诸暨市2024年国家基本公共卫生服务项目实施方案

（征求意见稿）

为加快推进我市基本公共卫生服务均等化进程，做细做实这一民生项目，切实提高项目服务质量和水平，规范基本公共卫生服务项目实施和管理，根据《浙江省基本公共卫生服务规范（第四版）》以及国家、省、市等有关精神，结合我市实际，特制定本实施方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大精神，坚持以人民健康为中心、以基层为重点、防治结合的原则，围绕各类重点人群，结合家庭医生签约服务，全面实施国家基本公共卫生服务项目，着力提高居民健康水平和生活质量，增强居民获得感、提升居民满意度。

二、实施内容

2024年我市国家基本公共卫生服务项目包括原基本公共卫生服务项目（12项）和其他新增基本公共卫生服务项目两大类。其中，原基本公共卫生服务项目包括：建立居民健康档案、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、慢性病患者健康管理（包括高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理）、严重精神障碍患者管理、肺结核病患者健康管理、中医药健康管理、传染病和突发公共卫生事件报告和处理以及卫生监督协管等工作；其他新增基本公共卫生服务项目根据上级要求结合我市实际情况推动落实，包含但不限于地方病防治、职业病防治、农村妇女“两癌”检查项目、基本避孕服务项目、出生缺陷预防项目、健康素养促进项目管理、老年健康与医养结合服务管理、适龄儿童窝沟封闭项目、优化生育政策服务等。

三、实施对象

服务对象一般为全市范围内的常住居民，具体根据《浙江省基本公共卫生服务规范（第四版）》和《浙江省新划入基本公共卫生服务项目工作规范（2020 版）》等文件确定。

四、项目资金

2024年我市常住人口按121.93万确定，基本公共卫生服务项目资金人均补助标准原则上不低于107元。其中，原12项基本公共卫生服务的项目服务内容、资金保障、使用主体等保持相对独立和稳定，按照相应的服务规范组织实施；新划入基本公共卫生服务的项目，原有管理责任主体、项目内容、实施主体、服务模式保持不变，项目资金用途、拨付对象和渠道暂保持不变，视情况作必要调整。

五、工作目标

坚持“稳中有增、质量优先”的原则，对照国家、省、市关于基本公共卫生服务项目有关文件精神，进一步提升医共体牵头医院基本公共卫生服务管理能力，做细做实老年人、0-6岁儿童、慢病患者等重点人群健康管理，提高群众获得感和满意度。通过加强项目进展数据监测分析，提高绩效评价的效率和质量，不断提高基本公共卫生服务质效。

（一）建立居民健康档案。建立统一规范、互联互通、务实应用的居民电子健康档案信息管理系统，努力实现全生命周期健康信息的有效归档。推进电子健康档案信息管理系统与公卫、诊疗、体检、慢病监测等系统数据的对接互通，促进居民电子健康档案实时动态更新。优化电子健康档案质控功能，同时按照“谁建档、谁清理、谁规范”的原则，开展新一轮电子健康档案治理工作，确保居民电子健康档案的真实性、完整性和规范性。推进电子健康档案开放应用，按照规范、安全、方便、实用等原则，丰富居民电子健康档案在“浙里办”app向个人开放的信息，从原来的重“开放率”转变为重“查询率”。各单位要加大宣教力度，利用多种媒介广泛宣传，引导居民主动参与个人电子健康档案维护，提高电子健康档案开放查询的覆盖面和互动应用率，促进居民自我健康管理。以镇乡（街道）为单位，居民规范化电子健康档案覆盖率≥65%，居民电子健康档案“应开放、尽开放”，居民查询率达30%以上。

（二）健康教育。编印通俗易懂、科学实用的健康教育折页、手册等健康科普材料，严格按照服务规范要求设置健康教育宣传栏并定期更新内容。开展针对性健康知识讲座、健康咨询服务、个体化健康教育等。将宣传海报、宣传单、LED、标语、广播、电视、报刊等传统媒体宣传和网络、微博、微信等新媒体宣传结合起来，开展健康知识宣传，促进良好健康行为。各镇乡（街道）卫生院（社区卫生服务中心）向辖区居民发放健康教育材料，每年不少于12种；播放健康教育音像材料不少于6种；设置宣传栏不少于2个，每两个月更换1次健康教育宣传栏内容；每年至少开展9次公众健康咨询活动；每月至少举办1次健康知识讲座，并开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。村卫生室和社区卫生服务站向辖区居民发放健康教育材料每年不少于12种；播放健康教育音像材料不少于6种；设置宣传栏1个，每两个月更换1次健康教育宣传栏内容；每两个月至少举办1次健康知识讲座。各种宣传形式至少有1种有关中医药方面内容的宣传。

（三）预防接种。基层医疗卫生机构承担疫苗接种工作。为适龄儿童免费接种国家免疫规划疫苗，以镇乡(街道)为单位，0-6岁儿童预防接种证建证率达到100%，扩大国家免疫规划疫苗接种率≥90%。同时做好入托、入学预防接种证的查验登记与疫苗补种工作，查验率达到100%。为重点人群免费接种民生实事项目疫苗，以镇乡为单位，目标任务完成率100%。

（四）0-6岁儿童健康管理。规范开展新生儿家庭访视，新生儿访视率达≥90%。各医疗卫生单位要加强儿童信息交流，建立有效的协作机制，将儿童健康体检与预防接种有机结合，先体检后接种，确保流程规范。0-6岁儿童健康管理率≥90%。对健康管理中发现的贫血、营养不良、肥胖、维生素缺乏性佝偻病、儿童孤独症、视力异常或可疑眼病等问题及时进行健康指导和处理。对高危儿进行筛查、专案管理和转诊、追踪随访服务。市妇幼保健院指导医疗卫生机构规范开展0-6岁儿童眼保健和视力检查有关工作，建立完善0-6岁儿童视力健康档案，眼保健和视力检查覆盖率≥90%。

（五）孕产妇健康管理。优化服务流程，积极将孕产妇健康管理与补服叶酸、孕前优生健康检查等服务相结合，做好各项服务之间的“无缝”衔接，形成孕前、孕期和产后的全流程管理。对孕产妇进行妊娠风险筛查，做好分类登记、专案管理和转诊、追踪随访服务。孕产妇早孕建册率≥90%，系统管理率≥90%，产后首次有效访视率≥90%。

（六）老年人健康管理。以老年人健康体检为切入口做实老年人健康管理，加强医共体牵头医院对基层分院的技术指导和质量控制，及时做好老年人健康体检报告分析和结果反馈，加强后续有针对性的健康指导、健康咨询、健康管理等服务。广泛开展老年人健康管理服务宣传，充分调动社区、家庭、辖区驻地单位的积极性，动员符合条件的老年人主动利用基本公共卫生服务。对于未利用基本公共卫生服务开展健康体检的老年人，辖区承担基本公共卫生服务任务的基层医疗卫生机构应主动了解老年人的健康状况，结合其他渠道开展健康体检的结果做好相应健康管理服务。积极开展老年人认知功能初筛服务,对筛查结果异常的老年人，指导其到上级医疗卫生机构复查。65岁以上老年人城乡社区规范健康管理服务率≥65%。

（七）慢病患者（高血压、2型糖尿病）健康管理。各医疗机构通过日常门诊、健康体检、结合慢病高危人群管理等多种途径筛查和发现高血压、2型糖尿病患者。每年根据患者病情，进行分级评估管理，确定随访频次，随访过程中应加强用药和生活方式指导，追踪患者发病症状及并发症，患者出现危急症状时应及时建议转诊。慢病患者每年至少面访4次，每年进行1次全面的健康检查，建议对糖尿病强化患者开展每月1次的免费空腹血糖测量。结合全民健康生活方式行动，关注“健康体重”。充分发挥家庭医生团队作用，将慢病随访工作与门诊、家庭医生签约服务、老年人健康体检等业务工作相互融合，实现网格化联合管理。高血压、2型糖尿病患者健康管理率达到任务数的100%，最近一次血压控制率≥45%、血糖控制率≥40%，基层规范管理服务率≥64%。

（八）严重精神障碍患者管理。加强疑似患者筛查，按照“应管尽管”原则，将发现并登记在册的居家治疗严重精神障碍患者在知情同意的基础上全部纳入管理，做到发现一例、录入一例、管理一例。对应管理的严重精神障碍患者按照病情分类干预，完成相应频次随访，每年至少随访4次，根据患者病情需要增加随访次数，指导患者科学用药，提高服药依从性，提高病情稳定率。在患者病情许可的情况下，征得监护人与（或）患者本人同意后，每年进行1次健康检查。严重精神障碍患者管理人数稳步提高，规范管理率≥90%，规范面访率≥90%，规范服药率≥80%，年度体检率≥80%。

（九）结核病患者健康管理。基层医疗卫生机构规范开展可疑肺结核患者的筛查和推介转诊工作；扩大对活动性肺结核患者的密切接触者、65岁及以上老年人、糖尿病患者、学生、既往2年内已治愈的肺结核患者、艾滋病毒感染者、免疫受损人群等重点人群和高危人群主动筛查工作的覆盖面；落实对确诊肺结核患者的健康管理，及时开展入户调查、督导服药、随访评估、分类干预、结案评估等健康管理服务工作，督促患者坚持全疗程规则治疗。辖区内肺结核病患者管理率和规则服药率≥90%。

（十）中医药健康管理。发挥中医药在基本公共卫生服务中的作用，各基层医疗机构负责提供老年人中医药健康管理服务，可结合老年人健康体检和慢病管理及日常诊疗进行。儿童保健门诊负责儿童中医药健康管理服务，结合儿童健康体检和预防接种进行。要注重向服务对象及家属做好宣传工作，告知服务内容，提高服务质量，使更多老年人和儿童家长愿意接受服务。充分发挥中医条线职责，加强基层医疗卫生机构中医药服务能力建设，合理配置中医人员，加强专业人员培训。65岁及以上老年人中医药健康管理率≥74%，0-36月龄儿童中医药健康管理率≥84%。

（十一）传染病及突发公共卫生事件报告和处理。基层医疗卫生机构建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度，配备专(兼)职人员负责传染病疫情及突发公共卫生报告管理工作，定期对工作人员进行相关知识和技能的培训。要加强传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查，做好发现、登记等工作，并按照相关规定时限及时上报，传染病、突发公共卫生事件报告率、及时率均达100%。积极做好传染病人医疗救治、流行病学调查、疫点疫区处理、应急接种和预防性服药、宣传教育等工作。

（十二）卫生监督协管。卫生监督所要按照规范要求，加强对基层医疗卫生机构培训和督导。基层医疗卫生机构要建立健全卫生监督协管工作制度，配备专（兼）职人员，按要求对辖区内职业卫生、医疗卫生、饮用水卫生、学校卫生、计划生育、非法行医和非法采供血情况开展巡查、信息收集和报告等工作，卫生监督协管巡查覆盖率及信息及时报告率达100%。

（十三）其他新增基本公共卫生服务项目。结合我市实际并按条线规范要求开展。

以上工作目标如低于上级目标要求，则以上级目标要求为准。

六、工作要求

（一）加强组织领导。市卫健局成立项目领导小组，下设“项目办”，办公地点设在局基妇科，负责项目统筹协调与组织管理等工作，局办公室、医政科、监督疾控科、宣教中心、信息中心以及市妇保院、市疾控中心、各医共体等成员单位，根据工作职责范围，规范、高质、高效落实项目工作。各基层医疗卫生机构作为项目实施主体，要制订项目实施方案、任务清单和绩效考核方案，完善各项管理制度，促进各项工作落实。

（二）规范资金管理。严格按照各级基本公共卫生补助资金管理办法要求，采取“先预拨、后结算”的方式，加快资金拨付进度，补助资金按照提供的服务数量和质量拨付给各相关医疗卫生机构。各单位要专账管理，专款专用，不得截留、挤占和挪用补助资金，不得违规支出，依据提供的服务数量和质量发放绩效工资。要规范村医补助资金分配，原则上不低于总资金的40%，体现多劳多得、优绩优酬，提升资金使用效益。

新划入的项目结合我市实际自主安排，资金不限于基层医疗卫生机构使用。

（三）强化技术培训。各业务指导机构定期对医共体和各基层医疗机构进行技术指导，并根据《浙江省基本公共卫生服务规范（第四版）》要求，通过在线培训、邀请专家、业务指导机构业务骨干讲课等方式，针对重点和薄弱项目工作，对项目实施人员开展培训，提高基层医务人员的服务能力。各医共体和基层医疗卫生机构开展逐级培训。

（四）落实日常工作。充分利用传统媒介和新媒体途径广泛宣传项目工作，提高居民知晓率，增强主动参与服务的意识。以签约服务为抓手，切实做好“一老一小”、慢病患者等重点人群健康管理服务。以“慢病一体化门诊”建设为契机，以《高血压糖尿病医防融合路径化管理指导意见》为准绳，积极探索高血压、糖尿病医防融合服务模式，推进全人群、全过程的慢病预防、治疗、康复等健康服务。

（五）加大督导考核。围绕“质量、规范、真实”，切实加强和改进全市基本公共卫生服务。市项目办组织人员每半年对辖区内承担项目任务的机构开展1次督查，年终落实项目和机构全覆盖。加强绩效评价结果应用，抓好问题整改与责任落实，严格落实绩效评价结果与资金拨付挂钩，确保资金使用效益。各医共体和基层医疗机构逐级对承担项目任务的医务人员、相关科室、签约团队及辖区内村卫生机构定期进行考核。