

县乡村深度捆绑,长汀打造慢病管理“闭环”

长汀县地处福建西部,南与广东近邻,西与江西接壤。

“长汀地域面积大,且地处山区,人口分散,仅靠一个总院辐射能力有限。”长汀县卫生健康局副局长邱海仁表示,长汀县域紧密型医疗卫生共同体(以下简称县域医共体)建设深度整合县、乡、村三级资源,构建“1+2+5+13+N”医疗卫生服务体系,即以 1 家总医院为统领,2 家县级医院为“龙头”、5 个医疗卫生次中心为“枢纽”、13 家一般卫生院为“支点”、290 家公益性一体化村卫生室为“网底”的紧密型县域医共体体系。

“‘龙头’医院必须强起来!”邱海仁直言,该县于 2018 年成立长汀县总医院,在总医院的推动下,牵头县医院——福建省汀州医院与中山大学附属第六医院、福建医科大学附属协和医院对口合作,建设区域消化病防治中心和肿瘤防治中心,推进胸痛、卒中、呼吸、创伤四大中心“基转标”升级。

做强“大总院”的同时,“小总院”即着力打造 5 个医疗卫生次中心,即大同卫生院、新桥卫生院、河田卫生院、濯田卫生院、涂坊卫生院,全部按照二级医院标准建设。

邱海仁表示,上述 5 家医疗卫生次中心,也是乡镇卫生院中的“尖子生”。经过多年培育建设,这些次中心能为周边居民提供常见病、多发病、一般急危重病诊疗等基本医疗服务,还可以开展二级常规手术操作项目,在区域卫生院中起到“领头羊”作用。

并且,这 5 家医疗卫生次中心均根据当地区域疾病谱、群众的健康需求,分别设置了呼吸内科、老年病科、创伤外科、消化科、中医科特色科室。

“我们要求县级医院至少指派一名骨干下沉至次中心,指导特色专科建设。”邱海仁说。

以新桥中心卫生院为例,该院以老年病专科病房、安宁疗护病房为特色。

记者在采访中了解到,该地很多中

青年外出务工,老年人生病住院陪护是“大难题”。新桥中心卫生院创建的无陪护病房具有非常现实的社会意义。

除了满足区域内群众就近的需求,新桥中心卫生院还牵头片区内童坊卫生院、馆前卫生院、庵杰卫生院三家一般乡镇卫生院。据新桥中心卫生院院长林彩峰介绍,三家卫生院会各自选派骨干医生到共建专科上班,轮换时间根据实际需要决定,并且次中心与一般卫生院会结合各自需要,调配一般卫生院其他科室的富余人手前往次中心。

“卫生院医护人员到次中心后,基本工资由人事关系所在的卫生院负责,奖金绩效则由次中心发放,这无疑减轻了卫生院的资金负担,而次中心则增强了医护力量,实现了互利共赢的局面。”邱海仁表示。

此外,次中心与一般乡镇卫生院还建立了畅通的转诊机制。区域内普通卫生院门诊、住院处理不了的患者,转诊到医疗卫生次中心,医疗卫生次中心将康

复期和慢性病患者转回卫生院,实现逐级转诊。

值得一提的是,2023 年,盖茨基金会启动了中国 - 盖茨基金会基层试验区项目,支持基层卫生健康综合试验区开展政策研究、人员培训、经验交流等活动。长汀县凭借前期在紧密型县域医共体的经验优势,被成功纳入。

“我们以‘两慢病’(高血压、糖尿病)为抓手,通过防筛管治康,有效地构建了慢病防治体系的闭环。”邱海仁说。

据了解,截至 2025 年 6 月,该县累计筛查“两慢病”高危人群 139500 人次,识别高危 13725 人,纳入管理率达 100%,识别、干预及治疗早期并发症患者 3588 人。

记者注意到,该县对患者血糖、血压及并发症情况进行风险评估,并按照“绿标村级管、黄标乡镇治、红标转县级”慢病患者分级诊疗路径,建设双向转诊系统,实现县域内患者无缝转诊,基本实现“急



新桥中心卫生院家庭医生正在为老人测量血压。张思玮摄

慢分治、双向转诊”。

此外,长汀县还组建了 265 支“2+1+1+N”型“双专家+多学科”医防融合家庭医生团队,并细分老年照护、儿童保健、中医康复理疗、慢阻肺等 10 余支特色小分队,为签约居民提供精准服务。

“未来,我们还将继续以推进紧密型县域医共体建设为载体,聚焦群众健康需求,加大资金投入、优质资源下沉的力度,疏通医防融合环节的信息化堵点,不断提升县域综合医疗服务能力,为健康中国建设贡献更多的‘长汀智慧’和‘长汀方案’。”邱海仁说。



平阳县人民医院医共体萧江分院设立慢性病一体化门诊。张思玮摄

至 27.52%,糖尿病门诊随访率从 20.74%升至 29.70%,高血压患者规范管理率从 63.28%提升至 73.75%,糖尿病患者规范管理率从 63.59%提升至 72.79%。“两慢病”健康管理人群医疗住院总费用增速从年均 2023 年 21.11%降至 2024 年 12.83%。

“不过,当前仍需要疏通政府相关部门之间体制问题,继续健全信息化系统功能,提升基层服务能力,协同跨机构之间的合作与资源共享,精准计算医保预算与绩效激励机制,提升医务人员积极性,最终让患者利益最大化。”魏雪松表示。

信息化联动三级,平阳筑就医防融合高地

平阳县地处浙江省南部。该县 60 岁以上老年人人口接近 19 万,占比 21.51%,多留存于山村和海岛,已进入深度老龄化社会。

“慢性病已经成为影响全县居民健康的主要疾病。”平阳县卫生健康局局长叶永胜表示,该县以重点疾病人群健康管理改革为切口,构建了“县级牵头、乡级枢纽、村级网底”的三级联动体系,开发了“重点人群医防融合路径化管理信息系统”(以下简称平阳县慢病管理系统),在省级“诊前-诊中-诊后”服务框架基础上,构建“机构内服务小循环+县域协同大循环”的双路径闭环管理模式,实现慢性病从筛查到康复的标准化、智能化医防融合管理。

目前,平阳县依托平阳县人民医院、平阳县第二人民医院、平阳县中医院作为牵头医院,组建涵盖心血管、内分泌等专业的 85 名专科医生的专家库,分包该县 22 家乡镇卫生院,指导慢病健康管理工作。

“所有的乡镇卫生院都完成了‘慢性病一体化门诊’升级改造。”平阳县卫生健康局副局长魏雪松表示,该县乡镇卫生院为枢纽,以 356 家村卫生室为网底,建成 67 家村级慢病管理点,另有 59 家承担公共卫生服务的民办村卫生室纳入乡镇健康管理团队,统筹 128 支健康管理团队,覆盖无卫生室或民办卫生室未承担公共卫生服务的行政村,每月两次入村开展随访、健康教育和转诊协助,推动优质资源下沉。

而将县、乡、村有效链接的便是信息化。据魏雪松介绍,该县开发的“平阳县慢病管理系统”,实现县、乡、村患者信息(病史、检验结果等)共享,并探索将民办医疗机构接入卫生局域网,逐步消除“数据孤岛”。

记者在平阳县人民医院医共体萧江分院看到,所有已经签约家庭医生的患者在该院慢性病一体化门诊就诊时,医生的操作台均可以智能筛选出“两慢病”高危人群,并标记出该患者慢病管理的

所有信息。

该院院长郑志丰表示,医护人员在诊前先将患者的信息进行标准采集,诊中过程则需要医生通过《国家基层高血压 / 糖尿病防治管理指南》,结合诊前数据及必要检验结果,完成临床确诊,并对确诊患者按病情分级(高血压绿 / 黄 / 红三级、糖尿病绿 / 黄两级),同时评估并发症风险(如心血管事件、肾病),结合路径化检验检查提示开展指标监测。诊后环节则充分发挥三级联动,系统根据患者风险等级设定随访周期,基层健康管理团队补充未完成的随访。

那么,如何确保“两慢病”的健康管理质量呢?

对此,魏雪松表示,该县围绕“结构-过程-结果”三个维度,构建覆盖全周期的质量控制体系,并依托信息化手段与绩效激励的深度融合,推动服务持续优化。

比如,该县建立了涵盖 65 项指标的全周期质控评价体系,通过“人径率”“转

诊到位率”“血压 / 血糖控制率”“并发症发生率”及“人均医疗费用”等核心成效指标动态监控健康管理水准。

同时,县级质控中心每月组织专家开展质控流程与信息系统的专题培训,抽取乡镇数据与县域医共体转诊记录进行交叉比对,发现未规范评估或转诊的情况,及时开展现场督导。

2023 年 11 月 1 日,平阳县正式被纳入“中盖项目”二期项目实施地区,结合该县前期在紧密型县域医共体建设的积累优势,在“中盖项目”的支持下,平阳县构建对两类患者的主动发现机制、干预评价机制、动态监测机制和信息共享机制,通过主动干预、健康促进、政策支撑,从而降低因病致贫、因病返贫的风险。

叶永胜表示,自“平阳县慢病管理系统”全面应用后,该县诊前服务流程规范率超 80%,双向转诊量增长 20%以上,非医疗干预处方开具率达 80%,管理连续性与规范性显著提升。

其中,高血压门诊随访率从 2.06%升

医评医论

如何让县域卫生机构“深度捆绑”?

前不久,党的二十届四中全会在北京召开。会议审议了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》(以下简称《建议》)。《建议》明确指出,健全医疗、医保和医药协同发展和治理机制,促进分级诊疗……优化医疗机构的功能定位和布局,实施医疗卫生强基工程。

基层医疗卫生机构面临发展困境

当前,我国已经建成了全球规模最大的医疗服务、疾病预防控制和医疗保障体系。国家卫生健康委主任雷海潮指出,未来将通过稳定二级医院、实施医疗卫生强基工程、推动人员与服务下沉,以及推广巡回医疗、远程诊疗等方式,让群众在家门口享受便捷、优质的医疗服务。这些成就与蓝图,共同勾勒出“健康中国”建设的宏伟画卷。

然而,理想与现实之间仍有沟壑。当前,距离“大病不出省、一般疾病在市县解决、日常疾病在基层解决”的目标尚有很长的一段路要走。

基层医疗卫生机构还面临着服务能力“不平衡、不充分”的发展困境,地区间、城乡间的差距如同无形的壁垒,制约着公平与效率。新型城镇化、乡村形态变迁、人口老龄化与疾病谱系转变,对基层医疗的布局、内容与模式提出了新的迫切的要求。

聚焦于紧密型县域医共体这一关键载体,笔者认为,其建设进程还需要面对以下问题:

其一,政策落地与制度协同之困。尽管县域医共体政策已在各地铺开,但不少地区仍停留在概念层面,缺乏切实落地的实施方案与配套措施。制度安排的系统性不足,医保、财政、人事等核心部门政策协同不够,导致基层改革步履维艰。卫生行政部门与县域医共体牵头医院之间的权责边界模糊,管理共同体难以真正形成。

其二,内部治理与利益整合之难。许多县域医共体内部尚未形成利益共享机制,牵头医院与成员单位之间竞争多于合作,甚至出现优质资源“虹

吸”现象,加剧基层萎缩。管理职能下放不足与额外投入缺乏补偿,挫伤了牵头医院的积极性。县级专家下沉基层的激励不足,帮扶工作易流于形式。

其三,医保引导与信息支撑之弱。医保支付政策差别化不明显,未能有效引导患者分级就诊。医保基金打包付费在实践中常因测算偏差导致超支,加重县域医共体负担。信息化建设滞后,各类系统互不联通,形成“信息孤岛”,难以支撑县域医共体的高效运行与智能监管。

其四,服务同质与医防融合之缺。城乡二元结构导致基层与县级医院服务能力差距悬殊,实现同质化目标道阻且长。当前县域医共体建设重医疗轻公卫倾向明显,医防融合机制尚未有效建立,慢性病管理、健康促进等公共卫生服务易被边缘化。

其五,人才激励与中医药融入之困。家庭医生团队面临人才不足、激励不完善、工作负荷重等挑战,影响服务供给的质量与连续性。中医药服务在县域医共体中虽资源有所增长,但结构性失衡问题突出,“上转容易下转难”,服务融合度与收入占比仍待提升。

系统思维推动县域医共体深化

面对多重挑战,需以系统思维推动县域医共体的改革深化,织密筑牢基层健康防护网。

第一,强化顶层设计,推动政策协同落地。国家及省级层面应加强医保、财政、人社、编办等部门的政策联动,出台更具操作性的配套细则。各地需结合实情,制定差异化、可执行的县域医共体实施方案,明确时间表与路线图。理顺卫生行政部门与牵头医院的权责关系,实现“放管服”有效平衡,确保管理共同体实质化运作。

第二,创新内部机制,促进利益共享与发展协同。建立科学的县域医共体内部绩效考核与利益分配制度,引导资源双向流动、优势互补。落实牵头医院在人事、财务、业务等方面的管理自主权,并建立与职能匹配的财政补偿机

制。完善专家下沉激励政策,推动技术帮扶从“输血”向“造血”转变,提升基层自身“续航”能力。

第三,深化医保改革与信息赋能。科学测算并提高不同层级医疗机构报销比例,发挥医保支付“指挥棒”作用,引导患者合理就医。优化医保基金打包付费与结余留用机制,建立合理的超支分担办法。加大投入,统一标准,打破信息壁垒,构建互联互通的县域健康信息平台,强化数据对县域医共体管理、服务与监管的支撑作用。

第四,聚力能力提升与医防融合。实施精准化的基层能力提升工程,针对薄弱环节进行“订单式”帮扶与培训,逐步缩小服务差距。将公共卫生服务成效纳入县域医共体考核核心指标,建立临床与公卫人员协同工作机制,推动数据共享与业务融合,实现“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。

第五,优化家庭医生激励与中医药集成。完善家庭医生团队建设与薪酬激励机制,拓宽职业发展空间,合理分担工作负荷,提升岗位吸引力。在县域医共体框架内,优化中医药资源布局,强化县级中医医院引领作用,推动中药适宜技术下沉,完善中西医协作机制,提升中医药服务占比与综合效益。

“路虽远,行则将至;事虽难,做则可成。”基层卫生健康事业关乎民生福祉与社会公平。唯有坚持问题导向,勇于体制机制创新,凝聚各方合力,方能在成就的基石上,跨越挑战,让全民健康的美好愿景照进现实,铸就韧性更强、质量更优、覆盖更广的中国特色县域卫生健康服务体系,为健康中国助力。

(3-5 版文章由本报记者张思玮采写)

