

长卫健发〔2024〕124号

关于推进本区社区卫生服务中心 健康管理中心建设的通知

各社区卫生服务中心、区公立医院和社区卫生管理中心、区疾病预防控制中心（区卫生健康监督所）、区疾病预防控制中心精神卫生分中心、区妇幼保健所、区中医治未病中心、区属二三级医院、委相关职能科室、区社区卫生协会：

根据市政府办公厅《进一步提升本市社区卫生服务能力的实施方案》（沪府办发〔2023〕7号）、市卫健委《关于推进本市家庭医生签约服务高质量发展的实施意见》（沪卫基层〔2022〕10号）、《关于推进本市社区卫生服务中心健康管理中心建设的通知》（沪卫基层〔2024〕8号）的工作部署，以及区政府办公室《长宁区推动卫生健康事业高质量发展行动方案》（长府办〔2023〕21号）的工作要求，为推进本区社区健康管理中心建设，推动社区健康管理向规范化、同质化、高质量发展，努力构建整合型、智慧化、高品质的卫生健康服务体系，区卫健委组织制定了《长宁区社区健康管理中心建设工作方案》。现将工作方案下发给你们，请贯彻落实。

特此通知。

附件：长宁区社区健康管理中心建设工作方案

上海市长宁区卫生健康委员会

2024 年 10 月 21 日

附件

长宁区社区健康管理中心建设工作方案

强化社区卫生服务中心基本医疗、公共卫生、健康管理和康复护理的功能定位，基本完成社区健康管理中心建设，是提升本区社区卫生服务能力、完善分级诊疗体系、增强社区居民健康获得感的重要举措。为推进本区社区健康管理中心建设，推动社区健康管理向规范化、同质化、高质量发展，努力构建整合型、智慧化、高品质的卫生健康服务体系，区卫健委组织制定了工作方案，具体内容如下：

一、建设目标

（一）到 2024 年底，力争 2-3 家社区卫生服务中心，建成规范化、标准化社区健康管理中心，并通过市卫健委的评审验收。

（二）到 2025 年底，10 家社区卫生服务中心全覆盖达到规范化、标准化社区健康管理中心的基本功能。

二、建设内容

整合各类健康服务资源，从“服务功能、服务场景、人群管理、数智赋能、效果评价”五个维度加强建设与发展，面向全体社区居民，以居民电子健康档案应用、签约居民健康评估报告反

馈为载体，坚持中西医并重，提供建档、筛查、评估、诊疗、干预、科普等综合性、连续性健康管理，推动社区健康管理向规范化、同质化、高质量发展，促进居民健康素养水平持续提升。

（一）拓展服务功能

社区健康管理中心应设置有相对独立、分区合理的物理空间，实现“以人中心”的档案建档、风险筛查、健康评估、疾病诊疗、随访干预、科普指导等健康管理服务功能。以社区居民的健康需求、服务感受为导向，通过场地环境调整、设施设备配套、服务流程再造、信息系统共享等，在社区健康管理的过程中推动全专结合、医防融合、医养结合、中西医并重。

推进社区健康管理中心的标准化场景建设，包括但不限于，家庭医生签约服务中心、智慧健康驿站、慢性病健康管理支持中心、社区康复中心、社区护理中心、预防接种门诊、中医馆、发热门诊（发热哨点）、楼宇（园区）健康服务点、视觉健康智能管理中心、标准化口腔诊室、基层糖尿病规范化管理中心、标准化代谢性疾病管理中心等。鼓励探索引入第三方健康管理机构参与，营造社区健康服务多元化格局。

社区健康管理中心应设有“互联网+”社区健康管理平台，智能化辅助支撑档案建档、风险筛查、健康评估、随访干预、科普指导等。应具备互联网诊疗服务资质，为常见病、慢性病患者

提供在线复诊、配药、健康指导等服务。

（二）做实服务场景

社区健康管理中心应关注不同服务场景下，不同人群的健康管理，努力做到服务的全方位、全生命周期。

1. 在园（所）儿童。依托“健康副校（园）长”制度试点与推广，指导园（所）落实传染病防控措施，开展预防接种查验，加强日常卫生保健管理，推进在园（所）儿童的健康监测和健康促进工作，促进在园（所）儿童健康成长。

2. 在校学生。依托“健康副校（园）长”制度试点与推广，指导学校落实疾病预防控制和突发公共卫生事件应急处置，开展学生健康体检，加强对学生近视、肥胖、龋齿、脊柱侧弯等健康问题的健康监测和技术指导，把家庭医生签约服务向在校学生、在校教师延伸，逐步提高健康管理及签约服务的人群覆盖面。

3. 养老机构住养老年人。推进养老机构医养结合发展，按照合作协议，安排医务人员向住养老年人，原则上每周提供1次服务，对65岁及以上已签约家庭医生的住养老年人，探索实施每年一次约定项目的上门健康体检服务，促进养老机构住养老年人电子健康档案规范管理与务实应用。对已申请家庭病床的住养老年人，按照规范提供家庭病床服务。

4. 社区居家老年人。推进居家医养结合发展，对符合要求的

居家老年人建立家庭病床，拓展家庭病床服务内容，促进家庭病床融合社区护理、康复、中医药、安宁疗护等服务。促进长护险服务与家庭病床服务的有效衔接、相互补充，提高老年照护统一需求评估等级 2-6 级失能老年人签约家庭医生覆盖面。家庭医生及其团队定期参与并专业指导居民区健康自我管理小组活动，推进健康自我管理活动的多元化、规范化发展。

5. 园区（楼宇）在职人群。依托“健康服务点”、“健康工享站”等服务阵地，为园区（楼宇）在职人群提供健康咨询、健康讲座、健康巡诊等健康管理服务，倡导合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡、控制体重等健康生活方式，推进在职人群家庭医生签约服务覆盖面，提高在职人群的健康素养水平及自我健康管理能力。

（三）加强人群管理

1. 签约居民。家庭医生及其团队为签约家庭医生的社区居民提供综合、连续、全程的健康管理服务。

（1）签订服务协议，加强续约管理。家庭医生及其团队按照服务协议，为签约居民提供基本医疗、基本公共卫生及健康管理服务。加强协议动态管理，协议到期前，做好续约意愿征询，经双向友好协商，做好续约、变更和解约管理。

（2）建立完善电子健康档案并加强应用。家庭医生及其团

队按照国家与本市居民健康档案服务规范要求，为签约居民建立电子健康档案。加强对电子健康档案信息的日常维护、动态更新及档案利用。推动电子健康档案信息安全有序向本人开放，并在市、区两级平台实现唯一、可溯。

（3）加强风险筛查、健康评估、疾病诊疗、随访干预、科普指导等健康管理服务。家庭医生及其团队按照国家与本市技术规范或工作指南要求，为签约居民开展风险筛查、健康评估，及时识别疾病高危人群及重点疾病并发症。按年度生成签约居民的健康评估报告，注重健康评估报告的完整性和报告质量，并向签约居民或其家属进行反馈，促进居民了解个人和家庭成员的健康状况。规范提供疾病诊疗、并发症控制、精准分诊与转诊、随访干预等健康管理服务，做实社区优先预约上级医院门诊号源，提高鉴别诊断、诊疗、分诊和精准预约的能力，提高社区健康管理能力和同质化水平，促进分级诊疗。通过线上、线下多种渠道，为签约居民提供管理指导等健康科普信息，促进社区精准科普。强化区域性医疗中心、区属二三级医院及市级医院对社区健康管理中心的技术支持与服务衔接，完善签约居民转诊相关制度和流程，设置“签约居民服务中心”，为经家庭医生转诊的签约居民提供“优先就诊、优先检查、优先住院”服务。

2. 重点人群。持续提高 65 岁及以上老年人、高血压、糖尿

病等慢性病患者、孕产妇、儿童、残疾人等重点人群家庭医生签约服务覆盖面，做实做细服务提供，实施分层分类管理，提高居民感受度满意度。

（1）65 岁及以上老年人。社区健康管理中心应协同街镇、居委会等，加大宣传力度，逐步提高老年人健康体检的知晓度和参与度。结合区财力情况，在国家与本市基本健康体检项目的基础上，适时扩增适宜的健康体检项目。

（2）高血压、糖尿病等慢性病人群。社区健康管理中心应整合风险筛查、健康评估、疾病诊疗、随访干预、科普指导等健康管理服务，促进慢性病防、治、管融合发展，提高慢性病患者的建卡率、规范管理率、并发症控制率。积极发挥中医药在慢性病患者健康服务中的特色优势和作用。2024 年起，按照国家与本市要求，组织开展慢性阻塞性肺疾病患者健康服务。

（3）孕产妇、儿童。社区健康管理中心应加强对孕产妇、儿童的健康管理，规范开展并有效提高孕产妇早孕建册率、产后访视率、新生儿访视率、儿童保健管理率、儿童眼保健和视力检查覆盖率、免疫规划疫苗接种率和中医药健康管理服务覆盖面等。

（4）其他人群。社区健康管理中心应结合“残疾人康复之家”建设，为残疾人就近就便接受社区康复服务创造条件，加强

残疾预防、残疾康复的社区宣教，扩大残疾人家庭医生签约服务覆盖面。规范开展严重精神障碍患者、结核病患者、艾滋病病毒感染者和患者的健康管理。

（四）推动数智赋能

加快推进区域卫生健康数智基座平台建设，汇集基本医疗、公共卫生、康复护理、转诊就医、家医签约、健康体检等卫生健康服务管理数据，深化数据要素赋能家庭医生开展全人群、全生命周期健康管理。

1. 居民电子健康档案规范建设与务实应用。按照《关于转发〈关于印发居民电子健康档案首页基本内容（试行）的通知〉的通知》（沪卫基层〔2024〕9号）的工作要求，规范搭建居民电子健康档案首页指标字段架构，做好首页基本内容信息的规范采集，逐步实现实时产生、主动抓取。按照国家与本市要求，加快实现区域内医疗卫生机构电子病历及妇幼保健、免疫规划、慢病管理、老年健康等重点公共卫生业务系统、社区卫生综合管理、家庭医生签约服务平台与居民电子健康档案的信息动态归集和共享，有效提高电子健康档案数据质量和服务效果。推进居民电子健康档案建档、规范建档，并逐步实现安全有序向居民个人开放查询。强化家庭医生对签约居民电子健康档案管理的主体责任，发挥居民电子健康档案在社区健康管理中的基础性作用。

社区健康管理中心居民电子健康档案应用水平等级（EHR）应达到四级及以上。

2. 签约居民健康评估报告规范生成与有效反馈。通过信息管理平台，自动汇集签约居民在社区卫生服务中心、区属二三级医院、签约市级医院的就诊及检查检验信息，整合慢病随访管理、智慧健康驿站、健康体检、电子健康档案建档等公共卫生服务记录、家庭医生签约及履约管理等信息，在家庭医生的审核指导下，按年度规范生成健康评估报告，并向签约居民反馈，做好解读指导。对不到社区卫生服务中心接受健康体检的65岁及以上老年人，经知情同意，鼓励利用居民电子健康档案，整合老年人在其他医疗机构的体检结果、诊疗信息、公共卫生等服务记录形成健康评估报告。对老年人健康管理表单有缺项、漏项的，社区健康管理中心应按照国家与本市规范要求，加强与老年人的对接，补充相关信息，做到数据完整准确。

3. 拓展数字化社区健康管理应用工具。鼓励社区健康管理中心运用智能化、精准化的健康管理工具，提高健康管理的服务能力与工作效率。

4. 强化信息数据安全。社区健康管理中心应严格执行信息安全和健康医疗数据管理的相关规定，依法保障居民个人信息安全。社区健康管理中心相关信息系统应按标准达到三级等级保

护要求。

（五）开展效果评价

建立健全社区健康管理中心健康管理效果评价机制。社区健康管理中心应实施每季度不少于 1 次的内部评价，重点关注服务成效、运行效率、成本效益、居民满意度等运行数据，及时调整和优化健康管理策略。区卫健委每年组织实施涵盖资金投入、机构运行、居民健康指标改善等方面的社区卫生服务综合评价，形成社区卫生服务综合评价报告，提高社区卫生服务的可及性、适应性。

到 2025 年底，本区社区健康管理中心效果评价指标要求具体如下：

1. 家庭医生签约服务类。全人群签约覆盖率 $\geq 48\%$ 、重点人群签约覆盖率 $\geq 80\%$ ，2-6 级失能老年人签约覆盖率 $\geq 92\%$ ，规范健康评估率 $\geq 80\%$ ，每季度主动联系指导不少于 1 次，签约居民电子健康档案规范建档率 100%，签约社区就诊率 $\geq 50\%$ 、签约组合内就诊率 $\geq 70\%$ 、重点人群签约组合就诊率 $\geq 68.5\%$ 。

2. 公共卫生服务管理类。老年人健康管理率 $\geq 70\%$ ，居民电子健康档案建档率 $\geq 75\%$ 、规范建档率 $\geq 80\%$ 、动态更新率 $\geq 80\%$ ，慢性病高血压、糖尿病规范管理率 $\geq 64\%$ 、早孕建册率、产后访视率、新生儿访视率 $\geq 90\%$ 、免疫规划疫苗接种率 $\geq 90\%$ 、儿童保

健康管理率 $\geq 95\%$ 、儿童眼保健和视力检查覆盖率 $\geq 98\%$ 、严重精神障碍患者社区康复服务覆盖率 $\geq 70\%$ 、严重精神障碍患者规范管理率 $\geq 98\%$ 、肺结核患者规范管理率、肺结核患者规则服药率 $\geq 90\%$ 、社区艾滋病感染者和病人随访管理率 $\geq 90\%$ 、老年人中医药健康管理率 $\geq 75\%$ 、儿童中医药健康管理率 $\geq 85\%$ 。

3. 基本医疗服务能力类。西医诊疗病种应用 ≥ 130 个、中医诊疗病种应用 ≥ 60 个。家庭病床建床率 $\geq 5\%$ 。

4. 服务效果指标类。社区门诊量在常住居民门诊量中占比 $\geq 40\%$ ，签约居民知晓度、满意度 $\geq 80\%$ 。

5. 资金投入保障类。社区卫生服务中心在推进社区健康管理中心建设过程中有资金投入与保障支持。

三、组织保障

（一）加强组织领导与保障。在区委、区政府领导下，市卫健委业务指导下，区卫健委成立本区社区健康管理中心建设工作专班，专班办公室设在委基层卫生管理科（附件1）。工作专班组织实施本区社区健康管理中心建设，推进标准化、规范化场地环境、服务流程、软硬件配套、信息共享等，并组织开展区内健康管理效果的监测与评价。专班各组成部门（单位）的职责分工如下：

1. 区卫健委：组织实施社区健康管理中心建设与发展，确定

主要建设目标与建设内容，对重难点问题进行讨论研究，监测与评估建设工作成效。组织实施区内建设工作评价，向市卫健委提出市级建设工作评价申请等。

2. 区公立医院和社区卫生管理中心：细化建设目标任务并分解落实；安排相关会议会务工作；加强对建设过程指导与督促；做好阶段性指标监测与总结报告；做好相关档案管理；落实交办的其他任务等。落实健康管理中心建设过程中的信息任务，为各社区建设工作提升管理效率和数据准确提供保障；定期反馈健康管理中心建设的信息化进展。

3. 区疾病预防控制中心（区卫生健康监督所）、区疾病预防控制中心精神卫生分中心、区妇幼保健所、区中医治未病中心：为社区健康管理中心建设提供专业指导和技术支撑。

4. 各社区卫生服务中心：落实社区健康管理中心建设主体责任，根据要求做好场地环境、服务流程、设施设备、信息化等建设，建立和完善管理制度、工作流程，制定人员培训、质控评价、绩效考核等工作制度，落实各项任务等。

5. 区属二三级医院：对社区健康管理中心建设提供技术支持，做好服务衔接。

6. 区社区卫生协会：支持社区健康管理中心建设工作，加强对签约居民知晓度、满意度测评与追踪，提供辅助支撑。

（二）组织申报与建设评价。各社区卫生服务中心应对照建设目标、建设内容，开展社区健康管理中心建设情况自评价，并向区卫健委报告建设工作进展与评价结果，提出区内建设工作评价申请。区卫健委对自评价达标的社区卫生服务中心组织开展区内评价，根据评价结果，经审核同意后，向市卫健委提交市级建设工作评价申请。

附件：1. 长宁区社区健康管理中心建设工作专班人员名单
2. 长宁区社区健康管理中心建设内容与指标要求

附件 1

长宁区社区健康管理中心建设工作 专班人员名单

组 长：王 洁

副组长：顾志俭、梁 楠

组 员：吴 琼、朱天夫、李 晖、吴斐隼、郑 星、杨 欢、
陈 雯、夏庆华、蔡恩茂、徐 辉、鞠 康、朱 吉、徐旻圳、
顾永刚、计秋萍、陆 敏、陆 伟、孙 雄、茅燕芬、陆伟峰、
张紫欢、于爱华、李 黎、沈彬杰

