

团 体 标 准

T/CRHA 150—2025

慢病医防融合分级诊疗指南

**Guidelines for graded diagnosis and treatment of chronic disease with
medical and prevention integration**

2025-03-25 发布

2025-03-31 实施

中国研究型医院学会 发 布

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 机制框架 2

5 管理体制 3

6 服务团队 3

7 全程管理 8

8 支撑平台 9

参考文献 9

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。

本文件由中国研究型医院学会移动医疗专业委员会提出。

本文件由中国研究型医院学会归口。

本文件起草单位：北京大学医学部血管健康研究中心、国家卫生健康委卫生发展研究中心、甘肃省第三人民医院、郑州大学公共卫生学院、江苏省人民医院（南京医科大学第一附属医院）、北京协和医院、首都医科大学附属安贞医院、北京大学第三医院、北京大学第一医院、甘肃省人民医院、广东省第二人民医院、首都医科大学附属北京妇产医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、衡水市卫生健康委员会、南阳市中医药发展局、北京大学首钢医院、解放军总医院第八医学中心、首都医科大学附属宣武医院、北京大学人民医院、北京市眼科研究所、北京市海淀区温泉中心卫生院、中国中医科学院西苑医院、中国研究型医院学会、解放军总医院第三医学中心、郑州人民医院、青海省人民医院、新疆生产建设兵团十三师红星医院、云南省昆明市延安医院、解放军总医院第一医学中心、首都医科大学附属北京胸科医院、北京华医共享医疗科技有限公司、山东省卫生健康委员会、清华大学第一附属医院、成武县人民医院、寿光市卫生健康委员会、潍坊市卫生健康委员会、海阳市卫生健康委员会、河北省故城县人民医院、河南省林州市中医院、北京市房山区卫生健康委员会、河北省医科大学第二附属医院、河南省唐河县中医院、海南省疾病预防控制中心、河南经方云科技有限公司、甘肃省东乡族自治县人民医院、河南省济源市第二人民医院、洛阳市中心医院、大兴区人民医院、河南省人民医院、山东省海阳市中医院、门头沟区卫生健康委员会、广东省阳西总医院人民医院、衡水市第三人民医院、河南大学第一附属医院、北京大学第六医院、天津滨海新区卫生健康委员会、广西中医药大学第一附属医院、兰州大学第二医院、甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）、秦皇岛市卫生健康委员会、德州市卫生健康委员会、衡水市疾病预防控制中心、三明市卫健委、浙江大学医学院附属第一医院、国家市场监督管理总局国家标准技术审评中心、中国医学科学院广安门中医院、山西阳泉市第一人民医院、广州医科大学卫生管理学院、中关村华医移动医疗技术创新研究院。

本文件主要起草人：刘丰梅、苗艳青、尹江疆、时松和、王贵强、方伟岗、赵俊、马长生、刘晓光、孙劲旅、周晟、周其如、阴赅宏、王旭东、王南南、高卫红、居艳梅、崔书克、王宏宇、丁红、郭秀海、赵新菊、侯胜平、陈晖、樊茂蓉、王倩倩、徐春、时展、陈雪娇、张强、安占天、尚红霞、杨海君、孙树学、邢靖、牛永红、胡建立、阎文军、平雨华、李战胜、孟庆宇、刘先富、王中旭、阎雪、郝栋、陈涛、崔海洋、马光荣、任海燕、闫宏宪、袁景林、赵秋平、邢京禹、胡亚娟、关登海、苑丽双、张宏雨、孙洪强、杨燕峰、俞渊、张正义、高振谦、宋学谦、冯博梁、王一敏、张琦、吴得安、李星辉、咎香怡、王卫凯、张瑜、王正、杜毅龙、陈志全、周显葆、陈大进、计雄飞、杨学东、马迎光、范阳东、冯林涛、陈文武、毛卫春。

引 言

随着经济社会的发展、居民生产生活方式的变化和人口老龄化程度的加深,我国高血压、高血糖、高血脂等慢性疾病发病率总体呈上升趋势,慢性病人增加,以心脑血管为主的慢性病死亡人数占到居民总死亡人数的比例已超过 80%,且有年轻趋势。党中央、国务院发布《“健康中国 2030”规划纲要》明确提出实施慢病综合防控战略,指出慢病管理是降低疾病负担,提升全民健康素质,推进“健康中国”建设的重要手段。2019 年发布的《健康中国行动(2019—2030 年)》提出 15 个专项行动,开展心脑血管疾病防治行动、癌症防治行动等重大慢性病防治是其中重要的内容。为了遏制我国慢性病患者率和死亡率的上升趋势,需要统筹各方资源,健全政府主导、部门协作、动员社会、全民参与慢性病综合防治机制。

通过建立慢病医防融合分级诊疗体系标准,以“三高六病”防治为切入点,实现区域内以居民健康为中心,将医疗和卫生服务有机结合。居民在疾病诊疗、公共卫生服务活动中,根据居民健康状况医疗卫生机构医务人员为居民提供预防和治疗连续性的服务。

本文件以“三高六病”为主,可扩展到肿瘤、慢阻肺、乙肝等其他慢性非传染性疾病(慢性病),从医防融合的角度,以价值医疗、群医学及单病种群体管理为理论基础,融合现有分级诊疗政策,建立政府主导、团队服务、防治康管相结合的医防融合慢性病防治管理体系。以医防融合慢病整合型信息管理平台为支撑,构建连续性、整合型的慢性病防治服务体系。

慢病医防融合分级诊疗指南

1 范围

本文件提供了慢病医防融合分级诊疗相关的机制框架、管理机制、服务团队、全程管理和支撑平台的指导。

本文件适用于省/市/县各级卫生健康行政部门、医疗卫生服务机构、健康管理相关企业等医防融合的机构开展慢病医防融合分级诊疗工作。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

慢病 non-communicable chronic disease

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，病因复杂，且有些尚未完全被确认的疾病的概括性总称。

注：慢性病全称是慢性非传染性疾病，不是特指某种疾病。

3.2

三高六病 three-hypers six disease

高血压、高血糖、高血脂（三高）有着共同的危险因素，常合并存在，并引起冠心病、脑卒中、肾脏病变、眼底病变、周围神经病变、周围血管病变（六病）等六种主要并发症的简称。

3.3

三高共管 three high integrated care

将血压、血糖和血脂等临床指标控制在目标范围内，以降低六病发生风险并提高患者的生活质量，对高血压、高血糖、高血脂这三种常见病进行统一的综合管理和治疗。

3.4

医防融合 medical and prevention integration

医务人员针对居民健康进行医疗服务与预防服务的融合与有效衔接，是微观上服务项目间的融合，将预防贯穿于临床诊疗的全过程，以健康为中心，强调医和防相互融入，做到医中有防、防中有医。

3.5

群医学 population medicine

根据不同群体健康和疾病的差异特点，应用多学科技术和方法，研究影响人群健康的相关因素，对某个群体疾病进行的预防诊治活动。

注：由卫生保健系统自身或者联合其他协作者共同开展的活动，旨在提升群体健康水平，同时实现个体保健及治疗。是一门融合运用当代医学及相关学科的知识 and 原理，基于现实可及的卫生资源条件统筹个体卫生行为与群体卫生行动，指导公共卫生实践，实现人群整体与长远健康效益最大化的新兴

的医学交叉学科。

3.6

单病种群体管理 single disease group management

以单病种患病群体为管理单元，以个体全链条健康管理为共同基础，建立以家庭医生和临床医生伙伴关系为主体的整合服务机制，实现以需求为依据、以基层首诊为重心的分级诊疗和整合型服务。

3.7

价值医疗 Value-Based healthcare

以同样或较低的成本取得医疗质量或医疗效果的最大化。

注：通过改革医疗服务提供体系，同时实现三个目标：更好的医疗服务、更高的健康水平，以及更加可负担的医疗成本。在医改实践中，价值医疗旨在建立医疗服务和健康结果之间的有效联系，从而实现从服务量和盈利为目标，向以患者健康结果为目标的目标转换。

3.8

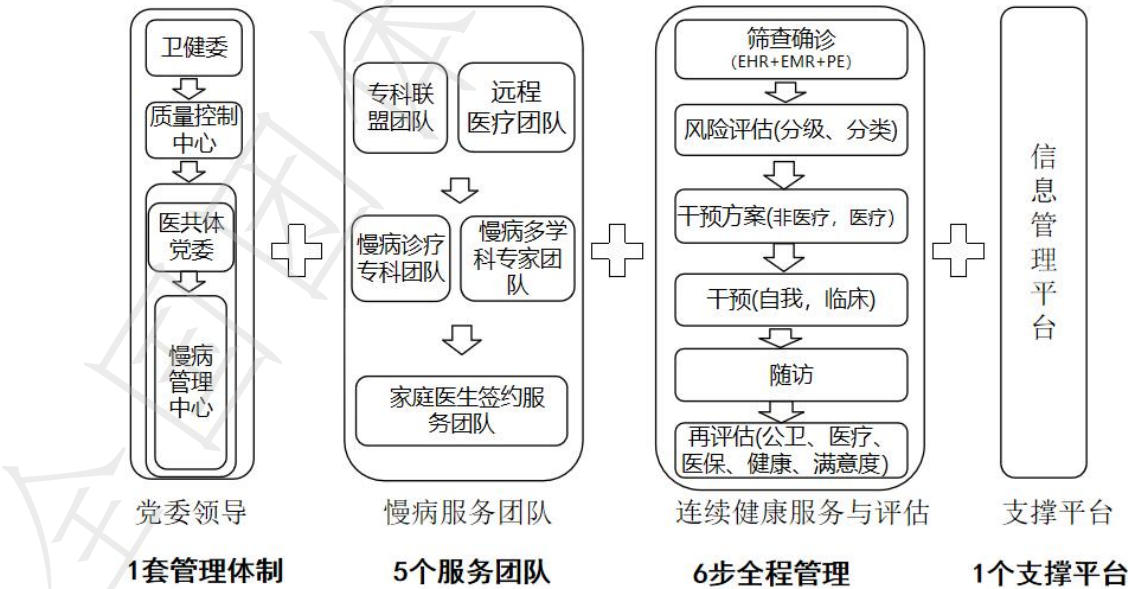
分级诊疗 graded diagnosis and treatment

通过整合上下级医疗卫生资源并科学配置，医疗卫生机构根据诊疗范围和服务能力进行分级并明确其功能定位引导患者合理分流，实现基层首诊和双向转诊，有序就医的过程。

4 机制框架

医共体模式下慢病医防融合分级诊疗的机制框架构成（慢病医防融合分级诊疗 1561 模式）见图 1，其机制框架构成体系为包括管理体制、服务团队、全程管理、支撑平台。

注：远程医疗团队是指由不同专业背景的医疗人员、技术人员等组成的团队，他们借助现代通信技术和信息技术，打破时间和空间的限制，为患者提供远程医疗服务，包括远程诊断、远程治疗、远程监护、远程健康管理等。



以居民健康为中心，三高为抓手，构建党委领导，防治康管结合、连续化服务慢病防治体系

图 1 慢病医防融合分级诊疗机制框架
（慢病医防融合分级诊疗 1561 模式）

5 管理体制

- 5.1 在卫健委监管下由医共体牵头总医院成立质量控制中心（以下简称“质控中心”）。
- 5.2 质控中心由医共体牵头医院和各成员单位的公共卫生、医疗、管理、信息等相关专家组成，负责制定实施慢病医防融合分级诊疗工作方案、规章制度、服务流程、工作标准、考评体系、绩效评估等。
- 5.3 医共体党委指导区域医疗卫生机构建立县、乡、村三级慢病医防融合分级诊疗管理机构（包括慢病管理中心、慢病管理站、慢病管理室）。
- 5.4 慢病管理中心一般设置在医共体牵头医院，“三高中心”所在医院要有院长或分管院长统筹“三高共管六病同防”工作；慢病管理站一般设置在乡镇卫生院或社区卫生服务中心；慢病管理室一般设置在村卫生室。
- 5.5 构建医共体党委领导下的“慢病管理中心/县—慢病管理站/乡镇—慢病管理室/村”三位一体的慢病医防融合分级诊疗的管理体系。以三高共管、六病同防为切入点，逐步扩展到肿瘤、慢阻肺等慢性病。

6 服务团队

6.1 县域医共体

6.1.1 概述

宜充分整合紧密型县域医共体医疗卫生资源，成立以全科医生、专科医生相结合的家庭医生签约服务团队为核心，以慢病多学科专家团队、慢病诊疗专科团队为基础，专科联盟团队为支撑，远程医疗服务团队为协作的 5 个健康服务团队。

结合单病种群体管理，三级医院首席临床医生制定和完善单病种群体管理指南。

由基层医疗机构的家庭医生负责具体落实，在纵向上由各级临床医生一个病一个病的“管”，在横向上由家庭医生一个人一个人的“管”、一个环节一个环节的“管”。

6.1.2 慢病管理中心

慢病管理中心宜由慢病诊疗专科团队和慢病多学科专家团队组成，负责指导制定“三高共管”一体化防治计划、制定与审核三高一体化服务路径、院内多学科协同一体化诊疗、三级协同一体化诊疗、六病筛查与评估、承担疑难复杂三高以及六病的治疗，慢病管理中心可向上协同区域专科联盟团队和优质远程医疗服务团队对疑难复杂患者的诊疗。

6.1.3 慢病管理站

慢病管理站宜由家庭（专科）医生服务团队组建，负责患者诊断、心血管病风险评估、药物治疗、生活方式干预、三高的协同诊疗、年度健康体检和综合评估等，对于病情急重患者可协同诊疗上转至慢病管理中心，对于控制满意患者可回转至慢病管理室。

6.1.4 慢病管理室

慢病管理室宜由家庭（全科）医生服务团队组建，完成筛查、随访、健康教育及促进、监测等，对于病情较重不稳定患者，可向上级慢病管理站进行协同诊疗。

6.2 医联体

对于医联体牵头医院可以构建一体化门诊，针对“三高六病”建立多学科专家团队，以

医联体牵头单位或成员单位联合区域内其他基层医疗卫生机构，建立区域专科联盟团队，辐射基层社区患者。畅通双向转诊绿色通道，基层医疗卫生机构进行“三高六病”患者的日常管理，将复杂性、难治性“三高六病”患者上转至医联体牵头医院或成员单位，治愈或控制稳定后转诊至基层医疗卫生机构进行康复及后续健康管理。

6.3 家庭医生签约服务团队

6.3.1 团队组成

由市、县、乡、村四级医疗健康服务人员组建，全科、专科结合的家庭医生服务团队。

各县（市、区）家庭医生服务团队宜在原服务团队（由全科医生、护士、公卫医生等组成）基础上加入牵头医院、中医院、妇幼保健院、疾控中心专业人员和村级公共卫生委员会人员。

市级城市健康服务集团根据功能定位加入相应签约服务团队为帮扶团队提供技术支撑。

6.3.2 职责

家庭医生签约服务团队作为居民健康和医保控费的“双守门人”，为居民提供网格化、连续的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。

- a) 省/市级成员主要职责：定期随诊，带教社区家庭医生签约服务团队，开展线上咨询，指导县级团队成员（每季度不少于2次），为团队提供技术支持和业务指导。接收县级转诊患者。
- b) 县乡村级成员主要职责：按照原定家庭医生签约服务实施方案执行，县级团队要定期随诊、带教、技术指导、开展技术帮扶，接收乡级医疗机构转诊患者等。

6.4 慢病多学科专家团队

6.4.1 团队组成

按慢病专业类别，宜由市、县各医联体（医共体）牵头医院及成员单位的医疗、公卫、护理、药学、医技等各学科专家组成多学科专家团队。

根据患者实际情况，确定组建慢病多学科专家团队的专科类别及数量。各专科专家团队由代表区域较高水平的专家任组长，成员主要来自县域医共体牵头医院及成员单位，市级医院专家作为协助。对超出县域诊疗能力的疑难杂症、拟转往县域外就诊患者进行会诊。

6.4.2 职责

组建慢病多学科专家团队能够强化慢病多学科诊疗协作，提升基层医疗服务能力，充分发挥专家技术引领作用。

- a) 慢病多学科专家团队主要任务是对本专科疑难疾病会诊与诊疗、远程会诊、市县外转审核、对医共体成员单位开展技术培训等。
- b) 市级专家通过加入医共体专家团队开展学科建设、人才培养、临床带教等形式开展结对帮扶、言传身教，发挥专家“带头人”“引路人”的作用，培养出一支带不走的技术人才。

6.5 慢病诊疗专科团队

6.5.1 团队组成

以“三高六病”为切入点，根据医联体（医共体）牵头医院及成员单位的功能定位，从

居民健康角度出发，医联体（医共体）内分别成立覆盖重点慢性疾病的慢病诊疗专科，实行专科错位发展。一般同类专科宜由 1 个专科和若干个亚专科组成。

6.5.2 职责

组建慢病诊疗专科团队推进慢性病诊疗体系建设，强化上下联动机制，提升基层诊疗能力。

- a) 医共体内诊疗专科团队负责承担一般性及疑难复杂三高以及六病的治疗，并开展疑难危重症诊断治疗技术攻关。
- b) 医联体牵头单位根据功能定位、所带医共体成员单位实际情况，成立若干个市级慢病诊疗专科团队对接医共体慢病诊疗专科团队，为医共体慢病诊疗专科团队解决疑难杂症并进行技术攻关，定期组织培训讲座，每季度不少于 1 次。

6.6 专科联盟团队

6.6.1 团队组成

由医联体（医共体）牵头单位搭建“三高六病”等慢病诊疗专科联盟。团队成员宜包括心内科、内分泌科等专科医生。

6.6.2 职责

组建专科联盟团队可以推动专科联盟同质化发展，构建资源整合、技术帮扶、信息共享的协同服务体系。

- a) 医联体专科联盟团队：针对“三高六病”，医联体专科联盟以提升诊疗水平为要，相关的心内、内分泌等临床专家宜深入成员单位，协助筛查并坐诊、查房，提升基层诊疗能力。利用信息平台，专科联盟团队针对复杂病例远程研讨，制定精准方案。
- b) 医共体专科联盟团队：医共体专科联盟以帮扶基层为要，推广简单有效的慢病诊疗技术，并携手与公卫机构，开展三高六病筛查，建立健康档案并动态管理。设立考核机制，提升区域内三高等慢病防治水平。

6.7 远程医疗服务团队

6.7.1 团队组成

医联体（医共体）牵头医院建立远程医疗协作网，实现医联体（医共体）内远程医疗服务，并与城市三级医院构建高端远程医疗服务团队，构建国家-省-地市-县-乡-村六级远程医疗服务网络。

6.7.2 职责

组建远程医疗服务团队，推进“互联网 + 医疗健康”发展，打造覆盖城乡、便捷高效的远程医疗服务体系。

- a) 开展远程医疗、远程会诊、远程查房、远程教学、远程心电检查、远程监护等服务。
- b) 开展基层检查，上级诊断，推进互联网诊疗，利用信息化手段，共享区域内居民健康信息数据，
- c) 便捷开展预约诊疗、双向转诊、检验结果互认、健康管理、远程医疗等服务，方便患者看病就医，提高优质医疗资源可及性。

7 全程管理

7.1 筛查确诊

宜动态收集居民健康档案、各级医疗机构电子病历（含门诊病历）和居民体检数据，采集慢病及高危人群管理信息。宜通过基层基本公卫项目、居民到基层医疗卫生机构就医、医院慢病一体化门诊、患者住院或健康体检等采集居民慢病管理信息。信息采集宜通过信息系统及物联网设备完成。信息采集包括以下内容。

- a) 基本信息：包括姓名、性别、身份证号、出生年月、民族、婚姻状况、文化程度、职业、居住地址、血型、联系方式等。
- b) 健康信息：
 - 1) 既往病史，包括三高六病及肿瘤、慢性呼吸系统疾病等主要慢性病的既往病史；
 - 2) 家族史，包括（外）祖父、（外）祖母、父亲、母亲、兄弟/姐妹、子女等直系亲属的慢性病患病情况；
 - 3) 生活方式及行为危险因素，包括膳食营养、身体活动、烟草使用、酒精使用、睡眠等情况；
 - 4) 心理因素，包括精神压力和焦虑等；
 - 5) 体格测量，包括身高、体重、腰围、心率、呼吸频率等指标；
 - 6) 临床辅助检查，包括血压、心电图、CT、磁共振、肺功能等指标；
 - 7) 实验室检测指标，包括血常规、尿常规、空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白、总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、C 反应蛋白、肝功能、肾功能等；
 - 8) 中医体质辨识。
- c) 住院诊疗信息：住院期间的慢病信息、诊疗情况、检验检查情况、出院小结、病案首页、中医诊疗信息等。

通过 5 个团队对采集的信息进行筛查，并按照慢病防治指南要求进行确诊。

7.2 风险评估

风险评估包括以下内容：

- a) 分别根据高血压、糖尿病、高血脂等防治指南要求，对未患“三高六病”的人群结合生活方式、年龄、性别等因素进行风险评估。
- b) 对首次确诊的患者进行整体健康状况和危险因素系统评估。如患者基本情况疾病史、靶器官损害检查、并发症/合并症状况、既往治疗及依从性等的全面评估。
- c) 依据评估结果对患者病情状况进行相应的危险分层、分型或分级分类。
- d) 评估个人及区域人群“三高六病”患病风险及分类分级情况。

7.3 制定干预方案

7.3.1 通则

根据居民“三高六病”患病健康风险评估结果对个人及人群制定针对性的干预方案，包括非医疗干预和医疗干预方案，内容和服务频次宜根据评估分级相应调整。

干预方案宜由家庭医生签约服务团队，慢病诊疗专科团队和慢病多学科专家团队，在居民参加基本公卫项目、门诊就诊和住院时根据指南要求结合居民健康状况制定。

7.3.2 非医疗干预

对个人宜进行合理膳食、适量运动、戒烟限酒、健康睡眠、心理辅导等健康生活方式干预，开展自我管理。具体方式见《中国高血压防治指南》《中国血脂管理指南》《高血糖症营养和运动指导原则》《高血压营养和运动指导原则》等。

对人群宜结合基本公卫项目、患者讲堂等定期开展健康教育和慢病防治知识培训。

7.3.3 医疗干预

针对个人健康状况及慢病风险评估情况结合慢病防治指南要求，在非医疗干预无效时，进行临床治疗等干预，包括各种给药途径药物治疗、手术治疗、医疗器械使用和其他临床治疗。

7.4 实施干预

7.4.1 医疗干预

根据制定的干预方案，在临床方面，对患者提供住院、门诊和居家进行的药物和非药物治疗。

7.4.2 非医疗干预

患者或家属宜对疾病风险及疾病相关指标的自我监测、教育、督促等。

7.5 随访

根据慢病管理的干预方案，对居民或慢病患者宜进行定期追踪和访视。

宜与基本公卫项目结合，如高血压、糖尿病患者由家庭医生签约服务团队定期随访。患者在各级医疗卫生机构就诊时，如在慢病一体化门诊定期就诊、患者住院或健康体检时，5个服务团队对居民及慢性病患者病情控制与变化情况、靶器官损害程度进行监测，并对其自我管理（含健康行为改变）依从性的监测与指导等。

7.6 再评估

再评估包括以下内容：

- a) 对纳入健康管理的人群及慢病患者，在健康管理过程中宜适时对其健康状况进行再次评估，包括对个体的再评估和对区域的整体再评估。
- b) 个体的再评估宜包括个人健康知识知晓、个人行为危险因素改变、个人体格测量、实验室检测及临床辅助检测指标变化、个体慢性病发生危险程度变化、个体慢性病并发症发生、个体对服务的依从性、个体对服务的满意度等因素。
- c) 区域的整体再评估宜包括管理人群数量、人群分类筛查数量及占比、自我管理小组建设数量，自我管理小组参加人数，培训参与情况、三高一体化管理率、糖尿病患者 HbA1c 检测率、六病规范检查率、住院率等一系列指标，对整体慢病医防融合效果进行科学的评估。
- d) 结合评估情况，制定新的干预方案进行干预。包括公卫服务能力、医疗服务水平、医保合理利用、居民健康水平、医生和居民满意度等方面。居民健康状况重点关注疾病风险、疾病分级、并发症/合并症变化、住院和复发情况。

8 支撑平台

8.1 全流程慢病管理平台及相关功能

8.1.1 数据采集与整合

数据采集与共享应具备以下功能：

- a) 数据采集：涵盖居民电子健康档案、电子病历、全员人口信息、基础资源数据库等多维度数据。此外，通过物联网、移动医疗技术，利用可穿戴设备自动采集居民的慢病管理信息，如血糖、血压、血脂等。
- b) 数据共享：实现不同医疗机构、公共卫生系统、医保信息平台之间的数据互通共享。例如，居民在区域内所有机构的就诊信息（住院、门诊、健康体检）以及基本公卫信息都能自动上传、整合到平台中。

8.1.2 慢病管理服务流程

慢病管理服务步骤如下：

- a) 筛查确诊：采用人工或智能的方法筛查慢病患者。同时，医疗机构在为居民提供诊疗服务时，可实时调取其电子健康档案和电子病历，辅助进行慢病筛查和确诊。
- b) 风险评估：系统对个人及人群的慢病风险进行自动评估，生成风险评估报告。根据评估结果，将慢病人群分为极高危（红色）、高危（橙色）、中危（黄色）、低危（蓝色），实行精准分级分类管理。
- c) 制定干预方案：依据风险评估结果，结合居民的健康状况、生活习惯等因素，制定个性化的慢病干预方案。方案可包括药物治疗、生活方式干预（如饮食、运动）、定期监测等。
- d) 实施干预：通过家庭医生签约服务团队、慢病诊疗专科团队、慢病多学科专家团队、远程医疗服务团队、专科联盟团队等多方协作，实施慢病干预。
- e) 随访：建立完善的慢病医防融合数字化随访功能。
- f) 再评估：根据随访结果和干预效果，对干预方案进行动态调整。同时，系统可自动生成干预效果报告，为后续的健康管理提供依据。

8.1.3 平台分层部署与应用

平台应具备分层信息采集和信息共享等功能，具体包括如下内容：

- a) 基层医疗机构：自动采集基本公卫信息和居民在区域内所有机构的就诊信息。结合家庭医生签约服务，开展慢病随访，并将域内就诊信息根据公卫项目的需要自动上传到基本公卫系统。
- b) 医疗机构：采集居民区域内住院、门诊就诊信息，并与基本公卫系统信息互通共享。利用平台功能，实现慢病筛查、风险评估、干预方案制定、干预、随访、再评估的全流程管理。
- c) 健康管理中心：采集居民及被体检单位的历次健康体检信息，并与居民健康档案、就诊信息互通共享。自动给出体检者历次慢病风险及分级分类情况，并由专业健康管理人员提供干预方案。

8.2 服务团队管理

系统宜对家庭医生签约服务团队、慢病多学科专家团队、慢病诊疗专科团队、专科联盟团队、远程医疗团队进行管理。并对各团队的工作量、工作效果进行考核评估。

参 考 文 献

- [1] T/CHAA 007—2019. 慢性病健康管理规范 [S].
- [2] 国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告 2021 [M]. 北京: 科学出版社, 2022.
- [3] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2021 概要 [J]. 中国循环杂志, 2022,37 (6):553 - 578.
- [4] 魏任敏, 陈丽, 王南南. “三高共管 六病同防” 诊疗路径与一体化服务指南 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2021.
- [5] 李玲, 方伟岗, 赵俊, 詹积富, 王雪峰, 刘丰梅. 医疗蓝皮书: 中国县域医共体发展报告 (2023) [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2024.
- [6] 国家卫生健康委员会. “十四五”国民健康规划[R]. 北京: 国家卫生健康委员会, 2021
- [7] 国家卫生健康委员会疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告 2015 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [8] 中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南 (2023 年)[J]. 中华心血管病杂志, 2023,51 (3):221 - 255.
- [9] 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 等《中国心血管病报告 2017》概要[J]. 中国循环杂志, 2018,33(1):1-8.
- [10] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟 (中国), 中华医学会心血管病学分会, 等. 中国高血压防治指南 (2018 年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019,24 (1):24 - 56.
- [11] 基层高血压管理办公室. 国家基层高血压防治管理指南 2020 版 [M]. 北京: 北京联合出版公司, 2020.
- [12] 中华医学会糖尿病学分会. 国家基层糖尿病防治管理手册 (2019)[J]. 中华内科杂志, 2019,58 (10):713 - 735.
- [13] 中国研究型医院学会糖尿病学专业委员会分级诊疗与基层管理糖尿病学组. 2 型糖尿病分级诊疗与质量管理专家共识 [J]. 中国医学前沿杂志, 2020,12 (5):38 - 53.
- [14] 健康中国行动推进委员会. 健康中国行动 (2019-2030)[EB/OL].[2023-03-20]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm.
- [15] 国家心血管病中心, 中国医学科学院阜外医院. 中国高血压健康管理规范 (2019)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [16] 中华医学会糖尿病学分会. 国家基层糖尿病防治管理指南 (2018)[J]. 中华内科杂志, 2018,57 (12):885 - 893.
- [17] 国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告 2020 [M]. 北京: 科学出版社, 2020.
- [18] 李勇, 赵水平, 叶平, 等. 中国血脂异常门诊患者调脂治疗一级和二级预防达标现状: DYSIS - China 亚组分析 [J]. 中华心血管病杂志, 2016,44 (8):665 - 670.
- [19] 高血压联盟 (中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压分会, 中国高血压防治指南修订委员会, 等. 中国高血压防治指南 (2018 年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019,24 (1):25.
- [20] 中国智慧化血管健康全生命周期数字管理分级诊疗实践指南编写组. 中国智慧化血管健康全生命周期数字管理分级诊疗实践指南 (2022 第一次报告) [J]. 心血管病学进展, 2023,44 (1):71 - 81.

- [21] Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel[J]. *Eur Heart J*, 2017, 38(32):2459-2472.
- [22] Linong Ji, Dayi Hu, Changyu Pan, et al. Primacy of the 3B approach to control risk factors for cardiovascular disease in type 2 diabetes patients[J]. *Am J Med*, 2013, 126(10):925e11-925e22.
- [23] Wang L, Peng W, Zhao Z, et al. Prevalence and treatment of diabetes in China, 2013-2018[J]. *JAMA*, 2021, 326(24):2498-2506.
- [24] Wang Z, Chen Z, Zhang L, et al. Status of hypertension in China: results from the China hypertension survey, 2012 - 2015 [J]. *Circulation*, 2018, 137 (22):2344 - 2356.
-