

周口市卫生健康委员会 文件 周口市财政局

周卫办〔2022〕9号

关于印发《2022年基层医疗卫生机构（医共体） 慢病管理服务能力提升工程实施方案》的 通 知

各相关县（市、区）卫生健康委、财政局：

现将《2022年基层医疗卫生机构（医共体）慢病管理服务能力提升工程实施方案》印发给你们，请认真抓好落实。并根据《河南省财政厅 河南省卫生健康委员会关于下达2022年医疗服务与保障能力提升（公立医院综合改革）补助资金（第三批）的通知》（豫财社〔2022〕109号）要求，提高资金使用效能，专款专用。

(此页无正文)



周口市卫生健康委员会办公室

2022年8月3日印发

2022 年基层医疗卫生机构（医共体）慢病管理服务能力提升工程实施方案

一、项目目标

在基层医疗卫生机构（医共体）建设健康管理中心，培训健康管理师，通过为群众提供免费健康体检，推进基层医疗卫生机构（医共体）全面掌握辖区内群众的健康状况，完善个人健康档案，加快提升基层慢病管理服务效能。

二、项目内容

为基层医疗卫生机构（医共体）建设健康管理中心，培训健康管理师。

三、项目组织实施

（一）实施计划。

1. 遴选项目单位。根据国家、省级和我市有关紧密型县域医共体建设要求，经征询县（市、区）意见，市级统筹研究确定10家基层医疗卫生机构为项目单位。遴选基本原则：一是县级党委、政府高度重视医共体建设，具有改革创新精神。二是相关部门协调有力，能够为紧密型医共体建设创造良好的政策环境。三是项目县（市、区）医疗卫生服务网络较为健全。四是项目实施主体担负全省医共体改革现场会观摩任务。

2. 启动项目建设。市卫生健康委于2022年8月初制定具体项目实施方案并启动项目建设。

3. 认真组织实施。各地要高度重视基层医疗卫生机构（医共体）慢病管理服务能力提升工程项目建设，项目单位主要负责同志为第一责任人，负责项目组织管理和具体实施，定期开展项目实施情况评估，研究解决工作中遇到的困难和问题，确保各项工作任务如期推进、取得实效。

（二）资金安排。《河南省财政厅 河南省卫生健康委员会关于下达2022年医疗服务与保障能力提升（公立医院综合改革）补助资金（第三批）的通知》（豫财社〔2022〕109号）向我市下达专项资金1000万元，其中700万元用于支持10家基层医疗卫生机构建设健康管理中心（具体单位和额度见附件1）；100万元用于慢病管理人员及家庭医生签约人员培训，由市卫生健康委组织实施；200万元用于奖补，由市卫健委、市财政局对健康管理中心验收考核后进行发放。

四、项目执行时间

2022年8月1日—2023年7月31日

五、项目监督与评估

（一）加强督导调研。项目启动后，市医改领导小组将加强督导调研，动态监测项目进展，通过监测分析、现场调研、专家评估等方式，及时发现研究解决问题，确保项目建设顺利进行。

（二）严格资金使用。要严格按照国家和省、市资金管理有关规定，对项目经费实行专账管理，确保专款专用，不得挪用和改变专项资金用途。

（三）加强绩效考评。各有关县（市、区）要对基层医疗卫生机构（医共体）慢病管理服务能力提升工程的实施进展、资金管理、建设成效等方面开展考核评估，确保项目实施效果。市医改领导小组将在项目实施中期和后期开展项目实施情况督导检查。

- 附件：1. 项目单位及资金表
2. 绩效目标表
3. 慢病管理中心建设标准

附件 1

项目单位及资金表

单位：万元

县（市、区）	项目主体	项目资金
郸城县	巴集镇卫生院	70
	石槽镇卫生院	70
淮阳区	王店乡卫生院	70
	城关镇卫生院	70
沈丘县	汴路口乡卫生院	70
	付集镇卫生院	70
项城市	永丰镇卫生院	70
	郑郭镇卫生院	70
鹿邑县	玄武镇卫生院	70
	试量镇卫生院	70
市本级		300
总计		1000

注：市本级资金中 100 万元用于慢病管理人员及家庭医生签约人员培训，由市卫生健康委组织实施；200 万元用于奖补，由市卫健委、市财政局对健康管理中心验收考核后进行发放。

附件 2

绩效目标表

项目名称		2022 年基层医疗卫生机构（医共体）慢病管理服务能力提升工程		
部门名称		周口市卫生健康委员会		
项目 资金 （万 元）	年度资金总额	1000		
	其中：中央资金	1000		
	地方补助			
年度 总体 目标	在基层医疗卫生机构（医共体）建设健康管理中心，培训健康管理师，通过为群众提供免费健康体检，推进基层医疗卫生机构（医共体）全面掌握辖区内群众的健康状况，完善个人健康档案，加快提升基层慢病管理服务效能。			
	一级指标	二级指标	三级指标	指标值
绩效 指标	产出指标	数量指标	由党委和政府主要负责同志（双组长）或其中一位主要负责同志担任医改领导小组组长的县（市、区）数	5 个
		质量指标	公立医院医疗服务收入（不含药品、耗材、检查、化验收入）占医疗收入的比例	较 上 年 提高
		社会效益	基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量的比例	≥51%
			慢病管理率	较 上 年 提高
			35 岁以上人群进行高血压和糖尿病筛查率	
			居民电子健康档案建档率	
			人群健康意识和慢病危险因素知晓率	≥8000 人次
		家庭医生签约服务团队培训人次		
满意度指标	服务对象受益程度指标	公立医院门诊和住院患者满意度	≥80%	

附件 3

慢病管理中心建设标准

一、硬件建设

慢病管理中心的硬件主要有：健康检测一体机，健康快车，健康随访包，免散瞳眼底相机，尿微量白蛋白检测仪等。健康检测一体机是用于基础数据采集的设备，可对自助建档、电子问卷、身高、体重、BMI、腰臀比、脉率、血压、血糖、血氧、尿酸、总胆固醇、人体代谢率、水分含量、脂肪含量、12 导心电、体温、B 超、动脉硬化、电子宣教、骨密度、肺功能、尿液分析、中医体质辨识、血脂四项、糖化血红蛋白等、远程医疗语音系统、血生化等二十多项数据快速检测；健康快车是流动的基础数据采集设备，可以灵活调配到所辖任何地方进行健康数据采集服务；健康随诊包可对八项基础体征数据进行检测，同时其便于携带，是家庭医生上门或者外出服务的有效工具；免散瞳眼底相机，尿微量白蛋白检测仪等用于对“三高”人群的“六病”预防和筛查。

二、平台建设

慢病管理平台建设主要分为数据服务平台和健康管理平台，首期建设主要完成健康数据采集展示平台建设和基础公共卫生平台实现数据对接，从而可以最大程度的实现数据共享与综合利用；后期可以通过健康风险评估平台和健康管理平台的建立实现健康服务一体化。

三、运营管理

1. 建立与医疗体系并行的健康服务体系。通过慢病管理中心的建立，实现对辖区慢病居民按照慢性病类别进行分级管理，通过健康档案和日常数据采集，配合慢病风险评估和干预方案，完成慢病居民的医疗健康需求响应和个性化管理，形成医疗和健康并行的服务体系。

2. 组织体制内的医疗健康资源建立慢病管理团队，实现专病交叉管理服务体系。

3. 辅助家庭医生签约团队筛查、随访、建档的工作。慢病管理中心的建立可以提高家庭医生签约团队的档案建立、筛查、随访工作的效率，协助乡村完成家庭医生服务和随访任务。

4. 完善慢性病筛查管理和民政筛查工作。通过建档、筛查、随访等工作，完成对基础数据的掌握，同时可辅助完成民政部门的老年人数据筛查。

5. 开展慢性病健康管理套餐。针对糖尿病、高血压、慢阻肺等慢性病用户，设计慢病管理套餐，形成个性化管理方案。通过慢病管理配合合理用药，维持用户的健康状态，延缓进入疾病状态或者避免疾病恶化，从而降低医保支出。

6. 开展特殊人群的健康管理套餐。针对特殊人群，例如孕妇和学龄前儿童开展营养、运动等各方面的健康干预促进方案的管理，实现不同人群的健康管理个性化方案。

