

长兴县卫生健康局 长兴县财政局文件 长兴县医疗保障局

长卫健发〔2023〕24号

关于印发长兴县家庭医生签约服务高质量发展实施方案的通知

县人民医院和县中医院医共体集团及其成员单位、县第三人民医院：

现将《长兴县家庭医生签约服务高质量发展实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。



长兴县卫生健康局



长兴县财政局



长兴县医疗保障局

2023年3月10日

长兴县家庭医生签约服务高质量发展 实施方案

根据浙江省卫生健康委员会等5部门《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的实施意见》（浙卫发〔2022〕34号）文件精神，结合长兴实际，制定本实施方案。

一、总体要求

坚持以人民为中心的发展理念，巩固完善签约服务政策保障，增加服务供给，提升服务能力，优化服务内涵，强化数字赋能，稳步扩大签约覆盖面，拓展个性化签约服务，让签约居民获得连续、综合、便捷、有效的健康管理服务，促进分级诊疗就诊秩序的有效建立。从2023年开始，在确保服务质量和签约居民获得感的前提下，在现有服务水平基础上，全人群签约服务覆盖率每年提升1-3个百分点。到2025年，签约服务覆盖率达到45%以上，重点人群签约服务覆盖率达到85%以上，其中高血压、糖尿病患者签约率达到90%以上；到2035年，签约服务覆盖率达到75%以上，基本实现家庭全覆盖，签约对象满意度达到85%左右。

二、扩大服务供给

（一）稳步扩大家庭医生队伍。家庭医生以基层医疗卫生机构注册的全科医生为主，鼓励经全科医学相关培训合格的其他类别临床医师（含中医类别）、乡村医生及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。

（二）优化签约服务团队建设。以社区责任医生为主组建“1+1+1+X”的全专融合型签约服务团队，既由签约医生（来自基层医疗卫生机构）+专科医生（来自医共体或妇幼专科联盟牵头单位）+护士（来自基层医疗卫生机构）+其他人员，如慢病防治专业人员、公共卫生医师、药师、健康管理师、营养师、康复医师、康复治疗师、心理治疗师、心理咨询师、公共卫生联络员、社区义工等组成。鼓励县级公共卫生机构公卫医师和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）全科医生加入家庭医生签约团队，原则上1个全科医生加入签约服务团队不得超过3个。医共体集团总院优先选择责任心强的“两慢病”专科医生加入签约服务团队，在服务能力可及的情况下，1名医生可加入多个签约团队。鼓励基层医疗卫生机构成立以乡镇卫生院（社区卫生服务中心）全科医生为家庭医生的签约服务团队，作为社区责任医生力量的补充，着力解决城市社区及乡镇（街道）居委会家庭医生签约服务问题。支持退休临床医师特别是内科、妇科、儿科、中医科等医师加入家庭医生签约团队。

（三）加强家庭医生培养培训。继续实施基层卫生人员定向培养制度，加强基层全科医生培养和招聘力度。开展“师承制”基层卫生中医人才培养，充实家庭医生队伍。持续开展全科医师转岗、乡村医生注册和社区护士培训，建立全科骨干师资培训基地，强化常见多发疾病诊治技术、临床诊疗服务技能、沟通能力、人文关怀等培训，全面提升全科医生、专科医生、乡村医生、社区护士等家庭医生团队服务能力。积极探索卫生技术人员“县聘乡用”或“县聘乡管村用”机制，优先满足基层医疗卫生机构用人需求。

三、丰富服务内容

（一）提升基本医疗服务能力。持续改善基层医疗卫生机构业务用房、基础设施和装备条件，提高基层医疗卫生机构标准化建设水平，营造良好的服务环境。通过“优质服务基层行”活动、医共体建设、基层卫生人才培养等多种途径，强化基层医疗卫生机构基本医疗服务功能，提升家庭医生开展常见病、多发病、慢性病的诊疗和健康管理能力。

（二）优化双向转诊服务。通过互联网信息平台、诊室、电话等方式，为签约居民提供分时段预约服务。为符合上转标准的签约居民提供预约上级医院门诊、检查检验、住院等转诊服务。医共体牵头医院为符合下转标准的签约居民提供下转服务，告知并指导家庭医生服务团队为其提供后续治疗与康复服务。

（三）提高基本公共卫生和健康管理服务质量。积极提供预防保健等公共卫生服务，对签约居民落实基本公共卫生服务项目和其他公共卫生服务。加强对慢性病的预防指导，根据签约居民健康状况和服务需求，提供针对性健康教育和健康管理服务，提升居民签约服务的获得感和满意度。

（四）提供居家医疗卫生服务。对行动不便、失能失智的老年人、残疾人、失独家庭老年人等确有需求的人群，签约医生及团队要结合实际提供上门治疗、康复、护理、安宁疗护、健康指导和家庭病床等服务。严格遵照相关法律法规、操作规范和工作制度，加强上门服务和家庭病床的医疗质量监管，确保医疗安全。

（五）保障合理用药。落实基本药物目录管理等政策，加强基层医疗卫生机构与二级以上医院用药目录衔接统一，满足签约居民基本用药需求。遴选儿童用药时（仅限于药品说明书中有明确儿童适应证和儿童用法用量的药品），可不受“一品两规”和药品总品种数限制。按照长期处方管理有关规定，为符合条件的签约慢性病患者优先提供长期处方服务，可开具12周长期处方。所有乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（社区卫生服务站）均应提供长处方服务。

（六）加强中医药健康管理服务。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条件和设施水平，将中医药服务纳入签约服务内容，加强签约团队中医药人员配置，鼓励家庭医生（团队）掌握和使用针刺、推拿、拔罐、艾灸等中医药适宜技术，提供中医“治未病”服务。开展中医体质辨识，制定个性化中医健康调养方案，提供情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、药膳茶饮、穴位保健等中医“治未病”指导服务。

四、优化服务方式

（一）推广弹性化签约服务协议。签约服务协议有效期可为1-3年。根据基层医疗卫生机构工作实际和居民服务需求，对已连续签约2次以上的居民，可签订2-3年有效期的服务协议。服务协议中应明确签约双方的责任、权利和义务。

（二）提供老年人数字健康新服务。实施老年人“光明行动”、“口福行动”、营养改善行动、失智老人关爱行动、老年人自理能力筛查等项目，优先向签约老年人提供，助力打造

“浙里康养”共富名片。以区域全民健康信息平台为支撑，强化医共体牵头医院与成员单位的协同效应，集成医疗和公共卫生系统数据，建立适老健康服务数字化体系，向老年人提供“知健康、享健康、保健康”的健康服务（健康宝），探索老年数字服务新路径，做到早期干预防范。

（三）深化“两慢病”患者全周期健康管理服务。丰富“两慢病”签约服务包内容，鼓励医共体集团及成员单位增加眼底检查、颈动脉B超等专科体检内容。在基层医疗卫生机构设立慢性病一体化门诊，配置诊前、诊中、诊后相应的数字化服务设备，由家庭医生与专科医生根据签约居民的疾病发展、健康管理等情况制定科学、合理、规范的治疗方案，为有需求的慢性病患者提供便捷的一站式服务。完善基于“两慢病”健康指数为基础的慢病一体化门诊信息系统，建立慢病筛查、评估、指导、管理的数字化应用，为慢病患者提供医防融合的智慧化健康管理服务。

（四）开展家庭和功能社区签约服务。支持家庭医生与居民以家庭为单位签订服务协议，根据家庭成员情况提供签约服务内容。鼓励家庭医生团队针对重点人群和特定人群相对集中的党政机关、企事业单位、养老院、居家养老服务（照料）中心、工疗站、学校等功能社区提供集中签约服务。根据功能社区特定人群健康需求，签订服务协议，提供有针对性的签约服务。

（五）推进“互联网+签约”服务。基于区域全民健康信息平台，完善家庭医生服务管理系统，为签约居民提供在线签约、续约、预约、咨询、转诊、会诊、远程监测、健康宣教等

健康管理服务。向签约居民开放电子健康档案、诊疗和体检记录，提供个人健康指数或健康画像、年度健康评估报告，引导居民关注自身健康状况，主动参与自我健康管理。

（六）按需提供个性化签约服务。紧盯“一老一小”等重点人群，鼓励签约机构根据服务能力和群众需求，拓展签约服务内容，依法依约为签约居民提供有偿个性化签约服务，并相应调整费用结算标准，提高签约居民服务获得感。

五、完善保障机制

（一）加强组织领导。强化属地责任，切实加强统筹协调，完善家庭医生签约服务保障制度，健全签约服务工作体系，形成政府主导、部门协作，以基层医疗卫生机构为平台、多种社会资源参与的工作机制。医共体集团发挥家庭医生签约服务责任主体作用，加强家庭医生签约服务政策及技术支撑，完善整合型医疗卫生服务体系下家庭医生签约服务制度。

（二）落实签约服务经费。家庭医生在为签约居民提供基本医疗和基本公共卫生服务之外，按照签约服务全人、全程健康管理要求，开展协议签订、健康咨询和对签约居民健康状况进行了解、干预、评估、管理，以及协调转诊、康复指导和随访等服务所需成本，由签约服务费予以补偿，不纳入核定的绩效工资和其他应得的奖补经费总额。考虑到政策衔接性，2022年和2023年签约服务费为120元/年，其组成为财政专项经费40元、公共卫生经费10元、医保基金40元、个人自费30元。从2024年开始签约服务费为120元/年，其组成调整为财政专项经费40元、医保基金40元、个人自费40元。对计划生育

特殊家庭、特困、低保、低边、支出型贫困、持证残疾人、在管严重精神障碍患者等人群签约服务费的个人承担部分由地方财政保障。原则上将不低于70%的签约服务费用于参与家庭医生签约服务人员的薪酬分配。

（三）完善医保引导政策。建立完善有利于分级诊疗和家庭医生签约服务的基本医疗保险制度，落实不同层级医疗机构差别化支付政策，引导居民主动到签约家庭医生和基层医疗卫生机构就诊。结合县域医共体建设、两慢病医防融合和分级诊疗改革，推进基层医疗卫生机构基本医疗保险门诊费用按人头包干付费工作，按照有利于提高慢性病等重点人群签约率的原则，合理测算、分类确定人头包干标准，落实结余留用、超支分担的激励约束机制。完善慢性病长期处方的支付政策和结算机制，提高基层医疗卫生机构开具长期处方的工作积极性。动态调整基层医疗卫生机构服务项目价格，优先将体现基层医务人员劳务价值的医疗服务项目纳入调整范围。

（四）强化信息化支撑作用。各地按照“数字家医”有关要求，结合本地实际，基于区域全民健康信息平台和智慧医保系统，集成卫生健康大数据，建立医保等跨部门数据定期交换和回流机制，构建以居民个人为主线的签约服务和健康管理数字化服务体系，逐步集成线上签约管理、健康管理、诊疗服务、满意度评价、绩效考核、综合管理等应用。通过电脑端和移动端协同、家庭医生端与居民端互动，有效支撑家庭医生签约服务，提升家庭医生健康管理质量和效率，促进医防融合，提高居民健康管理水平及满意度。

（五）提升家庭医生职业荣誉感。开展“十佳家庭医生”和“十佳家庭医生团队”评选活动，发掘优质高效推进家庭医生签约服务的典型案例，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创造良好的社会氛围。卫生健康系统内各类表彰和评优评先应向家庭医生适当倾斜，并加强家庭医生签约服务和典型优秀案例的宣传，提高签约服务居民知晓率和满意度，进一步提升职业荣誉感和居民信任度。

（六）落实监督考核与评价机制。根据工作推进情况，完善签约服务考核评价机制。将签约服务数量、服务质量、重点人群签约覆盖率、续签率、基层就诊率、健康管理效果以及签约居民满意度等作为评价依据，利用信息化手段和居民回访等方式，定期对签约服务机构和家庭医生开展考核评价，考核结果作为签约服务经费分配的主要依据。

（一）总体要求。深入贯彻落实党的二十大精神，坚持以人民为中心的发展思想，坚持预防为主、关口前移，全面落实《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国疫苗管理法》等法律法规，坚持依法治理、科学防控、精准施策，全面提升我县公共卫生服务水平，切实保障人民群众身体健康和生命安全。

（二）主要任务。一是加强公共卫生体系建设，完善疾病预防控制体系、医疗救治体系、卫生监督体系、检验检测体系、健康促进体系等。二是加强基层公共卫生服务能力建设，推进家庭医生签约服务，开展重点人群健康管理，落实传染病、慢性病、地方病、职业病、精神卫生等防治措施。三是加强突发公共卫生事件应急处置能力建设，完善应急预案，加强应急演练，提高快速反应和处置能力。四是加强公共卫生信息化建设，推进公共卫生数据互联互通，提升公共卫生监测预警能力。五是加强公共卫生队伍建设，开展业务培训，提高专业水平。

（三）保障措施。一是加强组织领导，成立县公共卫生体系建设领导小组，统筹协调全县公共卫生体系建设工作。二是加大资金投入，落实各级政府公共卫生投入责任，保障公共卫生体系建设资金需求。三是强化人才支撑，加强公共卫生人才培养和引进，提高队伍素质。四是加强社会动员，开展健康宣传教育，提高公众健康意识和自我防护能力。五是严格考核评价，将公共卫生体系建设纳入政府绩效考核，确保各项任务落到实处。