

团体标准

T/CGSS —2026

社区老年人家庭医生签约服务规范

Specification for Family Doctor Contract Services for Community Elderly

征求意见稿

（完成时间：2026-8）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

2026 - XX - XX 发布

2026 - XX - XX 实施

中国老年医学学会 发布

目 次

前言 II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 服务团队能力要求与资源配置 2

5 资源配置 5

6 签约服务内容 8

7 签约原则与服务流程 12

8 动态管理 16

9 风险防控与合规管理 17

10 服务保障 20

附 录 A （规范性附录） 社区老年人家庭医生签约服务包清单 23

附 录 B （资料性附录） 社区老年人家庭医生签约服务协议书模板 25

附 录 C （资料性附录） 社区老年人家庭医生签约服务评估指标体系 27

参考文献 29

索引 30

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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国老年医学学会公共健康服务分会提出。

本文件由中国老年医学学会归口。

本文件起草单位：中国老年医学学会公共健康服务分会、佳木斯市卫生健康事业发展中心、黑龙江省老年病医院、北京市丰台区方庄社区卫生服务中心、四川省什邡市老年病医院、黑龙江省医院全科医疗科、佳木斯大学附属第一医院全科医疗科、佳木斯市中心医院全科医学科、广东省军区广州第二十一离职干部休养所门诊部、浙江省绍兴市柯桥区兰亭街道社区卫生服务中心、成都市武侯区玉林社区卫生服务中心、广州市番禺区大龙街社区卫生服务中心、黑龙江省哈尔滨市香坊区六顺社区卫生服务中心、黑龙江省哈尔滨市道里区群力家园社区卫生服务中心、佳木斯市向阳区学府办社区卫生服务中心、佳木斯市向阳区建设办社区卫生服务中心、苏州好博医疗器械股份有限公司。

本文件主要起草人：王晓涛、曾庆秋、孔懋、高展、杨尊强、徐伟、方舟、高翔、张晟铭、刘加卓、葛松梅、张鹏程、傅劲超、徐阳阳、黄永佳、刘焕昱、邓鹏、杜娟、王泽宇、刘磊、毛寿龙、张连山、王金岭、董建民、祝鸿雁、李冰、朱宏伟、刘程艳、鞠红、汝婷婷、焦宝玉。

社区老年人家庭医生签约服务规范

1 范围

本文件界定了社区老年人家庭医生签约服务的术语和定义，确立了社区老年人家庭医生签约服务的总体要求、服务内容、服务流程、服务团队与能力要求、质量控制与评价及服务保障要求。

本文件适用于全国各级各类社区卫生服务机构、乡镇卫生院等基层医疗卫生机构开展的社区老年人家庭医生签约服务活动。

本文件不适用于急危重症老年患者的紧急医疗救治服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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。

T/CGSS 025—2022 老年患者临床营养管理服务规范

T/CGSS 047—2025 老年人失能等级评估机构服务规范

T/CGSS 048—2025 老年人吞咽障碍管理服务规范

T/CGSS 52—2025 老年人预防跌倒运动干预规范

T/CAWAORG 015—2024 老年慢病患者多重用药管理指南

T/LXLY 30—2024 居家康复及护理服务管理规范

T/CARD 064—2025 失能老年人社区医康养一体化服务规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 社区老年人 Community-Dwelling Elderly

居住在本社区网格化辖区内、连续居住满6个月及以上、年满60周岁及以上的常住户籍人口与常住流动人口；在国家基本公共卫生服务、老年人健康体检、慢病随访公共卫生专项场景中，特指年满65周岁及以上、连续居住满6个月的常住老年人。

3.2 家庭医生签约服务 Contract Service of Family Doctors

基层医疗卫生机构依法注册的家庭医生服务团队，遵循平等自愿、知情同意、权责对等、费用明晰四项原则，与社区老年人（含法定照护人）签订书面/电子制式签约服务协议，建立1年期及以上连续性契约服务关系，按照协议约定，为签约老年人统一提供免费基本公共卫生服务、普惠性基本医疗服务、协议约定个性化有偿健康管理服务的组合式医疗卫生服务总称。

3.3 老年人专项服务包 Special Service Package for the Elderly

依托基层医疗卫生机构现有诊疗权限，在国家免费基本公共卫生服务、医保报销范围内基本医疗服务法定清单之外，结合社区老年人躯体慢病、认知衰退、心理焦虑、社交隔离、居家照护五大特征，单独定价、按需选购、协议绑定的专业化、闭环式增值健康服务组合，分为普惠免费增补包、低偿个性化包、有偿高端照护包三类。

3.4 失能老年人 Disabled Elderly

因生理性衰老、慢性器质性疾病、意外伤害伤残、中枢神经退行性病变四类诱因，导致躯体运动、吞咽、二便控制或认知记忆、定向力功能永久性/间歇性障碍，经标准化量表评估后，日常生活活动能力（ADL）部分或全部丧失，每日需要第三方人员协助完成进食、穿衣、移位、如厕、洗浴任意一项日常活动的 60 周岁及以上老年人。

规范性引用要求：失能等级评估优先执行 T/CGSS 047—2025《老年人失能等级划分与评估规范》；针对纳入长期护理保险保障对象的老年人，同步兼容《长期护理失能等级评估标准（试行）》（医保办发〔2021〕37 号），双标准冲突时，长护险参保人员以医保办发〔2021〕37 号为准，非参保人员以 T/CGSS 047—2025 为准^[1]。

4 服务团队能力要求与资源配置

4.1 团队构成

4.1.1 核心成员：

家庭医生（团队负责人）、护士、公共卫生医师。

4.1.2 专业支持成员：

药师、健康管理师、康复治疗师、营养师、心理师、社会工作者、中医医师等。

4.1.3 辅助成员：

社区网格员、志愿者、养老护理员等。

4.1.4 团队规模：

原则上每名家庭医生签约老年人不超过1000人，团队成员配置根据签约人数与服务需求合理调整。

4.2 人员资质要求

4.2.1 家庭医生：

具备执业医师资格，注册在基层医疗卫生机构，接受过老年医学、全科医学、家庭医生签约服务等专业培训，熟悉老年人健康特点与服务需求。

4.2.2 护士：

具备护士执业资格，接受过老年护理、居家护理、康复护理等专业培训，掌握老年人护理技能与沟通技巧。

4.2.3 公共卫生医师：

具备公共卫生医师资格，熟悉国家基本公共卫生服务规范，掌握老年人健康管理技能。

4.2.4 其他专业人员：

药师、康复治疗师、营养师、心理师等应具备相应专业资质，接受过老年健康服务相关培训。

4.3 能力要求

4.3.1 专业服务能力：

掌握老年人常见病、多发病诊疗，慢性病规范化管理，衰弱、认知障碍、跌倒等老年综合征筛查与干预，居家护理、康复训练等专业技能。

4.3.2 沟通协调能力：

具备良好的沟通技巧，能够与老年人及照护者有效沟通，协调团队成员、上级医院、社区等多方资源。

4.3.3 应急处置能力：

掌握老年人常见急症（如心脑血管意外、跌倒、窒息等）的应急处置技能，能够及时开展应急救援与转诊。

4.3.4 信息化应用能力：

熟练使用家庭医生签约服务信息系统、电子健康档案系统、远程健康监测系统等信息化工具，实现健康信息管理与服务协同。

4.3.5 持续学习能力：

定期参加老年医学、家庭医生签约服务、康复护理等专业培训，及时更新知识与技能，适应老年人健康服务需求变化。

4.4 培训与考核

培训工作实行“牵头组织+师资授课”的分工模式，明确责任主体，确保培训专业性和针对性。

4.4.1 牵头培训主体

与管理主体一致，即社区卫生服务中心家庭医生团队管理办公室（或医务科、护理部联合牵头）。

培训组织：根据年度培训计划，组织新入职成员开展岗前培训，组织在岗成员开展每年不少于2次的定期培训，确定培训时间、场地、参与人员，通知到位并做好签到管理。

师资对接：筛选、对接培训师资，根据培训内容（政策法规、专业技能等），协调合适的授课人员，明确授课要求和内容。

培训保障：准备培训资料、课件、器械等物资，保障培训顺利开展；做好培训过程中的组织协调，处理突发情况。

培训考核：组织培训后的考核（岗前培训考核、定期培训阶段性考核），检验培训效果，考核不合格者督促其补训、补考，直至合格。

4.4.2 具体授课师资责任（配合牵头主体开展培训）

根据培训内容，明确不同授课师资及职责，确保培训内容专业、精准：

政策法规、服务规范授课师资：由社区卫生服务中心医务科、公共卫生科骨干人员担任，负责讲解家庭医生签约服务相关政策、医疗行业法规、服务流程规范等内容。

专业技能、老年医学新进展授课师资：由中心资深家庭医生、老年病专科医生、护理骨干担任，必要时邀请上级医院老年医学科、康复科专家授课，负责讲解老年医学最新进展、专项服务技能（如居家护理、康复训练）、常见疾病诊疗规范等。

沟通技巧授课师资：由中心医务科、护理部骨干，或专业的沟通培训讲师担任，负责讲解与老年人及家属的沟通技巧、纠纷应对方法等内容。

签约服务新政策授课师资：由公共卫生科、家庭医生管理办公室骨干人员担任，及时传达最新签约服务政策、工作要求，确保团队成员准确掌握政策变化。

4.4.3 补充说明

责任衔接：管理主体与培训主体需密切配合，管理主体负责统筹规划和监督，培训主体负责具体组织实施，确保培训、考核工作闭环管理。

责任落实：明确各岗位职责，将培训、管理工作纳入相关科室及个人的工作考核，对未按要求开展培训、管理工作的，追究相关负责人责任。

动态调整：根据上级政策要求、签约服务实际需求，管理主体可动态调整培训计划、考核方案及师资配置，确保培训、考核工作贴合实际。

4.4.4 原有培训考核内容

岗前培训：由家庭医生团队管理办公室牵头组织，统一安排专业全科医生授课，新入职团队成员须全员参加。培训内容涵盖政策法规、签约服务规范、基层专业服务技能、医患沟通技巧等内容。培训后由管理办公室组织考核，考核合格后方可上岗，保障新入职人员规范开展签约服务。

定期培训：由家庭医生团队管理办公室统筹组织，每年开展不少于2次全员专项培训，邀请资深全科医生担任授课师资。培训内容围绕老年医学新技术、签约服务新政策、老年专项服务技能等重点内容开展。每次培训后组织考核，巩固培训成效，持续提升团队专业服务能力。

考核评价：由家庭医生团队管理办公室负责实施团队考核评价工作。考核内容包括服务数量、服务质量、群众满意度、老年人健康指标改善等核心内容。管理办公室汇总分析考核结果，并与个人及团队绩效分配、评优评先挂钩，督促团队及时整改问题，持续优化服务质量。

4.4.5 动态管理

团队构成动态调整：建立服务需求、签约体量与团队配置联动机制，每季度摸排统计辖区签约老人数量、服务半径、慢病患病及失能失智情况。对单医生签约人数超标、专项服务需求激增的区域，及时补充对应专业人员；对服务需求下降区域，精简冗余人员、优化岗位分工。规范团队人员入职、转岗、离职登记备案，实时更新台账，保障服务连续稳定。

人员能力动态提升：依托培训考核、群众服务反馈，建立团队成员个人能力档案，实施精准化能力提升管理。对考核不合格、服务能力薄弱、满意度偏低的人员，由资深全科医生开展专项补训和一对一帮带，限期整改提升；对优秀骨干人员优先推荐参与高阶培训和学术交流。同步结合最新政策与老年健康服务新需求，动态更新培训内容，淘汰老旧课程，适配基层服务工作需要。

服务资源动态调配：统筹整合团队、社区及上级医院资源，实现资源优化共享、高效利用。针对失能、失智、居家养老老人，动态调整服务方式与频次，适当增加上门随访、康复护理服务。遇到突发公共卫生事件、集中发病等应急情况，及时调配人力物资，联动上级医院开通转诊绿色通道。定期梳理资源使用情况，盘活闲置资源、补齐紧缺资源，满足老年人个性化健康服务需求。

管理机制动态优化：每半年对动态管理工作进行复盘总结，结合上级政策调整、群众意见及考核结果，持续优化管理流程、服务标准和工作举措。针对分工不合理、响应不及时、资源调配不畅等问题，建立台账闭环整改。管理办公室常态化开展监督检查，确保各项管理举措落地见效，持续提升家庭医生

团队服务效能。

5 资源配置

5.1 场地配置

5.1.1 总体要求

基层医疗卫生机构应独立设置家庭医生签约服务专区，专区选址靠近机构主出入口，标识醒目统一，全程适配老年人、失能、行动不便人群通行使用，整体承载签约接待、健康咨询评估、基础诊疗、康复护理、便民服务全流程业务。

5.1.2 空间与分区标准

1) 专区面积：社区卫生服务中心专区使用面积不应小于 10 m²，预留扩容空间。

2) 设置五大独立功能分区，分区通道宽度可满足轮椅、助行器具通行：

签约接待区：负责居民身份核验、电子建档、协议签署、签约政策宣讲。

健康咨询评估区：开展健康问诊、慢病风险筛查、心理疏导、老年综合评估。

基础诊疗区：开展常见病接诊、生命体征检测、标本采集。

康复护理示教区：开展居家照护实操教学，放置康复训练器械、护理教学模型；

便民服务区：提供体检预约、转诊登记、健康证明办理、自助查询服务，可增设自助服务终端。

5.1.3 适老化与配套设施

通行环境：专区无台阶高差，铺设防滑地面，墙面连续安装扶手，设置夜间柔和感应照明；配套无障碍卫生间、无障碍坡道；

基础便民设施：配置带扶手候诊座椅、轮椅、老花镜、饮水设备、应急呼叫按钮；

宣教与消毒设施：设置健康教育宣传屏、资料展示架，标准化洗手台、分区消毒用品；

网络保障：全覆盖稳定有线及无线网络，保障业务系统、便携监测设备数据实时传输。

5.2 设备配置

5.2.1 基础诊疗护理标配设备

统一配置电子血压计、指尖血糖仪、血氧仪、心电图机、身高体重测量仪、视力检查设备、急救箱、自动体外除颤器。

5.2.2 老年健康专项选配设备

结合辖区老年人群患病、失能、衰弱情况按需配置，社区卫生服务中心选择配置

体适能筛查设备：骨密度检测仪、动脉硬化检测仪、肺功能检测仪；

跌倒风险测评设备：平衡测试仪器、步态分析工具、标准化防跌倒评估量表；

认知筛查工具：电子化认知测评系统、老年神经心理评估配套工具；

营养评估工具：体围测量尺、营养分析软件；

远程动态监测设备：家用可穿戴监护设备、便携式居家监测仪，支持健康数据自动上传、异常指标实时预警。

5.2.3 功能要求

通过上述设备组合，完整实现老年群体常规健康体检、衰弱 / 跌倒 / 认知 / 营养多维度风险评估、居家健康动态监测、慢病专项精细化健康管理服务。所有医疗器械具备国家医疗器械注册或备案凭证，符合行业监管标准。

5.3 药品配置

5.3.1 配置原则

遵循适配老年需求、保障连续用药、品类齐全安全、配送便捷高效原则，优化基层药品目录，统筹储备慢性病、长期处方、安宁舒缓疗护药品，实现老年常见病、慢性病长期稳定用药供给。

5.3.2 药品品类配置

基础慢病用药：依托国家基本药物目录，配齐高血压、糖尿病、冠心病、高血脂、慢性呼吸系统疾病、骨关节病等老年高发疾病治疗药物，充足储备降压、降糖、调脂、抗血小板常规制剂；

特色用药配置：针对性增加老年群体适配药品，包含小剂量、缓释、长效制剂，简化老年人服药频次；配齐常用中成药、中医药适宜技术配套用药，满足老年人中西医结合诊疗需求；适度配备老年失眠、认知障碍、骨质疏松等老年特有病症辅助用药。

转诊衔接用药配置：落实医共体、城市医疗集团用药目录衔接政策，实现基层与二级以上医院常用慢性病药品目录基本统一，保障老年人双向转诊、出院后续治疗用药无缝衔接，杜绝因药品品类差异导致治疗中断。

应急药品配置：社区卫生服务机构及延伸服务站点，需常规配备急救、突发不适对症应急药品，满足老年人居家突发轻症处置、上门随访应急处置需求。

5.3.3 用药保障配套机制

长期处方保障：对病情稳定、依从性良好的老年慢病签约居民，依规开具 4~12 周长期处方，配套充足药品库存；

缺药调配机制：建立专属缺药登记、动态补货、限时配送流程，刚需短缺药品定期完成调配；

药学服务支撑：配备专（兼）职药学人员，开展用药审核、配伍风险核查、多重用药评估，为高龄、失能、多病共存老人提供个性化居家药学指导；

药品配送与处方流转：为高龄、独居、失能老人提供药品配送到家服务；打通线上处方流转渠道，支持就近、定点取药及家属代办取药。

5.3.4 药品安全管理

划分老年慢病药、急救药、中成药专属存放区域，规范储存养护；定期排查药品效期，合规处置过期药品；建立老年人用药不良反应监测、随访闭环管理体系。

5.3.5 功能定位

完整支撑老年常见病、慢性病长期连续用药需求，满足居家照护、转诊接续治疗、安宁舒缓疗护全场景药品供给。

5.4 信息配置

5.4.1 平台依托

统一使用区域标准化家庭医生签约服务信息平台，打通电子健康档案、签约人员台账、履约服务记录、双向转诊四大核心数据链路，实现跨机构数据互通、业务协同。

5.4.2 信息化硬件配置

基础办公设备：足额配备电脑、打印机、读卡器、移动随访终端，支撑现场签约、处方开具、报告打印；

适老化终端：配备大屏、大字体、语音播报便民查询终端，简化操作流程；便携监测设备支持上门随访数据实时录入；

网络运维：站点千兆网络全覆盖，配备备用流量网络，断网时本地缓存数据，网络恢复后自动同步。

5.4.3 系统核心功能模块

电子健康档案模块：归集老年人基础信息、慢病记录、体检、用药、随访、转诊全维度数据，一人一档动态更新；

签约管理模块：线上线下签约、续约、解约全流程管理，自动标记高龄、独居、失能、高危慢病人群，生成随访工单，留存履约记录，支撑服务绩效考核；

协同诊疗模块：实现上下级医疗机构检查检验结果互认，双向转诊信息自动推送，同步更新诊疗、用药方案；

老年便民服务模块：支持随访预约、线上健康咨询、慢病复诊、体检报告查询，定期推送个性化慢病宣教、养生科普信息；

远程监护模块：对接居家可穿戴监测设备，自动抓取健康数据，高危指标智能预警，同步推送至对应家庭医生团队。

5.4.4 数据安全与运维保障

数据标准化：规范老年签约数据采集、录入、更新流程，保证数据完整真实；

隐私安全：落实网络安全等级保护，分级管控访问权限，加密存储居民健康隐私信息，严禁违规调取、泄露；

常态化运维：配备专（兼）职运维人员，定期检修系统、修复漏洞；制定系统故障、信息泄露应急预案，定期开展应急演练。

5.4.5 智慧服务延伸配置

鼓励推进“互联网+签约服务”提质升级，依托电子家庭医生地图、线上随访、远程健康监测等智慧工具，公示签约团队信息、服务片区、联系方式、服务时间，扩大服务覆盖面；支持以家庭为单位开展签约服务，为失能、独居、行动不便老年人提供远程监护、线上问诊、上门服务预约等智慧化延伸服务。

6 签约服务内容

6.1 总体要求

社区老年人家庭医生签约服务内容应包括基本公共卫生服务、基本医疗服务及老年人专项服务包。各类服务内容应根据老年人健康状况、功能状态及服务需求进行分类提供，确保服务的连续性、可及性、安全性。

6.2 基本公共卫生服务和健康管理服务

6.2.1 居民健康档案管理

建立居民电子健康档案应完整、动态、可追溯，并符合以下要求：

签约当日由家庭医生团队公卫人员全面采集老年人基本信息、病史、用药、体检报告及生活习惯等，信息应完整无遗漏，即时录入电子健康档案系统，并由老年人或其照护者签字确认后方可生效；

档案更新应严格执行“每次服务必更新”原则，门诊、随访、体检、转诊等服务应在 5 日内补充相关信息；每年开展 1 次全面复核，核对修正信息，保障档案的时效性；

档案维护应由公卫人员专人管理，并每月检查档案完整性与准确性，建立查阅登记制度保护隐私，档案应长期留存，为后续服务提供依据。

6.2.2 健康提醒与咨询

健康提醒与咨询包括以下三个方面：

健康提醒：可通过微信、短信、电话等渠道，推送用药、随访、体检等提醒，应结合季节和慢性病特点，补充疾病预防、养生等相关内容，为行动不便老人同步提醒上门服务预约；

健康咨询：可开通电话、微信、健康 APP 等咨询渠道，明确响应机制，建议简单问题宜及时解答，复杂问题宜给出初步指导并预约后续服务，跟踪反馈结果；

慢病管理指导：应为慢性病老人建立常态化指导机制，每月推送管理知识，每季度开展一对一指导，调整管理方案，解答相关疑问。

6.2.3 中医药健康管理

结合中医药特色，为老年人提供个性化体质调理、保健指导及适宜技术服务，提升老年人健康素养，中医药健康管理方式包括但不限于以下三种：

中医药体质辨识：每年应为签约老人开展 1 次免费体质辨识，由专业中医药人员通过望闻问切判断体质类型，出具体质报告并给出针对性调理建议；

中医药保健指导：应根据体质结果，从饮食、起居、情志、中药保健四个方面提供指导，推荐适宜食材和保健方法，规避自行用药风险；

中医适宜技术服务：老年人可预约艾灸、拔罐、推拿等服务，由专业人员上门或在社区提供服务，规范操作并做好记录，根据反馈调整方案。

6.2.4 联系服务渠道

为确保老年人及照护者能及时获取健康咨询、紧急求助响应，保障老年人健康安全，应建立 24 小时畅通的联系渠道，确保以下内容：

渠道建立：签约时明确告知老人及照护者电话、微信、健康 APP 三种核心渠道，讲解使用方法，确保人人会用、知晓紧急求助方式；

响应机制：工作日 10 分钟内响应咨询，非工作时间 30 分钟内响应紧急求助，提供急救指导、协助就医并跟踪反馈；

渠道维护：每日检查渠道消息，每月核对联系方式，每季度为老人提供渠道使用指导，确保渠道有效发挥作用。

6.2.5 上门健康随访

应为高龄、失能、失智、行动不便老年人提供便捷的上门健康服务，及时掌握健康状况，指导规范管理，降低发病风险。随访的实施应包含以下内容：

服务对象筛选：筛选 80 岁及以上、失能、失智、行动不便等重点老人，建立专项台账，实行“一人一档”精细化管理；

随访计划制定：结合老人健康状况制定个性化随访计划，每年上门不少于 4 次，病情不稳定者增加

频次，提前协商上门时间；

上门随访实施：由家庭医生带队上门，携带必要设备开展健康评估、用药及康复指导，提供便民服务，更新档案并告知下次随访时间；

随访反馈：应及时反馈随访结果，告知健康状况和注意事项，对病情异常者及时安排就诊或转诊，跟踪后续情况并调整计划。

6.2.6 失能老年人健康服务

应为失能老年人提供全周期、专业化的健康服务，缓解失能症状，提升生活质量，减轻照护者负担，服务内容包含但不限于以下内容：

失能等级评估：签约后 1 个月内开展首次评估，每年全面评估，病情变化时及时复评，分级结果录入档案作为服务依据。

长期照护指导：根据失能等级，指导照护者做好日常护理、营养搭配和居家环境优化，预防安全风险。

居家护理服务：接受预约为重度失能老人提供专业护理，明确服务频次，做好记录并告知照护注意事项。

康复训练指导：制定个性化康复计划，指导照护者协助开展训练，根据耐受度调整强度，定期评估并优化计划。

6.2.7 基本医疗服务

6.2.7.1 门诊服务

应为老年人提供便捷、高效的门诊诊疗服务，解决常见病、多发病就医需求，规范管理慢性病。

常见病、多发病应为就诊老人优先诊疗，结合问诊、体检和辅助检查明确诊断，开具处方并提供治疗，复杂病情及时转诊。

慢性病应规范化管理，为慢性病老人建立台账，每年体检 1 次、每季度随访 1 次，监测指标并调整用药，指导自我监测。

开通门诊优先通道，为行动不便老人提供全程协助，减少排队等待时间。

6.2.7.2 转诊服务

建立双向转诊绿色通道，为需要上级医院诊疗的老年人提供便捷、高效的转诊服务，确保诊疗连续性，转诊服务应包含以下内容：

转诊评估：密切关注老人病情，对需上级医院诊疗者，与老人及照护者沟通后启动转诊流程；

转诊预约：对接上级医院对应科室，预约专家号或床位，告知转诊流程和需携带资料；

陪同转诊：为行动不便、无人陪同老人安排人员陪同，协助办理手续并衔接诊疗信息；

转诊后随访：老人诊疗结束后 3 个工作日内随访，更新档案，衔接居家康复护理服务。

6.2.7.3 长期处方服务

为减少老年人就医频次，保障用药连续性，提升用药依从性，应为病情稳定的慢性病老年人提供长期处方服务，服务内容及要求如下：

适用对象筛选：应筛选病情稳定、用药规律、无严重并发症的慢性病老年人，明确其享受长期处方服务的资格；

处方开具：长期处方应规范开具，单次处方最长用药量不应超过 12 周，并且医生应告知用药注意事项和病情监测要求；

处方配送与领取：应提供社区取药或上门配送服务，指导核对药品信息并签字确认；

处方管理与随访：每3个月至少随访1次，评估用药情况并根据病情调整用药方案，在长期处方期满前，应及时提醒复诊续方。

6.2.7.4 合理用药指导

为指导老年人规范用药，避免漏服、误服、重复用药及药物不良反应，保障用药安全有效，应开展合理用药指导工作。服务内容包括但不限于以下方面：

用药筛查：每次提供医疗卫生服务时，应对照患者用药清单进行筛查，排查不合理用药情况并及时调整；

用药教育：应使用通俗易懂的语言向老年人及其照护者讲解用药知识，宜发放用药指导手册，方便老年人及其照护者查阅；

药物不良反应监测：应告知老年人及其照护者常见药物不良反应的识别与应对方法，定期询问患者的用药反应情况，对发现的不良反应及时处理并记录；

用药依从性干预：应指导老年人建立用药提醒机制，每月提醒用药依从性，督促其规范用药。

6.3 老年人专项服务包（个性化服务）

根据社区老年人健康特点与需求，在基本服务基础上，提供以下专项服务包，具体服务内容见附录A。

6.3.1 生理功能减退与衰弱、营养及吞咽障碍管理服务包

衰弱筛查与评估：每年为65岁及以上老人筛查1次，高危老人每6个月1次，采用规范工具评估分级，制定并调整干预计划。

肌少症管理：每年筛查1次肌少症，提供营养和运动干预，指导照护者协助行动不便老人开展训练^[2]。

营养管理：每年开展营养风险筛查，对有风险者进一步评估，制定膳食方案，提供营养支持并定期调整^[2]。

吞咽障碍管理：每年筛查1次，阳性者进一步评估，指导吞咽训练、饮食调整和防误吸方法，培训照护者急救技能^[3]。

6.3.2 认知功能障碍与心理健康服务包

认知障碍筛查与评估：每年为65岁及以上老人筛查1次，重点人群增加频次，疑似严重病例及时转诊确诊。

认知障碍管理：指导确诊老人规范用药，制定认知训练计划，为照护者提供技能培训。

心理健康服务：每年筛查情绪问题，重点人群增加频次，开展心理疏导，必要时转诊，同时进行认知行为干预。

照护者支持：每季度开展照护技能培训，为照护者提供心理疏导和短期喘息服务。

6.3.3 行动能力受限、骨质疏松与跌倒高风险防控服务包

失能评估与照护：参照失能老人服务流程开展评估，制定长期照护计划，指导居家护理并衔接医养养老服务。

骨质疏松管理：每年为重点人群筛查骨质疏松，指导用药、补钙和运动，协助行动不便老人开展训练。

跌倒预防：开展跌倒风险评估，提供个性化预防服务，指导优化居家环境，讲解应急处理方法。

6.3.4 慢性病多病共病与多重用药管理服务包

多病共病管理：针对高血压、糖尿病、冠心病等多病共存老人，开展综合健康评估，提供一体化诊疗服务，重点做好并发症防治，定期调整诊疗方案。

多重用药管理：依据相关标准^[4]，筛查老人用药清单，排查药物相互作用、重复用药等问题，提供用药精简和教育服务，提升用药安全性。

用药监测：定期开展血药浓度、肝肾功能监测，根据监测结果及时调整用药方案，防范药物不良反应发生。

6.3.5 康复医疗服务包

心脑血管疾病康复：为脑卒中、冠心病等恢复期老人，提供肢体、认知、言语、心肺等针对性康复服务，助力功能恢复。

居家康复服务：依据相关标准^[5]，为行动不便、失能老人提供上门康复评估、训练及指导服务，贴合居家场景需求。

康复设备适配：为有需求的老人，提供康复设备评估、适配指导及使用培训，帮助其正确使用康复辅助器具。

6.3.6 居家医疗、照护与社会支持服务包

家庭病床服务：依据地方相关标准^[6-9]，为失能、重病、临终老人设立家庭病床，提供居家医疗、护理及生活照料服务。

居家护理服务：为失能、半失能老人，提供压疮、管路、口腔、皮肤等专业居家护理服务，保障居家护理质量。

社会支持服务：为空巢、独居、贫困老人，链接社区养老、社会救助等资源，提供照护培训、日间照料、助餐助浴等服务。

智慧健康服务：借助智能穿戴设备、健康 APP，为老人提供远程健康监测、紧急呼叫、健康提醒等便捷服务。

6.3.7 安宁疗护服务包

疼痛管理：为临终老人开展疼痛评估，通过药物与非药物方式进行疼痛干预，提供舒适护理，缓解痛苦。

临终关怀：为临终老人及家属，提供生理、心理、社会、精神全方位关怀，包括症状控制、心理疏导、哀伤辅导等。

安宁疗护协调：组建安宁疗护团队，协调社区、医院、养老机构等资源，为临终老人提供连续性安宁疗护服务。

6.3.8 健康素养提升服务包

健康宣教：定期开展健康知识讲座、沙龙、咨询等活动，覆盖慢性病管理、跌倒预防、用药安全等重点内容。

个性化健康指导：结合老人健康状况，制定个性化健康管理计划，提供一对一健康指导和行为干预服务。

健康技能培训：为老人及照护者，培训心肺复苏、海姆立克急救法、居家护理、康复训练等实用技能。

7 签约原则与服务流程

7.1 总体服务原则

社区老年人家庭医生签约服务应遵循以下原则：

自愿签约：充分尊重老年人及其照护者意愿，在平等、知情、自愿的前提下签订服务协议，明确双方权利、义务与服务内容。不应以任何形式强制或变相强制签约。

重点覆盖：签约服务应覆盖辖区内 65 周岁及以上老年人，重点覆盖 80 周岁及以上、失能、失智、独居及计划生育特殊家庭老年人等重点老年人群，对后者实行“应签尽签、优先服务”。

分类管理：根据老年人健康状况、功能状态及具体服务需求，划分为健康老年人、慢性病老年人、失能/失智老年人、安宁疗护需求老年人等类别，实施差异化签约服务，精准匹配服务包。

动态调整：根据签约老年人健康状况与服务需求的变化，定期进行再评估，及时动态调整服务内容、服务频次与服务方式。

7.2 签约准备

7.2.1 团队组建

基层医疗卫生机构应组建家庭医生签约服务团队，明确团队负责人及各成员职责、分工与服务范围。团队构成应符合本标准第 4 章相关要求。

7.2.2 宣传动员

家庭医生团队应协同社区居委会（村委会），通过社区公告、入户宣传、健康讲座及新媒体平台等方式，广泛宣传家庭医生签约服务政策、内容、流程及优惠政策，提高老年人知晓率与参与度。

7.2.3 需求评估

签约前，应对意向老年人进行初步需求评估，评估内容包括健康状况、功能状态、主要服务需求、家庭支持情况及社会环境等因素，为精准签约与服务提供依据。

7.2.4 协议准备

制定规范的《社区老年人家庭医生签约服务协议书》标准文本（参见附录 B），协议内容应包含但不限于：服务包（基本服务包与专项服务包）、服务期限、双方权利与义务、服务费用、违约责任、免责情形及争议解决途径等。

7.3 签约实施

7.3.1 知情告知

家庭医生团队须向老年人或其法定代理人详尽解释协议所有条款、服务内容、注意事项及可能风险，确保其充分理解后，自愿签署知情同意书。

7.3.2 协议签订

在平等、自愿、知情的前提下，双方签订服务协议。协议期限一般为 1 年。新签约老年人在签约后 1 个月内，应完成首次全面健康评估。

7.3.3 服务包选定

签约时，家庭医生团队应根据需求评估结果，指导老年人或其照护者选定基本服务包（必选）及适宜的专项服务包（可选），形成个性化服务组合。

7.3.4 信息录入与建档

签约手续完成后 24 小时内（如遇法定节假日顺延），登录家庭医生签约服务信息系统建立或更新电子健康档案，档案内容包括但不限于老年人基本信息、协议内容、选定服务包等。

7.3.5 告知服务

签约完成后，应向签约老年人及照护者告知家庭医生团队联系方式、服务内容、服务流程、注意事项及应急求助方式等，确保其知晓并能够有效使用签约服务。

7.4 服务提供

7.4.1 常规服务

家庭医生团队应依据协议约定的内容、频次与标准，规范提供基本公共卫生服务、基本医疗服务及个性化健康管理服务。服务过程应及时录入信息系统。

7.4.2 上门服务

对 80 周岁及以上老年人，以及 65 周岁及以上失能、失智、行动不便等确有困难的签约老年人，应根据评估结果制定上门服务计划，提供定期健康随访、居家护理、康复训练等服务。上门服务应严格遵循 7.5 的安全管理要求。

7.4.3 应急响应

建立 24 小时应急响应机制。签约老年人遇紧急健康求助时，团队应在 5 分钟内响应，提供急救指导，并根据需要在自接到求助起 30 分钟内协调安排转诊或急救资源，确保老年人得到及时处置。

7.4.4 协同转诊

建立与上级医院、养老机构、社区服务中心等单位的协作机制，畅通双向转诊绿色通道。对需要转诊的老年人，应在 24 小时内完成转诊对接，并做好转诊后随访与档案更新。

7.5 上门服务安全管理要求

7.5.1 服务前安全准备

7.5.1.1 人员资质与培训

上门服务人员应具备相应执业资格（医护人员持执业医师/护士执业证书，护理人员持护理员职业资格证），持证上岗。定期接受老年人应急处置、居家安全防护、沟通技巧及自身安全保护等专项培训，考核合格后方可开展服务。

7.5.1.2 信息核实

提前与老年人或其照护者确认上门时间、具体地址、当前身体状况、特殊需求及居家环境安全隐患，包括但不限于地面湿滑、通道障碍、用电安全、有无宠物等，初步判定是否存在安全隐患，做好应对准备。

7.5.1.3 物资检查

携带齐全服务所需器械、药品、服务记录单，配备急救包包括但不限于心肺复苏用品、止血带、消毒用品、常用急救药品等。出发前检查物资完整性、器械安全性与药品有效期，不应携带过期、不合格

物品上门。

7.5.1.4 人员陪同

上门服务至少安排2名工作人员同行。确有困难无法安排2人同行时，应报经团队负责人批准并采取安全补充措施。工作人员应佩戴统一证件，接受核实。

7.5.2 服务中安全管控

7.5.2.1 环境排查

到达现场后，先快速排查居家环境安全，协助清理通道障碍物、擦干湿滑地面、关闭闲置电源，防止服务过程中发生跌倒、磕碰、触电等意外。

7.5.2.2 规范操作

严格遵循诊疗、护理、康复等技术规范与操作流程，结合老年人身体状况调整服务力度与方式，避免过度或不当操作。康复训练应循序渐进，护理操作严格消毒，失智老年人全程看护。

7.5.2.3 动态监测

全程关注老年人面色、呼吸、意识等生命体征与反应，出现头晕、心慌、呼吸困难等异常应立即中止服务，并启动应急处置。同时注意自身安全，避免与服务对象发生冲突，遇特殊情况及时联系单位。

7.5.2.4 沟通知知

服务过程中及时向老年人及照护者说明操作目的、注意事项，操作前征得同意。发现身体异常或居家安全隐患，第一时间告知并提出改进建议，做好记录。

7.5.3 服务后安全收尾

7.5.3.1 服务记录

完整填写服务记录单，详述服务内容、老年人状况、发现的问题及处理情况，由老年人或其照护者签字确认。返回单位后及时上报，对重大安全隐患应立即报告负责人。

7.5.3.2 隐患告知

对电器老化、地面湿滑、药品摆放混乱等居家安全隐患，书面告知并明确整改建议，必要时协助联系相关人员整改。

7.5.3.3 物资清点

整理服务器械、药品等物资，确保无遗漏。与家属交接药品、急救物品并告知使用方法和注意事项。

7.5.3.4 返程确认

确认老年人状态稳定、居家环境无风险后离开。返程中及时向单位反馈服务收尾情况，确保全程可追溯。

7.6 服务档案动态管理

7.6.1 档案建立

签约完成后24小时内（如遇法定节假日顺延）建立电子健康档案，全面采集老年人基本信息、病

史、用药史、体检报告、生活习惯及服务需求等，经老年人或其照护者签字确认后生效，确保信息完整、准确。

7.6.2 档案更新

严格执行“每次服务必更新”原则，门诊、随访、体检、转诊等服务后 24 小时内补充相关信息。每年开展 1 次档案全面复核，核对修正信息，保障档案时效性与准确性。

7.6.3 档案维护

指定专人管理健康档案，每月检查档案完整性与规范性。建立查阅登记制度，严格保护老年人隐私，档案长期留存为后续服务提供连续、可靠的数据支撑。

7.6.4 数据分析与应用

依托家庭医生签约服务信息系统，定期统计分析签约老年人健康状况、服务利用情况、健康指标变化等，为服务方案优化、资源配置调整及质量控制提供数据支撑。

7.7 续约、变更与终止

7.7.1 续约

协议期满前 1 个月，家庭医生团队应主动征询老年人或其照护者的续约意愿，重新评估健康状况与服务需求，经双方协商一致后，重新签订服务协议。优先保障重点老年人群的续约服务连续性。

7.7.2 变更

协议有效期内，如签约老年人健康状况、居住地址、照护者等关键信息发生重大变化，或服务需求发生显著改变，经双方协商一致，可书面变更协议内容（如调整服务包、服务频次等），变更记录应归档保存。

7.7.3 终止

协议包括但不限于以下情形：

- 1) 签约老年人死亡
- 2) 签约老年人迁出本服务辖区
- 3) 签约老年人或其法定代理人主动提出终止
- 4) 协议期满且未续约
- 5) 其他法定或约定终止情形

协议终止后，家庭医生团队应做好告知工作，完成档案归档，可根据老年人需求提供转介服务（如转介至新居住地社区卫生服务机构或相关养老机构），确保老年人健康服务的连续性。

8 动态管理

8.1 质量控制体系

8.1.1 建立三级质量控制体系：

基层医疗卫生机构质控小组（一级）、区县卫生健康行政部门（二级）、省级老年医学学会质控委员会（三级）。

8.1.2 制定质量控制标准：

明确签约服务内容、服务流程、服务质量、服务安全、台账管理等质量控制标准，定期开展质控检查。

8.1.3 全程质量控制：

对签约服务准备、实施、评估、改进全过程进行质量控制，重点监控上门服务、双向转诊、用药管理、康复服务等关键环节。

8.2 质量控制内容

8.2.1 服务规范性：

检查签约服务协议签订、服务内容落实、服务流程执行、服务记录完整性等是否符合规范要求。

8.2.2 服务安全性：

排查用药、护理、康复以及应急处置等服务环节是否存在安全隐患，预防医疗差错与不良事件的发生。

8.2.3 服务有效性：

评估老年人健康指标（如血压控制率、血糖控制率、跌倒发生率、等）是否改善，服务目标如慢性病规范管理率、重点人群随访到位率、双向转诊有效落实率等是否达成。

8.2.4 服务满意度：

通过问卷调查、电话随访、入户访谈、现场座谈等方式，调查老年人及照护者对签约服务的满意度。

8.3 评价方式

8.3.1 内部评价：

基层医疗卫生机构每月开展内部质控检查，每季度开展内部评价，及时发现问题并整改。

8.3.2 外部评价：

区县级家庭医生签约服务每半年开展外部质控检查，省级老年医学学会每年开展全面评价，形成评价报告并反馈。

8.3.3 第三方评价：

委托第三方机构开展服务满意度、服务效果等评价，确保评价结果客观公正。

8.4 持续改进

8.4.1 问题分析：

对质量控制与评价中发现的问题，进行根本原因分析，制定针对性改进措施。

8.4.2 整改落实：

明确整改责任、整改时限与整改标准，跟踪整改落实情况，确保问题整改到位。

9 风险防控与合规管理

9.1 服务安全风险防控

本章节针对社区老年人家庭医生签约全流程服务安全建立事前预判、事中管控、事后处置的闭环防控流程，适用于基层医疗卫生机构开展老年人门诊、居家诊疗、上门随访、康复护理、用药指导等各类服务，结合老年人群体生理特点、居家环境特征及基层服务场景落实安全管理要求，最大限度防范跌倒、用药不良反应、突发疾病、操作意外等安全事件。

9.1.1 事前风险预判

在签约建档环节，工作人员需全面采集老年人健康基础信息，重点摸排既往病史、药物过敏史、反复跌倒史、认知障碍、精神行为异常等高危因素，对筛查出的高风险老年人单独建立专项风险台账，做到“一人一档、动态标注”，明确风险等级、风险类型及基础防控要点，为后续差异化服务提供依据；开展上门诊疗、随访、康复护理等服务前，提前与老年人本人或照护者沟通，核实老人当日身体状态、居家环境布局，重点排查地面湿滑、通道堵塞、杂物堆积、用电用气隐患、宠物干扰等安全问题；针对失能、失智、高龄独居等极高风险个案，结合其健康状况与居家条件制定个性化安全防控预案，明确服务流程、应急点位及联络方式。基层医疗卫生机构按年度组织家庭医生团队开展安全培训，培训内容涵盖常见急症应急急救、居家环境风险辨识、上门服务安全规范、跌倒/用药意外处置等内容，培训后配套考核，考核合格方可上岗服务，持续强化团队安全防控意识与实操能力。

9.1.2 事中过程管控

门诊、居家诊疗、康复护理等所有服务环节，严格遵循国家及基层医疗卫生机构诊疗操作规程、院感管理规范。针对老年患者动作迟缓、反应能力下降等特点，放缓操作节奏，强化人文照护，避免因操作不当引发身体损伤。严格落实处方审核、双人用药复核双重制度，重点关注老年人多病共存、多重用药问题，逐一核查药物配伍、用药剂量、服用频次，提前预判药物不良反应，主动告知老人及照护用药禁忌、观察要点，从源头降低用药安全风险。所有上门服务执行双人出诊制度，严禁单人独自上门；服务过程中持续观察老年人面色、呼吸、意识等生命体征，若出现头晕、心慌、突发不适等情况，立即中止当前操作，第一时间开展就地应急处置，同时快速对接上级医疗机构双向转诊通道，确保突发情况得到及时处置。上门服务期间同步开展居家环境安全评估，协助清理障碍物、处理湿滑地面，实时规避现场安全隐患。

9.1.3 事后隐患处置

发生跌倒、用药不适、护理操作意外、突发疾病等各类安全不良事件，责任人员需在 24 小时内完成事件登记、上报工作，详实记录事件发生时间、地点、经过、处置措施及后续情况，做到事件全留痕。基层医疗卫生机构质控小组针对上报的不良事件开展根因分析，区分人为操作、环境、患者自身、管理等不同诱因，形成分析报告，并结合问题优化同类老年群体的服务方案、防控措施，杜绝同类事件重复发生。每季度汇总全机构服务安全隐患、不良事件清单，梳理共性问题与高频风险点，结合最新行业规范、老年健康服务要求，修订、更新风险防控细则，持续完善安全管理体系。

9.2 老年人隐私信息保护

社区老年人健康档案、签约资料、诊疗记录等均属于医疗健康类敏感个人信息，依据《中华人民共和国个人信息保护法》^[10]《医疗卫生机构网络安全管理办法》^[11]相关规定，建立全流程隐私保护机制，严格规范信息存储、使用、销毁全环节，杜绝信息泄露、非法使用等行为，依法保障老年人隐私权与个人信息安全。

9.2.1 信息存储管理

电子健康档案、签约电子资料、诊疗数据等实行专人账号、分级权限管理，按照岗位职责设置不同信息访问权限，做到权责分离；信息系统全程开启访问留痕功能，自动记录登录人员、访问时间、操作内容，实现所有操作可追溯。严禁工作人员私自导出、拷贝、转发老年人电子信息，禁止使用私人设备存储涉密健康数据。老年人纸质签约协议、体检报告、诊疗单据等资料统一收纳，存放于专用上锁档案柜，划定独立档案存放区域；建立纸质档案借阅登记制度，明确借阅人员、借阅用途、借阅时限，借阅、归还均需签字确认，非工作时间及时锁闭档案柜。所有信息存储、管理行为严格遵循

《中华人民共和国个人信息保护法》第二十八条、第二十九条及《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第九十二条要求，严守医疗信息安全底线。

9.2.2 信息使用规范

老年人健康信息仅可用于签约履约、日常诊疗、健康随访、基本公共卫生服务统计等法定、约定场景，严禁超出范围使用。若因教学、科研、对外交流等特殊情况需要使用相关信息，必须事先取得老年人本人或法定监护人书面同意，未经书面许可，不得向任何第三方泄露、转让、提供老年人健康数据。开展健康宣教、案例研讨、工作汇报、数据上报等工作时，必须对案例信息进行脱敏处理，隐去老年人姓名、身份证号、住址、联系电话、具体诊疗信息等关键隐私内容，仅保留非识别性健康概况，杜绝隐私信息外露。严禁在社交软件、网络平台、公共场合谈论、传播老年人个人健康及隐私信息。

9.2.3 信息销毁管理

当档案达到保管期限、老年人迁出服务辖区、身故或主动终止签约服务后，区分纸质资料与电子数据分类处置。纸质档案按照单位档案管理统一规定，采用粉碎等规范方式集中销毁，并做好销毁记录；电子数据按照卫生健康行业信息管理规范进行封存、彻底删除，不得留存备份。信息销毁、封存全过程安排双人监督，详实记录处置对象、时间、方式、经办人，确保过期、失效信息完全处置，从末端防范信息外流风险。

9.3 纠纷投诉处理机制

9.3.1 投诉受理

基层医疗卫生机构应设立并公示家庭医生签约服务专属投诉渠道，包括：

- (1) 现场投诉窗口、专线投诉电话、意见箱等。
- (2) 线上入口（微信公众号、居民健康 APP）。接到投诉当日登记相关信息，建立投诉台账，并于 3 个工作日内对接投诉人核实诉求。

9.3.2 分级处理

调查过程应充分听取签约老年人（或其代理人）及家庭医生团队的陈述。

简单事项（如咨询答疑类）：能当场核查的，立即纠正并反馈。一般事项：需调查的，自受理之日起5个工作日内反馈处理进展或意见。复杂事项（涉及多科室或疑似医疗纠纷）：不超过10个工作日内反馈处理意见。

对投诉事项经查属实的，责令补履约、限期整改，并纳入团队绩效考核。涉及服务态度或岗位职责的，按机构内部管理制度执行。对双方不愿再继续现有家庭医生签约服务的，引导更换签约医生。

9.3.3 反馈与回访

按月归集投诉问题，并对投诉具体内容进行归类分析，同步优化服务流程，加强团队培训，严格团队绩效奖惩考核。

9.4 服务禁忌与免责规范

9.4.1 服务禁忌

对超出机构诊疗科目范围的手术、特殊诊疗项目等不予开展，并及时评估、转诊至上级医疗机构；对过敏禁忌药物、禁忌症康复项目，严禁实施相关操作；在老年人意识不清、无监护人在场且无紧急救治指征时，暂缓非急救类侵入性护理、康复操作。

9.4.2 免责情形

老人及监护人隐瞒病史、过敏史、既往病情，拒不配合诊疗指导引发不良后果，由乙方自行承担；突发不可预见的心脑血管急症、意外摔伤等不可抗力事件，服务方已依规开展应急处置、协助转诊的，免除相应责任；超出基层诊疗能力、已履行转诊告知义务但家属拒绝转诊发生意外，服务方无过错可依规免责。

9.4.3 协议备注

相关禁忌、免责条款补充载明于附录 B 签约服务协议内，签约时逐项告知并经签约方签字确认。

10 服务保障

10.1 组织保障

10.1.1 学会引领指导

中国老年医学学会作为核心指导主体，牵头负责《社区老年人家庭医生签约服务团体标准》的制定、宣贯推广、专业培训及全流程技术指导，搭建交流平台，总结推广先进经验，推动标准规范落地见效，保障服务专业性与统一性。

10.1.2 机构主体落实

具备社区家庭医生服务资格与能力的医疗卫生机构作为签约服务实施主体，负责签约团队组建、服务提供、质量控制与健康档案管理。推动签约服务由基层医疗卫生机构向二级及以上医院，由公立医疗卫生机构向社会办医疗卫生机构拓展。支持合规社会办医疗卫生机构承接老年人签约服务。

10.1.3 多方协同联动

健全跨部门、跨层级多方协同联动机制，统筹联动社区、村（居）委会、养老服务机构、基层医疗机构、社会组织等多方主体，协助开展老年人健康需求摸排、签约动员、服务引导等工作，搭建服务衔接桥梁，凝聚工作合力，为社区老年人家庭医生签约服务有序推进提供全方位支撑。

10.2 政策保障

10.2.1 纳入绩效考核

落实国家家庭医生签约服务相关政策^[12,15]，将社区老年人家庭医生签约服务纳入基层医疗卫生机构绩效考核与公共卫生服务项目管理。

10.2.2 完善经费保障

完善签约服务经费保障机制，合理确定签约服务收费标准，落实政府购买服务、医保支付、签约居民个人付费等经费支持政策参照《家庭医生签约基本服务包清单（试行）》^[13]规范基础服务内容。

10.2.3 建立激励机制

建立家庭医生团队激励机制，将签约服务数量、质量、满意度与绩效工资、评优评先、职称晋升等挂钩，调动团队积极性。签约服务费经考核合格后拨付，原则上不低于70%用于签约服务医务人员薪酬分配。

10.3 资源保障

10.3.1 场地保障

具备社区家庭医生服务资格的医疗卫生机构应设置家庭医生签约服务专区，配备必要的诊疗设备、康复设备、护理设备、信息化设备等。

10.3.2 设备保障

配备老年人健康体检设备、跌倒评估设备、认知评估设备、营养评估设备、远程健康监测设备等，满足专项服务需求。有条件机构统一配置出诊急救包、防护用品、外勤交通工具，支撑居家上门服务开展。

10.3.3 药品保障

完善基层老年常用药配备与目录衔接统一，保障老年人慢性病用药、长期处方用药、安宁疗护用药等药品供应，建立缺货登记与及时补货机制，落实《关于改革完善基层药品联动管理机制扩大基层药品种类的意见》^[14]，优化基层药品目录，统筹储备慢性病、长期处方、安宁舒缓疗护药品。

10.3.4 信息保障

依托区域全民健康信息平台增设签约管理服务模块，支持远程健康监测与智慧健康服务，鼓励运用“互联网+”、AI技术，实现健康档案、签约信息、服务记录、双向转诊等信息互联互通。

10.3.5 人才保障

组建全科医师牵头的老年签约服务团队，配齐医护、公卫、村医等人员，科学核定签约负荷；定期开展老年认知、跌倒、营养评估及慢病照护等专项培训。

10.4 安全保障

10.4.1 医疗安全

落实医疗核心制度，规范诊疗行为，加强用药安全、护理安全、康复安全管理，防范医疗差错与不良事件。

10.4.2 信息安全

加强健康信息保护，严格遵守《中华人民共和国个人信息保护法》《医疗卫生机构网络安全管理办法》等法律法规，保障老年人健康信息安全。

10.4.3 服务安全

加强上门服务安全管理，为上门服务人员配备必要的安全防护用品，制定上门服务应急预案，防范服务过程中的安全风险。

附 录 A

(规范性附录)

社区老年人家庭医生签约服务包清单

A.1 基本服务包（必选）

服务类别	服务内容	服务频次
基本公共卫生服务	健康档案管理、健康提醒与咨询、老年人健康管理（每年1次体检）、中医药健康管理	按国家规范执行
基本医疗服务	门诊服务、转诊服务、长期处方服务、合理用药指导	按需提供
联系服务	24小时联系渠道、健康随访（电话/微信）	每月不少于1次
上门服务	80岁及以上、失能老年人上门健康随访	每年不少于4次

专项服务包名称	核心服务内容	服务频次
生理功能减退与衰弱、营养及吞咽障碍管理	衰弱筛查、肌少症管理、营养评估与干预、吞咽障碍筛查与训练	每季度1次评估，每月1次干预
认知功能障碍与心理健康	认知障碍筛查、认知训练、心理疏导、照护者支持	每半年1次评估，每季度1次干预
行动能力受限、骨质疏松与跌倒防控	失能评估、骨质疏松管理、跌倒预防、骨折后康复	每半年1次评估，每月1次干预
慢性病多病共病与多重用药管理	多病共病诊疗、用药筛查、用药教育、用药监测	每季度1次评估，每月1次随访
康复医疗	心脑血管疾病康复、居家康复、康复设备适配	按需提供，每周1-2次
居家医疗、照护与社会支持	家庭病床、居家护理、社会支持、智慧健康服务	按需提供，每日/每周
安宁疗护	疼痛管理、临终关怀、哀伤辅导	按需提供，每日/每周
健康素养提升	健康宣教、个性化健康指导、健康技能培训	每月1次讲座，每季度1次培训

附录 B

(资料性附录)

社区老年人家庭医生签约服务协议书模板

社区老年人家庭医生签约服务协议书

甲方（服务提供方）：××社区卫生服务中心

家庭医生团队：×××（家庭医生）、×××（护士）、×××（公卫医师）

联系电话：××××××××××

乙方（服务接受方）：

姓名：××× 性别：× 年龄：××岁 身份证号：××××××××××××××××

住址：××市××区××街道××社区××号楼××单元××室

联系电话：××××××××××

照护者姓名：××× 联系电话：××××××××××

一、服务内容

1. 基本服务包：按照本标准附录A.1提供基本公共卫生服务与基本医疗服务。

2. 专项服务包：乙方选择以下专项服务包：☐ 生理功能减退与衰弱、营养及吞咽障碍管理 ☐ 认知功能障碍与心理健康 ☐ 行动能力受限、骨质疏松与跌倒防控 ☐ 慢性病多病共病与多重用药管理 ☐ 康复医疗 ☐ 居家医疗、照护与社会支持 ☐ 安宁疗护 ☐ 健康素养提升。

二、服务期限

自××××年××月××日起至××××年××月××日止，期限1年。

三、双方权利与义务

(一) 甲方权利与义务

1. 按照协议约定为乙方提供签约服务，建立健康档案，记录服务过程。
2. 为乙方提供24小时联系渠道，及时响应健康咨询与紧急求助。
3. 保护乙方健康信息隐私，遵守信息安全相关规定。
4. 定期对乙方健康状况进行评估，动态调整服务内容。

(二) 乙方权利与义务

1. 自愿接受甲方提供的签约服务，配合健康评估与服务实施。

2. 如实告知健康状况、用药史、过敏史等信息，不得隐瞒。
3. 遵守服务约定，按时接受服务，尊重服务人员。
4. 对服务质量提出意见与建议，维护自身合法权益。

四、服务费用

1. 基本服务包费用：按照国家及地方相关政策执行，由政府购买服务 / 医保支付。目前国家基本公共卫生服务的范围人群只是 65 岁及以上，不包括 64 岁以下，执行依据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》^[15]；而医保购买家庭医生签约服务的人群只是城乡居民医保，不包括城镇职工，参照《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》（国卫基层发〔2022〕10 号）^[12]，可增设个人自费支付选项，并标注服务年龄适用范围。

2. 专项服务包费用：☐ 免费（政府补贴） ☐ 收费（标准：××元/月），由乙方支付。

五、违约责任

1. 甲方未按约定提供服务，乙方有权提出整改要求，情节严重的可终止协议。
2. 乙方隐瞒健康信息、不配合服务导致不良后果的，由乙方承担责任。

六、争议解决

双方协商解决，协商不成的，可向当地卫生健康行政部门申请调解或向人民法院提起诉讼。

七、其他

1. 本协议一式两份，甲乙双方各执一份，具有同等法律效力。
2. 协议期满前1个月，双方协商续约事宜，未续约的自动终止。

甲方（盖章）：××社区卫生服务中心

家庭医生（签字）：×××

签订日期：××××年××月××日

乙方（签字/按手印）：×××

照护者（签字）：×××

签订日期：××××年××月××日

附录 C

(资料性附录)

社区老年人家庭医生签约服务评估指标体系

C.1 服务过程指标

• 签约覆盖率：

 $\text{签约老年人人数} / \text{社区老年人总人数} \times 100\%$

• 重点人群签约率：

 $\text{签约重点老年人群人数} / \text{社区重点老年人群总人数} \times 100\%$

• 上门服务率：

 $\text{接受上门服务的签约老年人人数} / \text{签约老年人总人数} \times 100\%$

• 双向转诊率：

转诊签约老年人人数/需要转诊的签约老年人人数 $\times 100\%$ 指标设计参照国家家庭医生签约服务考核规范^[12,13,16]。

• 长期处方率：

 $\text{接受长期处方服务的签约老年人人数} / \text{慢性病签约老年人人数} \times 100\%$

C.2 服务质量指标

• 慢性病规范管理率：

 $\text{规范管理的慢性病签约老年人人数} / \text{慢性病签约老年人人数} \times 100\%$

• 用药合理率：

 $\text{用药合理的签约老年人人数} / \text{接受用药指导的签约老年人人数} \times 100\%$

• 跌倒发生率：发生跌倒的签约老年人人数 / 签约老年人总人数 $\times 100\%$ ，风险评估标准参考 T/CGSS 052—2025 老年人预防跌倒运动干预规范^[17]

• 营养不良改善率：

 $\text{营养不良改善的签约老年人人数} / \text{营养不良签约老年人人数} \times 100\%$

• 认知障碍筛查率：

 $\text{接受认知障碍筛查的签约老年人人数} / \text{签约老年人总人数} \times 100\%$

C.3 服务效果指标

• 健康素养提升率：

 $\text{健康素养提升的签约老年人人数} / \text{签约老年人总人数} \times 100\%$

• 能状态改善率：功能状态改善的签约老年人人数 / 功能障碍签约老年人人数 $\times 100\%$ ，居家康复干预依据 T/LXLY 30-2024 居家康复及护理服务管理规范^[5]、T/CARD 064-2025 失能老年人社区医养一体化服务规范^[18]。

• 不良事件发生率下降率：

 $(\text{上年不良事件发生率} - \text{本年不良事件发生率}) / \text{上年不良事件发生率} \times 100\%$

C.4 服务满意度指标

• 服务满意度：

 $\text{满意及以上的签约老年人人数} / \text{接受满意度调查的签约老年人人数} \times 100\%$

• 投诉率：

 $\text{投诉签约服务的老年人人数} / \text{签约老年人总人数} \times 100\%$

• 续约率：

 $\text{续约的签约老年人人数} / \text{到期签约老年人人数} \times 100\%$

参 考 文 献

- [1] 中国老年医学学会. T/CGSS 047—2025 老年人失能等级评估机构服务规范 [S]. 2025.
 - [2] 中国老年医学学会. T/CGSS 025—2022 老年患者临床营养管理服务规范 [S]. 2022.
 - [3] 中国老年医学学会. T/CGSS 048—2025 老年人吞咽障碍管理服务规范 [S]. 2025.
 - [4] 中国老年保健协会. T/CAWAORG 015—2024 老年慢病患者多重用药管理指南 [S]. 2024.
 - [5] 中国老年学和老年医学学会. T/LXLY 30—2024 居家康复及护理服务管理规范 [S]. 2024.
 - [6] 亳州市健康养生产业协会. T/BZJK 10—2023 家庭病床服务规范 [S]. 2023.
 - [7] 徐州市标准化协会. T/XZAS 010—2022 家庭病床基本生活照料服务规范 [S]. 2022.
 - [8] 佛山市南海区养老服务业协会. T/FNASS 44—2021 家庭病床服务规范 [S]. 2021.
 - [9] 北京市海淀区养老服务管理协会. T/HDYL 003—2019 家庭病床服务规范 [S]. 2019.
 - [10] 全国人民代表大会常务委员会。中华人民共和国个人信息保护法 [Z]. 2021.
 - [11] 国家卫生健康委员会。国卫规划发〔2022〕29 号 医疗卫生机构网络安全管理办法 [Z]. 2022.
 - [12] 国家卫生健康委员会，等 6 部门。国卫基层发〔2022〕10 号 关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见 [Z]. 2022.
 - [13] 国家卫生健康委员会办公厅。家庭医生签约基本服务包清单（试行）[Z]. 2022.
 - [14] 国家卫生健康委员会。国卫药政发〔2024〕38 号 关于改革完善基层药品联动管理机制扩大基层药品种类的意见 [Z]. 2024.
 - [15] 国家卫生健康委员会。国家基本公共卫生服务规范（第三版）[Z]. 2017.
 - [16] 国家卫生健康委员会。关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见 [Z]. 2019.
 - [17] 中国老年医学学会. T/CGSS 52—2025 老年人预防跌倒运动干预规范 [S]. 2025.
 - [18] 中国老龄产业协会. T/CARD 064—2025 失能老年人社区医康养一体化服务规范 [S]. 2025.
-