

附件 2

家庭医生签约服务问答

目 录

- 1.为什么要推进家庭医生签约服务
- 2.开展家庭医生签约服务的总体思路和主要目标是什么
- 3.什么是家庭医生
- 4.什么是家庭医生团队
- 5.如何组建家庭医生团队
- 6.组建家庭医生团队的程序包括哪些步骤
- 7.家庭医生团队成员如何分工
- 8.家庭医生签约任务是什么
- 9.家庭医生签约服务有哪些推荐内容
- 10.家庭医生签约服务包该如何设计
- 11.签约服务基础包应包括什么
- 12.家庭医生签约服务要如何收费
- 13.家庭医生签约服务应调配哪些社区资源
- 14.如何开展家庭医生签约服务宣传
- 15.签约服务工作方式有哪些
- 16.签约服务过程中应注意哪些风险防范
- 17.签约服务流程有哪些
- 18.签约服务合约文书应包括哪些基本内容
- 19.签约服务应如何考核
- 20.签约服务应如何激励

问题 1

为什么要推进家庭医生签约服务？

答：当前，我国医药卫生事业面临人口老龄化、城镇化和慢性病高发等诸多挑战，以医院和疾病为中心的医疗卫生服务模式难以满足群众对长期、连续健康照顾的需求。同时，居民看病就医集中到大医院，也不利于改善就医环境、均衡医疗资源、合理控制医疗费用等。国际经验和国内实践证明，在基层推进家庭医生签约服务是新形势下保障和维护群众健康的重要途径。家庭医生以人为中心，面向家庭和社区，以维护和促进整体健康为方向，为群众提供长期签约式服务，有利于转变医疗卫生服务模式，推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉，让群众拥有健康守门人，增强群众对改革的获得感，为实现基层首诊、分级诊疗奠定基础。

问题 2

开展家庭医生签约服务的总体思路和主要目标是什么？

答：推进家庭医生签约服务的总体思路是，根据深化医药卫生体制改革的总体部署和要求，围绕推进健康中国建设、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，以健康为中心，

促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉，结合基层医疗卫生机构综合改革和全科医生制度建设，加快推进家庭医生签约服务。不断完善签约服务内涵，突出中西医结合，增强群众主动利用签约服务的意愿；建立健全签约服务的内在激励与外部支撑，调动家庭医生开展签约服务的积极性；鼓励引导二级以上医院和非政府办医疗卫生机构参与，提高签约服务覆盖面和水平，促进基层首诊、分级诊疗，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗卫生服务，增强人民群众的获得感。

推进家庭医生签约服务的主要目标是，2016年，在200个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务，鼓励其他有条件的地区积极开展试点。重点在签约服务的方式、内容、收付费、考核、激励机制等方面实现突破，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群，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。到2017年，家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。到2020年，力争将签约服务扩大到全人群，形成与居民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。

问题 3

什么是家庭医生?

答:《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》规定,现阶段家庭医生主要包括基层医疗卫生机构注册全科医生(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等。

积极引导符合条件的公立医院医师和中级以上职称的退休临床医师,特别是内科、妇科、儿科、中医医师等,作为家庭医生在基层提供签约服务。

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。

问题 4

什么是家庭医生团队?

答: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或乡村医生,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。

问题 5

如何组建家庭医生团队？

答：组建家庭医生团队应该坚持以下原则：

- 1、以家庭医生团队签约服务任务为导向。
- 2、以现有卫生队伍现状为基础。
- 3、尊重核心人员意见。
- 4、机构内各团队间服务能力整体平衡，兼顾体现团队的个性化特征。
- 5、团队中各成员专业互补、分工协作。尤其加强公卫医师和全科医师的配合。
- 6、允许一个成员服务多个团队（如公共卫生医师）。
- 7、鼓励家庭医生、护理、预防保健人员负责团队管理。
- 8、鼓励医院专科医生加入团队。

北京团体组建：

根据辖区居民实际户数，合理设置社区卫生服务团队。一个服务团队一般由全科医师、预防保健人员、社区护士各一名组成。原则上每个团队负责 600 户家庭，一般不超过 800 户，应严格控制签约总数，确保对签约居民的服务质量。

成都团体组建：

根据团队成员资质情况，家庭医生团队大致可分为基本型、标准型、提高型三种类型。

基本型核心架构为“医生+护士+公卫人员”。

标准型核心架构为“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。

各类团队可以根据需要，加入心理咨询师、营养师、社区工作人员、志愿者等各类人员。

问题 6

组建家庭医生团队的程序包括哪些步骤？

答：建议按照机构统筹规划与自愿双向选择相结合的方式组建家庭医生团队，可以按如下程序组建：

- 1、机构统筹制定团队建设规划。
- 2、发布团队组建标准和团队各成员职责。
- 3、鼓励医务人员主动申请团队长职务。
- 4、赋予团队长对团队成员的选择权。
- 5、在自愿双向选择原则下拟定团队名单。
- 6、机构根据团队建设规划平衡后确定。
- 7、定期进行团队规划和团队人员优化。

问题 7

家庭医生团队成员如何分工？

答：团队长：在基层医疗卫生机构统一领导下，全面负责本团队的管理及运行。包括组建团队、细化团队成员职责和分工、制定团队工作目标、树立团队特色品牌、团队服务质量管理和考核、团队与其他组织的沟通和联络等工作。团队长可由团队成员兼任。

家庭医生：以规范诊疗为基础，以团队服务为特色，为居民提供连续、综合的基本医疗卫生服务，并可根据居民健康状况和实际需求，结合自身服务能力，为居民提供个性化健康管理服务。

社区护士：协助家庭医生为签约居民提供个性化健康教育、不良生活方式干预、定期随访等分类精细化服务管理以及相应的社区护理服务等。

公共卫生医师：在制订辖区群体健康干预计划的基础上，协助本团队为签约居民提供针对个体的健康管理服务，包括预防保健、健康教育、健康促进活动、疾病预防和控制等，组织签约居民参与群体健康教育和健康促进等活动。

其他支持成员：

1. 二级及以上医院专家为团队提供技术支持和业务指导、开展人员培训带教、双向转诊衔接等。

2. 乡镇卫生院对村卫生室，社区卫生服务中心对社区卫生服务站有业务指导、帮助职责。

3. 本机构其他卫生技术人员作为团队运行和服务的有力支持，在机构整体安排下协助、参与家庭医生签约服务工作。

4. 非医疗技术人员在团队长统一安排下，主要负责居民沟通联络工作，协助团队提供健康教育、社区宣传、信息收集等相关非医疗服务。

5. 鼓励探索配备家庭医生助手或社区护士助手，开展辅助性工作。

问题 8

家庭医生签约任务是什么？

答：提供家庭医生签约服务的任务有三方面：一是与居民建立稳定的契约服务关系。二是向居民提供综合、连续的基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。三是帮助居民获得签约服务带来的便利和优惠，提高居民获得感。

问题 9

家庭医生签约服务有哪些推荐内容？

答：基本医疗卫生服务是基层签约的服务内容，健康管理理念贯穿服务始终。签约团队以居民的基本医疗卫生需求，从保基本、促公平角度，综合运用适宜技术，提供防、治、康、护、养等服务。推荐签约服务内容如下：

1、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、就医路径指导和转诊预约等。重点建立起签约服务预约诊疗模式，充分发挥出家庭医生规范诊疗、合理转诊、健康管理的优势，适当拓展服务内涵。（可参照图 2：签约居民就诊流程图）

2、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。

3、健康管理服务：主要是针对居民健康状况和需求，提供健康评估、二级预防、康复指导、家庭病床服务、特色护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测、药事服务等。

4、中医药服务：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，包括中医药“治未病”、中医适宜技术等。

5、便民服务：为签约居民提供一定数量的医院门诊专家号源、帮助预约医院挂号、预留医院住院床位等方式，方

便签约居民优先就诊和住院。社区卫生服务机构与二级以上医院的全科医学科或指定科室定期对接协助落实转诊会诊服务，建立绿色通道。对长期卧床、行动确有不便的患者，酌情提供上门巡诊等服务。根据辖区居民情况，提供错时服务。为居民提供中药代煎服务。

6、惠民服务：对于签约的慢性病患者，可根据病情开具长处方，酌情增加单次配药量。对于从医院转来的病人，可根据病情和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。对经签约家庭医生团队转诊的患者，给予一定的医保优惠政策，如取消医院就诊医保报销起付线等。

7、信息化服务：积极利用移动互联网、信息化平台、可穿戴设备等为签约居民提供 APP 签约、在线预约诊疗、候诊提醒、划价缴费、诊疗报告查询、药品配送和健康信息收集、远程健康监测等服务。

合肥签约服务包：

年签约服务费每人120元，其中医保统筹基金50元、基本公共卫生经费50元、个人支付20元。服务内容包括：

1. 为签约居民提供一次健康体检，体检内容包括体格检查、心电图、B超、空腹血糖、血脂、肝肾功能、血常规、尿常规检查。

2. 为签约居民血糖、血脂和体质指数监测一次。

3. 为签约居民提供一次家庭常用药物指导，二次及以上健康知识教育。

4. 为签约居民提供家庭医生健康咨询服务。

5. 为老年人、残疾人等重点人群提供个性化健康管理方案。

6. 为儿童每年提供一次全面体检，包括听力检查、视力检查、口腔检查等，并定期随访。

7. 为高血压、糖尿病等慢性病患者提供全程规范化健康管理服务，并延续上级医院处方和享受“长处方”用药服务。

8. 为符合建立家庭病床条件的80岁以上老人，行动不便、疾病康复期患者，优先提供家庭病床服务。根据签约服务对象需求，在符合家庭服务有关规定和确保医疗安全的前提下，开展上门医疗护理康复服务。开展家庭诊疗服务应按有关规定和双方协议收取相关费用。

9. 签约居民在签约家庭医生所在社区卫生服务中心（乡镇卫生院）就诊免收一般诊疗费。

10. 优先为签约居民提供上级医院专家门诊预约、大型仪器设备检查预约，签约居民在签约家庭医生所在社区卫生服务中心（乡镇卫生院）优先就诊、优先预约，有条件的基层医疗机构对需要住院康复人员优先安排住院。

11. 优先提供上级医院住院转诊绿色通道服务，签约居民在签约家庭医生所在社区卫生服务中心（乡镇卫生院）就诊免除门诊特殊病及住院医保起付线。

问题 10

家庭医生签约服务包应如何设计？

答：签约服务包的设计应以居民需求为依据，以基层医疗卫生机构和家庭医生团队服务能力为基础，以服务费用可承担的内容为范围。服务包设计应具有普适性，其提供的服务内容体现个性化。服务包设计可按照经费来源、人群分类和服务项目等维度分类制定。

一、依据签约费用来源设计。

如：1. 基础包——包括国家基本公共卫生服务项目和地方公共卫生服务项目，还包括持续、综合的基本医疗和健康管理等服务，以及享有一定的就医优惠政策，如预约就诊、优先转诊、转诊绿色通道、慢病长处方等。签约费用以政府补贴为主，包括财政、医保等来源。

2. 补充包——包括需要居民缴费，或由基本医保、商业健康保险等其他支付渠道的基本医疗和个性化健康管理服务项目等。签约费用以商业健康保险支付、居民缴费、第三方购买等为来源。

二、依据人群分类设计。

如老年人包、孕产妇包等。服务项目既包括国家免费提供的基本公共卫生服务项目，还包括需要缴费的服务项目，或纳入医保报销范围的项目。服务包设计前要对重点人群的

健康特点和基本需求进行分析梳理。例：

人群分类	基本需求	管理目标
65岁以上老年人、0-6岁儿童、孕产妇、残疾人等	特定阶段的健康管理需求	针对性健康指导
高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者	用药指导、疾病和并发症的控制	长期跟踪、指导诊疗
有健康危险因素人群	健康监测、危险因素干预	控制危险因素、定期筛查，预防疾病发生
相对健康人群	定期沟通、健康宣传教育	定期联络、保持健康

三、依据服务特色设计。

如糖尿病足护理包、家庭病床包、残疾人康复包等。满足不同人群常见问题的诊疗、护理、康复等需求。服务包设计前要对重点疾病的常见问题进行分析梳理。

签约包名称	签约包内容	物价收费标准	经费来源（元）			
			居民自付	基本公共卫生经费	医保（新农合）	减免
基础包	基本公共卫生服务项目+基本医疗+康复指导+转诊服务	依不同对象有所区别	0	按当年人均经费标准	按项目付费	涉及的劳务服务，尚无收费标准，所以减免
初级包	基础包+健康评估及制定干预计划+免个人负担部分诊疗费+免费上门巡视+精美宣传资料	82元	50元	按当年人均经费标准	按项目付费（14.4元）	17.6元
中档包	初级包+特殊（重点）人群（针对性）服务项目	179-440元	100-150元	45-106.5元	按项目付费（29.8-60元）	66.4-122元
尊享包	中档包+联系专家会诊住院+所有家庭成员体检或免费用药（免除个人负担部分）等	646-2200元	200-600元	45-106.6元	按项目付费（202-900元）	245.04-422元

注：医保（新农合）对非服务包中的基本医疗按项目付费，对服务包中的项目参照结报比例，实行价格谈判，经考核合格者实行后付制。

问题 11

基础性签约服务内容包括什么？

家庭医生签约服务基础包至少包括以下十项基本内容：

1、建立居民健康档案。家庭医生为其建立居民健康档案，收集居民既往史、家族史，以及健康检查、生活方式、健康状况、疾病用药情况等基本健康信息。帮助其保管、维护、更新健康档案信息。

2、优先预约就诊。由家庭医生转诊，签约患者可以预约的形式优先到上级医院专科就诊。上级医院向家庭医生开放一定数量的号源。

3、慢病长处方。家庭医生可以为签约慢性病患者提供治疗所需的长处方，减少患者到医疗机构开药的次数。医保基金对长处方按相关规定予以报销。

4、转诊绿色通道。根据签约患者病情，家庭医生帮助其转诊到上级医院住院。上级医院向签约居民提供转诊便捷。

5、重点疾病健康管理。家庭医生每年为原发性高血压患者和糖尿病患者提供 1 次健康检查，包括常规体格检查和健康状况评估。每年为糖尿病患者提供 4 次空腹血糖检测。每年为原发性高血压患者、糖尿病患者和诊断明确的并在家

居住的严重精神障碍患者提供 4 次随访。为确诊的并在家居住的肺结核患者每月随访 1 次。

6、儿童健康管理。家庭医生为 0-6 岁儿童提供健康管理，包括新生儿家庭访视、儿童体格检查、心理行为发育评估和中医药健康指导。

7、孕产妇健康管理。家庭医生为孕产妇提供健康管理，包括建立《母子健康手册》、健康状况评估、第一次产前检查、孕期健康教育和指导、产后访视。

8、老年人健康管理。家庭医生每年为 65 岁及以上老年人提供 1 次健康检查，包括常规体格检查和健康状况评估。进行生活方式、中医体质辨识和中医药保健等健康指导。

9、预防接种。家庭医生为 0-6 岁儿童预防接种，为重点地区高危人群应急接种，并帮助管理预防接种信息。

10、健康教育。家庭医生为签约居民提供健康生活方式、可干预危险因素、传染性疾病预防等健康教育知识。

问题 12

家庭医生签约服务要如何收费？

答：《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》指出，“根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担”。

1、基础包体现公益性，服务费主要由财政、医保等部门共同承担，不向居民收取费用。相对基础包的补充包，在扣除基本医保基金或商业健康保险等其他筹资渠道的分担比例后，其余部分由居民缴费。

2、签约服务包定价应充分考虑签约服务的工作成本和人力成本。不应采取按各收费项目定价一再打折的定价方式。服务包定价既要体现“物有所值”，提高居民的获得感，也要充分尊重医务人员的劳动价值，调动医务人员的积极性。

3、地区物价部门应按照《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》“定期进行价格调整”的要求，有针对性的进行价格调整，鼓励家庭医生团队多签约，多服务。

4、针对经济困难人群的服务包，可采取购买的方式，动员民政、残联、街道、功能社区等单位团购支付。

5、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。

6、鼓励纵向医疗联合体等分工协作模式实行医保总额付费等支付方式。发挥家庭医生在医保付费控制中的作用，试行部分医保资金交由家庭医生管理的运行模式，探索基本医疗保险和商业健康保险向家庭医生团队按人头付费、单病

种预付等支付方式，结余用于家庭医生团队奖励。

问题 13

家庭医生签约服务应调配哪些社区资源？

答：县（区）级政府应发挥基层医疗卫生机构作为资源整合的平台作用。加强医保、价格、财政、民政、残联、街道、功能社区与医疗卫生资源的联动。

县（区）级卫生计生行政主管部门应发挥公立医院专科、检查检验等优质资源，社会办医疗机构、辖区门诊部等医疗卫生资源，发挥医疗卫生协同作用，做强基层医疗卫生服务体系。

基层医疗卫生机构和家庭医生团队要充分用好各方面资源，加强部门、单位、科室、人员的互动和业务衔接。

上海供给侧建设：

上海市将社区卫生服务中心定位为政府履行基本卫生职责的公共平台，政府提供全科医生执业的工作平台，市场资源引入的整合平台、居民获得基本卫生服务项目的服务平台和医养结合的支持平台。

构建政府与社区卫生服务中心平台内部市场机制，构建社区卫生服务中心平台与家庭医生目标责任契约关系，积极引导市场各类资源参与社区卫生服务。

问题 14

如何开展家庭医生签约服务宣传？

答：一是多方联合宣传。辖区政府、街道、居委会应搭建宣传平台，向居民和社会宣传家庭医生签约服务相关政策，引导合理的居民预期和社会评价。县（区）级卫生计生主管部门应加大对基层医疗卫生机构和医务人员的政策宣传和专项培训。基层医疗卫生机构重点对家庭医生签约服务相关技术内容进行宣传。包括签约服务内容、签约服务特点、签约程序等。

二是政策要解读到位。由于家庭医生签约工作是一种新型服务模式，许多患者对其很不熟悉，甚至会误解为上门医疗服务。应围绕签约目的、签约作用、服务内容、收费标准、联系方式等进行详细解读，尤其要解读清楚家庭医生和私人医生，签约服务与上门服务的区别，免费和收费服务内容，以及签约合约文书双方权利和义务，减少不必要的误解或纠纷。要加强签约双方责权利的宣传，让居民明明白白签约。

三是要找准居民宣传切入点。要从居民个人健康状况及需求出发，以居民较熟悉的门诊诊疗服务为突破口，通过居民较熟悉的门诊医生或护士，进行 1 对 1 宣传解读。

如：针对老年患者宣传，不仅要从他自身的健康问题谈起，还要向其强调签约服务不仅关注个人疾病，并且关注如何减少疾病发展。年轻人工作压力大，生活无规律，常常忽视自己的健康。针对年轻人的宣传，要从疾病的危害性入手，引起年轻人的重视。

四是利用多种宣传媒介开展宣传。

（1）采取健康大课堂、社区宣传、健康促进活动等方式进行宣传。这种方式宣传力度比较大、影响范围广、居民参与度高，比较容易让中、老年人理解和接受。

（2）利用手机短信、微信和微博、互联网等公众平台。发挥传播速度快、范围广等优势。并且即宣传即产生记录，可备随时查询或检查。

（3）通过印制发放宣传手册折页、张贴海报、公示家庭医生团队信息、张贴签约服务流程示意图等，在机构营造家庭医生签约服务的良好氛围。可在机构大厅、咨询台、挂号、分诊、门诊、预防保健区、健康体检区等各个服务区域或服务环节进行宣传。有条件的机构可配备统一的着装、出诊装备、交通工具等，通过多种媒介或形式不断强化居民的签约意识，

五是要掌握宣传技巧。患者就医时情绪往往是比较迫切，如向其推荐签约有可能会占用患者自身就诊时间，所以医务人员的态度平和且诚恳则会更容易让其接受。如此次不

愿签约，应尊重居民的自愿选择，对符合签约条件但暂未签约的居民，可告知其签约团队联系方式。

问题 15

签约服务工作方式有哪些？

答：1、以签订签约合约文书确定契约关系。已建立母子保健手册视同确立签约关系，以发放告知书等形式告知契约关系。新建《母子健康手册》的居民，同步签订签约合约文书，确定契约关系。网上签定合约文书，也视为有效签约。签订签约合约文书时，要明确告知居民签约服务内容、方式、期限和双方的责任、权利、义务及其他有关事项，避免居民“被签约”。

2、一个居民签约一个家庭医生团队。现阶段，以老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群，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为重点签约服务对象。在此基础上，逐步拓展服务覆盖范围。

3、签约周期原则上为一年，期满后居民自愿续约或选择其他适合的家庭医生团队签约。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。

4、家庭医生团队签约前需对居民进行健康评估，再选择适宜的签约服务包进行签约。签约后，要按服务协议提供

主动、连续、综合的基本医疗、公共卫生以及健康管理服务。服务要及时、到位，避免缺位、重复。

5、签约服务形式和地点要根据签约合约文书以及当时居民健康状况等合理选择，如家庭医生工作室、门诊诊疗、健康知识短信动态推送、面对面随访、电话随访、上门服务、远程医疗等。

6、根据实际情况，照顾不同人群需求和特点，家庭医生团队可开展错时服务、预约服务等多种形式的服务，主动完善服务模式。

7、有条件的机构，应为家庭医生团队成员配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。注重签约人员形象，提升居民亲和力和信任感。

8、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，发挥签约服务保障作用。

9、通过远程医疗、即时通讯等方式，加强上级医院医师与家庭医生的技术交流。将上级医院现有的检查检验、消毒供应中心等优质资源向基层医疗卫生机构开放。有条件的地区，可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，为家庭医生团队提供技术支撑。

10、利用“互联网+”技术，通过移动客户端等多种方式搭建家庭医生与签约居民的交流平台，如健康知识短信动态推送、医患互动交流、患者反馈、健康管理助手等服务，

为提供跨地区 and 时间的签约服务提供便利，进一步扩大签约覆盖人群，提高居民获得感。

问题 16

签约服务过程中应注意哪些风险防范？

答：1、按照国家卫生计生法律法规开展合法性签约服务。

2、按照国家卫生计生委有关规定，机构以家庭病床、巡诊等方式开展的医疗服务，属于合法行为。

3、要引导居民正确理解签约服务的内涵，明确签约服务不等于上门服务，仅针对长期卧床等特殊情况且满足上门服务条件，并愿意承担上门服务风险的居民，才能为其提供上门服务。

4、开展上门服务时，医务人员不应单独上门，至少 2 人一同前往。上门前应先了解服务对象基本情况，做好健康评估，携带必要的设备和资料。上门应着带有机构标识的出诊服装，但应有别于机构内服务。

5、遇到一次签约不成功，或受时间所限，没有完成签约手续。可以预约下次时间，继续签约。

6、社区签约时，在人群集中时应注意有序疏导，避免

拥挤。人群集中时沟通要有效，避免歧义。

7、签约随访要按服务协议及时开展，有效沟通，做好随访记录。鼓励预约下一次随访时间，告知应急联系方式等。

8、电话随访时，要注意放慢语速，耐心倾听。

9、对自我监测数据的使用要谨慎，只能作为参考，不能作为诊断。

10、对不履行签约服务或服务时不配合的，要做好记录和不履约原因，做到有案可查。

11、加强对签约团队人员的在岗培训和帮扶，开展签约服务的过程性指导和有针对性的业务指导，提高风险防范意识。

12、在不加重负担的基础上，利用信息化手段做到服务留痕，可查询，可考评，可测量。

13、注意机构运行风险的防范，如费用拖欠等。一旦发现潜在的运行风险，需及时报告县（区）级卫生计生主管部门，予以协调解决。

问题 17

签约服务流程有哪些？

签约流程：签约咨询与宣传—签约服务解释与说明—签

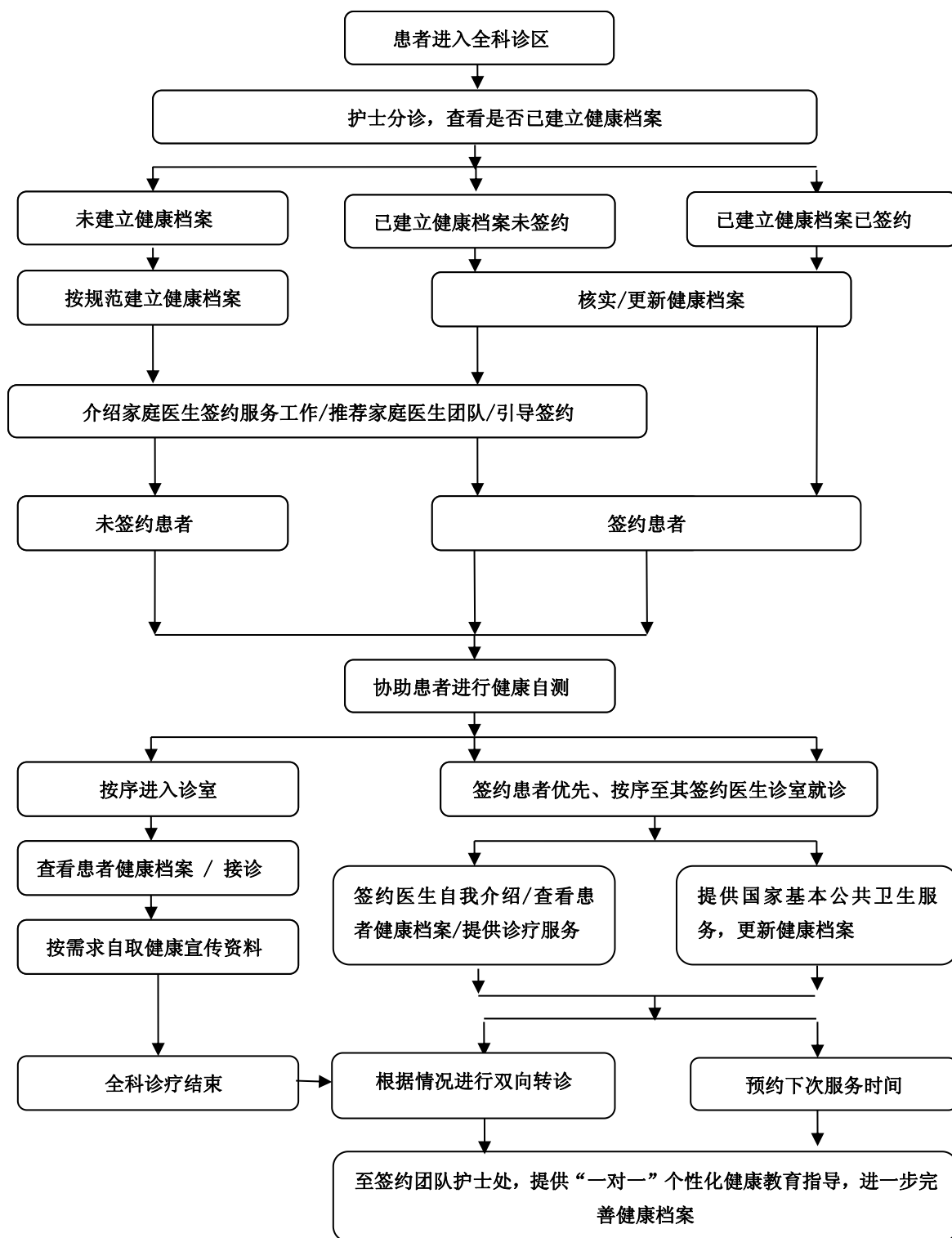
约合约文书签订—履约。

服务流程：签约居民就诊—分诊到签约全科医生团队—更新、完善签约居民健康档案—根据签约居民卫生需求，提供综合、连续的基本医疗卫生服务—必要时及时转诊—提供健康指导，帮助签约居民进行自我健康管理—帮助签约居民获得签约带来的其他便利服务。

图 1：家庭医生签约服务流程图



图 2：签约居民就诊流程图



问题 18

签约服务合约文书应包括哪些基本内容？

答：签约服务合约文书应包括以下基本内容：

- 1、合同编号及其有效期限。
- 2、合约内容解释权。
- 3、签约居民的身份证号和社保（医保）卡号
- 4、约居民的住址和联系电话，及其紧急联系人和联系电话
- 5、签约居民选择签约服务包名称和服务内容，及相应的居民自付费用金额
- 6、签约居民应配合事项或应履行的义务
- 7、签约居民的权利

问题 19

签约服务应如何考核？

答：应重点围绕签约医生受鼓舞、服务能力有提高、医疗药费用得控制、服务效能认可等方面进行签约服务考核。考核应遵循以下原则：

1、起步阶段考核以鼓励家庭医生签约为主，辅以结果指标，宜奖励，轻惩罚。

2、建立起以定期考核与年终考核相结合，以改善服务质量和提升服务效率为目标的考核机制。不单独考核，与机构考核或其他项目考核相结合。考核的同时做好日常监测、评估、统计工作。

3、鼓励应用信息化考核手段提高考核的准确性，提升考核效率，减少对日常工作的影响。考核主体以基层医疗卫生机构管理部门为主，发挥各筹资主体的监督作用，鼓励吸收签约居民代表、社会代表、其他团队意见等。

4、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。

5、考核结果及时反馈家庭医生团队，并与家庭医生团队激励相结合。

6、依据考核结果要及时调整家庭医生团队工作任务，合理测定家庭医生团队工作强度，如一个家庭医生团队的签约人数要限定在合理区间，设置上线和下线，既促进其更多的开展签约服务，也要在保证服务质量的前提下开展签约服务。

7、推荐考核指标：签约知晓率、签约人数/签约率、重点人群签约人数/重点人群签约服务覆盖率、签约人群履约率、签约人群转诊比例、签约人群满意度、续签率、签约人

群医药总费用控制情况等。

问题 20

签约服务应如何激励？

答：1、基层医疗卫生机构对各团队考核后有绩效分配调整权，依据考核结果对各团队予以绩效激励。团队长对内部团队成员有绩效分配权。逐步提高签约服务费用占人员收入的比重。

2、家庭医生签约服务收益应按照多劳多得、优劳优得原则予以公平分配。包括团队内成员、团队外支持科室或人员。

3、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。

4、各类服务包的总费用中均含用于人员激励的签约费，鼓励签约费不纳入人员绩效工资总量或建立起绩效工资合理增长机制。

5、在人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖评优等方面重点向全科医生倾斜。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。

6、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。

7、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。

8、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。

9、拓展国内外培训渠道，建立健全二级以上医院医生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。

杭州价格医保激励：

调整服务价格，规定建床费 80 元/人次、家床巡诊 40 元/人次、中级出诊 40 元/人次、高级出诊 60 元/人次

基本医保优惠政策：签约门诊医保起付下降 300 元，城乡居保签约居民上转后诊治费用按社区报销比例直接结算。

厦门分配激励：

厦门明确签约服务费全部用于激励签约服务，不纳入绩效工资总额。120 元签约服务费中，80 元由团队长考核后团队自主分配，20 元综合考核后按考核分数激励签约团队。