社区高血压管理中的医防融合服务包构建与实施路径研究

金腾，陈文静，王佩
陕西省交通医院，陕西 西安 710068

DOI:10.61369/MRP.2026020014

摘　　要： 随着我国人口老龄化加剧与慢性病负担的持续加重，高血压作为最常见的心血管慢性病，其管理成效直接关系到全民健康水平提升与“健康中国2030”战略目标的实现。社区作为高血压防治的主战场，传统“重治疗、轻预防”“医防脱节”的管理模式已难以满足居民健康需求。医防融合理念通过整合医疗服务与公共卫生服务资源，构建一体化健康管理体系，成为破解社区高血压管理困境的关键路径。本文系统梳理国内外社区高血压医防融合管理的研究进展，重点分析医防融合服务包的核心模块构建基础逻辑，深入探讨服务包落地实施的关键路径与保障机制，为完善我国社区高血压医防融合管理体系提供理论参考与实践借鉴。

关 键 词： 社区卫生服务；高血压管理；医防融合；服务包构建；实施路径

Research on the Construction and Implementation Path of an Integrated Medical and Preventive Services Package for Community Hypertension Management

Jin Teng, Chen Wenjing, Wang Pei
Shaanxi Traffic Hospital, Xi'an, Shaanxi 710068

Abstract: With the intensification of population aging and the increasing burden of chronic diseases in China, hypertension, as the most prevalent cardiovascular chronic condition, has its management effectiveness directly linked to the enhancement of the overall national health level and the achievement of the strategic goals outlined in "Healthy China 2030." Communities serve as the primary frontline for hypertension prevention and control; however, the traditional management model, which emphasizes treatment over prevention and exhibits a disconnect between medical care and preventive measures, can no longer adequately meet the health needs of residents. The concept of integrating medical and preventive services, by combining medical care resources with public health services to establish an integrated health management system, has emerged as a crucial pathway to overcome the challenges in community hypertension management. This paper systematically reviews the research progress in the integrated management of medical and preventive services for community hypertension both domestically and internationally. It focuses on analyzing the foundational logic behind constructing the core modules of an integrated medical and preventive services package and delves into the key implementation pathways and safeguard mechanisms for its practical application, providing theoretical references and practical insights for improving China's integrated medical and preventive services management system for community hypertension.

Keywords: community health services; hypertension management; integration of medical and preventive services; construction of service packages; implementation pathways

引言

根据《中国心血管健康与疾病报告2023》数据，我国18岁及以上居民心血管患病人数超3亿，其中高血压患者住院率达心血管疾病患病住院总数的68.4%，且呈现“高患病率、高致残率、高死亡率”与“低知晓率、低治疗率、低控制率”的“三高三低”特征[1]。高血压若长期控制不佳，易引发脑卒中、心肌梗死、肾功能衰竭等严重并发症，不仅降低患者生活质量，更造成沉重的家庭负担与社会医疗资源消耗。社区作为慢性病管理的“最后一公里”，承担着高血压筛查、随访、干预、教育等核心职能，但其管理效能受限于医疗与

 Copyright © This Work is Licensed under A Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

公共卫生服务割裂的体制机制障碍——基层医疗机构侧重疾病诊疗，公共卫生机构专注群体预防，二者在数据共享、资源调配、服务衔接等方面存在明显壁垒，导致高血压管理呈现“碎片化”状态。医防融合理念源于“健康生态学”理论，强调从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变，通过整合医疗、预防、保健、康复等服务资源，构建全周期、一体化的健康管理体系[2]。在社区高血压管理中，医防融合服务包作为具体实施载体，能够明确服务内容、标准与流程，解决“医防两张皮”问题，提升管理效率与效果。近年来，国内外学者围绕医防融合服务包的构建与实施展开大量研究，但尚未形成统一的框架与路径，且在实践中仍面临资源不足、协同不畅、居民依从性低等挑战。因此，系统梳理现有研究成果，分析服务包构建逻辑与实施路径，对完善社区高血压医防融合管理体系具有重要意义。

一、社区高血压医防融合服务包的构建基础

（一）政策支撑

我国近年来出台多项政策推动医防融合发展，为社区高血压管理服务包构建提供制度保障。《“健康中国2030”规划纲要》明确提出“加强慢性病综合防治和管理，推广医防结合的服务模式”[3]；《国家基本公共卫生服务规范》将高血压患者健康管理纳入基本公共卫生服务项目，要求基层医疗机构开展筛查、随访、用药指导等服务[4]；2023年国家卫生健康委发布的《关于进一步推进医防融合发展的指导意见》进一步强调，要“以慢性病管理为突破口，整合医疗与公共卫生服务资源，构建覆盖全人群、全周期的慢性病健康管理体系”。这些政策为社区高血压医防融合服务包的构建提供了明确的方向指引与政策依据。

（二）理论依据

社区高血压医防融合服务包的构建以多学科理论为支撑，主要包括：①健康管理理论：强调通过“评估－干预－监测－反馈”的循环流程，实现对高血压患者健康状况的动态管理，核心是个性化干预与长期随访[5]；②协同治理理论：主张整合政府、医疗机构、公共卫生机构、社区组织、居民等多元主体资源，形成协同合作的管理网络，解决医防资源分散问题[6]；③行为改变理论：如健康信念模型（HBM）、跨理论模型（TTM）等，为服务包中健康教育模块的设计提供依据，通过改变患者不良生活方式（如高盐饮食、缺乏运动、吸烟饮酒等），提升血压控制效果[7]；④公共产品理论：社区高血压医防融合服务具有准公共产品属性，需政府主导、市场参与，明确服务供给主体与责任，保障服务的可及性与公平性[8]。

（三）实践需求

从社区高血压管理实践来看，传统服务模式存在明显短板：一是服务内容单一，多以血压测量、用药指导为主，缺乏对饮食、运动、心理等方面的综合干预；二是服务主体割裂，基层医生承担医疗诊疗任务的同时，需兼顾公共卫生随访，精力有限且专业能力不足，公共卫生人员缺乏临床诊疗能力，无法为患者提供个性化用药建议；三是服务流程不规范，筛查、随访、转诊等环节衔接不畅，数据共享困难，导致管理效率低下。医防融合服务包通过整合服务内容、明确主体责任、规范服务流程，能够有效解决上述问题，满足社区居民对高质量高血压管理服务的需求。

二、国内社区高血压医防融合服务包核心模块

综合国内实践，社区高血压医防融合服务包的核心模块可归纳为以下六大模块，各模块相互关联、协同作用，形成完整的管理体系：

表1：医防融合服务包核心模块

模块名称	核心内容	责任主体	目标
筛查与风险评估模块	社区居民免费筛查、高危人群识别、患者风险分层（低/中/高）[9]	社区卫生服务中心、公共卫生机构	提高高血压知晓率，明确管理重点
临床诊疗与用药指导模块	个性化诊疗方案制定、合理用药指导、疑难病例转诊[10]	全科医生、上级医院专科医生	控制血压水平，减少并发症
健康干预模块	饮食指导（低盐低脂）、运动干预（如太极拳、快走）、戒烟限酒、心理疏导[11]	健康管理师、营养师、心理咨询师	改变不良生活方式，提升自我管理能力
随访监测模块	定期血压测量、病情监测、健康档案更新、远程数据采集[12]	社区护士、公共卫生医师	动态掌握患者健康状况，及时调整方案
健康教育模块	社区讲座、宣传手册、微信公众号、短视频[13]	公共卫生机构、社区组织	提升患者健康知识水平，增强管理意识
协同管理模块	数据共享、多学科团队协作、转诊衔接、绩效激励	政府、医疗机构、公共卫生机构、社区组织	保障服务顺畅运行，提升管理效率

三、社区高血压医防融合服务包的实施路径

（一）完善政策保障体系，明确责任分工

一是健全顶层设计，由国家卫生健康委牵头，制定《社区高血压医防融合服务包实施指南》，明确服务内容、标准、流程与考核指标，统一全国管理规范；二是明确部门职责，建立“政府主导、卫生健康部门统筹、多部门协同”的工作机制——财政部门负责保障服务包实施所需经费（如设备采购、人员培训、健康宣教），医保部门将高血压医防融合服务纳入医保支付范围，提高报销比例，民政部门支持社区组织参与健康管理，形成“各司其职、协同推进”的格局[14]；三是完善激励机制，将高血压管理成效（规范管理率、控制率、患者满意度）纳入基层医疗机构绩效考

Copyright © This Work is Licensed under A Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

核体系，对表现突出的机构与个人给予奖励，同时建立患者激励机制（如积分兑换体检服务、药品折扣），提升居民参与积极性。

（二）加强资源整合，构建协同服务网络

一是整合医疗与公共卫生资源，推动社区卫生服务中心与疾控中心建立“人员互通、数据共享、业务协同”机制——疾控中心派驻公共卫生医师到社区卫生服务中心，参与高血压筛查与干预方案制定；社区卫生服务中心将诊疗数据实时同步至疾控中心慢性病管理系统，为公共卫生决策提供依据[15]；二是构建分级诊疗网络，明确社区卫生服务中心、二级医院、三级医院的分工：社区负责常规管理，二级医院负责并发症诊疗，三级医院负责疑难病例会诊，建立“双向转诊”绿色通道，确保患者得到及时、精准的服务；三是整合社会资源，引入社会组织、企业、志愿者等参与高血压管理，如与药企合作提供免费血压监测设备，与公益组织合作开展健康讲座，与健身房合作提供优惠运动课程，丰富服务供给渠道。

（三）推进信息化建设，实现数据互联互通

一是建立统一的健康信息平台，整合电子健康档案、电子病历、公共卫生随访数据、远程监测数据等，实现“一人一档、全域共享”，避免数据重复采集与信息孤岛；二是推广智能监测技术，为高血压患者（尤其是高危患者）配备智能血压计、智能手环等设备，通过手机APP实时上传血压、心率、运动等数据，社区医生可通过平台查看数据，及时发现异常并干预；三是利用大数据与人工智能技术，构建高血压风险预测模型，通过分析患者年龄、性别、血压水平、生活方式等数据，识别高危人群，实现精准干预[16]；同时开发智能辅助诊疗系统，为基层医生提供用药建议与转诊提醒，提升诊疗水平。

（四）加强人才队伍建设，提升专业能力

一是优化人才结构，在社区卫生服务中心配备“全科医生+公共卫生医师+健康管理师+护士”的专业团队，明确各岗位职责与培训要求；二是加强培训，制定分层培训计划：对全科医生重点培训高血压诊疗规范与转诊指征，对公共卫生医师重点培训筛查方法与健康干预技巧，对健康管理师重点培训生活方式指导与患者沟通能力[17]；同时建立“上级医院带教”机制，由三甲医院心血管专科医生定期到社区开展培训与坐诊，提升基层人员专业水平；三是完善人才激励政策，提高社区卫生人员薪酬待遇，畅通职业发展通道，吸引更多优秀人才投身基层高血压管理工作。

（五）强化居民参与，提升自我管理能力

一是加强健康宣教，采用“线上+线下”相结合的方式开展健康教育：线下通过社区讲座、健康咨询、宣传海报等形式普及高血压防治知识；线上通过微信公众号、短视频、直播等形式推送个性化健康信息，如针对高盐饮食患者推送低盐食谱，针对缺乏运动患者推送居家运动教程[18]；二是推广自我管理小组，在社区组建高血压自我管理小组，由社区医生或健康管理师担任指导者，组织患者开展经验交流、运动打卡、健康竞赛等活动，提升患者自我管理意识与能力；三是建立医患沟通机制，通过家庭医生签约、定期随访、电话咨询等方式，加强医生与患者的沟通，及时了解患者需求，调整干预方案，提高患者依从性。

四、结论与展望

社区高血压管理中的医防融合服务包通过整合医疗与公共卫生资源，构建“预防-治疗-康复”全周期管理体系，能够有效解决传统管理模式中“医防脱节”的问题，提升高血压管理效率与效果。国内实践表明，科学合理的服务包构建（包括筛查评估、诊疗干预、随访监测、健康教育等核心模块）与完善的实施路径（政策保障、资源整合、信息化建设、人才培养、居民参与）是医防融合落地的关键。然而，当前我国社区高血压医防融合服务包实施仍面临资源配置失衡、协同机制不畅、居民参与度低等挑战，需要通过加大资源投入、完善协同机制、创新宣教方式、加强质量控制等措施加以解决。未来，随着“健康中国2030”战略的深入推进，社区高血压医防融合服务包的构建与实施将朝着“精准化、智能化、个性化”方向发展：一是利用大数据与人工智能技术，实现高血压风险精准预测与个性化干预；二是推广远程监测与居家管理，提升服务可及性；三是加强多学科团队协作与跨部门协同，构建更加高效的管理网络。相信通过不断完善服务包与实施路径，我国社区高血压管理水平将得到显著提升，为降低心血管疾病负担、提高全民健康水平作出重要贡献。

参考文献

[1]刘明波，王增武，樊静，等.《中国心血管健康与疾病报告2023》要点解读[J].中国心血管病研究，2024，22(07)：577-593.
[2]殷道根，冯程程，杨潍屹，等.基于医防融合理念的家庭医生网格化管理模式研究[J].中国全科医学，2024，27(31)：3966-3968.
[3]我国发布《健康中国行动—健康环境促进行动实施方案（2025—2030年）》[J].中国卫生政策研究，2025，18(08)：28.
[4]胡晓江，徐金水，姜仑.国家基本公共卫生服务健康管理与实践手册[M].南京东南大学出版社：202006：218.
[5]杨永利，王小兵，邹积波.基于跨理论模型的中医健康管理方案在原发性高血压病患者中的应用观察[J].中国中医药现代远程教育，2025，23(15)：77-80.
[6]王欢.协同治理视角下绵阳市涪城区慢病管理问题研究[D].电子科技大学，2024.
[7]黎婉钰，金花，杨森，等.基于行为改变轮理论的社区居民健康行为调查及优化策略[J/OL].中国全科医学，1-7[2025-11-28].
[8]杨坚，赵伟立，许铭.基于全球治理五要素理论的WHO公共卫生产品治理机制分析[J].中国卫生经济，2025，44(02)：28-33.
[9]邝骁睿.慢性病患者医防融合服务利用情况及影响因素分析[D].江西科技师范大学，2025.
[10]唐尚锋，黄阳珍，潘阳阳，等.高血压基层医防融合服务规范[J].中国全科医学，2025，28(25)：3089-3095.
[11]陈瑛.江西省基层高血压与糖尿病医防融合服务效果评价研究[D].南昌大学，2023.
[12]王栋.农村基层医务人员医防融合服务影响因素及优化策略研究[D].华中科技大学，2023.
[13]沈晓.基于价值医疗的高血压慢性病医防融合模式效果评价研究[D].华中科技大学，2020.
[14]周志衡，王皓翔，吴晓亮，等.基层高血压和血脂异常共存医防融合规范化管理中国专家共识[J].中国合理用药探索，2025，22(01)：1-16.
[15]王爱华，刘紫凝，谢琦琪，等.医防融合视角下社区医疗卫生机构高血压/糖尿病管理补偿机制的优化研究[J].山西卫生健康职业学院学报，2024，34(06)：178-180.
[16]石弘，罗红艳，冯灵.紧密型医共体下医防融合分级管理模式在社区高血压患者中的构建及应用[J].中国医药导报，2024，21(15)：138-141.
[17]梁静芝，刘晓芳，殷静静，等.“互联网+医疗”在社区高血压医防融合健康管理中的初步成效[J].江苏预防医学，2024，35(02)：268-269.
[18]陈洁，林维，夏生林，等.互联网+医防融合模式对社区老年高血压患者的疗效研究[J].中国实用医药，2022，17(18)：173-177.

 | Copyright © This Work is Licensed under A Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.