

医改东湖通讯

第1期



分级诊疗理论与制度框架
政府责任与分级诊疗
提供体系与分级诊疗
医疗保障与分级诊疗
信息系统与分级诊疗
地方实践探索

主办：

华中科技大学医药卫生管理学院

武汉大学公共卫生学院

中南财经政法大学医疗保险研究所

湖北中医药大学管理学院

武汉科技大学医学院

《医改东湖通讯》创刊词

经华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院、武汉大学公共卫生学院、中南财经大学医疗保障研究所、武汉科技大学医学院、湖北中医药大学卫生管理学院等单位协商，由武汉地区五所高校共同创办《医改东湖通讯》今天正式创刊了！

《医改东湖通讯》面向国内公开发行人，发布对象主要包括国家、部分省市卫生行政部门、医保机构、部分卫生服务机构及相关行业的领导和管理者，武汉地区相关高校和科研机构的研究者。

《医改东湖通讯》是一个非官方、非赢利、定期、定址的开放性学术交流平台，其宗旨为在党和国家卫生工作方针政策指导下，坚持“百花齐放、百家争鸣”的方针和理论与实践相结合的原则，立足中国医改，深化不同部门间的交流、协调与合作，同时为政府、卫生服务机构及专家学者提供一个共商中国医疗卫生改革与发展的高层对话平台，最终建立多方合作与交流机制。通讯将紧紧围绕我国卫生事业发展中的重点、难点、热点和重大理论问题，深入研究医药卫生事业发展规律，及时报道国内外卫生政策研究最新成果和卫生改革发展经验，加强成果转化与交流，促进研究成果传播利用，同时构建高校和研究机构的交流与合作的长效机制，加强学者之间的思想碰撞，提升学术机构的学术水平和政策循证能力。

医药卫生改革目前处于关键时期，正经历着前所未有的深刻变化。当今世界各国医疗改革的共同趋势是目标都聚焦在控制医疗费用、提高医疗效率、保证优质平等的医疗服务，借鉴国际卫生改革经验，加强关系卫生事业发展的重大、长远、战略性问题的研究，指导医药卫生改革发展实践，推动研究成果转化，是提高科学管理与科学决策水平和促进卫生事业科学发展的重要途径。《医改东湖通讯》的创办就是为了更好地促进武汉地区高校的交流与合作，增加政府官员、管理实践者以及学者之间的思想碰撞，为相关研究成果的推广和转化提供支撑。

《医改东湖通讯》的创办得到了武汉地区高校相关学院领导和教师员工的大力支持，在通讯正式创刊发行之际，谨向所有为《医改东湖通讯》创办给予大力

支持和无私帮助的单位、领导和专家致以最衷心的感谢！

我们深知，创办通讯难，办出特色和水平更难。我们坚信，只要有各级领导的关心帮助，有广大专家学者的大力支持，有编委会和编辑部的积极努力，《医改东湖通讯》一定会搭建一个国内具有重要影响的高质量专业学术交流平台，为医药卫生事业的健康发展做出积极贡献。

医改东湖通讯

——分级诊疗制度与实施路径

6月27日，2015深化医改高峰论坛——分级诊疗制度与实施路径研讨会在同济医学院学术报告厅召开。来自部分国家卫计委相关领导、高校和医院的知名专家学者以及部分基层医疗机构相关管理者共计80余人，围绕建立合理的分级诊疗制度与实施路径进行了深入的研讨和思想碰撞。

该论坛分主旨发言、专题研讨、圆桌会议三个阶段，旨在归纳总结国内外分级诊疗的相关理论与实践经验，并探讨我国政府、医疗服务供需方，以及医疗保险方在分级诊疗制度建设中相应的责任与义务，从而达成在分级诊疗制度框架和实施策略的多方共识。本次论坛主要包括六个专题：分级诊疗理论与制度框架、政府责任与分级诊疗、提供体系与分级诊疗、医疗保障与分级诊疗、信息系统与分级诊疗、地方实践探索等专题。

一、分级诊疗理论和制度框架

分级诊疗理论

医疗服务的核心目的是实现患者价值，是患者康复的成本比值。哈佛大学波特教授在 2015 年临床肿瘤年会上也提到医疗服务的目的是实现患者价值。根据波特教授价值医疗理论，实施分级诊疗制度需要重构医疗服务团队，形成整合医疗服务单元，评价每个患者的治疗效果和成本，然后建立针对疾病捆绑支付体系，形成整合医疗服务系统，并扩大优质医疗资源覆盖区域，并应用信息技术对不同资源整合进行有效支撑。

实施分级诊疗制度也是实现 WHO 提出的构建以人为本的综合卫生服务的策略之一。以人为本的关键因素包括两个方面，一是人、家庭、社区作为一个中心；二是部门、医生、教育、环境相互作用，与一个国家经济水平相关。以人为本的综合性连续医疗服务，主要是构建以社区为中心，不同医疗卫生服务机构的分工协作模式。未来以人为本的综合卫生服务的五个战略方向包括让人们参与并赋予更多的信息和权利；协调的服务；营造有利的环境；加强治理和责任制；调整服务模式等，并针对每个战略实施具体的干预措施。

以人为本的综合卫生服务通过个人、家庭和社区提供卫生服务，它将上述三者既视为以人性和整体方式满足其需要和偏好、可信赖的卫生系统的参与者，同时又视其为受益者。它要求在人们做出决策时应获得所需的教育和支持，并参与自己的健康服务工作。服务应该围绕人们的健康服务需求和期望而不是围绕疾病进行组织的。以人为本的理念为构建新型分级诊疗制度提供了新视角，实施分级诊疗依赖以人为本的卫生服务组织构架。

分级诊疗制度框架

分级诊疗本质上是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度，由不同级别和服务能力的医疗机构承担不同疾病的治疗，并按病情变化情况进行及时便捷的双向转诊。

分级诊疗的总体政策目标是形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。要实现患者有序就诊，促进病人合理分流，就必须构建长期稳定的各级医疗机构分工协作机制，形成科学合理的医疗服务体系；完善预约诊疗

服务机制；建立各级医疗机构之间的便捷转诊通道；提升医疗服务便捷性和可及性以及充分发挥医保报销政策杠杆作用，引导患者合理就诊等方面。分级诊疗应遵循科学引导、分级管理、分工协作、整合连续、资源共享、质量至上、促进健康及整体效益的原则。在实施分级诊疗制度过程中，需要系统思考，通过在一定的制度框架下完善制度建设。包括：（1）建立与分级诊疗相适应的医疗保障制度；（2）建立医疗机构间的分工协作制度；（3）改革财政投入制度；（4）建立符合医疗卫生特点的医师薪酬制度；（5）建立差异化的定价制度；（6）改革对医疗卫生机构的考核制度。

二、政府责任与分级诊疗

卫生机构从提供体系上来说都是按层级设计的，不同层级的医疗机构的功能定位与服务范围存在差异，体现出分级诊疗的必要性。医疗服务需要是无限的，并且是分层的。分级诊疗能够节约资源，提高资源配置效率，促进安全、有效、方便、价廉的医疗服务。欧洲近 70% 的国家有严格的分级诊疗制度，几乎所有 NHS 国家建立了分级诊疗制度。社会医疗保险制度的国家也有分级诊疗制度。我国港澳台地区也建立了分级诊疗制度。例如澳门患者在基层就诊免费，除急诊外患者到高级医院去看病需要预约，直接到高级医院不能获得及时服务。我国在建国之后的公费、劳保、合作医疗制度中都有分级诊疗制度，但 20 世纪 90 年代后期由于推行以竞争机制为主导的改革，分级诊疗逐步瓦解。

政府在建立分级诊疗制度中起着主导作用，建立分级诊疗制度需要政府履行相应责任。（1）政府需要政治上的决心，决策者的信念和目标是影响分级诊疗目标实现的关键；（2）影响我国建立和推广分级诊疗模式的核心问题之一是基层医疗机构的服务能力较弱、服务水平较低，最直接的表现就是全科医生数量严重不足、高水平全科医生严重短缺。此外，医疗设备不足、药品种类有限等因素也制约着基层医疗服务能力的提高。需要政府完善基层医疗机构的人才培养和激励政策，提高基层医疗机构从业人员的社会地位与劳动价值；（3）改革医疗服务价格结构体系。一方面进一步体现医护人员的劳务价值，另一方面按照不同医疗机构功能定位，确定在不同机构的医疗服务价格，促进医疗机构的功能实现；（4）改革和完善医疗支付制度。通过医疗支付的杠杆作用促进分级诊疗；（5）完善医疗服务体系。通过加强区域卫生规划，优化区域内医疗资源配置结构，合理布局医疗机构，建立完善的分级医疗服务体系。明确不同级别医疗机构的职能定位和疾病诊疗范围，根据功能定位，形成良性分工协作机制，而不是恶性竞争。（6）建立科学合理的补偿机制。合理的补偿机制的建立可以避免各级医院的趋利行为。政府财政补偿需要与不同机构的功能实现情况挂钩，将三级、二级医院诊疗量中的大病比例纳入核定财政补偿因素，引导大医院以诊疗大病和重病为主，减少小病和常见病诊疗。医疗服务的补偿机制需要体现医护人员的劳务价值，同时逐渐取消药品补偿机制。（7）需要抛弃患者自由选择权利的优势，通过医保支付手段的调节、通过不同渠道和方式加强公众和患者的健康知识教育和就医观念更新、通过家庭医生首诊以及就医指导等方式引导患者合理就医行为。

三、提供体系与分级诊疗

我国医疗服务体系问题体现在医疗服务资源不足，在卫生支出占 GDP 比例、

每千人口医师数和护士等指标上均落后于国外发达国家。服务资源的不足是整体的不足，而部分基层医院、社区卫生服务站的医生因“无病可看”，只好被“闲置”，大医院“人满为患”，两者对比凸显医疗资源不足与资源浪费并存。一些国家通过构建科学合理的医疗服务提供体系促进分级诊疗，其经验包括医疗机构功能定位明确；注重政府与市场相结合；强调医疗机构之间的合作；强调政府提供基本卫生服务的责任和严格的首诊和转诊制度。

我国目前的医疗服务提供体系关键问题之一是准确定位各级医疗机构功能，根据居民医疗需求和区域地理特点合理规划。特别是目前大医院规模不断扩张的趋势，建议区域卫生规划和区域医疗机构设置规划需要明确各级各类大型医疗机构的类别、数量、规模、布局 and 结构并严格审批制度。区域内不同机构形成优势互补，功能交叉的格局，使综合医院和专科医院、康复医院合理布局，把大型医疗机构的类别、数量、规模、布局 and 结构的规划作为实现其功能，促进优质医疗资源有效利用的重要内容，特别是多年来医疗资源倒三角形布局没有得到根本缓解，有些地区更加严重，在提供体系的建设中需要重点关注。

另外要实现分级诊疗，需要根据不同机构的功能定位，加强相应的能力建设。特别是社区首诊需要加强基层医疗机构常见病多发病的诊疗能力，重拾老百姓对基层医疗机构的信心。在很多发达国家优秀医生并不集中在大型医院，而是分散在社区医疗机构。在这些国家和地区，医学生毕业进入医院做住院医师培训，通过考试获得执业医师资格后，一般继续留在医院工作若干年，待医术和声誉俱佳时，离开医院到社区自办诊所，开始独立或合伙执业，他们通常和医院保持着合作关系，或者在自家诊所和医院间多点执业。这样的医生在社区开诊所，自然会得到患者认可。因此这些国家和地区很自然地形成分级诊疗格局，社区居民看病，很自然地首选诊所而非医院。我国医疗机构所能得到的资源完全由其行政级别决定，高水平医生积聚高级别医院，高级别医院医生发展空间大、福利待遇和社会地位高，基层医疗机构医生发展空间小，收入水平、福利待遇和社会地位低，这种高水平医生积聚高级别医院配置方式，自然形成了患者越来越不信任社区医生的恶性循环，这是我们无法形成分级诊疗体系的根本原因。所以基层医疗服务体系改革的关键是如何吸引好大夫到社区。自由执业的医生很自然地根据社区居民

的方便开办诊所，很自然地根据疾病谱的特征形成分工合作体系。因此，欲真正建立分级诊疗体制，形成首诊在社区的制度，需要建立以医生自由执业为基础的、以社区医疗机构为主体的社区医疗服务体系。

另外实现分级诊疗，还需要通过各类医疗机构协同发展服务体系的构建解决不同类别不同层级机构之间的分工协作问题。通过对口支援、建立医疗联合体、远程医疗、乡村一体化管理等多种形式，促进医疗资源整合和医疗机构之间的协作，促进连续性医疗服务的实现。在我国医疗服务体系的重构与优化上，需要建立以患者为中心、以基层服务机构为主体的医疗机构协同发展模式，而不是以大型公立医院为主体的发展模式。

提供体系的能力建设需要从服务能力、服务动力与服务压力三个方面着手。服务能力应该在进一步明确不同层级医疗机构的功能与服务范围的基础上，加强不同层级的医疗机构在人力资源、设备设施以及适用技术等方面的建设；服务动力需要从物质动力、精神动力和信息动力等方面着手；服务压力来自于成本控制压力、患者对服务预期、医疗服务信息透明和行业监管等方面。

四、医疗保障制度与分级诊疗

医保制度在分级诊疗制定中起着重要作用。医保机构是代表民众购买医疗服务的购买方，是分级诊疗的积极参与者和重要的支持者。从技术层面看，分级诊疗对减少医疗费用的不合理使用以及提高医疗质量，促进医保机构的良性发展是利好消息。从功能上看，医保能发挥杠杆作用，杠杆是医保部门作为服务购买方，以支付手段为核心的一个综合的调控机制。用好杠杆核心在于支付手段，促使医院把医保控费的外部压力变成一种内在的管理动力，改变“有多少床位，就有多少病人，有多少设备，就有多少检查的理由”的现象。同时采取差异化医保支付政策，增加不同级别医疗机构服务价格、医保报销比例的差距，对促进居民合理就医具有重要作用。

医保支付制度设计的好坏是成功建立分级诊疗模式的基本保障。基层医疗机构能力提升解决常见病多发病的医疗问题，但病人能否下沉，除基层医疗卫生机构的服务能力外，还需要医保付费政策的引导和调控。发挥社会医疗保障制度对引导就医需求合理分流的“指挥棒”作用对分级诊疗模式的建立与实施至关重要。一是支付制度可以实行医疗保险定额付费与分段支付相结合的方式，参保人在符合分级诊疗规定的前提下就诊时，一次治疗可以在不同层级医疗机构内，或者在不同层级医疗机构参与下共同完成，保险定额可以拆分，统一结算；二是不同层级的医疗机构医保支付政策存在差异时，按诊疗时段和内容分别管理、考核。当存在两种以上规定同时适用时，应本着鼓励就诊者理性择医、优先选择分级诊疗的原则，在报销时“就高不就低”；三是促进医疗服务机构按照其功能定位开展医疗服务，把基于功能定位的的医疗服务绩效评价（包括病人的病情复杂程度）与医疗保险机构的支付结合起来，促进不同医疗机构功能的实现。

五、信息系统与分级诊疗

从信息化的角度来推进分级诊疗，主要包含三个方面的内容，第一，建立以电子病历为核心的医院信息化建设。各个业务系统产生了大数据中心，这个大数据中心支撑医院的业务、管理和服务。病人重要的信息都在电子病历，所以要继续推进以电子病历为核心的医院集成平台的建设。第二，以居民电子健康档案为核心的区域信息化建设。分级诊疗首诊在基层，所以要加强基层医疗机构的信息化建设。真正实现双向转诊，还要依托区域医疗健康信息化平台：由基层到大医院，再由大医院通过区域平台到康复机构，实现院前、院中、院后连贯的信息服务。要实现远程医师多点执业，需通过区域平台上下联动。要实现急慢分治，区域卫生信息平台是全科医师职称的慢病管理的必要条件。第三，以“互联网+”的模式推进分级诊疗，如“互联网+医疗”。互联网已由单向互动的 Web 1.0 门户时代，发展到实时互联、各取所需、实时互动的 3.0 大互联时代。2014 年全国网民达到了 6.5 个亿，手机达到 5.6 个亿。这为“互联网+”在医疗健康领域的应用奠定了基础。依托于区域卫生信息平台，“互联网+医疗健康”可以实现个人健康管理、分级诊疗和居家康复，方便就诊看病，降低医疗费用，实现健康管理。

六、地方实践探索

我国不同省市从资源配置、制度建设、保障措施、考核评价等方面对分级诊疗制度进行了不同程度的探索，积累了宝贵的经验，下面是参加本次论坛的部分省市交流的经验。

1. 上海市

上海构建分级诊疗中，与做实家庭医生制度相结合，以 60 岁以上老年人为主体，以优质服务为基础，以资源签约为原则，采取渐进式的推进策略。做实家庭医生制度，赋予家庭医生服务与管理主体地位，以 60 岁以上老年人为主体，以优质服务为基础，以资源签约为原则，采取渐进式的推进策略。同时建立家庭医生 CA 认证制度，实现家庭医生唯一身份识别，提升执业规范、服务水平与主动服务积极性，使家庭医生成为居民健康、卫生资源与卫生费用的“守门人”。通过推行健康卡，真正实现健康档案记录、管理和服务一生的功能，又可通过数据深度挖掘和利用，全面掌握居民健康状况，为制定区域卫生政策提供依据。健康卡是以居民手机为载体，居民可以通过收件终端实现预约挂号、诊间支付等功能。

上海市家庭医生信息化平台中主要包括家庭医生工作和家庭医生管理两大平台。工作平台中，家庭医生利用平台为居民实现预约挂号和和处方延伸，明确相关医院、科室医生排班信息情况，转诊相关规范等情况。同时，在工作平台中对相关费用指标进行明确管理；管理平台中，家庭医生可以实时了解相关预算及执行明细，自己薪酬核定等内容。上海市利用信息化平台构建分级诊疗制度的经验表明，信息化需要上级医疗机构的支撑。在其机构内，设立社区卫生服务办公室，负责与基层对接；预留门诊与住院资源，落实优先预约、优先就诊、优先检查、优先住院等便利措施；以慢性病作为切入点，发挥社区与医院各自优势，形成“全专联合”的防治管理模式。

2. 深圳市

深圳分级诊疗制度建设的目标是医疗资源结构得到全面优化、科学合理就医秩序基本形成、医疗服务公益性进一步体现及居民健康水平进一步提升。工作举措主要包括：第一，按照两级医疗体系的架构，合理布局区域医疗中心与基层医

疗服务体系。明确其功能定位，新医改以来的工作举措主要包括完善区域医疗中心和基层医疗服务网络架、准确定位区域医疗中心和基层医疗服务网络的各自功能、完善医疗机构之间的分工协作机制及健全基层首诊、分级医疗、双向转诊制度。优化医疗资源配置，主要包括严把医疗机构功能定位关、推动康复护理服务发展、推动“医养融合”及支持设置独立的医学检验机构、病理诊断机构和医学影像机构。第二，通过院办院管，促进区域医疗中心与基层医疗机构形成上下联动机制。政府主导包括政府提供医疗机构的基本建设、用房租赁、全科医师培训，以及基本公共卫生服务、社区基本医疗服务、政策性减收等补助经费。同时，医院负责举办和管理社康中心，实施一体化、专业化、精细化的连锁式运营管理。一方面落实了政府保基本的职能，有效发挥了大医院的管理、人才、技术和后勤保障优势，促进社康中心的可持续发展。同时，促进大医院与社康中心合理分工，形成天然的分级医疗、双向转诊的制度。保障患者不管在医院还是基层医疗机构，都能获得诊疗方案一致、用药目录一致、质量保障机制一致的基本疾病诊疗服务。通过人才保障机制、双向转诊机制、设备共享机制、信息沟通机制、质量保障机制和激励约束机制的建立，促进医疗中心与基层医疗机构之间的上下联动。第三，推动医疗、医保、医药“三医联动”构建科学合理的分级诊疗体系。首先实行医保强制社区首诊和差别付费制度。另外，实行分级收费和分级补助制度。将三级、二级医院诊疗量中的大病比例纳入核定财政补贴因素；引导大医院以诊疗大病和重病为主，减少小病和常见病诊疗。同时，完善药品供应保障机制。顺应为市民提供专科与全科、院前与院后接续性医疗的需求，合理配置基层医疗机构的药品。运用“互联网+医疗”，创新慢性病病人长期用药和个体化用药供应保障机制，让市民在基层医疗机构看病取药更加方便。

3. 青海省

青海省建立分级诊疗采用医疗卫生服务体系自我完善、自我重塑和再造的措施，自2013年开始全面开展实施基层首诊、分级诊疗和双向转诊机制，将控制医疗费用、双向转诊与医保支付方式结合起来。青海省在贯彻双向转诊制度、落实社区首诊方面的经验：第一，遵循严格分级诊疗程序，居民由首诊医疗机构转至二级医疗机构，二级医疗机构转至三级医疗机构。第二，履行规范的转诊审批

程序，二级以上机构填写转诊证明，由医生签字，一级医疗机构由代为负责人签字盖章。取消医保机构经办程序，进一步明确特殊人群转诊程序，特殊人群自主选择医疗机构诊治，同一种疾病复查可选择同一机构治疗，统筹区域内二级医疗机构按照就近就医，实施双向转诊机制，凡是向上级转诊可在下一级康复的应转回下一级医疗机构。第三，明确九项控费措施：医疗卫生机构要将当年的医疗总费用、医保支付费用、次均门诊和住院费用控制在前3年平均水平，住院自费部分严禁转入门诊费用记账。三级和二级医疗机构药占比分别为45-50%，并明确了6项监管措施。第四，制定高质医用耗材，最高限价并实行集中招标，凡医保定点机构不服从分级诊疗实行通报批评，并定点公布转诊情况。青海省的措施取得了一定的进展成效，如居民就医习惯发生改变等。

4. 江苏镇江市

统筹规划，完善城乡服务网络。镇江经验是首先优化整合医疗卫生资源，从调整完善公立医院布局开始，控制公立医院床位规模、建设标准，将市区二级医院转型为专科医院或社区医疗机构，完善康复医疗、老年护理服务体系。其次，分级诊疗的顺利开展关键在于夯实基层医疗卫生服务网底，通过均衡布点基层医疗卫生机构，对每个基层机构实施标准化建设达到县乡联动、镇村一体。最后，加强基层能力建设，这个能力突出在人员的服务能力，通过对口支援、轮岗、联合门诊提高基层人员服务能力。

将医疗机构以集团化形式进行重组，构建分工协作机制。组建的医疗集团或专科同盟本质上属于一种健康服务综合体，从而实现综合医疗服务、专科服务在社区的纵向一体化。综合体中实行双向转诊，预约治疗上以全科、专科、专家为三方面。将疾病归为急性、亚急性和慢性三类分治标准。

通过三医联动，建立激励引导机制，发挥医保杠杆作用，提高基层医保报销水平，而不是单纯地提高比例。总额预算上向基层倾斜。实施双临床路径管理加上单病种付费，对于下转患者医疗费用实行单独预算。从而推动分级诊疗的开展。其次，需要推进医药改革，对于药品进行集团化采购，改变原有的供应链，将药房社会化，保证基层用药。镇江还创新了基层服务机制，通过家庭医生签约服务进一步落实分级诊疗政策。成立3+X家庭健康责任团队，对镇江所有社区实行网

格化管理，将网格中基本医疗、公卫服务责任落实到每个团队中。最终实现三位一体的疾病综合防控模式，镇江经验在于将高血压、糖尿病、精神病、结核病等项目纳入基层管理范围，建立慢病管理中心与专科医院的联合门诊，涉及到公共卫生服务以人头形式打包支付。第三，对于下转病人，镇江制定了适宜病种下转相关标准。对待下转患者实行三级医院服务，社区收费待遇。

深化医改高峰论坛共识

——分级诊疗制度与实施路径

新时期下，构建分级诊疗体系，需要关注居民的需求，提供“以人为本”的综合卫生服务。这种“以人为本”的分级诊疗理念符合世界卫生组织提出的未来组织框架理念。

为了构建“以人为本”的分级诊疗体系，需要依据分级诊疗的提供、标准与规范、考核、激励、信息等关键要素出发，从政府、医疗服务机构、医保、健康信息、患者等五个层面，提出了分级诊疗实施路径。

共识之一：政府层面

1. 政府需要加大建立分级诊疗制度、重建医疗服务体系的政治决心，协调卫生管理相关的多个部门，统筹规划、统一行动，联合开展改革。

2. 健全层级医疗服务体系，明确各级医疗机构功能定位，优化医疗卫生资源配置。对各级医疗机构服务范围进行规划，如控制公立医院规模、服务范围，促进三级医院和基层机构服务提供的异质化。加强康复、老年护理服务体系的建设。增加人力资源配置总量，提高医生、护士配备比例，优化配置结构。

3. 增加投入，特别是加强基层能力建设。改善基层门诊、住院设施，配置开展基本医疗服务的设备；加大全科医生队伍建设，特别是农村地区基层医疗机构医学人才的定向培养；进一步完善基层现有医务人员的继续教育体系。

4. 建立分级诊疗保障的制度。①建立与分级诊疗相适应的医保制度；②建立医疗机构间的分工协作制度，组建纵向整合的医联体；③改革财政投入制度；④建立符合医疗卫生服务特点的医师薪酬制度；⑤建立差异化的定价制度；⑥改革对医疗卫生机构的考核与监管制度

共识之二：医疗机构服务层面

1. 基层医疗服务机构：①建立家庭医生制度。采取行政区域划分与患者自愿相结合的原则，建立城乡居民基层医疗机构责任医生签约服务全覆盖的服务模式，建立相对稳定的医患契约服务关系。研究制定责任医生按服务人口获取报酬的相

关制度，使收入分配向基层责任医生倾斜。此外，给予基层上转病人优先预约、优先就诊、优先检查、优先住院等便利措施。②建立全科医生团队，依托全科医生为签约居民及其家庭成员提供疾病初级诊疗、转诊转介服务，从慢性病，如高血压、心脏病、糖尿病为切入点，发挥社区全科医生健康管理优势，提高疾病预防、发现与诊治效率，让全科医生成为基层医疗服务体系的重要组成部分。③强化社区私营诊所在社区医疗服务体系的作用。鼓励单个医生私人开办或多位医生合伙开办私人诊所。

2. 各级各类医院：①提高不同层级医院的服务承接能力。建立跨级的临床诊疗路径，建立转诊的绿色通道等，实现患者转诊路径通畅，提高医疗服务连续性。②充分发挥医师多点执业的优势，引导上级医疗机构医生在基层兼职，盘活医疗资源存量，提升基层医疗机构的医疗服务能力，增强患者的信任度。

共识之三：医疗保险层面

1、创新医疗保险支付方式，完善支付制度。探索联合使用按人头预付、捆绑支付、基于疾病的系统总额预付等多种方式。制定居民转诊支付制度、社区居民签约支付制度等。建立保险与服务供给的联合管理模式，针对医疗联合体、对口支援等医疗模式实施按人头打包支付。

2. 充分发挥医保报销政策杠杆作用，提高经基层转诊患者的报销比例，降低不经转诊患者的报销比例，拉大不同级别机构报销补偿的比例。提高基层医保报销水平，引导医保资金下沉。同时，强化医保监督管理，发挥医保在医疗费用、医疗行为规范化以及医疗质量方面的监督作用，提高医保资金使用效率。

共识之四：健康信息层面

1. 完善健康管理信息平台的基础性工作。建立标准的、动态的居民健康信息档案，实现上下级医疗机构患者诊疗信息的标准化，推动医疗机构间电子病历、居民健康档案等信息的互联互通与共享，促进服务衔接。

2. 建立县（市）级医学影像诊断、检验、心电检查、病理等中心，实现检验检测资源共享与检查结果互认。

3. 大力推动远程医疗、互联网医疗、云医疗的服务模式。以信息化推进诊疗流程优化，满足上下转诊便捷及费用结算及时等需求。

共识之五：患者层面

加强对患者正确的健康观、就医观的引导和宣传，促进患者有序就诊，促进病人合理分流。同时增强公众对基层卫生服务的信心。增加患者自主就医的责任与风险。

分级诊疗体系的构建需要患者、政府、医疗服务机构、医保等多方面共同协作。分级诊疗体系构建的基本框架图如下。

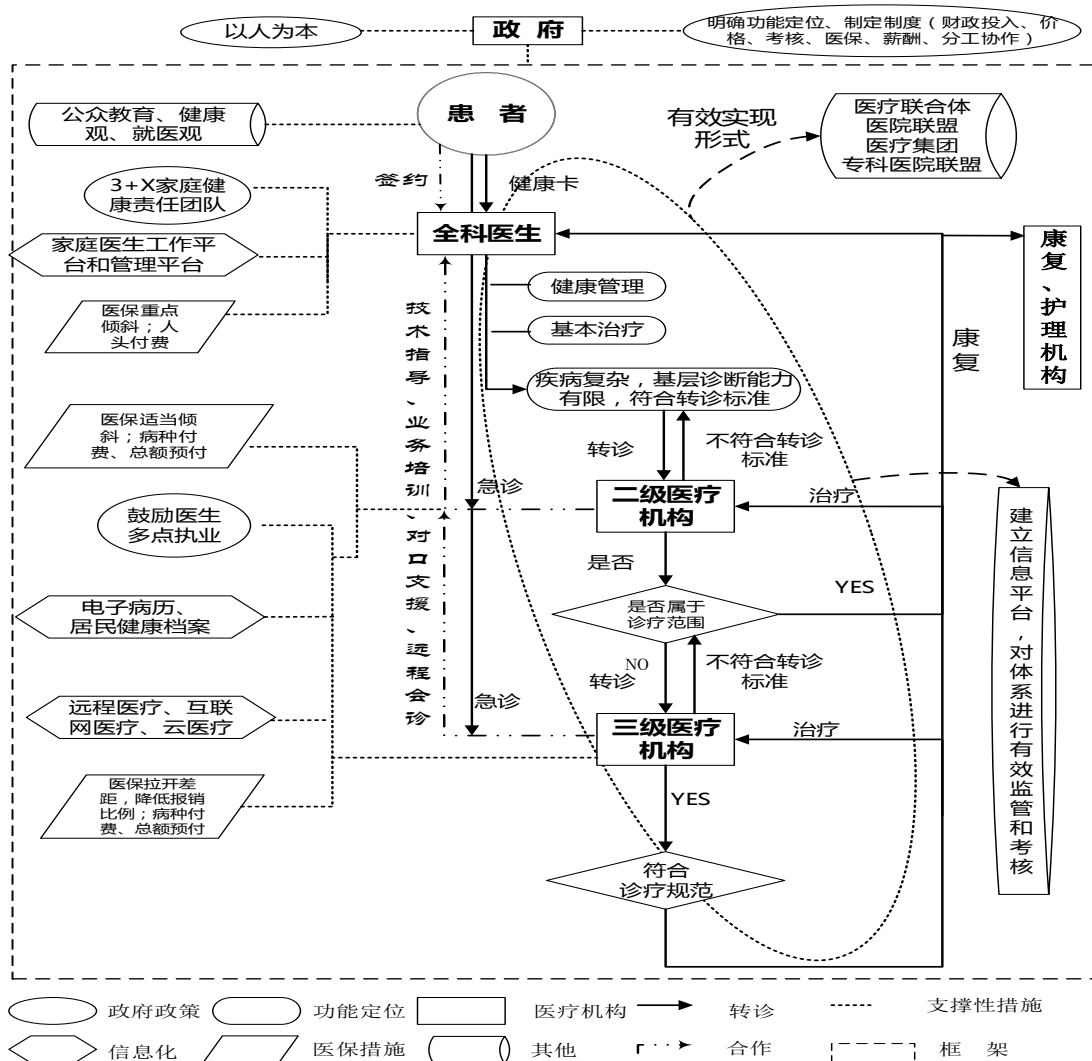


图1 “以人为本”的分级诊疗体系框架