

强化绩效考核 促进慢性病管理

广东省中山市小榄镇

卫生局局长助理、公卫服务中心主任 黄松林

汇报内容

- 小榄镇基本情况
 - 小榄镇的地理位置和人口组成
 - 小榄镇的医疗资源条件
- 小榄镇慢性病组织管理
 - 小榄镇的慢性病管理架构设计
 - 小榄镇的绩效管理设计思路
- 小榄镇慢性病具体措施介绍

汇报内容

- **小榄镇基本情况**
 - 小榄镇的地理位置和人口组成
 - 小榄镇的医疗资源条件
- **小榄镇慢性病组织管理**
 - 小榄镇的慢性病管理架构设计
 - 小榄镇的绩效管理设计思路
- **小榄镇慢性病具体措施介绍**

小榄镇位于珠江三角洲中南部



- 中山市直属镇区
- 面积75.4平方公里
- 人口16.7万（13年）
- 2005年全部人口从农业转为城镇



汇报内容

- **小榄镇基本情况**

- 小榄镇的地理位置和人口组成
- **小榄镇的医疗资源条件**

- **小榄镇慢性病组织管理**

- 小榄镇的慢性病管理架构设计
- 小榄镇的绩效管理设计思路

- **小榄镇慢性病具体措施介绍**

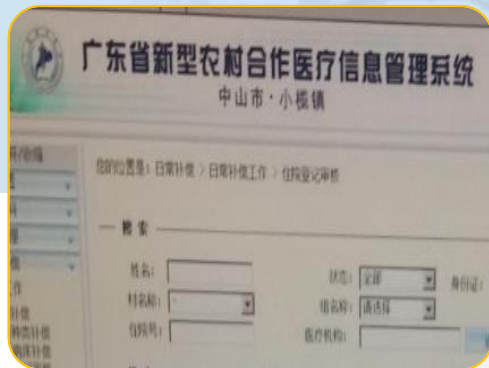
医疗基础设施

- 扩大**医院**规模，提高服务质量——拥有**全国第一家镇级三甲医院**
- 建立完善的**社区卫生服务站网络**，服务~32万常住人口
- 实现病人和医生在**医院和社区**的“**双向流动**”



医疗保险系统

- 基本医疗保险覆盖门诊和住院部分费用的报销
- 设立**合作医疗保险**作为基本医疗保险的补充，二者总共可以覆盖~**90%**的医疗支出



慢病管理体系

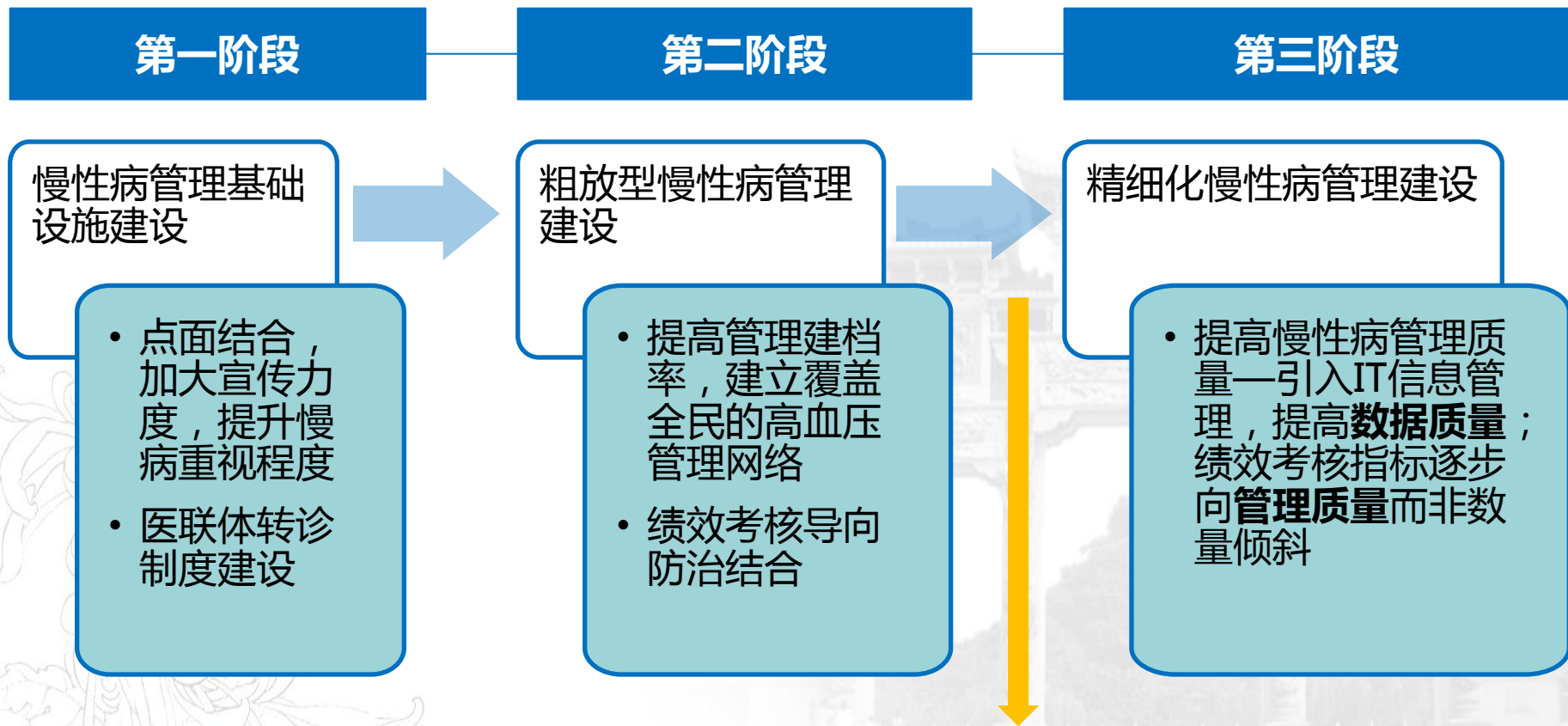
- 为退休、妇幼、慢病等人群**定期体检**
- 开展如高血压、癌症等**慢病筛查**工作
- 建立系统的**随访体系**，对高血压和高血糖的患者进行跟踪管理

体 征	血压 (mmHg)	130/80	130/80
	体重 (kg)	57.1	57.1
生 活 方 式 指 导	体质指数	23.5	23.5
	心 率	70	70
用 药 情 况	其 他		
	日吸烟量 (支)	0	0
辅 助 检 查 *	日饮酒量 (两)	0	0
	运 动	7 次/周 30分钟/次	7 次/周 30分钟/次
用 药 情 况	摄盐情况 (克/天)	5.0	5.0
	心理调整	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 2-一般 3差	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 2-一般 3差
用 药 情 况	遵医行为	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 2-一般 3差	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 2-一般 3差
	辅助检查*		
用 药 情 况	服药依从性	<input checked="" type="checkbox"/> 规律 2 间断 3 不服药	<input checked="" type="checkbox"/> 规律 2 间断 3 不服药
	药物不良反应	<input checked="" type="checkbox"/> 无 2 有	<input checked="" type="checkbox"/> 无 2 有
用 药 情 况	此次随访分类	<input checked="" type="checkbox"/> 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 非随访	<input checked="" type="checkbox"/> 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 非随访
	药物名称 1	格列齐特	格列齐特
用 药 情 况	用法	每日 2 次 每次 2 片	每日 2 次 每次 2 片
	药物名称 2	二甲双胍	二甲双胍
用 药 情 况	用法	每日 2 次 每次 2 片	每日 2 次 每次 2 片
	药物名称 3	利伐沙班	利伐沙班
用 药 情 况	用法	每日 1 次 每次 1 片	每日 1 次 每次 1 片

汇报内容

- 小榄镇基本情况
 - 小榄镇的地理位置和人口组成
 - 小榄镇的医疗资源条件
- **小榄镇慢性病绩效管理**
 - **小榄镇的慢性病管理架构设计**
 - 小榄镇的绩效管理设计思路
- 小榄镇慢性病管理下一步工作安排

从粗放到细化的慢性病管理模式



小榄镇慢性病管理所处阶段

汇报内容

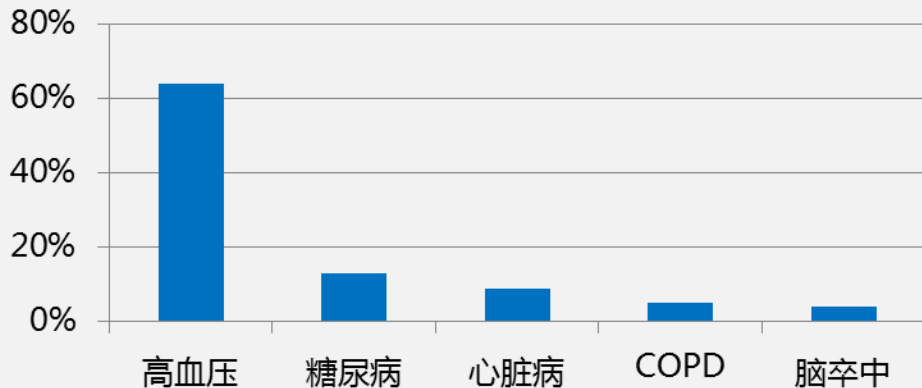
- 小榄镇基本情况
 - 小榄镇的地理位置和人口组成
 - 小榄镇的医疗资源条件
- **小榄镇慢性病绩效管理**
 - 小榄镇的慢性病管理架构设计
 - **小榄镇的绩效管理设计思路**
- 小榄镇慢性病管理下一步工作安排

第一阶段—提升疾病重视程度

第一阶段

- 在慢性病的管理中，小榄一直秉承**防治并重**的概念，通过加大宣传力度，鼓励全民从做菜少放盐开始，逐步意识到管理血压的重要性
- 小榄镇农村转城镇人口的特殊情况，也是中国的普遍状况，**农村人口的疾病管理中，如何提高疾病重视程度，提高病人就医需求**，是亟待解决的问题

小榄镇居民慢性病前五位



- 在镇内的小榄电视台、《菊城》报、《YOU生活》杂志、微博和微信平台等媒体发布健教信息
- 大量印发健教资料、张贴宣传画、制作宣传栏，举办各类健康知识讲座、义诊咨询

第一阶段—提升疾病重视程度

第一阶段

电视台



户外LED屏



高血压宣传日



户外宣传栏



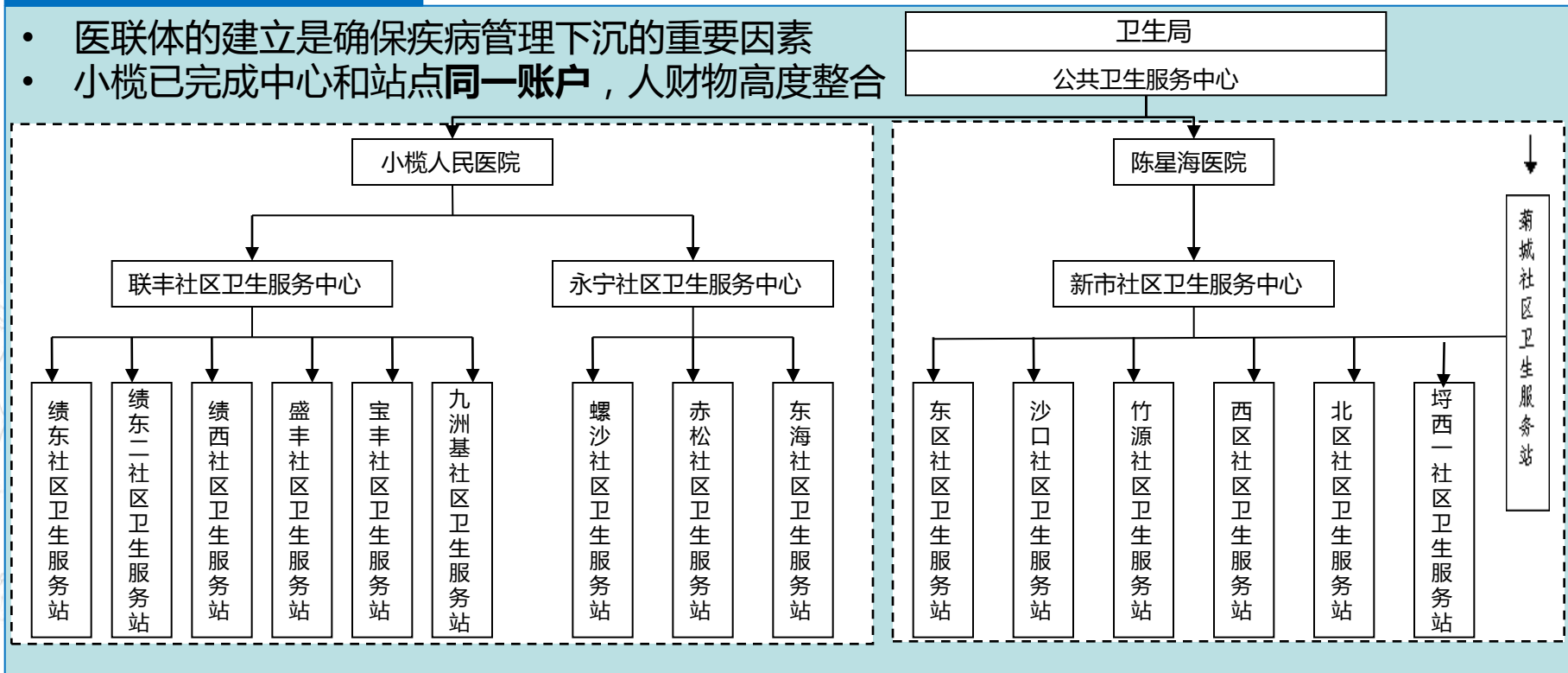
微信平台



第一阶段—医联体慢病管理网络

第一阶段

- 医联体的建立是确保疾病管理下沉的重要因素
- 小榄已完成中心和站点**同一账户**，人财物高度整合



第一阶段—医联体慢病管理网络

第一阶段

1. 工作架构—三级防治体系

小榄镇形成了由镇公卫服务中心、综合医院、基层医疗卫生机构共同构筑的慢性病综合防控工作网络

2. 职责分工

1) 镇卫生局：负责慢性病管理体系的协调指导和总体统筹

镇公卫中心：负责镇内疾病预防控制具体工作的落实和管理，组织、指导、协调和管理镇属两家医院和社区卫生服务机构开展预防保健和公共卫生服务工作，并承担镇政府对社区卫生服务机构的考核任务

2) 镇属医院：对社区卫生服务机构进行技术支持和业务指导

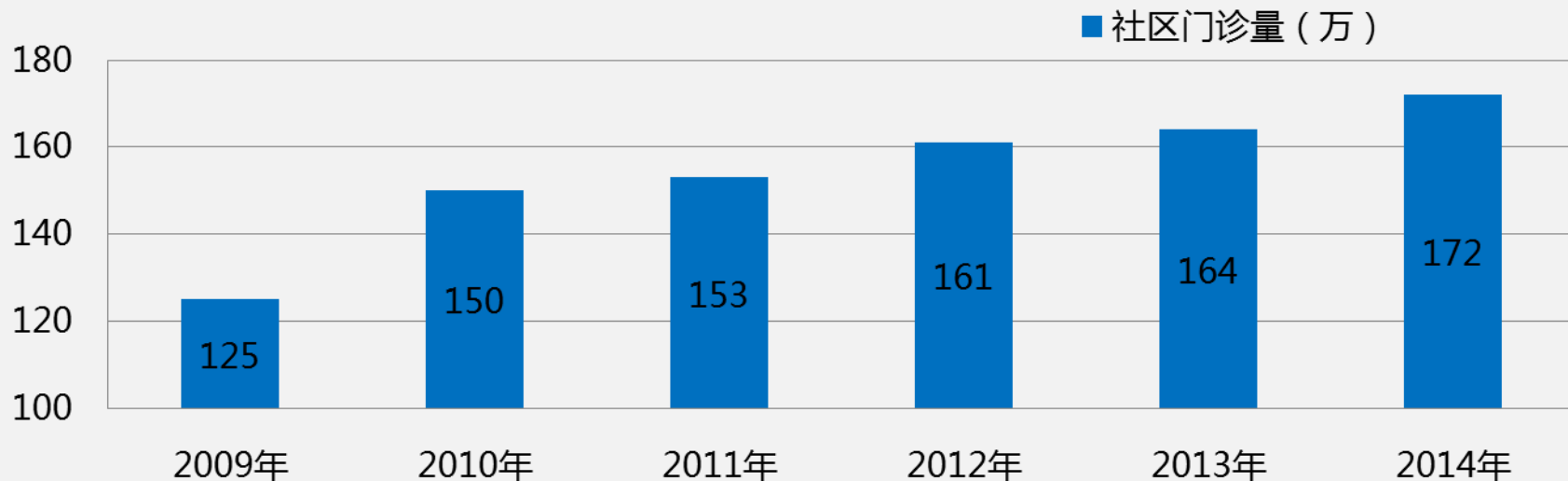
3) 社区卫生服务机构：具体落实慢性病管理工作，实行三级预防工作，即病因预防，疾病早期发现、早期诊断和早期治疗，预防残疾和死亡，综合康复和护理

第一阶段—医联体慢病管理网络

第一阶段

- 医联体的建立保证了社区的门诊量，从而为慢性病管理打下了基础，确保病人能够留在社区参加疾病管理项目

2009-2014年小榄镇社区卫生服务机构门诊量

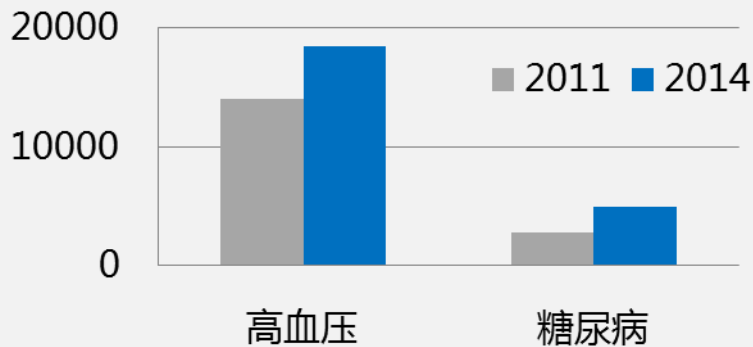


第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- 与大城市的疾病管理思路不同，小榄镇之前的农村人口由于教育水平偏低，就医意识薄弱，所以在疾病管理中期，管理建档率仍旧是工作关注的重点
- 在建档初期，管理人数上升比较容易；建档后期，主要建档人群为65岁以下的中年人群或就医意识薄弱的农村人群，管理人数上升遇到了瓶颈

高血压、糖尿病管理人数的上升

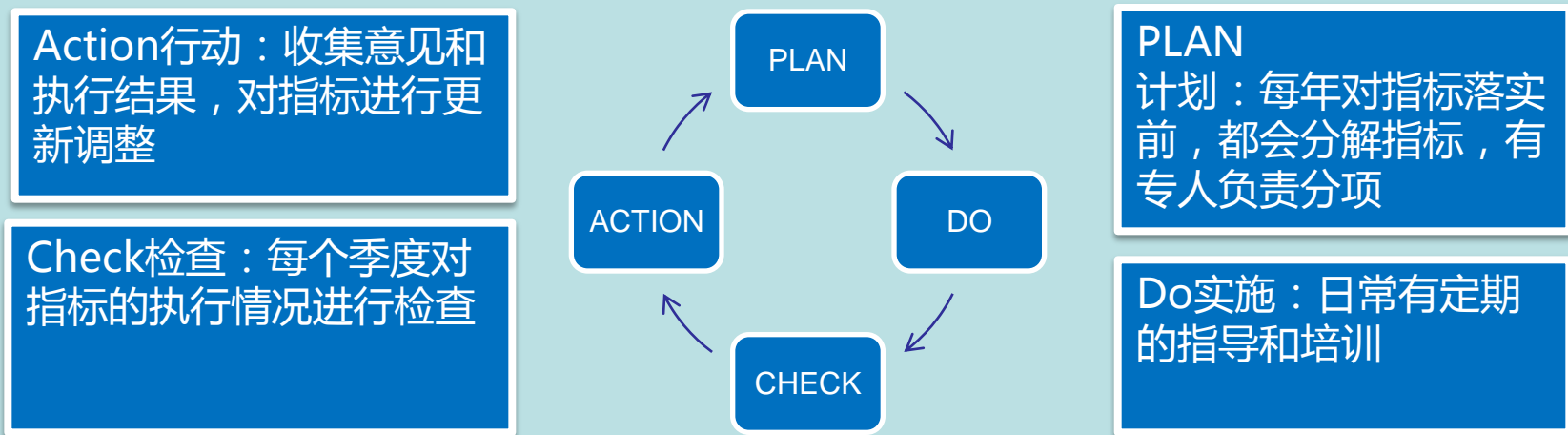


第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- 在遇到管理率上升的瓶颈问题后，小榄镇大胆地改革绩效考核体系，引入PDCA管理体系，确保考核指标“接地气”，并落实指标的执行和调整

绩效考核体系改革PDCA流程图



第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- PLAN—
- 计划：每年对指标落实前，都会分解指标，有专人负责分项

关于印发《2012年小榄镇社区卫生服务站综合绩效考核评分标准》的通知


各社区居委会，各社区卫生服务机构：

为进一步优化功能，完善服务，规范管理，更好地为社区居民提供公共卫生和基本医疗服务。我办根据《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》、《广东省城市社区卫生服务中心（站）绩效考核评估办法（试行）》、《中山市医疗卫生工作综合绩效考核方案（2011版）》和《小榄镇肿瘤防治工作方案》（榄府办[2010]4号）等文件精神，结合实际，制订了《2012年小榄镇社区卫生服务站综合绩效考核评分标准》，现把《标准》印发给你们，请认真遵照执行。

我办委托镇防保所按照以上《标准》组织对各社区卫生服务机构开展日常考核和年终考核。镇政府下拨的社区卫生服务补贴经费，以该社区卫生服务机构当年度考核的最终总分和实际服务户籍人口作为计发标准。

附件：
《2012年小榄镇社区卫生服务站综合绩效考核评分标准》

小榄镇 卫生局 办公室
二〇一二年 月 九日



考核项目	考核内容	分值	考核标准
1. 组织管理	(1) 有2012年工作计划、总结。 (2) 至少开展一次站内高血压和糖尿病管理业务培训。	100	查阅相关资料。
2. 患者登记	高血压患者登记率不低于15%。	1.2	根据上报高血压患者名单，电话入户抽查。统计全年高血压患者登记率 = 统计全年高血压患者真实数 - 抽查真实数 / 统计全年高血压患者真实数 × 100%。
3. 患者登记	糖尿病患者登记率不低于2.5%。	0.3	根据上报糖尿病患者名单，电话入户抽查。统计全年糖尿病患者登记率 = 统计全年糖尿病患者真实数 - 抽查真实数 / 统计全年糖尿病患者真实数 × 100%。
3. 健康档案	(1) 登记的高血压和糖尿病患者建档率达95%以上。 (2) 档案资料填写完整、准确可信，无重复，无虚报。	5.5	(1) 根据上报个人健康档案台账抽取健康档案，电话入户抽查。 (2) 档案资料填写完整、准确可信，无重复，无虚报。
4. 高血压和糖尿病患者的管理 (38岁以上常住人口)	登记的高血压和糖尿病患者体检率达85%以上。	7	根据上报体检名单，按一定比例电话入户抽查。
5. 高血压管理	(1) 高血压患者按照《中国高血压防治指南—2009年基层版》的要求进行分类和规范管理，且每季度至少提供一次面对面的随访管理，规范化管理率达95%以上。 (2) 随访记录填写及时、完整、准确可信，符合逻辑。	65	※ (1) 每季度根据上报高血压患者名单抽取健康档案，电话入户抽查。 ※ (2) 每季度根据上报高血压患者名单抽取健康档案，电话入户抽查。 ※ (3) 每季度根据上报高血压患者名单抽取健康档案，电话入户抽查。 (4) 查阅相关资料。
	血压控制率达45%以上。	1	根据上报高血压患者血压控制台账抽取健康档案，电话入户抽查。 统计全年高血压患者血压控制率 = 统计全年高血压患者血压控制真实数 - 抽查真实数 / 统计全年高血压患者血压控制真实数 × 100%。

- 细化指标过程
 - 二级指标拆分成可操作的三级指标（如慢性病的控制分解成登记率、管理率等）
 - 三级指标权重变化体现工作重点（如高血压规范管理比重远大于患者登记率）
 - 三级指标评审标准细化（如建档率≥95%，得12分；<95%，得分 = (统计率 ÷ 95%) × 12

第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- DO—
- 实施：日常有定期的指导和培训，培训中明确了考核原则和设计理念

邀请专家来指导和培训指标考核的原则和意义



- 针对《标准》开展统一的解释指引
 - 慢性病防控专项负责人员针对慢性病专项工作开展相关的工作培训和指引
 - 有重点有针对性邀请专家进行培训
- 明确考核原则：
 - 平时考核与年终考核相结、服务数量与服务数量相结合

第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- DO—
- 实施：日常有定期的指导和培训，培训中明确了考核原则和设计理念

考核流程

在开展考核前首先由社区卫生服务机构上报慢病管理情况统计报表和名单列表 → 镇公卫中心专项负责人到社区卫生服务机构 → 根据提供的名单等距抽取名单 → 打电话或者直接入户进行核实患者患病情况、接受管理情况、血压控制情况

虚假的代价沉重



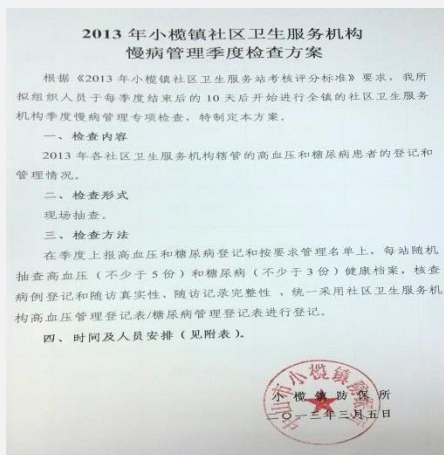
- 在核查过程中若发现虚假慢性病档案或虚假随访记录，该项目按上报率*真实率计算，情节严重的，该项不得分
- 某社区上报高血压规范管理率为90%，若核查10个病患中有1个虚假的，那么该项真实率为90%，计算时采用 $90\% * 90\% = 81\%$ 作为核查规范管理率

第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- CHECK—
- 检查：每个季度对指标的执行情况进行检查

2013年小榄镇社区卫生服务机构慢病管理季度检查方案



- 考核方法：
 - 检查纳入管理的慢性病患者是否有确诊依据
 - 撤档有正当理由，防止患者管理数据波动
 - 慢病随访记录完整性、规范性
 - 每季度考核随访率、控制率
 - 年终考核管理率
 - 对慢性病管理资料进行现场检查
 - 等距法抽查慢性病患者进行核实
 - 满意度调查

第二阶段—绩效考核为导向

第二阶段

- ACTION—
- 行动：收集意见和执行结果，对指标进行更新调整

社区医生走出社区，深入患者家中，通过家庭影响力逐步将纳入管理的人群扩大到35岁以上常住人口



- 从2007年开始—老年人健康管理年龄范围扩大到男性60岁及以上、女性55岁及以上人群，对这部分人群每年进行免费体检，同时把户籍退休的高血压患者纳入社区管理；从2009年开始—要求把户籍退休的糖尿病患者纳入社区管理
- 从2011年开始：把35岁以上常住人口高血压和糖尿病患者均纳入社区管理。

汇报内容

- 小榄镇基本情况
 - 小榄镇的地理位置和人口组成
 - 小榄镇的医疗资源条件
- 小榄镇慢性病绩效管理
 - 小榄镇的慢性病管理架构设计
 - 小榄镇的绩效管理设计思路
- **小榄镇慢性病管理下一步工作安排**

第三阶段—精细化慢病管理建设

第三阶段

- 小榄镇在考虑引入外部资源，采用以患者结果为导向的方式，进一步体现绩效管理，对病人实际带来的帮助

以患者结果为导向的绩效管理指标

● 过渡指标（1-3年）

- 平均血压值下降
- 心血管指标（如血脂水平）改善
- 控制率，尤其是高风险病人的控制率上升
- 社区卫生服务中心的治疗水平提升至指南水准



患者管理结果所占绩效指标比重逐年上升

● 终点指标（3-5年）

- 死亡率下降
- 靶器官损害率下降
- 并发症率下降
- 总体花费下降
- 生活方式指标（如高盐饮食、饮酒率等）改善

第三阶段—精细化慢病管理建设

第三阶段

- 为了落实精细化的慢病管理建设，小榄镇初步设想规划如下，希望听取各位专家领导的意见

健全IT平台

- 打通医联体内数据平台，确保病人就诊数据及时沟通
- 所有健康档案数据电子化，确保数据实时上传、真实可信

加强社区职能

- 加强社区医生能力建设，留住病人、管好病人
- 加大社区药品可及性，保证社区就医群众的用药需求
- 结合家庭医生试点制度，完成病人管理由量到质的转变

完善患者导向的绩效评估

- 基于稳健的数据基础和可靠的社区职能，完善慢性病管理
- 建立以患者结果为导向的绩效评估体系，并重新设计激励系统，确保评估结果和奖励措施挂钩

谢谢

