— 3 —

附件

# “健康三明”体系建设（慢性病一体化管理）

2018 年度绩效考核评分标准

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  |  |  | ①有成立基本公共卫生服务项目领导小组与慢病管理技 |  |  |
|  |  |  |  | 术指导组得 1 分，未成立领导小组扣 0.5 分，未成立技术 |  |
|  |  | ①成立相应 |  | 指导组扣 0.5 分； |  |
|  |  | 的慢性病管  理工作领导 | 3 | ②县、乡两级成立精神卫生工作领导小组或制订部门协调  机制，且本年度内至少召开过 2 次工作协调会议的，得 2 | 查阅相关文件资料 |
|  | 1.成立公 | 小组 |  | 分，未成立工作领导小组或制订协调机制且未召开有关会 |  |
| （一）组织 管 理  （12 分） | 共卫生服务工作机构，建立相  应工作机 |  |  | 议的，扣 2 分；其他情况，每少 1 个乡镇（街道）扣 0.5  分，扣完为止。 |  |
|  |  | ①有制定基层高血压防治管理制度、Ⅱ型糖尿病一体化管  理工作方案，得 1 分； |  |  |
|  | 制 | ②制订相应的慢性病管理工作制度 | 3 | ②工作方案中有设置具体工作流程的，得 0.5 分；  ③工作方案中有明确建立高血压、Ⅱ型糖尿病患者双向转诊制度的，得 0.5 分；  ④有指定专人负责基层高血压防治管理工作的得 0.5 分； | 查阅相关文件资料 |
|  |  |  |  | ⑤将高血压防治管理与Ⅱ型糖尿病一体化管理工作纳入 |  |
|  |  |  |  | 年终考评的，得 0.5 分。 |  |

— 4 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  |  |  | ①有建立基层高血压防治与Ⅱ型糖尿病防治质控网络的， |  |  |
| ③建立县、乡、村三级慢性病管理网络 | 2 | 且每季度均有组织至少 1 次的专科医生下基层指导的，得  1 分，未建立基层高血压防治与Ⅱ型糖尿病防治质控网络的此项不得分，已建立质控网络但医生下基层指导工作次数不达标的，每缺少一次扣 0.5 分，1 分扣完为止；  ②县（市、区）设有精神专科医院或至少一所综合医院中 | ①查阅下基层指导的相关资料（有图片的需注明日期）  ②查阅相关资料 |
|  |  | 设立了精神科的，得 1 分，未按要求设置的，此项不得分。 |  |
|  |  |  | 查阅宣传资料；查看宣传 |  |
|  |  |  | 栏及健康教育知识讲座 |
|  |  |  | 内容。宣传形式包括：电 |
|  |  |  | 视、微博、微信、宣传海 |
|  |  |  | 报、宣传手册、健康教育 |
|  |  |  | 处方等，健康教育形式 |
|  |  |  | 有：集体教育，包括小组 |
|  |  |  | 教育和大课堂教育；个体 |
| ④开展专题健康宣传工  作 | 2 | 有开展各种形式慢性病健康教育与健康促进宣传活动得 2  分。少一种形式的健康教育宣传活动扣 0.2 分，扣完为止； | 教育，指高血压、糖尿病教育者与患者进行一对  一的沟通和指导，适合一 |
|  |  |  | 些需要重复练习的技巧 |
|  |  |  | 学习，如自我测血压、自 |
|  |  |  | 我注射胰岛素、自我血糖 |
|  |  |  | 监测（SMBG）；远程教育， |
|  |  |  | 通过手机或互联网向糖 |
|  |  |  | 尿病患者传播糖尿病自 |
|  |  |  | 我管理健康教育相关资 |
|  |  |  | 讯。 |

— 5 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  | ⑤落实强制 |  | 落实在各级各类精神专科医院（综合医院精神科）住院患者救治救助正常结算后所欠费用，得 2 分，每少 10%扣 0.5 分，扣完为止。 | 各级各类精神专科医院  （综合医院精神科）反馈的欠费情况 |  |
| 医疗、“三无 |  |
| 人员”、肇事  肇祸的严重 | 2 |
| 精神障碍患 |  |
| 者治疗经费 |  |
|  |  |  |  | ①完成家庭医生签约服务团队组建工作的，得 1 分，未组 |  |  |
|  |  | ①团队组建与政策制定 | 2 | 建的，此项不得分；  ②已制定具体的一体化管理服务包，且服务包有普通服务  包与个性化服务包两种的，得 1 分，未制定的此项不得分， | 查阅相关文件资料 |
|  |  |  |  | 已制定但内容不齐全的扣 0.5 分。 |  |
|  |  |  |  | ①对辖区内已纳入健康管理的高血压患者和Ⅱ型糖尿病 |  |  |
|  |  |  |  | 患者开展（一体化管理服务包）签约服务，签约率≥80%， |  |
| （二）健康 管 理  （28 分） | 2.开展家庭医生签约服务 | ②签约与履约情况 | 6 | 得 2 分，签约率未达 80%的，每下降 1 个百分点扣 0.5 分，  2 分扣完为止；  ②抽查高血压、Ⅱ型糖尿病患者已签约对象的履约情况， 履约率达 100%的，得 2 分，发现 1 人履约不到位的，扣 1 分，2 分扣完为止；  ③Ⅱ型糖尿病患者通过一体化慢病管理服务包管理比例 | ①查阅各机构一体化签约服务包  ②随机抽取高血压、Ⅱ型糖尿病患者健康档案各20 份进行核查，并通过  现场或电话核实履约情 |
|  |  |  |  | ≥25%的，得 2 分，低于 25%的，此项不得分。 | 况。 |
|  |  |  |  | 〔计算公式：Ⅱ型糖尿病患者通过一体化慢病管理服务包 | ③根据信息系统和报表 |
|  |  |  |  | 管理的比例（%）=辖区内Ⅱ型糖尿病患者通过一体化慢病 | 计算健康管理率 |
|  |  |  |  | 服务包管理的人数/辖区内确诊的Ⅱ型糖尿病患者的人数 |  |
|  |  |  |  | ×100%〕 |  |

— 6 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  | 3.开展健康扶贫工作 | ①政策知晓情况 | 2 | 建档立卡贫困人口签约知晓率达 100%得 2 分，未达 100%， 此项不得分。 | ①查阅各机构建档立卡贫困人口签约台账  ②随机抽取建档立卡贫困人口 10 份进行核查， 并通过现场或电话核实  履约情况。 |  |
| ②签约与履约情况。 | 4 | ①建档立卡贫困人口签约率（应签尽签）达 100%得 2 分， 未达 100%，此项不得分；②建档立卡贫困人口履约率达100%，得 2 分，未达 100%，此项不得分。 |  |
| 4.基层信息化建设情况 | ①信息互联互通情况。 | 1 | 实现一体化的村卫生所要实现基层卫生信息系统全覆盖， 且实现县乡村医疗、公共卫生信息互通共享，得 1 分。 | 查阅相关文件资料，并结合实地考察情况。 |  |
| ②居民健康管理平台建设情况。 | 2 | ①辖区内所有基层医疗卫生机构（指社区卫生服务中心和乡镇卫生院）均已配备“健康一体机”，配备率达 100%， 得 1 分，少一家扣 0.3 分，1 分扣完为止；  ②已纳入一体化管理的村卫生所及医养结合服务站“健康一体机”配备率达 50%，得 1 分，每降低 5%扣 0.3 分，扣  完为止。 | 查阅设备购置台账，现场查看设备配备与使用情况。 |  |
| ③健康三明APP 普及应用情况。 | 2 | 健康三明 APP 分为医疗服务云、个人健康云，分别服务基层医生、民众。  ①医疗服务云 APP 注册使用医生占参与家签团队医生总人数比例达 50%，得 1 分；  ②以基层医疗机构为阵营，面向群众切实做好个人健康云  APP 普及应用，个人健康云 APP 注册使用人数占该辖区常  住居民数比例达 5%，得 1 分。 | 以健康三明系统平台导出实际数据为准 |  |

— 7 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  |  |  | ①2018 年 6 月 30 日前完成辖区内基层医疗卫生机构所有 | ①登录国家心血管病中心官方网站  （[www.nccd.org.cn](http://www.nccd.org.cn/)）， 进入“国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室”在线培训平台查阅查阅有关文件、资料。  ②查阅有关文件、资料。培训资料包括有培训通 知、签到表、教材或课件、  小结(含照片)等。 |  |
|  |  |  | 医生（含村医）、公卫人员通过《国家基层高血压防治管 |
|  | ①开展高血压、Ⅱ型糖尿病管理培训全覆盖 | 5 | 理指南》在线学习和测试，并获得培训证书的得 1 分，每  缺少 1 人扣 0.2 分，扣完为止。  ②有开展《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《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》培训，得 2 分，缺一种培训内容扣 1 分，2 |
|  |  |  | 分扣完为止；培训对象包括辖区内所有的基层医疗卫生机 |
| 5.管理培 |  |  | 构的，得 2 分，缺 1 家扣 0.3 分。 |
| 训情况 |  |  |  |
|  |  |  | 每 10 万人口精神科执业（助理）医师数量不低于 3.8 名。 | 查看内页资料（需提供相关文件，有资质医生证明材料）  （县（市、区）共有精神科执业（助理）医师人， 每 10 万人口精神科执业  （助理）医师名；2018 年计划转岗培训人，实际  接受培训人。） |  |
|  |  |  | 其中： |
|  | ②开展精神  科医师培养 | 2 | ①每 10 万人口精神科执业（助理）医师数量达标的，得 1  分。每 10 万人口少 0.1 名扣 0.2 分，扣完为止； |
|  |  |  | ②接受 2018 年精神科医师转岗培训任务，得 1 分,未接受 |
|  |  |  | 的全扣。 |

— 8 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  | 6.免费送药服务落实情况 | 基层医疗机构主动为已管理的高血压、Ⅱ型糖尿病患者免费配送基本药  物。 | 2 | ①辖区内所有基层医疗卫生机构（指乡镇卫生院、社区卫生服务中心）和已纳入一体化管理 50%的村卫生所及医养结合服务站主动为辖区已管理高血压、Ⅱ型糖尿病患者提供门诊特殊病种基本药物的，得 1 分，未提供此服务的该项不得分；  ②按规范化管理要求送药到位，得 1 分，发现 1 人未规范  送药扣 0.3 分，扣完为止。 | 查阅免费领取特殊病种基本药物相关资料，随机抽查 5 份不失访档案，通过电话核查。 |  |
| （三）管理 效 果  （60 分） | 7.开展疾病筛查工作 | ①疾病筛查情况 | 3 | 每年免费为辖区内 35 岁及以上常住居民测量 1 次血压与  血糖进行筛查，筛查率达 80%以上，得 3 分，每减少 1 个  百分点扣 0.5 分，扣完为止。〔筛查率=辖区内 35 岁及以  上常住居民至少测量 1 次血压和血糖的人数/辖区内 35 岁  及以上常住居民数×100%〕 | 随机抽取 2 家基层医疗卫生机构，再从被查基层医疗机构中分别随机抽取20 份35 周岁以上得居民健康档案作为现场核 查样本。查阅高血压与糖尿病患者健康管理档案、随访表、健康管理记录。 |  |
| ②健康管理情况 | 3 | 将筛查后确诊高血压、Ⅱ型糖尿病患者纳入健康管理，年内对已纳入管理的患者进行至少 1 次随访，高血压、Ⅱ型  糖尿病患者健康管理率达 100%，得 3 分，每减少 1 个百分  点扣 0.5 分，扣完为止。 |  |

— 9 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  |  |  | ①按照规范标准，对原发高血压与Ⅱ型糖尿病患者，每年 | ①随机抽取 10 份高血压  患者健康档案，不足 10 份全部抽取；根据档案记录，核查考核年度所提供的服务是否符合国家规范要求；  ②各抽查 10 份高血压患者、Ⅱ型糖尿病患者不失访档案，根据档案记录， 核查考核年度所提供的 服务是否符合国家规范 要求，通过电话、上门访视等形式，核查档案真实性；  ③按纳入一体化服务管理的月份，分层随机抽取30 份管理档案，核查辖区内已管理糖尿病患者表单、居民健康档案表单目录、个人基本信息、高危人群筛查记录、健康体检表、诊断信息、健康管理档案、接诊记录、随访指导记录、治疗记录、双向转诊记录等。 |  |
|  |  |  | 进行 1 次较全面的健康体检，每年要提供至少 4 次面对面 |
|  |  |  | 随访评估及分类干预得 3 分，抽查发现 1 例未体检扣 0.4 |
|  |  |  | 分，扣完为止，同时，面访与分类干预少 1 次的，此项不 |
|  |  |  | 得分； |
|  |  |  | ②已录入信息系统管理的患者档案，需包括有首诊登记表 |
|  |  |  | 和病程记录，信息齐全得 1 分，缺一项扣 0.5 分； |
|  |  |  | ③有双向转诊与综合医院专家巡诊的，得 1 分，否则不得 |
|  |  |  | 分； |
|  |  |  | ④对所有血压、血糖控制不满意需转诊的患者，需提供有 |
|  |  |  | 专科医生制定治疗方案，得 1 分，抽查档案中，每缺少 1 |
|  |  |  | 人扣 0.5 分，扣完为止； |
| 8.规范化管理落实情况 | ①对高血压、Ⅱ型糖尿病 患者的规范  化管理 | 14 | ⑤每一位纳入管理的患者均有随访记录，得 2 分，抽查档  案中发现 1 例未随访，扣 0.5 分，同时，血压、血糖控制  不满意患者定期复诊发现 1 例无记录的，扣 0.5 分，2 分  扣完为止； |
|  |  |  | ⑥高血压患者规范管理率≥60%的，得 3 分，未达到 60% |
|  |  |  | 的，按比例得分（得分=高血压患者规范管理率/60%×3 |
|  |  |  | 分），同时，如若在抽检档案中发现 1 份不真实档案，3 |
|  |  |  | 分全扣；〔高血压患者规范管理率=按照规范要求进行高 |
|  |  |  | 血压患者健康管理的人数/年内已管理的高血压患者人数 |
|  |  |  | ×100%〕 |
|  |  |  | ⑦Ⅱ型糖尿病患者规范管理率≥60%的，得 3 分，低于 60% |
|  |  |  | 的，按比例得分（得分=Ⅱ型糖尿病患者规范管理率/60% |
|  |  |  | ×3 分），同时，如若在抽检档案中发现 1 份不真实档案， |
|  |  |  | 3 分全扣。〔Ⅱ型糖尿病规范管理率=按照规范要求进行Ⅱ |
|  |  |  | 型糖尿病患者健康管理的人数/年内已管理的Ⅱ型糖尿病 |
|  |  |  | 患者人数×100%〕 |

— 10 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  | ②对严重精神障碍患者的规范管理 | 2 | 至 2018 年底县（市、区）患者规范管理率达到 80%，得 2  分；每少 1%，扣 0.5 分，扣完为止。 | 查询国家严重精神障碍信息系统中相应的数据  〔严重精神障碍患者规  范管理率%〕 |  |
|  | ①严重精神 |  | ①参与以乡镇（街道）为单位，综治、卫计、公安等部门协作的辖区严重精神障碍患者动态排查，得 1 分，不参与的全扣；  ②至 2018 年底县（市、区）在册率达到 5‰，得 2 分，每  少 0.1‰，扣 0.5 分，扣完为止。 | 查询国家严重精神障碍 |  |
|  | 障碍患者的  排查建档情 | 3 | 信息系统中相应的数据  〔严重精神障碍患者在 |
|  | 况 |  | 册率‰〕 |
|  | ②落实领药时间记录本和服药记录  本情况 | 3 | 对辖区所有目前和既往危险性评估 3 级以上严重精神障碍  患者开展领药时间记录本和服药记录本登记并落实，得 3  分，每少 1%，扣 0.5 分，扣完为止。 |  |  |
| 9.严重精神障碍疾  病的管理 | ③院内管理和安保情况 | 3 | 院内管理和安保工作符合规范，得 3 分，每发现一项安全  隐患或管理不到位的扣 1 分，扣完为止。出现住院患者走  脱和自残（自杀）意外的按责任比例扣分。 |  |  |
| 效果 | ④"一历五单"衔接管理工作制度执行情况 | 2 | ①规范报告严重精神障碍患者门诊、住院病例，得 1 分，  出现漏报的每例扣 0.5 分，扣完为止；  ②及时推送患者病历、家属通知单、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）对接单、派出所告知单、乡镇（街道）提示  单，得 1 分，出现衔接不畅的每起扣 0.5 分，扣完为止。 | 查看现场和内页材料（需提供相关工作痕迹记录材料） |  |
|  | ⑤对基层医 |  | ①对辖区所有基层医疗卫生机构开展指导和督导 2 次，得  1 分；每少 1 次扣 0.5 分，扣完为止；  ②对辖区民营精神专科医院开展指导和督导 2 次，得 2 分；  每少 1 次扣 1 分，扣完为止。 |  |  |
|  | 疗卫生机构、 |  |  |
|  | 民营精神专 | 3 |  |
|  | 科医院的指 |  |  |
|  | 导与督导 |  |  |

— 11 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  | 10.分级诊疗落实情况 | ①县域内就  诊率 | 2 | 县域内就诊率不低于 90%，得 2 分，每下降 1%扣 1 分，扣  完为止。 | 根据医保部门数据考核 |  |
| ②建立基层首诊制度 | 2 | ①各总医院制定优惠措施，提供便捷转诊服务，引导群众到基层首诊。有制定措施，并实施得 1 分，其他情况酌情扣分；  ②基层门（急）诊量占辖区内（急）门诊总量比例≥55%，  得 1 分，每降低 1%扣 0.5 分，扣完为止。 | 现场查看相关佐证材料 |  |
| ③建立健全双向转诊制度 | 5 | ①各总医院建立双向转诊网络信息平台，安排专门科室负责转诊事宜，得 0.5 分，有双向转诊（上转、下转患者）  记录的得 0.5 分；  ②各总医院应当为下级医院预留一定比例门诊号、住院床位等，优先接诊下级医院上转的就诊患者，并实施的得 1 分，否则酌情扣分；  ③各总医院应根据本院及下级医院的实际情况，按照诊断难度、治疗难度、制定相关病种分级转诊流程，并实施的得 1 分，否则酌情扣分；  ④下级医院上转病人人次占总出院人次的 30%得 1 分，上级医院下转病人人次占总出院人次的 15%得 1 分，每降低  1%扣 0.5 分，扣完为止。 | 现场查看相关佐证材料 |  |

— 12 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  | 11.干预效果 | ①血压控制率 | 5 | 高血压患者血压控制率≥55%的，得 5 分，低于 55%的按照比例得分（得分=现场测量的高血压患者血压控制率/55%  ×5 分）。  〔管理人群血压控制率=年内最近一次随访血压达标人数  /年内已管理的高血压患者人数×100%；血压控制达标值为＜140/90mmHg（收缩压＜140mmHg 且舒张压＜90mmHg）， 65 岁及以上患者收缩压<150mmHg 和舒张压<90mmHg。〕 | ①现场随机抽取 5 名已管理的高血压患者，采取随机入户测量或门诊测量的方法，统一现场测量血压并记录，计算现场核实的血压控制率。  ②记录被抽查患者档案 中考核年度最后一次随 访记录的血压情况，核实档案真实性与干预效果。  ③最终以现场核实的控  制率为得分依据。 |  |

— 13 —

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核项目 | 考核指标 | 考核内容 | 分  值 | 评分标准 | 考核方法 | 考核  得分 |
|  |  | ②血糖控制率 | 5 | 糖尿病患者血糖控制率≥55%的，得 5 分，不达标的按比例得分（得分=现场测量的糖尿病患者血糖控制率/55%×5 分）。  〔管理人群血糖控制率=年内最近一次随访空腹血糖达标人数/年内已管理的Ⅱ型糖尿病患者人数×100%；空腹血糖控制达标值为＜7.0mmol/L，随机血糖控制达标值为≤ 10.0mmol/L〕 | ①现场随机抽取 5 名已管理的糖尿病患者，采取随机入户测量或门诊测量的方法，统一现场测量血糖并记录，计算现场核实的血糖控制率。没有条件测量空腹血糖时，采用糖尿病患者随机血糖控制达标值进行判断。  ②记录实际测患者档案 中考核年度最后一次随 访记录的血糖情况，核实档案真实性与干预效果。  ③最终以现场核实的控  制率为得分依据。 |  |
| ③严重精神障碍患者服药情况 | 2 | 至 2018 年底县（市、区）严重精神障碍患者服药率达到  60%，得 2 分；每少 1%，扣 0.5 分，扣完为止。 | 查询国家严重精神障碍信息系统中相应的数据  〔严重精神障碍患者服  药率%〕 |  |
| ④严重精神障碍患者规律服药情况 | 3 | 至 2018 年底县（市、区）严重精神障碍患者规律服药率达到 40%的，得 3 分；每少 1%，扣 0.5 分，扣完为止。 | 查询国家严重精神障碍信息系统中相应的数据  〔严重精神障碍患者规  律服药率%〕 |  |
| **合计** | | | **100** | **考核得分** | |  |

|  |
| --- |
| 抄送：市人大常委会办公室，市政协办公室。 |
| 三明市医改办 2018 年8 月31 日印发 |