

南海区在基层社区创新性地开展家庭医生“三高”智管签约服务,构筑心脑血管疾病防控第一道防线

# 多管齐下“限高”惠及数千街坊

随着人口老龄化的不断加剧,我国居民“三高”患病率逐年上升;不仅对患者健康构成威胁,还给整个医疗系统带来了巨大的压力。目前,中国“三高”患者的控制率偏低,民众对“三高共管”的知晓率和治疗率有待提高。

自2024年3月开始,南海区在基层社区创新性地开展家庭医生“三高”智管签约服务。经过近一年的探索试点工作,初步建立了以家庭医生社区三高共管签约服务为基础,以医联体、专科联盟的双向转诊、全专结合机制为依托的服务模式,为下一步在全区社卫搭建基层心血管疾病一级预防体系奠定了良好的基础,得到了省市专家一致好评。



■ 医生给患者进行健康指导。

## 1 探索社区家庭医生“三高”智管签约服务

2020年统计数据显示,我国成年人高脂血症的发病率达到了40%以上,高血压的发病率为27.9%,糖尿病的发病率为11%。广东省高血压、糖尿病患者人数预估超过6000万人,心脑血管疾病死亡率仍然较高,基层医疗机构基本公共卫生工作面临着挑战。

从2023年6月开始,广东省在全国率先启动“三高共管”试点工作,发布了《广东省高血压、糖尿病、血脂异常“三高共管”试点工作实施方案(试行)》,主要对合并高血压、糖尿病、血脂异常两种或以上的高危人群,强化生活行为方式和药物干预,在珠海、佛山、河源、东莞、中山、江门、肇庆7个地市探索开展“三高共管”试点工作。作为全省首批试点地区之一,佛山市南海区先行先试,付诸行动,当好佛山探索“三高共管”新模式的先锋。

根据文件精神,南海区出台了《佛山市南海区家庭医生“三高智管”签约服务实施方案》,并积极探索组织实施,以扎实推进《健康中国行动(2019-2030年)》心脑血管疾病防治行动,探索将冠心病、脑卒中患者的干预防控纳入家庭医生签约服务范围,以有效降低辖区心脑血管疾病的发生率及因心脑血管疾病导致的过早死亡率。

据介绍,项目采用家

庭医生有偿签约服务模式,根据相关服务规范和指南,结合本地区社区卫生服务机构的服务能力,设置了全区统一的“三高”管理签约服务包,分为基本服务包和高级服务包,居民享受的具体签约服务内容根据居民自身健康需求,在家庭医生的指导下商定。签约后,家庭医生服务团队按照全区统一的技术服务指南,为患者提供连续规范的个性化“三高”管理服务。

有偿签约服务模式,有效提高了医生的管理责任感和患者的管理依从性,有效保障了个性化健康管理措施的实施,保障了项目的可持续发展。

此外,南海区创新性制定家庭医生社区“三高”管理技术服务指引,制定全区统一健康管理技术路径,统一的服务模式、服务内容和流程。所有纳入“三高”管理患者均需按照管理路径完成诊间健康管理、季度健康管理及年度健康管理。其中,年度健康管理主要包括心血管疾病监测、风险评估和分层分级干预管理等服务;季度健康管理主要包括季度随访检查、阶段性干预效果评估和持续健康干预等服务;诊间健康管理主要包括诊前、诊中、诊后管理等服务。

从大方向到小细节,南海区立足共识,将关口前移、资源下沉,逐步完善“三高共管”防治工作机制,建立健全覆盖预防、筛查、诊断、治疗、康复全流程的慢性病健康管理服务体系,提升基层医疗卫生机构和家庭医生的慢性病管理能力,方便居民日常就医、减轻居民医疗负担,回应居民的健康新期待。

## 2 服务成效

长期存在“血脂高”的街坊陈伯就从家庭医生“三高”智管签约服务项目中受益。一开始他并不在意,直到好友因为颈动脉粥样硬化斑块脱落突发脑中风后,才开始意识到“三高”对健康的危害。

未雨绸缪,为了预防突发疾病,陈伯特意到家里附近的大沥镇社区卫生服务中心咨询和检查身体。陈伯的血清总胆固醇为7.2mmol/L,经李医生的评估,他未来10年内发生心血管疾病的风险≥10%,属于“高危”人群!

针对陈伯的情况,李医生建议陈伯签约家庭医生“三高智管”服务。在陈伯签约家庭医生服务后,经过两个月的降血脂治疗,陈伯的血清总胆固醇降到了4.2mmol/L,并且在李医生的指导下戒了多年的烟瘾,经再次评估,目前陈伯的心血管疾病风险从“高危”降低到了“低危”等级,取得了明显的健康管理效果。

陈伯的案例正是南海区家庭医生“三高智管”签约服务实践成果的有力证明。现今,这项优质服务正在逐

## 一年惠及数千街坊群众

步向全区推广,惠及更多南海市民。

据悉,自2024年3月份开展试点工作至今,全区试点已扩展至7个镇街的71个站点,服务站点覆盖率为48%,纳入两病医防融合系统管理约6000人,签约“三高共管”患者人数为2923人,共开出健康处方约8000张,检出心血管疾病风险等级为超高危28人、极高危39人、高危1201人、中危980人、低危678人,其中高危及以上人群占比达到43%。

这其中,全部风险人群均由家庭医生团队提供专业、优质、持续的个性化健康管理服务,有8例经规范管理后出现心血管疾病风险等级降低。按照国家技术指南,高危患者未来10年内心血管疾病发生率≥10%,中危为5-9%,由此推算,若对上述高风险人群进行持续有效的健康管理,可减少或延缓至少175例严重心脑血管事件发生。

由此可见,通过家庭医生“三高”智管签约服务,进一步将诊疗关口前移,对于已出现高血压、高血糖、血脂异常的情况,还没有发生心脑血管疾病的患者来说,“三高”的防治效果明显提高了。南海区“三高智管”试点工作取得了明显成效。



■ 大沥社卫中心的慢性病一体化智管门诊。

## 3 智慧赋能

针对“三高”的长期管理,临床上提倡“全病程”概念,包括筛查、诊断、风险评估、分级管理、药物指导、生活方式指导、定期随访、异常情况干预、健康教育、依从性管理在内的标准化路径,从源头上预防心血管病发生,从进程上延缓心血管病发展。而这一切都需要拥有一套完善高效的健康管理体系。

为此,南海区在具备条件的社区卫生服务机构,专门设置一个相对独立的服务区域,为慢性病患者提供一站式医防融合便捷服务。目前已在丹灶社卫中心和丹灶社卫中心建成了一体化智管门诊两个示范点。

走进丹灶社卫中心门诊一楼的慢性病一体化智管门诊,整体装修风格简约舒适、温馨时尚,集合了家庭医生助理工作站、慢性病管理全科诊室、全专结合5G云诊室、慢性病功能检查室、健康指标检测点等多种功能于一体。以家庭医生服务和智慧医疗服务为特色,为社区高血压、糖尿病、心脑血管疾病、慢阻肺等慢性病患者提供慢性病筛查、诊治、并发症监测、干预指导等一站式的健康管理服务,构建起社区慢性病“一

## 慢病智慧管理

二三”管理服务新模式,即:开设专业、便捷的慢性病“一体化”智管门诊,提供慢性病“两张处方”(药物治疗处方与个性化健康指导处方)医防融合服务,开展家庭医生社区“三高共管”签约服务。同时,还可以在5G健康云诊室,链接南海区人民医院等上级优质医疗资源,通过线上预约专家号源,让群众在“家门口”就能享受到三甲医院专家的远程诊疗服务。

“三高智管”要求“三高”防控患者参与其中。针对“三高”人群,需采取综合管理策略,要让患者主动回到社区,同时提高患者对疾病的治疗率,以及在饮食控制、规律运动以及指标监测上的依从性。

在这个模式里,互联网打通了所有通道。南海区组建信息技术小组,根据技术服务流程和指南,自主研发了“两病三高医防融合信息管理系统”,系统可实现以下智能辅助管理功能:一是对两病、三高患者,按照服务规范和技术指南进行信息化、路径化管理,包括年度管理、季度管理、诊间管理及部分诊疗路径;二是根据诊前、诊中采集的健康信息,自动生成个

性化健康处方;三是根据患者相关健康检查信息,智能判断心血管风险评估等级,并自动生成风险评估告知书;四是对签约数量和履约质量进行动态管理;五是对群体疾病干预效果分析评估;六是与健康一体机实现诊前检查数据自动对接,与上级基公系统实现数据连接,两病数据自动上传。

信息化的管理,为项目的推进实施,提供了有力的支持,有效落实了分级诊疗,实现了区域内优质医疗资源共享和慢病规范化管理,打造南海特色慢病管理医防融合新模式。

在国家心脑血管疾病防治行动中,关口前移,拓展社区心脑血管疾病防治服务范围,加大基层医疗机构血压、血糖、血脂“三高共管”力度是重点。经过近一年的探索和试点工作,南海区已经初步建立了以家庭医生社区三高智管签约服务为基础,以医联体、专科联盟的双向转诊、全专结合机制为依托的服务模式,接下来南海区将持续扩大群众覆盖率,增加慢病管理病种,织好慢性病“防护网”,打造南海基层慢病管理创新模式。