

潜江市健康潜江工作领导小组文件

潜健领〔2021〕2号

关于印发全面开展“医卫融合”慢病规范管理工作指导意见的通知

各区、镇、街道办事处，市直相关部门：

根据《湖北省影响群众健康突出问题“323”攻坚行动方案的通知》（鄂政办发〔2021〕9号）、《关于全面开展“医卫融合”慢病规范管理工作通知》（鄂卫办通〔2021〕12号）精神，现将《全面开展“医卫融合”慢病规范管理工作指导意见》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



全面开展“医卫融合”慢病规范管理工作 指导意见

为深入贯彻《湖北省影响群众健康突出问题“323”攻坚行动方案的通知》（鄂政办发〔2021〕9号）、《关于全面开展“医卫融合”慢病规范管理工作通知》（鄂卫办通〔2021〕12号）、《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施意见》（鄂医保发〔2019〕69号）等精神要求，决定在全市全面开展“医卫融合”慢病规范管理工作。结合我市实际，提出如下指导意见。

一、提高对“医卫融合”慢病规范管理工作重要性的认识

“医卫融合”慢病规范管理工作是“323”攻坚行动方案的重要组成部分，是推进“健康潜江”建设的重要手段，是构建为居民提供全方位、全生命周期健康服务模式的重要前提，是打造基层卫生健康服务“潜江样板”的关键环节，对于提高基层群众基本卫生健康服务获得感具有十分重要的意义。各地、各单位要将认识和行动统一到省委、省政府的决策部署上来，切实将此项工作抓紧抓好，抓出成效，提高群众满意度。

二、抓实“医卫融合”慢病规范管理重点工作环节

（一）工作目标。

1. 总体目标。以“医卫结合”为基础，依托市域内紧密型医共体和专科联盟优势，充分利用“互联网+健康管理”信息化应用手段，促进卫生资源的优化配置和高效应用，形成市域内“整合型、系统性、同质化”的健康管理服务模式，为高血压、2型

糖尿病（以下简称“两病”）患者提供“连续性、闭环式，全流程、全周期”的基本公共卫生和基本医疗“融合型”健康服务，提高“两病”患者规范管理率和控制率，降低并发症发生率和病死率。

2. 具体目标。高血压检出率 $\geq$ 辖区常住人口 10%、2 型糖尿病患者检出率 $\geq$ 辖区常住人口 4%；对检出的“两病”患者签约率 $\geq$ 94%，做到签约一人、履约一人、做实一人；规范管理率 $\geq$ 60%。

（二）职责分工。

建立市域内“上下协同、共同参与，分类就诊、分级负责”的健康服务体系，明确以家庭医生团队为“两病”患者健康管理责任主体，实行市镇村“三级机构齐抓共管”的服务模式，形成“横向到边、纵向到底”分工协作全程精细化管理服务的工作格局。

1. 市卫生健康委。负责全市“医卫融合”慢病规范管理工作统筹协调、综合保障、指导督办和效果评估，并做好与省级指导医院的联络和对接。适时组织开展经验交流和总结推广，对工作开展中举措创新、管理到位、效果突出的单位，在基层相关项目和基本公共卫生服务经费上予以倾斜和支持。

2. 医共体牵头单位。市中心医院负责全市“医卫融合”慢病规范管理工作指导与实施，协助市卫生健康委制定相关制度职责及标准规范，参与督导考核。制定高血压、2 型糖尿病相关防治知识和诊疗技术培训方案；指导基层为“两病”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。经转诊对需要进一步诊断和调整治疗方案、疾病急性加剧期或超出基层医疗卫生机构服务能力的“两病”患者，提供门诊和住院服务。其他两家医共体牵头单位和专科联盟，协助市中心医院完成对基层医疗卫生单位的业务指导与培训工作。

3. 市疾病预防控制中心。协助市卫生健康委制定和落实相关工作方案、计划及配套文件，负责“两病”流行病学调查与研究，指导基层医疗卫生机构开展“两病”专病门诊和监测点建设。制定健康教育、健康促进措施，为各级医疗卫生机构提供关于群体性及个体健康教育策略及核心信息，每年为基层医疗卫生机构提供关于群体性及个体健康教育策略及重点内容等方面的技能培训。

4. 卫生院（社区卫生服务中心）。全市“医卫融合”慢病规范管理工作实施主体，按照“医卫融合”慢病管理规范化建设标准，建立完善“两病”专病门诊和监测点，开展“两病”筛查，收集患者信息录入区域基本公共卫生信息平台，开展健康评估及康复管理；实施健康和医疗干预方案，组织指导“两病”患者自我服务、自我管理；定期为“两病”患者提供健康随访、评估干预效果，并在上级医院指导下及时调整；为“两病”患者提供门诊用药保障和住院服务，根据临床需要配备“两病”门诊用药保障范围的药品，与二级以上医疗机构用药相衔接，优先采购和使用国家基本药物，以及国家和省组织集中采购中选药品；接受上级医院下转的进入维持期或康复期的“两病”或并发症患者；对“两病”高危人群开展针对性的健康宣教和行为干预；指导和协助村卫生室开展“两病”患者自我健康管理。

5. 村卫生室（社区卫生服务站）。协助开展“两病”筛查和“两病”患者个人信息收集；协助实施“两病”高危人群健康宣教和行为干预；协助实施“两病”患者健康和医疗干预方案、健康随访、康复管理、干预效果评估和方案调整；为“两病”患者提供门诊用药保障服务；组织“两病”患者自我健康管理。

（三）工作内容。

1. 组建“两病”健康服务管理团队。一是签约服务团队。组建以紧密型医共体和专科联盟专业医师为技术支撑，以村卫生室（社区卫生服务站）为主体，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）包片医生为辅的由责任领导、全科医生、护士、药师等 1+1+N 模式的“家庭医生签约服务团队”，多层次协同为两病患者提供包括健康状况咨询、生活方式干预、资料方案制定、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，全面落实“一人一份健康档案、一人一名家庭医生、一人一个免费服务包”的“三个一”健康服务目标。二是专病管理团队。由医共体和专科联盟专业医生组成。医共体牵头单位和专科联盟医疗机构将优质资源下沉，在乡镇卫生院或社区卫生服务站开设慢病专家门诊，为“两病”管理提供技术指导。

2. 规范抓好“两病”高危人群筛查。一是做好全面筛查。以“慢病规范管理技术路线”为指南，基层医疗机构要依托基本公共卫生服务项目，利用妇女三查、两癌筛查、新冠肺炎疫情健康排查、公众健康咨询日、健康义诊等活动，对辖区 35 岁以上居民和高危因素对象进行全面健康状况筛查。二是做好信息录入。基层医疗卫生机构对筛查出的“两病”患者信息规范录入到区域

基本公共卫生服务管理平台，并纳入慢病管理和家庭医生签约服务范畴，确保“发现一人、签约一人、管理一人”。医共体和专科联盟机构要及时将在本机构就诊发现的“两病”对象信息由首诊医生及时录入基本公共卫生服务管理平台；同时，积极争取省人民医院的支持，将潜江籍“两病”患者反馈至我市，并及时录入基本公共卫生服务管理平台。**三是**做好干预管理。基层医疗机构对于超重肥胖、血压正常高值、糖调整受损、血脂异常和每日吸烟者等慢病高危人群要加强健康状况监测和定期随访工作，在医共体和专科联盟医疗机构指导下实施有针对性的干预措施，有效降低发病风险。

3. 制定个性化签约服务包。根据签约“两病”患者病情和不同需求制定基础性服务包和个性化服务包。**基础包：**即免费包，实行国家购买服务，由家庭医生团队为“两病”患者提供健康体检、健康随访、健康评估、诊疗方案等服务项目；慢病专家为“两病”患者提供健康咨询、生活方式干预、日常用药指导等医疗服务；开展“两病”免费筛查，落实患者早诊早治。**个性化服务包：**即收费包，由家庭医生按需提供门诊和住院服务的优惠“大礼包”。包括血管彩超、肺功能测定、眼底检查等检查检验项目及慢病药品配送，医共体牵头单位和专科联盟机构为签约“两病”患者开通绿色通道。直接录入城乡居民医保信息系统，纳入“两病”门诊用药保障范围。

4. 打造“互联网+健康管理”服务模式。依托市级全民健康信息平台，融合基本公共卫生和医疗卫生服务，实现市域内患者就诊信息互联互通。**一是**通过系统将基本医疗服务信息（门诊、

住院的诊疗信息)实时自动导入到居民健康档案中,补充居民电子健康档案信息中的诊疗数据。二是实时提醒诊疗中已确诊的“两病”患者健康档案管理单位及时建档、完善随访信息等档案管理,提升“两病”患者管理信息采集、录入、更新效率。三是依托健康潜江 APP 开展在线签约、预约、咨询、随访、报告查询、延伸处方等服务,让居民足不出村就能享受家庭医生签约和互动服务,应用大数据功能来统计签约服务量。同时通过互动服务,让签约居民随时可以联系到自己的家庭医生,掌握自己的健康状况,需要注意事项,让居民医疗卫生服务更加便捷,健康管理更高效。四是探索通过应用“两病”智能穿戴设备,实时获取“两病”患者生命体征数据,及时对居民的健康状况进行干预和调整诊疗方案;通过人脸识别系统应用,提高“两病”患者在基本公共卫生服务过程中的真实性。五是依托远程会诊平台,充分发挥医共体牵头单位和专科联盟机构的技术优势,指导基层医疗卫生机构规范开展慢病管理和相关医疗服务,提高“两病”健康服务整体效率。六是通过“两病”管理效果的统计分析,转变以“率、量”为维度的考核方式,实现以“效果评估”为核心的绩效考核机制。

5. 完善慢病健康服务协作机制。对慢病患者实行“联合签约,全程服务”。与当地基层卫生机构进行慢病签约管理经规范转诊的患者,市级医院、省级指导医院和专科联盟成员医院要为其提供接诊、检查、住院等方面的优惠便利。在标准质控条件下,推动有条件的基层卫生机构与上级医院检查、检验结果互认,建立“两病”并发症急诊救治绿色通道和双向转诊机制。

6. 强化慢病管理团队服务能力提升。**一是**充分整合基本公共卫生和基本医疗服务资源,以“优质服务基层行”、“医共体建设”、“医卫融合”等工作为抓手,依托省人民医院和全市“医卫融合”工作专家委员会资源,促进“两病”管理服务人员能力提升。**二是**委托市卫生学校,组织全市在岗乡村医生开展每年不少于一次的定期集中式的业务技能培训;市中心医院制定培训和指导计划,为基层医疗机构提供医疗技术支撑;基层医疗卫生机构每季度至少开展一次业务培训,并选派临床医生到上级医院进修学习。**三是**鼓励市直医疗卫生机构公共卫生类医师到基层多点执业,以及基层执业医师通过考试加注公共卫生执业类别,提高基层家庭医生团队公共卫生服务能力。**四是**注重提高家庭医生对慢病患者合理就医渠道的建议和指导能力,帮助患者根据病情在合适的医疗卫生机构获得质量较好、性价比较高的医疗服务,提高患者满意度和依从性。**五是**推动分级诊疗有效落实。高血压、糖尿病**下转上**:二级及以下无合并症/并发症的村卫生室就诊;三级有合并症/并发症的在乡镇卫生院和社区卫生服务中心就诊;有严重合并症/并发症在医共体单位就诊,确需到省级就诊的由医共体单位提供转诊证明;**上转下**:治疗至康复期的由医共体单位转诊至基层医疗机构。

7. 促进慢病患者健康素养提升。基层卫生机构在上级医疗卫生机构指导下,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,提升居民健康素养。家庭医生团队定期进村(社区)提供健康义诊和健康咨询等服务,邀请上级医疗机构专家定期举办慢病防治专题讲座,对慢病患者讲解日常

保健知识，对居民普及健康生活方式。组织和指导慢病患者建立“自我健康管理小组”，推广以“糖友会、社区高血压俱乐部”等形式组建病友群，积极开展自我管理，树立“自己是健康第一责任人”理念。

（四）实施步骤。

1. 宣传动员阶段（2020年9月底前）。召开动员会，全面启动“医卫融合”慢病规范管理工作，制定方案，明确目标，组建专班，开展广泛宣传和组织业务培训。

2. 试点先行阶段（2020年10月至12月）。坚持“以点带面、稳步推进”原则，选择市中心医院作为医共体牵头指导机构，东风路社区卫生服务中心、周矶办事处卫生院、积玉口镇卫生院、高石碑镇卫生院、老新镇卫生院、后湖管理区卫生院作为基层医疗机构试点。

3. 稳步推进阶段（2021年1月至12月）。进一步完善工作机制，服务模式、网络格局，深入开展民意调查，建立长效监督考核机制，推进政策、责任、工作落实。

4. 年度总结阶段（2021年12月底）。阶段性总结，经验交流，分析形势，补齐短板，为第一个5年规划起好步，开好局。

5. 全面深化阶段（2022年1月至2025年12月）。巩固前期成果，进一步探索“互联网+健康管理”服务模式，优化服务流程，提档升级，形成市域内“整合型、系统性、同质化”的健康管理服务模式。

6. 总结交流阶段（2025年10月底前）。总结经验，剖析成因，出具评估报告，完成第一个5年规划，为下阶段工作打好基础。

三、进一步强化“医卫融合”慢病规范管理保障措施

(一) 进一步完善组织保障。坚持“政府主导、部门联动、社会参与”的原则，形成整体工作合力，成立以分管副市长为组长、市直相关职能部门为成员的领导小组，各地各有关部门要组建工作专班，细化“两病”管理方案，既要各负其责，又要抓好协调配合，共同推进“医卫融合”慢病规范管理这项民生工程。**市卫生健康部门**要坚持预防为主、防治结合的方针，落实“323”攻坚行动要求，将“两病”健康促进与健康知识普及行动、合理膳食行动、健康环境促进行动相结合，提升健康素养，引导形成健康生活方式。要定期收集“两病”患者常用药品需求等信息，及时提供给医保部门。要加强对医疗机构的政策培训力度，制定切实可行的临床路径和方案，有序推进分级诊疗，强化医疗服务行为的监管，确保“防、筛、治、康”落到实处。**市医保部门**要持续深化城乡居民“两病”门诊用药保障机制，对卫生健康部门提供的“两病”人群照单全收，及时纳入保障范围。要根据卫生健康部门收集的“两病”患者常用药品需求，试点推行“两病”药品配送机制，加强对“两病”门诊保障集中采购药品使用的监管力度。合理预算医保家庭医生签约服务支出项目基金，用于全市“医卫融合”项目工作的推进。市域内从基层医疗卫生机构上转的“两病”住院患者，起付线累计计算。根据相关定价标准，建立远程医疗价格体系，将远程诊疗、远程会诊等服务项目纳入医保报销范畴。**市财政部门**要做好经费保障工作，统筹基本公共卫生服务项目资金，中央、省和市相关专项资金保障项目经费，加强对项目资金的监督管理，确保专款专用。**市人社部门**按照“两个允许”

要求，将家庭医生签约服务费扣除医疗成本后用于人员奖励性绩效。

（二）进一步营造良好宣传氛围。各地各单位要结合自身工作实际，围绕“医卫融合”慢病规范管理政策，充分利用阵地优势、平面广告、新闻广播、电视报刊等传播媒介进行大力宣传，耐心解答群众关心热点话题、合理引导群众合理膳食，科学、理性就医，营造“全社会广泛关注、从我做起、从现在做起”的良好宣传氛围。

（三）进一步完善监督考核机制。各单位要坚持问题导向，完善慢病规范管理监督管理长效机制。市卫生健康委将会同市医保局、市财政局根据各机构工作情况，分配拨付专项经费。将签约患者行为改变率、服药率、服药依从率、血压血糖控制率、辖区“两病”患者享受门诊用药保障率等指标纳入对家庭医生团队的考核，考核结果与绩效挂钩，原则上将不低于70%的签约服务费用于家庭医生团队的绩效分配。优化“医卫融合”慢病规范管理经费分配，按照“两个允许”的要求，扩大基层医疗卫生机构绩效工资总量，优化分配制度，向家庭医生、骨干人员倾斜，调动工作积极性。

- 附件：1. 潜江市“医卫融合”慢病管理工作领导小组组成人员及工作职责
2. 潜江市“医卫融合”慢病管理工作专家委员会组成人员及工作职责

附件 1

潜江市“医卫融合”慢病管理工作领导小组
组成人员及工作职责

一、组成人员

组	长：从进军	市人民政府副市长
副	组 长：龚 华	市人民政府办公室副主任
	王 维	市财政局局长
	许志刚	市医疗保障局局长
	彭家洪	市卫生健康委主任
成	员：严小林	市财政局副局长
	卫 兵	市医疗保障局党组成员
	从 峰	市卫生健康委副主任
	黄书岚	市中心医院院长
	鄢圣娟	市疾控中心主任
	赵 勇	市中医院书记
	邵士清	江汉油田总医院院长

二、主要职责

领导小组负责医卫融合工作的统一组织领导、综合保障、沟通协调和推进实施。领导小组下设办公室，办公室设在市卫生健康委，彭家洪同志任办公室主任，从峰同志任办公室副主任，负责拟定实施方案、推进计划，宣传培训、绩效评价等工作。市中心医院负责牵头组织制定两病管理临床路径、质控体系、培训指导和宣传教育、报告总结等工作。

附件 2

潜江市“医卫融合”两病规范管理专家 委员会组成人员及工作职责

一、组成人员

主 任：	万美萍	市中心医院副院长
副 主 任：	王 勇	市中医院副院长
	廖新标	江汉油田总医院副院长
委 员：	兰 江	市中心医院心内科主任副主任医师
	熊晓荣	市中心医院心内科副主任医师
	周 波	市中心医院内分泌科主任、副主任医师
	王艳丽	市中心医院内分泌科主治医师
	黄拥军	市中心医院康复科主任、副主任医师
	吴 靖	市中心医院康复科主治医师
	聂进军	市中医院心内科主任、副主任医师
	刘江卫	市中医院心内 2 科主任、副主任医师
	余启荣	市中医院内分泌 3 科主任、副主任医师
	黄素平	市中医院内分泌 1 科主任、副主任医师
	张云涛	市中医院康复科主任、副主任医师
	陈庆美	市中医院康复科副主任医师
	魏 燕	江汉油田总医院心内科主任、副主任 医师
	宋之哲	江汉油田总医院心内科副主任医师
	陈立全	江汉油田总医院内分泌科主任、副主

任医师

侯 波 江汉油田总医院内分泌科副主任医师

王绪红 江汉油田总医院康复科主任、主任医师

刘 斌 江汉油田总医院康复科副主任医师

二、主要职责

专委会办公室设在市中心医院，由何安仁同志担任办公室主任，按照工作领导小组安排和要求，拟定相关工作方案计划、制度职责、技术规范 and 评估报告等；开展“两病”技术指导和质量控制；协助开展督查考评等。

