

世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目
第十次联合督导研讨会

基本公共卫生服务提供和管理
经验交流材料

卫生部项目资金监管服务中心
二〇一三年十一月

前 言

基本公共卫生提供是世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目（简称“卫十一项目”）的重点领域之一。通过几年的项目创新试点探索，卫十一项目地区在基本公共卫生服务提供和绩效考核、健康村创建、针对性的健康教育和健康促进方法、慢性病综合管理等方面取得了较为显著的效果，形成了一批创新经验和做法，其中的许多经验已经各类媒体报道，并在部分非项目地区进行了推广。

在基本公共卫生服务实施过程中，各项目县针对基本公共卫生服务人均经费不断增加和服务项目不断扩大的现况，结合卫十一项目前期开发的《基本公共卫生服务管理和实施操作指南》，不断完善基本公共卫生绩效考核方案，积极探索服务提供的方式和途径，将基本公共卫生服务的效果指标作为绩效考核的重要内容，有力地促进了基本公共卫生服务的均等化。

围绕卫十一项目前期研究制订的《健康村评价指标》、《健康村试点建设手册》和《健康村建设指南》，各项目地区根据《国家基本公共卫生服务规范》中健康教育和健康促进的基本要求，结合当地的实际情况，开展了形式多样的“健康村”创建方式，探索了因地制宜的健康教育和健康促进模式，显著提高了农村居民健康知识的知晓率和健康行为的形成率。

针对农村地区普遍存在的高血压、糖尿病等慢性病防治工作中的预防、治疗和管理相脱节的情况，项目地区积极探索了高血压、糖尿病等慢性病的跨领域合作机制，并在重性精神病的预防、发现、管理和随访等方面进行了有益的探索。

在各项目省县项目办、省县级专家的支持下，在中央项目专家组特别是公共卫生领域专家组的大量技术帮助下，我们汇编了本经验交流材料。由于篇幅所限，本经验交流材料仅收编了项目地区实践经验的一部分，更多的项目经验已在各省的经验汇编中有所展示。由于我们的能力和时间有限，本经验交流材料肯定有许多不妥之外，恳请各位领导、专家批评指正，为完善和推广项目地区的经验提出意见和建议。

目 录

一、会议报告	1
1. 探索基本公共卫生服务经费支付方式 提升基本公共卫生服务均等化水平（黔江） ..	1
2. 创新思路 规范管理 推进国家基本公共卫生服务均等化实施（息县）	7
3. 把握卫生重点 提升健康素养 大力推进“健康村”建设（大通）	11
4. 政府主导 部门联动 总结推广健康村创建新机制（海门）	17
5. 强化四项机制 推进“六个三”工程（武乡）	22
6. 用爱心钥匙打开精神枷锁 让精神病人生活在春天里（甘谷）	26
7. 抓住重点 突破难点 创新重性精神疾病管理机制（眉县）	31
8. 多方参与 分级管理 提高慢病管理水平（甘南）	36
二、会议全文交流	40
9. “计工分”精细化管理乡村医生公共卫生服务（荣昌）	40
10. 探索绩效管理 建立长效机制 强化城乡基本公共卫生服务绩效考核（九龙坡） ...	44
11. 合同购买 规范管理 绩效支付（清丰）	49
12. 抓规范 抓创新 抓落实 全面做好公共卫生服务绩效考核工作（宜阳）	53
13. 依托信息化管理平台 不断优化基本公共卫生服务绩效考核机制（姜堰）	57
14. 以绩效为基础的基本公共卫生服务支付改革探索（乐都）	62
15. 实施“预算化”绩效考核制度、推行“两级三员”“六制”“一册”服务模式，落 实基本公共卫生均等化服务（皋兰）	67
16. 多措并举 促进公共卫生服务均等化（汉滨）	71
17. 湟源县健康村创建工作汇报材料（湟源）	75
18. 把握卫生重点 提升健康水平 大力推进特色型“健康村”创建（泽州）	80
19. 走“政府规划、项目引导、部门协作、社会参与、乡村联动、村民共建”的健康村 创建之路（康乐）	83
20. “小学生-家庭主妇-家庭-社区”为主的农村健康促进模式探索（静宁）	88
21. 多部门联合 全社会参与 建立重性精神病“四位一体”新机制（林甸）	92
22. 多方协同 多维干预 探索建立跨领域高血压综合防治新模式（九龙坡）	96
23. 发挥家庭主妇作用 提高高血压防治水平（荣昌）	100
24. 开展跨领域协作，提高慢性病防治水平（溧阳）	104
25. 推行个性化健康管理 整体提高慢性病防控工作效果（丹阳）	108
三、会议摘要交流	112

26. 依托信息化手段 促进基本公共卫生服务绩效考核（永川）	112
27. 互助县公共卫生服务管理情况交流材料	114
28. 以绩效管理推动公共卫生补助经费支付方式改革（静宁）	116
29. 建机制、强措施、促效能、实现公共卫生服务均等化（康乐）	118
30. 创新绩效考核机制 提高基本公共卫生项目管理水平（眉县）	120
31. 部门齐发力 共创健康村（梁平）	122
32. 创建健康新村 优化人居环境（旬邑）	124
33. 以“五项重点活动”为基础 完善“健康村”创建活动（林甸）	126
34. 着眼大健康 形成大格局 努力建设促进百姓健康的幸福美好家园（九龙坡）	128
35. 小手牵大手，健康跟着走——武陟县创新健康教育活动形式显成效（武陟）	130
36. 引导健康生活方式 激发健康正能量（康乐）	132
37. 五项管理机制结合 四位一体补偿资助 探索重性精神疾病 管理补偿救助合作新机制（武乡）	133
38. 以俱乐部形式推进 2 型糖尿病规范化管理 用科学流程探索慢病补偿与防治新模式（武乡）	135
39. 政府主导 部门协作 资源共享 夯实健康基石（太谷）	137
40. 高血压防治 2 + 2 综合干预模式（静宁）	139
41. 多措并举 慢病综合防治的做法和体会（林口）	141

探索基本公共卫生服务经费支付方式 提升基本公共卫生服务均等化水平——公共卫生服务经费差异化支付方式

重庆市黔江区卫十一项目办

由于地理、交通、人口密度等因素的影响，机构间同一基本公共卫生服务项目单位成本存在不均等性，导致部分居民特别是偏远山区的居民在享受基本公共卫生服务的数量和服务质量上存在差别，从而影响了基本公共卫生服务均等化目标的实现。黔江区从 2009 年起，利用卫十一项目平台进行了基本公共卫生服务经费差异化支付的探索，基本形成了具有自身特色的基本公共卫生服务经费差异化支付模式。

一、基本做法

（一）合理确定差异化支付的相对系数

为使各基层机构在保证服务质量的前提下，让居民相对均衡地享有基本公共卫生服务，我区对交通状况、人口密度、服务数量三个影响均等化的主要因素进行系数的确定，根据每个乡镇各种因素的具体差异，计算出各乡镇的相对系数，作为其公共卫生服务经费差异化支付的主要依据。

1. 相对系数比的确定

根据交通状况、人口密度和服务对象三个因素对完成基本公共卫生服务的影响程度，我们将交通状况、人口密度、服务对象的相对系数比分别设为 30%、30%、40%，各项因素的相对系数比乘以各项因素的相对系数之总和，是各乡镇的实际差异化系数。公式如下：

乡镇总的差异系数=交通系数*交通系数比+人口密度系数*人口密度系数比+服务对象系数*服务对象系数比

2. 相对系数的计算

交通系数的计算：由于各乡镇不通车的村民小组所占比例不同，我们以全区村民小组平均不通车率 0.25 为基数，平均系数设为 1。各乡镇的不通车率减去全区基数，再与平均系数相加，就是各乡镇相对系数。计算公式如下：

某乡镇交通系数=（该乡镇不通车率-全区平均不通车率）+1

人口密度系数的计算：人口密度对公共卫生工作的影响呈反比，密度越大工作难度小，系数越小。全区人口 54 万人，面积为 2402 平方公里，我们将全区平均人口密度每平方公里 225 人为基数，平均系数定为 1。各乡镇人口密度每增减 50 人/平方公里，则系数相差 0.1。计算公式如下：

某乡镇人口密度系数=[（全区平均人口密度-该乡的人口密度）*0.1/50+1]

服务对象系数：服务对象系数主要是根据各乡镇实行公共卫生服务券的服务对象数量确定，服务对象越多系数越大。每项工作年初预算的服务总数量/全区从事该项工作的单位数=全区的平均服务数量，服务总量主要是按照该项工作上年的工作总量来确定。设定一个工作量作为平衡各项的系数。如全区上年活产数为 6100 人，服务的乡镇为 30 个单位，每个单位平均服务孕产妇 203 人，设系数为 1，每变化 80 人则系数变化 0.1。全区老年人 41000 人，全区 30 个乡镇、街道，每个乡镇、街道平均为 1366 人，则系数为 1，每增加和减少 300 人增减 0.1。其它服务项目计算方法相同。计算公式如下：

某乡镇服务对象系数= { [（该乡镇 X_1 项服务数量-全区 X_1 平均服务数量）*0.1/ L_1 +1]+[（该乡镇 X_2 项服务数量-全区 X_1 平均服务数量）*0.1/ L_2 +1]+... .. +[（该乡镇 X_n 项服务数量-全区 X_n 平均服务数量）*0.1/ L_n +1] } /N

其中：X 是代表具体服务项目名称，L 是该服务项目变化量，N 是该乡镇开展的服务项目数。

由于在实际中影响均等化的三个因素是在不断的变化，因此差异化相对系数会随着交通情况、人口密度和各项服务量的改变而不断改变，使差异化支付管理形成了动态化，更加确保了在公平性的前提下实现均等化目标。

（二）测算服务数量和经费

在预算中做到三个结合：结合乡村两级公共卫生服务工作的职能和职责；结合国家基本公共卫生服务十大类 41 个小项的服务成本、上年的服务总量，计算出每个乡镇的各类公共卫生工作数量；结合重庆市收费标准和经费总量，初步预算出每个乡镇基本公共卫生服务应得经费。

（三）明确差异性支付方式

按照“服务券+合同购买”的方式进行，其中免疫规划、孕产妇管理、儿童管理、慢性病体检、老年人体检实行服务券支付；居民健康档案、健康教育、传染病管理、重性精神病人管理、卫生协管实行合同购买。

（四）差异系数与乡镇基本公共卫生服务考核相结合，形成完整的差异化支付机制

加强督导与监测，区卫生局每半年督导 1 次区专业公共卫生机构，区专业公

公共卫生机构每季度督导 1 次乡镇卫生院，乡镇卫生院每月督导 1 次村卫生室。督导的内容围绕基本公共卫生服务服务数量和服务质量、服务满意度三个维度进行综合考核。

（五）基本公共卫生服务经费的支付

将差异系数与乡镇基本公共卫生服务考核相结合，形成完整的差异化支付机制。乡镇的公共卫生经费支付按照服务券的数量和合同购买数量的完成情况，结合每季度督导结果和满意度考评，90 分及以上设为 1，每降低 2%扣总经费的 2%。

如 A 乡镇经费的拨付=A 乡镇的工作量（服务券+会同购买）所得经费）*考核系数（%）*A 乡镇差异化系数。

二、主要效果

（一）提高了工作质量和经费的使用效益

城乡居民基本上享有公平的基本公共卫生服务，主要公共卫生指标不断改善，人们健康水平得到不断提高。2012 年与 2010 年相比，孕产妇死亡率从 16.07/10 万下降到 15.79/10 万，下降了 1.77%，婴儿死亡率从 10.49‰下降到 7.4‰，下降了 41.76%；住院分娩率从 91.4%上升到 97.99%，上升了 7.2%，传染病报告发病率从 353.36/10 万下降到 323.77/10 万，下降了 9.1%，预防接种率稳定在 98.5%以上，全区实现了“三无”：无脊髓灰质炎病例、无麻疹死亡病例、无新生儿破伤风病例。

（二）基层医疗机构的积极性得到发挥

公共卫生经费差异化支付对于提高乡镇卫生院的积极性起到一个杠杆调节作用，对于稳定公共卫生人员，特别是边远乡镇公共卫生人员起到促进作用，公共卫生人员工作的主动性、能动性得到释放。2012 与 2010 年相比，工作相对边远的乡镇绩效考核得分从 93.21 分提高到 96.81 分，提高了 3.8%；工作相对容易的乡镇稳定在 97.7 左右；全区平均 95.03%提高到 97.02%，提高了 2.1%。（详情见表 1）

表 1 黔江区绩效考核得分情况比较

内容	单位类别	2010 年	2011 年	2012 年
全区绩效考核得分	全区平均	95.03	97.22	97.02
	差异系数 ≥ 1.08	93.21	97.19	96.81
	差异系数 1.01-1.07	95.11	96.82	96.38
	差异系数 ≤ 1	96.76	97.64	97.87

（三）居民基本享受到公平的公共卫生服务

由于公共卫生人员的积极性和责任性带动，为群众提供公共卫生服务的质量得到保证，一定程度上缩小了城乡差异，实现基本公共卫生服务逐步均等化。高血压管理率 2012 与 2010 年相比，边远地区从 8.36%提供到 42.43%，管理率提高了 4 倍；糖尿病管理率，边远乡镇从 3.43%提高到 31.02%，提高了 8 倍，全区平均从 4.71%提高到 31.02%，提高了 5.6 倍，边远地区的发展速度比全区平均水平高 2.4 倍。（详情见表 2、表 3、表 4）

表 2 黔江区慢性病管理率比较

内容	单位类别	2010 年	2011 年	2012 年
高血压管理率 (%)	全区平均	10.32	24.52	42.5
	差异系数 ≥ 1.08	8.36	26.69	42.43
	差异系数 1.01-1.07	9.03	24.02	42.41
	差异系数 ≤ 1	16.86	23.23	42.66
高血压规范管理率 (%)	全区平均	76.93	85.56	89.85
	差异系数 ≥ 1.08	68.76	78.56	87.77
	差异系数 1.01-1.07	73.06	80.69	88.23
	差异系数 ≤ 1	80.33	88.97	90.58
高血压控制率 (%)	全区平均	48.00	64.06	70.38
	差异系数 ≥ 1.08	37.84	59.81	67.67
	差异系数 1.01-1.07	44.57	61.59	67.54
	差异系数 ≤ 1	53.66	70.87	74.31
糖尿病管理率 (%)	全区平均	4.71	12.77	31.04
	差异系数 ≥ 1.08	3.43	11.88	31.02
	差异系数 1.01-1.07	3.52	11.14	29.63
	差异系数 ≤ 1	6.74	13.05	31.41
糖尿病规范管理率 (%)	全区平均	67.14	77.56	82.24
	差异系数 ≥ 1.08	59.84	74.80	81.79
	差异系数 1.01-1.07	64.22	75.65	80.46
	差异系数 ≤ 1	73.31	79.98	83.55
糖尿病控制率 (%)	全区平均	33.98	66.12	70.91
	差异系数 ≥ 1.08	21.76	60.33	69.08

	差异系数 1.01-1.07	29.95	63.11	68.89
	差异系数 ≤1	42.72	71.62	73.23

表 3 基本公共卫生服务差异化支付覆盖的地区和人口

内容	单位类别	2010 年	2011 年	2012 年
覆盖地区 (个)	全区总乡镇	30	30	30
	差异系数 ≥1.08	10	10	10
	差异系数 1.01-1.07	10	10	10
	差异系数 ≤1	10	10	10
覆盖人群 (万人)	全区常住人口	44	44.5	45
	差异系数 ≥1.08	9.43	9.06	9.63
	差异系数 1.01-1.07	11.35	11.84	11.10
	差异系数 ≤1	23.22	23.6	24.27

表 4 黔江区妇幼保健相关指标比较

内容	单位类别	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
	全区平均	91.05	91.4	97.67	97.99
住院分娩率 (%)	差异系数 ≥1.08	88.02	91.26	96.74	97
	差异系数 1.01-1.07	90.62	91.45	97.75	97.69
	差异系数 ≤1	92.79	91.43	98.04	98.65
孕产妇系统管理率 (%)	全区平均	89.9	93.99	94.65	91.2
	差异系数 ≥1.08	86.26	92.26	95.98	90.87
	差异系数 1.01-1.07	88.99	93.97	94.7	91.01
	差异系数 ≤1	92.22	94.9	91.71	92.07
7 岁以下儿童保健 覆盖率 (%)	全区平均	82.81	91.61	89.86	93.98
	差异系数 ≥1.08	73.65	90.25	90.28	94.2
	差异系数 1.01-1.07	82.78	90.28	90.12	93.51
	差异系数 ≤1	88.32	93.39	89.45	94.21

(四) 提高了居民预防保健意识

服务对象进一步认识了公共卫生服务的价值,转变了公共卫生观念,很多服务对象养成了主动到乡镇卫生院接受服务的习惯,逐渐由过去的被动接受服务转变为了主动要求服务。2012 年与 2010 年相比,健康行为形成率变化情况,边远乡镇从 42.32%提高到 67.51%,提高了 59.5%,全区从 46.87%提高到 65.97%,提高了 40.75%,边远乡镇的提升速度高于全区平均水平。(详情见表 5)

表 5 黔江区健康教育相关指标比较

内容	单位类别	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
	全区平均	50.37	61.22	63.58	70.78
健康知识知晓率 (%)	差异系数 ≥ 1.08	44.3	58.67	60.57	67.51
	差异系数 1.01-1.07	52.69	60.34	62.34	67.99
	差异系数 ≤ 1	55.32	63.28	65.8	73.67
健康行为形成率 (%)	全区平均	46.87	51.86	64.55	65.97
	差异系数 ≥ 1.08	42.32	49.62	63.87	65.09
	差异系数 1.01-1.07	45.55	49.37	64.25	64.81
	差异系数 ≤ 1	47.64	52.61	65.82	67.93

(五) 居民满意度逐年提升

区卫生局每年组织的绩效考核将满意度作为考核内容(不含平时督导的调查人数),通过了解 5 名一般人群、重点人群 15 人(慢性病人 5 名、孕产妇 5 名、免疫规划儿童监护人 5 名)共 20 名不同人群的居民进行满意度调查,全区每年抽取 600 名左右的人开展调查,将满意度调查结果与卫生院的绩效挂上钩。2012 年与 2010 年相比,边远乡镇的满意度从 88.76 提高到 93.86,提高了 5.7%,全区平均从 89.83 提高到 93.44,提高了 4%。(详情见表 6)

表 6 黔江区基本公共卫生服务居民满意度比较

内容	单位类别	2010 年	2011 年	2012 年
	全区平均	89.83	91.27	93.44
居民满意度 (%)	差异系数 ≥ 1.08	88.76	90.37	93.86
	差异系数 1.01-1.07	89.37	90.64	92.93
	差异系数 ≤ 1	91.36	92.81	93.54

创新思路 规范管理

推进国家基本公共卫生服务均等化实施

河南省息县卫十一项目办

国家公共卫生服务项目实施以来，我县借助“卫十一项目”实施的有利时机，积极探索、大胆创新，勇于探索，推进国家基本公共卫生服务均等化实施工作，逐步完善了“政府购买、服务同质、合同管理、乡村一体、绩效支付”的政府购买公共卫生服务的运行模式，开展对不同人群的差异化管理，取得了可喜成绩。

一、主要做法

（一）严格购买程序，规范服务行为

为保证国家基本公共卫生服务项目工作的顺利实施，一是成立组织、制定方案：县政府成立了领导小组，出台了实施方案和考核方案，组建县级专家技术组。二是科学测算、制定“标的”：按照基本公共卫生服务项目服务规范和服务流程，对服务包费用进行了科学测算，确定“标的”。三是明确任务、政府购买：将国家基本公共卫生服务作为一个服务包，采取以乡为单位作为购买公共卫生服务的基本运行模式，向全县符合准入条件的服务机构进行政府购买。四是公开竞标，签订合同：经过评标委员会评选，最终与 25 个医疗卫生机构签订了以“合同管理+绩效支付”为核心的购买合同，明确了各自的工作职责和任务。五是需方评价、确保公平：组建了由非利益相关方参与的第三方监管小组，从“需求方”的角度进行监督和评价，确保公平性。

（二）创新工作思维，探索服务模式

为使我县基本公共卫生服务均等化工作全面落实，要求各医疗机构一是成立公共卫生服务中心，组建公共卫生服务小分队，配备公共卫生服务专用车辆，并统一着装，下乡入户为居民提供面对面的医疗卫生服务。二是乡镇卫生院职工全员参与，基层医务人员全员参与公共卫生服务的全过程，深入农户主动协助村医开展公共卫生服务工作。三是积极开展差异化管理，对辖区人群进行分类管理，尤其对孤寡老人、五保户、军烈属、流动人口等弱势群体进行免费上门服务，对流入和流出的流动人口和弱势群体享受公共卫生服务均等化的运行机制进行了探索。四是设立“健康促进站”，各基层医疗机构设立了“健康促进站”，对因故没有及时参加体检和建档人员随时到医疗机构“健康促进站”进行建档、体检。五是开展健康教育，促进健康行为转变，印制了基本公共卫生服务宣传标语、版

面、宣传单、小册子等，举办健康讲座、咨询，在电视台播放滚动字幕，在乡村健教室播放健康教育宣传片等，加强对居民健康知识的宣传，提高了居民对健康知识的知晓率和健康行为的形成率。通过开展不同形式的公共卫生服务模式，使乡村两级卫生机构成为利益上的共同体，形成了真正意义上“以村为基础，以乡为支撑”的卫生服务一体化管理体制。

（三）强化信息建设，确保服务质量

全县统一建设标准化村卫生室，构筑服务提供平台。2009 年建设了 321 个标准化村卫生室，并为每个村卫生室配备了电脑、打印机等设备。二是开发信息软件，使“死档”变“活档”。安装了集银行存储、新农合、医疗服务、公共卫生服务和提醒服务等功能融为一体的信息化管理系统，实现医院 HIS 系统与居民健康档案系统的互联互通，使“死档”变“活档”。三是加强技能培训，规范服务流程。多次举办不同层次的培训班，对医务人员进行技能培训，开展标准化、精细化管理，规范了医务人员服务行为，确保公共卫生服务质量。

（四）严格绩效考评，实行奖惩兑现

县财政局、卫生局联合制定印发了《息县基本公共卫生服务项目资金管理暂行办法》，各实施单位的基本公共卫生服务项目资金，实行专账管理、专款专用，确保了资金的安全。一是成立考核组织。县卫生局组织县级专家组，按照绩效评价标准，实行“乡按季，村逐月”的考评方式，对各提供公共卫生服务的医疗机构绩效评价。二是确定考核内容。每季度分别制定侧重点各不相同的考核方案和考核指标，突出正向激励作用。如对村级的考核，以过程和质量为重点，对乡级的考核，以质量和结果为重点，引导服务机构逐步向以结果为导向的服务模式转变。三是采取灵活多变的考核形式。首先听取被考评单位开展基本公共卫生服务项目进展情况汇报，查阅开展公共卫生服务活动的相关资料。然后开展现场调查。采取“以档找人、以人对档、相互对照”的方法，实地查看核对基本公共卫生服务建档和重点人群随访管理真实情况。四是引入第三方监管机制。县卫生局聘请人大代表、政协委员、群众代表及财政、物价等部门人员组成第三方监督评价小组，从“需求方”角度对“提供方”提供的公共卫生服务公正性进行监督。五是加强资金管理、严格资金拨付。我县对公共卫生服务专项资金实行预付加继付的资金拨付方式。县卫生局按照合同向服务提供者预付 70% 的公共卫生服务经费，作为各乡镇开展此项工作的启动费用；年终县卫生局结合各季度专家对公共卫生服务考核结果，作为支付合同服务费用的主要依据，考核实行百分制和综合分制，考核得分乘以居民满意度为综合得分。综合得分 85 分以上为优秀，75-85 分为合格，65-75 分为基本合格，64 分以下为不合格。考核合格及以上的全额拨付经费，基本合格及以下的，按综合得分除以 75 的比例拨付剩余公共卫生服务经费。

几年来共拨付公共卫生服务费用 7413.41 万元，2013 年预付公共卫生服务

经费 1390.61 万元。

（五）认真总结完善，经验不断推广

我县国家基本公共卫生服务项目在各级专家的指导下，采取政府购买的运行模式。一是在试点的基础上全面展开。通过几年的探索日臻完善，也得到各级领导的充分肯定。2010 年 7 月和 11 月，省级专家和卫生部专家分别到我县对政府购买公共卫生服务运行情况进行调研、评估，给予高度评价。同年 12 月 7 日由卫生部、财政部、发改委联合在郑州市召开的基本公共卫生服务均等化经验交流暨高层研讨会议上，我们的做法得到了充分肯定。二是在总结的基础上加以推广。我县实施政府购买公共卫生服务的服务模式取得很大成效，2011 年 7 月，华中科技大学公共卫生学院一批科研人员，对我县开展基本公共卫生服务两年来实施效果进行了外部评估。2012 年 12 月 4 日，全市公共卫生服务均等化现场会在息县召开，市政府号召全市推广我县经验。三是在推广的基础上加以升华。我县代表河南于 2012 年 8 月 31 日在全国国家基本公共卫生服务培训会议上做了经验介绍。政府购买公共卫生服务运行模式在全国的影响得以扩广。为此，多家新闻媒体也进行了充分报道。

二、取得成效

通过政府购买公共卫生服务模式的实施，十二类基本公共卫生服务项目在全县全面展开，成效显著。截止 2013 年 9 月 30 日统计，城乡居民建立纸质档案 95.81 万份，录入电子档案 89.62 万份。建档率、电子档案管理率占常住人口的 113%。居民健康知识知晓率 96.7%，行为形成率 62%，重点人群的管理率和随访率均达到 90%以上。其中高血压病人规范管理率占 95.12%；糖尿病人规范管理率 95.02%。

（一）乡村医务人员的积极性明显提高

通过政府购买服务，基层医务人员全员参与使基层医疗卫生机构和医务人员服务理念有了明显转变，参与公共卫生服务提供的积极性明显提高。乡村两级卫生机构由过去的竞争变为合作，提高了服务效率，促进资源合理配置，确保公共卫生服务实施的可持续性。

（二）均等化服务能力逐步得到落实

通过与各级公共卫生服务机构签订购买服务合同，将服务机构提供的服务质量、效果与服务报酬有机地结合在一起，建立了更加科学的资金支付正向激励机制，逐步由“养人办事”向“办事养人”转变，确保国家基本公共卫生服务均等化逐步实现。

（三）信息化平台建设降低管理成本

随着公共卫生服务项目工作的深入开展，我们发现已建立的纸质健康档案基

本成了“死档”，没有发挥应有的作用，我们与软件公司合作，将健康档案管理信息平台与新农合管理系统、医院 HIS 系统、银行的存储功能进行侨联对接，为我们开展及时服务，记录工作信息，实施绩效评价等工作奠定了基础，提高了管理水平和工作效率，降低管理成本。

（四）多方监管使政府放心群众满意

建立了一整套实施基本公共卫生服务监管的有效模式，逐步形成专业和非利益相关绩效考评、第三方监督、需方评价、行政问责四位一体的基本公共卫生服务综合监督评价体系。目前在我县农村广为流传一句顺口溜：“健康有档案，生病政府管，一卡通天下，生活比蜜甜！”，生动地诠释着我县全民享有基本卫生服务以来实现了政府赢得了民心、卫生部门赢得了声誉、群众得到了实惠。

三、几点体会

（一）政府重视是前提

购买公共卫生服务政府重视是前提。实施购买服务后，政府由原来的医疗卫生服务组织者和实施者转变为服务购买者和监督者，政府的角色和职能发生了转变，实现了管办相对分离，有助于政府实施更有效的宏观管理。在县财政十分困难的情况下，能及时落实县财政应承担的各项公共卫生服务经费，为顺利实施“政府购买”奠定了基础，提供了资金保证。

（二）规范操作是关键

规范操作是确保国家基本公共卫生服务实施的关键。一是结合本县、本单位实际对国家公共卫生服务经费进行合理的分配，使其资金效益最大化。二是通过基本公共卫生服务服务规范管理的内容，明确各级工作职责、任务、操作规程、质量标准和实行服务的准入条件，确保服务提供机构和服务人员有章可循，规范提供同质同量服务。三是制定基本公共卫生服务的绩效考核办法，实行多劳多得，按绩效支付。四是引入非利益相关者进行监督，落实行政问责，形成良性激励约束机制，确保群众得到实惠。

（三）加强监管是保障

加强监管是确保基本公共卫生服务实施的有效手段，为此，在监管标准上，我县统一制订基本公共卫生服务的绩效考评标准，统一第三方监督重点和关键环节。在监管主体上，采用同业监管和非利益相关方监管为主，第三方监督、需方评价为辅的方式，对提供服务质量合规性进行监督考核。在监管内容上，制定清晰、量化的考核要点和指标，针对服务过程关键点，从供、需双方开展量化考核。在监管手段上，充分利用计算机、网络、电话、信函等开展辅助监管，从而有效克服了过去“人情监管”、“利益关联监管”产生的常见问题，成为加强公共卫生服务监管的有效途径。

把握卫生重点 提升健康素养 大力推进“健康村”建设

青海省大通县卫十一项目办

一、前言

大通县辖 9 镇 11 乡，总人口为 45 万人，其中农业人口 35 万人。由于农村人口文化水平较低，自我保健意识淡薄，村民中不爱运动，爱喝熬茶，不讲个人卫生，随便倒垃圾等不良生活习惯的普遍，使得各种妇女病、慢性病患率高，村庄环境卫生差。2009 年大通县中国农村卫生发展项目健康村创建工作以来，先后在长宁镇下严村和城关镇塔哇村进行了试点，从改变村民的健康观念出发，从环境卫生着手，从常见疾病起步，先易后难，开展健康环境、健康服务、健康人群和健康传播等内容的创建工作，在提升村民的健康素养上取得比较好的经验做法。

二、具体做法

试点村在已经实现道路硬化，主巷道绿化，户户通自来水，家家有卫生厕所，普及了禽畜圈养，村委会建有图书室，有健康教育培训室，有广播设备，有文化体育休闲场地的基础上，主要开展了以下工作。

（一）开展基线调查，制定工作方案

根据大通县农村的特点和健康村建设要求，组织专业人员对试点村和对照村进行了基线调查，进行需求评估。县项目办与县级专家多次召开会议，本着“低起点、早开展”的健康村建设思路，确定以改善村内环境卫生，推广健康生活方式，为健康村建设工作的起点，制定了《大通县健康村试点工作方案》。

（二）成立领导小组，召开动员大会

试点村成立了健康村创建领导小组，由村党总支书记任组长，村委会主任担任副组长，村委委员、妇联主任、幼儿园园长、村会计等为成员，村医和妇幼保健员为项目管理员，具体负责日常健康促进工作。同时，为得到了广大村民的认可和支持，在工作开展初期，及时召开全体村民参加的健康村建设动员大会，宣传健康村建设的工作内容和工作要求以及对村民健康好处。定期召开县级专家和健康村创建领导小组成员联系会议，了解工作进展，及时沟通和解决工作中存在有困难和问题。

（三）开展健康环境建设

1. 制定环境卫生管理制度

试点村两委会根据健康村建设要求，为保证村内卫生工作顺利开展，创建良好的村庄环境卫生，特地下发了《村环境卫生管理制度》，要求农户对自己院落和大门前进行定期清扫，村两委和村民小组加强监督指导，规范村民的卫生行为。

2. 整治村容村貌，改善村庄环境

为建立村内环境保洁机制，县小康办提供垃圾清理车 1 辆，项目办为每户村民提供垃圾桶 1 个，村内共配备 6 名保洁员，每周 2 次对村内主干道进行清扫，垃圾清理车每周 2 次对村民家庭的生活垃圾进行清理。目前已经实现了“户投、村收、定时清运和定点掩埋”的垃圾清运工作机制，村庄脏、乱、差的现象大为减少，村庄整洁、院落美观。

3. 定期开展健康家庭评选活动

在没有开展评选活动前，村民家庭脏、乱、差比较多见。通过组建健康家庭评选小组和制定健康家庭评选标准，定期对村民家庭的环境卫生、家庭卫生、厨房卫生、个人卫生情况进行打分，对优秀家庭授予健康家庭称号和物质奖励，对卫生情况较差的家庭提出改进意见。通过评比活动使村民之间为了家庭的荣誉，邻里村民之间形成了比学赶帮超的局面，讲卫生已经成了广大村民的自觉行动。

（四）完善健康服务的提供

开展卫生室标准化建设，村卫生室有《医疗机构执业许可证》，业务用房建筑面积 40 平方米，四室分开，有 2 名村医，其中有 1 名女村医。按照乡村卫生服务管理一体化的要求，村卫生室承担村民的疾病预防、妇幼保健、残疾康复、健康教育、计划生育、合作医疗和常见病、多发病的初级诊治以及诊断明确的慢性病治疗等卫生工作，村民的新农合参保率达到 98% 以上。实施基本药物制度，包括实行省级集中网上公开招标采购、统一配送，全部配备使用基本药物并实现零差率销售。规范开展基本公共卫生服务项目，负责提供计划生育、优生优育、生殖健康以及人口和计划生育信息等服务。

（五）健康知识的传播开展

1. 成立健康宣传小组

对村民的健康教育重点采用同伴教育的方法，方法是选择 15-20 位具有一定文化、有责任心和热心公益事业的妇女组成健康宣传小组，定期由县级专家和村医对她们进行针对性的业务培训，实行包户管理的方式，由每位宣传员负责 10-15 户家庭进行健康教育和指导。

2. 积极开展各种健康培训

充分发挥县级专家的作用，定期的下村指导村医工作，为村卫生室开展健康教育提供相应的器材和设备，结合当年任务，对村民和宣传员骨干开展各种

有针对性培训，如在开展生殖道感染知识培训时，为提高学员学习积极性我们采取参与式培训，通过分组讨论。互相学习生殖道感染防治知识，讨论妇女改变不良习惯的难点，启发学员的思路，并从有利于妇女改变不良习惯，提出好的想法和办法，为干预工作，提供活动依据。在高血压和控盐干预培训中，为使妇女骨干掌握入户工作技能，除了知识的讲授外，还通过限盐勺和控油壶实物，讲解的使用方法，通过对血压计实物的讲解和测量方法的示范及学员互相的测量，使每个人都掌握健教工具使用方法，为入户干预工作打下好的基础。

3. 深入开展少年儿童的健康教育活动

下严村幼儿园通过开设健康课，讲授健康知识，组织开展“讲卫生书画比赛”、“爱家乡，保环境”和“地震消防安全教育”等主题的活动。开展“庆六一”暨健康教育活动文艺演出，活动内容有健康知识竞猜、健康行为小品和文艺节目演出。通过活动宣传健康知识，培养学生良好健康行为。

塔哇村学校撤销后，村委会组织本村暑期回村的大学生，成立健康教育辅导小组，组织村里的中小学生，结合健康教育开展丰富暑假文体活动。

4. 开展村民健康教育活动

试点村一是充分利用“三八妇女节”、“老年节”、选举大会、农闲时节、结合“计划生育康福家”工作和农业技术培训等活动，村委会干部带头参加，开展村民健康生活方式、传染病和慢非病等内容的健康教育大课堂活动。由于与会的村民较多，活动效果较好。通过专业人员深入浅出、通俗易懂的宣讲，使村民对健康知识有了深入了解，为村民们改变不良的生活方式打下了基础。二是利用村委会的有广播设备，定期播放“健康小喇叭”节目，使村民不出家门就能接受健康教育。

（六）健康人群和社会的培养

1. 加大宣传力度，营造健康文化

试点村健康村创建领导小组，及时发放村民倡议书，宣传健康村创建内容和意义。县级专家，开发了适合村民阅读使用的《农村居民健康知识画册》、《健康生活方式核心信息》、《村民健康素养台历》和限盐勺、控油壶等健康教育资料及工具，由宣传骨干挨家挨户分发，宣传指导村民学习健康知识，自觉参与到创建活动中来。村医疗室定期利用黑板报和宣传栏对健康知识进行宣传，并在村主干道两侧墙壁上制作健康素养系列宣传画，宣传健康知识，让全体村民逐步树立起健康生活的理念。

2. 积极创造条件开展群体文体活动

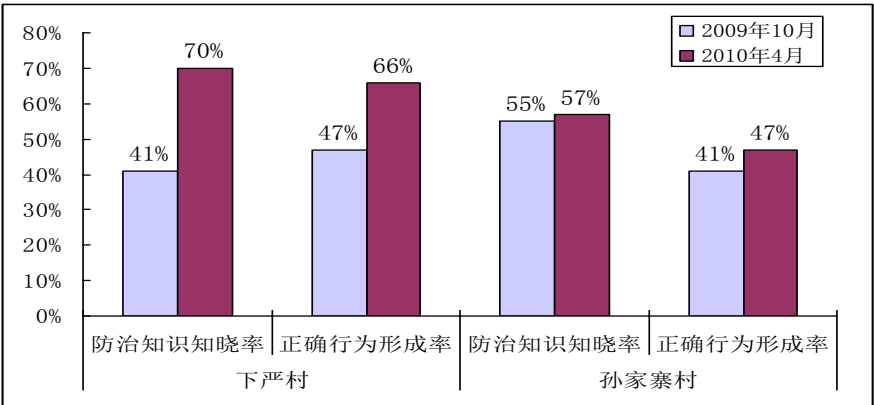
试点村充分利用图书室、户外文体运动广场。组建村青年妇女文艺队和老年曲艺队，由村委会干部带头，定期举办以健康、团结、友谊、拼搏为活动主题的

趣味文艺体育活动。文艺节目内容有宣传健康知识的小品，宣传惠民政策、思想品德教育的花儿和曲艺演唱，青年妇女的舞蹈表演等。趣味体育活动有踢毽子，代鼠跳，拉把牛，摸石头过河，一百米跑步和象棋等。组织妇女开展健康知识竞赛，对优胜者进行了奖励。通过文体活动增强了村民的健康意识，增进村民之间的友谊，极大的丰富了村民的业余文化生活，也提升了村民的文化品味。

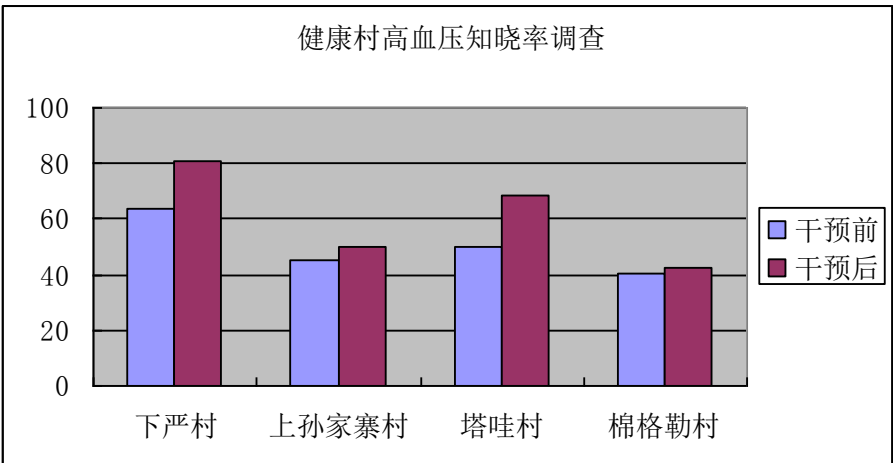
三、主要成效

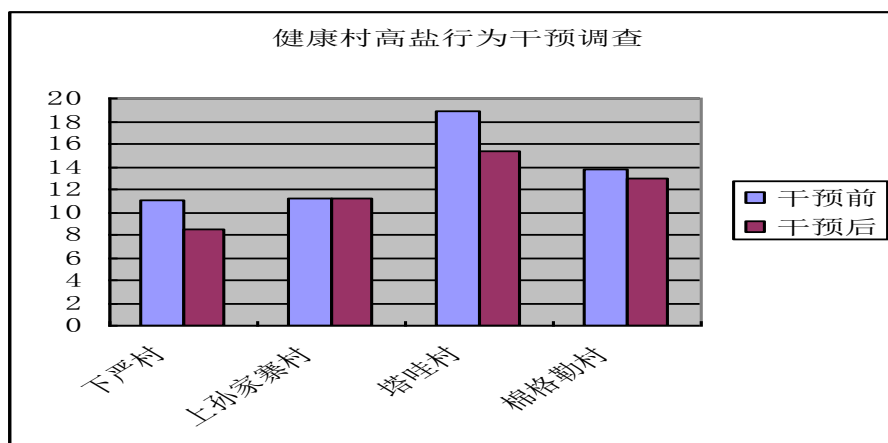
1. 村民的健康意识普遍提高，健康观念有较大转变

现在村民都很注意个人卫生，过去一条毛巾大家用，现在每个一条毛巾，村民过去是不脏不洗手，现在地干完农活上完厕所，都自觉去洗手。过去不习惯刷牙现在是每人一把牙刷和一个牙刷杯，每天刷牙 1-2 次。村里有 80%的妇女们注意个人经期卫生，做到内裤和袜子分开洗。大多数村民不喝熬茶（加盐的砖茶），都改喝清茶或白开水，多数村民的饮食烹调的口味都趋于清淡。有 90%的村民家庭厨房和厕所不管条件好坏，都打扫的干干净净，70%的村民厨房有 2 个菜板 2 把刀，做到食物生熟分开加工。村民已经习惯，将家里的垃圾先用垃圾桶或塑料代收集起来，待村里的垃圾车定期上门收集，不随意乱到了。村民现在都很注意自己的身体健康，经常查血压和秤体重，有病就看医。



通过健康干预，妇女生殖道感染防治知识知晓率和行为改变率，分别由活动前的 41%和 47%上升到活动后的 70%和 66%。





村民高血压知识知晓率从干预前 63%上升到干预后 80%。村民人均日食盐量从干预前 11.10 克下降到干预后 8.49 克。

2. 村庄环境改善，文化品位提升，促进精神文明建设

自健康村建设以来，村民对门前卫生进行三包，定期清扫，种花种草，村内卫生得到极大改善。在幼儿园开展健康教育课，开展以健康为主题的社会实践活动，在增强学生健康意识的同时，发挥孩子在家庭中进行健康宣传的作用，带动家长提高健康意识、改变不良生活习惯。在村内，定期开展文艺体育活动，让更多的居民参与到活动中来，培养兴趣的同时提升了自身的健康素质，消除了过去“懒散、安贫”的村风，建立起“积极、活泼、上进”的村容村貌，在群众中营造了远离懒散、赌博陋习，积极广泛地开展村文化活动，村容村貌日新月异，群众自豪感、归属感和责任感大大增强。

3. 村委凝聚力增强，影响力提升

通过健康村建设活动，村两委班子凝聚力和向心力日益增强，群众与村委之间的矛盾减少，对村委的服务更加满意，更加配合村委的各项工作，两委班子在群众中的影响力有较大提升。

四、经验与体会

大通县健康村建设模式，是适合于中西部不发达地区的工作模式，它不把健康村建设重点放在硬件设施上，而是十分关注村民健康观念的改变；先易后难，从环境卫生着手，从常见疾病起步；更多地是采用群众自我教育的方式，使群众更易接受健康知识。

1. 领导重视是关键，部门合作是保障

在领导重视基础上，转变村两委人员的思想观念，发挥其带头促进作用；其次，多部门协调合作、职责明确、相互配合是健康村全面建设的保证。

2. 群众参与是基础，专家指导是保证

在专业人员的指导下，把卫生工作作为健康村建设的重点，以“健康为人人、人人为健康”为宗旨，推进健康村建设稳步向前发展。

3. 一切为民是核心，软实力建设是重点

把创建工作与全体村民的健康需求结合起来，才能得到广大群众的支持、配合和积极参与。

五、健康村工作经验的推广

通过对 4 年健康村工作经验的总结，编撰印刷《大通县健康村工作指南》，2013 年底在全县健康教育工作人员中，开展健康工作方法的培训，为今后开展创建活动推广经验和理念。为其它地区开展健康工作提供有益的经验。

政府主导 部门联动 总结推广健康村创建新机制

江苏省海门市卫十一项目办

一、项目背景

海门市位于黄海之滨，长江北岸，素有江海门户之称，是“全国中小城市综合实力百强县”之一。但农村的环境卫生状况、农民的健康意识和行为习惯没有及时跟上改革开放和经济发展的步伐。2011 年健康村基线调查结果显示，农民的健康知识知晓率为 66.34%，健康行为形成率为 58.46%。为改变这一现状，近三年来，海门市根据“卫十一项目”要求，制定了“健康村创建活动计划”，认真探索，不断实践，围绕重点，突出了政府主导，强调了部门联动，健全了保障体系，完善了创新机制，开展了一系列健康村创建活动，取得了较为显著的创建成效。

二、主要做法

（一）政府主导，部门联动，健全三项保障体系

1. 建立项目组织管理体系，明确政府主导部门联动

海门市委、市政府高度重视健康村创建工作，把健康村创建活动作为推进新农村建设的重要抓手。在 2011 年底召开的中共海门市委十三届二次全体会议上将“全年新建 10 个健康村”写进了市委工作报告及十二五发展规划，同时将健康村创建工作列入对各乡镇“三个文明”建设考核的加分内容。市政府也将健康村创建活动列为 2012 年卫生工作五大任务之一，列入卫生系统十大工程，明确健康村将由市政府命名，同时发放“海门市健康村”铜牌。为加强对健康村创建工作的领导，市政府专门成立了以常务副市长为组长，市委宣传部、市委农村工作办公室、财政局、住建局、人社局、环保局、卫生局等部门领导组成的健康村创建活动领导小组，建立了各部门协作协调机制，充分发挥应有的作用。2012 年，海门市卫生局联手市农办和住建局，结合村庄环境整治，把创建“星级康居乡村”活动作为健康村创建的加分内容，多方面形成合力，加快了健康村创建的步伐。市教育局强调创建村所在地学校要抓好学校健康教育工作，坚持上好健康教育课，提高学生的健康素养。市委宣传部、市文广局、海门报社积极配合做好健康村创建的宣传报道工作。市财政局拨 50 万元专款用于对成功创建健康村的行政村给予鼓励和奖励。市卫生局、爱卫办、疾病预防控制中心具体负责对健康村创建工作的业务培训、指导、督导、考核和评估工作。

2. 完善项目经费保障体系，保障创建工作有序运行

海门市在健康村创建过程中，加强经费管理，坚持以项目经费为引导，镇村投入为主体，市级奖励为补充，共同为健康村创建工作添砖加瓦。项目经费主要用于健康村的调研、宣传发动、专家咨询、业务培训、技术指导和督导评估；镇村投入主要用于健康村创建的硬件建设和各项活动；市财政对健康村创建活动给予了扶持，以“以奖代补”的形式，对经健康村创建考核合格的行政村一次性补贴 5 万元。

3. 强化项目技术支持体系，保障创建内容落实到位

海门市疾病预防控制中心自始至终积极配合市项目办和健康村创建活动领导小组工作，制定了健康村创建实施方案，开展了健康村基线调查和效果评估调查，加强对健康村创建的业务培训，编印和发放了 16 种健康传播材料，严格按照“健康村评价指标体系”进行规范指导和督导，确保了健康村的创建质量。

（二）大胆探索，勇于实践，建立三项创新机制

1. 推行自愿申报制，变“要你创”为“我要创”

每年创建伊始，海门市政府办公室都印发了“关于组织开展健康村创建申报工作的通知”，明确了创建健康村的目的、意义、标准、内容以及考核评估办法，强调以自愿为原则，统一填报申报表。对此各乡镇党委政府十分重视，认真做好宣传和发动工作，很多行政村积极响应，主动申报，先后收到申报表 74 份。市卫生局组织专家对全部申报单位进行调研，最终确定了 35 个行政村作为创建健康村。通过第三方考核，已通过 16 个村，还有 19 个村 2013 年 11 月开始考核验收。

2. 建立末位淘汰制，变“应付创”为“认真创”

针对 2011 年健康村创建过程中出现的部分村在通过申报调研后消极应付的现象，2012 年改革考核验收办法，实行末位淘汰制，即对年初申报的 24 个行政村，经调研择优选出 15 个行政村参与创建，年底对照标准严格考核，从高分到低分择优选择 10 个行政村，其余 5 个村被淘汰。2013 年有 44 个行政村申报，调研通过 24 个行政村参与创建，年底将择优选择 19 个行政村，其余 5 个行政村还将被淘汰。建立末位淘汰制后，全市创建氛围空前浓烈，许多镇村主要领导觉得年终被淘汰，不仅没面子，而且也不好向村民交待，于是一改过去的“应付创”，认真学习、仔细分析创建标准，把各项创建工作落到实处。

3. 实施考核奖惩制，变“勉强创”为“优质创”

为提高健康村创建工作的质量，海门市对在健康村创建工作中，组织有力，措施扎实，成效显著，创出特色，通过上级部门考核合格的，年终三个文明考核百分制中，每建成一个健康村加 0.5 分，并给予每村 5 万元的经费奖励。对在创建工作中，领导力量不到位、工作措施不落实，考核验收不达标的，将给予通报

批评。两年创建仍不达标的，取消健康村申报资格。实施考核奖惩机制后，极大地激发了干部群众的创建热情和工作责任心，整个创建过程优质高效运行。

（三）对照标准，严格要求，开展三项创建活动

1. 开展社会动员，营造创建氛围

海门市自健康村创建活动开展以来，市政府每年都召开全市健康村创建动员大会，分管市长作动员报告，各有关镇村领导作表态发言。各健康村创建村也都召开动员大会，宣读倡议书和承诺书，让全体村民了解并积极参与健康村创建活动。各村在创建过程中，举办健康知识讲座，开展健康咨询活动，利用多种宣传阵地，广泛向全体村民宣传创建健康村的目的意义和健康科学知识，营造创建氛围，同时使“健康第一”的理念深入人心。

2. 开展综合整治，改善自然环境

就整体而言，海门经济的增长为农村自然环境的硬件建设打下了良好的基础，但由于健康意识没有跟进，农村脏乱差的现象还时有发生。为此海门市抓住健康村创建契机，采取了四项措施。一是进一步打造健康环境，村主要道路全面硬化，绿化要达到村镇规划标准（GB 50188-93）；二是大力度优化自然环境，各村道路两旁栽花种树，见缝插绿，亮化美化；三是高质量保护生态环境，经常组织村民打捞水面漂浮物，加强粪便的无害化处理，生活垃圾集中收集管理，日产日清，禽畜圈养，大力推广使用太阳能等节能新技术，推广农作物秸秆还田或用作禽畜饲料；四是全方位改善人居环境，对自来水进行二次改造和维护，清理四害孳生场所，搞好居民家庭卫生，加工食品生熟分开。

3. 坚持以人为本，规范健康服务

一是大力推广新型农村合作医疗，提高参合率。二是加强村卫生室硬件建设，要求布局合理，适应基本公共卫生服务需要。三是切实做好妇女和儿童保健工作，对孕妇开展正确的产前检查，实行住院分娩，对儿童按国家免疫规划程序正规、全程接种疫苗。四是开展慢性病管理，建立居民健康档案，对现患糖尿病、高血压病人定期随访，开展行为生活方式指导。五是利用就诊机会，对病人及其家属进行有针对性的健康教育。

三、创建成效

1. 农村卫生状况明显改善

各村通过健康村创建活动，自然环境的硬件建设进一步到位，绿化率、道路硬化率、粪便无害化处理率、禽畜圈养率、自来水普及率比创建前明显提高，保护农村生态环境成了广大农民的自觉行动，脏乱差的现象不复存在，焚烧秸秆已成为历史，太阳能热水器日渐普及，村民们享受着欣欣向荣健康向上的安居生活。

2. 健康服务质量明显提高

通过健康村创建活动，新型农村合作医疗的参合率、村医基本药物目录使用率、正确产前检查率、住院分娩率、儿童计划免疫接种率均有显著提高，达到了98%，农民健康教育参与活动参与率也由创建前的14.8%提高到了37.93%。与此同时，健康村的基本公共卫生服务各项工作也得到了很好的落实。

3. 农民健康水平明显提高

通过健康村创建活动，增强了农民的健康意识，改变了不良的行为习惯，据两次调查，村民健康知识知晓率88.52%，比创建前(知晓率66.34%)提高22.18%。健康行为形成率86.54%，比创建前58.46%提高了27.08%。居民感染性腹泻年发病率和两周患病率均明显低于全国水平。

4. 健康环境与健康服务明显改善

表 海门市 2012 年健康村创建前后资料数据汇总表

指 标	创建前 (%)	创建后 (%)
绿化率	25.27	35.11
道路硬化率	85.07	98.50
禽畜圈养率	83.36	96.50
粪便无害化处理率	78.80	93.21
自来水普及率	98.33	100.00
新农合参合率	94.07	99.79
村医基本药物目录使用率	98.47	100.00
一次性医疗用品使用管理合格率	98.60	100.00
正确产前检查率	83.93	100.00
住院分娩率	98.93	100.00
儿童计划免疫接种率	97.47	100.00
健康教育参与活动参与率	14.80	37.93

5. 健康村创建持续发展

海门市 233 个行政村。2010 年申报 10 个，经过专家组调研，同意 6 个村创

建，通过第三方考核，达标 6 个。

2011 年申报 24 个，经过专家组调研，同意 15 个村创建，通过第三方考核，达标 10 个，淘汰 5 个。

2013 年申报 44 个，经过专家组调研，同意 24 个村创建，将于 11 月下旬考核，末位淘汰 5 个。

四、今后打算

首先要进一步取得各级党政领导的关心和重视，对已命名的健康村要加强长效管理，明确健康村创建工作只是开始，要时刻把农民的健康放在首位，把健康村创建作为新农村建设的重要抓手，确保全市健康村创建活动深入持久开展。

要把健康村创建工作列为对业务部门的绩效考核内容，特别是卫生部门在 2013 年将指导落实健康村创建工作列为对乡镇卫生院（社区卫生服务中心）绩效考核内容，并与主要领导签订目标责任状。

需强化对健康村创建活动的质量管理，做到培训到位、指导到位、检查到位、整改到位，要创出风格、创出特色、创出成绩，让群众满意。

要进一步改进健康村创建评选方法，2013 年拟根据考核验收结果，评出一、二、三等奖，拉开经费奖励差距，进一步提高健康村创建积极性。

强化四项机制 推进“六个三”工程

——新形势下农村健康教育与健康促进模式探讨

山西省武乡县卫十一项目办

一、项目背景

武乡县位于太行山西麓，县域面积1610平方公里，辖14个乡镇，总人口21万，农村居民17万，属于国家级贫困县。近年来，随着社会经济的发展，居民的生产方式、生活方式以及影响健康的因素都发生了根本性变化，影响健康的因素越来越多地来自人们日常的生活方式，来自人们的心理、行为以及自然和社会环境因素。加之居民中一些不健康的生活方式和行为习惯尚未得到彻底纠正，健康意识较淡薄，由不良生活、行为方式引起的一些传染病和慢性非传染性疾病十分突出，成为主要社会公共卫生问题和影响居民整体健康素质的重要因素。健康教育与健康促进作为公共卫生体系建设的组成部分，面临着新的机遇与挑战。2009年以来，在中国农村卫生发展项目的支持下，我县以建立健全政府领导、多部门合作、全社会参与的农民健康促进工作机制。创新健康教育和健康促进方式，增强居民健康意识，改善健康行为，消除相关危险因素，提高居民整体健康素质为目标。认真探索有效机制，广泛开展多种形式的健康教育与健康促进工作，逐步总结出适合我县实际的四项机制和“六个三”农村健康教育与健康促进新模式，在试点的基础上，不断进行完善，2012年在全县进行了推广，并在推广中逐步拓展和深化。

二、具体做法

（一）加强领导，完善网络机制

县委、县政府高度重视健康教育和健康促进工作，把健康教育和健康促进工作作为提升公民整体素质、促进社会和谐发展的重要内容，纳入了议事议程。县政府成立了由分管副县长任组长，县卫生、财政、民政、广电、爱卫、教育等18个单位为成员的健康教育与健康促进工作领导小组，制订了“武乡县健康教育和健康促进工作实施方案”，并以县政府文件下发全县。同时，进一步强化了各级政府行为，明确了政府职责，采取了行政干预，齐抓共管，经费筹集，政策投入等措施。县卫生局成立了健康教育所，配备了专业人员和相应的设施；每个单位、每个乡镇、村均设有一名领导分管、有专（兼）职人员从事健康教育工作，健康教育工作网络覆盖率达到100%。建立了以政府组织领导、三级防保网为主体，健康教育所为技术核心、全社会共同参与的健康教育网络体系。真正形成

了“政府组织、分级负责、部门协调、全民参与、社会监督、科学管理、分类指导”的健康教育与健康促进工作格局。

（二）加强培训，强化人才建设机制

为提高农村健康教育与健康促进工作专业人员的技能，我县采取请进来传授、走出去学习和自办班培训等多种形式开展业务培训。多次聘请省、市级专家对全县各村健康员、乡村医生、学校、机关单位的健教人员反复进行了健康教育知识技能培训，主要从健教人员如何开展健康教育工作、健康行为方式和习惯、中国公民健康素养 66 条、全民健康生活方式行动等方面进行了培训。四年多共派出 83 人次到北京、太原、长治、西安、黑龙江等地参加健康教育培训班和考察学习。每年还召开专门会议进行健康教育业务讲座、培训和健康教育业务交流。通过采取有效措施，极大地提高了各级健教人员的工作意识和健康教育技能。

（三）强化措施，构建长效机制

一是以责任促落实，县、乡、村三级层层签定了健康教育目标管理责任书，责任书中明确工作目标和职责及要求与责任。二是以监督促成效，开展了多种形式的督导，健康教育与健康促进工作列入了人大、政协视察内容；结合环境卫生整治，在各行政村聘请一批义务监督员，对居民不健康行为进行纠正和监督；县卫生局每季组织一次督导，并对情况进行通报。三是以考核促提升。出台了符合实际的《健康教育与健康促进考核细则》坚持每半年一次考核，年终进行考评，对工作优秀的予以表彰，对差的电视曝光，对被认定为最后三名的给予通报批评，为工作的长效管理打下了基础。

（四）推进“六个三”健康工程，创新运行机制

1. 开辟三个栏目

在县电视台开设“健康教育”栏目，每周四播放，采取组织专家访谈、讲座等形式传播卫生防病和健康生活知识，目前共播 165 期；武乡报每周期刊登健康知识；政府信息、卫生信息定期报道卫生防病动态，反映公共卫生问题，正确倡导居民养成良好的卫生习惯。

2. 举办三个课堂

利用村党员活动阵地，开展农民健康教育大课堂活动。一是举办村医、健康员、村干部、妇女主任等骨干的培训 176 期，累计培训健康教育骨干 3845 名；二是由健康教育骨干对农民群众进行轮训，每村 20 余次；三是利用村喇叭由乡村医生定期广播健康教育知识，有针对性的对高血压、糖尿病等慢性病人及家属进行防治知识传播和大众健康知识的传播，各行政村每周广播一次。

3. 发放三种宣传品

将健康教育读本、健康教育宣传画、健康家庭资料袋(30余种健康教育宣传资料、防病知识)发放到了每户居民手中,2009年以来每年发放5万余套。

4. 建立三个健康教育阵地

各医疗卫生单位、乡镇卫生院、村卫生所均设立了健康教育咨询点;各乡镇、行政村、各单位均设立了健康知识宣传专栏和橱窗;在百分之七十的村开办了健康教育活动室,营造了良好的宣传活动氛围,调动了广大居民接受健康知识的积极性和主动性。

5. 组织了三种一对一健康知识传播活动

组织健康知识宣讲团深入农村宣讲中国公民健康素养66条每年达30多次;建立了以家庭主妇为骨干的家庭成员之间健康信息沟通与交流平台;实行了中小学生向家人传播卫生知识的方式。

6. 推进三项专项健康教育宣传活动

各医疗机构制作了健康教育流动示范展板25个,在节日、集市、下乡多次展出,累计展出385次;充分利用3.24结核病宣传日、4.7世界卫生日、5.31世界无烟日、10.8全国高血压日、10.10世界精神卫生日、11.14世界糖尿病日等卫生宣传日,在人群集中的公共场所开展大型宣传活动;利用义诊、卫生支农和巡回医疗等活动,开展健康知识咨询,针对高血压、糖尿病等慢性病发病的情况及其生活不良习惯,进行了宣传、指导、干预,有力的促进了农民健康意识提高和健康行为改善。

(五) 强化三项重点, 拓宽活动模式

一是强化“健康大讲堂”活动。在组织宣讲团的同时,乡、村健教人员每月定期开展3次以上的健康讲座。二是运用《问卷》方式,每年在120个村开展《中国公民健康素养66条》学习和知识竞赛活动。三是广泛开展“四控一动”活动。第一,针对高龄肥胖人群,在做好血脂、血糖监测和面对面的健康教育,开展了控油、控盐活动,发放健康生活方式行动支持工具“健康4件套”3万余套;第二,通过发文件、散发宣传资料、电视播放等形式,广泛宣传《控烟条例》和吸烟危害,在公共场所张贴禁烟标志,教育居民在规定禁烟的区域不吸烟,对控烟工作起到了积极的推动作用;第三,充分利用村健身设施,引导、动员村民开展乒乓球、篮球、健身操等各项健身活动。庄头村妇联组织妇女每天下午在闲暇时跳健身操并制作了健康生活方式“文化墙”,内容丰富多彩,成为该村的一道亮丽的风景线。

三、主要成效

1. 运用“六个三”健康教育和健康促进方式,使农村居民广泛接受了健康知识,改变了不良行为。通过宣传、讲座等多种形式,对各类慢性病人群实行干

预，逐步改变了不良生活习惯，从而提高了自我防护意识。

2. 农村居民的健康知识知晓率、健康行为形成率显著提高。通过对农村居民、农民工和小学生问卷调查显示，居民健康知识知晓率有了较大提高，由 2010 年 66.05% 提高到 89.1%，提高了 34%，不良的生活方式有了很大改善，健康行为形成率由 2010 年 60.4% 提高到 82.2%，提高了 36%。

3. 培养了一批县、乡、村健康教育和健康促进业务骨干，在农村健康教育和健康促进中发挥了较大的作用。

4. 健康教育和健康促进活动不仅为全县城乡居民更快更多地获得健康知识开辟了新的途径，也对推动卫生十一项目起到了较大的作用。

5. “六个三”健康教育和健康促进机制初步形成，我县农村健康教育与健康促进模式在 2012 年全市健康教育工作会议上进行了经验交流，2013 年在全省卫生十一项目创新活动经验传播现场会上进行了传播。

用爱心钥匙打开精神枷锁 让精神病人生活在春天里

-甘谷县精神病患者管理实践探索

甘肃省甘谷县卫十一项目办

一、项目背景

甘谷县位于甘肃省东南部，渭河中上游，南北长 60 公里，东西宽 49 公里，总面积 1572.6 平方公里，全县辖 5 镇 10 乡 405 个村，总人口 63.02 万人，其中农业人口 56.03 万人；县内山多川少，资源贫乏，属于国家级贫困县。

多年来，随着社会工作生活竞争日益加剧，精神类疾患总患病位次日益提高，给患者本人、家庭及社会带来极大的痛苦、沉重的负担与社会危害，成为重大公共卫生问题和突出社会问题。2009 年调查发现，甘谷县共有精神病患者达 4318 人，占全县人口的 0.68%，且大多数分布在农村。由于精神病患者治疗与管理有限，不仅家庭因病致贫、因病返贫现象普遍，且精神病患社会伤害事件不断发生，由此产生的公共卫生和社会问题突出。从而，积极探索和建立精神疾病综合管理体系具有重大意义。为了加强精神性疾病患者的管理，降低患者家庭的经济负担，保障患者得到基本医疗卫生服务，适应精神疾患社会管理发展的需要，甘谷县利用卫生 XI 项目，深入调研、大胆实践，在精神病人综合管理方面探索出了建立政府主导、部门协作、社会参与、家庭配合“四位一体”管理模式的工作机制，取得了较好的管理成效。

二、主要做法

1. 建立精神疾病控制预警体系

通过整合天水市三院、县疾控中心、乡镇卫生院和村卫生室的医疗服务信息资源，甘谷县构建了集预警信息监测、报告、核实及干预处理于一体的农村社区精神病防控网络，形成了从“乡村医生→卫生院片区责任医生→卫生院精防医生→县疾控中心→天水市三院”的预警信息报告流程与不同的控制响应措施，使各类疑似精神障碍、肇事肇祸征象、精神疾病复发先兆等个体精神卫生征兆得以早识别、早预警、早干预。

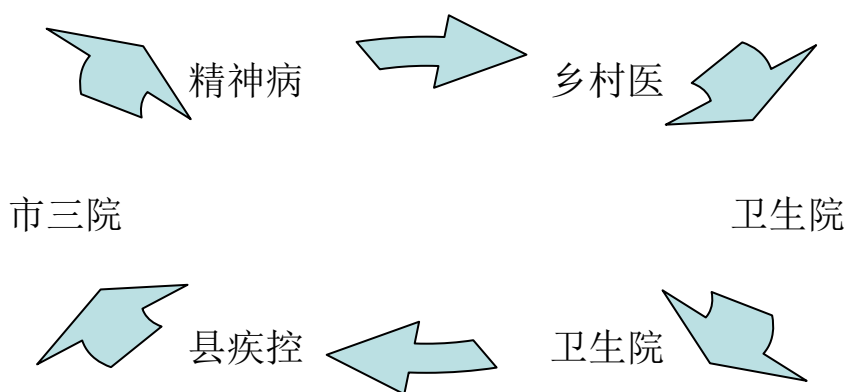


图 1 精神疾病预警体系流程图

2. 建立“四位一体”的社会化管理机制

探索门诊统筹制度，减轻患者家庭经济负担。由于精神性疾病患者需要长期服药治疗，院外医药负担较重。为了进一步减轻患者家庭的经济负担，甘谷县积极探索新农合门诊统筹健康保障模式，将精神病人出院后后续治疗所产生的医药费用纳入门诊统筹范围，由新农合门诊统筹基金给予补偿，并规定精神性疾病患者全年门诊封顶补偿金额比其他参合患者提高 1000 元，为精神性疾病患者出院后继续享受基本医疗服务提供了有力保障。

建立“四位一体”的管理机制，保障精神病患者康复生活。本着体现社会人文关怀的原则，甘谷县积极探索精神病人管理制度，尝试将出院后的精神病患者纳入到精神病管理范畴。并探索建立了“四位一体”的精神病人管理机制。一是由县政府牵头，卫生民政实施，对确诊的重性精神病进行社会救助，即对纳入管理的患者全部纳入社会保障体系，享受农村低保。民政部门为其缴纳新农合参合基金，并提供一定的医疗救助，以缓解他们的就医负担。二是在县医院开设精神病门诊，由专科医生对患者日常治疗提供技术指导；由乡镇卫生院包片，责任医生对其进行管理，建立健康档案，负责家庭病床的定期随访，了解病情的发展变化，并进行跟踪康复治疗；三是乡村医生协同包片医生负责对本村精神病患者进行跟踪观察，对其进行康复指导，并定时向乡镇卫生院报告患者的健康状况；四是建立以家庭为核心的人文关怀机制，家庭成员在县乡村各级医务人员的指导下，帮助患者了解精神疾病的相关知识，引导病人正确对待疾病，缓解内心矛盾，提高对外界环境刺激的承受能力；帮助病人树立正确的人生观和战胜疾病的信心，并从生活、学习、工作等方面给病人以心理支持和鼓励。

3. 保障所有精神病患者生活与医保全覆盖

甘谷县注重加强医疗救助与社会保障制度的衔接，县民政局将每一位重症精神病人纳入低保户，同时对重性精神疾病患者医疗救助比比普通患者提高 10 个

百分点切实减轻患者家庭的经济负担，确保重症精神病人的生活保障问题；精神疾病患者的生活质量得到了有效保障，通过医疗救助，确保贫困精神病患者全部参加新型农村合作医疗，实现了医疗救助、最低生活保障、大病救助、残联救付的多重保障。

4. 实施床日付费制，降低患者住院疾病经济负担

项目实施后，甘谷县对 2007-2009 年天水市第三人民医院（精神病院）住院参合患者的疾病经济负担进行了调查测算；并在此基础上，改革住院医疗费用新农合按比例补偿方式，推行床日付费补偿模式，制定了《甘谷县精神疾病住院与付费管理实施细则》。

实施床日付费制，降低患者家庭疾病经济负担。制定了甘谷县精神疾病住院与付费对参合精神病病人住院期间医疗费用实行床日付费制试点。按照《实施细则》，参合精神病患者在定点医疗机构住院治疗，其费用按床日付费制由新农合基金予以报销补偿。补偿标准：住院患者在第 1~3 个月的住院费用，按照每张床每天定额 150 元进行补偿；住院第 4 个月，定额补偿标准降低为每张床每天 120 元；第 5~8 个月，定额补偿标准为每张床每天 70 元。连续住院超过 9 个月以后的费用，新农合基金不再给予补偿；同时规定，单人单次住院费用封顶线为 40000 元，全年累计住院补偿封顶 80000 元。

5. 探索门诊统筹制度，减轻患者日常诊疗经济负担

由于精神性疾病患者需要长期服药治疗，院外医药负担较重。为了进一步减轻患者家庭的经济负担，甘谷县将精神病人出院后后续治疗所产生的医药费用，纳入新农合门诊统筹管理范围，由门诊统筹基金给予补偿，并规定精神性疾病患者年门诊最高补偿额比其他参合患者提高 1000 元，为精神性疾病患者出院后继续享受基本医疗服务提供保障。

6. 建立精神病患者管理绩效考核机制

县卫生局制定了精神病患者管理标准，对各级医疗卫生机构精神病人信息登记、回访记录（个人信息、本次随访病情、服药情况社会功能状况、监护人对该患者的认识情况、访问次数）、登记的重性精神病患者进行护理指导和健康教育等情况，通过入户抽查、电话随访、查阅资料的形式，每半年对精神病患者管理情况进行绩效考核，年终进行决算，“以考核结果定付费”；绩效考核评分在 85 分以上者，支付 100%费用；得分在 80—85 分者，支付 85%费用；得分 60—80 分者，支付 70%的费用；得分在 60 分以下者，不予支付费用；并提取了该项目年度经费的 5%作为奖励资金，根据绩效评价结果，对绩效考核评分得分在 95 分以上者，进行奖励。

三、取得的成效

1. 精神病患者疾病经济负担明显降低

通过民政代缴，重性精神病患者参合率由 2007 年的不足 10% 提高到 100% 参合，住院自付费用个人基本不出。实施床日付费制后，根据对 20 名已出院精神病患者住院治疗情况进行了制度实施前后比对调研，2013 年：患者平均住院天数由 2009 年的 45.3 天缩短为 32.6 天，住院天数减少了 28%；次均住院费用由 2009 年的 6332.54 元下降为 4962.37 元，下降了 21.6%；患者的自付费用由 2009 年的 2893.02 元下降到 0 自付。床日付费制实施后，精神病患者次均门诊费用、次均住院费用、门诊自付比例和住院自付比例比较分析，见表 1。

表 2009-2013 年甘谷县重性精神疾病患者疾病经济负担变化情况

年份	实行制度	门诊次均费用 (元)	门诊自付比例 (%)	住院次均费用 (元)	住院自付比例 (%)	患者满意度 (%)
2009	新农合+家庭账户	281.7.4	74.16	6332.54	45.69	56.46
2013	床日付费+门诊统筹+大病救助	293.1.9	10	4962.37	0	81.37

2. 精神疾病患者医疗救助费用和低保覆盖面逐年增加

从 2009 年-2013 年，甘谷县重性精神疾病患者医疗救助比提高，2009 年以前，重性精神病医疗救助和普通低收入患者一样，只享受 10%，现在享受 30% 的医疗救助资金；患者低保补助标准由 2009 年的 0 元提高到 2013 年的 350 元/月/人，城乡居民低保实现了精神病患者的全覆盖，精神疾病患者的生活质量得到了有效保障。

3. 精神疾病患者的年复发与肇事肇祸次数显著降低

根据对每年抽取的 20 名精神病人进行分析，患者的年复发次数由 2009 年的 41 次下降到 2012 年的 10 次，肇事肇祸次数由 2009 年的 20 次下降到 2012 年的 4 次。

4. 患者及群众满意度提高明显

从上表可见，患者的满意度从 2009 年 19.71% 提高到 2013 年的 81.37%，床日付制和门诊统筹制度给群众带来了实惠，取得了群众的信任。精神病患者“四位一体”管理机制的建立，使患者的病情变化、康复治疗、生活指导、日常用药、人文关怀等处于监控之中，从不同方面对精神病患者开展系统化管理，减轻了精神病患者的社会负面影响，也使患者感受到了社会的关爱温情，有力保障了患者

的生活质量。

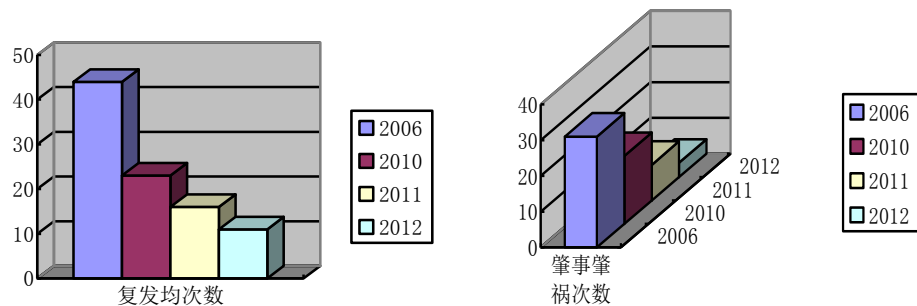


图 2 2009-2013 年甘谷县重性精神疾病患者年复发与肇事肇祸次数变化情况

四、下一步打算

1. 继续加大对农村地区重性精神病的认知知识的宣传，使农村地区能够了解重性精神病和预防重性精神病，对基层村医进行培训，建立重性精神病的管理方案和报告转诊制度，如果村医一旦发现疑似重性精神病患者，及时报告，经专业机构确诊后纳入公共卫生管理范畴。

2. 与新农合报销政策相结合，适度提高对重性精神病患者门诊和住院的治疗费用的报销比例，成立重性精神病患者家庭互助小组，由专家定期对困难家庭进行健康指导，与民政部门协商，争取将重性精神病患者全部纳入低保范畴，以减轻家庭负担。

3. 对于流动重性精神病患者，村医如在其服务范围内发现，直接报告县卫生局或者疾控中心，由专业精神病医院收治，经鉴定为智障人员者，转送救助管理站救助。与民政部门协商，积极争取将其收容，并送往专业治疗机构进行治疗，对产生的治疗费用，如能获知家庭住址的，送往归属地进行报销补偿，如无法获知监护人者，争取纳入民政部门管理范畴予以适当补偿。

4. 大多数精神疾病在治疗后需要相当长时间的服药巩固阶段，而由于后续费用难以保障而导致病情复发，使前面的救助工作功亏一篑，下一步我们将探索免费医疗救助政策的推行及落实，缓解了他们长期服药、治病的经济压力，提高了我县精神病防治工作的实际效果，以彻底解决精神病人的后顾之忧。

抓住重点 突破难点 创新重性精神疾病管理机制

陕西省眉县卫十一项目办

一、背景

眉县属于精神疾病高发地区。全县共有 10 个乡镇、2 个社区，123 个行政村，总人口 31 万人，共筛查精神病患者 3592 人，患病率 1.32%，肇事肇祸率 10%。2009 年以前我县对重性精神病患者并未进行规范管理，患者家属对精神疾病认识不足，加之重性精神病患者家庭经济比较困难，造成患者治疗率低，有相当一部分病人达到残疾状态，完全失去生活劳动能力，肇事肇祸行为时有发生，严重危害公共安全和他人人身安全，因此重性精神病患者规范监护和管理，成为我们基本公共卫生服务工作中探索的重点。

二、主要做法

（一）创新机制、落实责任

1. 健全精神病综合防治机构

成立了由卫生、财政、公安、民政、教育、残联等相关部门组成的眉县重性精神疾病管理领导小组和专家技术小组，制定了《眉县重性精神疾病管理治疗项目实施方案》。建立联席会议制度，明确了民政、残联、卫生、公安等部门职责，形成了“社会化、综合性、开放式”的精神病防治康复工作体系。

2. 创新精神病综合防治服务机制

县卫生局多方筹资在眉县安定医院（民营）的基础上组建眉县精神病防治中心。并采用合同购买服务的方式和精神病防治中心签订了重性精神疾病管理防治协议，精神病防治中心又与各乡镇公共卫生管理办公室签订项目执行协议，在各镇、村设立精神病防治个案管理员，并明确各自职责任务。患者在发病时在精神病防治中心享受住院医疗服务，回家后有经过培训的精神卫生个案管理员提供随访服务，使患者处于良好的监护状态下。以眉县精神病防治中心为技术指导、综合管理，乡镇卫生院、村级卫生室为实施单位的全县精神疾病三级防治网络初步形成。

3. 完善绩效考核支付体系

制定了《重性精神疾病防治服务项目绩效考核实施办法》，一是建立重性精神疾病防治服务项目绩效考核指标评价体系，制定重性精神疾病防治服务项目标准工作量和具体服务项目的支付标准。按照标准工作量和绩效考核结果确定项目

资金支付总额。二是绩效支付实行按人口总额预付+按标准工作量与绩效考核相结合的支付模式，采取签订服务协议后首次总额预付 30%，半年根据各项目实施单位的服务数量、服务质量及绩效考核结果，再预付 40%资金，年终根据全年绩效考核结果进行决算。我县完善的绩效考核支付体系激发了重性精神疾病服务单位及人员的工作热情，进一步保证了实施单位有钱做事，有人做事。

（二）扎实培训、提高水平

县卫生局每年对防治管理人员、镇村个案管理员进行 2 次精神病防治知识培训。培训方式为集中脱产培训，理论学习结束后，在县精神卫生防治中心进行见习。截止目前共举办培训班 12 期，参加培训 2400 人次。县精神卫生防治中心在县卫生局培训之外，结合基层实际工作情况和督导检查中发现的问题有针对性地开展防治知识和防治技能培训，采取“请上来，走下去”的方式开展培训工作，每年举办 2 期基层精神卫生师资培训班，极大地提高了基层医疗机构精防人员的防治技能。

（三）全面筛查、早期发现

按《眉县重性精神疾病管理治疗项目实施方案》的任务要求，组织全县各级各辖区精防人员以村小组为单位，对精神疾病患者进行排查，认真填写《行为异常人员线索调查问题清单》，逐户逐人筛查，做到逐人见面，确保不遗漏，对排查发现的疑似重性精神疾病病例填写《重性精神疾病线索调查表》，汇总后报县精神卫生防治中心，在征得监护人同意后县精神卫生防治中心组织专家技术人员进行诊断复核。已明确诊断的患者征得本人及监护人或近亲属同意后签署《重性精神疾病管理治疗网络知情同意书》纳入本地区重性精神疾病管理治疗，建立患者《居民个人健康档案》，按时将患者信息录入国家重性精神疾病基本数据收集分析系统。

（四）摸底建册、分类管理

1. 建立档案

对全县摸底调查的重性精神疾病患者建立健康档案，截止 2013 年 5 月底，全县共建档 1569 人，建档率达到 43.6%。

2. 定期随访

对建立健康档案的患者由眉县精神卫生防治中心进行诊断复核和危险性评估，对病情稳定、病情基本稳定、长期坚持治疗的患者实行随访管理。由经过培训的个案管理员每年随访 4 次，部分患者随访 4 次以上，使患者处于良好的监护状态下。

3. 解锁行动

在公安、残联、民政等多部门共同协作下对长期关锁的病人进行解锁。自重性精神疾病管理项目在我县开展以来，全县共成功“解锁”精神疾病患者6人，得到了广大群众及社会各界的好评。例如：2012年7月，我县首善镇王家庄村二组村民陈宏刚患病20年，曾多次于西安市精神卫生中心治疗，但因病情反复发作，社会功能严重衰退，家人无法承受巨大的经济及精神压力，无奈之下将其关锁长达7年，其现状让人痛心不已，经多部门共同协作于2013年3月1日对该患者实施“解锁”，在县精神卫生防治中心长期免费托养。

4. 康复托养

县精神卫生防治中心结合精神疾病患者的特点：家庭经济困难、患者人际交往能力、生活劳动技能普遍衰退的现状，创办精神疾病康复庄园。对一部分长期托养的患者开展种植、养殖产业，工娱治疗及手工作坊等多种形式的劳动技能康复训练。通过住院托养加快了精神疾病患者康复，恢复了患者正常的社会功能，使患者逐渐的、较自然的过渡到社会生活中去，成为家庭和社会的一员。

（五）整合资源、全面救治

从2009年开始，我县积极争取多方力量，整合资源，多渠道改善重性精神疾病患者的医疗保障问题。截止2012年我县重性精神病患者已基本达到免费医疗。

利用残联国家重性精神疾病管理治疗示范县项目，累计对2471名贫困患者开展免费服药治疗（400元/人/年），对298人给予住院资助（2000元/人），解锁病人（3000元/人）。利用市残联彩票公益金项目，对贫困重性精神疾病患者给予门诊服药补助（450元/人/年），每年资助患者400-600人不等，2010年开始，市残联争取市财政专项资金，对我县所有残疾等级在二级及以上的贫困重性精神疾病患者给予450元/年的抗精神病药服药补助，实行定点医院救助，保证患者真正服药。对重性精神疾病患者，城镇职工医保门诊报销额度为2000元/年，住院报销比例70%--80%；居民医保门诊报销额度为1600元/年，住院报销比例70%--80%；新农合门诊报销额度为2000元/年，住院报销比例95%。重性精神病患者门诊、住院平均报销补偿比例比一般患者增加15%。

眉县民政局还将重性精神疾病纳入大病救助范围，对全县享受低保待遇的重性精神疾病患者给予2000元/年的医疗救助，救助费用可与医保、新农合联合使用，用于患者的住院或门诊费用的自付部分，提高了救助力度。大病救助也实行定点医疗机构实施，由患者家属申请，医院先期费用垫付，由医院定期与民政局结账，简化了以往救助的复杂程序。

从2012年开始，中国残疾人福利基金会与西安杨森公司合作开展积善援助工程，对贫困重性精神疾病患者开展门诊维思通赠药活动，眉县安定医院是定点

合作单位，截止到 10 月 30 日，已对符合条件的 227 名患者进行了赠药，对我县贫困重性精神疾病患者又多了一条救助途径。

自强制收容取消后，流浪精神疾病患者的医疗救治一直困扰着各级各类精神病专科医院，患者有进无出，影响了机构的正常医疗秩序。2012 年，眉县理顺了救治渠道，流浪精神疾病患者统一由公安部门送眉县救助站，救助站再根据医疗救治的原则，对需住院治疗的精神病患者送入指定的医疗机构，医疗机构按基本医疗保险要求进行治疗，对病情控制的患者，救助站及时查明患者户籍所在地并送走，畅通了患者出院渠道。救治医疗费用实行总费用控制，避免过度治疗和拖延治疗时间。

（六）应急处置、减少危害

各镇卫生院随访医师每次随访均对患者进行危险性评估分级，按照评估等级，对评估级别为 3—5 级者，每月上报至精防办，其中有肇事肇祸倾向者，可直接用电话报至县精神卫生防治中心，县精神卫生防治中心应急处置医疗小组在规定的时间内到现场进行应急处置，减少肇事肇祸行为的发生。对病情不稳定，既往有肇事肇祸行为或倾向的患者进行紧急处理及住院治疗。2010 年至 2013 年共医疗应急处理 215 人次，住院 197 人次，及时有效的预防了精神疾病患者肇事肇祸的风险，人民群众的人身安全和财产安全得到了切实保障。

（七）强化教育、提升效果

以重性精神病患者监护人为重点开设重性精神病健康教育大课堂，对精神病患者监护人进行全方位的精神病防治知识宣传、教育，每年举办 2 期，累计接受宣传教育人员 5000 人次。

在基本公共卫生健康教育宣传项目中添加有精神（心理）卫生健康教育处方和宣传专栏，在各镇举办精神卫生知识讲座，并纳入基本公共卫生项目绩效考核内容。

从 2010 年始，眉县精神卫生防治中心和镇卫生院利用“世界精神卫生日”等大型活动，开展大型精神卫生宣传活动。四年累计发放各种资料近 20 万份，主办大型宣传、义诊 28 次。

三、取得成效

一是管理的病人数显著增加，全县共筛查精神疾病患者 3592 人，国家重性精神疾病基本数据收集分析系统共录入 1569 人，管理率 43.6%；二是精神病人稳定性明显增强，全县重性精神疾病规范管理率达到 100%，患者显好率 91%；三是患者家庭的经济负担明显减轻，重性精神病人住院实际补偿率达到了 95%；四是肇事肇祸的现象得到控制，2012 年我县重性精神病人肇事率 1.2%，未发生肇祸事件；五是群众认识普遍提高，群众对重性精神疾病管理治疗项目的满意度大

于 87%，患者家属对精神卫生及心理知识的知晓率达到了 90%以上。

四、存在问题及下一步打算

（一）精神疾病防治队伍力量薄弱

我县精神科医师不足，精神病院投入不足，个案管理员技术不足，难以为更多患者提供科学、规范的服务。建立更加完善的人才引进和培训机制，仍是今后精神卫生防治工作的重点和关键。

（二）防治机制不完善

虽然患者可以得到住院服务和随访服务，但是精神疾病患者最终要走向社会，参加工作，成立家庭。因为我县目前尚无完善的精神疾病患者劳动技能培训和康复基地，所以需要全社会积极动员、消除偏见、高度关注精神疾病，使精神疾病患者早日康复，走向社会。

（三）重性精神病患者健康管理率不高

由于重性精神病牵扯个人隐私，筛查和发现的难度非常大，提高重性精神病的健康管理率仍然是一项长期艰巨的任务。

多方参与 分级管理 提高慢病管理水平

黑龙江省甘南县卫十一项目办

一、背景

卫十一项目开展以来，我们借助省医改政策和我县开展的乡村卫生服务一体化管理、基层医疗卫生机构卫生服务质量绩效管理以及健康村创建等工作的推进，积极在试点乡镇开展高血压、糖尿病等慢病综合干预的探索工作，目前已基本形成了“健康干预、分级管理、多方参与”的慢病综合防治模式，并取得了一定成效。

二、主要做法

（一）开展慢病患者筛查

1. 实行 35 岁以上患者首诊测血压制度

印制了《门诊医生工作日志》和《门诊日志统计表》，增加了血压值和电话号码。在患者就诊时，医生对 35 岁及以上首诊患者测血压，将血压值记录在门诊日志里，并记下患者的家庭住址和联系方式；每月底对就诊的病人进行统计，将统计结果记录在门诊日志统计表当中。防保部人员每月进行一次监测，在每月的监测工作中，将临床发现的慢病病人（包括疑似病人），进行详细的统计后及时转交到患者所在地卫生所，进行管理；

2. 高危人群筛查

乡村医生对辖区内的高危人群不定期进行血压的测量，一是在对高危人群进行健康教育时进行血压的测量，发现病人，二是定期对高危人群进行随访，关注他们的身体情况，就医情况，及时发现新确诊的病人。

（二）多方位实施健康干预

1. 对慢病人群的干预活动

实施个性化指导，对慢病病人进行生活和心理康复指导，包括了解病人的饮食、体力和日常的锻炼活动、生活起居和生产工作情况，进行有针对性的指导。一是对于用药的指导；二是针对患者的身体状况及不良生活习惯，给患者制定合适的干预计划。

2. 对重点人群的健康干预

以村为单位定期组织对重点人群的干预，逐步使慢病管理工作由最初的“被动式管理”变为现在的“主动要求”。

3. 对全人群开展健康知识宣传

在乡镇卫生院、村卫生所设置了健康教育宣传橱窗；开展“大手拉小手”、“健康知识进厨房、进学校、进会场”等活动，来提高慢病防治知识的普及。

（三）对确诊的高血压患者实行分级管理

按照卫生部《中国高血压防治指南》（2010 年修订版）高血压患者的分级标准，对高血压患者进行分级（Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级）管理。对Ⅰ级高血压患者，在乡镇卫生院的指导下由经过培训的乡村医生进行管理；对Ⅱ级患者，在乡镇卫生院和村卫生所指导下进行管理；对Ⅲ级患者，在县级医疗机构的指导下由乡镇卫生院负责随访管理。Ⅰ级管理以非药物干预为主，辅以药物治疗；Ⅱ级管理以提高随访频次，视血压水平决定开始药物治疗；Ⅲ级管理至少 1 个月随访一次，加强规范降压治疗，强调按时服药，密切注意病情发展和药物治疗可能出现的副作用。靶器官损害的预防与评价。

（四）多部门合作，全社会参与

制定了《甘南县 2013 年慢病综合管理实施方案》和《甘南县 2013 年新农合门诊统筹管理办法》，推出了“由卫生行政部门组织协调，疾控中心负责管理和评价，县级医疗机构和疾控中心提供技术指导和培训，乡村两级医疗机构实施干预”的综合防治管理模式。

县疾病预防控制中心负责全县慢病综合防治工作；县医院、中医院为检出的高血压患者制定个体化的治疗方案，将已确诊和病情平稳的慢病患者转回到基层医疗机构，进行规范化的管理，负责对口支援的乡（镇）卫生院筛查出的慢病患者进行确诊以及对慢病病人临床用药的指导，为乡（镇）卫生院和乡村医生提供技术指导和培训；基层医疗机构则在上级业务部门的指导下，组织实施对慢病患者的干预管理。新型农村合作医疗管理中心按照《新农合慢病管理办法》的要求，会同县疾控中心对慢病工作进行绩效考核，依据绩效考核结果，按照要求进行拨付慢病门诊补偿费用。

（五）实行慢病补偿

2013 年在门诊统筹经费设计时，就明确按照参合人口人均 10 元的标准作为慢病患者的门诊补偿费用，以门诊包干的形式打捆在门诊统筹经费当中。村卫生所在完成规定的慢病管理、干预、随访等工作任务后，经过考核后拨付给村卫生所。

县及县级以上医疗机构对慢病患者进行诊断，提出治疗方案；乡村两级医疗机构要给予建立慢性病档案，并录入新农合管理系统，并按照上级医生的预防治疗方案给予治疗，定期检查、随访、干预和给药治疗，并将随访干预结果录入慢病管理系统。县疾控中心每年四次对乡村两级慢病干预

工作进行考核，根据考核分数年终一次性拨款。

（六）增加慢病管理模块

在现有新农合软件的基础上增加了慢病管理模块，由乡村医生将慢病病人的基本信息、干预随访的信息及时录入在系统内。乡村医生在登入本系统后，系统自动显示需要管理和干预的慢病病人及慢病病人的干预治疗参考方案，并提前 10 天进行系统提示。乡村医生参考系统提示，对病人进行干预。新农合管理中心则通过管理系统，直接监测到各级医疗机构对慢病病人的管理情况。年底根据监测情况和年度绩效考核情况，拨付慢病补偿费用。

（七）统一工作资料及工作规范

县项目办依据《国家基本公共卫生服务规范》统一印制了高血压档案、糖尿病档案和重性精神病档案，同时印制了《慢病管理登记本》，印发三个病种的工作方案，细化了工作内容、工作方法、经费的测算及补偿方法等，今年，在第二领域制作《一体化管理手册》中，印发了《国家基本公共卫生服务技术规范》，使基层医务人员在开展慢病干预工作时有章可循，有制度可依，有规矩可遵循。

（八）实施绩效考核

2013 年我们对公共卫生绩效考核的指标、权重进行了调整，加大了三种慢病的考核权重；对慢病指标的权重也进行了调整，加大了对病人发现和规范管理的权重；调整了考核频次，从 2012 年的每年 2 次调整为每年 4 次，实行每季度一次考核。预付制与兑现奖惩相结合。2012 年，我们实行公共卫生经费预付制。在年初，下拨经费不少于总费用的 50%，拨付给基层单位，作为公共卫生服务的工作经费。在季度考核时及时发现问题，及时纠正，到年底绩效考核仍有没有解决的问题，卫生局将根据考核结果，扣发公共卫生经费。2013 年，预付经费为 18 元/人，预付比例为 72%；付给乡村医生 6 元/人，预付比例为 50%。

（九）强化培训

1. 建立慢病管理群

我们建立了有乡镇卫生院防保部主任、慢病管理人员及乡村医生参加的慢病管理群，及时解决基层慢病管理的问题。

2. 举办慢病管理培训班

每年组织一次大型的慢病管理培训班，聘请县级医疗、公共卫生专家进行讲课。一是对慢病管理工作进行系统的培训，采取循序渐进的方式，提高慢病管理人员的理论水平和实际工作能力；二是就工作中存在的问题，采取一事一议的方法，集中在绩效考核和平时指导中发现的问题，逐个问题的进行分析。

三、主要成效

(一) 管理率

通过分级管理、个性化的干预和指导,提高了慢病病人的健康管理率、规范管理率、控制率,也提高慢病病人的生活质量。

表 1 高血压患者各年管理率的比较 (%)

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年 1-9 月
健康管理率	0.6	54	76	82
规范管理率	45	50	85	87
血压控制率	0	5	17.6	29

(二) 知晓率和健康行为形成率

通过对不同的人群采取不同的干预措施,居民的健康知识知晓率有了较大的提高,居民的健康行为也得到了改善。

表 2 农村居民健康知识和行为比较 (%)

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年 1-9 月
健康知识知晓率	60	75	80	85
体育锻炼率	0.7	10	13	15
自觉控盐率	0	5	9	11

四、工作体会

(一) 多部门多方位的参与,达到了三个体系全覆盖

实现了从病人疾病的诊断、治疗、健康干预,到医疗费用的解决、管理人员管理工作、水平的提高的综合管理,有效促进慢病管理工作的开展。

(二) 健康干预是慢病综合防治的重要手段

多形式、多渠道以及分类管理的健康教育和非健康教育行为的干预等措施,为慢性病患者自觉倡导和践行健康的生活方式起到积极的作用。

(三) 实施绩效考核是高血压防治的重要保证

对机构和工作人员实行严格的绩效考核,有力的保证了高血压综合防治工作的落实。

“计工分”精细化管理乡村医生公共卫生服务

重庆市荣昌县卫十一项目办

荣昌县通过工作量化、质量修正、绩效考核，以“计工分”形式兑现乡村医生公共卫生服务补助，提高了乡村医生参与公共卫生服务的积极性、促进了财政投入的可持续性、落实了乡村两级公共卫生经费分配的合理性，一步体现了村级公共卫生服务绩效考核精细化、标准化、差异化。

一、背景

如何科学有效使用乡村医生公共卫生专项补助资金和基本公共卫生服务经费，促进公共卫生服务均等化和乡村卫生服务一体化，针对服务人口不均带来的补助不公平矛盾、乡村医生每月定额补助带来的消极影响等问题，从2010年起，我县通过充分调研、反复论证，提出工作量化、占比分配、补助不保底不封顶，以“计工分”形式兑现乡村医生公共卫生服务补助，逐步建立起政府购买村级卫生服务运行新机制。

二、主要做法

（一）明确村级公共卫生服务提供对象

村级公共卫生服务的提供对象是乡村医生，不是村卫生室。鉴于此，我县对村级公共卫生工作的考核由中心（镇）卫生院（包括社区卫生服务中心）（以下简称“卫生院”）考核村卫生室调整为卫生院直接考核乡村医生。对在县卫生局注册、在注册的行政村区域内执业、经培训合格、自愿申请承担公共卫生服务的乡村医生，全部纳入公共卫生服务提供对象。全县注册的669名乡村医生，2013年有586名乡村医生符合上述履职条件。

（二）细化乡村医生公共卫生职责

按照基本公共卫生服务项目分级管理原则，明确乡村医生职责，将乡村医生从事的公共卫生服务项目细化为16类50项，包括基础信息收集、公共卫生服务、一体化管理等内容。由乡村医生可独立承担的43项，协助卫生院完成的17项（其中交叉10项）。

（三）整合村级公共卫生服务各类经费

将县财政下拨的乡村医生公共卫生服务专项补助经费、基本公共卫生服务补助经费中按比例提取的村级基本公共卫生服务经费整合，打捆作为村级公共卫生

服务经费，一并作为“计工分”量化村医公共卫生服务经费。2013 年全县乡村医生从事公共卫生服务补助合计 592 万元，其中县财政专项补助 192 万元，基本公共服务经费 400 万元。

（四）建立乡村医生绩效管理模式

1. 建立科学的考评体系

（1）工作量标准化。以标准工作量衡量乡村医生劳动量，科学测算“计工分”项目标准工作量分值。通过单位服务耗费人时数来测算每项服务作业流程所需的时间成本，并考虑每项服务项目综合成本、服务项目的重要程度等因素确定了每个服务项目的标准工作量分值。以村卫生室承担的公共卫生服务工作量较大的 35 岁以上居民首诊测血压项目作为标准分值“1”，依据此标准，其他卫生服务项目与此比较，综合时间成本、重要程度、风险因素等进行估算，确定其标准工作量换算值。乡村医生劳动量=Σ（服务数量×标准工作量分值）。具体服务项目标准量分值见附件一。

（2）服务质量修正。用具体服务质量来修正服务劳动量，以确定乡村医生有效服务量。质量指标，共计 29 项，包括公共卫生 20 项，占 75 分；医疗服务 8 项，占 20 分；社会满意度 1 项，占 5 分。由卫生院对辖区内乡村医生提供的卫生服务质量进行综合评价，并用具体服务质量来修正服务劳动量，以确定乡村医生有效服务量，也是乡村医生获得的“工分”。乡村医生有效服务量（“工分”）=乡村医生劳动量×服务质量考核得分%。具体质量考核指标见表二：荣昌县政府购买村级卫生服务乡村医生质量考核表。

（3）有效服务量分配。确定计“工分”核算方法。乡村医生劳动量=Σ（服务数量×标准工作量分值）。乡村医生有效服务量（“工分”）=乡村医生劳动量×服务质量考核得分%。“工分”单价（元/分）：本镇的资金总额÷全镇乡村医生有效服务量。村医个人补助=“工分”单价×村医个人有效服务量（“工分”）

2. 建立完善的运行模式

（1）组织结构。卫生院受卫生局委托，直接考核乡村医生，卫生局和财政局进行监督管理。

（2）合同约定。卫生院代表政府与乡村医生签订《荣昌县政府购买村级卫生服务合同》。乡村医生根据合同为包干辖区内居民提供规定的基本公共卫生、重大公共卫生服务、基本医疗服务。

（3）工作模式。全县乡村医生“计工分”工作统一实行“一个月一统计，一季度一督查，一年一考核，补助季度预付，年终考核结算”的工作模式。乡村医生每月向村卫生室申报当月工作量，村卫生室每月按工作量表统计后上报卫生院；卫生院公共卫生管理人员平时随机抽查乡村医生工作真实性，每季度督查复

核一次，复核结果结合该乡村医生上年度质量分数预拨 70% 的补助；年终对乡村医生进行一次综合绩效质量考核，确定乡村医生有效服务量，并报县卫生局审定。经县卫生局复核审定的工作量、质量考核得分、有效卫生服务量得分情况由卫生院在镇（街）辖区内公示一周，接受乡村医生和群众的监督。公示无异议后，随即结算乡村医生一年度的公共卫生补助资金。

（4）同工同酬。镇村公共卫生服务报酬一体化，无论是卫生院还是村卫生室开展公共卫生服务，其劳动报酬都一样。

（五）尊重差异，促进村级公共卫生服务落实

1. 尊重乡村医生服务能力差异性。卫生院将村级公共卫生服务任务有差异的分解到每个乡村医生，在质量考核时，按乡村医生承担项目折算成百分制计分，未承担项目的不予计分。同时，在规定时间内工作不能及时完成上级下达的公共卫生任务，卫生院可对乡村医生公共卫生服务项目、服务区域进行调整，由附近的村医或卫生院完成。

2. 尊重服务人口、乡村医生区域分布差异性。通过“计工分”解决公共卫生补助分配公平性问题。

三、实施效果

（一）供分配的财务经费每年不断增加

财政投入从 2010 年 108 万元，提高到 2013 年 592 万元。乡村医生从 2010 年人均 1843 元公共卫生收入上升到 2013 年 10102 元。每工分单价由实施之初的 1.4 元上升到 2012 年的 3 元。

（二）镇村两级服务能力不断提升

卫生院通过“计工分”，转变工作模式，变工作者为管理者，大大提高了镇级公共卫生服务人员的业务水平，全县卫生院公共卫生质量考核平均得分由 2010 年 74.35 分提高到 2012 年 88.72 分。同时，乡村医生公共卫生服务能力得到提高，人均服务工作量由 2010 年 2017 分上升到 2012 年的 2560 分，服务质量考核平均分数由 2010 年的 64 分提高到 2012 年的 78 分。

（三）任务进一步落实

由于“计工分”实行“效率优先”原则，有效地提高了乡村医生积极性和促进了公共卫生任务的落实。一方面，乡村医生对公共卫生基本信息的收集、填报更加及时、完整、准确；另一方面，公共卫生任务的落实更加有力。2012 年与 2010 年相比，居民健康档案累计建档率由 32.62% 提高到 2012 年的 96.34%、65 岁老年人健康管理率由 51.23% 提高到 60.34%、高血压患者健康管理率由 9.25% 提高到 34.5%、高血压患者规范管理率由 64.2% 提高到 80.14%、2 型糖尿病患者

健康管理率由 6.26%提高到 33.87%、2 型糖尿病患者规范管理率由 61.00%提升到 80.7%、0-6 岁儿童健康管理率由 42.56%提高到 94.88%、孕产妇健康管理率由 87.06%提高到 90.03%、重性精神疾病患者管理率由 23.38%提高到 30.14%。

（四）满意度得到提高

乡村医生通过抢“工分”，积极主动提供服务，不断提高服务的质量，居民对乡村医生提供的公共卫生服务满意度由实施前 62%上升到 81%，卫生院对乡村医生的满意度由实施前 74%上升到 88%，乡村医生对计工分考核满意度由实施前 48%上升到 86%。

四、经验推广

推广文件：重庆市卫生局关于建立政府购买村级卫生服务机制的指导意见（渝卫〔2011〕76 号）。

大会交流：① 渝西片区农村卫生综合改革（2012 年 3 月）；② 卫生部农卫司 2012 年农村基本公共卫生服务联系县工作会议经验交流（2012 年 9 月）；③ 市项目办“公共卫生服务均等化”大会交流（2012 年 12 月）；④ 中国农村卫生协会全国地市卫生局局长培训班天津交流发言（2013 年 4 月）；⑤ 国务院医改办全国基层医院会交流发言（2013 年 10 月）。

媒体推广：① 工作简讯：卫生部农卫司工作简讯第八期专刊（总 131 期）；② 健康报：《重庆荣昌：村医干公卫按“工分”拿钱》（2012 年 11 月）；③ 央视新闻直播间记者调查栏目：重庆荣昌计工分（2012 年 12 月 23 日）

探索绩效管理 建立长效机制

强化城乡基本公共卫生服务绩效考核

重庆市九龙坡区卫十一项目办

为解决基本公共卫生服务中的质量、效率、公平等问题，实现新医改“维护公益性、调动积极性、保障可持续”要求，2010年起，在项目专家的指导下，九龙坡区通过调研分析现状、构建双层考评体系、设置三方考评机制、服务效果评估等路径，探索建立起“公益定向、服务分级、以岗定责、标量比对、量质挂钩、持续改进”的绩效考核管理模式，促进了专业公共卫生机构、基层卫生机构职能职责的履行和公益目标的实现。

一、主要做法

（一）明确服务方式

坚持“政府主导、分类管理、分级实施、确保公益”原则，将本区基本公共卫生服务分为卡券与项目服务，前者针对个体性基本公共卫生服务，占筹资总额的70%，后者主要针对群体性基本公共卫生服务，占筹资总额30%。

（二）明确机构功能定位

1. 根据国家基本公共卫生服务规范，制定《九龙坡区基本公共卫生分级服务细则》和《服务流程》，细化专业公共卫生机构、镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（社区卫生服务站）三级基本公共卫生服务任务。

2. 明晰服务岗位职责。镇卫生院、社区卫生服务中心根据《基层卫生机构绩效管理方案》和《基层卫生机构岗位绩效管理指导意见》，制定本单位绩效管理方案。围绕机构功能定位、目标任务和员工岗位职责、绩效问题，制定机构内部公共卫生服务岗位说明书，提出岗位绩效管理目标。

（三）建立绩效考评体系

1. 遵照“谁管理，考核谁”、“谁服务，考核谁”的原则，构建政府对专业公共卫生机构、基层卫生机构的外部考评和机构内部考评相结合的双层绩效考评体系。

2. 分类明确考核标准。对专业公共卫生机构的绩效考核侧重对基层卫生机构基本公共卫生服务工作指导的数量和质量；建立责任连带机制，明确专业公共卫生机构对基层基本公共卫生服务负有连带责任，承担业务管理、督促指导和协同服务等职责。对基层卫生机构考核侧重基本公共卫生服务数量、质量和社会满

意度。对各类机构、各维度分值每年度进行动态调整，如基本公共卫生服务初期，加大服务数量分值设定，随着工作推进调整质量分值。考核周期上季考选择重点、薄弱指标，终末全面考核。

3. 外部考评从服务数量、质量和群众满意度三个维度，根据阶段重点目标，制定年度考核指标。评价指标设计中，将重点人群健康管理等以统计数据为基础的、面向个体的、可量化的指标纳入卡券服务考核，采取百分制；将传染病防控等面向群体、难以量化的指标纳入项目服务考核，采取得分制。

4. 内部考评采用“标准工作量比对法”和“标准有效时间比对法”。机构制定《岗位工作量分值比对细则》，采用“标准工作量比对法”对公共卫生服务岗位工作量进行比对计算。同一类别岗位工作中，选定一项服务作为标准工作量值，再根据技术高低、难易程度、劳动强度、耗时时间等通过比对确定其它服务项目的工作量值：如选定建立一个居民健康档案作为1个标准工作量并计1分，完成一次慢病随访与建立一份健康档案比对确定分值为2分，以此类推计算其它公共卫生服务项目分值。根据服务项目所处的地理环境、服务半径等因素探索“有效标准工作时间”标量比对计分方式，即选定一项基本公共卫生服务项目的平均耗时作为1个“有效标准工作时间”并计1分，其它服务项目与之比对确定有效工作时间和相应分值。

（四）考评结果多方运用

1. 基本公共卫生服务补助依据。考核结果分优秀、良好、合格、不合格。根据等次分别兑现基本公共卫生服务补助。

卡券回收所得经费

公共卫生卡券服务经费=----- × 考核实得分

考核总分

季度项目总经费

公共卫生服务项目经费= ----- × 考核实得分

考核总分

2. 基层医疗机构绩效工资核拨依据。卫生行政部门根据考核结果核拨基层医疗机构绩效工资总量，上季度考核结果为下季度绩效工资拨付的依据。

3. 基层主要领导任职聘用考核依据。一年内3次考核不合格的单位，通报并对党政主要领导、分管领导诫免谈话；一年内考核4次不合格的，解除党政主要领导、分管领导职务。两年内累计3次考核不合格的，对党政主要领导、分管领导诫免谈话；两年内累计4次考核不合格的，解除党政主要领导、分管领导职务。

4. 基层医疗机构主要领导绩效工资发放的依据。主要领导绩效考核由单位绩效考核和个人绩效考核组成，单位绩效考核占总分 70%，个人绩效考核占总分 30%。考核基本合格的，按本单位工作人员奖励性绩效工资的平均水平发放；考核不合格的，不参与奖励性绩效工资的分配。

（五）持续绩效改进

1. 动态调整绩效指标。一是指标调整。根据绩效改善情况的变化等对指标进行调整，删减优化指标，新增问题指标；二是权重调整。根据重点任务、薄弱环节的指标调整分值权重；三是重要工作加权考核。根据阶段工作重点、薄弱环节、临时重要任务等设置重要工作指标，根据重要程度将计分在原基础上提高 1.1-2 倍，促进重点工作的落实和薄弱指标的改善。

2. 优化考核方式。一是引入第三方考核。在居民满意度调查上，委托《重庆时报》民调机构调查，促进考核公平、公正、真实；二是利用信息化手段考核。在数据收集上，充分运用区域医疗卫生信息管理平台，提高考核管理效率；三是建立重点指标、弱指标追查机制，加大检查频次。在每月、每季度对重点指标、薄弱指标考核基础上，不定期对其进行跟踪、督查，加大改进力度。

3. 评价标准多元。一是差异标量。在标量比对岗位服务计分基础上，针对同一服务，根据服务半径、服务时间等因素进行差异标量比对计分，促进计分更加公平、合理。如产后访视，以卫生院距离最近的 1 次访视计 1 分，再细分三个流程计分（访视服务计 0.6 分、信息录入计 0.1 分、行程耗时计 0.3 分），将耗时作为差异计分的调节因素，如访视耗时为最近距离耗时 2 倍时，行程耗时则计 0.6 分、整个访视共计 1.3 分，以此类推不同耗时的产后访视的服务计分。二是流程标量。根据服务流程采取分段式量化计分，促进考核更加公平、合理，如：完成 1 次预防接种总分计 1 分，其中按照问诊、注射、冷链管理、报表统计 4 个流程分别计 0.4、0.3、0.2、0.1 分。

二、成效

（一）城乡居民健康水平不断提高

2012 年婴儿死亡率 3.38‰，较 2008 年 5.36‰降低 1.98 个点；儿童死亡率 3.83‰，较 2008 年 7.57‰降低 3.74 个点。2011 年人均期望寿命 77 岁，较 2005 年 75 岁提高 2 岁。经过监测，国家基本公共卫生服务项目服务指标逐年优化（见下表）。

九龙坡区公共卫生服务体系绩效评分汇总表（2008-2012）

指 标	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
千人口公共卫生人员数(‰)	0.31	0.36	0.63	0.45	0.46
甲乙类法定传染病报告发病率(1/10 万)	478.93	435.52	408.53	358.08	342.15
高血压规范管理率(%)	80.70	68.22	9.56	72.21	82.54
糖尿病规范管理率(%)		68.18	66.91	73.27	80.73
国家免疫规划疫苗全程接种率(%)	99.69	99.60	99.68	99.89	99.90
规划免疫相关传染病报告发病率(10 万)	13.91	3.22	150.09	0.46	0.83
0-3 岁儿童系统管理率(%)	95.8	94.92	94.04	94.94	93.34
3-7 岁儿童保健覆盖率(%)	95.15	96.64	98.08	94.53	96.45
常住人口孕产妇保健系统管理率(%)	78.96	90.46	90.48	90.59	91.91
流动人口孕产妇保健系统管理率(%)	83.20	83.20	83.36	85.09	87.46
居民健康档案建档率(%)	37.42	64.17	78.4	84.58	82.32
居民基本卫生防病知识知晓率(%)	63.86	81.83	77.61	67.20	66.68
中小学生吸烟率(%)	1.80	2.35	0.80	2.31	0.29
65 岁以上人口健康管理率(%)	55.80	63.24	49.21	60.60	61.59
重症精神病人管理率(%)	26	57.26	68.70	86.30	90.98

注：1. 因区域规划调整，2012 年九龙坡辖区人口增加近 30 万；2. 居民基本卫生防病知识主要指艾滋病、结核病、高血压、糖尿病、妇女病等。

（二）基本公共卫生服务初步实现均等

根据中组部中瑞合作管理培训项目重庆子项目《重庆市基本公共卫生服务均等化评价指标体系研究》对九龙坡区的实证研究，九龙坡区以公共卫生资源、服务供给和结果三类指标计算基尼系数，2010 年 $G_m=0.392$ ，2012 年 $G_m=0.302$ 。

（三）职工工作积极性得到充分发挥

实行绩效管理前，职工被动服务，忙闲不均，干多干少收益差不多。通过建立岗位明晰、合理评价的考评机制和多劳多得、优绩优酬的激励机制，让职工明白做什么、怎么做、收益多少。尤其建立以标量比对为工具、以服务数量和质量为核心的考核机制，职工努力挣“工分”，竞相比质量，积极主动参与基本公共卫生服务。

（四）群众满意度得到进一步提高

通过专业机构评估和第三方机构满意度调查，城乡居民对基层卫生服务的综合满意度从2008年的67.6%提高到了2012年的89.1%。

（五）基层卫生服务认同程度逐年提升

2009年原卫生部部长陈竺在九龙坡呈报材料上批示“其经验应力推”；2010年刘谦现场题词“争做健康守门人”；央视、新华社内参等30余家媒体采访报道；2012年农村公共卫生“一路阳光健康服务队”作为中国唯一被世行“2012世界在做什么”栏目以“基层医改深入推进，百姓健康更有保障”专片向世界传播。

合同购买 规范管理 绩效支付

河南清丰县卫十一项目办

一、基本概况

在省卫生厅项目办的指导下，清丰县在实施基本公共卫生服务方面进行了有益的探索，逐步形成了“政府购买、合同管理、乡村一体、绩效支付”的基本公共卫生服务提供模式，并在全市得到推广。但在实施过程中，我们发现乡镇卫生院仍然存在对公共卫生服务的重视程度不够、管理不到位、服务提供能力不足、资金使用不合规、资料管理混乱等问题。为此，我们在不断完善“政府购买、合同管理、乡村一体、绩效支付”的基本公共卫生服务提供模式的基础上，进一步强化措施，健全机制，实行规范管理，开展“基本公共卫生服务示范乡镇”创建活动，逐步提高基本公共卫生服务精细化管理水平。

二、主要做法

（一）明确职责，强化责任

我们采取以乡镇卫生院为中心的总负责制作为购买基本公共卫生服务的运行模式，明确了准入条件，将乡镇卫生院和村卫生室作为公共卫生服务提供的主体，县疾病预防控制中心和县妇幼保健院作为县级公共卫生专业机构，参与公共卫生服务提供，并为乡村两级开展人员培训和技术支持，界定了县、乡、村三级医疗卫生机构的职责。

（二）科学测算服务成本

我们按照“项目流程测算法”测算每项基本公共卫生服务的成本。一是确定服务流程，二是测算每个环节的实际成本（包括人力成本和材料成本），三是服务项目成本累加，四是以人均公共卫生服务项目筹资标准按比例推算，按照乡村两级的工作职责与任务分别测算出乡村两级的成本。2011 年以前，村级补助标准是人均 5 元，2012 年村级人均补助标准为 8.17 元，2013 年村级人均补助标准为至少 12 元。

（三）逐级实行合同管理

采取协商谈判的方式与乡镇卫生院签订合同，合同明确了购买的服务内容、质量要求、服务价格、考核标准、支付方法与奖惩、监督管理、争议处置等内容。由政府出资购买基本公共卫生服务，专业机构指导、督导与考核公共卫生服务的开展，这样，合同管理的各个环节形成了一个有机整体，确保了合同的有效执行与实施。乡镇卫生院同样对村卫生室实行合同管理、绩效支付。

（四）强化监管

一是系统内部监管。卫生局组织专业技术人员，每季度对各个乡镇监督检查一次，定期召开交流研讨会议，及时发现、通报、纠正实施过程中存在的问题。二是引入第三方监管。由县人大代表、政协委员、财政、审计部门相关人员和群众代表组成第三方监管小组，每半年对公共卫生服务提供的情况调研一次，重点监督合同的执行情况，既监督购买方，又监督提供方，还走访受益方，调查满意度，使基本公共卫生服务资金的供给、提供的质量与效率、城乡居民的受益程度得到了保障。

（五）实施规范管理

2013 年，我们针对各个乡镇基本公共卫生服务项目开展情况、存在的问题和困难，认真进行研究，提出了“四个规范”的管理思路，即规范项目管理、规范服务提供、规范资金使用、规范资料归档存放，并下大气力督促各项措施的落实。

1. 规范项目管理

一是各乡镇成立了基本公共卫生服务办公室（站），在卫生院业务用房十分紧张的情况，腾出适量的房屋专用于公共卫生服务，解决了基本公共卫生服务工作“阵地”的问题。二是明确了基本公共卫生服务专兼职工作人员，乡镇卫生院对院内的人员进行了调整，对从事基本公共卫生服务人员进行了加强和充实，对各个人员进行明确的职责分工，强化了基本公共卫生服务人员“队伍”建设。三是健全了基本公共卫生服务工作制度，实行“年计划、月例会、周汇总、日安排”的工作模式，完善制定了各项管理制度和工作制度，初步建立了基本公共卫生服务良性运行工作“机制”，为基本公共卫生服务稳定推进提供了组织和制度保障。

2. 规范服务提供

一是加强培训。我们邀请市、县两级专家举办基本公共卫生服务培训班，采取县培训到乡、乡培训到村、县培训到村的方式每年进行培训。为检验培训效果，我们每期培训结束后都进行了考试，发放一些表格“模拟演练”。乡镇卫生院利用“月例会”的机会，加强对卫生院内部专业技术人员和乡村医生的业务培训，成效明显。二是优化服务流程。参照免疫规划的接种模式，从预约通知、登记、体检、健康指导、建立档案、信息录入，到每月的工作小结、工作报表、运行分析等，每个步骤都有专人负责，每个环节谁去做、做什么、怎样做都有了比较清晰的规定。三是注重项目间协调。为了提高 0-6 岁儿童管理率，把儿童健康管理 with 预防接种实现了有机结合；为了规范重点人群管理，把健康体检和健康教育进行了有机结合。四是发挥县级公共卫生专业机构对基本医疗机构人员传、帮、带作用，为加强孕产妇健康管理，县妇幼保健院成立了专门队伍，与卫生院人员一

起定期到乡、村提供孕产妇健康管理服务，解决了个别乡镇卫生院妇产科人员技术力量薄弱的问题。

3. 规范资金使用

一是卫生局、财政局联合下发了《清丰县基本公共卫生服务专项资金管理办法》，每半年联合对基本公共卫生服务补助资金开展专项检查。二是加强对基本公共卫生服务专项资金管理使用监督和相互制约，卫生局下发了《关于进一步加强基本公共卫生服务专项资金管理使用的补充规定》，每个乡镇卫生院成立了基本公共卫生服务资金使用“五人小组”，即院长、会计、分管公共卫生负责人和两名职工代表组成，每笔公共卫生资金支出须经“五人小组”共同签字方可支出。三是开展经常性教育和培训，公共卫生资金重大专项资金，一定要严格按照有关规定合理使用。我们也召开公共卫生资金管理使用专题培训会议，各个乡镇就基本公共卫生服务专项资金使用情况进行自查自纠。我县成立了乡镇卫生服务会计核算中心，对乡镇卫生院财务实行统一管理，实行报账制，进一步加强对专项资金资金的监管，这对于规范乡镇卫生院财务管理，特别是对专项资金的规范、合理使用发挥积极作用。

4. 规范资料归档存放

卫生局对基本公共卫生服务项目相关底册、表格进行了统一设计，对档案存放进行了分类，提出了要求、进行了指导，解决了标准不统一、项目不齐全、存放混乱等问题。

（六）开展创建“基本公共卫生服务示范乡镇”活动

为进一步提升基本公共卫生服务水平，我县开展了创建基本公共卫生服务示范乡镇活动，旨在充分发挥典型示范带动作用，推动全县基本公共卫生服务工作规范深入开展。制定了《清丰县创建基本公共卫生服务示范乡镇活动方案》，实行“七统一”和“五个一”。“七统一”即统一公共卫生服务人员服装、基层医疗机构标示统一、预防接种门诊标示统一、统一配备公共卫生服务体检专用车、公共卫生服务人员统一配备公共卫生服务体检包、统一建筑布局、统一业务流程。“五个一”即建设一个标准的健康教育宣传栏、配备电视、DVD等一批健康教育宣传设备、配置一套12种健康教育宣传材料、开展一系列健康教育讲座和咨询活动、建设一个健康教育宣传壁画。卫生局负责评审验收，经评审合格者，在年终总结大会上给予表彰，并实行以奖代补的形式予以奖励。

（七）强化绩效考核，落实奖惩激励

我们实行总额预付加绩效继付的资金支付方式。首先是总额预付70%，即： $\text{人均成本} \times \text{乡镇服务总人口数} = \text{公共卫生资金总额}$ ， $\text{公共卫生资金数} \times 70\% = \text{公共卫生资金预付额}$ 。其次是绩效继付，绩效考核得分在应得分的85%以上者，支付

年度总资金的 100%，得分为 84~70%者，支付年度总资金的 85%；得分为 69~60%者，支付年度总资金的 70%；得分为 60%以下者，除支付预付资金外不再支付其余资金。第三是激励奖惩，我们制定了激励奖惩政策，对绩效考核前三名的乡镇分别奖励 3 万元、2 万元、1 万元，对考核后三名的乡镇分别给予相应的处罚。

三、取得成效

（一）调动了基层医务人员积极性

购买基本公共卫生服务的实施，基层医务人员对开展公共卫生服务的重要性有了新的认识，同时提供公共卫生服务也能够得到合理的补偿，基层医务人员的工作积极性大大提高。

（二）改善了三级网络服务功能

购买基本公共卫生服务的实施，进一步明确了三级网络的功能定位和职责分工，理顺了三级网络的协作关系，建立了相互协作、运转协调、稳定有序的运转机制，促进了卫生资源的合理配置与流动，提高了三级网络整体服务功能和效率，加速了乡村卫生服务管理一体化的进程，突显了基层医疗机构的公益性。

（三）农民的健康意识进一步增强

购买公共卫生服务的实施，特别是对重点人群的管理和健康教育与健康促进活动的开展，慢病患者的健康知识知晓率由原来的 56%提高到 87%，主动要求健康体检和健康咨询的明显增加，城乡居民的自我健康意识明显增强。

（四）基本公共卫生服务进一步规范

基本公共卫生服务管理体系基本健全，公共卫生服务提供能力得到增强，公共卫生服务项目规范管理率逐年上升，各项服务项目规范管理率均达到 90%，城乡居民的满意度达到了 95%。

抓规范 抓创新 抓落实 全面做好公共卫生服务绩效考核工作

河南省宜阳县卫十一项目办

自公共卫生服务项目启动以来，宜阳县卫生局在各级项目专家的大力支持下，围绕以“政府购买、合同管理、乡村一体、服务同质、绩效支付”为核心的服务模式，坚持不断创新，使各项工作得到全面推进，尤其是在服务项目绩效考核上，我县围绕“抓规范、抓创新、抓落实”，通过几年持续改进和完善，逐步形成了较为完整的绩效考核办法，并取得了一定成效。

一、指导思想

我们将制定绩效考核方案和开展绩效考核的出发点确定为三个：一是考核各项目单位工作完成的真实情况；二是更合理地分配和利用基本公共卫生服务项目资金；三是保证基本公共卫生服务项目工作在基层得到健康、持续的落实。

二、主要做法

（一）周密制定绩效考核方案

我县依托国家和省、市制定的绩效考核方案、绩效考核细则，围绕开展绩效考核的三个出发点，结合乡镇卫生院和村卫生所工作的实际，对县级绩效考核方案进行了细化，突出宜阳特点：

一是突出了目的性：方案明明白白告知各项目单位，考核的目的就是考核各单位工作完成情况，就是为了合理分配和利用资金，就是为了持续推进均等化工作。

二是突出了透明度：考核时间固定，每年两次；考核通知提前发放；考核细则和考核方案统一组织学习；考核程序、参加人员及其负责的项目提前公示；考核全程公开；考核结果形成通报下发并召开分析会；考核结果运用情况在卫生院公示栏公示，做到“全程透明、结果公示、经得推敲、接受监督”。

三是突出了可操作性：在实际工作中，我们将原方案中一些可操作性不强的细则进行修订，使之具有较强的可操作性。如在慢性病患者的随访管理，县级方案主要考核建档率、管理率、控制率，我们增加了发现率和满意率指标，使工作进一步细化。在管理率中，上级仅要求了随访次数和随访内容，2012年以来，我们还要求县级绩效考核专家组和各乡镇卫生院绩效考核小组将重点人群随访真实性调查作为绩效考核的重点，通过随机抽取档案，电话随访，入户面对面核查等手段，鉴别基层医务人员随访的真实性，保证重点人群的管理质量。

四是突出了痕迹管理：在落实基本公共卫生服务中，我们要求各项目单位必须落实“工作全程痕迹化”。如建立健康档案时，要求建档对象要在档案背面签名或按指印；开展重点人群随访，要求随访对象在随访表册下方签字并留下联系电话等等，这些都是对项目执行单位的要求；开展65岁以上老人健康体检，均要留下体检的资料；开展健康教育工作，必须有文字、图片资料乃至录像资料等。

在开展绩效考核工作时，为了规范考核人员行为，增加透明度，提高公信力，我们要求绩效考核全程也要痕迹化，不仅要记明考核时间、考核人员、被考核单位和负责人，还要对照考核细则，做到得分有依据，扣分有理由；随机抽查的健康档案情况要详细记录，开展真实性调查的情况也要实时登记；查阅的处方、病历编号和内容、开展健康教育的资料和效果等都要记录在案。为落实痕迹化管理的要求，规范绩效考核行为，我们组织人员开发了《基本公共卫生服务绩效考核手册》，将每项要求制作成表格，便于开展工作和资料保存。

五是组织专家开展考核。对妇保、儿保、传染病管理、健康教育等相关工作，县卫生局副局长带队，疾控、基妇股牵头，组织县保健院、县疾病预防控制中心领域的专家，每半年考核一次，重点对乡镇卫生院基本公共卫生服务开展情况进行考核；各乡镇卫生院则每季度开展一次绩效考核，在人员组成上，以乡镇卫生院业务骨干为主，可以聘请县级专家参加，并吸收部分村医参与，及保证考核的权威性，也通过村医参与，提高其对工作的理解水平和执行力。

六是适时调整考核重点。基本公共卫生服务项目中，有的已经开展多年，有的是新增项目，项目执行单位也千差万别，项目执行人员更是良莠不齐。对此，我们坚持以培优、兼顾、补齐为原则，动态开展绩效考核，以考核为指挥棒，统领项目执行单位和各项服务均衡发展，促进均等化。

一方面，因“人”而动：如对不同乡镇、村进行有侧重考核，对资深年老“放心”的村医，我们将考核重点放在其薄弱的信息化管理水平、系统操作上；对年纪轻、资历浅、工作“毛糙”的村医，则将重点放在工作过程规范和真实性上。

另一方面，因“情”而动。如2010年以前我们工作的重点是健康档案建档、计划免疫和妇幼保健，但这些项目由于已经达到峰值，相关人员业务都很熟练，工作已基本达到规范要求，在考核中，我们就相应降低了分值；但对于慢病防治和传染病报告等工作，虽然通过持续督导、持续培训，但工作人员规范意识依然不强，水平依然不高，效果一直不是很理想，对此，在绩效考核中，我们就加大了分值和绩效考核力度，通过考核侧重点调整，引导项目执行单位工作着力点调整。

此外，我们还“以动制动”。针对每次督导、考核发现的项目执行单位新情况、新动向、新猫腻、新问题，针对性制定考核办法和重点，做到“魔高一尺，

道高一丈”。

（二）严密绩效考核程序

我们的考核程序具体如下：①组织考核小组，每项专人负责，进行岗前培训；② 公布考核时间、内容、考评标准、奖惩办法；③ 现场看资料，统计工作数量，现场打分；④ 对照考评细则，统计工作质量，现场打分；⑤ 进行电话核实，落实信息真实性；⑥ 进行居民问卷调查，调查群众满意度；⑦ 统计综合得分，进行公示。

（三）合理利用考核结果

考核结果形成后，我们将进行书面通报，组织召开卫生院职工和全体乡村医生参加的专题会，通报督导结果，点评成绩和问题，提出改进要求；以会代训，强化效果。

以“经济杠杆”为手段，将绩效考核结果作为绩效支付的重要依据，进行综合奖励和单项奖励。按照每次考核的排名排序，奖优罚劣，鼓励先进，鞭策落后，对工作任务完成良好，排名前三名者，予以奖励：对得分 90 分-100 分，按应付资金的 100-120%支付；80 分-89 分，按应付资金的 85%支付；得分为 70 分-79 分，按应付资金的 70%支付；69 分以下者仅支付 30%预付资金，继付 30%资金或年终 40%资金不予支付。

考核结果还作为县卫生局对乡镇卫生院评先、卫生院对内部参与公共卫生服务的人员以及乡村医生评先的重要依据。通过对绩效考核结果的公示，也起到了激励先进、鞭策后进、同步提高的作用。

绩效考核结果还将为县卫生局、乡镇卫生院进一步调整工作重点、调整考核权重、开展相关培训、创新经验发现、总结和推广的重要依据，进而为领导决策提供参考。

三、主要成效

（一）形成了一整套相对规范的绩效考核体系。

（二）带动了均等化工作的创新，促进了均等化工作的全面落实

计划免疫、儿保、妇保、传染病管理等常规服务项目质量得到明显提升，与 2009 年相比，国家一类疫苗接种率由 93%增加到 95%以上，孕产妇建卡率由 78%增加至 92%，孕产妇系统管理率 69%增加到 82%，传染病报告及时率、准确率分别由 88%、72%增加至 100%。完成健康档案 57.37 万份，建档率为 94%，与 2009 年相比增加 88 个百分点；建档合格率达 93%，增加 8 个百分点；管理高血压病人 42024 人，2 型糖尿病患者 6258 人，控制率分别达到 76%、50%，与 2009 年相比分别提高 36、17 个百分点；管理重性精神疾病患者 1724 人，显好率达到 72%，

较 2009 年增加 28 个百分点。管理 65 岁以上老年人 52528 人, 免费体检率由 2009 年的零增加至达到 86%, 人民群众从中直接受益。健康知识知晓率达 85% 以上; 通过现场调查和电话随访, 信息真实性达 98% 以上。

(三) 有效改变了项目执行单位和人员的服务意识和规范意识

从考核效果看, 多数乡镇对《基本公共卫生服务规范》贯彻意识增强, 基本按规范要求得到较好落实, 工作质量、数量持续进步, 资料管理进一步规范, 思想观念、服务意识、服务能力和服务水平明显提高。通过持续开展基本公共卫生服务, 群众的健康意识明显提高, 健康行为逐步改善, 基本公共卫生服务与基本医疗服务逐步形成一体化, 实现了防治结合的良好局面。

(四) 群众满意度持续提升

据前期完成的 2013 年上半年绩效考核资料显示, 各乡镇群众满意率均达到 95% 以上。

四、存在的主问题

在开展基本公共卫生服务项目绩效考核中, 仍然存在一些困难和问题: 一是伴随着考核方案的细化和操作性延伸, 县级考核每天只能完成 2 个乡镇, 全县需要 10 天时间, 需要参加的人员达到 13 人, 每次下乡需要两辆面包车, 每人只能负责一项服务, 工作难度大, 成本较高。部分乡镇卫生院人力资源紧张, 需要一人身兼数职, 考核任务更重, 考核工作质量还有待提高。部分乡村医生年龄偏大, 女村医偏少、加上地处偏远, 部分工作考核结果不能令人满意。

五、下一步工作思路和做法

1. 根据实际工作开展情况, 适时调整绩效考核方案, 以质量提高、效率提高为重点, 突出可操作性、规范性。

2. 充分发挥信息化系统的支撑作用。利用信息化即时掌握工作信息, 并通过信息化系统产生报表, 掌握进度, 发现问题, 突出重点, 进行电话随访、重点抽查等, 以提高绩效考核的效率, 同时保障考核的真实性、有效性。

3. 绩效考核方法, 计划在每次绩效考核时, 随机抽取部分乡镇公管中心人员、村医参加, 通过角色的转变, 提高乡村医生对工作的理解程度, 提高工作的积极性, 同时, 也保障绩效考核过程的全程透明。

4. 在绩效考核通报会上, 增加先进单位发言和后进单位表态性发言的内容, 不仅仅通过经济激励, 也要通过树立先进、鞭策后进等措施, 多手段促进工作的健康发展。

5. 在重性精神病、卫生监督、婚前医学检查等项目方面, 在上级技术指导下, 加大工作力度, 争取全面发展。

依托信息化管理平台 不断优化基本公共卫生服务绩效考核机制

江苏省姜堰区卫十一项目办

一、项目背景

2009 年国家开始实施 9 类 21 项基本公共卫生服务内容，为有效落实项目工作，我们组织 3 个考核组每组 10 人全年 4 次现场考核，2011 年国家增加到 10 类 41 项。随着项目内容的越来越多、要求越来越高，其绩效考核的任务更重、责任更大。针对繁重的绩效考核任务，如何能够实现便捷高效？我们依托基本公共卫生服务项目信息化管理系统，探索量质并举的项目绩效考核办法，实现了项目“服务流程化、管理规范化的考核精细化”，取得了显著成效。

二、主要做法

（一）完善考核制度，为信息化管理提供考评依据。

一是完善数量考核制度，在确定年度筹资标准的基础上，适时测算和调整每一个子项目的经费补助标准，制定年度《基本公共卫生服务项目清单》。二是完善质量考核制度，依据上级相关文件精神，并结合《镇卫生院绩效考核实施办法》，制定和及时修订《基本公共卫生服务项目绩效考核办法》，明确基本公共卫生服务经费补助办法，全年补助经费=Σ（工作量×经费补助标准）×补助系数，补助系数由年度基本公共卫生服务绩效考核得分确定。

（二）强化设备投入和人员培训，为信息化管理提供基础保障。

研发了基本公共卫生服务信息系统，全区统一配置电脑、打印机，举办多形式的信息化管理培训班，建成区、镇、村三级互联共享的基本公共卫生服务信息考核体系。

（三）加强资料录入，为信息化管理提供数据支撑。

一是基本信息录入，通过与公安部门及镇村干部的沟通协调、乡村医生入户调查等措施，全面掌握常住居民的基本信息，并限时录入信息系统；二是健康医疗信息录入，通过体检、日常门诊医疗、慢性病病人的随访管理等途径获取居民健康信息，并及时录入信息系统；三是适时指导，各镇卫生院均成立了健康管理团队，参与、指导、督促乡村医生规范开展项目工作。区级专业人员现场实时指导，加强质量控制，确保数据录入的规范性和完整性。

（四）依托信息平台，开展数量与质量双考核。

采用数量考评与质量考评相结合、平时督查与年度考核相结合的方式，利用

基本公共卫生服务信息系统,考核除健康教育及卫生监督协管两类之外的所有绩效指标(见表1)。

表1 基本公共卫生服务项目信息化考核与现场考核相关情况对比表

项目内容分类	项目数	考核方式		信息考核占比 (%)
		依托信息管理平 台考核的项目数	现场考核 的项目数	
项目分类(一级指标)	10	8	2	80
服务内容(二级指标)	41	31	10	75.61
考核细则(三级指标)	72	55	17	76.39

1. 服务数量考核

对照年度《项目清单》,考核人员利用网络信息平台,对各单位辖区居民建档、预防接种、儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、重性精神病患者的健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理等完成数量进行实时摘录;将摘录的数据与镇级月报表上报数据进行比较,核实数据的一致性;如发现不一致,考核人员就立即到相关镇村进行现场核查,并对基层项目督查和指导。各镇级单位也依据信息系统对辖区村级项目完成情况进行实时监督考核,实行动态管理。

2. 服务质量考核

基本公共卫生服务信息系统设置了报表统计分析功能,能自动统计出居民建档、预防接种、各类重点人群健康管理的相关管理率、控制率,因此,年度绩效考核时从信息系统中直接采集每个镇村级服务单位各个考核指标的完成率。同时参考《国家基本公共卫生服务项目考核工作手册》要求,从信息系统中对每所镇卫生院辖区随机分别抽取重点人群各10份档案进行真实性和规范性核查,利用信息系统中的联系电话,核实服务的真实性,对于无联系方式的居民健康档案则认定为失访(表2);依据服务规范,核对信息系统中各项服务记录的规范性。另健康教育、卫生监督协管服务进行现场核实检查。

3. 社会效益

主要对重点人群进行居民满意度调查。2012年度,全区共调查247人次,其中有效问卷230份,满意度在90分以上的204份,占总调查问卷88.7%(见表3)。

表 2 2012 年度绩效考核问卷调查统计表

问卷调查表	核查份数	符合情况		合格情况	
		符合份数	符合率 (%)	合格份数	合格率 (%)
居民健康档案核查	230	217	94.35	211	91.74
儿童系统健康管理档案核查	230	222	96.52	216	93.91
孕产妇产前健康管理档案核查	230	226	98.26	220	95.65
老年人健康体检记录核查	230	227	98.70	210	91.30
高血压患者健康管理核查	230	223	96.96	222	96.52
2 型糖尿病患者健康管理核查	230	226	98.26	225	97.83
重性精神疾病患者规范管理核查	132	—	—	122	92.42

注：2012 年度绩效考核共电话调查 742 人。

表 3 2012 年度居民满意度问卷调查统计表

调查对象	调查人数	有效问卷数	满意度 90 分以上	
			问卷份数	比例%
慢性病患者	74	69	62	89.85
孕产妇	71	69	58	84.06
0-6 岁儿童家长	48	46	40	86.96
老年人	54	46	44	95.65
合计	247	230	204	88.70

（五）多方运用结果，彰显基本公共卫生服务绩效考核作用。

绩效考核结果通过局网站通报等形式公示，且将结果运用到三个方面：一是作为基本公共卫生服务补助经费拨付的依据。以考评工作量×经费补助标准作为预拨补助经费的标准，以年度绩效考核得分确定经费补助系数，2012 年绩效考核经费补助系数最低者为 0.75，扣减经费达 29.35 万元。二是作为单位绩效工资总量拨付的依据。基本公共卫生服务绩效考核结果是镇卫生院绩效考核的重要组成部分，其结果作为核拨镇卫生院财政补助经费和核定绩效工资总量的主要依据。三是作为主要领导任职聘用的依据。绩效考核结果与单位主要负责人的年度考核和职务任免挂钩。

三、工作成效

（一）镇村两级服务模式逐渐改变

镇村两级服务机构的服务理念逐渐改变，由药品创造效益转为服务争取补助，由只注重纸质档案转为保证电子档案及时准确录入。

（二）绩效考核的效率显著提高

一是节省了考核成本。运用信息系统，考核人员可完成数量和质量的考核，并直接采集和运用系统中自动统计出来的各种结果指标，简化了现场考核程序和内容，将考核人员从繁重的原始资料核查、大量数据统计和计算汇总中解脱出来，大幅度降低了考核时间，极大地节省了人力、交通等考核成本（表 4）。二是减少了统计错误。运用信息系统，考核人员就无需到镇村级现场对健康档案、慢性病随访管理等纸质资料逐一进行人工统计，避免了人工数据统计错误的发生。三是获得了部分重要指标。健康档案使用率、血压控制率、血糖控制率等现场无法统计得出的考核指标在信息系统上均能自动采集和运用。四是实现了动态监管。基本公共卫生服务信息系统设置了权限，镇级可对辖区内村级、区级可对所有镇级项目工作进行动态监管，既避免了考核时因人情分等因素带来的结果偏差，又能实时掌握各镇、村级项目工作完成情况，实现及时督查、指导和管理。

表 4 现场考核和信息化考核相关指标对照表

相关指标	现场考核	信息化考核
考核支出成本（元/单位）	400	80
考核所需时间（小时/单位）	7	3
参与考核人员数（人/单位）	10	6

（三）服务数量和质量同步提升

在建立居民健康档案、高血压患者健康管理、糖尿病患者健康管理以及 65 岁以上老年人健康管理等方面服务的人数有了显著提高（表 5）。通过对项目服务过程中真实性和规范性的核实，避免了弄虚作假、闭门造数据现象的出现，极大地改变了居民健康档案信息不全、高血压患者随访只有血压值、65 岁以上老人体检无生活方式和健康状况评估以及健康指导等服务不规范的现象。

（四）项目活动得到广泛推广

目前，我区已全面推行基本公共卫生服务信息化绩效考核，2010 年 9 月泰州市居民电子健康档案管理现场推进会在我区召开，2012 年 11 月省厅在我区召开基本公共卫生服务项目绩效考核培训暨经验推广现场会，我区信息化绩效工作在 2013 年 10 月省卫十一项目 2013 年创新经验交流会上作了交流，同时在《中

国初级卫生保健》杂志上发表推广。

表 5 2009-2012 年基本公共卫生服务部分项目考核结果对照表

年份	居民健康档案 建档情况		高血压患者管理情况				2 型糖尿病患者管理情况			
	建档 数	建档 率 (%)	管理 数	管理 率 (%)	规范管 理数	规范 管理率 (%)	管理 数	管理 率 (%)	规范 管理数	规范 管理率 (%)
2009	23385 2	32.10	42604	56.55	17553	44.20	6625	34.49	3001	45.30
2010	37562 1	51.56	49928	66.27	29956	60.00	8217	42.78	4876	59.30
2011	62062 2	85.18	66189	88.12	53772	81.24	9026	46.44	7235	80.16
2012	70268 0	96.43	91937	90.44	82504	89.74	16131	63.36	13919	86.29

四、下阶段打算

强化镇村级服务人员的项目知识和信息化系统培训，提高业务素质，不断提升服务能力和水平；根据实际运用情况，不断调整完善绩效考核方案和考核细则，使各项指标更加敏感、更易获得、更加简化。同时加大真实性和规范性核查力度，提升项目服务质量；根据国家经费标准的上调，调整高血压、糖尿病等慢性病发现及血糖、血压控制等项目的经费补助力度，优化工作方法，提高项目实施效果；借助区域卫生信息服务平台建设，将基本公共卫生服务信息系统与诊疗服务信息系统进行整合，同时进一步完善区域卫生信息平台中各种统计运算功能，简化考核程序，提高考核效率，更好地为绩效考核工作服务。

以绩效为基础的基本公共卫生服务支付改革探索

青海省乐都县卫十一项目办

一、背景

乐都县位于青海省东北部，包括脑山、浅山、沟岔、川水四种地形。全县总人口 28.8 万，其中农村人口占 82.99%，县辖 7 镇 12 乡（其中 3 个为民族乡），共有乡镇卫生院 21 所，村卫生室 359 所。

2009 年我县结合工作实际，从 2010 年开始，确定在洪水、峰堆、中岭 3 个地形各异的乡镇开展九大类二十二项基本公共卫生服务“合同管理 + 标化工作量 + 绩效”管理试点，在进一步完善试点运行机制基础上，2013 年在全县范围内推广实施基本公共卫生服务“合同 + 标化工作量 + 绩效”的管理与费用分配机制，将 14 类 58 项基本公共卫生服务项目全部纳入标化工作量进行管理，积极探索提高基本公共卫生服务经费使用效率和服务质量的有效途径。

2009 年 12 月，基本公共卫生服务项目启动实施以来，乐都县严格按照省卫生厅妇社处及海东地区卫生局的要求，在省级项目办精心指导下，积极探索、强化管理、科学组织实施，严格绩效支付，确保了基本公共卫生服务项目工作总体进展顺利，成效明显。

二、主要做法

在省项目办领导和省地专家的技术援助下，制定了《乐都县促进基本公共卫生服务逐步均等化实施方案》，方案的精髓概括为“合同管理 + 标化工作量 + 绩效考核”，该方案的主要特点是：

1. 实行基本公共卫生专项合同管理

县卫生局与县疾控中心、县妇幼保健站、乡卫生院签订合同，乡镇卫生院与辖区村卫生室签订合同，以合同管理的方式保证绩效考核结果得到兑现。

2. 测算基本公共卫生服务项目标准工作量

我们根据乐都县居民对基本公共卫生服务的需求以及乡、村两级卫生机构提供规范的 14 类 58 项基本公共卫生服务项目的要求，将每项基本卫生服务项目按其完成一次所需的时间和该项服务的技术难度、质量要求，确定不同标准的单个工作量。例如：接种疫苗 1 针次定为 1.0 个标化工作量，0-36 个月儿童健康体检 1 次为 2.0 个标化工作量。

经测算，2013 年 14 类 58 项基本公共卫生服务项目总的预期标化工作量为 3294246 个。

2013 年核定的总人口为 260200 人，政府提供的公共卫生服务经费共计 1040.8 万元，为应对突发公共卫生事件等急需的开支，我们提取总费用的 3% 作为风险资金，所以实际可支付公共卫生服务费用为 97%，共计 10095760 元。

测算单个标化工作量单价 = 2013 年全县用于基本公共卫生服务总经费 10095760 元 / 全县预期标化工作总量 3043235.4 个 = 3.07 元。

界定地区差异系数：依据乡、村两级服务机构所处的地理环境、自然及经济条件将服务机构划分为川水、沟岔、浅山、脑山四类；依据影响提供基本公共卫生服务的四个因素即：服务人口、半径、能力及人员编制进行排序，以 0.05 为间距，确定地区差异系数。

3. 制定考核指标

我们根据《青海省基本公共卫生服务规范》（2012 年版）规定的十四大类四十二项服务指标体系，并结合我县实际开展的基本公共卫生服务，确定了乡、村两级质量、数量考核指标。

4. 强化基本公共卫生服务培训

为进一步提高乡村两级基本公共卫生服务能力，统一、规范乡村两级基本公共卫生服务质量标准，县卫生局制定了《乐都县基本公共卫生服务工作培训规范》、《乐都县基本公共卫生服务规范》，通过每年 2 次大规模的定期培训和每月 1 次的乡级例会培训，逐步建立了一个长效稳定的培训机制。

5. 实施公共卫生服务绩效考核

采取内部考核和外部考核、定期考核和不定期考核相结合的考核方法。县卫生局每半年、年终对乡镇卫生院进行考核；乡卫生院每半年、年终对所辖所有村卫生室进行考核，并将村级绩效报告提交县卫生局，由县卫生局组织抽查，最后形成乡、村绩效考核报告，并根据考核分数确定每个服务机构的质量系数。

6. 资金的核算与兑现

一是核实每个机构的标准工作量：依据乡村两级数量考核细则统计乡卫生院或村卫生室标化工作量。二是对工作质量进行考核：通过乡村两级质量考核细则，依据评分确定乡卫生院或村卫生室质量系数。三是计算补偿额度：根据每个乡（镇）卫生院、村卫生室考核所得标化工作量，乘以每个工作量的单价和质量系数及地区差异系数，即可求出该乡（镇）卫生院或村卫生室基本公共卫生服务费用金额。

服务费用金额 = 考核所得标化工作量 × 质量系数 × 标化工作量单价 × 地区差异系数

三、取得的成效

通过“合同管理+标化工作量+绩效”的管理模式，积极引导乡村两级卫生机构由基本医疗服务向公共卫生服务转变，由被动服务向主动服务转变，由按人员补助向按服务结果付费转变，较大程度提高了公共卫生服务经费的使用效果和效率。

1. 基本公共卫生服务的数据和质量得到提高

通过 2009 年、2010 年、2011 年 2012 年数据对比，全县项目公共卫生服务数量明显上升。截止 2013 年 8 月 31 日，健康档案基本信息累计建档 267151 份，建档率 92.76%、免费体检 181398 人次，体检率 62.99%，电子档案基本信息录入 245339 份，录入率 85.19%；乡村两级及 9 社区共发放宣传资料 2576 次，黑板报 2946 期，举办健康知识讲座 2442 次，播放音响资料 2397 次，举办公众健康咨询活动 2033 次，健康教育总人次数达 431082 人次；高血压患者管理 19030 例，管理率为 66.08%，糖尿病患者 2209 例，管理率 31.96%，管理慢阻肺患者 6472 例，管理风湿病患者 7680 例，重性精神疾病 350 例，死因报告 1088 例，常规接种各种疫苗 39772 针次，强化免疫接种 21480 针次，应急接种 7503 针次，开展法定传染病管理及上报工作，并开展聚集性病例、突发公共卫生事件、手足口、发热、高致病性禽流感、鼠疫等的监测上报工作，上报各类传染病 482 例，其中管理结核病人 98 例。2013 年 1-9 月份活产数 1867 人，新生儿访视 1847 人，访视率 98.9%。新生儿疾病筛查 1798 人，筛查率为 96.3%。产妇数为 1860 人，产前检查人数为 1826 人，产检率为 98.2%，产后访视为 1833 人，访视率为 98.6%。孕产妇系统管理人数 1830 人，管理率为 98.4%。3 岁以下儿童数为 8547 人，其中 4-2-2 体检 7468 人次。5 岁以下儿童数为 12135，管理率为 97.5%。65 岁以上老年人数为 19080 人，管理人次 17706 人，管理率为 92.8%；监督所在 23 个乡镇医疗机构聘任了 46 名卫生监督协管员，在 354 个村卫生室及 9 个社区卫生服务站聘任了 363 名卫生监督协管信息员，在乡级成立卫生监督协管办公室，开展了 2 次卫生监督协管服务督导，对全县 600 多家餐饮单位、150 家公共场所经营单位、116 所学校、27 家生活饮用水供水单位（供水点）及辖区内的医疗机构、药店开展卫生监督协管巡查、巡防 1156 户（校）次，开展职业卫生咨询指导 956 人次。

2. 目标人群满意度提高

分年度随机抽取接受基本公共卫生服务的目标人群，即：0—7 岁免疫接种儿童家长、高血压患者、孕产妇、0-36 月龄儿童家长、老年人各 30 名进行问卷调查，对接受服务的质量、态度等分“满意”、“不满意”进行统计，结果显示试点乡满意度逐年提高。

3. 乡村医生积极性提高，工作热情、效率和态度改善

活动方案对乡村两级卫生机构的服务质量标准和考核支付标准有明确规定，乡村医生对自己的行为带来的回报有明确的预期，因此能够激励乡村医生提供公共卫生服务的积极性和热情，农民对医疗卫生服务的利用率也明显提高，乡村两级医疗机构在取得良好社会效益的同时，业务收入也有所增加。

四、工作体会

（一）领导高度重视、专家积极参与是取得成效的根本保证

卫生十一项目的执行，是一种全新管理和服务理念的引进和深化，更是一种卫生机制的改革和创新。在活动开展过程工作中，卫十一项目提供了必要的人员和经费支持，有效推动了机制的实施。创新性活动启动实施以来，县委、县政府给予了高度重视，把实施农村基本公共卫生服务逐步均等化作为落实科学发展观的重要举措和关注民生、促进社会和谐的大事，纳入我县经济社会发展总体规划，各有关部门沟通协调，明确工作任务和职责，精心组织实施，省级项目办精心指导，县级咨询服务专家积极参与，共同做好项目的实施与管理工作，确保了该县活动目标任务的如期实现。

（二）基本公共卫生服务促均等是核心

通过基线调查对服务成本进行测算，根据实际服务成本进行排序，确定地区服务差异系数。在兑现服务费用时对交通、服务半径不同的村实行差别支付。进一步完善基本公共卫生服务轮训制度，结合工作中存在的不足，召开专题培训，提高服务质量。开展服务能力资质评定，采取乡镇卫生院联点、村级互助等形式，逐步提高村卫生室基本公共卫生服务能力建设。通过对比分析，全县各乡村两级提供服务数量比例与质量均无显著性差异。

（三）良好的激励机制是项目持续开展的关键

基本公共卫生服务合同管理制度在服务上采用合同形式约定了行为双方的权利和义务，规定了服务内容。绩效评价对乡卫生院、村卫生室服务结果进行考核，根据考核结果发放基本公共卫生服务费，这一方式有效调动乡村卫生机构人员的积极性，明确了工作职责，使其主动承担公共卫生服务工作，不仅有利于基层公共卫生事业的发展，同时也缓解了基本医疗机构的生存危机。

附件：2010年基本公共卫生服务标化工作量测算方法

标化工作量的单价 = (总服务费用-3%风险金) ÷ 乡村两级标化工作总量

服务机构应得服务费用金额 = 考核所得标化工作量 × 质量系数 × 标化工作量单价 × 地区差异系数

“标准服务”是指医务人员向需方提供优质、无差别的健康服务，把一个门诊医生接诊一名病人 15 分钟的工作量设定成一个标化工作量。

基本公共卫生服务量的确定：借鉴《初级卫生保健机构绩效评价》、基线调查、卫生院及村医讨论确认。

界定地区差异系数：依据服务人口、服务面积将各试点乡镇卫生院与村卫生室进行排序，以 0.05 为间距，确定地区差异系数。

质量系数：通过乡村两级质量考核细则，依据评分确定乡卫生院或村卫生室质量系数。

2013 年基本公共卫生服务标化工作量单价为 3.07 元/个标化工作量。具体测算过程如下：

1. 全县共有 23 个乡（镇）卫生院，359 个村卫生室，11 个社区服务站。
2. 按照《乐都县基本公共卫生服务标化工作量测算说明》中列出的 14 类 58 项公共卫生服务工作测算标准，标化工作总量为 3295362 个。
3. 按照 40 元/人的标准，2013 年各级财政为全县 260200 人共核定基本公共卫生服务经费 10408000 元。
4. $10408000 \text{ 元} \times 3\% = 312240 \text{ 元}$
5. 基本公共卫生服务经费总额与预期标化工作总量的比值，可求出每个标化工作量的单价，
即：标化工作量的单价 = $10095760 / 3294246 \text{ 个标化工作量} = 3.07 \text{ 元/个}$

实施“预算化”绩效考核制度、推行“两级三员”“六制”“一册”服务模式，落实基本公共卫生均等化服务

甘肃省皋兰县卫十一项目办

自 2009 年国家基本公共卫生服务均等化项目实施以来，我们积极探索并完善形成“两级三员”“六制度”“一手册”的服务模式和“预算化”绩效考核制度，强化了基本公共卫生服务体系建设和管理，有效地促进了基本公共卫生服务的落实。

一、主要做法

（一）建立“预算”管理，提升服务质量

我们将国家 12 项基本公共卫生服务项目内容细化分解为 70 小项，制定了每项服务内容的资金支付标准，其中健康教育、传染病及突发公共卫生事件应急处理、卫生监督协管和中医治未病服务项目以人口为基数进行预算，其他服务内容依据卫生、民政和计生部门的统计数据对次年提供基本公共卫生服务数量进行预算，经预算后公共卫生服务经费实施 8:2 分配，即 80% 的经费按 12 项基本公共服务的指标要求，按“季度预拨、年底结算”的方式拨付到乡村卫生机构，20% 的经费作为绩效考核奖励进行支付。

（二）实行“两级”指导，完善服务体系

对开展公共卫生服务工作的单位和人员按照职责设置县级、乡级两个层级，明确县卫生局为监管主体，县级公共卫生机构为组织实施主体，乡镇卫生院和村卫生室为提供基本公共卫生服务的责任主体，制定了县乡两级工作职责，规定县级医疗卫生机构在项目实施中负责对乡村进行业务指导，乡级医疗卫生机构对村卫生室进行具体工作指导，根据分工，各单位指定了专人负责基本公共卫生服务工作。

（三）明确“三员”服务，靠实工作责任

县乡两级医疗卫生机构成立了由本单位负责人为组长，各项目负责人为成员的领导小组，并将工作指标分解到各相关科室、落实到具体责任人，明确规定县级人员为监督员和指导员，乡级公卫人员是监督员、指导员和服务员，村医为公共卫生服务员。县乡两级医疗卫生单位都设立了公卫科，制定了工作职责，确定专职负责公共卫生服务项目的人员，各级服务员按照职责，开展基本公共卫生服

务，建立了卫生机构、服务人员和服务对象之间相互监督机制，规范了服务人员的服务行为。

（四）实施“六项制度”，规范服务行为

1. 实施项目承包制

基本公共卫生服务采取县、乡（村）分级管理。县疾控中心负责承担预防接种、传染病报告处理，老年人、慢性病和重性精神疾病患者管理项目，县妇幼保健站负责儿童、孕产妇保健项目，县健教所负责居民健康档案、健康教育和中医治未病服务项目，县卫生监督所负责卫生监督协管服务项目。根据分工，各县级卫生机构加强了内部人员调配，将任务落实到科室，确定了专人负责各项服务项目的落实。

2. 实施包村包项目制

强化乡镇卫生院公共卫生科建设，并规定从事公共卫生服务的人员不少于乡镇卫生院总人员的 1/3，乡镇卫生院服务员每人包一个行政村，负责该村基本公共卫生服务项目工作的全面落实，承包一个单项服务项目，负责本乡镇项目实施的培训、督导和资料整理。各乡镇卫生院又抽调医疗和护理人员成立公共卫生服务团队，每个团队至少 2 人，各团队分别负责统筹、协调、管理对应服务工作，并负责监督服务目标任务落实和绩效考核。

3. 实施双向交流学习制

乡镇卫生院包村服务员每月到村卫生室（所）工作一周或每周工作一天，对服务对象开展公共卫生服务，指导村医开展公共卫生服务工作，并对村级公共卫生服务工作进行督导与评估。村医每月须到乡镇卫生院工作一周或每周工作一天，学习相关公共卫生服务知识与技能，并整理公共卫生服务资料。乡镇卫生院负责对乡村卫生服务工作的统筹安排与考核，并按村医卫生服务工作情况提供报酬。包村服务员和村级服务员对服务对象信息、服务内容和技术相互进行交流，实现信息共享，提高工作效率。

4. 实施分级培训制度

针对不同的公共卫生服务包，县级卫生机构每年按计划对乡镇公共卫生服务员定期开展 6 次培训，并对培训工作进行总结与效果评价。乡镇卫生院定期召开公共卫生服务例会，并每年不少于 12 次，主要对村医开展公共卫生服务培训，并通报督导结果，及时整改存在的问题，不断规范各项公共卫生服务。

5. 实施定期督导制度

县卫生局组织县级卫生机构定期不定期对乡镇卫生院的各项公共卫生服务工作开展全面督导，并随机抽查村卫生室（所）的工作情况，县级督导结果量化

为分值作为年终公共卫生服务考核的依据,每次督导形成评价报告,报县卫生局,通报乡镇卫生院。乡镇卫生院每月对村卫生室(所)开展1次督导,督导结果作为村卫生室(所)年终公共卫生服务考核的主要依据。县卫生局收集整理县、乡督查数据,每半年对数据进行分析总结,并对数据真实性、存在问题进行评估,适时开展相应的干预措施。

6. 实行逐级考核制度

县级卫生机构按照《皋兰县乡镇卫生院绩效管理》内容,对公共卫生服务项目实行全面绩效评价,由县级公共卫生专业机构每半年组织开展1次,绩效评价实行“倒查、普查、抽查”的方式进行,乡镇卫生院组织对村级普查,形成报表后,由县级公共卫生专业机构对乡镇卫生院进行普查,对村卫生室进行抽查。再由卫生局组织对乡镇普查、对村级抽查,绩效考核结果以卫生局文件或通报形式印发,并在乡镇卫生院进行公示。对绩效考核结果公示后拨付服务经费,对服务员落实奖惩,绩效考核试行千分制,其中服务质量的行政监督和群众满意度测评占250分,强化了对卫生机构提供基本公共卫生服务工作的监督。

(五) 推行“一手册”,建立监督机制

以“一人一册”为原则,对全县重点人群发放《皋兰县城乡居民随访手册》,实行痕迹化管理,重点人群在接受随访服务或健康检查时,服务医生将随访结果、指导意见、预约时间和联系电话详细记录有此册上,并请服务对象签字确认,指导员对服务员填写手册情况进行查阅,对服务质量和随访手册的规范化填写提出指导意见,监督员对随访数量和质量进行查阅,形成评价意见作为机构和服务员绩效考核的依据,方便乡村卫生机构开展公共卫生随访服务,规范公共卫生服务痕迹管理。

二、取得的成效

(一)推行“两级三员六制一册”为主要内容的公共卫生服务员制度以来,县级公共卫生机构为龙头,以乡镇卫生院的枢纽、村卫生室为网底的农村医疗卫生服务体系进一步得到完善,为实现人人享有基本医疗卫生服务奠定了基础。

(二)经费“预算化”管理模式的建立,明确了乡村两级为辖区居民提供服务的内容和工作任务,按工作量支付经费的方式提高了服务人员工作的积极性。

(三)通过实施“两级三员六制一册”为核心的公共卫生服务员制度,有效建立了服务人员和服务对象之间的监督约束机制,不仅促进了各项基本公共卫生服务的规范化,并保证了服务的真实性。

三、推广价值

(一) 有利于提供质优、高效、便捷的公共卫生服务

经费“预算化”绩效考核制度的实施，对项目的服务对象、服务内容和服务方法都进行了详细的界定和规范，并根据具体内容制定了相应的考核标准和考核方式，让每个公共卫生服务员都知道自己要做什么，怎样做、如何考核、绩效有多少等。

（二）有利于转变公共卫生服务模式

结合实际，按照“科学管理、规范运行、责任到人、服务到户”的要求，制定了基本公共卫生服务员制度，建立了“两级三员”、“六制”、“一册”工作机制，不仅更好的服务于群众，而且还加强和健全了公共卫生服务工作制度，完善了健康管理体系。

（三）有利于基本公共卫生服务的有效管理

城乡居民随访手册为重点人群提供基本公共卫生服务有了痕迹化，使服务员及服务对象能够随时查看接受服务情况，并作为进行监督的依据，强化了医患双方的感情联系，既有利于医务人员建立稳定的服务关系，又有利于卫生服务痕迹化管理，并为卫生服务绩效管理提供了依据。

多措并举 促进公共卫生服务均等化

陕西省汉滨区卫十一项目办

实施公共卫生服务项目，促进公共卫生服务均等化是实现卫生公平的重大举措，是深化医药卫生体制改革重点工作之一。中国农村卫生发展项目第三领域——提供核心公共卫生服务与其高度吻合。为此，汉滨区委、区政府高度重视，紧紧抓住项目机遇，采取多种措施全力做好此项工作。

一、主要措施

（一）加强公共卫生服务体系建设、提高公共卫生服务提供能力

区政府于 2009 年出台了“关于进一步加强公共卫生服务体系建设的实施意见”。几年来，各级、各部门认真贯彻落实《意见》精神，加大投入、加强管理，初步形成了覆盖城乡居民的网络健全、功能完善、保障有力的公共卫生服务体系。

在完善疾病预防控制体系建设方面：一是健全区、乡（镇）、村（社区）三级疾病预防控制网络；二是推进区疾病预防控制中心规范化建设管理；三是规范重点疾病预防控制工作；四是加强计划免疫规划工作，五是加强慢性非传染性疾病和职业病防治工作。

在完善妇幼保健服务体系建设方面：一是建立以区妇幼保健院、乡（镇）、村三级网络为主体，全面开展面向群体的基层妇幼保健工作；二是规范各级妇幼保健机构的功能设置，认真做好孕产妇及儿童系统化管理；三是强化高危孕产妇和儿童急救网络建设。

在完善卫生监督体系建设方面：一是加强全区卫生监督网络建设；二是加强卫生执法监督机构和队伍建设；三是健全卫生监督分级管理制度，强化卫生监督综合执法。

在完善突发公共卫生事件应急机制建设方面：一是加强全区重大传染病疫情及突发公共卫生事件监测系统、预防控制系统和医疗救治系统建设；二是加强卫生应急队伍建设；三是加强卫生应急能力建设；四是加强全区公共卫生信息系统建设，提高信息收集、分析、反馈、利用能力，增强对暴发疫情和突发公共卫生事件发现、报告的灵敏性。

在加强公共卫生人员队伍建设方面：一是按照标准逐步配齐公共卫生人员；二是加强专业技术队伍素质建设。

（二）实施绩效考核、推进基本公共卫生服务项目进程

为推动基本公共卫生服务项目全面落实、切实提高基本公共卫生服务资金的使用效益，2010年区卫生局会同区财政局联合制定了“汉滨区基本公共卫生服务项目实施方案”，分别对基本公共卫生服务项目的目标、服务对象、服务内容、服务流程、服务要求、各级职责、资金安排、监督和考核等作出了规范。同时制定了《汉滨区基本公共卫生服务项目绩效考核办法》，对考核的目的、原则、考核对象、考核内容、考核方法等做出了明确规定。为配合考核，还分别制定了区CDC、区妇保院、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（社区卫生服务站）四类绩效考核标准。在单位自我评价的基础上，区财政局、区卫生局联合组织相关人员组成考评小组，对区级及乡级公共卫生服务机构进行考核。村卫生室及社区卫生服务站的考核由乡镇卫生院和社区卫生服务中心承担。全年考核分两次进行，7月份完成本年度1-6月工作情况的考核，次年1月对本年全年工作进行考核。考核结果以适当形式公示，并与财政划拨基本公共卫生服务补助资金挂钩。得分在900分以上的预拨总费用的35%，得分在600以上的预拨总费用的20%，得分在600以下的不予拨付第二次预拨费用。全年考核结果做为各级公共卫生服务机构实际获得基本公共卫生经费多少的依据。得分在950分以上的，年度基本公共卫生服务经费全额拨付，每下降10分，扣减经费1%。针对实施中存在的问题，实施方案、考核标准及考核办法每年修订一次。

为了确保基本公共卫生服务专项补助资金专款专用，发挥良好的使用效益，汉滨区强化了资金管理，建立了有效的约束机制。一是制定经费管理办法；二是实行专帐专户管理项目资金；三是严格项目资金拨付程序；四是加强检查督导，防止违规现象发生。

（三）开展健康促进活动，改善居住环境，提高大众健康素养

从2011年6月开始，区政府组织开展了为期3年的以解决农村环境卫生“脏、乱、差”问题为重点，围绕“乡风文明、村容整洁”为目标的农村清洁工程活动。主要内容一是加强环卫基础设施建设，二是强化日常环境卫生管理，三是突出抓好环境集中整治，四是开展卫生镇卫生村创建活动。为了使这项利民政策落到实处，区政府建立了严格的责任问责制，把“农村清洁工程”纳入乡镇及部门综合目标考核之中，并从财政每年拿出1000万元专款支持此项工程。“农村清洁工程”与项目设计的“健康村创建”高度吻合，为此，我们紧紧抓住实施“农村清洁工程”的机遇，把“农村清洁工程”、“健康村创建”及基本公共卫生服务项目中的健康教育活动结合起来，组织村民开展综合性的环境卫生整治、疾病预防及健康教育活动。

（四）以创建慢性病防治示范区为抓手，探索慢性病防治一体化管理模

2012年，区政府下发了《汉滨区创建国家慢性非传染病综合防控示范区工作实施方案》，成立了以区长任组长的创建领导小组，建立了目标责任制，明确了各级各部门职责。一是建立和完善慢性病监测系统。通过为居民建立健康档案、开展社区卫生诊断、收集整理全区慢性病防治基础信息资料，逐步建立和完善覆盖全区人群的慢性病监测系统。二是广泛开展健康教育和健康促进活动。围绕控制烟草消费、推动合理平衡饮食、促进全民健身活动等开展形式多样的健康促进活动。三是加强慢性病高危人群预防干预和慢性病规范化管理。通过定期开展职工体检，35岁以上人群首诊测血压等，实现慢性病高危人群和患者早发现、早治疗。在社区卫生服务中心建立健康指标自助监测点，使目标人群能够时时掌握自身健康状况。采取“健康服务团队”方式开展基本卫生服务工作，即以社区为单位组建健康服务团队，由责任人（一个团队一般由责任医生、责任护士、责任公卫医生组成）对辖区基本医疗、公共卫生、康复保健等服务工作实行分片包干，定期深入村组、社区开展慢性病筛查、随访评估，为各类慢性病人建立健康档案，开展健康咨询、康复指导等服务。在城乡建立“慢性病患者自我管理小组”，实现患者的自我管理。四把慢性病防治与慢性病治疗补偿相结合。新农合、职工医保及城镇居民医保均把高血压、糖尿病等慢性病纳入门诊定额补偿之中，使慢性病患者（尤其是农村贫困患者）能够得到规范的治疗。

（五）积极探索重性精神病管理方式

几年来，汉滨区在重性精神疾病管理工作中不断探索，大胆创新，初步建立起了重性精神疾病预付、治疗与康复的防治机制，有效的提高了重性精神疾病患者的生存质量。一是建立政府领导、部门合作和社会团体参与的精神卫生工作机制；二是建立以政府投入为主的多渠道、多方位、多层次筹资模式；三是加强机构和队伍建设，建立健全精神卫生服务体系和网络，目前，一个区、乡、村三级精神疾病防治网络体系已初步形成；四是加强精神卫生宣传、健康教育与咨询服务，普及心理健康和精神疾病防治知识；五是完善服务保障措施，认真做好重性精神疾病的规范管理；六是建立精神疾病费用分担机制，保障精神疾病患者的治疗与康复。总之，通过多种渠道的费用分担，基本解决了精神疾病的看病难，看病贵的问题。同时，我区逐步将轻型精神疾病患者和康复病人的治疗管理、心理健康咨询和干预等工作向社区卫生服务中心（乡镇卫生院）转移，使社区成为精神疾病患者治疗、康复和管理的重要场所。

二、成效

（一）基本公共卫生服务项目进展顺利，各项指标提前实现

截止今年 9 月，全区基本公共卫生服务项目各项指标均提前达到既定目标：建立城乡居民健康建档 832015 份，建档率 81%，其中电子档案 595602 份，电子档案建档率 58%；65 岁老年人建档率 91%，体检率及健康管理率 45%；七苗全程接种率均达到 95%以上；全区传染病疫情报告率、及时率和准确率均达到 98%以上，重点传染病、暴发疫情处理率达到 100%；高血压规范管理率 86%，血压控制率 55%；糖尿病规范管理率 89%，血糖控制率 56%；重性精神病规范管理率 90%，稳定率 70%；3 岁以下儿童系统化管理率 97.55%，孕产妇系统化管理率 98.96%。

（二）居民健康意识不断提高，居住环境明显改善

居民健康素养基本卫生知识知晓率城市居民达到 75%以上，覆盖城乡的环境卫生管理网络基本形成，城乡卫生面貌明显好转。

（三）经验的传播与推广

江苏省项目考察团于 2013 年 6 月来汉滨参观慢性病管理工作；项目开发的“汉滨区基本公共卫生服务绩效考核标准及考核办法”被安康市其他县广泛参考、借鉴；以社区为单位组建健康服务团队开展农村公共卫生服务工作的做法受到省政府、省卫生厅的高度评价，省电视台于 2013 年 9 月 27 日在《今日点击》栏目以“农民也有了家庭医生”为标题进行了专题报道。2013 年 6 月省卫生厅项目办在汉滨区召开“陕西省中国农村卫生发展项目重性精神病管理现场经验交流会”。

湟源县健康村创建工作汇报材料

青海省湟源县卫十一项目办

一、背景

近年来，在党和政府的亲切关怀下，湟源县日月乡克素尔村的新农村建设初具规模，克素尔人民在生活水平不断得到提高同时，对自身健康和文化素质的追求也日益迫切。2010 年底对克素尔村健康状况、生活习惯等的调查显示，影响该村健康的主要因素为：一是居民的健康知识知晓率低，健康意识淡薄，村内高血压等慢性病的患病率呈逐年上升趋势，慢性非传染性疾病已成为该村的主要疾病。二是不良生活习惯普遍存在，40%的家庭厨房、屋前房后较脏；60%的家庭毛巾不分，有的甚至共用一条毛巾和一支牙刷；32%的居民饭前便后不洗手；75%的家庭购买食品时不注意生产日期和保质期；52%的家庭食用高盐、高脂食物；90%以上的家庭没有健康、保健方面的书报。三是环境卫生得不到有效、彻底整治，村内环境卫生较差，垃圾乱推乱放现象较为普遍，大家对参与村内环境卫生清洁等集体活动积极性较低。四是人口计生宣传氛围低，科学、文明、进步的婚育新观念落后，2011 年，我县将健康村创建活动与县人口和计划生育局人口文化园建设活动相衔接，在日月乡克素尔村开展健康村创建活动，其目的就是通过创建活动，改善村里环境卫生，养成村民健康意识，改变不良习俗，营造温馨和谐的健康宣传氛围，提倡新型健康文化，减少疾病发生，整体提高村民健康水平。

二、主要做法

（一）抓组织，保障创建活动顺利开展

项目办组织成立了“湟源县健康村创建领导小组”、“湟源县健康村创建工作小组”，制定了创建方案及工作计划。村委会成立了“健康村创建工作领导小组”、“健康知识宣传小组”和“卫生整治小组”、“卫生督查小组”等，同时制定了相应的工作职责，明确了工作任务。做到分工明确、层层落实，保证了健康村创建活动的顺利开展。

（二）抓宣传，提高居民的健康意识

1. 在村道路两侧设置了图文并茂、通俗易懂的“公民健康素养 66 条”宣传栏。在健身广场、村内道路边设置健康标语宣传栏、张贴宣传画，即美化了环境又增添了村民了解健康知识的渠道。

2. 帮助村委在村图书室设置“健康书籍专柜”，为村委捐赠健康知识书籍 200 余册，图书室每周一、三、五定期开放。

3. 为克素尔村每户人家门口设置了健康知识书报箱，村健康宣传小组根据不同季节印制相关宣传资料，并于每周一次在箱内投入宣传资料，同时村委开设了“健康小喇叭”，通过小喇叭开展宣传，使大家足不出户就能接受到健康知识。

4. 以村干部、乡村医生、志愿者为骨干组建的村健康宣传小组利用开会、各种娱乐活动等发放资料，积极开展健康宣传。同时，健康宣传小组分成三个读报小组，每星期利用一个半天，召集邻居朋友、老姐妹们集中到家里读报漫谈讨论，把《健康生活报》等报刊、书籍有关内容读给大家听，效果很好。

5. 将人口文化与地域特色文化有机融合，通过排灯、雕塑、不锈钢宣传栏、彩绘文化墙等多种形式的表现手法，高品位、高起点，坚持“贴近生活、贴近群众、贴近实际”的原则，重点突出“健康、和谐”的主题。分为排灯区、雕塑区、休闲区、画廊区等四大文化板块的健康及人口文化园，使大家在优美的环境，赏心悦目的画面中感知健康。

（三）抓整治，改善村容村貌和家庭卫生。

1. 村容村貌

多渠道积极争取资金，对河道的淤泥进行清理，修建了防洪墙，提高了应对自然灾害的能力。对广场进行硬化，配置篮球架等体育锻炼设施。在广场周边、道路两旁种植花草树木，美化环境。同时，村里配备了垃圾清用车一辆，安排专人每日清运村内垃圾，有效改善了村内垃圾乱堆乱放现象，村里居民们逐渐养成了生活垃圾日产日清的好习惯，同时树立了保护环境、爱护家园的健康意识，积极参与环境卫生清洁活动，村容村貌焕然一新。

2. 家庭卫生

在创建健康村大环境的影响下，村里居民自觉搞好庭院、居室、厨房、厕所等卫生，村里将每月15日定为“卫生日”，家家户户自觉彻底清扫房前屋后，室内室外卫生。村委提出“追求健康，从我做起”的口号，要求村民从我做起，自觉维护公共环境卫生，做到“三个不”和“两个积极”，即不乱丢垃圾，不乱晾晒，不乱堆乱放；积极打扫居室环境，积极参加卫生日活动。现在，房前屋后清洁了，院内杂物摆放整齐了，衣物在固定的晾晒区域内晾晒，乱丢垃圾等现象明显减少。

（四）抓培训，提高居民健康知识水平

一是项目办通过组织相关专业人员对村委干部、健康宣传小组成员等进行培训，培养村级健康教育骨干，充分发挥他们的能动性，传播健康知识。二是日月乡卫生院和克素尔村医务人员定期召集群众举办健康知识讲座、健康咨询和心理健康教育等活动，使大家逐步掌握健康知识，增强自我保健意识，保持良好的心态。

（五）抓行动，促进居民健康行为形成

2011 年，我们开展了以“六个人人”健康居民为核心的健康促进行动。一是人人动手清洁家园。村委发动全村群众开展环境卫生和家庭卫生整治活动。二是人人坚持锻炼身体。项目办积极与县民政部门协调，为广场配置了健身器材，由村干部带头进行健身活动。此外，村委还利用节假日组织能歌善舞的积极分子开展丰富多彩的文化体育活动，既锻炼了身体，又陶冶了情操。三是人人戒烟限酒。通过宣传吸烟和酗酒的危害，村委书记、村长带头戒烟，逢年过节酗酒的人也少了。四是人人掌握控油控盐。农村居民烧菜普遍喜欢浓油重盐，我们为每户家庭发放了控盐勺，当初多数村民感到不方便、不适应，口味淡了也不习惯，但通过长期宣传，大家抱着试试看、慢慢来的心理，正在尝试着使用。五是人人知道自己血压。村卫生室医务人员对全村 35 岁以上人群测量血压，让大家掌握自己的血压，了解预防高血压病的基本知识，控制高血压发病率的上升。

（六）抓建设，提高卫生服务保障与人口文化水平

一是积极争取资金为克素尔新建了村卫生室，并利用村内闲置教室设置了健康教育室、妇幼保健室、疫苗接种室，配备了较完善的医疗、信息和其他相关设备。乡村医生为全村居民提供便捷有效的基本医疗及基本公共卫生服务。二是村卫生室医务人员定期参加业务知识培训，乡卫生院指派专人进行包干指导，县级专业人员不定期下村进行业务督导，努力提高村卫生室的综合服务能力。2012 年，该村电子健康档案建档率 100%、孕产妇管理率 100%、儿童管理率 100%、国家计划疫苗接种率 100%、慢性病患者管理率 100%、健康教育覆盖率 100%、健康知识知晓率 81%、行为形成率 58%。

（七）抓落实，保证活动取得实效。

一是项目办多次组织创建领导小组和工作小组督查、指导创建工作，针对存在问题提出整改措施。二是村委认真组织开展环境卫生整治、宣传动员、小组活动等各项创建活动。三是村委每月开展家庭卫生状况检查，对卫生状况差的家庭提出批评并立即督促改进，年底由村委评选出卫生家庭并给予奖励。

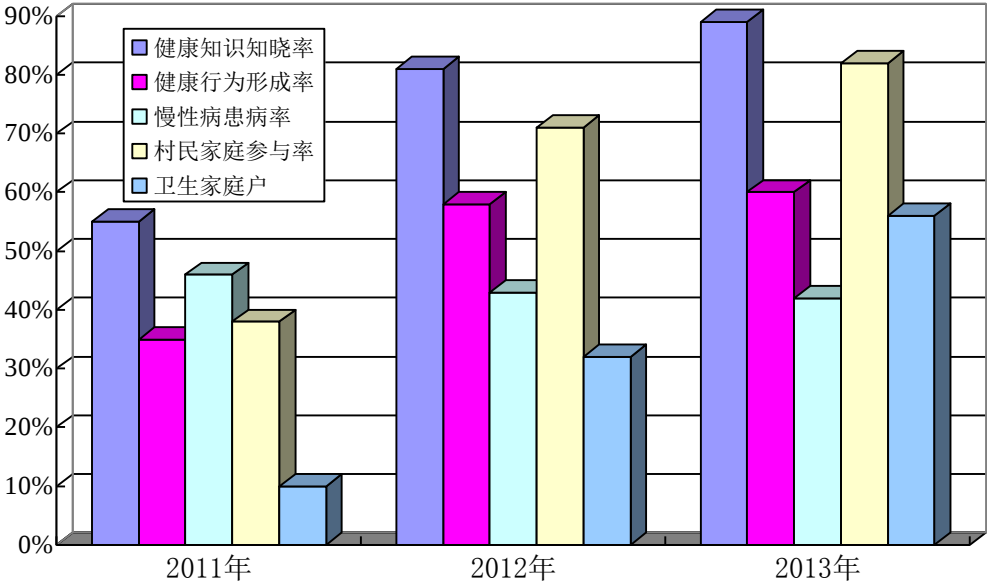
（八）抓特色，大力传播科学、文明、进步的婚育新观念

一是制作精致的排灯，把一副副生动的画面由以画说健康、以画说计生的形式将“康福家行动”、“关爱女孩”、计划生育利益导向、法律法规内容展现出来，让人赏心悦目，易于接受。二是打造人口文化雕塑区，七座汉白玉石刻雕塑分别以“关爱、健康、家庭、和谐”等为创意主题，错落有致地分布在广场之中。在揭示人与自然和谐发展的同时，给人以美的享受，思想的升华。

（九）抓推广，扶典型，以点带面，推动全县健康村创建工作

2012 年，我县在试点的基础上，在全县 9 个乡镇共选择 10 个村开展健康示

范村创建活动。在借鉴试点村“政府领导、部门协调、专家指导、村委组织、村干部带头、群众参与”成功经验的同时，结合各自实际和特点开展创建。比如有的村将创建活动与“党政军企共建示范村”结合起来，充分利用相关部门提供的资源；有的村着力开展多渠道、多形式的健康知识宣传等。通过创建，营造健康氛围，以点带面，促进全县农村居民进一步养成、提高健康意识和健康行为。



健康村创建前后相关指标对比表

四、创建体会

（一）协调配合，整体推进

健康村创建是一项系统的、需要全社会共同参与的工作，创建活动在县委县政府的领导下，在各相关部门的相互协调和紧密配合下，在项目办的指导下，村委将创建“健康村”与创建“人口文化村”结合起来，与“社会主义新农村建设”、“爱国卫生”等工作结合起来，与村里的妇联、共青团等工作结合起来，与农村的河道整治、绿化建设和公共设施建设结合起来。一手抓物质文明，一手抓精神文明；一手抓老年人，一手抓青年人。各项工作相得益彰、相互促进、共同提高。

（二）村委重视，村干部带头

健康村的创建需要一定的经济基础，但更重要的是村委领导的思想意识和理念、村规民约、环境整治、安全饮用水、道路硬化、文化弘扬、健康服务，这些都不仅仅是钱的问题。村委领导只有深刻的意识到健康村的内涵以及创建的深远意义，有了发展的思路和干劲，在创建中当好领头羊、排头兵，才能有效的组织和带动居民开展创建，并且让群众满意。

（三）全面发动，人人参与

健康村创建重在宣传群众、发动群众、教育群众和引导群众，从各个方面努力提高全村群众整体素质。充分发挥村委会、村民小组的作用，营造“健康新村，共建共享”的和谐创建氛围。在创建中把工作重心放到第一线，放到农户家庭，争取更多村民的理解、支持和参与，只有把创建健康村工作变成大家共同的愿望、自觉的行动，才能更好地推进。

通过“健康村”创建，我县已初步形成了“政府领导、部门协调、专家指导、村委组织、村干部带头、群众参与”的创建健康村模式。在创建中，融入了大家对健康生活的追求，寄托了共建幸福家园的美好愿望。

五、下一步打算

1. 积极拓展资金渠道，逐步建立政府、企业、社会多元化投入机制，建立废旧物资回收站，解决村里生活垃圾无害化处理等问题。同时，通过培训、宣传等多种形式，向保洁员及居民宣传介绍垃圾的分类、处理、回收等知识与方法，提高村里可利用垃圾回收利用水平。

2. 在创建中，牢牢把握健康村核心问题，注重居民生活方式的有效改变，扩大预防的内涵，使“不生病”到“生活质量的全面提高”，积极营造健康及人口计生宣传氛围，进一步倡导科学、文明、进步的健康意识和健康行为。

把握卫生重点 提升健康水平 大力推进特色型“健康村”创建

——泽州县卫十一项目推进“健康村”创建做法

山西省泽州县卫十一项目办

一、背景

泽州县位于山西省东南部，县域经济发展不太平衡，地下有资源的农村经济状况较好，各项基础设施也较完善，地处偏远山区，且地下无资源的农村基础设施落后，村内环境卫生状况也不容乐观。根据这一现状，卫生十一项目办从经济状况入手选定了好、中、欠发达三种类型的村开展了“健康村”试点创建工作。经济状况好的村侧重从提高群众健康意识，培养群众健康习惯，加强软实力和内涵建设；经济状况较差的村在狠抓提高群众健康生活习惯和健康意识的同时，更侧重于加强村内环境卫生整治和硬件设施建设，旨在通过开展健康村试点工作，总结和形成一套经验模式，为今后在全县推广健康村创建工作提供理论依据。

二、主要做法

（一）成立创建组织机构

2010年，我县出台了《泽州县创建“健康村”实施方案》（泽政办发〔2010〕50号），把创建“健康村”活动上升到了政府工作重点，县政府成立了“健康村”创建工作领导小组，由副县长任组长，县政府办副主任、县卫生局局长为副组长，成员单位副局长为成员的“健康村”创建工作领导小组，为试点的顺利推进，提供了有力的组织保障和政策支持。

（二）争取资金支持

健康村创建工作涉及面广，牵涉部门多、人员多，所需资金较大，我们在健康村试点创建过程中，以卫十一项目资金为依托，充分结合县政府新农村建设，为试点村多方争取资金，在村容村貌环境整治、绿化美化、村民文化广场建设、村民健康培训等方面处处体现健康村创建的理念，最大化地发挥了项目资金的使用效率。

（三）制定标准，规范创建

县项目办先后制订下发了《泽州县卫十一项目健康村考核评价指标》、《国家卫十一项目“健康村评价指标体系”试行标准》、《国家卫十一项目“健康村评价指标体系”试行标准考核细则》、《健康村评价指标名词解释》等4个配套文件，完善了“健康村”创建活动理论指导依据和督导评价指标。

（四）多种方式，丰富创建

根据泽州经济发展现状和村庄地理环境优势，通过村级申请，所在乡镇卫生院初审，所在乡镇政府、县新农办、县卫生局、县卫十一项目办四级联审，2010年我县在申请的44个创建村中，选定了经济条件好、中、差三类具有各自特色的4个村开展了创建活动，2012年通过村委申请，新扩展了5个试点村，同时经过项目办专家和相关部门多次协调，确定了具有泽州特色的“小康型”、“生态型”、“纯农型”、“综合型”四种健康村创建模式。并把全国卫生模范村东四义村作为样板示范村加以推广。

1. “纯农型”健康村—北上矿村探索了“健康家庭示范户”带动模式。该村把创建“健康家庭示范户”作为重点，通过培训考核，选择10%的家庭作为本村的“健康家庭示范户”，每户指定一名家庭保健员参加由县项目办组织的各种讲座和培训，累计培训家庭保健员80余人，由家庭保健员对家庭成员和邻里群众进行健康行为指导和健康知识传播，起到了较好的效果，充分发挥了“健康家庭示范户”在健康村创建中的主导作用。同时，乡镇卫生院医生和村医定期向村民发放健康教育处方300多份，推广“健康生活一二一”行动（日行一万步、吃动两平衡、健康一辈子）。引导村民参与低脂、控盐活动，做到平衡膳食，积极推广无化肥、无农药小杂粮种植，使得该村种植的“大兴牌小米”远近闻名。

2. “小康型”健康村—崔河村探索了“健康崔河，人人创建”集体推动模式。该村主要以各种健康活动为载体，积极开展创建健康村的目的、内涵和相关知识为主题的培训宣传活动。共计开展各种健康教育促进活动和举办健康教育知识讲座10次，动员群众开展环境卫生整治36次。通过对村“两委”委员举办培训班开始，逐步向各村民小组，村级党员和积极分子延伸，同时村委会向村民散发的《创建健康村倡议书》800余份，还通过村广播及时播放健康村实施方案，让健康村创建的目的意义，目标任务，方式措施，家喻户晓、人人皆知，人人参与创建。重点人群建档率达100%，规范管理率达90%。

3. “生态型”健康村—后掌洼村探索了“一山一水总关情，一草一木映我心”的生态家园联创模式。该村为健康村村民每家配发一个健康教育服务包，包内装有《健康66条手册》、《健康村促进手册》、《泽州县基本公共卫生服务100问》以及改水、改厕、改善环境卫生知识，安全用药知识，常见病、多发病、慢性病、传染病防治知识，卫生法律法规、政策等知识读本，并为健康村家庭配送了装有限盐勺、限油壶、BMI尺等工具的健康教育礼包。全方位的健康宣教活动使村民能够通过不同渠道获得健康知识，耳濡目染，逐渐向主动获取健康知识行为过渡，增强了创建意识和自我保健意识。

4. “综合型”健康村—坚水村探索了“洁净家园项目”拉动模式。该村大力营造创建氛围，书写墙体健康标语10余条，在村入口竖起了有村名的创建国

家级“健康村”试点村碑铭。邀请县妇幼保健院、县健教所、县疾控中心专家进村讲座和培训，目前，共开展讲座和培训 10 余次，参加培训共 300 余人次，村民健康知识和健康生活意识进一步增强。开展“小手牵大手”活动，定期在小学和幼儿园开展“洁净家园”、爱牙护眼知识等健康教育讲座和知识问答活动，由孩子将所学到的知识讲解给家人。

（五）注重交流，推进创建

为了充分发挥示范作用，促进健康村工作的开展，县项目办先后在东四义村召开了“健康村创建推进现场会”、在北上矿村召开了第二次推进会。四个乡镇和试点村相关人员、县项目办工作人员参加了会议，并实地考察参观了东四义村和北上矿村。通过两次现场推进会，各试点村进行了经验交流，促进了试点村之间的互相学习、互相促进，达到了全面推进健康村创建工作的目标。

三、取得的主要成效

1. 村容村貌整洁，村内主村道路硬化率达到 90%，人畜分离，禽畜圈养率达 90%。供水制度健全，符合国家生活饮用水标准。卫生厕所达 90%，村民集中的地方有符合卫生厕所要求的公共厕所。村内道路清扫保洁覆盖面达 95%。四害的密度控制在爱卫部门规定范围内。

2. 在村内公共场所设置健康教育宣传栏，每年至少更新 12 次内容；每年在村民中开展 4 次以上多种形式的健康教育传播活动，村内学校每学期开设 4 次以上健康教育课程，村内设置禁烟标志，引导村民提高无烟意识。

3. 村内设置有标准化的村卫生室，能够为村民提供常见病的初步诊治，村医有行医资质，医疗废物处理符合国家规定。村内适龄妇女可以接受到孕产妇保健服务，新法接生率达 100%；村内儿童可以接受到儿童保健服务，接受计划免疫。村民积极参加合作医疗，参合率达到 99%以上。

4. 村民的健康意识普遍提高，健康观念有较大转变。个人卫生习惯、饮食卫生及保健意识提高，农民下地干活饭前便后洗手意识增强，以前高盐、多油、共用毛巾、长期不更换牙刷、吸烟、过量饮酒等不良生活方式均有不同程度的改善，无烟意识不断提高。健康村村民健康知识知晓率和健康行为形成率分别达到 85%和 75%以上。村民对健康村的知晓率和满意率分别达到 95%和 85%以上。

四、体会

政府重视、政策支持是关键，多部门合作是重点；群众参与是基础，专家指导是保证；惠民是核心，软实力建设是重点。

走“政府规划、项目引导、部门协作、社会参与、乡村联动、村民共建”的健康村创建之路

甘肃省康乐县卫十一项办

一、背景

健康村是具有卫生、安全的物质和生活环境、良好的健康意识和生活方式、疾病得到较好的预防和控制，能在保护和促进村民健康方面可持续性开展工作的行政村。卫生十一项目将健康村这一理念引入到新时期的新农村建设之中，是对新农村建设的有效补充和完善。开展健康村建设，实施健康促进的五大策略，完善健康保健服务，改善健康环境，开展健康教育，提高广大农村居民的健康素养，是健康公平性的重要体现，也是解决当前影响农村居民健康问题的重要策略和措施。康乐县委、县政府高度重视健康村的创建工作，将健康村创建作为打造“人文康乐、绿色康乐、健康康乐、生态康乐”的又一载体，全面规划，科学布局。为了确保我县的健康村试点建设稳步推行，不断提高农民的健康素养，使得健康村成为新时期、新农村建设的主要载体。

二、主要措施

1. 政府主导

将健康村建设作为新农村建设的重要内容，政府出台了《康乐县健康村建设实施方案》、《康乐县平安乡村创建实施方案》，实现政府的统筹规划、全面发展。实现健康村规划科学化、建设现代化、服务人性化、收入多元化的新农村。在建设实施过程中，试点乡镇成立以乡镇长为组长，乡镇各职能部门和村委会为成员的健康村创建工作领导小组，将健康村的创建作为推进新农村建设的又一重要举措，作为服务百姓、改善生活、提升形象、展示活力、促进发展的重要举措。

2. 项目引导

健康村的建设，一方面要借助项目的实施来引导、推动，另一方面要整合现有的各种涉农、惠农项目资源，实现卫生项目与其他涉农、惠农项目的有机结合，统一规划。从健康环境营造、健康促进实施、创建特色农业、调整产业结构、生态环境保护等多角度、多层面整体推进。

3. 部门协作

健康村建设，涉及到农村、农业、农民的方方面面，激发各职能部门的作用，为健康村建设整合现有资源，集多方资源于健康村建设当中；(1) 财政一事一议项目的实施，使得农村道路“通达、通畅、硬化”逐步实现全覆盖；(2) 科技农村沼气建设项目，使得清洁能源在农村逐步普及；(3) 水电的农村自来水建设项目，使得安全清洁饮用水在农村普及；(4) 农村书屋、温室家畜饲养得等一系列项目的实施，使得健康村建设的全面展开；(5) 宗教局协作，动员和引导清真寺参与到健康促进、信教群众的动员之中，通过宗教活动和民族习俗，将健康理念营造、健康环境创建等融入到少数民族家庭；(6) 教育、卫生联创互动，在健康村开展健康示范小学的创建。在不断强化学生健康素养的基础上，引导儿童形成良好的健康行为和卫生习惯。同时，发挥学生在家庭中的监督带动作用，使得健康知识在家庭得到传播。(7) 依托在健康村运行的管理组织（农村妇女小额贷款，计划生育协会），逐步引导并建立农民健康促进协会、特色农业发展协会等。充分发挥民间组织（草根组织）的作用。

4. 社会参与

健康村建设需要全社会的共同参与，来营造健康村建设的良好氛围。乡镇政府、村委会作为健康村建设的主导力量，积极与各职能部门协商，从项目的多角度，全方位推进健康村建设的同时，积极动员、引导卫生院、清真寺、学校、村卫生室、村民自管小组等组织参与到健康村的创建之中。

5. 乡村联动

乡（镇）政府和村委会是健康村建设的执行者和管理者。在健康村建设中，引导动员乡镇政府、村委会将健康村建设作为当前新农村建设的主要内容，是推进农村社会全面发展的有效手段，切实挖掘乡、村两级，特别是村委会在健康村建设中的积极性、主动性，实现乡村两级的联动，全面推进健康村建设进程。成立健康村创建理事会，成立农家乐旅游开发理事会、中药材种植理事会等民间社团组织，开展创建活动。

6. 村民共建

健康村的建设涉及千家万户，是为农民谋健康、谋幸福的又一重要举措。利用现场咨询、主题展板、主题健康促进俱乐部活动等进行广泛宣传，动员、引导广大农民从实际出发，从健康家庭入手，投身到健康村的建设当中，共同建设“健康、美好、和谐”的大家园。同时，健康村居民也从健康村建设获取了更多的“红利”。

三、主要成效

1. 健康管理

健康村成立了健康促进工作小组,有健康促进专兼职工作人员,建立了健康村健康促进工作档案,健康村建立了健康教育积极分子网络,有年度健康促进计划。根据社区诊断,对发现的主要健康问题,进行有针对性的干预措施。针对高血压,积极引导控制高盐饮食,戒烟限酒的健康促进普及活动。

2. 健康环境

在农村道路建设上,依托农村道路建设项目的实施,健康村中有约 90%的村道路硬化达标。在生活环境治理方面,健康试点村都实行生活垃圾定点清运制度,健康村环境整洁,无乱堆乱放,无蚊蝇孳生地;健康村试点村 2009 年以来没有发生传染病爆发流行、食物中毒和农药中毒。在文体设施方面,在文体局、体彩中心的支持下,配置了篮球架、户外健身器材等健身器材。依托农家书屋建设,在图书室建成了村民促进活动室,村图书室平均有卫生科普书籍 300 册。同时,在 2013 年的健康村建设中,以村级健康文化广场建设为平台,整合健康村、财政、文体、乡镇政府多方资金,已建成健康文化广场 3 处。健康文化广场已经成为健康村居民愉悦身心、锻炼身体、汲取健康知识、开展群众丰富生活的有效载体。健康村健康环境和农村文化建设得到了显著改善,处处洋溢了“人文、健康、和谐”景象。

3. 家庭环境

随着农村经济社会的发展,农民居住条件、卫生设施、饮食结构、生产生活等发生了很多的变革。我们以健康示范户为评选为着力点,通过典型引导、示范带动、家庭荣誉,评选出 750 户环境整洁、家庭幸福、崇尚科学的健康示范家庭。通过对健康试点村的调查。88.3%家庭总体环境干净整洁,95.8%饮用自来水,97.5%将家庭生活垃圾放在定点垃圾箱,75.8%厕所干净无异味无尿碱,全部实现了圈养禽畜,17.5%使用太阳能等清洁能源。

4. 健康服务

在项目的支撑下,为健康示范村建设了标准化的村卫生室,配备了合格的乡村医生。在乡村卫生服务一体化的推动下,新农合门诊统筹,使得群众的基本医疗需求得到满足;基本公共卫生服务为农民群众建立健康档案、健康体检,儿童免疫接种率达到 100%,产前检查率、住院分娩率、预防接种率实现了全覆盖,糖尿病管理率 100%,高血压管理率 100%,居民健康档案建档率 98.5%。健康村的农民全部参加新型农村合作医疗等。

5. 健康教育

(1) 引导农民的健康理念。通过主题俱乐部活动、面对面交流、清真寺宣教等多种措施的实施,积极引导试点村农民摒弃陋习,健康、文明的生活理念。

(2) 配发健康大礼包：针对高盐饮食、高脂食品等不良生活行为，制作了限盐勺、限油壶、《健康素养 66 条》、《健康科普知识》腰围尺为一体的健康大礼包。用日常行为引导健康的生活方式。

(3) 开展健康主题俱乐部活动：在健康村建设试点村开展了老年人健康俱乐部活动，家庭主妇俱乐部、健康课堂等相关健康促进主题活动，编制了《老年人科普手册》、《家庭主妇手册》、《科普知识 100 问》等健康促进资料，召集目标人群开展主题建设促进活动，为参与活动的群众提供健康促进小礼品，村民积极参与互动，将健康促进融入到寓教于乐；

(4) 发挥清真寺的优势：发挥清真寺在健康村建设中不可替代的作用，积极引导清真寺参与到健康村的创建工作，利用宗教人员的“亲和力、感召力、影响力”，将健康村建设措施贯穿于群众的日常生活之中，贴近群众、贴近生活。为清真寺制作了健康展板、健康素养读本等，实现了健康促进与宗教宣教的有效结合。

(4) 健康示范学校创建：与县教育局共同制订了《康乐县健康示范学校创建标准》，将刘家庙村小学、道家小学、足古川小学等小学确定为健康示范小学，将健康教育课纳入学校课表安排，制作宣传版面，购置了洗手桶、垃圾箱和文体工具，营造积极向上、倡导健康行为的浓厚氛围。

6. 健康知识及行为

通过对健康村 735 户家庭的调查问卷评估发现，健康村的村民已经自主的融入到健康村的创建之中。健康行为和生活方式，正朝着健康、科学的方式迈进。

① 家庭环境变化的问题

问题	是	百分比
您认为自家庭院和室内环境整洁，物品排放整齐吗	618	84.08
您家的家畜家禽都圈养吗？	599	81.15
您认为自家的生活饮用水安全吗？	735	100

② 健康知识及行为变化的问题

问题	回答正确	百分比
您知道健康成年人每天吃 6 克盐	469	63.81
她在分娩的时候是在医院吗？（调查时间段）	18	100
您现在吸烟吗？	141	19.18

③ 卫生服务可及的问题

问题	是	百分比
您家有高血压患者吗	137	18.64

医生对您家的高血压患者进行戒烟限酒、适量运动、合理膳食等非药物治疗的指导吗	135	98.54
您认为本村卫生室能提供常见伤病基本诊断和治疗吗?	555	75.51

四、体会

在新农村建设中，健康村创建是一个很具有针对性和可操作性的抓手，更加丰富了新农村的内涵。以此为助推，突出健康理念，因地制宜、因时制宜，走“政府主导、项目引导、部门协作、社会参与乡村联动、村民共建”的健康村创建之路，健康村必将星火燎原，必将更加有效的推进新农村建设，实现广大农村居民健康梦、中国梦！

“小学生-家庭主妇-家庭-社区”为主的农村健康促进模式探索

甘肃省静宁县卫生十一项目办

一、背景

静宁县地处甘肃中东部，农业人口占 90%，经济基础薄弱，居民受教育程度偏低，主动接受公共卫生服务意识淡薄，获取预防保健知识渠道少，健康知识匮乏，环境、饮水、营养、传染病、慢性病预防等基本健康知识知晓率较低，普遍存在“重医疗、轻预防”观念。2009-2013 年依托卫生十一项目，采取以点带面的工作方法，先试点后推广，与教育、妇联等部门沟通、协作，有针对性地开展多种形式的健康促进干预活动，形成了“小学生-家庭主妇-家庭-社区”的农村综合健康促进活动模式。

二、目的

通过小学生、家庭主妇两类健康教育的重点人群，以学校和家庭为基础，开展健康教育与健康促进活动，倡导健康生活方式，预防控制传染病和慢性病，提高居民健康素养，从而促进和提升整个社区人群健康水平。

三、主要做法

（一）调整和确定健康教育与健康促进工作思路和方式

2011 年项目中期评估后，我们对健康教育与健康促进工作进行了调查评估，分析现状。2009-2010 年健康教育与健康促进工作虽然取得了一定成效，但还存在着资金人力投入少、意识淡薄、缺乏主动性，乡镇、社区、学校等健康教育队伍素质参差不齐，居民健康知识的掌握和应用率较低，健康行为的形成率不高，向农村扩展延伸不够等问题。针对存在的问题，提出了改变工作思路，改进工作方法，选准优先干预对象，通过优先干预对象向家庭、社区传播的策略。同时分析了不同人群在家庭、社会中的地位 and 影响力，认为一个家庭中能够起到健康教育和健康促进带头作用的是孩子和家庭主妇，通过这两类人群的健康教育与健康促进辐射到家庭和社区，“小学生-家庭主妇-家庭-社区”健康教育与健康促进方式就应运而生，经过 2 年多的实践证明，是农村健康教育与健康促进工作首选模式。

（二）通过创建“健康促进学校”提高小学生健康素养和健康促进能力

与教育部门合作，在全县农村中小学校开展“健康促进学校”创建活动，通过组织专题活动，营造健康环境、提供健康饮食、培养健康生活、普及健康锻炼、培育健康心理、建立健康保障，向学生宣传健康知识，帮助学生养成良好卫生行

为和习惯，同时，使他们成为健康促进宣传员，向家庭和社区传播健康知识，形成学校、家长及社区三者之间健康信息传播者和沟通者。

1. 改善学校健康环境

完善体育健身设施，修整操场、篮球场、乒乓球室以及其它健身设施。组织学生参与各类体育比赛，为学生提供运动平台；加强食堂、小店管理，保证饮食安全；加强清洁绿化，学校环境清洁卫生实行定期与不定期检查相结合，种草种树进行绿化，绿化率达到 25%以上。

2. 提高小学生自身健康水平和健康促进工作能力

(1) 配备专兼职教师，开设健康课，重点讲授个人卫生、饮水卫生、视力保护、生理卫生、常见病防治等卫生知识和心理健康教育，培养学生良好的卫生行为和健康的的生活方式，提高作为健康促进宣传员的工作能力。

(2) 结合“爱眼日”、“爱牙日”、“爱耳日”、“无烟日”、“爱滋病日”、“营养日”等活动日，针对性地开展专题健康教育。围绕专题出墙报听讲座，保证了健康教育的普及性和科学性。

(3) 做好一年一度的健康体检，加强常见病、传染病的防治和管理。同时开展对贫血、龋齿、沙眼、肠寄生虫、肥胖和近视眼的防治工作。

(4) 做好学校控烟工作。成立控烟工作小组，利用升旗仪式、广播会等形式进行控烟宣传；张贴宣传标语、禁烟标志、控烟横幅；在 5 月 31 日的“世界无烟日”，组织开展控烟活动；利用寒暑假，发动学生把控烟的宣传资料带回家中，向吸烟的家庭成员及亲戚宣传吸烟的危害。

3. 通过家长学校加强与社区的健康促进工作联系

家长学校借助一年两次各年级组织的家长会，对学生家长进行如何关心孩子健康成长、如何与孩子心灵沟通的培训，同时又对家长进行健康行为、健康知识的培训。

(三) 通过“妇女健康俱乐部”对家庭主妇进行健康教育和健康促进能力培养

家庭主妇是一个家庭的主要成员，因大多数男性外出打工，家庭以妇女、儿童、老人为主，家庭主妇是一个家庭地位较高的成员，理应成为家庭中实施健康促进的又一首选对象。通过组建“妇女健康俱乐部”对家庭主妇进行健康教育和健康促进能力培养，达到自身健康和引领全家人实施健康促进工作的目的。

1. 加强妇女自我保健意识

为确保妇女健康促进工作的实施，一是抓契机，结合“3.8 妇女节”、“母亲节”等节日，利用每个村的“妇女健康俱乐部”，赠送健康书籍，开设“农家院子聊健康”，组建健身舞蹈队伍，普及健康知识，倡导健康生活方式；二是借阵

地，利用村卫生室进行专题讲座、办宣传墙报，印发健康处方、生殖保健知识宣传手册，进行妇科疾病知识宣传；三是广发动，医疗卫生机构人员深入农村宣传妇科病查治对妇女保健的重要意义，动员妇女关爱自己，积极主动地参加免费检查。

2. 提高妇女健康知识知晓率

在乡村开展农民健康教育大课堂活动，建立农民卫生知识宣传体系，重点对家庭主妇进行培训，年培训覆盖率以村为单位达到95%以上。开展丰富多彩的参与式健康教育活动，通过口头宣传，面对面交谈，用通俗易懂的语言传递健康知识，有针对性的对高血压、糖尿病等慢性病人家属进行防治知识传播。让她们掌握正确的行为习惯，提升健康促进工作能力。

3. 充分发挥家庭主妇的影响和带动作用

从一个家庭到一个社区开展健康教育和健康促进工作，做到饭前便后洗手，防止病从口入，每天早晚刷牙，饭后漱口，早晚洗脸，勤理发、勤剪指甲、勤换衣服、勤晒被褥，不随地吐痰，不乱扔乱倒杂物、垃圾，不吸烟、不酗酒，按时给孩子预防接种，有病及早就医，定期体检，家庭环境和居室整洁，无灰尘、窗明几净，用品放置整齐，室内空气新鲜，厨房排烟、排气良好，灶具、碗筷干净。

（四）激励小学生、家庭主妇参与和开展健康教育和健康促进活动

在小学生中开展先进健康促进宣传员、健康促进先进班级评选活动，并且将健康教育和健康促进作为评选三好学生、星级学生、优秀学生等内容之一；在家庭主妇中开展健康宣传员、健康大使评选活动；充分利用公共卫生经费，对评选出的健康教育和健康促进先进小学生、先进家庭主妇给予与健康相关的物质奖励，激励他们参与和开展健康教育和健康促进活动。

四、主要成效

（一）以“小学生—家庭主妇—家庭—社区”为主的农村健康促进模式已经形成

我们在过去“小手拉大手”健康教育活动的基礎上，从形式上进行扩展和延伸，在内容上丰富和增加，形成了“小学生—家庭主妇—家庭—社区”，从两个重要群体入手的农村健康促进模式，对实施农村健康教育和健康促进起着决定性的作用，进一步提升了健康促进工作的效果。目前，在省内项目县和部分非项目县推广应用。

（二）小学生已成为开展健康教育和健康促进工作的主要力量

创建“健康促进学校”使小学生从中学到了许多健康知识，形成了健康生活的理念。通过开设健康教育课、现场观看光碟、主题班会、宣传栏等多种形式健康教育，从小培养健康意识，要科学合理运用网络，不要沉迷网络游戏当中，提

高了农村青少年的健康卫生知识水平，养成有益于健康的行为生活方式，使他们成为健康教育和健康促进的生力军。

（三）家庭主妇是开展健康教育和健康促进工作的中坚力量

随着农村生活水平的提高，农村家庭主妇改变不健康行为的意识在增强，家庭主妇作为一个家庭的中心，对家庭的起居、饮食、生活习惯等方面有较大的影响力，这将起到事半功倍的作用。因此，针对农村家庭主妇生活方式病的知识、态度和行为，开展健康教育和健康促进工作，把健康送到每个家庭，让家庭主妇担任着健康生活方式的主导者地位，家庭主妇卫生知识、卫生行为及环境卫生状况的有了很大改变，家庭主妇在改变自己的同时又改变家庭的不良卫生行为。

（四）“小学生—家庭主妇—家庭—社区”健康促进工作推动了全县公共卫生工作顺利开展

调查结果显示，我县农民健康教育普及率达到 100%，环境、饮水、营养、传染病、慢性病预防等基本健康知识知晓率达到 90%，肝炎、结核、菌痢、流感、艾滋病等传染病防治核心信息知晓率达到 95%，妇女、儿童保健常识知晓率达到 96%以上，健康信念形成率 92%，相关健康行为形成率达到 80%以上；农村儿童免疫规划五苗接种率达到 98%以上，乙肝疫苗首针及时率达 95%以上；农村孕产妇住院分娩率 100%，高危孕产妇的系统管理率达到 100%；农村中小学校健康教育开课率达到 100%，“健康促进学校”覆盖率达到 75%。同时也建立了农民基本健康档案，对高血压、糖尿病等慢性疾病，肝炎、结核、菌痢等传染病以及妇女常见病进行筛查、建档管理。

多部门联合 全社会参与 建立重性精神病“四位一体”新机制

黑龙江省林甸县卫十一项目办

一、背景

重性精神病患者的管理和救助，存在“四难”，即早期识别难、管控难、康复难、重返社会难。据 2010 年 6 月份的基线调查显示，林甸县共有农村重性精神病患者 166 人，由于重视程度、救助政策、医疗水平等方面的因素，大部分精神病人处于“以家代管”和“没人管、不治疗”的状态，肇事肇祸不断，仅 2009 年就发生了精神病患者自杀事件 3 起和杀人事件 4 起，对家庭和社会构成了严重威胁。为此，2010 年以来，我县依托卫生十一项目，围绕多部门联合、全社会参与，对全县城乡重性精神病患者进行了全面普查，登记报告 373 人，并大力推行了部门联合、排查建档、跟踪治疗、网络管控、资金支撑、重返社会的救助和康复机制。

二、主要做法

我县着眼于建立重性精神病“预防、救助、监管、康复”四位一体新机制，坚持以全社会的联合联动为基础，紧紧围绕“三早三防、六进社区村屯”（早预防，健康教育进社区村屯；早发现，病情观察进社区村屯；早治疗，双向转诊进社区村屯；防复发，送医送药进社区村屯；防残疾，康复训练进社区村屯；防肇事，人文关怀进社区村屯），努力实现精神卫生服务均等化的目标，在保障民生和构建和谐社会中发挥应有的作用。

1. 联合联动、各负其责

县委、县政府高度重视精神病患者的救助工作，成立领导组织，明确部门职责，定期召开重性精神病患者救助工作协调会，明确工作目标，强化工作措施，落实工作任务。

2. 排查登记、建立档案

按照“街不漏巷，乡不漏村，村不漏户”的要求，开展逐门逐户的排查。一方面，重点调查流落街头、校园周边及无亲属监护人的精神病人，统一登记造册，确保不遗漏；另一方面，对每个重性精神病人进行一次全面评估，建立健康档案。目前，村级卫生所建档 231 份，县疾控中心精防办建档（社区）142 份。

3. 跟踪随访、分类干预

对于纳入健康管理的患者，村医每 2 个月随访 1 次，乡级每季度随访 1 次，

县疾控中心精防办每半年随访 1 次。

(1) 危重情况紧急处理：各级医护人员对其对症处理后立即转诊，两周内随访转诊情况。

(2) 分类干预：对情绪稳定者一个月时随访；对病情基本稳定的患者，在规定剂量范围内调整用药数量；对病情不稳定的患者，建议转诊到大庆市心理医院等国家指定的精神病院，两周内随访转诊情况；对有自杀倾向的密切观察，加大心理咨询频次，预防发展为重症。

(3) 每次随访根据患者的情况对家属提供心理支持和帮助。

4. 畅通渠道、形成网络

根据精神疾病的发病、住院、出院、复发、住院这一主要特点，在管控上采取了以下措施。

(1) 畅通送返渠道。符合出院标准的病人在送返时，对于有明确监护人的，交予监护人；对于监护人不愿接收的，由所在乡（镇）、社区和所在单位负责做好监护人的接收工作；对于“三无”人员或户籍在外地的，交由病人发现地的民政部门负责联络协调接送返乡和后续救助管理工作。

(2) 完善防治网络。以精防办—各乡镇、社区—医疗机构—村委会的一体化防治网络为主，建立基层医疗卫生机构之间的连续管理机制，使出院患者能够得到及时的随诊和康复。

(3) 建立应急处置工作机制。各乡镇和社区的管控工作小组与精神病患者所在的村屯和近亲属签订管控责任状，坚决防止精神病人监管工作脱节失控现象发生。

5. 提供经费、资金保障

为了确保精神病患者得到及时有效的治疗和康复，县委、县政府多渠道筹措资金，形成了财政有经费、新农合有补偿、民政有救助，乡镇有补助的资金保障机制，有效解决了住院的医疗和生活费用问题：

(1) 住院期间治疗费用：① 有监护人、城乡最低生活保障范围外的医疗费用由监护人承担，家庭负担较重的由民政部门给予 8000 元的救助；② 已参加新农合的患者在县级以上医院住院报销补偿 50%，最高可报销补偿 20000 元，家庭负担较重的由民政部门给予 8000 元的救助；③ 无监护人或城乡最低生活保障范围内的，由其所在乡（镇）负责结算，按有关规定报销医疗费用后的不足部分，由县民政局最高救助 20000 元，其余由所在乡（镇）承担。

(2) 住院治疗期间生活费用：已纳入城乡最低生活保障范围的，将低保补助定期缴至收治医院，“三无”精神病人住院期间的生活费用由县级民政部门全

额拨付。

(3) 精神病人出院后的服药费用：门诊用药按照 70%的比例报销补偿，最高补偿 1500 元，门诊按 70%的比例报销补偿，每人每年补偿 100 元，保证最低收入人群用得起最基本的药物。

6. 综合干预、促进康复

综合干预内容包括个别式家庭教育、家庭气氛干预、药物依从性干预、心理行为干预等，向家属提供应对技巧，对患者的行为技能和社会功能康复提供有针对性的指导。

(1) 加强相关知识的宣传和普及：围绕每年 10 月 10 日“世界精神卫生日”，积极开展咨询服务，提高广大群众的精神健康水平，消除社会对精神疾病患者的偏见，力争在 2014 年，普通人群心理健康知识和精神疾病预防知识知晓率达到 80%；儿童和青少年精神疾病和心理行为问题发生率降低到 10%以下，精神分裂症治疗率达到 70%。

(2) 提供个性化精神康复：在治疗过程中鼓励病人家属的参与，除对病人进行病情监测、保证病人的药物治疗外，进一步开展心理咨询、心理治疗，开展各种功能培训，参加音乐、舞蹈、劳动等各种活动，训练生活能力、学习能力、社会交往能力，舒缓病人情绪，提高自信心，减少疾病复发

(3) 设立康复机构：联合大庆三院精神卫生中心，为我县提供技术支持，在县医院、疾控中心、各乡镇卫生院等设立康复站，逐步完善相应的设施和功能，提高服务水平，让精神疾病患者早日康复，重返社会。

三、主要启示

1. 预防控制是前提

我县实行了三级预防。即病因预防、健康恢复、预防恶化。

2. 部门联动是基础

有关部门各司其职，相互配合，为做好预防、救助、监管和康复工作奠定基础。

3. 资金保障是关键

由于重性精神病患者一生都可能不间断的服药，很多家庭难以承受，导致患者病情复发。为解决这一问题，2010 年以来初步建立起政府补助、新农合补偿、民政救助、公共卫生服务经费倾斜、残联帮助、家庭辅助的等多渠道投入机制，为实现社会化管理起到了关键性的作用。

4. 长效管理是保证

建立长效的重性精神病患者的管理、救助和康复机制是推动各项工作顺利开

展的重要保证。为此，我县突出了以下三个重点：一是完善组织体系；二是完善制度体系；三是完善责任体系。

5. 干预康复是目的

重性精神病患者采取相应的综合性的社区干预及康复措施，能有效地改善、控制重性精神病患者的病情，提高患者的劳动能力，使患者的健康状况和生活质量得到显著提高，逐渐达到早日康复、重返社会的目的。

尽管我县在重性精神病患者的管理和救助工作上进行了有益的尝试，但按照社会化管理的要求，还有较大的差距，随着经济社会的发展，需要我们构建更加稳定、高效的救助机制。为此，我们要在不断完善现有管理模式的基础上，进一步研究探索“康复为主、重返社会”这一课题，使我县重性精神患者“预防、救助、监管、康复”四位一体的管理更加完善。

多方协同 多维干预 探索建立跨领域高血压综合防治新模式

重庆市九龙坡区卫十一项目办

一、项目背景

2007 年的调查发现，九龙坡区居民中自诉高血压高等慢性病的患病率达 21.38%，但政府及相关机构对包括高血压在内的慢性病防治工作重视不够，国民经济和社会发展第十一个五年规划中没有慢病防控内容；区疾控中心只开展了死因、肿瘤监测的工作；少部分社区开展了高血压综合防控试点，全区的高血压防控基本公共卫生服务工作才刚起步。此外，镇、村两级卫生组织的人员慢性病防控能力不足。同时，农村医疗机构公共卫生人员缺乏，公共卫生服务职能履行不到位；慢性病干预措施缺乏；居民健康保健素养较低。农村居民缺乏健康与防病的科学知识，健康知识知晓率仅 30.83%，健康行为形成率仅 38.34%。

为此，2009 年以来九龙坡借助卫生十一项目平台，结合慢病综合防控示范区建设，着力从医疗保险、医疗服务、健康管理等方面，建立完善高血压防治体制、机制和制度，初步探索建立起跨领域高血压综合防治新模式。

二、目标和思路

以卫生十一项目为抓手，建立“政府主导、规划引领、部门协同、分类管理、多维干预”的跨领域高血压综合防治机制，促进居民健康行为形成，延缓高危人群转化为高血压患者，提高高血压患者血压控制率。

三、主要措施

（一）政府主导，规划引领，部门协同，综合防治

1. 政府通过完善政策，实现规划引领

为推进高血压防控工作，在《九龙坡区国民经济和社会发展第十二个五年规划[专项规划]——九龙坡区卫生事业发展规划》中提出加大对高血压的综合防治；在《九龙坡区 2012-2015 年慢性非传染性疾病预防控工作规划》指明高血压防治工作目标；制定了《九龙坡区 2012 年全民健康生活方式行动示范创建工作实施方案》等文件，为提倡健康生活方式，控制高血压危险因素提供规划引领。

2. 跨领域部门协同，实施综合防治

媒体加强宣传，促进居民健康意识的形成：区电视台开设《卫生与健康》栏目；《全域重庆——美好九龙坡》电视政务信息平台设立卫生专栏；政府外宣网站“九龙坡网”开设《健康》专版；“九龙手机报”设置《健康驿站》版块，多

种渠道加强宣传，促进居民健康意识形成。

体育增加设施，完善健身环境：在区体育局主导下，安装社区健身路径 221 套；建有白市驿登山步道等 9 条健身步道，总长度达 107 公里；还建成华岩镇等四个镇级综合体育场；打造巴国城市民体育公园、彩云湖体育公园；各居民小区均设有健身场所，供居民健身所用，极大地改善了健身环境。

镇街强化责任，引导群众养成健康行为：镇街与村委会，居委会签订目标责任书，把高血压患者管理等工作，纳入对基层的目标考核中；并且建立健康教育活动室，设立健康教育专栏，组织健康讲座，成立健身队伍等，从多方面引导群众主动参加健身活动。2012 年末，全区已建成健康教育活动室 198 间，健康教育专栏 225 块。

（二）建立跨领域高血压综合防治体系

1. 力促医疗有保障

建立“两种”医保，实现城乡居民全覆盖：对城乡居民分别设立了城镇职工医保和城乡居民医保，实现全覆盖，保障高血压患者看病有保障。

强化“特病”管理，提高高血压患者报销支付额：加强高血压特病管理，提高高血压报销限额，一档从 2008 年 500 元提高到 2011 年 800 元，二档从 800 元/年调整到 1000 元/年。2009-2012 年共为 7596 名高血压患者办理了特病医疗。2013 年调查 262 人，其中办理特病人数为 60 人，特病办理率为 22.90%。

2. 力促能力有提升

加强高血压防治制度建设，力促服务有规范：一是把高血压防治纳入核心公共卫生服务内容。二是制定公共卫生分级服务细则，规范高血压患者及高危人群的管理。三是全面实施岗位绩效管理制度，促进高血压管理等公共卫生服务有效落实。

加强人才队伍建设，提升高血压防治服务能力：按市级编制核定标准上限核定了镇卫生院人员编制，制定《重庆市九龙坡区农村医师规范化培训管理办法(试行)》等培养制度，落实村医身份待遇，稳定村医队伍，建立团队服务模式，提升服务能力，完善运行保障机制，增强农村医疗卫生机构吸引力，保障服务能力，加强业务培训，提高高血压防治业务水平。

建立信息服务平台：区政府建立“九龙坡区医疗卫生综合信息平台”，利用信息化网络管理高血压。

加强标准化村卫生室建设：标准化建设率 100%。

3. 力促防治有效果

根据国家高血压防治指南，把全人群分为一般人群，高危人群和患者，实施

高血压人群分类管理与干预，提高高血压防治效果。

（三）建立高血压人群分类管理与干预机制

对高血压患者，及其高危人群和一般人群进行分类并干预，减少和减缓一般人群，高危人群向下一级转化，探索高血压健康管理新模式。

一是管理人群分类：利用“居民健康档案”，将全人群分为一般人群、高血压高危人群和高血压患者。

二是明确人群目标：针对一般人群，以知晓血压知识，监测自身血压，倡导健康生活方式为目标；针对高危人群，以了解疾病发展，监测自身血压，践行健康生活方式为目标；针对高血压患者，增加控制血压为目标。

三是广泛健康促进：利用全国高血压日开展卫生日宣传；利用赶场天人群集中的机会，开展赶场天宣传；利用随访，健康指导等机会，开展服务宣传；利用群众跳坝坝舞的时机发传单，举办坝坝会；利用自行车便捷通行的优势，开展自行车队宣传宣传；利用村民就诊时，发放健康教育处方；组织高血压防治知识讲座等健康讲座；举办健康知识竞赛。

四是提供干预载体：“健康加油站”一给群众提供自测血压、体重、腰围、体重指数的场所；门诊首诊测血压一早发现高血压患者和高危人群；“人人知体重（腰围）活动”一为居民监测和评价自身状况提供载体；手机短信平台一利用手机短信服务，提供个性化健康指导。

五是组建干预社团：组建高血压自我管理小组，高血压防控单元，高血压防控俱乐部等患者自我管理团体和医患协作团体。

六是分类干预指导：一般人群一健康教育，提高知识知晓率，养成健康生活方式。高危人群一监测自身血压，改善生活方式。确诊患者一控制血压，自我管理，改变不良生活方式。

四、主要成效

（一）基本形成“政府为主导、部门配合、全社会参与”的高血压防治格局

经过5年的努力，建立起包含政府、财政、卫生、体育、教育、社保、民政等多部门，跨领域的慢性病综合防控机制，有力地促使高血压防控工作向前推进。

（二）通过高血压人群分类管理与干预，基本达到“防未病、控已病”目标

1. 推广

高血压分人群干预模式2012年在九龙坡区铜罐驿、巴福、金凤镇3镇推广，2013年在九龙坡区全区推广，推广率100%。

2. 居民主动测血压行为得到改善

九龙坡区社区卫生服务中心、镇卫生院，及其下属社区卫生服务站，村卫生室，开展免费测血压单位率 100%。2012 年，一般人群和高危人群主动测血压率各为 82%、91%，比 2010 年分别提高到 21、23 个百分点。

3. 居民健康行为形成得到提升

社区居民健康行为形成率从 2010 年 63.7%提升到 2012 年的 73%。分类人群干预后吸烟率下降 10%，饮酒率下降 6%，肥胖率下降 1.13 个百分点，在监测的高危人群中抽查了 304 名，体重达标率 60.86%，腰围达标率 68.09%；高危人群新发现率降低，新发现高血压率 4.61%。

4. 高血压患者管理效果明显

高血压患者管理数从 2010 年 48372 人提高到 2012 年的 68683 人；规范管理数由 2010 年 33649 人增加到 2012 年 56691 人，规范管理率由 2010 年的 69.56% 提升到 2012 年的 82.54%；血压控制数由 2010 年 22257 人增加到 2012 年 42196 人，血压控制率由 2010 年 46.01%增加到 2012 年 61.44%。脑卒中的发病率也有一定的下降。

依托本项目，还发表了高血压防控相关论文 4 篇。

发挥家庭主妇作用 提高高血压防治水平

重庆市荣昌县卫十一项目办

我县于 2009 年通过卫生十一项目，率先在广顺街道天常村开展了以家庭主妇为主要干预对象，多种干预措施相结合的针对高血压防治的健康教育和健康促进方法的探索，取得了一些成效。2012 年把该模式推广到了全县 20 个乡镇的 60 个村。为了建立长效机制，在基本公共卫生服务经费中列支活动经费，由县卫生局代表县政府与各乡镇卫生院及村医签订了基本公共卫生服务购买合同，目前已初步建立了家庭主妇-家庭—示范户—社区的健康教育和健康促进高血压防治模式。

一、目的

为了探索农村家庭高血压防治的健康教育和健康促进的方法，建立起家庭主妇-家庭-示范户-社区的健康教育和健康促进高血压防治模式，通过对家庭主妇进行高血压防治知识和干预技能的培训，使其成为“健康指导员”，在家庭内开展高血压防治；同时通过评选高血压防治示范户，将高血压防治知识影响到周围的家庭，最终影响到整个社区。

二、主要做法

选择对此项活动有积极性的村委会且村医有能力并愿意做好此项活动的村作为试点现场，家庭成员中有高血压患者（含家庭主妇本人），年龄在 65 岁以下，小学以上文化程度，愿意承担“家庭高血压防治义务宣传”的家庭主妇为主要干预对象。与家庭主妇签订参与此项活动的承诺书，明确家庭主妇在高血压防治方面应该做什么和怎么做。承诺书的内容主要包括：① 愿意接受学习高血压防治知识，把学习到的高血压防治知识向家庭成员进行传播，督促家庭中 35 岁以上的成员每半年去村卫生室测一次血压；督促家庭成员改掉不健康的生活习惯，建立如戒烟限酒、控盐控油、适量体育运动等健康生活方式；② 坚持在做菜时，通过使用限盐勺和控油壶，以减少油、盐的使用量，并做好每月油、盐食用摄入量的记录，定期把记录表及时反馈到村医处；③ 有高血压患者的家庭，家庭主妇需要协助村医对高血压患者开展管理，督促其坚持规律服药，使高血压患者血压达标；督促高血压患者改掉不良的生活习惯，建立良好的生活方式。

采取多种措施，开展对家庭主妇的培训，使家庭主妇成为“健康指导员”，承担起改变家庭成员不良生活习惯的责任。

采取的主要干预措施为：

1. 定期对家庭主妇开展高血压防治知识讲座（内容包括对 6 条核心防治知识的掌握、为什么要控盐、如何使用限盐勺控油壶、合理膳食、如何协助医务人员管理高血压患者等）。通过培训，提高家庭主妇对高血压病的认识以及调整家庭饮食结构和监控家庭成员不良生活行为的能力，并有意识地协助医务人员加强对高血压患者的管理，及时将信息反馈给了医务人员，在患者与医务人员之间架起了一座信息沟通的“桥梁”，逐渐提高家庭其他成员高血压防治知识知晓率、改变不良生活方式以及提高高血压患者的依从性和自我管理能力。在家庭里承担起宣传员、监督员、执行员的任务，起到了“家庭健康的守门神”的作用。

2. 指导家庭主妇如何控盐、填写食盐记录和高血压患者服药记录表格。由村医负责每月收集该表格，并计算出家庭人均食盐量 $\text{g}/\text{人}\cdot\text{天}$ ，并将家庭用盐评价结果反馈给家庭主妇，进一步给予指导。

3. 营造健康氛围，

践行高血压防治技能：① 在每个村民小组院落显眼地方张贴高血压防治知识大型宣传海报；入户向每个家庭发放通俗易懂的高血压防治手册及宣传挂历；向每个家庭发放限盐勺控油壶。采取开院坝会、村民座谈会、健康知识讲座等多种形式宣传讲解高血压防治知识，积极营造宣传高血压防治知识的氛围，使家庭主妇懂得和领会高血压防治的重要性，能自觉地践行高血压防治技能，监督家庭成员改掉不良生活行为，自觉戒烟、限酒，少盐等。② 开展家庭主妇限盐控油技能厨艺比赛，提高村民限盐控油意识。2012-2013 年分别在 3 个健康村创建村举办了 3 期“家庭主妇限盐控油技能厨艺比赛”，共有 27 名家庭主妇参赛，有 700 余名村民进行观看。通过比赛，产生了很大影响力，展现了家庭主妇限盐控油成效，提高了村民限盐控油意识，倡导村民养成良好的健康生活方式，提高村民参与高血压防治的积极性和自愿性，对该项活动起到很好推动作用。③ 开展高血压防治示范户创建。按照家庭成员中的高血压患者健康知识知晓情况、不良行为改变情况、积极配合镇卫生院及村医的规范化管理情况以及家庭主妇的责任落实情况等标准。2012 年共评选出 30 户“高血压患者示范户”，今年计划在 60 个村开展了创建“高血压患者示范户”活动，准备 11-12 月开展评选。

4. 示范户—社区传播活动。今年率先在 2 个健康村创建村（双河街道梅石坝村和路孔镇沙堡村）开展试点，从已评选出的示范户中选择 20 户优秀示范户，以 1 户带 2 户的形式，共确定新示范户 40 户开展“以家庭主妇为主要干预对象，多种干预措施相结合的高血压防治”。

5. 发挥村医在此项活动中的作用。今年我县将此项工作纳入政府购买村级公共卫生服务内容，以“个体化健康教育”项目，每户按 400 元计算作为活动经费。村医的职责以及主要绩效考核指标包包括：建立管理家庭基本信息，定期对

家庭主妇开展高血压防治知识讲座,分发高血压防治知识宣传材料和控盐控油工具,协调村委会,组织村民开展各项健康促进活动,指导家庭主妇记录填写家庭食盐的摄入量表,每月收集该表格,并计算出家庭人均食盐量 g/人天,每月为高血压患者测量血压和了解血压控制情况,定期报送到镇卫生院,同时将食盐信息及时反馈给家庭主妇,并做好指导工作、接受镇级卫生院工作监督、指导,评选高血压防治示范户,并收集上报典型案例,协助完成干预前后评估调查。

三、主要成效

(一) 家庭成员高血压防治知识知晓和健康行为

1. 家庭成员高血压防治知识知晓率由干预前的 34.4%提高到了干预后的 52.9%。
2. 食盐消耗量由干预前的人均食用量 15.3g/d 降到了干预后的 13.1g/d(以统计每天每餐就餐人数,家庭食盐定量就餐人数统计法)。
3. 家庭成员定期测血压率由干预前的 75.5%提高到了干预后的 89%。
4. 家庭成员行为改变显著改变。

表 1 1922 例家庭成员不良行为干预前后改变情况

行为	干预前		干预后		改变情况	
	N	%	N	%	N	%
吸烟	206	10.7	115	6	91	4.7
饮酒	331	17.2	289	15	42	2.2
自己认为吃得咸	563	29.3	440	22.9	123	6.4

(二) 高血压患者行为改变

表 2 789 例高血压患者不良行为干预前后改变情况

行为	干预前		干预后		改变情况	
	N	%	N	%	N	%
吸烟	122	15.4	91	11.5	31	3.9
已戒烟	39	4.8	38	4.9	1	0.1
饮酒	156	19.8	128	16.2	28	3.6
自己认为吃得咸	199	25.2	138	17.5	61	7.7

(三) 高血压患者的管理

1. 健康知识知晓率由干预前的 57.2%提高到了干预后的 78.2%。
2. 食盐消耗量由干预前的人均食用量 12.8g/d 降到了干预后的 10.1g/d。
3. 每月测血压率由干预前的 55.6%提高到了干预后的 93.8%。
4. 规律服药率由干预前的 42.8%提高到干预后的 72.2%; 规范管理率由干预前的 62.6%提高到干预后的 85.9%; 最近一次随访血压控制达标率由干预前的 40.1%提高到干预后的 56.8%。

四、创新点

以家庭主妇为主要干预对象开展家庭高血压防治健康教育与健康促进模式我们认为是最经济最有效的防治措施(家庭主妇-家庭成员-示范户-社区), 它一是调整家庭饮食结构特别是控制家庭用盐和油量, 监控家庭成员改变不良生活行为; 二是提高家庭其他成员高血压防治知识知晓率、改善不良生活方式; 三是有高血压患者的家庭她们可以监督患者提高依从性和自我管理能力; 四是家庭主妇可以将自身良好的生活习惯以及健康知识较方便地传播影响到周围的人群。

五、推广情况

《健康报》2013 年 10 月 21 日第 3 版对我县的上述创新活动进行了报道, 题目是: “主妇当宣传员, 有利高血压防治”。此创新经验也在 2013 年 7 月 25 日-27 日由卫计委基层司主办的“国家基本公共卫生服务项目——健康教育与健康促进方法研讨会”进行了交流。

开展跨领域协作，提高慢性病防治水平

——溧阳市高血压、糖尿病综合防治经验

江苏省溧阳市卫十一项目办

一、背景

溧阳市慢性病防治工作近年来初步形成了较完备的慢性病预防控制策略和工作网络。但是，慢性病防治工作仍面临着严峻挑战，慢性病患者人数快速上升，截至 2011 年底累计建档确认高血压病人 55015 例，累计建档确认糖尿病病人 12820 例，已是重大的公共卫生问题。相当部分患者治疗不积极、不主动、不规范、治疗费用负担大，慢性病防治分离现象较为普遍，且慢性病防治服务能力显现不足。加强慢性病跨领域的协作，提高综合防治水平，是卫生十一项目工作的重要内容，也是新时期改善民生、推进医改的重要工作。在此背景下，溧阳市卫生十一项目办把开展高血压、糖尿病防治的跨领域协作，提高其综合防治水平作为去年一项重点工作之一，全力进行了创新性探索实施。

二、主要做法

（一）制定完善慢病补偿政策

2011 年下半年起，项目办开展了对 6 个卫生院和 300 名高血压、糖尿病病人的抽样调查。在此基础上研究制定农民、城镇居民慢病门诊治疗补偿方案。确定全市高血压、糖尿病门诊治疗的 110 种药品新农合（居民、农村医疗保险均可享受）予以 45% 补偿，每人每年封顶线由 200 元提高到 2000 元。通过补偿政策引导慢病患者来医院接受规范治疗，同时，有效减轻了患者的负担。

（二）健全慢病防治三级医疗卫生服务网络，提高服务能力

1. 明确村、乡、市级慢病防治职责

在溧阳市卫生行政部门直接领导下，项目办完善了慢病诊治市、镇、村三级网络，明确各自职责。乡村医生按照疾病分级对患者定期进行随访管理，并做好转诊工作；乡镇卫生院做好慢病患者的诊断、治疗及转诊工作；市级医院慢病治疗专家组做好对转诊上来的疑难患者的诊疗工作。各级机构落实责任制，明确重点，各自完成本职工作。专业公共卫生机构根据基本公共卫生服务的要求做好督导管理及评估工作。

2. 加强卫生院专病医生为主的基层队伍建设，提高服务能力

在市卫生局及项目办的统一安排下，2011 年先后分四批在溧阳卫校，由市人民医院心内科、内分泌科有丰富临床经验的高年资医师开展《高血压防治指南》

《糖尿病防治指南》知识讲座，对卫生院慢性病专病医生进行业务培训及带教。2012 年卫生院内科有多人参加了卫生行政部门组织的专科知识培训。2013 年组织了全市医疗全科医生、内科医生、部分乡村医生开展了提高基层高血压防治水平的培训班，全面提高村、卫生院有关治疗管理人员的业务技能。

（三）强化协同、发现、干预、治疗、管理无缝衔接

村级卫生室医务人员按基本公共卫生服务规范的要求，负责实施本辖区内的高血压、糖尿病患者的筛查、初诊、登记，对确诊的患者建立慢病管理档案，并根据患者的具体情况，按高血压、糖尿病防治指南进行评估分级（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级与常规、强化），并按分层分级情况进行定期随访管理，对随访管理中连续两次出现控制不满意的患者，及时转诊到卫生院慢病专病门诊诊疗，并于 2 周内做好回访。

建立卫生院院内高血压、糖尿病专病门诊，负责对新发现可疑患者的确诊及治疗方案的确定，并对高血压、糖尿病病情、危险因素、管理效果进行评估，指导对高血压患者实施分级分层随访管理；督促高血压、糖尿病患者规律服药及采取合理膳食、运动等非药物治疗措施，早期发现高血压、糖尿病患者的危急和疑难情况，并及时转到上级医院进行救治。

市级医院成立了慢病防治专家组，市人民医院星期一至星期六心内科和内分泌科均有专家门诊，基本满足了高血压、糖尿病等慢病患者的需求；接受卫生院、社区卫生服务机构转来的急症或疑难重症的高血压、糖尿病患者，规范的诊断和救治，并将已确诊和病情平稳的患者转回到社区，进行规范化的社区管理；为社区卫生服务机构（乡镇卫生院）医务人员提供技术指导与培训。

及时主动的发现高血压、糖尿病病人及进行干预，建立村、卫生院、市级医院 35 岁以上首诊患者测量血压、测量空腹血糖，通过建立居民健康档案和组织社区居民健康检查等方式检出社区疑似高血压、糖尿病及高危人群，相关单位信息共享，并及时进行登记，对疑似患者转至卫生院专科医生进行确诊治疗，避免误诊、漏诊。对高危人群建立管理档案及危害因素进行评估，对 1-2 项危险因素者，每半年一次动态监测，3 项及以上危险因素者每三个月开展定期的随访干预，建立高血压、糖尿病患者管理信息库，最大限度的发现患者，使患者能得到及时有效地治疗和管理。

三、活动成效

（一）高血压、糖尿病病人的医疗费用负担得到减轻

大部分高血压、糖尿病病人的医药费用负担主要是门诊费用负担，而且如果平时治疗控制的好，一般不需要住院治疗。因此，对大部分高血压、糖尿病患者来说，解决他们的门诊医疗费用负担是非常重要的。表 1 显示了高血压、糖尿病

患者新农合补偿变化情况，2012 年与 2010 年相比，高血压、糖尿病患者门诊费用的政策范围内补偿比从 20% 上升到 45%；2012 年高血压、糖尿病患者门诊提高补偿的费用达到 150.44 万元，说明患者的经济负担得到有效减轻。

表 1 高血压、糖尿病患者新农合补偿变化情况

项目	2010 年	2012 年	增加
年门诊补偿封顶额（元）	200	2000	1800
门诊费用的政策范围内补偿比	20%	45%	25%

（二）高血压、糖尿病病人的依从性得到提高

1. 高血压、糖尿病病人的就医流向更趋合理

我市高血压、糖尿病综合防治活动实施以来，农村高血压、糖尿病患者就医流向也出现积极的变化。根据新农合信息系统数据分析，2012 年与 2011 年相比，高血压、糖尿病患者在村卫生室门诊就诊构成比分别增加 3.09% 和 1.05%；在乡镇卫生院门诊就诊构成比分别增加 5.87% 和 2.19%；在县级医院门诊就诊构成比分别下降 1.05% 和 2.07%。

表 2 高血压、糖尿病患者就医流向变化情况

项目	2011 年 (%)	2012 年 (%)	增减
高血压 村卫生室门诊就诊构成比	10.12	13.21	3.09
乡镇卫生院门诊就诊构成比	15.35	21.22	5.87
县级医院门诊就诊构成比	3.05	2.00	-1.05
糖尿病 村卫生室门诊就诊构成比	2.26	3.31	1.05
乡镇卫生院门诊就诊构成比	5.15	7.34	2.19
县级医院门诊就诊构成比	4.10	2.03	-2.07

2. 慢病规范治疗率提高

2012 年年底，对 2011 年项目活动初期基线调查的人群再次抽样调查发现，在定点医疗机构规范治疗的高血压、糖尿病病人分别比原来提高了 33% 和 26%。病人主动配合治疗的意识稳步提高。

表 3 高血压、糖尿病患者二次调查情况变化

项目	2011 (%)	2012 (%)	增减
高血压 在定点医疗机构治疗比例	18	51	33
糖尿病 在定点医疗机构治疗比例	28	54	26

（三）高血压、糖尿病系统管理工作得到进一步规范

高血压、糖尿病病人能主动配合随访管理，能主动到村卫生室进行量血压、测血糖。至 2013 年 8 月全市规范管理的高血压病人达 63978 人，规范管理率为 97.83%；血压得到控制的高血压病人为 47012 人，血压控制率为 71.88%，比 2012 年、2011 年分别增加 15%和 23%；2013 年 8 月全市规范管理的糖尿病病人达 14403 人，规范管理率为 92.38%；血糖得到控制的糖尿病病人为 8562 人，血糖控制率为 54.91%，比 2012 年、2011 年分别增加 2%和 6%。

四、下一步工作打算

加强慢性病跨领域的综合管理与协调，创新慢性病综合防治模式是项目的重要工作之一。我们进行了积极的探索，取得了初步成效。在此基础上，下一步主要做好以下工作：① 进一步提高慢性病防治工作的统筹协调能力；② 提高慢病补偿力度，完善慢病住院补偿及医疗救助政策；③ 加强宣传力度，提高慢病患者规范诊疗、自我管理的能动性；④ 完善信息平台建设，依托信息系统对慢病患者进行规范管理并实现信息共享。

推行个性化健康管理 整体提高慢性病防控工作效果

江苏省丹阳市卫十一项目办

一、背景

目前在我国慢性病防控工作中，大多数地区的工作重点一是抓了慢性病人和高危重点人群的发现；二是工作重点主要放在对病人的规范化用药管理上，而对慢性病危险因素发现、健康生活方式和行为的建立、干预和指导未能全面实施或质量不高，导致慢性病患者的随访干预实际效果（血压、血糖等指标控制率）不高。健康管理是运用管理学理论和方法，提高社会健康意识、改善人群健康行为、提高个体生活质量，对健康人群、亚健康人群、疾病人群的健康危险因素进行有计划、有组织的全面维护系统活动过程。从广义上来讲，健康管理包括健康管理和疾病管理两方面。按照管理对象的不同，可有个人、社区、社会的健康管理之分，个性化的健康管理就是针对不同个体实施的，以个人行为、生活方式、预防保健、慢病管理为重点的健康服务。我市计划通过项目的组织实施，提高基层卫生服务人员慢性病随访干预的技能和水平。同时将健康管理的理念推广应用于社区慢性病综合防治工作中，提高慢性病患者健康自我管理能力和健康行为形成率、控制效果等指标，提高慢性病患者生命质量。

二、具体做法和措施

（一）建立健康管理服务指导中心，培养健康管理师资队伍

丹阳市疾控中心于2005年起，逐步培养了14名健康管理师，经国家统一培训和考试并获得了健康管理师的职业资质，具备了健康管理的技能。为更好的在全市推广健康管理理念，市疾控中心成立了健康管理服务指导中心，承担对全市各基层医疗卫生单位开展慢性病防控的技术指导职责。

（二）加强培训指导，提高健康管理工作的技能和水平

结合市人社局组织的年度专业技术人员培训，2011和2012年，市疾控中心对全市医疗卫生系统的3000多名医务人员进行健康管理技能培训。同时结合基本公共卫生服务项目专项业务培训等对各单位慢性病防控专兼职人员和“3+X”家庭健康责任团队成员进行了多次健康管理技能培训，通过培训提高全市卫生系统工作人员健康管理的基本技能。

（三）开展个性化健康管理服务试点工作

我市的个性化健康管理主要从如何减少食物的摄入量，如何解决已产生

的危害，如何避免新的健康问题等三个方面入手进行，重点是选择社区部分慢性病患者开展了试点，主要采取“面对面”、“一对一”的方式，对服务对象进行个人健康相关因素问卷调查、监测检查，发现已经存在或可能出现的个人健康问题，进行健康危险因素评价，针对存在问题找出产生问题的原因，制定个性化的健康干预方案。实施干预措施后，定期观察干预效果，再不断的完善、优化健康管理方案。在试点的过程中主要试行二个方面的关键技术，一是不同慢性病发病原因的寻找、消除病因的具体方法及效果，；二是解决不良生活习惯已经造成的健康问题，消除其危害，以减肥作为标志，观察防控效果，消除或减轻储存脂肪对肝脏、血管等处的损害。

（四）开展慢性病患者的自我管理工作

1. 建立慢性病患者自我管理小组

在 2011 年开展项目“社区慢性病患者自我管理小组”试点工作基础上，2012 年全市 13 个乡镇建立 127 个慢性病患者自我管理小组，社区覆盖率 66.84%，每个小组一般为 10~15 人，在小组成员中产生一名组长，在专业医生的指导下开展各项活动。

2. “慢性病患者自我管理”的规范培训

每年组织小组活动，每个小组每年开展 6 次培训，每次培训课时为 1~2 个小时，课程采取小组讨论形式，以互动的形式进行交流。交流中大家互为老师和学生，谈各自对慢性病的认识和预防，从中了解慢性病防控基本知识和技能。课程以“身心力行课程”为主要内容，涵盖运动、饮食、沟通、改善呼吸、放松肌肉等，方便组员选择最适合自己的方法进行自我管理。

3. “慢性病患者自我管理”的系列健康教育活动

自我管理小组在当地村和社区的支持下，活动均有相对固定的场所，配备了必须的活动器具，各项活动能正常有序地开展。积极组织各医疗卫生单位利用宣传栏、板报、横幅标语等形式开展慢性病防治宣传工作，并结合各种卫生主题日等开展大型宣传活动。联合报纸、广播、电视等媒体积极开展宣传，同时创新宣传形式进行宣传，如利用短信平台群发慢性病防治和健康生活方式创建等。

（五）建立“双向转介” 健康管理机制，提高慢性病防控效果

建立“双向转介”的健康管理联动机制，在具体落实基本公共卫生慢性病患者健康管理工作的过程中，对通过各家庭健康责任团队管理难以达到控制效果的慢性病患者，转介到市疾控中心健康管理服务指导中心，由专业健康管理师负责干预随访，在实现控制目标后，再转回社区由家庭健康责任团队医师进行随访干预。

（六）以点带面，逐步推广个性化健康管理服务理念

1. 通过参加健康管理的人群传播推广健康管理理念

通过实施个性化健康管理服务以来，接受过健康管理服务特别是取得了成效人员的现身说法和示范效应，对动员周围的人群主动参与健康管理，建立健康生活方式理念具有较好的口碑效应。

2. 通过接受过健康管理讲座的人群传播推广健康管理理念

市疾控中心通过利用不同部门、系统组织的继续教育、讲座等机会开展健康管理知识技能培训，目前已有农委、发改委、木兰拳协会等部门组织和全市副科级以上人员接受了培训。通过对不同人群的宣传推广，并通过他们向周围的人群进行宣传，以此逐步扩大健康管理理念的影响范围。

3. 通过实施基本公共卫生服务项目等常规工作推广健康管理理念

今年，市疾控中心将健康的理念与基本公共卫生服务项目等慢性病防治常规工作结合，指导各基层医疗卫生单位逐步开展个性化健康管理工作并全面推广，对干预管理对象进行随访干预，在饮食、运动、行为、心理等方面给予个性化、全方位科学、合理的建议和指导。

4. 通过健康生活方式指导员队伍推广健康生活方式理念

在全市范围内，由卫生局、爱卫办牵头，疾控机构提供技术支撑，社区卫生服务中心（乡镇卫生院）负责招募和选拔社区健康生活方式指导员队伍，目前已经达到 310 人。健康生活方式指导员定位为掌握了较多健康生活方式知识和技能，能够承担起家庭和社区健康教育、健康生活指导作用的社区成员。在社区中主要承担起社区、企业单位的家庭和社区健康教育、健康生活指导工作。为了该队伍的可持续性建设，发挥其积极的作用。丹阳市各乡镇专门成立健康生活方式指导员工作小组，主要由卫生院公卫医师和社区医师作小组活动指导医师。制定年度健康生活方式指导员工作计划和评估方案。目前，健康生活方式指导员已经深入社区开展工作，通过指导员的桥梁纽带作用，把健康知识传递给广大社区居民，使更多的居民受益。

三、项目实施效果

通过实施慢性病个性化健康管理工作，健康管理理念在全市基本公共卫生慢性病防控工作人员和家庭健康责任团队中得到推广普及，健康管理技能有了提高，实现了慢性病控制效果目标要求。

试点管理的 1924 名高血压患者，经过个性化的干预指导后，体重、腰围、吸烟、饮酒等身体指标和生活方式习惯有了改善，血压控制率有了提高，并好于全市平均水平。

试点管理的 1652 名糖尿病患者，经过个性化的干预指导后，体重、腰围、

吸烟、饮酒等身体指标和生活方式习惯有了改善，血糖控制率有了提高，并好于全市平均水平。

四、经验与体会

个体化的健康管理实际上还是秉承了“预防为主”的基本思想，同时又充分结合了临床医学的思维，是临床医学和预防医学的有机整合，为不断提高慢性病患者生命质量，为医疗卫生系统切实履行慢性病防控工作职能提供了技术支持。

（一）健康教育在个性化管理中起着重要作用

健康教育通过讲座、培训等活动，对慢性病患者提供指导，解决患者的问题和疑惑，对于模糊的概念或存在的问题及时给予更正，增加健康知识，提高患者的自律性，促进建立健康生活方式理念和行为。

（二）要提供有针对性的个性化健康管理指导，并要结合卫生系统慢性病防控工作职能开展工作。

在提供个性化健康管理的过程中，既要注重提高管理效果，应与患者多沟通，从中发现问题，并提供饮食、运动等有针对性的关键性的技术指导。同时定期随访和指导、定期提供健康检查、工作记录等工作要符合基本公共卫生服务项目等常规要求。

（三）开展患者自我管理，促进管理效果。

以社区为单位建立患者自我管理小组，组织患者相互交流和学习疾病自我管理的技巧与技能，相互促进，对于提高慢性病患者干预指导效果也有较好的促进作用。

五、下一阶段工作打算

下一阶段，我市将继续在全市范围内推广个性化健康管理的理念与技能，主要包括：继续加大慢性病防控的健康教育，宣传普及慢性病防控知识和技能；宣传个性化健康管理的效果，扩大影响力，提高慢性病患者对健康管理的配合程度，并能按照个性化健康管理的理念方法开展自我管理，提高健康管理效果。加大对基层公共卫生人员个性化健康管理的技能培训，提高实践工作能力水平。开展个性化健康管理工作的经验推广。扩大管理范围，在慢性病防控常规工作中贯彻推行个性化健康管理理念和技能，不断提高慢性病患者健康管理的效果。

依托信息化手段 促进基本公共卫生服务绩效考核

重庆市永川区卫十一项目办

一、主要做法

（一）以建立了区、镇、村三级联动的信息化管理体系为抓手，建立以政府为主导，以三级医院为龙头，标准统一、资源共享、互联互通的区域卫生信息协作平台。

（二）多措并举统筹推进社区卫生服务信息软件不断优化。

1. 建立互通的基本医疗及基本公共卫生信息化管理模式。

2. 不断完善与优化信息系统管理功能。将基本公共卫生服务的关键考核指标纳入信息系统综合查询模块，实现了卫生行政部门、区级职能机构和镇卫生院对区、镇、村各级基本公共卫生服务实时监管；优化绩效考核公共卫生服务方面质量，提高了绩效考核效率。

3. 结合信息平台产出的大量原始资料，进行数据二次开发利用。目前，已利用高血压随访信息开发完成‘永川区高血压随访数据分析软件’，实现对血压管理随访情况、血压控制、用药情况、查错纠错等四个方面进行统计汇总与分析查询，实现按随访机构、随访人员进行数据统计。该分析软件是信息平台功能的延伸，不仅全面提升我区高血压管理质量，也为我区探索如何使死数据变成活信息提供了一条新路。

（三）建立基于信息化系统的服务经费拨付机制

信息化系统的运行，既提供了各基层医疗机构较为准确的基本公共卫生服务数据，也为核定各单位服务经费提供了客观依据。

二、初步成效

（一）基本公共卫生服务管理做到了三个及时：一是及时录入及更新服务记录，二是及时查询与汇总工作量，三是及时监督考核服务质量。

（二）建立基于信息化绩效考核的费拨付机制，不仅大大简化考核程序及工作量，还杜绝考核过程中的主观人为因素，做到了及时、客观、公正、公开。真正做到多劳多得、优级优酬，促进公共卫生服务管理走向规范化、标准化。

（三）基层医疗机构人员基本公共卫生服务行为得以规范，服务质量得以提升。2013年上半年高血压规范化管理率96.67%，较2011年同期提高了7个百分点；2型糖尿病患者规范管理率92.34%，较2011年同期提高6个百分点；2013年上半年健康档案建档率95.7%，较2011年同期提高13.2个百分点；2013年上

半年老百姓满意度较 2011 年同期提高 10.3%，职工满意度提高；公共卫生服务报表漏项、缺项、信息不完整等得到有效改善。

（四）节约了考核成本，提高了考核效率。实施信息化平台建设后，所有公共卫生服务数据由系统自行收集整理汇总，只需要考核者通过查询板块分类查找，及时了解服务数量及服务质量，考核效率明显提高。

（五）方便群众实时了解。群众可以通过公共卫生服务网站查询自己的公共卫生健康信息，了解自己健康状况，接受公共卫生服务情况，医疗服务情况，提高了群众健康意识。

互助县公共卫生服务管理情况交流材料

青海省互助县卫十一项目办

一、主要做法

1. 按照“分项管理、分类指导”的原则，建立健全基本公共卫生服务项目管理制度和工作流程，科学确定项目任务目标。

2. 将 14 类基本公共卫生服务内容及经费进行了分类打包，通过与局业务、县疾控中心、县妇保院和卫生监督所 4 家项目主管单位签订了《互助县基本公共卫生服务项目任务委托书》的形式，将任务分解下达给各主管单位。

3. 各主管单位结合业务工作，开展基本公共卫生服务的培训、指导和绩效考核，由各主管单位按照年终绩效考核情况兑现项目经费，使基本公共卫生服务的管理工作更具专业性、指导性和针对性，从而也很大程度上调动了主管单位的积极性。

4. 业务实施单位分别与 21 个乡镇卫生院签订了《基本公共卫生服务合同书》，标化了工作量，明确了项目目标、服务内容、工作任务及经费补助等事项。各乡镇卫生院均设立了公共卫生科，指定专人负责辖区内的基本公共卫生服务的组织实施、培训指导和监督考核等工作。

5. 针对村级人员较少、业务水平高低不一等现状，由乡镇卫生院抽调业务骨干负责协助村医开展基本公共卫生服务，并将邻近的 3-4 名村医组成联村服务小组，开展建档、健康体检和预防接种等群体性公共卫生服务，解决了村级人员紧缺和群体性服务难以开展的问题，初步形成了“互帮、互学、互查”的“联点包村、联村服务”模式。

二、初步成效

1. 加强了专业公共卫生机构与基层医疗机构之间的工作联系。通过“合同+绩效+标化工作量”方法，强化专业公共卫生机构对基层的业务指导，完善以基层医疗卫生服务网络为基础分工明确、信息互通、资源共享、协调互动的县、乡、村三级公共卫生服务体系，提高公共卫生服务能力，保证了公共卫生服务质量。

2. 村级服务能力得到提升，公共卫生服务质量和效率有所改善。通过“联点包村、联村服务”模式，形成了“互帮、互学、互查”良好氛围，提升了村级服务能力，提高了公共卫生服务质量和效率。

3. 基本公共卫生服务工作得到持续加强。截止目前，全县居民健康档案建档率达 97.9 %，规范化电子健康档案建档率达 94.7%。完成 16 万人次重点人群健康教育，6 岁以下儿童管理率为 92.44%，孕产妇系统管理率达 94.56%；为 0-6

岁的适龄儿童开展常规免疫接种 12725 人次，报告接种率为 97.36%；高血压、糖尿病、慢阻肺、风湿患者规范化管理率达 92%、93%、95%、88%；老年人规范化管理率达 93.15%；完成中医健康指导 26507 人次 1124 人次。

以绩效管理推动公共卫生补助经费支付方式改革

——甘肃省静宁县改革公共卫生补助经费支付方式

甘肃省静宁县卫十一项目办

一、主要做法

（一）细化措施，转变服务模式

1. 制定实施方案，明确工作职责。形成政府负责、卫生部门组织落实、相关部门紧密配合的管理格局，实行县考乡、乡考村的分级管理考核制度。

2. 细化服务措施，重新功能定位。根据实际服务能力和承担工作任务数量进行经费考核分配（7: 3），根据 12 项基本公共卫生服务项目具体计算。将服务落实到基层，贴近群众，走入家庭。

3. 完善工作机制，转变服务模式。由重医疗服务向公共卫生服务转变，由被动服务向主动服务转变，由追求经济效益向注重社会效益转变。

（二）绩效管理，合理支付经费

1. 组建考核评价专家库。由卫生、财政管理人员、公共卫生机构专家组成公共卫生服务绩效考核评价专家库。

2. 以过程管理提高绩效管理质量。乡镇卫生院设立公共卫生服务绩效管理科，经常性的辅导沟通、组织开展基本公共卫生工作，避免事后考核导致居民不能及时得到公共卫生服务。

3. 确定合理的考核方法。内部绩效管理考核每月一次，外部考核评价每年 6 月中旬和 12 月中旬两次，主要采取查阅资料、入户调查、召开座谈会和现场检查等方法。入户调查每乡随机抽查 2~5 个村，随机抽取本机构 30% 的职工和 10 名患者，邀请 5 名群众代表召开座谈会征求意见。

4. 结果兑现。财政部门将专项补助经费纳入财政社保专户管理，专帐核算，每年分两次拨付，每年 6 月底前分分批预拨 70%，剩余 30% 根据县卫生局年终绩效考核结果进行兑现。

二、主要成效

（一）公共卫生服务能力明显提高

实现五个转变：由重医疗服务向重视公共卫生服务转变，由被动服务向主动服务转变，由单一卫生部门评价向多部门及社会公众共同评价转变，由追求经济效益向注重社会效益转变，由按人员补助向按绩效付费转变；调动了工作积极性，提高了公共卫生服务质量。

（二）基本公共卫生工作得到有效落实

群众知晓率和健康行为的形成率有所提高；城乡居民健康档案管理规范率 82%，使用率 90%，失访率降至 3%；预防接种接种率在 99.2%以上；传染病及突发公共卫生事件及时报告率 100%；孕产妇访视率为 90%；0-6 岁儿童系统管理率为 90.2%；老年人健康管理健康档案管理率 90 %，体检率 81.3%；重性精神疾病患者管理实行了“社会化、综合性、开放式、一对一”的“六位一体”的个案管理模式；中医治未病运用中医药知识和方法开展预防保健服务，得到群众的普遍认可。

建机制、强措施、促效能、实现公共卫生服务均等化

——康乐县基本公共卫生服务项目工作做法

甘肃省康乐县卫十一项目办

一、主要做法

一是政府购买保投入。制定和实施《政府购买基本公共卫生服务项目实施方案》，明确了政府购买公共卫生服务的原则、内容、绩效考核、资金筹集及支付方式。

二是合同管理定责任。制定了《康乐县基本公共卫生服务项目政府购买合同》，通过确定服务机构、签订服务合同、明确双方职责、任务、规范、考核标准、支付制度等，确保服务数量与质量，规范双方服务行为。

三是乡村一体固基础。制定了《康乐县基本公共卫生服务分级提供规范》，明确项目内容、具体工作任务、分项权重、职责分工、资金分配比例等，建立有效地乡村一体分工协作机制。

四是绩效考核控质量。卫生、财政联合制定的《基本公共卫生服务项目绩效考核实施办法》，每年7月份和翌年1月份对各医疗卫生机构单位开展一次绩效考核，年终进行总评。

五是绩效支付推动力。实行按人口总额预付+按服务人数绩效考核拨付的方式，签订协议后首次总额预付30%，于每年7月份根据考核结果，向其预付40%资金，翌年1月根据年度绩效考核结果，拨付其余30%资金。

六是效能建设强服务。推进了公共卫生区、科建设，加强公共卫生人员培训。统一服务流程、统一管理制度，统一档案资料。逐步实现了以健康档案为载体的公共卫生服务网络信息化管理。

七是宣传培训促领悟。制定了面向不同服务对象的《基本公共卫生服务明白卡》，详细说明每项服务的主要内容、服务时间、服务标准等，使每一位居民充分了解享有的基本权利，主动接受服务。

八是监督检查抓落实。加强监督检查，制定清晰、量化的监督要点和指标，采取入户调查、网络监督、电话回访等形式开展监督工作。对发现问题及时反馈，限期整改，对整改情况进行跟踪督导。

九是资金管理做保障。卫生与财政联合下发了《康乐县基本公共卫生服务项目资金管理和使用办法》，实行专帐专户管理，严格资金拨付程序，确保按进度和考核挂钩相结合的方式拨付基本公共卫生服务项目补助资金。

二、初步成效

1. 基本公共卫生服务项目稳步推进;
2. 基层医疗卫生机构的公共卫生功能全面激增;
3. 政府购买公共卫生机制基本形成;
4. 开展联合式整体化服务, 基本医疗与公共卫生整体推进。

创新绩效考核机制 提高基本公共卫生项目管理水平

陕西省眉县卫十一项目办

一、主要做法

（一）健全管理体系

一是县政府成立基本公共卫生服务项目工作领导小组、专家技术指导小组、项目巡讲组。二是县卫生局专门设立公共卫生管理股，成立项目管理领导小组、项目绩效评价工作组、资金核算支付审核工作组、第三方监督工作组和执行工作组。三是各镇成立了公共卫生管理办公室，配备 5-10 人的专职工作人员。四是全县成立了 36 名村级青年志愿者队伍，明确了职责，落实了任务。

（二）创新实施机制

一是政府购买。县政府制定《政府购买基本公共卫生服务项目实施方案》，明确项目实施单位的职责分工、项目目标任务及完成目标后获得的报酬。二是合同管理。县卫生局与县疾控中心等 6 家项目技术指导单位签订项目实施管理合同书，和镇公共卫生管理办公室签订基本公共卫生服务项目执行协议书。三是镇村一体。制定了《镇村两级卫生机构基本公共卫生服务项目职责分工实施方案》，明确镇村两级责任分工和目标任务。

（三）完善绩效考核

制定了《基本公共卫生服务项目绩效考核实施办法》，由县项目技术指导单位每季度进行 1 次考核评价，每年 4 次。县绩效评价工作组每年抽查复审 2 次，年终进行总评。

1. 建立基本公共卫生服务项目绩效考核指标评价体系，制定基本公共卫生服务项目标准工作量和具体服务项目的支付标准。按照标准工作量和绩效考核结果确定项目资金支付总额。

2. 绩效激励。按绩效考核总分，县级项目技术指导单位按分管项目奖励前三名，奖励标准按照扣罚资金总量 10%、6%、4% 分别进行奖励；镇公卫办奖励前四名，奖励标准按照扣罚资金总量 20%、15%、10%、5% 分别进行奖励。激励基金只能用于扩大项目活动的覆盖面，不得挪作它用。

3. 绩效沟通反馈与改进。注重与考核对象的沟通，及时将考核结果反馈给被考核对象，并建立持续的整改机制。

（四）规范经费支付

实行按人口总额预付+按标准工作量和绩效考核相结合的模式，规范基本公共卫生服务经费拨付。

（五）强化监督监管

1. 建立长效的督导检查机制。实行第三方监督、加强民主监督。成立第三方监督小组，明确监督职责，每半年完成一个轮次的监督活动。建立了基本公共卫生服务民主监督机制，邀请人大代表、政协委员对公共卫生服务工作进行监督，邀请县审计局对基本公共卫生服务经费进行专项审计。

2. 建立完善的基金监管体系。一是与县财政局联合制定了《项目绩效考核及经费管理办法》和《项目资金管理和使用办法》。二是实行专帐专户管理项目资金，确保了项目资金专款专用。三是严格项目资金拨付程序。确保按项目实施进度和考核挂钩相结合的方式拨付基本公共卫生服务项目补助资金，防止违规现象发生。

二、取得的成效

一是城乡居民基本公共卫生服务逐步均衡享有。二是城乡居民健康保障水平进一步提高。免疫规划“七苗”接种率达到了 99%；孕产妇系统管理率达到了 98.8%，儿童系统管理率达到了 93.5%；慢性病患者规范管理率达到 97%；重性精神病患者规范管理率达到 98%。三是基层公共卫生服务体系得到加强。全县各医疗卫生机构从事公共卫生服务的人员由原来的每单位 1-2 人增加到现在的 5-10 人，基层医疗机构发展方向回归公益。

部门齐发力 共创健康村

重庆市梁平县卫十一项目办

一、主要做法

1. 加强领导，落实责任。为加强创建工作的领导，促进创建工作规范化、制度化，县、乡、村三级成立了创建组织，落实了创建单位责任和目标任务，做到了有人抓，有人管。

2. 规划部署，制定目标。根据国家《健康村评价指标体系》标准要求，制定了“先易后难，分步实施，5年达标”的总体规划与创建思路，定期召开会议，总结成效，找准差距，解决创建过程中的实际问题。制定年度计划和工作目标，循序渐进，有的放矢开展创建工作。

3. 整合资源，通力合作。充分发挥农业、市政、交通、水务、教育、体育、环保等部门的功能和优势作用，形成“齐抓共管，共谋创建”的创建格局。

4. 广泛动员，积极参与。创建过程中，充分调动村民参与积极性，发挥党员干部带头示范作用。利用村组长会议、党员学习会、村民大会、院坝会、公共卫生服务、“家庭医生签约式服务”、摆“龙门阵”、跳“坝坝舞”、“走亲戚”“小手拉大手”、“农家乐”、“健康生活示范户”评选、“1带6”（一个示范户带动6户家庭）等形式进行宣传动员、知识传播和行为干预。

5. 健康教育 健康促进。利用健康知识传单、健康教育宣传专栏、健康知识文化墙、健康小册子、“健康教育处方”、“年历画”、“电影下乡”、“村村喇叭响”、“送医送药下乡”、“乡村旅游节”等营造创建氛围。在村卫生室和村公共服务中心设置健康教育专栏；在“农家乐”张贴健康知识宣传画、健康温馨提示；道路上设置“健康村我们的家园”提示牌和健康66条“文化墙”；开展健康知识讲座，印发各类健康知识读物，发送健康知识礼包（66条读本、冰箱贴、限盐勺、限油壶，杯垫、围裙）等，全方位宣传，营造良好的宣传氛围。

二、主要效果

至2012年底，八角村城乡居民医疗参保率100%，道路硬化率100%，种行道树3公里，安装路灯100余盏，垃圾集中处置率60%，三格池改造62%，自来水、天然气（或沼气）使用率100%，治理沟渠2条4.5公里，开辟健身场地2处，安装体育锻炼器材30套；印发高血压、糖尿病、健康村年历等传播资料40余种80000余份，健康66条读本10000册，健康教育处方20余种8000余份，健康知识礼包100个；开展讲座26次、健康干预23次，评出健康生活示范户30户。健康知识行为：甲肝传播知晓率91%，乙肝传播知晓率97%，狂犬病防治知晓

率为 82%，高血压危险因素知晓率 95%，糖尿病知识知晓率 90%；坚持经常锻炼率 63%，饭前便后洗手率 92%，每天吃 6 克盐知晓率 99%，儿童计划免疫四苗接种率达 98%；妇科病检查 90%；产前检查、产后访视达 100%；35 岁以上人群初诊测血压 100%，高血压患者管理率达 85.2%以上，糖尿病管理率 84%以上；健康档案建立率 80%。

创建健康新村 优化人居环境

——旬邑县健康村创建工作摘要

陕西省旬邑县卫十一项目办

一、主要做法

(一) 成立机构，召开会议。分别成立了县、乡、村三级健康村试点项目建设领导小组。及时召开健康促进创新模式工作研讨会。

(二) 借助外力，推动工作。在创建工作中，积极借助全县社会主义新农村建设、省市级卫生村创建工作的强大动力，形成多部门联动工作机制，推动创建工作。

(三) 开展培训，基线调查。召集县项目办工作人员、县级专家讨论制定了《旬邑县健康村试点建设研究基线调查方案》，并及时挑选和培训调查员，采取定性和定量调查的方法，开展了调查。

(四) 结合实际，开展创建

1. 召开村级启动会议，提高村民参与意识。参会人员有县项目办、县疾控中心、试点乡镇政府、试点乡镇医院以试点村领导及工作人员、试点村的大部分村民。

2. 开展多种健康教育，提高村民健康知识。一是专题讲座。二是在项目试点村为村内 35 岁以上村民开展次高血压筛查，并对高血压患者开出针对性健康处方。三是设立固定健康教育宣传栏。四是开展球赛、歌咏比赛等专题活动，宣传健康、环保、礼仪等知识。五是印制并发放健康教育手提袋、知识手册。六是在项目试点村动员全体村民开展村内及居家环境整治活动，清理垃圾死角，保持厨房和厕所卫生清洁。七是开展“小手拉大手”活动。

3. 加强基础设施建设，改善村民居住条件。一是建造卫生厕所及公厕。二是设置垃圾桶。在村民家门口每隔 50 米，统一设置垃圾桶。三是硬化道路，方便群众出行。四是铺设水渠。主要街道两旁的水渠都统一规划铺设，防止污水乱流的现象。五是建设健身广场。六是绿化，亮化、美化村庄。

4. 开展公共卫生服务，提高群众健康素质。在创建健康村开展基本公共卫生均等化服务等 11 项工作，进一步提高村民健康素质。

二、初步成效

1. 健康活动成效初步显现。一是全民健康意识显著增强。二是大环境面貌得到明显改善。三是健身功能更加齐全。

2. 健康卫生意识深入民心。通过大量、多方位的宣传活动，健康卫生意识

已经深入人心。一是注重领导干部带头，人人都是健教宣传员。二是注重宣传阵地建设，处处都是健教大课堂。三是注重健康家庭评比，户户争当健教典型户。创建村居民健康知识知晓率和健康行为形成率分别由创建前的 61%和 53%，提高到现在的 88%和 73%。

3. 居民健康水平不断提高。截至目前，创建村居民传染病发病率逐年下降，孕产妇系统管理率达 98%，住院分娩率达 100%，新法接生率为 100%，儿童系统管理率达 99%，高血压和糖尿病患者管理率分别达到 95%和 94%。

以“五项重点活动”为基础 完善“健康村”创建活动

黑龙江省林甸县卫十一项目办

我县 2011 年正式启动健康村创建，现已完成 6 个健康村创建，2013 年新建 2 个，实现了健康村乡镇全覆盖和 10% 的目标，初步形成了符合县情实际的以“五项重点活动”为基础的健康村创建推进机制。

一、主要做法

在“健康村”创建工作中，坚持以“打造健康环境、构建健康体系、强化健康人群、优化健康服务”为重点，先后开展了“家园整洁人人有责、大力构建保障机制、慢性病综合防治、广泛开展人人运动和推进健康场所建设”等一系列工作，取得一定成效。

一是加强组织领导。县政府成立“林甸县建设健康村工程领导小组”，印发《林甸县健康村创建推进工作实施方案》。

二是打造健康环境。利用卫十一项目投资推进“标准化村卫生室新建工程”，实现了低成本、可持续、全覆盖的乡村“半小时基本医疗卫生服务圈”的目标。开展“净化、硬化、绿化、美化”，实现“村屯整洁、道路畅通、柴草定点、沿线美化”。

三是构建健康体系。新农合参保率达到 100%，新农保参保率达到 92.4%，构建救助弱势群体的新机制。

四是推进健康促进。通过骨干培训、开展健康教育巡讲、印发防病读本、手册等，广泛开展“四控一动”活动。

五是优化健康服务。提供优质的基本诊疗和公共卫生服务，健康村各项指标高于国家评估指标。

六是广泛提升素质。开展“文明户”争创活动。

二、初步效果

正确的健康观念逐步形成。“健康第一，主动寻求健康”这个概念深入人心；达到掌握健康标准、学会健康自测、定期健康体检、有病及时诊治的自我健康管理目标。

健康环境面貌得到改善。开展“样板村”和“样板村民小组”的建设活动，村容村貌焕然一新。

健康教育形式多样有效。通过举办体育健身、文艺宣传、健康服务、读书读报等活动，广泛传播健康理念和知识。

健康干预措施初见成效。健康自我管理小组活动独具一格，广场舞、步行、

秧歌等群众性健身活动开始在农村得到普及。

村民健康意识得到提升。健康知识知晓率 83.7%、健康行为形成率 71.5%。

新农村建设充满生机。全面推进健康工程，使“百姓健康”成为“村容整洁”的新的诠释，不但注入了全新的内涵，更代表了未来发展的必然趋势。

着眼大健康 形成大格局 努力建设促进百姓健康的幸福美好家园

重庆市九龙坡区卫十一项目办

九龙坡区以海兰村为重点进行健康村建设试点，并以健康环境、健康服务、健康人群和健康传播为主要内容，不断完善组织领导、责任落实、部门联动、综合干预、宣传发动、考核评估机制，努力形成“政府主导、部门共推、镇村实施、全民参与”的大健康创建格局。

2010 年区政府制发《九龙坡区健康村（居）创建实施方案》以及年度推进方案，从健康环境治理与改善、健康服务可及与公平、健康行为干预与促进、健康人群培育与壮大等方面，采取“以点带面、由易到难”创建策略全面推进。创建中，将健康村创建与全区城乡统筹发展、新农村建设、社会管理创新等有机衔接，集中村容村貌整治、饮水能源改造、交通绿化拓展、垃圾污水治理、民生服务政策等方面的人财物力量，形成创建强大合力。同时，将健康村创建同该村实际相结合，把创建融于旅游休闲、观光农业、饮食文化、生态文明等建设中，以期实现相得益彰和“可持续”。

在打造健康生活环境方面，制定环境卫生管理制度，统一集垃圾集中收运处置，先后实施污水处理、水源治理、水岸生态修复、湿地深度处理、空地进行绿化、增添建设场所、居室外墙装修、道路硬化等立体整治工程；在优化健康服务提供方面，建成标准化卫生室，与残联合建康复室，镇村全面一体化管理，建立健康服务团队，采取“定制式”和“签约式”服务，有效落实医保、基药、公共卫生惠民政策；在全面健康促进方面，针对家长开展“小手拉大手”健康干预活动，针对妇女免费进行妇女病健康普查普治，针对家庭采取“1+5”老户带新户模式开展健康示范户创建，针对慢病积极引导自我健康管理和同伴干预，针对大众设立健康宣传广告牌、健康教育宣传栏、免费向每户村民家庭发放健康服务包；在培育农村健康文化方面，发放健康倡议，制定《健康公约》，创新卡通《居民健康知识画册》、《健康涂鸦墙》和《健康涂鸦楼廊》，组织健康运动、健康饮食体验、趣味健康知识竞赛、中老年健康坝坝舞等，提升了村民的健康文化品味。

三年的健康村建设工程，使今天的海兰村基础设施明显优化、人居环境明显改善、民生幸福得到彰显，群众真正得到实惠。对照《世行贷款/英国赠款中国农村卫生发展项目健康村指标体系试行标准》，根据2012年健康村中期评估及基线调查报告，目前海兰村森林覆盖率达70%，自来水进户率达94%，改厕率达82%，蚊密度达标率96.67%、苍蝇密度达标率93.33%、鼠密度达标率73.33%，新型农村合作医疗参合率达100%，健康服务指标均在90%左右，初装路灯110盏，推广清洁

能源3种。道路硬化率达90%，粪便无害化处理率达85.86%，禽畜圈养率达83.33%，食品正确加工率达76.42%，健康知识培训覆盖率100%，健康知识知晓率92.6%，目标人群健康知识知晓正确率达91.3%，分别较2009年(创建前)提高了60、35.04、11.19、45.42、32.3、31.81、36.3个百分点。

小手牵大手，健康跟着走-武陟县创新健康教育形式显成效

武陟县卫生局卫十一项目办

近年来，我县以实施卫十一项目为契机，结合农村卫生实际，创新健康教育形式，以儿童做为实施家庭健康干预的切入点，开展了“小手牵大手”为主题的健康促进活动，取得了一定成效。

一、主要做法

基本步骤为：确定健康干预主题——准备活动内容——实施活动——监测反馈——活动总结评价。

实施活动前，首先与教育部门及学校进行沟通，选择对健康教育工作重视、健康教育课开展基础比较好的学校，根据活动内容主题，确定开展活动的年级和班级。参加对象一般为小学生、幼儿园大班及学前班小朋友。活动以班级为单位举办，活动与健康教育课结合进行，每次不超过一节课的时间。

健康干预主题选择上，针对儿童的身心健康特点，我们确定了多个主题，如“比比讲卫生”——教育孩子从小养成良好的卫生和生活习惯，并监督家长的卫生和生活习惯；“比比牙齿白”——教育孩子从小养成良好的口腔卫生习惯，带动家长预防口腔疾病；“谁家有个小胖子”——防止儿童肥胖症，教育孩子监督家长有效控制体重；“我是小小监督员”——让孩子孝敬老人，关心父母健康，监督患有慢性病的家长按时服药、定期复查，提高服药依从性，减少并发症，改善生存质量；“远离烟酒”——让孩子从小拒绝烟草和酒精，帮助家长戒烟限酒。活动内容及形式要生动活泼，易于让儿童接受。

活动首先要求儿童自己从小养成良好的生活习惯，然后突出孩子在整个家庭成员健康中的“监督”作用，在孩子中间传播“我是家庭健康小小监督员”的理念，让孩子监督家长纠正不健康的生活方式。

通过开展家庭健康评比活动，进行效果反馈，是实施家庭成员健康干预的重要环节，也是本活动的核心内容。通过家庭健康评比，与家长进行互动，并对有成效的儿童及家庭给予牙膏、牙刷、学习用品等适当的奖励和激励，从而进一步调动儿童及家长参与的积极性。

二、初步成效

一是儿童及家庭的健康知识知晓率明显提升。根据问卷调查，参与活动的儿童及家庭的健康知识知晓率为 85.3%，而未参与活动的儿童及家庭健康知识知晓率为 64.6%。

二是健康行为形成明显改善。参与活动的家庭环境卫生优良率达由活动前的 45%提高到 92%、家庭成员每周刷牙 7 次以上的比例由 43%提高到占 86%，吸烟者的日均吸烟量由 4.5 支下降到 2.4 支。

三是慢病患者管理效果明显。以参与活动的儿童家庭中高血压患者为例，在健康行为改善率由活动前的 48%提高到 72%，服药依从率由 55%提高到 86%、血压控制率由 52%提高到 82%。

引导健康生活方式 激发健康正能量

—康乐县健康教育、健康促进工作主要做法和经验

甘肃省康乐县卫十一项目办

一、主要做法

因地制宜、因人制宜、因时制宜，创新健康促进模式。针对不同的目标人群健康教育需求，确定目标人群教育内容，制定健康教育的核心信息，有针对性的开展健康宣传、健康教育、健康促进。

学生：“小手牵大手，健康齐步走”。以大众传播，加以校园文化活动（知识竞赛、健康教育课等）健康教育方法开展，通过学生的认知，在家庭生活中担当健康宣讲员和监督员，引导家庭的健康生活行为转变，逐步形成“学校-学生-家庭”健康知识传播链。

患者：以医生人际传播，医生健康咨询，患者同伴教育、高血压俱乐部、糖尿病俱乐部等，加以平面宣传资料（宣传画、健康教育处方）的方法开展健康教育、健康促进。

亚健康（存在不良生活行为）人群：以建立健康档案为平台，以医生健康咨询、加以平面宣传资料的方法开展健康教育，对亚健康进行干预。同时，围绕重要的健康问题和不良生活方式，开展“健康主题俱乐部”活动；

健康人群：针对文化程度偏低、居住分散的广大农村群众，健康教育采用“健康教育进家庭”，“健康教育进集市”，“健康教育进清真寺”，“健康教育进社区”等。在大众传播上，利用“村村通”电视，墙体标语等通俗易懂的平面材料等开展健康宣传。

医务人员：“医生—患者—患者”的健康教育受众群体，充分激发医生健康守门人职责，将医务人员开展健康促进指标，纳入到医务人员的岗位绩效之中，“双处方”等进行针对性的健康干预模式在医务人员中得到普及。

少数民族群众：卧尔兹是伊斯兰教宣教的一种方式。意为“劝导”、“训诫”、“教诲”。宗教界人士在日常生活中，会定期不定期的向信教群众宣教卧尔兹。在清洁、饮食、行为、体育锻炼等方面进行卧尔兹劝导。

二、初步成效

经过长期的努力，特别是医改国家基本公共卫生服务项目的实施，我县人群的健康素养、健康知识知晓率不断提升，一些不良生活方式正在转变，城乡居民基本卫生防病知识知晓率、居民健康档案建档率、主要慢性病的规范管理率、7岁以下儿童系统管理率和家庭卫生厕所覆盖率均较项目启动时有大幅度提高（均超过70%）。

五项管理机制结合 四位一体补偿资助 探索重性精神疾病管理补偿救助合作新机制

山西省武乡县卫十一项目办

一、主要做法

(一) 完善网络管理机制, 落实工作职责。完善了多部门参与的管理机制, 县政府成立了重性精神疾病管理工作领导小组, 健全了由县卫生局、疾控中心、专科医院、乡镇卫生院、村卫生所组成的重性精神疾病防治网络, 同时对相关医疗卫生机构职责进行明确细化, 形成了政府主导, 卫生、财政、民政、公安、残联等多部门共同参与和县、乡、村三级齐抓共管的工作格局。

(二) 建立筛查机制, 提高服务质量。每年定期组织全县医疗卫生专业技术人员逐户上门走访, 逐人筛查, 确保不遗不漏, 2009年以来共筛查出疑似重性精神疾病患者679人, 经长治市精神卫生中心专家确诊567例。

(三) 完善相关责任机制, 强化规范管理。一是指导基层开展对重性精神疾病规范管理、治疗、随访、康复等工作。2009年以来, 县级对14个乡镇每年进行4次以上督导; 乡村两级医务人员定期对患者随访, 定时体检, 及时掌握病人的情况。截止2013年9月, 全县重性精神疾病患者检出率达到3.1%, 随访合格率、规范管理率均达到98%以上。二是开展心理治疗。对患者进行药物治疗的同时, 定时对患者进行心理辅助治疗。三是关心生活, 民政部门把确诊的重性精神疾病患者纳入低保对象, 村委上门关心慰问, 解决生活中遇到的实际困难。四是广泛宣传教育, 加强专业技术培训。2009年以来, 全县各级共组织各类宣传活动 303次, 发放宣传资料5类17万余份。累计培训143期。

(四) 建立医疗救治机制, 确保患者病有所医。建立了病人住院治疗联系机制, 县卫生局建立了精神病患者求医的咨询站, 县、乡、村三级确定专人负责联系沟通。2009年以来先后确定长治安神医院、山西荣军精神康复医院为定点治疗医院。

(五) 建立四位一体补偿救助机制, 达到住院费用零自付。重性精神疾病患者住院费用分别由县新农合报销80%、县残联报销10%、市残联报销10%、定点医院免费提供患者住院期间的伙食费用。

二、初步成效

(一) 五项机制相结合, 使重性精神疾病防治和管理实现了系统化和规范化, 提高了管理救助的能力和水平, 有效的控制了肇事发生, 促进了社会稳定, 减轻了

家庭压力。

(二) 多部门合作,为做好重性精神疾病管理治疗、控制工作提供了保障。

(三) 四位一体的补偿资助机制,为患者得到规范化治疗奠定了坚实的基础。
截至2013年6月底,定点医院接受免费治疗累计306人次,新农合补偿306人次,补偿金额203.3152万元,市残联补偿金额25.4144万元,县残联补偿金额25.4144万元。

以俱乐部形式推进 2 型糖尿病规范化管理 用科学流程探索慢病补偿与防治新模式

山西省武乡县卫十一项目办

一、主要做法

（一）强化Ⅱ型糖尿病规范化管理的多部门协作的工作机制。进一步明确了县卫生、财政、民政等各部门的主要职责,通过召开例会等形式,加强了沟通协作,讨论解决了俱乐部活动中存在的问题。

（二）完善新农合补偿机制。为参与俱乐部Ⅱ型糖尿病患者办理慢病就诊卡,把Ⅱ型糖尿病纳入大额门诊补偿范围,患者门诊用药按60%直补,年封顶线提高到7000元,同时,提高了县外住院补偿比,糖尿病患者在省、市级医疗机构住院治疗按不低于70%补偿。

（三）扩大俱乐部覆盖面。在2012年三个试点镇卫生院的基础上,2013年在全县各乡镇全面实施,在全县14个卫生院建立了Ⅱ型糖尿病康复俱乐部,在所辖377个行政村建立了Ⅱ型糖尿病康复监测站。

（四）创新俱乐部活动方式。在实践中建立了10项Ⅱ型糖尿病人的科学管理方式,即空腹测量血糖、查询病情、发放健教资料、医生现场随访、患者交流、专家讲座、专家答题解疑、提供治疗方案、门诊取药直补、免费提供标准餐等。

（五）建立科学干预措施。在俱乐部活动中,根据不同情况,分别采取相应针对性的干预措施,一是对血糖控制满意($<7.0\text{mmol/L}$)无药物不良反应,无新并发症或有并发症无加重的患者,预约下次俱乐部活动。二是对第一次出现空腹血糖控制不满意的患者($\geq 7.0\text{mmol/L}$)或药物不良反应的,结合服药情况进行指导,通知两周内随访。三是对连续出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以控制,出现新的并发症或原并发症加重的患者,建议到定点医院治疗。

二、取得的主要成效

一是有效地落实了对Ⅱ型糖尿病患者的健康管理服务,变分散随访为集中随访、变村级随访为乡镇卫生院管理和县级指导,降低了管理成本,提高了管理效果。截至2013年8月底,筛查登记Ⅱ型糖尿病患者1910人,建档率达到100%,全部参加俱乐部活动。通过俱乐部活动的开展,Ⅱ型糖尿病患者规范健康管理率达到了89.6%比活动前提高了29个百分点;血糖控制率达到了66.2%,比活动前分别提高了21个百分点。

二是减轻了长期用药患者的经济负担(平均每例降低 3000—4000 元)。

三是为糖尿病患者营造了一个温馨的互助家园，提高了对疾病防治的意识，俱乐部会员糖尿病知识知晓率达到 87.5%，比俱乐部活动前提高了 35 个百分点。

政府主导 部门协作 资源共享 夯实健康基石

——太谷县项目办慢性病补偿与防治结合新举措

山西省太谷县卫十一项目办

一、目的

探索慢性病的综合干预措施，以规范慢性病患者管理，减轻患者疾病负担，提升慢性病患者生活质量。

二、主要做法

（一）坚持政府主导、部门合作、社会参与

建立起政府主导、社会参与、多部门联动的良好工作机制，建立健全新农合、疾病预防控制机构、基层医疗卫生机构和医院分工合作的慢性病补偿与公卫慢病管理综合防治工作体系。

（二）坚持预防为主、防治结合

防治关口前移，强化基层医疗卫生机构的防治作用，明确机构职责，加强慢性病防治有效协同，促进预防、干预、治疗的有机结合。

（三）资源整合共享，建立“两管一体”网络

统筹利用公共卫生慢性病管理平台和新农合慢病补偿系统等现有资源，提高慢性病监测与信息化管理水平，建立我县慢病综合防治新模式即“两管一体”的慢病管理网络。

（四）拓展服务，及时发现管理高风险人群

扩大基本公共卫生服务项目内容和覆盖人群，及时发现高危人群，并对其进行综合性干预，帮助其提高防治意识，改变不良行为，提高生活质量。

（五）加强慢性病患者的筛查和确诊

乡镇卫生院对慢病患者进行初筛，再统一上报县级医疗机构进行确诊。

（六）简化补偿程序，提高补偿标准

在乡镇卫生院发生的医疗费用，患者只需缴纳个人支付部分费用；对符合新农合标准的慢病患者，取消起付线，按照 60% 报销，封顶线为 10000 元。

（七）转变服务模式

利用新农合慢病管理平台，完善辖区内慢病患者的健康档案，并建立数据库。通过发放慢性病健康管理服务证实现由原来被动接受服务到预约服务的转变。

三、初步效果

（一）慢性病管理水平有所提升

1. 2012 年高血压管理 22467 人，其中规范管理 18691 人，规范管理率为

83.19%。2013 年 9 月高血压患者管理登记人数 24722 人，规范管理人数 22484 人，规范管理率达到 90.94%。

2. 2012 年糖尿病管理 5974 人，其中规范管理 4245 人，规范管理率为 71.04%。2013 年 9 月糖尿病患者登记人数 6875 人，规范管理人数 5721 人，规范管理率达到 83.22%。

3. 2012 年重性精神疾病管理：2012 年重性精神疾病患者管理 817 人，其中规范管理 797 人，规范管理率达到 97.55%。2013 年 9 月重性精神病患者管理登记人数 842 人，规范管理人数 824 人，规范管理率达到 97.86%。

（二）确诊慢病患者数量有所上升

2008 年-2013 年 9 月新农合确诊慢病人数 2341 人，其中 2013 年 1-9 月确诊 585 人，占到总人数的 24.99%。

（三）患者疾病负担有所下降

1. 高血压患者 2012 年上半年补偿 27 例，2013 年上半年补偿 81 例，增加 200%。

2. 重性精神疾病患者 2012 年上半年补偿 3 例，2013 年上半年补偿 9 例，增加 200%。

3. 糖尿病 2012 年上半年确诊 35 例，2013 年上半年确诊 69 例，补偿患者增加 91.43%。

高血压防治 2+2 综合干预模式

——甘肃省静宁县高血压综合防治探索

甘肃省静宁县卫十一项目办

一、主要做法

（一）以新农合和绩效考核两种制度保证高血压防治工作

1. 提高高血压患者新农合补偿比例。实行高血压普通门诊和慢病特殊门诊补偿，住院不设起付线，补偿比例不低于 70%，门诊不低于 80%，保证了患者服药连续性。

2. 以绩效考核结果兑现公共卫生经费。将公共卫生绩效考核与经费拨付挂钩，按照服务量计算服务经费，激励医疗机构扎实开展防治工作，提高防治效果。

（二）医疗机构积极开展高血压防治工作

1. 建立高血压病人发现机制。以乡镇卫生院为主集中进行重点人群普查，发现高血压病人；完善 35 岁以上人群免费测量血压制度，形成高血压日常发现机制。

2. 实行分级管理。为确诊的高血压人群建立健康档案，实行信息化管理，根据血压分级和危险因素将患者分高、中、危三层，实行三级管理，明确县、乡、村三级医疗机构职责，形成各负其责，规范管理，预防减少并发症的发生。

3. 在医疗机构临床医师中推行健康咨询制度，主动为就诊人员提供健康咨询服务，普及高血压防治知识。

（三）引导群众和患者参与高血压防治工作

1. 利用各种方式和途径传播高血压防治知识，提高知晓率，降低发病率。

2. 对高血压患者坚持药物治疗和行为干预并重的干预方式，制定个体化防治方案，鼓励动员患者改变不良生活方式，戒烟限酒，免费发放限盐勺。

3. 定期随访，监测血压变化情况，实时调整干预措施，为每位患者发放《服药提示卡》，记录病人服药情况，督促病人按时服药。

4. 开展“健康生活、从我做起”活动，每村发展 2-3 名义务宣传员，通过算“经济账”、“健康账”和身边的例子，让高血压患者意识到吸烟酗酒对自己和家庭危害。

二、取得的成效

（一）形成“新农合做平台、绩效考核管理、机构和患者共同干预”的管理模式。即以新农合制度为平台保障高血压患者的医药费用补偿，以公共卫生经费做保证医疗机构高效运转，家庭和患者积极配合，开展药物治疗和行为干预，高血压管理工作有序进行。

（二）健全了高血压管理“四种机制”。一是形成病人日常筛查机制，建立主动发现患者的渠道；二是形成三级管理机制，依靠县乡村三级医疗保健网络加强管理，突出乡镇卫生院核心管理作用；三是形成新农合制度与高血压管理相结合机制；四是形成高血压管理费发放与管理数量、质量相结合机制。

（三）高血压人群管理日益规范化，治疗率、血压控制率大幅度提高。全县共登记高血压患者 42235 例，规范管理 41081 例，规范管理率为 97.27%。高血压防治知识知晓率从 50.3% 上升到 98.9 %，服药率从 30.6% 上升到 93.4%，血压控制率为 81.6%。

多措并举 慢病综合防治的做法和体会

黑龙江省林口县卫十一项目办

近年来，随着社会老龄化和经济的发展，人民生活水平的提高、膳食结构的变化、生活节奏的加快等多各种因素的影响，致使我国居民慢性病的患病率迅速上升，不健康的行为和生活方式是其最主要的原因。借助卫十一项目，我们积极开展慢病综合防治工作，规范慢性病患者的管理、缓解患者的疾病负担，提升患者的生活质量。

一、主要做法

一是通过规划防治目标，健全防治网络。二是全面开展居民健康体检和健康行为基线调查。三是全面建立居民健康档案。四是多部门合作对慢性病病人实行规范管理。五是多种形式开展健康促进。六是实施绩效管理。七是加大医疗保障制度建设等手段。

二、初步成效

通过以上措施扎实推进慢病的综合管理，取得初步成效：

1. 高血压等慢病防治知识的知晓率明显提高，由基线调查前的 62%提高到 86%；
2. 群众和慢性病病人及家属健康教育率和定期测血压率明显提高，分别由 40%、23%上升到 71%和 75%。
3. 慢性病的管理率由 30%达到 86%、规范管理率由 35%上升到 72%、控制率由以往不足 10%上升到 38%。
4. 定期监测体重率明显提高，咸食和食用油脂摄入理念明显改善。
5. 农村居民慢性病病人门诊就诊率由 2008 年每年 721 人次上升至每年 4739 人次，（此数据按获得新农合门诊补偿人次数统计）实现了病有所医、医有所保。