

交城县卫生健康和体育局

交城县财政局 文件

交城县医疗保障局

交卫字〔2021〕62号

## 关于印发《交城县家庭医生签约服务工作绩效评价方案（试行）》的通知

县医疗集团：

为顺利开展家庭医生签约服务绩效评价工作，进一步推进我县家庭医生签约服务精细化管理，根据省、市有关文件精神，结合全县实际，制定《交城县家庭医生签约服务工作绩效评价方案（试行）》，现印发给你们，请结合本辖区实际，加强对基层医疗卫生机构和家庭医生团队的管理与考核，充分发挥好考核的导向作用。

(此页无正文)



交城县卫生健康和体育局



交城县财政局



交城县医疗保障局

2021年2月23日

# 交城县家庭医生签约服务工作绩效评价方案 (试行)

为稳步推进家庭医生签约服务工作，建立签约服务补偿与激励机制，评价家庭医生签约服务工作实效，特制定本方案。

## 一、评价目标

通过建立以签约服务组织管理、签约服务数量与质量、健康管理效果、居民满意度、医药费用控制、签约居民基层就诊比例等为核心的签约服务考核指标体系，规范家庭医生签约服务绩效考核工作，引导基层医疗卫生机构、家庭医生团队内部营造岗位竞争氛围，调动家庭医生团队的工作积极性和主动性，切实提高服务效率和质量。进一步推进基层医疗卫生机构经费拨付、考核评价、激励分配等长效机制建立，推动以首诊性、连续性、可及性、综合性、协调性的家庭医生签约服务和分级诊疗的基层卫生服务体系建立。

## 二、绩效评价内容

(一) 组织管理。包括家庭医生签约服务文件出台、签约服务包制定和家庭医生团队建设、激励机制、绩效考核落实、项目宣传和信息化建设等。

(二) 资金保障。按照交城县卫生健康和体育局、交城县财政局、交城县医疗保障局《交城县家庭医生签约服务资金管办法》(交卫字〔2020〕28号)要求，落实基本公共卫生服务项目

经费和医保经费对家庭医生承担的服务补偿政策。

（三）签约服务数量。考核评价年度内，辖区内人群和重点人群签约服务覆盖率和续约率达到目标要求。

（四）签约服务质量。考核评价家庭医生签约服务协议真实完整率、签约居民电子健康档案合格率、签约居民健康档案动态使用率和签约居民的健康评估和干预情况等。

（五）签约服务效果。定点医疗机构就诊率、转诊机制建立、签约居民转诊率和下转回访率、签约居民健康状况改善情况和签约居民的知晓率和满意率等。

### 三、考核对象

全县所有参与家庭医生签约服务工作的医疗卫生机构（包括医疗集团、公卫服务中心、乡镇卫生院、村卫生室）及组建的家庭医生团队及成员。

### 四、考核方法及频次

家庭医生签约服务绩效评价工作采取“日常考核与上级抽查考核”相结合的办法，分层、逐级组织实施。

（一）县级主体考核。由县卫生健康和体育局负责牵头，县医保部门配合参与。县级组建评价团队或采用委托第三方的形式，每半年至少组织一次对辖区内基层医疗卫生机构家庭医生签约服务工作的综合评价，并与基本公共卫生服务项目评价相结合。

（二）机构日常考核。所有参与家庭医生签约服务的医疗卫生机构须将家庭医生签约服务工作纳入本单位绩效评价，每季度至少考核评价一次各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，将评价结果与签约服务费用分配的绩效挂钩。

(三) 团队内部考核。家庭医生签约服务团队长对团队工作开展评价，每月底对本团队的业务完成情况及成员服务履约情况进行评价，并作为成员收入分配依据。

## 五、结果应用

家庭医生签约服务的绩效评价将综合应用于基层医疗卫生机构相关经费拨付、考核评价、激励分配等方面，推动基层医疗卫生机构家庭医生签约服务精细化、标准化管理，并在实践应用中不断调整，逐渐完善。绩效考核总分为 100 分，按照机构得分计算家庭医生签约医事服务费（即：全年所得服务费=20 元/人×签约人数× $\frac{\text{考核得分}}{100}$ ）。

县卫生健康和体育局将家庭医生签约服务纳入基本公共卫生服务项目、城乡居民医保考核内容，考核评价结果与基本公共卫生服务项目、城乡居民医保等补助资金挂钩。县卫生健康和体育局将考核结果作为基层医疗卫生机构及机构主要负责人的奖惩参考依据，与机构年度业绩考核、家庭医生团队收入分配挂钩。

各单位要对家庭医生签约服务的绩效考核结果及时公示，并向社会公开。建立健全以签约居民为主体的反馈评价体系，畅通公众监督渠道，发挥社会监督作用。

## 六、资金的使用与管理

严格按照《交城县卫生健康和体育局 交城县财政局 交城县医疗保障局〈关于印发交城县家庭医生签约服务资金管理办的

通知》（交卫字〔2020〕28号）文件执行。

## 七、保障措施

县卫生健康和体育局将家庭医生签约服务纳入基层医疗卫生工作绩效考核体系的核心内容。将协同县财政、医疗保障部门负责对各相关单位家庭医生签约服务的考核工作，并将考核结果作为向各单位下拨签约服务费的主要依据。

- 附件：1. 交城县家庭医生签约服务绩效考核指标体系（试行）  
2. 交城县家庭医生签约服务绩效考核指标评分标准  
（2021年）

附件：1

交城县家庭医生签约服务绩效考核指标体系（试行）

一级指标	二级指标	指标含义	考核方法
一、组织管理（15分）	1.政策文件制定	制定出台本地家庭医生签约服务实施方案、签约服务流程以及不同类型、不同层次的组合式签约服务包、签约服务收费规定、双向转诊规定等。	查看基层医疗机构文件和签约服务协议书
	2.签约服务团队建设	明确将二级及以上医院医师纳入签约团队，指导开展签约服务；制定家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工。	查看文件和签约服务团队建设资料
	3.激励政策制定	建立基本公共卫生服务项目、城乡医保和个人自付的家庭医生签约服务补偿机制；制定家庭医生签约服务激励政策，明确对家庭医生在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖评优、绩效工资分配等方面给予倾斜政策；建立转诊患者绿色通道，赋予家庭医生团队一定比例的医院专家号，上级医院为家庭医生开展预约挂号、预留床位，实施长处方、延处方和差异化就医报销政策。	查看文件及制度等相关材料
	4.开展绩效考核	乡镇制定出台本级绩效考核方案，建立家庭医生签约服务定期考核机制；乡镇每季度对签约团队开展一次考核，团队内部建立日常考核机制；落实考核结果应用，对发现的问题进行反馈和整改，并根据考核结果拨付经费和实施团队成员差别化收入分配。	查看相关文件资料、财务收支报表等
	5.开展宣传活动	乡镇采取多种方式，通过多种媒体平台宣传基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务政策。	查看乡镇开展项目宣传的有关文件、资料和活动记录。
	6.信息化建设	乡镇有签约服务信息管理系统和移动客户端，具备在线签约、信息咨询、患者反馈、预约转诊、健康管理、量化评价等功能。	查看文件资料、信息系统和相关设备等。
二、资金保障（5分）	基本公共卫生	按签约人数和考核结果落实签约服务基础费用，对重点人群提供基本公共卫生服务按例定拨付到位。	查看资金下达文件及资金拨付有关凭证。

1. 全人群覆盖率	签约人数占区域户籍人口数比例达到年度目标要求。	查看信息系统数据。
2. 重点人群签约覆盖率	签约重点人群数量占该区域各类重点人群比例达到年度目标要求。重点人群应包括老年人、孕产妇、0-6岁儿童、高血压、糖尿病、严重精神障碍、结核病患者、残疾人等，其中建档立卡贫困人口、计生特殊家庭人口实现应签尽签。	查看信息系统数据。
3. 签约服务续约率	年度内家庭医生团队和居民续约的比例 $\geq 85\%$ 。	查看签约服务协议、本地资料及信息系统数据。
4. 签约居民协议真实完整率	签约居民协议真实完整率 $\geq 90\%$ 。协议书填写完整，数据真实，无缺项漏项；有签约居民、家庭医生团队成员签名（居民本人或其监护人签字，代签无效）。	在受考核机构随机抽取签约居民协议10份。核查真实及完整情况。
5. 健康评估及健康干预	签约年度内为签约居民开展一次健康生活方式和健康状况评估，制订1份健康管理规划，至少进行1次健康指导及健康干预；对已确诊的慢性病患者纳入慢性病管理；告知或预约下次健康管理服务时间。	每个机构/团队随机抽取签约居民健康档案10份进行核查，其中重点人群不少于8份。按要求判断合格份数。
6. 签约居民电子健康档案合格率	签约居民电子健康档案合格率 $\geq 90\%$ 。签约居民电子健康档案信息完整，包括个人基本信息、健康体检、重点人群管理记录和其他医疗卫生服务记录，无缺项漏项。	每个机构/团队随机抽取不少于20份电子健康档案，其中重点人群电子档案不少于15份，按要求判断合格份数。
7. 签约居民健康档案动态使用率	签约居民健康档案动态更新。近12个月内，与签约重点人群的医疗记录相关联或有符合对应服务规范要求的相关服务记录的健康档案。	查询信息系统，每个团队随机抽取不少于10份重点人群电子健康档案，检查其健康档案近12个月是否更新。
1. 签约居民定点医疗机构就诊率	签约居民在签约机构就诊的人次数占签约居民在所有医疗机构就诊总人次数的比例 $\geq 65\%$ 。签约居民2周患病首选签约机构的比例 $\geq 70\%$ 。	查看机构统计数据和信息化系统，开展问卷调查。
2. 转诊机制建立	基层医疗机构/家庭医生服务团队建立转诊服务制度。有转诊标准、流程、规范。	查看机构/团队转诊服务制度，签约团队成员是否知晓转诊服务信息。如机构有相应规范，团队成员知晓服务信息，则视为已建立转诊服务机制。

三、签约服务（60分）



四、签约服务效果（20分）	3.签约患者转诊率	能为签约患者预约上级医疗机构的门诊或检查，为患者提供综合（专科）医院转诊服务，转诊服务规范，服务路径明确。在上级医院就诊签约患者中，经家庭医生转诊比例 $\geq 50\%$ 。	查询信息系统，每个机构随机抽查不少于20个转诊患者的病历资料和转诊单，核查其是否符合转诊条件。查看机构统计数据和信息化系统。
4.签约居民下转回	对综合（专科）医院下转的签约居民，在得到下转信息后一周内进行回访的比例。年度下转回访率 $\geq 70\%$ 。	抽查基层医疗卫生机构/家庭医生团队所有下转患者服务记录，统计数据等。	抽查基层医疗卫生机构/家庭医生团队所有下转患者服务记录，统计数据等。
5.签约居民健康状况改善率	通过家庭医生团队提供的签约服务后，签约居民健康状况的改善情况。高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率 $\geq 40\%$ 。	每个机构/团队随机抽取糖尿病、高血压签约患者各10名，抽查其签约服务记录。	每个机构/团队随机抽取糖尿病、高血压签约患者各10名，抽查其签约服务记录。
.签约居民服务知晓率和满意度	签约居民对是否签约、对签约医生和服务内容的知晓情况和对家庭医生团队的服务满意度。受抽查居民对签约服务工作全部知晓、满意。	每个机构/团队随机抽取签约居民不少于20名，进行问卷调查或电话调查。	每个机构/团队随机抽取签约居民不少于20名，进行问卷调查或电话调查。

## 附件：2

### 家庭医生签约评价记录评分工具

#### 1.1.1 政策文件制定

- 1、指标说明：制定本单位家庭医生签约服务实施方案、签约服务流程以及不同类型、不同层次组合式签约服务包、签约服务收费规定、双向转诊规定等。
- 2、本指标最终得分：项目单位。
- 3、3、评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价记录	得分
1.1.1 政策文件制定 (3分)	查看本单位家庭医生签约服务实施方案和家庭医生签约服务协议书。	及时制定家庭医生签约服务实施方案。方案应包括明确签约对象、签约服务内容、签约及服务的流程、签约双方的责任和义务等内容。(2分)  签约服务协议书。协议书应包括签约服务签约服务流程以及不同类型、不同层次组合式签约服务包、签约服务收费规定、双向转诊规定等。(1分)		

**1.1.2. 签约服务团队建设**

1. 指标说明：明确将二级及以上医院医师纳入签约团队，指导开展签约服务；制定家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工。
2. 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总分
1.1.2 签约服务团队建设(3分)	查看文件和签约服务团队建设资料。	查看文件：明确将二级及以上医院医师纳入签约团队，指导开展签约服务。(1分)  查看签约服务团队建设资料：应包括团队的工作任务、工作流程、制度规范、成员职责分工。(2分)  缺一项扣0.5	：	·		

1.1.3 激励政策制定

1. 指标说明:建立基本公共卫生服务项目、城乡医保和个人自付的家庭医生签约服务激励政策,明确对家庭医生在编制、职称晋升、人员聘用、职称晋升、评奖评优、绩效工资分配等方面给予倾斜政策;建立转诊患者绿色通道,赋予家庭医生团队一定比例的医院专家号,上级医院为家庭医生开展预约挂号、预留床位,实施长处方、延处方和差异化就医报销政策。

2.本指标最终得分: 项目单位。

3.评价对象: 项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价记录	总得分
1.1.3 激励政策制定 (3分)	查看文件及制度等相关材料	<p>建立基本公共卫生服务项目、城乡医保和个人自付的家庭医生签约服务补偿机制(1分)</p> <p>制定家庭医生签约服务激励政策,明确对家庭医生在编制、人员聘用、职称晋升、在职工培训、评奖评优、绩效工资分配等方面给予倾斜政策(1分)</p> <p>建立转诊患者绿色通道赋予家庭医生团队一定比例的医院专家号,上级医院为家庭医生开展预约挂号、预留床位,实施长处方、延处方和差异化就医报销政策(1分)</p>		

### 1.1.4 开展绩效考核

1. 指标说明:本单位制定出台本级绩效考核方案,建立家庭医生签约服务定期考核机制;每季度对签约团队开展一次考核,团队内部建立日常考核机制;落实考核结果应用,对发现的问题进行反馈和整改,并根据考核结果拨付经费和实施团队成员差别化收入分配。本指标最终得分:项目单位。

3.评价对象:项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价记录	得分
1.1.4 开展绩效考核 (3分)	查看相关文件资料、财务收支报表等	<p>查看文件:制定出台绩效考核方案,建立家庭医生签约服务定期考核机制;每季度对签约团队开展一次考核,团队内部建立日常考核机制(2分)(缺一项扣0.5分,,扣完为止)</p> <p>查看财务收报表:并根据考核结果拨付经费和实施团队成员差别化收入分配。(1分)(缺一项扣0.5分)</p>		

### 1.1.5 开展宣传活动

- 1、指标说明：项目单位采取多种方式，通过多种媒体平台宣传基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务政策。
- 2、本指标最终得分：项目单位。
- 3、评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价记录	总得分
1.1.5 开展宣传活动 (2分)	查看项目单位开展项目宣传的有关文件、资料和活动记录。(2分)	制定家庭医生宣传活动的文件 (1分) 发放家庭医生宣传资料 (0.5分) 有家庭医生宣传的活动记录,包括图片、活动总结等内容 (0.5分)		

**1.1.6 开展信息化建设**

1. 指标说明：项目单位有签约服务信息管理系统和移动客户端，具备在线签约、信息咨询、患者反馈、预约转诊、健康管理、量化评价等功能。

2 本指标最终得分：项目单位。

3、评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
1. 1. 6 开展信息化建设（1分）	查看文件资料、信息系统和相关设备等。	具有签约服务信息管理系统和移动客户端，具备在线签约、信息咨询、患者反馈、预约转诊、健康管理、量化评价等功能。（1分）				

**2.1.1 基本公共卫生资金**

1. 指标说明：按签约人数和考核结果落实签约服务基础费用，对重点人群提供基本公共卫生服务按规定拨付到位。
- 2 本指标最终得分：项目单位。
- 3、评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价记录	总得分
2.1.1 基本公共卫生资金(3分)	查看资金拨付有关凭证。	有资金拨付有关凭证。是、否规范，规范得3分，不规范酌情扣分，扣完为止。		



### 3.1.1 全人群覆盖率

1. 指标说明：签约人数占区域户籍人口数比例达到年度目标要求。
2. 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
3.1.1 全人群覆盖率(3分)	查看信息系统数据。	签约人数占区域户籍人口数比例达到年度目标要求及得满分。 一般人群占区域户籍人口数比例达到50%；重点人群占区域户籍人口数比例达到70%；建档立卡贫困人口和计生特殊家庭应签尽签。				

### 3.1.2 重点人群签约覆盖率

1. 指标说明：签约重点人群数量占该区域各类重点人群比例达到年度目标要求。重点人群应包括老年人、孕产妇、0-6岁儿童、高血压、糖尿病、严重精神障碍、结核病患者、残疾人等，其中建档立卡贫困人口、计生特殊家庭人口实现应签尽签。
- 2 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
3.1.2 重点人群签约覆盖率 (5分)	查看信息系统数据。	查看信息系统：签约重点人群数量；老年人、孕产妇、0-6岁儿童、高血压、糖尿病、严重精神障碍、结核病患者、残疾人占该区域各类重点人群比例70%。(4分)  其中建档立卡贫困人口、计生特殊家庭人口实现应签尽签(1分)				

### 3.1.3 签约服务续约率

1. 指标说明：年度内家庭医生团队和居民续约的比例 $\geq 85\%$ 。
- 2 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
3.1.3 签约服务续约率（2分）	查看资料。	年度内家庭医生团队和居民续约比例 $\geq 85\%$ 及得满分。				

**4.1.1 签约居民协议真实完整率**

1. 指标说明：签约居民协议真实完整率 $\geq 90\%$ 。协议书填写完整，数据真实，无缺项漏项；有签约居民、家庭医生团队成员签名（居民本人或其监护人签字，代签无效）。

2 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
<b>4.1.1 签约居民协议真实完整率（10分）</b>	在受考核机构随机抽取签约居民协议10份。核查真实及完整情况。	查看家庭医生签约服务协议书：填写完整，数据真实，无缺项漏项。签约居民协议真实完整率 $\geq 90\%$ 及得满分。其中一项未填写完整扣3分，扣完为止；数据不真实，直接记0。（7分） 有签约居民、家庭医生团队成员签名（居民本人或其监护人签字，代签无效）。（3分）  签约居民、家庭医生、家庭医生签约团队中有一方签名或代签的直接记0。				

#### 4.1.2 健康评估及健康干预

1. 指标说明：签约年度内为签约居民开展一次健康生活方式和健康状况评估，制订1份健康管理规划，至少进行1次健康指导及健康干预；对已确诊的慢性病患者纳入慢病管理；告知或预约下次健康管理服务时间。

2 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总分
4.1.2 健康评估及健康干预 (15分)	每个机构/团队随机抽取签约居民健康档案10份进行核查，其中重点人群不少于6份。按要求判断合格份数。	年度内为签约居民开展一次健康状况评估。(4分) 制订一份健康管理规划(5分) 对已确诊的慢性病患者纳入慢病管理(3分) 告知或预约下次健康管理服务时间(3分) 非慢性病患者按照满分计算。 每机构抽取10份档案计算其平均分。				

**4.1.3 签约居民电子健康档案合格率**

1. 指标说明：签约居民电子健康档案合格率 $\geq 90\%$ 。签约居民电子健康档案信息完整，包括个人基本信息、健康体检、重点人群管理记录和其他医疗卫生服务记录，无缺项漏项。

2 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
<b>4.1.3 签约居民电子健康档案合格率（3分）</b>	系统随机抽取不少于20份电子健康档案，其中重点人群电子档案不少于15份，按要求判断合格份数。	签约居民电子健康档案信息完整，包括个人基本信息、健康体检、重点人群管理记录和其他医疗卫生服务记录，无缺项漏项。（3分）缺一项扣1分。 每机构抽取20份档案，计算其平均分。 合格率 $\geq 90\%$ 及得满分。				

#### 4.1.4 签约居民健康档案动态使用率

1. 指标说明：签约居民健康档案动态更新。近 12 个月内，与签约重点人群的医疗记录相关联或有符合对应服务规范要求的相关服务记录的健康档案。

2. 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
4.1.4 签约居民健康档案动态使用率 (4分)	查询信息系统，每个团队随机抽取不少于 20 份重点人群电子健康档案，检查其健康档案近一年内是否更新。	近一年内，抽查的 20 份居民健康档案是否均有更新。(4分) 未更新一份扣 0.5 分，扣完为止。 每机构抽取 20 份档案计算其平均分。				

**5.1.1 签约居民定点医疗机构就诊率**

1. 指标说明：签约居民在签约机构就诊的人次数占签约居民在所有医疗机构就诊总人次数的比例 $\geq 65\%$ 。签约居民 2 周患病首选签约机构的比例 $\geq 70\%$ 。

2. 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
<b>5.1.1 签约居民定点医疗机构就诊率 (2分)</b>	查看机构统计数据和信息化系统，开展问卷调查。	签约居民在签约机构就诊的人次数占签约居民在所有医疗机构就诊总人次数的比例 $\geq 65\%$ 。(1分) 签约居民 2 周患病首选签约机构的比例 $\geq 70\%$ 。(1分)				



### 5.1.2.转诊机制建立

1. 指标说明：项目单位/家庭医生服务团队建立转诊服务制度。有转诊标准、流程、规范。
- 2 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
5.1.2. 转诊机制建立(8分)	查看机构/团队转诊服务制度，签约团队成员是否知晓转诊服务信息。如机构有相应规范，团队成员知晓服务信息，则视为已建立转诊服务机制。	有转诊服务制度：包括标准、规范、流程。 (4分) 签约团队成员知晓转诊服务信息。 (4分)				

### 5.1.1.3. 签约患者转诊率

1. 指标说明：能为签约患者预约上级医疗机构的门诊或检查，为患者提供综合（专科）医院转诊服务，转诊服务规范，服务路径明确。在上级医院就诊签约患者中，经家庭医生转诊比例 $\geq 50\%$ 。

2 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
5.1.1.3. 签约患者转诊率（3分）	查询信息系统，每个机构随机抽查不少于5个转诊患者的病历资料，和转诊单，核查其是否符合转诊条件。抽查20份算其平均分。	每机构抽取5个转诊患者的病历资料和转诊单，核实符合转诊条件得2分（抽取5份，算其平均值） 经家庭医生转诊比例 $\geq 50\%$ 得1分。				

**5.1.4. 签约居民下转回访率**

1. 指标说明：对综合（专科）医院下转的签约居民，在得到下转信息后一周内进行回访的比例。年度下转回访率 $\geq 70\%$ 。
- 2 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
5.1.4. 签约居民下转回访率（2分）	抽查机构/家庭医生团队所有下转患者服务记录	每机构随机抽取5份下转患者服务记录，在得到下转信息后一周内进行回访，回访率 $\geq 70\%$ 及得满分（2分）				

### 5.1.5. 签约居民健康状况改善率

1. 指标说明：通过家庭医生团队提供的签约服务后，签约居民健康状况的改善情况。高血压、糖尿病患者规范化诊疗和管理率 $\geq 40\%$ 。
- 2 本指标最终得分：项目单位。
3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总得分
5.1.5 签约居民健康状况改善率 (5分)	每个机构/团队 随机抽取糖尿病、高血压签约患者各10名，抽查其签约服务记录。	抽取糖尿病、高血压患者各10名，查看其签约服务记录，抽取10份算其平均值，规范化诊疗和管理率 $\geq 40\%$ 及得满分。(5分)				

**5.1.6.签约居民服务知晓率、满意度**

1. 指标说明：签约居民对是否签约、对签约医生和服务内容的知晓情况和对家庭医生团队的服务满意度。受抽查居民对签约服务工作全部知晓、满意。

2. 本指标最终得分：项目单位。

3. 评价对象：项目单位。

三级指标	数据资料来源	评分标准	评价对象	评价记录	分项得分	总分
<b>5.1.6. 签约居民服务知晓率满意度(20分)</b>	机构/团队随机抽取签约居民 10 名，进行电话调查。	医疗机构电话随机抽查户签约居民 10 名，询问在过去一年内是否与家庭医生签约（5分） 接受过哪些服务（5分） 全部知晓及得满分。 对村医提供的服务是否满意。（10分） 全部满意及得满分。				



交城县卫生健康和体育局

2021年2月23日印发

