南卫〔2021〕182号

南安市卫生健康局关于印发南安市慢性病

防治等四份医防融合工作方案的通知

市总医院及各成员单位，市疾病预防控制中心、市卫生计生执法大队：

为贯彻落实国家、省、泉州市和我市医改精神，根据《南安市公立医疗机构管理委员会办公室关于印发南安市医防融合工作方案（试行）的通知》（南医管办〔2021〕4号），结合我市工作实际，现将《南安市慢性病防治医防融合工作方案》《南安市结核病防治医防融合工作方案》《南安市艾滋病防治医防融合工作方案》《南安市严重精神障碍防治医防融合工作方案》等四份医防融合工作方案印发你们，请认真贯彻落实。

 南安市卫生健康局

 2021年10月29日

（此件主动公开）

南安市慢性病防治医防融合工作方案

为贯彻国家慢性病防控“关口前移，重心下沉”的要求，探索“医防融合”的“大健康”服务模式，促进以“疾病为中心”向以“健康为中心”转变。根据《南安市公立医疗机构管理委员会办公室关于印发南安市医防融合工作方案（试行）的通知》（南医管办〔2021〕4号）精神，结合我市实际，特制定本方案。

一、工作目标

1.建立县域慢性病管理协调分工机制，在实施国家基本公共卫生服务项目的基础上，健全慢性病“防、治、管、教”四位一体的防治模式，促进慢性病精细化管理，实现慢性病“发现－建档－管理－上转－下转－康复”的全程管理服务，提升干预效果，有效控制慢性病的发生发展水平，促进防治有机结合。

2. 以医防融合为契机，启动慢性病防控示范区创建工作，并力争在2024年完成示范区建设。

二、工作措施

**（一）加大筛查力度，提高慢性病患者发现率**

1. 一般人群筛查。鼓励各医共体片区诊疗中心开展高血压、糖尿病、慢阻肺等慢性病人群的全面筛查工作。各医共体片区诊疗中心每年选取不少于1个社区（村）对18岁及以上人群开展相关的慢性病筛查，提高慢性病患者的发现率，并进行规范管理，具体方案另行制定。

2. 重点人群筛查。辖区内全面实施首诊测血压制度。总医院和基层分院及村卫生所（室）、社区服务站对辖区内35岁及以上居民进行首诊测血压，对在诊疗过程中发现的血压异常者，按《国家基层高血压防治管理指南（2020版）》诊断标准确诊后，进行建档和纳入管理。

3. 机会性筛查。主要包括健康体检筛查和义诊活动筛查。对在日常健康体检和义诊活动中发现的血压和（或）血糖异常者开展跟踪随访，对确诊患者进行建档并纳入管理。

4.市总医院建立各片区诊疗中心与精神专科医院协调机制，落实严重精神障碍患者的筛查、诊断和评估工作。

**（二）实施慢性病分类、分级、分片管理模式**

1. 分类管理。将患者分为高危、中危和稳定三类，实施分类管理。分类标准见附件1。

分级管理。实行医共体片区诊疗中心-基层分院-村卫生所（室）三级管理模式。各医共体片区诊疗中心负责辖区内高危慢性病患者管理；基层分院负责中危慢性病患者管理；乡村医生负责稳定慢性病患者管理。

分片管理。市医院、中医院、光前医院、洪濑中心卫生院、南侨医院、海都医院等6个医共体片区诊疗中心分别组建慢性病管理专家团队，并将专家成员充实到各分院团队中，下沉到基层分院开展专科技术指导。

**（三）完善双向转诊，落实分级诊疗**

1. 上转。为基层分院向片区诊疗中心转诊的高血压、2型糖尿病的门诊和住院患者，建立“绿色转诊通道”，享受优先诊疗和住院服务，实现无缝对接。严重精神障碍患者通过片区诊疗中心联系精神专科医院转诊。各片区诊疗中心、精神专科医院结合本辖区实际情况，每日预留一定比例的专家预约诊号及住院床位，用于满足慢性病患者转诊优先诊疗需求。慢性病患者在基层分院首诊，经分院医生诊查后，认为需要上转治疗或行辅助检查的，由签约医生或签约团队联系片区诊疗中心预约门诊专家号或辅助检查号。对确实需转诊的患者及时予以转诊和（或）提供就医路径指导，为双向转诊患者建立绿色通道，确保每一位转诊患者都能得到及时有效的服务。

2. 下转。基层分院对下转患者，按片区诊疗中心、精神专科医院专科医生制定的治疗方案提供日常随访及康复指导等健康管理服务，确保治疗方案的连续性和有效性，对随访中患者出现的病情变化需及时联系片区诊疗中心的专科医生或通过片区诊疗中心联系精神专科医院，协助转诊或解决问题。

**（四）完善健康档案管理，推动档案向居民开放**

1. 对新确诊的慢性病患者严格按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求进行档案的建立与管理，基层分院要成立档案管理质量控制制度，定期组织人员对分院、村所（室）、卫生服务站的居民健康档案管理进行质量核查，加强信息的核查和录入工作，及时搜集、整理相关信息，确保信息的及时性、准确性、完整性。

2. 定期清理患者健康档案，实施动态管理，避免出现重档、死档、空档，确保档案唯一性；对于电话号码等重要信息应及时更新，对于不规范、不真实档案要及时整改、清理，杜绝问题档案发生。强化档案管理能力，及时录入档案使用记录，提升档案动态使用率。为辖区常住居民提供连续、综合、协调的全程服务。

**（五）加强健康促进，提升慢病防治能力**

1. 针对高血压、2型糖尿病、严重精神障碍等不同慢性病患者群体开展针对性的健康教育，提供个性化健康指导服务，预防与控制疾病的发生和发展。

2. 总医院组建健康教育巡讲团，定期到基层分院、村所、服务站开展针对性的健康教育讲座。

3. 充分发挥总医院和疾控等公共卫生专业机构的综合力量，结合慢性病健康主题日，积极开展慢性病防治健康咨询活动。

4. 制作通俗易懂、内容生动的慢性病防治短视频，通过新媒体、微信公众号等多种渠道、多方宣传慢性病防治知识。

5. 多渠道多形式开展“三减三健全民健康生活方式行动”、“健康素养66条”和“心理健康素养核心信息”的健康宣传，提高全民健康意识和素养水平。

6. 积极推动健康支持性环境建设，营造良好的健康氛围。

三、职责分工

**（一）总医院职责**

成立慢性病管理中心，负责总院各院区分院慢性病一体化工作的组织管理、技术指导和监督检查。慢性病管理中心领导及成员名单见附件2。

**（二）总医院片区诊疗中心职责**

1.负责本辖区慢性病一体化管理政策的实施、培训和指导工作。组建慢性病健康管理团队，负责慢性病转诊患者的健康管理服务。

2.组建慢性病管理专家团队，负责下沉到基层分院开展专科指导、健康讲座、慢性病防治知识培训。

3.开展慢性病防治健康教育咨询活动每年不少于4次，通过各种平台发布慢性病防治知识宣传不少于4期。

4.负责落实18岁及以上常住居民相关慢性病的全面筛查，负责基层分院上转高危患者的管理，负责下转病情稳定的患者到基层分院。

5.落实分级诊疗制度，开通绿色转诊通道。

6. 负责与康复院、康宁医院等精神专科机构协调严重精神障碍患者管理相关工作事宜。

**（三）疾控中心职责**

1.指导基层分院开展慢性病数据的质量控制和管理、开展慢性病管理专业技术培训，参与总院各院区分院的慢性病管理工作。

2.派遣公共卫生专员与总医院专家深入各基层分院进行专业技术指导。

3.指导慢性病防治健康教育宣传材料的制作。

4. 积极开展慢性病防控工作。

**（四）精神专科医院**

 1.指导基层分院做好严重精神障碍患者日常管理工作，开展专业技术培训。

2. 协助基层分院开展严重精神障碍患者的排查和评估评级工作。

3. 派遣公共卫生专员深入基层分院提供专业技术指导，参与严重精神障碍患者管理服务和心理健康教育。

**（五）基层分院职责**

1.负责落实35岁及以上患者首诊测血压制度。

2.为辖区内原发性高血压、2型糖尿病和严重精神障碍等慢性病患者建立居民健康档案，负责中危患者的随诊管理；开通绿色转诊通道，落实双向转诊、分级诊疗，为慢性病患者提供规范治疗。

3.慢性病健康教育。

（1）组建慢性病患者自我管理小组，有针对性地开展慢性病危险因素干预、健康教育、自我管理健康技能指导。

（2）通过各种渠道定期推送慢性病防治知识，提高患者自我管理意识。

（3）每年开展慢性病防治知识讲座、健康咨询活动不少于4次，通过各种平台发布慢性病防治知识宣传不少于4期。

**（六）村卫生所、社区卫生服务站**

1. 负责落实35岁及以上患者首诊测血压制度。

2. 积极配合分院家庭医生开展下沉村所、服务站巡诊，负责所有慢性病患者的日常管理。

附件：1. 分类标准

2. 慢性病管理中心成员名单

附件1

分类标准

一、高血压

1. 高危（需立即转诊）

（1）意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐，视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧的患者；

（2）收缩压≥180mmHg 和（或）舒张压≥110mmHg，经短期处理仍无法控制；

（3）药物不良反应难以控制；

（4）出现新的并发症或原有并发症加重且难以处理的患者；

（5）伴蛋白尿或血尿；

（6）非利尿剂或小剂量利尿剂引起的低血钾（血钾＜3.5mmol/L）;

（7）妊娠或哺乳期女性；

（8）双上肢收缩压差异＞20mmHg；

（9）血压持续升高伴持续性胸背部剧烈疼痛；

（10）连续出现2次（含2次）以上测量收缩压≥140mmHg和（或）舒张压≥90mmHg的患者；

（11）其他不能处理的急症患者。

2. 中危（增加随访次数）

（1）测量收缩压在140mmHg≤SBP＜180mmHg之间和（或）舒张压在90mmHg≤DBP＜110mmHg之间的患者；

（2）其他认为病情应视为中危的患者。

3. 稳定（维持日常随访）

（1）血压控制稳定，每次随访血压均控制在收缩压＜140mmHg和舒张压＜90mmHg的患者；

（2）其他认为可视为病情稳定的患者。

二、糖尿病

1. 高危（需立即转诊）

（1）出现血糖≥16.7mmol/L或血糖≤3.9mmol/L；

（2）收缩压≥180mmHg和/或舒张压≥110mmHg；

（3）出现意识或行为改变、呼气有烂苹果样丙酮味、心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红等情况的患者；

（4）持续性心动过速（心率超过100 次/分钟）；

（5）体温超过39 ℃；

（6）其他的突发异常情况，如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常值等；

（7）连续出现2次（含2次）以上测量空腹血糖≥7.0mmol/L的患者；

（8）出现药物不良反应难以控制或出现新的并发症或原有并发症加重的患者；

（9）存在不能处理的其他疾病。

2. 中危（增加随访次数）

（1）测量空腹血糖≥7.0mmol/L 的患者；

（2）其他认为病情应判定为中危的患者。

3. 稳定（维持日常随访）

（1）血糖控制满意（空腹血糖值<7.0mmol/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；

（2）其他认为可视为病情平稳的患者。

三、严重精神障碍

1. 高危（2周内随访）

病情不稳定且危险性为3～5级，或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病的患者。

2. 中危（1个月随访）

病情基本稳定且危险性为1～2级，或在精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差，在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗处理后未达到稳定的患者。

3. 稳定（3个月随访）

（1）病情基本稳定且危险性为1～2级，虽然有精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差，但在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗处理后病情趋于稳定的患者；

（2）病情稳定危险性为0级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反应，躯体疾病稳定，无其他异常的患者。

附件2

慢性病管理中心成员名单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主任/副主任 | 成员 | 联系方式 | 职务/职称 | 专业 |
| 主任：副主任： |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

南安市结核病防治医防融合工作方案

为全面落实《“健康中国”2030规划纲要》和国家、省《关于做好2018年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》要求，贯彻落实《南安市公立医疗机构管理委员会办公室关于印发南安市医防融合工作方案（试行）的通知》（南医管办〔2021〕4号）的要求，为进一步做实做细国家基本公共卫生服务项目，有序推进基层结核病医防融合管理工作，结合我市工作实际，特制定本方案。

一、工作目标

通过结合分级诊疗制度建设和家庭医生签约服务，发挥基层医疗卫生机构网底作用，进一步加强和完善措施，提升基层医务人员能力，完善服务模式，建立激励机制，为结核病患者提供标准化、同质化的防治管理服务，增强居民感受度和获得感，提高群众健康水平。

二、工作措施

**（一）实施分级管理模式**

组建市-乡-村家庭医生签约团队，实行市-乡-村分级管理。将总医院、市医院、市疾控中心专家成员下沉到基层分院开展结核病防治技术指导，负责三级患者健康管理。各分院家庭医生签约团队，负责二级患者健康管理，定期下沉村所、服务站开展随访、巡诊服务。各分院家庭医生签约团队中的村医负责一级患者的日常随访、健康指导服务。

**（二）加大筛查力度，完善患者管理**

1.加强重点人群的结核病筛查力度，提高发现率。

（1）各基层分院做好辖区内登记的病原学阳性肺结核患者密切接触者的筛查。对与登记的病原学阳性肺结核患者在其确诊前3个月至开始治疗后14天以内直接接触的人员开展结核症状筛查，并在首次筛查后的半年和一年后的再次进行结核病的症状筛查。在筛查中发现有肺结核症状的接触者要及时转诊至南安市医院进一步检查。

（2）各基层分院每年对辖区内65岁及以上的老年人每年至少开展一次结核病症状筛查，并对其中30%的老年人开展肺部X线或PPD检查。

（3）各基层分院对辖区内糖尿病患者每年至少开展一次结核病的症状筛查，并对其中50%的糖尿病患者进行肺部X线或PPD检查。

（4）各基层分院积极做好辖区内学校结核病的筛查工作。对学校教职员工或学生发现结核病患者时，要做好该患者的密切接触者的筛查工作；结核病患者为非学校人群时，要做好家庭密切接触者中为学生的筛查工作；要做好辖区内各中小学校的新生入学结核筛查工作。

（5）南安市医院负责在HIV感染者及艾滋病人开展结核病筛查工作，采用肺部X线检查、PPD试验或痰涂片等检查方法进行筛查，筛查率≥90%。同时将检查结果记录，并按规定完成相应的报表。

2.完善患者管理。各基层分院对新确诊的结核病患者应严格按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求开展督导，定期组织人员对各自分院和所辖的村所、服务站的工作进行督导，及时整理相关信息，确保信息的及时性、准确性、完整性。对于发现的不规范、不真实档案，督促责任人进行整改、清理。

**（三）健全双向转诊，落实分级诊疗**

1.对基层向上转诊的肺结核的门诊和住院病人，总医院建立“绿色转诊通道”，在市医院享受优先诊疗和住院服务，实现与基层分院的无缝对接。市医院结核病门诊每天预留出一定数量的专家门诊号和住院床位给基层分院，用于满足结核病患者转诊、家签居民优先诊疗需求。对确实需转诊的患者及时予以转诊或提供就医路径指导，结核病门诊负责对接双向转诊信息，为双向转诊患者建立绿色通道，确保每一位转诊患者都能及时得到有效服务。市医院结核病门诊预约电话：0595-86394230。

2.基层医疗卫生机构家庭医生对下转患者，按市医院专科医生制定的健康管理方案和签订的服务包内容提供日常管理及健康管理服务，确保治疗方案落实的连续性，对随访中病人出现的病情变化需及时联系市医院专科医生，协助转诊或解决问题。

**（四）推进医疗资源下沉，提升服务水平**

通过推进管理职能下沉、人力资源下沉、服务技能下沉、病种下沉等方式解决分院在基本医疗、基本公共卫生等方面面临的问题，快速提升各基层分院的服务能力。

**（五）推进健康促进，强化防治指导**

1.针对肺结核开展群体分类分级健康教育及个性化健康教育服务，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”等健康生活方式，改变不良生活习惯，提高目标人群自我管理意识，预防与控制疾病的危险因素及相关并发症发生。

2.总医院、市医院、市疾控中心建立健康教育团队定期到基层分院、村所、服务站开展健康教育讲座、健康咨询。各分院通过社区、机关、学校、乡村的健康教育讲座，科普知识宣传等活动普及结核病防治基本知识，促使居民自觉养成良好的健康行为和生活方式。

3.积极开展结核病防治健康咨询活动，通过在结核病防治健康主题日宣传，充分利用微信公众号、个人健康云、 网络直播平台、健康讲座、健康咨询等多种形式，大力宣传结核病防治管理的重要性，进一步提高居民的防治意识。

三、职责分工

**(一)市卫生健康局**

1.依照福建省和泉州市下发的结核病防治规划，拟定我市的结核病防治规划并报同级人民政府批准后实施。并按照省、泉州市下达的结核病防治年度计划，制定我市当年的结核病年度防治计划。

2.统筹规划全市医疗卫生资源，对结核病防治服务工作给予必要的政策和经费支持，确保各项工作顺利实施。

3.协调多部门合作，完善并落实结核病医疗保障政策。

**（二）市总医院职责**

1.要精心部署，细化医防融合的服务内容、职责分工、宣传发动、人员培训、工作流程制定等项工作。

2.制定结核病防治医防融合年度实施计划。

3.开展对基层分院的指导检查。

4.做好对基层分院的业务培训。

**（三）市医院职责**

1.建立、健全各项工作制度，明确各相关科室（结核门诊、药房、检验科含痰检室、放射科、预防保健科等）工作职责；建立院内结核病发现、登记、报告及转诊工作程序；将结防工作纳入医院考核内容，定期由预防保健科组织对相关科室检查，并将检查结果进行通报，确保按时完成省、市下达的各项指标任务。

2.设立结核病门诊，要严格按照《中国结核病防治规划实施工作指南（2020版）》、《肺结核临床路径》和《门诊诊疗规范》为本地区结核患者提供诊断与治疗服务，并落实国家和地方有关免费政策。

3.设立肺结核病房，凡来诊断的肺结核病人原则上实行门诊治疗，确需住院的病人，应严格执行肺结核临床路径，只对重症疑难的患者（大咯血等）提供住院治疗，一旦病情缓解，即回门诊继续治疗，住院费用按医保政策执行。

4.负责对已诊断肺结核患者治疗过程中的检查及其密切接触者进行筛查，以及对患者及其家属进行结核病知识的健康教育。对所有病原学阳肺结核病人的家庭密切接触者进行筛查和宣传教育，并登记所有检查结果，筛查率≥95%。

5.采用X线检查、PPD试验、痰涂片等检查方法，在HIV感染者及艾滋病人中筛查结核病，筛查率≥90%。检查后应将检查结果记录，并按规定完成相应的报表。

6.在患者的治疗过程中要积极对患者及其家属开展健康教育和心理支持。

**（三）市疾控中心职责**

1.负责对市医院及基层分院结核病质控人员进行管理、督导、考核和培训，并协助总医院开展结核病一体化管理督导和考核。

2.每季度派遣专业人员与总医院专家指导组深入各基层分院开展结核病防治指导。

3.每季度向总医院反馈对各季度结核病督导存在问题与不足，并提出指导意见。

4.负责结核病防治健康教育宣传资料制作。

5.建立各机构间信息传递工作流程，建立非定点医疗机构报告转诊工作机制，建立结核病患者追踪工作流程。负责结核病的日常监测。

**（四）基层分院职责**

1.基层分院落实辖区内可疑肺结核患者的疫报、转诊和追踪工作。

2.开展重点人群筛查。

3.严格按照《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）及上级的要求开展结核病患者的健康服务管理，并做好对各村卫生所室的督导。

4.开展多种形式的结核病健康教育。（1）组建结核病患者自我管理小组，有针对性地开展结核病危险因素干预、健康教育、自我管理健康技能指导。（2）通过个人健康云APP、云鹊医及建立微信结核病医患沟通群定期推送结核病防治知识，提高患者自我管理意识。（3）每年开展结核病防治知识讲座、健康咨询活动不少于1次，在分院微信公众号发布结核病防治知识宣传不少于1期。

**（五）村卫生所、社区卫生服务站的职责**

1.落实患者管理。为肺结核患者建立居民健康档案，根据人群分类选择签约服务包类型，按签约服务协议内容规范履约，积极配合分院家庭医生开展下沉村所、服务站巡诊，负责结核病患者的管理。

2.配合基层分院开展重点人群筛查工作。

3.协助基层分院做好肺结核疑似患者的发现、疫报、转诊和追踪工作。

南安市艾滋病防治医防融合工作方案

为全面落实《“健康中国”2030规划纲要》和《国务院防治艾滋病工作委员会办公室关于启动第四轮艾滋病综合防治示范区工作的通知》(国艾办函〔2019〕11号)要求，贯彻落实《南安市公立医疗机构管理委员会办公室关于印发南安市医防融合工作方案（试行）的通知》（南医管办〔2021〕4号）的要求，为进一步做实做细艾滋病监测检测、宣传教育、治疗随访，有序推进基层艾滋病医防融合管理工作，结合我市工作实际，特制定本方案。

一、工作目标

进一步完善艾滋病防治宣传干预、动员检测、转介治疗服务模式，实施精准防控措施，有效遏制艾滋病性传播上升势头，将艾滋病疫情持续控制在低流行水平。全面完成《遏制艾滋病传播实施方案(2019-2022年)》目标任务,率先实现“三个90%。即：诊断发现并知晓自身感染状况的感染者和病人比例达90%以上，符合治疗条件的感染者和病人接受抗病毒治疗比例达90%以上，接受抗病毒治疗的感染者和病人治疗成功率达90%以上。

二、工作措施

**（一）线上线下相结合，开展艾滋病宣传教育**

各基层分院要加强面向大众的艾滋病防治知识宣传，特别是对老年人、青年学生、流动人口、孕产妇等重点人群和易感染艾滋病危险行为人群开展艾滋病防治宣传教育。利用微信公众、微博等新媒体平台推送宣传教育信息,结合线下专题讲座、分发宣传单、安全套推广、检测与咨询等形式开展广泛宣传工作，提高检测覆盖面和检测率，也可结合医院门诊开展诊疗期间面对面宣传。

1.新媒体平台推送艾滋病宣传教育信息(鼓励转发国家、省级推送内容)每年不少于5个。

2.城乡大众艾滋病宣传活动每年不少于1场。

3.学校艾滋病宣传活动每年不少于1场。

4.老年人群艾滋病宣传干预：眉山、蓬华、向阳、翔云分院干预人数不少于400人次，其余基层分院干预人数不少于800人次。

5.流动人口艾滋病宣传干预：官桥、水头、石井、柳城、霞美、溪美、洪濑、仑苍宣传干预人数每年不少于750人次，其他乡镇根据实际情况，开展针对流动人口的艾滋病防治宣传。

6.做好酒店、KTV、洗浴中心、桑拿等娱乐场所从业人员的艾滋病防治宣传和动员检测。

**（二）加大筛查力度，提高发现率**

1.全市各医疗机构要扩大艾滋病检测覆盖面，推动医疗机构主动为就诊者提供艾滋病检测咨询服务（PITC），在住院部和皮肤性病科、泌尿科、妇产科、肛肠科、结核病科、婚前体检等重点科室门诊规范开展PITC服务，提高就诊人员HIV抗体检测量和比例，及早、更多发现艾滋病病毒感染者/艾滋病病人。根据《关于印发泉州市医疗机构主动提供艾滋病检测咨询工作（PITC）督导和评估方案的通知》（泉卫疾控函〔2020〕180号）文件要求，完成每年筛查任务数和筛查比例。

2.根据《全国艾滋病哨点监测实施方案》要求，官桥、水头、石井、柳城、霞美、溪美、洪濑、仑苍分院需结合辖区实际情况，从流动人口集聚的场所征集，并结合当地流动人口登记管理、健康干预（教育）活动、健康体检等工作开展监测，如外来人口较为集中的建筑工地、厂矿、集贸市场等所在地区。在监测时限内（每年4-6月）开展南安市艾滋病流动人口哨点监测，各完成50份哨点监测问卷和血样监测。

3.各基层分院结合基本公共卫生服务对辖区50岁及以上年龄组人群开展艾滋病宣传干预活动并动员检测。眉山、蓬华、向阳、翔云分院每年检测人数不少于125人次，其余基层分院每年检测人数不少于250人次。各医疗机构在提供艾滋病检测咨询服务时，要切实做好知情不拒绝和信息保密工作。

4.南安市疾控中心、南安市妇幼保健院、南安市医院艾滋病自愿咨询门诊根据《福建省艾滋病免费自愿咨询检测实施细则》的要求，结合皮肤性病门诊、结核门诊、婚前检查等规范开展VCT，南安市疾控中心每年检测不少于500人次，南安市妇幼保健院不少于400人次，南安市医院不少于200人次。

**（三）做好阳性结果告知，提高转介治疗率**

全市各医疗机构在收到HIV抗体阳性确诊报告单，应48小时内联系病人领取报告单，由医疗机构艾滋病咨询员或首诊医生负责阳性结果告知和咨询服务，采取一对一、面对面进行告知。告知的人员应有责任心、具备相当的知识和较强的交流能力，遵循保密原则，注意知识更新，保证咨询服务质量，并完整、准确地填写相关记录。告知内容如下：

1.解释检测结果的含义，确保对方理解检测结果。

2.帮助就诊者处理情绪问题，进行心理疏导。

3.艾滋病确诊后在生活中的注意事项、艾滋病预防基本知识以及规范抗病毒治疗的重要性，同时动员患者告知配偶进行艾滋病抗体筛查。

4.告知申请抗病毒所需的材料清单，指导病人准备申请材料，按照南安市医院爱心门诊开诊时间预约领药时间。

5.孕妇确诊艾滋病，除提供上述信息外，告知艾滋病母婴传播的风险和预防措施，并转介到南安市妇幼保健院进行母婴阻断。

各医疗机构要指定专人管理艾滋病病人，做好艾滋病病人配偶检测和转介治疗工作，同时配合南安市医院和南安市疾控中心对病人后续追踪随访工作，艾滋病病人配偶检测率≥85%，艾滋病病人转介抗病毒治疗率≥90%。

**（四）构建绿色转诊通道，简化抗病毒申请流程**

1.总医院建立各医疗机构与定点治疗医院的“绿色转诊通道”，各医疗机构报告现住址和户籍地均为南安的艾滋病感染者及病人，可通过绿色转诊通道转诊，转诊的确诊病例/感染者只要在确诊后30天内携带相关材料前往南安市医院爱心门诊即可一站式完成后续治疗相关程序，免去繁琐的治疗申请审核环节，无需再前往南安市疾控中心进行CD4检测和抗病毒治疗申请。对超过30天的病人则转至南安市疾控中心进行常规随访管理和抗病毒治疗申请审核。

2.南安市医院爱心门诊对通过“绿色转诊通道”转诊的病人，应在领药当日做好CD4检测工作和材料审核工作。

**（五）加强抗病毒治疗随访工作，提高治疗成功率**

南安市医院负责对进行抗病毒治疗的HIV感染者及艾滋病人开展结核筛查工作，采用肺部X线检查、PPD试验或痰涂片等检查方法进行筛查，筛查率≥90%；做好在治病人的CD4和病毒载量检测工作，筛查率≥95%，对耐药病人应及时进行处方调整，或根据需要提交二线药申请；对治疗停药病人，应加强随访，进行艾滋病知识宣传教育，强调抗病毒治疗重要性，鼓励继续进行抗病毒治疗；对治疗失访病人，转至所在乡镇分院，进行追踪随访，减少病人丢失。

**（六）做好艾滋病患者关怀，提高患者生活质量**

要强化医疗机构首诊（问）负责制，对诊疗服务中发现的艾滋病患者，做好接诊和相关处置工作，不得以任何理由推诿或者拒绝诊治。在不具备相关诊疗条件时，首诊医疗机构要及时转诊至定点医院，同时提供所需要的艾滋病咨询服务，安全套，治疗等信息。定点医院要为CD4+T淋巴细胞计数小于200个／mm3的艾滋病病人(含艾滋病病毒感染者)免费提供复方磺胺甲恶唑(复方新诺明)药物，预防艾滋病患者的机会性感染。南安市卫生健康局要协助经济困难的艾滋病患者及其家属按有关社会救济政策的规定申请政府生活补助，协助艾滋病患儿申请免费的义务教育等关怀政策。

三、职责分工

**(一)市卫生健康局**

1.依照国家、省、市下发的艾滋病防治规划，拟定我市的艾滋病防治规划并报同级人民政府批准后实施。并按照省、市下达的艾滋病防治年度计划，制定我市当年的艾滋病年度防治计划。

2.统筹规划全市医疗卫生资源，对艾滋病防治服务工作给予必要的政策和经费支持，确保各项工作顺利实施。

3.协调多部门合作，完善并落实艾滋病医疗保障政策。

**（二）市总医院职责**

1.要精心部署，细化医防融合的服务内容、职责分工、宣传发动、人员培训、工作流程制定等项工作。

2.制定艾滋病防治医防融合年度实施计划。

3.开展对基层分院的指导检查。

4.做好对基层分院的业务培训。

**（三）市医院职责**

1.建立、健全各项工作制度，明确各相关科室（爱心门诊、药房、检验科、放射科、预防保健科等）工作职责；建立院内艾滋病病人抗病毒治疗管理工作程序；将艾滋病防治工作纳入医院考核内容，定期由预防保健科组织对相关科室检查，并将检查结果进行通报，确保按时完成国家、省、市下达的各项指标任务。

2.设立艾滋病爱心门诊，为本地区艾滋病感染者及病人提供诊断与治疗服务，并落实国家和地方有关免费政策。

3.负责对进行抗病毒治疗的艾滋病感染者及病人进行定期随访和相关检测工作（CD4检测、病毒载量检测、结核病筛查）以及服药依从性教育。

4.在患者的治疗过程中要积极对患者及其家属开展健康教育和心理支持。

**（四）市疾控中心职责**

1.负责协助市卫生健康局对市医院及基层分院艾滋病防治人员进行培训、督导和考核。

2.派遣专业人员与总医院专家指导组深入各基层分院开展艾滋病防治指导。

3.向总医院反馈对艾滋病督导存在问题与不足，并提出指导意见。

4.负责提供艾滋病防治工作及健康教育宣传技术支持。

5.负责艾滋病的日常监测，进行艾滋病疫情分析，提出艾滋病防治建议。

**（五）市总医院各分院职责**

1.开展重点人群筛查。

2.基层分院落实辖区内发现的艾滋病病例的疫情报告、阳性病例告知、转诊和配偶检测工作。

3.针对各类人群开展多种形式的艾滋病健康教育。

4.配合南安市医院、南安市疾控中心做好艾滋病感染者及病人的随访追踪和哨点监测任务。

南安市严重精神障碍防治医防融合工作方案

为全面落实《“健康中国”2030规划纲要》，探索医防融合的“大健康”服务模式，促进 “以疾病为中心”向 “以健康为中心”转变。根据《南安市公立医疗机构管理委员会办公室关于印发南安市医防融合工作方案（试行）的通知》（南医管办〔2021〕4号）精神，结合我市实际，特制定本方案。

一、工作目标

以提高本辖区精神卫生防治水平为目标，打造分工协作、优势互补、信息共享的医防融合工作机制。健全精神卫生防控体系，推动精神疾病防治模式从“以治疗为中心”向“以健康为中心”转变，推动建立“临床可诊断、治疗有手段、群众可接受、政府能负担”的精神疾病防治模式。

二、工作措施

**（一）加大筛查力度，早期发现患者**

1.精神专科医院发现途径。利用日常门诊对就诊和（或）咨询患者开展筛查、诊断和评估工作。非患者本人到院咨询时，尽可能建议患者本人来院进行相关检查或开展跟踪随访和入户筛查。

2.基层发现途径。联合当地政法、公安、教育、民政等部门，每季度与村（居）民委员会联系，跟踪了解辖区常住人口中有精神疾病家族史、从事高心理压力职业、有重大心理创伤史等重点人群的心理健康状况，参考精神行为异常识别清单，开展疑似严重精神障碍患者筛查。对于符合清单中一项或以上症状的，填写精神行为异常线索调查复核登记表，将发现的疑似患者报县级精防机构，并联合精神专科医院开展评估诊断工作。

3.其他途径转介。各级各类医疗机构非精神科医师在日常接诊时发现精神行为异常的患者，及时对患者开展精神专科医院转诊；心理援助热线或网络平台人员在日常心理咨询工作中，根据咨询者提供的线索开展初步筛查，如发现疑似患者应积极开展心理疏导并建议其到精神专科医院做进一步诊断评估；监管场所内发现疑似患者时，及时联系精神专科医院开展诊断评估。

**（二）实施分类、分级管理模式**

1.分类管理。将患者分为高危、中危和稳定三类，实施分类管理。分类标准见附件2。

2.分级管理。实行精神专科医院-基层分院-村卫生所（室）三级管理模式。精神专科医院负责协助基层分院管理辖区内高危严重精神障碍患者；基层分院负责中危严重精神障碍患者管理；乡村医生负责稳定严重精神障碍患者管理。

**（三）完善双向转诊，落实分级诊疗**

1.上转。为基层分院向精神专科医院转诊的严重精神障碍的门诊和住院患者建立“绿色转诊通道”，享受优先的诊疗和住院服务，实现无缝对接。精神专科医院结合本辖区实际情况，每日预留一定比例的专家预约诊号及住院床位，用于满足严重精神障碍患者转诊优先诊疗需求。基层分院对需转诊的患者及时予以转诊和（或）提供就医路径指导，为转诊患者建立绿色通道，确保每一位转诊患者都能得到及时有效的服务。

2.下转。基层分院对精神专科医院下转的患者，按精神专科医院医生制定的治疗方案提供日常随访及康复指导等健康管理服务，确保治疗方案的连续性和有效性，对随访中患者出现的病情变化需及时联系精神专科医院，协助转诊或解决问题。

**（四）规范诊疗，提升服务能力**

对临床科室医务人员开展培训，使其具备常见精神障碍和心理行为问题筛查、识别、处置能力。对具有心理行为问题人员提供规范的诊疗服务，对易伴发心理行为问题的躯体疾病患者开展心理支持服务。

**（五）加强健康教育，构建心理防护屏障**

1.针对重点人群开展针对性的心理健康宣教，提供个性化心理疏导服务，帮助其及时排解负面情绪，预防精神疾病的发生和发展。

2.总医院、精神专科医院组建心理健康教育讲师团，定期到基层分院、村所（室）、卫生服务站开展心理健康教育讲座。

3.积极开展心理健康知识科普宣传活动，号召公众正确认识心理健康问题，提高心理健康意识。

4.号召公众了解精神疾病可防可治，不歧视患者，营造关怀支持患者的良好环境。

三、职责分工

**（一）总医院职责**

负责总院各院区分院严重精神障碍患者防治医防融合工作的组织管理、相关技术支持和监督检查。

**（二）总医院片区诊疗中心职责**

1.负责本辖区严重精神障碍防治医防融合工作政策的实施、培训和指导工作。

2.开展心理健康咨询活动每年不少于1次，通过各种平台发布心理健康相关科普知识宣传不少于1期。

3.协调精神专科医院到各基层分院开展严重精神障碍患者治疗管理等相关工作。

**（三）疾控中心职责**

1.指导基层分院开展严重精神障碍患者管理的数据质量控制，开展严重精神障碍患者管理的技术培训。

2.派遣公共卫生专员协同精神专科医生深入各基层分院进行技术指导。

3.积极开展严重精神障碍防控工作。

**（四）精神卫生专科医院**

1.设立点对点技术支持小组，指导协助各基层分院做好中、高危严重精神障碍患者的管理工作，并开展专业技术培训。

2.协助基层分院开展严重精神障碍患者的排查和评估评级工作。

3.派遣精神专科医生深入基层分院提供专业技术指导，参与严重精神障碍患者管理服务和心理健康教育。

4.协助总院开展严重精神障碍患者的管理督导和考核。

**（五）基层分院职责**

1.为辖区内严重精神障碍患者建立居民健康档案，负责中、高危患者的随诊管理；开通绿色转诊通道，落实双向转诊、分级诊疗，为严重精神障碍患者提供规范管理。

2.健康教育。

（1）通过各种渠道定期推送心理健康防治知识，提高公众心理健康意识，营造关怀支持患者的良好环境。

（2）针对不同人群开展心理健康知识讲座，每年不少于1次；开展心理健康咨询活动不少于1次，通过各种新媒体平台发布心理健康知识宣传不少于2期。

**（六）村卫生所、社区卫生服务站**

积极配合精神专科医生、基层分院医生开展下沉村所、服务站巡诊，负责所有严重精神障碍患者的日常管理。

附件：1.精神行为异常识别清单

2.严重精神障碍分类标准

附件1

精神行为异常识别清单

1.曾在精神科住院治疗；

2.因精神异常而被家人关锁；

3.无故冲动，伤人、毁物，或无故离家出走；

4.行为举止古怪，在公共场合蓬头垢面或赤身露体；

5.经常无故自语自笑，或说一些不合常理的话；

6.变得疑心大，认为周围人都针对他或者迫害他；

7.变得过分兴奋话多（说个不停）、活动多、爱惹事、到处乱跑等；

8.变得冷漠、孤僻、懒散，无法正常学习、工作和生活；

9.有过自杀行为或企图。

附件2

严重精神障碍分类标准

1.高危（2周内随访）

病情不稳定且危险性评估为3～5级，或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病的患者。

2.中危（1个月随访）

病情基本稳定且危险性评估为1～2级，或在精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差，在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗处理后未达到稳定的患者。

3.稳定（3个月随访）

（1）病情基本稳定且危险性评估为1～2级，虽然有精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差，但在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗处理后病情趋于稳定的患者；

（2）病情稳定危险性评估为0级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反应，无严重躯体疾病或躯体疾病稳定，无其他异常的患者。

|  |
| --- |
| 南安市卫生健康局 2021年10月29日印发 |