

融安县卫生健康局 融安县财政局 文件

融卫发〔2021〕24号

关于印发融安县基本公共卫生服务项目 实施方案的通知

各有关医疗卫生单位：

为更好推进融安县基本公共卫生服务均等化，提高全县居民健康水平，根据《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）、《国家卫生健康委 财政部 中医药局关于做好2021年基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2021〕23号）、《广西壮族自治区卫生健康委员会 广西壮族自治区财政厅 广西壮族自治区中医药管理局关于印发基本公共卫生服务等5项补助资金管理实施细则的通知》（桂卫财务发〔2020〕9号）、《广西壮族自治区财政厅关于提请下达2021年中央和自治区财政基本公共卫生服务项目补助资金的通知》（桂财社〔2020〕185号）等文件精神，结合融安县实际，制定《融安县基本公共卫生服务项目实施方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2021年8月16日

融安县卫生健康局办公室

2021年8月16日印发

融安县基本公共卫生服务项目实施方案

为贯彻落实《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）、《国家卫生健康委 财政部 中医药局关于做好2021年基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2021〕23号）、《广西壮族自治区卫生健康委员会 广西壮族自治区财政厅 广西壮族自治区中医药管理局关于印发基本公共卫生服务等5项补助资金管理实施细则的通知》（桂卫财务发〔2020〕9号）、《广西壮族自治区财政厅关于提请下达2021年中央和自治区财政基本公共卫生服务项目补助资金的通知》（桂财社〔2020〕185号）等文件精神，进一步做好国家基本公共卫生服务项目工作，结合我县实际，制定本方案。

一、总体目标

按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》）、《国家卫生健康委 财政部 中医药局关于做好2021年基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2021〕23号）要求，通过实施国家基本公共卫生服务项目，完善公共卫生服务管理和保障机制，确保对常住居民重点健康问题实施干预措施，减少主要健康危险因素，有效预防和控制主要传染病和慢性病，不断提高常住居民的健康水平，逐步实现基本公共卫生服务均等化。

二、基本原则

（一）明确职责。基本公共卫生服务坚持政府主导、分级管理原则，乡（镇）卫生院（村卫生室）等基层医疗卫生机构是实施主体，免费为全体居民提供基本公共卫生服务。采取合同等方式明确县卫生健康局与各乡（镇）卫生院在购买基本公共卫生服务方面的权利与义务；明确各乡（镇）卫生院与各村卫生室在购买基本公共卫生服务方面的权利与义务。

（二）注重绩效。实施绩效考评，保证质量；根据考核结果，核拨财政补助资金，注重资金使用效益。

（三）公开透明。公开国家基本公共卫生服务项目范围、内容，做到家喻户晓，接受社会监督。

（四）鼓励竞争。鼓励乡（镇）卫生院竞争提供基本公共卫生服务，从中优先选择服务质量较好、服务能力较强和居民满意度高的乡（镇）卫生院提供基本公共卫生服务。

三、项目实施

（一）项目实施范围：板榄镇、雅瑶乡、大将镇、大坡乡、长安镇、浮石镇、大良镇、潭头乡、东起乡、沙子乡、泗顶镇和桥板乡。

（二）项目实施对象：辖区内全体城乡常住居民（指居住半年以上的户籍及非户籍居民）。

（三）项目实施单位：各乡（镇）卫生院和村卫生室。

四、服务内容与工作任务

按照《规范》和相关文件的要求，按时、按质、按量完成工作任务目标。

（一）组织管理。

各乡（镇）卫生院成立项目管理工作领导小组和绩效考核小组；成立公共卫生服务部，人员配备（公共卫生服务部人员占单位在岗人数比例：中心卫生院 $\geq 25\%$ ，一般卫生院 $\geq 30\%$ ）；制定项目工作实施方案、计划以及绩效考核实施方案或办法，做到任务目标分解明确；项目工作职责、制度和流程规范上墙；定期开展公卫人员及乡村医生培训，每季度一次，每年至少4次，建立责任医师管理团队，将基本公共卫生服务与日常医疗服务结合起来开展；将40%左右的项目工作量交由村卫生室承担，各乡（镇）卫生院应按照相关要求完成对村卫生室的培训、督导和考核，并预拨和核算项目工作补助，按时上报相关资料。

（二）资金管理。

制定资金使用方案和计划，配备财务管理人员，设置明细科目对资金进行专项管理和会计核算，合理合规使用项目资金，按规定发放乡村医生补助。

（三）原基本公共卫生服务

1. 居民健康档案管理服务。

项目实施单位要根据自愿与引导相结合的原则，以儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者等人群为重点，进一步扩大健康档案服务覆盖面，以乡（镇）为单位，居民规范化电子健康档案覆盖率达到国家和自治区要求，稳步提升使用率。为提高项目的管理效率，实现基本医疗和基本公卫数据的互联互通，市卫生健康委于2020年1月1日正式启用“柳州市基本公共卫生服务管理信息系统”（以下简称“系统”），

各基层医疗机构要及时整理完善“系统”内相关档案信息，重点保证各类重点人群档案信息完整性，按规范要求完成体检、随访工作表单的录入工作，为下一步取消纸质档案和实现电子健康档案全面向个人开放夯实工作基础。

2. 健康教育服务。

各项目实施单位要明确辖区内常见病、多发病和季节性高发疾病等主要健康问题，确定健康教育的核心信息和目标人群，结合实际制作健康教育资料和宣传栏。

(1) 制定健康教育年度工作计划、工作方案，成立健康教育领导小组和责任医师健康管理团队等。

(2) 发放健康教育资料。各乡（镇）卫生院全年提供不少于12种内容、形式不少于5种的健康教育资料，并有一定比例的中医药内容，当年新增印刷资料不少于3种，要做好记录，存档。

(3) 播放健康教育音像资料。播放健康教育音像资料不少于6种，每年至少更新2种，并有一定比例的中医药内容，播放时间不少于2500小时。

(4) 设置健康教育宣传栏。各乡（镇）卫生院设置健康教育宣传栏不少于2个，村卫生室宣传栏不少于1个，每个宣传栏的面积不少于2平方米，宣传栏中心位置距地面1.5-1.6米。乡（镇）卫生院宣传栏内容每年更新不少于6次，并有一定比例的中医药内容。

(5) 举办健康教育讲座。各乡（镇）卫生院要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，每个乡（镇）卫生院每月至少举办1次健康知识讲座，村卫生室每

两月至少举办 1 次健康知识讲座（可在乡（镇）卫生院指导下开展）。健康教育讲座总结必须按照 8 要素填写（注明：时间、地点、内容、形式、教育者、受众人数、规模、效果），每次讲座受众人数不少于 20 人，要有一定比例的中医药内容。

（6）开展公众健康咨询活动。各乡（镇）卫生院要利用各种健康主题日或者针对辖区内重点健康问题，开展健康咨询活动并发放宣传资料，每个机构每年至少开展 9 次公众咨询活动。健康咨询活动必须按照 8 要素填写（注明：时间、地点、内容、形式、教育者、受众人数、规模、效果），要有一定的中医药内容。

（7）开展个体化健康教育。各乡（镇）卫生院应结合健康体检、门诊医疗、上门访视等医疗卫生服务，对就诊对象的危险健康问题、健康危险因素进行综合评估，讲解有关疾病知识、健康知识、合理用药知识、自我保健技能等，开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。

3. 预防接种服务。

（1）按要求配备工作人员，落实预防接种工作人员接种工作补助；规范免疫规划门诊，接种门诊规划建设达到上级要求。

（2）及时为辖区内居住满 3 个月的 0~6 岁儿童建立预防接种证和预防接种卡（簿）等儿童预防接种档案，采取预约、通知单、电话、手机短信、网络、广播通知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。

（3）对适龄儿童按照国家免疫规划疫苗免疫程序进行常规接种，根据当地实际情况，合理安排接种门诊开放频率、开放时间和预约服务的时间，为群众提供便利的接种服务。以乡（镇）为

单位，国家免疫规划疫苗单苗接种率达到国家和自治区要求，其中含麻类疫苗第 1、2 剂次接种率达到国家和自治区要求。适龄儿童建卡和建证率达到国家和自治区要求，进一步加强流动儿童的接种工作。

(4) 每季度通过儿童预防接种信息管理系统开展查漏补种工作，并采取相应措施，漏卡儿童补卡率达到国家和自治区要求、漏种儿童补种率达到国家和自治区要求。

(5) 开展秋季学期新生入托入学儿童查验接种证工作。漏卡儿童补卡率达到国家和自治区要求、漏证儿童补证率达到国家和自治区要求，漏种儿童补种率达到国家和自治区要求。

(6) 开展“4.25”、“7.28”及强化免疫活动日等宣传工作。每个乡（镇）卫生院有 5 条以上固定免疫规划宣传标语，所有村卫生室周围有 1 条以上免疫规划固定宣传标语。

(7) 按照《中华人民共和国疫苗管理法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》、《疫苗储存和运输管理规范》、《预防接种工作规范》以及中华人民共和国药品管理法、《药品经营质量管理规范》等精神做好疫苗储存、运输和使用管理，做到日清月结，帐目相符。

(8) 做好免疫规划疫苗接种副反应监测工作。

(9) 各种免疫规划工作资料（包括计划、总结及上级文件等）要及时整理归档。

4.0~6 岁儿童健康管理服务。

(1) 按要求配备工作人员，儿童保健门诊总面积不少于 30 平方米，门诊设立分诊区和候诊区，并参照柳州市基层医疗机构

儿童保健门诊上报配置表配置相关设备。

(2) 项目实施单位要为辖区内 0~6 岁儿童提供健康管理服务。在新生儿出院后 1 周内，医务人员到新生儿家中进行家庭访视，询问一般情况、预防接种和先天性疾病筛查情况，观察家居环境，进行体格检查，指导新生儿护理和母乳喂养。新生儿满月、婴幼儿 3 月龄、6 月龄、8 月龄、12 月龄、18 月龄、24 月龄、30 月龄时在乡（镇）卫生院进行健康管理服务。学龄前儿童 4 岁、5 岁、6 岁时，散居儿童在乡（镇）卫生院、集居儿童可在托幼机构进行健康管理服务。每次服务应询问发育和患病情况，体格检查和心理行为发育评估，做相应的健康指导，包括科学喂养、合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害和口腔保健等，每次服务后及时记录相关信息，纳入儿童健康档案。以乡（镇）为单位，新生儿访视率、儿童健康管理率分别达到国家和自治区要求。

5. 孕产妇健康管理服务。

各乡（镇）卫生院要加强宣传，向居民公示孕产妇免费服务内容，使更多的育龄妇女愿意接受服务，提高早孕建册率，为首次就诊的孕妇建立《母子健康手册》，并进行第一次产检，按照国家统一的《孕产妇妊娠风险筛查表》《孕产妇妊娠风险评估表》进行妊娠风险筛查和评估，对于风险筛查阳性的孕妇要及时转诊到上级医疗卫生机构，并在 2 周内随访转诊结果，对无高危因素的孕妇在孕中期和孕晚期各进行 2 次随访，对孕期随访过程中发现的高危孕妇，按照其妊娠风险等级，及时转至上级医疗卫生机构进行孕产期保健服务和住院分娩。各项目实施机构在产妇分娩出院后 1 周内到产妇家中进行产后访视，同时进行新生儿访视。

产妇分娩后 42 天,项目实施单位要为正常产妇提供一次健康检查,并督促异常产妇到原分娩医疗卫生机构检查。每次服务后若发现有异常情况要及时转诊到上级医疗卫生机构并进行跟踪,及时完整记录相关信息,纳入孕产妇健康档案。以乡(镇)为单位,早孕建册率达到国家和自治区要求、孕产妇管理率和产后访视率分别达到国家和自治区要求。

6. 老年人健康管理服务。

各项目实施单位要加强与村(居)委会、派出所等有关部门的联系,掌握辖区内 65 岁及以上常住居民信息变化,每年为老年人提供至少 1 次健康管理服务,包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查等内容,根据评估和检查结果进行相应的健康指导。对新发现或既往确诊慢性病的老年人要纳入相应的疾病管理,对存在危险因素的老年人要进行有针对性的健康教育,并告知下次健康管理服务时间。各项目实施单位要根据辖区 65 岁以上老年人数量和身体状况,合理安排医务人员和工作时间,采取集中服务或者上门服务等多种形式,有序做好老年人健康服务工作。每次服务结束后要及时将结果告知服务对象,及时将服务信息记入健康档案,加强宣传,使更多的老年人愿意接受服务,提高老年人健康保健意识。以乡(镇)为单位,65 岁及以上老年人城乡社区健康管理服务率达到国家和自治区要求。

7. 慢性病患者健康管理服务。

(1) 高血压患者健康管理服务。

各项目实施单位要每年为辖区内 35 岁及以上常住居民免费测量 1 次血压,对既往确诊过原发性高血压的患者纳入高血压患者

管理。对既往未确诊过原发性高血压的患者，经过复查后（非同日三次测量），若确诊为原发性高血压则纳入高血压患者管理，对可疑继发性高血压患者及时转诊，若排除高血压则根据服务对象的实际情况进行健康指导。对原发性高血压患者，各项目实施单位每年至少提供4次面对面的随访服务，若存在危急情况紧急处理后转诊，2周内主动随访转诊情况，若不需要转诊则询问上次随访到此次随访期间的症状，根据评估结果进行分类干预。对于原发性高血压患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表，每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。以乡（镇）为单位，高血压患者管理人数稳步提升，基层规范管理服务率达到国家和自治区要求。

（2）2型糖尿病患者健康管理服务。

各项目实施单位要加强2型糖尿病患者的机会性筛查，将日常的医疗服务和健康体检与糖尿病患者的筛查相结合，对高危对象进行筛查。对确诊的2型糖尿病患者，每年为其提供4次免费空腹血糖检测，至少进行4次面对面随访，若存在危急情况紧急处理后转诊，2周内随访转诊情况，若不需要转诊则询问上次随访到此次随访期间的症状，根据评估结果进行分类干预。对于确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表，每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。以乡（镇）为单位，2型糖尿病患者管理人数稳步提升，基层规范管理服务率达到国家和自治区要求。

8. 严重精神障碍患者管理服务。

各项目实施单位要加强与派出所、民政、残联和街道、居(村)委会联系，建立日常筛查机制，及时发现严重精神障碍患者。将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（主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）纳入管理，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。对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访4次，每次根据患者的危险性评估分级、社会功能状况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。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次健康体检，可与随访相结合。以乡（镇）为单位，严重精神障碍患者管理人数稳步提升，患者报告患病率、在册患者管理率、规范管理服务率、面访率、服药率、规律服药率、精神分裂症患者服药率达到国家和自治区要求。

9. 肺结核患者健康管理服务。

各项目实施单位对辖区内前来就诊的居民和患者，若发现其有肺结核可疑症状，在鉴别诊断的基础上，填写“双向转诊单”，推荐其到结核病定点医疗机构进行结核病检查，并在1周内进行电话随访，督促其就医。各项目实施单位在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，若72小时内2次访视均未见到患者，则将访视结果向上级专业机构报告。

各项目实施单位要对患者进行督导服药和随访管理，根据患者的治疗情况进行随访评估，若存在危急情况紧急处理后转诊，2周内随访转诊情况，若不需要转诊则根据评估结果进行分类干预。在患者停止抗结核治疗后，要对其进行结案评估。在结核病患者整个治疗过程中，各项目实施单位要加强对患者及其家属的健康教育，强调不规则服药的危害，不断提高肺结核患者的规则服药率。以乡（镇）为单位，肺结核患者管理率达到国家和自治区要求。

10. 中医药健康管理服务。

（1）老年人中医药健康管理服务。

各项目实施单位要结合老年人健康体检、慢性病患者随访及日常诊疗的机会，为辖区内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。按照老年人中医药健康管理服务记录表前33项问题采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识，根据不同体质进行有针对性的中医药保健指导。每次服务均要将辨识结果告知服务对象，并及时、完整记录相关信息，纳入老年人健康档案。以乡（镇）为单位，老年人中医药健康管理率达到国家和自治区要求。

（2）0~36个月儿童中医药健康管理服务。

各项目实施单位要结合儿童健康体检和预防接种的机会，在儿童6、12、18、24、30、36月龄时，根据儿童不同月龄对家长进行中医药健康指导。（包括中医饮食调养、起居活动指导、摩腹、捏脊，穴位按摩等）每次服务后要及时记录相关信息，纳入儿童健康档案。以乡（镇）为单位，儿童中医药健康管理率达到

国家和自治区要求。

11. 传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务。

各项目实施单位要按照《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度。在疾病预防控制机构和其他专业机构指导下开展传染病和突发公共卫生事件风险管理工作，做好发现、登记等工作，并按照相关时限及时报告，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。以乡（镇）为单位，传染病、突发公共卫生事件报告率分别达到国家和自治区要求。

12. 卫生监督协管服务。

各项目实施单位要按照国家法律、法规及有关管理规范为辖区内常住居民提供食源性疾病预防及相关信息报告、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等服务，并及时做好相关工作记录，记录内容应齐全完整、真实准确、书写规范。定期开展饮用水卫生安全、学校卫生、职业卫生、医疗卫生等单位巡查，巡查覆盖率和信息事件报告率达到国家和自治区要求。

（四）新划入基本公共卫生服务

新划入基本公共卫生服务项目包括地方病防治、职业病防治、重大疾病与健康危害因素监测、人禽流感、SARS 防控项目、鼠疫防治项目、国家卫生应急队伍运维保障、农村妇女“两癌”检查项目、基本避孕服务项目、贫困地区儿童营养改善项目、贫困地区新生儿疾病筛查项目、增补叶酸预防神经管缺陷项目、国家免

费孕前优生健康检查项目、地中海贫血防控项目、食品安全标准跟踪评价项目、健康素养促进项目、国家随机监督抽查项目、老年健康与医养结合服务、人口监测项目、卫生健康项目监督管理等 19 项内容以及中央确定的其他项目。新划入基本公共卫生服务的项目根据《新划入基本公共卫生服务相关工作规范（2019 年版）》结合实际情况实施。

五、购买服务的实施

（一）服务提供机构的确定。

服务提供机构必须同时具备以下条件：符合乡（镇）卫生院、村卫生室基本标准；为县卫生健康局批准成立的医疗卫生服务机构；有能力承担基本公共卫生服务，其中乡（镇）卫生院具备开展儿童免疫规划、妇女保健、儿童保健等条件；改善办公环境，配齐办公器具；配齐工作人员，严禁聘用（请）不符合资质人员从事项目工作；村卫生室须服从乡（镇）卫生院的管理。

（二）购买服务合同的订立。

县卫生健康局与乡(镇)卫生院签订年度服务合同；乡(镇)卫生院与辖区内村卫生室签订年度服务合同。并保留合同文本供上级部门核查。合同文本明确购买服务的范围、目标任务、服务要求和服务期限、资金支付、违约责任等内容。购买服务合同签订后，乡(镇)卫生院对未签约的村原有的服务区域，可就近调整给愿意承担基本公共卫生服务的村卫生室或由乡（镇）卫生院承担，保证基本公共卫生服务无盲区。

（三）履行合同的绩效考核。

1. 对乡（镇）卫生院的考核。由县卫生健康局组织相关专业

公共卫生服务等机构根据《关于印发向专业公共卫生机构购买开展基本公共卫生服务技能培训等工作实施方案的通知》、《融安县基本公共卫生服务项目绩效考核实施方案》，对所有乡（镇）承担项目实施的卫生院进行绩效考核以及核算项目工作补助经费。并在考核工作结束后的15个工作日内，将考核工作情况报市基本公共卫生服务项目管理办公室。

2.对村卫生室的考核。县卫生健康局负责组织制定绩效考核实施方案或办法，由各乡镇（镇）卫生院按照《融安县乡村医生实施国家基本公共卫生服务项目绩效考核实施方案》等精神，负责对辖区内承担项目工作的村卫生室进行绩效考核以及核算项目工作补助经费，并在考核工作结束后的10个工作日内，将考核工作情况报县卫生健康局基卫股（邮箱：ragw8133060@163.com,电话：0772-8133060）。年终由县卫生健康局视考核情况，抽取20%的村卫生室进行考核或复核。被县卫生健康局抽取进行考核或复核的村卫生室，其绩效考核成绩以县抽取考核或复核的成绩作为其本次绩效考核成绩。

六、资金筹集与拨付

强化政府购买服务方式，实行绩效考核结果与项目补助资金拨付相挂钩，采取“先预拨、后结算”方式下拨项目资金。加快资金拨付进度，确保基本公共卫生服务项目工作正常开展。

县卫生健康局协同县财政局根据上级核定服务人口数筹集项目资金，并在规定日期内将收到的资金预拨给各乡镇（镇）卫生院。各乡镇（镇）卫生院在收到项目补助工作经费后，应按照相关要求及时预拨补助经费给从事项目工作的村卫生室（签订服务合同的

村医)。

七、工作要求

(一) 提高认识，明确职责，加强责任追究。县卫生健康局把实施基本公卫项目作为一把手工程来抓，对项目实施过程中遇到的问题，主要领导要亲自研究解决，逐级落实工作职责，加强责任追究。基层医疗卫生机构是具体实施项目的责任主体，基层医疗卫生机构负责人是第一责任人，要将基本公共卫生服务工作与基层医疗卫生机构负责人的绩效收入相挂钩，并纳入政绩考核。认真落实县级专业公共卫生机构的基本公共卫生服务职责，充分发挥其对基层医疗卫生机构的人员培训、技术指导和考核评价等作用。

(二) 足额筹集补助资金，加快资金拨付和使用进度，确保资金安全使用。各项目实施单位要进一步加快资金拨付进度，采取“先预拨、后结算”的方式确保资金及时足额到位，不得挤占、挪用项目经费，保障村卫生室补助资金；要严格按照相关规定，加快资金使用进度，严禁扩大范围、违规使用，确保转款专用，提高预算执行进度和财政资金使用效益，并设置项目明细科目进行专项核算。

(三) 加强培训，形成稳定的技术指导机制。县级疾病预防控制中心等专业公共卫生机构负责对本辖区基本公共卫生服务实施机构进行技术指导，认真学习掌握国家相关政策和服务规范，并通过加强培训和技术指导等方式将国家政策、项目任务和工作重点准确传达到基层，为项目实施机构提供有效的技术保障。

（四）转变观念，加强学习，严格执行新版服务规范。各项目实施单位切实转变工作方式，积极发挥家庭医生团队作用，将基本公共卫生服务项目与基本医疗有机结合起来开展。各项目实施单位要加强内部学习，每月开展机构内部学习例会，学习内容可根据工作中遇到的新难题进行调整，各项目实施单位之间也可开展交流学习，互相学习对方优秀的工作经验，必要时县级疾病预防控制中心等专业公共卫生机构要到学习现场进行指导。各项目实施单位要积极发挥主观能动性，认真梳理本机构实施基本公共卫生服务项目的突出问题，特别是要对历年考核督导暴露出来的问题，进行逐一梳理，深入分析原因，切实采取措施，严格按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求开展工作，做实、做精、做细项目，不断提高居民感受度、增强居民获得感。

（五）积极发挥乡村医生作用，规范乡村医生考核。基本公共卫生服务项目多，任务重，各乡（镇）要充分发挥乡村医生作用，以缓解乡（镇）卫生院开展基本公共卫生服务项目人手不足的压力。要合理确定乡村两级医疗卫生机构任务分工，根据村卫生室服务能力，原则上将40%左右的工作任务交由村卫生室承担，并制定具体的绩效考核方案，根据考核结果将村卫生室应得的补助及时拨付到村卫生室。各乡（镇）卫生院将工作任务交由村卫生室承担时要签订服务合同或协议等，明确工作内容、工作任务、考核频次、考核方式。各乡（镇）卫生院每季度要对承担基本公共卫生服务的村卫生室进行培训和督导检查。培训必须要有通知、签到、现场照片，培训完要进行考试，考试资料必须存档。绩效考核必须严格按照考核方案进行，坚持公平、公正、公开的原则，

对村卫生室开展基本公共卫生服务项目的工作数量和工作质量一并进行考核，必要时可以选取乡村医生代表参与考核。考核时要当场告知乡村医生工作中存在的问题和扣分原因，并在纸质材料上做好记录，参与考核的人员和被考核的人员均在考核表上签字确认。考核结束后对各村卫生室的考核结果进行通报和公示，并要求存在问题的村卫生室进行整改。

（六）利用多种载体多种形式，加大项目宣传力度。县卫生健康局制订本辖区宣传活动方案，有计划、有组织地开展基本公共卫生服务项目公益宣传活动，营造有利于基本公共卫生工作的社会氛围，推进活动广泛深入开展。县级疾病预防控制中心等专业公共卫生机构要充分发挥专业优势，指导基层医疗卫生机构做好宣传指导工作。各项目实施单位要积极传播国家主题宣传海报、公益广告和电子微页（可在国家卫生健康委官方网站下载），以国家主题宣传海报和电子微页内容为基础，制作富有当地特色的宣传材料，有针对性地开展基本公共卫生服务的重要意义，使不同人群了解、熟知与自身相关的服务内容、权利义务及获得渠道，有针对性解决群众因对基本公共卫生服务政策知晓率不高而导致的依从性低的问题。

（七）加强项目日常管理，建立健全绩效考核结果与资金拨付挂钩的奖惩制度。进一步加强项目日常管理、监督指导、绩效考核，健全项目绩效考核机制，严肃考核纪律，确保考核结果真实反映实际情况，杜绝考核工作走过场，甚至弄虚作假现象。根据考核结果拨付和核算项目资金，对工作落后、屡教不改的项目实施单位要加大资金扣罚力度，并将扣罚资金奖励给工作开展优

秀的项目实施单位，做到奖优罚劣。加强对各项目实施单位项目进展数据上报的审核工作，将数据上报纳入绩效考核内容，确保数据上报的及时性和准确性。各项目实施单位要建立健全内部绩效考核制度，按照多劳多得、优劳优酬的原则，将考核结果与医务人员的个人收入挂钩，充分调动工作人员的工作积极性。

（八）医联（共）体牵头医院要积极落实基本公共卫生服务任务，落实基本公共卫生服务与诊疗工作的结合开展。

附件：融安县实施基本公共卫生服务项目合同书

附件：

融安县实施国家原十二类 基本公共卫生服务项目合同书

甲 方：融安县卫生健康局

乙 方：_____

根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《医疗机构管理条例》以及《中华人民共和国执业医师法》等精神，为认真贯彻落实《国家卫生健康委 财政部 中医药局关于做好 2021 年基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2021〕23 号）、《广西壮族自治区卫生健康委员会 广西壮族自治区财政厅 广西壮族自治区中医药管理局关于印发基本公共卫生服务等 5 项补助资金管理实施细则的通知》（桂卫财务发〔2020〕9 号）等文件精神，确保原十二类国家基本公共卫生服务项目的顺利实施，圆满完成项目工作任务，现甲、乙双方双方签订以下合同：

一、签订原则

（一）明确职责。采取合同方式明确甲、乙双方实施国家基本公共卫生服务项目工作的权利与义务。

（二）注重绩效。实施绩效考评，保证质量，免费提供基本公共卫生服务；根据绩效考核结果，核拨财政补助资金，注重资金使用效益。

（三）公开透明。公开原十二类国家基本公共卫生服务项目范围、内容，做到家喻户晓，接受社会监督。

二、权利和义务

（一）甲方。

1. 指导、监督乙方履行基本公共卫生服务工作职责；

2. 协助财政部门及时拨付政府购买基本公共卫生服务专项补助资金;

3. 组织人员对乙方进行绩效考核、督导检查 and 补助资金使用的监管;

4. 组织开展有利于提高乙方工作人员服务能力和服务技巧的业务培训。

(二) 乙方。

1. 取得卫健行政部门许可的《医疗机构执业许可证》，聘用（请）工作人员符合《中华人民共和国执业医师法》精神，严禁聘用（请）不符合资质人员从事项目工作。

2. 在服务场所公示基本公共卫生服务项目内容，向服务范围内的城乡居民免费提供基本公共卫生服务和安全、有效、廉价、便捷的基本医疗服务;

3. 参加甲方或上级组织的业务培训;

4. 接受甲方组织的绩效考核和督导检查;

5. 按规定享受补助资金。

三、服务目标

通过实施原十二类国家基本公共卫生服务，使城乡居民免费享受规定的公共卫生服务项目。基本公共卫生服务项目综合考核合格率达 100%，居民满意率达到国家和自治区要求。

四、服务要求

(一) 乙方为卫健行政部门批准设置的医疗卫生服务机构，有固定场所和相应的设施、设备、人员及技术，有能力向服务范围内的居民提供基本公共卫生服务。

(二) 乙方卫生技术人员必须具有相应的执业资格且执业地点注册在本机构，严禁聘用（请）不符合资质要求的人员开展基

本公共卫生服务工作。

五、服务范围和服务人口

服务范围为乙方所在的乡（镇）。服务人口为居住在服务范围内 6 个月以上的人口（含流动人口）（当年常住服务人口数的核定以上级有关文件规定为准）。

六、服务项目及指标要求

（一）组织管理。

各乡（镇）卫生院成立项目管理工作领导小组和绩效考核小组；成立公共卫生服务部，人员配备（公共卫生服务部人员占单位在岗人数比例：中心卫生院 $\geq 25\%$ ，一般卫生院 $\geq 30\%$ ）；制定项目工作实施方案、计划以及绩效考核实施方案或办法，做到任务目标分解明确；项目工作职责、制度和流程规范上墙；定期开展公卫人员及乡村医生培训，每季度一次，每年至少 4 次，建立责任医师管理团队，将基本公共卫生服务与日常医疗服务结合起来开展；将 40%左右的项目工作量交由村卫生室承担，各乡（镇）卫生院应按照相关要求完成对村卫生室的培训、督导和考核，并预拨和核算项目工作补助，按时上报相关资料。

（二）资金管理。

制定资金使用方案和计划，配备财务管理人员，设置明细科目对资金进行专项管理和会计核算，合理合规使用公卫资金，按规定发放乡村医生补助。

（三）项目执行

1. 居民健康档案管理服务。

项目实施单位要根据自愿与引导相结合的原则，以儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者、肺结核患者以及就诊人群为重点，进一步扩大健康档案服务覆盖面，以乡（镇）

为单位，居民规范化电子健康档案覆盖率达到国家和自治区要求，稳步提升使用率。为提高项目的管理效率，实现基本医疗和基本公卫数据的互联互通，市卫生健康委于 2020 年 1 月 1 日正式启用“柳州市基本公共卫生服务管理信息系统”（以下简称“系统”），各基层医疗机构要及时整理完善“系统”内相关档案信息，重点保证各类重点人群档案信息完整性，按规范要求完成体检、随访工作表单的录入工作，为下一步取消纸质档案和实现电子健康档案全面向个人开放夯实工作基础。

2. 健康教育服务。

各项目实施单位要明确辖区内常见病、多发病和季节性高发病等主要健康问题，确定健康教育的核心信息和目标人群，结合实际制作健康教育资料和宣传栏。

（1）制定健康教育年度工作计划、工作方案，成立健康教育领导小组和责任医师健康管理团队等。

（2）发放健康教育资料。各乡（镇）卫生院全年提供不少于 12 种内容的健康教育印刷资料，并有一定比例的中医药内容，当年新增印刷资料不少于 3 种，要做好记录，存档。

（3）播放健康教育音像资料。播放健康教育音像资料不少于 6 种，每年至少更新 2 种，并有一定比例的中医药内容，播放时间不少于 2500 小时。

（4）设置健康教育宣传栏。各乡（镇）卫生院设置健康教育宣传栏不少于 2 个，村卫生室宣传栏不少于 1 个，每个宣传栏的面积不少于 2 平方米，宣传栏中心位置距地面 1.5-1.6 米。乡（镇）卫生院宣传栏内容每年更新不少于 6 次，并有一定比例的中医药内容。

（5）举办健康教育讲座。各乡（镇）卫生院要定期举办健康

知识讲座，引导居民学习、掌握健康知识及必要的健康技能，每个乡（镇）卫生院每月至少举办1次健康知识讲座，村卫生室每两月至少举办1次健康知识讲座（可在乡（镇）卫生院指导下开展）。健康教育讲座总结必须按照8要素填写（注明：时间、地点、内容、形式、教育者、受众人数、规模、效果），每次讲座受众人数不少于20人，要有一定比例的中医药内容。

（6）开展公众健康咨询活动。各乡（镇）卫生院要利用各种健康主题日或者针对辖区内重点健康问题，开展健康咨询活动并发放宣传资料，每个机构每年至少开展9次公众咨询活动。健康咨询活动必须按照8要素填写（注明：时间、地点、内容、形式、教育者、受众人数、规模、效果），要有一定的中医药内容。

（7）开展个体化健康教育。各乡（镇）卫生院应结合健康体检、门诊医疗、上门访视等医疗卫生服务，对就诊对象的危险健康问题、健康危险因素进行综合评估，讲解有关疾病知识、健康知识、合理用药知识、自我保健技能等，开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。

3. 预防接种服务。

（1）按要求配备工作人员，落实预防接种工作人员接种工作补助；规范免疫规划门诊，接种门诊规划建设达到上级要求。

（2）及时为辖区内居住满3个月的0~6岁儿童建立预防接种证和预防接种卡（簿）等儿童预防接种档案，采取预约、通知单、电话、手机短信、网络、广播通知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。

（3）对适龄儿童按照国家免疫规划疫苗免疫程序进行常规接种，根据当地实际情况，合理安排接种门诊开放频率、开放时间和预约服务的时间，为群众提供便利的接种服务。以乡（镇）为

单位，国家免疫规划疫苗单苗接种率达到国家和自治区要求，其中含麻类疫苗第 1、2 剂次接种率达到国家和自治区要求。适龄儿童建卡和建证率达到国家和自治区要求，进一步加强流动儿童的接种工作。

(4) 每季度通过儿童预防接种信息管理系统开展查漏补种工作，并采取相应措施，漏卡儿童补卡率达到国家和自治区要求、漏种儿童补种率达到国家和自治区要求。

(5) 开展秋季学期新生入托入学儿童查验接种证工作。漏卡儿童补卡率达到国家和自治区要求、漏证儿童补证率达到国家和自治区要求，漏种儿童补种率达到国家和自治区要求。

(6) 开展“4.25”、“7.28”及强化免疫活动日等宣传工作。每个乡（镇）卫生院有 5 条以上固定免疫规划宣传标语，所有村卫生室周围有 1 条以上免疫规划固定宣传标语。

(7) 按照《疫苗流通和预防接种管理条例》、《预防接种工作规范》以及《疫苗储存和运输管理规范》等精神做好疫苗储存、运输和使用管理，做到日清月结，帐目相符。

(8) 做好免疫规划疫苗接种副反应监测工作。

(9) 各种免疫规划工作资料（包括计划、总结及上级文件等）要及时整理归档。

4.0~6 岁儿童健康管理服务。

项目实施单位要为辖区内 0~6 岁儿童提供健康管理服务。在新生儿出院后 1 周内，医务人员到新生儿家中进行家庭访视，询问一般情况、预防接种和先天性疾病筛查情况，观察家居环境，进行体格检查，指导新生儿护理和母乳喂养。新生儿满月、婴幼儿 3 月龄、6 月龄、8 月龄、12 月龄、18 月龄、24 月龄、30 月龄时在乡（镇）卫生院进行健康管理服务。学龄前儿童 4 岁、5 岁、

6岁时，散居儿童在乡（镇）卫生院、集居儿童可在托幼机构进行健康管理服务。每次服务应询问发育和患病情况，体格检查和心理行为发育评估，做相应的健康指导，包括科学喂养、合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害和口腔保健等，每次服务后及时记录相关信息，纳入儿童健康档案。以乡（镇）为单位，新生儿访视率、儿童健康管理率达到国家和自治区要求。

5. 孕产妇健康管理服务。

各乡（镇）卫生院要加强宣传，向居民公示孕产妇免费服务内容，使更多的育龄妇女愿意接受服务，提高早孕建册率，为首次就诊的孕妇建立《母子健康手册》，并进行第一次产检，按照国家统一的《孕产妇妊娠风险筛查表》《孕产妇妊娠风险评估表》进行妊娠风险筛查和评估，对于风险筛查阳性的孕妇要及时转诊到上级医疗卫生机构，并在2周内随访转诊结果，对无高危因素的孕妇在孕中期和孕晚期各进行2次随访，对孕期随访过程中发现的高危孕妇，按照其妊娠风险等级，及时转至上级医疗卫生机构进行孕产期保健服务和住院分娩。各项目实施机构在产妇分娩出院后1周内到产妇家中进行产后访视，同时进行新生儿访视。产妇分娩后42天，项目实施单位要为正常产妇提供一次健康检查，并督促异常产妇到原分娩医疗卫生机构检查。每次服务后若发现有异常情况要及时转诊到上级医疗卫生机构并进行跟踪，及时完整记录相关信息，纳入孕产妇健康档案。以乡（镇）为单位，早孕建册率达到国家和自治区要求、孕产妇管理率和产后访视率达到国家和自治区要求。

6. 老年人健康管理服务。

各项目实施单位要加强与村（居）委会、派出所等有关部门的联系，掌握辖区内65岁及以上常住居民信息变化，每年为老年

人提供 1 次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查等内容，根据评估和检查结果进行相应的健康指导。对新发现或既往确诊慢性病的老年人要纳入相应的疾病管理，对存在危险因素的老年人要进行有针对性的健康教育，并告知下次健康管理服务时间。各项目实施单位要根据辖区 65 岁及以上老年人数量和身体状况，合理安排医务人员和工作时间，采取集中服务或者上门服务等多种形式，有序做好老年人健康服务工作。每次服务结束后要及时将结果告知服务对象，及时将服务信息记入健康档案，加强宣传，使更多的老年人愿意接受服务，提高老年人健康保健意识。以乡（镇）为单位，65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到国家和自治区要求。

7. 慢性病患者健康管理服务。

（1）高血压患者健康管理服务。

各项目实施单位要每年为辖区内 35 岁及以上常住居民免费测量 1 次血压，对既往确诊过原发性高血压的患者纳入高血压患者管理。对既往未确诊过原发性高血压的患者，经过复查后（非同日三次测量），若确诊为原发性高血压则纳入高血压患者管理，对可疑继发性高血压患者及时转诊，若排除高血压则根据服务对象的实际情况进行健康指导。对原发性高血压患者，各项目实施单位每年至少提供 4 次面对面的随访服务，若存在危急情况紧急处理后转诊，2 周内主动随访转诊情况，若不需要转诊则询问上次随访到此次随访期间的症状，根据评估结果进行分类干预。对于原发性高血压患者，每年进行 1 次较全面的健康检查，可与随访相结合，具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表，每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。以乡（镇）为单位，高血压患者管理人数稳步提升，高血压患者基层

规范管理服务率达到国家和自治区要求。

（2）2型糖尿病患者健康管理服务。

各项目实施单位要加强2型糖尿病患者的机会性筛查，将日常的医疗服务和健康体检与糖尿病患者的筛查相结合，对高危对象进行筛查。对确诊的2型糖尿病患者，每年为其提供4次免费空腹血糖检测，至少进行4次面对面随访，若存在危急情况紧急处理后转诊，2周内随访转诊情况，若不需要转诊则询问上次随访到此次随访期间的症状，根据评估结果进行分类干预。对于确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合，具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表，每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。以乡（镇）为单位，2型糖尿病患者管理人数稳步提升，2型糖尿病患者基层规范管理服务率达到国家和自治区要求。

8. 严重精神障碍患者管理服务。

各项目实施单位要加强与派出所、民政、残联和街道、居（村）委会联系，建立日常筛查机制，及时发现严重精神障碍患者。将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（主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）纳入管理，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。对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访4次，每次根据患者的危险性评估分级、社会功能状况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。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 次健康体检，可与随访相结合。以乡（镇）为单位，严重精神障碍患者管理人数稳步提升，患者报告患病率达到国家和自治区要求，在册患者管理率达到国家和自治区要求，规范管理率达到国家和自治区要求，面访率达到国家和自治区要求，服药率达到国家和自治区要求，规律服药率达到国家和自治区要求，精神分裂症患者服药率达到国家和自治区要求。

9. 肺结核患者健康管理服务。

各项目实施单位对辖区内前来就诊的居民和患者，若发现其有肺结核可疑症状，在鉴别诊断的基础上，填写“双向转诊单”，推荐其到结核病定点医疗机构进行结核病检查，并在 1 周内进行电话随访，督促其就医。各项目实施单位在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，若 72 小时内 2 次访视均未见到患者，则将访视结果向上级专业机构报告。各项目实施单位要对患者进行督导服药和随访管理，根据患者的治疗情况进行随访评估，若存在危急情况紧急处理后转诊，2 周内随访转诊情况，若不需要转诊则根据评估结果进行分类干预。在患者停止抗结核治疗后，要对其进行结案评估。在结核病患者的整个治疗过程中，各项目实施单位要加强对患者及其家属的健康教育，强调不规则服药的危害，不断提高肺结核患者的规则服药率。以乡（镇）为单位，肺结核患者管理率达到国家和自治区要求。

10. 中医药健康管理服务。

（1）老年人中医药健康管理服务。

各项目实施单位要结合老年人健康体检、慢性病患者随访及日常诊疗的机会，为辖区内 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。按照老

年人中医药健康管理服务记录表前 33 项问题采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识，根据不同体质进行有针对性的中医药保健指导。每次服务均要将辨识结果告知服务对象，并及时、完整记录相关信息，纳入老年人健康档案。以乡（镇）为单位，老年人中医药健康管理率达到国家和自治区要求。

（2）0~36 个月儿童中医药健康管理服务。

各项目实施单位要结合儿童健康体检和预防接种的机会，在儿童 6、12、18、24、30、36 月龄时，根据儿童不同月龄对家长进行中医药健康指导。（包括中医饮食调养、起居活动指导、摩腹、捏脊，穴位按摩等）每次服务后要及时记录相关信息，纳入儿童健康档案。以乡（镇）为单位，儿童中医药健康管理率达到国家和自治区要求。

11. 传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务。

各项目实施单位要按照《中华人民共和国传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度。在疾病预防控制机构和其他专业机构指导下开展传染病和突发公共卫生事件风险管理工作，做好发现、登记等工作，并按照相关时限及时报告，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。以乡（镇）为单位，传染病、突发公共卫生事件报告率达到国家和自治区要求。

12. 卫生监督协管服务。

各项目实施单位要按照国家法律、法规及有关管理规范为辖区内常住居民提供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等服务，并及时做好相关工作记录，记录内容应

齐全完整、真实准确、书写规范。定期开展饮用水卫生安全、学校卫生、职业卫生、医疗卫生等单位巡查，巡查覆盖率和信息事件报告率达到国家和自治区要求。

（四）项目效果

（1）居民知晓率达到国家和自治区要求；

（2）村医基本公共卫生服务项目知识知晓率达到国家和自治区要求；

（3）居民综合满意度达到国家和自治区要求；

（4）村医满意度达到国家和自治区要求。

七、服务期限

20 年 月 日至 20 年 月 日止。

八、绩效考核

甲方组织县级疾病预防控制中心等专业公共卫生机构或聘请第三方机构依据《融安县基本公共卫生服务项目绩效考核实施方案》等精神，对乙方进行全面绩效考核。并根据绩效考核结果对乙方项目补助资金进行核算。

九、资金筹集与拨付

强化政府购买服务方式，实行绩效考核结果与项目补助资金拨付相挂钩，采取“先预拨、后结算”方式下拨项目资金。加快资金拨付进度，确保乙方项目工作正常开展。

县卫生健康局协同县财政局根据上级核定服务人口数筹集项目资金，并在规定日期内将收到的资金预拨给乙方。乙方在收到项目补助工作经费后，应按照相关要求及时预拨补助经费给从事项目工作的村卫生室（签订服务合同的村医）。

十、违约责任

（一）乙方年度绩效考核不合格，甲方有权核减或停止拨付

补令乙方限期整改甚至取消乙方的服务资格。甲方发现乙方在履行基本公共卫生服务项目工作职责当中有虚假行为的，有权即时终止合同并停止拨付专项补助，已预拨的将予以追回。

（二）合同期内，乙方未按照合同开展项目工作，甲方有权适时终止合同，并撤销乙方开展项目资格。

（三）乙方违反资金管理规定，甲方将责令其限期整改，并有权核减或停止拨付专项补助资金，并按规定追究单位或个人的法律责任。

（四）乙方对甲方考核有异议的，可书面申请复核。

十一、本合同书一式三份，具有同等法律效力，自签定之日起生效。甲方、乙方各执一份，报送县财政局一份。

甲方：（盖章）

负责人：

签定日期： 年 月 日

乙方：（盖章）

负责人：

签定日期： 年 月 日