

国家卫生健康委员会办公厅

国卫办基层函〔2025〕439号

国家卫生健康委办公厅关于印发基层慢性病健康管理服务能力建设指引的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

根据国家卫生健康委、国家发展改革委、财政部、国家医保局、国家中医药局、国家疾控局《关于加强基层慢性病健康管理服务的指导意见》（国卫基层发〔2025〕15号），乡镇卫生院和社区卫生服务中心通过功能整合，可设立分区合理、动线流畅的“一站式”基层慢性病健康管理中心。为指导各地根据需要促进基层慢性病健康管理服务能力建设，优化服务流程，提高服务质量，适应城乡居民慢性病健康管理服务需求，我委制定了《基层慢性病健康管理服务能力建设指引》，现印发给你们，请结合实际参照执行。



（信息公开形式：主动公开）

基层慢性病健康管理服务能力建设指引

为促进基层慢性病健康管理服务能力建设,提高基层慢性病健康管理服务质量,适应城乡居民慢性病健康管理服务需求,根据《关于加强基层慢性病健康管理服务的指导意见》(国卫基层发〔2025〕15号),结合地方需求,制定《基层慢性病健康管理服务能力建设指引》。

一、基本原则

(一)强化统筹,整合功能。结合基层医疗卫生机构能力建设,统筹基本医疗与基本公共卫生服务资源,整合基层慢性病健康管理服务功能,提供“一站式”功能整合型基层慢性病健康管理服务。

(二)信息联通,上下协调。加强数智技术在基层慢性病健康管理服务中的应用,依托数智化平台建设,推进信息联通,形成上下贯通、协同高效的慢性病健康管理服务格局,实现健康管理服务信息动态管理。

(三)需求导向,连续服务。立足辖区居民健康需求,结合紧密型医联体建设和家庭医生签约服务,优化服务流程,强化医防融合,提供中西医结合的全流程连续服务。

(四)按需整合,分级推进。乡镇卫生院和社区卫生服务中心可根据实际需要依据基本条件进行功能整合,有条件的可在此基

础上参照拓展条件进行整合。

二、指导依据

在《乡镇卫生院服务能力标准(2022版)》《社区卫生服务中心服务能力标准(2022版)》《乡镇卫生院医用装备配置标准(WS/T843—2025)》等基础上,根据《国家基本公共卫生服务规范》《国家基层高血压防治管理指南》《国家基层糖尿病防治管理指南》《慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范》《健康中国行动——心脑血管疾病防治行动实施方案(2023—2030年)》《健康中国行动——糖尿病防治行动实施方案(2024—2030年)》《健康中国行动——慢性呼吸系统疾病防治行动实施方案(2024—2030年)》《健康中国行动——健康体重管理行动》等制定基层慢性病健康管理服务能力建设指引,理顺服务流程,规范服务内容。

三、主要标准

(一)核心功能。主要负责组织对辖区居民开展慢性病预防、诊疗和健康管理服务;负责对接转诊服务,为本机构发现及经上下转诊的慢性病患者提供健康管理服务;负责本机构慢性病患者健康状况信息汇总、分析及流转;引导有需求的慢性病患者签约家庭医生。

(二)空间布局。科学整合现有空间资源,优化功能布局与服务流程,做到功能分区明确、导向标识清晰、人员动线流畅,为居民提供规范化健康管理服务。具体包括健康服务区(提供健康咨询、筛查、随访、健康知识宣传等)、诊疗区(提供诊断、治疗、中医药特

色服务、转诊等)。

(三)人员整合。整合全科医生、中医医师、公共卫生医师、药师、护士等卫生专业技术人员组成,有条件的可以吸纳社会工作者、志愿者、医生助理等人员。

(四)设备配备。在《乡镇卫生院服务能力标准(2022版)》《社区卫生服务中心服务能力标准(2022版)》基础上,根据慢性病健康管理服务的需要,配备相关设施设备。

(五)信息化要求。在《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范》《紧密型县域医共体信息化功能指引》基础上,整合居民电子健康档案、诊疗数据、体检数据、基本公共卫生服务数据等,加强数智化应用,具备信息交汇功能,能够支撑基层慢性病全流程健康管理服务。

四、服务内容和流程

根据基层慢性病健康管理功能分区,主要承担咨询与筛查、诊断与治疗、随访与健康指导等任务,见附图。

(一)咨询与筛查

1. 提供健康咨询、健康科普、预约挂号和接受转诊服务;
2. 收集居民在本机构或其他机构就诊的基本健康信息;
3. 提供健康自检、慢性病筛查服务;
4. 将采集的健康信息更新至居民电子健康档案,同时开展家庭成员健康风险提示。
5. 签约居民优先分诊至签约的家庭医生诊室就诊;根据需要

为居民签约或续约家庭医生服务,提醒家庭医生履约。

(二)诊断与治疗

1. 按照诊疗规范进行病史采集、体格检查、必要的辅助检查,开展靶器官损害评估和并发症筛查。遵循相关基层慢性病防治管理指南进行疾病诊断和治疗,动态监测和评估,对符合条件的纳入分类分级健康管理服务;尚未达到诊断标准的,有针对性进行健康教育。

2. 依据高血压、2 型糖尿病、高脂血症、肥胖症膳食运动基层指导要点,为患者提供合理膳食、适量运动、控烟限酒指导。

3. 对超出机构诊疗能力的患者,采取必要的初步处理或抢救措施,并同步启动向上转诊流程。

(三)随访与健康指导

1. 提供随访服务。对慢性病患者提供分类分级随访服务。为患者解读随访结果,提醒患者定期监测相关指标,记录随访监测信息,预约复诊或随访服务时间。对下转患者实施动态随访管理,确保服务连续性。

2. 开展健康指导。指导患者定期监测血压、血糖、肺功能、体重等健康指标,并记录监测结果。引导患者强化个人健康责任意识,主动开展自我健康管理。根据医嘱提供合理膳食、适量运动、控烟限酒等健康指导服务。

3. 开展数据分析。开展慢性病健康管理数据分析,掌握辖区慢性病人特点,为慢性病健康管理服务提供参考。

五、质量管理原则

加强内部管理,严格执行有关慢性病健康管理服务指南,规范服务流程和内容。主动接受紧密型医联体牵头医院或上级医院相关专病科室的指导和质量控制,对照评价结果,持续改进慢性病健康管理服务质量。

附件:基层慢性病健康管理服务能力建设条件

附件

基层慢性病健康管理服务能力建设条件

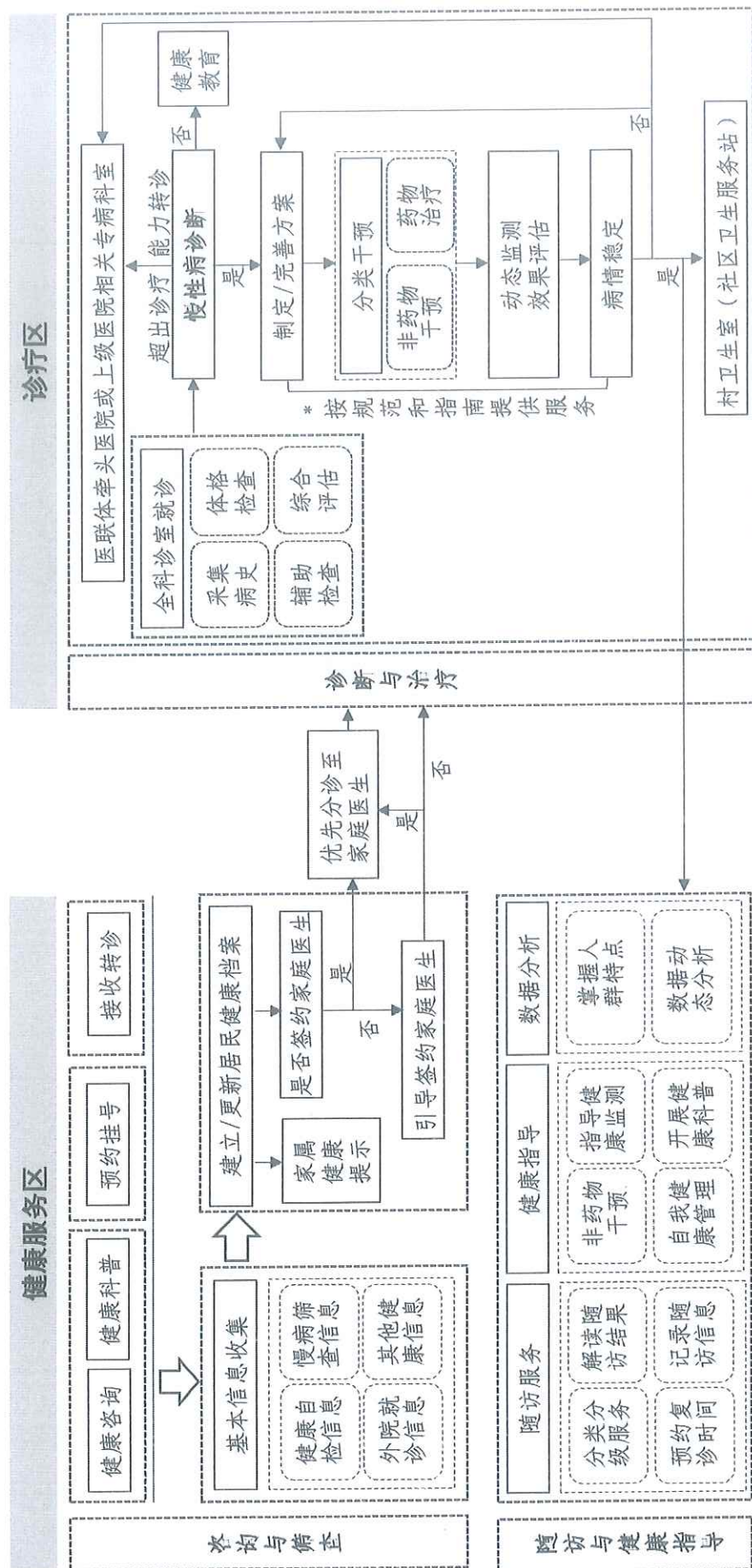
维度	基本条件	拓展条件
涵盖功能	1.根据基层慢性病防治相关的指南和规范，开展全流程健康管理服务； 2.确定基层慢性病健康管理服务的人员能力、设备、用药管理、信息化建设、质量管理等要求。 3.与紧密型医联体牵头医院或上级医院专病科室建立畅通的双向转诊和信息共享机制。	1.提供智能辅助的慢性病健康管理服务； 2.能够开展智能辅助的临床用药决策、区域内双向转诊、质量管理等。 3.区域内机构间双向转诊患者信息共享。
服务内容	1.提供健康咨询与健康科普服务； 2.提供慢性病筛查、诊断、治疗、随访、用药指导等服务； 3.开展慢性病并发症筛查； 4.应用中医适宜技术； 5.根据危险因素开展健康评估； 6.提供健康自测服务； 7.提供个性化健康指导； 8.提供家庭医生签约服务； 9.提供慢性病病情评估、动态监测、分类干预服务； 10.提供紧密型医联体牵头医院或上级医院号源预约； 11.根据高血压、2型糖尿病、高血脂、肥胖症膳食运动基层指导要点开展合理膳食、适量运动、控烟限酒等指导； 12.开展慢性呼吸系统疾病筛查；	1.提供智能辅助健康监测； 2.提供移动终端健康管理； 3.开展高血压、糖尿病视网膜病变筛查； 4.开展脑卒中危险因素筛查； 5.开展家庭病床、远程健康监测； 6.提供线上互动课程（科普视频和健康直播等）。

	<p>13.提供远程会诊；</p> <p>14.提供健康体重管理服务；</p> <p>15.提供全科和其他专科的多学科联合服务；</p> <p>16.指导患者组建健康管理小组（同伴教育）和开展自我健康管理；</p> <p>17.协同村（居）民委员会公共卫生委员会指导居民组建健康管理小组。</p>	
人员配置	<p>1.至少2名中级及以上职称且具备慢性病预防、诊治及管理能力的医生和至少3名护士；</p> <p>2.紧密型医联体医院长期派驻专科医生进行带教和指导。</p>	<p>1.配备至少1名副高级及以上职称全科医师和1名中医医师；</p> <p>2.配备社会工作者、志愿者、医生助理等人员协助提供非卫生专业技术服务，须通过用人单位培训和评估后参与相关工作。</p>
人员能力要求	<p>1.建立和完善慢性病患者电子健康档案，能识别慢性病高风险人群，具备慢性病筛查能力；</p> <p>2.开展慢性病诊断，并依据诊断结果制定个性化诊疗方案。按方案实施治疗与随访。不能诊断和治疗的，及时转诊；</p> <p>3.掌握慢性病筛查、健康管理服务要求，可熟练操作相关设施设备；</p> <p>4.对患者进行慢性病并发症筛查与相关危险因素评估；</p> <p>5.能够识别慢性病急性并发症，开展初步处理并及时转诊；</p>	

	<p>6.具备健康体重管理、合理膳食、适量运动、控烟限酒等健康指导服务的能力;</p> <p>7.完成慢性病健康管理服务的相关培训。</p>	
设备 配备	<p>按照《乡镇卫生院服务能力标准(2022版)》《社区卫生服务中心服务能力标准(2022版)》《乡镇卫生院医用装备配置标准(WS/T843-2025)》要求,可结合实际配备以下设备:</p> <p>1.雾化吸入装置、指脉氧仪;</p> <p>2.24小时动态血压监测设备;</p> <p>3.糖化血红蛋白检测设备;</p> <p>4.动态血糖监测仪;</p> <p>5.人体成分分析仪。</p>	<p>1.动脉硬化检测仪;</p> <p>2.免散瞳眼底相机;</p> <p>3.峰流速仪;</p> <p>4.肺功能检测仪;</p> <p>5.一氧化氮检测仪。</p>
用药 管理	<p>1.执行国家基本药物目录和医保目录;</p> <p>2.紧密型医联体内部高血压、糖尿病、慢阻肺病用药不受“一品两规”限制;</p> <p>3.开展长期处方服务;</p> <p>4.落实慢性病缺药登记和采购制度。</p>	<p>1.临床用药辅助决策系统;</p> <p>2.人工智能辅助合理用药监管;</p> <p>3.药师参与慢性病健康管理服务。</p>
信息 化建 设	<p>1.开展健康档案电子化管理;</p> <p>2.利用多种途径将电子健康档案向居民本人开放;</p> <p>3.实现居民电子健康档案与诊疗信</p>	<p>1.开展人工智能辅助诊断、随访等健康管理服务;</p> <p>2.开展慢性病智能预警与</p>

	<p>息的互联互通和信息共享；</p> <p>4.与紧密型医联体牵头医院或上级医院建立双向转诊平台，开展分布式检查、集中式诊断。</p>	<p>个性化管理；</p> <p>3.利用物联网和移动终端开展健康监测。</p>
质量 控制	<p>1.严格执行有关慢性病健康管理服务指南，规范服务流程和内容；</p> <p>2.主动接受紧密型医联体牵头医院或上级医院相关专病科室的监督管理，对照评价结果，持续改进慢性病健康管理服务质量；</p> <p>3.建立患者满意度调查机制，收集患者意见和建议。</p>	<p>1.利用人工智能辅助开展质量控制；</p> <p>2.完善质量控制制度，依据制度持续改进。</p>

附图 基层慢性病健康管理服务流程示意图



国家卫生健康委办公厅

2025 年 11 月 14 日印发

校对：罗 怡