

SZDB/Z

深圳市标准化指导性技术文件

SZDB /Z 286—2018

家庭医生服务规范

2018 - 02 - 09 发布

2018 - 03 - 01 实施

深圳市市场监督管理局

发布

目 次

前言	III
引言	IV
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语与定义	1
4 服务原则	1
5 服务内容	2
5.1 基础服务	2
5.2 签约服务	2
6 服务要求	4
6.1 基础服务要求	4
6.2 签约服务要求	4
7 服务保障	7
7.1 人员要求	7
7.2 团队管理	8
7.3 协议管理	8
7.4 运营支撑	9
7.5 资金保障	9
8 持续改进	9
9 服务质量考核	10
9.1 考核机构	10
9.2 考核指标	10
9.3 考核方法	10
9.4 服务质量考核结果管理	10
附录 A（资料性附录） 家庭医生服务协议书	11
附录 B（资料性附录） 家庭医生服务质量评分细则	15
参考文献	19

前 言

本规范按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本规范由深圳市卫生和计划生育委员会提出并归口。

本规范主要起草单位：深圳市卫生和计划生育委员会、深圳市标准技术研究院、深圳市卫生计生能力建设与继续教育中心、罗湖医院集团、深圳市慢性病防治中心、深圳市疾病预防控制中心、宝安区人民医院集团、深圳市技术资料开发供应站。

本规范主要起草人：罗乐宣、李创、周复、曾碧静、陈澄、吴华、陈瑶、周海滨、尹朝霞、李睿、赖金明、孙喜琢、余卫业、夏俊杰。

本规范为首次发布。

引 言

当前，我国医药卫生事业面临人口老龄化、城镇化和慢性病高发等诸多挑战，以医院和疾病治疗为中心的医疗卫生服务模式难以满足群众的健康服务需求。居民看病就医集中到大医院，不利于优化医疗资源配置、合理控制医疗费用、改善人民群众看病就医体验。国际经验和国内实践证明，发展完善家庭医生服务，是努力全方位全周期保障人民群众健康的基础性工作。家庭医生团队以人民健康为中心，面向家庭和社区，推动医疗卫生资源上下联动、横向整合、医防融合、医养结合，整合医疗、预防、康复和健康促进等健康服务链条，为群众提供系统连续的健康服务，为实现分级诊疗奠定基础。

为明确家庭医生服务的内涵、服务团队的组成、服务对象、服务内容和流程以及评价体系，推动家庭医生服务制的建立与完善，推动分级诊疗制度的建设，促进基本医疗卫生服务的公平性和可及性，特制定本文件。

家庭医生服务规范

1 范围

本规范规定了家庭医生服务的术语与定义、服务原则、服务内容、服务要求、服务保障、持续改进以及服务质量考核。

本规范适用于深圳市辖区内以社区健康服务机构为主要服务场所的家庭医生团队的服务提供。以其他医疗机构为主要服务场所的家庭医生团队可参考执行。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）

《广东省卫生计生委办公室关于印发广东省开展家庭病床服务工作指引的通知》（粤卫办[2016]45号）

3 术语与定义

3.1

家庭医生服务

医疗机构安排家庭医生团队，为签订家庭医生服务协议的居民，提供综合性、连续性、协调性、个性化的医疗卫生和健康管理服务。

3.2

重点人群

家庭医生团队服务的重点人群，包括0~6岁儿童、孕产妇、老年人、高血压患者、2型糖尿病患者、严重精神障碍患者和结核患者七类。

4 服务原则

家庭医生团队在为服务对象提供服务的过程中，除遵守医生基本道德规范和医疗卫生相关法律法规外，应遵守以下原则：

- 综合性服务原则，根据服务对象的健康需求，不分其年龄、性别和类型，应用生物-心理-社会医学模式，为其提供医疗、预防、康复和健康促进等全方位的服务，维护其整体健康；
- 连续性服务原则，沿疾病周期（健康-疾病-康复）的各阶段提供照顾，并从服务对象的出生到死亡，为其生命周期的各阶段提供健康照顾；
- 协调性服务原则，作为服务对象的健康资源协调人，为其协调所需的健康领域的人力和物力资源。

源;

——个体化服务原则, 以人为中心, 尊重服务对象的生命、感情、权利和个性, 根据其具体情况, 提供相应的健康照顾服务。

5 服务内容

5.1 基础服务

5.1.1 家庭医生团队应根据服务对象的健康需求为其提供《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》要求的相关基础服务, 内容包括:

- 健康档案管理服务;
- 健康教育服务;
- 重点人群健康管理服务。

5.1.2 家庭医生团队应为服务对象提供基本医疗服务, 内容包括:

- 诊疗服务;
- 转诊服务。

5.1.3 家庭医生团队应根据服务对象的健康需求为其提供省级及以上卫生计生行政部门要求的其他基本公共卫生服务。

5.2 签约服务

5.2.1 签约健康管理服务

家庭医生团队应为服务对象提供健康管理服务, 内容包括:

- 健康状况评估;
- 根据健康状况评估结果制定健康管理计划, 计划应包括以下内容:
 - 健康管理周期;
 - 健康指导内容;
 - 健康指导对象;
 - 健康指导方式;
 - 健康状况监测周期;
 - 健康状况监测方式;
 - 健康状况监测内容;
 - 健康管理计划成效评估周期;
 - 健康管理计划成效评估方式;
 - 健康管理计划成效评估内容;
 - 健康管理计划成效评估结果处理方式。
- 健康指导。

5.2.2 签约健康教育服务

5.2.2.1 家庭医生团队应根据服务对象的健康需求, 通过门诊服务、社交软件、通讯工具和互联网信息服务平台等途径提供健康教育服务, 服务内容包括:

- 个体化健康教育;
- 专项健康教育。

5.2.3 预约服务

5.2.3.1 根据服务对象需求, 提供多种方式的优先预约服务, 包括:

- 预约社康中心专科科室;
- 预约家庭医生团队;
- 预约计划免疫接种及其他社区健康服务。

5.2.3.2 预约宜通过以下方式:

- 到社区健康服务机构现场预约;
- 通过通讯工具预约;
- 通过社交软件预约;
- 通过互联网信息服务平台预约。

5.2.4 签约诊疗服务

家庭医生团队应为有需要的服务对象, 提供诊疗服务, 内容包括:

- 提供不低于最低时限的诊疗;
- 在诊疗服务的同时, 根据服务对象的具体情况提供慢病管理、机会性预防等健康照顾, 并做好记录;
- 根据服务对象的病情需要, 诊疗结束后, 通过通讯工具、互联网信息服务平台或其他方式主动跟进服务对象的健康恢复状况, 并做好记录。

5.2.5 签约转诊服务

家庭医生团队应为有需要转诊的服务对象, 提供转诊服务, 内容包括:

- 优先为服务对象预约转诊至社区健康服务机构内部和其它专业医疗机构的专科科室, 并为其预约相应的专科科室、接诊医生和诊疗时间;
- 转诊结束后, 通过通讯工具、互联网信息服务平台或其他方式主动跟进服务对象的诊疗详情以及健康恢复状况, 并据此提供个性化的健康管理服务。

5.2.6 家庭病床服务

家庭医生团队根据签约内容, 对适宜居家进行连续治疗、需医护人员上门服务的服务对象, 在其居住场所设立家庭病床, 医护人员定期上门提供治疗、康复、护理、临终关怀及健康指导, 并在家庭病床病历上记录。

5.2.7 健康咨询服务

家庭医生团队应根据签约协议通过移动应用程序、社交软件、互联网信息服务平台、面对面的方式为服务对象提供健康咨询服务, 如用药指导、就医指引、健康生活方式指导等健康问题。

5.2.8 其他

家庭医生团队宜根据社区健康服务机构实际情况和服务对象的需求, 优先为服务对象提供以下服务项目, 包括但不限于:

- 健康管理设施设备;
- 年度健康体检;
- 专项健康指导;
- 家庭生命周期指导;
- 家庭功能评估;
- 家庭健康干预计划。

6 服务要求

6.1 基础服务要求

6.1.1 家庭医生团队在提供基础医疗卫生服务的过程中，应遵守国家、行业法律法规及政策的相关要求。

6.1.2 应在签约后 1 个月内，为服务对象建立或完善电子健康档案，并根据服务对象的具体情况及时更新健康档案。

6.1.3 在服务对象接受诊疗或其他社区健康服务的同时，应提供个体化健康教育。

6.2 签约服务要求

6.2.1 签约健康管理服务要求

6.2.1.1 服务对象为重点人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于 4 次的健康管理服务。

6.2.1.2 服务对象为高危高风险人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于 2 次的健康管理服务。

6.2.1.3 服务对象为其他人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于 1 次的健康管理服务。

6.2.1.4 连续两次健康管理计划成效评估的时间间隔不应超过 12 个月。

6.2.1.5 签约健康管理服务的流程应符合图 1 的要求。

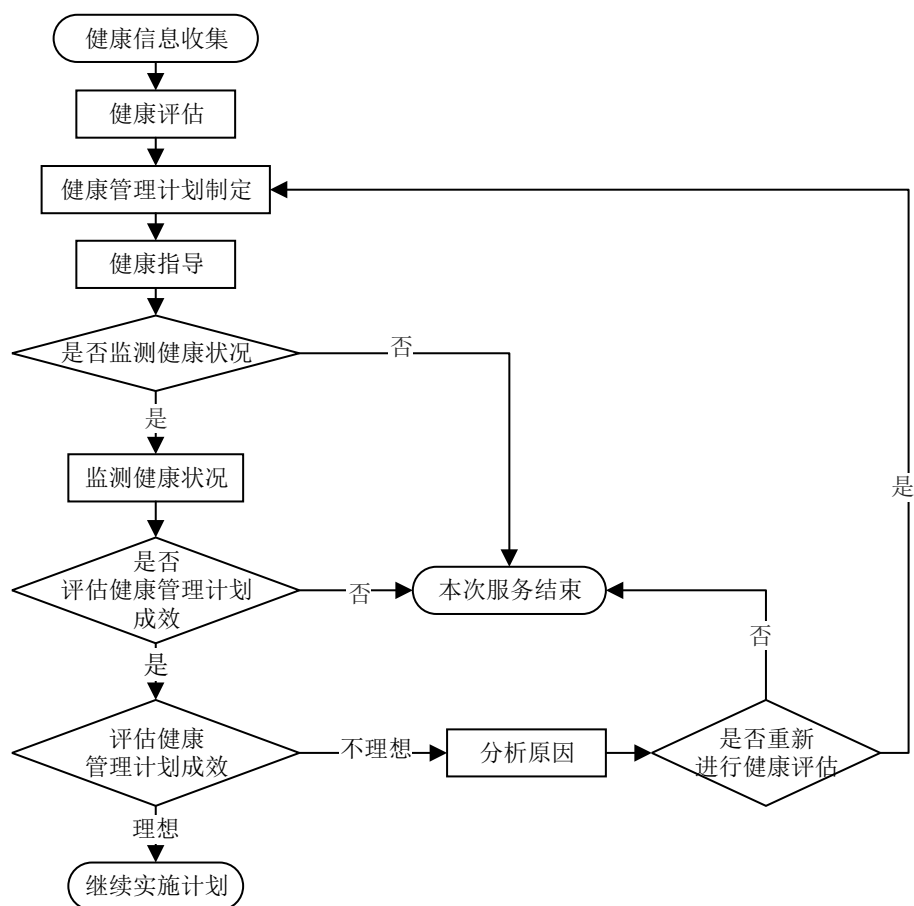


图1 签约健康管理服务流程图

6.2.2 签约健康教育服务要求

- 6.2.2.1 服务对象为重点人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于4次的个体化健康教育服务，并做好记录。
- 6.2.2.2 服务对象为高危高风险人群的，家庭医生团队应为其提供不低于2次的个体化健康教育服务，并做好记录。
- 6.2.2.3 服务对象为其他人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于1次的个体化健康教育服务，并做好记录。
- 6.2.2.4 家庭医生团队每年开展的专项个体化健康教育总量不低于4次。
- 6.2.2.5 签约健康教育服务的流程应符合以下要求：
- 评估服务对象的健康问题、健康危险因素；
 - 明确服务对象的健康教育提供方式和内容；
 - 向服务对象提供约定的健康教育服务。

6.2.3 预约服务要求

- 6.2.3.1 家庭医生团队提供的预约方式应不低于2种。
- 6.2.3.2 预约人次应符合年度社区健康服务的考核要求。
- 6.2.3.3 预约服务的流程应符合以下要求：
- 服务对象提出需求；
 - 根据需求确认服务时间、方式和内容；
 - 根据约定提供服务。

6.2.4 签约诊疗服务要求

- 6.2.4.1 家庭医生团队宜为有预约的服务对象提供不低于10分钟的服务时长。
- 6.2.4.2 服务对象病情有需要的，家庭医生团队应根据其健康状况进行回访，跟进其健康恢复状况。
- 6.2.4.3 家庭医生团队为服务对象提供的诊疗服务应符合图2的要求。

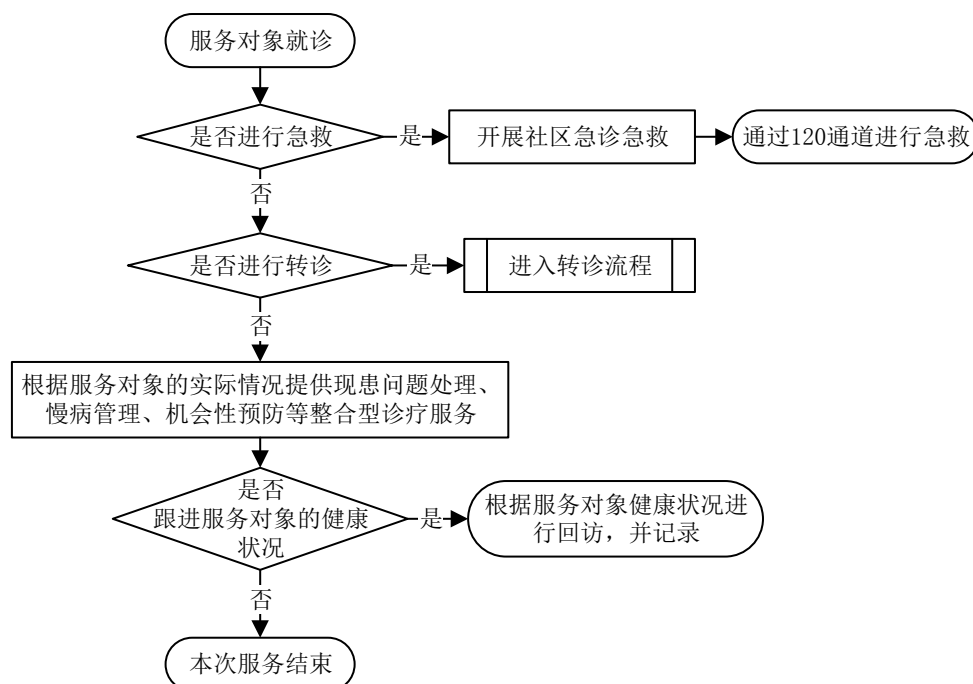


图2 签约诊疗服务流程图

6.2.5 签约转诊服务要求

- 6.2.5.1 转诊服务应达到“精准转诊、无缝对接”的要求，落实预约挂号、预约专家号、预约床位等服务。
- 6.2.5.2 家庭医生团队应于转诊后5天内联系接受转诊治疗的服务对象，掌握其健康状况。
- 6.2.5.3 转诊诊疗结束后，家庭医生团队应对服务对象的诊疗详情以及健康恢复状况的跟进情况做好记录。
- 6.2.5.4 家庭医生团队为服务对象提供的转诊服务流程应符合图3的要求。

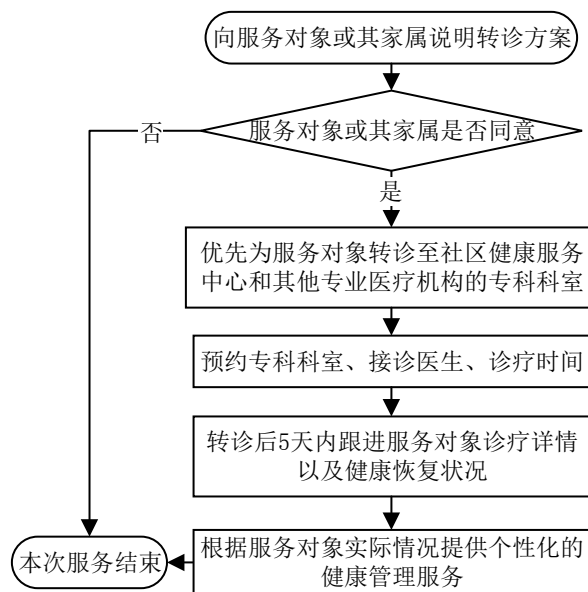


图3 签约转诊服务流程

6.2.6 家庭病床服务要求

- 6.2.6.1 服务内容应符合《广东省卫生计生委办公室关于印发广东省开展家庭病床服务工作指引的通知》（粤卫办[2016]45号）中的相关规定。
- 6.2.6.2 家庭病床诊疗活动应遵守《广东省卫生计生委办公室关于印发广东省开展家庭病床服务工作指引的通知》（粤卫办[2016]45号）的要求。
- 6.2.6.3 服务流程应符合图4的要求。

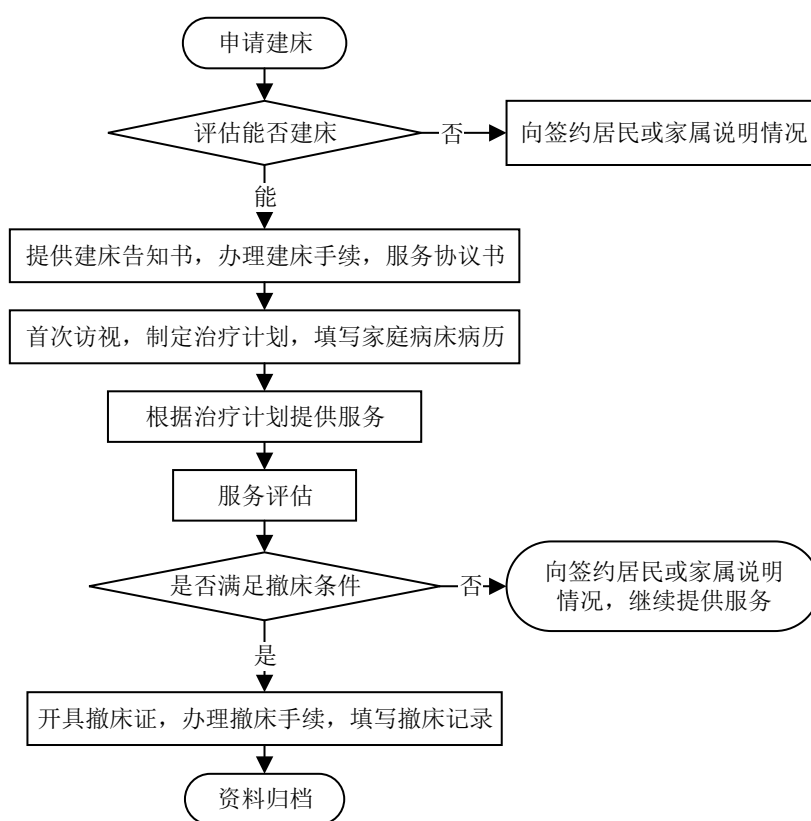


图4 家庭病床服务流程图

6.2.7 健康咨询服务要求

6.2.7.1 对服务对象的咨询应在年度社区健康服务考核要求的规定时限内给予有效答复。

6.2.7.2 家庭医生团队每年完成健康管理咨询的数量和质量应符合年度社区健康服务的考核要求。

6.2.8 其他服务要求

家庭医生团队提供的其他签约服务应符合相应的社区健康服务的要求。

7 服务保障

7.1 人员要求

7.1.1 家庭医生团队的组成要求

7.1.1.1 家庭医生团队应至少包括以下基本成员：

- 全科医生；
- 社区护士。

7.1.1.2 家庭医生团队宜根据居民健康需求和签约服务内容选配成员，包括但不限于：

- 公共卫生医师；
- 医生助理；
- 专科医生；
- 临床药师；

- 健康管理师；
- 心理咨询师；
- 康复理疗师；
- 社会工作者。

7.1.2 家庭医生团队人员资质要求

7.1.2.1 家庭医生团队第一责任人应满足以下条件：

- 注册范围包括全科医学或中医全科；
- 具备本科以上学历或中级以上职称；
- 从事全科医学工作并连续独立执业1年以上。

7.1.2.2 家庭医生团队中的全科医生应按要求通过家庭医生专项评估。

7.1.2.3 社区护士应具有护士执业证和社区卫生服务人员岗位培训合格证书。

7.1.2.4 其他成员应具有与岗位相符的资格证书。

7.1.3 家庭医生团队基本成员岗位职责

7.1.3.1 家庭医生团队中全科医生主要负责服务对象的全科诊疗和健康管理。

7.1.3.2 家庭医生团队中社区护士主要负责服务对象的社区护理和健康管理计划的执行。

7.2 团队管理

7.2.1 责权分配

家庭医生团队第一责任人负责团队基本成员的任务分配、管理和考核。非基本成员在作为家庭医生团队中的一员提供服务时，其任务分配、管理和考核由团队第一责任人负责。

7.2.2 制度建设

家庭医生团队应对各服务项目制定详细的工作制度，工作制度包括但不限于以下内容：

- 工作流程；
- 团队内部岗位职责；
- 考核管理方法。

7.3 协议管理

7.3.1 家庭医生团队的服务对象不宜超过2000人，其中不同人群的签约覆盖率应不低于年度卫生行政部门的要求。

7.3.2 家庭医生服务协议（参见附录A）应具有以下内容，包括但不限于：

- 居民基本信息；
- 家庭医生团队和社区健康服务机构基本信息；
- 服务内容；
- 协议签订方的责权范围；
- 签约时间；
- 协议有效期；
- 协议的解约和续约情况。

7.3.3 协议签订应符合以下要求：

- 协议签订方应在自愿原则的基础上签订协议；
- 协议签订的时限宜为1年；

——协议签订可采用电子协议或纸质协议，条件允许的宜采用电子协议。

7.3.4 家庭医生团队应将协议归入相应服务对象的健康档案中，进行保存。

7.3.5 协议的终止应符合以下要求：

- 协议期内因服务对象搬迁、死亡等情况导致家庭医生团队无法正常提供服务的，协议自行终止；
- 协议期内家庭医生团队停业的，社区健康服务机构应主动告知服务对象，协议自行终止；
- 协议期内社区健康服务机构停业的，家庭医生团队应主动告知服务对象，协议自行终止；
- 协议期内签约的全科医生调离的，社区健康服务机构应主动告知服务对象，协议自行终止；
- 协议期内，协议签订方协商终止协议的，协议终止。

7.4 运营支撑

7.4.1 专业公共卫生机构

专业公共卫生机构应根据市卫生计生行政主管部门的要求为家庭医生团队提供正常工作所必备的面向社区的公共卫生资源。

7.4.2 社区健康服务机构

7.4.2.1 应设立具有预约、导诊、咨询以及处理诊疗前和诊疗后相关工作的功能的家庭服务台，服务台应配备专职人员。

7.4.2.2 社区健康服务中心应配备不少于两组家庭医生团队。

7.4.2.3 应为家庭医生团队配备专用诊室及设备。

7.4.3 其他医疗机构

7.4.3.1 应当优先放号给家庭医生团队。

7.4.3.2 应为服务对象提供优先接诊、优先检查、优先住院服务。

7.4.3.3 医疗机构治疗结束后，应向家庭医生团队提供跟踪服务对象健康状况所需的信息。

7.4.4 信息化支撑

信息化部门应建立家庭医生服务信息化支撑系统，满足业务开展需要和服务对象需求，实现相关医疗卫生信息系统之间的互联互通，为医疗卫生领域的行政监管和大数据应用提供数据基础。

7.5 资金保障

卫生计生行政部门应予以相应的资金保障，保证家庭医生团队服务的提供。

8 持续改进

8.1 社区健康服务机构及其举办主体应建立畅通、便捷的家庭医生服务反馈渠道接受投诉与建议，并有专（兼）职人员处理投诉与建议。

8.2 接受投诉与建议的专（兼）职人员应完整详实地记录投诉者与建议者反馈的信息，尽快核实信息，并于规定时间内将处理结果反馈给投诉者与建议者。

8.3 社区健康服务机构及其举办主体应对反馈意见建立专门的档案资料，定期做好反馈意见的统计和分析工作。

8.4 社区健康服务机构及其举办主体对反馈较为集中的对象，应有相应的奖惩处理和整改措施。

9 服务质量考核

9.1 考核机构

家庭医生团队的服务质量考核可由第三方评估机构、社区健康服务机构或卫生计生行政部门组织开展。

9.2 考核指标

9.2.1 考核指标分为以下 3 类：

- 基础指标：考核家庭医生团队组成、成员资质、服务对象的数量和组成等内容；
- 团队指标：考核家庭医生团队服务提供的总体水平；
- 专项服务质量指标：考核服务对象个体所接受的服务的质量。

9.2.2 各类指标包括的具体内容见表 B.1、B.2 和 B.3。其中，表 B.2 和 B.3 的评分内容按照服务必要性分为加分项和基础项两类，带“*”的评分内容为加分项，其他为基础项。

9.3 考核方法

9.3.1 考核机构应根据表 B.1、B.2 和 B.3 对家庭医生团队逐条进行考核。

9.3.2 表 B.1 为必须符合项目，有一条不符合要求的，即视为考核不通过，不再进行团队指标考核和专项指标考核。

9.3.3 服务质量考核得分为表 B.2 和 B.3 各项得分的总和。

9.4 服务质量考核结果管理

9.4.1 服务质量考核结果应作为核定家庭医生团队资金保障的主要依据。

9.4.2 各区卫生计生行政主管部门应根据当地的实际情况制定当地的家庭医生服务质量合格线，合格分数线不应高于基本项满分分值。

9.4.3 质量等级评定不合格或考核不通过的，各区卫生计生行政主管部门应取消其家庭团队认定资格。

附 录 A
(资料性附录)
家庭医生服务协议书

编号: _____

深圳市家庭医生服务协议书

(范本)

协议索引				
户主/签约人 姓名及联系电话	家庭人数/ 签约人数	责任医生/ 团队成员	签订日期	起止日期
其他说明:				

深圳市家庭医生服务协议书

甲方： 医师		
联系电话：		
乙方：	身份证号：	
家庭电话：	移动电话：	
家庭住址：		
丙方：	深圳市 区	社区卫生服务机构
	深圳市 医院	

根据深圳市家庭医生服务的有关规定，甲、乙、丙三方协商，乙方自愿聘请甲方_____的家庭医生团队，接受甲方团队的家庭医生服务。

一、甲方(家庭医生团队)职责：

- (一) 建立家庭健康档案，为档案隐私尽保护责任。
- (二) 为乙方提供电子病历、保健体检信息等健康档案的存储和查询。
- (三) 为乙方提供健康教育资料信息的索阅和网络阅读(发放健康处方)、个体化健康教育。

(四) 根据乙方的具体情况，提供以下针对性的服务：

1. 60 岁以上户籍人口或 65 岁及以上常住老年人建立健康档案并开展每年 1 次的免费健康体检和健康指导，其中健康体检包括：体格检查、空腹血糖、血脂、心电图检查、_____。

2. 为 0-6 岁的儿童开展系统保健管理指导服务(如定期健康体检、发育评价、保健指导、预防接种指导)，为新生儿进行家庭访视。

3. 为孕期妇女提供 5 次孕期指导及 2 次产后的访视指导、为妇女提供保健咨询指导(计划生育的咨询指导、孕前保健、生殖健康、心理健康指导等)。

4. 为有需求的儿童和妇女提供健康教育和保健指导。

5. 为高血压、糖尿病等慢性病患者提供健康系统管理及转介服务。

6、为严重精神障碍患者进行治疗随访和康复指导。

（五）为乙方提供预约、优先转诊等项目的医疗、咨询服务。

（六）乙方有需要时，经过医师评估、签订家庭病床服务协议后，为乙方提供家庭病床服务。

（七）在工作时间通过移动应用程序、社交工具、互联网信息服务平台、面对面的方式为乙方提供如用药指导、就医指引、健康生活方式指导等有限度的健康咨询服务。

（八）为乙方提供常见病、多发病的有偿诊断治疗服务，

（九）为乙方提供家庭生命周期指导，家庭功能评估，家庭健康干预计划等健康自助管理服务。并为乙方提供以下优惠或减免服务项目（自选个性化服务）：

1. _____；

2. _____；

3. _____。

（十）履行健康信息的告知义务。

二、乙方(签约服务对象) 责任与义务：

（一）提供详实的住址信息和个人资料。

（二）提供真实的个人健康资料。

（三）为每一次预约登记提供保证。

（四）对预约上门访视的家庭医生团队给予足够的便利。

（五）定期管理和维护个人及家庭的信息。

（六）按照家庭医生团队的要求进行周期性体检。

（七）在医疗救治时，服从甲方的安排。

（八）及时为付费项目结账。

三、丙方（社区健康服务机构、医院）责任：

（一）加强对甲方的管理，并对甲方在为乙方服务过程提供其他科室的支持和后勤保障。

（二）承担甲方转介病人的诊断、治疗工作，并按规定收费。

四、合约期内，乙方对甲方不满意，可请丙方协商解决，也可申请重新选择家庭医生团队。

本协议书一式三份，甲、乙、丙三方各执一份，自签订之日起生效，有效期为____年。期满后如需续约，乙方需告知甲方，双方签字确认。

甲方签字：

乙方签字：

丙方签字（盖章）：

附 录 B
(资料性附录)
家庭医生服务质量评分细则

B.1 基础指标评分

家庭医生团队基础指标评分细则见表B.1。

表B.1 基础指标评分细则

评分项目		评分内容及要求	考核方法	是否达到要求 ^a	备注
团队组成		包含全科医生和社区护士	查阅家庭医生团队组建相关资料及公示信息		
团队 成员 资质	团 队 第 一 责 任 人	注册范围为全科医学或中医全科	查阅团队各成员的培训合格证书、执业证等相关资料		
		具有本科以上学历或中级以上职称			
		从事全科医学工作并连续独立执业1年以上			
	全 科 医 生	按要求通过家庭医生专项评估			
	社 区 护 士	应具有护士执业证和社区卫生服务人员岗位培训合格证书			
	其 他 成 员	应具有与岗位相符的资格证书或有关部门出具相关证明			
签约服务对象的构成		不同人群的签约覆盖率不低于年度卫生计生行政主管部门的要求	计算各人群占签约总数的百分比		
^a 符合要求的打“√”，否则打“×”。					

B.2 团队指标评分细则

B.2.1 家庭医生团队指标评分细则见表B.2。

B.2.2 根据表B.2的要求进行逐条检查，符合要求的，得分，不符合要求或部分符合要求的，不得分。

B.2.3 各项“评分内容与要求”得分的加和为团队指标考核得分。

表B.2 团队指标评分细则

评分项目	评分内容与要求	考核方法	分值	得分
制度建设(总分10分)	所提供的服务项目均有公示服务流程	现场查阅相关资料	3	
	所提供的服务项目均有岗位职责说明和要求		3	

评分项目		评分内容与要求		考核方法	分值	得分		
		对团队和个人有完整的考核制度			4			
服务项目 （最高分 140 分）	基础服务 （总分 75 分）	有开展健康档案管理服务		现场查看由家庭医生团队 提供的服务记录材料	6			
		有开展健康教育服务			4			
		有开展重 点人群健 康管理服 务（总分 55 分）	0～6 岁儿童健康管理服务		8			
			孕产妇健康管理		8			
			老年人健康管理服务		8			
			高血压患者健康管理服务		8			
			2 型糖尿病患者健康管理服务		8			
			严重精神障碍患者健康管理服务		8			
			肺结核患者健康管理服务		7			
		有开展诊疗服务			5			
		有开展转诊服务			5			
		签约服务 （最高分 65 分）	有开展签约健康管理服务		8			
	有开展签约健康教育服务		7					
	有开展预约服务		8					
	有开展签约诊疗服务		8					
	有开展签约转诊服务		8					
	有开展家庭病床服务		7					
	有开展提供健康咨询服务		7					
	有开展其他服务记录 ^b		4					
	其他项目（总分 25 分）		提供 2 种以上健康教育服务方式		现场查看服务方式	3		
			开展的专项健康教育次数不低于 4 次/年		现场查看相关记录资料	4		
			公开 2 种以上预约方式		现场查看服务方式	5		
			预约人次达到年度社区健康服务的考核要求		现场查看相关记录资料	7		
健康咨询的数量和质量符合年度社区健康服务的考核要求			6					
签约服务对象满意度 （最高分 15 分）	80%≤满意度<90%		通过信息系统统计签约居 民满意度	9				
	90%≤满意度<95%			12				
	满意度≥95%			15				
考核得分					190			
注：1、带“*”项为加分项，其他项为基础项。								
2、最高分190分，其中，加分项总分15分，基础项最高分175分								
^b 每开展一项增加 4 分，最高不超过 12 分。								

B.3 专项指标评分细则

B.3.1 家庭医生服务专项指标评分细则见表B.3。

B.3.2 按0~6岁儿童、孕产妇、老年人、高血压、2型糖尿病、严重精神障碍患者、肺结核患者、高风险人群、其他人群、家庭病床十类专案中各随机抽取5份电子健康档案进行评分，如团队某专案的电子健康档案不足5份则全部抽取。

B.3.3 对所抽取的每份电子健康档案按表B.3进行逐条考核、计分，符合要求的，得分，不符合要求或部分符合要求的，不得分。

B.3.4 将得到的所有分值加和后除以单个专案抽样数量，得到的分值为专项指标得分。

表B.3 专项指标评分细则

评分项目		评分内容及要求	分值	得分
健康档案管理服务(总分15分)		电子健康档案内容符合《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的要求(重点人群和非重点人群电子健康档案均符合要求)	9	
		电子档案建立的时限为签约后1个月内	6	
重点人群健康管理服务(最高分)	0~6岁儿童健康管理(总分25分)	按国家疫苗免疫程序的规定完成疫苗接种	9	
		0~36个月儿童完成国家要求儿童体检	9	
		体弱儿健康管理符合市层面的相关工作要求	7	
	孕产妇健康管理(总分16分)	产前保健符合市层面的相关工作要求	8	
		产后访视符合市层面的相关工作要求	8	
	老年人健康管理(总分25分)	健康管理符合市层面的相关工作要求	8	
		提供免费老年人健康体检	9	
		包括中医药健康管理	8	
	高血压患者(总分18分)	健康管理符合市层面的相关工作要求	9	
		血压控制达到市层面的相关工作要求*	9	
	2型糖尿病患者(总分18分)	健康管理符合市层面的相关工作要求	9	
		血糖控制达到市层面的相关工作要求*	9	
	严重精神障碍患者(总分20分)	健康管理符合市层面的相关工作要求	7	
		有进行健康体检	6	
		有开展转诊转介*	7	
	肺结核患者(总分13分)	健康管理符合市层面的相关工作要求	7	
		有开展转诊转介*	6	
签约健康管理服务(总分14分)	健康管理计划	包括健康管理周期、健康指导内容、健康指导对象、健康指导方式、健康状况监测周期、健康状况监测方式、健康状况监测内容、健康管理计划成效评估周期、健康管理计划成效评估方式、健康管理计划成效评估内容、健康管理计划成效评估结果处理方式	8	
	健康管理服务频率(最高分6分)	重点人群的健康管理次数不低于4次/年	6	
		高风险人群的健康管理次数不低于2次/年	5	
		其他人群的健康管理次数不低于1次/年	4	

评分项目	评分内容及要求	分值	得分
签约健康教育服务(总分 5 分)	重点人群的个体化健康教育次数不低于 4 次/年	5	
	高风险人群的个体化健康教育次数不低于 2 次/年	4	
	其他人群的个体化健康教育次数不低于 1 次/年	3	
签约诊疗服务(总分 17 分)	根据需要, 跟进诊疗后的健康恢复状况	9	
	在诊疗服务的同时, 根据服务对象的具体情况提供健康照顾	8	
签约转诊服务(总分 13 分)*	联系接受转诊治疗的签约服务对象的时间不超过转诊后的 5 天	7	
	转诊结束后, 有健康状况评估记录	6	
家庭病床服务(总分 6 分)*	家庭病床的管理符合《广东省卫生计生委办公室关于印发广东省开展家庭病床服务工作指引的通知(粤卫办[2016]45 号)》、《卫生部关于印发〈病历书写基本规范〉的通知(卫医卫政[2010]11 号)》和《处方管理办法》等的相关规定。	6	
健康咨询(总分 5 分)	在年度社区健康服务考核要求的规定时限内予以有效答复	5	
考核得分		210	
注: 1、带“*”项为加分项, 其他项为基础项。 2、最高分210分, 其中, 加分项总分50分, 基础项最高分160分			

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国精神卫生法
 - [2] 中华人民共和国母婴保健法实施办法
 - [3] 深圳经济特区医疗条例
 - [4] 医师外出会诊管理暂行规定 中华人民共和国卫生部令（第42号）
 - [5] 处方管理办法 中华人民共和国卫生部令（第53号）
 - [6] 新生儿疾病筛查管理办法 中华人民共和国卫生部令（第64号）
 - [7] 卫生部关于印发《病历书写基本规范》的通知 卫医卫政[2010]11号
 - [8] 卫生部国家中医药管理局关于印发《中医病历书写基本规范》的通知 国中医药医政[2010]29号
 - [9] 市卫生计生委关于印发《深圳市家庭医生服务包（试行）》的通知 深卫计妇社[2014]48号
 - [10] 关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知 国医改办[2016]1号
 - [11] 广东省卫生计生委办公室关于印发广东省家庭医生式签约服务团队职责分工指引及运作流程的通知 粤卫办[2016]47号
 - [12] 市卫生计生委等单位关于印发深圳市全面推进家庭医生服务实施方案的通知 深卫计[2016]33号
 - [13] 深圳市人力资源和社会保障局 深圳市卫生和计划生育委员会 罗湖区人民政府关于印发深圳市试点建立与分级诊疗相结合的医疗保险总额管理制度实施方案的通知 深人社 [2016]52号
 - [14] 市委卫生工委 市卫生计生委关于印发深圳市健康服务质量提升年活动实施方案的通知 深卫党[2017]1号
-