

船营区人民政府办公室

关于印发船营区推进分级诊疗制度建设

实施方案的通知

吉船政办发〔2016〕14号

各乡（镇）人民政府，开发区管委会，各街道办事处，区政府相关部门：

经区政府同意，现将《船营区推进分级诊疗制度建设实施方案》印发给你们，请认真组织实施。

船营区人民政府办公室

2016年11月16日

船营区推进分级诊疗制度建设实施方案

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）、《吉林省人民政府办公厅关于印发吉林省推进分级诊疗制度建设实施方案的通知》（吉政办发〔2016〕55号）和《吉林市人民政府办公厅关于印发吉林市推进分级诊疗制度建设实施方案的通知》（吉市政办发〔2016〕30号）精神，加快建立我区分级诊疗制度，结合实际，制定实施方案如下：

一、指导思想

立足我区经济社会和医药卫生事业发展实际，围绕促进基本医疗卫生服务的公平性和可及性，遵循医学科学规律，按照以人为本、群众自愿、统筹城乡、创新机制的原则，以提高基层医疗服务能力为重点，以常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口，以多层次医疗联合体为载体，以调整医保支付方式为杠杆，通过引导群众到基层首诊、畅通双向转诊渠道、构建急慢分治格局、完善上下联动机制，逐步建立符合区情的分级诊疗制度。

二、目标任务

2016年，全面启动分级诊疗制度建设。重点做好高血压、糖尿病的分级诊疗工作。

2017年，逐步完善分级诊疗政策体系，基本形成医疗卫生机构分工协作机制，有序有效下沉优质医疗资源，加强以全科医生为重点的基层医疗卫生人才队伍建设。基层医疗卫生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。重点分级诊疗病种增加肿瘤、心血管疾病、结核病等慢性病。

2020年，分级诊疗服务能力全面提升，基本建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度，基本实现小病不出乡，大病不出区。

三、主要任务和推进措施

（一）明确各级各类医疗机构功能定位。

1. 城市三级医院功能定位。城市三级医院重点发挥在医学科学、技术创新和人才培养等方面的引领作用，逐步减少常见病、多发病复诊和诊断明确、病情稳定的慢性病等普通门诊，主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。城市三级中医医院充分利用中医药（含民族医药，下同）技术方法和现代科学技术，提供急危重症和疑难复杂疾病的中医诊疗服务和中医优势病种的中医门诊诊疗服务。

2. 城市二级医院和县（区）级医院功能定位。城市二级医院主要接收三级医院转诊的急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者，同时向慢性病患者提供诊疗服务。县（区）级医院主要提供县域内常见病、多发病诊疗，以及急危重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务。市妇产院、市儿童医院提供常见病、多发病以及急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。

3. 基层医疗机构功能定位。乡（镇）卫生院负责提供公共卫生服务和常见病、多发病的诊疗和慢性病的管理。村卫生室承担公共卫生服务及一般疾病的诊疗。康复医院、护理院等（以下统称慢性病医疗机构）为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。

（二）确定基层医疗机构的诊疗病种。

1. 制定基层医疗卫生机构诊疗病种参考目录。按照国际疾病分类编码的类目，制定区、乡、村及外请专家在区域内诊疗病种参考目录，其中：县（区）级医院诊治细菌性痢疾等 600 种疾病；乡镇卫生院诊治急性阑尾炎等 43 种疾病；村卫生室诊治沙眼等 30 种疾病；外请专家诊治食管恶性肿瘤等 27 种疾病。区属各医疗机构结合实际能力和前三年发

生的诊疗病种情况，在参考目录基础上进行增减，确定辖区诊疗病种目录。在目录之外的病种应当及时向上级医院转诊。

2. 积极推进慢性病管理模式。鼓励下级医院或者基层医疗卫生机构在上级医院出具诊断和药物治疗方案的前提下，在实施治疗和系统管理。在城市，推广实施高血压、糖尿病等慢性疾病由三级医院诊断、二级医院治疗、一级医院管理的慢性病管理模式，到2017年，高血压、糖尿病规范化诊疗和管理率达到40%以上。在农村，推广实施高血压、糖尿病由县（区）级医院诊疗、乡镇卫生院管理的慢性病管理模式，到2017年，高血压、糖尿病规范化诊疗和管理率达到20%以上。

（三）全面提升县（区）级公立医院综合服务能力。

1. 建立政府主导的多层次医疗联合体。按照《吉林省卫生计生委关于印发吉林省建立多层次医疗联合体实施方案（试行）的通知》（吉卫医发〔2016〕57号）和《吉林市卫生和计划生育委员会关于印发组建吉林市多层次医疗联合体实施方案（试行）的通知》（吉市卫计发〔2016〕139号）要求，我市将以市中心医院、市人民医院、市中西医结合医院、北华大学附属医院、吉林医药学院附属医院、吉化集团总医院为核心医院建立六大医疗联合体。医疗联合体内的上级医院每周六、周日要向下级医院派出3-4名基层确实需要

的医疗或管理专家，并每年为下级医院培养 3-4 名骨干医师，同时建立妇产、儿童、肿瘤、传染、结核等专科医院对基层医院，民营医院自愿与二、三级医院联合的多层次医疗联合体。要把握好机遇，重点提升基层医疗机构的综合服务能力，让患者有信心选择基层医疗机构就医。到 2017 年，基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例 $\geq 65\%$ ，居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例 $\geq 70\%$ ，区域内就诊率提高到 90% 左右，基本实现大病不出县。

2. 建立畅通的上下转诊渠道。医疗联合体内上级医院对下级医院的转诊患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。同时要重点畅通慢性期、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。到 2017 年，由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊人数年增长率在 10% 以上。

3. 加强县（区）级公立医院临床专科建设。根据服务人口、疾病谱、诊疗需求等因素。按照“填平补齐”原则，加强区级公立医院临床专科建设，重点加强区域内常见病、多发病相关专业和近三年区外转诊率前 5 位病种的专科建设，以及传染病、精神病、急诊急救、重症医学、肾脏内科（血液透析）、妇产科、儿科（新生儿科）、中医、康复等临床专科建设。

4. 区别加强基层中医药服务能力。将中医院中医门诊诊疗范围纳入首诊范围。同时，要加强县级中医院的专科建设，重点加强中医内科、外科、妇产科、儿科、针灸、推拿、骨伤、肿瘤等中医特色专科和临床薄弱专科、医技科室建设，提高中医优势病种诊疗能力和综合服务能力。

（四）提高基层医疗卫生服务能力。

1. 合理布局基层医疗卫生机构。通过政府举办或购买服务等方式，科学布局基层医疗卫生机构，合理划分服务区域，加强标准化建设，实现城乡居民全覆盖。到2017年，基层医疗卫生机构建设达标率 $\geq 95\%$ 。

2. 合理配备基层医疗卫生机构用药品种。加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接，合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品品种和数量，满足患者需求，特别要保证慢性病管理患者所需的药品。

3. 完善“收支两条线”管理模式。在继续实施基层医疗卫生机构“收支两条线”的基础上，逐步扩大医疗收入返还比例，更好地调动基层医务人员的积极性，以提升乡镇卫生院基本医疗服务功能，提高急诊抢救、二级以下常规手术、正常分娩、高危孕产妇筛查、儿科等医疗服务能力。

4. 提升基层医疗卫生机构中医药服务能力。在基层医疗卫生机构加强中医药特色诊疗区建设，在所有社区卫生服务中心、乡镇卫生院建设中医药综合服务区（中医馆），充分发挥中医药在常见病、多发病和慢性病防治中的作用。到 2017 年，提供中医药服务的社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室占同类机构的比例分别达到 100%、100%、85%、75%，基层医疗卫生机构中医诊疗量占同类机构诊疗总量的比例 $\geq 30\%$ 。

（五）建立基层签约服务制度。

1. 建立签约医生服务团队。通过政策引导，推进居民或家庭自愿与签约医生团队签订服务协议。签约医生团队由二级以上医院医师与基层医疗卫生机构医务人员共同组成，以公共卫生服务项目为载体，每年至少为签约居民或家庭提供 4 次面对面随访，内容包括健康咨询和指导、基本医疗、公共卫生和慢病管理服务。到 2017 年，城区医生签约服务覆盖率 $\geq 30\%$ ，农村因病致贫、因病返贫的贫困人口或家庭签约服务覆盖率达 100%。探索个体诊所开展签约服务。

2. 明确签约服务重点人群。2017 年前的签约服务以老年人、慢性病和严重精神障碍患者、孕产妇、儿童、残疾人、贫困人口等为重点人群。2018 年开始，逐步扩展到普通人群。签约服务要明确服务内容和签约条件，确定双方责任、权利、

义务及其他有关事项。根据服务半径和服务人口，合理划分签约医生团队责任区域，实行网格化管理。

3. 规范签约服务收费。签约服务费用主要由医保基金、签约居民付费和基本公共卫生服务经费等渠道解决。签约医生或签约医生团队向签约居民提供约定的基本医疗卫生服务，除按服务内容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。慢性病患者可以由签约医生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。

（六）加强基层医疗卫生人才队伍建设。

1. 加大培养基层全科医生力度。通过基层在岗医师转岗培训、全科医生定向培养、提升基层在岗医师学历层次等方式，多渠道培养全科医生，逐步向全科医生规范化培养过渡。要动员和鼓励已经转岗培训或定向培养的全科医生从事全科医学专业。积极引导农村订单定向免费培养毕业生参加乡村全科执业助理医师资格考试。到 2017 年，实现城市每万名居民拥有 2 名以上全科医生，每个乡镇卫生院拥有 1 名以上全科医生。

2. 加强全科医生规范化培养基地建设。加强住院医师规范化培养基地建设，补充和完善全科医生培训内容，提高全科医生的基本医疗和公共卫生服务能力，发挥全科医生的居民健康“守门人”作用。建立全科医生激励机制，在绩效工资分配、岗位设置、教育培训等方面向全科医生倾斜，不断缩小全科医生和专科医生的待遇差距。加强康复治疗师、护理人员等专业人员培养，满足人民群众多层次、多样化健康服务需求。

（七）加快推进医疗卫生信息化建设。

1. 建立区域性医疗卫生信息平台。加快全民健康保障信息化工程建设，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。整合现有医疗卫生信息系统，完善分级诊疗信息管理功能，基本覆盖全部二、三级医院和 80%以上的乡镇卫生院和社区卫生服务中心。

2. 发挥“互联网+医疗”的作用。发展基于互联网+的医疗卫生服务能力，充分发挥互联网、大数据等信息技术手段在分级诊疗中的作用。重点提升远程医疗服务能力，横向贯通医疗联合体内三级医院之间医学远程会诊网络，实现优秀专家资源共享，纵向链接上级医院与下级医院之间的医学远程会诊系统，完善医学远程会诊的运行机制，提高优质医疗

资源可及性和医疗服务整体效率。到 2017 年，医学远程会诊覆盖 90%以上的县（市、区）。

（八）推进区域医疗资源共享。

1. 整合现有医疗资源。整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构和慢性病医疗机构开放。探索设置独立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。

2. 推进检查检验结果互认。加强医疗质量控制，发挥各级医疗质量控制中心的职能和作用，提高医疗质量同质化水平。进一步推进二级以上同级医疗机构之间、医疗机构与独立检查检验机构之间和下级医疗机构对上级医疗机构的检查、检验结果互认，减轻患者的负担。

（九）加快推进医保支付制度改革。

1. 推进医保支付方式改革。强化医保基金收支预算，建立以精算平衡、总额控制为基础，以总额预付、按病种付费为主，按人头付费、按服务单元付费、按疾病诊断分组

（DRGs）等复合型付费方式，探索基层医疗卫生机构慢性病患者按人头打包付费。推广居民医保门诊统筹，合理确定门诊统筹比例。

2. 完善医保差异化支付政策。进一步完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例。在确保基层群众享受基本医疗服务权益的基础上，对辖区基层医疗机构诊疗病种目录内的疾病，患者自行前往上级医院诊疗的，将报销比例降至 20%。

3. 探索按服务单元付费政策。按辖区诊疗病种目录，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。对上级医院向下级医院转诊开展后续治疗的患者取消当次基层住院起付线，在基层发生的医疗费用，医保和新农合在总额控制基础上，结算时予以适当倾斜。

4. 鼓励上级医院向下级医院转诊。对上级医院向下级医院转诊率相对较高的医疗机构，当费用超支时，医保和新农合在总额控制基础上，可适当加大弹性结算力度，以鼓励上级医院向下级医院转诊。

（十）健全医疗服务价格形成机制。

1. 合理制定和调整医疗服务价格。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，确保公立医院良性运行和发

展。理顺医疗服务比价关系，建立医疗服务价格动态调整机制。

2. 合理制定医学远程会诊项目价格。为缓解基层群众“看病难、看病贵”问题，确保让基层疑难病患者适时享受省级专家的远程诊疗服务，调动各级医疗机构开展远程会诊的积极性，按照省卫生计生委制定的医学远程会诊行为规范，鼓励医疗机构开展医学远程会诊诊疗服务。具体收费标准由相关医疗机构按照公平、合法、诚实信用的原则自行合理制定。开展远程会诊的医院间收入分配比例由双方以合约方式协商确定。

四、保障措施

（一）加强组织领导。

1. 成立吉林市船营区推进分级诊疗工作领导小组，组成如下：

组 长：施春敏 区政府副区长

副组长：赵海峰 区政府办公室主任

于春生 区卫生和计划生育局局长

成 员：周 朔 区财政局局长

邸杰宜 市医保局局长

于晶 区物价局局长

刘玉凤 区发改局副局长

许淑杰 区卫生和计划生育局副局长

赵艳 区卫生和计划生育局副局长

分级诊疗工作涉及面广、政策性强，具有长期性和复杂性，区政府各相关部门要本着坚持不懈、持之以恒的原则，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，建立相关协调机制，明确任务分工，结合本地实际，研究制定切实可行的实施办法。

2. 明确部门职责。卫生计生行政部门（含中医药管理部门）要加强对医疗机构规划、设置、审批和医疗服务行为的监管，明确双向转诊制度，优化转诊流程，牵头制定常见病入、出院和双向转诊标准，完善新型农村合作医疗制度支付政策，监督和指导医疗机构落实相关疾病诊疗指南和临床路径。价格主管部门要完善医药价格政策，落实分级定价措施。人力资源社会保障部门要加强医疗费用监管，发挥医疗保险对医疗费用的管控和引导作用，建立健全市级统筹下的转诊转院制度，完善医保差别支付政策，推进医保支付方式

改革，完善绩效工资分配机制。财政部门要落实财政补助政策。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。

（二）注重指导考评。

区卫生计生部门负责牵头，区深化医药卫生体制改革领导小组成员单位密切配合，加强分级诊疗制度建设指导考评，通过调研、督导、评估等方式，总结成功经验，完善分级诊疗制度建设。按照属地化管理原则，指导各级各类医疗机构落实分级诊疗工作措施，按时间进度完成目标任务。

（三）强化宣传引导。

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。充分发挥公共媒体作用，广泛宣传疾病防治知识，促进患者树立科学就医理念，提高科学就医能力，合理选择就诊医疗机构。加强对基层医疗卫生机构服务能力提升和分级诊疗工作的宣传，引导群众提高对基层医疗卫生机构和分级诊疗的认知度和认可度，改变就医观念和习惯，就近、优先选择基层医疗卫生机构就诊。

附件：吉林省分级诊疗工作考核评价标准

吉林省分级诊疗工作考核评价标准

到 2017 年，分级诊疗工作应当达到以下标准：

一、基层医疗卫生机构建设达标率 $\geq 95\%$ ，基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例 $\geq 65\%$ ；

二、30 万以上人口的县至少拥有一所二级甲等综合医院和一所二级甲等中医医院，县域内就诊率提高到 90%左右，基本实现大病不出县；

三、每万名城市居民拥有 2 名以上全科医生，每个乡镇卫生院拥有 1 名以上全科医生，城市全科医生签约服务覆盖率 $\geq 30\%$ ；

四、居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例 $\geq 70\%$ ；

五、远程医疗服务覆盖 90%以上的县（市、区）；

六、整合现有医疗卫生信息系统，完善分级诊疗信息管理功能，基本覆盖全部二、三级医院和 80%以上的乡镇卫生院和社区卫生服务中心；

七、由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊的人数年增长率在 10%以上；

八、全部社区卫生服务中心、乡镇卫生院与二、三级医院建立稳定的技术帮扶和分工协作关系；

九、城市高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率达到 40%以上；

十、提供中医药服务的社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室占同类机构之比分别达到 100%、100%、85%、75%，基层医疗卫生机构中医诊疗量占同类机构诊疗总量比例 $\geq 30\%$ 。