

以家庭医生签约为契机实现 医疗公卫互联互通

青岛市崂山区北宅卫生院 陈振
2018年4月



青岛市崂山区概况



青 岛 市 卫 生 和 计 划 生 育 委 员 会
青 岛 市 发 展 和 改 革 委 员 会
青 岛 市 民 政 局
青 岛 市 财 政 局
青 岛 市 人 力 资 源 和 社 会 保 障 局
青 岛 市 物 价 局
青 岛 市 中 医 药 管 理 局

文件

青卫农社字〔2017〕9号

关于印发《青岛市规范和加快推进家庭医生签约服务工作方案》的通知

各区市卫生计生局、发展改革局、民政局、财政局、人力资源和社会保障局、物价局，市中医药管理局：

现将《青岛市规范和加快推进家庭医生签约服务工作方案》印发给你们，请认真贯彻落实。

青岛市卫生和计划生育
委员会

青岛市发展和改革
委员会

青岛市民政局

青岛市财政局

青岛市人力资源和
社会保障局

青岛市物价局

青岛市中医药管理局

2017年4月13日

五、建立签约服务收付费机制

(一) 明确签约服务筹资渠道。家庭医生团队为居民提供约定签约服务并按年收取签约服务费，签约服务费主要由基本公共卫生服务经费、医保基金和签约居民付费等分担。在居民与家庭医生团队签约并缴纳签约服务费中个人付费部分的前提下，根据签约服务居民数量，基层医疗卫生机构从拨付的基本公共卫生服务经费按照 42 元/人/年结算；机构可按不高于 58 元/人/年标准列入医疗服务收入，从社会医疗保险按规定拨付的医保基金中支付。家庭医生签约服务包中签约居民付费部分按低于签约服务包内服务项目个人付费总额的原则核定，签约居民在签约时一次性向基层医疗卫生机构缴纳居民付费部分，其中参加青岛市社会医疗保险的签约职工可由个人账户余额中支付。鼓励区市加大财政

七、完善考核激励机制

(一) 健全绩效考核体系。建立以运行质量、服务效果和群众感受度为主的家庭医生签约服务考核评价体系，基层医疗卫生机构和家庭医生团队主要以签约对象数量和构成、基本医疗和公共卫生服务数量和质量、健康管理效果、居民满意度、医药费用控制、签约居民基层就诊比例、经签约医生转诊率、居民续约率

等为核心的指标体系，家庭医生以继续教育、专业知识、临床技能等为核心的指标体系。区市卫生计生局每年组织对基层医疗卫生机构、家庭医生团队和家庭医生进行评价考核，考核结果与家庭医生团队、家庭医生绩效分配和评先评优挂钩。

(二) 完善激励机制。逐步建立适应基层医疗卫生行业发展的薪酬制度，依照签约服务所增加的工作数量和工作时间，对政府办基层医疗卫生机构在核定绩效工资总量时予以倾斜，建立动态调整机制。政府办基层医疗卫生机构按规定在核定的收支结余中提取职工福利基金和奖励基金，奖励基金可纳入单位绩效工资总量用于绩效分配。签约服务费使用与区市家庭医生签约服务考核结果挂钩，纳入基层医疗卫生机构业务收入统一核算，在核定政府办基层医疗卫生机构绩效工资总量时，可按不超过 60% 的比例作为家庭医生团队的技术劳务费用纳入机构绩效工资总量。基层医疗卫生机构在核定的绩效工资总量内，以家庭医生提供的签约服务工作量及绩效考核结果等为重点，依照按劳计酬、多劳多得的原则确定家庭医生签约服务费的分配形式和分配办法，报区市卫生计生局备案同意后实施。农村地区要保障乡村医生合理收入。

八、完善基层用药政策和服务价格

基层医疗卫生机构对于诊断明确、病情稳定、依从性较好的签约慢性病患者可酌情延长不超过 1 个月单次配药量、可延用二级以上医院医嘱中的非基本药物并以零差价销售给患者。鼓励公立医院全面配备和优先使用基本药物。从治疗高血压的基本药物（复方利血平片、双氢克尿噻、卡托普利、尼群地平、阿司匹林肠溶片）中各确定一品规，由医保基金全额支付。从治疗糖尿病和高脂血症的基本药物（二甲双胍、辛伐他汀）中各确定一品规，医保报销后居民自付费部分由区市财政专项资金解决。鼓励区市将其他慢性病纳入财政专项资金支持向签约居民免费提供慢性病基本药物。合理调整基层医疗卫生机构收费价格标准，增补和调整基层医疗卫生机构出诊、巡诊、家庭病床、家庭护理、健康管理、远程监测等服务的价格、收费方法和报销政策。

青岛市家庭医生签约服务包清单(第一批)

适合对象	服务包类型	服务项目		备注
		项目名称	年服务次数	
一般人群	基本签约服务包	1. 基本公共卫生服务项目		按规范执行
		2. 基本医疗服务十项项目, 包括:		
		(1)病情稳定慢性病患者长处方(1个月)		
		(2)延伸处方		
		(3)预约专家门诊、预约大型仪器设备检查		≤3
		(4)一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)		≤3
		(5)指导适宜就医途径		≤12
		(6)疾病健康教育		≤3
		(7)健康体检和评估, 制定健康管理方案		1
		(8)个性化中医体质辨识		1
		(9)教授一项中医养生技能		1
		(10)健康咨询的解答和指导		≤3
		3. 其他服务		

青
島
市
衛
生
和
計
劃
生
育
委
員
會

青
島
市
財
政
局
文
件

青
島
市
人
力
資
源
和
社
會
保
障
局

青卫农社字〔2017〕19号

关于印发《青岛市家庭医生签约服务绩效考核指导意见》的通知

各区市卫生计生局、财政局、人社局，高新区社区事务局、组织人事部：

现将《青岛市家庭医生签约服务绩效考核指导意见》印发给你们，请你们结合实际，制定具体绩效考核指导办法。

（此页无正文）

青
島
市
衛
生
和
計
劃
生
育
委
員
會

青
島
市
財
政
局

青
島
市
人
力
資
源
和
社
會
保
障
局

2017年9月22日

青岛市家庭医生签约服务绩效评价重点指标（2017版）

类别	类型	指标	指标说明	参考指标
总体指标	签约指标	家庭医生签约服务率	签约居民人数/辖区常住人口数×100%	≥30%
		重点人群签约服务率	签约重点人群数/辖区重点人群数×100%	≥60%
	控制指标	签约机构就诊率	签约居民就诊人数/机构总门诊人数×100%	≥30%
		签约居民预约就诊率	签约居民预约就诊人数/签约居民就诊人数×100%	≥30%
		签约居民预约履约率	签约居民预约门诊到诊人次数/预约门诊总人次数×100%	≥50%
		签约居民家庭医生就诊率	签约居民在家庭医生处就诊的人次数/签约居民在签约机构就诊的总人次数×100%	≥30%
		签约医生首诊率	签约居民在家庭医生处就诊次数/签约居民就诊次数×100%	≥30%
		签约居民复诊率	签约人群复诊2次及以上人数/签约居民总数×100%	≥50%
		签约医生转诊率	签约居民家庭医生转诊人数/签约居民在家庭医生处就诊人数×100%	≤60%
		签约居民下转回访率	下转回访的签约居民人数/下转的签约居民总数×100%	≥50%
		签约居民续签率	续签居民人数/上一年度居民签约人数×100%	≥80%

青岛市家庭医生签约服务绩效评价重点指标（2017版）

总体 指标	质量指标	签约居民健康状况改善率	签约居民健康状况改善人数/抽查总人数 \times 100%	\geq 50%
		电子健康档案合格率	抽查档案中合格电子档案份数/抽查电子档案总份数 \times 100%	\geq 80%
		出具健康诊断报告率	出具健康诊断报告的签约居民数/签约居民总数 \times 100%	\geq 80%
		制定健康管理方案率	制定健康管理方案的签约居民数/签约居民总数 \times 100%	\geq 80%
	执行指标	签约服务费到位率	家庭医生签约服务费中基本公卫资金和医保基金到位	
		健全绩效考核体系	制定家庭医生签约服务绩效考核方案，确定考核指标体系和奖惩措施，兑现到位	
		技术劳务费用到位	家庭医生技术服务费用分配到位	
	满意指标	签约医生知晓率	签约医生知晓居民数/签约居民总数 \times 100%	100%
		签约居民知晓率	签约居民知晓数/签约居民总数 \times 100%	\geq 50%
		签约居民满意度	签约居民满意人数/签约居民总数 \times 100%	\geq 80%

青岛市家庭医生签约服务绩效评价重点指标（2017版）

工作 指标	高血压	患者签约	签约患者数量/患者总数 \times 100%	$\geq 60\%$
		签约服务落实	签约服务项目落实到位的患者数量/签约患者数量 \times 100%	$\geq 80\%$
		干预措施	接受教育指导的患者数量/签约患者数量 \times 100%	40-90%
		干预措施	实行分类管理的患者数量/签约患者数量 \times 100%	45-80%
		控制效果	最近血压在150/90毫米汞柱或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	45-80%
	慢阻肺	患者签约	签约患者数量/患者总数 \times 100%	$\geq 60\%$
		签约服务落实	签约服务项目落实到位的患者数量/签约患者数量 \times 100%	$\geq 80\%$
		干预措施	按照FEV1实行分组管理的患者数量/签约患者数量 \times 100%	45-80%
		干预措施	最近氧饱和值的呼吸困难等级 ≥ 3 的患者数量/呼吸困难等级 ≥ 3 患者数量 \times 100%	40-90%
		干预措施	接受教育指导的患者数量/签约患者数量 \times 100%	40-90%
	干预措施	有过流感疫苗接种的患者数量/签约患者数量 \times 100%*	55-95%	

青岛市家庭医生签约服务绩效评价重点指标（2017版）

工作 指标	糖尿病	患者签约	签约患者数量/患者总数 \times 100%	\geq 60%
		签约服务落实	签约服务项目落实到位的患者数量/签约患者数量 \times 100%	\geq 80%
		控制效果	最近血压在150/90毫米汞柱或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	53-93%
		控制效果	最近血压在140/80毫米汞柱或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	38-78%
		控制效果	最近总胆固醇在5mmol/l或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	40-75%
		控制效果	最近糖化血红蛋白在59mmol/mol或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	35-75%
		控制效果	最近糖化血红蛋白在64mmol/mol或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	43-83%
		控制效果	最近糖化血红蛋白在75mmol/mol或以下的患者数量/签约患者数量 \times 100%	52-92%
		干预措施	接受教育指导的患者数量/签约患者数量 \times 100%	40-90%
		干预措施	有过流感疫苗接种的患者数量/签约患者数量 \times 100%*	55-95%

青岛市卫生和计划生育委员会 青 岛 市 财 政 局 文 件 青岛市人力资源和社会保障局

青卫农社字〔2017〕21号

关于开展家庭医生签约服务免费提供治疗 部分慢性病基本药物的通知

各区市卫生计生局、财政局、人力资源和社会保障局，高新区社会事务局、组织人事部：

为做好家庭医生签约服务工作，按照《关于印发〈青岛市规范和加快推进家庭医生签约服务工作实施方案〉的通知》（青卫农社字〔2017〕9号）要求，经过区市摸底和专家论证，向患有高血压、糖尿病和高脂血症的家庭医生签约居民免费提供部分基本药物，现将有关事项通知如下：

一、免费基本药物范围

（一）治疗高血压的基本药物。医保基金从复方利血平片、双氢克尿噻、卡托普利、尼群地平、阿司匹林肠溶片等五种基本药物中各确定一品规实行全额支付（见附件1），由基层医疗卫生机构（包括镇街道卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、规划内村卫生室，下同）向患有高血压的家庭医生签约居民免费提供。

（二）治疗糖尿病和高脂血症的基本药物。区市卫生计生局和财政局结合实际，从治疗糖尿病和高脂血症的基本药物（二甲双胍、辛伐他汀）中各确定一品规，医保报销后居民自付费部分由区市财政专项资金解决，由基层医疗卫生机构向患有糖尿病和高脂血症的家庭医生签约居民免费提供。

二、有关工作要求

（一）严格免费基本药物使用范围。免费基本药物由基层医疗卫生机构按照诊疗规范要求的剂量和时间及时足量提供给家庭医生签约居民，供签约居民自愿选择服用，基层医疗卫生机构不得强迫或限制居民选择其他药品。

（二）加强财政保障。区市卫生计生局要结合当地家庭医生签约居民免费基本药物需求及时确定好财政资金预算。区市财政局要足额纳入当地财政预算，实行年初拨付年终清算。

（三）做好免费基本药物供给。区市卫生计生局要加强调度，基层医疗卫生机构要做好免费基本药物的采购和配送工作，保障

青岛市家庭医生签约服务包居民付费标准

适合对象	服务包类型	居民付费标准(元)
一般人群	基本签约服务包	20
0-6岁儿童	个性签约服务包	100
孕产妇	个性签约服务包	100
老年人	个性签约服务包	100
高血压	个性签约服务包	100
糖尿病	个性签约服务包	100
慢阻肺	个性签约服务包	100
高血压合并糖尿病	个性签约服务包	200

崂山区基层卫生政策背景

- 1、2010年1月收支两条线
- 2、2015年突破收支两条线
- 3、全部基层机构推基本药物
- 4、公共卫生服务经费人均60元
- 5、实施“名医下乡”及五大远程
- 6、2016年6月率先开展家医签约服务
- 7、2016年全省率先订单定向培养乡医大学生

•

- 国家级慢病综合防控示范区、
- 国家中医药综合改革实验区（青岛）
- 全国健康促进区（创建）
 - 人均期望寿命81.3岁
 - 丰富的三级医疗资源
 - 全一专\一.三转诊模式
 - 我省首家美国独资“和睦家”
 - 青岛崂山湾国际生态健康城市建设
 - 慢病随访箱、移动体检车的信息基础
 - 肺炎疫苗、白内障复明工程、中年人体检

北宅街道基本情况

北宅街道面积81.3平方公里，辖36个居委会，3.8万人口。是辖区内唯一一家公立医疗机构，承担基本医疗、基本公卫、院前急救及29家一体化卫生室的管理工作。

职工78人，其中卫生专业人员64人，内科、中医科医师17人；副高级职称2人、中级职称20人；研究生4人、本科32人。

一体化卫生室现有工作人员42人（不含订单定向培养的7人）其中执业医师以上15人，2016年人均收入8.3万元。

01 指导思想

- 以家庭医生签约服务为工作中心，将基本医疗与基本公卫信息整合、资源共享；逐步实现以人为中心的全生命周期健康管理；提高群众获得感与满意度；实现科学有序的分级诊疗。

信息孤岛

互不联通，采集信息重复、工作效率低下

基本公卫

以居民健康档案、慢病管理为主的基本公卫系统，数据多

HIS系统

卫生室、卫生院独立的HIS系统，即时数据

家医系统

为了签约及家医特色服务而增加；医生排斥

设计思路

以人为中心

加活不加量，
效率提升，
友好型。

为家庭医生
赋能！

基本公卫

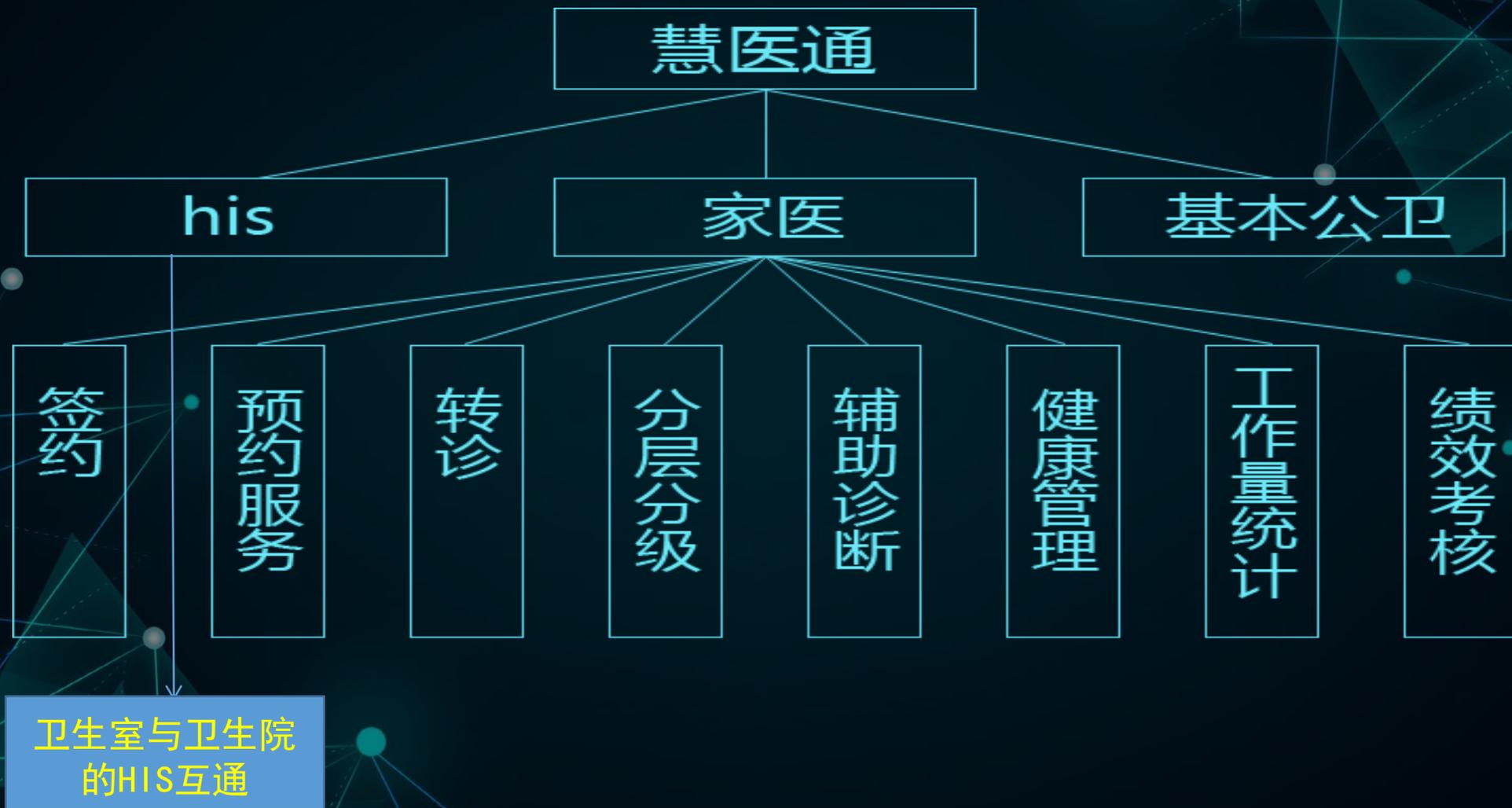
慧医通

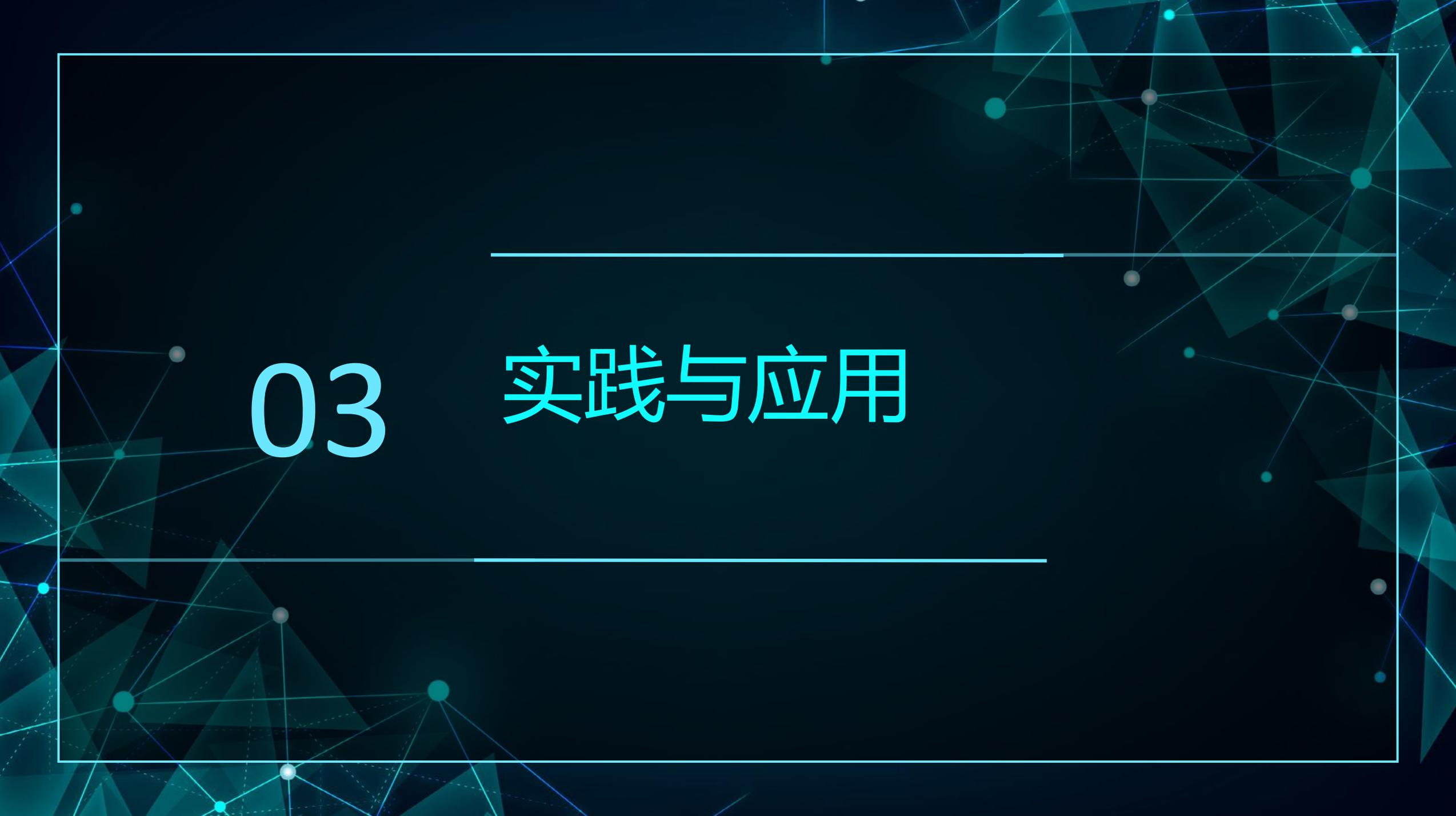
家庭医生签约

基本医疗



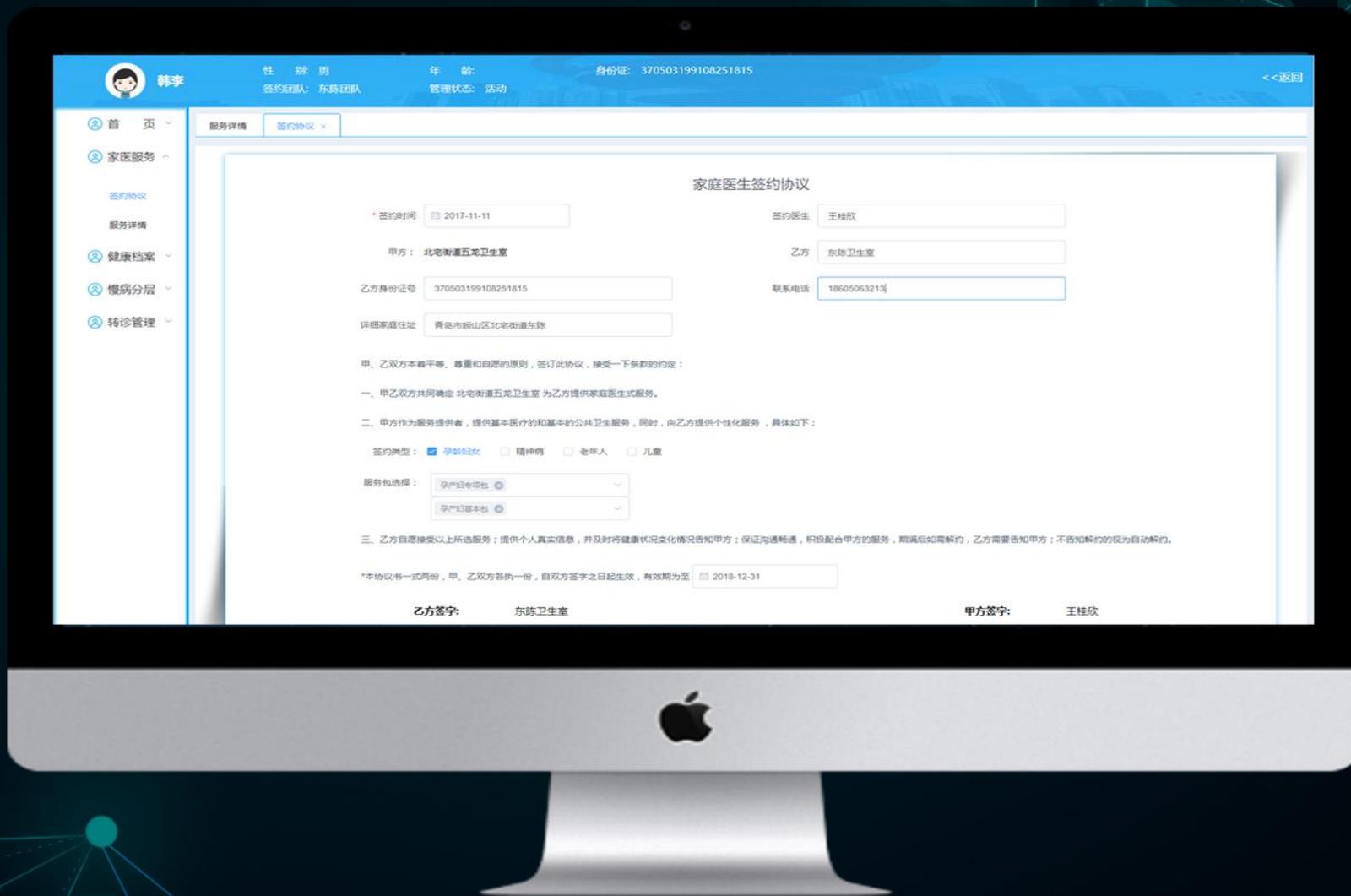
02 功能架构





03 实践与应用

签约功能



慢病分层分级管理

李玉美

性别: 女 年龄: 60 身份证: 370221195705182027

签约团队: 东畴团队 管理状态: 活动

<< 返回

- ② 首页
- ② 家庭医生
- ② 健康档案
- ② 慢病分层
- 健康评估
- 分层概要
- 评估记录
- 管理计划
- 跟踪管理
- ② 转诊管理

评估记录
分层概要

(一) 项目管理

高血压随访
2017-05-11

糖尿病随访
2017-06-22

高血压随访
2017-07-17

糖尿病随访
2017-08-16

高血压随访
2017-09-14

糖尿病随访
2017-10-15

疾病高危分层结果

危险因素和病史	I级高血压	II级高血压	III级高血压
无	低危(A)	中危(A)	高危(A)
1-2个其它危险因素	中危(B)	中危(C)	极高危(A)
≥3个其它危险因素或靶器官损害或并存临床疾患≥1个	高危(B)	高危(C)	极高危

高血压
高危(A)

高血脂
无

糖尿病
无

年度计划

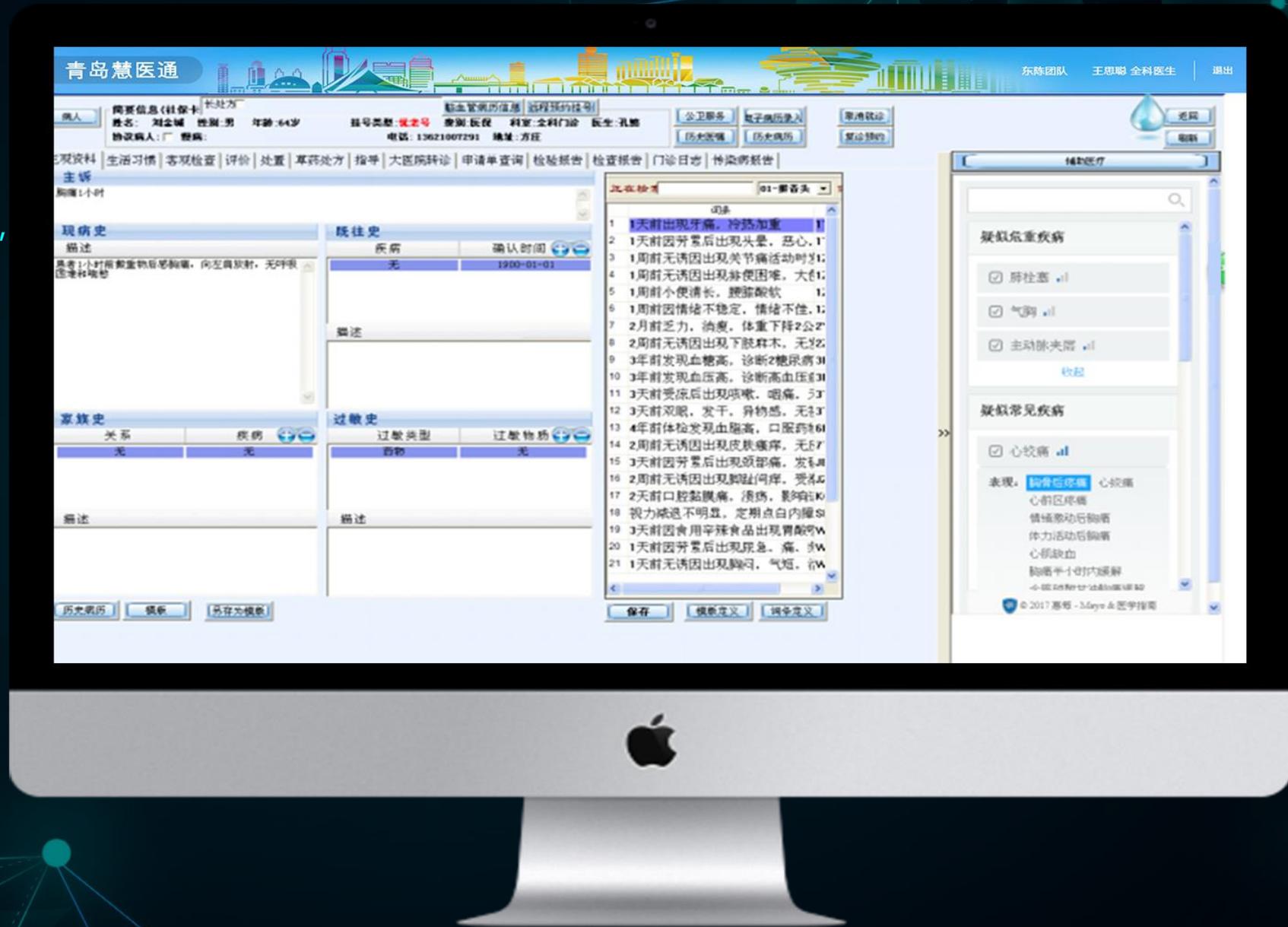
项目(单位)	控制目标		项目(单位)	控制目标		项目(单位)	控制目标		项目(单位)	控制目标	
	80	120		110/190	110/190		甘油三酯(mmol/L)	空腹血糖(nmol/L)			
体重(Kg)			糖化血红蛋白(%)			血压(mmHg)			甘油三酯(mmol/L)		
餐后血糖(mol/L)			高密度脂蛋白(mol/L)			总胆固醇(nmol/L)			空腹血糖(nmol/L)		
低密度脂蛋白(mol/L)						同型半胱氨酸(umol/L)					

年度计划

管理项目/月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
健康体检	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
高危筛查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疾病分层	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

辅助诊断

学习北京方庄的CDSS系统，
为家庭医生赋能



健康管理

全生命周期管理

李玉美

性别: 女 年龄: 60 身份证: 370221195705182027

签约团队: 东陈团队 管理状态: 活动

<<返回

首页 家医服务 健康档案 慢病分层 健康评估 分层概要 评估记录 管理计划 跟踪管理 转诊管理

评估记录 跟踪管理 管理计划

一级包

二级包

三级包

管理目标

血压: 140/90mmHg 体重: 46~60Kg 腰围: 85cm

血脂: 总胆固醇(TC): <5.8mmol/L 甘油三酯(TG): <1.70mmol/L

高密度脂蛋白(HDL): ≥1.04mmol/L 低密度脂蛋白(LDL): <3.37mmol/L

血同型半胱氨酸: <10.0umol/L

空腹血糖: <6.1mmol/L 餐后2h血糖: <7.8mmol/L 糖化血红蛋白: <6.5%

管理目标

全面体检 1次/年

高危筛查

糖尿病、心脑血管高危筛查 1次/年

高危筛查

综合血压水平、危险因素、器官损害和疾病的危险分层 1次/年

健康教育

高血压防控知识教育 4次/年

健康教育

收集病情 12次/年

监测体重、腰围、血压 4次/年

管理计划安排

管理计划

2017年12月1号

综合血压水平
危险因素
器官损害和疾病危险分层

诊疗计划

2017年10月1号

收集病情
监测体重、腰围、血压
监测空腹血糖
运动干预、饮食干预、药物治疗

诊疗随访

2017年7月1号

收集病情
监测体重、腰围、血压
监测空腹血糖
运动干预、饮食干预、药物治疗

管理计划

2017年5月1号

综合血压水平



04

管理工具

管理工具



pc端

手机端

pad端



PC端

李玉美 女 60岁 370221195705182027

首页 家医服务 健康档案 慢病分层 转诊管理

(一)项目管理

高血压随访 糖尿病随访 高血压随访 糖尿病随访 高血压随访 糖尿病随访

2017-05-11 2017-06-22 2017-07-17 2017-08-16 2017-09-14 2017-10-15

(二)高危筛查评估结果

慢病高危筛查结果

高血压 高危性(A) 糖尿病 高危性(A) 高血脂 无 慢阻肺 无

(三)控制目标和年度计划

项目(单位)	控制目标	项目(单位)	控制目标	项目(单位)	控制目标
体重(kg)	80	空腹	120	血压(mmHg)	110/190
餐后血糖(mol/L)		糖化血红蛋白(%)		总胆固醇(mmol/L)	
低密度脂蛋白(mol/L)		高密度脂蛋白(mol/L)		空腹血糖(mmol/L)	

年度计划

管理项目/月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
健康体检	<input type="checkbox"/>											
高危筛查	<input type="checkbox"/>											
慢病分层	<input type="checkbox"/>											

韩李 男 370503199108251815

首页 家医服务 转诊管理

家庭医生签约协议

签约时间: 2017-11-11 签约医生: 王桂欣

甲方: 北宅街道五疃卫生室 乙方: 东野卫生室

乙方身份证号: 370503199108251815 联系电话: 18600603213

详细家庭住址: 青岛市崂山区北宅街道五疃

甲、乙双方本着平等、自愿和互惠的原则, 签订此协议, 接受一下条款的约定:

一、甲乙双方共同确定: 北宅街道五疃卫生室 为乙方提供家庭医生式服务。

二、甲方作为服务提供者, 提供基本医疗和基本的公共卫生服务, 同时, 向乙方提供个性化服务, 具体如下:

签约类型: 签约医生 签约药师 老年人 儿童

服务包选择: 签约家庭医生 签约家庭医生

三、乙方自愿接受以上所列服务; 提供个人真实信息, 并及时将健康状况变化告知甲方; 保证沟通畅通, 积极配合甲方的服务, 期间如有解约, 乙方需告知甲方; 不告知解约的视为自动解约。

*本协议一式两份, 甲、乙双方各执一份, 自双方签字之日起生效, 有效期为至 2018-12-31

乙方签字: 东野卫生室 甲方签字: 王桂欣

青岛慧医通 五龙团队 全科医师 宋彦 | 退出系统

首页 签约管理

姓名: 身份证号: 距离到期天数: 签约类型: 日期: 自 签约日期 至 到期日期 查询

姓名	性别	身份证号	签约类型	签约服务包	签约日期	操作
刘佳梁	男	372328194609070076	老年人,高血压	高血压基本包	2017-10-09	详情
石五军	男	370503201510131812	儿童	儿童专项包	2017-09-19	详情
万叶涛	男	37050319540910182X	老年人,糖尿病	糖尿病专项包	2017-10-03	详情
郭长龙	男	370503197010291836	一般人群	一般人群专项包	2017-10-11	详情
崔浩	男	37050319480529181X	老年人,慢阻肺	慢阻肺基本包	2017-09-07	详情
宋晓倩	女	370503199003111829	孕产妇	孕产妇基本包	2017-10-04	详情
宋吉祥	男	370503198801011826	一般人群	一般人群基本包	2017-09-13	详情
陈律鑫	男	370503195511191877	老年人,慢阻肺	慢阻肺基本包	2017-09-14	详情
吴飞宇	男	370503196707181827	糖尿病,高血压,慢阻肺	糖尿病基本包,高血压专项包,慢阻肺专项包	2017-09-06	详情
宋吉阳	男	370503198809121824	一般人群	一般人群基本包	2017-09-12	详情

共 32 条 10 条/页 < 1 2 3 4 > 前往 1 页

手机端

居民端



医生端



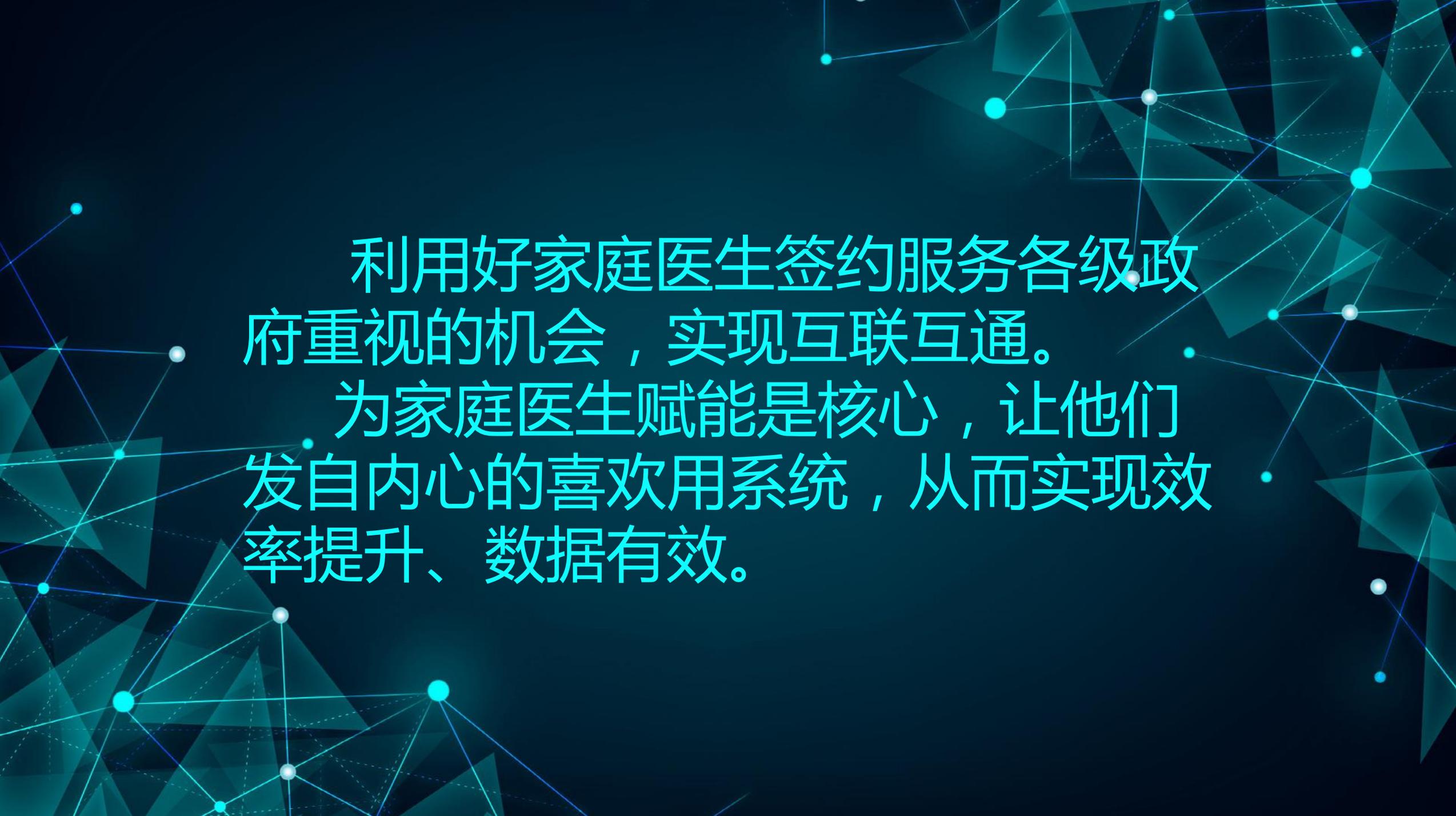
管理端





05

工作成效与体会



利用好家庭医生签约服务各级政府重视的机会，实现互联互通。

为家庭医生赋能是核心，让他们发自内心的喜欢用系统，从而实现效率提升、数据有效。

互联网，物联网，人工智能等信息及时为支撑的智慧家医

导入健康评估报告（如心脑血管评估报告，中医体质辨识等），评估健康风险

健康评估

工作计划

家庭医生制定健康干预计划，从药物治疗和非药物治疗等方面指导患者。

根据干预计划，对关键节点进行定时提醒，督促患者执行医嘱与慢病管理相结合

定时提醒

健康监测

连续采集健康指标数据，建立预警机制，全面监测和看护患者健康状况。

根据健康干预计划，定期执行随访，针对性地检查患者医学指标，调整干预方案。

随访服务

实现从疾病治疗到健康管理



谢谢观赏！
敬请指正！