

高塘镇实行“医防融合”加强两慢病规范管理工作实施方案

根据安徽省卫健委《关于开展县域医防融合试点的指导意见》、省医保局、省卫健委《关于印发深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动实施方案的通知》精神、《霍邱县人民政府办公室关于印发霍邱县实行“医防融合”加强两慢病规范管理工作实施方案的通知》，为进一步提升基本公共卫生服务效果，建立“医防融合”两慢病管理服务机制，结合我镇工作实际，特制定本方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心的卫生健康工作宗旨，贯彻落实预防为主的健康工作方针，紧紧围绕健康中国发展战略，强化以基层为重点、防治结合的工作理念，以“两慢病”全周期健康管理为突破口，依托紧密型县域医共体，建立以医共体牵头医院为健康管理主体和临床诊疗技术支持，以疾控中心为健康管理技术支撑，以卫生院为联系纽带，以村卫生室为基础网底的三级协同、医防融合的一体化两慢病健康管理体系，为全镇群众提供全方位、全周期、精细化、特色化的两慢病健康管理。

二、工作目标

以紧密型县域医共体为依托，利用信息化技术手段，在县政府和镇政府的统一领导下，初步建立起县级提出的县、镇、村三级医疗卫生机构“上下协同、共同参与，分类管理、分级负责”的健康服务体系，初步形成县级提出的县域内“整合型、系统性、同质化”的规范管理和健康服务模式。对高血压、2型糖尿病患者进行“分级、分标”联动管理，完善门诊两慢病用药保障机制，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，降低二级及以上医院门诊就诊占比。

(一)配合建立起县级提出的县镇村三级协同的两慢病管理一体化服务体系，实现我镇内常住人口两慢病管理全覆盖。

(二)高血压、2型糖尿病患者的规范管理率 $\geq 70\%$ ；高血压、2型糖尿病患者的血压、血糖控制率 $\geq 55\%$ ；高血压、2型糖尿病患者年度内在镇村医疗卫生机构就诊率 $\geq 70\%$ 。

(三)配合县级探索建立与医防融合两慢病规范管理模式相适应的保障、激励和技术支撑机制。

三、工作内容

(一)构建两慢病管理协同服务体系。成立两慢病管理工作领导小组，组织发动常住人口积极主动参与配合两慢病管理工作。在卫生院建立两慢病管理站，在村卫生室建立两慢病管理室。

(二)加强两慢病管理中心服务功能。组建卫生院两慢病

管理站和村卫生室两慢病管理室专业医师、护士、公卫医生、检验人员等共同参与的“1+1+1+N”模式“两慢病管理团队”，多层次协同为高血压和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”两慢病健康服务。协调县医共体牵头医院霍邱县第一人民医院（以下简称县一院）两慢病管理中心专业医师定期到卫生院开设专家门诊，为两慢病患者提供更专业更精细的医疗服务。

(三)完善两慢病健康服务协作机制。对两慢病患者实行“联合签约，全程服务”，与卫生院进行两慢病管理签约的患者，经规范转诊，协调县一院为其提供接诊、检查、住院等方面的优惠便利和绿色通道。在标准质控条件下，推动卫生院与上级医院检查、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。

(四)全面开展两慢病高危人群筛查。以基本公共卫生服务项目为基础，由“医防融合”两慢病规范管理领导小组办公室牵头组织，制定高血压和2型糖尿病筛查及分级分标管理实施方案，由卫生院对辖区内35岁及以上居民和高危因素对象进行全面筛查，对筛查出的高血压和2型糖尿病患者信息规范录入到县级基本公共卫生服务管理平台，并在经县乡医疗卫生机构评估后，按分级分类分标的原则提供后续精准健康服务，做到“早发现、早管理、早干预”。

(五)强化两病患者日常门诊用药保障。建立两慢病患者

日常门诊用药保障机制，优先选用集中带量采购中标药品和国家基本药物，由县一院统一采购、供应和配送，确保用药配得齐、开得出。对两慢病患者日常门诊用药超出医保年度报销上限部分，可同时享受城乡居民普通门诊待遇结算。

(六)丰富“互联网+”两慢病服务手段。两慢病服务团队和家庭医生团队应依托信息化手段为两慢病患者提供在线签约、预约、咨询、随访、报告查询、延伸处方等服务，改善居民服务感受度。

(七)开展群众慢病健康素养宣传活动。卫生院、卫生室在上级两慢病管理中心和县疾控中心的指导下，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提供健康义诊和健康咨询等服务，邀请上级两慢病管理中心专家定期举办两慢病防治专题讲座，对两慢病患者讲解日常保健知识，对居民普及健康生活方式。树立居民“自己是健康第一责任人”理念，组织和指导两慢病患者建立“自我健康管理小组”，积极开展自我管理。

四、工作步骤

(一)准备阶段(9月13前日)。成立高塘镇“医防融合”两慢病规范管理工作领导组，下设办公室，确定专人负责。制定两慢病规范管理项目实施方案及配套的两慢病筛查、分类分标管理和绩效考核方案。

(二)启动阶段(9月21日前)。两慢病规范管理领导组

办公室组织召开全镇两慢病规范管理启动会，对工作安排部署。

(三)实施阶段(9 月 22 日-11 月 30 日)。各村组织发动好本辖区内适龄居民，积极配合卫生院、卫生室分村、分时段做好两慢病筛查、评估、分类分标管理和信息录入等工作。在县两 慢病管理中心指导下做好安徽省医疗保障信息平台录入、合理用 药和治疗等工作。

(四)巩固阶段(12 月 1 日-12 月 31 日)。两慢病规范管理领导小组办公室适时组织对各村、相关单位项目实施情况开展督查指导，针对发现问题立行反馈并落实整改。

(五)总结阶段(2023 年 1 月份)。两适时组织召开年度总结会议，梳理项目实施问题并讨论解决，整理项目实施先进经验并加以推广，为下一年度项目实施奠定坚实基础。

(六)常态阶段(2023 年 2 月份起)。在 2022 年度两慢病规范管理工作总结评估的基础上，逐步探索出成熟的两慢病规范管理工作经验，建立长效运行管理工作机制，2023 年起逐步转为常态化实施工作。

五、责任分工

两慢病规范管理领导小组办公室负责两慢病规范管理工作组织管理，牵头组织制定项目实施指导性文件，协调镇村两级医疗卫生机构开展工作。做好两慢病管理信息平台建设和管理。适时组织培训、督查和考核工作。协调做好医药、医保保障等工作。

各村负责本辖区内两慢病规范管理的宣传发动、组织协

调工作。

卫生院(两慢病管理站) 指导村卫生室开展两慢病患者筛查和信息录入工作，为两慢病患者开展分标评估和信息管理工作，开展健康评估及康复管理；实施健康和医疗干预方案；定期为两慢病患者提供健康随访，评估干预效果，并在上级两慢病管理中心的指导下及时进行调整；为两慢病患者提供能力范围内的门诊、住院和基础用药服务；接收上级医院下转的进入维持期或康复期的慢病或并发症患者；对两慢病高危人群开展针对性的健康宣教和健康行为干预；指导和协助村卫生室开展两慢病患者自我健康管理。

村卫生室(两慢病管理室) 开展两慢病筛查和两慢病患者个人信息收集以及录入工作；协助实施两慢病高危人群健康宣教和健康行为干预；协助实施两慢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等工作；开展两慢病患者自我健康管理。

六、工作要求

(一)加强组织领导。 成立高塘镇“医防融合”两慢病规范管理项目工作领导小组，领导小组下设办公室，设在卫生院，将工作抓小抓细抓实，逐步探索出成熟的两慢病健康服务模式。

(二)加大培训指导。 依托县一院两慢病管理中心和县疾控中心技术支持，依据国家基本公共卫生服务项目“两慢病”健康管理规范、《国家基层高血压防治管理指南》、《国家基层糖尿病防治管理指南》要求，通过联合门诊、上挂、带

教、线下集中培训和线上培训等方式加强医护人员“两慢病”规范诊疗、健康管理的培训和指导，着重提升基层服务能力，使“两慢病”患者在基层享受规范的诊疗和健康管理。

(三)强化监测评估。领导小组办公室要利用两慢病信息平台数据、电子病例数据和绩效考核结果，对医防融合两慢病患者管理效果进行监测和评价，及时评估成效，调整完善工作策略。