|  |
| --- |
| **长子县残疾人联合会**  **文件** |
| **长子县卫生健康和体育局** |

长子残联〔2024〕25号

长子县残疾人联合会

长子县卫生健康和体育局

关于印发《2024年残疾人家庭医生签约服务

实施方案》的通知

各乡镇残联、卫生院、城镇居民卫生服务中心：

  为了做好2024年残疾人家庭医生签约服务工作，现将长子县残疾人联合会和长子县卫生健康和体育局联合制定的《2024年残疾人家庭医生签约服务实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。

长子县残疾人联合会 长子县卫生健康和体育局

2024年6月25日

2024年残疾人家庭医生签约服务实施方案

为进一步扎实开展长子县2024年残疾人家庭医生签约工作，根据长治市残联和长治市卫生和计划生育委员会《关于做好2018年残疾人家庭医生签约服务工作的通知》（长残联〔2018〕46号）精神，结合我县实际，特制订本工作方案。

一、签约服务内容

残疾人家庭医生签约服务分基本服务和康复服务两部分。基本服务属免费服务。康复服务属收费服务，由精准康复服务经费补贴与残疾人自费相结合（经费使用范围见附件4)。

（一）基本服务

家庭医生优先为签约残疾人提供相关基本公共卫生服务；开展健康康复咨询及康复用药、训练指导，利用健康讲座、义诊、微信等方式开展健康科普教育，为签约残疾人提供个性化的健康康复咨询、普及健康康复知识、传播健康康复技能、宣传精准康复服务项目；家庭医生优先为签约残疾人提供预约门诊服务，为需转诊的签约残疾人优先转诊至二、三级医疗机构治疗、康复。

（二）康复服务

建立规范精准康复服务档案（见附件2)，及时更新完善康复需求等信息，对签约残疾人状况进行评估，制定有针对性的健康康复方案和残疾干预措施，指导残疾人康复；为年老体弱、行动不便的重度残疾人开展上门护理、心理干预、康复训练服务。

二、完善签约服务模式

（一）签约主体

本着自愿的原则，残疾人可在工作地或居住地附近的乡镇卫生院、村卫生室自主选择家庭医生。凭本人《身份证》《 残疾人证》等有效证件与家庭医生签订服务协议，约定双方享有的权利、承担的义务及其他有关事项。若因客观因素无法通过家庭医生签约为残疾人提供精准康复服务，由县残联会同县卫生健康和体育局委托定点医院提供康复服务。

（二）服务模式

开展残疾人签约服务的基层医疗卫生机构要依托定点康复服务机构、特教学校、社区康复站，吸收康复服务机构专业人员、残疾人专职委员、社区康复协调员加入家庭医生团队，共同做好残疾人的联络对接和康复服务工作，拓展残疾人家庭医生签约服务内容。

（三）残联职责

各乡镇残联组织做好协调帮扶工作，积极宣传残疾人家庭医生签约政策，对接精准康复服务工作。

三、服务经费及服务要求

残疾人家庭医生签约基本服务项目经费由县卫生健康和体育局根据统一标准补贴。康复服务经费由县残联提供补贴。医疗机构每签约服务1名残疾人，残联给予每年120元补贴。2024年7月1日—2024年12月20日为一个周期，服务周期内服务次数不少于6次，其中上门服务不少于2次（对行动不便的重度残疾人，适当增加上门服务次数）。

四、做好保障和督导

各乡镇残联要主动履行“代表、服务、管理”职能，利用全国残疾人基本服务状况和需求专项调查及动态更新等数据，与卫生院共享信息，主动引导残疾人签约，配合家庭医生团队做好与残疾人的对接和签约服务工作。

各乡镇卫生院要将残疾人家庭医生签约服务作为整体签约服务中的一个重点进行推进。加大家庭医生团队的康复知识和业务技能培训，将残疾人精准康复服务行动的相关政策和必要的康复知识、技能作为家庭医生签约团队业务培训内容，不断增强家庭医生团队服务残疾人的能力。

各乡镇残联和卫生院要加强对残疾人家庭医生签约服务工作的具体指导，及时发现问题，总结经验，要强化督导评估，残疾人家庭医生签约服务将纳入全县残联工作年度目标任务进行督导考核。

附件：

1、长子县基层医疗机构残疾人家庭医生签约服务协议书；

2、残疾人精准康复服务档案；

3、长子县残疾人家庭医生签约服务登记表；

4、长子县家庭医生签约团队精准康复经费补贴服务内容；

5、长子县残疾人康复需求和康复服务情况汇总表。

附件1

长子县基层医疗机构残疾人家庭医生签约服务协议书

甲方(服务对象)：  
姓 名: 联系电话:

家庭住址:   
乙方(家庭医生签约团队名称)：  
团队负责人姓名: 联系电话:

团队成员姓名: 联系电话:

团队成员姓名: 联系电话:

为更好满足城乡残疾人就近就医及康复服务需要,充分发挥家庭医生健康守门人作用，本着平等、互信、互惠原则，甲方自愿聘请乙方人员为本人签约服务家庭医生，成为乙方服务对象。经甲乙双方和管理指导单位协商，签订本协议。  
 一、协议服务内容  
 残疾人精准康复服务(根据残疾类别确定)

二、权利与义务

(一)甲方:

1、主要权利:自愿选择服务提供方和服务项目;享有与乙方约定好的服务项目;监督签约服务内容的规范实施。

2、主要义务:接受签约服务的残疾人应当将康复需求及时、准确告知乙方;主动配合并执行好乙方制定的康复服务相关措施;如康复服务有问题首先咨询乙方,尽可能到乙方工作场所接受服务，接受转介服务建议，按康复需求逐级转介;遵守相关国家法律法规，配合支持家庭医生工作;主动参与基层医疗卫生服务机构满意度测评，对家庭医生服务进行客观评价。  
 (二)乙方:  
    1、主要权利:在政策范围内,得到合理劳务报酬。  
 2、主要义务:加强学习和信息收集,提升自身服务能力;科学安排服务时间，及时应诊;提供服务时要耐心细致，解释清楚;严格执行诊疗规范,提供优质安全服务,保守患者个人隐私。基本服务为免费，康复服务按规定收费。  
    三、其他约定  
   1、甲方对乙方服务不满意，可向其管理指导单位投诉，也可申请管理指导单位协调解决。  
   2、甲方隐瞒病史信息、不执行乙方制定的防治方案或不听从指导意见，影响服务质量的后果由甲方承担。乙方可通过免责声明的方式对相应的具体情形进行说明。  
 3、本协议如与国家相关规定抵触，以国家规定为准。本协议未尽事宜,双方协商解决。  
 4、如甲方需要，乙方在告知相应医疗风险与伦理风险后，经双方商定，可上门提供合理医疗服务，收费按国家文件标准执行。

本协议一式两份，甲方、乙方各执一份。自双方签字之日起生效，有效期一年。期满后双方如无异议，自动续约。如需解约，需双方签字确认。

甲 方(签字): 乙 方(签字):（村医）

管理指导单位（盖章）：负责人（签字）：

年 月 日

附件2

编号：

残疾人精准康复服务档案

姓 名

山西省 市 县（市、区）

街道（乡镇） 社区（村）

山西省残疾人康复工作办公室编制

**使 用 说 明**

残疾人“人人享有康复服务”的目标，体现着党和国家对残疾人的格外关心、格外关注，同时也是残疾人的迫切需求。在基层使用统一规范、适合各类残疾人的基本康复服务档案，是掌握残疾人基本康复需求，提供精准康复服务，确保康复服务质量的关键环节。该档案包括：康复需求调查表、康复服务记录、康复服务评估三个部分，现就使用及填写方法说明如下：

一、基本康复服务需求评估与转介表

由精准康复服务小组和评估机构负责填写，保存在定点康复服务机构。根据《山西省残疾人基本康复服务目录》，对残疾人基本康复需求进行评估，将评估结果填写在相应的□中划√或填写文字，“其它”栏目如实填写。

二、基本康复服务记录

康复服务记录由定点康复服务机构负责提供康复服务的人员于每次服务后如实填写。“服务项目”按《基本康复服务目录》中的服务项目填写；“服务频次”指残疾人实际接受服务的频率及每次服务持续的时间；“服务周期”指残疾人接受“服务项目”中所注明服务的实际起止时间。经残疾人或监护人在其接受服务后签字确认，交回定点康复服务机构。

三、康复服务效果评价

康复服务效果评价在服务周期结束后，由项目监管残联负责组织实施，委托专业人员进行议价。“满意程度”由残疾人或其监护人在相应□划√并签名确认；“服务效果”和“下年度康复服务建议”由专业人员评估后分别在相应□划√和文字描述。评估后由评估负责人签名并保存在定点康复服务机构，汇总表由定点康复服务机构负责，交回项目监管残联并结算费用。

**基本康复服务需求评估表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性别** | 男□ 女□ | **出生日期** | 年 月 日 | | **民族** |  |
| **监护人姓名** | |  | **与残疾人**  **关系** | 配偶 □ 父母□ 兄弟姐妹□  祖父母□ 邻里□ 其它□ | | | **联系电话** |  | |
| **家庭住址** | |  | | | | | **残疾人证** | 有□ 无□ | |
| **残疾类别** | | 视力□ 听力□ 言语□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重残疾可多选） | | | | | | | |
| **残疾等级** | | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ 未评定□ | | | | | | | |
| **身份证号** | |  | | | | | | | |
| **残疾人证号** | | （持证必填） | | | | | | | |
| **康**  **复**  **需**  **求** | **康复**  **医疗** | 白内障复明手术□ 肢体矫治手术□ 肢残者康复治疗□ 功能评估□  精神病患者服药□ 精神病患者住院□ | | | | | | | |
| **功能**  **训练** | 视 力： 盲人定向行走训练□ 低视力者助视器适应性训练□ 低视力者视功能训练□  听力语言：听觉言语功能训练□ 助听器适应能力训练□  肢 体： 运动及适应训练□ 生活自理训练□ 社会适应训练□  智 力： 认知训练□ 生活自理训练□ 社会适应训练□ 职业康复训练□  精 神： 沟通及适应训练□ 作业治疗训练□ 工（农、娱、体疗）□ | | | | | | | |
| **辅助**  **器具** | 视 力： 盲杖□ 助视器（远）□ 助视器（近）□ □  听力语言：助听器□ 人工耳蜗□  肢 体： 轮椅（两轮）□ 轮椅（三轮）□ 助行器□ 坐姿椅□ 站立架□  手杖□ 腋杖□ 座便椅□ □  假肢（大腿）□ 假肢（小腿）□ 矫形器□ | | | | | | | |
| **支持性**  **服务** | 心理疏导□ 康复咨询与指导□ 家长心理辅导□ 家庭护理□ □ | | | | | | | |
| **服务**  **方式** | 直接提供□ 康复转介□ | | | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | | | |

说明：此表由乡镇卫生院残疾人家庭签约医生团队评估并按《残疾人基本康复服务目录》中的服务项目内容填写。

**精准康复服务需求评估与转介记录**

|  |
| --- |
| **康复需求：**  **是否需转介：** 是□ 否□  **转介至：** （机构）  （机构）  **评估机构名称：**  **评估人： 评估时间：** |
| **康复需求：**  **是否需转介：** 是□ 否□  **转介至：** （机构）  （机构）  **评估机构名称：**  **评估人： 评估时间：** |

注：本表一式二联，一联留存，一联转至康复机构。本页由评估机构填写，每年至少填写1次，“转介至（机构）”按各县（市、区）《残疾人精准康复定点评估机构目录》填写相应机构名称。

**精准康复服务记录**

|  |
| --- |
| **服务项目：**  **服务频次：**  **服务周期：**  年 月 日 至 年 月 日  **服务机构名称：**  **服务人员： 残疾人或监护人：**  **日期：** 年 月 日 |
| **服务项目：**  **服务频次：**  **服务周期：**  年 月 日 至 年 月 日  **服务机构名称：**  **服务人员： 残疾人或监护人：**  **日期：** 年 月 日 |

**注：**1.本页由康复服务机构填写，“服务项目”按《基本康复服务目录》中的服务项目填写；“服务频次”指残疾人实际接受服务的频率及每次服务持续的时间；“服务周期”指残疾人接受“服务项目”中所注明服务的实际起止时间。

2.残疾人或监护人在其接受服务后须签字确认。

**康复服务效果评价**

|  |
| --- |
| **年度残疾人基本康复服务**  **满意程度**： 非常满意□ 满意□ 基本满意□ 不满意□  **服务效果：** 优秀□ 良好□ 一般□ 差□  下年度康复服务建议（文字描述）：  **残疾人或监护人**（签名）：  **评估人**（签名）： |
| **年度残疾人基本康复服务**  **满意程度**： 非常满意□ 满意□ 基本满意□ 不满意□  **服务效果：** 优秀□ 良好□ 一般□ 差□  下年度康复服务建议（文字描述）：  **残疾人或监护人**（签名）：  **评估人**（签名）： |
| **年度残疾人基本康复服务**  **满意程度**： 非常满意□ 满意□ 基本满意□ 不满意□  **服务效果：** 优秀□ 良好□ 一般□ 差□  下年度康复服务建议（文字描述）：  **残疾人或监护人**（签名）：  **评估人**（签名）： |
| **年度残疾人基本康复服务**  **满意程度**： 非常满意□ 满意□ 基本满意□ 不满意□  **服务效果：** 优秀□ 良好□ 一般□ 差□  下年度康复服务建议（文字描述）：  **残疾人或监护人**（签名）：  **评估人**（签名）： |
| **年度残疾人基本康复服务**  **满意程度**： 非常满意□ 满意□ 基本满意□ 不满意□  **服务效果：** 优秀□ 良好□ 一般□ 差□  下年度康复服务建议（文字描述）：  **残疾人或监护人**（签名）：  **评估人**（签名）： |

附件3

长子县残疾人家庭医生签约服务登记表

**（ 年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** | |  | **民族** | |  | **出生年月** | |  |
| **身份证号** |  | | | **残疾人证号**  **（持证必填）** | | |  | | | |
| **残疾类别** | 视力□ 听力□ 肢体□ 智力□ 精神□（多重残疾可多选） | | | | | | | | | |
| **残疾等级** | 一级□ 二级□ 三级□ 四级□ 未定级□ | | | | | | | | | |
| **家庭住址** |  | | **监护人姓名** | | |  | | **联系电话** |  | |
| **康复需求** |  | | | | | | | | | |
| **签约服务** | 基本公共  卫生服务 | | 服务内容： | | | | | | | |
| 康复服务 | | 服务内容：  补贴资金： 自费： | | | | | | | |
| **备注：** | | | | | | | | | | |

**注：**此表由家庭医生签约团队所属机构填写,报县残联留存。

附件4

**长子县家庭医生签约团队精准康复经费补贴服务内容**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **残疾类别** | **等级** | **年龄** | **服务项目** | **服务内容** | **服务标准** | **评估及服务机构** |
| 各类残疾 | 全级别 | 全年龄 | 康复评估 | 提供一级康复评估，做好转介工作。 | 对应基本服务目录，提出明确的评估意见 | 家庭医生团队 |
| 肢体残疾 | 全级别 | 7岁  以上 | 辅助器具  评估及服务 | 对适配基本型假肢、矫形器和轮椅等基本辅助器具评估与使用指导。 | 假肢、矫形器每半年评估1次，其他每3年评估1次，及时指导。 | 辅助器具服务机构  （县残联） |
| 康复治疗  及训练 | 功能评估（含运动功能、认知能力、日常生活、社会参与能力等）；康复治疗及训练，包括运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等。 | 每月训练不少于1次，每次30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |
| 一、二级 | 支持性服务 | 重度肢体残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。 | 每月不少于1次，每次30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |
| 智力残疾 | 全级别 | 7岁  以上 | 认知及适应  训练 | 功能评估（含认知、生活自理和社会适应能力等）；康复训练，包括认知、生活自理、职业康复训练和社会适应能力训练等。 | 每月不少于1次，每次不少于30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |
| 一、二级 | 支持性服务 | 重度智力残疾人日间照料、长期护理、居家护理等服务。 | 每月不少于1次，每次不少于30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |
| 精神残疾 | 全级别 | 7-17岁 | 支持性服务 | 儿童家长康复知识培训、心理辅导、康复咨询与指导等服务。 | 每月至少1次，每次不少于30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |
| 成人 | 精神障碍作业  疗法及训练 | 功能评估（含生活自理、社会交往、体能等）；作业疗法训练，包括日常生活活动（ADL）训练、家务活动训练等。 | 每月不少于1次，每次不少于30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |
| 支持性服务 | 生活自理、心理疏导、日间照料、工（娱）疗、农疗、职业康复等服务。 | 每月至少1次，每次不少于30分钟。 | 家庭医生签约团队  （定点医院） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 | | | | | | | | | |
| 长子县残疾人康复需求和康复服务情况汇总表 | | | | | | | | | |
| 长子县 乡、镇 | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **家庭住址** | **残疾人证号** | **联系电话** | **康复需 求情况** | **康复服务情况** | | |
| **得到康复 服务项目** | **康复服务 机构名称** | **服务**  **次数** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |