

# 2023年公共卫生工作报告总结 公共卫生 服务工作报告(优质7篇)

在当下社会，接触并使用报告的人越来越多，不同的报告内容同样也是不同的。报告帮助人们了解特定问题或情况，并提供解决方案或建议。下面是小编为大家整理的报告范文，仅供参考，大家一起来看看吧。

## 公共卫生工作报告总结篇一

### 一、今年完成的工作情况

(一)、在院委会的领导下加强了本辖区基本公共卫生服务的管理工作。为确保基本公共卫生服务项目工作的实施，我们明确职责。规范了纸质健康档案的登记及电子档案信息录入工作。在中心的统一安排下36月份公卫科人员先后到辖区内各小区进行面对面的健康体检工作。把这项工作做好做实真正为老百姓做好服务。

### (二)辖区内居民建立健康档案情况

65岁及以上老年人、高血压、糖尿病、重性精神病做为工作重点。

### (三)健康教育工作情况

我科紧紧围绕公共卫生九大服务项目项为基础，以及预防、保健为重点。首先是对辖区内的医务人员及乡村医生进行了健康教育宣传知识培训期，再由下乡医务人员及乡村医生对辖区内的人群进行健康教育知识宣传，先后分别在全镇各村卫生室设立宣传栏，根据上级工作要求及不同季节进行健康教育宣传，全镇各村卫生室共开展健康教育专栏期，根据不同人群发放健康手册份。上半年累计举办健康教育讲座6次和

主题活动5次。发放各种健康知识宣传单份。

#### （四）儿童保健工作情况

加强了对辖区内06岁儿童健康管理工作，对1080名儿童建立管理手册。按照20\_\_版服务规范要求共对3049名儿童开展随访工作。

#### （五）孕产妇保健工作情况

对辖区内233名孕产妇建立保健服务手册，加大了宣传国家降消项目住院分娩好处以及多项免费检查政策，今年共对辖区内214名孕产妇进行了产前检查，产前访视618人次，发放孕产妇重点人群管理手册214份。

#### （六）老年人保健

对辖区内65以上老年人实施健康管理3625人，老年人健康体检3625人次，发放老年人重点人群管理手册3082份，管理率达到%。

#### （七）高血压、糖尿病管理情况

对辖区内35岁以上的人群的高血压和二型糖尿病筛查工作，在去年的基础今年共筛查出高血压、糖尿病患者367人，先后对4232人进行了随访管理，并建立了慢性病重点人群管理手册3385份，对去年已管理的原发性高血压患者和糖尿病患者及今年筛查发现的患者进行面对面随访工作，共随访15827人次。

#### （八）重型精神病管理情况

根据基本公共卫生服务项目的工作要求，将重型精神病患者纳入健康管理档案，并对已发现的重型精神病患者进行随访

工作，共随访44人。

### （九）预防接种工作情况

对辖区内名06岁儿童建立预防接种证和接种卡，今年上半年开展了次预防接种工作，镇卫生院接种门诊实行了每天接种的工作制度，更好的使我镇儿童能及时进行预防接种，上半应接种人次，实际接种人次，比率为%，其中脊髓灰质炎应接种人次，实际接种人次，比率为%，百白破应接种人次，实际接种人次，比率为%，麻疹应接种人次，实际接种人次，比率为%，乙肝应接种人次，实际接种人次，比率为%，甲肝应接种人次，实际接种人次，比率为%，腮腺炎应接种人次，实际接种人次，比率为%，麻腮二联应接种人次，实际接种人次，比率为%。

二、工作中存在的问题

三、下半年工作打算

## 公共卫生工作报告总结篇二

公共卫生是关系到一国或一个地区人民大众健康的公共事业。本站小编为大家整理了一些公共卫生工作报告，希望对你有帮助！

### 一、坚定思想 统一领导 落实措施

鄄城县中心卫生院以周x院长为首的院委领导从思想上高度重视基本公共卫生服务工作，根据上级安排，带领公共卫生工作人员认真学习公共卫生各种文件，积极领会各种文件精神。逐页逐字学习《山东省基本公共卫生服务规范》，要求每位公共卫生工作人员必须吃透服务规范内容。成立公共卫生领导小组，周x院长亲自任组长，王凤菊副院长为直接分管，下设公共卫生办公室主任、信息员等各级领导，信息员直接领

导各辖区卫生室成员做好公共卫生工作。院长和分管院长签署责任状，分管院长和科主任，科主任及信息员和各自所属辖区卫生室负责人签署责任状，任务层层分解，责任到人，避免等、盼、靠的局面。各项工作落实到位，定期不定期院委领导和公共卫生分管人员下村摸底抽查各项公共卫生工作进展情况，逐村逐户随访调查被服务对象的满意度，得到辖区居民的赞同和认可。

## 建立居民健康档案

20xx年建档人数32821人，建档率68%，信息化建档率50%，并对档案做了动态管理，及时更新，做好保密。

## 2、健康教育

在原有的基础上，结合流行病特点，每月更换一次健康教育宣传栏内容，印刷发放健康教育资料，覆盖率60%以上，年内开展健康知识讲座12次，并做好通知、签到、照片、讲稿及小结资料存档；要求相关人员在上门访视时进行相关健康知识宣传，辖区居民卫生常识知晓率80%以上；3岁以下儿童家长参加我院举办的儿童健康教育讲座，覆盖率85%以上。

## 3、孕产妇保健

免费为全镇待孕妇女发放叶酸3296瓶，有效预防新生儿神经管缺陷的发生；为356人孕妇做产前系统保健，孕产妇管理率90%，产后访视率90%；开展孕产妇健康知识讲座8期，孕产妇健康知识知晓率95%；免费为全镇孕产妇查体1266次，及时发现治疗孕产期并发症，避免残疾儿的出生。

## 4、儿童保健

3岁以下儿童系统管理率80%以上，新生儿访视率90%，婴幼儿系统管理率85%以上，及时发现治疗影响儿童健康的疾病，提

高儿童健康水平，开展儿童保健技术服务。免费为全镇0—6岁儿童提供基本保健服务，并为其每年免费查体一次。

## 5、老年人保健

## 5、慢性病管理

高血压管理人数 人，糖尿病管理人数 人，每季度一次一年四次的面对面的免费随访，并定期进行咨询服务和用药指导，利用随访宣传防病知识，辖区居民对重点慢性病防治知识知晓率95%以上，并做好资料汇总和信息上报。35岁以上患者门诊首诊测血压率95%，并做好门诊日志记录。

## 6、重症精神病管理

我镇辖区内重症精神病患者255人，每季度一次一年四次的免费随访。

## 三、检查和督导

卫生院一年定期对全镇15个卫生室进行了4次大检查、督导，主要以健康档案的建立、健康教育、妇幼保健、慢病管理、重症精神病管理等方面入手，一一落实，检查督导有记录、处理意见，有整改措施。

回味一年来的公共卫生工作，虽然任务繁重，但是我院以周x院长为主的院委成员带领大家，团结一致，振奋精神，与时俱进，扎实工作。在20xx年度取得了市级妇幼公共卫生工作第二名和县级公共卫生全体工作第一名的好成绩。

## 一、基本公共卫生服务项目开展落实情况

### (一)、居民健康档案工作

根据《20xx年基本公共卫生服务建立居民健康档案项目工作方案》要求，在区卫生局统一部署下，我院于今年3月份开展了20xx年建立居民健康档案工作。

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向办事处、居会等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区都安排专人负责协助建档工作。

二是加强组织领导，落实工作责任。为确保居民健康档案工作的顺利进行，本站专门成立了由站长任组长的居民健康档案工作领导小组，加强整个街道居民健康档案工作组织领导，制定了操作性强、切实可行的实施方案。成立专门建档工作小组和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我辖区居民主动参与建档意识，本站大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我院建档工作小组顺利完成居民建档工作。

四、加强人员培训，强化服务意识。为确保居民健康档案保质保量完成，本站对每一名参与居民健康档案建立的工作人员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

截止20xx年11月底，本站共为七社区居民建立家庭健康档案纸质档案3974份，并把纸质居民健康档案完善合格录入居民电子健康档案系统。

## (二)、老年人健康管理工作

根据《包头市20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院开展了老年人健康管理服务项目。

一、结合建立居民健康档案对我街道65岁及以上老年人进行登记管理，并对所有登记管理的老年人免费进行一次健康危险因素调查和一般体格检查及空腹血糖测试，并提供自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

二、开展老年人健康干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的老年居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年11月，我院共登记管理65岁及以上老年220人。并按要求录入市居民电子健康档案系统。

### (三)、慢性病管理工作

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《包头市20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院对我社区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案，开展高血压、2型糖尿病等慢性病的随访管理、康复指导工作，掌握我街道高血压、2型糖尿病等慢性病发病、死亡和现患情况。

#### 1、高血压患者管理

一是通过开展35岁及以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压；健康体检测血压；和健康档案建立过程中询问等方式发现高血压患者。

二是对确诊的高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访询问病情、测量血压，对用药、饮食、运动、心理

等提供健康指导。

三是对已经登记管理的高血压患者进行一次免费的健康体检(含一般体格检查和随机血糖测试)。

截止20xx年11月，我站共登记管理并提供随访高血压患者为204人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

## 2、2型糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖;建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。

二是对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的2型糖尿病患者进行一次免费健康体检(含一般体格检查和空腹血糖测试)。

截止20xx年11月，我站共登记管理并提供随访的糖尿病患者为125人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

## (四)、健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实区卫生局及上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式，针对重点人群、重点疾病和我苏木主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

今年共举办各类知识讲座和健康咨询活动15次，发放各类宣传材料12200余份，更换宣传栏内容48次。

## (五)、传染病报告与处理工作

一是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》以及传染病报告与处理规范要求，建立健全了传染病报告管理制度。

二是定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式对我街道社区居民进行传染病防制知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防制知识的知晓率。

三是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》要求严格执行传染病报告制度。

## 二、基本公共卫生服务项目工作中存在的困难

(一)、基本公共卫生服务项目资金投入不足，制约了基本卫生服务的发展。

(二)、人才缺乏，全科医师人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

(三)、缺乏有效的激励机制，降低了社区卫生服务机构工作人员工作热情。

(四)、居民基本卫生服务认识存有距离，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

## 三、下步工作打算

(一)、争取地方政府支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

(二)、加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变社区居民的陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来。

(三)、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

(四)、配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

(五)、落实各项服务规范、强化各项规章制度，推动基本公共卫生服务项目可持续健康发展。

在卫生局和上级各部门的督促和指导下，我站全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维 精心组织力争将各项工作做得更好。

各位领导：

大家好！

首先我代表xx镇卫生院全体医护人员热烈欢迎各位领导来我院考核指导工作，希望各位领导提出宝贵意见和建议，下面我就公共卫生均等化服务工作做以汇报，不妥之处请批评指正。

(一)基本情况：

xx镇位于xx省xx县南部,东连,南频,西接,北邻,离县城南白镇26公里,距历史文化名城遵义50公里,总面积106.9平方公里,共辖8村1社区,192个村民组,全镇居民(含城镇居民,流动人口)共有49466人。全镇卫生资源主要以xx镇中心卫生院为主,卫生院现有职工70余人,开放床位100张,门诊设有内儿科、外科及妇产科、中医科和预防保健科,病房设有内儿科、外科及妇产科。辖区设置村卫生室24个,村医37名。卫生院全院职工和名村卫生室人员共同开展公共卫生工作。

(二)公共卫生均等化服务各项工作开展及完成情况：

1、居民健康档案的建立工作□20xx年建档的总体要求是求质

量，求效果，高质量完成每一份居民健康档案。对今年达到65岁的老年人和新出生的儿童，继续进行了体检建档，对已经建立的居民健康进行一次认真细致的回头看，查漏补缺，正确规范填写健康评价和中医治未病干预措施，特别要求一定做到三个相符，即体格检查与实验室检查结果要相符；妇幼报表和公共卫生报表相符；计划免疫疫苗接种报表和公共卫生报表相符。现已建立档案46157人，建档率93%。

2、健康教育宣传工作：村村设置了健康教育宣传栏，定期更新了宣传内容，利用全民体检入户的机会户户发放了健康教育资料；开展了新型农村合作医疗与疾病预防、卫生保健知识的宣传活动；指导学校开设健康教育课，尤其是传染病防治相关知识；通过集市等人群集聚的地方发放了健康教育宣教资料；医院在内儿科、妇产科设立了高血压、糖尿病、孕产妇健康咨询台，患者随时可以享受免费咨询服务；每村刷写了2-3条宣传标语，重点宣传了公共卫生、医改、中医等重点工作。

3、65岁以上老年人、孕产妇、0-6岁儿童的随访：按每季度一次随访的要求，完成了第一季度的免费随访和体检，将死亡的老年人及时进行了删除，对新增的及时更新了信息。加强了对妇幼保健和儿童保健工作的督导，确保了孕产妇和儿童系统管理率保持在95%以上。向孕产妇提供5次产前检查、3次产后上门访视和1次产后常规检查；向已婚育龄妇女每年提供1次常见妇女病检查等。继续推进新生儿“两病”筛查工作，降低残疾发生率。现系统管理0-6岁儿童38485人，孕产妇199人，65岁以上老年人3578人。

4、高血压、糖尿病、重症精神病的随访：加强对慢性病的随访，及时指导治疗，降低致死致残率，已经完成了第一季度的随访工作，免费进行了一次心电图、血糖、体格检查。对新发现的高血压和糖尿病患者及时的更新了20xx年的纸质和电子档案，纳入重点管理目标，按季度进行随访。重症精神病及时与当地政府和派出所进行了对接，提高防范意识，减少对社会安全的危害。系统管理高血压1385人，糖尿病102人，

重症精神病41人。

## 5、疾病预防控制和传染病报告工作：

(1)对传染病的报告更加及时正确规范，门诊医师在接诊传染病患者的时候，要求如实填写门诊日志、传染病登记册和传染病报告卡，及时报防保科，组织医护人员认真学习和掌握了传染病报告流程，传染病的分类，严格实行首诊负责制，制定漏报处罚办法，凡发现门诊及住院医师漏报1例罚50元。

(2)重视突发公共卫生事件，所有医务工作者，必须熟练掌握应对对方公共卫生事件的措施，处理和报送流程。做好院前急救和院内急诊抢救；进行突发公共卫生事件应急处置技术培训；承担或协助做好传染病病人的消毒隔离、治疗和其它防控工作；协助开展疾病监测和突发公共卫生事件应急处置工作等。

(3)继续做好儿童计划免疫接种工作，卡、册、证与网络儿童信息必须一致。

## 6、配合上级相关部门做好重大公共卫生服务，全面完成各项任务。

### (三)主要做法：

一是成立公共卫生服务领导小组，由院长任组长负总责，副院长任副组长分管具体工作，公卫科主任负责业务工作，防疫、妇幼专干为技术指导，抽调7人实行包保责任制，负责所包村的各项工作。

二是认真学习公共卫生服务规范和实施细则，积极参加业务培训，提高公共卫生服务能力。利用周会组织全院医护人员学习公共卫生均等化服务相关业务知识，提高知晓率，让人人参与到这项工作中来，更好地服务人民、奉献社会。

三是强化技术指导，确保按质按量地完成各项目标任务。

四是组建了公共卫生服务小分队，按照整村推进的要求对全乡居民进行一次地毯式的免费体检。

五是分工明确，分类服务。由村保健员和卫生院包村医生完成对重点人员的随访，开具免费体检单，动员来医院集中免费进行检验、影像检查，对确实不能来医院检查的动员到村卫生室集中检查和医院医疗小分队直接上门检查，真正做到村不漏户，户不漏人。

六是对村医实行绩效考核和聘用制：对村卫生室的工作进行半年一次的绩效考核，根据考核的结果发放工资。

#### （四）存在问题

三是群众对免费体检的认识不够；

#### （五）今后工作打算

一是根据基本公共卫生服务任务分解所承担的具体任务，定期或不定期对卫生院医护人员和村医进行相关业务培训和技术指导，尤其要加强对居民健康档案建立与管理方面的培训和指导，强化日常督查，制定切实可行的考核方案。

二是加大对群众的宣传力度，让全民参与，支持公共卫生均等化服务。

## 公共卫生工作报告总结篇三

### （一）、居民健康档案工作

根据□20xx年基本公共卫生服务建立居民健康档案项目工作方

案》要求，在师卫生局统一部署下，我团于20xx年11月完成了居民电子健康档案录入工作。截止20xx年5月底，我团共为居民建立家庭健康档案电子档案16070人。

## （二）、老年人健康管理工作

根据《20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及师卫生局要求，我团开展了老年人健康管理服务项目。

一、结合建立居民健康档案对我团65岁及以上老年人进行登记管理，并对所有登记管理的老年人免费进行一次健康危险因素调查和一般体格检查及空腹血糖测试，并提供自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

二、开展老年人健康干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的老年人进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年5月，共登记管理65岁及以上老年2206人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

## （三）、慢性病管理工作

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及师卫生局要求，对患有高血压、2型糖尿病的居民建立健康档案，开展高血压、2型糖尿病等慢性病的随访管理、康复指导工作，掌握我团高血压、2型糖尿病等慢性病发病、死亡和现患情况。

### 1. 高血压患者管理

一是通过开展35岁及以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压；健康体检测血压和健康档案建立过程中询问等方式发

现高血压患者。

二是对确诊的高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访询问病情、测量血压，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的高血压患者进行一次免费的健康体检（含一般体格检查和随机血糖测试）。

截止20xx年5月，共登记管理并提供随访高血压患者为713人，高血压规范管理率80%；控制率85%；并按要求录入居民电子健康档案系统。

## 2. 糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖；建立居民电子健康档案等方式发现患者。

二是对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的2型糖尿病患者进行一次免费健康体检（含一般体格检查和空腹血糖测试）。

截止20xx年5月，共登记管理并提供随访的糖尿病患者为268人，糖尿病规范管理率87.5%；控制率80%；并按要求录入居民电子健康档案系统。

### （四）健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求，认真贯彻落实师卫生局及师疾控中心的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式，针对重点人

群、重点疾病和我团主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

#### （五）传染病报告与处理工作

一是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》以及传染病报告与处理规范要求，建立健全了传染病报告管理制度。

二是定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式对社区居民进行传染病防制知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防制知识的知晓率。

三是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》要求严格执行传染病报告制度。

（一）基本公共卫生服务项目配套资金投入不足，制约了基本卫生服务的`发展。

（二）人才缺乏，全科医师人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

（三）缺乏有效的激励机制，降低了社区卫生服务机构工作人员工作热情。

（四）、居民基本卫生服务认识存有距离，上门随访主动配合存在一定困难。

（一）争取团党委支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

（二）加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变社区居民的陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来。

(三) 加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

(四) 配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

(五) 落实各项服务规范、强化各项规章制度，推动基本公共卫生服务项目可持续健康发展。

在团党委和师卫生局、师疾控中心的督促和指导下，我站全体员工将在以后的工作中更加积极努力、开拓进取，断创新思维 精心组织力争将各项工作做得更好。

## 公共卫生工作报告总结篇四

一、进一步加强领导，健全制度，规范行为。

今年我站将进一步加强领导，落实到人，根据人口比例，组织实施好本辖区面向农村的十二项公共卫生服务内容，及时整理相关资料、及时上报、归档。

二、公共卫生服务项目

(一)、健康教育

1. 要求必须有工作计划和总结，内容详实。

2. 健康教育课每两个月开课一次，内容要有季节性、针对性，每次参加人员必须达到10人或以上，宣传栏内容同上，每季要有照片存档。

(二)、健康管理

1. 家庭健康档案建档率要求90%，健康档案册中内容必须完整准确、无缺项，并输入电脑。

2. 要求责任医生及时将获得的健康体检、儿童预防接种、儿童体检、孕产妇系统管理、常见妇女病检查、职业体检、重点管理慢病、上门访视内容以及因病住院、门急诊等诊疗情况记入健康档案中，要求完整准确，建立动态、连续的家庭健康档案。

3. 每季开展一次免费上门访视服务，访视率必须达到95%或以上，随访和干预情况及时记入健康档案中，重点疾病的访视内容要求详细，完整清楚，真实可信，并及时进行汇总准确上报。

4. 掌握辖区内婚龄青年名单，积极动员欲婚青年进行婚前医学检查，确保优生优育。

### (三)、基本医疗惠民服务：

1. 建立健全各项规章制度，严格按照医疗技术规范，主要收费价格上墙，合理收费，积极控制医疗费用的不合理增长，按规定执行医疗优惠政策。

2. 责任医生必须由取得执业助理医师或执业医师资格的担任，对辖区内重点疾病诊疗情况记录要求完备，对居民的自诊或转诊率必须达90%。

3. 责任医生的满意率调查要求达到90%或以上。

### (四)、合作医疗便民服务

1. 责任医生必须熟悉合作医疗政策，并进行大力宣传，上门访视中确保每户农户获得合作医疗宣传资料，使各种人群对合作医疗政策的知晓率达85%。

2. 每季度公示本村参合人员报销情况，专人负责并保管好本村参合人员名册，登记项目要齐全、准确。

3. 方便群众报销进行代办，使参合人员能及时得到报销，农户对报销工作满意度达到90%或以上。

#### (五)、妇女保健

1. 要求掌握辖区内育龄妇女和孕妇健康状况，动员和通知怀孕妇女进行孕产期保健管理，孕产妇住院分娩率必须达99%，孕产妇系统管理率达95%或以上，高危孕妇住院分娩率必须达100%。

2. 对孕产妇进行系统管理，做好早孕建册、产前检查和产后访视工作，并负责高危孕妇的筛查、追踪、随访和转诊；同时开展产前筛查、产前诊断阳性病例的追踪，了解分娩结局。

3. 开展常见妇女病普查工作，普查率达45%以上，并将检查情况

记入健康档案。

4. 参加上级培训和指导，召开和参加例会，做好总结和计划，资料存档。

#### (六)、老人和困难群体保健

1. 加强60岁以上老人、特困残疾人、低保户和五保户家庭健康档案的建档，建档率要求90%，健康体检率80%或以上。

2. 开展每年四次免费随访工作，对体检和随访发现的健康问题进行有针对性的以健康教育为重点的健康干预。

3. 对健康档案进行动态管理，发现情况随时记入，并及时汇总准确上报。

#### (七)、重点疾病社区管理

1. 开展结核病防治工作，病人转诊率达100%，同时进行病人的追踪治疗和随访管理，督促病人按时服药，定期复查，资料及时汇总上报。

2. 开展血吸虫病防治工作，查螺、灭螺、查治病工作完成95%，如发现病例及时上报，协助做好疫点处理。

3. 开展艾滋病防治工作，掌握辖区内流动人口数，大力宣传艾滋病防治知识，要求宣传资料入户，并达到95%以上，成人艾滋病性病防治知识知晓率80%或以上。

4. 协助政府、村委对精神病人的综合管理，综合管理率达80%，同时建立卡片专案管理，定期随访，并在访视中指导合理用药。

5. 开展以高血压、糖尿病、肿瘤、脑卒中、冠心病为重点慢性病咨询服务和用药指导，并及时汇总上报。

## 公共卫生工作报告总结篇五

大家好！

首先我代表xx镇卫生院全体医护人员热烈欢迎各位领导来我院考核指导工作，希望各位领导提出宝贵意见和建议，下面我就公共卫生均等化服务工作做以汇报，不妥之处请批评指正。

### (一)基本情况：

xx镇位于xx省xx县南部，东连，南频，西接，北邻，离县城南白镇26公里，距历史文化名城遵义50公里，总面积106.9平方公里，共辖8村1社区，192个村民组，全镇居民(含城镇居民，流动人口)共有49466人。全镇卫生资源主要以xx镇中心卫生院为主，卫生院现有职工70余人，开放床位100张，门诊设有内儿

科、外科及妇产科、中医科和预防保健科，病房设有内儿科、外科及妇产科。辖区内设置村卫生室24个，村医37名。卫生院全院职工和名村卫生室人员共同开展公共卫生工作。

## (二) 公共卫生均等化服务各项工作开展及完成情况：

1、居民健康档案的建立工作□20xx年建档的总体要求是求质量，求效果，高质量完成每一份居民健康档案。对今年达到65岁的老年人和新出生的儿童，继续进行了体检建档，对已经建立的居民健康进行一次认真细致的回头看，查漏补缺，正确规范填写健康评价和中医治未病干预措施，特别要求一定做到三个相符，即体格检查与实验室检查结果要相符；妇幼报表和公共卫生报表相符；计划免疫疫苗接种报表和公共卫生报表相符。现已建立档案46157人，建档率93%。

2、健康教育宣传工作：村村设置了健康教育宣传栏，定期更新了宣传内容，利用全民体检入户的机会户户发放了健康教育资料；开展了新型农村合作医疗与疾病预防、卫生保健知识的宣传活动；指导学校开设健康教育课，尤其是传染病防治相关知识；通过集市等人群集聚的地方发放了健康教育宣教资料；医院在内儿科、妇产科设立了高血压、糖尿病、孕产妇健康咨询台，患者随时可以享受免费咨询服务；每村刷写了2-3条宣传标语，重点宣传了公共卫生、医改、中医等重点工作。

3、65岁以上老年人、孕产妇、0-6岁儿童的随访：按每季度一次随访的要求，完成了第一季度的免费随访和体检，将死亡的老年人及时进行了删除，对新增的及时更新了信息。加强了对妇幼保健和儿童保健工作的督导，确保了孕产妇和儿童系统管理率保持在95%以上。向孕产妇提供5次产前检查、3次产后上门访视和1次产后常规检查；向已婚育龄妇女每年提供1次常见妇女病检查等。继续推进新生儿“两病”筛查工作，降低残疾发生率。现系统管理0-6岁儿童38485人，孕产妇199人，65岁以上老年人3578人。

4、高血压、糖尿病、重症精神病的随访：加强对慢性病的随访，及时指导治疗，降低致死致残率，已经完成了第一季度的随访工作，免费进行了一次心电图、血糖、体格检查。对新发现的高血压和糖尿病患者及时的更新了20xx年的纸质和电子档案，纳入重点管理目标，按季度进行随访。重症精神病及时与当地政府和派出所进行了对接，提高防范意识，减少对社会安全的危害。系统管理高血压1385人，糖尿病102人，重症精神病41人。

#### 5、疾病预防控制和传染病报告工作：

(1)对传染病的报告更加及时正确规范，门诊医师在接诊传染病患者的时候，要求如实填写门诊日志、传染病登记册和传染病报告卡，及时报防保科，组织医护人员认真学习和掌握了传染病报告流程，传染病的分类，严格实行首诊负责制，制定漏报处罚办法，凡发现门诊及住院医师漏报1例罚50元。

(2)重视突发公共卫生事件，所有医务工作者，必须熟练掌握应对对方公共卫生事件的措施，处理和报送流程。做好院前急救和院内急诊抢救；进行突发公共卫生事件应急处置技术培训；承担或协助做好传染病病人的消毒隔离、治疗和其它防控工作；协助开展疾病监测和突发公共卫生事件应急处置工作等。

(3)继续做好儿童计划免疫接种工作，卡、册、证与网络儿童信息必须一致。

6、配合上级相关部门做好重大公共卫生服务，全面完成各项任务。

#### (三)主要做法：

一是成立公共卫生服务领导小组，由院长任组长负总责，副院长任副组长分管具体工作，公卫科主任负责业务工作，防疫、妇幼专干为技术指导，抽调7人实行包保责任制，负责所

包村的各项工作。

二是认真学习公共卫生服务规范和实施细则，积极参加业务培训，提高公共卫生服务能力。利用周会组织全院医护人员学习公共卫生均等化服务相关业务知识，提高知晓率，让人人参与到这项工作中来，更好地服务人民、奉献社会。

三是强化技术指导，确保按质按量地完成各项目标任务。

四是组建了公共卫生服务小分队，按照整村推进的要求对全乡居民进行一次地毯式的免费体检。

五是分工明确，分类服务。由村保健员和卫生院包村医生完成对重点人员的随访，开具免费体检单，动员来医院集中免费进行检验、影像检查，对确实不能来医院检查的动员到村卫生室集中检查和医院医疗小分队直接上门检查，真正做到村不漏户，户不漏人。

六是对村医实行绩效考核和聘用制：对村卫生室的工作进行半年一次的绩效考核，根据考核的结果发放工资。

#### (四) 存在问题

三是群众对免费体检的认识不够；

#### (五) 今后工作打算

一是根据基本公共卫生服务任务分解所承担的具体任务，定期或不定期对卫生院医护人员和村医进行相关业务培训和技术指导，尤其要加强对居民健康档案建立与管理方面的培训和指导，强化日常督查，制定切实可行的考核方案。

二是加大对群众的宣传力度，让全民参与，支持公共卫生均等化服务。

## 公共卫生工作报告总结篇六

(一)学习政治理论，提高全体干部职工的政治素质和思想政治觉悟。一年来根据各级部署安排，区卫生局认真开展了继续深入学习科学发展观活动，各单位制订了详细的实施方案和学习计划，3月初在全系统掀起了科学发展观学教活动高潮，全体干部职工踊跃参加，并理论联系实际结合自身行业特点学以致用，收到了较好的效果。

(二)学习专业技术，不断提高职工专业技术水平，促进全员学习活动深入开展。全区各医疗卫生单位坚持走科技兴院之路，培养和引进高层次技术骨)。今年9月，全区卫生系统第一次面向社会公开招考卫生专业技术人才，经过严格的笔试、资格审查、面试、体检等程序，脱颖而出的24名优秀人才被我区7个医疗卫生单位录取，大大提升了医疗技术水平。

我们在注意培养的同时与普遍提高相结合，利用多种形式举办多层次培训班，采取请进来与送出去相结合，集中学习与自学互学相结合，理论知识与实际操作相结合，鼓励在实际工作中互学互补，搞好传帮带。开展经常性群众练兵技术比武活动。今年7月，区卫生局工会组织了医疗机构管理培训，全区厂矿、企(事业)单位、个体医疗机构负责人，共有310余人参加了培训，培训班围绕加强辖区内各医疗机构的医疗质量服务水平，保障医疗安全，增进医患关系，减少医患纠纷，针对以往检查评审发现的问题，加强卫生法律法规，规章制度的学习，以提高医疗机构的管理和服务水平，满足广大群众日益增长的医疗保健需求为重点，进行了为期两天的培训。

许多单位在5.12护士节期间，举办了技术操作比赛，理论知识竞赛，通过各项活动的开展，活跃了学术空气，增强了广大职工学习的自觉性，从而提高了专业技术水平，促进了医疗质量和服务质量的全面提高。

加强民主管理、实行民主监督是工会的一项基本职能。各单

位党政领导十分重视这项工作，广泛听取了广大职工的意见和建议，发挥集体智慧，真正做到了领导的意图与大多数职工的意愿形成共识后作出决策，达到民主集中，意见统一。各单位年初按财务预决算以及重大决策，都经过职代会反复酝酿讨论通过最后实施。

职代会民主评议领导班子是实行民主管理和加强民主监督的关键措施。今年各单位职工代表都对本单位领导班子成员进行测评使领导的言行置于广大群众的监督之下，有效地促进了领导班子在群众的号召力和向心力。

按照组织保障、权益维护落实的总要求，限度地维护职工合法权益，切实担负起生活困难职工帮扶的第一责任人。一年来我们的具体作法是：一是以贯彻劳动法为重点，平衡协调劳动收入和收入分配，大多数单位离退休人员生活待遇都有一定的增长，使他们老有所依，老有所养，安度晚年。保证了全系统人心安定，队伍稳定，呈现出安定祥和的良好局面。二是保护女工的特别权益，使女职工的合法权益不受侵犯。四是对困难职工深入调查摸底，做到心中有数。五是实施送温暖、献爱心，有的单位对长期患病，因病致贫的职工组织职工捐款捐物帮助他们摆脱困境渡过难关。不仅如此同时向社会捐款捐物，义诊扶贫济困，救助失学儿童。区卫生局每年开展医疗服务进社区活动，组织医务人员走上街头深入贫困地区进行义诊，送医送药，抢险救灾，在社会上引起强烈反响，收到了很好的社会效益。

各医疗卫生单位党政领导高度重视和支持工会工作，尤其是局党委对工会工作的支持力度进一步加大，各基层工会组织结合本单位实际，因地制宜，开展灵活多样丰富多彩的文体活动。同时，积极参加市局医务工会组织的各项文体活动，通过各类职工活动，增强了单位干部职工的凝集力和向心力为改革与发展奠定了坚定的政治思想基础。

加强工会组织和自身队伍建设，是保证工会组织正常运行和

发挥基本职能的关键。按照限度地把广大职工吸收到工会组织中来的指导思想，今年5月22日，泰山区社区卫生工会联合会成立暨第代表大会召开。泰山区共有社区卫生服务中心、卫生院、社区卫生服务站、诊所等359家，各类卫生人员1300余人，为社区居民提供基本医疗和卫生服务，是保证居民身体健康和重要力量。为更好地维护泰山区卫生系统广大从业人员的合法权益，促进社区卫生事业健康发展，让卫生从业人员积极投身到泰山区卫生事业改革和建设中来，真正成为广大人民群众“健康守护神”，根据《中华人民共和国工会法》等相关要求，经泰山区总工会和泰山区卫生局党委研究，报区委同意，决定成立泰山区社区卫生工会联合会组织。会议选举产生第泰山区社区卫生工会联合会委员会、经费审查委员会和女工委员会。

经过全体干部职工共同努力□20xx年工会工作取得了较大的成绩，积极配合卫生中心工作，限度地调动广大职工的积极性、创造性；组织和动员广大职工参与和支持一系列改革；限度地维护职工的合法权益，切实地发挥了桥梁和纽带作用。但是还存在一定的不足和问题，一是部分职工对改革中利益分配调整认识不足，我们的思想工作还没有做到位，以致工作积极性没有得到充分的调动。二是少数工会干部参政议政不够大胆，该参与的事不参与，以致全区卫生系统工会工作发展不平衡。三是少数工会干部对本单位民主监督力度不够，怕得罪人。

在新的一年里，我们决心发扬成绩，重视问题，纠正偏差，克服不足，继续积极主动地争取党政领导的重视与支持，与时俱进，开拓进取，依照工会法律和章程，创造性地开展工作，为全面建设小康社会而努力奋斗。

## 公共卫生工作报告总结篇七

根据□20xx年基本公共卫生服务建立居民健康档案项目工作方案》要求，在市政府和市卫生局统一部署下，我中心于今年2

月份开展了20xx年建立居民健康档案工作。

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向市政府、市卫生局和镇政府等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区都安排专人负责协助建档工作。

二是加强组织领导，落实工作责任。为确保居民健康档案工作的顺利进行，我中心专门成立了由院长任组长、副院长任副组长、各科主任医师为成员的居民健康档案工作领导小组，加强整个镇居民健康档案工作组织领导，制定了操作性强、切实可行的实施方案。成立专门建档工作小组和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我镇居民主动参与建档意识，我中心大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我中心建档工作小组顺利完成居民建档工作。

四、加强人员培训，强化服务意识。为确保我镇居民健康档案保质保量完成，我中心对每一名参与居民健康档案建立的工作人员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

截止20xx年11月底，我中心共分为十五个责任区，居民建立家庭健康档案纸质档案33974份，并把纸质居民健康档案完善合格录入居民电子健康档案系统。

根据《宁波市20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及市卫生局要求，我中心开展了老年人健康管理服务项目。

一、结合建立居民健康档案对我镇60岁及以上老年人进行登记管理，并对所有登记管理的老年人免费进行一次健康危险因素调查和一般体格检查及空腹血糖测试，并提供自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

二、开展老年人健康干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的老年居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年11月，我中心共登记管理60岁及以上老年2820人。并按要求录入市居民电子健康档案系统。

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《宁波市20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及市卫生局要求，我中心对我社区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案，开展高血压、2型糖尿病等慢性病的随访管理、康复指导工作，掌握我镇高血压、2型糖尿病等慢性病发病、死亡和现患情况。

### 1、高血压患者管理

一是通过开展35岁及以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压；健康体检测血压；和健康档案建立过程中询问等方式发现高血压患者。

二是对确诊的高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访询问病情、测量血压，对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的高血压患者进行一次免费的健康体检(含一般体格检查和随机血糖测试)。

截止20xx年11月，我中心共登记管理并提供随访高血压患者

为2898人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

## 2、2型糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖;建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。

二是对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理,并提供面对面随访,每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查,对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的2型糖尿病患者进行一次免费健康体检(含一般体格检查和空腹血糖测试)。

截止20xx年11月,我中心共登记管理并提供随访的糖尿病患者为825人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

一是严格按照健康教育服务规范要求,认真贯彻落实市卫生局及上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式,针对重点人群、重点疾病和我镇主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

今年共举办各类知识讲座和健康咨询活动35次,发放各类宣传材料32200余份,更换宣传栏内容248次。

一是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》以及传染病报告与处理规范要求,建立健全了传染病报告管理制度。

二是定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训;采取多种形式对我镇社区居民进行传染病防制知识的宣传教育,提高了社区居民传染病防制知识的知晓率。

三是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》要求严格执行传染病报告制度。

(一)、基本公共卫生服务项目资金投入不足，制约了基本卫生服务的发展

(二)、人才缺乏，全科医师人员不足，影响了基本公共卫生服务项目的开展进度。

(三)、缺乏有效的激励机制，降低了社区卫生服务机构工作人员工作热情。

(四)、居民基本卫生服务认识存有距离，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

(一)、争取地方政府支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

(二)、加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变社区居民的陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来。

(三)、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

(四)、配套合理的激励机制，提高工作人员工作热情。

(五)、落实各项服务规范、强化各项规章制度，推动基本公共卫生服务项目可持续健康发展。

在市政府和市卫生局和上级各部门的督促和指导下，我中心全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维精心组织力争将各项工作做得更好。