

『对症下药』
精准施策
优化慢病防控举措

我区构建全链条慢病管理体系



通讯员 毛浩江 励耀

慢性病又称慢病,是指不构成传染、具有长期积累形成疾病形态损害的疾病的总称,已成为全球健康领域所关注的重要问题。这类疾病具有“三高三低”特点,即患病率高、致残率高、死亡率高,知晓率低、治疗率低、控制率低。《“健康中国2030”规划纲要》将慢病综合防控提升到了国家战略的高度。我区通过多年的实践,针对“辖区老年人口多,患者接受管理意识低、管理效果不好”等问题,认真分析原因,精准施策,取得了良好成效。



经过全区基层医务工作者的共同努力,慢病防控工作取得了一定成效。截至今年年底,在管理体系内的高血压和糖尿病患者分别达45053人和13792人,与去年相比,今年辖区高血压、糖尿病规范管理率均提高约3%,血压、血糖控制率分别提高5%左右,慢病患者规范管理水平不断提升。同时,群众的依从性、认可度、知晓率和满意度也得到较大提升,据2024年年底抽样调查统计,辖区群众对基本公共卫生服务的知晓率和满意度均达95%以上。

1

打造三级网络管理系统
提升服务可及性

我区常住人口约58万人,其中高血压、糖尿病患者分别约4.5万人、1.38万人。为方便群众接受慢病管理服务,在区卫生健康局的统一领导下,我区打造了乡村医生、社区卫生服务中心家庭医生、医共体总院专科医生的三级网络管理系统,加强对慢病患者的健康管理。

一级网络主要由乡村医生组成。社区卫生服务中心定期对乡村医生开展慢病防控培训,充分发挥乡村医生在慢病管理中的网底作用,在日常诊疗活动中,乡村医生积极筛查和发现慢病患者,并负责慢病患者的健康指导和随访管理,然后通过信息平台,将患者就诊及管理信息上传至基本公共卫生服务慢病管理系统。如遇乡村医生无法诊治的患者,可通过绿色通道转诊到社区卫生服务中心就诊。二级网络主要由家庭医生组成。全区共有家庭医生205人,签约服务团队73个。慢病患者就诊时家庭医生为其建立

慢病档案,由公卫人员进行随访、健康指导,医疗与公卫、诊疗与预防保健融合一体,相互促进,提升患者体验感,减少患者流失,提高管理率。家庭医生遇到疑难病例,又可通过团队中的专科医生进行会诊及转诊。各基层医疗卫生机构均建立了一个精品家庭医生团队,深得老百姓喜爱。三级网络主要由医共体总院专科医生组成。全区共有医共体三家,依托医共体总院就医人群,发现慢病患者,建立慢病档案,医共体总院专科医生在诊疗过程中,及时宣传引导患者到基层医疗卫生机构建立慢病档案,同时,基层医疗卫生机构每月将医共体总院就诊的高血压、糖尿病患者数据与省统建电子健康档案系统对比,对未管理的慢病患者进行一对一沟通,向他们宣传高血压和糖尿病健康管理的政策和知识,进而让他们接受慢性病患者管理,自觉到基层医疗卫生机构建立专项档案。

2

推行家庭医生签约团队式服务
提高群众满意度

基层医疗卫生机构成立了以社区全科医生、全科护士、公卫人员、乡村医生组成的家庭医生签约服务团队73个,同时,每个团队加入各自医共体总院的心血管内科、内分泌科专科医生,增强团队整体医疗卫生服务能力,提高慢病患者的满意度,获得患者认可,使患者愿意接受健康管理。另外,服务团队推出签约居民可

以享受门诊免挂号费等一系列优惠措施,极大地调动了广大居民特别是慢病患者的签约积极性。今年,结合“流动+固定”的巡回医疗服务模式,基层医疗卫生机构深入村社开展体检报告解读,一站式进行信息录入,并在现场发放完整的体检报告和健康指导书,现场指导,使居民更具获得感、认同感。

3

开展健康教育宣传
增强群众自我保护意识

近年来,区卫生健康局通过多渠道、多层次、广覆盖宣传“两病”(高血压、糖尿病)门诊用药保障的医保新政,做到慢病配药更省心,用药保障政策户户知晓、人人知情。在各镇(街道)、村(社区)的大力配合下,各社区卫生服务中心加强高血压和糖尿病患者筛查,应筛尽筛,引导“两病”患者及时纳入基层医疗卫生机构规范管理,确保每名慢病患者都能享受到基层医疗卫生机构额外5%的报销比例。及时将诊疗数据与基本公共卫生服务高血压和糖尿病两种慢病患者数据进行交换,每月更新,提升“两病”的发现率。

此外,区卫生健康局不断加强多渠道宣传,定期通过微信公众号、朋友圈及QQ群转发慢病防控知识,每年向辖区居民推送短信10万余条,一对一电话宣传指导多达2万余人次。开展健康教育讲座、主题活动宣传,家庭医生团队定期深入村社举办“院坝会”“科普大学”,向居民进行宣传

和健康指导。把每月20日定为全区各基层医疗机构的健康讲座活动日,同时利用“全国高血压日”“联合国糖尿病日”等健康主题日,开展慢病相关宣传和义诊活动,增强群众自我保护意识,同时筛查患者,指导患者主动就诊。依托“健康银行”,让“小积分”兑换“大健康”。以方桥街道社区卫生服务中心为试点,开展“健康银行、健康积分”活动。“健康积分”是通过居民主动参与预防性或部分治疗性健康管理项目,包括健康讲座、个性化咨询、定期随访、门诊用药、健康主题日宣传等,为居民提供相应的健康积分。居民拿到积分后,按照积分兑换表,可免费获得由该中心提供的健康支持性工具和生活用品。该中心为参加健康教育积分管理的群众建立专属健康档案,根据参与的健康管理项目给予相应的积分,分析群众健康需求,指导并监督参与群众日常生活,提升健康管理效果。