

卫 生 健 康 局  
财 政 局  
残 疾 人 联 合 会

威环卫〔2024〕53号

关于印发《环翠区2024年基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务实施方案》的通知

各基层医疗卫生机构，威海市结核病防治所，区疾病预防控制中心，区妇幼保健计划生育服务中心：

为进一步规范我区2024年基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务管理与实施，确保项目保质保量、落实到位，根据国家、省、市关于基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作相关文件精神，区卫生健康局、区财政局和区残疾人联合会联合制定了《环翠区2024年基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务实

施方案》，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

威海市环翠区卫生健康局

威海市环翠区财政局

威海市环翠区残疾人联合会

2024年6月30日

# 环翠区 2024 年基本公共卫生服务项目 和家庭医生签约服务实施方案

为加快城乡社区基本公共卫生服务均等化，深入推进家庭医生签约服务，根据国家、省、市关于基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作相关文件精神，结合环翠区工作实际，制定本实施方案。

## 一、工作目标

全面实施基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作，坚持数量质量并重，服务质量优先的原则，强化项目组织管理，做细做实服务项目，规范台账资料整理，发挥绩效评价促进作用，不断提高基本公共卫生和家庭医生签约服务质量。

## 二、强化责任落实

(一) 巩固 12 类基本公共卫生服务项目实施效果。各镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、村卫生室等基层医疗卫生机构要严格按照《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》及本方案要求，持续做好建立居民健康档案、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（高血压、2 型糖尿病）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、中医药健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理、卫生监督协管等 12 类基本公共卫生服务项目任务落实，要坚持实事求是原则，持续提高工作质量，任务要求不搞层层加码，信息数据杜绝弄虚作假，切实把各

项任务抓实抓好。

（二）推进重大公共卫生服务划转项目任务落实。原重大公共卫生服务和计划生育项目中的妇幼卫生、居民健康素养促进、职业病防治、卫生应急、食品安全风险监测及标准等内容，继续按照既往项目管理方式运行，原有的管理责任主体、实施主体和服务方式保持不变，由各责任单位按照《国家新划入基本公共卫生服务相关工作规范》（2019年版）分别组织实施。

### 三、实施范围及资金来源

项目实施覆盖全区所有基层医疗卫生机构，包括镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心和社区卫生服务站。将村卫生室能够承担的服务内容尽可能交给乡村医生，原则上不得少于40%。

基本公共卫生服务项目所需经费由各级财政预算安排。严格按照财政部 国家卫生健康委 国家医疗保障局 国家中医药管理局、国家疾控局《关于修订基本公共卫生服务等5项补助资金管理暂行办法的通知》（财社〔2024〕56号）要求管理和使用。

2024年人均基本公共卫生服务经费按照94元安排。区卫生健康局按照省、市、区相关指标文件，确保年度项目经费及时足额到位，不得挤占、挪用项目经费。根据国家通知要求，自2022年起基本公共卫生服务项目有所调整，不再列入基本公共卫生服务项目的相应补助资金可用于加强“一老一小”等重点人群服务。村卫生室补助标准按照不低于人均34元落实，主要用于基本公共卫生服务和基层医疗卫生机构疫情防控工作。重大公共卫生划转项目经费自基本公共卫生服务项目经费9元列支，按照项目任务工

作量由原有的管理责任主体、实施主体做好资金统筹分配。对原基本公共卫生服务项目补助资金，落实项目实施主体责任，在年终绩效评价后，根据本年度任务目标、服务数量、服务质量进行核算，核定奖惩资金，于次年第一季度根据绩效评价结果核拨本年度奖惩资金。实行项目经费镇村两级核算，村级经费实行“先预拨、后结算”，对村卫生室提供的基本公共卫生服务根据核定的服务人口数、任务量和绩效评价结果予以结算，资金每季度结算一次。

#### **四、服务对象**

全区范围内的常住居民（包括居住半年以上的户籍及非户籍居民）。

#### **五、基本公共卫生服务项目内容和工作任务**

以医防融合探索为引领、各类重点服务人群为基础，全面推进 12 类国家基本公共卫生服务项目，服务项目包括：建立居民健康档案、健康教育、预防接种、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、结核病患者健康管理、中医药健康管理、传染病疫情和突发公共卫生事件报告和处置、卫生监督协管、推广居民电子健康档案向群众开放应用。新划入基本公共卫生服务的健康素养促进、农村妇女“两癌”检查、免费孕前优生健康检查、老年健康与医养结合、重大疾病与健康危害因素监测、地方病防治、职业病防治等十九大类项目按原管理渠道、模式不变，规范实施相关服务。

（一）居民健康档案管理。健全完善居民电子健康档案务实应用 50 项，要依据《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》，通过多种渠道动态更新和完善档案内容。居民健康档案规范化电子建档率 $\geq 90\%$ ，居民规范化电子档案覆盖率 $\geq 64\%$ ，电子健康档案动态使用率 $\geq 60\%$ ，档案复核升级完成率 100%，进一步提高居民健康档案规范性和真实性。

（二）健康教育。按国家规范要求向居民提供健康教育资料（每年提供印刷资料不少于 12 种，并及时更新补充，保障使用。正常开诊时间播放影音资料，全年不少于 6 种）。镇卫生院（社区卫生服务中心）宣传栏不少于 2 个（每个面积不少于 2 平方米），每 2 个月最少更新 1 次内容；村卫生室（社区卫生服务站）宣传栏不少于 1 个，每 2 个月至少更新 1 次。镇卫生院（社区卫生服务中心）每年至少开展 9 次健康咨询活动，每月至少举办 1 次健康知识讲座；村卫生室（社区卫生服务站）每两个月至少举办 1 次健康知识讲座；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教育，同时利用不同媒体（或方式）对项目进行宣传，各类健康教育资料或活动中要有一定比例的中医药、减盐防控高血压、艾滋病和新冠肺炎疫情防控相关内容。

（三）预防接种。为适龄儿童免费接种国家免疫规划疫苗，0-6 岁儿童预防接种建证率 $\geq 95\%$ ，适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率 $\geq 90\%$ ，0-6 岁儿童接种信息完整率 100%。

（四）孕产妇健康管理。加强孕产妇保健管理，孕产妇早孕建卡率 $\geq 90\%$ ，产妇产后访视率 $\geq 90\%$ ，孕产妇系统管理率 $\geq 90\%$ 。

（五）0-6 岁儿童健康管理。建立和完善更新儿童健康档案，新生儿访视率 $\geq 90\%$ ，7 岁以下儿童健康管理率 $\geq 90\%$ ，3 岁以下儿童系统管理率 $\geq 80\%$ 。加强上级医疗卫生机构和妇幼保健机构对基层医疗卫生机构的指导和培训。以《0-6 岁儿童健康管理服务规范》为依据，切实做好儿童健康管理。突出重点，在对儿童开展健康体检时做好眼保健和视力检查工作，儿童眼保健和视力检查覆盖率 $\geq 90\%$ 。依托电子健康档案完善 0-6 岁儿童视力健康电子档案，并随儿童入学实时转移。加强分类管理，广泛开展儿童眼保健操和视力保护健康教育，发挥中医药优势，为儿童开展眼保健和视力健康服务。对发现的异常患儿，要及时转诊到上级医疗机构或妇幼保健机构进行治疗，上级机构要及时把治疗信息反馈到基层医疗卫生机构，做好后续跟踪随访。

（六）65 岁及以上老年人健康管理。按照规范要求开展老年人生活方式、健康状况评估，有序做好老年人健康体检工作，及时反馈体检结果，老年人城乡社区规范健康管理服务率 $\geq 64\%$ 。各基层医疗卫生机构要结合实际，做好宣传发动，统筹日常诊疗和老年人健康体检工作，组织老年人集中到基层医疗卫生机构、定期设立老年人体检日等形式，方便老年人接受健康体检服务。对于在体检中发现结果异常的，要指导其及时转诊，并做好追踪随访，至少要对三年的老年人健康体检结果进行对比分析。

（七）慢性病患者健康管理。开展 35 岁及以上常住居民首诊测血压，进一步加大高血压和 2 型糖尿病患者的筛查力度，提高辖区内高血压和糖尿病患者健康管理覆盖面。对纳入管理的慢性

病患者每年提供至少 4 次的面对面随访和 1 次健康检查，提高血压和血糖控制率。连续两次出现血压、血糖控制不满意或药物不良反应难以控制的建议转诊上级医院。高血压、2 型糖尿病患者健康管理人数要达到任务目标数（见附件 2），基层规范管理服务率 $\geq 64\%$ ，血压控制率 $\geq 45\%$ ，最近一次随访血糖达标率 $\geq 35\%$ 。

（八）严重精神障碍患者管理。积极筛查严重精神障碍患者并进行登记管理，对经严重精神障碍信息管理系统转来的居家治疗患者，按照“应管尽管”原则，在知情同意的基础上纳入管理。严重精神障碍患者检出率要达到辖区人口的 4.2%，社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率 $\geq 80\%$ 。要确保基本公共卫生服务项目中严重精神障碍患者管理数据和信息与国家严重精神障碍信息管理系统相一致。

（九）结核病患者健康管理。认真做好可疑肺结核患者登记和推介转诊工作。按要求落实第一次入户随访、督导服药、随访评估和分类干预，做好停止治疗患者的结案评估。肺结核患者管理率 $\geq 90\%$ ，肺结核患者规则服药率 $\geq 90\%$ 。

（十）中医药健康管理。结合 65 岁及以上老年人、0-6 岁儿童健康管理和家庭医生签约服务，积极推进中医药健康管理项目，为老年人开展中医体质辨识，根据不同体质进行个性化中医健康指导；在儿童 6、12、18、24、30、36 月龄时进行中医调养。65 岁以上老年人中医药健康管理率 $\geq 74\%$ ，儿童中医药健康管理率 $\geq 84\%$ 。

（十一）传染病及突发公共卫生事件报告和处理。各基层医

疗卫生机构要在公共卫生专业机构的指导下，做好传染病防治，以及突发公共卫生事件报告和处理工作，传染病和突发公共卫生事件疫报告率 $\geq 95\%$ 。同时要有报告和处理记录、传染病报告卡、监测信息系统、技能培训、突发公共卫生事件报告和处置等设备 and 资料。各哨点医疗机构做好食源性疾病及相关信息报告。做好新冠疫情常态化防控，严格落实国家卫生健康委关于加强农村基层和城市社区疫情防控工作要求，规范基层医疗卫生机构发热患者接诊和处置流程，落实预检分检制度，加强发热患者筛查和相关信息登记、人员培训、迎接预案准备及演练、应急物资储备等。

（十二）卫生监督协管。在区疾病预防控制中心的指导下，开展辖区内计划生育相关信息报告、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。

## 六、基本公共卫生服务项目重点工作任务

（一）深入推进基层慢病管理医防融合。按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式，依托紧密型医共体建设，充分利用紧密型医共体内专业技术资源，以高血压、2型糖尿病等慢病患者健康服务为突破口，与城乡居民高血压、2型糖尿病门诊治疗保障和健康管理专项行动相结合，建立区域“三高共管 六病同防”医防融合慢性病管理体系的新服务模式。继续加强对《国家基本公共卫生服务规范（山东2017年版）》、《国家基层高血压防治管理指南》和《国家基层糖尿病防治管理指南》等知识的培训，进一步完善慢性病患者医防融合信息补充表，切实提升慢病规范管理质量。加强专业公共卫生机构与基层医疗卫

生机构的联结，充分发挥基层首席公共卫生医师指导作用，强化技术指导、技能培训和服务提供。优化服务流程，有效利用患者诊前、诊中、诊后时间为慢病患者提供预约、筛查、建档、随访、健康教育等服务。

（二）项目知晓率和满意度。各基层医疗卫生机构要不断提升服务质量，逐步提高居民知晓率和满意度，促进健康行为积分兑换，提升居民健康行为和健康意识，服务对象综合知晓率要达到90%以上，服务对象满意度要达到90%以上。

（三）强化“一老一小”等重点人群健康管理服务。继续以老年人健康体检为抓手做实老年人健康管理服务，加强医共体牵头医院对基层医疗卫生机构的技术指导和质量控制，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。各基层医疗卫生机构摸清辖区65岁及以上常住老年人底数，建立并动态更新台账。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，积极接受老年人健康管理服务和中医药健康服务。继续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。做实0~6岁儿童健康管理服务和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。

（四）提升高血压、2型糖尿病等慢性病患者健康管理服务质量。加强高血压、2型糖尿病患者健康管理，推动县域医共体牵头医院与基层医疗卫生机构建立上下联动、分层分级管理机制。对于血压、血糖控制稳定的，由基层医疗卫生机构按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《国家基层高血压防治管理指南》和《国家基层糖尿病防治管理指南》等提供健康管理服务；对于控制不稳定或不适合在基层诊治的，经转诊到上级医疗机构明确诊断并通过系统治疗稳定后，上级医疗机构要及时将患者转诊至常住地辖区的基层医疗卫生机构接受后续的随访管理服务。对开展高血压、2型糖尿病患者健康管理的团队内的医生，支持按照服务数量和质量参与基本公共卫生服务经费分配。对同时患有高血压、2型糖尿病等多种慢性疾病的患者，要创新手段积极推进开展多病共管服务，提高健康管理协同服务、融合服务的质量和效率。

（五）推进“互联网+签约服务”。持续完善区域全民健康信息平台和家庭医生签约服务、管理信息系统，实现线上为居民提供协议签订、健康教育与咨询、健康提醒、慢病随访、就诊指导、双向转诊等服务以及精细化管理、服务满意度调查和绩效评价功能。以建立全过程、全生命周期健康档案为目标，加强家庭医生签约服务、基本公共卫生、HIS等系统数据互联互通和共享，将居民诊疗、体检等信息推送至基层，提高家庭医生和签约居民查阅健康信息、掌握健康情况便捷性。鼓励基层医疗卫生机构建设互联网医院或依托互联网平台开展签约服务。积极推广预约就诊、

信用支付、一站式结算等，将远程医疗、标准化医防融合服务流程、智慧诊疗、健康积分融入基层相关信息系统，提高服务效率。

（六）开展残疾人健康体检工作。开展残疾人生活方式、健康状况评估，有序做好残疾人健康体检工作，及时反馈体检结果。区残联做好相关组织动员、政策宣传工作，与基层医疗卫生机构对接推送残疾人需求信息，统筹做好残疾人健康体检工作，组织残疾人集中到基层医疗卫生机构、设立定期残疾人体检日等形式，方便残疾人接受健康体检服务。各基层医疗卫生机构对于体检中发现结果异常的，要指导其及时转诊，并做好追踪随访，至少要对三年的残疾人健康体检结果进行对比分析。体检费用按照每人100元标准进行经费结算，费用从财政预算中列支。

当国家、山东省、威海市2024年度基本公共卫生服务项目内容、工作任务或医改指标进行调整时，本实施方案将适时进行修订。要加强工作协调，将基本公共卫生服务与日常医疗服务及其他居民个性化服务内容衔接整合，促进医防融合，提高群众对基本公共卫生服务的感受度和满意度。

## **七、做实做细家庭医生签约服务**

要围绕基本公共卫生服务项目内容和规范要求合理设置家庭医生签约服务包，丰富和规范签约服务内容，以儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、残疾人和脱贫人口等重点人群为主，主动完善服务模式，细化服务内容，结合实际设计医养结合、重点人群等个性化签约服务包，提高签约服务质量和效果。要发挥信息化对家庭医生签约服务的支撑作用，利用手机APP等开展线上线

下协同管理，加大宣传引导力度，通过采取多种措施增强居民签约意愿，不断增进基本公共卫生服务效果。区级建议纳入家庭医生签约服务包中的基本公共卫生服务内容和相应的经费额度为 30 元，各基层医疗卫生机构可依据签约人群种类、数量适当调整经费额度，用于支持家庭医生（团队）为签约的重点人群和高血压、2 型糖尿病等慢性病患者提供签约服务，落实医防融合的综合服务，并根据服务数量和质量，在开展绩效评价后及时拨付相应经费。推进打通电子健康档案和家庭医生签约服务管理信息系统，加强基本公共卫生服务、家庭医生签约服务数据的实时更新和共享。

签约项目执行方面要做到签约全覆盖，全人群签约率在 2023 年的基础上提升 3 个百分点以上，重点人群以家庭为单位签约服务率达 20% 以上，老年人签约率 $\geq 88\%$ ，脱贫人口与计生特殊家庭签约率达 100%，高血压及 2 型糖尿病患者、0-6 岁儿童、孕产妇签约率 $\geq 78\%$ ，续约率 $\geq 80\%$ 。

残疾人方面，区卫生健康局和区残疾人联合会要密切配合，做好政策宣传，调度家庭医生签约服务团队和持证残疾人签约积极性，按照省卫健委、省残疾人联合会《关于进一步加强残疾人家庭医生签约服务工作的实施意见》（鲁卫函〔2020〕164 号）文件要求，指导家庭医生签约团队为残疾人提供签约服务，持证残疾人签约率 $\geq 70\%$ ，填写《残疾人家庭医生签约服务基本支持性服务记录表》，制定残疾人家庭医生签约服务的考核内容和考核方式，做好年度绩效评价，根据评价结果拨付签约服务经费。

## 八、职责分工

(一) 财政部门职责。区财政局负责按照人均基本公共卫生服务经费标准，足额安排本级应承担的资金，及时将上级和本级资金拨付到位；研究制定补助资金使用管理办法，并加强对经费运行情况的监督管理及督导考核。

(二) 残疾人联合会职责。区残疾人联合会负责协同卫生健康部门制定残疾人相关的基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务实施方案和绩效评价办法，并参与督导考核，年底按照绩效评价规定及时拨付签约服务经费。

(三) 卫生健康行政部门职责。区卫生健康局是全区基本公共卫生服务项目工作的管理机构，负责项目的组织、协调、督导考核、资金使用管理、效果评价及质量控制。

**基层卫生与药政科：**根据国家、省有关要求，牵头负责研究制订基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务相关政策措施并组织实施；牵头负责研究制订和调整我区基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务有关内容；负责指导基层医疗卫生机构规范开展老年人健康管理服务项目，并督促任务落实；牵头负责组织开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务全区督导考核、资金使用情况监督检查、绩效评价、人员培训等。

**财务审计科：**牵头负责落实我区基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务经费保障；会同基层卫生与药政科研究制订完善我区基本公共卫生服务项目和和家庭医生签约服务资金管理有关政策措施，具体开展项目资金使用督查，配合有关部门开展项目

审计审查工作；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、基层财务人员培训等工作。

**政工科：**牵头负责推进基层医疗卫生机构空编补齐、健全完善公开招聘办法、推行基层医疗卫生人才“县管镇用”和“镇管村用”机制、学费代偿等人才政策；按照“两个允许”要求，牵头负责落实基层医疗卫生机构绩效工资政策，增强基层岗位吸引力，为开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务提供有力的人才支撑；负责指导基层医疗卫生机构规范开展健康教育服务项目，并督促任务落实；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、人员培训等工作。

**宣教科：**负责开展全区基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务宣传工作。

**医政医管科：**负责残疾人康复管理等项目的业务培训、技术指导、考核评价、质量控制等工作；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、人员培训等工作。

**中医药科：**负责指导基层医疗卫生机构规范开展中医药健康管理服务项目，并督促任务落实；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、人员培训等工作。

**政策法规与综合监督科：**负责指导基层医疗卫生机构规范开展卫生监督协管服务项目，并督促任务落实；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、人

员培训等工作。

**疾病预防控制科：**负责指导基层医疗卫生机构规范开展传染病报告和处理、预防接种、慢性病（高血压、糖尿病）患者健康管理、严重精神障碍患者管理、艾滋病和结核病患者健康管理等服务项目，并督促各项任务落实；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、人员培训等工作。

**妇幼健康科：**负责指导基层医疗卫生机构规范开展孕产妇健康管理、0-6岁儿童健康管理服务项目，并督促各项任务落实；协助开展基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务区级督导考核、绩效评价、人员培训等工作。

**爱国卫生科：**牵头负责我区基层医疗卫生机构信息化建设以及基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务信息系统与关联信息系统的资源整合、互联互通等工作。

（四）专业公共卫生机构职责。专业公共卫生机构是实施基本公共卫生服务项目的技术支撑机构，根据各自职责和业务范围承担相关项目的业务培训、技术指导、绩效考核、数据分析、效果评价等工作，定期或不定期地深入基层医疗卫生机构进行日常督导和综合考核评价，并向区卫生健康局上报考核结果。

**1.区疾病预防控制中心：**承担制定基本公共卫生服务项目相关技术指导规范，指导全区规范开展项目，并督促任务落实。牵头组织与基本公共卫生服务项目实施相关的各专业公共卫生机构，开展基本公共卫生服务项目区级监测评价、调研督导、技术指导、

人员培训和数据分析等工作，参与区级绩效评价等工作。负责预防接种、艾滋病健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和處理项目，负责健康素养促进行动项目，协助开展与疾控业务相关的健康教育、慢性病患者健康管理的业务培训、技术指导、考核评估，收集全区项目进展信息，开展质量控制。负责卫生监督协管服务项目的业务培训、技术指导、报表汇总、考核评价；收集全区项目进展信息，开展质量控制。

**2.威海市结核病防治所:**负责对结核病患者健康管理服务项目的业务培训、技术指导、考核评价，收集相关项目进展信息，开展质量控制。

**3.区妇幼保健计划生育服务中心:**负责孕产妇健康管理、0-6岁儿童健康管理及育龄妇女健康指导等项目的业务培训、技术指导、考核评价；收集相关项目进展信息，开展质量控制。

**4.精神卫生机构:**环翠区无精神卫生机构，依托威海市精神卫生中心对严重精神障碍患者项目进行业务培训、技术指导、项目监测及日常督导工作，及时将情况稳定、出院后居家的严重精神障碍患者信息推送给基层医疗卫生机构开展健康管理工作。

**(五)医共体牵头医院职责。**医共体牵头医院做为三高中心，根据职责承担相关项目的标准制定、业务培训、协同诊疗、技术指导、质量控制等工作，定期或不定期地深入基层医疗卫生机构进行日常指导和综合考核评价，并向区卫生健康局上报考核结果。

**(六)基层医疗卫生机构职责。**各基层医疗卫生机构是承担辖区基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作的实施主

体，应按照《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》和省、市、区关于家庭医生签约服务工作要求，将任务明确到具体岗位，责任到人，免费为全区居民提供 12 大类基本公共卫生服务。同时承担对社区卫生服务站、村卫生室的业务培训、技术指导及督导考核。各村卫生室和社区卫生服务站也是落实基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务的重要组成部分，要合理承担基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作任务；接受各级相关业务指导和督导考核，确保项目顺利推进。

## 九、工作要求

（一）加强组织管理。各医疗卫生机构的主要负责人要切实提高对其重要性的认识，同时要将基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作任务进行具体分解，加强对社区卫生服务站、村卫生室的监督管理职责，进一步提高服务能力和水平，确保基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作顺利实施。

（二）规范资金使用，落实乡村两级分工。将基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作内容进行具体分解和成本测算，科学合理分配乡村两级基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务工作任务，将适宜村卫生室开展的基本公共卫生服务项目下沉到村卫生室，使其承担 40% 左右的任务。落实乡村医生基本公共卫生服务补助资金，可采取“先预拨、后结算”的方式，镇卫生院在收到基本公共卫生服务补助资金一个月内，按照村卫生室承担任务的 70% 的比例预拨相应的资金，根据任务完成情况，按月或按季度绩效评价后拨付相应余下资金，家庭医生签约服务补助资

金根据绩效考核方案及时核拨，严禁克扣、挪用。

（三）加强业务培训，提升服务能力。结合省、市有关文件要求，依托高血压、糖尿病在线学习平台等，组织开展好从事基本公共卫生和家庭医生签约服务工作人员在线经常性培训，并组织开展系统性专业技术培训，强化区级专业公共卫生机构和医共体牵头医院对基层医疗卫生机构的业务指导。强化镇卫生院（社区卫生服务中心）对村卫生室（社区卫生服务站）的培训与指导，扎实开展业务测试，确保业务知识掌握到位，并落实到实际应用中。

（四）优化绩效评价办法。调整优化绩效评价指标和方式方法，进一步完善绩效评价体系，采用常规绩效评价和日常绩效评价相结合的方式，把奖惩金额进一步量化，发挥好绩效考核评价指挥棒作用，以奖促优、以惩为戒，进一步提升全区基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务质量。

（五）强化督导检查。区疾病预防控制中心、妇幼保健计划生育服务中心、结核病防治所等专业公共卫生服务机构和区医共体牵头医院，要认真履行业务指导、技术培训职责，定期开展业务指导和督查，各专业公共卫生机构对辖区基本公共卫生服务工作每季度督导一次，督导指导结果作为绩效评价重要指标之一。

（六）注重宣传教育，提高项目知晓率和满意度。要利用各种媒体平台和形式，宣传基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务内容和进展成效，提高居民知晓率和满意度。要加强与镇街政府、社区、村（居）委员会等基层管理组织和辖区各单位的协调

与沟通，争取广泛支出，引导群众自觉自愿接受基本公共卫生和家庭医生签约服务。各基层医疗卫生机构要在辖区显著位置以适当形式公示基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务政策、服务对象、服务内容和方式等，接受居民和媒体监督。

- 附件：1.环翠区基本公共卫生服务项目责任分工  
2.环翠区 2024 年基本公共卫生服务项目任务指标

## 附件 1

# 环翠区基本公共卫生服务项目责任分工

序号	项目内容	责任单位	责任科室
一	项目组织管理	区卫生健康局	基层卫生与药政科
二	项目资金管理	区卫生健康局	财务审计科
三	项目执行部分		
1	建立居民健康档案	区卫生健康局	基层卫生与药政科
2	健康教育	区卫生健康局 区疾病预防控制中心	政工科 健康教育科
3	预防接种	区疾病预防控制中心	免疫规划科
4	儿童健康管理	区卫生健康局 区妇幼保健计划生育服务中心	妇幼健康科 妇幼保健科
5	孕产妇健康管理	区卫生健康局 区妇幼保健计划生育服务中心	妇幼健康科 妇幼保健科
6	老年人健康管理	区卫生健康局	基层卫生与药政科
7	高血压患者健康管理	区卫生健康局 区疾病预防控制中心	疾病预防控制科 慢病科
	糖尿病患者健康管理		
8	严重精神障碍患者健康管理	区卫生健康局	疾病预防控制科
9	结核病患者健康管理	威海市结核病防治所	信息科
10	中医药健康管理	区卫生健康局	中医药科
11	传染病和突发公共卫生事件报告和处置	区疾病预防控制中心	传染病防治科 公共卫生监测科
12	卫生监督协管	区卫生健康局 区疾病预防控制中心	政策法规与综合监督科 法制稽查科、医疗与传染病卫生监督科、公共卫生监督科、学校与生活饮用水监督科

## 附件 2

## 环翠区 2024 年基本公共卫生服务项目任务指标

单位名称	辖区 服务人口数	电子健康档案 建档率 (90%)	居民规范化 电子健康档 案覆盖率 (64%)	健康档案 动态使用率 (60%)	65 岁以上 老年人	老年人 城乡社区 规范健康 管理服务 率 (64%)	老年人中医 药 健康管理率 (74%)	高血压患者 应管人数 (任务目标 数)	高血压患者 基层规范 管理服务率 (64%)	糖尿病患者 应管人数 (任务目标 数)	糖尿病患者 基层规范 管理服务率 (64%)
鲸园社区卫生服务中心	56000	50400	35840	30240	10396	6654	7694	4966	3178	1977	1265
环翠楼社区卫生服务中心	37500	33750	24000	20250	6812	4360	5041	3286	2103	1308	837
竹岛社区卫生服务中心	63500	57150	40640	34290	8199	5248	6068	5546	3549	2208	1413
嵩山社区卫生服务中心	35500	31950	22720	19170	3615	2314	2676	3140	2010	1250	800
孙家疃社区卫生服务中心	28000	25200	17920	15120	4502	2882	3332	2483	1589	988	633
张村镇卫生院	100000	90000	64000	54000	8329	5331	6163	8810	5638	3508	2245
羊亭中心卫生院	30800	27720	19712	16632	6335	4055	4688	2668	1708	1062	680
温泉镇卫生院	61000	54900	39040	32940	6919	4429	5120	5327	3409	2120	1357
桥头镇卫生院	21500	19350	13760	11610	7096	4542	5251	1931	1236	769	492
蓝卡	44800	40320	25805	24192	5466	3499	4045	4043	2588	1610	1030
合计	478600	430740	303437	258444	67669	43314	50078	42200	27008	16800	10752

单位名称	孕产妇活产数 (2023年 报)	孕产妇系 统管理率 (90%)	产后访视 率(90%)	新生儿活 产数 (2023年 报)	新生儿访视 率 (90%)	0-6岁儿童 数(2023年 报)	7岁以下儿 童 健康管理率 (90%)	0-6岁儿童 眼保健和视力 检查 覆盖率(90%)	0-36月儿 童数 (2023年 报)	3岁以下儿童 系统管理率 (80%)	儿童中医药 健康管理率 (84%)
鲸园社区卫生服务中心	178	161	161	187	169	2132	1919	1919	632	506	531
环翠楼社区卫生服 务中心	111	100	100	111	100	1414	1273	1273	407	326	342
竹岛社区卫生服 务中心	321	289	289	344	310	3417	3075	3075	1208	966	1015
嵩山社区卫生服 务中心	367	330	330	376	338	2887	2598	2598	1485	1188	1248
孙家疃社区卫生 服务中 心	144	130	130	152	137	1681	1513	1513	525	420	441
张村镇卫生院	559	503	503	596	536	7096	6387	6387	1473	1178	1237
羊亭中心卫生院	107	96	96	118	106	1331	1198	1198	490	392	412
温泉镇卫生院	452	407	407	468	421	4241	3817	3817	1420	1136	1193
桥头镇卫生院	29	26	26	29	26	450	405	405	97	78	81
蓝卡	297	267	267	301	271	2439	2195	2195	1135	908	953
合计	2565	2309	2309	2682	2414	27088	24380	24380	8872	7098	7453

