

上海市青浦区卫生健康委员会文件

青卫健基层〔2025〕6号

关于印发《依托健康积分体系，赋能“一老一小”签约居民体重管理服务项目工作方案》的通知

区疾病预防控制中心（青浦区卫生健康监督所）、区卫生健康事业发展中心、区爱国卫生和健康促进指导中心、各街镇社区卫生服务中心：

为进一步做实、做优、做强家庭医生签约服务，全面提升居民体重管理意识，引导居民对体重进行自我管理，加强家庭医生签约服务内涵和影响力，现将《依托健康积分体系，赋能“一老一小”签约居民体重管理服务项目工作方案》印发给你们，请各

部门和社区卫生服务中心认真组织实施。

青浦区卫生健康委员会

2025年10月28日

依托健康积分体系，赋能“一老一小”签约居民体重管理服务项目工作方案

根据《关于转发〈国家卫生健康委办公厅关于印发体重管理指导原则（2024年版）的通知〉的通知》（沪卫老龄便函〔2025〕1号）、《上海市卫生健康委员会、上海市爱国卫生运动委员会办公室、上海市经济和信息化委员会等部门关于印发上海市“体重管理年”活动实施方案的通知》（沪卫应急〔2024〕14号）、《健康中国行动（2019-2030年）》、《关于进一步做好本市家庭医生签约服务费工作的通知》（沪卫基层〔2025〕2号）等工作要求，结合健康积分制开展青浦区家庭医生签约区级特色服务项目——“依托健康积分体系，赋能‘一老一小’签约居民体重管理服务”，具体方案如下：

一、工作目标

通过制定家庭医生签约特色服务评价指标体系，引导全体家庭医生团队进一步做精做细家庭医生签约服务、拓展服务内涵、扩大服务外延，以健康积分制为路径，通过给予居民健康积分奖励，引导市民参与健康教育、健康管理、健康随访等活动，进一步发挥健康积分制在倡导健康理念、培育健康人群、弘扬健康价值等方面的积极作用，家庭医生在引导居民增强自我健康管理意识、增强自我健康管理能力的基础上，提供更丰富的健康服务，

增强居民感受度和获得感。

二、工作职责

（一）区卫生健康委员会

负责统筹推进青浦区家庭医生签约特色服务工作，对各单位实执行情况进行督导考核。

（二）区卫生健康事业发展中心（区家医质控中心）

负责青浦区家庭医生签约特色服务工作的推进落实、业务指导和区级质控。

（三）区疾病预防控制中心（区卫生健康监督所）

围绕青浦区家庭医生签约特色服务工作，以医教结合为路径，指导社区卫生服务中心做好青少年体重管理，做好慢病管理等相关工作。

（四）区爱国卫生和健康促进指导中心

推进总体健康积分制工作，围绕青浦区家庭医生签约特色服务工作，开展体重管理健康促进活动，指导社区卫生服务中心按照要求开展健康科普、宣教等相关工作。

（五）社区卫生服务中心

各社区卫生服务中心为项目实施主体，按照工作要求落实青浦区家庭医生签约特色服务工作，提高服务质量。

三、服务对象

签约居民中 7-18 岁在校中小学生和 60 岁及以上老年人。

四、服务内容

（一）健康筛查

社区组织开展 60 岁及以上老年人健康体检、高血压糖尿病筛查和中小學生健康体检等健康筛查，需对个体健康状况、风险因素等开展全面评估，如个人史、既往史、生活方式、体格检查（包括测量身高、体重、腰围、臀围等，计算体质指数 BMI）。

（二）评估标准

体质指数(BMI)是衡量人体胖瘦程度的标准, $BMI = \text{体重}(\text{kg}) / \text{身高}(\text{m})^2$ 。根据中国 18 岁及以上成人 BMI 评判标准, 脂肪在腹部蓄积过多称为中心型肥胖, 可根据腰围直接判定, 7-18 岁儿童青少年以性别年龄别 BMI 作为筛查超重肥胖标准。

（三）体重管理分类服务

1. 签约的 7-18 岁在校中小學生和 60 岁及以上老年人

通过家医服务进社区、进校园, 充分利用各类传播载体和行式, 开展以体重管理为主要内容的健康促进活动, 不断提高签约居民的健康意识和科学体重管理意识, 通过筛查发现体重管理重点对象, 并开展体重管理服务。

2. 签约的 7-18 岁在校中小學生和 60 岁及以上老年人中超重和肥胖人群（即体重管理重点人群）

（1）签约的 60 岁及以上超重和肥胖老年人体重管理服务包括以下内容：

①主动联系居民。家庭医生每季度对居民进行一次电话随访, 了解居民健康状况, 包括饮食习惯、睡眠质量、身体活动水平以

及吸烟饮酒情况等方面，开展健康干预与指导。

②定期健康宣教。每月至少推送一次健康小贴士，内容涉及体重管理知识、健康生活方式等；每半年至少举办一次线下健康科普讲座，向居民普及营养膳食、运动健康、“三减三健”等知识，提高居民健康意识。

③年度健康评估。每年为居民进行一次全面健康评估，结合居民体检数据和日常健康信息，分析体重管理情况。根据评估结果，为下一阶段健康管理方案提供依据。

④建立健康账户与活动参与。为居民开通健康积分账户，居民参与线上、线下健康活动可获取积分，如参加膳食营养、运动健康等科普培训，参与各类健康主题活动，积分可兑换健康产品和服务，激励居民主动参与健康管理。

⑤鼓励服务对象主动参与健康行为。线上通过健康积分体重管理信息系统“青浦健康积分专区”健康科普专栏，学习科普知识；线下主动参与政府部门组织的健康主题日宣传活动、健康运动等，如：健康教育宣传周、全民健康生活方式宣传月、世界无烟日、《上海市爱国卫生与健康促进条例》宣传活动、青浦半马、迎新徒步、全民健身活动等。

⑥结合社区实际开展特色服务。有条件的社区可根据各自特点开展具有地方特色的体重管理服务，提高居民参与度和管理效果。

(2) 签约的 7-18 岁超重和肥胖的儿童及青少年体重管理服务

务包括以下内容：

①开展校园科普活动：每学期至少为学校学生协调组织开展一次健康教育课；指导学校每学期至少组织开展一次面向家长的健康教育讲座；以及指导学校每学期至少 1 次通过举办健康讲座、主题班会、健康知识竞赛等形式，开展丰富多样的健康科普活动。在健康讲座中，向学生普及体重管理知识，如 BMI 指数的含义、健康腰围的标准、科学减重方法等；在主题班会中，组织学生讨论如何在日常生活中保持健康体重，鼓励学生分享自己的经验和做法；在健康知识竞赛中，设置与体重管理相关的题目，激发学生学习健康知识的兴趣，提高学生对体重管理的认知水平。

②定期沟通与跟踪：家庭医生团队与学校保健老师保持密切沟通，定期了解学生在学校的体重管理情况。同时，关注学生的心理健康，对于因超重、肥胖而产生心理问题的学生，及时进行心理疏导，帮助他们树立自信，积极面对体重问题。

（3）个性化干预服务

在上述体重管理服务内容的基础上，针对 60 岁及以上超重和肥胖并伴有慢性病的人群，增加个性化干预服务内容。

①标准化测量服务。对居民进行血压、血糖、身高、体重、腰围等标准化测量，计算 BMI 值，精准评估体重状况。

②个性化减重方案。家庭医生根据居民个体情况，制定个性化的饮食、运动方案。如为肥胖且患有糖尿病的老年人制定低糖、高纤维膳食计划，推荐适合其身体状况的运动项目，同时控制每

餐的热量摄入。

③畅通一条体重咨询渠道。依托健康积分体重管理信息系统，开通线上体重管理咨询通道，方便居民随时就健康体重问题进行咨询，获取家庭医生团队的专业解答。

④建立“分级诊疗”绿色通道机制。对超重和肥胖并伴有高血压、糖尿病等疾病的服务对象提供重点管理服务：

1) 做好社区首诊。家庭医生引导服务对象前往社区卫生服务中心门诊就诊，发放“健康享瘦”大礼包，为服务对象进行一次全面的健康评估和诊疗。

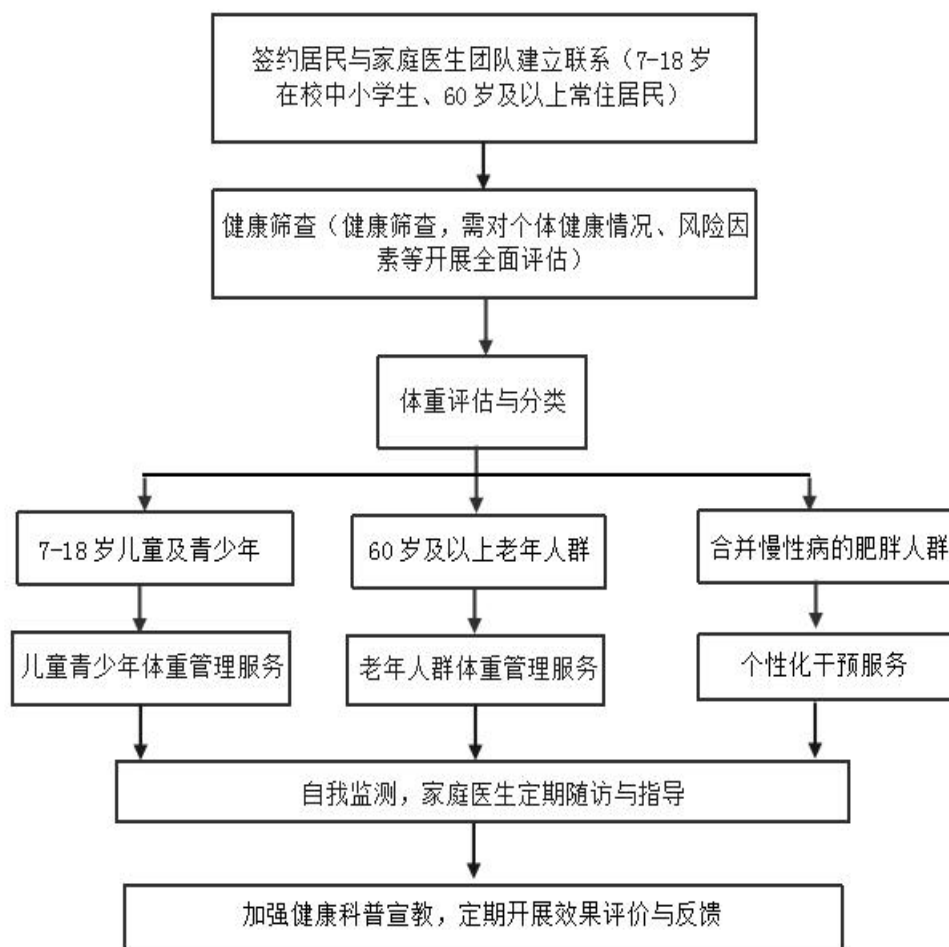
2) 强化慢病管理。依托“双签约”和“全专结合”服务模式，家庭医生指导服务对象规范用药，督促其定期复查，并根据病情变化及时调整药物种类和剂量，确保慢性病控制稳定，做好慢病随访。

3) 畅通转诊闭环。依托紧密型医联体，当服务对象病情变化需要上级诊疗时，及时转诊至签约医联体内的上级医疗机构或通过“1+1+1”转诊平台转诊。待病情稳定后再转回社区，由家庭医生继续闭环管理，定期随访，做好日常监测与干预。

⑤开展监测评估。对重点管理服务对象实行周期性评估。在实施体重健康管理3-6个月后，对干预效果进行复评估，根据服务对象的体重、运动、饮食和用药等情况调整管理方案。根据评估结果，对于BMI达到标准或体重较基础值减轻5%-15%的服务对象，授予“体重管理之星”称号并给予相应奖励；对全年积

极参加积分活动且干预效果突出的前若干名服务对象，授予“体重管理达人”称号并给予奖励。

五、服务流程



六、家庭医生团队具体职责

(一) 健康评估与个性化方案制定

1. 全面评估健康状况：家庭医生团队在签约居民中，针对纳入体重管理的超重和肥胖老年居民，依据收集到的体检数据、疾

病史、生活习惯等信息进行全面健康评估。除了关注 BMI、身高、体重、腰围等基本指标，还要深入了解居民的既往病史，如是否患有高血压、糖尿病、心血管疾病等慢性疾病，以及家族病史，评估这些因素对体重管理的影响。同时，利用健康积分体重管理信息系统，根据评估结果自动生成初步的个性化体重管理方案（包括体重控制目标及饮食、运动干预建议等），由家庭医生团队审核优化，确保方案的科学性和可行性。

2. 定制个性化膳食计划：根据居民的身体状况、年龄、饮食习惯、疾病情况和减重目标，为其制定个性化膳食计划。对于老年超重、肥胖居民，尤其伴有糖尿病者，严格控制碳水化合物摄入，增加膳食纤维的比例，推荐食用燕麦、糙米等粗粮，多吃蔬菜，如菠菜、西兰花等，同时控制每餐的热量摄入。

3. 规划个性化运动方案：结合居民的年龄、身体机能、运动基础和兴趣爱好，制定合适的运动方案。对于 60 岁以上的老年人，考虑到身体机能下降，推荐散步、太极拳、八段锦等低强度、安全性高的运动项目。运动前，指导老年人进行简单的热身活动，如活动关节、慢走等；运动后，进行适当的拉伸，如腿部拉伸、腰部拉伸等，避免运动损伤。对于 7-18 岁的青少年，鼓励参与篮球、足球、跑步等有氧运动。同时，根据青少年的运动能力和兴趣，合理安排运动强度和难度。

4. 调整作息与心理疏导：帮助居民建立规律的作息时间表。通过健康科普宣传，向居民强调规律作息对体重管理的重要作用，

如充足良好的睡眠有助于促进新陈代谢和脂肪分解。针对超重、肥胖居民可能存在的心理问题(如焦虑、自卑、缺乏减重信心等),家庭医生团队提供心理咨询和情绪管理指导。定期与居民沟通交流,倾听其在体重管理过程中的困难和压力,给予鼓励和支持,帮助他们树立积极乐观的心态,增强减重信心。

(二) 健康小贴士发放与科普宣传

1. 制作健康小贴士:将膳食、运动、作息、心理等方面的指导内容整理成健康小贴士,内容简洁明了、图文并茂,便于居民理解和记忆。小贴士涵盖日常饮食的食物选择建议,如多吃蔬菜水果、少吃油腻食物;运动的注意事项,如运动时间、运动强度的控制;作息规律的重要性及具体建议,如早睡早起、避免熬夜;以及应对心理压力的方法,如深呼吸、冥想等。

2. 多渠道发放健康小贴士:通过线上线下多种渠道发放健康小贴士。线上通过系统推送、微信公众号发布等方式,将健康小贴士及时传递给居民;线下则在社区卫生服务中心、社区活动中心等场所发放宣传资料,同时家庭医生在上门随访时将健康小贴士送到居民手中并详细讲解,确保居民理解掌握相关内容。

3. 开展科普宣传活动:家庭医生团队定期组织或参与各类健康科普宣传活动,如健康讲座、社区义诊、健康教育活动等。在活动中向居民普及体重管理知识,包括超重肥胖对健康的危害(如增加慢性疾病风险)、科学减重的方法(合理饮食、适量运动、规律作息等),以及如何通过健康积分制度更好地参与体重

管理。通过现场演示和案例分享等方式，让居民直观了解体重管理的重要性和科学方法。

（三）加强健康积分体重管理信息系统居民端的使用

依托健康积分体重管理信息系统，居民开展健康体重的自我管理。

1. 体重管理综合评估：对 BMI 初筛的超重和肥胖人群进行 1 次体重管理综合评估，评估内容包括居民自评、疾病评估、心理评价和日常生活状况评估等。居民可从健康积分体重管理信息系统中随时了解相关评估情况。

2. 获取体重管理方案：家医团队为居民定制个性化体重管理方案，通过健康积分体重管理信息系统居民端，获取每日食谱和每日运动计划，每日打卡上传饮食、运动、睡眠、体重和用药情况，进行自我管理。

3. 线上科普学习：通过健康积分体重管理信息系统居民端，在线打卡学习各类体重管理、科学减重、慢病防治等相关知识，提高居民的健康意识和自我管理能力。

（四）分级诊疗服务（针对肥胖并伴有高血压、糖尿病等代谢性疾病居民）

1. 社区首诊与评估：引导超重和肥胖并伴有高血压、糖尿病的居民至社区门诊。发放“健康享瘦”大礼包，包含健康宣传资料、健康产品等。为居民进行全面的健康评估和诊疗。评估内容

包括身体基本状况、疾病控制情况、体重管理情况等，制定个性化治疗方案，如调整药物治疗方案、制定饮食运动计划等。

2. 慢病管理与随访：依据治疗方案，指导居民正确用药，告知药物的使用方法、注意事项和可能出现的不良反应。督促居民定期复查，根据病情变化及时调整药物种类和剂量。建立慢病随访档案，详细记录居民的病情发展、治疗效果和生活方式改变情况，做好慢病随访工作。随访频率根据居民的病情确定，一般为每月1次，对于病情不稳定的居民，增加随访次数。在随访过程中，关注居民的体重变化、血压血糖控制情况，及时给予指导和建议。

3. 分级诊疗转诊与闭环管理：当居民病情变化，超出社区卫生服务中心诊疗能力时，家庭医生团队及时将居民转诊至签约组合内上级医疗机构或市“1+1+1”转诊平台。在转诊过程中，确保居民病历资料的完整传递，便于上级医院医生了解病情。待居民病情稳定后，协助其转回社区，由家庭医生团队继续做好闭环管理，定期随访，进行日常监测与干预。在闭环管理过程中，与上级医院保持沟通，了解居民在上级医院的治疗情况，根据上级医院的建议调整治疗方案，确保居民得到连续、有效的治疗。

七、社区管理工具及激励措施

（一）配发居民健康积分手册

编制并向居民发放《居民健康积分操作手册》，引导居民开展自我健康管理，各社区规范开展健康积分制管理工作。

（二）用好健康积分体重管理信息系统医生端

依托健康积分体重管理信息系统医生端，做好居民入组管理，用好体重管理评估、体重管理方案、体重管理跟踪、在线访视、BMI 预警、访视提醒等功能，对服务对象体重变化进行动态监测和风险预警，提高干预及时性，提升家庭医生团队对体重管理服务的管理效率。

（三）开展积分激励评比

定期举办社区健康积分激励评比活动，对积极参与体重管理并取得显著成效的老年居民给予表彰和奖励，营造积极参与健康管理的良好氛围。

八、绩效评价

序号	评价维度	指标	分值	指标内容	评价标准
1	签约管理	体重管理人群覆盖率	3	定义：签约的 7-18 岁在校中小学生和 60 岁及以上老年人纳入体重管理的比例 公式：签约的 7-18 岁在校中小学生和 60 岁及以上老年人中纳入体重管理人数/签约的 7-18 岁在校中小学生和 60 岁及以上老年人人数 要求：达到 95%	达到 95%及以上得 3 分；不足 95%，按照实际完成率/95%×3
2		体重管理重点人群(60 岁以上老年人)覆盖率	9	定义：签约居民中纳入体重管理重点人群的 60 岁以上老年人的比例 公式：纳入体重管理的 60 岁以上超重和肥胖老年人数/60 岁以上超重和肥胖老年人数 要求：达到 95%	达到 95%得 9 分，按照实际完成率/95%×9

序号	评价维度	指标	分值	指标内容	评价标准
3	健康服务	体重管理重点人群(60岁以上老年人)健康账户建卡率	12	定义：签约居民中纳入体重管理重点人群的60岁以上老年人中建立健康账户占比 公式：签约居民中纳入体重管理的60岁以上超重和肥胖老年人评估数/60岁以上超重和肥胖老年人数 要求：达到90%	达到90%，得12分；不足90%，按照实际完成率/90%×12
4		体重管理健康指导服务率	10	定义：家庭医生每年度为体重管理重点人群（超重、肥胖）提供营养指导、运动指导、心理支持综合服务人数占比 公式：体重管理重点人群接受体重管理健康指导服务每年不少于4次的人数/体重管理重点人群数 要求：达到90%	达到90%，得10分；不足90%，按照实际完成率/90%×10
5		体重管理个性化干预实施率	20	定义：为纳入体重管理重点人群的60岁及以上老年人（超重、肥胖并伴有高血压或糖尿病等代谢性疾病）提供个性化体重干预（转诊体重门诊）服务覆盖率 公式：接受个性化体重干预的60岁及以上老年人数/超重、肥胖并伴有高血压或糖尿病等代谢性疾病60岁及以上老年人数 要求：达到80%	达到≥80%得20分，不足80%，按照实际完成率/80%×20
6	效果监测	体重管理成效达标率	16	定义：干预3-6个月后，接受个性化体重干预的人群中体重减轻人群比例或体重下降幅度≥5%人群比例。 要求：体重减轻人群比例达20%。或体重下降幅度≥5%人群比例达10%。	体重减轻人群比例≥20%，得16分；15-19%得13分；10-14%得10分；5-9%得7分；<5%得4分； 或体重下降幅度≥5%人群比例≥10%，得16分； 8-9%得13分；6-7%得10分；4-5%得7分；<4%得4分； 满足任一项即可，取最高分计入总分，不重复累计。

序号	评价维度	指标	分值	指标内容	评价标准
7		体重管理知识知晓率	20	定义：签约健康管理人群对 BMI 指数、健康腰围、科学减重方法等核心知识知晓比例 公式：核心知识知晓人数/签约健康管理人群中接受知晓率调查人数 要求：达到 80%。	$\geq 80\%$ 得 20 分；不足 80%按实际知晓率/80% $\times 20$
8		体重管理服务满意率	10	定义：签约人群对体重管理服务内容、频次、效果的综合满意度 公式：回答满意人数/签约健康管理人群中接受满意度调查人数 要求：达到 85%。	$\geq 85\%$ 得 10 分；不足 85%按实际满意率/85% $\times 10$

备注：本指标设定值依据当前工作预期与管理目标制定，评价标准为阶段性设定。若在年度实施过程中因客观原因出现范围达标偏差，相关达标比例及评分权重由项目主管部门根据实际效果组织评估并作动态修订。

九、工作要求

（一）加强组织领导

各单位要高度重视，加强组织领导，确保方案有效执行、有序推进，进一步提升签约居民获得感。成立青浦区家庭医生签约特色服务工作领导小组和质控小组（附件），负责全面统筹推进青浦区家庭医生签约特色服务工作。

（二）明确责任分工

各单位要明确责任分工，细化工作措施，具体落实到人。

（三）强化质量评价

建立健全质量评价机制，定期开展质控督导。加强对青浦区家庭医生签约特色服务项目的评价管理，强化沟通反馈，及时分析整改，确保青浦区家庭医生签约特色服务项目工作高质量完成。

（四）加强宣传力度

通过多种渠道如宣传栏、社区活动、报纸、网络媒体等各种宣传载体向社区居民广泛宣传运动健康干预服务的内容、优势和意义，提高居民对青浦区家庭医生签约特色服务项目的知晓率。采取图文、视频、讲座等多种形式大力宣传，鼓励居民积极参与。

附件：家庭医生签约特色服务工作组织框架

附件

家庭医生签约特色服务工作组织框架

成立青浦区家庭医生签约特色服务工作领导小组，负责全面统筹推进青浦区家庭医生签约特色服务工作；领导小组下设工作小组和质控小组。

领导小组

组 长：胡 炯 区卫生健康委员会副主任、区疾病预防控制中心（区卫生健康监督所）局长

常务副组长：费凤英 区卫生健康委员会副主任

副 组 长：吴金英 区卫生健康委员会副主任

汪 畅 区卫生健康委员会副主任

沈利群 区卫生健康委员会副主任

组 员：徐 喆 区卫生健康委员会基层卫生科科长

杜懿杰 区卫生健康委员会医政管理科负责人

叶开友 区卫生健康委员会疾病预防科负责人

张 薇 区卫生健康委员会健康促进科科长
区卫生健康委员会信息化管理科科长

长

潘俊锋 区疾病预防控制中心(区卫生健康监督所)主任(所长)

顾青 区卫生健康事业发展中心党支部书记、主任

周拟 区爱国卫生和健康促进指导中心党支部书记、主任

张军 赵巷镇社区卫生服务中心党支部书记、主任

徐渊辉 徐泾镇社区卫生服务中心党支部书记、主任

周颖 徐泾北大居社区卫生服务中心主任

赵锦江 华新镇社区卫生服务中心党支部副书记、主任

高轩业 重固镇社区卫生服务中心党支部书记、主任

陈华星 白鹤镇社区卫生服务中心党支部书记、主任

左晓华 朱家角镇社区卫生服务中心主任

邹云 练塘镇社区卫生服务中心主任

张丽红 金泽镇社区卫生服务中心党支部副书记、主任

曹 红 夏阳街道社区卫生服务中心党支部
书记、主任

朱庆云 盈浦街道社区卫生服务中心党支部
副书记、主任

王健翠 香花桥街道社区卫生服务中心党支
部书记、主任

工作小组

组 长：顾 青 区卫生健康事业发展中心党支部书
记、主任

副 组 长：郭晓虎 区卫生健康事业发展中心副主任

组 员：任志华 区疾病预防控制中心（区卫生健康监
督所）慢病科科长

高红梅 区疾病预防控制中心（区卫生健康监
督所）五大卫生科科长

区卫生健康事业发展中心社区卫生
科科长

丁佳俊 区卫生健康事业发展中心信息化和
大数据科科长

区爱国卫生和健康促进指导中心健
康教育科科长

质控小组名单另行制定印发。