

周口市深化医药卫生体制改革领导小组 办公室文件

周医改办〔2022〕13号

关于印发周口市 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

各县(市、区)卫生健康委,市直有关医疗机构:

为高质量推进公立医院改革,加快实施中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目,按照《关于印发周口市公立医院改革与高质量发展示范项目实施方案的通知》(周医改〔2022〕6号)和《周口市财政局周口市卫生健康委员会关于下达2022年公立医院改革与高质量发展示范项目国务院督查激励表彰省级配套资金的通知》(周财预社〔2022〕54号)文件精神,现将《周口市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》印发你们，
请认真贯彻执行。

2022年12月1日

（信息公开形式：不予公开）



周口市 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

按照国家、省《深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务》要求，为推进我市高血压、高血糖、高血脂“三高”共管，冠心病、脑卒中、肾病综合征、眼底病变、周围神经病变、周围血管病变等并发症“六病”同防，完善慢性病健康管理适宜技术和服务模式，通过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，群众免费健康体检，实现基层医疗卫生机构（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，纳入管理的“三高”患者治疗率、控制率明显提升，“六病”患者定期筛查、精准治疗、有效恢复和减少复发的目标，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。按照每个医共体遴选1个项目单位的原则（《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》周卫办〔2022〕9号文件，已遴选过的医共体本次不再遴选），通过征询县（市、区）意见，

由市级统筹研究确定项目单位。遴选基本原则：一是项目单位领导班子执行力强，具有改革创新精神；二是项目单位基础条件好，服务能力强，能为项目实施创造良好条件。

2.启动项目建设。市卫生健康委于2022年9月底前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

安排项目资金1000万元，其中910万元用于支持13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1）；90万元用于基层慢病管理人员培训。

四、项目执行时间

2022年12月1日—2023年11月30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考核。

- 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)	项目单位	金额
扶沟县	第一医疗健康服务集团固城镇卫生院	70
	第二医疗健康服务集团包屯乡卫生院	70
西华县	第一医疗健康服务集团田口乡卫生院	70
	第二医疗健康服务集团红花镇卫生院	70
商水县	第一医疗健康服务集团谭庄镇卫生院	70
	第二医疗健康服务集团练集乡卫生院	70
太康县	第一医疗健康服务集团高贤乡卫生院	70
	第二医疗健康服务集团高朗乡卫生院	70
	第三医疗健康服务集团张集镇卫生院	70
郸城县	第一医疗健康服务集团虎岗乡卫生院	70
	第三医疗健康服务集团汲冢镇卫生院	70
	第四医疗健康服务集团宁平镇卫生院	70
淮阳区	第一医疗健康服务集团安岭镇卫生院	70
市本级	市卫生健康委	90

注: 市本级资金中90万元用于基层慢病管理人员培训。

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：省级财政资金	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	9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	慢病管理率
	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	较上年提高
	人群健康意识和慢病危险因素知晓率		家庭医生签约服务团队培训人次	
	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、建档工作。慢病管理中心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。

