

互惠平衡交互式家庭医生签约 整合服务模式的探索

石家庄市新华区东焦街道办事处社区卫生服务中心 刘华雷

TEL: 13833399964

13833399964@163.com



主要内容

- ◆ 中心基本情况简介
- ◆ 互惠平衡交互式家庭医生签约整合服务模式的主要做法
- ◆ 互惠平衡交互式家庭医生签约整合服务模式的特点及成效



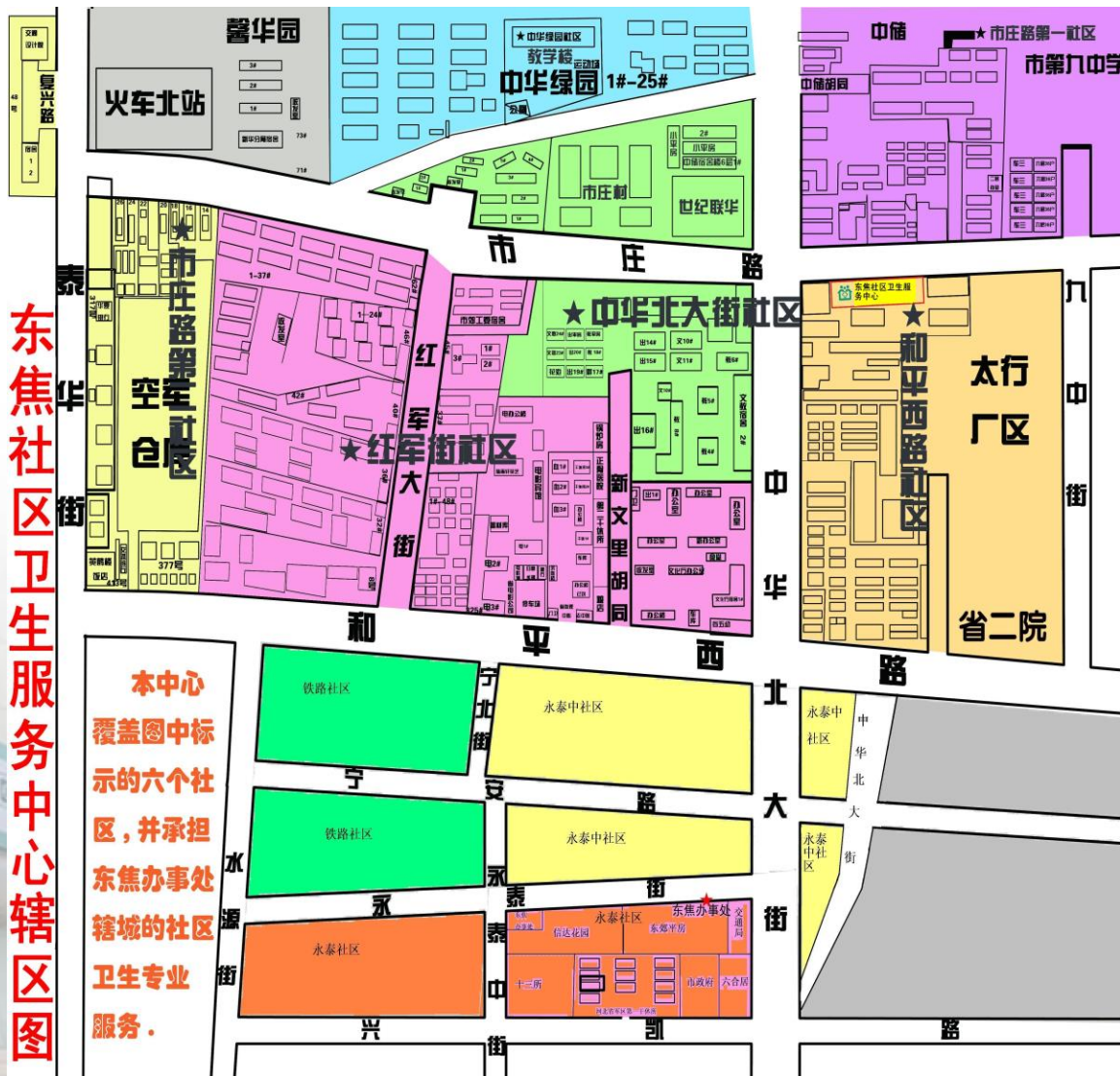
一、中心基本情况简介



中心的前身是河北太行机械厂职工医院，2007年1月转型为新华区东焦街道办事处社区卫生服务中心。中心是省、市医疗保险综合定点机构。



中心建筑面积2025m²，设有七个全科诊室、国医堂、康复室、抢救室、预检分诊台、预防接种门诊、儿童保健室、妇女保健与计划生育指导室、健康教育室、公共卫生科、全科医学示教室、放射科、检验室、B超室、心电图室、中西药房、治疗室、处置室、心理工作室、健康信息管理室、消毒间、医疗垃圾暂存点、观察室、住院部等科室。



中心人员构成及辖区情况

现有工作人员51人，
其中执业医师21名，
社区护士17名，承担辖区内10745户30017人的公共卫生服务，已为居民建立健康档27923份。



中心辖区平面区划图和重点人群一览表

社区卫生服务机构平面区划图



中华园社区家庭医生团队 中华大街社区家庭医生团队 红军大街社区家庭医生团队
市庄路第一社区家庭医生团队 和平西路社区家庭医生团队 市庄村社区家庭医生团队

社区卫生服务重点人群一览表

社区总人数	30017	社区总户数	10745
高血压人数	2783	糖尿病人数	968
65岁以上老人数	3865	7岁以下儿童数	1244
社区低保人口数	206	居民中	男 14408
社区残疾人数	165		女 15609

(以上数据为2016年12月31日更新)

责任医师

李玄嵬	孟宪俊	朱玉峰
任昉英	耿志强	张启龙



整体工作，初获肯定

- ◆ 被省会文明委评为二星级“窗口单位”
- ◆ 被共青团河北省委命名为“青年文明号”单位
- ◆ 被省卫计委评选为“河北省全科基层实践基地”
- ◆ 被省卫生厅评选为“河北省标准社区卫生服务中心”
- ◆ 被市卫计委评定为“五星级社区卫生服务示范机构”
- ◆ 被卫生部评选为“全国示范社区卫生服务中心”
- ◆ 被国家卫计委评选为“全国百强/优质服务示范社区卫生服务中心”

整体工作 初获肯定

中心多次接受国家卫生部、省、市、区有关领导的调研、考察、指导、检查，获得各级领导的普遍赞誉。



2009年5月25日，卫生部刘谦副部长带领农村卫生管理司、妇幼保健与社区卫生司有关领导到我中心进行调研指导社区卫生工作。



2013年4月28日下午，国家卫生和计划生育委员会副主任、国家中医药管理局局长王国强调研我中心国医堂中医药工作



2017年6月27日上午，国家卫生计生基层司司长李滔到我中心进行调研指导医改工作。



2017年11月19日，中心主任被推荐参加在北京召开的中华预防医学会第五届学术年会并做关于“慢病管理与家庭医生签约服务融合模式的探索”的汇报。



二、互惠平衡交互式家庭医生签约 整合服务模式的主要做法



中心重点人群工作思路

- ◆ 家庭医生签约服务工作是中心整体工作的一部分
- ◆ 重点人群是家庭医生签约服务的重点工作
- ◆ 重点人群中慢病与老年人群有较高的重合度，是高就诊人群，还是中医药服务接受度较高的人群
- ◆ 实际工作中医卫分不开，老高糖与中医药服务分不开
- ◆ 签约服务与医疗服务、公卫服务、医保服务、医药服务分不开
- ◆ 签约服务要做好不是单纯自身问题，也不仅是公卫问题，更与中心整体工作分不开；或者说要解决签约服务问题，先要解决中心整体工作

中心整体工作中面临困难和问题

- ◆ 工作种类越来越多，工作标准越来越高，工作考核越来越严，工作压力越来越大。**活越来越多！**
- ◆ 居民患者不愿意配合，要求越来越高。**不配合！**
- ◆ 医务人员对公卫工作和家约服务越来越头疼，尤其临床医生更是心不甘情不愿，认为越来越不像医生了。**不愿干！**
- ◆ 公卫工作和家约是基层工作的重点和难点，慢病管理是公卫和家约工作的重点和难点。**不好干！**
- ◆ 医疗服务和公卫及家约服务矛盾冲突不断。**不协调！**
- ◆ 相关政策落地较缓慢，相关部门不能有效协同，但工作任务和考核却很紧很严。**不协同！**
- ◆ 管理者对基层医疗机构的定位和功能充满着困惑和疑虑。**我们究竟是干什么的？**
- ◆ 总结：活多、考核多、人少、钱少、不愿干、不配合

问题分析

- ◆ 问题：活多、考核多、人少、钱少、不愿干、不配合
- ◆ 新常态：我们再怎么加人也赶不上活加的快！国家新医改进入攻坚阶段，重点是强基层，我们基层医疗机构从没有这么被重视过！几乎所有政策都指向基层，所有领导都盯着基层，但我们有这么大的承受力吗？感觉有点“虚不受补”啊！
- ◆ 怎么应对这种趋势发展呢？
- ◆ 找新思路：找出问题——分析问题——解决问题

调整工作思路

- ◆ 转换管理观念，寻找新思路，调整管理方式，调整工作流程，形成新机制新模式
- ◆ 向考核要效率，向管理要效益
- ◆ 以满足双方需求为切入点：获得感和积极性
- ◆ 以整体工作的解决来解决局部的问题：综合与单一的关系
- ◆ 坚持目标导向、需求导向和问题导向，制定以家庭医生签约服务为载体统筹医、卫、保、药、约五项服务整合协同并进思路，突出整体性、协同性和操作性。
- ◆ 以此新思路制定新管理模式解决家庭医生签约服务问题

中心整合服务思路

- ◆ 中心主要工作有医疗服务、公卫服务、医保服务、医药服务和签约服务五项服务内容
- ◆ 国家医改方向重点是分级诊疗，而分级诊疗主要抓手和工具是家庭医生签约服务和医联体建设
- ◆ 如何把医改政策和中心主要工作有机结合起来？
- ◆ 家庭医生签约服务是结合点、切入点、载体和主线

中心整合服务思路

- ◆ 中心家庭医生签约服务工作如何实现有效签约而非形式签约？签约与非签约服务有何区别？
- ◆ 中心和辖区居民患者双向需求分析：居民患者签约后能获得什么好处？机构为居民患者提供签约后又能获得什么收益？
- ◆ 分析清楚双方需求了就能找到有效解决办法！



中心整合服务思路

- ◆ 中心和辖区居民患者双向需求分析：
- ◆ 居民患者期望就诊时优先、药品提供获得保障、转诊便捷、住院费用优惠、获得免费体检服务
- ◆ 中心期望成为患者就诊优先选择机构、主动配合公共卫生服务、医卫结合服务模式形成、将多种服务工作能够统筹协调完成以减少无效重复劳动及消除零乱工作局面

中心整合服务方式

◆ 家庭医生签约服务遵循互惠式平衡交互原则

*满足需求的免费才有效：单纯免费一般相当于低质和

廉价！上杆子不是买卖！

*以签约服务换合作：给我个理由选择你！（为什么要签约？签约有什么好处？）

*只有建立制衡互惠式服务关系才具有平等性和可持续性：双向需求交换！

*以“签约服务换合作，花钱买时间”的互惠式平衡交互原则指导工作

✿ 家庭医生签约服务的有效签约就必须有效体现签约与没签约的区别！（签约服务卡和慢病随访本；）

中心整体解决方案

- ◆ 中心整体解决方案：制定以家庭医生签约服务为抓手和载体统筹医疗、医保、医药和公共卫生服务的一揽子打包式整合服务模式。
- ◆ 各项服务工作又是中心整合服务模式的一个个嵌入组合工作模块，融入其中一并解决，慢病管理也是其中以模块
- ◆ 实现医卫有效结合，医、保、药、卫、约五项工作融合服务、整合发展的整体工作模式

三、互惠平衡交互式家庭医生签约 整合服务模式的特点及成效



中心整体解决方案

- ◆ 形成模式，其定义：互惠平衡交互式家庭医生签约整合服务模式是指以家庭医生签约服务为抓手和载体统筹中心医疗、医保、医药和公卫服务实现整合服务，形成对机构和辖区居民均有益且达到双方需求平衡和有效交流互动的整体工作模式。



中心整体工作方式调整

- ◆ 以家庭医生签约服务为载体和抓手的整合服务模式促使中心工作方式重大调整，**实现了五个转变！**
 - *从全员参与+专人服务到团队服务+专人管理模式转变
 - *从医疗服务和公卫服务双轨并行到医卫结合服务模式转变
 - *从全人群健康管理到重点人群优先转变
 - *从小综合向突出中医药服务转变
 - *从全面管理向强化绩效考核管理转变

特点及成效

- ◆ 整合服务模式优点是一降三提：成本降低、提升效率、提升效能、提升效果
- ◆ 工作绩效方面：工作数量、工作质量、满意度均有显著提升（**从压活到抢活！**）
- ◆ 工作模式方面：粗放式模式转为精细化模式，分散式模式转为整合式模式（**化掌为拳！**）
- ◆ 医疗服务收益：门诊诊疗人次增加、医疗服务收入增长，医疗服务能力提升（**服务能力提升！**）
- ◆ 家庭医生签约服务融合其中也得到有效解决！

厘清家约服务工作思路

- ◆ 工作思路：在整合服务模式中解决家约服务工作
- ◆ 家约服务与公卫服务相结合
- ◆ 家约服务与医疗服务相结合
- ◆ 家约服务与医药服务相结合
- ◆ 家约服务与医保服务相结合
- ◆ 家庭医生签约服务作为纽带实现医卫结合
- ◆ 通过实施公卫助理员协理全科医生工作机制，实现全科门诊和公卫科实现家庭医生签约服务协同服务，最大限度解放了全科医生！）



修订家约服务考核方案，完善绩效考核机制

- ◆ 制定家约服务制度和完成措施
 - 与2017年慢病管理工作思路相结合
 - 与完成慢病规范管理达标任务具体措施相结合
 - 家庭医生签约服务及慢病筛查流程
- ◆ 绩效考核制度的完善和实施原则
 - 明确的家约服务考核标准
 - 严谨的家约服务考核态度
 - 严格的家约服务考核制度
 - 规范的家约服务考核程序和方法



中心家约服务工作制度

完成慢病规范管理人数达标任务具体措施

一、将所有在我中心门诊定点的高血压、糖尿病患者建立健康档案，纳入慢病规范管理人群，严格按照上述要求进行管理。

二、利用年度免费健康体检，筛查发现新的高血压、糖尿病患者。这就对我中心的体检服务提出了更高的要求，采取各种措施，尽最大可能扩大体检人群：

1、留住老体检居民，电话通知前三年在中心体检过的居民来中心体检，要求电话通知到每个人。

2、扩大新的体检人群，增加宣传力度，包括通过义诊宣传、小区单元门口粘贴体检通知、群发短信、微信平台等多种宣传途径，让更多居民知晓一年一次老年人免费健康体检服务。

3、进一步优化体检流程，细化体检程序，增加体检项目，为辖区居民提供优质便捷的体检服务。让更多的辖区居民选择免费体检服务。（使用新的体检报告，与爱尔眼科合作增加眼科免费检查，保存所有原始体检结果，把所有体检结果复印给居民，打印中医体质辨识结果给居民，每天为居民提供专业的体检报告查阅医生，并对居民提供针对性的健康指导）。

三、要求家庭医生每月完成一次社区巡回医疗，为所辖社区居民提供免费义诊和咨询服务，同时到居委会搜集死亡居民信息，回中心报给死亡信息记录员，并及时完成死亡居民档案的注销工作。在巡回医疗过程中，公卫科负责参与高血压糖尿病的筛查宣教工作及健康档案的数据核对和更新工作，利用此次机会筛查出更多的高血压糖尿病患者。

四、扩大健康教育讲座辖区居民参与人群，探索采取多种形式开展健康教育活动，如：和居委会合作定期开展健康教育讲座（从召集楼栋长参与开始，逐渐宣传扩展到普通居民）；在病房开展健康教育讲座（买一台移动便携式投影仪），受教对象从患者延伸到家属。每次健康讲座都可以提供免费血糖及血压检测，从而扩大了高血压、糖尿病筛查人群，增加了筛查率。

五、不放过一个高血压、糖尿病住院病人。

六、中心制定切实可行的保障制度和激励考核制度。

1、家庭医生至少每月对辖区进行一次巡回医疗，完成一次死亡信息搜集报告工作。每次巡回医疗公卫科必须有三人参与，负责打印并提前到小区粘贴巡回医疗通知，准备桌椅、条幅、发放宣传资料、对居民进行健康宣教、免费血压血糖检测并做好相关记录及后续分类管理工作。

2、在职正式专业公共卫生人员对于年度慢病规范化管理和老年人体检任务进行分解，每人每月要求完成新筛查出高血压 人，糖尿病 人。完成老年人体检 人。每月从每人绩效工资中提取 30%作为季度考核完成绩效工资基数，按照完成比例进行季度绩效工资发放。

3、针对中心慢病筛查重点工作进行全员动员，全员培训，全员参与。填表（附后）推荐一例高血压、糖尿病患者给公卫科，经公卫科筛查确定为我院中心新发高血压或糖尿病患者的奖励 5 元。

4、公卫科收到推荐病历信息登记表后，对信息进行信息比对核查，对确定为我院中心新发病例相关电子和纸质档案进行整改，每月对收到确定新发病例的信息表数和相关推荐人数进行汇总整理，报中心考评委员会。

2017 年慢病管理工作思路

一、在中心整体工作模式基础上制定本年度慢病管理思路，2017 年完成高血压、糖尿病规范管理人数和规范管理质量双达标，完成高血压规范管理 1680 人，糖尿病规范管理 580 人任务。

二、什么算规范管理？

1、清楚自己所患慢病，清楚自己服药情况，知道已经在我中心建立健康档案，并同意接受配合中心一季度一次健康随访工作。

2、手持持有慢病随访本，每年至少来中心接受两次健康随访（不包括健康体检）服务。

3、已经与中心签订家庭医生签约服务协议（签约卡）。

4、每年接受一次免费健康体检服务。

5、每年接受一次中医体质辨识和中医健康指导服务。

三、据上要求公卫科针对规范管理的慢病患者需做到以下几点：

1、对慢病患者进行相关知识宣教，让患者知晓中心对慢病患者规范化管理所做的工作，争取患者的最大配合。

2、为接受中心规范管理的患者发放慢病随访本，每季度电话提醒患者一次来中心健康随访。

3、与患者签订家庭医生签约服务协议，发放签约卡。

4、为患者每年提供一次免费健康体检服务。

中心家庭医生签约服务明白卡

家庭医生签约居民享受服务内容明白卡

签约居民可享受到以健康管理为主要内容、主动服务为主要形式的5类个性化的服务和优惠措施：

(一)“免费健康咨询服务”——个人健康评估及规划。
根据居民个人健康信息，每年（在中心）对其进行1次健康状况评估，并根据评估结果，指导其如何自我干预。

(二)“健康信息分享服务”借助微信、QQ、短信平台及时向签约家庭发布健康小知识，每月不少于1条；及时将健康教育讲座等健康活动信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知签约家庭。

(三)“分类干预服务”根据居民不同健康状况和需求，以慢性病患者为首要服务对象，提供主动健康咨询和分类指导服务，每年不少于4次。

(四)“保障医保定点优先和住院起付标准优惠服务”
优先保障医保定点签约居民门诊及住院用药，按居民需求增加采购药物品种，保证门诊统筹费用使用，为定点居民提供便利条件。住院患者出院结账时享受起付标准减免5%的优惠。

(五)“免费健康体检服务”为签约居民（凭签约卡）提供每年一次免费健康体检包括心电图、快速血糖测定、腹部（肝胆脾及双肾）B超。（老年及慢病签约患者不重复享受免费体检服务）

以上五类服务为基本服务项目，不收取任何费用。

家庭医生签约服务及慢病筛查流程

一、中心工作人员利用门诊接诊、健康教育及义诊咨询接待患者时，对未登记的高血压和糖尿病患者个人信息进行登记（慢病患者个人信息登记表见附件），并在门诊病历本粘贴相片页右下角标注“已登记”字样。向患者交代清楚三件事情：

- 1、中心已为其建立了健康档案；
 - 2、到公卫科签订《家庭医生签约协议书》领取家庭医生签约卡和慢病随访本；
 - 3、每年可以享受一次免费健康大体检和四次慢病随访小体检。
- 二、登记表填写要求字迹工整，不空项漏项，登记完整后交到公卫科。
- 三、公卫科对登记信息进行电子和纸质档案筛查，对已建档患者信息和登记表登记信息进行逐一核对，保证信息及时更新和真实性。
- 四、对未建档患者一周内完成建立纸质和电子档案，保证电子和纸质档案内容准确一致。

五、公卫科给患者签约发放家庭医生签约卡、家庭签约服务内容明白书和慢病随访本时需要向患者交代清楚以下事宜：

- 1、您已经在中心建档；
- 2、您已经与中心签约；
- 3、您每年可以在中心免费接受一次健康大体检和四次慢病随访小体检；
- 4、您每年可以在中心免费接受一次中医体质辨识和中医健康指导；
- 5、您与我中心签约后可以免费享受《家庭签约服务内容明白书》中标注的各种优惠服务。
- 6、希望您有个人信息变动时尽快和我们联系，更改更新您的健康档案信息。

六、家庭签约服务卡的发放和使用

- 1、公卫科负责服务卡的发放和日常管理；
- 2、公卫科按序号发放服务卡，并留存服务卡发放电子名单；
- 3、公卫科负责完成签约居民的“免费健康咨询服务”“健康信息分享服务”“分类干预服务”；

4、药房（收费处）负责签约居民的门诊和住院用药保障及住院起付标准优惠服务。

5、居民持服务卡到公卫科开具腹部B超免费检查单，到二楼B超室进行超声检查。公卫科负责检查快速血糖和心电图，并做好持卡者的免费检查电子记录。每月和平时随访体检数据一并分类汇总报给考核小组。

中心慢病患者随访证

亲情

便捷

全程

家庭医生服务签约
慢病患者随访证



我们的服务宗旨：
您的需求就是我们的追求，您的满意就是我们的目标。
全心全意为居民服务，做好辖区居民的健康卫士。

东焦街道办事处社区卫生服务中心
(石家庄太行医院)
NO.

东焦街道中心（石家庄太行医院）简介

我中心的前身是河北太行机械厂职工医院，是1985年成立的集医疗、保健、预防功能为一体的综合性医院。于2007年在医院的基础上转型为东焦街道办事处社区卫生服务中心。设有全科诊室七个、中医科、中西医结合科、内科、外科、儿科、妇科、理疗科、预防保健科、放射科、检验室、观察室、B超室、心电图室、急诊室等临床医技和辅助科室。增加了慢病管理、预防接种、妇幼保健、健康教育、卫生监督等基本公共卫生服务功能。现有工作人员50余名，其中主任医师1名，副主任医师9名，主治医师11名，主治药师1名，医院拥有美国“影像之星”彩色超声诊断仪（彩超）、中美合资24小时动态心电图诊疗仪、日本日立TL-41型500mA大型X光机、LG-R-80全自动血液流变分析系统、美国产MD-100半自动生化仪及各种常规检测设备等。

中心的服务宗旨是以病人为中心，一切为了病人，一切方便病人，以高尚的医德、精湛的医术、崇高的声誉、服务居民，造福患者。医务人员以优质的服务、优惠的价格、先进的设备、舒适的环境、适宜的技术赢得了各界的普遍赞誉。中心也因此被省文明委评为二星级“窗口单位”；被国家卫生部评为“全国示范社区卫生服务机构”；城市卫生委评为“五星级”社区卫生服务机构。

服务条约

我中心已为您建立了健康档案，并签订了《家庭医生团队服务协议》。您持此证在我院门诊享受以下免费服务：

1. 免费享受健康教育讲座，赠送健康教育宣传资料，每年不少于一次。
2. 每年免费测量血压、血糖、心电图四次，每年进行四次健康咨询、分类指导服务。
3. 免费为家人建立健康档案，并提供健康咨询和指导服务。

中心地址：市庄路60号（省文联东面、中山宾馆对面）
联系电话：0311-80762714 80762713

随访记录页

血糖	血压	心电图
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	

腹部（或妇科）B超

随访记录页

血糖	血压	心电图
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	

腹部（或妇科）B超

随访记录页

血糖	血压	心电图
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	
201 年 月 日	月 日	月 日
mmol/L	mmHg	

腹部（或妇科）B超

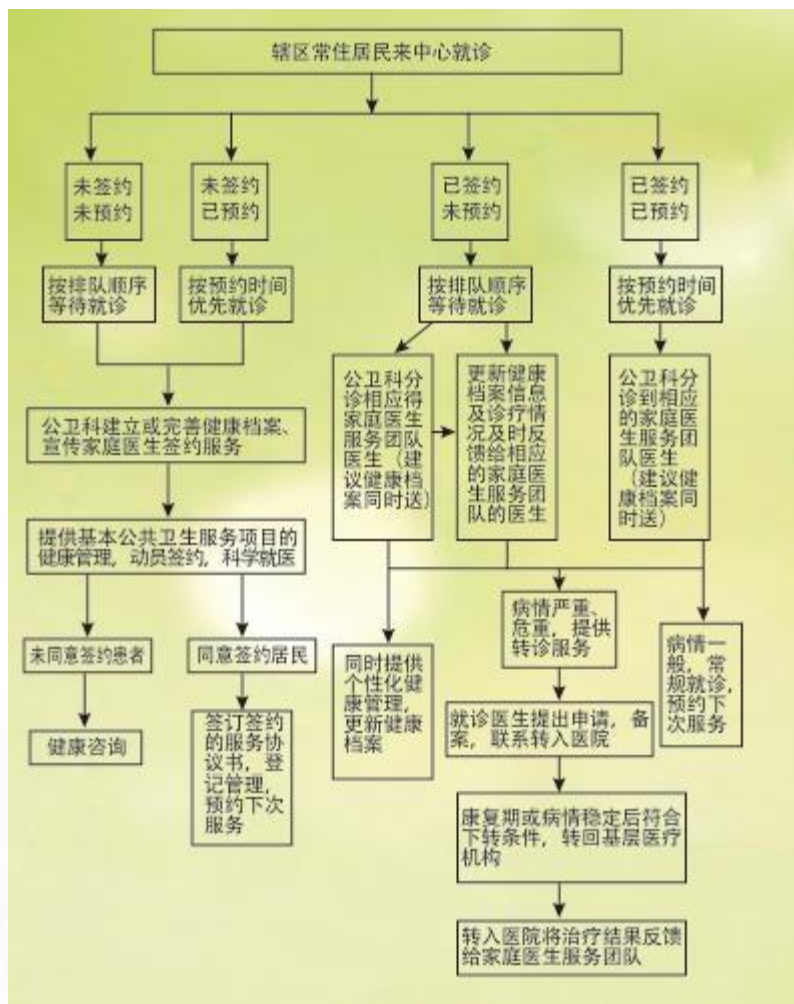
个人信息

姓名：_____
性别：_____
出生年月：_____
联系电话：_____
现住址：_____
患病情况：_____

声明：

1. 本证为辖区慢病患者在我中心随访使用，盖章有效。
2. 不得转借、涂改、勾划、。否则收回。

中心家庭医生签约服务卡和家庭医生签约服务流程图



借力家庭医生签约服务，促进慢病管理模式的转变

- ◆ 签约服务与医疗服务、公卫服务、医保服务、医药服务分不开，中心以家庭医生签约服务为抓手和载体统筹医疗、医保、医药和公卫服务探索形成一揽子打包式整合服务模式，签约服务工作又是中心整合服务模式的一个嵌入组合工作模块，融合其中一并解决，实现医卫有效结合，医、保、药、卫、约五项工作融合服务，整合发展。
- ◆ 在落实相关配套政策存在部门协调和滞后效应，诸多支持有名无实，经费有限，人员不足，任务还要完成的现实条件下，中心实施以“签约服务换合作，花钱买时间”的互惠式平衡交互原则指导家庭医生签约服务工作，采用家约服务卡、慢病管理随访本、年度基本公卫项目体检与季度慢病随访体检相结合的体检随访方式，初步达到了服务对象、机构和政府共赢效果。

谢谢
聆听！

