

附件 1

浙江省基层医疗卫生机构补偿机制改革基本服务项目标准化工作当量参考标准

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
1. 基本医疗	1.1 门诊	1.1.1 门(急)诊	人次	1	0.4	以门诊形式处理常见病、多发病及一般急症，主要包括：就诊患者的病史询问、体格检查、病情评估、告知与沟通、治疗处理、健康教育，书写完整门诊病历，录入患者健康档案。	医院管理信息系统	按照医生就诊挂号或收费记录统计，一天内(0:00-24:00)同一医生就诊计1次，不同医生就诊累计计算。各地根据实际设定年增长率控制指标，超出控制限额指标的，按照控制指标额计算。
		1.1.2 出(巡)诊	人次	3	—	以出诊形式到病人居住地提供相关诊疗服务，主要包括：病史询问、体格检查、病情评估、告知与沟通、治疗处理、转诊、健康教育，书写完整出诊记录。或对已经建立的家庭病床实行定期上门查房诊疗，及时做好诊疗计划的跟进、健康教育、告知与沟通，书写完整家庭病床病史及病程记录（如有出诊医疗收费等价格，按收费价格执行，不列入购买）。	医院管理信息系统	按照收费项目为“出诊费”或“家庭病床巡诊费”的收费记录统计，一天内(0:00-24:00)同一医生出诊计1次，不同医生累计计算。以当天在岗工作的医生数量为控制指标，超出控制限额指标的，按照控制指标额计算。
	1.2 住院	1.2.1 住院床日	床日	5	3	常规查房诊疗、病情评估、告知与沟通、调整治疗、健康教育，书写完整住院病史及病程记录。	医院管理信息系统	即出院者实际占用床日，以出院结算日期为准统计住院天数，入出院只计算1日。
		1.2.2 家庭病床建床	张	4	—	对申请建立家庭病床的患者进行需求评估、告知与沟通、办理建床手续、签订家庭病床服务协议书、制定个体化家庭治疗计划、环境物品准备、实施健康教育，整理完整病史及病程记录、转诊	医院管理信息系统	按照诊疗类型为“家庭病床”的人次记录统计，建床到撤床一个周期计1人次。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
						或撤床（如有家庭病床建床收费价格，按收费价格执行，不列入购买）。		
1. 基本医疗	1.3 双向转诊	1.3.1 预约转诊（含上、下转）	人次	0.8	—	为需要上转的病人联系预约上级医院，办理转诊手续，病人如约就诊；接收上级医院下转到本单位的病人，办理接收手续。	预约转诊平台	由下级机构预约转诊至上级机构就诊，按照转诊到位后上级医院诊疗记录统计，下转同上。
		1.3.2 出院患者访视	人次	2	—	通过电话、入户等方式由医护人员为出院后需要院外继续治疗、康复的病人进行随访，重点内容为：了解康复情况、部分药事服务、健康教育、营养和健康行为指导等，并录入健康档案。	健康档案系统	按照出院患者随访记录统计，一位出院患者只计算1次。
2. 基本公共卫生	2.1 健康档案	2.1.1 新建健康档案	份	3	—	通过就诊、体检、入户调查等方式新建档案，内容包括：个人基本情况、健康体检、健康评价、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。	健康档案系统	按照当年新建健康档案记录统计，根据网格地址来区分建档单位。结合往年报表，按实际建档数计算。
		2.1.2 健康档案规范管理维护	份	0.2	—	动态规范健康档案管理，及时对患者一般情况、生活方式、健康状况和用药情况、体检记录进行有效完善。	健康档案系统	按照已建健康档案统计，除去不合格档案（身份证错误，《个人基本信息表》必填项空项或错项≥2项，体检表必填项空项或错项≥3项，或缺少健康评价）。可根据总建档份数×健康档案抽查合格率计算。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
2. 基本公共卫生	2.2 预防接种	2.2.1 预防接种	针次	1.5	—	按要求开展预防接种服务，包括通知、预检、登记（核实、告知）、接种、留观和统计；每次完成接种后，将接种日期、接种部位、疫苗批号、接种单位、接种医生等内容登记到儿童预防接种卡中，并录入预防接种管理系统；定期开展辖区流动儿童摸底调查，及时进行补证和/或补种；开展疑似预防接种异常反应处置，包括及时上报、一般反应处理和协助调查诊断等。	预防接种管理系统	按照当年儿童一类疫苗接种记录统计。
		2.2.2 预防接种建卡	人	0.5	—	为辖区内居住满3个月0-6岁儿童建立预防接种证/卡，每半年对辖区接种卡进行一次核查整理。	预防接种系统	按照当年新建立的儿童预防接种档案统计。
	2.3 儿童保健	2.3.1 新生儿上门访视	人次	3	—	上门家庭访视，了解出生情况、预防接种、新生儿疾病筛查情况，询问观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、脐部等情况，进行测量体温、心肺听诊、腹部触诊等检查，给予健康指导，记入婴幼儿保健册，录入儿童保健信息系统。	妇幼保健信息系统	按照当年新生儿访视记录表统计。
		2.3.2 新生儿保健建册	人次	0.5	—	对满月新生儿建立儿童保健册，进行问诊、体格检查、发育评估，给予健康指导，并记入婴幼儿保健册，录入儿童保健信息系统。	妇幼保健信息系统	按照当年新建立的婴幼儿保健档案统计。
		2.3.3 0-3岁儿童健康管理	人	8	—	3、6、8、12、18、24、30、36月龄各1次。询问喂养、患病等情况，进行体格检查及发育评估，给予健康指导，6-8、18、30月龄各进行1次血常规检测，6、12、24、36月龄采用行为测听法进行听力筛查，并记入婴幼儿保健册，录入儿童保健信息系统。统计单位由各地选择人或人次。	妇幼保健信息系统	按照当年0-3岁儿童健康检查记录的次数统计。人次数以0岁组人数×4次；1-2岁组人数×2次；3岁组人数×1次计算为限。
	人次		2.5	—				

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
		2.3.4 4-6岁儿童健康管理	人次	2	—	每年1次。询问膳食、患病等情况，进行体格检查、血常规检测、视力筛查及发育评估，给予健康指导，并记入儿童保健册，录入儿童保健信息系统。	妇幼保健信息系统	按照当年4-6岁儿童健康检查记录统计，以每年龄组1次为限。
		2.3.5 高危儿、营养性疾病患儿管理	人次	2	—	筛查出高危儿、营养性疾病患儿，建立管理专案，增加随访次数，给予针对性的干预措施和指导，必要时转上级机构，生长发育正常、症状体征减轻或消失时结案，同时做好记录，录入儿童保健信息系统。	妇幼保健信息系统	按照当年高危儿营养性疾病患儿随访管理记录的次数统计。
2. 基本公共卫生	2.4 孕产妇保健	2.4.1 早孕建册	人次	8	—	对怀孕妇女在孕13周前建立孕产妇保健册，进行问诊、体检、化验和辅助检查，给予卫生、心理、营养、产前筛查和避免畸胎因素等健康指导，并记入孕产妇保健册，录入孕产妇保健信息系统。	妇幼保健信息系统	按照当年新建立的孕产妇保健档案统计。
		2.4.2 产前检查	人	4	—	根据服务规范要求，在孕16-20、21-24、28-36、37-40周各检查一次，进行问诊、一般体检、产科检查及必要的辅助检查，按规定进行产前筛查、孕期糖尿病筛查和高危孕妇筛查等，有异常情况和高危孕妇增加检查次数，给予针对性的干预措施和转诊，检查情况记入孕产妇保健册，录入孕产妇保健信息系统。统计单位由各地选择人或人次。	妇幼保健信息系统	按照当年产前检查记录的人数或次数统计，人次数以建卡孕产妇总人数×8次为限。
			人次	1.5	—			
		2.4.3 产后访视	人次	3	—	产妇分娩出院后7天内到产妇家中访视1次，进行问诊，测量血压、体温，检查乳房和子宫复旧情况，给予卫生、营养、康复及母乳喂养、新生儿护理等指导，访视情况记入孕产妇保健册，录入孕产妇保健信息系统。	妇幼保健信息系统	按照当年产后访视记录统计。
2.4.4 产后42天	人次	1	—	进行问诊，测量血压、体温、体重，检查乳房和子宫复旧情况，给予产后康复等健康指导，并记入孕产妇保健册，录入孕产妇保	妇幼保健信息系统	按照当年产后42天健康检查记录统计。		

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
		检查				健信息系统。		
		2.4.5 高危孕产妇管理	人	4	—	对筛查发现的高危孕产妇进行高危评定，做好高危标识、报告和专案登记，落实分级随访管理，对高危因素复杂或病情严重者，及时转诊至上级机构诊治，并做好追踪了解转归，产后 42 天检查时按高危因素进行复查并予结案。	妇幼保健信息系统	按照当年结案的高危孕产妇人数统计，除去管理不合格人数。
	2.5 老年人健康管理	2.5.1 老年人健康管理	人	7	—	每年为 65 岁以上老年人提供 1 次健康管理服务，包括询问生活方式、体格检查、辅助检查，健康状况评估和健康指导。	健康档案系统	按照建有老年人管理专案、且有当年《老年人健康检查》和《健康管理登记表》的人数统计，除去健康检查和健康管理登记表不合格（空项、缺项、错项≥3 项，缺血压、血糖任 1 项，缺健康评价）的人数。可按老年人健康管理专案建档总数×老年人抽查规范管理率计算。
2. 基本	2.6 高血压患者	2.6.1 高血压健康管理	人	10	—	加强高危人群疾病筛查，通过体检、随访、建档等途径检出高血压患者，纳入健康管理，并按分级管理要求进行随访、体检、评估、干预、双向转诊和健康指导。分级管理要求：健康体检每年	健康档案系统	按照规范管理的高血压患者人数统计。可以按实际管理高血压人数×高血压抽查规范管理率计算。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
公共卫生	管理		人次	2.5	—	1次，随访一级每年4次、二级每年6次、三级每年12次。管理情况记入健康档案。统计单位由各地选择人或人次。		按照高血压患者管理专案中当年填有《高血压患者随访服务记录表》的次数统计，除去随访记录表不合格（空项、缺项、错项≥2项，血压值未填，连续2次血压未控制未建议转诊）的人数。一级、二级、三级随访人次分别统计。数量控制上按一级管理专案建档人数×4次、二级管理专案建档人数×6次、三级管理专案建档人数×12次计算为限。
	2.7 糖尿病患者	2.7.1 糖尿病健康管理	人	11	—	加强高危人群疾病筛查，通过门诊、体检、随访、建档等途径检出糖尿病患者，纳入健康管理，并按分级管理要求进行随访、体检、评估、干预、双向转诊和健康指导。分级管理要求：健康体	健康档案系统	按照规范管理的糖尿病患者人数统计。可以按实际管理糖尿病患者人数×糖尿病抽查规范管理率计算。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
	管理		人次	2.75	—	检每年1次，随访常规管理每3个月1次、强化管理每1个月1次。管理情况记入健康档案。统计单位由各地选择人或人次。		按照糖尿病患者管理专案中当年填有《糖尿病患者随访服务记录表》的次数统计，除去随访记录表不合格（空项、缺项、错项≥2项，血糖值未填，连续2次血糖未控制未建议转诊）的人数。常规管理、强化管理随访人次数分别统计。数量控制上按常规管理专案建档人数×4次、强化管理专案建档人数×12次计算为限。
2. 基本公共卫生	2.8 严重精神障碍患者管理	2.8.1 严重精神障碍患者管理	人	12	—	定期开展社区摸底排查，发现疑似病人送上级机构诊断复核，确诊患者纳入健康管理，并按分类管理要求进行随访、体检、评估、干预、双向转诊、应急处置。分级管理要求：体检每年1次，对病情不稳定者（危险性3-5级），给予对症处理后转送上级医院，未住院者2周随访；对病情基本稳定者（危险性1-2级），调整用药等处理后，2周随访，如病情趋于稳定，每3个月随访1次；对病情稳定者（危险性0级），每3个月随访1次。管理情况记入健康档案。统计单位由各地选择人或人次。	严重精神障碍患者管理系统	按照规范管理的严重精神障碍患者人数统计。可以按实际管理严重精神障碍患者人数×严重精神障碍患者抽查规范管理率计算。
			人次	3	—			按照严重精神障碍患者管理档案中当年填有随访服务记录的次数统计，除去随访记录不合格（空项、缺项、错项≥4项）的人数。常规管理、强化管理随访人次数分别统计。数量控制上按危险性3-5级人数×12次、危险性1-2级人数×6次、危险性0级人数×4次计算为限。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
	2.9 中医药健康管理	2.9.1 65岁以上老年人中医药健康管理	人	2	—	每年1次，包括中医体质辨识和中医药保健指导，要求有体质辨识表和辨识结果，并记入健康档案。	健康档案系统	按照老年人管理专案中当年填有《老年人中医药健康管理服务记录表》的人数统计。
		2.9.2 儿童中医药健康管理	人	0.8	—	对6、12、18、24、30、36月龄儿童家长进行儿童中医药保健指导，包括中医饮食起居调养和摩腹、捏脊、穴位按揉方法指导，做好指导记录，条件具备时录入儿童保健信息系统。统计单位由各地选择人或人次。	妇幼保健信息系统	按照儿童健康管理档案（儿童保健册）中当年儿童中医药健康管理服务记录的人数或人次数统计。0岁、1岁、2岁、3岁组分别统计。人次数以0岁组人数×1次；1岁、2岁组人数×2次；3岁组人数×1次计算为限。
			人次	0.4	—			
2. 基本公共卫生	2.10 传染病和突发公共卫生事件报告	2.10.1 传染病和突发公共卫生事件报告	人口数	0.08	—	协助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；规范开展传染病疫情和突发公共卫生事件信息登记、报告；做好传染病疫情和突发公共卫生事件处理，包括病人救治和管理、流行病学调查和随访、密切接触者管理、疫点处理、应急接种和预防性服药、宣传教育等。		按上一年度公安人口数据资料辖区内常住人口数计算。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
	处置							
	2.11 健康教育	2.11.1 健康教育	人口数	0.2	—	提供健康教育资料,每个机构每年不少于12种印刷资料和6种影像资料;设置健康教育宣传栏,每年至少6期;开展公众健康咨询服务,每年至少9次;举办健康知识讲座,每年至少12次;结合门诊、访视等开展个体化健康教育。		按上一年度公安人口数据资料辖区内常住人口数计算。
	2.12 卫生监督协管	2.12.1 卫生监督协管	人口数	0.03	—	做好食品安全、职业病、饮用水安全、学校卫生、非法行医等事件信息报告;饮用水卫生、学校卫生、非法行医巡查每季各1次。		按上一年度公安人口数据资料辖区内常住人口数计算。
	2.13 结核病患者健康管理	2.13.1 结核病患者筛查转诊	人次	1.5	—	对有结核病可疑症状的就诊居民,在鉴别诊断的基础上,填写转诊单,转诊到肺结核定点医院进行进一步诊治,并于一周内电话随访,核实与督促其及时就诊。	肺结核病管理系统	按照当年转诊到位、在定点医院就诊人次统计。

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
		2.13.2 肺结核患者健康管理	人次	3.0	—	对确诊为肺结核的患者，在接到确诊和管理通知单后 72 小时内进行第一次入户访视，按规范填写记录表单和密切接触者筛查并建立专案。按督导要求进行督导服药、随访追踪、分类干预、健康指导和结案评估。随访情况及时记录，纳入健康档案。	肺结核病管理系统	按随访记录人次数统计，以新发涂阳、涂阴患者 1 人 10 次，复治涂阳患者 1 人 12 次，结核性胸膜炎 1 人 16 次，耐药患者 1 人 30 次为限。
3. 签约服务	有效签约服务	有效签约服务项目	人	由各地具体测算确定	—	与居民签订服务协议，按照协议为签约对象提供健康咨询、健康状况的全面了解、干预、评估、管理，协调转诊、康复指导和随访等全人全程健康管理服务，并符合有效签约服务考核要求。	健康档案系统 医院管理信息系统	以健康管理指标、基层就诊指标、满意度三方面考核结果确认有效签约服务人数。
4. 计划生育技术服务	4.1 计划生育临床技术服务	4.1.1 放、取宫内节育器等项目	人次	各地自行确定	—	按计划生育临床技术服务的相关规定执行。	妇幼卫生年报	按照当年开展例数统计。
	4.2	4.2.1 计	人	0.2/	—	发放计划生育科普宣传资料，开设生殖健康教育服务宣传栏，	—	按上一年度公安人口数据资料辖区内常

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
	生殖健康教育	划生育科普宣传和生殖健康教育	口数	人	（暂按常住人口数	开展性和生殖健康、避孕方法知情选择、不孕不育、优生优育优教等健康宣传服务，举办生殖健康知识讲座。	—	住人口数计算。
		4.2.2 母子健康手册管理	人口数	打包补		—		发放母子健康手册，开展生育登记、妇幼健康服务内容记录、孕产妇的经历感受及孩子的成长记录等。
	4.3 药具发放	4.3.1 避孕药具发放	人口数	人	助)	—	为服务对象发放免费供应的口服避孕药、注射避孕针、避孕套、外用避孕药等。	—

项目分类	服务项目名称	子项目名称	单位	标化工作当量	调整后标化工作当量	项目定义	数据来源	数据统计口径及数量控制
	和咨询服务	4.3.2 门诊咨询	人次		—	为育龄人群提供避孕药具、避孕节育技术指导咨询服务。	妇幼卫生年报	按照当年门诊咨询登记表统计。
		4.3.3 上门咨询	人次		—	卫生计生服务人员进村（社区）入户开展避孕药具、避孕节育技术指导咨询、随访服务。	妇幼卫生年报	按照当年上门咨询登记表统计。

注：1.标化工作当量：指以1个人次普通门诊的工作量（15分钟）为1个标准当量值，在此基础上根据每个服务项目的服务标准、人力成本、资源消耗、风险和难度等因素，确定各服务项目的标化工作当量。

2. 调整后标化工作当量：指对纳入购买范围的基本医疗服务项目，在标化工作当量基础上结合收费价格补偿情况进行调整后的折算当量。

3. 对国家、省规定要求和各地自行新增基本服务项目，参照上表另行制定。

附件 2

浙江省基层医疗卫生机构补偿机制改革绩效评价关键参考指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	权重系数 (参考)	指标解释	参考目标值	数据来源
服务质量 (50%)	医疗服务 (40%)	门诊抗生素处方比例	15%	抽查处方中含抗生素的处方张数/抽查处方总数×100%	≤30%	医院管理系统, 并抽查核实
		门诊静脉输液处方比例	15%	抽查处方中含静脉输液的处方张数/抽查处方总数×100%	≤30%	医院管理系统, 并抽查核实
		门急诊次均费用增幅	15%	门急诊总费用/同期门急诊人次, 与上一年同比	≤5%	医院管理系统或医疗卫生机构绩效管理系统, 并抽查核实
		住院次均费用增幅	15%	出院患者总费用/同期出院人次, 与上一年同比	≤5%	医院管理系统或医疗卫生机构绩效管理系统, 并抽查核实
		中药饮片帖均费用	10%	中药饮片总费用/同期中药饮片处方总贴数	≤30 元	医院管理系统
		药占比	20%	药品收入(不含中药饮片)/同期医疗业务总收入×100%	≤60%	医院管理系统
		人次人头比例	10%	年度内总门诊人次数/年度内总门诊人头数×100%	根据机构所处地域、规模、资源及往年情况等, 分类确定指标	社保部门数据、医疗卫生机构绩效管理系统

一级指标	二级指标	三级指标	权重系数 (参考)	指标解释	参考目标值	数据来源	
	公共卫生服务 (60%)	按照当年《浙江省基本公共卫生服务项目绩效考核评分细则》执行					健康档案系统，并抽查核实
服务效率 (30%)	服务效率 (100%)	小病进社区比例	15%	乡镇卫生院/社区卫生服务中心(含一体化管理的村卫生室/社区卫生服务站)年诊疗人次/(常住人口×平均每人年均诊疗人次)×100%	与同类机构平均数及本机构上年情况比较	医疗卫生机构绩效管理系统	
		每执业(助理)医师门急诊人次	15%	门急诊人次/同期在岗执业(助理)医师总数			
		每执业(助理)医师住院床日	15%	出院患者占用总床日数/同期在岗执业(助理)医师总数			
		人均年度基本医疗工作当量	15%	单位年度基本医疗总当量/财政补偿总人数			
		人均年度基本公共卫生工作当量	40%	单位年度基本公共卫生总当量/财政补偿总人数			
满意度 (20%)	满意度 (100%)	服务对象综合满意率	100%	调查对象中回答满意的题数/调查对象总答题数×100% (服务对象满意=安全性+经济性+舒适性+方便性+有效性)	≥85%	问卷调查	