关于印发《成武县2024年基本公共卫生服务项目实施方案》的通知

成卫办发〔2024〕7号

县人民医院总医院（含镇街分院）、各专业公共卫生机构：

现将《成武县2024年国家基本公共卫生服务项目实施方案》印发给你们，请认真组织实施。

成武县卫生健康局

2024年2月26日

成武县2024年基本公共卫生服务项目实施方案

为进一步做实做好基本公共卫生服务工作，提升服务能力和工作水平，促进基本公共卫生服务项目有效落实，提高群众知晓率和满意度，结合我县工作实际，制定本实施方案。

一、工作目标

在县委、县政府正确领导和上级业务主管部门的指导帮助下，继续扎实推进基本公共卫生服务项目工作，加快推进家庭医生签约服务，推进医防融合标准化流程改造，推进居民电子健康档案务实应用，加强基本公共卫生服务精细化管理，完善项目管理体系，创新管理机制，为辖区常住居民提供连续、综合、有效、经济的基本医疗和基本公共卫生服务，逐步改善居民健康生活方式，提高居民健康素养，确保全县城乡居民健康水平显著提高。

二、基本原则

（一）坚持政府主导，充分体现公益性和公平性，按照县卫生健康局和财政局的相关要求和相关精神，免费向城乡居民提供国家基本公共卫生服务。

（二）坚持统筹发展，努力缩小城镇之间、人群之间的服务差距；加大宣传力度，让居民了解到自己应该免费享受到的服务内容和方法；推进基本公共卫生服务均等化，提高居民知晓率和满意度。

（三）坚持重点突出，分步实施，解决居民当前迫切需要解决的基本公共卫生问题，有针对性的实施基本公共卫生服务。

（四）坚持优质服务、提高效率，强化绩效考核、培训、督导、监管，不断提高服务技术水平，提高人民群众健康水平。

三、项目服务内容、规范及工作目标

以提升服务质量为重点，全面实施国家基本公共卫生服务项目。各镇街分院要按照本实施方案，结合工作实际，认真制定基本公共卫生服务的实施方案。制定年度、季度工作计划，把工作量细化到每个月，有计划、有步骤、有针对性的开展各项工作。

具体服务内容、规范及工作目标如下：

（一）居民健康档案管理

以0～6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等人群为重点，在群众自愿的基础上，为辖区常住居民建立统一、规范的居民健康档案，居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。

1.丰富建档渠道。在机构就诊、体检、筛查和签约服务等建档渠道基础上，进一步发挥县级平台互通和数据共享优势，充分利用平台获得的辖区居民实名就诊记录及各类健康体检记录，责任医生专人进行核实、完善，形成完整的居民健康档案。要进一步提升服务效率，要实现基本公共卫生服务项目随访和体检数据的自动采集、上传和分析。通过智慧健康驿站获得的居民健康记录，基层医疗机构专人审核后，符合条件的记录可作为居民电子健康档案建档和随访信息。

2.及时更新健康档案。落实健康档案定期维护制度，依托信息化手段、人工智能等方式每年至少开展一次全面健康档案复核和自查，对年内未接受服务或无动态更新记录的居民健康档案进行重点核实，及时更新联系方式等个人基本信息，对死亡、户籍外迁的居民健康档案从底数中剔除并终止服务和归档，最大程度减少失访，保证电子健康档案时效性、完整性和规范性。要进一步规范居民健康档案信息迁移流程。居民因居住地变更需要调整管理健康档案的基层机构或团队，由居民本人或现管辖基层机构（团队）提出申请，由原管辖基层机构办理居民电子健康档案迁出。

3.规范健康档案数据分析和反馈。要将居民的年度健康体检表和检查检验报告单、随访（检查）服务记录表、个人基本信息表、生活方式、居民近期诊疗服务信息、用药情况、疾病发病风险评估等信息进行整合，并结合健康驿站等设备自助检测和居家自测数据，做好居民健康信息反馈。每年12月至次年2月期间，设立“年终健康大盘点”专题或专栏，集中向已注册居民推送可视化的本人健康状况分析报告。65岁以上老年人等重点人群健康体检结束后1个月内反馈体检结果及针对性健康指导建议，需要转诊时要及时指导转诊。

4.完善县级平台和基层信息系统功能。根据居民电子健康档案务实应用的要求，重点完善县级全民健康信息平台和基层卫生健康信息系统数据采集、共享推送、数据分析利用、查阅更新、质量控制等方面的实用功能。加强对基本公共卫生信息系统、家庭医生签约服务信息系统、随访系统的一体化设计应用。

5.居民健康档案工作目标。2024年，居民健康档案建档率≥90%，居民规范化电子健康档案覆盖率62%以上，电子健康档案动态使用率达到60%以上。

6.任务分解。（1）各镇街分院：做好对基本公共卫生服务村级服务人员、社区服务人员的业

务培训和技术指导；组织做好已建档案的信息更新工作；按照重点人群进行分类管理，统一存放，体检表等公共卫生服务相关表单应及时归档统一存放；建立和完善辖区服务人口总台账，针对重点人群建立公共卫生服务子台账，真实反应各项基本公共卫生服务过程。（2）村卫生室、社区卫生服务站：按照自愿和政策引导的原则，为辖区内居住半年以上的居民建立统一、规范的居民个人健康档案并及时更新。

（二）健康教育

树立健康优先、健康教育先行理念，将健康教育融入各项基本公共卫生服务中。以健康教育7种内容、5种形式为基础，丰富健康教育内容和形式，提高健康教育工作科学性和适用性，注重发挥中医药健康教育的作用。

要充分利用广播电视、APP、微信公众号、短视频平台等载体，通过主题宣传、知识竞赛、有奖答题、调查问卷等形式，推动基本公共卫生和家庭医生签约服务宣传进社区村居、机关企事业单位、办公楼宇等。要进一步强化重点人群健康教育有效性，重点强化老年人预防跌倒、儿童青少年近视防控、高血压和2型糖尿病患者自我管理等核心知识知晓率（重点宣传提纲见附件5）。

1.开展健康教育活动要有计划、有过程，有小结；发放印刷资料、播放音像资料、更新健康教育宣传栏、公众咨询活动、培训讲座要留存图片、音像资料、宣传材料样品等佐证资料。

2.健康教育工作目标。每年向居民发放健康教育资料不少于12种，播放健康教育音像资料不少于6种，组织面向公众的健康教育咨询活动不少于9次（社区卫生服务站和村卫生室不要求），健康教育宣传栏内容更换每两个月不少于1次，举办健康教育讲座不少于12次（社区卫生服务站、村卫生室举办健康教育讲座不少于6次）。在提供医疗卫生服务时，要开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育，对高血压高危人群进行低盐膳食指导，进行重点人群低盐膳食健康教育宣传指导，健康教育活动应有一定比例的中医药内容。

3.任务分解。（1）各镇街分院：及时印刷宣传资料及宣传栏内容并发放至各村卫生室、社区卫生服务站并及时更新；利用节假日、健康主题日、健康体检和重大集体活动向辖区内居民有针对性的发放健康教育宣传资料。在各镇街分院输液室，门诊大厅等显要公共场地播放音像资料；结合健康主题日、本地多发病的发病季节，在集市等人口流动较多的位置设立咨询点开展健康咨询活动；结合儿童预防接种留观、老年人健康体检结果反馈、慢性病患者随访、居民住院期间等机会，开展健康知识讲座。在提供门诊医疗、上门访视等医疗卫生服务时，开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。（2）村卫生室、社区卫生服务站：及时到各镇街分院领取宣传资料和宣传栏更新内容；在日常门诊、集市、街头、集体活动等人口密集地发放健康教育宣传资料；领取的宣传栏更新内容要按规范频次张贴；在观察室播放音像资料；结合慢性病随访、老年人查体等工作针对重点人群开展健康知识讲座。

（三）孕产妇健康管理

建立《母子健康手册》，开展至少5次孕期保健服务和产后访视。进行一般体格检查、实验室检查，对孕妇健康和胎儿的生长发育状况进行评估，除了进行孕期的生活方式、心理、运动和营养指导外，还应告知和督促孕妇进行预防出生缺陷的产前筛查；对高危孕产妇进行早期识别，发现有异常的孕妇，要及时转至总医院。

1.建立总医院与各镇街分院孕产妇保健信息共享机制，加快妇幼健康管理信息系统推广和使用，将总医院孕产妇信息、儿童保健信息及时推送至所属分院，努力使各项指标达到国家绩效目标值。

2.孕产妇健康管理工作目标：孕产妇系统管理率达到90%以上（辖区活产数据要与同时期妇幼年报保持一致，不低于同期人口的0.671%）。

3.任务分解。（1）各镇街分院：对总医院、村卫生室、社区卫生服务站提供的信息进行梳理，对辖区内孕产妇进行保健，孕13周前为孕产妇建立《母子健康手册》，进行第一次产前随访，并

按规范要求进行系统规范保健及产后访视。（2）村卫生室、社区卫生服务站：掌握辖区内新婚人员和孕13周前孕产妇信息并及时上报至分院，完善孕产妇保健管理台账；预约辖区内孕产妇到妇幼保健工作室进行保健；配合妇幼保健工作室工作人员开展孕产妇产后家庭访视工作。

（四）0-6岁儿童健康管理

开展新生儿访视及儿童健康管理。在规定时间内，按照相应的月（年）龄，为辖区内7岁以下儿童提供体格检查、血常规检测、生长发育和心理行为评估、健康指导等服务。加强婴幼儿科学喂养、生长发育、疾病预防、口腔保健等健康指导。促进吃动平衡，预防和减少儿童超重和肥胖。强化儿童视力检查、眼保健和发育评估，对发现异常的，要指导到专业机构就诊。

1.新生儿出院后1周内，医务人员到新生儿家中进行家庭访视，同时进行产后访视。对家长进行喂养、发育、防病、预防伤害和口腔保健指导。做好辖区内早产儿的登记、转诊及信息上报工作。新生儿出生后28～30天，结合接种乙肝疫苗第二针，在各镇街分院进行随访。满月后的随访服务均应在各镇街分院进行。在婴幼儿6～8、18、30月龄时分别进行1次血常规（或血红蛋白）检测。在6、12、24、36月龄时使用行为测听法分别进行1次听力筛查。为4～6岁儿童每年提供一次健康管理服务。为0-6岁儿童进行眼保健服务，包括0－6岁儿童眼保健和视力检查、健康教育、转诊和追踪随访等工作，相关信息记入儿童健康档案。

2.儿童健康管理工作目标。新生儿访视率≥90%； 7岁以下儿童健康管理率≥85%,3岁以下儿童系统管理率≥80%，0-6岁儿童眼保健和视力检查覆盖率达90%以上。

3.任务分解。（1）各镇街分院：通过村卫生室、社区卫生服务站上报的信息完善0～6岁儿童台账；安排村卫生室告知符合健康管理条件的儿童到各镇街分院进行健康管理和儿童眼保健和视力检查；健康管理可和预防接种相结合；健康管理服务后应及时录入电子档案系统，满6周岁的儿童档案及时转入相应人群进行管理。（2）村卫生室、社区卫生服务站：通过入户走访、门诊就医等方式，统计辖区内0-6岁儿童基本信息并形成儿童保健管理台账；通过入户、电话等途径告知0-6岁儿童到妇幼保健工作室进行健康管理服务，并配合保健人员开展新生儿家庭访视。

（五）预防接种

及时为辖区内所有居住满3个月的0～6岁儿童建立预防接种证和预防接种卡(簿)等儿童预防接种档案。采取分时段预约、通知单、电话、手机短信、网络、广播通知等适宜方式，通知儿童监护人，告知接种疫苗的种类、时间、地点和相关要求；每季度对辖区内儿童的预防接种卡（簿）进行1次核查和整理，查缺补漏，并及时进行补种。

根据国家免疫规划疫苗免疫程序，对适龄儿童进行常规接种。根据传染病控制需要，开展乙肝、麻疹、脊灰等疫苗强化免疫或补充免疫、群体性接种工作和应急接种工作。如发现疑似预防接种异常反应，接种人员应按照《全国疑似预防接种异常反应监测方案》的要求进行处理和报告。

各镇街分院的预防接种门诊要根据疾病预防控制机构的规定，实行日运转进行接种，确保城乡儿童随到随种。同时将儿童保健作为接种的预检分诊，联合开展相关保健服务。

1.预防接种工作目标。适龄儿童建证率达到95%以上。适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率保持在90%以上。

2.任务分解。（1）各镇街分院及时为辖区内所有居住满3个月的0～6岁儿童建立预防接种证和预防接种卡(簿)等儿童预防接种档案。按照《疫苗流通和预防接种管理条例》、《预防接种工作规范》、《全国疑似预防接种异常反应监侧方案》等相关规定做好预防接种服务工作，接种信息及时录入信息管理系统。（2）村卫生室、社区卫生服务站及时掌握辖区内所有居住满3个月的0-6岁儿童数，采用电话等适宜方式，通知儿童监护人，告知接种疫苗的种类、时间、地点和相关要求。

（六）老年人健康管理

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，每年为老年人提供一次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。要规范做好老年人健康体检、结果反馈和数据分析，将老年人生活自理能力、认知功能、情感状况等 3 个量表的原始表纳入电子健康档案并规范填写，及时更新个人基本信息表中老年人居住情况，切实做好疫情防控中老年人尤其是独居老年人的健康保障工作。要保证老年人必要的体格检查和实验室检查项目，并做好检查结果反馈工作，切实发挥体检在疾病筛查和健康指导中的作用，提高老年人健康保健意识。

1.要加强老年人健康体检相关能力建设，强化人员培训和设备配备，提高检查检验结果的科学性、准确性和规范性。确需将项目有关检查检验服务委托第三方提供的，要严格按照政府购买服务等有关规定进行，并通过资料和现场审查、临床质控等方式，确保第三方机构及人员资质、仪器设备、检查检验报告等符合临床检查检验要求，保障项目实施质量。原则上委托第三方提供血液、 B 超、心电等检查检验服务的，检查检验结果的图像、结果报告医生签字等内容应完整准确，且相应数据应自动上传至信息系统，确保数据的一致性和可追溯性。各基层医疗机构原则上在每年的前3个季度完成65岁及以上老年人健康体检工作，每次健康检查时，要将心电图、B超等图像及老年人手写签名上传至信息系统，健康体检结果要及时反馈本人或其监护人，并根据体检结果做好健康管理，对结果异常的，要指导及时就诊并做好追踪随访。积极应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病防治等健康指导。要结合老年人健康管理和日常基本医疗卫生服务等，动态更新、完善老年人健康档案，结合老年人健康体检大数据分折，优化区域健康管理服务。在查体中筛查出的高血压和糖尿病等患者纳入慢性病管理，对纳入慢性病管理的患者结合本次体检，完成年度内第一次慢病随访服务。

2.老年人健康管理工作目标。65岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到62%以上，体检表完整率达到100%；（参照全省有关调查数据和标准，辖区65岁及以上老年人数按辖区常住人口数的16.72%测算）。

3.任务分解。（1）各镇街分院：根据民政部门、村卫生室、社区卫生服务站提供的信息，完善辖区内老年人管理台账；按照老年人管理规范进行年度体检工作并进行慢性病筛查，将慢性病患者纳入慢性病管理。体检相关表单规范归档并录入电子信息系统，及时进行查体结果的反馈。（2）村卫生室、社区卫生服务站：通过入户走访、门诊就诊、健康体检等统计辖区内老年人数量及分布并完善辖区内65岁及以上老年人管理台账；对尚未建档的老年人及时建立规范档案；协助总医院、各镇街分院做好老年人年度体检并将体检结果反馈到本人。

（七）慢性病患者健康管理

对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行筛查。对35岁以上人群实行门诊首诊测血压。对确诊高血压和糖尿病患者进行登记管理，每年进行1次健康体检，进行至少4次面对面随访和健康指导。要将高血压、糖尿病患者管理与“三高共管”、两病用药保障政策等融合推进，加强防治管理指南及“三高共管”、两病用药保障等培训，在管慢性病填写《慢性病患者医防融合信息补充表》（见附件3），提升规范化管理水平和效果。

1.要继续深入推进基层慢性病管理医防融合，加快家庭医生工作室建设，优化团队诊间服务流程，发挥好健康驿站作用，努力实现慢性病患者诊疗和基本公共卫生服务“一次办好”。完善落实区域内高血压患者分级诊疗和双向转诊制度，推进基层高血压分级分层管理，提高管理效率。

2.慢性病患者健康管理工作目标。35岁及以上居民原发性高血压健康管理达到50800人，2型糖尿病患者健康管理达到19800人；规范化管理率≥62%，血压控制率≥45%、血糖控制率≥35%。

3.任务分解。（1）各镇街分院：对乡村医生进行相关业务知识培训；负责高血压、糖尿病等慢性病的患病及发病等病情的收集、整理、上报；进行高危人群筛查、干预和管理，提供政策咨询、健康指导和健康咨询服务。对辖区内35岁及以上常住居民，首诊测量血压；按计划通知村卫生室、社区卫生服务站做好慢性病患者季度随访，对慢性病患者每年进行1次较全面的健康检查。（2）村卫生室、社区卫生服务站：通过35岁及以上居民首诊测血压、日常门诊、首次建档体检筛查本辖区慢性病患者，并完善辖区内慢性病患者管理台账；对未建档的慢性病患者及时规范建档，按计划使用信息化手段进行季度随访并将随访结果自动上传到电子档案系统，做好医防融合

信息补充表填写；配合好年度体检工作。

（八）严重精神障碍患者管理

在将严重精神障碍患者纳入管理时，需由家属提供或直接转自原承担治疗任务的专业医疗卫生机构的疾病诊疗相关信息，同时为患者进行一次全面评估，为其建立居民健康档案，并按照要求填写严重精神障碍患者个人信息补充表。

对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访 4 次，每次随访应对患者进行危险性评估；检查患者的精神状况；询问和评估患者的躯体疾病、社会功能情况、服药情况及各项实验室检查结果等。根据患者的危险性评估分级、社会功能情况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。

1.对辖区内严重精神障碍患者按照“应管尽管”原则，将录入国家严重精神障碍基本数据收集分析系统的患者全部纳入管理；根据患者的危险性评估分级、社会功能情况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预；在患者病情许可的情况下，征得监护人与患者本人同意后，每年进行 1 次健康体检，按要求进行免费随访。

2.严重精神障碍患者管理工作目标。严重精神障碍患者登记 报告患病率 4.5‰，社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率≥80%，严重精神障碍患者规范管理率≥80%，在册患者服药率 70%，规律服药率 50%；精神分裂症患者服药率 80%，规律服药率 60%，面访率 80%。

3.任务分解。（1）各镇街分院：配备接受过严重精神障碍患者管理相关培训的专（兼）职人员，制定辖区严重精神障碍患者管理计划，完善管理花名册，在乡村医生配合下，按照国家服务规范开展相关健康管理工件，及时将随访记录及各类表格放入健康档案。（2）村卫生室、社区卫生服务站：对社区内诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者进行登记管理，并完善管理台账；配合分院专业随访人员对在家居住的严重精神障碍患者进行随访。

（九）肺结核患者健康管理

对辖区内前来就诊的居民或患者，尤其是结核病重点人群主动开展筛查，在鉴别诊断的基础上，填写“双向转诊单”。推荐其到总医院进行结核病检查。1 周内进行电话随访，了解是否前去就诊，督促其及时就医。各镇街分院、村卫生室、社区卫生服务站接到上级专业机构管理肺结核患者的通知单后，要在 72 小时内访视患者，对于由医务人员督导的患者，医务人员至少每月记录 1 次对患者的随访评估结果；对于由家庭成员督导的患者，基层医疗卫生机构要在患者的强化期或注射期内每 10 天随访 1 次，继续期或非注射期内每 1 个月随访 1 次。当患者停止抗结核治疗后，要对其进行结案评估；收集和上报患者的“肺结核患者治疗记录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”。同时将患者转诊至总医院进行治疗转归评估，2 周内进行电话随访，看是否前去就诊及确诊结果。

（1）肺结核健康管理工作目标。对报告发现的肺结核病患者（包括耐多药患者）管理率到达 90%以上，肺结核患者规范服药率 90%以上。

（2）责任分工。各镇街分院为项目具体实施单位，负责项目的宣传、动员和质量控制的具体执行工作，指导社区卫生服务站、村卫生室具体实施项目工作。各镇街分院配有专（兼）职结防专业人员，负责接受登记由县疾病预防控制中心转发确诊的本辖区结核病人信息，及时把信息发送给患者所在村的村医，并登记在《结核病患者管理登记本》上。每年至少组织 1 次本院和乡村（社区卫生服务站）医生结核病知识培训，不断提高项目人员理论水平和工作能力。

村卫生室、社区卫生服务站负责随访管理肺结核患者、监督其规范服药等工作。参加各镇街分院组织的结核病知识培训。向患者和公众宣传结核病防治知识。对肺结核患者的治疗进行督导管理。接受各镇街分院转来的本村（社区）确诊的结核病患者，并于 72 小时内完成第一次入户随访，填写调查表内容，每月完成随访记录表的填写，并上报至各镇街分院项目办。对健康管理过程中出现的病人中断服药、出现不良反应、住院、转诊等情况要及时上报各镇街分院项目办，实现信息共享，配合各镇街分院做出处理。推荐肺结核可疑症状者到总医院、各镇街分院就诊；协

助开展患者追踪。

（十）中医药健康管理

结合65岁及以上老年人和3岁以下儿童健康管理，积极推进中医药预防保健、康复养生、体质辨识、健康评估、健康干预、中医适宜技术服务，切实提高人民群众健康水平。主要服务内容包括老年人中医体质辨识和中医药保健指导、儿童中医调养服务。

1.中医药健康管理工作目标。老年人中医药健康管理率达到70%以上, 0～36个月儿童中医药健康管理服务率达到77%以上。

2.任务分解。（1）各镇街分院：对乡村医生进行相关业务培训，指导乡村医生为老年人进行中医体质辨识。向家长提供儿童中医饮食调养、起居活动指导；在儿童6、12月龄给家长传授摩腹和捏脊方法；在18、24月龄传授按揉迎香穴、足三里穴的方法；在30、36月龄传授按揉四神聪穴的方法。对原发性高血压患者和高血压前期人群进行饮食调养和起居活动等中医养生指导；每年为其提供耳穴贴压、体穴按摩和中药代茶饮等中医适宜技术中的1-2项。（2）村卫生室、社区卫生服务站：按照老年人中医药健康管理服务记录表前33项问题采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识，并将辨识结果告知服务对象；根据不同体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行相应的中医药保健指导；完整记录服务信息，纳入老年人健康档案。掌握本村儿童（包括流动儿童）数量，通知本村儿童按时接受中医药健康管理。掌握本村高血压患者数量和健康状况，协助各镇街分院推广降压治疗的中医适宜技术。

（十一）传染病及突发公共卫生事件报告和处理

做好辖区内传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理。及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例、疑是病例和突发公共卫生事件，参与现场疫点处理。各镇街分院、村卫生室和社区卫生服务站应规范填写分诊记录、门诊日志、入/出院登记本、X线检查和实验室检测结果登记本或由电子病历、电子健康档案自动生成规范的分诊记录、门诊日志、入/出院登记本、检测检验和放射登记。

要制定具体工作措施，积极推进村（居）民委员会公共卫生委员会建设，提升村级疫情防控水平。

1.切实做好常态化疫情防控。各镇街分院要在专业公共卫生机构指导下，按照要求规范开展工作。统筹新冠病毒疫苗和免疫规划疫苗接种，优化接种空间布局和流程，强化疫苗接种服务质量。对未经历过聚集性疫情实战处置的各镇街分院，年内均要开展一次疫情防控的全流程和全要素演练。各镇街分院要规范预检分诊和发热患者筛查，加强线上线下全员疫情防控技术培训。要针对当地新冠肺炎疫情形势，统筹做好疫情防控和基本公共卫生服务，发挥好中医药特色优势，加强疫情防控健康教育，落实孕产妇、儿童、老年人、慢性病患者等重点人群健康管理及其他传染病防治措施，确保居家失能、入住养老机构等老年人及时获得相应服务。

2.传染病和突发公共卫生事件报告和处理任务目标。传染病疫情和突发公共卫生事件报告率、及时率为100%。

3.任务分解。（1）各镇街分院：负责本辖区传染病疫情及突发公共卫生事件相关信息监测报告的工作管理和技术指导，协助疾病预防控制机构完成监测计划，开展监测和采样工作，汇总分析。具备网络硬件条件，落实传染病和突发公共卫生事件相关信息的报告和登记制度，负责辖区内传染病和突发公共卫生事件相关信息的网络直报，并确保数据准确安全；协助疾病预防控制机构开展疫情调查；负责辖区内传染病责任报告单位的传染病报告管理。做好病例转诊、消毒处理、病例随访、密切接触者管理等工作。（2）村卫生室、社区卫生服务站：协助分院进行疫情及突发公共卫生事件相关信息监测。按照相关要求，负责本村传染病和突发公共卫生事件信息的报告，并确保数据准确安全。协助分院开展传染病疫情和突发公共卫生事件的调查和处理。

（十二）卫生监督协管

发现或怀疑有食源性疾病、食品污染等对人体健康造成危害或可能造成危害的线索和事件，及时报告。协助卫生监督执法机构对农村集中式供水、城市二次供水和学校供水进行巡查，协助开展饮用水水质抽检服务，发现异常情况及时报告；协助有关专业机构对供水单位从业人员开展业务培训。协助卫生监督执法机构定期对学校传染病防控开展巡访，发现问题隐患及时报告；指导学校设立卫生宣传栏，协助开展学生健康教育。协助有关专业机构对校医（保健教师）开展业务培训。协助对辖区内非法行医和非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生监督执法机构报告。协助卫生监督执法机构定期对辖区内计划生育工作进行巡查，协助对辖区内与计划生育相关的活动开展巡访，发现相关信息及时报告。卫生监督协管巡查实行“零报告”制度，次月5日前按时上报上月报表。

1.卫生监督协管工作目标。卫生监督协管信息报告率100%，协助开展食源性疾病、饮用水卫生安全、学校卫生、非法行医、非法采供血和计划生育实地巡查。

2.任务分解。（1）各镇街分院：建立健全卫生监督协管服务有关工作制度，配备专（兼）人员负责卫生监督协管服务工作，明确责任分工。对乡村医生进行相关业务培训，指导乡村医生开展卫生监督巡查。及时报告辖区内发生的食源性疾病；协助卫生监督机构对辖区内农村居民集中式供水和学校自备供水进行卫生管理巡查；协助卫生监督执法机构定期对学校传染病防控开展巡访，发现问题隐患及时报告；指导学校设立卫生宣传栏，协助开展学生健康教育。协助有关专业机构对校医（保健教师）开展业务培训。对辖区内非法行医、非法采供血情况开展巡视，发现异常情况及时向卫生监督机构报告。协助卫生监督执法机构定期对辖区计划生育工作进行巡查，协助对辖区内与计划生育相关的活动开展巡访，发现相关信息及时报告。（2）村卫生室、社区卫生服务站：及时报告辖区内发生的食源性疾病；协助卫生监督机构对辖区内农村居民集中式供水和学校自备供水进行卫生管理巡查；协助卫生监督执法机构定期对学校传染病防控开展巡访，发现问题隐患及时报告；指导学校设立卫生宣传栏，协助开展学生健康教育。对辖区内非法行医、非法采供血情况开展巡视，发现异常情况及时向分院报告。协助卫生监督执法机构定期对辖区内计划生育工作进行巡查，协助对辖区内与计划生育相关的活动开展巡访，发现相关信息及时报告。

四、职责分工

（一）县卫生健康局牵头负责全县国家基本公共卫生服务项目的宏观管理、统筹协调及对县总医院和各专业公共卫生机构落实情况的监督与考核。县财政局负责资金的拨付，资金使用监督。

（二）县人民医院总医院按照紧密型医共体的文件要求，全面落实12大项国家基本公共卫生服务项目的具体实施和资金的管理，并负责监管各镇街分院任务完成质量及进度；县疾病预防控制中心负责管理和指导预防接种、传染病和突发公共卫生事件报告和处理和减盐防控高血压综合干预项目、严重精神障碍患者管理、肺结核病健康管理等项目；县卫生综合监督执法大队负责管理和指导卫生监督协管。

县人民医院总医院和各公共卫生专业机构要根据各自职责制定实施方案，指定分管领导和专兼职人员，合理安排时间对各镇街分院进行业务指导、综合督导、技术支持和业务培训。业务指导和综合督导每季度至少一次，留存相关材料，并向县卫生健康局及时上报督导报告，内容包括工作进展情况、亮点工作、存在的问题、有关建议等；业务培训要涵盖负责的所有项目，要有培训计划、培训过程的记录、培训总结和培训效果评价等。

（三）各镇街分院、村卫生室及社区卫生服务站等基层医疗卫生机构是基本公共卫生服务项目的具体实施单位，负责基本公共卫生服务项目实施任务的落实。各镇街分院对各村卫生室、社区卫生服务站进行每季度至少1次培训、督导和绩效考核，且督导和考核不能同时进行。各镇街分院对项目人员及各村卫生室、社区卫生服务站进行的绩效考核资料要在下季度首月的20日前上报，由县人民医院总医院汇总后报县卫生健康局基妇股。

五、规范资金管理

按照县有关规定，加强项目资金监督管理，确保资金落实到位，专款专用。合理测算各项服务补助或支付标准，及时拨付项目资金。确保第一批预拨资金在3月31日前拨付到机构，6月30日前资金拨付全年的一半，12月31日前全部资金拨付到位。

要按照要求加强资金精细化管理，探索推进以信息化为依托、以精细化数量、质量和效果评价为依据的资金测算和结算方式。为全面加强基本公共卫生服务项目管理，2024 年项目补助资金按照人均 80 元核算成本，合理使用专项补助经费，提高资金使用效率，促进基本公共卫生服务项目更好落实。要结合乡村两级任务分工，完善村级经费“先预拨、后结算”机制，要根据村卫生室预期完成的任务量或参照上年度同期结算经费进行预拨，预拨比例不低于所需经费的 70%，并根据绩效评价情况进行季度和年度资金结算，充分保障乡村医生权益。

补助资金用于各镇街分院及村卫生室、社区卫生服务站为城乡居民提供政府统一规定的基本公共卫生服务项目范围内的各项服务，不得出现任意扩大或减少项目内容、盲目提高任务指标、经费测算不当、违反经费使用范围和程序等问题，任何单位和个人不得以任何形式截留、挤占和挪用。资金到位率、拨付及时率、资金使用率、使用合规率要严格按制度落实，要及时足额拨付村卫生室基本公共卫生服务项目资金。

六、加强技术指导和管理

要充分发挥医共体的技术指导、评价等方面作用。依托信息化手段创新绩效评价方式方法，减轻基层迎评负担，提高绩效评价的科学性。要指导各基层医疗机构完善内部绩效评价机制，在经费拨付和分配方面充分体现多劳多得、优劳优酬，尤其是要引导医务人员从重过程向重结果、重绩效、重居民感受度转变。要持续加强项目宣传，并主动将基层医疗机构和基本公共卫生服务内容信息融入本地其他便民服务客户端，引导居民关注基本公共卫生服务，主动到机构接受相应服务。

七、加强绩效评价

健全绩效评价机制，参照县相关文件制定《2024 年成武县基本公共卫生服务项目绩效评价方案》，合理设定考核指标，开展好基本公共卫生服务项目评价并将评价结果与人员管理和资金分配挂钩。县卫生健康局加强对县人民医院总医院（含镇街分院）的监管；各镇街分院要加强单位内部和乡村医生项目开展情况的评价，将评价结果与医务人员个人收入挂钩，体现多劳多得、优劳优酬。

按照省市满意度调查提纲，每年开展一次项目知晓率和满意度电话调查，并作为评价的重要内容计入总分。同时通过信息化系统定期随机抽取一定数据的健康档案，通过电话、面谈等方式开展真实性和规范性评价，确保项目实施质量。

强化评价问题整改，各镇街分院要对评价反馈问题认真整改，制定整改方案，建立整改台账，逐条逐项进行整改，对整改效果进行评价。各镇街分院对自查中发现的问题要制定问题整改计划或目标。要将整改过程资料和整改报告及时上报、归档，切实提升项目的整体实施水平。

八、门诊标准化医防融合服务流程改造

各镇街分院要按照《山东省基层医疗卫生机构门诊标准化医防融合服务流程设置指南》，对“诊前咨询或预约、健康驿站建（更新）档随访、定向分诊、诊间健康评价和就医、诊间或诊后健康教育（指导）、复诊（下次随访）预约”等环节逐一细化服务内容，不要照搬照抄，对落实情况和服务效果及时进行评估，不断完善家庭医生、护士、公共卫生人员分工协作机制，探索更加适宜、高效的诊间家庭医生团队服务模式。同时，要进一步拓展健康服务内容，所有镇街分院进一步推动健康积分激励机制，切实提升居民医防融合服务感受度。按照省级制定的基层医疗卫生机构门诊标准化医防融合服务流程（见附件 4），指导各镇街分院“以人为中心”优化门诊布局，合理规划各区域的功能、人员和路线，使居民自然、无感、连续接受全流程服务。2024 年全部乡镇卫生院和社区卫生服务中心开展标准化服务流程改造试点工作。全部乡镇卫生院和社区卫生服务中心启动健康积分激励机制，并长期实施。

九、全面加强重点项目服务质量和效果

（一）进一步强化“一老”重点人群健康管理服务。

要按照《规范（山东 2017 年版）》要求，继续做实老年人健康管理服务，对体检报告出现阳性的指标要根据健康需求，加强诊疗诊治、转诊转介、健康干预等服务。对未利用基本公共卫生服务开展健康体检的老年人，要主动对接，并根据体检结果和服务需求提供好后续其他健康管理服务。摸清辖区内 65 岁及以上常住老年人底数，建立并动态更新服务台账。结合各重要时间节点节日广泛开展老年人健康管理服务宣传，充分调动村居（社区）、家庭、辖区驻地企事业单位的积极性，动员符合条件的老年人主动利用基本公共卫生服务，积极接受老年人健康管理服务和中医药健康服务。

（二）进一步强化“一小”重点人群健康管理服务。一是要以预防接种为主线，为 0-6 岁儿童主动提供健康管理、中医药健康管理、签约服务为一体的综合、连续服务。预防接种门诊要全面推行分时段预约、周末接种服务，结合服务能力、辖区居民服务需求、日常作息时间等合理分配周末预约号源，对工作人员合理安排值班和轮休。二是做实 0-3 岁儿童中医药健康管理服务，强化 3 岁以下婴幼儿健康养育照护和咨询指导、儿童生长发育和心理行为发育评估、儿童超重和肥胖的预防、眼保健和近视防控、口腔保健等健康指导和干预。

（三）做细做实慢性病患者健康管理服务。

1.有组织地开展 35 岁及以上常住居民血压筛查服务。依托专门信息平台利用全民健康信息平台数据库信息，梳理健康档案或诊疗记录中无血压值记录的 35 岁及以上居民，推送信息提醒居民到附近的基层医疗卫生机构接受免费血压测量服务，对结果异常的居民，要指导就诊并做好追踪随访，对确诊患者主动纳入基本公共卫生服务或签约服务，形成慢病管理闭环。

2.开展在管患者血压、血糖随访数据治理。加强健康驿站、

智慧随访设备配备和应用，提高血压、血糖数据自动采集和上传的比例。在日常指导和绩效评价中，要提高血压、血糖控制率等数据明显异常的机构和团队的抽查频次和抽样比例，确保随访服务和数据的真实、一致。

3.持续推进高血压、糖尿病患者医防融合慢性病一体化服务。一是要将高血压、糖尿病患者管理与“三高共管”、两病用药保障、家庭医生服务“四进”、“六个拓展”“三个延伸”等统筹推进，避免出现“两张皮”和重复服务。二是要加强基层高血压、糖尿病防治管理指南及“三高共管”等方面技术培训，提升机构慢病诊疗、健康教育、生活方式干预、中医药适宜技术应用等方面水平，结合患者病情变化及时在诊间更新完善医防融合信息补充表相关内容，引导患者按频次规范接受药物治疗、靶器官筛查、心脑血管风险评估、协同诊疗等一体化服务，提升慢病患者管理质量和效率，推进服务模式向系统、综合、连续转型。

十、加快推进居民电子健康档案质量提升工作

各镇街分院要全面对照全省居民电子健康档案质量提升工作会议排查出的问题，举一反三，列出问题清单，制定问题整改方案，3 月 20 日前均要完成自查，并至少开展一轮复核质控工作，对质控出的问题逐一核对，不得批量处理，及时完成整改。持续推进在管患者血压、血糖随访数据治理。各镇街分院要全面启用医防融合流程，健康驿站数据实现自动上传；慢病随访要全部使用智慧随访设备，提高血压、血糖数据自动采集和上传的比例；要利用临床诊疗和医保数据库中的血压、血糖、糖化血红蛋白及药品信息，定期对在管患者血压、血糖随访数据开展质控、比对和治理。全民健康平台内二级以上医疗机构 HIS 系统及基层 HIS 系统与基本公共卫生数据实现互联互通，形成县域内 HIS 慢病用药同步至基本公卫平台，并可将用药信息一键纳入慢病随访。

十一、拓展居民电子健康档案应用场景和效果

持续完善各级全民健康信息平台和基层卫生健康信息系统数据采集、共享推送、数据治理、分析利用、查阅更新、质量控制等方面的实用功能，推动构建以人为单位，以时间为主轴，以健康事件为主要时间节点的覆盖全生命周期的健康信息管理系统，持续推进电子健康档案向居民开放，通过广泛宣传和健康积分激励居民主动查询、使用电子健康档案。进一步完善门诊医生工作站融合健康档案浏览功能，医生在诊疗信息页面上，不需要操作即可直接获取患者病史、过敏史、疾病治疗史、近期服药和阳性的检查检验结果、血压血糖随访情况等基本信息，为临床诊疗提供

辅助支持。

十二、居民健康行为积分落实

为进一步提高我县居民的健康素养水平，引导群众主动参与健康服务，提高自我健康管理能力，依据省卫生健康委制定的50项健康行为积分目录积极探索，在电子健康档案向居民开放基础上建立健康积分机制，着力强化健康教育和宣传，做细做实国家基本公共卫生服务项目。目前，我县开启“健康行为积分”机制，用积分记录健康，用积分兑换健康服务，创造性的把健康素养与生产生活紧密结合起来。

十三、强化健康教育和项目宣传

（一）持续开展常态化社区网格内宣传。要切实好“十公开”，在网格内利用多种渠道宣传国家基本公共卫生服务项目政策，主动向辖区群众公示开展基本公共卫生服务的机构名称，家庭医生团队成员、联系方式以及老年人体检和结果反馈、健康教育讲座、预防接种门诊安排等，有针对性地解决因对基本公共卫生服务政策知晓率不高而导致的辖区居民接受服务依从性差、感受度低等问题。持续抓好健康素养促进项目实施，采取多种措施推进健康生活方式普及，加强促进健康的支持性环境建设。

（二）精准做好重点人群健康教育和宣传。继续做好老年人预防跌倒、儿童青少年近视防控、高血压和2型糖尿病患者自我健康管理等核心知识宣传活动。强化诊间一对一健康教育，扩大健康积分活动范围，要结合人群类别、年龄、疾病类型、医疗服务需求等，提高健康积分兑换项目设计的针对性，推广自我健康管理小组和健康积分线上兑换，通过“小积分”促进健康行为正向激励机制形成。

十四、加大项目宣传力度

持续加大项目宣传力度。要充分利用广播电视、APP、微信公众号、短视频平台等载体，通过主题宣传、知识竞赛、有奖答题、调查问卷等形式，推动基本公共卫生和家庭医生签约服务宣传进社区村居、机关企事业单位、办公楼宇等。要进一步强化重点人群健康教育有效性，重点强化老年人预防跌倒、儿童青少年近视防控、高血压和2型糖尿病患者自我管理等核心知识知晓率（重点宣传提纲见附件5）。

加强项目承担机构信息的主动公开。通过网站、微信公众号及APP长期稳定向社会公开项目承担机构的详细信息，有条件的分院可发布电子地图，方便居民随时查找和主动接受服务。

做好宣传工作相关资料的收集。将宣传工作方案、宣传工作总结、在地方电视台播放基本公共卫生宣传片的合同协议、印发品宣传材料、典型照片等佐证材料进行存档。

十五、保障措施

（一）加强领导，精心组织。各镇街分院要进一步加强基本公共卫生服务项目工作的领导，力求项目的实施迈上一个新台阶。要切实加强对此项工作的安排部署和督导检查，主要领导亲自抓，分管领导具体抓，每个基本公共卫生服务项目都有具体负责人，结合签约式服务，组建服务团队，分片包干，责任到人，全面实施国家基本公共卫生服务项目。

（二）加强基本公共卫生服务体系建设。按标准合理设置各工作室，进一步美化布局，完善制度，简化流程，充实设备，优化、美化、亮化基本公共卫生服务区工作环境，改善基本公共卫生服务工作条件。

（三）加强基本公共卫生服务队伍的建设。选择有执业资格、责任心强、业务水平高的人员纳入到基本公共卫生服务队伍，通过各种培训，确保实施国家基本公共卫生人员全面、准确地掌

握服务规范及相关政策，确保各项工作顺利、有效实施。

（四）强化人员教育培训。各单位要加强对公共卫生人员的政策培训和业务培训，重点对国家基本公共卫生服务规范（2017 年版）开展培训，实现各镇街分院及辖区卫生室、社区卫生服务站培训全覆盖，全面掌握服务项目的对象、内容、规范、评价指标等。通过定期组织业务知识考试和岗位练兵、技能竞赛等形式，增强基层公共卫生工作人员的学习意识，切实提高基层公共卫生工作人员的理论水平和服务能力。

（五）推进基层信息化建设。提高健康档案动态更新率和使用率，通过区域全民健康信息平台积极推进医疗机构对健康档案的诊间利用，及时将居民在总医院就诊信息推送到健康档案。逐步将查阅电子健康档案作为各镇街分院医生开展门诊医疗卫生服务的首要程序。通过微信公众号及手机 APP，主动将查体档案和居民健康档案向居民开放，促进健康档案质量提升。参照省级 50 项健康行为积分参考目录，各镇街分院通过电子积分、纸质积分卡等形式制定专项或补充性健康积分。居民健康积分可通过 APP、微信公众号或卫生院健康驿站兑换口腔和中医保健服务、健康工具、耗材、设备租赁等，探索建立主动健康正向闭环激励机制。

附件 1：成武县国家基本公共卫生服务项目绩效目标表

附件 2：成武县基层高血压、2 型糖尿病患者管理任务数

附件 3：慢性病患者医防融合信息补充表

附件 4：山东省基层医疗卫生机构门诊标准化医防融合服务流程设置指南

附件 5：重点人群健康教育和宣传重点提纲