

安岳县医疗保障局  
安岳县财政局  
安岳县卫生健康局

# 文件

安医保〔2023〕18号

安岳县医疗保障局  
安岳县财政局  
安岳县卫生健康局

## 关于印发《安岳县家庭医生签约服务按人头 打包付费医保支付改革工作方案（试行）》的 通 知

各有关单位：

为进一步加快我县紧密型医共体的发展，做实我县医药卫生体制改革，提升医疗卫生服务整体效能。根据《四川省医疗保障局等四部门关于推进紧密型县域医疗卫生共同体医疗保障管理改革的意见（试行）》（川医保发〔2020〕11号）、《资阳市医疗

保障局等四部门关于推进紧密型县域医共体医疗保障管理改革的实施方案》(资医保发〔2020〕35号)、《资阳市医疗保障局<对安岳县医疗保障局关于提请审议《安岳县紧密型医共体医保支付改革系列工作方案》(试行)的请示>的批复》(资医保发〔2023〕5号)文件精神,现将《安岳县家庭医生签约服务按人头打包付费医保支付改革工作方案(试行)》印发给你们,请认真贯彻执行。



2023年5月10日

# 安岳县家庭医生签约服务按人头打包付费 医保支付改革工作方案（试行）

根据四川省医疗保障局等四部门《关于推进紧密型县域医疗卫生共同体医疗保障管理改革的意见（试行）》（川医保发〔2020〕11号）、资阳市医疗保障局等四部门《关于推进紧密型县域医共体医疗保障管理改革的实施方案》（资医保发〔2020〕35号）、《资阳市医疗保障局〈对安岳县医疗保障局关于提请审议《安岳县紧密型医共体医保支付改革系列工作方案》（试行）的请示〉的批复》（资医保发〔2023〕5号）精神，并结合我县实际，为进一步提高高血压、糖尿病（以下简称：两病）患者门诊特殊疾病家庭医生签约服务医疗服务水平，基本医疗保险参保患者门诊特殊疾病医疗保障水平，减轻患者门诊用药费用负担，降低门诊患者住院医疗费用支出。特制定本方案。

## 一、保障对象

已进行医保“两病”资格认定的参保人员且自愿接受门诊特殊疾病家庭医生签约服务管理的人员。签约管理服务原则上实行一年一签。

## 二、实施单位

由安岳三大医共体集团（简称：集团）牵头单位：安岳县人民医院、安岳县中医院、安岳县第三人民医院负责组织各医共体成员单位共同实施，牵头医院负责制定集团门诊特殊疾病家庭医



生签约基础（个性）服务包、组建家庭医生签约服务团队、健全门诊特殊疾病药品使用和医疗服务保供机制、建立完善签约服务激励机制。

### 三、签约程序

家庭医生签约服务实行属地管理原则，已认定两病的患者自愿向户籍所在地（或常期居住地，常住地集团无所辖乡镇卫生院提供服务的城乡居民医保签约对象可由牵头医院签约并提供相应服务）集团所辖医疗机构提出签约申请，并填写《安岳县“两病”门诊特殊疾病家庭医生签约服务登记表》（附件1），参保人员在签约服务范围内享有药品使用、医疗服务的权利，跨属地签约医保不计算签约人头。本人按享受待遇缴纳签约服务费用，基础包个人微支付，个性包按以下比例分担：居民医保参保人员基金承担70%，个人承担30%，职工医保参保人员基金承担80%，个人承担20%。患者根据病情自愿选择签约基础包或个性包，但不得同时签约基础包和个性包。个性包签约服务费可选择视病情分月度（全年签约服务费/12月）缴纳签约服务费，已缴纳个性包全年签约服务费用的因病情变化需停用个性包药物或重新缴纳基础包签约费变更为基础包药物的，医疗机构应只收取供药服务期间的签约服务费，剩余月份的签约服务费应予退还。

### 四、签约管理方式

（一）**定点签约**。职工医保参保签约人员可在集团内选择1家县级医疗机构或1家乡镇（社区）医疗机构作为签约服务机构；

城乡居民医保签约人员可在集团内选择1个乡镇(社区)医疗机构作为签约服务机构。

**(二) 服务内容及支付标准。**采用按病种、按人头定额付费的方式,“两病”门诊特殊疾病家庭医生签约服务费包含:“两病”特殊疾病门诊个人自付部分,以及基础包和个性化服务包基金(公共卫生)承担费用。服务内容及支付标准见“门诊“两病患者”家庭医生签约服务的具体内容及支付标准表”(附件2)

**(三) 医保支付方式。**“两病”门诊特殊疾病家庭医生签约服务费纳入门诊服务医保按签约人头打包付费管理,签约后未供药人头医保不支付,因病情缓解停用药物按实际供药月数及月均支付标准(医保年支付标准/12月)支付。

**(四) 供药保障。**由各牵头医院专家团队依据药物安全性、治疗有效性、剂型、价格、集采供应等因素在以下初定的服务包保障药物中选择,高血压基础包保障药物初定为:酒石酸美托洛尔片、硝苯地平缓释片(II)、吲达帕胺片、苯磺酸氨氯地平片、尼莫地平片、厄贝沙坦片、缬沙坦片(胶囊)、非洛地平片、马来酸依那普利片、氢氯噻嗪;高血压个性包保障药物初定为奥美沙坦酯片、缬沙坦氨氯地平片。糖尿病基础包保障药物初定为盐酸二甲双胍片(缓释片)、格列美脲片、格列吡嗪片;糖尿病个性包保障药物初定为(重组)人胰岛素注射液、精蛋白人胰岛素混合注射液、精蛋白(重组)人胰岛素注射液、精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合注射液、(重组)赖脯胰岛素注射液、门冬胰岛素



注射液。后期供药品种的调整由县医疗保障局根据国家药品目录、药品供应渠道及价格变化等情况适时调整或由各牵头医院提供相关资料报医保局批准后调整,打包付费两病供药不得纳入医保门诊特病及门诊“两病”重复报销或将门诊特病及门诊“两病”报销药品抵减打包付费两病供药。

各医疗机构应分别建立保障药物发放专项登记(登记表各集团应统一格式),患者每次领取均需签字确认(有条件的医疗机构患者就医卡可绑定“两病”用药信息,患者凭卡开具处方领取药物),每次开药量应控制在1个月内或最小包装。未按要求提供药品供应保障的人头(按考核随机抽样未供药人数占比\*签约总人数或药品购销存核实)予以扣除。

**(五)家庭医生签约违规行为。**县医保局对医共体及其成员单位家庭医生签约履约情况进行监管,存在下列行为,有权追回家庭医生签约服务费,并按有关规定处理。

1. 不能提供签约居民或家庭健康档案资料的;
2. 未按规定履行家庭医生职责的;
3. 未按规定给签约居民或家庭提供服务用药、诊疗服务的;
4. 多记虚记签约居民或家庭就诊费用、用药费用的;
5. 在与签约居民或家庭提供诊疗服务时,额外或重复收取家庭医生服务包已经包含的项目费用的;
6. 将打包付费两病供药纳入医保门诊特病及门诊“两病”重复报销或将门诊特病及门诊“两病”报销药品抵减打包付费两

病供药。

7. 为签约居民或家庭开具超费用负担药物的；
8. 伪造签约居民或家庭健康档案资料、就诊记录或病历的；
9. 存在其他违反规定或骗取家庭医生签约服务费的行为。

**(六) 签约服务费用监察。**各医共体牵头单位应加强签约服务人员服务质量、服务费用的使用监察，督促服务人员准确、完整填写“安岳县高血压（糖尿病）签约服务随访服务记录表”（附件3、附件4）个性包随访服务记录表由各集团根据本方案的要求及集团服务特点自行制定）。

每季度将“安岳县“两病”门诊特殊疾病家庭医生签约服务汇总表”（附件5）及书面分析运行报告向县医保局报送。县医保局按审核后的汇总表签约人数付打包费。

## 五、考核结算

### （一）考核主体及时间

每年1季度，由县医疗保障局牵头，会同县财政局、县卫健局等部门对医共体上年度情况进行考核或委托第三方进行考核。

### （二）考核方式

考核除对参保人员满意度（供药保障）调查采取随机抽取、电话回访方式进行外主要采取直接从信息系统提取数据为主的方式进行，具体考核内容和评分标准见附表（附件6）。

### （三）考核等次

考核结果分为优秀(90分-100分)、良好(70分-89分)、合格(60

分-69分)和不合格(60分以下)

#### (四) 考核结果运用

考核结果为优秀的，当年度家庭医生签约服务费打包总额上调1%纳入清算。考核结果为良好的，当年度家庭医生签约服务费打包总额不调整。考核结果为合格的，当年度家庭医生签约服务费打包总额下调2%纳入清算；考核结果为不合格的，按照核定的家庭医生签约服务费的70%纳入清算。医共同体成员单位因违规违法被剔除医共体的，按照核定的“家庭医生签约服务费”的60%清算。

六、本办法自2023年5月1日起执行，由安岳县医疗保障局负责解释。

- 附件：1. 安岳县“两病患者”门诊特殊疾病家庭医生签约服务登记表
2. 门诊“两病患者”家庭医生签约服务的具体内容及支付标准表
3. 安岳县高血压签约服务随访服务记录表
4. 安岳县糖尿病签约服务随访服务记录表
5. 安岳县“两病”门诊特殊疾病家庭医生签约服务汇总表
6. 家庭医生签约服务医保考核评分表



附件 1

## 安岳县“两病患者”门诊特殊疾病家庭医生签约服务登记表

填报单位：

填表人：

单位负责人：

编号	姓名	乡镇	身份证号码	签约病种 1	签约病种 2	签约时间	联系电话

注：姓名、身份证号码必须填报准确，未（准确）填报不纳入人头付费人数，原则上电话号码需填报。

## 门诊“两病患者”家庭医生签约服务的 具体内容及支付标准表

服务名称及 服务适用对象	服务项目	服务内容	服务 频次	收付费标准			
				总费用	医保支付	公共卫生 支付	个人支付
高血压服务 1 级高血压 和原发性高 血压（2 级及 以上	基础包 1. 建立健康档案 2. 面对面随访并提供健康咨询服务 3. 评估及干预	<p>1. 包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。</p> <p>2. 测量血压并评估是否存在危急情况，紧急转诊者 2 周内主动随访转诊情况；不需要紧急转诊者询问两次随访期间的症状；测量体重、心率、计算体质指数（BMI）；询问疾病情况和生活方式；了解和指导服药情况。</p> <p>3. 评估血压控制情况，根据评估结果实施分类干预；指导符合条件的服务对象申报基本医疗保险门诊特殊疾病并按专家组确定的药物目录提供用药保障。</p>	4 次/年	75 元/年	50 元/年	20 元/年	5 元/年/
	个性化 服务包	<p>1. 制定高血压医共体统一使用药品目录</p> <p>2. 制定高血压个性化医疗服务检查项目</p>	<p>1. 根据《国家基层高血压防治管理指南（2020）》的要求，结合国家两病用药保障要求给高血压患者提供个性化的药品，并随访监测药品使用及进行疗效评价，形成长效处方。</p> <p>2. 根据《国家基层高血压防治管理指南（2020）》的要求，按月度、按年度开展相应的检查，评估血压控制效果，指导防治工作并按专家组确定的药物目录提供用药保障</p>	12 次/年	700 元/年	490 元/年 （居民） 560 元/年 （职工）	/

糖尿病服务 糖尿病（1 型、2型）	基础 服务包	1. 建立健康档案 2. 血糖监测 3. 面对面随访并提供健康咨询服务 4. 评估及干预	1. 包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录（20分）。 2. 测量空腹血糖及血压，评估是否存在危急情况，紧急转诊者2周内主动随访转诊情况；不需要紧急转诊者询问两次随访期间的症状；测量体重、心率、计算体质指数（BMI），检查足背动脉搏动；询问疾病情况和生活方式；了解和指导服药情况。 3. 评估血糖控制情况，根据评估结果实施分类干预；指导符合条件的服务对象申报基本医疗保险门诊特殊疾病并按专家组确定的药物目录提供用药保障	4次/年	90元/年	65元/年	20元/年	5元/年
	个性化 服务包	1. 制定糖尿病医共体统一使用药品目录 2. 制定糖尿病个性化医疗服务实验室检查项目	1. 根据《国家基层糖尿病防治管理指南（2022）》的要求，结合国家两病用药保障要求给糖尿病患者提供个性化的药品，并随访监测药品使用及进行疗效评价，形成长效处方。 2. 根据《国家基层糖尿病防治管理指南（2022）》的要求，按月度、按年度开展相应的实验室检查，评估血糖控制效果，指导防治工作并按专家组确定的药物目录提供用药保障	12次/年	1100元/年	770元/年 (居民) 880元/年 (职工)	/	330元/年 (居民) 220元/年 (职工)



附件 3

## 安岳县高血压签约服务随访服务记录表

姓 名:

编号□□□-□□□□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访季度		季度	季度	季度	季度
症 状	1 无症状	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□
	2 头痛头晕	其他:	其他:	其他:	其他:
	3 恶心呕吐				
	4 眼花耳鸣				
	5 呼吸困难				
	6 心悸胸闷				
	7 鼻衄出血不止				
	8 四肢发麻				
	9 下肢水肿				
体 征	血 压 (mmHg)				
	体 重 (kg)	/	/	/	/
	体质指数 (BMI)kg/m <sup>2</sup>	/	/	/	/
	心 率 (次/分钟)				
	其 他				
生 活 方 式 指 导	日吸烟量 (支)	/	/	/	/
	日饮酒量 (两)	/	/	/	/
	运 动	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次
		次/周 分钟/次	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次	次/周 分钟/次
	摄盐情况 (咸淡)	轻/中/重 / 轻/中/重	轻/中/重 / 轻/中/重	轻/中/重 / 轻/中/重	轻/中/重 / 轻/中/重
	心理调整	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □
遵医行为	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	
服药依从性	1规律 2间断 3不服药□	1规律 2间断 3不服药□	1规律 2间断 3不服药□	1规律 2间断 3不服药□	
药物不良反应	1无 2有 □	1无 2有 □	1无 2有 □	1无 2有 □	
此次随访分类	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	
用 药 情 况	药物名称 1				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 2				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 3				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	其他药物				
用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	

检查服务项目	尿常规	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次
	血常规	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次
	电解质	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次
	甘油三酯 总胆固醇 低密度脂蛋白胆 固醇 高密度脂蛋白胆 固醇	每季度一次	每季度一次	每季度一次	每半年一次
	尿酸	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次
	心电图	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次	每季度 1 次
	眼底检查	----- ---	----- ---	----- ---	每年一次
	胸部 X 线				每年一次
	肌酐 尿素氮				每年一次
	血糖				每年一次
	尿蛋白				每年一次
	规范化管理成效	病情不稳定, 需 强化管理			
病情好转, 需要 一般管理					
控制满意, 需要 常规管理					
下次随访日期					
随访医生签名					

附件 4

# 安岳县糖尿病签约服务随访服务记录表

姓 名:

编号□□□-□□□□□

随访季度		季度	季度	季度	季度
随访日期					
症状	1 无症状 2 多饮 3 多食 4 多尿 5 视力模糊 6 感染 7 手脚麻木 8 下肢浮肿 9 体重明显下降	□/□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□/□
	其他	其他	其他	其他	其他
体征	血 压 (mmHg)				
	体 重 (kg)	/	/	/	/
	体质指数 (kg/m <sup>2</sup> )	/	/	/	/
	足背动脉搏动	1 触及正常 □ 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	1 触及正常 □ 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	1 触及正常 □ 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	1 触及正常 □ 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)
	其 他				
生活方式指导	日吸烟量	/ 支	/ 支	/ 支	/ 支
	日饮酒量	/ 两	/ 两	/ 两	/ 两
	运 动	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次
	主食 (克/天)	/	/	/	/
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差 □	1 良好 2 一般 3 差 □	1 良好 2 一般 3 差 □	1 良好 2 一般 3 差 □
	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差 □	1 良好 2 一般 3 差 □	1 良好 2 一般 3 差 □	1 良好 2 一般 3 差 □
服药依从性	1 规律 2 间断 3 不服药	1 规律 2 间断 3 不服药	1 规律 2 间断 3 不服药	1 规律 2 间断 3 不服药	
药物不良反应	1 无 2 有 □	1 无 2 有 □	1 无 2 有 □	1 无 2 有 □	
低血糖反应	1 无 2 偶尔 3 频繁□	1 无 2 偶尔 3 频繁□	1 无 2 偶尔 3 频繁□	1 无 2 偶尔 3 频繁□	
此次随访分类	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 □	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 □	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 □	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 □	



用 药 情 况	药物名称 1								
	用法用量	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次
	药物名称 2								
	用法用量	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次
	药物名称 3								
	用法用量	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次
	胰岛素	种类： 用法和用量：		种类： 用法和用量：		种类： 用法和用量：		种类： 用法和用量：	
检 查 服 务 项 目	空腹血糖 餐后血糖	每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次	
	糖化血红蛋白	每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次	
	心电图	每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次	
	视力及眼底检查	-----		每半年 1 次		-----		每半年 1 次	
	尿常规	每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次	
	足背动脉搏动	每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次		每季度 1 次	
	总胆固醇 高密度脂蛋白 甘油三酯 低密度脂蛋白							每年一次	
	肝功能							每年一次	
	尿白蛋白、尿肌酐							每年一次	
	血肌酐、血尿素氮							每年一次	
	周围神经病变检查							每年一次	
	规 范 化 管 理 成 效	病情不稳定，需 强化管理							
病情好转，需要 一般管理									
控制满意，需要 常规管理									
下次随访日期									
随访医生签名									

附件 5

# 安岳县“两病”门诊特殊疾病家庭医生签约服务汇总表

填报单位（集团）：

填报季度：第 季度

填报日期：20 年 月 日

单位名称	高血压基础包服务人数	高血压个性化包服务人数	糖尿病基础包服务人数	糖尿病个性化包服务人数
合计				

负责人：

审核人：

填报人：

附件 6

## 家庭医生签约服务医保考核评分表

序号	考核指标	分值	考核内容	评分办法
1	团队及制度建设 (5分)	3	家庭医生团队建设	是否成立医共体家庭医生签约慢病管理部门并按要求配备医务人员和管理人员 (0.5分); 是否有医共体家庭医生签约慢病管理医保服务包专家团队并进行公示 (0.5分), 专家团队到基层服务每年不少于4次 (2分)
		2	制度建设	是否明确签约医生职责及服务流程 (1分); 是否有团队考核奖惩办法 (0.5分)、分配方案 (0.5分)
2	签约相关指标 (10分)	5	重点 (两病) 人群签约率	重点人群签约率达到95%的得4分, 每增加1个百分点, 加0.2分, 每降低个百分点, 扣0.2分;
		5	签约居民续签率	签约居民续签率达到100%的得5分, 每降低1个百分点, 扣0.2分;
		5	是否收取服务包已包含费用	另外收取“医保服务包”中已包含的相关费用的, 查实一例扣0.2分。
3	家庭服务指标 (25分)	6	“两病”签约居民人均服务次数	基础包 (个性包) 达到4次 (12次) 的得6分, 每低于0.1次的, 扣0.2分;
		4	开展健康咨询和预约挂号服务	在醒目位置公布健康咨询方式 (包含电话、网络、门诊等) 得1分, 公布预约挂号方式得1分, 开展预约挂号服务得2分。
		5	建立健康档案, 对不同人群和疾病采取随访服务、上门服务等个性化服务方式	随机抽查50份签约居民档案资料, 每缺一种服务方式的扣0.1分; 未规范建立健康档案的, 每缺一份扣0.1分。
		5	是否转嫁费用	随机抽查50份费用清单, 发现将定额、限额结算标准内的医疗费用转嫁给患者自费发现一例扣0.1分。



4	就诊和住院指标 (20分)	5	签约居民住院人次	比上年持平得4分，每减少1个百分点加0.2分，每增加1个百分点，扣0.2分；
		5	签约居民的管理率	达到95%得4分，每增加1个百分点加0.2分，每减少1个百分点扣0.2分；
		5	签约居民的重症率（住院率）	低于5%得4分，每增加1个百分点扣0.1分；每减少1个百分点加0.2分
		5	签约居民基层就诊率	比上年持平得4分，每减少1个百分点扣0.2分，每增加1个百分点，加0.2分，达到90%及以上得5分；
		6	签约居民门诊费用增长率	
5	医疗费用和健康促进指标 (25分)	6	签约居民住院费用增长率	
		6	签约居民门诊费用个人负担	比上年持平得5分，每降低1个百分点，加0.2分，每上升1个百分点，扣0.2分；
		7	签约居民住院费用个人负担	
		8	举报投诉	受到签约居民举报投诉经查实的，每一次扣1分。
6	签约居民满意度 指标(15分)	7	签约居民对家庭医生服务的满意程度	随机抽查50-100名接受过基本医疗服务的签约对象，电话调查其满意度，得分=实际值/指标值×5。



---

安岳县医疗保障局办公室

2023年5月10日印发

---