

关于印发《罗庄区 2024 年度国家基本公共卫生服务项目实施方案》（第二次修订）的通知

各街镇卫生院、社区卫生服务中心，局直属各相关医疗卫生机构：

为进一步规范国家基本公共卫生服务项目管理，促进全区项目工作落实，区卫生健康局根据《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》及上级有关最新文件，制定了《罗庄区 2024 年度国家基本公共卫生服务项目实施方案》第二次修订，现印发给你们，请认真组织实施。



罗庄区 2024 年度国家基本公共卫生服务项目

实施方案（第二次修订）

为进一步规范我区国家基本公共卫生服务项目管理工作，加快促进基本公共卫生服务逐步均等化，区卫生健康局根据《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》及上级文件有关要求，结合我区实际，制定本方案。

一、工作目标

实施国家基本公共卫生服务项目是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容。全区各基层医疗卫生机构要严格按照《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》及有关文件要求开展工作，落实各项工作任务，做到切实有效促进全区城乡居民基本公共卫生服务均等化，确保城乡居民生活质量和健康水平显著提高。

二、基本原则

坚持政府主导，充分体现公益性和公平性，按项目要求免费向城乡居民提供国家基本公共卫生服务。坚持重点突出，分步实施，着眼解决居民当前迫切需要解决的基本公共卫生问题，有针对性的实施国家基本公共卫生服务。坚持优质服务、提高效率，强化考核、培训、督导、监管，保障居民人人享有基本公共卫生服务，不断提高人民群众健康水平。

三、主要任务

1、居民健康档案管理。健全完善辖区常住人口居民健康档案。在电子健康档案向居民开放基础上运行健康积分机制。在电子健康档案内建立本辖区健康行为积分制度，也可通过电子积分、纸质积分卡等形式制定专项或补充性健康积分。健康积分可通过健康罗庄

微信公众号、基层机构健康驿站或三高基地（三高之家）兑换口腔和中医保健服务、健康工具、耗材、设备租赁等，探索建立主动健康正向闭环激励机制。以 0-6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等人群为重点，居民健康档案建档率 $\geq 90\%$ ，居民规范化电子健康档案覆盖率 $\geq 64\%$ ，居民健康档案动态使用率 $\geq 60\%$ 。

2、健康教育服务。各单位要加强《中国公民健康素养-基本知识与技能（2024 年版）》的宣传普及工作。区疾病预防控制中心、区卫生健康促进中心等单位要结合工作实际，对基层医疗卫生机构和村卫生室工作人员做好培训指导，提供疾病预防控制、妇幼保健、突发公共卫生事件、健康生活方式和可干预危险因素健康教育等相关的健康教育宣传信息和咨询服务。各基层医疗卫生单位要采取提供健康教育图文和影像资料、设置健康教育宣传栏、开展公众健康咨询、举办健康教育知识讲座、开展个体化健康教育等方式，加强健康知识宣传教育，促进健康行为养成。

各基层医疗卫生机构要进一步强化重点人群健康教育有效性，重点强化老年人预防跌倒、儿童青少年近视防控、高血压和 2 型糖尿病患者自我管理为核心知识知晓率。要制定辖区健康教育计划和干预策略，按要求开展健康教育宣传活动，每年发放健康教育宣传材料不少于 12 种（其中 4 种有中医药内容、1 种新冠感染防控内容、1 种艾滋病防治内容、1 种老年人防跌倒内容、1 种儿童青少年近视防控内容、1 种高血压患者自我管理内容、1 种 2 型糖尿病患者自我管理内容），播放健康教育音像资料不少于 6 种（其中 2 种有中医药内容、1 种艾滋病防治内容、1 种新冠防控内容、1 种孕期

保健内容),组织不少于9次面向公众的健康教育咨询活动(其中包括1次中医药、1次以上低盐膳食内容活动、1次新冠感染防控内容活动、1次艾滋病防治内容活动、1种老年人防跌倒内容、1种儿童青少年近视防控内容、1种高血压患者自我管理内容、1种2型糖尿病患者自我管理内容),至少每两个月更新一期健康教育宣传栏(包括1次中医药、1次减盐防控高血压内容、1种新冠感染防控内容、1次艾滋病防治内容、1种老年人防跌倒内容、1种儿童青少年近视防控内容、1种高血压患者自我管理内容、1种2型糖尿病患者自我管理内容),每年举办不少于12次健康教育讲座(包括2次以上低盐膳食与高血压防治专题、1种新冠感染防控专题、1次艾滋病防治专题、1次老年人防跌倒专题、1次儿童青少年近视防控专题、1次高血压患者自我管理专题、1次2型糖尿病患者自我管理专题)。所有宣传活动和版报要有影像资料,有活动方案、现场记录、活动总结,城乡居民健康知识知晓率达到80%以上。

3、预防接种服务。各基层医疗卫生机构要加强疫苗购销、贮存、领发等环节管理,培训预防接种人员,强化接种门诊评审和接种人员资质认定。认真落实《预防接种工作规范》,强化疫苗和冷链管理,规范接种技术操作,严格落实“三查七对一验证”,完善预防接种证(卡)服务,落实预约通知、安全注射、留观等相关制度,定期开展疫苗查漏补种,全面提升预防接种服务水平,保障接种安全。以街镇为单位,《儿童预防接种证》建证率达到100%,适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率>90%,全程接种率达到上级考核目标要求。麻疹发病率务必控制在1/100万以下,维持无脊灰状态工作。

对重点人群进行针对性接种，发现、报告预防接种中的疑似异常反应，及时协助调查处理。

4、0-6 岁儿童健康管理。加强 0-6 岁儿童健康管理，建立《母子健康手册》，实施系统管理。新生儿访视至少 2 次，儿童保健 1 岁以内至少 4 次，第 2 年和第 3 年每年至少 2 次，4-6 岁儿童每年进行一次健康检查管理。儿童保健内容包括体格检查和生长发育监测及评价，心理行为发育、母乳喂养、辅食添加、意外伤害预防、常见疾病防治等健康指导。规范开展 0-6 岁儿童眼保健和视力检查工作，加强儿童肥胖筛查和健康指导，积极开展儿童肥胖防控。新生儿访视率 $\geq 90\%$ ，0-6 岁儿童健康管理率 $\geq 90\%$ ，3 岁以下儿童系统管理率 $\geq 85\%$ ，0-6 岁儿童眼保健和视力检查覆盖率 $\geq 90\%$ 。

5、孕产妇健康管理。对孕产妇开展至少 5 次孕期保健服务和 2 次产后访视，建立《母子健康手册》，实施孕产妇系统管理，重点进行基本体格检查及孕期营养、心理等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。早孕建册率 $\geq 90\%$ ，产后访视率 $\geq 90\%$ ，孕产妇系统管理率 $\geq 90\%$ 。

6、老年人健康管理。对辖区 65 岁及以上老年人进行登记管理（上级分配任务数 111661 人），每年进行一次免费健康体检，体检内容包括血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、心电图和腹部 B 超（肝胆胰脾）检查。

要切实做好体检结果反馈和后续疾病的管理服务，发挥体检在疾病筛查和个体化健康指导中的作用。开展健康危险因素调查，提

供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救、低盐膳食干预等健康指导。年内开展一次老年人自理能力评估,做好老年人生活自理能力、认知功能、情感状况等 3 个量表的原始表纳入电子健康档案。65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率 $\geq 64\%$ 。

7、慢性病患者健康管理。以高血压、2 型糖尿病、慢阻肺管理为重点,逐步开展各种影响人群健康的慢性疾病的管理。对 35 岁以上人群实行高血压和糖尿病筛查,对确诊高血压和 2 型糖尿病患者进行登记管理,每季度至少进行 1 次面对面随访,每次随访时询问病情、进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导并记录。加强慢性病患者的规范管理,根据患者病情加强用药和生活方式指导,对血压、血糖不稳定的患者增加 2 次随访,提高患者服药依从性和血压、血糖控制率。

在高血压、糖尿病两种慢性病患者健康服务基础上,加强呼吸道疾病防治,对辖区内 35 岁及以上常住居民中慢性阻塞性肺疾病患者进行登记管理,每季度至少进行 1 次面对面随访,每次了解患者症状、用药情况和是否有急性加重情况等,根据患者病情加强用药和生活方式指导,对控制不满意患者增加 2 次随访,对症状加重、出现全身不适、 $SpO_2 < 90\%$ 等症状患者及时转诊到上级医院进一步诊治,对于转诊者应在 2 周内主动随访转诊情况。

高血压患者任务目标数(62046 人)、基层规范健康管理服务率 $\geq 64\%$ 、管理人群血压控制率 $\geq 45\%$,门诊 35 岁以上首诊测血压覆盖率 $\geq 100\%$;2 型糖尿病患者任务目标数(24576 人)、基层规范健康管理服务率 $\geq 64\%$ 、管理人群血糖控制率 $\geq 35\%$ 。慢性阻塞性肺疾病患者任务目标数(491 人)、基层规范健康管理服务率 $\geq 64\%$ 。

8、严重精神障碍患者管理。各基层医疗卫生机构对辖区内严重精神障碍患者信息管理系统中登记报告的居家治疗严重精神障碍患者，在知情同意的基础上全部纳入基础管理，建立健康档案，努力实现“应管尽管”。在专业机构指导下对在家居住的严重精神障碍患者进行治疗随访和康复指导。提高严重精神障碍患者的发现率和管理率，研判患者的诊治、管理方案。对纳入健康管理的患者，根据国家要求，对病情稳定患者3个月随访一次，病情基本稳定的严重精神障碍患者请专科医师进行技术指导，1个月时随访；对病情不稳定患者2周内随访一次，随访信息同时录入山东省严重精神障碍信息系统。

山东省严重精神障碍信息系统中登记在册的确诊严重精神障碍患者人数达到辖区内常住人口总数的5‰，以镇（街道）为单位，社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率 $\geq 80\%$ 。

9、肺结核患者健康管理。对辖区内前来就诊的居民或患者，尤其是65岁及以上老年人和2型糖尿病患者等结核病重点人群主动开展筛查。接到上级专业机构管理肺结核患者的通知单后，在72小时内访视患者，督导患者服药。对于由医务人员督导的患者，医务人员至少每月记录1次对患者的随访评估结果；对于由家庭成员督导的患者，基层医疗卫生机构要在患者的强化期或注射期内每10天随访1次，继续期或非注射期内每1个月随访1次。根据患者服药情况开展分类干预工作。当患者停止抗结核治疗后，对其进行结案评估，同时将患者转诊至结核病定点医疗机构进行治疗转归评估，2周内进行电话随访，看是否前去就诊及确诊结果。

辖区内肺结核患者管理率 $\geq 90\%$ ，规则服药率 $\geq 90\%$ 。

10、中医药健康管理。每年为老年人提供 1 次中医药健康管理服务，内容包括中医体质辨识和中医药保健指导，老年人中医药健康管理率 $\geq 74\%$ 。

在儿童 6、12、18、24、30、36 月龄时对儿童家长进行儿童中医药健康指导，具体内容包括：向家长提供儿童中医饮食调养、起居活动指导；在儿童 6、12 月龄给家长传授摩腹和捏脊方法；在 18、24 月龄传授按揉迎香穴、足三里穴的方法；在 30、36 月龄传授按揉四神聪穴的方法。儿童中医药健康管理率 $\geq 84\%$ 。

11、传染病和突发公共卫生事件报告处理服务。各街镇要制定辖区突发公共卫生事件应急预案；突发公共卫生事件及时报告率达到 95%，开展院前及院内急救工作及时率达到 100%，危重病人及时转诊率达到 100%；协助和参与有关机构进行突发公共卫生事件流调和处置记录完整，规范存档。

各街镇卫生院（社区卫生服务中心）要落实“乙类乙管”措施，加强新冠感染疫情防控，按照上级要求开展新冠病毒抗原检测和核酸采样，统筹新冠病毒疫苗和免疫规划疫苗接种。做好疫情防控相关物资储备，并保持动态更新。开展狂犬病、腹泻病、疟疾、手足口病等传染病防治知识宣传和咨询服务，规范化建设犬伤门诊，储备并规范管理人用狂犬病疫苗；规范设置腹泻病门诊；同时加强基层卫生应急工作人员业务培训，提高对突发公共卫生事件发现及处置能力，及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例，参与现场疫点处理。

各街镇卫生院（社区卫生服务中心）要严格按照《传染病防治法》有关规定，加强传染病报告与管理，完善传染病报告督查、疫

情主动搜索制度，规范疫情处置并做好有关记录。法定传染病疫情报告率、及时率、一致率 $\geq 100\%$ ；所有工作资料要痕迹清楚，做到有据可查。

12、卫生监督协管服务。按照《卫生监督协管服务规范》开展包括食源性疾病及相关信息报告、饮用水卫生安全巡查、学校卫生服务、非法行医和非法采供血信息报告等卫生监督协管服务。定期上报《卫生监督协管信息登记报告表》、《卫生监督协管巡查登记表》，卫生监督协管各专业每年巡查（访）2次完成率 $\geq 90\%$ 。

四、职责分工

区疾病预防控制中心：负责健康教育、预防接种、老年人健康管理、慢性病患者健康管理、严重精神障碍患者健康管理、肺结核患者健康管理、基层医疗卫生机构艾滋病预防控制服务、传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务、卫生监督协管服务等内容的技术指导、业务培训、督导、考核、效果评估及信息收集、整理、汇总、分析、上报等工作。

区卫生健康促进中心：负责孕产妇健康管理、0-6岁儿童健康管理的技术指导、业务培训、督导、考核及信息的收集、整理、汇总、分析、上报等工作。

局中医科：负责65岁及以上老年人中医药健康管理、儿童中医药保健指导等工作。

街镇卫生院（社区卫生服务中心）：负责本辖区内国家基本公共卫生服务项目工作具体任务的落实，对辖区内承担基本公卫工作的村卫生室、社区卫生服务站开展国家基本公共卫生服务项目工作进行业务培训、技术指导、日常管理、绩效评价、评估总结等工作。

五、重点任务要求

（一）规范资金管理。区卫生健康局按照国家财政部、国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药局、国家疾控局《关于印发基本公共卫生服务项目等5项补助资金管理办法的通知》（财社〔2024〕56号）文件要求，根据实际服务人口数量和当年的人均补助经费标准，采取“先预拨、后结算”方式，年终按照项目服务数量，服务质量结合绩效评价结果进行精细化结算，并按照奖惩办法兑现奖惩。各单位要按照相关要求，加强资金监管，确保专款专用，严禁截留和挪用，规范使用项目资金。

（二）加强项目绩效评价。各单位要加强资金支出管理，确保资金使用安全规范。要根据年度重点工作和项目实施中的薄弱环节，科学制定绩效评价方案，调整完善指标体系和赋分分值，利用多种评价方式，强化对精细化项目管理、重点人群健康干预的质量和效果、诊间医防融合随访比例、数据自动采集和上传比例、转诊到位情况、电子健康档案开放和利用效果、居民感受度等方面的评价，切实发挥绩效评价的引导作用，推动服务效果提升和服务模式转变。

（三）提升重点项目服务质量和效果。

1、统筹做好老年人、0-6岁儿童相关健康管理服务。各单位要按照要求，做实老年人健康管理服务，加强健康体检相关能力建设和质量控制，做好体检报告解读和反馈、针对性健康指导、健康管理等服务，对体检报告出现阳性的指标要根据健康需求，加强诊疗诊治、转诊转介、健康干预等服务。对未利用基本公共卫生服务开展健康体检的老年人，要主动对接，并根据体检结果和服务需求提供好后续其他健康管理服务。要发挥好疾控机构作用，共享老年人

等重点人群健康数据，共同开展区域内人群主要疾病和健康影响因素数据分析，有针对性地采取健康行为干预措施。要以预防接种为主线，为 0-6 岁儿童主动提供健康管理、中医药健康管理、签约服务为一体的综合、连续服务，积极做好 3 岁以下婴幼儿健康养育照护和咨询指导。预防接种门诊要全面推行分时段预约、周末接种服务，结合服务能力、辖区居民服务需求、日常作息时间等合理分配周末预约号源，对工作人员合理安排值班和轮休。

2、做细做实慢性病患者健康管理服务。

（1）有组织地开展 35 岁及以上常住居民血压筛查服务。各单位要利用全民健康信息平台数据库信息，梳理健康档案或诊疗记录中无血压值记录的 35 岁及以上居民，推送信息提醒居民到基层医疗卫生机构接受免费血压测量服务，对结果异常的居民，要指导就诊并做好追踪随访，对确诊患者主动纳入基本公共卫生服务或签约服务，形成慢病管理闭环。

（2）开展在管患者血压、血糖随访数据治理。加强健康驿站、智慧随访设备配备和应用，提高血压、血糖数据自动采集和上传的比例。利用临床诊疗和医保数据库中的血压、血糖、糖化血红蛋白及药品信息，对在管患者血压、血糖随访数据开展质控、比对和治理。在日常指导和绩效评价中，要提高血压、血糖控制率等数据明显异常的团队和村卫生室、社区卫生服务站的抽查频次和抽样比例，确保随访服务和数据的真实、一致。

（3）持续推进高血压、糖尿病患者医防融合慢性病一体化服务。要将高血压、糖尿病患者管理与“三高共管”、两病用药保障、家庭医生服务“四进”、“六个拓展”“三个延伸”等统筹推进，避免出

现“两张皮”和重复服务。要加强基层防治管理指南及“三高共管”等方面技术培训，提升基层慢病诊疗、健康教育、生活方式干预、中医药适宜技术应用等方面水平，结合患者病情变化及时在诊间更新完善医防融合信息补充表相关内容，引导患者按频次规范接受药物治疗、靶器官筛查、心脑血管风险评估、协同诊疗等一体化服务，提升慢病患者管理质量和效率，推进服务模式向系统、综合、连续转型。

（4）提升门诊医防融合服务流程标准化改造。各单位要按照《山东省基层医疗卫生机构门诊标准化医防融合服务流程设置指南》，对“诊前咨询或预约、健康驿站建(更新)档随访、定向分诊、诊间健康评价和就医、诊间或诊后健康教育(指导)、复诊（下次随访）预约”等环节逐一细化服务内容，对落实情况和服务效果进行评估，不断完善家庭医生、护士、公共卫生人员分工协作机制，探索更加适宜、高效的诊间家庭医生团队服务模式。

（5）开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务。各单位要认真落实《山东省慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）》（以下简称《规范》，附件3），通过居民电子健康档案、门诊慢性病诊断及住院病案首页等途径，利用信息化手段获取确诊慢阻肺病患者信息，主动开展建档登记、随访评估、分类干预和健康检查等服务。要按照区级下达的服务数量（附件4），分解工作任务，明确慢阻肺病工作任务目标。组织单位相关医务人员登录中国继续医学教育网，完成《规范》线上学习。

（四）强化居民电子健康档案建设应用。各单位要加快部署居民电子健康档案首页建设，增加慢阻肺病患者随访服务记录表等内

容，确保信息化与业务工作同步。

一是加强数据质量控制。各单位要落实健康档案定期复核维护制度，对问题数据要及时反馈整改。提高健康驿站、智慧随访设备等的使用效率，2024 年底前，面对面随访的血压、血糖数据原则上全部实现自动上传，取消手工录入，确保随访服务的规范性和数据的真实性。要利用临床诊疗和医保数据库中的血压、血糖、糖化血红蛋白及药品信息，对在管患者血压、血糖随访数据开展质控、比对和治理。在日常指导和绩效评价中，对血压、血糖控制率等数据明显异常的机构和团队，要提高抽查频次和抽样比例。

二是持续推进电子健康档案向居民开放，落实健康档案定期维护制度。依靠信息化手段、人工智能等方式，每年至少开展一次全面健康档案复核，及时更新健康档案。通过广泛宣传和健康积分激励居民主动查询、使用电子健康档案。进一步完善门诊医生工作站融合健康档案浏览功能，医生在诊疗信息页面上，不需要操作即可直接获取患者病史、过敏史、疾病治疗史、近期服药和阳性的检查检验结果、血压血糖随访情况等基本信息，为临床诊疗提供辅助支持。

（五）强化健康教育和项目宣传。

1、持续开展常态化社区网格内宣传。要切实做好“十公开”，在网格内利用多种渠道宣传国家基本公共卫生服务项目政策，主动向辖区群众公示开展基本公共卫生服务的机构名称，家庭医生团队成员、联系方式以及老年人体检和结果反馈、健康教育讲座、预防接种门诊安排等，有针对性地解决因对基本公共卫生服务政策知晓率不高而导致的辖区居民接受服务依从性差、感受度低等问题。持

续抓好健康素养促进项目实施，采取多种措施推进健康生活方式普及，加强促进健康的支持性环境建设。

2、精准做好重点人群健康教育和宣传。继续做好老年人预防跌倒、儿童青少年近视防控、高血压和 2 型糖尿病患者自我健康管理等核心知识宣传活动。强化诊间一对一健康教育，扩大健康积分活动范围，指导基层医疗卫生机构结合人群类别、年龄、疾病类型、医疗服务需求等，提高健康积分兑换项目设计的针对性，推广自我健康管理小组和健康积分线上兑换，通过“小积分”促进健康行为正向激励机制形成。

3、完善健康教育激励机制。依托罗庄区健康积分模块，将诊间或线上远程提供的个体健康教育、健康咨询等信息同步纳入居民电子健康档案和医务人员健康教育服务工作量，实现与健康积分自动累计和医务人员薪酬挂钩，激发居民健康内生动力，推动健康教育质量提升。

4、落实体重管理等生活方式指导和干预。各单位要按照“体重管理年”的相关要求，利用 APP、微信公众号、短视频平台等载体，做好体重管理健康教育宣传普及，引导加强自我体重管理。要加强参与家庭医生签约服务的全科医生、内科医生、乡村医生和护士的《高血压等慢性病营养和运动指导原则（2024 年版）》《居民体重管理核心知识（2024 年版）》《家庭医生签约服务健康知识库（2024 年版）》及省级制作的老年人和慢性病患者运动干预技术指导视频等培训，可将以上要点、知识嵌入相关信息系统或支持工具，供医务人员在诊前、诊中、诊后和深入社区、单位开展健康管理和健康教育时参考使用，2024 年覆盖 90%以上的社区卫生服务

中心和乡镇卫生院。鼓励有条件的基层医疗卫生机构开设体重管理门诊，通过多种方式和有效技术，为居民提供个性化、连续性体重管理。区级将遴选地区试点开展三高患者自强计划、开发适用型患教工具，持续推进生活方式指导和干预由重过程向重效果转变。

（六）以分类精准为核心，做实重点人群个人签约服务

1、做好慢阻肺病患者签约服务工作，参照慢阻肺病签约服务参考目录（附件5），为慢阻肺病患者科学制定个性化健康管理方案和签约服务包。

2、全面推进老年人分类签约。家庭医生团队要按照新版老年人红、黄、绿关爱等级标准，确定健康管理关爱级别，并据此分别参照目录提供绿色服务、彩虹服务。2024年重点落实好签约老年人基本健康状况分析、个性化健康管理方案制定（至少包括体检阳性指征复查和治疗建议，成人疫苗预防接种建议，长期服用药品梳理和缺药登记服务）和个性化签约，至少为20%以上的签约老年人提供居家环境下跌倒预防和跌倒后处理指导。

3、全面推进高血压、糖尿病患者分类签约。对签约的两高或三高共患患者，首先要依据现有健康信息形成初步的心脑血管风险评估结果。根据初步评估结果，按照一体化服务清单制定个性化健康管理方案，提供签约服务。签约服务期间，在做好服药指导和缺药登记服务、生活方式干预指导的基础上，重点要引导患者到三高基地或三高中心接受靶器官损害检查，根据检查结果，补充完善心脑血管风险评估结果，为检查阳性患者提供早期干预、治疗、转诊等闭环服务。2024年签约的两高或三高共患患者，按照一体化服务清单提供个性化签约内容的比例要达到70%以上。

4、全面推进中医药签约服务。将基层医疗卫生机构普遍开展的三伏贴、中医理疗、推拿、康复、饮片、药膳包等服务及本机构特色中医药服务，按疗程、频次、节气等设计成灵活多样的中医药专项签约补充服务。通过“十公开”等形式主动推荐给有需求的签约居民，居民与基层机构可以随时签约、随时履约。

5、主动开展出院患者的签约服务。医联体和医共体牵头医院要利用信息系统、电子健康档案中家庭医生电话等渠道，及时将患者信息和出院医嘱等推送给患者居住地的基层医疗机构，基层医疗机构要主动联系居民，联系本机构专业科室，按照出院医嘱，与患者主动签约，提供康复、居家护理等专项签约服务。

6、探索推进“互联网+签约服务”。持续完善家庭医生签约服务信息系统功能，推进签约系统与基本公共卫生服务、诊疗、慢病管理、疫苗接种等信息系统数据交互融合。利用信息化手段，自动生成居民年度履约时间表、预约提醒、健康积分提醒，优化居民预约就诊、协诊、转诊等流程。鼓励基层医疗卫生机构依托互联网平台，进一步优化“互联网+”慢病管理、“互联网+”护理、远程健康监测等服务。

六、经费保障

国家基本公共卫生服务项目由基层医疗卫生机构（街镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室等）按项目要求为城乡居民免费提供服务，其项目工作经费在中央、省、市、区预算安排的基本公共卫生经费中列支，基本公共卫生服务项目补助经费筹集标准按照上级有关文件要求执行。根据上级要求，村卫生室承担的公共卫生服务项目任务量占全部基本公共卫生服务项目工作的40%以上，根据上

级相关规定，各街镇对乡村医生的补助资金要不低于辖区农村人口项目总资金的 40%，乡村医生补助资金实行预拨制度，各街镇要在每季度（批次）区级资金拨付到位后 1 个月内将不少于 70% 的补助资金预拨给乡村医生，根据绩效评价情况进行季度和年度资金结算。其他公共卫生服务项目支出严格按照相关政策执行。

七、组织保障

区卫生健康局牵头成立基本公共卫生服务项目工作领导小组，负责全区项目实施的组织领导，对全区医疗机构的预算执行、财务管理、资金使用情况等进行指导、检查。各专业公共卫生机构和街镇卫生院、社区卫生服务中心要按照职责分工认真抓好工作落实。

各基层医疗卫生机构、局直属各专业公共卫生机构要进一步加强促进基本公共卫生服务均等化的组织领导，切实将国家基本公共卫生服务项目作为当前医改工作的重点来抓，健全工作机制，加快推进实施。制定实施方案，明确时间表和分阶段目标，细化工作要求，量化指标，使任务尽可能具体化。要根据《国家基本公共卫生服务规范（山东 2017 年版）》要求，为居民提供基本公共卫生服务项目。要健全管理制度，严格按照工作流程提供服务。并积极应用中医药预防保健技术和方法，充分发挥中医药在公共卫生服务中的作用。

八、监督管理

1、严格绩效评价。区卫生健康局进一步加强对基层医疗卫生机构落实国家基本公共卫生服务项目的绩效评价工作，每年进行半年评价和年度评价两次，评价结果与资金拨付直接挂钩。根据《山东省基本公共卫生服务项目经费测算和任务分工指导意见表》，持

续开展以精细化数量、质量和效果评价为依据的资金测算。

2、加强业务管理。加强专业公共卫生机构对基层医疗卫生机构的业务指导。专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构之间要建立分工明确、功能互补、信息互通、资源共享的工作机制，实现防治结合。

3、强化业务培训。加强公共卫生技术人才和管理人才培养。强化农村卫生人员和全科医师、社区护士公共卫生知识和技能培训，提高公共卫生服务能力。各街镇卫生院、社区卫生服务中心要加强公共卫生服务和管理人员能力培训。

4、加强工作宣传。加强对促进基本公共卫生服务逐步均等化工作的宣传，提高群众的知晓率，接受社会监督。广泛利用新闻媒体加强对健康知识的宣传。

5、加强统计信息管理。完善基本公共卫生服务基础工作数据统计。各街镇卫生院、社区卫生服务中心要认真收集各类信息和数据，按时按质按量完成各类公共卫生服务报表，定期进行汇总分析，并逐级上报。

附件：1.2024 年国家基本公共卫生服务绩效目标表

2.2024 年罗庄区各基层医疗机构高血压、糖尿病任务目标数

3.《山东省慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）》

4.2024 年各医疗机构慢阻肺病患者健康服务任务量

5.慢阻肺病签约服务参考目录

附件 1

2024 年国家基本公共卫生服务绩效目标表

二级指标	三级指标	指标值
数量指标	适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率	≥90%
	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%
	3 岁以下儿童系统管理率	≥85%
	高血压患者管理任务目标数	62046 人
	2 型糖尿病患者任务目标数	24576 人
	肺结核患者管理率	≥90%
	社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率	≥80%
	儿童中医药健康管理率	≥84%
	老年人中医药健康管理率	≥74%
	卫生监督协管各专业每年巡查（访）2 次完成率	≥90%
	职业健康检查服务覆盖率	≥90%
	地方病防治完成率	≥95%
	宫颈癌、乳腺癌筛查目标人群覆盖率	较上年提高
质量指标	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%
	传染病和突发公共卫生事件报告率	≥95%
社会效益指标	城乡居民获得基本公共卫生服务差距	较上年缩小
	居民健康素养水平	较上年提高
可持续影响指标	基本公共卫生服务均等化水平	较上年提高
服务对象满意度指标	基本公共卫生服务重点人群调查满意度	≥70%

附件 2

2024 年罗庄区各基层医疗机构高血压、糖尿病等 任务目标数

单位名称	服务人口	高血压患者任务数(人)	糖尿病患者任务数(人)	辖区内老年人基数(参考)
临沂市罗庄区罗庄街道社区卫生服务中心	127640	11298	4475	20332
罗庄区盛庄街道社区卫生服务中心	123167	10902	4318	19620
罗庄区傅庄卫生院	58022	5136	2034	9242
临沂市罗庄区册山卫生院	63232	5597	2217	10072
临沂市罗庄区高都街道社区卫生服务中心	63698	5638	2233	10146
罗庄区沂堂镇卫生院	57160	5059	2004	9105
临沂市罗庄区褚墩镇卫生院	62866	5564	2204	10014
临沂市罗庄区黄山镇卫生院	55465	4909	1944	8835
临沂市罗庄区双月湖街道社区卫生服务中心	53880	4769	1889	8582
罗庄区汤庄办事处卫生院	35870	3175	1258	5713
合 计	701000	62047	24576	111661

山东省慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范

(试行)

一、服务对象

辖区内 35 岁及以上常住居民中慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺病）患者。

二、服务内容

（一）建档

对辖区内慢阻肺病患者，已经有健康档案的，增加慢阻肺病随访服务相关内容；尚未建立健康档案的，应建立健康档案并记录慢阻肺病随访服务相关内容。

（二）首次随访

确诊为慢阻肺病的服务对象，进行首次随访时，需记录其吸烟史、用药情况、肺功能指标；若其近一年无肺功能检查结果，建议其在有条件的医疗机构进行肺功能检测，登记肺功能相关指标。首次随访应通过门诊或入户随访完成。

（三）随访评估和分类干预

对于确诊慢阻肺病的患者，每年至少提供 4 次随访，了解患者症状、用药情况和是否有急性加重情况等，相关信息应及时录入《慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表》，具体随访内容如下：

1. 随访患者是否有呼吸困难加重、喘息、胸闷、咳嗽加剧、痰量增加、痰液颜色和（或）粘度改变、发热，或出现全身不适、失眠、嗜

睡、疲乏、抑郁、意识不清等症状，或出现口唇紫绀、外周水肿体征，或出现严重并发症如心律失常、心力衰竭等，对有急性加重症状的患者及时转诊到上级医院进一步诊治。对于转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在2周内主动随访转诊情况。

2.若不需转诊，询问上次随访到此次随访期间患者慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘息或胸闷等呼吸系统症状发作及控制情况。

3.随访患者用药情况，评价患者用药依从性，指导患者正确使用吸入药物装置。

4.随访患者危险因素暴露情况。对于吸烟者要教育、督促戒烟。对于居住环境中使用生物燃料者，劝说其加强通风、改用清洁能源。对于仍有粉尘职业接触者，劝说其加强职业防护。

5.随访了解患者是否有慢阻肺病的合并症及共患疾病，包括心血管疾病、骨质疏松、焦虑抑郁、肺癌、感染、代谢综合征和糖尿病等。

6.如果患者长期家庭氧疗，随访患者每天氧疗时间、吸氧流量、有无不良反应。

7.随访时行脉搏氧饱和度（ SpO_2 ）检查；随访患者是否每年行肺功能检测，登记相关指标：一秒钟用力呼气容积（FEV₁）、用力肺活量（FVC）及一秒率（FEV₁/FVC）、FEV₁占预计值百分比。建议慢阻肺病患者每年至少进行1次肺功能检测。

8.随访过程中发现患者有频繁急性加重、长期 $SpO_2 < 90\%$ 、

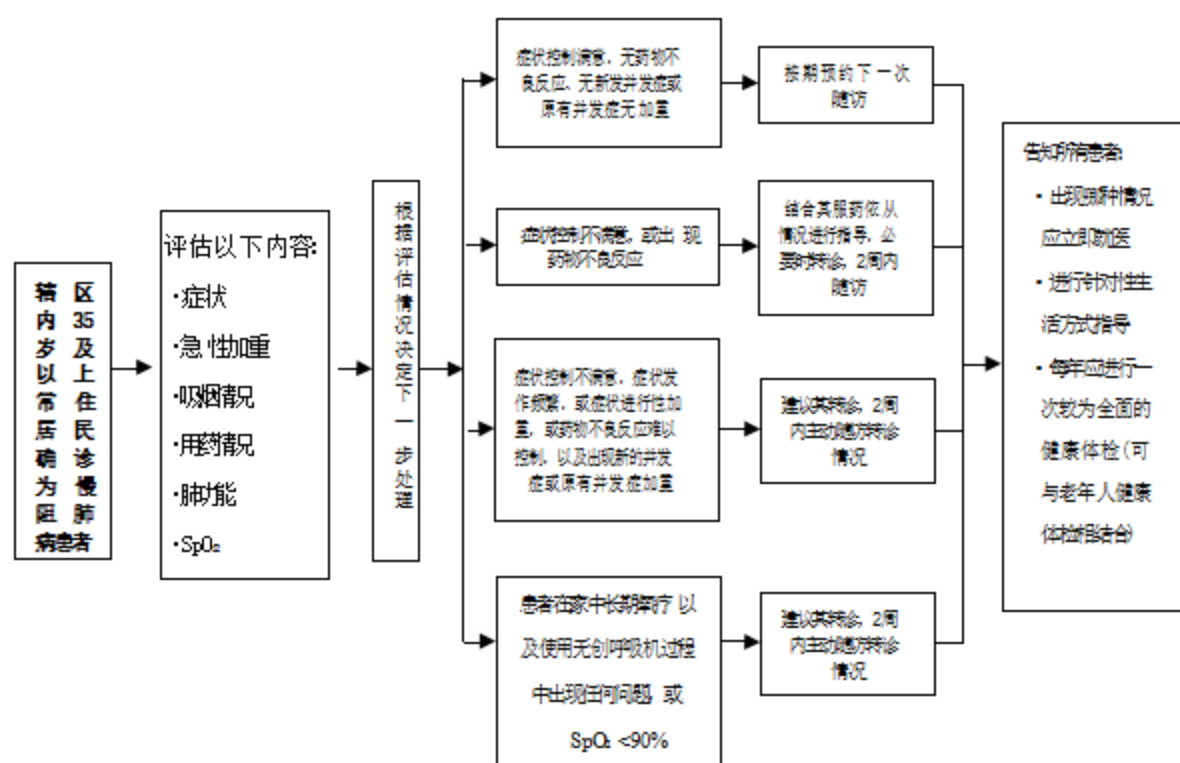
现有药物无法维持症状稳定、药物不良反应难以控制、新发合并症或原有合并症加重等情况，及时建议并协助患者联系上级

医院 进行就诊，并记录患者病情变化及治疗调整情况。

（四）健康检查

对确诊的慢阻肺病患者，每年提供 1 次健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、SpO₂、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查。具备条件的基层医疗卫生机构可提供 1 次肺功能检测。具体内容 参照《居民健康档案服务规范》健康体检表。

三、分类随访服务流程



四、服务要求

（一）慢阻肺病患者的健康服务由医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照健康服务要求接受随访的患者，乡镇卫生院、村卫

生室、社区卫生服务中心（站）应主动与患者联系，保证健康服务的连续性。

（二）随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。可以利用小程序、应用软件（APP）等互联网信息技术，实现远程健康服务。

（三）各级卫生健康行政部门要统筹协调医疗卫生机构及时把重大公共卫生服务“慢性阻塞性肺疾病高危人群早期筛查与综合干预项目”、省市区县相关筛查工作发现的慢阻肺病患者以及门诊服务等途径确诊的慢阻肺病患者信息反馈至辖区的乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）进行建档登记，方便其掌握辖区内居民慢阻肺病的患病情况。

（四）发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展慢阻肺病患者健康服务。

（五）发挥膳食营养、运动等非药物措施在疾病早期的干预作用。

（六）开展家庭医生签约服务，加强宣传，告知服务内容，将更多的确诊患者及时纳入服务范围。

（七）每次提供服务后及时将相关信息录入患者健康档案。

五、评价指标

（一）慢阻肺病患者规范健康服务率=按照规范要求进行慢阻肺病患者健康服务的人数/年内已接受健康服务的慢阻肺病患者人数×100%。

（二）慢阻肺病患者服务人群重度急性加重住院率=统计时

期内辖区接受健康服务的慢阻肺病患者因慢阻肺病急性加重住院的人数/同期内辖区接受健康服务的慢阻肺病患者总数×100%。

六、附件

慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表

慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表

姓名：

编号 □□□-□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式		1 门诊 2 家庭 3 视频 4 电话 ☐	1 门诊 2 家庭 3 视频 4 电话 ☐	1 门诊 2 家庭 3 视频 4 电话 ☐	1 门诊 2 家庭 3 视频 4 电话 ☐
症 状	1.呼吸困难 2.喘息 3.胸闷 4.咳嗽 5.咳痰 6.发热 7.全身不适、 失眠、嗜睡、 疲乏、抑郁、 意识不清等	□□/□□/□□/□□ 其他:	□□/□□/□□/□□ 其他:	□□/□□/□□/□□ 其他:	□□/□□/□□/□□ 其他:
	体征	口唇紫绀 外周水肿 呼吸频率 心 率 体质指数 其 他			
合 并 症	1.心血管疾病 2.骨质疏松 3.焦虑抑郁 4.肺癌 5.感染 6.代谢综合征 和糖尿病	□□/□□/□□/□□ 其他:	□□/□□/□□/□□ 其他:	□□/□□/□□/□□ 其他:	□□/□□/□□/□□ 其他:
	生活方式指导	日吸烟量(支) 运 动 心理调整 遵医行为 疫苗免疫史	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 1 良好 2 一般 3 差 □ 1 良好 2 一般 3 差 □ 是否接种以下疫苗: □无□有, 请勾选: □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 1 良好 2 一般 3 差 □ 是否接种以下疫苗: □无□有, 请勾选: □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次 1 良好 2 一般 3 差 □ 是否接种以下疫苗: □无□有, 请勾选: □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗
辅 助 检 查	SpO ₂				
	肺通气 功能 (若	FEV1			
		FVC			
		FEV1 / FVC			

	未做可 不填)	FEV: 占预计 值百分 比				
目前 用药 情况	药物名称 1					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 2					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 3					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	其他药物					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
服药依从性		1规律2间断3不服药 ☐	1规律2间断3不服药 ☐	1规律2间断3不服药 ☐	1规律2间断3不服药 ☐	
药物不良反应		1无 2有_____ ☐	1无 2有_____ ☐	1无 2有_____ ☐	1无 2有_____ ☐	
其他 治疗	家庭氧疗	每日 小时, 氧流量 L	每日 小时, 氧流量 L	每日 小时, 氧流量 L	每日 小时, 氧流量 L	
		副作用 1无2有_____	副作用 1无2有_____	副作用 1无2有_____	副作用 1无2有_____	
	无创呼吸机 使用	每日 小时	每日 小时	每日 小时	每日 小时	
		副作用 1无2有_____	副作用 1无2有_____	副作用 1无2有_____	副作用 1无2有_____	
此次随访分类		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐	
下一步管理措施		1 常规随访 2 症状控制不满意 2 周随访 3 症状控制不满意转诊 随访 4 紧急转诊 ☐	1 常规随访 2 症状控制不满意 2 周随访 3 症状控制不满意转诊 随访 4 紧急转诊 ☐	1 常规随访 2 症状控制不满意 2 周随访 3 症状控制不满意转诊 随访 4 紧急转诊 ☐	1 常规随访 2 症状控制不满意 2 周随访 3 症状控制不满意转诊 随访 4 紧急转诊 ☐	
用 药 调 整 意 见	药物名称 1					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 2					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 3					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	其他药物					
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
转 诊	原因					
	机构及科别					
	联系人及电话					
	结果	1 到位 2 不到位 ☐	1 到位 2 不到位 ☐	1 到位 2 不到位 ☐	1 到位 2 不到位 ☐	
下次随访日期						
随访医生签名						
居民签名						
备注						

填表说明:

1.本表为慢阻肺病患者在接受随访服务时由医生填写。每年健康体检后填写城乡居民健康档案服务规范的健康体检表。已建立电子健康档案的患者,其个人信息如年龄、住址以及已经接受高血压、2型糖尿病等慢性病患者健康服务的重点人群服务信息,可依托信息技术与现有基本公共卫生信息系统中的数据或随访信息表整合共享,无需重复填报。

2.症状:如有其他症状,请填写在“其他”一栏。

3.体征:外周水肿主要指球结膜水肿及双下肢水肿。体质指数=体重(kg)/身高的平方(m^2)。如有其他阳性体征,请填写在“其他”一栏。

4.合并症:如有其他合并症,请填写在“其他”一栏。

5.生活方式指导:在询问患者生活方式时,同时对患者进行生活方式指导,对吸烟者进行劝导戒烟。与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量:不吸烟填“0”,吸烟者写出每天的吸烟量“××支”。

运动:填写每周几次,每次多少分钟。即“××次/周, ××分钟/次”。横线上填写目前情况,横线下填写下次随访时应达到的目标。

心理调整:根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为:指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。疫苗免疫史:指患者相应疫苗免疫史。

6.辅助检查:记录患者在上次随访到此次随访之间到各医疗机构进行的辅助检查结果。

脉搏氧饱和度(SpO_2):每次随访需检测并记录数值。

肺通气功能检测:建议患者每年至少检测一次,记录一秒钟用力呼气容积(FEV_1)、用力肺活量(FVC)及一秒率(FEV_1/FVC)、 FEV_1 占□□□百分比,

若未检查可不填写。

7.目前用药情况：根据患者整体情况，填写在表格中，应记录患者目前使用的口服药、吸入药物。药物名称需注明商品名和剂量，如为吸入药物，用法用量需记录每日几次，每次几吸。

8.服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

9.药物不良反应：如果患者使用的药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

10.其他治疗：在家长期吸氧的患者，需记录每天吸氧累计多少小时，吸氧流量是多少，有无副作用。在家使用无创呼吸机辅助通气的患者，需记录每天使用呼吸机累计多少小时，有无副作用，包括机器是否报警或其他故障等。

11.此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在4种分类结果中选择一项在“□”中填上相应的数字。“控制满意”意为慢阻肺病症状控制满意，无其他异常；“控制不满意”意为慢阻肺病症状控制不满意，无其他异常；“不良反应”意为存在药物不良反应或其他治疗的不良反应；“并发症”意为出现新的并发症或原有并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况。

12.下一步管理措施：根据此次随访结果，提出管理措施，将措施填写在“□”内。

13.用药调整意见：对慢阻肺病症状控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，提出增加现用药物剂量、更换或增加不同类的药物等调整用药意见。

14.转诊：如随访患者有呼吸困难加重、喘息、胸闷、咳嗽加剧、痰量增加、痰液颜色和（或）粘度改变、发热，或出现全身不适、失眠、嗜睡、疲乏、抑郁、意识不清等症状，或出现口唇紫绀、外周水肿体征，或出现严重并发症如心律失常、

心力衰竭等，出现急性加重症状的要及时转诊到上级医院进一步诊治。转诊时，应写明转诊的医疗机构及科室类别，如××市人民医院呼吸科，并在原因一栏写明转诊原因。2周内随访转诊情况，记录转诊结果，将相应的序号填写在“□”内。签约服务的患者要记录联系的转诊医生和联系方式。随访过程中发现患者有频繁急性加重、长期 $\text{SpO}_2 < 90\%$ 、现有药物无法维持症状稳定、药物不良反应难以控制、新发合并症或原有合并症加重等情况，及时建议并协助患者联系上级医院进行就诊，并记录患者病情变化及治疗调整情况。

15.下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。 16.随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

17.居民签名：面对面随访结束由居民本人确认签字。视频、电话随访可不签名，电话随访需记录随访的电话号码。

18.备注：两次随访之间发生的其他疾病或服务情况也可记录于此。随访拒绝服药或多次督促后患者仍拒绝转诊等特殊情况下应记录说明，并请患者签字，以备核查。

附件 4

2024 年罗庄区各基层医疗机构慢阻肺患者健康服务 任务目标数

单位名称	服务人口	慢阻肺服务任务量（人）
临沂市罗庄区罗庄街道社区卫生服务中心	127640	88
罗庄区盛庄街道社区卫生服务中心	123167	87
罗庄区傅庄卫生院	58022	41
临沂市罗庄区册山卫生院	63232	44
临沂市罗庄区高都街道社区卫生服务中心	63698	45
罗庄区沂堂镇卫生院	57160	40
临沂市罗庄区褚墩镇卫生院	62866	44
临沂市罗庄区黄山镇卫生院	55465	38
临沂市罗庄区双月湖街道社区卫生服务中心	53880	36
罗庄区汤庄办事处卫生院	35870	28
合 计	701000	491

慢性阻塞性肺疾病患者签约服务参考目录

序号	服务项目	服务内容	建议服务频次
一、基本签约服务			
1	建立电子健康档案	按照国家基本公共卫生服务项目规范为患者建立电子健康档案	按需更新
2	随访服务	随访内容包括症状、体征、合并症、生活方式、转诊检查情况、药物使用情况、脉搏氧饱和度（SpO ₂ ）检查、其他治疗情况等	至少4次/年
3	合理用药指导	通过面访、诊间、电话、微信、APP等形式提供合理用药指导	按需提供
4	健康咨询	利用面访、诊间、电话、微信、APP等形式提供日常健康咨询服务	按需提供
5	健康教育	从疾病预防、长期用药、呼吸功能训练、保持心情愉快等方面进行健康教育，增强患者自我管理意识	按需提供
6	长期处方服务	为符合条件的慢阻肺病患者开具长期处方	按需提供
7	转诊服务	对症状控制不好，出现药物不良反应或其他不能耐受治疗、随访期间急性加重等情况，为需要进行合并症检查评估或有转诊需求的患者提供转诊服务，在2周内主动随访转诊情况	按需提供
8	健康检查	可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、SpO ₂ 、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查。具备条件的基层医疗卫生机构可提供1次肺功能检测	1次/年
二、基本医疗和辅助检查			
1	血常规	了解患者有无肺部感染、贫血等情况	1次/年
2	胸部DR或CT	判断患者有无肺部并发症或其他疾病	1次/年
3	心电图	了解患者心律、心率、心脏传导功能，有无心肌缺血、心律失常等情况	1次/年

4	肺通气功能检查 (含支气管舒张试验)	有能力的基层医疗卫生机构开展, 评估患者气流受限的严重程度, 不具备能力的基层医疗机构可将患者转至二级或三级医院完成	1次/年
5	心肺功能运动试验	了解患者运动状态下的心肺功能的情况	按需提供
6	雾化吸入	按照约定采取患者到基层医疗卫生机构接受, 或医护人员上门提供雾化吸入服务, 缓解症状, 减轻急性加重的频率和严重程度, 改善健康状况和运动耐量	根据健康状况和双方约定确定频次
三、康复指导			
1	呼吸康复指导	进行呼吸保健操、缩唇呼吸、腹式呼吸等肺康复锻炼指导	按需提供
2	峰流速仪使用指导	使用峰流速仪进行肺功能监测	按需提供
3	家庭氧疗指导	进行长期家庭氧疗指导	按需提供
4	无创家用呼吸机使用指导	进行无创家用呼吸机使用指导	按需提供
四、中医药服务			
1	中医药服务	根据居民健康状况、需求和基层服务能力, 按照患者辨证分型合理选择中药(含中药饮片、中成药、中药制剂)和/或中医非药物疗法(含冬病夏治/冬病冬治穴位贴敷、拔罐、穴位注射、穴位埋线、针灸、砭石疗法等)	按需提供
五、其他服务			
1	疫苗接种服务	提供流感、肺炎等疫苗接种服务。	1次/年
2	膳食营养、运动指导服务	根据居民健康状况、需求和基层服务能力, 提供膳食营养、运动指导服务	按需提供
3	家庭氧疗设备租售	氧气袋、氧气瓶、家用制氧机等设备租售	按需提供