附件1

**山东省家庭医生服务团队审核表**

 县（市、区）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 乡镇（街道） |  | 单位名称 |  |
| 团队名称 |  | 团队人数 |  |
| 服务范围 |  | 服务范围内常住人口数 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 团队组成人员 | 团队角色 | 姓 名 | 年龄 | 岗位 | 职称 | 详细信息 |
| 团队长 |  |  |  |  | —— |
| 家庭医生 |  |  |  |  | 填个人信息表 |
| 护 士 |  |  |  |  | 填个人信息表 |
| 公卫人员 |  |  |  |  | 填个人信息表 |
| 其他人员 |  |  |  |  | —— |
|  |  |  |  | —— |
|  |  |  |  | —— |
| 县级卫生计生部门审核意见 | （盖章） 年 月 日 |

**山东省家庭医生服务团队成员基本信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 主要学习经历 | 起止年月 | 毕业院校 | 专业 | 学历 | 学位 | 学制（年） | 办学形式 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 主要工作经历 | 自何年何月 | 至何年何月 | 在何地、何单位任何职 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 职称晋升记录 | 时间 | 专业 | 专业技术资格 | 评定单位 | 聘任单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 进修记录 | 时间 | 专业 | 单位 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

附件2

**家庭医生签约服务“大学习、大调研、**

**大改进”要点**

1.为什么开展家庭医生签约服务？家庭医生签约服务与基本公共卫生服务和基本医疗服务是什么关系？如何实现结合？

2.家庭医生签约服务1.0版和2.0版主要区别有哪些？本地区或机构开展的家庭医生签约服务与2.0版要求有哪些差距？

3.目前的家庭医生签约服务信息系统是否达到三个平台的功能要求？如何通过信息化、智慧化手段提升服务效率、服务效果和居民感受度？

4.在目前的机制和能力条件下，签约服务哪种模式更适合本地区或机构？如何做到“签而有约”？如何让签约居民感受到“签与不签不一样”？

5.年度签约服务要实现哪些目标？本地区或机构签约服务亮点有哪些？着重打造哪些地区、哪些机构或哪些团队？

6.签约服务如何与乡村振兴、医养结合、健康扶贫、分级诊疗制度和医联体建设、基层医疗卫生机构标准化建设、基层卫生人才队伍建设等工作做好结合？

7.作为从事签约服务工作的管理者或实践者，你对全科医学、以健康为中心、全方位全生命周期健康管理、签约服务模式的有哪些认识？如何做好家庭医生签约服务工作？

附件3

**做实家庭医生签约服务重点推进任务**

一、市级

1.以市为单位明确家庭医生签约服务费标准和来源，制定绩效考核、资金拨付和结算程序。

2.制定长处方、延伸处方病种和药品目录。

3.完善基本医保签约服务引导政策。

4.与医保信息系统进行衔接。

5.增加签约服务物价收费项目，调整家庭诊疗等收费标准，明确签约服务费定价原则。

6.稳定签约数量，巩固覆盖面。实现贫困人口和计划生育特殊家庭应签尽签。2018年底以65岁及以上老年人为重点，老年人签约覆盖率力争达到70%以上。

7.开展培训和指导，培育典型地区和机构。

8.完善基层医疗卫生服务体系，推进基层卫生计生综合信息系统功能完善和远程医疗、双向转诊、预约平台建设。

9.加强签约服务宣传和督查。

二、县级

1.制定本地区签约服务文件，建立支撑保障和考核激励机制，启动并实施2.0版家庭医生签约服务。新签或续签居民全部采用符合2.0版家庭医生签约服务要求的协议书和服务包。

2.推进基层卫生计生综合信息系统建设，完善家庭医生签约服务信息系统或模块，实现三方互联互通，具备四个平台的功能。远程医疗网络覆盖所有乡镇卫生院和社区卫生服务机构，基层机构可为签约居民提供上级医院远程医疗服务。选择部分机构开展智慧化签约服务试点。

3.结合医联体建设，开展“1+1+1”组合签约服务试点。组织二级以上医院和专业机构，成立技术指导团队，并建立工作制度和考核机制，对技术指导工作落实情况进行考核。组织二级以上医院指定专门科室，对接家庭医生服务团队上下转诊，落实签约居民优先服务。二级以上医院专科医师参与服务或技术支持覆盖所有家庭医生服务团队。

4.结合辖区基层医疗卫生机构卫生人才队伍情况，制定家庭医生服务团队组建标准和考核评价机制，建立家庭医生服务团队人员档案信息库。

5.规范和推进基层医疗卫生机构健康小屋建设以及门诊流程、布局改造，建立家庭医生工作室和社区家庭医生工作室网络，制定巡诊、签约服务信息公开等签约服务工作制度。

6.指导基层医疗卫生机构按照“基本医疗、公共卫生和健康管理相结合，病情监测与并发症监测、风险评估相结合”的原则，科学制定中高级服务包，明确价格标准。

7.开展签约服务培训、宣传和督查，培育典型机构和团队。

8.利用信息化手段建立服务监测和考核评价机制。

9.制定基层医疗卫生机构机构和团队之间的签约服务费分配原则或机制，制定基本公共卫生服务项目经费纳入签约服务个体服务经费的测算、核算标准。

三、基层医疗卫生机构

1.按程序组建家庭医生服务团队，团队结构和数量符合《指南》要求，打造典型团队。

2.建立团队内分工协作机制，按《指南》要求建立工作制度。制定本机构签约服务流程或工作手册。对签约服务团队、服务内容、巡诊时间等进行公开。

3.建设健康小屋，对门诊流程、布局进行改造，建立家庭医生工作室和社区家庭医生工作室网络，并落实巡诊制度。

4.结合机构服务能力和群众需求，制定中高级服务包。

5.对签约人群进行梳理，根据健康状况和需求分类建册，制定健康管理方案，履约过程中实现基本公共卫生、基本医疗和健康管理等服务综合、连续提供。

6.开展签约服务培训和宣传，定期调度和交流各团队工作情况。

7.建立对各团队服务监测和考核评价机制；对基本公共卫生服务经费纳入签约服务个体服务的经费进行单独测算和核算；制定机构与团队、团队成员签约服务费分配机制，并向家庭医生服务团队倾斜。