

大城市院前医疗急救设施规划指南

说明

（本说明聚焦指南核心内容及关键问题的阐释，属非对应性说明，不采用与正文条目逐条对应形式）

目 次

一、 标准编制原则和确定标准主要内容	17
1、 编制原则	17
2、 确定标准的主要内容	17
二、 试验（或验证）的分析、综述报告，技术经济论证，预期的经济效益、社会效益和生态效益。17	
1、 标准主要内容	17
2、 重要问题说明	18
三、 采用国际标准和国外先进标准的程度，以及与国际、国外同类标准技术内容的对比情况 ...	25
1、 采用国际标准和国外先进标准的程度	25
2、 标准的符合性和一致性	25
四、 与有关的现行法律、法规和强制性标准的关系	25
五、 重大分歧意见的处理经过和依据	25
六、 涉及专利的有关说明	25
七、 贯彻标准的要求和措施建议	25
八、 废止现行有关标准的建议	25
九、 其他应予说明的事项	25

《大城市院前医疗急救设施规划指南》

说明

一、标准编制原则和确定标准主要内容

1、编制原则

(1) **坚持以人民为中心的原则。**围绕人民群众的民生需求，构建院前医疗急救设施服务网络，提升院前医疗急救服务水平，为急危重症患者开辟一条绿色通道。

(2) **强化规划引导作用的原则。**坚持需求导向、问题导向，突出分级分类，科学规划布局不同层级的院前医疗急救设施，增强规划的针对性、科学性、指导性和可实施性。

(3) **统筹资源共建共用的原则。**积极推进院前医疗急救设施平急、平战结合，加强与医疗、消防、养老、交通等设施融合，实现共建共用。

(4) **坚持设施的可实施性的原则。**衔接各级国土空间规划，充分评估用地、交通、服务人口等影响因素，考虑设施落地的可操作性和可实施性，确保设施顺利建设和持续运营。

2、确定标准的主要内容

本文件按照《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》(GB/T1.1-2020)的规定起草。目前全国各地急救设施规划标准不一，缺乏统一的指导性文件。本文件确立了大城市院前医疗急救设施规划工作的总体原则和要求，并规定了设施的设置体系、兼容性引导、布局指引、差异化配置、选址要求、选址方法和实施保障等技术指引要求。

本文件是大城市院前医疗急救设施规划工作的技术指引，适用于院前医疗急救设施规划编制、管理和实施工作。本文件未涉及的内容，应按照国家现行的相关标准执行。各地可结合实际，因地制宜细化本文件的规划技术要求。

二、试验（或验证）的分析、综述报告，技术经济论证，预期的经济效益、社会效益和生态效益。

1、标准主要内容

(1) 范围

本文件适用范围为大城市及以上城市，包含 I 型大城市、II 型大城市、特大城市和超大城市。

(2) 规划原则

本指南确定了坚持以人民为中心、强化规划引导作用、统筹资源共建共用、坚持设施的可实施性 4 项规划原则。

（3）术语

本文件列出了急救中心、急救分中心（急救中心站）、急救工作站、院前医疗急救服务网络 4 个术语的定义。

本文件未作解释的术语，可参照相关法律法规予以界定。

（4）设施设置体系

本文件建立了急救中心、急救分中心（急救中心站）、急救工作站的院前医疗急救服务体系。

（5）选址要求与方法

本文件依据城市卫生行政部门应按照国家相关工作要求，根据区域服务人口、服务半径、地理环境、交通状况、医疗急救需求等因素进行综合研判，并符合当地城市规划和区域卫生规划的要求确保与城市发展相协调，由此确定院前医疗急救设施布局和研提选址方法。

（6）设施设置标准

本文件根据相关规范要求，明确急救中心、急救分中心（急救中心站）、急救工作站 3 类设施设置标准。

（7）规划实施保障措施

本文件针对不同区域，提出有序实施的建议，共治共建、定期评估、急救流程规范化的保障措施。

2、重要问题说明

（1）本指南适用范围

根据国务院《关于调整城市规模划分标准的通知》（国发〔2014〕51 号），以城区常住人口为统计口径，将城区常住人口 100 万以上 500 万以下的城市为大城市，其中 300 万以上 500 万以下的城市为 I 型大城市，100 万以上 300 万以下的城市为 II 型大城市；城区常住人口 500 万以上 1000 万以下的城市为特大城市；城区常住人口 1000 万以上的城市为超大城市。本文件适用范围为大城市及以上城市，包含 I 型大城市、II 型大城市、特大城市和超大城市。中等城市、小城市可结合实际情况，因地制宜细化相关技术要求。

本文件所述城区是指在市辖区和不设区的市，区、市政府驻地的实际建设连接的居民委员会所辖区域和其他区域。

（2）设施设置体系

结合《医疗机构基本标准（试行）》（卫医发〔1994〕30 号）、《急救中心建设标准》（建标 177-2016）、《北京市院前医疗急救服务条例》（北京市人民代表大会常务委员会公告〔十五届〕第 50 号）、《上海市急救医疗服务条例》（上海市人民代表大会常务委员会公告第 42 号）、《江苏省院前医疗急救条例》（苏人常发〔2022〕19 号）、《广州市社会急救医疗管理条例》（穗常发〔1996〕41 号）、《深圳经济特区医疗急救条例》（深圳市第六届人民代表大会常务委员会公告〔第一〇九号〕）、《北京市院前医疗急救工作站建设基本标准（试行）》等相关标准、规范和要求，确定院前医疗急救设施设置分为 3 个等级——急救中心、急救分中心（急救中心站）、急救工作站，其中急救分中心（急救中心站）视实际情况设置¹。

表 1 相关标准、规范对院前医疗急救设施设置要求汇总表

¹ 不设区（县）的城市则可能出现非必须设置急救分中心（急救中心站）的情况。

序号	相关标准、规范	设置设施等级	设施是否承担调度职能
1	《医疗机构基本标准（试行）》 （卫医发〔1994〕30号）	急救中心、急救站	未作规定
2	《急救中心建设标准》 （建标 177-2016）	独立建制的急救中心、急救站 非独立建制的急救分中心、急救站	未作规定
3	《北京市院前医疗急救服务条例》 （北京市人民代表大会常务委员会公告 （十五届）第 50 号）	未作规定	未作规定 仅明确了“调度机构，是指受理院前 医疗急救呼叫、调派院前医疗急救机 构提供服务的机构”
4	《上海市急救医疗服务条例》 （上海市人民代表大会常务委员会公告 第 42 号）	急救中心、急救站	未作规定 仅明确了“院前急救呼叫受理和指挥 调度中心”的用词
5	《江苏省院前医疗急救条例》 （苏人常发〔2022〕19号）	急救中心、急救站（点）	未作规定
6	《广州市社会急救医疗管理条例》 （穗常发〔1996〕41号）	医疗指挥机构（急救医疗指挥中 心、急救医疗指挥分中心）、 “120”网络医院	未作规定 仅明确了“急救医疗指挥机构包括市 急救医疗指挥中心和根据实际需要设 立的急救医疗指挥分中心。”
7	《深圳经济特区院前医疗急救条例》 （深圳市第六届人民代表大会常务委员会公 告（第一〇九号））	市急救中心、急救网络医疗机构、 急救站	未作规定
8	《北京市院前医疗急救工作站建设基本 标准（试行）》	A 级急救工作站、B 级急救工作站	未作规定

a) 急救中心

急救中心作为院前医疗急救服务的调度机构²，承担“城市院前急救呼叫受理和指挥调度中心”³作用。急救中心是院前医疗急救服务网络的核心，负责指挥、调度院前医疗急救服务 120 急救网络和其他急救资源；协助卫健部门规划建设院前医疗急救服务网络；指导各急救分中心（急救中心站）业务工作；负责院前医疗急救服务质量控制与管理；承担日常院前医疗急救服务；负责院前医疗急救服务医疗指导；协调与统筹突发事件紧急医疗救援和急救物资；保障大型活动开展；培训考核科研教学与从业人员；宣传普及社会急救技能培训和急救知识等工作。

b) 急救分中心（急救中心站）

急救分中心（急救中心站）作为院前医疗急救服务网络的重要组成部分，视实际情况承担“急救医疗指挥分中心”⁴作用，作为院前医疗急救服务的调度机构的补充部分。急救分中心（急救中心站）负责管理区域内急救工作站具体运行、院前医疗急救日常服务、突发事件紧急医疗救援、大型活动保障、社会急救技能培训和急救知识的宣传普及等工作。原则上大城市每个行政区建设一个急救分中心（急救中心站），根据实际工作需要由卫健部门指定增加建设。

本文件所指“急救分中心”与“急救中心站”是相同概念，其中“急救分中心”一词目前应用较广

² “调度机构”一词来源于《北京市院前医疗急救服务条例》（北京市人民代表大会常务委员会公告〔十五届〕第 50 号）。

³ “院前急救呼叫受理和指挥调度中心”一词来源于《上海市急救医疗服务条例》（上海市人民代表大会常务委员会公告第 42 号）。

⁴ “急救医疗指挥分中心”一词来源于《广州市社会急救医疗管理条例》（穗常发〔1996〕41号）。

泛，在《急救中心建设标准》（建标 177-2016）⁵、《广州市社会急救医疗管理条例》（穗常发〔1996〕41号）⁶中均存在相关概念，“急救中心站”⁷一词目前仅应用于北京市。

c) 急救工作站

急救工作站作为院前医疗急救服务网络的基础，承担日常院前医疗急救服务，是实现急救网络科学布局、缩短急救反应时间，提高急救呼叫满足率的基本保障，是做好日常院前医疗急救服务、突发事件紧急医疗救援和大型活动保障等工作的基本单元⁸。急救工作站负责站内救护车辆、设备、药品的日常运维及急救人员日常生活保障，按照调度机构的指挥调度，完成各类院前医疗急救服务工作。

（3）布局指引

结合《急救中心建设标准》（建标〔2016〕268号）、《北京市院前医疗急救服务条例》和《江苏省院前医疗急救条例》（苏人常发〔2022〕19号），院前医疗急救设施的设置和布局应根据所在地区的服务人口规模、服务半径、地理环境、交通状况等综合条件确定。

a) 服务人口

依据《院前医疗急救管理办法》，设区的市应设立一个急救中心。依据《北京市院前医疗急救设施空间布局专项规划（2020年—2022年）》，全市设1个急救中心，每个行政区原则上设1个急救分中心，急救工作站的服务人口规模应以街乡为单位进行校核，对于覆盖范围内现状人口规模小于7.5万人的，规划为B级急救工作站；覆盖范围内现状人口规模为7.5万~15万人的，规划为A级急救工作站；急救工作站覆盖范围内现状人口规模超过15万人的，可与相邻街道（乡镇）统筹，确实无法满足需求的，可酌情增加急救工作站。《江苏省院前急救站点设置指南（试行）》提出设立在设区市城区的院前急救站点，每10万—15万人口至少设立1个。

b) 服务半径

在急救设施网络布局中，面向可及性需求，以急救反应时间作为服务半径的核心衡量指标。已颁布急救条例的大城市，应遵循各城市急救条例的响应时间。尚未颁布急救条例的大城市，可参考现行相关政策文件要求，平均急救反应时间宜不超过10~15分钟。

《急救中心建设标准》（建标〔2016〕268号）条文说明第二十条，平均急救反应时间应小于15分钟。

《上海市院前医疗急救事业发展“十三五”规划》发展目标是到2020年，上海市急救平均反应时间不超过12分钟。

《北京市院前医疗急救设施空间布局专项规划（2020年—2022年）》提出，北京市院前医疗急救平均反应时间应不超过12分钟，呼叫满足率不低于95%。

国外发达国家关于院前急救的响应时间：

美国《国家公路交通安全管理局（NHTSA）EMS系统标准》规定城市地区的急救响应时间目标为8分钟，并在90%的呼叫中实现此目标。

东京消防厅发布的《2022年度急救白皮书》显示，东京平均急救反应时间为8~10分钟。

英国《NHS急救服务标准框架》将院前急救响应时间按紧急程度分两级，其中“危及生命的紧急呼叫”平均响应时间不超过7分钟，90%的呼叫需在15分钟内到达现场。

法国《公共卫生法典》和SAMU运营指南采取医疗优先分级系统，城市地区对于“绝对紧急”情况，

⁵ 《急救中心建设标准》（建标 177-2016）第四条明确：该建设标准“所指急救中心包括独立建制的急救中心和急救站。非独立建制的急救分中心和急救站可参照执行。”

⁶ 《广州市社会急救医疗管理条例》（穗常发〔1996〕41号）第十条明确：该市“急救医疗指挥机构包括广州市急救医疗指挥中心和根据实际需要设立的急救医疗指挥分中心。”

⁷ 《北京市院前医疗急救设施空间布局专项规划（2020年—2022年）》明确：急救中心站是该市“院前医疗急救服务网络的重要组成部分，负责管理区域内急救工作站具体运行、院前医疗急救日常服务、突发事件紧急医疗救援、大型活动保障、社会急救技能培训和急救知识的宣传普及等工作。”

⁸ 引自《北京市院前医疗急救设施空间布局专项规划（2020年—2022年）》对“急救工作站”的解读。

院前急救响应时间通常为 8~12 分钟。

德国的院前急救体系由联邦法律和各州法规共同规定，各州统一目标为城市地区 95%的危及生命呼叫（如心搏骤停）需在 10 分钟内到达。

c) 地理环境

地理环境的确定参考《急救中心建设标准》（建标〔2016〕268 号）第十九条，急救中心选址应满足功能与环境的要求，应选择在交通便利、环境安静、地形比较规整、工程和水文地质条件较好的位置，并尽可能充分利用城市基础设施，应避免污染源和易燃易爆物的生产、贮存场所。急救中心的选址应充分考虑工作的特殊性质，按照公共卫生方面的有关要求，协调好与周边环境的关系。《北京市院前医疗急救设施空间布局专项规划（2020 年—2022 年）》提出，外围区新城以外地区，需充分考虑人口分布情况，急救工作站的布局既要尽可能邻近人口稠密地区，也要兼顾山区等交通条件相对较差的地区，必要时可增加急救工作站布点。

d) 交通状况

交通状况的确定参考《急救中心建设标准》（建标〔2016〕268 号）第二十条，急救中心宜紧靠城市交通干道并直接连接，宜面临两条道路，出入口不应少于两处，便于车辆迅速出发。《江苏省院前急救站点设置指南（试行）》，第二项基建要求，选址紧靠主要交通干道，便于救护车迅速出行，城市急救站点靠近城市主要居民住宅区、医疗机构、交通要道、重点区域，远离易燃、易爆等设施区域。

（4）选址要求

选址要求综合参考《急救中心建设标准》（建标〔2016〕268 号）和《江苏省院前急救站点设置指南（试行）》的相关内容，分别对急救中心、急救分中心（急救中心站）、急救工作站的选址要求进行明确。

（5）建设用地

急救中心应独立占地，急救分中心（急救中心站）宜独立占地，急救工作站按照灵活高效的基本保障原则，可与其他设施统筹建设、复合利用。

参考《急救中心建设标准》（建标〔2016〕268 号），急救中心建设用地面积应符合当地规划主管部门和卫生主管部门要求，容积率宜为 0.8~1.5，建筑密度宜为 40%。急救中心用地布局应满足基本功能需要，并适当考虑未来发展需求。同时，应根据不同地区的日照、气象条件，合理确定建筑物的朝向，充分利用自然通风与自然采光，提供良好的工作环境。独立占地的急救分中心（急救中心站）可按照急救中心标准布局建设。急救工作站可不独立占地，与其他设施统筹建设、复合利用。

（6）差异化配置

完善的院前急救设施体系布局，可以缩短急救服务半径，极大提升急救效率，提升院前医疗急救服务水平，为急危重症患者开辟一条绿色通道。为实现“快速反应、快速到达”的目标，应当综合考虑城乡空间布局、区域人口数量、服务半径、交通状况等因素，对院前急救设施进行差异化配置。各地应按照实际情况规划设置。

a) 中心城区

对于人口密集、急救业务需求高的中心城区，应当注重急救设施的可达性。结合《急救中心建设标准》（建标 177-2016），每个地、市必须设一个急救中心，且独立占地。急救分中心（急救中心站）和急救工作站按照城市的具体情况来确定，可独立设置，也可依托医院设置。一般宜按照 18~50 平方公里设一个急救分中心（急救中心站），人口密集的地方，服务半径可适当减小。急救工作站按服务人口规模确定⁹设置 A 级急救工作站或 B 级急救工作站

b) 外围地区

⁹ 结合《北京市院前医疗急救工作站建设基本标准（试行）》，急救工作站从建设标准上分为 A 级急救工作站、B 级急救工作站。

对于人口较少、急救需求较少的外围地区，应当注重急救设施的均等性。急救工作站宜靠近人口密集地区，并尽可能服务周边地区人口。道路交通条件差、难以兼顾的地区，宜增加急救工作站。

（7）规划选址方法

本文件对可不独立占地的急救工作站的选址方法与步骤进行引导。

a) 梳理现状急救设施分布情况

通过梳理现有急救站分布与问题，明确下一步选址建议。对于现状符合各地急救工作站相关配置规范或标准的工作站进行保留，对于不符合标准及功能要求的，应当拟定改扩建或迁建方案。

b) 依托医疗卫生设施进行初步选址

注重资源共享，可依托存量医疗资源完善布局。急救工作站应当优先考虑与建设条件较好、交通条件便捷的已建成医疗卫生设施共建。急救工作站覆盖半径应符合各城市急救条例响应时间，或按照平均急救反应时间不宜超过 10~15 分钟确定可达距离。覆盖半径范围内，依托存量资源，应当按照三级医院或妇幼保健院、二级医院或妇幼保健院、一级医院或妇幼保健院、社区卫生服务中心的次序，进行急救工作站初步选址。

c) 依托其他可兼容设施完善设施布局

对于覆盖半径内无现状存量医疗资源可作为急救工作站的区域，急救工作站宜结合医疗、消防、养老、交通场站、商业办公等建设进行补充，实现资源统筹共建共享。

d) 依据服务人口规划校核完善设施布局

急救工作站的布局同样与服务人口规模因素有关。通过对现状人口规模校核，可进一步确定急救站级别。若遇有较大规模新建区域时，周边已规划急救工作站无法兼顾新增人口的，应按照新增人口规模确定增加的急救工作站级别和数量。

e) 依据行车距离校核完善设施布局

除了考虑依托现有医疗资源、服务人口等影响外，交通条件也是影响急救站布局的因素之一。故选址时宜按照平均急救反应时间不超过 10~15 分钟覆盖的区域，通过建立交通模型模拟实际行车距离和时间进行急救工作站布局评价与校核。对不满足覆盖要求的区域，适当补充急救工作站或调整站点位置，进而实现急救工作站布局的人性化、精细化、准确化。

考虑到不同时段的交通情况，应分别对平峰时段、高峰时段¹⁰的不同车型运行速度进行模拟分析，计算 10~15 分钟可达范围。

f) 征求属地政府意见，确定最终布局

通过以上方法形成急救工作站选址后，应将急救工作站初步规划选址向属地政府反馈，并同步征求当地自然资源部门和卫健部门意见，按照各部门反馈意见优化选址后，确定最终选址布局，并纳入各地城市院前急救整体规划。

（8）设施设置标准

院前急救中心因其在院前急救体系中功能的特殊性和复杂性应独立占地；急救分中心原则上需独立占地，用地条件紧张的区域，满足使用功能、车位数量，并保证可持续使用前提下可与其他功能结合设置；急救工作站按照灵活高效的基本保障原则，可灵活设置。

a) 急救中心

参考《急救中心建设标准》（建标 177-2016）。急救中心规模与城市人口密度直接相关，通常按每 5 万至 10 万人配备 1 辆救护车（含备用车辆）。例如，直辖市和省会城市因人口密集，救护车规模可能超

¹⁰ 平峰时段：在工作日的非高峰时段，即早上 9:30 至下午 5:30（17:00-19:30）之外的时间段。高峰时段：通常指的是城市交通流量最大的时间段，这些时段内道路拥堵情况较为严重。根据不同城市和地区的具体情况，行车高峰时段有所不同。

过 60 辆，需按每增加 10 辆增加 750 m² 建筑面积。急救中心建设需“立足当前、适度超前”，容积率宜控制在 0.8~1.5，建筑密度不超过 40%，为扩建留出空间。

b) 急救分中心（急救中心站）

参考《医护人员院前医疗急救培训标准》（WS/T·839-2024）、《民用直升机飞行场地技术标准》（MH 5013）。培训室中，理论教室建筑面积建议不小于 80 m²，技能实训室建议不小于 120 m²（含模拟设备）。按每辆救护车不小于 60 m² 配置车库。条件允许的急救分中心可规划直升机停机坪（≥30m×30m）和应急帐篷搭建区（≥500 m²），提升灾害救援能力。

c) 急救工作站

急救工作站的服务半径通常为 3~5 公里，人口密集区可适当缩小。若城市交通拥堵，可调整服务半径以确保救护车 10~15 分钟内到达。

（9）兼容性引导

a) 结合医疗卫生设施建设

院前急救设施宜结合或邻近医院布局，发挥医疗卫生设施间环境相融、无冲突的优势，可在综合医院、专科医院（如胸痛中心、卒中中心）周边 3~5 公里范围内设置急救分中心或急救站，便于医疗系统内资源统筹，缩短转运时间。结合医疗卫生设施分布，优先在急救资源匮乏的城乡结合部、偏远乡镇增设急救站点，确保院前医疗急救设施全覆盖。

b) 结合消防设施建设

将院前急救设施与消防站结合建设，是一种优化公共应急资源配置、提升急救响应效率的创新模式。这种模式通过整合两类机构的职能、空间和人力资源，可有效缩短急救反应时间。可探索形成“消防+卫健急救”联动共享机制，建设“消防—急救”联动的智能指挥中心，在消防站内划分独立急救单元，配备救护车、急救药品、监护设备等。但救护车与消防车辆应分区停放，避免干扰。

c) 结合养老设施建设

将院前急救设施与养老设施结合建设，是应对老龄化社会、提升老年人生命安全保障的重要举措。针对老年人群需求高于其他人群特点，通过整合医疗急救资源与养老服务，可显著缩短老年群体突发疾病或意外伤害的急救响应时间，同时增强养老机构的综合应急能力。可在养老机构内或邻近区域设置急救工作站，配备救护车、急救设备（如 AED、呼吸机、心电监护仪）及常用急救药品；也可将急救站与养老机构的医疗室、康复中心联动，形成“日常照护+急病救治+康复支持”闭环。

d) 结合商业办公建设

结合商业办公建设。将院前急救设施与商业办公设施结合建设，是提升城市核心区应急响应能力、保障职场人群生命安全的创新方向。通过将急救资源嵌入商务楼宇或商业综合体，可快速应对办公场景中的突发疾病（如心肌梗死、脑卒中、意外创伤等），同时优化城市空间资源利用。针对白领高压工作环境的高发急症（如心源性猝死、过度疲劳晕厥），提供快速院前急救支持。覆盖商业综合体中的客流密集区（如购物中心、会议中心），应对跌倒、烫伤、急性过敏等事件。可利用商业空间的大堂、中控室或闲置空间（如设备层）设置急救点，面积≥20 平方米，配备 AED 地图、急救物资智能存取柜等。

（10）有序实施

有序实施涉及两方面内容，一是明确新建区域的院前医疗急救设施的配置标准（参考《北京市控制性详细规划编制技术标准与成果规范》）及实施时序，以满足新增人口的需求；二是建成区域结合实施实际情况，体现院前医疗急救设施选址的弹性，并鼓励高标准建设。总体目标是在满足服务能力基础上，引导设施与新增建设保持同步，并结合实际条件推动弹性选址和提高标准。

（11）共治共建

共治共建涵盖责任落实、部门协同和公众参与三方面，推动点、线、面维度的整体落实。

在责任落实方面，为推进院前医疗急救设施的系统性建设，通过纳入规划来明确政府主导，进一步

夯实责任主体、管理内容和监督方式，形成分工和重点明确的点状支撑。在部门协同方面，重点考虑院前医疗急救设施在管理和使用环节，易出现因各体系互不联通造成部分资源得不到充分利用的问题。旨在实现资源整合与统筹，提高整体使用效率，形成线状联系，并通过对非急救需求的判断，分类明确处置方式，保障各级资源的精准、高效调动。在公众参与方面，包括输出和输入两方面。输出即加强急救的宣传普及，铺开院前急救的前端环节，作为“软件配套”提升整个体系的运行效率和实际效果；输入即研究需求建议，从源头落实院前急救医疗设施的建设重点和多元化服务，以不断完善现有和规划的院前急救体系。旨在通过公众参与，使社会力量成为院前急救的一环，提升整体自救能力，并以实际需求引导体系建设。

（12）定期评估，动态维护

定期对院前医疗急救设施开展全方位的规划、建设、使用评估，以动态掌握整体建设情况和运营问题，并及时协调、解决，以保障院前医疗急救服务网络的高效运行。针对已实施和未实施但规划不稳定的地区，需定期进行使用情况和实施计划的定期评估，以保障院前急救服务能力满足实际需求并纳入体系，并针对薄弱环节进行有计划地补充完善。旨在夯实实际建设与使用是否实现了规划标准并满足地区实际需求，针对不足及时采取有效措施，保障院前急救医疗设施的有序落实和稳定运行。

（13）急救流程规范化

城市院前医疗急救服务的专用呼叫号码为“120”，任何单位和个人不得恶意拨打、占用急救呼叫号码和线路。城市院前急救调度机构应当根据人口规模、急救呼叫业务量，设置相应数量的专线电话线路，保证急救呼叫电话畅通，并配置专门的调度人员¹¹二十四小时接听急救呼叫电话。城市院前急救调度机构接到急救呼叫信息后，应当立即对急救呼叫信息进行分类、登记，对病情进行初步评估，并发出救护车调度指令。患者及其家属或者现场相关人员应当配合调度人员询问，如实提供患者病情、位置、联系方式等信息。

院前医疗急救机构的急救人员应当及时接听派车电话，在规定时间内出车；及时与患者及其家属取得联系，询问病情、指导自救；院前急救人员在执行急救任务时，应当佩戴统一的院前急救医疗标识，携带相应的急救药品和设备设施，按照医疗急救操作规范对患者实施救治，并将患者及时转运至院内医疗急救机构¹²，转运过程中及时通知院内急救机构做好收治抢救的准备工作；按照规定标准收取院前医疗急救服务费用，不得因收费问题延误救治。患者家属、现场其他人员有义务协助院前急救人员做好相关工作，提供便利。患者被送达院内医疗急救机构后，急救人员应当与接诊医生、护士交接患者病情、

¹¹ 调度人员应当掌握医疗急救知识、院前医疗急救机构设置基本情况和院内医疗急救机构接诊能力，及时接听急救呼叫电话，询问并记录患者信息，根据国家和城市有关标准进行分类登记处理。对急、危、重患者，按照就近原则迅速派出院前救护车；对非急、危、重患者，告知其本市非急救医疗转运服务的途径。根据《北京市院前医疗急救服务条例》，急、危、重患者的具体标准，由城市卫生健康部门制定。

¹² 院前医疗急救机构应当根据患者情况，遵循就近、就急、满足专业需要、兼顾患者及其家属意愿的原则，将患者及时转运至具有相应急诊抢救能力的院内医疗急救机构。患者有下列情形之一的，一律由院前医疗急救机构决定送往相应的院内医疗急救机构进行救治：

- （一）病情危急、有生命危险的；
- （二）疑似突发传染病、严重精神障碍的；
- （三）其他法律、行政法规有特别规定的。

院前医疗急救机构和急救人员不得为谋取本单位利益或者个人利益，违反患者转运原则。

参考《北京市院前医疗急救服务条例》，患者转运的具体办法由城市卫生健康部门制定。

参考《上海市急救医疗服务条例》，院前急救人员在将患者送往院内急救机构的过程中，应当密切观察患者病情，进行生命体征监测，及时救治，并向患者或者其家属询问病史，做好相关记录。对有危害社会治安行为、涉嫌违法犯罪或者依法需要提供保护性措施的患者，院前急救人员应当在提供急救医疗服务时，及时通知当地公安机关或者有关专业机构，由公安机关或者有关专业机构依法采取相应措施。

初步诊疗及用药情况等信息，并按照规定填写、保存病情交接材料。院前医疗急救机构、院内医疗急救机构应当做好医疗急救信息的登记、保存、汇总、统计、分析等工作。

三、采用国际标准和国外先进标准的程度，以及与国际、国外同类标准技术内容的对比情况

1、采用国际标准和国外先进标准的程度

无。

2、标准的符合性和一致性

(1) 标准的符合性

本指南符合《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》(GB/T1.1-2020)内对于标准格式和内容的规定。

(2) 标准的一致性

本指南与《医疗机构基本标准(试行)》(卫医发〔1994〕30号)、《急救中心建设标准》(建标〔2016〕268号)中相关规范描述一致。

四、与有关的现行法律、法规和强制性标准的关系

目前国内外尚无针对院前医疗急救设施的法律法规，本指南与《医疗机构基本标准(试行)》(卫医发〔1994〕30号)、《急救中心建设标准》(建标〔2016〕268号)中相关规范描述一致，并可作为标准的补充。

五、重大分歧意见的处理经过和依据

无。

六、涉及专利的有关说明

无。

七、贯彻标准的要求和措施建议

建议作为推荐性标准实施。

八、废止现行有关标准的建议

无。

九、其他应予说明的事项

无。

