

附件 1

家庭医生签约服务典型经验 交流材料汇编

目 录

做实签约 健全机制 全面构建家庭医生制度·····	
	上海市卫生计生委 (1)
当好“强基层”的帮手和“家庭医生签约服务”的推手·····	
	复旦大学附属华东医院 (6)
找准切口 抓住支点 务实管理 积极推进家庭医生签约服务·····	
	上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心 (11)
扎根社区 做好居民的健康管家·····	
	上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心全科医生朱兰 (16)
政府主导 部门协同 全面推进家庭医生签约服务工作·····	
	浙江省杭州市人民政府 (21)
全域覆盖 量质并重 扎实推进家庭医生签约服务·····	
	四川省成都市人民政府 (26)
个性化签约促健康 全方位举措助发展·····	
	江苏省盐城市大丰区人民政府 (31)
五项举措做实家庭医生签约服务·····	
	北京市月坛社区卫生服务中心 (37)
三师共管助力家庭医生签约·····	
	厦门市卫生计生委 (44)

做实签约 健全机制 全面构建家庭医生制度

上海市卫生计生委

上海市委、市政府高度重视医疗卫生事业发展，始终将发展社区卫生服务、构建家庭医生制度作为改革重点，在国务院医改办、国家卫生计生委的统筹领导下，积极探索家庭医生签约服务，通过“做实签约、夯实服务、健全机制”，推动建立高效、有序的医疗卫生服务体系。

一、做实签约，建立紧密服务关系

2011年上海启动家庭医生制度试点，以签约为主要任务，引导居民认识、接触与逐步接受家庭医生服务，我们称之为上海家庭医生制度1.0版。截至2016年，全市家庭医生共签约常住居民超过1000万人，签约率超过45%，家庭医生与居民的签约服务关系正在逐步建立。

2015年11月，在家庭医生签约基础上，上海启动了“1+1+1”医疗机构组合签约试点（即居民可自愿选择一名家庭医生签约，并可再从全市范围内选择一家区级医院、一家市级医院进行签约），优先满足本市60岁以上老年人、慢性病居民、孕产妇、儿童等重点人群签约需求，着力打造家庭医生制度“2.0”版，力求通过进一步紧密签约服务关系，提升家庭医生初级诊疗能力与健康管理能力，逐步建立起分级诊疗制度，全面实现家庭医生守门人职能。截至2017年

一季度，上海共有 218 家社区卫生服务中心启动“1+1+1”签约试点，覆盖上海 90% 的社区，已签约“1+1+1”居民超过 160 万人，其中上述社区 60 岁以上老人签约率已超过 37%。

二、夯实服务，引导就诊下沉社区

“1+1+1”签约后，居民在签约医疗机构组合内就诊，或通过家庭医生转诊至其他医疗机构，在就诊流程、预约等待、配药种类、配药数量等方面均可享有优惠服务政策。

（一）实现预约优先转诊

上海已搭建市级优先预约号源信息化平台，上级医院拿出 50% 的专科和专家门诊预约号源，提前 50% 时间优先向家庭医生与签约居民开放，目前接入 35 家市级医院，7700 余名专科医生，每天有超过 1 万个门诊号源优先预留给家庭医生，实现签约居民优先转诊。

（二）实现慢性病用药“长处方”

对于服务依从性好、病情稳定的慢性病签约居民，家庭医生可一次性开具 1-2 个月药量，并通过多种形式对签约居民进行用药后的跟踪随访，在保证医疗安全与效果的基础上，减轻往返医疗机构次数。

（三）实现延续上级医院处方

经家庭医生转诊至上级医院的签约居民，再回到社区就诊时，家庭医生可延用上级医院专科医生所开具处方中同样的药品（包括社区本地药库中没有的非基本药品），并通过

第三方物流免费配送至社区卫生服务中心、服务站、居民就近药房或居民家里，满足社区居民针对性用药需求。社区卫生服务中心已开具“延伸处方”超过 27 万张。

（四）实现针对性健康管理

家庭医生接受居民多种形式健康咨询，为居民健康出谋划策，对签约居民进行定期健康评估，根据健康评估结果，按照签约居民不同健康需求，制定符合其个体情况的针对性健康管理方案，并予以跟踪实施。

2017 年，已签约“1+1+1”医疗机构组合的居民，门诊在“1+1+1”签约医疗机构组合内就诊近 80%，在社区卫生服务中心就诊超过 70%，在签约社区就诊也达到 60%，比上年同期增加 1.2 个百分点。同时，人均就诊频次比上年同期下降 0.56 次。体现出签约居民就诊下沉社区效应初显，不必要的诊疗频次得到初步控制。

三、健全机制，形成系列配套支撑

（一）打造社区卫生平台机制

把社区卫生服务中心打造为政府履行基本卫生职责的公共平台、全科医生执业的工作平台、市场资源引入的整合平台、居民获得基本医疗卫生的服务平台、“医养结合”的支持平台。充分发挥平台的开放属性，通过平台整合各类体制内与市场资源，对家庭医生提供资源支撑。

（二）建立政府购买服务机制

上海制订了 6 大类 141 项社区卫生服务基本项目，引入标化工作量，作为基本项目的“度量衡”。在此基础上，建立与标化工作量对应的岗位设置、绩效评价、财政补偿、薪酬核定标准，为政府购买服务提供了量化手段，促进政府职能转变和管理精细化。

（三）构建队伍发展持续机制

一手抓培养人，把全科医生培养纳入住院医师规范化培训，2010 年以来累计招录 2000 余人，900 余人完成培训后全部“下沉”社区。目前上海全科医生数约 7000 人。一手抓留住人，推进符合社区卫生服务特点的薪酬制度改革，提高社区高级职称比例（从 3%-5% 提高到 6%-10%），评审中强化具有社区特点的技能、业绩考核，让全科医生职业发展“更有盼头”。

（四）探索签约服务激励机制

在长宁、徐汇等区试点按照有效签约人头支付签约服务费，结合服务质量与效果，探索医保按人头支付的制度雏形。在“1+1+1”签约试点中，将在全市逐步推广家庭医生管理医保费用试点，细化签约服务考核指标体系，建立配套的签约服务费激励机制，促使家庭医生主动服务，激发生产活力。

（五）加强优质资源联动机制

强化公立医院对社区的支撑，各公立医院均成立社区卫生对接服务部门。组建区域性影像、检验、心电诊断中心，

实现社区诊断水平同质化。充分利用信息化技术，支撑公立医院、公共卫生机构和社区协同开展居民健康管理，推动“全专结合、防治结合”。

（六）贯穿信息技术支撑机制

上海已建立了电子健康档案和电子病历两个基础数据库，实现市、区公立医疗卫生机构互联互通和数据共享。市级数据中心已集聚超过 200 亿条的诊疗数据，并以平均每天 1800 多万条的速度增加。配合家庭医生制度构建，建立社区卫生综合管理平台 and 分级诊疗的支持平台，支撑预约转诊、处方延伸、药品物流配送、绩效考核管理等改革举措的实施。开发社区卫生服务综合管理 APP，可自动采集、实时掌握上海每个区、社区、家庭医生具体签约情况、诊疗流向、频次费用、健康管理结果等，形成“公开透明、客观动态”的评价机制。

今年年内，“1+1+1”医疗机构组合签约试点将拓展至上海所有社区。到 2020 年底，我们将力争将家庭医生服务覆盖全市所有家庭，让医疗资源分配和利用更加有序有效，让广大市民享有更有效、更便捷、更安全的医疗卫生服务。

当好“强基层”的帮手 和“家庭医生签约服务”的推手

复旦大学附属华东医院

我院成立于1951年，其前身是建于1921年的宏恩医院，是上海首批三级甲等综合性医院。现有开放床位1500张，在职员工2235人。我院老年医学科是国家临床重点学科、上海市重中之重学科，中医老年科是国家中医药管理局重点建设专科。

我院与毗邻的长宁区卫计委，自2006年4月起就开展了纵向医疗资源整合，进行全面技术合作。至2017年3月，已签署了第六轮合作协议，协议的内容随着时间的推移也在不断地深化、细化。特别是2013年3月第四轮签约中，就明确提出了要全面支撑社区家庭医生工作的主题。

十年来，我们所以能坚持这样做，一是作为大型公立医院责无旁贷地要带头履行好公益性的职责；二是为了更好地提升医院的综合竞争力，大医院医疗、教学、科研的发展、现代医院的建设离不开社区卫生这个广阔的平台；三是三甲医院必须审时度势，积极投身医改，尽早参与到分级诊疗和双向转诊的体系中去。

通过实践，我们体会到三级医院应当当好“强基层”的帮手；“双向转诊”、“分级诊疗”、“家庭医生签约服务”的推手；当然三级医院自身也必须当好诊治疑难重危病人的

“高手”。具体做法是：

一、当好“强基层”的帮手

从2006年起，我们组建了由67位副高以上职称的10个专家团队，与长宁区10个社区卫生服务中心“一对一”结对。每个团队至少有6名专家，团队长均为正高职称专家，并根据各社区卫生服务中心需求安排专业。

我们的着力点始终是聚焦在提升家庭医生的能力素质上，想藉此提高居民对家庭医生的信任度和家庭医生与居民签约服务的“底气”。我们采取了八种形式进行支撑：**一是**每个专家团队每周轮流派出专家和家庭医生一起进行查房和疑难病诊治。专家带教家庭医生诊治疑难病患者2874例；**二是**专家团队到社区卫生服务中心给家庭医生进行业务培训和授课。共进行了236次；**三是**根据各社区卫生服务中心的人才培养计划，开展师徒结对活动，对家庭医生进行“一对一”的带教。根据每位家庭医生的自身特点和社区卫生服务中心的需求，量身定制培养计划。近三年来，仅为周家桥社区卫生服务中心就带教了13名家庭医生骨干，为虹桥社区卫生服务中心带教了10名青年骨干人才；**四是**安排家庭医生到我院专科进修。共有164位家庭医生完成了进修计划；**五是**安排家庭医生来医院参加教学查房。近十年来，共组织了95次；**六是**专门印制了67位专家联系手册。家庭医生给居民诊治过程中遇到难题，可24小时通过手机或微信等方

法随时咨询我院各科专家，专家们真心诚意当好家庭医生背后的医生；**七是**帮助家庭医生一起申报课题，合作开展科研。近十年来，家庭医生参与了我院 105 项科研课题的工作，逻辑思维和科研能力有较大的提高；**八是**开展“双义诊”制度，每次为居民义诊，专家旁边都带着家庭医生。通过这些举措，许多家庭医生的医疗工作水平取得了长足的进步，如参加师徒结对的周家桥社区家庭医生陈华荣获 2016 年“中国医师奖”；华阳社区家庭医生石向东荣膺“全市社区好中医”称号，各社区家庭医生与居民的签约服务率也在不断递增。

二、当好家庭医生签约服务的推手

要提高家庭医生服务签约率，要增强居民对“1+1+1”分级诊疗模式的认可度，三级医院畅通双向转诊绿色通道，不断增加居民的获得感至关重要。为此我院采取了以下几项措施：**一**是从 2013 年起设立了专门的“社区双向转诊办公室”，归属于门急诊部管理；**二**是抽调专职人员，专门接待社区家庭医生转诊来的病人，落实“五个优先”，即：优先预约专家门诊、专科门诊、整合门诊；优先安排大型设备检查；优先安排会诊；优先安排病房；优先安排手术；**三**是从 2015 年起，开设了社区转诊病人专科分诊门诊，由正高级全科主任医师坐诊，为转上来的社区病人分诊把关，避免因症状和专科不符而多费周折。我们的上述做法与家庭医生的需求也基本一致，调查 157 位家庭医生“您希望转诊到三级医

院的病人解决什么问题？”，调查结果是，希望明确诊断的占 33.59%；希望进一步做大型设备检查的占 27.91%；希望调整治疗方案的占 18.69%；希望住院治疗的占 15.77%。近十年来，我们接待了由家庭医生转诊来的病人约 4579 人次。近期，为转诊来的病人又专设了挂号收费窗口和志愿者陪同就诊服务，受到了广泛的欢迎。

下转的病人通道也在实践中逐步畅通，如虹桥街道社区卫生服务中心为我院骨科专门设置了手术后的康复病房。2015 年到 2016 年两年中，骨科下转病人 150 人。

三、当好诊治疑难重危病人的高手

作为三级甲等医院，必须强自身，要当好诊治疑难重危病人的“高手”。“要服众必须出众！”三甲医院在分级诊疗中，要不断提升诊治急难重危和疑难复杂疾病的能力，要不断打造优势学科和特色品牌；要不断攻坚克难，填补空白，推陈出新；要利用现代化信息技术，不断优化就医流程；要不断提高质量、改善服务、便民利民、降低费用。

十年的探索取得了双赢的成效，三甲医院在当好“强基层”的帮手、“双向转诊、家庭医生签约服务”的推手、诊治疑难危重病人的高手，履行公立医院责无旁贷的公益职责的同时，也扩大了医院的影响力；此举为居民签署“1+1+1”分级诊疗模式，打下了定向选择三级医院的基础。长宁区首批进行“1+1+1”分级诊疗试点的两家社区，即华阳社区和

新泾社区，截至 2017 年 2 月底，分别签约 37389 人和 54094 人，三级医院基本签约华东医院。教学相长，我院专家团队在与社区医疗资源整合的过程中，也向家庭医生在爱岗敬业、与居民沟通和社会工作等方面，学到了很多，有效地提升了我院医院文化的境界和员工的素质。今后我们将在各级领导的带领下，继续为深化医改，为建设健康中国、健康上海，作出最大的努力。

找准切口 抓住支点 务实管理 积极推进家庭医生签约服务

上海市浦东新区潍坊社区卫生服务中心

从2010年起，潍坊社区卫生服务中心在上海市实施家庭医生签约服务的整体政策架构下，以重点人群为切入点，坚持分类分层原则，探索“全专结合”的诊疗模式，依托信息化平台，以提升全科医生能力水平和激发团队内部改革活力并重，取得一些工作成效。

一、人群分类、找准需求，提高签约服务的“精度”

做好家庭医生签约服务，就要让居民的健康需求得到切实的满足。而现阶段存在全科医生数量不足、社区居民健康需求各不相同的情况。我们在实践中遵循了“人群分类、服务分层、助理协同、循序渐进”的原则，根据不同人群的不同健康需求以及家庭的自然属性，将社区居民分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ类人群。Ⅰ类人群是60岁以上的老年人、慢性病患者、孕产妇、儿童、残疾人等重点服务对象；Ⅱ类人群，即重点人群的家庭成员；Ⅲ类人群，即除去Ⅰ、Ⅱ类人群的其他社区人群。对于Ⅰ类重点人群，我们做到“一对一”签约，责任到人，优先解决医疗需求；对于Ⅱ、Ⅲ类人群，我们按居委分区，责任包干，特别做好慢病筛查管理。通过对服务人群的科学分类，借助家庭医生签约，给予针对性的服务和干预，提高我们服务的精准度。

此外，我们在服务中还引入了家庭医生助理员的角色，协助家庭医生把签约服务做细、做实，全科团队内部的合理分工，提高了服务效率。“分层分类、点面结合”的签约服务模式，既有助于实现有限的医务人员全覆盖参与开展家庭签约服务，又有效满足了居民不同层次的服务需求。截至3月底，我们管辖社区60岁以上的社区居民的签约比例达到了42.16%。

二、配套落实、延伸服务，拓展签约服务的“广度”

按照上海市家庭医生签约服务的政策设计，一些群众得实惠的配套措施得以落实，居民签约后可从家庭医生服务中得到慢性病长处方、延伸处方、上级医疗机构专家号源、医保支付比例倾斜等优惠政策。这些政策的实施，让稳定的慢性病患者在社区得到更便捷的药品支持，让急症的患者在社区得到优先的诊疗流程，让社区首诊的患者得到诊疗费用的优惠，从而有效地促进了社区居民与家庭医生的签约服务。居民就诊下沉社区的趋势显露，目前我们社区“1+1+1”签约组合内的就诊比例达到83.79%，组合内签约社区就诊率达到65.98%。

同时，在我们社区还有很多商住楼宇，以白领青年为主，这也是实施家庭医生签约服务的重要内容。自2015年底，我们以全科团队的形式参与进行浦东新区假日酒店健康功能社区的建设，提出“五个一”的功能社区建设目标，即“一

个全科团队，一份健康档案，一次健康体检，一份评估报告，一个网络平台”。功能社区的签约模式，注重满足楼宇、企业等各个年龄层次的不同人群的健康需求和健康评估。随着配套政策的进一步落实，我们立足基本需求，关注特定人群，家庭医生签约服务的广度不断拓展。

三、院校合作、全专接轨，提升服务能力的“高度”

家庭医生技能提升是做好家庭医生签约服务的根本保障。为更好加强医学院校对社区卫生服务的支持，促进优质医疗资源下沉社区，推动医疗联合体的分工协作，自 2013 年起，我中心在全市率先挂牌成为“复旦大学上海医学院潍坊社区卫生服务中心”，并与复旦大学附属中山医院全科医学科紧密合作，开展了“中山—潍坊”教学门诊，以祝墀珠教授为主的全科医学专家深入社区、言传身教，在我中心已带教规培全科医生 20 人，进行教学门诊人次 4000 多人次。目前，这一模式在上海已拓展到 6 家社区卫生服务中心，有效规范带动全科诊疗能力的提升，使得三级医院专家能够真正“沉的下、做的实、托的准、可持续”。

我们开展区域医疗机构联合协作，着重建立社区的心血管、内分泌等多学科的专病协作门诊，家庭医生做到在服务中专科跟师学习、拟定分级诊疗共识，通过家庭医生和专科医生的深度合作，打造了全专结合的服务模式，持续地提升基层医疗服务的能力和水平，不断提高社区居民对家庭医生

的信任度和依从性。

四、外强保障、内建机制，呵护家医服务的“热度”

做好家庭医生签约服务，关键还要做好家庭医生的保障机制，建立良好的内部竞争环境，不断提升医务人员的获得感和投身服务的热情。实施家庭医生签约服务后，浦东新区政府对家庭医生的薪酬给与了重点倾斜，每年增加家庭医生签约服务人员经费1万元/人/年，中心内部也根据标化工作量的情况，对签约服务的重点环节工作量给予系数倾斜。参与签约服务的30名全科医生，2016年较2015年个人收入平均增长2.5万。在服务中，为家庭医生的职业发展构建平台，家庭医生中先后有8人次入选浦东新区学科带头人、优秀青年医学人才和适宜人才培养。我们还为单身全科医师提供“医师公寓”，解决他们的住房困难。只有让家庭医生“心头暖”，才能保证他们签约服务中“身子热”。

2013年，浦东新区支持我中心建立了全科医生实训中心和教学中心，成为上海市全科医生实训和评估基地。连续3年对浦东新区所有在册的1300余名家庭医生进行技能培训和考核，根据考核结果对家庭医生做出星级评定，并对社区居民公示，作为居民签约的重要参考依据，并与绩效收入挂钩。2016年，经实训中心技能评价，浦东新区家庭医生中，五星级家庭医生占8.11%，四星级全科医生占31.8%，星级评定与公示大大提高了家庭医生技能提升的内在动力，也为

签约服务和健康管理夯实了智力基础。

家庭医生签约服务是深化社区卫生服务改革的重点工作，需要我们冷静分析、审慎实施、务实创新、稳步推进。我们关注科学的签约机制的建立，也关注家庭医生能力的持续提升。我们相信，在政府的高度重视下，在基层医务人员的共同努力下，家庭医生签约服务一定能够助力分级诊疗和健康中国梦的实现！

扎根社区 做好居民的健康管家

上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心全科医生朱兰

我是来自上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心的家庭医生朱兰，非常荣幸能参加全国家庭医生签约服务现场推进会，向大家汇报近几年来推进社区卫生改革的进程中，我作为一名工作在基层一线的医务人员的经历与体会。

一、转变角色，从专科医生转型为全科医生

我于1998年毕业于武汉同济医科大学，毕业后分配进入上海徐汇区日晖医院，先后在门急诊、重症监护室工作。19年来，我经历了三种角色的转换，从一名心内科的专科医生，到全科医生，再到家庭医生。我的关注点也从一种种疾病、一个个器官，到病人本身，并逐渐延伸至整个家庭的健康。记得刚工作时，面对门急诊始终的人满为患，看着病人“小病拖成大病”的痛苦眼神……我经常陷入思索：如何从源头上减少并解决这些问题？2005年，为了适应社区卫生改革需要，我所在的区级医院改制为社区卫生服务中心。我通过转岗培训，成为了一名全科医生。

在作为全科医生深入社区的工作实践中，我意识到：如果说专科医生是在下游救治落水者上岸，那么我们全科医生的职责就是在上游阻止人落水。要解决自己刚工作时曾思考的那些问题就是要大力发展关口前移的基层卫生保健，做好

全方位的健康管理，真正做到使居民不生病、晚生病、生小病，而全科医生无疑是承担这些使命的最佳人选。

二、顺应改革，落实家庭医生签约服务

我们中心作为上海市第一批开展家庭医生制度试点的单位，从2011年5月30日开始，启动了覆盖全人群的家庭医生签约服务工作，至今已有近6年时间。期间，我先后经历了准备、签约、信息核实更新、分层分类健康管理服务等四个阶段。我们制定了《家庭医生工作手册》和《家庭医生管理手册》，成立了15个家庭医生工作小组，深入社区，采用集中签约、就诊时签约、上门服务时签约、网络签约等方式，取得了较好的效果。我们制定包括健康管理、慢病防治、预约服务、家庭病床等在内的10大类18项内容的家庭医生工作服务包，根据健康家庭、高危家庭、慢病家庭、残疾家庭等不同类型，为签约家庭提供全覆盖、全方位、全生命周期的健康管理服务；我们家庭医生的手机不管是休息时还是节假日都始终对签约居民开放，让她们在遇到任何与健康有关的问题时，都能在第一时间找到自己的家庭医生，获得帮助和指导。截至目前，我所在的团队每位家庭医生人均签约1068户，签约率达70.1%，应该说，通过签约服务，居民对我们的信任度和依从性逐渐提高。与之相应的，我们家庭医生在整个卫生服务体系中的地位也得到了不断的提高。日常工作中有时穿行在里弄小巷，总能听到居民们一声

声亲切的“小朱医生”，甚至有几位老奶奶一直跟我说：在我们心中，你就家人一样亲...，这些都是工作中鼓舞我们家庭医生不断前行的动力。

2015年开始，按照全市部署，我中心进入了新一轮的社区卫生服务综合改革，推出的系列具体举措，比如“1+1+1”组合签约，延伸处方、慢病长处方、双向转诊等服务，这些措施更让百姓切实感受到就诊更方便，费用进一步的降低，得到了居民的真正欢迎，随之对家庭医生的依从性也更为提升。以前签而不利用社区卫生服务的居民，现在也能够真正下沉到社区，这次改革也被许多媒体誉为“最接地气的医改”。

三、深入社区，争做社区居民健康的守门人

对家庭医生来说，自2011年至今，我们自身的服务意识、服务理念和服务模式也发生了很大的转变。我们在工作中的感受和收获主要表现在：

一是从以往“坐在诊室和病房等病人上门”的被动服务，转变为“走进社区，深入家庭”的主动服务。我在去年参加国家卫生计生委组织的家庭医生事迹报告团时，曾将其概括为三次“出走”，即从诊室走到社区，从医院走到大学，从国内走到国外。三次“出走”，促使了我的服务理念和服务模式的转变，实现了服务能力的提升，使我从一名普通医生成长为获得“中国医师奖”、“最美医生”等诸多荣誉的全科

主任医师。

二是从以疾病诊疗为服务主线，以“预防关口更前移、针对性更强的分类分层健康管理”为工作重点。我率先在社区开展慢性病群组干预管理，在我的病人中，有一个全家与我有三代渊源的陈阿姨，她本人是一名难治性高血压伴微量蛋白尿患者，通过群组干预管理，陈阿姨的病情得到了有效控制。由于新的管理模式具有病人依从性高、易推广、成本低等特点，我曾受邀在中华医学会全科分会、全国社区卫生服务经验交流会等多次大会上就此模式进行交流，为同类社区的慢病管理提供了借鉴。作为与居民一线接触的医生，我们也力争将肿瘤及其他大病、重病筛查的第一关留在社区。

三是从以个体为中心，发展为以家庭为中心。家庭的结构、功能、生活周期等与个体的健康息息相关，我们在社区实践中不仅考虑服务对象的生物性问题，还学会进一步关注其心理、社会、家庭支持、家庭功能等问题。我们积极参与“新家庭计划—家庭发展能力建设”项目，不断提升居民的健康素养。

当然，在实施家庭医生服务中，我们也有些许困惑和建议，比如说，我们现有的家庭医生的数量和能力，离居民的健康需求仍有一定差距，需要有更多的医务同道来一起从事家庭医生的工作；比如说，一些受老百姓欢迎的的举措是否可以更多、更广，希望延伸处方的范围能进一步扩大，慢病

长处方涉及的病种可适当增加，双向转诊能更通畅、更便捷等。又比如说，对于年轻的家庭医生们，不仅要有扎实的包括临床医学、预防医学、心理学、康复医学等在内的专业技能，还要擅长医患沟通，精于社区事务管理和各类资源整合调配，希望政府在更多的政策和制度设计上，吸引年轻的家庭医生留在社区，让他们更加热爱家庭医生这份工作，真正做好居民身边的健康守门人。

政府主导 部门协同 全面推进家庭医生签约服务工作

浙江省杭州市人民政府

杭州市认真贯彻国家和浙江省医改部署，2014年在主城区率先试行签约服务基础上，2016年底实现签约服务制度城乡全覆盖，让全科医生走进更多的百姓家庭，让老百姓有更多的健康获得感，也为建立分级诊疗制度打好基础。

一、主要做法和特点

（一）政府主导，顶层设计推动制度创新。各级政府牵头组建由政府分管领导任组长，相关部门负责人为成员的工作协调小组，共同研究家庭医生签约服务政策和机制创新，协调解决工作推进中的困难和问题。2014年以来市政府相继出台多个签约服务政策，并在国内率先进行地方立法，从服务模式、经费保障、绩效考核、激励机制、技术支撑等方面全方位架构起杭州模式的家庭医生签约服务制度。根据市级层面的顶层设计，各区、县（市）政府也全部出台相关落地政策，使家庭医生签约服务全市全面推开。

（二）部门协同，政策联动促进落地见效。一是丰富签约服务内涵使服务有拓展。我市家庭医生签约服务包括政府基本型签约服务和个性化签约服务，基本型签约服务包含三方面服务：提供一个医生朋友，家庭医生成为签约对象的全

天候朋友，随时提供医疗保健咨询服务；提供基本医疗服务，家庭医生要为签约对象提供优质的诊疗服务和精准转诊服务，配备满足签约对象需求的常用药品，提高签约对象的依从性；提供健康管理服务，家庭医生成为签约对象的健康管家，将健康管理责任落到实处。二是落实签约服务费让服务可持续。建立市、区两级财政和个人共同分担的签约服务经费保障政策，主城区每人每月10元（全年120元），签约对象承担10%，市财政承担25%，区财政承担65%。签约服务费实行专款专用，不纳入绩效工资总额，向开展签约服务的家庭医生及团队倾斜，体现多劳多得，优绩优酬，充分调动家庭医生签约服务工作主动性。三是医保政策倾斜让患者得实惠。签约的参保对象选择社区首诊，其门诊医保起付标准下降300元；其中城乡居民医保参保人员通过签约医生转诊至上级医院产生的诊治费用按基层报销比例直接结算。四是完善物价政策体现服务价值。兼顾供需双方，提高家庭病床建床费、家庭病床巡诊费、出诊费收费标准并纳入医保报销范围，为基层医疗卫生机构开展家庭病床服务等居家医疗奠定基础。

（三）夯实基础，提升签约服务工作内涵。一是强化家庭医生队伍建设。市政府一直将社区卫生服务体系建设和优先发展的位置，不断加强基层医疗卫生服务队伍建设，我市取得全科医生岗位培训全科证书人数达3946人，每万人

口注册全科医生数达 4.51，其中中级以上职称人数达 1525 人。全市开展签约服务的全科医生数达 2809 人，同时，为家庭医生配置了由社区护士、药剂师、专科医师和康复师等组成的助手，以签约居民需求为导向开展签约后各项服务。

二是强化家庭医生服务能力培训。针对工作实际，精心设计各类培训项目，如覆盖到所有家庭医生的临床技能系列培训，为每个机构培养高血压、糖尿病、冠心病、呼吸系统疾病和血脂异常等基层常见疾病诊治的首席医生（专病医生），与上级医院专家建立导师关系，开展家庭医生领导力和沟通能力培训，全方位提升医疗服务和管理能力，担当起家庭医生的责任。**三是创新签约服务管理模式。**建立了分人群管理、精细化服务模式，利用信息化平台，根据签约对象具体情况，制定签约服务工作计划，将服务责任落实到家庭医生；赋予家庭医生团队人员调配权和经费分配权，提高签约后服务质量，使签约居民有更多的获得感。

（四）上下联动，强化签约服务技术支撑。一是借助信息化，创新优质资源共享。以信息化为载体，建立临床影像会诊中心、临床心电会诊中心、消毒供应中心和慢病联合诊疗中心等“四大中心”，使签约居民在家门口的基层医疗卫生机构可享受到上级医院专家的免费会诊服务。二是构建医联体，促进大手牵小手。组织市级医院与辖区社区卫生服务机构组建医联体，实施医疗资源统筹管理、有序开展双向转

诊，强化医疗服务的协同性、连续性，使居民就近享受到便捷、优质、连续的同质化医疗服务。三是建立技术通道。建立全市统一的连接所有省、市级医院和基层医疗卫生机构的双向转诊平台，具有转诊预约、转诊检查、电子病历上载下传、转诊满意度评价等功能，建立号源池，市级医院提前两周开放固定号源到双向转诊平台，让签约居民有优先转诊的服务。

（五）强化考核，签约服务质量持续提升。实行市、县（区市）和签约服务机构三级考核机制，每年由各级财政、人力社保和卫生计生三个部门联合印发年度绩效考核办法，原则上市级考核每年组织一次，县（区、市）级考核每年至少两次，开展签约服务机构对家庭医生签约服务工作情况考核至少每季度一次。市级考核委托第三方调查机构实施，通过采取查阅资料、现场考察、平时检查记录和签约居民电话回访等形式，覆盖到每位参与签约服务的家庭医生。考核结果与经费拨付挂钩，促进各地政府和基层医疗卫生机构落实政策，做实家庭医生签约服务。

二、工作成效

（一）签约服务的覆盖面越来越广。签约居民得到实惠，签约居民数量逐年增长，主城区签约数从2015年的52万上升到2017年的80.8万，覆盖率达30%以上，重点人群达64.19%，其中，60岁以上老年人320245人。全市签约总人

数已达 173.2 万人，其中 60 岁以上的老年人比例达 42.50%。

（二）分级诊疗的成效越来越明显。2016 年签约居民社区卫生服务机构就诊率达到 64.67%，转诊到省市医疗机构就诊的比例控制在 15%以下。根据市医保部门数据，2016 年城镇职工医保签约人群社区就诊率为 63.36%，未签约人群为 48.50%。基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心和乡镇卫生院）占总诊疗人次的比例从 2014 年的 50.71%上升到 2016 年的 53.86%，其中社区卫生服务中心门急诊人次增长幅度高于市级医院。市医保基金支出增速从 2016 年开始出现了增幅下降趋势。

（三）签约群众和医务人员反响越来越好。第三方调查显示，2015 年和 2016 年签约居民总体满意率分别为 95.2%和 98.6%。从 1534 名城镇职工参保的高血压患者签约前后数据显示，社区就诊率从签约前 54.82%提高到 65.33%，年人均医疗费用从 8240.15 元下降到 7789.38 元，自理费用从 1047.93 元下降到 830.17 元，群众得到实惠，医保资金得以节省。同时，签约服务增强了全科医生签约服务的有效性和主动性，基层医务人员对签约服务普遍持肯定和积极态度，认为能够体现医务人员的价值，做到了多劳多得。供需双方对签约服务认识逐渐从“要我签约”转变为“我要签约”。

全域覆盖 量质并重 扎实推进家庭医生签约服务

四川省成都市人民政府

成都市委市政府高度重视家庭医生签约服务工作，将家庭医生签约服务作为深化医改的重点工作和建立分级诊疗制度的关键措施，纳入市政府民生目标全面推进。现将有关情况汇报如下。

一、主要做法

（一）抓团队建设，逐步提高服务能力。一是合理设置准入条件。将具备行医资质作为开展家庭医生团队签约服务的基本条件，向所有执业医师（包括中医师，农村放宽到助理医师）开放，并且允许符合条件的个体诊所医务人员开展家庭医生签约服务，要求所有在岗乡村医生加入家庭医生团队，有效缓解了基层人员紧张状况，也让这些医务人员在工作中自觉树立全科理念，逐步转化为全科医生。2016年基层机构开展签约服务的临床医生达4698人。二是合理组建服务团队。将家庭医生团队分为基本型、标准型、提高型，基本型为“医生+护士+公卫人员”，标准型为“全科医生+（社区）护士+公卫人员”，提高型为前两型+上级医院医生。各团队根据需要还分别加入心理咨询师、营养师、社区工作人员、志愿者等。全市组建家庭医生团队2162支，其中基本

型占 21.4%，标准型占 26.8%，提高型占 51.8%，平均每个团队 6.3 人。三是积极开展签约服务实用技能培训。我市采用“社区人培养社区人”方式，建立了 11 家基层培训基地，并与高校合作，通过转岗培训、规范化培训，乡村医生培训、全科实用技能培训等形式，基层人员培训率达到 80%以上，共有 4500 余名医务人员获得全科执业资质，全科医师比例达到每万人 3 名。

（二）抓项目设计，不断深化服务内涵。 我市将家庭医生签约服务分为政府全额支付、居民固定支付和居民协议支付三种类型，前一类为“免费签约”，后两类为“有偿签约”。政府全额付费签约服务主要为基本公共卫生服务项目，居民不支付任何费用。个人固定付费签约服务是在政府全额付费签约服务基础上，全市统一推荐服务项目和收费标准，签约服务费用由居民支付。个人协议付费签约服务是根据签约居民个性化需求，由基层机构与居民签订契约并协商收费。目前，全市已研制政府全额付费签约服务包 9 个，居民固定付费签约服务包 21 个，基层机构相继推出居民协议付费签约服务包 80 个，全市有偿签约 4 万余人。

（三）抓流程再造，不断提升服务体验。 一是规范签约服务流程。根据签约服务需要，将公卫、全科、专科诊疗有机融合，优化“儿科—儿保（口腔、眼科）—计免—中医”、“全科—门特—慢病管理—中医”等流程，更加方便签约对

象享受服务。二是设立服务专区。随着签约服务规模扩大，基层机构成立了家庭医生签约服务工作站，设立专用服务区域，开通一站式服务绿色通道，使预约体检、接种、就诊、咨询、住院、辅检，联系转诊、专家会诊等一站完成。三是推进服务前移。结合社区医养结合、精准扶贫、残疾人康复、流动人口服务等工作，开展家庭医生进社区（机关、工地、园区）活动，在日间照料中心、社区院落建立“家庭医生工作室”，实现家庭医生团队“零距离”服务，目前全市已设置了140多个家庭医生工作室。

（四）抓绩效考核，引导分配机制调整。一是实施分级考核。我市家庭医生团队绩效考核分为机构、县、市三级考核，考核指标包括团队建设、签约情况、基本医疗服务、基本公共卫生服务、效果评价等50个指标。二是考核结果量化挂钩。考核结果与用于签约服务的基本公共卫生服务补助经费、签约服务财政专项经费挂钩，最后体现到机构拨款和团队、个人绩效分配上。三是调整绩效分配。有的区县提高了绩效工资总额，有的区县将有偿签约服务收入作为绩效增量，均起到了鼓励家庭医生签约服务的作用。

（五）抓政策支持，保障工作有力推进。一是做好经费保障。市财政每年设立1000万元家庭医生签约服务专项资金，主要用于签约服务费补助、签约宣传、信息化建设等。二是全面解决乡村医生待遇，为乡村医生提供养老保险缴费

补助，稳定乡村医生队伍，为村民提供签约服务。三是加强医联体建设。2016年，全市基层医疗卫生机构100%参加三甲医院牵头的医联体，100%有医联体内上级医院专家下沉，1093名下沉专家加入了家庭医生团队。目前我市已实现医联体内药物目录一致、上下转诊病人连续计算起付线，起付标准联网结算，促进形成了“1+1+1”组合签约服务模式。

二、主要成效

（一）签约服务全域覆盖，签约率逐步提高。全市390个乡镇、街道全面开展家庭医生签约服务，共签约439.7万人，签约服务率37%，其中重点人群237.17万人，签约服务率62.3%。

（二）实现基本医疗和基本公共卫生服务双促进、双提升。家庭医生签约服务将基本医疗和公共卫生融为一体，互为支撑。2016年，家庭医生诊疗量较上年增加15.8%，基层机构诊疗量增幅达13.9%，首次跑赢大医院（增幅10.2%）。同时，基本公共卫生服务“任务重”“工作浅”“技术低”等问题也得到有效解决，主要服务指标持续改善，连续多年在四川省基本公共卫生服务绩效考核中名列前茅。

（三）群众获得感不断增强，满意度不断提高。家庭医生团队以需求为导向，努力为居民提供健康咨询、健康评价、预约、转诊、上门巡诊、家庭病床、中医保健等服务，初步达到签约对象认识家庭医生、健康问题首先想到家庭医生，

把群众“粘附”在家庭医生团队周围的基本目标。2016年，开展健康咨询172万余人次，健康评价110万余人次，开设家庭病床480张，上门服务124万余人次，预约门诊19116人次，转出病人12万余人次，转入2.5万余人次。家庭医生服务绩效考核群众满意率为79.5%，较上年提高了3个百分点，也带动了医疗卫生行业在全市公共服务满意度测评中排名上升，2015年、2016年均排名全市第2。

下一步，我市将加快搭建以居民健康卡为基础的、全市统一的家庭医生签约服务平台；投入30亿元，全面提升基层硬件配置水平，开展“引进一批、提高一批、回来一批、下沉一批、利用一批”五大基层人才提升行动；进一步完善基层绩效分配、签约服务收费、医保基金支持等政策，奋发努力，积极有为，为早日实现家庭医生制度全覆盖贡献成都力量。

个性化签约促健康 全方位举措助发展

江苏省盐城市大丰区人民政府

2013年6月，我区启动乡村医生签约服务工作，在上级党委政府的正确领导下和主管部门的精心指导下，率先探索将基本医疗卫生服务与个性化延伸服务相结合、个人付费与医保（新农合）付费相结合、群众健康需求与基层卫生服务供给能力相结合的新型签约模式，形成了以服务包为载体、以个性化签约为特征，以有偿收费为纽带的签约服务路径。通过三年多的发展，签约服务范围由农村向城镇扩展，覆盖人群逐年扩大，初步建立技术支撑、队伍建设、考评激励等保障机制，受到群众、医务人员的普遍认可。现将有关工作情况汇报如下。

一、立足需求，制定切实可行的实施方案

（一）从健康管理角度，打包提供服务。一方面，综合分析，选好服务项目。按照“针对性强、群众认可度高、基层能承担、实施效果好、基本与个性化兼顾”的原则遴选，覆盖健康咨询、保健养生、诊疗康复三大类项目。另一方面，科学整合，打包提供服务。按照“家庭服务与个体服务相结合、劳务服务与检查项目相结合、病情监测与并发症监测项目相结合”的原则整合，形成不向群众收费的基础包和按服

务项目确定价格的个性化服务包。个性化服务包分为初级包、中级包和高级包，并根据家庭重点成员对健康的需求，将中级包、高级包分为若干型（慢阻肺、老年人、高血压、糖尿病、妇女儿童、残疾人、肿瘤等），由服务对象按照“知情、自愿、自费”的原则自行选择。

（二）从合理付费角度，多元投入补偿。基础服务项目包不收费。个性化服务包既要体现医生的劳务价值和服务成本，更要能通过“算账”，让群众看到优惠。具体做法是，参照医疗服务收费标准，将服务包内各项目收费累加，与医保（新农合）谈判获得适当补偿，基本公共卫生服务经费按项目补助，在此基础上，最大限度地让利给群众，确定初级包、中级包和高级包个人年付费分别为50元、100-150元和200-800元。

（三）从能力匹配角度，务实签约履约。试点先行，循序渐进，对于人员不足、能力不强的村暂缓签约。初期实行不下硬指标、不列时间表、不单独考核、结果只奖不罚的“四不”策略，保证了试点成效的客观性、准确性。在人群选择上，针对存在健康问题、需求较多、有对应个性化服务包的对象进行重点宣传，不盲目推介。在数量控制上，村医人均个性化签约控制在100户左右，防止多签后服务打折扣，影响群众受益。在履约服务上，检验检查项目由镇卫生院承担，劳务性服务大多由村卫生室负责。在质量控制上，由卫生院

定期组织，通过查验服务手册、回访调查等进行质控。

二、健全机制，促进签约服务健康发展

（一）加强纵向合作，提供技术支撑。12个镇卫生院成立了53个健康管理团队，每周进村服务不少于半天，一方面承担村卫生室不能提供的检验检查项目，另一方面，会诊村医治疗效果不满意的患者。为了短期内迅速提高村医签约服务的吸引力，在大丰人民医院心内科、内分泌科建立远程会诊室，每周二、四对基层会诊，重点解决血压、血糖控制不理想的患者，2014年实施以来，累计会诊1600余例次。

（二）推广适宜技术，拓展服务项目。改变村卫生室只能提供药品的单一服务模式，下放推广适宜技术，村卫生室可开展物理降温、雾化治疗、针灸推拿、血糖检测、换药、导尿等服务；配备执业医师及以上资格村医的村卫生室，可以配备与卫生院相同的基本药物，经培训合格还可以开展心电图检查，增加村卫生室服务供给。

（三）务实进修培训，打造优质队伍。分批将村医送到二级医院脱产进修3个月，在人民医院心血管、内分泌、呼吸、消化等科室学习10周；在中医院学习针灸推拿2周，在精神病专科医院见习一周，累计开班16期，298人参加。举办了三期村医眼底专项培训班。举办了“村医学中医——师徒结对”学习班，小班化，一对一带教，提高村医实用技能。在职村医中，87%的村医取得中专及以上学历，12%的村

医具有大专及以上学历；59%的村医具有乡镇执业医师及以上资格，其中12名村医具备国家执业医师资格。512名村医取得《乡村医生全科医学知识培训合格证书》，乡村医生逐步向全科医生过渡。

（四）保障医生待遇，提升社会地位。村医先后参加了企业职工养老保险、工伤保险、医疗风险保险、职工医疗保险。开展骨干人才遴选、最美医护人员评选等活动。对取得国家执业医师的村医，每年给予3000元的特岗津贴。多管齐下，逐步落实村医准“职工”待遇，增强村医的职业荣誉感。近三年，累计有11名原来在社会医疗机构执业的医师加入到村医队伍中来。2012年以来，先后有33名农村订单定向培养的大专毕业生，编制在卫生院、岗位在村卫生室，充实了村医力量。2016年，成功招募51名订单定向培养医学生，报名非常踊跃。

（五）落实医保政策，健全付费机制。在行政村，新农合在总额控制的基础上，根据签约情况，追加支付，满足群众村级就医结报需要；对接受远程会诊服务的对象，暂定每例30元的会诊费用按50%报销；在村卫生室就诊、逐级转诊的高血压和糖尿病人，其费用也可按卫生院住院比例报销。

（六）强化硬件建设，改善执业环境。启动镇、村两级基础设施标准化建设，为签约服务提供良好环境。3个卫生院整体搬迁；共新建113个、改扩建47个村卫生室，新建

村卫生室面积多在 220 平方米左右，配备具备眼底、血氧、心电等检查功能的全科诊断系统、雾化治疗仪、产后访视包等适宜设备。

（七）构建信息平台，提供便捷服务。建成区域卫生信息平台，基本医疗、基本公共卫生服务全区联网，信息共享，开发了随访公共卫生服务 APP，试点投放可穿戴血氧、血压、血糖等居家监测设备，可实时将信息发送到信息平台健康档案栏目上。

（八）强化政府主导，形成推进合力。区政府加大对基础设施、队伍建设、卫生信息化、运行保障等方面的投入。2016 年，突出居家养老对象医疗保健签约，形成了卫生计生、人社、民政、财政等多部门协作机制。

三、成效初显，增强基层推进家庭医生制度信心

（一）群众满意。签约群众尝到了甜头，全区的个性化签约率从最初 13.3% 上升到 24.1%，续约率达到 91.4%，主动签约逐步成为主流，说明群众是认可的。一是群众健康有管家。我区签约群众健康体检发现 3 例早期癌症和多例高血压、糖尿病患者；延伸服务满足了群众差异化的健康需求，签约高血压组的血压、糖尿病组的血糖控制率分别高于非签约组 13%、19%，也明显高于签约前。二是看病就医更方便。签约对象可在二级医院与签约机构之间实行远程会诊和无缝对接转诊；若长期卧床或行动不便，还可得到签约医生不限次

的上门服务。三是费用节省可承受。签约服务包项目都是重点人群的必需品，分项目付费所花费用明显高于签约服务费用。

（二）医生满意。一是增强职业自尊。签约后基层医疗卫生机构主动增加服务供给，普及眼底照相、颈部血管超声、糖尿病足病筛查等技术，医生通过改善服务赢得群众信任，价值得到体现，增强了职业荣誉感。二是增加合理收入。收入不与药品、检查挂钩，而与签约数量、服务质量密切相关。2013-2016年全区村医平均收入分别为3.2万元、4.4万元、4.8万元、5.4万元，达到了卫生院同类人员工资水平。签约服务直接收入占村医总收入比例在12%左右。三是增进医患团结。在医患关系总体紧张的形势下，基层医生与群众关系融洽，医疗投诉明显下降。

（三）政府满意。一是柔性引导分级诊疗成效显著。镇村两级门诊诊疗量占全区门诊总量比例持续提高，2016年达到73.6%，群众在基层就诊的依从性明显提升，基层医疗卫生资源得到有效利用。二是新时期卫生与健康工作方针得到落实。我区家庭医生签约服务居家养老入选“2016年江苏省现代民政建设十大创新成果”，是“把健康融入所有政策”的成功之举。三是群众纷纷点赞，进一步提升了政府形象和公信力。

五项举措做实家庭医生签约服务

北京市月坛社区卫生服务中心

月坛社区卫生服务中心服务月坛街道 4.14 平方公里，约 15.5 万人。中心以复兴医院为依托，下设 9 个社区卫生服务站、银龄老年公寓，中心卫技人员 214 人，其中全科医生 58 人，预防保健人员 29 人，社区护士 64 人，建立家庭医生签约服务团队 26 支，为居民提供契约式服务，服务人群包括健康人群、高危人群、患病人群提供防、治、保、康、教、计等多位一体的社区卫生服务，重点为健康老年人、慢性病患者、妇女、儿童、重性精神病患者等提供健康管理服务，实现医养结合，尤其为辖区内失能、失智老人提供居家养老上门医疗服务，在一定程度上实现了老有所医、老有所养。

自 2010 年，月坛社区卫生服务中心率先响应北京市开展的“家医医生式”服务，逐渐探索并形成了一系列规范、有效、满意的家庭医生签约服务模式。

一、培养一批高素质扎根社区的家庭医生服务团队

规范化培训是成就高质量家庭医生团队的基础。多年来，月坛中心规范化培训医生 60 名、全科硕士、博士研究生 48 名，全部扎根基层，充实基层的家医团队、呈现“年

轻化、高学历、高职称”的家医团队特点。同时，不断的学习是成就优秀家庭医生团队的有力保障。中心为医务人员提供各种学习交流机会，定期选派全科医生赴美、英、台、澳以及国内等多地进行国内外学术交流与学习，不断提升全科医生视野、强化诊疗思维和综合服务能力，扩大月坛社区卫生服务中心的国际圈和在世界家庭医生组织 WONCA 中的影响力。

二、制定家庭医生团队工作手册

我中心自主创新制定出《家庭医生团队工作手册》，并不断更新，实现了家庭医生团队的制度化、规范化管理。2011年产出的第一版手册，首次引入家医基本概念、各类人员准入标准、职责、工作制度、工作内容等，为之后的西城区乃至北京市家庭医生工作手册的出台奠定了良好的基础。2012年第二版，引入全科医学学科概论中的量化指标，如 FACES II 量表、家庭评估量表等，将日常工作与科研相结合，并培养出一批全科医学硕士研究生。2013年第三版，明确了家庭医生服务包和细化了绩效考核细则。2014年，手册改名为居民健康通行证，突出优化签约服务流程。为2014年北京市家医工作手册第二版的出台起到了协助作用。2016年，产出第四版手册，进一步明确家庭医生团队人员工作职责，将家庭医生及社区护士的工作内容更加具体化，分工更加明确，在分工明确的同时，注重团队成员间的协作。提供基本医疗，

体现全科特色。对常见慢性病（高血压、糖尿病、冠心病、脑梗死、血脂异常、COPD、骨质疏松症、恶性肿瘤）实施规范化社区管理。对签约居民健康档案进行动态管理。提供双向转诊服务，追访转诊结果。提供预约服务。

三、建立“专一全”家庭医生团队工作机制

我中心与复兴医院建立长期的紧密型医联体，自2000年至今，复兴医院覆盖心血管、神经内科、内分泌科、外科等8个临床科室的13名专家，先后进入12支家医团队，在月坛社区卫生服务中心/站出门诊、会诊，专家走进社区开展健康讲座，带教全科医生。团队内的全科医生与专科医生亲密合作，建立团队专用微信群，随时沟通信息、交流学习。定期在医院病房举行一次全科-专科联合查房，在社区全科医疗服务的基础上强化了专科服务，进一步提升全科医生的诊疗能力和专科医生的全科医学理念。让专科医师更加了解社区全科医学的工作内涵，对复兴医院全科医学专业的兼职全科硕士生导师更是有所触动，并开阔了其科研视野，真正做到全-专互动。开通顺畅的双向转诊通道，实现了签约患者精准会诊及转诊，建立了上下联动的分级诊疗模式。据统计，社区全科医生每日平均门诊量数量已经高于同期复兴医院专科医生每日平均门诊量，转诊至专科2000余人次，回转率达78%，成功实现了引导居民下沉至社区就诊。

四、开展签约对象与签约医生一对一的首诊服务

我中心建立了签约对象与签约医生一对一的首诊服务制，以家庭医生团队为单位为家医签约患者实施预约优先就诊服务，实现了就诊预约、定向分诊、诊前服务、预约复诊的良好家医服务模式和流程，增强了居民获得感。辖区内管理在册的重点人群 90% 签约，享受到“家庭医生式服务”，为居民提供契约式健康管理服务，建立健康档案，进行全方位、多角度的健康评估。月坛中心扩大慢性病患者的管理范围，并未局限在“高糖冠脑”，依照自行制定的一系列诊疗规范，涵盖中西医、护理、传染病等领域，共 22 个症状或疾病，对慢性病患者做到管理及时、有效，定期随访实现连续性管理，早期发现并延缓并发症的发生发展；对稳定期患者给予家庭康复指导，方便、有效，居民接受度高。家医团队还定期出诊上门服务，为居家高龄、重病、失能失智老人提供连续性医疗照顾，并形成“养老联动”“医养结合”模式，以汽南社区卫生服务站为例，医生平均两天出诊 1 次，护士平均每天出诊 2 次。

五、发挥互联网+的作用

我中心实现了互联网+服务，创立家庭医生服务团队微信群，群内直接会诊交流，安排入院等。开通手机家庭医生服务 APP，家庭医生足不出户便能随时掌握签约患者的情况。移动式诊疗设备也应用于日常工作，利用全科大夫移动医疗平台，即出诊访视箱内配备心电图、BS、BP 等相关检查，直

接录入医生工作站。目前远程会诊服务平台也已开通，北京-乌兰察布，视频信息随时通畅，偏远地区疾病诊治与咨询完全可以依赖全科-专科团队成员提供技术支持。

通过多年家医签约服务并有首都医科大学附属复兴紧密型医联体支撑，在月坛社区的家医签约服务已基本形成了基层首诊、上下联动、双向转诊、分级诊疗的良好就医秩序。

三师共管助力家庭医生签约

厦门市卫生计生委

厦门市以“三师共管”的全程健康管理服务推进家庭医生签约，大医院的专科医师负责诊断，家庭医生负责跟踪治疗，健康管理师进行健康教育，提升服务能力和水平，解决了患者的信任度问题，形成了居民踊跃签约、基层乐意服务的双赢局面，打通了分级诊疗的“最后一公里”。分级诊疗成效进一步凸显，根基进一步筑牢。

一、“三师共管”，管好了健康也管出了居民口碑

厦门市家庭医生签约服务实行以家庭医生为责任主体，专科医生为技术支撑，健康管理师为辅助的“三师共管”团队模式，不仅管治病，还管病人并发症筛查、健康教育与行为干预，同时对病人的高危家庭成员进行疾病筛查和管理，居民看病更便捷、签约更实惠。

自2014年以来，厦门市以慢性病（高血压病、糖尿病）为突破口，进行“三师共管”式签约服务，并带动其他一般常见病、多发病等近200万诊疗人次“下沉”到基层，既有效分流三级医院普通门诊患者，又使基层诊治水平和能力得到锻炼、提升。签约管理的高血压、糖尿病病人规范管理率和控制达标率较“三师共管”前提升了20%以上，远高于全国平均水平。“三师共管”将慢病患者的健康管好了，管出了家庭医生的信心，也增强了病人对基层医疗服务的信任

感，口碑和获得感是签约顺利快速开展的基础。

二、慢病先行、长者优先

厦门市慢性病“三师共管”签约服务起步早，这次家庭医生签约服务坚持突出慢性病和老年人优先，签约的高血压、糖尿病占全市“两病”估算总病人数的35%以上，65岁以上老年人签约覆盖率超过52%。“三师共管”慢病病人续签率超过88%，高危家人签约率超过80%。2016年又启动了病种扩增试点工作，增加至15个慢性病、常见病、多发病病种在基层就诊，基层诊疗服务量明显提升。厦门从签约居民需求出发，不追求签约数量狂飙突进，而是致力于为有医疗需求的慢性病和老年人群提供全周期可持续的医疗服务。

三、奖励性绩效，形成三师利益签约共同体

我市签约服务费按120元/人/年标准确定，其中20元由签约居民以个人现金或医保健康账户支付，医保基金承担70元，财政分担30元。120元的签约服务费主要用于激励三师共管签约服务团队，不纳入绩效工资总额。其中20元由基层机构统筹用于家庭医生签约相关工作，80元由团队长（家庭医生）在考核后进行团队内自主分配，20元综合考核后按考核分数激励签约团队。

四、多快好省，签约政策实惠多见效益

厦门市签约居民可在国家基本公共卫生服务项目及一般常见病、多发病的诊治基础上，享受“多快好省”的签约品牌服务：

多：高血压、糖尿病等慢性病签约对象可酌情开具4-8

周用药。

快：快捷的绿色通道转诊，可优先预约大医院专家门诊，比没签约对象可提前三天预约。

好：签约居民有专门的签约服务区和独立的诊疗服务区，还有专属的收费结算处；专科医师个性化技术指导，家庭医生团队个性化健康管理，慢病患者精细化管理，65岁以上老人日常随访、定期体检及全程健康管理，80岁以上老人及行动不便老人每年不少于一次的免费上门出诊服务。还可优先有偿享受：康复训练建档、康复训练和诊疗服务，为有需要的签约居民上门服务，向签约居民家庭优先提供彩超、肿瘤标记物等收费性基本医疗项目和慢性病筛查项目。

省：取消签约人员部分门诊及住院的起付标准：参保人在门诊就诊时，需自付500元起付标准后才可进入统筹段，但签约后，参保人在基层医疗卫生机构或医保定点门诊部就医，门诊医疗费不设起付标准，同时，签约人员由家庭医生推荐转诊的，按转诊流程将转诊的信息传送至医保中心后，住院医疗费不设二次及以上起付标准。

签约居民中已有近20万人次享受到4周及以上的长处方，与原有慢病病人每周到大医院开药相比，每人每年可节省挂号诊疗费828元。签约最开始的7周内即有2932名签约居民享受到在基层就诊免除500元起付线的优惠，按照签约服务数量统计，一年可为签约居民减免1.55亿元费用支出，减轻了居民医疗支出的自付负担。随着签约服务的稳步

推进，将会有越来越多的居民享受到签约带来的健康保障和省心、省时、省钱的优质服务。

五、信息助力，事半功倍

厦门通过开发上线家庭医生签约手机 APP--“厦门 i 健康”，与 PC 端签约系统无缝对接，实现管理职能化，便捷开展咨询交流、预约挂号、健康教育、数据管理、质量控制、满意度调查等服务。管理者、团队长随时随地可以掌握最新动态，精准指导签约团队开展工作，搭建医生与居民互动交流管理平台，让医生“碎片时间”产生价值，更好的接受居民咨询服务。互联网+家庭签约平台为居民和医生提供了医患沟通、随访管理、转诊管理、健康管理等电子化服务，让百姓能更便捷的获取到健康服务，也大大减少了家庭医生和健康管理师的工作负荷。

六、加强考核，激励与考核挂钩

家签纳入市对区绩效考核，将签约服务工作纳入市对区绩效考核指标中，充分发挥各区、街道、居委会的协同作用。细化考核，采取多种细化考核制度确保服务质量，将有序诊疗、重点人群管理、普通签约居民管理、慢病患者家庭签约管理质量、控费、签约服务知晓率和满意度等纳入考核体系，并请第三方定期进行签约服务满意度评测，激励与考核挂钩，保证签约服务质量。

厦门市家庭医生签约工作从制定方案开始就通过部门联动，让政策“推得动、受欢迎”，让居民“得实惠、主动签”，让家庭医生“有底气、乐意干”。16 年 9 月至 17 年 3

月，全市共完成签约 48.6 万人，签约覆盖率 23.04%；重点突出“慢病先行，长者优先”的原则，签约高血压病人 12.96 万人，覆盖率 40.84%；签约糖尿病病人 5.8 万人，覆盖率 35.69%；签约 65 岁以上老年人 10.33 万人，签约覆盖率 52.58%。委托第三方调查显示：居民在签约基层医疗机构的首诊意愿达 85%，对签约机构的总体满意度达 92%。下一步，厦门将通过解决人手不足、增加居民信赖、优化信息系统等多方面入手，进一步完善服务内容，基本实现家庭医生签约服务的全覆盖。