

潜江市卫生健康委员会文件

潜卫通〔2021〕18号

市卫生健康委关于印发“323 健康问题” 系列防治方案和体系建设方案的通知

各区、镇、街道卫生院、社区卫生服务中心，市直各医疗卫生单位，江汉油田总医院，委机关相关科室：

为贯彻落实《市人民政府办公室关于印发潜江市影响群众健康突出问题“323”攻坚行动方案(2021-2025)的通知》（潜政办发〔2021〕11号）精神，我委组织制定了“323 健康问题”系列防治方案和体系建设方案，现印发给你们，请结合实际抓好落实。



2021年6月28日

潜江市心血管病防治技术方案

根据心血管疾病（尤其是致命性心血管疾病）的发病特征和流行病学特点，在省心血管病防治中心的组织和指导下，市防治中心构建以基层胸痛中心为核心、以基层心血管病防治/胸痛救治单元为网点、上下联动的区域防治网络体系，从“防、筛、管、治”四个方面着手，指导基层开展健康教育、高危人群筛查和信息网络构建、一级预防、急危重症救治和二级预防等防治工作，并提供技术支撑，力争我市心血管病防治工作预期目标的早日实现。

一、技术路线内容

（一）健康教育

根据省心血管病防治中心开发的包括心血管病预防、救治、管理、康复等健康教育核心知识资料库，由市防治中心发放到市域内每个胸痛中心和基层心血管病防治/胸痛救治单元。基层心血管病防治/胸痛救治单元每季度分次分批对所辖区域内的居民进行线下或线上健康教育，每季度受益群众至少达 80%。充分利用传统媒体和新媒体定期推送心血管病防治资讯，不断提高我市居民的心血管疾病防治核心知识知晓率。

（二）心血管病高危人群筛查和信息网络构建

在市级高血压、高脂血症、糖尿病和肥胖防治达标中心指导下，由基层心血管病防治/胸痛救治单元对所辖区域内 35 岁以上人群进行高血压、高血脂、糖尿病和肥胖筛查，对 40 岁以上患

高血压、高血脂、糖尿病和肥胖等疾病的心血管病高危人群进行风险评估，对评估为十年心血管事件风险>10%的高危患者建立健康档案。

依托全省心血管病防控信息网络，将筛查出的高血压、高血脂、糖尿病和肥胖患者信息和十年心血管事件风险>10%的高危人群信息同步传输到市级达标中心，并最终上传到省心血管病防治中心。

对男性年龄>50岁、女性年龄>60岁、高血压、高血脂、糖尿病、肥胖、吸烟、早发心血管病家族史的居民，应尽早开始冠心病专项筛查（包括心电图和血管超声）。

到2022年，全市高血压、糖尿病、高血脂和肥胖患者心血管病筛查覆盖率达到90%以上，对十年心血管事件风险>10%的高危患者建档率达到95%以上。

（三）心血管病高危人群一级预防

1.市级高血压、高脂血症、糖尿病和肥胖防治达标中心指导市域内胸痛中心-基层心血管病防治/胸痛救治单元为所辖区域内的高血压、高血脂、糖尿病和肥胖患者提供包括健康宣教、生活方式干预、日常治疗在内的健康服务。到2022年，全市40岁及以上居民心血管病高危因素（高血压、糖尿病、高脂血症）整体知晓率均不低于90%；治疗率均不低于85%；控制率均不低于80%。

2.对评估为十年心血管事件风险>10%的高危人群开展以下工作。

(1) 健康宣教：基层心血管病防治/胸痛救治单元每月定期对高危人群开展健康教育，普及心血管疾病防治和自救知识。

(2) 生活方式干预：基层心血管病防治/胸痛救治单元的医生在心血管专科医生指导下，对评估为高危的个体制定包括营养、运动、戒烟、限酒和心理等干预在内的生活方式干预方案并落实，每半年评估干预效果。

(3) 个体化药物干预：由胸痛中心的心血管专科医生对高危患者制定个体化药物干预方案，由基层心血管病防治/胸痛救治单元负责对其长期管理，每半年进行一次相关检查，评估干预效果，并将检查和评估情况实时网报至市心血管病防治中心。

(四) 心血管病急危重症救治

以胸痛中心为核心，以基层心血管病防治/胸痛救治单元为网点，构建辖区居民心血管病急危重症救治网络，按照胸痛中心的标准进行救治流程管理。

加强院前急救体系的信息化建设并优化救治流程，实现院前急救体系的急救站点全域覆盖，提高胸痛患者呼叫比例和响应速度，对高危胸痛患者应实施“就能力、就近、就意愿”原则转送（即将病人转运至能实施再灌注治疗的医院），颁布胸痛救治地图，转运时间超出 1 小时应倡导溶栓后转运或努力实现院前溶栓，做到科学规范治疗。

到 2021 年，全市 90% 的二级以上综合性医院和中医医院注册建设胸痛中心；到 2022 年，全市 50% 以上二级以上综合性医院和中医医院通过胸痛中心认证；95% 的胸痛中心（含建设单位）

与基层医疗卫生机构,共同建立覆盖市域 95%以上人口的基层心血管病防治/胸痛救治单元,并规范化运行;全市急性心肌梗死院外死亡率降低至 35%左右,院内死亡率控制在 3%左右。

(五) 心血管病二级预防

对已患有心血管相关疾病的稳定患者,由基层心血管病防治/胸痛救治单元进行长期生活方式和药物干预,以减少患者再次发生心血管事件的可能性,每半年进行一次检查以评价干预效果。

对再次发作心血管事件的患者实施双向转诊,提高救治效果;到 2022 年,我市心血管病再次住院率降低 30%以上。

二、工作步骤和时间安排

(一) 2021 年度

1.完成全市 90%以上二级及以上综合性医院和中医医院胸痛中心注册和基层心血管病防治/胸痛救治单元的建设工作;6 月底前,完成全市已具备条件的二级及以上综合性医院和中医医院胸痛中心注册和基层心血管病防治/胸痛救治单元的建设工作。

2.在开展胸痛中心注册和基层心血管病防治/胸痛救治单元建设的同时,开展健康教育、高危人群筛查和信息网络构建、一级预防、急危重症救治和二级预防等工作。

3.基本完成覆盖全市的心血管病防治信息系统的网络建设。

4.完成全市三分之一的 40 岁以上人群高血压、高血脂、糖尿病和肥胖疾病的筛查和一级预防工作。

5.完善心血管病防治各项技术方案和健康教育资料库的建设。

（二）2022 年度

1.全市 50%的二级及以上综合性医院和中医医院胸痛中心通过认证。

2.完成全市 40 岁以上人群高血压、高血脂、糖尿病和肥胖疾病的筛查和一级预防工作。

3.完成覆盖全市的健康教育、全市心血管病防治信息系统的网络建设以及一级预防、急危重症救治和二级预防等工作。

4.完成各项考核工作。

（三）2023 年以后

1.全市 90%的二级及以上综合性医院和中医医院的胸痛中心建设通过认证。

2.常态化开展健康教育、高危人群筛查、一级预防和达标、急危重症救治和二级预防等工作。

3.配合省级防治中心做好常态化质控和考核，积极开展科学研究，不断探索适合我市实际的心血管病防治方案，进一步提高防治效果。

4.2025 年，市卫生健康委定期对防治工作进行评估，总结工作经验。

潜江市脑卒中防治技术方案

一、目标指标

脑血管疾病具有高患病率、高致残率、高复发率和高死亡率的特点，严重威胁人类健康，给社会、政府和家庭带来沉重的经济负担。我市死因监测数据显示，脑血管病死亡率为 128.26/10 万（2019 年），成为威胁我市居民健康的突出问题。为贯彻实施潜江市影响群众健康突出问题攻坚行动，在全市开展脑血管疾病防治攻坚行动，分两个阶段进行：第一阶段，到 2022 年，我市脑血管疾病致死率上升趋势得到有效遏制，高血压、高血脂、房颤和糖尿病知识知晓率明显提升，防治网络体系基本健全，健康干预效果明显，居民健康素养水平稳步提升；第二阶段，到 2025 年，我市脑血管疾病致死率明显下降，健康影响因素得到有效控制，综合防控机制更加完善，防治网络体系更加健全。

二、工作计划

（一）推进脑卒中防治网络体系建设

为推进全市脑卒中防治工作不断深入开展，成立潜江市脑卒中防治中心。组织协调我市脑卒中防治基地医院、基层医疗卫生机构和疾控机构建立脑卒中区域防控网络，着力构建双向转诊、上下联动、防治结合、中西医并重的脑卒中分级诊疗模式，推动预防、筛查、干预、治疗、康复全程管理模式。推进全市卒中中心、卒中防治中心建设。

将脑卒中防治体系延伸至乡、村两级。在区域救治网络体系

的帮助下，依托乡镇卫生院和社区卫生服务中心设置潜江市脑卒中基层防治站。有条件的基层防治站可安排专职人员从事防治工作。主要任务是在基层开展脑血管疾病健康知识宣传，对当地的脑卒中患者和具有脑卒中高危因素的人群进行初级管理和健康指导，提高当地百姓服药的依从性，提升高血压和糖尿病知识知晓率、控制率和达标率。同时，通过业务指导、远程协作、人工智能等多种方式，与上级医院联动，共同做好急性脑卒中患者的早期识别、及时转运以及脑血管疾病患者的规范化管理。

（二）加大高危人群筛查与干预力度

脑卒中基层防治站开展社区组织发动工作，对筛查点 40 岁以上居民进行脑卒中危险因素调查和初筛，对筛查出的高危人群由市脑卒中防治中心医院做进一步检查，确诊为患者的及时进行规范化诊疗，高危人群由基层医疗卫生机构在市脑卒中防治中心医院的指导下制定干预方案，定期随访。全面推广项目成功经验和适宜技术，积极推进在医院就诊的高危人群和其他疾病患者中开展脑卒中机会性筛查。

（三）推动适宜技术的推广，提升诊疗能力，加大科研力度

市脑卒中防治中心、成员单位等二级医院，要进一步提升静脉溶栓、桥接治疗、颈动脉内膜剥脱、颈动脉支架植入术等关键诊疗技术的水平，提高脑卒中患者存活率、降低致死致残率；要进一步推广静脉溶栓、脑血管病规范化治疗、心源性卒中识别等适宜技术，提高脑卒中患者及时救治水平；乡镇卫生院、社区卫生服务中心，要学习开展颈动脉 B 超检查、房颤筛查、心脑血管

管疾病康复技术，提高脑卒中高危人群的发现能力及康复管理水平。

（四）推动关口前移，做好高血压等慢性病管理

在有条件的乡镇卫生院和社区卫生服务中心逐步开展超重肥胖、血压/血糖增高、血脂异常、卵圆孔未闭及心律失常等慢性病高危人群的患病风险评估和干预，落实35岁以上人群首诊测血压制度，对发现的高血压患者要及时纳入基本公共卫生服务重点人群管理范畴。推进家庭医生签约服务，优先覆盖高血压等慢性病患者，将公共卫生、基本医疗、基本药物和约定的健康管理服务相结合，与专科医师、脑心健康管理师等相关人员共同提供综合、连续、动态的服务。培育社区健康指导员和志愿者，指导高血压等慢性病患者开展自我健康管理。

（五）强化康复服务，提升脑卒中患者生活质量

推动卒中康复工作，实施早期介入、分阶段康复的全程管理，最大限度恢复患者自理能力，促进回归社会。推广脑卒中认知功能和精神行为评测与干预的研究及技术应用，提高患者的生活质量。在脑卒中患者急性期早期介入康复治疗，待患者进入慢性康复期，及时转入基层医疗卫生机构接受规范化康复治疗，对出院患者进行康复指导。加强基层医疗卫生机构康复能力建设，制定符合基层医疗卫生机构康复要求的规范、路径和指南，加强基层康复医务人员培训，使其具备卒中康复基本知识，掌握基本技术，提高康复能力。

（六）发挥中医药作用，开展中医特色健康管理

发挥中医治未病优势，开展脑卒中中医药防治研究，总结形成脑卒中中医健康干预方案并推广实施。加强中西医结合，开展脑卒中中医药健康管理服务。以基层医疗卫生机构中医综合服务区（国医堂、中医馆）为重点，深化中医药基本公共卫生服务，向脑卒中患者、高危人群提供中医医疗保健服务和中医特色康复服务。在市中医院探索开展脑卒中等专业联合诊疗，综合多专业资源和中药、中医技术等方法，提高中医药防治脑卒中临床疗效。

（七）加强健康宣传与教育

依托各类媒体平台，建立完善常态化宣传机制，提高脑卒中防治知识科普宣传的权威性和广泛性。将脑卒中防治知识潜移默化地植入千家万户。全市各卒中中心、脑卒中防治基地医院根据国家 and 省编制的脑卒中防治指南、技术规范和相关标准，编制宣传折页免费向老百姓发放，制作科普微信、健教视频等，定期更新宣传，并利用社区义诊、基层对口协作、健康讲座等形式推进脑卒中防治科普进社区、企业、学校、机关、农村，使脑卒中防治科普宣传具有持续性、针对性、辐射性，教育引导群众树立正确健康观，促进健康行为和生活方式的形成。

（八）健全监测网络，提高信息化管理水平

运用大数据等信息技术，加强卒中疾病发病、患病、死亡和危险因素等信息的采集、分析和应用，掌握流行规律及特点，为制定防治政策与策略提供依据。利用“互联网+”手段，推进远程影像、远程心电、远程会诊等服务。发展互联网医院，为患者提供预约诊疗、在线咨询、病情随访、慢病管理等优质、便捷的网

络医疗卫生服务。研究和推广网络技术、人工智能和可穿戴设备在卒中危险因素识别、早期筛查、康复干预及照护中的应用。

三、工作步骤

（一）2021-2022年，初步建成市级脑卒中防治体系，提高脑卒中高危人群筛查和干预项目工作质量，探索根据服务需求扩大脑卒中高危人群筛查和干预项目受益人群。

（二）2023-2024年，完善覆盖全市的脑卒中防治体系建设。配合做好全省脑卒中中心质控工作，确保脑卒中防治工作规范化、同质化。

（三）2025年，市卫生健康委对脑卒中防治工作进行评估，总结工作经验。

潜江市癌症防治技术方案

一、总体目标

（一）全面提升全民防癌科学素养，到 2022 年和 2025 年，癌症防治核心知识知晓率分别不低于 70%和 80%。

（二）到 2022 年，肿瘤监测实现市内全覆盖。

（三）将个人常见癌症风险评估纳入健康档案管理，基本实现常见癌症高危人群定期参加防癌体检。

（四）到 2025 年，高发地区重点癌种早诊率不低于 55%。

（五）提升肿瘤诊疗水平，到 2022 年和 2025 年，总体癌症 5 年生存率分别不低于 43.3%和 44.5%。

二、技术路线

（一）指导原则

坚持“以癌症为突破口，加强综合防控，强化早期筛查和早期发现，推进早诊早治工作，推进疾病治疗向健康管理转变”的方针，以政府为主导，兼顾癌症防治资源的可及性及公平性，提高癌症综合防治水平。

（二）方法

1.加强健康教育，普及防癌抗癌核心知识，提升全民癌症防治科学素养。利用“世界癌症日”“防癌宣传周”“希望马拉松”“全民健康方式月”等开展宣传教育活动；依托市疾控中心打造科普平台，综合使用互联网、大数据等信息技术，推动科普宣传进社区、进乡村，加强癌症防控核心知识普及，指导全民正确面对癌症，

正确关注癌症预防，主动学习掌握癌症防治核心信息及知识要点，了解自身存在的癌症风险，积极预防癌症发生。加强基层社区医生健康教育能力，将防癌科普宣传的开展情况纳入绩效考核，充分调动基层社区医务人员工作积极性。

2.健全肿瘤登记报告制度，实现肿瘤监测全市覆盖

(1) 按《中国肿瘤登记标准数据集》要求，统一全市二级及以上医疗机构信息系统导出数据模板，作为肿瘤登记报告标准格式。

(2) 全市所有二级及以上医疗机构严格执行肿瘤登记报告制度，并将肿瘤登记报告制度的执行情况纳入医疗机构级别评定、复核及年度考核指标；将肿瘤随访登记工作质量指标纳入常规公共卫生考核。

(3) 整合医保、民政、公安及死因监测数据，保证肿瘤监测数据的真实性、完整性和及时性。

3.全面加强高危人群筛查

(1) 建立公共卫生机构、医院、基层医疗机构“三位一体”的筛查协作机制。充分发挥公共卫生机构宣传发动优势，基层医疗卫生机构逐步提供癌症风险评估服务，及时将高危人群转诊至县级癌症规范防治基地接受诊断性筛查。

(2) 对发病率高、筛查手段和技术方案比较成熟的上消化道癌、肝癌、结直肠癌、肺癌、宫颈癌、乳腺癌等重点癌症，根据本地区流行状况，创造条件普遍开展癌症机会性筛查。

4.加强筛查后干预及早诊早治

加强筛查后的干预，市级癌症规范防治基地及时向基层医疗机构推送高危人群筛查结果，由基层医疗机构家庭医生将其结果纳入健康档案，制定干预计划，开展防癌健康教育、生活方式指导和定期随访。对筛查出的癌症患者，及时提供规范诊治或转诊服务。

三、工作计划

（一）2021 年

1.防癌核心知识宣传资料的设计、制作与发放。完成防癌核心知识知晓率调查。

2.开展肿瘤监测工作。

（二）2022-2024 年

1.开展二级及以上医疗机构肿瘤登记技术培训，实现肿瘤监测全市覆盖。

2.建立市级癌症防治中心，开展重点癌种机会性筛查。

（三）2025 年

市卫生健康委对癌症防治工作进行评估，总结工作经验。

潜江市慢性呼吸系统疾病防治技术方案

一、加强慢性呼吸系统疾病高危人群筛查

将肺功能检查纳入 40 岁及以上人群常规体检内容。推行高危人群首诊测量肺功能制度，发现疑似慢性呼吸系统疾病患者及时提供转诊服务。推动为社区卫生服务中心和乡镇卫生院配备肺功能检查仪等设备，加强基层专业人员培训。对慢性呼吸系统疾病患者做到早发现早治疗。

二、预防危险因素，加强早期干预

加强戒烟宣传力度，推进戒烟门诊和戒烟随访团队建设，使群众进一步增强对吸烟危害的认识，并能够使用相关药物辅助戒烟。为慢性呼吸系统疾病高危人群提供流感和肺炎等疫苗，强调戴口罩，加强自身保护，避免病毒、细菌及有害气体对呼吸道的影 响。各级医疗卫生机构为慢性呼吸系统疾病高危人群和患者提供筛查干预、诊断、治疗、随访管理、功能康复等全程防治管理服务，提高慢性呼吸系统疾病的早诊早治率和规范化管理率。

三、完善慢病健康服务协作机制

积极推进呼吸系统疾病的分级诊疗，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的诊疗机制，健全治疗-康复-长期随访的服务链。鼓励稳定的慢性呼吸系统疾病患者首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层诊疗能力的患者实行向上级医院转诊，对于稳定期、康复期的患者实行向下转诊。多层次协同为慢性呼吸系统疾病患者提供健康咨询、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慢病管理服务，鼓励和引导上级医院专家定期到基层为签约慢病患者提供医疗服务。

四、强化慢病患者日常用药保障

将基层卫生机构纳入门诊慢病定点机构范畴，完善基层医疗卫生机构以基本药物为主体的慢性呼吸系统疾病药物配备，强化慢病药品门诊供应保障，推动实现慢病药品同药同质同价，让慢性呼吸系统疾病患者在基层获得同质化日常用药服务。

五、推进慢病管理信息系统建设

依托各级医疗卫生服务管理信息系统，以患者身份证号为唯一识别码，加快基层公共卫生、医院信息 HIS 系统和疾病监测数据中心之间的对接和数据互通，建设健康大数据中心。同时将上级医院慢性呼吸系统疾病患者门诊和住院相关信息与基本公共卫生服务管理信息系统进行对接，便于基层医疗机构能够实时掌握患者病情变化、治疗过程及效果，以评估患者健康状况，制定针对性的后续健康服务方案。

六、加强健康教育，提高健康素养

在各级医疗机构特别是基层社区定期开展慢性呼吸系统疾病学习班、讲座、交流会等活动，对广大群众进行宣传和教育，讲解日常保健知识，普及健康生活方式；通过各类媒体平台传播呼吸系统疾病防治信息，提高人民群众对慢性呼吸系统疾病的防控意识，提升居民健康素养。

潜江市出生缺陷综合防治技术方案

一、主要目标

构建覆盖城乡居民，涵盖婚前、孕前、孕期、新生儿和儿童各阶段的出生缺陷防治体系，为群众提供公平可及、优质高效的出生缺陷综合防治服务，预防和减少出生缺陷发生，提高出生人口素质和儿童健康水平。到 2022 年和 2025 年，实现以下具体目标：

——出生缺陷防治知识知晓率达到 80%和 85%；出生缺陷发生率高位徘徊态势得到有效遏制，总体趋势呈现下降趋势。

——婚前医学检查率达到 70%和 75%；孕前优生健康检查率达到 80%和 85%。

——产前筛查率达到 85%和 90%。

——新生儿疾病筛查

1.新生儿五项(PKU, CH, G6PD, CAH、地中海贫血)遗传代谢性疾病筛查率达到 98%以上；新生儿听力筛查率达到 90%和 95%；确诊病例治疗率达到 80%和 85%。

2.逐步扩大新生儿先天性心脏病筛查项目覆盖范围，项目筛查率达到 90%。

3.0~6 岁眼保健和视力检查覆盖率达到 90%。

二、策略和技术路径

(一) 加强出生缺陷防治体系建设

1.加强服务网络支撑

完善以市妇幼保健院为骨干、综合医院为支撑、基层医疗保健机构为基础的出生缺陷防治网络。开展出生缺陷防治技术服务机构认定和评审，实现遗传代谢病筛查采血单位助产机构全覆盖。完善出生缺陷防治技术体系，做到婚前医学检查、孕前优生健康检查、产前筛查、新生儿疾病筛查、出生缺陷救治等相互衔接，推进预防、筛查、诊断、治疗、康复、救助一体化、全程化。在市妇幼保健机构设置出生缺陷防治管理中心，协助卫生健康行政部门组织开展相关人员培训、业务指导、信息报送、项目管理等工作。

2.加强人才队伍支撑

依托省出生缺陷防治人才培养项目，针对基层薄弱的专业技术，如遗传代谢性疾病救治、先天性结构畸形救治、听力障碍诊疗、产前诊断等，选派专业技术人员进行培训。积极选派人员参加全省产前筛查技术培训、产前诊断（遗传咨询、超声诊断、实验室诊断等）技术培训、新生儿疾病筛查技术培训、新生儿听力筛查技术培训，组织全市出生缺陷防治系列技术培训，充实出生缺陷防治人才队伍。

3.加强经费投入支撑

积极争取出生缺陷防治网络建设、人才培养、专科建设、防治项目等经费投入。聚焦严重多发出生缺陷病种，组织实施出生缺陷防治项目。推动将婚前医学检查、孕前优生健康检查、产前筛查、新生儿疾病筛查等出生缺陷防治服务列入地方民生项目，纳入财政预算。结合健康扶贫，将儿童先天性心脏病、唇腭裂、

苯丙酮尿症等符合条件的出生缺陷病种纳入农村贫困人口大病专项救治范围，不断提高保障水平。鼓励公益基金等社会力量积极参与出生缺陷防治、患儿救助等公益活动。

4.加强科研信息支撑

鼓励出生缺陷防治基础研究和创新，促进科研成果的推广应用和临床转化。加强出生缺陷监测工作，逐步扩大监测医院范围，加强人员培训及监测数据质量控制，完善信息收集、统计和分析，保证信息上报的及时性和准确性，动态掌握出生缺陷发生现状和发展趋势。依托全民健康信息平台，加大投入，完善出生缺陷防治全程服务信息，推动数据互联共享。借力“互联网+医疗健康”，为群众提供出生缺陷防治相关的咨询指导、检查提醒、预约就诊、检查检验结果查询等便民服务。加强数据和生物样本管理，保护公民隐私，保障国家信息安全和人类遗传资源安全。

（二）落实综合防治措施

1.广泛开展一级预防

大力开展健康教育，普及出生缺陷防治知识，增强群众自我保健意识和能力。医疗保健机构要发挥主战场作用，科学规范开展遗传优生咨询服务，倡导适龄生育，指导科学备孕。加强婚前保健，推广婚姻登记、婚前医学检查、补服叶酸和生育指导“一站式”服务。落实国家免费孕前优生健康检查，推动城乡居民全覆盖。针对不同婚育阶段的目标人群，因人施策，统筹落实婚前医学检查、孕前优生健康检查、孕期保健、产前筛查与诊断、新生儿疾病筛查等服务。加强女职工劳动保护，避免准备怀孕和孕

期妇女接触有毒有害物质和放射线。

2.规范开展二级预防

保障母婴安全，落实妊娠风险筛查评估、高危专案管理、危急重症救治、孕产妇死亡个案报告和约谈通报五项制度，加强危重孕产妇和新生儿救治保障能力建设，健全救治会诊、转诊等机制。加强孕期保健服务管理，提高孕产妇系统管理率。广泛开展产前筛查，普及产前筛查适宜技术，规范应用高通量基因测序等技术，怀孕妇女孕 28 周前接受 1 次免费血清学及超声产前筛查。对产前筛查高风险孕妇要指导其及时到有资质的医疗保健机构接受产前诊断服务。产前诊断机构要依法执业、规范全面开展相关业务，不断提升产前诊断技术水平，提高产前诊断技术服务的可及性。对确诊的先天性心脏病、唐氏综合征、神经管缺陷、地中海贫血等严重出生缺陷病例，及时给予医学指导和建议。

3.深入开展三级预防

免费开展苯丙酮尿症（PKU）、先天性甲状腺功能减低症（CH）、遗传性葡萄糖-6-磷酸脱氢酶(G6PD)缺乏症、先天性肾上腺皮质增生症(CAH)、地中海贫血等遗传代谢病筛查和听力筛查，不断提高筛查率。推广应用串联质谱筛查技术、基因筛查技术等筛查多种遗传性疾病，推广新生儿先天性心脏病筛查技术，逐步扩大项目实施范围。加强新生儿疾病筛查阳性病例的随访、确诊、治疗和干预，提高确诊病例治疗率。推进先天性结构畸形救助及多种遗传代谢病救助项目实施，为 0~10 岁的苯丙酮尿症确诊患儿免费提供治疗特殊食品。

三、工作任务

（一）加强组织领导

出生缺陷防治应当遵循政府主导、部门协作、社会参与的原则，坚持预防为主、防治结合的方针。各级人民政府统一领导本行政区域的出生缺陷防治工作，应当将出生缺陷防治工作纳入国民经济和社会发展规划，建立健全出生缺陷防治服务与保障体系，组织实施出生缺陷防治的规划和行动，建立出生缺陷监测与风险评估制度，将出生缺陷防治相关指标纳入政府目标责任考核。卫生健康行政部门负责统筹协调出生缺陷防治工作，其他有关部门在各自职责范围内负责有关出生缺陷防治工作。

（二）建立工作机制

建立健全出生缺陷防治工作协调机制，将出生缺陷防治融入所有健康政策，保障必要的经济、技术和物质条件。鼓励社会力量通过依法捐赠、资助等方式支持和参与出生缺陷防治工作。医疗保健机构提供婚前医学检查、孕前优生健康检查、产前筛查、产前诊断、新生儿疾病筛查等服务，应当依法取得相应资质，遵守相关医疗技术操作规范。残疾人联合会为符合条件的出生缺陷儿提供早期康复救助，帮助其恢复基本功能，减轻残疾程度。市出生缺陷防治管理中心协助卫生健康行政部门组织开展相关人员培训、业务指导、质量控制、信息报送、项目管理等工作，定期对综合防治实施效果进行评价。

（三）开展社会宣传

充分运用广播、电视、海报、互联网、微信公众号、健康讲

座等宣传手段和平台，广泛开展形式多样的出生缺陷防治社会宣传。举办“预防出生缺陷日”主题宣传活动，加强政策和惠民项目宣传，营造全社会关心和支持出生缺陷防治的良好氛围。

（四）加强考核评估

通过政府重点工作绩效考核、政府为民办实事项目专项考核、目标管理责任制考核等多种方式，督促落实出生缺陷防治工作。加强对出生缺陷防治政策落实、项目实施、资金管理、工作成效等方面的考核评估，及时总结推广出生缺陷防治有效做法和经验。市卫生健康委将适时组织对各地出生缺陷综合防治工作进行督导检查，通报工作进展。

潜江市儿童青少年视力问题防治技术方案

近视是影响儿童青少年视力健康的最常见原因，2012年WHO公布的数据显示，全球视力残疾疾病中，12.5%的盲和46.4%的低视力与近视有关。我国近视人口高达7亿并且逐年递增，引起党和政府的高度重视。2018年，习近平总书记指示：“共同呵护好孩子的眼睛，让他们拥有一个光明的未来”。为贯彻习总书记指示，八部门联合印发《综合防控儿童青少年近视实施方案》，将近视防控上升到国家战略。方案提出：到2023年，力争实现全国儿童青少年总体近视率在2018年的基础上每年降低0.5%以上。2030年，实现儿童青少年新发近视率明显下降、视力健康整体水平显著提升，6岁儿童近视率控制在3%左右，小学生、初中生和高中生近视率分别降到38%、60%和70%以下。

为推进健康潜江青少年近视防治行动，完善我市近视防控中心网络体系建设，力求打造“防、筛、管、治”一体化的全流程健康管理服务模式，降低近视发生率，延缓近视进展，减少高度近视及其并发症的发生，提升我市防治能力，建立潜江市视力健康管理体系，特制定本方案。

一、总体要求

全面贯彻习近平总书记关于卫生与健康的重要论述和健康中国战略部署，认真落实市委、市政府关于推进健康潜江建设的

重大部署，坚持“大健康”的理念，战略前移，从源头控制儿童青少年近视的发生与发展，建立覆盖全市的儿童青少年视力监测网络，为全体儿童青少年提供集健康教育、监测预警、综合干预、动态管理于一体的视力健康管理服务。

（一）由市带动区镇街道，形成筛查链，实现全市各地儿童青少年近视调查全覆盖。

（二）建立儿童青少年近视防控大数据监测平台，动态监测视力和屈光变化情况，识别出近视的危险因素。

（三）逐级开展儿童青少年近视防控干预工作，普及用眼健康知识，推行健康的用眼习惯。

（四）逐级规范视力不良以及近视并发症的诊治工作。

（五）努力实现《综合防控儿童青少年近视实施方案》的近视防控目标。

（六）提高对婴幼儿进行视力筛查意识，对高危婴幼儿及早干预。

二、策略与措施

（一）预防为主，构建屈光信息系统平台

随着国家公共卫生信息化建设的不断深入，2015年，国务院下发了《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》，意见提出，推广在线医疗卫生新模式，发展基于互联网的医疗卫生服务，积极利用移动互联网+医疗的便捷服务。充分发挥现有视力防治机构大数据平台作用，逐步过渡到全省大数据平台。大数据平台具

备视力健康数据存储、管理、分析和智能计算等功能，涵盖档案管理、分析与预警一体化等模块，通过数据实时上传、质控管理，达到同质化要求，为近视筛查工作的高效、准确开展提供平台。充分利用省级信息系统平台，发挥以下作用：

1.新生儿眼病筛查系统：早产儿、先天性白内障以及一些先天性眼病患者是近视的高危人群。该系统能帮助建立规范化的新生儿眼病筛查、转诊与随访体系。

2.少儿屈光发育档案：从3岁开始，记录屈光状态和屈光参数等。明确各年龄段视力、屈光参数的标准范围。通过建立屈光发育档案详细了解近视的构成和近视发生原因，发现不良事件，及时预警。

3.运用预测模型预测近视高危人群：根据临床大数据运用机器学习的方法构建预测模型，了解儿童青少年的近视发展趋势，识别出高度近视的高危人群具有的特征。根据大数据对每个青少年的视觉健康发展生成曲线表，研究各个群体趋势改善（或恶化）的特征，为更多屈光问题的实证研究提供数据支持；解决目前近视眼基础筛查、干预方案、临床治疗、科普宣教等大样本资料难以归纳统计分析的问题。

（二）强化近视筛查，建立和完善视力筛查和转诊制度

筛查机构包括公立医院、疾病预防控制中心和妇幼保健院。近视防控中心引领全市近视防控工作的开展，以市中心医院、市妇幼保健院、市中医院等三家公立医院领头，江汉油田总医院、

潜江爱尔眼科医院、潜江眼视光眼科门诊部等三级综合医院和专业眼科机构为辅助，带动全市各级医疗机构形成全市近视防控链，逐级落实儿童青少年视力筛查和近视防控工作。

1.学龄前儿童视力筛查（3~6岁）：从3周岁开始进行视力筛查，主要为幼儿园儿童，不同年龄学龄前儿童视力正常值参考范围为：

小班：3~4岁，视力正常的参考值为 >4.7 ；

中班：4~5岁，视力正常的参考值为 >4.8 ；

大班：5~6岁，视力正常的参考值为 >4.9 。

2.学龄期儿童青少年视力筛查（6岁以上）。

3.筛查时间和内容：每年同一时间段进行筛查，不少于2次/年。

（1）视力检查。

（2）屈光检查：睫状肌麻痹验光 / 常规筛查验光。资料上传至屈光信息系统平台。

（3）转诊：筛查发现上睑下垂、青光眼、白内障、高度近视并发症例如后巩膜葡萄肿、并发性白内障、脉络膜新生血管、黄斑萎缩、黄斑裂孔、视网膜下出血、视网膜变性等，及时转诊到上一级医院复诊。

（三）以防为主，防控结合，提高人群近视预防意识

近视的防控分为三级。首先是病因干预，即近视的一级预防。其二为规避危险因素，即近视的二级预防。近视防控需真正做到

早发现、早诊断、早干预。最后为近视的三级预防。对于已经近视的人群，延缓近视发展，减少高度近视及相关并发症的发生。不同的时期运用不同的防控方案，从而有效遏制以及阻止孩子视力进入下一个严重时期。

1.屈光监测时间点前移：近视防控需改变传统重治疗轻预防的观念，将预防的时间节点提前，即在学龄前儿童中建立屈光发育档案。

2.开展个性化预测：通过预测模型预测个人近视发生概率，分析近视发生有关的各种影响因素，在近视的预警期给予个性化的干预措施。

3.对近视的高危因素实施干预：（1）环境因素：佩戴防近视智能校徽，随时对环境光线进行检测，同时记录孩子阳光户外活动时间以及行为状态，当孩子出现坐姿不规范、环境光照较暗时，智能校徽通过识别孩子的细微变化，通过振动提示孩子及时纠正，并且通过自动检测，可以提供全面检测报告，分析和评估近视的各种危险因素，形成动态的数据和图表，在政府、学校、学生和家之间，建立一个多维度、全天候的大数据管理平台，实现近视防控的规范化、数据化、可视化。（2）遗传因素：父母近视的孩子发生近视的风险明显增大。病理性近视者中遗传因素的作用更为明显。对于有高度近视家族史的青少年，应该缩短随访时间，适当增加随访次数。

4.建立“五位一体”近视防控体系

(1) 卫生健康部门：制定相关政策，为项目的实施落地提供保障。

(2) 家庭：家长作为第一责任人，应当了解科学用眼护眼知识，以身作则，带动和帮助孩子养成良好用眼习惯。

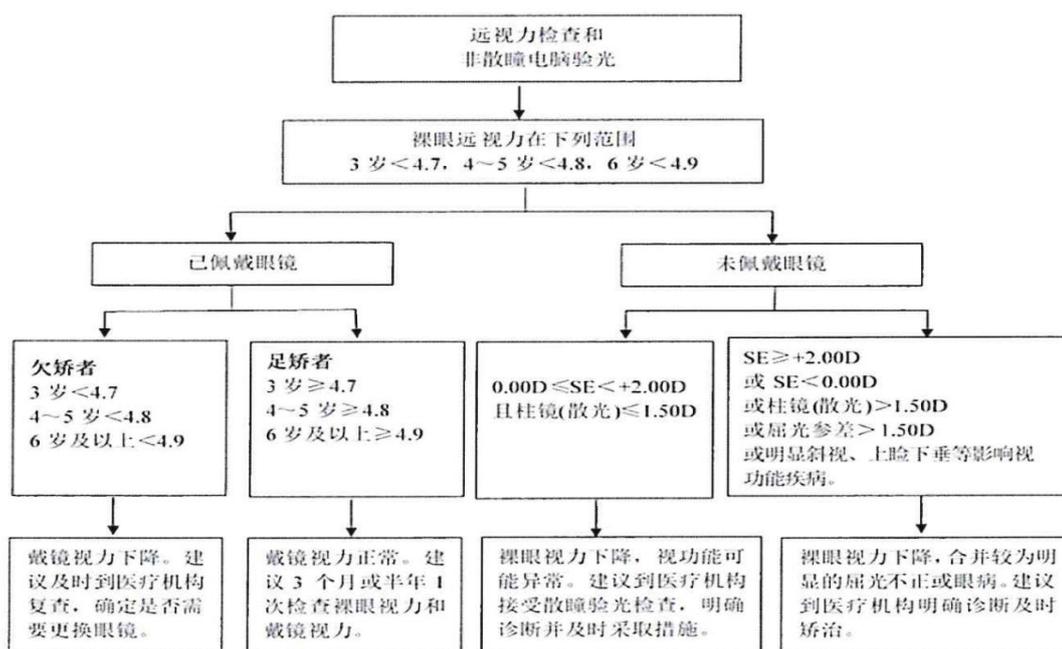
(3) 学校：减轻课业负担，加强考试管理。为学生提供符合用眼卫生要求的学习环境。配合医疗卫生机构开展视力监测，及时把视力监测和筛查结果录入视力健康电子档案。

(4) 医院：开展视力筛查，发现异常的人群，提供个性化治疗方案。加强防治近视科研成果与技术的应用。加强健康教育，发挥健康管理、公共卫生、眼科、视光学、疾病防控等相关领域专家的指导作用，积极宣传预防儿童青少年近视的科普知识。

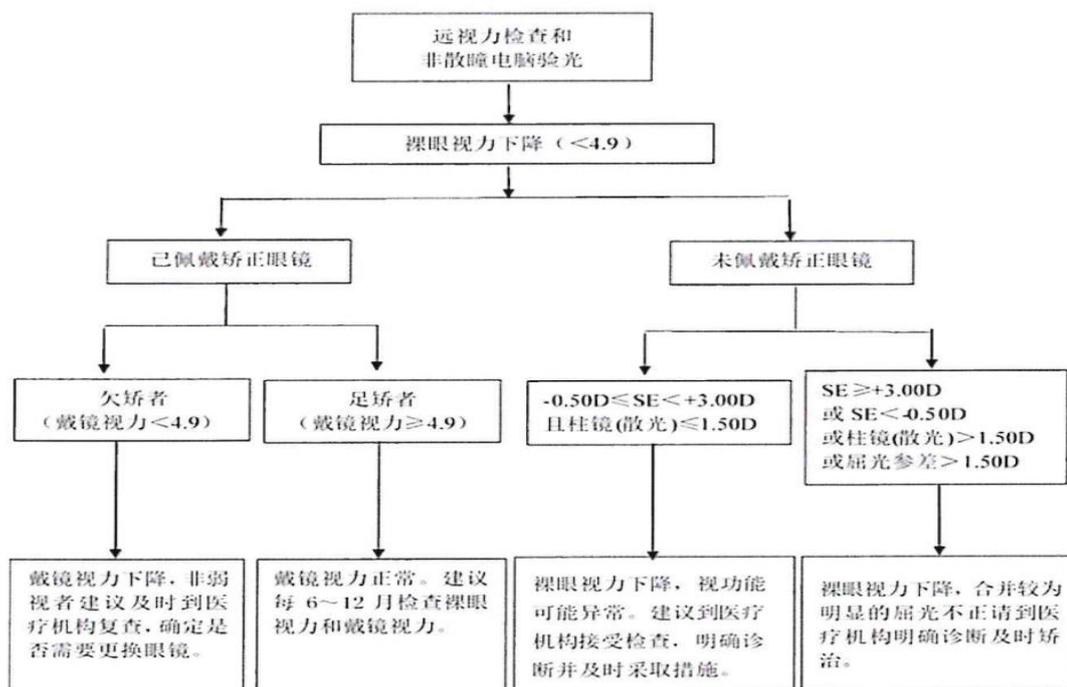
(5) 教育部门：教育部门是防治工作的阵地，组建专家团队，指导各地和学校科学开展儿童青少年近视防控和视力健康管理等工作。在政策支持、专家指导、课题研究、师资培训等方面给予重点支持，强化示范引领。改善学校教学设施和条件，会同相关部门着力解决专职卫生技术人员数量及相关设备配备不足问题。

(四) 规范视力不良的治疗，提高治疗效果

学龄前儿童屈光不正以远视居首位，视力与屈光筛查主要目的是预防弱视的发生。7~15岁儿童青少年则以近视为主，视力筛查的要点以近视的防控与治疗为主。



学龄前儿童屈光不正的矫治



中小學生屈光不正的矫治

1. 弱视治疗

首先去除导致弱视的危险因素。戴镜矫正屈光不正, 再综合

遮盖疗法、压抑疗法、弱视视觉康复训练等方法治疗弱视。

2.近视的治疗

(1) 药物治疗。近视一旦发生，不可逆转，目前低浓度阿托品类药物等对延缓近视进展有些许作用，但用药的安全性尚需探讨。

(2) 单纯性近视的矫正措施。主要是光学治疗，包括：框架眼镜；角膜接触镜、包括软性、硬性接触镜、角膜塑形镜；18岁以上度数稳定可行手术矫正。

3.近视相关并发症的手术治疗

病理性近视眼患者眼轴不断伸长、视网膜和脉络膜变薄，出现漆裂纹、脉络膜新生血管、黄斑萎缩、黄斑裂孔、视网膜下出血、视网膜变性和孔源性视网膜脱离等视网膜疾病，从而造成不可逆的视力损害。治疗主要针对眼底改变及并发症进行。

潜江市精神卫生防治技术方案

一、工作内容

（一）全面加强高危人群筛查与干预

以基本公共卫生服务项目为基础，结合中央重大公共卫生项目，按服务规范和工作规范流程及要求，由基层医疗卫生机构对辖区内服务对象进行全面筛查，对筛查出的严重精神障碍患者和新冠肺炎治愈患者信息规范录入到基本公共卫生服务管理平台与国家严重精神障碍信息系统。基层医疗卫生机构在市精神卫生中心指导下对患者进行评估，按分级分类的原则提供后续健康服务，做到“早发现、早管理、早治疗、早康复”。

（二）加强精防人员的服务功能

市精神卫生中心专家对基层医疗机构精防人员提供点对点技术指导，基层精防人员参与的精神卫生综合管理小组、关爱帮扶小组成员之间要加强协作，共同开展严重精神障碍患者的日常筛查和登记，交换患者信息，全面了解辖区内在册患者和家庭的基本情况，解决患者管理、治疗、康复和生活中的难题，工作中注意保护患者个人隐私，避免将信息泄露给无关人员。多部门人员协同为精神障碍患者和新冠肺炎治愈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”健康服务。

（三）完善精神卫生服务协作机制

依托湖北省精神医学专科联盟，为严重精神障碍患者提供接

诊、检查、住院等方面的优惠便利。在标准质控下，推动基层医疗卫生机构与上级医院检查、检验结果互认，建立绿色通道与双向转诊机制。市精神卫生中心要定期或不定期地对基层医疗卫生机构的精防人员提供“点对点技术支持”服务。对 3-5 级有危险行为和严重药物不良反应的患者进行应急处置，并及时调整治疗方案。对曾经肇事肇祸、服药依从性差、合并其它躯体疾病等患者，要对社区医生提供随访技术指导。

（四）强化保障严重精神障碍患者维持药物治疗

健全精神卫生综合管理机制，加强严重精神障碍患者报告登记和救治救助管理。加大对贫困严重精神障碍患者的医疗保障力度，减轻个人费用负担。为有危险行为倾向的居家贫困患者提供免费的药物维持治疗，并对服药患者每季度提供 1 次免费专项化验，由精神科医师每半年开展服药后疗效评价与治疗方案调整。对有肇事肇祸风险、依从性差、无或弱监护的精神分裂症患者，探索长效针剂免费治疗政策。落实精神障碍患者医保、以奖代补等救治救助政策，将符合条件的患者纳入低保、残疾人补贴范围。

（五）推进严重精神障碍信息系统建设

以患者身份证号为唯一识别码，推动基层医疗卫生机构 HIS 系统和基本公共卫生服务管理信息系统之间，基本公共卫生服务管理信息系统与国家严重精神障碍信息系统之间的对接和数据互通，同时将市级医院严重精神障碍患者门诊和住院相关信息与基本公共卫生服务管理信息系统进行对接，将患者在市域内诊断、用药、治疗等医疗信息及时更新到其电子健康档案中，便于

家庭医生团队能够实时掌握患者病情变化、治疗过程及效果，以评估患者健康状况，制定针对性的后续健康服务方案。按国家相应法律法规做好信息安全管理。

（六）丰富“互联网+”精神卫生服务手段

家庭医生或精神科医师要结合湖北省阳光心理健康服务工程，以京东健康湖北心理服务平台为依托对新冠肺炎治愈患者提供在线签约、预约、咨询、随访、报告查询、延伸处方等服务，改善患者签约服务的感受度。

（七）促进群众心理健康素养提升

基层医疗卫生机构在市精神卫生中心指导下设立心理健康诊室，配备专兼职精神卫生防治（心理治疗）人员，会同全科医师开展心理健康宣传和服务工作，探索开展社区居民心理评估、心理咨询服务。基层医疗卫生机构和市级精神卫生医疗机构要通过多种形式和平台，广泛开展心理健康科普宣传，采用群众喜闻乐见的形式，将心理健康知识融入群众文化生活。创新宣传方式，用好门户网站、微信、微博、手机客户端等新媒体平台。树立正确的舆论导向，营造健康向上的社会心理氛围。倡导“每个人是自己心理健康第一责任人”的理念，引导公民主动调适情绪困扰与心理压力。规范心理援助热线（19986380995）服务，提高服务质量，提高公众知晓度和使用率。

二、责任分工

（一）市卫生健康委。负责全市精神卫生防治工作的具体开展，负责市、区镇街道、村三级医疗卫生机构的组织协调和督办。

(二) 市精神卫生中心。负责辖区内精神障碍早期发现、疑难急重转诊、应急处置、慢性诊疗、医学康复、心理健康教育、技术指导和人才培养等工作，指导基层医疗卫生机构开展精神卫生服务。

(三) 基层医疗卫生机构。发挥精神卫生服务网底作用，依托基本公共卫生服务项目，完善家庭医生签约服务，承担和落实辖区内精神障碍患者和新冠肺炎治愈患者登记建档、随访管理、分类干预、健康体检、精神卫生健康教育、政策宣传、心理健康咨询、应急处置、双向转诊等任务。

潜江市心血管病防治中心建设方案

心血管疾病是我国居民致死率最高的疾病，具有高患病率、高致残率、高复发率和高死亡率的特点，严重威胁人群健康，给社会、政府和家庭带来了沉重的经济负担。为推进我市心血管疾病攻坚行动，发挥市级优质医疗资源辐射引领作用，建设覆盖全市的防治网络，力求科学防治窗口前移，显著降低心血管疾病的发病率和病死率，提升我市心血管疾病整体防治能力和水平，市卫生健康委决定组建潜江市心血管病防治中心，特制定如下方案。

一、总体要求

坚持以人民健康为中心，建立覆盖全市的心血管急危重症救治和心血管疾病全事件链防控网络，全面提升医疗服务和慢病防控能力，满足人民群众日益增长的健康需求。利用现有医共体资源，以胸痛中心为依托，整合我市医疗机构优秀专家资源，建立心血管病防治网格化管理体系，实现从临床医疗机构的院内心血管急危重症救治，延伸到院前心血管病零级/一级预防和出院后二级预防，积极开展规范化心血管病高危人群筛查、精准综合干预和全市一体化信息系统建设，建立“筛、防、救治”一体化网络，力争到2030年我市心血管疾病的发病率和死亡率在2019年基础上降低30%。

二、主要任务

2022年底前完成以下工作：

1.全市二级以上综合性医院和中医医院注册申报建设胸痛中心（基层版），通过规范化的救治流程管理，大幅降低心血管急危重症（冠心病急性心肌梗塞等）的死亡率和致残率。

2.以基层医疗卫生机构为依托，建设基层心血管病防治/胸痛救治单元，打通心血管急危重症救治的“最后一公里”；制定符合心血管急危重症救治要求的基层心血管病防治/胸痛救治单元—120院前急救系统—胸痛中心单位工作流程，缩短救治时间。

3.构建网格化心血管病防治闭环：以胸痛中心单位和基层心血管病防治/胸痛救治单元的双向转诊为依托，在基层医疗卫生机构完成心血管专科指导下的出院病人心血管事件二级预防干预，以及心血管病高危人群（高血压、糖尿病与肥胖、高脂血症）筛查和心血管事件零级/一级预防干预。

4.建立覆盖全市的一体化心血管病防治信息系统，实现高危人群筛查、社区实时建档、急危重症院内救治、院后二级预防等数据的标准化采集和自动上报。

5.加强心血管疾病防治知识宣传，提高心血管疾病防控的社会参与度和重视度。

三、体系架构和职能

（一）体系构架

市防治中心成立专家委员会（执委会），专家委员会（执委会）由市内各医院心血管科、内分泌科及急诊科专家组成。执委会下设办公室，成立质控工作组、培训工作组、技术帮扶工作组以及心血管病高危因素防治达标中心（高血压防治达标中心、高

血脂防治达标中心、糖尿病和肥胖防治达标中心)。

(二) 机构职能

1. 市防治中心职责

市防治中心专家委员会(执委会)每年制定工作目标(任务)和实施细则,组织各工作组和防治达标中心落实,办公室承担日常协调管理工作。

(1) 推进胸痛中心建设,组织市域内二级综合性医院申报建设胸痛中心,推动基层医疗卫生机构建设基层心血管病防治/胸痛救治单元。推动市域建设符合心血管急危重症救治要求的120院前急救系统,实现胸痛中心单位和基层心血管疾病防治/胸痛救治单元互联互通、上下联动一体化,缩短救治时间。

(2) 以胸痛中心单位和基层心血管病防治/胸痛救治单元的双向转诊为依托,在市域全面构建网格化心血管病防治闭环,推动心血管病高危人群筛查、心血管事件零级/一级预防和出院病人心血管事件二级预防在基层医疗卫生机构落地。

(3) 推动以基层医疗卫生机构为责任主体的社区心血管病高危因素防治达标中心建设。

(4) 积极推动心血管疾病防治知识的普及。

2. 工作组职责

(1) 质控工作组:负责制定心血管病防治中心质控方案和检查流程,建设质控专家体系,培训、考核、聘用质控专家;负责全市心血管病防治中心质控工作落实。

(2) 培训工作组:负责全市心血管疾病防治和胸痛中心/胸

痛救治单元的医疗从业人员专业技术培训方案和计划的制定，并组织、监督落实。

(3) 技术帮扶工作组：承担各级临床医疗机构疑难心血管疾病诊治的技术帮扶工作，推动心血管疾病各种先进诊疗手段在全市的开展。

3. 心血管病高危因素防治达标中心职责

建设市级高血压、高脂血症、糖尿病和肥胖防治达标中心。各防治达标中心根据相关行业指南，制定符合我市实际、以基层医疗卫生机构为责任主体的糖尿病、肥胖、高脂血症和高血压防治达标中心的评价标准，并提请专家委员会讨论；牵头考核各地心血管病高危因素防治达标中心的建设和质控情况；积极开展健康宣传及科普工作。

四、组织管理

(一) 本中心实行中心主任负责制，由中心主任负责组建专家委员会（执委会），中心主任兼任专家委员会（执委会）主任委员，办公室设在中心主任所在单位。

(二) 市卫生健康委将在规划、项目、预算、政策等方面加大对心血管病防治中心支持力度，制定防治中心管理办法，开展工作效果评价，根据评价结果，对防治中心提出改进意见。

(三) 市心血管病防治中心主任由市卫生健康委选聘并考核，对连续两年考核不达标者，将进行调整。

附件：潜江市心血管病防治中心成员名单

潜江市心血管病防治中心成员名单

一、专家委员会（执委会）名单

主任委员

兰 江 市中心医院心血管内科主任

副主任委员

魏 燕 江汉油田总医院心血管内科主任

刘江卫 市中医院心内科主任

周 波 市中心医院内分泌科主任

郝 伟 市疾控中心副主任

委 员

宋之哲 江汉油田总医院心血管内科副主任

辜 强 市中心医院心血管内科副主任

何国强 市中心医院心血管内科副主任

熊晓荣 市中心医院心血管内科副主任

王艳丽 市中心医院内分泌科副主任

张 兰 市中医院内二科副主任

赵良杭 市妇幼保健院内科副主任

吴一芳 市人民医院内科副主任

何 涛 江汉油田总医院心血管内科副主任医师

陈明慧 市中心医院主治医师

石家冲 市中心医院主治医师

张 华 市中心医院主治医师

秘书长

何安仁 市中心医院医务部主任

副秘书长

杨 明 市中心医院医务部副主任

二、各工作组组长名单

质控工作组 组长

何国强 市中心医院心血管内科副主任

培训工作组 组长

魏 燕 江汉油田总医院心血管内科主任

技术帮扶工作组和网络信息组 组长

辜 强 市中心医院心血管内科副主任

三、心血管病高危因素防治达标中心主任名单

高血压、高血脂防治达标中心 主任

兰 江 市中心医院心血管内科主任

糖尿病和肥胖防治达标中心 主任

周 波 市中心医院内分泌科主任

潜江市脑卒中防治中心建设方案

脑卒中是严重危害我国国民健康的重大慢性非传染性疾病，是影响人均预期寿命的首位病因，其致残率高于其他多数疾病。随着人口老龄化和城市化进程的不断加快，居民不健康生活方式流行，脑卒中危险因素普遍暴露，发病率急剧攀升。为推进健康潜江心脑血管疾病防治行动和脑血管疾病攻坚行动，完善全市脑卒中防治网络体系建设，力求打造“防治管康”一体化的全流程健康管理服务模式，显著降低脑卒中发病率和死亡率，提升我市防治能力，市卫生健康委决定组建潜江市脑卒中防治中心，特制定如下方案。

一、总体要求

以维护人民健康为中心，践行“关口前移、重心下沉”脑卒中防治方针，推广普及适宜技术，提高知晓率、治疗率和控制率，推动脑卒中防治工作由疾病治疗向健康管理转变。利用我市区域脑卒中防治网络体系，即以区域高级卒中中心为主力，带动防治卒中中心共同发展，并联合基层医疗机构共同开展区域内人群脑卒中筛查预防、急诊急救通道建设、关键适宜技术推广、规范诊疗流程等工作，形成分级救治与区域协同并举的卒中救治网络。力争到2030年我市脑血管疾病的发病率和死亡率在2019年基础上降低30%。

二、主要任务

2022年底前完成以下工作：

1.全市至少有一家符合国家标准的卒中中心，推广普及脑卒

中防治关键适宜技术和规范化诊疗模式，大幅度提升脑卒中急诊救治能力，降低脑卒中的死亡率和致残率。

2.以基层医疗卫生机构为依托，设置基层卒中防治站，在各卒中中心指导下发挥基层医疗机构脑卒中防治基础作用，普及脑卒中防治知识和规范化救治流程，开展脑血管病高危因素筛查，加强急性脑血管病患者的早期识别和及时转运，联动区域各卒中中心，推动形成“脑卒中3个1小时黄金救治圈（发病到呼救时间小于1小时；院前运输时间小于1小时；入院到开始溶栓时间小于1小时）”。

3.完善区域脑卒中防治网络体系建设，加强各卒中中心与基层医疗卫生机构、康复机构之间的联系，逐步完善“基层首诊双向转诊、上下联动、急慢分治”的分级诊疗体系。

4.推动全市各卒中中心开展“脑心健康管理师项目”，使脑卒中防治理念逐步从“疾病治疗”向“健康管理”转变，加强脑卒中患者规范管理，搭建良好医患桥梁，推动各诊疗环节有效衔接，实现卒中患者全程管理。

5.建立覆盖全市的脑卒中防治信息系统，实现脑卒中高危人群筛查、危急重症管理、适宜技术开展、康复随访管理等数据标准化、同质化管理。

6.充分利用传统媒体和新媒体加强脑卒中防治知识宣传，提高百姓的防治意识，引导群众形成从“要我做”到“我要做”的转变，让“自己是健康第一责任人”的理念深入人心。

三、体系架构和职能

（一）体系构架

成立防治中心专家委员会（执委会），专家委员会（执委会）由市内各医院相应专业专家组成。成立市防治中心办公室，设立质量控制组、培训推广组、基层管理组、心源性卒中防治组、健康管理组、网络信息组和宣教组。

（二）机构职能

1.市防治中心职责

市防治中心专家委员会（执委会）每年制定工作目标（任务）和实施细则，组织各工作组落实，办公室承担日常协调管理工作。

（1）推进卒中中心建设，组织市域内二级综合性医院申报建设卒中中心，推动基层医疗卫生机构建设基层卒中防治站；联合 120，推动构建“脑卒中 3 个 1 小时黄金救治圈”，打造市域脑卒中急救地图。

（2）发挥高级卒中中心主体作用，与防治卒中中心、基层卒中防治站联合开展工作，逐步完善分级诊疗体系，探索建立人群脑卒中筛查预防、急诊急救、规范诊疗、康复随访的全周期健康管理服务模式。

（3）推动以基层医疗卫生机构为责任主体的基层卒中防治站的建设。

（4）积极推动脑血管疾病防治知识在全市的普及。

2.工作组职责

（1）质量控制组：负责制定脑卒中防治中心的质控方案和检查流程，建设质控专家体系，培训、考核、聘用质控专家；负责全市脑卒中防治中心质控工作落实。

（2）培训推广组：推广和普及脑卒中防治关键适宜技术，

制定培训计划和技术帮扶计划，并组织实施。

(3) 基层管理组：承担并规范全市基层卒中防治站的认证和指导工作，制定基层卒中防治站建设标准，推进基层卒中防治站的建设。

(4) 心源性卒中防治组：在全市范围内推广普及心源性卒中相关知识，制定培训计划并组织实施。

(5) 健康管理组：在全市范围内推广“脑心健康管理师项目”，制定培训计划并组织实施。

(6) 网络信息组：通过国家卒中中心建设管理平台，收集全市各卒中中心上报数据，并进行数据整理与质量控制，推进全市网络信息化全覆盖，适时推进基层卒中防治站信息化建设。

(7) 宣教组：利用传统媒体和网络等新媒体加强脑卒中防治知识宣传，提高老百姓的防治意识和健康素养水平。

四、组织管理

(一) 本中心实行中心主任负责制，由中心主任负责组建专家委员会（执委会），中心主任兼任专家委员会（执委会）主任委员，办公室设在中心主任所在单位。

(二) 市卫生健康委将在规划、项目、预算、政策等方面加大对脑卒中防治中心支持力度，制定防治中心管理办法，开展工作效果评价，根据评价结果，对防治中心提出改进意见。

(三) 市脑卒中防治中心主任由市卫生健康委选聘并考核，对连续两年考核不达标者，将进行调整。

附件：潜江市脑卒中防治中心成员名单

潜江市脑卒中防治中心成员名单

一、专家委员会（执委会）名单

主任委员

王兆薇 市中心医院神经内科主任

副主任委员

吴明辉 江汉油田总医院神经内科主任

黄素平 市中医院神经内科主任

委 员

胡成伍 市中心医院神经内科副主任

刘志刚 江汉油田总医院综合内科主任

田 亮 市中心医院神经内科副主任

田一峰 市中心医院神经内科副主任医师

杨克俊 市中心医院神经内科副主任医师

熊 林 市人民医院神经内科副主任医师

秘书长

何安仁 市中心医院医务部主任

副秘书长

杨 明 市中心医院医务部副主任

二、各工作组组长名单

质量控制组 组长

王兆薇 市中心医院神经内科主任

培训推广组 组长

胡成伍 市中心医院神经内科副主任
基层管理组 组长
田一峰 市中心医院神经内科副主任医师
心源性卒中防治组 组长
吴明辉 江汉油田总医院神经内科主任
健康管理组 组长
黄素平 市中医院神经内科主任
网络信息组 组长
杨克俊 市中心医院神经内科副主任医师
宣教组 组长
田 亮 市中心医院神经内科副主任

潜江市癌症中心建设方案

癌症严重危害群众健康。2015年湖北省肿瘤登记地区恶性肿瘤发病率为279.63/10万，死亡率为168.75/10万，湖北省人口总数近6000万，每年新发癌症病例约18万，癌症死亡人数约10万。随着人口老龄化和工业化、城镇化进程不断加快，加之慢性感染、不健康生活方式、环境污染、职业暴露等危险因素的逐渐累积，以及群众缺乏对防癌抗癌核心知识的了解，谈癌色变，或者防癌意识淡漠等，我省癌症防控形势仍十分严峻。为推动健康潜江癌症防治行动的实施，完善癌症医疗服务体系顶层设计，优化癌症医疗资源区域布局，推动提升区域癌症医疗服务保障能力，根据省卫生健康委关于进一步加强癌症中心建设有关要求，市卫生健康委决定组建潜江市癌症中心，特制定如下方案。

一、总体目标

建立潜江市癌症防控网络。通过癌症防控网络进一步推进以癌症的预防、治疗、康复整体融合发展为核心，强化各医疗卫生机构癌症防治能力建设，加强各医疗机构、公共卫生机构优势互补、上下联动的协作机制，着力推进癌症防控工作向纵深发展的同时，进一步向癌症防治服务全流程的两端延伸，为一般人群、高危人群、患者提供防癌健康宣教、筛查评估、早诊早治、规范诊疗、随访管理的全流程防治服务。

二、体系架构

成立市癌症中心专家委员会（执委会），专家委员会（执委

会)由市内各医院相应专业专家组成。设置市癌症中心办公室和癌症规范化防治基地,全市设有肿瘤科的二级以上医疗机构均为市级癌症规范化防治基地。

三、组织管理

(一)潜江市癌症中心实行中心主任负责制,由中心主任负责组建专家委员会(执委会),中心主任兼任专家委员会(执委会)主任委员,办公室设在中心主任所在单位。

(二)潜江市癌症中心拟定年度工作计划,并向市卫生健康委报告,由市卫生健康委批示后执行,年终向市卫生健康委作年度工作总结汇报。

(三)潜江市癌症中心主任由市卫生健康委选聘并考核,对连续两年考核不达标者,将进行调整。

四、主要职责

(一)市癌症中心

执行省癌症中心的决议和任务;负责本地区癌症综合防治工作的协调与管理;建立本地区人才培养机制,选拔优秀癌症防治人员作为技术骨干;根据地区特点,制定并提交本地区癌症防治计划,提高防癌资源的利用率;加强癌症防治宣传、教育和咨询活动,普及癌症预防及早期发现、早期诊断和早期治疗知识;协助省癌症中心培训基层癌症防治人员;加强本地区人群肿瘤登记随访工作,逐步建立医院肿瘤登记系统,提高肿瘤登记数据质量;协助省癌症中心在本地区推广癌症规范化诊治流程,逐步提高院内早期癌诊断比例,提升本地区癌症诊治水平;加强与省癌症中

心的交流与合作。

（二）癌症规范防治基地

执行省、市癌症中心的决议和任务；积极组织人员参加肿瘤防治专业的理论学习与技术培训；协助市癌症中心制定本地区癌症综合防治计划，重视市内低收入、弱势和边缘化人群的防癌需求；在市内积极开展主题明确、形式多样的防癌宣传活动；按照省、市癌症中心要求，开展辖区人群的肿瘤登记工作和早诊早治工作；开展癌症规范化疼痛管理、癌症康复、姑息治疗和临终关怀机构建设，建立流畅的转诊制度。

附件：潜江市癌症中心成员名单

潜江市癌症中心成员名单

一、专家委员会（执委会）名单

主任委员

陈 媛 市中心医院肿瘤科主任

副主任委员

杨 勇 江汉油田总医院肿瘤科主任

余启荣 市中医院内科主任

杨又雄 市疾控中心副主任

委 员

黄俊平 江汉油田总医院肿瘤科副主任

高克义 市人民医院内科主任

李文斌 市中心医院肿瘤科副主任医师

何林莉 市中心医院肿瘤科主治医师

李桂湖 市中心医院肿瘤科主治医师

翟浩清 市中心医院肿瘤科主治医师

王东雄 市中心医院肿瘤科主治医师

余文娟 市中心医院肿瘤科主治医师

黄 玲 市中心医院肿瘤科副主任护师

秘书长

何安仁 市中心医院医务部主任

副秘书长

杨 明 市中心医院医务部副主任

潜江市慢性呼吸系统疾病防治中心 建设方案

慢性呼吸系统疾病是以慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺）、支气管哮喘（以下简称哮喘）等为代表的一系列疾病，具有高患病率、高致残率、高病死率和高疾病负担的特点，患病周期长、反复急性加重、有多种并发症和合并症，严重影响患者的劳动力和生活质量，造成巨大的社会和经济负担。为推进健康潜江慢性呼吸系统疾病防治行动，整合资源，统筹力量，健全完善综合防治机制和服务网络，降低高危人群发病风险，提高患者生存质量，提升我市整体防治能力和水平，市卫生健康委决定组建潜江市慢性呼吸系统疾病防治中心，特制定如下方案。

一、总体要求

建设可覆盖全市的慢性呼吸系统疾病诊疗中心和综合防治基地。该综合防治基地，以三级甲等医院和呼吸病学重点学科为技术依托单位，以二级及以上综合医院为防治主体，基层医疗卫生机构为防治基础，完善基层医疗卫生机构相关基础设施建设和医疗设备配置，建立和培训中心与基层医疗卫生机构的分级防治人才队伍，建立呼吸疾病社区预防、管理及轻症治疗体系，承担社区内慢性呼吸系统疾病的预防、管理及诊疗工作。将优势医院的呼吸科急危重症救治延伸到院前慢性呼吸系统疾病预防、筛查和院外慢性呼吸系统疾病康复、监测等方面，构建全市慢性呼吸系统疾病患者的统一诊疗和管理体系。力争到 2030 年，我市 70

岁及以下人群慢性呼吸系统疾病死亡率下降到 8.1/10 万及以下。

二、主要任务

2022 年底前完成以下工作：

1.100%二级以上公立医院和 60%以上公立基层医疗卫生机构完成呼吸疾病规范化防治体系与能力建设项目网上申报认定。

2.80%三级公立医院和 60%以上二级公立医院达到规范化建设标准。

3.建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗体系，促进基层医疗卫生机构提升慢性呼吸系统疾病防治能力。

4.加强慢性呼吸系统疾病知识的媒体宣传，努力提高慢性呼吸系统疾病防控的社会参与度和重视度。

三、体系架构和职能

（一）体系构架

市防治中心办成立专家委员会（执委会），专家委员会（执委会），由市内各医院相应专业专家组成。下设办公室，成立质控工作组、培训工作组。推动全市所有二级以上综合医院和中医医院建设呼吸专科，以各地优势呼吸与危重症医学科作为防治网络骨干单位，将市域内基层医疗卫生机构建设为基层慢性呼吸系统疾病防治单元，实现全域覆盖。

（二）主要职能

1. 市防治中心职责

市防治中心专家委员会（执委会）每年制定工作目标（任务）

和实施细则,组织各工作组落实,办公室承担日常协调管理工作。

(1) 推进呼吸专科建设,可依托于国家开展的 PCCM 专科培训计划,加强 PCCM 专科培训基地的建设,并带动呼吸学科诊治和管理能力的提高。

(2) 建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗体系,促进基层医疗卫生机构提升呼吸疾病防治能力。加强基层呼吸疾病专业人员培养,为基层医疗卫生机构配备呼吸疾病诊治设备、治疗药物,开展呼吸疾病诊疗业务。

(3) 各级医疗机构呼吸专业医护人员在日常工作中,应有计划、系统性的参加突发公共卫生事件应急演练,提高与其他专业医护人员及卫生行政部门、公共卫生机构、院前急救机构等联动协作能力,全面提升突发公共卫生事件应对能力。

(4) 积极推动慢性呼吸系统疾病防治知识在全市的普及和推广。

2.工作组职责

(1) 质控工作组:负责制定慢性呼吸系统疾病防治中心的质控方案和检查流程,建设质控专家体系,培训、考核、聘用质控专家;负责全市慢性呼吸系统疾病防治中心质控工作落实。

(2) 培训工作组:负责制定全市慢性呼吸系统疾病防治医疗从业人员的专业技术培训方案和计划,并组织、监督落实。

四、组织管理

(一) 本中心实行中心主任负责制,由中心主任负责组建专家委员会(执委会),中心主任兼任专家委员会(执委会)主任

委员，办公室设在中心主任所在单位。

（二）市卫生健康委将在规划、项目、预算、政策等方面加大对慢性呼吸系统疾病防治中心支持力度，制定防治中心管理办法，开展工作效果评价，根据评价结果，对防治中心提出改进意见。

（三）市慢性呼吸系统疾病防治中心主任由市卫生健康委选聘并考核，对连续两年考核不达标者，将进行调整。

附件：潜江市慢性呼吸系统疾病防治中心成员名单

潜江市慢性呼吸系统疾病防治中心 成 员 名 单

一、专家委员会（执委会）名单

主任委员

李荆萍 市中心医院呼吸与危重症医学科主任

副主任委员

张克强 江汉油田总医院呼吸与危重症医学科主任

余启荣 市中医院内科主任

委 员

舒安杰 江汉油田总医院呼吸与危重症医学科副主任医师

舒 鹰 市中心医院呼吸与危重症医学科副主任

袁彦梅 市中医院内科副主任医师

罗金凤 市人民医院内科副主任

甘 霖 市中心医院重症医学科主任

刘前程 市中心医院呼吸与危重症医学科主治医师

黄 勤 市中心医院呼吸与危重症医学科主治医师

何 会 市中心医院呼吸与危重症医学科副主任医师

秦志群 市中心医院呼吸与危重症医学科主治医师

唐小双 市中心医院呼吸与危重症医学科主治医师

符美芳 市中心医院呼吸与危重症医学科副主任护师

赵良杭 市妇幼保健院内科副主任

秘书长

何安仁 市中心医院医务部主任

副秘书长

杨 明 市中心医院医务部副主任

二、各工作组组长名单

质控工作组 组长

何 会 市中心医院呼吸与危重症医学科副主任医师

培训工作组 组长

舒 鹰 市中心医院呼吸与危重症医学科副主任

潜江市出生缺陷防治中心建设方案

为进一步加强我市出生缺陷综合防治工作，深入贯彻落实《湖北省出生缺陷综合防治实施方案》的要求，决定在市妇幼保健院设置“潜江市出生缺陷防治管理中心”，协助做好全市出生缺陷防治管理工作。

一、总体要求

坚持政府主导、部门合作、社会参与的出生缺陷综合防治工作格局，将出生缺陷防治融入所有健康政策，促进公平可及、人人享有。坚持防治结合，健全预防、筛查、诊断、治疗、康复全程服务。坚持精准施策，聚焦严重多发出生缺陷病种，完善防治措施。坚持统筹协调，动员社会参与，增强工作合力。构建覆盖城乡居民，涵盖婚前、孕前、孕期、新生儿和儿童各阶段的出生缺陷防治体系，为群众提供公平可及、优质高效的出生缺陷综合防治服务，预防和减少出生缺陷发生，提高出生人口素质和儿童健康水平。

力争到 2022 年和 2025 年，实现以下目标：出生缺陷防治知识知晓率达到 80%和 85%；婚前医学检查率达到 70%和 75%；孕前优生健康检查率达到 80%和 85%；产前筛查率达到 85%和 90%；新生儿五项(PKU、CH、G6PD、CAH、地中海贫血)遗传代谢性疾病筛查率达到 98%以上；新生儿听力筛查率达到 90%和 95%；确诊病例治疗率达到 80%和 85%；逐步扩大新生儿先天性心脏病筛查项目覆盖范围，至 2025 年全市筛查率达到 90%；0~6 岁眼保健和视力检查覆盖率达到 90%。

二、主要任务

2022 年底前完成以下工作:

(一)完善以市妇幼保健机构为骨干,市直综合医院为支撑,基层医疗保健机构为基础的出生缺陷防治网络。开展出生缺陷防治技术服务机构认定和评审,实现遗传代谢病采血单位助产机构全覆盖。

(二)积极落实三级预防措施。一是广泛开展一级预防,加强婚前保健,推广婚姻登记、婚前医学检查、补服叶酸和生育指导“一站式”服务。落实国家免费孕前优生健康检查,推动城乡居民全覆盖。二是规范开展二级预防,广泛开展产前筛查,普及产前筛查适宜技术,规范应用高通量基因测序等技术,逐步做到怀孕妇女孕 28 周前至少进行 1 次产前筛查。对产前筛查高风险孕妇要指导其及时到有资质的医疗保健机构接受产前诊断服务。三是深入开展三级预防,全市免费开展苯丙酮尿症(PKU)、先天性甲状腺功能减低症(CH)、遗传性葡萄糖-6-磷酸脱氢酶(G6PD)缺乏症、先天性肾上腺皮质增生症(CAH)、地中海贫血等遗传代谢病筛查和听力筛查。提高先天性心脏病筛查率。加强新生儿疾病筛查阳性病例的随访、确诊、治疗和干预,提高确诊病例治疗率。推进先天性结构畸形救助及多种遗传代谢病救助项目实施。

(三)加强出生缺陷人才队伍培养。依托省出生缺陷防治人才培养项目,针对基层薄弱的专业技术,如遗传代谢性疾病救治、先天性结构畸形救治、听力障碍诊疗、产前诊断等,选派专业技术人员进行培训。积极选派人员参加全省产前筛查技术培训、产前诊断(遗传咨询、超声诊断、实验室诊断等)技术培训、新生

儿疾病筛查技术培训、新生儿听力筛查技术培训，组织全市出生缺陷防治系列技术培训，充实出生缺陷防治人才队伍。

（四）加大经费投入，推动将婚前医学检查、孕前优生健康检查、产前筛查、新生儿疾病筛查等出生缺陷防治服务列入民生项目，纳入财政预算，逐步实施免费惠民政策。

（五）依托妇幼健康信息平台，加大投入，完善出生缺陷防治全程服务信息，推动数据互联共享。加强出生缺陷监测工作，逐步扩大监测医院范围，动态掌握出生缺陷发生现状和发展趋势。严格落实从怀孕开始至产后 42 天内发现的出生缺陷报告制度。

（六）广泛开展形式多样的出生缺陷防治社会宣传，举办“预防出生缺陷日”主题宣传活动，加强政策和惠民项目宣传，营造全社会关心和支持出生缺陷防治的良好氛围。鼓励社会力量通过依法捐赠、资助等方式支持和参与出生缺陷防治工作。

三、体系架构和职能

（一）体系构架

市出生缺陷防治管理中心在市卫生健康委领导下，协助做好全市出生缺陷防治管理工作。成立专家委员会。中心下设办公室，负责日常管理工作，开展质量控制、技术培训、督导考核、信息管理等工作。

（二）主要职能

1. 统筹出生缺陷防治专家资源，组建市级出生缺陷防治专家技术指导组，开展政策措施、服务规范研究，提出有关意见建议。

2. 承担出生缺陷防治有关项目的组织管理，开展出生缺陷防

治人才培养、技术评估、业务指导和监督管理。

3.负责出生缺陷防治服务质量管理，建立完善出生缺陷防治服务全过程质量控制体系。

4.组织开展出生缺陷防治数据收集、整理、分析、上报以及相关信息管理等工作。

5.组织开展出生缺陷防治适宜新技术的培训和推广。

6.承担卫生健康行政部门交办的其他事项。

四、组织管理

（一）本中心实行中心主任负责制，由中心主任负责组建专家委员会，办公室设在中心主任所在单位。

（二）市卫生健康委在规划、项目、预算、政策等方面加大对出生缺陷防治管理中心支持力度，制定防治中心管理办法，开展工作效果评价，根据评价结果，对防治中心提出改进意见。

（三）市出生缺陷防治中心主任由市卫生健康委选聘并考核，对连续两年考核不达标者，将进行调整。

附件：1.专家委员会名单

2.执行委员会名单

专家委员会名单

主任委员

曾 光 市妇幼保健院院长

副主任委员

陈爱民 市中心医院副院长

程 勇 市妇幼保健院专职副院长

成 员

柳学芳 市中心医院主任医师

鲍友娥 市中心医院副主任医师

王革玲 江汉油田总医院主任医师

陈昌功 江汉油田总医院副主任医师

袁传祥 市妇幼保健院副主任医师

谢金华 市妇幼保健院副主任医师

黄原娟 市中医院主任医师

龙 凤 市中医院副主任医师

执行委员会名单

主任委员

卢 杰 市妇幼保健院总会计师

副主任委员

胡淑洪 市妇幼保健院副主任医师

杨 虹 市妇幼保健院副主任医师

成 员

魏向斌 市妇幼保健院副主任医师

陈 俊 市妇幼保健院副主任医师

杨 蓉 市妇幼保健院副主任护师

谭 芳 渔洋镇卫生院副主任医师

段玉荣 竹根滩镇卫生院副主任医师

何红霞 高石碑镇卫生院医师

谢莫玉 周矶街道办事处卫生院医师

贺亚茹 龙湾镇卫生院医师

办公室秘书

张 盛 市妇幼保健院主治医师

潜江市儿童青少年视力问题防治体系 建设方案

一、体系架构和职能

（一）体系构架

成立以市中心医院、市妇幼保健院、市中医院等三家公立医院领头，江汉油田总医院、潜江爱尔眼科医院、潜江眼视光眼科门诊部等三级综合医院和专业眼科机构为辅助的近视防控链，辐射有条件的卫生院，落实儿童青少年视力筛查和近视防控工作。

市近视防控中心工作由执行委员会具体实施。执行委员会成员由市中心医院、市疾病预防控制中心、市妇幼保健院、市中医院、江汉油田总医院、潜江爱尔眼科医院、潜江眼视光眼科门诊部从事视光与小儿眼科专业的医生组成。执行委员会设秘书处，由市中心医院眼科承担秘书处工作。

（二）主要职能

在执行委员会下设办公室、质控工作组、培训推广组、技术帮扶工作组和网络信息组。在市卫生健康委领导下，协助做好全市近视防控管理工作，执行省青少年近视防控中心的决议和任务。负责全市近视防控工作的协调与管理。积极组织人员参加近视防控的理论学习与技术培训，培养专业技术人才，承担市域内近视防控任务。根据实际制定并提交全市近视防控计划。做好视力筛查建档，组织眼科团队进社区、学校开展近视防控宣教活动，

积极推动近视防控知识的普及和推广。打造“五位一体”的近视防控体系，推动儿童青少年近视筛查工作开展，做好近视的早发现早治疗，推动儿童青少年近视筛查工作开展，完善儿童青少年视力筛查、视力诊断、矫治、转诊等，规范近视及其并发症的治疗。

二、组织管理

（一）市近视防控中心实行主任委员负责制。

（二）市卫生健康委在规划、预算、政策等方面加大对近视防控中心支持力度，制定防控中心管理办法。开展工作效果评价，根据评价结果，对防控中心提出改进意见。

附件：专家委员会（执委会）名单

专家委员会（执委会）名单

主任委员

刘 芳 市中心医院眼科主任医师

副主任委员

刘 木 市中心医院眼科副主任医师

张群义 市中医院副主任医师

方玉华 江汉油田总医院眼科主任医师

丰远华 潜江爱尔眼科医院副主任医师

张秉虎 潜江眼视光眼科门诊部副主任医师

成 员

胡 丹 市中心医院眼科主治医师

樊 娟 市疾病预防控制中心主治医师

翟景淼 市疾病预防控制中心医师

丁洁琼 市妇幼保健院主治医师

余才兵 市中医院主治医师

陈 芳 市中医院主治医师

刘芳华 江汉油田总医院眼科医师

周治民 潜江爱尔眼科医院副主任医师

文源静 潜江眼视光眼科门诊部一级验光师

左 越 潜江眼视光眼科门诊部高级验光员

办公室秘书

杨雪梅 市中心医院眼科护士长

陈静青 市中心医院眼科护理组长

潜江市精神卫生防治体系建设方案

为深入贯彻落实健康中国战略，进一步推动健康湖北心理健康促进行动，落实湖北省影响群众健康突出问题攻坚行动方案，加快补齐精神卫生（心理健康）服务短板，不断健全我市心理健康服务体系和人才队伍建设，加强精神障碍和新冠肺炎治愈患者的预防、心理疏导、治疗及康复管理，全面提升全市精神卫生服务能力，制定本方案。

一、总体要求

坚持预防为主，以人为本；坚持党政领导，共同参与；坚持结合实际，循序渐进；坚持分类指导，规范发展。逐步建立健全心理健康和社会心理服务体系，促进心理健康服务科学、规范、有序发展，消除对心理问题的偏见与歧视，培育自尊自信、理性平和、积极向上的社会心态，预防和减少个人极端案（事）件发生。

到 2022 年和 2025 年，居民心理健康素养水平提升到 20% 和 25%，心理相关疾病发生的上升趋势减缓。精神卫生综合管理协调机制基本完善，市、乡、村三级精神卫生服务体系加快健全，精神卫生资源均衡配置，服务网络有效融合，部门、社会、家庭、个人协同到位，实现精神疾病防治能力、精神卫生综合管理能力明显提升，严重精神障碍患者肇事肇祸案（事）件最大限度减少，精神卫生服务能力水平不断提高。

二、加强精神卫生服务能力建设

市精神卫生中心负责辖区精神障碍早期发现、疑难急重转诊、应急处置、慢性诊疗、医学康复、心理健康教育、技术指导和人才培养等。乡镇卫生院和社区卫生服务中心发挥精神卫生服务网底作用，依托基本公共卫生服务项目，完善家庭医生签约服务，承担和落实基层精神障碍患者随访管理和心理健康咨询等任务。引导建立以心理健康诊室为中心的基层医疗卫生服务模式，不断提升基层精神卫生服务水平和管理质量。

三、加强严重精障患者的救治与服务管理

（一）强化综合管理

完善“以奖代补”的家庭监护制度和监护责任补偿保险机制，进一步规范严重精神障碍患者的排查、登记和救治救助一体化管理，组建个案综合管理团队，对辖区内高风险患者实施个案管理和精准服务。建立村（居）委会干部、民警、精防医生、民政或残联专干、患者家属组成的“五位一体”关爱帮扶小组，对每一位精神障碍患者开展随访评估、转诊联络、应急处置、服药指导、康复服务、救治救助等管理。政法、卫生健康、公安、民政等部门要充分利用大数据、信息平台等手段，加强严重精神障碍患者信息推送及共享；精神卫生医疗机构要及时将在本机构诊疗的严重精神障碍患者信息转介到居住地社区，确保形成从家庭、社区到医院的“闭环”管理。

（二）提升诊疗质量

精神卫生医疗机构要依法依规执业，落实国家医疗质量核心制度，严格执行医疗技术操作规范和诊疗常规，推广长效针剂治

疗、心理治疗、院内康复、日间医院康复等诊疗技术和模式，优化诊疗模式，改善患者就诊体验，为患者提供安全有效综合全面的诊疗服务。落实传染病防控措施，设置传染病隔离区，改善住院环境和卫生条件，设置室外活动场所，防范各类风险隐患。要改善住院环境，确保收治病区布局和建筑设施达到《精神专科医院建设标准》要求，有效保障精神障碍患者住院安全。

（三）完善入院出院机制

要建立畅通、便捷的精神障碍患者收治机制，确保患者收得进、出得去。公安机关、司法行政机关和救助管理机构、托养机构要与精神卫生医疗机构签订相关合作协议，建立出入院登记、病人转院交接等制度。对救助管理机构送治的精神障碍流浪乞讨人员，经治疗病情稳定后，救助管理机构应及时接回救助并协助返乡；对镇（街）、公安机关、城市管理部门送治的精神障碍流浪乞讨人员，救助管理机构要甄别身份、建立档案，经治疗病情稳定后确实需要且符合救助条件的，救助管理机构要及时接回或协助返乡。对公安、司法机关送治的肇事肇祸严重精神障碍患者，经治疗病情稳定后，公安、司法机关要及时接回。市财政部门要保障流浪乞讨人员和强制医疗患者住院期间的医疗费用和生活费用。

（四）完善康复服务

建立以市精神卫生中心技术指导为前提、社区康复为基础、康复机构为骨干、家庭为依托的精神障碍康复工作模式。加快推进精神障碍社区康复机构建设和运营管理，为需要康复的精神障

碍患者提供场所和条件，帮助患者恢复生活自理能力和社会适应能力，促进患者回归社会。推动精神卫生社会福利机构建设和街道阳光家园的发展，支持精神卫生社会福利机构和有条件的残疾人康复中心普遍开展精神障碍社区康复服务，实现全市所有镇（街）全面建有社区康复机构或通过政府购买服务等方式委托社会组织开展康复工作。各医疗卫生机构、社区卫生服务机构要发挥医疗技术优势，为各类精神障碍社区康复机构提供医疗技术支持。

（五）加强救治救助保障

加大对贫困严重精神障碍患者的医疗保障力度，减轻个人费用负担。强化公共卫生经费保障，完善严重精神障碍患者有关治疗药物免费政策。探索长效针剂免费治疗政策。属于社会救助范围的，按规定给予社会救助。积极探索将监狱、戒毒场所出监出所或保外就医、所外就医的精神障碍患者纳入社会救助范围。落实精神障碍患者医保、监护补贴等救治救助政策，将符合条件的纳入低保、残疾人补贴范围。

四、加强精神障碍预防与干预

（一）积极开展心理健康促进

要积极推动心理咨询和心理治疗服务，依托各类心理援助热线电话和网络平台，为公众提供心理健康咨询、心理行为问题干预等服务。依法将心理援助和心理危机干预内容纳入政府突发事件应急预案，组建突发事件心理危机干预队伍，完善心理援助服务。依托镇（街）、村（社区）综治中心等场所，设立社会心理

服务室或社会工作室，为群众提供心理咨询、疏导及危机干预等服务。各部门各行业要建立健全心理健康服务网络，依托本单位工会、共青团、妇联等组织配备专（兼）职心理健康辅导员，培养心理健康服务骨干队伍，全面开展心理健康促进和教育，提升全民心理健康素养。各级各类学校要建立学生心理健康教育工作机制，设置心理健康教育机构并配备专兼职人员。

（二）加强常见精神障碍防治

密切关注青少年、农村妇女和留守儿童、职业人群、被监管人员、老年人、残疾人等重点人群心理行为问题，探索适合本市实际的常见精神障碍预防和干预模式。积极普及常见精神障碍防治知识，提高公众对抑郁、焦虑及各类心理行为问题的自我识别能力，引导并帮助其主动寻求专业心理咨询和治疗服务。医务人员和心理咨询人员要及时为服务对象提供心理咨询和心理支持，对其中疑似精神障碍患者及时提供就医指导或转诊服务。以社区、学校、机关企事业单位和部门行业为单位，推动建立心理疾病向精神卫生医疗机构绿色转介通道，及时合理承接处置转介对象，做到常见精神障碍早发现、早干预。充分发挥中医药作用，加强中医医疗机构精神类临床科室能力建设，鼓励中医专业人员开展常见精神障碍及心理问题防治和研究。

五、加强精神卫生人才队伍建设

（一）加强专业人才培养与引进

加大精神科转岗医师培训力度，将符合条件的执业医师及时加注或转为精神卫生执业范围。依托省精神医学专科联盟“组团

式”帮扶等形式，邀请上级精神卫生医疗机构专业人员到我市开展业务指导。加强专职精防医生配置，每个乡镇卫生院或社区卫生服务中心至少配备 1 名以上经过系统培训的专兼职精防医生，尽量减少人员频繁调换。

（二）提高精神卫生工作人员待遇

落实国家关于精神卫生工作人员的工资待遇政策，对精神卫生工作人员给予适当待遇倾斜和岗位补助，在内部分配中统筹作为重点岗位予以倾斜，并根据精神卫生岗位设置情况适当核增绩效工资总量。积极探索与基层精防医生专职化要求相适应的特岗政策，提高基层精防医生的待遇，稳定基层精防队伍。

六、保障措施

（一）加强组织领导

健全党政领导、部门合作、社会参与的精神卫生工作机制，落实对精神卫生服务工作的领导、管理、保障和监督责任，建立健全防治重大疾病、严重精神障碍患者救治救助联席会议制度，统筹推进全市精神卫生事业发展，及时研究解决精神卫生服务体系建设中存在的重大问题。成立市级精神卫生防治专家技术指导组，以承担本地精神卫生与心理健康相关工作的技术指导、业务培训、督导检查与考核评价等工作。卫生健康、政法部门要发挥牵头统筹作用，发改、公安、民政、财政、人社、退役军人、医保、残联等部门要加强配合，协同推进。各镇（街）健全由政法、卫生健康、公安、司法、民政、残联、妇联、团委等单位参加的精神卫生综合管理小组，切实加强对严重精神障碍患者的服务管

理，有效预防肇事肇祸案事件发生。

（二）加大投入力度

政府切实承担精神卫生服务体系建设主体责任，健全投入机制，调整支出结构，将市精神卫生中心建设资金列入年度财政预算，市精神卫生中心的精防人员经费由市财政给予全额拨款。充分调动社会资源，建立投资主体多元化的精神卫生投入机制，为各类精神疾病防治提供更为个性化服务。

（三）加强监管督促

加大对辖区内精神卫生医疗机构经营许可、运行管理以及从业人员医疗行为的监督检查，督促落实医疗质量和医疗安全管理相关规定，及时纠正违法违规行为。实行医疗机构不良执业行为记分管理，加大对医疗机构和从业人员违法违规的处罚力度。以提升精神卫生服务能力水平为重点，将精神卫生服务体系建设作为综治平安建设考评的重要事项进行督查督办，对落实不力的依法依规予以追责。

附件：潜江市精神卫生防治专家技术指导组

潜江市精神卫生防治专家技术指导组

组 长

舒代明 市精神卫生中心副主任医师

副组长

周勇军 市精神卫生中心副主任医师

成 员

刘逢安 市精神卫生中心副主任医师

代凤琴 市精神卫生中心副主任医师

张 平 市精神卫生中心副主任医师

张 虹 市精神卫生中心副主任医师

黄 辉 江汉油田总医院副主任医师

马则英 市精神卫生中心主管护师

