十卫通〔2021〕18号

关于印发《十堰市推行“医卫融合”

慢病规范管理、提升家庭医生签约服务水平工作实施方案》的通知

各县市区卫生健康局、十堰经济技术开发区文教卫局：

　　现将《十堰市推进“医卫融合”慢病规范管理、提升家庭医生签约服务水平工作实施方案》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

 　十堰市卫生健康委员会

　　 　 2021年4月25日

十堰市推进“医卫融合”慢病规范管理、

提升家庭医生签约服务水平工作实施方案

　　为认真贯彻落实《湖北省影响群众健康突出问题“323”攻坚行动方案（2021—2025年）》鄂政办发〔2021〕9号和省卫生健康委《湖北省“医卫融合”慢病规范管理试点工作实施方案》（鄂卫办通〔2020〕27号），提升慢病防治和家庭医生签约服务水平，经研究，决定以高血压、2型糖尿病两个慢性病防治为重点，在全市推进“医卫融合”慢病规范管理，提升家庭医生签约服务水平，进一步探索对居民全方位、全生命周期的健康服务模式，增强群众获得感、幸福感。现制定十堰市推进“医卫融合”慢病规范管理、提升家庭医生签约服务水平工作实施方案如下：

　　一、工作目标

以新时代卫生健康工作方针为指引，坚持医卫融合、防治结合、资源整合、系统联动工作机制，在城市医疗集团、县域医共体建设的基础上，利用信息化手段，促进卫生资源的优化配置与高效利用，初步建立起市、县、乡、村四级医疗卫生机构“上下协同、分级负责”的健康服务体系，形成市域内“整合型、系统性、同质化”的慢病规范管理和健康服务模式，为高血压、2型糖尿病患者提供“连续性、闭环式、全流程”的基本公卫和基本医疗服务，提高高血压、2型糖尿病的规范管理率和控制率，降低并发症发生率和病死率，并以此为突破口，全面提升家庭医生签约服务的水平和质量，增强居民依从性和获得感。

　 二、工作内容

**（一）多措并举，加强慢病高危人群筛查**

全市乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构要以基本公共卫生服务项目为基础，依据《国家基层高血压防治管理指南（2017）》和《国家基层糖尿病防治管理指南（2018）》筛查标准和流程，对辖区内35岁及以上居民和高危因素对象（超重或肥胖、家族史、长期过量饮酒和高盐饮食等）进行全面筛查，做到2种慢性病“早发现”：

1、认真落实35岁以上居民首诊测血压、测血糖制度，并在门诊和住院登记本上做好登记。

２、结合基本医疗和基本公共卫生服务、家庭医生签约服务，对辖区村（居）35岁以上居民进行健康体检，筛查高血压和2型糖尿病患者，并做好相关体检记录。

３、积极与上级医疗集团、医共体牵头医院建立双向联系，及时获取辖区居民体检信息，从中筛查高血压、2型糖尿病患者，登记录入到湖北省基本公共卫生服务管理系统并进行规范管理。

４、对照人口健康信息系统和湖北基本公卫服务管系统理平台数据，对辖区内35岁以上居民进行比对，凡没有进行年度体检（必查血压和血糖）的要采取上门、集中、预约等多种形式进行体检，做到人人有体检、个个有结果。

对筛查出的高血压和2型糖尿病患者，要及时将信息录入到湖北省基本公共卫生服务管理系统，纳入社区家庭医生签约服务重点对象，按时进行随访评估，做到“早发现、早管理、早干预”。

**（二）发挥城市医疗集团、县域医共体作用，增强家庭医生签约团队服务功能**

各城市医疗集团、县域医共体牵头医院要加强对医联体内社区卫生服务中心、乡镇卫生院家庭医生签约团队建设，下派专家加入签约服务团队，指导基层医疗卫生机构做好慢病管理和家庭医生签约服务，提供医疗技术支撑，多层级协同为高血压和2型糖尿病患者提供包括健康状况咨询、生活方式干预、治疗方案制定、日常用药指导、住院医疗服务和后续康复等在内的“全流程、闭环式”慢病健康服务。支持鼓励市级医院专业医师到其家庭医生团队所在基层卫生机构开设专家门诊，定期到基层为签约慢病患者提供医疗服务。 城市4大医疗集团负责指导城区加盟社区卫生服务中心、站的家庭医生签约服务工作，县域医共体牵头医院负责指导管辖内乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室家庭医生签约服务工作，市太和医院、市人民医院、国药东风总医院按照传统对口帮扶关系指导有关县市做好家庭医生签约服务工作，并与省级指导医院（省人民医院）建立分级诊疗、双向转诊关系。

**（三）完善慢病健康服务协作机制，强化慢病患者日常用药保障**

各基层医疗卫生机构要为签约的慢病患者提供优惠、优先服务，与城市医疗集团、县域医共体牵头医院签订协议，为签约慢病患者提供优先接诊、检查、预留床位等绿色通道便利，对慢病患者实行“联合签约，全程服务”。积极推进城市医疗集团、县域医共体内医疗检查、检验结果互认，建立高血压、2型糖尿病并发症急诊救治绿色通道和双向转诊机制。乡镇卫生院院、社区卫生服务中心要完善以基本药物为主体、与上级医院相衔接的高血压、2型糖尿病等慢病药品配备，强化慢病药品门诊供应保障，实现慢病药品同药同质同价，让高血压和2型糖尿病患者在基层获得同质化日常用药服务。

**（四）加快慢病管理信息系统建设，丰富“互联网+慢病服务手段**

依托湖北省基本公共卫生服务管理系统，以患者身份证号为唯一识别码, 推动各级医疗机构 HIS 系统和基本公共卫生服务管理信息系统之间的对接和数据互通，构建覆盖市、县、乡、村四级医疗机构的慢病管理信息平台。县域内二级及以上医院在做好信息安全的前提下要将高血压、2型糖尿病患者门诊和住院相关信息每月通过慢病管理信息平台或者转诊系统、其他信息渠道推送给基层医疗卫生机构，基层医疗卫生机构及时将高血压、2型糖尿病患者的诊断、用药、治疗等医疗信息及时更新到其电子健康档案中，便于家庭医生团队实时掌握患者病情变化、治疗过程及效果，制定好后续健康服务方案。基层医疗机构在慢病患者随访评估、体检时发现存在危急情况、药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的高血压、2型糖尿病患者，在做好转诊的同时，及时通过慢病管理信息平台或者转诊系统、其他信息渠道把患者健康管理信息推送到上级医院。加强城市医疗集团、县域医共体内远程会诊、远程教学、远程培训建设，推进移动医疗健康服务车、智能健康服务包的配备使用，提高家庭医生签约服务效率。鼓励有条件的慢病患者购买使用可穿戴智能医疗监测设备，随时获取生命体征数据，实现实时健康监测与医疗干预，提高慢病健康服务整体效率。大力宣传“自己是健康第一责任人”理念，利用网络、微信、视频、手册、折页、专栏等多种形式开展健康知识宣传活动，家庭医生团队每年不少于2次进村(社区)提供键康义诊和健康咨询等服务，提升居民健康素养。

三、责任分工

**（一）市、县卫生健康委（局）。**负责制定市、县“医卫融合”慢病规范管理、提升家庭医生签约服务水平工作实施方案，组织市、县、乡、村四级医疗卫生机构按照各自分工做好慢病管理和家庭医生签约服务工作，进行年度考核督办，推动工作平衡发展。

**（二）城市医疗集团、县域医共体牵头医院。**每年为基层卫生机构提供高血压、2型糖尿病相关防治知识和诊疗技术培训1-2次；协助基层为慢病患者提供家庭医生签约服务，制定健康和医疗干预方案，评估干预效果并及时进行调整；建立医联体内分级转诊系统，对基层医疗机构上转的慢性病人，提供门诊和住院绿色通道服务，及时下转病情稳定的慢病患者，每月向医联体内基层医疗机构推送辖区慢病患者就诊相关数据信息。

**（三）乡镇卫生院(社区卫生服务中心)。**全面开展辖区内35岁以上居民和高危因素对象高血压、2型糖尿病筛查，收集患者信息，录入到湖北省基本公共卫生服务管理信息平台，开展健康评估及康复管理，实施健康医疗干预，在上级牵头医院指导下，定期为慢病患者提供健康随访、评估干预服务，为慢病患者提供能力范围内的门诊和住院服务，接受上级医院下转的慢病患者，指导和协助村卫生室(社区卫生服务站)开展慢病患者自我健康管理。

**（四）村卫生室(社区卫生服务站)。**协助开展慢病筛查和慢病患者个人信息收集；协助实施慢病高危人群健康宣教和健康行为干预；协助实施慢病患者健康和医疗干预方案、健康随访、康复管理等工作；开展慢病患者自我健康管理。

四、具体措施

**（一）加强组织领导。**市、县（市、区）卫生健康行政部门和各级医疗卫生机构，要将推进“医卫融合”慢病规范管理、提升家庭医生签约服务水平工作作为公共卫生服务补短板的重要内容，切实提高重视程度，结合各自实际制定本地工作实施方案，坚持实事求是，因地制宜，针对关键环节，实现重点突破，特别是要推动基本公共卫生服务管理信息平台与已有医疗卫生机构HIS系统互联互通，建立完善医联体内分级转诊平台，实现慢病规范管理和家庭医生签约服务的整体联动。

**（二）坚持试点先行。**2021年，市卫生健康委将在十堰经济开发区社区卫生服务中心、茅箭区五堰街办老虎沟社区卫生服务中心、茅箭区二堰街办富康社区卫生服务中心、张湾区车城街办车城社区卫生服务中心、张湾区汉江街办阳光栖谷社区卫生服务中心开展试点，作为重点联系社区，积极探索社区居民慢病管理和家庭医生签约服务新模式、新机制，提高社区居民认同感和依从性。各县市区至少设定一个以上试点，丹江口市必须按要求完成省级试点任务。

**（三）实行激励政策。**市、区卫生健康部门要积极争取财政、医保部门对家庭医生签约服务工作的经费支持，在基本公卫服务经费考核兑现时加大“医卫融合”慢病管理和家庭医生签约服务的工作比重，推动工作落实。各基层医疗卫生机构要列出专项经费用于“医卫融合”慢病管理和家庭医生签约服务，专项经费的70％以上用于家庭医生团队的绩效分配，将签约患者血压血糖控制率、服药依从率、行为改变率、服药率等指标纳入家庭医生团队的考核，考核结果与绩效挂钩，调动工作积极性。

**（四）严格督办考核。**市卫生健康行政部门要加强对此项工作的指导和督办，县市区卫健局要发挥主体责任，将此项工作纳入各基层医疗单位年度工作考核评价体系，强化监督考核和奖惩兑现。对在“医卫融合”慢病管理、家庭医生签约服务工作中管理到位、工作扎实、效果突出的基层医疗单位，要在基层能力建设、设备购置、特岗津贴项目等方面予以倾斜和支持，并和年终基本公卫考核评先奖励挂钩。对工作重视不够、措施不力，未完成年度目标任务的基层医疗单位，要给予通报批评。

报送：省卫健委，市财政局、市医保局。

十堰市卫生健康委员会办公室 2021年4月25日印发