

基于香港金牌医生模式在家庭医生签约服务中的创新结合 路径与实施策略专题报告

林梅英¹ 陈贞冲² (通讯作者)

1. 南沙区大岗镇灵山社区卫生服务中心, 广东 广州 510000

2. 南沙区大岗镇潭洲社区卫生服务中心, 广东 广州 510000

摘要: 粤港澳大湾区作为内地与香港医疗交流的前沿区域, 本报告立足当地基层医疗现实开展研究。结合香港金牌医生模式在全科培训、服务管理方面的实践经验, 针对现阶段广东省家庭医生签约落地过程中暴露出服务内容趋同、医务人员激励不足等现实难题, 探索一套适配国内公共卫生体系的融合落地思路与实操方案, 希望能够为提升基层分级诊疗实际运行效果提供可参考的实践依据。

关键词: 家庭医生签约服务; 港式全科医疗; 分级诊疗; 金牌医生模式; 基层医疗服务

0 引言

国内分级诊疗改革持续推进, 基层医疗卫生服务能力建设不断加码, 家庭医生签约已经成为优化医疗资源分配、重塑医患关系的重要抓手。香港金牌医生模式依托成熟的全科体系、标准化服务流程, 重视医患之间共同参与医疗决策, 这套实践经验对内地完善家庭医生服务具备较强借鉴价值。本文结合广州、深圳两地已开展的试点实践, 探讨如何把香港金牌医生模式经验融入本土家庭医生签约工作, 梳理可行的落地路径与配套实施办法。



图1 官方认证毕业证书, 该资质还获得英国皇家全科医学院 (RCGP) 的国际认可

1 香港金牌医生模式的核心优势

香港基层医疗坚持全科首诊为核心, 落实分级诊疗运行逻辑, 金牌医生模式在实践当中形成三方面突出特点。

1.1 标准化的全科医生培训体系

香港联合医务集团开发的金牌家庭医生培训项目, 建立了针对全科医师的综合能力评估体系。整套培训包含临床诊疗实操、RICE 问诊方法、医患沟通实务、慢性病长期照护、急诊应

急救等学习模块。项目依靠统一的培训与考核标准, 尽可能抹平不同执业医师之间的服务水平差异, 保障全科医疗服务质量相对均衡。

1.2 精细化的团队服务模式

该服务模式确立“四个一”人员配置组合, 由全科医生牵头, 联合护士、健康管理师以及药师协同作业。针对每一位签约居民的身体情况, 团队量身定制健康管理方案, 服务链条贯穿疾病预防、门诊就诊, 一直延伸到后期康复的全周期健康保障。

1.3 医患共同参与医疗决策

实际诊疗过程中会配套风险评估量表、不同治疗方案比对工具等参考资料, 鼓励患者参与到自身健康方案的抉择当中。根据公开统计信息, 2025 年香港地区患者医疗服务满意度可达 92%。



图2 “四个一”家庭医生团队架构

2 内地家庭医生签约服务的现状与挑战

截止 2025 年 12 月,广东省家庭医生签约覆盖率为 54.72%,重点人群签约率达到 88.96% (数据来源来百度,下同)。虽然统计层面的签约数据表现较好,但落到基层落地执行层面,依旧暴露出诸多现实问题。

首先是服务模式趋同现象。大约七成基层医疗机构只能完成基础公共卫生的硬性工作要求,能够落实个体化定制健康管理的占比还不到 30%。

其次,全科医疗人才缺口较为突出。基层机构全科医生占比仅有 12%,其中接近三成人员并未接受规范化全科培训,整体队伍业务能力仍有较大提升空间。

再者,基层信息化建设尚有短板。仅 15%的基层机构可以实现居民健康档案动态更新,跨机构之间健康数据共享比例不足 20%,医疗信息孤岛现象较为明显。

最后,薪酬激励制度存在短板。家庭医生团队整体年收入较专科医生低约 40%,薪资上的差距,进一步造成基层医务工作者流失的情况。

3 香港模式与内地家庭医生服务的创新结合路径

3.1 标准化培训体系的本土化改造

(1) 课程内容融合优化

借鉴香港金牌课程里慢性病管理实操手段,以糖尿病 5E 干预模式作为参考,将这套干预思路和国内现行公共卫生服务项目互相融合,搭建一套兼顾基础公卫履职与专科实操能力的双轨培训框架,避免直接照搬境外课程,出现和内地临床现实不相匹配的问题。

(2) 探索双向资质互认机制

探索实施“内地执业资质叠加香港金牌医生培训认证”双重能力认定模式。完成金牌培训并取得认证的医务人员,允许在粤港澳大湾区范围内开展全科相关业务,以此打通小范围的两地医疗人才流通渠道。

(3) 共建本地化实训教学基地

在广州、深圳两地搭建港式家庭医生实训基地,还原香港全科诊所真实的服务环境,依托真实临床病例开展情景化实训教学。

案例:广州市 2025 年实施“千人百家”专项工程,已经培养千逾名港式方向家庭医生,其中 30%人员通过香港联合医务的培训认证。

(4) 搭建医生-网格-志愿者协同服务网络

将家庭医生团队和社区网格员、村居卫生工作人员、志愿者开展联动,搭建复合型基层服务网络。重点面向独居老人、

行动不便人群,提供上门签约、家庭病床这类便民医疗卫生服务。

(5) 推动全科专科联动协作

将家庭医生作为整个服务链条的核心节点,整合专科医师、中医医师、营养师等多方资源,推行“1+3+N”服务模式,也就是 1 名全科医生对接 3 名专科医生,配套 N 名健康管理工作人员。针对高血压、糖尿病等高发慢性病人,团队同步提供运动、营养以及康复方面的指导,结合针灸、推拿等中医适宜技术,开展多学科协同健康管理。

3.2 服务流程再造与数字化工具赋能

(1) 线上线下相结合开展服务

①依托“穗好办”“健康通”等本地政务医疗小程序,把线上签约、健康测评、远程健康监测功能集成上线。2025 年试点阶段累计完成线上签约 827.9 万人次,拓展服务触达渠道。

②借鉴香港预约-就诊-结算一体化直付模式,南沙区社区卫生服务中心金牌全科门诊对接多家商业保险机构,满足境外参保人员保险直接结算需求。

举例:香港商保参保人员,可通过微信群预约大岗镇潭洲社区卫生服务中心金牌全科门诊,就诊结束后直接完成保险结算。

(2) 完善分级诊疗平台运行机制

①搭建“基层社区机构-大型公立医院-双通道药店”一体化平台,打通就诊、开药、医保结算、双向转诊全链条。某穗港医疗联合体试点中,基层家庭医生完成转诊之后,患者能够优先预约上级医院专家号,享受检查、住院绿色通道;家庭医生根据实际病情,可开具双通道外配处方。

②引入适配本地情况的 AI 辅助诊断工具,结合香港全科临床指南和内地公卫数据库,弥补基层医生临床经验短板。

案例:深圳某区港式诊室,采取港式全科接诊搭配南山医院专科支撑模式,辖区高血压患者控制率由 50%提升至 75%以上。

(3) 慢病管理 APP 与物联网设备落地应用

参考 MMC 医生工作室的运营逻辑,上线患者端管理 APP,居民在线完成挂号、查阅检验报告、接收健康提醒;医生端能够实时读取血压、血糖等监测数据,动态调整干预方案。部分地区配置智能体检一体机,方便居民就近完成基础健康筛查。

同时推广智能药盒、可穿戴监测设备,针对慢性病群体开展远程监测,自动推送用药提醒,家庭医生可以根据设备回传数据及时调整治疗方案,减少患者往返医院频次。

3.3 激励机制与医保支付模式创新

(1) 推进按人头付费试点改革

广州海珠、黄埔两区 2025 年落地高血压、糖尿病按人头付费试点，签约人头经费结余部分可以作为家庭医生团队绩效奖励。这套结余留用的激励方式，一定程度上降低慢病管理整体成本，服务产出效率也得到改善。

(2) 分层设计差异化签约服务包

设置免费包、基本包、个性化增值包三层服务体系。职工医保参保人员选购基本包，个人仅自付 30 元，即可享受基础服务，叠加中医适宜技术、心理评估等拓展项目。

针对签约居民不同健康状况，量身设计运动、营养、康复训练方案。针对失能、行动不便老人开设家庭病床，由上级医院提供诊疗指导，村社医护做好记录，网格员跟进随访，动态更新重点服务对象清单。迭代推出签约包 2.0 版本，免费包覆盖国家基本公卫项目，基本包包含 241 项医保可购买增值服务。

(3) 落实医保倾斜配套政策

提高经基层转诊到上级医院患者的医保报销待遇；符合条件的转诊住院病例，住院起付线按一次住院计算。广州职工医保参保居民自付 30 元，可获取最高价值 272 元服务；居民医保参保人自付 20 元，可享受最高 222 元服务。对于医保定点不在本社区机构的签约居民，还配套门诊诊疗费用减免政策。



图3 选择家庭医生签约服务，拥有一位医生朋友

(4) 长处方配套云药房服务

对于病情稳定、依从性良好的慢性病签约居民，允许开具 1-2 个月周期长处方。探索云药房配送模式，解决基层药房药品目录受限问题，社区机构提出用药需求，由配送企业直接把目录外慢病药品邮寄到居民家中。

(5) 建立医务人员荣誉激励体系

开展“五星级家庭医生（团队）”评选，获评团队与个人授予市级荣誉，并且在职称评审环节予以倾斜。2025 年累计选出 60 个标杆服务团队。

案例：连云港市实施 H 型高血压防控惠民工程，患者药品开支下降 70%，项目覆盖人群签约率提升至 95%。

4 实施策略与保障措施

4.1 政策协同与多方资源整合

(1) 构建跨部门协调工作机制

①建立卫生健康、医保、人社多部门联席会议，统筹解决基层人员编制、薪酬待遇、职称评审等现实堵点。

②落地“党建+微网格”工作模式，把家庭医生团队嵌入社区微网格，打造健康网格员队伍。医务人员下沉小区、村居开展签约，依托红星地图登记独居老人健康诉求，跟进上门随访、用药指导、转诊建议。

③深化医网联动模式，以社区卫生服务中心为枢纽，打通家庭医生、网格员、村居卫生人员的协作链条，依托微网格实现重点人群健康管理全覆盖。

(2) 做强区域紧密型医联体

鼓励二级医院、三级公立医院与基层医疗卫生机构共建紧密型医联体。按照 2025 年既定工作目标，力争 80% 的家庭医生团队能够顺畅启用双向转诊通道。

①全科医生的能力建设属于长期工程，很难依靠短期集训见到成效。可以联动高等院校与各级医疗机构，搭建集理论培训、现场实操、综合考核于一体的人才培养模式。

②基层服务建设也可以吸纳社会力量共同参与，支持社会办医疗机构开设港式全科诊室。招商仁和厚德携手联合医务，现已在深圳建成 10 家这类特色诊室。

4.2 服务质量管控与成效评估

(1) 制定本土化服务评价指标

编制《港式家庭医生服务规范》文件，筛选出健康管理方案制定率、慢性病控制率等共计 10 项核心考核维度。结合居民满意度调查结果、人群健康指标变化情况动态调整服务层级与服务项目，根据群众实际体验持续优化整套服务流程。

(2) 搭建动态数据监测平台

以广州市基层卫生信息平台作为数据底座，系统自动采集签约履约情况、居民满意度等关键业务信息。按照规划，到 2026 年，全市 90% 基层医疗卫生机构可以实现业务数据自动归集上报。

(3) 引入第三方独立评估

每年聘请外部专业机构开展服务效能综合评价，评估得出的结果直接和财政补助经费挂钩，以此减少机构内部自我评价带来的主观偏差。

4.3 宣传普及，调动居民参与积极性

(1) 打造本地化服务宣传 IP

围绕港式金牌家庭医生开展多元化健康科普工作，借助短视频平台、线下健康讲座、社区公告栏、微信公众号以及居民

社群等多种渠道,解读家庭医生签约相关政策。南沙区组织“公共卫生服务进万家”系列活动,采用情景剧、健康健身操、有奖互动问答等接地气的形式,提升辖区群众健康认知水平。

(2) 居民健康伙伴试点项目

深圳南山区落地深港融合医疗健康伙伴试点工作,邀请港澳居民实地体验内地家庭医生服务。项目计划到2026年,服务覆盖规模达到1000户家庭。

(3) 完善居民反馈闭环通道

建立居民、家庭医生、业务管理机构三级问题反馈机制,计划在2026年实现居民投诉诉求24小时内响应,及时化解服务过程当中产生的各类矛盾。



图4 掌心守护全家庭健康

5 结论与展望

想要将香港金牌医生模式的实践经验落地到内地家庭医生签约体系,要抓好三项关键工作:全科人才规范化培养、数字化工具赋能、建立行之有效的医务人员激励机制。在多部门政策联动、各类资源统筹调配以及居民主动参与的共同作用下,逐步破解基层服务同质化难题,落实精细化健康管理,改善群众就医感受,真正实现“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的就医格局。上述实践,也能够为构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系提供现实支持。

面向未来,跨境医疗合作、AI辅助临床决策都具备较大探索空间。家庭医生服务还需要持续向外延伸,完整覆盖疾病预防、临床诊疗、康复干预以及长期照护的全链条健康服务。

参考文献:

- [1]陈健,郝模,吕军.香港基层医疗体系的运行机制及对内地家庭医生签约服务的启示[J].中国卫生政策研究,2023,16(2):45-51.
- [2]林德南,张雪,王光明.粤港澳大湾区港式家庭医生实训体系的构建与实践路径研究[J].中国全科医学,2024,27(22):2735-2741.
- [3]香港特别行政区政府卫生署.香港基层医疗健康发展策略白皮书[R].香港:卫生署基层医疗健康办事处,2023.
- [4]李曼,王芳,刘利群.家庭医生团队“四个一”架构下精细化慢病管理的效果评价研究[J].中国初级卫生保健,2025,39(3):38-41.
- [5]广东省医疗保障局.广东省基层医疗按人头付费与家庭医生签约服务协同改革实施方案

作者简介:林梅英(1978—),女,汉,广东省广州市人,大学专科,广东省广州市南沙区大岗镇灵山社区卫生服务中心,护师。

通讯作者:陈贞冲(1979—),男,汉,广东省雷州市人,本科,广东省广州市南沙区大岗镇潭洲社区卫生服务中心,副主任医师,金牌医师。