

郑州市金水区卫生和计划生育委员会
郑州市金水区人力资源和社会保障局
郑州市金水区财政局
郑州市社会保险局金水分局

文件

郑金卫〔2017〕49号

关于印发金水区医疗机构双向转诊工作 实施方案（试行）的通知

区卫生计生委、人社局、财政局、郑州市社会保险局金水分局，
各相关医疗机构：

为推进分级诊疗制度落实，规范我区医疗机构双向转诊管理，结合我区实际，制定了《金水区医疗机构双向转诊工作实施方案（试行）》，现印发给你们，请认真遵照执行。

一、各医疗机构要按照功能定位履行各自分工，设立专门机构管理双向转诊，确保双向转诊工作的落实。

二、上级医院要为基层医疗卫生机构预留一定比例的门诊号院和住院病床，开通绿色通道，确保上转患者能够转上去；各医疗机构要按照转诊标准开展上转、下转，保障患者的就医安全。

三、各有关部门和医疗机构要按照规定按时参加分级诊疗制度联席会议，在实施过程中发现的问题，请及时与相关单位联系沟通，促进我区双向转诊工作的顺利推行。

郑州市金水区卫生和计划生育委员会 郑州市金水区人力资源和社会保障局

郑州市金水区财政局 郑州市社会保险局金水分局

二〇一七年四月六日

金水区医疗机构

双向转诊工作实施方案（试行）

为贯彻落实《金水区人民政府关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》要求，助推我区分级诊疗制度的尽快建立和完善，为人民群众更好地提供优质、高效、连续、便捷的医疗服务，结合我区实际，制定本实施方案。

一、指导思想

按照金水区分级诊疗制度建设的总体部署和要求，以医疗联合体为依托，以家庭医生签约服务制度为抓手，以信息化建设为支撑，围绕常见病、多发病、慢性病的分级管理，逐步完善双向转诊网络、运行机制和激励机制，加快建立医疗机构间信息互通、上下联动、资源共享、定位明确、功能互补的协作关系，构建“首诊在基层，大病进医院，康复回社区”的有序就医格局。

二、总体要求

（一）定义。

双向转诊是指上级医院与基层医疗卫生机构间、综合医院与专科医院间、综合（专科）医院与慢性病医疗机构间，按照《金水区市人民政府关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》中各级医疗机构的功能定位，经双方协商一致，根据患者疾病的轻重缓急和疑难复杂程度等病情需要，在患者自

愿、确保医疗安全的前提下，在医疗卫生机构间进行转诊诊治。本方案中双向转诊主要是指基层医疗卫生机构与上级医院间进行的转诊诊治，其他医疗机构间的转诊可参照本方案执行。

（二）实施范围。

实施机构：全市各级各类医疗机构。

实施病种：各级医疗机构临床诊治病种均纳入双向转诊范围。

同时，将高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病等4类疾病作为重点管理病种，实行重点监测考核。根据工作开展情况，逐步扩大重点管理病种范围。

（三）工作目标。

2017年，出台双向转诊方案，全面实施双向转诊，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达到10%以上；对4个重点管理病种开展监测，其中高血压、糖尿病的规范化诊疗和管理率达到40%；2018年，进一步扩大重点管理病种范围，医疗机构间密切合作、分工协作，双向转诊保障和激励机制逐步完善；2020年，对所有适宜临床转诊病例进行监管。建立完善急慢分治、上下联动的双向转诊制度，逐步形成分级诊疗、有序就医格局。

三、转诊规范

（一）转诊架构

按照就近、便捷的原则，金水区双向转诊按照地域分两个架构，城乡居民按参保地在各自基本架构内实施双向转诊，基本架构内医疗机构不能诊治的疾病可进行区域外转诊。

1. 基本架构

上级单位：区域范围内二级以上医院。

基层医疗卫生机构：区内一级医院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部（诊所）等。

2. 区域外转诊

因病情需要，区域内患者上转至市区二、三级医疗机构就诊或转诊到郑州市域外医院就诊的，按医保相关规定执行。

3. 区域内上下级医疗机构间建立双向转诊关系，应与医联体有机结合，医联体内上下级医疗机构可在内部探索建立责任分担和利益共享机制，鼓励形成更加紧密的上下联动、分工协作的双向转诊关系。

（二）功能定位

基层医疗卫生机构：负责疾病临床初步诊断，对收治能力范围内的疾病按照诊疗指南，制定个体化、规范化的治疗方案；建立健康档案，及时更新；对慢性病、康复期等患者开展随访、基本治疗及康复治疗，有条件的医疗机构可以开展慢性病并发症的筛查；开展健康教育，指导患者自我健康

管理；实施双向转诊。

上级医院（二级及以上医院）：负责疾病临床诊断，按照疾病诊疗指南，规范制定个性化、规范化的治疗方案；指导、实施双向转诊；定期对基层医疗卫生机构医疗质量和医疗效果进行评估。其中，二级医院负责急症和重症患者的救治，对基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。三级医院负责疑难复杂和急危重症患者的救治，对二级医院、基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。

在基层中医药体系不健全、能力较弱的地区，鼓励支持将中医医院中医门诊诊疗范围纳入首诊范围，满足人民群众首诊看中医的需求。

（三）转诊流程

1. 向上转诊

（1）各级医疗机构应多举措、多形式、多途径鼓励、引导患者在签约家庭医生所在的基层医疗卫生机构接受首次诊察，首诊医师依据诊疗常规进行诊治或转诊。

（2）首诊医师一旦确定无法诊治，符合上转标准须转往上级医院诊治的，按照转诊原则，经科室主任（或基层医疗卫生机构负责人）、患方同意，由首诊医生登记、填写《双向转诊单（上转）》（见附件1）后，基层医疗卫生机构要与上转医院联系好转诊事宜，确保患者安全转诊和病情、病案交接。

(3) 转诊患者持《双向转诊单(上转)》到上转医疗机构后,由医院双向转诊管理部门进行转诊登记,并负责做好患者的基本医疗保险、后续诊疗手续的协调办理工作。

双向转诊原则上应按照“基层首诊、有序转诊”的流程实施,下列特殊情况除外:危重、急诊、术后复诊、精神类疾病、急性重大传染病、恶性肿瘤等在基层不具备诊治条件的;依据法律法规,需专业防治机构诊治的病例;其他不适宜基层首诊的病例。

2. 向下转诊

(1) 上级医院患者符合下转标准时,经科室主任、患方同意,由科室医生登记、填写《双向转诊单(下转)》后,由医院双向转诊管理部门联系好下转医院,确保患者安全转诊和病情、病案交接。患者下转应优先下转至签约医生所在基层医疗卫生机构。

(2) 转诊患者持《双向转诊单(下转)》到基层医疗卫生机构双向转诊管理部门后,办理入院或继续门诊诊治。

(3) 上级医院应提供下转患者的接续治疗方案,对下转患者继续进行随访,对后续诊治进行跟踪和指导。

双向转诊信息平台建设完成后,上下转诊均需通过平台完成。

(四) 转诊原则

1. 知情协商。首诊医疗机构应充分尊重患者的知情权和

选择权，客观介绍可转往的医院及其专科情况，由患者自主选择是否转诊及转往的医院，并在病历的医患沟通中体现。

2. 科学转诊。根据医疗机构区域布局和功能任务、服务能力等情况，结合患者病情及就诊需要，本着安全、便捷、就近、就急的原则安排转诊。

3. 功能衔接。各级各类医疗机构应按照各自的功能定位、学科专长，在双向转诊中分工协作，确保患者得到优质、便捷、连续、有效的医疗服务。

（五）转诊标准

1. 上转标准

（1）就诊疾病超出医疗机构核准登记的诊疗科目、医疗技术临床应用或手术资质范围的病例；

（2）临床急危重症，难以实施有效救治的病例；

（3）不能确诊的疑难复杂病例；

（4）突发公共卫生事件中，处置能力受限的病例；

（5）因技术、设备条件限制不能诊断、处置的病例；

（6）依据有关法律法规，需转入专业防治机构诊治的病例；

（7）其它符合上转的情况。

2. 下转标准

（1）常见病、多发病，基层医疗卫生机构有能力诊治的病例；

(2) 急性病恢复期、术后恢复期、危重症稳定期，仅需康复治疗、定期复诊随访或长期管理的病例；

(3) 恶性肿瘤晚期仅需保守、支持、姑息治疗或临终关怀的病例；

(4) 需要长期治疗的慢性病病例；

(5) 老年护理病例；

(6) 上级医疗机构与基层医疗卫生机构间共同商定的其他下转患者；

(7) 其它符合下转的情况。

四、保障措施

(一) 建立健全组织领导

区卫生和计划生育委员会成立双向转诊工作领导小组，设立具体部门负责金水区分级诊疗服务和双向转诊制度的统筹规划、协调组织等工作。各级各类医疗机构应设立双向转诊管理专门机构，负责双向转诊的组织、实施以及考核工作，不断完善内部流程、管理规范、考核及奖惩制度等。

(二) 完善转诊管理制度

各级医疗机构应结合自身实际，进一步规范转诊流程、管理制度，畅通双向转诊绿色通道，确保医疗服务的连续性。医疗机构间应加强沟通交流，相互熟悉各自的基本情况、专家特长、检查项目以及服务价格，方便转诊工作开展。上级医院应主动公布本单位双向转诊管理部门联系方式，确保双

向转诊及时通畅。

各级医疗机构要做好转诊病人的转诊信息统计、管理工作，要认真填报《医疗机构双向转诊信息统计表》(见附件2)，每季度将上一季度的双向转诊信息报送至区卫生计生委。二级以上医疗机构直接报送至市卫生计生委。

(三) 加强医疗服务联动

鼓励三级医院逐步推行日间手术，在保障医疗质量与安全的前提下，为患者提供高效的日间手术服务，将术后稳定康复患者转往二级医院或基层医疗卫生机构，指导下级医疗机构做好患者术后康复，并为基层医疗卫生机构开通日间手术绿色通道。上级医院医务人员对转诊至下级医疗机构进行接续治疗或康复的患者应予以追踪和指导，下级医疗机构医务人员可了解转院患者诊治情况或参与查房。鼓励双向转诊机构间推行“患者不动医生动”模式，在基层医疗卫生机构病房和设备条件具备的前提下，上下级医院在基层设立“联合病房”，将患者留在基层医疗卫生机构诊治，减轻患者就医负担。

各级医疗机构对转诊的患者应简化手续，优先诊疗、优先安排住院床位、对患者的检查检验结果实施互认，避免重复排队、重复检查等情况，提高转诊就诊效率。上级医院根据基层转诊预约情况，预留一定比例的门诊号源和住院病床。门诊、住院及大型医疗设备检查等可由基层医疗卫生机

构直接预约，不需重复排队等待。鼓励各双向转诊医疗机构结合实际，针对双向转诊制订各项优惠措施。

（四）加强医保政策引导

1. 加快推进医保门诊统筹。逐步将签约居民常见病、多发病和慢性病纳入医保门诊统筹管理，将签约服务费按规定纳入门诊统筹基金支付范围，引导基层首诊，在签约基层医疗卫生机构就医。

2. 减免医保起付线费用。对按规定办理双向转诊手续的，从基层医疗卫生机构转入上级医院时，仅向上级医院补齐医保起付标准的差额部分；上级医院下转至基层医疗卫生机构时，免交基层医疗卫生机构医保起付线费用。

3. 完善医保支付政策。上级医院下转基层医疗卫生机构的患者，转诊后再次入院发生的一定金额内的住院医疗费用，医保支付比例适当提高。国家、省、市出台相应政策后，从其规定。

作为城乡居民医保的过渡性措施，对未按规定办理转诊转院手续（急诊除外）的，按相应医疗机构级别医保报销比例降低 20 个百分点。

4. 扩大医保报销范围。逐步将患者住院期间因条件限制、病情需要而到独立医学影像机构、检查检验机构、病理机构等第三方医疗机构进行的检查检验项目，以及因资源共享、提升服务、方便群众而开展的远程心电诊断、远程影像

诊断、远程病理诊断、远程动态监测、远程会诊等远程医疗服务项目纳入患者住院医疗费用中计算并按医保规定比例报销。逐步扩大院内中药制剂医保报销范围。探索将基层首诊后转诊患者在试点医院进行规定病种的日间手术费用纳入医保报销范围并逐步推开。

(五) 加强医药保障协同

1. 扩大基层医疗卫生机构药品目录。将二、三级医院医保目录内用药全部下放到基层医疗卫生机构，允许其根据工作实际配备使用并按规定予以报销，实现不同层级医疗机构医保用药目录的全面衔接，确保基层就医和下转到基层的患者治疗、用药的连续性与可及性。

在此基础上，对于下转的患者，基层医疗卫生机构可根据病情需要和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。

2. 开展慢性病长处方试点。选取高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病等四种疾病开展慢性病长处方试点。对上述四种疾病稳定期患者，符合相应条件的（疾病诊断明确，有二、三级医院诊断证明；治疗方案确定，长期服用同一类药物，非单一病种可合并使用2种以上药物；病情稳定，适合在基层诊疗或居家口服药物；已签订家庭医生签约服务协议并建立电子健康档案），可在签约基层医疗卫生机构按慢性病管理有关要求，开具最长不超过两个月的药量。

(六) 加强推进信息化建设

加大政府投入，加快建设市、区两级人口健康信息平台，逐步实现辖区内居民电子健康档案、电子病历、检查检验等诊疗信息在各级各类医疗卫生机构间互联互通、信息共享。建设以签约服务、双向转诊为重点的分级诊疗信息系统，保障患者转诊转院快捷、畅通、有效，利于各级卫生计生行政部门的医疗质量监管及绩效考核。鼓励、支持二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电诊断、远程教学培训等远程医疗服务，探索“基层检查、上级诊断”的有效模式，促进优质医疗资源下沉。

（七）加大宣传引导力度

各有关部门和医疗机构要通过各种媒介，采取群众喜闻乐见的方式，广泛宣传实施基层首诊、双向转诊的目的、意义及享有的各项优惠政策，引导患者合理、就近、优先选择基层医疗卫生机构首诊，在疾病恢复期（康复期）下转基层医疗卫生机构就诊。同时应加强对广大医务人员的政策培训和宣传教育，树立分级医疗意识，提高其对分级诊疗、双向转诊重要性的认识，调动参与热情，积极主动参与双向转诊。

（八）严格落实监督考核

双向转诊工作是落实分级诊疗制度建设的重要内容和抓手，区卫生计生委、区人力资源和社会保障局、区财政局、郑州市社会保险局金水分局要按照各自职责分工，切实加强

对双向转诊工作的指导检查。要将重点管理病种患者的下转率、平均住院日、次均住院费用、患者满意率、规范化健康档案使用情况等双向转诊工作开展情况作为年度分级诊疗考核的重要内容，实施动态监测、定期考核。对成绩显著的单位和个人，将在全区进行通报表扬；对双向转诊工作重视不够，问题较多的部门和个人，要约谈负责人并限期整改，必要时全区通报批评，以确保双向转诊制度落到实处。

本方案自 2017 年 4 月 6 日起实施。

- 附件：1. 双向转诊单（参考样本）
2. 医疗机构双向转诊信息统计表

附件 1

双向转诊单(存根)

编号:

姓名: 性别: 年龄: 身份证号:

医疗保障方式:

初步诊断: 转诊原因:

转往医疗机构: 患方联系电话:

转出时间: 年 月 日 时 分 患方知情同意签字:

转诊医疗机构: 转诊医生: 联系方式:

(医疗机构公章)

双向转诊单(上转)

编号:

患者姓名:	性别:	年龄:	医疗保障方式: <input type="checkbox"/> 职工医保(省职工医保、市职工医保) <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 其他医保 <input type="checkbox"/> 自费
转诊医疗机构:		转往医疗机构:	
病情摘要及处置情况:			
转诊原因: <input type="checkbox"/> 1. 条件所限无法进一步治疗; <input type="checkbox"/> 2. 急危重症患者; <input type="checkbox"/> 3. 本医疗机构可以治疗, 但患者要求转诊; <input type="checkbox"/> 4. 其他			
转诊方式: 120 接送、转诊单位护送、患者自理			
患方知情同意签字:			
转出时间: 年 月 日 时 分			
转诊医生:		联系方式:	
转入	接收医疗机构:		
	时间: 年 月 日 时 分		
	接诊医生:		

双向转诊单(存根)

编号：
姓名： 性别： 年龄： 身份证号：
主要诊断： 转出病区： 住院号：
转诊原因：
转往医疗机构： 患方联系电话：
转出时间： 年 月 日 时 分 患方知情同意签字：
转诊医疗机构： 转诊医生：

(医疗机构公章)

双向转诊单(下转)

编号：

患者姓名：	性别：	年龄：	转出病区：	住院号：
转往医疗机构：		转诊目的： 门诊 住院 其他：		
医疗保障方式：				
病情摘要及诊疗情况： (住院患者详见出院小结)				
后续治疗方案与管理建议：				
预约复诊或随访时间、方式：			患者知情同意签字	
转出(院)时间： 年 月 日 时 分				
转诊医生：		联系方式：		
转 入	接收医疗机构：			
	时间：	年 月 日 时 分	接诊医生：	

- 说明：** 1. 《双向转诊单》一页两联。存根联(上联)由转诊医疗机构保存，下联由接诊医疗机构双向转诊管理部门保存。
2. “编号”编码规则：由各转诊单位编制，固定码18位+顺序码。组织机构代码(9位。组织机构代码证或《医疗机构执业许可证》执业登记号前9位)+医疗保障方式(1位。省职工医保：1；市职工医保：2；居民医保：3；其它医保：4；自费：5)+转诊日期(8位。年份：4位；月份：2位；日期：2位)+转诊单位转诊患者顺序号

附件 2

医疗机构双向转诊信息统计表

单位名称（公章）：

编号	患者姓名	身份证号	转诊时间	转诊原因	转往医疗机构	门诊/住院	初步（主要）诊断

填表说明：1. 编号：为患者《双向转诊单》编号。2. 转诊时间：应具体到“日”。3. 转诊原因：选填数字或书写具体原因，具体为：①条件所限无法进一步治疗；②急危重症患者；③转诊医疗机构可以诊治，患者要求转诊；④康复或后续治疗。4. 本统计表中不允许空项。5. 本统计表每季度统计，下一季度每一个月 15 日前上报至市卫生计生委。西医医疗机构按程序报送至市卫生计生委医政医管处，电子邮箱：zzyzc8629249@163.com；联系人：李鹏；联系方式：67170819；中医医疗机构按程序报送至市卫生计生委中医管理局，电子邮箱：zhongyichu@126.com；联系人：侯秋娟；联系方式：67170825。

填报人：

填报时间：

联系方式：

