



## 提要

- 历史回顾
- 政策实践
- 几点思考

### No.1—2007年

#### 【北京丰台试点“片儿医服务模式”】

- ❖ 起因：卢沟桥社区卫生服务中心将社区医生公示栏张贴于各居委会，以实现分类分级和网格化管理全覆盖。随后在方庄等5个中心实施
- ❖ 内容：分片服务、分类分级管理、24h电话咨询
- ❖ 成效：变被动为主动、六位一体落实、实现防治结合、重点人群和居民满意度提升

### No.2—2008年

#### 【上海长宁启动“家庭责任医生制度”试点】

- ❖ 为创新社区卫生服务模式，深化全科医生团队服务内涵，明确责任主体，为居民提供个性化、连续性的全科服务。全科医生为家庭责任医生，是家庭健康信息的管理者和主要服务的提供者
- ❖ 2008年，率先在周家桥试点，实施“中心—站点—家庭”三站式服务，内容包括建立健康档案、健康体检、预约门诊、家庭病床、双向转诊和慢病管理等

### No.3—2008年

#### 【河南郑州推行“片医负责制”服务模式】

- ❖ 借鉴英国模式，结合我国片警理念，建立“片医责任制”，1000-1500户为一个片区，建立由全科医生、护士和公卫人员组成的片医小组
- ❖ 与片区居民签订《郑州市家庭医疗保健协议》，实施一对一的契约化服务，内容包括享受免挂号费、检查费优惠、24小时电话咨询、上门救治、双向转诊、健康管理等。当年建立片医小组74个，服务人口42.2万

### No.4—2010年

#### 【北京市启动家庭医生式服务工作】

- ❖ 一是不再随机分配患者，而是直接分给签约医生，且签约患者优先就诊
- ❖ 二是患者不再单纯诊疗，而是接受团队的健康管理，预约复诊时间或提供转诊服务
- ❖ 三是实行分时段预约就诊，签约患者优先就诊，缩短候诊时间，改善就诊秩序。
- ❖ 服务过程一对一，医患深入沟通交流，促进医患和谐
- ❖ 目前，已有260余所社区卫生服务中心实现此服务流程

## No.5—2011年

## 【山东博兴开展基于基本公卫的签约服务】

- ❖ 具体形式是乡村医生与村民签约，将国家基本公卫项目免费服务内容、方式、频次等列入签约合同，村民应得到什么服务，村医要提供什么服务一目了然
- ❖ 实现了服务透明度、村医责任感、村民参与意愿三提高

## No.6—2012年

## 【安徽合肥开展社区家庭医生服务】

- ❖ 贯彻落实国务院《关于建立全科医生制度的指导意见》，加快转变社区卫生服务模式，市财政专项300万用于奖励签约团队
- ❖ 为签约居民免费提供基本公卫项目、健康咨询、转诊，享受医保报销优惠等；个性化提供门诊预约服务、残疾人指导和督促康复训练、空巢和行动不便老年人上门健康咨询和指导服务；约定的有偿服务等，当年签约人数18万

## No.7—2013年

## 【全国15省开展乡村医生签约服务试点】

- ❖ 国家卫生计生委办公厅印发《关于开展乡村医生签约服务试点的指导意见》，要求为签约农民提供基本医疗、基本公卫、健康咨询、规范转诊等服务，促进国家基本公卫项目和各项医改工作在农村的落实
- ❖ 确定15个乡村医生签约服务重点联系县，试点探索，总结经验。江苏大丰是15个试点县之一

## 提 要

- 历史回顾
- 政策实践
- 几点思考

- ❖ 2016年5月，国务院医改办等7部门联合印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，标志着家庭医生签约服务工作全面启动

## 【国务院医改办等7部委印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》】（国医改办〔2016〕1号）

## 总体要求：

- ❖ 促进重心下移、资源下沉
- ❖ 增强群众主动利用签约服务的意愿
- ❖ 调动家庭医生开展签约服务的积极性
- ❖ 鼓励二级以上医院和非政府办机构参与

## 【国务院医改办等7部委印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》】（国医改办〔2016〕1号）

- ❖重点是方式、内容、收付费、考核、激励机制
- ❖签约服务费用由医保基金、基本公卫经费和签约居民付费分担
- ❖签约周期原则上为一年
- ❖鼓励就近签约，也可跨区域，有序竞争
- ❖“1+1+1”组合签约：组合内自由，组合外转诊

## 【国务院医改办等7部委印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》】（国医改办〔2016〕1号）

### 签约服务内涵

- ❖**基本医疗**：常见病、多发病、合理用药、就医路径指导、转诊预约
- ❖**公共卫生**：基本项目、其他公卫服务
- ❖**健康管理**：健康评估、康复指导、家庭病床、家庭护理、中医药治未病、远程健康监测

## 签约主体——家庭医生

家庭医生包括：

- ① 全科医生
- ② 卫生院医师
- ③ 乡村医生
- ④ 公立医院退休临床医师



逐步形成全科医生为主体

家庭医生签约服务扩大到85%以上地市。

——2017年两会《政府工作报告》

- ❖2016年，在200个公立医院综合改革试点城市开展签约服务试点
- ❖到2017年底，城市签约服务覆盖率达30%以上，重点人群签约服务覆盖率达60%以上
- ❖到2020年，力争扩大到全人群，实现签约服务制度全覆盖

## 工作进展

- ❖截至目前，全国已有32个省份均印发了家庭医生签约服务指导意见或实施方案
- ❖截至目前，333个地市开展了签约服务，占99.7%
- ❖截至2017年8月，人群签约率达31.8%，重点人群签约率达51.0%

## 特色1、上海长宁签约服务



## 特色2、江苏大丰签约服务



## 特色3、浙江杭州医养护签约服务



## 特色4、福建厦门慢病“三师共管”签约模式

- ❖ 三师共管：对患高血压、糖尿病慢病患者，以家庭医生为责任主体，专科医生为技术支撑，健康管理师为辅助的“三师共管”团队模式
- ❖ 签约费120元/人/年，其中医保基金承担70元，财政30元，签约居民以个人20元。100元用于激励服务团队，不纳入绩效工资总额
- ❖ 患者在基层就诊享受大医院专家服务，享受诊疗费用优惠。共带动近200万诊疗人次下沉到基层，血压、血糖控制率均提高20%



## 特色5、安徽定远组合拳推动有序就诊



## 特色6、天津签约政策顶层设计

- ❖ 确定全市统一的签约服务费标准，每人每年120元，医保、基本公卫、居民各负担40元（区政府提供28元）
- ❖ 签约费在绩效工资以外分配，不低于70%奖励一线团队
- ❖ 组建市基卫高资格评审委员会，基层技术人员高级职称单独评审
- ❖ 确定基层机构正高5%、副高10%、中级55%



## 特色7、湖北宜昌互联网+网格员精准签约模式

- ❖ 利用互联网+优势：三级机构互联互通，二级以上诊断的慢病等重点人群自动推送至平台，根据地址表明网格号，团队认领，精准签约
- ❖ 利用网格化管理：200户设一网格员，负责签约的宣传、发动、上门。基层机构也同步落实网格化
- ❖ 力度大一书记工程：市委市政府印发《关于全面推进“互联网+分级诊疗”惠民医疗服务的实施意见》及任务清单，其中“健全签约服务收费用和激励机制”一项实施主体为物价、财政、卫计



### 成效1、助推基层首诊政策落地

- ❖ 患者留在基层，就必须有吸引患者的措施和手段。通过预约就诊、长处方和延处方、远程会诊、三级医院专家号源和住院床位等，提升患者留在基层的意愿
- ❖ 2015年上海市长宁区社区卫生服务机构承担了签约居民76%的诊疗量，远高于辖区非签约居民53%的比例

### 成效2、促进基本医疗和基本公卫双落实

- ❖ 通过签约服务，首诊在基层的比例增多
- ❖ 基本医疗与建档、体检、随访、健康教育等协同进行，提高效率，避免造假
- ❖ 2015年，江苏省大丰区签约慢病患者血压、血糖控制率分别为81%和67%，高于非签约患者69%和48%的控制率

### 成效3、倒逼配套激励机制破茧而出

- ❖ 家庭医生的报酬按签约的数量、质量、满意度考核后拨付，签约费不计入工资总额，多劳多得成为可能，激励作用开始显现
- ❖ 上海长宁签约费由医保基金支付，不计入工资总额，家庭医生仅此项每年至少增加5万元

### 挑战1、签约服务包缺乏吸引力

- ❖ 部分地区开展签约服务缺乏吸引力，居民感到“签与不签一个样”



### 挑战2、政策突破难

- ❖ 一是签约定价难
- ❖ 二是医保倾斜难
- ❖ 三是基药对接难
- ❖ 四是绩效突破难
- ❖ 五是人事放开难

### 挑战3、签约服务管理与考核观念陈旧

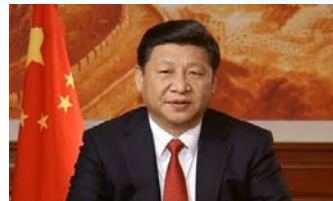
- ❖ 不实事求是地设置任务目标，且层层加码，基层只能是重数量、轻质量，甚至造假。这样做的结果是政府、卫生行政、机构、医务人员、居民五败俱伤



## 提要

- 历史回顾
- 政策实践
- **几点思考**

## 家庭医生



❖ 习近平主席发表2017年新年贺词：很多群众有了自己的家庭医生。

## 几点思考

**战略思维：**签约服务是推动基层首诊的重要基础和途径，签约做不好，基层首诊、分级诊疗都无法实现

**目标合理：**不搞层层加码，避免“大跃进”“拉郎配”式的推动。

### 成功三要素

政府多部门政策支持  
机构能力  
人员激励机制

### 分步实施

初级阶段：机构  
中级阶段：卫生系统  
高级阶段：政府多部门



# 感谢聆听！

2017.12  
北京