

文水县卫生健康和体育局文件

文卫体字〔2023〕34号

文水县卫生健康和体育局 关于印发《文水县2023年度国家基本公共 卫生服务项目实施方案》的通知

县医疗集团、各专业指导单位：

现将《文水县2023年度国家基本公共卫生服务项目实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

文水县卫生健康和体育局

2023年8月31日



文水县 2023 年度国家基本公共卫生服务项目实施方案

为进一步规范国家基本公共卫生服务项目管理，细化责任分工，提高基本公共卫生服务项目补助资金的使用效益及居民的获得感和满意度，推进国家基本公共卫生服务均等化，更好地满足城乡居民基本公共卫生服务需求。根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》及上级有关文件精神，结合我县实际，制定本实施方案。

一、工作目标

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，进一步深化医药卫生体制综合改革，全面实施国家基本公共卫生服务项目，按项目要求免费向城乡居民提供国家基本公共卫生服务，并结合家庭医生签约服务，对全县居民健康问题实施干预措施，有效预防和控制主要传染病及慢性病，提高基本公共卫生服务和突发公共卫生事件应急处置能力，促进全县居民基本公共卫生服务均等化发展，确保居民健康水平和生活质量显著提高。

二、工作任务

（一）落实服务项目。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、高血压和 2 型糖尿病患者健康管理、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、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生计生监督协管等共 12 类项目。在开展儿童健康管理过程中，落实国家卫生健康委办公厅关于《做好 0—6 岁儿童眼保健和视力检查有关工作的通知》（国卫办妇幼发〔2019〕9 号），规范开展 0—6 岁儿童眼保健和视力检查有关工作。

各单位要严格按《规范》要求，坚持实事求是，着力提高工作质量，杜绝弄虚作假，不能层层加码，根据实际情况合理确定乡、村两级任务分工，把各项任务抓实抓好。

基本避孕服务项目和健康素养促进项目管理、重大公卫和计划生育新划入项目原工作和服务内容不变，即原有管理责任主体、项目内容、实施主体、服务模式保持不变，项目资金用途、拨付对象和渠道不变。

（二）持续助力疫情防控。持续发挥基层医疗卫生机构与居民联系紧密的特点和优势，继续围绕“保健康、防重症”工作目标，慎终如始做好新冠病毒感染“乙类乙管”后各项防控措施落实，统筹做好疫情防控和基本公共卫生服务项目工作。

（三）转变服务模式。基层医疗卫生机构要坚持基本公共卫生服务与基本医疗并重，由乡村医生、乡镇卫生院（分院）业务骨干（含全科医生）和县级医院医生组成团队与城乡居民签订一定期限的服务协议，建立相对稳定的家庭医生签约服务模式，提

供约定的基本医疗和基本公共卫生服务，深入城乡家庭大力推广中医药适宜技术。

（四）健全服务体系。加强应急救治、传染病救治和职业病防治体系建设，实现基层预防保健网格化管理；健全专业公共卫生服务网络，加强各专业指导单位对乡、村两级卫生机构的技术培训和指导，实现公共卫生服务机构之间分工明确、功能互补、信息互通、资源共享、协调互动、防治结合。

（五）提高服务能力。大力培养基本公共卫生服务技术人才和管理人才，按照服务人口数合理配置公共卫生人员，稳定基层医疗卫生机构基本公共卫生服务人员队伍；积极探索开展基层高血压、糖尿病医防融合管理工作；切实发挥电子档案在基本公共卫生服务和健康管理中的支撑和便民服务作用，以高血压、糖尿病、孕产妇、0-6岁儿童、65岁以上老年人等重点人群为突破口，在保障个人信息安全的情况下，通过智能客户端、APP、网站等形式，推进电子档案向个人开放，方便群众查询自身健康信息，调动群众参与自我健康管理的积极性，提高群众获得感。

（六）规范服务管理。按照国家基本公共卫生服务规范，健全管理制度，优化工作流程，提高服务质量，重点巩固现有服务项目，进一步扩大服务覆盖面，提高服务规范程度，提高居民满意度和获得感。

三、工作内容

国家基本公共卫生服务项目在县卫生健康和体育局的监管

下由医疗集团组织各乡镇卫生院（分院）及辖区内的村卫生室具体实施，村卫生室接受乡镇卫生院（分院）的业务管理，村卫生室承担原则上不少于 40% 的原基本公共卫生服务项目任务，乡镇卫生院要在开展绩效评价后根据评价结果及时拨付不低于 40% 的原基本公共卫生服务项目经费，保障乡村医生的合法权益，严禁无故克扣村医基本公共卫生服务补助。各专业机构要加大对乡村两级医疗机构业务培训、日常督导等。

（一）居民健康档案管理服务

2023 年全县常住人口数 364058 人，以乡镇卫生院（分院）为单位，居民规范化电子健康档案覆盖率 $\geq 62\%$ ，健康档案使用率 $\geq 60\%$ 。乡镇卫生院（分院）、村卫生室为辖区内居住半年以上的常住居民，根据其主要健康问题和提供服务情况建立健康档案，健康档案以 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压患者、2 型糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等人群为重点，内容包括个人基本信息（补充信息）、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。电子健康档案向居民全面开放，居民通过吕梁通 APP 可以查看个人健康档案。

健康档案必须使用《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》的表格，建立电子健康档案质量控制机制，规范档案的建立、迁入、转出、注销、结案、归并、去重等流程，对电子健康档案进行更新维护，甄别逻辑错误、缺失信息和虚假信息，不断提高辖区内居民电子健康档案的真实性、完整性和规范性。居民个人信

息有所变动（特别是联系电话），可在原条目处修改并注明修改日期。

（二）健康教育服务

乡镇卫生院（分院）配备专（兼）职人员开展健康教育工作，制定健康教育年度工作计划，积极对城乡居民开展健康教育，并以文字、图片、音影资料按时间顺序完整记录健康教育活动过程。

1、提供健康教育资料。乡镇卫生院（分院）、村卫生室每年提供12种以上健康教育折页、健康教育处方和健康手册等，放置在候诊区、诊室、咨询台等处，并及时更新补充（每年更新2种），保障使用。乡镇卫生院（分院）在正常应诊时间内，在候诊区、观察室、健教室等场所或在宣传活动现场播放音像资料，每个机构每年播放音像资料不少于6种。

2、设置健康教育宣传栏。乡镇卫生院（分院）宣传栏不少于2块，村卫生室不少于1块，每个宣传栏的面积不少于2平方米。宣传栏一般设置在户外、健康教育室、候诊室、输液室或收费大厅等明显位置，宣传栏中心位置距地面1.5-1.6米高。每个机构每2个月至少更换1次健康教育宣传栏内容。

3、开展公众健康咨询活动。利用各种健康主题日或针对辖区重点健康问题，开展健康咨询活动并发放宣传资料。乡镇卫生院（分院）每年至少开展9次公众健康咨询活动。

4、举办健康知识讲座。定期举办健康知识讲座，引导居民学习、掌握健康知识及必要的健康技能，促进辖区内居民的身心

健康。乡镇卫生院（分院）每月至少举办 1 次健康知识讲座（参加人数 ≥ 35 人/次）。村卫生室每两个月至少举办 1 次健康知识讲座（参加人数 ≥ 15 人/次）。

5、开展个体化健康教育。乡镇卫生院（分院）、村卫生室的医务人员在提供门诊医疗、上门访视等医疗卫生服务时，要开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育，并为服务对象提供个体化健康教育处方。

（三）预防接种服务

服务对象为辖区内 0—6 岁儿童和其他重点人群，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等档案，以乡镇为单位，适龄儿童国家免疫规划建证率 100%、疫苗接种率 $\geq 90\%$ 。严格按程序接种，及时登记处理、报告疑似预防接种异常反应。接种工作人员在操作时严格执行“三查七对一验证”，扫码接种后及时在接种证上记录，告知儿童监护人受种者在接种后应在留观室观察 30 分钟，并预约下次接种疫苗的种类、时间和地点。

（四）0-6 岁儿童健康管理服务

以乡（镇）为单位，7 岁以下儿童健康管理率 $\geq 85\%$ ，3 岁以下儿童系统管理率 $\geq 80\%$ ，新生儿访视率 $\geq 90\%$ 。新生儿出院后 1 周内，医务人员到新生儿家中进行产后访视，为新生儿进行体格检查，了解出生、预防接种情况，督促完成新生儿疾病筛查，填写《母子健康手册》；在 3、6、8、12、18、24、30、36 月龄分

别进行1次随访，共8次，满月后的随访服务均应在乡镇卫生院进行。在6-8、18、30月龄进行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血常规（或血红蛋白）检测和视力检查等健康管理服务，填写和完善健康档案。规范开展0-6岁儿童眼保健和视力检查和培训有关工作，28-30天、3个月、6个月各一次眼保健，1-6岁每年一次眼保健和视力检查。0-6岁儿童眼保健和视力检查覆盖率 $\geq 90\%$ 。

（五）孕产妇健康管理服务

以乡（镇）为单位，为孕13周前的孕产妇建立《母子健康手册》并进行第1次产前检查，孕产妇早孕建册率、产后访视率 $\geq 90\%$ ，孕产妇系统管理率 $\geq 90\%$ 。完成孕中期健康管理（孕16-20周、孕21-24周各1次）和孕晚期健康管理（孕28-36周、37-40周各1次，没有助产技术服务资质的乡镇卫生院督促孕妇到有助产技术服务资质的医疗机构进行相关随访；对随访中发现的高危情况，建议孕妇及时转诊。在产妇出院后1周内到产妇家中进行产后访视，在产后42天由乡镇卫生院（村卫生室）为产妇开展健康检查，对产妇进行性保健、避孕、预防生殖道感染、纯母乳喂养6个月、婴幼儿营养等方面的指导。

（六）老年人健康管理服务

以乡（镇）为单位，辖区内65岁及以上常住居民规范健康管理服务率 $\geq 62\%$ 。为辖区内65岁及以上常住居民每年提供1次

健康管理服务,通过问诊及老年人健康状态自评了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况。开展体格检查,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粗测判断。进行辅助检查,包括血常规、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、甘油三脂、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇)、心电图检测和腹部B超(肝胆胰脾)检查,告知健康体检结果并进行相应健康指导。

(七) 高血压及2型糖尿病患者健康管理服务

以乡(镇)为单位,高血压患者基层规范管理服务率 $\geq 62\%$,血压控制率 $\geq 50\%$ 。每年为辖区内35岁及以上常住居民免费测量一次血压(非同日三次测量),对第一次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查,非同日3次血压均高于正常,可初步诊断为高血压。建议转诊到上级医院确诊,2周内随访转诊结果。对新发的原发性高血压患者需提供二级医院以上的诊断证明、门诊病历或病案首页等证明材料,方可纳入高血压患者健康管理。对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者,建议其转诊到上级医院,2

周内主动随访转诊情况并做好登记记录，不得出现未转诊多次跟访现象。对 ≥ 35 岁以上原发性高血压患者，每年要提供至少4次面对面的随访；1次较全面健康体检。

以乡（镇）为单位，2型糖尿病患者基层规范管理服务率 $\geq 62\%$ ，血糖控制率 $\geq 50\%$ 。对工作中发现的2型糖尿病高危人群每年至少测量1次空腹血糖，并接受医务人员的健康指导；对确诊的2型糖尿病患者每年至少进行4次面对面随访和1次较全面的健康体检，建立和完善健康档案。对新发的2型糖尿病患者需提供二级医院以上的诊断证明、门诊病历或病案首页等证明材料，方可纳入2型糖尿病患者健康管理。对连续两次出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2周内主动随访转诊情况并做好登记记录，不得出现未转诊多次跟访现象。

（八）严重精神障碍患者管理服务

以乡（镇）为单位，对辖区内常住居民中诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者在知情同意的基础上全部纳入管理。严重精神障碍患者规范管理率 $\geq 85\%$ 。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，并按照规定填写严重精神障碍患者个人信息补充表，按时将患者信息上报《国家严重精神障碍患者信息管理系统》；每年至少进行4次面对面随访和1次健康体检，每次随

访应对患者进行危险性评估，建立和完善健康档案。

（九）肺结核患者健康管理服务

以乡（镇）为单位，报告发现的肺结核患者管理率 $\geq 90\%$ ，规则服药率 $\geq 90\%$ 。对辖区内前来就诊的居民或患者，如发现有慢性咳嗽、咳痰 ≥ 2 周，咯血、血痰，或发热、盗汗、胸痛或不明原因消瘦等肺结核可疑症状者，在鉴别诊断的基础上，填写“双向转诊单”。推荐其到肺结核病定点医疗机构进行结核病检查。1周内进行电话随访，看是否前去就诊，督促其及时就医。乡镇卫生院（分院）、村卫生室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，对患者进行随访管理，监督其规范服药。

（十）中医药健康管理服务

以乡（镇）为单位，0-36个月儿童中医药健康管理率 $\geq 77\%$ 。分别在儿童6、12、18、24、30、36月龄时对儿童家长进行儿童中医药健康指导，具体内容包括：①向家长提供儿童中医饮食调养、起居活动指导；②在儿童6、12月龄给家长传授摩腹和捏脊方法；③在18、24月龄传授按揉迎香穴、足三里穴的方法；④在30、36月龄传授按揉四神聪穴的方法。

老年人中医药健康管理率 $\geq 70\%$ 。每年为65岁及以上老年人提供1次中医药健康管理服务，内容包括中医体质辨识和中医药保健指导。

（十一）传染病及突发公共卫生事件报告和处置服务

在疾病预防控制中心和其他专业机构指导下，乡镇卫生院（分院）、村卫生室协助开展传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查、收集和提供风险信息，参与风险评估和应急预案制（修）订。乡镇卫生院（分院）、村卫生室应规范填写门诊日志、入/出院登记本、X线检查和实验室检测结果登记本。首诊医生在诊疗过程中发现传染病病人及疑似病人后，按要求填写《中华人民共和国传染病报告卡》；如发现或怀疑为突发公共卫生事件时，先打电话报告卫生行政部门及疾控中心，并及时按要求填写《突发公共卫生事件相关信息报告卡》。具备网络直报条件的机构，在规定时间内进行传染病和/或突发公共卫生事件相关信息的网络直报；不具备网络直报条件的，按相关要求通过电话、传真等方式进行报告，同时向县疾病中心报送《传染病报告卡》和/或《突发公共卫生事件相关信息报告卡》。

发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎病人或疑似病人，或发现其他传染病、不明原因疾病暴发和突发公共卫生事件相关信息时，应按有关要求于2小时内报告。发现其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者，应于24小时内报告。发现报告错误，或报告病例转归或诊断情况发生变化时，应及时对《传染病报告卡》和/或《突发公共卫生事件相关信息报告卡》等进行订正；对漏报的传染病病例和突发公共卫生事件，应及时进行补报。传染病疫情报告率和及时率 $\geq 95\%$ ，突发公共卫生事件相关信息报告率

≥95%。

（十二）卫生计生监督协管服务

以乡（镇）为单位，卫生计生监督协管信息报告率 100%。开展辖区内食源性疾病及相关信息报告、饮用水卫生安全巡查、学校卫生服务、非法行医和非法采供血信息报告、计划生育相关信息报告及职业卫生监督协管等。

（十三）家庭医生签约服务

将家庭医生签约服务列入年度工作考核内容，在确保签约服务质量的基础上，稳步提高签约服务覆盖率。家庭医生签约对象为辖区常住居民，重点人群为 65 岁以上的老年人、高血压、糖尿病、严重精神障碍患者和肺结核患者，残疾人、孕产妇、0—6 岁儿童、计生特殊困难家庭、生活不便、长期卧床者、边缘易致贫户以及其他有签约服务需求的居民。要求签约服务数据准确，表册记录完整，协议书签写规范、内容记录完整。年终开展签约服务绩效评价和群众满意度调查，满意度逐步提高。

四、职责划分

（一）县卫体局是政府购买基本公共卫生服务和家庭医生签约服务的主体，全面落实综合监管责任，负责全面组织领导基本公共卫生和家庭医生签约服务工作。按照基本公共卫生服务项目，卫体局股室行政职责分工：疾控股负责健康教育、预防接种、老年人健康管理、慢病患者健康管理、严重精神障碍患者健康管理、肺结核患者健康管理、传染病 7 项，医政股负责中医药健康

管理（老年人、0—3岁儿童）1项，应急监督股负责突发公共卫生事件报告与处置、卫生计生监督协管2项，财务股负责资金管理1项，基层股负责健康档案、孕产妇健康管理、0—6岁儿童健康管理、组织管理、居民满意度和服务质量调查、项目健康宣传、家庭医生签约服务项目7项。

（二）县医疗集团是政府购买基本公共卫生服务和家庭医生签约服务的提供方，要成立基本公共卫生和家庭医生签约服务业务指导中心，负责这两项工作的全面业务开展、技术指导和绩效评价，制定详细的实施方案和绩效考核方案，执行半年一考核评价制度，提升基层医疗机构基本公共卫生和家庭医生签约服务能力，切实将各项工作落到实处。各乡镇卫生院（分院）及辖区内的村卫生室是国家基本公共卫生服务项目的实施和服务主体，是落实项目的直接责任单位，单位负责人为主要责任人，负责项目工作的专业人员为直接责任人。乡镇卫生院（分院）负责辖区村卫生室基本公共卫生服务专业培训、技术指导和日常督导，组织对辖区村卫生室实施基本公共卫生服务工作进行考核评估。负责辖区村卫生室各类报表、资料 and 信息的收集、整理、汇总、分析与上报等工作。村卫生室在乡镇卫生院（分院）的统一管理和业务指导下，以7类重点人群为重点，协助落实摸底筛查、建卡建册、入户访视、健康体检等任务。

（三）县医疗集团负责健康档案、组织管理、居民满意度和服务质量调查、家庭医生签约服务；县疾控中心负责健康教育、

预防接种、高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理、老年人健康管理、严重精神障碍患者管理、肺结核患者健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理；县妇计中心负责0-6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理；县卫生健康综合行政执法队负责卫生计生监督协管；县中医院负责中医药健康管理。各专业指导单位负责每季度至少一次的业务培训、技术指导、督导检查，按要求抓好项目年度任务的落实，对项目执行中存在的问题及时反馈并督促整改，每季度督导结束后向县卫体局报告检查情况并提出整改建议。

五、加强项目管理和落实

（一）高度重视，强化组织管理。各单位要加强组织领导，提高项目推进合力，进一步明确年度任务和管理要求，实行目标责任制管理，确保基本公共卫生服务项目有序开展。卫体局及各专业指导单位在督导检查时，抽查的档案中，有两项内容与实际情况不符，视为不真实档案，发现一份不真实档案扣除1000元。指导单位做好记录，将检查情况书面报卫体局基层股，卫体局在年终资金清算时在各卫生院的补助资金中扣除。

（二）注重实效，强化指导培训。各单位要充分发挥专业技术优势，切实承担起基层卫生机构的技术指导和业务培训，协同做好基本公共卫生服务项目的管理和督导评价工作。结合工作例会、开展绩效评价和问题追踪等工作，针对项目管理和实施过程中的重点和薄弱环节，有效开展技术指导和项目培训。医疗集团、

各专业指导单位要按照卫体局要求，将项目工作与日常相关业务工作紧密结合，建立指导和培训团队，按照职责制定年度项目指导和培训工作计划，加强对基层的技术指导和项目培训。

（三）加强宣传，提高居民的认知度。各单位要因地制宜，利用广播、电视、报纸、网络、宣传单、短信等多种形式，广泛宣传基本公共卫生服务项目的免费政策、服务范围、服务内容、服务方式，引导居民主动接受基本公共卫生服务。

（四）强化考评，提升项目服务质量。按照省市要求，2023年度国家基本公共卫生服务项目绩效评价工作于2024年1月底前完成，对公共卫生服务各项目实施单位开展服务的数量、质量和社会满意度等情况进行综合测评，把真实性、规范性、有效性作为评价工作的重要评价标准。

七、本方案在执行过程中如与上级文件精神有变动按照上级文件精神执行。