 2、医疗救治信息网络：包括数据交换平台、数据中心和应用系统 3、医疗救治专业技术队伍：省、市(地)两级政府从当地医疗机构抽调高水平的医疗技术人员，建立应对突发公共卫生事件的医疗救治专业技术队伍
2004 年	中华人民共和国传染病防治法(修订)	主席令	突发公共卫生事件(突发事件)的防控救治	修订总体思路： 1、突出对传染病的预防和预警 2、完善传染病的疫情报告、通报和公布制度 3、完善传染病暴发、流行时的控制措施 4、设专章规定传染病的救治工作 5、加强传染病防治的保障制度建设
2005 年	关于疾病预防控制体系建设的若干规定	卫生部	突发公共卫生事件(突发事件)的防控救治	疾病预防控制体系建设相关规定
2006 年	国家突发公共事件总体应急预案	国务院	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理相关	1、突发公共事件主要分为四类：自然灾害、事故灾难、公共卫生事件、社会安全事件 2、各类突发公共事件分为四级：I级(特别重大)、II级(重大)、III级(较大)和IV级(一般) 3、全国突发公共事件应急预案体系包括：突发公共事件总体应急预案、专项应急预案、部门应急预案、地方应急预案、企事业单位应急预案、重大活动应急预案等
	国家突发公共卫生事件应急预案	国务院应急管理办公室	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理相关	1、突发公共卫生事件的分级 2、应急组织体系及职责 3、监测、预警与报告 4、应急反应和终止 5、善后处理 6、应急处置的保障

年份	文件名称	发布主体	规范领域	主要内容
	国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案	国务院应急管理办公室	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理相关	7、预案管理与更新 1、救援对象：自然灾害、事故灾难、公共卫生、社会安全事件等突发公共事件 2、医疗卫生救援的事件分级 3、医疗卫生救援组织体系：应急指挥机构、医疗卫生救援组织机构 4、医疗卫生救援应急响应和终止 5、医疗卫生救援的保障 6、医疗卫生救援的公众参与
2007年	中华人民共和国突发事件应对法	主席令	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理相关	1、明确了突发事件的含义 2、预防与应急准备 3、监测与预警 4、应急处置与救援 5、事后恢复与重建 6、法律责任
2015年	全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范(试行)	国家卫生计生委应急办	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理相关	本规范适用于全国疾病预防控制机构卫生应急开展的突发事件卫生应急相关工作。其他机构参照执行
	全国医疗机构卫生应急工作规范(试行)	国家卫生计生委应急办	突发公共卫生事件(突发事件)的应急处理相关	本规范适用于二级及以上综合性医疗机构(以下简称“医疗机构”)和院前医疗急救机构开展的突发事件卫生应急相关工作。
2020年	公共卫生防控救治能力建设方案	国家发展改革委 国家卫生健康委 国家中医药局	突发公共卫生事件(突发事件)的防控救治	聚焦新冠肺炎疫情暴露的公共卫生特别是重大疫情防控救治能力短板,制定了调整优化医疗资源布局的五项任务
2021年	《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》	国家发展改革委、国家卫生健康委	大规模危重症患者集中收治能力建设	提出了国家重大传染病防治基地、国家中医疫病防治基地的建设要求

3.1.1.2 内涵解析

“公共卫生”是关系一国或一个地区人民大众健康的公共事业。根据美国公共卫生运动最重要的理论家温斯洛(Charles-Edward Amory Winslow)的定义,公共卫生是指通过有组织的社区力量,高效率预防疾病、延长寿命、促进健康和有效组织卫生资源的科学和艺术。我国国务院副总理吴仪在2003年7月28日的全国卫生工作会议上对公共卫生做了一个明确定义:“公共卫生就是组织社会共同努力,

改善环境卫生条件，预防控制传染病和其他疾病流行，培养良好卫生习惯和文明生活方式，提供医疗服务，达到预防疾病，促进人民身体健康的目的”。

“应急”指应对突然发生的需要紧急处理的事件。其中包含两层含义：客观上，事件是突然发生的；主观上，需要紧急处理这种事件。

“空间”从城乡规划学中指物体存在的场所，以及物体与物体之间的界限或相对位置，通常以三个维度来描述¹。

结合公共卫生领域、国土空间领域的相关工作，“公共卫生应急空间”是为应对突然发生的公共卫生事件，包括可能引起公共卫生风险的各类灾害、事故等，能够提供满足应急所需功能的场所，如疾病预防控制机构、各类医院、方舱医院、应急保障设施、场地等。

3.1.1.3 公共卫生应急空间构成

构建覆盖城乡的公共卫生应急空间框架，核心思路是基于对突发公共卫生事件、灾害或事故等处理环节的理解，厘清符合需求的各类型场所。

梳理《突发公共卫生事件应急条例》《国家突发公共卫生事件应急预案》相关内容，突发公共卫生事件处理环节可按照应对流程和专业职责来进行划分。按照流程划分，即是突发公共卫生事件发生前的有效预防和突发事件发生后的及时控制和消除，分为预防与应急准备、报告与信息发布、应急处理三个环节。按照专业职责划分，即为应急组织体系、监测预警与报告、应急反应和终止、善后处理、应急处置的保障五个环节。结合我国公共卫生事业从建国初期的强调“预防为主”，到当前新冠肺炎疫情下“医防结合”的发展趋势，应对突发公共卫生事件、灾害或事故等的核心处理环节是防控与救治，这也与国

¹ 《城乡规划学名词》

家相关法规政策的建设目标相一致。

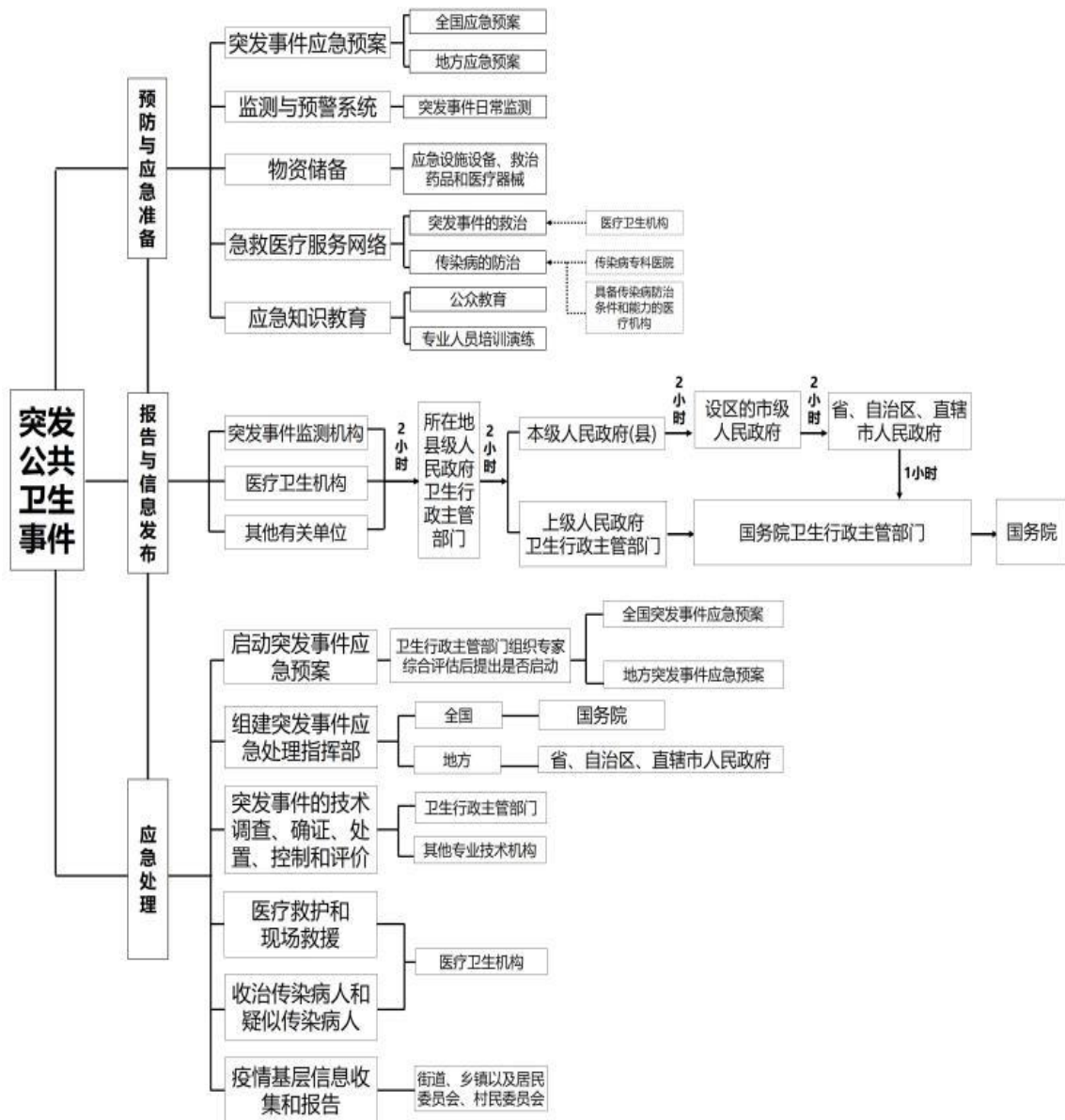


图 2 按照应对流程划分的突发公共卫生事件应急体系构成

根据《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》《国家突发公共卫生事件卫生医疗救援应急预案》《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》《全国卫生部门卫生应急管理工作规范（试行）》相关规定，疾病预防控制与应急医疗救治环节涉及的设施主要包括疾病预防控制机构、基层疾病预防控制机构、医疗急救中心（站）、二级以上综合医院、专科医院、基层医疗卫生机构、平战两用的公共设施、物资储备设施、交通运输保障设施、其他保障设施等。

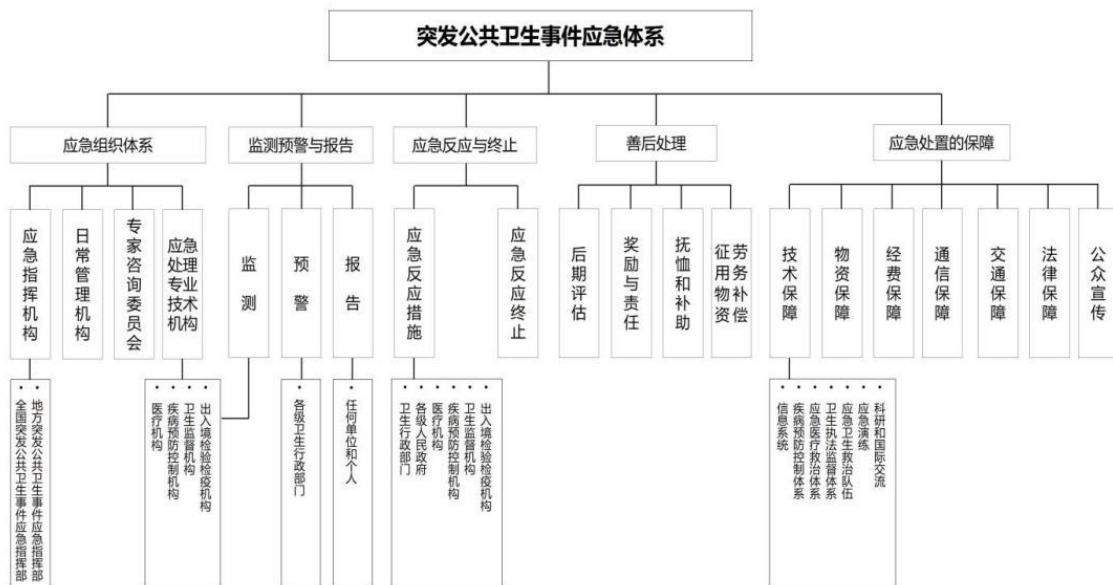


图 3 按照专业分工划分的突发公共卫生事件应急体系构成

由此，按照疫情防控救治用地、设施、通道的日常使用与应急状态功能特征的分类原则，本规范建立了由疾病预防控制应急空间、医疗救治应急空间、平急结合空间和公共卫生应急保障空间构成的城乡公共卫生应急空间。其中，疾病预防控制应急空间，医疗救治应急空间中的院前医疗急救、传染病医院（病区）、传染病防治基地、国家紧急医学救援基地、基层医疗卫生机构为日常应急空间，即在日常使用和应急状态下都具有对应的疾病预防控制、医疗救治的职能；医疗救治应急空间中的应急定点医院、应急后备医院、其他医疗救治应急空间，平急结合空间和公共卫生应急保障空间是因为重大疫情的应对需要而紧急启动的应急空间，强调在应急状态下，启动功能的转变，用于防控和救治。需说明的是，应急定点医院和应急后备医院日常作为医院救治运行，应急预案启动后才承担集中救治任务，因此遵循上述分类原则，本规范将其纳入医疗救治应急空间。本规范单列平急结合空间，重点在于强调对现有的疾病预防控制应急空间、医疗救治应急空间的补充，具体结合功能可根据需要确定，以提高应对重大公共卫生事件的空间保障能力和空间规划弹性，平急结合空间的具体转换

功能可结合需求确定。具体如图 4。

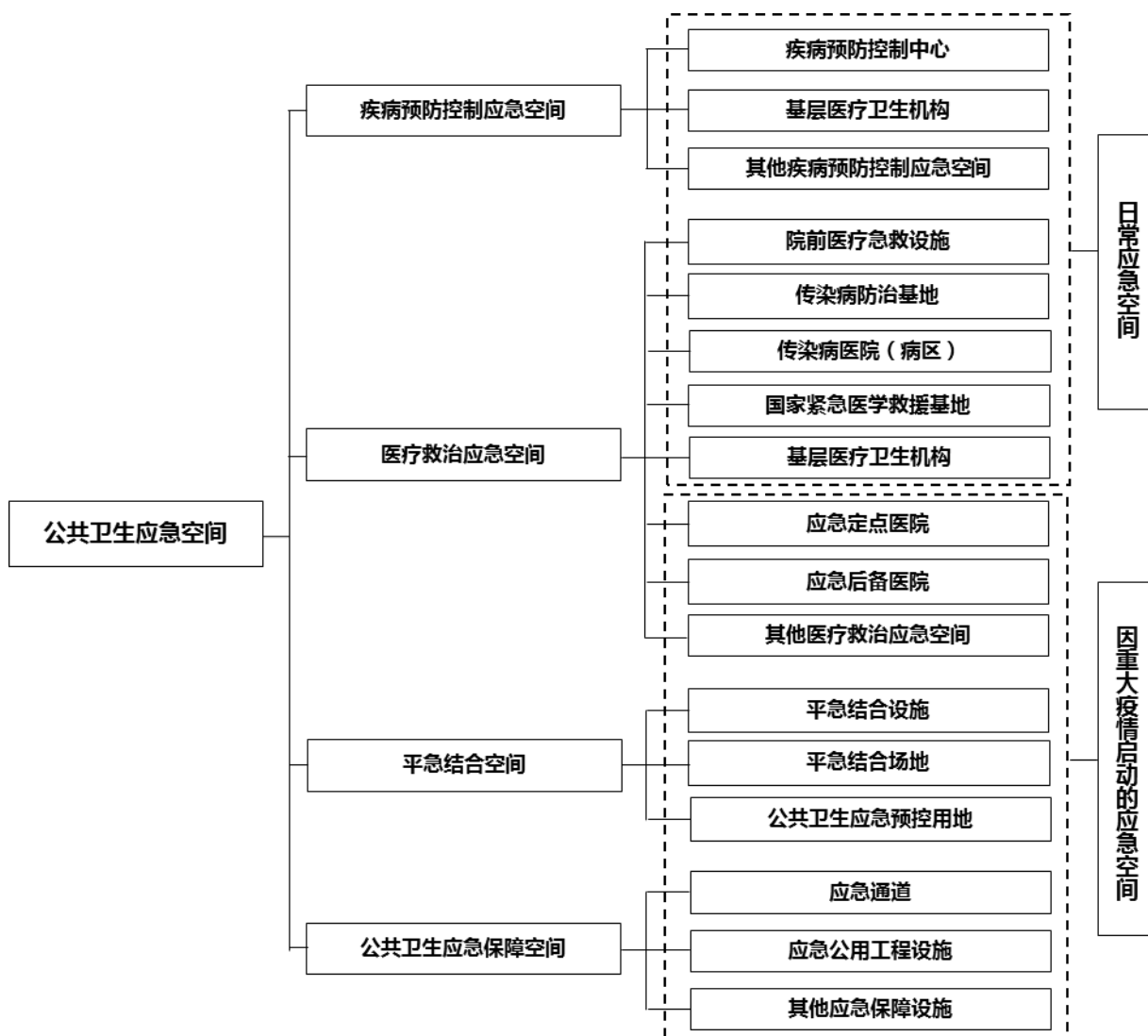


图 4 公共卫生应急空间构成

疾病预防应急空间包括疾病预防控制中心、基层医疗卫生机构、其他疾病预防控制应急空间等。

医疗救治应急空间包括院前医疗急救设施、传染病防治基地、应急定点医院和应急后备医院、基层医疗卫生机构、国家紧急医学救援基地、传染病医院（病区）以及其他医疗救治应急空间等。

平急结合空间包括平急结合设施、平急结合场地、公共卫生应急预控用地等。

公共卫生应急保障空间包括应急通道、应急公用工程设施、其他

应急保障设施等。

3.1.2 编制重点

(1) 公共卫生应急空间的类型

应对突发公共卫生事件应急体系的需求，构建涵盖预防、救治、保障等功能的公共卫生应急空间框架，补充完善公共卫生应急空间的分类和分级。

(2) 公共卫生应急空间的规划用地标准

根据国家相关要求，研判各类公共卫生应急空间的用地控制标准，传染病发病情况与传染病床需求，提出相关用地的复合利用配置标准。

(3) 医防协同和平急结合的布局和功能配置

完善公共卫生预防和救治空间中的医防协同和平急结合空间的配置标准，提出布局、分类、分级和使用功能要求，划分公共卫生应急保障等级和明确保障要求。

3.2 规范应遵循的总体原则

3.2.1 基本原则

城乡公共卫生应急空间是城乡空间资源的重要组成部分，应符合城市发展客观规律，按照现行法律、法规和政策要求，公共卫生应急空间规范的制定应坚持医防协同、平急结合，使公共卫生应急空间布局与其他城乡空间相协调，坚持节约集约用地，充分利用存量和已有设施，合理确定并高效使用增量应急空间，促进设施和空间资源的弹性重组、共享整合。基层公共卫生应急空间布局应以社区生活圈为基础，构建城市健康安全单元，统筹日常健康和突发公共卫生事件应急的空间需要。

3.2.1.1 医防协同原则

2019年12月28日第十三届全国人民代表大会常务委员会第十五次会议通过《基本医疗卫生与健康促进法》规定，“国家建立健全由基层医疗卫生机构、医院、专业公共卫生机构等组成的城乡全覆盖、功能互补、连续协同的医疗卫生服务体系”，也即是要推动全社会医疗救治功能与疾病预防功能的有机协同、统筹规划，以实现维护和促进社会公众健康、保障社会公共卫生安全的目的。

习近平总书记多次强调创新医防协同机制的重要性。2020年5月24日，在参加十三届全国人大三次会议湖北代表团审议时强调，要正视存在的问题，加大改革力度，抓紧补短板、堵漏洞、强弱项；要优化完善疾病预防控制机构职能设置，创新医防协同机制，强化各级医疗机构疾病预防控制职责，督促落实传染病疫情和突发公共卫生事件报告责任。在2020年6月2日专家学者座谈会上发表重要讲话，并将讲话内容以《构建起强大的公共卫生体系为维护人民健康提供有力保障》为题在《求是》杂志上全文发表，明确要创新医防协同机制，建立人员通、信息通、资源通和监督管理相互制约的机制。

落实现行法律要求和中央精神，将医防协同作为本次城乡公共卫生应急空间标准制定的重要原则。具体应体现在医院、基层医疗卫生机构的疾病预防控制功能的应急“哨点”作用发挥上，本次规范应进一步强化相应的空间功能安排。

3.2.1.2 平急结合原则

国家将平急结合作为建立健全公共卫生应急管理体系的重要指导方针。自2020年1月新冠肺炎疫情发生以来，习近平总书记多次强调，要坚持平急结合，建设重大疫情防控救治体系，切实提高应对突发重大公共卫生事件的能力和水平。比如2020年2月14日，总书

记在中央全面深化改革委员会第十二次会议上指出，要平急结合、补齐短板，健全优化重大疫情救治体系，建立健全分级、分层、分流的传染病等重大疫情救治机制；2020年3月2日，总书记在同有关部门负责同志和专家学者就疫情防控科研攻关工作座谈时指出，要完善平急结合的疫病防控和公共卫生科研攻关体系，要坚持平时和战时结合、预防和应急结合、科研和救治防控结合，加强疫病防控和公共卫生科研攻关体系和能力建设；2021年2月19日，总书记在中央全面深化改革委员会第十八次会议上再次强调，要坚持医防融合、平急结合、中西医并重，以健全现代医院管理制度为目标，强化体系创新、技术创新、模式创新、管理创新，加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局，为更好提供优质高效医疗卫生服务、防范化解重大疫情和突发公共卫生风险、建设健康中国提供有力支撑。可见，坚持平急结合，做到合理兼顾、因地制宜与系统统筹布局，将作为国家建立健全公共卫生体系的重要指导方针。

同时，按照国家对突发公共事件防治的基本要求，应遵循“立足战备、着眼平时、服务社会、造福人民”的灾害防治理念，对于公共卫生事件的处置也不例外。另外，按照国家提高资源利用效率、促进高质量发展的相关要求，促进土地资源的多元复合利用，也是目前土地利用方式的重要引导方向。基于此，将平急结合作为本标准规范制定的重要原则，既能满足重大疫情发生时能够迅速转换的需要，也能满足市民日常生活的需要。本次规范制定应在以下方面予以体现：首先，应在疾病预防控制空间、医疗救治空间中预留一定的发展弹性，满足公共卫生事件爆发时的应急空间需求；其次，按照本次疫情救治经验，平急结合设施、平急结合场地发挥了防控救治重要作用，本规范也应提出相应的配置标准。

3.2.1.3 节约集约原则

根据《中华人民共和国土地管理法》和《国务院关于促进节约集约用地的通知》，节约集约利用土地是指通过规模引导、布局优化、标准控制、市场配置、盘活利用等手段，达到节约土地、减量用地、提升用地强度、促进低效废弃地再利用、优化土地利用结构和布局、提高土地利用效率的各项行为与活动。为了节约集约用地，提高空间资源利用效率，坚持设施和空间平时和应急状态下可以兼顾使用，经功能改造和配置要素的重新组织，可以满足应急状态下的公共卫生事件防控需要。

3.2.1.3 设施和空间的弹性重组与共享整合原则

为了节约集约用地，提高空间资源利用效率，坚持设施和空间在平时和应急状态下都可以使用，经功能改造和配置要素的重新组织，可以满足应急状态下的公共卫生事件防控需要。

同时，考虑到规划布局的需要，还应坚守因地制宜和统筹兼顾。国家层面的标准应预留一定的发展弹性，本规范标准主要立足国家发展实际，确定国家层面必须保障的底线标准，有条件的可根据地方社会经济为发展提供更多弹性空间。十九大报告指出，发展不平衡不充分的一些突出问题尚未解决，城乡区域发展和收入分配差距依然较大。因此，应考虑国家层面区域差异大、城乡差异大、老旧城区空间局促等问题，还应考虑到各地差异大，不同地区人力、财力水平不同，针对院前医疗急救设施提出不同建设模式的相应配置要求，进而满足全国发展实际的客观需要。同时，为兼顾公平和效率问题，考虑空间布局的均衡性，公共卫生应急空间的规划布局应根据实际服务管理人口、服务半径以及同一类型设施的空间覆盖关系后合理确定设施布点和设施规模。

3.2.2 构建城市健康单元原则

面对诸如新冠肺炎疫情这类突发公共卫生事件，城市空间的“健康性”和“韧性”显得尤为重要，而社区又是城市运行与治理环境中非常重要的空间单元。从社区层面来说，应对突发公共卫生事件，主要包括基本卫生、救治护理、生活支持、日常健康 4 方面的工作，涉及全周期防护。结合当前我国城市正在建设的“十五分钟生活圈”，应统筹考虑增加针对突发公共卫生事件的应急设施，包括护理设施（紧急、长期和备用护理）、抗病毒药物供应点、含独立浴室的备用隔离空间等，将健康融入 15 分钟生活圈，构建城市公共健康单元（王兰等，2020）。

3.2.3 选址布局原则

空间选址基本条件。公共卫生应急空间的空间选址是空间规划的基础，根据《传染病医院建设标准》（JG 173）、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（TCECS 661-2020）、《应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则》（T/UPSC 001-2020）、《城市总体规划气候可行性论证技术》（GB/T 37529—2019）等相关标准、规范性文件，确定以下选址原则：

公共卫生应急空间应与其他城乡空间相协调，应布局在地质条件稳定、满足防洪排涝要求、场地比较平整、交通便利、水电等基础设施配套齐全的地段。疾病预防控制应急空间、医疗救治应急空间、平急结合空间应避让永久基本农田、生态保护红线、饮用水源保护区、架空高压输电线、高压电缆、油气长输管线、地质灾害等自然灾害高易发区，远离易燃、易爆及有毒物品的生产和储存区以及高噪声、强振动、强电磁场等污染源；救治传染性疾病的医疗救治应急空间应远离商场等人群密集场所及幼儿园、学校、养老院等设施。

表 3 主要现行规范选址要求情况梳理一览表

主要规范	选址要求
传染病医院建设标准	不宜设置在人口密集区域；患者就医方便、交通便利地段；地形比较规整，工程水文地质条件较好；有比较完善的市政公用系统；不应临近易燃、易爆及有害气体生产、贮存场所，不应临近水源地；不应临近食品和饲料生产、加工、贮存，家禽、家畜饲养、产品加工等企业；不应临近幼儿园、学校等人员密集的公共设施或场所。 在综合医院内设置独立传染病区时，传染病区与医院其他医疗用房的卫生间距应大于或等于 20m。传染病区宜设有相对独立的出入口。
新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准	地质条件应良好；市政配套设施应齐备；交通宜便利；应急医疗设施周边应设置不小于 20 米的安全隔离区，且应远离人口密集场所和环境敏感地
应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则	应位于城市近郊区，尽量远离住宅、学校、大型公共建筑等城市人口密集区、交通稠密区，避开城市生态保护红线、永久基本农田保护红线等环境敏感区域。 宜位于城市区域常年主导下风向、水源保护地的下游，选择用地应规则、完整，地势较高，地质稳定平坦地段。 交通应方便快捷，尽量靠近公共交通及其他主要交通工具可及的地段，并避开交通繁忙的路段。同时应考虑大面积的地面停车空间。 应靠近并利用现有市政公用基础设施。应有利于污水排放，宜靠近有污水排放出路的现有污水管网系统。考虑周边可利用的建筑资源，为医院提供生活及后勤保障用房。 应远离潜在洪水、自然灾害以及具有卫生污染等危险的生产加工用地，并远离易燃、易爆品的生产储存区域。 场地内应有足够的预留面积以保证改扩建需求。

气候适应性要求。由于呼吸道传染病的空气传播特点，对城乡公共卫生应急空间的选址提出了相应的气候适应性要求。在选址的过程中应，根据所在地区气象灾害风险评估结果，避让气象灾害风险较高区域。针对存在或潜在的气候影响，应开展公共卫生应急空间选址、规划、设计的微气候优化及气候风险评估，制定和采取趋利避害的规划策略与措施，以增强公共卫生应急空间的弹性和恢复力，营造对人体健康相对有利的微气候环境。

3.3 主要技术指标的说明

本规范界定的公共卫生应急空间的主要技术指标涉及应对突发公共卫生事件的预防、救治和保障空间。通过调研和论证，我们提高

了各级疾病预防控制中心建设用地控制指标；落实了最新的也是更高的院前医疗急救设施配置要求；论证提出了传染病床位数指标和分类控制标准；按照国家对承担突发公共卫生事件救治医院的分类，提出了救治空间的平急结合规范标准；提出了基层医疗卫生机构的应急空间的规范标准；对紧急时转换为应急空间的设施和用地提出了标准要求；提出了应急保障空间和相应的设施保障等级及控制要求；提出了不同行政层级相对应的各类公共卫生应急空间配置要求。

3.3.1 疾病预防控制中心规划标准

3.3.1.1 现有经验的启示

一是空间选址多位于内外交通便捷的城区边缘地段。为提升疾病预防控制中心的快速反应和应急处置能力，多数疾控中心选择位于高速公路下道口、城市快速路附近，与城市的交通枢纽（如铁路站等）距离较近，能够快速到达服务的区域，并且为了减少对城区的干扰，多选址于城区的边缘地段。

二是新建项目规模都超过了现行建设标准的下限。《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿）规定，按实际服务管理人口测算对应的建设规模，省级疾控中心在 1-3.5 万平方米，市级疾控中心 3000-7700 平方米，县级疾控中心在 1000-5600 平方米。从实际的建设规模来看，因功能需要，大部分新建、迁建的疾控中心均超过了当前的建设标准。

表 4 近期主要疾控中心建设规模情况统计表

名称	常住人口 (万人)	占地面积 (万平方米)	建筑面积 (万平方米)
湖南省疾控中心择址新建项目	6918	7.1	4.5
海南省疾病预防控制中心异地新建项目	945		6.1
重庆市疾控中心新建项目（2020 年）	3214	4.7（一期）	6.3
上海市疾控中心新建项目	2428	3.4	11.7
广东省疾病预防控制中心异地新建项目 （2006 年）	11521	8.0	6.7

名称	常住人口 (万人)	占地面积 (万平方米)	建筑面积 (万平方米)
福建省疾病预防控制中心迁建工程项目 (2018年)	3973	7.4	5.0
苏州市疾病预防控制中心迁建项目	1075	3.4	7.8
重庆市万州区疾控中心新建项目(2020 年)	824 (本区 165)	2.7	2.2(含应急物资用 房0.6)
荆州市公安县疾病预防控制中心项目	88	2.93	2.27
重庆合川区疾病预防控制中心迁建项目	143	2.67	1.61

三是复合功能要求对各类空间需求增加。为改变我国普遍重救治轻预防的医疗卫生体系，同时考虑到疾控中心本身就具有流行病学调查、监测预警、风险评估、现场快速检测和实验室检测、卫生学处置、科学研究、培训演练、应急物资储备等职能职责，多数省市疾控中心将实验监测、教育培训中心等单独成楼，并且建设应急物资储备库、生物样本库等空间，提高疾病预防控制处置能力。

3.3.1.2 标准建议

(1) 配置等级体系。按照国家疾控中心的要求，疾控中心按照“国家级—省级—市级—县级”四级配置，考虑到社会效益，基层疾病预防控制职能和医疗救治功能统筹设置，不单独设置。实际服务管理人口规模较大、服务距离较远、疾病预防控制任务繁重的地区，可根据实际情况增设分中心，如重庆市正在新建的万州区疾病预防控制中心，其规划定位为区域性疾病预防控制中心，辐射渝东北、川东北区域，占地建筑规模也考虑了对应的实际服务管理人口规模。

(2) 配置标准。为解决现行标准用地不足的客观问题，结合国土空间规划编制的需要，重点从用地的角度予以空间保障。根据2020年7月发布的《疾病预防控制中心建设标准》(征求意见稿)，疾病预防控制中心的建筑面积=实际服务管理人口对应面积+特殊实验用房面积(如有)+国家级重点实验室面积(如有)+重大研究项目所需面积(如有)+培训和教育用房面积(如有)。考虑到当前人口流动

性加强，在公共卫生事件突然爆发时，伴随封城、交通管制等措施出台，流动人口将会停留在原地，需要将半年以下的短期流动纳入到疫情防控的管理范畴。同时，《市级国土空间总体规划编制指南》《国土空间规划城市体检评估规程》指出，按实际服务管理人口配置各类设施已成为当前规划编制、规划监督实施的重要依据，并将其定义为：需要本市提供交通、市政、商业等城市基本服务以及行政管理的城市实有人口，除城市常住人口外，还包括出差、旅游、就医等短期停留人口。考虑到本规范主要为规划编制、实施与管理服务，其确定的实际服务管理人口应以规划编制文本所认可的实际服务管理人口为依据，进行各级各类公共卫生应急空间配置。为满足突发公共卫生事件爆发时，快速防控响应和检验检测的需要，在实际服务管理人口对应面积的基础上，参考重庆、湖北、湖南、海南等地近期迁建的疾控中心规划经验，宜增加预防科学研究、兼容性的大型室内场所、工作人员消毒与住宿隔离等功能需求的建设空间，将建筑面积按照 1.2~2.0 的容积率测算后，同时再预留 10%至 20%的弹性空间，并从节约集约用地等原则，本规范提出各级疾病预防控制中心规划用地规模控制标准，方便各级国土空间规划编制中对疾病预防控制中心用地的预控，也可作为疾病预防控制中心建设项目用地审批的参考依据。

表 5 各级疾病预防控制中心建设用地控制指标表

分级	实际服务管理人口（万人）	人口对应的建筑面积（平方米）	因新增功能建议增加的建筑面积（平方米）	按容积率反算的用地面积（平方米）	考虑弹性预留后建议的用地面积（平方米）
省级	≥7000	47500	5000-15000	52500-62500	52500-75000
	4000-7000	35000		25000-42000	45000-52500
	1000-4000	25200		20000—40000	25000—45000
	<1000	13600		10000—20000	12000—25000
市级	>500	7700	1200-3000	10000	≥12000
	300-500	6300		7000—10000	8000-12000
	<300	5600		4000—7000	5000-8000
县级	>50	4100	300-1000	4000	≥5000

分级	实际服务管理人口(万人)	人口对应的建筑面积(平方米)	因新增功能建议增加的建筑面积(平方米)	按容积率反算的用地面积(平方米)	考虑弹性预留后建议的用地面积(平方米)
	10-50	3800		2200—4000	2500-5000
	<10	1200		1500	≥2000

注：实际服务管理人口大于 7000 万人的省级疾病预防控制中心，《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿）尚未给出人口对应的建筑面积规模，根据实际服务管理人口越大用地越集约的原则，人均建筑面积按照每万人 5 平方米，实际服务管理人口规模按照七普公布的广东、山东、河南、江苏、四川、河北等 6 个省平均实际服务管理人口进行测算，得出：大于 7000 万人的省级疾病预防控制中心 47500 平方米。

3.3.2 院前医疗急救设施的规划标准

(1) 院前医疗急救设施等级体系建议

借鉴各地经验，上海将院前医疗急救设施分为“急救中心—急救分中心—急救分站”；北京分为“急救中心—急救中心站—急救工作站”；重庆依托综合医院建设，分为“急救中心—急救中心站—网络医院或就站”。考虑到鼓励急救中心采用院前急救型建设模式的发展导向，建议院前医疗急救设施分为急救中心（分中心）、急救站。

(2) 院前医疗急救设施模式建议

依据《急救中心建设标准（2008）》和《急救中心建设标准 177-2016》，我国急救中心主要分为院前急救型、院前加院内急救型、指挥调度型和依托型等类型。各地根据经济发展水平、现有医疗卫生资源状况等采用不同模式。

为了更好体现急救中心公共卫生服务职能，建议急救中心采用院前急救型的模式，其他模式的急救中心宜逐步向院前急救型模式过渡和转变。各地应结合自己的发展阶段和财政水平确定适合当地的急救模式。

(3) 院前医疗急救设施配置标准建议

一是服务半径和急救反应时间建议。根据《急救中心建设标准》相应规定，借鉴国内外经验和杭州市、北京市等院前医疗急救站点及配套设施设备建设标准的相关内容，根据实际服务管理人口数量、当

地经济发展水平、服务半径、地理位置等因素，建议城区按照服务半径 3~5 公里、急救反应时间 10~15 分钟，农村按照服务半径 10~20 公里、急救反应时间 15~30 分钟进行空间布局。

二是救护车辆规模配置标准。根据国家最新的院前医疗急救设施配置要求，依据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》，救护车辆规模以地级市为单位，按照每 3 万人配置 1 辆进行设置；以县域为单位，按照每 1 万人配置 1 辆进行设置。负压救护车不少于救护车辆规模的 40%。

（4）院前医疗急救设施立体网络建设建议

鼓励有条件的地区建设水陆空立体急救网络，加强多方协同的急救能力。根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕19 号），鼓励有条件的地区开展航空医疗救护，构建陆空立体急救网络和空地协同机制。结合本次新冠疫情的实际救援情况，以及沿海、沿江地区台风、内涝等自然灾害频发，山地区域常常因泥石流、滑坡等灾害导致陆路救援和水路救援，航空救援发挥了重要作用。

3.3.3 传染病发病率与床位数规划标准

（1）传染病床位分类

根据本次疫情经验，考虑到重大疫情发生的不可预测性，以及床位合理利用，建议将传染病床位分为基本床位、可转换床位、可扩展床位。应对各种已知传染病，保障常规需求的床位是基本床位，由传染病专科医院，部分综合医院和中医医院建设并专门用于传染病救治。应对突发重大疫情，在基本床位已不能满足疫情需求时，需要将其他床位转换为传染病救治床位，这类床位是可转换床位，由部分具备条件的综合医院、中医院、专科医院建设。当基本床位和可转换床位还

不能满足疫情需求时，需要临时启动平急结合设施和空间，作为临时性救治场所或隔离观察场所，在这些空间或设施中新增的床位是可扩展床位，主要是在预留空间中新建或大型场馆中安置，这类床位所需空间在平时需要预控。

(2) 基本床位

传染病基本床位是指常规状态下传染病专科医院以及综合医院、中医医院等固有病区的传染病床位。

基本床位按每万人不低于 1.2 床配置。按照 2019 年（新冠病毒肺炎暴发前）全国法定传染病发病率 7.3%，全国居民医保参保人员住院率 16.6%，传染病平均住院时间 15.3 天计算，全国传染病床位数极限最小需求为 70611 张，2018 年全国传染病床位数为 131655 张，远高于极限最小值，全国传染病基本床位数总量完全能满足常规状态下传染病的医疗救治。2018 年我国每万人均传染病床位数 0.95 张，全国大部分城市每万人均传染病床位数在 0.9-1.3 床之间。建议传染病基本床位数在现有基础上适当提高，按每万人不低于 1.2 床配置，充分满足平时传染病的治疗与预防，也为重大疫情下医院扩建打下基础。

表 6 传染病床位分类构成表

类型	启动方式及时间	构成来源
基本床位	发生各类常规传染病时	传染病医院、部分综合医院（中医医院）的传染病区床位
可转换床位	发生重大疫情，且基本床位不能满足疫情需求时	部分具备条件的综合医院（中医医院）、专科医院的其他床位转换改造而来的传染病床位
可扩展床位	发生重大疫情，且基本床位和可转换床位不能满足疫情需求时	医院内的预留空间、平急结合空间等临时性救治场所中新增的传染病床位

表 7 武汉市新冠病毒肺炎救治医院及开放床位数一览表

医院名称	床位类型	床位数（张）
武汉市金银潭医院	基本床位	1873
武汉市肺科医院		
其他医院传染病病区（科）		
共计 5 批 51 家定点医院	可转换床位	20956
火神山医院	可扩展床位	36054
雷神山可扩展床位		
37 家方舱医院		
合计		58883

(3) 可转换床位

可转换床位是指重大传染病疫情下，传染病防治基地、应急定点医院和应急后备医院等可快速转换为传染病床位的其他科室床位。

可转换床位按每万人不低于 1.5 床配置。《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知（发改社会〔2020〕0735 号）》中规定县级医院传染病病床可转换床位数位 0.7-1.7 床/万人。在新冠疫情中，全国各省市地区因为经济水平、疫情程度影响不同，每万人可转换床位数值差别较大，广东省、上海市、武汉市、石家庄市等均超过了每万人 2 床，河南省、山东省、海南省、重庆市等约在每万人 0.5 床，各省市中间值约为 1.5 床每万人。

表 8 全国部分城市传染病（病区）基本床位数统计表

城市	传染病医院（病区）	传染病床位数（张）		常住人口（万人）	每万人床位数（张）
全国		131655		139008	0.95
北京	解放军 302 医院	500	1800	2154	0.84
	北京市佑安医院	800			
	北京市地坛医院	500			
上海	上海市公共卫生临床中心	1200	2300	2428	0.95
	上海肺科医院	1000			
	上海华山医院	100			
广州	广州市第八人民医院	1500	3000	1531	1.96
	广州医科大学附属第一医院	1500			

城市	传染病医院（病区）	传染病床位数（张）		常住人口（万人）	每万人床位数（张）
深圳	深圳市第三人民医院	1350	1350	1344	1.00
武汉	武汉市肺科医院	499	1399	1211	1.16
	金银潭医院	900			
杭州	杭州市西溪医院	1100	1100	981	1.12
南京	南京市公共卫生中心	920	920	844	1.09
郑州	郑州市第六人民医院	1460	1460	1014	1.44
石家庄	石家庄市第五医院	1000	1000	1095	0.91
哈尔滨	黑龙江省传染病防治医院	1400	1400	1086	1.29
临沂	临沂市人民医院东医疗区	1200	1200	1156	1.04

（4）可扩展床位

可扩展床位是指在重大传染病疫情下，在医院内的预留空间、平急结合设施、平急结合场地等临时性救治场所中新增的传染病床位。

表 9 全国部分省市传染病（病区）可转换床位数统计表

省市	可转换床位数（张）	常住人口（万人）	每万人可转换床位数（张）
广东省	7557	1152	6.56
河南省	5031	9640	0.52
四川省	6000	8375	0.72
山东省	4102	10070	0.41
吉林省	6881	2691	2.56
云南省	6524	4858	1.34
海南省	423	944	0.45
福建省	2923	3973	0.74
安徽省	4000	6366	0.63
江西省	3477	4666	0.75
陕西省	4144	3876	1.07
重庆市	2000	3102	0.64
上海市	8000	2428	3.29
贵阳市	405	462	0.88
石家庄市	2400	1103	2.18
沈阳市	695	811	0.86
武汉市	9072	1121	8.09

注：数据来源于各省市网络公布数据。

表 10 《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知（发改社会〔2020〕0735 号）》建议的县级医院传染病病床可转换床位数配置标准表

分级（辖区人口规模）	设置病床（床）	可转换床位（床/万人）
30 万人口以下	≥20	≥0.7
30-50 万人口	≥50	1-1.7
50 万~100 万人口	≥80	0.8-1.6
100 万人口以上	≥100	≥1

表 11 武汉市新冠病毒肺炎救治医院扩展床位数一览表

医院名称	医院数量（个）	床位数（张）
火神山医院	1	1000
雷神山医院	1	1500
方舱医院	37	33454
合计	39	35954

注：数据来源于武汉市卫健委。

可扩展床位数宜按每万人 20-30 床配置。武汉市新冠疫情高峰时刻（2020 年 2 月 18 日）有住院人数 3.8 万人，即单日最大床位需求量为 3.8 万张，减去既有传染病医院床位数（基本床位）1873 张，减去定点医院床位数（可转换床位）20956 张，高峰时缺少住院病床 8618 张，即可认为高峰时可扩展床位应为 8618 张。实际情况中，武汉火神山医院可提供床位 1000 张，雷神山医院可提供床位 1600 张，全市新建 37 家方舱医院可提供床位 33454 张，可扩展床位共计 36054 张，每万人可扩展床位数达到 32 张。考虑到全国经历过本次新冠“大考”之后，未来国家的应急处理能力将会显著提升，可以将武汉新冠感染的比例作为一个感染高值参考。

3.3.4 传染病防治基地—应急定点医院—应急后备医院规划标准

传染病防治基地—应急定点医院—应急后备医院等三类急救救治医院的划分，是依据应对新冠疫情的经验，在相关政策文件和标准中提出的。《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知（发改社会〔2020〕0735 号）》首次提出了重大疫情救治基地依托综合实力强，特别是感染性疾病、呼吸、重症等专科优势突出的高水平医院（含中医医院）建设的要求，体现了集中优势力量提高重大疫情防治

和救治能力的思路。《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案（发改社会〔2021〕893号）》提出，针对呼吸系统等重大传染病，在超大城市、国家中心城市等重点地区，遴选呼吸、感染等专科能力突出，依托“医、教、研、防”水平领先的综合性医疗机构，建设国家重大传染病防治基地。该实施方案还提出建设国家级紧急医学救援基地，以提高针对自然灾害、事故灾害等突发事件的救治水平；根据“平急结合、高效准备，专兼结合、合理布局，协调联动、快速反应”的原则，建设35个左右、覆盖所有省份的国家中医疫病防治基地。《关于印发应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案的通知（联防联控机制医疗发〔2020〕276号）》明确定点医院和后备医院主要依托二级及以上综合医院，承担区域内患者集中救治任务。上述依托医院目前对应的建设标准包括《综合医院建设标准（建标1102021）》、《中医医院建设标准（建标106-2008）》、《儿童医院建设标准（建标174-2016）》等，但仍需参考十四五实施方案要求，进一步明确空间配置标准，以保障上述设施在应对突发公共卫生事件能充分发挥其救治能力。

以下是按照现行相关政策和文件进行的测算。疫情暴发后，按照相关标准，各类应急救治医院的重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例提升至5%~15%不等。国家卫生健康委办公厅在本规范征求意见稿的反馈意见中，提出“有关重症床位设置要求均改为不少于医院床位总数的20%”，对重症床位的设置提出了新的要求。所以，有条件的应急救治医院的重症床位数占比应不少于医院床位总数的20%。

（1）传染病防治基地

一是统筹布局重大传染病防治基地。结合国家紧急医学救援队伍

建设，按照人口规模、辐射区域和疫情防控压力，传染病防治基地分为国家重大传染病防治基地、国家中医疫病防治基地、省级传染病防治基地。

二是改善呼吸、感染等专科设施条件。传染病防治基地应依托三级甲等及以上的综合医院（含中医医院）、传染病等专科医院，且应设置独立的呼吸、感染等专科病区，重点加强检验、发热门诊等业务用房建设，并设置一定数量的门急诊观察床，按需要建设科研、教学用房，加强血液保障能力建设，配备相关设备。参照全国多个省份已批已建的传染病防治基地（重大疫情救治基地）经验，各级基地均应设置独立的呼吸、感染等专科病区。

表 12 各地新建传染病防治基地建设规模一览表

医院名称	占地面积（公顷）	建筑面积（万m ² ）	床位数（张）	实际床均占地面积（m ² ）	规范床均占地面积（m ² ）	实际占地面积与规范比值	实际床均建筑面积（m ² ）	规范床均建筑面积（m ² ）	实际建筑面积与规范比值
重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院	35.4	21.92	2500	141.60	109.00	129.91%	87.68	112	78.29%
南京市公共卫生中心	12	11	920	130.43	111.00	117.51%	119.57	114.00	104.88%
湖北省人民医院洪山院区	8.56	27.69	1000	85.60	111.00	77.12%	276.90	114.00	242.89%
武汉常福医院	20	22	2000	100.00	109.00	91.74%	110.00	112	98.21%
三峡公共卫生应急医院	17.07	10.01	1000	170.70	111.00	153.78%	100.10	114.00	87.81%

注 1：重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院用地面积共计 35.4 公顷，其中 7.91 公顷用地作为预留用地。

三是建设可转换病区。按照“平急结合”要求，对重大疫情基地的现有病区和相关医技用房进行改造，保证能在战时状态下达到“三区两通道”的防护要求，水电气按照重症集中收治中心要求进行改造。重大疫情救治基地应规划预留一定的可扩展空间，以应对突发公共卫生事件中快速增加救治空间及扩展床位能力的需要。

表 13 传染病防治基地配置标准

分类分级	重症监护病区（ICU）床位占 医院编制床位比例（%）	负压病房（间）	可转换床位数（张）
国家重大传染病防治基地	10-15（或≥200张）	≥30	≥500
国家中医疫病防治基地	≥10	≥30	≥300
省级传染病防治基地	≥10	≥30	≥300

四是增加传染病救治床位数及必要医疗救治空间。国家重大传染病防治基地中传染病救治床位数不低于医院编制床位数的 20%，发热门诊配备诊室不小于 6 间，隔离床位数不少于 30 张；省级传染病防治基地中传染病救治床位数不低于医院编制床位数的 10%，发热门诊配备诊室不少于 4 间，隔离床位不少于 20 张；并配备独立检验实验室、CT 检验室、DR 检查室，对发热患者实行严格闭环管理。

五是加强重症监护病区（ICU）建设。国家重大传染病防治基地按照医院编制床位的 10%~15%（或不少于 200 张）设置重症监护病床，省级传染病防治基地的重症监护病床设置数不低于医院编制床位的 10%。各级染病防治基地均应设置一定数量负压病房和负压手术室，按不同规模和功能配置心肺复苏、呼吸机、体外膜肺氧合（ECMO）等必要的医疗设备。

六是提高占地面积和建筑规模。由于传染病防治基地在现有医院建设标准上增加了重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例以及负压病房数量等强制要求，因此其占地面积和建筑面积均应在原有建设标准基础上有所增加。按照《重症监护病房医院感染预防与控制规范（WS/T 509）》的相关规定，重症监护病区（ICU）每床单元使用面积应大于 15 平方米，床间距应大于 1 米。ICU 内应配备 1 个以上的单间病室（房），单间使用面积应大于 18 平方米。按照《乡镇卫生院建设标准（建标—107）》《医院分级管理标准》的相关规定，

普通病房床均建筑面积为 6-7.2 平方米/床，每床 ICU 床位比普通病床的建筑面积大约 9 平方米。若按照 1000 床配置的传染病防治基地来核算，重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例为 10%~15%，ICU 床位建筑面积应增加 900-1350 平方米。负压病房（间）通常由病室、缓冲间、卫生间等构成，负压病房（间）建筑面积一般约为 30 平方米左右；按照增加 30 负压病房（间）计算，增加的建筑面积约为 900 平方米。参照《综合医院建设标准（建标—110）》相关规定，设置感染疾病科病房的综合医院应按照感染疾病科每床 30 平方米增加相应的建筑面积；参考重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院的建设标准，可转换床位数按每床 12-18 平方米增加相应的建筑面积。按 500 床可转换床位计算，增加的建筑面积约为 6000-9000 平方米。综上所述，1000 床规模的传染病防治基地需增加的建筑面积约为 7800-11250 平方米。根据《综合医院建设标准（建标—110）》，1000 床综合医院建筑面积是 114000 平方米，则 1000 床规模的传染病防治基地的建筑面积增加比例约为 6.8-9.9%，相应的占地面积增加比例约为 4.5-6.6%。

参考疫情后各地新建的 5 个传染病防治基地（重大疫情救治基地）实际建设规模，与《综合医院建设标准（建标—110）》中相应床位数医院比较，重大疫情救治基地占地面积在原有建设标准基础上增加约 13.6%；建筑面积增加约 22.15%。综合上述推断及各地实际建设情况，建议传染病防治基地宜在《综合医院建设标准（建标—110）》《中医医院建设标准（建标—106）》《传染病医院建设标准（建标—173）》标准上增加不少于 5%的用地面积和不少于 8%的建筑面积，并宜预留一定的扩展空间。

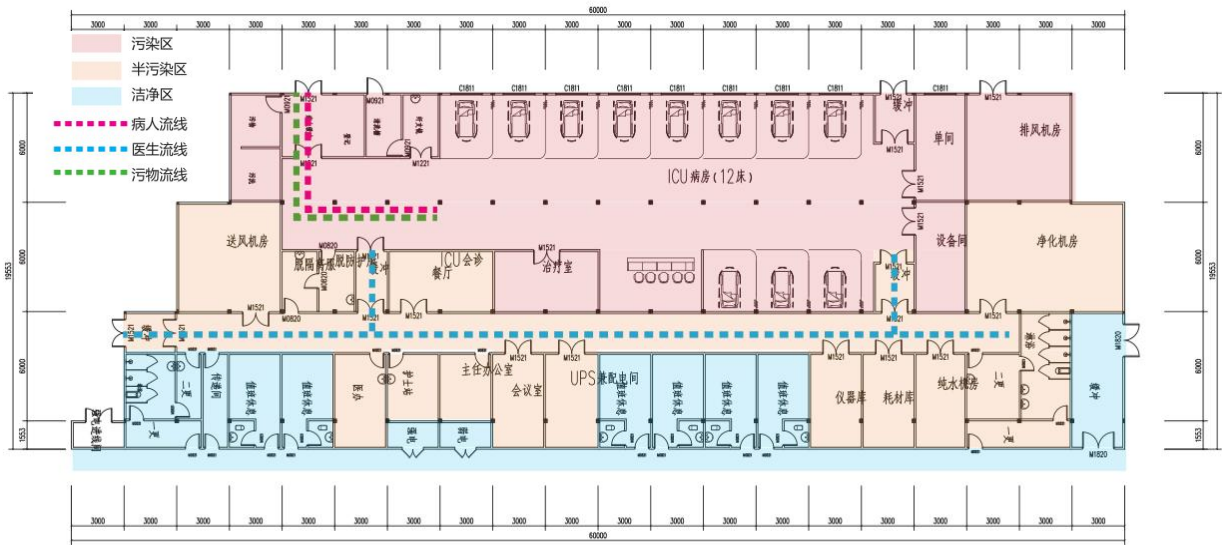


图 5 重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院 ICU 单元平面图

(2) 应急定点医院

一是增加医院病床数，扩充空间规模。根据当前我国大城市的实际情况，合理确定未来发展需求的应急定点医院的病床数和空间规模相应的设备配置，尤其对现状已建医疗设施的扩容规模及重症监护病床（ICU）的设置需求。

二是加强传染病区建设。提高应急定点医院传染病检测和诊治能力，重点加强感染性疾病科和相对独立的传染病病区建设，完善检验检测仪器设备配置，提高快速检测和诊治水平。鼓励配置负压病房和相应医疗设备，应对诊疗需求，宜采用分幢分层的空调系统，便于病房应急调用和改造，满足特殊诊疗要求。

三是加强重症监护病区（ICU）建设。市级应急定点医院按照医院编制床位的 5-8% 设置重症监护病床，县级应急定点医院按照医院编制床位的 2%-5% 设置重症监护病床，按不同规模和功能配置心肺复苏、呼吸机、体外膜肺氧合（ECMO）等必要的医疗设备等。

四是提升平急结合转换能力。应急定点医院传染病救治能力建设要做到“平急结合”、中西医并重，具备在疫情发生时迅速开放传染

病病床的能力。建议市级应急定点医院可转换床位数不低于 100 张，县级应急定点医院可转换床位数不低于 50 张。

五是改善医院用房及设备条件。改善应急定点救治医院发热门诊、急诊部、住院部、医技科室等业务用房条件，更新换代医疗装备，完善停车、医疗废弃物和污水处理等后勤保障设施，提升医院诊疗环境。

六是优化医院内部和周边环境。应急定点医院隔离病区须保持必要的防护空间。现有医院需整治院内空间，确保病房和医疗空间的安全通风，改造现有全封闭、不透风的集中空调系统；整治院外周边环境，完善和优化必要的防护隔离空间。规划新建医疗设施应确保医院内部和周边环境的安全性，采用自然通风系统与相适应的空调系统，控制和美化必要的防护隔离空间。

七是增加占地面积和建筑规模。应急定点医院宜在《综合医院建设标准（建标—110）》《中医医院建设标准（建标—106）》《传染病医院建设标准（建标—173）》标准上增加不少于 3%的用地面积和不少于 5%的建筑面积。

（3）应急后备医院

应急后备医院由本地人民政府指定本行政区域内综合实力较强的综合医院（含中医医院）承担中度和轻度患者集中收治任务的医疗救治机构，在应急定点救治医院不能满足疫情救治要求的情况下，起到补充支撑作用。应急后备医院要按照呼吸道传染病医院感染防控要求进行病房改造。建设标准参考应急定点救治医院标准相应调减制定。应急后备医院宜在《综合医院建设标准（建标—110）》《中医医院建设标准（建标—106）》《传染病医院建设标准（建标—173）》标准上增加不少于 2%的用地面积和不少于 3%的建筑面积。

3.3.5 传染病医院（院区）的规划标准

根据《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）、《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）的相关要求，制定本条款。各地根据实际情况，一般不新建传染病医院，可选择1-2所具备传染病防治条件和能力的医疗机构进行改扩建，原则上重症监护病区（ICU）床位占比达到医院编制床位的5%~10%。传染病医院床位数的建设标准参考表.14、表.15、表.16、表.17、表.18确定。

表 14 《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）建议的传染病医院建设标准

辖区人口规模分级（万人）	设置病床（床）
≤100	60-100
100-500	100-600
≥500	≥600

表 15 《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）建议的传染病医院建设标准

辖区人口规模分级（万人）	设置病床（床）	建筑面积（平方米）
≤50	60	3000
50-100	60-100	3000-7000
100-200	100-200	7000-14000
200-400	200-400	14000-21000
≥400	600	48000

表 16 《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）建议的传染病医院重症监护病区（ICU）占医院编制床位比例

辖区人口规模分级（万人）	重症监护病区（ICU）占医院编制床位比例
≤100	4%
100-400	5%
≥400	6%

表 17 《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82 号）建议的传染病医院负压病房配置标准

辖区人口规模分级（万人）	负压病房（间）
≤150	4
150-250	8
250-350	12
≥350	20

通过调查了解到国内大部分城市传染病医院床均用地面积为 120 平方米，将其作为下限要求，建议新建传染病医院用地面积按照 100 平方米/床控制，预留用地按照 20 平方米/床控制。案例参见表.18。

一是设区的市级以上地方人民政府应当设置与传染病防治工作需要相适应的传染病专科医院，或者指定具备传染病防治条件和能力的医疗机构承担传染病防治任务。

表 18 国内部分城市传染病医院面积和床位数

项目名称	占地面积（公顷）	建筑面积（万平方米）	床位数（张）	可扩展床位数（张）	床均占地面积（平方米）	床均建筑面积（平方米）
上海市公共卫生临床中心（金山院区）	33.5	1.2	600	660	290	30
上海市公共卫生临床中心（虹口院区）	3	2.6				
上海肺科医院	10.1	12.6	1000	--	101	126
上海华山医院	--	0.9	100	--	--	90
广州市第八人民医院（东风院区）	1.06	--	400	--	27	--
广州市第八人民医院（嘉禾院区）	13.3	--	1100	400	89	--
广州医科大学附属第一医院（主院区）	2.6	11.7	1500	--	20	78
广州医科大学附属第一医院（海印院区）	0.4			--		
南京市公共卫生中心	12	11	920	--	130	120
武汉常福医院	19.4	22.98	1000	1000	109	115

项目名称	占地面积（公顷）	建筑面积（万平方米）	床位数（张）	可扩展床位数（张）	床均占地面积（平方米）	床均建筑面积（平方米）
重庆公共卫生医疗救治中心应急医院	27.49	24.59	500	2000	110	98
重庆渝西公共卫生应急医院	--	5.2	300	700	--	52
重庆三峡公共卫生应急医院	17.2	11.01	300	700	171	100
重庆武陵山公共卫生应急医院	--	2.78	150	450	--	46

二是传染病床位数不足，应及时改扩建当地现有传染病医院，也可通过改扩建现有综合医院传染病院区（病区）提供。

三是传染病医院应规划预留一定的可扩展空间，以应对突发公共卫生事件中快速增加救治空间及扩展床位能力的需要。

3.3.6 基层医疗卫生机构应急空间规划标准

(1) 基层医疗卫生机构应急空间配置类型

根据基层医疗卫生机构“哨点”职能的建设要求，作为城乡健康安全单元的重要组成部分，基层医疗卫生机构的应急空间兼具疾病预防控制和医疗救治的职能，主要类型包括预检分诊点、发热诊室（门诊）、（临时）隔离点（室）、采样点、转运场所。

(2) 基层医疗卫生机构预检分诊点配置

1) 相关规范文件要求

《关于发挥医疗机构哨点作用做好常态化疫情防控工作的通知》要求：乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）等基层医疗卫生机构，要落实首诊负责制，对发热患者进行登记，在1小时内上报到所在地卫生健康部门，引导发热原因不明的患者到发热门诊进一步检查治疗。

《关于疫情常态化防控下规范医疗机构诊疗流程的通知》：医疗

机构要落实预检分诊制度，在门诊、急诊入口对所有人员进行体温检测。

《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》：所有基层医疗卫生机构均应当严格落实预检分诊并实现“哨点”功能。基层医疗卫生机构应当严格落实预检分诊制度，在门急诊规范设置预检分诊点。各地应当制定分诊标准及流程，预检分诊点根据相关标准告知发热患者就诊须知，负责发热患者及其陪同人员的导诊。

《上海市卫生健康委员会关于进一步加强本市社区发热哨点诊室管理和发热诊室建设的通知》：社区卫生服务中心均实现“哨点”功能，持续规范与提升硬件环境、设施设备配置，不断优化服务与运行流程，严格落实闭环管理。患者进入社区卫生服务中心就诊时，由预检处使用非接触测温仪或红外测温仪进行体温测试。

《成都市新型冠状病毒肺炎疫情防控指挥部关于加强发热门诊体系规范化建设的通知》：发热诊室（发热哨点）应落实好首诊负责制和预检分诊。个体诊所、门诊部、村卫生室（社区卫生服务站）作为发热探头，要因地制宜设置预检分诊点、临时隔离点。

2) 配置建议

一是各类基层医疗卫生机构应配置预检分诊点，对来诊的患者预先进行有关传染病方面的甄别、检查与分流，防止医疗机构内交叉感染。预检分诊点可与机构内其他空间联合使用。

二是规模建议。预检分诊点应选址在基层医疗卫生机构的门诊、急诊入口处，相对独立的开敞区域，通风良好，空调通风系统独立设置，与普通的门（急）诊等区域有实际的物理隔离屏障，便于医护人员对所有人员进行体温检测。

(3) 基层医疗卫生机构发热门诊配置

1) 相关规范文件要求

《国家卫生健康委办公厅关于完善发热门诊和医疗机构感染防控工作的通知》：一是发热门诊原则上应当为独立建筑或设置在院内独立区域，路线便捷，与普通门急诊等区域有实际物理隔离屏障，远离儿科等区域，与其他建筑、公共场所保持一定距离，具有独立出入口，便于患者转运。二是发热门诊应当满足“三区两通道”设置要求。清洁区主要包括医护休息区，应当有独立的出入口；缓冲区主要包括污染防护用品的脱卸区，可设置消毒物资储备库房或治疗准备室；污染区主要包括独立的挂号、收费、药房、候诊、诊室、治疗室、抢救室、输液观察室、标本采集室、隔离观察室、检验科、放射科、卫生间、污物间等医疗功能区。

《上海市发热门诊基本设置标准（试行）》：一是发热门诊（急诊）应当设在医疗机构内独立的区域（有条件的医疗机构应将发热门诊设置在独栋建筑中），与普通门（急）诊及住院部相隔离，出入口与普通门急诊分开，避免发热患者与其他患者相交叉。二是发热门诊一般按照三区划分设置。三是应当专设候诊区、诊室、治疗室、检验室、放射检查室、留观隔离病房、污物处置室等，社区卫生服务中心可按照实际情况设置。四是社区卫生服务中心至少设1间诊室、满足发热患者就地隔离的留观室（按照隔离留观床位单人单间设置）、诊疗室、污物间、卫生间。诊室应尽可能宽敞，一般大于10平方米。五是社区卫生服务中心发热门诊隔离留观床位数 ≥ 2 张，每床建筑面积不少于25平方米。

《广东省医疗机构发热门诊规范化建设指引（试行）》：一是发热门诊应当设置在医疗机构内相对独立的区域（有条件的医疗机构应将发热门诊设置在独栋建筑内），在规划上避免设置在其他人流密集

公共区域的上风向，与普通门（急）诊相对隔离，并宜临近急诊，远离儿科等区域，与其他建筑、公共场所保持一定距离。不具备距离条件的，应设置有实际物理隔离屏障。二是发热门诊应设立相对独立的出入口，与普通门（急）诊分开并间隔合理物理距离，门前应预留足够场地条件以满足患者筛查、转运需求。三是有条件的发热门诊宜预留室外场地及设备管线条件，为以后快速扩建、转运等提供基础条件。四是发热门诊应当设有（包括但不限于）：预检分诊区、患者候诊区、诊室、治疗室、隔离留观室、呼吸道样本采样室、医疗废物暂存间、污洗间、发热患者专用卫生间等功能用房和区域。发热门诊内各功能用房应尽量采用自然通风与天然采光。五是发热门诊应根据实际情况合理划分清洁区、缓冲区和污染区，应在清洁区与缓冲区之间、缓冲区与污染区之间分别设置物理屏障。三区相互无交叉，使用面积应当满足日常诊疗工作及生活需求。六是发热门诊至少设置2间诊室，宜设置1间备用诊室。诊室应尽可能宽敞，至少可以摆放1张诊查床、1张工作台。原则上发热门诊要求一人一诊室，儿童诊室原则上要求一患一诊室一陪护。七是发热门诊应至少设置1间隔离留观室，且为单人间，并设置独立卫生间。有条件的医疗机构，可设置多间隔离留观室，可设置负压隔离留观室。二级医院隔离留观室不少于10间，并根据疫情变化进行调整。

《成都市新型冠状病毒肺炎疫情防控指挥部关于加强发热门诊体系规范化建设的通知》：全市二级及以上综合医院（含中医、中西医结合医院）、儿童专科医院和三级甲等妇幼保健院，按照国务院应对新冠肺炎疫情联防联控机制医疗救治组关于应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作相关要求，规范化设置发热门诊。

2) 配置建议

一是鼓励二级及以上的中心卫生院和社区卫生服务中心设置发热门诊，用于排查疑似传染病人、治疗发热患者。

二是选址建议。发热门诊应当设置在中心卫生院和社区卫生服务中心内相对独立的区域(有条件的应将发热门诊设置在独栋建筑内)，在规划上避免设置在其他人流密集公共区域的上风向，与普通门(急)诊相对隔离，并宜临近急诊，远离儿科等区域，与其他建筑、公共场所保持一定距离。不具备距离条件的，应设置有实际物理隔离屏障。发热门诊应设立相对独立的出入口，与普通门(急)诊分开并间隔合理物理距离，门前应预留足够场地条件以满足患者筛查、转运需求。

三是建设规模建议。发热门诊应当按照“三区两通道”进行功能分区设置。发热门诊包括但不限于预检分诊区、患者候诊区、诊室、治疗室、隔离留观室、呼吸道样本采样室、医疗废物暂存间、污洗间、发热患者专用卫生间等功能用房和区域。发热门诊建筑面积应不少于300平方米，设置诊室2间—3间(成年人诊室、儿童诊室、备用诊室)，设置留观床位3张—5张，并预留10张—20张可转换隔离病室床位(面积另计)以应对重大疫情防控期间防控救治；隔离留观病室应单人单间，每间使用面积不少于14平方米。

(4) 基层医疗卫生机构发热诊室配置

1) 相关规范文件要求

《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》：一是在有条件的乡镇卫生院和社区卫生服务中心设置发热诊室。二是发热诊室应当设在机构内相对独立的区域，与普通门(急)诊有实际物理隔离屏障，避免发热患者与其他就诊人员交叉。诊室应符合“三区两通道”(污染区、潜在污染区、清洁区、患者通道、工作人员通道)要求。诊室内应当通风良好，选用独立空调。三是发热诊室应当结合实际设

置独立或临时隔离留观（室）区域。有条件的可分设候诊区、治疗室、检验室、药房等。应当为发热患者设置独立卫生间。

《上海市卫生健康委员会关于进一步加强本市社区发热哨点诊室管理和发热诊室建设的通知》：一是辖区内社区卫生服务中心均实现“哨点”功能；在已有“发热哨点”基础上，通过改建升级，逐步达到社区“发热诊室”设置标准；对于建设社区医院、达到国家“优质服务基层行”推荐标准的社区卫生服务中心，应率先达到社区“发热诊室”设置标准。二是诊室应设置在社区卫生服务中心内相对独立的区域，通风良好。诊室出入口与普通门（急）诊分设，避免发热患者与其他患者交叉。三是至少配备 1 间房间用于诊室设置。根据实际条件设置候诊区、独立或临时隔离留观（室）区域。

《广东省公立医疗机构发热门诊和发热诊室规范化建设方案》：全省乡镇卫生院，有条件的社区卫生服务中心等，要因地制宜设置发热诊室。

《广东省医疗卫生机构发热诊室建设指引（试行）》：一是诊室应通风良好，设置在医疗卫生机构内相对独立区域，有条件的应设置在独立区域、有独立出入口。可根据需要和卫生健康部门安排设置呼吸道病原体核酸采样室（区域）。二是发热诊室至少配备 1 间诊室和 1 间隔离留观室。

《成都市新型冠状病毒肺炎疫情防控指挥部关于加强发热门诊体系规范化建设的通知》：在全市二级以下综合医院（含中医、中西医结合医院），二级甲等及以上专科医院（含中医专科医院），三级乙等和二级甲等妇幼保健院，中心卫生院，已创建或拟纳入社区医院建设规划的乡镇卫生院（社区卫生服务中心），服务能力较强或有需求的一般乡镇卫生院（社区卫生服务中心）设置发热诊室。

《成都市发热诊室设置标准》：一是发热诊室综合考虑风向、地形等因素，选择通风良好、相对独立区域进行建设。二是发热诊室应按规定设置患者通道和工作人员通道。因条件限制无法设置独立双通道的发热诊室，可结合实际采用间隔双线、锥形桶、栅栏等方式实现双通道的相对分区。三是发热诊室建设面积原则上应 ≥ 40 平方米，若确因场地受限，在保证“三区两通道”和“六个功能分区”基础上可适当调整建设面积。接诊室原则上房间面积应 ≥ 10 平方米，隔离留观室原则上房间面积应 ≥ 10 平方米，缓冲（更衣）室配备4个房间。

2) 配置建议

一是社区卫生服务中心、乡镇卫生院（中心卫生院、其他卫生院）应设置发热诊室，社区卫生服务站、村卫生室不建议设置发热诊室，对前来就诊且体温 $\geq 37^{\circ}\text{C}$ 发热患者进行登记、分诊、治疗、隔离与转诊等。

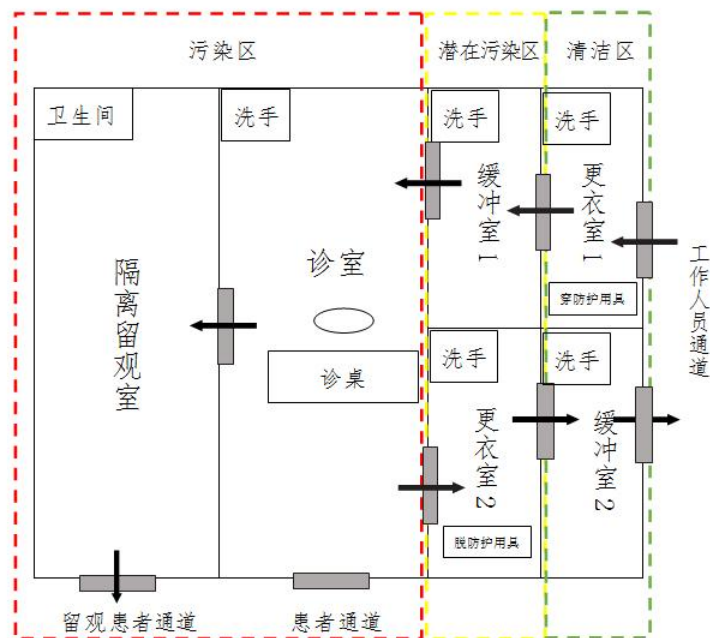


图6 成都市发热诊室建设示意图

资料来源：成都市发热诊室建设示意图，2021.

二是选址建议。发热诊室应当设在机构内相对独立的区域，与普通门（急）诊有实际物理隔离屏障，有条件的应设置在独立区域、有独立出入口，避免发热患者与其他就诊人员交叉。

三是建设规模建议。发热诊室应当按照“三区两通道”进行功能分区设置。发热诊室应当结合实际设置独立或临时隔离留观（室）区域。有条件的可分设候诊区、治疗室、检验室、药房等。应当为发热患者设置独立卫生间。发热诊室建设面积原则上应 ≥ 40 平方米，若确因场地受限，在保证“三区两通道”和“六个功能分区”基础上可适当调整建设面积。接诊室原则上房间面积应 ≥ 10 平方米，隔离留观室原则上房间面积应 ≥ 10 平方米，缓冲（更衣）室配备4个房间。

（5）基层医疗卫生机构（临时）隔离点（室）配置

1) 相关规范文件要求

《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》：对于诊断不明确且不能排除传染病的患者，应对患者采取隔离措施，不得擅自允许其自行转院或离院。

《国家卫生健康委办公厅关于完善发热门诊和医疗机构感染防控工作的通知》：发热门诊应该设置隔离观察室。

《上海市发热门诊基本设置标准（试行）》：社区卫生服务中心发热门诊隔离留观床位数 ≥ 2 张，每床建筑面积不少于25平方米。

《广东省医疗机构发热门诊规范化建设指引（试行）》：发热门诊应至少设置1间隔离留观室，且为单人间，并设置独立卫生间。有条件的医疗机构，可设置多间隔离留观室，可设置负压隔离留观室。二级医院隔离留观室不少于10间，并根据疫情变化进行调整。

《广东省医疗卫生机构发热诊室建设指引（试行）》：发热诊室至少配备1间诊室和1间隔离留观室。

《成都市新型冠状病毒肺炎疫情防控指挥部关于加强发热门诊体系规范化建设的通知》：个体诊所、门诊部、村卫生室（社区卫生服务站）作为发热探头，要因地制宜设置预检分诊点、临时隔离点。

《成都市发热诊室设置标准》：隔离留观室原则上房间面积应 ≥ 10 平方米。

2) 配置建议

一是各类基层医疗卫生机构应设置（临时）隔离点（室），便于对诊断不明确且不能排除传染病的患者采取隔离措施；设置有发热门诊、发热诊室的基层医疗卫生机构可不再单独设置临时隔离点。

二是选址建议。（临时）隔离点（室）宜与发热门诊、诊室统筹设置，且在基层医疗卫生机构内相对独立设置，与日常公共卫生服务空间保持一定距离；不具备距离条件的，应设置有实际物理隔离屏障；应符合清洁区、污染区、半污染区和医务人员通道、病人通道（即“三区两通道”）相对独立的要求。

三是建设规模建议。与发热门诊、发热诊室统筹设置的（临时）隔离点（室）参照发热门诊、发热诊室的设置要求进行配置。单独设置的（临时）隔离点（室）应为单人间，至少配置一张留观床，并设置独立卫生间，每床建筑面积不少于 10 平方米。

(6) 基层医疗卫生机构临时核酸采样点配置

1) 相关重要会议要求

2022 年 5 月 9 日，国务院联防联控机制召开电视电话会议，中共中央政治局委员、国务院副总理孙春兰出席会议并讲话，要求提升监测预警灵敏性，大城市建立步行 15 分钟核酸“采样圈”，拓宽监测范围和渠道。

2) 相关规范文件要求

《新型冠状病毒核酸采样小屋管理规范》(DB3202/T 1029-2021) (无锡市)：一是以社区网格化为单位，结合人口分布情况，按照每3000人设置一个核酸采样小屋的标准配备，小屋选址应独立设置在通风良好的空旷地带，远离新冠疫苗接种点、有毒有害、易燃易爆等特殊场所。二是核酸采样小屋外应设置等候区、登记采样区、清洁物品区、临时隔离区、医疗废物集中存放区和防护用品脱卸区等功能分区，并根据气候条件配备遮阳、遮雨等设施。三是核酸采样小屋面积约5平方米，设有2个窗口，可容纳2名医护人员同时进行核酸采样。小屋内有空调、正压新风系统、紫外线灯等设备。



图7 无锡市核酸检测小屋

资料来源：无锡全面启用核酸采样小屋，出台国内首个地方管理标准，中国质量报。

《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》：基层医疗机构需对全部发热患者进行核酸检测和血常规检查，不具备检测能力的，需通过与其他医疗机构或第三方检测机构合作的方式为发热患者提供检测服务。

《广东省医疗卫生机构发热诊室建设指引（试行）》：发热诊室可根据需要和卫生健康部门安排设置呼吸道病原体核酸采样室（区域）。

3) 相关地方经验

上海市：根据区域人口密度、功能定位等，规划利用社区、园区、

商场、超市、学校、交通场站等场所，按照固定核酸采样点+便民采样点+流动采样点相结合的核酸检测方式，布局了 9021 个常态化核酸检测采样点，构建十五分钟核酸检测圈。其中，为了满足集卡司机的核酸检测需求、保证物流畅通，上海在临港、外高桥、宝山、奉贤等司机常经过的路口、码头设置了 7 个采样点。

杭州市：明确人口 3000 人以上的小区、500 人以上的单位原则上设置采样点；学校、幼儿园建设采样点，学生在校内检测；二级及以上医疗机构、街道卫生服务中心（乡镇卫生院）设点；增设移动采样车、独立采样亭等多种形式的流动采样点；鼓励药店、口腔诊所等民间力量参与采样。全市每日开放采样点位保持在 1 万个以上。

无锡市：按照 3000 人设置一个采样点标准，在车站、小区、商超、酒店、大型企业等人员密集或人流集中的场所以及居住区的街头角落，布局建设 2634 个核酸检测小屋。

4) 配置建议

一是按照大城市建立步行“十五分钟核酸检测圈”的要求，社区卫生服务中心应设施核酸检测点。考虑镇乡村地区幅员广阔，往返城市地区时间较长，为方便镇乡村居民能够便捷进行新冠肺炎病毒等检测，乡镇卫生院应配置核酸采样点。社区卫生服务站、村卫生室可设置核酸采样点。采样点可与机构内其他空间联合使用。

二是选址建议。核酸采样点应选址在基层医疗卫生机构相对独立的开敞区域，通风良好，空调通风系统独立设置，与普通的门（急）诊等区域有实际的物理隔离屏障，便于医护人员对所有人员进行检测。

三是建设规模建议。核酸检测点面积应不少于 5 平方米，还应具备可容纳 20 人以上的排队等候空间。

(7) 基层医疗卫生机构转运场所配置建议

1) 相关规范文件要求

《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》：对于需要集中救治的传染病患者，尽快转至定点医院集中治疗；对于有重症高危因素或病情进展迅速的患者，需及时转至有条件的医院进一步治疗。

《上海市卫生健康委员会关于进一步加强本市社区发热哨点诊室管理和发热诊室建设的通知》：对于具有流行病学史、临床表现及检查结果符合或部分符合新型冠状病毒感染肺炎等传染病诊断标准的患者或需要做进一步诊断的疑似患者，由接诊医师引导患者至留观隔离区等待，同时上报社区卫生服务中心指定部门，由指定部门负责联系对接区卫生健康委指定的上级医院发热门诊，联系 120 或专用车辆，做好转诊和记录。

《上海市发热哨点诊室设置要求（试行）》：对原因不明引起的发热，或超出社区诊疗能力的，由社区卫生服务中心转诊患者至就近区域性医疗中心发热门诊诊断治疗。根据预案，在传染病流行期间，对不明原因发热人员，应按照规定做好登记、报告、处理和转运。

《广东省医疗卫生机构发热诊室建设指引（试行）》：设置发热诊室的医疗卫生机构应严格落实预检分诊制度，发现高度怀疑传染病发热患者就地隔离，立即报告，并规范转移到设置发热门诊的医疗机构就诊。

《成都市新型冠状病毒肺炎疫情防控指挥部关于加强发热门诊体系规范化建设的通知》：村卫生室（社区卫生服务站）应在 1 小时内将接诊信息上报所在区域内乡镇卫生院（社区卫生服务中心），在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）指导下对病人进行转运。发热诊室（发热哨点）应落实好首诊负责制和预检分诊。当接诊发热原因不明的患者时，应将发热患者安置于隔离间，并立即采取留观措施，做好

信息登记，及时联系 120 或专用车辆，就近转运到设有发热门诊的医疗机构进一步检查治疗，做好转诊记录。

2) 配置建议

一是考虑转运的患者不仅针对传染也包括其他慢性病引起的重症患者，建议各类基层医疗卫生机构应设置转运场所。

二是选址建议。选址在基层医疗卫生机构相对独立的开敞区域，通风良好，与普通的门（急）诊等区域有实际的物理隔离屏障。

三是建设规模建议。满足一辆负压救护车的回车要求，面积不小于 10 米*10 米，可与周边的广场、绿地联合设置。

3.3.7 平急结合空间的规划标准

(1) 平急结合空间分类

新冠肺炎疫情暴发期间，为缓解现有的医疗资源压力，世界各国在疫情防控 and 医疗救治过程中，都利用了现有的公共设施和场地，作为防控救治应急空间的重要补充。我国武汉市在 2019 年举办武汉军运会的大型露天停车场上，建设了雷神山医院，还对旧厂房、体育场馆、展览中心、学校进行改建，建设了 37 所方舱医院。意大利一方面利用展览中心等公共建筑，建设了独立的大型野战医院，如将米兰展览中心改建成 600 床的野战医院；另一方面，也利用了现有医院周边的露天停车场，建设了小型野战医院，如利用克雷莫纳医院外的停车场，改造成了 68 床的临时救治场所，缓解了现有医疗资源的压力。英国、日本等国家为了应对疫情，在医疗救治过程中都利用了现有的公共设施和场地。为提升突发公共卫生事件的防控能力，我国北京、重庆、武汉、广州等城市在国土空间规划的公共卫生应急预控用地中，也预控了公共卫生应急空间。此外，公共卫生应急状态下，各类医疗卫生用地内也会进行改扩建或功能转换以满足公共卫生应急需求，但

出于各类公共卫生应急空间职权职责、国土空间规划实施与管理的考虑，本术语定义的“平急结合空间”专指平时为非医疗卫生用途、“应急状态”时可转换为公共卫生使用的空间。同时，为便于不同空间类型的规划引导和空间配置，本文件将平急结合空间分为平急结合设施、平急结合场地、公共卫生应急预控用地三种类型。

（2）平急结合设施

平急结合设施，如体育场馆、会展场馆、市民活动中心以及学校等，其主要功能是平时作为体育、会议会展、文化娱乐、教育等功能使用，就空间规划领域对公共卫生应急状态下的相关要求而言，主要侧重在空间选址和内部改建要求方面，具体建议如下：

一是县级及以上城市应至少配置一处平急结合设施。根据武汉应对 2019 新型冠状病毒的抗疫经验，在武汉 13 个市辖区内，利用体育场馆、展览中心、学校、旧厂房进行改建，建设了 16 所方舱医院。以及 2021 年 1 月 8 日，河北石家庄市在河北体育馆网球馆建成有 12 个气膜舱“火眼”实验室的经验。同时，考虑到国家行政体制事权对应的基本原则，建议区县级及以上城市应至少配置一处平急结合设施。这一设施疫情防控期间必须具备的能力包括：（1）住宿及相关的生活服务功能；（2）必要临床检查及简单的治疗功能；（3）给水、排水、电、通信、气等市政条件，污物、污水处理，餐饮住宿等其他物资保障的后勤服务能力；（4）快速转换的能力。同时，规划为平急结合的设施，应与周边医疗设施有快速便捷的交通联系，方便患者在平战役结合设施与周边医疗设施（如应急定点医院）之间快速转诊，以及紧急情况下周边医疗设施的医务人员能快速到达。

二是规划为平急结合的设施，应制定平时、应急状态时两套建筑使用方案。平急结合设施建设应在满足平时使用需要的前提下，针对

性地做好战时使用的技术方案及实施运行方案。从以往成功的经验来看，预留场地以及必要的机电、结构保障条件是应对突发公共卫生事件时进行功能改造的必要且有效的方式。特别针对新规划建设设施，应提出平时、应急状态时两套建筑使用方案，通过应急状态设计方案的制定反馈到平时方案当中，确保平急结合设施能够应急状态时的功能需求，如能满足“三区两通道”、排水设施净污分离、采暖通风与空气调节净污分离等相关要求。

(3) 平急结合场地

规划为平急结合场地，应与周边医疗设施有快速便捷的交通联系，理由和平急结合设施中提到的一样。由于平急结合场地属于新提出来的概念，为更好地在空间规划中使用，本规范对平急结合场地的分级及相应的配置标准提出了规范性要求。

一是明确平急结合场地的规模分级。根据场地的用地规模差异，以及不同规模级别平急结合场地的空间布局和功能差异，将其划分为 I、II、III、IV 四个级别。

I 级，主要满足 50 辆以上的国家级紧急医学救援队伍及装备进入作业，或者搭建其他临时野战医院的空间需要。据调查，某国家级紧急医学救援队配备移动医院所需的设备车辆为 50 余台，其中，手术车的展开作业面积可达 80-100 平方米，其他设备车辆需要的作业面积在 40 平方米，移动 P2 实验室需要的作业面积在 100 平方米以上，经测算，其展开面积在 5000 平方米以上。总结国内外利用场地建设临时性救治场所（含临时医院、野战医院等）的相关经验，其床位数量平均在 150 床左右，占地面积约 1 公顷，在 I 级场地内可以满足这些功能的空间需求。

II 级，宜满足 20 辆以上的紧急医学救援队伍及装备进入作业，

或满足日检测 2 万人的临时接待能力，或搭建临时卫生应急帐篷医院的空间需要。具体空间需求按照III级场地面积的 2 倍进行设置。

III级，宜满足 10 辆以上的救护车移动设备停靠使用，或满足日检测 1 万人的临时接待能力，或搭建小型临时卫生应急帐篷医院的空间需要。据调查，某市在疾病预防控制中心建设了日均检测 1 万人左右的临时检测空间，面积约 2000 平方米，在III级场地内应能满足这些功能的空间需求。

IV级，主要满足社区公共卫生应急病毒检测、检伤分类、救护转运的客观需要，参考《城市绿地规划标准》（GB/T 51346-2019）中的防灾避险功能绿地标准，同时为适用多灾共用的基层使用要求，建议其面积不小于 1000 平方米。

表 19 平急结合场地的分级一览表

空间等级	规模（公顷）	作用与功能	备注
I 级	≥1.0	可满足 50 辆以上紧急救援装备车辆进入，建设临时性救治场所的需要。	临时救援设施包括移动 P2 实验室、移动手术车、救护车、应急物资保障车、临时应急帐篷等。
II 级	0.4-1.0	可满足 20 辆以上的卫生应急移动设备使用。满足日检测 2 万人的临时接待能力。	移动手术车、救护车、卫生应急保障车等。临时卫生应急帐篷医院。
III 级	0.2-0.4	可满足 10 辆以上的卫生应急移动设备停靠使用；满足日检测 1 万人的临时接待能力；可作为现场检伤分类的空间。	急救车转运和临时停放。临时卫生应急帐篷医院。
IV 级	0.1-0.2	可满足移动 P2 实验室检测、现场检伤分类以及各类救护车的作业需要。	临时检测场地

表 20 平急结合场地配置建议表

位置	配置等级	主要应急功能	备注
城市通风廊道、城市大型绿地广场	I 级	扩展救治床位数，临时检测场地，停放应急医疗设备	-
传染病防治基地/国家紧急医学救援基地	I 级	扩展救治床位数，临时检测场地，停放应急医疗设备	-

定点医院	II级	扩展救治床位数, 临时检测场地	-
后备医院	III级	扩展救治床位数	-
市级疾病预防控制中心	II级	临时检测场地, 应急检测设备	-
区县级疾病预防控制中心	III级	临时检测场地	-
社区卫生服务中心	III级	临时检测场地, 现场检伤分类	-
乡镇卫生院	III级	扩展救治床位数, 临时检测场地, 现场检伤分类, 应急医疗设备	-
大型商圈/交通枢纽	III级	现场检伤分类, 停放应急医疗设备	-
社区公园、露天停车场	IV级	移动 P2 实验室检测, 现场检伤分类, 各类救护车现场作业	-
注 1: 应结合规划传染病发生率和不同类型应急床位数的要求, 合理布局城市公共卫生平急结合场地数量。			
注 2: 社区范围内没有配置其他平急结合场地时, 应在社区公园规划配置IV级场地。			

二是制定平急结合场地配置标准。按规划合理安排并配置平急结合场地是应对重大传染病疫情的重要举措。依据《传染病医院建设标准》（建标 173—2016）、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（TCECS 661-2020）、《应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则》（T/UPSC 001-2020）、《城市社区应急避难场所建设标准》（建标【2017】25号）等相关标准，结合国内外经验和实地调研需求制定，目前在占地规模上可使用的场地与原医院大致存在 1:10 的规模匹配关系，可为标准设定提供参考依据。

（4）公共卫生应急预控用地

一是明确公共卫生应急预控用地选址布局原则。根据《传染病医院建设标准》（JG 173）、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（T/CECS 661-2020）、《应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则》（T/UPSC 001-2020）、《市级国土空间总体规划编制指南》（试行）（自然资办发〔2020〕46号）、《医学隔离观察临时设施设计导则（试行）》（国卫办规划函〔2021〕261号）的相关选址布局要求。2021年以来，国内疫情重点转向以口岸地区的输入、扩散感染为主，如南京禄口机场疫情、广州疫情、宁波舟山港疫情等。为有效切断境外输入传染源，南京、广州等地在国际

机场等门户地区加强了住宿、隔离、后勤保障设施建设。南京疫情在临空经济示范区溧水片区规划建设的应急隔离“首站公寓”，总建筑面积约16万平方米，房间约2000个，承担住宿、隔离观察和后勤服务等多种功能，为相关人员提供健康监测服务。广州吸取2021年5月境外输入疫情的防控经验，计划在白云区钟落潭镇105国道广从公路段以南、马沥地铁站旁建设广州国际健康驿站，用地面积约25.78万平方米，建筑面积约为25万平方米，拟建设5000床位的健康驿站，也可为后勤服务人员提供2000床位，通过健康驿站加指定酒店作为入境人员和工作人员的隔离场所。另外，考虑到口岸类型的差异，如水路口岸、航空口岸空间相对集中，陆路口岸边境线较长，可结合实际情况综合评估后确定。因此，建议公共卫生应急预控用地应与国际口岸、重要交通枢纽等地区有便捷的交通联系。

二是制定公共卫生应急预控用地的规划配置标准。我国大规模疫情得到控制后，云南省瑞丽市、黑龙江省绥芬河市、内蒙古自治区满洲里市、辽宁省大连市等城市发生零散病例，“外防输入”疫情防控压力较大。《公共卫生防控救治能力建设方案》（发改社会〔2020〕0735号）中也明确提出，要快速提升边境口岸地区的传染病防治能力和水平。同时，根据人员流动及疫情防控的特点，省会城市、特大城市爆发群体性不明原因疾病的风险也较大。基于上述考虑，公共卫生应急预控用地宜设置在特大城市和边境城市。北京、武汉、广州、重庆等1000万人以上的特大城市国土空间规划均预控了公共卫生应急预控用地（参见表21），用地规模在5—25公顷之间。考虑到边境口岸城市一般城市规模较小，且本配置标准首次设置等原因，仅确定预留用地下限值，具体规模由各城市根据实际情况综合考虑后确定。

表 21 国内主要城市公共卫生应急预控用地规模

项目名称	占地面积（公顷）	预留床位（张）
北京市小汤山医院	32	1600
武汉市火神山医院	15	1000
武汉市雷神山医院	30	1600
重庆市中心城区应急医院	36.8	固定 500 张+预留 2000 张
广州市应急救治医院（选址）	27.3	1000
广西壮族自治区凭祥市应急救治中心（项目一期）	2.3	210

3.3.8 应急保障空间的保障功能等级和要求

(1) 应急保障空间及其功能等级

建议公共卫生空间主要包括应急通道、公用工程、培训演练等应急保障空间和设施，根据保障对象的重要性、功能、修复难易程度、发生次生灾害的可能性和危害程度等，划分为 I 级、II 级、III 级应急保障级别，作为应急保障空间或设施选择、配置和布局的基本依据，以此分类分级确定应急保障空间设施规划布局、配置标准、设防要求。

I 级应急保障：是涉及国家和区域公共卫生安全的应急指挥中枢系统、应急救灾的核心保障设施，这类设施一旦不能提供保障，整个区域关键功能将会陷入瘫痪。建议设定防御标准灾害影响时，灾时不中断或灾后需立即启用、修复时间也就是几分钟到几个小时；灾前通过设计以新建或加固保证主体结构安全和应急附属设施安全。这类设施通常一旦中断可能产生国家或区域层面政治、经济或社会的严重公共安全后果，可能影响全局或大范围应急救援开展，或可能导致特别严重次生灾害或大量人员伤亡等特别重大灾害后果。在遭受设定防御标准的灾害影响时，重要应急功能应正常，不应发生影响应急功能的破坏或破坏基本不影响使用，主体结构基本不破坏或破坏轻微；在遭受超过当地设定防御标准的灾害影响时，重要应急功能基本不中断，其他应急功能保持不瘫痪，保证重要应急功能的主体结构不发生难以

修复的中等以上破坏，通过紧急抢修可在紧急反应处置期内迅速修复并投入使用，其他结构不应发生影响人员生命安全的严重破坏。

II级应急保障：是公共卫生应急救援提供应急保障的重要设施，这类设施一旦不能保障，应急救援将受到重大影响。建议设定防御标准灾害影响时，灾后允许一定的紧急性检查准备时间，时间控制在几个小时到天，但通常不包括主体结构的抢修；灾前通过设计以新建或加固保证主体结构及影响重要应急功能的附属设施安全。这类设施通常一旦中断可能导致严重次生灾害或较多人员伤亡或严重经济损失等重大灾害后果。在遭受高于当地设定防御标准的灾害影响时，重要应急功能基本保持不中断，可能发生的损坏对重要应急功能影响较小，主体结构不发生中等以上破坏，且应急功能可在紧急反应处置期内迅速恢复；在遭受超过当地设定防御水准的灾害影响时，重要应急功能保持不瘫痪并应能在紧急救灾期内及时恢复，保证重要应急功能的主体结构不发生不可恢复的破坏，通过紧急抢险加固可在紧急救灾期内及时修复并投入使用，其他结构应不致倒塌或不应发生危及生命的严重破坏。

III级应急保障：是公共卫生应急救援、居民基本生活提供必要保障的设施。设定防御标准灾害影响时，灾时可能发生破坏，但可由其他方式替代或灾后通过紧急抢修恢复及紧急设置即可供人使用；主体结构通过灾前设计以新建或加固确保安全或灾后应急评估选择和设置，主要应急设施配置到位或预留配置，相应应急功能临时迅速设置。这类设施一旦中断可能导致较大灾害后果。

(2) 应急通道

建议应急通道主要包括对外应急通道、内部应急通道。根据现行国家标准《城市抗震防灾规划标准》（GB50413-2007）、《地震应

急避难场所场址及配套设施》（GB21734-2008）、《防灾避难场所设计规范》（GB51143-2015）及相关规划实践研究，建议应急通道由陆路、水路、空路通道等组成，国土空间规划阶段充分考虑突发公共卫生事件应急时的应急通道需求，合理安排重大交通设施，科学预留应急保障规模。

1) 对外应急通道

对外应急通道是城镇之间的区域性交通通道，包括公路、铁路、水路和空路等多种交通方式，以及相应的场站设施等，包括长途客运站、火车站、港口码头和机场等。公共卫生事件下，应加强对外应急通道和场站设施的交通管控，确保通道畅通，救援物资和人员能够及时达到、撤离。

对外应急通道出入口数量与城镇村规模密切相关，应确保公共卫生事件下城镇与外界必要交通联系，特大城市不得少于 6 条，大城市不得少于 4 条，中等城市或小城市不得少于 2 条。应保证城镇村内部应急通道与对外应急通道的无缝衔接，形成相互联通、互为支撑的公共卫生应急通道网络，切实保障公共卫生医疗应急和物资驰援。

参考《城市抗震防灾规划标准》（GB50413-2007），城市的出入口数量在中小城市不少于 4 个，在大城市和特大城市不少于 6 个。

2) 直升机应急起降点

城镇村应重视空中应急通道构建，加强直升机应急起降点的规划建设。城市级公共卫生设施、片区重症定点救治医院、建筑高度超过 100 米且标准层建筑面积大于 1000 平方米的公共建筑，因地制宜规划建设直升机停机坪或临时起降点。乡镇宜规划建设不少于一个直升机停机坪或临时起降点。

直升机停机坪起飞区、安全区、地面滑行道、空中滑行道的控制

标准应满足《民用直升机飞行场地技术标准》（MH5013）的相关规定。同时，宜参考江苏省工程建设地方标准《城市应急避难场所建设技术标准》，规定如下：起降坪地应平坦、坚硬、坡度不大于5°，主要进出通道10米范围内不应有树木、周围无高大建（构）筑物。起降坪地中心左右15°范围1000米距离内，直升机进出通道向上5°视野内没有任何障碍物，保证升空平行安全角度。起降场面积参见表22。

表 22 我国主要装备直升机起降坪幅员尺寸

直升机机型	起降场面积（米）
米-117	60×60
米-8、直-5、直-9	60×40
米-6	50×50
云雀	30×20

4) 水上应急码头

沿海、沿江、沿河、沿湖城市宜积极开辟水上应急运输绿色通道，增强水上应急交通能力。如宁波结合北仑、镇海、穿山、大榭、梅山港区码头设置应急码头，强化港口的人员救援、物资运输。结合余姚江、三江口、甬江，设置应急码头，建立水上应急通道。

应急码头应配备必要的应急救援物资，并与应急通道紧密衔接。部分沿海沿江城市水上应急通道可参见表23。

表 23 各大城市水上应急通道设置情况

城市	应急码头设置情况
重庆（中心城区）	依托寸滩港、朝天门水上都市旅游客运中心建设了水上应急码头，开辟水上应急绿色通道
武汉	建立“水路+公路”应急运输网络
宁波	结合北仑、镇海、穿山等港区码头设置应急码头

(3) 应急公用工程设施

建议应急公用工程空间主要包括供水、供电、通讯、供气、医疗污水处理、医疗废物处置等公用设施。根据现行国家标准及相关实践经验总结，建议国土空间规划阶段充分考虑突发公共卫生事件应急时的应急供水、供电、通讯、供气、排水、环卫等保障需求，合理安排重大公用工程设施，科学预留应急保障规模。

1) 应急供水

建议城乡供水专项规划应考虑突发事件应急时的用水需求，重大供水设施及规模应留有余地，应急供水设施应双水源、双回路保障。

用水标准。具备公共卫生应急功能的水源、取水、储水、输配水设施宜既参与平时运行，又能满足战时需求。参考《城市综合防灾规划标准 GB/T 51327》、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准 T/CECS 661》，参考《室外给水工程设计规范 GB50013》，建议公共卫生应急供水最低需水量标准如下：

表 24 公共卫生应急供水最低需水量标准

应急阶段	时间(日)	最低需水量(升/人/日)	需求用途
紧急	3	3~5	维持基本生存的生活用水
短期	15	10~20	维持饮用、清洗等最低限度生活用水，医疗用水
中期	30	20~30	维持饮用、清洗、浴用等基本生活用水，医疗用水
长期	100	大于 30	维持生活较低用水量及关键空间节点用水
患者	100	20~50	维持基本生存的生活用水和医疗抢救用水
医护人员	100	10~20	维持基本生存的生活用水和医疗抢救用水

保障级别建议 I 级保障应采用双重水源供水，并应配置应急水源；II 级保障应采用双重水源或连接市政供水环网双向供水；III 级保障宜采用供水环网供水。

2) 应急供电

建议城乡供电专项规划应充分考虑突发事件用电需求，重大供电设施及规模应留有余地，应急供电设施应双点源、双回路保障。

各级应急电网接线宜标准化，切实满足平急结合设施、平急结合场地、救援装备车辆的用电需求。保障级别建议 I 级保障应采用双重电源供电，并应配置应急电源系统；II 级保障应采用双重电源或双回线路供电，当采用两回线路供电时应配置应急电源系统；III 级保障宜配置双路电缆，电网成环，互联互通。

3) 应急通信

城乡通信专项规划应考虑突发事件时的通信需求，重大通信设施及规模应留有余地，实现通信服务全覆盖，应急主干管道双路由、出局方向至少 2 个。保障级别建议 I 级保障应实现通信服务全覆盖，并应配置应急通信设施；主干管道多路由、出局方向 3 个以上；II 级保障应实现通信服务全覆盖，主干管道双路由、出局方向 2 个或以上；III 级保障宜实现通信服务全覆盖，主干管道双路由、出局方向至少 2 个。

4) 应急供气

城乡燃气专项规划应考虑突发事件时的燃气应急需求，主要燃气气源、储存、调压、输配气设施及规模应留有余地。

应急气源应满足平急结合的需求，与城镇主供气源具有互换性。参考《城镇燃气规划规范 GB/T 51098》，应急储备燃气设施的储备量应按不可中断应急保障用户的 3~10 日用气量计算。当应急气源为单一气源供气时，连接气源的主干管线应采用双线布置。保障级别建议 I 级保障采用双重气源供气，并应配置应急气源；II 级保障采用双重气源或连接气源的主干管线采用双线布置；III 级保障宜连接城乡供气管道，并应能实现电力能源转换。

5) 医疗污水处理

城乡污水工程规划应考虑突发事件时污水处理需求，城乡污水收

集处理设施及规模应留有余地，处理模式建议采用“滴水不漏”、“双回路”、“多级达标处理”的医疗废水处理模式。实现医疗污水全封闭、全收集、全处理、零污染。保障级别建议Ⅰ级保障应建设独立的公共卫生污水处理站，采用消毒、一级处理、二级处理、深度处理工艺，处理出水能满足 GB 18466 排放标准；Ⅱ级保障建设独立的公共卫生污水处理站，采用消毒处理后出水能满足 GB 18466 预处理要求；Ⅲ级保障宜建设临时性污水处理罐（箱），采用消毒处理后出水能满足 GB 18466 预处理要求，确保未经消毒处理或处理未达标的医疗污水不排入环境。

6) 医疗废物处置

城乡环卫设施规划应考虑突发事件时的医疗废物处理需求，区域或城市医疗废物集中处置设施及规模应留有余地，做到日产日清、全收集、全处理、零污染。

医疗废物收集、分类、消毒、包装、贮存、运输、处置设施应能满足突发事件时的环境卫生需求。参考借鉴北京、上海、武汉、广州等公共卫生应急防灾救灾先进经验，医疗废物日产日清，从产生到消毒、从暂存到准运、从运输到焚烧的整个过程，严格防止渗漏和抛洒。保障级别建议Ⅰ级保障建设独立的公共卫生污水处理站，采用消毒、一级处理、二级处理、深度处理工艺，处理出水能满足 GB 18466 排放标准；Ⅱ级保障建设独立的公共卫生污水处理站，采用消毒处理后出水能满足 GB 18466 预处理要求；Ⅲ级保障建设临时性污水处理罐（箱），采用消毒处理后出水能满足 GB 18466 预处理要求，确保未经消毒处理或处理未达标的医疗污水不排入环境。

3.3.9 国家紧急医学救援基地规划标准

根据《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案（发

改社会〔2021〕893号)》，国家紧急医学救援基地是针对自然灾害、事故灾害等重大突发事件，依托有较好工作基础的医疗机构进行升级改造，在全国范围内以省为单位开展国家紧急医学救援基地建设，完善紧急医学救援培训、演练、教育、科研等综合功能，具备大批量伤员立体化转运、集中救治、救援物资保障、信息指挥联通等能力，全面提高我国突发事件紧急医学救援水平。其建设任务是强化创伤病房、重症监护病房、创伤复苏单元等设施建设，以及接收伤员通道、二次检伤分类区等院内场所改造提升。针对海（水）上、陆地、航空、雪域等场景需求，加强救援物资储备配送能力和专业设施设备建设，结合实际配置信息联通和指挥设备、移动手术室、移动CT、直升机停机坪等。加强人员培训、模拟演练、科技研发、信息管理等平台建设。

根据《突发公共卫生事件应急条例》，各级人民政府卫生行政部门按照“统一规划、分类实施、分级负责、突出重点、适应需求”的原则，采取定期和不定期相结合的形式，组织开展突发事件的应急演练，但对于训练场地没有进行具体的规定。为提升突发事件紧急医学救援能力与水平，原国家卫生计生委编制出台了《突发事件紧急医学救援“十三五”规划》。该规划提出，要规划建设7个国家紧急医学救援综合基地（包括帐篷队伍和车载队伍两种类型），指导各省份建设区域紧急医学救援中心，推进地市级、县级紧急医学救援站点建设，并应加强专业教育、培训演练基础设施建设。通过上述政策梳理发现，国家对应急医疗日常培训演练有相关要求，但是从事业规划的角度进行了规划，对空间要求涉及不多，导致实际建设过程中，依托现有的医院进行“挂牌”设置，由于医院空间局促，难以达到综合训练培训的目的。

截至目前，仍没有省市专门设置单独的公共卫生应急综合训练基

地，而应急部门、消防总队则设置了相应的综合应急救援训练基地。以四川省综合应急救援训练基地为例，作为四川省首个综合应急救援训练基地项目，是集水域、隧道地铁事故、飞机船舶火灾事故处置训练等特种救援训练于一体的综合训练基地。该项目选址在成都简阳市石盘镇，于 2011 年进行选址论证、2013 年立项批复，总投资 2.95 亿元人民币，占地面积 322.4 亩，总建筑面积 4.5 万平方米，基地距离成都市区 47 公里，距离成都第二机场约 20 公里。基地包含教学楼、综合训练楼、宿舍楼、食堂以及体能训练馆等主要建筑，承担水域训练、真烟真火训练、建筑倒塌事故处置训练、隧道地铁事故处置训练、飞机船舶火灾事故处置训练等功能，可供现役官兵、政府企业专职队、社会消防从业人员参与演练培训，基地能同时满足 2300 人的培训需求，也即人均建筑面积约 20 平方米。



图 8 四川省综合应急救援训练基地规划建设情况

经赴重庆市急救中心等地调研发现，紧急救援的培训及移动设备存放场地缺乏。如重庆市有两支国家级的救援队，但是目前所配置的移动车辆设备由于现有场地十分局促，分散存放在本医院、陆军军医大学、重庆陆军预备役后勤保障旅等地，无法开展日常的应急演练。相关负责人介绍，国家级紧急医学救援队的救援装备车辆包括各类救护车、手术车、物资保障车、通信指挥车、轻伤员运输车、干部保健车等 50 多辆，每辆停车面积在 20 至 40 平方米不等，总停车空间需求在 2500 平方米左右，同时考虑到下一步重点加强的移动 P2 实验室、

直升机停机坪的停放需要，以及手术车等展开作业培训的需要，省级综合应急救援训练基地场地面积应不小于 5000 平方米。

表 25 重庆市急救中心国家级紧急医学救援队救援装备车辆空间需求

车辆名称	数量 (台)	尺寸 (长宽高)	每辆停放空间需求 (平方米)	每辆作业空间需求 (平方米)
监护型救护车	43	5.49*2.0*2.79	16-20	40
负压救护车	5	5.785*1.998*2.63	17-25	40
越野型救护车	1	5.995*2.08*2.635	-	-
手术车	1	9.5*2.6*2.5	35-40	120
物资保障车	1	7.5*2.8*2.0	30-40	50
移动 P2 实验室	1	17*3*3.2	52.5	100
其他类型装备(如特种救护车和通信指挥车等)	≥6	-	-	-



图 9 救援装备车辆停车空间及展开作业空间尺寸测量现场

(1) 设置层级

原则上每个省(自治区、直辖市)应配置至少 1 所国家紧急医学救援基地。有条件的地级市可配置国家紧急医学救援基地。

(2) 规模建议

参考四川省综合应急救援训练基地标准设置，培训人员测算的人均建筑面积约 20 平方米。考虑到综合应急训练的多样性以及公共卫生应急训练的专业性差异，省级国家紧急医学救援基地按照培训人员不小于 1000 人、容积率 1.2 左右测算(见表 26)，同时考虑到设备

展开作业以及应急医疗物资储备的需要(预留 20%左右的弹性空间), 占地面积不小于 4 公顷。有条件的地级市可设置, 一般承担本辖区的公共卫生应急救援演练外, 还承担周边地市的相应功能, 在考虑预留必备的室外演练场地以及建筑密度、绿地率达标的情况下, 占地面积不宜小于 2 公顷。

表 26 应急综合训练基地空间需求测算表

功能构成		占地面积 (平方米)	建筑面积(平方 米)	配置标准	备注
建筑部分	综合办公楼	省级: ≥500 市级: ≥250	省级: 2500 市级: 1250	总体按 50 平方米/编制人员的标准测算(办公、会议等用房按 30 平方米/编制人员, 门厅、厕所、设备等辅助用房按 40% 测算); 省级按 50 个编制人数, 市级按 25 个编制人数测算	按 6 层左右修建测算
	综合培训楼	省级: ≥2000 市级: ≥1000	省级: 10000 市级: 5000	总体按 10 平方米/培训学员(培训教室, 部分室内仪器操作等); 省级按同时培训 1000 人, 市级按同时培训 500 人测算	按 6 层左右修建测算
	住宿楼	省级: ≥2500 市级: ≥1300	省级: 30000 市级: 15000	总体按 30 平方米/培训学员(住宿房间 20 平方米/人, 过道、配套辅助用房按总面积的 30% 测算)	按 12 至 18 层修建测算
	员工食堂	不单独成楼	300	-	-
	小计	省级: 17000 市级: 10000	-	(按 28% 建筑密度折算)	-
室外部分	室外作业空间	省级: 5000 市级: 2000	-	-	-
	移动装备车辆停放	省级: 3000 市级: 1500	-	-	-
	田径场等	省级: 15000 市级: 7500	-	-	-
	小计	省级: 23000 市级: 12000	-	-	-
合计		省级: 40000 市级: 20000	-	-	-

3.4 预期的经济效果

完善的城乡公共卫生应急空间是提升我国城市应对突发事件能力的重要保障，其社会效益明显。通过本规范的编制和实施，将有效指导城乡公共卫生应急空间各层级规划的编制，服务于各级各类城乡公共卫生应急空间的预留预控，有利于提高城市应对突发公共卫生事件的能力，是提升城乡居民生活水平实现高品质生活的基础条件。

四 采用国际标准和国外先进标准的情况

4.1 标准收集情况

项目组在规范编制过程中，收集国际标准和国外先进标准情况如表 27。

4.2 参考和采用情况

美国为更好地救治新冠患者，针对可替代性护理场所(简称 ACS)，出台了一系列工作指南。美国疾控中心出台了《美国联邦医疗保健抗灾特别工作组可替代护理场所工具包》(Federal Healthcare Resilience Task Force Alternate Care Sites (ACS) Toolkit)，该文件对 ACS 的概念、操作流程、报告与记录要求进行了规定，特别是在潜在场地评估方面，提出要从场地的可达性、需求最大保障、选址条件(如不应选址在特定洪灾区域)、改造条件(如设置负压排气设施或是独立空调的可能性)等方面提出了指导要求。美国陆军工程兵团则就可替代性护理场所转换为医疗保健场所的改造方式，制定了《可替代性护理场所改造指南》(Alternate Care Sites Retrofitting Guidance)，并重点针对酒店、体育馆、废弃医院、帐篷营地等类型绘制了详细的设计图纸，提出相

应的空间改造引导。完善了平战两个用的重点设施类型，以及提出了规划为平急结合的设施，应制定平时、紧急时两套建筑使用方案的要求。

表 27 国际标准和国外先进标准收集一览表

国家或地区	文件名称	主要经验	备注
美国	《突发公共卫生事件的社区评估工具》 《社区大流行性流感防疫缓解导则》 《城市应急协议》 《美国联邦医疗保健抗灾特别工作组可替代护理场所工具包》 《可替代性护理场所改造指南》	为社区、公司提供应对疫情的临时应急空间建设指南	
日本	《介护保险制度更改意见》 《护理保险法》 《地域综合支援中心业务手册》	依托生活圈建立地域综合照护体系	
英国	《英国大流行性流感预防策略》	建立分等级的国家大流行性流感服务	
澳大利亚	《新南威尔士州健康保护》 《公共卫生应急预防最低标准》	划定地方卫生区	

五 与有关的现行法律、法规和强制性标准的关系

5.1 与有关的现行法律、法规的关系

5.1.1 有关现行法律、法规构成

本标准涉及的相关现行法律、法规共计 6 个，见表 28。

5.1.2 与有关的现行法律、法规的关系

本标准遵循现行法律、法规，不存在与有关法律法规的矛盾与修改。本标准提出的城乡公共卫生应急空间规划建议指标，是在遵循现有相关法律法规和强制性标准基本原则和基础指标的基础上，针对城乡公共卫生应急空间规划标准的空白和薄弱环节进行编研。本标准提出的城乡公共卫生应急空间结构，是基于《中华人民共和国突发事件应对法》和《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年版）的内容，从统一术语、协调行业差异、覆盖城市和乡村的公共卫生应急医疗服

务方面进行梳理构建。在具体标准内容方面，补充完善了疾病预防控制、医疗救治、平急结合空间、应急保障空间的规划控制原则和指标。

表 28 相关法律法规一览表

时间	名称	发布机构
2007 年	《中华人民共和国突发事件应对法》	主席令
	《全国卫生部门卫生应急管理工作规范（试行）》	国家卫生应急办公室
2013 年	《中华人民共和国传染病防治法》（2013 年版）	主席令
2015 年	《全国医疗卫生服务体系规划纲要》（2015—2020 年）	国务院
	《全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范》（试行）	国家卫生计生委应急办
	《全国医疗机构卫生应急工作规范》（试行）	国家卫生计生委应急办

5.2 与相关强制性标准的关系

5.2.1 相关强制性标准构成

与公共卫生应急空间相关的国家强制性规范包括：《防灾避难场所设计规范》（GB51143-2015）、《城市居住区规划设计规范》（GB50180-2002）、《传染病医院建筑设计规范》（GB 50849）、《医疗机构水污染物排放标准》（GB 18466）、《疾病预防控制中心建筑技术规范》（GB 50881）、《综合医院建筑设计规范》（GB 51039）等 7 个。其他是推荐性国家和行业标准，推荐性标准中有部分强制性条文。

5.2.2 相关强制性标准的关系

对公共卫生应急空间的技术性要求分散在不同规范中，多为建设标准和建筑标准，以及部分团体标准，缺乏强制性标准。此外，涉及应急需要的空间类型如传染病防治基地、平急结合空间、应急保障空

间等规划要求还存在部分空白，本规范作为专业强制性规范申请立项，有其必要性（本文件的规范性引用文件见表 29）。本规范的编制不是对相关标准的强制性内容进行修订，而是对照本次新冠肺炎疫情暴露出来的公共卫生体系不强大、疾病预防控制体系不完善、平急结合的重大疫情防控救治体系欠缺、应急物资储备和保障能力不够等问题，系统梳理现有规划建设技术标准中公共卫生机构、医院、基层医疗卫生机构、公共设施、绿地广场、应急避难场地等在配置内容、配置方式、配置指标方面能否满足应对突发事件所需，补充相关公共卫生应急空间的技术性规定。

表 29 规范性引用的文件一览表

序号	类型	名称
1	国家标准及相关政策文件	(1) GB 50849 传染病医院建筑设计规范 (2) GB 50881 疾病预防控制中心建筑技术规范 (3) GB 51039 综合医院建筑设计规范 (4) GB/T 51327 城市综合防灾规划标准 (5) GB/T 51346 城市绿地规划标准
2	行业标准及相关政策文件	(1) JG 106 中医医院建设标准 (2) JG 110 综合医院建设标准 (3) JG 127 疾病预防控制中心建设标准 (4) JG 173 传染病医院建设标准 (5) JG 177 急救中心建设标准 (6) T/CECS 661 新型冠状病毒肺炎传染病应急医疗设施设计标准 (7) MH 5013 民用直升机飞行场地技术标准 (8) 国家卫生健康委. 综合医院“平疫结合”可转换病区建筑技术导则(试行) (国卫办规划函〔2020〕663号) 2020年8月 (9) 国家卫生健康委办公厅国家发展改革委办公厅. 发热门诊建筑装备技术导则(试行) (国卫办规划函〔2020〕683号) 2020年8月 (10) 国家卫生健康委员会等9部委《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》(国卫医发〔2020〕19号) 2020年9月 (11) 自然资源部. 国土空间调查、规划、用途管制用地用海分类指南(试行) (自然资办发〔2020〕51号) 2020年11月 (12) 国家卫生健康委. 医学隔离观察临时设施设计导则(试行) (国卫办规划函〔2021〕261号) 2021年5月

六 重大分歧意见的处理经过和依据

根据咨询专家意见和部分地方主管部门意见的情况，对涉及的重

大分歧意见处理情况进行说明如下：

6.1 关于构建城市健康安全单元的原则

新冠肺炎疫情暴发以来，习近平总书记在多个场合强调，保障人民生命安全与身体健康是党和国家的重要任务，需要在顶层设计的高度，重视“健康”“安全”理念，并贯彻到社会经济发展的方方面面。理清“健康”“安全”城市的内涵以及如何将其融入城市空间规划建设中，是本规范编制的核心内容。考虑到基层社区是城乡运行与治理环境中非常重要的空间单元，提出了将“健康”融入15分钟社区生活圈，构建“公共健康单元”。在征求意见过程中，部分专家、地方管理部门提出，“公共健康单元在全文中只有一个概念解释，并没有涉及相关内容，建议不用保留这个概念解释”；“公共健康单元的概念不太清晰，建议进一步说明”；“为提高空间效率和管理可行性等因素，建议考虑公共健康单元与现有防灾分区的关系，增加相关表述”等。

鉴于公共健康单元目前还停留在学术研讨的阶段，其空间布局、配置标准以及与其他设施的关系都还在研究中，不同领域的专家对其认识也各有侧重，尚未形成共识。因此，在吸纳专家和地方管理部门的意见基础上，本规范4.1.2条中涉及公共健康单元的条款，引用自然资源部《市级国土空间总体规划编制指南（试行）》（2020年9月）3.7节第3条，“以社区生活圈为基础构建城市健康安全单元，完善应急空间网络”，修改为“基层公共卫生应急空间布局应以社区生活圈为基础，构建健康安全单元”。

6.2 关于疾病预防控制中心用地标准问题

公共卫生问题一向强调预防为主、医防协同，要加强公共卫生防

疫和重大传染病防控，稳步发展公共卫生服务体系。疾病预防控制中心作为从事疾病预防控制的专业公共卫生机构，在重大疫情防控中起到“指挥棒”作用。因此，本规范编研过程中，将疾病预防控制中心作为公共卫生应急空间的重要组成部分，开展了各级疾病预防控制中心调研座谈、指标研究等工作。

征求专家和地方意见时，北京、深圳等地的专家和地方主管部门反映，鉴于国内特大规模城市用地十分紧张，建议本规范不规定用地面积，可通过提高容积率、增加建筑面积等方式解决空间紧约束的难题。另外，也有专家提出本规范和《疾病预防控制中心建设标准》的衔接问题，建议本规范直接引用，不做具体的指标规定。

针对上述意见，本规范从规范适用范围、规范指标修改等方面进行了论证。一是本规范定位为规划标准，和现行的建设标准规范的重点内容有较大差异。本规范适用于各级各类国土空间规划中城乡公共卫生应急空间的规划编制、实施与管理，也即是作为规划标准存在，与建设标准在设立目标上存在较大差别，规划标准强调满足空间预留预控要求，建设标准强调各类功能布局的具体要求以及投资控制等内容。因此，为了强化空间规划的空间资源配置相关要求，在《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿，2020年7月）的基础上，增加了规划用地面积控制的相关要求。

表 30 各级疾病预防控制中心建设用地标准测算

分级	实际服务管理人口（万人）	人口对应的建筑面积（平方米）	因新增功能建议增加的建筑面积（平方米）	按容积率反算的用地面积（平方米）	考虑弹性预留后建议的占地面积（平方米）
省级	>4000	35000	5000-15000	40000	≥50000
	1000-4000	25200		20000—40000	25000—50000
	<1000	13600		10000—20000	12000—25000
市级	>500	7700	1200-3000	10000	≥12000
	300-500	6300		7000—10000	8000-12000
	<300	5600		4000—7000	5000-8000
县	>50	4100	300-1000	4000	≥5000

级	10-50	3800		2200—4000	2500-5000
	<10	1200		1500	≥2000

二是考虑地方发展实际需求，增加了用地面积的上下限区间配置标准。根据2020年7月下发地方征求意见的《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿），疾病预防控制中心的建筑面积=实际服务管理人口对应面积+特殊实验用房面积（如有）+国家级重点实验室面积（如有）+重大研究项目所需面积（如有）+培训和教育用房面积（如有）。为满足突发公共卫生事件爆发时，快速防控响应和检验检测的需要，在实际服务管理人口对应面积的基础上，参考重庆、湖北、湖南、海南等地近期迁建疾控中心的规划建设经验，宜增加预防科学研究、兼容性的大型室内场所、工作人员消毒与住宿隔离等功能需求的建设空间，将建筑面积按照1.2~2.0的容积率测算后，同时再预留10%至20%的弹性空间，进而提出各级疾病预防控制中心规划用地规模控制标准，方便在各级国土空间规划编制中，对疾病预防控制中心用地的预留预控，也可作为疾病预防控制中心建设项目用地审批的参考依据。因此，本规范提出了用地面积具有上下限的配置标准。

表 31 各级疾病预防控制中心用地配置标准

分级	实际服务管理人口（万人）	用地面积（平方米）
省级	>7000	52500-75000
	4000-7000	45000-52500
	1000~4000	25000~45000
	<1000	12000~25000
市级	>500	≥12000
	300~500	8000~12000
	<300	5000~8000
县级	>50	≥5000
	10~50	2500~5000
	<10	≥2000

注1：实际服务管理人口是指规划服务辖区内的实有人口规模，下同。
注2：直辖市、重点城市以及疾病预防控制任务繁重的城市，可结合实际需要增加疾病预防控制中心的用地规模

6.3 关于传染病床位分类构成的问题

征求专家和地方意见时，有专家提出可参照院前医疗急救模式，

将传染病床位分为常规救治和紧急救治两大类，不仅针对疫情，还应该对其他突发疾病、食物中毒、职业中毒等公共卫生事件进行紧急救治。考虑到 SARS 和 2019 年新冠肺炎疫情这类重大传染病具有传染性强、病死率高、影响波及大、不确定因素多、持续时间长等特点，传染病紧急救治空间的设置与其他应急空间也有较大区别，例如“三区两通道”的设置、水电气应急设施的快速改造、可转换病区建设要求、呼吸感染专科设备配置条件以及生物实验室、检测室的设置等。传染病床位数的配置标准是医疗救治应急空间最关键也是最复杂的部分。同时，根据《传染病防治法修订草案》提出的建立由传染病专科医院、综合性医院、中医医院、院前医疗急救机构、临时性救治场所等构成的综合救治体系，以及按照患者疾病分型和病情进展情况进行分级、分层、分流的救治要求，本规范本着节约集约用地原则，综合考虑平战时期各类设施与空间的功能转化，将传染病床位分类按照启动方式和时间分为基本床位、可转换床位、可扩展床位。传染病基本床位是指常规状态下传染病专科医院以及综合医院、中医医院等固有病区的传染病床位，主要由传染病医院、部分综合医院（中医医院）的传染病区床位构成。可转换床位是指发生重大疫情，且基本床位不能满足疫情需求时，传染病防治基地、应急定点医院、应急后备医院等可快速转换为传染病床位的其他科室床位，主要由部分具备条件的综合医院（中医医院）、专科医院的其他床位转换改造而来的传染病床位构成。可扩展床位是指发生重大疫情，且基本床位和可转换床位不能满足疫情需求时，在医院内的预留空间、平急结合空间等临时性救治场所中新增的传染病床位。

6.4 关于应急通道分类与规划原则问题

征求专家和地方意见时，深圳提出三点完善建议：一是将内部应

急通道分为地面应急通道和空中应急通道两类，深圳认为，当前直升机已经被广泛应用于城市内部各类突发灾害、事故情形下的应急疏散和救援，空中应急通道应强化，是内部应急通道的重要组成部分；二是地面应急通道与消防通道同为地面通道，有必要明确两者的关系；三是从新冠肺炎疫情防治经验来看，口岸检验检疫对防治境外输入具有重要作用，国家发改委等部门出台的政策文件明确要求提升边境口岸地区的传染病防治能力和水平，建议增加公共卫生应急口岸相关内容。

结合地方意见，经多方研讨认为，当前空中救援逐步普及，有必要强化空中应急通道的重要性，应将内部应急通道细化，并分为地面应急通道和空中应急通道两类。对于公共卫生应急来说，空中应急通道包括直升机起降场地，以及结合场地设置的直升机临时起降场地；地面应急通道可以根据承担的功能、道路条件等分为应急干道、应急主通道和应急次通道。地面应急通道与消防通道均有应急功能，消防通道主要是指消防人员实施营救和被困人员疏散的通道，比如楼梯口、过道，地面应急通道主要是依托城镇道路规划设置的通道，二者覆盖的范围有差异，但应做好相互衔接。公共卫生应急口岸对提升口岸地区传染病防治能力和水平具有十分重要的作用，具有口岸功能的城市应结合口岸设置公共卫生应急口岸。

七 标准作为强制性标准或推荐性标准的建议

建议作为推荐性标准实施。

八 贯彻标准的要求和措施建议

8.1 组织学习宣传

建议国土空间规划标准专业委员会、相关行政主管部门在全国范

围内组织本规范的学习培训活动，开展各种形式的宣传活动，让新标准深入人心，让市民都成为本标准的执行者和监督者，促进本标准的实施。

8.2 在国土空间总体规划中贯彻实施

城乡公共卫生应急空间作为国土空间规划的重要组成部分，应纳入各级国土空间总体规划，并进行预留预控。特别是平急结合场地的规划要求，以及公共卫生应急预控用地配置标准的规定，应纳入各级国土空间总体规划的编制。

8.3 推动全面评估和更新已编的控制性详细规划

对各城市已经完成的控制性详细规划进行一次全面的评估和修订，将公共卫生应急空间的新标准纳入控规编制中，全面更新后可有效避免未来建设活动中，公共卫生应急空间不足，人民生命安全不能得到保障的问题。

8.4 开展专项规划和定期实施评估工作

推动各地开展公共卫生设施专项规划，合理布局公共卫生应急空间。合理安排好救治传染病的基本床位、可转换床位、可扩展床位，对平急结合设施和空间进行预先划定，提前准备；建立定期保障评估机制。公共卫生应急空间规划标准需要适应社会经济的发展，通过开展定期评估，搜集和梳理规范修订意见，才能为规范的修改完善提供必要的基础。

对于平急结合设施、平急结合场地、公共卫生应急预控用地，加强规划管控，设置前提条件开展实施与定期维护检查工作。

各类应急空间启动建设时，涉及规划管理流程的应开设“绿色”

通道，快速完善规划手续。

九 废止现行有关标准的建议

(无)

十 其他应予说明的事项

(暂无)

附件 A：条文说明（送审稿）

A1 范 围

本文件是为了适应国土空间规划编制和管理的需要，对城乡公共卫生应急空间规划布局及管控的技术要求进行规范，主要内容包括疾病预防控制应急空间、医疗救治应急空间、公共卫生应急保障空间的分级分类，以及各类公共卫生应急空间的用地、设施、通道的规划布局原则和配置标准。

本文件是公共卫生应急空间规划的技术规范，适用于各级各类国土空间规划中城乡公共卫生应急空间的规划、实施与管理。城乡公共卫生应急空间规划的编制内容、审查要求等由编制类规范进行规定，编制各级各类国土空间规划应遵守本规范。

A2 规范性引用文件

A3 术 语

A.3.1 公共卫生应急空间

“公共卫生”是关系到一国或一个地区人民大众健康的公共事业。原国务院副总理吴仪在2003年7月28日的全国卫生工作会议上提出，“公共卫生就是组织社会共同努力，改善环境卫生条件，预防控制传染病和其他疾病流行，培养良好卫生习惯和文明生活方式，提供医疗服务，达到预防疾病，促进人民身体健康的目的”。

“应急”指应对突然发生紧急事件的一种反应或处理。其中包含两层含义：客观上，事件是突然发生的；主观上，需要紧急处理的。

“空间”是物质运动的存在形式，具有客观性和无限性。城乡规划学中指物体存在的场所，以及物体与物体之间的界限或相对位置。

结合公共卫生领域、国土空间领域的相关工作，“公共卫生应急空间”是为应对突然发生的公共卫生事件，包括可能引起公共卫生风险的各类灾害、事故等，提供满足应急所需功能的用地和设施，如疾病预防控制机构、各类医院、基层医疗卫生机构、临时性救治场所、隔离场所、应急交通设施、应急通道、应急供水设施、应急供电设施、应急供气设施、应急通信设施、应急排水设施、应急废物处置设施、医用应急物资储备设施、救护车洗消设施等。需要说明的是，公共卫生应急空间包含了应急时转化使用功能的空间及应急时新增的公共卫生空间（如新建的应急医院），为避免资源浪费、提高应急处置能力和水平，应优先使用满足条件的可转换空间。

A.3.2 疾病预防控制应急空间

疾病预防控制体系是保护人民健康、保障公共卫生安全、维护经济社会稳定的重要保障。

根据《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》（2005年卫生部令第40号）《全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范（试行）》（国卫办应急发〔2015〕54号）以及各级疾病预防控制中心的职能职责规定，用于疾病预防控制的应急空间，包括疾病预防控制中心、基层医疗卫生机构中提供公共卫生服务的空间以及医院内相对独立的发热门诊、感染性疾病科室或传染病区，平急结合空间中的集中隔离、检测空间等。由于疾病预防控制中心无论在平时还是紧急状态时都是极为重要的公共卫生机构，在突发公共卫生事件应急中发挥着重要作用，因此，应将其整体作为公共卫生应急空间纳入本规范予以规定。

A.3.3 医疗救治应急空间

医疗救治应急空间主要包括院前医疗急救设施、国家紧急医学救援基地、传染病防治基地、应急定点医院和应急后备医院、基层医疗卫生机构、传染病医院（病区）以及其他医疗救治应急空间。在突发公共卫生事件和重大灾难情况下，特别是暴发像SARS、新冠肺炎疫情这类传播速度快、感染范围广、防控难度大的重大疫情时，会造成常规状态下的医疗救治资源挤兑和应急救治空间不足的现象。医疗救治应急空间需具备一般急救功能的同时，还应具备可快速部署、可灵活转换、可大规模临时布局的空间。其中日常应急的有院前医疗急救设施、国家紧急医学救援基地、传染病防治基地、传染病医院；应对职业中毒、核辐射、创伤烧伤类等其他专科救治医院，组成日常医疗救治应急网络，保障突发公共卫生应急所需的空間需求。另外，日常为综合医院、中医院和专科医院，地方政府根据大规模疫情状态下防控要求，规划好可快速转换为医疗救治应急空间的应急定点医院和应急后备医院，并需做好相应的可转换病区的准备。

A.3.4 平急结合空间

新冠肺炎疫情暴发期间，为缓解现有的医疗资源压力，世界各国在疫情防控 and 医疗救治过程中，都利用了现有的公共设施、绿地广场、露天停车场、规划预控用地，作为防控救治应急空间的重要补充。我国武汉市在2019年举办武汉军运会的大型露天停车场上，建设了雷神山医院，还对旧厂房、体育场馆、展览中心、学校进行改建，建设了37所方舱医院。意大利一方面利用展览中心等公共建筑，建设了独立的大型野战医院，如将米兰展览中心改建成600床的野战医院；另一方面，也利用了现有医院周边的露天停车场，建设了小型野战医院，如利用克雷莫纳医院外的停车场，改造成了68床的临时救治场所，缓解了现有医疗资源的压力。英国、日本等国家为了应对疫情，也利用了相关的设施和用地。此外，为提升突发公共卫生事件的防控能力，我国北京、重庆、武汉、广州等城市在国土空间规划的预控用地中，也预控了公共卫生应急空间。在公共卫生应急状态下，各类医疗卫生用地内会进行相应地改扩建或功能转换以满足公共卫生应急需求，但出于各类公共卫生应急空间职权职责、国土空间规划实施与管理的考虑，本术语定义的“平急结合空间”专指平时不是医疗卫生用地、“应

急状态”时可转换为医疗卫生用途的空间。

A.3.5 公共卫生应急保障空间

参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327），结合2020年以来三年抗疫的经验，广义的公共卫生应急保障空间包括交通、供水、供电、通信、燃气、排水、环卫、医用应急物资储备、应急生活物资保障等内容。药店、超市、物流仓储等生活物资保障既是日常生活必备功能，也是应急状态下必须正常运转的设施，应纳入应急预案中。本规范界定的公共卫生应急保障空间侧重在狭义层面，主要包括应急交通、供水、供电、通信、燃气、排水、环卫、医用应急物资储备、综合训练等基础设施，这些设施应具有高于一般基础设施的综合抗灾能力，在突发公共卫生事件、灾害和事故下可立即启用或很快恢复功能，并为应急救援、抢险救灾和生活生产提供保障。

A4 基本规定

A.4.1 基本原则

A.4.1.1 《基本医疗卫生与健康促进法》规定，“国家建立健全由基层医疗卫生机构、医院、专业公共卫生机构等组成的城乡全覆盖、功能互补、连续协同的医疗卫生服务体系”，也即是要推动全社会医疗救治功能与疾病预防功能的有机协同、统筹规划，以实现维护和社会公众健康、保障社会公共卫生安全的目的。

习近平总书记在2020年2月14日中央全面深化改革委员会第十二次会议上强调，“要平战结合、补齐短板，健全优化重大疫情救治体系”；在2021年2月19日中央全面深化改革委员会第十八次会议上再次强调，要坚持医防融合、平急结合、中西医并重。说明平急结合、设施与空间的共享整合已成为国家建立健全公共卫生应急管理体系的重要指导方针，坚持节约集约用地，充分利用存量和已有设施，合理确定并高效使用增量应急空间，有利于促进设施和空间资源的弹性重组、共享整合，提高城乡公共卫生应急空间治理水平，符合国家提高资源利用效率的发展导向。根据《中华人民共和国土地管理法》和《国务院关于促进节约集约用地的通知》节约集约利用土地，是指通过规模引导、布局优化、标准控制、市场配置、盘活利用等手段，达到节约土地、减量用地、提升用地强度、促进低效废弃地再利用、优化土地利用结构和布局、提高土地利用效率的各项行为与活动。

A.4.1.2 建立健全公共卫生应急空间结构，是本规范“补短板、堵漏洞”的重要内容。公共卫生应急空间可大致划分为县级及以上和基层两个层级。县级及以上公共卫生应急空间主要突出服务辖区全域、统筹城乡的应急保障需要，基层公共卫生应急空间重点突出应急哨点功能，同时兼具日常基本健康服务功能。

2021年7月，自然资源部发布的《社区生活圈规划技术指南》（报批稿）第5.2.1条规定，“夯实社区基础服务，按‘15分钟、10-5分钟’两个层级，配置满足居民日常生活所需的健

健康管理、为老服务等设施”“构建社区防灾体系，按‘15分钟、10-5分钟’两个层级配置避难场所、应急通道和防灾设施，充分利用现有资源，建立分级响应的空间转换方案，有效应对各种灾害”。2020年9月，自然资源部发布的《市级国土空间总体规划编制指南（试行）》提出，“以社区生活圈为基础构建城市健康安全单元，完善应急空间网络”。总结新冠肺炎疫情防控经验，社区的治理水平直接影响着城市的应急能力，应将公共卫生应急的理念融入社区生活圈，以社区为单位，加强日常健康和疫情应急两大类设施和服务的配置。

A.4.1.3 依据《传染病医院建设标准》（JG 173）、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（T/CECS 661-2020）、《应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则》（T/UPSC 001-2020）、《城市总体规划气候可行性论证技术》（GB/T 37529—2019）等相关标准、规范性文件，确定本条款。公共卫生应急空间的规划还应充分考虑当地的气候特征、主要气象灾害、气候变化影响等因素，开展公共卫生应急空间选址、规划、设计的微气候优化及气候风险评估等工作。

A.4.2 工作要求

A.4.2.1 建立快速反应机制是阻断传染病等重大公共卫生事件爆发的有效途径，智能化的信息报送、监测、预警是建立快速反应机制的重要支撑，因此建议在各级各类公共卫生应急空间内应强化相关职能配置。

A.4.2.2 区分日常应急空间和因重大疫情启动的应急空间，在重大疫情来临时，可转换和可拓展的应急空间均能够及时启动，需要应急空间具备必要的转换和建设条件，在规划确定为公共卫生应急空间后，及时按照规划提出的要求进行建设和配置。

A.4.2.3 《省级国土空间规划编制指南（试行）》（自然资办发〔2020〕5号）和《市级国土空间总体规划编制指南（试行）》（自然资办发〔2020〕46号）是开展国土空间规划编制工作的重要依据。

A.4.2.4 考虑到突发公共卫生事件种类多，城乡公共卫生应急空间的规划编制与实施管理也应强调各类应急空间的系统布局，建立多部门联动、多规合一的机制，既要保障各类设施的落地，也要满足差异化的应对。

A5 公共卫生应急空间的分类与分级

A.5.1 分类

A.5.1.1 新冠肺炎疫情发生以来，习近平总书记多次强调，要构筑强大的公共卫生体系，完善疾病预防控制体系，建设平急结合的重大疫情防控救治体系，强化公共卫生法治保障和科技支撑，提升应急物资储备和保障能力，夯实联防联控、群防群控的基层基础。

梳理《突发公共卫生事件应急条例》《国家突发公共卫生事件应急预案》《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》《国家突发公共事件卫生医疗救援应急预案》《关于印发公共

卫生防控救治能力建设方案的通知》等相关内容，总结得知我国公共卫生事业的政策方针，已从建国初期强调“预防为主”，发展至新冠肺炎疫情之后的“医防协同”。

应对突发公共卫生事件、灾害或事故的核心是建立强大的防控救治体系以及相应的应急处置保障。其中，防控包括监测与预警、科研领域的疫苗研发、控制污染源、切断传播途径、保护易感人群等环节，救治包括检测、诊断、隔离、治疗等环节，处置保障包括物资储备、交通运输保障等，对应的设施包括疾病预防控制机构、基层疾病预防控制机构、医疗急救中心（站）、二级以上综合医院、专科医院、基层医疗卫生机构、平急两用的公共设施、物资储备设施、交通运输保障设施、其他保障设施等。

按照疫情防控救治用地、设施、通道的日常使用与应急状态功能特征的分类原则，突出管理传染源、切断传染链、保护易感人群的理念，本规范建立了疾病预防控制应急空间、医疗救治应急空间、平急结合空间和公共卫生应急保障空间的城乡公共卫生应急空间框架。其中，疾病预防控制应急空间，医疗救治应急空间中的院前医疗急救设施、传染病院（病区）、传染病防治基地、国家紧急医学救援基地为日常应急空间，即在日常使用和应急状态下都具有对应的疾病预防控制、医疗救治的职能；医疗救治应急空间中的应急定点医院、应急后备医院、其他医疗救治应急空间，平急结合空间和公共卫生应急保障空间为重大疫情发生时启动的应急空间，强调应急状态下，通过功能的转变满足卫生应急需要。需说明的是，应急定点医院和应急后备医院日常作为医院救治运行，应急预案启动后才承担集中救治任务，因此本规范将其纳入医疗救治应急空间。本规范单列平急结合空间，重点在于强调对现有的疾病预防控制应急空间、医疗救治应急空间的补充，以提高应对重大公共卫生事件的空间保障能力和空间规划弹性。

A.5.1.2 按照自然资办发〔2020〕51号的规定，确定用地分类代码。疾病预防控制应急空间和医疗救治应急空间中，涉及医疗卫生用地类型的二级用地代码主要为0806，涉及平急结合空间用地为日常使用功能的用地类型和留白用地。公共卫生应急保障空间涉及用地类型的二级用地代码主要包括0806、1201、1202、1203、1204、1206、1207、1208、1301、1302、1303、1304、1305、1306、1309、1310、2001、2002、2003等（卫生应急通道、应急公用工程设施、其他应急保障设施）。

A.5.2 分级

按照公共卫生应急空间服务范围来看，国家级是指为多个省份（自治区、直辖市）服务的，含都市圈层级的设施空间；省级是指为省域范围内多个地级市服务的；市级、县级、乡镇（街道）级、社区（村）级的设施是指为各自辖区服务。按照行政管理层级来看，省级对应省、自治区、直辖市、新疆建设兵团。市级对应地级市、地区、盟、自治州、副省级市、计划单列市。县级对应市辖区、县、自治县、县级市、旗、自治旗、林区、特区。乡镇（街道）级对应街道、乡镇。社区（村）级对应社区和行政村。根据实际需要，不同类型的应急

空间在不同等级的国土空间规划中会有差异。国土空间总体规划应明确总体目标、配置层级、设施数量及相应的配置标准等内容；专项规划应细化配置功能并提出行动任务与计划，统筹考虑可作为平急结合设施、场所的非医疗卫生用地的布局，以便在应急时能快速启用；详细规划应保障空间落地并提出相关控制要求。

A6 疾病预防控制应急空间

A.6.1 分类

根据《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》（2005年卫生部令第40号）的第二条规定，疾病预防控制体系建设的重点是加强国家、省、设区的市、县级疾病预防控制机构和基层预防保健组织建设；第三十条规定，乡（镇）卫生院、城市社区卫生服务中心，在上级疾病预防控制机构的管理指导下，承担基层疾病预防控制工作。同时，《中华人民共和国传染病防治法》（2020年修订征求意见稿）、2015年国家卫计委应急办发布的《全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范（试行）》对传染病预防与控制均有明确规定，医院相对独立的发热门诊、感染性疾病科室或传染病区，也承担了疾病预防的哨点功能。因此，疾病预防控制应急空间包括疾病预防控制中心、基层医疗卫生机构、其他疾病预防控制应急空间三类。

A.6.2 疾病预防控制中心

A.6.2.1 分级

根据《关于疾病预防控制体系建设的若干规定》（2005年卫生部令第40号）的第九条规定“疾病预防控制机构分为国家级、省级、设区的市级和县级四级”，制定本条款。部分省份正在布局区域性疾病预防控制中心，如重庆市正在新建的万州区疾病预防控制中心，规划辐射渝东北、川东北区域，配置标准也应考虑相应的实际服务管理人口规模。

A.6.2.2 规划原则

A.6.2.2.1- A.6.2.2.2 根据《中华人民共和国传染病防治法》（2020年修订征求意见稿）、《关于发挥医疗机构哨点作用做好常态化疫情防控工作的通知》（联防联控机制综发〔2020〕186号）、2015年国家卫计委应急办发布的《全国疾病预防控制机构卫生应急工作规范（试行）》等相关规定，以及在调研中发现的规模不足和功能弹性缺乏等问题，制定本条款。建议增加应急状态下工作人员消毒与住宿隔离空间，建筑布局时宜提高室内功能的兼容性，适当布局一些具备功能转换条件的多功能厅、会议室、培训场地等大型室内空间。

A.6.2.3 配置标准

A.6.2.3.1 根据不同等级疾病预防控制中心的职能职责，制定本条款。考虑到我国地区差异大，

对于实际服务管理人口规模较大的，或者由于人口分布稀疏、服务半径较远的地区，可根据实际情况增设分中心。

A.6.2.3.2 根据《公共卫生防控救治能力建设方案》（发改社会〔2020〕0735号）、《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）、《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿）的相关要求，以及国家疾病预防控制局成立后强化突发性公共卫生事件应对能力的职能要求，结合对各地各级疾病预防控制中心调研发现的问题，制定本条款。

《公共卫生防控救治能力建设方案》（发改社会〔2020〕0735号）、《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）明确提出，国家和重点区域疾病预防控制机构具备新发传染病病原体、健康危害因素“一锤定音”检测能力和重特大公共卫生事件处置能力；省级疾控机构原则上要有达到生物安全三级水平的实验室，具备省域内常见多发传染病病原体、健康危害因素“一锤定音”检测能力和应急处置能力；地市级疾控机构有达到生物安全二级水平的实验室，具备辖区常见传染病病原体、健康危害因素和国家卫生标准实施所需的检验检测能力；县级疾控中心重点提升疫情发现和现场处置能力，满足现场检验检测、流行病学调查、应急处置等需要。鼓励地方探索建设集临床、科研、教学于一体的公共卫生临床中心。

国家疾病预防控制局于2021年5月13日正式挂牌成立，新机构的成立意味着疾控机构职能从单纯预防控制疾病向全面维护和促进全人群健康转变，不仅要能更好地应对突发性公共卫生事件，还要能顺应健康发展新趋势，积极应对人民健康发展新需求。由此可见，未来疾控中心在预防科学、人类大健康科学研究等方面的职能将会进一步提升。

根据2020年7月发布的《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿），疾病预防控制中心的建筑面积=实际服务管理人口对应面积+特殊实验用房面积（如有）+国家级重点实验室面积（如有）+重大研究项目所需面积（如有）+培训和教育用房面积（如有）。考虑到当前人口流动性加强，在公共卫生事件突然爆发时，伴随封城、交通管制等措施出台，流动人口将会停留在原地，需要将半年以下的短期流动纳入到疫情防控的管理范畴。同时，《市级国土空间总体规划编制指南》《国土空间规划城市体检评估规程》指出，按实际服务管理人口配置各类设施已成为当前规划编制、规划监督实施的重要依据，并将其定义为：需要本市提供交通、市政、商业等城市基本服务以及行政管理的城市实有人口，除城市常住人口外，还包括出差、旅游、就医等短期停留人口。考虑到本规范主要为规划编制、实施与管理服务，其所指的实际服务管理人口即为国土空间规划编制文本中确定的实际服务管理人口。

表 A.1 各级疾病预防控制中心建设用地标准测算

分级	实际服务管理人口（万人）	人口对应的建筑面积（平方米）	因新增功能建议增加的建筑面积（平方米）	按容积率反算的用地面积（平方米）	考虑弹性预留后建议的用地面积（平方米）
----	--------------	----------------	---------------------	------------------	---------------------

分级	实际服务管理人口（万人）	人口对应的建筑面积（平方米）	因新增功能建议增加的建筑面积（平方米）	按容积率反算的用地面积（平方米）	考虑弹性预留后建议的用地面积（平方米）
省级	≥7000	47500	5000-15000	52500-62500	52500-75000
	4000-7000	35000		25000-42000	45000-52500
	1000-4000	25200		20000—40000	25000—45000
	<1000	13600		10000—20000	12000—25000
市级	>500	7700	1200-3000	10000	≥12000
	300-500	6300		7000—10000	8000-12000
	<300	5600		4000—7000	5000-8000
县级	>50	4100	300-1000	4000	≥5000
	10-50	3800		2200—4000	2500-5000
	<10	1200		1500	≥2000

注：实际服务管理人口大于 7000 万人的省级疾病预防控制中心，《疾病预防控制中心建设标准》（征求意见稿）尚未给出人口对应的建筑面积规模，根据实际服务管理人口越大用地越集约的原则，人均建筑面积按照每万人 5 平方米，实际服务管理人口规模按照七普公布的广东、山东、河南、江苏、四川、河北等 6 个省平均实际服务管理人口进行测算，得出：大于 7000 万人的省级疾病预防控制中心 47500 平方米。

为满足突发公共卫生事件爆发时，快速防控响应和检验检测的需要，在实际服务管理人口对应面积的基础上，参考重庆、湖北、湖南、海南等地近期新津、迁建的疾控中心规划经验，宜增加预防科学研究、工作人员消毒与住宿隔离等功能需求的建设空间，将建筑面积按照1.2~2.0的容积率测算后（参见表A.1），同时再预留10%至20%的弹性空间，并从节约集约用地等原则，本规范提出各级疾病预防控制中心规划用地规模控制标准，方便各级国土空间规划编制中对疾病预防控制中心用地的预控，也可作为疾病预防控制中心建设项目用地审批的参考依据。

A.6.3 基层医疗卫生机构

A.6.3.1 分级

根据国家公共卫生制度建设要求，本文件中基层医疗卫生机构主要指乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心（站）。按照设施的服务范围，乡镇卫生院和社区卫生服务中心属于乡镇（街道）级，为“15分钟”社区生活圈层级的基础服务要素，应独立占地，不宜与其他社区生活服务圈服务功能进行叠建；村卫生室和社区卫生服务中心站属于社区（村）级，为“5-10分钟”社区生活圈层级的基础服务要素，可不独立占地。

A.6.3.2 规划原则

根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）、《村卫生室管理办法（试行）》（国卫基层发〔2014〕33号）、《乡镇卫生院管理办法（试行）》（卫农卫发〔2011〕61号）、《城市社区卫生服务机构管理办法（试行）》（卫妇社发〔2006〕239号）的要求，参照湖

北省、广东省等地方规定，制定本条款。

基层医疗卫生机构是国家三级诊疗系统的重要基础，处在疾病防控的第一线，具有疫情发现、报告、控制、转移治疗等防控职能。根据基层医疗卫生机构“哨点”职能的建设要求，基层医疗卫生机构公共卫生应急空间兼具疾病预防控制和医疗救治职能，具体包括预检分诊点、发热诊室（门诊）、（临时）隔离点（室）、采样点、转运场所等。在空间布局上，发热诊室（门诊）、（临时）隔离点（室）、采样点应当在基层医疗卫生机构内相对独立设置，避免设置在其他人流密集公共区域的上风向，与普通门（急）诊、其他建筑、公共场所保持一定距离，避免发热患者、传染病患者与其他就诊人员交叉；不具备隔离条件的，应设置实际物理隔离屏障。通过新建或改扩建，使得基层医疗卫生机构的应急空间符合清洁区、污染区、半污染区和医务人员通道、病人通道（称为“三区两通道”）的标准要求。此外，社区卫生服务中心、乡镇卫生院还应按需求，参照《乡镇卫生院建设标准》《社区卫生服务中心、站建设标准》，设置肠道门诊、肝炎门诊等传染性疾病预防和应对中毒、其他严重影响公众健康的突发公共卫生事件的应急空间。

近年来，我国提出打造“社区生活圈”，并发布了《社区生活圈规划技术指南》（TD/T 1062-2021）。社区生活圈是指在适宜的日常步行范围内，满足城乡居民全生命周期工作与生活等各类需求的基本单元。结合我国在新冠肺炎疫情积累的经验与教训，应将公共卫生应急的理念融入社区生活圈，加强日常健康和疫情应急两大类设施和服务的配置，以有效应对突发公共卫生事件、灾害或事故。

A.6.3.3 配置标准

根据《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）的要求，参考《广东省医疗机构发热门诊规范化建设指引（试行）》（粤卫办规划函〔2020〕37号）、《上海市卫生健康委员会关于进一步加强本市社区发热哨点诊室管理和发热诊室建设的通知》（沪卫基层〔2021〕2号）以及《武汉市人民政府办公厅关于进一步加强全市基层医疗卫生服务体系建设的通知》（武政办〔2020〕71号）的相关规定，制定本条款。

实地调查了解到，基层医疗卫生机构是疫情防控的前沿阵地，但多数基层医疗机构诊疗水平有限、医疗设置配置不足，导致基层首诊服务能力不够，无法承接检验筛查和社区首诊任务，难以充分发挥基层医疗卫生机构在疫情分级诊疗中的作用，这也是导致武汉在新冠肺炎疫情暴发期间，大量轻症患者涌入综合医院，挤占本已匮乏的医疗设施资源的重要原因之一。

为进一步提高基层医疗卫生机构对传染病患者的发现和预警能力，应结合各地传染病防控和群众实际医疗需求，按照“可设尽设、布局合理、条件合格、工作规范”的原则，在各类基层医疗卫生机构设置相应的公共卫生应急空间。村卫生室的公共卫生应急空间配置应结合村庄大小和村庄规模的实际情况设置。

预检分诊点。《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）规定，所有基层医疗卫生机构均应当严格落实预检分诊并实现“哨点”功能，在门急诊规范设置预检分诊点。由此，本文件建议各类基层医疗卫生机构应配置预检分诊点，对来诊的患者预先进行有关传染病方面的甄别、检查与分流，防止医疗机构内交叉感染。预检分诊点一般设在室外或相对独立的房间。

发热门诊。《武汉市人民政府办公厅关于进一步加强全市基层医疗卫生服务体系建设的通知》要求，达到社区医院或者二级医院标准的社区卫生服务中心（乡镇卫生院）要按照“三区两通道”的要求，规范设置发热门诊。《河南省关于规范基层医疗卫生机构发热门诊和发热哨点诊室设置的通知》规定，发热门诊建筑面积应不少于300平方米，设置诊室2间—3间（成年人诊室、儿童诊室、备用诊室），设置留观床位3张—5张，并预留10张—20张可转换隔离病室床位（面积另计）以应对重大疫情防控期间防控救治；隔离留观病室应单人单间，每间使用面积不少于14平方米。由此，本文件初步考虑，鼓励二级及以上的中心卫生院和社区卫生服务中心设置发热门诊，用于排查疑似传染病人、治疗发热患者。发热门诊建筑面积不小于300平方米。

发热诊室。《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）规定，在有条件的乡镇卫生院和社区卫生服务中心设置发热诊室；《广东省公立医疗机构发热门诊和发热诊室规范化建设方案》要求，全省乡镇卫生院，有条件的社区卫生服务中心等，要因地制宜设置发热诊室。《成都市发热诊室设置标准》规定，发热诊室面积原则上应 ≥ 40 平方米，若确因场地受限，在保证“三区两通道”和“六个功能分区”基础上可适当调整建设面积。由此，本文件建议社区卫生服务中心、乡镇卫生院应设置发热诊室，社区卫生服务站、村卫生室可不设置发热诊室，对前来就诊且体温 $\geq 37^{\circ}\text{C}$ 发热患者进行登记、分诊、治疗、隔离与转诊等。发热诊室建筑面积不小于40平方米。

（临时）隔离点（室）。《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）规定，对于诊断不明确且不能排除传染病的患者，应对患者采取隔离措施，不得擅自允许其自行转院或离院。《成都市发热诊室设置标准》规定，隔离留观室原则上房间面积应 ≥ 10 平方米。考虑到隔离措施是患者在发热诊室诊断后医护人员作出的应对手段，本文件建议社区卫生服务中心、乡镇卫生院应设置隔离点（室），社区卫生服务站、村卫生室应设施临时隔离点（室），设置有发热门诊、发热诊室的基层医疗卫生机构可不再单独设置临时隔离点。

核酸采样点。《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）规定，基层医疗机构需对全部发热患者进行核酸检测和血常规检查，不具备检测能力的，需通过与其他医疗机构或第三方检测机构合作的方式为发热患者提供检测服务。按照大城市建立步行15分钟核酸“采样圈”要求，本文件提出社区卫生服务中心应设置核酸采样点。考虑镇乡村地区幅员广阔，往返城市地区时间较长，为方便镇乡村居民能够便

捷进行新冠肺炎病毒等检测，本文件建议乡镇卫生院应配置核酸采样点。社区卫生服务站、村卫生室可设置核酸采样点。核酸检测点面积不少于5平方米，检测台不少于2台。

转运场所。《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）规定，对于需要集中救治的传染病患者，尽快转至定点医院集中治疗；对于有重症高危因素或病情进展迅速的患者，需及时转至有条件的医院进一步治疗。由此，考虑转运的患者不仅针对传染也包括其他慢性病引起的重症患者，本文件建议各类基层医疗卫生机构应设置转运场所，用于转运车辆的停放。转运场所为独立开敞空间，用地面积应不小于100平方米，可与周边的广场、绿地联合设置。

A.6.4 其他疾病预防控制应急空间

A.6.4.1-A.6.4.2 其他疾病预防控制应急空间主要指综合医院、中医院和民营医院等的相对独立的发热门诊、感染性疾病科室或传染病区，预防控制重大食物中毒、职业中毒以及其他严重影响公众健康的突发公共卫生事件的空间。根据《中华人民共和国传染病防治法》（2020年修订征求意见稿）第十九条规定，二级以上医疗机构应当有专门的部门或科室并指定专门人员承担传染病疫情报告，本单位的传染病预防、控制以及责任区域内的传染病预防工作，承担医疗活动中与医疗机构感染有关的危险因素监测、安全防护、消毒、隔离和医疗废物处置工作，依据上述要求，制定本条款。2022年5月根据国务院联防联控机制发布的《大规模奥密克戎疫情应对处置方案》相关要求，考虑到“外防输入、内防反弹”、隔离风险传染源的需要，要求各地按照每万人口不少于30个隔离房间的配置标准，改造一批符合要求的集中隔离场所，建立备用集中隔离点清单，确保选址合理、硬件设施符合防控要求。根据《医学隔离观察临时设施设计导则（试行）》（国卫办规划函〔2021〕261号），集中隔离场所的隔离房间宜采用单元式布局，隔离单元之间的间距不宜小于12米，每间隔离房间使用面积不宜小于14平方米。同时，项目组2022年4月前往重庆市璧山区几处新建可作为集中隔离场所的隔离点调研，了解到修建1至2层的临时隔离场所，占地面积可按照每个隔离房间55至70平方米控制。

A7 医疗救治应急空间

A.7.1 分类

根据《中华人民共和国传染病防治法》（2020年修订征求意见稿）、《国家突发公共卫生事件应急预案》《国家突发公共事件卫生医疗救援应急预案》《公共卫生防控救治能力建设方案》（发改社会〔2020〕0735号）、《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）、《关于加强基层医疗卫生机构发热诊室设置的通知》（联防联控机制综发〔2020〕267号）的有关要求，制定本条款。医疗救治应急空间包括院前医疗急救设施、传染病防治基地、应急定点医院和应急后备医院、基层医疗卫生机构、国家紧

急医学救援基地、传染病医院（病区）以及其他医疗救治应急空间。基层医疗卫生机构同时承担疾病预防、医疗救治功能，其应急空间配置要求详见A.6.3。

A.7.2 基本规定

A.7.2.1 医疗救治应急空间是指为应对突发公共卫生事件、灾害或事故等重大灾难快速构建的能够有效收治其产生患者的医疗用地和设施。SARS和新冠肺炎疫情这类重大传染病与其他突发疾病、食物中毒、职业中毒、灾害等公共卫生事件有着本质区别，具有传染性强、病死率高、影响波及大、不确定因素多、持续时间长等特点。因此，传染病应急救治空间的设置与其他应急救治空间有较大差别。传染病医院、传染病防治基地、应急定点医院、应急后备医院应主要针对重大传染病疫情下的应急救治能力。院前医疗急救设施、国家紧急医学救援基地、基层医疗卫生机构，以及其他医疗救治应急空间，主要针对突发性疾病、食物中毒、职业中毒，以及自然灾害和事故灾害下的应急救治能力。

A.7.2.2 当发生伤亡人员众多的突发公共卫生事件、灾害或事故等重大灾难时，往往没有足够的应急医疗救援资源。二次检伤目的在于合理利用现有的人力物力对大量伤员进行快速有效的检伤、分类、处置等，从而最大限度提高生存率，尽可能减轻伤残程度。因此，医疗救治应急空间可根据实际情况预留二次检伤空间和检测设备空间。此外，在规划医疗卫生用地时，需将本文件中的应急空间纳入考虑，统筹配置与布局。对于易发生地震、台风、海啸等灾害的城市，其公共卫生应急空间应考虑适当增加相应的空间。

A.7.2.3 由于传染病医院建设成本、医废处置等维护成本较高，常态情况下床位空置率也较高，原则上不鼓励新建独立的传染病医院。本着节约集约用地原则，将传染病区分为固定传染病区、可转换病区和临时传染病区。固定传染病区为综合医院、专科医院、中医医院的既有传染病区；可转换病区为部分具备条件的综合医院、专科医院、中医医院通过转换改造的传染病区；临时传染病区为平急结合空间等临时性救治场所中新增的传染病区。传染病医院和固定传染病区对应基本床位；可转换病区对应可转换床位；临时传染病区对应可扩展床位。传染病应急救治空间的设置与其他应急救治空间有较大差别，例如需要满足“三区两通道”、水电气应急设施快速改造、可转换病区建设、呼吸感染专科设备配置以及生物实验室和检测室设置等要求。同时，传染病床位数配置标准应在现行相关设施配置标准的基础上，增加重症监护病区（ICU）、负压病房（间）、可转换病区等空间配置要求。传染病医院和传染病区设置的安全隔离区以防止传染病扩散到周边环境，污染周边环境。

A.7.2.4 根据《传染病防治法修订草案》相关要求，应按照患者疾病分型和病情进展情况进行分级、分层、分流的救治，建立由传染病专科医院、综合性医院、中医医院、院前医疗急救机构、临时性救治场所等构成的综合救治体系。同时，结合新型冠状病毒肺炎疫情防控救治经验，按照节约集约用地原则，综合考虑平时和紧急状态时期各类设施与空间的功能转化需要，并按照不同启动条件，将传染病床位分为基本床位、可转换床位、可扩展床位（参见

表A.2)。

表 A. 2 传染病床位分类构成

类型	启动条件	构成来源
基本床位	发生各类常规传染病时	传染病医院、部分综合医院（中医医院）的传染病区床位
可转换床位	发生重大疫情，且基本床位不能满足疫情需求时	部分具备条件的综合医院（中医医院）、专科医院的其他床位转换改造而来的传染病床位
可扩展床位	发生重大疫情，且基本床位和可转换床位不能满足疫情需求时	医院内的预留空间、平急结合空间等临时性救治场所中新增的传染病床位

表 A. 3 全国及部分城市传染病床位数统计

城市	传染病医院（病区）	传染病床位数（张）		常住人口（万人）	每万人床位数（张）
全国		131655		139008	0.95
北京	解放军 302 医院	500	1800	2154	0.84
	北京市佑安医院	800			
	北京市地坛医院	500			
上海	上海市公共卫生临床中心	1200	2300	2428	0.95
	上海肺科医院	1000			
	上海华山医院	100			
广州	广州市第八人民医院	1500	3000	1531	1.96
	广州医科大学附属第一医院	1500			
深圳	深圳市第三人民医院	1350	1350	1344	1.00
武汉	武汉市肺科医院	499	1873	1121	1.67
	金银潭医院	900			
	其他医院传染病床位数	474			
杭州	杭州市西溪医院	1100	1100	981	1.12
南京	南京市公共卫生中心	920	920	844	1.09
郑州	郑州市第六人民医院	1460	1460	1014	1.44
石家庄	石家庄市第五医院	1000	1000	1095	0.91
哈尔滨	黑龙江省传染病防治医院	1400	1400	1086	1.29

A.7.2.4.1 基本床位是应对各类常规传染病，保障一般需求的床位。2018年我国每万人传染病床位数约0.95床，全国大部分城市每万人传染病床位数在1.2床上下浮动（参见表A.3），统筹考虑全国实际情况，基本床位数建议按照每万人不小于1.2床控制，经济发达地区可适当提高标准进行控制。

A.7.2.4.2 可转换床位是指在发生重大传染病疫情且基本床位不能满足需求时，将其他科室具备条件的床位进行转换改造，适用于承担传染病救治的床位。转换改造后的综合医院、中医院、专科医院可升级为相应的传染病防治基地、应急定点医院和应急后备医院。《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）规定，县级医院传染病病床可转换床位数为0.7-1.7床/万人（参见表 A.4）。新冠肺炎疫情暴发期间，全国各省

市地区因为经济水平、疫情程度影响不同，每万人可转换床位数值差别较大，广东省、上海市、武汉市、石家庄市等每万人床位数大于2床，河南省、山东省、海南省、重庆市等每万人床位数约0.5床。综上所述，提出可转换床位配置建议与标准。

表 A.4 《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）建议的县级医院传染病病床可转换床位数配置标准

分级（辖区人口规模）	设置病床（床）	可转换床位（床/万人）
30 万人口以下	≥20	≥0.7
30-50 万人口	≥50	1-1.7
50 万~100 万人口	≥80	0.8-1.6
100 万人口以上	≥100	≥1

A.7.2.4.3 可扩展床位是在发生重大传染病疫情且基本床位和可转换床位均不能满足疫情需求时，由医院内的预留空间、平急结合空间等临时性救治场所中新增的传染病床位组成。武汉市爆发新冠肺炎疫情高峰时刻（2020年2月18日）住院人数38020人，约占常住人口的3.39%，即单日最大床位为38020张，减去既有传染病医院床位数（基本床位）1873张、定点医院床位数（可转换床位）20956张，高峰时还缺少住院病床8618张，即可认为高峰时需要可扩展床位数8618张，即每万人可扩展床位数达到7.69张，才能满足武汉单日最大床位需求量。实际情况中，武汉火神山医院可提供床位1000张，雷神山医院可提供床位1600张，全市新建37家方舱医院可提供床位33454张，可扩展床位共计36054张，每万人可扩展床位数达到32张。考虑到全国经历过新冠肺炎疫情“大考”后，未来我国的应急处理能力将会显著提升，可以将武汉市新冠肺炎疫情发病的比例作为一个高发病率参考，同时考虑到2020年2月18日没有能力满足需要入住病人的全部床位数需求，提出了可扩展床位数的控制建议标准。

A.7.2.5 根据《公共卫生防控救治能力建设方案》（发改社会〔2020〕0735号）的有关要求，制定本条款。独立传染病病区的门急诊观察区主要用于检验、发热门诊等业务用房建设。

A.7.2.6 根据《新型冠状病毒肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（T/CECS 661）的有关要求，制定本条款。

A.7.3 院前医疗急救设施

A.7.3.1 分级

根据《急救中心建设标准》（JG 177）的有关要求，考虑到农村地区依托乡镇卫生院进行院前医疗急救的客观需要，制定本条款。《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》（国卫医发〔2020〕19号）中规定，城市地区应不断完善以急救中心为主体，二级以上医院为支撑的城市院前医疗急救网络，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，合理布局，以满足群众院前医疗急救服务需求；农村地区应依托县级急救中心—中心乡镇卫生院—乡镇卫生院，建立三级急救网络。同时，按照《急救中心建设标准》

(JG 177) 第十一条的条文说明, 结合实际调研情况进行分级。

A.7.3.2 规划原则

A.7.3.2.1 参照国内外经验和相关政策要求(见表 A.5), 本文件补充提出了应急反应时间的要求。

表 A.5 国内外院前医疗急救设施配置标准

地区	急救车辆配置标准(万人/车)	急救半径(公里)	急救反应时间(分钟)
德国	1	6	8
意大利	2.5	6	8
法国巴黎	2.5	6	城区: 8; 郊区: 10
日本东京	3	1.5	6.3
中国 1	3	城区: ≤5; 农村: 10-20	—
北京 2	3	—	12
上海 3	3	≤3.5	≤12
甘肃 4	3	城区: ≤5; 农村: 10-20	—
贵州 5	—	城区: ≤5; 农村: 10-20	城区≤15; 农村≤30
杭州 6	4.5	城区: 3—5; 农村: 10-15	≤11

注 1: 数据来源于《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》(国卫医发〔2020〕19号), 2011-2015 年全国平均反应时间大于 15 分钟, 其中东部和中部地区为 15.9 分钟、西部地区为 17.7 分钟;
注 2: 数据来源于《北京市人民政府关于加强本市院前医疗急救体系建设的实施方案》(京政办发〔2020〕18号); 《上海市人民政府关于深化本市院前急救体系改革与发展的指导意见》(沪府〔2016〕12号); 《关于印发甘肃省进一步完善院前医疗急救服务实施方案的通知》(甘卫医政发〔2020〕158号); 《贵州省进一步加强和完善院前医疗急救服务的实施方案》(黔卫健发〔2021〕12号); 《关于印发杭州市深化院前医疗急救体系建设三年行动计划(2018—2020年)的通知》(杭政办函〔2018〕89号)。

经调研, 确保救护救援车辆的快捷出入, 对于院前医疗急救而言非常重要。因此, 本条款对院前医疗急救设施的周边道路交通条件进行了明确。

A.7.3.2.2 根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》(国卫医发〔2020〕19号) 相关规定, 制定本条款。结合新冠肺炎疫情的实际救援情况, 以及考虑沿海、沿江地区因台风、内涝, 山地区域因泥石流、滑坡等灾害, 导致陆路救援和水路救援困难, 应在有条件的地区开展航空医疗救护, 构建陆空立体急救网络和空地协同机制。

A.7.3.3 配置标准

A.7.3.3.1 根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》(国卫医发〔2020〕19号) 《急救中心建设标准》(JG 177) 相关规定, 借鉴国外经验和北京市、杭州市等院前医疗急救站点及配套设施设备建设标准的相关内容, 制定本条款。

A.7.3.3.2 根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》(国卫医发〔2020〕19号) 《急救中心建设标准》(JG 177) 的有关要求, 制定本条款。

A.7.3.3.3 根据实地调研得知, 医院的急诊部是发生不明原因传染病感染风险最高的区域。依托医疗救治机构的院前医疗急救设施宜与医疗救治机构的发热门诊邻近布置, 便于预检分

诊，发挥“哨点”监测作用。

A.7.4 传染病防治基地

A.7.4.1 分类

根据《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）的相关要求，制定本条款。

针对呼吸系统等重大传染病，在超大城市、国家中心城市等重点地区，遴选呼吸、感染等专科能力突出，“医、教、研、防”水平领先的综合性医疗机构，布局建设国家重大传染病防治基地。国家重大传染病防治基地应具备聚集性疫情暴发时大规模危重症患者集中收治能力，能够按照国家要求第一时间驰援其他疫情严重地区，承担本区域内重大疫情救治培训任务，托管或指导当地传染病医院提高综合救治能力。各省根据本地区传染病防治的需求，依托高水平综合性医疗机构或传染病医院，规划建设省级的传染病防治基地，作为本省的重大疫情救治机构。

国家中医疫病防治基地要覆盖所有省份，应提高中医药在突发传染病等重大公共卫生事件发生时的预防与救治作用。国家中医疫病防治基地要第一时间快速参与救治，特别是集中收治危急重症患者，带动区域内中医药预防和救治能力。

A.7.4.2 规划原则

根据《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）的相关要求，制定本条款。

《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》提到的“重大疫情救治基地”，在《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）中已改称为“传染病防治基地”。文中强调，应依托综合实力强，特别是感染性疾病、呼吸、重症等专科优势突出的高水平医院（含中医医院）建设传染病防治基地，以便在重大疫情发生时快速反应，有效提升危重症患者治愈率、降低病亡率。目前，全国多个省份已先后规划建设了传染病防治基地，如挂牌传染病防治基地的有武汉市同济医院、广州中医药大学第一附属医院、河北大学附属医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、武汉大学人民医院、河南中医药大学第一附属医院、四川省人民医院等。为适应“直辖体制、省域架构”特殊市情，重庆市在中心城区、主城新区、渝东北、渝东南分别规划建设1所公共卫生救治应急医院，发挥市级疫情防控的作用。

A.7.4.3 配置标准

A.7.4.3.1 根据《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）、

GB 50849、GB 51039、JB 106、JB 173、JG 110、T/CECS 661等相关规定，制定本条款。

超大城市、国家中心城市等重点地区，依托“医、教、研、防”水平领先的综合性医疗机构，规划建设国家重大传染病防治基地。

国家中医疫病防治基地在全国建设35个左右，并覆盖所有省份。

省级传染病防治基地按照人口规模、辐射区域和疫情防控要求，每个省建设1-3所传染病防治基地，承担危重症患者集中救治和应急物资集中储备任务。

A.7.4.3.2 传染病防治基地的重症监护病区（ICU）建设及床位比例参照《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）确定。

关于负压病房设置方面，《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）规定，直辖市、省会城市的传染病医院应设置4-20间负压病房。《加强首都公共卫生应急管理体系建设三年行动计划（2020-2022年）》提出，到2022年，北京全市负压病房增至700间，其中地坛医院、佑安医院、朝阳医院等医院负压病房累计提高至300间，其他市级综合性医院不少于160间，区级医院不少于160间。综合考虑全国各地实际情况，建议传染病防治基地的负压病房不小于30间。

关于可转换床位数方面，上海市公共卫生临床中心常规设置床位600张，预留660床的拓展空间；武汉大学人民医院洪山院区常规设置床位1000张，疫情可转换床位880张；武汉市金银潭医院常规设置床位900张，疫情可转换床位900张；武汉市常福医院常规设置床位1000张，预留1000床的拓展空间。经总结，通常三级甲等及以上的综合医院（含中医医院）、传染病等专科医院，床位规模多在1000床以上，可转换床位数一般不小于常规设置床位数的一半。参照《综合医院“平疫结合”可转换病区建筑技术导则（试行）》的相关要求，根据可转换病区规模，综合确定平急结合可转换床位数。综合考虑全国各地实际情况，建议国家重大传染病防治基地可转换床位数不小于500张；国家中医疫病防治基地、省级传染病防治基地可转换床位数不小于300张。

现有传染病防治基地均开辟了独立的呼吸、感染等专科病区或院区，因此，考虑传染病防治基地承担危重症患者集中救治的任务，设置标准不宜过低，均应设置独立的呼吸、感染等专科病区。

表 A.6 传染病防治基地配置标准

分类分级	重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例（%）	负压病房（间）	可转换床位数（张）
国家重大传染病防治基地	10~15（或 ≥ 200 张）	≥ 30	≥ 500
国家中医疫病防治基地	≥ 10	≥ 30	≥ 300
省级传染病防治基地	≥ 10	≥ 30	≥ 300

由于传染病防治基地有重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例以及负压病房数

量等强制要求，其占地面积和建筑面积建议在综合医院建设标准基础上有所增加。按照WS/T 509的相关规定，重症监护病区（ICU）每床单元使用面积应大于15平方米，床间距应大于1米。ICU内应配备1个以上的单间病室（房），单间使用面积应大于18平方米。按照《乡镇卫生院建设标准》（建标—107）和《医院分级管理标准》的相关规定，普通病房床均建筑面积为6-7.2平方米/床，每床ICU床位比普通病床的建筑面积大约9平方米。若按照1000床配置的传染病防治基地来核算，重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例为10%~15%，ICU床位建筑面积应增加900-1350平方米。负压病房（间）通常由病室、缓冲间、卫生间等构成，负压病房（间）建筑面积一般约为30平方米左右，按照增加30负压病房（间）计算，增加建筑面积约为900平方米。参照JG 110相关规定，设置感染疾病科病房的综合医院应按照感染疾病科每床30平方米增加相应的建筑面积，参考重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院的建设标准，可转换床位数按每床12-18平方米增加相应的建筑面积。按500床可转换床位计算，增加的建筑面积约为6000-9000平方米。综上所述，1000床规模的传染病防治基地需增加的建筑面积约为7800-11250平方米，按照JG 110标准1000床综合医院建筑面积是114000平方米，则1000床规模的传染病防治基地建筑面积增加比例约为6.8-9.9%，相应的占地面积增加比例约为4.5-6.6%。参考疫情后各地规划新建的6个传染病防治基地实际建设规模，与JG 110中相应床位数医院比较，传染病防治基地用地面积在原有建设标准基础上平均增加约7.87%；建筑面积增加约8.05%。综合上述推断及各地实际建设情况，建议传染病防治基地在原有建设标准基础上增加不小于5%的用地面积以及不小于8%的建筑面积。具体规模结合项目实际论证。

表 A.7 各地传染病防治基地规划建设规模一览表

医院名称	用地面积（公顷）	建筑面积（万平方米）	床位数（张）	实际床均用地面积（平方米）	规范床均用地面积（平方米）	实际用地面积与规范比值	实际床均建筑面积（平方米）	规范床均建筑面积（平方米）	实际建筑面积与规范比值
重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院	27.49	24.59	2500	109.96	109	100.88%	98.36	112	87.82%
南京市公共卫生中心	12	11	920	130.43	111	117.51%	119.57	114	104.88%
张家口市第一医院重大疫情救治基地	4.26	4.69	340	125.29	115	108.95%	137.94	113.00	122.07%
湖北省人民医院（武）	8.56	15.32	1000	85.60	111	77.12%	153.20	114	134.39%

医院名称	用地面积（公顷）	建筑面积（万平方米）	床位数（张）	实际床均用地面积（平方米）	规范床均用地面积（平方米）	实际用地面积与规范比值	实际床均建筑面积（平方米）	规范床均建筑面积（平方米）	实际建筑面积与规范比值
汉大学人民医院)洪山院区									
武汉常福医院	19.4	22.98	2000	97.00	109	88.99 %	114.90	112	102.59%
三峡公共卫生应急医院	17.07	11.01	1000	170.70	111	153.78%	100.10	114	96.58%

注 1：重庆市公共卫生医疗救治中心应急医院用地面积共计 35.4 公顷，其中 7.91 公顷用地作为预留用地。

A.7.5 应急定点医院和应急后备医院

根据《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）《医院急诊科规范流程》（WS/T 390）《关于印发应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案的通知》（联防联控机制医疗发〔2020〕276号）的相关规定，制定本条款。

应急定点医院是指在突发公共卫生事件预案启动后，由本级人民政府指定的承担患者集中收治任务的医疗救治机构，通常为本行政区域内综合实力较强、设施完备的综合医院（含中医医院、传染病等专科医院，有能力承担患者集中收治任务的社会办医院）。传染病防治基地原则上按照医院编制床位的10%~15%（或不少于200张）设置重症监护病床（ICU），县级应急定点医院按照医院编制床位的2%-5%设置重症监护病床（ICU）。市级应急定点医院的重症监护病床（ICU）配置标准宜在传染病防治基地和县级应急定点医院之间，综合考虑全国实际情况，建议为5-8%。可转换床位数参考各地防疫救治医院设立的经验确定（参见表A.8、表A.9）。

应急后备医院是指在突发公共卫生事件预案启动后，由人民政府指定的承担中度和轻度患者集中收治任务的医疗救治机构，通常为本行政区域内综合实力较强的综合医院（含中医医院，有能力承担患者集中收治任务的社会办医院），作为应急定点医院的补充。疫情救治定点医院与公共卫生机构应建立联防联控机制，“平时”做好公共卫生科研相关工作，加强应急储备、日常实战演练和培训任务，重大疫情发生时能够快速反应，承担区域内疫情患者集中救治任务（参见表A.10）。

表 A.8 新冠疫情中武汉市部分应急定点救治医院概况

医院名称	批次	等级	医院类型	编制床位（张）	疫情转换床位数（张）
武汉市汉口医院	第一批	三级	综合医院	800	378

医院名称	批次	等级	医院类型	编制床位（张）	疫情转换床位数（张）
武汉市红十字会医院	第一批	二级甲等	综合医院	800	404
武汉市第七医院	第一批	二级甲等	综合医院	305	268
武汉市第九医院	第一批	二级甲等	综合医院	498	793
武汉市武昌医院	第一批	三级	综合医院	804	504
武汉市第五医院	第一批	三级甲等	综合医院	800	420
武汉市第三医院（光谷院区）	第二批	三级甲等	综合医院	1180	600
武钢二医院	第二批	三级乙等	综合医院	600	181
武汉市协和医院（西院）	第三批	三级甲等	综合医院	1200	810
武汉大学人民医院光谷院区	第三批	三级甲等	综合医院	1700	800
湖北省中西医结合医院	第三批	三级甲等	中医医院	1200	950
武汉科技大学天佑医院	第三批	三级甲等	综合医院	1000	400
武汉市第六医院	第三批	三级	综合医院	850	500
武汉市中医医院（汉阳院区）	第三批	三级甲等	中医医院	472	400
武汉紫荆医院	第三批	三级	综合医院	620	288
湖北六七二中西医结合骨科医院	第三批	三级	专科医院	400	305
注 1：数据来源于武汉市卫生健康委。					

各地指定相关应急后备定点医院，并以地市为单位，对硬件条件不达标的定点医院和应急后备医院进行改造，要按照本地市二级及以上综合医院总床位数的10%进行准备，重点加强“三区两通道”、供氧、通风、供暖、污水污物处理等设施改造，使之符合传染病诊疗要求，加强物资和设备配备，确保患者收治要求。应急后备医院配置标准参照应急定点医院确定。

参照现有传染病防治基地建设规模，应急定点医院和应急后备医院用地面积和建筑面积因为重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例以及负压病房数量等强制要求，其用地面积和建筑面积均应在原有建设标准基础上相应提升。

表 A.9 应急定点医院配置标准

分级	重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例（%）	可转换床位数（张）
市级	5~8	≥50
县级	2~5	≥20

表 A.10 应急后备医院配置标准

分级	重症监护病区（ICU）床位占医院编制床位比例（%）	可转换床位数（张）
市级	2~5	≥50
县级	2~5	≥20

A.7.6 国家紧急医学救援基地

A.7.6.1 规划原则

根据《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）的相关要求，制定本条款。

针对自然灾害、事故灾害等重大突发事件，依托有较好工作基础的医疗机构进行升级改造，在全国范围内以省为单位开展国家紧急医学救援基地建设，完善紧急医学救援培训、演练、教育、科研等综合功能，具备大批量伤员立体化转运、集中救治、救援物资保障、信息指挥联通等能力，全面提高我国突发事件紧急医学救援水平。

A.7.6.2 配置标准

根据《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》（发改社会〔2021〕893号）的相关要求，制定本条款。

国家紧急医学救援基地应强化创伤病房、重症监护病房、创伤复苏单元等设施建设，以及接收伤员通道、二次检伤分类区等院内场所改造提升。针对海（水）上、陆地、航空、雪域等场景需求，加强救援物资储备配送能力和专业设施设备建设，结合实际配置信息联通和指挥设备、移动手术室、移动CT、直升机停机坪等。同时，还应加强人员培训、模拟演练、科技研发、信息管理等平台建设。

表 A.11 应急综合训练基地空间需求测算表

功能构成		用地面积（平方米）	建筑面积（平方米）	配置标准	备注
建筑部分	综合办公楼	省级：≥500 市级：≥250	省级：2500 市级：1250	总体按 50 平方米/编制人员的标准测算（办公、会议等用房按 30 平方米/编制人员，门厅、厕所、设备等辅助用房按 40% 测算）；	按 6 层左右修建测算

功能构成		用地面积（平方米）	建筑面积（平方米）	配置标准	备注
				省级按 50 个编制人数，市级按 25 个编制人数测算	
	综合培训楼	省级：≥2000 市级：≥1000	省级：10000 市级：5000	总体按 10 平方米/培训学员（含培训教室，部分室内仪器操作等）； 省级按同时培训 1000 人，市级按同时培训 500 人测算	按 6 层左右修建测算
	住宿楼	省级：≥2500 市级：≥1300	省级：30000 市级：15000	总体按 30 平方米/培训学员（住宿房间 20 平方米/人，过道、配套辅助用房按总面积的 30% 测算）	按 12 至 18 层修建测算
	员工食堂	不单独成楼	300	-	-
	小计	省级：17000 市级：10000	-	（按 28% 建筑密度折算）	-
室外部分	室外作业空间	省级：5000 市级：2000	-	-	-
	移动装备车辆停放	省级：3000 市级：1500	-	-	-
	田径场等	省级：15000 市级：7500	-	-	-
	小计	省级：23000 市级：12000	-	-	-
合计		省级：40000 市级：20000	-	-	-

根据座谈走访、实地调研，结合公共卫生应急综合训练配置需求，确定本条款。其中，应急综合训练基地用地规模按照应配置的各类功能空间需求测算后得出。国家紧急医学救援基地应该具备综合办公、室内综合培训、室外操作作业、食宿、救援装备车辆停放及展开训练、田径场及器械训练等功能，各类功能的空间面积参考相应的建设标准以及救援装备车辆的停放尺寸和展开作业的实际需求。建筑部分用地需求按照推荐楼层数及建筑密度在 28% 左右推算用地面积，救援装备车辆的停放和展开作业的室外用地需求按实际调研情况测算（参见表 A.11）。经调研，国家级紧急医学救援队的救援装备车辆包括各类救护车、手术车、物资保障车、通信指挥车、轻伤员运输车、干部保健车等 50 多辆，每辆停车面积在 20 至 40 平方米不等，总停车空间需求在 3000 平方米左右，同时考虑到下一步重点加强移动二级生物安全实验室（参见表 A.12）、直升机停机坪的停放需要，以及手术车等展开作业培训的需要，省级及以上国家紧急医学救援基地的室外作业场地面积不小于 5000 平方米。

表 A.12 重庆市急救中心国家级紧急医学救援队救援装备空间需求分析表

车辆名称	数量（台）	尺寸（长宽高）	每辆停放空间需求（平方米）	每辆作业空间需求（平方米）
------	-------	---------	---------------	---------------

车辆名称	数量 (台)	尺寸 (长宽高)	每辆停放空间需求 (平方米)	每辆作业空间需求 (平方米)
监护型救护车	43	5.49*2.0*2.79	16-20	40
负压救护车	5	5.785*1.998*2.63	17-25	40
越野型救护车	1	5.995*2.08*2.635	-	-
手术车	1	9.5*2.6*2.5	35-40	120
物资保障车	1	7.5*2.8*2.0	30-40	50
移动 P2 实验室	1	17*3*3.2	52.5	100
其他类型装备 (如特种救护车和通信指挥车等)	≥6	-	-	-

A.7.7 传染病医院

A.7.7.1 规划原则

鉴于重大传染病影响波及大、不确定因素多、持续时间长等特点，在原传染病医院选址基础上，还应强调布局在城市常年主导下风向的边缘地段。

A.7.7.2 配置标准

A.7.7.2.1 根据《突发公共卫生事件应急条例》的相关要求，制定本条款。设区的市级以上地方人民政府，应当设置与传染病防治工作需要相适应的传染病专科医院，或者指定具备传染病防治条件和能力的医疗机构承担传染病防治任务。县级以上各级人民政府，应当提高县级医院传染病检测和诊治能力，重点加强感染性疾病科和相对独立的传染病病区建设，完善检验检测仪器设备配置，提高快速检测和诊治水平。我国部分地方也将传染病专科医院命名为“公共卫生中心”。

A.7.7.2.2 根据《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）、《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）的相关要求，制定本条款。各地根据实际情况，一般不新建传染病医院，可选择1-2所具备传染病防治条件和能力的医疗机构进行改扩建，原则上重症监护病区（ICU）床位占比达到医院编制床位的5%~10%。传染病医院床位数的建设标准参考表 A.13的确定。传染病医院各类床位数建设标准参考表A.14、表A.15、表A.16确定。

表 A.13 《关于印发公共卫生防控救治能力建设方案的通知》（发改社会〔2020〕0735号）建议的传染病医院建设标准

辖区人口规模分级（万人）	设置病床（床）
≤100	60-100
100-500	100-600
≥500	≥600

通过调查了解到国内大部分城市传染病医院床均用地面积为120平方米，将其作为下限

要求，建议新建传染病医院用地面积按照100平方米/床控制，预留用地按照20平方米/床控制。案例参见表A.17。

表 A. 14 《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）建议的传染病医院建设标准

辖区人口规模分级（万人）	设置病床（床）	建筑面积（平方米）
≤50	60	3000
50-100	60-100	3000-7000
100-200	100-200	7000-14000
200-400	200-400	14000-21000
≥400	600	48000

表 A. 15 《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）建议的传染病医院重症监护病区（ICU）占医院编制床位比例

辖区人口规模分级（万人）	重症监护病区（ICU）占医院编制床位比例
≤100	4%
100-400	5%
≥400	6%

表 A. 16 《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》（国办发〔2003〕82号）建议的传染病医院负压病房配置标准

辖区人口规模分级（万人）	负压病房（间）
≤150	4
150-250	8
250-350	12
≥350	20

表 A. 17 国内部分城市传染病医院面积和床位数

项目名称	占地面积（公顷）	建筑面积（万平方米）	床位数（张）	可扩展床位数（张）	床均占地面积（平方米）	床均建筑面积（平方米）
上海市公共卫生临床中心（金山院区）	33.5	1.2	600	660	290	30
上海市公共卫生临床中心（虹口院区）	3	2.6				
上海肺科医院	10.1	12.6	1000	--	101	126

项目名称	占地面积（公顷）	建筑面积（万平方米）	床位数（张）	可扩展床位数（张）	床均占地面积（平方米）	床均建筑面积（平方米）
上海华山医院	--	0.9	100	--	--	90
广州市第八人民医院（东风院区）	1.06	--	400	--	27	--
广州市第八人民医院（嘉禾院区）	13.3	--	1100	400	89	--
广州医科大学附属第一医院（主院区）	2.6	11.7	1500	--	20	78
广州医科大学附属第一医院（海印院区）	0.4			--		
南京市公共卫生中心	12	11	920	--	130	120
武汉常福医院	19.4	22.98	1000	1000	109	115
重庆公共卫生医疗救治中心应急医院	27.49	24.59	500	2000	110	98
重庆渝西公共卫生应急医院	--	5.2	300	700	--	52
重庆三峡公共卫生应急医院	17.2	11.01	300	700	171	100
重庆武陵山公共卫生应急医院	--	2.78	150	450	--	46

A.7.8 其他医疗救治应急空间

职业中毒、核辐射医疗救治机构是指职业中毒、核辐射救治基地以及机场、化工园区、危化品仓储区等特殊地区的医疗救治设施等，如上海市依托现有医院建立的急性创伤急救中心、小儿急救中心、核化伤害应急救治中心、烧伤急救中心。

A8 平急结合空间

A.8.1 分类

为便于不同空间类型的规划引导和空间配置，本着“平灾结合、多灾共用、分区互助、联合保障”的原则，本文件将平急结合空间分为平急结合设施、平急结合场地、公共卫生应急预控用地三种类型。

平急结合设施。总结吸纳世界各国利用既有建（构）筑物进行疫情防控救治的成功经验，体育馆、展览中心、宾馆、酒店、疗养院、度假村等大型设施，在应对突发公共卫生事件、灾害或事故产生的集中隔离和轻症患者救治需求中发挥了至关重要的作用，因此本文件将紧急状态时可转换使用的建（构）筑物作为公共卫生应急空间的重要组成部分。

平急结合场地。根据《城乡规划学名词》，开敞空间是指城市中非建筑实体占用或建筑实体较少，向公众开放的空间。目前，国内外利用开敞空间，建设临时医院、应急物资发放以及疾病病毒检测、隔离区等实践案例较多，这些开敞空间在应对突发公共卫生事件、灾害

或事故产生防控救治中起到了重要的补充作用，因此本文件将其称为“场地”，作为公共卫生应急空间的重要组成部分。

公共卫生应急预留用地。为提升突发公共卫生事件的防控能力，在各级国土空间规划中，宜预留用于突发公共卫生事件爆发时的临时观察隔离和医疗救治的医疗卫生用地。

A.8.2 平急结合设施

A.8.2.1 规划原则

根据《方舱式集中收治临时医院技术导则（试行）》《应急传染病医院的选址、设计、建设和运行管理导则》（T/UPSC 0001-2020）《集中隔离医学观察点设置标准及管理技术指引》《新冠肺炎方舱医院设置管理规范》的相关要求，结合本次新冠肺炎疫情防控救治经验，制定本条款。

平急结合设施是城乡公共卫生应急空间的重要组成部分。分析近年来重大突发公共卫生事件的处置过程可知，利用既有设施是被广泛采用的应急处理手段，但在具体处置过程中也存在无规划、无预案，比较被动的情况。因此，将平急结合设施纳入城乡公共卫生应急空间规划十分必要。

平急结合设施是应急医疗卫生服务中的重要补充，同时，考虑到平急结合设施在疫情防控期间主要承担轻症患者的隔离与治疗、疑似人员的隔离与观察，以及医护人员等参与疫情防控工作人员的住宿等功能，建议其选址宜与传染病防治基地、国家紧急医学救援基地、应急定点医院和应急后备医院、传染病医院等有便捷的交通联系，方便患者病情加重时医务人员的快速抵达或及时转运至应急医院救治。大空间、大容量且建设有宽敞室外空间的平急结合设施，有利于临时性应急设施建设、规模化使用，以及方便快速改造。同时，结合2021年底爆发持续至2022年初的西安疫情和郑州疫情，截至2022年1月3日，西安共投入使用集中隔离点387个、隔离人数39473人，平均102人/个；郑州共投入使用集中隔离酒店20家、隔离用房2350间，平均118间/家。考虑到隔离救治点和方舱医院设置应基于节约集约的原则，确定了隔离房间、室外空间和方舱床位数的设置条件。

A.8.2.2 配置标准

按照《中华人民共和国传染病防治法》（2020年修订征求意见稿）规定，县级人民政府应当完善体育场馆、会展场馆、市民活动中心以及学校等公共基础设施的建设和改造，为重大疫情发生时的应急医疗救治和患者隔离需求预留接口，便于紧急需要时作为临时性救治场所或隔离区域迅速投入使用。同时，衔接《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327-2018）对防灾分区的有关规定，对20~50万人或区级的防灾分区宜设置中心避难场所的相关要求，考虑到50万以下的区级体育场馆等设施一般都能满足500~1000床的改建要求，可满足《新冠肺炎方舱医院设置管理规范（试行）》的设置要求，可作为永久性方舱医院使用，以临时转

换病区的空间使用方式提供可拓展床位，确保一旦发生疫情能迅速启用。按照集中设置、合理布局的空间布局原则，本规范提出超过50万人宜增设。2021年以来，国内疫情重点转向以国际口岸地区的输入、扩散感染为主，为有效切断境外输入传染源，建议在空港、海港、陆路口岸地区规划布局平急结合设施，承担入境人员的住宿、隔离，以及相关后勤服务人员的生活居住等功能。

考虑到突发公共卫生事件发生的概率总体较低，平急结合设施的布局，一方面应以平时需要作为规划布局的主要依据和出发点，另一方面应综合突发公共卫生事件发生时的实际服务管理人口、功能的需要，合理确定相应设施。

为满足应急状态时的快速改造使用，平急结合设施在规划设计阶段应制定平时和应急状态时两套设计方案，即规划不同情景下应急空间的不同使用方案，通过应急状态设计方案的制定与平时方案相结合，确保平急结合设施能够在应急状态时的功能需求，如能满足“三区两通道”、排水设施净污分离、采暖通风与空气调节净污分离等相关转换要求。

平急结合设施建设应在满足平时使用需要的前提下，针对性地做好应急状态时使用的技术方案及实施运行方案。从以往成功的经验来看，预留场地以及必要的机电、结构保障条件，是应对突发公共卫生事件必要且有效的方式，因此，平急结合设施需要交通、市政等保障设施的预先准备。

考虑到疫情期间保供人员的空间需求，建议每个县（区）宜明确一处及以上的平急结合设施，规模应达到200床及以上的空间需求，用于满足重大疫情临时管控期间医务人员、生活物资配送和公共交通服务等生活保障性人员的临时居住需求，选择的设施应具备可改造后配置三区两通道的条件，避免交叉感染

A.8.3 平急结合场地

A.8.3.1 分级

平急结合场地的分级主要依据是在应急状态下，场地的使用功能及各类使用功能在展开作业时的空间需求的不同，建议将平急结合场地分为四级。

I级平急结合场地主要满足50辆以上的国家级紧急医学救援队伍及装备进入作业，或者搭建其他临时野战医院的空间需要。据调查，某国家级紧急医学救援队配备移动医院所需的设备车辆为50余台，其中，手术车的展开作业面积可达80-100平方米，其他设备车辆需要的作业面积在40平方米，移动P2实验室需要的作业面积在100平方米以上，经测算，其展开面积在5000平方米以上。总结国内外利用场地建设临时性救治场所（含临时医院、野战医院等）的相关经验（参见表A.18），其床位数量平均在150床左右，用地面积约1公顷，在I级场地内可以满足这些功能的空间需求。

II级平急结合场地宜满足20辆以上的紧急医学救援队伍及装备进入作业，或满足日检测2万人的临时接待能力，或搭建临时卫生应急帐篷医院的空间需要。具体空间需求按照III级

平急结合场地面积的2倍进行设置。

III级平急结合场地宜满足10辆以上的救护车移动设备停靠使用，或满足日检测1万人的临时接待能力，或搭建小型临时卫生应急帐篷医院的空间需要。据调查，某市在疾病预防控制中心建设了日均检测1万人左右的临时检测空间，面积约2000平方米，在III级平急结合场地内应能满足这些功能的空间需求。

IV级平急结合场地主要满足社区公共卫生应急病毒检测、检伤分类、救护转运的客观需要，参考《城市绿地规划标准》（GB/T 51346-2019）中的防灾避险功能绿地标准，同时为适用多灾共用的基层使用要求，建议其面积不小于1000平方米。

表 A. 18 利用场地建设临时医院案例

案例	类型	固定设施	临时医院	固定与临时规模关系
武汉雷神山医院	停车场改建	占地 30 公顷	床位 1600 张	临时医院床均用地面积 187.5 平方米
上海市公共卫生临床中心	绿地临时搭建	占地 33.6 公顷；床位 660 张	占地 1.1 公顷；床位 600 张	固定与临时床位比接近 1:1；临时医院床均用地面积 18 平方米
纽约中央公园野战医院	绿地临时搭建	西奈山医院占地 5.5 公顷；床位 1134 张	占地 6000 平方米；床位 68 张	固定与临时用地面积比 9.2:1；固定与临时床位比 16.7:1；临时医院床均用地面积 88 平方米
西雅图足球场临时医院	草坪临时搭建	占地 8000 平方米	床位 200 张	临时医院床均用地面积 40 平方米
意大利克雷莫纳医院外改造的野战医院	停车场改建	克雷莫纳医院占地 7.3 公顷；床位 600 张	占地 6300 平方米；床位 68 张	固定与临时用地面积比 11.6:1；固定与临时床位比 8.8:1；临时医院床均用地面积 93 平方米
日本东京财团灾害危机支援中心	停车场改建	体育馆占地 0.95 公顷（不含停车场）	占地 7369 平方米；床位 150 张	临时医院床均用地面积 49 平方米

A.8.3.2 规划原则

根据《传染病医院建设标准》（JG 173）、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（T/CECS 661-2020）、《应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则》（T/UPSC 001-2020）、《城市总体规划气候可行性论证技术》（GB/T 37529）、《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327）、《城市绿地规划标准》（GB/T 51346）的相关要求，以及气象环境对人体健康影响、世界各国改建临时医院的相关选址原则，制定本条款。本着“平灾结合、多灾共用、分区互助、联合保障”的原则，平急结合场地宜和防灾避难场所、防灾避险功能绿地统筹设置。同时，平急结合场地选址需与周边医疗设施形成紧密联系，融入已有的医疗救治体系，从而形成便捷、有序地收治和转院机制。

为满足应急状态下紧急救援装备车辆进入现场、检伤分类、临时救治和患者转院救治的需要，对场地内的建（构）筑物、机动车出入口提出了相应的规范要求。

为最大效应地发挥平急结合场地在突发公共卫生事件、灾害或事故下的作用，结合国内

外经验和实地调研情况，建议在重要的疾病预防控制设施、医疗救治设施周边，或大型商圈、交通枢纽等人口密集区域内配置一定规模的平急结合场地。目前，医院外的平急结合场地面积与医院的用地面积大致比例为1:10，床均用地面积40-80平方米（参见表A.18），可作为规划指标参考依据。

A.8.3.3 配置标准

为便于管理，主要按照行政层级配置不同等级的平急结合场地。考虑资源的统筹使用、节约集约原则，辖区内具备高等级平急结合场地时，可不配置低等级的平急结合场地。对于人口稠密的城市老旧社区，考虑到用地局促、改造难度大等历史因素，作为构建城市健康安全单元的重要保障空间，应结合具备防灾避险功能的绿地、广场优先布局，利用医院、学校和体育场馆等内外部空间用于预防控制、医疗救治、集中隔离等，满足应急需求。本标准的实施应本着公平公正的原则，覆盖城中村所在全部社区，将公共卫生应急空间惠及至所有人。同时，考虑到同一行政级别区域的人口规模差异较大，参考街镇、社区划定的相关标准，提出了行政级别与人口规模双因子控制的配置标准。同时，本着多灾共用、空间共享的原则，应充分利用防灾避难场地，满足公共卫生应急和防灾避难的相关要求。承担国家防疫口岸任务的城市，应根据防疫隔离服务的需要对接待所需的平急结合场地规模进行专题论证。

A.8.4 公共卫生应急预控用地

A.8.4.1 规划原则

根据《传染病医院建设标准》（JG 173）、《新型冠状病毒感染的肺炎传染病应急医疗设施设计标准》（T/CECS 661-2020）、《应急传染病医院的选址设计建设和运行管理导则》（T/UPSC 001-2020）、《市级国土空间总体规划编制指南》（试行）（自然资办发〔2020〕46号）、《医学隔离观察临时设施设计导则（试行）》（国卫办规划函〔2021〕261号）的相关要求，制定本条款。2021年以来，国内疫情重点转向以口岸地区的输入、扩散感染为主，如南京禄口机场疫情、广州疫情、宁波舟山港疫情等。为有效切断境外输入传染源，南京、广州等地在国际机场等门户地区加强了住宿、隔离、后勤保障设施建设。南京疫情在临空经济示范区溧水片区规划建设的应急隔离“首站公寓”，总建筑面积约16万平方米，房间约2000个，承担住宿、隔离观察和后勤服务等多种功能，为相关人员提供健康监测服务。广州吸取2021年5月境外输入疫情的防控经验，在白云区钟落潭镇105国道广从公路段以南、马沥地铁站旁建设广州国际健康驿站，用地面积约25.78万平方米，建筑面积约为25万平方米，建设5000床位的健康驿站，也可为后勤服务人员提供2000床位临时居住，通过健康驿站加指定酒店作为入境人员和工作人员的隔离场所。另外，考虑到口岸类型的差异，如水路口岸、航空口岸空间相对集中，陆路口岸边境线较长，可结合实际情况综合评估后确定。因此，建议公共卫生应急预控用地应与国际口岸、重要交通枢纽等地区有便捷的交通联系。

除省会城市、特大城市、口岸城市以外，其他中小城市可考虑实际服务管理人口等因素后综合确定。同时，在规划管理的过程中，如有应急预控用地转换为其他功能的条件，应当选取不小于同等规模面积的用地作为备用地。

A.8.4.2 配置标准

我国大规模疫情得到控制后，“外防输入”疫情防控压力仍然较大。《公共卫生防控救治能力建设方案》（发改社会〔2020〕0735号）中也明确提出，要快速提升边境口岸地区的传染病防治能力和水平。同时，根据人员流动及疫情防控的特点，省会城市、特大城市爆发群体性不明原因疾病的风险也较大。基于上述考虑，公共卫生应急预控用地宜设置在特大城市或边境城市。北京、武汉、广州、重庆等1000万人以上的特大城市国土空间规划均预控了相关用地，用地规模在5—25公顷之间（详见表A.19）。考虑到边境口岸城市一般规模较小，且本配置标准首次设置还需实践检验等原因，仅确定预留用地规模下限值，具体规模由各城市根据实际情况综合考虑后确定。

表 A.19 主要城市公共卫生应急预控用地建设规模

项目名称	用地面积（公顷）	预留床位（张）
北京市小汤山医院	32	1600
武汉市火神山医院	15	1000
武汉市雷神山医院	30	1600
重庆市中心城区应急医院	36.8	固定 500 张+预留 2000 张
广州市应急救治医院（选址）	27.3	1000
广西壮族自治区凭祥市应急救治中心（项目一期）	2.3	210

A9 公共卫生应急保障空间

A.9.1 分类

参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327），结合公共卫生应急保障需求，制定本条款。

为保障应急状态下生活生产的正常运转，一方面，需要确保突发公共卫生事件、灾害或事故下综合交通、供水、供电、通信、供气、排水、废物处理的功能需求；另一方面，也需要保障应急物资储备、救护救援车辆洗消的空间需求，以及应急医疗日常培训演练、应急救援设备停放等场地需求。鉴于应急物资储备、救护救援车辆洗消设施规划的相关配置标准在国家 and 行业规划标准缺失，相关设施规划建设考虑不足，为提高公共卫生应急保障能力，本文件将救护救援车辆洗消、应急物资储备纳入应急保障空间，作为其他应急保障设施进行规范。

A.9.2 应急功能保障级别

参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327），结合公共卫生应急需求，制定本条款。

《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327）明确规定，“城市应急交通、供水、供电、通信等应急保障基础设施的应急功能保障级别应划分为三级，并应符合下列规定：I级保障，为区域和城市应急指挥、医疗卫生、供水、物资储备、消防等特别重大应急救援活动所必需的设施以及涉及国家、区域公共安全的设施提供应急保障，受灾时功能不能中断或灾后需立即启用的应急保障基础设施；II级保障，为大规模受灾人群的集中避难和重大应急救援活动提供应急保障，受灾时功能基本不能中断或灾后需迅速恢复的应急保障基础设施；III级保障，除I、II级之外，为避难生活和应急救援提供应急保障和服务，受灾时需尽快设置或短期内恢复的其他应急保障基础设施。”

根据公共卫生应急保障区域和人口规模，以及相关设施在应急救援中的重要作用，结合公共卫生应急保障实际需求，将公共卫生应急保障空间的应急功能保障级别分为三级：I级保障，为国家和区域应急指挥中枢系统、应急救援提供核心保障；II级保障，为城市公共卫生应急救援、救援提供重要保障；III级保障，为城乡生活生产正常运转、人民生命健康安全提供必要保障。

基于以上分级，考虑各类公共卫生应急空间保障需求的差异，确定各类公共卫生应急空间的最低应急功能保障级别。

A.9.3 应急通道

A.9.3.1 分类

应急通道是突发公共卫生事件、灾害或事故发生时，发挥应急救援、抢险避难、保障应急救援物资运输和人员疏散的交通通道。参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T51327），统筹城镇村内外，本条规定应急通道包括对外应急通道和内部应急通道。对外应急通道是城镇村公共卫生应急对外疏散和救援的出入通道，包括公路、铁路、水运、航空通道；内部应急通道是城镇村内部公共卫生应急救援和疏散通道，分为地面应急通道和空中应急通道。地面应急通道由城镇村内部主要道路构成，包括应急干道、应急主通道、应急次通道。地面应急通道还包含有条件作为应急通道的地下交通通道和绿道。

A.9.3.2 规划原则

A.9.3.2.1 参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T51327），本条规定应急通道关键节点应保持畅通，如出入口、交叉口和连接口的宽度、转弯半径，以及桥梁、隧道的宽度和净空等应满足大型救援车辆的通行需求。应急通道下沉式立交及其低洼地段应提出针对内涝防治措施的设置要求，保障内涝灾害时快速通行。

A.9.3.2.2 本条规定对外应急通道和内部应急通道应保持无缝衔接，形成高冗余度的相互支

撑的应急通道走廊。对外应急通道出入口、站场、码头等设施应合理规划内部应急通道与之衔接，满足救援物资和人员快速转移、疏散的需求。地面应急通道应与消防通道做好衔接。临近主干路的公共卫生应急空间可在主干路开设应急出入口。

A.9.3.2.3 地面应急通道中应急干道主要满足长距离快速应急救援和疏散需求，应结合高快速路、城市主干路设置；应急主通道主要满足中距离应急救援和疏散需求，应结合主次干路设置；应急次通道主要满足短距离应急救援和疏散需求，应结合次支路及农村集中居民点内部道路设置。临近主干路的公共卫生应急空间可在主干路开设应急出入口，但应充分论证，避免引发交通拥堵和安全等问题。

A.9.3.2.4 结合直升机在应急救援和快速医疗救援服务等方面发挥的重要作用，本条规定空中应急通道包括直升机起降场地。为了满足快速应急救援需要，急救中心、传染病防治基地、国家紧急医学救援基地等重大应急医疗救援设施应设置直升机起降场地；急救站不能覆盖的偏远乡村应设置临时直升机起降场地，乡镇中心卫生院周边宜开辟可供直升机起降的场地。

A.9.3.2.5 结合港口码头在应急救援物资和人员转运方面发挥的重要作用，本条规定沿海、沿江、沿河、沿湖的城镇宜建设公共卫生应急专用码头或要求明确港口码头应具备公共卫生应急功能。应急码头应配备必要的应急救援物资，并与应急通道紧密衔接。沿海、沿江城市水上应急通道参考表A.20设置。

表 A. 20 各大城市水上应急通道设置情况

城市	应急码头设置情况
重庆（中心城区）	依托寸滩港、朝天门水上都市旅游客运中心建设了水上应急码头，开辟水上应急绿色通道
武汉	建立“水路+公路”应急运输网络
宁波	结合北仑、镇海、穿山等港区码头设置应急码头

A.9.3.2.6 为满足突发公共卫生事件、灾害或事故产生的应急交通需求，结合重大传染性疾病的“外防输入、内防反弹”总体防控策略，本条规定了具有口岸功能的城市应结合口岸类型完善其公共卫生应急功能，应配备必要的应急救援物资，并与应急通道紧密衔接。

A.9.3.3 配置标准

A.9.3.3.1参考《城市抗震防灾规划标准》(GB50413)、《城市综合防灾规划标准》(GB/T51327)，借鉴表 A.21 不同城市对外应急通道出入口设置经验，制定本条款。

表 A. 21 各大城市对外应急通道出入口数量对比

城市	对外应急通道出入口数量（个）
深圳市	14
重庆中心城区	15
赣州市	14
唐山市	10

A.9.3.3.2参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T51327）确定的地面应急通道有效宽度配置标准，应急通道有效宽度应考虑叠加地震等极端情况下的公共卫生应急需求，应急干道配置标准有效宽度不应小于15.0米，应急主通道不应小于7.0米，应急次通道不应小于4.0米；跨越应急通道的各类工程设施，应保证通道净空高度不小于4.5米。应急通道有效宽度小于7.0米时，宜沿道路隔一定距离考虑预留车辆检修空间，有效空间的宽度不宜小于3.0米，长度不宜小于12.0米。

A.9.3.3.3参考《民用直升机飞行场地技术标准》（MH5013）以及江苏省工程建设地方标准《城市应急避难场所建设技术标准》，直升机起降场地起降坪地应平坦、坚硬、坡度不大于5°，主要进出通道10米范围内不应有树木、周围无高大建（构）筑物；起降坪地中心左右15°范围1000米距离内，直升机进出通道向上5°视野内没有任何障碍物，保证升空平行安全角度。起降场面积参考表A.22。

表 A.22 我国主要装备直升机起降坪幅员尺寸

直升机机型	起降场面积（米）
米-117	60×60
米-8、直-5、直-9	60×40
米-6	50×50
云雀	30×20

A.9.3.3.4 结合突发公共卫生事件、灾害或事故产生的应急交通需求，参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T51327），本条规定了应急通道不同功能保障级别对应的应急通道可选择形式。

A.9.4 应急公用工程设施

A.9.4.1 分类

参考《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327），结合公共卫生应急公用工程设施保障需求，制定本条款。

实地调查了解到，除了应急供水、供电、通信保障外，还迫切需要供气、排水、废物处置等公共卫生应急保障，而这方面国家和行业规划标准相对缺失，排水、废物处置等相关设施规划建设标准尤为不足。为进一步提高公共卫生应急保障能力，有必要将供水、供电、通信、供气、排水、废物处置统筹纳入公共卫生应急公用工程设施保障之中。

公共卫生应急公用工程设施既是城乡公用工程设施的关键组成部分，又具有高于一般公用工程设施的公共卫生应急保障能力。特别是，水电气信应急设施应与其他应急设施共用互补，医疗机构污（雨）水、废物则强调分类收集、达标处理、全过程控制。鉴于此，应本着平灾结合、防灾救急的原则，结合城乡公用工程设施建设情况及相关专业规划，提出应急公用工程设施规划布局和配置要求，为公共卫生应急救援、抢险救灾、生活生产提供必要保障。

A.9.4.2 规划原则

A.9.4.2.1根据《城市给水工程规划规范》（GB 50282）、《室外给水设计规范》（GB 50013）、《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327）、《防灾避难场所设计规范》（GB 51143）、《城市供水应急和备用水源工程技术标准》（CJJT 282），制定本条款。结合实地调研情况和公共卫生应急保障需求，应急水源、储水、输配水等应急供水设施根据城乡水源、供水结构、设施分布、用水需求合理配置，市政供水应充分考虑突发公共卫生事件下的应急供水需求。

A.9.4.2.2根据《城市电力规划规范》（GB/T 50293）、《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327）、《防灾避难场所设计规范》（GB 51143）《医疗建筑电气设计规范》（JGJ 312），制定本条款。结合实地调研情况和公共卫生应急保障需求，建议应急供电规划按照平急结合、结构合理、安全可靠、经济运行的要求，统筹安排、合理预留应急电源、变电站、开关站、电力线路等供电设施，保证突发公共卫生事件下的应急供电质量和安全。应急电力设施应结合城乡电力设施建设情况和相关专项规划、应急需求合理布局，应急电源点、变电站、输电线应设计安装雷电防护装置，与主体工程同时设计、同时施工、同时投入使用。

A.9.4.2.3根据《城市通信工程规划规范》（GB 50853）、《城市综合防灾规划标准》（GB/T 51327）的规定，制定本条款。结合实地调研和公共卫生应急保障需求，优化配置应急信息基础设施，满足公共卫生应急生命线工程的通信保障要求，公共卫生应急空间应实现应急通信服务全覆盖，应急通信设施应结合城乡通信设施建设情况和相关专项规划、应急需求合理布局。

A.9.4.2.4根据《城镇燃气规划规范》（GB/T 51098）的规定，制定本条款。结合实地调研和公共卫生应急保障需求，提出应急气源、储配站、调压站、燃气管线等燃气设施应满足平急结合的需求，应急燃气设施应结合城乡燃气设施建设情况和相关专项规划、应急需求合理布局。

A.9.4.2.5根据《医疗机构水污染物排放标准》（GB 18466）、《室外排水设计规范》（GB 50014）、《城市排水工程规划规范》（GB 50318）、《医院污水处理工程技术规范》（HJ 2029）的规定，制定本条款。结合实地调研和公共卫生应急保障需求，因地制宜提出污水应急设施安全处置具体可行方案，切实阻断内外传播路径，降低传染风险。建议公共卫生应急空间产生的污水、传染病医疗机构（医院或病区）产生的雨水，做到全收集、全消毒、全处理、全过程控制，实现“多重保险”“滴水不漏”。

A.9.4.2.6根据《城市环境卫生设施规划标准》（GB/T 50337）、《医疗废弃物焚烧环境卫生标准》（GB/T 18773）、《医疗废物集中焚烧处置工程建设技术规范》（HJ/T 177）、《医疗废物集中处置技术规范》（环发〔2003〕206号）的规定，制定本条款。结合实地调研和公共卫生应急保障需求，提出应急医疗废物及受污染的生活垃圾的收集、消毒、包装、贮存、运输、处置应实现全过程控制，严格防止渗漏和抛洒。结合当时实际情况和需求，根据不同

保障级别，医疗废物处置可运至城市级医疗废物处置中心或高温热处置设施进行集中处置，也可在医疗机构内部采用现场高温消杀焚烧处理。

A.9.4.3 配置标准

(1) 应急供水

结合《防灾避难场所设计规范》(GB 51143)、《城市给水工程规划规范》(GB 50282)、《室外给水设计规范》(GB 50013)、《城市供水应急和备用水源工程技术标准》(CJJT 282)等相关国家规范和突发公共卫生事件供水需求,确定不同保障级别的应急供水设施配置标准: I级:采用双(多)重水源供水,配置应急水源,环网供水; II级:采用双重水源或连接市政供水环网双向供水; III级:采用环网供水或配置应急水。

同时,公共卫生应急水源水质标准应满足《CJ 3020 生活饮用水水源水质标准》的相关规定。根据《城市综合防灾规划标准》(GB/T 51327),建议应急供水最低用水需求标准参考表 A.23 确定。

表 A.23 公共卫生应急供水最低需水量标准

应急阶段	时间(日)	最低用水需求标准(升/人/日)	需求用途
紧急	3	3-5	维持基本生存的生活用水
短期	15	10-20	维持饮用、清洗等最低限度生活用水,医疗用水
中期	30	20-30	维持饮用、清洗、浴用等生活用水,医疗用水
长期	100	≥30	维持生活较低用水量及关键空间节点用水
患者	100	30-50	维持基本生存的生活用水和医疗抢救用水
医护人员	100	10-20	维持基本生存的生活用水和医疗抢救用水

(2) 应急供电

结合《防灾避难场所设计规范》(GB 51143)、《城市电力规划规范》(GB/T 50293)、《医疗建筑电气设计规范》(JGJ 312)等相关国家规范和突发公共卫生事件供电需求,确定不同保障级别的应急供电设施配置标准: I级:采用双(多)重电源供电,配置应急电源系统,双回线路供电; II级:采用双重电源或双回线路供电,当采用双回线路供电时应配置应急电源系统; III级:采用双回线路供电,电网成环,互联互通。

表 A.24 公共卫生应急供电最低电力需求标准

应急阶段	时间(日)	最低电力需求标准(千瓦时/人/日)	需求用途
紧急	3	0.5~1	维持基本生存的用电
短期	15	1~1.5	维持饮食等最低限度生活用电,医疗用电
中期	30	1.5~2	维持饮食等基本生活用电,医疗用电
长期	100	≥2	维持较低生活用电量及关键空间节点用电
患者	100	3~4	维持基本生存的生活用电和医疗抢救用电
医护人员	100	1~2	维持基本生存的生活用电和医疗抢救用电

同时，公共卫生应急空间应设置与应急设施、医疗设备、救援车辆等相匹配的380/220V电源插座或接线装置，并设置明显标识。降雪和冰冻多发区域还应配备电力维护设备和积雪（冰）清除设施。公共卫生应急供电最低电力需求标准参考表 A.24 确定。

（3）应急通信

结合《城市通信工程规划规范》（GB 50853）等相关国家规范和突发公共卫生事件通信需求，确定不同保障级别的应急通信设施配置标准：I级：应急通信服务全覆盖，应急通信设施多路由、接入方向3个或以上；II级：应急通信服务全覆盖，应急通信设施双路由、接入方向2个或以上；III级：应急通信服务全覆盖，应急通信设施双路由、接入方向2个。

（4）应急供气

结合《城镇燃气规划规范》（GB/T 51098）等相关国家规范和突发公共卫生事件供气需求，确定不同保障级别的应急供气设施配置标准：I级：双（多）重气源供气，配置应急气源，燃气管网布置成环；II级：双重气源或连接气源的主干管线采用双线布置；III级：连接城乡供气管道，应能实现电力、燃气之间能源供应转换。

（5）应急排水

结合《医疗机构水污染物排放标准》（GB 18466）、《室外排水设计规范》（GB 50014）、《城市排水工程规划规范》（GB 50318）、《医院污水处理工程技术规范》（HJ 2029）等相关国家规范和突发公共卫生事件污雨水收集处理需求，确定不同保障级别的应急排水设施配置标准：I级：传染病医疗机构（医院或病区）实现污（雨）水全收集、全处理，污（雨）水处理站独立建设；II级：排水管网建设完善，公共卫生污（雨）水处理站独立建设；III级：建有配套排水管网和临时性污水处理罐（箱），确保污水不直接排入环境。

同时，公共卫生应急空间产生的污水、传染病医院（病区）产生受污染的雨水排入终端为正常运行的城镇二级污水处理厂时，应遵守GB 18466预处理标准；自行处理后直接排入自然地表水体或海域，应执行GB 18466的排放标准。加强对公共卫生空间污（雨）水收集、消毒、处理情况的监督检查，严禁排放未经消毒处理或处理未达标的污（雨）水。

（6）应急医疗废物处置

结合《城市环境卫生设施规划标准》（GB/T 50337）、《医疗废弃物焚烧环境卫生标准》（GB/T 18773）、《医疗废物集中焚烧处置工程建设技术规范》（HJ/T 177）、《医疗废物集中处置技术规范》（环发〔2003〕206号）等相关国家规范和突发公共卫生事件医疗废物收集、消毒、包装、贮存、运输、处置需求，确定不同保障级别的应急医疗废物处置设施配置标准：I级：建有独立的焚烧或高温热处置设施；II级：医疗废物和受污染的生活垃圾运至医疗废物处置中心集中处置；III级：医疗废物和受污染的生活垃圾运至医疗废物处置中心或通过其他高温热处置设施集中处置。

A.9.5 其他应急保障设施

A.9.5.1 分类

本文件所述其他应急保障设施类型并没有涵盖全面，将根据实际需求补充。

A.9.5.2 医用应急物资储备设施

A.9.5.2.1 分级

根据《中华人民共和国传染病防治法》（2020年修订征求意见稿），结合医用应急物资储备应急需求，确定本条款。

A.9.5.2.2 规划原则

根据《加强首都公共卫生应急管理体系建设三年行动计划（2020-2022年）》、《血站建设标准》（2020年4月征求意见稿），结合医用应急物资储备设施配置需求，确定本条款。

结合多地调研，确认医用应急物资储备设施的建设规模与政府财政能力、储备方式密切相关。建议充分考虑财力以及使用效率等因素，采用实物储备、协议计划储备、资金储备、动员社会储备等多种方式并存的应急物资储备方式，建立相应的医用应急物资储备系统。如本辖区内已规划上一级医用应急物资储备设施，以及传染病防治基地、传染病医院、国家紧急医学救援基地的，可根据实际情况统筹布局。

储备方式的不同比例构成关系，影响医用应急物资储备设施的空间需求，因此集中医用应急物资储备设施规模应经过论证确定。分散储备设施的储备物资量要求，可参照北京市委、市政府发布的《加强首都公共卫生应急管理体系建设三年行动计划（2020-2022年）》确定。

参考《血站建设标准》（2020年4月征求意见稿），考虑血站在应急救治中的作用后综合确定。同时，山地城镇血站布局密度应结合储运技术和时间要求进行布局。以重庆市为例，因为山地城市，按照120公里服务半径的标准，难以按时达到，不能满足应急医疗需求，所以实际布局时必须考虑运输时间长短，增加布点密度。

A.9.5.2.3 配置标准

参照《加强首都公共卫生应急管理体系建设三年行动计划（2020-2022年）》《重庆市应急医疗物资储备管理办法（试行）》等地方经验，结合国家卫生健康委对本规范征求意见稿的反馈意见和医用应急物资储备设施现状需求，确定本条款。特别是，针对结合综合医院等公共卫生应急空间和集中储备两种情形，参照实际调研的空间需求情况，提出了相应的配置原则与标准。

A.9.5.3 救护救援车辆洗消设施

A.9.5.3.1 分类

根据座谈走访、实地调研，结合公共卫生洗消设施的社会需求，同时考虑到洗消设施的运营管理实际情况，确定本条款。需要说明的是，救护救援车辆包括了专用的医用救护车和

广义的救援车辆两部分，其中广义的救援车辆包含了应急时转为传染病接送的公交车、客运大巴等运输工具。救护救援车辆洗消设施分为附属洗消设施和公共洗消设施两类。附属洗消设施主要为本单位服务，公共洗消设施主要承担社会洗消职责，以免社会转运车辆洗消不到位造成二次污染。

A.9.5.3.2 规划原则

根据座谈走访、实地调研，结合公共卫生洗消设施规划需求，确定本条款。考虑到应急状态下救护救援车辆洗消的必要性以及造成城市二次污染的可能风险性，建议洗消设施坚持“分散和集中相结合”的原则规划布局。其选址应相对独立，具备条件时，其出入口应与社会车辆出入口相对分离；平面布置应利于洗消作业的操作流程，避免交叉污染。应急供排水设施规划宜充分考虑救护救援车辆洗消用水、排水需求，根据《GB 50013 室外给水设计规范》《GB 50014室外排水设计规范》，合理确定设施规模。公共洗消设施空间布局应顺向布局，便于洗消车辆等待区、洗消区、出发区的连续设置，参见图A.3。

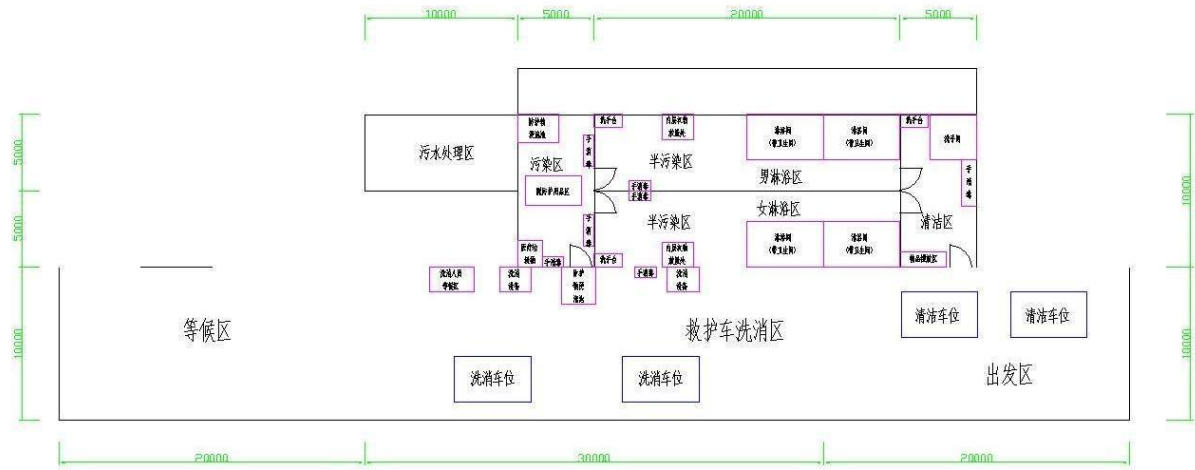


图 A.9.5.3 救护救援车公共洗消站示意图

A.9.5.3.3 配置标准

参考《加强首都公共卫生应急管理体系建设三年行动计划（2020-2022年）》《消毒技术规范》（2002年版）《医疗机构消毒技术规范》（WST367-2012）《救护车洗消站建设及消毒工作方案（第二版）》，确定本条款。

北京在《加强首都公共卫生应急管理体系建设三年行动计划(2020-2022年)》中提出“确保每个区配置至少1个急救车洗消站”。由此，本条款提出每个县或市辖区应设置一处集中的公共洗消设施，且应优先布局在疾病预防控制中心、传染病防治基地、国家紧急医学救援基地、传染病医院、院前医疗急救设施内。救护救援车辆洗消设施配置规模，可根据原卫生部《消毒技术规范》（2002年版）和《医疗机构消毒技术规范》（WST367-2012），参考《救护车洗消站建设及消毒工作方案（第二版）》的面积要求，同时考虑市县服务差异、实际服

务管理人口规模、机构的服务属性（如传染病医院和综合医院患者差异）等因素后综合确定。