

# 建立机制，强化慢病综合防控 多措并举，引领百姓健康生活

随着我国经济社会的高速发展和人口老龄化与生活方式的急剧变化，肿瘤、心脑血管等慢性病发病率与死亡率呈快速上升趋势，慢性病已成为我国人民生命和健康的最大威胁，是影响广大居民健康和生命质量的主要疾病，严重制约县域经济的发展，也给家庭带来了沉重的负担。

扶余市慢病防控工作自 2009 年开展以来，历经 8 年的发展、整顿、到如今的初具规模。得到了市委、市政府及卫生计生局党委对慢性病防控工作高度重视，投入了大量物力和财力，采取了多项措施，保证了慢性病防控工作的正常开展。

为全面落实慢病防控工作，保证基层卫生院慢性病工作规范化、科学化、制度化、信息化运行，根据国家基本公共卫生服务规范以及慢性病防控工作相关要求，结合全市基层卫生院慢性病工作实际情况，在 2012 年初制定了基层卫生院慢性病管理工作实施方案，保证了基层卫生院慢性病高血压工作规范化、科学化、制度化、信息化运行。

## 一、建立政府主导、多部门行动、全社会参与的慢病综合防控工作模式

扶余市位于吉林省北部，总人口 76 万，辖 18 个乡镇，383 个行政村，农业人口占总人口的 86%，慢病防控任务重。扶余市坚持政

府主导、市卫生计生局统筹安排、乡（镇）村政府密切配合的工作模式。

扶余市政府认真研究了实际情况，制定了《扶余市 2011-2020 年慢性病综合防控规划》（扶政发【2011】10 号），将慢病防控工作纳入社会经济发展规划，把心血管项目列入 2016 年政府工作报告，纳入民生工程。将慢病相关指标纳入有关部门考核内容，成立了以市政府分管市长任组长，各相关部门和乡镇政府为成员的慢病综合防控领导小组，并下设办公室负责具体工作。领导小组每年组织例会 1 至 2 次，部署工作，研究协调重要慢病防控工作事项。领导小组办公室每年都要对重点项目工作完成情况进行检查和通报。

## 二、建立工作保障体系

在市政府慢病综合防控领导小组的领导下，各部门和乡镇都成立了相应的组织，有专（兼）人员负责，重点部门下属单位也都成立了相应的工作组织，基本形成市、乡（街道）、村（委）三级慢病综合防控工作网络。

### （一）成立工作领导小组，明确工作职能

成立扶余市基层卫生院慢性病管理工作领导小组，负责全市基层卫生院慢性病工作领导。领导小组下设办公室（设在卫生局疾控科），负责工作计划的制定、组织实施、协调管理。成立扶余市基层卫生院慢性病管理工作技术指导专家组（设在疾控中心慢病科），负责全市慢性病工作技术培训、指导、业务咨询、督导检查 and 考核评

估。保证了各乡镇卫生院负责辖区慢性病管理工作的具体实施。建立和完善了慢性病工作体系，加强慢性病队伍建设，提高专业人员技术水平和服务能力。我们还建立了 QQ 等各种工作交流群。比如扶余市慢病管理工作群、扶余市村医慢病管理工作群、扶余市心血管病管理工作群，可以通过工作群进行任务通知、反馈信息、互相交流等，提高了工作效率，增进了感情，实现了互通互学。

## （二）完善信息管理系统

建立了慢性病病人健康档案、实行跟踪管理，实现行为干预，降低慢性病发病率。规范化开展高血压、糖尿病患者综合检测、干预和评估，完善高血压、糖尿病信息管理系统。2015 年我市又增加了心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目，在市区周边筛选了 4 个乡镇卫生院作为此项目的筛查点，规范开展了心血管病高危人群的筛查，完善了初筛人群的综合检测、干预和评估，进一步完善了这些人的信息系统。对于筛查出的高危人群我们严格把关，认真检查，精心管理，为了增加项目的吸引力，减少脱组率，我们为入组高危人群制定了三项优惠政策：

一是建立市、乡两级家庭医生制度。对于筛查出的高危人群，我们由乡卫生院慢病科的工作人员统一管理，慢病科工作人员是这些高危对象的第一家庭责任医生，有任何问题需要帮助，首先由我们的责任医生负责解决，如果需要市级的，由责任医生负责联系市人民医院的顾伟清院长帮助协调

解决。并且乡、市负责的医生电话公开，高危对象随时可通过电话联系到需要找到的人。

二是开辟就医绿色通道。高危对象及其家属如果有需要在扶余市人民医院就医或者转院的，可优先联系市人民医院的顾伟清院长为其服务。

三是优先享受慢病特殊新农合报销政策。对于筛查出的高危对象，我市优先为其办理高危对象管理证和慢病证，只有持此两证的，新农合报销享受门诊 60%的报销比例。将综合干预与医疗有机结合在一起。

### （三）建立科学的工作管理机制

全市慢性病工作还实行了市、乡、村三级工作网络管理，明确任务，落实各级管理工作人员职责，建立科学的工作管理机制。

基层卫生院负责辖区（三级网村医）慢性病工作培训、指导和管理。基层卫生院设立独立的慢性病科，配备足够数量的专业人员，科室内要求各种制度、工作情况展示板、工作流程区域图等均上墙，建立了高血压、糖尿病、心血管病等工作簿，簿内所有项目填写字迹工整，真实完整，不得涂改。

各村医负责辖区村的慢性病管理工作。村卫生所要有慢性病管理工作制度、辖区村基本情况图、工作职责，并上墙，设立辖区村高血压患者、糖尿病患者、心血管病高危人群登记簿、随访登记簿，每季度至少完成一次高血压、糖尿病患者随访，一年至少完成四次面对面

随访,4个心血管病高危人群筛查点每年完成一次组织长期随访工作,认真绘制辖区村屯慢性病患者分布图(保存在乡级)。

各基层卫生院要按照市里的统一要求,认真建立辖区慢性病患者健康档案,并登记标识,重点人群慢性病高血压、糖尿病筛查率要达到98%以上,心血管病筛查要按国家项目要求的任务量保质保量按时完成。要设立慢性病患者调档登记簿,辖区慢性病患者档案由乡级保管,实行科学化管理,有针对性地对高血压、糖尿病、心血管病高危人群实行一对一干预,填写高危人群干预表,对慢性病患者定期随访。

基层卫生院要落实35岁以上人群首诊测血压制度,并提供测量身高、体重、腰围、血糖等服务。对超重、肥胖、血压正常高值、糖调节受损、血脂异常和现在每日吸烟者等慢性病高危人群实施管理和健康指导。

## **二、建立基础资料收集和慢病监测体系**

我们注重了对基础资料的收集与整理,充分利用监测、专项筛查、居民健康档案等方面的信息和资料,建立了慢病基础信息数据库。建立了覆盖全市各人群的慢病监测系统,包括慢病死因监测、危险因素监测、新发肿瘤登记、心血管事件报告和基本公共卫生项目信息等基本内容。建立了慢性病信息管理平台,定期发布慢性病防控相关信息。

慢性病患者管理实行信息化管理。扶余市健康档案管理利用丰联网络公司管理软件,实现健康档案分析系统(疾控中心监管系统)

和健康档案管理系统（乡镇监管系统和乡镇、村级档案录入管理系统），并与农合系统信息共享。实现了健康档案的更新及使用。各级管理员统一使用平板电脑随时随地进行监督和管理。通过健康档案监管系统我们可以统计出每个乡镇、每个村慢性病的管理情况、随访情况，还可以随机查看某个人填写的各种信息表是否正确及管理情况，及时反馈给各乡镇，使他们能够及时发现问题、及时进行修改，减少了坐车下乡等环节，节省了人力、物力，提高了工作效率。村级管理员对慢性病的管理也统一配备了平板电脑，丰联系统使用的是互联网，方便、快捷、实惠，只要有网络就可以办公，村医只要拿着平板去随访、出诊，都可以现场进行信息采集录入，实现了信息化办公。

健康档案分析系统包括高血压的基本情况和绩效分析两部分。基本情况可以监管全市的慢性病患者管理情况（高血压、糖尿病的建档情况，管理率、体检、随访情况等）及各乡镇和村的管理情况（每个乡镇和每个村高血压、糖尿病的建档情况，管理率、体检、随访情况等）。可查看到某乡镇某一村某一个人的档案情况（包括他的个人基本信息、每年的健康体检情况、随访管理信息等）。我们还将新增心血管病高危人群的信息管理系统。绩效分析可看到每月各乡镇和村档案新增和修改情况。真正做到了坐在家就可以管理和督导。



## 健康档案管理系统

档案编号:	22070110521101109		
姓 名:	王春雨	性 别:	男
出生日期:	19560112	证件号码:	222303195601127412
行政区划:	扶余县	乡 村 组:	双合村
宗 教:		省:	吉林
市:	松原市	县:	扶余县
本人电话:	15944093801	联系人电话:	15756741405

**基本信息**

档案封面  
家庭成员

**疾病控制**

预防接种卡  
预防接种基本数据  
结核病防治基本数据  
血吸虫病病人管理  
职业病报告基本数据  
传染病报告基本数据  
行为危险因素监测

**慢病管理**

高血压患者随访服务记录  
糖尿病患者随访服务记录  
慢性精神疾病患者个人信息记录  
老年人中医药健康管理服务记录

**基本信息**

既往就诊信息

传染病报告基本数据  
职业病防治基本数据  
慢性非传染性疾病管理  
职业性健康监护基本数据  
中毒报告基本数据  
死亡医学证明基本数据

2型糖尿病患者随访服务记录  
重症精神疾病患者随访服务记录  
老年人生活自理能力评估表

## 健康档案管理系统 个人档案管理首页

丰联乡居民健康档案信息管理系统

系统时间: 2016-09-20 10:10:10

高血压患者随访服务记录表

姓名: 王春雨 编号: 2110109

随访日期: 2016 年 09 月 20 日

随访方式: ☐ 门诊 ☒ 家庭 ☐ 电话

症状: ☒ 无症状 ☐ 头晕头痛 ☐ 恶心呕吐 ☐ 眼花耳鸣 ☐ 胸闷气促 ☐ 心悸胸闷

其他: ☐ 鼻衄出血不止 ☐ 四肢发麻 ☐ 下肢水肿

血压 (mmHg): 138 / 86

体重 (kg): 70

腰围 (cm): 80

心率 (次/分): 75

其他: ☐ 其他

吸烟情况: 吸烟 10 支/天

饮酒情况: 饮酒 0 次/周

运动情况: 运动 0 次/周

~ 随访记录日志

## 高血压患者随访管理界面

健康档案

姓名: 于春市 编号: 21101109

体检日期: 20160920 责任医生: 刘冬梅

症状

1.无症状 ☐ 2.头痛 ☐ 3.头晕 ☐ 4.心悸 ☐ 5.胸闷 ☐ 6.胸痛 ☐ 7.慢性咳嗽 ☐ 8.哮喘 ☐ 9.呼吸困难 ☐ 10.多饮 ☐ 11.多尿 ☐ 12.体重下降 ☐ 13.乏力 ☐ 14.关节肿痛 ☐ 15.视力模糊 ☐ 16.手脚麻木 ☐ 17.尿急 ☐ 18.尿痛 ☐ 19.便秘 ☐ 20.腹泻 ☐ 21.恶心呕吐 ☐ 22.眼花 ☐ 23.耳鸣 ☐ 24.乳房疼痛 ☐ 25.其他 ☐

一般状况

体温: 36.1 °C 脉搏: 75 次/分钟

呼吸频率: 19 次/分钟 血压: 左侧: 135/85 mmHg 右侧: 135/85 mmHg

身高: 166 cm 体重: 70 kg 体质指数 (BMI): 25.63 kg/m2

老年人健康状态: ☒ 健康 ☐ 基本健康 ☐ 轻度受损 ☐ 中度受损 ☐ 重度受损

老年人生活自理能力: ☒ 可自理 (0~3分) ☐ 轻度依赖 (4~8分) ☐ 中度依赖 (9~18分) ☐ 不能自理 (>18分)

老年人认知功能: ☒ 正常 ☐ 轻度异常 ☐ 中度异常 ☐ 重度异常

老年人情绪状态: ☒ 情绪稳定 ☐ 情绪不稳 ☐ 情绪异常

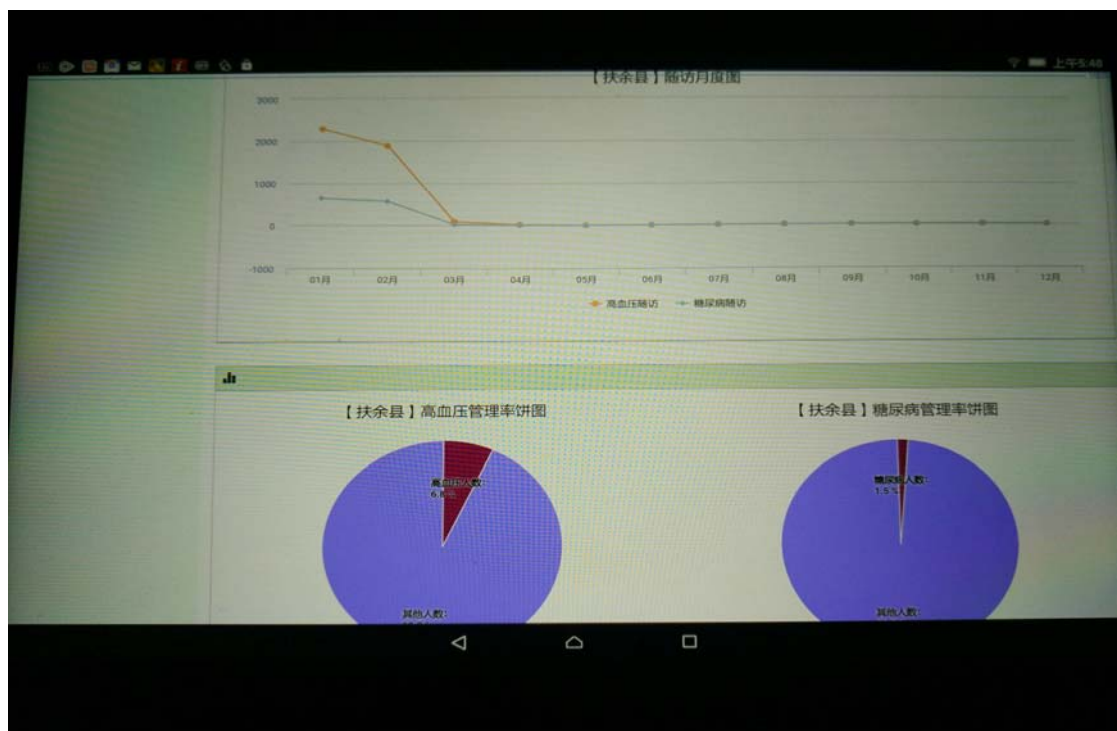
档案管理体检表

## 健康档案分析系统



各乡镇高血压、糖尿病患者人数和管理率统计界面





全市高血压、糖尿病患者随访统计图表



五家站镇各村高血压数据表



### 五家站镇各村高血压随访数据表

菜园子村  
许林村  
东兴村  
姜家村  
保安村  
桥北村  
迎新村  
万兴村

姓名/档案编号 点击查询

总共251条记录!

姓名	档案编号	年龄	性别	健康状况
霍淑杰	22078110220200133	63岁	女	老体高死
建档单位:	五家站卫生院	责任医师:	李丽娟	
建档地址:	东北村	联系电话:	15590720941	
单恩荣	22078110220200135	59岁	男	体高
建档单位:	五家站镇卫生院	责任医师:	李丽娟	
建档地址:	扶余市五家站镇东北村	联系电话:	15981414547	
王秀兰	22078110220200136	59岁	女	体高
建档单位:	五家站镇卫生院	责任医师:	马昌	
建档地址:	扶余市五家站镇东北村	联系电话:	15981414547	
李木花	22078110220200144	68岁	女	老体高糖死
建档单位:	五家站镇卫生院	责任医师:	马昌	
建档地址:	东北村	联系电话:	15843883403	
单恩力	22078110220200145	53岁	男	体高
建档单位:	五家站镇卫生院	责任医师:	阙淑兰	
建档地址:	扶余市五家站镇东北村	联系电话:	15981414547	

首页 << 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >> 末页

### 三、加强宣传，广泛动员，确保惠民工作深入人心

（一）将主流媒体（电视、网络）和各乡镇所在地的视觉（条幅、宣传画、通知单）、听觉（农村广播、电话通知）宣传同步实施，在短时间内提高高血压患者、糖尿病患者、心血管病高危人群管理对象的知晓率。

（二）适当增加体检项目（肝功能：转氨酶和总胆红素、肾功能：肌酐和血尿素氮），以提高管理对象的参与率。

（三）项目办、基层医疗机构联合印制宣传资料（宣传单、通知），广泛宣传高血压、糖尿病、心血管病等科普知识。

（四）协调好社区居委会或小区物业，在社区张贴、悬挂高血压、糖尿病、心血管病宣传条幅、宣传画、健康体检通知单等。

各项目责任单位、项目所在乡镇政府、市项目办都利用健康讲座、电视、张贴宣传海报通知、发放通知单、横幅、入户宣讲、开展“健步走”等多种形式开展健康教育，扩大科普宣传和群众覆盖面，提高了居民对慢性病患者健康管理理解、认识和积极配合程度，同时我们还坚持实行知情同意的原则，提高居民依从性、保障居民合法权益，确保了这一惠民深入人心，营造支持高血压、糖尿病、心血管病项目管理的良好氛围。

#### 四、各项指标完成情况：

到 2016 年末，筛出高血压患者 61233 人，管理率为 41.8%；规范管理 50109 人，规范管理率为 81.8%；血压控制在正常范围的人数为 42693 人，控制率为 69.7%。糖尿病患者 13808 人，管理率为 24.5%；规范管理 10812 人，规范管理率为 78.8%；血糖控制在正常范围的人数为 8441 人，控制率为 61.1%。（数据来源于各乡镇报表）

全市在村级设立心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目筛查点现场 60 个，由村委会工作人员和村卫生室医生组织动员，卫生院 70 余位经过培训的工作人员进行签署知情同意、基本信息采集、血压、肺功能检测、身高体重测量、采血（血糖、血脂快速检测）、样本分装、问卷调查等项目的初筛调查。截止 2016 年 8 月末共筛查了 12053 人，高危检出人数为 3590 人，高危检出率为 30%，完成高危问卷调查人数 5666 人，完成干预人数 3020 人。短期随访完成率为 90% 以上。

扶余市疾控中心

二〇一七年五月二十日