

DB3212

泰州市地方标准

DB3212/T 1080—2021

家庭医生基本服务规范

地方标准信息服务平台

2021-10-29 发布

2021-10-29 实施

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由泰州市卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：泰州市卫生健康委员会。

本文件主要起草人：浦政轶、曹扬、周孝平、仇爱红、崔丽萍。

地方标准信息服务平台

家庭医生基本服务规范

1 范围

本文件规定了家庭医生基本服务的基本要求、服务对象、服务内容、管理监督、服务考核等。本文件适用于泰州市内承担家庭医生签约服务的医疗卫生机构、家庭医生和家庭医生团队。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

个性化签约服务 personalized signing service

在基础性签约服务的内容之外，根据居民差异化的健康需求制定针对性的服务内容。

4 基本要求

4.1 签约服务机构

4.1.1 家庭医生签约服务主要应由各类基层医疗卫生机构提供，鼓励社会办基层医疗机构结合实际开展适宜的签约服务。

4.1.2 承担签约服务的医疗机构应依法取得《医疗机构执业许可证》，并配置与签约服务相适应的人员及设施设备。

4.2 家庭医生团队

4.2.1 应以团队服务形式开展家庭医生签约服务。

4.2.2 每个团队至少配备1名家庭医生、1名护理人员，由家庭医生担任团队负责人。

4.2.3 现阶段家庭医生主要包括：

- a) 基层医疗卫生机构注册全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生），具备能力的乡镇卫生院医师、乡村医生和中医类别医师；
- b) 选择基层医疗卫生机构开展多点执业的在岗临床医师；
- c) 二级及以上医院中级以上职称退休临床医师。

4.2.4 家庭医生团队可根据居民健康需求和签约服务内容选配成员，包括但不限于以下成员：

- a) 公共卫生医师（含助理公共卫生医师）；
- b) 专科医师；
- c) 药师；
- d) 健康管理师；
- e) 中医保健调理师；
- f) 心理治疗师或心理咨询师；
- g) 康复治疗师；
- h) 团队助理；
- i) 计生专干；

- j) 社工；
- k) 义工等。

4.2.5 开展家庭医生签约服务的机构应建立健全家庭医生团队管理制度，明确团队工作流程、岗位职责、评价办法、绩效分配办法等。

4.2.6 团队负责人应负责本团队成员的任务分配、管理和评价。

5 服务对象

5.1.1 家庭医生签约服务对象主要为家庭医生团队所在基层医疗卫生机构服务区域内的常住人口，也可跨区域签约，建立有序竞争机制。

5.1.2 服务对象包括：

- a) 老年人；
- b) 孕产妇；
- c) 儿童；
- d) 残疾人；
- e) 贫困人口、计划生育特殊家庭成员；
- f) 高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者；
- g) 其他人员等。

6 服务内容

6.1 服务提供主体应结合自身服务能力及医疗卫生资源配置情况，为签约居民提供以下服务：

- a) 基本医疗服务，涵盖常见病和多发病的中西医诊治、合理用药、就医指导、康复治疗；
- b) 公共卫生服务，涵盖国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务，基本公共卫生服务包应免费向居民提供国家基本公共卫生服务项目相关内容，见（附录 A）；
- c) 健康教育与咨询服务，根据签约居民的健康需求、季节特点、疾病流行情况，通过门诊服务、出诊服务、网络互动平台等途径，采取面对面、社交软件、电话等方式提供个性化健康教育和健康咨询；
- d) 优先预约服务，通过互联网信息平台预约、现场预约、社交软件预约等方式，服务提供主体优先为签约居民提供本机构的专科室预约、定期家庭医生门诊预约、预防接种以及其他健康服务的预约服务；
- e) 优先转诊服务，服务提供主体应对接二级及以上医疗机构相关转诊负责人员，为签约居民开通绿色通道，提供预留号源、床位等资源，优先为签约居民提供转诊服务；
- f) 出诊服务，针对行动不便、符合条件且有需求的签约居民，服务提供主体可在服务对象居住场所按规范提供可及的治疗、康复、护理、安宁疗护、健康指导及家庭病床等服务；
- g) 药品配送与用药指导服务，可为有实际需求的签约居民配送医嘱内药品，并给予用药指导服务。
- h) 长期处方服务，服务提供主体在保证用药安全的前提下，可为病情稳定、依从性较好的签约慢性病患者酌情增加单次配药量，延长配药周期，原则上可开具 4—8 周长期处方，但应当注明理由，并告知患者关于药品储存、用药指导、病情监测、不适随诊等用药安全信息；
- i) 中医药“治未病”服务，根据签约居民的健康需求，在中医医师的指导下，提供中医健康教育、健康评估、健康干预等服务。

6.2 健康管理综合服务，为居民提供建档评估、咨询指导、分诊转诊等健康管理共性服务内容，具体内容见（附录 B）。

6.3 个性化签约服务，根据影响城乡居民健康常见疾病的现状，结合重点人群健康管理需求，设立儿童、孕产妇、高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病、康复、关爱等 7 种类型个性化服务包，个性化服务包可根据社会需求及时更新。为满足签约服务对象个性化及延伸医疗服务需求，设立点单式服务包，见（附录 C）。

7 管理监督

- 7.1 家庭医生签约服务供需双方应签订服务协议，服务协议书模板参见（附录D），服务协议中应明确签约服务包名称、内容、收费标准等内容。
- 7.2 居民是否接受签约服务以及如何选择服务包，应由居民自愿选择，不应强制服务，强行收费。
- 7.3 签约的医疗卫生机构根据自身的服务能力提供签约服务，根据协议内容保质保量，不应漏服务、少服务，同时做好服务记录。
- 7.4 对未签约的常住居民，应按规定提供基本公共卫生服务。

8 服务评价

8.1 评价内容

家庭医生的评价内容主要包括以下内容：

- a) 组织管理。家庭医生团队组建、建立签约服务绩效考核制度、发挥绩效引导作用；
- b) 服务数量和质量。签约服务覆盖率、基层首诊签约、续约率、履约情况、基层就诊等；
- c) 服务效果。签约居民满意度、医务人员工作满意度等。

8.2 评价方式

评价实施要求主要包括以下内容：

- a) 市对各市（区）家庭医生签约服务工作落实情况进行评价，制定具体绩效评价实施方案；
- b) 各市（区）是家庭医生签约服务绩效考核工作的主体，每年对辖区内所有开展家庭医生签约服务的医疗卫生机构开展综合评价；
- c) 基层医疗卫生机构将家庭医生签约服务工作纳入本单位绩效考核，考核家庭医生团队的签约服务数量、服务质量与服务效果及签约居民满意度；
- d) 鼓励签约居民代表、社会代表等群体参与各级组织所开展的家庭医生服务团队绩效评价。

8.3 评价频次

评价频次应满足以下要求：

- a) 市级评价。应当覆盖所有辖区，每个被评价市（区）至少抽查2个基层医疗卫生机构，每年开展1次；
- b) 市（区）级评价。应当覆盖所有开展家庭医生签约服务工作的基层医疗卫生机构，并按照指标体系进行全面评价，市（区）每年评价至少一次；
- c) 基层医疗卫生机构评价。应对所有家庭医生签约服务团队进行评价，采取日常评价与定期评价相结合的办法，建立家庭医生服务团队评价档案，并做好动态维护管理工作。

附录 A

(规范性)

泰州市家庭医生签约基本公共卫生服务包项目内容及收费标准

《泰州市家庭医生签约基本公共卫生服务包项目内容及收费标准》见表 A.1。

表 A.1 泰州市家庭医生签约基本公共卫生服务包项目内容及收费标准

编码	名称	适宜对象	内容	除外内容	计价单位	价格(元)	说明
160000001	基本公共卫生服务包	辖区内常住居民	居民健康档案管理：1. 居民健康档案的内容；2. 居民健康档案的建立；3. 居民健康档案的使用；4. 居民健康档案的终止和保存。 健康教育：1. 提供健康教育资料；2. 设置健康教育宣传栏；3. 开展公众健康咨询服务；4. 举办健康知识讲座；5. 开展个体化健康教育。 预防接种：1. 预防接种管理；2. 预防接种；3. 疑似预防接种异常反应处理。 儿童健康管理：1. 新生儿家庭访视；2. 新生儿满月健康管理；3. 婴幼儿健康管理；4. 学龄前儿童健康管理。 孕产妇健康管理：1. 孕早期健康管理；2. 孕中期健康管理；3. 孕晚期健康管理；4. 产后访视；5. 产后42天健康检查。 老年人健康管理：1. 生活方式和健康状况评估；2. 体格检查；3. 辅助检查；4. 健康指导。 慢性病患者健康管理（高血压）：1. 筛查；2. 随访评估；3. 分类干预；4. 健康体检。 慢性病患者健康管理（2型糖尿病）：1. 筛查；2. 随访评估；3. 分类干预；4. 健康体检。 严重精神障碍患者管理：1. 患者信息管理；2. 随访评估；3. 分类干预；4. 健康体检。 结核病患者健康管理：1. 筛查及推介转诊；2. 第一次入户随访；3. 督导服务和随访管理；4. 结案评估。 中医药健康管理：1. 老年人中医药健康管理；2. 0—36个月儿童中医药健康管理。 传染病和突发公共卫生事件报告和处置：1. 传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理；2. 传染病和突	提供非约定的医疗服务项目	年	免费	基本公共卫生服务经费列支，不应向签约家庭或个人收费，不应纳入

			发公共卫生事件的发现、登记；3. 传染病和突发公共卫生事件相关信息报告；4. 传染病和突发公共卫生事件的处理。				医保 基金 支付 范围。
			卫生计生监督协管：1. 食源性疾病及相关信息报告；2. 饮用水卫生安全巡查；3. 学校卫生服务；4. 非法行医和非法采供血信息报告；5. 计划生育相关信息报告。				

注：按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》规定，根据不同服务对象，提供国家规定的基本公共卫生服务。

地方标准信息服务平台

附录 B

(规范性)

泰州市家庭医生签约健康管理综合服务包项目及收费标准

《泰州市家庭医生签约健康管理综合服务包项目及收费标准》见表 B.1。

表 B.1 泰州市家庭医生签约健康管理综合服务包项目及收费标准

编码	名称	适宜对象	内容	除外内容	计价单位	价格(元/包)			说明
						个人付费	基本公共卫生补助	医保基金	
160000002	健康管理综合服务包	辖区内常住居民	1、生活方式和健康状况评估。 2、体格检查：包括体温、脉搏、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、听力和运动等进行粗略判断。 3、辅助检查：包括血常规、尿常规、肝功能（谷丙转氨酶）、肾功能（肌酐）、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯）、心电图检查。 4、健康指导：告知评价结果并进行相应健康指导。 5、健康咨询。 6、分诊转诊：帮助联系市（区）专家门诊、帮助上转的患者预约上级医院。	提供非约定的医疗服务项目	年	20	20	20	年费价格不应高于按项目付费累计总价

注：0-6岁儿童、孕产妇、65岁以上老年人、严重精神障碍患者等4类重点人群不需要支付健康管理综合服务包个人费用，安排基本公共卫生服务项目确定的体检项目，不作重复检查。

附录 C
(规范性)

泰州市家庭医生签约个性化服务包项目及收费标准

《泰州市家庭医生签约个性化服务包项目及收费标准》见表 C.1。

表 C.1 泰州市家庭医生签约个性化服务包项目及收费标准

编码	名称	适宜对象	内容	除外内容	计价单位	价格(元/包)			说明
						个人付费	基本公共卫生补助	医保基金	
160000003-1	儿童保健服务包(一型)	0—6岁儿童(签约至6周岁)	1.为0~24个月儿童提供个性化母乳喂养指导和辅食添加指导;	提供非约定的医疗服务项目	1-6年	—	30	60	年费价格不应高于按项目付费累计价
			2.提供1次ABO和RH血型测定;						
			3.提供3次血常规、尿常规检;						
			4.提供3次氟防龋治疗;						
			5.到签约的村卫生室(社区卫生服务站)就诊,不收取一般诊疗费自费部分;						
			6.到管理指导的乡镇卫生院(社区卫生服务中心)进行门诊检查、检验,给予20%的优惠。						
160000003-2	孕产妇保健服务包(二型)	孕产妇	1.建卡时为孕妇提供1次阴道分泌物常规检查,心电图,彩色B超(产科)检查;	提供非约定的医疗服务项目	年	30	30	30	年费价格不应高于按项目付费累计价
			2.产后42天提供1次血常规、尿常规检查;						
			3.到签约的村卫生室(社区卫生服务站)就诊,不收取一般诊疗费自费部分;						
			4.到管理指导的乡镇卫生院(社区卫生服务中心)进行门诊检查、检验,给予20%的优惠。						
160000003-3	高血压服务包(三型)	高血压患者	1.每月随访1次,其中卫生院家庭医生团队成员每年随访2次;	提供非约定的医疗服务项目	年	30	30	30	年费价格不应高于按项目付费累
			2.每年测定1次肝功能2项(总胆红素、谷草转氨酶)、血脂2项(低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇)、肾功能1项(血尿素)、尿酸、血钾、钠、氯测定、B超(腹部)等;						
			3.根据检查结果给予综合性评估及针对性的健康指导;						
			4.到签约的村卫生室(社区卫生服务站)就诊,不收取一般诊疗费自费部分;						

			5. 到管理指导的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行门诊检查、检验，给予 20% 的优惠； 6. 65 岁以上老年人增加每年胸部（DR）摄片 1 次。						计总价
160000003-4	糖尿病服务包（四型）	糖尿病患者	1. 每月随访 1 次，其中卫生院家庭医生团队成员每年随访 2 次； 2. 每年测定 1 次肝功能 2 项（总胆红素、谷草转移酶）、血脂 2 项（低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、肾功能 1 项（血尿素）、尿酸； 3. 每月测定 1 次血糖；（基本公共卫生服务项目 4 次除外）； 4. 根据检查结果给予综合性评估及针对性的健康指导； 5. 到签约的村卫生室（社区卫生服务站）就诊，不收取一般诊疗费自费部分； 6. 到管理指导的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行门诊检查、检验，给予 20% 的优惠； 7. 65 岁以上老年人增加糖化血红蛋白测定 1 次。	提供非约定的医疗服务项目	年	30	30	30	年费价格不应高于按项目付费累计总价
160000003-5	慢阻肺服务包（五型）	慢阻肺患者	1. 每年随访 12 次，其中卫生院家庭医生团队成员每年随访 2 次； 2. 每年测定肺活量 1 次； 3. 每年指脉氧监测 4 次； 4. 每年胸部（DR）摄片 1 次； 5. 协助提供雾化治疗（药物、治疗费另行收费）； 6. 协助租用氧气包（材料外另行收费）； 7. 到签约的村卫生室（社区卫生服务站）就诊，不收取一般诊疗费自费部分； 8. 到管理指导的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行门诊检查、检验，给予 20% 的优惠。	提供非约定的医疗服务项目	年	30	30	30	年费价格不应高于按项目付费累计总价
160000003-6	康复服务包（六型）	康复需求者	1. 每月随访 1 次，其中卫生院家庭医生团队成员每年随访 2 次； 2. 每年测定 1 次肝功能 2 项（总胆红素、谷草转移酶）、血脂 2 项（低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、肾功能 1 项（血尿素）、尿酸； 3. 每年提供（DR）摄片 1 次（颈、胸、腰椎限 1 个部位）或等值 B 超等检查或康复治疗； 4. 协助提供针灸、推拿、拔火罐、牵引等康复服务（药物、治疗费另行收费）；	提供非约定的医疗服务项目	年	30	30	30	年费价格不应高于按项目付费累计总

			5. 到签约的村卫生室（社区卫生服务站）就诊，不收取一般诊疗费自费部分； 6. 到管理指导的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行门诊检查、检验，给予 20% 的优惠。							价
160000003-7	关爱服务包（七型）	建档立卡低收入等特殊人群	1. 每月随访 1 次，其中卫生院家庭医生团队成员每年随访 2 次； 2. 每年测定 1 次肝功能 2 项（总胆红素、谷草转氨酶）、血脂 2 项（低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、肾功能 1 项（血尿素）等； 3. 到签约的村卫生室（社区卫生服务站）就诊，不收取一般诊疗费自费部分； 4. 到管理指导的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行门诊检查、检验，给予 20% 的优惠。	提供非约定的医疗服务项目	年	30	30	30		年费价格不应高于按项目付费累计总价
160000003-8	点单式服务包（八型）	辖区内常住人口	满足签约服务对象需求，基层医疗卫生机构服务能提供的服务项目。	提供非约定的医疗服务项目	年	根据《关于调整基层医疗机构医疗服务价格的通知》及《江苏省家庭医生签约服务项目库》所选择服务项目现行医疗服务价格标准 80% 收费。				

注：在签约健康管理综合服务包后才能签约个性化服务包，每人每年只能签约一种个性化服务包。需要签约其他个性化及延伸医疗服务需求，可签约点单式服务包。

4、在政策允许的范围内，得到合理报酬。

四、其他约定

1、甲方如对乙方服务不满意，可以向乡镇卫生院（社区卫生服务中心）反映投诉，也可提请上级卫生健康主管部门协调解决。

2、本协议如与国家相关规定有抵触的，以国家规定为准。本协议未尽事宜，由双方协商解决。

3、本协议一式两份，甲乙双方各执一份，双方签字之日起生效，服务协议期一年，双方未提前提出解除服务协议，期满后基本公共卫生服务包继续延续，健康管理服务包和个性化服务包甲方缴纳费用后继续生效

甲方(签字):

乙方(盖章):

年 月 日

家庭医生团队长（签字）:

年 月 日

地方标准信息服务平台