

各医疗卫生单位，局相关股室：

为全面贯彻落实党的二十大精神，推进健康中国建设，持续提升基本公共卫生服务水平，根据国家卫生健康委、财政部、国家中医药局、国家疾控局《关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》（国卫基层发〔2024〕31号）、《福建省卫生健康委员会、福建省财政厅关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》（闽卫基层函〔2024〕1719号）和《泉州市卫健委 泉州市财政局关于做好2024年基本公共卫生服务工作的通知》（泉卫基层〔2024〕247号）精神，结合我县实际，现就做好2024年基本公共卫生服务工作通知如下：

一、进一步强化项目经费管理

（一）有效明确增加经费使用途径。2024年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为94元，新增经费和2020-2023

年累计增加的基本公共卫生服务财政补助经费，继续用于扩大老年人，高血压、2型糖尿病等慢性病患者，农村妇女“两癌”检查等受益人群覆盖面；做深做实服务内容，开展老年人、慢性病患者分类分级健康服务；落实“体重管理年”，加强城乡居民体重管理健康教育和重点人群体重管理；强化孕产妇和0-6岁儿童健康服务，落实儿童眼保健，发育评估和科学育儿指导；做实居家严重精神障碍患者健康服务，依据严重精神障碍服务管理有关规范开展各项工作，加强与上级专业服务机构和基层相关部门的密切沟通，共同做好患者的规范随访服务；统筹疫情防控和呼吸道疾病防治有关工作，强化传染病及突发公共卫生事件报告和处理，开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务；加快推进居民电子健康档案向本人开放和务实应用；落实人口发展战略，做好优化生育政策相关服务内容。

二、进一步丰富基本公共卫生服务内容

（一）有效明确基本公共卫生服务项目内容。原国家基本公共卫生服务项目主要是居民健康档案管理、“一老一小”等重点人群以及高血压、2型糖尿病、慢阻肺病等慢性病患者健康管理。不限于基层医疗卫生机构实施的其他基本公共卫生服务项目，如职业病防治、地方病防治、妇幼健康、食品安全风险监测等相关工作按照原途径推动落实，确保服务对象及时获得相应的基本公共卫生服务（原国家基本公共卫生服务项目年度工作目标见附件，其他项目工作目标另行下发）。

（二）有效开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务（以下简称慢阻肺病患者健康服务）。各单位要根据《慢性阻塞性肺疾病患

者健康服务规范（试行）》要求，精心组织，加强呼吸道疾病防治，积极发挥中医药在慢阻肺病患者健康服务中的作用，并将其纳入家庭医生签约服务。县医院和县中医院要对医共体内基层医疗卫生机构进行技术支持和指导，明确转诊渠道，对发现异常需要转诊的及时进行转诊，并做好后续追踪随访。县医院为县级技术指导机构，要加强对基层医疗卫生机构开展慢阻肺病患者健康服务的技术培训、指导和质量控制。慢阻肺病患者健康服务相关内容已纳入 2024 年基层卫生人才能力提升培训大纲，中国继续医学教育网已上传相关视频课程，各单位要及时组织医务人员登录学习。

（三）有效做实老年人健康服务内容。进一步强化 65 岁及以上老年人健康服务，在现有老年人免费健康体检项目基础上，鼓励各医疗卫生机构结合本单位服务能力、辖区老年人健康需求等实际，通过优化家庭医生签约服务包、“健康积分”兑换等方式，丰富老年人健康体检项目，对次均费用较高检查项目可实施 2 至 3 年或按周期检查一次。推进开展老年人认知功能初筛服务，关注辖区高龄失能老年群体，做实健康服务内容。推进做好老年人健康信息向居民电子健康档案的归集、管理，积极引导在基层机构之外开展体检的 65 岁及以上老年人在就近基层机构获得包括中医药在内的连续健康管理服务。对发现异常的，开展个性化健康指导或协助转诊。

（四）有效加强在闽台胞基本公共卫生服务。各单位要加大政策宣传，鼓励引导在泉常住台湾同胞到台湾居民居住证住址所在地的基层医疗卫生机构建立居民健康档案，享受基本公共卫生服务。

三、进一步提升基本公共卫生服务质效

(一)有效引导城乡居民加强自我体重管理。各单位要结合“体重管理年”，将合理膳食、均衡营养、适量运动等作为健康教育的重要内容。强化重点人群体重管理，在为0-6岁儿童、孕产妇、65岁及以上老年人以及高血压、2型糖尿病、慢阻肺等慢性病患者开展健康服务中，发现超重、肥胖的，要加强个性化咨询、指导和干预服务，在重点人群随访表中应及时记录。鼓励基层医疗卫生机构将居民血压、血糖、体重、腰围等指标控制情况和主动参与自我健康管理情况兑换为“健康积分”，居民可利用“健康积分”兑换相应健康服务项目，增强居民的依从性和获得感。

(二)有效做好对慢性病患者和老年人提供分类分级健康服务。各单位要加强指导，对65岁及以上老年人，高血压、2型糖尿病、慢阻肺病等慢性病患者根据健康状况、患病情况等提供分类分级健康服务。对老年人健康体检中发现血压、血糖、呼吸道疾病异常的，确诊后及时纳入慢性病患者健康服务；对体检中发现体重异常或有其他基础疾病的老年人，适当增加联系频次，每年不少于2次，重点了解健康状况，提供健康教育，健康咨询、指导转诊等。对高血压、2型糖尿病等慢性病患者，按照国家工作规范和技术指南等要求，强化防治结合、医防融合、中西医结合；对病情不稳定及有严重并发症的，在按照服务规范要求随访的基础上视情增加随访频次，每年不少于2次，重点了解疾病控制情况，指导用药，提供有针对性膳食和运动干预建议，必要时指导转诊等。鼓励各单位对患多种慢性病的患者，提供多病共防

共管服务，依托信息技术整合慢性病患者随访服务信息表。

（三）有效推动科技赋能基本公共卫生服务。各单位要落实《居民电子健康档案首页基本内容（试行）》，在现有基层卫生信息系统中及时增补“居民电子健康档案首页”。首页内容和居民电子健康档案中已有的内容应通过信息系统直接关联。支持居民电子健康档案安全有序向本人开放，进一步丰富居民电子健康档案开放途径，完善开放平台调阅率统计、错误反馈、档案质量监测等功能，开放平台应能够接收居民反馈的错误更正要求并及时处理。2024年要实现居民电子健康档案向本人开放占比不低于40%。进一步加强居民电子健康档案的规范建立和质量控制。通过完善信息平台建设、加大数据日常自动校验和定期核对等手段，全面提升居民电子健康档案质量。积极发挥人工智能、大数据的作用，为城乡居民提供个性化健康教育、随访预约等服务，辅助为医务人员提供合理用药、健康咨询建议，强化支撑绩效评价。鼓励有条件的单位，根据单位需求配备数字化智能化设备终端，为有需要的患者提供连续、动态的健康监测服务并适时上传至电子健康档案。

（四）有效做好家庭医生签约和便民惠民服务。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。同时，各单位要结合基层便民惠民服务举措做好国家免疫规划疫苗接种，做实肺

结核患者健康服务，强化医疗应急队伍运维保障，优化职业病防治服务，结合时令节气变化等时间节点加强健康教育和科普，强化居民及重点人群健康素养促进，切实提升群众获得感。

四、进一步加强项目绩效管理

(一)发挥绩效评价的导向作用。各单位要充分发挥绩效评价正向激励的积极作用，创新评价方式方法，强化评价结果应用。2024年将基本公共卫生服务经费管理和重点人群健康服务等作为评价重点内容，继续完善线下、线上相结合开展绩效评价，探索通过信息系统自动抓取基本公共卫生服务部分数据对项目效果的评价。

(二)足额落实资金安排。县财政局足额落实财政补助经费。县卫健局在收到上级补助资金后30日内将资金拨付到项目实施单位，10月前要按照人均补助标准足额将项目资金拨付到项目实施单位。对于需要根据绩效评价结果扣减或奖励的资金，可采取次年结算的方式兑现，不得影响项目资金拨付进度。

(三)及时兑现村医经费。对于乡村医生承担的基本公共卫生服务工作，应明确具体任务和补助标准，采取“先预拨、后结算”的方式及时拨付，乡镇卫生院应在收到基本公共卫生服务补助资金30天内，按照不低于村卫生室承担任务70%的比例预拨村级补助资金，其余资金根据绩效评价情况于2024年12月25日前完成结算，严禁出现克扣乡村医生补助等问题。

附件：1. 2024年原12类国家基本公共卫生服务项目年度工作目标
2. 德化县2024年老年人高血压糖尿病严重精神疾病

患者管理任务数

3. 德化县基本公共卫生服务项目经费补偿参考标准（2019年）

德化县卫生健康局

德化县财政局

2024年12月4日

（此件主动公开）

抄送：市卫健委、财政局，县政府办，各乡镇人民政府。

德化县卫生健康局办公室

2024年12月4日印发

