

# DB3305

## 浙江省湖州市地方标准

DB 3305/T 125—2019

---

### 家庭医生签约服务与评价规范

2019 - 12 - 19 发布

2020 - 01 - 01 实施

湖州市市场监督管理局

发布

## 目 次

前 言 .....	II
1 范围 .....	1
2 术语和定义 .....	1
3 基本原则 .....	2
4 团队建设 .....	2
5 签约要求 .....	4
6 技术服务 .....	5
7 绩效评价 .....	16
附录 A（规范性附录） 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法 .....	20
参 考 文 献 .....	38

## 前 言

本标准根据GB/T 1.1-2009规定的起草规则起草。

本标准由湖州市卫生健康委员会提出并归口。

本标准起草单位：湖州市卫生健康委员会。

本标准起草人：胡小军、胡旭强、沈袁、张良、朱国丽。

# 家庭医生签约服务与评价规范

## 1 范围

本标准规定了家庭医生签约服务工作的团队建设、签约要求、技术服务和绩效评价方式等方面的规范要求。

本标准适用于财政、医保基金提供经费保障，以及个人支付签约服务费(含个人支付部分由财政保障)的家庭医生签约服务。

## 2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 2.1

#### 家庭医生

通过与居民签订协议，为签约对象提供连续、综合、便捷、个性化的健康管理服务的医务人员。现阶段家庭医生主要包括基层医疗卫生机构注册的全科医生(含助理全科医生和中医类别全科医生)；具备全科医学服务能力在乡镇卫生院工作的执业或执业助理医师(含中医类别)、乡村医生；医共体(医联体)成员单位在基层成员单位工作并经全科医生相关培训合格的在岗临床(中医)医师；执业注册为全科医学专业或经全科医生相关培训合格、选择基层医疗卫生机构开展多点执业的临床(中医)医师。

### 2.2

#### 签约医生

取得相应类别的医师资格证书和执业证书，为签约对象提供签约服务的第一责任人，负责参与、协调、处理与基本医疗、基本公共卫生、健康管理有关的一切健康服务工作。宜由注册的全科医生担任，现阶段在全科医生数量不足的情况下，可以由助理全科医生和中医类别全科医生、执业医师、执业助理医师、乡村医生等担任。

### 2.3

#### 家庭医生签约服务团队

为签约对象提供基本医疗服务、基本公共卫生服务、健康管理服务、个性化服务等协议确定内容的医务人员集合体。

### 2.4

#### 团队长

家庭医生签约服务团队的组建者和管理者。团队长宜由家庭签约医生兼任。

## 2.5

### 重点人群

现阶段主要包括65岁及以上老年人、孕产妇、0-6岁儿童、残疾人、计划生育特殊家庭、低保及低保边缘户人群，原发性高血压、2型糖尿病、结核病等慢性病患者和严重精神障碍患者等十类人群。

## 3 基本原则

- 3.1 全程管理原则：家庭医生签约服务紧紧围绕为签约服务对象提供全程健康管理服务的理念，推动医防融合，促进健康。
- 3.2 分类服务原则：根据签约服务对象的类别分别制定服务标准，体现服务的针对性。
- 3.3 团队服务原则：家庭医生签约服务以团队为服务单位提供全方位、综合的服务，团队成员依据职责分别落实责任。
- 3.4 全专结合原则：充分利用医共体建设的优势，既体现以全科为服务内容的综合性服务，又充分利用团队中上级医院的专科医生特长，为服务对象提供针对性专科疾病服务。
- 3.5 事事回应原则：对签约服务对象发起的各类申请、咨询等响应，做到事事有回应。
- 3.6 闭环管理原则：对签约服务对象的健康管理体现 PDCA 闭环管理要求，强化健康管理的实效。
- 3.7 平台支撑原则：建立统一的家庭医生签约服务信息平台，支持签约对象、签约团队、行政管理三方互联互通，以及标准嵌入、绩效评价等功能，为精准服务、精准管理、客观评价提供信息化支撑。

## 4 团队建设

### 4.1 团队组建原则

团队建设应当基于签约服务对象的类型、需求和如何提供精准化服务。

### 4.2 团队组建模式

团队建设模式为“1+1+1+X”，各数字具体含义如下：

- 第一个“1”：指签约医生，主要来自医共体基层成员单位中的全科医生（含助理全科和中医类别全科、临床类别执业医师或执业助理医师、乡村医生，以下统称“全科医生”），只能参与1个签约服务团队；
- 第二个“1”：指专科医生，主要来自于医共体（包括县域医共体、城市医共体）牵头医院的专科医生，必要时也可吸收专科医院的专科医生加入，可参与多个签约服务团队；
- 第三个“1”：指护士，主要来自医共体基层成员单位，必要时可吸收医共体牵头医院的护士加入，只能参与1个签约服务团队；
- “X”：指公共卫生医师、药师、健康管理师、营养师、康复医师、公共卫生医师和康复治疗师、心理治疗师和心理咨询师、计生专干、社区、义工等。上述人员可以来自于医共体基层成员单位、医共体牵头医院、社区等，可参与多个签约服务团队。

### 4.3 团队建设类型

#### 4.3.1 总则

针对重点人群和一般人群至少但不限于设立综合签约服务团队和妇幼签约服务团队两种类型,若某一类型的群体人数较多时,为便于归口管理和提供更精准的签约服务,可以单独组建针对这一类群体的签约服务团队。

#### 4.3.2 综合签约服务团队

主要签约对象为原发性高血压患者、2型糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者、残疾人等患有慢性病和特殊疾病的人群,以及65岁及以上老年人、计划生育特殊家庭、低保及低保边缘户等特殊人群,应当由(但不限于)签约医生、专科医师(以心内科、内分泌科、呼吸内科等临床医师为主,根据签约对象实际病情吸收如精神科、传染科临床医师及康复医师、康复治疗师加入)、护士组成,并根据承接签约服务的医疗卫生机构实际配备公共卫生医师、药师、健康管理师、营养师等。

#### 4.3.3 妇幼签约服务团队

主要签约对象为所在乡镇(街道)的孕产妇和0—6岁儿童,应当由(但不限于)签约医师、专科医师(产科、儿科临床医师)、护士、公卫医师(妇保医生、儿保医生)组成,并根据承接签约服务的医疗卫生机构实际配备药师、健康管理师、营养师等。

### 4.4 团队命名规则

4.4.1 签约服务团队命名应本着简洁、特色和唯一相结合的原则,主要采取以下三种命名形式:

- 按所属服务站(村卫生室)所在社区或村命名,在命名过程中不标明服务站或村卫生室名称,命名规则:某某(社区名或村名)+家医团队。无特殊情况,签约服务团队应采用此命名形式;
- 按签约医生个人名字命名,命名规则:签约医生姓名+家医团队。此种命名主要针对签约医生个人在签名居民中影响力较大,有利于打造个人服务品牌的情形下使用;
- 对于特殊类型的签约服务对象,可采用个性化命名形式,命名规则:某某乡镇(街道)+个性化名称+家医团队,其中前两项合计一般不超过6个字。

4.4.2 以上三种命名规则可以相互转换。

### 4.5 团队成员职责

#### 4.5.1 团队长职责

4.5.1.1 组建团队:根据签约服务对象的数量、构成、岗位要求,采取双向选择、竞争组合的方式,招募并组建家庭医生签约服务团队。

4.5.1.2 任务管理:负责本团队家庭医生签约服务的工作计划制定、服务流程制定、成员职责制定以及工作任务分配,并督促团队成员落实各自的职责,定期通报各成员工作完成情况,分析存在的原因,提出解决问题的建议和措施。

4.5.1.3 绩效评价:根据上级确定的绩效评价办法制定团队绩效评价方案,定期开展团队及各团队成员的绩效评价,形成绩效评价结论,报单位领导审核。根据团队成员工作完成的质量和数量,结合绩效评价结果提出签约服务经费分配方案,并报单位领导审批。

4.5.1.4 服从管理:团队长向所在单位负责,服从单位统一领导和管理。

#### 4.5.2 签约医生职责

主要承担签约服务对象疾病诊疗、接受患者预约、落实向上转诊、承接下转患者。协同团队成员开展对签约对象的健康管理,提出健康处方。根据患者需求,开展家庭病床建床评估,并根据评估结果建

立家庭病床，负责家庭病床巡诊等临床工作。负责诊间随访并记录随访结果。负责解答签约对象涉及临床领域的提问和咨询。

#### 4.5.3 护士职责

4.5.3.1 履行护理职责：根据签约对象临床需求，做好临床护理、居家护理等相关护理工作。

4.5.3.2 履行助理职责：负责协助签约医生开展签约服务工作日常管理，在签约医生的授权下开展门诊预约、诊前健康管理、转诊及出入院追踪、慢病随访、档案维护、信息系统的维护和管理、健康教育、发布信息等工作。

#### 4.5.4 专科医生职责

负责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，对疑难疾病的病情给予诊疗意见，指导、协助开展家庭病床建床评估，必要时开展家庭病床上门巡诊。

#### 4.5.5 其他人员职责

4.5.5.1 公共卫生医师：在签约医生的统一管理下，承担并落实签约服务对象基本公共卫生服务项目相关工作。开展社区诊断，从群体的角度明确签约服务对象主要健康问题、健康影响因素，提出干预措施并落实，开展干预效果评价，形成 PDCA 闭环式管理。

4.5.5.2 药师：承担签约服务对象的临床用药审核，根据签约对象需求，做好用药指导。有条件的基层医疗卫生机构应当建立药师门诊，为签约对象用药指导、用药咨询提供方便可及的服务。

4.5.5.3 健康管理师：从个体和群体角度为签约服务对象开展健康管理，收集健康相关数据，梳理健康危险因素，开展健康评估，提出健康处方和问题解决方案，实施健康干预，评估干预成效等。

4.5.5.4 营养师：承担签约服务对象的膳食营养指导。

4.5.5.5 康复医师和康复治疗师：针对残疾人以及其他有康复需求的签约服务对象，提出康复治疗方

案，协助并实施具体康复治疗工作。

4.5.5.6 其他成员：为团队运行和服务提供支持，在签约服务承担机构整体安排下协助参与家庭医生签约服务工作。

## 5 签约要求

### 5.1 签约对象

家庭医生签约服务对象以辖区常住人口为主，优先保证重点人群。每个团队签约对象宜为1000人，团队人员较多的可以增加至1500人，最多不超过2000人。

### 5.2 签约方式

5.2.1 家庭医生签约服务以属地（居住地）签约为主，跨区域签约为辅。即签约服务对象宜与户籍所在辖区的基层医疗卫生机构签约服务团队进行签约。对于户籍地与居住地不同等其他情形，在签约双方自愿前提下，也可跨区域签约。

5.2.2 家庭医生签约可通过健康湖州 APP “家医签约” 模块移动端进行网上签约，也可能通过上门或诊间进行面对面签约，鼓励通过移动端进行签约。

5.2.3 家庭医生签约可以个人为单位进行签约，也可以家庭为单位进行签约，针对重点人群和特定人群相对集中的企事业单位、养老院、工疗站、学校等功能社区可以开展功能社区签约。

### 5.3 签约时效

签约周期原则上不少于1年, 并与医保政策实施周期相衔接。期满后, 签约居民和家庭医生在双方自愿的基础上可选择续约。对于已连续签约2次以上的居民, 由各地与医保部门协商, 探索建立自动续约模式。

## 5.4 签约协议

5.4.1 协议签订: 家庭医生签约服务应签订一定期限的服务协议, 双方约定服务内容、方式、期限、权利、义务以及协议解约和续约等内容。签约居民须履行签约服务协议中约定的各项义务, 对协议签订时提供的证件、资料的合法性和真实性负责, 并按照约定支付相应的签约服务费。家庭医生及其团队成员对签约对象的个人资料及隐私应当保密。家庭医生与居民签订的协议需双方签字确认, 并在信息系统中标识。

5.4.2 协议保存: 纸质协议由签约对象和基层医疗卫生机构各执一份, 电子协议通过信息系统保存, 并在双方确认后推送一份给签约对象。协议保存应遵守相关法律法规规定。

5.4.3 变更与终止: 协议签订期内居民需要更换家庭医生的, 须向与其签订协议的基层医疗卫生机构书面提出申请, 协商变更家庭医生, 并重新签订协议, 原签约周期不变。特殊情况下居民和家庭医生也可协商解约, 终止契约关系。在协议有效期内, 发生家庭医生岗位或服务内容变化等情形的, 基层医疗卫生机构应当及时以书面或微信、短信、健康湖州 APP “家医签约”客户端等形式告知签约居民, 做好服务衔接。

## 6 技术服务

### 6.1 服务类别

家庭医生签约服务包括基础性服务和个性化服务两类:

——基础性服务: 对所有签约对象都必须提供的医疗健康服务。

——个性化服务: 根据签约对象不同类别和实际情况提供的差异化、针对性的医疗健康服务。

### 6.2 服务内容

#### 6.2.1 总则

本标准主要列举“1+10”签约服务包的服务标准。“1”即基础服务包, “10”即重点人群个性化签约服务包。一般人群提供基础服务包服务(基础服务包对所有签约对象适用), 重点人群除提供基础服务包外, 同步提供个性化服务包服务。

#### 6.2.2 基础服务包

6.2.2.1 健康档案服务: 为签约服务对象建立一份完整的健康档案, 档案要求达到 A 类标准, 动态使用率达 100%。健康档案包含签约服务对象基本信息、就诊记录、检查检验信息、用药信息、服务信息等。健康档案按照一定查询权限向本人开放, 至少提供一种查询形式。

6.2.2.2 健康教育服务: 一个签约年度内, 通过健康湖州 APP “家医签约”客户端、微信、短信等方式推送的日常健康知识、疾病预防知识、养生保健知识等健康信息不少于 4 条。组织集体健康教育讲座不少于 5 场。

6.2.2.3 健康咨询服务: 签约对象通过健康湖州 APP “家医签约”客户端、短信、微信、电话等途径向签约医生发起的健康咨询做到有针对性的健康指导, 回复率达 100%。

6.2.2.4 门诊预约服务: 当签约对象通过健康湖州 APP “家医签约”客户端等任何形式发起门诊预约服务时, 签约医生及其团队应根据预约需求为签约对象提供家庭医生预约门诊服务, 预约响应率达

100%。并通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、短信等方式将预约信息（时间、地点、预约医生等）通知签约对象，并在约定的就诊时间 2 小时前至少发出一次提醒服务。

6.2.2.5 就诊服务：为就诊的签约居民做好问诊、检查、诊断、治疗、会诊、转诊、病情告知和健康管理服务。

6.2.2.6 双向转诊服务：根据签约对象的病情需要为其预约上级医院专家门诊、大型医疗设备检查、住院等服务，协调相关医疗资源。预约结果通过短信、健康湖州 APP “家医签约” 客户端等形式及时告知签约对象。及时跟踪转诊情况。根据上级医院发出的响应，做好签约对象康复期回基层接受进一步治疗、康复的接应工作。

6.2.2.7 出院随访服务：签约对象出院回家康复、休养的，一周内提供一次出院随访服务，随访率 100%，其中入户随访率大于 80%。服务内容根据病情需要确定，包括查体、测量血压、健康指导等。随访结果记录在湖州市家庭医生签约服务平台。如病情需要，提供后续的随访服务，随访频次视病情确定。

6.2.2.8 慢性病连续处方服务：为符合条件的签约患者提供最长不超过 12 周的慢性病连续处方服务，包括疾病备案、处方开具，并跟踪随访管理。每一次慢性病连续处方只收一次诊查费。

6.2.2.9 药事服务：基层医疗卫生机构应合理配备药品，满足签约居民的用药需求。开设临床用药咨询服务窗口，提供用药咨询电话服务，定期开展合理用药讲座，普及合理用药知识。

6.2.2.10 送药上门服务：签约对象为 80 岁以上老年人、瘫痪在床、行动困难等特殊对象，若签约对象有需求时，提供送药上门服务（包含医务人员送药上门、第三方配送机构送药上门等）。

6.2.2.11 健康评估和干预服务：收集签约对象的健康信息数据，开展健康评估，提出健康处方，一个签约年度内为签约对象提供一份健康评估报告。健康评估报告至少通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、微信、书面等其中一种形式推送给签约对象。结合健康评估报告指导、监督签约对象及时治疗相关疾病，改变不良行为生活方式，树立正确的健康理念。

6.2.2.12 家庭病床服务：根据签约对象申请，通过评估，为符合建床条件的签约对象建立家庭病床，开展家庭巡诊、家庭护理、康复训练指导等服务。视病情需要，协调上级医院专科医生进行家庭病床查房。

6.2.2.13 血压血糖筛查服务：为 18 周岁以上签约对象开展高血压、糖尿病筛查服务，每年至少检测一次血压和血糖，并根据筛查结果进行对应管理。检测正常者，实施健康教育和健康促进；检测异常者，进一步明确诊断，对确定的原发性高血压和 2 型糖尿病患者，纳入对应的人群进行健康管理。

### 6.2.3 个性化服务

#### 6.2.3.1 65 岁及以上老年人

6.2.3.1.1 健康体检服务：每年为签约对象开展一次免费健康体检。体检内容包括但不限于以下项目：

- 体格检查：包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗略判断；
- 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。

6.2.3.1.2 健康指导服务：健康体检结束后 1 个月内形成体检报告（包括体检项目及结果，医学建议等），通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象。根据体检结果，开展针对性健康指导。对发现的慢性病管理对象，纳入慢性病健康管理，按慢性病要求进行健康指导；对其他健康体检结果异常的，根据医学需要指导签约对象作进一步处理（治疗、转诊、复查等），并关注后续处理结果。

6.2.3.1.3 生活自理能力评估服务：通过收集基本信息、生活方式、健康状况信息（健康体检、就诊记录、疾病史、用药情况、生活自理能力评估等），形成一份完整的健康评估报告。评估报告应该包括基本情况、存在危险因素、目前的健康状况及医学建议、健康处方等。该项目可结合 8.2.2.11 同时开展。评估报告通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象。《老年人生活自理能力评估表》填写完整、规范。

6.2.3.1.4 中医药健康管理服务：一个签约年度内提供至少 1 次中医药健康管理服务，包括中医体质辨识和中医药保健指导，体质辨识结果通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、微信、书面等形式推送给签约对象；根据体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行中医药保健指导。

### 6.2.3.2 原发性高血压患者

6.2.3.2.1 健康体检服务：每年为签约对象开展一次免费健康体检。体检内容包括但不限于以下项目：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗略判断。若此类签约对象同时为 8.2.3.1 和（或）8.2.3.3 等对象，只免费体检一次，不重复体检，体检项目按就高原则实施，相同的项目不重复。

6.2.3.2.2 健康指导服务：健康体检结束后 1 个月内形成体检报告（包括体检项目及结果，医学建议等），通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象，根据体检结果，开展针对性健康指导，对体检结果异常的，提出处理建议，并协助开展医学处理（治疗、转诊、复查），关注后续处理结果。

6.2.3.2.3 分级随访管理服务：根据血压分级管理要求进行随访管理，每次随访必须测量血压。管理级别宜每年调整一次，《高血压患者随访服务记录表》填写完整、规范，异常结果处理得当：

- 一级管理：一级管理对象指收缩压 140-159mmHg 和或舒张压 90-99 mmHg，无其他危险因素。  
频次要求：一个签约年度内不少于 4 次面对面随访（诊间和/或上门），每 3 个月一次。处理要求：以健康教育和非药物干预为主，初诊患者非药物治疗 3 个月无效后进行药物治疗，关注药物疗效和不良反应。
- 二级管理：二级管理对象指收缩压 140-159mmHg 和或舒张压 90-99 mmHg，伴有 1-2 个危险因素；收缩压 160-179mmHg 和或舒张压 100-109 mmHg，不伴有或伴有 1-2 个危险因素。频次要求：一个签约年度内不少 6 次随访，其中面对面随访（诊间和/或上门）不少于 4 次。处理要求：监测病情控制情况，以健康教育和用药指导为重点，关注靶器官损害。
- 三级管理：三级管理对象指收缩压  $\geq 180$ mmHg 和或舒张压  $\geq 110$  mmHg。频次要求：一个签约年度内不少于 12 次随访，其中面对面随访（诊间和/或上门）不少于 4 次。处理要求：监测病情控制情况，关注药物疗效和副作用、靶器官损害、急性心脑血管事件早期监测和处理。

6.2.3.2.4 随访评估和分类干预服务：根据每次随访结果进行健康评估，并根据评估结果分类干预处理，包括对签约患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标（诊间或健康湖州 APP “家医签约” 客户端、短信等形式书面推送）：

- 血压控制满意的：即一般高血压患者血压降至 140/90mmHg 以下；65 岁及以上老年高血压患者血压降至 150/90mmHg 以下，如能耐受，可进一步降至 140/90mmHg 以下；一般糖尿病或慢性肾脏病患者血压值可以在 140/90mmHg 基础上再适当降低。预约下一次随访时间（门诊预约或通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端预约）。
- 第一次血压控制不满意或出现药物不良反应的：增加剂量、更换或增加不同类降压药，2 周内随访；必要时请求上级医院专科医生协助。
- 连续两次血压控制不满意或有药物不良反应难以控制、有新并发症/合并症或原有并发症/合并症加重的：转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况，并根据转诊结果作下一步处理。拒绝

转诊的载明原因。

——存在危急情况的：如收缩压 $\geq 180$ mmHg 和或舒张压 $\geq 110$  mmHg；意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧、心前区疼痛危急症状之一；处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一；存在不能处理的其他疾病等。紧急转诊，2周内主动随访转诊情况，并根据随访结果进行下一步处理。

6.2.3.2.5 可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州 APP“家医签约”客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。发现危急情况的，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。

### 6.2.3.3 2型糖尿病患者

6.2.3.3.1 健康体检服务：每年为签约对象开展一次免费健康体检。体检内容包括但不限于以下项目：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部、下肢、足背动脉等常规体格检查和空腹血糖检查，并对口腔、视力、听力、运动功能粗测判断。若此类签约对象同时为 8.2.3.1 和（或）8.2.3.2 等对象，只免费体检一次，不重复体检，体检项目按就高原则实施，相同的项目不重复。

6.2.3.3.2 健康指导服务：健康体检结束后 1 个月内形成体检报告（包括体检项目及结果，医学建议等），通过健康湖州 APP“家医签约”客户端、书面等形式推送给签约对象，根据体检结果，开展针对性健康指导，对体检结果异常的，提出处理建议，并协助开展医学处理（治疗、转诊、复查）。

6.2.3.3.3 分级随访管理服务：根据血糖控制和并发症/合并症情况进行分级随访管理。管理级别宜每年调整一次，《2型糖尿病患者随访服务记录表》填写完整、规范，异常结果处理得当：

——常规管理：常规管理对象指血糖控制达标，且无并发症/合并症或并发症/合并症稳定的患者。频次要求：至少每季度一次面对面随访（诊间和/或上门），全年不少于 4 次。同时开展每个签约年度不少于 4 次免费空腹血糖检测。处理要求：重点监测病情控制情况、治疗情况，开展健康教育、非药物治疗、药物治疗、用药指导和自我管理指导；根据监测结果，发现符合强化管理条件的，及时调整级别，纳入强化管理对象进行管理，级别调整情况通过健康湖州 APP“家医签约”客户端、短信等形式推送给签约对象。

——强化管理：强化管理对象指血糖控制不达标，或并发症/合并症不稳定的患者。频次要求：至少每季度一次面对面随访（诊间和/或上门），全年不少于 12 次随访。同时开展每个签约年度不少于 4 次免费血糖检测。处理要求：重点监测病情控制情况，针对性开展健康教育、行为干预和自我管理技能指导，督促规范用药，注意药物疗效和副作用，提出并发症预警与评价。根据监测结果，发现符合常规管理条件的，及时调整级别，纳入常规管理对象进行管理，级别调整情况通过健康湖州 APP“家医签约”客户端、短信等形式推送给签约对象。

6.2.3.3.4 随访评估和分类干预服务：根据每次随访结果进行健康评估，并根据评估结果分类干预处理，包括对所有患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标（诊间或健康湖州 APP“家医签约”客户端、短信等方式进行推送）：

——血糖控制满意的：即空腹血糖 $< 7.0$ mmol/L，无药物不良反应，无新发并发症/合并症，或原有并发症/合并症无加重的患者。预约下一次随访（门诊预约或通过健康湖州 APP“家医签约”客户端预约）；

——第一次出现血糖控制不满意的：即空腹血糖 $\geq 7.0$ mmol/L，或有药物不良反应的患者。开展用药指导，必要时增加药物剂量、更换或增加不同类降糖药，2周内随访；必要时请求上级医院专科医生指导；

——连续两次控制不满意、有药物不良反应难以控制、出现新并发症/合并症或加重的：转诊到上

级医院，2周内主动随访转诊情况，并根据转诊结果作下一步处理。拒绝转诊的载明原因：

——存在危急情况的：即出现血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ ，或血糖 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ ；收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；或意识或和行为改变、呼气有烂苹果样丙酮味、心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红；持续性心动过速（心率超过100次/分钟）；体温超过39摄氏度或有其他突发异常情况，如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常值等危险情况之一，或存在不能处理的其他疾病。处理后紧急转诊，2周内主动随访转诊情况，并根据转诊结果作下一步处理。

6.2.3.3.5 可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州APP“家医签约”客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。发现危急情况的，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。

#### 6.2.3.4 严重精神障碍患者

6.2.3.4.1 健康体检服务：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，每年为签约对象开展一次免费健康体检。体检内容包括但不限于以下项目：一般体格检查、血压、体重、血常规、转氨酶、血糖和心电图。

6.2.3.4.2 健康指导服务：健康体检结束后1个月内形成体检报告（包括体检项目及结果，医学建议等），通过健康湖州APP“家医签约”客户端、书面等形式推送给签约对象监护人，根据体检结果，开展针对性健康指导，对体检结果异常的，提出处理建议，并协助开展医学处理（治疗、转诊、复查）。

6.2.3.4.3 随访管理与评估服务：每个签约年度内至少提供4次面对面随访服务（诊间和/或上门）。每次随访时开展危险性评估，包括检查患者的精神状况（感觉、知觉、思维、情感和意志行为、自知力等）、询问和评估患者的躯体疾病、社会功能情况、用药情况及各项实验室检查结果等。《严重精神障碍患者随访服务记录表》填写完整、准确。根据检查、询问和评估结果，明确签约对象分级：

——0级：无符合以下1-5级中的任何行为；

——1级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为；

——2级：打砸行为，局限在家里，针对财物，能被劝说制止；

——3级：明显打砸行为，不分场合，针对财物，不能接受劝说而停止；

——4级：持续的打砸行为，不分场合，针对财物或人，不能接受劝说而停止（包括自伤、自杀）；

——5级：持械针对人的任何暴力行为，或者纵火、爆炸等行为，无论在家里还是公共场所。

6.2.3.4.4 分类干预服务：根据评估结果分类干预处理，包括：

——病情稳定患者的处理：病情稳定患者即危险性为0级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反应，躯体疾病稳定，无其他异常。处理要求：继续执行原治疗方案，3个月时随访；

——病情基本稳定患者的处理：病情基本稳定患者即危险性为1-2级，或精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差。处理要求：出现上述情况，首先应分析判定原因（病情波动、药物疗效不佳、伴有药物不良反应、躯体症状恶化等），并根据原因采取相应的处理措施（规定剂量范围内调整现用药剂量，查找原因对症治疗等），2周时随访，若处理后趋于稳定，维持治疗方案，3个月时随访；若处理后仍不稳定的，精神专科医生进行技术指导，1个月时随访；

——病情不稳定患者的处理：病情不稳定患者即危险性为3-5级，或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病。处理要求：对症处理后转诊到上级医院，必要时报告当地公安部门，2周内了解其治疗情况。若患者未能转诊或住院的，联系精神专科医生进行相应处置，2周内随访。

6.2.3.4.5 患者或家属康复指导服务：根据患者的病情控制情况，在每次随访时对患者及其家属进行有针对性的健康教育、生活技能训练等方面的康复指导，对家属提供心理支持和帮助。

### 6.2.3.5 肺结核患者

6.2.3.5.1 入户随访服务：此服务主要针对该患者在患病前已与家庭医生签约。当签约医生在接到上级专业机构管理肺结核患者通知单后，72小时内完成访视，填写《肺结核患者第一次入户随访记录表》，并确定督导人员，对居住环境进行评估，对患者及家属进行结核病防治知识宣传教育和防护指导，告知相关注意事项（如出现病情加重、严重不良反应、并发症等异常情况要及时就诊）。督导人员优先为签约团队的成员，也可以由患者家属担任，若确定由家属为督导人员的，要进行培训，确定服药地点和服药时间，告知“肺结核患者治疗记录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”的填写方法、取药时间和地点，提醒患者按时取药和复诊。若72小时内2次访视未见到患者的，报告上级专业机构。

6.2.3.5.2 督导服药服务：若签约医生或其团队成员为服药督导人员，则在患者服药日，签约医生或其团队成员要监督患者在自己直接面视下完成服药；若家庭成员是督导人员，在患者服药日，则由家庭成员监督患者在其直接面视下完成服药。

6.2.3.5.3 随访评估和分类干预服务：签约医生或其团队成员任服药督导人员的，至少每月记录一次随访评估结果；患者家庭成员任服药督导人员的，签约医生或其团队成员在强化期或注射期内每10天随访评估一次，继续期或非注射期内则每1个月随访评估一次。每一次随访都应完整、准确记录《肺结核患者随访服务记录表》。根据随访评估结果，签约医生应该进行分类干预处理：

- 对按时服药且无不良反应的患者：继续督导服务，预约下一次随访时间（门诊预约或通过健康湖州APP“家医签约”客户端预约）；
- 对不按医嘱服药的患者：查明原因，若是不良反应引起，及时转诊；若是其他原因引起，强化健康教育，对因处理；若漏服药次数超过1周及以上，及时报告上级专业机构。并按上级专业机构的医嘱做好后续管理；
- 对无需紧急转诊的患者：了解患者服药情况（是否规律服药，是否有不良反应），询问上次随访至此次随访期间的症状，其他疾病状况、用药史和生活方式等；
- 对存在危急情况的患者：如出现药物不良反应、并发症或合并症等，紧急医学处理后转诊的上级医院，2周内主动随访转诊情况。并根据上级医院医嘱做好后续管理工作。

6.2.3.5.4 结案评估服务：停止抗结核治疗后，开展结案评估，包括记录停止治疗时间及原因，对其全程服务管理情况进行评估，收集和上报“肺结核患者治疗记录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”，将患者转诊到结核病定点医疗机构进行治疗转归评估，2周内电话随访，了解患者是否前去就诊及确诊结果。

### 6.2.3.6 孕产妇

#### 6.2.3.6.1 孕早期健康管理服务

6.2.3.6.1.1 免费建立《母子健康手册》服务：从婚前医学检查、生育登记等环节开始强化《母子健康手册》建册的宣传，引导孕产妇在孕13周前通过健康湖州APP“母子手册”开展自助建册、或开展门诊建册。指导、帮助孕产妇正确使用健康湖州APP“母子手册”，引导孕产妇主动参与自我健康管理。

6.2.3.6.1.2 免费健康体检服务：孕产妇在孕13周前建立《母子健康手册》时，为孕产妇开展一次免费健康体检，填写《第一次产前检查服务记录表》。体检项目包括但不限于以下内容：

- 了解基本情况：询问个人基本信息、月经史、既往史、家族史、个人史、妇科手术史、孕产史等；
- 一般体检：测量身高、体重，心肺听诊，妇科检查；

——辅助检查：血常规、尿常规、血型、肝功能、肾功能、乙型肝炎。

6.2.3.6.1.3 健康评估与指导服务：根据免费健康体检结果，开展健康评估，确定孕产妇“五色”管理级别，在“湖州市妇幼健康全程管理平台”上进行录入，纳入相应级别进行管理。开展孕早期生活方式、心理和营养保健指导，特别要强调避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响。告知产前筛查[孕15-20<sup>6</sup>周（孕中期）]和产前诊断时间、地点、具体要求等相关事项。健康体检结果、“五色”管理级别、产前筛查和产前诊断告知事项、健康指导等内容通过健康湖州APP“母子手册”客户端向签约对象推送。

6.2.3.6.1.4 分类管理服务：按照孕产妇“五色”管理要求分类进行管理；其中对具有妊娠危险因素和可能有妊娠禁忌症或严重并发症的孕妇，及时转诊到上级医疗卫生机构，2周内随访转诊结果。属于危重孕产妇的，纳入危重孕产妇专案管理，并按专案管理要求落实管理措施。

6.2.3.6.1.5 可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州APP“家医签约”客户端或健康湖州APP“母子手册”客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。若出现危急情况，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。

#### 6.2.3.6.2 孕中期健康管理

6.2.3.6.2.1 免费产前筛查和诊断服务：指导、督促孕产妇在孕15-20<sup>6</sup>周（孕中期）到有资质的机构进行免费产前筛查（三联法），筛查结果为中高危的，指导、督促到有资质的机构进行产前诊断（其中低保人群签约对象免费进行产前诊断）。产前筛查和产前诊断结果通过健康湖州APP“家医签约”客户端或健康湖州APP“母子手册”客户端推送给孕产妇。

6.2.3.6.2.2 健康教育和指导服务：在孕16-20周、21-24周各进行一次孕中期针对性的健康教育和指导服务，可结合随访服务面对面进行，也可通过健康湖州APP“母子手册”客户端、短信等方式进行推送。

6.2.3.6.2.3 产前随访与评估服务：在孕16-20周、21-24周各进行一次产前随访，完成《第2-5次产前随访服务记录表》填写，服务内容包括：询问、观察、一般体格检查和产科检查（体重、血压、宫高、腹围、胎位、胎心率）、实验室检查（血红蛋白、尿蛋白），对孕妇健康和胎儿生长发育状况进行评估。对尚未在规定时间内开展产前筛查的，通过电话、上门、短信、健康湖州APP“母子手册”客户端提醒、督促孕产妇及时到相关医疗卫生机构开展产前筛查。

6.2.3.6.2.4 分类管理与指导服务：通过随访评估识别孕产妇“五色”管理有无新变化，是否完成产前筛查，是否需要做产前诊断，是否属于高危重点孕产妇等，并根据医学需要进行相应处理：

——“五色”管理级别有新变化的孕产妇：在“湖州市妇幼健康全程管理平台”中调整相应级别，并按新的级别进行管理；并通过健康湖州APP“母子手册”客户端对孕产妇进行告知；

——产前筛查和产前诊断未落实的孕产妇：未在规定时间内到有资质的医疗机构开展产前筛查的孕产妇督促落实产前筛查工作；对产前筛查显示中高危的孕产妇未到有资质医疗机构开展产前诊断的孕产妇指导、督促其及时开展产前诊断；

——发现有异常的孕产妇：及时转至上级医疗卫生机构治疗，协助完成专家预约、仪器设备检查预约、床位预约等转诊工作，2周内随访转诊结果。对出现危急征象孕产妇，立即转诊到上级医疗卫生机构，优先考虑各级承担危重孕产妇救治中心的医疗机构，协助做好转诊过程中医疗安全，并在1周内随访转诊结果。高危孕产妇按专案要求进行管理，并根据上级医疗机构的医学建议增加随访次数。

6.2.3.6.2.5 可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州APP“家医签约”客户端或健康湖州APP“母子手册”客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。若出现危急情况，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。

### 6.2.3.6.3 孕晚期健康管理

6.2.3.6.3.1 健康教育和指导服务：在孕 28-36 周、37-40 周各进行一次孕晚期针对性的健康教育和指导服务（如自我监护方法、自然分娩宣教、母乳喂养宣教、孕期并发症合并症防治等），可结合随访服务面对面进行，也可通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端、短信等方式进行推送。

6.2.3.6.3.2 产前随访与评估服务：在孕 28-36 周、37-40 周各进行一次产前随访，完成《第 2-5 次产前随访服务记录表》填写，服务内容包括：询问、观察、一般体格检查和产科检查（体重、血压、宫高、腹围、胎位、胎心率）、实验室检查（血红蛋白、尿蛋白），对孕妇健康和胎儿生长发育状况进行评估。

6.2.3.6.3.3 分类管理与指导服务：通过随访评估识别孕产妇“五色”管理有无新变化，是否属于高危重点孕产妇等，并根据医学需要进行相应处理：

——“五色”管理级别有新变化的孕产妇：在“湖州市妇幼健康全程管理平台”中调整相应级别，并按新的级别进行管理；

——发现有异常的孕产妇：及时转至上级医疗卫生机构治疗，协助完成专家预约、仪器设备检查预约、床位预约等转诊工作，2 周内随访转诊结果。对出现危急征象孕产妇，立即转诊到上级医疗卫生机构，优先考虑各级承担危重孕产妇救治中心的医疗机构，协助做好转诊过程中医疗安全，并在 1 周内随访转诊结果。高危孕产妇按专案要求进行管理，并根据上级医疗机构的医学建议增加随访次数。

6.2.3.6.3.4 可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端或健康湖州 APP “母子手册” 客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。若出现危急情况，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。

### 6.2.3.6.4 产后访视

6.2.3.6.4.1 入户随访服务：产妇出院后 1 周内到产妇家中或产后休养地进行产后访视，访视内容包括：通过观察、询问和检查，了解产妇一般情况、乳房、子宫、恶露、会阴或腹部伤口恢复情况等，填写《产后访视记录表》。同时开展新生儿访视。

6.2.3.6.4.2 健康教育和指导服务：面对面开展母乳喂养、新生儿护理教育与指导，同时通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端推送书面详细的指导。

6.2.3.6.4.3 分类管理与指导服务：根据产后访视情况，分类进行管理和指导。无特殊情况，按 8.2.3.6.4.2 要求开展健康教育和指导；存在母乳喂养困难、产后便秘、痔疮、会阴或腹部伤口恢复情况不佳等现象的，按医学要求进行处理，必要时协助转诊到上级医院治疗，并在转诊后 2 周内随访转诊结果。发现有产褥感染、产后出血、子宫复旧不佳、妊娠合并症未恢复、产后抑郁等问题，及时转上级医疗卫生机构进一步检查、诊断和治疗，2 周内随访转诊结果。并根据上级医院医嘱做好后续管理。

### 6.2.3.6.5 产后 42 天健康检查

6.2.3.6.5.1 正常孕产妇：通过询问、观察、一般体格检查和妇科检查（血压、乳房、恶露、子宫、伤口），必要时进行辅助检查，评估产妇恢复情况，并根据评估结果进行分类处理，已恢复的，进行心理保健、性保健与避孕、预防生殖道感染、婴儿喂养（纯母乳喂养 6 个月）、产妇和婴幼儿营养等方面的指导；未恢复的，根据医学需要进行转诊，协助做好转诊工作，并在 2 周内随访转诊结果。填写《产后 42 天健康检查记录表》。

6.2.3.6.5.2 异常孕产妇：产后 42 天健康检查发现异常产妇，协助、指导、督导其到分娩医疗卫生机构进行检查。并根据上级医疗机构医嘱进行后续管理。

### 6.2.3.7 0-6岁儿童

#### 6.2.3.7.1 新生儿家庭访视

6.2.3.7.1.1 时间和地点：新生儿出院后1周内，签约医生到新生儿家中或孕妇产后休养地进行新生儿访视。

6.2.3.7.1.2 建立《母子健康手册》：指导、协助家长通过健康湖州APP“母子手册”客户端建立《母子健康手册》，掌握正确使用方法；

6.2.3.7.1.3 健康状况调查和健康体检服务：了解出生时相关信息，询问和观察新生儿喂养、睡眠、大小便、黄疸、脐部情况、口腔发育情况，测量新生儿体温、体重、身长、心率、呼吸频率、前囟大小，开展体格检查（眼睛、耳外观、鼻、口腔、外生殖器、腹部触诊、心肺听诊、四肢活动度、皮肤、有无颈部包块、肛门、胸部、脊柱、脐带等）。填写《新生儿家庭访视记录表》，并将身长、体重、年龄数据标注在《男童/女童生长发育监测图》上。健康状况调查和体检结果通过健康湖州APP“母子手册”客户端向婴儿家长推送。根据访视结果分类进行管理：无异常的，进行喂养指导、发育指导、防病指导、预防伤害指导、口腔保健指导等，同步通过健康湖州APP“母子手册”客户端推送书面宣传指导材料；发现异常的，提出医学处理建议，协助转诊到上级医疗机构接受治疗，2周内回访转诊结果。预约下一次随访日期，口头预约或通过健康湖州APP“母子手册”客户端预约。

6.2.3.7.1.4 新生儿保健相关工作落实情况核查：重点核查卡介苗和第一针次乙肝疫苗接种情况、有无完成新生儿疾病筛查等，未落实的签约对象，提醒家长在规定的时间内完成疫苗接种和新生儿疾病筛查工作，告知预防接种地点、具备新生儿疾病筛查资质的医疗保健机构名称，1周内回访落实情况，未落实的通过健康湖州APP“母子手册”客户端、短信、电话、上门等形式进行再次催促，直到落实。

6.2.3.7.1.5 特殊对象管理服务：低出生体重、早产、双多胎、有出生缺陷等具有高危因素的新生儿，增加家庭访视次数，并根据具体情况协助转诊到上级医院进行治疗，上转后1周内回访转诊结果。根据上级医院的医嘱做好后续管理。

#### 6.2.3.7.2 新生儿满月健康管理

6.2.3.7.2.1 时间和地点：新生儿出生后28-30天。签约医生结合乙肝疫苗第二针接种，在基层医疗卫生机构进行随访。

6.2.3.7.2.2 健康状况调查和健康体检服务：询问和观察新生儿的喂养、睡眠、大小便、黄疸等情况，了解户外活动、服用维生素D、两次随访期间患病情况，进行体重、身长、头围测量，以及体格检查（包括面色、皮肤、前囟、颈部包块、眼睛、耳、口腔、胸部、腹部、脐部、四肢、肛门/外生殖器等）。并将身长、体重、年龄数据标注在《男童/女童生长发育监测图》上。健康状况调查和体检结果通过健康湖州APP“母子手册”客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.2.3 预防接种服务：根据免疫规划要求，做好接种前的通知工作，开展预防接种服务。预防接种信息以及下一次预防接种时间等通过健康湖州APP“母子手册”客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.2.4 健康评估服务：结合健康状况调查和健康体检对签约对象进行健康状况评估，明确生长发育是否正常，有无需要转诊到上级医院进行检查、治疗的疾病。对需要转诊的对象，提出转诊建议，并协助上转到相应的医疗卫生机构进行进一步检查治疗，2周内回访转诊结果。健康评估结果通过健康湖州APP“母子手册”客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.2.5 健康教育和健康指导服务：对家长进行科学喂养、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等方面的健康教育和健康指导，同步将上述健康教育和指导知识通过健康湖州APP“母子手册”客户端进行推送。接受婴幼儿家长咨询（电话、健康湖州APP“母子手册”客户端或健康湖州APP“家庭医生签约”客户端等多种形式）。

6.2.3.7.2.6 预约下一次随访时间：口头并通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端或健康湖州 APP “家医签约” 客户端和家长预约下一次随访时间，并在下一次预约时间到达前 1 周进行再次通知。

#### 6.2.3.7.3 婴幼儿健康管理

6.2.3.7.3.1 时间和地点：3、6、8、12、18、24、30、36 月龄各进行一次随访，共计 8 次，随访地点为基层医疗卫生机构，偏远地区可以在基层医疗卫生机构下设的站点。

6.2.3.7.3.2 健康状况调查和健康体检服务：询问上次随访到本次随访之间婴幼儿喂养、患病情况，测量体重、身长、头围，进行体格检查，血常规检测（3 次），听力筛查（4 次），开展生长发育和心理行为发育评估。各月龄段健康状况调查和体格检查内容和项目按浙江省基本公共卫生服务项目《1-8 月龄儿童健康检查记录表》、《12-30 月龄儿童健康检查记录表》、《3-6 岁儿童健康检查记录表》相关要求开展。并将身长、体重、年龄数据标注在《男童/女童生长发育监测图》上。健康状况调查和体检结果通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.3.3 预防接种服务：根据免疫规划要求，做好接种前的通知工作，开展预防接种服务。预防接种信息以及下一次预防接种时间等通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.3.4 健康评估服务：结合健康状况调查和健康体检对签约对象进行健康状况评估，明确生长发育是否正常（有无营养不良、贫血、单纯性肥胖、口腔发良异常等）、心理行为评估是否正常（有无偏异）、听力筛查是否正常等，有无需要转诊到上级医院进行检查、治疗的疾病。对需要转诊的对象，提出转诊建议，并协助上转到相应的医疗卫生机构进行进一步检查治疗，2 周内回访转诊结果。并根据上级医院医嘱做好后续管理。健康评估结果通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.3.5 健康教育与健康指导服务：对家长进行科学喂养（合理膳食）、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等方面的健康教育和健康指导，同步将上述健康教育和指导知识通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端进行推送。接受婴幼儿家长咨询（电话、健康湖州 APP “母子手册” 客户端或健康湖州 APP “家医签约” 客户端等多种形式）。

6.2.3.7.3.6 预约下一次随访时间：每一次随访结束时，口头并通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端或健康湖州 APP “家医签约” 客户端和家长预约下一次随访时间，并在下一次预约时间到达前 1 周进行再次通知。

#### 6.2.3.7.4 学龄前儿童健康管理

6.2.3.7.4.1 时间和地点：4-6 岁期间每年提供一次，散居儿童服务地点在基层医疗卫生机构进行，集居儿童可在托幼机构进行。

6.2.3.7.4.2 健康状况调查和健康体检服务：每次服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的膳食、患病等情况；进行体格检查和心理行为发育评估，血常规检测、视力筛查。健康状况调查和体格检查内容和项目按浙江省基本公共卫生服务项目《3-6 岁儿童健康检查记录表》相关要求开展。健康状况调查和体检结果通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.4.3 预防接种服务：根据免疫规划要求，做好接种前的通知工作，开展预防接种服务。预防接种信息以及下一次预防接种时间等通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.4.4 健康评估服务：结合健康状况调查和健康体检对签约对象进行健康状况评估，明确生长发育是否正常（有无营养不良、贫血、单纯性肥胖、口腔发良异常等）、心理行为评估是否正常（有无偏异）、视力筛查是否正常等，有无需要转诊到上级医院进行检查、治疗的疾病。对需要转诊的对象，提出转诊建议，并协助上转到相应的医疗卫生机构进行进一步检查治疗，2 周内回访转诊结果。并根据上级医院医嘱做好后续管理。健康评估结果通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向婴儿家长推送。

6.2.3.7.4.5 健康教育与健康指导服务：对家长进行合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等方面的健康教育和健康指导，同步将上述健康教育和指导知识通过健康湖州 APP “母子手册”

客户端进行推送。接受婴幼儿家长咨询（电话、健康湖州 APP “母子手册” 客户端或健康湖州 APP “家医签约” 客户端等多种形式）。

6.2.3.7.4.6 预约下一次随访时间：每一次随访结束时，口头并通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端或健康湖州 APP “家医签约” 客户端和家长预约下一次随访时间，并在下一次预约时间到达前 1 周进行再次通知。

## 6.2.3.8 残疾人

### 6.2.3.8.1 常见病、多发病诊治服务

6.2.3.8.1.1 强化“三早”服务：针对残疾人更容易发生慢性病的特点，在开展签约服务过程中根据残疾人类别，更多关注慢性病的发现和及时处理，做到早发现、早诊断、早治疗。

6.2.3.8.1.2 慢性病专业管理服务：对残疾人签约对象中明确的慢性病纳入相应的慢性病进行专业管理，具体管理内容与要求参照本标准的相应慢性病管理章节。

6.2.3.8.1.3 优先门诊和转诊服务：充分考虑残疾人的特殊性，在门诊挂号、接诊、化验、检查、治疗、收费、取药等过程中提供优先服务，为有需要的残疾人提供就诊陪同服务、免费轮椅借用服务，缩短等待时间，方便残疾人看病就医。对需要转到上级医院治疗的残疾人，协助做好精准转诊服务，相关信息通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、短信等方式推送给签约对象。

### 6.2.3.8.2 转介服务

梳理残疾人签约服务对象的康复服务需求，对家庭医生所在基层医疗卫生机构不能满足残疾人康复需求的，协调社区（村）残疾人专职委员，根据本地残疾人康复服务流程，转介至康复机构进行康复治疗。康复服务完成后，由康复机构通知社区（村）残疾人专职委员将残疾人转回基层医疗卫生机构继续提供服务。

### 6.2.3.8.3 基本公共卫生服务

根据年龄、性别、现患疾病等情况，将残疾人及残疾儿童分别纳入 0-6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等相应的人群进行健康管理，管理要求参照本标准相关人群的要求进行。

### 6.2.3.8.4 延伸服务

6.2.3.8.4.1 家庭病床服务：根据残疾人签约服务对象的申请，开展家庭病床建床评估，符合建床条件的，提供家庭病床建床服务，开展上门巡诊、护理等，必要时邀请医共体牵头医院及专科医院的专科医师开展上门查房。

6.2.3.8.4.2 上门服务：对残疾等级为一、二级的残疾人签约对象，由于其行动不便或社会功能存在严重障碍，根据签约对象的需求，提供上门签约、上门巡诊、上门护理、上门康复指导、上门送药等服务。

6.2.3.8.4.3 心理疏导服务：通过耐心倾听、心理干预等手段，对残疾人及其家属进行心理疏导，排解其心理压力，及时发现其心理疾患。必要时邀请精神卫生专科医生进行心理疏导服务。对需要转上级专业机构进行治疗的患者，协助做好转诊，并通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端推送转诊信息。

### 6.2.3.8.5 康复指导服务

6.2.3.8.5.1 基层医疗卫生机构康复指导：组织有需要的签约服务对象定期到基层医疗卫生机构进行康复训练，为其制定个性化的康复训练计划，做好康复过程的指导、督促。

6.2.3.8.5.2 家庭康复指导：对行动不便的残疾人，根据其家庭实际，为其制定个性化的康复训练计划，指导家庭配备必要的康复训练器材，做好复康过程的指导与督促。

#### 6.2.3.8.6 健康教育服务

通过面对面、健康湖州APP“家医签约”客户端等途径，为残疾人签约对象提供针对性的健康教育服务。对高血压、糖尿病的残疾人，关注其运动、饮食、吸烟、饮酒、睡眠等生活方式方面的健康教育与指导；对冠心病、脑卒中的残疾人，关注其膳食营养、必要规律的有氧运动、控制体重、戒烟限酒、保持心态平衡方面的健康教育和指导；对肢体残疾等行动不便残疾人，尤其是患骨质疏松症的残疾人，关注合理膳食，增加食物中钙含量，减少影响钙吸收因素，适量规律运动，适量站立和日晒等方面的健康教育和指导。

#### 6.2.3.8.7 家庭指导服务

指导残疾人家庭进行无障碍改造。如在残疾人经常活动地方加装扶手，居室物品摆放便于残疾人使用，厕所无障碍改造，地面防滑处理，清理室内障碍物等。

#### 6.2.3.9 低保及低保边缘户、计生特殊家庭

根据各签约对象具体情况（年龄、性别、现患疾病等），分别按6.2.3.1-6.2.3.8相关要求提供健康管理和服务。

#### 6.2.3.10 复合型签约服务对象

某一签约服务对象同时属于“重点人群”中多种情形的，服务内容分别按每一类重点人群的具体要求提供健康管理服务，涉及健康体检项目的，按合并同类项的要求进行处理，即同一体检项目只体检一次；涉及服务频次的，在满足服务频次总量要求的前提下，随访时间要求相同的同一次随访中同步进行不同服务内容的随访，分别记录。

### 6.3 其他类型签约服务

指除财政、医保经费保障内容之外，签约对象和签约医生通过协议形式约定的其他健康服务。其他健康服务费用在物价部门核定的收费标准内由双方协议确定，物价部门未核定收费项目的，由双方约定确定。服务内容按双方协议约定的要求落实。

## 7 绩效评价

### 7.1 绩效评价对象与主体

区县卫生健康局由市卫生健康委负责评价，医共体（社会办医疗机构）由区县卫生健康局负责评价，乡镇（街道）基层医疗卫生机构（医共体成员单位）由医共体负责评价，家庭医生签约服务团队由乡镇（街道）基层医疗卫生机构（医共体成员单位）负责评价。

### 7.2 绩效评价方式

#### 7.2.1 总则

家庭医生签约服务绩效评价坚持信息化评价与现场核实相结合，以信息化为主的原则，力争做到公平公正透明。

## 7.2.2 信息化评价

凡涉及与家庭医生签约服务相关的量的指标、率的指标、频次指标、效果指标等，重点通过《湖州市家庭医生签约服务管理平台》采集数据，涉及群众满意度的指标、健康知识知晓率指标通过《湖州市家庭医生签约服务管理平台》按一定的抽样规则抽取一定比例签约对象，通过健康湖州APP“家医签约”模块向签约对象开展线上调查，形成绩效评价的基础结果。

## 7.2.3 现场评价

凡涉及真实性、效果指标以及通过信息化无法实现的评价内容，选择一定比例的签约对象进行现场核实。现场核实对象的选择应具备一定的代表性，坚持整群抽样、随机抽样相结合原则从《湖州市家庭医生签约服务管理平台》按一定条件自动生成。

## 7.3 绩效评价方式

### 7.3.1 总则

家庭医生签约服务绩效评价坚持信息化评价与现场核实相结合，以信息化为主的原则，做到公平公正透明。

### 7.3.2 信息化评价

依托《湖州市家庭医生签约服务管理平台》，通过数据采集、汇总、计算，形成绩效评价结果。相关指标数据应尽可能通过信息平台采集，满意度、健康知识知晓率等指标通过健康湖州APP“家医签约”客户端进行线上调查。

### 7.3.3 现场评价

凡涉及真实性、效果评定以及通过信息化无法实现的评价内容，选择一定比例的签约对象进行现场核实。现场核实对象的选择应具备一定的代表性，坚持整群抽样、随机抽样相结合的原则从《湖州市家庭医生签约服务管理平台》按一定条件自动生成。

## 7.4 绩效评价程序

### 7.4.1 总则

按照“先个体、后团体（单位）”的评价程序，由下至上逐级评价。

### 7.4.2 签约服务团队对团队成员绩效评价

由家庭医生签约服务团队队长对本团队成员进行评价，每年年中和年末至少各1次。

### 7.4.3 医共体成员单位对签约团队绩效评价

由医共体成员单位组织相关人员进行评价，对本单位家庭医生签约服务团队绩效评价每年年中和年末至少各1次。

### 7.4.4 医共体对成员单位绩效评价

由医共体组织相关人员进行评价，对成员单位（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）绩效评价每年年中和年末至少各1次。

### 7.4.5 区县卫生健康局对医共体（承担家庭医生签约服务的社会办医疗机构）绩效评价

由区县卫生健康局组织专家进行评价,对医共体以及承担家庭医生签约服务的社会办医疗机构绩效评价每年年中和年末至少各1次。

#### 7.4.6 市卫生健康委对区县卫生健康局绩效评价

由市卫生健康委组织专家进行评价,对三县卫生健康局绩效评价每年至少1次,对市本级吴兴区(含南太湖新区)、南浔区卫生健康局绩效评价每年1-2次。

### 7.5 绩效评价内容

#### 7.5.1 规范签约服务

主要评价签约对象以下三个指标:

- 是否知晓签约医生:指签约对象能回答出与其签约的家庭医生姓名(姓、名或姓名均可)。
- 是否知晓签约内容:指签约对象能回答出参与签约服务在健康服务上有什么优惠举措、医保报销政策上有什么优惠条件、就医途径上能享受什么便捷条件、对自身健康管理上有什么有利条件等。
- 对签约服务是否满意:指通过网络调查、电话调查等形式征询签约对象对签约服务满意度,设定固定选项(满意、基本满意、不满意)。

#### 7.5.2 有效签约服务

有效签约服务具体绩效评价内容、指标、要求详见附录A。

### 7.6 结果判定

#### 7.6.1 规范签约服务

##### 7.6.1.1 计分方法

家庭医生规范签约服务三个评价指标分别以10分为满分计算,被调查对象得分为三个指标得分总和。其中“是否知晓签约医生”回答正确得10分,回答不正确得0分;“是否知晓签约内容”按答对问题数量计分,答对一个得5分,答对2个及以上得10分;“对签约服务是否满意”按照回答满意、基本满意和不满意分别得10分、8分和0分。

##### 7.6.1.2 结果判定

7.6.1.2.1 被调查对象得分 $\geq 25$ 分判定为合格。

7.6.1.2.2 家庭医生签约服务规范签约率=被调查对象中判定为合格的签约对象数/被调查对象总数 $\times$ 家庭医生签约服务信息平台统计的总签约人数/辖区户籍人口总数 $\times 100\%$ 。该值不低于年度计划设定值,才能认定完成年度目标任务。

#### 7.6.2 有效签约服务

##### 7.6.2.1 计分方法

各项指标评分见附件,有效签约服务评价得分率= $\sum$ 各单项分值 $\times 100\%$ 。

##### 7.6.2.2 有效签约总人数

7.6.2.2.1 有效签约总人数=有效签约服务评价得分率(考虑到抽样误差因素,该值 $\geq 70\%$ 时定为1,下同) $\times$ 家庭医生签约服务信息平台通过信息化手段自动判别确定的有效签约人数。

7.6.2.2.2 有效签约对象中职工医保人数=有效签约服务评价得分率×家庭医生签约服务信息平台通过信息化手段自动判别确定的职工医保人群有效签约人数。

7.6.2.2.3 有效签约对象中城乡居民医保人数=有效签约服务评价得分率×家庭医生签约服务信息平台通过信息化手段自动判别确定的城乡居民医保人群有效签约人数。

### 7.6.2.3 等第判定

等第判定结果如下：

- 优秀：有效签约服务评价得分率 $\geq 90\%$ ；
- 良好： $80\% \leq$ 有效签约服务评价得分率 $< 90\%$ ；
- 合格： $70\% \leq$ 有效签约服务评价得分率 $< 80\%$ ；
- 不合格：有效签约服务评价得分率 $< 70\%$ 。

附 录 A  
(规范性附录)

家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法

A.1 表 A.1 给出了用于对单位和团体的家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法。

表 A.1 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法（用于对单位、团体评价）

项目	分值	工作指标	计算方法与评分标准
签约对象构成	10	老年人、高血压患者、糖尿病患者、结核病患者、严重精神障碍患者、儿童、孕产妇、残疾人、计生特殊家庭、低保及低保边缘户人群等重点人群签约覆盖率 $\geq 80\%$ （视年度目标进行调整）	<p>1. 计算方法：通过信息化系统以身份证为唯一识别码对十类重点人群总数和签约人数进行统计，同时通过信息化系统抽取一定比例的重点人群签约对象进行真实性核实，计算重点人群签约抽查真实率（核查真实人数/核实总人数<math>\times 100\%</math>），确定重点人群签约覆盖率（十类重点人群签约数<math>\times</math>抽查真实率/十类重点人群总数）。</p> <p>2. 评分标准：与年度目标值进行比较，达到年度目标值及以上得 10 分，每下降一个百分点扣 1 分，扣完为止。重点人群签约覆盖率未达到 70%以上的，不得评为优秀等级。</p>
基层首诊（就诊、转诊）指标	10	签约对象基层就诊率 $\geq 67\%$ （视年度目标进行调整）	<p>1. 计算方法：通过信息系统统计所有签约对象签约年度截止评价时间节点在基层医疗卫生机构就诊人次数和总就诊人次数，计算基层就诊率：签约服务对象在基层医疗卫生机构就诊人次数/同时期签约服务对象总就诊人次数<math>\times 100\%</math>。基层医疗卫生机构就诊通过排除法统计，即总就诊人次数—在辖区内和辖区外二级及以上医疗卫生机构就诊人次数，如果某个医疗卫生机构虽然为二级及以上医疗卫生机构，但其同时承担基层医疗卫生机构职责任务的，视为在基层医疗卫生机构就诊。</p> <p>2. 评分标准：与年度目标值进行比较，达到年度目标值及以上得 10 分，每下降一个百分点扣 1 分，扣完为止。</p>

表 A.1 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法 (用于对单位、团体评价)

项目	分值	工作指标	计算方法与评分标准
基层首诊 (就诊、转诊) 指标	5	签约医生就诊率 $\geq 30\%$ (视年度目标进行调整)	1. 计算方法: 通过信息系统统计所有签约服务对象在签约年度截止评价时间节点在签约医生处就诊次数 (含转诊次数) 和同期签约服务对象总就诊次数, 计算签约医生就诊率: 签约服务对象至签约医生就诊次数 (含转诊次数) / 同时期签约服务对象总就诊次数 $\times 100\%$ 。签约医生处就诊包含在签约对象本人的签约医生及其团队内其他医生处就诊 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 达到年度目标值及以上得 5 分, 未达到标准按比例扣分, 扣完为止。
	5	预约门诊率 $\geq 25\%$ (视年度目标进行调整)	1. 计算方法: 通过信息系统统计所有签约服务对象在签约年度截止评价时间节点预约门诊人次数 (含预约后就诊和预约后未就诊人数之和) 和同期签约服务对象总就诊人次数。计算预约门诊率: 签约服务对象预约门诊人次数 / 同时期签约对象的总诊疗人次数 $\times 100\%$ 。 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 达到年度目标值及以上得 5 分, 未达到标准按比例扣分, 扣完为止。
	5	预约到诊率 $\geq 70\%$ (视年度目标进行调整)	1. 计算方法: 通过信息系统统计所有签约对象在签约年度截止评价时间节点通过预约门诊实际到诊人次数和同期签约服务对象预约门诊人次数, 计算预约到诊率: 签约服务对象预约门诊到诊人次数 / 同时期预约门诊总人次数 $\times 100\%$ 。 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 达到年度目标值及以上得 5 分, 未达到标准按比例扣分, 扣完为止。
	5	预约转诊率 $\geq 10\%$ (视年度目标进行调整)	1. 计算方法: 通过信息系统统计所有签约对象在签约年度截止评价时间节点经签约医生预约转诊到上级医院就诊的人次数和同时期签约服务对象在上级医院就诊的总人次数, 计算预约转诊率: 签约服务对象经签约医生预约转诊到上级医院就诊的人次数 / 同时期签约服务对象在上级医院就诊的总人次数 $\times 100\%$ 。 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 达到年度目标值及以上得 5 分, 未达到标准按比例扣分, 扣完为止。

表 A.1 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法 (用于对单位、团体评价)

项目	分值	工作指标	计算方法与评分标准
健康管理指标	5	电子健康档案 A 类率达 100%，动态使用率达 100%	1. 计算方法：通过信息系统自识别签约服务对象中达到 A 类标准健康档案数，计算电子健康档案 A 类率：达到 A 类标准健康档案数/签约服务对象电子健康档案总份数×100%。通过信息系统自识别签约服务对象健康档案动态使用率：符合动态使用标准的档案数/签约服务对象电子健康档案总份数×100%。 2. 评分标准：与年度目标值进行比较，两个指标均达到年度目标值及以上得 5 分，任何一个指标每下降一个百分点扣 0.5 分，扣完为止。
	10	高血压患者规范管理率、2 型糖尿病患者规范管理率≥80% (视年度目标进行调整)，严重精神障碍患者规范管理率≥90% (视年度目标进行调整)	1. 计算方法：通过信息系统自识别签约服务对象中年内高血压患者、2 型糖尿病患者、严重精神障碍患者符合规范管理要求的人数，以及年内纳入管理的高血压患者、2 型糖尿病患者、严重精神障碍患者人数。通过信息系统随机抽取一部分对象进行真实性核实，计算真实率 (核实后符合规范管理要求的人数/被抽查的人数×100%)，计算慢性病规范管理率 (包括高血压患者规范管理率、2 型糖尿病患者规范管理率) 和严重精神障碍患者规范管理率。计算公式：信息系统显示符合规范管理要求的人数×真实率/纳入管理的人数×100%。 2. 评分标准：与年度目标值进行比较，三个指标全部达到年度目标值及以上得 10 分，未达到标准按比例扣分 (每个指标 3.33 分)，扣完为止。
	10	血压控制率、血糖控制率≥50% (视年度目标进行调整)	1. 计算方法：通过信息系统自动识别签约服务对象中年内高血压患者、2 型糖尿病患者最近一次血压、血糖随访达标人数和年内在管的高血压患者、2 型糖尿病患者总人数。通过信息系统随机抽取一部分对象进行真实性核实，计算真实率 (核实后符合控制要求的人数/被抽查的人数×100%)，计算血压控制率、血糖控制率，计算公式：信息系统显示签约服务对象中年内高血压患者、2 型糖尿病患者最近一次血压、血糖随访达标人数×真实率/年内在管的高血压患者、2 型糖尿病患者总人数×100%。 2. 评分标准：与年度目标值进行比较，达到年度目标值及以上得 10 分，任何一个指标每下降一个百分点扣 1 分，扣完为止。

表 A.1 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法 (用于对单位、团体评价)

项目	分值	工作指标	计算方法与评分标准
健康管理指标	5	健康教育服务(每个签约团队每年为签约对象开展集体健康教育讲座≥5场,给每个签约对象推送的健康知识信息不少于4条,给每个签约对象发送个性化健康教育处方不少于1种)	<p>1. 计算方法: 签约团队将每次集中健康教育服务的信息录入到信息系统(推送信息自动录入),通过信息系统自动计算服务数量和覆盖面。通过信息系统随机抽取一部分对象进行健康讲座真实性核实,计算真实率(核实后签约对象承认接受集中健康教育的人数/被抽查的人数×100%)</p> <p>2. 评分标准: 集中健康教育讲座每少1次扣0.3分,总分1.5分扣完为止,集中健康教育讲座覆盖率(以真实率代替)以100%计,每下降1个百分点扣0.01分,总分1.5分扣完为止;健康知识信息每少1条扣0.25分,总分1分扣完为止,通过信息系统随机抽取一部分签约对象核查人群覆盖率(以真实率代替,真实率=接受到健康知识信息的签约对象数/被抽查签约对象总数×100%,凡健康档案中无签约对象本人或监护人或子女手机号码的,视为未覆盖),按100%计,每少1个百分点扣0.01分,总分1分扣完为止;通过信息系统随机抽取一部分签约对象核查个性化健康教育处方覆盖率(以真实率代替,真实率=接受到个性化健康教育处方的签约对象数/被抽查签约对象总数×100%,凡健康档案中无签约对象本人或监护人或子女手机号码的,视为未覆盖),按100%计,每少1个百分点扣0.2分,总分2.5分扣完为止,发现健康教育处方不具针对性或明显错误,每发现1例扣0.01分,总分2.5分扣完为止。</p>
	5	健康知识知晓率≥80%(视年度目标进行调整)	<p>1. 计算方法: 利用信息系统选取一部分签约服务对象,通过健康湖州APP向被选取的签约服务对象发送健康知识问卷,根据回收到的问卷调查结果自动计算健康知识知晓率。也可通过电话调查的形式开展健康知识知晓率调查。计算公式: 回答正确问题个数/问题总数×100%。</p> <p>2. 评分标准: 与年度目标值进行比较,达到年度目标值及以上得5分,每下降2个百分点扣0.5分,扣完为止。</p>
满意度指标	5	居民对签约服务知晓率达100%	<p>1. 计算方法: 居民对签约服务知晓率:利用信息系统选取一部分签约服务对象,通过健康湖州APP向被选取的签约服务对象发送签约服务知晓率问卷(知晓签约医生、知晓签约内容),根据回收到的问卷调查结果自动计算签约服务知晓率。也可通过电话调查的形式开展知晓率调查。计算公式: 参照7.4.1.1计分方法计算,以总分20分为满分,达到15分及以上判定为合格,签约服务知晓率=合格人数/调查人数×100%。</p> <p>2. 评分标准: 与年度目标值进行比较,达到年度目标值及以上得5分,每下降一个百分点扣0.5分,扣完为止。</p>

表 A.1 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法 (用于对单位、团体评价)

项目	分值	工作指标	计算方法与评分标准
满意度指标	5	签约服务对象满意率 $\geq 80\%$ (视年度目标进行调整)	1. 计算方法: 签约服务对象满意率: 通过健康湖州 APP 对每一次签约服务过程进行满意度评价, 通过信息化系统计算签约服务对象满意率。 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 达到年度目标值及以上得 5 分, 每下降一个百分点扣 0.5 分, 扣完为止。
其他指标	5	续签率 $\geq 70\%$ (视年度目标进行调整)	1. 计算方法: 通过信息系统自动计算所有签约服务对象中上一年度签约与本年度签约一致的人数和本年度签约人数, 计算续签率, 计算公式: 上一年度签约与本年度签约一致的人数/上年度签约人数 $\times 100\%$ 。市对县区、县区对医共体、医共体对成员单位评价时不约束是否与同一个家庭医生签约; 成员单位对团队考核时仅指同一签约医生, 如该签约医生为当年度新组建团队, 此条进行标化处理。 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 达到年度目标值及以上得 5 分, 每下降一个百分点扣 0.5 分, 扣完为止。
	10	其他基本公共卫生服务率指标是否达到规定要求。(相关率达到省、市年度目标任务)	1. 计算方法: 通过信息系统自动识别统计所有签约对象针对浙江省基本公共卫生服务规范 (第四版) 确定的指标是否达到项目规范要求, 相关指标率值计算公式按浙江省基本公共卫生服务规范 (第四版) 执行。 2. 评分标准: 与年度目标值进行比较, 一个指标未达标扣 0.5 分, 扣完为止。

注1: 上述所有评价指标均针对签约人群, 非签约人群不在评价统计范围。

注2: “计算方法与评分标准”中所指的“所有签约对象、签约对象”指计算机自动识别为有效签约的对象, 不包括计算机在自动识别时已排除不符合有效签约要求的签约对象。

注3: 标化分值计算方法: 实得分 / (考核标准总分 - 标化分值)  $\times 100$ 。

A.2 表A.2给出了用于个体评价的家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法基础服务部分。

表 A.2 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法基础服务部分（用于对个体评价）

主项目	次级项目	目标要求	评分标准	适用对象
健康档案管理服务	规范性	达到 A 类档案要求。	强制要求，一票否决项。	针对所有签约对象
	动态使用率	有动态使用记录（指签约年度内与签约对象的医疗记录相关联和或有符合对应服务规范要求的相关服务记录的健康档案，如：①健康体检记录（建档体检除外）；②随访记录；③健康教育记录；④就医诊疗记录；⑤签约服务记录；⑥其他（需说明）。	强制要求，一票否决项。	针对所有签约对象
健康教育服务	健康教育信息推送	通过 APP、微信、短信等方式推送的日常健康知识、疾病预防知识、养生保健知识等健康信息全年不少于 4 条。	强制要求，一票否决项。	针对所有签约对象
健康咨询服务	健康咨询回复及时性、针对性、回复率	签约居民通过健康湖州 APP 客户端等向签约医生发起的健康咨询做到有针对性的健康指导，24 小时内回复，回复率达 100%。	依需求执行，有需求未落实的一票否决。	针对有需求的签约服务对象
门诊服务	就诊服务	为就诊的签约居民做好问诊、检查、诊断、治疗、会诊、转诊、病情告知和健康管理服务。	依需求执行，未按要求落实或出现签约居民投诉或不满意的，一票否决（投诉或不满意经核实后确定是否采纳）。	针对有需求的签约服务对象
	签约门诊预约服务	当签约居民通过任何形式发起门诊预约服务时，签约医生及其团队应根据预约需求为签约居民提供家庭医生预约门诊服务，预约响应率达 100%。预约信息（时间、地点、预约医生等）通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、短信等方式通知签约对象，并在约定的就诊时间 2 小时前至少发出一次提醒服务。	依需求执行，未按要求落实或出现签约居民投诉或不满意的，一票否决（投诉或不满意经核实后确定是否采纳）。	针对有需求的签约服务对象

表 A.2 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法基础服务部分 (用于对个体评价)

主项目	次级项目	目标要求	评分标准	适用对象
门诊服务	双向转诊服务	根据签约对象的病情需要为其预约上级医院专家门诊、大型医疗设备检查、住院等服务,协调相关医疗资源。预约结果通过短信、健康湖州 APP“家医签约”客户端等形式及时告知签约对象,跟踪转诊情况。根据上级医院发出的响应,做好签约对象康复期回基层接受进一步治疗、康复的接应工作。	依需求执行,未落实,或出现签约居民投诉或不满意的,一票否决(投诉或不满意经核实后确定是否采纳)。	针对有需求的签约服务对象
出院服务	出院随访服务	签约对象出院回家康复、休养的,一周内提供一次出院随访服务,随访结果记录在湖州市家庭医生签约服务平台。如病情需要,提供后续的随访服务,随访频次视病情确定。	依需求执行,未落实,或出现签约居民投诉或不满意的,一票否决(投诉或不满意经核实后确定是否采纳)。	针对有需求的签约服务对象
药事服务	慢性病连续处方服务	为符合条件的签约患者提供最长 12 周的慢性病连续处方服务,包括备案和开具处方,并跟踪随访管理	依需求执行,未落实,或出现投诉或不满意的,一票否决(投诉或不满意经核实后确定是否采纳)。	针对有需求的签约服务对象
	送药上门服务	签约对象为 80 岁以上老年人、瘫痪在床、行动困难等特殊对象,若签约对象有需求时,提供送药上门服务(包含医务人员送药上门、第三方配送机构送药上门等)。	依需求执行,未落实,或出现投诉或不满意的,一票否决(投诉或不满意经核实后确定是否采纳)。	针对有需求的签约服务对象
健康评估和干预服务	健康评估	收集签约对象的健康信息数据,开展健康评估,提出健康处方,一个签约年度内为签约对象提供一份健康评估报告。健康评估报告至少通过健康湖州 APP“家医签约”客户端、微信、书面等其中一种形式推送给签约对象。	强制要求,一票否决项。	针对所有签约对象

表 A.2 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法基础服务部分 (用于对个体评价)

主项目	次级项目	目标要求	评分标准	适用对象
健康评估和干预服务	健康干预	结合健康评估报告指导、监督签约对象及时治疗相关疾病, 改变不良行为生活方式, 树立正确的健康理念。	依需求执行, 健康评估报告发现问题就必须有指导建议, 并推送给签约对象。未落实, 或出现投诉或不满意的, 一票否决 (投诉或不满意经核实后确定是否采纳)。	针对有需求的签约对象
家庭病床服务	建立家庭病床	根据签约对象申请, 通过评估, 为符合建床条件的签约对象建立家庭病床, 开展家庭巡诊、家庭护理、康复训练指导等服务。视病情需要, 协调上级医院专科医生进行家庭病床查房。	依需求执行, 有申请未落实, 或出现投诉或不满意的, 一票否决 (投诉或不满意经核实后确定是否采纳)。	针对有需求的签约服务对象
常见病筛查服务	血压血糖筛查	为签约对象开展高血压、糖尿病筛查服务, 每年至少检测一次血压和血糖, 并根据筛查结果进行对应管理。检测正常者, 实施健康教育和健康促进; 检测异常者, 进一步明确诊断, 对确定的高血压和糖尿病患者, 纳入对应的人群进行健康管理。	强制要求, 一票否决项 (签约对象拒绝除外)。	针对 18 周岁以上所有签约对象 (确诊为高血压或糖尿病的对象除外)

A.3 表A.3给出了用于个体评价的家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分。

表 A.3 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分（用于对个体评价）

对象	服务项目	目标要求	评分标准
65 岁及以上老年人签约对象	健康体检服务	一个签约年度内开展一次免费体格检查、辅助检查，项目齐全。	强制要求，一票否决项。
	健康指导服务	体检结束后 1 个月内形成体检报告，通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象。根据体检结果，开展针对性健康指导。对发现的慢性病管理对象，纳入慢性病健康管理，按慢性病要求进行健康指导；对其他健康体检结果异常的，根据医学需要指导签约对象作进一步处理（治疗、转诊、复查等），并关注后续处理结果。	强制要求，一票否决项。
	生活自理能力评估服务	通过收集基本信息、生活方式、健康状况信息（健康体检、就诊记录、疾病史、用药情况、生活自理能力评估等），形成一份完整的健康评估报告。评估报告应该包括基本情况、存在危险因素、目前的健康状况及医学建议、健康处方等。评估报告通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象。《老年人生活自理能力评估表》填写完整、规范。	强制要求，一票否决项。
	中医药健康管理服务	一个签约年度内提供至少 1 次中医药健康管理服务，包括中医体质辨识和中医药保健指导，体质辨识结果通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、微信、书面等形式推送给签约对象；根据体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行中医药保健指导。	强制要求，一票否决项。
原发性高血压患者签约对象	健康体检服务	一个签约年度内开展一次免费健康体检，项目齐全。若此类签约对象同时也是 65 岁及以上老年人，只免费体检一次，不重复体检，体检项目按就高原则实施，相同的项目不重复。	强制要求，一票否决项。
	健康指导服务	体检结束后 1 个月内形成体检报告（包括体检项目及结果，医学建议等），通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象，根据体检结果，开展针对性健康指导，对体检结果异常的，提出处理建议，并协助开展医学处理（治疗、转诊、复查），关注后续处理结果。	强制要求，一票否决项。
	分级随访管理服务	根据血压分级管理要求进行随访管理，每次随访必须测量血压。管理级别原则上每年调整一次，《高血压患者随访服务记录表》填写完整、规范，异常结果处理得当。	强制要求，一票否决项。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
原发性高血压患者签约对象	随访评估和分类干预服务	根据每次随访结果进行健康评估, 并根据评估结果分类干预处理, 包括对签约患者进行有针对性的健康教育, 与患者一起制定生活方式改进目标 (诊间或健康湖州 APP “家医签约” 客户端、短信等形式书面推送)。	强制要求, 一票否决项。
	可穿戴设备服务	利用物联网、互联网技术, 通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端收集签约对象上传的健康监测数据, 及时进行梳理分析, 对发现的异常情况进行健康指导, 接受签约对象咨询。发现危急情况的, 紧急做好医学处理 (动员患者就诊, 并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理)。	依需求执行。签约对象有需求, 且自备可穿戴设备, 上传相关数据时执行。
2 型糖尿病患者签约对象	健康体检服务	一个签约年度内开展一次免费健康体检, 项目齐全。若此类签约对象同时也是 65 岁及以上老年人, 只免费体检一次, 不重复体检, 体检项目按就高原则实施, 相同的项目不重复。	强制要求, 一票否决项。
	健康指导服务	体检结束后 1 个月内形成体检报告 (包括体检项目及结果, 医学建议等), 通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象, 根据体检结果, 开展针对性健康指导, 对体检结果异常的, 提出处理建议, 并协助开展医学处理 (治疗、转诊、复查)。	强制要求, 一票否决项。
	分级随访管理服务	根据血糖控制和并发症/合并症情况进行分级随访管理。管理级别原则上每年调整一次, 《2 型糖尿病患者随访服务记录表》填写完整、规范, 异常结果处理得当。	强制要求, 一票否决项。
	随访评估和分类干预服务	根据每次随访结果进行健康评估, 并根据评估结果分类干预处理, 包括对所有患者进行有针对性的健康教育, 与患者一起制定生活方式改进目标 (诊间或健康湖州 APP “家医签约” 客户端、短信等方式进行推送)。	强制要求, 一票否决项。
	可穿戴设备服务	利用物联网、互联网技术, 通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端收集签约对象上传的健康监测数据, 及时进行梳理分析, 对发现的异常情况进行健康指导, 接受签约对象咨询。发现危急情况的, 紧急做好医学处理 (动员患者就诊, 并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理)。	依需求执行。签约对象有需求, 且自备可穿戴设备, 上传相关数据时执行。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
严重精神障碍患者 签约对象 严重精神障碍患者 签约对象	健康体检服务	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, 每年为签约对象开展一次免费健康体检。项目齐全。	依需求执行。若监护人不同意或患者身体不允许, 应当载明, 可不体检, 否则必须体检。
	健康指导服务	体检结束后 1 个月内形成体检报告 (包括体检项目及结果, 医学建议等), 通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端、书面等形式推送给签约对象监护人, 根据体检结果, 开展针对性健康指导, 对体检结果异常的, 提出处理建议, 并协助开展医学处理 (治疗、转诊、复查)。	强制要求, 一票否决项。 (若健康体检未开展, 此项可不执行)
	随访管理与评估服务	每个签约年度内至少提供 4 次面对面随访服务 (诊间和/或上门)。每次随访时开展危险性评估, 包括检查患者的精神状况 (感觉、知觉、思维、情感和意志行为、自知力等)、询问和评估患者的躯体疾病、社会功能情况、用药情况及各项实验室检查结果等。《严重精神障碍患者随访服务记录表》填写完整、准确。根据检查、询问和评估结果, 明确签约对象分级。	强制要求, 一票否决项。
	分类干预服务	根据评估结果分类干预处理, 处理得当。	强制要求, 一票否决项。
	患者或家属康复指导服务	根据患者的病情控制情况, 在每次随访时对患者及其家属进行有针对性的健康教育、生活技能训练等方面的康复指导, 对家属提供心理支持和帮助。	强制要求, 一票否决项。
肺结核患者签约对象	入户随访服务	签约医生在接到上级专业机构管理肺结核患者通知单后, 72 小时内完成访视, 填写《肺结核患者第一次入户随访记录表》, 并确定督导人员, 对居住环境进行评估, 对患者及家属进行结核病防治知识宣传教育和防护指导, 告知相关注意事项 (如出现病情加重、严重不良反应、并发症等异常情况要及时就诊)。督导人员优先为签约团队的成员, 也可以由患者家属担任, 若确定由家属为督导人员的, 要进行培训, 确定服药地点和服药时间, 告知 “肺结核患者治疗记录卡” 或 “耐多药肺结核患者服药卡” 的填写方法、取药时间和地点, 提醒患者按时取药和复诊。若 72 小时内 2 次访视未见到患者的, 报告上级专业机构。	此服务主要针对该患者在患病前已与家庭医生签约。针对此类对象是强制要求, 一票否决项。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
肺结核患者签约对象	督导服药服务	若签约医生或其团队成员为服药督导人员,则在患者服药日,签约医生或其团队成员要监督患者在自己直接面视下完成服药;若家庭成员是督导人员,在患者服药日,则由家庭成员监督患者在其直接面视下完成服药。	针对签约医生或其团队成员为服药督导人员的,此项为强制要求,一票否决项,必须有记录。
	随访评估和分类干预服务	签约医生或其团队成员任服药督导人员的,至少每月记录一次随访评估结果;患者家庭成员任服药督导人员的,签约医生或其团队成员在强化期或注射期内每10天随访评估一次,继续期或非注射期内则每1个月随访评估一次。每一次随访都应完整、准确记录《肺结核患者随访服务记录表》。根据随访评估结果,签约医生应该进行分类干预处理,处理得当。	强制要求,一票否决项。
	结案评估服务	停止抗结核治疗后,开展结案评估,包括记录停止治疗时间及原因,对其全程服务管理情况进行评估,收集和上报“肺结核患者治疗记录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”,将患者转诊到结核病定点医疗机构进行治疗转归评估,2周内电话随访,了解患者是否前去就诊及确诊结果。	强制要求,一票否决项。
孕产妇签约对象	孕早期健康管理服务	免费建立《母子健康手册》服务:从婚前医学检查、生育登记等环节开始强化《母子健康手册》建册的宣传,引导孕产妇在孕13周前通过健康湖州APP“母子手册”开展自助建册、或开展门诊建册。指导、帮助孕产妇正确使用健康湖州APP“母子手册”,引导孕产妇主动参与自我健康管理。	强制要求,一票否决项。
		免费健康体检服务:孕产妇在孕13周前建立《母子健康手册》时,为孕产妇开展一次免费健康体检,填写《第一次产前检查服务记录表》。体检项目齐全。	强制要求,一票否决项。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
孕产妇签约对象	孕早期健康管理服务	健康评估与指导服务：根据免费健康体检结果，开展健康评估，确定孕产妇“五色”管理级别，在“湖州市妇幼健康全程管理平台”上进行录入，纳入相应级别进行管理。开展孕早期生活方式、心理和营养保健指导，特别要强调避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响。告知产前筛查[孕 15-20+6 周（孕中期）]和产前诊断时间、地点、具体要求等相关事项。健康体检结果、“五色”管理级别、产前筛查和产前诊断告知事项、健康指导等内容通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端向签约对象推送。	强制要求，一票否决项。
		分类管理服务：按照孕产妇“五色”管理要求分类进行管理；其中对具有妊娠危险因素和可能有妊娠禁忌症或严重并发症的孕妇，及时转诊到上级医疗卫生机构，2 周内随访转诊结果。属于危重孕产妇的，纳入危重孕产妇专案管理，并按专案管理要求落实管理措施。	强制要求，一票否决项。
		可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端或健康湖州 APP “母子手册” 客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。若出现危急情况，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。	依需求执行。签约对象有需求，且自备可穿戴设备，上传相关数据时执行。
	孕中期健康管理	免费产前筛查和诊断服务：指导、督促孕产妇在孕 15-20+6 周（孕中期）到有资质的机构进行免费产前筛查（三联法），筛查结果为中高危的，指导、督促到有资质的机构进行产前诊断（其中低保人群签约对象免费进行产前诊断）。产前筛查和产前诊断结果通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端或健康湖州 APP “母子手册” 客户端推送给孕产妇。	强制要求，一票否决项。
		健康教育和指导服务：在孕 16-20 周、21-24 周各进行一次孕中期针对性的健康教育和指导服务，可结合随访服务面对面进行，也可通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端、短信等方式进行推送。	强制要求，一票否决项。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
孕产妇签约对象	孕中期健康管理	产前随访与评估服务：在孕 16-20 周、21-24 周各进行一次产前随访，完成《第 2-5 次产前随访服务记录表》填写，服务内容包括：询问、观察、一般体格检查和产科检查（体重、血压、宫高、腹围、胎位、胎心率）、实验室检查（血红蛋白、尿蛋白），对孕妇健康和胎儿生长发育状况进行评估。对尚未在规定时间内开展产前筛查的，通过电话、上门、短信、健康湖州 APP “母子手册” 客户端提醒、督促孕产妇及时到相关医疗卫生机构开展产前筛查。	强制要求，一票否决项。
		分类管理与指导服务：通过随访评估识别孕产妇“五色”管理有无新变化，是否完成产前筛查，是否需要做产前诊断，是否属于高危重点孕产妇等，并根据医学需要进行相应处理。	强制要求，一票否决项。
		可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端或健康湖州 APP “母子手册” 客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。若出现危急情况，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。	依需求执行。签约对象有需求，且自备可穿戴设备，上传相关数据时执行。
	孕晚期健康管理	健康教育和指导服务：在孕 28-36 周、37-40 周各进行一次孕晚期针对性的健康教育和指导服务（如自我监护方法、自然分娩宣教、母乳喂养宣教、孕期并发症合并症防治等），可结合随访服务面对面进行，也可通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端、短信等方式进行推送。	强制要求，一票否决项。
		产前随访与评估服务：在孕 28-36 周、37-40 周各进行一次产前随访，完成《第 2-5 次产前随访服务记录表》填写，服务内容包括：询问、观察、一般体格检查和产科检查（体重、血压、宫高、腹围、胎位、胎心率）、实验室检查（血红蛋白、尿蛋白），对孕妇健康和胎儿生长发育状况进行评估。	强制要求，一票否决项。
		分类管理与指导服务：通过随访评估识别孕产妇“五色”管理有无新变化，是否属于高危重点孕产妇等，并根据医学需要进行相应处理。	

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
孕产妇签约对象	孕晚期健康管理	可穿戴设备服务：利用物联网、互联网技术，通过健康湖州 APP “家医签约” 客户端或健康湖州 APP “母子手册” 客户端收集签约对象上传的健康监测数据，及时进行梳理分析，对发现的异常情况进行健康指导，接受签约对象咨询。若出现危急情况，紧急做好医学处理（动员患者就诊，并根据就诊情况确定是否转诊到上级医院处理）。	依需求执行。签约对象有需求，且自备可穿戴设备，上传相关数据时执行。
	产后访视	入户随访服务：产妇出院后 1 周内到产妇家中或产后休养地进行产后访视，访视内容包括：通过观察、询问和检查，了解产妇一般情况、乳房、子宫、恶露、会阴或腹部伤口恢复情况等，填写《产后访视记录表》。同时开展新生儿访视。	强制要求，一票否决项。
		健康教育和指导服务：面对面开展母乳喂养、新生儿护理教育与指导，同时通过健康湖州 APP “母子手册” 客户端推送书面详细的指导。	强制要求，一票否决项。
		分类管理与指导服务：根据产后访视情况，分类进行管理和指导。无特殊情况，开展健康教育和指导；存在母乳喂养困难、产后便秘、痔疮、会阴或腹部伤口恢复情况不佳等现象的，按医学要求进行处理，必要时协助转诊到上级医院治疗，并在转诊后 2 周内随访转诊结果。发现有产褥感染、产后出血、子宫复旧不佳、妊娠合并症未恢复、产后抑郁等问题，及时转上级医疗卫生机构进一步检查、诊断和治疗，2 周内随访转诊结果。并根据上级医院医嘱做好后续管理。	强制要求，一票否决项。
	产后 42 天健康检查	正常孕产妇：通过询问、观察、一般体格检查和妇科检查（血压、乳房、恶露、子宫、伤口），必要时进行辅助检查，评估产妇恢复情况，并根据评估结果进行分类处理，已恢复的，进行心理保健、性保健与避孕、预防生殖道感染、婴儿喂养（纯母乳喂养 6 个月）、产妇和婴幼儿营养等方面的指导；未恢复的，根据医学需要进行转诊，协助做好转诊工作，并在 2 周内随访转诊结果。填写《产后 42 天健康检查记录表》。	针对正常孕产妇，此项为强制要求，一票否决项。
		异常孕产妇：产后 42 天健康检查发现异常产妇，协助、指导、督导其到分娩医疗卫生机构进行检查。并根据上级医疗机构医嘱进行后续管理。	针对异常孕产妇，此项为强制要求，一票否决项。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
0-6 岁儿童签约对象	新生儿家庭访视	新生儿出院后 1 周内, 签约医生到新生儿家中或孕妇产后休养地进行新生儿访视。访视内容包括: 建立《母子健康手册》、健康状况调查和健康体检服务、新生儿保健相关工作落实情况核查、特殊对象管理服务, 各项服务符合要求。	强制要求, 一票否决项。
	新生儿满月健康管理	新生儿出生后 28-30 天。签约医生结合乙肝疫苗第二针接种, 在基层医疗卫生机构进行随访。服务内容包括: 健康状况调查和健康体检服务、预防接种服务、健康评估服务、健康教育和健康指导服务、预约下一次随访时间。各项服务符合要求。	强制要求, 一票否决项。
	婴幼儿健康管理	在婴幼儿 3、6、8、12、18、24、30、36 月龄各进行一次随访, 共计 8 次, 随访地点为基层医疗卫生机构, 偏远地区可以在基层医疗卫生机构下设的站点。服务内容包括: 健康状况调查和健康体检服务、预防接种服务、健康评估服务、健康教育与健康指导服务、预约下一次随访时间。各项服务符合要求。	强制要求, 一票否决项。
	学龄前儿童健康管理	4-6 岁期间每年提供一次, 散居儿童服务地点在基层医疗卫生机构进行, 集居儿童可在托幼机构进行。服务内容包括: 健康状况调查和健康体检服务、预防接种服务、健康评估服务、健康教育与健康指导服务、预约下一次随访时间。各项服务符合要求。	强制要求, 一票否决项。
残疾人签约对象	常见病、多发病诊治服务	强化“三早”服务: 针对残疾人更容易发生慢性病的特点, 在开展签约服务过程中根据残疾人类别, 更多关注慢性病的发现和及时处理, 做到早发现、早诊断、早治疗。	强制要求, 一票否决项。
		慢性病专业管理服务: 对残疾人签约对象中明确的慢性病纳入相应的慢性病进行专业管理, 具体管理内容与要求参照《湖州市家庭医生签约服务技术标准》的相应慢性病管理章节执行。	针对患慢性病的残疾人, 此项是强制要求, 一票否决项。
		优先门诊和转诊服务: 充分考虑残疾人的特殊性, 在门诊挂号、接诊、化验、检查、治疗、收费、取药等过程中提供优先服务, 为有需要的残疾人提供就诊陪同服务、免费轮椅借用服务, 缩短等待时间, 方便残疾人看病就医。对需要转到上级医院治疗的残疾人, 协助做好精准转诊服务, 相关信息通过健康湖州 APP“家医签约”客户端、短信等方式推送给签约对象。	依需求执行。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
残疾人签约对象	转介服务	梳理残疾人签约服务对象的康复服务需求,对家庭医生所在基层医疗卫生机构不能满足残疾人康复需求的,协调社区(村)残疾人专职委员,根据本地残疾人康复服务流程,转介至康复机构进行康复治疗。康复服务完成后,由康复机构通知社区(村)残疾人专职委员将残疾人转回基层医疗卫生机构继续提供服务。	依需求执行。
	基本公共卫生服务	根据年龄、性别、现患疾病等情况,将残疾人及残疾儿童分别纳入 0-6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等相应的人群进行健康管理,管理要求参照本规范 6 相关人群的要求进行。	若不属于相应对象类别,此项可不执行,若属于,此项为强制要求,一票否决项。
	延伸服务	家庭病床服务:根据残疾人签约服务对象的申请,开展家庭病床建床评估,符合建床条件的,提供家庭病床建床服务,开展上门巡诊、护理等,必要时邀请医共体牵头医院及专科医院的专科医师开展上门查房。	依需求执行。
	上门服务	对残疾等级为一、二级的残疾人签约对象,由于其行动不便或社会功能存在严重障碍,根据签约对象的需求,提供上门签约、上门巡诊、上门护理、上门康复指导、上门送药等服务。	依需求执行。
	心理疏导服务	通过耐心倾听、心理干预等手段,对残疾人及其家属进行心理疏导,排解其心理压力,及时发现其心理疾患。必要时邀请精神卫生专科医生进行心理疏导服务。对需要转上级专业机构进行治疗的患者,协助做好转诊,并通过健康湖州 APP“家医签约”客户端推送转诊信息。	依需求执行。
	康复指导服务	基层医疗卫生机构康复指导:组织有需要的签约服务对象定期到基层医疗卫生机构进行康复训练,为其制定个性化的康复训练计划,做好康复过程的指导、督促。	依需求执行。
		家庭康复指导:对行动不便的残疾人,根据其家庭实际,为其制定个性化的康复训练计划,指导家庭配备必要的康复训练器材,做好复康过程的指导与督促。	依需求执行。

表 A.3 (续) 家庭医生有效签约服务绩效评价内容与计分方法个性化服务部分 (用于对个体评价)

对象	服务项目	目标要求	评分标准
残疾人签约对象	健康教育服务	通过面对面、健康湖州 APP “家医签约” 客户端等途径, 为残疾人签约对象提供针对性的健康教育服务。对高血压、糖尿病的残疾人, 关注其运动、饮食、吸烟、饮酒、睡眠等生活方式方面的健康教育与指导; 对冠心病、脑卒中的残疾人, 关注其膳食营养、必要规律的有氧运动、控制体重、戒烟限酒、保持心态平衡方面的健康教育和指导; 对肢体残疾等行动不便残疾人, 尤其是患骨质疏松症的残疾人, 关注合理膳食, 增加食物中钙含量, 减少影响钙吸收因素, 适量规律运动, 适量站立和日晒等方面的健康教育和指导。	强制要求, 一票否决项。
	家庭指导服务	指导残疾人家庭进行无障碍改造。如在残疾人经常活动地方加装扶手, 居室物品摆放便于残疾人使用, 厕所无障碍改造, 地面防滑处理, 清理室内障碍物等。	依需求执行。
低保及低保边缘户签约对象	----	根据各签约对象具体情况 (年龄、性别、现患疾病等), 分别按 65 岁以上老年人、高血压患者、2 型糖尿病患者、0-6 岁儿童、孕产妇、严重精神障碍患者、肺结核患者、残疾人等相关要求提供健康管理和服务。	----
计生特殊家庭签约对象	----	根据各签约对象具体情况 (年龄、性别、现患疾病等), 分别按 65 岁以上老年人、高血压患者、2 型糖尿病患者、0-6 岁儿童、孕产妇、严重精神障碍患者、肺结核患者、残疾人等相关要求提供健康管理和服务。	----
复合型签约服务对象	----	某一签约服务对象同时属于 “重点人群” 中多种情形的, 服务内容分别按每一类重点人群的具体要求提供健康管理服务, 涉及健康体检项目的, 按合并同类项的要求进行处理, 即同一体检项目只体检一次; 涉及服务频次的, 在满足服务频次总量要求的前提下, 随访时间要求相同的同一次随访中同步进行不同服务内容的随访, 分别记录。	----

注4: 信息系统对每一次服务都会自动发送满意度评价信息, 信息系统自动记录到信息系统中, 不允许签约医生修改。

注5: 当某个签约对象属于多种类型人群, 则所有类型的服务应当全部符合才算合格。

注6: 所有服务标准参照本标准 8 执行。

## 参 考 文 献

- [1] 国医改办发〔2016〕1号 《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》
  - [2] 残疾人家庭医生签约服务指导手册
  - [3] 浙政办发〔2015〕65号 《浙江省人民政府办公厅关于推进责任医生签约服务工作的指导意见》
  - [4] 浙卫发〔2016〕51号 《省卫生计生委省民政厅省财政厅等五部门关于进一步推进责任医生签约服务工作的通知》
  - [5] 浙卫发〔2017〕51号 《浙江省基本公共卫生服务规范（第四版）》
  - [6] 浙卫发〔2018〕20号 《浙江省卫生计生委关于进一步做实做细家庭医生签约服务工作的通知》
  - [7] 湖政办发〔2016〕11号 《湖州市人民政府办公室关于推进责任医生签约服务工作的实施意见》
  - [8] 浙卫发〔2019〕46号 《浙江省家庭医生签约服务工作规范（2019版）》
  - [9] DB33 / T 2195-2019 《家庭医生签约服务居家护理工作规范》
-