

全科医生在基层慢病管理中的 多维角色与价值

目录

CATALOGUE

01 引言

02 家庭医生签约与
基层慢病管理

03 分级诊疗优化资
源配置

04 提升基层慢病管
理水平

05 结论



01

引言

慢性病管理重要性



01

慢性病负担

慢性病已成为全球范围内的重大公共卫生问题，其影响广泛且深远。在我国，慢性病导致的疾病负担日益凸显，对居民健康和社会经济发展构成了严峻挑战。

02

健康危害

慢性病，如心血管疾病、糖尿病和癌症等，不仅严重损害患者的身体健康，还对其心理和社会适应能力造成不良影响，从而降低生活质量，增加家庭和社会负担。

03

防控紧迫性

我国慢病防治形势严峻，慢病防控工作面临巨大挑战。由于人口老龄化和生活方式的改变，慢性病的发病率持续上升，这对公共卫生体系和社会保障系统提出了更高要求。

全科医生在基层中的角色

签约服务

全科医生在基层慢病管理中作为家庭医生，与居民建立签约服务关系，提供连续、综合的健康管理服务。他们通过定期随访、健康教育和指导等方式。

医防融合

全科医生在基层慢病管理中积极促进医疗与预防的深度融合，通过“医中有防”的模式，提升慢病管理效率。他们将疾病预防融入日常诊疗中。

资源协调

全科医生在基层慢病管理中发挥协调作用，整合医疗资源，为患者提供全面的医疗服务。他们与专科医生、康复中心、营养师等紧密合作。

医联体建设与发展



分级诊疗

医联体作为我国医疗体制改革的重要举措，通过搭建上下联动机制来提高医疗资源利用率、医疗服务可及性，降低医疗负担，缓解慢病患者“看病难、看病贵”问题。

资源优化

医联体促进优质医疗资源下沉，提升基层医疗服务能力，优化医疗资源配置。通过专家坐诊、带教培训等方式，帮助基层全科医生提升服务水平。



02

家庭医生签约与基层慢病管理

签约服务成效展示

签约服务助力慢病管理

以舟山市定海区西码头社区为例，通过家庭医生签约服务，社区卫生服务站积极管理慢性病，六位一体服务提升群众满意度与健康知识知晓率。

签约服务全面覆盖

李沧区通过家庭医生签约服务，覆盖率达56.6%，实现全街道、全社区覆盖，服务多样含预防、保健、医疗等，信息化管理提高效率质量，居民满意度高。



签约服务促慢病管理

王庄镇卫生院实现角色转换，加强宣传提高居民对公共卫生及家庭医生签约服务知晓率，增强归属感。成立慢病患者自我管理小组，提升患者参与感。

签约服务成效显著

签约慢病患者控制率明显提升，健康意识和依从性逐步提高，血压及血糖控制情况得到明显改善，治疗费用明显下降，群众满意度及幸福感明显提升。

医防融合重要性



医防融合提升慢病管理

成都市成华区青龙社区卫生服务中心推进医防融合，慢病一体化管理中心实现“医中有防”，提升管理率和控制率，中心主任陈芳芳介绍相关成效。

医防融合在慢病管理中的应用

青龙社区卫生服务中心利用“家庭医生微网格”+健康网底，线下建专科门诊，构建慢病防控网络，筛查潜患，提升管理率和控制率。

医防融合提升基层诊疗能力

全科医生在接诊时关注慢病高危人群，建议筛查，对健康人群加慢病预防宣教。依托医联体，上级医院专家定期坐诊带教，提升基层诊疗能力。

医防融合重要性

医防融合在基层实践

家庭医生团队由多专业人员组成，日常健康管理中能及时发现疾病苗头。如青龙辖区的刘大爷在体检中血糖异常，全科医生及时干预，确诊糖尿病后特殊门诊管理，团队长期指导，刘大爷血糖控制满意。

医防融合新模式

仁怀市家庭医生签约服务以紧密型医共体为依托，选派优质医疗资源下沉，指导乡镇卫生院。签约团队专注重点人群，深化医防融合，提供高质量医疗服务。

医防融合精准服务

新源县优化基层家庭医生签约服务团队，构建“1+3+N”组合模式，即1名专科医师+3人家庭医生团队+N个村居委会公共卫生人员，满足群众多样化健康需求。

分级诊疗与资源配置

紧密型医联体双赢策略

广东省云浮市郁南县通过紧密型医联体建设推动医疗资源下沉实现分级诊疗提高基层救治率减轻群众经济负担实现医院与群众双赢。

医联体助力分级诊疗

郁南县第二人民医院承接优质医疗资源住院率救治率升。安排医师下沉卫生院举办培训帮扶业务量升。诊断报告互认降成本保质量。

医联体优化资源配置

广东医药卫生体制改革强基层医疗促分级诊疗双赢。党的二十届三中全会强调建设分级诊疗体系推动紧密型医联体强化基层医疗。

分级诊疗与资源配置

基层首诊机制减负

广东省深化医药卫生体制改革近期重点工作任务中强调实施医疗资源均衡配置改革与紧密型县域医共体建设减轻群众就医负担推动分级诊疗体系发展。

紧密型医共体未来模式

紧密型县域医共体是未来基层慢病管理主要模式之一，通过总额预付及DRGs支付改革强化慢病管理，建设专科诊疗中心提升基层诊疗水平。

紧密型医联体多元赋能

郴州北湖区人民路街道社区医院将慢病管理纳入城市医疗集团建设范畴加强医防协同邀请专家下沉建档案优流程提能力。苏仙区白鹿洞街道社区卫生服务中心与市第一人民医院合作开设慢病管理窗口方便群众就医。

分级诊疗与资源配置

自贡市紧密型医联体

自贡市加快推进紧密型医联体建设引导优质资源下沉。市中医院支持沿滩区中西医结合医院建血液透析中心为患者提供同质化诊疗服务并降低自付费用。市妇幼保健院与沿滩区妇幼保健院建紧密型医联体提供全周期妇幼健康服务。

蚌埠市紧密型医联体

蚌埠市以公立医院改革和城市医联体建设试点为契机明确功能定位提升效能资源贯通同质服务利益共享强化机制保障让基层百姓享受实惠和便利。

柳北胜利街道培训强化

柳北区胜利街道社区卫生服务中心特邀上级紧密型医联体单位广西科技大学第一附属医院内分泌科主任举办《糖尿病管理》专题培训强化基层慢病管理综合能力。



分级诊疗与资源配置



郁南县四员职责明晰

郁南县扎实推进紧密型医共体建设明确“县监督员、县级医院技术员、镇卫生院服务员及村卫生站信息员”的“四员”职责及功能定位提升群众获得感幸福感安全感。

提升基层慢病管理水平



01

人民路街道社区医院的管理措施

每月邀请郴州市第一人民医院慢病管理专家下沉到社区医院进行血糖血压初步检查问诊评估并指导后续慢病康复为居民答疑解惑发放宣传资料共管高血压糖尿病。

02

区域医共体减负利民

整合医疗资源让群众就近获得公平可及连续医疗卫生服务苏仙区白鹿洞街道社区卫生服务中心与市第一人民医院合作开设慢病管理窗口减轻患者就医经济负担。

03

北湖区医共体新程

北湖区区域医共体签约暨启动仪式标志该区在深化医药卫生体制改革中迈出重要步伐形成首诊、转诊、急慢分治、上下联动诊疗机制减轻患者就医经济负担。

健康教育与指导

全科医生的健康教育

全科医生通过多种方式传播慢性病知识在社区举办讲座发放宣传册讲解病因症状预防。以心血管疾病为例介绍危险因素及健康生活方式降低患病风险。

个性化健康教育

全科医生针对不同慢性病患者提供个性化健康教育糖尿病患者重点讲解饮食控制、血糖监测、运动锻炼呼吸病患者强调戒烟、避污染、呼吸功能锻炼的重要性。

全程化管理患者

全科医生在日常诊疗中一对一健康教育询问病史体检时给针对性建议新诊断高血压患者详解危害指导测压服药提醒低盐运动心态好增强患者自我管理参与度。

协调医疗资源



转诊与专科衔接

全科医生作为首诊医生根据患者具体推荐专科医生或机构转诊复杂心血管病患者至上级医院心血管专科确保专业诊断治疗并与专科医生沟通了解治疗进展为转回基层康复做准备。

整合社区医疗资源

全科医生可整合社区医疗资源为慢病患者提供康复训练指导、个性化饮食方案和心理支持等全方位服务提高治疗效果和生活质量让患者在社区内就能获得全面照护。



参与医联体建设

全科医生积极参与紧密型医联体建设与上级医院专家交流学习提高业务水平促进医疗资源上下联动提升基层医疗服务质量让患者享受优质医疗资源带来的便利。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/106044115105011002>