

# 残疾人家庭医生签约服务 指导手册

国家卫生健康委员会基层卫生司

中国残疾人联合会康复部

2018.08



## 序 言

党的十九大报告提出了“完善国民健康政策，为人民群众提供全方位全周期健康服务”、“发展残疾人事业，加强残疾康复服务”等工作，今年的政府工作报告中又提出了“推进分级诊疗和家庭医生签约服务”的工作部署，为贯彻党的十九大精神和政府工作报告，助推新时代残疾人家庭医生签约服务工作，优化和完善家庭医生签约服务内容，让广大残疾人切实享受方便可及的家庭医生签约服务，国家卫生健康委员会基层卫生司、中国残疾人联合会康复部共同委托中国医师协会全科医师分会，组织编写了《残疾人家庭医生签约服务指导手册》。

本手册紧紧围绕家庭医生签约服务团队需要学习掌握的残疾预防和康复基本知识，了解残疾人康复服务的主要技术与方法，掌握可衔接的康复资源，关注现代医学和科技进步能够为各类残疾人所提供的支持等内容。家庭医生为残疾人服务时，可以提供精准、及时和有效的指导。例如，家庭医生应当知道慎用耳毒性药物，防止药物致聋；糖尿病患者血糖水平长期未能有效控制会造成截肢或失明；听力残疾的人通过佩戴助听器、电子耳蜗植入或借助沟通工具，能够实现沟通无障碍。针对出行不便情况复杂的多重残疾人，最重要的是帮助其实现生活自理或维持现有功能不再退化，康复训练与服务的内容设计不是肌肉或关节的改善，而是能否维持舒适的卧位或坐位，有条件的情况下练习站立、自行完成洗漱或进食、阅读或沟通等日常活动。居家无障碍和辅助器具配置，都要针对不同的服务对象，提出有针对性的方案和建议。家庭医生应当在开展居家康复服

务的过程中根据其身体状况和既往病史，提出开展具体康复训练项目的建议。

基层医疗卫生机构的家庭医生，在日常诊疗服务的过程中，应当考虑到不同类别残疾人的特殊需要，对他们提供特别的关注。例如，久卧或久坐的肢体残疾人如果缺少健康常识，其发生高血压、血脂异常、糖尿病或骨质疏松症的概率会高于同年龄段的人群；听力、视力残疾的残疾人会因为沟通困难产生更多的心理问题；孤独症儿童的家长则会普遍焦虑等。在开展健康知识宣传、慢病预防时应予以及时关注。

本手册的编写历时6个月，编委会反复召开数十次座谈会、撰稿会和专家论证会，召集全国多地的残疾人工作者、全科专家、家庭医生、乡村医生、社区护士参加座谈、论证，听取意见和建议，研讨残疾人家庭医生服务团队的工作职责、家庭医生对残疾人签约服务内容的可行性、签约服务流程、康复转介路径和方式等，并走访了东、中、西部地区开展此项工作的实地调研和论证。

本手册分三个部分，简述了残疾人家庭医生签约服务的有关概念、团队组成、职责分工和团队服务细则，供有条件的地区的家庭医生签约服务团队为残疾人提供签约服务中参考、使用。

2018年8月

# 目 录

一、基本概念	(1)
(一)残疾人	(1)
(二)康复机构	(1)
(三)转介服务	(1)
(四)家庭医生	(2)
二、残疾人家庭医生签约团队组成及职责分工	(2)
(一)残疾人家庭医生签约团队组成	(2)
(二)职责分工	(2)
三、团队服务细则	(6)
(一)服务流程	(6)
(二)服务内容	(9)
(三)经费保障	(12)
(四)管理要求	(12)
附件一：关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知	(14)
附件二：国家卫生计生委办公厅中国残疾人联合会办公厅 关于做好残疾人家庭医生签约服务工作的通知	(24)
附件三：《中华人民共和国国家标准残疾人残疾分类和分级， GB/T26341-2010》	(27)
附件四：残疾人转介服务	(35)
附件五：残疾人基本康复服务目录	(41)



# 残疾人家庭医生签约服务指导手册

## 一、基本概念

### （一）残疾人

是指在心理、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。残疾人包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾的人。

### （二）康复机构

是指为各类残疾人提供康复服务的机构或组织。包括康复中心、医疗机构、特殊教育机构和民办非企业组织，可为各类残疾人提供康复医疗、功能训练、辅助器具适配、心理辅导、咨询等服务。

### （三）转介服务

是指通过对残疾人的康复需求、经济能力以及社区康复资源进行评估，将其转介至相应康复机构接受服务，包括转出服务和转入服务。转出服务是残疾人家庭医生签约团队不能满足残疾人康复需求时，将其介绍/转诊到相关康复机构的行为。转入服务是残疾人在相关康复机构接受康复服务后，转回基层医疗卫生机构由残疾人签约家庭医生团队继续为其提供服务的行为。

### （四）家庭医生

是指为已签约的残疾人提供综合、连续、可及的基本医疗

卫生服务、基本公共卫生服务和约定的健康管理服务的医生。现阶段，家庭医生主要包括：基层医疗卫生机构注册的全科医生（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、独立执业注册为全科医学专业的临床医师、经全科医学培训选择基层医疗卫生机构开展多点执业的公立医院医师、中级以上职称的退休临床医师。

## 二、残疾人家庭医生签约团队组成及职责分工

### （一）残疾人家庭医生签约团队组成

残疾人家庭医生签约团队由家庭医生、社区护士、社区（村）残疾人专职委员构成，可以吸收公共卫生医师、康复医师、康复治疗师、严重精神残疾患者管理人员、社会工作者等进入团队。家庭医生是团队的领导核心，协调团队成员分工协作，为签约残疾人提供基本医疗卫生服务、基本公共卫生服务以及约定的健康管理服务、转介服务等。

### （二）职责分工

#### 1. 家庭医生

为残疾人提供建立健康档案、常见病及多发病的诊治、慢性病管理、健康体检、健康咨询、转诊等基本医疗卫生服务及公共卫生服务。家庭医生所在基层医疗卫生机构不能满足残疾人的康复需求时，协调社区（村）残疾人专职委员，做好转介服务。对于一、二级残疾人，应根据团队服务能力上门为其提供签约、基本医疗、康复护理等服务。

(1) 回顾残疾人既往病史，包括高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中等慢性病的诊疗经过、疾病控制情况，外伤史，手术史，过敏史等。

(2) 评估残疾人的健康状况，制定现存慢性病的诊疗计划，不良生活方式的改变计划。

(3) 提出残疾人康复计划、建议，包括是否需要转介到相关康复机构进行康复训练。有条件的地区，家庭医生可以与康复医师或康复治疗师共同制定残疾人社区康复计划。根据对残疾人健康状况的评估，确定康复训练内容及不宜开展的项目。

## 2. 社区护士

协助家庭医生建立健康档案、预约就诊、诊前诊后服务、老年人健康管理、健康体检和健康咨询等工作，提供医疗护理、家庭护理指导、慢性病高危人群非药物干预等服务。为残疾人提供自我护理方法，提高其日常生活自理能力；提高残疾人的安全意识和自我保护能力；指导家属学会观察和处理常见的护理问题，如呼吸道问题、排便问题、排尿问题、压疮预防等相关知识和简单的护理技术。

(1) 肢体残疾：为此类残疾人服务过程中，给予关注的同时还需了解残疾人及家属的康复护理知识水平，根据病情和功能状况有针对性地提出预防并发症的建议和方法。

(2) 视力残疾：为此类残疾人服务过程中，要详细介绍机构内的环境和布局。指导残疾人及监护人正确的服药方法，减

少由于视力残疾带来的跌倒、损伤及服错药物的不安全因素。

(3) 听力残疾：为此类残疾人服务过程中，说话时要让残疾人看清口型以方便其阅读唇语。对于识字的残疾人以纸笔交流，注意字迹清晰。

(4) 言语残疾：为此类残疾人服务时，可用图示、选择的提问方式，确认残疾人所要表达的准确意思后再进行下一步的治疗。

(5) 智力残疾：为此类残疾人服务时，由于患者不能准确地表达主诉，应与其监护人充分沟通，以免延误病情。

(6) 精神残疾：为此类残疾人服务时，要避免在言语、行为上的刺激，发现问题及时与团队成员沟通，鼓励其参加社会活动。

在为残疾人服务过程中，社区护士要充分体谅残疾人的困难，运用沟通交流技巧，为其提供方便优质的服务。

### 3. 社区（村）残疾人专职委员

掌握辖区残疾人基本状况，完成康复需求专项调查，及时了解残疾人的基本康复需求变化，与家庭医生建立紧密联系，向其提供辖区残疾人名单，配合家庭医生做好与残疾人的对接、签约和转介服务工作，并将残疾人的转介信息及时反馈给家庭医生。在转介工作中，社区（村）残疾人专职委员应根据本地残疾人康复服务流程，及时将残疾人的康复需求汇总上报本县（区、市）残联，并将残疾人转介至相关康复机构。

#### 4. 公共卫生医师

提供健康体检和健康咨询、健康宣教、预防保健等基本公共卫生服务。根据残疾人的特点，在服务过程中给予残疾人特殊照顾。

#### 5. 康复医师及康复治疗师

对残疾人的残疾情况进行评估，与家庭医生进行沟通，共同为残疾人制定个性化的康复训练计划，提供康复指导。家庭康复的内容要根据每位残疾人的自身特点，以“自主完成日常生活”为目标的主动训练为主，使残疾人的日常生活能力得到有效改善。

#### 6. 严重精神障碍患者管理人员

负责严重精神障碍患者的信息管理，建立管理档案，对其健康状况进行评估，妥善填报、保管相应的数据，保护个人隐私。采取多种形式的走访，动员精神异常人员及时到精神卫生专业机构就诊。对严重精神障碍患者每年至少随访 4 次，跟踪其健康状况。根据严重精神障碍患者的危险性评估、社会功能状态评估、自知力判断评估以及是否存在药物不良反应或躯体疾病进行分类干预。每年为严重精神障碍患者提供 1 次健康体检。做好针对严重精神障碍患者及其家属的健康教育工作，强调长期规律服药的重要性，防止漏服药，定期进行肝肾功能、血常规、心电图等检查，及时发现药物治疗的副作用，调整治疗方案。

### 三、团队服务细则

#### （一）服务流程

##### 1. 签订协议及发放联系卡

残疾人家庭医生签约团队成员根据社区（村）残疾人专职委员提供的残疾人名单，与对有签约意愿的残疾儿童和持证残疾人签订家庭医生签约服务协议书，残疾儿童、智力残疾人及精神残疾人可由其监护人代签协议书。残疾等级为一、二级的残疾人，由于其行动不便或社会功能存在严重障碍，签约服务中应给予更多关注及照顾，在社区（村）残疾人专职委员的协调帮助下，可提供上门签约服务。残疾等级为三、四级的残疾人，社会功能障碍程度较轻，鼓励在家属陪同下到基层医疗卫生机构签约，发放联系卡/表格/手册，以方便残疾人联系家庭医生。

##### 2. 建立健康档案

为已签约的残疾人建立健康档案。档案中除包含国家基本公共卫生服务规范要求的健康档案的内容外，还可以填写个人信息补充表，以便信息查询和统计。

## 残疾人个人信息补充表

姓名：

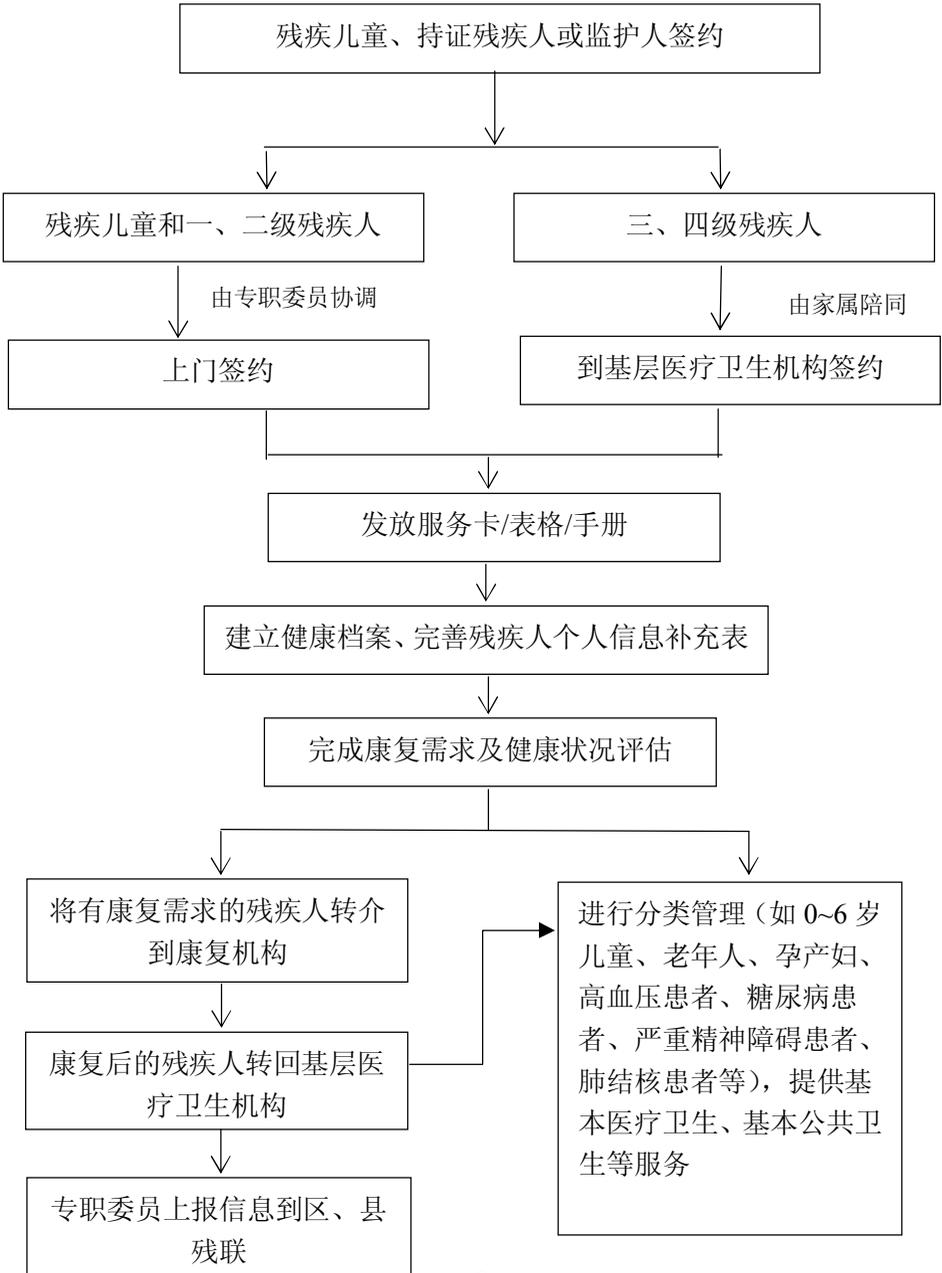
档案号：

残疾类别		残疾等级	
本人康复需求			
转介服务	是	否	
监护人姓名		与残疾人关系	
监护人电话			

### 3. 分类管理

根据所采集到的信息，对残疾人进行分类管理。需要进行转介服务的，由社区（村）残疾人专职委员转至康复机构进行康复训练。不需要转介服务的，根据其年龄、性别、健康状况等将其纳入0~6岁儿童、老年人、孕产妇、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等相关人群管理。

## 签约服务流程



## （二）服务内容

### 1. 常见病及多发病诊治

为已签约的残疾人提供常见病、多发病的诊治及各种慢性病管理等基本医疗服务，使残疾人常见的健康问题基本在基层医疗卫生机构解决。有能力的团队也可为残疾儿童提供基本医疗服务。

残疾人慢性病患者率较高，故在慢性病的防治方面应给予特别关注，发现问题及时处理，并辅以个性化的健康教育，做到疾病早发现、早诊断、早治疗，无病防病、既病防残。

（1）高血压、糖尿病：对高血压、糖尿病的残疾人提供1年4次面对面随访。每次为残疾人提供随访服务时，应关注运动、饮食、吸烟、饮酒、睡眠等生活方式存在的问题，以及血压、血糖、体重指数、血脂等指标的变化。随时调整药物及非药物治疗，督促指导残疾人进行适宜的康复训练，规范管理。

（2）冠心病、脑卒中：对患有冠心病、脑卒中的残疾人进行膳食指导、在身体条件允许的范围内进行规律有氧运动、控制体重、戒烟、限酒，保持心态平和。遵照疾病诊疗指南开展二、三级预防，引导残疾人进行康复训练。

（3）骨质疏松症：残疾人尤其是肢体残疾行动不便者，运动及日晒的机会相对较少，是骨质疏松症的高发人群。

详细询问残疾人的饮食习惯，指导合理配餐，保证营养均衡，增加食物中的钙含量，减少影响钙吸收的因素。适量规律

运动，尤其是负重运动，可增加骨峰值和延缓骨量流失。根据残疾人的身体情况，为其设计个性化的运动方案，注意运动时的安全保护，防止意外发生。鼓励不能行走的残疾人每天适量站立和日晒。

预防跌倒对骨质疏松症患者尤为重要，跌倒是骨折的常见诱因。在条件允许的范围内尽可能对残疾人的居家环境进行无障碍改造，清理室内的障碍物，改善室内的照明，地面进行防滑处理，撤掉室内未经固定的所有小地毯，增加卫生间内的扶手等。通过康复训练改善残疾人的平衡能力，增加肌肉力量。

药物治疗包括双膦酸盐、降钙素、雌激素、甲状旁腺素、活性维生素 D 等药物的应用。

## 2. 基本公共卫生服务

根据年龄、性别、现患疾病等情况，将残疾人及残疾儿童分别纳入 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等相应的人群进行健康管理。遵照国家基本公共卫生服务规范的要求，提供各项服务。

公共卫生医师在为儿童提供健康管理时，发现、辨别儿童出现的各种异常情况，对疑似残疾儿童及时转诊到专业医疗机构进行筛查和疾病诊断，将有康复需求的儿童转介到相关康复机构进行康复评估、训练、治疗，预防或减少致残性疾病和伤害的发生。

## 3. 优先门诊及转诊

基层医疗卫生机构在门诊挂号、接诊、化验、检查、治疗、收费、取药等服务过程中，为残疾人优先提供服务。有条件的机构可开展预约就诊、提供轮椅等服务，以方便残疾人就诊，缩短等待时间。

出现需要转诊的情况时，认真填写转诊单，尽可能帮助残疾人联系好上级医疗卫生机构，并及时对转诊结果进行随访。

#### 4. 转介服务

团队梳理签约残疾人康复需求信息，协调社区（村）残疾人专职委员，根据本地残疾人康复服务流程，转介至康复机构。在康复服务完成后，康复机构通知社区（村）残疾人专职委员将残疾人转回到基层医疗卫生机构继续提供服务。

#### 5. 延伸服务

有条件的团队可结合基层医疗卫生机构实际情况，因地制宜提供以下延伸服务。

（1）指导残疾人家庭进行无障碍改造。如在残疾人经常活动的地方加装扶手，居室物品的摆放便于残疾人使用，厕所的无障碍改造等。

（2）将残疾预防的相关内容，纳入社区健康教育的计划中，一方面提高辖区居民的相关知识水平，减少残疾的发生，另一方面使居民对残疾人有正确地认识给予残疾人更多的关爱与照顾，让残疾人更好地融入社区。

（3）为行动不便的、有需求的残疾人提供送医、送药上门

服务。指导残疾人家庭做好残疾人的基础护理工作，如皮肤护理、大小便管理等，尽量减少压疮、坠积性肺炎等并发症的发生，使残疾人得到适宜的照顾。

(4) 对残疾人及家属进行心理疏导。耐心倾听是一种简单易行的心理疏导办法，既可以为其排解心理压力，也有利于发现其存在的心理疾患及时转诊。

(5) 定期到社区康复机构为残疾人提供咨询、义诊、健康教育等服务。

### (三) 经费保障

团队为残疾人提供的服务如符合国家基本公共卫生项目内容，相应的经费从政府基本公共卫生服务项目补助资金中列支。为残疾人提供的康复服务，符合精准康复服务项目要求的，从残联系统的康复专项中列支，具体项目见附件五。其他基本医疗卫生服务费用，按医保或物价部门的要求收取。

### (四) 管理要求

1. 基层医疗卫生机构应掌握辖区残疾人的基本情况，制定符合机构特点的签约服务工作计划、人员培训计划，合理分配团队服务任务，主动向已签约的残疾人公示团队人员名单、联系方式、服务时间、服务内容等。

2. 各级残联组织根据任务分工对社区（村）残疾人专职委员进行培训与考核。

3. 基层医疗卫生机构开展对残疾人家庭医生签约服务的

绩效考核，建立健全残疾人服务记录，健康档案及服务记录真实完整。已签约的残疾人的满意度应达到 80%。

### 参考文献

[1] 关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知，国医改办发[2016]1号文件，2016.05.25

[2] “中国残疾人联合会、国家卫生和计划生育委员会、国务院扶贫开发领导小组办公室”联合发布的“残联发 2016、27 号文件。”关于印发《残疾人精准康复服务行动实施方案》的通知，2016.06.02

[3] 关于做实做好 2017 年家庭医生签约服务工作的通知，国卫基层函[2017]164号文件，2017.05.02

[4] 国家基本公共卫生服务规范(第三版)，国家卫生计生委，2017.06

[5] 国家卫生计生委办公厅中国残疾人联合会办公厅关于做好残疾人家庭医生签约服务工作的通知，国卫办基层函[2017]956号文件，2017.09.25

[6] 中华人民共和国残疾人保障法

附件一：

## 关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知

国医改办发〔2016〕1号

各省、自治区、直辖市、新疆生产建设兵团医改办，卫生计生委（卫生局），发展改革委，民政厅（局），财政（务）厅（局），人力资源社会保障厅（局），中医药管理局：

国务院医改办、国家卫生计生委、国家发展改革委、民政部、财政部、人力资源和社会保障部和国家中医药管理局制定的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》已通过中央全面深化改革领导小组审议。经国务院同意，现印发你们，请各地认真贯彻落实。

国务院医改办      国家卫生计生委  
国家发展改革委      民政部  
财政部      人力资源和社会保障部  
国家中医药管理局  
2016年5月25日

# 关于推进家庭医生签约服务的指导意见

转变基层医疗卫生服务模式，实行家庭医生签约服务，强化基层医疗卫生服务网络功能，是深化医药卫生体制改革的重要任务，也是新形势下更好维护人民群众健康的重要途径。近年来，各地结合实际积极探索，在基层开展执业方式和服务模式改革试点工作，采取多种形式推进签约服务，取得了积极进展，积累了实践经验。为贯彻落实《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号）和《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）要求，加快推进家庭医生签约服务，现提出如下意见。

## 一、总体要求

（一）总体思路。根据深化医药卫生体制改革的总体部署和要求，围绕推进健康中国建设、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，以维护人民群众健康为中心，促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉，结合基层医疗卫生机构综合改革和全科医生制度建设，加快推进家庭医生签约服务。不断完善签约服务内涵，突出中西医结合，增强群众主动签约的意愿；建立健全签约服务的内在激励与外部支撑机制，调动家庭医生开展签约服务的积极性；鼓励引导二级以上医院和非政府办医疗卫生机构参与，提高签约服务水平和覆盖面，促进基层首诊、分级诊疗，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗卫生服务，增

强人民群众获得感。

(二) 主要目标。2016年，在200个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务，鼓励其他有条件的地区积极开展试点。重点在签约服务的方式、内容、收付费、考核、激励机制等方面实现突破，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群，以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等。到2017年，家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。到2020年，力争将签约服务扩大到全人群，形成长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

## 二、明确签约服务主体

(三) 明确家庭医生为签约服务第一责任人。现阶段家庭医生主要包括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），以及具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生等。积极引导符合条件的公立医院医师和中级以上职称的退休临床医师，特别是内科、妇科、儿科、中医医师等，作为家庭医生在基层提供签约服务，基层医疗卫生机构可通过签订协议为其提供服务场所和辅助性服务。鼓励符合条件的非政府办医疗卫生机构（含个体诊所）提供签约服务，并享受同样的收付费政策。随着全科医生人才队伍的发展，逐步形成以全科医生为主体的签约服务队伍。

(四) 实行团队签约服务。签约服务原则上应当采取团队

服务形式。家庭医生团队主要由家庭医生、社区护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）等组成，二级以上医院应选派医师（含中医类别医师）提供技术支持和业务指导。逐步实现每个家庭医生团队都有能够提供中医药服务的医师或乡村医生，有条件的地区可吸收药师、健康管理师、心理咨询师、社（义）工等加入团队。家庭医生负责团队成员的任务分配和管理。基层医疗卫生机构要明确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，并定期开展绩效考核。其他专科医师和卫生技术人员要与家庭医生团队紧密配合。

（五）签订服务协议。根据服务半径和服务人口，合理划分签约服务责任区域，居民或家庭自愿选择 1 个家庭医生团队签订服务协议，明确签约服务内容、方式、期限和双方的责任、权利、义务及其他有关事项。签约周期原则上为一年，期满后居民可续约或选择其他家庭医生团队签约。鼓励和引导居民就近签约，也可跨区域签约，建立有序竞争机制。

（六）鼓励组合式签约。加强医院与基层医疗卫生机构对接，可引导居民或家庭在与家庭医生团队签约的同时，自愿选择一所二级医院、一所三级医院，建立“1+1+1”的组合签约服务模式，在组合之内可根据需求自行选择就医机构，并逐步过渡到基层首诊；在组合之外就诊应当通过家庭医生转诊。研究探索流动人口签约服务模式，促进基本医疗卫生服务均等化。

### 三、优化签约服务内涵

（七）明确签约服务内容。家庭医生团队为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。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、就医路径指导和转诊预约等。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。各地应当根据服务能力和需求，设定包含基本医疗和公共卫生服务在内的基础性签约服务内容，向所有签约居民提供。健康管理服务主要是针对居民健康状况和需求，制定不同类型的个性化签约服务内容，可包括健康评估、康复指导、家庭病床服务、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等。现阶段要首先从重点人群和重点疾病入手，确定服务内容，并逐步拓展服务范围。充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用，满足居民多元化健康需求。各地卫生计生、中医药管理、人力资源社会保障、财政部门要结合实际，协商确定家庭医生团队服务的项目、内涵、流程、规范、标准。

（八）增强签约服务吸引力。各地要采取多种措施，在就医、转诊、用药、医保等方面对签约居民实行差异化政策，引导居民有效利用签约服务。家庭医生团队要主动完善服务模式，可按照协议为签约居民提供全程服务、上门服务、错时服务、预约服务等多种形式的服务。通过给予家庭医生团队一定比例的医院专家号、预约挂号、预留床位等方式，方便签约居民优先就诊和住院。二级以上医院的全科医学科或指定科室对接家

庭医生转诊服务，为转诊患者建立绿色转诊通道。对于签约的慢性病患者，可酌情延长单次配药量。对于下转病人，可根据病情和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。要充分发挥医保支付的引导作用，实行差异化的医保支付政策，采取对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线等措施，引导居民到基层就诊。

#### 四、健全签约服务收付费机制

（九）合理确定签约服务费。家庭医生团队为居民提供约定的签约服务，根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担。具体标准和分担比例由各地卫生计生、人力资源社会保障、财政、价格等部门根据签约服务内容、签约居民结构以及基本医保基金和公共卫生经费承受能力等因素协商确定。符合医疗救助政策的按规定实施救助。签约服务中的基本公共卫生服务项目费用从基本公共卫生服务专项经费中列支。

（十）发挥家庭医生控费作用。有条件的地区可探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生团队，对经基层向医院转诊的患者，由基层或家庭医生团队支付一定的转诊费用。探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医保总额付费，发挥家庭医生在医保付费控制中的作用，合理引导双向转诊，发挥守门人作用。

（十一）规范其他诊疗服务收费。家庭医生团队向签约居

民提供约定的服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。提供非约定的医疗卫生服务或向非签约居民提供医疗卫生服务，按规定收取费用。

## 五、建立签约服务激励机制

（十二）完善家庭医生收入分配机制。综合考虑社会公益目标任务完成情况、包括签约服务在内的绩效考核情况、事业发展等因素，合理确定基层医疗卫生机构绩效工资总量，使家庭医生通过提供优质签约服务等合理提高收入水平，增强开展签约服务的积极性。基层医疗卫生机构内部绩效工资分配可采取设立全科医生津贴等方式，向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜。基层医疗卫生机构收支结余部分可按规定提取奖励基金。二级以上医院要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜。有条件的地方可对通过相应评价考核的家庭医生团队和参与签约服务的二级以上医院医师予以资金支持引导。

（十三）完善综合激励政策。在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜，将优秀人员纳入各级政府人才引进优惠政策范围，增强全科医生的职业吸引力，加快全科医生队伍建设，提升签约服务水平。继续开展全科医生特岗计划。落实《人力资源社会保障部国家卫生计生委关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的指导意见》（人社部发〔2015〕94号），合理设置基层医疗卫生机构全科医生高、中级岗位的比例，扩大职称晋升空间，

重点向签约服务考核优秀的人员倾斜。将签约服务评价考核结果作为相关人员职称晋升的重要因素。对成绩突出的家庭医生及其团队，按照国家规定给予表彰表扬，大力宣传先进典型。拓展国内外培训渠道，建立健全二级以上医院医生定期到基层开展业务指导与家庭医生定期到临床教学基地进修制度。加强家庭医生及其团队成员的继续医学教育，提高签约服务质量。

## 六、加强签约服务绩效考核

（十四）建立定期考核机制。各地卫生计生、中医药管理、人力资源社会保障、财政等部门要健全签约服务管理规范。建立以签约对象数量与构成、服务质量、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评价考核指标体系，定期对家庭医生团队开展评价考核，鼓励家庭医生代表、签约居民代表以及社会代表参与。考核结果及时向社会公开，并与医保支付、基本公共卫生服务经费拨付以及团队和个人绩效分配挂钩。对于考核结果不合格、群众意见突出的家庭医生团队，建立相应惩处机制。

（十五）发挥社会监督作用。建立以签约居民为主体的反馈评价体系，畅通公众监督渠道，反馈评价情况及时向社会公开，作为家庭医生团队绩效考核的重要依据和居民选择家庭医生团队的重要参考。综合考虑家庭医生工作强度、服务质量等，合理控制家庭医生团队的签约服务人数。

## 七、强化签约服务技术支撑

（十六）加强技术支持。整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构开放；探索设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构等，实现区域资源共享，为家庭医生团队提供技术支撑。加强家庭医生签约服务必需设施设备配备，有条件的地方可为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。基层医疗卫生机构要对家庭医生团队提供必需的业务和技术支持。

（十七）发挥信息化支撑作用。构建完善的区域医疗卫生信息平台，实现签约居民健康档案、电子病历、检验报告等信息共享和业务协同。通过远程医疗、即时通讯等方式，加强二级以上医院医师与家庭医生的技术交流。通过移动客户端等多种方式搭建家庭医生与签约居民的交流平台，为信息咨询、互动交流、患者反馈、健康管理等提供便利。积极利用移动互联网、可穿戴设备等为签约居民提供在线预约诊疗、候诊提醒、划价缴费、诊疗报告查询、药品配送和健康信息收集等服务。

## 八、组织实施

（十八）加强组织领导。各地要结合实际，及时出台开展家庭医生签约服务的具体方案。切实加强组织领导和统筹协调，形成政府主导、部门协作、全社会参与的工作机制，确保各项任务落实到位。加强家庭医生签约服务与公立医院综合改革、分级诊疗制度建设等改革工作的衔接，形成叠加效应和改革合力。

（十九）强化分工协作。相关部门要切实履行职责，合力推进家庭医生签约服务工作。发展改革（价格）部门要积极支持家庭医生签约服务所需的设施设备配备，做好签约服务价格的相关工作。财政部门要统筹核定基层医疗卫生机构的各项补助资金，并建立与签约服务数量和质量相挂钩的机制。人力资源社会保障、卫生计生部门要建立健全有利于分级诊疗和家庭医生签约服务的基本医疗保险支付政策、人事政策。卫生计生、中医药管理部门要切实承担家庭医生签约服务工作的组织、协调职能，统一调配医疗卫生资源，加强对签约服务行为的监管。

（二十）加强督导评估。国务院医改办要会同有关部门大力推进家庭医生签约服务工作，认真总结经验，加强督导评估，探索开展第三方评估。各地要建立定期调研督导机制，及时研究解决出现的问题和困难，总结推广典型经验和做法。加强家庭医生签约服务相关监测、评估、培训等工作。

（二十一）做好舆论宣传。各地要充分利用各种信息媒介，采取多种形式广泛宣传家庭医生签约服务的政策与内容，重点突出签约服务便民、惠民、利民的特点。大力宣传家庭医生先进典型，增强职业荣誉感，营造全社会尊重、信任、支持家庭医生签约服务的良好氛围。

附件二:

国家卫生计生委办公厅中国残疾人联合会办公厅  
关于做好残疾人家庭医生签约服务工作的通知

国卫办基层函〔2017〕956号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、残疾人联合会，新疆生产建设兵团卫生局、残疾人联合会：

为贯彻落实《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》（国医改办发〔2016〕1号）和《关于做实做好2017年家庭医生签约服务工作的通知》（国卫基层函〔2017〕164号）等文件精神，扎实推进残疾人家庭医生签约服务工作，现就有关事项通知如下：

**一、充分认识做好残疾人家庭医生签约服务的重要意义**

推进家庭医生签约服务是深化医药卫生体制改革的重大部署和重要工作任务。残疾人疾病负担重、健康风险高，是家庭医生签约服务的重点人群。推进残疾人家庭医生签约服务，对于满足广大残疾人的基本医疗卫生与康复服务需求，推进健康扶贫和健康中国建设，加快残疾人小康进程具有重大意义。各级卫生计生部门和残联要切实提高对做好残疾人家庭医生签约服务重要性的认识，贯彻落实党中央、国务院有关工作部署，采取有力措施，做实做细残疾人家庭医生签约服务。

**二、加强部门协调共同做好残疾人家庭医生签约服务工作**

各级卫生计生部门和残联要主动作为，紧密配合，研究制定有针对性的工作计划，明确任务，压实责任。各级卫生计生部门要将推进残疾人家庭医生签约服务作为基层卫生重点工作之一，要将残疾人签约服务情况定期与残联沟通，加强部门协同，合力推进残疾人签约服务工作开展。各级残联要主动履行“代表、服务、管理”职能，利用全国残疾人基本服务状况和需求专项调查及动态更新等有关数据，与卫生计生部门共享残疾人信息。要发挥社区（村）残疾人专职委员熟悉残疾人状况的优势，配合家庭医生团队做好与残疾人的对接和签约服务工作。

### **三、不断充实残疾人家庭医生签约服务内容**

各级卫生计生部门和残联在推进残疾人家庭医生签约服务过程中要始终坚持以医疗卫生服务需求为导向，根据残疾人签约服务需求，结合基层医疗卫生机构和家庭医生团队的服务能力，有针对性地为残疾人提供基本医疗、公共卫生和健康管理等服务。有条件的基层医疗卫生机构可以将残疾人基本康复服务纳入签约服务范围，为残疾人提供个性化的家庭医生签约服务。

### **四、做好残疾人家庭医生签约服务工作的保障和督导**

各级卫生计生部门和残联要建立、完善残疾人家庭医生签约服务工作沟通协调机制，强化组织领导和协调联动，共同为残疾人家庭医生签约服务创造政策和资金等保障条件。在落实

基本医疗、公共卫生和健康管理等服务的基础上，各级残联要积极通过政府购买服务、残疾人精准康复服务行动项目等加强残疾人签约服务经费保障。要共同采取措施加强基层医疗卫生机构康复科（室）、康复医院及辅助器具等残疾人专门康复机构建设，为家庭医生签约服务提供技术和接续服务的支持。要采取多种形式，加大家庭医生团队的康复知识和业务技能培训，不断增强家庭医生团队服务残疾人的能力。

各级卫生计生部门和残联要加强对残疾人家庭医生签约服务工作的具体指导，及时发现问题，总结经验，做好监督考核。

国家卫生计生委办公厅  
中国残疾人联合会办公厅  
2017年9月25日

附件三：

《中华人民共和国国家标准残疾人残疾分类和分级，  
GB/T26341-2010》：

## 1 残疾分类

### 1.1 分类原则

按不同残疾分为视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾。

### 1.2 视力残疾

各种原因导致双眼视力低下并且不能矫正或双眼视野缩小，以致影响其日常生活和社会参与。视力残疾包括盲及低视力。

### 1.3 听力残疾

各种原因导致双耳不同程度的永久性听力残疾，听不到或听不清周围环境声及言语声，以致影响其日常生活和社会参与。

### 1.4 言语残疾

各种原因导致的不同程度的言语残疾，经治疗一年以上不愈或病程超过两年，而不能或难以进行正常的言语交流活动，以致影响其日常生活和社会参与。包括：失语、运动性构音残疾、器质性构音残疾、发声残疾、儿童言语发育迟滞、听力残疾所致的言语残疾、口吃等。

注：3岁以下不定残。

### 1.5 肢体残疾

人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限。

肢体残疾主要包括:

a) 上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或残疾;

b) 脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或残疾;

c) 中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的残疾。

### 1.6 智力残疾

智力显著低于一般人水平,并伴有适应行为的残疾。此类残疾是由于神经系统结构、残疾,使个体活动和参与受到限制,需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。

智力残疾包括在智力发育期间(18岁之前),由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞;或者智力发育成熟以后,由于各种有害因素导致智力损害或智力明显衰退。

### 1.7 精神残疾

各类精神残疾持续一年以上未痊愈,由于存在认知、情感和行为残疾,以致影响其日常生活和社会参与。

### 1.8 多重残疾

同时存在视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾中的两种或两种以上残疾。

## 2 残疾分级

### 2.1 分级原则

各类残疾按残疾程度分为四级，残疾一级、残疾二级、残疾三级和残疾四级。残疾一级为极重度，残疾二级为重度，残疾三级为中度，残疾四级为轻度。

### 2.2 视力残疾分级

按视力和视野状态分级，其中盲为视力残疾一级和二级，低视力为视力残疾三级和四级。视力残疾均指双眼而言，若双眼视力不同，则以视力较好的一眼为准。如仅有单眼为视力残疾，而另一眼的视力达到或优于 0.3，则不属于视力残疾范畴。视野以注视点为中心，视野半径小于 10 度者，不论其视力如何均属于盲。视力残疾分级见表 1。

表 1 视力残疾分级

级别	视力、视野
一级	无光感 ~ <0.02; 或视野半径 <5 度
二级	0.02 ~ <0.05; 或视野半径 <10 度
三级	0.05 ~ <0.1
四级	0.1 ~ <0.3

### 2.3 听力残疾分级

#### 2.3.1 听力残疾分级原则

按平均听力损失，及听觉系统的结构、功能，活动和参与，

环境和支持等因素分级(不配戴助听放大装置)。

注：3岁以内儿童,残疾程度一、二、三级的定为残疾人。

### 2.3.2 听力残疾一级

听觉系统的结构和功能极重度损伤,较好耳平均听力损失大于 90 dBHL,不能依靠听觉进行言语交流,在理解、交流等活动上极重度受限,在参与社会生活方面存在极严重残疾。

### 2.3.3 听力残疾二级

听觉系统的结构和功能重度损伤,较好耳平均听力损失在(81~90) dBHL 之间,在理解和交流等活动上重度受限,在参与社会生活方面存在严重残疾。

### 2.3.4 听力残疾三级

听觉系统的结构和功能中重度损伤,较好耳平均听力损失在(61~80) dBHL 之间,在理解和交流等活动上中度受限,在参与社会生活方面存在中度残疾。

### 2.3.5 听力残疾四级

听觉系统的结构和功能中度损伤,较好耳平均听力损失在(41~60) dBHL 之间,在理解和交流等活动上轻度受限,在参与社会生活方面存在轻度残疾。

## 2.4 言语残疾分级

### 2.4.1 言语残疾分级原则

按各种言语残疾不同类型的口语表现和程度,脑和发音器官的结构、功能,活动和参与,环境和支持等因素分级。

#### 2.4.2 言语残疾一级

脑和/或发音器官的结构、功能极重度损伤，无任何言语功能或语音清晰度小于等于 10%，言语表达能力等级测试未达到一级测试水平，在参与社会生活方面存在极严重残疾。

#### 2.4.3 言语残疾二级

脑和/或发音器官的结构、功能重度损伤，具有一定的发声及言语能力。语音清晰度在 11%~25%之间，言语表达能力等级测试未达到二级测试水平，在参与社会生活方面存在严重残疾。

#### 2.4.4 言语残疾三级

脑和/或发音器官的结构、功能中度损伤，可以进行部分言语交流。语音清晰度在 26%~45%之间，言语表达能力等级测试未达到三级测试水平，在参与社会生活方面存在中度残疾。

#### 2.4.5 言语残疾四级

脑和/或发音器官的结构、功能轻度损伤，能进行简单会话，但用较长句表达困难。语音清晰度在 46%~65%之间，言语表达能力等级测试未达到四级测试水平，在参与社会生活方面存在轻度残疾。

### 2.5 肢体残疾分级

#### 2.5.1 肢体残疾分级原则

按人体运动功能丧失、活动受限、参与局限的程度分级(不配戴假肢、矫形器及其他辅助器具)。肢体部位说明如下：

a) 全上肢：包括肩关节、肩胛骨；

- b) 上臂：肘关节和肩关节之间，不包括肩关节，含肘关节；
- c) 前臂：肘关节和腕关节之间，不包括肘关节，含腕关节；
- d) 全下肢：包括髋关节、半骨盆；
- e) 大腿：髋关节和膝关节之间，不包括髋关节，含膝关节；
- f) 小腿：膝关节和踝关节之间，不包括膝关节，含踝关节；
- g) 手指全缺失：掌指关节；
- h) 足趾全缺失：跖趾关节。

### 2.5.2 肢体残疾一级

不能独立实现日常生活活动，并具备下列状况之一：

- a) 四肢瘫：四肢运动功能重度丧失；
- b) 截瘫：双下肢运动功能完全丧失；
- c) 偏瘫：一侧肢体运动功能完全丧失；
- d) 单全上肢和双小腿缺失；
- e) 单全下肢和双前臂缺失；
- f) 双上臂和单大腿(或单小腿)缺失；
- g) 双全上肢或双全下肢缺失；
- h) 四肢在手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位缺失；
- i) 双上肢功能极重度残疾或三肢功能重度残疾。

### 2.5.3 肢体残疾二级

基本上不能独立实现日常生活活动，并具备下列状况之一：

- a) 偏瘫或截瘫，残肢保留少许功能(不能独立行走)；

- b) 双上臂或双前臂缺失;
- c) 双大腿缺失;
- d) 单全上肢和单大腿缺失;
- e) 单全下肢和单上臂缺失;
- f) 三肢在手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位缺失(一级中的情况除外);
- g) 二肢功能重度残疾或三肢功能中度残疾。

#### 2.5.4 肢体残疾三级

能部分独立实现日常生活活动, 并具备下列状况之一:

- a) 双小腿缺失;
- b) 单前臂及其以上缺失;
- c) 单大腿及其以上缺失;
- d) 双手拇指或双手拇指以外其他手指全缺失;
- e) 二肢在手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位缺失(二级中的情况除外);
- f) 一肢功能重度残疾或二肢功能中度残疾。

#### 2.5.5 肢体残疾四级

基本上能独立实现日常生活活动, 并具备下列状况之一:

- a) 单小腿缺失;
- b) 双下肢不等长, 差距大于等于 50 mm;
- c) 脊柱强(僵)直;
- d) 脊柱畸形, 后凸大于 70 度或侧凸大于 45 度;

- e) 单手拇指以外其他四指全缺失;
- f) 单手拇指全缺失;
- g) 单足跗跖关节以上缺失;
- h) 双足趾完全缺失或失去功能;
- i) 侏儒症(身高小于等于 1300 mm 的成年人);
- j) 一肢功能中度残疾或两肢功能轻度残疾;
- k) 类似上述的其他肢体残疾。

## 2.6 智力残疾分级

按 0~6 岁和 7 岁及以上两个年龄段发育商、智商和适应行为为分级。0~6 岁儿童发育商小于 72 的直接按发育商分级,发育商在 72~75 之间的按适应行为分级。7 岁及以上按智商、适应行为分级;当两者的分值不在同一级时,按适应行为分级。WHO-DAS II 分值反映的是 18 岁及以上各级智力残疾的活动与参与情况。智力残疾分级见表 2。

表 2 智力残疾分级

级别	智力发育水平		社会适应能力	
	发育商 (DQ) 0~6 岁	智商 (IQ) 7 岁及以上	适应行为 (AB)	WHO-DAS II 分值 18 岁及以上
一级	≤ 25	≤ 20	极重度	≥ 116
二级	26 ~ 39	20 ~ 34	重度	106 ~ 115
三级	40 ~ 54	35 ~ 49	中度	96 ~ 10
四级	55 ~ 75	50 ~ 69	轻度	52 ~ 95

适应行为表现:

极重度——不能与人交流、不能自理、不能参与任何活动、身体移动能力很差;需要环境提供全面的支持,全部生活由他人照料。

重度——与人交往能力差、生活方面很难达到自理、运动能力发展较差;需要环境提供广泛的支持,大部分生活由他人照料。

中度——能以简单的方式与人交流、生活能部分自理、能做简单的家务劳动、能参与一些简单的社会活动;需要环境提供有限的支持,部分生活由他人照料。

轻度——能生活自理、能承担一般的家务劳动或工作、对周围环境有较好的辨别能力、能与人交流和交往、能比较正常地参与社会活动;需要环境提供间歇的支持,一般情况下生活不需要由他人照料。

## 2.7 精神残疾分级

### 2.7.1 精神残疾分级原则

18岁及以上的精神残疾患者依据WHO-DAS II分值和适应行为表现分级,18岁以下精神残疾患者依据适应行为的表现分级。

### 2.7.2 精神残疾一级

WHO-DAS II值大于等于116分,适应行为极重度残疾;生活完全不能自理,忽视自己的生理、心理的基本要求。不与人交往,无法从事工作,不能学习新事物。需要环境提供全面、广

泛的支持，生活长期、全部需他人监护。

### 2.7.3 精神残疾二级

WHO-DAS II 值在 106~115 分之间，适应行为重度残疾；生活大部分不能自理，基本不与人交往，只与照顾者简单交往，能理解照顾者的简单指令，有一定学习能力。监护下能从事简单劳动。能表达自己的基本需求，偶尔被动参与社交活动。需要环境提供广泛的支持，大部分生活仍需他人照料。

### 2.7.4 精神残疾三级

WHO-DAS II 值在 96~105 分之间，适应行为中度残疾；生活上不能完全自理，可以与人进行简单交流，能表达自己的情感。能独立从事简单劳动，能学习新事物，但学习能力明显比一般人差。被动参与社交活动，偶尔能主动参与社交活动。需要环境提供部分的支持，即所需要的支持服务是经常性的、短时间的需求，部分生活需由他人照料。

### 2.7.5 精神残疾四级

WHO-DAS II 值在 52~95 分之间，适应行为轻度残疾；生活上基本自理，但自理能力比一般人差，有时忽略个人卫生。能与人交往，能表达自己的情感，体会他人情感的能力较差，能从事一般的工作，学习新事物的能力比一般人稍差。偶尔需要环境提供支持，一般情况下生活不需要由他人照料。

## 2.8 多重残疾分级

按所属残疾中残疾程度最重类别的分级确定其残疾等级。

## 附件四：

### 残疾人转介服务

#### 1. 转介服务内容

##### 1.1 视力残疾

1.1.1 手术：因白内障导致的视力功能下降，进行白内障复明手术，包括白内障摘除术和人工晶体植入术，做好术后管理。

1.1.2 康复训练：功能评估，根据评估结果盲人进行每年不少于 8 小时的技能及行走训练和社会适应性训练；低视力者经过功能评估进行为期 1 个月的基本技能训练，包括：固定注视、定位注视、视觉跟踪与追踪、视觉搜索训练等。

1.1.3 辅具适配：盲杖，每 3 年评估适配 1 次；基本型远距离助视器、近距离助视器每年评估 1 次，视情况予以调换。

1.1.4 支持性服务：中途盲者进行每月一次为期半年的心理疏导。

##### 1.2 听力残疾

1.2.1 手术：如人工耳蜗植入术。语前聋的残疾人植入年龄通常为 1~6 岁，注入年龄越小效果越好。6 岁以上的儿童或青少年需要有一定的听力言语基础，自幼有助听器配戴史和听觉言语康复史；双耳重度或极重度感音神经性聋，经听力学评估，重度聋儿配戴助听器 3~6 个月无效或者效果不理想，应进行人工耳蜗植入。极重度患儿可以考虑直接进行人工耳蜗植入；

语后聋适用于各年龄段残疾人双耳重度或极重度感音神经性聋，依靠助听器不能正常进行听觉语言交流等残疾人。

1.2.2 康复训练：功能评估，至少提供 2 次听觉、言语康复能力评估（术前或适配前 1 次，术后或适配后 1 次）；康复训练，根据评估结果，每年训练时间不少于 10 个月。

1.2.3 辅具适配：人工耳蜗单耳配戴，第一年调机不少于 3 次，之后每年不少于 1 次；助听器双耳配戴，每年调试不少于 2 次；助听器辅助材料：耳膜，每半年评估 1 次。

1.2.4 支持性服务：听力残疾康复宣传、心理辅导等服务。

### 1.3 肢体残疾

1.3.1 手术：矫治手术，包括先天性马蹄内翻足等足部畸形、小儿麻痹后遗症、脑性瘫痪导致的严重挛缩、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致的双下肢畸形等导致的肢体运动残疾，进行肢残矫治手术。

1.3.2 康复训练：功能评估（含运动功能、认知能力、日常生活、社会参与能力）；康复治疗和训练包括运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等。0~6 岁脑性瘫痪儿童每年训练时间不少于 10 个月

1.3.3 辅具适配：根据评估结果适配基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器、减压坐垫、生活自助具等辅具。0~6 岁儿童每半年评估 1 次，7~17 岁儿童每年评估 1 次，成人每 3 年评估 1 次，必要时更换。

1.3.4 支持性服务：肢体残疾康复宣传、重度肢体残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。

## 1.4 智力残疾

1.4.1 康复训练：功能评估和康复训练，包括：认知、生活自理和社会适应性能力等。0~6岁智力残疾儿童每年训练时间不少于10个月；7~17岁儿童及成人，每月不少于1次30分钟的训练。

1.4.2 支持性服务：智力残疾儿童家长康复知识培训、智力残疾康复宣传、心理辅导、重度智力残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。

## 1.5 精神残疾

1.5.1 药物治疗：重症急性期精神残疾人住院治疗服务、精神病治疗基本药物服药服务。

1.5.2 康复训练：功能评估，包含生活自理能力、社会交往和体能等。康复训练，包含体能训练、日常生活能力等训练。0~6岁孤独症(自闭症)儿童每年训练时间不少于10个月。7~17岁孤独症儿童每月不少于1次，每次不少于30分钟训练。

1.5.3 支持性服务：精神残疾康复宣传、心理辅导、支持性就业、工(娱)疗、农疗等服务，每月随访1次。

## 2. 转介流程

### 2.1 基层医疗卫生机构

由残疾人家庭医生发现残疾人康复需求，在信息汇总后转

至本社区的社区康复协调员。由社区康复协调员根据本地残疾人康复服务标准上报本市县（区）残联并转至相应服务机构。

## 2.2 残联

市县（区）残联康复科（股）进行残疾人康复服务转介审批及信息汇总。

## 2.3 机构

康复服务机构在接到“残疾人康复需求转介服务表”后根据审批意见，提供专业康复服务并做好档案记录。在服务完成后填写“残疾人康复转出服务表”由残疾人家庭医生继续提供社区康复服务。

## 附件五：残疾人基本康复服务目录

### 残疾人基本康复服务目录（2016年版）

残疾类别	服务对象	服务项目	服务内容及标准	支付方式
视力残疾	盲人	白内障复明手术	白内障摘除术和人工晶体植入术，做好术后护理。标准参见《临床诊疗指南-眼科学分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）。	医疗救助/自费
		辅助器具适配及服务	盲杖。每3年评估调换1次。	康复专项/自费

		定向行走及适应训练	功能评估；定向技能及行走训练，每周 1 次，每次 2 小时，训练时间不少于 2 个月；社会适应能力训练，每周 1 次，每次 2 小时，训练时间不少于 2 个月。	康复专项/自费
		支持性服务	中途盲者心理疏导，盲后半年内，每月不少于 1 次。	康复专项/自费
	低视力者	辅助器具适配及服务※	基本型远距离助视器、近距离助视器；助视器适应性训练。每年评估 1 次，视情况予以调换。	康复专项/自费
		视功能训练	功能评估；视觉基本技能训练（含固定注视、定位注视、视觉跟踪与追踪、视觉搜寻训练），训练时间不少于 1 个月。	康复专项/自费

听力残疾	0~6岁儿童	人工耳蜗植入手术	植入人工耳蜗。标准参见《人工耳蜗植入工作指南（2013年版）》（中华医学会编著）。	医疗救助/康复专项/自费
		辅助器具适配及服务※	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人工耳蜗。单耳佩戴；第一年调机不少于3次，之后每年调机不少于1次。</li> <li>2. 助听器。双耳配戴；每年助听器调试不少于2次。</li> <li>3. 助听器辅助材料。耳模，每半年评估1次。电池，每日自行评估。根据评估结果更换耳模、电池。</li> </ol>	康复专项/自费
	0~6岁儿童	听觉言语功能训练	功能评估，至少提供2次听觉、言语康复能力评估（术前或适配前1次，术后或适配后1次）；康复训练，根据评估结果，每年训练时间不少于10个月，全日制康复训练每天单训不少于30分钟，小年龄及入普幼	康复专项/自费

听力残疾			等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。	
		支持性服务	儿童家长康复指导、心理辅导、康复咨询等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费
	7~17岁儿童	辅助器具适配及适应训练	助听器，双耳配戴，适配后第一年助听调试不少于2次，之后每年助听调试不少于1次；助听器适应性训练，训练时间不少于1个月，每周至少服务1次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费

		支持性服务	家长康复指导、心理辅导、康复咨询等服务,每半年至少1次,每次不少于30分钟。	康复专项/自费
	成人	辅助器具适配及适应训练	助听器,至少1耳配戴助听器,适配后第一年助听调试不少于2次,之后每年助听调试不少于1次;助听器适应性训练,训练时间不少于1个月,每周至少服务1次,每次不少于30分钟。	康复专项/自费
		矫治手术※	先天性马蹄内翻足等足畸形、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致下肢畸形等矫治手术。标准参见《临床诊疗指南-小儿外科学分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社)、《临床技术操作规范-小儿外科	医疗救助/康复专项/自费

肢体残疾	0~6岁儿童		学分册》(中华医学会编著,人民军医出版社)	
		辅助器具适配及服务	根据评估结果选择适配基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器具、坐姿椅、站立架等辅助器具,提供使用指导;每半年评估1次,必要时更换。	康复专项/自费
肢体残疾		运动及适应训练	功能评估(含运动功能、语言、日常生活、社会参与能力等);康复训练,包括维持关节活动度、增强肌力、语言训练、日常生活能力训练、社会参与能力训练等,根据评估结果,每年训练时间不少于10个月,全日制康复训练每天单训不少于30分钟,小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童,每周单训不少于3次,每次不少于1小时。	康复专项/自费

		支持性服务	儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费
	7~17岁儿童 及成人	辅助器具适配及服务	根据评估结果选择适配基本型假肢、矫形器、轮椅、助行器具、生活自助具等辅助器具，提供使用指导；每3年评估1次，必要时更换（7~17岁儿童每年评估1次）。	康复专项/自费
		康复治疗及训练	功能评估（含运动功能、认知能力、日常生活、社会参与能力等）；康复治疗及训练，包括运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等，每月训练不少于1次，每次30分钟。	康复专项/自费

		支持性服务	重度肢体残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。	康复专项/自费
智力残疾	0~6岁儿童	认知及适应训练	功能评估(含认知、生活自理和社会适应能力等);康复训练,包括认知、生活自理和社会适应能力训练等,根据评估结果,每年训练时间不少于10个月,全日制康复训练每天单训不少于30分钟,小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童,每周单训不少于3次,每次不少于1小时。	康复专项/自费
		支持性服务	儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。每年家长康复指导不少于10个月,每月至少服务2次,每次不少于30分钟。	康复专项/自费

	7 ~ 17 岁儿童 及成人	认知及适应训练	功能评估（含认知、生活自理和社会适应能力等）；康复训练，包括认知、生活自理、职业康复训练和社会适应能力训练等，每月不少于1次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费
		支持性服务	重度智力残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。	康复专项/自费
精神残疾	0 ~ 6 岁 孤独症儿童	沟通及适应训练	功能评估（含言语沟通、社交能力、生活自理等）；康复训练，包括言语沟通、社交能力、生活自理能力等，根据评估结果，每年训练时间不少于10个月，全日制康复训练每天单训不少于30分钟，小年龄及入普幼等非全日制康复训练的儿童，每周单训不少于3次，每次不少于1小时。	康复专项/自费

		支持性服务	儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。每年家长康复指导不少于10个月，每月至少服务2次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费
7~17岁 孤独症儿童		沟通及适应训练	功能评估（含言语沟通、情绪和行为、社交能力、生活自理等）；康复训练，包括言语沟通、情绪和行为、社交能力、生活自理能力等，根据评估结果，每月不少于1次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费
		支持性服务	儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务，每半年至少1次，每次不少于30分钟。	康复专项/自费
成年 精神残疾人		精神疾病治疗	精神病治疗基本药物；重症急性期患者住院治疗。标准参见《临床诊疗指南-精神病学分册》（中华医学会编著，人民卫生出	医疗救助/自费

			版社)	
		精神残疾作业疗法训练	功能评估(含生活自理、社会交往、体能等); 作业疗法训练, 包括日常生活活动(ADL)训练、家务活动训练等, 每月不少于1次, 每次训练不少于30分钟。	康复专项/自费
		支持性服务	生活自理、心理疏导、日间照料、工(娱)疗、农疗、职业康复等服务; 每月随访1次。	康复专项/自费

注:

1. 目录中已纳入城乡居民和城镇职工基本医疗保险保障范围的项目, 应通过基本医疗保险、大病保险、医疗救助等资金支持。
2. 残疾人康复专项资金优先保障残疾儿童和贫困残疾人接受基本康复服务, 补贴比例及标准由各省(区、市)根据实际情况确定。
3. 标注“※”的服务项目必须配套提供其他相应服务才能视为获得康复服务, 低视力者适配助视器后须提供视功能训练, 0~6岁听力残疾儿童适配人工耳蜗或助听器后须提供听觉言语功能训练, 0~6岁肢体残疾儿童接受矫治手术后须提供运动及适应训练和必要的辅助器具。

# 残疾人家庭医生签约服务 指导手册

编写委员会：（按姓氏笔画为序）

丁 兰 首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心

许晓鸣 中国残疾人康复协会

杜雪平 中国医师协会全科医师分会

李宁燕 北京市西城区社区卫生管理中心

张金明 中国康复研究中心

张 曦 北京市西城区残疾人联合会

郑 颖 北京市西城区广外社区卫生服务中心

桂 源 四川扬康残疾人康复技术培训指导中心

蔡 澍 首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心