

方山县卫生健康局文件

方卫字[2024]114号

关于印发方山县国家基本公共卫生服务项目 实施细则(试行)的通知

各医疗卫生单位、专业机构:

根据《方山县2024年国家基本公共卫生服务项目考核方案》(方卫字〔2024〕113号)文件精神,制定《方山县2024年国家基本公共卫生服务项目实施细则(试行)》现印发给你们,请认真组织学习,贯彻执行。

方山县卫生健康局

2024年8月19日



方山县国家基本公共卫生服务项目 实施细则（试行）

为认真贯彻落实国家基本公共卫生服务规范(第三版)要求,推动我县基本公共卫生服务项目有效实施,确保年度目标任务保质保量完成,提高居民对基本公共卫生服务的满意度和获得感,根据《财政部 国家卫生健康委 国家医保局 国家中医药局 国家疾控局关于修订基本公共卫生服务等5项补助资金管理办的通知》(财社〔2022〕31号)、《山西省财政厅 山西省卫生健康委员会 山西省医疗保障局关于印发基本公共卫生服务等5项补助资金管理办的通知》(晋财社〔2022〕234号)和《吕梁市卫生健康委员会 吕梁市财政局关于做好2023年基本公共卫生服务工作的通知》(吕卫发〔2023〕46号)和《方山县国家基本公共卫生服务项目考核方案》(方卫字〔2024〕 号)文件精神,制定本实施细则。

一、指导原则

国家基本公共卫生服务项目应坚持“政府主导、部门配合、整体推进”的原则,坚持城乡一体化的原则,坚持政府购买服务的原则,坚持考核与激励相结合的原则,坚持公开透明的原则,坚持分级负责的原则。各单位要高度重视,加强管理,建立健全各项规章制度,确保责任落实。

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、家庭医生签约服务等共14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；加强儿童肥胖筛查和健康指导，积极开展儿童肥胖防控。

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，不能层层加码，杜绝弄虚作假，根据实际情况合理确定县、乡、村三级任务分工，把各项任务抓实抓好。

对新划入基本公共卫生服务的内容，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（七不变）。

（二）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；建立健全专业公共卫生服务网络，加强各专业公共卫生机构对乡、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。

（三）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，通过智能客户端、APP、网站等形式，在保障个人信息安全的情况下，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。

（四）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，按照省《关于推进全科（责任）医生签约服务的实施意见》要求，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，建立相对稳定的契约服务关系，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。

（五）规范服务管理。按照“倾斜基层、优化结构、突出重点、提高质量”的要求，推广应用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，提高居民知晓率和满意度。

三、工作内容

国家基本公共卫生服务项目在县卫生健康局的监管下，由各项目实施单位具体实施，村卫生室接受乡镇卫生院（分院）的业务管理，鼓励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，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。各专业机构要与

基层医疗卫生机构建立良好的协作机制，加大对基层医疗卫生机构业务培训、日常督导等。

（一）居民健康档案管理服务项目。以乡镇卫生院（分院）为单位，居民健康档案规范化电子建档率达到 62%以上。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，填写相应记录。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。要将医疗检查单据单独粘贴空白纸上，随同其他医疗卫生服务过程中填写的相关记录表单装入居民健康档案袋统一存放。在患者就诊、复诊时由接诊医生调取健康档案，根据就诊、复诊情况及时更新、补充档案和相应内容；对需要转诊会诊的服务对象，由接诊医生填写转诊、会诊记录。一般人群健康档案使用率要达到 65%以上，同时要以纸质健康档案为基础，通过电子健康档案信息系统建立居民电子健康档案，纸质档案与电子档案数据更新一致率和及时率均达到 100%。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，记录内容应齐全完整、真实准确、书写规范，基础内容无缺失，不得空项、漏项。医疗检查填写数据必须从化验单中摘抄到体检表中；居民拒绝开展的项目要注明原因，由本人或家属签字确认。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) 健康教育服务项目。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、每年印制12种以上健康教育折页、健康教育处方和健康手册,放置在候诊区、诊室、咨询台等处,及时更新补充,保障使用;乡镇卫生院(分院)每年购置6种以上健康教育音像资料,正常就诊时间内在门诊候诊区、观察室、健教室或宣传活动现场等场所播放。

2. 设置健康教育宣传栏。乡镇卫生院(分院)宣传栏不少于2个,村卫生室不少于1个,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。村卫生室每2个月至少更换1次宣传栏内容。乡镇卫生院每月至少更换1次宣传栏内容。

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,人数不少于30人。村卫生室每两个月至少举办1次健康知识讲座。

人数不少于 15 人。

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。

（三）预防接种服务项目。以乡镇为单位，适龄儿童国家免疫规划疫苗常规接种率保持在 90%以上，其中含麻疹成分疫苗接种率保持在 95%以上。采取预约、通知单、电话、微信、手机短信、网络、广播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，为适龄辖区内儿童建立预防接种证和接种卡，及时将接种信息录入省预防接种信息管理系统，每季度对 0-6 岁儿童接种信息进行一次收集整理，年内完善 0-6 岁儿童接种信息，并根据国家免疫规划疫苗免疫程序进行常规接种和负责预防接种异常反应处理。接种工作人员在接种操作前在落实“三查七对”的基础上，增加“一验证”环节，在接种前接种者或监护人验证接种的疫苗种类和有效期，确保接种无误；告知受种者或者其监护人所接种疫苗的品种、作用、禁忌、不良反应以及注意事项，采用书面形式；记录告知和询问的情况后严格按照《预防接种工作规范》规定的接种月（年）龄、接种部位、接种途径、安全注射等要求予以接种；接种后告知儿童监护人受种者在接种后应在留观室观察 30 分钟，及时在预防接种证、卡（簿）上记录，与儿童监护人预约下次接种疫苗的种类、时间和地点，将接种信息录入计算机并进行网络报告。对预防接种信息管理系统的资料要进行备份，并按有关要求及年限保管接种卡和电子信息资料。

（四）0-6岁儿童健康管理服务项目。以乡（镇）为单位，7岁以下儿童健康管理率保持在85%以上。新生儿出院后1周内妇幼员及时向助产机构索取、掌握新生儿出生信息，到新生儿家中进行新生儿访视和产后访视，为新生儿进行体格检查，了解出生、预防接种情况，督促完成新生儿苯丙酮尿症、先天性甲状腺功能减低症筛查和听力筛查，建立《0-6岁儿童保健手册》；在满月、3、6、8、12、18、24、30、36月龄分别进行1次随访，共9次。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，建立和完善健康档案。规范开展0—6岁儿童眼保健和视力检查和培训的有关工作；0-6岁儿童眼保健操和视力检查覆盖率达到90%以上。加强儿童肥胖筛查和健康指导，积极开展儿童肥胖防控。0-36月中医药健康管理服务目标人群覆盖率达到77%以上。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。

（五）孕产妇健康管理服务项目。以乡（镇）为单位，孕妇在居住地乡镇卫生院(分院)或县妇幼计生保健服务中心建立《母子健康手册》，并进行第一次产前检查，建册率达70%以上，孕产妇系统健康管理率达到90%以上。询问既往史、家族史、个人史等，观察体态、精神等，并进行一般体检、妇科检查和血常规、

尿常规、血型、肝功能、肾功能、乙型肝炎检查，有条件的建议进行血糖、阴道分泌物、梅毒血清学试验、HIV 抗体检测等实验室检查，根据检查结果填写第 1 次产前随访记录；对具有妊娠危险因素和可能有妊娠禁忌症或严重并发症的孕妇，及时转诊到上级医疗卫生机构，并在 2 周内随访转诊结果。在孕 16-20 周、21-24 周、28-36 周、37-40 周分别进行 1 次产前随访服务，督促其到有助产技术服务资质的医疗机构进行产前检查，并由接诊大夫填写相关结果至《母子保健手册》，并及时反馈至各乡镇卫生院（分院）；对随访中发现的高危孕妇应根据就诊医疗卫生机构的建议督促其酌情增加随访次数；随访中若发现有意外情况，建议其及时转诊。在产妇出院后 1 周内到产妇家中进行产后访视，访视率达 85% 以上，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项目。以乡（镇）为单位，辖区内 65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理率保持在 62% 以上。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)、心电图检测和腹部黑白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。中医药健康管理服务目标人群覆盖率达到70%以上。每年为65岁以上老年人提供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。

(七) 高血压患者健康管理服务项目。以乡(镇)为单位,高血压患者管理人数达到任务数,规范管理率达到62%以上。每年为辖区内35岁及以上常住居民实行门诊首诊测血压,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;如有必要,建议转诊到上级医院确诊,2周内随访转诊结果。对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理,每年要提供至少4次面对面的随访(血压不稳定的患者增加随访次数);1次较全面健康体检。建议高危人群每半年至少测量1次血压,并接受医务人员的生活方式指导。对血压控制满意(收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 且舒张压 $< 90\text{mmHg}$)、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者,预约进行下一次随访时间;对第一次出现血压控制不满意,即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,或出现药物不良反应的患者,结合其服药依从性,必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物,2周内随访;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。测量血压并评估是否存在危急情况,如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和

(或)舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$, 意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一, 或存在不能处理的其他疾病时, 须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者, 乡镇卫生院(分院)、村卫生室应在 2 周内主动随访转诊情况。若不需要紧急转诊, 询问上次随访到此次随访期间的症状, 测量体重, 计算体质指数。询问患者疾病情况和生活方式, 包括心脑血管疾病, 吸烟, 糖尿病, 饮酒, 运动, 主食摄入情况等, 了解患者服药情况。

(八) 2 型糖尿病患者健康管理服务项目。以乡(镇)为单位, 糖尿病患者管理人数达到任务数, 规范管理率达到 62% 以上。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; 对纳入管理的 2 型糖尿病患者每年至少进行 4 次面对面随访和 1 次较全面健康体检, 建立和完善健康档案。对血糖控制满意(空腹血糖值 $< 7.0\text{mmol/L}$), 无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者, 预约进行下一次随访; 对第一次出现空腹血糖控制不满意(空腹血糖值 $\geq 7.0\text{mmol/L}$)或药物不良反应的患者, 结合其服药依从情况进行指导, 必要时增加现有药物剂量、更换或增加不同类的降糖药物, 2 周时随访; 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。对测量空腹血糖和血压评估出现血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ 或血糖 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ 、收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$; 有意识或行为改变、呼

气有烂苹果样丙酮味、心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红；持续性心动过速（心率超过100次/分钟）；体温超过39摄氏度或有其他的突发异常情况，如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常等危急情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者在2周内主动随访转诊情况。若不需要紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。测量体重，计算体质指数，检查足背动脉搏动，询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病，吸烟，糖尿病，饮酒，运动，主食摄入情况等，了解患者服药情况。

（九）严重精神障碍患者管理服务项目。以乡（镇）为单位，对辖区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。严重精神障碍患者管理率达到80%以上；严重精神障碍患者规范管理率达到75%以上；在管严重精神障碍患者治疗率达到60%以上；在管严重精神障碍患者及家属接受健康教育率达80%以上。对发现的疑似严重精神障碍患者进行登记，为患者进行一次全面评估，建立一般居民健康档案，并转诊到有资质的医疗机构确诊，对确诊后的患者在签署知情同意后纳入严重精神障碍患者管理，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《国家严重精神障碍信息管理系统》；报告率达到4.0%，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（对基本稳定和不稳定的严重精神障碍患者增加随访次数、危险性为3-5级或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病，

对症处理后立即转诊到上级医院)，建立和完善健康档案。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。

(十) 肺结核患者健康管理服务项目。以乡（镇）为单位，报告发现的肺结核患者（包括耐多药患者）管理率达到90%以上。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，规范服药率达90%以上。

(十一) 传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务项目。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，再按要求填写《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，同时向辖区县级疾病预防控制中心报送《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、不明原因疾病聚焦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，报告及时率达100%。

（十二）卫生计生监督协管服务项目。以乡（镇）为单位，基层医疗卫生机构开展卫生计生监督协管各专业年巡查（访2次完成率达到90%以上。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；学校传染病防控巡访，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；协助定期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计生监督执法机构报告；协助卫生计生监督执法机构定期对辖区内计划生育机构计划生育工作进行巡查，发现计划生育相关信息及时报告。

（十三）家庭医生签约服务。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、精神病和肺结核患者，残疾人、孕产妇、0—6岁儿童、计生特殊困难家庭、生活不便、长期卧床者以及其他有签约服务需求的居民。

根据不同人群的需求,结合我县实际,设置基础服务包和个性化服务包。1、基础服务包:由基本公共卫生服务项目和健康管理服务构成,按照国家基本公共卫生服务规范免费为居民提供公共卫生服务、健康教育和咨询服务,提供常见病、多发病的诊治、康复指导、转诊服务等;2、个性化服务包:本着知情、自愿、自费、优惠原则,针对居民个人健康状况和需求,结合我县基层医疗机构服务能力,制定不同类型的个性化延伸服务内容,以电子化签约和纸质签约同步进行。

(十四) 免费提供避孕药具项目。原管理责任主体、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(七不变)。

(十五) 健康素养促进项目。原管理责任主体、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(七不变)。

四、职责划分

(一) 县卫生健康局负责监管项目的实施,开展督导、培训、考核、会同财政部门预算、拨付县级年度配套补助资金;督促各专业机构对各项目执行单位开展督导、培训等,每季度根据上报情况进行通报;

负责项目的组织管理、资金管理、项目效果、绩效评价及居民健康档案(含管理系统的监测)、签约服务的技术指导、督导、培训、检查、专项考核等工作,落实每年不少于2次的技术指导、督导检查 and 专项考核,不定期根据项目进展情况进行通报。

按要求抓好国家基本公共卫生服务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，上报全县基本公共卫生服务项目开展情况及相关信息，并对项目实施效果进行通报；组织全县国家基本公共卫生服务项目不少于 8 课时的培训，至少每半年进行一次项目的总体考核，并将考核结果情况进行通报。

（二）县疾病预防控制中心负责预防接种、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工作及卫生计生监督协管服务的相关工作，落实每季度至少一次的技术指导、督导检查 and 专项考核，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生健康局报告检查情况并提出整改报告。每半年开展 1 次业务培训，原则上全年不少于 8 课时。

（三）县妇计中心负责落实 0-6 岁儿童健康管理、孕产妇健康管理及免费提供避孕药具，落实每季度至少一次的技术指导、督导检查 and 专项考核，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，每季度向县卫生健康局报告检查结果并提出整改建议。每半年开展 1 次业务培训，培训内容必须包括《儿童眼睛及视力保健技术规范》。

（四）县中医医院负责中医药健康服务的技术指导，落实每季度至少一次的技术指导、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，每季度向县卫生健康局报告情况并提出整改建议。每半年开展 1 次业务培训。

(五)方山县卫生健康发展中心负责健康教育和健康素养促进两个项目工作，定期开展城区公园、广场、社区及公交站牌宣传栏的更换，落实每季度至少一次的技术指导、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，每季度向县卫生健康局基层科报告检查情况并提出整改建议。每半年开展 1 次业务培训。

五、资金管理

(一)国家基本公共卫生服务项目补助资金，按照合理规划，科学论证，统一分配，分级管理，讲求绩效、量效挂钩的原则进行分配与管理。

(二)县财政局要按照规定的国家基本公共卫生服务项目和经费标准足额安排补助资金预算，建立健全的公共卫生服务经费保障机制。

(三)补助资金主要用于开展国家基本公共卫生服务项目所需的需方补助、工作经费和能力建设等支出。在核定服务任务和补助标准、绩效评价补助的基础上，基层医疗卫生机构获得的基本公共卫生服务补助资金，可统筹用于经常性支出。补助资金原则上应在次年三月底执行完毕，未支出的补助资金按财政部结转结余资金管理有关规定管理。

(四)补助资金由中央和地方财政共同负担，补助标准为按当年中央确定的财政补助标准，即中央财政 80%、省财政 12%、市财政 3%、县财政 5%给予补助。2024 年财政补助标准为每人每年 94 元（其中含重大公卫 9 元/人），县财政将按每人 4.69 元（其中含重大公卫 0.45 元/人）的标准纳入财政预算，共配套

52.51 万元。

（五）根据预算管理规定，中央、省级和市级补助资金按照“上年预拨、当年结算”的办法下达。县财政局在接到省、中央专项转移支付文件 3 个工作日内告知县卫生健康局，县卫生健康局根据考核结果报送县财政局，县财政局在接到县卫生健康局报送的分配计划后 15 个工作日内下达资金。

（六）项目执行单位的经费补助标准，要根据每项国家基本公共卫生服务项目的服务总量、提供服务的绝对数量、每项基本公共卫生服务项目所需要支付经费和绩效考核结果等进行分配，具体标准参照《方山县 2024 年国家基本公共卫生服务项目资金测算参考表》（见附件）。

（七）根据人口出生率、老年人、严重精神障碍患者所占比例和高血压、糖尿病患病率以及每项服务所需经费等指标，测算每项国家基本公共卫生服务项目在总项目中所占的比例，对全年工作具体实施方案进行调整。

（八）在核定国家基本公共卫生服务项目补助经费时，要根据每个项目所占比重和任务完成情况，量化分项考核后计算补助额度，确保经费分配与工作任务相挂钩，保证基本公共卫生服务均等化任务的落实。

（九）补助资金依法接受财政、审计、监察等部门监督。必要时可以委托专业机构或具有资质的社会中介机构开展补助资金监督检查工作。

六、督导考核

（一）县卫生健康局将国家基本公共卫生服务项目纳入重点

工作年度目标任务。

(二)县卫生健康局对各项目执行单位开展国家基本公共卫生服务项目的绩效评价,将服务数量和服务质量作为考核的重要内容,将考核结果与公共卫生补助经费挂钩。

(三)各专业机构负责对基层医疗卫生机构落实国家基本公共卫生服务项目技术指导、督导检查,县(乡)级每季度至少组织1次。每次督导、培训、考核等都要有相应的工作记录。通过专业机构的技术指导、督导检查,使项目工作达到规范标准并逐年推进。每季度督导结束后向县卫生健康局报送督导报告。

(四)各项目执行单位要充分利用例会时间认真组织负责国家基本公共卫生服务项目的人员和乡村医生对《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》进行培训,开展对每个工作人员量化绩效考核工作。要根据工作任务,进一步明确分工,分解任务,落实到人。考核结果要与机构内部收入分配经费支付相挂钩,推行绩效工资制,发挥考核的引导和激励作用,促进人员工作积极性。

(五)绩效考核的内容主要包括组织管理、资金管理、项目执行、家庭医生签约服务和项目效果。组织管理包括管理机构职能落实,有关制度的完整性和可行性,基层卫生人员相关知识掌握情况,绩效评价结果与经费拨付挂钩情况,开展项目宣传情况,问题整改情况,信息系统建设和使用等;资金管理包括资金预算执行情况、村卫生室补助到位情况和资金使用合规性等;项目执行为《国家基本公共卫生服务项目(第三版)》规范内各类服务的进展情况,按每年下达的指标进行考核,每年可根据项目的进展情况和确定的重点工作进行适当调整;项目效果包括健康档案

应用、重点人群管理效果、国家基本公共卫生服务项目知晓率与满意度。

七、奖励处罚

县卫健局将根据评价结果对乡镇卫生院（分院）分别进行排名，向全县进行通报并在政府网公示。评价结果要与各辖区基本公共卫生服务项目补助资金分配挂钩。

（一）奖励

1、全年考核结果位于全县前列者，在全额拨付基本公共卫生服务专项补助的基础上再予以奖励。第一名奖励 10 万元，第二名奖励 8 万元，第三名奖励 5 万元。

2、分别对有突出表现、有工作亮点、有明显进步的项目执行单位以及单项工作排名靠前的单位进行奖励，每个项目奖励金额 1000 元。

（二）处罚

以下处罚金额均在总补助经费内扣除。

全年考核结果位于倒数第一名的，扣除其当年国家基本公共卫生服务经费的 2%。

2、组织管理：对省、市、县考核中发现的问题未按时整改者扣除最后一次资金的 5% 。

3、所有项目执行有一项未达到管理率、规范管理率，扣除最后一次资金的 2% 。

4、政府部门、县卫生健康局及专业机构组织的会议，未按照通知要求参会者一次扣 1 分，全年累计达 3 次者，扣除日常管理考核的全部分值，并且扣除最后一次资金的 5%。

5、基本公共卫生服务项目报表的及时性和准确性，通报一次扣 0.5 分；发热诊室日报完成情况，通报一次扣 0.1 分；优质服务基层行活动创建情况，通报一次扣 0.1 分。全国健康扶贫动态管理系统日常工作达标情况，通报一次扣 0.3 分；严重精神障碍患者系统管理日常通报情况，通报一次 0.5 分。

八、责任追究

（一）县卫生健康局是国家基本公共卫生服务项目的任务落实者。对省、市级督导、检查、考核中发现的问题要责令各项目执行单位限期整改到位。

（二）如在省、市级年度考核中排名靠后且受罚时，按照情节严重情况进行处罚。

（三）任何单位和个人不得以任何形式挤占、挪用基本公共卫生服务项目资金，不得将项目资金用于项目规定用途之外的工作以及有关规定不得列支的其他费用。对发现违规使用资金的，追究相关领导和责任人员行政责任；构成犯罪的，移送司法机关处理。

九、相关项目要求在中央、省、市未做调整情况下按照此实施细则执行。

