

# 上海市卫生健康委员会文件

沪卫基层〔2024〕8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

各区卫生健康委（疾控局），上海市健康促进中心：

为进一步提升社区卫生健康管理能力，根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》《关于印发居民电子健康档案首页基本内容（试行）的通知》《上海市卫生健康发展“十四五”规划》《进一步提升本市社区卫生服务能力的实施方案》《健康上海行动（2019-2030年）》《关于推进本市家庭医生签约服务高质量发展的实施意见》等文件精神，现就推进本市社区卫生服务

中心健康管理中心（以下简称社区健康管理中心）建设工作通知如下。

## 一、工作目标

整合社区健康服务资源，面向社区居民，以居民电子健康档案应用为载体，坚持中西医并重，提供建档、筛查、诊疗和科普干预等全过程、连续性健康管理服务，助力分级诊疗体系，推动社区健康管理向规范化、同质化、高质量方向发展。推动健康评估报告向居民反馈，倡导健康生活方式，引导居民建立“健康第一责任人”理念，促进健康素养水平持续提升。2024年，全面启动社区健康管理中心建设，“十四五”末实现全市社区健康管理中心基本功能全覆盖。

## 二、工作内容

### （一）完善健康管理平台设置

社区健康管理中心应设有相对独立、分区合理的物理空间，实现健康检测、健康评估、健康指导和干预等功能，在场地环境、服务流程、软硬件配套、操作流程、结果记录、信息共享等环节开展标准化建设。现阶段，推进包括家庭医生签约服务中心、预防接种门诊、慢性病健康管理支持中心、视觉健康智能管理中心、标准化口腔诊室、中医馆、智慧健康驿站、楼宇（园区）健康服务点等标准场景建设。鼓励探索引入第三方健康管理机构参与，营造社区健康管理服务多元化格局。

社区健康管理中心应设有“互联网+”社区健康管理平台。引导居民通过使用智能穿戴设备，中医健康辨识设备，参与个人或家庭健康数据填报，开展健康风险因素自我筛查、体质分析和健康管理；引导社区卫生服务中心精准对接居民，提供医疗服务信息，延伸基本诊疗、健康管理和康复护理，推送健康评估报

告，开展健康指导。

## **（二）实施全程健康管理**

**1. 规范建档。**社区健康管理中心应按照电子健康档案服务规范为本区域常住居民建立电子健康档案，电子健康档案首页内容应符合国家卫生健康委《居民电子健康档案首页基本内容（试行）》相关要求。强化电子健康档案规范建设与务实应用，建立“以人为中心”的信息采集、传输和整合机制，基于标准统一、分级管理、自动采集、跨域互联的技术要求，实现电子健康档案中个人健康标识、个人基本健康信息、卫生健康服务活动记录等信息在跨机构、跨区域的动态更新。推动居民电子健康档案信息安全有序向本人开放，在市、区两级平台实现唯一、可溯。社区健康管理中心居民电子健康档案应用水平等级不低于4级，建档率不低于75%，动态更新率不低于80%。

**2. 评估筛查。**社区健康管理中心应按照国家标准和本市工作指南，对居民实施健康危害因素综合风险评估，识别高危人群。围绕高血压、糖尿病、慢阻肺和癌症等慢性病管理、孕产妇保健、儿童健康和早期发展、精神心理以及口腔病、眼病、脑卒中、认知障碍等重点疾病，开展高危人群及并发症等筛查。鼓励各区针对老年人等重点人群和高危人群，开展肺结核、艾滋病等慢性传染病筛查，规范居民个人健康关键指标采集，为居民提供智慧化、标准化、便捷化的健康筛查，通过中医智能化设备开展重点人群体质辨识和高危人群辨证分型，实施健康危害因素综合风险评估。社区健康管理中心应做好业务统筹，通过综合体检、整合式筛查等手段，对重点疾病开展筛查，实施分层分类健康管理。评估筛查数据应精准支持社区开展健康管理服务，并自动上传至各级大数据平台。

**3. 诊疗干预。**社区健康管理中心应组建以全科医生、公共卫生医生、健康管理师、护士、志愿者等人员构成的服务团队，提供规范管理、诊疗干预、康复护理和随访管理等服务。推动社区基本病种清单应用，为居民实施常见病诊疗、并发症控制、精准分诊与转诊，提供门诊、住院和居家上门相结合的连续性诊疗服务，探索全科预约诊疗和健康管理门诊相结合的模式。强化区域性医疗中心及医联体上级医院对社区健康管理中心的技术支持与服务衔接，做实社区优先预约上级医院门诊号源，提高社区健康管理能力和同质化水平，促进分级诊疗。加强定期随访管理，全面连续跟踪社区重点人群和高危人群健康状况变化，适时调整健康管理计划。

**4. 健康科普。**推进社区健康环境建设，实施社区健康科普项目，促进居民获得健康生活方式的知识与技能。探索建立重点人群动态健康指导机制，通过电话、短信、网络、电视等渠道，利用优质健康科普资源，结合疾病发生的环境、气候、饮食、生活习惯等因素，在诊前、诊中、诊后为重点人群推送针对性预防保健、中医药健康管理处方、运动处方、康复护理与自我管理指导等科普信息，促进社区精准科普。结合传染病季节性流行特征，做好社区居民健康生活方式和个人防护知识的宣传教育。引导社区健康管理团队参与居民健康管理小组活动，推进健康自我管理活动多元化、规范化发展。

### **（三）强化人群分类管理**

**1. 全人群健康管理。**社区健康管理中心应向辖区内常住居民提供基本医疗和公共卫生服务，建立居民电子健康档案，开展健康宣教，倡导合理膳食、控制体重、适量运动、限盐、控烟、限酒、心理平衡、维护口腔健康和视觉健康、接种适宜疫苗、中医

药预防保健等健康生活方式，提高居民健康素养及自我健康管理能力。

**2. 签约居民健康管理。**鼓励居民签约家庭医生，由家庭医生团队为居民实施全面、连续、综合健康管理服务。家庭医生团队应按签约服务规范，开展评估筛查、健康体检、基本诊疗、定期随访等服务，主动联系签约居民。家庭医生团队应以居民电子健康档案数据为基础，按年度对签约居民开展健康评估，健康评估报告每年向居民反馈，促进居民了解个人和家庭成员健康状况。

**3. 重点人群健康管理。**持续提高老年人、慢性病患者、婴幼儿、孕产妇、残疾人等重点人群签约覆盖。家庭医生团队应加强随访管理，围绕重点人群年度健康评估报告中相关健康问题，坚持中西医并重，做好健康指导，实施分层分类管理。

(1) 65岁及以上老年人健康管理。加强老年人健康管理，协同居（村）委会公共卫生委员会、小区物业、业委会等，加大宣传力度，提高老年人对老年人健康体检的知晓率。在国家基本健康体检项目基础上，鼓励各区因地制宜增加肿瘤标志物、CT等体检项目；对养老机构内签约家庭医生的住养老人，鼓励实施每年1次上门约定项目体检，提高老年人健康服务获得感。经居民知情同意，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、诊疗信息形成健康评估报告，并向居民反馈。老年人健康管理率应不低于70%，中医药健康管理率应不低于75%。

(2) 慢病人群健康管理。社区健康管理中心应在公共卫生专业机构指导下，运用标准化血压、血糖、身高体重、肺功能、大便隐血等指标采集技术，整合服务流程，为慢性病人开展综合风险评估、疾病筛查、中西医相结合的诊疗干预和随访等健康

管理服务，促进慢性病防、治、管融合发展。提高慢性病患者规范管理率、并发症控制率及对自我健康指标的知晓率，将签约居民慢性病并发症发生率、住院率研究纳入签约服务考核，高血压规范管理率不低于 64%，糖尿病规范管理率不低于 64%。

（3）儿童和孕产妇健康管理。加强儿童早期发展服务，鼓励建设社区儿童早期发展基地，强化婴幼儿养育照护指导。为 0-6 岁儿童提供体格检查、生长发育和心理行为发育评估、孤独症筛查、营养喂养、超重和肥胖的预防、眼及口腔保健、脊柱侧弯等健康指导，强化 0-3 岁儿童中医药健康指导和养育照护，中医药健康管理率不低于 85%。新生儿访视率不低于 90%，0-6 岁儿童保健管理率不低于 95%，0-6 岁儿童眼保健和视力检查覆盖率不低于 98%。根据《上海市孕产妇保健工作规范》开展孕产妇健康管理，提供早孕建册、随访、产后家庭访视等服务，早孕建册率不低于 90%，产后访视率不低于 90%。积极发挥中医药特色和优势，指导孕产妇开展中医药自我保健。

（4）其他重点人群健康管理。按规范实施严重精神障碍患者、结核病患者、艾滋病病毒感染者和患者的健康管理，开展随访监测、服药评价、社区康复等服务。严重精神障碍患者社区康复服务覆盖不低于 70%，严重精神障碍患者规范管理率不低于 98%，肺结核患者规范管理率、肺结核规则服药率不低于 90%，社区艾滋病感染者和病人随访管理率不低于 90%。充分发挥中医特色，对相关重点人群开展中医康复和中医情志干预服务。

#### **（四）实施健康效果评价**

建立社区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。各区卫生健康委应每年组织涵盖资金投入、机构运行、居民健康指标改善等方面的社区卫生综合评价，提高服务可及性、适应性。市级层面依托社区卫生综合管理平台、家庭医生签约服务质控系统、各公共卫生专业平台，监测全市社区健康管理服务覆盖、人群分类管理效果等情况。评价结果与公共卫生服务项目补助、家庭医生签约服务质控相衔接，促进服务效能整体提升。

### **（五）推动数智赋能建设**

**1. 推进社区卫生服务数字底座建设。**社区健康管理中心应与上级医疗机构电子病历、电子健康档案等实现互通共享，促进电子处方流转和信息调阅。依托全民健康信息平台加快实现全市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。推动社区健康管理与社区卫生综合管理平台、家庭医生签约服务质控系统信息共享、相互联动，促进治理提质增效。强化信息安全，社区卫生服务中心相关信息系统应按标准达到三级等级保护要求。

**2. 拓展社区卫生服务数字化应用场景。**运用社区智能健康管理工具，实现工作提醒、辅助决策、家医助理，以及健康筛查、评估、随访和指导等功能。推动区域远程医疗中心建设，链接社区卫生服务中心，向社区居民提供远程会诊、预约转诊、互联网复诊、远程检查等服务，提升社区卫生服务能力。

## **三、组织管理**

**1. 市卫生健康委负责统筹指导全市社区健康管理中心建设。**市健康促进中心负责业务数据监测与评价、健康科普资源库建设与资源推送。各公共卫生专业机构依据工作职责，推进各业务场景在社区层面应用、监测和评价。市卫生健康信息部门负责指导

居民健康相关信息联通与推送。

2. 各区卫生健康委应统筹规划，组织实施社区健康管理中心建设，为标准化的场地环境、服务流程、软硬件配套、信息共享等工作提供经费保障与政策支持，并组织开展区内健康管理效果评价。社区卫生服务中心应按要求，结合实际，落实社区健康管理中心的场地设施，实施业务统筹管理，细化操作流程，推动社区健康管理功能的实景化。

3. 组织申报评价。社区卫生服务中心对照建设标准，开展健康管理中心建设情况自评。各区卫生健康委对自评达标的社区卫生服务中心组织开展区内评价，并在此基础上，提交市级评价申请。每年市级评价安排另行通知。

- 附件：1. 社区健康管理工作流程图  
2. 社区健康管理中心建设标准（2024版）  
3. 健康评估报告（模板）

上海市卫生健康委员会

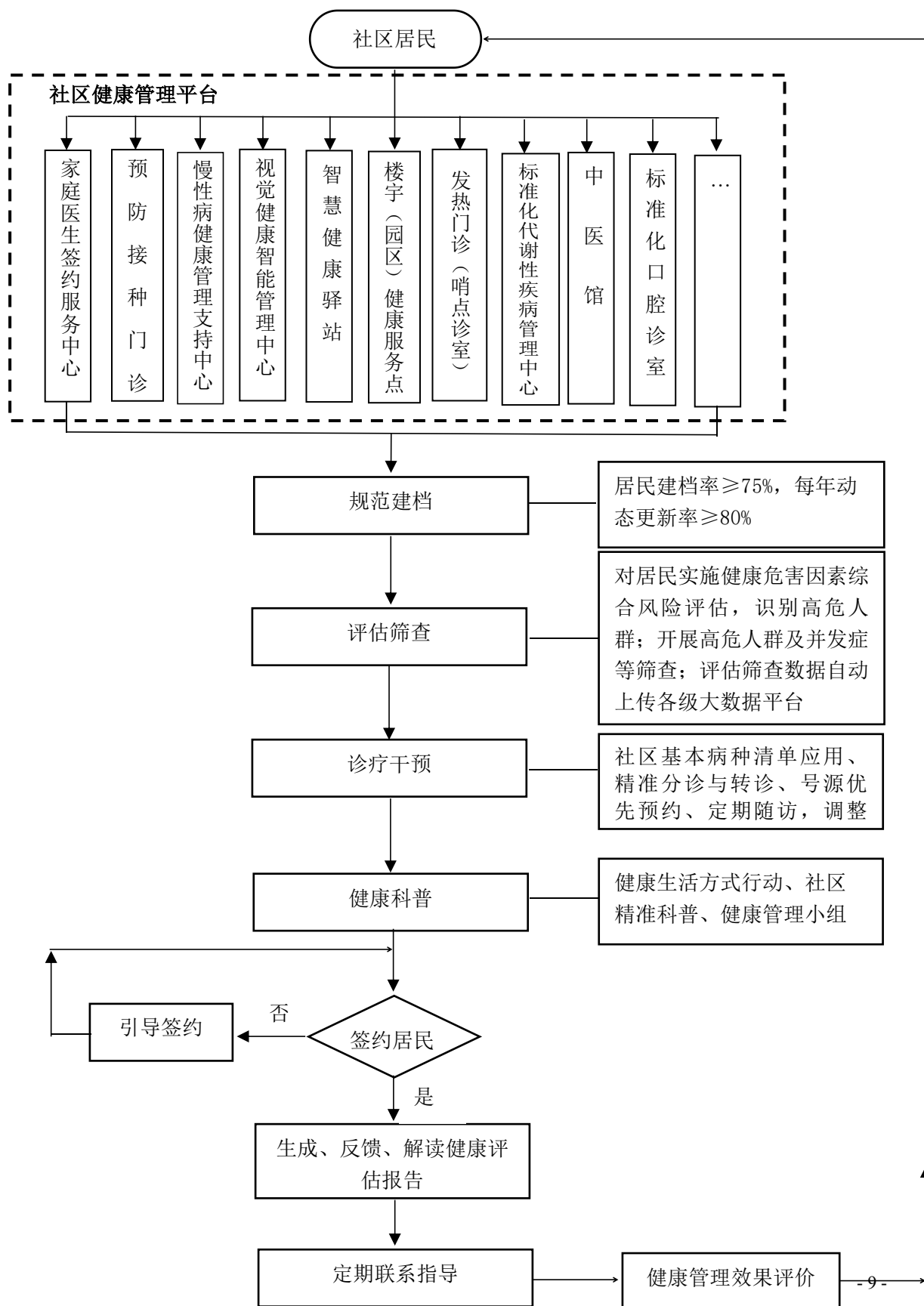
上海市疾病预防控制中心

2024年6月29日

（此件公开发布）

附件 1

# 社区健康管理工作流程图



## 附件 2

## 社区健康管理中心建设标准（2024 版）

类别	要求	内容	具体标准
健康管理平台设置	实 体	必备标准	<input type="checkbox"/> 家庭医生签约服务中心 <input type="checkbox"/> 预防接种门诊 <input type="checkbox"/> 发热门诊（发热哨点） <input type="checkbox"/> 中医馆
		可选标准	<input type="checkbox"/> 慢性病健康管理支持中心 <input type="checkbox"/> 视觉健康智能管理中心 <input type="checkbox"/> 标准化口腔诊室 <input type="checkbox"/> 智慧健康驿站 <input type="checkbox"/> 楼宇（园区）健康服务点 <input type="checkbox"/> 标准化代谢性疾病管理中心 <input type="checkbox"/> 社区康复中心 <input type="checkbox"/> 社区护理中心 <input type="checkbox"/> 其他有标准文件支撑的实体
	场 景	必备标准	<input type="checkbox"/> 互联网+社区健康管理场景 <input type="checkbox"/> 具备健康检测功能 <input type="checkbox"/> 具备健康评估功能 <input type="checkbox"/> 具备健康指导功能 <input type="checkbox"/> 具备健康科普信息精准推送功能 <input type="checkbox"/> 社区健康管理团队参与居民健康管理小组活动

			<input type="checkbox"/> 中医健康管理场景
		可选标准	<input type="checkbox"/> 学校健康管理场景 <input type="checkbox"/> 商务楼宇健康管理场景 <input type="checkbox"/> 养老机构健康管理场景 <input type="checkbox"/> 机关企事业单位健康管理场景 <input type="checkbox"/> 基层儿童早期发展项目 <input type="checkbox"/> 其他场景
强化人群分类管理	全人群健康管理	活动次数	<input type="checkbox"/> 每年至少开展 9 次公众健康咨询活动 <input type="checkbox"/> 提供不少于 12 种内容的印刷资料，音像资料不少于 6 种
	签约居民健康管理	签约居民管理	<input type="checkbox"/> 按年度对签约居民开展健康评估，评估报告每年向居民进行反馈解读，规范健康评估率 $\geq 80\%$ <input type="checkbox"/> 每季度主动联系指导不少于 1 次 <input type="checkbox"/> 签约居民电子健康档案规范建档率 100% <input type="checkbox"/> 签约社区就诊率：城区 50%、郊区 60% <input type="checkbox"/> 签约组合内就诊率：城区 70%，郊区 80% <input type="checkbox"/> 签约重点人群组合内就诊率：城区 75%，郊区 85%
	重点人群健康管理	65 岁及以上老年人	<input type="checkbox"/> 在国家基本项目基础上，老年人健康体检项目有增加 <input type="checkbox"/> 老年人健康管理率 $\geq 70\%$ <input type="checkbox"/> 老年人中医药健康管理率 $\geq 75\%$ 。 <input type="checkbox"/> 对辖区养老机构住养老人开展约定项目的上门健康体检 <input type="checkbox"/> 加大宣传，提高老年人健康体检知晓率
		慢病人群健康管理	<input type="checkbox"/> 高血压规范管理率 $\geq 64\%$ <input type="checkbox"/> 糖尿病规范管理率 $\geq 64\%$ <input type="checkbox"/> 各项慢性病指标达到条线工作要求

		儿童和孕产妇	<input type="checkbox"/> 0~3岁儿童中医药健康管理率≥85% <input type="checkbox"/> 新生儿访视率≥90% <input type="checkbox"/> 0~6岁儿童保健管理率≥95% <input type="checkbox"/> 0~6岁儿童眼保健和视力检查覆盖率≥98% <input type="checkbox"/> 早孕建册率≥90% <input type="checkbox"/> 产后访视率≥90% <input type="checkbox"/> 适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率≥90%
		其他重点人群	<input type="checkbox"/> 严重精神障碍患者社区康复服务覆盖率≥70% <input type="checkbox"/> 严重精神障碍患者规范管理率≥98% <input type="checkbox"/> 肺结核规范管理率≥90% <input type="checkbox"/> 肺结核规则服药率≥90%
实施健康效果评价	健康效果评价	评价报告	<input type="checkbox"/> 社区健康管理中心应实施每季度不少于1次的内部评价，有评价报告 <input type="checkbox"/> 各区卫生健康委应每年组织涵盖资金投入、机构运行、居民健康指标改善等方面的社区卫生综合评价，有评价报告
推动数智赋能建设	电子健康档案	规范建档	<input type="checkbox"/> 居民电子健康档案建档率≥75% <input type="checkbox"/> 电子健康档案规范建档率≥80% <input type="checkbox"/> 居民电子健康档案动态更新率≥80% <input type="checkbox"/> EHR等级测评水平达到四级
	推进数字底座建设	数字底座	<input type="checkbox"/> 社区健康管理中心与分级诊疗、签约管理、慢病管理、妇幼健康、牙防眼防、中医健康信息等数据平台联通 <input type="checkbox"/> 社区卫生服务中心相关信息系统应按标准达到三级等级保护要求
	拓展社区卫生服务数字化应用场景	数字应用场景	<input type="checkbox"/> 运用社区智能健康管理工具，实现工作提醒、辅助决策、家医助理，以及健康筛查、评估、随访和指导等功能 <input type="checkbox"/> 推动区域远程医疗中心建设，链接社区卫生服务中心，向社区居民提供远程会

			诊、预约转诊、互联网复诊、远程检查等服务
组织保障	区卫生健康委	支持	<input type="checkbox"/> 各区卫生健康委为标准化的场地环境、服务流程、软硬件配套、信息共享等工作提出经费保障与政策支持
	社区卫生服务中心	落实	<input type="checkbox"/> 社区卫生服务中心按标准落实健康管理中心的场地设施，实施业务统筹管理，细化操作流程，推动社区健康管理功能的实景化

## 附件 3

# 健康评估报告（模板）

### 一、健康评估报告内容

居民电子健康档案内容包括个人基本信息、个人健康服务情况等，各社区可结合实际对档案内容进行适当扩展，重点人群还应包括国家基本公共卫生服务项目要求的各类健康管理记录。健康评估报告以电子健康档案为基础，将医疗机构诊疗记录、体检记录、公共卫生专业条线数据进行整合，健康评估报告需要注明数据来源与产生时间。主要包含以下几方面内容。

#### （一）报告名称

xx 区 xx 社区卫生服务中心健康评估报告

#### （二）评估报告说明

健康评估报告生成日期、获取方式、数据来源等

#### （三）基础评估内容

个人基本情况、签约信息、就诊情况、生理指标、生活方式、患病风险等。

#### （四）健康管理方案

1. 评估结论。经评估（含体检）发现的签约居民主要健康风险或问题。

2. 健康科普。根据个人健康情况提供饮食、运动、生活方式、中医药保健指导等方面的改进建议。

3. 管理方案。向居民提出需进一步体检、医学检查、转诊、

随访计划等建议。

**4. 特色服务链接。** 本社区特色服务展示，如中医、康复、护理等。

### **(五) 家庭医生签名**

家庭医生审核报告，确认无误的电子签名。

### **(六) 其他需要补充评估内容**

除以上内容外，鼓励健康评估报告体现生命周期特性。若为0-6岁儿童，体现营养喂养、体格检查、生长发育评估，疾病评估筛查等内容；若为7-17岁学生，体现学生视力检查、学生牙病防治内容；若在慢病库，体现高血压、糖尿病、脑卒中慢病综合风险评估以及健康体检内容；若为孕产妇，体现孕期管理、产检及分娩情况、产后家庭访视等内容；若为老年人，体现老年人健康体检中的重要内容以及生活自理能力、认知、情感、中医体质辨识内容。也可结合已有工作基础和特色，整合其他需要补充的信息。

## **二、健康评估报告其他要求**

**1. 报告生成时间。** 签约居民健康评估报告每年生成一次，原则上与签约周期保持一致。同时，鼓励健康评估报告与各业务条线工作有序衔接。例如：0-6岁儿童及7-17岁学生体检后；孕产妇在早孕建卡时，出院一周内或管理结案后；结合老年人健康体检，与健康体检报告配套生成。

**2. 报告完整度要求。** 报告名称、报告说明、基础评估内容、健康管理方案、家庭医生签名为所有健康评估报告必备内容。

其他需要补充评估的内容由社区健康管理中心根据实际情况选择补充。

**3. 报告质量要求。**健康评估报告模板由各区自行设计，具备逻辑性、可读性、针对性、丰富性。可读性方面可进行指标趋势曲线、知识图谱等展示、做到图文并茂、通俗易懂；逻辑性方面做到健康数据和评估结论匹配、评估结论和健康指导匹配、评估结论或健康指导不重复或冲突；针对性方面做到健康指导建议针对性强，不泛泛而谈；丰富性方面做到根据不同生命周期特性呈现不同健康评估内容。