

DB32

江苏省地方标准

DB32/T 4383—2022

基层医疗卫生机构慢性病管理中心 服务规范

Specification for the service of chronic disease management
center of primary medical institutions

2022-10-23 发布

2022-11-23 实施

江苏省市场监督管理局 发布
中国标准出版社 出版

目 次

前言 III

1 范围.....

2 规范性引用文件.....

3 术语和定义.....

4 缩略语.....

5 基本条件.....

6 服务流程.....

7 服务内容与要求.....

8 绩效考核评价.....

参考文献

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由江苏省卫生标准化技术委员会提出并归口。

本文件起草单位：南京市栖霞区迈皋桥社区卫生服务中心、南京市栖霞区卫生健康委员会、南京市标准化研究院。

本文件主要起草人：魏丽君、许丽、黄敏、王茜、蒋佳佳、周红缨、蒋兢、张梓悦、丁爱梅、李静、戴蝶、周一帆。

基层医疗卫生机构慢性病管理中心 服务规范

1 范围

本文件规定了基层医疗卫生机构慢性病管理中心的基本条件、服务流程、服务内容和要求以及绩效考核评价。

本文件适用于基层医疗卫生机构慢性病管理中心为慢性病高危人群、慢性病前期人群、慢性病患者、慢性病并发症患者等服务对象提供的健康管理服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中,注日期的引用文件,仅该日期对应的版本适用于本文件;不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

WS/T 545 远程医疗信息系统技术规范

WS/T 790(所有部分) 区域卫生信息平台交互标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

慢性病 **chronic diseases**

对一类起病隐匿、病程长且病情迁延不愈,缺乏确切的传染性生物病因证据的疾病的概括性总称。

3.2

慢性病管理中心 **chronic disease management center**

以促进健康、延缓疾病进程、减少并发症、提高生活质量为目标,为服务对象提供专业化、个性化、科学化的院内外连续性服务,集筛查、预防、治疗、康复、研究为一体的综合性服务平台。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

CMC:慢性病管理中心(Chronic disease Management Center)

5 基本条件

5.1 区域设置

CMC 应设置候诊区/室、健康咨询室、筛查诊室、专科诊室,宜设置专家工作室、多学科会诊室、导诊分流台、运动室等功能区域,宜设置在同一区域且总面积不低于 100 m²。

5.2 设施设备

CMC 应配备各类用于慢性病及其并发症筛查、诊断、治疗、监测的检查仪器。

示例 1：高血压检查仪器有血压计、心电图机、动态血压监测仪、动脉硬化监测仪、彩色多普勒超声检查仪等。

示例 2：糖尿病检查仪器有四肢彩色多普勒超声检查仪、数字震动感觉阈值检测仪、免散瞳眼底照相机、尿微量白蛋白/肌酐比值检测仪、糖化血红蛋白检测仪、血糖仪、动态血糖监测仪等。

5.3 信息系统

CMC 应建立一套慢性病信息化管理系统,其网络安全能力应符合 WS/T 790 和 WS/T 545 的要求,保障数据安全及服务对象隐私。其功能包括但不限于:

- 服务对象档案建立、就医记录存储、随访管理和数据统计;
- 服务对象健康管理,包括咨询、监测、评估和远程会诊;
- 标准化网络协议下,与院内基本医疗系统及公共卫生系统、区域信息化平台或上级医疗机构平台的互联互通;
- 支持数据采集、传输、展现、档案开放等;
- 统一数据集、数据元、值域代码管理;
- 隐私保护,分角色分模块授权;
- 数据日志管理,建立可追踪的数据管理机制。

5.4 人员要求

5.4.1 团队人员配备

5.4.1.1 建立慢性病管理团队,团队应至少配备 1 名医生、1 名护理人员(有条件者宜配备省/市专科护士),医护人员与服务对象的数量比例应不低于 1:400。

5.4.1.2 团队中担任慢性病管理的医护人员应参加慢性病管理培训不少于 3 个月。

5.4.1.3 团队宜配备具有相应执业资质的公共卫生医师、营养师、药剂师、运动处方师、康复师、心理咨询师、中医师等。

5.4.1.4 如有需求,团队宜引入第三方具有相应执业证书或技能证书的人员。

5.4.2 团队职责

5.4.2.1 护理人员负责服务对象的导诊分流、档案建立、评估、基本情况调查、跟踪随访、健康教育、线上管理、特色活动策划及组织、运动干预组织及安全保障、体检报告的发放等。

注:特色活动包括服务对象慢性病自我管理小组活动等。

5.4.2.2 医生为服务对象提供问诊、疾病筛查、制定诊疗方案、体检报告的解读、转诊等诊疗服务。

5.4.2.3 团队其他人员协助医护人员为服务对象提供多学科综合支持服务。

5.5 继续教育

CMC 应根据开展的筛查、诊疗和管理的业务需求,对团队人员开展继续教育,进行必要的专科化培训,完成人员技术储备,完善队伍建设。

5.6 制度建设

CMC 应建立健全各项规章制度,并公开服务流程及服务承诺。制度包括但不限于:

- 慢性病管理中心工作制度;
- 双向转诊制度;
- 慢性病并发症筛查操作规范;
- 慢性病诊疗规范;
- 档案管理制度;
- 绩效考核评价制度。

6 服务流程

服务流程见图 1。

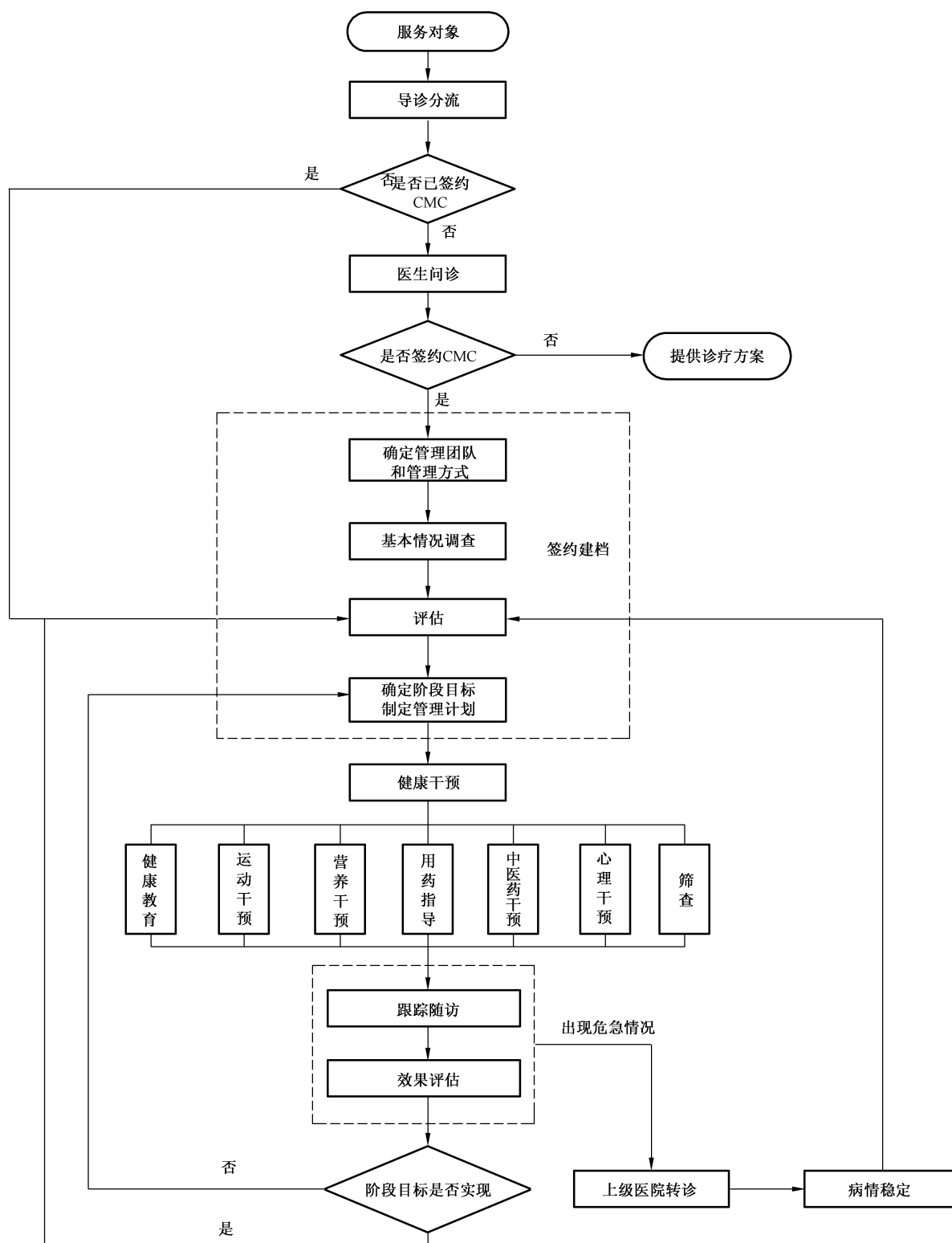


图 1 服务流程

7 服务内容与要求

7.1 服务对象

服务对象主要来源于自主就诊病人、住院患者、社区慢性病在管患者、家庭医生签约患者,此外包括通过参加企业退休职工体检、老年人健康体检、两癌筛查、专项慢性病危险因素筛查项目、健康活动等筛查出的慢性病高危人群。

7.2 导诊分流

护理人员根据服务对象的症状、体征及需求,初步安排就诊科室和医生。

7.3 医生问诊

7.3.1 医生在门诊、住院、体检、筛查等医疗和公共卫生服务过程中,对服务对象进行问诊,根据问诊和检查检验结果为服务对象提供个性化诊疗方案。

7.3.2 医生根据服务对象病情,确定是否转诊或由 CMC 进行长期签约管理。

7.4 签约建档

7.4.1 确定管理团队和管理方式

根据服务对象健康状况和需求进行签约,建立健康档案并选择管理团队及管理方式。

7.4.2 基本情况调查

CMC 应对服务对象开展基本情况调查,首次调查时间不少于 20 min,内容包括但不限于:

- 个人基本信息;
- 病史、病程、既往史、家族史、生活方式;
- 体格检查;
- 症状;
- 辅助检查;
- 并发症筛查;
- 用药情况。

7.4.3 评估

7.4.3.1 医生根据问诊情况和基本情况调查结果将服务对象进行总体评估。

7.4.3.2 不同慢性病按照病情进行具体分级、分层或分期。

示例 1: 依据《高血压基层诊疗指南(实践版·2019)》,按照血压升高患者心血管风险水平分级,分为低危、中危、高危、很高危 4 个层次。具体分层见表 1。

表 1 血压升高患者心血管风险水平分层

单位为毫米汞柱

其他心血管危险因素和疾病史	血压			
	SBP130~139 和(或) DBP85~89	SBP140~159 和(或) DBP90~99	SBP160~179 和(或) DBP100~109	SBP \geq 180 和(或) DBP \geq 100
无	—	低危	中危	高危
1个~2个其他危险因素	低危	中危	中/高危	很高危
\geq 3个其他危险因素,靶器官损害, 或CKD3期,无并发症的糖尿病	中/高危	高危	高危	很高危
临床并发症,或CKD \geq 4期, 有并发症的糖尿病	高/很高危	很高危	很高危	很高危

示例 2: 依据《中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)》《国家基层糖尿病防治管理指南(2022)》,将糖代谢状态分为正常血糖、糖尿病前期和糖尿病;依据《2019 ESC/EASD 指南:糖尿病,糖尿病前期和心血管疾病》,按照有无相关危险因素、靶器官损害及心脑血管疾病等,将糖尿病前期和糖尿病分别分为低、中、高及极高风险 4 个层次。具体分层见表 2。

表 2 糖尿病前期及糖尿病的风险分层

单位为毫摩尔每升

糖尿病分期		空腹血糖	糖负荷后 2 h 血糖	风险分层			
糖尿病前期	空腹血糖受损 (IFG)	≥ 6.1 , 但 < 7.0	< 7.8	无其他危险因素,低风险	无靶器官损害,但伴 1 个~2 个危险因素,中风险	无心脑血管疾病,但有其他靶器官损害,或 ≥ 3 个危险因素,高风险	伴心脑血管疾病,极高风险
	糖耐量异常 (IGT)	< 7.0	≥ 7.8 , 但 < 11.1				
糖尿病		≥ 7.0	≥ 11.1	—	病程 < 10 年,无其他危险因素,中风险	病程 ≥ 10 年,无靶器官损害,但伴 1 个~2 个危险因素,高风险	伴心脑血管疾病,或其他靶器官损害,或 ≥ 3 个危险因素,极高风险
注 1: 正常血糖:空腹血糖 < 6.1 ,糖负荷后 2 h 血糖 < 7.8 。 注 2: 靶器官损害:蛋白尿、肾功能损害、视网膜病变。 注 3: 危险因素:年龄(男性 > 55 岁、女性 > 65 岁)、高血压、血脂异常、吸烟、肥胖。							

7.4.4 确定阶段目标和制定管理计划

7.4.4.1 根据服务对象评估情况,确定阶段管理目标,制定个性化管理计划,并按计划实施干预。

7.4.4.2 个性化管理计划的内容包括但不限于:

- 健康教育;
- 饮食指导;

- 运动指导；
- 自我监测；
- 用药指导；
- 多学科指导；
- 并发症筛查；
- 跟踪随访。

7.4.4.3 不同分级、分层或分期的服务对象的管理计划宜包括不同内容：

- 慢性病高危人群：进行有针对性的健康教育，建议其每年至少检测 1 次空腹血糖、诊室血压，并接受医务人员的健康指导；
- 慢性病前期人群：了解近 6 月内身体状况、生活方式、检查结果，检测血压、血糖，如伴有高血压、血脂异常等其他病症，应同时监测血脂情况，给予运动和合理营养建议；
- 慢性病患者、慢性病并发症患者：了解近 3 月内患者症状、生活方式、辅助检查结果、疾病情况及其用药情况，检测血压、血糖，如伴有高血压、血脂异常等其他病症，应同时监测血脂情况，对患者提出运动和合理营养建议，通过多学科协作模式为患者提供精准化评估、个体化治疗。

7.5 健康干预

7.5.1 健康教育

健康教育的方式和内容，包括但不限于：

- 健康讲座：定期开展健康知识讲座，发放健康教育资料；
- 小组教育：通过“同伴支持”的形式，开展室内教育、室外运动、线上交流等多样化自我管理小组活动，内容包括慢性病的认识、控制目标、安全用药等；
- 个性化教育：经全面评估后，针对服务对象现存问题实施一对一的个性化的健康指导；
- 远程教育：基于网络平台为服务对象推送慢性病相关科普知识。

示例 1：对于高血压高危人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少 1 次接受医务人员的健康指导；高血压患者至少每月 1 次接受健康讲座，每 2 个月至少 1 次小组教育，每季度至少 1 次个性化健康教育；高血压伴有心血管危险因素患者每月至少 1 次接受健康讲座，每 2 个月至少 1 次小组教育，且随访结果不佳时开展个性化教育，并实施至少 1 个月持续的、动态的健康管理服务。

示例 2：对 2 型糖尿病高危人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少 1 次接受医务人员的健康指导；糖尿病前期人群每半年至少 1 次接受医务人员的健康指导；糖尿病期患者每月至少 1 次接受健康讲座，每 2 个月至少 1 次小组教育，每季度至少 1 次个性化健康教育；糖尿病并发症期患者每月至少 1 次接受健康讲座，每 2 个月至少 1 次小组教育，且随访结果不佳时开展个性化教育，并实施至少 1 个月持续的、动态的健康管理服务。

7.5.2 运动干预

7.5.2.1 CMC 宜建立专门的运动干预场所，引入运动仪器设备，开展有氧运动、抗阻运动、平衡训练等。

7.5.2.2 运动处方师和康复运动治疗师为服务对象开展运动前检查和运动风险评估，根据运动干预体适能测试结果制订个性化的运动干预计划。

7.5.3 营养干预

营养师宜依据《中国居民膳食指南（2022）》为服务对象提供营养建议和指导。

7.5.4 用药指导

医生综合评估服务对象情况，开具处方。药剂师为服务对象提供药学知识和药学服务，监督临床用

药处方是否有药物禁忌、不合理用药情况,纠正错误处方,减少药物不良反应,提高用药治疗安全性。

7.5.5 中医干预

运用中医药及中医适宜技术如汤剂、针灸、耳穴贴压、中药熏洗、八段锦、太极拳等对服务对象进行辅助治疗干预。

7.5.6 心理干预

宜开展心理评估和咨询服务,解决服务对象在就医过程中焦虑等心理状况。

7.5.7 筛查

根据《中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)》和《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》等对服务对象进行高血压、糖尿病等慢性病及并发症筛查,实现以筛促防。

示例 1: 对发现的高血压高危人群建议其每年至少检测 1 次血压;高血压患者,低危每年至少进行 1 次并发症筛查,中危 6 个月~12 个月进行 1 次并发症筛查,高危每半年进行 1 次并发症筛查,很高危 3 个月~6 个月进行 1 次并发症筛查。

示例 2: 对发现的 2 型糖尿病高危人群建议其每年至少检测 1 次空腹血糖;糖尿病前期人群建议其每半年检测 1 次血糖,每年到医院进行 1 次糖尿病诊断。明确诊断的 2 型糖尿病患者,每年至少进行 1 次并发症筛查,并依据指南定期监测血糖等指标。有糖尿病视网膜病变等并发症症状的患者,则应增加检查频率,并依据指南做好并发症的分级诊断。

7.6 跟踪随访

7.6.1 根据服务对象的分级、分层或分期制订跟踪随访计划。

7.6.2 应根据管理计划中的随访时间,按时对服务对象进行跟踪随访,随访内容包括服务对象检查结果和自我管理情况,每次时间不少于 10 min。

7.6.3 跟踪随访方式包括但不限于门诊、家庭访视、电话、网络,其中应以门诊随访为主。

7.6.4 对未能按随访计划时间接受随访的服务对象,应主动联系,确保跟踪随访计划的延续;对于特殊情况不能按时门诊随访的服务对象,应电话随访。

7.6.5 在随访过程中服务对象出现异常监测数据,应及时分析处理,并提供正确指导意见,记录在案。

示例 1: 高血压高危人群建议其每年 1 次面对面随访;高血压患者,血压控制满意者每 3 个月随访 1 次,血压控制不满意者,2 周内增加 1 次随访,每年至少 2 次面对面随访;高血压伴有心血管风险危险因素患者,血压控制达标者每 3 个月随访 1 次,血压控制不达标,2 周内增加 1 次随访,每次均为面对面随访,特殊情况(药物调整期等)酌情增加随访频次。

注: 血压控制目标值依据《国家基层高血压防治管理指南(2020 版)》。

示例 2: 糖尿病高危人群建议其每年 1 次面对面随访;糖尿病前期人群每半年 1 次,每年完成 2 次面对面随访;糖尿病期患者,血糖控制满意者每 3 个月随访 1 次,血糖控制不满意者,2 周内增加 1 次随访,每年至少 2 次面对面随访;糖尿病并发症期患者,血糖控制达标者每 3 个月随访 1 次,血糖控制不达标,2 周内增加 1 次随访,每次均为面对面随访,特殊情况(初发糖尿病患者、药物调整期等)酌情增加随访频次。

注: 血糖控制目标值依据《中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)》。

7.7 效果评估

7.7.1 在随访中根据跟踪随访结果对服务对象的阶段管理目标实现情况进行评估。

7.7.2 根据评估状况,团队人员适当调整服务对象的阶段管理目标和管理计划。

7.7.3 服务对象在管理过程中,如出现因本院条件限制而无法解决的急症、重症等情况时,应立即转入上级医院治疗,并于 2 周内主动随访评估,重新进行评估。

8 绩效考核评价

8.1 基层医疗卫生机构应对内设的 CMC 进行考核评价,考核内容包括但不限于:

- 员工履职情况;
- 档案信息规范情况;
- 管理目标实现情况;
- 服务对象满意度。

8.2 CMC 针对评价发现的问题,应采取措施进行改进。

参 考 文 献

- [1] DB14/T 2142—2020 养老机构老年人常见慢性病管理规范
 - [2] 中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)
 - [3] 国家基层糖尿病防治管理指南(2022)
 - [4] 国家基本公共卫生服务规范(第三版)
 - [5] 中国居民膳食指南(2022)
 - [6] 中国高血压防治指南(2018 修订版)
 - [7] 高血压基层诊疗指南(实践版·2019)
 - [8] 国家基层高血压防治管理指南(2020 版)
 - [9] 2019 ESC/EASD 指南:糖尿病,糖尿病前期和心血管疾病
-