

四川省残疾人家庭医生签约增值服务项目 实施方案

一、项目目标

通过残疾人家庭医生团队为经济困难家庭有康复需求的7岁以上残疾儿童和持证残疾人提供残疾人家庭医生签约增值服务(纳入残疾儿童康复救助项目的对象除外),其中经济困难家庭有康复需求的重度持证残疾人家庭医生签约增值服务实现全覆盖。

二、服务内容

残疾人家庭医生团队在《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》和《新划入基本公共卫生服务相关工作规范(2019年版)》的基础上,按照《日常生活能力指数评定量表》(附件1),经过评估(中、重度障碍)后,依据《残疾人基本康复服务目录(2019年版)》,依托乡镇卫生院、社区卫生服务机构、社区康复站(康复之家)等,根据残疾人个性化康复需求提供康复训练和康复护理等基本康复服务。

(一) 康复训练内容包括: 运动疗法、轮椅功能训练、作业疗法、偏瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、红外线治疗、电动起立床训练、手功能训练、关节松动训练、言语训练、认知知觉功能障碍训练以及中医药适宜技术运用等。

（二）康复护理内容包括：压力性损伤（压疮）换药及预防指导、留置导管更换及护理指导（气管导管、胃管、尿管、其他引流管）等。

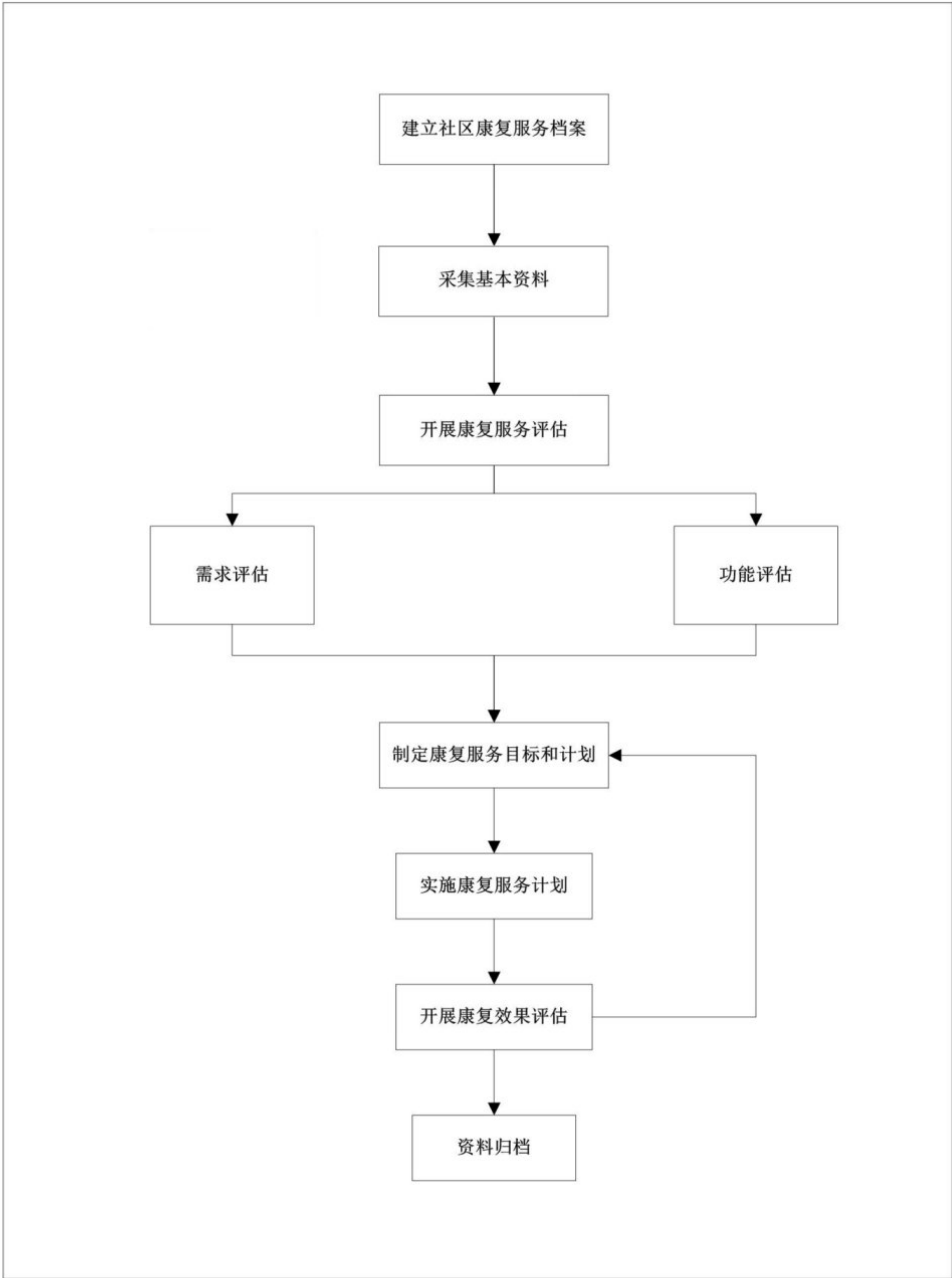
（三）残疾人基本型辅助器具适配评估、使用训练和转介。

各地可结合本地残疾人家庭医生团队服务能力实际，可选择服务项目明细表（附件 2）中部分项目开展增值服务，有条件的地方也可根据基本康复服务目录细化本地残疾人家庭医生签约增值服务项目具体内容。

三、工作路径

残疾人家庭医生签约增值服务主要依托已经承接本地残疾人家庭医生签约服务的机构提供，鼓励通过购买服务引入社会化康复机构提供，也可组建社区康复志愿者服务团队提供。

四、服务流程



五、经费来源

（一）残疾人家庭医生签约增值服务经费由残联统筹各级财政残疾人事业发展补助资金，从残疾人基本康复服务项目经费中列支，鼓励地方统筹捐赠资金用于该项目。不得以直接发放现金的方式支出。按规定定期公示服务对象和资金使用情况。

（二）残疾人家庭医生签约增值服务项目补贴标准参照中国残联残疾人基本康复服务项目标准。各地根据需求情况、服务内容制定本地补贴标准。原则上基本康复服务项目受助对象在项目年度内不得重复享受其它基本康复服务项目。残疾人自愿实施的残疾人家庭医生签约增值服务项目外的服务费用由残疾人本人自行承担，或争取公益组织捐助。各地可根据本地财力以及残疾人家庭医生签约增值服务内容适当提高经费标准。残疾人家庭医生签约增值服务经费据实与提供增值服务的机构结算。

（三）承担签约服务的机构要规范资金管理和使用，原则上残疾人家庭医生签约增值服务收入可用于参与家庭医生签约增值服务人员的薪酬分配，在发放绩效工资时予以倾斜，不占用机构绩效工资总额预算，体现多劳多得、优绩优酬，激发基层活力。

六、职责分工

（一）卫生健康部门。负责规范康复医疗专业技术人员执业，不断提升家庭医生团队服务水平；审核基层医疗机构提供残疾人家庭医生签约增值服务的承接能力；依法依规对承担签约服务的医疗机构进行行业管理；协助残联组织共同研究制定年度残疾人家庭医生签约增值服务工作方案，合理分配任务；会同残联对提供增值服务的机构进行日常监督管理，组织机构康复人员参加专业培训，共同做好年度绩效评价。

（二）中医药管理部门。加强残疾人康复机构中医药康复技术推广应用指导，规范专业技术人员中医药适宜技术操作，不断提升残疾人中医药康复服务水平。

（三）残联组织。代表残疾人利益，反映残疾人诉求。组织乡（镇、街道）残联专干、村（社区）残协专委（残疾人社区康复协调员）开展入户调研，精准掌握辖区内各类别残疾人的康复需求和服务状况；为承担签约服务的机构和残疾人家庭医生签约服务团队组织开展增值服务提供支持。与卫健部门加强联系合作，共同研究制定年度增值服务工作方案，合理分配任务。会同卫健部门对承担签约服务的机构服务残疾人情况进行监督管理，组织机构康复人员参加专业培训，共同做好年度绩效评价。有条件的地区可以为开展残疾人家庭医生签约增值服务的机构提供必要的康复训练设施设

备和能力建设支持。

（四）承担签约服务的机构。依法取得执业许可证，并配置与签约服务相适应的人员及设施设备。建立健全家庭医生服务团队管理制度，明确团队工作流程、岗位职责。掌握辖区残疾人的基本状况，动态掌握服务对象需求。结合自身服务能力与医疗卫生资源配置情况，在提供基本医疗及基本公共卫生服务基础上，组织残疾人家庭医生团队开展残疾人康复需求评估，并根据残疾人残疾障碍的需求依法依规提供康复服务。按要求签订《残疾人家庭医生签约增值服务协议（样稿）》（附件3），做好资料归档等工作，及时报送工作开展情况。

七、工作要求

（一）加强组织领导，确保专款专用。残联与卫健部门“双牵头”开展残疾人家庭医生签约增值服务，及时研究并解决残疾人家庭医生签约增值服务工作中出现的问题，不断提高残疾人家庭医生签约服务质量，要督促签约服务机构严格财经监管，确保专款专用，提升资金使用绩效。

（二）做好绩效评价，确保服务质效。卫健部门与残联组织结合实际情况制定绩效评价办法，每年共同开展残疾人家庭医生签约增值服务年度绩效评价。

（三）完善资料归档，科学运用数据。卫健部门负责督

促签约服务机构填写《日常生活能力指数评定量表》《残疾人家庭医生签约增值服务档案（样表）》（附件4），汇总残疾人家庭医生签约增值服务资料形成统一卷宗归档备查，按要求报送半年工作进度报告和年度绩效自评报告。县级残联将服务情况及时、准确录入全国残联信息化服务平台精准康复板块。

- 附件：1.日常生活能力指数评定量表
2.服务项目明细表
3.残疾人家庭医生签约增值服务协议（样稿）
4.残疾人家庭医生签约增值服务档案（样表）

附件 1

日常生活能力指数评定量表

项目	分数	内容	初期	中期	末期
进食	10	在合理的时间内（10秒吃一口）可用筷子取眼前实物。若需辅助，会自行进食			
	5	需部分帮助（切面包、盛饭等）			
	0	完全依赖他人			
转移	15	自理			
	10	需要少量帮助（1人）或语言指导			
	5	需2人或1个强壮的他人帮助			
	0	完全依赖他人			
修饰	5	可独立洗脸、洗手、刷牙及梳头			
	0	需他人帮忙			
上厕所	10	可自行进出厕所，不会弄脏衣物，并能穿好衣服；使用便盆者，可自行清理便盆			
	5	需帮忙保持姿势的平衡，整理衣物或使用卫生纸；使用便盆者，可自行取放便盆，但需依赖他人清理			
	0	需他人帮忙			
洗澡	5	可独立完成（不论是盆浴或淋浴）			
	0	需他人帮忙			
行走	15	使用或不使用辅具皆可独立步行45米以上			
	10	需要稍微扶持或口头指导可以走45米以上			
	5	虽无法行走，但可以独立操纵轮椅（包括转弯、进门、接近桌子、床沿）并可推行轮椅45米以上			
	0	需他人帮助			
上下楼梯	10	可自行上下楼梯（允许抓扶手、用拐杖）			
	5	需要稍微帮忙或口头指导			
	0	无法上下楼梯			
穿脱衣服	10	可自行穿脱衣服、鞋子及辅具			
	5	在他人帮忙下，可自行完成一半以上动作			
	0	需他人帮忙			
大便控制	10	能控制			
	5	偶尔失禁（每周<1次）			

	0	失禁或昏迷			
小便控制	10	能控制			
	5	偶尔失禁（每周 < 1 次）或尿急（无法等待便盆或无法及时赶到厕所）或需要他人帮忙			
	0	失禁、昏迷或需他人导尿			
总分	100 分（其中：0-40 分属于重度，41-60 分属于中度，61-100 分属于轻度）				

附件 2

服务项目明细表

序号	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	服务价格（元）			备注
					二级甲等	二级乙等	二级乙等以下	
1	冷热湿敷		药物	次	2	2	2	康复服务
2	心理咨询			次	25	23	21	康复服务
3	心理治疗	每次不少于 30 分钟		次	37	34	31	康复服务
4	红外线治疗			每个照射区 20 分钟	8	7	6	康复服务
5	低频脉冲电治疗			每个部位	15	14	13	康复服务
6	中频脉冲电治疗			每个部位	15	14	13	康复服务
7	超声波治疗			每 5 分钟	15	14	13	康复服务
8	牵引			次	20	18	16	康复服务
9	普通针刺	包括体针、磁针等		5 个穴位	9	8	7	康复服务
10	电针	包括普通电针、电热针灸等		2 个穴位	36	32	29	康复服务
11	灸法	包括艾条灸、艾柱灸等		次	25	23	21	康复服务
12	徒手平衡功能检查			次	15	14	13	康复服务
13	日常生活能力评定（指导）			次	20	18	16	康复服务

14	手功能评定	包括徒手和仪器		次	15	14	13	康复服务
15	步态分析检查(指导)			次	17	15	14	康复服务
16	言语能力评定			次	15	14	13	康复服务
17	认知知觉功能检查			次	18	16	14	康复服务
18	压疮风险评估	对长期卧床病人进行压疮风险评估。测量生命体征,询问病史,依据褥疮风险因素评估表内容,对患者进行主观的(感觉)和客观的(活动力、移动情况、营养、摩擦力)评估,出具评估报告。		次	20	18	16	康复服务
19	家庭巡诊	含了解服务对象健康状况、指导疾病治疗和康复、进行健康咨询		次	10	9	8	康复服务
20	家庭病床建床费	含建立病历和病人全面检查		次	5	5	5	康复服务
21	家庭病床巡诊费	含定期查房和病情记录		次	6	5	5	康复服务
22	灌肠	包括一般灌肠、保留灌肠、三通氧气灌肠	药物、氧气和一次性肛管	次	13	13	13	康复服务
23	运动疗法	包括全身肌力训练、各关节活动度训练、徒手体操、器械训练、步态平衡功能训练		45分钟/次	32	29	26	康复服务
24	轮椅功能训练			45分钟/次	13	12	11	康复服务
25	平衡功能训练			次	20	18	16	康复服务
26	手功能训练		支具	次	17	15	14	康复服务
27	关节松动训练	包括小关节(指关节)、大关节		次	32	29	26	康复服务
28	文体(生活能力)训练			45分钟/次	15	14	13	康复服务
29	作业疗法	含日常生活动作训练	自助具	45分钟/次	32	29	26	康复服务
30	言语训练			30分钟/次	33	30	27	康复服务

31	吞咽功能障碍训练			次	22	20	18	康复服务
32	认知知觉功能障碍训练			次	15	14	13	康复服务
33	康复评定	含咨询		次	15	14	13	康复服务
34	偏瘫肢体综合训练			40分钟/次	47	43	39	康复服务
35	脑瘫肢体综合训练			40分钟/次	42	38	34	康复服务
36	截瘫肢体综合训练			40分钟/次	42	38	34	康复服务
37	气管切开护理(气管插管护理)	含吸痰、药物滴入、定时消毒、更换套管及纱布;包括气管插管护理		日	22	22	22	康复护理
38	引流管冲洗		换药、特殊药物	次	11	10	9	康复护理
39	导尿(一次性导尿)-尿管更换		特殊一次性消耗物品(包括导尿包、尿管及尿袋)	次	12	12	12	康复护理
40	导尿(留置导尿)-尿管更换		特殊一次性消耗物品(包括导尿包、尿管及尿袋)	日	5	5	5	康复护理
41	膀胱冲洗		特殊一次性耗材	次	6	5	5	康复护理
42	持续膀胱冲洗		特殊一次性耗材、生理盐水	日	17	15	14	康复护理
43	肛管排气			次	10	9	8	康复护理
44	鼻饲管置管-(胃管更换)	含胃肠营养滴入	药物和一次性胃肠管	次	14	13	12	康复护理
45	雾化吸入	包括超声、高压泵、氧化雾化、蒸气雾化吸入及机械通气经呼吸机管道雾化给药	药物	次	4	3	2	康复护理
46	特大换药-(压力性损伤(压疮)护理)	创面在50平方厘米以上或伤口在10厘米以上,含材料	烧伤换药除外	次	45	36	32	康复护理

47	大换药-压力性损伤（压疮）护理	创面在 30-50 平方厘米之间或伤口在 5-10 厘米之间，含材料	烧伤换药除外	次	32	29	26	康复护理
48	中换药-压力性损伤（压疮）护理	创面在 10-30 平方厘米之间或伤口在 5 厘米以下，含材料	烧伤换药除外	次	15	13	11	康复护理
49	小换药-压力性损伤（压疮）护理	创面在 10 平方厘米以下或伤口在 5 厘米以下，含材料	烧伤换药除外	次	10	8	8	康复护理

备注：1.上述服务价格仅供参考，各地收费标准应按照当地医保部门制定的价格执行。

2.每人每年最多只能享受 240 元的基础材料费用。其中：压力性损伤（压疮）护理、气管切开护理、胃管更换、尿管更换、其他引流管更换中的基础材料费按 20 元/次/人/项的标准核算。

3.根据残疾人的个性化康复需求，科学选择适宜的康复项目。

附件 3

残疾人家庭医生签约
增值服务协议
(样稿)
(XX) 年度

甲方：XX 残疾人联合会

乙方：XX 机构

签订日期：

根据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国民法典》等法律法规规定，甲、乙双方同意签订本协议。详细技术说明及其他有关协议项目的特定信息由合同附件予以说明，合同附件等均为本协议不可分割的部分。双方同意共同遵守如下条款：

一、项目基本情况：

二、合同期限：

三、内容与质量标准：

1、XXXX；

2、XXXX；

3、XXXX。

四、费用及支付方式：

1、本项目费用由以下组成：

2、支付方式：

五、甲方的权利和义务

1、甲方有权对合同规定范围内乙方的服务行为进行监督和检查，拥有监管权。对甲方认为不合理的部分有权下达整改通知书，并要求乙方限期整改。

2、甲方有权依据双方签订的考评办法对乙方提供的服务进行定期考评。

3、负责检查监督乙方服务工作的实施情况。

4、根据本合同约定，按时向乙方支付应付服务费用。

5、国家法律、法规所规定由甲方承担的其它责任。

六、乙方的权利和义务

1、在本合同规定的委托服务范围内享有服务权利、承担相应义务。

2、根据本合同的约定向甲方收取服务费用。

3、及时向甲方通告本项目服务范围内有关服务的重大事项，及时配合处理投诉。

4、接受项目行业部门及政府有关部门的指导，接受甲方的监督。

5、国家法律、法规所规定由乙方承担的其他责任。

七、违约责任

1、甲乙双方必须遵守本合同并执行合同中的各项规定，保证本合同的正常履行。

2、如因乙方工作人员在履行职务过程中的疏忽、失职、过错等故意或者过失原因给甲方造成损失或侵害，包括但不限于甲方本身的财产损失、由此而导致的甲方对任何第三方的法律责任等，乙方对此均应承担全部的赔偿责任。

八、解决合同纠纷的方式

1、在执行本协议中发生的或与本协议有关的争端，双方应通过友好协商解决，经协商在 XX 天内不能达成协议时，应通过以下的第种方式解决：

①提交 XX 仲裁委员会仲裁。仲裁裁决应为最终决定，并对双方具有约束力。

②向甲方所在地有管辖权的人民法院诉讼解决。

2、除法院或仲裁委另有裁决外，诉讼或仲裁费应由败诉方负担。在诉讼或仲裁期间，除正在进行诉讼或仲裁部分外，合同其他部分继续执行。

九、合同生效及其他

1、合同经双方法定代表人或授权委托代表签字并加盖单位公章后生效。

2、本合同一式 XX 份，甲方 XX 份，乙方 XX 份。自双方签章之日起生效。

甲方：（盖单位公章）

乙方：（盖单位公章）

法定代表人（授权代表）：

法定代表人（授权代表）：

签约日期：XX 年 XX 月 XX 日

签约日期：XX 年 XX 月 XX 日

残疾人家庭医生签约
增值服务档案
(样表)

编 号:

残疾人姓名:

残疾人证号:

签约医生:

县(市、区)

乡(镇、街道)

基本情况记录表

残疾人姓名:		性别:		年龄:	
家庭住址:					
联系电话:					
监护人姓名		与残疾人的关系			
疾病类别:					
是否伴有其他残疾: 视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 语言 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/>					
致残时间					
致残原因	先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
既往医疗、康复情况: 手术 <input type="checkbox"/> 药物治疗 <input type="checkbox"/> 传统方法 <input type="checkbox"/> 理疗 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 使用假肢、矫形器及辅助器具 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
其他需要说明的情况	包括: 病史、环境因素、疼痛、认知等				
工作人员签字:				日期:	

康复服务计划

针对对象的主要功能障碍和困难，依据综合评估情况确定的康复项目为：

康复目标：服务对象经 xx 月功能康复服务后预期实现的功能目标

残疾人签字：

工作人员签字：

日期：

服务记录表

第一次		
服务内容（详细描述）：		
服务方式：		
记录日期：	工作人员签名：	残疾人签字：
第二次		
服务内容（详细描述）：		
服务方式：		
记录日期：	工作人员签名：	残疾人签字：
第三次		
服务内容（详细描述）：		
服务方式：		
记录日期：	工作人员签名：	残疾人签字：
第四次		
服务内容（详细描述）：		
服务方式：		
记录日期：	工作人员签名：	残疾人签字：
第五次		
服务内容（详细描述）：		
服务方式：		
记录日期：	工作人员签名：	残疾人签字：
第六次		
服务内容（详细描述）：		
服务方式：		
记录日期：	工作人员签名：	残疾人签字：

评估与总结

中期评估

评分 初次分数 中期分数提高分数（初次至中期）_____分

小结训练计划执行情况，残疾人当前的主要功能障碍和困难，训练中存在哪些问题。
针对训练计划进行了以下调整：

工作人员签名：_____ 评估日期：_____年 月 日

末期评估与总结

评分 末期分数提高分数（初次至末期）_____分

实现康复目标的情况

- | | | |
|------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 1 运动功能： | 明显改善 <input type="checkbox"/> | 改善 <input type="checkbox"/> |
| 2 姿势矫正： | 明显提高 <input type="checkbox"/> | 提高 <input type="checkbox"/> |
| 3 语言交往能力： | 明显增强 <input type="checkbox"/> | 增强 <input type="checkbox"/> |
| 4 生活运动能力： | 明显增强 <input type="checkbox"/> | 增强 <input type="checkbox"/> |
| 5 其他（请注明）： | | |

进一步康复意见：

- 1 康复医疗
- 2 继续训练
- 3 装配矫形器或辅助用具等请注明：
- 4 转介请注明：
- 5 其他请注明：

工作人员签名：_____ 评估日期：_____年 月 日

服务效果：

满意 一般 不满意（请注明：_____）