

泉鲤政办〔2017〕117号

泉州市鲤城区人民政府办公室关于印发 鲤城区慢性病家庭医生签约服务 试点工作实施方案的通知

高新区管委会，各街道办事处，区直有关单位，区属各医疗卫生单位：

《鲤城区慢性病家庭医生签约服务试点工作实施方案》已经区政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

泉州市鲤城区人民政府办公室

2017年7月27日

（此件主动公开）

鲤城区慢性病家庭医生签约服务 试点工作实施方案

根据《中共福建省委办公厅 福建省人民政府办公厅印发关于进一步深化基层医药卫生体制综合改革的意见（试行）的通知》（闽委办发〔2016〕44号）、《中共泉州市委 泉州市人民政府关于印发泉州市深化医药卫生体制改革试点实施方案的通知》（泉委发〔2015〕14号）和《泉州市人民政府办公室关于印发泉州市城市慢性病家庭医生签约服务试点工作实施方案的通知》（泉政办〔2017〕111号）文件精神，结合我区实际，制定本试点工作实施方案。

一、工作目标

（一）逐步提高城市慢性病签约服务覆盖率

2017年，以高血压、糖尿病（以下简称“两病”）等慢性病为突破口，以契约式服务为特点，作为泉州市的试点区，开展城市慢性病家庭医生签约服务。

（二）初步形成以“两病”为主的慢性病分级诊疗格局

社区卫生服务中心为辖区签约居民的首诊机构，原则上签约的家庭医生为签约居民的首诊责任人，负责为“两病”（有条件的社区卫生服务中心可以将病种逐步扩大、延伸到其他慢性病、老年人、严重精神疾病、肿瘤等，下同）患者提供初级诊疗、疾病甄别、合理转诊、健康管理等服务，构建社区卫生服

务中心与二、三级医院分工协作机制，积极探索建立紧密型医疗联合体模式，逐步实现“两病”基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。

二、工作内容

（一）签约服务双方

1. **签约服务主体。**家庭医生主要由三类人员担任：一是在社区卫生服务中心注册的执业医师（含中医类别执业医师和临床、公卫类别其他执业医师）；二是符合多点执业条件、与社区卫生服务中心签订签约服务协议的公立医院在职或退休的临床医师；三是在执业医师不足的街道也可将在辖区内民营医院、个体诊所或门诊部注册的执业医师纳入家庭医生队伍。鼓励以全科医生为主作为家庭医生。

组建签约服务团队。签约服务原则上采取团队服务形式。家庭医生团队主要由家庭医生、社区护士、公卫人员等组成，每个团队人数3—5人，家庭医生是签约服务第一责任人。各社区卫生服务中心应结合实际，借鉴厦门慢性病“三师共管”模式（即：以家庭医生为责任主体，专科医生或家庭医师为技术支撑，健康管理师为辅助的签约服务）、上海“1+1+1”签约服务模式（即：社区居民签约1家社区卫生服务中心、1家区级医院、1家市级医院）等经验做法，通过组建由慢性病专科医师、全科医师和其他专业人员组成的慢性病管理团队，做好“两病”等患者的全程健康管理。

2. 签约服务对象。参加辖区内基本医疗保险的常住人口（居住半年以上的户籍及非户籍居民），且经二级以上医疗卫生机构明确诊断的原发性高血压、Ⅱ型糖尿病患者。同时，各社区卫生服务中心可以结合自身的服务能力，逐步扩大病种范围。

（二）签约服务模式

1. 网格化管理。社区卫生服务中心以社区（居委会）为单位，结合服务人口和服务半径，将辖区划分为若干个责任包干片区，每个片区指定1个家庭医生团队进行对口服务管理。社区卫生服务中心应建立“两病”患者健康管理库，并根据患者病情，分为强化管理库和常规管理库进行管理。其中：病情不稳定的患者纳入强化管理库，由对口协作医院的专科医生与家庭医生、其他专业人员共同提供强化管理服务；病情稳定的患者纳入常规管理库，由专科医师指导家庭医生团队按规范进行常规管理。对强化管理库、常规管理库的患者，根据病情变动情况实行动态调整。

2. 签订服务协议。辖区“两病”患者按照自愿的原则，与包片区的家庭医生团队签订服务协议，约定服务内容、方式、期限、权利义务和信息保密等事项。居民可以自主选择社区卫生服务中心内的任何家庭医生服务团队。

3. 签约服务期限。服务协议原则上一年一签。协议期间，签约居民不满意家庭医生及其团队服务的，可与社区卫生服务中心联系，提前解约，并就近另行选择1个家庭医生团队签订

服务协议。协议期满后，未提出变更申请的，社区卫生服务中心与签约居民确认后，办理续签。

（三）签约服务内容

在国家基本公共卫生有关“两病”服务项目的基础上，家庭医生为签约患者提供以下服务：

1. 评估健康状况。每年对“两病”患者开展诊疗服务不少于6次，随时掌握患者的患病过程、用药情况和血压、血糖控制情况等，根据患者病情的轻重缓急，进行分类管理。

2. 门诊服务。优先预约及诊疗服务。对于患者确需延续上级医疗机构长期医嘱以维持治疗的，家庭医生可根据上级医院用药医嘱开具相同药品（麻醉药品除外）。对诊断明确、病情稳定、需要长期服药的患者，可一次性开具4—8周治疗性药物。

3. 转诊服务。医疗联合体上级医院专家门诊预约、检查预约和根据病情需要的优先转诊、优先安排住院服务。

4. 健康监测管理。为签约慢性病患者提供每年不少于2次的体格检查、日常随访及全程健康管理、信息送达、健康咨询等服务。

5. 上门服务。经家庭医生评估后，80岁以上老年人及失能、半失能老人可免费享受每季度1次上门出诊服务。

6. 个性化有偿服务。签约双方共同商定的服务事项。如：患者家庭康复指导、家庭护理、家庭用药、中医药保健，经家庭医生评估建立家庭病床、上门抽血送检等不同类型的个性化

有偿签约服务内容。各社区卫生服务中心可根据本辖区实际，细化、制定签约服务包，签约服务包可根据不同需求，分为基本包、初级包、中档包和高档包（尊享包）等几类，由各社区卫生服务中心将签约服务包的服务内容、方式、期限、权利义务、信息保密和收费标准等事项上报区卫计局，由区卫计局遴选后上报至市卫计委确定。

（四）筹资、补偿及绩效考核制度

1. 签约服务费筹集制度。签约服务费由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民个人缴费等 3 个部分组成，“两病”等病种的签约服务费用（具体病种选择由可由各社区卫生服务中心选定）分别为 120 元/人·年，其中：医保基金承担 70 元/人·年，从参保对象普通门诊统筹额度内列支，与普通门诊共用一个封顶线；基本公共卫生服务项目经费承担 30 元/人·年，从拨付基层医疗卫生机构的基本公共卫生服务经费列支；签约居民个人承担 20 元/人·年，由个人现金或医保个人账户结余资金部分支付（试行第一年暂不收取居民个人支付的签约服务费，由各社区卫生服务中心历年结余的基本公共卫生服务项目经费列支），精准扶贫医疗叠加保险保障对象家庭医生签约服务费个人缴费部分由精准扶贫医疗叠加保险基金承担。

2. 签约服务补偿制度。原则上，签约服务费按签约服务人数每年一次性收取，由社区卫生服务中心统一管理。签约服务费作为社区卫生服务中心核定绩效工资总量的增量部分单独核

算。社区卫生服务中心应制定科学合理的绩效工资分配规定，对提供优质签约服务的人员给予倾斜。家庭医生团队提供签约协议约定之外的医疗卫生服务或向非签约居民提供的医疗卫生服务，按医疗保障管理部门的规定收取费用。

3. 签约服务绩效考核制度。一是制定签约服务考核方案。区卫计局、财政局和医保管理部门要联合制定以签约对象数量、服务质量、健康管理效果、居民满意度、签约居民基层就诊比例等为核心的签约服务评价考核方案和考核指标体系。各社区卫生服务中心根据考核方案，制定可操作性的考核实施细则，明确签约服务团队的任务要求和奖惩规定。二是建立定期考核制度。家庭医生负责对所在服务团队成员的考评，社区卫生服务中心负责对家庭医生服务团队的考评，每月不少于1次。区卫计局对辖区社区卫生服务中心开展家庭医生签约服务工作进行定期考评，至少每季度1次。对家庭医生团队考核的结果应及时向社会公开，并与团队和个人签约服务费分配等待遇相挂钩。

（五）技术和政策支撑

1. 信息技术支撑。各社区卫生服务中心要依托区域医疗服务技术平台，进一步提高信息化水平，健全完善基层卫生信息系统与对口协作的上级医院信息系统的互联互通，实现预约挂号、预约检查、转诊服务信息畅通对接。依托上级医院或第三方临床检验检查、病理诊断、医学影像等信息技术中心，为家

庭医生及其团队提供技术支持。

2. 医保政策倾斜。医保管理部门要科学设置、适当提高社区卫生服务中心门诊诊疗的医保报销比例，拉开社区与不同等级医院的报销差距。推广在社区卫生服务中心普通门诊使用基本药物，取消起付线、在医疗联合体内转诊住院取消二次起付线等做法；对按分级诊疗规范要求从基层办理转诊以及符合下转指征至基层治疗的慢性病患者，实行差别化医保报销政策，引导群众合理就医。积极探索在社区卫生服务中心实行按慢性病患者人头打包付费的支付方式改革，充分发挥医保改革政策在社区卫生服务中心医保管理、合理控费中的积极作用。

3. 建立医联体及对口协作机制。要积极推进辖区内的二、三级医院与社区卫生服务中心建立医联体及对口协作关系，完善对口协作机制。二、三级医院建立健全对口协作管理组织，设立对口协作管理办公室，确定专人与社区卫生服务中心对接联系，做到协作有人管、帮扶有方案、计划能落实、工作有成效。构建“绿色通道”——建立协作关系的上级医院与社区卫生服务中心在畅通预约就诊、预约检查、转诊渠道等方面建立专人联系工作机制，医疗资源优先向社区开放，上级医院专科门诊预约号至少提前5天向家庭医生开放，住院病床提前3天预留给经家庭医生上转的患者，确保签约居民优先预约就诊、预约检查、优先转诊住院等优惠政策落到实处。

家庭医生应及时跟踪、了解、掌握签约患者到上级医院就

诊情况，加强与上级医院专科医师的沟通联系，及时接收病情稳定康复期患者，并按照专科医师的诊疗康复方案做好患者恢复期康复工作。专科医师要主动与家庭医生联系沟通，指导家庭医生开展诊疗服务，定期到社区为患者提供康复指导，推动社区完成患者全程康复管理。同时，要加强家庭医生在岗培训工作，尤其要加强家庭医生对急诊病人以及慢性病患者急性发作的判断和应急处置、转诊能力的培训，切实提高急救救治水平。

三、时间与步骤

（一）准备工作阶段（2017年7月25日前）

1. 调查摸底。掌握辖区“两病”患者等相关疾病数量及发布情况、测算签约服务费用等。
2. 社区卫生服务中心制定细化工作方案。

（二）试点工作阶段（2017年7月25日—2017年12月）

1. 以社区卫生服务中心为单位签订服务协议，并按照协议内容履约。
2. 各专业公共卫生机构加强签约服务工作指导。
3. 区卫计局组织开展督查，推进“两病”签约服务覆盖率和规范履约工作。

（三）全面推开阶段（2018年1月—2018年12月）

1. 进一步提高“两病”签约服务率。
2. 进一步规范推进签约服务。

（四）总结提高阶段（2019年1月—2020年12月）

全面总结“两病”签约服务开展情况，推动签约服务项目扩展到相关病种。

四、保障措施

（一）加强组织领导。区医管委在推进基层医药卫生体制综合改革、分级诊疗制度建设、医养结合工作中，要将家庭医生签约服务试点工作与上述改革有机衔接，形成叠加效应和改革合力。要加强家庭医生签约服务试点工作的组织领导和统筹协调，形成政府主导、部门配合、全社会参与的工作机制，确保试点工作各项任务落到实处；区卫计局要督促好辖区的社区卫生服务中心合理划分家庭医生团队的责任区域，协调、指导家庭医生团队开展签约服务，并为家庭医生团队提供技术支持、统筹协调等后勤保障，为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。

（二）强化部门协作。区医管委要负责牵头落实家庭医生签约服务工作，具体承担试点工作的组织、协调、督导、推进等职能；卫计、医改、人社、财政、医保等部门要按照工作职责做好配合工作，完善政策措施，做好督促指导工作，共同推进家庭医生签约服务深入开展，确保试点工作取得实效。

（三）完善激励措施。区人社局、卫计局要在人员聘用、职称晋升、在职培训、评先评优等方面向做出贡献的家庭医生及其团队成员倾斜，鼓励基层医疗卫生技术人员积极参加签约服务。建立家庭医生定期到上级医院进修学习制度。多点执业

的专科医师在社区卫生服务中心从事家庭医生签约服务，实际工作时间累计超过3个月的，可视同晋升高级职称前规定的基层服务时间。

（四）加大宣传引导。区卫计局要充分利用各种新闻媒介和微信、微博和信息，采取多种形式广泛宣传家庭医生签约服务的政策与内容，让群众充分了解家庭医生签约服务的目的、意义，提高居民对家庭医生签约服务的认知度和接受度，营造全社会信任、支持家庭医生签约服务的良好氛围。同时，要及时总结推广工作中涌现出来的好做法和好经验，大力宣传家庭医生“健康守门人”的良好形象。

附件：鲤城区慢性病家庭医生签约服务协议（参考样本）

附件

编号：_____

鲤城区慢性病家庭医生签约服务协议 (参考样本)

甲方：鲤城区_____街道社区卫生服务中心

卫生服务中心热线电话_____

家庭医生_____联系电话：_____

团队成员_____

乙方：姓名_____身份证号码：_____

医保卡号_____联系电话：_____

现住址：_____街道_____居委会_____路__号__室

甲、乙双方共同确定：_____代表家庭医生服务团队为乙方提供家庭医生式服务的第一责任人（家庭医生服务签约医生）。

乙 方：

成员 1：_____身份证号码：_____与乙方关系：_____

成员 2：_____身份证号码：_____与乙方关系：_____

成员 3：_____身份证号码：_____与乙方关系：_____

成员 4：_____身份证号码：_____与乙方关系：_____

.....

乙方自愿邀请甲方为其家庭健康服务医生。为提高本社区居民健康管理水平，推行社区卫生服务契约化，甲乙双方本着平等、尊重和自愿的原则，签订此协议，接受以下条款的约定：

一、甲方作为服务的提供者，主要提供基本医疗、基本公共卫生服务和个性化服务项目。

甲方承诺为乙方提供以下签约服务：

1.基本医疗服务

1.1 提供一般常见病、多发病、诊断明确的慢性病 VIP 诊疗服务（相对独立就诊服务区，每次诊疗时间不低于 10 分钟，个性化健康指导）。

2.基本公共卫生服务

2.1 居民健康档案的建立和维护；

2.2 健康评估、健康促进、健康干预；

2.3 0—6 岁儿童健康管理；

2.4 孕产妇健康管理；

2.5 老年人健康管理服务；

2.6 预防接种服务；

- 2.7 传染病报告和处理；
- 2.8 高血压患者健康管理；
- 2.9 II型糖尿病患者健康管理；
- 2.10 重性精神疾病患者管理；
- 2.11 中医药健康管理。

3.个性化服务

3.1 由专科医师个性化技术指导。根据病情需求，由家庭医生预约，接受三级医院专科医师技术指导。

3.2 由“家庭医生服务团队”提供个性化健康管理、健康评估、健康咨询服务。协助签约居民参与社区自我健康管理团体活动，开展自我健康管理。利用手机 APP 或微信公众号服务平台，提供便捷的健康咨询服务。

3.3 上级医院专家预约服务及转诊服务。优先提供上级医院专家门诊预约（根据病情优先享受名院、名科、名医预约服务）、大型仪器设备检查预约及根据病情需要的转诊服务。

3.4 社区门诊预约服务。家庭医生会根据病情有针对性的为签约居民办理下次门诊预约服务。

3.5 为高血压、糖尿病等慢性病签约对象提供慢性病精细化管理服务。重点为高血压、糖尿病等慢性病人提供日常随访、定期检查及全程健康管理等服务。根据病情发展及控制情况提供适时动态转库服务。病情不稳定期纳入强化管理库，由家庭医生服务团队提供强化管理服务；病情稳定期纳入常规管理库，在专科医师指导下由全科医生团队提供常规管理服务；

强化管理库及常规管理库病人依据病情实行动态流动，需转专科医师时优先及时安排。

3.6 为 65 岁以上老人提供日常随访、定期检查及全程健康管理等服务。为 80 岁以上老年人及失能半失能老人免费提供每年不少于 1 次上门出诊服务。签约老人可享受包括测血压、体格检查、用药指导、健康咨询等服务。

3.7 为严重精神障碍患者提供每年至少随访 4 次服务，每次随访对患者进行危险性评估；每次随访根据患者病情的控制情况，对患者及其家属进行有针对性的健康教育和生活技能训练等方面的康复指导，对家属提供心理支持和帮助；在患者病情许可的情况下，征得监护人与（或）患者本人同意后，每年进行 2 次健康检查，可与随访相结合。

4.其他服务项目

4.1 为有康复需求的康复患者免费建立康复、训练档案。提供针对性康复训练和康复治疗服务，相关服务按医疗保障管理部门制定的标准另行收取服务费。

4.2 为有需要的签约居民提供建立家庭病床、导尿、换药、上门测血糖、上门抽血检验等有偿上门服务。乙方需要甲方提供出诊等上门适宜医疗服务（不提供院外静脉输液、肌肉注射等），须先通过甲方的医学安全性评估，并签订相关免责申明。

4.3 优先安排彩超、肿瘤标志物检查、眼底筛查、24 小时动态血压监测、糖尿病足筛查、尿微量蛋白检测等基本医疗收

费项目及慢性疾病筛查服务项目。

5.双方约定的其他个性化服务

5.1

5.2

.....

二、乙方自愿接受服务项目，将自己的身体健康状况及变化情况及时告知甲方，积极配合甲方的服务。

三、甲方提供上述约定的免费服务项目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。协议双方可通过协商，增加、细化个性化服务项目，如涉及收费项目，则按照有关文件标准执行。

本协议书一式两份，甲方、乙方各执一份，自双方签字之日起生效，有效期为1年。有效期内，乙方如因居住地变更等特殊原因需解除协议的，可由乙方提出书面申请，经双方签字确认解约。有效期满后，乙方可选择续约或解约。

甲方（盖章）：

乙方（盖章）：

家庭医生：

年 月 日

年 月 日

解约时间： 年 月 日

解约原因：

甲方确认：

乙方确认：

区直有关单位：发改局、财政局、人社局、市医保中心鲤城管理部。

抄送：区委办，区人大办，区政协办。

鲤城区人民政府办公室

2017年7月27日印发
