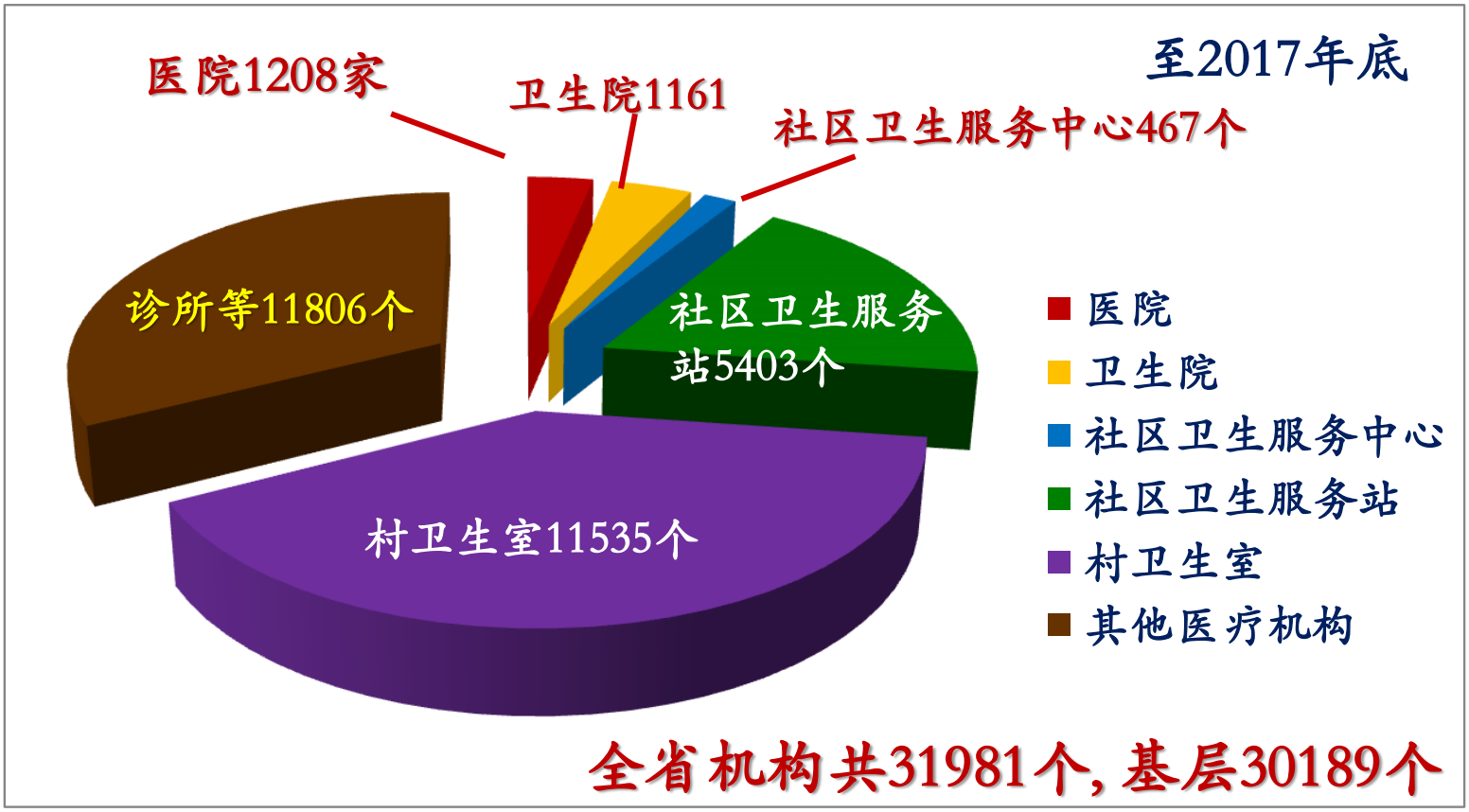
推进县域医共体建设
提升基层服务能力

浙江省卫计委基层处　　胡　玲

2018年04月26日

基本情况

□医疗机构存量情况

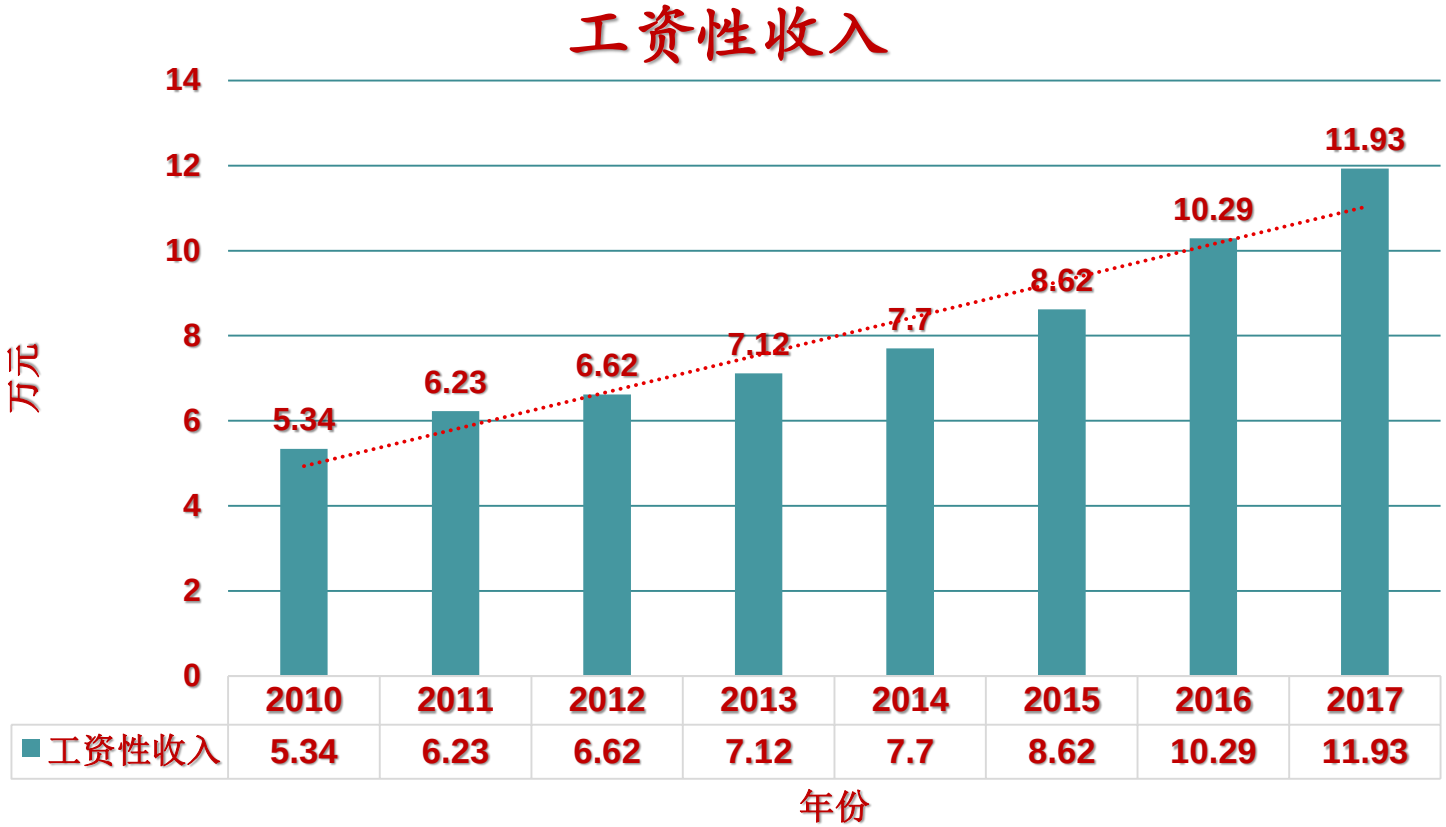


基本情况

□卫生人力资源情况

- 乡（镇）村两级卫生人员总数114261人，其中中心和乡镇卫生院88582人，村卫生室（站）25679人
- 卫生人员中执业医师\执业助理44579人
- 全省基层医疗卫生机构大专以上学历占73.91%，本科以上学历42.3%（45.77%），高级职称比例4.49%（9.15%），依然偏低
- 村级医疗卫生机构大专以上学历占46.23%，本科以上学历仅18.16%，高级职称0.95%，60岁以上人员占24.15%

基层卫生人员待遇



乡镇卫生院（中心）人均工资性收入（万元）

主要内容

一 医共体建设政策和推进情况

二 基层服务能力提升重点工作

一

Contents

医共体建设政策和推进情况

1

医共体建设相关政策

县域医疗服务共同体

有关政策

两个文件

- 2017年9月28日，省医改领导小组办公室《关于开展县域医疗服务共同体建设试点工作的指导意见》（浙医改办[2017]7号）

- 2018年1月23日，省卫生计生委、省编办、省财政厅、省人力社保厅、省物价局等五部门联合出台了《关于推进县域医疗服务共同体建设试点工作的若干意见》（浙卫发〔2018〕9号）

县域医共体建设

试点意义

- 深化医药卫生体制改革新的突破口
- 整体提高县域医疗资源配置和使用效率
- 加快提升基层医疗卫生服务能力

总体要求

着力改革完善县级医院、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的管理体制和运行机制,形成服务共同体、责任共同体、利益共同体、管理共同体

试点内容

三统一

- **统一机构设置**

  以县级医院为龙头，其他若干家县级医院及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）为成员单位，组建紧密型医疗集团作为医共体

- **统一人员管理**

  医共体内卫技人员由医共体统一招聘、统一培训、统一调配、统一管理

- **统一资源调配**

  重组整合、优化配置体内所有床位、设备、号源等资源。实行体内规章制度、技术规范、质量管理、信息系统、采购配送、后勤服务“六统一”，健全和完善县域影像、心电、检验、消毒供应等共享中心

统一机构设置

- 医共体内医疗机构基本功能定位不变
- 加快推进医共体实施集团化运营管理，允许医共体内医疗机构在保留独立法人（机构法人）的情况下，其法人代表由牵头单位负责人担任
- 为确保医共体统一管理，应赋予医共体牵头医院对医共体成员单位的干部任命（提名）权、资源调配权和经营管理权，减少对医共体内部事务的干预

统一人员招聘

- 医共体人员编制由机构编制部门会卫生计生等部门，对县级医院和基层医疗卫生机构两种编制进行分类核定，编制总量由医共体统筹使用
- 医共体内人员实行岗位管理，按照“按需设岗、竞聘上岗、按岗聘用、人岗相适、以岗定薪、岗变薪变”的原则，统一岗位设置，加强聘用管理
- 医共体内所有人员实行统一招聘、统一培训、统一调配、统一管理。制定紧缺岗位卫生人才引进优惠政策及不同层次人员招聘条件

统一人员招聘

- 医共体要优先保障基层医疗卫生机构用人需要，加大全科等紧缺专业人员培养，适当提高中、高级专业技术岗位比例
- 积极推动医共体内具有一定年资的医务人员向基层流动，通过专科结对、在基层设立慢性病专科专病门诊、专家工作室等，强化基层基本医疗服务功能，解决基层医疗卫生机构常见病、慢性病、多发病诊治能力不足问题
- 按照“两个允许”的要求，建立与医共体相适应的薪酬制度，体现多劳多得、优绩优酬

统一资源调配

- 医共体根据成员单位分布和功能定位，本着提升资源利用效益、降低运行成本的原则，在优先保障基层医疗卫生服务需要的前提下，重组整合、优化配置医共体内所有床位、设备、号源等资源
- 医共体内实行规章制度、技术规范、质量管理、信息系统、采购配送、后勤服务的“六统一”。健全和完善县域内影像诊断、心电诊断、医学检验、消毒供应等共享中心，实行县域内检查检验结果互认共享
- 医共体对相应资源进行集中管理、统一采购、实现共享。可以医共体为单位设立唯一采购账户

试点内容

三统筹

- **统筹财务管理**

  加强财政保障力度、创新财政财务管理方式、改革医疗服务定价权限、理顺医疗服务比价关系，医共体内设立财务管理中心，统一负责预算、管理、审计、监督

- **统筹医保支付**

  建立医共体医保总额预算管理机制，推行多元复合型医保支付方式，建立医保门诊医疗费用包干和家庭医生签约服务相结合机制，完善结余留用、合理超支分担的激励约束机制

- **统筹信息共享**

  建设县域共享型卫生信息化平台，促进县级医院和基层卫生信息系统融合，完善县域分级诊疗和全民健康信息平台

统筹财务管理

- 加强财政保障力度。进一步落实医共体各成员单位的财政投入政策，积极发挥财政资金的引导作用。加快建立建设发展靠政府、运行补偿靠服务的公立医院补偿机制，全面落实政府对公立医院“六项投入”政策。加快实施基层医疗卫生机构补偿机制改革，建立专项补助与付费购买相结合、资金补助与服务绩效相挂钩的新机制

- 创新财政财务管理方式。医共体设立财务管理中心，医共体内各成员单位财务单独设帐、统一管理、集中核算。鼓励乡镇（街道）对所在地的医共体成员单位给予扶持和补助

统筹医保支付

- 建立医共体总额预算管理机制。按照往年医共体内部各医疗机构实际发生总医疗费用确定该医共体医保总额预算基数；考虑医疗服务数量、质量以及物价指数等因素，确定医保总额预算增速调节系数；综合医共体往年医保总额预算基数和增速调节系数，确定医共体每年医保总额预算额度

- 建立“总额预算管理、结余适当留用、超支合理分担”的激励约束机制，发挥医共体对优化县域内和县域外、县和乡镇等诊疗结构的调节作用，进一步拉开县、乡医疗卫生机构医保报销比例，确保医保资金合理使用。各设区市要积极支持辖区试点县（市、区）开展医保支付方式改革探索

统筹医保支付

- 推行多元复合型医保支付方式。对县域内各医共体发生的住院医疗服务进行统一疾病分组和分值折算，按分值确定所应分配得到的医保基金，对差异不大的常见病组可开展不同医疗机构住院医疗服务实行同服务同分值。亏损负担和结余分成也按分值相应确定
- 对于治疗方案成熟、医疗费用稳定的疾病，推行按病种（病组）单元支付；对于老年康复等慢性病床位，推行按床日支付。
- 病种（病组）、床日可折算为点数，统一纳入医共体点数计分管理

统筹医保支付

➢建立医保门诊医疗费用包干和家庭医生签约服务相结合机制

- 在落实签约人群医保报销优惠措施基础上，扩大家庭医生签约服务覆盖面，将签约参保人员门诊医疗费用按人头包干给医共体，引导家庭医生及其团队加强参保人员健康管理，控制不合理医疗费用支出，让签约家庭医生成为参保人员健康管理守门人和医保基金守门人
- 医共体内部可探索开展医保专员派驻制

统筹信息共享

- **建立完善县级全民健康信息平台。**推进医共体内县级医院和基层医疗卫生机构信息系统融合，实现对医疗服务、财政管理、人事管理和绩效管理等的一体化支撑。推进医共体间医疗卫生信息共享，提升医疗机构协同服务水平和政府监管水平

- **完善县域分级诊疗信息平台。**进一步做好与全省预约转诊平台对接，畅通双向转诊通道。全面推进智慧医疗，实现智能化挂号、支付、导诊、诊疗报告查询、药物配送和健康指导等业务应用，改善群众看病就医体验

试点内容

三强化

□ 强化分级诊疗

强化牵头医院能力建设，完善县域内分级诊疗制度，落实基层首诊责任。试点县（市、区）要率先实现县域内就诊率90%、基层就诊率65%的目标

□ 强化签约服务

医共体要统筹调配力量，推进责任医生签约服务工作，努力扩大签约服务覆盖面，提高签约服务质量、水平和吸引力。试点县（市、区）率先达到区域人群签约率50%的目标

□ 强化公共卫生

试点县（市、区）政府要切实履行公共卫生服务职能，进一步强化公共卫生工作

强化分级诊疗

- 强化牵头医院能力建设。扎实推进县级强院项目建设，强化县域内常见病、多发病、慢性病的预防和诊治能力。通过紧密型医联体、城市“1+X”医联体、专科联盟、远程医疗协作网等多种形式高水平医联体建设，推进“双下沉、两提升”工作常态化和长效化，着力提升医共体牵头医院的医疗服务水平
- 完善县域内分级诊疗。试点县（市、区）要制订县域内就诊疾病目录、县域向外转诊标准和管理办法，落实基层首诊责任，畅通医共体内上下转诊通道，实现急慢分治、分级诊疗。率先实现县域内就诊率90%、基层就诊率65%、区域人群签约率50%的目标

强化签约服务

- 医共体要统筹调配力量，推进责任医生签约服务工作，努力扩大签约服务覆盖面，提高签约服务质量、水平和吸引力。试点县（市、区）率先达到区域人群签约率50%的目标
- 倡导以家庭为单位，与1名责任医生或1个责任医生团队签约。要把上级医院的号源、住院床位等资源分配给责任医生，确保签约服务对象转诊绿色通道畅通
- 完善签约服务考核激励机制，通过“财政补一点、医保担一点、个人出一点”等方式，筹措签约服务费。积极推广责任医生对签约服务对象的医保包干制

强化公共卫生

- 试点县（市、区）政府要切实履行公共卫生服务职能，进一步强化公共卫生工作。要以加强预防少生病为导向，突出预防为主、防治结合，为居民提供全方位、全周期的健康管理与服务
- 医共体要把公共卫生工作摆在重要位置、当作重要职责，完善工作机制，健全服务体系，加强队伍建设，提高服务能力和水平
- 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）作为公共卫生服务的前沿阵地，要自觉接受县级卫生行政部门和公共卫生管理机构的业务指导、监督与考核

组织领导

县级层面

成立由政府主要负责人牵头，编办、财政、人社、卫计、物价等部门组成的**医共体管理委员会**，负责制定医共体发展规划、重大项目实施、财政投入、人事调配、薪酬水平确定、考核奖惩等重大事项。日常工作机构设在卫计部门

医共体

制定**医共体章程**，规范治理结构和运行规则，建立健全内部组织机构、管理制度、议事规则等，加强对县域医疗卫生资源的高效整合，做到有序竞争和互补合作相统一

考核评估

考核指标

突出

1.基层就诊率和县域就诊率提升

2.医共体公共卫生职责履行

3.年人均就医次数和费用控制

4.双向转诊比例

5.运行绩效

6.医务人员廉洁从医

7.服务质量

8.社会满意度等考核指标

制定

基层基本医疗服务标准

双向转诊的标准

2

医共体试点推进情况

试点单位遴选

试点单位

在全省11个市各选择1个县（市、区）开展县域医疗服务共同体建设试点工作

试点工作进展

实施方案

截至目前，11个试点县（市、区）均出台了医共体试点实施方案

配套文件

大部分试点县（市、区）都围绕县域医共体建设出台了配套政策文件，不断完善管理体制和运行机制

试点工作进展

德清县

实行医保、医疗、医药由一名县领导分管。2017年11月，整合发改（医疗服务价格）、民政（医疗救助）、人力社保（医保）、卫生计生（药品耗材采购）等部门职能，组建医疗保障办公室，由县医改办负责管理，挂靠在德清县政府办公室

制定了基本医疗保险费用结算管理办法，全面推行以县域医共体为单位的医保总额预算、结余留用、合理超支分担管理。引导医共体主动控费，规范医疗行为，加强健康管理

试点工作进展

德清县

加快推进医疗服务价格调整。首轮联合限价采购谈判腾出空间2418万元，其中1818万元用于县级医院门诊诊疗费、住院诊查费、护理费等调整，600万元让利老百姓，将调整的部分医疗服务价格同步纳入医保支付范围。

制定了医共体建设运行绩效评价考核方案，将医保重点指标纳入考核，如医保基金县域内支出率、基层支出率、县域外前十位疾病费用支出率等，并与财政补助资金、薪酬总量拨付、集团院长年薪挂钩。

实施了健保集团医疗保险专员派驻管理办法。医保专员负责相关医保相关政策规定宣传，核查医院违规行为，并提供医保政策咨询服务

省级层面推进情况

筹备医共体建设推进会

2018上半年以省委、省政府名义召开深化双下沉两提升推进县域医共体建设试点现场会

加强医共体建设调研督导

开展试点县（市、区）工作调研，发现问题、研究对策、树好标杆，加强试点县（市、区）进展情况监测，及时收集并分析试点监测月报数据

做好医共体试点阶段性评估

及时总结阶段性成果，充分提炼先进做法和经验，制定《医共体建设试点工作评估方案》《医共体试点工作评估指标》，将好的做法共享，供试点单位互相学习借鉴

二

Contents

基层服务能力提升重点工作

1

医共体牵头医院针对性资源下沉

以医供体建设为载体提升能力

根据中心卫生院、一般卫生院、社区卫生服务中心的不同医疗能力和需求，牵头医院对医共体内乡镇卫生院（社区卫生服务中心）实行分类管理、个性下沉、精准帮扶。建议可从以下8方面落实牵头医院资源下沉工作

精准帮扶提升基层能力

- 牵头医院制定对口帮扶方案。根据“体内”乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的短板和需求，牵头医院量身制定个性化帮扶方案，明确任务和目标清单
- 牵头医院要组成若干个技术帮扶团队，为“体内”每个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）配置一个医疗团队，常驻帮扶
- 牵头医院动员退休临床医生（内科、儿科、中医等）和高年资护士到乡镇卫生院（社区卫生服务中心）参与家庭医生签约服务

精准帮扶提升基层能力

- 牵头医院的临床（含中医）和医技科室（重点B超、心电、放射）的卫技人员要与“体内”乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的临床（含中医）和医技科室人员“结对子”，建立“1+N”固定的师带徒关系，明确师徒各自的任务和目标，通过几年努力，实现基层卫技人员业务能力明显提升

- 牵头医院与“体内”乡镇卫生院（社区卫生服务中心）共同制定卫技人员（重点为医生和护士）进修培训规划，制定目标针对性强的业务科室进修方案，下派医生护士到卫生院（中心）解决工学矛盾，几年内实现乡镇卫生院（中心）的临床医生和护士全部到牵头医院进修1次（不少于3个月）

精准帮扶提升基层能力

- 牵头医院为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）业务骨干每年举办2期以上常见病诊断、鉴别诊断和临床治疗技能培训班
- 牵头医院要组织质控办对“体内”乡镇卫生院（社区卫生服务中心）每年至少开展2次医疗质量检查考核，帮扶乡镇卫生院（社区卫生服务中心）加强医疗质量管理，提升医疗质量
- 牵头医院要将符合条件的慢性病人及手术康复病人及时下转乡镇卫生院（社区卫生服务中心）治疗康复，为基层上转病人提供就诊、检查、住院等优先便利服务，畅通上下转诊通道

2

推进家庭医生签约服务提质增效

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

进一步做实做细签约服务

内容清单

10+1签约服务包

1 细化签约服务内容

2 优化签约服务团队

3 提供便捷用药服务

4 做实预约转诊服务

5 做好健康管理服务

健全签约服务考核激励机制

激励约束

分类服务 精准考核

1 完善签约服务考核指标体系

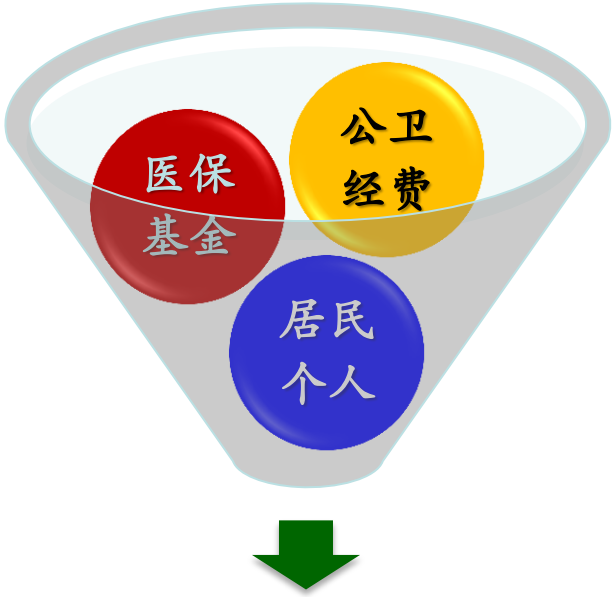
2 规范使用签约服务经费

规范和强化签约服务绩效考核

绩效考核

1. 科学合理地设置考核办法和评估手段
2. 签约服务费的发放要与有效签约服务相挂钩
3. 基层机构内部要细化考核，重点是把签约服务经费的拨付与签约服务的数量和质量考核相结合
4. 经费分配要合理、及时，体现多劳多得，真正地激发责任医生的积极性
5. 激励措施要跟进

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

签约服务费支付的内容

2017年11月3日，《关于全面推进基层医疗卫生机构补偿机制改革的实施意见》(浙财社〔2017〕63号)

政府购买家庭医生有效签约服务

家庭医生在为签约居民提供基本医疗和基本公共卫生项目服务之外，按照签约服务全人、全程健康管理要求，开展签订协议、健康咨询和对签约居民健康状况进行了解、干预、评估、管理，以及协调转诊、康复指导和随访等服务所需成本，由签约服务费予以补偿

加大签约宣传力度

- 充分利用各种信息媒介，采取多种形式广泛宣传家庭医生签约服务的政策与内容。从具体案例入手，生动地宣传家庭医生签约服务便民、惠民、利民的好处，提高居民对家庭医生签约服务的知晓率
- 把握宣传口径，统一宣传标题和口号，将国家和地方规定的签约服务政策措施作为宣传重点，结合国家基本公共卫生服务项目、“优质服务基层行”等活动，针对不同人群采用不同的宣传途径，主动加强签约服务工作宣传，合理引导居民对签约服务的期望
- 2018年继续将5月份定为“家庭医生签约服务宣传月”，在5月19日“世界家庭医生日”前后集中举办以家庭医生签约服务为主题的宣传活动

继续加强签约服务示范点建设

- 继续加强和巩固20家省级家庭医生签约服务培训基地和126家签约服务示范点建设，培训基地要承担好带教培训、结对帮扶的职责，示范点单位要按照“十有”标准继续强化签约服务工作

- 充分发挥基地和示范点的示范引领作用。各县（市、区）在此基础上全面推广签约服务示范点建设经验，促进全省基层医疗卫生机构的签约服务工作平衡协调发展

强化签约服务督导与监测评价

- 继续完善签约服务信息系统建设，指导基层做好签约服务的数据报送工作，统一相关统计口径，提高数据报送质量，动态掌握签约服务的总体进展

- 要贯彻落实中央有关规定精神，杜绝弄虚作假，确保数据的真实、准确、可靠。省级将进一步加强对签约服务工作的督导，及时发现存在问题，切实补足短板，推动签约服务工作均衡有效开展

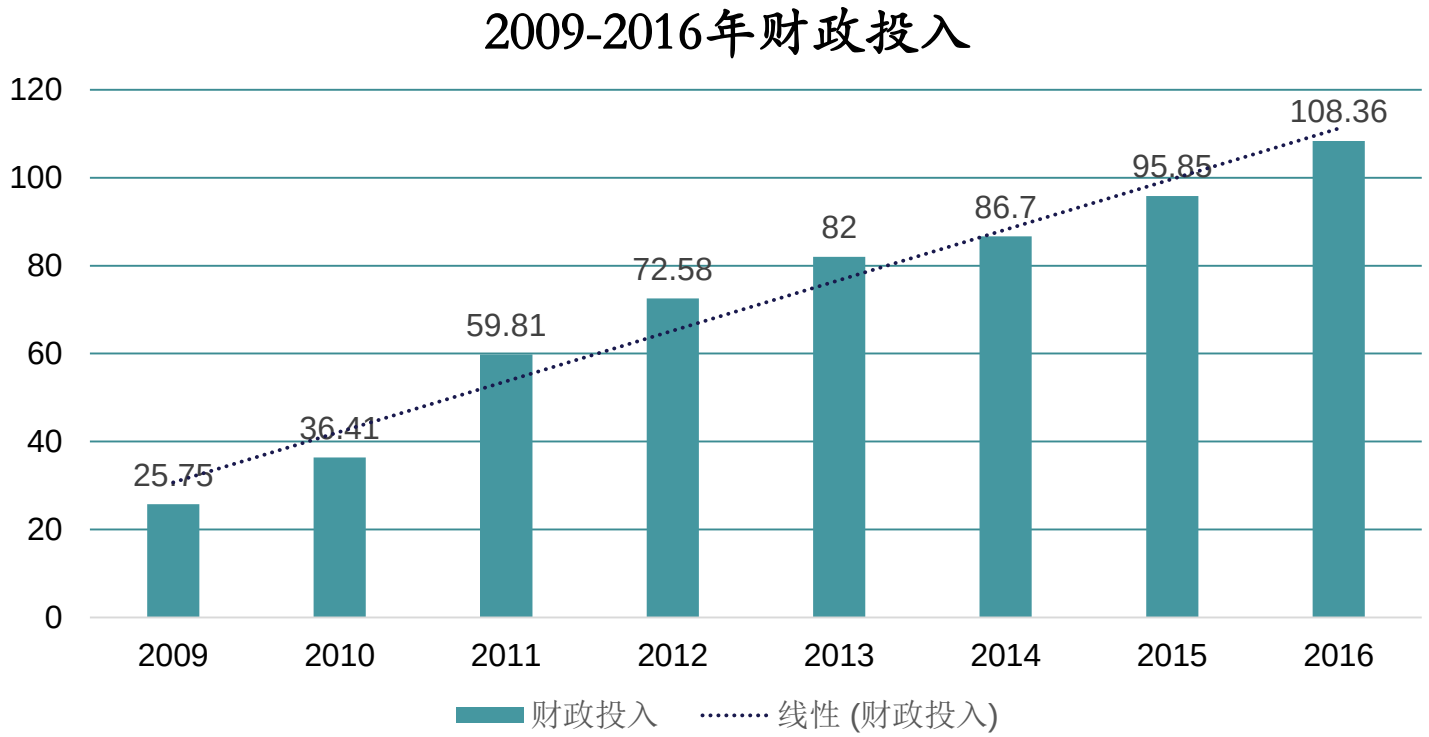
- 适时开展签约服务工作评价，真实客观反映签约服务现状，为进一步完善签约服务的政策措施提供依据。

3

全面推进财政补偿机制改革

财政补偿机制改革背景

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

财政补偿机制改革背景

- 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

财政补偿机制改革背景

存在问题 以核定收支来核定补偿的弊端

1. 核定的收支与实际发生的收支相距甚远
2. 收支指标作为政府指令性任务与公益性有违
3. 实际发生的收支差额影响卫生院实际运行
4. 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

财政补偿机制改革思路

- **坚持一个原则：**公平与效率统一、存量调整与增量引导相结合

  存量：尊重历史和原有财政投入总量，合理调整保+买的比例

  增量：通过提供更多、更优质的服务，获取增量资金

- **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

财政补偿机制改革框架

强化政府主体责任

机构收入

保障基本

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）

购买服务

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

财政补偿机制改革

文件出台

浙 江 省 财 政 厅
浙江省卫生和计划生育委员会 文件

浙财社〔2017〕63号

浙江省财政厅 浙江省卫生和计划生育委员会
关于全面推进基层医疗卫生机构
补偿机制改革的实施意见

各市、县（市、区）财政局、卫生计生委（局）：

为深化医药卫生体制改革，加快建立维护公益性、调动积极性、保障可持续性的基层运行新机制，根据《国务院办公厅关于巩固完善基本药物制度和基层运行新机制的意见》（国办发〔2013〕14号）精神，在总结海盐、义乌、嵊州、江山等四个

— 1 —

2017年10月，浙财社〔2017〕63号

浙江省卫生和计划生育委员会
浙 江 省 财 政 厅 文件

浙卫发〔2017〕95号

省卫生计生委 省财政厅关于印发浙江省
基层医疗卫生机构补偿机制改革绩效考核
信息化建设需求指南（试行）的通知

各市、县（市、区）卫生计生委（局）、财政局：

现将《浙江省基层医疗卫生机构补偿机制改革绩效考核信息化建设需求指南（试行）》印发给你们，请结合实际贯彻执行。

— 1 —

2017年11月，浙卫发〔2017〕95号

财政补偿机制改革

配套政策

- 落实财政资金投入
- 优化收入分配制度
- 夯实信息化支撑

  《浙江省基层医疗卫生机构补偿机制改革绩效考核信息化建设需求指南》
- 加强医保引导

财政补偿机制改革

工作目标

从2018年起全省全面启动基层医疗卫生机构补偿机制改革工作

到2019年底所有市、县（市、区）全部建立符合基层医疗卫生机构特点的新型补偿机制

4

加强基层卫生信息化建设

以信息化为载体提升能力

信息化是基层卫生发展的重要支撑

充分利用信息化手段和互联网技术，促进基层卫生的改革和发展

我省的工作计划，以信息化为载体提升基层能力、强化业务协同、提高群众感受度

2018年基层信息化重点工作

- 实施省级电子健康档案平台升级改造项目，加强电子健康档案业务需求、质量控制、传输规范、综合评价等信息化规范标准建设
- 积极推进市、县两级区域卫生信息化平台建设。完善电子健康档案与基本医疗系统的互通共享。促进健康管理的诊间随访和医防融合，提高基本公共卫生服务效率
- 贯彻落实两个信息化指南。推进全科医生签约与分级诊疗信息化建设，基层补偿机制改革信息化业务需求指南

做好“互联网+”文章

- **互联网+基层医疗服务。**以县域医共体为主线，推进医共体内县级医院和基层医疗卫生机构系统融合，推进县域临床检验、心电、影像、消毒供应、远程会诊等共享中心建设，实现基层“基层检查、上级诊断”
- **按照“互联网+”医疗行动要求，优化就医流程。**开展自助体检、自助挂号、网上预约、诊间结算、智能导诊、移动支付、自助打印、自助查询等服务

做好“互联网+”文章

- **互联网+基本公共卫生服务应用。**从基层补偿机制改革信息化和群众智慧医疗便民服务等两个方面同步推进，前者重点落实我省出台的基层补偿机制改革信息化业务需求指南，后者重点在电子健康档案系统业务功能需求指南、业务报表代码规范、电子健康档案传输规范、质量控制规范等4个信息化规范基础上，加强与各地健康APP等智慧平台整合，提高惠民便民运用

做好“互联网+”文章

- 互联网+家庭医生签约服务。推进我省出台的落实全科和分级诊疗业务需求指南，做好基于县域平台的签约和分级诊疗系统，以及基于省级双向转诊平台的预约转诊等两级分级诊疗格局

- 充分发挥信息系统在各类项目考核和数据填报中的作用，逐步将信息系统业务运行中生成的原始数据作为绩效量化考核的重要来源，减轻基层数据填报压力

结束语

- 医共体建设是深化医改的新突破口
- 前面的路还很长 需要不断探索完善

谢谢聆听！