

旌卫健〔2023〕142号

## 关于印发旌德县高血压、2型糖尿病一体化 管理试点项目工作方案的通知

各卫生健康单位：

现将《旌德县高血压、2型糖尿病一体化管理试点项目工作方案》印发给你们，请根据各自职责，认真贯彻落实。

旌德县卫生健康委员会      旌德县财政局      旌德县医疗保障局

2023年11月29日

抄送：市卫健委、市财政局、市医保局

# 旌德县高血压、2 型糖尿病一体化管理 试点项目工作方案

为进一步推进高血压、2 型糖尿病防治工作深入开展，探索建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的合理就医秩序，根据省卫健委、省财政厅、省医保局《关于印发安徽省高血压、2 型糖尿病一体化管理试点项目指导方案的通知》（皖卫基层秘〔2023〕118 号），结合我县实际，制定本方案。

## 一、工作目标

到 2025 年，通过实施城乡居民“两病”一体化管理及其相关危险因素干预措施，有效推进医防融合，提高“两病”控制率、降低“两病”并发症住院人数。

（一）一体化管理的“两病”患者占辖区管理的高血压患者、2 型糖尿病患者的比例不少于 70%，“两病”并发症住院人数降低 10%左右。

（二）在“两病”家庭医生签约服务基础上，稳步拓展其他慢性病患者、重点人群有偿签约范围，全人群签约服务覆盖率达 50%以上，重点人群签约率达 80%以上，有偿签约服务率达 15%。

（三）以实施“两病”家庭医生签约服务为中心，建立健全县级医疗机构、疾病预防控制机构和基层医疗卫生机构间的协调分工机制，实施规范化的诊断治疗和个体化的行为干预指导，实现全程、动态的疾病管理与健康促进，逐步建立以“两病”病人为中心，医疗、预防和保健为一体的综合服务模式。

## 二、工作内容

### （一）确定管理对象

1. 目前我县基本公共卫生服务信息系统中已登记在册的患者经过信息核实、确认无误后纳入管理对象范围。

2. 医疗机构在诊疗过程中或从业人员健康体检中发现的血压、血糖异常者，按规范诊断标准确诊后，确定纳入基层医疗机构管理的“两病”患者。

### （二）实施家庭医生签约服务一体化管理

1. **组建一体化管理家庭医生团队：**紧密型县域医共体牵头医院负责组建由村卫生室、乡镇卫生院、医共体牵头医院“两病”医生组成的一体化管理家庭医生团队（附件4），明确各层级家庭医生的职责。每个一体化管理家庭医生团队医护人员至少5人（牵头医院、乡镇卫生院医护各1人、村医1人），原则上团队中乡镇卫生院医生负责的村（社区）不超过5个，医共体牵头医院医生负责的镇不超过5个。

2. **确定一体化管理服务包：**严格依据安徽省《高血压一体化管理服务指南（试行）》（附件2）、《2型糖尿病一体化管理服务指南（试行）》（附件3）确定我县“两病”患者一体化管理服务包，高血压服务包共4个，分别为：高血压有偿升级服务包、高血压合并糖尿病有偿升级服务包、高血压有偿个性化服务包、高血压合并糖尿病有偿个性化服务包。糖尿病服务包共2个，分别为：糖尿病有偿升级服务包、糖尿病有偿个性化服务包，服务包执行《安徽省高血压、2型糖尿病一体化管理试点项目指导方案》确定成本价格。服务包服务经费由签约对象个人支付服务包成本的15%，其余85%由本项目经费、县医保基金、基本公卫

经费等共同承担，具体承担比例根据市卫健委、市医保局文件确定。

**3. 分类评估和疾病管理：**根据社区网格化划分、患者选择，家庭医生团队对纳入管理的“两病”患者，按照患者临床症状、危险因素水平等进行红、黄、绿分级，针对患者不同情况签订相应服务包，按照“知情同意、自愿选择”的原则，服务对象以个人为签约单位与选定的一体化管理家庭医生团队签订服务协议，原则上红标、黄标患者签约率不得低于 70%，年中服务包项目执行率不得低于 70%，年度履约率不得低于 95%，明确患者一体化管理干预目标(一体化管理率 2023 年达到 63%，2024 年达到 64%，2025 年达到 65%)，并根据服务包内容确定团队成员具体任务。通过发放服务手册、智医助理推送信息、短信提醒等方式通知患者知晓应该接受的服务和时间。利用预约门诊就诊、电话追踪和家庭访视、辅助检查等，为病人提供个性化健康生活方式指导、用药治疗与指导、行为干预和生活功能康复训练指导等服务。

### **(三) 开通双向转诊**

1. 依托紧密型县域医共体制定符合我县实际情况的两病转诊程序和管理办法，建立双向转诊分工协作机制（附件 5）。

2. 基层医疗卫生机构向医共体牵头医院转诊纳入管理的“两病”门诊和住院患者，建立转诊“绿色通道”，享受免普通挂号费、优先诊疗和住院服务；医共体牵头医院将经治疗稳定、符合下转标准的患者，转到基层医疗卫生机构，实现无缝隙转诊。

3. 医共体牵头医院每天预留部分专家预约诊号给家庭医生团队，用于满足纳入管理的“两病”患者优先诊疗需求。

### **(四) 开展健康教育和健康促进**

一体化管理家庭医生团队针对“两病”患者的具体情况，提供针对性的健康教育，开展个性化生活方式干预(包括营养干预、运动干预、戒烟干预等，明确“两病”患者体重和 BMI 目标值)，组织引导“两病”患者成立自我管理小组等互助组织并加强指导。推荐通过信息化手段向患者推送个性化生活方式干预指导建议。医共体牵头医院、基层医疗卫生机构和疾病预防控制机构要针对“两病”开展健康教育，创造支持性环境，宣传普及健康知识，倡导“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”的健康方式，改变不良生活习惯，提高人群自我保健意识，预防控制高血压、2 型糖尿病的危险因素及相关疾病发生。

#### **(五) 推进“两病”一体化门诊建设**

2024 年选择有条件的 1-2 个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）开展“两病”一体化门诊建设试点，并根据试点情况逐步推广。一体化门诊应设置在相对独立的区域，按照便于诊疗和健康管理原则进行内部功能布局划分，具体可包括诊前服务区、候诊区（健康宣教室）、全科诊室、检查区，所有功能区宜设置在同一楼层，使用统一的标识标牌。对于检查设备暂时无法满足项目实施的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）应预留检查区空间，依托医共体等资源，通过移动下沉医疗设备的方式，安排固定时间，为预约的“两病”患者提供一站式便捷服务。

#### **(六) 建立绩效考核机制**

制定《旌德县“两病”一体化管理绩效考核指标（试行）》（附件 6），每半年由县卫健、医保、财政等部门组成考核组对紧密型县域医共体的考核，并根据考核结果兑现奖惩，考核得分高于 80 分的，参照工分值得分情况足额拨付一体化管理经费，

考核得分低于 80 分的，参照工分值得分情况按比例（如得分 75 分，拨付 75%）拨付一体化管理经费，半年考核、年度考核得分权重分别为 30%、70%。县卫健部门定期（至少每季度 1 次）对紧密型县域医共体开展督导检查，确保工作有序推进、落实到位。医共体内制定《旌德县“两病”一体化管理家庭医生团队绩效考核指标》，牵头医院、基层医疗卫生机构定期（至少每季度 1 次）对一体化管理团队成员进行考核，根据工作数量和质量结算团队成员本项目签约服务费用。

### **三、职责分工**

**（一）县卫健部门：**会同相关部门负责制定“两病”一体化管理工作方案、开展培训；确定一体化管理服务包内容，会同医保部门合理确定医保支付额度；负责开发一体化管理信息模块；确定基层医疗卫生机构、医共体牵头医院、疾病预防控制机构服务包费用的分摊比例；牵头组织对域紧密型医共体开展绩效考核并做好结果应用；负责“两病”一体化管理工作与基本公共卫生及日常临床诊疗等工作的衔接；适时推进“两病”一体化门诊建设。

**（二）县域紧密型医共体：**负责组建一体化管理家庭医生团队，明确团队各成员的基本职责；对一体化管理家庭医生团队、基层医疗卫生机构绩效考核并做好结果应用；负责建立双向转诊分工协作机制；负责制定《高血压、2 型糖尿病一体化管理服务手册》；医共体牵头医院实行信息共享，定期将确诊的“两病”患者反馈至属地基层医疗卫生机构。

**（三）疾病预防控制机构：**根据《旌德县高血压、2 型糖尿病一体化管理试点项目工作方案》、基本公共卫生服务规范等，

为一体化管理工作提供业务指导、技术支持和保障；定期对试点项目实施效果进行评估；负责对“两病”健康教育和健康促进的支持性环境开发、健康教育内容和方式等工作。

**（四）一体化管理家庭医生团队：**作为“两病”一体化管理工作的实施主体，落实纳入管理患者日常诊疗、健康管理等服务包履约等服务。

#### **四、实施步骤**

**（一）前期准备（2023年6月—10月）。**按照省级统一部署开展基线调查，摸清辖区内高血压、糖尿病人底数和血压、血糖、住院费用等基本情况，确定“两病”患者服务包内容，制定项目实施方案，开展相关人员的业务培训，启动“两病”一体化信息化建设。采取各种形式，以基层医疗卫生机构负责人、全体医务人员和所有社会公众为宣传对象，广泛开展宣传工作，确保群众及时、全面、准确地了解慢性病一体化管理，营造良好的社会氛围。

**（二）全面开展（2023年11月开始持续开展）。**组建一体化管理家庭医生团队，确定“两病”一体化管理对象，根据患者分级签订不同服务包，按照服务包内容和频次开展履约服务，建立健全支持一体化管理的相关制度和机制，创造有利于项目实施的环境，定期评估一体化管理效果，逐步完善“两病”一体化管理方案。进一步完善信息化建设，确保“两病”患者家庭医生签约、履约、双向转诊等闭环管理通过信息化实现。探索“两病”患者基层首诊、双向转诊、分级诊疗相关流程及制度建设。

**（三）总结评估（2025年10—12月）。**完成我县一体化管理考核评估，完善实施方案和内容，并总结提炼先进做法和成熟

经验，加以推广应用。

## **五、工作保障**

**（一）组织保障。**县卫健部门成立项目领导小组（附件1），负责该项工作的领导与协调。定期召开会议，协调督促落实高血压、2型糖尿病一体化管理措施。

**（二）资金保障。**根据省财政厅、省卫生健康委《关于清算下达2023年中央和省财政部分卫生健康补助资金的通知》（皖财社〔2023〕563号），项目经费统筹用于家庭医生签约服务包补助、信息化改造、基线调查、人员培训等。其中基础服务包由原基本公共卫生项目资金承担，“两病”患者一体化管理服务包成本由本项目经费、县医保基金、基本公卫经费和签约对象共同承担。

**（三）医保政策保障。**“两病”患者一体化管理服务包医保支付额度根据市卫健委、市医保局确定的比例执行，其余费用由原12项基本公共卫生服务、签约对象和“两病”一体化管理试点项目经费承担。对纳入一体化管理的“两病”住院患者经双向转诊的住院可作为连续住院，上转患者住院起付线仅补差额部分，下转患者住院起付线不再另外收取，在相应医院内发生的住院医疗费用按规定比例分别给予报销。

**（四）薪酬待遇保障。**合理测算家庭医生签约服务费结算标准，原则上将不低于70%的签约服务费用于参与家庭医生签约服务人员的薪酬分配，签约服务费在考核后拨付。医疗机构要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜。

**（五）信息化保障。**加强信息化建设，依托现有的医疗卫生机构信息系统，开发高血压、2型糖尿病患者一体化签约服务管



理模块，主要包括：两病一体化家庭医生团队、一体化管理服务包、高血压、2型糖尿病一体化管理、分类评估与疾病管理、双向转诊联动、两病一体化两卡制、两病一体化绩效考核等；结合基本公共卫生服务“两卡制”要求，每次履约利用人脸识别、身份证读卡、电子健康卡等方式开展身份认证，系统记录每次经过认证的履约服务工分值，实现县域内医疗、基本公共卫生、个人就诊记录等信息互联互通，确保相关服务落实落细。

附件 1:

## 旌德县高血压、2 型糖尿病一体化管理 试点项目工作领导小组

为进一步加强我县高血压、2 型糖尿病一体化管理试点项目组织领导与协调，推进一体化管理各项措施顺利实施，经研究，决定成立旌德县高血压、2 型糖尿病一体化管理试点项目工作领导小组，成员如下：

组 长：	陈 源	县卫健委党工委书记、主任
副组长：	戴黎辉	县卫健委党工委委员、副主任
	喻欢庆	县卫健委党工委委员
成 员：	方晓东	县人民医院院长
	刘忠萍	县中医院院长
	胡云海	县人民医院副院长
	尹劲松	县中医院副院长
	陈锋荣	县卫健委疾控应急股负责人
	汪永辉	县卫健委医政股负责人
	于旭东	县疾控中心负责人
	姚 慧	县卫健委财务项目股负责人
	方欢欢	县卫健委信息中心主任
	黄 浩	县疾控中心副主任
	曾倩华	县医院医共体办公室主任
	程 琰	县中医院医共体办公室主任

附件 2:

## 高血压一体化管理服务指南（试行）

### 一、适用范围

旌德县辖区内。

### 二、管理对象

基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室）在管的高血压患者；其他医疗卫生机构在日常高危人群健康监测、诊疗过程或健康体检中发现的血压异常者，按《国家基层高血压防治管理手册（2020 版）》诊断标准确诊后，新纳入基层医疗机构管理的高血压患者。

### 三、服务流程

#### （一）确定管理对象

1. 目前基本公共卫生服务信息系统中已登记在册的患者，经和医保信息系统比对等方式进行核实，确认无误后纳入管理对象范围。

2. 医疗卫生机构、各体检中心在日常高危人群健康监测、诊疗过程或健康体检中发现的血压异常者，按最新《国家基层高血压防治管理手册》诊断标准确诊后，纳入基层医疗机构管理的高血压患者。

#### （二）建立/更新健康档案

1. 基层医疗卫生机构对新诊断为高血压患者按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求，建立/更新居民电子健康

档案（包括居民健康档案封面、个人基本信息表、健康体检表、患者随访服务记录表等），实行首诊医生负责制。

2. 上级医院每月将高血压患者信息推送至居民常住地基层医疗卫生机构，基层医疗卫生机构对推送的患者信息及时整理、归档，做好电子健康建立/更新电子健康档案后续工作。

### （三）确定分级

结合“两病”患者近期就诊或电子健康档案信息，将高血压患者根据实际情况分为红、黄、绿三个等级，原则上**红标**患者由牵头医院重点管理与治疗，社区卫生服务中心、镇卫生院协同管理和服务；**黄标**、**绿标**患者由社区卫生服务中心、镇卫生院管理与治疗，社区卫生服务站、村卫生室协同管理和服务。各个色标区分如下：

**绿标：**血压达标，无不不适；

**黄标：**血压超范围（收缩压  $\geq 140\text{mmHg}$  且  $< 180\text{mmHg}$  和或舒张压  $\geq 90\text{mmHg}$  且  $< 110\text{mmHg}$ ），但还未达到急危值可有不不适，一年内无新发靶器官损害；

**红标：**血压达危值（收缩压  $\geq 180\text{mmHg}$  和或舒张压  $\geq 110\text{mmHg}$ ），一年内有新发靶器官损害、伴有并发症，满足其中任意一项或以上的情况。

### （四）签订家庭医生服务协议

根据高血压患者分级等情况，建议服务对象选取合适的签约服务包，在患者自愿的基础上，确定家庭医生团队和具体服务包种类，签订相关服务协议。原则上绿标患者签订基础服务包，黄标患者签订有偿升级服务包，红标患者签订有偿个性化服务包。

若绿标患者签订基础服务包后病情加重，可加签有偿升级服务包或有偿个性化服务包。具体签约服务包种类、内容、频次、成本等见附件。

### **（五）规范开展履约服务**

1. 对每一位纳入管理的高血压患者，每年提供至少 4 次面对面的随访，每季度至少随访一次。

①对血压控制满意（一般高血压患者血压降至 140/90 mmHg 以下； $\geq 65$  岁老年高血压患者的血压降至 150/90 mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90 mmHg 以下；一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以在 140/90 mmHg 基础上再适当降低）、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约下一次随访时间。

②对第一次出现血压控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访。

③对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况。

④对所有患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展，鼓励“两病”患者成立自我管理小组、健康社团等互助组织并加强指导，告知患者出现哪些异常时应立即就诊。

2. 根据签订的服务项目内容和频次，由家庭医生团队提供相应的服务。相关辅助检查项目原则上在基层医疗卫生机构完成，

确无服务能力的，应预留检查区空间，依托医共体等资源，通过移动下沉医疗设备的方式，安排固定时间，为预约的“两病”患者提供一站式便捷服务。

### **（六）双向联动转诊**

1. 高血压患者在基层医疗卫生机构接受规范健康管理或诊疗服务，对需上转诊的患者，通过“绿色通道”及时转诊，享受免普通挂号费、优先诊疗和住院服务，实现无缝隙转诊，同时将该类患者变更为“红色”。

2. 医共体牵头医院对上转的患者进行诊断，并制定治疗方案，患者出院或经门诊两次随访稳定，符合下转标准，经转诊前与患者充分沟通，下转至基层医疗卫生机构，同时将该类患者变更为“黄色”。

3. 乡镇卫生院/社区卫生服务中心对病情稳定，血压控制正常或已达标，已提供规范、稳定的药物治疗方案，需长期随访者，由村卫生室/社区卫生服务站协同健康管理，同时将该类患者变更为“绿色”。

## **四、服务要求**

**（一）夯实一体化管理防治网络。**依托辖区公共卫生单位、医共体牵头医院成立慢病患者管理中心，镇卫生院、社区卫生服务中心设置慢病患者管理分中心，建立和夯实高血压防治网络。村卫生室纳入乡镇卫生院、社区卫生服务中心统一管理。明确各级管理中心的具体职责和要求。推进乡镇卫生院、社区卫生服务中心开展“两病”一体化门诊建设。

**（二）组建一体化管理家庭医生团队。**依托医共体组建由村

卫生室、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、医共体牵头医院高血压、2型糖尿病医生组成的一体化家庭医生团队，明确各层级医生的职责。原则上，团队中村卫生室医生负责协同高血压相关健康教育，筛查、识别高血压患者，对已确诊的高血压患者进行长期随访管理；团队中乡镇卫生院（社区卫生服务中心）医生负责高血压患者（包括部分有并发症的高血压患者）的诊断及基本治疗；团队中牵头医院医生负责高血压急症、合并心脑血管疾病的高血压，以及基层医疗卫生机构因血压连续两次控制不满意等情况转诊的高血压患者的诊治。

**（三）搭建一体化管理信息模块。**依托现有的基层医疗卫生机构信息系统搭建一体化管理模块/系统，能够实现在线签约、在线履约、红黄绿自动分级并标识、相关辅助检查记录自动获取、身份认证、工分值记录、双向转诊、绩效考核、数据自动更新至电子健康档案、统计分析、报表合成等相关功能，并在县域范围内和牵头医院的电子病历、LIS、PACS等互联互通。

## **五、相关附件**

高血压诊断标准、各类签约服务包参考内容、双向转诊参考标准。

表 1 诊室及诊室外高血压诊断标准

分类	收缩压 ( mmHg )		舒张压 ( mmHg )
诊室测量血压	≥140	和/或	≥90
动态血压监测*			
白天	≥135	和/或	≥85
夜间	≥120	和/或	≥70
24 小时	≥130	和/或	≥80
家庭自测血压*	≥135	和/或	≥85

注：\*平均血压。

#### 靶器官损害判断

- 1、左心室肥厚（心电图 Sokolow-Lyon 电压>3.mV 户 Cornell 乘积>244mV.ms；超声心动图左心室的重量指数：男≥115g/m<sup>2</sup>，女≥15g/m<sup>2</sup>）
- 2、颈动脉超声；颈动脉内膜中层厚度≥0.9 mm或动脉粥样斑块
- 3、蛋白尿和（或）血肌酐浓度轻度升高；男性 115~133umol/L（1.3~**1.5mg/dl**）；女性 107~124umol/L（1.2~**1.4mg/dl**）

#### 是否并存临床疾病判断

- 1、脑血管疾病（缺血性或出血性脑卒中、短暂性脑缺血发作）
- 2、心脏疾病（心绞痛、心肌梗死、慢性心力衰竭、心房纤颤）
- 3、糖尿病
- 4、肾脏疾病（血肌酐浓度升高；男性≥133umol/L（**1.5mg/dl**）；女性≥124umol/L（**1.4mg/dl**）
- 5、外周血管疾病
- 6、视网膜病变（出血或渗出、视乳头水肿）



## 高血压患者一体化管理服务包

### 一、基础服务包（主要针对高血压绿标患者）

序号	服务项目	主要服务内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值 /次	执行单位
1	签订家庭医生签约服务包	结合“两病”患者近期就诊或电子健康档案信息，将高血压患者根据实际情况分分级，并签订相应服务包	每年一次		5	村级
2	健康随访	对原发性高血压患者，每年进行面对面随访，根据随访结果进行生活方式干预，视患者的血压，是否合并糖尿病、高脂血症、吸烟等情况，结合患者体格检查和辅助检查结果，选用不同的降压药物（单药或联合治疗），视服药后血压监测的结果，调整药物品种、剂量和组合	每年至少 4 次		25	村级
3	体格检查	体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断	每年 1 次		20	村级
4	辅助检查	血常规、尿常规、肝功能、肾功能（血清肌酐和血尿素）、空腹血糖、血脂、心电图和腹部 B 超（肝胆胰脾）等	65 岁及以上老年人每年 1 次		125	乡镇及以上
5	年度评估和健康指导	根据健康检查结果进行评价并开展针对性指导。对于 65 岁及以上老年人通过网站或心脑血管风险手机 APP 评估工具评估心血管疾病发病风险。	每年一次		10	村级
基础服务包主要是原 12 项基本医疗卫生服务项目内容，由原 12 项基本公共卫生项目经费承担。参考工分值按照基本公共卫生服务“两卡制”确定。						

## 二、高血压有偿升级服务包（在基础服务包基础上，增加以下内容，主要针对高血压黄标患者）

序号	服务项目	主要服务内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
1	签订家庭医生签约服务包	结合“两病”患者近期就诊或电子健康档案信息，将高血压患者根据实际情况分分级，并签订相应服务包	每年一次		5	村级
2	血常规	检查血红蛋白、红细胞、白细胞、血小板等	每年一次	15	8	乡镇及以上
3	尿常规	检查肾脏是否有损害（共计 11 项：酸碱度、比重、蛋白质、胆红素、尿胆素原、亚硝酸盐、白细胞、潜血、抗坏血酸、葡萄糖、酮体）	每年一次	15	8	乡镇及以上
4	心电图检查	了解患者心律、心率、心脏传导，有无心肌肥厚和心律失常情况	每年一次	36	20	乡镇及以上
5	血脂检查	检查总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇	每年一次	25	14	乡镇及以上
6	眼底检查	了解眼底动脉硬化情况，有助于判断高血压的分期，包括眼底检查、眼底照相	每年一次	30	16	乡镇及以上
7	肾功能	了解血肌酐、尿素氮、尿酸浓度，判断早期肾脏疾病及药物对肾脏是否有损害	每年一次	17.5	10	乡镇及以上
8	空腹及餐后 2h 血糖	查看是否合并糖尿病	每年一次	10	5	乡镇及以上
9	糖化血红蛋白		每年一次	30	16	乡镇及以上
10	血钾	了解血液中血钾等水平，帮助判断高血压分型	每年一次	5	3	乡镇及以上
11	肝功能	了解药物是否对肝脏有损害（共计 12 项：总胆红素、直接胆红素、间接胆红素、总蛋白、白蛋白、球蛋白、白球比、谷丙、谷草、谷丙/谷草、谷氨酰转移酶、碱性磷酸酶）	每年一次	32	17	乡镇及以上
12	心血管病风险评估	《中国心血管病风险评估和管理指南》推出心血管病十年发病风险和终身风险评估软件和网站，通过网站（ <a href="http://www.cvdrisk.com.cn">http://www.cvdrisk.com.cn</a> ）或心脑血管风险手机 APP 评估工具评估心血管疾病发病风险	每年一次		10	村级
13	随访升级服务	提供个性化健康教育内容，比如各种降压减糖菜谱，以及糖尿病手操等，鼓励患者成立自我管理小组并加强指导	每季度一次		7	村级

序号	服务项目	主要内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
14	胸部 X 片/DR	依据血压控制情况，每年检查一次，通过胸部 X 线/DR 检查，了解心脏形态，有助于判断有无心脏损害，判断有无合并肺部病变。	每年一次	80	45	乡镇及以上
本服务包项目成本（按照项目价格 55%）160 元，个人支付 20 元（项目成本的 15%）。						

三、高血压合并糖尿病有偿升级服务包（在基础服务包基础上，增加以下内容，主要针对高血压合并糖尿病黄标患者）

序号	服务项目	主要内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
1	签订家庭医生签约服务包	结合“两病”患者近期就诊或电子健康档案信息，将高血压患者根据实际情况分分级，并签订相应服务包	每年一次		5	村级
2	血常规	检查血红蛋白、红细胞、白细胞、血小板等	每年一次	15	8	乡镇及以上
3	尿常规	检查肾脏是否有损害（共计 11 项：酸碱度、比重、蛋白质、胆红素、尿胆素原、亚硝酸盐、白细胞、潜血、抗坏血酸、葡萄糖、酮体）	每年一次	15	8	乡镇及以上
4	心电图检查	了解患者心律、心率、心脏传导，有无心肌肥厚和心律失常情况	每年一次	36	20	乡镇及以上
5	血脂检查	检查总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇	每年一次	25	14	乡镇及以上
6	眼底检查	了解眼底动脉硬化情况，有助于判断高血压的分期，包括眼底检查、眼底照相	每年一次	30	16	乡镇及以上
7	肾功能	了解血肌酐、尿素氮、尿酸浓度，判断早期肾脏疾病及药物对肾脏是否有损害	每年一次	17.5	10	乡镇及以上
8	空腹及餐后 2h 血糖	查看是否合并糖尿病	每年一次	10	5	乡镇及以上
9	糖化血红蛋白		每季一次	30	16	乡镇及以上
10	血钾	了解血液中血钾等水平，帮助判断高血压分型	每年一次	5	3	乡镇及以上
11	肝功能	了解药物是否对肝脏有损害（共计 12 项：总胆红素、直接胆红素、间接胆红素、总蛋白、白蛋白、球蛋白、白球比、谷丙、谷草、	每年一次	32	17	乡镇及以上

		谷丙/谷草、谷氨酰转移酶、碱性磷酸酶)				
12	心血管病风险评估	《中国心血管病风险评估和管理指南》推出心血管病十年发病风险和终身风险评估软件和网站，通过网站( <a href="http://www.cvdrisk.com.cn">http://www.cvdrisk.com.cn</a> )或心脑血管风险手机 APP 评估工具评估心血管疾病发病风险	每年一次		10	村级
13	随访升级服务	提供个性化健康教育内容，比如各种降压减糖菜谱，以及糖尿病手操等，鼓励患者成立自我管理小组并加强指导	每季度一次		7	村级
14	尿白蛋白/肌酐比	了解尿液中白蛋白情况，助于判断早期肾脏疾病	每年一次	35	19	乡镇及以上 村级及以上
15	糖尿病足筛查	通过对被检查者的双足进行视诊，触诊血管搏动，踝反射以及温度觉、痛觉、压力觉、震动觉的检查了解患者是否为糖尿病足病高危人群，甚至是否已患糖尿病足病。医生完成诊断报告。	每年一次	80	44	
16	胸部 X 片/DR	依据血压控制情况，每年检查一次，通过胸部 X 线/DR 检查，了解心脏形态，有助于判断有无心脏损害，判断有无合并肺部病变。	每年一次	80	45	乡镇及以上
<b>本服务包项目成本（按照项目价格 55%）270 元，个人支付 40 元（项目成本的 15%）</b>						

四、高血压有偿个性化服务包（在高血压有偿升级服务包的基础上，增加以下内容，主要针对高血压红标患者）

序号	服务项目	主要服务内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
1	超声心动图	心电图异常时开展，依据血压控制情况，了解各房室腔大小、形态，有无肥厚、室壁运动和判断心功能	每年一次	144	80	乡镇及以上
2	颈动脉超声检查	视患者的血压，是否合并糖尿病、高脂血症、吸烟等情况，每年检测一次，了解颈动脉内斑块情况	每年一次	144	80	乡镇及以上
3	肾脏 B 超	通过检查了解是否是继发性高血压及肾脏有无损害及程度。	每年一次	80	45	乡镇及以上
<b>本服务包项目成本（按照项目价格 55%）365 元，个人支付 50 元（项目成本的 15%）。</b>						

五、高血压合并糖尿病有偿个性化服务包（在高血压合并糖尿病有偿升级服务包的基础上，增加以下内容，主要针对高血压合并糖尿病

红标患者)

序号	服务项目	主要服务内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
1	超声心动图	心电图异常时开展, 依据血压控制情况, 了解各房室腔大小、形态, 有无肥厚、室壁运动和判断心功能	每年一次	144	80	乡镇及以上
2	颈动脉超声检查	视患者的血压, 是否合并糖尿病、高脂血症、吸烟等情况, 每年检测一次, 了解颈动脉内斑块情况	每年一次	144	80	乡镇及以上
3	肾脏 B 超	通过检查了解是否是继发性高血压及肾脏有无损害及程度。	每年一次	80	45	乡镇及以上
本服务包项目成本(按照项目价格 55%) 480 元, 个人支付 70 元(项目成本的 15%)。						

表 3 双向转诊参考标准

上转标准
<b>村卫生室/社区卫生服务站上转至乡镇卫生院/社区卫生服务中心标准</b>
(1) 初次筛查疑诊高血压高危人群或高血压患者，需要明确诊断者。 (2) 高血压患者发现血压明显异常或控制不佳，或出现药物不良反应等，需要调整治疗方案者。 (3) 重度高血压且缺乏必备的药物治疗。 (4) 疑似高血压急症及亚急症。
<b>乡镇卫生院/社区卫生服务中心上转至上级医院标准</b>
1. 初诊转诊。 (1) 血压显著升高 $\geq 180/110\text{mmHg}$ ，经短期处理仍无法控制。 (2) 疑似新出现心、脑、肾并发症或其他严重临床情况。 (3) 妊娠和哺乳期女性。 (4) 发病年龄 $< 30$ 岁。 (5) 伴大量蛋白尿或血尿。 (6) 未使用利尿剂或小剂量利尿剂引起的低血钾（血钾 $< 3.5\text{mmol/L}$ ）。 (7) 阵发性血压升高，伴头痛、心慌、多汗。 (8) 双侧上肢收缩压差异 $> 20\text{mmHg}$ 。 (9) 因诊断需要到上级医院进一步检查。 2. 随访转诊。 (1) 至少三种降压药物（包括一种利尿剂）足量使用至少 1 个月，血压仍未达标。 (2) 血压明显波动并难以控制。 (3) 疑似与降压药物相关且难以处理的不良反应。 (4) 随访过程中发现严重临床疾病或心、脑、肾损害而难以处理。 (5) 合并重要器官损害或疾病需要进一步评估。 3. 急诊转诊。 (1) 意识丧失或模糊。 (2) 血压 $\geq 180/110\text{mmHg}$ 伴剧烈头痛、呕吐，或突发言语障碍和（或）肢体瘫痪。 (3) 血压显著升高伴持续性胸背部剧烈疼痛。 (4) 血压升高伴下肢水肿、呼吸困难或不能平卧。 (5) 如考虑存在急性冠状动脉综合征可能，应以最快速度就近转诊至有条件进行经皮冠状动脉介入治疗（percutaneous coronary intervention, PCI）的医疗机构。 (6) 其他影响生命体征的严重情况，如意识淡漠伴血压过低或测不出、心率过慢或过快、突发严重过敏反应等。 4. 有中医药治疗需求而乡镇卫生院不能提供相应服务者，或者中医药治疗效果不佳者。
下转标准
<b>上级医院下转至乡镇卫生院/社区卫生服务中心标准</b>
1. 已明确诊断的患者。 2. 治疗方案明确，适合在基层医疗卫生机构进行后续诊疗或居家口服药物者。 3. 病情稳定，适合在基层医疗卫生机构继续接受治疗者。 4. 伴有并发症、治疗后病情稳定者。 5. 诊断明确，中医药治疗方案确定，病情稳定的患者。 此项适合于具有上、下转诊条件的基层医疗卫生机构。
<b>乡镇卫生院/社区卫生服务中心下转至村卫生室/社区卫生服务站标准</b>
1. 诊断明确，并制定了长期治疗方案，近期不需要进行方案调整。 2. 病情稳定，血压控制正常或已达标，已提供规范、稳定的药物治疗方案，需长期随访者。

附件 3:

## **2 型糖尿病一体化管理指南（试行）**

### **一、适用范围**

旌德县辖区内。

### **二、管理对象**

基层医疗卫生机构（镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室）在管的 2 型糖尿病患者；其他医疗卫生机构在日常高危人群健康监测、诊疗过程或健康体检中发现的血糖异常者，按诊断标准确诊后，新纳入基层医疗机构管理的 2 型糖尿病患者。

### **三、服务流程**

#### **（一）确定管理对象**

1、目前基层医疗卫生信息系统中已登记在册的患者，经和医保信息系统比对等方式进行核实，确认无误后纳入管理对象范围。

2、医疗卫生机构、各体检中心在日常高危人群健康监测、诊疗过程或健康体检中发现的血糖异常者，按最新《中国 2 型糖尿病防治指南》诊断标准确诊后，纳入基层医疗机构管理的 2 型糖尿病患者。

#### **（二）建立/更新健康档案**

1. 基层医疗卫生机构对新诊断为 2 型糖尿病患者按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求，建立/更新居民电子健康档案（包括居民健康档案封面、个人基本信

息表、健康体检表、患者随访服务记录表等），实行首诊医生负责制。

2. 上级医院每月将糖尿病患者信息推送至居民常住地基层医疗卫生机构，基层医疗卫生机构对推送的患者信息及时整理、归档，做好电子健康建立/更新电子健康档案后续工作。

### （三）确定分级

将 2 型糖尿病患者根据实际情况分为红、黄、绿三个等级，原则上**红标**患者由牵头医院重点管理与治疗，社区卫生服务中心、乡镇卫生院协同管理和服务；**黄标**、**绿标**患者由社区卫生服务中心、乡镇卫生院管理与治疗，社区卫生服务站、村卫生室协同管理和服务。各个色标区分如下：

**绿标：**糖化血红蛋白  $\leq 7\%$ ，如合并高血压需血压  $\leq 130/80\text{mmHg}$ ，无低血糖及心慌胸闷等不适；

**黄标：** $7\% < \text{糖化血红蛋白} < 9\%$ ，或血糖  $> 3.0$  且  $\leq 3.9\text{mmol/L}$ ，或血压和或血脂长期未达标但还未达到急危值，可有不适，一年内无新发靶器官损害；

**红标：**血糖  $\leq 3.0\text{mmol/L}$ ，或空腹血糖  $\geq 13.9\text{mmol/L}$  或糖化血红蛋白  $\geq 9\%$  或尿酮体阳性（排除药物影响），或收缩压  $\geq 180\text{mmHg}$  和或舒张压  $\geq 110\text{mmHg}$ ，或一年内有新发靶器官损害，或伴有并发症，满足其中任意一项或以上的情况。

### （四）签订家庭医生服务协议

根据 2 型糖尿病患者分级等情况，建议服务对象选取合适的签约服务包，在患者自愿的基础上，确定家庭医生团队



和具体服务包种类，签订相关服务协议。原则上绿标患者签订基础服务包，黄标患者签订有偿升级服务包，红标患者签订有偿个性化服务包。若绿标患者签订基础服务包后病情加重，可加签有偿升级服务包或有偿个性化服务包。具体签约服务包种类、内容、频次、成本等见附件。

### **（五）规范开展履约服务**

1. 对糖尿病患者，每年提供至少 4 次面对面的随访，每季度至少随访一次。

①对血糖控制满意（空腹血糖值 $<7.0\text{mmol/L}$ ），无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约下一次随访。

②对第一次出现空腹血糖控制不满意（空腹血糖值 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ）或药物不良反应的患者，结合其服药依从情况进行指导，必要时增加现有药物剂量、更换或增加不同类的降糖药物，2 周时随访。

③对连续两次出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况。

④对所有的患者进行针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展，鼓励“两病”患者成立自我管理小组、健康社团等互助组织并加强指导，告知患者出现哪些异常时应立即就诊。

2. 根据签订的服务项目内容和频次，由家庭医生团队提供相应的服务。相关辅助检查项目原则上在基层医疗卫生机

构完成，确无服务能力的，应预留检查区空间，依托医共（联）体等资源，通过移动下沉医疗设备的方式，安排固定时间，为预约的“两病”患者提供一站式便捷服务。

### **（六）双向联动转诊**

1、糖尿病患者在基层医疗卫生机构接受规范健康管理或诊疗服务，对需上转诊的患者，建立转诊“绿色通道”，享受免普通挂号费、优先诊疗和住院服务，实现无缝隙转诊，同时将该类患者变更为“红色”。

2、医共体牵头医院对上转的患者进行诊断，并制定治疗方案，患者出院或经门诊两次随访稳定，符合下转标准，经转诊前与患者充分沟通，下转至基层医疗卫生机构，同时将该类患者变更为“黄色”。

3、乡镇卫生院/社区卫生服务中心对病情稳定，血糖控制正常或已达标，已提供规范、稳定的药物治疗方案，需长期随访者，由村卫生室协同健康管理，同时将该类患者变更为“绿色”。

## **四、服务要求**

**（一）夯实一体化管理防治网络。**依托辖区公共卫生单位、医共体牵头医院设立慢病患者管理中心，镇卫生院、社区卫生服务中心设置慢病患者管理分中心，建立和夯实糖尿病防治网络。村卫生室纳入乡镇卫生院、社区卫生服务中心统一管理。明确各级管理中心的具体职责和要求。推进乡镇卫生院（社区卫生服务中心）开展“两病”一体化门诊建设。

**（二）组建一体化管理家庭医生团队。**依托医共体组建

由村卫生室、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、医共体牵头医院高血压医生组成的一体化家庭医生团队，明确各层级医生的职责。原则上，团队中村卫生室医生负责糖尿病一、二级预防，即开展糖尿病相关健康教育，筛查、识别糖尿病患者，对已确诊的 2 型糖尿病患者进行长期随访管理；团队中乡镇卫生院（社区卫生服务中心）医生完成 2 型糖尿病患者（包括部分有并发症的 2 型糖尿病患者）的诊断及基本治疗；团队中牵头医院医生负责对疑似糖尿病急危重症患者进行评估、诊断及治疗，对需明确诊断和分型者、治疗困难及并发症严重患者明确诊断并确定治疗方案，对基层医疗卫生机构因血糖连续两次控制不满意等情况转诊的糖尿病患者进行诊治。

**（三）搭建一体化管理信息模块。**依托现有的基层医疗卫生机构信息系统搭建一体化管理模块/系统，能够实现在线签约、在线履约、红黄绿自动分级并标识、相关辅助检查记录自动获取、身份认证、双向转诊、绩效考核、数据自动更新至电子健康档案、统计分析、报表合成等相关功能，并在县域范围内和牵头医院的电子病历、LIS、PACS 等互联互通。

## **六、相关附件**

糖尿病风险评分表、各类签约服务包参考内容、双向转诊参考标准。

### 附件 3:

表 1: 糖尿病筛查风险评分表

评分指标	分值
年龄（岁）	
20~24	0
25~34	4
35~39	8
40~44	11
45~49	12
50~54	13
55~59	15
60~64	16
65~74	18
身体质量指数（kg/m <sup>2</sup> ）	
<22	0
22~23.9	1
24~29.9	3
≥30	5
腰围（cm）	
男性<75，女性<70	0
男性 75~79.9，女性 70~74.9	3
男性 80~84.9，女性 75~79.9	5
男性 85~89.9，女性 80~84.9	7
男性 90~94.9，女性 85~89.9	8
男性≥95，女性≥90	10
收缩压（mmHg）	
<110	0
110~119	1
120~129	3
130~139	6
140~149	7
150~159	8
≥160	10
糖尿病家族史（父母、同胞、子女）	
无	0
有	6
性别	
女性	0
男性	2

注：判断糖尿病的最佳切入点为 25 分，故总分≥25 必须行 OGTT，确定是否患糖尿病。

## 2 型糖尿病患者一体化管理服务包

### 一、基础服务包（主要针对糖尿病绿标患者）

序号	服务项目	主要服务内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
1	签订家庭医生签约服务包	结合“两病”患者近期就诊或电子健康档案信息，将高血压患者根据实际情况分分级，并签订相应服务包	每年一次		5	村级
2	健康随访	对确诊的 2 型糖尿病患者，每年提供 4 次免费空腹血糖检测，测量体重，计算体质指数，检查足背动脉搏动，询问患者疾病情况和生活方式，了解患者服药情况，对所有的患者进行针对性健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展	每年至少 4 次		25	村级
3	体格检查	体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断	每年 1 次		20	村级
4	辅助检查	血常规、尿常规、肝功能、肾功能（血清肌酐和血尿素）、空腹血糖、血脂、心电图和腹部 B 超（肝胆胰脾）等	65 岁及以上老年人 每年 1 次		125	乡镇及以上
5	糖化血红蛋白	查看血糖情况和变化，判断糖尿病病人分级	每年一次		19	乡镇及以上
6	年度评估和健康指导	根据健康检查结果进行评价并开展针对性指导。对于 65 岁及以上老年人通过网站或心脑血管风险手机 APP 评估工具评估心血管疾病发病风险。	每年一次		10	村级
基础服务包主要是原 12 项基本医疗卫生服务项目内容，由原 12 项基本公共卫生项目经费承担。						

二、糖尿病有偿升级服务包（在基础服务包基础上，增加以下内容，主要针对糖尿病黄标患者以及合并高血压患者）

序号	服务项目	主要内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/ 次	执行单位
1	签订家庭医生 签约服务包	结合“两病”患者近期就诊或电子健康档案信息，将高血压患者根据实际情况分级，并签订相应服务包	每年一次		5	村级
2	血常规	检查血红蛋白、红细胞、白细胞、血小板等	每年一次	15	8	乡镇及以上
3	尿常规	检查肾脏是否有损害（共计 11 项：酸碱度、比重、蛋白质、胆红素、尿胆素原、亚硝酸盐、白细胞、潜血、抗坏血酸、葡萄糖、酮体）	每年一次	15	8	乡镇及以上
4	心电图检查	了解患者心律、心率、心脏传导，有无心肌肥厚和心律失常情况	每年一次	36	20	乡镇及以上
5	血脂检查	检查总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇	每年一次	25	14	乡镇及以上
6	眼底检查	了解眼底动脉硬化情况，以助于判断高血压的分期，包括眼底检查、眼底照相、裂隙灯检测	每年一次	30	16	乡镇及以上
7	尿白蛋白/肌酐比	了解尿液中白蛋白情况，助于判断早期肾脏疾病	每年一次	35	19	乡镇及以上
8	肾功能	了解血肌酐、尿素氮、尿酸浓度，判断早期肾脏疾病及药物对肾脏是否有损害	每年一次	17.5	10	乡镇及以上
9	餐后 2h 血糖	查看血糖情况和变化	每年一次	5	3	乡镇及以上
10	糖化血红蛋白		每季度一次	30	16	乡镇及以上
11	肝功能	了解药物是否对肝脏有损害（共计 12 项：总胆红素、直接胆红素、间接胆红素、总蛋白、白蛋白、球蛋白、白球比、谷丙、谷草、谷丙/谷草、谷氨酰转移酶、碱性磷酸酶）	每年一次	32	17	乡镇及以上
12	心血管病风险评估	《中国心血管病风险评估和管理指南》推出心血管病十年发病风险和终身风险评估软件和网站，通过网站（ <a href="http://www.cvdrisk.com.cn">http://www.cvdrisk.com.cn</a> ）或心脑血管风险手机 APP 评估工具评估心血管疾病发病风险	每年一次		10	村级
13	糖尿病足筛查	通过对被检查者的双足进行视诊，触诊血管搏动，踝反射以及温度觉、痛觉、压力觉、震动觉的检查了解患者是否为糖尿病足病高危人群，甚至是否已患糖尿病足病。医生完成诊断报告。	每年一次	80	44	村级及以上

14	随访升级服务	提供个性化健康教育内容，比如各种降压减糖菜谱，以及糖尿病手操等，鼓励患者成立自我管理小组并加强指导	每季度一次		7	村级
15	血钾	了解血液中血钾等水平，帮助判断高血压分型	每年一次	5	3	乡镇及以上
16	胸部 X 片/DR	依据血压控制情况，每年检查一次，通过胸部 X 线/DR 检查，了解心脏形态，有助于判断有无心脏损害，判断有无合并肺部病变。	每年一次	80	45	乡镇及以上
<b>本服务包项目成本（按照项目价格 55%）270 元，个人支付 40 元（项目成本的 15%）。</b>						

三、糖尿病有偿个性化服务包（在有偿升级服务包的基础上，增加以下内容，主要针对糖尿病红标患者以及合并高血压患者）

序号	服务项目	主要服务内容	服务频次	项目价格 (元/次)	工分值/次	执行单位
1	颈动脉超声检查	视患者的血压，是否合并糖尿病、高脂血症、吸烟等情况，每年检测一次，了解颈动脉内斑块情况	每年一次	144	80	乡镇及以上
2	肾脏 B 超	通过检查了解是否是继发性高血压及肾脏有无损害及程度。	每年一次	81	45	乡镇及以上
3	超声心动图	心电图异常时开展，依据血压控制情况，了解各房室腔大小、形态，有无肥厚、室壁运动和判断心功能	每年一次	144	80	乡镇及以上
<b>本服务包项目成本（按照项目价格 55%）480 元，个人支付 70 元（项目成本的 15%）。</b>						

### 表 3：双向转诊标准

上转标准
<b>村卫生室/社区卫生服务站上转至乡镇卫生院/社区卫生服务中心标准</b>
(1) 经过初步筛查, 判定为糖尿病高危人群或疑似糖尿病, 需要明确诊断者。 (2) 糖尿病患者发现血糖明显异常或控制不住, 或出现药物不良反应等。 (3) 疑似糖尿病危急症。 (4) 糖尿病慢性并发症导致严重靶器官损害者。
<b>乡镇卫生院/社区卫生服务中心上转至上级医院标准:</b>
(1) 初次发现血糖异常, 病因和分型不明确者。 (2) 儿童和年轻人(年龄<25 岁)糖尿病患者。 (3) 妊娠和哺乳期妇女血糖异常者。 (4) 糖尿病急性并发症: 严重低血糖或高血糖伴或不伴有意识障碍(糖尿病酮症; 疑似为糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗综合征或乳酸性酸中毒)。 (5) 反复发生低血糖。 (6) 血糖、血压、血脂长期治疗(3~6 个月)不达标者。 (7) 糖尿病慢性并发症(视网膜病变、肾病、神经病变、糖尿病足或周围血管病变)的筛查、治疗方案的制定和疗效评估在社区处理有困难者。 (8) 糖尿病慢性并发症导致严重靶器官损害需要紧急救治者(急性心脑血管病; 糖尿病肾病导致的肾功能不全; 糖尿病视网膜病变导致的严重视力下降; 糖尿病外周血管病变导致的间歇性跛行和缺血性症状; 糖尿病足)。 (9) 血糖波动较大, 基层处理困难或需要制定胰岛素控制方案者。 (10) 出现严重降糖药物不良反应难以处理者。 (11) 明确诊断、病情平稳的糖尿病患者每年应由专科医师进行一次全面评估, 对治疗方案进行评估。 (12) 医生判断患者合并需上级医院处理的情况或疾病时。
下转标准
<b>上级医院下转至乡镇卫生院/社区卫生服务中心标准</b>
(1) 初次发现血糖异常, 已明确诊断和确定治疗方案且血糖控制比较稳定。 (2) 糖尿病急性并发症治疗后病情稳定。 (3) 糖尿病慢性并发症已确诊、制定了治疗方案和疗效评估, 且病情已得到稳定控制, 近期不进行方案调整。 (4) 经调整治疗方案, 血糖、血压和血脂控制达标: ①血糖达标: FPG<7.0mmol/L; 餐后 2 小时血<10.0mmol/L; ②血压达标: <140mmHg/80mmHg; ③血脂达标: LDL-C<2.6 mmol/L, 或他汀类药物已达到最大剂量或最大耐受剂量。
<b>乡镇卫生院/社区卫生服务中心下转至村卫生室/社区卫生服务站标准</b>
(1) 已明确诊断和确定治疗方案且病情稳定。 (2) 经调整治疗方案, 血糖、血压和血脂控制较好, 需进行定期随访、健康管理。



附件 4:

## 旌德县人民医院医共体家庭医生签约服务团队

序号	卫生院	县医院		分院		村卫生室	姓名	备注
		医生	护士	医生	护士			
1	旌阳镇卫生院	赵正航	邵琦君	李红霞	宋梦琪	新庄村卫生室	李观发	
2				李红霞	宋梦琪	柳溪村卫生室	姜卫龙	
3				李红霞	宋梦琪	华丰村卫生室	阚旌旗	
4				李红霞	宋梦琪	鳊山村卫生室	王家根	
5				李红霞	宋梦琪	鳊秀村卫生室	俞腊花	
6				谢振华	王艳华	篁嘉村卫生室	王永喜	
7				谢振华	王艳华	板桥村卫生室	施晓春	
8				谢振华	王艳华	霞溪村卫生室	周奎	
9				谢振华	童潮红	浩庄村卫生室	程庭高	
10				谢振华	童潮红	瑞市社区卫生室	童观元	
11				谢振华	童潮红	新光村卫生室	纪木森	

12				谢振华	童潮红	新桥社区卫生室	汪亮	
13	兴隆镇卫生院	方敏	李小霞	戴庆	杨帆	大礼村村卫生室	戴庆	
14				张亚文	杨桂花	三峰村村卫生室	叶长青	
15				刘敏	杨桂花	三山村村卫生室	戴德贵	
16				戴庆	杨帆	光荣村村卫生室	陈卫国	
17	白地镇卫生院	任云丽	马文艳	王帆	江晨	白地村村卫生室	王帆	
18				王帆	江晨	江村村村卫生室	许学平	
19				李书军	臧丽婷	洋川村村卫生室	宣永兵	
20				李书军	谢玉玉	汪村村村卫生室	陆有宝	
21				王帆	谢玉玉	高甲村村卫生室	高济涛	
22				李书军	臧丽婷	洪川村村卫生室	伍嘉骏	
23	庙首卫生院	欧阳袁庆	孙姗	童逸飞	赵锐	庙首村村卫生室	黄继元	
24				童逸飞	赵锐	东山村村卫生室	姚颖	
25				包伟霞	赵锐	练山村卫生室	吕昊	
26				包伟霞	崔云	新水村卫生室	吕峻峰	
27				卢龙飞	崔云	里仁村卫生室	金翠英	
28				卢龙飞	崔云	祥云村卫生室	汪辉煌	

29	孙村镇卫生院	方 嫒	杨健敏	朱永兵	杨慧	新建村卫生室	梅卫斌	
30				霍文倩	孙慧	玉溪村卫生室	许华强	
31				朱永兵	杨慧	合庆村卫生室	姚六青	
32				霍文倩	孙慧	碧云村卫生室	王 泓	
33				朱永兵	杨慧	玉屏村卫生室	童进明	
34				霍文倩	孙慧	孙村村卫生室	许华强	
35	俞村镇卫生院	蒋 壮	朱玲玲	王克发	喻慧珍	俞村村卫生室	王克发	
36				魏广青	沈美红	杨墅村村卫生室	黄玉肖 吕朝华	
37				魏广青	沈美红	仕川村村卫生室	胡光辉	
38				吴园园	张小莲	芳岱村村卫生室	程四宝	
39				吴园园	张小莲	桥埠村村卫生室	苏新友	
40				徐有辉	沈美红	鳧阳村村卫生室	周根土	
41				徐有辉	张小莲	合锦村村卫生室	储观明	
42	云乐镇卫生院	王 旭	吕智睿	毕健刚	吴鲜	洪村村卫生室	吕向荣	
43				刘欣	胡培昕	刘村村卫生室	刘欣	
44				汤大为	吴鲜	张村村卫生室	陈佳乐	
45				汤大为	吴鲜	陈岭村村卫生室	汪根水	
46				刘欣	胡培昕	许村村卫生室	汪根水	

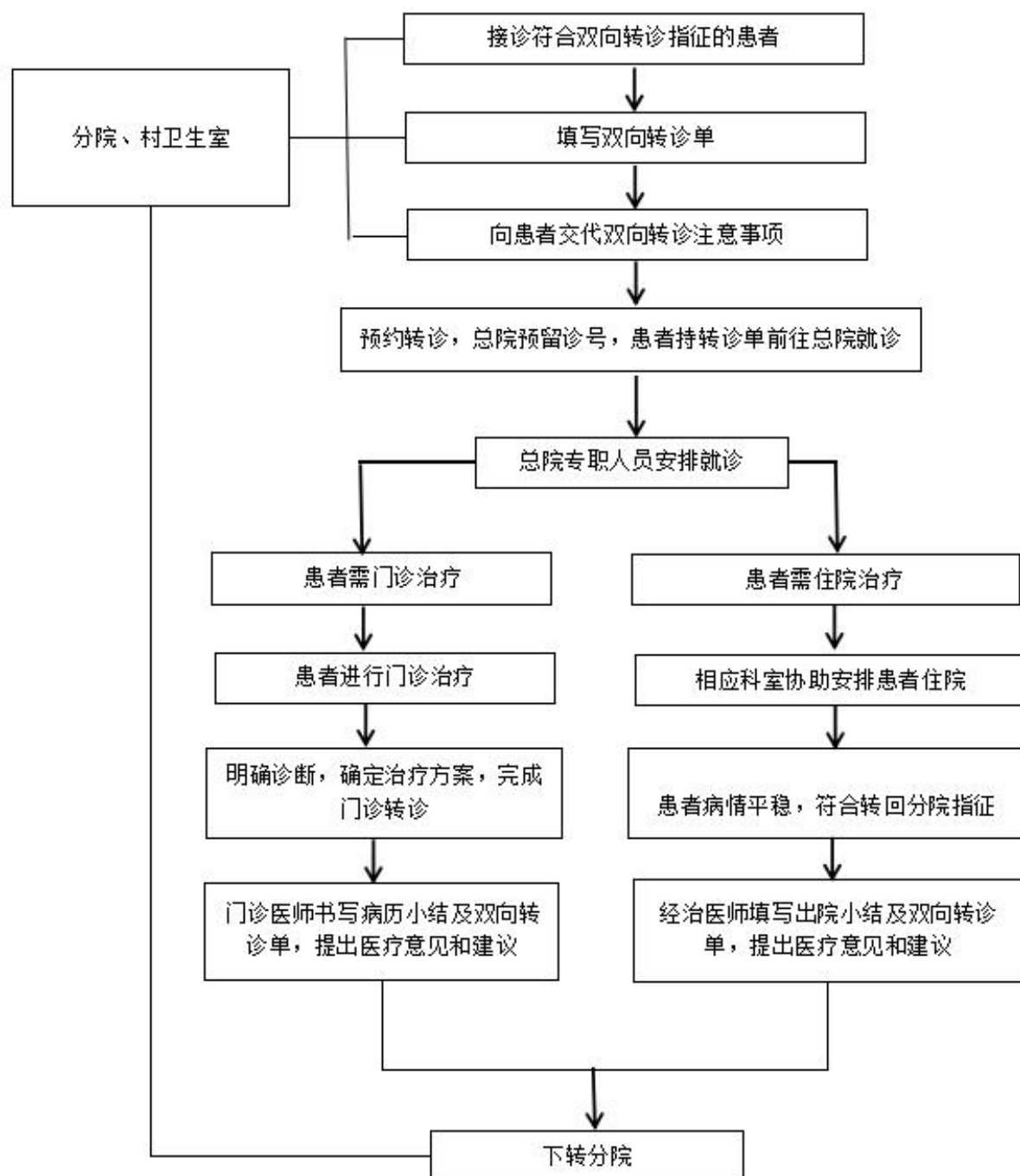
## 旌德县中医院医共体家庭医生签约服务团队

卫生院	中医院		分院		村卫生室	村医	联络员
	医生	护士	医生	护士			
版书卫生院	胡燕	姚玲慧	刘卫	宋园园	版书村	周雪萍	姚玲慧 孙蕊 宋园园
			鲍安平	叶子	南关村	王芳	
			鲍安平	高丽琴	白沙村	邵鹏喜	
	程明	孙蕊	刘卫	易玮	龙川村	舒秋平	
			方丽	周润琼	江坑村	丁子寒	
			方欣	周雪萍	隐龙村	宋光华	
蔡家桥卫生院	郁丹	邹闪	汪晓武	江琪	凡村村	李观发	邹闪 戈晓兰 戴爱玲
			陈禹	江琪	庆丰村	江繁荣	
			汪晓武	汪静雨	高溪村	钟英姿	
			徐慧	汪静雨	朱旺村	童群慧	
	何其来	戈晓兰	戴爱玲	张小林	汤村村	戴修龙	

			李凌浩	张小林	三合村	文建国	
			朱建成	刘蕾	乔亭村	李倩	
			方韵秋	刘蕾	华川村	张东海	
三溪中心卫生院	汪敏	安慧敏	阚华云	邢海燕	路西村	纪彦休	安慧敏 王健 吴睿锋
			吴睿锋	罗鸿飞	古城村	陶清龙	
			周悦	吴婷婷	建强村	邓道健	
	茅瑞	王健	郑彦	洪君	霍家桥村	汪四清	
			田影	舒丹	双河村	洪晓钟	

附件 5:

医共体内“两病”双向转诊流程图



附件 6:

旌德县“两病”一体化管理绩效考核指标

一级指标	二级指标	指标说明	指标性质	指标权重	数据来源
实施过程 (20)	组织领导	成立医共体内“两病”一体化管理工作领导组，制定方案，明确各成员单位职责分工和经费分配比例。	定性	10	现场查看相关资料
	一体化管理团队	成立县、镇、村三级医务人员组成的“两病”一体化管理团队，团队成员要符合我县工作方案要求，相关职责明晰，各成员工作量要适中	定性	5	
	绩效考核方案	制定“两病”一体化管理家庭医生团队绩效考核方案，并定期开展考核，考核结果与团队绩效分配挂钩。	定性	5	
实施效果 (80)	一体化管理率	县域医共体内实施一体化管理的“两病”患者人数/县域医共体内已管理“两病”患者人数；其中实施一体化管理指进行了高血压/糖尿病分级、签订了相应服务包，且项目进度达标（年中项目执行率达 70%以上、年度服务包频次和内容的 95%以上）；管理的“两病”患者指年内接受过一次及以上随访的“两病”患者人数。一体化管理率 2023 年达到 63%，2024 年达到 64%，2025 年达到 65%。达到目标要求得权重分，低于目标要求按比例扣分	定量	15	卫健平台
	家庭医生签约率	县域医共体内纳入管理的高血压、2 型糖尿病红标、黄标患者签约率不得低于 70%。每个 4 分，低于要求按比例得分。	定量	16	卫健平台

一级指标	二级指标	指标说明	指标性质	指标权重	数据来源
实施效果 (70)	一体化管理“两病”患者血压/血糖控制率	年内最近一次随访血压（血糖）达标人数/县域医共体内已管理“两病”患者人数；其中血压达标指收缩压<140 mm Hg 和舒张压<90 mm Hg，65 岁及以上患者收缩压<150 mm Hg 和舒张压<90 mm Hg，血糖达标指空腹血糖<7mmol/L。血压/血糖控制率达到 40%得权重分，低于目标要求按比例扣分。	定量	10	卫健平台，辅以现场核查
	“两病”基层医疗卫生机构就诊率	“两病”患者基层医疗卫生机构就诊门急诊人次/“两病”患者总门急诊人次，2023 年至少达到 65%，低于 65%按比例扣分；之后每年该比例维持或增加得分，降低扣分	定量	7	县域医保信息系统
	牵头医院下转“两病”患者人数	在 2022 年的基础上，2023—2025 年每年增加 10%得权重分，低于 10%按照实际增长折算比计分，不增长不得分。	定量	7	县域医保信息系统
	县域医共体内“两病”患者住院情况	在 2022 年的基础上，总体下降得权重分，每上升 1 个百分点扣 1 分，扣完为止	定量	7	县域医保信息系统
	“两病”服药率	“两病”患者中近 2 周在服药的人数/年内辖区内在管“两病”患者总人数。在 2022 年基础上提高得权重分，每降低 1 个百分点扣 1 分，扣完为止	定量	6	县域卫生健康平台
	“两病”防治知识知晓率	了解“两病”一体化管理患者相关防治知识的知晓情况。在基线调查的基础上逐年提高得权重分，每降低 1 个百分点扣 1 分，扣完为止。	定量	6	问卷调查/电话访谈
	“两病”患者满意度	了解“两病”一体化管理患者相关满意度。满意度在 90%以上得满分，低于 90%按比例得分。	定量	6	问卷调查/电话访谈