

三门峡市人民政府办公室文件

三政办〔2016〕79号

三门峡市人民政府办公室 关于印发三门峡市分级诊疗工作实施方案的 通 知

各县（市、区）人民政府，开发区、产业集聚区管理委员会，市人民政府有关部门：

《三门峡市分级诊疗工作实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

2016年12月20日

三门峡市分级诊疗工作实施方案

为加快建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式，逐步实现全市医疗资源的高效利用，根据《河南省人民政府办公厅关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》（豫政办〔2016〕53号）精神，结合我市实际，制定如下实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

按照省深化医药卫生体制改革总体部署，立足我市实际，以提高基层医疗服务能力为重点，以慢性病分级诊疗为突破口，不断完善服务网络、运行机制和激励机制，引导优质医疗资源下沉，并逐步将常见病、多发病患者纳入基层首诊范畴，形成科学合理的就医秩序，逐步建立符合我市实际的分级诊疗制度，不断满足人民群众基本医疗卫生服务需求。

（二）工作原则

1. 患者至上。各医疗机构在推进分级诊疗工作中，必须将患者安全放在首位，对本医疗机构没有能力诊治的患者必须及时转诊。在推进分级诊疗工作中，以下患者可特殊对待：一是急危重

症患者、急性重大传染病、特殊群体患者（65岁及以上老人、6岁及以下婴幼儿、重度残疾人等）、孕产妇、精神类疾病和政策规定其他必须定点收住的患者等，可根据病情需要，按照“就近、就急”原则进行诊疗。二是因某一种疾病须间隔多次住院治疗的患者（如癌症化疗、肾透析、骨折愈合拆除钢板等），可直接选择原就诊医疗机构进行治疗。三是长期居住地与医保统筹地区分离人员，可就近选择具有相应技术能力的医疗机构直接就诊；异地居住参保人群，就医时按照原参保地区医保管理部门的相关规定执行。上述三种类型患者或其家属应在办理住院手续后及时向医保经办机构办理相关手续。

2. 基层首诊。尊重群众就医选择权，通过医保政策调整等措施引导、鼓励并逐步规范慢性病患者首先到基层医疗机构就诊，对于超出基层医疗机构功能定位和服务能力的疾病，由基层医疗机构为患者提供转诊服务。在不断完善工作机制的前提下，逐步将常见病、多发病纳入基层首诊的范畴。

3. 双向转诊。坚持科学就医、方便群众、提高效率，完善双向转诊程序，建立健全转诊指导目录，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道，逐步实现不同级别、不同类别医疗机构之间的有序转诊。实行转出医疗机构负责制，转出医疗机构负责预约联系上、下转诊事宜。

4. 急慢分治。落实各级各类医疗机构急慢病诊疗服务功能，完善“治疗—康复—长期护理服务链”，为患者提供科学、适宜、

连续性的诊疗服务。急危重症患者可以直接到二级以上医疗机构就诊。

5. 上下联动。通过医疗联合体、县乡一体化、对口支援等形式，引导不同级别、不同类别医疗机构建立目标明确、权责清晰的分工协作机制，以促进优质医疗资源下沉为重点，推动医疗资源合理配置和纵向流动。

（三）工作目标

2017年，分级诊疗政策体系逐步完善，医疗机构分工协作机制基本形成，优质医疗资源有序、有效下沉，以全科医师为重点的基层医疗卫生人才队伍建设得到加强，医疗资源利用效率和整体效益进一步提高，基层医疗机构诊疗量占总诊疗量比例 $\geq 65\%$ ，县域内就诊率提高到90%左右，就医秩序更加合理规范。

2020年，分级诊疗服务能力全面提升，保障机制逐步健全，布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的医疗服务体系基本构建，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步形成，基本建成符合我市市情的分级诊疗制度。

二、实施范围

全市各级各类医疗机构。

三、主要任务

（一）完善分级诊疗财政保障措施

实行差别化的财政补助政策。实行分级分类补助办法，财政

投入重点向基层医疗机构倾斜，确保基层医疗机构正常运行和发展。改革基层医疗机构收入分配政策，提高收入水平，进一步完善绩效工资制度和基层医疗机构奖励激励机制，提高在职员工按工作总量、工作质量等所得在收入中的比重，进一步调动基层医务人员的工作积极性。调整财政补助方式与结构，公立医疗机构建立与分级诊疗改革绩效考核结果挂钩的财政补助机制，引导二、三级公立医院将诊断明确、病情稳定的慢性病患者和一般常见病患者向基层医疗机构转诊，建立和完善基层医疗机构首诊责任制，鼓励基层医疗机构提供更好的服务。

（二）建立差别化医保支付制度

将符合条件的基层医疗机构按规定纳入基本医疗保险定点范围，按照分级诊疗工作要求，及时调整完善医保政策，发挥各类医疗保险对医疗服务供需双方的引导作用和对医疗费用的控制作用。推进医保支付方式改革，强化基金收支预算管理，发挥医保对就医行为的引导作用。按照分级诊疗规范要求，从基层医疗机构办理转诊手续到上级医院或符合下转指征由上级医院转至基层医疗机构住院治疗的参保人员，实行差别化的医保结算政策；以高血压、糖尿病等慢性病管理为突破口，探索按病种打包、上下联动的办法；建立以按病种付费为主，按人头付费、按服务单元付费等为辅的复合型付费方式；扩大实行临床路径指导下的按病种付费的病种数，按病种付费管理的病种实行定额预算，超支自付、结余归己。差别化医保制度设计时要考虑有利于扶持和促进

中医药事业发展。

（三）健全医疗服务价格形成机制

合理制定和调整医疗服务价格，给予医疗机构落实功能定位、患者合理选择就医机构有效的激励引导。根据价格总体水平调控情况，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，在降低药品和医用耗材费用、大型医用设备检查治疗价格的基础上，提高体现医务人员技术劳务价值的项目价格。理顺医疗服务比价关系，建立医疗服务价格动态调整机制。

（四）持续强化基层能力建设

巩固基层医疗机构标准化建设成果，强化基础建设，按规定配备医疗设施、设备，提升基层医疗机构服务能力和水平。引导城市优质医疗资源下沉，二级及以上医疗机构应落实对口支援责任，抽调医师到基层工作，努力做到医疗服务同质化、均等化。推进医师多点执业，鼓励符合条件的市、县（市、区）医疗机构医师到基层服务。加强基层医疗机构全科医学人才培养、引进和使用，积极开展在岗医师转岗培训和全科医师规范化培训。做好县及县以下医疗机构医学本、专科生和基层医疗机构定向招聘工作，充实医师队伍。

（五）紧密合作强化医疗协同

探索县、乡医疗机构卫生专业技术人员双向流通的人才管理新机制，深化基层医疗机构人事分配制度改革，探索实行乡镇卫生院（村卫生室）新录用人员县招乡用和乡招村用，大力提倡医

疗服务县乡、乡村一体化管理。积极提升医疗联合体建设水平，加快建立不同层级医疗机构之间分工协作机制，形成相对稳定、紧密衔接的双向转诊渠道。深化城乡医疗对口支援工作，密切帮扶关系，提升帮扶效果。通过上述多种途径，推动优质医疗资源纵向流动，满足患者持续性医疗服务需求。

（六）做好分级诊疗工作衔接

市区二、三级医疗机构及县级医疗机构要设立全科医学科，配备相应的全科医师，制定工作制度、工作规范与程序，全面负责转诊患者的对接及管理；基层医疗机构的接诊医师为双向转诊责任人，负责为转诊患者做好对接；医疗机构转诊管理部门应设立专线电话，实行24小时连续服务。转诊涉及到的医疗机构务必在患者转诊前进行沟通，确保转诊患者优先获得转入医疗机构的门诊或住院诊疗服务，保证转诊工作衔接紧密；对需要住院治疗的急危重症患者、手术患者，通过制定和落实入、出院标准和双向转诊原则，实现各级医疗机构之间的顺畅转诊。上级医院在下转患者时，应将患者诊断治疗、愈后评估、辅助检查及后续治疗、康复指导方案提供给基层医疗机构，必要时要开展跟踪服务。基层医疗机构应与二级以上医疗机构积极协同，为慢性病、老年病等患者提供老年护理、家庭护理、社区护理、互助护理、家庭病床、医疗康复等服务，充分发挥不同举办主体医疗机构在分工协作机制中的作用。

（七）保证基层用药

加强市区二、三级医疗机构或县级医疗机构与基层医疗机构用药衔接，市卫生计生委要会同市人力资源社会保障局制定、调整我市基层医疗机构用药目录，基层医疗机构可根据业务发展情况，使用基本药物和一定比例的医保目录内其他药物，满足转诊患者用药需求。

（八）整合推进区域医疗资源共享

整合二级以上医疗机构现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗机构开放。探索设置独立的或由三级医院牵头举办的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构、消毒供应机构和血液净化机构，实现区域资源共享。加强医疗质量控制，推进同级医疗机构间以及医疗机构与独立检查检验机构间检查检验结果互认。

（九）加快卫生信息化建设

加快全市全民健康信息保障工程建设，建立区域性医疗卫生信息平台，实现电子健康档案和电子病历的连续记录以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享，确保转诊信息畅通。提升远程医疗服务能力，利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率，鼓励二级以上医疗机构向基层医疗机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务，积极探索“基层检查、上级诊断”的有效模式。加快卫生信息化建设，促进跨地域、跨机构就诊信息共享，充分发挥大数据等信息技术手段在分级诊疗

中的作用。

（十）稳步推行签约服务

通过政策引导，推进居民或家庭自愿与签约医师团队签订服务协议。签约医师团队由二级以上医疗机构医师与基层医疗机构的医务人员组成，促使签约医师与签约家庭建立长期、稳定、互信的服务关系。签约服务以慢性病患者、老年患者、严重精神障碍患者、孕产妇、儿童患者、残疾人患者等为重点人群，逐步扩展到普通人群。根据服务半径和服务人口，合理划分签约医师团队责任区域，实行网格化管理，签约医师团队负责提供约定的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。签约服务费按年收取，主要由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民个人共同分担。签约医师或签约医师团队向签约居民提供约定的基本医疗卫生服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。探索提供差异性服务、分类签约、有偿签约等多种签约服务形式，满足居民多层次服务需求。慢性病患者可由签约医师开具慢性病长期药品处方，探索多种形式满足患者用药需求。完善基层医疗机构绩效工资分配机制，向签约服务的医务人员倾斜。

四、工作步骤

（一）选择试点阶段（2016年10月至2017年10月）

选择义市全面开展分级诊疗试点工作，其它县（市、区）选择1/3乡镇（街道）进行试点。试点先从高血压、糖尿病两类慢性病开始，探索开展基层医疗机构慢性病患者签约服务，条件

成熟后可以逐步扩大慢性病种试点范围。公共卫生机构特别是疾病预防控制中心要发挥慢性病防控工作职能，切实加强社区慢性病防治知识宣传，加强对慢性病防治工作的业务指导和督导检查。

（二）试点推广阶段（2017年10月至2018年10月）

在全市全面开展高血压、糖尿病分级诊疗试点工作。各县（市、区）要深入开展基层医疗机构慢性病患者签约服务，全面提升基层医疗机构慢性病规范化管理水平。建立并逐步完善对高血压、糖尿病两类慢性疾病患者的差别化医保支付制度，引导相关患者在全市范围内有序分级诊疗。

在积极完善高血压、糖尿病差别化医保支付制度及深入开展基层医疗机构签约服务的基础上，有条件的县（市、区）可将慢性病分级诊疗范围逐步扩大至高血压、糖尿病、慢性肾病、冠心病、脑血管供血不足及姑息治疗的晚期肿瘤六类慢性疾病，并配套建立慢性肾病、冠心病、脑血管供血不足及姑息治疗的晚期肿瘤等4类慢性疾病患者的差别化医保支付制度。通过差别化医保支付制度的引导，基本形成诊断明确、病情稳定且单纯用药物就可以治疗六类慢性病患者在全市范围内有序分级诊疗局面。

鼓励各县（市、区）在慢性病分级诊疗试点的基础上，逐步将分级诊疗拓展到一般常见病、多发病等领域。

本阶段，本着方便患者就医的原则，市区二、三级医疗机构及县级医疗机构可以为前去就诊的各类患者继续提供门诊服务。

（三）全面实施阶段（2018年10月至2019年12月）

在全面落实基层医疗机构签约服务的基础上，各县（市、区）要逐步将分级诊疗拓展到一般常见病、多发病等领域。相关保障机制逐步健全，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式逐步建立并不断完善。《河南省人民政府办公厅关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》（豫政办〔2016〕53号）及省卫生计生委关于各级各类医疗机构诊疗服务功能定位得到认真落实。

（四）巩固提升阶段（2020年1月以后）

分级诊疗工作所涉及的各部门配套政策均得到完善和落实，保障机制得到健全，分级诊疗服务能力全面提升。布局合理、规模适当、层级优化、职责明晰、功能完善、富有效率的医疗服务体系已经形成，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式得到落实。

五、组织实施

（一）加强组织领导

分级诊疗工作涉及面广、政策性强，具有长期性和复杂性，各级政府及有关部门要切实加强组织领导，将其作为核心任务纳入深化医药卫生体制改革工作的总体安排，统一领导，协调推进。

（二）明确部门职责

分级诊疗制度的建立涉及一系列体制、机制的转变和完善，

需要多部门 and 全社会的共同参与。发展改革部门要积极做好健全医疗服务价格形成机制相关工作，出台支持签约服务相关价格政策，对基层医疗机构基本建设按程序及时立项。卫生计生部门要制定分级诊疗流程、双向转诊标准，规范各级医疗机构诊疗行为；会同财政、人力资源社会保障等有关部门，研究制定基层医疗机构医师签约服务工作实施方案，建立按服务人口、服务质量获取报酬的相关制度；适时调整基层医疗机构的疾病诊疗范围；做好卫生信息化平台建设。人力资源社会保障部门要制定支持分级诊疗的差别化医保支付制度，推进医保支付方式改革；完善绩效工资分配机制，进一步完善绩效工资制度和基层医疗机构奖励激励机制，科学设定指标体系，将医务人员个人收入与服务质量、服务数量和患者满意度等挂钩，进一步调动基层医务人员的工作积极性；畅通医疗机构进入渠道。财政部门要落实公立医院财政补偿政策；调整财政补助方式，对公立医疗机构建立与分级诊疗绩效考核结果挂钩的财政补助机制；财政投入重点向基层医疗机构倾斜，要保障基层人才培养、引进及上级医师派驻等分级诊疗工作所需资金，确保基层医疗机构正常运行和发展；为签约服务提供资金保障。编制部门要科学核定和落实社区卫生服务机构、乡镇卫生院人员编制。宣传部门要做好分级诊疗的宣传引导工作。同时，人力资源社会保障、编制、财政、卫生计生等部门要协同做好县乡一体化建设的推进工作。其他有关部门要按照职责分工，及时出台配套政策，抓好贯彻落实。

（三）积极宣传引导

在分级诊疗推进过程中，要充分利用各种新闻媒体，广泛宣传分级诊疗的目的意义、指导思想、工作原则、目标任务、医保政策调整等内容，使之家喻户晓。通过宣传提高群众对基层医疗机构和分级诊疗的认知度和认可度，改变就医观念和习惯，引导一般性的常见病及多发病患者就近、优先选择基层医疗机构就诊，为构建分级诊疗制度营造良好氛围。开展针对行政管理人员和医务人员的政策培训，把建立分级诊疗制度作为履行社会责任、促进事业发展的必然要求，进一步统一思想、凝聚共识，增强主动性，提高积极性。

（四）狠抓关键环节

分级诊疗各个阶段，各级各类医疗机构在统筹推进工作任务时，务必高度重视有关慢性病患者的规范诊疗和规范管理工作。市区二级以上医疗机构及县级医疗机构要充分做好沟通解释和引导工作；基层医疗机构在做好沟通解释工作的同时，要特别对高血压及糖尿病等六类慢性病患者根据病情做好个性化、精细化、温馨化、连续性服务，严格按照慢病管理要求安排专人认真坚持随访患者病情变化，让该类患者充分感受到实施分级诊疗后得到的医疗质量有保障、医疗服务更贴心、人文关怀更到位，为全面推行分级诊疗工作营造良好氛围，以点带面地将工作引向深入。

（五）强化程序管理

各级各类医疗机构要履行职责，加强管理，严查医务人员在

分级诊疗工作中推诿患者、耽误病情、刁难患者、谋取不当利益等问题，切实推进分级诊疗制度的顺利实施；要认真落实首诊负责制，对转出病人要积极与收治医疗机构做好衔接。

（六）加大督导检查

各级政府及各有关部门要建立工作推进机制，严格落实责任制，建立督促检查、考核问责机制，制定评价指标体系，把分级诊疗工作实施情况作为医药卫生体制改革年度考核的重要内容。

主办：市卫生计生委

督办：市政府办公室五科

抄送：市委各部门，军分区，部、省属有关单位。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

三门峡市人民政府办公室

2016年12月20日印发

