

花办〔2023〕68号

关于印发花园镇实行“医防融合”加强两慢病规范管理工作实施方案的通知

各村、镇直各单位：

经镇政府同意，现将《花园镇实行“医防融合”加强两慢病规范管理工作实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。

花园镇党委政府办公室

2023年11月2日

花园镇实行‘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》、《霍邱县实行“医防融合”加强两慢病规范管理工作实施方案》精神，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、防治结合的卫生健康工作方针，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，以乡镇卫生院主导，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服务。

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，在县乡两级人民政府的统一领导下，初步建立起县、乡、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）建立县乡村三级协同的两慢病管理一体化服务体系，实现镇域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乡村医疗卫生机构就诊率 $\geq 70\%$ 。

（三）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。**镇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。在镇卫生院建立两慢病管理站，在村卫生室建立两慢病管理室，在县疾控中心技术指导下，构建三级协同的一体化两慢病规范化管理服务体系，承担全镇范围的医防融合两慢病规范管理实施、技术指导和质量控制等工作。

（二）**完善两慢病管理中心服务功能。**配合县医共体牵头医院两慢病管理中心、组建乡镇卫生院（社区卫生服务中

心)两慢病管理站和村卫生室(社区卫生服务站)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。支持和配合县医共体牵头医院两慢病管理中心专业医师定期到基层卫生机构开设专家门诊,为两慢病患者提供更专业更精细的医疗服务。

(三)建立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”,与镇村卫生机构进行两慢病管理签约的患者,经规范转诊,配合县医共体牵头医院为其提供接诊、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,推动基层卫生机构与上级医院检查、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)推进两慢病管理信息系统建设。依托县级基本公共卫生服务信息管理信息系统和安徽省医疗保障信息平台,用好全流程一体化两慢病规范管理信息系统模块,强化两慢病筛查、标识管理、日常随访、异常情况处置等功能。加快推进基本公卫信息管理系统与基层医疗卫生机构 HIS、LIS 系统以及远程会诊、远程心电平台的对接和数据互通,确保能实时掌握患者健康检查数据,及时配合开展远程诊断和健康评估。加快两慢病患者居民电子健康档案的建立和使用,档案及时更新县域内诊断、用药、治疗等医疗信息,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。对于个人基本信息、诊疗信息和健康信息要按国家相应法律法规做好信息安全管理工作。

（五）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，在“医防融合”两慢病规范管理领导小组办公室牵头组织下落实全县统一、规范的高血压和 2 型糖尿病筛查及分级分标管理，由镇村卫生机构对辖区内 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”。

（六）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，在医共体牵头医院统一采购、供应和配送下，确保基层用药配得齐、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。

（七）丰富“互联网+”两慢病服务手段。充分发挥县级医共体牵头医院两慢病管理中心互联网优势，通过远程会诊、远程教学、远程培训、人工智能技术辅助等方式指导基层医疗卫生机构规范开展两慢病管理和相关医疗服务，提高两慢病健康服务整体效率，并对高血压、2 型糖尿病发病情况和干预效果进行监测和评估，指导完善干预措施。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。

（八）开展群众慢病健康素养宣传活动。基层医疗卫生机构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（社区）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（8月29日-9月5日）。成立花园镇“医防融合”两慢病规范管理工作领导小组，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6日-9月21日）。两慢病规范管理领导小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。各有关部门单位、各乡镇（开发区）做好项目启动衔接工作，建立联动工作机制，做好项目启动前的准备工作。

（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，积极配合乡村医疗卫生机构分地

区、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。在县医共体牵头医院两慢病管理中心、县疾控中心两慢病管理技术指导中心诊疗和管理技术指导下，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）。镇两慢病规范管理领导小组办公室适时组织对个村、镇直有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。通过督查不断完善项目工作实施方案和工作机制，不断巩固提升两慢病规范管理项目实施成效。

（五）总结阶段（2023年1月份）。落实好县两慢病规范管理领导小组办公室组织的年度项目实施绩效评价工作。做好全县召开年度总结会议的配合工作，梳理项目实施问题并讨论解决，做好项目实施先进经验的宣传推广，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

各村负责本辖区内两慢病规范管理的宣传发动、组织协调和督促监管工作。

镇财政所负责两慢病规范管理项目资金保障和监管工作。

镇卫健办负责两慢病规范管理工作的组织管理,牵头组

织制定项目实施指导性文件，协调县、乡、村三级医疗卫生机构开展工作。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。

镇卫生院（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。成立花园镇“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，设在镇卫生院。各村、镇直各有关单位要高度重视“医防融合”两慢病规范管理工作，将其作为公共卫生服务补短板的重要内容，作为做实紧密型医共体推进整合型服务体系建设的着力点，积极协

调有关部门，强化县域医疗服务资源统筹和信息化建设，针对关键环节加大政策倾斜和探索创新力度，严格落实责任分工要求，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。依托各医共体牵头医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，用足用好全-专科联合门诊、上挂、带教、线下集中培训和线上培训等方式加强镇村医护人员“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）加强资金保障。充分利用国家基本公共卫生服务项目慢病管理资金，发挥项目资金效益，从年度经费中划拨一定比例的两慢病服务经费，专项用于保障两慢病规范管理工作。同时，在医保资金年度有结余的情况下，可划拨一定比例的资金专项用于绩效奖惩。两慢病规范管理工作经费专帐专户、专款专用，采取专项考核发放、结余流转的管理方式，严格资金拨付和日常管理使用。

附件：1.花园镇“医防融合”两慢病规范管理工作领导小组
2.花园镇“医防融合”两慢病规范管理技术指导组

附件 1

花园镇“医防融合”两慢病规范管理工作领导小组

组 长：梁启胜 花园镇副镇长

副组长：王宏林 镇卫健办主任

时 毅 镇卫生院院长

刘 田 镇财政所所长

成 员：

各村，镇直各有关单位分管负责人。

领导小组下设办公室，地点设在镇卫生院，王积康同志兼任办公室主任，江克中同志兼任办公室副主任，办公室日常工作职能主体由镇卫生院承担。

附件 2

花园镇“医防融合”两慢病规范管理技术指导组

组 长：时 毅 卫生院院长

副组长：臧仲华 卫生院副院长

黄见明 卫生院副院长

江克中 卫生院副院长

成 员：陈家群 公卫科主任 王敬运 检验科主任

鲁菊贤 药械科主任 卜春贵 B 超室主任

臧宏华 检验科主任 李 雷 财务室

鲁先虎 外科主任 汤美杰 护办室护士

长

高瑞辉 内科医师 徐中庭 中医科医师

各村卫生室主任

两慢病规范管理技术指导组主要负责提供制定项目具体实施方案的技术支持，对整个项目实施及评估过程提供技术支撑和指导，做好日常项目技术培训、督查指导和绩效评价等工作。