

济宁高新区 2024 年度 国家基本公共卫生服务项目绩效评价报告

评 价 部 门：济宁高新区财政金融局

项目主管部门：济宁高新区发展软环境保障局

2025 年 8 月

正文

为进一步促进国家基本公共服务项目提质增效，全面评价济宁高新区国家基本公共卫生服务项目的实施情况，及时总结成绩，发现问题，促进惠民政策有效落实，发挥资金使用效益，根据济宁高新区发展软环境保障局关于印发《济宁高新区 2024 年国家基本公共卫生服务项目绩效评价方案》的通知文件要求，评价组于 2025 年 7 月 20 日至 7 月 30 日，对济宁高新区 5 处基层医疗卫生机构 2024 年全年国家基本公共卫生服务项目开展情况，进行了绩效评价工作。现将评价情况报告如下。

一、基本情况

（一）评价情况。通过资料评审、抽查核对、访谈调查等方式开展本次绩效评价工作，了解济宁高新区国家基本公共卫生服务工作的整体进展和亮点。评价内容主要包括：2024 年国家基本公共卫生服务项目组织管理、资金管理、项目执行、项目效果四个方面内容。评价对象为提供国家基本公共卫生服务的基层医疗卫生机构（1 处社区卫生服务中心、4 处街道卫生院）。共抽查居民健康档案 50 份、孕产妇健康管理档案 50 份、0-6 岁儿童健康管理档案 50 份、老年人健康管理档案 50 份、高血压患者健康管理档案 50 份、糖尿病患者健康管理档案 50 份、严重精神障碍患者健康管理档案 50 份；访谈服务对象 150 名。

（二）基层基本公共卫生服务项目绩效目标情况。产出数量指标包括适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率 95%、0-6 岁儿童健康管理率 90%、0-6 岁儿童眼保健和视力检查覆盖率 90%、孕产妇系统管理率 90%、高血压患者管理人数 22012 人、2 型糖尿病患者管理人数 10386 人、肺结核患者管理率 90%、社区在册居家严重精神障碍患者检出率 5‰、老年人中医药健康管理率 74%、儿童中医药健康管理率 84%。

产出质量指标包括居民规范化电子健康档案覆盖率 64%、高血压患者基层规范管理服务率 64%、2 型糖尿病患者基层规范管理服务率 64%、65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率 64%、社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率 80%、传染病和突发公共卫生事件报告率 100%。

综合效益指标包括城乡居民公共卫生差距不断缩小，居民健康素养水平和基本公共卫生服务水平不断提高。通过医防融合提高居民健康知识水平，预防慢性病患者并发症、控制传染病流行，应对突发公共卫生事件发生，实现对居民全生命周期健康的维护。

二、总体结论

2024 年济宁高新区按照省、市级部署要求扎实推进国家基本公共卫生服务项目实施，区委、区政府高度重视，将项目开展纳入全区国民经济发展规划，制定出台多项政策，足额预算并及时拨付项目资金，持续提升基层医疗卫生机构

服务能力，为项目顺利实施提供了强有力的组织保障。

截至 2024 年 11 月 25 日，全区建立居民健康档案 253413 份，建档率 75.42%，居民规范化电子健康档案覆盖率 47.86%；高血压患者管理人数 22012 人，高血压患者任务目标完成率 79.37%，高血压患者基层规范管理服务率 74%，智慧化随访设备使用率 69.49%，血压控制率 52%；糖尿病患者管理人数 10386 人，糖尿病患者任务目标完成率 96.36%，糖尿病患者基层规范管理服务率 74%，血糖控制率 64%；65 岁及以上老年人健康管理数 23526 人，校正老年人城乡社区规范健康管理服务率 44.83%，接受老年人中医药健康管理人数 23401 人，老年人中医药健康管理率 46.45%；年内接受 1 次及以上访视的新生儿 1524 人，新生儿访视率 95.79%，0-6 岁儿童健康管理 20063 人，儿童健康管理率 100%，接受 1 次及以上眼保健和视力检查的 0~6 岁儿童人数 20063 人，儿童眼保健和视力检查覆盖率 100%，按照月龄接受中医药健康管理服务的 0~36 个月儿童人数 8106 人，0-36 个月儿童中医药健康管理率 92%；早孕建册 1489 人，早孕建册率 93.59%；产后访视 1514 人，产后访视率 95.16%；所有登记在册的确诊严重精神障碍患者数 1312 人，严重精神障碍患者报告患病率 3.90%，规范管理率 92%；肺结核患者管理率 100%，规则服药率 100%。

全区健康教育宣传栏累计规范更新 678 次，按照每两月

一个宣传主题原则，大力宣传《中国公民健康素养 66 条》（2024 年版）、常见病、多发病、传染病防治、慢阻肺防治、居民体重管理核心知识；年内发放健康教育印刷材料 129 种，年内播放健康教育音像材料 100 种，年内组织面向公众的健康教育咨询活动 98 次，健康教育讲座 65 次。登记传染病病例 475 例，报告及时率 100%；卫生监督协管信息报告次数 1156 次，开展实地巡查 2273 次；无突发公共卫生事件发生。

三、项目管理情况

（一）项目决策管理。

1.绩效目标管理情况。根据提供的材料，5 处被评价机构在绩效目标管理方面，能够明确工作任务目标，绩效目标设置能够符合项目立项背景、相关政策要求以及辖区实际。项目设置的绩效指标完整，绩效指标值清晰，年度绩效指标值符合正常业绩水平。

2.资金投入情况。根据提供的材料，5 处被评价机构的预算资金测算依据充分，能全面落实国家、省关于资金分配使用的要求；预算资金支持的内容能够完全与项目内容匹配。预算资金分配依据充分，资金分配合理，资金分配能够与既往绩效评价结果挂钩。

3.预算安排情况。基本公共卫生服务资金由中央财政和地方财政按照规定比例分担。2025 年高新区卫生健康局拨

付基层医疗卫生机构国家基本公共卫生服务项目经费 2856 万元。

（二）项目运行管理。

1.制度建设。5 处被评价机构均制订了国家基本公共卫生服务项目实施的项目管理方案、资金管理制度，方案、制度符合《国家基本公共卫生服务规范》（山东 2017 年版）要求。被评价机构根据相关文件要求落实了经费精细化测算、按标准制定绩效目标表、健康行为积分落实情况、慢阻肺患者健康管理、落实体重管理等生活方式干预和指导、对慢性病患者和老年人提供分类分级健康服务等工作。

2.分工协作。被评价机构均与政府相关职能部门建立了协调工作机制，明确机构内部人员和乡村医生职责分工，按照服务责任区域开展工作。建立了以全科医师为核心的服务团队，提供基本公共卫生服务并与日常诊疗服务相结合。

3.信息系统建设与应用。5 处被评价机构能按照《山东省卫生健康委员会关于开展三高共管 六病同防医防融合慢病管理试点工作的通知》（鲁卫基层字〔2021〕2号）及《“三高共管 六病同防”诊疗路径与一体化服务指南》开展三高共管 六病同防工作；设置了三高基地，功能布局合理、设备配置齐全、人员配备符合指南要求；以家庭医生工作室、健康驿站和三高基地建设为依托，实现了门诊标准化医防融合服务流程，符合省级文件要求（鲁卫基层字〔2022〕1号附

件4)。被评价机构预检分诊台能实现查询建档功能；健康驿站设置在门诊大厅入口，可以实现建档及签约功能，开展基础指标测量（35岁首诊测血压、三高患者血压、血糖测量），并将基础指标同步上传健康档案；健康驿站可实现转诊预约、医保咨询代办、缺药登记等综合一体化服务。家庭医生工作室工作人员在门诊可以进入居民健康档案系统并进行随访，诊后开展健康教育及健康行为积分积累、提供分装药盒、服药时间确认、兑换等相关服务；制定或转发了本机构健康行为积分制度，开展健康积分线上兑换，设置健康积分兑换展示柜，并根据健康积分兑换相应的服务或健康工具、耗材、租赁设备等，有兑换记录，健康积分参与兑换率9%。有自我健康管理小组资料。健康档案开放查询70%。

4.人员培训。被评价机构积极组织机构医务人员通过中国继续医学教育网完成《规范》线上学习，要求家庭医生团队成员全部参加学习，开展慢阻肺患者健康管理服务培训工作。

5.问题整改。5处被评价机构能够提供区级2024半年度项目绩效评价及自查评价分析报告，针对各级评价发现问题进行部署落实，制定整改计划和整改措施，明确整改期限，并形成整改报告，有整改佐证以及针对整改效果进行的评价验收资料。

6.项目数据报送与分析。被评价机构老年人个人健康状

况分析报告中三年的数据有对比分析，有高风险疾病的综合评估，能将个体的症状、体征与疾病史相结合进行健康状况分析和指导建议。

7.绩效评价工作落实。被评价机构均制定了绩效评价工作制度、方案及经费测算方案，并根据方案开展绩效评价工作；制定的国家基本公共卫生服务项目绩效评价指标体系完整，指标值科学合理，评价过程资料内容完整，有评价报告、通报、各项服务完成数据，资金拨付与绩效评价结果挂钩，评价结果进行了公示；按照成本测算标准预拨，经费精细化测算与结算相对应。

四、工作建议。

（一）强化培训实效，深入推进医防融合一体化服务模式。加强国家基本公共卫生服务规范培训，注重提高培训实效，切实提高基层人员理论水平和服务能力。继续深化基本公共卫生、基本医疗及签约服务在服务阵地、队伍、内容、流程和信息化等方面的融合，加强项目实施与城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动、“三高共管 六病同防”医防融合等工作结合力度，推进高血压、糖尿病等慢性病患者的区域分级分层管理，为“两病”患者提供更加精准、连续的服务。

（二）扎实做好资金精细化管理，落实评价结果运用。资金测算要按照年度项目通知要求，细化任务目标和任务量，

精准测算服务补助标准，严格按照服务数量、质量和效果科学结算。要合理设置评价指标体系，聚焦薄弱环节，突出问题导向，加强以健康档案为基础的信息系统在项目绩效评价中的应用，加强评价质量控制，确保评价结果真实准确，严格落实结果应用，发挥绩效评价的激励和导向作用。

（三）加大项目宣传力度，推进落实家庭医生团队绩效。

利用电视台、户外电子屏、微信、抖音等多种形式，加大签约服务宣传，营造签约服务氛围，提高辖区居民对签约服务的认识程度，扩大家庭医生签约服务覆盖面，提升知晓率。利用家庭医生工作室、健康驿站及家庭医生服务点，发挥家庭医生工作场所的作用，提高签约居民感受度。结合实际制定切实有效的签约服务绩效评价方案，发挥绩效资金的杠杆作用，严格按照资金测算，落实家庭医生团队签约服务费，按时足额发放，提高家庭医生团队的主动性和积极性，提高签约服务内涵，逐步实现对辖区居民全生命周期管理。