卫生政策

县域分级诊疗制度建设的金寨实践

袁　振[1]，　李善柱[2]，　李志广[1]，　谢瑞瑾[1]
1. 安徽中医药大学医药经济管理学院，　安徽　合肥　230012；
2. 金寨县中医院财务科，　安徽　金寨　237300

摘　要：分级诊疗对于引导居民有序就医，实现医疗资源的有效配置具有重要作用。金寨县通过加强党对医改工作的领导、切实推进逐级转诊制度、构建医防融合新体系、加强人员下沉与人才培养、加大资金支持与激励力度、加快医疗服务网络信息化建设等措施，推进分级诊疗制度建设。金寨县的相关做法具有典型性，可以为其他县域提供参考借鉴。针对分级诊疗制度建设过程中存在的问题，需从以下几个方面加以完善：明确各级医疗机构功能定位、完善三甲医院与县级医院双向转诊机制、提升基层医疗机构服务能力、发挥医保在分级诊疗中的引导作用、扩大健康服务范围。

关键词：分级诊疗制度；医共体；基层医疗；县域；金寨
中图分类号：R197.1　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1671-0479（2026）05-489-005
doi：10.7655/NYDXBSSS260126

随着经济社会的快速发展，人民群众对健康的需求日益增长，但“看病难”的问题仍然十分突出，具体表现为患者往往从基层医疗机构流向大医院，造成大医院人满为患、基层医疗机构业务量萎缩的现象[1-2]。建立完善的分级诊疗制度能够破解患者无序就医所带来的困境[3]，例如，英国的国家健康服务体系（NHS）、美国的健康维护组织（HMO）都通过分级诊疗制度实现了医疗资源的有效配置[4-5]。2015年国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，提出要建设符合国情的分级诊疗制度；各地积极开展分级诊疗的实践探索。部分学者从理论上讨论了分级诊疗制度建设的难点、路径等问题[6-8]。安徽省金寨县属于经济发展水平相对落后的县域，于2019年启动医改，其分级诊疗实践取得了一定成效，其在有限医疗资源条件下建设分级诊疗制度的经验做法，对于其他县域（特别是中西部县域）而言具有借鉴意义。

金寨县地处大别山腹地，鄂豫皖结合部，总面积3 919平方千米，辖23个乡镇、1个开发区，2024年户籍总人口66.7万人，常住人口48.8万人，是安徽省面积最大、山区人口最多的县。2019年以前，全县参保居民县域内住院人次占比仅为68.3%，医保基金县域内支出占比仅为44.8%，居民就医费用高、负担重。县域内医疗机构条件差，医疗服务能力不足，居民生病后第一选择是到县级及以上医院治疗，基层医疗机构业务量不断减少。县级医院主要收治乡镇卫生院的患者，大病、重病患者大部分流出县域外，基层医疗机构一度出现“公共卫生为主、从来不手术、基本不看病”的局面。2019年开始，金寨县实施以县人民医院、县中医医院为龙头，乡镇卫生院为枢纽，村卫生室为基础的紧密型县乡村医疗卫生服务一体化管理改革，重点构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗格局，建立起了一套较为完善的分级诊疗制度。

一、金寨县分级诊疗制度建设的措施

（一）加强党对医改工作的领导

2019年，金寨县成立县委卫生健康工作委员

基金项目：国家自然科学基金“基于价值导向的公立医院中医诊疗服务价格动态调整模型构建与应用研究”（72674005）；安徽省社科规划重点项目“基于长三角一体化的安徽卫生健康高质量发展及体系完善研究”（AHSKD2023D048）；安徽中医药大学常青藤工程重点攻关项目“基于多源数据的中医药健康服务治理体系研究”（CQT20250207）
收稿日期：2026-03-30
作者简介：袁振（1990— ），男，安徽亳州人，博士，讲师，研究方向为医疗保险；谢瑞瑾（1968— ），男，安徽滁州人，硕士，教授，研究方向为医药卫生体制改革，通信作者，xierj@ahtcm.edu.cn。

会。在组织架构层面，分管三医工作的县领导兼任工委书记，县卫健委领导和县医保局领导分别担任第一副书记和副书记，县卫健委、县医保局、县药监局、县医共体牵头医院负责人担任工委委员。在党建引领层面，将原隶属于乡镇党委的乡镇卫生院党组织和党员、原隶属于县直工委的医保党组织和党员统一划转到县委卫健工委，实现党建、业务、群团工作的一体化管理。在运行机制层面，县委、县政府将制定和实施医改政策的权力下放给县委卫健工委，加快改革政策的制定和落实。县委卫健工委则将乡镇卫生院院长任免权、人事调配权、编制使用权、职称聘任权、资金分配权，以及包干医保基金支付审核权、支付权和结余分配权等下放给医共体牵头医院，加快政策推进速度。

（二）切实推进逐级转诊制度

推行“一个池子进水、一个龙头出水”的逐级转诊模式。“一个池子”是指乡镇卫生院。村卫生室接诊的患者，除危急重症外，全部转入辖区内乡镇卫生院就医，乡镇卫生院尽量收治“50+N”病种患者，对不能收治的患者，落实首诊负责制，及时转诊到医共体牵头医院。“一个龙头”是指医共体牵头医院。医共体牵头医院与县域外7家三甲医院建立帮扶协作关系，通过外请专家、学科共建和远程会诊等方式，全面提升医疗服务能力，尽力收治“100+N”病种患者，对确需外转的，优先转诊到省内三甲医院，确保患者从一个“龙头”流出，引导居民有序就医。对适宜在基层医疗机构治疗的一、二类择期手术，后续治疗或康复的患者，需要长期康复治疗的患者，下转到乡镇卫生院治疗，医共体牵头医院专科医生提供连续指导、会诊服务。乡村医务人员每周跟踪县域外住院患者，用事例、算账等方式宣传政策、解答问题，引导县域外住院患者回流。

（三）构建医防融合新体系

开展全民免费健康体检，大量的高血压、糖尿病等慢性病及早期肿瘤得到筛查治疗。将慢性病患者分为重点管理、重点关注和普通管理三类，降低慢性病患者并发症发生率和住院频次。试点高血压、糖尿病“两病”门诊用药免费配发，乡镇卫生院设立高血压、糖尿病“两病”门诊，将全县7.41万名高血压患者、2.06万名糖尿病患者纳入门诊管理，家庭医生定期上门巡诊、指导用药。通过签约服务和签约转诊，引导参保居民养成有序就医、履约转诊的习惯，建立“未病早防治、小病就近看、大病专家看、慢病常管理、转诊帮对接”的医防融合新体系。

（四）加强人员下沉与人才培养

1. 推动人员下沉

医共体牵头医院向区域医疗卫生中心派驻专家帮扶团队，由3名副主任医师和1名护士长组成，每月到帮扶单位工作不少于7天，帮助解决区域医疗卫生中心疑难问题，提升疑难重症救治能力。同时，根据基层的需求，医共体牵头医院为每个区域医疗卫生中心选派3~5名业务能力强的医护人员组成服务团队，到基层连续服务1年，将服务经历作为职称晋升的必要条件，基层医疗机构将其纳入统一管理，实行多劳多得、优绩优酬。

2. 加大基层人才培养力度

乡镇卫生院原则上始终保持1名医生在外进修，培训以中医药适宜技术推广应用为主，辅以慢性病管理等线上线下培训，使每个村卫生室至少有1名合格村医，具备20种常见疾病诊疗能力，能够开展4类以上中医药适宜技术服务。制定“县招县管乡村用”的人才招聘机制，招聘人员先在医共体牵头医院培养1年后再到乡镇卫生院工作，达到一定时间和条件后逐步调动至上级医院，解决基层招人难、留人难、培养难的问题。实施村医免费培养制度，每年与省内高等院校联合，培养103名本县户籍医学专科生。

（五）加大资金支持与激励力度

1. 加大财政资金投入

以三级医院创建为目标，投入资金10.5亿元，建设县人民医院新院区和县中医医院综合大楼，新建肿瘤放化疗中心和口腔医疗中心，全面提升县级医院综合服务能力。考虑地域因素和居民就医习惯，在全县设置7个区域医疗卫生中心，实施区域内人、财、物一体化管理，带动提升周边乡镇卫生院的医疗卫生服务能力，实现居民就近就医。区域医疗卫生中心具备内科、外科、妇科、儿科、中医科、康复科服务能力，普通乡镇卫生院具备急诊、内科和中医科服务能力。

2. 创新资金激励机制

对经乡镇卫生院上转到医共体牵头医院住院的，牵头医院将医疗服务收入的5%和10%分别返还至区域医疗卫生中心和普通乡镇卫生院。制定紧密型县域医共体医保包干资金结余留用管理办法，将结余医保基金60%用于惠民。一是制定外请专家手术（会诊）资金使用管理规定，从医保结余资金中划拨300万元用于院外专家到县域内开展手术、会诊补助，外请省内专家的费用全部从医保结余资金中支出。二是制定特殊病种补助实施方案，利用医保结余资金对在县域内治疗的恶性肿瘤（含放化疗）患者给予医疗总费用15%的专项补助，减轻此类特殊困难居民的经济负担。

3. 完善薪酬与绩效考评制度

允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励，建立符合医疗卫生行业特点和医共体发展要求的薪酬制度，合理提高医

务人员薪酬水平。为在岗村医每月发放900~1 300元生活补助,给予偏远乡镇卫生院职工每月200~600元岗位奖补。每年制定和调整医共体绩效考核办法和考核指标,明确指标区间,将牵头医院院长年薪、职工绩效与医共体考核结果挂钩,将成员单位职工的奖励性绩效工资与考核结果挂钩,根据得分按比例兑现,实行月通报、月兑现。

(六)加快医疗服务网络信息化建设

1. 建立医共体会诊转诊服务中心

金寨县通过建立医共体会诊转诊服务中心对转诊患者进行信息化管理,实时追踪转诊患者的动态。对转诊患者实行绿色通道,免挂号费,免救护车费,享受免费外请专家会诊、特殊病种专项补助。同时,通过转诊会诊中心的远程医疗平台,省级医院专家对县级医院进行及时指导,使得部分患者不出县域就能够享受到专家诊疗服务。

2. 推动医疗资源共享

全县实现电子健康档案、门诊住院数据、健康体检中心等数据与区域卫生信息平台信息共享、实时连通。建设全县影像、心电、检验三大中心,实行基层检查、县级诊断,县域内二级医院检查结果互认,实现影像、检验结果和医疗信息共享共用。建设智慧中药房,涵盖电子处方传输、煎药管理、仓储管理等功能,由智慧中药房系统完成统一处方、统一审方、统一调配、统一炮制、统一配送。

二、金寨县分级诊疗制度建设的成效

(一)县域医疗服务能力增强

县人民医院、县中医院双双进入三级医院行列,医疗服务能力和水平得到较大提升。医共体牵头医院新建重点专科5个,开展新项目17个,三、四类手术占比由29.7%提高到67.3%,四类手术占比超过20%。县域医疗服务能力的提高吸引了更多患者在县域内就医,2019年以来参保居民县域内住院人次占比由过去的68.3%提高到82.9%,县域内医保基金支出占比由过去的44.8%提高到现在的71.2%。

(二)基层医疗机构服务量增加

通过体制机制引导、督查考核推动,全县基层医疗机构服务量快速增加。包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室、诊所在内的基层医疗机构诊疗量占比由52.4%提高到71.6%;基层首诊率由21.0%增加到57.2%;基层开展诊疗科目由50项增加到92项,救治病种由89种增加到235种。乡镇卫生院年出院人次占比由改革前的10.4%提高到24.6%;乡镇卫生院年医保基金支出占全县医保基金支出的比例由5.9%增长到11.2%。

(三)居民住院率稳步下降

通过强化村医健康守门人作用、注重居民健康管理、提升居民健康素养,逐步向“能门诊的不住院、能吃药的不打针、能打针的不输液”的目标靠近。县域内居民年患病率由14.3%下降到11.8%,参保居民年住院率控制在15%以内(低于全国平均值5个百分点左右)。医疗卫生发展方式从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变,县域内医疗卫生资源为慢性病防控和健康管理服务。

(四)多方主体满意度提升

经持续投入建设,县乡村三级基本医疗服务能力不断提升,医疗服务收入增加,医务人员收入提高,职工满意度得到提升。医共体牵头医院实现技术、人才等资源下沉,县域内实现分级诊疗,医保包干资金结余留用等措施切实减轻了患者负担,患者就医获得感明显增强,满意度由91.9%提高到97.3%。

三、金寨县分级诊疗制度建设存在的问题

(一)患者外流现象仍然明显

2022年,全县参保居民县域内住院人次占比为82.9%,但之后几年,这一数字出现下降。原因在于,一方面大医院对县域患者的虹吸效应仍然明显。优质医疗资源集中于大医院,县级医院在设备、诊疗、技术等方面与大医院存在较大的差距,居民倾向于到大医院就诊。另一方面,虽然7家三甲医院对口支援2家医共体牵头医院,但在实际运行中,三甲医院与医共体牵头医院的互通机制没有完全打通,城市医疗资源向县级医院下沉的成效仍有提升空间。

(二)双向转诊落实不到位

目前,分级诊疗中的基层首诊、向上转诊都取得了不错的实践效果,但是县级医院患者向下转诊较难。例如,两家医共体牵头医院年下转人次占比仅为1.2%。“上转容易,下转难”是各地在分级诊疗实践中普遍存在的问题[9]。下转较难的原因在于,一方面居民就医需求和期望日益增长,但基层医疗机构服务能力提升较慢,大病小病往大医院跑形成习惯,有序就医、合理就医意识不强,患者倾向于在上级医院接受治疗,不愿意下转到基层医院进行康复[10]。另一方面,医生不愿意将患者下转,特别是临床科室医生观念转变慢,以多收患者多创收为目标,对分级诊疗公益性、长期性认识不到位。

(三)医保对分级诊疗的引导作用不强

医保资金和医保政策是由省级或市级统筹,县级无资金调度和医保政策调整权限,无法因地制宜拉开县域内与县域外的起付线和报销比例差距,无法拉开转诊和非转诊报销比例差距,进而无法发挥医保对就医行为的引导作用[11]。按疾病诊断相关分组/按病种分值(DRG/DIP)付费未实现全覆盖,县域内就医的医保结算采取DRG/DIP付费方式,县

域外就医的医保结算仍按项目付费，导致县域外医疗机构过度收治非本地居民就医[12]。

四、完善分级诊疗制度建设的建议

（一）明确各级医疗机构功能定位

完善医疗资源合理配置机制，制定不同级别、不同类别医疗机构服务能力标准，全面推行分级诊疗和逐级转诊制度。明确不同层级医疗机构的差异化功能定位，省级和市级三甲医院聚焦重症、疑难病及罕见病的诊治；限制省级及以上三甲医院扩张和虹吸效应，有序压缩省级及以上三甲医院的门诊服务。县域三级医院主要承担一般手术类疾病的诊疗任务；乡镇卫生院重点提供常见病、多发病、慢性病的诊疗服务；村卫生室和家庭医生签约服务则以疾病预防、健康管理与基本医疗服务为核心职责。让患者首诊在基层，除急诊重症外的大病，原则上必须预约转诊到上级医院，小病留在县域内解决，减少患者的来回奔波和就医负担。

（二）完善三甲医院与县级医院互通机制

县级医院立足自身实际，按照服务能力短板急需原则，将业务骨干有计划、分批次送往对口支援三甲医院进修培训，不断满足当地居民日益增长的就医需求，促进县域医疗卫生服务能力快速提升。三甲医院派驻到县级医院的人员在职称晋升、评优评先、干部选拔中，优先考虑有帮扶经历者，并将帮扶成效纳入考核。派驻团队享受县级医院绩效增量分成、原待遇保留、职称晋升加分等政策。三甲医院向县级医院提供更为全面的远程医疗服务，双方统一部署远程医疗平台，集成视频交互、数据存储、人工智能辅助等功能；提供预约、随访、健康档案、医保结算等一体化服务；对县级医院医务人员开展“操作+临床+沟通”三位一体培训，降低使用门槛。

（三）提升基层医疗机构服务能力

一是加大对基层医疗机构的资金投入。改造基层医疗卫生场所，为乡镇卫生院采购更新一批影像、生化及公卫一体机等必备医疗设备，为实现“小病不出村、常见病不出乡镇”打牢硬件基础。二是完善基层人才帮扶和培养体系。完善县级医院对基层医疗机构的帮扶机制；扩大定向培养医学专科生的招生规模，鼓励毕业生到基层医疗机构就业；提高基层人员待遇，在基本工资的基础上，合理增加基层人员补贴。三是完善下转的配套制度。制定如高血压、糖尿病、术后康复、稳定期慢阻肺等适合下转的病种白名单；配套制定下转后的管理规范、随访方案和应急转诊通道；将“下转患者数量及质量”纳入医共体牵头医院的绩效考核。

（四）发挥医保在分级诊疗中的引导作用

落实居民在就医方面的差异化医保政策。确定不同层级医疗机构支付比例，提高在基层医疗机构就医的报销比例。降低县域内住院的起付线、提高报销比例，提高县域外住院的起付线、降低报销比例，拉开转诊与非转诊报销待遇差距，引导参保患者就近就医、有序就医。将远程医疗会诊费用纳入医保报销范围。将异地就医费用纳入DRG/DIP付费体系，同步赋予县级医保经办机构对异地就医费用的审核权限，提高费用监管与基金使用效率。

（五）扩大健康服务范围

以提供健康服务为突破口，将慢性病患者纳入健康管理，建立健康管理档案，利用信息化手段提供全生命周期健康管理服务。县乡村三级医务人员开展行为干预措施，以提供服务为宗旨，以健康随访为抓手，开展跟踪随访，通过贴近群众、通俗易懂的宣传方式，切实增强分级诊疗政策宣传的时效性，培养基层群众正确的健康观、医疗观和良好的就医习惯，有效引导其树立有序就医、合理就医的意识。

参考文献

[1] 李孜，方浩. 重庆市分级诊疗制度的实践经验与思考建议[J]. 卫生经济研究，2025，42（3）：37-41

[2] 秦才欣，田蓝岚，金圣珐，等. 不同级别医院就诊量与费用变化趋势分析[J]. 南京医科大学学报（社会科学版），2021，21（5）：474-478

[3] 肖楠，刘国恩. 基层首诊政策对患者就医选择和医疗费用的影响[J]. 世界经济，2025，48（7）：224-248

[4] Garrido M V，Zentner A，Busse R. The effects of gatekeeping：a systematic review of the literature[J]. Scand J Prim Heal Care，2011，29（1）：28-38

[5] Sripa P，Hayhoe B，Garg P，et al. Impact of GP gatekeeping on quality of care，and health outcomes，use，and expenditure：a systematic review [J]. Br J Gen Pract，2019，69（682）：e294-e303

[6] 马琦，徐婕，史雨，等. 医联体背景下分级诊疗的难点与对策[J]. 医学与哲学，2024，45（12）：22-24

[7] 吴万宝，苏敏. 整体性治理视角下我国分级诊疗的实现路径[J]. 内蒙古社会科学，2024，45（5）：92-99

[8] 傅利平，王奕辉，徐小凤，等. 健康需求与协同治理：分级诊疗制度建设实践逻辑——基于公共价值视角的扎根理论研究[J]. 公共管理学报，2024，21（3）：111-123

[9] 王慧红，朱秀岩，韩锡林，等. “基层首诊，分级诊疗，双向转诊”就医制度的实施难点与对策[J]. 中国卫生产业，2025，22（10）：253-256

[10] 贾继荣，高广颖，梁民琳，等. 黑龙江省新农合分级诊疗制度实施情况及对策研究[J]. 中国医院管理，2016，36

(1):5-7
[11] 钱丽娟,方熙茹,肖瑶,等. 广州市分级诊疗制度实施效果评价及对策[J]. 现代医药卫生,2024,40(4):704-707
[12] 任平平,陈勇,赵允伍,等. 异地就医对DRG/DIP支付方式的影响及对策分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2025,25(1):16-20

(本文编辑:姜 鑫)

The Jinzhai practice of county-level hierarchical healthcare system construction

Yuan Zhen[1], Li Shanzhu[2], Li Zhiguang[1], Xie Ruijin[1]
1. School of Medical Economics and Management, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230012; 2. Finance Department, Jinzhai County Traditional Chinese Medicine Hospital, Jinzhai 237300, China

Abstract: The hierarchical healthcare system plays a vital role in guiding residents to seek healthcare in an orderly manner and achieving the effective allocation of healthcare resources. Jinzhai County has promoted the construction of a hierarchical healthcare system through a series of measures, including strengthening Party leadership over medical reform, effectively implementing the referral system, building a new integrated medical-preventive framework, facilitating the downward deployment of healthcare professionals to primary care facilities with talent development, increasing financial support and incentives, and accelerating the digitization of the healthcare service network. These practices in Jinzhai County are highly representative and offer valuable insights for other counties. To address existing challenges in the implementation of the hierarchical healthcare system, improvements should focus on the following areas, including clarifying the functional roles of medical institutions at all levels, refining coordination mechanisms between tertiary hospitals and county-level hospitals, enhancing the service capacity of primary healthcare facilities, leveraging the guiding role of medical insurance, and expanding the scope of health services.

Key words: hierarchical diagnosis and treatment; medical community; primary healthcare; county; Jinzhai