

临湘市卫生和计划生育局文件

临卫发〔2017〕41号

临湘市卫生和计划生育局 关于印发《临湘市家庭医生签约服务 工作实施方案（2017版）》的通知

各乡镇卫生院、社区卫生服务中心、各医疗卫生单位：

经研究同意，现将《临湘市家庭医生签约服务工作实施方案（2017版）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

2017年5月19日

临湘市家庭医生签约服务工作实施方案（2017 版）

为推进我市家庭医生签约服务工作，转变基层医疗卫生机构服务模式，促进基层首诊、分级诊疗格局的形成，促进基本公共卫生服务项目和各项医改工作的全面落实，不断提升城乡居民的健康保障水平，增强人民群众获得感，根据国务院医改办、国家卫计委等七部门《关于印发推进家庭医生签约服务实施意见的通知》（国医改办发〔2016〕1号）和湖南省医改办、湖南省卫计委等七部门《关于印发湖南省推进家庭医生签约服务实施意见的通知》（湘医改办发〔2016〕7号）要求，结合我市实际，制订本实施方案。

一、工作目标

1、签约覆盖率：2017 年，重点人群签约服务覆盖率达到 60%以上，贫困人口和计划生育特殊家庭全覆盖；到 2020 年，力争将签约服务扩大到全人群，形成长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

2、基层首诊率：2017 年实现基层首诊率 45%的目标，到 2020 年达到 60%的目标。

3、市内就诊率：2017 年在 2016 年的基础上提高 5 个百分点；到 2020 年实现市内就诊率 90%的目标。

二、基本原则

坚持“五个结合”，即自愿签约与政策引导相结合；门诊签约与上门签约相结合；基础服务与个性化服务相结合；

村医服务与团队服务相结合；区域划分与有序竞争相结合。

三、主要内容

（一）签约对象

签约服务面向全体居民，重点对象为 65 岁以上老年人、慢性病（高血压、糖尿病、冠心病、慢性支气管炎、中风等）患者、学龄前儿童、孕产妇、精神病居家治疗者、晚期肿瘤维持治疗的患者、生活不便的残疾人以及贫困人口和计划生育特殊家庭成员。

（二）签约主体

以家庭医生服务团队为签约服务的责任主体。每个家庭医生服务团队 1 名乡镇卫生院全科医生或执业医师、1 名护士、1 名公共卫生管理人员组成。为充分发挥医联体作用，鼓励市级医院派驻执业医师（具备主治医师或主治医师以上资格）参与乡镇服务团队、具备能力的乡村医生可吸收进服务团队，协助家庭医生团队开展签约服务工作。家庭医生团队队长原则上由乡镇卫生院的医师担任，作为签约服务第一责任人。每个建制镇要组建一个妇幼卫生为主的家庭医生服务团队，主要承担辖区内孕产妇及 0-6 岁儿童的签约服务工作。

（三）服务内容

1、基本医疗服务。家庭医生为签约居民提供常见病、多发病的诊疗服务。家庭医生团队要主动完善服务模式，可根据协议为签约居民提供全程服务、上门服务、错时服务、

预约服务等各种形式的服务。

2、基本公共卫生服务。基本公共卫生服务实行家庭医生团队分片包干负责制。以签约居民需求为导向，按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求，认真落实12类46项基本公共卫生服务项目。

3、转诊服务。家庭医生在提供基本医疗服务过程中如遇有疑难、危急重症或受基层医疗卫生机构条件限制，需要转上级医院诊疗的病例，要按照分级诊疗的原则，及时联系上级医疗机构提供转诊和住院服务，履行转诊手续，规范转诊服务。上级医疗机构应为每个家庭医生预留部分专家号和床位，并建立绿色转诊通道，方便签约居民优先就诊和住院。

4、健康管理服务。针对不同类型的人群及签约居民的实际需求，开展不同的个性化健康管理服务。

①健康人群：以普及健康素养促进行动为抓手，以预防疾病为目标，开展健康体检（按标准收费）和健康评价。免费提供健康指导、健康咨询、定期发放健康教育资料和组织健康教育讲座，为签约居民提供连续性健康管理服务。

②重点人群：在实行基本公共卫生服务规范化管理的同时，可根据签约居民的健康需求提供个性化延伸医疗保健服务（按标准收费）。

③特殊人群：对长期卧床病人、残疾人、恶性肿瘤患者、慢性病患者等特殊人群实行重点管理，根据需求提供上门随访、康复指导和及时便捷的医疗保健服务。

5、个性化服务

①药品代购服务。家庭医生为签约居民提供本医疗机构用药目录外的药品代购服务，执行零差率销售。

②优先享受远程医疗服务。签约居民可在乡镇卫生院享受远程医疗服务，在家门口就可享受二、三级医疗服务。

③上门服务。根据协议，家庭医生团队可为签约居民提供上门服务、家庭病床和家庭护理服务。

④对于签约的慢性病患者，可酌情延长单次配药量。

（四）签约方式

家庭医生应根据辖区居民意向和自身服务能力，在自愿的前提下，合理引导居民进行签约，采取门诊签约和上门签约相结合的方式。居民可自由选择1个团队签约，双方在充分了解家庭医生签约服务内容的前提下，以个人为单位签订协议。允许中心卫生院跨区域进行签约。

（五）签约周期

家庭医生签约服务原则上一年一签，期满后居民可选择续约或解约，也可另选其他服务团队签约。

四、签约服务经费管理

（一）经费筹集

乡镇卫生院为主的家庭医生服务团队提供基本公共卫生服务项目为主的签约费用由公卫经费补助。对签约对象实行免费签约，签约服务经费实行专帐管理，由乡镇卫生院财务统筹管理，签约服务经费主要用于家庭医生签约服务的劳

务报酬。

（二）资金分配

1. 签约服务费（单位自定）。在签约后支付给家庭医生服务团队，签约服务费实行季度结算。

2. 履约服务费（单位自定）。在签约周期结束后，由乡镇卫生院家庭医生签约服务管理办公室考核后发放。有乡村医生参与的服务团队应拿出一定比例的资金用于乡村医生的劳务报酬。

3. 综合管理费（单位自定）。作为乡镇卫生院其他非家庭医生团队成员的报酬，由乡镇卫生院制定分配方案，履约结束经考核后发放。

五、保障措施

1、强化组织领导。市卫计局成立家庭医生签约服务工作领导小组，组长李小鸣，副组长张鸣镝，成员陈辉华、李星海、各医疗机构负责人。办公室设卫计局公卫办，负责对全市家庭医生签约服务工作的领导，建立系统内部协作机制，形成推进合力。各乡镇卫生院也要成立相应的领导小组，明确专人负责，成立专门的办事机构。市级医院要设立分级诊疗办公室，负责家庭医生签约服务转诊病人的对接和分诊工作。

2、强化考核评估。市卫计局负责建立以签约对象数量与构成、服务质量、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等为核心的签约服务考核评价

指标体系，定期组织对家庭医生团队开展评价考核，考核结果与家庭医生签约服务团队绩效收入分配挂钩。

3、强化技术支撑。一是结合市域内医共体建设，促使上级优质医疗资源下沉，由市级医院派驻高资质的医生参与家庭医生签约服务团队，为签约服务提供技术支持。二是由市级医院、乡镇卫生院和村卫生室建立“1+1+1”师徒关系，实行对口指导。三是整合市级医院现有检查、检验专科技技术等资源向基层医疗机构开放，逐步实现区域资源共享，为家庭医生团队提供技术支持。四是发挥信息化支撑作用，在市域信息平台上开发家庭医生签约服务信息系统，实现网上签约、网上服务提醒及系统辅助绩效管理。

4、强化宣传引导。各级医疗卫生机构要充分运用宣传资料、健康信息宣传栏、网络、微信等宣传平台，加大对家庭医生签约服务的宣传力度，重点宣传签约服务便民、惠民、利民的特点，提高广大群众参与家庭医生签约的积极性。为家庭医生签约服务工作的顺利推进营造良好的舆论氛围。

附件：临湘市家庭医生（团队）签约服务协议书（模版）

（各单位可自行参考，根据实际增减内容）

临湘市家庭医生与居民签约服务

协 议 书

管理指导单位：_____卫生院

临湘卫生和计划生育局监制

2017 年 5 月

(2017 版)

乙方：_____户主 _____村_____组， （简称乙方）

为充分发挥家庭医生健康“守门人”作用，转变服务模式，方便辖区居民获得基本公共卫生和医疗服务，本着平等、自愿的原则，乙方自愿聘请甲方为本家庭的签约服务医生。经甲乙双方商定，签订本协议。

[illegible]

二、甲方向乙方及其家庭成员提供以下相应项目的服务：

（一）基本公共卫生服务：

1. 协同乡镇卫生院为乙方成员开展健康体检，建立统一、规范的居民健康档案，并及时、准确地将相关信息录入省农村卫生信息系统。

2. 开展有针对性的健康知识和健康技能教育，定期进行健康知识讲座。

3. 及时通知适龄儿童及其家长到指定地点接受常规预防接种，并为目标儿童建立预防接种卡（证）。

4. 为 0-6 岁儿童提供健康管理服务，对 28 天以内新生儿进行家庭访视 2 次，指导母乳喂养；1 岁以内婴儿每年健康检查 4 次；1-3 岁儿童每年健康检查 2 次；4~6 岁每年体检 1 次。主要提供包括生长发育监测及评价、辅食添加指导、口腔保健、心理评估等服务以及中医健康指导。

5. 通知孕产妇按时接受健康管理。按照乡镇卫生院统一安排，免费发放叶酸；督促怀孕妇女于孕 12 周前到医疗保健机构建立孕产妇保健手册、定期接受产前检查、住院分娩及产后 42 天健康检查；协助乡镇卫生院妇保专干开展孕产妇访视和上门健康服务及中医健康指导；为产妇进行至少 2 次产后访视。

6. 协同乡镇卫生院完成老年人年度健康体检，并对老年人不定期进行健康指导和中医药健康服务指导。

7. 协同乡镇卫生院完成高血压及糖尿病人年度健康体检、健康评估与健康服务指导。根据评估结果，对血糖、血压控制满意的每季度随访1次；对随访血糖、血压控制不满意或有药物反应者，应调整药物或用药剂量，2周后再次随访；连续随访2次血糖、血压控制不满意，或出现新症状或有药物反应2次随访未改善，建议到上级医疗机构就诊，2周后随访；随访时做好随访服务记录、行为干预和治疗指导。

8. 协同乡镇卫生院为严重精神障碍患者建立健康档案。对稳定和基本稳定病人每季度至少随访1次；对治疗无效或不稳定病人建议转诊，2周后随访；向患者亲属对严重精神障碍患者的护理和康复提出指导。

9. 发现传染病及突发公共卫生事件应及时登记和报告，协助有关部门进行积极处置。

（二）家庭健康管理。每年对签约家庭进行1次家庭健康状况评估，为其家庭成员提供健康指导、健康咨询、营养咨询、心理咨询、用药咨询等服务。及时将健教材料发放到签约居民，每年不少于1份；及时将健康大课堂和健康教育讲座等健康活动信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知签约居民，每年不少于1次。

（三）基本医疗服务。提供一般病、常见病、多发病的诊疗和护理，诊断明确的慢性病治疗服务；提供家庭出诊、家庭护理、家庭病床等家庭医疗服务；对急性伤病及手术后的患者、各种慢性病患者和年老体弱者等提供康复治疗；对

各类残疾人、贫困和计划生育特殊家庭提供特别关爱服务；提供相关的中医药服务。

（四）联系转诊服务。如乙方病情超出甲方诊疗水平和能力，甲方不得擅自接诊，而应主动告诉乙方转上级医疗机构就诊；并积极协助乙方联系上级医院的预约诊疗服务，履行转诊手续。

三、乙方及其家庭成员自愿接受甲方提供的健康服务，应承担以下职责：

（一）提供健康相关信息。乙方所有家庭成员主动配合甲方开展上述服务，将身体健康状况、变化情况及与健康相关的信息资料，及时准确告知甲方，并保证相关信息资料的真实性、合法性。

（二）预约商定上门服务。需甲方上门服务时，乙方应提前与甲方预约、商定。

（三）执行疾病防治措施。积极参与、配合甲方开展的与疾病防治相关的各种活动，配合落实甲方为其制定的防病治病的相关措施。

（四）反馈甲方服务情况。乙方如对甲方服务不满意，可向所属村支委或乡镇卫生院反映，提出合理诉求和建议，限期整改。

（五）承担不遵守规定的后果。乙方在接受甲方服务过程中，因乙方对甲方隐瞒病史信息或不执行甲方制定的防治方案、不听从指导意见而影响到服务质量，其产生的不良后

果由乙方负责。

四、其他未尽事宜：协议双方可通过协商，增加、细化服务项目，如涉及收费项目，则按照有关文件标准执行。

五、本协议经甲乙双方签字后生效，协议一式三份，甲、乙双方、管理指导单位各持一份，有效期一年。期满后如需解约，乙方需向指导单位或甲方提出，甲乙双方签字确认。期满后乙方有意向且符合协议规定的或未提出解约的均视为自动续约。

六、本协议内容如与国家相关法律法规有抵触者，以国家法律法规为准。

甲方：

乙方：

家庭医生代表签名：

户主签名：

年 月 日

年 月 日

续约时间：

年 月 日

甲方确认：

乙方确认：