

衢州市卫生健康委员会

关于印发《衢州市医疗照护转运服务机构 建设管理指引（试行）》的通知

市本级各医院，市急救中心，各县（市、区）卫健局：

为推动全市医疗照护转运服务体系建设，加强日常运行管理，有效满足群众需求，我委牵头制定了《衢州市医疗照护转运服务机构建设管理指引（试行）》，现印发给大家，请结合工作实际，加强医疗照护转运服务机构建设管理。

衢州市卫生健康委员会

2026年7月10日

衢州市医疗照护转运服务机构 建设管理指引（试行）

为加强医疗照护转运服务机构建设管理，满足群众多样化需求，推进全市医疗照护转运服务健康发展，依据《浙江省院前医疗急救条例》《浙江省救护车配置与使用管理办法》等法规和规定，结合我市实际，特制定本指引。

一、服务平台

统一建设衢州市医疗照护转运服务信息平台，具备信息录入、存储、录音、调派、统计、查询等功能。市、县两级急救中心开通“96120”专用服务号码，配备专门调度人员，依托平台实行“统一呼叫号码、统一受理呼叫、统一指挥调度”服务模式。

二、机构建设

依照《浙江省救护车配置与使用管理办法》规定，提供医疗照护转运服务的机构应为可配置医疗照护转运救护车的综合性（专科或康复）医院。为满足医疗照护转运工作需求，提供服务医院原则上需具备以下条件或能力：

（一）用房场地

须具备用于医疗照护转运服务业务的专门办公、值班用房和用于车辆停放、清洗消毒等功能专门场地，面积须满足使用需求。

（二）转运车辆

1.配备数量：按需配置专用于医疗照护转运的救护车，车型按照《中华人民共和国卫生行业标准-救护车》（WS/T292-2008）的规定应为B型（抢救监护型）或C型（防护监护型），市本级总配置数不少于6辆，每个县（市）配置数不少于2辆。各地可结合辖区人口密度、年均转运任务量、日常运营负荷等情况，动态增加车辆配置数。

2.外观标识：按照《浙江省救护车配置与使用管理办法》进行规范喷涂（详见附件1）。

3.车辆登记：从事医疗照护转运服务的医疗机构应按照《浙江省救护车配置与使用管理办法》及《救护车配置工作指引》中规定的流程（详见附件2），落实车辆的配置审批登记。

4.其他要求：

（1）医疗照护转运救护车专用于日常医疗照护转运服务，原则上不得用于开展院前医疗急救。必要时，可根据卫生健康行政部门调度承担院前医疗急救、突发事件紧急医疗救援、医疗卫生保障等任务。

（2）从事医疗照护转运服务的救护车应全部纳入辖区急救中心的医疗照护转运服务调度平台管理，统一调度，独立运行。

（3）医疗照护转运救护车应配备具有行驶记录功能的卫星定位设备和接受指挥调度装置。

（三）人员配备

1.急救中心：承担调度任务的急救中心应配备专职调度人员，其中市急救中心需配备 ≥ 2 名，县级急救中心需配备 ≥ 1 名，可结合业务实际与院前急救调度岗位人员混岗排班。

2.服务机构：承担医疗照护转运服务的医院需明确一名领导班子成员分管该项业务，并确定专（兼）职业务科室负责人。医院须配备相应岗位工作人员，具体如下：

（1）驾驶员：按配备转运救护车数 ≥ 1.5 倍的比例配备。要求应持有相应准驾车型驾驶证 3 年以上，近 3 年内无重大责任事故，最近连续 3 个记分周期内无扣满 12 分记录。

（2）医护人员：按配备转运救护车数 ≥ 2 倍的比例配备，承担随车医疗监护任务的医护人员，具有急诊、重症或全科等岗位经历的医护人员优先。

（3）辅助人员：按需配备，身体状况能胜任搬运等工作。

（四）车载医疗设备、药品配备

参照浙江省院前医疗急救救护车装备基本标准（详见附件 3），结合转运患者病情确定医疗照护转运的车载医疗设备和随车药品。

三、机构管理

（一）服务范围

医疗照护转运服务起始点或送达点（以下简称“起讫点”）应至少有一端为承担转运医院执业登记所在辖区内。

（二）服务对象

医疗照护转运服务对象主要为病情相对稳定、经医疗评估在转运途中需提供医疗监护或基础干预措施的患者。医疗监护或基础干预措施内容主要包括：生命体征监护及吸氧、输液等转送途中延续医院内相关治疗的照护服务工作。

（三）日常运行管理

1.市、县两级卫生健康行政部门负责辖区内承担医疗照护转运服务机构和行为的监督管理，医疗照护转运医院接受同级急救中心的技术指导。

2.市县两级急救中心在接到 96120 呼入来电时，调度员须询问患者转运需求、疾病诊断、接受的主要治疗措施等情况，主动告知服务对象范围、参考收费指引等信息。受理调度通话录音等信息须留存不少于 6 个月。

3.提供医疗照护转运服务的医疗机构接到辖区急救中心派单信息后，出车前须安排医务人员联系患者或家属，核实转运需求，并进行转运医疗风险评估。适宜转运的，根据病情及个性化需求确定随车医师或护理人员，配备随车设备和药品，明确转运时间、线路等计划后安排出车。经评估存在生命体征不稳定等因素不适宜转运的，应主动向患者或家属说明原因，并反馈派单的急救中心。

4.提供转运服务时，应做好医疗监护、治疗以及病情变化时紧急救治等工作，对及时将在转运途中患者出现病情明显变化需送医疗机构处置的，在随车进行处置时，应及时联系当地院前急救机构就近送医。随车医务人员在转运过程

中，应客观、真实、准确、及时、规范书写相关医疗文书，对按照有关规定需取得患方同意方可进行的医疗活动（如特殊治疗、转送等），应书面获得患者本人或其授权代理人知情同意。在抢救生命垂危患者等紧急情况下，不能取得患者本人或其授权代理人意见的，应电话报告本医疗机构负责人或授权负责人同意并录音留存，实施相应医疗措施。

（四）人员管理

1.从事医疗照护转运服务的医护人员、驾驶员、辅助人员应当身心健康，无传染性疾病、癫痫、精神类疾病等可能危及行车安全的疾病史，无酗酒、吸毒等行为记录和刑事处罚记录。单程行程 400 公里以上的，须配备至少 2 名驾驶员。

2.从事医疗照护转运的医护人员应具备执业医师（不包括执业助理医师）或执业护士资格，且在转运医院进行执业登记注册（可为非主执业机构）。人员上岗前须接受辖区急救中心组织的岗前培训并考核合格，提供转运服务医院应每半年组织本单位从事医疗照护岗位人员（包括非主执业机构注册在本单位）开展一次岗中培训。

3.承担转运服务的人员上岗时实行统一着装。服装样式与院前急救人员工作服样式应明显区分，具体由市急救中心统一提供模板。

（五）收费管理

1.医疗照护转运服务由转运医疗机构参照救护车转运费项目（编码 011109000020000）收费，具体收费标准由转运

机构与患者或家属参考《收费参考指引》（附件4）在自主协商的基础上，通过签订转运服务协议（模板参考附件5）的方式收取。转运中途严禁擅自加价。

2.提供转运服务医院须在转运车辆醒目位置张贴《收费参考指引》，并通过医院网站等渠道向社会公示。

3.转运服务结束后，须依规开具医疗机构统一票据。

（六）车辆管理

1.转运救护车在非紧急情况下不得使用警灯、警报器，严禁公车私用，严禁私自改装、出租、出借、转让、挂靠、承包给其他单位或个人。车辆需变更用途的，要及时向市级卫生健康行政部门报备；不再承担医疗服务功能的，要及时办理车辆性质变更手续。

2.转运救护车参照辖区院前救护车的管理要求进行档案管理，实行“一车一档”。所属医院应做好车辆的定期保养和维护，按时检查车辆性能，确保车辆行驶安全。做好车身和舱内清洗和消毒，防止交叉感染。

四、申请程序

1.拟提供医疗照护转运服务的医院，可向辖区急救中心申请加入属地医疗照护转运平台。申请时须提交以下资料：

（1）医疗照护转运服务申请表（基本情况、业务范围等）（详见附件6）。

（2）配备的医疗照护转运救护车行驶证复印件，车头、侧身45度照片，救护车舱内照片。

(3) 相关岗位工作人员名录，包括：驾驶员驾驶证复印件，医生、护士执业证书复印件，救护员急救培训相关证件复印件。

(4) 《医疗机构执业许可证》副本。

(5) 法人或其他组织的营业执照等证明文件。

(6) 内部相关规章制度目录。

(7) 辖区卫生健康行政部门规定的其他材料。

2.辖区急救中心受理后，应组织人员，对照本指引相关要求进行现场审核，对符合条件的同意其加入医疗照护转运服务网络。

3.经审核同意加入属地医疗照护转运服务网络的医院，应与辖区急救中心签订协议，对双方权利义务、违约责任、协议终止及续期等相关事宜予以明确。

五、工作要求

(一) 加强日常管理

医疗照护转运服务医院应结合实际，细化制定本院医疗照护转运管理相关制度，推动医疗照护转运服务标准化、规范化开展。市县两级卫生健康部门要结合非法救护车专项整治工作推进，主动协同公安、交通等部门依法依规严肃处理出租出借相关资质、牌照谋取不当利益，与“黑救护”等相互勾结、出卖患者信息牟利，为“黑救护”提供便利保护的有关单位或个人。

(二) 强化质量控制

医疗照护转运服务医院应建立并完善服务质量管理体系，主动接受属地卫生健康行政部门和急救中心的业务指导和质量监管。要建立并落实患者信息登记、文书管理制度，保证信息的及时性、真实性和完整性。

（三）加强宣传引导

市、县两级急救中心和提供照护转运服务的医疗机构要主动加强宣传，重点宣传服务对象、服务机构、收费标准、预约呼叫渠道等信息。要落实车尾部二维码喷涂，方便公众扫码知晓车辆所属单位、编号和投诉举报电话等信息，方便社会监督。

- 附件：
- 1.衢州市医疗照护转运救护车外观制式规范
 - 2.衢州市医疗照护转运救护车配置办理流程示意图
 - 3.衢州市医疗照护转运救护车随车装备和药品配备指引
 - 4.衢州市医疗照护转运服务收费参考指引
 - 5.衢州市医疗照护转运服务协议书（参考）
 - 6.衢州市医疗照护转运服务申请表

附件1

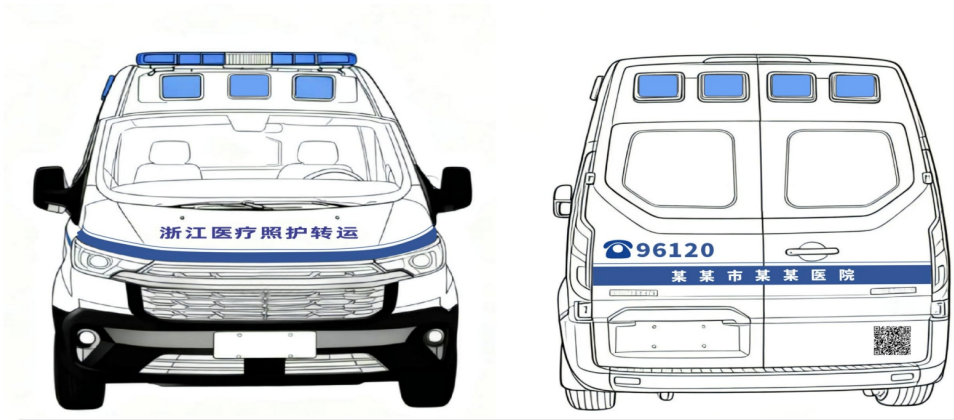
衢州市医疗照护转运救护车外观制式规范

浙江医疗照护转运 救护车标志&色带使用规范



注：车身两侧为单位名称，车门处为96120，蓝色为海涛蓝 (C:98 M:81 Y:11 K:0)，两侧后轮侧上方放置二维码。

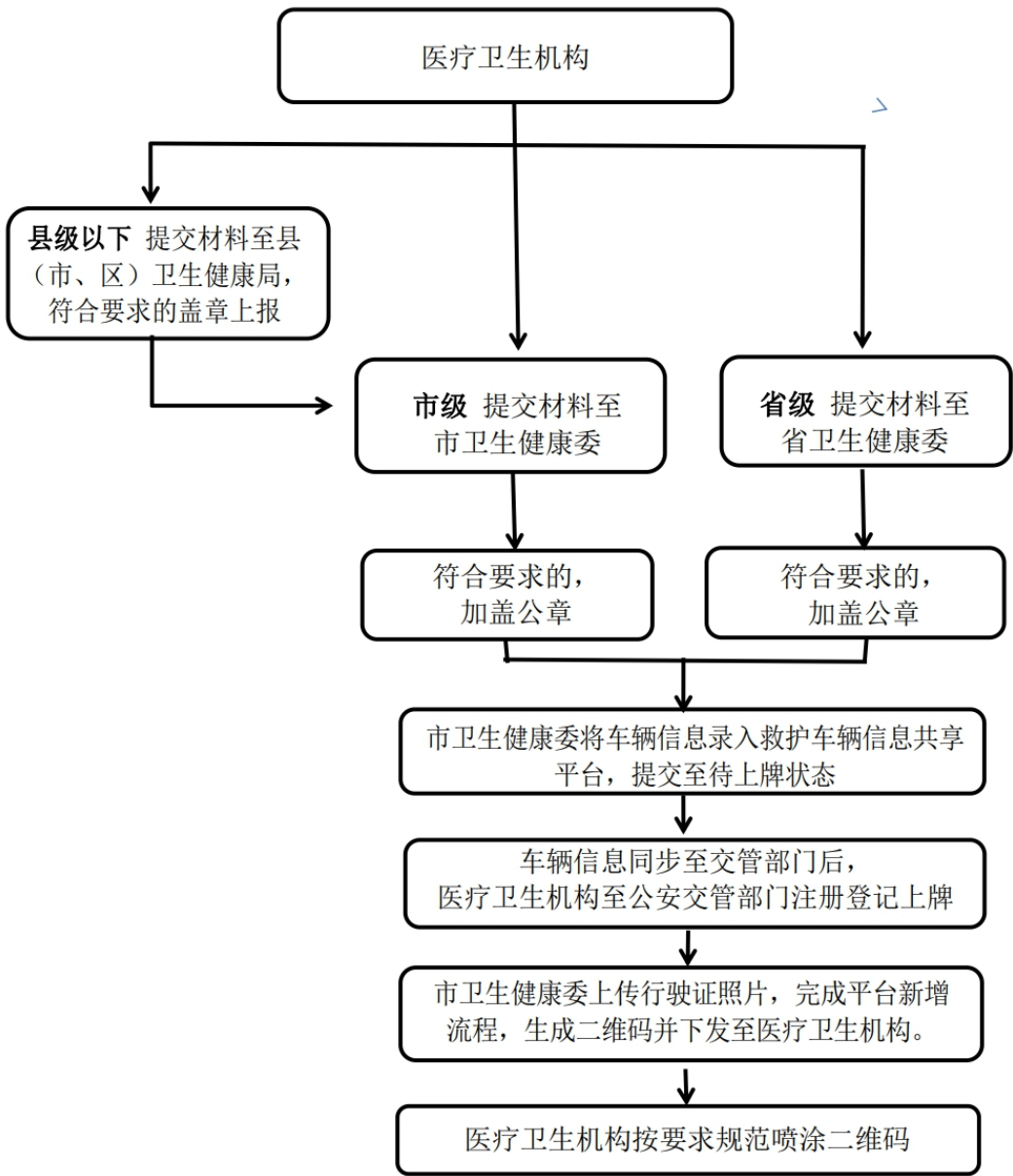
浙江医疗照护转运 救护车标志&色带使用规范



注：
车头喷涂浙江医疗照护转运
字体使用黑体

注：
车尾为单位名称与96120
蓝色为海涛蓝 (C:98 M:81 Y:11 K:0)
字体使用黑体

衢州市医疗照护救护车配置办理流程



附件 3

衢州市医疗照护转运救护车随车装备和药品配备指引

一、救护车车载设备配置

设备种类	名称	数量
搬运设备	上车担架	1 台
	铲式担架	1 台
	软担架	1 台
	楼梯担架（选配）	1 台
	脊柱固定板（选配）	1 套
固定设备	颈托（含大、中、小三种规格）	1 套
	骨折固定夹板或肢具	1 套
	骨折固定带	1 套
供氧或呼吸设备	氧气瓶（10L 车载式）	2 个
	氧气瓶（便携式）或氧气袋	1 个
	供氧装置及氧气瓶连接的管道	1 套
	简易呼吸器（成人、儿童、婴儿）	1 套
	吸引器	1 个
诊断设备	听诊器	1 个
	表式血压计或电子血压计	1 个
	体温计或耳温计（枪）	1 台
	瞳孔笔	1 个
	心电监护仪（带存储和打印）	1 台
	血糖仪	1 台
	血氧饱和度仪	1 台
	十二导联心电图机	1 台
	呼末二氧化碳检测仪（选配）	1 台

抢救设备	急救箱	1 个
	便携式呼吸机或多功能呼吸机	1 台
	气管插管设备	1 套
	止血钳	2 把
	剪刀	1 把
	镊子	1 把
	产包	1 个
	除颤仪	1 台
清洁消毒设备	免洗手消毒液	1 瓶
	一次性口罩、手套	若干
	医疗垃圾桶	1 个
	尖型医疗用品容器	1 个
通讯设备	无线通讯设备	1 个
	车载定位设备	1 套

说明:

- 1.已配备心电监护除颤仪一体机,可以不再另行单独配置监护仪和除颤仪;
- 2.心电监护除颤仪一体机具有监护打印十二导联功能,可以不再另行单独配置十二导联心电图机;
- 3.其他特殊类型救护车按国家有关规定配置。

二、转运救护车药品配备

序号	药品	规格	数量
1	肾上腺素注射液	1mg/支	10
2	去甲肾上腺素注射液	2mg/支	4
3	多巴胺注射液	20mg/支	2
4	呋塞米注射液	20mg/支	2
5	地西泮注射液	10mg/支	2
6	阿托品注射液	0.5mg/支	10
7	山莨菪碱注射液	10mg/支	2
8	地塞米松注射液	5mg/支	2
9	甲强龙注射液	40mg	2

10	20%甘露醇注射液	125ml/瓶	1
11	5%葡萄糖注射液	100ml/瓶	1
12	林格氏液	500ml/瓶	1
13	0.9%氯化钠注射液	100ml/瓶	4
14	0.9%氯化钠注射液	10ml/支	4
15	利多卡因注射液	50mg/支	2
16	50%葡萄糖注射液	20ml/支	2
17	硝酸甘油片	0.5mg/片	10
18	卡托普利片	25mg/片	10
19	硝酸甘油注射液	1ml/支	2
20	纳洛酮注射液	0.4mg/瓶	3
21	止痛类喷雾剂	支	1
22	胺碘酮注射液	150mg/支	3
23	硫酸沙丁胺醇类吸入气雾剂	支	1
24	氨甲环酸注射液	0.5g/支	2
25	水合氯醛(选配)	100ml	1
26	25%硫酸镁注射液	10ml/支	2
27	普罗帕酮注射液	70mg/支	2
28	乌拉地尔注射液	25mg/支	1
29	阿司匹林片	100mg/片	10
30	替格瑞洛片	90mg/片	2
31	氯吡格雷片	75mg/片	4

说明:

- 1.同类药品可选择配备,替换使用;
- 2.同一药品规格可调整,总量不低于本配置标准;
- 3.本目录药品为基本配置,可根据当地情况酌情增配;
- 4.替格瑞洛、氯吡格雷可选择其中之一配备。

三、救护车耗材配备

名称	数量	名称	数量
电极片	10个	弹力帽	5个

静脉留置针	3副	头皮针	5个
输液器	5副	吸氧面罩	1套
输液贴膜	若干	吸氧管	2根
碘伏棉签	若干	5ml 注射器	5个
心电图纸	1卷	20ml 注射器	2个
胶布	2个	50ml 注射器	1个
导电膏	1支	酒精棉片	若干
血糖试纸	10片	口咽通气管	1套
采血针	10个	检伤分类牌	10套
开口器	1个	气管插管导管	1套
绷带	4卷	气管插管固定器（一次性牙垫）	2套
旋压式止血带	2根	冰袋（一次性）	2袋
压脉带	1根	喉罩（选配）	1套
无菌纱布（棉垫）	若干	担架套	1个
吸痰管	2根	保温毯（急救毯或毛毯等）	1张
砂轮	1个		

说明：

- 1.同类耗材可选择配备，替换使用；
- 2.特殊耗材可根据当地情况酌情配备。

附件 4

衢州市医疗照护转运服务收费参考指引

收费项目名称	范围	转运起步价	转运车费	护士陪护费用	医生陪护费用	备注
辖区内转运	县（市）、 两区范围内	200 元	8 元/公里	5 元/公里/人	7 元/公里/人	每趟非急救转运任务应至少配备 1 名驾驶员和 1 名护士作为医疗服务保障，医生按需配备。
市内县外异地转运	县（市、区）之间	/	10 元/公里	5 元/公里/人	7 元/公里/人	
市外长途转送	≤400KM	/	10 元/公里	4 元/公里/人	6 元/公里/人	
	> 400KM	/	12 元/公里	4 元/公里/人	6 元/公里/人	
搬抬服务	步梯房（含不可乘坐的电梯房）仅搬运 1 层按 30 元起步价收费，每增加 1 层加收 20 元。（需患方一同协助，医疗机构提供相应服务人员）。					
救护车等时费	转运救护车到达现场后，因患方原因无法转送的，半小时内免费等待；超过半小时的，根据总等待时长按 50 元/小时收费，小时数计算依据“向上取整”原则，不足 1 小时部分按 1 小时收费。					
备注：①以上收费均为单程费用；②车费公里数以转运车出发点为起始，转运目的地为终点，医护陪护公里数以接车地点为起始，转运目的地为终点，不足 1 公里按 1 公里计算；③单程转运距离大于 400KM 时需至少配备 2 名驾驶员；④上述服务收费不包括高速通行费、过路过桥费等相关费用，按往返产生时另外收取；⑤除上述费用外，另行收费项目需征得同意后收取，不得未经同意自行收取其他费用。						

附件 5

衢州市医疗照护转运服务协议书（参考）

转运任务流水号_____

甲方：患者（患者家属或委托人）

乙方：

根据甲方要求，乙方为甲方提供医疗照护转运服务，双方协商一致，签定以下协议：

一、患者姓名_____性别_____年龄_____岁，身份证号_____，
就诊医院及就诊情况_____，就诊医院是否同意出院☐是
☐否，随车家属（陪同人员）_____等_____人（不能超过车辆
核载人数）。

二、起始地_____，目的地_____，预计单
程_____公里，总费用以结算清单为准。

三、甲方必须实际转运患者，不得以转送患者名义进行任何其它转运，不得
从事涉嫌违法转运。乙方驾驶员或随车人员如发现甲方涉嫌违法，有权随时终止
协议，并向医疗照护转运服务机构负责人汇报及向公安机关报警。

四、在转运途中，甲方要遵守交通规则，不能妨碍安全驾驶、不能要求乙方
驾驶员违法违章驾驶，如因此对患者带来损伤或发生与第三方的纠纷，乙方概不
负责，甲方还应赔偿乙方相关损失。但如果因为乙方驾驶员违章驾驶和违章作业
带来的一切后果由乙方承担。

甲方已知晓以上情况，并承诺委托关系属实，同意以上条款签字为证。乙
方参与此次转运服务的转运人员是_____，本协议自双方签字后生效，
双方各执一份，到达目的地后协议终止。

五、护送风险告知事项

在服务病患过程中，会经过搬、抬、翻转、移动等必备动作，护送途中可能
会出现：

- 1.因特殊情况如路况颠簸等，造成病情发生恶化；
- 2.因病情危重发生血压突然下降，心跳、呼吸骤停，甚至死亡；
- 3.因车辆上配备的医疗器械、药品等有限，抢救条件受限制；
- 4.因交通阻塞、天气原因等不可抗拒非人为因素导致护送时间延长；
- 5.护送车辆不幸发生交通事故，造成病情加重或病患死亡；
- 6.转运人员非故意、非重大过失情形下造成的病患病情加重或死亡或人身财产损失的其他情况；

7.其他事项：_____

以上护送风险我已知晓，并对此负责。

甲方：患者

乙方：

甲方代表签名_____

乙方代表（转运人员）签名_____

与患者关系_____

联系电话_____

联系电话_____

年 月 日

附件 6

衢州市医疗照护转运服务申请表

申请日期：____年____月____日

一、机构基本情况			
机构名称			
机构性质		☐ 公立医院 ☐ 民营医院 ☐ 急救中心（站） ☐ 其他社会医疗机构	
统一社会信用代码			
医疗机构执业许可证号			
机构注册地址			
法定代表人			
二、拟开展业务范围			
服务对象		☐ 院际转诊 ☐ 出院回家 ☐ 行动不便患者就医 ☐ 其他：_____	
服务区域		☐ 本市辖区内 ☐ 省内跨市 ☐ 跨省转运	
三、资源配置情况			
人员配置	人员类别	拟配备人数	资质要求自查（请打勾）
	驾驶员	____名	☐ 持相应准驾车型驾照，3 年内无重大交通事故记录
	医生	____名	☐ 均持有有效执业证书并注册在本机构

	护士	____名	☐ 均持有有效护士执业证书并注册在本机构
	辅助人员	____名	☐ 经过专业培训并考核合格
车辆配置	车辆类型	拟投入车辆数	车载设备配置情况
	监护型____辆 负压型____辆		☐ 便携式心电监护仪____台 ☐ 便携式转运呼吸机____台 ☐ 自动体外除颤仪（AED）____台 ☐ 电动/手动吸引器____台 ☐ 供氧系统____套，氧气瓶____瓶 ☐ 药品配备符合要求
四、审核意见			
资料受理		☐ 资料齐全，予以受理。 ☐ 资料不全，需补正：_____ 受理人签字：_____ 日期：_____	
现场核验		1.人员资质核验： ☐ 合格 ☐ 不合格 （整改意见：_____） 2.车辆与设备核验： ☐ 合格 ☐ 不合格 （整改意见：_____） 3.制度与场地质核验： ☐ 合格 ☐ 不合格 （整改意见：_____） 核验人员签字：_____ 日期：_____	
审核结论		☐ 经审核，符合医疗照护转运服务申请条件，同意开展服务。 ☐ 经审核，不符合医疗照护转运服务申请条件，不予开展服务。 （盖章） 日期：_____年____月____日	