

# 上海市金山区卫生健康委员会

金卫健基层〔2025〕4号

---

## 关于印发《“鑫医相伴”金山区家庭医生签约居民便捷转介服务实施方案》的通知

各基层单位，委机关各科室（中心）：

根据《关于做好本市家庭医生签约区级特色服务项目遴选评价工作的通知》（沪卫基层〔2025〕9号）与《关于公布2025年家庭医生签约区级特色服务立项名单的通知》（沪卫基层便函〔2025〕9号）要求，区卫健委制定了《“鑫医相伴”金山区家庭医生签约居民便捷转介服务实施方案》。现印发给你们，请认真贯彻执行。

特此通知。

上海市金山区卫生健康委员会

2025年7月29日

# “鑫医相伴”金山区家庭医生签约居民便捷转介服务实施方案

为进一步促进“1+1+1”家庭医生签约服务提质增效和内涵提升，推动本区分级诊疗和医疗卫生服务体系高效运行，满足群众日益增长的卫生健康需求，根据国家卫健委《关于加强首诊和转诊服务提升医疗服务连续性的通知》（国卫办医改发〔2024〕21号）、市卫健委《关于印发〈关于推进本市家庭医生签约服务高质量发展的实施意见〉的通知》（沪卫基层〔2022〕10号）等文件精神，金山区在《上海市家庭医生签约服务规范（2024版）》基础上实施签约居民便捷转介服务特色项目，具体方案如下：

## 一、工作目标

拓展家庭医生签约服务内涵，通过优化整合区域医疗卫生资源，健全完善家庭医生与签约居民主动联系机制，提升社区卫生服务中心首诊、转诊及医养结合服务、合理用药管理等能力，畅通综合医院-社区卫生服务中心-家庭间便捷转介渠道，加强签约居民转介前后全程健康管理服务，以及康复、护理、安宁疗护等资源链接提升服务能力品质，深化区域医联体联动，提升医疗服务连续性，增强签约居民感受度，加快构建便捷高效的区域分级诊疗体系。

## 二、工作内容

发挥社区卫生服务中心资源整合平台功能，建立智慧、便捷、

高效的医疗服务信息化平台（以下简称“服务平台”），为签约居民提供精准连续、全程闭环、可及可感的便捷转介服务。

（一）社区分诊：强化社区卫生服务中心重点人群健康管理、医养结合服务、合理用药管理能力，发挥家庭医生在分级诊疗中的“守门人”作用。聚焦 60 岁以上老年人群，将家庭医生签约服务与长期护理保险试点、老年健康与医养结合服务等工作衔接，在国家基本公共卫生服务项目基础上，将老年人健康管理、医养结合、失能老年人健康服务范围扩展至 60 岁以上，提供健康服务、健康咨询以及指导入院就诊或转诊服务。关注合理用药问题，全覆盖设置“减药门诊”，为签约居民提供用药评估、咨询指导、药物重整、随访管理、健康宣教服务。

1. 门诊：夯实基层卫生服务“网底”，发挥社区卫生服务中心、村卫生室（服务站）“一体化管理”优势和分级诊疗、协同联动作用，对在日常健康管理、医养结合服务、合理用药管理中发现的需要就诊的签约居民，根据病情及患者需求为其预约社区卫生服务中心、区属综合医院门诊及（或）检验检查；对于需市级医院就诊的签约居民，通过市分级诊疗平台，帮助其优先预约市级医院门诊号源，享受“优先就诊、优先检查、优先住院”服务。

2. 住院：对于日常诊疗以及医养结合服务中发现的需要住院治疗的签约居民，社区卫生服务中心 1-2 天内为其优先安排至签约社区住院，或根据患者需求转介至区内其他社区住院；对于需要转至

区属综合医院住院的签约居民，经患者知情同意后，区属综合医院对签约居民 24 小时内完成入院前病情评估，符合入院指征的 3 天内优先安排其住院。

**（二）便捷转介：**强化社区卫生服务中心与上级医疗机构转诊服务的统一管理，建立转诊服务规则和流程，依托人工智能（AI）等技术手段，为首诊医师提供转诊或转院建议等辅助决策支持，对评估后确有转介需要的签约居民提供便捷转介服务，引导优先转至组合内医疗机构。

**1. 门诊：**对在社区卫生服务中心就诊的签约居民，如需区属综合医院进一步就诊的，家庭医生团队可直接通过服务平台为其预约区属综合医院门诊，或直接远程为其开具区属综合医院检验检查项目，无需患者二次就诊。对在区属综合医院门诊就诊后的签约居民，区属综合医院可根据实际情况通过服务平台下转至签约社区门诊，享受门诊随访、延伸处方、慢病管理、康复护理、精准健康宣教等服务。

**2. 住院：**强化区内各类资源整合利用和服务高效联动，深化住院服务“二元六床联动”（医疗床位：住院床位、家庭病床、安宁疗护床位，养老床位：机构养老床位、家庭照护床位、社区日托床位）“全区一张床”机制，加强家庭医生团队与在区属综合医院、社区卫生服务中心住院的签约居民主动联系、服务，形成签约居民住院服务档案，提供住院查房、精准转介、优先预约上级医院门诊

号源等服务。

(1) 住院管家。一是信息推送，签约居民入院 24 小时内，家庭医生签约服务中心通过短信、微信公众号等途径将签约家庭医生团队及签约社区信息推送至居民端，将居民住院信息推送至家庭医生端，并同步生成住院服务档案。二是住院随访，签约居民入院 3 天内，家庭医生团队主动联系住院患者，详细了解病情进展，及时完善住院档案信息，并根据患者病情和实际需求提供上门查房或电话随访等服务。三是健康咨询，对住院期间的签约居民全程提供包含日常健康问题解答、健康生活建议、用药指导等内容的健康咨询服务。

(2) 精准转介。一是床位预留，社区卫生服务中心预留至少 5%-10% 床位作为上下转诊的转介床位，为签约居民提供上下转诊服务。二是精准转介，对于在社区住院期间病情加重需上转的签约居民，经患者知情同意后，通过服务平台提供预约上转区属综合医院住院床位；区属综合医院做好签约居民出院评估，对经评估后有延续治疗、康复、护理等需求的签约居民，通过服务平台优先预约社区转介床位。推进 AI 辅助决策工具应用，通过转出医疗机构直接锁定转入医院床位、打印转入医院住院单等形式，逐步实现“无感”住院。三是建立家庭病床，对于区属综合医院或社区卫生服务中心出院评估符合条件的行动不便、失能老年人、残疾等签约居民，社区卫生服务中心 5 天内为其优先提供家庭病床服务（居家或养老机

构)，开展出诊、居家康复护理等服务。

（三）跟踪随访：发挥家庭医生签约服务中心作用，对签约居民提供转介就诊后及出院后跟踪随访。

1. 门诊：签约居民转介就诊 3 天内，家庭医生签约服务中心主动对接居民服务需求，并依托社区健康管理中心、康复中心、护理中心、口腔诊室等平台为签约居民提供复诊预约、延伸处方、用药管理、健康教育服务和康复、护理、口腔诊疗等延续性健康服务。

## 2. 住院：

（1）对接联系。签约居民出院 3 天内，家庭医生签约服务中心主动对接出院居民，并根据居民接续治疗的需求，为其优先预约社区健康服务、更新住院服务档案。对于市级医院出院的签约居民，通过服务平台将相关信息推送签约居民和家庭医生团队，通过家庭医生签约服务中心开展跟踪服务。

（2）上门访视。签约居民出院 5 天内，家庭医生团队对 60 岁以上失能老年人、80 岁以上老年人、孕产妇、0-6 岁儿童等重点签约居民提供一次上门访视服务。

（3）机构巡诊。对出院住在养老机构的签约居民，依托社区卫生服务中心和养老机构协议合作机制，家庭医生团队原则上为其在出院一个月内每周提供一次床旁问诊服务。

（4）延续服务。社区卫生服务中心依托社区健康管理中心、康复中心、护理中心、口腔诊室等平台，为出院的签约居民提供健康

教育、康复、护理、口腔诊疗、复诊预约、用药管理等延续性健康服务。

### 三、职责分工

1. **区卫健委**：会同相关部门统筹推进本区家庭医生签约居民便捷转介服务工作，牵头制定实施方案、服务流程、考评标准。

2. **区卫生健康事业管理中心（区卫生信息中心）**：负责家庭医生签约居民便捷转介服务工作业务指导、质控考核等日常管理工作，并牵头制定签约居民便捷转介服务质控标准、签约居民社区合理用药管理规范。在区级双向转诊、住院查房基础上升级包括社区分诊、便捷转介、跟踪随访等功能于一体的智慧、便捷、高效的医疗服务信息化平台，开发移动随访工具、AI精准转诊工具，推动各医疗机构住院系统增加签约居民信息标签，向签约居民推送家庭医生信息，向家庭医生推送签约居民住院信息。

3. **区属综合医院**：负责按要求向市、区分级诊疗平台开放门诊号源，在医院诊疗信息系统中增加签约居民信息标签，落实签约居民“三优先”转诊服务；预留一定比例住院床位，实时向服务平台共享床位信息，规范开展签约居民入院和出院评估；主动为诊断明确的慢性病、康复期患者提供下转服务，经患者知情同意后，优先转诊至社区卫生服务中心接续治疗；探索家庭医生“双签约”服务机制在患者服务中的有效运用，通过“双签约”专家力量资源与家庭医生的联动协作，共同为多疾病负荷的疑难患者提供综合诊疗和

健康管理；做实联合病房工作，通过定期联合查房、远程会诊、5G查房等方式指导社区规范治疗。

**4. 社区卫生服务中心：**负责签约居民便捷转介服务的具体实施，充分发挥家庭医生签约服务中心作用，为服务对象提供社区分诊、便捷转介、跟踪随访服务；加强落实社区首诊和双向转诊责任制，按照诊疗规范，结合社区医疗服务基本病种清单，为病情需要且符合转诊条件的签约居民实施转诊服务；依托特色专科“强基计划”建设、全科医师积分制管理，加强自身能力提升，拓展病种覆盖和适宜技术，积极调整、优化社区住院病房结构；加强签约居民门诊、住院床位管理，为签约居民做好住院治疗、家庭病床、康复护理、健康管理等连续服务，持续提升服务的质量内涵；在现有资源基础上，探索将区域医联体上级医院专家、长护险护理员等纳入家庭医生团队，形成工作合力。

#### **四、工作要求**

（一）凝聚工作合力。各相关医疗机构要充分认识家庭医生签约居民便捷转介服务的重要意义，把此项工作作为做实家庭医生签约服务、落实分级诊疗、提升患者感受度的重要抓手，加强组织领导，明确分管部门和具体联系人，建立家庭医生签约服务主动联系服务机制、上级医院和社区卫生服务中心协作机制、家庭医生-专家“双签约”试点工作机制，形成工作合力，不断完善签约居民住院服务内涵，统筹医疗资源高效运行。

（二）提升服务成效。区卫健委统筹实施相关工作安排，建立签约居民便捷转介服务日常监测、工作督导和情况通报机制，并将开展情况纳入各医疗机构年度考核和社区卫生服务中心家庭医生签约服务费绩效考核。医联体上级医院要制定本医联体内双向转诊标准及流程，发挥全科医学科在分级诊疗、双向转诊中的纽带作用，探索推进医联体内转介服务一体化管理。各社区卫生服务中心要发挥家庭医生签约服务中心作用，主动为签约居民提供服务，不断优化工作流程、提升服务效率；要加大人才培养，提高常见病多发病诊疗、康复、护理、安宁疗护、健康管理等方面能力，切实夯实分级诊疗网底。

（三）加大培训宣传。各相关医疗机构开展分层分类培训，并加大宣传力度，营造患者理解、医务人员支持的良好氛围，引导居民合理利用便捷转介服务，促进家庭医生签约服务、分级诊疗工作有效落实。

公开属性（主动公开）

---

上海市金山区卫生健康委员会办公室

2025年7月29日印发

---