

尤溪县卫生健康局文件

尤卫〔2023〕16号

尤溪县卫生健康局 关于印发尤溪县慢性病综合防控 服务体系建设方案的通知

县医共体成员单位，县属医疗卫生单位，各民营医院、社区卫生服务中心：

为进一步完善慢性病防控服务体系，提高居民健康水平，现将《尤溪县慢性病综合防控服务体系建设方案》印发给你们，请按照职能分工组织实施，抓好贯彻落实。

尤溪县卫生健康局

2023年6月28日

尤溪县慢性病综合防控服务体系建设的方案

为进一步完善慢性病防控服务体系，构建县域慢性病防、管、治一体化管理模式，加强对慢性病患者的早筛、早诊、早治和干预管理过程，分析慢性疾病流行病学特征，科学指导防控方案，结合我县实际，制定本方案。

一、目标要求

通过强化政府慢性病防控服务职能，健全服务网络、优化资源配置、理顺管理体制、提升服务能力，建立机制完善、发展定位和经济社会发展水平相适应、职责分工合理、能力水平较高、运转规范协调的慢性病防控服务体系。

（一）完善体系。明确专业慢性病防控机构和医疗机构慢性病防控服务职能，加强基层慢性病防控服务平台建设，合理划分各级医疗卫生机构的慢性病防控职能，基本建立较为完善的慢性病防控服务网络。

（二）规范管理。完善慢性病防控机构的运行机制，确保慢性病防控机构高效运行，建立数量与质量综合考核机制，强化对慢性病防控机构和防控项目的督导考评，加强技术指导和业务培训，提高慢性病防控队伍的服务能力。

（三）提升效能。加强专业慢性病防控机构内涵建设，加强人才队伍建设水平，提高装备配置水平，完善慢性病防控服务协作机制，加强慢性病防控信息化建设，提高重大慢性疾病防控能

力。

二、体系建设

(一) 分类管理慢性病防控机构

将我县慢性病防控服务机构分成专业慢性病防控服务机构、其他慢性病防控机构两类进行管理。专业慢性病防控机构主要是指从事专业慢性病防控服务的公共卫生机构，即县疾控中心。其它慢性病防控机构包括社会力量举办的，提供基本和重点慢性病防控工作及重大慢性病防控服务的各级各类医疗卫生机构，包括综合医院、民营医院和基层医疗卫生机构。

(二) 明确慢性病防控机构职责分工

1. 明确县疾控中心职责。县疾控中心负责协助县卫健局组织实施慢性病防控规划，履行慢性病防控服务职能，组织开展基本慢性病防控和辖区重点慢性疾病预防监测，承担慢性病防控业务管理、人员培训、技术指导、督导考核、质量控制等工作。

2. 强化基层医疗卫生机构的慢性病防控服务职能。在保障基本人力配给和运作经费的前提下，逐步调整医疗卫生服务机构的慢性病防控职能，强化基本和重点慢性病的监测、干预及早诊早治等防控职能。

3. 提高其他医疗机构慢性病防控监测协作能力。加强县疾控中心与医疗机构之间的沟通协作，以项目带动防治技术合作，以信息化驱动卫生资源共享，全面提升慢性病防控监测效率。

(三) 完善基层慢性病防控服务平台

1. 发挥基层医疗卫生机构的基层网底作用。推动基层医疗卫

生机构慢性病防控服务标准化建设，优化基层医疗卫生机构慢性病防控人员结构，使其成为落实慢性病防控的基础平台。逐步建立基层医疗卫生机构慢性病防控片区责任制，以网格化分片包干的形式将基本和重点慢性病防控工作落实到基层医疗卫生机构。县疾控中心的人员要定期到基层医疗卫生机构督导指导，与基层医疗卫生机构慢性病防控工作人员共同为居民提供慢性病防控服务。

2. 提高基层慢性病防控机构规范化管理水平。县疾控中心要制定培训方案，对基层慢性病防控机构落实慢性病综合防控工作实施培训，实现基本和重点慢性病防控工作的规范化管理。县疾控中心要发挥技术指导作用，定期监督指导基层医疗卫生机构落实各项工作。

（四）明确医疗机构的慢性病防控功能定位

通过建设发展县总医院（医共体），在各级各类医疗机构之间逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分诊、上下联动”的分级诊疗模式，进一步合理配置慢性病防控内设机构，完善慢性病防控服务管理制度，明确医疗机构慢性病防控服务职能，落实慢性病防控工作。

1. 建立健全分级诊疗，推进慢性病一体化管理。以县总医院为核心，建立并完善医共体内分工协作机制，出台高血压、糖尿病等慢性病分级诊疗方案，提高常见病、多发病的基层首诊比例，推进分级诊疗的落实。同时遵循“患者自愿、病情需要、分级诊疗、对口转诊、资源共享、连续性服务”的原则，对确需到上级

医院诊治的患者，基层首诊医生应主动与上级医院联系。县总医院建立双向转诊“绿色通道”，对上转病人优先安排接诊、检查和住院，把诊断明确、病情稳定的慢病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者下转到基层医疗机构，并指导基层医生进行后续治疗、康复和护理工作。完善分级诊疗医保支撑政策，减轻转诊病人的经济负担，推动双向转诊政策的落实。

2. 落实家庭医生签约，促进慢性病防控服务。为满足群众就近就医需求，促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉，开展以维护居民健康为中心，在落实国家基本公共卫生服务项目基础上，以高血压、糖尿病等慢性病为突破口，建立慢性病一体化管理，以契约式服务为特点的家庭医生签约服务工作，构建各基层医疗卫生机构与县总医院分工协作机制，逐步实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。

（五）提高慢性病防控信息化水平

建立互联互通的慢性病防控服务网络。以卫生信息共享和交换系统为平台，以数字化居民健康数据库为基础数据，建成集成信息系统，提高慢性病防控服务效率和居民获取慢性病防控工作的便捷性。

三、主要任务

按照慢性病防控工作要求，制定年度工作计划。明确年度慢性病防控工作目标、重点内容、预期成果与时间安排，完善保障机制，确保履行自身工作职责和慢性病防控工作的有序开展。根据具体慢性病防控工作项目，制定各项工作的具体实施方案，提

高工作流程的可操作性和执行性。及时总结工作开展情况，对工作计划和实施方案的执行情况予以考核与评价。制定和发布慢性病年度工作报告。

（一）慢性病防控。根据全县慢性病防控要求，制定具体实施方案，落实各项监测和防控任务。落实 18 周岁以上患者首诊测血压制度，每年完成 1 次有代表性的慢性病及危险因素核心指标（包括体重、腰围、血糖、血压）监测调查，每 5 年按要求完成 1 次慢性病及社会影响因素状况调查，及时收集、整理、上报监测和现场调查工作资料，形成年度工作报告。

（二）死因监测。依据死因监测工作规范，制定死因监测工作方案，建立健全死因监测管理组织与相关制度，各级各部门指定专门人员负责死因监测常规和管理工作。各报告单位要通过多种途径（公安、民政、计生、妇幼、医保、社保等）收集死亡名单，积极发动各方力量，主动报送偏远地区实施土葬和寺庙火葬的死亡人员信息。收集死因登记信息，做好死因推断，及时复核死亡原因不明的个案。按规范开展死因漏报调查，调查资料完整。不断提升死因监测工作质量。全县指标要求：报告死亡率 $\geq 600/10$ 万，死因不明 $< 6\%$ ，死因链填写准确率 $\geq 98\%$ ，审核率 $\geq 98\%$ ，迟审率 $< 5\%$ 。

（三）肿瘤随访登记。依据肿瘤登记报告规范，制定肿瘤登记报告和随访管理工作方案，建立健全肿瘤登记随访报告管理制度，各医疗机构主动搜索上报本单位（辖区）内的新发和死亡肿瘤病例，及时对肿瘤现患病例进行调查，核实肿瘤病例基本信息

和疾病信息。采取被动随访与主动随访相结合的方式进行肿瘤随访工作，了解肿瘤病例的生存情况，随访时间间隔不少于1年1次。全县指标要求：登记报告漏报率 $\leq 5\%$ ，报告及时性 $\geq 90\%$ ，病例信息填写完整率 $\geq 95\%$ ，ICD-10和ICD-O-3编码准确性 $\geq 90\%$ 。

(四)心脑血管事件报告。依据心脑血管事件登记报告规范，制定心脑血管事件登记报告和随访管理工作方案，建立心脑血管事件报告工作制度。各医疗卫生机构负责本单位(辖区)脑卒中、冠心病等心脑血管事件登记报告信息的收集、整理和汇总，指定专人审核并按程序报告，对要求核实的病例及时进行调查。基层医疗卫生机构每年对辖区所有脑卒中、冠心病患者进行随访，随访时间间隔不少于1年1次。全县指标要求：报告卡填写完整率 $\geq 95\%$ 、准确率 $\geq 95\%$ ，新发心脑血管疾病报告率 $\geq 90\%$ ，死亡病例同时具有发病报告比例 $\geq 90\%$ ，无新发病例的进行零病例报告，报告及时率 $\geq 95\%$ ，审核及时率 $\geq 95\%$ 。

(五)慢性阻塞性肺部疾病监测。依据慢阻肺监测工作规范，制定慢阻肺监测工作方案，建立慢阻肺监测报告工作制度。各医疗卫生机构负责本单位(辖区)肺气肿、慢性支气管炎等慢阻肺患者登记报告信息的收集、整理和汇总，指定专人审核并按程序报告，对要求核实的病例及时进行调查。

四、项目内容

(一)设置工作团队

1. 县级医疗卫生机构建立和完善慢性病管理工作团队，建立健全管理制度，明确各相关科室做好组织协调、信息管理、诊疗

培训、双向转诊、慢性病监测等工作。加强与县疾控中心和各临床科室的交流对接，全面落实慢性病防控工作。

2. 基层医疗卫生机构建立和完善慢性病防控领导小组，组建慢性病防控工作团队，以全科医生为核心，包含临床、公卫、护理、乡村医生等专业人员，落实各项工作具体负责人员职责，制定工作制度。指定一名专职人员负责慢性病总体统筹和管理工作，工作职责包括：组织开展专项调查、制定工作计划、协调慢性病管理团队、督导和质控、健康教育与健康促进活动的策划组织、与村居委会的协调等。

（二）目标人群报告和管理

1. 各级医疗卫生机构落实 18 周岁以上患者首诊测血压制度，建立死因、肿瘤、心脑血管疾病、慢阻肺患者登记报告流程和步骤，规范填写居民死亡医学证明书、肿瘤登记报告卡、心脑血管事件报告卡和慢阻肺监测报告卡，指定人员定期收集、审核，审核合格后通过网络进行直报，并及时复核疾控中心反馈的信息。

2. 基层医疗卫生机构负责全面落实慢性病防控和监测任务，按要求开展慢性病及危险因素核心指标监测调查、慢性病防控社会因素调查。收集辖区内死因登记信息，做好死因推断，及时复核死亡原因不明的个案，开展死因漏报调查，及时核对信息系统死亡登记信息准确性。上报新发和死亡肿瘤病例，及时对肿瘤现患病例进行调查，核实肿瘤病例基本信息和疾病信息，定期开展肿瘤生存患者随访管理工作。上报新发的心脑血管和慢阻肺病例，核实病例基本信息和疾病信息，对本辖区内发现的心脑血管和慢

阻肺患者漏报和错报，及时进行入户调查，并按照程序补报，每年负责对心脑血管事件患病病例进行随访。

（三）健康教育

1. 开展慢性病有关的健康咨询、健康教育和知识宣传，包括宣传栏和海报张贴、主题宣传日活动、健康课堂、诊疗、随访过程中的咨询教育等。科室（病区）负责人为所在科室健康教育第一负责人，负责所在科室慢性病健康教育工作，科室有固定的宣传场所，定期更换宣传内容和宣传材料。医护人员定期开展多种形式的慢性病患者及其家属相关知识的讲座，并做好相应记录，如课题、课件、讲者、时间、地点、参加者名单、会场相片等资料归档备查。慢性病有关专项（科室）健康教育档案资料完整。

2. 强化健康理念，对居民开展慢性病相关知识健康教育，开展健康咨询、健康讲座，以宣传栏、宣传标语、宣传海报、健康教育课堂等形式开展群体水平健康教育。结合各种慢性病防控相关的主题宣传日开展主题宣传咨询活动。每年提供慢性病相关印刷宣传资料，做好服务场所日常慢性病相关视频播放。

3. 倡导全民健康生活方式，树立健康第一责任人理念，实施全民健康生活方式行动工作。以健康知识、健康饮食、身体活动促进为重点，开展参与面较广的全民健康生活方式健康促进活动。各级医疗卫生机构和健康支持性环境为居民提供方便慢性病监测的监测环境和设备条件，做好健康小屋的日常管理。

（四）签约服务

1. 大力推进建立以基层全科医生为主的家庭医生签约服务

团队和居民签约服务关系,全科医生为签约居民提供约定的基本医疗卫生服务,主要包括:免费建立居民健康档案、进行家庭健康教育咨询、提供妇幼健康管理、随访高血压和糖尿病等慢性病患者及老年人群体,并承担一级分诊管理和绿色通道转诊等。

2. 建立和完善基层医疗卫生机构首诊责任制,促使全科医生与签约家庭建立起一种长期、稳定、互信的签约服务关系。全科医生应给居民提供方便可及的基本医疗服务、公共卫生服务和全程健康管理,指导居民规范合理就医,真正成为群众的健康“守门人”。

3. 鼓励、探索和创新签约形式,建立家庭健康电子档案,探索以家庭为单位与基层全科医生签订服务。鼓励签约由全科向各专科拓展,提供签约服务的医生不限于全科,内、外、妇、儿、中医等各临床专业医生均可参与家庭医生签约服务。鼓励和引导二级以上医疗机构的全、专科临床医师到基层医疗卫生机构提供签约服务,签约服务由基层医疗卫生机构向二级医院拓展。鼓励通过购买服务的形式,将签约服务由公立医疗卫生机构向民营医疗机构拓展,在做好一、二公立医疗卫生机构家庭医生签约服务基础上,欢迎民营医疗机构参与提供家庭医生签约服务,使服务更方便,更可及。探索由团队签约向与医生个人签约拓展,参与家庭医生签约服务的既可以是家庭医生团队,也可以是家庭医生个人,团队与个人在签约服务中共同发挥作用。鼓励由固定1年签约周期向灵活签约周期拓展,适应居民流动和签约服务愿望,签约服务时间可由固定1年期限向灵活签约周期转变,签约时间

既可以是1年，也可以少于1年或长于1年，甚至可以一次签约2-3年，建立灵活、稳定、信任的签约服务关系。

（五）干预与管理

1. 制定慢性病高危人群干预管理工作方案，建立18岁以上人群首诊测血压制度及工作规范。强化对慢性病高危人群标准的宣传力度，开展人群高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管、慢阻肺等慢性病的高危人群筛查和主动发现工作，为慢性病高危人群建立及完善健康档案，开展高危人群生活方式干预指导工作。

2. 制定慢性病患者发现和管理工作方案及制度，落实国家基本公共卫生服务规范，加强慢性病患者规范化管理，高血压及糖尿病患者健康管理率、规范管理率、血压/血糖控制率达到国家有关要求。对高血压和糖尿病等慢性病患者进行个体化危险评估和生活方式干预指导。指导社区、村居委会开展“慢性病患者自我管理小组”工作，强化慢性病患者自我管理作用。

（六）分析评估

县疾控中心成立专门科室或指定专人负责对慢性病、死因、肿瘤、心脑血管和慢阻肺等数据定期进行分析，撰写分析报告，及时将报告反馈各相关单位，并按规定向社会公布。

五、组织建设

（一）明确部门分工

1. 县卫健局负责慢性病防控工作的组织领导，组织制定慢性病、死因、肿瘤、心脑血管和慢阻肺工作实施方案，并将该项工作纳入医疗卫生机构的年度考核。

2. 县疾控中心负责协助卫健局制定慢性病、死因、肿瘤、心脑血管和慢阻肺防控工作实施方案，定期开展医疗卫生机构登记报告和随访管理进行技术指导和业务培训，对医疗卫生机构登记报告的死因、肿瘤、心脑血管和慢阻肺信息进行审核，定期对资料进行收集、分析、报告和反馈，及时反馈基层开展查漏补报，定期组织开展漏报调查工作。

3. 县级医疗卫生机构建立健全慢性病、死因、肿瘤、心脑血管和慢阻肺诊断、报告、登记和信息交换制度，负责科室和专人做好对本单位相关医务人员进行简单培训，负责报告卡收集、审核、录入和上报。定期开展自查，减少漏报，利用院内死亡数据，对院内报告数据进行补漏，协助县疾控中心开展质量控制和医院漏报检查。

4. 基层医疗卫生机构在一同履行县级医疗卫生机构职责的同时，负责对本辖区内工作实施方案的全面落实，开展慢性病监测、筛查和随访管理工作，对县疾控中心反馈的信息进行核实，对发现的死因、肿瘤、心脑血管和慢阻肺漏报和错报，及时进行入户调查，并按照程序补报，每年负责对肿瘤和心脑血管疾病患者进行随访。有能力的基层医疗卫生机构可对辖区内慢性病防控工作进行分析评估，指导本机构工作方向。

（二）强化信息化手段运用

基于三明市基层医疗卫生信息系统，为慢性病、死因、肿瘤、心脑血管疾病和慢阻肺患者建立、更新、完善居民电子健康档案；加强网络直报能力，完善诊疗、转诊、远程视频和集成等信息系

统建设；推进医疗卫生信息系统互联互通，便于各单位高效利用信息数据；全面运用 excel、SPSS 和 Epidata 等分析统计软件，科学、准确分析数据和撰写报告。

（三）技术指导和业务培训

县疾控中心负责定期对医疗卫生机构开展业务培训，培训内容包含报告流程、报告卡（监测卡）信息填报、网络直报信息系统操作运用、资料保存与利用、质量控制等。县总医院、县疾控中心对基层医疗卫生机构开展慢性病综合防治能力培训，培训内容包含随访要求、健康教育、药物治疗、护理、心理疏导、饮食和运动干预等。

（四）督导考核

建立督导考核通报制度。要采取听取汇报、实地检查、明查暗访等形式实施督导检查，定期对各单位慢性病综合防控工作情况进行通报。同时积极探索将慢性病综合防控工作纳入“基本公共卫生服务”及“基层医疗机构院长（主任）年薪制”考核项目，定期组织开展考核评估，以促进服务体系的持续完善。

（五）质量控制

医疗卫生机构报告卡录入人员对收到的报告卡须进行错项、漏项、逻辑错误等检查，对有疑问的报告卡必须及时通知责任报告人核对和修改。县疾控中心报告管理人员定期对收到的电子版的数据库进行审核和查重，对有疑问的报告卡必须及时反馈报告单位，对重复报告的卡片进行院内剔除。医疗卫生机构发现本年度内漏报案例，应及时补报。

六、保障措施

(一) 加强组织领导。各有关单位要继续把发展和完善慢性病防控体系建设作为重要工作抓好落实,提供必要的支持性政策,促进慢性病防控服务体系建设,保障开展慢性病防控所需的人员、经费、业务用房和适宜设备,进一步提高慢性病防控水平,更好地满足居民的健康保障需求。

(二) 明确经费保障。明确国家基本公共卫生服务项目补助经费、县域医保基金包干和财政补助机制,建立健全基本公共卫生服务、家庭医生签约服务费和全员目标年薪制应用机制,通过质量、数量双考核明确经费应用途径和合理分配。