

云南：探索医防融合管理新机制

文 | 杨洋

云南省通过推进基层高血压医防融合工作，以单病种为突破口，实现了高血压等慢性病基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度的优化。通过完善激励机制，提升基层诊疗服务水平，基层医疗卫生机构活力得到激发，让更多的患者获得了诊治和随访服务，进一步发挥了基层医疗卫生机构健康网底作用，展现了基本公共卫生服务项目实施效果。

基层医防融合困局

2009年，国家启动实施基本公共卫生服务项目，由基层医疗卫生机构为群众免费提供高血压的早期监测、健康教育，确诊患者的健康管理、面对面随访等服务，惠及亿万群众。但受基层服务能力不足等因素的影响，慢性病防治管理依然是我国卫生健康领域发展不平衡不充分的短板之一，主要表现在以下方面：

一是管理人数与预测患病人数相差巨大。以云南省为例，估算全省18岁及以上成年高血压患者人数超过850万人，但是2017年云南省在管高

血压人数仅为253.93万人。一方面是由于基本公共卫生国家要求高血压管理对象为35岁及以上人群，18至35岁之间的患者尚未纳入管理；另一方面大部分患者是在二级及以上医疗机构确诊，缺乏有效的信息渠道，患者信息不能传送给基层医疗卫生机构，导致大量的患者尚未纳入管理。

二是质量方面，基层医务人员随访服务中用药指导、血压控制干预等能力不足，健康管理效果与预期有较大差距。

三是机制方面，医院、疾控和基层医疗卫生机构分工明确但协调不足，个体治疗、健康管理和人群监测三者分离，没有形成有效的信息转介和服务衔接。

单病种管理机制探索

云南省以推进基层高血压单病种医防融合管理机制创新，探索“基层首诊、基层医疗卫生机构与综合医院双向转诊，基层医疗卫生机构随访与专科诊疗融合”的工作机制。

转变服务模式，在基层实现医疗

和公卫的深度融合。云南省聚焦高血压患者确诊、治疗、转诊、死亡等重要生命过程，建立分工明确、协作有效的“行政—疾控—专病医院”三位一体管理构架和“医院—疾控—基层”的信息转介、分工协作机制。在基层医疗卫生机构中，临床医生与公共卫生医生、乡村医生、社区护士等以家庭医生团队形式开展工作，将高血压患者诊疗和随访服务合二为一。将高血压筛查关口从35岁前移到18岁，为确诊患者建立健康档案，开展健康教育、用药指导和面对面随访等服务。开展慢病发病和居民死亡报告工作，二级及以上医疗机构向疾控机构负责报送确诊患者信息，由疾控机构推送至基层医疗卫生机构，整合建立起重点慢性病、心脑血管事件和死亡报告信息系统，解决了当前普遍存在的慢病信息碎片化问题。调整优化就医流程，将高血压患者健康管理融入家庭医生日常的诊疗工作中，发挥家庭医生团队中公共卫生医师、社区护士以及其他家庭医生助手的功能，做好预约、分诊、转诊、电话咨询等服务，提高患者感受度。

优化信息工具，利用信息化手段

促进医防技术融合。统筹家庭医生签约服务和基本公共卫生服务工作,全省统一部署家庭医生签约和基层高血压管理系统,建立健全基层高血压诊疗信息采集和管理质控体系。通过大数据精准分析和质控管理,全省实现对各地、各机构必备药物配备、工作数量和质量等考核指标动态监测,并对血压连续不达标未处理、控制率、服药率对比和纸质表格随访比例不达标的地区和机构实时提出预警。通过对机构和医生开展药物种类分析、各类降压药物占比分析,精准开展合理用药指导,基层医务人员工作负担明显减轻,管理效率显著提高。

强化技术培训,提升基层高血压医疗服务能力。在国家心血管病中心的支持下,通过线上和线下培训,基层医务人员高血压防治管理能力明显提高。2018年,全省基层医师在国家心血管病中心培训平台上的实际注册率和获证率均达100%,每年持续组织基层医师参加不少于7小时的在线学习。截至目前,全省累计8.97万名基层医师注册培训,7.44万名通过考核获证。

调整药品政策,扩大非基本药物的配置比例。将基层医疗卫生机构非基本药物配备使用品种数量和销售额比例由原来的20%调整为45%,配齐五大类高血压治疗药品。所配药品必须为医保报销目录内药品,并在“云南省药品集中采购平台”进行采购,实行零差率销售。通过推行高血压等慢性病长处方制度,患者返往医疗机构的次数不断减少。

统筹县乡业务,强化慢病管理和心脑血管救治能力。结合县级胸痛中心、卒中中心建设,整合资金2.77亿

元建设796个乡镇卫生院慢病管理中心和493个心脑血管病救治站。慢病管理中心作为联动“医院—疾控—基层”管理平台,将高血压患者初诊和复诊与随访管理整合,促进综合连续的健康服务管理向社区、家庭延伸。通过卒中中心、胸痛中心与救治站的协作联动,院前急救和院内急诊实现有效衔接,搭建了急性胸痛和脑卒中患者的快速救治网络。

优化激励机制,突破职称和分配瓶颈。基层医疗卫生机构绩效工资总量合理核定,并实施动态调整机制。在奖励性绩效工资中设立“下乡补助”项目,鼓励服务下沉,单列“全科医生津贴”项目,提高全科医生岗位吸引力。明确基层医疗卫生机构年末业务收入结余为正数的,在提取不高于当年医疗收入1%的医疗风险基金、10%左右的职工福利基金后,结余部分可用于人员薪酬分配,进一步增强发展活力。

各项举措实施以来,云南省高血压患者管理人数由2017年253.93万人增至2020年的279.54万人,规范管理率由79.71%提升至85.27%,血压控制率由51.36%提高到61.38%;全省通过救治站抢救危急重症患者5377人次,及时转诊上级医疗机构救治5006人次,有效降低了心脑血管疾病患者的致死致残率。

体系机制转型思考

医防融合是实现为人民群众提供全方位全周期健康服务的根本策略,是卫生健康供给方式改革发展的根本路径和方向。要实现基层为重点的医防深度融合,服务体系和方式方式的

转型升级尤为重要。

首先,健全完善与慢性病全程综合防治服务相适应的医疗卫生服务体系。加快基层慢病管理和心脑血管救治站建设步伐,争取2至3年时间实现所有乡镇卫生院全覆盖;县级综合医院设立公共卫生管理科室,负责统筹协调医院慢性病和传染病防治服务,承担对基层医疗卫生机构疾病诊疗服务的技术指导,畅通上下转诊通道,及时救治基层上转疑难危重患者;省级区域医疗中心建设心脑血管疾病专科医院。

其次,推动健康服务模式转型升级。逐步将健康服务链由医疗向预防、康复、护理、养老等上下游延伸,基层医疗卫生机构通过与个体或家庭签订健康管理服务协议(家庭医生签约服务协议),落实好签约对象健康全程管理,更好地提供健康教育和健康行为指导、健康问题的早期社区干预等基本公共卫生服务,做好体检和健康问题的发现,初级院前急救,就诊的全程引导,日常健康随访等,将健康全程管起来。

最后,积极构建慢性病综合防治社区支持环境。各级各类医疗卫生机构、医务人员要积极下沉城乡社区,广泛开展慢性病防治社区动员和健康知识宣传教育,推动健康社区/村、健康自助检测点等“健康单元”建设。积极倡导群众自我监测,增强“每个人是自己健康第一责任人”意识,医务人员通过普及高血压、糖尿病、慢阻肺等慢性病的预防、早期发现等知识和技能,鼓励家庭配备血压计和血糖检测仪,促进疾病的早期发现。中国卫生

(作者系云南省卫生健康委主任)

编辑 王祎然