

重庆市黔江区卫生健康委员会
重庆市黔江区财政局
重庆市黔江区人力资源和社会保障局
重庆市黔江区医疗保障局

文件

黔江卫发〔2024〕43号

关于印发《重庆市黔江区推进家庭医生签约服务高质量发展实施工作方案》的通知

各乡镇卫生院、街道社区卫生服务中心，区级医疗卫生单位，各民营医院：

现将《重庆市黔江区推进家庭医生签约服务高质量发展实施工作方案》印发给你们，请结合实际贯彻执行。

(此页无正文)

重庆市黔江区卫生健康委员会

重庆市黔江区财政局

重庆市黔江区人力资源和社会保障局

重庆市黔江区医疗保障局

2024年5月9日

重庆市黔江区推进家庭医生签约服务 高质量发展实施方案

为深入贯彻落实新时代党的卫生与健康工作方针，进一步推进黔江区家庭医生签约服务高质量发展，根据《关于重庆市家庭医生签约服务规范（第一版）的通知》（渝卫发〔2020〕57号）《关于重庆市推进家庭医生签约服务高质量发展实施工作方案的通知》（渝卫发〔2023〕40号）等要求，结合我区实际，制定本方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面深入贯彻落实党的二十大精神，全面贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，坚持以人民健康为中心，立足全方位全周期的健康管理服务，稳步扩大签约服务供给和覆盖面，不断优化签约服务内涵，健全完善激励政策和保障机制，通过为群众提供综合、连续、协同的签约服务，转变医疗卫生服务模式，建立基层首诊、分级诊疗就医秩序，不断提高打造家庭医生服务品牌，推进家庭医生签约服务高质量发展，提升签约居民获得感、满意度。

（二）工作目标

在确保服务质量和签约居民获得感、满意度的前提下，循序渐进积极扩大签约服务覆盖率。2024年，全区全人群和重点人

群签约服务覆盖率分别达 39%和 79%以上；在此基础上，签约服务覆盖率每年提升 3 个百分点左右。到 2035 年，力争全人群签约服务覆盖率达到 75%以上，基本实现家庭全覆盖，重点人群签约服务覆盖率达到 85%以上，满意度达到 85%左右；按照《重庆市家庭医生签约服务规范（第一版）》定点定时签约要求，每年上半年完成签约工作，下半年原则上不再签约，主要是履约服务。

二、主要任务

（一）扩大签约服务供给

1. **加强基层核心团队建设。**充实家庭医生队伍，组织基层医疗机构家庭医生（含全科医生、其他类别临床医师、中医医师、注册乡村医生）、护士、公共卫生医师（或者从事公共卫生工作人员）加入家庭医生团队，为负责区域内居民提供基本医疗卫生服务，逐步探索以家庭、功能社区为健康管理单位的服务模式。

2. **强化全科专科联动协作。**以慢病为突破口，让二、三级或基层医疗卫生机构内、外、妇、儿、中医等各类临床医师，加入基层医疗卫生机构全科团队，建立“全专结合”联合门诊，提供“一站式”全专结合服务，精准对接居民的健康需求，根据健康评估，制定个性化健康管理和健康干预计划，落实慢病患者全程闭环管理。

3. **引导其他机构和人员参与。**推行“县聘乡用”“乡聘村用”符合条件的医师加入家庭医生队伍；引导医共体牵头医院下

沉基层医疗卫生机构的医生、护士、慢病专家加入家庭医生队伍；鼓励三级医院采取“包干分片”方式，下沉优质医疗资源，壮大家庭医生力量；鼓励有工作活力、身体状况允许的退休执业医师加入家庭医生队伍；强化与村（居）民委员会公共卫生委员会、残疾人社区康复协调员等建立健康信息、服务阵地、服务内容等方面共享协作；支持有条件的社会办医疗机构开展签约服务。

（二）丰富签约服务内涵

根据《重庆市家庭医生签约服务规范》，明确家庭医生向签约居民提供基本公共卫生、基本医疗、预约转诊、药学、长期处方、个性化签约、互联网+签约互动、健康积分制等服务。要将老年人、孕产妇、儿童、残疾人、脱贫人口、计划生育特殊家庭成员以及高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍、尘肺病、慢阻肺患者等作为签约服务重点人群，优先签约、优先服务。脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等群体中的慢病患者、老年人等要结合签约意愿，做到应签尽签。

1. 突出重点人群分层分类签约服务。根据各类重点人群健康状况和服务需求，在落实国家基本公共卫生服务项目和其他公共卫生服务的基础上，鼓励分层分类设计个性化签约服务包，提供“菜单式”服务，满足签约居民多元化健康需求。积极开展老年期重点疾病早期筛查、失能预防与干预、心理关爱、口腔健康、营养改善、安宁疗护、医养结合等差异化签约服务。对行动不便、失能失智的老年人、残疾人等确有需求的人群，结合实际提供上

门治疗、随访管理、康复、护理及家庭病床等服务，加强医疗质量监管，确保医疗安全。大力推进产前、产后和预防接种、儿童健康管理、近视防治等一体化服务，为孕产妇和儿童提供系统化签约服务。

2. 做好医防融合多病共管签约服务。要建立医共体牵头医院慢病管理中心、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）慢病科、村级慢病管理工作室的慢病管理网络，针对高血压、2型糖尿病、高血脂患者开展签约服务，推进多病共管，并根据病情严重程度分绿标、黄标、红标等三种色标进行服务管理，提供预防、健康教育、临床诊疗、长期处方、靶器官损害筛查、综合评估、随访康复、生活方式指导、运动处方等一体化服务。推动医共体药学服务下沉，为签约慢病患者提供用药指导。推动慢病管理向慢病和传染病共管拓展，总结推广家庭医生参与疫情防控和医疗救治经验，提高新冠病毒感染、流感、登革热、手足口病等传染病识别和处置能力。

3. 加强中医药签约服务。坚持中西医并重，加强基层医疗卫生机构中医馆建设，改善中医药服务场地条件和设施水平，强化基层医疗卫生人员中医适宜技术培训和推广，加强签约团队中中医药人员配置。将中医药服务纳入签约服务内容，为有需求的居民提供体质辨识、针刺、推拿、拔罐、艾灸、三伏贴、压耳穴、刮痧等中医适宜技术服务及中医治未病服务。

（三）优化签约服务方式

1. 推广弹性化签约服务。根据居民流动情况和签约服务愿望，推行弹性化签约服务，建立灵活、稳定、信任的签约服务关系。家庭医生可以个人为签约主体，也可组建团队提供签约服务。签约周期可以一签一年、一签多年或到期后自动续签。重点疾病以外的其他专病签约，双方可以单独签定补充协议，以疗程为服务期。支持家庭医生与居民以家庭为单元签订服务协议，同时细化各家庭成员的签约服务内容。居民原则上不得重复签约。

2. 推进功能社区签约服务。统筹辖区医疗卫生资源，组织基层医疗卫生机构为辖区内党政机关、企事业单位、产业园区、商务楼宇、养老院等功能社区提供签约服务，有条件的机构可在功能社区设立家庭医生服务点和健康驿站，结合健康细胞创建，开展卫生政策宣传、健康教育、咨询指导、健康随访、急救培训、定时巡诊等“一站式”服务，并根据需要提供线上就医咨询、互联网医疗等服务，打通群众服务的“最后一公里”。

3. 采用灵活多样履约方式。结合签约居民基本健康状况，家庭医生团队通过面对面、发放手册（材料）、电话、短信、社交软件、信息系统等线上、线下形式，为签约居民提供针对性健康咨询、健康教育、中医保健与治未病指导、患者自我管理小组活动等服务。家庭医生应充分利用居民电子健康档案、诊疗、居家监测等信息，掌握签约居民及家庭成员动态健康状况，加强日常沟通，主动提供健康提醒、就医指导、远程诊疗、预约转诊、延伸处方等服务。进一步推进基层医疗卫生机构预约就诊和智能

分诊，签约居民到基层医疗卫生机构就诊时由家庭医生接诊。引导签约居民形成主动联系家庭医生和到基层医疗卫生机构首诊的习惯，促进分级诊疗格局形成。

4. 推行居民健康服务新模式。开展“智慧家医签约”服务，整合线下家庭医生签约服务和远程医疗服务网络，为签约居民在线提供妇幼保健、慢病管理、延伸处方、心理疏导、健康咨询等服务，推动人工智能辅助诊断在基层医疗机构中的应用。实施“智慧居家健康”管理，按照“一人一档一属地”的原则，为区域内居民建立覆盖全生命周期、动态更新，涵盖医疗、公卫等信息的电子健康档案，并逐步向居民开放，实现居民自我健康管理。

（四）加强签约服务支撑

1. 建立签约服务费用分担机制。签约服务费是家庭医生（团队）与居民建立契约服务关系、在签约周期内履行相应健康服务责任的费用。签约服务费由基本公共卫生服务经费、医保基金和签约居民付费等分担。按照《关于加强残疾人精准康复家庭医生签约服务工作的通知》（渝卫发〔2019〕10号），落实残疾人家庭医生签约服务费。

2. 发挥基本医保引导作用。在医疗服务价格动态调整中，优先考虑体现分级诊疗、技术劳务价值高的医疗服务项目，促进就近就医。推进基层卫生服务机构门诊特殊慢性病就医按人头付费，引导群众主动在基层就诊，促进签约居民更多利用基层医疗卫生服务。发挥家庭医生“费用守门人”作用，探索将签约居民的

门诊特殊慢性病基金按人头支付给家庭医生（团队）所在的基层医疗卫生机构，居民经由家庭医生首诊并合规合理转诊的，其转诊医院的相关门诊费用由基层医疗卫生机构支付。经家庭医生推荐转诊到医供体内上级医院住院的签约居民，其本次住院按医疗机构最高等级标准只计算 1 次起付线。医保部门加强协议管理，完善结算办法，确保参保人获得高质量医疗服务，完善结余留用激励政策。

3. 加强服务阵地建设。以医共体建设、“优质服务基层行”活动为抓手，加强中医药、口腔、康复、儿科、老年病、心理卫生等特色科室建设，增加医养结合服务供给，持续提高综合服务能力。优化乡镇/社区医疗机构门诊科室布局，设置妇幼健康部、全科医学部、中医馆和专科服务区，在每个部（区）前置健康管理站。创新健康管理服务模式，优化服务流程。加强卫生健康、残联、民政等部门资源、阵地共享和联动。结合家庭医生服务点建设和功能社区签约，推进家庭医生服务进功能社区、日间照料（养老服务）中心等，方便居民就近接受服务。

4. 完善基层用药政策。落实基本药物目录管理等政策，加强基层医疗机构与二级以上医院用药目录衔接统一，进一步适应签约居民基本用药需求。按照长期处方管理有关规定，为符合条件的签约慢病患者优先提供长期处方服务，原则上可开具 4~12 周长期处方。到 2025 年，全部乡镇卫生院和社区卫生服务中心均应提供长期处方服务。

5. 强化信息化支撑。实施“智慧居家健康”管理，按照“一人一档一属地”的原则，为区域内居民建立覆盖全生命周期、动态更新，涵盖医疗、公卫等信息的电子健康档案，并逐步向居民开放，实现居民自我健康管理。进一步完善区域全民健康信息平台和家庭医生签约服务、基本公共卫生、HIS 等系统功能，加强数据互联互通和共享，搭建家庭医生与签约居民互动交流管理平台，提高家庭医生和签约居民查阅健康信息便捷性，完善精细化管理、服务满意度调查和绩效评价功能。积极推广应用人工智能等新技术，提高服务效率。积极推进卫生健康、医保、乡村振兴、残联等部门健康相关信息共享，通过信息化手段共同推进各项惠民政策的有效落地。

6. 完善家庭医生绩效激励政策。基层医疗卫生机构可按照不高于“本年盈余分配”的 60%提取奖励基金，用于次年增核超额绩效总量。在内部绩效工资分配时，向承担签约服务的家庭医生等人员倾斜。原则上在扣除成本后不低于 70%的签约服务费用用于发放家庭医生团队的报酬，不纳入单位绩效工资总量管理。

7. 提升家庭医生执业荣誉感。鼓励支持家庭医生（团队）评优争先，注重挖掘服务质量好、群众认可度高的家庭医生典型模范，树立家庭医生热心服务群众的正面形象。各类表彰和评优评先向家庭医生适当倾斜，提高全社会对家庭医生的认可度和信任度。

三、工作要求

(一) 加强组织领导。各单位要高度重视，充分认识该项工作的重要性和紧迫性，切实加强组织领导和统筹协调，专人负责，制定切实可行的实施方案，细化工作目标和措施，认真落实各项任务。中心医院加大对各基层医疗机构的业务培训力度，强化慢性病、传染病、精神卫生等领域健康教育线上线下科普宣传，加强对各基层医疗机构开展家庭医生签约服务工作的指导与督查。

(二) 加强考核评价。加强家庭医生签约服务质量考核和监督力度，以服务结果和群众获得感为评价导向，将签约服务人数、重点人群占比、续签率、基层就诊率、健康管理效果、服务质量、签约居民满意度以及经家庭医生转诊等方面等列入监测评价指标。签约服务评价结果同经费拨付、绩效分配等挂钩。

(三) 加强宣传引导。各单位要采取群众易于接受的方式，重点做好家庭医生签约服务政策、内涵宣传，扩大群众知晓率，合理引导居民预期。结合“世界家庭医生日”宣传活动，大力宣传服务质量好、群众认可度高的家庭医生典型模范，增强家庭医生职业荣誉感，树立家庭医生良好形象，为推进家庭医生签约服务高质量发展创造良好的社会氛围。

附件：黔江区 2024 年常住人口数及家庭医生签约任务数

重庆市黔江区卫生健康委员会

2024 年 5 月 9 日

附件

黔江区 2024 年常住人口数及家庭医生签约任务数

单位	常住人口数	全人群签约服务任务数
合计	492400	192036
城东街道社区卫生服务中心	106354	41478
城南街道社区卫生服务中心	55093	21486
城西街道社区卫生服务中心	50372	19645
正阳街道社区卫生服务中心	33045	12888
舟白街道社区卫生服务中心	47692	18600
冯家街道社区卫生服务中心	18275	7127
阿蓬江镇卫生院	14359	5600
石会镇卫生院	10104	3941
黑溪镇卫生院	10140	3955
黄溪镇卫生院	7827	3053
黎水镇卫生院	6820	2660
金溪镇卫生院	7098	2768
马喇镇卫生院	9925	3871
濯水镇卫生院	15405	6008
石家镇卫生院	7110	2773
鹅池镇卫生院	5945	2319
小南海镇卫生院	5133	2002
邻鄂镇卫生院	7190	2804
白石镇卫生院	8560	3338
中塘镇卫生院	9749	3802
沙坝镇卫生院	9479	3697
蓬东乡卫生院	5461	2130
杉岭乡卫生院	4940	1927
太极乡卫生院	6202	2419
水田乡卫生院	4790	1868
白土乡卫生院	3389	1322
金洞乡卫生院	5516	2151
五里乡卫生院	5984	2334
水市乡卫生院	5407	2109
新华乡卫生院	5035	1964

