|  |  |
| --- | --- |
| ICS | 11.020.20 |
| CCS | |  | | --- | | D:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T.pngD:\000000部门项目\09标准化插件开发\程序源代码\StandardEditor_ShanDongKeXieYuan\团标首页面字母T后面的反斜杠.png HLJYX |   C 05 |

黑龙江省医学会团体标准

T/HLJYX XXXX—2025

基层医疗卫生机构服务规范

联系人：高晶 联系电话：18545130712

电子邮箱：hljmbglxh@163.com

XXXX - XX - XX发布

XXXX - XX - XX实施

黑龙江省医学会  发布

目次

[前言 II](#_Toc206077766)

[1 范围 1](#_Toc206077767)

[2 规范性引用文件 1](#_Toc206077768)

[3 术语和定义 1](#_Toc206077769)

[4 基本条件 1](#_Toc206077770)

[5 服务流程 3](#_Toc206077771)

[6 服务项目与质量标准 5](#_Toc206077772)

[7 绩效衡量 8](#_Toc206077773)

[参考文献 9](#_Toc206077774)

1. 前言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由××××提出。

本文件由××××归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

基层医疗卫生机构服务规范

* 1. 范围

本文件规定了基层医疗卫生机构提供慢性病服务的基本条件、服务流程、服务项目与质量标准、绩效衡量以及参考文献。

本文件适用于基层医疗卫生机构为慢性病高危人群、慢性病前期人群、慢性病患者、慢性病并发症患者等服务对象提供的健康管理服务。

* 1. 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 545 远程医疗信息系统技术规范

WS/T 790（所有部分） 区域卫生信息平台交互标准

WS/T 303 卫生健康信息数据元标准化规则

WS/T 304 卫生健康信息数据模式描述指南

WS/T 305 卫生健康信息数据集元数据标准

WS/T 306 卫生健康信息数据集分类与编码规则

* 1. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

慢性非传染性疾病 non-communicable chronic diseases

不是特指某种疾病，而是对一类起病隐匿、病程长且病情迁延不愈，缺乏确切的传染性生物病因证据，病因复杂，且有些尚无完全被确认的的疾病的概括性总称。

慢性病 chronic disease management center

以促进健康、延缓疾病进程、减少并发症、提高生活质量为目标，为服务对象提供专业化、个性化、科学化的院内外连续性服务，集筛查、预防、治疗、康复、研究为一体的综合性服务平台。

* 1. 基本条件
     1. 区域设置

慢性病的区域设置应确保为慢性病患者提供全面、高效和舒适的服务。

1. 等候区:设置明确的指示牌和流程图，帮助患者和家属快速找到所需的服务区域。
2. 诊疗区:配备先进的测量设备，如动态血压监测仪、动态血糖监测仪及动态心电监测仪等，用于准确测量和记录患者的生理指标并由专业医生为患者进行慢性病风险评估、健康状态评估、诊断、治疗和方案制定及向患者和家属提供慢性病健康教育服务。推荐中心根据自身的特点和优势，设立特色诊疗服务区，如骨质疏松、心理咨询等专家门诊，提供个性化的诊疗服务。
3. 信息管理区：主要负责慢病患者的健康信息管理。
4. 辅助功能区:包括洗手间、更衣室、储藏室等辅助功能区域，确保中心的正常运转和患者的舒适体验。
   * 1. 设备仪器

设备仪器包括，但不限于：

1. 基础设备：血压计、听诊器、叩诊锤、软尺（测量腰围）、便携式血糖仪。
2. 应配备设备：身高体重计、血常规分析仪、尿常规分析仪、血生化分析仪、音叉（128 Hz）、10g尼龙单丝、视力表、心电图机、超声机。
3. 有条件的机构可配备设备：持续葡萄糖检测仪、糖化血红蛋白检测仪、眼底照相机、眼底镜、尿酮体分析仪、大便常规分析仪、尿微量白蛋白检测仪、胰岛素/C肽检测仪、肺功能检测仪、雾化吸入器。
   * 1. 数字化信息平台

慢性病应建立慢性病信息化管理系统，并符合《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范》文件要求，保障信息互联互通、数据安全及隐私保护，网络安全能力同步符合WS/T790和WS/T545的要求。功能包括但不限于：

1. 健康档案建立、诊疗记录采集，随访体检管理信息，自动提醒与记录，具备数据查询、浏览、修改、汇总等统计功能；
2. 健康管理服务，包括咨询、监测、评估、预警及远程会诊；
3. 网络安全协议下，机构内部基本医疗信息系统、影像检验系统、公共卫生信息系统、区域信息平台、远程会诊及医联体、医共体数据共享，互联互通；
4. 安全区域内支持多源数据采集，实时传输，档案开放，查看调阅，实时更新；
5. 数据元应符合WS/T303、数据模式应符合 WS/T 304、数据集应符合 WS/T 305 、WS/T 306 要求；
6. 信息安全，监控功能，防病毒等网络隔离措施；存储传输加密；
7. 隐私保护，身份认证、权限控制等访问授权管理；
8. 数据日志管理，建立全程可追溯的数据管理机制。
   * 1. 团队设置
        1. 团队建设与配置

建立慢性病管理团队，团队应至少配备1名中级及以上职称且具备慢性病预防、诊治及管理能力的医生；至少2名擅长慢性病防治的护理人员（有条件者宜配备省/市专科护士），医护团队与服务对象的数量比例应不低于1:400。

团队中担任慢性病管理的医护人员，应参加国家或地方组织的慢性病管理相关培训，每年不少于1次。

条件允许团队可配备具有相应执业资质的公共卫生医师、营养师、药剂师、康复师、心理咨询师、中医师等。

如有需求，团队可通过医联体或医共体牵头上级医疗机构等途径，引入具有相应执业证书或技能证书的人员。

* + - 1. 团队角色与责任

护理人员负责服务对象的咨询导诊、档案建立、基本信息采集维护及动态管理、评估、预约体检、定期随访、线上管理、健康教育等。

医生为服务对象提供问诊、筛查、诊断、治疗、解读体检报告、转诊等全程诊疗服务。

团队其他人员协助医护人员对接服务对象健康需求，提供中西医协同、多学科、防治一体的健康管理服务。

* + 1. 专科化培训

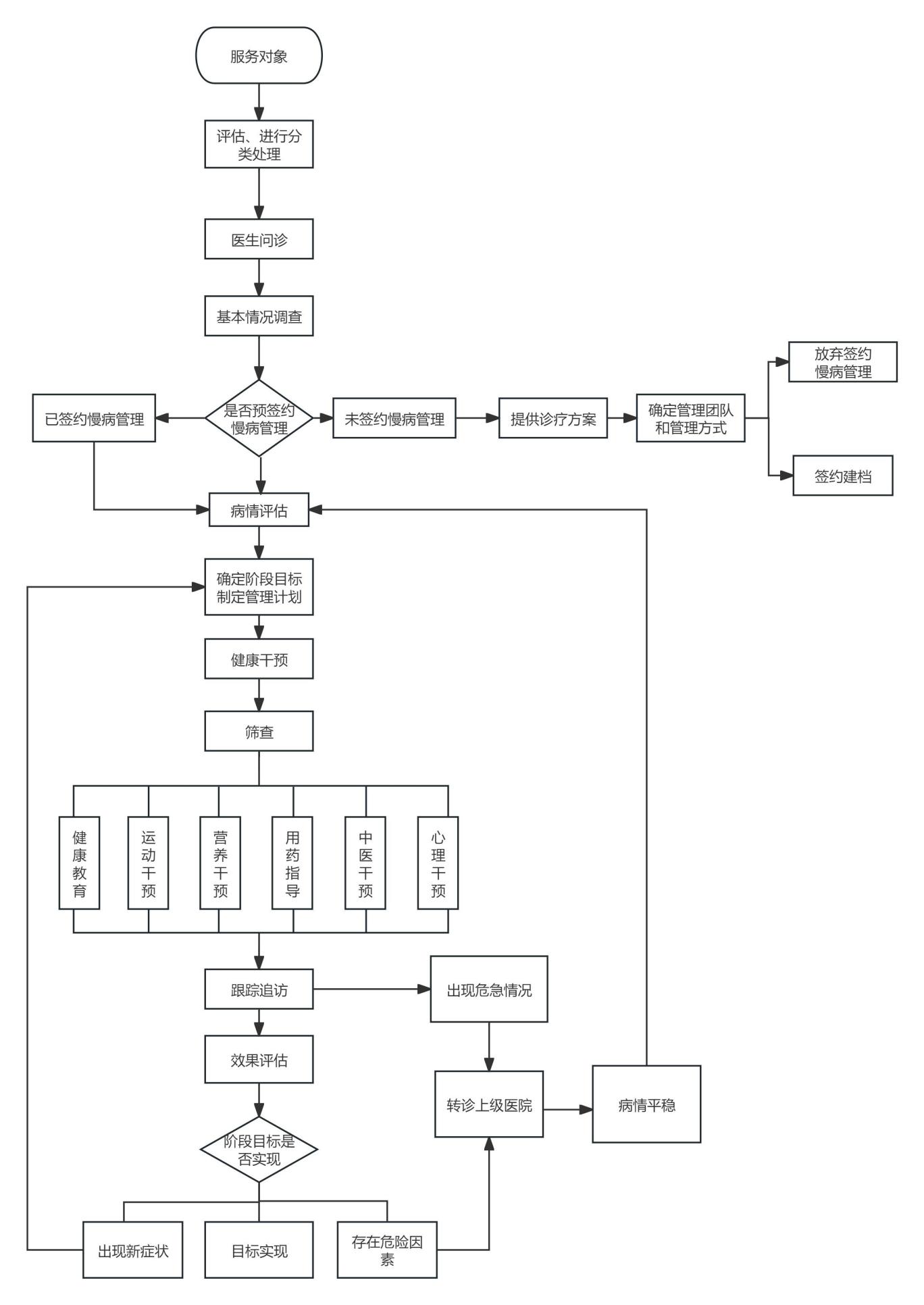
慢性病应根据开展的慢性病病种，筛查、诊疗和管理的工作需求，对团队人员进行必要的专科化培训，并通过培训考试合格，持续完善人员技术储备，提高慢性病管理能力。

* + 1. 管理制度化

慢性病应建立健全各项规章制度，包括但不限于：

1. 慢性病工作制度；
2. 双向转诊制度；
3. 慢性病并发症筛查操作规范；
4. 慢性病诊疗规范；
   1. 服务流程

服务流程见图1。



1. 服务流程
   1. 服务项目与质量标准
      1. 服务接收者

服务接收者主要来源于自主就诊病人、住院患者、社区慢性病在管患者、家庭医生签约患者，此外包括通过参加企业退休职工体检、老年人健康体检、两癌筛查、专项慢性病危险因素筛查项目、健康活动等筛查出的慢性病高危人群。

* + 1. 患者导向与分配

护理人员根据服务对象的症状、体征及需求，初步安排就诊科室和医生。

* + 1. 医疗咨询与交流

医生对服务对象进行问诊时应做到收集病史、了解生活习惯、评估症状的同时结合体格检查和检验结果与服务对象讨论并制定个性化的诊疗方案。

* + 1. 签约建档
       1. 确定管理团队和管理方式

根据服务对象健康状况和需求进行签约建档，建立个人健康档案并选择管理团队和管理方式。

* + - 1. 基本情况调查

慢性病应对服务对象开展基本情况调查，内容包括但不限于：

1. 建立档案：首先为每位服务对象建立详细的健康档案，记录其个人信息、病史、家族史等。
2. 问卷调查：通过问卷形式收集服务对象的生活习惯、饮食模式、运动频率等信息。
3. 初步检查：包括血压、体重、身高等基础体征的测量，以及必要的实验室检查。
4. 用药情况：了解服务对象的既往用药史、过敏史、用药依从性、评估同时使用多种药物可能产生的相互作用。
   * + 1. 评估

根据收集的信息对服务对象进行总体评估，评估服务对象患病的风险，将不同的慢性病按照病情进行分级、分层或分期。

1. 依据《中国高血压防治指南（2024年修订版）》[1]，按照血压升高患者心血管水平分级，分为低危、中危、高危、很高危4个层次，具体分层见表1。
2. 血压升高患者心血管风险水平分层

单位为毫米汞柱

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 其他心血管危险因素和疾病史 | 血压 | | | |
| 收缩压130～139  和(或)  舒张压85～89 | 收缩压140～159  和(或)  舒张压90～99 | 收缩压160～179  和(或)  舒张压100～109 | 收缩压≥180 和(或)  舒张压≥110 |
| 无 | 低危 | 低危 | 中危 | 高危 |
| 1个～2个其他危险因素 | 低危 | 中危 | 中-高危 | 很高危 |
| ≥3个其他危险因素，靶器官损害， CKD3期，或无并发症的糖尿病 | 中-高危 | 高危 | 高危 | 很高危 |
| 临床并发症，CKD≥4期，或有并发症的糖尿病 | 高-很高危 | 很高危 | 很高危 | 很高危 |
| 1. CKD 为慢性肾脏病。 | | | | |

1. 依据《2019 ESC/EASD指南：糖尿病前期、糖尿病和心血管疾病》，按照年龄、有无相关危险因素、靶器官损害及糖尿病病程，将糖尿病患者的心血管风险分为极高危、高危、中危三层，具体评估及分层见表2。
2. 糖尿病（DM）患者的心血管风险分层

|  |  |
| --- | --- |
| 心血管风险极高危 | .DM合并心血管疾病（CVD）患者  .或其他靶器官损害a  .或3个及以上主要危险因素b  .或早发型T1DM（病程较长＞20年） |
| 心血管风险高危 | .糖尿病病程≥10年  .无靶器官损害  .合并其他危险因素 |
| 心血管风险中危 | .年轻患者（T1DM年龄＜35岁或T2DM年龄＜50岁）  .糖尿病病程＜10年，无其他危险因素 |
| 1. 蛋白尿，肾脏损害（eGFR≥30 ml/min/1.73 m2）、左心室肥 厚、糖尿病视网膜病变。 2. 年龄，高血压，血脂异常，吸烟，肥胖。 | |

* + - 1. 确定阶段目标和制定管理计划

根据患者的评估结果，建立阶段式目标并制定管理计划。

个性化管理计划的内容包括但不限于：

宣教、饮食指导、运动指导、自我监测和管理、用药指导、筛查并发症、心理支持、定期随访。

不同分级、分层或分期服务对象的管理计划内容包括但不限于：

1. 慢性病高危人群：进行有针对性的健康教育，建议其每年至少检测1次空腹血糖、诊室血压，并接受医务人员的健康指导。强调健康生活方式的重要性，如合理饮食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡。
2. 慢性病前期人群：了解近6个月的身体健康状况、生活方式、检查结果，检测血压、血糖，如伴有血脂异常等其他病症，应同时监测血脂等情况，给予运动及饮食指导。
3. 慢性病患者、慢性病并发症患者：了解近3个月内患者症状、生活方式、辅助检查结果、疾病及用药情况，检测血压、血糖、血脂情况，对患者提出运动和合理营养建议，必要时筛查并发症，并进行用药指导，患者做好自我监测和管理。
   * 1. 健康管理和支持
        1. 健康教育

健康教育的方式和内容，包括但不限于：

1. 知识讲座：针对慢性病各类服务对象群体（高血压、糖尿病等），定期（如每月至少一次）举办健康知识讲座；
2. 慢性病自我管理小组：鼓励服务群体自发组织或基层医疗卫生机构协助组建慢性病自我管理小组，分享经验、互相支持，共同学习慢性病管理知识。
3. 远程教育：依托现代信息技术，建立慢性病管理网络平台，定期向服务对象推送慢性病相关科普知识。
4. 个性化健康指导：对服务对象进行全面评估，包括疾病、生活习惯、心理状态等，制定一对一、个性化的健康管理计划，助力生活质量提升。
5. 家庭访视：基层医疗卫生机构医护人员定期到服务对象家中进行访视，针对服务群体的具体情况，提供个性化的健康指导和建议。
   * + 1. 运动干预

宜配备有氧训练机、抗阻器械、平衡训练平台等先进设备，营造积极运动环境，满足不同需求。

宜引入康复师，进行身体状况评估、运动史询问及心肺功能测试。

制定个性化与多元化运动干预计划，基于体适能测试，结合年龄、性别、疾病状况，制定个性化、多元化运动干预计划，融合有氧运动、抗阻训练、平衡练习等。

* + - 1. 营养干预

全面评估，个性化定制：对慢性病患者进行全面评估，涵盖疾病类型、病程、中医体质类型、体重（BMI）、饮食、营养素摄入、生活方式及心理状态。依据评估结果与《中国居民膳食指南》及慢性病管理指南，制定个性化营养干预计划。

优化膳食结构，平衡营养摄入：控制每日总能量摄入、增加蔬果摄入、适量优质蛋白质、限制饱和脂肪与反式脂肪，以及控制盐、糖摄入。

* + - 1. 用药指导

专业医生对慢性病患者进行总体评估，制定治疗方案的同时告知慢性病患者定期随诊，以不断优化治疗方案。

* + - 1. 中医干预

以改善慢性病患者临床症状，预防并发症，提高生命健康质量为目标，积极探索中医药和中医特色诊疗技术如中药汤剂、针刺、艾灸、耳穴疗法、中药熏洗、代茶饮、传统功法等。

* + - 1. 心理干预

医护人员对慢性病患者进行焦虑、抑郁等心理状态的评估，对需要心理干预的群体，可提供适当的心理咨询服务。

* + - 1. 筛查

对服务对象进行慢性病及并发症筛查，提高筛查的覆盖率和准确性，确保慢病患者能够得到早期发现、早期干预和有效管理。

应采用多种形式，定期组织域内主要慢性病筛查活动。

主要慢性病筛查数据可通过慢病管理信息化系统直接采集，或先纸质后导入慢病管理信息化系统。对筛查出的不同类型人群应采取针对性措施：对于慢性病高危人群，要及时进行分类和风险评估，并安排专业人员积极促动其进行专病诊断性检查；对于已患慢性疾病群体，应注重治疗和管理，提高患者的生活质量；对于有慢性病并发症风险的人群，要做好预防措施，减低并发症发生的可能性；对于处于慢性病康复期人群，则需持续跟踪随访，确保康复效果的稳定。

应长期开展主要慢性病的机会性筛查工作:对日常诊疗中发现的主要慢性病高危人群，应及时纳入慢病管理档案，并安排对应的诊断性检查。并对每次筛查的结果、就医行为与就诊情况进行统计分析，以便及时调整工作流程。

* + 1. 跟踪随访

依据服务对象病情等制定个性化随访计划:按病情严重与稳定程度确定随访频次，通常病情稳定者至少每 3 个月随访 1 次（推荐按照正常门诊习惯，每月随访 1 次），对于病情不稳定者，视情况每 2-4 周随访 1 次。按随访计划按时随访，内容包括：评估疗效、监测不良反应、生活方式干预、调整药物、健康宣教等。

随访方式包括但不限于门诊、家庭访视、电话、网络,其中应以门诊随访为主。对未按时随访的对象，应主动联系。特殊情况不能门诊随访的应电话随访，对于需要特殊照顾或病情严重的患者，可以进行家庭访视，提供上门服务。

在随访过程中服务对象出现异常监测数据，应及时分析处理，并提供正确指导意见，记录在案。

随访人员详记每次随访内容、结果和患者反馈，建立健康档案。

* + 1. 效果评估

生理指标的评估：对所有服务对象进行初诊评估，以后每年应进行一次年度评估，可与随访相结合。除了进行常规体格检查外，每年至少测量一次体重和腰围。建议每年进行必要的辅助检查，包括血常规、尿常规、生化、心电图。有条件者可选做：动态血压监测、尿白蛋白 / 肌酐比、眼底检查等并根据评估结果进行后续治疗。

跟踪随访效果评估：定期对随访数据进行分析，评估随访效果并根据评估结果，及时向随访人员反馈，对随访方案进行调整和优化。

并发症的管理：监测并记录在随访期间是否出现新的并发症或原有并发症的恶化，如有则需转诊至上级医院。

康复计划效果评估：评估患者是否遵循推荐的饮食计划及运动情况。需要减重的患者评估其体重变化情况。

药物治疗依从性及不良反应评估：评估服药情况与不良反应并处理。

患者满意度指标评估：通过问卷或访谈，了解患者满意度等情况。

患者参与情况评估：评估患者随访参与度，鼓励患者积极参与随访。

慢性病质控指标评估：评估疾病管理质控指标，并根据质控数据，适当调整管理目标和计划。

* 1. 绩效衡量

基层医疗卫生机构应对内设的CMC进行考核评价，考核内容包括但不限于：

1. 员工履职情况：评估其是否尽职尽责、遵守规章制度及操作流程，以了解员工态度、专业素养和岗位职责履行情况。
2. 档案信息规范情况：关注医疗记录、服务群体信息及管理文档的准确性、完整性和保密性，确保信息管理符合法律法规和行业标准。
3. 管理目标实现情况：评估CMC设定的管理目标是否有效推进并达成预期成果，以判断其工作有效性和管理策略是否需要调整。
4. 服务对象满意度：通过服务群体反馈和调查问卷了解其对CMC工作的满意程度，包括医疗服务质量、服务态度、等待时间等方面的评价。

针对考核评价过程中发现的问题，CMC应积极采取措施进行以下改进，改进内容包括但不限于：

1. 制定或优化相关管理制度，以更加规范地管理医疗卫生机构的运营。
2. 加强员工培训，提升他们的业务能力和服务意识，以确保他们能够更好地为服务群体服务。
3. 完善档案信息管理体系，提高数据处理效率和安全性，以保护服务群体信息的安全和隐私。
4. 根据服务对象反馈调整服务策略，以满足服务群体的需求和期望。

通过这些改进措施的实施，CMC可以不断提升服务质量和管理效能，确保基层医疗卫生机构的运营更加高效、服务群体满意度持续提高。

参考文献

[1]《基层医疗卫生机构服务规范（江苏省地方标准）》

[2]《医疗卫生机构信息安全技术指南》

[3]《电子病历基本数据集》

[4]《中国心血管疾病的风险水平分层相关指南（2019）》

[5]《欧洲心血管疾病预防临床实践指南（2021）》

[6]《中国脑血管病高危人群管理指南》

[7]《国家基层糖尿病防治管理指南（2022）》

[8]《中国糖尿病风险评分表（2023）》

[9]《美国癌症联合委员会（AJCC）癌症分期系统（2017）》

[10]《中国临床肿瘤学会（CSCO）诊疗指南（2024）》

[11]《全球慢性阻塞性肺疾病倡议（GOLD）（2023）》

[12]《哮喘全球防治创议（GINA）（2023）》

[13]《县域慢病总体方案（2023.9版）》

[14]《国家基本公共卫生服务第三版规范》

[15]《中国高血压防治指南(2024年修订版)》

[16]《中国慢性阻塞性肺疾病基层诊疗与管理指南（2024年）》

[17]《国家糖尿病基层中医防治管理指南（2022）》

[18]《慢性阻塞性肺疾病中西医结合诊疗指南（2022版）》

[19]《国家基层高血压防治管理指南2020版》

[20]《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范》（国卫规划函〔2019〕87号）

[21]《国家卫生健康委办公厅关于印发乡镇卫生院服务能力评价指南（2023版）和社区卫生服务中心服务能力评价指南（2023版）的通知》（国卫办基层函〔2023〕443号）

[22]《关于进一步健全机制推动城市医疗资源向县级医院和城乡基层下沉的通知》（国卫医政发〔2024〕19号）

[23]《关于印发重点中心乡镇卫生院建设参考标准的通知》（国卫办基层函〔2024〕269号）

