

杭州市拱墅区卫生健康局 杭州市拱墅区财政局 文件

拱卫〔2022〕188号

关于做好高血压糖尿病全周期 健康管理推进分级诊疗改革的实施方案

各有关单位：

为进一步做好我区高血压、糖尿病全周期健康管理推进分级诊疗改革工作，根据《浙江省卫生健康委 浙江省财政厅 浙江省医疗保障局关于全面实施加强高血压糖尿病全周期健康管理推进分级诊疗改革的通知》（浙卫发〔2022〕7号）、《杭州市卫生健康委 杭州市财政局 杭州市医疗保障局关于印发进一步做好高血压糖尿病全周期健康管理推进分级诊疗改革实施方案的通知》（杭卫发〔2022〕38号）文件精神，结合我区高质量发展建设共同富裕示范区等工作要求，特制定本实施方案。

一、目标要求

坚持以人民健康为中心、以基层为重点、防治结合的原则，以基层卫生健康综合改革试验区建设试点为契机，以高血压糖尿病等慢性病全周期健康管理为突破口，以家庭医生签约

服务为载体，依托城市医联体，构建医防融合、连续协同和科学有序的分级诊疗格局，引导高血压糖尿病(以下简称“两慢病”)患者在基层就诊和健康管理。

到 2022 年底，签约“两慢病”患者管理达到“两提高、两稳定、两降低”目标。即签约“两慢病”患者在基层医疗卫生机构(以下简称基层机构)门急诊就诊人数较上一年增长 2%，二级及以上医院向基层机构转诊“两慢病”患者人数年增长率在 10%以上；“两慢病”基层规范管理服务率稳定在 61%以上，血压、血糖控制率稳定在 45%和 40%以上；稳定期“两慢病”患者在二级及以上医院门诊就诊占比下降，“两慢病”患者并发症发病率有所下降。

到 2025 年，基本建成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局，“两慢病”基层规范管理服务率稳定在 65%以上，“两慢病”患者并发症发病率明显下降，患者满意度达 90%以上。

二、实施内容

(一) 全面加强“两慢病”管理分级诊疗服务体系建设

1. 高质量建设两慢病一体化门诊。按照《浙江省基层医疗卫生机构慢性病一体化规范化门诊建设标准(试行)》(浙卫办〔2022〕20号)，全面落实对慢性病诊疗服务区域的空间改造，规范设置诊前服务区、候诊区(健康宣教区)、全科诊室、检查区(检验样本采集室、无创检查室)等，专岗设置医生助手岗位，标准化推进诊前、诊中、诊后服务流程。在天水武林中心、长庆潮鸣中心、文晖中心、拱宸桥中心、半山中心建成

落地并逐步应用至全区。

2. 示范建设区域慢性病诊疗中心。深化天水武林中心、文晖中心区域糖尿病、高血压规范化管理示范中心建设，牵头制定标准化的两慢病诊疗方案和服务流程，引入智能血糖管理及并发症筛查设备，加强多学科团队建设，为区域规范化管理示范中心建设提供多学科支持。完善家庭医生服务团队人员配置，加强签约助手岗位培训，制定“两慢病”全周期健康管理工作当量及绩效评价标准。

3. 共建共享慢性病优质医疗资源。以杭州市红会医院、杭州师范大学附属医院两家紧密型医联体为主，结合其他市属医院一般型医联体建设为辅，全力推进以双向转诊服务、双向业务交流、双向绩效考核等为重点的医疗资源“双循环”管理模式。依托市区医疗服务“云通道”，开展影像、心电、会诊等远程服务，推动基层检查、上级诊断、区域互认机制。每支家庭医生团队配备1名上级医院专家加强全专融合型团队建设，结合需求引导专家资源下沉开设固定慢性病联合门诊，实施全科医生驻点综合性医院全科门诊服务工作机制。慢病首席全科医生培育增加5人以上，精准上转人数较上年度上浮10%。

(二) 持续完善“两慢病”管理分级诊疗保障体系

1. 落实两慢病基层用药政策。在城市医联体内建立完善统一的药品采购、供应和配用管理机制，实现药品供应和药学服务同质化。各社区卫生服务中心在按要求配备使用国家组织集中采购中选药品的基础上，根据“两慢病”临床诊疗服务需要积极配备使用相应药品。深化慢性病长处方管理，落实签

约“两慢病患者”用药申请制度，满足患者用药需求。聚焦健康“最后一公里”，推进星级智慧健康站分级分类建设，构建智慧健康管理新场景，在保障站点用药配备同时探索开展智慧健康站自助药柜配药服务，方便群众就近取药。为符合条件的困难慢性病人提供医保目录内药品个人零自付政策。

2. 完善两慢病绩效激励机制。修订完善基层医疗卫生机构绩效考核指标体系，深化基层医疗卫生机构补偿机制改革，切实落实财政资金按标化工作当量确定的财政付费标准和工作当量等购买，在基层医疗机构标化工作当量财政付费标准相对维持固定的基础上，适当提高“两慢病”健康管理标化工作当量。细化慢病随访方式分类、慢病长处方、一体化门诊就诊等慢病管理当量项目，进一步调动基层医务人员参与改革的积极性和主动性，促进“两慢病”管理的规范化和精细化。将“两慢病”改革相关指标纳入年度综合目标考核，促进“两慢病”分级诊疗。探索信息技术将居民满意度调查问卷和反馈结果嵌入业务流程，实施人工服务与AI相结合的第三方满意度测评机制，多元推进常态化满意度测评。

3. 创新两慢病数智协同管理。依托杭州市慢性病全周期健康管理系统，推广慢性病健康处方、健康评估报告、区域慢病管理驾驶舱（健康画像）等健康场景应用，以数字赋能慢病精细化管理，提高慢性病管理水平和管理效果。根据浙江省慢性病一体化规范门诊服务流程，加快对区级HIS业务流程升级改造，通过市区“两慢病”患者相关的数据归集和交互共享，实现双向转诊、签约信息联动、随访提醒、诊疗数据引入档案，

以大数据驱动慢病服务一站式、线上线下健康管理一体化的闭环管理模式，实现诊间医防融合。建设并持续完善基层补偿机制改革信息平台 and 绩效考核系统，实现逐级审核上报、季度抽样督导、年度考核评估和资金拨付等考核全流程信息管理，减轻基层考核工作量。

(三) 深化创新“两慢病”管理分级诊疗服务模式

1. 深化以家庭医生为载体的全周期健康管理。坚持质量优先、稳步扩面的原则，将基本公共卫生服务与家庭医生签约服务相结合，签约一个，管理一个。按照疾病诊疗指南，逐步构建基层首诊、分级诊疗、双向转诊的有序就医格局。医联体医院对基层上转的“两慢病”患者优先予以挂号、检查、住院、会诊，上转所需的前置检验、检查尽可能在基层完成。基层医疗机构优先对医联体医院下转的“两慢病”患者予以随访管理服务，充分实现全程闭环管理。签约高血压糖尿病患者在基层门诊就诊人次数同比明显上升。

2. 围绕两慢病基层指南拓展两慢病个体化健康管理。结合城乡居民“三免三惠三提升”健康行动和各类健康体检，完善“两慢病”患者健康体检内容，提高两慢病患者按周期开展检验检查率。规范开展两慢病年度分层分级评估，在东新中心试点智能随访管理并推广应用至全区，通过门诊服务与智能随访完善随访质量。鼓励拓展两慢病居家远程健康监测、个体化营养干预、运动干预等个体化健康管理服务，以点带面加大全人群健康知识宣传力度，不断提高群众防治高血压、糖尿病等慢性疾病健康意识，巩固“两慢病”患者基层规范管理服务率和控制率，实

现预防、治疗、康复、健康促进有效衔接。两慢病诊间随访比率逐年上升。

3. 结合拱墅特色创新推进两慢病中医药特色健康管理。

充分发挥“看中医到拱墅”品牌效应，积极运用中医治未病理论和方法，对两慢病高危人群进行调理。为高血压、糖尿病等稳定期患者提供个体化的饮食起居、情志调摄、食疗药膳、运行锻炼等中医养生保健服务和健康知识传播服务，培育两慢病患者的健康责任意识，引导患者参与治疗和管理方案制定并进行自我管理，两慢病患者中医药服务率逐年上升。

三、工作要求

（一）提高认识，加强组织管理

实施“高血压糖尿病全周期健康管理”推进分级诊疗改革是一项涉及面广的系统工程，是深化医药卫生体制改革、高质量发展建设共同富裕示范区和城市医联体建设工作的重要内容，各单位要充分认识“两慢病”改革的重要意义，切实加强组织领导，按要求完成基线调查，制定出台实施方案。

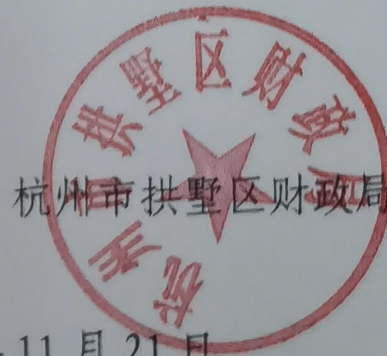
（二）强化保障，形成工作合力

区卫生健康行政部门负责具体组织推进“两慢病”改革，发挥城市医联体的联动作用，科学统筹资源，提供技术支撑，指导规范优质地做好改革工作。科学设置目标指标和绩效评价机制，加强改革进展动态监测，确保改革取得成效。财政部门要落实财政补助政策，增强经费保障力度，确保改革落到实处。

(三) 加大宣传，营造良好氛围

做好“高血压糖尿病全周期健康管理”推进分级诊疗改革需要全社会支持，有关单位要充分利用家庭医生签约服务、健康教育、健康体检等载体，开展“两慢病”改革的政策、管理模式、服务内容等宣传，动员引导“两慢病”患者参与家庭医生签约服务和分级诊疗，提高群众知晓率、参与度。

本方案自2022年12月21日起施行，2022年1月1日至本方案施行前，可参照执行。



2022年11月21日

抄送： 区财政局。

杭州市拱墅区卫生健康局办公室

2022年11月21日印发