

方山县卫生健康和体育局

方山县财政局

方山县人力资源和社会保障局

方山县医疗保障局

文件

方卫字[2024]49号

关于印发《关于推进家庭医生签约服务 高质量发展的实施方案》的通知

各医疗卫生机构：

为加快推进我县家庭医生签约服务高质量发展，根据吕梁市卫健委等四部门印发的《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的实施方案》（吕卫基层发〔2023〕3号）文件有关要求，县卫体局、县财政局、县人力资源和社会保障局、县医保局联合制定了《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的实施方案》，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

(此页无正文)



方山县卫生健康和体育局



方山县财政局



方山县人力资源和社会保障局



方山县医疗保障局

2024年5月17日

关于推进家庭医生签约服务高质量发展的 实施方案

为进一步完善家庭医生签约服务政策措施，推动签约服务高质量发展，根据吕梁市卫健委等四部门印发的《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的实施方案》（吕卫基层发〔2023〕3号），结合我市实际，制定本方案。

一、工作目标

贯彻落实党的卫生与健康工作方针，坚持以人民健康为中心，进一步健全签约服务激励与保障机制，增加服务供给，完善服务内涵，优化服务方式，稳步扩大签约服务覆盖面，推进有效签约，规范履约，不断增强群众对签约服务的获得感，推动签约服务高质量发展。从2024年开始，各地医疗卫生机构在现有服务水平的基础上，全人群和重点人群签约服务覆盖率每年较上年提升1-3个百分点，到2035年，签约服务覆盖率达到75%以上，基本实现家庭全覆盖；重点人群签约服务覆盖率达到85%以上，满意度达到85%左右，逐步建成以家庭医生为健康守门人的家庭医生制度。

二、工作任务

（一）扩大签约服务供给

1. 有序扩大家庭医生队伍。家庭医生以在基层医疗卫生机构执业的全科医生为主，也包括具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生。鼓励在医疗卫生机构执业的其他类别临床医师（含中医类别）、退休临床医师加入家庭医生队伍，以基层医疗卫生机构为平台开展签约服务。

2. 推行以组合式为主的签约服务。现阶段，在县域医疗集团

内，基层医疗卫生机构开展签约服务仍以“1+1+X (1+X)”（即1名乡村医生+1名乡镇卫生院医师+若干名县级医院医师或1名全科医师+若干名二、三级医院医师）组合式签约为主。家庭医生组合可通过与护士、公共卫生等人员组建团队签约，也可直接与居民签约。在做好组合式签约基础上，允许服务能力强，群众认可度高的家庭医生以个人为主体签约。医联体、医疗集团要加强资源统筹，通过对口支援、科室共建、人才下沉、多点执业等途径引导更多二级医院医师加入家庭医生队伍，加大技术、设备、管理等优质医疗资源下沉支持力度，与辖区基层医疗卫生机构一起壮大签约服务力量，共同做好家庭医生签约服务。各地要将签约服务支撑作用发挥情况，纳入对医疗集团的绩效考核内容。

3. 支持社会力量开展签约服务。鼓励各地结合实际，引导有条件的社会办医疗机构逐步参与提供家庭医生签约服务，满足居民个性化、多样化健康服务需求。要加强对社会办医疗机构开展签约服务的监管，在医保报销、转诊通道等方面做好政策衔接，为社会办医疗机构开展签约服务创造条件。

（二）提高履约服务能力

1. 加强家庭医生培养培训。加大全科专业住院医师规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训、订单定向免费医学生培养力度，持续开展在岗乡村医生大专学历提升教育，引导支持乡村医生参加乡村全科执业助理医师考试，大力推进“县招乡用、乡招（聘）村用”，不断壮大基层家庭医生队伍。优化家庭医生临床诊疗服务能力和全科理念、知识、技能培训体系，统筹线上线下各类培训项目和培训资源，加强家庭医生、社区护士、公卫人员等岗位知识和技能培训，提升服务供给能力。

2. 加强医疗服务能力建设。要对照基层医疗卫生机构设置基本标准及服务能力标准，进一步改善基层医疗卫生机构基础设施和设备条件，完善临床科室设置，强化其基本医疗服务功能，逐步拓展康复医疗、家庭病床、医养结合、安宁疗护、智能辅助诊疗等服务功能，不断提升防病治病和健康管理能力。积极推广采用信用支付、诊间结算等方式，实行挂号、检验、诊疗、取药等付费一站式结算，减少排队等候次数和时间，提高服务便利程度。

3. 提高基本公共卫生服务和健康管理服务质量。加快推进电子健康档案向签约居民个人开放。以老年人健康体检为抓手，做好老年人健康管理服务。落实中央关于优化生育政策促进人口均衡发展的有关精神，做实0-6岁儿童健康管理服务。以高血压和糖尿病为切入点，每个乡镇卫生院培养1-2名具备医、防、管等能力的复合型慢性病健康管理骨干人员，提升慢性病患者医防融合健康管理服务质量。深化基本公共卫生服务项目和其他公共卫生服务提供，根据签约居民健康状况和服务需求，努力为签约居民提供优质的健康教育服务和健康管理服务。

(三) 丰富签约服务内容

1. 做实基础签约服务。主要包括为签约居民提供常见病、多发病诊查、就医路径指导、上级医院预约、转诊和合理用药指导等基本医疗服务以及基本公共卫生服务。要将基础签约服务项目做为签约服务必选项目，向所有签约居民提供。

2. 丰富个性化签约服务。围绕重点人群健康服务需求，分层分类设计完善个性化签约服务项目，由签约居民自主选择，形成个性化签约服务包，按需提供差异化服务。鼓励结合基层医疗卫生机构诊疗范围和业务特色，针对重点疾病的常见问题，制定康

复、护理、医养结合、居家医疗、安宁疗护、中医药健康管理等签约服务包，为有需求的签约患者提供专项签约服务。

3. 优化预约和转诊服务。基层医疗卫生机构公示预约就诊方式，多渠道为签约居民提供分时段预约服务。为符合上转标准的签约患者提供上级医院门诊、住院、检查检验等转诊服务。县域医疗集团要明确县、乡两级疾病诊疗目录和转诊标准，规范转诊流程，将牵头医院20-30%优质专家号源、预约设备检查资源及部分床位预留给家庭医生，落实牵头医院优先接诊、检查、收住上转患者服务措施，压实牵头医院下转责任，将符合下转标准的患者及时下转基层，告知并指导家庭医生(团队)为其提供后续治疗、康复、护理、用药及健康指导等服务。

4. 推行全专结合服务。家庭医生(团队)在提供全科诊疗服务的基础上，利用基层医疗卫生机构专科资源、“1+1+X(1+X)”组合内专科医师、提供远程会诊服务的上级医院专科医师、在基层医疗卫生机构开设全-专联合门诊、经绿色通道优先转诊专科医师等方式，为有专科诊疗需求的签约居民提供便捷的“一站式”全专结合服务，促进签约居民看病就医首选基层。

5. 做好慢性病医防融合服务。以高血压、糖尿病等慢性病为主，根据相关防治管理指南，在县域(城市)医疗集团内制定标准化的诊疗方案和服务流程，为签约慢性病患者提供预防、治疗、护理、康复有机衔接的一体化健康管理服务，构建“病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断”慢性病医防融合管理模式，提高服务的连续性、综合性、协同性。

6. 逐步开展上门服务。对行动不便、失能失智的老年人、残疾人等确有需求人群，结合实际提供上门治疗、护理、康复、随访

管理、健康指导和家庭病床等服务。服务内容原则上以需求量大、医疗风险低、适宜居家操作实施的技术和服务项目为主。加强医疗质量监管，确保医疗安全。医护人员上门服务费由提供服务的医疗机构综合考虑服务半径、人力成本、交通成本、供求关系等服务成本自主定价。

9. 提供便捷用药服务。按照长处方管理有关规定，为符合条件的签约慢性病患者规范提供4-12周长期处方服务，到2025年，全部乡镇卫生院均应提供长期处方服务。为上级医院下转并需继续用药的签约患者规范提供延伸处方服务，延伸处方中开具必需的非基本药物不纳入基层医疗卫生机构基本药物使用占比考核。基层医疗卫生机构与二级以上医院用药目录衔接统一。对经评估达到乡镇卫生院推荐标准、获评社区医院的机构，允许参照二级医院用药管理。

8. 开展健康咨询和健康教育服务。结合签约居民健康情况、季节特点、疾病流行情况等，通过面对面、社交软件、电话、签约服务APP等多种形式，为签约居民提供针对性健康咨询和健康教育服务，包括健康评估、健康指导、健康宣教、疾病预防、就诊指导、心理疏导等。

9. 加强中医药服务。坚持中西医并重，加强基层医疗卫生机构中医科和中医馆建设，改善中医药服务场地和设施水平，加强家庭医生(团队)中医药人员配置，推进普遍将中医药服务纳入签约服务内容。鼓励有条件的机构制定推广中医药签约服务包。鼓励家庭医生(团队)掌握和使用针刺、推拿、拔罐、艾灸等中医药技术方法，提供中医治未病服务。

(四) 优化签约服务方式

1. **开展弹性化签约。** 原则上，首次签约周期为1年，续约可延长到2—3年，由签约居民自主选择。服务协议应明确签约双方的责任、权利、义务及其他有关事项，列出服务清单。对在基层医疗卫生机构建立《母子健康手册》并接受健康管理的孕产妇及儿童，在充分告知的基础上，视同与其签订家庭医生服务协议。支持以家庭为单元签约。鼓励探索以党政机构、企事业单位、产业园区、商务楼宇、学校、养老机构等功能社区为单元签约。要综合考虑家庭医生(团队)服务能力、服务半径、工作强度、辖区居民结构等因素，合理确定签约人数。原则上，以个人为主体签约的，签约人数不超过1000人；以组合为主体签约的，签约人数不超过1500人；以团队为主体签约的，签约人数不超过2000人。

2. **推进互联网签约。** 基于区域全民健康信息平台，加快建设和完善家庭医生服务和管理系统。逐步实现线上为居民提供签订协议、健康咨询、慢病随访、预约就诊、双向转诊等服务。信息系统记录的服务行为，作为考核评价家庭医生服务履约的重要依据。加强县域医疗集团对基层医疗卫生机构的信息技术支撑，促进集团内不同层级、不同类别医疗机构间的信息整合，逐步实现集团内签约居民健康数据共建共享，打通家庭医生服务和管理信息系统同医疗机构诊疗系统、基本公共卫生系统等数据通道，积极推广应用人工智能等新技术。

3. **突出重点人群健康管理。** 继续将老年人、孕产妇、儿童、残疾人、脱贫人口、计划生育特殊家庭成员以及高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者等作为签约服务重点人群，优先签约、优先服务。按照《新冠重点人群健康服务工作方案》要求，持续做好

65岁及以上老年人分类分级健康管理和健康监测,对合并基础疾病的老年人实现签约服务全覆盖。已脱贫地区要结合实际,将脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等群体中的慢病患者、老年人等纳入签约服务重点人群范围,重点做好慢病患者的规范管理和健康服务。

(五)完善保障机制

1. **落实签约服务费。**签约服务费是家庭医生(团队)与居民建立契约服务关系、履行相应健康服务责任,打包提供医疗服务、健康服务及其他必要的便民服务的费用,由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担,鼓励地方财政给予适当支持。签约服务包由基础签约服务项目和个性化签约服务项目组成。要根据签约服务包的内容,合理确定签约服务费支付标准。其中,属于医保目录范围内,符合医疗保险规定的医疗费用,纳入医保门诊统筹支付范围,具体报销比例按照相关门诊统筹规定执行(未参保的由个人承担);属于基本公共卫生服务项目的费用,按照基本公卫服务项目管理规定支付;自费部分由个人自付。对基础签约服务项目,可根据基层医疗卫生机构签约服务能力及参保人员意愿,参照《城乡居民基本医保参保人员基础签约服务项目和支付标准参考表》(见附件),按照每人每年不低于25元的标准打包付费,支付标准根据相关医疗服务项目价格变动、服务工作量变化等情况进行动态调整。实施基础签约服务项目打包付费的,基层医疗卫生机构不再向参保居民收取门诊诊察费和肌肉注射、静脉注射、静脉输液服务费。实行医保总额打包付费的医疗机构可根据参保签约居民人数,按上述标准核定家庭医生基础签约服务费,考核后拨付。签约服务费收入不

纳入 基层医疗卫生机构校定的绩效工资总额，扣除必要成本后，原则上将不少于70%的资金用于家庭医生(团队)奖励。

2. 完善签约服务绩效考核机制。建立签约服务定期逐级考核评价机制，可与基本公共卫生服务项目绩效考核结合进行。考核 由卫体局牵头，会同相关部门共同组织实施，有条件的可委托第三方实施考核。要根据工作推进情况，完善以签约服务管理、签约数量、重点人群履约率、续约率、服务质量及效果、基层就诊率、居民满意度等为核心的签约服务绩效考评指标体系，动态调整具体考核指标和指标值，发挥考核导向性和指挥棒作用。考核结果同基层医疗卫生机构签约服务资金拨付、家庭医生团队和个人绩效分配等挂钩，可作为家庭医生(团 队)成员职称聘任、评先评优的依据。县医疗集团牵头医院要强化激励引导，在绩效工资分配上，向“1+1+X(1+X)”组合内参与签约服务的医师和以其他形式参与签约服务的人员倾斜，激发调动更多力量主动参与签约服务。要逐步加大信息化手段在绩效考核上的应用力度，提高绩效考核效率。

3. 完善医保调节机制。在医疗服务价格动态调整中，优先考 虑体现分级诊疗、技术劳务价值高的医疗服务项目，促进就近就 医。落实参保的签约居民个性化服务项目符合医保报销规定的，城乡医保门诊报销比例可适当提高政策。落实不同层级医疗机构 差别化医保支付政策，合理设置基层医疗卫生机构同二级及以上 医疗机构间报销水平差距。推进基层医疗卫生机构门诊就医按人 头付费。将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生(团 队)，对经分级诊疗转诊的患者，由基层医疗卫生机构或家庭医生(团队)支付一定的转诊费用。医保部门加强协议管理，完善结算办法

，确保参保人获得高质量的医疗服务，加强绩效评价，完善结余留用的激励政策。

三、工作要求

(一)加强组织领导。医疗集团及各分院要强化属地责任，结合实际制定 出台具体实施方案，细化目标任务和工作措施。要切实加强统筹协调，健全完善家庭医生签约服务保障制度，做好政策衔接、资源调配等，形成卫体局主导、基层医疗卫生机构为平台、多种社会资源参与的工作机制，确保签约服务各项任务落实到位。

(二)加强监督监测。医疗集团及分院要建立签约服务进展情况监测机制，依托“国家基本公共卫生服务项目信息管理系统”，定期收集、汇总、分析签约服务进展情况，及时研究解决工作推进中出现的新情况、新问题。基层医疗卫生机构要建立畅通、便捷的服务反馈渠道，及时接收并处理签约居民的投诉与建议，加强内部监管，改进服务措施，提高群众对签约服务的感受度。

(三)加强绩效考核。充分结合实际，加强对机构和家庭医生团队的管理和考核，充分发挥考核的导向作用，县级每年至少会抽取基层医疗卫生机构辖区内30%的卫生室签约档案现场考核；卫体局每半年至少组织一次对辖区内基层医疗卫生机构家庭医生签约服务工作的考核；医疗集团及所属成员单位将家庭医生签约服务工作纳入本单位绩效评价，每季度至少考核评价一次家庭医生团队的签约服务数量、服务质量与服务 效果及签约居民满意度，将评价结果与签约服务费用分配的绩效挂钩；团队内部建立日常考核体系，家庭医生签约服务团队长对团队工作开展评价，每月底对本团队的业务完成情况及成员服务履约情况进行评价，并作为成员收入分配依据。

。

(四)加强宣传引导。要多渠道、多形式加强对家庭医生签约服务政策内涵的宣传解读，扩大签约服务群众知晓率，引导居民正确认识、主动利用签约服务。要注重培育、发掘、宣传、推广优质高效推进家庭医生签约服务的典型案例，大力宣传家庭医生(团队)先进典型，以点带面，发挥正面示范引导作用，为家庭医生签约服务发展营造良好的社会氛围。各单位内各类表彰和评先评优要向家庭医生(团队)适当倾斜，提高全社会对家庭医生(团队)的认可度和信任度。

医疗集团及各分院在推进家庭医生签约服务过程中产生的好经验、好做法，及时报县卫生健康和体育局，在全卫生系统通过多种平台和形式开展交流、宣传和推广。

附件：家庭医生签约基础服务项目及支付标准

附件

家庭医生签约基础服务项目及支付标准

适用对象	项目内涵	支付标准	经费来源
辖区常住居民	基本医疗服务	20元/人/年	城乡居民医保统筹基金支付
	基本公共卫生服务	10元/人/年	基本公共卫生经费中单列支付

