



医联体背景下慢病管理模式实践现状研究

牛雨婷¹, 赵允伍², 王晓松², 王珩^{1,2}

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 230032; 2. 安徽医科大学第一附属医院, 安徽 合肥 230022

摘要:在当前我国慢性非传染性疾病(简称慢病)患病率不断上升的背景下,慢病管理与医联体建设协同作用,在医联体上下联动机制基础上全方位提高慢病管理能力,引导常见慢病分级诊疗,加快健康中国建设进度。文章基于医联体分级诊疗制度建设框架,从主体结构、特点做法、现存不足三个方面对厦门、上海、廊坊、北京及佛山五个典型地区的慢病管理模式进行总结分析,发现国内慢病管理在配套政策、医联体内部机制、居民健康意识等方面存在不足。建议应以医联体制度为平台,从体制政策、人才队伍以及薪酬考核等方面完善慢病管理模式,促进慢病管理高质量发展。

关键词:慢性非传染性疾病;慢病管理;分级诊疗;医联体

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)03-215-006

doi:10.7655/NYDXBSS20220302

在我国城镇化、工业化进程加快的时代背景下,现代经济社会与医疗卫生事业得到快速发展,居民疾病谱、生活方式与生态环境也受到了不同程度的影响。“十三五”期间,我国居民人均期望寿命已从2015年的76.3岁提高至2019年的77.3岁,人口深度老龄化,慢性非传染性疾病(简称慢病)患者基数不断扩大,慢病患者的生存期不断延长,因慢病死亡比例不断提高^[1],慢病疾病负担加重。有关报告显示,2019年我国因慢病导致的死亡人数占总死亡人数的88.5%,高血压、高血脂、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等慢病患病率与2015年相比均有所上升,慢病造成的疾病负担占总疾病负担的70%^[2]。我国慢病防治形势严峻,慢病防控工作仍然面临巨大挑战。

医联体作为我国医疗体制改革的重要举措,通过搭建上下联动机制来提高医疗资源利用率、医疗服务可及性,降低医疗负担,缓解慢病患者“看病难、看病贵”问题。因此,为了更快、更好地提高慢病资源利用率、慢病服务可及性,减轻慢病负担,政府部门基于慢病潜伏期长、病程长、治疗周期长的

特点,从上下联动机制着手,将慢病防治融入医联体建设规划中,依托“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗框架来建设全方位、全流程、全生命周期的上下联动慢病管理机制,实现慢病早期筛查、预防、诊治、干预的综合管理。借力医联体模式推动慢病管理模式探索,实现慢病医疗资源均衡分布,诊疗流程合理化,加强慢病患者规范化诊疗和管理。

当前国内外已有较多有关慢病管理模式的实践研究,如英国社区慢病管理模式、美国慢病照护模式、慢病自我管理、延续性护理模式、慢病信息监测系统模式、社区慢病临床路径管理模式等^[3],但对于我国依托医联体建设的慢病管理模式研究尚不充分。因此,本文基于文献研究法,以“慢病+医联体/分级诊疗”为主要检索词,通过政府网站、中国知网、万方等文献检索平台搜集有关医联体建设、慢病管理模式/实践现状的相关文献。在全国118个开展医联体网格化建设试点的城市中,参考卫健委发布的医联体建设典型示范点,选取厦门、上海、廊坊、北京及佛山五个慢病管理优秀城市,由

基金项目:国家重点研发计划“主动健康和老龄化科技应对”重点专项“健康管理综合服务应用示范”项目“健康管理诊疗规范与操作规范研究”(2020YFC2006502)

收稿日期:2022-03-16

作者简介:牛雨婷(1999—),女,安徽阜阳人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理与健康管理;王珩(1969—),女,安徽含山人,教授,研究方向为医院管理与健康管理,通信作者, wangheng1969@163.com。

点及面,由典型城市放大到全国范围,论述医联体背景下我国慢病管理模式的建设经验,探讨现存问题,并提出对策建议,为后续完善慢病管理模式提供参考。

一、慢病管理模式实践现状

(一)厦门市:“三师共管”模式

厦门市从糖尿病和高血压这两种常见慢病入手,开展“慢病先行、三师共管”模式探索。该模式由大型综合医院专科医师、基层医疗机构全科医师和健康管理者三个层级医师构成实施主体。专科医师作为技术支持负责慢病诊治方案的确定以及带教指导基层全科医师,全科医师负责诊治方案的落实执行及慢病患者的转诊服务,健康管理师负责患者的行为干预及健康教育^[4]。探索建立“医防融合、防治结合、三师协同”的团队服务模式。

“三师共管”模式不仅实现了医防融合、防治结合,而且还实现了三级医院—社区—家庭医生团队—患者之间的紧密型分工合作,明确医院与基层医疗机构之间的功能定位,有助于提高基层慢病医养水平,构建医患之间紧密联系的桥梁,延伸上级医院的品牌效应,提高社区居民就诊信任度,让患者得到连续系统的诊疗和健康管理^[5]。

在实践中也发现了该模式的现存问题,一方面是由于厦门市基层医疗机构人事薪酬管理体制改革尚不完善,基层医师对薪资、晋升制度满意度较低,人才队伍吸引力不足,家庭医生仍处于长期紧缺状态^[6];另一方面是由于卫生资源配置主要以大型公立医院为主,这就造成社区出现医疗卫生资源短缺的困境,社区满足居民慢病就诊需求能力受限,专科医院—社区卫生机构—家庭健康管理的长效激励机制形成受阻^[7]。

(二)上海市:“四位一体”模式

上海市作为我国率先进行家庭医生制度改革的地区,在慢病防治方面以社区、家庭医生为核心的“1+1+1”(社区卫生服务中心+二级医院+三级医院)医疗机构组合签约服务模式为基础^[8],探索由疾病预防控制中心、医疗机构、社区卫生服务中心和社区居民构成的“四位一体”医防融合慢病防治服务模式。探索将社区慢病患者、60岁以上高危人群及重点人群全方位纳入管理体系,实现连续性、全人群、全生命周期慢病管理。

“四位一体”慢病管理模式是在常规的“居民—社区—医疗机构”慢病管理模式上外延了疾病预防控制中心,从宏观角度掌握社区慢病流行状况并针对性地制定完善慢病管理策略,使社区的慢病防治工作更具有前瞻性、政策性。该模式在医联体互联互通的基础上,通过延伸处方、推进社区规范化

管理等措施,实现了医院对社区的联动支持,确保慢病患者按需转诊、逐级转诊,实现医防融合为特点的全程管理,提高常见慢病的规范治疗率、控制率,降低复发率和死亡率。

该模式的不足也在实践中得以发现,由于社区卫生人员的慢病诊疗能力仍处于提升阶段,社区慢病诊断能力相较二三级医院欠缺^[9],缺乏对社区居民的吸引力;社区医务人员对该模式的认知不够明晰,存在部分误区,以延伸处方为例,部分家庭医生为提高签约率缺乏对慢病患者的诊察环节,将延伸处方与简单抄方画等号,容易造成慢病患者的不合理用药^[10]。

(三)廊坊市:“互联网+慢病管理”模式

廊坊市在慢病防治与医联体建设两者管治联动的基础上,为丰富慢病管理的手段和工作内容,更好更快地解决诊疗过程的空间局限性,通过加强信息化建设,利用互联网技术推进预约转诊、在线随访、疾病管理、健康管理等线上诊疗服务,探索“互联网+慢病管理”的新型服务模式,推进实现全人群、全生命周期的慢病健康管理。

“互联网+慢病管理”模式是在既有医联体基本医疗服务、中医中药、医养结合的功能背景下,通过慢病管理平台搭建实现慢病及家庭医生签约服务数据在公共卫生机构、医疗机构、社区卫生服务中心三者之间的互联互通、业务联动,探索社区居民的自我健康管理,推进慢病防、治、康、管一体化。

该模式现存不足主要概括为两方面,一方面是不同的级别医疗机构之间存在一定的慢病诊疗知识水平差异,导致慢病管理指南在基层较难按照标准落实;另一方面是当前有关患者个性化分析研究较少,通过互联网技术智能化为居民提供慢病管理的同时,居民的长期依从性较难把握^[11]。

(四)北京市:社区管理模式

北京市朝阳区以社区医疗机构作为慢病管理责任主体,以业务、管理、信息等为纽带建立医联体内分工协作机制,以提升基层慢病服务能力为核心,推动社区卫生服务中心综合建设,建立合理、便捷、连续、高效的城市医联体慢病管理模式,均衡社区优质医疗资源,提高慢病一体化管理规范性、连续性。

慢病社区管理模式是在医联体内分级协作机制上,利用牵头医院和国家医学中心的优质慢病医疗资源,完善建立社区慢病管理团队、同质化诊疗服务,实现慢病的分级管理,将慢病患者引入社区、留在社区,促进医防融合,探索社区医养一体化慢病管理。

该模式的不足主要有:当前存在公共卫生健康档案系统与医院诊疗信息系统数据分离的现象,

“互联网+医疗健康”发展缓慢,资源利用率不足;社区病房设置不足,承接医疗能力有限,基层医疗机构对居民的可达性和可信任度有待提高;慢病患者用药目录尚未有效衔接,患者在医联体内转诊的主动性受到了较大影响,不利于双向转诊的发展,降低了居民基层首诊意愿。

(五)佛山市:“三医联动—医药保障”模式

佛山市为提高慢病管理质效,从医疗、医保、医药三个方面协同入手,聚焦慢病患者看病、拿药、用药难的困境,对分级诊疗实施路径、医保支付方式、慢病长处方信息共享等进行创新探索,搭建了佛山市南海区慢病患者全程管理医疗服务平台。

“三医联动—医药保障”模式让社区慢病患者享受到专家全病程跟进、社区复诊续方、绿色转诊通道、规范化慢病药物医保、家庭药师用药指导于一体的全程健康管理服务,推动分级诊疗的深入实践,深化医保、医药体制改革,促进了社区慢病医防融合以及全民健康管理、药学服务的高质量发展。

实践中还发现佛山市门诊定点就医制度没有全面普及,仍有较多慢病患者以急性病就诊的方式选择医院就医,基层首诊效果不理想;居民的自我保健意识依然薄弱,慢病早发现、早诊断、早治疗意识淡薄,对基层医疗机构依赖度低。

五个城市的具体做法梳理见表1。

表1 实践地区慢病管理做法梳理

实践地区及模式	模式结构主体	具体做法
厦门市“三师共管”模式	大型综合医院专科医师+基层医疗机构全科医师+健康管理师	<ol style="list-style-type: none"> 1. 帮扶人才队伍建设:建立三级医院与基层卫生机构的长期帮扶协作机制,在上级医院开设全科医学科,作为基层医疗机构医务人员培养基地,制定三级医院专科医师带教指标,促进优质医疗资源下沉,培养基层医疗机构慢病诊疗人才。 2. 优化激励考核制度:将医联体内医务人员的绩效考核与三师共管、家庭医生签约数等指标挂钩,在基层设立健康管理师,实行“多劳多得,优劳优得”的考核方式,调动医务人员的工作积极性,保证慢病管理模式的持续性。 3. 引入健康管理师:推进家庭医生签约服务,实行转诊零起付线制,健全基层诊疗规范,在保障签约支持环境下增设健康管理师,提供社区个性化诊疗服务与健康健康管理,吸引社区居民慢病优先社区就诊,带动其他常见病、多发病基层就诊,缓解群众“看病难,看病贵”问题。 4. 建设慢病管理平台:以“市民健康信息系统”为基础,利用区域卫生信息系统实现医联体内上下级医院间资源、业务、慢病信息互联互通,提高了慢病诊治的效率和质量^[12]。 5. 完善外部保障:通过政府和多部门合作,落实财政投入、医保支付、价格、人事和绩效考核“五个差别化”协调联动,明确三级医院、基层医疗机构的功能定位,畅通医联体双向转诊通道。
上海市“四位一体”模式	疾病预防控制中心+医疗机构+社区卫生服务中心+社区居民	<ol style="list-style-type: none"> 1. 帮扶人才队伍建设:开展上级医院社区教研帮扶工作,对社区家庭医生团队进行全面技术支持和系统培训。 2. 确保医疗服务同质化:通过设置医疗质量控制中心,规范社区血压、血糖、血脂等常见慢病监测服务,促进医联体内慢病诊疗同质化,提高转诊服务的连贯性。 3. 建设慢病管理平台:依托健康云信息平台的居民电子档案、电子病历实现慢病为主的疾病患者、并发症患者、高危人群的识别、筛选、推送^[13],通过有序分诊畅通各层级医疗机构间转诊通道,实现各级医疗机构信息互联互通,业务协同共建。
廊坊市“互联网+慢病管理”模式	慢病管理平台+公共卫生机构+医疗机构+社区卫生服务中心	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建设慢病管理平台:创新性地借助全民健康信息系统搭建居民慢病管理平台,将居民慢病档案分级分标分类管理,在医联体内部促进慢病患者风险评估、临床诊疗结果和个性化健康管理方案等信息资源的共享,规范工作流程^[14]。 2. 优化家医随访服务:通过慢病管理平台为建档居民智能化推送自身健康相关信息,强化健康教育效果,提高健康管理的时效性、可及性,帮助家庭医生签约服务深入社区开展长期随访工作。
北京市社区管理模式	社区卫生服务中心	<ol style="list-style-type: none"> 1. 帮扶人才队伍建设:牵头医院开展社区全科医师慢病诊疗能力提升项目,加强基层全科医师人才队伍建设,提高常见病、慢病诊疗规范,不断提升医联体内社区慢病诊疗能力。 2. 创新社区责任主任制:探索“牵头医院—社区责任主任”制度延伸上级医院品牌效应,畅通医联体内慢病绿色转诊通道,增强社区就诊信心,实现慢病回社区、康复回社区的分级诊疗模式。 3. 提高基层慢病诊疗能力:一方面帮扶社区老年病房建设、制定社区血透“核心医院专家支持—绿色转诊通道—个体化透析方案制定—健康教育”工作流程^[15];另一方面以慢病防治为导向推行家庭医生签约服务,满足居民健康需求,综合提升基层慢病诊疗管理能力,完善发展社区慢病管理工作,探索慢病防治+健康管理的社区模式。

续表

佛山市“三医联动一医药保障”模式	大型综合医院专科医师+基层医疗机构全科医师+基层家庭药师	<p>4. 建设慢病管理平台:通过远程会诊系统搭建病例数据交流平台,对医联体成员医院进行业务对接;建设远程医学中心,邀请优势专科专家开展医联体远程培训教学,提升基层医疗服务能力,促进诊疗同质化。</p> <p>1. 保障慢病诊疗同质性:通过专家下沉帮扶,保障社区慢病诊疗能力与上级医院同质化,开设绿色转诊通道,保障慢病患者上下转诊的及时性、连续性。</p> <p>2. 引入家庭药师:在家庭医生团队中加入家庭药师,社区慢病患者同时签约家庭医生、家庭药师服务,并将家庭药师服务关口前移,开发慢病合理用药区域处方审核系统,建立慢病患者用药档案,借助家医签约服务和信息化平台实现“用药咨询—指导—随访—疗效追踪—健康教育”一体化的医药服务保障^[16]。</p> <p>3. 搭建慢病全病程管理平台:以基层人口卫生信息协同管理平台为基础建设社区卫生服务机构诊疗系统,将家庭医生签约、双向转诊、医保结算、家庭药师指导用药等联合在一起,提高慢病患者诊疗信息的连贯性。</p> <p>4. 完善外部保障:统一医联体内慢病药品目录,保障签约家庭医生服务的慢病患者在社区、上级医院就诊时享有的药品医保政策范围内报销比例高达95%,减轻社区居民的慢病经济负担。</p>
------------------	------------------------------	---

在基于文献研究法对厦门、上海、廊坊、北京及佛山五个城市的慢病管理现状梳理总结后发现,虽然不同地区根据自身经济状况、医疗卫生环境,制定了具有地区特色的慢病管理模式,但这些慢病管理模式的实施框架基本相似、实施路径相同,都是以医联体建设框架为基础规划慢病管理,从人才建设、资源共享、信息化建设、医保医药制度改革等方面落实慢病防治工作。虽然不同地区的慢病管理实施成效各不相同,但各模式的实践背景相似,实践中暴露的问题存在共性,本文总结分析的典型城市慢病管理现状与不足具有可推性。

因此,本文以列举的五个典型城市慢病管理现状与不足为基础,结合国内慢病管理相关资讯与文献报告,将案例城市在慢病管理实践中暴露的慢病诊疗能力不均衡、薪酬激励机制满意度低、社区慢病药物目录局限、居民慢病认知欠缺等不足放大至全国范围,从保障政策局限、慢病资源倒三角、慢病人才匮乏、社区健康管理环境欠缺等方面论述当前我国慢病管理实践的共性问题,并针对发现的问题多层次、多角度提出改善建议,推动我国慢病防治工作深度发展。

二、慢病管理模式现存不足

在对厦门、上海、廊坊、北京及佛山五个典型城市的慢病管理实践现状进行梳理后,由点及面,发现当前我国慢病管理在取得慢病人才增多、慢病服务同质化、慢病信息畅通等成果的同时,受制于政策制度的不完善、运行机制的不协调,依然存在许多问题。

(一) 医保、医药相关配套政策不完善,支持保障力度不足

当前我国医疗保险保障覆盖范围仍然不够全面,病种范围狭窄、数量有限,对不在保障范围内的

慢病患者,容易诱导其向上级医院流动,造成医疗资源及医保基金的浪费,导致慢病管理的社会公平性差。

在制定医联体慢病医药保障政策时,各地对慢病的流行现状和所需药物范围有不同理解。基层医疗机构的基本药物配备不足、配送不及时,药品目录覆盖范围差别较大且报销比例不同,不能满足慢病患者社区就诊的医疗需求,也是导致慢病患者基层首诊意愿较低的重要原因。

(二) 基层医疗机构慢病诊疗能力仍欠缺,社区管理工作受限

一方面是基层医疗机构人员队伍不稳定性高造成上级医院的下沉培训难度增加、效果有限,总体慢病防治素质提升较慢;社区的硬件设施不完善,部分慢病检查项目不能及时、有序地进行等问题导致基层慢病诊疗能力不足,对社区居民的就诊吸引力低。

另一方面是当前社区卫生服务中心人员配置不足,社区慢病管理专业人员匮乏导致医务人员处于“一人多职”的工作状态,既要负责常规居民诊疗,还要负责居民建档、慢病患者上下转诊、用药治疗随访等工作,高负荷的工作载量限制甚至降低了社区慢病管理的速度与质量。

(三) 医务人员绩效考核机制不协调,参与积极性不高

分级诊疗的完整性、连贯性不高,疾控、上级医院、社区等各方医疗机构间尚未形成有效的协调机制,医联体内优质医疗资源与慢病管理尚未有效整合,上级医院与基层社区之间分工界限不明显,存在虹吸、利益竞争等问题。考核机制缺乏激励政策,未将慢病管理效果与绩效考核衔接,慢病管理流于形式,医疗机构尤其是公立医院参与积极性不高。

(四)社区居民的自我健康管理意识薄弱,分级诊疗效果不佳

由于社区健康教育的缺乏,居民对慢病危害性、就诊必要性认识不到位,日常自我保健意识薄弱,使得社区慢病防控工作开展受阻。再加上对分级诊疗了解不全面,基层医疗机构品牌效应低下,慢病患者受分级诊疗制度的约束有限,就医选择自由度大,基层首诊率不理想,导致上下级医疗机构衔接、责任不明确,影响慢病管理工作的顺利进行。

三、改进建议

针对国内慢病管理模式的外部医保、医药政策不完善,内部基层慢病诊疗能力欠缺、绩效考核机制不协调、居民自我健康管理意识薄弱等问题,一方面通过政府干预主导、增加投入、完善配套政策等,从医联体外部为慢病管理建设环境,提供保障;另一方面可以通过改善绩效考核机制、变革人才培养方式、推广健康教育等措施推动慢病管理模式的内部完善,内外协调,完善慢病管理模式。

(一)引入政府角色,强化主导地位

以紧密型医联体建设为载体发展慢病管理,优化管理流程,将政府纳入慢病管理模式中,强化政府在慢病管理中的主导地位,探索“政府—疾控—医疗机构—社区—居民”五位一体的慢病管理模式,在便于统筹规划慢病管理工作的同时,以第三方立场做好慢病防治效果监督考核工作,确保考核结果的公平、公正、公开。

(二)增加经费投入,保障管理动力

政府应当根据不同地区的实际医疗和慢病流行状况来决定慢病管理经费在卫生总经费的占比,加大基层辅助科室建设和人才培养方面的财政支持,并赋予医联体内各级医疗卫生机构财政经费的自主分配权,以保证信息平台建设、人才队伍建设等慢病管理工作落实的动力充足。

(三)完善配套政策,深化体制改革

扩大医保、医药的保障范围,使社区药品目录尽可能包含常见慢病药物,常规检查、转诊、门诊、住院费用也应包含在医保报销体系内,保障慢病患者在社区就可以满足首诊、康复、长处方用药的需求。同时提高社区就诊的医保报销比例,提高接受医联体规范化管理的慢病患者转诊报销比例,引导居民基层首诊,急慢病分治,畅通上下转诊。

(四)改进绩效考核机制,提高慢病管理模式活性

将慢病管理考核结果、慢病管理业务多样性与政府财政投入挂钩,激活医疗机构领导层管理活性;将医务人员绩效与家庭医生签约人数、慢病签约人数、慢病患者满意度评价挂钩,以考促建,提高

医务人员积极性以及家医服务签约率。

(五)加大人才队伍建设,提高基层慢病诊疗能力

社区在已有医师团队的基础上联合三级医院培养高精尖全科医师,联合疾控中心培养具有慢病防治技能的公共卫生人才,与上级医院签订优质师资帮扶协议,提高社区全科医师薪资待遇,引流上级医院高质量人才下沉社区,扩充慢病管理团队专业种类,全方位、多层次地提高基层慢病诊疗能力。

(六)推广健康教育,提高居民健康管理意识

通过家庭医生签约服务与慢病管理信息系统的建设,创建慢病管理支持性环境,发挥家庭医生签约服务、社区医务人员的作用,对社区常住人口积极开展慢病知识普及,重点介绍慢病的危害及防治措施,宣传分级诊疗制度,引导居民到社区卫生服务中心首诊、康复,提高居民自我健康管理意识的同时推动医联体的建设。

参考文献

- [1] HU S, WANG J, CHENG C, et al. Analysis of epidemiological trends in chronic diseases of Chinese residents[J]. Aging Med (Milton), 2020, 3(4): 226-233
- [2] 田石宝, 岳明, 张恒. 慢病管理系统的设计[J]. 中国病案, 2014, 15(4): 49-51
- [3] 田华, 李沭, 张相林. 慢病管理模式的国内外现状分析[J]. 中国药房, 2016, 27(32): 4465-4468
- [4] 王蕾, 赵国光. “互联网+医疗”的困境及政策解析[J]. 中国医院, 2016, 20(2): 45-46
- [5] 杨叔禹, 陈粮. 慢病先行 三师共管 分级诊疗改革让群众得实惠——厦门市推进分级诊疗改革探索之路[J]. 现代医院管理, 2016, 14(4): 1-6
- [6] 陈小青, 陈伯梅, 胡国彬, 等. 厦门市分级诊疗改革实践探讨[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(16): 4-6
- [7] 刘远立. 重心下沉 分级诊疗——厦门市的“三师共管”模式(节选)[J]. 现代医院管理, 2016, 14(4): 14-15
- [8] 李旭琴, 彭晓晔, 金凤霞, 等. 社区卫生服务中心延伸处方政策的实践与思考[J]. 上海医药, 2018, 39(16): 12-15
- [9] 李新建. 上海市创建示范性社区卫生服务中心过程中慢性病管理的现状和对策[J]. 上海医药, 2012, 33(16): 8-11
- [10] 吴文辉. 上海: 为慢病患者下社区提供用药支撑[J]. 中国卫生, 2019(6): 50-51
- [11] 汪哲宇. 数字化慢病管理系统的研究与实践[D]. 杭州: 浙江大学, 2021
- [12] 唐国宝, 林民强, 李卫华. 分级诊疗“厦门模式”的探索与评价[J]. 中国全科医学, 2016, 19(22): 2624-2627
- [13] 孙梦. “健康云”构建整合型服务体系[J]. 中国卫生, 2020(10): 34

- [14] 刘文增. 全力打造“互联网+”慢病管理新模式[J]. 健康中国观察, 2021(10):78-79
- [15] 师伟, 杨桦, 韩静, 等. 北京市朝阳区构建区域医疗联合体的实践与探索[J]. 中国卫生资源, 2014, 17(6):396-398
- [16] 朱晓枫. 深化“三医”联动改革 加强公共卫生体系建设[N]. 南方日报, 2021-08-25(A05)
- (本文编辑: 姜 鑫)

Research on the practice status of chronic disease management models under the background of medical alliances

NIU Yuting¹, ZHAO Yunwu², WANG Xiaosong², WANG Heng^{1,2}

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: In the context of the rising prevalence of chronic non-communicable diseases in China, chronic disease management and the construction of medical alliances work together to comprehensively improve the chronic disease management capacity on the basis of the linkage mechanism of medical alliances and guide the graded diagnosis and treatment of common chronic diseases in order to accelerate the construction of Healthy China. Based on the construction frame of the graded diagnosis and treatment system of medical alliances, this paper summarized and analyzed the main structure, practice characteristics and the existing problems of chronic disease management modes in Xiamen, Shanghai, Langfang, Beijing and Foshan. It was found that domestic chronic disease management had shortcomings in supporting policies, internal mechanism of medical alliances and residents' health awareness. It was suggested we should take the medical alliance system as a platform to improve the chronic disease management mode from the aspects of system and policy, talent team and salary assessment, so as to promote the high-quality development of chronic disease management.

Key words: chronic non-communicable diseases; chronic disease management; graded diagnosis and treatment; medical alliances