

医疗卫生服务调研报告(汇总5篇)

在现在社会，报告的用途越来越大，要注意报告在写作时具有一定的格式。优秀的报告都具备一些什么特点呢？又该怎么写呢？下面是小编带来的优秀报告范文，希望大家能够喜欢！

医疗卫生服务调研报告篇一

在人们素养不断提高的今天，报告使用的频率越来越高，多数报告都是在事情做完或发生后撰写的。那么你真正懂得怎么写好报告吗？以下是小编精心整理的暑期医疗卫生专题调研报告，希望对大家有所帮助。

需要提前与各个小区物管联系、沟通，将事情提前通知到位，并按人员合理分配工作任务

1□xx年12月3日卫生部公布的《卫生部关于规范城乡居民健康档案管理的指导意见》指出，到20xx年，初步建立起覆盖城乡居民的，符合基层实际的，统一、科学、规范的健康档案建立、使用和管理制度。以健康档案为载体，更好地为城乡居民提供连续、综合、适宜、经济的公共卫生服务和基本医疗服务。

2、以病人为核心，病历是医疗工作的全面记录，客观地反映疾病病情、检查、诊断、治疗及其转归的全过程，是医务人员在医疗活动过程中形成的所有文字、数据、图表、影像等资料的有机整合。电子病历是通过计算机技术将病人的病历汇集到计算机中，通过计算机获得病历的有关资料并对其进行归纳、分析、整理形成规范化的信息。

3、居民健康档案是记录有关居民健康信息的系统化文件，是社区卫生服务工作中收集、记录社区居民健康信息的重要工

具;是社区顺利开展各项卫生保健工作，满足社区居民的预防、医疗、保健、康复、健康教育、生育指导等“六位一体”的卫生服务需求及提供经济、有效、综合、连续的基层卫生服务的重要保证。

4、居民健康档案的建立原则：

- 1) 逐步完善的原则；
- 2) 资料收集前瞻性原则；
- 3) 基本项目动态性原则；
- 4) 客观性和准确性原则；
- 5) 保密性原则。

5、居民健康档案基本内容：全科医疗健康档案在内容上分为3个部分，即个人健康档案、家庭健康档案和社区健康档案。个人健康档案在全科医疗中应用十分频繁，使用价值也最高。

6、居民健康档案的特点和意义：

5)居民健康档案可以直接、快速、准确的为突发性、传染性、多发性病提供资料。

1、日常工作时，态度热情，服务周到，注意健康小知识的宣传普及；

2、定期分批次组织社区常住居民进行常规体检，并注意通知到位；

3、每次居民体检结束以及看病后，做好相关记录；

4、社区可以就近与泸州医学院联系，组织医学生志愿者定期

在社区为居民量血压，宣传实用健康小知识、急救知识等，增强居民卫生意识。

当然，在这次调查中，我们也收获了许多

以两人为一组，小组之间精诚合作，互相交流，相互帮助，团队任务之间相互协调，共同前进，高效完成。随着工作的进行，我们相互也越来越熟悉，大家也收获了友谊。

指导老师刘部长每天都会关心我们的工作业绩，以及工作中遇到的困难，并及时给出一些建设性指导和建议，使全队工作顺利地完成。

随着我国经济的发展，居民的个人健康状况不容乐观，更需要提高居民的疾病预防和控制意识。我国居民的健康保障，仍有赖于国家卫生制度的完善，和医疗知识的普及。而社区卫生机构作为基层医疗组织，需要从小事抓起，做好社区居民的个人健康状况的调查、记录，为以后的临床治疗、教学、研究提供参考建设性指导和建议，使全队工作顺利地完成。

医疗卫生服务调研报告篇二

优秀作文推荐！社区卫生服务是完善公共卫生体系的重要内容，直接关系到广大群众基本医疗保障和健康水平。20xx年以来，我县大力开展社区卫生服务中心建设，取得了明显成效。在新的形势下，如何进一步加强社区卫生服务中心建设，为广大群众提供服务优良、价格低廉的基本医疗保障，是我们面临的一项紧迫任务。

社区卫生服务中心是农村三级医疗保健网络的枢纽，其职能以公共卫生服务为主，具备预防、保健、基本医疗、健康教育、康复、计划生育技术指导等综合卫生服务功能，为农民群众提供基本卫生服务、基本卫生安全保障和农村重点

人群重点服务等三大类12项卫生服务。近年来，我县认真贯彻《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，以社区服务中心建设为抓手，在原有中心卫生院、乡镇卫生院、卫生分院、村卫生室的基础上，根据人口分布、医务用房，人员设备等情况，对农村医疗卫生资源进行整合，去年初在全县设置了9个社区卫生服务中心，下设38个社区卫生站，确定了303名驻村责任医师，分225个服务点片开展直接面向农民的服务。截止20xx年底，全县驻村医师进村入户率达95.3%，农民体检率达72%以上，农村健康档案建档率达80%以上。

社区卫生服务中心建设刚刚起步，在体制、管理、操作等方面还存在着一些问题，主要表现在以下几个方面：

1、管理体制不顺，公共卫生服务职能发挥不到位。现有社区卫生服务中心脱胎于乡镇中心卫生院，一个班子，两块牌子，单位性质、人员编制、服务职能等方面，都还“顺延”了原来乡镇卫生院的体制和管理模式。比如9家服务中心，其中3家中心卫生院是定额补助事业单位，其它的几家则为自收自支、自负盈亏的集体单位，并且人员编制结构复杂。体制的不顺，导致医务人员在服务职能转换时不能很好地适应，也“顺延”了原有的经营管理模式，将主要精力放在有偿服务和创收上，不能积极主动探索社区卫生服务中心功能作用的发挥，防保制度和措施成了空洞的条文，公共卫生工作开展艰难。同时，服务中心与下属服务站的从属关系也都尚未明确，从而使社区服务网络还存在着很多脱节，工作开展起来不顺畅。

2、投入严重不足，难以满足基本医疗需求□20xx年县财政投入卫生事业总费用为832.4万元□20xx年乡镇卫生院的财务支出、院长工资和日常公用支出、从事基本医疗的人员经费、职工参加基本医疗保险和养老保险所需缴费部分以及农村卫生事业发展建设资金，均未纳入公共财政预算。全县乡镇卫生院财政补助为80.2万元，其中离退休人员工资、养老保险和医疗保险等费用就达到40万元左右，由此导致卫生院生存

与发展举步维艰。投入的严重不足已成为社区服务中心建设发展中最大的问题，包括医疗用房、“新六件”的配备、医务人员费用支出都是社区服务中心的硬伤，服务中心设备陈旧简陋，难以满足基本医疗需求。

3、人才青黄不接，制约社区服务中心的良性发展。一方面，现有9家服务中心与原来乡镇卫生院基本上都是同一套人马配备，因为工作环境、待遇等实际问题，大中专毕业生不愿到服务中心工作。20xx年全县中心卫生院大专以上学历不到30%。另一方面，人才外流现象非常严重，很多大中专毕业生在基层工作一段时间，技术有一定长进后就急着另觅高枝，加上原有一批老医务人员逐渐接近退休年龄，使得服务中心人才和技术力量青黄不接，导致服务中心服务能力差，服务模式单一，效率低下，不能取信于群众，社区卫生服务中心的意义也仅止于一块牌子。

社区卫生服务中心的建设和发展，直接关系到农村卫生事业的发展 and 农民健康水平的提高。为又好又快推进社区卫生服务中心建设，提出如下建议：

1、确立社区卫生服务中心在农村卫生工作中的`主力军地位。

一是明确方向。社区卫生服务中心一定要明确定位和发展方向，坚持满足群众基本医疗服务需求，坚持医疗与防保并重，提供社区性、综合性服务，把服务中心建设成为区域性医疗保健服务中心、新型农村合作医疗服务中心、公共卫生服务中心，避免向医院模式发展。

二是转变职能。明确社区卫生服务中心在农村防治中的服务职能。走出原来卫生院只管“卖药治病”的职能模式，将社区卫生服务中心建设成“以公共卫生为主，综合提供预防、保健和基本医疗服务”的基层医疗卫生机构。发挥卫生服务中心的管理职能，实行社区卫生服务中心与服务站管理一体化和全行业管理。

三是科学配置。目前9个卫生服务中心基本是按乡镇卫生院设置的，随着其服务职能的发挥和群众基本医疗保健需求的进一步提高，还要根据乡镇地理位置、原有医疗资源分布、辐射半径的人口、道路交通、就医人流的走向等情况进一步科学合理的配置。要制定建设标准，根据农村常见病、多发病等情况科学规范地设置医疗和业务科室，合理确定房屋结构与面积，按照基本医疗职能的需要配备相应的设备，满足诊疗需要。

2、充分体现政府在社区卫生服务中

心建设中的主导作用。

一是加大投入。随着农村公共卫生体系的逐步健全和卫生服务中心建设的不断推进，政府必须加大财政扶持力度，将包括中心卫生院医疗用房、设备配置、人才培养等列入财政预算，逐年安排。

二是理顺体制。把服务中心纳入财政全额拨款事业单位，对医务人员进行三定，按精简高效、因事设岗、因岗聘人、竞聘上岗的原则实行全员聘任，让他们可以更好地投入服务，而不是想破脑筋为每月工资来源发愁。

三是落实责任。要把卫生工作列入经济社会发展总体规划和乡镇年度综合目标责任制考核，体现政府在社区卫生服务中心建设中的主体作用。

3、积极探索社区卫生服务中心的规范化建设和可持续发展。

一是积极探索人才培养途径。对现有卫技人员分层次、分岗位、分专业、有计划地进行岗位培训。人事部门要通过地方补贴、职称评定聘用等途径，积极鼓励大中专毕业生主动到服务中心工作。同时，卫生主管部门要建立对口支援制度，由二级以上医院与服务中心建立一对一的对口支援关系，不

断提高中心医疗服务水平。

二是要确定合理收费标准。按照服务中心医疗等级水平，制定合理的收费标准和农村合作医疗药品应用指导目录，便于医生合理用药。调整农村合作医疗分类报销政策，引导农民到服务中心就诊。实行药品配送制度，服务中心的药房实行全县统一配送，价格统一，质量保证，切实解决农民“看病难、看病贵”问题。

三是加强对乡村药店和个体诊所的监管力度。建议卫生、药监、工商等相关部门加大行政执法力度，坚决取缔无证行医，净化农村医疗市场；加强对乡村药店的监管，积极发挥社区卫生服务中心在农村医疗市场的主渠道作用，为广大群众提供就近、低廉、优质的医疗服务和基本医疗保障。

医疗卫生服务调研报告篇三

下面是小编为大家整理的,供大家参考。

为了提升我县医疗卫生机构服务质量和管理水平，满足全县人民群众健康服务需求，人大常委会组成了专题调研组，通过听取汇报、座谈了解、实地走访、查阅资料、学习考察、比较分析等方法，对全县医疗卫生机构服务能力状况进行了全面调研。现将有关情况报告如下：

一、全县医疗卫生机构资源与需求现状

全县目前共有各类医疗机构*家，其中县级公立医院*家、疾病预防控制中心*家、中心卫生院*家、镇卫生院*家、分院*家、门诊部*所、民营医院*家、个体诊所*家、医务室（含学校和厂矿）*家、村卫生室*家。全县医疗卫生机构编制*人（其中：县级单位*人，基层卫生院*人），实有人员*人（其中：县级*人，基层*人）。学历结构为：本科及以上学历*人，大专学历*人，中专学历*人，非医科专业学历*人，卫

生专业技术人员占比例*%；
年龄结构为：*岁以下*人，*-
*岁*人，*—*岁*人，*—*岁*人，分别占比*%、*%、*%、*%；
职称结构为：副高以上职称*人，中级职称*人，初级职称*人，
无职称*人，其他*人。县镇两级*家公立医疗机构编制床位*张，
实际开放*张；
*家民营医院编制床位*张，实际开放*张。平均每千人拥有床位*张。

近年来，在县委、县政府的正确领导下，医卫相关职能部门积极争取中央财政预算内投资项目*个，先后完成了县人民医院门诊楼、县急救中心、*个卫生院门诊楼和*个村卫生室建设项目，县中医医院整体迁建项目已完成门诊、医技、住院楼主体建设任务，全县医疗卫生机构基础设施不断改善；*类*个重大公共卫生项目有序推进，公立医院改革取得阶段成效，公共卫生服务均等化水平不断提高；基层中医药示范县成功创建，柞水整体医疗卫生水平进一步提升，人民群众看病难、看病贵问题有了一定缓解。

然而，随着经济社会的不断发展，人民群众对医疗卫生服务的需求越来越高。目前，我县的医疗卫生服务能力现状已经不能满足人民群众日益增长的健康需求，服务现状与健康需求的矛盾日益突出，导致大量患者流入镇安、西安等地就医，进一步加重了人民群众的医疗负担。据不完全统计，*年、*年，全县住院总人数分别为*人次、*人次，其中县境外住院就诊*人次、*人次，境外就医占当年住院总人数的*%、*%，境外住院患者医保报销为*万元、*万元，分别占当年住院人数医保报销总资金的*%、*%，医保报销资金大量外流。*年和*年，全县农村孕产妇免费住院分娩为*人、*人，其中县外住院分娩*人、*人，占住院分娩总人数的*%、*%，农村孕产妇免费住院分娩补助直接外流*万元、*万元。透过上述数据不难看出，我县医卫服务能力明显不足，就医现状已经不容乐观。

二、存在的主要问题

（一）公立医院发展缓慢。一是基础设施陈旧。县级三大公立医院建设规模普遍偏小，功能布局不完善，现有门诊部、住院楼均为二十多年前改扩建的，门诊部、住院部均无取暖、降温设备，住院部无呼叫系统，医疗服务设施不全，后续发展空间不足，无法满足群众就医需求。县医院没有标准化住院楼、实验楼、急诊楼，没有传染病区，医疗区与生活区混居，发展地域受限，与国家“县级综合医院（*—*张床位）应占地*亩”的标准相差甚远；

县中医院也存在类似问题，迁建工程进展缓慢；

县妇保院与计生站合并后，更是无法保证最基本的服务需求。

二是医疗设备落后。我县常规性的医疗设备大都陈旧老化、带病上岗；

大型、高端医疗设备太少，*—*万元的医疗设备仅有*台，*万元以上的大型医疗设备仅有*台，无一台*万元以上的医疗设备，医疗设备落后也是制约医疗卫生服务能力发展的重要因素。三是功能科室不全。受专业人才和缺少设备的影响，*个中心卫生院和*个镇卫生院均缺少妇产科等一些基本科室，除下梁卫生院外，其他中心卫生院手术室常年处于关闭状态。县级三家公立医院中，县中医院、县妇保院也没有妇产科、儿科、耳鼻喉科等基本科室，严重影响了医疗服务能力的提供与保障。

（二）管理服务水平滞后。一是管理人才紧缺。全县副科级以上医疗卫生机构*个，应配备副科级以上管理人员*人，现有副科级以上管理人员*名，其中：大专学历*人，本科及以上学历*人；

初级职称*人，中级职称*人，副高职称*人，无职称*人；

*岁以下*人，*岁至*岁*人。现有的管理人员学历不高、年龄偏大，且非专业人员多，存在着不是专业人员管理专业行业的现象，造成管理不规范、不到位的现象。二是用人机制不活。人才培养和用人机制不完善，导致年龄结构、知识结构极其不合理，后备管理人才出现断层，严重影响了持续发展。

三是医院改革进展缓慢。公立医院管理体制、补偿机制、药品采购、人事编制、收入分配、医保制度、监管机制等综合改革不到位，科学化、规范化、精细化、人性化管理程度不高，存在庸、慢、乱、散现象。四是医德医风教育薄弱。少数医护人员缺乏爱岗敬业精神，事业心、责任心不强，服务意识淡薄，服务态度差，缺乏与患者沟通；个别人员受经济利益驱使下，把单纯追求经济利益作为最高原则，导致部分病人得不到及时有效的治疗而延误病情，甚至造成医疗纠纷，损害了医疗卫生行业的形象。

（三）人才队伍现状堪忧。一是学历层次偏低。在岗的*名人员中，第一学历为全日制本科及以上学历的占*%，大专学历占*%，中专学历占*%，第一学历为大中专的人数居多。二是职称结构不合理。在岗人员中，没有一名高级职称，副高职称*人，占*%；

中级职称*人，占*%；

初级职称*人，占*%；

非卫生专业和无职称*人，占*%，高职称人员少、占比低。三是编制缺口大。全县医疗卫生机构编制*个，正式在编在岗*人，临时聘用或返聘人员*人，占在岗人数的*%。受岗位编制限制，县医院现有*名已晋升副高职称的医护人员，因无岗位而无法聘任。四是人才培养力度不够。受经济社会发展水平和区位条件影响，高职称、高学历的医疗卫生专业人才很难引进，现有的用人机制和激励措施乏力，医护人员整体医疗水平偏低，出色、拔尖的学科带头人少之又少，特别是全科医生培训和业务骨干培养缓慢，医疗技术难以提高。

（四）内生动力严重不足。一是医疗机构综合收入（药品收入和医疗收入）有限，可用财力不足。县医院*年至*年综合收入为*万元、*万元、*万元；

中医院*年至*年综合收入为*万元、*万元、*万元；

县妇保院*年至*年综合收入为*万元、*万元、*万元；

医院的收入仅能维持正常运转，无力顾及后续发展。二是临聘人员多，潜在问题大。全县医疗机构临时聘用人员*人，占

在岗人员的*%。特别是县医院、中医院临聘人员达到*人、*人，与单位正式在编在岗人员几乎持平。这些临聘人员工资由医院自行解决，加重了医院的支出负担；临聘人员的工资只是同岗位正式职工的*%左右，而且不缴纳三险两金（养老保险、医疗保险、失业保险和住房公积金、职业年金），同工不同酬，长此下去，一方面造成人员流动性大，另一方面会引发一系列新的社会问题。三是分配政策保守，医护人员积极性不高。各医院的分配政策陈旧保守，不能很好地体现多劳多得、优绩优酬原则，使一些医护人员不愿承担风险，出现将病人向外推的现象。特别是镇卫生院的一些医技人员，怕担风险，将本可以在镇卫生院收治的病人推向上级医院。四是缺乏激励机制，人才培养滞后。各医疗卫生机构在人才培养上，缺乏长远打算和有效的激励措施，相当一部分医护人员只要调进县级医疗单位，只求过安稳的日子，提高技术能力动力不足，主动要求到外地大医院进修的医护人员少，导致出色的学科带头人才难以造就。

（五）基层医疗资源短缺。一是网底不牢固。全县*个村卫生室，现有村医*名，平均年龄*岁，现有的村医年龄偏大且知识结构老化，受投入政策、用人政策等因素的影响，许多医学专业毕业生未就业者，不愿到村卫生室服务，多数村卫生室出现后续无人接替的现象。同时，村卫生室不是国家卫生投入的主体，大部分村卫生室设施简陋、设备陈旧，影响着正常职能的发挥。二是服务跟不上。镇卫生院人员总量不足、新招录的人员留不住、现有的人员结构不合理，队伍整体素质不高；村医队伍萎缩，无法得到及时补充。加之镇村医疗设施建设滞后，群众对镇村医疗服务质量不满意，导致对镇村医疗服务能力的不信任，不论大小病直接上县级医院或境外医院。三是宣传有缺失。村卫生室和镇卫生院在宣传党和政府的健康扶贫政策、公共卫生项目上，还存在不到位、有盲区的地方，群众对健康扶贫政策、公共卫生项目知晓率低。各卫生院更没有打造出自己特色的医院文化，影响了群众对卫生院的认可度。

三、外地经验与启示

调研组还实地考察了市内的商南县、山阳县几家公立医院的服务能力情况，通过学习考察，给予我们以下启示。

一是领导重视是关键。商南和山阳两县在县医院建设上均采取了整体搬迁，商南县医院占地*亩，投资*亿元，建筑面积达*万平方米；

山阳县医院占地*亩，投资*亿元，建筑面积*万平方米。两县建成了全省范围内*年内先进、*年内不落后的现代化县级人民医院。从两县的经验来看，他们都是县委县政府高度重视，把民生工程建设作为县域经济发展的头等大事来抓，选最好的地点、给最优惠的政策、投最大的精力，全力抓好县医院建设。由此可见，只有县委政府高度重视，把县域公共卫生能力建设放在突出位置，与社会经济发展统筹规划，与gdp等直接反映政绩的事项同部署、同考核、同奖惩，优先从人、财、物给予最大限度地倾斜，领导重视，部门协作配合，全力支持医疗卫生事业发展。否则我县医疗卫生要在短期内有所改观，只会仅仅停留在口号上，最终流于形式，成为空中楼阁。

二是主动作为是核心。商南县、山阳县的医疗机构，特别是两县的县医院和中医院，在同样面临人才队伍薄弱、政府投入有限、基础设施建设落后等多重困难下，不等不靠，主动作为，依靠自身内部管理和服务能力提升，赢得群众的认可。商南、山阳两县的干部群众县内就诊率达*%以上。为此，县卫计部门要对标中省市政府对医疗卫生服务体系建设的有关要求，制定我县医疗卫生服务能力建设中长期规划，明确任务，落实责任，并督促指导各医疗机构严格组织实施。各医疗卫生机构要把提升自身服务能力水平作为自己的生命线，本着硬件不足软件补的原则，从抓规范管理、抓服务态度做起，用实际行动获得社会的认可、患者的信任。

三是部门协作是保证。商南、山阳两县的县医院整体搬迁项

目能在短时间内实施到位，除了县级四套班子重视、政府分管领导主抓外，各相关部门配合协作也是最根本的保证。山阳县人社部门，去年在市人社部门专门为该县医院争取了*名护理人员招录计划，有效缓解了护理人员不足的问题。我县县医院、中医院建设刻不容缓，更需要各相关部门团结协作，鼎力配合，齐心协力推进两家医院硬、软件建设。

四是人才培养是基础。商南、山阳两县的卫计部门始终把人才培养作为一项硬性任务来抓，各医疗单位从重点科室每年选送业务骨干到西安、北京等地大医院进修培训，培训人员的工资由单位全额发放，培训费由单位承担，并给予适当补助。山阳县县医院*名在职卫技人员，高级职称达*人；商南县县医院*名在职卫技人员，高级职称达*人。学科带头人员的不断增加，从而保证了医疗服务能力越来越高。因此，医疗卫生能力要得到进步和提高，就必须把人才培养作为提升服务能力的重中之重、急中之急，有计划、有针对性地选派有培养前途的业务骨干到西安等地大医院进修培训，培养一批有名望的学科带头人，提高医技水平，博得广大患者的信任，满足新形势下的群众就医需求。

四、对策与建议

借鉴临县和*省天长市的成功经验，针对以上存在问题，现就我县医疗卫生机构服务能力建设提出以下建议。

（一）发挥政府主导作用，大力改善就医环境，努力让人民群众有地方看病。县政府及相关部门要加强项目争取力度和招商力度，努力改善公立医院基础设施条件和就医环境。一是高起点大手笔做好县医院建设。充分利用县医院住院楼国家投资机遇，通过国有资产置换或政府购买方式，利用棚户区改造投资政策，将临河路以东、太白路以北、原建行以南的地域用于县医院建设，扩大县医院发展空间。二是灵活融资方法，多渠道招商引资，吸引社会资本参与县中医院建设，加快县中医院搬迁进程，促使早日建成并发挥作用。三是待

中医院搬迁后，将县中医院的房产划拨给新组建的县妇幼保健计划生育服务中心使用。四是加大镇卫生院和村卫生室基础设施建设力度，为保证“小病不出村、一般病不出镇”奠定坚实基础。

（三）加强硬件设施建设，着力提高服务质量，努力让医疗机构看得了病。一是加大政府投入力度，实行“定项+专项”的财政供养办法，将县级公立医院政策性亏损、离退休人员经费、重点专科建设、人才培养等列入财政预算，对大型设备购置、基础设施建设、人才引进等给予定项财政补助，对医院的历史债务、设备更新、价格调整补贴、药品耗材补贴等给予专项财政补助，保证医院基础设备及时更新、正常运行，必要的大型设施购得回来、用得上。二是科学规划医院建设，县级三家公立医院要按照各自的功能定位，科学编制医院中长期发展规划，突出重点，强化特色功能，避免重复建设，促进医院良性发展。三是开展提档升级活动，县级三家医院要围绕自身定位，深入开展医疗服务能力提升工程，全面提升县级医院服务能力，力争县域内就诊率达到*%以上。四是重视医院文化建设，县级公立医要紧扣各自发展理念和宗旨，通过美好的医院远景、医院信念、院训、院歌、院风等内容，打造独具特色的医院品牌文化，提升医院品位和竞争力。

（四）完善医疗体系建设，深化医药体制改革，努力让人民群众看得起病。一是坚持公立医院的公益性。努力让全体人民群众病有所医是政府的责任。医改新方案也明确指出，坚持公共医疗卫生的公益性质，把基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供，逐步实现人人享有基本医疗卫生服务。县政府及相关职能部门要牢牢把握公立医院的公益属性，把保障人民群众的健康放在第一位、把救死扶伤放在第一位，努力在加大对医院的投入、优化医疗资源、提升医疗服务质量、做好贫困人群的医疗救助等方面出实招，促使基本医疗服务公平地惠及所有人群。二是探索建立医疗服务共同体。坚持区域协同，以资源共享、人才下沉、双向转诊为导向，推进医

联体、医共体建设及其内部人才、资源柔性流动，健全运行考核机制，医疗服务协同配合，畅通双向转诊渠道。三是建立规范有序的药品供应保障制度。坚持和完善药品“三统一”制度，严格执行基本药品零差价，破除以药补医，减轻患者负担；

及时更新基本药品目录，对基本药品和高值医用耗材实行集中采购，确保医保目录内的基本药品在各医院的供应。四是成立医疗保险管理中心，将农村合疗、城镇居民医保和大病医疗保险整合在一起，实行三保合一，建立健全医疗保险“一站式”直通车报销机制，方便就医群众。

（五）深化人事制度改革，强化人才保障，努力让医疗机构看得好病。一是加强队伍建设。一要按照《国务院办公厅关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要（*—*年）》规定的要求，重新核定调整我县各医疗单位的人员编制和床位编制，用足用活人才引进优惠政策，加大对医疗卫生技术人员的招聘力度，用优惠政策吸引高学历、高职称、高技术的医疗卫生技术人才和专家，满足群众看病需求。二是要加强现职人员的培训力度，卫计部门要制定医疗卫生人才队伍建设规划和年度任务，每年选送*至*名业务骨干到西安、上海或北京等地的大医院进修培训，大力培养学科带头人；

各医疗单位要将人才培养作为一项硬性任务来抓，所有在职技术人员每两年必须到外地大医院进修半年以上。镇卫生院、村卫生室医技人员分批到县级医院跟班培训，多途径更新医技人员的知识结构。三要积极妥善解决临聘人员的待遇问题，我县各医疗机构临聘的*人，*%的人员都已工作*年以上，且大部分已成为岗位能手。一方面是在招录医疗卫生技术人员时，适当降低招录门槛，限定地域范围，最大限度地从现有的临聘人员中招录，既能解决临聘人员的身份，又能缩短新录人员的见习期，还减轻了医疗单位的负担，一举多得。另一方面要综合运用就业创业、公益性岗位等优惠政策，将不能招录的临聘人员纳入其中，解决临聘人员后顾之忧。与此同时，各医疗单位要给临聘人员缴纳保底的养老保险、医疗保险和失业保险，逐步提高临聘人员的待遇，基本做到同工

同酬。四要研究探索基层卫生院专业人才招录和管理办法，激励医疗卫生专业技术人员立志基层服务，真正使基层卫生院招得来人、留得住人、用得上人；

鼓励医学专业大中专毕业生未就业者到村卫生室服务，探索村医养老措施，解决村医后顾之忧。二是放开医院自主经营管理权。落实县级公立医院独立法人地位，将用人招人、科室设置、收入分配等权力下放到医院。改革医疗机构人员职称晋升办法，实行公立医院编制备案制管理，破解编制受限难题。建立自主灵活的分配激励机制，实行按岗定酬，多劳多得。三是建立高效的医院管理队伍。积极探索建立县级公立医院院长公开招聘和年薪制度，由院长选聘副院长，分管副院长选聘分管科室主任，实行全员聘任制，严格聘期目标管理，调动内部积极性；

建立完善基层卫生院院长选聘、招考、任免等制度，通过公开招聘、组织考察、职工直选等方式，把政治可靠、责任心强、懂经营、会管理、群众拥护的人才选拔到领导岗位上来，带好基层队伍。四是加快建立医疗绿色通道。一方面充分利用对口援助医疗单位和西安知名医院的技术优势，派员学习管理经验和诊疗技术；

另一方面加强建立与省市大医院重大病人转院绿色通道，满足群众外地就医需求。

；

医疗卫生服务调研报告篇四

社区卫生服务中心的建设和发展，直接关系到农村卫生事业的发展 and 农民健康水平的提高。为又好又快推进社区卫生服务中心建设，提出如下建议：

1、确立社区卫生服务中心在农村卫生工作中的主力军地位。

一是明确方向。社区卫生服务中心一定要明确定位和发展方向，坚持满足群众基本医疗服务需求，坚持医疗与防保并重，

提供社区性、综合性服务，把服务中心建设成为区域性医疗保健服务中心、新型农村合作医疗服务中心、公共卫生服务中心，避免向医院模式发展。

二是转变职能。明确社区卫生服务中心在农村防治中的服务职能。走出原来卫生院只管“卖药治病”的职能模式，将社区卫生服务中心建设成“以公共卫生为主，综合提供预防、保健和基本医疗服务”的基层医疗卫生机构。发挥卫生服务中心的管理职能，实行社区卫生服务中心与服务站管理一体化和全行业管理。

三是科学配置。目前9个卫生服务中心基本是按乡镇卫生院设置的，随着其服务职能的发挥和群众基本医疗保健需求的进一步提高，还要根据乡镇地理位置、原有医疗资源分布、辐射半径的人口、道路交通、就医人流的走向等情况进一步科学合理的配置。要制定建设标准，根据农村常见病、多发病等情况科学规范地设置医疗和业务科室，合理确定房屋结构与面积，按照基本医疗职能的需要配备相应的设备，满足诊疗需要。

2、充分体现政府社区卫生服务中

心建设中的主导作用。

一是加大投入。随着农村公共卫生体系的逐步健全和卫生服务中心建设的不断推进，政府必须加大财政扶持力度，将包括中心卫生院医疗用房、设备配置、人才培养等列入财政预算，逐年安排。

二是理顺体制。把服务中心纳入财政全额拨款事业单位，对医务人员进行三定，按精简高效、因事设岗、因岗聘人、竞聘上岗的原则实行全员聘任，让他们可以更好地投入服务，而不是想破脑筋为每月工资来源发愁。

三是落实责任。要把卫生工作列入经济社会发展总体规划和乡镇年度综合目标责任制考核，体现政府在社区卫生服务中心建设中的主体作用。

3、积极探索社区卫生服务中心的规范化和可持续发展。

一是积极探索人才培养途径。对现有卫技人员分层次、分岗位、分专业、有计划地进行岗位培训。人事部门要通过地方补贴、职称评定聘用等途径，积极鼓励大中专毕业生主动到服务中心工作。同时，卫生主管部门要建立对口支援制度，由二级以上医院与服务中心建立一对一的对口支援关系，不断提高中心医疗服务水平。

二是要确定合理收费标准。按照服务中心医疗等级水平，制定合理的收费标准和农村合作医疗药品应用指导目录，便于医生合理用药。调整农村合作医疗分类报销政策，引导农民到服务中心就诊。实行药品配送制度，服务中心的药房实行全县统一配送，价格统一，质量保证，切实解决农民“看病难、看病贵”问题。

医疗卫生服务调研报告篇五

进一步推进各中心的业务发展，满足辖区人民日益增长的公共卫生服务需求，下面是小编为大家收集了关于社区卫生服务调研报告，供大家参考借鉴。

为了解各社区卫生服务中心在工作中存在的问题，进一步推进各中心的业务发展，满足辖区人民日益增长的公共卫生服务需求，3月3日—6日，王向东副局长带领区社区卫生服务指导中心人员，到全区10所社区卫生服务中心进行调研。调研采取看、听、议相结合的方式，深入细致了解各中心基本公共卫生服务、药品“三统一”、信息化等工作的开展情况和存在问题，并针对问题提出中肯的意见和建议。现将调研情

况报告如下：

近年来，我局不断加强领导，各中心能认真落实全区卫生工作的总体部署，医改政策得到落实，全区不断加大基本公共卫生服务项目实施力度，公共卫生服务运行机制不断完善，服务体系基本形成，社区卫生服务实现了全覆盖；政府举办的社区卫生服务中心能认真实行药品“三统一”和零差价销售，各项工作指标名列前茅，百姓得到了实惠；西大街等5所中心能应用省卫计委的信息化软件管理门诊医疗业务，10所中心已全部开通应用公共卫生管理系统；各中心应对和处置突发公共卫生事件能力进一步提高，2019年我区公共卫生服务工作被市卫生局评为优秀等次。

(一)基层单位基本医疗业务发展缓慢。在近年来的医改方案中，基本公共卫生服务得到不断重视和强化，各社区卫生服务机构在完成公卫项目指标后，经考核合格，每年都将公共卫生经费划拨到各中心，真正体现政府出资，百姓受益。但在医疗工作中，由于长期的人才匮乏、技术薄弱、医疗风险增加、公共卫生服务任务繁重等问题，各中心医疗业务发展缓慢，基本没有设立新的科室或者发展重点科室的计划，基本诊疗能力都遭到了不同程度的削弱。同时，区财政对各社区卫生服务中心执行收支两条线管理，对医疗收入返还比例较低(医疗收入按30%返还)，加上医疗风险较高，使得无病床设置的社区卫生服务机构医疗净收入寥寥无几，30%返还，远远不够设备维护、维修、更新等(日常公用)支出。所以大多数社区卫生服务机构认为，只要干好公共卫生工作，基本医疗干多干少差别不大，工作人员也没有核心驱动力，发展医疗业务热情不高，工作创新及技术创新都未充分体现，基本医疗总体呈停滞状态。

(二)基本公共卫生服务工作与基本医疗割裂严重。加强社区慢性病的管理是公共卫生服务的一项重要内容，尤其是社区居民中文化水平较低的慢性病人及部分弱势群体，他们即不懂防治知识，无预防意识，普遍健康意识淡薄，未进行及

时有效诊治。在对慢性病人的管理上，大部分中心目前只停留在应付考核等表面文章上。具体表现在：一是参与健康管理的人员并非全是全科医师，无法提供居民真正需要的服务和管理，对慢病病人的管理仅局限于打电话问候一下。二是部分全科医师有“重治疗，轻预防，重已病，轻未病”思想，不重视健康教育，很多社区居民健康教育课形式重于内容，或为完成考核任务，未达应有实际效果。三是部分人员为社区卫生服务中心的聘用人员或者临时人员，对慢病管理只是作为应付单位的一种手段，慢病管理水平达不到对慢性病患者进行规范管理的要求，未能有效提供规范扎实的医疗服务。北关社区卫生服务中心今年在慢病管理上也有新的思路，计划成立慢病管理科，将慢性病人的管理统一由医务科管理，让基本医疗与慢性病管理结合，达到规范化管理。

诸如此类基本医疗与公共卫生服务两张皮相互脱离的现象，在居民健康档案、责任医师团队、老年人康复等工作方面，都有不同程度的存在，直接影响到公共卫生服务工作的实际效能。

(三) 信息化软件功能缺陷依然较多。目前，全区已经有10家单位使用省卫计委统一配发的公共卫生管理系统，5家单位应用医疗业务管理系统，但由于该软件处于新研制试用期，许多功能设计不全，加之由于是互联网模式，导致响应速度、系统崩溃的现象时有发生。在调研的过程中，各单位普遍反映在使用中遇到的各种问题，比如没有同居民医保的链接功能，使用单位的工作人员需要将数据再次录入居民医保软件中才能实现费用报销的相关手续。同时，软件的财务数据统计、门诊药品处方统计数据不能满足要求，相关报表数据统计不全；医技管理界面不能应用等问题，省卫计委还没有完全解决，虽然我们已多次协调省卫计委信息中心进行较大改动，但已使用的单位对软件多有抱怨，没有使用的单位在推广时也顾虑重重。我们经过总体评价：该软件没有明显提高临床管理的效率，与各单位使用的老系统上没有功能上的提升。这些软件本身存在的问题，在很大程度上影响了基层单位的

使用积极性，从目前的状况看，尚不具备软件系统的验收条件。

(四)双向转诊工作条件未真正具备。由于服务设施、医疗设备、技术力量等方面限制，加之医疗保险等政策制度不完善，“小病在社区、大病进医院”的就医习惯和流程还未形成，除过土门社区卫生服务中心外，其他社区服务中心与大医院的双向转诊机制还未真正建立起来，影响了社区卫生服务的健康发展。目前，大医院还是人满为患，而部分社区卫生服务中心就诊人员稀少，社区卫生服务中心与辖区签约的大医院的转诊行动没有得到充分体现，双向转诊目前还只是停留在理论层面。

(五)药品“三统一”管理工作需要协调。由于目前各社区卫生服务中心使用的药品由省上统一来管理，导致在采购中出现了一些问题，使基层使用不便。一是市场药房中有些药品已经降价了，然而网上还没有降价，百姓开药时对此有埋怨，如经常使用的丹参滴丸和阿斯匹林肠溶片；二是有些常用的基础类的用药由于价格便宜，在网上采购不到，如一毛钱一支的肾上腺素注射液、普通胰岛素等药品；缩宫素注射液是临床上经常使用的药品，没有0.1元/支的，而每支10多元倒是挂网，可以采购，这些问题的存在，根本原因是省上对基层药品采购限制较多，自身维护更新速度较慢所造成的。

(六)健康档案利用率低、准确率低、没发挥应有作用。目前我区健康档案已经导入到省厅的信息库中，但真正的是健康档案的使用范围较小，部分为死档，利用率低，基本流于形式，无法发挥应有作用。从某种程度上说是为了应付公共卫生工作的检查要求而设。同时，各别单位反映，在65岁以上老年人体检中，体检项目过少，只能做一些常规的健康检查，部分高端人群想做的体检项目在基层均无法开展，疾病检出率底等现象普遍存在，65岁以上老年人体检的实际意义倒底有多大，还需进一步验证。

(一)应加快托管模式的实施步伐。目前，交大一附院与雁塔区各社区卫生服务中心形成了医联体，运行状态良好。社区卫生服务中心医疗资源有限，人才少，每天接诊的患者不多，很多患者也不愿去，另一方面大医院人才济济，但发展空间受限、患者进不来。而我区实行托管模式的医疗联合体可以有效解决这一问题。今年以来，我局将土门社区卫生服务中心交由西电集团医院托管，进一步构建新型城市医疗服务体系，破解基层医疗机构管理服务瓶颈。通过一年的托管实践，已初见成效。托管工作是促进我区社区卫生服务健康发展的一项有效举措，也是大胆探索新时期医改服务模式的一种新的尝试，对促进医疗资源有效整合，加快人才的合理流动，提高医疗水平和落后的技术，快速提升社区卫生服务能力必将产生积极作用。

(二)各单位应加强管理，将基本公卫和基本医疗有机结合。基本公卫服务和基本医疗两者不能完全割裂，应有机结合。既要通过做实基本公卫服务吸引更多的居民接受基层医疗服务，提高基层医疗机构的首诊率；也要发挥基本医疗的带动效应，让更多的居民享受免费的基本公卫服务，提高居民的防病意识。要做好这个结合，最根本的办法是要有专业的人才，各中心要加快专业人才引进步伐，吸引更多具有大专以上学历的医学高校毕业生到单位工作。基本医疗水平提升了，公共卫生水平也必然会得到提升，这就要求要加大基层卫生服务人员培训力度，采取中长期培训、临床进修、学历教育、全科医生规范化培训加强单位人才的培养，充分体现自身的医疗和公卫水平。

(三)加强宣传，促使双向转诊的实行。提升群众认可度与信任度，努力引导群众形成小病在社区就医的习惯，使社区卫生服务中心发挥好在全区综合卫生保障中的基础作用。加强引导和协调，促进社区卫生机构与辖区大医院建立长期稳定的双向转诊合作关系，使二者合理分工、错位服务、密切协作、相互支持，努力形成分级医疗、双向转诊的机制和“小病”在社区、“大病”进医院的格局。

(四)切实提高公共卫生服务能力与水平。我区的公共卫生工作的根本目的，是为了提高群众的健康水平，每半年、每年的考核只是一种手段，并不是目的。避免公共卫生工作纸上谈兵式的管理，就是要从维护居民健康利益出发，加强制度建设，强化监督制约机制，严格规范公共卫生服务行为。把提供高质量的社区卫生服务作为各中心发展的核心，加强业务培训和业务考核，推行“德能勤绩、注重实绩”的考核分配制度，不断提高社区卫生服务水平和能力，为居民提供多层次，高质量的基本医疗服务和公共卫生服务。

(五)加大协调力度，做好软件功能的完善工作。针对省厅配发的信息化软件存在的问题，我局同省卫计委、天网软件公司进行过多次沟通和协商，在一定程度上解决了部分存在问题。今后，我们依然要加大协调沟通力度，及时、客观的向省卫计委反映使用中发现了的新问题。周内，我们向省卫计委信息中心领导作了专题汇报，对存在的问题积极修改完善。同时按照上级要求，继续加大推进信息化建设工作，促使各单位提高执行力，将责任层层分解、逐级落实，防止出现因某环节推进不力、重形式轻实用等问题，确保如期完成相关任务。

按照市人大常委会工作安排，4月1日，在市人大常委会领导的带领下，我委组织部分常委会委员和人大代表对我市社区卫生事业发展情况进行了视察调研，实地察看了青龙、五星、三井3个街道社区卫生服务中心及青龙紫云苑社区卫生服务站，并听取了市卫计委关于全市社区卫生事业发展情况的汇报和4个城区卫计委负责人的意见建议。在常委会视察调研之前，我委先后到天宁和钟楼区进行调研，重点察看了政府、社会力量和医院举办的三种不同类型的7家社区卫生服务中心(站)，分别召开了部分居民和社区卫生服务中心负责人座谈会，并赴杭州江干区、上海长宁区考察学习。现将调研情况汇报如下：

近年来，市政府和相关部门认真贯彻落实中共中央、国务院

《关于深化医药卫生体制改革的意见》的精神，围绕实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，按照“保基本、强基层、建机制”的总体要求，加快社区卫生服务事业发展，适应人民群众日益增长的医疗卫生需求，为社区居民提供安全、有效、方便、价廉的公共卫生和基本医疗服务发挥了积极作用。

(一)社区卫生服务体系基本建成。坚持社区卫生服务的公益性，注重基本医疗卫生服务公平性、可及性，按照政府主导，鼓励社会参与，多渠道发展社区卫生服务的原则，积极制订和实施社区卫生服务发展规划，调整和优化配置基层卫生资源，有计划、有步骤地建立健全以社区卫生服务中心为主体、以社区卫生服务站为补充的社区卫生服务网络。目前，全市共建成城市社区卫生服务中心27家(其中，政府举办的25家、社会力量举办的1家、医院举办的1家)，共开设床位1180张，建成社区卫生服务站108个，基本形成了每个街道有1家社区卫生服务中心及15分钟健康服务圈的格局。按照国家、省示范社区卫生服务中心的标准和条件，各级政府和相关部门以标准化、规范化建设为抓手，积极开展创建活动，加大对社区卫生服务机构基本建设、基本装备的投入，新建和改扩建了一批社区卫生服务机构，更新了设施设备，加强了机构内涵建设，先后创建成3家全国和20家省示范社区卫生服务中心，这些示范中心功能分区合理、服务流程顺畅、就医环境舒适，切实起到了示范带动效应。

(二)社区卫生服务功能逐步清晰。按照新医改的要求，各级政府和相关部门从管理体制、补偿机制、药品供应、人事分配等方面积极探索基层医疗卫生机构综合改革，逐步建立社区卫生服务运行的新机制，进一步完善和落实社区卫生服务的基本功能，努力实现由过去片面注重医疗服务向“六位一体”功能并重发展。社区卫生服务机构全面履行以维护社区居民健康为中心的职责，开展建立健康档案、组织健康教育、定期为65岁以上老人提供体检、妇幼保健、儿童接种预防疫苗等11类43项基本公共卫生服务，进一步强化一般常见病、多发病的初级诊疗和慢性病管理、康复服务职能，并从2019

年起启动实施了家庭医生制度，逐步推行全科医生(团队)与社区居民建立稳定的契约服务关系，从原来的坐堂行医逐渐转向上门服务和家庭医生签约式服务。目前，全市共组建全科团队219个，重点人群签约率81.04%、居民签约率28.55%，居民健康档案建档率81.07%，65岁以上老人健康管理率95.42%，高血压、糖尿病、重性精神疾病等人群规范化管理率分别为87.61%、86.76%和98.42%。2019年，全市社区卫生服务中心门急诊445.46万人次，比上年增长8.83%，门急诊均次费用93.57元，比三级医疗机构低158.43元，居民在社区卫生服务机构就诊率达51.2%。

(三)社区卫生服务能力不断提升。围绕基层医疗卫生改革发展和努力满足社区居民基本医疗卫生服务需求，各级政府和相关部门通过各种途径，采取各种措施加强社区卫生服务机构的能力建设。一是按照《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》，初步建立了全科医生制度。全科医生主要有二种来源，一种是对符合条件的原基层在岗临床或中医类别的执业医师、执业助理医师，经过半年的转岗培训，取得全科医生资质；另一种是从具有本科学历的临床医学专业毕业生中招收(机构新进人员由单位发工资，社会招聘人员由财政发3万元/年生活费)，经过三年全科医师规范化培训，将其执业范围变更为全科医学专业。目前，全市社区卫生服务机构共有全科医生458名，其中，经过三年规范化培训的合格全科医生232名。二是推行市级医院与社区卫生服务机构共建医疗联合体，实施对口帮扶。由市级医院选派医疗专家或青年骨干到基层定期坐诊、挂职，组织基层医务人员到市级医院进修学习，帮助社区卫生服务机构加强特色专科建设，提高医疗技术和管理水平。三是实施基层中医药服务能力提升工程，广泛推广运用中医适宜技术。全市社区卫生服务中心基本都设有中医科和中医综合服务区，并分别建成了8家省级、10家市级中医药特色社区卫生服务中心(站)。

近几年，我市社区卫生服务事业得到了长足发展，为缓解“看病难、看病贵”问题发挥了应有作用，并逐步得到社

区居民的认可。但对照深化医药卫生体制改革的目标要求和人民群众的需求，仍有较大差距，社区卫生服务事业发展中还存在许多问题，制约着社区首诊、分级诊疗、双向转诊制度的建立。主要表现在以下几个方面：

(一)基础设施有待加强。经过十多年的努力，全市社区卫生服务机构的基本建设、设施装备、环境条件虽然有了明显改善。但随着形势的发展、需求的增长，加之规划相对滞后，除原来由乡镇卫生院转型为社区卫生服务中心的机构外，当初老城区通过整合利用原有资源举办的社区卫生服务机构，普遍存在业务用房小、布局不合理等问题。特别是2019年新定的全省社区卫生服务机构标准明确规定，社区卫生服务中心建筑面积不得低于3000平方米(原为1500平方米)，并要开设病床30-50张。而我市先期编制的《常州市社区卫生服务发展规划(2019-2020年)》已显得不相适应，以致一些机构面积不达标，无法开设病床；一些机构设备陈旧，没有按标准化要求配备更新。

(二)相关政策不够配套。上一轮医改实施以来，各级政府和相关部门相继出台了一系列关于加快基层医药卫生体制机制改革的政策措施，促进了社区卫生事业的发展。但从基层和群众的反映来看，某些方面并不尽如人意，特别是相关政策不够配套，运行情况不大理想。譬如：在药品供应上，实施基本药物零差率销售制度后，许多低价药品退出市场，社区卫生服务机构只能使用省定的588种基本药物，居民习惯的常用药，包括专家门诊开出的职工医保目录中的药品在社区卫生机构部分配不到，患者反响较大，基本药物不仅满足不了群众的用药需求，而且影响了基层特色专科的发展。在编制核定上，我市是按照2019年省定标准核配的，标准较低，尤其是药剂、检验、b超、放射等岗位只各配1名，显然不尽合理，而随着社区卫生服务功能的拓展和家庭医生制度的实施，原来核定的1872名编制已远远不能满足实际工作的需要。在收入分配上，实行绩效工资后，社区卫生机构一定程度上由过去的“做事养人”变成了“养人做事”，出现了新的“平均

主义”、“大锅饭”现象，虽然制定实施了新的考核办法，但由于种种原因，没有得到执行或执行不到位。同时绩效工资封顶和收入的基本平均，导致干多干少一个样，且干的多、错的多、扣的也多，医务人员的积极性不升反降，甚至推诿病人。在财政补助上，我市采用补供方服务需方的政策，政府举办的社区卫生服务机构经常性收支差额由财政兜底，造成亏得越多补得越多，亏得越少补得越少的削弱医疗的现象。在医保定额上，我市社区卫生机构实行按次均费用3100元的标准核定医保定额支付；二级及以上医疗机构实行总额预付政策，经测算后次均费用大致为二级医院8000元、三级医院12019元。目的是降低医疗费用，但实际情况是社区卫生机构选择性收治病人，赚不到钱或有风险的都往上级医院推，结果是小医院住不进、大医院也住不进，使社区卫生机构资源(病床)得不到有效利用，同时推高了医疗费用的不合理增长。在收费价格上，实施家庭医生制度后，我市规定一级护理收费9元，家庭医生上门收费10元/次，因收费标准低，机构没有动力，虽然签了约，且居民有巨大需求，但实际却享受不到服务。

(三)人才短缺矛盾突出。全市社区卫生服务机构普遍存在全科医生“招不进、留不住”、骨干人才缺乏和流失，以及空编与外聘并存等现象。据了解，我市第一批全科医生三年规范化培训，共招聘具有本科学历的临床医学专业毕业生112名，培训一年多后，其中一些考上执业医师资格证书的人员即随之流失，最后只剩60多人，难以满足基层卫生机构的需求。而部分骨干人才又因社会地位和工资待遇低，发展前景小等原因纷纷上流。去年，仅新北区三井街道社区卫生服务中心就有5名医生、8名护士辞职调离。目前社区卫生机构招聘医生、护士都很困难，特别是经过规范化培训的全科医生紧缺，许多社区卫生机构只能采用外聘退休医务人员来解决医生不足问题。我市较早推行了上级医院与社区卫生机构的医联体建设，但由于体制、机制及公立医院改革滞后等因素，至今没有真正建立起上下分工协作、互利共赢机制，对提高社区卫生机构医疗技术水平的带动作用有限，大多还是停留在表

面和贯彻相关政策层面上，推动医疗资源下沉和鼓励医生多点执业的障碍较多。

为促进社区卫生事业的加快发展，推进基层首诊、分级诊疗、双向转诊制度的建立，实现医改提出的目标，我委提出以下几点建议：

(一)优化规划布局，进一步加强社区卫生服务体系建设。各级政府和相关部门要认真贯彻《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2019-2020年)》，科学制定我市区域卫生规划和医疗机构设置规划。进一步优化全市基层医疗卫生资源配置，提高服务可及性、能力和资源利用效率。一是将社区卫生服务机构布局设置规划纳入国民经济和社会发展规划、城乡规划、土地利用总体规划，综合考虑我市人口总量、区划调整、城镇化、老龄化和社区首诊等因素，以调整布局结构、提升能级为主线，理性有序发展，强化薄弱环节，科学合理确定基层医疗卫生机构的数量、规模及布局，加快构建与经济社会发展水平相适应，与居民健康需求相匹配的社区卫生服务体系，为社区卫生服务事业发展提供坚实的物质基础。二是立足利用现有基层医疗卫生资源，对未达省定基础设施标准的社区卫生服务中心，采用新建、改扩建的办法，有计划、有步骤地改善基础设施条件，并在土地利用总体规划和城乡规划中统筹考虑基层医疗卫生机构发展需要，合理安排用地供给，优先保障非营利性社区卫生服务机构用地；要按照《规划纲要》提出的到2020年，每千常住人口基层医疗卫生机构床位数达到1.2张，重点加强护理、康复病床设置的要求，确定基层医疗卫生机构床位规模，支持鼓励有条件的社区卫生机构利用空余床位开设医养护一体化的老年病床，发展健康养老服务；要根据社区卫生服务中心覆盖情况以及服务半径、服务人口等因素合理设置和调整社区卫生服务站的配置数量和布局，新建居住区和社区要按照相关规定保障基本医疗卫生设施配套。三是按照政府举办的基层医疗卫生机构，基本建设和设备购置等发展建设支出由政府根据基层医疗卫生机构发展规划足额安排的规定，在加快社区卫生机构基本建

设的同时，按标准化配齐、更新医疗装备和公共卫生服务设备，保障社区卫生服务工作的正常开展。

(二)完善政策措施，进一步深化基层医疗卫生体制改革。各级政府及其相关部门要按照医改提出的“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的总要求，坚持以病人利益为导向，综合运用医疗、医药、医保和价格等手段，形成有效的医疗分流机制，为逐步建立完善合理有序的分级诊疗就医制度创造有利条件。一是扩大基本药物范围。在国家基本药物目录和省增补品种外，选择新农合和职工医保药品目录中的药品，按一定比例配备给社区卫生机构，实行零差率销售。在增加药物品种时，要充分考虑基层常见病、慢性病用药习惯，并与上级医院用药相衔接，使群众享受到优惠、全面的用药服务。二是强化医保政策导向。科学引导基层首诊，进一步完善医保政策，健全差别化支付制度。适度调整职工医保和城乡居民医保报销比例，合理拉开基层医疗机构、县级医疗机构、市医疗机构报销差距。除危急患者需要采取紧急措施以及手术病人复诊、急诊和特殊情况外，参保人员未经转诊，自行到上级医疗机构就诊的，其医疗费用报销比例要在原有基础上明显下降。全面执行不同等级医疗机构不同住院起付线政策，转诊病人采用累计起付线政策。合理设定不同等级医疗机构的医疗服务价格，使不同等级医疗机构的医疗服务价格保持适当差距，引导患者分流就诊。三是建立有效签约制度。借鉴上海、杭州等地做法，实行家庭医生有偿签约服务，提高有效签约率，促进家庭医生与社区居民建立稳定的契约式服务关系，适当提高上门服务收费标准，让社区居民接受更多、更全面的基本医疗、公共卫生和个性化服务，满足社区居民特别是老年人、特殊人群的健康需求，使家庭医生真正成为居民健康的“守门人”。上海长宁区在建立全科医生(团队)的基础上，将家庭医生分配到各个社区居委会，开展签约服务，实行健康、亚健康、患病人群分类管理，每签约1人收费120元/年，统一由医保基金支付，并建立了以签约数量、服务质量、签约对象满意度、首诊率、预约门诊履约率、转诊率、服务到位率等为内容的考核办法，按

考核百分比将签约服务费返还给全科医生(团队)。杭州江干区同样每人每年收费120元(个人承担10%、财政25%、医保65%)，签约服务费85%给团队，15%由区管理中心统筹，上门服务收费标准由过去的10元/次调整为按医生职称收费(中级40元、副高60元)，以体现医技价值;签约对象门诊医保起付线下降300元，享受优先就诊、专家门诊、精确转诊、家庭病床、家庭护理和个性化、特需等健康延伸服务。

(三)加强队伍建设，进一步提升基层医疗卫生服务能力。各级政府和相关部门要高度重视加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设，切实增强社区卫生机构的服务能力，为加快构建充满生机、活力的全科医生制度和“首诊在基层”的服务模式提供有力支撑。一是合理核定岗位编制。《规划纲要》明确提出，到2020年，每千常住人口基层卫生人员数达到3.5人以上，医护比达到1:1.25，市相关部门要按照规定和标准，重新核定基层医疗卫生机构编制总量，综合考虑城区规模变化、服务人口和范围扩大等因素，实行统筹安排、动态调整。同时要明确基层医疗卫生机构的法人主体地位，落实其用人自主权，全面推行聘用制度和岗位管理制度，实行定编定岗不固定人员，变固定用人为合同用人，变身份管理为岗位管理。二是完善绩效考核办法。将服务质量数量、患者满意度、任务完成情况和城乡居民健康状况等作为主要考核内容，考核结果与绩效工资总量、财政补助、医保支付等挂钩。社区机构在核定的收支结余中，按规定比例提取职工福利基金、奖励基金，提高奖励性绩效工资比例，合理拉开收入差距，体现多劳多得、优绩优酬。三是加强全科医生培养。加快推行全科医生制度，加强师资和培养培训基地建设，实施全科医生规范化培养，继续做好全科医生转岗培训、订单定向医学生免费培养，实施全科医生特岗项目，确保如期实现城乡每万名居民配备2-3名合格全科医生目标。四是全面推进医联体建设。以形成分级诊疗秩序为目标，积极探索科学有效的医联体和远程医疗等方式，制定各类远程会诊收费政策，逐步建立利益、命运、责任共同体。充分利用信息化手段，促进优质医疗资源纵向流动，建立医院与基层医疗

卫生机构之间共享诊疗信息、开展远程医疗服务和教学培训。建立区域在线预约挂号平台，公立医院向基层医疗卫生机构提供转诊预约挂号服务，对基层医疗卫生机构转诊病人优先安排诊疗和住院；将恢复期需要康复的病人或慢性病病人转诊到病人就近的基层医疗卫生机构。加强政府对医药卫生人才流动的政策引导，推动医药卫生人才向基层流动。