

辽源市深化医药卫生体制改革领导小组办公室

辽源市卫生和计划生育委员会

辽源市发展和改革委员会

辽源市民政局

辽源市财政局

辽源市人力资源和社会保障局

文件

辽医改办联发〔2017〕1号

关于印发《辽源市家庭医生签约服务 实施方案》的通知

各县（区）医改办，卫生计生局，发改局，民政局，财政局，
人社局：

按照吉林省医改办等七部门联合印发的《关于印发推进家

庭医生签约服务实施方案的通知》(吉医改办联发〔2016〕1号)文件要求,市医改办、市卫生计生委、市发改委、市民政局、市财政局、市人社局共同制定了《辽源市家庭医生签约服务实施方案》,现印发给你们,请认真贯彻落实。



2017年5月23日

辽源市家庭医生签约服务实施方案

为贯彻落实吉林省医改办、省卫生计生委、省发改委、省民政厅、省财政厅、省人社厅、省中医药管理局《关于印发推进家庭医生签约服务实施方案的通知》（吉医改办联发〔2016〕1号）和《辽源市人民政府办公室关于印发辽源市推进分级诊疗制度建设实施方案的通知》（辽府办发〔2016〕23号）精神，加快推进我市家庭医生签约服务工作，促进医疗卫生资源合理利用，为群众提供便捷贴心的服务，特制定本方案。

一、总体要求

（一）总体思路。按照省、市深化医药卫生体制改革的总体部署，以促进居民健康为出发点，围绕推进健康辽源建设、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，结合全科医生制度建设、分级诊疗制度建设、多层次医疗联合体和健康扶贫工程，加快推进我市家庭医生签约服务，建立覆盖全市城乡居民的家庭医生签约服务制度。

（二）基本原则。坚持问题导向，加快解决深层次矛盾；坚持目标导向，提高群众和医务人员获得感。着重突出体制创新促进优质资源下沉、突出机制创新破除公立医院逐利性、突出服务理念创新提高群众满意度、突出薪酬制度创新提高医务人员积极性、突出信息技术手段创新提高公平效率。全市同步实施、分阶段推进。

（三）主要任务。在全市城乡区域组建以家庭医生为核心、专科医师提供技术支持的签约服务团队，由签约医生代表服务团队与签约家庭通过自愿签订服务协议，明确双方权利和义务，建立长期、稳定、信任的契约服务关系，并为签约对象提供综合、连续、便捷、贴心的基本医疗、基本公共卫生和健康管理服务。

（四）工作目标。2017 年，家庭医生签约服务在全市全面开展，签约服务覆盖率应达到 30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到 60%以上，贫困人口签约服务覆盖率达到 100%。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。

二、工作内容

（一）签约服务对象。辖区内居住半年以上的常住居民家庭，初期阶段主要以重点人群为主，逐步扩展到普通人群。优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人和贫困人口等人群，以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等。

（二）签约服务主体。家庭医生为签约服务第一责任人，其所在的基层医疗卫生机构是签约服务的责任主体。现阶段家庭医生主要包括基层医疗卫生机构注册的全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生）以及具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生。公立医院执业的医师可以通过医联体或多点执业等方式加入基层医疗卫生机构家庭医生服务团队；公立医院或

基层医疗机构的退休临床医师，可通过与基层医疗卫生机构签订协议的形式，进行家庭医生签约服务工作，基层医疗卫生机构应为其提供服务场所和辅助性服务。

执业范围注册（或加注）全科的医师优先入选签约家庭医生。鼓励符合条件人员参加相关培训获取全科执业资格，提升全科医生队伍数量和质量，加快形成以全科医生为主体的签约服务队伍。

（三）签订服务协议。居民或家庭自愿选择 1 个家庭医生团队签订服务协议，明确签约服务内容、方式、期限、收付费和双方的责任、权利、义务及其他有关事项。签约周期原则上为 1 年，期满后可续约或另选家庭医生团队。鼓励和引导居民就近签约，也可跨区域签约，建立有序竞争机制。

（四）签约服务形式。

1. 实行团队式签约。签约服务应当采取团队服务形式。在城市社区及乡镇卫生院所在地，组建家庭医生团队，主要由家庭医生、社区护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）等组成，二级以上医院应选派医师（含中医类别医师）提供技术支持和业务指导。逐步实现每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师，有条件的地区可吸收药师、健康管理师、心理咨询师、社（义）工等加入团队。在村域范围内，由村卫生室乡村医生与上级乡镇卫生院医护人员共同组建家庭医生团队，村卫生室乡村医生负责团队成员的任务分配和管理。

2. 鼓励组合式签约。加强基层医疗卫生机构与公立医院对接，依托我市多层次医疗联合体、对口支援、医师多点执业等，引导居民或家庭在与家庭医生团队签约的同时，自愿选择1所二级医院、1所三级医院，建立“1+1+1”的组合签约服务模式。家庭医生根据《辽源市基层医疗卫生机构诊疗病种参考目录》（以下简称《参考目录》）合理引导患者看病就医，逐步过渡到基层首诊。研究探索流动人口签约服务模式，促进基本医疗卫生服务均等化。

3. 开展网格化签约。以社区卫生服务中心或乡镇卫生院为单位划分网格，为网格内居民和单位提供全覆盖、全方位、全过程、零距离的签约服务，根据网格内医护人员数量情况配置若干支家庭医生签约服务团队，合理划分签约服务责任区域。对于尚未设立基层医疗卫生机构的区域，各级政府应鼓励符合条件的非政府办医疗卫生机构（含个体诊所）提供签约服务，并享受同样的收付费政策，务必做到签约服务无盲点、无死角。

（五）签约服务内容。家庭医生团队为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。

1. 基本医疗服务。对《参考目录》涵盖的常见病和多发病的中西医诊断、治疗。对《参考目录》以外的疾病须转诊上级医院的，出具转诊证明并提供就医路径指导和转诊预约。对在上级医院就诊后出院患者提供康复护理服务并提供合理用药指导。

2. 公共卫生服务。包括国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。各区县应根据服务能力和需求，设定包含基本医疗和公共卫生服务在内的基础性签约服务内容，向所有签约居民提供。

3. 健康管理服务。主要是针对居民健康状况和需求，制定不同类型的个性化签约服务内容，可包括健康评估、康复指导、家庭病床服务、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等。

现阶段要首先从重点人群和重点疾病入手，确定服务内容，并逐步拓展服务范围。充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用，满足居民多元化健康需求。

（六）签约服务费用。家庭医生团队为签约对象提供约定的基本医疗和基本公共卫生服务，根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金（包括城镇职工、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗）、基本公共卫生服务经费和签约居民付费共同承担。具体标准和分担比例由基本医保基金统筹市、县（区）卫生计生、人社、财政、发改（物价）等部门根据签约服务内容、签约居民结构、基本医保基金和公共卫生经费承受能力及居民的接受度等因素协商确定。

在提供基本服务的基础上，各县（区）可根据基层医疗卫生服务机构实际服务能力和居民需求，逐步拓展签约服务内容，重点针对高血压、糖尿病等重点人群开展个性化服务，探索多

种形式、多种档次的个性化签约服务包，提供不同形式的诊疗项目并与医疗保险门诊政策、门诊慢性病待遇做好衔接。各县（区）需细化服务单元、服务项目及相对应的付费标准，符合医疗保险报销政策的，按照规定予以报销；建档立卡贫困人口个人缴费部分，可结合实际给予一定补贴；符合医疗救助政策的按规定实施救助。

有条件的县（区）可探索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。对经基层向医院转诊的患者，由基层或家庭医生团队支付一定的转诊费用。探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医保总额付费，发挥家庭医生在医保付费中的控制作用，合理引导双向转诊，发挥守门人作用。

（七）增强签约服务吸引力。

1. 完善服务模式。家庭医生团队要主动完善服务模式，按照协议为签约居民提供全程服务、上门服务、错时服务和预约服务等多种形式的服务。每年至少为签约居民或家庭提供 4 次面对面随访。

2. 规范服务流程。基层医疗卫生机构要明确家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工，并定期开展绩效考核。家庭医生负责团队成员的任务分配，其他专科医师和卫生技术人员要与家庭医生团队紧密配合。

3. 提供预约诊疗。医联体内，二级及以上医院要为家庭医

生团队预留一定比例的医院专家号、预约挂号、床位等，方便签约居民优先就诊和住院。2017 年，医疗联合体内三级医院要为二级医院预留 30%的专家号和床位，二级医院要为基层医疗卫生机构预留 40%的专家号和床位。到 2020 年，医疗联合体内三级医院要为二级医院预留 50%的专家号和床位，二级医院要为基层医疗卫生机构预留 60%的专家号和床位。

4. 实施长处方政策。家庭医生在“合理、安全、有效”的前提下，对签约并且纳入社区慢性病管理的“诊断明确、病情稳定、需要长期服用治疗性药物”的慢性病人，满足其单次所有品种的治疗性药物 1-2 个月的用量。对于下转病人，可根据病情和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。加强二级以上医院与基层医疗卫生机构用药衔接，合理确定基层医疗卫生机构配备使用药品品种和数量，满足患者需求，特别要保证慢性病管理患者所需的药品。

5. 发挥医保支付的引导作用。制定不同级别医疗机构的基本医保差异化支付政策，适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例，对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线，引导居民到基层就诊。医疗保险经办机构应同步开展基本医疗保险居家医疗服务管理工作。《参考目录》内的疾病，患者自行前往上级医院诊疗的，将报销比例降至 20%。

三、保障机制

（一）构建顺畅的双向转诊通道。通过医联体、对口支援、

医师多点执业等方式，建立城市二级以上医院医师与基层医疗卫生机构间相对稳定的双向转诊合作关系。医联体内上下级医院要签订双向转诊协议，指定科室对接家庭医生转诊服务，明确双方转诊流程及责任义务，确保双向转诊通道顺畅有效，为转诊患者建立绿色转诊通道。家庭医生要根据患者病情，及时作出是否转诊的判断，对需转诊的必须立即采取转诊措施，通过绿色通道优先预约上级医院专家门诊及大型仪器设备检查等。

（二）完善家庭医生收入分配机制。健全以标化工作量为基础的绩效考核体系，打破“收入减支出”的传统薪酬分配模式，完善基层医疗卫生机构“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的收支管理办法，制定具体绩效考核办法，综合考虑社会公益目标任务完成情况、包括签约服务在内的绩效考核情况、事业发展等因素，合理确定基层医疗卫生机构绩效工资总量，使家庭医生通过提供优质签约服务等合理提高收入水平，增强开展签约服务的积极性。基层医疗卫生机构内部绩效工资分配可采取设立全科医生津贴等方式，向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜。基层机构收支结余通过绩效考核奖励形式全额予以补助，主要用于人员奖励，有效调动广大基层医务人员积极性。二级以上医院要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜。有条件的地方可对通过相应评价考核的家庭医生团队和参与签约服务的二级以上医院医师予以资金支持引导。

（三）完善综合激励政策。在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜，将优秀人员纳入各级政府人才引进优惠政策范围，增强全科医生的职业吸引力。将基层医疗卫生机构编制使用和人员招聘权限下放至县级，探索实行从业人员“县聘乡用，乡聘村用”管理办法。基层医疗卫生机构人员招聘不受预留比例和编制结构比例限制，实行“即缺即补”编制使用管理办法。加快全科医生队伍建设，提升签约服务水平。继续开展全科医生特岗计划。落实《人力资源社会保障部国家卫生计生委关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的指导意见》（人社部发〔2015〕94号），合理设置基层医疗卫生机构全科医生高、中级岗位的比例，扩大职称晋升空间，重点向签约服务考核优秀的人员倾斜。将签约服务评价考核结果作为相关人员职称晋升的重要因素。对成绩突出的家庭医生及其团队，按照国家规定给予表彰表扬，大力宣传先进典型。拓展国内外培训渠道，建立健全二级以上医院医务人员定期到基层开展业务指导与家庭医生定期到临床教学基地进修制度。加强家庭医生及其团队成员的继续医学教育，提高签约服务质量。

（四）加强签约服务绩效考核。建立定期考核机制。各县（区）卫生计生、中医药管理、人力资源社会保障、财政等部门要制定签约服务管理规范。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评价考核指标体系，定期对家庭医生团队开展评价考核，鼓励家庭医生代表、签约居民代表以及社会代表参与。考核结果及时向社会公开，并与医保支付、基本公共卫生服务经费拨付以及团队和个人绩效分配挂钩。对于考核结果不合格、群众意见突出的家庭医生团队，建立相应惩处机制。

（五）加强基层医疗卫生队伍建设。加强以全科医生为重点的基层人才队伍建设。通过基层在岗医师转岗培训、全科医生定向培养、提升基层在岗医师学历层次等方式，多渠道培养培训全科医生，逐步向规范化培训全科医生过渡。订单定向培养的医学生在服务期内执业范围为全科，执业地点为定向单位。鼓励经转岗培训合格的全科医生从事全科医学专业，符合相关规定的可加注全科。到 2020 年，实现每万人口拥有 2 名以上全科医生。加强康复治疗师、护理人员等专业人员培养培训，满足人民群众多层次、多样化健康服务需求。

（六）加强技术支持。整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构开放；探索设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构等，实现区域资源共享，为家庭医生团队提供技术支撑。加强家庭医生签约服务必需设施设备配备，有条件的地方可为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。基层医疗卫生机构要对家庭医生团队提供必需的业务和技术支持。

（七）加强信息化支撑。构建完善的区域医疗卫生信息平台，实现签约居民健康档案、电子病历、检验报告等信息共享和业务协同。实现电子健康档案和电子病历的连续记录以及不同级别、不同类别医疗机构之间的信息共享，确保转诊信息畅通。重点提升远程医疗服务能力，横向贯通医联体内上级医院之间医学远程会诊网络，纵向链接上、下级医院之间的医学远程会诊系统，利用信息化手段促进医疗资源纵向流动，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率，鼓励二、三级医院向基层医疗卫生机构提供远程会诊、远程病理诊断、远程影像诊断、远程心电图诊断、远程培训等服务，鼓励有条件的地方探索“基层检查、上级诊断”的有效模式，促进跨地域、跨机构就诊信息共享。到 2017 年，医学远程会诊覆盖 100%以上的县（区）。

（八）健全签约服务资金保障机制。落实《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2017 年重点工作任务的通知》要求，2017 年，全市人均基本公共卫生服务经费财政补助标准提高到 50 元。鼓励有条件的地方增加资金投入，加快推进家庭医生签约服务工作。

四、监督管理

（一）加强组织领导，强化部门协作。各县（区）要将家庭医生签约服务作为重点工作任务纳入深化医药卫生体制改革工作的总体安排，纳入本地政府民生实事项目，成立工作领导

小组，形成政府主导、部门协作、全社会参与的工作机制，确保各项任务落实到位。各相关部门要切实履行职责，建立部门协作机制，合力推进家庭医生签约服务工作。发改（物价）部门要按规定积极支持家庭医生签约服务所需的设施设备配备，做好签约服务价格的相关工作。财政部门要统筹核定基层医疗卫生机构的各项补偿资金，并建立与签约服务数量和质量相挂钩的机制。人社、卫生计生部门要建立健全有利于分级诊疗和家庭医生签约服务的基本医疗保险支付政策、人事政策。卫生计生部门要切实承担家庭医生签约服务工作的组织、协调职能，统一调配医疗卫生资源，加强对签约服务行为的监管。

（二）规范家庭医生签约服务行为。

1. 禁止乱签约行为。禁止公立医院医师直接与社区居民建立签约服务关系。禁止医务人员以个人名义从事家庭医生签约服务活动。

2. 规范执业行为。家庭医生在签约服务中，必须严格遵守《中华人民共和国执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《临床技术操作指南》等有关法律、法规，严禁提供上门诊疗活动，做好医疗纠纷的防范，确保百姓的健康权益。

3. 恪守职业道德。家庭医生在签约服务中，恪守《医疗机构从业人员行为规范》、《中国医师道德准则》、《加强医疗卫生行风建设“九不准”》等规定，廉洁自律，对患者要选择适宜的

医疗措施，不准收受回扣、不准违规收费、不准从事商业目的的行为等。

4. 严惩违规行为。家庭医生在向居民提供签约服务的过程中，严禁非法夸大疗效、宣传各种健康相关产品；严禁参与企业宣传活动，推销、代销各种健康相关产品；严禁通过介绍患者收取中介费用。对于家庭医生违反上述规定的，卫生计生系统纪检监察部门和卫生监督机构依据《医疗机构从业人员违纪违规问题调查处理暂行办法》和《中华人民共和国执业医师法》，分别给予警告、记过、记大过、降级、撤职、开除的行政处分。

5. 严禁各类商业行为。严禁药品生产销售企业、保健品生产销售企业、医疗器械生产销售企业以家庭医生服务的名义进行各类宣传活动。

6. 规范诊疗服务收费。家庭医生团队向签约居民提供约定的服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。提供非约定的医疗卫生服务或向非签约居民提供医疗卫生服务，按规定收取费用。

（三）加强督导评估。各相关部门要大力推进家庭医生签约服务工作，认真总结经验，加强督导评估，探索开展第三方评估。建立定期调研督导机制，及时研究解决家庭医生在签约和服务过程中出现的困难和问题，总结推广典型经验和做法。

（四）发挥基层组织作用。充分发挥镇（街）和村（社区）作用，建立起“社区组织、卫生实施”的服务模式，将社区卫生

生工作纳入镇（街）年终目标管理和考核。组建“社区志愿者”队伍，在与居民签约时起到宣传、发动、桥梁和纽带作用。

（五）发挥社会监督作用。建立以签约居民为主体的反馈评价体系，畅通公众监督渠道，反馈评价情况及时向社会公开，作为家庭医生团队绩效考核的重要依据和居民选择家庭医生团队的重要参考。

（六）做好舆论宣传。加大对家庭医生签约服务的宣传，整体改变和提高全社会对该服务的认识。特别是对社区居民，通过公示家庭医生信息、健康教育、舆论宣传等方式培养居民的预防保健观念，树立“小病在社区，大病进医院”的意识，提高对家庭医生的依从性和信任度。积极宣传家庭医生先进典型，增强职业荣誉感，营造全社会尊重、信任、支持家庭医生签约服务的良好氛围。

五、组织实施

（一）市级完成本地家庭医生签约服务实施方案的制定，于5月底前全面启动家庭医生签约服务工作。

（二）各县（区）应在2017年6月底前制定详细的实施细则及签约服务合同样本，按照本地实施细则的要求完成家庭医生遴选和家庭医生团队组建工作。

（三）各县（区）卫生计生、中医药管理、人社、财政等部门应在2017年6月底前制定签约服务管理规范，协商确定家庭医生团队服务的项目、内涵、流程、规范、标准和评价考核

指标。

（四）各基层医疗机构应在 2017 年 6 月底前健全以标化工作为基础的绩效考核体系，设立全科医生津贴，向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜。基层机构收支结余通过绩效考核奖励形式全额予以补助，主要用于人员奖励，有效调动广大基层医务人员积极性。