临淄区敬仲卫生院基本公共卫生服务和家庭医生签约服务项目

一、国家基本公共卫生服务项目服务内容

根据《国家基本公共卫生服务规范（山东2017年版）》要求，统一规范实施12项国家基本公共卫生服务项目。包括居民健康档案管理，健康教育，预防接种，0-6岁儿童健康管理，孕产妇健康管理，老年人健康管理，高血压、2型糖尿病等慢性病患者健康管理，严重精神障碍患者管理，肺结核患者健康管理，中医药健康管理，传染病和突发公共卫生事件报告和处理，卫生监督协管等。

二、家庭医生签约服务项目服务内容

（一）2023年家庭医生签约-个性化服务包

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务包类型 | 服务包 名称 | 签约适宜人群 | 服 务 包 服 务 项 目 | 年服务次数 |
| 初  级  包 | 减  免  查  体  包 | 全人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、**辅助检查项目(不限次数）**：化验（**不包括临淄区人民医院检验送检项目**）、彩超、一般心电图、拍片、动态心电图、动态血压等，享受医保报销后减免20%的个人自付费用； | 不限 |
| 3、**中医理疗项目（不限次数）**：享受医保报销后减免20%的个人自付费用； | 不限 |
| **4、查体项目（一次）：**一般体格检查、血糖、血脂、一般心电图、腹部（肝胆胰脾）彩超等一次； | 1 |
| 5、提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。 | - |
| 6、选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；一对一健康问题电话咨询指导服务； | - |
| 7.提供健康评估并制定个性化健康管理方案。 | 1 |
| 中医  治未病服务包 | 全人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、**中医针灸（或理疗）4次**。 | 4 |
| 3、提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。 | - |
| 4、选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；一对一健康问题电话咨询指导服务； | - |
| 5.提供健康评估并制定个性化健康管理方案。 | 1 |
| 口腔  服务  包 | 全人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| **2、全年享受200元减免优惠，分4次完成，每次最多减免50元（医保报销后）**。 | 4 |
| 3、提供口腔预约诊疗服务。 | - |
| 4、选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；一对一健康问题电话咨询指导服务； | - |
| 5.提供健康评估并制定个性化健康管理方案。 | 1 |
| 高  级  包 | 慢性病筛查服务包 | 全人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、**辅助检查项目(不限次数）**：化验（**不包括临淄区人民医院检验送检项目**）、彩超、一般心电图、拍片、动态心电图、动态血压等，享受医保报销后减免20%的个人自付费用； | 不限 |
| 3、**中医理疗项目（不限次数）**：享受医保报销后减免20%的个人自付费用； | 不限 |
| 4、**每年在签约单位开展一次包括血常规、尿常规、一般心电图、血糖、血脂、肝功能、肾功能、腹部彩超（肝、胆、胰、睥）在内的体检，针对检查结果进行健康评估。** | 1 |
| 5、提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。 | - |
| 6、选择适宜的就医途径，提供双向转诊服务；一对一健康问题电话咨询指导服务； | - |
| 7.提供健康评估并制定个性化健康管理方案。 | 1 |
| 新冠肺炎防治服务包 | 全人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、提供健康教育指导及新冠肺炎相关咨询服务，对未完成加强免疫的人员，引导其尽快接种。 | - |
| 3、根据签约对象实际情况，为有需要的感染者提供指夹式脉搏血氧仪等开展健康监测。如出现持续高热，呼吸困难、指氧饱和度<93%等情况尽快转诊。 | 5 |
| 4、每周随访一次，可根据需要加密随访频次，至居家治疗观察结束。 | 2 |
| 5、**每年在签约单位开展一次包括血常规、尿常规、一般心电图、血糖、血脂、肝功能、肾功能、腹部彩超（肝、胆、胰、睥）在内的体检，针对检查结果进行健康评估。** | 1 |
| 6、向居家治疗的无症状或症状轻微的感染者通过电话、微信或线下等方式提供健康咨询、用药指导等。 | - |

（二）家庭医生签约-特殊人群中级服务包（贫困低保及计生家庭）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 适宜对象 | 服务内容 | 年服务次数 |
| 贫困低保健康人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。 | **1** |
| 3、随访评估、健康指导。 | **2** |
| 贫困低保的  严重精神障碍患者、高血压病患者、2型糖尿病患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、提供每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。 | 1 |
| 3.按慢性病患者健康管理，提供每季度一次随访评估，健康指导；提供健康教育处方。 | 4 |
| 贫困低保的  肺结核患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、提供每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。 | 1 |
| 3、提供面对面随访评估、督导服药，开展分类干预和结案评估；提供健康教育处方 | 12 |
| 贫困低保的  脑血管病、冠心病、慢阻肺、老年人慢支、类风湿性关节炎、骨关节炎患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、提供每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查）。 | 1 |
| 3、提供随访评估、健康指导、健康教育处方。 | **2** |
| 计生特殊家庭人员 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、每年 1 次体格检查和辅助检查（含血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、一般心电图和腹部 B 超检查**(镇政府安排）**。 | 1 |
| 3、慢性病患者按基本公卫规范要求提供评估随访、健康指导，发放健康教育处方。 | 4 |

（三）家庭医生签约-基础服务包

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服务包 名称 | 签约适宜人群 | 服务内容 | 年服务次数 |
| 全人群服务包 | 全人群 | 1、健康评估 | 1 |
| 2、建立规范化居民电子档案，实行动态管理和更新。 | 1 |
| 2、健康教育、健康生活方式指导 | 8 |
| 3、预约转诊服务，为签约村（居）提供专业就医路径指导。 | 6 |
| 4、提供常见病、多发病和诊断明确慢性病诊疗服务。（具体项目根据物价局定价收费）。 | - |
| 0-6岁儿童服务包 | 0-6岁儿童 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、新生儿健康信息综合管理、新生儿家庭访视、满月健康管理、0-3岁婴幼儿健康管理、4-6岁儿童健康管理 | 按规范 |
| 3、0-3岁儿童中医健康指导服务 | 1 |
| 孕产妇服务包 | 孕产妇 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、综合信息管理、建立《母子健康手册》，并进行产前随访、健康评估、健康教育和指导。 | 按规范 |
| 3、产后访视、产后42天检查 | 按规范 |
| 4、母乳喂养及哺乳期饮食指导 | 2 |
| 严重精神障碍服务包 | 严重精神障碍患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、严重精神障碍患者信息管理 | - |
| 3、每年至少4次随访评估，并分类干预。 | 4 |
| 4、每年进行 1次健康体检（一般体格检查、血压、体重、血常规、尿常规、血糖、血脂、肝功、肾功、心电图、腹部彩超）。 | 1 |
| 5、心理咨询疏导、发放健康教育处方 | 2 |
| 肺结核服务包 | 肺结核患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、肺结核患者信息管理 | 1 |
| 3、面对面随访评估、督导服药，开展分类干预和结案评估。 | 12 |
| 4、健康评估、发放健康教育处方。 | 1 |
| 老年人服务包 | 65岁及以上老年人 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、健康体检（一般体检检查、血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂、心电图和腹部 B 超检查）、体检报告反馈及健康指导。 | 1 |
| 3、中医体质辨识和中医药保健指导 | 1 |
| 高血压服务包 | 高血压患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、每年至少 4 次面对面随访服务（测血压、身高、体重、用药指导）， | 4 |
| 3、每年 1 次较全面的健康检查。检查内容包括：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。 | 1 |
| 4、健康评估并制定健康管理方案，健康指导，发放健康教育处方。 | 1 |
| 5、双向转诊服务。 | 4 |
| 糖尿病服务包 | 2型糖尿病患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、每年至少 4 次面对面随访服务（测血压、血糖、身高、体重、足背动脉、用药指导）， | 4 |
| 3、每年 1 次较全面的健康检查。检查内容包括：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、空腹血糖、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部、足背动脉搏动等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。 | 1 |
| 4、健康评估并制定健康管理方案，健康指导，发放健康教育处方。 | 1 |
| 5、双向转诊服务。 | 4 |
| “三高共管”健康管理服务包 | 60岁以上高血压、高血糖、高血脂人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、每年 1 次体格检查和辅助检查（含空腹血糖、血脂）。 | 1 |
| 3、每季度一次随访服务（结合慢性病管理进行）。 | 4 |
| 残疾人包 | 残疾人 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、建立健康档案、提供随访评估服务。 | 按规范 |
| 3、健康体检（体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断）。 | 按规范 |
| 3、提供康复功能评定，并制定个性化康复计划；提供分类干预、心理疏导。 | - |
| 4、门诊康复指导、用药指导、无障碍环境适应指导；居家康复、生活指导、卧床护理等指导。 | - |
| 5、发放健康教育处方。 | 2 |
| 脑卒中包 | 脑卒中患者 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2、提供随访评估服务，并制定健康管理方案。 | 1 |
| 3、每年 1 次较全面的健康检查。检查内容包括：体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。 | 1 |
| 4、发放健康教育处方。 | 1 |
| 医养结合包 | 60岁以上老年人 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2.每年2次：测血压、血糖检测、康复指导、护理技能、保健咨询、营养改善指导等6项服务。 | 2 |
| **备注：60岁以上老年人和慢性病患者，已享受健康体检和随访服务的不再重复。** | - |
| 新冠肺炎防治初级服务包 | 全人群 | 1、全人群基础包服务项目 | - |
| 2.健康教育，健康生活指导，对未完成加强免疫的人员，引导其尽快接种 | - |
| 3.提供新冠肺炎相关咨询服务 | - |

三、责任医生、服务区域及联系电话

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 服务内容 | 责任医生 | 服务区域 | 联系电话 |
| 基本公共卫生服务 | 居民健康档案 | 崔海英 | 敬仲镇 | 13793312857 |
| 基本公共卫生服务 | 健康教育 | 朱爱霞 | 敬仲镇 | 13581043642 |
| 基本公共卫生服务 | 预防接种 | 王丽芬 | 敬仲镇 | 13589593758 |
| 基本公共卫生服务 | 0-6岁儿童健康管理 | 高燕 | 敬仲镇 | 13869331102 |
| 基本公共卫生服务 | 孕产妇健康管理 | 李艳红 | 敬仲镇 | 13475574694 |
| 基本公共卫生服务 | 老年人健康管理 | 王景鑫 | 敬仲镇 | 13695337256 |
| 基本公共卫生服务 | 高血压患者健康管理 | 王景鑫 | 敬仲镇 | 13695337256 |
| 基本公共卫生服务 | 2型糖尿病患者健康管理 | 韩玉华 | 敬仲镇 | 13573368433 |
| 基本公共卫生服务 | 严重精神障碍患者管理 | 崔淑英 | 敬仲镇 | 13295339927 |
| 基本公共卫生服务 | 肺结核患者健康管理 | 王丽芬 | 敬仲镇 | 13589593758 |
| 基本公共卫生服务 | 中医药健康管理 | 韩玉华 | 敬仲镇 | 13573368433 |
| 基本公共卫生服务 | 传染病和突发公共卫生事件报告和处理 | 马海玲 | 敬仲镇 | 13792163391 |
| 基本公共卫生服务 | 卫生监督协 | 崔海英 | 敬仲镇 | 13793312857 |
| 家庭医生签约 | 签约服务 | 高燕 | 白一、陈家、户王、小寇、大寇、朱家、徐家圈、白二 | 13869331102 |
| 家庭医生签约 | 签约服务 | 范红梅 | 二张、蔡王、呈东、呈西、郝家、刘王、双庙、张王、小东王 | 13626387559 |
| 家庭医生签约 | 签约服务 | 李茂生、徐红军 | 东王官、岳家、东柳、西柳、西周、东周、东胡、西胡、西王官、许屯、赵家、毕家、李官、杨官、崔官、褚家 | 15169318190 |
| 家庭医生签约 | 签约服务 | 阚继通 | 李南、河沟、冯家、石桥、东姬、西姬、李东、李西 | 18678142827 |
| 家庭医生签约 | 签约服务 | 王永涛、秦云青 | 蔡店、东苇、西苇、辛路、毛家、刘家、谢家、钓鱼、北伯 | 13053316857 |