

东营市东营区人民政府办公室文件

东区政办发〔2017〕70号

东营区人民政府办公室 关于印发东营区家庭医生签约服务工作 实施方案的通知

各镇人民政府、街道办事处，区政府各部门、单位：

《东营区家庭医生签约服务工作实施方案》已经区政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

东营区人民政府办公室

2017年10月26日

东营区家庭医生签约服务工作实施方案

为进一步落实医改任务，促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉，为城乡居民提供质优价廉便捷的基本医疗卫生服务，根据《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）、《关于加快推进和完善家庭医生签约服务工作的实施意见》（鲁卫基层发〔2016〕6号）、《东营市家庭医生签约服务工作实施方案》（东卫字〔2017〕16号）等文件精神，结合我区实际，制定本方案。

一、总体要求和工作目标

（一）总体要求。按照深化医药卫生体制改革的总体部署和要求，围绕推进人人享有基本医疗卫生服务的目标，结合基层医疗卫生机构综合改革和全科医生制度建设，以健康为中心、基层医疗卫生机构为平台、医疗联合体为支撑，以优化服务内涵和完善人事薪酬制度为动力，以完善签约服务内涵为导向，增强居民主动签约意愿，调动家庭医生签约服务积极性，全面推进家庭医生签约服务。通过家庭医生与居民建立稳固的契约式服务关系，转变服务模式，推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉，促进基层首诊、分级诊疗制度的落实，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗卫生服务，不断提高城乡居民健康水平。

（二）工作目标。全面推行家庭医生签约服务，建立完善签约服务收付费、绩效考核、激励机制等制度和政策。2017年底

前，城市、农村签约服务覆盖率分别达到 30%和 65%，重点人群签约服务覆盖率达到 60%以上，力争实现全部建档立卡的农村贫困人口、计划生育特殊家庭和基本公共卫生服务项目在管 65 岁及以上老年人签约服务全覆盖，签约居民满意度达到 80%以上。2018--2020 年，进一步完善签约服务机制，将签约服务逐步扩大到全部重点人群和普通人群，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。家庭医生作为居民健康和医保经费的双重守门人的格局基本形成。

二、签约服务对象

签约服务对象为辖区内常住居民，其中，现阶段签约服务的重点对象为 65 岁以上老年人、慢性病患者（高血压、糖尿病）、0-6 岁儿童、孕产妇、严重精神障碍患者、贫困家庭和计划生育特殊家庭等。基层医疗卫生机构对辖区居民重点人群要摸底造册，按照充分告知、自愿签约的原则，开展集中签约或诊间签约。

三、签约服务内容

签约服务内容主要包括公共卫生服务、基本医疗服务、重点人群健康服务和个性化健康服务等四类签约服务。

（一）公共卫生服务内容。由家庭医生免费向各类人群提供相对应的基本和重大公共卫生服务项目等。

（二）基本医疗服务内容。由家庭医生向签约居民优惠提供。对常见病、多发病的初级诊治，提供预约、转诊和上门服务等。

（三）重点人群健康服务内容。由家庭医生团队对重点人群

提供优质服务，提供随访检查、康复指导、医疗保健和医养结合等健康医疗服务。

（四）个性化健康服务内容。镇、街道根据实际拓展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、家庭护理、中医药“治未病”、远程健康监测等，通过个性化的健康管理，提高居民对签约服务感受度，满足居民的多元化健康需求。

四、签约服务主体

（一）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的全科医师（含助理全科医师、中医类别全科医师和注册第二执业地点全科医师）、具备能力的乡镇卫生院执业（助理）医师和乡村医生等。其中城市以在基层医疗卫生机构注册的全科医师为主，农村以全科（助理）医师或具备签约服务能力的镇卫生院执业（助理）医师、乡村医生为主。基层医疗卫生机构负责统一调配家庭医生团队，确保家庭医生服务覆盖所有城乡居民。随着全科医生队伍建设，家庭医生逐步过渡到主要由全科医师承担。

（二）实行家庭医生团队服务。签约服务原则上采取团队服务形式。家庭医生与护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）共同组成家庭医生一级团队，为签约的健康居民、病情稳定的患者提供基础和初级服务；公共卫生医师不足的机构可暂由实际从事公共卫生服务人员承担；基层医疗卫生机构内科、妇产科、儿

科、精神、康复等专科医师（含在基层医疗卫生机构注册第二执业地点或退休后被基层医疗卫生机构返聘的中级以上职称的医师），开展对口帮扶、与基层医疗卫生机构组成医疗联合体和延伸举办社区卫生服务机构的二级以上医院临床医师和中医类别医师，可与家庭医生一级团队组合，成立专全结合的二级、三级团队，分别为疾病复杂的患者和重点人群、个性化需求较高的签约居民提供中级、高级服务。

五、签约服务形式

家庭医生签约服务以服务包的形式向居民提供。服务包分为基本签约服务包和个性化签约服务包（详见附件）。基本签约服务包向所有居民免费提供；个性化签约服务包是在基本签约服务包的基础上，增加了个性化健康服务内容，有偿向重点人群提供。同一周期内，重点人群只能选择一项个性化服务包签约。今年，我区以 65 岁以上老年人、慢性病患者（高血压、糖尿病）、0-6 岁儿童、孕产妇、严重精神障碍患者、贫困家庭和计划生育特殊家庭为优先签约人群。

按照自愿签约原则，每位居民同期只能选择 1 家基层医疗卫生机构的 1 个家庭医生团队，签约周期为 1 年。期满后居民和签约医生在双方自愿的基础上可选择续约或终止契约关系。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”或“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。基层医疗卫生机构要密切与上级医院的衔接配合，为签约居民提供更为丰富的优质服务和双向转诊绿色通道，为家庭医生提供有效保障，吸引居民签约，保障家庭医生工作需要。

六、签约服务费用

按照个性化签约服务包签约重点人群年人均 110 元的标准，筹集家庭医生签约服务费，其中基本公共卫生服务经费列支 25 元；签约居民选择家庭医生团队所在基层医疗卫生机构作为普通门诊定点医疗机构，个性化签约服务项目符合医疗保险政策规定范围的医保基金按普通门诊有关政策规定予以报销，医保基金按照不高于年人均 60 元的标准，与签约基层医疗卫生机构据实结算；财政补助 15 元，由市、区财政按 3:7 比例承担；签约居民个人缴纳 10 元，其中，贫困人口、计划生育特殊家庭签约个人缴纳部分由区财政承担。

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，按规定收取费用并履行告知义务。

七、有关工作要求

（一）组建家庭医生签约服务团队。各医疗卫生机构要结合本单位卫生技术人员现状，按照签约服务包的内容，组织符合条件的医务人员申请组合成立家庭医生服务团队，明确工作流程、

职责分工和分配机制。原则上，每名家庭医生与居民签约不超过2000人，确保签约服务质量。

区卫计局要成立由二级及以上医院和专业公共卫生机构专家组成的指导团队，通过远程医疗、即时通讯等方式为签约服务提供技术支持和业务指导。加强家庭医生签约服务必需设施设备配备，有条件的镇（街道）可为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。

（二）完善家庭医生签约服务激励机制。根据签约服务所增加的工作数量和工作时间，合理调整基层医疗卫生机构绩效工资总量，建立动态增长机制。基层医疗卫生机构可按照财务制度在核定的收支结余中，按适当比例提取净收益用于增加绩效工资水平，原则上财政补贴单位绩效工资上浮不超过50%。家庭医生签约服务费拨付与家庭医生签约服务考核结果挂钩，纳入基层医疗卫生机构业务收入统一核算。基层医疗卫生机构在核定的绩效工资总量内，根据签约服务和基本公共卫生个体服务绩效考核结果，自主确定分配形式和分配办法，报区卫生计生行政部门备案后实施。农村地区要保障乡村医生合理收入。

（三）建立预约和转诊工作机制。基层医疗卫生机构建立预约工作机制，群众可通过电话、网络等方式预约就诊。二级及以上医院指定科室对接家庭医生的转诊服务，把居民在本院门诊和住院诊疗信息及时交流给患者签约的基层医疗卫生机构。二级及以上医院以提前预约挂号时间、预留床位、网络预约等方式，将

专科门诊和专家门诊号源、住院床位提前优先分配或预留给服务区域内的家庭医生团队和签约居民，优先安排转诊的患者就诊，可适当给予转诊患者优惠，严禁推诿患者就诊。

（四）完善基本医保支付政策。调整完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，适当提高基层医疗机构医保支付比例，拉开不同级别医疗机构之间的报销比例差距。对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹，促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。

（五）完善基层用药政策和服务价格。调整完善基层医疗卫生机构药品配备使用政策。对诊断明确、病情稳定、依从性较好的慢性病签约患者，在家庭医生处就诊可酌情延长不超过 2 个月单次配药量，吸引慢性病患者首选家庭医生就诊；基层医疗卫生机构补充药品应优先保障签约居民慢性病、常见病治疗的常用药；适应专科、专病患者和康复期患者下转需求，为基层就诊、下转患者提供必要的药品供应保障。合理调整基层医疗卫生机构收费价格标准，及时增补和调整基层医疗卫生机构出诊、巡诊、家庭病床、家庭护理、健康管理、远程监测等服务的价格、收费方法和报销政策。

（六）发挥信息支持作用。以全市区域卫生信息平台为基础，建立签约服务信息化管理系统，实现家庭医生签约服务日常运行、数据统计、质量监测和绩效考核等功能，推进签约居民健康档案、母子健康手册、电子病历、检验报告、双向转诊和医保报销等信

息共享和业务协同。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为签约居民提供在线预约诊疗、候诊提醒、诊疗报告查询、药品配送和健康信息收集等服务。

（七）推进家庭医生队伍建设。加强基层全科医生规范化培训和继续医学教育，充实家庭医生队伍和提升家庭医生实践技能。按照《山东省卫生计生委关于全科医师转岗培训工作有关问题的通知》（鲁卫科教合作字〔2017〕19号）要求，每年为部分镇卫生院和社区卫生服务中心（站）的临床执业医师进行为期1年的全科医师转岗培训，缓解基层全科医生不足的矛盾，提升基层医疗卫生机构的基本医疗和公共卫生服务水平。根据国家、省、市相关规定，提高基层医疗卫生机构全科医生高、中级岗位的比例，基层医疗卫生机构内部绩效工资分配、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向签约的优秀全科医生和家庭医生倾斜。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，按照有关规定给予表彰表扬，大力宣传先进典型。

（八）强化绩效考核。建立以运行质量、服务效果和群众感受度为主的家庭医生签约服务考核评价体系，基层医疗卫生机构和家庭医生团队主要以签约对象数量和构成、基本医疗和公共卫生服务数量和质量、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、经签约医生转诊率、居民续约率等指标为核心。对于未按签约服务协议书提供相应服务或经考核不合格的家庭医生团队，由所属基层医疗卫生机构扣发相应补助经费并取消下一年签约资格。经整改考核合格后，方可继续开展签约服务。区卫计局将会同财政、人社等部门每年组织对基层医疗卫生机构、家庭医生团队和家庭医生进行评价考核，考核结果与家庭医生团队、家庭医生绩效分配和评先评优挂钩。

八、保障措施

（一）加强组织领导。区政府成立由分管副区长任组长的家庭医生签约服务工作领导小组，指导、督导各镇、街道及各部门按照职责分工开展各项工作，逐步建立起政府主导、部门协作、全社会参与的家庭医生签约服务工作机制。同时，加强家庭医生签约服务与医联体建设、分级诊疗等改革工作的衔接，逐步形成居民有序就医的良好局面。

（二）强化部门协作。发展改革和医改部门要协调完善外部支撑机制，形成部门合力。民政部门要建立有利于家庭医生签约服务的养老服务政策，指导基层组织支持参与家庭医生签约服务开展。财政部门要统筹核定基层医疗卫生机构的各项补偿资金，并建立财政补助与签约服务数量和质量相挂钩的补偿制度。人力资源和社会保障部门要建立有利于家庭医生签约服务的基本医疗保险支付政策和人事薪酬制度。物价部门要做好家庭医生签约服务包价格相关工作，规范家庭医生服务收费。卫生计生部门要

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，加强对签约服务工作的监管考核。

（三）实行督导评估。建立由区卫计、发改、财政、人社等部门共同参与的家庭医生基层签约服务考核机制，对家庭医生签约服务定期进行调研和督导，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。同时，将家庭医生签约服务督导结果列入对镇卫生院、社区卫生服务中心的年度考核指标。严禁“重签约、轻履约”、“重形式、轻服务”、“重进度、轻质量”等，确保签约服务顺利实施。

（四）加强宣传引导。各镇、街道及社区居委会（村居）要做好宣传、动员和解释工作，发动社区居民积极参与。各基层医疗卫生机构要充分运用宣传材料、健康信息宣传栏、报纸、电视等新闻媒体和各类宣传阵地，多渠道广泛宣传家庭医生签约服务，着重突出签约服务惠民、利民的特点，提高家庭医生签约服务工作的认知度和接受度。家庭医生要加强与签约对象的沟通，做到充分告知，提高签约服务的知晓率和落实率，逐步引导广大居民首诊到基层。要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：1. 东营区家庭医生签约服务工作领导小组
2. 东营区家庭医生签约服务包清单

附件 1

东营区家庭医生签约服务工作领导小组

组 长：巴沾红 副区长

副组长：杨国良 区卫生和计划生育局局长

成 员：耿瑞芳 区发展和改革局党组副书记、主任科员

吴爱玲 区民政局党组副书记

杨庆军 区财政局党组副书记、农业综合开发办公室主任

刘洪喜 区人力资源和社会保障局党组副书记、社会保险管理服务中心主任

刘国光 区物价管理办公室副主任科员

陈树山 区卫生和计划生育局副局长

刘学鹏 区中医药管理局局长

领导小组下设办公室，办公室设在区卫生和计划生育局，杨国良同志兼任办公室主任。领导小组不刻制印章，不对外正式行文。该项工作结束后，领导小组及其办公室自行撤销。

附件 2

东营区家庭医生签约服务包清单

适合对象	服务包类型	服务项目		备注
		项目名称	年服务次数	
一般人群	基本签约服务包(免费包)	1. 基本公共卫生服务项目	按规范执行	
		2. 基本医疗服务十项项目, 包括:		
		(1)病情稳定慢性病患者长处方(1 个月)		
		(2)延伸处方		
		(3)预约专家门诊、预约大型仪器设备检查	≤3	
		(4)一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)	≤3	
		(5)指导适宜就医途径	≤12	
		(6)疾病健康教育	≤3	
		(7)健康体检和评估, 制定健康管理方案	1	
		(8)个性化中医体质辨识	1	
		(9)教授一项中医养生技能	1	
0-6 岁儿童	基本公共卫生服务项目	新生儿家庭访视(出院 1 周内到新生儿家中访视, 了解出生、预防接种等情况, 观察家居环境, 检查喂养、睡眠、大小便、黄疸和脐部情况, 测量身高, 体重等)		
		新生儿满月健康管理(询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸情况, 体重、身长、头围等测量, 对家长进行喂养、发育和防病指导。)		
		婴幼儿健康管理(提供生长发育和心理行为智力发育评估, 进行喂养, 生长发育, 疾病预防, 预防伤害, 口腔保健等服务指导。)		

		学龄前儿童健康管理		
		健康问题处理（对发现营养不良、贫血、单纯性肥胖进行分析，给出指导或转诊；心理行为发育偏异、智力低下，口腔发育异常，龋齿，视力低，听力异常给予转诊）		
		基本医疗服务项目	同一般人群	
	个性 签约 服务 包	包括基本签约服务包		
		一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)	≤9	
		双向转诊绿色通道	≤3	
		为有需求且行动不便的签约居民提供出诊服务	1	
		引导式教育训练	2	
		测黄疸	2	
		新生儿脐部护理	1	
		健康咨询的解答和指导	≤12	
		全自动仪全血细胞分析(25项)	1	
		乙型肝炎表面抗体测定	1	
		儿童营养状况评估及饮食指导	1	
孕 产 妇	基本 公共 卫生 服务 项目	孕13周前为孕妇建立《母子健康手册》	按规范执行	
		进行第一次产前随访		
		孕妇健康状况评估并给予健康教育和指导		
		根据检查结果填第一次产前检查服务记录表		
		孕中期健康教育和指导		
		对未发现异常的孕妇，给予指导和告知		
		对高危孕妇，进行早期识别，转诊并随访		

		孕晚期健康教育和指导		
		自我监护、自然分娩、母乳喂养、孕期并发症防治指导		
		1周内产后随访,了解产妇恢复情况,进行产褥期保健指导		
		发现问题产妇,转诊至上级医院就诊		
		心理保健,性保健和避孕等指导		
	基本医疗服务项目		同一般人群	
	个性 签约 服务 包	一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)	≤9	
		双向转诊绿色通道	≤3	
		产妇手术刀口护理	1	
		母乳喂养及哺乳期饮食指导	1	
		产后避孕措施指导	1	
		健康咨询的解答和指导	≤12	
		发放叶酸	3	
		乳房保健指导	2	
		产后心理辅导	1	
高危产妇随访		1		
产前、产后妇科B超常规检查(彩超)	1			
老 年 人	基本 公共 卫生 服务 项目	了解基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒等情况	按规范执行	
		慢性病常见症状,既往病史,治疗,用药情况		
		生活自理能力评估		
		体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部、口腔、视力、听力和运动功能进行粗测		

		血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）			
		空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）			
		心电图			
		腹部彩超			
	基本医疗服务项目		同一般人群		
	个性 签约 服务 包	包括基本签约服务包			
		一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)		≤9	
		双向转诊绿色通道		≤3	
		生活习惯、饮食习惯、防摔倒等健康指导		1	
		家庭巡诊		2	
		为有需求且行动不便的签约居民提供出诊服务		2	
		专业药师用药指导 1 次		1	
		长期卧床褥疮护理		≤4	
		为有需求的签约居民提供灌肠服务(不含材料费)		≤4	
为有需求的签约居民提供导尿服务(不含材料费)		≤4			
为有需求的签约居民提供置胃管服务(不含材料费)		≤4			
为有需求的签约居民提供吸氧服务(不含材料费)		≤6			
胸片检查		1			
高 血 压	基本 公共 卫生 服务 项目	每年至少 4 次面对面随访	按规范执行		
		对血压控制满意的，预约下次随访			
		第一次控制不满意，2 周内随访；连续 2 次不满意，转诊上级医院，2 周后随访。			
		健康教育			

	体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部，口腔、视力、听力和运动功能进行粗测		
	基本医疗项目	同一般人群	
个性 签约 服务 包	包括基本签约服务包		
	一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)	≤9	
	双向转诊绿色通道	≤3	
	专家会诊	1	
	为有需求且行动不便的签约居民提供出诊服务	1	
	对高血压患者进行评估，按照低危、中危、高危分为一、二、三级管理		
	一级管理: 血压未达标或不稳定期间每 3 周测 1 次血压；血压达标稳定后每 3 月测 1 次血压。 二级管理: 血压未达标或不稳定期间每 2 周测 1 次血压；血压达标稳定后每 2 月测 1 次血压。 三级管理: 血压未达标或不稳定期间每 1 周测 1 次血压；血压达标稳定后每 1 月测 1 次血压。		
	胸片检查		1
	同型半胱氨酸测定		1
	葡萄糖测定(空腹)		≤ 1
	尿液分析		≤ 1
	十二导联心电图检查		≤ 1
	全自动仪全血细胞分析(25项)		≤ 1
	尿素测定		≤ 1
肌酐测定		≤ 1	
血清丙氨酸氨基转移酶测定		≤ 1	
血清总胆固醇测定		≤ 1	
			一级管理: 4 年测 1 次 二级管理: 2 年测 1 次 三级管理: 1 年测 1 次

		血清甘油三酯测定	≤ 1	
		血清低密度脂蛋白胆固醇测定	≤ 1	
		血清高密度脂蛋白胆固醇测定	≤ 1	
		个性化的中医辨证施治	≤ 1	
糖尿病	基本公共卫生服务项目	每年至少 4 次面对面随访	按 规 范 执 行	
		每年至少进行 4 次空腹血糖检测	同 一 般 人 群	
		对血糖控制满意的, 预约下次随访		
		第一次控制不满意, 2 周内随访; 连续 2 次不满意, 转诊上级医院, 2 周后随访。		
		健康教育		
		体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部, 口腔、视力、听力和运动功能进行粗测		
		基本医疗项目	同 一 般 人 群	
	个性签约服务包	包括基本签约服务包		
		一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)	≤ 9	
		双向转诊绿色通道	≤ 3	
专家会诊		1		
为有需求且行动不便的签约居民提供出诊服务		1		

		糖尿病足部情况检查及护理指导	2	
		胸片检查	1	
		尿液分析	1	
		全自动仪全血细胞分析(25项)	1	
		肌酐测定	1	
		尿素测定	1	
		血清丙氨酸氨基转移酶测定	1	
		血清总胆固醇测定	1	
		血清甘油三酯测定	1	
		血清低密度脂蛋白胆固醇测定	1	
		十二导联心电图检查	1	
		糖化血红蛋白测定	1	
		个性化的中医辨证施治	1	
高血压合并糖尿病	基本签约服务包	每年至少4次面对面随访		
		每年至少进行4次血压、空腹血糖检测		
		对血压、血糖控制满意的, 预约下次随访		
		第一次控制不满意, 2周内随访; 连续2次不满意, 转诊上级医院, 2周后随访。		
		健康教育		
		体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部, 口腔、视力、听力和运动功能进行粗测		
		基本医疗项目	同一 一般 人群	
	包括基本签约服务包			

个性 签约 服务 包	一般诊疗费费用(不再收取个人承担部分)	≤ 9	
	双向转诊绿色通道	≤ 3	
	专家会诊	1	
	糖尿病足部情况检查及护理指导	2	
	为有需求且行动不便的签约居民提供出诊服务	2	
	对高血压患者进行评估,按照低危、中危、高危分为一、二、三级管理		
	一级管理:血压未达标或不稳定期间每3周测1次血压;血压达标稳定后每3月测1次血压。 二级管理:血压未达标或不稳定期间每2周测1次血压;血压达标稳定后每2月测1次血压。 三级管理:血压未达标或不稳定期间每1周测1次血压;血压达标稳定后每1月测1次血压。		
	胸片检查	1	
	同型半胱氨酸测定	1	
	血清高密度脂蛋白胆固醇测定	≤ 1	
	尿液分析	1	
	全自动仪全血细胞分析(25项)	1	
	肌酐测定	1	
	尿素测定	1	
	血清丙氨酸氨基转移酶测定	1	
	血清总胆固醇测定	1	
	血清甘油三酯测定	1	
	血清低密度脂蛋白胆固醇测定	1	
	十二导联心电图检查	1	
	糖化血红蛋白测定	1	
个性化的中医辨证施治	1		

抄送：区委各部门，区人大常委会办公室，区政协办公室，区法院，
区检察院，区人武部，区各人民团体。

东营区人民政府办公室

2017年10月26日印发
