

山东省深化医药卫生体制改革领导小组办公室 山东省省属公立医院管理委员会办公室

鲁医改办函〔2017〕1号

转发《国务院深化医药卫生体制改革领导小组 关于印发深化医药卫生体制改革 典型案例的通知》的通知

各市医改办、卫生计生委，省医改领导小组各成员单位：

现将《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于印发深化医药卫生体制改革典型案例的通知》（国医改发〔2016〕3号）转发给你们，请结合《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见》（以下简称《若干意见》），认真学习借鉴，现就做好相关工作提出如下要求：

一、高度重视典型经验的培育。当前，我省医改工作已进入爬坡过坎的关键时期，采用先行先试、典型培育的方式，尽快找出规律、凝聚共识，解决体制机制难题，突破利益藩篱，是医改工作取得显著成效的重要手段。各市、各部门要高度重视典型经验的培育，坚持因地制宜、重点突破，积极作为，主动创新。改革关键环节主要负责同志要亲自抓、负总责，要高层决策、高位协调、高效推进、狠抓落实，争取尽快形成具有地域特色的改革

典型经验，引领我省医改工作全面、整体推进。

二、积极培育可推广、可复制的改革经验。各市、各部门要紧紧围绕“十三五”医改规划5项制度建设，借鉴先进典型，对标《若干意见》8个方面24条经验，进一步解放思想、大胆创新，积极探索有效改革措施。对已开展的工作及时梳理总结，挖掘亮点、凝练模式；对未开展的工作，要积极探索创新，争取形成可复制、可推广的典型经验。济南、青岛、东营、潍坊、威海、滨州6个试点城市和平阴县、即墨市、高密市、费县、平原县5个国家公立医院改革示范县（市）要起到示范带头作用，尽快形成可复制推广的典型经验提报国家。

三、强化典型经验的推广宣传。各市、各部门要及时了解本地改革推进情况，加大对改革探索的总结评估，对证明行之有效的经验做法，及时总结提炼、形成典型经验。对形成的典型经验，要采取多种形式进行宣传，树立改革样板，并通过全面准确解读，回应社会关切，凝聚改革共识，充分发挥典型引路作用，扩大改革成效。

各市、各部门梳理总结的亮点材料，请于8月底前报省医改办。

山东省深化医药卫生体制改革领导小组办公室
(山东省卫生和计划生育委员会代章)

2017年6月1日

国务院深化医药卫生体制改革领导小组文件

国医改发〔2016〕3号

国务院深化医药卫生体制改革领导小组 关于印发深化医药卫生体制改革 典型案例的通知

各省、自治区、直辖市深化医药卫生体制改革领导小组，新疆生产建设兵团深化医药卫生体制改革领导小组，国务院深化医药卫生体制改革领导小组各成员单位：

为贯彻落实《中共中央办公厅 国务院办公厅转发〈国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于进一步推广深化医药卫生体制改革经验的若干意见〉的通知》精神，现将《深化医药卫生体制改革典型案例》印发给你们，请结合实际认真学习借鉴，做好医改经验推广工作。



(信息公开形式：主动公开)

深化医药卫生体制改革典型案例

目 录

福建省强化医改领导体制	1
福建省三明市“三医联动”推进综合改革	3
福建省三明市实行药品流通“两票制”	7
推进医保支付方式改革	9
之一、云南省禄丰县实施住院按疾病诊断相关分组付费	9
之二、河南省宜阳县实行按疾病分组付费	13
之三、江苏省淮安市实行总额控制下病种分值结算	17
安徽省实行基本医保多元化经办	21
上海市推行市级公立医院院长绩效考核	24
开展公立医院薪酬制度改革	27
之一、江苏省推进公立医院薪酬制度改革	27
之二、福建省尤溪县开展公立医院薪酬制度改革	30
加快分级诊疗制度建设	34
之一、上海市实行“1+1+1”家庭医生签约服务	34
之二、江苏省镇江市引导医疗联合体建设	38
之三、浙江省实施“双下沉”、“两提升”工程	41
之四、青海省推进分级诊疗制度建设	44
浙江省杭州市借助信息化改善医疗服务	48

福建省强化医改领导体制

为实现深化医改工作高层决策、高位协调、高效推进,凝聚各方力量、形成改革合力,福建省强化医改领导体制和工作推进机制,取得了积极成效。

一、主要做法

(一)建立高规格、强有力的领导体制。一是由省深化医药卫生体制改革领导小组(以下简称医改领导小组)负责医改政策决策。福建省委书记亲自担任省医改领导小组组长,直接领导推进医改工作。省长担任第一副组长,常务副省长、分管副省长担任副组长。各级医改领导小组参照省里的模式健全领导机构,各级政府“一把手”对医改工作推进总负责,实现省、市、县三级全覆盖。二是由一位省政府领导分管医疗、医保、医药,负责医改总策划。福建省将卫生计生、医疗保险、药品流通等工作由一位省领导统一分管,建立三医联动、统筹合一的领导主管体制机制。

(二)建立有效的医改推进机制。一是强化医改考核对各级政府的激励约束作用。福建省将医改指标纳入各级政府年度绩效考核内容,并不断加大医改相关指标权重。二是建立省、市医改工作挂钩联系制度,定期开展督查和指导。福建省注重省级层面对医改的整体把控和协调力度,加大医改工作督查频次,加强对各级政

府医改的针对性指导。支持、培育各地医改工作的特色亮点,完善、解决各地医改存在的薄弱环节和突出问题。三是省医改领导小组组织相关成员单位,根据试点方案和年度重点改革任务,研究制定具体政策措施,明确年度目标和时间进度。省级、各设区市医改办从医改工作的政策研究、综合推动、协同督导等主要职责入手,挑选、培养业务骨干,不断充实医改工作力量,打造工作高效、专业精通、推动有力的医改工作队伍。各地以设区市为整体,统一组织实施试点工作,制定具体分工方案,细化改革任务,落实进度安排。

二、主要成效

深化医药卫生体制改革关系到广大人民群众的幸福,涉及到医疗、医保和医药的众多环节和卫生计生、发展改革、财政、人力资源社会保障、编制、教育、食品药品监管等多个部门。福建省党委和政府“一把手”亲自指导医改工作,并将医疗、医保、医药相关工作集中到一位政府领导分管,使医改领导小组的统筹作用得以充分发挥,最大限度减少了部门间的推诿制衡,为各项医改政策的高效决策、协同联动和有力执行奠定了基础。强化医改考核、督查指导、细化分工等工作机制,为推动落实各项医改任务,打通政策落地“最后一公里”发挥了积极作用。

福建省三明市“三医联动”推进综合改革

福建省三明市以“百姓可以接受、财政可以承担、基金可以运行、医院可以持续”为原则，以“公立医院回归公益性质、医生回归看病角色、药品回归治病功能”为目标，以医疗、医保、医药“三医联动”为途径，按照“腾空间、调结构、保衔接”的思路，统筹推进公立医院综合改革。

一、主要做法

(一)破除以药补医机制，降低药品虚高费用。一是取消药品加成。2013年2月起，三明全市所有公立医院取消药品(耗材)加成，初步切断医院和药品的利益关系。二是实行药品限价采购，从“价”上挤压水分。在省级药品集中招标采购的基础上开展药品联合限价采购，实行“一品两规”(每一种药品采购最多只允许有两个规格)、“两票制”和“药品采购院长负责制”。同时，实行医用耗材、检验试剂联合限价采购。通过实行限价采购，药品、耗材、试剂的价格大幅降低。三是规范医疗服务行为，从“量”上挤压水分。严格控制医师处方权和抗菌药物使用，对辅助性、营养性、高回扣药品的129个品规实施重点监控，当月药品支出就下降1673万元。严格控制检查费用，明确对大型设备检查阳性率和大型医疗设备检查费用占医疗总费用比例的要求。建立企业黑名单制度，对出

现回扣等商业贿赂行为的药品生产企业,取消供货资格。四是在降低“价”、“量”的同时,保证药品供应。允许医院对临床必需药品实行备案采购,确保采购品种和数量满足患者用药需求。严格审核投标企业资质,保障药品耗材质量,防止出现中标药品质量不高、效果不好的现象。

(二)调整医疗服务价格,建立科学补偿机制。通过“量”、“价”齐抓,挤压药品耗材流通使用环节的水分,为价格调整腾出空间;按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则,连续5次调整医疗服务价格;通过医保同步跟进,减轻人民群众负担。

(三)成立医保基金管理中心,发挥医保基础性作用。一是成立医保基金管理中心(以下简称医保中心),将职工医保、城镇居民医保、新农合“三保合一”,实行垂直管理,市级统筹。二是加强职能。医保中心承担基金管理、医疗行为监管和药品采购等职能。在药品招标采购中,医保中心作为资金支付方,要求医院按照“为用而采、按需而设”的原则,按通用名报送临床用药需求目录,由医保中心负责统一采购和结算,切断了医院与药品(耗材)供应商之间的资金往来。同时,医保中心加强了对医疗行为的监控。三是改革支付方式。实行医疗费用总额控制、单病种付费、次均费用限额付费、按床日限额付费等制度,提高医保保障水平。

(四)改革人事薪酬制度,调动医务人员积极性。一是实行编制备案制,编内外人员在岗位聘用、收入分配、职称评定、管理使用等方面待遇一致,保障医院用人平等。二是实行“全员目标年薪

制、年薪计算工分制”，向能者倾斜、向一线倾斜、多劳多得，发挥经济手段的引导作用。建立院长目标年薪制，院长年薪 20—38 万元不等，由财政全额支付，切断了院长收入与医院收入的关系。对临床医师类、技师类医务人员、护理人员、行政后勤人员实行目标年薪制，考核与岗位工作量、医德医风和社会评议相挂钩，切断了医务人员收入与科室收入的关系。医务人员人均核定工资从 2011 年的 4.2 万元增加到 2014 年的 7.8 万元，与医务性收入同步增长，医务人员的阳光收入和待遇得到明显提高。

(五)强化绩效考核,医院和医务人员逐步回归公益性。一是建立院长考核评价体系。采取定性与定量、年度与日常考核相结合的方式,从医院服务评价、办医方向、平安建设、医院管理、医院发展等方面设计了一套包括 6 大类 40 项的考核指标。根据考核结果确定院长年薪,使院长真正成为政府管医的代理人。考核结果还与医院工资总额挂钩,使对院长的考核也成为对医院的考核。二是加强医院内部绩效考核。院长通过建立内部绩效考核体系,将对院长的考核指标分解到科室、个人,调动医务人员参与医院管理的积极性。三是强化信息公开。建立了定点医疗机构医疗费用定期分析制度,坚持每月全市公示、通报,实时监测控费指标运行,便于社会监督。

二、主要成效

(一)医院收入结构更加合理。全市 22 家医院医疗收入(不含药品收入)占比从 2011 年的 40%提高到 2015 年的 65%,药占比

从 47% 下降到 27%，低于全国平均水平 14 个百分点。

(二) 医保基金运行平稳。全市职工医保在赡养比逐年下降的情况下，医保基金扭亏为盈，连续四年保持盈余，2012 年至 2015 年分别结余 2209 万元、7517 万元、8637.5 万元、12996.8 万元。

(三) 医务人员收入大幅提高。医务人员核定工资从 2011 年的 4.2 万元增加到 2015 年的 8.9 万元，与医务性收入同步增长，年均增长 34%。

(四) 群众看病就医负担明显减轻。2015 年，全市 22 家医院门诊次均费用 148 元，住院人均费用 5174 元，其中药品费用 1016 元，低于全国公立医院平均水平；职工、居民医保患者住院次均自付费用分别为 1615 元和 1757 元，比 2011 年下降 10% 和 20%。

福建省三明市实行药品流通“两票制”

“两票制”是指在药品销售过程中,从药品生产企业(药厂)到药品流通企业(药品配送公司)开一次发票,药品流通企业到医疗机构再开一次发票。“两票制”是对中标药品采购配送的票据规范化要求,有利于压缩药品流通环节,规范药品购销秩序。福建省三明市在药品流通领域严格执行“两票制”,大幅挤压了药价虚高空间,为公立医院综合改革奠定了基础。

一、主要做法

(一)采购配送方式。中标产品的配送总责任由生产该品种的企业负责。中标药品可以采取两种采购配送方式:一是由生产企业向医疗机构直接配送(即“一票制”),直接配送的企业需向市医保中心提出申请。二是由生产企业委托有资质的药品流通企业配送,不得再转配送(即“两票制”)。

(二)全区域统一配送。配送区域:将三明市 12 个县(市、区)作为统一的配送区域。配送要求:对每一中标药品品种,不论采取何种配送方式,都必须配送到该区域内所有的医疗机构,保证配送到位。

(三)商业配送费用率。为提高药品配送企业的积极性,三明市将药品配送费率由 5%—8% 提高到 8%—10%,并从医保基金

中预付一个月的药品货款给药品配送企业,作为周转金,减轻药品配送企业的财务负担。

(四)监督管理办法。食品药品监督管理等部门按照“票货同行”等规定检查辖区内商业企业中标药品的采购销售情况,对医疗机构所有中标药品的中间流通环节实施全面、有效的监督。如违反“两票制”相关规定,取消配送资质,并列入黑名单进行公告。

(五)票据管理。地方税务部门定期深入药品配送企业对税票进行核查,防止过票、偷税、洗钱。

二、实施效果

(一)药品价格阳光化。“两票制”的实施使药品流通过程透明化,使药品价格的组成、药商的利润空间和政府部门的监管公开化。

(二)减少药品流通环节。实行“两票制”以后,企业对同一家医疗机构只能委托一个一级经销商,一级经销商从企业进货索取一道发票,供货至医疗机构再开具一道发票,有效减少药品流通的中间环节,大幅降低药价。同时,食品药品监督管理部门可通过两道发票和企业挂网的出厂价监控药品流向和加价情况。

(三)流通环节得规范。“两票制”强调了药品生产企业在投标、配送过程中的首要责任,明确了每一中标药品的委托配送关系,规范了医疗机构中标药品的采购渠道,有效防止了假冒伪劣和残次破损药品流入医疗机构,也有力打击了代理商过票洗钱行为。

推进医保支付方式改革

之一、云南省禄丰县实施住院按疾病诊断相关分组付费

云南省禄丰县自 2013 年以来,结合县级公立医院综合改革,开始在县域内因地制宜实施按疾病诊断相关分组(DRGs)付费,经过两年多的运行和完善,在控制医药费用不合理增长、促进县级公立医院改革和内部精细化管理等方面取得一定效果。

一、主要做法

(一)多方协作,强化组织推进机制。为保障 DRGs 支付方式改革,禄丰县人民政府成立了由政府分管领导任组长,卫生、发展改革、人力资源社会保障、财政、监察、审计部门负责同志组成的领导小组。结合县级公立医院综合改革的实施,制订了《禄丰县新型农村合作医疗住院按疾病诊断组付费方式改革试点实施方案》,对 DRGs 支付方式的付费标准、补偿与结算、监督与考核、配套措施进行了全面规定。

(二)合理制定,实施 DRGs 分组。疾病诊断及其编码的准确性是实施 DRGs 支付方式的关键。禄丰县以国际疾病分类 ICD—10 和 ICD—9—CM—3 手术操作编码为基础,通过统计分析定点医疗机构前 5 年住院患者的病种构成,依据住院病人疾病诊断、手

术名称、项目名称,综合临床专家意见和建议,结合其他地区分组经验,将临床特征相似、发生频率较高、消耗资源相近的疾病进行合并分组。为保证病种分组的科学性,在病种分组前,根据患者每日清单数据中的项目名称和基本信息数据中的手术名称,将住院患者分为手术治疗疾病和非手术治疗疾病两大类,再在每一大类下进行病种分组,遵循“逐层细化、大类概括”的原则保证疾病病种分组的准确性与完整性。根据以上病种分组原则,2012年将住院病人疾病分为264个疾病组,其中手术治疗疾病组68个、非手术治疗疾病组196个。2014年疾病组增加到432个,2015年疾病组进一步规范为304个。

(三)科学测算,合理确定支付标准。病种分组完毕后,根据前5年的费用水平,经过技术修正,得到每组疾病的平均住院费用,再根据各组疾病平均费用的权重、补偿费用总预算和费率水平,得出每组疾病的支付标准。2015年,禄丰县又进一步测算疾病组付费标准,不断完善以适应实际应用。

(四)因地制宜,实行多样化补偿与结算办法。按照新农合补偿方案,定点医疗机构按照实际发生费用与病人结算;县新农合管理办公室按付费标准与医疗机构按月结算,结算资金根据考核结果拨付。为提高医疗机构的服务能力,鼓励医疗机构治疗其能力范围内的急危重症病人,每月按费用降序排列,前3%的病人按项目付费;当年引进的新技术新项目按项目付费;住院期间不得让病人到门诊买药;对于同一疾病出院后7天内又住院的,给予相应

比例的处罚。

(五)多管齐下,加强监管措施。一是加强医院信息化建设。为保证 DRGs 支付方式改革的推行,禄丰县开发了专门的应用软件,并改造完善了新农合管理办公室和县级公立医院的信息系统,实现对结算信息的实时审核和监控。二是强化监管力度。为防止编码错误而入错组,以及医生因利益而选择将病人分至高补偿价格的分组等情况,禄丰县制定了与支付方式相适应的监督考核制度,每月随机抽查一定数量的病历进行核查,对于发现的不规范行为及时加强监测,并组织专家开展问题病案讨论,做到违规病历查处令人信服。同时,加强对管理和操作人员的培训,要求新农合管理办公室工作人员在改革实施中不断学习和总结,提高监督管理水平。

二、实施成效

(一)有效控制医疗费用。2015年,试点的三家县级医院住院次均费用为2926元,低于全省的平均水平(3838元)。禄丰县人民医院2014年、2015年住院次均费用增长率分别为6%、7.8%,控制在合理水平,平均住院日从改革前的7.2天降到5.96天,新农合实际补偿比由70%提高到71.2%,全县当年基金使用率为85.22%,既提高了基金使用效率,又有效控制了基金风险。

(二)有效规范医疗行为。2015年,全县入组错误率由2013年启动试点时的9.47%降到2.82%,30天内再住院率也仅为0.42%。DRGs付费的实施使医务人员医疗行为逐步规范,医疗

服务质量逐步改善,从根本上扭转了医生开大检查、大处方、高值医用耗材等过度医疗行为,促进了合理诊疗。

(三)有效撬动了公立医院综合改革。一是破除以药补医机制成果得到巩固,禄丰县人民医院药占比逐年下降,2013年为26.1%,2014年为23.5%,2015年降到22.2%。二是推动医院管理运行机制改革。实施DRGs使县级医院开始进行预算管理、成本核算、绩效考核等一系列内部管理机制改革,相继出台了多项管理制度,推动医院向质量效益型和精细化管理转变。三是医务人员积极性得到调动。实施DRGs使激励手段从过去的“多收入多得奖”转变为“合理节约多得奖”,医务人员收入每年增长约20%。

之二、河南省宜阳县实行按疾病分组付费

为解决医药费用快速增长,新农合基金出现透支风险,以及医疗机构重经济效益、轻医疗质量等问题,河南省宜阳县从2011年起参照按疾病诊断相关分组(DRGs)管理理念,推行基于临床路径的按照疾病分组管理、分类支付的医保支付方式,并加强对医疗机构和医务人员的激励约束,共同发力,取得了较好效果。

一、主要做法

(一)创新模式,分类分组。通过分组管理,将每个疾病按照病情轻重、并发症情况、临床表现、诊疗方法和预后等差异,分为A、B、C诊疗组,制定相应的临床路径,供医护人员临床实践中执行。根据每个疾病诊疗组(A、B、C)路径的不同,区分不同的支付类别,确定不同的支付标准,同时依据大数法则,商定各诊疗组占比控制原则。A路径是针对疾病主要诊断,无合并症或有轻微的合并症,但不影响主要临床诊断和治疗,临床占比约在70%以上。B路径是针对有较严重的合并症,治疗较为复杂,需对合并症进行相应治疗,临床占比约在20%以内。C路径是针对病情危重、复杂、预后难定,诊疗方案需要做随机较大调整的状态,临床占比在10%以内。允许各医院根据实际确定各科室不同的控制比例。

(二)严格程序,优化路径。各定点医院在县级(乡级)路径基

基础上,制定符合本单位实际、更细化的诊疗计划表单。除 A、B、C 临床路径外,各定点医院在《医师版质量标准》基础上,制定每个病种的《护理版质量标准》和《患者版质量标准》,分别用于护理质量保证和患者对诊疗过程的知晓、理解、配合和监督,同时也便于医护人员与患者、家属进行沟通。

(三)调整价格,完善政策。新农合管理办公室和医疗机构通过谈判,确定各方基本满意的每个病种 A、B 组的价格标准。A 组和 B 组实行定额支付;C 组实行项目支付;对 A、B、C 路径纳入实行按比例控制。根据实际情况,每半年到一年,对部分病种价格调整一次。A、B 组的支付标准以历年平均费用、CPI 指数为基础,结合各医院实际商定,并报物价部门审核批准。为提高路径执行的积极性,标准一般会略高于实际费用,只要医院和医生加强成本管理,按照“结余留用、合理超支分担”的原则,即可获得一定比例的结余。县政府发文要求符合第一诊断的病例必须 100% 纳入临床路径管理,并对 A、B、C 组的纳入和跳转的决策权限进行了严格规定,明确各级医师的决策权限。

(四)实施综合监管与激励。开展同行监管、行政监管和第三方监管并行的多方监管措施。县卫生计生局制定《宜阳县农村医疗卫生质量管理体系建设实施方案》和《宜阳县卫生系统质量控制体系指南》,成立质控专家组,完善质量控制体系。加强绩效考核,医院设立质控办和首席质控员,开展院内质量监管,建立院内绩效考核与分配制度监督与管理体制,将考核结果与个人分配挂钩,并

将结果予以公示。

(五)完善信息系统。以电子病历系统为基础,加大投入,开发出支付方式改革计算机管理软件。通过计算机技术,打通诊断与纳入、医嘱执行与变更、路径跳转与审核、信息统计与公示等关键环节,达到实时监控、全程控制、方便快捷、灵活高效的目的。

二、主要成效

(一)覆盖率逐步提高。截至 2014 年底,全县 24 个县乡医疗机构共设定了 234 个病种开展单病种 A、B、C 路径分组分类支付管理,单病种支付覆盖当地住院病人数的 74.6%,其中乡镇卫生院覆盖率达到 79.8%。县乡两级医疗机构出院患者中,纳入 A、B、C 组的分别占 92.8%、5.0%和 2.2%。

(二)医疗质量持续提升。通过加强质量监管、绩效考核与激励机制等措施,医疗服务行为得到了较好的规范,诊疗行为与临床路径实施符合程度不断提高,检查和用药行为趋于合理,临床技术水平也得到明显提高。各定点医疗机构抗菌药物和激素使用率逐年下降,多数单位降幅达 50%以上,基本药物使用率提高 40%以上;两周再住院率为 0,甲级病历比例达 95%;平均住院天数缩短 1.5 天,手术前等待天数下降 0.6 天,临床治愈率达 95%以上。医疗纠纷和医疗事故显著减少。

(三)职工待遇稳定提高。实施临床路径分组分类支付管理后的资金结余为提高职工待遇奠定了基础。2010 年以来,各医疗卫生单位业务收入每年以 15%左右的比例上升,职工收入年均上涨

20%左右,保障了医务人员待遇,调动了医务人员主动执行临床路径的积极性。

(四)各方满意度提升。据支付方式改革试点评估结果显示,患者对其就医费用、费用透明度、报销比例程序等方面满意度有所改善。医务人员认为在工作中与患者的沟通时间增加,同时收入有所提升。新农合经办机构在费用控制方面更具主动权,改善了基金运行情况,提高了整体管理效率。

之三、江苏省淮安市实行总额控制下病种分值结算

为解决医疗费用增长过快,医保基金“收不抵支”等问题,江苏省淮安市从2003年起实行按病种分值付费。根据不同疾病所需的不同医疗费用之间的比例关系,给每一病种确定相应分值,大病重病分值高,小病轻病分值低,各定点医院以出院病人累计的分值与医保经办机构按照预算的可分配基金结算费用。该办法已涵盖了90%以上的病例数,病种数从最初的606个增加到目前的892个,遍及26个临床科室。

一、主要做法

(一)筛选病种。按国际疾病分类ICD—10,广泛调查统计医疗机构近三年实际发生的病种,剔除儿科、产科等病种,将每年实际发生数在10例以上的病种挑出作为常见病种进行分类汇总。

(二)确定分值。将近三年所有出院病人的病种及费用数据(包括非职工医保病人)进行分类汇总,根据各病种平均费用的比例关系,测算出初步分值,经过专家纠偏并综合各医疗机构反馈意见后确定各病种分值。按照各病种在不同等级医疗机构的平均费用比例关系确定医疗机构的等级系数(分值折算系数),三级、二级、一级医疗机构等级系数分别为1.0、0.85、0.6,二级专科医疗机构中的专科病种为1.0。

(三)预算总量。每年初,根据参保人数和缴费基数以及退休人员趸缴收入分摊、困难破产企业退休人员财政补助、利息收入等因素,参照往年资金使用情况,测算出当年可供分配的统筹基金总量。在提取5%的综合调节金后(用于年终决算调剂),再提取总量的15%分别用于门诊特定项目、驻外转外人员医疗费用(实际比例每年酌情调整),剩余部分作为医疗机构住院医疗费用可分配总额,按月进行分配。

(四)预付费用。年初依据上年度各定点医疗机构实际费用发生额,结合医疗机构分级管理所评定的等级,按照8%—12%的比例预付周转资金。

(五)按月结算。以各医疗机构月出院参保病人病种分值之和(按相应等级系数折算后的分值),计算出当月分值的具体价格,按各医疗机构出院病人的累计分值分别结算费用(当月实际应付费用小于月统筹基金可分配总额时,按实际发生总额在各医疗机构中进行重新分配)。

(六)预算调整。每年7月根据缴费基数变化、扩面情况,对可分配统筹基金进行重新测算并调整,使每月分配的基金与基金收入实际更加相符。

(七)年终决算。年终根据当年统筹基金实际收入情况和门诊特定项目、驻外及转外人员医疗费用的超支或剩余情况,各医疗机构全年收治的危重病例、长期住院病人以及特殊材料的使用等,并结合协议履行情况,与各医疗机构进行决算。

(八)配套管理。建立特例单议、危重病例合议、长期住院病人补偿、特殊材料延付、个人费用控制及分值诚信对照等机制,堵塞医疗结算过程中的漏洞,维护患者就医权益,同时避免医院推诿病人等现象。

二、主要成效

(一)发挥控费效应,确保收支平衡。病种分值支付方式实施后,有效地遏制了人均住院费用持续快速上涨的势头,扭转了医保管理的被动局面,使医保基金的收支平衡、略有节余成为可能。2003—2014年,淮安市职工医保次均医疗费用增长36.18%,年均增幅仅为2.84%,低于同期全国平均增幅。自实施病种分值结算办法以来,结余率维持在2%—3%的合理水平。

(二)保障绩效提升,彰显惠民功能。淮安市多次提高统筹基金支付比例,支付限额由原来的15万调整为不设封顶线。2013年参保人员个人现金支付(包括政策范围外费用)占比仅为19.46%,全年住院人数是2004年的2.33倍,门诊特定项目报销的人数是2004年的4.11倍。

(三)立足同病同价,尊重医学规律。病种分值以不同疾病的医治费用关系为基础,根据诊断情况赋予分值进行结算,体现“同病同价”的原则,促进了对合理治疗的激励和对过度治疗的约束。

(四)改变管理方式,提高管理效率。按病种分值计量医疗服务,分值不直接代表“钱”,只是用来进行加权分配的“权数”,并且分值核算单价是动态的,消除了病程与费用的直接对应关系。医

保部门只需对出入院标准、病种符合度、个人负担比例等指标进行总体把握和监测,而不需要耗费更多的人力、物力介入到具体诊疗过程,避免出现事倍功半的现象,使得医保基金管理意识上由被动变主动,方式上由微观转宏观。

(五)促进成本控制,营造竞争氛围。医疗费用控制的关键点在于医疗机构自我管理,在可分配的预算总额下,参保人员在各医院就医呈现的是此消彼长的关系,打破了常规的分配格局,营造出“合理施治、合理用药、优劳优得”的竞争氛围。

安徽省实行基本医保多元化经办

为提高基本医疗保险经办效能,安徽省推进商业保险机构经办城乡居民基本医疗保险业务,探索城乡基本医保管办分开,运用市场机制深入推进医改。

一、主要做法

(一)选择试点单位。按照管办分开、政事分开的要求,2015年7月开始在已经实现城镇居民医保和新农合两项制度并轨运行的地区开展商业保险机构经办服务试点。首批确定25个统筹地区。

(二)设立城乡居民基本医疗保险管理中心。剥离原城镇居民医保和新农合经办职能,设立城乡居民基本医疗保险管理中心,负责医保基金管理与安全运行,参与制定基本医保、大病保险管理规则,并与商业保险机构签订合同。管理中心参与药品、耗材、设备的采购和收费监管。

(三)招标确定商业保险机构经办基本医保。由安徽省财政厅牵头,各有关部门配合,通过招标程序,确定6家商业保险公司具有经办基本医保的资格。各试点地区通过招标或谈判确定一家保险机构经办基本医保。

(四)科学确定经办费用标准。原则上商保机构经办基本医保

的费用不高于原经办费用。试点期间,由商保机构与政府通过竞争性谈判,合理确定经办费用标准,由同级财政按规定在现有预算中统筹安排。谈判后签订合同。

(五)建立健全激励约束机制。医保管理中心负责进行考核评价,考核结果与支付给保险机构的经办费用挂钩。经有效管控、审核减少支付的医疗费用,按照合同约定奖励商业保险机构。

(六)加强信息系统建设。在试点阶段,商业保险机构原则上继续使用原新农合或城镇居民医保管理信息系统,并将结算数据与商业保险机构信息系统互联互通。在条件成熟时商业保险机构建立自己的结算信息系统。

二、主要成效

(一)探索创新政府社会事业管理。商业保险机构参与基本医疗保险经办服务,有利于强化基本医保经办服务意识,改进经办服务质量,提升经办服务水平;有利于降低基本医保运行成本,减轻政府设立医保经办机构及人员编制方面的压力,变“养人办事”到“办事不养人”;有利于引入竞争机制,改革政府公共服务提供方式、创新社会事业管理。

(二)发挥商业保险的专业化管理优势。商业保险机构经办基本医保可发挥其精算优势,加强基金管理,协助调整与完善基本医保补偿政策和管理规则。同时,商业保险机构具有广泛的服务网点和专业的服务理念,有利于方便群众报销结算,提升群众满意度。

(三)促进商业健康保险的发展。商业保险机构经办基本医保,有利于促进其开发与基本医保相衔接的补充健康保险品种,完善多层次的医疗保障体系,满足人民群众多样化的医疗保障需求。

上海市推行市级公立医院院长绩效考核

为建立以公益性为导向的考核评价机制,上海申康医院发展中心从2006年起,率先在国内实施市级公立医院院长绩效考核,构建了一套行之有效的公立医院院长绩效考核评价指标体系和操作方法,每年评估院长的年度管理业绩。

一、主要做法

(一)明确考核对象。自2006年起,上海申康医院发展中心对所属的23家三级公立医院院长开展年度绩效考核,自2010年起,考核对象增加至24家医院。市级医院绩效数据显示,截至2015年底,24家医院总开放床位2.5万张、职工总数4.4万人,年门急诊人次、出院人数和住院手术人次分别为4886万、118万和74万。

(二)绩效考核指标体系。考核指标体系由定量考核指标和定性考核指标构成。定量考核是通过客观量化的方式对市级医院的运营绩效进行分析和评价。从社会满意、管理有效、资产运营、发展持续、职工满意等五个目标维度选取23个评价指标,分别设置权重,考核满分100分。考虑到不同类别医院的差异,在定量考核中,综合性医院的评价以横向比较即同类医院间比较为主,专科类医院的评价以纵向比较即自身比较为主,中医类医院考核中医特色指标。在定性考核中,重点对能够综合反映市级医院运行绩效

和院长管理业绩的一些难以量化的因素进行综合评议,作为定量考核的补充,主要考察平安建设、办院方向等方面情况,直接决定各医院的降级处理。此外,为推进年度重点工作,增设附加分指标,如2012年起增设医疗收支预算执行考核指标,2013年起增设病种难度和手术难度分指标等。

(三)数据来源。在市级医院院长绩效考核中,所需外部数据采用市卫生计生委等主管部门的数据信息,确保数据客观、权威、可信;医院内部运行数据直接采用业务、财务、人事、资产等实时数据,借助医联平台,中心端数据与医院内部信息系统同步更新,数据可供医院查询,且数据分析结果每季度以简报形式向全市三级医院发布,从而确保了年终考核数据全面、真实、及时、准确;考核过程中不组织检查,最大程度减轻医院的工作负担,同时也避免考核结果受主观因素干扰。

(四)考核结果及应用。市级医院院长绩效考核实行年度考核与任期考核相结合、结果考核与过程评价相统一、考核结果与奖惩相挂钩的考核制度。年度绩效考核结果综合了定量考核和定性考核结果的得分,用百分制表示,并根据得分高低分为A(优秀)、B(优良)、C(合格)、D(不合格)四个等级。绩效考核结果直接作为院长年度绩效奖惩、选拔任用、评优评先的重要依据,也是医院工资总额预算核定的重要依据。据统计,在获得A等、B等的医院中,先后有16位院长、书记被提拔任用;1家医院的院长、书记因考核D等被免职,从而建立起对医院院长强有力的激励和约束机

制。

二、主要成效

(一)医疗费用得到控制。2015年,市级医院的门急诊和出院次均费用分别为327元和16576元。2005年以来出院次均费用年增幅低于3%,明显低于本市二三级医院平均水平(5%—6%)和全国三级医院平均水平(6%—7%)。

(二)医院规模得到控制。2015年市级医院开放床位数较2005年增长35%,年均增幅为3.0%,增幅与同期本市常住人口增幅接近,低于全国医院床位数年均增幅,医院规模扩张得到有效遏制。

(三)市级医院人均工作效率持续提升。10年间,职工人均门急诊、出院和住院手术量分别增长79%、115%和248%,年均增幅分别为6%、8%和13%。2015年市级医院平均住院日7.31天,较全国平均水平低3.69天,较2005年下降8.78天,年均减少0.9天,相当于市级医院床位数翻番,有限的医疗资源得到了更充分利用。

(四)医疗成本得到控制。2006—2015年,市级医院能耗量年均增幅仅为3.7%,单位建筑面积能耗量年均下降2.2%,每万元业务收入的能耗量年均下降10%,成本控制和节能降耗取得实效。

(五)科研实力得到提升。10年间,市级医院临床科研成效明显,纵向科研经费年均增长20%,获得国家级项目数年均增长17%。2014年市级医院发表SCI论文2893篇,较2005年增长超过10倍。

开展公立医院薪酬制度改革

之一、江苏省推进公立医院薪酬制度改革

为探索建立符合医疗卫生行业特点的薪酬制度,改善薪酬总量、结构和分配机制,调动医务人员积极性,规范收入分配秩序,江苏省于2015年9月开始在全省范围内推进公立医院薪酬制度改革。

一、主要做法

(一)适当提高公立医院绩效工资总量调控水平。对城市公立医院和县级公立医院分别提高绩效工资调控水平,在当地其他事业单位绩效工资基准线水平上实现较大突破。对个别高层次人才聚集、公益目标任务繁重且经费保障能力较强的医院,可再适当提高调控水平。充分考虑公立医院医务人员职业特点,适当增加绩效工资总量,用于医务人员延时加班、值班、夜班和上门服务等正常工作时间之外劳动(未能安排调休)的报酬。

(二)建立科学的绩效考核评价制度。以公立医院公益服务为核心,突出公立医院功能定位、公益性职责履行、合理用药、费用控制、运行效率和社会满意度等考核指标,建立科学的绩效考核评价体系,全面开展公立医院年度绩效考核评价工作。有条件的地区还引入第三方评估,提升考核的客观公正性。加强对院长的激励

约束,建立科学的院长绩效考核评价机制和指标体系,强化院长年度目标管理,建立问责机制,同时及时将绩效考核结果向社会公开。充分运用绩效考核评价结果,将其与公立医院绩效工资总量水平、院长绩效工资年薪水平和内部分配相挂钩,建立激励约束机制。

(三)动态调整绩效工资总量水平。对绩效考核评价结果为优秀和良好的单位,次年人均绩效工资总量可按当地基准线适当提高;对绩效考核评价结果合格的单位,原则上不予提高;对绩效考核评价结果不合格的单位,次年人均绩效工资总量要适当下降。

(四)着力搞活公立医院内部分配。公立医院根据自身特点,在核定的绩效工资总量内,自主进行绩效工资内部分配。在制定单位内部绩效工资发放项目时,设立岗位津贴、生活补贴、科研津贴、医疗卫生职业津贴、延时加班补贴、值班补贴、夜班补贴等项目。在具体分配时,重点向临床一线、关键岗位、业务骨干、风险度高和贡献突出等医务人员倾斜,保障医生绩效工资水平明显高于本单位人均水平,真正做到多劳多得、优绩优酬。

(五)试行院长绩效工资年薪制。公立医院院长绩效工资可按照年薪制的方式实施。建立院长绩效工资总量水平动态调整机制。对年度绩效考核结果优秀或良好的,其绩效工资发放水平可适当提高;对年度绩效考核结果合格的,原则上不得提高绩效工资发放水平;对少数年度绩效考核结果不合格或存在突出问题的,应降低绩效工资发放水平;未按照相关规定开展院长绩效考核工作

的,不得提高其绩效工资发放水平。为保持合理的分配关系,院长绩效工资年薪水平原则上控制在单位绩效工资年人均水平的1.5—3倍之间。同时,严禁将院长收入与医院的经济收入直接挂钩。

(六)加大对高层次和多点执业医师的支持。按照规定开展多点执业的医师,可根据与多点执业医疗机构签订的相关协议获取合理合规报酬。对符合规定的高层次卫生人才,其薪酬待遇与其岗位职责、工作业绩、实际贡献以及成果转化效益等直接挂钩,由用人单位自主确定,不纳入所在单位绩效工资总量。

(七)加强对公立医院收入分配的监督管理。认真开展公立医院及院长现行绩效工资分配行为清理,严格执行国家政策规定,一律不得在国家收入分配政策以及工资列支渠道之外,直接或变相发放津贴、补贴和奖金。

二、主要成效

(一)规范了医院收入分配秩序。在确保现有合理合规发放水平不降低的前提下,平稳地推进薪酬制度改革。

(二)调动了医务人员尤其是医护人员的工作积极性。薪酬制度改革向临床一线倾斜,向业务骨干倾斜,体现了收入分配的公平性,使医院广大职工受到了鼓舞。

(三)改善了医患关系。医务人员的收入阳光化,维护了公立医院的形象,改善了医护人员在患者心目中的地位,医患关系更加和谐。

之二、福建省尤溪县开展公立医院薪酬制度改革

为建立健全公立医院运行新机制,破解医院内部收入分配中的逐利倾向,形成科学、公平、透明的收入分配格局,福建省三明市尤溪县在县医院积极探索建立符合行业特点的薪酬制度,调动医务人员积极性。

一、主要做法

(一)合理设置医院工资总额。年度全院工资总额由三明市医改领导小组核定。工资总额统筹考虑保留的基数工资、当年医务性收入(不含药品、耗材、检查、化验收入)、市级核定医院工资系数、当年院长考核得分和调节系数等因素。

(二)划分不同职业团队工资总额。在医院内部,按一定比例划分不同职业团队(医技、护理和药剂、行政后勤)的工资额度,原则上医生(技师)团队占50%左右,护理、药剂团队占40%左右,行政后勤团队占10%左右,每年对各团队工资额度分配比例根据人员职称、人数变化等情况进行适当调整。

(三)科学计算工分。全院的总工分数与核定的全院工资总额一致,即一个工分相当于一元钱。一是绩效工分,以不同职业团队的工作量和工作质量来计算分值,分团队考核。医生团队,分别考虑门诊和出院人次。门诊工分主要依据各级医师门诊人次数,其

中口腔科、五官科、康复科、皮肤科等特殊科室的门诊小手术、小治疗、抢救等诊疗项目,运用以资源为基础的相对价值比率(RBRVS)计算工分值。出院工分按疾病诊断相关分组(DRGs)进行计算。将病例按照主要诊断、主要操作进行分类,综合考虑病例的其他主要特征、住院天数、手术及护理等级、疾病严重程度、合并症与并发症等因素,分为26个大类主要诊断类别(MDC)和400—700个诊断相关组,并赋予诊断相关组相应的工分值。急诊科室增加20%工分。医技、护理团队,应用RBRVS进行工分计算。根据400项医技服务项目和122项护理工作项目,设定工作量分值计算工分。行政后勤团队,运用关键业绩指标(KPI)进行测算,根据医院的战略目标,合理制定相对应的考核指标。原则上以医院当前急需解决的问题或近期需要实现的目标作为考核项目。二是奖惩工分,根据科室成本核算、患者满意度、无节假日医院、医疗纠纷、新技术新项目开展、帮扶基层、救援任务完成等予以工分奖惩。

(四)加强质量考核。以科室为单位,全院设11个考核小组,将每月的考核得分直接在当月预发年薪中应用。医生、技师团队按照医疗质量、药占比、医德医风等9大类41项指标进行考核。护理、药剂、行政后勤团队按照行为规范、服务质量、安全生产、科室管理等指标分别考核,其中护理团队4大类15项,药剂团队4大类27项,行政后勤团队4大类25项。

(五)年薪分配办法。一是实行按月预发,年终总结算。医生(技师)团队按目标年薪的50%除以12个月预发,其他团队按科室

工分、工分值、当月工作质量考核预发。二是实行多次分配。医生团队实行三次分配。即以科室为单位,医院根据各科室工分数进行一次分配,再以诊疗小组为单位,科室根据各诊疗小组工分数实行二次分配,诊疗小组根据本组医生个人工分数实行三次分配。提取相当全科室年薪总额3%的工分,作为科室管理人员及各诊疗小组年薪调节工分。其他团队实行两次分配,即以科室为单位由医院进行一次分配,科室根据个人工分数实行二次分配。三是医院对医生团队的二次、三次分配和其他团队的二次分配提供指导意见。

二、主要成效

(一)遏制公立医院“创收”冲动。工分制考核避开了原有薪酬分配与医院经济收入挂钩的绩效考核分配模式,不再依附收费项目价格来计算薪酬,有利于更合理衡量医疗项目本身价值,有利于医务人员按照医学目的提供医疗服务,促进合理检查、合理用药、合理诊疗,保障公立医院公益性质。

(二)有利于实现同工同酬。实行“全员目标年薪工分制”后,档案工资和绩效奖金一并记入工分制年薪重新分配,打破了原有的档案工资制度,突破了人事编制与聘用的界限,有利于实现同工同酬,调动职工工作积极性。

(三)医院内部分配机制得以优化。设定不同职业团队工资总额分配比例以及医生、护士和行政后勤人员的最高年薪,体现了绩效薪酬向临床一线倾斜的原则,有效保障了医院内部各系列人员

的薪酬平衡,同时有利于调动各岗位积极性,承担更多工作任务,缩减人员开支,节约运行成本。

(四)定性工分与定量工分相结合体现了公平、效率的有机统一。30%的定性工分综合考虑职称、工龄、职务等因素,兼顾普遍性,达到了“保基本”的目的。70%的定量工分设置有利于避免实行全员目标年薪制后吃“大锅饭”的现象,充分体现了“多劳多得、优劳优酬、效率优先”的分配原则。两者的结合有利于实现公平和效率的有机统一。

(五)专业方法的运用提高了方案的科学性。薪酬改革方案采用 DRGs 加 RBRVS 相结合的方法,测算病种难易程度,避开直接与经济效益相挂钩,既能衡量医生的工作价值,又避免了过度医疗。

加快分级诊疗制度建设

之一、上海市实行“1+1+1”家庭医生签约服务

为转变基层医疗卫生服务模式,促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉,逐步构建基层首诊、分级诊疗格局,上海市从2011年起在全市逐步推进家庭医生签约服务,组建以全科医生为核心,公卫医师、社区护士、志愿者等共同组成的家庭医生团队,与居民形成长期稳定的签约服务关系,为群众提供连续、协同、整合的基本医疗卫生服务。

一、主要做法

(一)加大家庭医生培养和激励力度,提高基层服务能力。一是抓源头培养。组建上海健康医学院,加大全科医学应用型人才培养,并在住院医师规范化培训中针对全科医生专门设计培养模式。二是抓薪酬待遇。按照标化工作量与质量考核结果进行绩效分配,使家庭医生通过提供优质签约服务等合理提高收入水平。如上海市近郊闵行区龙柏社区卫生服务中心2015年人均薪酬达12.8万元,较上年增长16%。三是抓职业发展。将社区卫生服务中心高级职称比例从3%—5%上调到5%—8%、中级职称比例从25%上调到45%。四是抓职业吸引力。加大政策倾斜力度,解决

外地户籍家庭医生进编、落户和住房等问题,推选家庭医生成为人大代表、政协委员,将优秀家庭医生团队成员纳入人才引进优惠政策范围。

(二)明确家庭医生职责,优化签约服务内涵。一是明确服务职责和服务规范。制定社区卫生服务6大类141项基本项目和标准,根据不同人群的差异化需求提供以健康为中心的健康评估、健康管理、家庭护理、康复指导等全程服务。二是优化就医转诊流程。医院向家庭医生开放专家号源,落实优先预约、优先就诊、优先检查、优先住院等便利措施。三是保障签约居民用药需求。签约居民可享受慢病长处方、依病人需要和上级医疗机构医嘱开具非基本药物等待遇。

(三)逐步抓好落实,构建分级诊疗格局。一是推进居民与家庭医生建立签约服务关系,全面推开“软签约”。签约居民仍可自由选择二、三级医院就诊。二是将“软签约”向“硬绑定”过渡。从2015年起,上海启动试点“1+1+1”签约服务组合,即居民在与1位家庭医生签约的基础上,再选择1家区级、1家市级医院就诊。签约居民可在签约组合内选择任意一家医疗机构就诊,若需至组合外就诊必须由家庭医生转诊,实现“硬绑定”。三是将通过逐步扩大“硬绑定”覆盖人群的方式,最终引导居民改变就医习惯,形成合理就医秩序。

(四)做好各项政策支持,促进签约服务有力开展。一是强化价格、医保的联动机制。基于比价研究的成果,2014年分两批对

229个项目进行了调整,适当拉开不同级别医疗机构间的价格梯度。二是强化信息技术的支撑作用。建立分级诊疗支持平台,实现签约信息在市级、区县平台和医疗机构间同步共享;建立家庭医生医保费用管理平台,实现家庭医生能够及时完整地掌握签约居民在二、三级医院的就诊记录、处方信息和费用信息;建立居民健康管理平台,充分利用大数据开展社区诊断,对主要慢病高危人群进行提前筛查和针对性管理,形成动态、个性化的健康管理模式。三是扩大资源开放共享。整合各级医疗机构优质资源,利用现代远程互联技术,建立检验、影像、诊断等区域医疗技术支持中心。二、三级医院明确专门科室或部门负责与社区卫生服务中心对接,建立全科与专科服务有效衔接的长效机制和规范,为患者提供全程、连续的医疗卫生服务。

二、主要成效

(一)提高居民满意度。据第三方测评,居民对家庭医生制度的知晓率达到88%,表示找家庭医生就诊方便的居民达92.1%,对家庭医生服务态度与服务效果的满意度分别达到95.5%和89.1%,位列全市服务性行业首位。

(二)调动医务人员积极性。家庭医生的工作目标、责任更加清晰,通过提供优质签约服务合理提高收入的机制激发了工作活力。

(三)推动有序就医。居民选择在签约家庭医生处首诊的机制正逐步形成,目前社区卫生服务中心已承担了全市老年人门诊总

量的 58.6%。

(四)提升服务质量。截至 2015 年底,签约居民的电子健康档案规范建档率达到 96%,年内利用过家庭医生诊疗服务的居民比例为 68.1%,接受过健康评估的居民比例为 43.1%。

之二、江苏省镇江市引导医疗联合体建设

为提升基层医疗卫生服务能力,构建医疗卫生机构间的分工协作机制,江苏省镇江市以业务、技术、管理、资产等为纽带,推进建立纵向一体化的医疗联合体,取得了明显的阶段性成效。

一、主要做法

(一)组建两大医疗集团。组建以两个三甲医院为核心的江苏康复、江滨医疗集团,吸纳城区二级以上医院、专科医院和社区卫生服务机构,组建纵向一体化的医疗集团。市政府委托市卫生计生委履行出资人职责,建立医疗集团法人治理结构。

(二)实行医院与社区一体化管理。两大医疗集团成立社区卫生管理中心,城区 18 个社区卫生服务机构由区政府举办建设、医疗集团一体化管理,医疗集团发挥核心医院资源优势,通过管理帮扶、技术合作、派驻医生和人员培训等,着力打造一体化的社区管理模式。

(三)开展合作帮扶和政策支持。医疗集团在硬件建设、设备配备、资源共享、人员培训等方面对社区卫生服务机构进行帮扶;建立上级医院医师到社区卫生服务中心坐诊制度,医疗集团下派到每个中心 2—3 名内儿科医生全日制坐诊,财政安排专项经费补助,提高社区卫生服务能力。

(四)建立规范畅通的转诊机制。开展基层首诊、双向转诊工作,制定了社区卫生服务双向转诊和分级管理办法、市区二级以上医院向社区卫生服务机构转诊管理暂行办法,上级医院对转诊病人实行“一免三优先”服务(免挂号费,优先预约专家门诊、优先安排辅助检查、优先安排住院),对符合下转指征的患者及时下转,由社区提供后续的康复治疗和健康服务。

(五)建立三位一体疾病综合防控模式。建立疾病预防控制机构、医院、基层医疗卫生机构相结合的疾病综合防控模式,强化基层医疗卫生机构公共卫生、基本医疗和健康服务职能,探索实行高血压、糖尿病、重性精神疾病管理新模式。

(六)开展联合病房和联合门诊建设。集团医院与社区卫生服务机构合作,在社区卫生服务机构开设联合病房,医院选择适宜病种的康复病人,下转到联合病房管理,同时医院派人查房护理,提供同质化的医疗、康复、护理等服务,使居民享受三级医院的医疗服务以及社区的收费价格和报销待遇。

二、主要成效

(一)城乡居民健康水平不断提高。镇江市城乡居民健康三大重要指标达到历史最好水平,进入全省前列:全市居民人均预期寿命为 76.78 岁,孕产妇死亡率为 4.37/10 万,婴儿死亡率为 2.1‰;城乡居民健康素养水平由 2009 年的 6.96% 上升至 2014 年的 27.2%;高血压和糖尿病发病势头得到遏制,总体呈逐年下降趋势。

(二)基层医疗卫生机构服务能力不断增强。基层医疗卫生机构条件明显改善、面貌焕然一新,常住人口电子健康档案建档率达87%,12大类基本公共卫生服务项目高质量完成。

(三)医疗费用增长幅度得到控制。全市基层医疗卫生机构门诊次均费用比三级医院低50%以上;2010—2014年,社区卫生服务机构慢性病管理患者平均医保药品费用稳步下降,有效缓解了群众看病就医负担。

(四)分级诊疗制度逐步形成。全市基层医疗卫生机构门急诊病人占比逐步提高。2014年,医疗集团中高血压和糖尿病门诊诊疗人次分别为66.4万和32.5万,其中在社区卫生服务机构就诊数分别为47.4万和21.8万,占比分别为70%和68%。

之三、浙江省实施“双下沉”、“两提升”工程

为缓解县级公立医院和基层医疗卫生机构人才短缺、服务能力薄弱和资源配置失衡等问题,浙江省实施“双下沉、两提升”工程,以“医学人才下沉、城市医院下沉”为突破口,以“提升县域医疗卫生服务能力、提升群众满意率”为目标,不断提高基层服务水平,科学配置医疗资源,提升医疗服务体系整体效率,加快推动形成分级诊疗格局。

一、主要做法

(一)推动人才下沉,补强基层短板。截至2015年底,15家省级医院、39家市级医院与122家县级医院合作办医,实现90个县(市、区)全覆盖,其中省级医院实现对26个加快发展县“双下沉”全覆盖。2015年省级医院常驻县级医院医生600余名,2000多名经住院医师规范化培训的年轻医生进驻县、乡医疗机构,4000余名医师在晋升中高级职称前到基层服务,为基层定向培养1500余名大专及以上学历医学生,近三年招聘1.2万余名大专及以上学历医学人才到基层工作。

(二)强化技术管理同质,促进上下融合。城市医院接受县级分院医师进修、住院医师规范化培训和管理干部挂职锻炼。每家省级医院每年接受每家分院医师进修20—120人次、管理人员5—

20 人次。对重点帮扶专科的骨干医师建立“导师制”培养制度,开展“潜力医生”、“拔尖人才”等培养计划,以职业发展调动基层医务人员积极性。促进上下级医院间管理和业务信息互联互通,推动管理制度、业务规范和服务流程等方面的一体化,在紧密合作办医中形成文化同识、管理同规、适宜和普及性技术的同质。

(三)加强学科建设,扩大区域效应。制定医院近、远期目标和发展规划,明晰功能定位,补强弱势学科,做精优势学科,起步阶段重点帮扶 4 个以上重点学科建设。建立专科或专病中心,带动医院整体发展,并向周边辐射。如省人民医院海宁分院普外科获浙江省县级医学龙头学科,武义县第一人民医院、淳安县人民医院泌尿外科影响力逐渐辐射到周边县市。2015 年,7 家省级医院下沉 3 亿元资金与 8 家县级医院建立 11 个专科(专病)中心。

(四)落实保障举措,加大考核力度。到 2015 年,浙江省级财政拨付专项资金 5.02 亿元,支持开展“双下沉”的省级医院和基层医院。强化对派出医院、地方政府、派驻医院在组织领导、政策举措、工作成效等方面的考核,重点考核合作协议签订情况、下沉人员到位情况、派驻医院人才培养和学科建设情况、派驻医院临床业务发展和科研教学情况、县域病人就诊率以及群众和职工满意度等指标,考核结果作为安排派出医院、派驻医院专项资金的主要依据,并纳入医院等级评审及卫生城市考核指标体系。

二、工作成效

(一)广大群众得实惠。2015 年,全省基层医疗卫生机构诊疗

人次占总诊疗人次比例同比增加 3.02%。合作办医地区县域内就诊率不断提高。合作办医的县级医院 2014 年门急诊人次增加 12.06%，出院人次增加 13.75%，平均住院日有所减少。群众在县域内就能享受到城市医院的优质服务，在节省费用的同时，一定程度上缓解了城市医院的就诊压力。

(二)基层医院提能力。合作办医的县级医院业务水平、学科和专科建设明显加强，危重症病人诊治及急救能力得到提高，Ⅲ、Ⅳ手术台次增加了 61.5%，微创手术从几乎未开展发展到全面开展，平均每家医院建立专科、亚专科 4 个，开展新技术项目 13 个，部分县级医院实现了省市级科研立项、SCI 论文“零突破”，呈现出基层服务能力全面提升的可喜局面。

(三)深化医改有突破。“双下沉”对城市医院与县级医院合作办医、引导和鼓励医学类大学生到基层工作作出了制度性安排，使长期固化在城市医院的优质医疗资源得到有效流动，使公立医院转变发展方式、体现公益性的目标和路径更加清晰。城市医院对基层医院的反哺增强，城市医生对基层群众实现了贴近服务，对分级诊疗体系的加快建立起到了重要推进作用。

之四、青海省推进分级诊疗制度建设

为合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化,从2013年开始,青海省结合实际,将深化医保支付方式改革、控制医疗费用、加强监督管理、推进医疗联合体、提升基层能力等措施紧密结合,系统联动推动分级诊疗制度建设。

一、主要做法

(一)明确界定功能定位,引导群众合理就医。通过优化全省医疗资源布局,界定各级医疗机构功能定位和疾病诊疗目录(三级医院787种、二级医院150种、基层医疗卫生机构50种),明确不同级别医疗机构疾病诊疗的范围、病种和病组,扩大各级公立医院临床路径管理,推动不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗。基层医疗卫生机构主要提供基本医疗、公共卫生、妇幼保健、计划生育等服务。二级医院主要承担常见病、多发病诊治,急危重症抢救及疑难病转诊,负责基层医疗卫生机构人员培训指导,承担政府指定的医疗任务等。三级医院承担区域内的急危重症及疑难复杂疾病的诊治,发挥医学学科研究、医疗辐射带动作用,有效减少常见病、多发病一般性诊治和慢性病普通门诊。

(二)健全完善制度框架,规范患者就医秩序。严格实施“四转诊五调控六监管”措施。四项转诊机制:一是分级诊疗。城乡居民

一般病症首诊在定点的基层医疗卫生机构,病情较重或加重需转院的,转到二级医院诊治,经确诊需继续上转的患者再转到三级医院。二是转诊审批。填写转诊单,由定点医疗机构主治医生和医保办审签,报医保部门备案。三是异地转诊。省外居住的参保群众,按照原参保地区医保管理部门的相关规定执行。省内异地居住的,参照居住地区分级诊疗制度的相关转诊规定执行。四是双向转诊。患者病情稳定或减轻后,可分别对口转入下一级定点医疗机构继续治疗和康复。急危重症患者、70岁以上老年人、3岁以下婴幼儿和重度残疾人等特殊人群可自主就近就医。

五项调控办法:一是差别化医保报销比例,引导患者合理就医,三、二级医院和基层医疗卫生机构医保报销比例分别为70%、80%、90%,越级转诊的降低10%。二是严格控制医疗费用。门诊和住院次均费用较上年增长幅度不得超过当年居民消费价格指数。三是各级医疗机构住院率和转院率控制在前三年平均水平。四是二级以上医院和基层医疗卫生机构出入院诊断符合率分别不低于95%和90%。五是三、二级医院和基层医疗卫生机构平均住院日控制在12天、9天和6天以内。同步推进医保支付方式改革,复合型支付方式占比达到70%左右。

六项监管措施分别是:实行基层首诊负责制和转诊审批责任制;严格控制各级医疗机构转诊率;对违规转诊的实行处罚;对分级诊疗执行情况考核,实行奖惩,连续两年考核不合格的,取消定点资格;对分级诊疗制度综合执行情况定期公开通报;加强日

常监督检查。

(三)做实做强做精医联体,促进优质资源下沉。大力推进医疗联合体建设,纵向深化资源下沉,横向扩展技术互补,做实分级诊疗的技术支撑。一是组建了以省人民医院、青海大学附属医院、省藏医院为核心的省级区域医疗联合体和全省儿科、妇产科学科联合体。二是组建市县乡紧密型医疗联合体。各市(州)选择1—2个县组建以市(州)医院为龙头的市(州)、县、乡紧密型医疗联合体,同时积极推进县乡村医疗卫生服务一体化。

(四)综合施策组合出拳,着力提升基层能力。一是稳定基层医疗卫生机构人才队伍。增加县乡两级医疗机构人员编制3901人,公开考录补充基层医疗机构医学专门人才3927名。优化调整人员招聘条件和办法,向艰苦地区充分倾斜。明确基层新招录人员服务年限和约束机制。加大县乡医疗机构人员和全科医生培养培训力度。完善乡村医生养老政策。二是加强基层医疗机构标准化建设。累计投入33亿元,县乡村标准化建设率达75%、95%和100%。三是实现县乡两级对口帮扶全覆盖。落实援青省市对州县医院的帮扶和省内三、二级医院对基层医疗卫生机构的帮扶,并加大精准化对口帮扶力度,年度安排帮扶医务人员1225人。四是提升远程会诊能力。将现有省、市(州)、县(市、区)三级远程会诊信息平台延伸到中心乡镇卫生院、社区卫生服务中心和具备条件的其他乡镇卫生院,完善远程会诊系统功能和服务内涵。五是完善家庭医生签约服务工作。城乡居民签约率不低于30%,重点人

群签约率不低于 65%。六是加强慢性病防治。省级三级医院牵头组建以慢性病诊疗中心、市(州)分中心、基层医疗机构为主体的慢性病防治体系。

二、主要成效

(一)减轻了群众费用负担。通过医保政策引导,群众小病能在基层获得便捷的基本医疗服务和基本药物,大病才转到上级医院,有效降低了群众的就医成本,减轻了费用负担。

(二)提升了基层服务能力。基层医疗卫生机构收治常见病、多发病的患者逐步增多,住院人次和医疗收入有所增加,县域内患者不离县即可享受优质医疗资源。

(三)规范了诊疗秩序。据第三方评估显示,实施分级诊疗制度后,三级医院 2014 年住院人次增长率比 2013 年下降了 12 个百分点,增幅明显放缓。此外,通过实施上下联动和分工协作,进一步促进了双向转诊,规范了诊疗秩序。

(四)群众就医理念明显转变。据调查,80%以上的居民首诊自愿选择到基层医疗卫生机构就医,理性合理的就医新秩序逐步形成。

浙江省杭州市借助信息化改善医疗服务

浙江省杭州市坚持以用好“一张卡”(杭州市民卡)、构筑“一张网”(杭州市卫生专网)、建好“两大库”(居民健康档案库、电子病历库)、搭好“两级平台”(市级卫生信息平台、区县级卫生信息平台)、抓好信息共享与业务协同等多项业务应用为主线,推行了一系列基于信息化的改革创新举措,充分发挥信息化在促进优质资源共享、推动精细化管理、优化诊疗流程和提升服务水平等方面的作用,改善医疗服务,使患者看病就医更便捷更实惠。

一、主要做法

(一)建设区域卫生信息平台。平台自2012年启动,于2015年7月顺利通过了国家区域卫生信息互联互通标准化成熟度四级甲等测评。目前平台已接入杭州市所有市级医院以及80%以上的区、县(市)平台(数据中心),实现了诊疗数据的动态采集。

(二)统一健康档案管理系统。开发建设全市统一的社区健康档案管理系统,具有居民个人健康档案、慢病管理、儿童保健管理、围产保健管理、健康体检管理、老年人管理、重症精神病管理、婚检管理及血脂管理等9大模块72项功能,涵盖了个人整个生命周期的健康管理全过程,应用覆盖全市所有社区卫生服务中心和社区卫生服务站(村卫生室)。

(三)实现区域信息互通共享。基于杭州市区域卫生信息平台,区域内实现了集中式的电子健康档案共享和分布式的区域医疗影像共享。借助信息互通互享,促进检查结果互认。市级医院医生工作站嵌入电子健康档案调阅模块和影像共享模块。医生开检查单时,如果病人此前已有同类检查,系统将会发出提醒,在确保医疗安全的前提下避免重复检查,节约患者的医疗费用支出和时间成本。

(四)助推优质资源下沉和分级诊疗。在主城区依托5家三级医院与51家社区卫生服务中心建立影像、心电、消毒、慢病联合诊疗等“四大中心”,在7个县(市)由县级医院与基层医疗卫生机构建立临床检验、影像、病理、心电、消毒供应等“五大中心”。依托杭州市第一人民医院集团,建立辐射县级医院的杭州市域医学影像、病理、产前筛查诊断中心和危重孕产妇抢救远程会诊中心,进一步联结了市、县和乡镇(街道)三级诊疗服务体系,促进优质医疗资源纵向流动,使患者能够在基层医疗卫生机构享受到市、县级医院的服务。2014年,与医保平台加强协同建设,建立了联接所有市级医院与城区社区卫生服务机构的全科医生签约转诊服务平台,成为助推分级诊疗的有效载体。

(五)实现诊疗流程集约化。全市统一发行健康卡取代自费病人就诊卡,研发市民卡和健康卡的“诊间结算”专有技术,实现医生在诊室直接进行医保和自付部分的费用结算。推出医技检查诊间预约,诊间结算的病人可在医生诊室直接预约医技检查,以往病人

需要在挂号、收费、医技检查窗口和医生诊室之间往返的流程集中在医生诊室一次完成,实现了“信息多跑路,病人少跑腿”,简化诊疗流程。推出“出入院床边结算”、“全院通”智慧快速结算,覆盖医技科室和停车、就餐等院内所有收费环节,破解患者在院内反复排队缴费问题。

(六)推进诊疗服务扁平化。建立联通北京、上海 38 家知名医院的跨省转诊预约平台,病人能在市级医院医生诊间预约专家,并且在跨省转诊的医院享受异地医保。建设市级医院掌上“智慧医疗”一体化平台,实现网上充值、预约导诊、报告查询和医患互动。首创信用诊疗模式,提供先诊疗、后还款的服务流程,是杭州市信用体系建设的首个征信服务应用。

(七)促进“全自助”诊疗服务。所有市级医院设立“自助服务区”,提供办卡、充值、分时段预约挂号、查询、缴费、化验单打印等便捷的自助服务,通过志愿者引导,90%的病人在自助机上得到了服务,大部分挂号收费窗口转为服务窗口。自 2015 年 5 月起,在所有市级医院推行 24 小时自助挂号,进一步缓解了挂号难问题。

二、主要成效

(一)就诊流程得到大幅优化。以诊间结算为例,由于每个医生诊间都可以直接结算医疗费用,相当于大幅增加了市级公立医院的结算窗口。全市开通“智慧医疗”用户达 500 万以上,市级医院诊间结算率达 77%。截至 2016 年 6 月底,累计已有 2443 万人次受益,平均每人在医院内停留的时间至少缩短 1 小时,节约的时

长相当于给所有杭州城区居民放了一天假。

(二)群众获得感增强。群众就医体验满意度不断提高,根据患者满意度的第三方测评结果,2014年和2015年群众对市级医院总体满意率保持在97.5%以上。

(三)医院综合能力切实提升。借助智能化手段、精细化管理和规范化服务,市级医院医疗成本明显降低,近两年来市级医院百元医疗收入中消耗的卫生材料费用持续下降。同时,打破了科室界限,实现住院病床的统一调配使用,提高了病床周转率。

(四)协作机制进一步健全。通过组建“四大中心”等方式,强化了各市级医院与周边社区卫生服务中心的协作关系,以往许多需要在省、市医院诊治的疑难病例在基层医疗卫生机构得到了确诊和治疗。