# 分级诊疗工作总结【六篇】

来源：网络 作者：清幽竹影 更新时间：2025-05-03

*分级诊断和治疗是指根据疾病的优先级和治疗的难度进行分级。各级医疗机构承担不同疾病的治疗，逐步实现从全科医疗到专业化医疗的过程。 以下是为大家整理的关于分级诊疗工作总结的文章6篇 ,欢迎品鉴！第1篇: 分级诊疗工作总结　　为适应医疗体系改革，...*

分级诊断和治疗是指根据疾病的优先级和治疗的难度进行分级。各级医疗机构承担不同疾病的治疗，逐步实现从全科医疗到专业化医疗的过程。 以下是为大家整理的关于分级诊疗工作总结的文章6篇 ,欢迎品鉴！

**第1篇: 分级诊疗工作总结**

　　为适应医疗体系改革，我市卫计局按省卫计委文件要求，启动分级诊疗工作，要求建立规范的基层首诊、双向转诊、分级诊疗医疗服务模式，形成上下联动、资源共享、疾病诊治连续化管理的机制，最终实现首诊在基层，小病进基层，大病到医院，康复回基层的就医格局，切实缓解广大人民群众“看病难、看病贵”的问题。根据市卫计局下发《分级诊疗工作实施细则》文件要求，我院与市区多家医院开展了双向转诊工作，加强与上级医院合作，提高患者满意度。现将分级诊疗工作总结如下：

　　>一、分级诊疗工作取得的成绩：

　　我院自从与市级多家医院签定了双向转诊协议以来，建立了良好的双向转诊合作关系，成功建成了上下级医疗合作网络，有效实现了转诊功能，我院成立了分级诊疗工作领导小组，制定双向转诊工作制度，明确双向转诊规范，制作双向转诊流程图，建立双向转诊沟通制度，定期与市立医院就双向转诊工作中存在的问题进行沟通，为患者双向转诊开通了绿色通道，上转患者都得到了有效救治。

>　　二、分级诊疗工作还存在的`问题：

　　1．我院医生能够做到有为、有需求的患者或根据病情需要上转病人，并开具转诊单，能够实施新农合报销；但上级医院为患者开具的下转单却很少。绝大多数病人为上级医院主管大夫口头交代回我院治疗或患者自行到我院继续治疗。

　　2、根据许多到市级医院就诊的患者反馈情况，到市级医院住院不需要基层医院开具转诊单就能直接住院治疗，由此很多患者基层医院开具转诊单认为是麻烦，并且导致很多小纠纷。

　>　三、分级诊疗工作建议

　　1、进一步加强与市立医院的沟通协调，加大合作力度，各项工作不能只流于形式，必须从实际出发，从技术上、管理上提高基层医院的业务技术水平。

　　2、尽最大能力改变基层医院设备不足、药品较少的现状，充分利用基层医院的现有医疗资源，通过加强服务管理，提高服务质量，提高双向转诊患者满意度。

　　3．优化基层医院的医疗服务水平，让上级医院转出的病人愿意在基层继续治疗，基层医院加强与上级医院沟通，对上转病人进行追踪，实施完整、统一化的管理。

　　>四、我院下一步的工作计划：

　　加强服务管理，提高服务质量；结合双方实际，制订更完善的合作计划，进一步与合作医院进行技术、管理方面的交流；如何制定更细致、更流畅的转诊流程，使转诊病人真正享受到国家的实惠。

**第2篇: 分级诊疗工作总结**

　　今年1月，\_\_省发布了《关于\_\_推进分级诊疗制度建设实施方案》的通知，全面启动分级诊疗。分级诊疗是指由不同级别的医疗机构承担不同级别疾病的治疗。开展分级诊疗工作，形成“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的就医格局，从更本上解决基层老百姓看病难、看病贵的问题，有利于促进基本医疗卫生服务均等化，是深化医改的重要举措。

　　笔者在今年省审计厅统一组织的县级公立医院改革审计调查中发现，在目前医疗机构资源配置呈“倒金字塔”的状况下，基层医疗机构离老百姓最近，覆盖范围最广，但由于技术水平相对薄弱，医疗保障不够完善，影响了分级诊疗的实施和效果。在经济较为发达，地理位置优越的某分级诊疗试点地区，分级诊疗制度在基层推行的难度较大，面临诸多的问题和困难。

　　分级诊疗推行中遇到的问题和困难：

　　一是分级诊疗形同虚设，病员流失严重。在笔者调查的某试点市14个乡镇中，分级诊疗病员流失严重。202\_-202\_年新农合住院病人流向省级及其他医院的占比为11.26%、9.13%、8.77%、8.72%；市级占比25.37%、26.92%、20.57%、21.3%；县级医院占比为30.75%、31.88%、36.72%、40.29%；乡镇卫生院占比32.62%、32.07%、33.94%、29.69%。乡镇病员流向省市县级医院达70%，省市两级占比由202\_年的40%逐渐下降为30%，县级医院呈上升趋势，但乡镇卫生院的占比直线下降。

　　二是域外就医费用高涨，患者负担加重。202\_-202\_年新农合住院病人流向各级发生住院费用占新农合住院总费用的比例分别为：省级及其他医院33.19%、30.63%、33.1%、32.23%；市级29.15%、30.8%、、25.92%、26.95%；县级医院29.69%、29.84%、31.44%、32.31%；乡镇卫生院7.97%、8.73%、9.54%、8.51%。省市两级医疗机构虽然就诊人数占比不到30%，但医疗总费用占比却超过60%，县乡两级不足40%，特别是乡镇卫生院不足10%。以202\_年为例，乡镇卫生院住院平均水平为1569元，县级医院为4387元，市级医院为6921元，省级医院为20239元，外地就医费用是县域内的5至10倍，高额的就医费用，加剧了患者的负担。

　　三是域外就医补偿率低绝对额高，新农合支付压力大。202\_-202\_年市新农合住院病人流向各级住院实际补偿占新农合补偿总额的比例为：省级及其他医院22.57%、21.22%、23.38%、22.18%；市级29.3%、30.3%、23.86%、23.54%；县级医院35.98%、35.45%、37.17%、40.01%；乡镇卫生院12.15%、13.03%、15.59%、14.27%。省市两级就医补偿占比虽呈微弱的下降趋势，但占比仍居高不下，将近50%，乡镇占比不到15%。远超县域内其他医疗机构，省市两级的补偿额挤占了县域内有限的新农合资金，加剧了新农合支付的压力。

　　四是各级就医补偿率差异不明显，域内患者受益少。202\_-202\_年新农合住院病人流向各级的实际补偿率为：省级及其他医院37.98%、36.65%、34.44%、31.07%；市级55.85%、52.55%、45.61%、41.85%；县级医院67.33%、63.08%、57.85%、56.61%；乡镇卫生院84.69%、78.85%、79.77%、76.52%。由于各级次补偿比例差距不大，虽然省市两级实际补偿报销比例稍低，但其补偿的绝对数占新农合补偿总额比重近一半，在筹资总量有限、结余须有保障的情况下，只能紧缩县域内新农合补偿总额和比例，最终导致县域内就医的患者保障程度不断下降。

　　产生这些问题，笔者分析主要原因有十个：

　　一是政策变化、地域和经济上优势导致就医观念变化。202\_年卫生改革推出了“点名医疗”，即患者选择医院，患者选择医生的就医模式。由于城乡之间的医疗资源分布悬殊明显，导致许多经济条件好的患者稍有小病都投向大医院，而笔者调查的某试点市正好处在交通便捷，毗邻大城市的优越地理位置上，加上本地区历史上一直属于矿产区，当地农民经济上相对比较富裕，在就医消费上比较放得开，医保报销比例的差别不能制约患者到上级医院就诊的强列愿望，他们愿意出高价选择到省市级医疗机构就医，接受更优良的服务。

　　二是专业技术人才短缺，人员断层。某市的14个乡镇卫生院拥有编制人数1132人，截止202\_年底实有在岗人数1241人，其中卫生技术人员1099人中，执业（助理）医师360人，占比32.8%，执业（助理）医师中，注册为全科医学专业的人数32人，取得全科医生培训合格证的人数58人，合计90人，占比8.2%；本科117人，占比10.65%，其中第一学历为本科16人，专科591人，中专及以下403人；获得初级职称669人，中级412人，副高30人。基层卫生院人员学历、知识、年龄结构不合理，具有执业资格的专业技术人员紧缺，人才招聘困难，临床专业基本上招不到本科毕业生。

　　三是设备陈旧落后，医疗服务能力不足。202\_年14个乡镇卫生院拥有万元以上的医疗设备362台3946万元，多为淘汰老旧设备。其中10万元以上设备仅有57台，10万至50的设备46台，平均每个乡镇2--3台，50万元以上设备11台，主要集中在经济条件较好的几个乡镇卫生院。编制床位921个，实有床位854个，院均61个，部分乡镇床位使用率不到50%，只有个别乡镇达到了100%。近三年乡镇卫生院的门诊人次逐年上升，但住院人次却连年下降，基本上处于挂号看病做检查，开个处方去拿药的状态，乡镇卫生院基本医疗功能日益弱化。乡镇卫生院门诊收入和住院收入比例超过四六开。202\_--202\_年门诊收入分别占医疗总收入的占比高达41.93%、39.5%、41.03%。医疗业务收入中，

　　药品收入和检查收入占比接近60%，治疗收入和手术收入不足25%。四是人员待遇偏低，缺乏激励约束机制。乡镇卫生机构近三年人均年工资总额为3.9万元、6.7万元、4.7万元，人员支出比率为44.1%、57.6%、54.1%；公用支出比率为55.9%、42.4%、45.9%。虽然人员支出占比已超过一半，但基层卫生院绩效工资比例和标准仍然过低，激励作用有限，影响医务人员的积极性，难以留住人才。202\_-202\_年乡镇卫生院人员一直呈净流出趋势，如202\_年流入36人，流出40人，流出的大部分是业务骨干和中坚力量。基层医疗单位的优秀人才及应届本科毕业生流入到省市和县级医院，进一步加剧了基层医疗卫生单位人才短缺。甚至还出现了多干活多出差错多扣钱，还不如不干，推诿病人，将病人往其他医院推送的情况。

　　五是自我保障能力差，严重依靠财政。14个乡镇卫生院202\_年至202\_年本级财政补助收入分别为6872.9万元、11282.9万元、8649万元；上级补助收入255.2万元、438.4万元、203万元；两者占收入总额的46.84%、43.15%、50.9%，基本与医疗业务收入持平；医疗收支结余分别为-6747.5万元、-11052.6万元、-8593万元，严重赤字。相对于其他经济状况较差的贫困地区来说，该地区的财政投入应该不算小，但其应承担的公共卫生服务职能没能得到充分的体现。如没有财政的大量投入，乡镇卫生院将无法运行。基层卫生机构自我造血和自主经营能力严重不足，极大的制约了自身的发展和基本公共卫生服务职能的发挥。

　　六是基本药物制度还不够完善。202\_版\_\_省基本药物集中招标第一批中标目录，共有1963个品规药品可选择。即使是这样，基本药物目录中还是有一些常用的药物没有进入，仍未能完全满足群众的用药需求。同时，由于基本药物采购、配送制度不够完善，导致部分基本药物配送时间过长，不能及时送达乡镇卫生院。加上乡镇卫生院人员不足，无法向村卫生室统一配送基本药物，而村卫生室没有基药采购平台，村医只能自己购买基本药物，由于未严格实施基本药物制度、以致部分村医使用基本药物目录以外的药品，还出现了以高于规定的基本药物收费标准对基本药物收费的情况。

　　七是上下联动、纵向协作开展不到位。某市没有建立市乡两级医疗机构人才流动、对口支援、上下联动的协作（合作）机制。由于县级公立医院本身面临专业人才不足、人才流失严重、学科发展亟待完善的处境，对乡镇卫生院的帮扶、指导非常有限，县乡两级医疗卫生机构的纵向协作不多，也没有其他任何形式的合作合营；本级政府也没有从政策层面制定出台促进优质医疗资源纵向流动和下沉的相关政策和办法。另外，镇卫生院对村级卫生室的辐射职能未最大限度的发挥。

　　八是新农合监管职责缺位，未严格转诊制度。202\_-202\_年某市新农合住院补偿参保患者人次分别为74457、83795、89504和85844，呈上升趋势。以202\_年为例，根据某市合医办下发的《202\_年转诊工作相关规定的通知》规定的转诊条件和办理程序，对本地区具备转诊经办的12家定点医疗机构，下达了202\_年转诊指标1485人次，而新农合实际报销补偿仅省级（\_\_）及其他医院住院7483人次，远远超过年初制定的转诊指标。发生总费用15137万元，新农合实际补偿费用4697.43万元，补偿率31%，补偿费用占20\_\_年新农合补偿总费用的22%。

　　九是补偿政策差异化不明显，引导和制约力度不够。根据《某市202\_年新农合统筹补偿实施方案》规定，按政策范围内住院费用的不同等次，省市县乡的补偿比例也略有差异。以政策范围内住院费用3000-5000元为例，乡镇90%,县级80%，地市级55%，省级40%，但实际补偿过程中，省市县乡四级新农合住院实际报销比例为31.07%、41.85%、56.61%、76.52%，补偿比例差距缩小，不断没有起到很好的引导和制约作用，可能在一定程度上助长了外地就医势头，加剧了分级诊疗的推行难度。

　　十是监管存在盲区，跨地域监管受限。为了方便广大患者，某市新农合已经实现了与省、市级定点医疗机构的实时结算，由于实行市级统筹，而患者流向省级医疗机构的比例较高，市合管办很难对省级定点医疗机构进行有效的监管，导致转诊到省级医院的患者人均住院费用快速增长，202\_至202\_年分别为13525元、16745元、19651元和20239元，同比增长23.8%、17.35%、2.9%，给医保基金支付带来了较大的压力，同时也影响了县域内新农合总体补偿水平。

**第3篇: 分级诊疗工作总结**

　　201\*年，我县开展了分级诊疗工作，按照“试点先行、逐步推开”的原则，抓重点、促难点，抓协作、形合力，着力提升县域医疗服务能力，扎实推进分级诊疗制度建设，全面助力深化医改，取得了一定成效。

　　  >一、加强领导，强化协作，形成分级诊疗工作的合力

　　   建立分级诊疗制度，形成科学有序的就医格局，提高医疗资源的配置效率，是深化医改的一项重要内容。县委、县政府高度重视，特别是201\*年我县确定开始分级诊疗工作后，及时将医改领导小组组长调整为县政府主要领导担任，并专门成立了由主管县长任组长，卫计、发改、财政、人社等相关部门主要负责人任副组长的分级诊疗工作领导小组。同时，按照上级要求，结合我县实际，研究制定下发了《××县分级诊疗工作实施意见》《××县分级诊疗双向转诊实施细则》，确定了高血压、糖尿病2个病种，明确了实施范围、工作重点、推进难点和时间节点。卫计、发改、财政、人社等各相关部门根据自身职责，进一步细化了相关配套方案。领导小组定期召开调度会议，不定期深入基层进行现场指导，及时研究解决工作中遇到困难和问题，形成了领导重视、部门协作共同推进分级诊疗制度建设的整体合力。目前，我县高血压、糖尿病2个病种基层首诊、双向转诊、上下联动的分级诊疗工作机制基本形成。

　>　  二、夯实基础，提升能力，为分级诊疗工作奠定基石

　　   县域综合服务能力提升，是提高县域内就诊率，实现“大病不出县”目标的有力保障。一是加强县乡村三级医疗机构建设。我县两所县级医院新院区均在建设中，保障医疗条件达到全省县级医院一流标准。县中医院新建工程预计202\_年完工。二是强化医疗设备建设。投资3000万元购置了16排CT、1.5Ｔ核磁、日本东芝DR和数字胃肠、西门子彩超和GE四维采超等大型辅助检查设备，为高质量医疗服务提供了有力支撑。三是加快重点医学专科建设。县医院骨科成为市医学重点培养学科，妇科、心血管内科和儿内科被确定为市级临床重点专科项目培育单位，医学影像科已经申报市级重点专科建设项目；同时，2所县级医院还不断加强重症医学科、血液透析、介入、肿瘤等专科的建设水平，减轻群众域外就医负担，保障了医保基金安全。四是强化中医药能力项目建设。先后建成了7个乡镇卫生院“中医馆”、乡镇卫生院标准化中医科和中医特色村卫生室，使全县中医药中医药服务能力进一步提升。

　　>   三、规范管理，优化服务，为分级诊疗工作提供支撑

　　   建立健全完善、有序和规范、高效的运行机制，是推进分级诊疗制度建设的关键举措。一是规范医院管理。在教育培训、岗位设置、绩效考核等方面优化了管理模式，在住院结算窗口设立转诊、转院优先结算窗口，转诊、转院病人优先就诊，及时、快速地办理转诊病人的住院手续，为就诊患者开辟了医疗、医保绿色通道，形成了卫生服务一体化管理机制。二是实施对口帮扶。主动对接省市县三级帮扶，重点在内、妇、儿科等乡村常见病方面，采取上级派员下乡坐诊巡诊、下级派员到上级医院进修学习等方式，大力度培养乡镇全科医生，切实提高医务人员的业务素质和综合水平。目前，全县15个乡镇卫生院部分实现了二级以上医院对口帮扶的覆盖。三是推进签约服务。积极推进乡村医生签约服务制度建设，为群众提供预防、保健、治疗的一体化服务，不仅建立了长期稳定的医疗服务关系，更重要的是指导群众合理就医，真正成为群众健康“守门人”。四是狠抓慢病管理。认真实施基本公共卫生服务项目，尤其对列入分级诊疗的高血压、糖尿病2个病种，开展有效对接，实施重点监测、规范管理。五是借力医保政策。开展适合我县的发展的新农合报销政策，制定了差异化报销补偿政策，拉开不同等级医疗机构之间的起付线、报销比差距。

　　>  四、工作中存在问题及下一步打算

　　   我县在分级诊疗工作中，尽管迈出了第一步，做了一些有益尝试，但目前仍面临诸多困难和问题。

　　   一是乡镇卫生院卫生技术人员短缺，且结构不合理，学历层次低，缺少全科医生，缺乏学科带头人，是制约分级诊疗制度建设的主要瓶颈。目前，我县15个乡镇卫生院，每个乡镇卫生院全科医生还达不到1名，仅有5个乡镇卫生院的6名医师转岗培训合格后注册为全科医生。乡镇卫生院科室分布不均、技术水平不高，能开展的服务项目少，分级诊疗病种受限，下转患者承接困难。

　　   二是日间手术尽管便捷，但目前医保政策不支持门诊日间手术患者报销，制约了日间手术的开展。建议省市尽快制定日间手术目录，协调医保部门确认报销的目录清单，给予政策支持。

　　   三是医联体建设推进缓慢。医联体建设是推进分级诊疗制度实施的一项有力措施，但目前我县此项工作相对滞后。

　　   四是乡村两级网采药品率、回款率面临挑战。“普通病门诊医疗费，按照每人每年180元标准划入社会保障卡，包干使用”。居民一、两次就医可花完，因网采药品比药店非网采药品贵，无特殊情况就不选择在卫生所就医买药；村医一般诊疗费补贴减少，村医门诊收入下降，居民不再选择卫生所就医，村医网采药品率下降，也会影响到村医享受药品零差率补贴政策，可能会导致全县基层基药药品网采率整体下降。

　　   > 五、下一步打算

　　   1、进一步完善分级诊疗平台运营，结合乡村医生签约逐步推进平台中家庭医生签约项目。积极与好医生集团协作，推进一大平台（分级诊疗平台）、三大抓手（家庭医生-学科建设-互联网+）共建项目，提升我县信息化建设水平。

　　   2、积极推进全科医生培训和转岗培训，2-3年逐步实现每个乡镇卫生院拥有1名注册的全科医生。

　　   3、在总结工作经验基础上，逐步增加分级诊疗的病种，遴选其他常见病、多发病的慢性病种，扩大病种范围，进一步推进分级诊疗、双向转诊工作。

　　   4、积极学习和借鉴其他县（市区）经验，深入推进医联体建设，以慢性病规范管理和信息化建设的整体推进，助力分级诊疗制度的实施，为群众就医提供安全、有效、便捷的医疗服务。

**第4篇: 分级诊疗工作总结**

　　为适应医疗体系改革，我市卫计局按省卫计委文件要求，启动分级诊疗工作，要求建立规范的基层首诊、双向转诊、分级诊疗医疗服务模式，形成上下联动、资源共享、疾病诊治连续化管理的机制，最终实现首诊在基层，小病进基层，大病到医院，康复回基层的就医格局，切实缓解广大人民群众“看病难、看病贵”的问题。根据市卫计局下发《分级诊疗工作实施细则》文件要求，我院与市区多家医院开展了双向转诊工作，加强与上级医院合作，提高患者满意度。现将分级诊疗工作总结如下：

>　　一.分级诊疗工作取得的成绩：

　　我院自从与市级多家医院签定了双向转诊协议以来，建立了良好的\'双向转诊合作关系，成功建成了上下级医疗合作网络，有效实现了转诊功能，我院成立了分级诊疗工作领导小组，制定双向转诊工作制度，明确双向转诊规范，制作双向转诊流程图，建立双向转诊沟通制度，定期与市立医院就双向转诊工作中存在的问题进行沟通，为患者双向转诊开通了绿色通道，上转患者都得到了有效救治。

>　　二.分级诊疗工作还存在的问题：

　　1．我院医生能够做到有为、有需求的患者或根据病情需要上转病人，并开具转诊单，能够实施新农合报销；但上级医院为患者开具的下转单却很少。绝大多数病人为上级医院主管大夫口头交代回我院治疗或患者自行到我院继续治疗。

　　2.根据许多到市级医院就诊的患者反馈情况，到市级医院住院不需要基层医院开具转诊单就能直接住院治疗，由此很多患者基层医院开具转诊单认为是麻烦，并且导致很多小纠纷。

>　　三.分级诊疗工作建议

　　1.进一步加强与市立医院的沟通协调，加大合作力度，各项工作不能只流于形式，必须从实际出发，从技术上、管理上提高基层医院的业务技术水平。

　　2.尽最大能力改变基层医院设备不足、药品较少的现状，充分利用基层医院的现有医疗资源，通过加强服务管理，提高服务质量，提高双向转诊患者满意度。

　　3．优化基层医院的医疗服务水平，让上级医院转出的病人愿意在基层继续治疗，基层医院加强与上级医院沟通，对上转病人进行追踪，实施完整、统一化的管理。

>　　四.我院下一步的工作计划：

　　加强服务管理，提高服务质量；结合双方实际，制订更完善的合作计划，进一步与合作医院进行技术、管理方面的交流；如何制定更细致、更流畅的转诊流程，使转诊病人真正享受到国家的实惠。

**第5篇: 分级诊疗工作总结**

　　为贯彻落实《关于建立完善分级诊疗制度的意见》及相关文件精神，做好广大群众心理健康的守门人，给广大人民群众提供便捷、低成本的优质医疗服务，确保居民“小病在社区、大病进医院、康复回社区”，有效落实分级诊疗和双向转诊工作，自开展双向转诊工作以来，积极加强与上、下级医院的合作，为辖区广大居民提供了就医方便，从很大程度上解决了居民“看病难、看病贵”的问题，现将实施分级诊疗情况汇报如下：

>　　一、组织保障

　　院领导高度重视分级诊疗工作，成立了双向转诊工作领导小组，负责协调及处理双向转诊事宜。为确保双向转诊工作顺利运行，制定了双向转诊工作制度及双向转诊流程图，明确双向转诊规范，并由专人负责双向转诊工作，为患者双向转诊开通了绿色通道。

>　　二、技术保障

　　我院为二级乙等精神专科医院，医院基础设施基本齐全，能完成常规检查项目。现有精神科执业医师XXX人，其中主治医师XXX人，国家二级心理咨询师XXX人，国家二级心理治疗师XXX人，国家三级心理咨询师XXX人。

>　　三、工作情况

　　1、积极开展宣传及培训工作，我院组织全院人员进行了培训，并制作了相关宣传资料，利用宣传栏及橱窗向就诊人群进行分级诊疗相关知识的宣传。

　　2、积极配合区卫计委开展分级诊疗工作，共签订双向转诊协议XXX份，分别与全区十二镇乡卫生院签订了双向转诊协议，定期派遣医院人员到各镇乡卫生院指导开展重性精神病的随访管理及上报工作;与区人民医院和乐山市中医医院签订了双向转诊协议，定期聘请区人民医院的医生到我院进行查房，为患者提供优质的医疗服务。

　　3、严格执行基层首诊制度和双向转诊制度，要求首诊医师加强临床评估工作，我院有能力救治的，尽量劝服在我院治疗，我院无条件或无救治能力的，积极协调进行转诊工作。自实施双向转诊以来，我院上转病人XXX人次，接受综合医院转诊XXX人次。

>　　四、存在问题

　　1、“进院难”。医院基础设施陈旧，病房设置欠合理，床位数量有限，基本上处于满负荷运转转态，且精神科执业医师和护士匮乏，不能满足就医需求。

　　2、精神疾病患者转诊困难。很大一部分精神疾病患者家属认为：得了“精神病”就是政府管了，医院是政府办的，我们把精神病人送到精神病医院，其他的事情就该医院负责了，即使是患者得了严重的躯体疾病，需要转诊到综合医院治疗，也得由医院负责转诊，负责出钱治疗。

　　3、健康意识增强。随着人民群众生活的改善及医保改革，患者对健康的关注度明显增高，部分患者更愿意选择条件好的大医院就诊。

**第6篇: 分级诊疗工作总结**

　　我县于4月26日全面启动分级诊疗工作。启动后，我院迅速行动，成立组织，制定方案，成立办公室，确立办公室人员，配备办公用品。同时印制宣传单，推出微信公众号分级诊疗专栏等等，具体措施如下：

>　　一、成立组织，制定方案

　　在县启动会结束后，我院立即行动，召开全体职工和村医会传达布置，成立组织，制定方案，设立办公室，配备办公用品，方便办公。办公室人员专门负责转诊登记，资料整理收集，外宣等工作，

>　　二、加强宣传，营造氛围

　　为了使分级诊疗工作家喻户晓，我院特印制了宣传单，用通俗易懂的语言传达给老百姓，并利用集会、逐村义诊、发放宣传单、制作广播录制政策内容、细讲政策等方法进行宣传，提高居民政策知晓率。

>　　三、统计慢病谱，筛查外出住院疾病病种

　　宣传的同时，我们逐村统计高血压、糖尿病，冠心病人数、名单、联系电话等。还对我镇近3年外出住院疾病名称、数量、县、乡、市住院各占比例等进行统计，做到心中有数，重点补缺。两年来，我镇住院前5名的病种分别是脑动脉供血不足，冠状动脉硬化性冠心病，短暂性脑缺血发作，椎基底动脉综合征（脑梗死202\_），肺部感染。

>　　四、对口签约，长期帮扶

　　我院分别与县医院、中医院、二院9名专家签定对口帮扶、定期坐诊协议，每周二三四都有县级专家坐诊，涵盖内科、外科、妇产科、儿科、中医针灸科和护理控感专家。坐诊、讲课、现场操作演练、疑难手术会诊、手术指导、到上级医院短训、进修学习以及有针对性的对薄弱科室进行重点帮扶等。这些措施，有效改善群众看病难的问题，同时也有效提高我院的服务质量和服务能力。

>　　五、惠民措施，深入人心

　　为了做好分级诊疗工作，让老百姓真正体会到分级诊疗工作为他们带来的实惠，我院在卫生局农合办推出的惠民措施的基础上，又推出一系列惠民措施。如凡来我院就诊的病人，做B超一律全额补贴，特困病人住院实行全额补贴，挂号费全额补贴，救护车免费接送等。60种疾病实行定额补偿，14种外科手术全额补贴。6月1日优惠政策实施以来，B超受益81人；单病种住院38人，自付费用都在30%以下，其中全额补贴13人，有效减轻了病人就医经济负担，专家坐诊亲自主刀手术3人，均全额补贴。病人满意率100%。

>　　六、家庭医生、面对面签约

　　为了更深层次推进分级诊疗工作，我院已分成10组团队分别组建5人“家庭医生签约服务团队”，即一名县专家+一名乡医生+一名乡公卫人员+一名护理人员+一名村医，分片包村，与高血压、糖尿病、冠心病等慢病人员面对面签订协议。不远的将来，老百姓看病只需给家庭医生电话联系，家庭医生会第一时间为其提供健康指导。或诊治，或住院，或转诊，或健康指导，或用药事项等，极大的方便了慢病患者，真正的让家庭医生走进老百姓心中。

>　　七、目前存在的问题

　　（一）老百姓就诊意识还需进一步扭转，因为距离县城较近，长期以来老百姓就医就爱往县跑，不管大病，小病首选县级医院。这就要求我们必须再加大宣传力度，大力宣传政策的好处，同时让老百姓真正的得到实惠，才有可能扭转他们的就医局面。

　　（二）转诊工作还不能实现逐级

　　目前，有些老百姓有病需要住院时，不通过村医，也不通过卫生院，直接就到县里、市里住了，所以逐级转诊的路还很长。

>　　八、工作建议

　　1.从县级层面对村医进行政策培训，让村医增加服务意识，增加对政策的重视度，让他们做好一级宣传员；

　　2.县级专家坐诊最好是一个团队，当签约专家因故不能坐诊，县级医院可安排其他专家下乡坐诊，保证履约，让老百姓不白等。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！