

青云谱区卫生健康委员会

青云谱区财政局

青卫发〔2023〕94号

关于印发2023年度青云谱区基本公共卫生服务项目实施方案的通知

委各相关科室、委属各单位、各社区卫生服务机构：

根据国家卫生健康委、财政部、国家中医药管理局《关于做好2023年基本公共卫生服务工作的通知》（国卫基层发〔2023〕20号）、《关于印发2023年度江西省基本公共卫生服务项目实施方案的通知》（赣卫基层字〔2023〕7号）、《关于印发2023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〔2023〕21号）要求，为深入推进健康青云谱建设，进一步完善健康促进政策，持续提升基本公共卫生服务水平，不断增强人民

群众获得感和感受度，现将《2023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员会



青云谱区财政局



2023年12月5日

2023 年度青云谱区基本公共卫生 服务项目实施方案

为全面深入推进健康青云谱建设，进一步完善健康促进政策，持续提升基本公共卫生服务水平，根据国家卫生健康委、财政部、国家中医药管理局《关于做好 2023 年基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2023〕20 号）、《关于印发 2023 年度江西省基本公共卫生服务项目实施方案的通知》（赣卫基层字〔2023〕7 号）、《关于印发 2023 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〔2023〕21 号）有关要求，结合我区实际，制定本方案。

一、项目范围

全区所有常住人口（包括居住在本乡镇街道且户口在本乡镇街道或户口待定的人；居住在本乡镇街道且离开户口登记地所在的乡镇街道半年以上的人；户口在本乡镇街道且外出不满半年或在境外工作学习的人），按规定免费享受基本公共卫生服务。

二、2023 年项目工作绩效目标

（一）以街道（镇）为单位，居民规范化电子健康档案覆盖率达 62%以上，稳步提高服务质量和档案使用率。

（二）以街道（镇）为单位，适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率保持在 90%以上。

(三) 以街道(镇)为单位,新生儿访视率、7岁以下儿童健康管理率分别达到85%以上,0~6岁儿童眼保健和视力检查覆盖率达90%以上(儿童眼保健和视力检查覆盖数是从年初到统计时间点,辖区内接受1次及以上眼保健和视力检查的0~6岁儿童数,其中0~3岁儿童检查眼部是否有异常,4~6岁儿童检查视力)。

(四) 以街道(镇)为单位,孕产妇早孕建册率和产后访视率分别达到90%以上。(江西省孕产妇管理信息平台统计结果)

(五) 以街道(镇)为单位,65岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到62%以上。

(六) 以街道(镇)为单位,高血压和糖尿病患者规范管理率分别达到62%以上,全区管理高血压患者人数保持在2.17万人以上,管理糖尿病患者人数达到0.62万人以上。(各社区卫生服务机构任务详见附表1)

(七) 以街道(镇)为单位,社区在册居家严重精神障碍患者健康管理率达到80%以上,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(镇)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90%以上,规范服药率达到90%以上。

(九) 以街道(镇)为单位,0~3岁儿童中医药健康管理率为77%,65岁及以上老年人中医药健康管理率为70%以上。

(十) 以街道(镇)为单位,传染病、突发公共卫生事件报

告率分别达到 95%以上。

(十一) 以街道(镇)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,稳定普通人群签约率不低于 48%,重点人群签约率不低于 76%,疫情防控期间 65 岁以上标注为红色重点人群、黄色次重点人群签约服务覆盖率达 95%以上,力争签约重点人群中个性化签约服务达到 40%,重点人群履约率不低于 75%。

(十二) 卫生监督协管各专业巡查(访)2 次完成率达 90%以上。

(十三) 城区 35—59 岁妇女健康管理率保持在 10%以上。

(十四) 城区低保对象和残疾人健康管理率保持在 10%以上。

三、明确年度重点工作任务

2023 年基本公共卫生服务项目种类和数量总体不变,各街道(镇)重点在巩固落实现有项目、强化“一老一小”等重点人群健康管理服务,改善群众获得感和感受度上加强工作。

(一) 强化“一老一小”等重点人群健康管理服务。

1. 加强 65 岁及以上老年人健康管理。继续以老年人健康体检为抓手,加强开展“预约→体检→异常跟踪→检后干预→转诊→健康随访”工作闭环,做实做细老年人健康管理服务,加强上级医院或医共体牵头医院对基层医疗卫生机构的技术指导和质量控制,做好老年人健康体检报告分析和结果反馈,加强后续有针对性的健康指导、健康咨询、健康管理等服务。摸清辖区 65 岁及以上常住老年人底数,掌握重点、次重点、正常老年人具体情况,

及时对重点老年人开展个性化健康管理，建立并动态更新台账。广泛开展老年人健康管理服务宣传。充分调动社区、家庭、辖区驻地单位的积极性，动员符合条件的老年人主动利用基本公共卫生服务，积极接受老年人健康管理服务和中医药健康服务。对于未利用基本公共卫生服务开展健康体检的老年人，承担基本公共卫生服务任务的基层医疗卫生机构要主动了解老年人的健康状况，结合其他渠道开展健康体检的结果做好相应健康管理服务。鼓励有条件的地方继续开展老年人认知功能初筛服务，对筛查结果异常的老年人，指导其到上级医疗卫生机构复查。积极推动医养结合。针对老年人迫切需要的上门医疗服务，提供上门巡诊、家庭病床、护理等服务，特别要注重解决失能、重病、高龄老年人的刚性需求。鼓励有条件的基层医疗卫生机构，开展养老服务，增设养老床位，或与养老机构建立医养结合协作关系，为入住老年人提供预约就诊、急诊急救以及医疗巡诊、健康咨询、养生保健、康复指导等服务，切实做好老年人常见病、慢性病复诊和随访管理等服务。

2. 做实 0~6 岁儿童及孕产妇健康管理服务。根据《0~6 岁儿童健康管理服务规范》、《孕产妇健康管理服务规范》，为 0~3 岁儿童提供中医药健康管理服务，强化 3 岁以下婴幼儿健康养育照护和咨询指导，儿童生长发育和心理行为发育评估。为 0~6 岁儿童提供规范化、有质量的健康管理服务，促进吃动平衡，预防和减少儿童超重和肥胖，强化儿童视力检查、眼保健和近视防控、

口腔保健等指导和干预。对发现异常的，要指导到上级专业机构就诊，并做好后续跟踪随访。加强上级医疗机构和妇幼保健机构对基层医疗卫生机构的指导，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。充分利用江西省孕产妇管理信息平台，做好新生儿家庭访视、早孕建册和产后访视工作。

（二）提升高血压、2型糖尿病等慢性病患者健康管理服务质量。完成高血压、2型糖尿病患者健康管理任务（见附件1），推动二级以上医院或县域医共体牵头医院与基层医疗卫生机构建立上下联动、分层分级管理机制，基层机构实行慢病诊前、诊中、诊后医防融合管理机制，全区不低于60%的社区卫生服务中心成立慢病综合门诊。对于血压、血糖控制稳定的，由基层医疗卫生机构按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《国家基层高血压防治管理指南》和《国家基层糖尿病防治管理指南》等提供健康管理服务；对于控制不稳定或不适合在基层诊治的，经转诊到上级医疗机构明确诊断并通过系统治疗稳定后，上级医疗机构要及时将患者转诊至常住地辖区的基层医疗卫生机构接受后续的随访管理服务；对开展高血压、2型糖尿病患者健康管理的家庭医生团队或家庭医生，支持按照服务数量和质量参与基本公共卫生服务经费分配；对同时患有高血压、2型糖尿病等多种慢性疾病的患者，要创新手段积极推进开展多病共管服务，提高健康管理协同服务、融合服务的质量和效率。

（三）提高电子健康档案利用效率和质量。要有效发挥居民健康档案在家庭医生签约服务和居民全流程健康管理中的基础性支撑作用，加强对电子健康档案的质量控制，开展居民健康档案核查和清理规范工作，清理工作按照辖区常住人口身份信息开展，主要包括对已死亡、失访等信息在居民健康档案中注销，对迁入、迁出辖区的要联系迁往地，并做好档案的迁移交接；对身份证号码错号、姓名、性别失真等进行核查清理。提高信息录入的时效性、完整性和准确性。要通过家庭医生签约平台客户端或其他各种途径广泛宣传电子健康档案“记录一生、服务一生”的理念，结合实际开展“晒晒我的健康账户”、“口袋里的健康档案”等形式，充分调动居民参与记录、更新、使用电子健康档案的积极性。要依托居民健康档案管理平台量化医务人员服务数量、履约质量和履约效果，并与绩效评价结合，实现精细化、高效化管理。同时严格执行信息安全和健康医疗数据保密规定，加强数据应用服务的信息防护，确保信息安全。

（四）统筹做好基层疫情防控。充分发挥基层医疗卫生机构哨点作用，指导基层医疗卫生机构规范开展传染病及突发公共卫生事业报告和处置。落实好国家免疫规划，加强疫苗接种人员培训，提升基层疫苗接种服务质量，保证适龄儿童及时、全程接种疫苗。继续按照统一部署做好目标人群新冠病毒疫苗接种工作。继续按照《新冠重点人群管理服务和健康监测指南》，分类分级对重点人群服务落实“六个到位”，把重点人群防护工作做实做

细，加强日常管理服务和健康监测，确保对重症高风险人群早发现、早识别、早干预，为防重症发挥基础性作用。

四、做实做细家庭医生签约服务

综合考虑当地基层卫生人力资源、经济发展水平、服务人口、地理状况等，结合本年度南昌市家庭医生签约服务民生实事项目相关要求，科学测算基本公共卫生服务成本，明确纳入家庭医生签约服务包中的基本公共卫生服务内容和相应的经费额度，支持家庭医生（团队）为签约的重点人群和高血压、2型糖尿病等慢性病患者提供签约服务，落实医防融合的综合服务，并根据服务数量和质量，在开展家庭医生签约服务绩效评价后及时拨付相应经费。丰富家庭医生签约服务内涵，充分利用居民健康体检或随访中异常指标做好各类重点人群的健康管理服务。同时根据签约居民不同健康需求，结合自身服务特点丰富签约服务内涵，提供个性化服务。提高家庭医生履约质量，开展家庭医生岗位练兵和技能竞赛活动，强化“5.19”世界家庭医生日宣传。依托基层卫生能力建设培训项目，高血压、糖尿病管理指南学习培训平台，组织基层医务人员定期不定期学习，提升家庭医生开展常见病、多发病诊疗服务能力及慢性病健康管理水平，夯实家庭医生服务队伍。提升家庭医生签约服务吸引力，开展组合式签约服务，落实县域医共体、医联体牵头医院将至少三分之一的门诊号源和四分之一的住院床位向家庭医生签约服务团队或基层医疗卫生机构下沉，对经家庭医生转诊的签约居民，建立绿色通道，优先就

诊、检查、住院。

五、项目资金筹集、拨付、结算与使用

（一）明确经费补助标准，财政事权和支出责任。

2023年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为91元（含原基本公共卫生服务项目82元+原重大公共卫生服务、计划生育服务项目中平移基本公共卫生服务项目9元），新增5元重点支持地方强化对老年人、儿童的基本公共卫生服务。2020年-2022年累计增加的人均15元基本公共卫生服务财政补助经费，继续统筹用于基本公共卫生服务和基层医疗卫生机构开展疫情防控有关工作，重点支持做实做细新冠重点人群健康管理服务，加强传染病及突发公共卫生事件报告和处理，按照服务规范提质扩面，优化服务内容等工作。

原基本公共卫生服务资金青云谱区服务人口每人每年82元的标准落实，具体支出责任为：中央负担48元/人，省级负担17.4元/人，市级负担1元/人，区财政负担15.6元/人。9元部分具体支出责任为：中央负担5.4元/人，省级负担2.16元/人，各县（区、管理局）负担1.44元/人。

严格落实《关于印发江西省卫生健康委项目资金管理暂行办法的通知》（赣卫财务字〔2022〕4号）和经费筹集标准按照《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）和《江西省人民政府关于印发调整省与市县收入划分改革推进方

案的通知》（赣府字〔2020〕91号）要求，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。

（二）做好资金安排、拨付与结算工作。

区财政、卫生健康委要认真落实有关要求，明确年度绩效目标任务并及时分解下达，加快资金拨付和执行进度，加强资金监管，确保资金安全。对发现有存疑资金的，要按要求立刻上报，不得擅自分配处置。持续推动采取“提前预拨、考核结算”的方式，结算资金与项目任务完成情况挂钩。区财政应及时足额将项目资金下达至项目实施单位。

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，由县级卫生健康行政部门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。

镇卫生院根据实际情况科学合理分配镇、村两级基本公共卫生服务任务并做好政策培训，鼓励有能力的乡村医生协助镇卫生院承担部分基本公共卫生服务，可采取“先预拨、后结算”的方式，原则上由乡镇卫生院在收到基本公共卫生服务补助资金一个月内，按照村卫生室承担任务的70%的比例预拨相应资金，根据任务完成情况，按月或按季度绩效评价后及时拨付相应资金，严禁克扣、挪用。

（三）规范资金使用范围、明确年度绩效目标。

区财政、卫生健康委应严格落实《财政部 国家卫生健康委 国家医保局 国家中医药局 国家疾控局关于修订基本公共卫生服务等5项负担资金管理的通知》（财社〔2022〕31号）和《关于印发江西省卫生健康委项目资金管理的通知》（赣卫财务字〔2022〕4号），制定本地资金管理实施细则，规范项目资金职责分工、资金分配、管理使用、预算执行绩效评价、监督管理等。2023年基本公共卫生服务绩效目标已随《南昌市财政局 南昌市卫生健康委员会关于下达2023年基本公共卫生服务中央补助资金预算的通知》（洪财社指〔2023〕39号）下达，明确年度区域基本公共卫生服务项目绩效目标，逐级确定任务并及时下达。统筹把握好基本公共卫生服务任务和经费执行进度，对各类服务项目做好经费测算，规范资金分配、使用，定期报送基层医疗机构落实基本公共卫生服务项目进展情况，加强数据质量控制，确保半年度和年度任务如期顺利完成，履行好区级评价与监管主体责任，保障财政资金安全有效，保障人民群众健康权益。区级资金落实情况，由区财政部门会同区卫生健康行政部门于2024年1月2日前分别报送市财政局社会保障科和市卫生健康委基层卫生健康科（见附件2）。

六、加强项目绩效管理

要进一步发挥绩效评价的导向作用，将基本公共卫生服务经费落实情况以及乡村医生负担落实情况、绩效目标落实情况、重点人群健康管理服务质量和效果、电子健康档案利用效率和质量、

群众满意度等作为绩效评价的重要内容。强化日常评价和年终评价相结合，探索建立日常绩效评价的常态化机制，全面落实将区级复评与机构初评结果的一致性纳入绩效评价。巩固线下、线上结合开展绩效评价的方式方法，切实提高绩效评价质量和效率。鼓励采用多种方式将居民满意度调查问卷和反馈结果嵌入服务流程中，对绩效评价中的弄虚作假行为要依纪依规加大惩戒力度。加大对基层医疗卫生服务机构开展基本公共卫生服务真实性和完整性检查力度，对基本公共卫生服务中弄虚作假的现象零容忍。加强绩效结果应用，确保提高财政资源配置效率和资金使用效益。

七、规范基本公共卫生服务管理

要充分发挥基本公共卫生项目领导小组或协调工作组作用，定期监督项目实施进度和质量，及时发现和解决项目工作中存在的困难和问题，提高项目实施的科学性和有效性，区卫生健康行政部门要做好统筹协调工作。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。区卫生健康行政部门要科学合理确定乡、村两级工作内容、服务任务与要求及经费标准，制定具体明确的基本公共卫生服务项目实施方案与绩效考核方案。加强对基本公共卫生服务的日常管理，充分发挥疾病预防控制、妇幼保健等专业机构作用，加强人员培训及对承担任务的医疗卫生机构的督促和指导，持续抓好健康教育和健康素养促进。提高宫颈癌、乳腺癌筛查目标人群覆盖率和筛查质量。引导医疗卫生机构将重点人群健康管理、电子健康档案使用等项目

服务统筹提供，提高服务的系统性和连续性。加强基本公共卫生服务与家庭医生签约服务、县域信息化建设等工作的协同，为提高基本公共卫生服务效率和绩效评价质量提供基础。提高基本公共卫生服务精细化管理水平，完善绩效分配激励机制，调动承担服务的医疗卫生机构和医务人员的积极性。广泛利用传统媒体和新媒体，通过多种途径和群众喜闻乐见的方式，持续加强基本公共卫生服务宣传，扩大基本公共卫生服务的影响力和实施效果。

- 附件：1. 2023 年各机构高血压和糖尿病患者管理任务
2. 青云谱区 2023 年度基本公共卫生服务项目内容
3. 青云谱区 2023 年度基本公共卫生服务项目补助经费
测算表（参考）

附件 1

2023 年青云谱区各社区卫生服务机构 高血压和糖尿病患者管理任务

机构	人口数	高血压管理人数	糖尿病管理人数
青云谱区	357400	21700	6200
京山街道社区卫生服务中心	42956	2608	745
建东社区服务站	6360	386	110
五粮电社区服务站	3057	186	53
象湖社区服务站	4403	267	76
徐坊社区服务站	5637	342	98
象湖园社区服务站	5737	348	100
三家店街道昌南社区卫生服务中心	50630	3075	878
南莲社区卫生服务站	6980	425	121
青云谱镇卫生院	30473	1850	529
洪惠社区卫生服务站	2300	140	40
岱山街道社区卫生服务中心	36421	2211	632
迎宾社区卫生服务站	6544	397	114
梨园北社区卫生服务站	7195	437	125
梨园南社区卫生服务站	6580	400	113
徐家坊街道社区卫生服务中心	55090	3345	956
解西东社区卫生服务站	4730	287	82
塔子桥社区卫生服务站	4185	254	73
建西社区卫生服务站	5360	325	93
曙光社区卫生服务站	4385	266	76
洪都街道社区卫生服务中心	56852	3452	986
洪翔社区卫生服务站	6315	383	110
洪招社区卫生服务站	5210	316	90

附表 2

青云谱区 2023 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、居民健康档案管理、应用	全区所有常住人口	1.1 规范化电子健康档案 1.2 健康档案维护管理 1.3 居民电子健康档案推送	1.1 新建和规范化电子健康档案。规范化电子健康档案：电子健康档案管理系统中完成健康档案封面和个人基本信息表，规范记录健康体检结果、重点人群健康管理记录，以及其他医疗卫生服务记录等的档案。居民规范化电子健康档案覆盖率 $\geq 62\%$ 以上。 1.2 健康档案维护管理。将居民的卫生健康服务信息及时、保质保量录入电子健康档案，稳步提高服务质量和档案使用率。 1.3 电子健康档案经居民本人授权实现在线调阅和面向居民本人开放使用，提高电子健康档案推送利用率。 补助标准：新建、更新、维护档案 1 元/人份。
2、健康教育	辖区内居民	2.1 提供健康教育印刷资料 2.2 播放健康教育音像资料 2.3 设置健康教育宣传栏 2.4 开展公众健康咨询活动 2.5 举办健康知识讲座 2.6 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。

			<p>补助标准：按服务人口年人均补助 5.15 元(含区级统筹 4.15 元/人及按服务人口 1 元/人下拨社区卫生服务机构，完成两慢病一体化门诊建设的中心增拨 5000 元/家用于慢病宣传)</p>
3、预防接种	辖区适龄儿童及其他重点人群	<p>3.1 预防接种管理</p> <p>3.2 预防接种</p> <p>3.3 疑似预防接种异常反应处理</p>	<p>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；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。</p> <p>发现疑似预防接种异常反应，按照《全国疑似预防接种异常反应监测方案》的要求进行处理和报告。</p> <p>每半年对辖区内儿童的预防接种卡（证）进行一次核查和整理，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。出生一周内，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。可与产后访视一并进行。补助标准 50 元/人次。</p> <p>4.2 开展新生儿满月健康管理。出生后 28-30 天，结合疫苗接种，在社区卫生服务中心（卫生院）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。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。</p> <p>为 0~6 岁儿童开展眼保健和视力检查，其中 0~3 岁儿童检查眼部是否有异常，4~6 岁儿童检查视力补助标准 5 元/人次；为 4-6 岁儿童每年开展一次口腔指导和保健补助标准 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 85%以上，0~6 岁儿童眼保健和视力检查覆盖率达 90%以上。</p> <p>补助标准：补助标准 430 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>为孕早期妇女开展健康检查，包括血常规补助标准 10 元/人次、尿常规补助标准 9 元/人次、血型补助标准 8 元/人次、乙肝两对半补助标准 20 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）检查补助标准 20 元/人次、肾功能检查（血清肌酐、血尿素氮、尿酸）补助标准 15 元/人次，提供彩超检查补助标准 54 元/人次。</p> <p>5.2 孕中期健康管理。2 次孕中期健康教育和指导。包括孕妇健康状况评估，生活方式、心理、运动和营养指导，告知和督促孕妇进行预防出生缺陷的产前筛查和产前诊断。补助</p>

			<p>标准 15 元/人次*2 次。</p> <p>5.3 孕晚期健康管理。2 次孕晚期健康教育和指导，并发症、合并症防治指导。补助标准 15 元/人次*2 次。</p> <p>指导孕妇到有助产技术服务资质的医疗卫生机构进行孕中、晚期各 2 次产前随访，其中血常规补助标准 10 元/人次*4 次、尿常规补助标准 9 元/人次*4 次，提供彩超检查补助标准 54 元/人次*4 次。</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 50 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 54 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>补助标准不超过 652 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 岁及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 岁及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、尿常规补助标准 9 元/人次、血常规补助标准 10 元/人次、空腹血糖补助标准 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（肝胆脾胰、双肾，男性加前列腺、女性加子宫、附件）补助标准彩超 68 元/人次，黑白超 24 元/人次。</p> <p>6.3 健康指导。告知评价结果并进行相应健康指导。</p> <p>65 岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率达到 62%以上。</p>

			补助标准不超过 210 元/人/年 。
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>以医防融合服务团队为主体，为高血压患者提供预约、筛查、建档、随访、健康教育等服务，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 筛查和随访评估。对确诊的 35 岁以上原发性高血压患者进行登记管理，每年要提供至少 4 次面对面随访。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，计算体质指数，询问上次随访到本次随访期间的疾病情况和生活方式，了解患者的服药情况，完成随访评估；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 180 元。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不少于 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。（单纯高血压重点人群体检以 7.1.2.1 为主，多重身份居民为避免重复体检可选 7.1.2.2，当年内体检套餐只能二选一）</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判断补助标准 20 元/人。开展尿常规补助标准 9 元/人、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、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 72 元/人、尿微量白蛋白测评化学发光法、散射速率法补助标准 24 元/人。</p> <p>7.1.3 干预控制。血压控制满意为按规范要求最近一次随访的血压，一般高血压患者血压降至 140/90mmHg 以下；≥65 岁老年高血压患者的血压降至 150/90mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90mmHg 以下；一般糖尿病或慢性肾病患者的血压控制目标可以在</p>

			<p>140/90mmHg 基础上再适当降低（收缩压和舒张压同时达标），失访则判定为未达标。高血压患者规范管理率达 62%以上。</p> <p>合计补助标准不超过 302 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 型糖尿病患者	<p>7.2.1 筛查随访管理、自我管理</p> <p>7.2.2 健康体检</p> <p>7.2.3 干预控制</p>	<p>以医防融合服务团队为主体，为糖尿病患者提供预约、筛查、建档、随访、健康教育等服务，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。</p> <p>7.2.1 筛查和随访评估。对确诊的糖尿病患者进行登记管理，每年提供 4 次免费空腹血糖检测，至少进行 4 次面对面随访，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：测量空腹血糖和血压并进行健康评估、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 180 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。（单纯糖尿病重点人群体检以 7.2.2.1 为主，多重身份居民为避免重复体检可选 7.2.2.2，当年内体检套餐只能二选一）</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。开展尿常规补助标准 9 元/人、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 38 元/人、血清胰岛素测定化学发光法补助标准 32 元/人、血清 C 肽测定化学发光法补助标准 32 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，按规范要求最近一次随访的空腹血糖 $\leq 7\text{mmol/L}$ 为控制满意，若失访则判断为未达标。</p>

			糖尿病患者规范管理率达到 62%以上。 合计补助标准不超过 352 元/人/年。
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	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,随访应对患者进行危险性评估,检查患者的精神状态,询问和评估患者的躯体疾病、社会功能情况,用药情况及各项实验室检查结果等。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:随访管理 50 元/人次,人均 200 元。 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。包括一般体格检查补助标准 10 元/人次、血常规(含白细胞分类)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。 健康管理率达到 80%以上,规律服药率达到 50%以上。 合计补助标准不超过 303 元/人年。
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)	9.1 筛查和推介转诊 9.2 第一次入户随访 9.3 督导服药和随访管理 9.4 结案评估	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。 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。 9.2 开展第 1 次入户随访。每例 100 元。 9.3 督导服药和随访管理。 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

			<p>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 90%以上，规则服药率达 90%以上。</p> <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）</p>
10、中医健康管理	辖区内 65 岁以上老年人、0-3 岁儿童	<p>10.1 老年人中医药健康管理</p> <p>10.2 儿童中医药健康管理</p>	<p>10.1 老年人中医药服务。对 65 岁及以上老年人提供 1 次中医药健康管理服务，包括中医体质辨识和中医药保健指导，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。老年人中医药健康管理率\geq70%。补助标准 25 元/人。</p> <p>10.2 0-36 个月儿童中医药健康管理。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。包括向家长提供中医饮食调养、起居活动指导；在儿童不同月龄传授家长摩腹、捏脊、穴位按摩等指导，0-3 岁儿童中医药健康管理率\geq77%。补助标准 25 元/人次。</p>
11、传染病及突发公共卫生事件报告和处置	辖区内服务人口	<p>11.1 风险排查</p> <p>11.2 传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、信息报告和处理</p> <p>11.3 协助上级专业机构做好结核病和艾滋</p>	<p>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。</p> <p>11.2 首诊医生在诊疗中发现传染病病人及疑似病人后，按要求填报《中华人民共和国传染病报告卡》和/或《突发公共卫生事件相关信息报告卡》；在规定时限内采取网络直报或电话、传真等最快捷的方式进行报告，同时向区疾控报送报告卡，发现报告错误或漏报的，及时订正及补报。按照规范要求对传染病病人、疑似病人采取隔离、医学观察等措施，对突发公共卫生事件伤者进行急救，及时转诊。书写医学记录并妥善保管，按要求做好个人防护和感染控制，严防疫情传播；做好传染病密切接触者和健康危害暴露人员的管理；协助开展流行病学调查；做好疫点疫区处理；协助开展应急接种和预防性服药，应急药品</p>

		病患者管理的有关工作。	和防护用品分发等工作，并提供指导；开展相关知识技能和法律法规的宣传教育。 11.3 协助上级专业防治机构做好结核病和艾滋病患者的宣传、指导服务以及非住院病人的治疗管理工作，相关技术要求参照有关规定。 传染病和突发公共卫生事件的报告率分别达到 95%以上。 补助标准：按服务人口年人均补助 1 元。
12、卫生计生监督协管	辖区内居民	12.1 食源性疾 病及相关信息 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 病及相关信息报告。发现或怀疑有食源性疾 病、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。协助卫生计生监督执法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；协助有关专业机构开展业务培训。 12.3 学校卫生服务。协助卫生计生监督执法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计生监督执法机构报告。 12.5 计划生育相关信息报告。协助卫生计生监督执法机构定期对辖区内计划生育机构计 划生育工作进行巡查，协助对辖区内与计生相关的活动开展巡访，发现相关信息及时报 告。 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；卫生计生监督协管各专 业巡查（访）2 次完成率达 90%。 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。组建以全科医生为主体的家庭医生团队，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。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， 稳定普通人群签约率不低于 48%，重点人群签约率不低于 76%，疫情防控期间 65 岁以上标 注为红色重点人群、黄色次重点人群签约服务覆盖率达 95%以上，力争签约重点人群中个 性化签约服务达到 40%，重点人群履约率不低于 75%。

			<p>丰富家庭医生签约服务内涵，充分利用居民健康体检或随访中异常指标做好各类重点人群的健康管理服务。同时根据签约居民不同健康需求，结合自身服务特点丰富签约服务内涵，提供个性化服务。</p> <p>补助标准：加大对全市 65 岁以上红色重点人群、黄色次重点人群签约服务工作的投入，按照每月履约一次，在基本公共卫生服务和医保基金分别人均补助 20 元和 3 元，一般重点人群签约补助 35 元/人/年的基础上，市、县区财政增加投入，将红色重点人群、黄色次重点人群签约经费增加到 70 元/人/年。（依据：《南昌市 2023 年家庭医生签约服务民生实事项目工作方案》）</p>
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	<p>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，超声检查妇科(含子宫、附件、膀胱及周围组织)彩色超声 54 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。</p> <p>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（彩超，双侧乳腺）补助标准 20 元/双侧乳腺。管理率达 10%以上，合计年补助标准 124 元/人。</p>
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	<p>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，包括全身体格检查补助标准 10 元/人、尿常规补助标准 9 元/人次、血常规补助标准 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、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/人、肾功能（血清肌酐、血尿素氮、尿酸）补助标准 15 元/人、心电图检查补助标准 10 元/人次、B 超（检查肝、胆、脾、胰、双肾，男加前列腺、女加子宫、附件）彩超补助标准 54 元/人次，黑白超 20 元/人次。全身体格检查包括身高、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，合计年补助标准不超过 166 元/人。</p>

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。各机构开展基本公共卫生服务工作应在《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》和《基本公共卫生服务项目实施方案》要求下展开。

附表 3:

青云谱区 2023 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、居民健康档案管理、应用	居民规范化电子健康档案覆盖率 $\geq 62\%$ 以上	更新、维护档案 1 元/人份	$35.74 \times 90\% \times 50\% \times 1 = 16.083$ (90%的建档率和 50%的动态使用率在绩效考核方案中已不做要求, 仅作为资金测算依据使用)	16.082	0.45
2、健康教育	按规范执行	5.15(含区级统筹 4.15 元/人及按服务人口 1 元/人下拨社区卫生服务机构)	$35.74 \times 5.15 = 183.857$ (建设完成慢病一体化门诊的中心增拨 5000 元/家用于慢病宣传)	183.857	5.15
3、预防接种	接种率 $\geq 90\%$	1.8(疾控根据日常接种情况测算)	$35.74 \times 1.8 = 64.332$	64.332	1.8
4、儿童健康管理	健康管理率达 85%以上	430 元/6 年	$35.74 \times 8.95\% \times 85\% \times 430/6 = 194.86$	194.86	5.45
5、孕产妇健康管理	系统管理率达 90%以上	652	$0.23 \times 90\% \times 652 = 152$	134.96	3.78
6、老年人健康管理	规范健康管理服务率达到 $\geq 62\%$	210	$35.74 \times 10.7\% \times 62\% \times 210 = 497.91$	497.91	13.9
7、慢性病(高血压)患者健康管理	目标管理人数 2.17 万, 规范管理率 $\geq 62\%$, 控制率 $\geq 50\%$	管理 302	$2.17 \times 302 = 655.34$	655.34	18.34

8、慢性病（糖尿病）患者健康管理	目标管理人数 0.62 万人，规范管理率 \geq 62%，控制率 \geq 50%	管理 302	$0.62 \times 302 = 187.24$	187.24	5.24
9、严重精神障碍患者管理	健康管理率 \geq 80%	303	$35.74 \times 4.8\% \times 80\% \times 303 = 41.58$	41.58	1.16
10、结核病健康管理	发现、报告、推介转诊约 200 例，管理率达到 90%以上	推介转诊 50 随访管理 145 村级督导管理 38	$200 \times 0.058 = 11.6$	11.6	0.33
11、传防及突发公卫事件处置	按规范执行（含疫情防控经费）	1	$35.74 \times 1 = 35.74$	35.74	1
12、中医药健康管理	65 岁及以上老年人中医药健康管理率 \geq 70%	25 元/年	$35.74 \times 10.7\% \times 70\% \times 25 = 66.9$	128.41	3.59
	0-3 岁儿童中医药健康管理率 \geq 77%	25 元 \times 2 次/年	$35.74 \times 4.47\% \times 77\% \times 25 \times 2 = 61.51$		
13、卫生监督协管	按规范执行	2	$35.74 \times 2 = 71.48$	71.48	2.00
14、家庭医生签约	普通人群签约率不低于 48%，重点人群签约率不低于 76%	基本公共卫生服务人均补助 20 元，一般重点人群签约补助 35 元/人/年。	$35.74 \times 48\% \times 20 = 343.11$ （普通人群） $100000 \times 76\% \times 15 = 114$ （重点人群） （2022 年各类重点人群签约数约 10 万）	457.11	12.9
15、妇女保健、低保和残疾人保健	管理率 10%	2 元/人	$35.74 \times 2 = 71.48$	71.48	2
16、疫情防控		5 元/人	$35.74 \times 5 = 178.7$	178.7	5

合计				2930.68	82
----	--	--	--	---------	----

备注：1、各类重点人群占比（目标数）来自市卫健委下发的2023年全省各类人群基础数据表

2、家庭医生签约补助经费标准来源《关于印发南昌市2023年家庭医生签约服务民生实事项目工作方案的通知》（洪卫基卫字〔2023〕11号）