

基于整合型的慢病人群

健康管理服务

—基本公共卫生服务管理

国家卫生健康委妇幼健康中心

韩 晖 研究员

提

要



国家基本公卫工作进展及意义

.....●



整合型的医防融合慢病管理

.....●

推进基本公共卫生服务均等化

2009年3月，中共中央国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》，提出促进基本公共卫生服务均等化的要求。

2009年7月，卫生部、财政部、国家人口计生委联合印发《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》。开始实施国家基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目。

推进基本公共卫生服务均等化

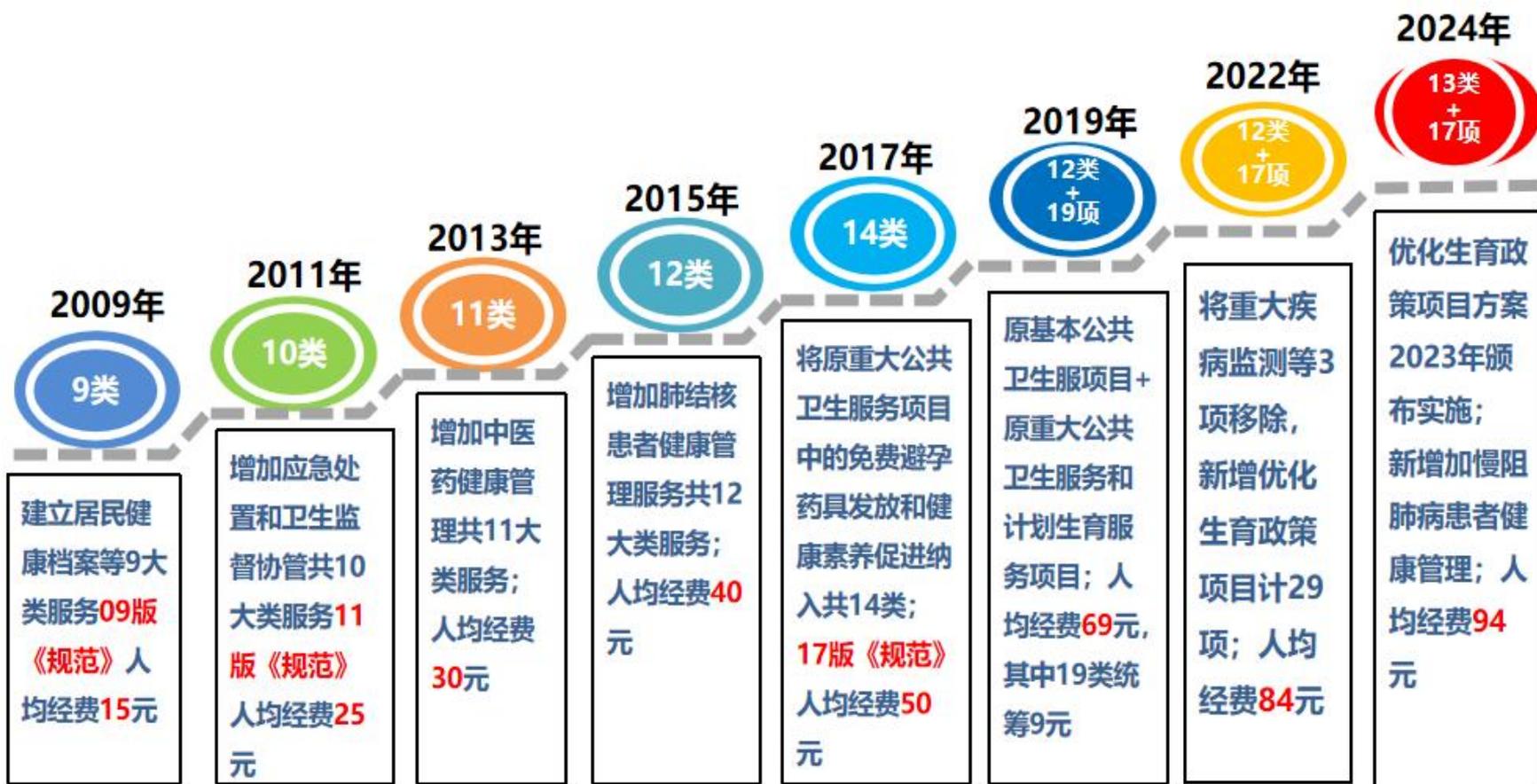
目标：每个中华人民共和国公民，无论其性别、年龄、种族、居住地、职业、收入水平，都能平等地获得基本公共卫生服务

目的：解决面临的主要公共卫生问题，促进基本公共卫生服务均等化，提高居民健康水平

思路：体现预防为主、防治结合，明确基本公共卫生服务的边界，主要由基层医疗卫生机构提供服务，包括城市社区中心（站）、农村乡镇卫生院（卫生室）

国家基本公共卫生服务：内容、规范及经费变迁

推进基本公共卫生均等化——内容、规范及经费变迁



国家基本公共卫生服务12类项目

序号	类别	服务对象	项目及内容
1	建立居民健康档案	辖区内常住居民,包括居住半年以上非户籍居民	1.建立健康档案。2.健康档案维护管理。
2	健康教育	辖区内常住居民	1.提供健康教育资料。2.设置健康教育宣传栏。3.开展公众健康咨询服务。4.举办健康知识讲座。5.结合信息化开展个性化健康教育。
3	预防接种	辖区内0~6岁儿童和其他重点人群	1.预防接种管理。2.预防接种。3.疑似预防接种异常反应处理。
4	儿童健康管理	辖区内常住的0~6岁儿童	1.新生儿家庭访视。2.新生儿满月健康管理。3.婴幼儿健康管理。4.学龄前儿童健康管理。
5	孕产妇健康管理	辖区内常住的孕产妇	1.孕早期健康管理。2.孕中期健康管理。3.孕晚期健康管理。4.产后访视。5.产后42天健康检查。
6	老年人健康管理	辖区内65岁及以上常住居民	1.生活方式和健康状况评估。2.体格检查。3.辅助检查。4.健康指导。
7	慢性病患者健康管理(高血压)	辖区内35岁及以上常住居民中原发性高血压患者	1.检查发现。2.随访评估和分类干预。3.健康体检。
	慢性病患者健康管理(2型糖尿病)	辖区内35岁及以上常住居民中2型糖尿病患者	1.检查发现。2.随访评估和分类干预。3.健康体检。
8	严重精神障碍患者管理	辖区内常住居民中诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者	1.患者信息管理。2.随访评估和分类干预。3.健康体检。
9	结核病患者健康管理	辖区内确诊的常住肺结核患者	1.筛查及推介转诊。2.第一次入户随访。3.督导服药和随访管理。4.结案评估。
10	中医药健康管理	辖区内65岁及以上常住居民和0~36个月儿童	1.老年人中医体质辨识。2.儿童中医调养。
11	传染病和突发公共卫生事件报告和处置	辖区内服务人口	1.传染病疫情和突发公共卫生事件风险管理。2.传染病和突发公共卫生事件的发现和登记。3.传染病和突发公共卫生事件相关信息报告。4.传染病和突发公共卫生事件的处理。
12	卫生计生监督协管	辖区内居民	1.食源性疾病预防及相关信息报告。2.饮用水卫生安全巡查。3.学校卫生服务。4.非法行医和非法采供血信息报告。5.计划生育相关信息报告。

2023年在基层医疗卫生机构内:

接受健康管理的65岁及以上老年人人数 13545.7 万

接受健康管理的高血压患者人数 11380.7 万

接受健康管理2型糖尿病患者人数 3952.9 万

建立了项目运行的三大机制：

1. 经费保障机制



截止**23年** 中央及地方财政累计投入超过**1万亿**；
24年中央**765亿**，全国**1300亿**

建立了项目运行的三大机制：

2. 组织保障机制

- ◆ 国家基本公共卫生服务项目协调工作组
 - ◆ 专家组
 - ◆ 地方项目领导小组、项目办公室、项目指导中心
 - **加强组织管理**
 - ◆ 国家基本公共卫生服务规范
 - ◆ 年度部署工作
 - ◆ 国家基本公共卫生服务项目统计调查
 - ◆ 机构公示
 - ◆ 宣传培训
-

建立了项目运行的三大机制：

3. 绩效评价机制

- ❖ 2011年开始，到2024年，中央级评价已覆盖了全国31个省（区、市）和新疆生产建设兵团。
 - ❖ 绩效评价工作经费：因素法
 - ❖ 县（市、区）：评价主体，每年至少一次综合评价，机构全覆盖
 - ❖ 国家级：依靠信息化、监测系统及事后抽查复核
-

国家基本公共卫生服务项目意义

国家基本公共卫生服务项目

➤ 界定基本服务包

➤ 政策向基层倾斜

➤ 政府埋单考核拨付

保基本

强基层

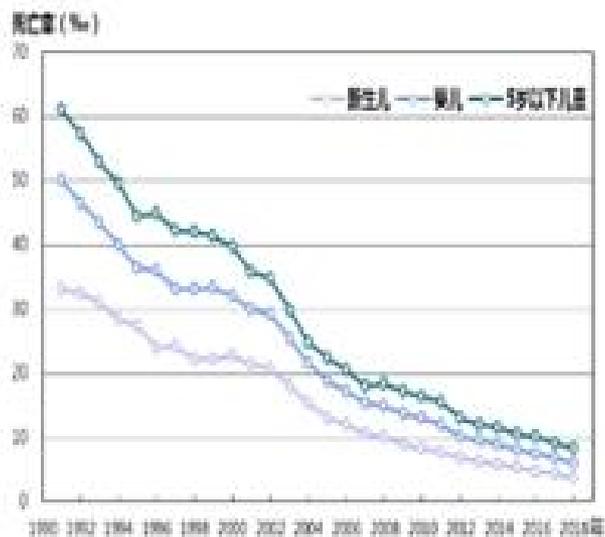
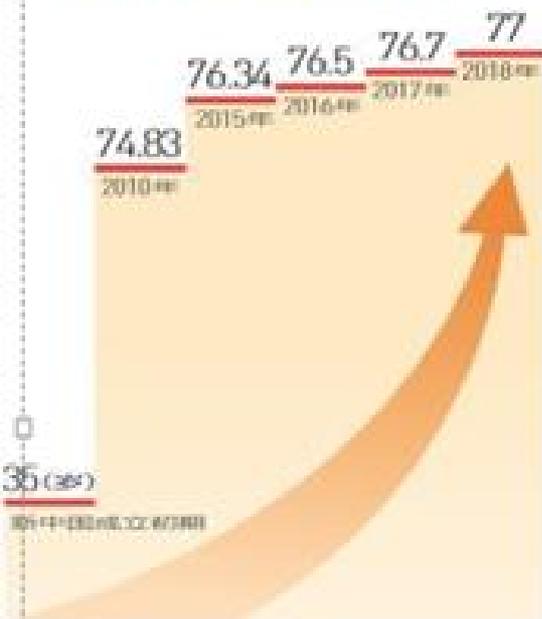
建机制

对医改
落实的
诠释

取得的成效

- (1) 全人群、全生命周期的健康管理模式已初步显现
- (2) 基本公共卫生服务财政均等化、广覆盖的目标基本达成
- (3) 重点人群健康管理水平提升显著，健康管理效果呈现
- (4) 预防接种工作稳扎落实，疫苗可控传染病发病率下降
- (5) 公民健康教育规范化、常态化，居民健康素养水平不断提高

居民健康水平明显提高



2023年:

- ◆ 期望寿命 78.6 岁
- ◆ 婴儿死亡率 4.5 %
- ◆ 孕产妇死亡率 15.1 /10万



2

整合型的医防融合慢病管理

国家慢性病综合防控政策

❖ 《中国防治慢性病中长期规划（2017-2025）》

❖ 《健康中国 2030 规划纲要》

❖ 《健康中国行动(2019-2030年)》 4 个专项行动

慢病指标 (59/124) 占47.6%

国家卫生健康委员会
财政部 文件
国家中医药管理局

国卫基层发〔2022〕21号

关于做好2022年基本公共卫生服务
工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、财政厅（局）、中医药局：

为深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，落实2022年政府工作报告和《“十四五”国民健康规划》有关要求，统筹推进常态化疫情防控和基本公共卫生服务工作，持续提升基本公共卫生服务均等化水平，不断增强人民群众获得感，以实际行动迎接党的二十大胜利召开，现就做好2022年基本公共卫生服务工作通知如下：

二、（三）推进城乡社区医防融合能力提升。

各地要依托国家基本公共卫生服务项目，以高血压和2型糖尿病为切入点，以每个乡镇卫生院和社区卫生服务中心培养1~2名具备医、防、管等能力的复合型骨干人员为核心，持续加强对基层医务人员《国家基层高血压防治管理指南》和《国家基层糖尿病防治管理指南》等知识培训，推动提升城乡社区医防融合服务能力。

国家卫生健康委员会 财 政 部 文件 国家中医药管理局 国家疾病预防控制中心

国卫基层发〔2023〕20号

关于做好2023年基本公共卫生服务工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、财政厅(局)、中医药局、疾控局：

为全面深入贯彻落实党的二十大精神，推进健康中国建设，完善人民健康促进政策，持续提升基本公共服务水平，现就做好2023年基本公共卫生服务工作通知如下：

一、提高经费补助标准

(一)明确增加经费使用途径。2023年，基本公共卫生服务经费人均财政补助标准为89元，新增经费重点支持地方强化对老年人、儿童的基本公共卫生服务。2020年—2022年累计增加的基本公共卫生服务财政补助经费，继续统筹用于基本公共卫生服务和

二、明确年度重点工作任务

(三) **提升高血压、2型糖尿病等慢性病患者健康管理服务质量。**加强高血压、2型糖尿病患者健康管理，推动上级牵头医院与基层医疗卫生机构建立上下联动、分层分级管理机制。对开展高血压、2型糖尿病患者健康管理的团队内的医生，支持按照服务数量和质量参与基本公共卫生服务经费分配。对同时患有高血压、2型糖尿病等多种慢性疾病的患者，要创新手段积极推进开展多病共管服务，提高健康管理协同服务、融合服务的质量和效率。

三、充分利用家庭医生签约服务

支持家庭医生(团队)为签约的重点人群和**高血压、2型糖尿病等慢性病患者提供签约服务**，落实**医防融合**的综合性服务，根据服务数量和质量，绩效评价后拨付相应经费。

国家卫生健康委员会
中央编办
国家发展改革委
财政部
人力资源社会保障部
农业农村部
国家中医药管理局
国家疾病预防控制局

文件

国卫基层发〔2023〕41号

关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见

各省、自治区、直辖市人民政府，新疆生产建设兵团，国务院各部委、各直属机构：

开展紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）建设，是提高县域医疗卫生资源配置和使用效率，促进医保、医疗、医

（四）加强与专业公共卫生机构医防协同。建立健全专业公共卫生机构对县域医共体开展技术指导和业务培训，加强医防协同和资源信息共享等工作机制。

（十）提升重大疫情应对和医疗应急能力。包括监测预警、报告核实、救治服务、医疗资源和物资储备、应急和突发事件的处置。

（十一）拓展家庭医生签约服务。组织医师依托基层医疗卫生机构开展家庭医生签约服务。

（十二）创新医防融合服务。开展疾病预防、筛查、诊治、护理、康复等一体化服务。强化临床医生医防融合服务意识，把预防融入临床诊治全过程。

慢性病管理模型

慢性病照护模型 (chronic care model, CCM) 包括社区、卫生服务系统、病人自我管理支持、转诊系统设计、决策支持和临床信息系统等6个方面。

慢性病创新照护 (innovative care for chronic conditions, ICC) : 2002年WHO提出了ICCC框架, 将卫生服务提供过程分为微观、中观和宏观三个层面, 即病人互动、卫生服务体系 and 社区、政策三个层面, 这三个层面彼此能相互作用并产生积极影响。

慢性病防治策略

慢性病的主要危险因素：

吸烟、缺乏身体活动、不合理膳食（高盐摄入、高脂肪摄入、食品污染、过量饮酒、缺乏新鲜蔬菜和水果）、超重和肥胖、空气污染、感染、其它环境因素、遗传因素、多因素综合作用。

慢性病的防治策略：

全人群策略（健康教育、健康促进、社区干预）、高危人群策略、患病人群三级预防措施。



政府主导 部门合作 动员社会 全民参与

1.2.3目标

- 1 升：提升居民健康行为水平
- 2 早：早诊断、早治疗
- 3 降：降低发病、降低病死、降低病残

3.3.3措施



4.4.4重点 → 5X5模式

四种重点慢性病	四种主要生物指标	四种主要行为危险因素
心脑血管病	血压升高	烟草使用
癌症	血糖升高	不合理膳食
糖尿病	血脂异常	身体活动不足
慢性呼吸系统疾病	超重/肥胖	过量饮酒
精神卫生		空气污染



以签约服务为抓手，推进慢病医防融合管理模式，
提供全方位、全生命周期的健康服务。

以高血压、2型糖尿病等慢性病管理为重点，以签约服务为抓手，完善家庭医生团队，落实绩效考核制度，组建基层慢病管理医防融合服务单元，推行医防融合服务。

建立医防融合五大机制，特别是**服务融合**机制

服务的融合（核心）

供方：患者提供临床治疗与预防保健的**双处方**

需方：促进患者身份转变：

疾病

知情者

临床决策制定

参与者

自我管理医嘱执行

捍卫者

并发症发病风险

管控者

PCAC
people centered active care

（以人为中心的健康服务）

以家庭医生签约服务为载体

临床医生：首诊、信息采集—门诊诊疗—完善健康档案

公卫人员：慢病资料完善—随访管理—与医生沟通—指

导患者—提高居民依从性获得感

其他人员（家医助理）：协助采集、登记—电子档案—协调

医卫人员—统计分析—后续随访管理

牵头医院专家：定期指导，解决疑难问题（全专融合）

CDC 等人员：社区诊断，群体干预指导

实现预防、诊断、治疗、随访、健康管理全周期全过程连续服务

实施多病共管，以人为中心的（PCAC）健康服务

心脑血管疾病具有共同病因链

高血压、糖尿病、高脂血症俗称“三高”，具有共同滋生的健康危险因素，且在遗传、基因变异方面具有**家庭和个人聚集性**特征，糖尿病和血脂异常也是高血压危险因素，三者互为因果，其危害性具有**加权放大**效应，远远大于三种疾病危害性单纯相加。

三种危险因素的干预措施（包括膳食、运动等生活方式干预和药物干预措施）是互通的；“三高”人群往往都是高危患者，是风险控制后获益最大、显效最快的人群，“三高共管”，既符合CVD综合风险控制原理，又能达到**1+1+1 > 3**的协同作用。

建立慢病全闭环健康管理流程



糖尿病管理流程

