

# 海安市卫生健康委员会文件

海卫健发〔2020〕25号

---

## 关于印发2020年海安市基本公共卫生服务项目实施方案的通知

各医疗卫生单位：

为做好2020年度基本公共卫生服务项目工作，根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》和《新划入基本公共卫生服务相关工作规范（2019年版）》以及省、南通市和我市2020年卫生健康工作要点，制定本实施方案。

### 一、实施内容

包括原12类国家基本公共卫生服务项目和新划入基本公共卫生服务项目。属于原12类国家基本公共卫生服务项目的，服务内容、资金保障、使用主体等保持相对独立和稳定，按照相应的服务规范组织实施。新划入19项基本公共卫生服务的项目，资金保障由省、市结合实际统筹安排，管理责任主体详见《新划入基本公共卫生服务项目管理责任单位或科室》（附件2），项目内容、实施主体、服务模式、项目资金用途、拨付对象、渠道等由管理责任主体按国家、省、市相关规定另行确定。

### 二、实施对象

服务对象为全市范围内的常住人口，共 86.45 万人。

### 三、2020 年主要任务目标

#### (一) 原 12 类基本公共卫生服务项目

**1. 居民健康档案管理。**家庭医生为辖区内常住居民建立电子健康档案并进行归口管理，居民电子健康档案建档率  $\geq 90\%$ 。继续深入开展居民电子健康档案核查，坚持安全、便捷的原则，优化电子健康档案面向个人开放服务的渠道和交互形式。进一步明确电子健康档案向个人开放的内容，档案中的个人基本信息、健康体检信息、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录，通过“健康海安”微信公众号，在本人或者其监护人知情同意的基础上依法依规向个人开放。发挥“互联网+”的优势，结合实际情况整合预约挂号、在线健康状况评估、检验结果在线查询、用药指导等功能，提高群众对电子健康档案的利用率。落实安全管理责任，妥善处理电子健康档案向个人开放和保障公民个人信息安全的关系。

**2. 健康教育。**树立健康优先、健康教育先行理念，将健康教育与基本公共卫生服务中重点疾病、重点人群的健康管理相结合，提高健康教育工作的科学性和适用性；加强患者的个体化健康指导，提高服务对象参与度和依从性。围绕中国公民健康素养——基本知识及技能（2015年版），以需求为导向，丰富健康教育内容和形式，传播健康知识和技能。结合卫生健康主题宣传日，开展面向公众的健康宣传活动。加强医防合作，组建由市级医疗和防病专家组成的健康教育讲师团，在基层医疗卫生机构、社区及辖区内企业、学校等有需求的场所，开展目标定制式的讲座、咨询等形式的健康教育活动，提高居民健

康意识，共同关注健康。开展中医药健康教育工作。

**3. 预防接种。**以区镇为单位，适龄儿童（包括流动人口）国家免疫规划疫苗接种率 $\geq 90\%$ 。要进一步改善接种服务环境，强化安全注射，有效处置疑似预防接种异常反应并及时报告。合理布设接种单位、按标准化建设儿童预防接种门诊、遵守预防接种工作规范、落实“三查七对一验证”等安全接种核心制度、合理安排接种工作日，提高预防接种可及性和安全性。按照要求配足配齐预防接种人员，强化人员日常培训和资质管理。加强预防接种信息管理，规范使用预防接种综合服务管理信息系统，加大流动儿童预防接种力度，定期开展漏种排查并及时补种。具备有《疫苗管理法》、《疫苗储存和运输管理规范》规定的冷藏冷冻设备设施和管理制度，按要求进行疫苗的使用和管理，保证疫苗质量。

**4. 0~6岁儿童健康管理。**市内各接产医院为本院出生的新生儿建立《江苏省母子健康手册（医护版-儿册）》，各儿童保健门诊按居民健康档案管理服务规范要求，在融达妇幼子系统为市内出生儿童进行信息登记，为市外出生无《江苏省母子健康手册（医护版-儿册）》的儿童建册并进行信息登记，补发《母子健康手册（家长版）》并指导家长科学使用。各村卫生室（社区卫生服务站）规范开展新生儿家庭访视，新生儿出院后1周内提供一次新生儿家庭访视，对于具有高危因素的新生儿根据实际情况增加家庭访视次数。各儿童保健门诊在儿童出生后28~30天提供满月健康管理服务，在儿童3、6、8、12、18、24、30、36月龄时共提供8次婴幼儿健康管理服务，在儿童4~6岁时每年提供一次儿童健康管理服务。开展0-6岁儿童健康

管理家庭医生签约服务，全面实行高危儿和体弱儿分类分级管理和专案管理。新生儿访视率 $\geq 90\%$ 、儿童健康管理率 $\geq 90\%$ 。

**5. 孕产妇健康管理。**按照规范要求开展孕产妇健康管理服务，动态管理、有效干预，保障母婴安康。孕早期建档建册孕妇的初次产前保健服务由建册机构提供。孕中期、孕晚期建册孕妇的初次产前保健服务由有助产技术服务资质的医疗保健机构提供，不具备助产技术服务资质医疗保健机构在孕妇建册后要及时将孕妇转往有助产技术服务资质医疗保健机构，并做好随访工作。按照《孕产妇妊娠风险筛查与评估管理工作方案》对孕产妇进行妊娠风险筛查与评估、做好分类登记、专案管理和转诊、追踪随访服务。提高《江苏省母子健康手册（家长版）》发放使用质量。孕妇早孕建卡率 $\geq 90\%$ ，孕产妇健康管理率 $\geq 90\%$ ，产后访视率 $\geq 90\%$ 。

**6. 老年人健康管理。**各基层医疗卫生机构要根据辖区老年人数量和身体状况，制订年度计划，合理安排医务人员和工作时间，有序做好老年人健康体检工作。要按照规范要求开展老年人生活方式和健康状况评估，保证必要的体格检查及辅助检查项目，采取书面体检报告等形式及时向老年人反馈体检结果和健康指导建议，切实发挥体检在疾病筛查和慢病高危人群发现的作用，强化体检结果应用，提高老年人健康保健意识。整合应用65岁以上企业退休人员年度健康体检结果，建立老年人健康体检单位资质审查准入制度和健康体检过程督导机制，努力提高服务能力和服务质量，全市65岁以上老年人以区镇为单位健康管理率 $\geq 70\%$ 。

**7. 慢性病患者健康管理。**实施35岁及以上人群就诊测血

压制度，通过日常门诊和住院、健康体检、慢病筛查项目等途径，加大高血压、2型糖尿病筛查力度，及时将发现的患者纳入健康管理。规范完成辖区内高血压和2型糖尿病患者的随访评估、分类干预和健康体检等健康管理工作。各区镇全面完成高血压和2型糖尿病患者管理任务数，高血压和2型糖尿病患者规范管理率 $\geq 60\%$ 。要将慢性病随访工作与基层医疗卫生机构门诊服务相结合，根据患者病情，加强生活方式和规范用药指导，提高患者依从性，有效提升血压、血糖控制率。以区镇为单位，管理患者血压、血糖控制率 $\geq 40\%$ 。

**8. 严重精神障碍患者管理。**加强疑似患者筛查，全市检出率提高0.1‰。按照“应管尽管”原则，及时为辖区内新发现的严重精神障碍患者建立健康档案并根据情况及时更新，居家治疗严重精神障碍患者在知情同意的基础上全部纳入管理。对管理的严重精神障碍患者每年至少随访4次，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，每年进行一次健康检查。严重精神障碍患者规范管理率 $\geq 80\%$ ，面访率 $\geq 80\%$ ，在管患者服药率 $\geq 70\%$ 、规律服药率 $\geq 50\%$ ，在管精神分裂症患者服药率 $\geq 80\%$ 、规律服药率 $\geq 60\%$ 。

**9. 肺结核患者健康管理。**落实可疑肺结核症状者筛查及推介转诊，提高疑似肺结核和重点人群肺结核筛查质量，完善结核病分级诊疗和综合服务机制，提升肺结核患者发现水平。加强患者随访管理，提高家庭医生签约服务质量，监督规则服药，及时开展治疗评估。以区镇为单位，报告发现的肺结核患者规范管理率 $\geq 90\%$ ，规则服药率 $\geq 90\%$ ，病原学阳性率 $\geq 50\%$ 。

**10. 中医药健康管理。**进一步发挥中医药在基本公共卫生

服务中的作用，继续做好老年人中医体质辨识和儿童中医调养服务，提高中医药健康管理服务覆盖率，以区镇为单位，65岁及以上老年人中医药健康管理率 $\geq 65\%$ ，0~36个月儿童中医药健康管理服务率 $\geq 65\%$ 。要加强基层医疗卫生机构中医药服务能力建设，合理配置中医人员，加强专业人员培训及督导。

**11. 传染病及突发公共卫生事件报告和处理。**建立健全传染病和突发公共卫生事件报告管理制度，按要求全力开展新型冠状病毒肺炎防控工作。加强传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查，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。在疾病预防控制机构指导下，协助上级专业防治机构做好艾滋病患者的宣传、指导服务以及非住院病人的治疗管理工作。传染病、突发公共卫生事件报告率100%。

**12. 卫生计生监督协管。**卫生计生监督机构要真把握规范要求，加强对基层医疗卫生机构的培训和指导，提高其开展卫生计生监督协管工作的规范性和有效性。基层卫生监督协管员要及时更新辖区内本底档案，根据工作要求开展各项巡查工作，收集并报送相关信息。

## （二）新划入基本公共卫生服务项目

**1. 农村妇女“两癌”检查项目。**为全市35~64岁农村妇女进行免费宫颈癌检查和乳腺癌检查，普及“两癌”防治知识，增强农村妇女自我保健意识和技能，提高“两癌”早诊率，逐步降低“两癌”死亡率，改善农村妇女健康状况。2020年完成3.9万人检查任务数，覆盖率达70%。宫颈癌早诊率达到90%以

上，乳腺癌早诊率达到 60%以上。对检查异常/可疑病例的随访管理率达到 95%以上。

**2. 基本避孕服务项目。**为提高基本避孕药具和基本避孕手术服务可及性，使育龄群众获得规范、适宜的避孕服务。为辖区内常住的育龄夫妻免费提供基本避孕药具和免费实施基本避孕手术。按照基本避孕药具管理服务规范要求，实施免费基本避孕药具集中采购计划管理、仓储调拨、质量管理和宣传教育等工作。全市区域基本避孕药具发放机构占比 $\geq 90\%$ ，已婚育龄夫妇免费避孕药具获得率 $\geq 40\%$ ，分品种发放个案领取率 $\geq 50\%$ 。协议医疗卫生机构按照《临床诊疗指南与技术操作规范：计划生育分册》（2017 修订版）要求开展免费基本避孕手术，完成相关信息录入和统计报表，完善台帐资料。全市区域免费基本避孕手术服务率达省、市要求。

**3. 增补叶酸预防神经管缺陷项目。**对准备怀孕和孕早期 3 个月的农村生育妇女免费增补叶酸，目标人群叶酸服用率达到 90%以上。全市神经管缺陷发生率逐步降低，出生人口素质稳步提高。

**4. 国家免费孕前优生健康检查项目。**按照《国家免费孕前优生健康检查项目试点工作技术服务规范（试行）》（国人口发〔2010〕31 号）为计划怀孕夫妇提供优生健康教育、病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导、早孕及妊娠结局追踪随访等免费孕前优生健康检查服务。全市计划怀孕夫妇优生科学知识知晓率达到 90%以上；计划怀孕夫妇参加免费孕前优生健康检查的主动性和自觉性不断增强，目标人群覆盖率达到 90%以上；出生缺陷发生风险逐步

降低，出生人口素质逐步提高。

其他新划入基本公共卫生服务项目 2020 年的目标任务由各管理责任主体另行制定。

#### 四、有关要求

##### （一）强化分工协作

1. 市卫生健康委建立由主要负责人任组长的基本公共卫生服务项目工作领导小组，领导小组下设办公室，负责基本公共卫生服务项目统筹管理，牵头协调项目组织实施、政策制定、信息汇总、督查考核等工作。委相关科室、市卫生财务核算中心按职责分工主动履职。继续加强基本公共卫生服务项目市级技术指导中心建设，健全完善工作机制，加强全员培训、业务技术指导和绩效考核、问题整改等工作。

2. 充分发挥市疾控中心、妇幼计生服务中心、卫生监督所、第三人民医院等专业公共卫生机构对基本公共卫生服务技术指导，发挥其在项目绩效考核、人员培训、人群监测、效果评价等方面的优势和作用。市级公立医院要发挥自身的人才优势，积极参与慢性病患者、肺结核患者、严重精神障碍患者及中医药健康管理，为家庭医生签约服务提供技术支撑。

3. 各乡镇（中心）卫生院、区镇卫生计生所负责辖区内项目方案制定、培训宣传、技术指导和督导考核。乡镇（中心）卫生院、村卫生室、乡镇民营医院等其他医疗卫生机构根据职责分工，负责相关基本公共卫生服务项目具体实施，按照服务标准和规范要求完成年度工作任务；组织机构内部的项目培训、质量控制和绩效考核。

##### （二）规范项目资金管理



1. 2020年我市基本公共卫生服务项目经费标准为人均80元，用于基本公共卫生服务项目的支出。新增的5元全部落实到乡村和城市社区，主要用于应对疫情防控工作，不得擅自截留、挤占、挪用或改变资金用途。我市另增加人均20元市级经费，用于市级自行增加的公共卫生的相关支出。要足额安排补助资金，加快资金拨付进度，采取当年“先预拨、后结算”的方式，确保6月30日前拨付至基层医疗卫生机构的资金到位率达50%，12月31日前资金到位率达100%。加强项目资金监管，强化项目资金“专账管理、专款专用”，严禁截留和挪用。要合理分配市、镇、村三级基本公共卫生服务任务，规范“村卫生室基本公共卫生服务项目资金池”管理，乡村医生要承担40%以上的服务，并获得相应服务的人均经费补助。

2. 完善补助资金使用和支付方式，按照国家、省基本公共卫生服务项目资金管理要求，根据经费标准、项目内容和任务量，合理测算各项服务支付标准。按照购买服务机制，根据提供的服务数量和质量拨付资金，要充分依托信息化系统记录的项目数据计量，体现多劳多得、优劳优得。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。

3. 乡镇（中心）卫生院、乡镇民营医院、市级单位等机构的补助经费，按规定程序审批后，市卫生财务核算中心进行拨付。村卫生室的补助经费，按规定程序审批后，拨至领办的乡镇（中心）卫生院。由乡镇（中心）卫生院会同区镇卫生计生所，依据《海安市村卫生室、社区卫生服务站绩效考核分配实施办法（试行）》，以村卫生室为单位，全额分配并打卡发放

到村卫生室工作人员，经费分配总额和结果须公开、透明。对提供的基本公共卫生服务的公共卫生协管员（含参照），实行劳务购买，年初预拨全年月基本劳务补助，年底对全年补助进行决算，并根据年度绩效考核结果，计发年度奖励性劳务补助。

### （三）加强项目日常管理

1. 进一步规范基本公共卫生服务项目管理，大力促进医防融合，探索更加有效的项目管理和服务模式；推进家庭医生签约服务与基本公共卫生服务有机结合，构建以签约家庭医生为主体、公共卫生、护理和健康管理师等人员协作的团队服务模式，推进网格化管理，实现全人群、全生命周期的健康管理。

2. 要以贯彻执行《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《新划入基本公共卫生服务相关工作规范（2019年版）》为重点，加强对基层医务人员参与国家高血压平台和糖尿病平台注册学习的管理。做好项目经常性宣传和主题宣传，落实张贴宣传壁报、播放公益广告、明示国家项目等宣传措施，进一步营造实施基本公共卫生服务项目的良好氛围，提高居民知晓率。

3. 强化公共卫生信息化建设，加快健康体检软件部署和应用培训，强化“移动随访平台”APP、家庭医生签约服务信息系统应用推广，切实减轻基层医护人员负担，提升居民电子健康档案务实应用水平。落实基本公共卫生服务报表溯源机制，将机构公示信息真实性及报表报送及时性、数据质量纳入绩效评价指标。

### （四）强化项目绩效考核

1. 健全完善分级考核制度。强化市、镇两级考核的主体责任，建立区镇自查、市级以区镇为单位全面考核的绩效考核机

制。进一步创新社会满意度等第三方调查评估办法，提高考核效率和公平性。

2. 实行考核结果通报制度，认真总结好的工作经验与做法，准确指出存在的突出问题，及时向被考核单位通报考核结果。建立问题整改机制，根据各级绩效考核中指出的问题，深入分析原因，制定具体整改方案，推进各项问题整改落实。

3. 加强考核结果应用。基本公共卫生服务项目列入医疗卫生机构综合目标责任制考核范畴，进一步加强绩效考核结果与资金拨付挂钩力度。健全完善“老年人健康体检”等项目服务资格核准与退出机制，对弄虚作假、存在问题屡教不改、工作推进不力、造成不良影响的，要严肃追究责任。

以上通知，希认真贯彻执行。

附件：

1. 海安市 2020 年基本公共卫生服务项目任务目标分解表
2. 海安市基本公共卫生服务项目条线责任分解表



---

抄 送：南通市卫生健康委员会，市基本公共卫生服务项目工作领导小组成员单位。

---

海安市卫生健康委员会办公室

2020年3月6日印发

---

## 附件 2:

海安市 2020 年基本公共卫生服务项目任务目标分解表

| 序号                 | 项目类别     | 主要内容   | 任务分解  |  |   |  | 目标任务   |
|--------------------|----------|--|---|--|---|--|--|
|                    |          |  | 区镇卫生计生所   | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)   | 其他机构   |  |
| 原 12 类国家基本公共卫生服务项目 |          |  |   |  |   |  |  |
| 1                  | 居民健康档案管理 | 为辖区常住居民建立统一、规范的居民电子健康档案,档案基本信息完整、真实。及时补充、更新已建档居民的信息。医务人员在为建档对象提供诊疗及基本公共卫生服务时,应先查阅健康档案,并将服务过程及结果按要求及时记录,更新健康档案。按要求对档案进行终止和保存。 | 做好对乡村医生的培训,组织开展居民健康档案核查,档案封面、个人基本信息等准确真实,指导对死亡、迁出、失访等居民健康档案及时进行终止。及时上报报表,确保信息系统与实际在管人数、建档数一致。 | 按要求结合信息系统开发功能设计进行,对未建立健康档案的一般人群、重点人群进行补建,利用信息系统将诊疗信息、健康体检信息与居民健康档案进行互联互通、及时上传相关信息,日常诊疗工作时应先查阅健康档案,并将相关记录及时记录,动态管理居民健康档案。                       | 对未建立健康档案的一般人群、重点人群进行补建,对居民健康档案进行核查,档案信息完整、真实,确保信息系统与实际在管人数、建档数一致;在为建档对象提供诊疗及基本公共卫生服务时,应先查阅健康档案,及时、准确将重点人群健康管理信息录入信息系统;按要求对死亡、迁出、失访等居民健康档案进行终止和保存。 |  | 电子健康档案建档率≥90%;<br>健康档案使用率≥50%。                             |
| 2                  | 健康教育     | 针对健康素养基本知识和技能、优生优育及辖区重点健康问题等内容,向城乡居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务,设置健康教育宣传栏并定期更新内容,开展健康知识讲座等健康教育活动。                                    | 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专放宣传材料。每个区镇卫生计生所全年≥9次。  | 每年提供不少于 12 种内容的健康教育印刷资料,播放健康教育音频资料不少于 6 种;按照标准设置 2 个以上宣传栏,每月更新内容;针对主要健康问题和健康主题,每年至少开展 9 次健康宣传和咨询活动,举办 12 次健康知识讲座;针对重点人群,开展针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。 | 每年提供不少于 12 种内容的健康教育印刷资料;播放健康教育音频资料不少于 6 种。按照标准设置 1 个宣传栏,每月更换内容。协助医院做好健康咨询活动,每年至少举办 6 次健康知识讲座。针对重点人群,开展针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。                        | 市人民医院、市中医院以及市专业公共卫生技术指导机构组建健康教育讲师团,在基层医疗卫生机构、社区及辖区内企业、学校等有需求的场所,开展目标定制式的讲座、咨询等形式的健康教育活动。 | 每年提供不少于 12 种内容的健康教育印刷资料,乡镇(中心)卫生院、村卫生室每年分别开展 12、6 次健康知识讲座。 |

| 序号 | 项目类别 | 主要内容  | 任务分解                            |  |  |   | 目标任务  |
|----|------|---|---------------------------------|--|--|---|---|
|    |      |   | 区镇卫生计生所                         | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构  |   |
| 3  | 预防接种 | <p>为适龄儿童按规定全程接种免疫规划疫苗,包括乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗、A群流脑疫苗、A群C群流脑疫苗、甲肝疫苗等11种疫苗全程合格接种率<math>\geq 90\%</math>。定期开展查漏补种工作。实行预防接种信息化管理。</p> <p>强化免疫接种率和群体性接种率<math>\geq 95\%</math>,对重点人群有针对性地进行疫苗接种。能发现、报告预防接种中的疑似预防接种异常反应,并能协助专业机构完成现场调查和处理。</p> | <p>对辖区医院、村卫生室预防接种工作进行督导及检查。</p> | <p>按照要求规范设置预防接种门诊,规范开展预防接种工作。及时为辖区0~6岁儿童建立预防接种证和预防接种卡等预防接种档案,通过预约、通知单、电话、手机短信等方式通知接种疫苗。定期开展常住及流动儿童调查、指导学校预防接种证查验工作。每季度对辖区儿童的卡证进行1次核查和整理,查漏补缺,并及时进行补种。</p> <p>国家免疫规划疫苗接种率应<math>\geq 90\%</math>。麻疹类疫苗初免及时率和乙肝疫苗首针及时接种率应<math>\geq 90\%</math>。同时,规范提供非免疫规划疫苗接种服务。规范开展含麻疹类疫苗、脊灰疫苗等补充免疫、群体性接种和应急接种工作。</p> <p>及时发现、报告疑似预防接种异常反应,并协助调查和处理。开展疫苗相关疾病监测与报告。</p> | <p>开展辖区0~6岁儿童调查(含流动儿童),及时发现并通知其到接种门诊办理预防接种证。按要求及时送达预防接种通知单,通知到位率大于90%。协助接种单位完成每季度辖区儿童的卡证核查和整理,并及时通知漏种儿童进行补种。</p> | <p>市人民医院、市中医院按规范要求设置产科接种室,为本单位出生的新生儿免费接种卡介苗、乙肝疫苗。及时发现、报告并参与处置疑似预防接种异常反应,开展疫苗相关疾病的监测与报告。</p> | <p>国家免疫规划疫苗接种率<math>\geq 90\%</math>;</p> <p>含麻疹类疫苗初免及时率和乙肝疫苗首针及时接种率<math>\geq 90\%</math>。</p> |

| 序号 | 项目类别       | 主要内容   | 任务分解  |  |  |   | 目标任务  |
|----|------------|--|---|--|--|---|---|
|    |            |  | 区镇卫生计生所   | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构  |   |
| 4  | 0~6岁儿童健康管理 | <p>1. 为辖区内常住的0~6岁儿童免费建立《江苏省母子健康手册(医护版-儿册)》，并进行信息登记，掌握辖区儿童数量及分布。</p> <p>2. 为辖区内新生儿开展至少1次新生儿访视，包括新生儿健康检查，对家长进行喂养、发育、防病、预防伤害和口腔保健指导，高危新生儿增加访视次数。</p> <p>3. 对辖区内0~6岁儿童进行系统管理，分别在满28~30天、3、6、8、12、18、24、30、36月龄时，进行体格检查、生长发育监测及评价、做生长发育和心理行为发育评估，进行科学喂养(合理膳食)、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等健康指导等，对体弱儿、高危儿进行转诊及管理。4~6岁儿童每年提供一次健康管理服务。</p> <p>4. 开展0~6岁儿童家庭医生签约服务。</p> | <p>1. 指导和督促村卫生室做好儿童信息的收集和新生儿访视工作。</p> <p>2. 指导和督促辖区具有儿童保健门诊资质的镇级医院规范提供儿童保健服务和信息上报，对辖区相关单位0~6岁儿童健康管理服务及家庭医生签约服务等工作进行督导及考核。</p> | <p>1. 产科为本机构内出生的新生儿建立《江苏省母子健康手册(医护版-儿册)》，儿童保健门诊为市外出生未建立手册儿童建册并进行信息登记，补发《江苏省母子健康手册-家长版》。</p> <p>2. 为辖区内0~6岁儿童提供新生儿家庭访视、满月健康管理、婴幼儿健康管理及学龄前儿童健康管理服务，发现异常及时转诊至上级医疗保健机构。</p> <p>3. 开展0~6岁儿童家庭医生签约服务。</p> <p>4. 按《南通市高危儿、体弱儿分类分级管理方案》要求做好高危儿、体弱儿管理。</p> <p>5. 开展儿童眼保健、听力保健、口腔保健服务，重点对弱视、屈光不正、听力障碍、龋齿等疾病进行筛查和转诊。</p> <p>6. 做好信息和服务衔接。掌握辖区内0~6岁儿童基本信息和5岁内儿童生存状况，指导和督促村卫生室做好儿童信息收集。</p> | <p>1. 开展0~6岁儿童健康教育；督促儿童到儿童保健门诊接受健康管理服务。</p> <p>2. 对辖区内新生儿进行访视，访视次数不少于1次。对高危新生儿酌情增加访视次数，必要时转镇级医院访视。督促家长带新生儿接受新生儿听力筛查，如果发现新生儿未接受新生儿疾病筛查，告知家长到具备筛查条件的医疗保健机构补筛。</p> <p>3. 掌握辖区内0~6岁儿童基本信息，做好儿童健康服务以及妇幼卫生服务监测等相关信息的收集和上报工作。</p> | <p><b>市人民医院、中医院：</b></p> <p>1. 为本机构出生的新生儿建立《江苏省母子健康手册(医护版-儿册)》。原则上不提供国家规定的儿童保健系统管理服务，仅按执业登记范围提供相应的儿童常见病防治工作。</p> <p>2. 接受基层医疗机构儿童疾病的转诊治疗，并将诊治情况反馈至转诊机构。</p> <p><b>市妇幼保健所综合门诊部：</b></p> <p>1. 做好服务衔接。接受基层转诊，并将诊治情况反馈给转诊机构。对不能诊治的疾病及时转诊至上一级医疗保健机构，同时做好跟踪随访。</p> <p>2. 按《南通市高危儿、体弱儿分类分级管理方案》要求做好高危儿、体弱儿管理。</p> | <p>7岁以下儿童保健册建册率100%，新生儿访视率≥90%，7岁以下儿童健康管理率≥90%；高危儿登记率、转诊率100%；体弱儿登记率100%，I类体弱儿规范管理率≥95%，II类、III类体弱儿转诊率≥95%。</p> |

| 序号 | 项目类别    | 主要内容   | 任务分解   |  |  |  | 目标任务  |
|----|---------|--|--|--|--|--|---|
|    |         |  | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构   |   |
| 5  | 孕产妇健康管理 | <p>1. 孕早期健康管理。孕13周前为孕妇建立《江苏省母子健康手册(医护版-孕册)》和《江苏省母子健康手册(家长版)》，签订孕产妇家庭医生签约服务协议，进行初次产前检查。</p> <p>2. 孕中期健康管理。孕16~20周、21~24周各一次孕产妇健康状况评估、健康教育和指导，异常孕妇及时转诊和随访。</p> <p>3. 孕晚期健康管理。孕28~36周、37~40周各一次健康教育和指导，对高危孕妇加强随访与管理。</p> <p>4. 产后访视。产妇出院后1周内和产后28天内须对产妇进行2次家庭产后访视及产褥期健康管理。</p> <p>5. 产后42天健康检查。对辖区内正常产妇进行产后42天健康检查，动员异常产妇到原分娩医疗机构检查，对产妇恢复情况进行评估和指导。</p> | <p>1. 做好实时核查辖区村卫生室孕产妇信息。掌握辖区育龄妇女婚育情况，按月做好孕产妇系统管理及新生儿出生登记表，及时回收、完善已结案的《孕产妇保健手册》并整理归档，各类账册齐全，报表数据正确无误。</p> <p>2. 对辖区医院、村卫生室孕产妇健康管理工作进行督导及检查。</p> | <p>1. 孕早期健康管理。孕早期孕妇的初次产前检查由建册机构提供，孕中期、孕晚期孕妇的初次产前检查由有助产技术服务资质医疗保健机构提供，不具备助产技术服务资质医疗保健机构在孕妇建卡后要及时将孕妇转往有助产技术服务资质医疗保健机构，并做好随访。按照孕产妇妊娠风险评估与管理工作方案进行高危孕产妇管理。</p> <p>2. 根据机构助产技术服务资质，提供相应的孕中期和孕晚期健康管理，其中不具备助产技术服务资质的围产保健机构不提供孕产妇健康状况评估，但要做好建册孕产妇的随访、健康教育和指导。</p> <p>3. 负责产后访视(村卫生室无能力承担的)，对异常产妇酌情增加访视次数。</p> <p>4. 为辖区内正常产妇进行产后42天健康检查，督促异常产妇到原分娩医疗机构进行产后42天检查。</p> | <p>1. 掌握辖区内待孕妇女基本信息，与村妇女主任共同配合做好早孕摸底工作，督促已孕妇女孕13周前到辖区有围产保健服务资质的医疗保健机构建卡。</p> <p>2. 开展孕产妇健康教育和指导。</p> <p>3. 对辖区内产妇进行产后访视。收集产妇的《江苏省母子健康手册(医护版-孕册)》交辖区镇卫生计生所保管。</p> <p>4. 掌握辖区内孕产妇基本信息，做好孕产妇及妇幼卫生监测等相关信息的收集和上报工作。</p> | <p><b>市人民医院、市中医院：</b></p> <p>1. 承担孕中期和孕晚期健康管理、孕产妇妊娠风险评估与管理以及产后42天健康检查等服务。不提供建册、产后访视服务，但对孕中晚期建册的孕产妇须进行初次产前检查。</p> <p>2. 做好服务衔接，接受基层转诊，督促未建册的孕产妇到有围产保健服务资质医疗保健机构建册。</p> <p><b>市妇幼保健所综合门诊部：</b></p> <p>承担孕产妇的建册、孕早期孕产妇的初次产前检查和产后42天健康检查等服务，按照工作方案进行高危孕产妇管理，不提供孕中期和孕晚期孕产妇健康状况评估和产后访视服务，但须加强对本机构建册孕产妇的随访、健康教育和指导。</p> | <p>孕产妇建册率100%，孕妇早孕建册率≥90%，孕产妇健康管理率≥90%，产后访视率≥90%，产后42天健康检查率≥85%。孕产妇妊娠风险评估与管理率100%，《江苏省母子健康手册(医护版-孕册)》回收率、孕产妇妊娠风险评估与管理合格率分别≥95%。</p> |

| 序号 | 项目类别      | 主要内容  | 任务分解   |  |   |   | 目标任务  |
|----|-----------|---|--|--|---|---|---|
|    |           |   | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)   | 其他机构  |   |
| 6  | 老年人健康管理   | 为65岁及以上老年人建立健康档案,每年提供1次健康管理服务,内容包括:生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查及健康指导。                                      | 做好辖区医院老年人健康体检服务资质审核,组织业务培训,对老年人健康体检质量进行指导、督查和考核。                                       | 负责责任区域内老年人健康体检工作。制定工作方案;落实相关人员按规范要求开展体检工作,主要包括体格检查;辅助检查部分:血常规、肝肾功能、血脂、心电图、B超检查;健康状况评估及健康指导。落实人员做好体检质量控制。                                     | 按照辖区卫生院(医院)健康体检工作的统一安排,负责体检对象的调查摸底、通知、结果反馈和信息录入,可承担体检工作中的一般检查项目,如一般状况、生活方式等。  | 市人民医院、市中医院、市第三人民医院、市皮肤病医院等承担65岁以上企业退休职工体检的单位,按照项目管理规定的项目进行健康体检,体检表一式两份,一份交人社部门,另一份交所在区镇卫生计生所。 | 65岁及以上老年人健康管理率≥70%;健康体检表完整率达100%。                         |
| 7  | 慢性病患者健康管理 | 对高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。对确诊的高血压、2型糖尿病患者进行登记管理。高血压和2型糖尿病患者每年按照国家基本公共卫生服务规范要求规范管理,包括随访评估、分类干预和健康体检等。 | 制订区镇慢病年度工作计划和考评办法。组织辖区慢性病防治培训、宣教、督导、考核以及信息数据的收集、复核与上报;各级督导问题的整改落实。牵头负责辖区慢性病综合防控示范建设工作。 | 落实35岁及以上人群就诊测血压制度;开展高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群筛查与健康指导;及时上报各类慢病报表;按要求做好慢性病综合防控示范建设工作;做好辖区内慢性病人健康管理临床诊疗的业务培训与指导;协助做好2型糖尿病患者空腹血糖检测工作。创新开展国家及省级慢病筛查及干预项目。 | 落实35岁及以上人群就诊测血压制度;开展高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群筛查与指导;对确诊患者及时建档并纳入管理;做好慢病患者档案转归;规范开展高血压和2型糖尿病患者健康管理服务;及时上报各类慢病报表。协助医疗机构开展国家及省级慢病筛查及干预项目。 | 市级医疗机构落实35岁及以上人群就诊测血压制度;及时登记、反馈慢病患者信息;规范开展慢性病综合防控示范建设工作。指导、培训基层医疗卫生机构家庭医生健康管理团队开展慢性病人健康管理。    | 35岁及以上人群就诊测血压率≥95%;高血压、2型糖尿病患者规范管理率≥60%,管理患者血压、血糖控制率≥40%。 |



| 序号 | 项目类别       | 主要内容  | 任务分解   |                              |   |   | 目标任务  |
|----|------------|---|--|------------------------------|---|---|---|
|    |            |   | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)        | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)   | 其他机构  |   |
| 8  | 严重精神障碍患者管理 | 对辖区内诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者进行基本信息登记；对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访4次，按病情分类进行随访（稳定患者3个月随访1次，基本稳定患者1个月随1次，不稳定患者14天随访1次。）根据患者的危险性评估分级、精神症状评估、社会功能状况、自知力判断以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病等情况，对患者进行病情判断和干预。对患者及家属进行健康教育和生活技能训练等方面的康复指导。随访完成后及时填写随访信息表或失访（死亡）登记表；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次健康检查。 | 对辖区内诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者进行基本信息登记。配合专业医疗机构做好健康体检工作。 | 协助市级专业医疗机构做好健康体检、随访、定诊等精防工作。 | 对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访4次。按病情分类进行随访（病情稳定患者3个月随访1次，基本稳定患者1个月随1次，不稳定患者14天随访1次）。协助做好年度健康体检的通知、应急处置等工作。 | <b>市第三人民医院：</b> 提供门诊诊疗、排查定诊、患者应急状况处置、发病报告和患者慢性住院治疗服务。根据知情同意（地方立法规定的除外）原则，向市精防办、区镇卫生计生所提供出院的严重精神障碍患者情况。按省市严重精神障碍管理治疗网络化管理工作要求，建立管理治疗组，分片组织对乡镇（中心）卫生院上报的疑似患者进行诊断或诊断复核；定期派员到基层检查居家患者管理服务质量、随访疑难患者，调整药物治疗方案，进行健康咨询、康复指导和体检。 | 严重精神障碍患者规范管理率≥80%，面访率≥80%，在管患者服药率≥70%、规律服药率≥50%，在管精神分裂症患者服药率≥80%、规律服药率≥60%。 |

| 序号 | 项目类别      | 主要内容   | 任务分解  |  |  |   | 目标任务  |
|----|-----------|--|---|--|--|---|---|
|    |           |  | 区镇卫生计生所   | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构  |   |
| 9  | 肺结核患者健康管理 | <p>1. 筛查及推介转诊。</p> <p>2. 第一次入户随访。</p> <p>3. 督导服药和随访管理。</p> <p>4. 结案评估。</p> | <p>1. 按照市级下达工作指标,及时分解落实本辖区结核病患者转诊、发现及患者管理等任务。</p> <p>2. 健全结核病登记、报告和转诊制度及工作流程。协助县(市)级疾控机构开展病人追踪,追踪率达到95%,辖区疑似肺结核总体到位率达到95%。</p> <p>3. 对病原学阳性肺结核患者进行全程督导,对病原学阴性肺结核患者进行强化期督导治疗,提升督导规范性、真实性,成功治疗率达到90%。</p> <p>4. 加强辖区医疗卫生机构结核病项目督导,规范学校结核病监测,警惕和防控突发疫情。</p> <p>5. 加强全民结核病防治健康促进行动,力争公众结核病防治核心知识知晓率达到85%以上。</p> | <p>1. 完成上级下达的新发结核病发现任务。规范落实肺结核可疑症状者的初筛检查,强化疑似肺结核转诊质量考核,不断提升肺结核发现水平。</p> <p>2. 糖尿病患者、65岁及以上老年人群、病原学阳性密切接触者等重点人群结核病症状筛查率≥90%,有症状者的X线影像筛查比例均达95%以上。</p> <p>3. 65岁以上老年人健康体检X线影像筛查发现活动性肺结核人数大于筛查人数0.3%。</p> | <p>1. 负责开展肺结核可疑症状者的推介,达辖区内常住人口的2~3%。</p> <p>2. 开展65岁及以上老年人、糖尿病高危人群、病原学阳性密切接触者等肺结核病症状筛查工作,上述人群结核病症状筛查率≥90%,有症状者转诊X线影像筛查比例≥95%。</p> <p>3. 对每个肺结核患者按三版《规范》及操作路径全疗程开展第一次入户随访、治疗督导月随访、结案评估。落实家庭医生签约服务。对家庭督导肺结核患者至少每10天随访1次,访视率100%。</p> | <p><b>市人民医院:</b></p> <p>完成上级下达的疑似肺结核转诊,新发结核病(含耐药肺结核)发现任务,落实肺结核规范治疗,肺结核病人享受减免检查率100%,初治肺结核病人接受免费抗结核药品治疗率≥90%。上一年登记肺结核病人规则治疗≥90%,成功治疗率≥90%。落实结核病痰检、实验室分子诊断(GeneXpert)检查和细菌培养,初诊患者查痰率≥90%,新登记活动性肺结核病原学阳性率≥50%。高危人群耐药筛查率≥95%。参与学校结核病疫情处置。</p> <p><b>市中医院、市第三人民医院、市皮肤病医院:</b></p> <p>完成上级下达的疑似肺结核转诊,新发结核病发现任务。及时将疑似患者转诊至海安市人民医院结核病门诊确诊。各市直医院结合65岁以上及企业退休职工体检,开展结核病筛查,X线影像筛查发现活动性肺结核人数大于筛查人数0.3%。</p> | <p>肺结核或疑似肺结核患者转诊率及传染病报告率100%,总体到位率达到95%;</p> <p>对家庭督导肺结核患者至少每10天访视1次,对每个肺结核患者全程至少访视4次,结核病胸膜炎患者按照病原学阴性肺结核管理。及时落实结案评估;</p> <p>肺结核患者规范管理率≥90%,规则服药率≥90%。</p> |

| 序号 | 项目类别              | 主要内容  | 任务分解   |   |   |  | 目标任务   |
|----|-------------------|---|--|---|---|--|--|
|    |                   |   | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)   | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)   | 其他机构   |  |
| 10 | 中医药健康管理           | 对辖区内 65 岁及以上常住居民，每年提供 1 次中医药健康管理服务。<br>对辖区内居住的 0~36 个月儿童，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。  | 对辖区医院、村卫生室中医药健康管理工作进行督导及检查。  | 1. 对辖区内 65 岁及以上常住居民，每年提供 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。<br>2. 在对 0~36 个月儿童提供常规健康管理服务时，于儿童 6、12、18、24、30、36 月龄对儿童家长进行儿童中医药健康指导：提供儿童中医饮食调养、起居活动指导；按照技术规范，在相应月龄传授按摩、捏脊、按揉穴位等方法；对开展中医药健康管理人员进行培训。 | 对辖区内 65 岁及以上常住居民，每年提供 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。                                | <b>市妇幼保健所综合门诊部：</b><br>在对 0~36 个月儿童提供常规健康管理服务时，于儿童 6、12、18、24、30、36 月龄对儿童家长进行儿童中医药健康指导：提供儿童中医饮食调养、起居活动指导；按照技术规范，在相应月龄传授按摩、捏脊、按揉穴位等方法。<br><b>市中医院：</b><br>为基层中医药健康管理提供技术支撑。 | 老年人中医药健康管理率 ≥ 65%；<br>0~36 个月儿童中医药健康管理服务率 ≥ 65%。 |
| 11 | 传染病及突发公共卫生事件报告和处置 | 建立健全传染病报告和突发公共卫生事件报告制度；法定报告传染病无漏报；能够协助专业机构开展疫点处理，排查密切接触者，留观随访，指导病家落实消毒等防控措施。<br>开展血吸虫病、艾滋病等重点传染病防治的健康知识宣传及咨询服务。<br>协助对辖区内的非住院艾滋病病人、疟疾病人进行规范化治疗管理。 | 对辖区医院、村卫生室传染病管理工作进行督导及检查。<br>能够协助疾控机构开展疫点处理，排查密切接触者，留观随访，指导病家落实消毒等防控措施。<br>开展血吸虫病、艾滋病等重点传染病防治的健康知识宣传及咨询服务。<br>协助对辖区内的非住院艾滋病病人、疟疾病人进行规范化治疗管理。 | 明确院内传染病疫情管理员和信息报告员，协助开展突发事件应急处置；开展传染病及突发公共卫生事件法律法规及防治知识培训，建立传染病报告和突发公共卫生事件报告制度；传染病和突发公共卫生事件无漏报。   | 建立健全传染病报告和突发公共卫生事件报告制度；传染病和突发公共卫生事件无漏报。<br>能够协助疾控机构开展疫点处理，排查密切接触者，留观随访，指导病家落实消毒等防控措施。 | <b>市人民医院、市中医院、市第三人民医院及市皮肤病医院：</b><br>明确院内传染病疫情管理员和信息报告员，协助开展突发事件应急处置；开展传染病及突发公共卫生事件法律法规及防治知识培训，建立传染病报告和突发公共卫生事件报告制度。传染病和突发公共卫生事件无漏报。                                       | 传染病和突发公共卫生事件报告率、及时报告率 100%。                      |

| 序号 | 项目类别     | 主要内容   | 任务分解   |   |  |      | 目标任务                      |
|----|----------|--|--|---|--|------|---------------------------|
|    |          |  | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)   | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构 |                           |
| 12 | 卫生计生监督协管 | <p>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、职业卫生、非法行医和非法采供血信息报告、计划生育相关信息报告。</p> | <p>1. 建立健全卫生计生监督协管服务有关工作制度，配备专职人员负责卫生计生监督协管服务工作，明确责任分工。</p> <p>2. 负责辖区乡镇（中心）卫生院、村卫生室卫生计生监督协管服务质量的日常指导和考核。</p> <p>3. 掌握辖区内食源性疾病预防、生活饮用水、学校卫生、医疗机构、非法行医、非法采供血、计划生育等单位或个人的基本情况，建立底册、管理档案和非法行医“黑名单”。</p> <p>4. 负责辖区饮用水卫生安全巡查、学校卫生服务、计划生育工作巡查，对辖区内医疗机构、药品零售企业非法行医、非法采供血开展巡查和信息报告，对辖区内用人单位开展职业卫生巡查、协查和信息报告。</p> <p>5. 在市卫生监督所指导下，负责对辖区内卫生计生监督协管人员进行业务培训，每季度要对辖区内卫生计生监督协管工作人员进行一次卫生计生法律法规和卫生知识培训，提高卫生计生监督协管能力。</p> <p>6. 负责收集、汇总辖区内卫生计生监督协管信息，对相关信息进行复核并及时上报。</p> <p>7. 接到辖区内相关案件的投诉、举报，经调查核实后，及时报告，协助开展相关卫生计生监督执法工作。</p> <p>8. 做好市卫生健康委、市卫生监督所交办的其他工作。</p> | <p><b>乡镇(中心)卫生院：</b></p> <p>1. 建立健全卫生计生监督协管服务有关工作制度，明确1~2名卫生计生监督协管员。</p> <p>2. 掌握辖区内食源性疾病预防，村卫生室及其医务人员存在非法行医、非法采供血的基本情况，建立底册、管理档案和非法行医“黑名单”。</p> <p>3. 发现食源性疾病预防信息及时上报。</p> <p>4. 定期对辖区内村卫生室及其医务人员非法行医、非法采供血开展巡查、并及时上报相关信息，协助辖区卫生计生所开展用人单位职业卫生巡查。</p> <p>5. 接到辖区内相关案件的投诉、举报，经调查核实后，及时报告，协助开展相关卫生计生监督执法工作。</p> <p>6. 做好市卫生健康委、市卫生监督所、区镇卫生计生所交办的其他工作。</p> <p><b>乡镇民营医院：</b></p> <p>在日常诊疗活动中发现食源性疾病预防和非法行医、非法采供血等线索及时向辖区卫生计生所报告。</p> | <p>1. 建立健全卫生计生监督协管服务有关工作制度，配备专(兼)职人员负责卫生计生监督协管服务工作，明确责任分工。</p> <p>2. 掌握辖区内食源性疾病预防、非法行医等单位或个人的基本情况，建立底册、管理档案和非法行医“黑名单”。</p> <p>3. 发现食源性疾病预防信息及时上报。</p> <p>4. 定期对辖区区域内的非法行医、非法采供血开展巡查，并及时上报相关信息，协助辖区卫生计生所开展用人单位职业卫生巡查。</p> <p>5. 接到辖区内相关案件的投诉、举报，经调查核实后，及时报告，协助开展相关卫生计生监督执法工作。</p> <p>6. 做好市卫生健康委、市卫生监督所、区镇卫生计生所交办的其他工作。</p> |      | <p>卫生计生监督协管信息报告率100%。</p> |

| 序号                   | 项目类别                                     | 主要内容   | 任务分解   |  |  |  | 目标任务  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|---|
|                      |  |  | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构   |   |
| <b>新划入基本公共卫生服务项目</b> |  |  |  |  |  |  |   |
| 1                    | 农村<br>妇女<br>“两<br>癌”<br>检<br>查<br>项<br>目 | 对 35~64 岁农村妇女进行免费宫颈癌和乳腺癌检查,普及“两癌”防治知识,提高“两癌”早诊率,逐步降低“两癌”死亡率。 | 协助做好“两癌”检查项目的组织发动、督导和异常/可疑病例追踪随访工作,包括以下工作:<br>1. 对辖区内符合检查条件的农村妇女进行摸底调查,建立个案登记。<br>2. 开展农村妇女“两癌”检查相关项目政策和妇女健康知识宣传,签署“自愿免费检查知情同意书”。<br>3. 有计划、有组织地安排受检对象到指定卫生机构接受“两癌”检查。<br>4. 对辖区医院“两癌”检查工作督导。<br>5. 异常/可疑病例追踪随访,督促指导进一步检查、诊断,对已明确诊断者,督促指导接受治疗。 | 1. 按“两癌”检查流程合理设置检查室,根据要求配备相应的仪器设备。<br>2. 做好检查前宣教指导,进行“两癌”防治知识问卷调查,按照项目实施方案和检查工作分工,采集病史、收集临床检查及辅助检查结果,提出医学建议,进行分类指导。<br>3. 对筛查发现异常/可疑者,应当进行追踪随访,并提出进一步检查、诊断或转诊的建议,对筛查发现疾病并已明确诊断者,提出治疗或转诊的建议。<br>4. 在转诊时应当提供转诊对象的基本信息及相关检查资料,填写转诊单。<br>5. 初筛机构获得初筛异常/可疑结果后,应当在 5 个工作日内通知检查对象,督促异常/可疑病例进一步检查及治疗,并在 3 个月内对其进行追踪随访。<br>6. 每月定期进行“两癌”检查项目进展信息上报。 | 协助做好“两癌”检查项目的组织发动和异常/可疑病例追踪随访工作,包括以下工作:<br>1. 对辖区内符合检查条件的农村妇女进行摸底调查,建立个案登记。<br>2. 开展农村妇女“两癌”检查相关项目政策和妇女健康知识宣传,签署“自愿免费检查知情同意书”。<br>3. 有计划、有组织地安排受检对象到指定卫生机构接受“两癌”检查。<br>4. 异常/可疑病例追踪随访,督促指导进一步检查、诊断,对已明确诊断者,督促指导接受治疗。 | <b>市妇幼计生中心:</b><br>1 按照项目要求,制定辖区内宫颈癌、乳腺癌的工作计划和检查流程。<br>2. 负责项目相关信息的收集、汇总、分析和上报。<br>3. 督促做好需确诊人员的转诊和接诊单位诊疗信息反馈。<br><b>市妇幼保健所综合门诊部:</b><br>提供乳腺钼靶检查及“两癌”检查相关的健康教育、咨询和技术服务。 | 2020 年完成 3.9 万人检查任务数,覆盖率达 70%。宫颈癌早诊率达 90% 以上,乳腺癌早诊率达 60% 以上,异常/可疑病例随访管理率达 95% 以上。 |

| 序号 | 项目类别     | 主要内容   | 任务分解  |   |   |   | 目标任务  |
|----|----------|--|---|---|---|---|---|
|    |          |  | 区镇卫生计生所   | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)   | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)   | 其他机构  |   |
| 2  | 基本避孕服务项目 | 按照规范要求,实施免费基本避孕药具计划管理、仓储调拨、发放服务、质量管理、宣传教育等;为辖区内常住育龄夫妻免费提供基本避孕手术服务。 | 1. 编报年度镇级基本避孕药具需求计划;负责辖区免费基本避孕药具的管理、调拨,承担药具的信息统计、人员培训等工作。<br>2. 对辖区医院、村卫生室免费基本避孕药具工作进行督导及检查。<br>3. 广泛宣传基本避孕药具免费发放政策、渠道和避孕节育、生殖健康知识,根据需要在适当场所设置发放点或自助发放机。<br>4. 定期对本辖区协议医疗卫生机构免费实施基本避孕手术工作进行督导和检查。 | 1. 乡镇(中心)卫生院承担辖区内基本避孕药具存储、质量管理、自助发放机管理等工作。<br>2. 向目标人群提供基本避孕药具宣传、咨询、发放和提供基本口服避孕药和注射避孕针之前的初诊排查、定期随访等;人流(药流)、因症取器后的避孕措施落实。<br>3. 协议医疗卫生机构按规范要求免费提供基本避孕手术服务。服务包括实施基本避孕手术及手术常规规定的各项医学检查,放置宫内节育器术后随访,因症取出宫内节育器不良事件上报,信息录入和上报报表等。 | 1. 承担基本避孕药具的储存、质量管理;领用药具人员信息采集、系统录入。<br>2. 向目标人群提供基本避孕药具宣传、咨询、发放、随访服务。<br>3. 做好需求信息上报等工作。 | <b>市妇幼计生中心:</b><br>负责全市免费基本避孕药具需求计划的编制、存储和调拨、质量管理及免费实施基本避孕手术项目的业务培训和督查指导。<br><b>市人民医院、市中医院、市第三人民医院、市妇幼保健所综合门诊部:</b><br>1. 承担自助发放机避孕药具的发放与管理等工作。<br>2. 向目标人群提供基本避孕药具宣传、咨询、发放;人流(药流)、因症取器后的避孕措施落实。<br>3. 妇幼保健所综合门诊部按规范要求免费提供基本避孕手术服务。服务内容包括实施基本避孕手术及手术常规规定的各项医学检查,放置宫内节育器术后随访,因症取出宫内节育器不良事件上报,信息录入和上报报表等。 | 区域基本避孕药具发放机构占≥90%;<br>已婚育龄夫妇免费避孕药具获得率≥40%;<br>分品种发放个案领取率≥50%。<br>全市区域基本避孕手术服务率达省、市要求。 |

| 序号 | 项目类别           | 主要内容   | 任务分解   |  |  |   | 目标任务  |
|----|----------------|--|--|--|--|---|---|
|    |                |  | 区镇卫生计生所  | 乡镇(中心)卫生院<br>(乡镇民营医院)  | 村卫生室<br>(社区卫生服务站)  | 其他机构  |   |
| 3  | 增补叶酸预防神经管缺陷项目  | 1. 为全市准备怀孕的农村生育妇女在孕前3个月至孕早期3个月免费增补叶酸, 并开展叶酸补服督导、随访和登记。<br>2. 以预防神经管缺陷为重点, 广泛开展宣传教育, 提高目标人群相关知识知晓率和叶酸服用率。 | 1. 负责本辖区项目培训工作, 定期对项目工作进行督导、质控和考核, 发现问题及时督促整改。<br>2. 按要求上报叶酸需求量, 负责到市妇幼计生中心领取叶酸并集中存放到乡镇(中心)卫生院药房(库), 指导各村卫生室(社区卫生服务站)按需求量领取叶酸。每月将妇计中心下发的婚孕检名单分村下发; 指导村卫生室(社区卫生服务站)及时掌握目标人群, 科学发放叶酸, 及时随访。做好本辖区高危待孕妇女叶酸的发放和随访工作。<br>3. 规范记录各类台账资料, 做好信息收集报送工作, 按时收集本区镇叶酸发放数和随访数, 定期上报增补叶酸项目报表, 确保上报数和登记数完全一致。 | 1. 负责叶酸保管和存放, 及时准确填写验收记录和出入库登记。<br>2. 根据各区镇卫生计生所签发的叶酸领取清单做好村卫生室(社区卫生服务站)的叶酸分发工作, 以及按卫生计生所人员的处方为高危待孕妇女发放叶酸。 | 1. 村卫生室(社区卫生服务站)妇幼人员建立婚育台帐, 确定发放对象, 通知其领取叶酸片, 签订知情同意书, 进行健康教育, 并登记时间、用量等叶酸领取情况。村医按每人每天0.4毫克剂量发放叶酸片, 保证孕前3个月至孕早期3个月服用量, 每次最多发放3个月的用量。<br>2. 村医对领取叶酸的妇女每月至少随访一次, 督促妇女按时服用, 登记叶酸服用情况。 | 围产保健机构对前来就诊的叶酸服用目标人群做好宣教工作, 告知叶酸服用的必要性和免费领取叶酸的途径。   | 目标人群叶酸服用率达到90%以上。   |
| 4  | 国家免费孕前优生健康检查项目 | 为辖区内符合生育政策并准备怀孕的夫妇提供免费孕前优生健康检查服务。  |  |  | 协助开展健康教育、宣传动员等工作。  | <b>市妇幼计生中心:</b><br>负责本项目的业务培训和督查指导。<br><b>市妇幼保健所综合门诊部:</b><br>提供免费孕前优生检查服务, 包括优生健康教育、病史询问、体格检查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导、报表审核汇总和上报等。<br><b>区镇计生办:</b><br>配合开展宣传动员、健康教育、早孕随访和妊娠结局随访和填报报表等相关工作, 村级计生专干协助开展健康教育、宣传动员等工作。 | 计划怀孕夫妇优生科学知识知晓率达到90%以上;<br>计划怀孕夫妇参加免费孕前优生健康检查的主动性和自觉性不断增强, 目标人群覆盖率达到90%以上;<br>出生缺陷发生风险逐步降低, 出生人口素质逐步提高。 |

说明: 1. 未纳入此表中的其他新划入基本公共卫生服务项目, 按各项目管理责任主体的规定执行;  
2. 乡镇民营医院按市卫生健康委的相关规定, 由乡镇(中心)卫生院通过购买服务方式, 承担相关基本公共卫生服务;  
3. 本表中的村卫生室包含社区卫生服务站。

## 附件 2:

## 海安市基本公共卫生服务项目条线责任分解表

| 责任科室                 | 原 12 类项目   | 新划入 19 项工作  |
|----------------------|--|---|
| 疾控科<br>(爱卫科)         | 1. 健康教育<br>2. 预防接种<br>3. 老年人健康管理<br>4. 高血压患者、2 型糖尿病患者健康管理<br>5. 严重精神障碍患者管理<br>6. 结核病患者健康管理<br>7. 传染病及突发公共卫生事件报告和处理 | 1. 地方病防治<br>2. 职业病防治<br>3. 重大疾病与健康危害因素监测<br>4. 人禽流感、SARS 防控<br>5. 鼠疫防治<br>6. 国家卫生应急队伍运维保障管理<br>7. 地中海贫血防控<br>8. 食品安全标准跟踪评价<br>9. 健康素养促进 |
| 基层卫生与<br>妇幼健康科       | 8. 居民健康档案管理<br>9. 0~6 岁儿童健康管理<br>10. 孕产妇健康管理   | 10. 农村妇女“两癌”检查<br>11. 基本避孕服务<br>12. 贫困地区儿童营养改善<br>13. 贫困地区新生儿疾病筛查<br>14. 增补叶酸预防神经管缺陷<br>15. 国家免费孕前优生健康检查                                |
| 综合监督与<br>法规科         | 11. 卫生计生监督协管   | 16. 国家随机监督抽查  |
| 医政医管科                | 12. 中医药健康管理  |   |
| 宣传教育科<br>(老龄健康<br>科) |  | 17. 老年健康与医养结合<br>18. 人口监测   |
| 财务科<br>(市财务核<br>算中心) |  | 19. 卫生健康项目监督管理  |

说明：宣传教育科扎口负责老年健康与医养结合项目实施，其中与医疗相关的工作，由医政医管科协助完成。