关于江苏省实行医疗机构首诊负责制

和转诊审核责任制的意见

实行首诊负责制和转诊审核责任制是《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》的明确要求，对于构建分级诊疗制度，优化区域医疗资源配置，提高医保资金使用效率，改善群众就医体验，维护群众生命安全和身体健康具有重要意义。经研究，现就江苏省实行医疗机构首诊负责制和转诊审核责任制提出以下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持医疗卫生事业的公益性质，坚持“三医联动”，完善并落实医疗机构首诊负责制和转诊审核责任制，规范基层医疗卫生机构首诊和医疗机构间双向转诊管理，促进区域医疗资源合理利用，完善形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度，推进“以治病为中心”向“以人民健康为中心”的转变，努力为人民群众提供全方位全周期的健康服务。

（二）具体目标。2022年底前，各设区市患者县域内就诊率应≥92％，在基层医疗卫生机构的就诊比例达60%以上，居民2周患病首选基层就诊比例应≥73％，二、三级医院向基层下转人次/基层上转人次≥25％。

到2024年，各设区市患者县域内就诊率维持在92％左右，在基层医疗卫生机构的就诊比例稳定增长，居民2周患病首选基层就诊比例应≥75％，二、三级医院向基层下转人次/基层上转人次≥40％。

到2025年以后，构建系统完备、科学规范、运行有效的双向转诊审核制度，患者就医基层首诊和双向转诊指标稳中向好，基本实现“大病不出省，一般病在市县解决，日常疾病在基层解决”目标，切实减轻群众跨区域看病就医的负担。

二、基本原则

（一）以人为本，科学引导。以群众就医需求为根本，优化上下级医疗机构间预约和转诊服务流程，落实首诊医师对患者转诊的主要责任，为群众提供公平可及、高效便捷、连续完整的双向转诊服务，帮助群众合理、有序就医。

（二）上下联动，资源共享。以网格化医联体和专科联盟为基础，按照医疗机构功能定位，促进上下级医疗机构建立权责利清晰的分工协作机制，重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊通道，推动医疗资源合理配置和纵向流动。

（三）医防融合，功能衔接。坚持以人民健康为中心，以基层首诊负责为重点，强化基层医疗卫生机构居民健康“守门人”定位和疫情防控第一关作用，发挥疾控机构和医疗机构公共卫生服务职能，建立防治康管协同机制。

（四）完善政策，建立机制。坚持医疗、医保、医药联动，围绕分级诊疗制度建设，完善医疗资源配置、医保支付方式改革、药品供应保障等配套政策，落实各级医疗机构功能定位，优化资源结构布局，建立不同级别医疗机构的分工协作机制、双向转诊机制和利益共享机制，促进医联体持续健康发展。

（五）强化监管，保障安全。完善医疗质量控制、医保考核等监管措施，强化对基层首诊和双向转诊工作的管理，将对单一医疗机构的医疗质量和医疗行为监管，转变为对患者诊疗全流程的医疗行为监管，逐步提升医疗质量和医疗服务同质化水平，保障患者安全。

三、主要任务

（一）落实基层首诊负责制

1．明确基层首诊范围。非急诊患者初次就医应首先到基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、村卫生室）就诊。各基层医疗卫生机构要确保尽力收治，切实发挥居民健康“守门人”作用。鼓励二、三级医院医师到基层医疗卫生机构多机构执业，将检查检验、病理诊断、医学影像、消毒供应等资源向基层医疗卫生机构开放，促进日常疾病诊治全流程由基层首诊医疗机构负责。

2．加强基层首诊管理。鼓励城乡居民与基层医疗卫生机构签订基层首诊等服务包，主要从《江苏省家庭医生签约服务项目库》中选择服务项目，由签约家庭医生及其团队为签约对象提供约定的医疗卫生服务。严格执行首诊科室、首诊医师负责制，首诊医师在一次就诊过程中或转至其他医疗机构前，应负责患者全程诊疗管理，并做好诊疗活动记录，不得以任何借口或方式推诿患者。首诊医师发现传染病病人或者疑似传染病病人时，应依法落实隔离和防护、传染病报告、相关信息登记等要求。

（二）建立转诊审核责任制度

1．明确转诊审核责任。医疗机构首诊医师和科室负责就诊患者的转诊工作，首诊医师应把握转诊条件、程序和要求，提高转诊的合理性。各级医疗机构应建立转诊审核管理小组或指定专（兼）职人员，定期开展对转诊合理性和规范性的审核评价，规范转诊管理，关注转出率，对不合理或不规范转诊问题及时进行改进。对于首诊医疗机构不能解决的疾病或需要特殊防控的传染性疾病，医疗机构和首诊医师应在评估患者病情状况后，及时将患者转诊至医联体内上级医疗机构或建立专科合作关系的上级医疗机构。对于基层不具备救治条件和能力的患者，要按照要求全部进行合理转诊，不得向未与本机构建立合作关系的医疗机构随意转诊、不得推诿转诊前来就诊患者、不得为未在本机构就诊的患者开具转诊证明。

2．建立双向转诊管理制度。各医联体牵头医院要按照《江苏省医疗机构双向转诊管理规范（试行）》、国家卫生健康委高血压等病种分级诊疗技术方案等要求，制定医联体双向转诊管理制度，完善双向转诊技术方案和标准。建立双向转诊关系的医疗机构间应签订转诊合作协议，明确转诊流程以及双方权利、责任和义务。医联体牵头医院应设立双向转诊管理办公室，具体负责双向转诊工作的组织实施、管理与协调。

3．促进转诊信息互联互通。各级卫生健康行政部门应加强区域内健康信息一体化建设，利用居民电子健康档案信息系统，建立区域内双向转诊通道与信息平台，实现居民电子健康档案“上推”和电子病历核心内容“下传”。推动医联体内信息互联互通，做好患者转出、转入和诊疗信息记录及共享，保证患者基层首诊和双向转诊全流程的信息可追溯，为患者提供连续性的医疗卫生服务。推进医联体内影像、检验、心电、病理、消毒等资源共享中心建设，开展检查检验结果互认、远程会诊协作，加快实现医疗资源上下贯通、业务高效协同。

（三）分区域分层次加强转诊审核管理

1．做好区域医联体内转诊审核管理。对于符合医联体上转标准患者，医疗机构应在征得患者或家属同意后填写转诊单报至转诊管理部门审核，与上级医疗机构联系，安排患者附带就诊资料转送上级医疗机构或由信息系统上传上级医疗机构就诊。对于符合下转条件患者，征得患者或其家属同意后填写下转单报至转诊管理部门备案，与下级医疗机构联系，安排患者附带诊断证明、检查报告、后续治疗方案等资料转送下级医疗机构或由信息系统传至下级医疗机构进行接续性治疗。各级医疗机构要采取简化转诊手续、预留门诊号源、预留住院床位、检查检验结果互认等措施，提高转诊就诊效率。

2．加强跨区域医联体的转诊审核管理。对于城市医疗集团和县域医共体无法确诊或不具备治疗条件的疑难病症患者，应主要通过省内各专科联盟进行合理转诊。各级医疗机构在为患者办理跨区域转诊手续审核时，应对照所在区域医联体的医疗服务能力，在确定本医联体无收治能力后方可指导患者向区域外转诊。各医联体牵头医院要积极履行管理职能，定期对各成员医疗机构和本医院的区域外转诊情况进行检查评估，并将有关情况上报主管卫生健康行政部门和所在地的医保部门。各市、县级卫生健康行政部门应采取通报、限期整改等措施，对转诊人数过多、转诊情况不合理的医疗机构和相关责任人进行处理。

3．强化跨省域的转诊审核管理。医疗机构应加强患者跨省转出的审核管理，对于在省内公布的各国家、省市级区域医疗中心内确实无法确诊或确诊后确无治疗条件的疑难病症患者，方可办理跨省转诊手续。对于长期外出务工、投靠子女的老年人及其他异地长期居住的人员，原则上应执行居住地分级诊疗政策，在居住地基层首诊。对来我省医疗机构就医的省外患者，各级医疗机构应做好患者服务和指引，按照医保基金管理要求做好患者诊疗费用的直接结算。

（四）提供便捷的转诊服务

1．畅通重点病种双向转诊通道。各级卫生健康行政部门要指导医疗机构以高血压、糖尿病等疾病为重点，以省、市级医联体建设规划为依据，依托城市医疗集团、县域医共体签订双向转诊合作协议，建立完善上下级医疗机构间双向转诊通道。对于城市医疗集团和县域医共体内医疗机构尚不具备诊疗能力的疑难复杂疾病和危重疾病，各地要以专科联盟为纽带，充分发挥国家级、省级、市级临床重点专科优势，并依托省内国家医学中心、国家和省市级区域医疗中心，签订医疗机构间双向转诊合作协议，建立双向转诊通道。急危重症患者可以按照就近、就急、就病情的原则，直接到二级以上医院就诊，切实做到急慢分治。重点畅通向下转诊通道，将急性病、手术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构继续治疗和康复，形成治疗－康复－长期护理接续性服务链。

2．优化患者转诊服务。各级医疗机构要在保障医疗质量与安全的前提下，根据区域医疗资源布局、服务功能等，为患者提供便捷、就近的双向转诊服务。医联体牵头医院应主动公开医联体服务信息，及时向社会公布医联体转诊制度、标准以及专家坐诊信息。建立完善医联体内上下级医疗机构医师间的沟通协调机制，尊重患者的知情权和选择权，患者需要向上或向下转诊时，应帮助其了解可转往的医疗机构专科能力、床位等情况，避免重复排队、重复检查、重复转诊等情况。各三级公立医院要在向县级医疗机构、基层医疗卫生机构开放不少于20％的专家门诊号源的基础上，稳步增加向县级和基层医疗卫生机构提供的号源比例。对确需转诊治疗的参保对象，由经治医师开出转诊申请，医院医保办负责审核，并将患者转诊信息及时上传医保信息平台。

（五）完善保障措施

1．加强区域医疗中心建设。各级卫生健康行政部门要按照《江苏省区域医疗中心设置实施方案》（苏卫医政〔2020〕65号）有关要求，通过加大投入、专科建设、人才培养、科技支撑、政策配套等措施，支持符合条件的医院开展省级、市级区域医疗中心建设工作。要统筹辖区内医疗资源，根据跨区域和跨省就医需求以及专科能力情况，针对发病率高、转出率高的疾病和地方病，规划建设区域医疗中心，力争在省内各级区域医疗中心解决疑难危重患者看病就医问题。

2. 有效发挥医保支持基层首诊的作用。各级医保部门要增强医保总额管理的科学性和公开透明度，积极推进按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，合理制定常见病、多发病、慢性病在基层医疗卫生机构的支付政策。完善医疗服务价格动态调整机制，理顺区域内各级医疗机构医疗服务项目价格及比价关系。各级医保经办机构应把转诊管理情况列入定点医疗机构协议管理内容，并开展年度考核，考核结果与医保基金结算挂钩。

3. 完善医保支付政策。各级医保部门要做好参保患者转诊待遇保障工作，对符合规定的双向转诊住院患者可以连续计算起付线。非急诊患者按规定转诊到设区市外医疗机构继续就医（即异地转诊）的，基本医疗保险的支付比例在参保地相应医疗机构支付比例的基础上，可适当降低，降低幅度不超过5个百分点；未按参保地规定办理转诊手续，直接到参保地外异地就医的，基本医疗保险的支付比例在参保地相应医疗机构支付比例的基础上，应适当降低，降低幅度不超过20个百分点。

4．保证转诊患者用药。在医联体内探索建立上下级医疗机构相衔接的药品供应保障模式，保障基层首诊和承接上级医院下转患者用药。鼓励各成员单位根据诊疗服务需求，使用统一通用名（具体到剂型、规格）药品。推动各成员单位院内制剂在城市医疗集团、县域医共体内部调剂使用。

5．完善检查检验项目分工。在医联体内建立健全检查检验结果互认制度，实现检查检验资料共享和结果互认。医联体牵头医院要加强技术指导，开展检查检验的质量控制。推进医联体内信息互联互通，有条件的牵头医院可建立开放共享的医学影像、心电诊断等中心，实现基层检查、上级诊断，帮助基层医疗卫生机构提升首诊检查检验能力，为患者提供便捷的检查检验服务。

四、有关工作要求

（一）加强工作指导。各级卫生健康行政部门要切实加强首诊负责制和转诊审核责任制管理，建立由医政处（科）室牵头，基层、妇幼、中医医政等相关处（科）室参与的工作协调机制，采取有效措施提高医疗机构首诊和转诊审核能力，指导医联体、专科联盟内的医疗机构签订双向转诊协议。各级医保部门要指导医保经办机构，在医保支付方式改革和价格调整工作中，加强对基层首诊和合理转诊的管理和支持，优化医保转诊手续办理流程，做好医保费用直接结算。各医联体、专科联盟牵头医院要组织开展医联体和专科联盟内的首诊负责制和转诊审核责任制建设，完善基层首诊、双向转诊流程和管理规范。请各市卫生健康行政部门牵头，会同同级医保部门于2021年底前出台关于建立本市实行首诊负责制和转诊审核责任制的工作方案。

（二）强化宣传教育。各级卫生健康行政部门和医疗机构要采取群众易于接受的方式，通过各种媒介广泛宣传分级诊疗服务模式，转变群众盲目就医行为，引导群众形成科学、理性、有序的就医理念。要组织开展实行首诊负责制和转诊审核责任制工作培训，提高医师对本区域医疗资源分布和专科能力现状的认识，培养医师对疾病的全过程诊疗和管理能力。各级医保经办机构在办理年度医保缴费时，要向参保人员告知首诊负责制和转诊审核责任制政策，并纳入相关协议条款。

（三）抓好督促评估。各级卫生健康行政部门要将实行首诊负责制和转诊审核责任制工作开展情况纳入医疗机构考核、医联体绩效考核、医疗机构负责人年度综合考核、医师定期考核的重要内容，对做出突出成绩的医疗机构及相关人员给予表扬，对工作开展不力、未按要求履行首诊负责和转诊审核职责的给予通报。各级医保部门及医保经办机构要加强对基层医疗卫生机构以及上级接诊医院的考核管理，对转出过多的基层医疗卫生机构，以及收治首诊病人过高、下转病人过少的二、三级医院，应在年度预算安排和年终决算时视情况予以相应处理。各级医疗机构要加强对医师首诊和转诊工作的日常管理，对首诊质量、转诊合理性和必要性、转诊规范性、接诊情况进行质控，并纳入对科室和医师的绩效考核范围。