

韶关市浈江区卫生健康局

韶关市浈江区财政局

文件

韶浈卫〔2024〕4号

关于印发浈江区 2024 年国家基本公共卫生服务项目工作方案的通知

各镇人民政府，街道办事处，区属各医疗机构：

为贯彻落实国家基本公共卫生服务项目目标任务，提升全区健康服务水平，根据《广东省卫生健康委 省财政厅 省中医药局 省疾病预防控制中心 广东省 2024 年国家基本公共卫生服务项目实施方案》（粤卫基层函〔2024〕10 号）和《关于做好全市 2024 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》要求，结合我区实际制定了工作方案，请各单位一并抓好贯彻落实。

浈江区卫生健康局联系人：赵婧，联系电话：8953014。

浈江区财政局联系人：郑志鹏，联系电话：8899707。

韶关市浈江区卫生健康局



韶关市浈江区财政局

2024 年 11 月 18 日



浚江区 2024 年国家基本公共卫生服务项目工作方案

为深入贯彻落实以基层为重点的新时代党的卫生与健康工作方针，加快推进基层卫生健康高质量发展，持续提升基本公共卫生服务均等化水平，不断增加人民群众获得感，根据《广东省 2024 年国家基本公共卫生服务项目实施方案》和《关于做好全市 2024 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》要求，结合我区实际制定工作方案如下：

一、年度目标

按照 2024 年度国家、省、市对地方转移支付基本公共卫生服务补助资金的整体绩效目标和区域绩效目标要求，结合我区实际，确定了浚江区 2024 年基本公共卫生服务项目绩效目标表（详见附件）。各项目承接单位要将绩效目标逐级进行分解，使相关人员做到清项目、知底数、明要求，同时加强把控好数据和质量关，确保各项目保质保量地完成。

二、服务对象

辖区内常住居民（指居住半年以上的户籍及非户籍居民），以 0-6 岁儿童、孕产妇、老年人、高血压和 2 型糖尿病等慢性病患者，严重精神障碍患者和肺结核患者等人群为重点，包含在我区居住的港澳台居民居住证持有人。

三、主要任务

（一）提升居民电子健康档案质量和利用效率

1. 开展数据治理。根据《广东省卫生健康委办公室关于印发已故居民电子健康档案大数据核查清理方案》（粤卫办基层函〔2024〕15号）要求，在今年完成已故居民电子健康档案的核查和终止工作。各医疗机构贯彻落实《广东省卫生健康委关于印发居民健康档案管理规范的通知》（粤卫规〔2024〕2号），加强档案质量控制，各医疗机构要力争2024年11月31日前利用大数据完成健康档案与辖区全员人口数据、新冠疫苗接种数据、辖区居民医保、死亡人口数据进行大比对工作。

2. 稳步推进共享应用。贯彻落实《国家居民电子健康档案首页基本内容（试行）》（国卫办基层发〔2024〕15号）要求，各医疗机构开展档案查重清理，避免重复建档，推进电子健康档案有效、真实向居民个人开放，使健康档案能务实应用。加快推进基本医疗与基本公共卫生系统融合和信息共享建设，推进居民电子健康档案信息面向居民个人开放，开放的内容包括个人基本信息、健康体检信息、慢病随访信息、临床诊疗信息、妇幼访视信息等，并向居民介绍和传授如何查阅自己或家人电子健康档案，加大居民电子健康档案向居民个人开放力度，提高居民查阅的知晓率及利用率。

（二）推进慢性病医防融合服务

1. 推进全周期管理。根据韶关市城市医联体资源统筹优势，

建立高血压、2 型糖尿病等慢病患者全周期管理机制，力争全区高血压、2 型糖尿病年末规范管理率达 64% 以上目标要求。各医疗机构要与医联体牵头单位（医联帮扶单位）共同打造基层慢病一体化门诊，开展融合型家庭医生团队建设，为慢病患者就近提供预约、诊疗、筛查、建档、随访、健康教育等服务，建立“上下联动、双向转诊、分级管理”的慢性病管理机制，为符合条件的签约慢性病患者提供长期处方服务。

2. 开展慢阻肺管理。今年国家将慢性阻塞性肺疾病患者健康服务纳入基本公共卫生服务项目，各医疗机构要依据国家《慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）》要求，在高血压、糖尿病两种慢性病患者健康服务基础上，加强呼吸道疾病防治，组织开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务。

3. 提升服务质量。各医疗机构要积极组织相关工作人员开展《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》《国家基层糖尿病防治管理指南》培训，鼓励对同时患有高血压、2 型糖尿病等慢性疾病的人群开展多病共管，加强基层医务人员慢性病患者营养和运动等非药物干预指导能力，推进高血压、高血糖、高血脂“三高”共管，提高健康管理服务协同和质量。

4. 加强用药保障。各医疗机构要加强对临床医生业务培训，结合寮湔帮扶等帮扶共建计划，以及《韶关市 2024 年度基层卫

生骨干进修轮训项目工作方案》积极选派优秀医生到上级医院进行轮训培养，提高医生对高血压、糖尿病门诊用药规范诊疗能力以及对慢病营养和运动等非药物干预指导能力，规范及优化药品采购、配备、作用管理机制，使两病患者获得更为便利的门慢(特)服务，让两病管理更为实效与规范。

(三) 统筹做好老年人健康管理

1. 强化体检前中后服务。各镇(办)、村(居)要及时更新掌握辖区 65 岁及以上老年人底数，并反馈信息情况给予所辖医疗机构开展老年人健康管理，争取在今年完成 65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务达 64% 以上。各医疗机构要加强老年人体检工作质量控制，做好老年人健康体检报告分析，及时向老年人及其家属反馈，解读体检结果，加强有针对性的健康指导，实施多病共管，落实进一步诊断、治疗、转诊等服务。对于辖区未利用基本公卫服务开展健康体检的老年人，要主动了解老年人健康状况和体检结果，做好相应健康管理服务，根据健康需求做好转诊转介。可结合家庭医生签约服务，丰富体检内容。

2. 有机整合服务内容。按照 2024 年省政府民生实事的部署，各医疗机构要以家庭医生签约服务推进城乡社区老年人健康管理。结合体检工作，继续做好老年人中医体质辨识、中医药保健指导、高血压和 2 型糖尿病健康管理，做好老年人生活自理能力评估，为有需要的老年人提供医养结合服务，依申请为失能老人

提供健康评估和健康服务，推进开展老年人认知功能初筛服务，在工作中发现认知异常老年人及时指导到上级医院复查。

3. 开展老年人健康管理效果评估。加强老年人健康体检数据的有效利用，及时掌握老年人健康水平及影响因素变化，加强老年人生活方式的指导，开展老年人健康管理的效果评估。

（四）全面加强儿童健康管理

1. 做实儿童基本公卫服务。各医疗机构要配备必要的设备和人员，及时掌握辖区适龄儿童数量，争取在年末达到省、市下达的管理任务要求。按照服务规范的要求，对 0—6 岁儿童开展健康管理和预防接种，对 0—36 个月儿童开展中医药健康指导。

2. 提升健康指导和干预能力。各医疗机构负责儿保的医生要加强对《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》规范学习，按要求规范 0—6 岁儿童健康管理服务，规范开展新生儿访视、儿童健康检查服务、喂养与营养指导，营养性疾病筛查、近视防控、眼保健、口腔保健、3 岁以下婴幼儿健康养育照护、儿童生长发育和心理行为发育评估。

（五）规范孕产妇健康管理。各医疗机构要为辖区孕产妇在孕 13 周前建立《母子健康手册》，提供免费艾滋病、梅毒、乙肝和妊娠风险筛查，告知筛查阳性孕妇在 2 周内至二级以上助产机构进行妊娠风险评估分级，并在 2 周内随访转诊结果；分别在孕中期、孕晚期对孕产妇进行各 2 次的随访，具备助产技术服

务资质的医疗卫生机构需提供产前检查服务，所有的基层医疗服务机构需在产妇出院 7 天内到产妇家中进行产后访视，并为正常产妇做产后 42 天健康检查，指导异常产妇到原分娩机构进行产后 42 天健康检查。争取完成年末目标任务达 90% 以上的要求。

（六）加强严重精神障碍患者管理。各医疗机构按照“应管尽管”原则，对居家治疗的严重精神障碍患者登记在册并纳入分类管理，各辖区社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率达 80% 以上的要求。各单位要根据患者病情评估结果、随访分类，按照规范要求的频次，间隔开展随访工作。相关的信息及时录入基卫系统和广东省精神卫生信息平台。加强与各镇（办）、居（村）委会联系，建立信息共享机制，协同随访患者，共同开展精神障碍患者日常筛查和登记。

（七）做好结核病患者健康管理工作。各医疗机构要在日常广泛开展结核病防治知识宣传教育工作。在体检与 2 型糖尿病患者体检过程中注意做好肺结核可疑症状者和疑似肺结核排查工作，定期推介转诊肺结核可疑症状者和疑似肺结核患者到粤北二院进行排查，并做好资料收集。对治疗管理的肺结核患者开展定期随访评估、落实规范督导服药管理和督促患者按时复查等随访服务管理，结核病患者健康管理率要达 90% 以上。

（八）做好传染病和突发公共卫生事件报告和处理工作。各医疗机构要按照规范要求，落实疾病预防控制监督员制度，加强

传染病疫情和突发公共卫生事件的报告和处理,落实传染病和突发公共卫生事件相关信息报告率达95%以上要求。强化风险排查,做好发现、登记等工作,并按照相关时限及时上报。积极协助有关部门做好病人医疗救治、流行病学调查、疫点疫区处理、应急接种和预防性服药等工作。

(九)完善卫生监督协管服务。做好辖区卫生计生监督协管工作,发挥指导、培训和参与考核。医疗机构定期或不定期组织开展巡查,信息收集和报告等卫生计生监督协管服务,按省、市要求完成卫生监督协管各专业每年巡查(访)2次完成率达90%以上要求。

(十)持续强化基本公共卫生服务宣传教育。要以助推落实“百千万工程”为契机,结合体重管理年,借助新媒体平台,创造性开展宣教工作。重点宣教合理膳食、均衡营养、适量运动等内容,特别是对重点人群,包括0-6岁儿童家庭、孕产妇、65岁及以上老年人以及慢性病患者,推广健康饮食理念,通过发放健康饮食指南等方式,加强个性化咨询、指导和干预服务。同时,各村(居)要充分发挥公共卫生委员会作用,推进“网格化”服务“多格合一”,协同做好对基本公共卫生重点服务人群的组织、动员、健康宣教等服务。

(十一)统筹做好其他基本公共卫生服务。按原途径落实地方病防治、职业病防治、人禽流感 and SARS 防控、鼠疫防治、国

家卫生应急队伍运维保障、农村妇女“两癌”检查、基本避孕服务、增补叶酸预防神经管缺陷、国家免费孕前优生健康检查、地中海贫血防控、食品安全标准跟踪评价、健康素养促进、老年健康与医养结合服务、卫生健康项目监督、优化生育政策服务等15项服务内容。

（十二）充分利用家庭医生签约服务。各医疗机构要积极落实家庭医生签约服务“六个拓展”服务要求，提高服务质量，满足居民多样化的健康需求。落实家医签约政策，保障家庭医生签约居民优先预约挂号，畅通基层医疗卫生机构签订家庭医生签约服务居民转诊绿色通道，加大对该项优惠政策的宣传力度。结合本单位服务能力、老年人健康需求等实际，丰富和完善家庭医生签约服务包，优化服务流程，提供一站式服务，将传染病防治纳入签约范围，提高服务对象的获得感。完成好省民生实事中涉及老年人健康管理、家庭医生签约服务等工作任务。

四、组织实施

（一）组织管理

各医疗机构要根据在东莞学习的经验做法，积极在单位进行推广东莞基本公共卫生服务及家庭医生服务模式。积极与市帮扶医疗机构对接，向帮扶单位多学习，特别要学习提高解决本单位短板弱项项目能力，提升项目管理的质量。落实半年报，年报数据由分管领导审核签报制度。组织专家专项落实每年至少1次的

培训，加强项目质量控制，定期对项目进展监测报告，确保任务如期完成。

（二）资金管理

2024 年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为 94 元。区属医疗机构要根据《韶关市财政局 韶关市卫生健康局关于印发韶关市基本公共卫生服务补助资金管理实施细则》（韶财社〔2024〕143 号）文件要求，进一步规范资金管理，提高使用效益。按照村卫生站村医服务内容、服务人口数，结合任务完成情况，根据绩效评价后的服务数量和质量，按月或季度及时拨付相应经费。医疗机构要完善内部奖励性绩效工资分配机制，体现多劳多得、优绩优酬。鼓励临床医务人员参与基本公共卫生服务。

（三）绩效管理

为进一步发挥绩效评价的导向作用，强化日常监控和年终评价相结合，根据省、市绩效评价要求制定 2024 年浈江区基本公共卫生服务项目绩效评价体系，各医疗机构根据绩效评价体系对标逐一完成项目任务落实。根据绩效评价体系对各项目完成情况进行线上、线下随机抽查、重点核查，同时开展居民满意度情况调查。每年进行一次全面绩效评价，评价结果将运用于各考核单位的绩效分配安排。各医疗机构应结合项目实际，完善内部奖励性绩效工作分配机制，体现多劳多得、优绩优酬。对于在省、市、区绩效评价发现的问题，要认真梳理分析整改，填平补齐短

板弱项。

附件：涪江区 2024 年基本公共卫生服务项目绩效目标表