

鄂州市卫生和计划生育委员会 鄂州市人力资源和社会保障局

文件

鄂州卫生计生发〔2015〕49号

关于印发《鄂州市分级诊疗制度实施 工作方案(试行)》的通知

各区卫生计生局、人社局,开发区社发局、人事监查室,市直各医疗卫生计生单位,企事业单位所属及民营医院:

《鄂州市分级诊疗制度实施工作方案(试行)》已经市政府常务会研究通过,现印发给你们,请结合工作实际,认真贯彻落实。

附件：《鄂州市分级诊疗制度实施工作方案（试行）》



2015年3月30日

附件：

鄂州市分级诊疗制度实施工作方案(试行)

为进一步深化公立医院改革试点工作，构建基层首诊、双向转诊的医疗模式，形成有利于患者合理分流的医疗秩序，减轻患者不必要的医疗费用负担，根据《湖北省人民政府办公厅转发省卫生计生委等部门关于加快推进县级公立医院综合改革实施意见的通知》（鄂政发〔2014〕50号）、《市人民政府办公室关于印发鄂州市公立医院体制机制综合改革试点工作方案的通知》（鄂州政办发〔2012〕47号）和《鄂州市全面深化改革领导小组关于印发〈鄂州市2014年全面深化改革工作责任分工方案〉的通知》（鄂州深改组〔2014〕2号）等文件精神，结合我市实际，制定如下实施工作方案。

一、工作目标

以病人为中心，以资源配置为基础，以医疗集团（联合体）为纽带，综合运用医疗、医保、价格等调控手段，逐步建立完善基层首诊、双向转诊、分级诊疗的就医制度；构建长期稳定的城市公立医院与基层医疗机构分工协作机制，形成科学合理的医疗服务体系；建立各级医疗机构之间的便捷转诊通道，力争2015年底前实现市内就诊率达到90%左右的目标。

二、工作原则

（一）基层首诊原则

参保患者需住（转）院时，原则上应在所居住地内的基层医疗卫生机构（村卫生室、社区卫生服务站、社区卫生服务中心、乡镇卫生院、乡镇中心卫生院）或一级定点医疗机构接受首次诊察，医疗机构根据诊疗常规以及确定的诊疗疾病目录选择诊疗方式或转诊。原则上，患者可就近自主选择符合条件的定点基层医疗机构住院。

（二）分级诊疗原则

根据疾病的发生率以及各级各类医疗机构间服务能力的差异以及手术分级、技术准入等相关规定，合理划分不同级别医院的诊疗范围。

（三）双向转诊原则

根据医疗机构区域布局以及辐射能力，采取方便、及时、快捷的原则向上转诊，探索建立向下转诊机制，打通双向转诊通道。有区域协作关系、托管关系以及医疗联合体紧密协作等特殊约定转诊关系的，按约定办理。

（四）分类报销原则

根据患者就诊医疗机构级别、疾病是否属于转诊科目、是否办理转诊手续等情况，综合确定基本医疗保险的报销比例。

三、工作内容

（一）分级诊疗科目

市卫生计生委负责统一组织制定各医疗机构疾病诊疗目录，并每年进行一次修订。

原则上，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务机构及一级医疗机构主要负责常见病、多发病以及具备条件的一级手术的诊疗。二级医院主要负责专科疾病及二、三级手术的诊疗；三级医院主要负责亚专科疾病、疑难杂症及三、四级手术的诊疗。

（二）分级诊疗机构

凡是取得鄂州市或区级卫生计生行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》并同时取得市人力资源和社会保障部门批准的基本医疗保险定点医疗机构资格的医疗机构，均可作为分级诊疗和转诊的医疗机构（分级诊疗医疗机构名单见附表2）。

1、首诊医疗机构。各乡镇卫生院、社区卫生服务中心以及其它一级医疗机构均作为住院首诊医疗机构。鄂钢职工医院和程潮铁矿职工医院可作为本单位职工的住院首诊医疗机构。华容区人民医院在通过二级医院评审之前作为住院首诊医疗机构。患者可根据自愿就近原则自由选择首诊医疗机构就诊。

2、转诊路径。医疗机构应按如下路径进行双向转诊：

（1）首诊医疗机构不能诊治的患者，可以根据病情就近转至二级或三级医疗机构诊治；

（2）传染病患者中，结核病、手足口病、甲流、禽流感、霍乱等一般病情患者可转入市三医院，重症患者可转市中心医院，肝炎患者可转市中医医院诊治；重症精神病患者可转入市精神卫生中心。

（3）本市不能诊治的患者，必须经过市中心医院确认，并由

市中心医院统一转至省级定点医疗机构。脑病科、肝病科、肾病科患者可经市中医医院转诊；妇产科和儿科患者可经市妇幼保健院转诊；烧伤患者可经鄂钢医院转诊；精神疾病患者可经市精神卫生中心转诊。

(4) 上级医疗机构对于康复期的患者，应及时转至辖区内的下一级医疗机构。

(三) 转诊基本程序

1、一般病人转诊程序。全市各级医疗机构接诊患者时，因病情需要急救处置的先行合理急救处置，需转上级医疗机构救治的，经首诊医生确认，填写《鄂州市医疗机构双向转诊书》(以下简称《转诊书》见附件3)，并盖章后转往上级医疗机构；填写《转诊书》时，不得指定具体转入医院名称，在《转诊书》中只填写转入医院等级，具体医院应由患者自行选择。定点医疗机构每月末将转诊情况报送市医保局备案。

2、特殊病人转诊程序。

(1) 需要抢救的急、危、重症患者；需要特殊陪护才能就医的人群，如70岁以上老年人、0—3岁的婴幼儿、重度残疾人、精神病患者、高危孕产妇等，法定传染病，以及其他政策规定的情形，按照“就近就医”的原则，可自主选择定点医疗机构诊治。

(2) 患者因某一种疾病经住院治疗，办理出院手续后，如同一种疾病需再次住院治疗、复查等(如癌症放化疗、骨折需拆除

钢板等)，患者可直接选择原就治的定点医疗机构进行治疗。

(3) 离退休定居外省，省内异地居住，区、乡（社区）医疗卫生机构确认必须向上级医疗机构转诊的特殊、急、危、重症参保患者，参保的异地就读大学生，参保的外地务工农民工，参保职工和居民在出差、旅游、探亲途中突发急、危、重症患者可以先按“就近、就急”的原则进行抢救和住院治疗。患者或其家属应在72小时内告知当地医保经办机构进行备案，并在医保报销时凭医生开具的急诊（或病重、病危）通知书到医保经办机构办理审批和医保报销手续。

(4) 对于在市内无法救治的疾病，确需转市外医疗机构治疗的，由指定定点医疗机构出具《转诊书》，报市医保局备案后出市治疗。外转病人政策范围内费用实行首先自付制。参保人员经过有转诊资格的定点医院办理了转诊手续的，转市外省内定点医疗机构的，结算时患者首先自付10%；转市外省内非定点医疗机构及省外医疗机构的，结算时患者首先自付20%。参保人员选择医院，个人提出要求转诊并在市医保局履行登记备案手续，转市外省内定点医疗机构的，结算时患者首先自付30%；转市外省内非定点医疗机构及省外医疗机构的，结算时患者首先自付40%。

上述城镇职工医保外转就医人员首先自付后，再按市内三级医疗机构相关规定报销；城乡居民医保外转就医人员首先自付后，再按市外转诊相关规定报销。

3、医疗集团和医疗联合体内转诊程序。鼓励城市二、三级

医疗机构与基层医疗卫生机构之间建立医疗集团或医疗联合体，提升基层医疗卫生机构的服务能力。医疗集团和医疗联合体内的医疗机构可以按照协议约定，进行双向转诊。各医疗卫生机构转诊患者时，填写《转诊书》，并盖章后转往确定的医疗机构。医疗集团或联合体内的各医院之间应建立双向转诊“绿色通道”，优先预约门诊及转院病人就诊，上级医疗卫生机构检验检查结果、治疗方案应在基层互认，实现规范化治疗与管理，降低医疗服务成本。

（四）医保结算报销办法

1、报销结算比例。根据分级诊疗相关规定正常就诊的患者，按医保报销政策予以报销。原则上，医保报销政策向基层倾斜，医疗机构级别越高，其报销的比例越低。严格控制三级医疗机构住院费统筹基金支付比例，逐步拉开各等级医疗机构间医保支付比例差距，原则上职工医保应达到10%左右、城乡居民医保应达到15%左右，有条件的地方应一步到位，暂不具备条件的地方应逐步调整到位，引导参保患者到基层医疗机构就医。（具体报销标准见附件4）

2、住院起付线。合理确定城镇基本医疗保险不同等级医疗机构住院费统筹基金起付标准，并适当拉大各级别医疗机构的差距。对于康复期下转参保患者免除接收医疗机构起付标准费用。

3、改革支付制度。积极推进总额预算与按病种、按人头付费等支付方式改革。鼓励在医疗集团和医疗联合体内转诊病人，

按病种一次性定额付费，医疗集团和医疗联合体内的医疗机构合理结算。

4、严格控制不合理诊疗的报销比例。对于在市内定点医疗机构就诊的上转患者，符合转诊科目规定但未遵守基层首诊规定、未办理转诊手续者，按正常报销比例的**50%**报销；不符合转诊科目规定自行选择上级医疗机构就诊者，不享受医保报销待遇。接诊的定点医疗机构应做好解释说明工作。

(五) 相关配套政策

1、实行首诊负责制和转诊审批责任制。各级定点医疗卫生机构要负责辖区内参保患者住院首诊治疗，明确转诊审批责任，转诊患者名单定期报医保经办机构备案。各医疗卫生机构要认真登记参保患者转诊转院情况、转诊原因、转诊医生和审批人，对转出的患者要逐一登记以备核查。

2、建立分级诊疗和转诊审查登记制度。定点医疗卫生机构在接收参保患者住院时，有责任要求患者首先出具《转诊书》，在符合相关规定后，办理住院手续。对于特殊、急、危、重症参保患者，要简化入院手续、提高效率，方便患者就医。

3、建立和完善双向转诊机制。进一步建立和完善双向转诊管理办法，规范双向转诊机制。各医疗卫生机构严格按照基层首诊、分级诊疗、双向转诊的原则，根据患者病情进行及时转诊，任何医疗机构不得因追求经济利益为目的，在转诊前进行不必要的各类检查，避免过度浪费医保基金，增加患者的经济负担。

4、建立绩效考核制度。市级卫生计生部门会同相关部门制定科学的绩效考核制度。将医疗卫生机构转诊率和平均住院日列入绩效考核指标体系，加强管理。能开展住院业务的乡镇一般卫生院转诊率不得超过50%；乡镇中心卫生院转诊率不得超过45%；二级医疗机构转诊率不得超过10%；三级医院省外转诊率不得超过5%。三级、二级和一级及以下医疗卫生机构平均住院日分别控制在12天、9天和6天以内，中医医疗机构适当放宽。

5、实行医保资金结算联审制度。各级医保定点医疗卫生机构在定期审核结算医保基金时，要同时将转诊病人的《转诊书》一并审查。对无《转诊书》的，定点医疗机构不得向医保经办机构申报医保拨付基金；医保经办机构在病历审核时发现定点医疗机构无《转诊书》申报医保基金的（首诊基层医疗机构可不附《转诊书》），可不予支付定点医疗卫生机构结算报销的医疗费用。

6、实行违规处罚制度。凡医保定点医疗机构不遵守分级诊疗和转诊程序、不履行告知参保对象转诊的义务，致使参保对象未及时办理转诊手续或违反转诊程序，造成参保对象未按规定享受医保报销的，予以通报批评，情节严重的取消其医保定点医疗机构资格。

7、健全转诊信息报送制度。各级医疗卫生机构要定期汇总转诊病人情况，每季度就转出病人病情、流向、转诊原因等做好统计分析工作，并形成转诊情况分析报告。市卫生计生行政部

门、人力资源和社会保障部门每季度将转诊情况分别报省卫生计生委、人力资源和社会保障厅。市、区级卫生计生行政部门、医保经办机构定期公布各定点医疗机构转诊病人流向，定期对各定点医疗机构转诊登记汇总情况进行检查。

8、建立医疗机构上下联动机制。探索建立多种形式的医疗机构协同机制。鼓励城市公立医院与基层医疗机构组建医疗集团（联合体）；支持公立医院纵向整合乡镇卫生院（社区卫生服务中心），组建紧密型医疗联合体，推进人、财、物、医疗质量控制统一管理。强化医疗集团（联合体）内部人才、技术、科研、带教、专家坐诊、远程会诊等协作共建机制，开设上下转诊绿色通道。建立医疗设备、卫生信息化、检查检验结果在同级或下级医疗机构互认等协同共享机制，鼓励集团（联合体）内医生多点执业、退休医生到基层医疗卫生机构坐诊等，促进优质资源下沉。

四、实施步骤

（一）准备阶段。认真组织开展调研活动，积极协调有关部门，制定鄂州市分级诊疗工作方案和分级诊疗目录。召开动员大会，层层开展培训，统一思想认识，熟悉相关流程和标准。通过多种途径，开展分级诊疗制度的宣传，让群众了解、理解和支持分级诊疗相关政策。

（二）组织实施阶段。从2015年5月1日起，全面实施分级诊疗工作。各单位严格按照鄂州市分级诊疗工作方案和分级诊疗目录开展诊疗活动，全面执行分级诊疗医保报销政策。

(三) 总结完善阶段。从2015年5月1日起，由市卫生计生委和市人社局组成工作专班，对各医疗卫生机构执行分级诊疗工作进行检查督导，发现问题，督促整改，确保各项工作落到实处。市卫生计生委定期开展分级诊疗工作的监测，及时完善政策体系和体制机制，使分级诊疗制度不断完善。

五、工作要求

(一) 加强组织领导。建立分级诊疗制度是一项系统工程，是公立医院改革的重要内容，对于建立有序的医疗秩序，合理使用医疗资源，控制医疗费用不合理的增长具有十分重要的意义。各区卫生计生行政部门、医疗卫生机构要切实加强组织领导，通力协作，密切配合。要把分级诊疗工作列入重要议事日程，主要领导要亲自挂帅，形成一把手负总责、分管领导具体负责、相关部门抓落实的工作机制，确保每项改革任务都有责任单位、有具体责任人负责。卫生计生部门要按照“简化手续、缩短时间、提高效率、方便群众”的总体要求，制定工作方案和配套措施，指导医疗机构推进分级诊疗工作，强化医疗服务行业监管，测算和评估实施的效果；人社部门要制定分级诊疗的医保支付办法，引导患者合理就诊的流向。

(二) 精心组织实施。鄂州市是湖北省分级诊疗工作的试点市，担负着为全省趟路子、出经验的任务。各医疗卫生单位要严格按照分级诊疗工作方案的要求，规范工作流程，按照诊疗目录开展诊疗活动，落实医保报销政策，确保分级诊疗工作顺利开

展。在推进的过程中，要充分发挥卫生信息化建设的作用，优化服务流程，减少中间环节，最大限度的方便患者就医。卫生计生部门要及时会同有关部门加大分级诊疗工作的考核评估力度，切实加强调查研究和信息沟通，搞好工作指导，及时发现和解决工作中出现的新情况、新问题，完善有关政策，确保分级诊疗工作取得预期效果。

（三）加强宣传引导。各区卫生计生和人社部门、各医疗机构要注重政策宣传和舆论引导，为建立分级诊疗制度营造良好氛围和舆论环境，争取社会理解、配合和支持。加强对医务人员的宣传动员工作，让广大医务人员充分认识分级诊疗改革的重大意义和改革面临的重大机遇，主动适应和调整工作思路，为构建全新的分级诊疗制度作出应有的贡献。

附件1:

鄂州市双向转诊流程

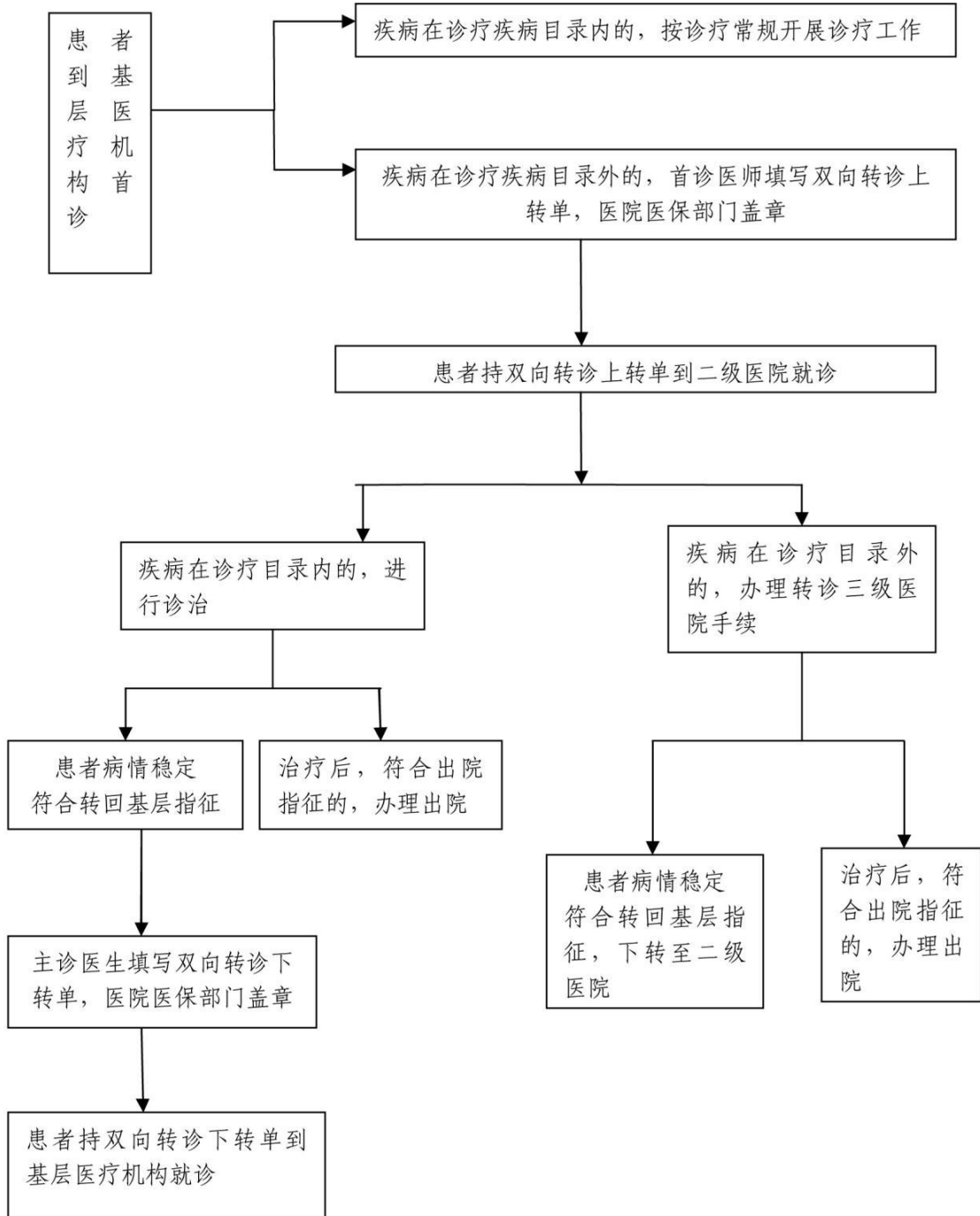
上转流程

- 1.患者选择基层医疗机构首诊。
- 2.诊疗疾病目录内的,首诊医师按诊疗常规开展诊疗工作;符合转诊条件的;首诊医师填写双向转诊上转单,医院医保部门盖章,患者持上转单至上级医院就诊。
- 3.城镇医保患者转三级定点医疗机构的,由下级定点医疗机构医保办公室通过联网方式报所在地医保经办机构电子审批备案,参保患者凭社会保障卡到定点医疗机构就医。

下转流程

患者在上级医院住院治疗后,病情稳定,符合下转条件的,主诊医师填写双向转诊下转单,医院医保部门盖章,患者持下转单至下级医院继续治疗。

双向转诊流程图



附件 2:

鄂州市分级诊疗医疗机构名单

单 位	医院级别	承担任务	备 注
市中心医院	三级甲等	接受转诊	负责外转
市中医医院	三级甲等中医	接受转诊	脑病科、肝病科、肾病科患者可经市中医医院转诊
市妇幼保健院	三级妇幼保健医院	接受转诊	妇产科和儿科患者可经市妇幼保健院转诊
市三医院	二级乙等	接受转诊	传染病患者中结核病、手足口病、甲流、禽流感、霍乱等一般患者可转入市三医院
鄂钢医院	三级乙等	接受转诊	负责鄂钢职工首诊,烧伤患者可经鄂钢医院转诊
鄂州二医院	二级综合	接受转诊	
市精神卫生中心	三级专科	接受转诊	精神疾病患者可经市精神卫生中心转诊,同时负责精神病人首诊
程潮铁矿职工医院	二级	负责首诊	负责单位职工首诊
长港镇中心卫生院	一级	负责首诊	
杜山镇卫生院	一级	负责首诊	
新庙镇卫生院	一级	负责首诊	
花湖镇卫生院	一级	负责首诊	
杨叶镇卫生院	一级	负责首诊	
沙窝镇卫生院	一级	负责首诊	

鄂州市分级诊疗医疗机构名单

单 位	医院级别	承担任务	备 注
碧石镇卫生院	一级	负责首诊	
汀祖镇中心卫生院	一级	负责首诊	
泽林镇卫生院	一级	负责首诊	
燕矶镇中心卫生院	一级	负责首诊	
华容区人民医院	二级	负责首诊	二级评审通过后接受转诊
庙岭镇卫生院	一级	负责首诊	
华容中心卫生院	一级	负责首诊	
段店卫生院	一级	负责首诊	
临江卫生院	一级	负责首诊	
蒲团卫生院	一级	负责首诊	
胡林卫生院	一级	负责首诊	
泥矶卫生院	一级	负责首诊	
太和中心卫生院	一级	负责首诊	
公友卫生院	一级	负责首诊	
涂家垸卫生院	一级	负责首诊	
梁子镇卫生院	一级	负责首诊	
梁子岛卫生院	一级	负责首诊	
沼山卫生院	一级	负责首诊	
东沟卫生院	一级	负责首诊	

鄂州市分级诊疗医疗机构名单

单 位	医院级别	承担任务	备 注
葛店卫生院	一级	负责首诊	
大湾社区卫生服务中心	一级	负责首诊	
凡口社区卫生服务中心	一级	负责首诊	
凤凰社区卫生服务中心	一级	负责首诊	
西山社区卫生服务中心	一级	负责首诊	
飞鹅社区卫生服务中心	一级	负责首诊	
怡亭铭社区卫生服务中心	一级	负责首诊	
鄂州仁和皮肤病医院	一级	负责首诊	皮肤科、内科
鄂州中医血管瘤专科医院	一级	负责首诊	
鄂州华仁康复医院	一级	负责首诊	康复科
鄂州莲花山医院	一级	负责首诊	
鄂州凤凰医院	一级	负责首诊	
鄂州红十字医院	一级	负责首诊	
鄂州爱民医院	一级	负责首诊	
鄂州科宏眼科医院	三级专科	负责首诊	眼科
鄂州中山口腔医院	二级专科	负责首诊	口腔科
鄂州优抚医院	一级	负责首诊	
鄂州仁健医院	一级	负责首诊	

附件3:

鄂州市医疗机构双向转诊书

存 根

患者姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 身份证号: _____
家庭住址: _____ 联系电话: _____
医保类型: _____ 医保证号: _____
于____年__月__日因_____ (填写转诊原因), 转入_____单位。
转诊医生 (签字): _____
患者 (家属) 同意转诊, 签名: _____
年 月 日

双向转诊上转单

_____ (机构级别、名称):
现有患者_____, 性别_____, 年龄____岁, 医保证号_____,
需转入贵单位, 请予以接诊。
初步印象:
主要现病史 (转出原因):
主要既往史:
治疗经过:
接诊医生 (签字): _____
联系电话: _____
_____ (机构名称)
年 月 日
患者 (家属) 同意转入本院治疗, 签名: _____

填表说明:

1. 本表供居民双向转诊转出时使用, 由转诊医生填写。
2. 初步印象: 转诊医生根据患者病情做出的初步判断。
3. 主要现病史: 患者转诊时存在的主要临床问题。
4. 主要既往史: 患者既往存在的主要疾病史。
5. 治疗经过: 经治医生对患者实施的主要诊治措施。

鄂州市医疗机构双向转诊书

存 根

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 医保证号：_____

家庭住址：_____ 联系电话：_____

于_____年_____月_____日因病情需要，转回_____单位
_____接诊医生。

转诊医生（签字）：

患者（家属）同意转诊，签名：

年 月 日

双向转诊下转单

_____（机构名称）：
现有患者_____因病情需要，现转回贵单位，请予以接诊。
诊断结果_____医保证号_____

主要检查结果：

治疗经过、下一步治疗方案及康复建议：

转诊医生（签字）：

联系电话：

_____（机构名称）

年 月 日

填表说明：

1. 本表供居民双向转诊回转时使用，由转诊医生填写。
 2. 主要检查结果：填写患者接受检查的主要结果。
 3. 治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。
 4. 康复建议：填写经治医生对患者转出后需要进一步治疗及康复提出的指导建议
-

附件 4:

鄂州市参保城乡居民的住院报销标准

缴 费 档 次		参保城乡居民住院报销比例及起付标准(元)											
		乡镇卫生院		一级医院		二级医院		三级医院		转诊报销			
起付标准	报销比例	起付标准	报销比例	起付标准	报销比例	起付标准	报销比例	起付标准	报销比例	起付标准	报销比例		
一 档	100 (101元以上)	400	67%(401—2000元)	500	65%(501—2000元)	800	50%(801—3000元)	1200	45%(1201—5000元)	60%(20001元以上)	甲类药品和 普通医疗费 用60%;三特 费用45%		
					70%(2001元以上)		55%(3001—10000元)		50%(5001—20000元)				
					70%(2001元以上)		65%(10001元以上)						
二 档	100	400	甲类药品和 普通医疗费 用77%;三特 费用65%	500	甲类药品和 普通医疗费 用75%;三特 费用65%	800	甲类药品和 普通医疗费 用65%;三特 费用55%	1200	甲类药品和 普通医疗费 用60%;三特 费用45%				

鄂州市城镇职工住院报销标准

在职职工住院甲类药品和普通医疗费报销比例及起付标准(元)										
缴费 基数	乡镇卫生院		一级医院		二级医院		三级医院		转诊报销	
	起付 标准	报销 比例	起付 标准	报销 比例	起付 标准	报销 比例	起付 标准	报销 比例	起付 标准	报销 比例
60%	100	89%	300	89%	500	87%	800	85%	1200	85%
80%	100	91%	300	91%	500	89%	800	87%	1200	87%
100%	100	93%	300	93%	500	91%	800	89%	1200	89%
三特费用统一按75%的比例报销										

注：城镇职工基本医疗保险参保人员12个月内(城乡居民基本医疗保险参保人员1个年度内)因病住院两次及以上的，其第二次及以上的住院起付标准减半；但第二次及以上在乡镇卫生院和市内一级医院住院的，住院起付标准维持不变。