

# “全生命周期”构建群众就医服务链

## 漳州市以升级家庭医生为抓手 探索全生命周期健康管理

□本报记者 游章友

日前,漳州市龙文区全生命周期健康管理信息平台启动试运营,全区6个镇街群众的健康档案纳入平台,是漳州市首个建立全生命周期健康管理信息平台的试点县区。

全生命周期健康管理围绕个人进行全面监测、分析评估、提供咨询和指导,对健康危险因素进行全过程干预。

去年起,漳州市推进全生命周期健康管理,完善市、县、乡、村四级健康管理服务网络,以基层医疗卫生机构为平台,以家庭医生签约服务为载体,以居民电子健康档案为纽带,推动健康管理服务“入网进格”,建立健全分级分层、上下联动、一网到底的健康管理网格化服务体系。



▲龙文区全生命周期健康管理信息平台启动试运营,通过平台可以了解辖区内居民健康状态

### 01 家签团队“管”起来

“足不出户的医疗服务,节省了患者家属的时间精力和费用。奶奶现已可以适当行走,多谢你们上门服务。”这天,李奶奶的孙媳妇再次通过龙文区全生命周期健康管理信息平台,预约家庭医生上门服务。

80岁的李奶奶家住龙文区蓝田街道蓝田村,两个月前,因中风后遗症导致左侧肢体偏瘫、行走不利。家属在联系家庭医生后,社区卫生服务中心的医护人员带着设备上门,为老人检查血常规、尿常规、生化全套、电解质、心电图等项目,根据检查结果制定治疗方案,家庭医生团队于每周一、三、五入户,为老人开展针灸、按摩和关节运动治疗等康复项目。



▲景山街道的全民健康管理中心开设了睡眠康复中心,图为医护人员正在调试脑电波治疗仪,改善失眠症状

家庭医生早在多年前进入人们视野。2017年起,漳州在全市开展家庭医生签约服务,由家庭医生、社区护士、公卫人员组成家庭医生服务团队,深入社区、农村为群众服务。

经过6年铺设,漳州已组建家庭医生团队1548个,家庭医生4664人,对常住人口、重点人口以及原建档立卡农村贫困人口签订家庭医生服务协议书,实

现应签尽签。那么,如何让家庭医生团队做到签而有约?

“家庭医生是群众健康守门员,同时是构成全生命周期健康最基础的一环。”漳州市卫生健康委员会党组书记、主任黄镇平认为,为全方位、全周期维护和保障人民健康,努力让群众不生病、少生病、少得大病,漳州市正在打造家庭医生签约服务升级版,着力推动以治病为中心向以健康为中心转变。以家庭为单位、以乡镇(街道)为范围,科学划分设置网格管理服务区域,以家庭医生签约为抓手,关口前移,探索个性化、全周期、全流程、整合型的群众健康管理新模式。

2023年9月,《漳州市推进全生命周期健康管理高质量发展的指导意见》出台,全面启动全生命周期健康管理工作,以龙文区、东山县、南靖县为试点先行开展健康管理网格化服务。

以城乡接合的龙文区为例,由于没有区属公立医院,基层医疗体系亟需完善。记者在龙文区全生命周期健康管理信息平台的家庭医生签约模块看到,镇街各个家庭医生团队均由社区医生、乡医、护士、社区网格员、三级医院医生以及镇街挂钩干部等6名成员组成,成员们可以使用平台小程序,对不同年龄、不同职业进行健康监测,对重点人群进行健康干预。

“从胚胎开始管理。比如针对高危孕产妇,由家庭医生团队定期上门追踪随访,以防造成各种不良妊娠结局;针对不同年龄段的女性出具相应的妇科体检方案;针对慢性病患者,通过家签团队掌握患者治疗状况,改善生活习惯,防止慢病变大病。”龙文区卫健局公卫股负责人郭妙惠说。

### 02 分级诊疗“转”起来

“许医生,我爸的药拿好了。请问热敷可以消水肿吗?”“您好,水肿是后期症状,热敷没有效果。今天止痛药已开了一周,也开了多烯磷脂酰胆碱,按时按量服用。”2月29日晚,南靖县靖城中心卫生院家庭医生许艺蓉通过微信回复患者家属咨询。

该患者为南靖县靖城镇尚寨村的家庭医生签约对象。“在加入尚寨村家庭医生服务团队的微信群后,医生留下自己的微信电话,我们有问题可以随时联系到医生,真是太方便了!”家属吴女士说,父亲确诊肝恶性肿瘤,家庭医生帮忙办理好特殊病种,并协助转诊至上级医院进行手术,术后再转诊回当地,家庭医生帮忙取药上门,为家里减轻了看病用药费用。

“发挥家庭医生在双向转诊中的作用,推动慢病规范化管理与分级诊疗深度融合,形成家庭医生首诊向上转诊和下转接诊的服务模式,促进建立更加合理的分级诊疗就医秩序。”市卫健委体制改革科有关负责人介绍说,积极引导群众在基层首诊,签约对象病情超出基层医疗卫生机构诊疗能力的,家庭医生帮助上转至具备相应诊疗能力的医疗机构治疗。

由此可见,在双向转诊的过程中,家庭医生更是关键一

环,如何打通上下转诊通道,有序分级诊疗?

“上级医院应将一定比例的专家号源、预约检查、预留床位等医疗资源,优先提供家庭医生支配,方便经家庭医生转诊的患者优先就诊、检查、住院等,其中三级医院为二级医院、二级医院为基层医疗卫生机构预留25%左右的专家号和床位。”在指导意见中提到,对向下转诊患者,家庭医生签约服务团队应参与患者住院期间诊疗、后续的康复治疗、随访和健康管理服务。

为推动公共卫生服务、慢病规范化管理与分级诊疗深度融合,2023年底,漳州发动一批市属三甲公立医院、县域医共体牵头医院(总医院)、各县区公立医院的体检中心转型升级为健康管理中心,从以治病为中心向以健康为中心转变。与此同时,在基层医疗卫生机构设立健康管理站,在村(居)推广家庭健康服务驿站,在医共体牵头医院(总医院)指导下延伸拓展健康管理服务内容。



▲家庭医生与市专家团队入户为重症精神病患者评估、随访(资料图片)

通俗来说,家庭医生团队与各级医疗卫生机构相互配合,为群众提供健康管理、健康指导及健康风险评估等服务。

截至目前,漳州全市共有18家公立医院体检中心转型健康管理中心,共有66家基层医疗卫生机构设立健康管理站,在村居推广66个家庭健康服务驿站,组建健康管理团队1614支,划分服务网格21080个,有11个医共体延伸开展健康管理服务。

(下转15版)