

三明市深化医药卫生体制改革领导小组办公室文件

明医改办〔2018〕8号

三明市医改办关于开展“健康三明”体系 建设（慢性病一体化管理）工作 绩效考核的通知

各县（市、区）医改领导小组，市医改领导小组各成员单位：

根据省卫计委、医保办《关于印发福建省Ⅱ型糖尿病一体化管理工作方案的通知》（闽卫基层〔2017〕148号）、省卫计委《转发国家卫计委关于做实做好基层高血压防治管理工作的通知》（闽卫基层函〔2018〕20号），为推进分级诊疗制度的有效落实，进一步提升总医院体制下基层慢性病防治管理水平，促进医疗服务行为从“以疾病治疗为中心”向“以健康管理为中心”转变，逐步提高居民健康水平，经市医改领导小组研究决定，在全市开展“健康三明”

体系建设（慢性病一体化管理）工作绩效考核。现将有关事项通知如下：

一、考评内容

本考评方案侧重考核高血压患者健康管理、Ⅱ型糖尿病一体化管理和严重精神障碍患者救治管理工作，内容由组织管理（12分）、健康管理（28分）、管理效果（60分）三部分组成，共100分（详见附件）。

二、考核方式

由市医改办抽调有关人员，组成考核评估小组对各县（市、区）进行考核。

三、其他事项

市医改办将对考核结果进行通报，并根据考核结果分配“健康三明”体系建设（慢性病一体化管理）绩效考核资金，向真抓实干、成效明显地方倾斜。

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



（此件主动公开）

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
(一) 组织管理 (12分)	1. 成立公共卫生服务组织机构, 建立相应工作机制	①成立相应的慢性病管理工作领导小组	3	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, 未成立技术指导组扣 0.5 分; 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 分, 未成立工作领导小组或制订协调机制且未召开有关会议的, 扣 2 分; 其他情况, 每少 1 个乡镇 (街道) 扣 0.5 分, 扣完为止。	查阅相关文件资料	
		②制订相应的慢性病管理工作制度		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; 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; 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。		

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建立县、乡、村三级慢性病管理网络	2	①有建立基层高血压防治与Ⅱ型糖尿病防治质控网络的，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设立了精神科的，得1分，未按要求设置的，此项不得分。	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	
		④开展专题健康宣传作	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；	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。	

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落实强制医疗、“三零肇祸”、肇祸的严重精神障碍患者治疗经费	2	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	
		①团队组建与政策制定	2	①完成家庭医生签约服务团队组建工作的，得1分，未组建的，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，已制定但内容不齐全的扣0.5分。	查阅相关文件资料	
(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	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 $\geq 80\%$ ，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 $\geq 25\%$ 的，得2分，低于25%的，此项不得分。 〔计算公式：Ⅱ型糖尿病患者通过一体化慢病管理服务包管理的比例（%）=辖区内Ⅱ型糖尿病患者通过一体化慢病管理服务包管理的人数/辖区内确诊的Ⅱ型糖尿病患者的人数 $\times 100\%$ 〕	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况。 ③根据信息系统和报表计算健康管理率	

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医疗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，并结合同实地考察情况。	
		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庭医生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	

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. 管理培训情况	①开展高血压、II型糖尿病管理培训全覆盖	5	①2018年6月30日前完成辖区内基层医疗卫生机构所有医生(含村医)、公卫人员通过《国家基层高血压防治管理指南》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构的,得2分,缺1家扣0.3分。	①登录国家心血管病中心官方网站(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。	
		②开展精神科医师培养	2	每10万人口精神科执业(助理)医师数量不低于3.8名。其中: 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。	查看网页资料(需提供相关资料) (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。)	

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
(三) 管 理 效 果 (60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,发现1人未按规定送药扣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。	
	7. 开展疾病筛查工作	①疾病筛查情况 ②健康管理情况	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%〕 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。	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。	

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
	8. 规范化管理落实情况	①对高血压、II型糖尿病患者规范化管理	14	<p>①按照规范标准，对原发高血压与II型糖尿病患者，每年进行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；</p> <p>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；</p> <p>③有双向转诊与综合医院专家巡诊的，得1分，否则不得分；</p> <p>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；</p> <p>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；</p> <p>⑥高血压患者规范管理率$\geq 60\%$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%$\times 3$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$\times 100\%$]</p> <p>⑦II型糖尿病患者规范管理率$\geq 60\%$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%$\times 3$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型糖尿病患者健康管理率=按照规范要求求进行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$\times 100\%$]</p>	<p>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；</p> <p>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；</p> <p>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名单、居民健康档案表目录、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。</p>	

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
9. 严重精神障碍疾病的管理效果		②对严重精神障碍患者的规范管理的	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相应的数据〔严重精神障碍患者规范管理率%〕	
		①严重精神障碍患者的排查建档情况	3	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信息系统相应的数据〔严重精神障碍患者注册率%〕	
		②落实领药时间和服药记录本情况	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。		
		③院内管理和安保情况和安保情况	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。出现住院患者走失和自残(自杀)意外的按责任比例扣分。		
		④“一历五单”衔接管理工作执行情况	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对基层医疗卫生机构、民营精神专科医院的管理与指导	3	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。		

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 $\geq 55\%$ ，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	
10. 分级诊疗落实情况		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	

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	<p>高血压患者血压控制率$\geq 55\%$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%$\times 5$分）。</p> <p>[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$\times 100\%$；血压控制达标值为$< 140/90\text{mmHg}$（收缩压$< 140\text{mmHg}$且舒张压$< 90\text{mmHg}$），65岁及以上患者收缩压$< 150\text{mmHg}$和舒张压$< 90\text{mmHg}$。]</p>	<p>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，计算现场真实的血压控制率。</p> <p>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。</p> <p>③最终以现场核实的控制率为得分依据。</p>	

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 $\geq 55\%$ 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% $\times 5$ 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 $\times 100\%$ ；空腹血糖控制达标值为 $< 7.0\text{mmol/L}$ ，随机血糖控制达标值为 $\leq 10.0\text{mmol/L}$ 〕	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，计算现场真实的血糖控制率。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
