

信息化建设助力签约服务 与分级诊疗

苏州市姑苏区金阊街道白莲社区卫生服务中心

赵翼洪

什么是信息？

信息三要素：

- 第一，信息是有数据
- 第二，信息是有目的的
- 第三，信息是有指南的



什么是家庭医生签约服务

- 什么是家庭医生？家庭医生是指对服务对象实行全面的、连续的、有效的、及时的和个性化医疗保健服务和照顾的新型医生。
- 签约服务主体：明确家庭医生为签约服务第一责任人；实行团队签约服务；鼓励组合式签约。
- 优化签约服务内涵：明确签约服务内容；拓展服务范围；制定不同类型的个性化签约服务。
- 家庭医生签约后健康管理主体移交给家庭医生，家庭医生负责任地对签约对象进行健康评估，而且能够处理签约对象大病转介和社区康复、家庭病床等服务，减少诊疗环节。

分级诊疗运行机制

- 分级诊疗制度是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，形成以病情为依据，以医学诊疗能力为基础的分级分工合作制度。
- 在具体推行上，各级医疗、卫生管理机构在执行落地上会存在一些落差，包括对一些运行机制的设计都还处于非常初级的水平。

信息技术对接分级诊疗、家庭医生签约

- 除了政策推动，分级诊疗在真正实施落地上还要靠技术驱动，一部分是信息化技术将上下级医院的信息传输互联互通，实现信息共享。一部分是医疗技术的提升，优质专家带动基层医生如何看病，真正有效提升基层对于疾病的认识和对诊疗技术的掌握。
- 实现信息融合与分级诊疗的基础在于电子健康档案和电子病历二个基础数据库，建立一个医疗卫生信息专用网（市、区信息中心）。

信息融合解决：

- 提升基层现有医疗服务的质量和效率。
- 优化公共医疗管理方式。
- 保证社区慢性病管理的持续效果。
- 个性化干预措施的支持平台。



签约主体的协作和服务方式需要信息手段

- 医疗、护理、康复、药学沟通的及时性；
- 转介服务的信息平台建设；
- 居家远程检（监）测医学仪器数据采集及利用；
- 被签约群体服务的可利用；
- 服务数据集成和质量评估。



APP提升家庭医生服务半径和签约服务可及性

- ✍ 提供基于居民健康档案的移动端服务；
- ✍ 提供APP平台语音文字咨询、病灶图片传输和线上解答。



苏州率先提升健康信息化服务

- 2016年提出“健康苏州2020”战略启动，实施分级诊疗；
- 加大基层与三级医院健康工作重叠性；推进医疗联合体
- 全面启动健康城市“531”工程；
- 出台《苏州市家庭医生（护士）执业管理办法》，鼓励二级以上医院医生和护士与基层社区卫生服务机构签约开展医疗服务；率先出台医保政策支持家庭健康服务支付标准。
- 推进医养融合，实施家庭医生资质认证。
- 打通公立三级医院与城市社区卫生服务机构患者疾病诊疗查询系统。基层可以访问三级医院住院病历系统。

信息技术条件下的家庭医生签约服务



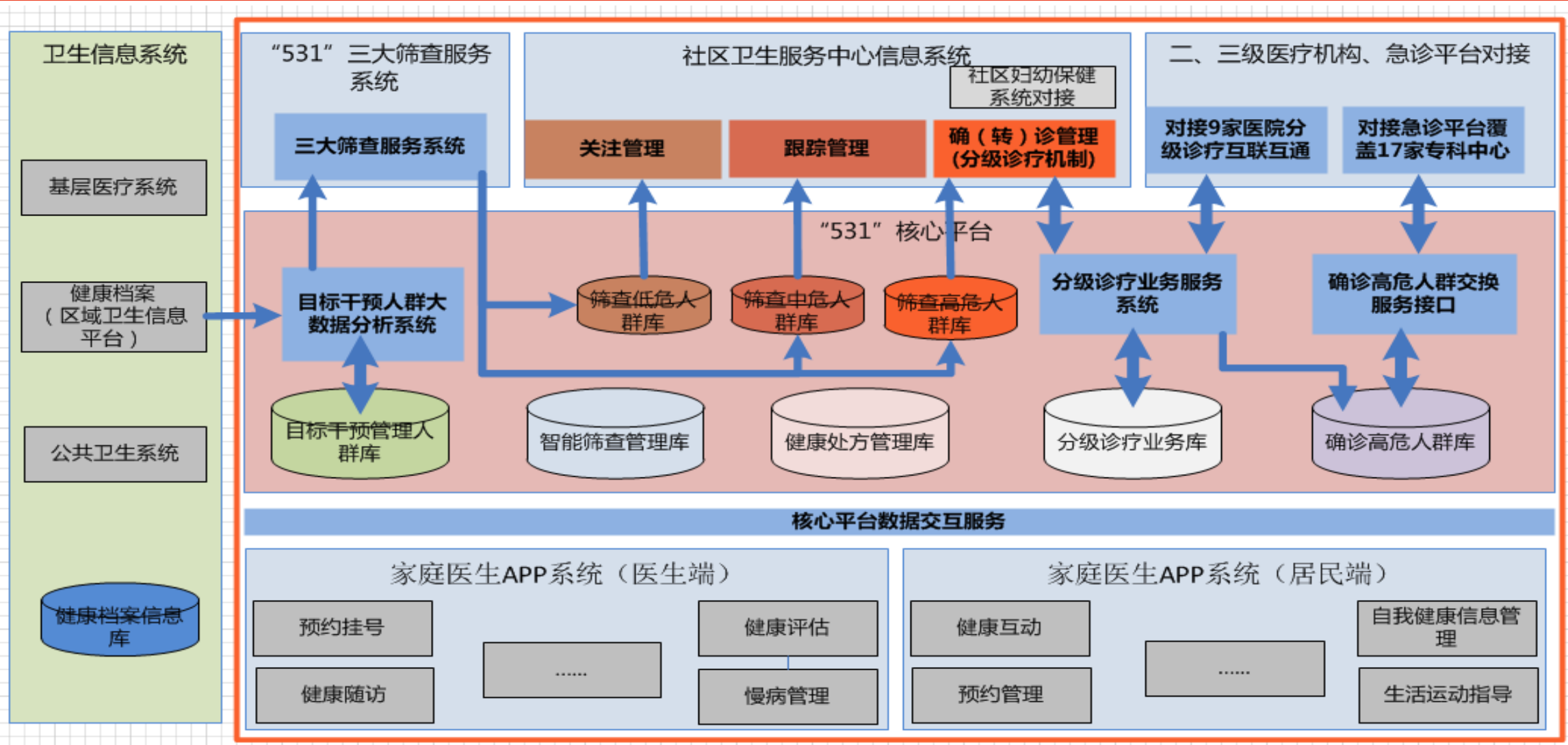
借助信息技术促进家庭医生签约的服务保障



信息助力苏州城市健康体系



信息化助力苏州分级诊疗和家庭医生服务



信息化强化心脑血管疾病人群筛查及干预

- 建立心脑血管诊疗过程筛查规则；
- 基于健康档案数据分析查询心脑血管初筛人群；
- 实现心脑血管筛查信息管理功能。
- 建立社区高危患者评估、转诊机制和家庭医生社区回访机制。

区域社区卫生信息平台(版本号: 20170215)

系统(S) 业务处理 健康档案 疾病管理 计划免疫 双向转诊 社区查询 诊疗查询 医学知识库 系统维护 窗口(W) 帮助(H)

导航栏 | 基本医疗 | 选病人 | 咨询 | 转诊处理 | 结束 | 病历首页 | 书写病历 | 处方 | 检查 | 检验 | 中心EHR查询 | 退出

卡号: 点我刷卡(输卡号) 市: 姓名: 顾丽娟 性别: 女 年龄: 66岁 性质: 医疗保险 地址: 三元三村56幢404室

个 有 无 个 有 无 个 有 无 个 有 无 个 有 无 个 有 无

即往史
高血压

糖尿病(未建卡)

序号 姓名 性别 家庭住址 联系电话 管理组 备注

1 顾丽娟 女 三元三村56幢

心脑血管筛查评估表登记—顾丽娟

心脑血管疾病高危人群筛查危险评估表登记 ☐ 档案开放

姓名: 顾丽娟 性别: 女 出生年月: 1951-01-12 身高: 168 cm 体重: 55 Kg BMI: 19

现测血压值(SBP/DBP): ☒ 左侧 ☐ 右侧 第一次: 130 / 80 mmHg 第二次: 130 / 76 mmHg

血总胆固醇: 4.7 mmol/L 低密度脂蛋白胆固醇: 1.6 mmol/L 高密度脂蛋白胆固醇: mmol/L

原登记电话1: 13862131885* 现联系电话1: 13862131885* 档案记载地址:

原登记电话2: 68285218 现联系电话2: 68285218 三元三村56幢404室

现家庭地址: 江苏省苏州市 姑苏区 三元三村56幢404室

脑卒中风险评估		心脏病风险评估	
评估项目	状态	评估项目	状态
高血压病	☒ 有 ☐ 无	2次平均 SBP $\geq$ 160mmHg/DBP $\geq$ 100mmHg	☐ 有 ☒ 无
血脂异常	☐ 有 ☒ 无	LDL $\geq$ 4.14mmol/L	☐ 有 ☒ 无
糖尿病	☐ 有 ☒ 无	HDL $<$ 0.78mmol/L	☐ 有 ☒ 无

评估

区域社区卫生信息平台(EHR)——苏州市姑苏区金阊街道社区卫生服务中心

全科 赵翼洪 13:40

心脑血管疾病社区筛查后信息化管理

- 实现心脑血管高危人群上转上级医疗机构功能；
 - 实现接收上级医疗机构筛查结果稳定或轻微筛查人群；
 - 对心脑血管高危人群提供个性化的健康生活运动处方；
 - 对确诊患者建立专项档案，自动生成随访计划；
 - 实现心脑血管确诊人群的随访功能；
 - 实现心脑血管筛查健康数据的档案整合；
 - 心脑血管患者健康档案信息面对面核准；
 - 心脑血管重点人群健康档案信息向个人开放知情同意。
- 

居家健康管理信息手段

Wellbridge 玮瑞健康云平台
www.well-bridge.com

检测信息

欢迎您, test!

密码 后退 刷新 前进 退出

血糖检测信息

医生服务信息

筛选

用户:

检测日期: 2014/01/11

查询

血糖监测数据

用户名称	早餐后	早餐后	午餐前	午餐后	晚餐前	晚餐后	睡前	备注
吕金干	12.10		11.40				8.90	
段佩珠	11.50						9.10	
杨亿	9.10	7.90	15.30	6.40	5.60	10.20	10.80	
徐永生	8.90	13.30		6.70				
洪惠珍	7.90	8.90		10.30	8.40		8.20	
唐过洋	7.60	6.40	6.30	12.40	9.80	9.20	10.10	
丁爱珍	7.10	10.70	19.50	7.90				
倪陆顺	7.10	7.70	7.60	7.90				
张美兴	6.80	10.50		11.50		16.00		
李青惠	6.60	7.20	6.80	7.80		13.20		
徐伯林	6.60	6.90		8.40		8.70	7.30	
朱荣泉	6.40	6.70		7.40		7.70		
吕亮康	6.20	8.80	9.90	11.40	7.40	10.20	6.20	
廖久盛	6.20	10.30	8.10	18.40	9.40	10.20	9.50	
马兴华	5.90	8.10	9.50	13.90	4.40	5.70	6.20	
孔建华	5.50	8.10	7.30	8.80				
徐承明	5.20	10.00		7.30	6.80		7.80	
潘佳炎		6.70		7.30	7.80			

家庭签约的评鑑机制

- 三项组织指标：健康管理 with 个案健康教育；疾病个案管理与社区照护门诊、家庭病床；开设24小时咨询电话。
- 三项品质指标：签约居民急诊就诊率；居民疾病住院率；社区固定就诊率。
- 四项预防保健指标：家庭成年人体检率；65岁以上老人流感注射率；成年人大便隐血检查率；常见慢性病知识知晓率。

信息化保证管理时效性和真实性



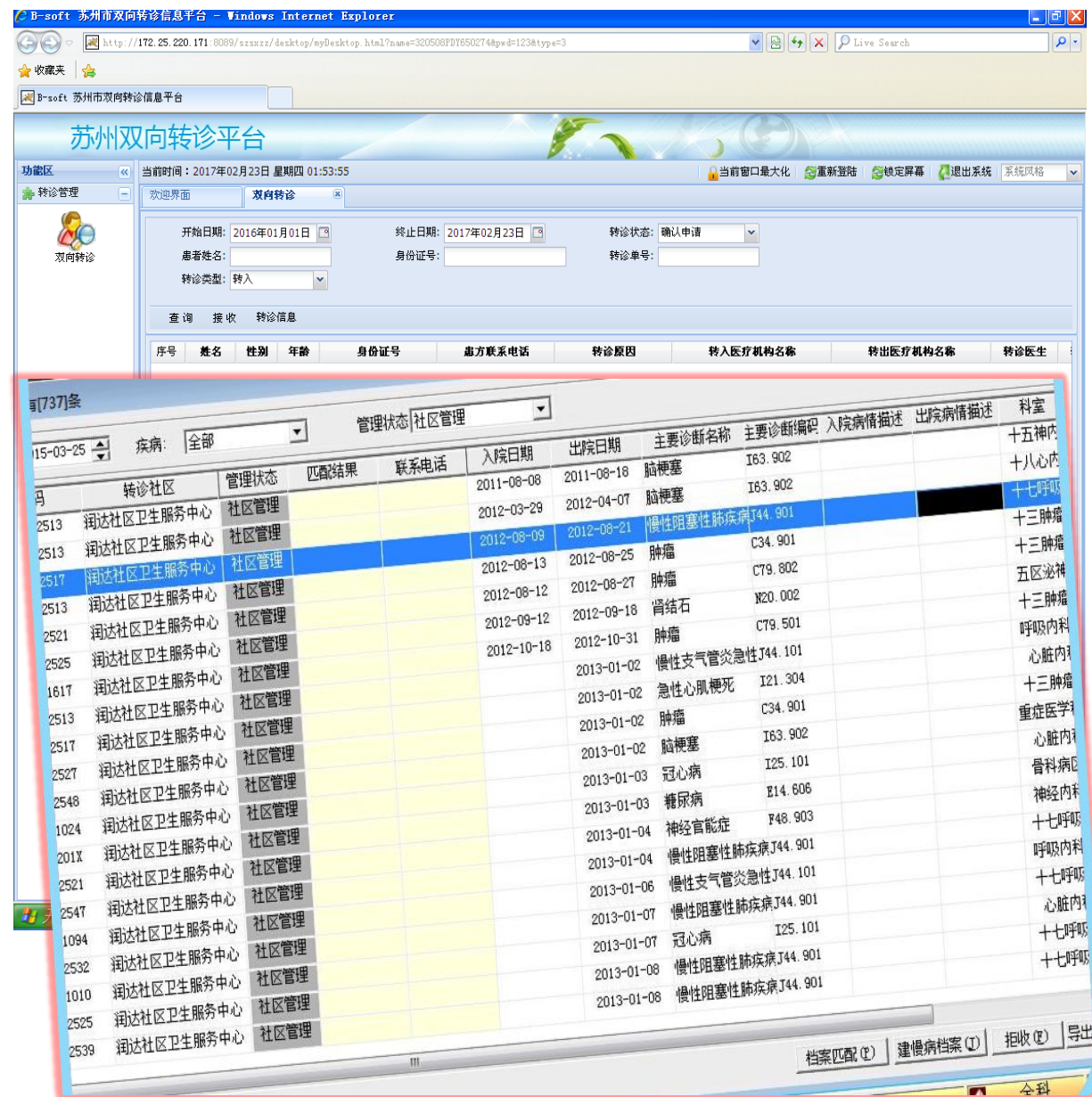
双向转诊“苏州城市健康531”社区系统

根据分级诊疗社区优先原则，实现提前释放专家号；

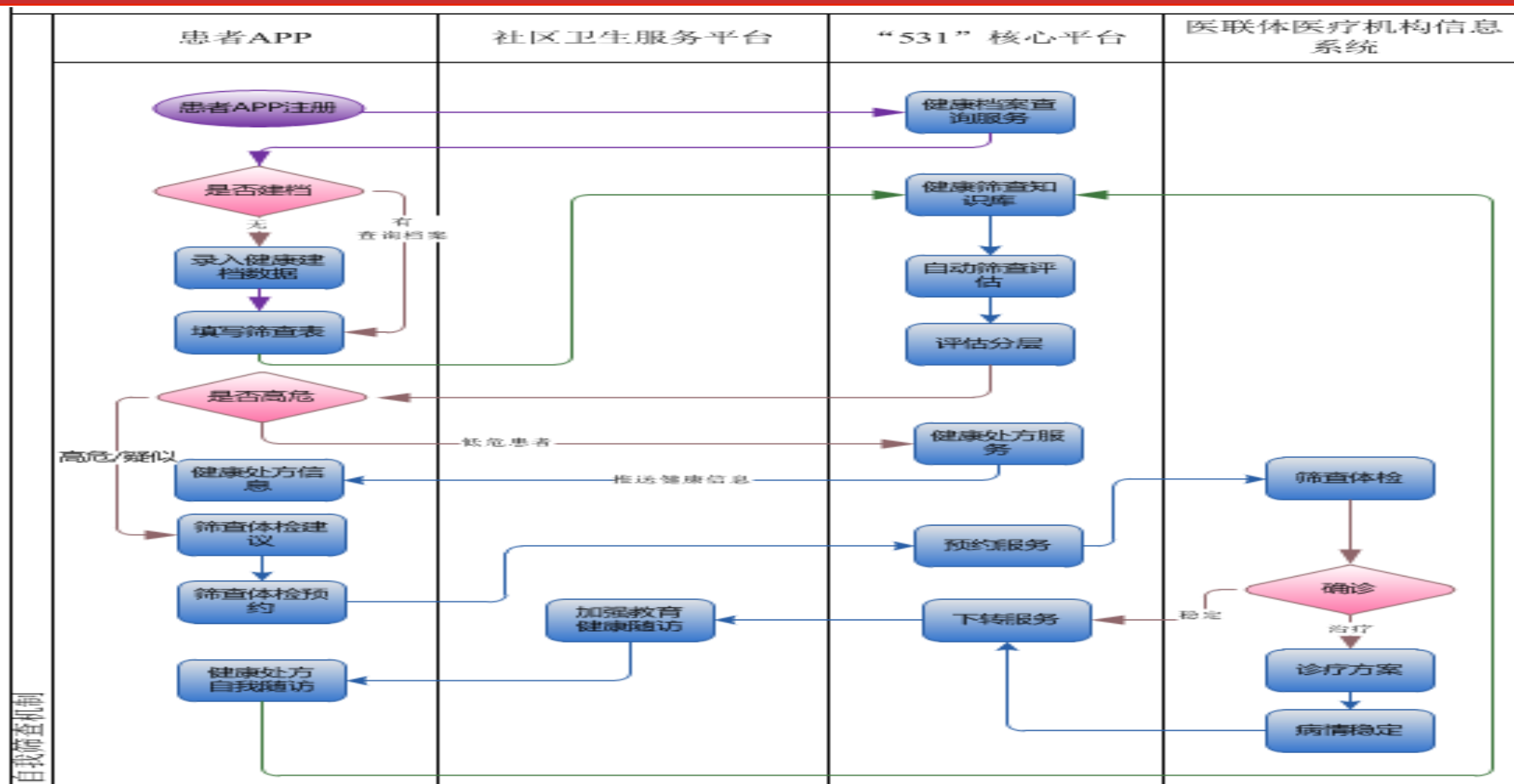
在社区卫生服务中心的HIS系统中填写转诊申请单；

高危人群医院治疗结束，高危人群达到出院或转回社区诊疗、康复的指征，经本人同意后，可转回社区医院继续诊疗或康复；

通过点击该名患者“病情摘要”，即可查看病人在社区医院就诊时社区医生编写的病情信息，包括主诉、诊断、现病史、既往史、体征史、历史处方等。



信息系统示意图：



信息是“分级防治体系”的基础

- 实现医院、社区、公共卫生部门之间的网络信息共享，推行了全市统一的医院信息系统功能建设；
- 实现了全市居民在市区公立医疗机构就诊可以调阅到联网内其他机构的诊疗纪录；通过制定统一的标准，有效整合医疗卫生业务应用系统；
- 将市区公立社区卫生服务中心建设成为市民综合健康管理服务平台；
- 建立肿瘤、心脑血管疾病和高危妊娠筛查机制。

医联体互动结对



高新区医疗联合体

苏州科技城医院

七大社区卫生服务中心

阳山

狮山

横塘

通安

东渚

镇湖

浒关

建立分工协作机制，以优质医疗资源下沉，与基层资源共享等方式，促进优质医疗资源的纵向流动，提高基层诊疗能力与水平，稳步推进分级诊疗与双向转诊建设。

“临床辅助检查”信息融合

远程影像中心

临检生化中心

心电图报告中心

提升社区疾病处置能力



院外“疾病症状管理” 借助信息融合

- 院外“疾病症状管理”：患者主观症状由社区医生介入，三级医院专科医师评估；
- 社区护理问题：社区护理支撑、专科护理支持；
- 整合资源，分类管理，社区调度模式。
- 目的：达到诊疗规范化，服务模式综合化，健康资源信息化。



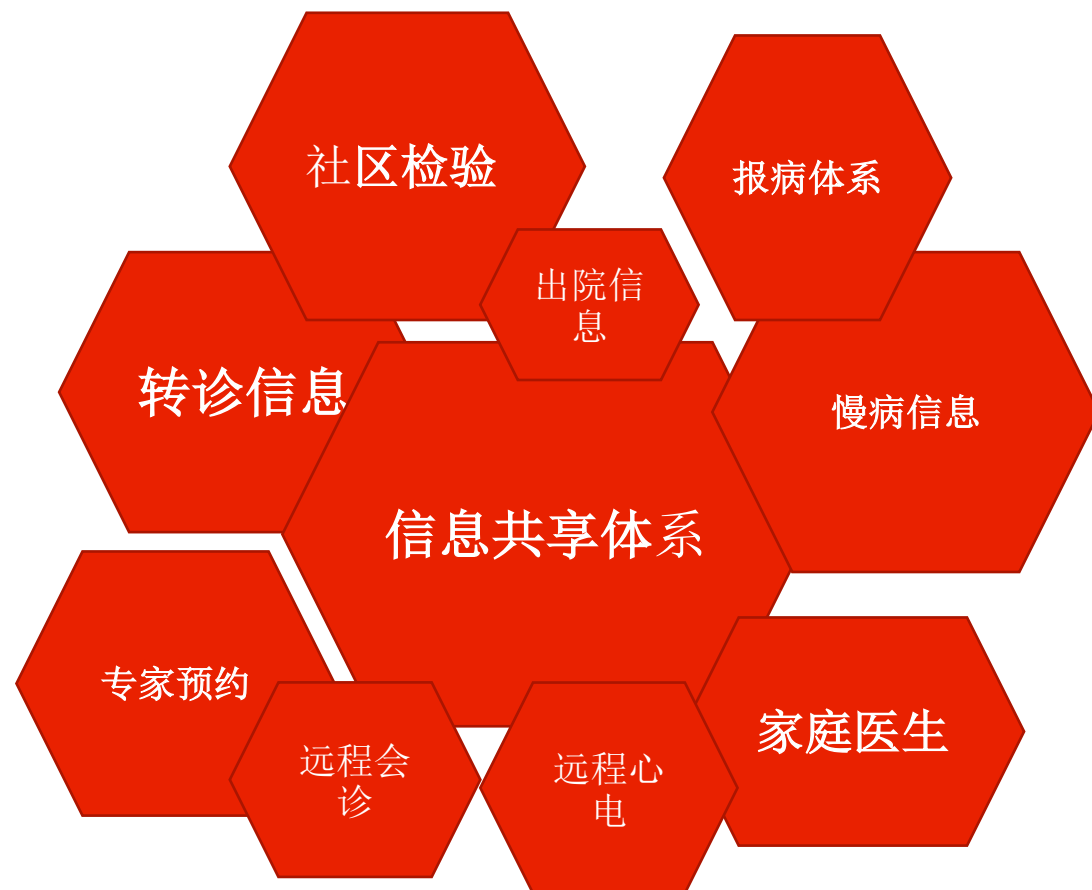
大数据协同支撑基层健康管理

- 将网络共享技术、信息传输技术、云计算、大数据都融合在市级医疗平台中，实现对数据管理和二次研究，真正把信息化融入到医疗过程中。
- 医疗大量的数据存储和计算，统一的存储可以有效地提升效率，同时通过云计算的超级计算技术对数据进行挖掘，将临床数据和老年健康体检数据整合对公共卫生学和卫生经济学进行统计，为政策部门提供一些依据。
- 苏州落实了疾控、医院、社区信息“软件”同质化。

慢性病管理信息融合



苏州社区与三级医院信息共享平台



结束语

- 健康管理最重要的是创建一个平台，怎么将医疗技术、云计算、大数据分析通过信息平台导入医疗服务中，没有医院的介入健康管理就不是一个闭环。分级诊疗没有信息数据的融入仍然解决不了百姓“看病难，看病贵”的问题，因为患者很难通过一般性渠道去获得简捷的医学服务，推进并落实家庭医生有效服务需要借助信息化。

交流、 指导





感谢聆听

我们坚信这个划时代的事业将会由我们大家携手一起创造！