



关于印发《淮南市 2018 年度贫困人口暨慢病家庭医生签约服务工作方案》的通知

淮卫基层〔2017〕479 号

各县、区卫生计生委，各有关医疗卫生单位：

为贯彻落实全国健康扶贫工作会议精神，依据国家卫生计生委等六部门《关于印发健康扶贫“三个一批”行动计划的通知》（国卫财务发〔2017〕19号）文件要求，进一步提高贫困人口家庭医生签约服务质量，现将《淮南市2018年度贫困人口暨慢病家庭医生签约服务工作方案》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

淮南市卫生和计划生育委员会

2017 年 12 月 20 日



淮南市 2018 年度贫困人口暨慢病家庭医生 签约服务工作实施方案

依据国家卫生计生委等六部门《关于印发健康扶贫“三个一批”行动计划的通知》(国卫财务发〔2017〕19号)、国家七部委《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》(国医改办发〔2016〕1号)和安徽省卫生计生委《关于规范家庭医生签约服务包的通知》(皖卫基层秘〔2017〕429号)、市卫计委、物价局等部门联合下发的《关于规范家庭医生签约服务的通知》(淮卫办〔2017〕438号)等文件精神,结合我市实际,为进一步做好贫困人口家庭医生签约服务,提高贫困人口获得感,特制定本方案。

一、工作目标及经费保障

根据省卫生计生委要求,全市各县区建档立卡贫困人口签约服务覆盖率100%。

建档立卡的贫困人口全部签订有偿服务包,所需个人自付部分资金由县区财政兜底保障。

二、服务包类型

按照省卫生计生委统一要求,通过多方征求意见,2018年的家庭医生签约服务包为基础包和有偿包两大类,其中基础包为



免费包，分为八型（见附件）：老年人基础包、高血压基础包、糖尿病基础包、孕产妇基础包、儿童基础包、结核病基础包、严重精神障碍患者基础包和一般人群基础包。内容涵盖基本公共卫生服务和健康管理。

有偿包按市卫计委、物价局等部门联合下发的《关于规范家庭医生签约服务的通知》（淮卫办[2017]438号）设计的服务包，各县区结合实际，参照执行。

三、服务包签订

家庭医生按签约居民所属人群选定基础包，不得漏选和多选；签约居民根据自身需求，自愿选择一种有偿服务包，并与所属人群的基础服务包捆绑签订，家庭医生团队按签约居民约定服务项目和服务频次进行履约服务。基础包服务期满，签约居民如无异议，则视为自动续约，有偿服务包以年为周期自愿签订。

四、工作要求

（一）规范签约时间。每年 10--12 月份为集中续约、签约期，次年 1--2 月份为补签期，要充分利用外出务工人员春节返乡的有利时机予以补签，其他时间不再签约。

（二）规范签约执行时段。合约执行时期为公历年度元月 1 日到 12 月 31 日，与国家基本公共卫生服务项目、新农合基金运行时期一致。



（三）规范签约主体。统一以签约团队实施，实行包保制。全市各县区在区域内组建了县区、乡（社区卫生服务中心）、村（居委会）三级签约团队，实行“1+1+1”分工协作模式，即实行以县区级医院为龙头、中心卫生院和乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为网底签约团队组织体系，分工到村，进村入户开展服务。县区级或医共体牵头单位的“龙头医生”，分工到乡到村，为乡、村团队提供技术支持。

家庭医生签约服务协议书或签约手册上必须有三级团队医生联系姓名、电话等信息。

乡镇卫生院必须成立家庭医生签约体检科室或中心，组织开展乡镇履约服务；乡镇卫生院负责明确家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工，负责与县区级医院、村卫生室参加家庭医生团队的人员联系对接，加强监督协调管理，实施月工作调度通报制，落实签约、履约服务，并定期开展绩效考核和落实报酬。

（四）规范签约系统管理。各地要做到签约有手册、管理有档案、服务有记录、系统录入准确及时，数据与档案记录保持一致。要加快信息系统建设步伐，落实村医签约服务功能模块，将签约、服务、绩效考核、分级诊疗、双向转诊全部纳入信息系统管理，并与健康一体机、居民电子健康档案、预约转诊、基本公



共卫生服务等系统相衔接，逐步实现对服务对象就医、健康管理等主要健康信息的自动收集与更新。实现网上签约、网上服务提醒、系统辅助绩效管理。

（五）规范签约服务收费标准。基础包不收费，履约服务有关成本和人员补助由国家基本公共卫生服务项目经费列支。有偿包要收费，与基础包捆绑签订。收费参照市卫计委、物价局等五部门联合下发的《关于规范家庭医生签约服务的通知》（淮卫办[2017]438号）执行。

（六）规范财务制度。各县区卫生计生委负责家庭医生签约工作方案的制定，人员培训和每季度的工作督导考核，指导签约家庭医生开展工作，管理签约资金。贫困人口个人缴费部分由县区财政全额代缴，签约的个人自付资金必须逐级收缴到县卫生计生委管理。逐人开出收据，其中收据的一联交签约居民粘贴于签约服务手册上。基本公共卫生服务项目管理单位和新农合经办机构以收据作为拨付相应配套资金的依据，按考核结果分季度进行拨付。

（七）规范慢病健康管理。2018年所有农村贫困人口纳入家庭医生签约服务范围，做到每人建1份动态管理的电子健康档案，按照高危人群和普通慢病患者分类管理，为贫困人口提供公共卫生、慢病管理、健康咨询和中医干预等综合服务。对已经核



准的慢性病患者，乡镇卫生院等基层医疗卫生机构在县级医院指导下，签约医生或医生团队负责制订个性化健康管理方案，提供签约服务，做好面对面随访，询问病情，检查并评估心率、血糖和血压等基础性健康指标，在饮食、运动、心理等方面提供健康指导。需住院治疗的，联系定点医院，确定诊疗方案，实施有效治疗。充分发挥中医药治疗慢性病的优势，为常见病、多发病患者提供价廉有效的中医药服务。

（八）规范档案管理。无偿签约一律使用基础包，签约统一使用协议书，一次签订、自动续约、长期有效。

有偿签约统一使用签约服务手册，内容详实、条款清晰，一年一签，当年有效。签约档案与居民健康档案合并管理。

为便于档案规范管理，日常工作要做到“五统一”：一是统一签约服务工作流程，按流程开展工作；二是各县区统一印制《签约服务手册》及《签约服务记录单》，记录履约情况，便于实时监管，对有偿签约对象（尤其是贫困人员）《签约服务手册》及《签约服务记录单》要一式二份，一份存档，一份交签约对象，由签约对象签字确认；三是统一订制《签约服务公示牌》，便于上门服务和随机访查；四是统一管理签约服务费，贫困人员签约服务费由县区卫计委集中管理，按绩效分配；五是统一监督检查，乡镇卫生院（中心）每月、市、县区卫计委每季度督查一次，督



促签约医生有效履约。

五、保障措施

(一) 加强新农合资金对签约服务的支持。开展签约服务的村卫生室的适宜诊疗项目纳入新农合门诊统筹报销范围。

(二) 规范签约服务的劳务补偿。根据签约服务内容和数量,合理测算各项服务补助或支出标准。根据签约完成率、履约完成率、规范转诊率、群众满意度、续约率为考核指标。对完成 90% 以上的服务包数和 95% 以上全部服务包内项目的,可视为全部履约到位;达不到上述标准的,按照实际完成量补偿。

(三) 签约服务的技术支持。县区医院(县域医共体牵头单位)要成立健康管理中心,加强对村级的技术指导与支持,县、乡、村三级医生间要建立并加入家庭医生签约服务工作 QQ 群和微信群,公开联系方式,落实指导帮扶,方便群众就医。为区域对象提供就诊绿色通道,县区级医院(县域医共体牵头单位)按不低于 10% 比例设置区域服务对象病床,及时安排基层上转签约患者住院。



附件：

淮南市 2018 年度贫困人口暨慢病 家庭医生签约基础服务包

一、老年人基础服务包（参照）

（一）基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范（第三版）提供有关健康管理服务，按照老年人健康管理服务规范要求：每年为 65 岁以上老年人提供 1 次健康管理服务。

1、生活方式和健康状况评估。

2、一般体格检查

3、辅助检查。包括血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素）、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、心电图和腹部 B 超（肝胆胰脾）检查 1 次。

4、健康指导。告知评价结果并进行相应健康指导。

（二）健康管理服务

1.为签约居民提供电话接听服务或手机 APP 即时联系，指导开展自我健康管理；



2.按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约 1 次；

3.提前告知签约居民参加健康教育讲座；

4.提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

二、高血压基础服务包（参照）

（一）基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范（第三版）提供有关健康管理服务，按照高血压健康管理服务规范提供健康管理服务。

1、每年至少提供四次面对面随访评估。

2、对血压控制满意或不满意、或出现药物不良反应、紧急危险情况的患者，提供相应的健康管理服务。

3、每年进行 1 次全面的健康检查（常规体格检查），可与随访相结合。

（二）健康管理服务

1.为签约居民提供电话接听服务或手机 APP 即时联系，指导开展自我健康管理；

2.按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约 1 次；



3.提前告知签约居民参加健康教育讲座；

4.提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

三、II型糖尿病基础服务包（参照）

（一）基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范（第三版）提供有关健康管理服务，按照II型糖尿病健康管理服务规范提供相应健康管理服务。

1、每年至少提供四次面对面随访评估。

2、对血糖控制满意或不满意、或出现药物不良反应、紧急危险情况的患者，提供相应的健康管理服务。

3、每年进行1次全面的健康检查（常规体格检查），可与随访相结合。

（二）健康管理服务

1、为签约居民提供电话接听服务或手机APP即时联系，指导开展自我健康管理；

2、按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约1次；

3、提前告知签约居民参加健康教育讲座；

4、提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

四、一般人群基础服务包（参照）

（一）基本公共卫生服务

按照国家基本公共卫生服务规范（第三版）居民健康管理服务规范要求，根据服务对象属性提供国家基本公共卫生服务 14 类 55 项中相应服务。

（二）健康管理服务

1、为签约居民提供电话接听服务或手机 APP 即时联系，指导开展自我健康管理；

2、按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约 1 次；

3、提前告知签约居民参加健康教育讲座；

4、提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

五、0-6 岁儿童基础服务包（参照）

（一）基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范（第三版）提供有关健康管



理服务，按照 0-6 岁儿童健康管理服务规范提供相应健康管理服务。1、在新生儿出院后 1 周内，医务人员到新生儿家中进行，同时进行访视和健康指导服务。2、在新生儿出生后 28~30 天，提供随访健康指导服务 3、在儿童满 3、6、8、12、18、24、30、36 月龄时，进行 8 次随访健康指导服务。4、在儿童 4~6 岁期间，每年提供一次健康管理服务。5、按照国家免疫程序，及时为儿童建立预防接种证。提供 11 类 22 针次疫苗接种服务。

（二）健康管理服务

1、为签约儿童家长提供电话接听服务或手机 APP 即时联系，指导开展自我健康管理；

2、按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约 1 次；

3、提前告知签约儿童家长参加健康教育讲座；

4、提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

六、严重精障碍患者基础服务包（参照）

（一）基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范（第三版）提供有关健康管理服务，按照严重精神障碍患者管理服务规范提供相应健康管理



服务。

1、每年至少进行 4 次随访指导服务。

2、根据患者的健康状况评估情况，进行分类指导服务。

3、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 1 次健康检查，内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖、心电图。

4、为患者居民健康档案等信息做好保密工作。

(二) 健康管理服务

1、为签约患者监护人提供电话接听服务或手机 APP 即时联系，指导开展自我健康管理；

2、按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约 1 次；

3、提前告知签约患者监护人参加健康教育讲座；

4、提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

七、结核病基础服务包（参照）

(一) 基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范（第三版）提供有关健康管理服务，按照肺结核患者健康管理服务规范提供相应健康管理服



务。

1、在患者确诊通知 72 小时内第一次入户随访提供指导服务。

2、在患者服药日，进行直接面视下督导服药。

3、对于由医务人员督导的患者，医务人员至少每月记录 1 次对患者的随访评估结果；对于由家庭成员督导的患者，基层医疗卫生机构要在患者的强化期或注射期内每 10 天随访 1 次，继续期或非注射期内每 1 个月随访 1 次，提供健康指导服务。

4、当患者停止抗结核治疗后，要对其进行结案评估，提供后续的健康指导服务。

（二）健康管理服务

1、为签约居民提供电话接听服务或手机 APP 即时联系，指导开展自我健康管理；

2、按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导，每季度可预约 1 次；

3、提前告知签约居民参加健康教育讲座；

4、提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务，帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位等服务。

八、孕产妇基础服务包（参照）



(一) 基本公共卫生服务

根据国家基本公共卫生服务规范(第三版)提供有关健康管理服务,按照孕产妇健康管理服务规范提供相应健康管理服务。

1、孕早期健康管理:孕13周前为孕妇建立《母子健康手册》,并进行第1次产前检查。

2、孕中期健康管理:在孕16~20周、21~24周各进行一次健康指导服务。

3、孕晚期健康管理:在孕28~36周、37~40周各进行一次健康指导服务。

4、产后访视:于产妇出院后1周内到产妇家中访视进行健康指导服务。

5、产后42天进行健康检查。

(二) 健康管理服务

1.为签约居民提供电话接听服务或手机APP即时联系,指导开展自我健康管理;

2.按签约居民服务需求提供“面对面”个性化健康指导,每季度可预约1次;

3.提前告知签约居民参加健康教育讲座;

4.提供预约诊疗服务。病情复杂、病情不稳定者提供联合治疗服务,帮助签约居民预约上级医院专家门诊、特殊检查、床位



等服务。