

2541 个家庭医生团队与居民健康“签约”一生

记者 李焱珩

随着医改不断深入,我市积极响应国家号召,大力推进以家庭医生签约服务为主的新型基层医疗卫生服务模式,旨在为慢性病患者、老年人等重点健康服务对象提供更加便捷、高效的健康管理服务。

为确保服务质量和覆盖面,邵阳市卫生健康委组织全市医疗力量,成功组建了2541个家庭医生签约服务团队,形成了覆盖广泛、服务全面的家庭医生网络。团队采用“三师共管”的签约服务模式,由乡村医生、公共卫生医师和全科医生共同组成,为居民提供全方位、个性化的健康管理服务。

服务内容方面,家庭医生签约服务涵盖了电话咨询、就医问药、预防保健、康复指导等多个方面。通过定期健康讲座、组织专家义诊、提供用药咨询等多种形式,家庭医生签约服务致力满足居民多样化的健康需求,提升基层医疗卫生服务水平。

从村医到全科医生

“感谢您上门给我爸爸看病,他今天好多了。”12月16日,邵东市牛马司镇卫生院全科医生彭永州正在为81岁的杨玉盛上门问诊,其子杨绍军如是感谢道。

12月14日,杨玉盛下腹疼痛,杨绍军急忙给彭永州打电话。彭永州赶到杨绍军家中后,耐心询问老人的病情,并进行测量血压和血糖等常规检查。“餐后血糖偏高,血压有点偏低。”彭永州初步怀疑是结石或阑尾炎引起的疼痛。“先输液几天。如果输液之后都不见明显好转,建议转院治疗。”

输液过程中,彭永州一刻也没有离开。守在村口,村民随叫随到,是他的工作常态。2022年,当了15年村医的他通过邵阳学院附属第一医院的转岗培训,顺利成为一名全科医生。

“以前还是村医时,我只能处理一些简单的疾病和常见的健康问题。现在,作为一名全科医生,我具备了更广泛的知识 and 技能,能够为患者提供更全面的诊疗服务。”彭永州说。

在牛马司镇卫生院,像他这样的全科医生,还有20余名,占村医的一半左右。村医需在市级医

院进行全科医生转岗培训后获得全科医生转岗培训合格证,或考取全科主治医师资格考试等相关资格证,才能成为一名合格的全科医生。

“家庭医生签约服务主要针对的是村里的慢病患者、老年人、孕产妇和儿童等重点人群。对于高血压患者和糖尿病患者,村医不仅定期为他们进行随访和用药指导,还关注他们的生活方式,提供个性化的健康管理建议。对于老年人,我们每年会安排一次免费体检,及时掌握他们的身体健康状况。”该院公卫科副主任杨娜介绍,目前,全院14个家庭医生团队共签约37712人,其中老年人8365人,高血压患者5283人,糖尿病患者2344人,儿童1293人,孕产妇135人,精神障碍患者269人,特殊计生102人,肺结核患者19人。

“未来,我们将进一步优化家庭医生团队的专业结构,引入更多康复、中医、养生等专业人才,持续完善签约服务信息化建设,实现居民健康数据实时共享。同时加强与上级医疗机构深度合作,打造更顺畅的转诊绿色通道,不断提升家庭医生签约的服务质量与水平。”杨娜说。



村民一边就诊,一边感受科技的魅力。

智慧诊疗赋能专科

“舌头拍个照就能知道体质?”12月10日,在双清区高崇山镇卫生院门诊,村民付左英对这合舌面仪不禁产生疑问。

“是的,您把舌头伸出来拍照,对应的体质和养生方案会自动出来。”该院医生李立春介绍。

“咔嚓!”随后,舌面仪根据照片,分别给出体质辨识、穴位按摩、运动建议和饮食建议的“舌头体检方案”。

“这个仪器除了让我知道自己是痰湿体质,连舌色、舌质、苔色、苔质和面色都能分析,太神奇了!”付左英说,有了这个报告,回家以后就能针对性饮食,越吃越健康。

除了通过舌头“开方”,该卫生院还引入了华为智能手环。手环能与卫生院系统相连,实时监测村民的心率、血氧和睡眠情况等多种健康数据。“除此之外,我们还可以在手环内设置‘医嘱提醒’,提醒村民按时服药。”高崇山镇卫生院副院长邓棋元介绍。

今年,该院高血压和糖尿病特色专科的“六位一体”体系(一套全专结合的服务模式、一套AI智能管理系统、一套中医体质辨识系统、一套居民行为激励方案、一个家庭医生工作室、一个保障)智慧化诊疗深入诊疗的每一个“细枝末节”。村民能够一边就诊,一边感受科技的魅力。

“从院长到村医,每一位都是家庭医生团队中的一员。”今年,该全科医生团队签约率高达70%,预估年底到过年达到80%以上。据了解,该团队定期开展健康讲座、免费测量血压血糖、上门义诊和有奖竞答、积分制等奖励机制,有效促进了邻里互助。

“专科服务借助智慧化的翅膀,为患者量身定制健康管理方案,让每一个细节都充满关怀与温度。”该院执行院长李灵说:“我们在全市基层医疗单位中首创高血压糖尿病智慧化特色专科门诊,这一创新展现了紧密型城市医疗集团与基层医疗机构协同作战、共筑健康防线、共建健康中国的担当,希望为更多‘两病’患者带来福音。”

慢病管理更惠民生

“两盒盐酸二甲双胍片,三盒格列齐特片,请来这边报销。”12月13日,李顺娇前往武冈市水西门街道第二社区卫生服务中心拿药、报销。

2012年,确诊糖尿病的李顺娇在该中心建档,进行慢性病健康管理。2020年,该中心家庭医生签约团队上门与其签约,并进行了“两病”备案。2023年,该中心设置慢病“一站式”服务,就诊、健康管理、拿药等一系列门诊服务也更加便民。

“我们的慢病管理患者如患有高血压,每年可报销360元,如患有糖尿病,每年可报销600元。同时患有高血压和糖尿病,费用就是960元。”该中心副主任魏芝玲介绍,这项费用是除了在乡级及村级门诊看病报销外,单独报销的费用,可以减少需要长期服药患者的负担。

“为民、便民、惠民”是该中心家庭医生签约服务推广以来一直践行的服务准则。家庭医生团队积极行动,深入社区、家庭,为居民提供个性化、全方位的健康管理服务。

不断对接居民需求,让就医更方便。该中心通过慢性病“一站式”门诊管理,将“一站式”门诊与全科门诊有机结合,融合居民日常诊疗流程,实现了

“诊前、诊中、诊后”一站式服务流程。在门诊服务内容方面,该中心构建了完善的慢性病管理体系,规范慢性病诊疗行为,提升服务质量。

同时,强化慢性病“一站式”门诊的运行管理,为慢性病患者提供“一站式”便捷服务。从预检分诊、基础检查,再到个性化诊疗服务、跟踪随访,每一个环节都严格把控,确保患者得到全面、细致的健康管理。

确诊、治疗、转诊、康复……该中心以信息化建设为支撑,以家庭医生签约服务为抓手,不断加大慢性病筛查与干预力度,完善健康档案,纳入健康管理,现已实现慢性病分级诊疗服务体系,为慢性病患者提供健康管理全周期服务。

成效如何?数据说话。据统计,自规范慢病“一站式”服务门诊以来,该中心本年度1月至10月的“两病”患者管理人数及购药率较去年同期相比均有所增长。

“三提高,三降低。”今年,该中心提高了成年人高血压、糖尿病的知晓率、血压和血糖控制率,以及心脑血管疾病急诊救治治疗率;降低了心脑血管疾病的发病率和死亡率,医疗费用支出和医保费用支出,患者满意度高达95%。