2021年推进社区老年健康服务和对失能

半失能老年人提供入户医疗护理

服务工作方案

为落实市委、市政府关注民计民生的工作要求，积极应对人口老龄化，关心关爱老年人，顺应新时代老龄事业发展形势和广大老年人对美好生活的新期盼，2021年，我市将“推进社区居家养老”列入“20项民心工程”，持续推进社区老年健康服务，参加家庭医生签约服务老年人达到100万人，为60岁以上失能、半失能人员提供入户医疗护理服务达到15万人次。为保证此项工作顺利开展，特制定本方案。

一、总体要求

（一）基本思路。深入贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会以及中央经济工作会议精神，认真落实习近平总书记对天津工作“三个着力”重要要求和一系列重要指示批示精神，按照市委十一届九次、十次全会部署，紧紧抓住群众最急最忧最盼的紧迫问题，把以人民为中心的发展思想落到实处，进一步提高保障和改善民生水平，通过完善和深化家庭医生签约服务，为老年人提供综合、连续、协同的基本医疗、基本公共卫生和个性化健康管理服务，使老年人获得感、幸福感、安全感显著提高。

（二）目标任务。2020年全市家庭医生签约服务老年人达到100万人以上，为60岁及以上失能、半失能人员提供入户医疗、家庭病床等医疗护理服务，全年达到15万人次以上。

二、服务对象

（一）参与家庭医生签约服务的本市60岁及以上常住居民。

（二）家庭医生入户医疗护理服务对象面向家庭医生签约服务系统重点人群中标记为“失能”的60岁及以上老年人；区民政部门提供名册内的60岁及以上失能、半失能老年人；长期卧床、行动不便且有入户服务需求的60岁及以上老年人。

鼓励有能力的家庭医生团队为60岁以下失能人群提供力所能及的入户医疗护理服务。

三、服务内容

（一）老年健康体检。按《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中《老年人健康管理服务规范》每年提供1次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。辅助检查项目包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、心电图等。

（二）慢病健康管理。按《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中《高血压患者健康管理服务规范》和《2型糖尿病患者健康管理规范》每年提供4次面对面随访，了解血压、血糖控制情况以及日常用药情况，并根据血压和血糖值进行针对性进行健康生活指导和必要的临床干预。

（三）家庭病床服务。对脑血管病导致偏瘫等慢性病患者提出建立家庭病床申请的，由患者或其家属提出建床需求，经过家庭医生判定适合在居民家庭进行检查、治疗和护理，并符合医保部门家庭病床条件的，由家庭医生团队按照《天津市基层医疗机构家庭病床管理办法（试行）》建立家庭病床，并提供定期查床、治疗和护理服务。

（四）特需上门服务。对诊断明确、病情稳定，且因长期卧床、行动不便到医疗机构就诊确有困难的60岁及以上老年人，可提供临时特需上门服务。由患者或其家属提出临时医疗服务需求，经过家庭医生判定适合在居民家庭进行检查、治疗和护理的，签订临时补充协议，由家庭医生团队按照《天津市家庭医生特需上门服务规范（试行）》、《天津市家庭医生特需上门服务项目表（试行）》、《天津市居家医疗服务项目指南（2021年第一版）》为患者入户提供血、尿常规、心电图等检查检验项目，以及导尿、压疮护理、慢病用药输液等医疗服务，有条件的团队可提供针灸、推拿、拔罐等中医药服务。

（五）慢病用药保障。推广使用“家医签约慢病用药管理系统”，将居民用药需求、家医建立用药计划和药库按需备药进行紧密联动衔接，有效提高慢病用药精准保障效果。对于慢病系统内管理的签约居民，高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中用药要按计划予以持续足量保障。

（六）线上预约服务。居民可通过“健康天津APP”线上预约家医签约、家庭病床、用药申请，基层机构线下提供便捷、优质、高效服务，加快推动家庭医生签约服务智能化，推进基层信息化优服惠民，不断提升签约履约服务水平，增进医患互动，提升居民签约服务感受。

四、实施步骤

（一）2021年第一季度。市卫生健康委制定并印发《2021年推进社区老年健康服务和对失能半失能老年人提供入户医疗护理服务工作方案》，明确各区工作任务指标。各区卫生健康委出台本区实施方案，并组织辖区基层医疗卫生机构开展老年人家庭医生签约服务，为60岁及以上失能、半失能人员提供入户医疗护理服务项目，并对60岁及以上失能、半失能人员做好信息系统标识。

（二）2021年第二、三季度。各区按进度要求落实老年人家庭医生签约服务和60岁及以上失能、半失能人员入户医疗服务工作，并适时进行督导，确保年度任务高质量完成。及时总结工作经验并根据居民反馈，不断提高服务质量。

（三）2021年第四季度。各区在12月10日前完成本区民心工程任务指标，于年底前完成工作总结。开展市区两级老年人家庭医生签约服务和失能、半失能老年人入户医疗护理服务项目工作评价。

五、保障措施

（一）加强组织领导。各区要将开展老年人家庭医生签约服务，为60岁及以上失能、半失能人员提供入户医疗、家庭病床等医疗护理服务工作，作为全市医改任务的一项重要内容来抓。按照全市统一部署，各区卫生健康委要按照本区任务指标（附件1）制定具体工作实施方案并组织实施，细化签约服务操作措施，建立工作任务台账，层层压实责任。要主动联系民政、医保、残联部门及各街镇、居（村）委会做好支持配合工作，确保工作顺利开展。

（二）提高团队服务能力。加强家庭医生团队建设，提升基层医务人员服务能力。转变基层医疗卫生服务模式，以人民为中心，以需求为导向，为老年人特别是失能、半失能老年人提供精准健康管理服务。加强家庭医生团队业务培训，发挥医联体内参与家庭医生团队专家的指导作用，不断提高基层医疗卫生服务能力。借助信息化，提高团队工作效率，鼓励探索上门送药等延伸服务。落实好家庭医生签约服务费政策，完善内部激励机制，充分调动医务人员工作积极性，为工作的顺利实施创造良好基础。

（三）加强监督管理。进一步完善家医签约信息化系统，在系统中明确标记60岁及以上失能、半失能人员，保障家医团队为上述人群精准提供家庭医生签约服务和入户医疗护理服务。通过信息化系统建立民心工程监测制度，各基层医疗卫生机构要将民心工程任务完成情况及时记录和更新，按时上传本机构诊疗数据，确保民心工程任务数据（附件2、3）的实效性。发挥区级监管作用，并将服务数量、服务质量、居民满意度等工作情况纳入团队绩效考核。市卫生健康委将对各区工作开展情况进行适时督导，确保民心工程顺利开展。

（四）开展服务宣传。充分发挥各种公共媒体作用，对推进社区老年健康服务民心工程进行科学、合理、有序宣传，引导有需求的老年人主动签约，并对家庭医生服务内容和相关政策进行充分告知和解释，树立居民科学就医理念，引导合理就医流向，提升老年人及家人对家庭医生团队的信任度和认可度。

附件：1.天津市2021年社区老年健康服务民心工程任务量分配表

2.天津市老年人家庭医生签约服务工作统计表

3.天津市60岁及以上失能 半失能人员入户医疗护理统计表

附件1

2021年天津市老年健康服务民心工程任务量分配表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 行政区 | 老年人家医签约 | 入户医疗护理服务 |
| 和平区 | 27553 | 4133 |
| 河东区 | 76188 | 11428 |
| 河西区 | 77309 | 11596 |
| 南开区 | 89392 | 13409 |
| 河北区 | 69364 | 10405 |
| 红桥区 | 40466 | 6065 |
| 东丽区 | 34894 | 5234 |
| 西青区 | 37260 | 5589 |
| 津南区 | 40259 | 6039 |
| 北辰区 | 43895 | 6589 |
| 武清区 | 92819 | 13923 |
| 宝坻区 | 71954 | 10793 |
| 滨海新区 | 130861 | 19629 |
| 宁河区 | 36682 | 5502 |
| 静海区 | 60845 | 9127 |
| 蓟州区 | 70259 | 10539 |
| 合 计 | 1000000 | 150000 |

附件2

天津市老年人家庭医生签约服务工作统计表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 区/机构 | 签约老年人数 | 老年人健康体检人次数 | 血常规检查人次数 | 尿常规检查人次数 | 肝功能检查人次数 | 肾功能检查人次数 | 血脂检查人次数 | 心电图检查人次数 | B超检查人次数 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.此表不需要手动填报，各项数据来源于家庭医生签约服务和基本公共卫生服务系统；

2.请各机构将各项任务及时录入系统，并按时上传本机构诊疗数据。

附件3

天津市60岁及以上失能 半失能人员入户医疗护理统计表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 区/机构 | 服务对象人数 | 入户健康体检次数 | 高血压、糖尿病入户随访 | | | 家庭病床出院 人次数 | 特需上门服务入户次数 | 入户服务总次数 |
| 高血压  单患患者 入户随访次数 | 糖尿病  单患患者入户随访次数 | 高血压、糖尿病双患入户随访次数 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.此表不需要手动填报，各项数据来源于家庭医生签约服务系统；

2.请各机构将各项任务及时录入系统，并按时上传本机构诊疗数据；

3.项目9=3+4+5+6+7+8。