**关于我市分级诊疗情况的调研报告**

市政协科教文卫体委员会

（2017年7月26日）

建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗和就医模式，是新一轮深化医药卫生体制改革的重要目标，也是提高医疗资源利用效率、缓解看病就医难题的突破口。市政协九届二次主席会议将推进分级诊疗制度建设作为重点协商议题，由栾红副主席牵头，科教文卫体委员会组织实施。4月份以来，我们组织委员深入到市人民医院、肇源县医院、高台子镇卫生院、东湖社区卫生中心等5所二级以上医院、6所基层级医疗卫生机构开展调研，召开不同层级的座谈会，与卫生、医保等部门的同志以及医务工作者进行交流研讨，并学习考察了株洲、南充等地经验。现将调研情况报告如下：

一、分级诊疗工作开展情况

近年来，市委、市政府围绕实施“健康大庆”战略，积极推进公立医院改革，在基层卫生机构标准化建设、探索各类医联体建设模式、开展家庭医生签约、发挥医保支付杠杆作用等方面取得了明显成效。

**1、县(区）域医疗服务基础能力不断提升。**改善就医环境。投资1亿多元，完成了村卫生室标准化建设和14个乡镇卫生院改扩建。村级卫生经费列入县区财政预算，27所乡镇卫生院配备了彩超、数字心电仪，肇源县人民医院、县中医院筹资1000余万元购进了超导核磁、64排CT等大型医疗设备。加强专科建设。县级医院建立了精神心理专科门诊，市中西医结合医院建成皮肤科、康复科、脾胃科三个省级重点学科，并与油田总医院合作建设消化病治疗中心。大同镇卫生院开启住院服务，开诊3个月住院患者就达500多人。社区卫生中心设置中医科，提高了中医优势病种诊疗和综合服务能力。重视人才培养。投资3000万元建立全科医生临床培养基地，萨区东安街道社区卫生中心成为省社区卫生协会培训基地。依托大庆医专开展为期五年的乡村医生学历教育，举办常见病慢性病诊疗与管理培训，培训医务人员2500多人。

**2、医疗卫生协作和资源共享逐步扩大。**组建医联体和医院联盟理事会。全市各类医联体发展到28个，成立了以市人民医院、市第四医院为核心的医院联盟。截至2016年底，市县两级医院分别选派专家到下级医疗机构出诊4千人次，接诊患者5万多人次，开展讲座1千多场。优质医疗资源的下沉，有效提升了基层医疗卫生机构管理、技术和服务水平。远程会诊逐步向基层延伸。与301医院、空军总医院等国内名院合作，利用网络开展疑难病例诊断。部分二、三级医院与所辖社区开通心电会诊平台，有效引导高血压、冠心病患者及老年人安心在社区首诊。市中西医结合医院为辖区8家乡镇卫生院配备DR影像设备，在影像诊断上实现了上下联通。

**3、分级诊疗保障机制有序建立。**实行医保差别报销政策。外转住院和在市内三甲医院住院起付标准与在基层医疗机构就医，最高与最低相差900元。新农合在三级医院、二级医院、一级医院的报销比例分别为45%、70%、90%。开展家庭医生签约服务。向签约居民免费提供基本公共卫生服务、帮助解决常见健康问题、制定有针对性的健康干预措施、协助转诊和预约诊疗等健康管理服务。截至2016年底，全市完成签约服务32.2万人，其中重点人群签约17.9万人。建立双向转诊流程。部分医联体内部开通双向转诊绿色通道，患者只要持有转诊单，就能享受到就诊、检查、住院、康复四优先服务，下转患者治疗资料当天转给社区接受连续治疗。2015、2016两年双向转诊5101人次。

二、分级诊疗工作中存在的问题

虽然我市卫生工作取得显著成绩，多项指标走在全省前列，分级诊疗也取得了阶段性成果，但与国家的目标要求相比，与先行的试点城市相比，与群众不断提高的就医期望相比，我市分级诊疗工作还存在一定差距。

**1、体制机制和配套政策不健全。**我市分级诊疗工作尚处于起步阶段，推进分级诊疗制度建设的领导体制和各部门协作配合的工作机制还没建立起来，相关的配套细则和政策措施还不完善。一些县区对分级诊疗认识不足，工作主动性不强。油田大企业领办的55个社区卫生中心(站)，承担近一半的基层工作，受体制制约，医务人员积极性不高，社区卫生工作下滑。医保政策导向性作用还不明显，城镇居民医保、新农合各自独立运行，支付、报销等存在政策差异。利用政策建设医联体的机制、基层人员薪酬制度、家庭医生签约服务收费政策、医联体内医保总额预付制尚未建立。双向转诊数量不多，比例不协调，2016年全市县域内下级医疗机构上转患者1378人，上级医院下转患者仅有137人。

**2、基层医疗机构服务能力依然薄弱。**基层设备仍显简陋，彩超、数字心电仪等较先进的诊查设备不够普及，床位和人员不足，不能满足基层首诊、双向转诊的需要。我市现有全科医生222人，按每万居民配置2～3名全科医生的标准，缺口达500人左右。乡镇卫生院中、高级医生不足，医技人员多数为转岗培训的初级人员，村医年龄偏大、学历不高。受人事薪酬制度和执业环境制约，体制内外待遇差别影响了医务工作者向基层流动，基层优秀人才“招不来、留不住、用不上”。2016年全市医疗卫生机构门急诊量为1368万人次，其中基层门急诊量为412万人次，基层首诊仅占30%，与国家65%的目标要求相差甚远。

**3、医联体作用未能得到充分发挥。**医联体医院之间没有形成利益共同体，处于自身发展的需要，存在逐利倾向。下派专家多为义务出诊，缺乏长效的补偿激励机制。转诊操作流程不够规范，尚未对上转或下转判定标准进行量化。没有全市统一的医疗资源信息化平台，健康档案、电子病历和检验检测结果在不同医疗机构之间共享互认还没实现。通过远程医疗平台与国内知名医院合作诊治的疑难病例不多，医联体医院间远程诊断也只有心电、影像等简单项目。基层药物品种少，基本药品目录不能满足部分下转患者继续治疗的需求，上级医院医生下基层出诊也难以正常开出处方。

**4、群众对分级诊疗认知程度偏低。**许多患者对于普通的常见病、多发病习惯到大医院找名医就诊，这种小题大做的就医行为，致使三级医院人满为患，同时也导致了基层医疗资源的浪费。宣传分级诊疗制度方式不多、力度不大，群众知晓率不高，对转诊流程、医保差别报销政策给自身就医带来好处缺乏深入了解，部分医务工作者认识上存在误区，有的持有怀疑态度，缺乏落实分级诊疗制度的主动性。家庭医生签约服务项目简单，即使免费或收取少量的签约服务费，居民和基层医疗机构双方积极性都不高，目前签约率仅为11.3%。

三、推进分级诊疗工作的意见建议

建立分级诊疗制度，是一项牵动面广、政策性强、具有长期性和复杂性的系统工程。要从维护群众健康利益的角度认识分级诊疗制度建设的重要意义，积极探索有效实施路径，推动医改由打好基础转向提升质量、由单项突破转向系统集成，为保障群众健康、促进经济社会发展增添新动力。

**（一）加强组织领导，强力推进分级诊疗制度实施**

一是强化部门联动。各级党委、政府要切实将分级诊疗制度建设摆上重要议事日程，成立以卫计委、发改委、人社局、财政局、物价局、宣传部、食药监局等多部门参与的领导机构。加强与油田、石化、炼化等大企业的沟通，促进其所属在庆医院参与公立医院综合改革和发挥基层机构控费作用。卫生计生行政部门要加强与相关部门的沟通、协调，完善分级诊疗体系顶层设计，制定出台《大庆市推进分级诊疗制度建设实施方案》。

二是推进“三医”体制改革。2016年国务院要求“要协调推进医疗、医保、医药联动改革，为深化医改提供组织保障”。借鉴外地经验，将“三医”管理职责整合到市医改领导小组，授权一位市级领导统管协调，稳步推进公立医院改革，建立法人治理结构，增强改革的整体性、系统性和协同性。

三是重视监管考评。加强对医疗机构的监管，严格落实首诊责任制和转诊审批责任制，加大对医疗机构用药、转诊、收费等行为的监督力度。引入第三方机构对分级诊疗工作进行评估，为科学决策提供依据。将分级诊疗工作纳入市、县区政府和相关部门目标管理绩效考核，作为医疗机构和医院主要领导年度考评的重要依据。

**（二）补齐基层医疗短板，提升基层首诊吸引力**

一是抬高基层医疗机构建设标准。按照基层医疗政府买单的原则，将配备新三大件(DR、彩超、全自动生化分析仪)作为政府工作考核内容和为民办实事项目。开展群众满意的乡镇卫生院、社区卫生服务中心创建活动，创造条件在基层机构开展日间住院服务、家庭病床服务，按区域病种谱打造康复、护理等特色专科。推广中医药综合服务模式，充分发挥中医药在常见病、多发病和慢性病防治中的传统优势，拓展基层医疗市场。

二是加快培养基层全科卫生人才。大力推进全科医生制度建设，实施全科医生特岗计划，通过在岗医师转岗培训、全科医生定向培养、住院医师培训等多渠道培养社区全科医生。以政府购买服务方式，依托我市两家卫生高校开展大学生村医定向培养和乡村医生培训，建设一支用得上、留得住的基层人才队伍。鼓励符合条件的医师在县级及以下医疗机构开展多点执业，放宽执业地点、数量限制和备案条件。在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜，增强全科医生的职业吸引力。

三是深化家庭医生签约服务。普及“三师共管”慢病诊疗和团队签约服务工作模式，公示基层诊疗服务清单，拓展家庭签约个性化服务内容。免费发放高血压、糖尿病、重性精神病等特殊病种低价药品，对于转回基层的慢性病患者可以按上级医疗机构长期用药医嘱延长处方，探索药品经第三方物流配送至患者的途径，进一步增强居民对签约服务的有效利用。

**（三）全面推进医联体建设，促进优质医疗资源下沉**

一是着力构建紧密型纵向医联体。充分发挥各级区域医疗中心的龙头作用，将公办社区卫生中心(站)分区域全部纳入医联体，探索医联体内诊疗服务、人才交流、药品器械、信息资源、教育培训一体化管理，完善医联体内部分工协作和利益分配机制，形成责、权、利明晰的协同服务模式。实行县管乡用、乡管村用，统筹使用县、乡镇(社区)医疗机构编制，允许下沉医务人员参与基层绩效分配，促进医联体内人才有序流动。统一医联体内慢病用药目录，匹配上下级医疗机构间药品种类，确保患者用药连续、便利，带动常见病和多发病在基层首诊。探索跨地区医疗资源合作新形式，支持市医院联盟在区域医疗服务中发挥重要作用。

二是健全双向转诊制度。指导不同层级的医疗机构根据自身医疗能力、地理位置等因素签订双向转诊协议，制定收治病种范围、上下转诊标准和临床路径，规范转诊流程。各级医疗机构要设置或指定专门管理部门、人员，为群众提供方便可及的预约转诊、病案交接和协调医疗保险经办机构等服务。二级以上医院要依据转诊预约情况，为基层预留一定比例的门诊号源和住院床位，免除上转患者挂号费，把稳定期和初诊明确的慢性病患者转回基层，真正实现“小病在基层，大病去医院，康复回社区”。

三是加快医疗信息化平台建设。完善居民健康档案、电子病历、医疗服务信息等基础数据库，实现市、县(区)、乡镇(社区)三级医疗机构预约诊疗、双向转诊等分级诊疗信息管理功能。整合二级以上医院医学检验、病理诊断、影像检查、消毒供应等资源，积极推进在各医疗机构之间的资源共享和同级医疗机构检查检验结果互任。拓展医联体内远程诊断项目和会诊培训等功能，明确服务流程，细化收费标准，逐步实现“基层接诊、上级诊断”。利用移动客户端、物联网等技术，搭建医患双方交流平台，为健康咨询、患者反馈、健康管理等提供便利。

**（四）健全保障机制，助推分级诊疗制度落实**

一是进一步落实政府办医主体责任。科学合理的财政投入机制的建立可以避免各级医院的趋利行为。应科学界定卫生投入职责和投入规模，制定财政支出比例、补偿方向，落实中长期预算。增加对符合规划的基本建设、大型设备购置、重点学科发展、人才培养方面的资金投入，重点向基层倾斜，改善基层公立医院的基础条件和硬件设施。合理确定公立医院薪酬水平，逐步提高人员经费占业务支出的比例。

二是强化医保政策调节引导作用。完善以按病种付费为主，按人头、服务单元等多种付费为辅的复合型付费方式，逐步减少按项目付费。通过差异化报销政策引导群众分级就医，降低基层医疗机构的报销准入门槛，提高基层医院报销比例，降低非急诊疾病自行越级就诊报销比例，拉大县以下基层医疗机构和省、市医疗机构的起付线和报销比例差距。在医联体内转诊取消二次起付线，住院医疗费用总额付费指标可调剂使用。

三是完善社区卫生机构薪酬分配制度。建立健全以基本医疗工作量、慢病管理成效、签约服务满意度等为主要依据的绩效考核制度，合理确定全科、专科、公共卫生、康复、护理等医务人员利益分配办法。允许个性化签约服务项目自主定价或协议定价，签约服务费收入不纳入核定任务收支范围。

**（五）强化宣传教育，营造有利于分级诊疗的良好社会环境**

一是加强管理人员和医务人员的教育培训。组织学习相关文件，明确政府各职能部门职责和各医疗机构功能定位，进一步坚定信心、凝聚共识，增强推进分级诊疗工作的主动性。医务人员是分级诊疗的执行者，如何调动医务人员的积极性是分级诊疗制度能否落地的关键。要加强医德医风和职业精神教育，端正医务人员对分级诊疗的认知和态度，在诊疗活动中自觉履行政策告知义务，引导患者按照分级流程就诊转诊。

二是加大对广大市民的政策宣传力度。通过媒体宣传、健康教育和优化患者体验等途径介绍各级医疗机构服务项目、专科建设情况，解读分级诊疗政策，在门诊大厅、就诊等候区以电子屏幕、宣传单等形式持续播发转诊流程、医保报销规定，提高群众的政策知晓率和科学就医意识。充分发挥公共媒体作用，及时宣传分级诊疗工作进展成效，合理引导社会预期，营造关心支持医疗体制改革、促进民众分级有序就医的舆论氛围。