北京市丰台区卫生和计划生育委员会文件

丰卫计发〔2017〕201号

关于提升丰台区家庭医生签约服务

质量有关工作的通知

根据北京市卫生计生委《关于提升北京市家庭医生签约服务质量有关工作的通知》（京卫基层〔2017〕19号）精神，为进一步深化丰台区家庭医生签约服务工作，优化社区卫生服务内涵,切实增强居民获得感，丰台区卫生计生委制定了提升家庭医生签约服务质量的有关举措，现将有关工作通知如下。

一、确定家庭医生签约服务包

在全区范围内稳步推进家庭医生签约服务，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人、慢性疾病、结核病、严重精神障碍患者以及贫困人口和计划生育特殊家庭人口；慢性病患者中优先覆盖高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中等人群。

各社区卫生服务机构参考借鉴丰台区卫生计生委制定的签约服务基本包和签约服务个性包，并结合辖区内服务人群结构、疾病谱等实际情况以及社区诊断结果，认真研究、筛选、确定本单位家庭医生签约服务包，细化具体服务项目内容，确保签约服务包具备可操作性，提高签约居民的获得感。

2017年底，全区社区卫生服务机构家庭医生签约率要达到所辖服务人口的35%；重点人群签约率达到90%以上。同时，继续巩固完善家庭医生式服务诊疗新模式，在23所社区卫生服务中心实施签约居民分时预约服务。

（一）签约服务基本包

结合《家庭医生签约服务基本包（市级指导2017版）》内容，制定《家庭医生签约服务基本包（丰台区2017版）》（详见附件1），内容包括基本医疗服务、基本公共卫生服务和健康管理服务。签约服务基本包是家庭医生签约服务的基本要求，是家庭医生团队要为签约居民必须提供的基本服务内容。各社区卫生服务机构必须在签订协议时充分向签约居民进行介绍，并确保服务项目落到实处。

（二）签约服务个性包

结合《家庭医生签约服务个性包（市级指导2017版）》内容，制定《家庭医生签约服务个性包（丰台区2017版）》（详见附件2），各社区卫生服务机构可结合辖区健康人群、高危人群、患病人群和疾病恢复期人群的不同健康需求，以及家庭医生团队服务能力，确定适宜可行的个性化签约服务包，增强签约服务吸引力，为签约居民提供有针对性、防治结合、持续有效的分类健康管理服务。

二、增强签约服务吸引力

各社区卫生服务机构要进一步探索并完善服务内涵、优化服务模式、增加服务方式、提升服务效果。力争在就医、转诊、用药等方面对签约居民实行差异化政策，增强签约服务吸引力。尤其要结合医联体建设，加强与上级医疗机构协调，通过建立绿色转诊通道，提供预约挂号、专家号、优先住院、优先检查等转诊服务，增强签约服务吸引力。

三、加强签约服务绩效管理

各社区卫生机构要逐步建立家庭医生签约绩效管理制度及激励机制，将家庭医生签约服务数量、服务质量、服务满意度等核心指标作为绩效管理及绩效考核重点。特别是要加强家庭医生签约服务的质量控制，规范提供家庭医生签约服务包内各服务项目。同时，探索和尝试通过信息化考核手段、采用标准工作当量方法，提升家庭医生签约服务考核精度。考核结果与对机构、对团队、对个人的绩效考核相结合，促进家庭医生签约服务长效发展。

四、工作要求

各社区卫生服务机构要高度重视家庭医生签约服务质量，明确具体部门和人员负责日常事务。请于10月20日前，将本机构确定的签约服务基本包和签约服务个性包上报丰台区社区卫生服务管理中心。同时，在2017年12月底前按照确定的家庭医生签约服务包向签约居民提供服务。

附件：1.家庭医生签约服务基本包（丰台区2017版）

2.家庭医生签约服务个性包（丰台区2017版）

丰台区卫生和计划生育委员会

2017年10月 23 日

丰台区卫生和计划生育委员会办公室 2017年10月 23 日印发

附件1:

家庭医生签约服务基本包

（丰台区2017版）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **序号** | **项目** | **内涵** |
| 基本医疗服务 | 1 | 全科预约诊疗 | 全科门诊就诊时，为签约居民提供专人管理、专人诊疗、预约优先就诊 |
| 2 | 预约转诊 | 根据病情需要，为签约患者提供上级大医院预约挂号及转诊等服务 |
| 3 | 长处方服务 | 为符合条件的四类慢性病（高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中）签约患者提供长处方（62天）服务 |
| 4 | 用药指导 | 为签约居民提供就医、用药指导服务 |
| 基本公共卫生及  健康管理服务 | 5 | 基本公共卫生服务 | 预防接种服务 |
| 0-6岁儿童健康管理 |
| 孕产妇健康管理 |
| 老年人健康管理 |
| 高血压患者健康管理 |
| 2型糖尿病患者健康管理 |
| 严重精神障碍患者管理 |
| 肺结核患者健康管理 |
| 中医药健康管理 |
| 6 | 康复管理 | 为符合条件的签约居民提供康复服务 |
| 7 | 签约“四个一”服务 | 建立1份健康档案，签订1份家庭医生签约服务协议，发放1个联系卡/表/手册，定期推送1条短信/微信 |
| 8 | 健康监测及  指导 | 定期在健康小屋享受血压、血糖、身体成分分析、身高体重、心电图项目自测等服务，并提供1对1健康指导 |
|  | 9 | 健康评估 | 每年对签约居民进行一次健康状况评估，并根据评估结果进行分类管理 |
|  | 10 | 健康咨询服务 | 为签约居民提供电话健康咨询服务 |
|  | 11 | 免费健康信息送达 | 利用微信、短信、APP等信息化手段，定期发送随访提醒服务或个性化健康教育等信息 |

附件2:

家庭医生签约服务个性包

（丰台区2017版）

老年女性服务包（65岁以上）

|  |
| --- |
| 1、建立老年健康档案（电子档案） |
| 2、家庭服务（入户）： |
| 每年入户2次，根据需要评价防跌倒设施、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。 |
| 3、健康服务（诊室完成）： |
| （1）眼底筛查1次/年。 |
| （2）老年跌倒风险评估1次/年和指导。  （3）口腔健康评估1次/年（牙齿缺如、龋齿、牙龈、口腔黏膜）。 |
| （4）老年痴呆初步筛查1次/年。 |
| （5）老年听力下降筛查1次/年。 |
| （6）老年重要关节活动度测量、肌力评估及平衡能力评估1次/年，对发现的问题进行治疗和康复指导。  （7）猝死风险评估及预防指导1次/年。  （8）老年常规体检（65岁以上符合北京市相关政策者）：按照国家基本公共卫生规范开展老年人免费体检。  （9）老年人抑郁、焦虑初步筛查1次/年，对发现心理疾病进行非药物治疗  （10）老年人生活能力评价1次/年。  （11）（吸烟者）烟草依赖评估、戒烟指导和再评估4次/年。  （12）（酗酒者）酒精依赖评估、限酒指导和再评估4次/年。  （13）有心脑血管疾病危险因素（高血压、糖尿病、血脂异常、高尿酸血症、肥胖、吸烟、精神紧张）者心脑血管疾病发病危险程度评估，至少1次/年。 |
| 4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成） |
| （1）每1个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例1次，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。 |
| （2）健康居民每1个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）、血脂、尿酸1次，签约满一年时绘制“血压、血糖、血脂、尿酸趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。  （3）高血压、糖尿病高危人群每3个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）1次，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。 |
| 5、健康教育 |
| （1）发放健康处方/每年4次。 |
| （2）进行健康讲座/每年2次。  内容包括：（每年根据需求更新）  （1）老年运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。  （2）老年心脑血管疾病早期信号及自救和合理求救方法（公共课及健康处方）。  （3）老年常见心理问题及早期发现（公共课及健康处方）。  （4）老年多种疾病如何合理就诊（公共课及健康处方）。  （5）如何看待老年生命质量问题（由工作人员开展面对面交流）。  （6）如何看待老年性生活（由女性工作人员开展面对面交流）。 |
| 6、疾病诊疗（含双向转诊） |
| （1）签约者优先预约就诊自己的家庭医生。  （2）必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后5个工作日内进行电话随访。 |
| （3）就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。 |

老年男性服务包（65岁以上）

|  |
| --- |
| 1、建立老年健康档案（电子档案） |
| 2、家庭服务（入户）： |
| 每年入户1次，根据需要评价防跌倒设施、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。 |
| 3、健康服务（诊室完成）： |
| （1）眼底筛查1次/年。 |
| （2）老年跌倒风险评估1次/年和指导。  （3）口腔健康评估1次/年（牙齿缺如、龋齿、牙龈、口腔黏膜）。 |
| （4）老年痴呆初步筛查1次/年。 |
| （5）老年听力下降筛查1次/年。 |
| （6）老年重要关节活动度测量、肌力评估及平衡能力评估1次/年，对发现的问题进行治疗和康复指导。  （7）猝死风险评估及预防指导1次/年。  （8）老年常规体检（65岁以上符合北京市相关政策者）：按照国家基本公共卫生规范开展老年人免费体检。  （9）老年人抑郁、焦虑初步筛查1次/年，对发现心理疾病进行非药物治疗  （10）老年人生活能力评价1次/年。  （11）（吸烟者）烟草依赖评估、戒烟指导和再评估4次/年。  （12）（酗酒者）酒精依赖评估、限酒指导和再评估4次/年。  （13）有心脑血管疾病危险因素（高血压、糖尿病、血脂异常、高尿酸血症、肥胖、吸烟、精神紧张）者心脑血管疾病发病危险程度评估，至少1次/年。 |
| 4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成） |
| （1）每1个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例1次，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。 |
| （2）健康居民每1个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）、血脂、尿酸1次，签约满一年时绘制“血压、血糖、血脂、尿酸趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。  （3）高血压、糖尿病患者每1个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）1次，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。  （4）高血压、糖尿病高危人群每3个月测量血压（双上肢）、血糖（空腹及餐后）1次，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。 |
| 5、健康教育 |
| （1）发放健康处方/每年4次。 |
| （2）进行健康讲座/每年2次。  内容包括：（每年根据需求更新）  （1）老年运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。  （2）老年心脑血管疾病早期信号及自救和合理求救方法（公共课及健康处方）。  （3）老年常见心理问题及早期发现（公共课及健康处方）。  （4）老年多种疾病如何合理就诊（公共课及健康处方）。  （5）如何看待老年男性更年期问题（由男性工作人员开展面对面交流）。  （6）如何看待老年性生活（由男性工作人员开展面对面交流）。 |
| 6、疾病诊疗（含双向转诊） |
| （1）签约者优先预约就诊自己的家庭医生。  （2）必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后5个工作日内进行电话随访。 |
| （3）就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。 |

高血压患者服务包

|  |
| --- |
| 1、建立个人健康档案及高血压慢病档案（电子档案） |
| 2、家庭服务（入户）： |
| 每年入户1次，根据需要评价家庭饮食状况、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。 |
| 3、健康服务（诊室完成）： |
| （1）高血压症状全面问诊记录4次/年。  （2）内容记录高血压的危险因素、并发症及伴发疾病全面分析（心脑血管疾病危险分层）4次/年。 |
| （3）随访1次/月，监测内容记入健康档案：①评估是否存在危急情况、评估上一次随访到此次随访期间的症状、评估并存的临床症状；②规范药物治疗、依从性、是否规律用药；③心脏、颈动脉、腹主动脉、肾动脉听诊；④有针对性的对个人和家庭成员进行控烟、控制过度饮酒、运动、低盐、低脂饮食以及心理平衡等健康教育。  （4）家庭血压自我检测方案设计及结果分析1次/月。  （5）家庭药箱整理，及现用药综合评估和指导（重点是降压药与其他药物的相互作用）（非入户）1次/年。 |
| 4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成） |
| （1）每1个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例1次/月，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。 |
| （2）测量血压（首次双上肢）、血糖（空腹及餐后）1次/月，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。  （3）患者自测血压值录入信息系统 |
| 5、健康教育 |
| （1）发放健康处方/每年4次。 |
| （2）进行健康讲座/每年2次。  内容包括：（每年根据需求更新）  （1）高血压运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。  （2）科学地开展血压自我监测（公共课及健康处方）。  （3）体位性低血压的早期识别和处理（公共课及健康处方）。  （4）高血压患者如何实现低盐饮食（公共课及健康处方）。 |
| 6、疾病诊疗（含双向转诊） |
| （1）签约者优先预约就诊自己的家庭医生。  （2）必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后5个工作日内进行电话随访。  （3）就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。 |

糖尿病服务包（糖尿病患者）

|  |
| --- |
| 1、建立个人健康档案及糖尿病慢病档案（电子档案） |
| 2、家庭服务（入户）： |
| 每年入户1次，根据需要评价家庭饮食状况、家庭体育锻炼条件等健康相关问题。 |
| 3、健康服务（诊室完成）： |
| （1）糖尿病症状全面问诊记录4次/年。  （2）内容记录糖尿病的危险因素、并发症及伴发疾病全面分析（心脑血管疾病危险分层）4次/年。 |
| （3）随访1次/月，监测内容记入健康档案：①评估是否存在危急情况、评估上一次随访到此次随访期间的症状、评估并存的临床症状；②规范药物治疗、依从性、是否规律用药；③心脏、颈动脉、腹主动脉、肾动脉听诊以及足背动脉触诊；④有针对性的对个人和家庭成员进行控烟、控制过度饮酒、运动、低盐、低脂饮食以及心理平衡等健康教育。  （4）家庭血糖自我检测方案设计及结果分析1次/月。  （5）糖尿病外周神经损害评估1次/年。  （6）家庭药箱整理，及现用药综合评估和指导（重点是降糖药与其他药物的相互作用）（非入户）1次/年。 |
| 4、身体健康数据收集及汇总（在健康小屋完成） |
| （1）每1个月测量体重、身高、腰围、臀围、体脂比例1次/月，签约满一年时绘制“体重、身高、腰围、臀围、体脂比例变化趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。 |
| （2）测量血压（首次双上肢）、血糖（空腹及餐后）1次/月，签约满一年时绘制“血压、血糖趋势图”（连续签约者绘制多年趋势图）。  （3）患者自测血糖仪数值录入信息系统。 |
| 5、健康教育 |
| （1）发放健康处方/每年4次。 |
| （2）进行健康讲座/每年3次。  内容包括：（每年根据需求更新）  （1）糖尿病患者饮食（公共课及健康处方）。  （2）糖尿病运动的安全注意事项（公共课及健康处方）。  （3）科学地开展血糖自我监测；低血糖识别和处理（公共课及健康处方）。  （4）糖尿病并发症的科学管理（公共课及健康处方）。  （5）胰岛素的规范使用（公共课及健康处方）。  （6）糖尿病患者的心理健康（公共课及健康处方）。 |
| 6、疾病诊疗（含双向转诊） |
| （1）签约者优先预约就诊自己的家庭医生。  （2）必要时利用绿色通道优先转诊，转诊后5个工作日内进行电话随访。  （3）就医指导（含紧急状况识别、家庭现场处理和合理求助方式指导）。 |