



# 推进签约服务工作的 做法与思考

浙江省卫计委基层处 胡 玲  
**2017年10月20日**

# 主要内容

一

签约服务制度建设

二

当前面临困难问题

三

推进签约服务举措

1

# 签约服务制度建设



kpkw.com

# 绩效工资改革

调整完善相关政策

## 绩效工资政策问题

总额封顶，不得突破总量

奖励性绩效工资的比例偏低，  
40%

未建立动态增长机制

总量未核定，人收入保障  
按数编员没有保障

参照当地事业单位平均工资，体现卫生行业特点  
不现行

公共卫生项目经费纳入工资总额  
基本公共服务项目纳入效工资总额

# 绩效工资改革

## 完善政策

### □ 三个文件一个试点

- 2013年5月，省人社、财政厅《关于进一步搞活绩效工资分配的指导意见》
- 2013年5月，省卫生、财政《关于做好2013年基本公共卫生服务项目工作的通知》
- 2014年4月，省人社、财政、卫生《进一步完善基层医疗卫生事业单位实施绩效工资的指导意见》
- 金华试点

# 绩效工资改革

## ■ 不断完善绩效工资制度和绩效考核

### 省级层面政策

□2014年4月，在金华试点基础上，省里出台《进一步完善基层医疗卫生事业单位实施绩效工资的指导意见》（浙人社发[2014]71号）：“规范统筹”和“搞活激励”并举，建立形成符合基层医疗卫生事业单位定位及特点的绩效工资运行机制。（重点在增加总量、放宽比例、结余提奖、拉开差距，明确绩效工资与公卫经费的关系等作出规定）

# 绩效工资改革

- 建立总量增长机制 设立绩效考核奖
- 允许收支结余分配
- 打破绩效工资结构 比例限制
- 落实单位内部自主分配权
- 激发基层机构动力 医务人员收入普遍得到提高
- 2016年基层在编人员平均收入10.3万元，比2015年增长11.1%，比2014年增长21%

# 分级诊疗制度设计

## 省级层面

2014年4月，《关于开展分级诊疗推进合理有序就医的试点意见》（浙政办发[2014]57号），在城市公立三甲医院与合作办医地区同步开展分级诊疗工作试点，取得一定进展，积累了经验

2016年6月24日，《浙江省人民政府办公厅关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》出台

# 分级诊疗制度建设

## 指导思想



原则 以人为本、群众自愿、统筹城乡、创新机制

坚持 需求导向、问题导向、效果导向

重点 提高县域医疗服务能力

入口 签约服务，常见病多发病、慢性病分级诊疗

途径 完善网络、调整机制，推动优质资源下沉

目的：基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动医疗新秩序

# 签约服务制度安排

2012年9月，浙江省出台了《关于推进全科医生签约服务工作的通知》

明确各地要在社区责任医生团队服务的工作平台上，因地制宜地开展全科医生签约服务工作，逐步引导建立社区首诊、双向转诊、分级诊疗的服务格局



# 签约服务制度安排

从2014年开始，规范签约率纳入了省委组织部对各市党政领导的实绩考核指标体系之一

从2015、2016年起，责任医生签约服务均列入省深化医改重点任务之一，督促各市县贯彻落实《指导意见》



# 签约服务制度安排

2014年上半年开始调研起草省政府签约服务文件

2015年6月8日，浙江省人民政府办公厅下发《关于推进责任医生签约服务工作的指导意见》(浙政办发[2015]65号)



# 建立部门联动的工作机制

# 财政部门

约和的，常额康等共经筹  
签量钩度经差健费公服务统  
与数挂制将支、经本服合  
立务量偿索收助检基生整用  
建服质补探性体与卫费使

# 人社部门

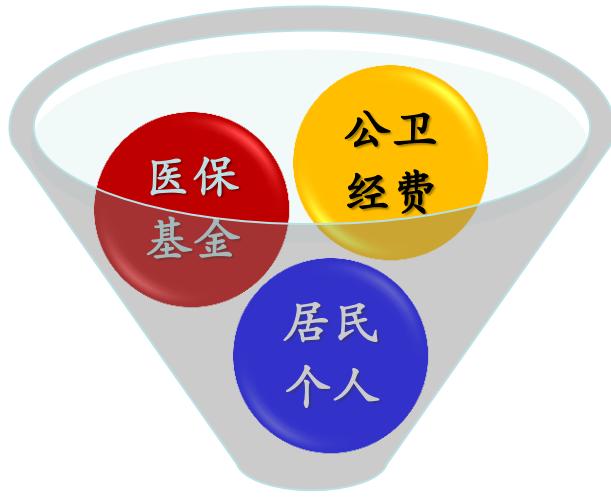
于和的报加为索医保理  
利疗服务险，行探任医管  
有诊服务度，疗，责与的制度  
立级约疗制医管立参金用  
建分签医销强监建生资使

卫计部门

# 物价部门

基层项目积累责任服务，签约仪式签订支持协议，持续跟踪医疗服务，促进基层卫生事业发展。

# 签约服务费用的来源和使用



起步阶段，要充分考虑居民的接受度和承受力，合理确定签约居民个人承担比例，各级财政应视情予以支持

- 责任医生为签约对象提供约定的基本医疗和基本公共卫生服务，按年收取服务费
- 由各市、县（市、区）根据当地医疗卫生服务水平、签约人群结构及医保基金和公卫经费承受能力等因素确定
- 签约服务费主要用于对签约责任医生经考核认定提供**有效服务的报酬**，不纳入绩效工资和其他应得的奖补经费总额

# 争取签约服务经费的理由

争取理由

## ◆设立签约服务费，不纳入绩效工资总额

- ①发挥激励和监督作用
- ②有效签约 保证质量
- ③支付上级专家的费用
- ④有些服务没有收费
- ⑤学习上海长宁区做法

# 各地区签约服务费的组成

杭州市

每人每月10元（120元/年），个人10%、市政府25%、区财政65%。经费实行专款专用

丽水市

起步阶段市本级有效签约服务费标准为60元/年·人，其中财政补助50元，签约个人承担10元

绍兴市

绍兴市根据有效签约人数给予人均每月10元的签约服务费，由财政专项支付，绩效工资之外

台州市

台州市签约服务费10元/月·人，现阶段为当地政府给予保障，不纳入绩效工资之内

# 各地区签约服务费的组成

宁波市

按人头付费机制，每年180元，由医保基金80元、公卫经费、居民个人各承担50元

温州市

签约服务费按每人每月10元标准确定，市区由签约对象、市级医保基金、公卫经费各承担20%、40%、40%。

金华市

起步阶段，签约服务费为每人每年120元，由医保基金、公卫经费和个人承担各40元

# 各地区签约服务费的组成

湖州市

签约服务费为年人均120元，由医保基金、市区财政、居民个人各承担40元

舟山市

起步阶段签约服务费标准为每人每月10元，由当地财政、医保基金和签约服务对象个人各承担三分之一

嘉兴市

市本级签约服务费标准120元/年·人，个人10元，公卫经费10元，各级财政补助100元

# 责任医生签约服务

## 签约服务经费问题

- 从制度的长远安排，签约服务费由医保、公共卫生经费和个人付费三方组成
- 从目前工作实际和省政府文件精神来说，起步阶段还是由财政专项安排支持为主
- 签约服务费为绩效工资外的人员经费补助，并非用于签约工作的直接成本
- 医保---一般诊疗费，基本公共卫生经费---绩效内外

# 各地签约服务医保配套政策

## 杭州市

- 选择签约的主城区范围内各类市级基本医疗保险参保人员，其门诊医保起付标准下降300元
- 城乡居民通过签约的医疗卫生机构转诊至指定的上级医院，所产生的诊治费用由医保部门按社区报销比例直接结算
- 将签约开展上门诊疗服务的次数纳入有效门诊服务人次统计范围，根据工作量相应增加社区卫生服务机构医保年度经费总额

# 各地签约服务医保配套政策

## 台州市

- 签约对象在签约医生处就诊，一般诊疗费由医保基金全额报销
- 职工医保参保人员通过基层转诊，按原报销比例提高3个百分点结算；
- 城乡居民参保人员提高门诊费用限额封顶线标准，限额封顶线不低于1000元；参保城乡居民通过基层转诊，按原报销比例提高5个百分点直接结算
- 转诊患者采用累计住院起付线政策，未经转诊至其他定点医疗机构就诊的，其个人负担比例按照就医的定点医疗机构等级确定

# 推进签约服务有关部门的职责

## □合理制定基层机构服务项目价格

价格部门

杭州市

8月15日，杭州市物价局、卫计局下发《关于调整部分社区卫生服务价格的通知》（杭价服[2014]114号），确定家庭病床建床费80元/次，家庭病床巡诊费40元/次；出诊费副高职称及以上60元/次，中级职称及以下40元/次

宁波市

为提高医护人员积极性，调整家庭病床建床费为50元每床，家庭病床巡诊费每次40元，副高以上职称医护人员出诊费每次60元、中级以下每次40元，家庭健康巡诊服务费为50元每次，健康管理咨询服务费为25元每次

# 推进签约服务有关部门的职责

## □合理制定基层机构服务项目价格

价格部门

温州市

2016年9月8日，温州市发改委、卫计局下发《关于调整部分社区卫生服务价格的通知》（温发改费[2016]310号），出诊费副高职称及以上~~60~~元/人次，中级职称及以下~~40~~元/人次；家庭健康巡诊服务费~~50~~元/人次

舟山市

2016年9月18日，舟山市发改委、人社局、卫计局下发《关于调整部分基层医疗卫生服务价格的通知》（舟发改价格〔2016〕30号），出诊费副高职称及以上~~60~~元/人次，中级职称及以下~~40~~元/人次；家庭巡诊服务费~~40~~元/人次；家庭病床建床费70元/次

# 推进签约服务有关部门的职责

## □合理制定基层机构服务项目价格

价格部门

金华市

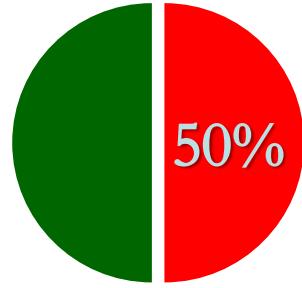
2017年1月23日，金华市发改委、人社局、卫计委下发《关于调整金华市社区卫生医疗服务价格的通知》（金价费管〔2017〕4号），出诊费副高职称及以上60元/人次，中级职称及以下40元/人次；家庭病床巡诊服务费40元/人次

台州市

2017年3月16日，台州市发改委、卫计委下发《关于调整台州市社区卫生服务价格的通知》（台发改收费〔2017〕49号），出诊费副高职称及以上60元/人次，中级职称及以下40元/人次；家庭病床建床费50元/人次，巡诊费40元/次

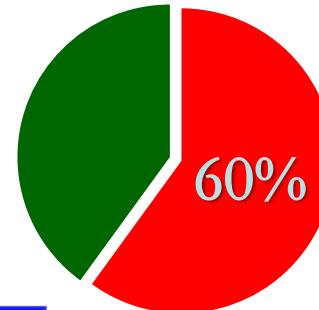
# 签约服务的主要目标任务

签约覆盖面



- 规范签约
- 未签约

就诊比例



- 基层医疗机构
- 其他医疗机构

2020年预期目标

- 通过推进签约服务，逐步建立责任医生与居民间的契约服务关系，获得连续、综合、便捷、个性化的健康管理服务
- 增强居民对基层医疗卫生机构及医务人员的信任度，促进公立医院与基层机构分工协作机制的形成，引导分级诊疗就医新秩序，使责任医生成为居民健康的“守门人”

# 签约主体及签约方式

## □ 签约责任医生由三类医生担任：

- 基层医疗卫生机构注册的全科医师  
(临床类别或中医类别)
- 乡村医生
- 其他具备签约服务能力的执业医师  
(执业助理医师)

## 签约方式

- 居民可自主选择所在中心（卫生院）及站（室）的责任医生，签订服务协议
- 签约周期原则上不少于1年，期满后在双方自愿的基础上可续约或终止
- 每位居民同期只能选择1名责任医生

# 服务对象、数量及内容

责任医生根据自身能力，签约合适数量的居民，其中老年人、慢性病人、残疾人等人群应占一定的比例。倡导以家庭为单位，与1名责任医生签约。

## 基本医疗

- 常见病诊治
- 预约转诊
- 健康咨询
- 健康救助

## 公共卫生

- 健康档案
- 健康教育
- 重点人群健康管理

## 个性化服务

- 家庭出诊
- 家庭病床
- 家庭护理
- 康复指导

# 规范签约与有效服务

□规范签约：签约对象知晓签约医生、签约对象知晓签约内容、对签约服务感到满意

□有效服务：是指符合考核指标的签约服务，考核指标包含三方面：健康管理、基层首诊（含转诊）、满意度

责任医生与居民签约后提供的服务，使签约服务对象达到规范化健康管理，到签约医生处和基层医疗卫生机构就诊率、经签约医生转诊率逐年提高，签约服务对象对责任医生的满意度达到较高水平

目前，省级确定三类11个指导指标，各地可在此基础上扩展。起步阶段选择其中4—6个作为考核指标，以后每年扩展1—2个指标

# 新一轮签约服务的特点

- 政府主导 部门协同 省财政、医保、物价
- 设立签约服务费用 不纳入绩效工资总额
- 服务内容 防治结合 以需求为导向 个性化服务
- 服务模式 责任医生签约 团队服务
- 建立考核激励机制 规范服务 有效服务
- 同步推进 分级诊疗、资源下沉、信息化建设

# 签约服务工作进展

截止2016年12月，全省11个地级市和89个县（市、区）政府均出台了责任医生签约服务文件，明确签约服务经费标准和来源、医保差别化支付措施等

其中七个市现阶段签约服务经费以政府财政支持为主



# 签约服务工作成效

- 截止2016年12月底，全省取得全科医生岗位培训合格证人数为23676人，开展签约服务的全科医生为17382人
- 开展签约服务的基层医疗卫生机构1480家，其中社区卫生服务中心515家、乡镇卫生院965家，全省开展全科医生签约服务机构的比例为90.85%
- 2017年09月，全省规范签约人数1420.3万人，规范签约率27.8%

2



kpkw.com

## 当前面临困难问题

# 签约工作面临问题

## 一、各地工作推进有差距

从考核和调研中了解到

- 有的县（市区）签约服务工作启动较晚
- 有的县（市区）文件出台较晚，考核、经费等尚未落实
- 基层医疗卫生机构、责任医生对签约服务工作的理解和认识不到位，工作积极性不高

# 签约工作面临问题

## 二、医保、价格配套政策不到位

还有30多个县（市、区）在医保政策上没有与签约服务相衔接，即签约与不签约的报销待遇没有差别。

还有3个市没有出台调整社区卫生服务价格调整的文件，影响家庭出诊、家庭病床、巡回医疗等服务开展

# 签约工作面临问题

## 三、签约服务经费落实不到位

- 各地筹资渠道不一、标准不一致
- 文件明确，落实仍不到位
- 有的县（市区）实际为2016年新增的5元基本公共卫生服务经费
- 个别地区的签约服务经费纳入基层医疗卫生机构日常运行成本，或从其年收支结余中支出，经费落实较困难

各地的签约服务经费来源和到位情况差距较大，是造成签约服务工作进展不平衡的原因之一

# 签约工作面临问题

## 四、基层人员队伍建设亟待加强

- 一是全省全科医生数量存在较大缺口，目前注册为全科的基层医生仅为1.7万人
- 二是全科医生地区分布不均匀，主要集中在杭州、宁波、绍兴地区。城市地区和农村地区的责任医生差距较大，尤其是全科服务理念和健康管理水平上，城市社区的全科医生明显高于农村地区的责任医生
- 三是乡镇卫生院的全科护士较为缺乏，村级医疗卫生机构人员青黄不接

# 签约工作面临问题

## 五、绩效考核有待完善规范

- 有的县（市、区）没有对机构开展签约服务工作的实施绩效考核；有的绩效考核结果没有与经费拨付挂钩
- 有的基层医疗卫生机构内部没有制订科学、合理的绩效考核办法；有的考核结果与经费拨付不挂钩，有的签约服务经费没有及时发给签约团队

这些问题一定程度上制约了责任医生签约服务工作的深入开展，不利于充分调动基层医疗卫生机构管理者和全科医生的积极性和主动性

# 签约工作面临问题

## 六、签约服务信息化建设较滞后

➤部分县（市、区）签约服务信息化建设相对滞后

- 区域卫生信息化平台尚未建成
- 电子健康档案和HIS系统未实现互联互通
- 签约服务信息无法在电子健康档案和HIS系统中显示和查询
- 预约、转诊缺乏信息化支撑
- 基层机构不能精准获取签约服务工作数据，无法实施精细化考核

# 签约工作面临问题

## 七、签约服务质量有待进一步提高

上半年考核规范签约合格率为79%

➤一是存在一定比例的被签约情况。电话抽查的230名已签约居民，直接回答不知道签约的有23人，占10%

➤二是老百姓对签约服务内容不太了解。

➤三是反映签约后的服务没跟上

•有访谈对象表示签约后仅为上门量血压

•有访谈对象表示从不到卫生院和服务站就诊



3



kpkw.com

## 推进签约服务举措

- 加大签约服务宣传力度
- 完善相关配套政策措施
- 建立健全内部工作机制

# 2017年签约服务工作目标

## 完成目标任务

规范签约率达到30%以上，老年人、儿童、妇女、残疾人以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等重点人群签约服务覆盖率达到60%以上，力争实现在管高血压患者、全部建档立卡的农村贫困人口和计划生育特殊家庭的家庭医生签约服务全覆盖

今年国家卫生计生委将家庭医生签约服务列入“**工作落实年**”的重点督查内容和医改监测项目，从8月份起实行每月一报

# 一加大签约服务宣传力度

- 
- ① 政策宣传  
② 引导百姓自愿签约  
③ 政府主导，加大宣传力度  
④ 准确把握宣传内容  
⑤ 针对不同人群采用不同的宣传途径

# 一加大签约服务宣传力度

省级将继续在“健康浙江”微信和杂志发布各地的签约服务做法和亮点

下半年，省基层卫生协会和省医师协会、省护理学会联合开展“百姓信赖的家庭医生”和“百姓信赖的社区护士”评选活动



# 关于签约工作的再认识

## (一) 统一思想认识

几个问题

### 1、对于签约服务不能简单地理解为增加工作量

去年省里分级诊疗试点任务下达后，很多地方把签约服务当作基层卫生的一项新任务、新工作来看，认为基层卫生现有的任务已经够多、够杂，再开展签约服务实在不堪重负。事实上，签约服务是对现有服务模式和工作方式的一种转变，并不能简单地理解为增加工作量

# 关于签约工作的再认识

## (一) 统一思想认识

几个问题

### 2、开展签约服务不是要求基层机构更重视基本医疗

基层医疗卫生机构的功能定位—基本医疗加基本公共卫生服务，签约服务内容强调的是基本医疗和基本公共卫生服务有机结合，满足群众的需求。是对现有医疗资源的集约化利用，提高效率

# 关于签约工作的再认识

## (一) 统一思想认识

几个问题

### 3、签约服务是拉近与老百姓关系的一次好机会

通过签约服务满足病人的需求，熟悉、固定医患关系，引导患者基层首诊。做好签约服务，能够极大地提高基层卫生的影响力和服务效率

# 关于签约工作的再认识

## 几个问题

### (一) 统一思想认识

#### 4、真正的全科医疗必须是防与治的有机结合

卫生系统内部要统一思想，转变理念。基层医疗卫生机构的职能是基本医疗和公共卫生并重，落实到服务个体上，就是要实现防治结合的健康管理，签约服务就是要解决以往基层存在的“医归医”、“防归防”的问题，让责任医生彻底地转变服务理念，逐步成为真正的全科医生

# 关于签约工作的再认识

## 4、真正的全科医疗必须是防与治的有机结合

乡村一体管理基础较好的地区，签约服务主要在村社区卫生服务站开展，卫生院----

常山县招贤中心卫生院：1. 设立慢病专科，县内专家坐诊解决疑难患者；2. 将慢病在门诊随访率纳入团队和签约服务考核，差别化发补贴；3. 激励患者诊间随访，积分管理

常山县青石镇卫生院：解决人员少与任务重

集中预约随访：提前预约重点人群至某地，抱团下村进行健康宣教、慢病随访、孕产妇访视等，提高质量和效率

# 关于签约工作的再认识

## (一) 统一思想认识

几个问题

### 5、要加强签约服务的宣传

一方面要做好基层医务人员的培训宣传，让他们充分理解政策内涵，积极主动地参与到这项工作中来

另一方面要向居民群众做好政策解读和宣传，让他们理解和接纳签约服务，逐步培育出理性的就医习惯，扭转大病小病都往大医院赶的局面

# 关于签约工作的再认识

## (一) 统一思想认识

几个问题

### 6、把握服务质量与服务数量的关系

在开展签约服务的初期，不要盲目追求服务数量，要通过机制完善、流程再造，不断优化签约对象的服务体验，让签约对象明显感受到签与不签具有本质上的区别。通过内涵质量持续改进，提高签约服务的含金量，通过群众口碑，吸引居民群众自愿签约、主动签约，实现签约服务的良性发展。在保证质量的基础上，再扩展数量

# 关于签约工作的再认识

## (一) 统一思想认识

几个问题

### 7、外围政策没有到位，是否要推进签约服务工作

签约服务是当前和今后一个时期的一项重点工作，不管外围政策是否到位，签约服务工作是必须开展。外围政策的到位各地肯定有差别，不能因为有差别我们可以等待。在外围政策还没有到位的情况下，内部工作机制的探索和建立同样重要。

省对各市的考核今年的要求是一致的，20%。没有因为外围政策的不同而有所不同。

## 二完善相关配套政策措施

加快调整基层医疗卫生机构医疗服务价格



加快制定和实施与签约服务相配套的医保差别化支付政策

要按照文件规定的经费标准和来源渠道将经费落实到位

# (一) 落实签约服务经费

- 签约服务费为绩效工资外的人员经费补助，并非用于签约工作的直接成本
- 从制度的长远安排，签约服务费由医保、公共卫生经费和个人付费三方组成
- 从目前工作实际和省政府文件精神来说，起步阶段还是由财政专项安排支持为主
- 医保经费---一般诊疗费 公共卫生经费----绩效工资内外

# 英国全科诊所收入来源

## 人头费

2015/2016 年度人头费的标准为平均人均 73.56 英镑（约合人民币 660 元）

人头费（总额预付）是全科医生最主要的收入来源，占 55% 左右，补助标准也会根据物价指数等不定期调整



# 签约服务费支付的内容

## 英国的人头经费

- 英国发展基层卫生，建立守门人制度，设立人头经费的**目的**：是缓解二级医疗的负担，减少卫生费用。
- 从患者角度的好处：
  - 十分钟的门诊时间
  - 更加有人情的患者体验，个人隐私保护
  - 全面的患者病史记录
  - 全科医生能够提供转诊，协调医疗，合理的分诊
  - 给患者提供二次诊断，循证建议，有效的沟通

# 签约服务费支付的内容

- 签约服务经费支付的是：责任医生与居民签订服务合同，建立契约关系（宣传时“居民有一个医生朋友”），履行全人全程健康管理服务，引导基层首诊，这是建立分级诊疗制度的基础性工作。
- 具体支付：签约医生（团队）提供的包括签订协议、健康咨询、健康状况的全面了解、干预、评估、管理，协调转诊、康复指导和随访等服务内容的人力成本。
- 具体考核：以签约人群的健康管理指标、基层就诊指标、满意度三方面为“有效签约服务”的认定。

# 财政补偿机制改革

鼓励由财政专项补助签约服务费的地区，对基层医疗卫生机构提供的签约服务，以标准化工作当量法设立“有效签约服务项目”进行专项购买，经费不纳入绩效工资总额

条件暂不成熟的地区，可按照原定筹资渠道和标准执行，不纳入当量法购买

## (二) 完善医保差别化支付政策

### 完善和落实医保配套政策

尚未配套实施医保政策的地区，调整和完善医保差别化支付政策，从医保政策上体现签约与不签约的差别待遇，提高老百姓对签约的感受度，也引导居民到基层首诊

已有配套医保政策的地区，要在夯实签约服务工作的基础上，逐步加大医保差别化支付力度，逐步从分级诊疗的“软约束”逐步向“硬规定”过渡

## (二) 完善医保差别化支付政策

### 医保门诊按人头付费改革

试点地区存在问题：

- 一是人头付费标准偏低、考核指标和控制指标过于严苛
- 二是改革方案与签约服务关联度不大，在医保报销比例上无差别，老百姓对签约的感受度低
- 三是医保部门与卫计部门沟通协调不够密切

## (二) 完善医保差别化支付政策

### 医保门诊按人头付费改革

重点关注

一是改革目标

二是改革方案科学合理

三是基层机构是否发展

### (三) 基层医疗服务价格的调整

- 加快调整基层医疗卫生机构医疗服务价格，重点提高基层诊疗、手术、康复、护理、中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格
- 三个市加快出台社区卫生服务价格调整的文件
- 以需求为导向开展家庭出诊、家庭病床、巡回医疗等居家医疗卫生服务。

# 三建立健全内部工作机制



# 1. 进一步规范和强化签约服务绩效考核



# 加强绩效考核

## ■ 有效签约服务省级三类11个指导指标：

- 健康管理类：档案合格率、慢病规范管理率、慢病控制率、健康知识知晓率
- 基层首诊指标：基层就诊率、签约医生就诊率、预约门诊率、预约到诊率、预约转诊率
- 满意度指标：居民签约知晓率、签约服务满意率

各县（市、区）根据工作进度分阶段确定有效签约服务的具体考核指标和指标值，起步阶段可选择其中4—6个作为考核指标，以后每年扩展1—2个指标进行考核

## 2. 加强签约服务培训基地和示范点建设

### 以点带面：培训基地和示范点建设

20家省级签约服务培训基地分片联系指导126家示范点建设单位

各市以培训基地为核心，开展签约服务培训实践，优先培养示范点单位

省级计划在三季度开展对签约服务示范点建设单位的现场考评

#### 示范点建设“十有”标准

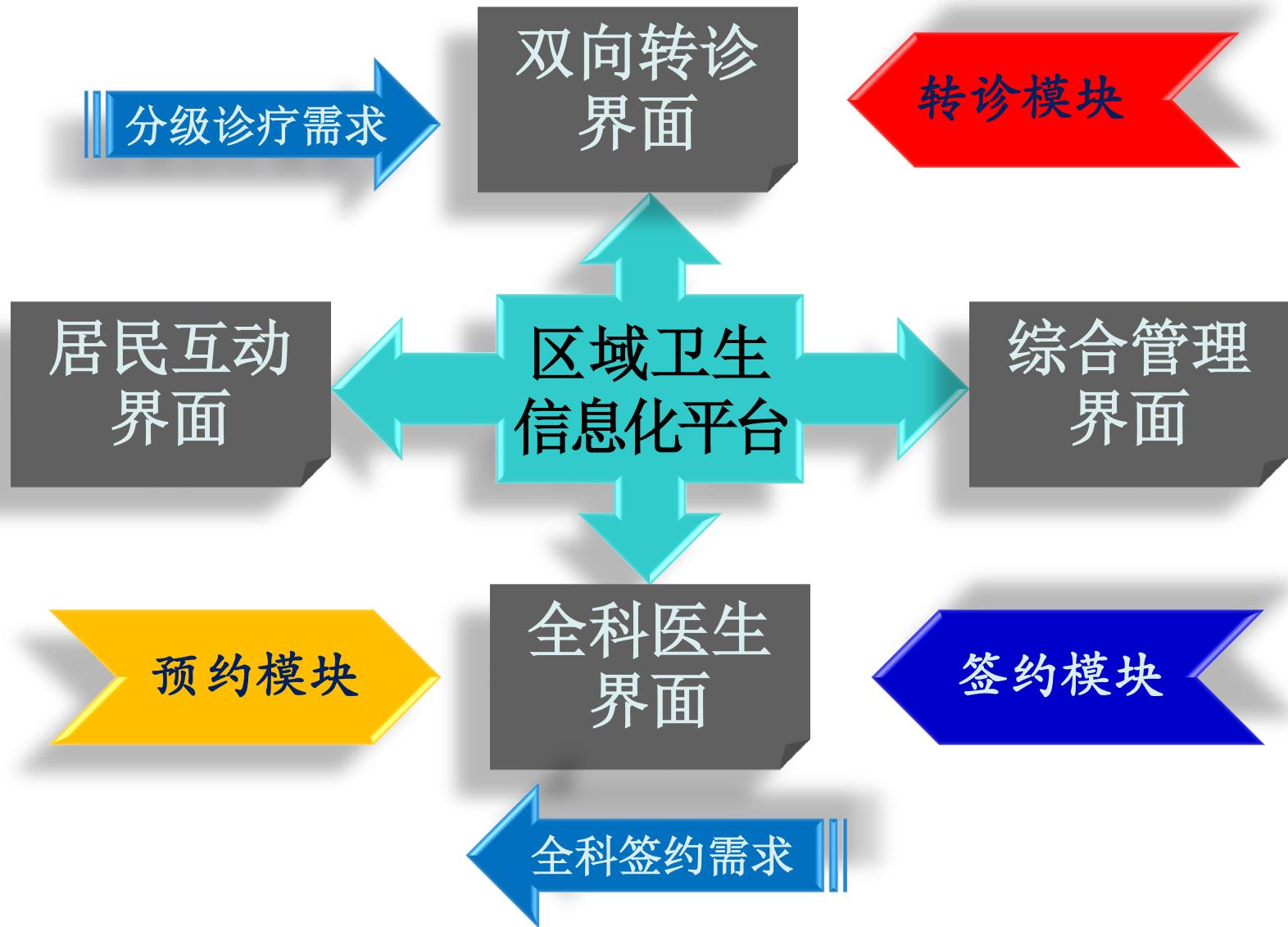
- 有实力的签约团队
- 有签约居民预约门诊
- 有签约绩效激励办法
- 有明显签约服务成效
- 有签约服务和分级诊疗信息系统
- 有责任医生和签约居民的交流平台
- 有个性化签约服务内容
- 有签约居民一站式服务
- 有带教培训方案
- 有省市及区域经验交流

### 3、加快推进信息化建设

#### ■ 加强基层信息化建设

- 建立健全全科医生信息化管理平台和对外服务平台
- 加快基层机构内部以及与上级信息互联互通
- 推进区域医疗资源共享中心和远程医疗服务网络建设，推进城市优质医疗资源向基层下沉
- 推进全科签约分级诊疗信息化系统建设

信息化专业人员与基层卫生人员必须密切配合，有效互动，形成合力，才能设计出基层卫生人员欢迎的软件系统



分级诊疗“一个平台、两大需求、三个模块、四个界面”信息化基本框架

# 推进信息化建设



为总结推广试点经验，  
2017年2月省卫生计生委、  
省财政厅联合下发《关于印  
发浙江省全科签约和分级诊  
疗信息化建设需求指南（实  
行）的通知》。

## 4.全面提升基层全科医疗服务能力

- 英国全科医生能够提供全面基本医疗，90%的常见慢性病患者（例如哮喘、抑郁症、高血脂、高血压、甲减患者）都是在全科诊所进行治疗的，全科诊所每年只有不超过20%病人向医院转诊。全科诊所只用了20%的总医疗资源，却提供了超过80%的总诊疗人次的服务
- 如果我们的基层不能提供全面的基本医疗，大医院永远不可能解决人满为患的问题。基本医疗发展不足，公共卫生也难以发展

# 4.全面提升基层全科医疗服务能力

## 把基本医疗放在重要位置

- 儿童与成年人的常见病诊治
- 慢病稳定期及轻度急性加重的管理
- 多种共存疾病的协同管理
- 轻中度精神卫生问题
- 临终关怀
- 与基本医疗相关的预防手段
- 合理转诊与院前急救

# 服务对象、数量及内容

责任医生根据自身能力，签约合适数量的居民，其中老年人、慢性病人、残疾人等人群应占一定的比例。倡导以家庭为单位，与1名责任医生签约。

## 基本医疗

- 常见病诊治
- 预约转诊
- 健康咨询
- 健康救助

## 公共卫生

- 健康档案
- 健康教育
- 重点人群健康管理

## 个性化服务

- 家庭出诊
- 家庭病床
- 家庭护理
- 康复指导

## 5.持续质量改进

- 在英国如果服务对象有不满意，可以通过诊所投诉表，信件，口头，邮件等方式投诉，投诉主要内容有：未能在‘合理’的时间内见到医生或护士，未能见到选择的医生，态度，诊所中候诊时间，保密性，医疗质量，管理等。如果全科诊所接到投诉，三个工作日内通过调查后要回复，包括处理意见、道歉，质量改进等。
- 对于重大事件诊所有专门的表格进行记录，定期分析讨论，目的是为了学习而非指责。

## 5.持续质量改进

- 围绕改进服务质量，提高效率、节约成本不断进行持续质量改进，团队中医生、护士、行政人员都要做，列入NHS对全科诊所的考核，定期要递交质量改进报告。
- 如果不做质改，通不过年度审核，与经费拨付直接挂钩。医生、护士通过质改进行科研发表论文
- 如哮喘病人吸入治疗，通过改进吸入器的技术和间隔物使用，提高药物递送效率10-20%。确认病人使用吸入器技术是正确的

## 6. 减轻全科医生压力

在英国同样面临全科医生缺少的问题，全英国缺5000名医生，采取多种措施为他们减轻压力，现在门诊的20%可以不用医生完成。

(1) 发挥护士的作用。在英国训练有素的全科护士能够独立工作，通过培训拿到独立处方权。慢病管理，培训初级医生、包扎、慢性静脉溃疡护理、戒烟、节食建议、避孕、轻度疾病、妇科阴道栓改变。行政，库存管理，还有检查的项目踝关节压力指数、24小时血压、24小时心电图、听力筛查。

护士每天接诊20-30名患者，节省医生的时间。在特定的领域可能比医生拥有更多的知识量和实践经验

## 6. 减轻全科医生压力

(2) 发挥药剂师的作用。英国独立药师在临床胜任能力内对所有疾病自主开具处方，助理药剂师协助独立药师一起工作。

2015年7月，英格兰650家全科诊所有政府出资聘用490名临床药师，到2020/21年，NHS将投资1亿英镑用于支付临床药师在全科诊所的工作。

药师承担门诊，病人药物分析，药物浪费统计分析，提供全科医生参考，检查护工给药流程是否准确、合理，评价药物效果等，为全科医生降低工作量，同时提高质量

## 6. 减轻全科医生压力

(3) 111咨询热线。“111”作为NHS的咨询热线，辅助基层卫生机构，为居民提供健康咨询、导诊等服务。从2013年开始在全国范围内全面推开。作为非紧急情况的免费服务热线，提供7天24小时全天候咨询服务。

“111”热线服务人员为经过培训的护士，主要针对小的健康问题，为居民提供自我保健和就医指导。

英国每年有1400万人次通过电话（包括999）进行了咨询分诊，有80%的“111”热线电话当时就为居民解决了问题。通过“111”热线，一定程度上缓解了对急诊使用的压力，改善了服务可及性。

## 6. 减轻全科医生压力

(4) 通过信息化提高效率。NHS 还建立了专门网站——NHS Choices，可以按疾病、症状等进行检索、查询，也可以通过网站获得各类服务机构信息，起到了减少病人就诊、分流病人的作用。病人注册在线服务，可以预约、重复处方的开具，查询相关检查结果，还有沟通栏等，减少行政压力，节约医生时间

(5) 电话门诊。全科医生、护士在电话中处理门诊问题，与病人在电话中沟通，电子处方，再通过互动平台，把处方送至药房，病人可以取药

## 7. 完善健康档案信息的重要性

- 在英国对居民宣传“你的病历关乎你的健康”
- 为了你的健康，挽救生命、节省时间
- 不希望在病人不舒服的时候，生病的时候，重复询问医疗信息
- 如果告知不准确、不全，影响诊断
- 如果告知不了，信息不全，拖延时间，影响生命抢救

## 7. 完善健康档案信息的重要性

- 英国居民健康档案保存在所注册的全科诊所里
- 居民看病需要预约，GP 在提供诊疗服务时，可以提前通过健康档案了解居民的既往病史及诊疗信息，有利于提高服务效率。对医生来说，是节约了时间，在最短的时间内了解所有的情况
- 对于慢性病病人更需要完整的信息记录，便于延续性的治疗和管理

# 7.完善健康档案信息的重要性

## 结合我省签约服务

- 首先,应让医务人员愿意使用健康档案,通过信息系统的应用以及考核激励等手段, 让医务人员感受到使用方便、易用或必用, 这是保证用活健康档案最关键的环节。
- 其次,对于居民,应加大宣传,并通过互联网、 APP 等工具,动员其积极参与自身的健康管理,参与健康档案信息的维护。
- 第三,健康档案作为社会资源,应最大限度地实现信息共享,为卫生行政部门规范业务管理,为医疗保险部门完善资金支付,为财政部门核定补助经费等提供重要依据。

## 8.病人就医习惯靠培养

- 无序就医在中国已经成为“习惯”，很多人只要感觉身体不舒服就要“一查到底”，这是中国百姓看病的主要心理。
- 很多“坏毛病”都是“惯”出来的。

要改变居民的就医习惯，卫生系统，尤其是医生，应形成共识，统一行动，引导居民建立对疾病的合理预期，逐步培养居民良好的就医习惯

## 8. 病人就医习惯靠培养

- 在英国全科医生主要职责是识别、判断疾病的危急程度，很多情况下采取连续观察的方式，很少做检查、开大处方。长此以往，英国百姓也养成了习惯、培养了耐心，对医生的依从性也很好，医患矛盾很少
- 事实证明，这样的服务模式能够节约大量的医疗费用，减少不必要的浪费，健康结果也没有受到大的影响



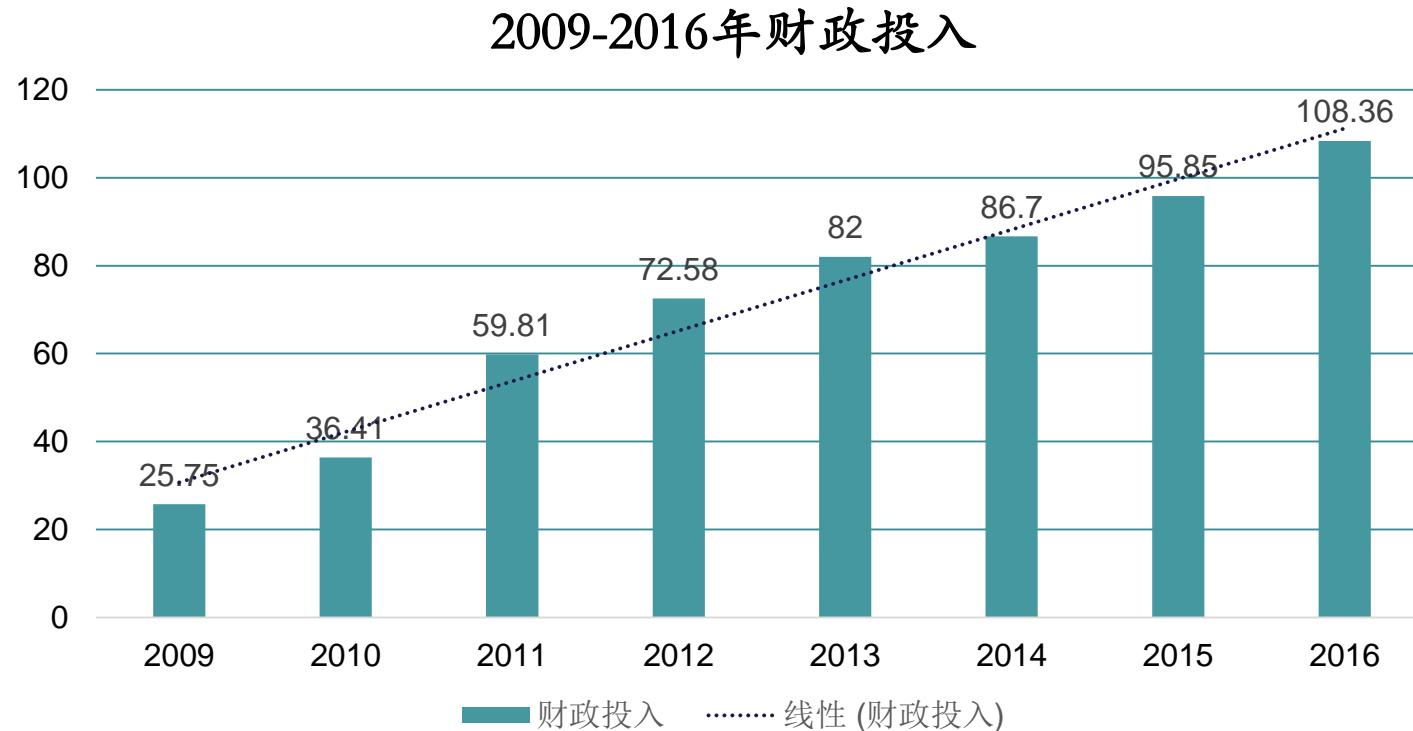
kpkw.com

# 基层综合改革三步

- 基层绩效工资政策调整
- 新一轮签约服务推进
- 基层机构财政补偿改革

# 财政补偿机制改革试点

## 基层医疗机构——财政投入不断增加

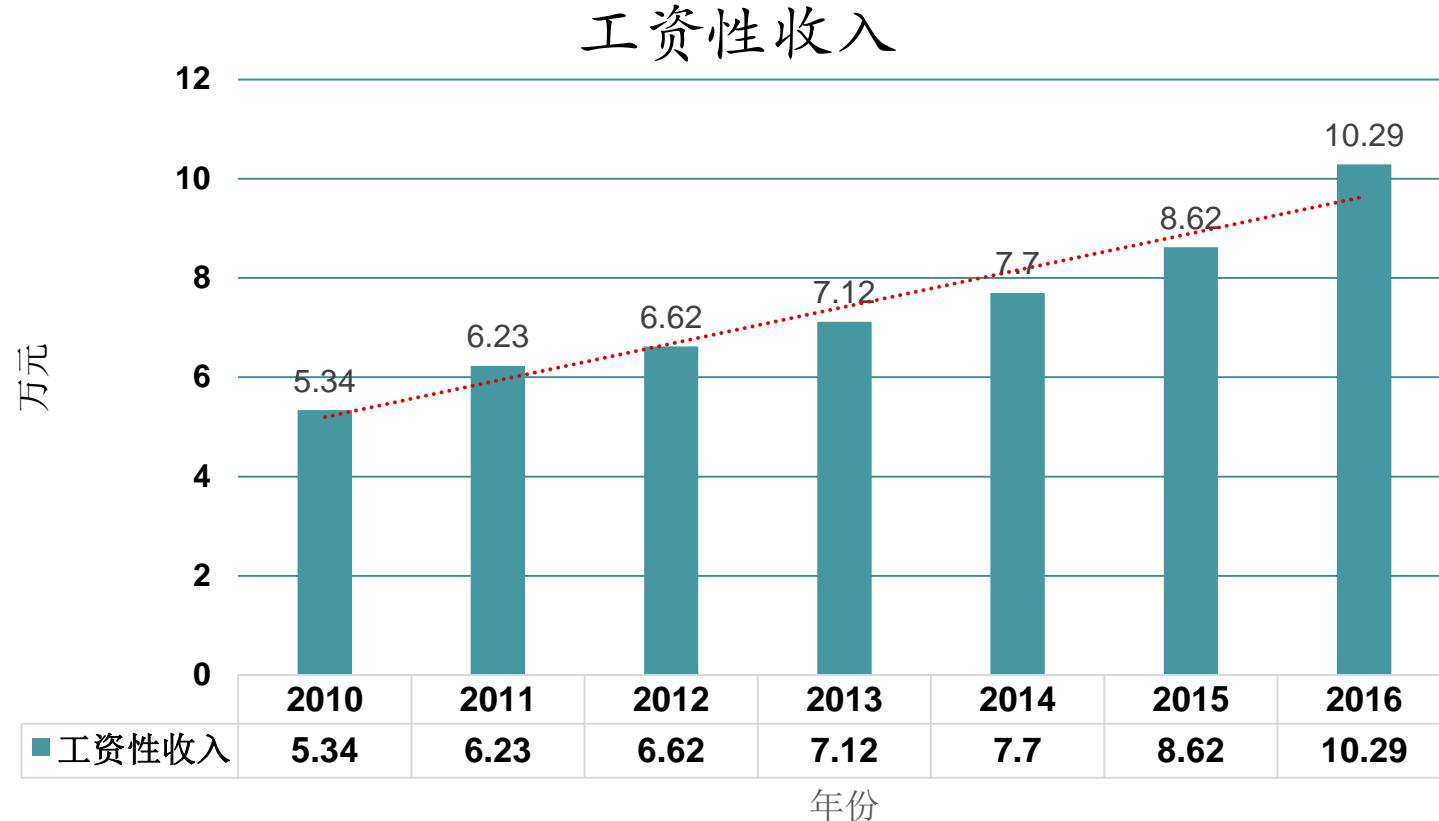


2009-2012年，全省各级财政拨付基层医疗卫生机构资金从25.75亿元增加到72.58亿元，年均增幅41.3%。

2013年82亿元 2014年86.7亿元 2015年95.85亿元 2016年108.36亿元

# 基层卫生人员待遇

## 基层医疗卫生机构——人员待遇总体提高



乡镇卫生院（中心）人均工资性收入（万元）

# 财政补偿机制改革

## □ 基层医疗机构运行补偿亟待规范化和制度化

- 近年来基层机构在职人员的社保支出、退休人员的生活补贴支出增长迅速
- 各地财政主要是保证人员经费、日常运行经费，对于机构发展所需要的基本建设、设备购置、信息化建设等不能全额预算安排
- 财政以核定收支作为核定补偿的依据存在的弊端影响了基层医疗卫生机构和医务人员的积极性

# 财政补偿机制改革

存在问题

以核定收支来核定补偿的弊端



1

2

3

4

核定的  
收支与  
实际发  
生的收  
支相距  
甚远

收支指  
标作为  
政府指  
令性任  
务与公  
益性有  
违

实际发  
生的收  
支差额  
影响卫  
生院实  
际运行

以核定收  
支来核定  
补偿引发  
“大锅饭”  
意识，使  
服务绩效  
严重下降

# 主要做法

## 改革战略思维

- 把握一对平衡：落实政府主体责任，保障基本，维护公益性；发挥市场激励机制，调动积极性，建立资金补助与服务绩效挂钩的补偿新机制
- 培育两个市场：近阶段，公立基层医疗卫生机构内部市场；远期，引入非公立的村卫生室、其他公共卫生机构购买服务，外部市场



# 主要做法

## 基层医疗机构补偿改革方案图示

强化政府主体责任

机构收入

保障基本  
购买服务

基本建设专项;  
信息化建设专项;  
设备经费（含维修基金）；  
艰苦偏远地区专项补助；  
人员培训和招聘经费；  
人员基本工资、五险二金

财政（定项补助）

医保购买

调整完善价格政策;  
医保支付补偿政策

医保（按付费标准购买）

财政购买

重大公共卫生项目;  
突发公卫事件处置;  
计生技术服务项目

财政（按定额定项购买）

基本公共卫生项目;  
部分基本医疗服务（  
门急诊人次、住院床日等）

财政（按标化当量购买）

强化市场分类购买

# 改革进展

## 试点工作进展情况

- 开展基层财政补偿机制改革得到国家卫计委基层司、财政部社保司的重视支持
- 2015年10月12日，浙江省财政厅与浙江省卫生计生委联合下发《关于开展基层医疗卫生机构补偿机制改革试点的指导意见》浙财社〔2015〕133号，选择在海盐县、嵊州市、义乌市和江山市4个县市开展试点
- 省级经费投入，每个县市1350万

# 改革进展

## 这轮改革的总体感受

### (一) 新型财政补偿机制初步建立

- 1. 政府保障与市场激励双管齐下有保有买，稳定可行；2. 改革设计操作方便，测算简单；3. 改革对象接受度好

### (二) 基层机构发展思路更加清晰

- 成本意识和精细化管理要求明显提高；减员增效、增收节支成为主旋律

### (三) 职工个人收入稳步增长

- 多劳多得、优绩优酬；粗放式奖励转变为精细化核算

### (四) 群众感受度持续提升

- 基层门诊人次增加，慢性病管理率提高，分级管理更为主动

# 财政补偿机制改革

- 一 总结试点基础上，稳步推进改革由点到面
- 二 加强信息化建设，完善内部绩效考核办法
- 三 开展实际成本的测算研究，探索基层价格政策的调整



# 结束语



- 浙江基层卫生工作进行了探索实践
- 前面的路还很长 需要不断完善深化
- 希望专家、同行们给予指导帮助





谢谢聆听！