

青云谱区卫生健康委员会 青云谱区财政局

青卫发（2020）95 号

关于印发 2020 年度青云谱区基本公共卫生服务项目实施方案的通知

委属各单位，各社区卫生服务机构：

为统筹做好基本公共卫生服务和疫情防控工作，持续扩大基本公共卫生服务覆盖面、优化服务内涵、提高服务质量，坚持预防为主、医防融合，推进基本公共卫生服务均等化，现将《2020 年度青云谱区基本公共卫生服务项目实施方案》印发给你们，请遵照执行。

青云谱区卫生健康委

青云谱区财政局

2020 年 11 月 30 日

青云谱区卫生健康委办公室

2020 年 11 月 30 日印发



2020 年度青云谱区基本公共卫生服务项目 实施方案

为进一步落实以基层为重点、预防为主、中西医并重、推动高质量发展的工作理念，继续统筹做好财政事权和支出责任改革后的基本公共卫生服务项目实施工作，强化基层常态化疫情防控，持续扩大基本公共卫生服务覆盖面、优化服务内涵、提高服务质量，坚持预防为主、医防融合，推进基本公共卫生服务均等化，根据市卫生健康委、市财政局《关于印发 2020 年度南昌市基本公共卫生服务项目实施方案的通知》（洪卫基卫字[2020]26 号）有关要求，结合我区实际，制定 2020 年度项目实施方案。

一、项目范围

全区所有常住人口（包括在现居住地连续居住半年以上的流动人口和持有居住证的人口），按规定免费享受基本公共卫生服务。

二、2020 年工作目标

（一）以街道为单位，居民健康档案规范化电子建档率维持在 90%以上，稳步提高档案使用率。

（二）以街道为单位，适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率保持在 90%以上，进一步加强流动儿童的接种工作。

（三）以街道为单位，新生儿访视率、儿童健康管理率分别达到 90%以上。

（四）以街道为单位，早孕建册率和产后访视率分别达到 90%以上。

（五）以街道为单位，65 岁以上老年人健康管理率达到 70%以



上。

(六) 以街道为单位, 高血压和糖尿病患者规范管理率分别达到 60%以上, 全区管理高血压患者人数保持在 1.98 万人以上, 管理糖尿病患者人数达到 0.53 万人以上(各机构任务详见附表 1)。

(七) 以街道为单位, 严重精神障碍患者筛查登记率不低于 4%。按照“应管尽管”原则, 将居家治疗严重精神障碍患者在知情同意的基础上纳入健康管理, 规范管理率达到 80%以上, 规律服药率达到 50%以上(国家严重精神障碍信息系统统计结果)。

(八) 以街道为单位, 报告发现的结核病患者(包括耐多药患者)管理率达到 99%以上, 规范服药率达到 90%以上。公众结核病防治核心知识知晓率达到 85%以上。

(九) 以街道为单位, 中医药健康管理服务目标人群覆盖率保持在 65%以上。

(十) 以街道为单位, 传染病、突发公共卫生事件报告率分别达到 99%以上。

(十一) 以街道为单位, 继续巩固家庭医生签约服务的成果, 在保证服务质量基础上, 稳步扩大签约服务覆盖面。

(十二) 城区 35—59 岁妇女健康管理率保持在 10%以上。

(十三) 城区低保对象和残疾人健康管理率保持在 10%以上。

三、项目主要内容及重点工作任务

(一) 明确基本公共卫生服务内容。依据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》, 继续做好建立居民健康档案、健康教育、预防接种、0-6 岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压和 2 型糖尿病等慢性病患者健康管理、严重精神障碍患者管理、肺结核患者健康管理、中医药健康管理、传染病和突发公共卫

生事件报告和处理、卫生监督协管等工作。在项目实施中要统筹做好相关工作，将官兵纳入基本公共卫生服务体系，向军人军属和退役军人优先提供家庭医生签约和健康教育、慢性病管理等基本公共卫生服务。要规范开展 0-6 岁儿童眼保健和视力检查，加强预防接种管理，对照《中华人民共和国疫苗管理法》要求，严格疫苗的管理和使用。要继续关注贫困地区基本公共卫生服务项目实施工作，提高贫困人口基本公共卫生服务均等化水平，为助力打赢脱贫攻坚战作出应有贡献，确保达到 2020 年工作目标。

（二）切实做好常态化疫情防控。各基层医疗卫生机构要在疾控和其他专业公共卫生机构指导下，积极会同街道（镇）、村（社区居）委会做好辖区新冠肺炎疫情风险管理、发热患者筛查和相关信息登记、报告以及处置工作。要充分利用基层卫生人才能力提升培训项目等，通过线上线下多种方式加强基层机构疫情防控知识培训。要坚持中西医结合，统筹中西医资源，建立健全中西医协作机制，指导基层制订和完善新冠肺炎疫情防控应急预案并定期开展应急演练，有效提升基层对新冠肺炎等重大疫情的防控应对能力。要针对新冠肺炎疫情特点和形势，统筹做好疫情防控和基本公共卫生服务工作，及时完善新冠肺炎康复患者健康档案信息，做好孕产妇、儿童、老年人、慢性病患者等重点人群健康管理，确保居家失能、入住养老机构等老年人及时获得相应服务。加强对辖区人群开展疫情防控的健康教育，调动全员参与疫情防控的主动性和积极性。

（三）推进居民电子健康档案务实应用。以居民电子健康档案普及推广和务实应用为导向，充分发挥电子健康档案的基础信息支撑和便民服务作用。一是**规范档案管理**。通过医疗、体检、随访等及时更新电子档案信息，定期质控，保证电子健康档案质量。优化电

子健康档案面向个人开放服务的渠道和交互形式，坚持安全、便捷的原则，为群众利用电子健康档案创造条件。二是**优化信息开放**。按照规范、安全、方便、实用等原则，在依法保护个人隐私的前提下，进一步优化居民电子健康档案经居民本人授权在线调阅和面向居民本人开放使用的服务渠道及交互形式。以提高感受度为目标，通过多种渠道完善和丰富电子健康档案内容，将针对居民的卫生健康服务信息及时导入电子健康档案。在集中开展65岁及以上老年人健康管理服务时，做好该类人群的结核病主动筛查登记工作，及时导入健康体检和健康状况评估等信息，方便居民本人查询。三是**加强信息融合**。结合我市全民健康信息平台、南昌健康APP端、家庭医生签约服务板块等应用整合基本公共卫生、预约挂号、门诊和住院信息查询、检查检验结果查询、健康状况评估、用药信息查询和指导等服务，完善信息归集和共享，有效提高电子健康档案利用率。合理量化基层医疗卫生机构和医务人员依托电子健康档案提供线上服务的工作量，发挥绩效评价的激励作用，推进电子健康档案的应用。在推进工作中，认真贯彻落实《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范》（国卫规划函[2019]87号）和国家网络安全法律法规和等级保护制度要求，落实安全管理责任，妥善处理电子健康档案向个人开放和保障公民个人信息安全的关系。

（四）深化基层慢病管理医防融合。以高血压、2型糖尿病等慢性病管理为重点，推进基层机构基本医疗和基本公共卫生融合服务，优化常见多发慢性疾病的基层诊疗和健康管理流程。依托家庭医生团队，组建包括医生、护士、公共卫生人员等在内的基层高血压、糖尿病医防融合管理基本单元，以团队中的家庭医生为主导明确各成员在诊前、诊间、诊后的工作职责，将慢性病随访工作与患者自

我管理小组活动、基层卫生巡诊、基层医疗卫生机构门诊服务相结合，根据个体情况，加强对慢病患者生活方式和用药指导，提高慢病规范管理率。鼓励上级医疗机构专科医生加强与基层的紧密协作，有效提供技术支撑，为糖尿病患者提供结核病主动筛查服务。积极发挥疾控等专业公共卫生机构作用，做好指导、培训等工作。建立基层医疗卫生机构与上级医院联动机制，建立畅通的双向转诊和会诊通道，衔接基层高血压、糖尿病等慢病药物的配备使用，落实国家医保局等部门联合印发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》（医保发[2019]54号），减轻患者门诊用药费用负担。继续加强对《国家基层高血压防治管理指南（2017）》、《国家基层糖尿病防治管理指南（2018）》的培训和应用，提高基层开展医防融合管理的能力。依托我市全民健康信息平台，积极推动基层医疗卫生机构、上级医疗卫生机构和疾控等专业公共卫生机构间的信息系统互联互通，为基层慢病医防融合管理信息共享、远程服务等提供支撑条件。2020年，我区将积极参与国家卫生健康委开启的基层高血压、糖尿病等慢性病医防融合管理重点联系点工作。

（五）加强基层机构预防接种单位管理。各相关单位要加强预防接种信息化建设，促进疫苗生产、流通、使用全程可追溯管理。强化主体责任，严格落实《疫苗流通与预防接种管理条例》等法律法规和工作规范。各基层医疗卫生机构要将预防接种与儿童保健有机结合，加强预防接种信息管理，做好入托入学查验接种证及日常查漏补种工作，加大流动人口预防接种力度，定期开展查漏补种工作。优化细化接种流程，在落实“三查七对”的基础上，增加“一验证”环节，在接种疫苗前请接种者或监护人验证接种的疫苗种类和有效期等，确保接种无误，有效处置疑似预防接种异常反应，强

化安全注射。对于流行性出血热疫苗的有计划接种，要保障接种单位疫苗接种补贴经费到位。加强对医务人员的培训，提高规范开展预防接种的技能和水平。

（六）规范儿童健康管理。根据《江西省 0-6 岁儿童健康集中管理工作指导方案》（赣卫妇幼字[2018]25 号）的有关要求，加强儿童信息交流，建立有效的协作机制，区级妇幼保健机构按照属地管理原则，将新生儿出生信息转交到基层医疗卫生机构（儿童接种门诊），方便其开展新生儿家庭访视和预防接种工作。基层医疗卫生机构按照服务规范要求，开展新生儿家庭访视、新生儿满月健康管理、婴幼儿健康管理、学龄前儿童健康管理服务，将高危儿保健等服务及时转交到区级妇幼保健机构。在开展儿童健康管理过程中，落实《关于认真做好我省 0-6 岁儿童眼保健和视力检查有关工作的通知》（赣卫妇幼字[2019]5 号），规范开展 0-6 岁儿童眼保健和视力检查有关工作；加强儿童肥胖筛查和健康指导，积极开展儿童肥胖防控。

（七）加强孕产妇健康管理。要积极为基层医疗卫生机构创造条件，开展孕产妇健康管理服务，按规范要求为孕产妇建立《母子保健手册》并提供相应的保健服务，保证孕产妇至少接受 5 次产前检查和 2 次产后访视服务。根据《江西省孕产期保健集中管理工作指导方案》（赣卫妇幼字[2018]12 号）的有关要求，基层医疗卫生机构暂不具备条件的，可由区卫生健康委通过购买服务的方式，由辖区内其他有资质的医疗卫生机构严格按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中孕产妇健康管理服务规范提供孕产妇健康管理服务。

（八）加强严重精神障碍患者管理。严重精神障碍疾病专业防

治机构、救治医院与基层医疗卫生机构通过“江西省严重精神障碍信息系统”落实转接机制，基层医疗卫生机构根据患者出院信息及时对患者进行分类管理，根据患者病情相应增加随访次数，指导患者科学用药，提高病情稳定率。对病情严重需上转患者，及时联系专业防治机构或救治医院，做好双向转诊工作。

（九）开展项目签约服务。完善基层医疗卫生机构基本公共卫生项目管理形式，充分利用家庭医生团队签约服务形式与载体，落实基本医疗和公共卫生履约服务，做好疾病筛查、治疗与管理工作，避免临床医疗与公共卫生服务脱节情况。优先将服务对象中的贫困人口作为重点签约对象，通过签约，将基本公共卫生服务与日常基本医疗服务相结合，为服务对象提供综合的、连续的健康管理服务，提高服务效果。

四、资金筹集、拨付、结算与使用

（一）明确资金补助标准。2020年按服务人口每人每年74元（含原基本公共卫生服务65元和原重大公共卫生服务和计划生育项目中平移基本公共卫生服务项目9元）的标准，安排基本公共卫生服务项目资金。经费筹集标准按照《江西省人民政府办公厅关于印发江西省医疗卫生领域省与市县财权事权和支出责任划分改革实施方案的通知》（赣府厅字[2019]54号）精神，积极主动落实地方财政事权和支出责任。2020年青云谱区按服务人口每人每67元的标准安排基本公共卫生服务项目资金。经费标准为：中央补助39元/人，省级补助15.6元/人，市级财政补助1元/人，区财政配套11.4元/人。

（二）规范资金拨付与结算。基本公共卫生服务项目资金按照“提前预拨、考核结算”的方式拨付，结算资金与项目任务完成情况挂钩。区级财政应及时足额将项目预拨资金下达至本级有关部门，

区级卫生健康行政部门除按照年度区域项目宣传工作计划留存相应经费外，其余资金全额拨付至项目实施单位，再根据年度项目执行和考核结果结算补助资金。

对于基层医疗卫生机构不具备能力，需要采取购买服务的方式，委托其他专业机构开展服务的，由区卫生健康委与专业机构签订购买服务协议，明确项目内容、工作要求、服务数量、考核方式等，相关经费实行提前预拨、考核结算，并落实专账管理制度。

区卫生健康委合理划分乡村两级工作任务分工，对村级承担的基本公共卫生服务任务，要在开展绩效评价后根据结果及时拨付，切实落实补助经费，保障乡村医生的合法权益，严禁无故克扣乡村医生基本公共卫生服务补助。

（三）明确资金使用范围。区卫生健康委、区财政局要制定本地区资金管理实施细则，规范项目资金使用和预算执行管理。新增5元经费全部用于村和社区，统筹用于社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗卫生机构开展新冠肺炎疫情防控支出，并纳入直达资金监督管理，加强基层疫情防控经费保障和提高疫情防控能力，强化基层卫生防疫。

五、工作要求

（一）加快完善管理运行机制。根据财政事权和支出责任改革后的基本公共卫生服务项目管理需要，各单位加快建立完善基本公共卫生项目领导小组或协调工作组，在新形势下进一步加强对基本公共卫生项目的管理，提高项目实施的科学性和有效性。积极落实《中共中央国务院关于构建更加完善的要素市场化配置体制机制的意见》，完善基本公共卫生服务与常住人口挂钩机制，推动公共资源按常住人口规模配置。

（二）及时落实资金安排。认真落实《江西省财政厅 江西省卫生健康委员会关于下达 2020 年基本公共卫生服务中央补助资金的通知》（赣财社指〔2020〕2 号）、《江西省财政厅 江西省卫生健康委员会关于下达 2020 年基本公共卫生服务省级结算补助资金的通知》（赣财社指〔2020〕8 号）和《江西省财政厅 江西省卫生健康委员会关于将 2020 年基本公共卫生服务补助资金（增量部分）纳入直达资金管理的通知》（赣财社指〔2020〕22 号）等文件资金安排和监督管理，同时积极主动落实地方财政事权和支出责任，确保项目经费按时足额到位，不得挤占、挪用项目经费。

（三）进一步加强项目绩效评价。评价重点要从重过程向重结果、重居民感受转变，突出信息技术在绩效评价中的应用和导向，提高效率和质量，让数据多跑路，让基层工作人员少跑腿。一是强化评价责任。要强化基本公共卫生服务项目实施主体责任，结合实际科学合理制订绩效指标，每年至少要对辖区所有承担任务的医疗卫生机构开展一次综合绩效评价。以江西省基本公共卫生服务统计报表数据和南昌市基层医疗卫生机构管理信息系统进行综合分析，并以第三方调查、电话访谈、居民健康档案信息系统线上考核等方式为主，减少现场评价，提高绩效评价效率和质量，确有必要的，组织人员到现场进行随机抽查、核查。二是强化结果应用。绩效评价结果与资金拨付挂钩。对乡村医生承担的基本公共卫生服务任务，可采取按比例预拨的方式，根据绩效评价结果及时拨付相应补助经费，严禁无故克扣。对绩效评价中的弄虚作假行为要依法依规加大惩戒力度。三是强化专业指导。进一步落实《国家卫生健康委办公厅关于县级疾病预防控制等专业公共卫生机构指导基层开展基本公共卫生服务的通知》，发挥专业公共卫生机构在项目绩效考核、人

员培训、人群监测、效果评价等方面的优势和作用，提升基层医疗卫生机构相关工作的服务规范化水平。要指导基层医疗卫生机构完善内部绩效评价机制，在基本公共卫生服务经费拨付和分配方面充分体现多劳多得、优劳优酬。要做好绩效管理信息公开工作。

（四）有效减轻基层工作负担。进一步贯彻落实国家卫生健康委印发《卫生健康系统解决形式主义突出问题为基层减负的措施》，充分考虑基层承受能力，不提不切实际的高指标，合理确定工作完成时限，优化工作部署。要依托我市全民健康信息平台进一步完善基本公共卫生服务信息系统建设，注重与医疗卫生机构和妇幼健康信息系统数据共享、业务协同，进一步完善地区信息系统与省级信息平台互联互通。按照一数一源、一源多用的原则，清理报表繁多、多头填报、填报频次过多等问题，实现同类信息“只填一次”，基本公共卫生服务项目数据从信息系统中抓取。鼓励结合绩效评价正向激励推进区域业务条线系统间的数据联通和共享，为客观全面从信息系统抓取数据提供条件。2020年，每半年向国家基本公共卫生服务项目管理信息系统（<http://glpt.nbphsp.org.cn>）报送项目进展数据。对上报数据严格审核，确保数据真实有效及数据安全，数据上报情况作为项目考核的重要内容。

（五）持续做好项目宣传。结合《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》的学习贯彻，加大基本公共卫生服务项目宣传力度。要结合实际开展主题宣传活动和基本公共卫生服务项目宣传月活动，国家和省级创造条件广泛播放基本公共卫生服务项目公益广告，基层医疗卫生机构在显著位置张贴由卫生健康行政部门统一制作的宣传标语、宣传画。鼓励各单位创新基本公共卫生服务宣传方式方法，采取城乡社区居民喜闻乐见的形式，通过医疗卫生机

构宣传屏、公共交通设施电子屏、户外大型显示屏、社区宣传栏以及微信、微博等载体，推进基本公共卫生服务项目免费政策、服务对象、服务内容、服务数量和服务方式等方面的宣传，全面覆盖城乡社区和居民家庭，引导形成良好宣传氛围，不断提升居民对基本公共卫生服务项目的知晓率、感受度，推进提高项目服务覆盖率、满意度。

附表

2020年各基层医疗卫生机构高血压和糖尿病患者管理任务

地 区	人口数	高血压管理人数	糖尿病管理人数
洪都中心	40138	2318	620
洪翔站	6058	350	94
洪鹰站	5868	339	91
洪招站	4997	289	132
洪校站	8521	492	77
京山中心	35479	2049	549
建东站	6101	352	94
京山西站	5720	330	88
五粮店站	2932	169	45
象湖站	4224	244	65
徐坊站	5407	312	84
象湖园站	5503	318	85
三家店昌南中心	44921	2595	695
南莲站	6695	387	104
三店西站	3642	209	56
岱山中心	34931	2018	540
迎宾站	6277	363	97
梨园北站	6901	399	107
梨园南站	6311	365	98
徐坊中心	52838	3052	817
解西东站	4537	262	70
塔子桥站	4014	232	62
建西站	5140	297	79
曙光站	4207	243	65
镇中心	29230	1688	452
洪惠站	2208	128	34
合计	342800	19800	5300

附件 2

青云谱区 2020 年度基本公共卫生服务项目内容

项目类别	服务对象	项目内容	执行内容
1、建立居民健康档案	辖区内常住居民，包括居住半年以上非户籍居民	1.1 建立健康档案，实施信息化管理 1.2 健康档案维护管理	1.1 建立健康档案。以孕产妇、0-6 岁儿童、老年人、高血压、糖尿病、严重精神障碍和结核病患者等人群为重点，为辖区居住半年以上的户籍和非户籍居民建立统一、规范的居民健康档案。居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。 1.2 健康档案维护管理。对已建立居民健康档案的居民，在为其提供基本医疗和基本公共卫生服务时，及时使用居民健康档案并更新，补充相应服务记录。 居民健康档案规范化电子建档率达 90%以上。 补助标准：更新、维护档案 2 元/人份。
2、健康教育	辖区内居民	2.1 提供健康教育资料 2.2 设置健康教育宣传栏 2.3 开展公众健康咨询服务 2.4 举办健康知识讲座 2.5 开展个体化健康教育	配合有关部门开展公民健康素养促进行动；对青少年、妇女、老年人、残疾人、0-6 岁儿童家长等人群进行健康教育；开展健康生活方式和可干预危险因素的健康教育；开展心脑血管、呼吸系统、内分泌系统、肿瘤、精神疾病等重点慢性非传染性疾病和结核病、肝炎、艾滋病等重点传染病疾病的健康教育；开展食品卫生、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、学校卫生和计划生育、心理卫生等公共卫生问题健康教育；开展应对突发公共卫生事件、防灾减灾、家庭急救等健康教育；宣传普及医疗卫生法律法规及相关政策。 其中基层医疗卫生机构提供不少于 12 种内容健康教育宣传印刷资料，播放教育影像资料不少于 6 种；乡镇卫生院（社区卫生服务中心，下同）设置不少于 2 个健康教育宣传栏，村卫生室（社区卫生服务站，下同）设置不少于 1 个宣传栏，每 2 个月至少更换一次健康教育宣传栏内容；乡镇卫生院每年开展至少 9 次公众健康教育咨询活动；乡镇卫生院每月至少举办 1 次健康知识讲座，村卫生室每 2 个月至少举办 1 次健康知识讲座；基层医疗卫生机构为居民提供服务时应开展个体化健康教育。 区疾控中心负责组织完成健康素养监测工作。 补助标准：按服务人口年人均补助 5.5 元（含区级统筹 1 元）
3、预防接种	辖区适龄儿童及其他重点人群	3.1 预防接种管理 3.2 预防接种 3.3 预防接种	对 0-6 岁儿童建卡建证，接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻-风疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗，每个适龄儿童完成全程免疫规划需 22 剂次；接种率保持在 90%以上，进一步加强流动儿童的接种工作。

		异常反应处理	<p>发现、报告预防接种中的疑似异常反应，并协助调查处理。</p> <p>每半年对辖区内儿童的接种证进行一次核查整理，做好入托、入学查验接种证及查漏补种工作。</p> <p>预防接种（含首针接种）补助经费按属地管理原则根据考核结果拨付至接种单位。</p> <p>补助标准：5元/剂次</p> <p>异常反应发生每例报告、调查补助经费100元，处理异常反应每例补助500元。</p>
4、儿童健康管理	辖区内居住的0-6岁儿童	<p>4.1 新生儿家庭访视</p> <p>4.2 新生儿满月健康管理</p> <p>4.3 婴幼儿健康管理</p> <p>4.4 学龄前儿童健康管理</p>	<p>4.1 提供新生儿家庭访视。了解出生时情况、预防接种情况，重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、脐部、口腔发育等情况。为新生儿测量体温、记录出生时体重、身长，进行体格检查，对未在孕13周前建立《母子健康手册》的新生儿建立《母子健康手册》，提供育儿保健指导。补助标准50元/人次。</p> <p>4.2 开展新生儿满月健康管理。结合疫苗接种，在基层医疗卫生机构进行随访，重点询问和观察新生儿的喂养、睡眠、大小便、黄疸等情况，对其进行体重、身长、头围测量、体格检查和发育评估，绘制生长发育监测图，并提供育儿保健指导。补助标准30元/人次。</p> <p>4.3 开展婴幼儿健康管理。满月后的随访结合疫苗接种开展共8次。服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的婴幼儿喂养、患病等情况，进行体格检查，做生长发育和心理行为发育评估，提供科学喂养、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等健康指导。补助标准15元/人次。</p> <p>在婴幼儿6-8、18、30月龄时分别进行1次血常规（或血红蛋白）检测，补助标准10元/人次。</p> <p>在6、12、24、36月龄时使用行为测听法分别进行1次听力筛查，补助标准20元/人次。</p> <p>4.4 开展学龄前儿童健康管理。为4-6岁儿童每年提供一次健康管理服务。服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的膳食、患病等情况，进行体格检查和心理行为发育评估，绘制生长发育监测图，提供合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害等健康指导。补助标准15元/人次。为4-6岁儿童每年开展一次血常规（或血红蛋白）检测补助标准10元/人次。视力筛查补助标准3元/人次、为0-6岁儿童每年开展一次口腔指导和保健补助标准2.5元/人次。</p> <p>对健康管理中发现的有健康问题的儿童，如贫血、口腔发育异常、视力低常或听力异常等儿童，给予指导或转诊的建议。</p> <p>新生儿访视率、儿童健康管理率分别达到90%以上。</p> <p>补助标准：补助标准409元/人（6年）</p>

5、孕产妇健康管理	辖区内居住的孕产妇	<p>5.1 孕早期健康管理</p> <p>5.2 孕中期健康管理</p> <p>5.3 孕晚期健康管理</p> <p>5.4 产后访视</p> <p>5.5 产后 42 天健康检查</p>	<p>5.1 孕早期健康管理。为孕 13 周前的孕妇建立《母子保健手册》，进行第一次产前检查。包括孕早期健康教育指导、孕妇健康状况评估、孕早期生活方式、心理和营养保健指导，填写服务记录表。补助标准 30 元/人次。</p> <p>5.2 孕中期健康管理。为孕中期妇女开展 2 次产前随访，包括孕妇健康状况评估、生活方式、运动和营养指导，告知督查孕妇进行预防出生缺陷的产前检查和产前诊断。补助标准 30 元/人次。</p> <p>为孕早、中期妇女开展健康检查，包括血常规补助标准 10 元/人次*3 次、尿常规补助标准 9 元/人次*3 次、血型补助标准 8 元/人次、血糖补助标准 6 元/人次，乙肝两对半及肝功能检查补助标准 40 元/人次、肾功能检查补助标准 10 元/人次，提供彩超检查补助标准 68 元/人次*2 次。</p> <p>5.3 孕晚期健康管理。共 2 次，指导孕晚期妇女到有资质的医疗卫生机构进行产前检查。</p> <p>5.4 产后访视。进行产褥期健康管理，询问和检查其一般健康状况及恢复情况，进行产褥期保健指导，开展母乳喂养和新生儿护理指导，可与新生儿家庭访视一并进行。补助标准 30 元/人次。</p> <p>5.5 产后健康检查。为正常产妇进行产后 42 天健康检查，包括一般健康检查、妇科检查和心理保健、性保健与避孕、预防生殖道感染、婴幼儿喂养等指导。补助标准 30 元/人次。提供产后彩超检查补助标准 68 元/人次。</p> <p>早孕建册率和产后访视率分别达到 90%以上。</p> <p>补助标准 475 元/人。</p>
6、老年人健康管理	辖区内 65 岁及以上居民	<p>6.1 生活方式和健康状况评估</p> <p>6.2 体格检查</p> <p>6.3 辅助检查</p> <p>6.4 健康指导</p>	<p>6.1 生活方式和健康状况评估。为 65 岁以上老年人开展生活方式、健康状况评估。补助标准 10 元/人次。</p> <p>6.2 开展健康检查。对 65 岁以上老年人每年提供 1 次免费健康体检服务，包括一般体格检查补助标准 10 元/人次、尿液分析补助标准 9 元/人次、血液分析补助标准 10 元/人次、血糖（空腹或随机）补助标准 6 元/人次、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）补助标准 32 元/人次、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素、直接胆红素、间接胆红素、白蛋白、总蛋白）补助标准 40 元/人次、肾功能（血清肌酐、血尿素氮、尿酸）补助标准 15 元/人次、心电图补助标准 10 元/人次、腹部 B 超检查（检查肝、胆、肾，男加前列腺、女加子宫、附件）补助标准彩超 68 元/人次，黑白超 40 元/人次。</p> <p>6.3 健康指导。根据体检结果和老年人生活自理能力评估情况，提供相应健康指导。补助标准 10 元/人次</p>

			65岁及以上老年人健康管理率到达70%以上。 补助标准220元/人。
7.1、高血压患者健康管理	辖区内35岁及以上原发性高血压患者	7.1.1 筛查随访管理、自我管理 7.1.2 健康体检 7.1.3 干预控制	<p>实施高血压患者体检、巡诊、健教三个方面免费十项综合防治措施，开展35岁以上居民首诊测血压，将发现的2级以下原发性高血压患者纳入健康管理，动员患者参加自我管理小组并指导规范小组活动。</p> <p>7.1.1 筛查随访管理。对确诊的35岁以上原发性高血压患者进行登记管理，每季度对确诊的高血压患者至少随访1次，每年面对面随访至少4次，对约50%的血压控制不满意的患者增加2次随访。随访内容包括：测量血压、体重、心率，测算体质指数，询问上次随访到本次随访期间的症状、疾病情况和生活方式，了解患者的服药情况，完成健康评估；分类干预，完成随访预约、转诊、用药指导、生活方式指导及针对性的健康教育等。补助标准30元/次，每年每人不超过120元。</p> <p>建立高血压患者自我管理小组，指导自我管理小组每年活动5次。并有记录。</p> <p>7.1.2 健康体检。对原发性高血压患者，每年进行1次较全面的健康检查，可与随访相结合。（7.1.2.1和7.1.2.2二选一）</p> <p>7.1.2.1 单纯高血压套餐：包括常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断补助标准20元/人。开展尿液分析补助标准9元/人、血细胞分析补助标准10元/人、血糖（空腹或餐后随机）补助标准6元/人、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）补助标准32元/人、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）补助标准20元、肾功能（血清肌酐、血尿素氮、尿酸）补助标准15元、心电图检查补助标准10元/人等必要的检查。</p> <p>7.1.2.2 混合高血压套餐：包括血同型半胱氨酸测定化学发光法或色谱法补助标准90元/人、尿微量白蛋白测评补助标准10元/人。</p> <p>7.1.3 干预控制。对高血压患者通过规范管理进行干预控制，血压监测1年内连续两个季度控制在140/90mmhg（65岁以上老年人150/90mmhg）以内为控制满意。补助标准为每控制满意1名高血压患者补助50元。</p> <p>高血压患者规范管理率达60%以上。</p> <p>合计补助标准不超过292元/人/年。</p>
7.2、2型糖尿病患者健康管理	辖区内35岁及以上2型糖	7.2.1 筛查随访管理、自我管理	实施糖尿病患者体检、巡诊、健教三个方面免费十项综合防治措施，将发现的2型糖尿病患者纳入健康管理，动员患者参加自我管理小组并指导规范小组活动。

理	尿病患者	7.2.2 健康体检 7.2.3 干预控制	<p>7.2.1 筛查随访管理。对确诊的糖尿病患者进行登记管理，每季度对确诊的糖尿病患者至少随访1次，每年面对面随访至少4次，对约50%的血糖控制不满意的患者增加2次随访。随访内容包括：测量血糖和血压进行健康评估、询问上次随访到本次随访期间的症状、测量体重计算体质指数，检查足背动脉搏动，询问疾病情况和生活方式，了解患者的服药情况；分类干预，完成随访预约、转诊、用药指导、生活方式指导及针对性的健康教育等。补助标准30元/次，每年每人不超过120元。</p> <p>建立糖尿病患者自我管理小组，指导自我管理小组每年活动5次，并有记录。</p> <p>7.2.2 健康体检。对确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康检查。（7.2.2.1和7.2.2.2二选一）</p> <p>7.2.2.1 单纯糖尿病套餐：包括常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断每年每人补助20元。开展尿液分析补助标准9元/人、血细胞分析补助标准10元/人、血糖（空腹或餐后随机）补助标准6元/人次、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）补助标准32元/人、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）补助标准20元、肾功能（血清肌酐、血尿素氮、尿酸）补助标准15元、心电图检查补助标准10元/人、眼底检查等必要的检查。</p> <p>7.2.2.2 混合糖尿病套餐：包括糖化血红蛋白测定色谱法补助标准50元/人、血清胰岛素测定化学发光法补助标准36元/人、血清C肽测定化学发光法补助标准36元/人。</p> <p>7.2.3 干预控制。对糖尿病患者通过规范管理进行干预控制，血糖监测1年内连续两个季度控制在7mmol/L(空腹)或10mmol/L(餐后)以内为控制满意。补助标准为每控制满意1名糖尿病患者补助50元。</p> <p>糖尿病患者规范管理率达到60%以上。</p> <p>合计补助标准不超过292元/人年。</p>
8、严重精神障碍患者管理	辖区内诊断明确，在家居住的严重精神障碍患者	8.1 随访评估 8.2 健康体检	<p>8.1 随访管理。对登记的严重精神障碍患者，按照“应管尽管”的原则纳入随访管理。每季度进行一次随访评估，每年至少4次，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，随访时应对患者进行危险性评估，同时进行生活用药指导，对患者家属开展针对性的健康宣传教育，指导患者家属对患者精神疾病症状进行监测，督导患者服药；鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。对基本稳定和不稳定的患者（约占30%）增加4次随访（每名患者平均约5.2次）。补助标准：随</p>

			<p>访管理 50 元/人次，人均约 200 元。规范化管理率达到 80%以上，规律服药率达到 50%以上。</p> <p>8.2 健康体检。为纳入随访管理的严重精神障碍患者每年进行一次健康体检。（8.2.1 和 8.2.2 二选一）</p> <p>8.2.1 单纯严重精神障碍患者套餐：包括一般体格检查补助标准 10 元/人次、血常规补助标准 10 元/人、血糖空腹或餐后随机，补助标准 6 元/人、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）补助标准 32 元/人次、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）补助标准 20 元、肾功能（血清肌酐、血尿素氮、尿酸）补助标准 15 元、心电图检查补助标准 10 元/人。8.2.2 混合严重精神障碍患者套餐：包括腹部 B 超检查（检查肝、胆、肾，男加前列腺、女加子宫、附件）补助标准 40 元/人次、糖化血红蛋白测定色谱法补助标准 50 元/人、尿微量白蛋白测评补助标准 10 元/人。</p> <p>合计补助标准不超过 303 元/人年。</p>
9、结核病患者健康管理	辖区内肺结核可疑者、（包括耐多药患者）	<p>9.1 筛查和推介转诊</p> <p>9.2 第一次入户随访</p> <p>9.3 督导服药和随访管理</p> <p>9.4 结案评估</p>	<p>发现、报告肺结核可疑症状者或疑似肺结核患者，推介转诊。对确诊的肺结核患者进行后期督导访视，并落实患者的治疗管理。</p> <p>9.1 推介或转诊患者：发现辖区内的疑似肺结核患者并进行转诊（完整的传染病报告卡并及时网络报告、三联转诊单、登记本完整）。专业机构应将确诊信息及时通知辖区基层医疗机构，方便开展后续管理。补助标准：每例 50 元。</p> <p>9.2 开展第 1 次入户随访服务。每例 100 元。</p> <p>9.3 督导服药和随访管理。</p> <p>9.3.1 督导服药。采取医务人员督导服药与家庭成员督导服药多种形式督导服药。每例 100 元。</p> <p>9.3.2 随访评估。按照《结核病管理规范》进行随访评估。每例 100 元。</p> <p>9.3.3 分类干预。按照《结核病管理规范》进行分类干预。每例 100 元。</p> <p>耐多药结核病患者 1200 元每例，其中督导服药 800 元每例，随访评估 200 元每例，分类干预 200 元每例；</p> <p>9.4 结案评估 按《规范》要求开展结案、评估、转诊。每例 100 元。</p> <p>肺结核患者管理率达 99%以上，规则服药率达 90%以上。</p>

			合计补助标准不超过 580 元/人。（经疾控测算的普通结核病患者和耐药患者管理的平均值）
10、中医健康管理	辖区内 65 岁以上老年人、0-3 岁儿童	10.1 老年人中医药健康管理 10.2 儿童中医药健康管理	10.1 老年人中医药服务。对老年人开展中医体质辨识，根据不同体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行相应的中医药健康指导。覆盖率达 65%以上。补助标准 25 元/人。 10.2 儿童中医药健康管理。每年为 0-3 岁儿童开展 2 次中医药健康指导，包括中医药饮食调养、起居活动指导和摩腹、捏脊、穴位按摩等指导，覆盖率 65%以上。补助标准 25 元/人次。
11、传染病及突发公共卫生事件报告和处理	辖区内服务人口	11.1 风险排查 11.2 传染病的发现、登记、报告和处置 11.3 突发公共卫生事件的发现、登记、报告和处置	11.1 协助专业机构开展传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查、收集和提供风险信息，参与风险评估和应急预案制（修）订。 11.2 及时发现并按要求登记、报告传染病病人和疑似病人；协助有关部门做好疫点处理等其他传染病防治工作；开展结核病、艾滋病、手足口病等传染病防治知识宣传和咨询服务；配合专业公共卫生机构，对非住院结核病人、手足口病人进行随访管理。 11.3 及时发现并按要求登记、报告食源性疾病、食物中毒和群体性不明原因疾病以及其他严重影响公众健康的事件；协助相关机构开展重大传染病、群体性伤害事件以及突发公共卫生事件的应急救护、转诊，并做好卫生学调查处置。 传染病和突发公共卫生事件的报告率分别达到 99%以上。 补助标准：按服务人口年人均补助 2 元。
12、卫生计生监督协管	辖区内居民	12.1 食品安全信息报告 12.2 饮用水卫生安全巡查 12.3 学校卫生服务 12.4 非法行医和非法采供血信息报告 12.5 计划生育相关信息报告	12.1 食源性疾病预防信息报告。发现或怀疑有食物中毒、食源性疾病预防、食品污染等线索和事件，及时向有关部门报告。 12.2 饮用水卫生安全巡查。协助卫生监督机构对农村集中式供水、城市二次供水和学校供水进行巡查，发现异常情况及时报告。 12.3 学校卫生服务。协助卫生监督机构定期对学校传染病防控开展巡访，发现问题隐患及时报告，指导学校设立卫生宣传栏，协助开展学生健康教育。 12.4 非法行医和非法采供血信息报告。定期对辖区内非法行医、非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生监督机构报告。 12.5 协助乡镇（街道）卫计办做好区域人口变动、利导政策实施、节育手术开展等信息收集、报告工作（详见年度江西省基层计划生育业务工作手册（2017 版））。 卫生计生监督协管信息报告率、报告及时率达 99%以上；协助开展的饮用水卫生、学校卫

			生、非法行医和非法采供血巡查次数每 2 个月不得少于 1 次；卫生计生监督协管服务建档率达 100%。 补助标准：按服务人口年人均补助 2 元。
13、项目签约服务	辖区内居民	13.1 家庭医生团队建设 13.2 开展项目签约服务	13.1 家庭医生团队建设。组建以全科医生或以其为核心的家庭医生团队，二级以上医疗机构医师参与家庭医生团队，共同开展或指导开展签约服务。明确家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工。 13.2 开展项目签约服务。充分利用家庭医生团队签约服务形式与载体，落实基本医疗和公共卫生履约服务，做好疾病筛查、治疗与管理工作，发挥临床医疗与公共卫生服务的互补作用。优先将服务对象中的贫困人口、计划生育特殊家庭等重点人群作为重点签约对象，通过签约，将基本公共卫生服务与日常基本医疗服务相结合，为服务对象提供综合的、连续的健康管理服务，提高服务效果。 补助标准：每份签约档案补助 20 元。
14、妇女保健（仅城区开展）	辖区 35—59 岁妇女	14.1 系统管理 14.2 两癌筛查	14.1 对 35—59 岁妇女进行系统管理。进行定期常规体检和妇科检查补助标准 5 元/人次，白带常规检查补助标准 3 元/人次，B 超（子宫、附件）补助标准 20 元/人次，常规体检包括身高、体重、BMI 值、血压、心/肺、肝/脾；妇科检查包括乳腺、外阴/阴道、宫颈、子宫/附件的检查。 14.2 开展宫颈防癌涂片检查补助标准 42 元/人次，乳腺癌筛查（触诊、红外线透照检查）补助标准 30 元/双侧乳腺。管理率达 10%以上，合计年补助标准 100 元/人。
15、低保对象和残疾人保健（仅城区开展）	辖区低保对象及残疾人	健康管理	对低保对象及残疾人进行健康管理。提供免费健康体检服务，包括全身物理检查补助标准 10 元/人及尿液分析补助标准 9 元/人次、血细胞分析补助标准 10 元/人次、血糖（空腹或餐后随机）补助标准 6 元/人次、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）补助标准 32 元/人次、心电图检查补助标准 10 元/人次、B 超（检查肝、胆、肾，男加前列腺、女加子宫、附件）补助标准 40 元/人次。全身物理检查包括身高、体重、心率、血压、BMI 值、视力、心/肺、肝/脾、肢体及皮肤的检查；提供健康指导，开展重点慢性病筛查与病例管理。低保对象、残疾人管理率达 10%以上，合计年补助标准 117 元/人。

备注：常规检查包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、腹围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查。

附件 3:

青云谱区 2020 年度基本公共卫生服务项目补助经费测算表（参考）

项目名称	项目要求	单位补助标准（按照 国家卫生健康委测 算标准及规范，元）	经费测算	需经费（万 元）	折合人均经 费（元）
1、建立居民健康档案	建档率 90%，动态 管理 50%	更新维护 2 元/份	$34.28 \times 50\% \times 2 = 34.28$	34.28	1
2、健康教育	按规范执行	5.5	$34.28 \times 5.5 = 188.54$	188.54	5.5
3、预防接种	接种率 90%	1.8（根据疾控日常 接种情况测算）	$34.28 \times 1.8 = 61.70$	61.70	1.8
4、儿童健康管理	健康管理率达 90%以上	409 元/6 年	$34.28 \times 9.8\% \times 90\% \times 409/6 = 205.68$	205.68	6.00
5、孕产妇健康管理	系统管理率达 90%以上	475	$0.1755 \times 90\% \times 475 = 74.73$	74.73	2.18
6、老年人健康管理	健康管理率达 70%以上	220	$34.28 \times 10.53\% \times 70\% \times 220 = 555.67$	555.67	16.21
7、慢性病（高血压） 患者健康管理	目标管理人数 1.98 万，规范管 理率 60%，控制率 50%	管理 242	$1.98 \times 60\% \times 242 = 287.49$	336.97	9.83
		控制 50	$1.98 \times 50\% \times 50 = 49.48$		
7、慢性病（糖尿病） 患者健康管理	目标管理人数 0.53 万人，规范 管理率 60%，控制 率 50%	管理 242	$0.53 \times 60\% \times 242 = 76.95$	90.15	2.63
		控制 50	$0.53 \times 50\% \times 50 = 13.25$		
8、重性精神疾病患者 管理	规范管理率 80%	303	$34.28 \times 4\% \times 80\% \times 303 = 33.23$	33.23	0.97

9、结核病健康管理	发现、报告、推介转诊约 200 例，管理率达到 99% 以上	推介转诊 50 随访管理 145 村级督导管理 385 (该项经费为疾控测算，580 元是平均的上线。)	$200 \times 580 = 11.6$	11.6	0.33
10、传防及突发公卫事件处置	按规范执行	2	$34.28 \times 2 = 68.56$	68.56	2
11、中医药健康管理	覆盖率达 65%	儿童 25 元/次	$34.28 \times 5.15\% \times 65\% \times 25 = 28.68$	87.33	2.55
		老年人 25 元/年	$34.28 \times 10.53\% \times 65\% \times 25 = 58.65$		
12、卫生监督协管	按规范执行	2	$34.28 \times 2 = 68.56$	68.56	2
13、家庭医生签约	开展基本公共卫生服务项目签约服务	签约 20 元/人份	$34.28 \times 30\% \times 20 = 205.68$	205.68	6
14、妇女保健	管理率 10%	100	$34.28 \times 19.71\% \times 10\% \times 100 = 67.19$	67.19	1.96
15、低保对象、残疾人保健	管理率 10%	117	$34.28 \times 8\% \times 10\% \times 117 = 31.88$	31.88	0.93
16、公民素养促进、避孕药具	健康素养监测、免费避孕药具发放	根据区健教所上年度在该项目支出预计本年度经费为 4 万元。		4	0.11
17、新冠疫情防控	做好常态化疫情防控	5	$34.28 \times 5 = 171.4$	171.4	5
合计				2297.15	67