

荣成市人民政府办公室 关于印发荣成市“四高达标减残专项健康行动” 实施方案的通知

荣政办发〔2023〕17号

经济开发区、石岛管理区、好运角旅游度假区管委会，各镇人民政府，各街道办事处，市政府有关部门、单位：

《荣成市“四高达标减残专项健康行动”实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

荣成市人民政府办公室

2023年6月20日

（此件公开发布）

荣成市“四高达标减残专项健康行动”实施方案

高血压、高血糖、高血脂、高同型半胱氨酸血症（以下简称“四高”）为最常见的慢性病，是心脑血管疾病的重要危险因素，如控制不达标，引发心脑血管疾病致死致残率较高，严重影响患者的生活质量，极易导致“因病致贫”“因病返贫”现象发生。为创新慢性病管理医防融合新模式，全面提升慢性病防控质效、居民健康生活质量和人均期望寿命，最大限度降低心脑血管疾病致死致残率，经市政府研究决定，在全市范围内启动实施“四高

达标减残专项健康行动”，特制定本方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神和“健康中国”战略部署，坚持以人民健康为中心、以基层为重点，坚持问题导向、目标导向、结果导向，坚持关口前移、预防为主、医防融合工作方针，巩固前期“H型高血压与脑卒中防控惠民工程”效果，聚焦高血压、高血糖、高血脂、高同型半胱氨酸血症等危险因素分类干预和综合达标，因人施策，精准施治，在全市形成科学、精准、高效、便捷、优质的慢性病防控与健康管理医防融合服务体系，全面提升“四高”患者规范管理率和综合达标率，最大限度降低心脑血管肾脏器风险事件，改善患者生活质量，提升居民人均期望寿命，推进“健康荣成”建设。

二、工作原则

（一）坚持政府主导，社会动员。坚持政府办医宗旨、医疗卫生事业公益属性不变，坚持财政补偿政策和保障途径、部门联动配合和镇街属地管理职责不变，强化宣传引导，营造全社会健康环境和居民健康自我管理的良好氛围。

（二）坚持强基固本，医防融合。坚持以基层为重点，预防为主、防治结合，充分发挥市级优质医疗资源优势，借助信息化智能应用技术，推进人员、技术、服务下沉基层，促进全市医疗

资源共建共享，全面提升基层医疗服务能力，构建慢性病医防融合新机制。

（三）坚持关口前移，协同达标。坚持预防为主、多病同防，实施多危险因素同步干预和综合达标，提升慢性病规范管理质效和工作合力，降低心脑血管肾脏器风险事件。

（四）坚持健康优先，惠民利民。坚持“生命至上、优先发展”的理念，以“四高达标减残专项健康行动”为抓手，推进健康民生工程，提升居民获得感和满意度。

三、工作目标

利用三年时间，在巩固“H型高血压与脑卒中防控惠民工程”效果的基础上，启动实施“四高达标减残专项健康行动”，以基层医疗机构为主战场，以家庭医生团队签约服务为基础，推进“专科医师+全科医师+公卫医师+乡村医生+健康协管员”“五师（员）融合”，全面开展高血压、高血糖、高血脂、高同型半胱氨酸血症等多种危险因素分类干预和协同达标，努力提高居民对“四高”及其危险因素的知晓率、治疗率和控制率，逐步建立起慢性病医防融合的一体化健康管理服务体系。到2025年底，全市18周岁及以上居民的血压普查率，35周岁及以上居民的首诊或体检血糖血脂筛查率，高血压、高血糖、高血脂患者的同型半胱氨酸免费检测率均达到85%以上，高血压、高血糖、高血脂、高同型半胱氨酸血症患者“四高”规范管理率分别达80%以上，达标率分

别达到 50%以上，脑卒中发病率再降低 10%以上，人均期望寿命提高 1—2 岁。

四、重点任务

（一）加强健康筛查，实施“四高”重点人群建档管理

1.实施适龄人群健康筛查工作。各镇街发挥基层医疗机构、村居网格功能，在前期人群健康筛查的基础上，组织医疗机构对辖区内 18 周岁及以上居民进行血压筛查，对 35 周岁及以上居民在首诊和首次体检时进行血糖和血脂筛查，对筛查确诊的高血压、高血糖、高血脂患者，孕妇、肥胖、农村贫困居民等特殊群体，在知情同意下，免费进行同型半胱氨酸检测，逐步建立起全市居民健康与慢性病高危风险科学评估体系。鼓励对心脑血管、内分泌系统及肿瘤住院患者，入院后开展同型半胱氨酸检测。自 2024 年始，将同型半胱氨酸检测项目纳入基本公共卫生项目老年人体检内容，对尚未进行同型半胱氨酸检测的老年人开展免费检测。

2.实施“四高”重点人群建档管理。对确诊的高血压、高血糖、高血脂、高同型半胱氨酸血症患者全部建立居民健康档案，纳入村居“村情地图”管理，因人施策制定健康干预措施，实行分类登记、综合干预、规范管理。对纳入健康管理的“四高”患者，在享受国家基本公共卫生服务内容基础上，定期开展血压、血糖、血脂检测，高同型半胱氨酸血症患者可结合老年人体检或

专项检查定期进行同型半胱氨酸免费检测，动态观察危险因素干预效果。

（二）加强精准干预，实施“四高”重点人群规范管理

3.规范“四高”诊疗行为。对筛查确诊的高血压、高血糖、高血脂患者，由专科医师、全科医师根据患者病情和检测结果，依据《高血压防治指南》《中国脑卒中一级预防指导规范》等技术规范，制定个性化治疗方案，并开展健康教育、生活方式改善、运动治疗、药物治疗和随访等服务。对高血压、高血压合并高同型半胱氨酸血症（简称H型高血压）患者，继续实施依那普利叶酸片或氨氯地平叶酸片的药品优惠政策，每月检测患者血压，每三年复查同型半胱氨酸指标，根据达标情况科学调整治疗方案。对高血糖、高血脂患者，在开展健康指导的基础上，综合考虑治疗的长期性和经济承受能力，根据病情、经济状况及患者意愿，首选二甲双胍、辛伐他丁等价格低廉、疗效确切的国家基本药物进行规范治疗，定期检测血糖、血脂，根据达标情况适时调整防治方案；对高血糖、高血脂合并高同型半胱氨酸血症患者、单纯高同型半胱氨酸血症患者，免费提供3个月的5甲基叶酸等营养制剂辅助治疗，3个月后复查同型半胱氨酸，根据达标情况确定后续干预措施。

4.实施“四高”患者规范随访。按照基本公共卫生服务项目管理要求，对纳入管理的高血压、高血糖、高血脂和高同型半胱

氨酸血症患者全部纳入健康随访管理，在完成慢性病管理考核要求基础上，每月不低于一次电话随访（掌握患者健康状况、服药情况、不良反应等）、每季度不低于一次面对面随访（包括但不限于血压血糖测量、服药依从性、新发疾病及治疗情况），在药物治疗的基础上突出指导患者健康生活方式改善，及时将随访结果录入电子健康档案，确保电子健康档案准确、科学、完整，并做到动态管理和有效利用。将随访工作与家庭医生签约服务有机结合，探索利用人工智能技术，提升项目实施质量和效率。对既往或新近确诊的心脑血管疾病患者，在恢复期及康复后及时纳入分类健康管理，通过实施达标行动降低复发率。

5.科学调整防治方案。对血压达标不理想的患者，在知情同意前提下，根据专科医师建议开展肾素、醛固酮、卒中相关基因（如 MTHFR 基因）检测，享受检测优惠政策。专科医师根据检测结果，调整精准诊疗和预防方案。对连续服用依那普利叶酸片或氨氯地平叶酸片三年及以上，复查同型半胱氨酸未达标的 H 型高血压患者，免费增服 3 个月的 5 甲基叶酸等营养制剂，3 个月后根据复查结果再确定后续干预措施。在开展“四高”危险因素达标基础上，同步优化精准营养干预方案，开展零级预防和健康促进相关的早期干预策略，按照自愿原则，对人体叶酸、维生素 B12 和维生素 D 等营养素水平开展检测，并享受优惠检测政策。

6.强化医保政策的杠杆作用。充分发挥基本医保门诊共济保障、门诊慢特病报销、“两病”门诊用药保障等政策优势，做好医保政策的宣传引导，动员患者及时纳入慢性病管理，享受诊疗优惠政策，最大限度降低居民医药费用负担，提升规范管理、干预达标的依从性。

（三）加强资源整合，提升家庭医生签约服务质效

7.创新家庭医生签约团队建设。优化“网格化管理、签约式服务”模式，全面建立起“专科医师+全科医师+公卫医师+乡村医生+健康协管员”“五师（员）融合”签约服务团队，打造“流动巡诊+便携设备+智能应用”服务品牌。严格落实市级专科医师“基层服务行”，心内科、神经内科、肾内科、内分泌科等中级及以上职称专科医生分包基层医疗机构，每周固定时间到基层巡诊、坐诊、会诊，鼓励开设“名医基层工作室”，采取现场或在线指导等方式提供专科化诊疗和指导服务。基层医疗机构全科医师作为签约服务主体，配备智能化随访、检测设备，以门诊接诊、进村巡诊、电话随访等方式，为“四高”患者提供连续性、整体化的健康管理服务。疾控中心公卫医师发挥专业特长，积极参与指导健康监测、健康教育管理服务，逐步建立慢性病防控医防融合新模式。乡村医生发挥属地优势，积极参与随访、送药、监测、报告等健康管理服务。探索培养村居健康协管员，发挥熟悉村情民况的优势，提供组织、引导、送药等辅助性服务工作。通过探

索建立“五师（员）融合”签约服务团队，实现全程、连续、规范、优质、高效的新型慢性病防控健康管理模式，全面提升“四高”患者规范管理率和达标率。

8.创新积分制签约服务模式。加强政策宣传引导和健康科普，将符合条件的“四高”患者优先纳入家庭医生签约服务范围，整合医保门诊报销政策和项目优惠政策，结合不同危险因素制定个性化签约服务包，供签约患者自愿选择并实行信息化管理。创新建立签约服务积分制管理新模式，将患者参与健康管理、规范诊疗、控制达标等情况进行积分测算，纳入“居民健康存折”管理，积分折算可用于抵顶医药费用个人自负部分，实现2023年“四高”患者签约率达到70%以上，2024年、2025年签约服务分别达到75%、80%以上的目标。

9.强化签约履约效果。坚持目标导向、结果导向，将家庭医生签约续约服务数量、随访管理服务质量、“四高”达标率、首诊服务数量、双向转诊数量、居民满意度、积分制实施效果等纳入家庭医生签约服务履约考核内容，考核结果作为绩效工作或补助资金分配依据，调动家庭医生团队履约服务的积极性、主动性。

（四）加强体系建设，推进慢性病医防融合

10.强化慢性病专科能力建设。以县域医共体建设为抓手，推进整合型医疗服务体系建设，强化市级医院“四高中心”建设，设置慢性病综合诊疗服务区，配备健康自检自测设施设备和健康

教育设备资料，加强与“智慧医疗”平台信息互通，满足“四高”患者一站式诊疗服务和健康教育服务需求。市人民医院、中医院、石岛人民医院要加强急诊急救能力建设，实施胸痛、卒中中心标准化提升行动和心脑血管肾血管关联科室规范化建设，提升“四高”患者综合诊治能力。推进基层医疗机构“四高基地”建设，设置高血压（高同型半胱氨酸血症）、高血糖、高血脂专科门诊，配备健康小屋自检自测一体机、智能型便携式半自动生化分析仪、智能型全自动化学发光免疫分析仪等设备，优化“导医分诊——健康小屋（建档、随访、检测）——门诊就诊”的服务流程，提升慢性病诊疗同质化水平。普及社区“四高之家”建设，设置家庭医生工作室，联合乡村医生、健康协管员，发挥智能设备优势，共同开展“流动巡诊服务”，提升慢性病管理服务的便捷性。

11.促进区域信息化水平提档升级。依托现有“智慧医疗”信息管理系统，对慢性病管理系统进行升级改造，推广人工智能技术，发挥智能检测设备优势，实现以“四高”为核心的慢性病数据采集、汇总、分析，便捷开展在线协诊、签约、随访、远程会诊、疾病风险评估、积分制管理等环节，实现基层医疗机构与市级医疗机构、医疗公卫服务、专业服务、自我管理等信息互通共享，提高医疗机构诊疗、协诊和质控水平，提升患者自我管理能力和主动性。

（五）加强健康教育，提升居民自我健康管理水平

12.实施健康教育行动。按照“健康中国行动”要求，以“四高”达标为核心，以健康教育为抓手，组建市级健康教育讲师团，开展“进机关、进企业、进学校、进村居、进社区”“五进”行动，强化“自己是健康第一责任人”理念，普及健康知识，养成平衡膳食、健康体重、充足睡眠、定期体检、规范用药的生活方式，提升居民健康素养水平。加强健康环境建设，开展“健康主题宣传日”“小手拉大手”“三减三健”“万步有约”“减重大赛”“健康达人”等行动，营造良好的全民参与健康管理氛围。

13.建设健康教育基地。建设市级健康教育基地（健康体验馆），设置居民健康素养知识、慢性病防控知识、精准营养科普知识、心理健康知识、居民健康自检自测知识体验馆和教育讲堂，根据需要拓展中医药适宜技术普及及其他展厅，向全市居民、机关事业单位职工、学校师生开放。鼓励机关、企业、学校建设健康教育场所，通过设置健康教育宣传栏、播放健康教育影像资料、邀请专家授课等方式，促进健康生活方式入心入脑。各医疗机构要发挥资源优势，定期开展全民性健康教育活动，提升健康教育实效。

（六）加强科教研融合，建设全国慢病精准防控基地

14.强化慢性病防控知识和技能培训。制定全市慢性病防控知识和技能培训计划，定期举办基层医疗机构全科医生、乡村医生业务能力提升培训班，对“四高”危险因素发病原理、症状体

征、诊断标准、分级评估、健康教育、规范诊疗、随访干预等知识进行系统培训，邀请国内知名专家来荣授课，打造一支扎根基层、业务精湛的慢性病防控医疗团队。为弥补乡村医生队伍老龄化和人才短缺，探索设置全市健康协管员培训基地，采取定期集中培训方式，从村居公共卫生委员、公益岗人员、原计划生育专干等群体中择优选拔推荐，传授医疗健康保健基本知识和“四高”危险因素干预基本要领，学员培训期满通过考核后可持证上岗。力争在全市范围内培训不少于 1000 名健康协管员，每村至少培训 1 名合格人员。

15.积极参与国家重大科研项目。加强与深圳长卿医学研究院科研合作，依托荣成市精准健康研究院，组建市级医学伦理委员会，积极与国内知名院校、科研机构、知名专家对接，参与以慢性病尤其是“四高”达标为核心的国家重大科研专项研究。利用三年时间，力争将我市建设成为国家级慢性病防控基地。

16.建立项目卫生经济学评价机制。依托国内知名专家团队，适时开展卫生经济学评价工作和项目投入产出分析评价，对项目技术评估、医疗卫生资源利用、财政和医保资金支出、患者医药费用支出健康状况改善等指标进行汇总，科学评估“四高达标减残专项健康行动”项目的实施效果、效益、效用。根据卫生经济学评价结果，及时调整优化项目实施方案，确保方案的科学性、可行性和实效性。

五、组织保障

(一)明确部门职责。市政府高度重视“四高达标减残专项健康行动”，将其作为“健康荣成”建设重点工作，作为为民办实事重要内容，成立由分管副市长任组长，各相关部门和各镇街分管负责人为组员的项目领导小组，领导小组办公室设在市卫健局，负责项目实施方案的制定、培训指导、工作调度和督导考核工作，及时协调解决项目推进过程中发现的问题和困难。小组成员单位要加强统筹协调和联动互动，积极争取上级政策支持，及时出台配套文件，发挥政策叠加效应，保障惠民项目有效落实。卫健部门负责牵头制定相关技术文件，加强人员培训，开展业务指导，完善保障措施并督导落实。财政部门负责项目实施涉及补助资金保障工作。医保部门负责向上争取并推进慢性病综合达标的医保支付方式优惠政策。市场监管部门负责制定项目实施的药品、保健制剂、试剂耗材等采配送支持政策。农业农村（乡村振兴）部门负责指导做好农村贫困居民“四高”筛查、管理工作，最大限度降低贫困居民“因病致贫”“因病返贫”现象发生。大数据中心负责做好卫生健康信息系统升级的技术支持和保障工作。融媒体中心负责做好项目宣传引导工作。各镇街要严格落实属地责任，做好项目组织动员、健康筛查、队伍建设和服务保障工作。

(二)加强宣传引导。加大对“四高达标减残专项健康行动”

项目目的意义、实施流程、政策措施、取得成效等内容的宣传，强化全民健康知识教育和“四高”防控技能宣传，提高社会认可度和支持度，引导居民养成良好的健康习惯，提升主动参与、规范达标和行动自觉。

（三）强化指导督导。市项目领导小组要将“四高达标减残专项健康行动”纳入镇街年度目标责任制考核指标体系，每季度通报重点指标完成情况。各镇街要按照方案要求和目标任务，细化各环节职责和分工，强化督导调度，确保按期达标。卫健局要定期组织开展成效评估，总结亮点、经验和典型做法，并在全市进行推广和交流。

附件：荣成市“四高达标减残专项健康行动”专项领导小组
成员名单

附件

荣成市“四高达标减残专项健康行动” 专项领导小组成员名单

组 长：刘全良 市政府副市长

副组长：刘俊杰 市政府办公室副主任

原 涛 市卫健局党组书记、局长

成 员：张 明 市融媒体中心总编辑

常 伟 市财政局党组成员、副局长

刘飞鸣 市乡村振兴局副局长

马 海 市卫健局党组副书记、疾病预防控制中心党总支部书记

杨少勇 市市场监管局党组成员、市场监督管理综合服务中心副主任

李 尚 市医保局党组成员、副局长

姜彬彬 市大数据中心副主任

刘 静 俚岛镇副镇长

苗 欣 成山镇副镇长

刘莉荣 港西镇副镇长

张 娟 埠柳镇文旅体育服务中心主任

柳 玮 夏庄镇副镇长

杨 飞 崖西镇副镇长

管晓盼 荫子镇文旅体育服务中心主任

田 婧 大疃镇副镇长

刘晓君 上庄镇副镇长

林昱君 虎山镇副镇长

姜赛赛 人和镇副镇长

王秀冬 滕家镇人大副主席
梁海燕 崖头街道办事处应急管理办公室副主任
王爱玲 城西街道办事处副主任
王春静 寻山街道便民服务中心主任
闫 婷 崂山街道办事处副主任
孙甜甜 港湾街道便民服务中心主任
马永明 斥山街道人大工委副主任
张安宁 宁津街道文旅体育服务中心主任
邹梅青 东山街道民生保障服务中心主任
慕文平 王连街道人大工委副主任
毕晨晓 桃园街道便民服务中心主任

领导小组办公室设在市卫健局，原涛同志兼任办公室主任。