

索引号:	11340711MB0U067252/202310-00016	组配分类:	部门文件
发布机构:	郊区卫生健康委员会	主题分类:	卫生、体育
名称:	关于印发《铜陵市郊区 2024 年家庭医生签约服务项目工作实施方案和考核细则》的通知	文号:	郊卫〔2023〕192 号
成文日期:	2023-10-19	发布日期:	2023-10-23
有效性:	有效		

关于印发《铜陵市郊区 2024 年家庭医生 签约服务项目工作实施方案和考核细则》 的通知

关于印发《铜陵市郊区 2024 年家庭医生签 约服务项目工作实施方案和考核细则》的 通知

乡（镇）人民政府、各办事处，各医疗机构：

现将《郊区 2024 年家庭医生签约服务工作实施方案和
考核细则》的通知印发给你们，请贯彻执行。

(此页无正文)

郊区卫健委

郊区财政局

郊区乡村振兴局

局

郊区残联

郊区医保

2023年10月19日

郊区 2024 年家庭医生签约服务项目工作 实施方案和考核细则

为进一步落实我区家庭医生签约服务项目工作，提升家庭医生签约服务质量，促进签约服务提质增效，推动分级诊疗和有序就医格局的形成，提高居民满意度，根据我区实际现制定本方案和考核细则。

一、工作指标

对有诊疗需求和签约意愿的全人群实现家庭医生签约服务，做到“签约一人、履约一人、做实一人”的原则。根据省、市会议部署，2024年郊区家庭医生签约服务项目全人群签约覆盖率 $\geq 60\%$ ；重点人群签约率 $\geq 85\%$ ，其中残疾人签约率 $\geq 85\%$ ；脱贫户及监测对象实行全覆盖签约。签约服务包执行率 $> 95\%$ ；签约服务包完成率 $> 90\%$ ；居民满意度 $\geq 80\%$ 以上。完善家庭医生签约服务支持机制建设，调动居民和家庭医生参与签约服务的积极性，加快推进家庭医生签约服务，促进基层首诊、分级诊疗。

二、签约服务对象及时间

(一) 服务对象范围。现阶段，对有意愿签约的全人群，重点对老年人、孕产妇、残疾人、脱贫户及监测对象（含脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）、计划生育特殊家庭成员以及慢性病患者、结核病和严重精神障碍患者等开展规范管理和健康指导服务。

(二) 签约服务时间。根据全市统一要求，家庭医生签约服务时间为 2023 年 10 月 1 日至 2024 年 9 月 30 日，签约协议服务有效期为 1 年。每位居民在签约周期内自愿选择 1 个家庭医生团队签订协议，按照协议内容约定双方的责任、权利、义务等，签约居民对协议签订时提供的证件、资料的合法性和真实性负责，并按照签约履约服务内容和约定支付相应的个人有偿签约服务费。脱贫户及监测对象、残疾人、计划生育特殊家庭成员实行免费签约。

三、签约服务内容

家庭医生团队要依法依约为签约居民提供基础和有偿服务。基础服务包括基本医疗服务和基本公共卫生服务。有偿服

务是在基础包服务内容之外，根据居民差异化的健康需求制定针对性的服务内容。

家庭医生团队应当结合自身服务能力及医疗卫生资源配置情况，为签约居民提供以下服务：

(一) 基本医疗服务。涵盖常见病和多发病的中西医诊治、合理用药、就医指导等。

(二) 公共卫生服务。涵盖国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。

(三) 健康管理服务。对签约居民开展健康状况评估，在评估的基础上制定健康管理计划，包括健康管理周期、健康指导内容、健康管理计划成效评估等，并在管理周期内依照计划开展健康指导服务等。

(四) 健康教育与咨询服务。根据签约居民的健康需求、季节特点、疾病流行、“乙类乙管”三类重点老年人群体情况，通过门诊服务、出诊服务、信息平台等途径，采取面对面、智医助理外呼等方式提供个性化健康教育和健康咨询等。

(五) 优先预约服务。家庭医生团队优先为签约居民提供本机构的专科科室预约、定期开展家庭医生门诊预约、预防接种以及其他健康服务的预约服务等。

(六) 优先转诊服务。家庭医生团队要对接紧密型医联体内牵头医疗机构相关转诊负责人员，为签约居民开通绿色转诊通道，提供预留号源、床位等资源，优先为签约居民提供转诊服务需求。

(七) 出诊服务。根据家庭医生团队实际服务能力，针对行动不便、符合条件且有需求的签约居民，家庭医生团队可在服务对象居住场所按规范提供可及的治疗、康复、护理、健康指导等服务。

(八) 药品配送与用药指导服务。为有需求行动不便的贫困人群、慢性病患者配送常用药品，并给予用药指导服务。

(九) 长期处方服务。家庭医生在保证用药安全的前提下，可为病情稳定、依从性较好的签约慢性病患者酌情增加单次配药量，延长配药周期，原则上可开具 4-8 周长期处方，但应当注明理由，并告知患者关于药品储存、用药指导、病情监测、不适宜随诊等用药安全信息。

(十) 中医药“治未病”服务。根据签约居民的健康需求，签约中医药服务特色包。居民在中医医师的指导下，提供中医药适宜技术、健康教育、健康评估、健康干预等中医药服务。

四、履约服务要求

家庭医生团队要为签约居民提供无偿和有偿服务包履约服务，无偿签约和有偿签约要根据居民的健康需求有针对性履约服务。手工录入系统健康体检内容必须要上传辅助检查报告单，附件图片姓名、时间要清晰可见，对体检的签约居民要有相应的健康评价和健康指导。体检录入日期和体检日期不能有逻辑错误，体检辅助检查报告单要在一个月内录入系统（体检日期和辅助检查单上日期误差不能大于一个月）。加强健康一体机使用情况，一体化管理医疗机构要实行调度、指导，开展督查工作。鼓励有条件的基层医疗机构关闭手工录入功能，打通数据连接，全面推行信息化手段获取数据，逐步提高家庭医生签约服务“真实性”。

五、签约服务经费

家庭医生签约服务费由区财政、基本公共卫生服务经费和签约居民个人付费等分担。同时积极争取区医保、区残联等部

门支持，拓宽签约服务费筹资渠道。签约服务费作为家庭医生团队所在基层医疗卫生机构收入组成部分，按照“两个允许”的要求用于人员薪酬分配，体现多劳多得。各乡镇级一体化管理的医疗机构要根据服务数量、服务质量、居民满意度、服务真实性等考核结果进行合理分配。

六、签约服务技术支撑

各实施单位要协调紧密型医联体牵头单位专科医生参与家庭医生签约服务，积极推动优质资源下沉，按照本地靠前的疾病和医联体支持情况，通过科室共建、带教示范等形式，探索培育本单位特色专科，提升本单位医务人员服务能力。全面运用“郊区身边医生”开展网上签约服务，履约服务内容全部标准化为工分值，家庭医生签约服务工作全过程纳入“两卡制”管理。运用智医助理外呼功能，开展签约服务惠民政策宣传、预约签约服务和履约提醒等工作。

七、签约服务工作要求

(一) 强化签约服务工作考核。区卫健委对辖区内基层医疗卫生机构签约服务工作实施进行半年、年终考核，以签约对象数量与构成、服务质量、健康管理效果、签约居民基层就诊比例、居民满意度等为核心考核指标。考核结果与基层医疗

卫生机构年终补助经费挂钩。结合质量系数、执行率、完成率等情况，按乡镇排名，对排名倒数第一、第二的乡镇级医疗机构扣减3万、2万的家庭医生签约经费，并奖励给考核排名前二名的乡镇级医疗机构。对考核排名倒数第一的乡镇医疗机构通报批评，并约谈主要负责人。一体化管理机构要按季度对村卫生室开展家庭医生签约服务工作进行督查，重点对签约率、履约完成情况、服务真实性、居民满意度等方面开展，考核结果作为村医家庭签约服务项目资金分配依据。

(二) 规范脱贫户及监测对象签约服务。根据区乡村振兴局监测对象明细表和“全国防止因病返贫动态监测系统”内实行更新数据，对有诊疗需求的脱贫户及监测对象实现全覆盖签约，重点对高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍等慢病患者开展规范管理与健康服务。重点签约服务对象未签约的，做好情况说明和记录留存村卫生室备查（附件3）；对长期外出或其他难以履约的脱贫户及监测对象，不硬性要求签约；对不在本辖区居住或无签约需求、无签约意愿的脱贫户及监测对象；对主观上有签约需求，但因长期外出或不在本辖区居住等原因难以履约的，原则上不签约。对已签约但实际难以履约的，经沟通协商，原则上征得对方同意和理解后进行解约，拒绝解约的，做好记录。村卫生室要加强对脱贫户及监测对象家

庭医生电子签约宣传，提高电子签约、电子签约协议知晓率，服务记录全面实行“两卡制”认证，取消纸质服务证记录履约内容。

(三)广泛开展宣传培训。各乡镇办要发挥政府主导作用，组织医疗机构开展形式多样的宣传活动，加强对现阶段家庭医生电子签约服务内涵和特点的宣传，合理引导居民预期。要积极挖掘树立服务质量好、百姓认可度高的优秀家庭医生典型，发挥正面示范作用，增强家庭医生职业荣誉感，提高社会认可度，为家庭医生签约服务营造良好的社会氛围。各乡镇级医疗机构要对辖区医务人员开展政策培训，同时加强对家庭医生团队常见病、多发病诊疗服务能力的技能培训，提升高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍等管理能力和儿科、康复、中医药、心理卫生等服务能力。

附件：1、铜陵市郊区家庭医生与城乡居民签约服务协议书

2、铜陵市郊区家庭医生签约服务包项目明细

3、脱贫户和监测对象重点人群未签约花名册

4、郊区2024年家庭医生签约服务工作考核细则

附件 1

协议编号□□□□□□□□

铜陵市郊区家庭医生与城乡居民签约服务协议 书

甲方：铜陵市郊区_____（乡镇办）_____（医疗机
构）

家庭医生：_____ 联系电话：

乙方：姓名：_____ 性别：_____ 年龄：

详细住址：_____（乡镇办）_____村（居、社区）
组

联系电话：_____ 选择签约服务类型：_____ 包

为充分发挥家庭医生职能，方便城乡居民获得基本医疗卫生服务和区域范围内可提供的自需服务项目，本着平等、自愿的原则，乙方自愿聘请甲方为签约服务医生，经双方商定，乙方自愿选择_____服务包，合计应收金额_____元，个人自付金额_____元（计生特困家庭、残疾人有偿包个人自付部分由相应部门支付）。特签订本协议。

一、服务类型

- (一) 65岁及以上老年人；
- (二) 高血压患者；
- (三) 糖尿病患者；
- (四) 严重精神障碍患者；
- (五) 其它。

二、甲方职责

按服务包项目内容执行

三、乙方职责

1. 如实提供健康相关信息。乙方家庭成员主动配合甲方开展上述服务，将身体健康状况、变化情况及其他健康相关信息及时、准确告知甲方，并保证相关信息的真实性、合法性。

2. 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。

3. 执行疾病防治措施。积极参与、配合甲方开展与疾病防治有关的各种活动，认真执行甲方为其制定的防病治病相关措施。

4. 反馈甲方服务情况。乙方对甲方的服务质量、效果等应及时告知甲方，以便整改提高；如对甲方服务不满意，可向基层医疗卫生服务机构投诉，乃至更换签约医生。

5. 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，其产生的后果由乙方负责。

6. 在协议签订后一次性缴纳服务费____元。

四、本协议一式贰份，甲乙双方各执壹份，协议自签订之日起生效，有效期壹年，期满后如需解约，乙方应提前1个月告知甲方，双方签字确定。不提出解约视为自动续约。

甲方（签名）： 乙方（签名）：

年 月 日 年 月 日

附件 2

铜陵市郊区家庭医生签约服务包项目明细

服务项目性质	服务项目内容	执行机构	年服务次数	结算标准(元)	服务包项目年总金额(元)	政府补助(包括医保、财政补助、机构让利、基本公卫服务)(元)	个人自付金额(元)
基本公共卫生服务	按签约对象类型提供基本公共卫生服务,更新完善电子健康档案。	村卫生室	年度内			按服务数量和质量兑现补助	
转诊指导服务	提供分级诊疗转诊服务指导、转诊预约、代购药品、合理用药等。	村卫生室	年度内				
基本医疗服务	电话咨询就医指导服务, 常见病多发病诊治	村卫生室	年度内				
付费项目	血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	10	0
	家庭巡诊	村卫生室	1	20/次	20	10	10
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	5	5
	合计					40	25
付费项目	血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	10	0
	糖化血红蛋白	乡镇卫生院	1	60/次	60	35	25
	上门巡诊	村卫生室	1	20/次	20	10	10
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	5	5
	合计					100	60
付费项目	血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	10	0
	肾脏 B 超	乡镇卫生院	1	40/次	40	20	20
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	5	5
	合计					60	35
付费项目	血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	10	0
	AFP.CEA	乡镇卫生院	1	70/次	70	40	30
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	5	5
	合计					90	55
付费项目	腹部 B 超(诊断早孕)	乡镇卫生院	1	40/次	40	30	10
	心电图	村卫生室	1	20/次	20	10	10
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	5	5

合计							70	45	25
付费项目	心电图	村卫生室	1	20/次	20	20	0		
	血糖	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	康复需求评估，填写残疾人精准康复手册，录入精准康复系统，依据康复评估，对照残疾人精准康复目录及时进行处置并转介，属医疗康复的就近转介基层康复机构，属功能补偿的向基层残联申请辅具服务并录入系统。	乡镇卫生院	1	40/次	40	40	0		
	开展健康指导与残疾康复、预防知识健康教育	村卫生室	1	0	0	0	0		
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	合计					80	80	0	
付费项目	上门巡诊	村卫生室	2	20/次	40	20	20		
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	合计					50	30	20	
付费项目	肝功能(谷丙、谷草、总胆)	乡镇卫生院	1	25/次	25	15	10		
	血常规	乡镇卫生院	1	15/次	15	10	5		
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	合计					50	35	15	
付费项目	上腹部 B 超	乡镇卫生院	1	40/次	40	40	0		
	血糖	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	心电图	村卫生室	1	20/次	20	20	0		
	血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	10	0		
	合计					90	90	0	
付费项目	妇科检查	乡镇卫生院	1	10/次	10	5	5		
	宫颈细胞学检查 (包括：取材、制片及阅片，TBS 描述性报告)	乡镇卫生院	1	30/次	30	20	10		
	数据上报及异常人群跟踪随访	乡镇卫生院	1	10/次	10	10	0		

	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	10	0
	合计				60	45	15
岁 腺 有 付 费 项 目	临床乳腺检查	乡镇卫生院	1	5/次	5	5	0
	乳腺彩色超声检查（采用 BI-RADS 分类进行评估）	乡镇卫生院	1	65/次	65	40	25
	数据上报及异常人群跟踪随访	乡镇卫生院	1	10/次	10	10	0
	健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	10	0
	合计				90	65	25

铜陵市郊区家庭医生签约服务包项目明细

人群类别	服务包名称	服务项目性质	服务项目内容	执行机构	年服务次数	结算标准(元)	服务包项目年总金额(元)	政府括医补助利、服务
脱贫户及监测户	基础包 (适用各类签约人群)	基本公共卫生服务	按签约对象类型提供基本公共卫生服务,更新完善电子健康档案。	村卫生室	年度内			按服务数量和质量兑现补助
		转诊指导服务	提供分级诊疗转诊服务指导、转诊预约、代购药品、合理用药等。	村卫生室	年度内			
		基本医疗服务	电话咨询就医指导服务,常见病多发病诊治	村卫生室	年度内			
	普通有偿包	付费项目	心电图	村卫生室	1	20/次	20	
			血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
		合 计					40	
	高血压 有偿包	付费项目	肾脏 B 超	乡镇卫生院	1	40/次	40	
			血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
		合 计					60	
	糖尿病 有偿包	付费项目	糖化血红蛋白	乡镇卫生院	1	60/次	60	
			血尿酸检测	村卫生室	1	10/次	10	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
		合 计					80	
脱贫户及监测户	结核病 有偿包	付费项目	肝功能(谷丙、谷草、总胆)	乡镇卫生院	1	25/次	25	
			血常规	乡镇卫生院	1	15/次	15	
			全胸片	乡镇卫生院	1	50/次	50	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
		合 计					100	
	严重精神障碍有偿包	付费项目	上门巡诊	村卫生室	2	20/次	40	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
			合 计					50

铜陵市郊区家庭医生签约中医药特色服务包

项目明细

人群类别	服务包名称	服务项目性质	服务项目内容	执行机构	年服务次数	结算标准(元)	服务包项目年总金额(元)	政医助基
65岁及以上老年人	老年人中医调理特色有偿包	付费项目	体格检查（血尿酸、血糖）	村卫生室	1	20/次	20	
			中医体质辨识	村卫生室	1	10/次	10	
			中医药健康管理和指导	村卫生室	1	10/次	10	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
			合计				50	
全人群	中医适宜技术升级包	付费项目	上门巡诊	村卫生室	1	20/次	20	
			健康评估和健康干预服务报告	村卫生室	1	10/次	10	
			中医药健康管理和指导	村卫生室	1	10/次	10	
			中医适宜技术，推拿、拔罐、刮痧，艾灸（四选一）	乡镇卫生院	1	30/次	30	
				乡镇卫生院	1	30/次	30	
				乡镇卫生院	1	30/次	30	
			合计				130	

附件 3

脱贫户和监测对象重点人群未签约花名册

备注：人员类别是指高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍 4 类重点人群。

附件 4

郊区 2024 年家庭医生签约服务工作考核细则

指标	二级指标	考核分值	评分标准
实 况)	有偿签约履约真实性（20 分）	20 分	家庭医生签约履约服务是否真实履约，系统数据是否与上传附件照片一致，辅助检查单上无姓名、检查时间视为不真实，一例不真实扣 5 分，扣完为止。
况)	慢性病患者、老年人、孕产妇、残疾人、脱贫户及监测对象（含脱贫不稳定户、边缘易致贫困户、突发严重困难户）、计划生育特殊家庭成员以及结核病和严重精神障碍患者等重点人群签约率（包括无偿签约）（15 分）	15 分	慢性病患者、老年人、孕产妇、残疾人、脱贫户及监测对象（含脱贫不稳定户、边缘易致贫困户、突发严重困难户）、计划生育特殊家庭成员以及结核病和严重精神障碍患者等重点人群签约率 ≥85%（包括无偿签约），重点人群签约率（总签约率）≥85% 得 15 分；不满 85%，按照比例得分，实际得分=15×重点人群签约率/85%。
	全人群签约覆盖率（5 分）	5 分	全人群签约覆盖率≥60%，得 5 分；实际得分=5×全人群签约覆盖率/60%
况)	家庭医生签约服务项目包（有偿+无偿）执行率（20 分）	20 分	实际得分=20×执行率/95%
况)	家庭医生签约服务项目包（有偿+无偿）完成率（20 分）	20 分	实际得分=20×完成率/90%
满意度)	体检报告录入日期、体检日期和辅助检查报告单日期（5 分）	5 分	随机抽取签约居民 5 名，查阅体检录入日期和体检日期是否有逻辑错误，辅助检查报告单是否在一个月内录入系统（体检日期和辅助检查单上日期误差不能大于一个月），发现一例扣 1 分，扣完为止。
	双向转诊（5 分）	5 分	是否开展双向转诊服务，内容是否填写完整。未开展不得分，信息填写不完整扣 0.5 分，扣完为止。
	签约居民合理用药、健康评估及指导合格率（5 分）	5 分	是否有完整体检表，根据体检结果填写相对应的健康指导记录。无体检表或体检表不完整，一例扣 0.5 分，扣完为止。
	签约居民知晓率、满意度（5 分）	5 分	每个基层医疗机构随机各抽取签约居民 5 名，电话调查是否知晓、是否满意，一例不满意扣 1 分，扣完为止。