



基于老龄化导向的社区慢病管理实践现状及思考

牛雨婷¹,赵允伍²,王晓松³,王珩^{1,4}

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毕业后教育处, 3. 党委组织部, 4. 院长室,安徽 合肥 230022

摘要:在社会高质量发展的时代背景下,人口老龄化形势日益严峻,居民主动健康意识不断提升,各国针对老年人群日益增长的慢病服务需求提出不同形式的管理模式,但我国老龄慢病管理还处于初步探索阶段,建设经验尚且不足。基于此,文章以国外实践经验为参考,从多方面归纳分析老龄化背景下国内慢病管理服务现状,发现当前国内老龄慢病管理以社区工作为主,以医养护一体化、中西医结合、智慧健康养老三个方面为主要服务内容,在配套政策、社区健康服务能力与建设、人群主动健康意识等方面存在不足,需要从医保医药、卫生人才建设、社区绩效考核机制、信息平台建设与健康教育等方面完善慢病服务体系,提升健康管理质量。

关键词:慢病管理;老年人群;健康老龄化;社区卫生服务

中图分类号:C913.6

文献标志码:A

文章编号:1671--0479(2023)01-007-007

doi:10.7655/NYDXBSS20230102

随着经济社会高质量发展,全球生育率普遍呈现下降趋势,人均寿命持续延长^[1],深度老龄化发展趋势蔓延,当前发达国家已进入超老龄化社会阶段,中国等发展中国家即将进入深度老龄化社会,全球老龄化问题凸显。我国老年人口基数位列世界第一,60岁以上人口比例预计将从2010年的12.4%升高至2040年的28.0%^[2],老年人口持续增多,老龄化难题逐渐显现。在老龄化进程加快、程度加深的影响下,我国慢性非传染性疾病(慢病)患病率不断升高,60岁以上人群近80%的死亡病因是慢病,疾病负担逐渐向慢病倾斜,社会负担日益加重,老龄化慢病问题亟须解决。

健康是保障老年人自主性和社会化的必要条件^[3],为积极应对人口老龄化,满足老年群体日益增长的多层次、高品质健康需求,建设健康中国,我国高度重视老龄健康事业和养老服务体系的发展,不断健全老龄健康支撑体系,落实“老有所养、老有所医”理念,推进健康老龄化。基于老年人群基数大、慢病高发、活动受限的特征,当前老龄健康管理工

作主要以社区为单位、以慢病为导向开展,通过基层医疗机构、社会服务机构以及政府组织等多方协同管理,整合医疗上、养老、护理(医养护)资源,为社区老年人群提供健康教育、预防保健、诊疗康复、家庭护理等慢病服务^[4],提升老年人健康水平,减轻家庭和疾病的负担。

当前老龄慢病管理仍处于探索完善阶段,各国根据自身医疗水平、政策环境制定符合国情的老龄健康管理模式。我国在老龄事业规划指导下已经取得初步成果,如65岁以上老人在基层医疗机构可免费获得健康管理服务,2020年人均期望寿命已提升至77.9岁^[5]等。但由于相关实践研究还不充分,在政策落实时易陷入形式化困境,实际效果低于预期^[6]。因此,本文通过文献研究法总结国内外老龄慢病管理经验,归纳我国现存问题,以社区为切入点,为推动完善老年人群慢病管理工作提供借鉴。

一、国外老龄慢病管理实践现状

随着全球老龄化的发展,许多国家对老年人慢

基金项目:国家重点研发计划“主动健康和老龄化科技应对”(2020YFC2006500),重点专项“健康管理综合服务应用示范”(2020YFC2006502)

收稿日期:2022-11-17

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。

病管理高度重视,制定了符合本国医疗卫生资源现状和老年人健康需求的管理服务体系,以美国、英国、日本、新西兰等较早进入老龄化阶段的国家为代表,其相对全面、成熟的慢病管理模式可以为我国老龄化慢病管理研究提供有效参考,详见表1。

(一)美国:全美老年人慢病管理模式

美国针对老年人群制定了全美老年人健康保健计划,通过卫生和人类服务部下设州、地区老年事务局,再将地区老年事务局与部落组织健康服务提供商相连,以政府组织为主导上下联动,构建地区全覆盖的老年慢病管理服务网。该计划主要从老年人群营养服务和家庭护理照料人员培养两方面实施,并由政府部门提供相应财政支持。在服务部健康保健计划制定发布后,由各级事务局监督管理地区健康服务提供商按计划为所属地区老年人群提供服务。

该模式以人群、地区全覆盖,诊疗、康复、营养及护理全方位管理为特征,通过构建“州—地区—社区”老年服务网形成全美老年人医养护慢病服务体系,落实高质量老年慢病管理服务。对我国老年慢病管理的启示是,应当在模式建设中明确政府的主导地位,充分发挥政府的统筹地位和经费保障功能,并且要做好老年人营养服务及社会性支持服务,探索从医疗、养老、康复、护理(医养康护)方面综合提高老年人群生命质量。

(二)英国:整合型老年慢病管理模式

英国为响应世卫组织的健康老龄化号召,在中央放权、地方增权的理念下,基于国民健康服务体系(NHS)积极整合医疗卫生资源和社会照料资源,将国民健康服务重心由上级医院转向社区,与地方政府、社会照料部门协同工作,整合人力、物力、财力以及信息资源,为老年人群提供以人为本、预防为主的整合型慢病管理服务。

该模式以医疗机构与社区资源整合为特征,利用NHS的资源调动能力搭建“地方政府—医院—社区—社会照料部门”资源共享链,实现老年医疗资源共享、医养护协作,四方协同提供治疗、康复、预防、社区照护等多项整合的老年综合照护服务。对我国老年慢病管理的启示是,应当在模式建设中充分考虑医疗资源整合,通过医务人员或政府部门将各级医疗机构资源串联,实现管理效率最大化,同时还应重视社区支持,加速社区硬件设施适老化改造,提升社区家庭医生团队老年医学人才占比,实现社区医养护功能最大化。

(三)日本:社区综合老年护理慢病管理模式

日本以社区为工作单位,整合基本卫生和公共卫生资源,联合各级医疗机构,以维护老年人群身心健康为目标,重组保健系统,建立以家庭为基础

的社区综合护理体系^[7],为社区老年人群提供预防保健、慢病诊疗、护理支持等慢病管理服务。

该模式以社区护理为特征,通过构建“政府—医疗机构—社区医院”老年慢病服务体系,在社区居家养老的基础上完善综合护理制度,从诊疗护理团队提升及社区护理设施优化两方面协同落实老年护理慢病管理工作。对我国老年慢病管理的启示是,在建设老年慢病管理体系时要加大老年护理工作实施力度,完善护理人员技能、服务,充分发挥护理工作在日常保健、临床、康复等老年生命周期的保质作用,提高老年人群生命质量。

(四)新西兰:三级互联老年慢病管理模式

新西兰基于老年人比例快速上升的现实需求,由政府统一制定老年慢病管理服务策略,策略以贴近家庭、以人为本、精准服务、智能系统、团队服务为服务理念,搭建“医院—社区—家庭”三级慢病管理体系,从信息系统、慢病护理、社区家庭医生团队等多方面完善服务体系^[8],做到以老年人健康为中心,提高老年人群的生活质量。

该模式以三级智能化联动、服务延伸进家庭为特征,为我国老年人群慢病管理发展提供参考,发挥家庭老年保健功能的同时灵活运用分级诊疗“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的工作体系,实现保健—诊疗—护理—康复一条龙服务。

综上,国外老龄慢病管理大都以社区为实施场景,依托政府主导统筹医疗资源共享,以老年人群护理服务、医疗人才培养、信息化建设、老年人群生活环境适老性优化等为管理重点,推行社区养老为基础的医养康护一体化管理体系,保障老龄慢病管理服务质量,维护老年人群的日常生活能力,提高老年人群生命质量。

二、国内老龄慢病管理实践现状

我国自2000年进入人口老龄化社会后,就不断发展以社区平台为基础的老龄慢病管理,探索以老年人群慢病服务需求为导向的高质量服务供给,力求提高社区慢病管理的老龄化适用性、科学性、全面性。在20多年的规划实践中,我国老龄慢病管理以家庭医生为导向,从医养护一体化、中西医结合、智慧健康养老三个方面推进落实。

(一)医养护一体化慢病管理

医养护一体化慢病管理服务就是在老年人群与社区签约的前提下,以社区卫生服务机构为平台,由社区卫生服务团队为签约老人提供全方位、多层次、个性化的慢病管理服务,建立居家—社区—机构老年人慢病管理模式。

一是通过社区家庭医生团队开展网格化慢病服务,实现全程慢病管理。每个社区医疗团队都由

表1 国外老龄健康管理主要措施

地区	模式	主体	主要措施
美国	全美老年人慢病管理模式	卫生和人类服务部 + 老年事务局 + 健康服务提供商	<ol style="list-style-type: none">1. 提供老龄营养服务:健康服务提供商定期为所负责老年人群进行体检以及营养监测评估,再根据检查结果为老年人匹配相应营养服务,并由营养服务提供商提供居家或食堂营养用餐服务2. 培养家庭护理照料人员:在老年事务局指导下,地区健康服务提供商加大对老年人群照料人员的教育培养,对家庭医生与老年人群家庭成员进行老年健康知识、护理技能培训,提高照料人员的健康素养3. 建设老龄健康教育环境:成立健康教育组织机构,与地区服务提供商协同开展老年健康教育工作,加强健康管理研究人才的培养,提高老年人群的自我管理、合理就医意识4. 探索老年人全面照护:主要选择80岁以上且患有8种以上慢性病的老年人为服务对象^[9],以社区为单位为该人群提供常规诊疗、日常生活功能康复、心理健康维护、生活环境适老化改造以及家庭护理培训等全方位、个性化的医养照护服务^[10],费用由医疗保险和医疗补助承担
英国	整合型老年慢病管理模式	政府 + 社区医院 + 社会照料部门	<ol style="list-style-type: none">1. 整合资金:实行国民健康服务体系与社会照料部门经费合并预算,其中政府拨款占较大比例,将两者资金统筹,扩大资金调动阈值,提高利用效率2. 建设社区医疗服务团队:社区慢病服务团队扩大人员多样性,在社区已有医生、护士、心理医师、康复治疗师的基础上加设保健协调员,保健协调员主要负责老年人群家庭与医疗服务团队诊疗信息的衔接,并参与慢病管理计划的执行监督^[11]3. 共享老龄慢病信息:在全国范围内推广统一评估机制,将各级医疗机构老年评估数据相连,实现老年人群健康信息共享,提高信息的时效性、空间性4. 发挥社区照料功能:考虑老年人群的空间局限性,政府高度重视社区养老服务,在已有养老服务的基础上配备健康访视员,负责定期为老年人群开展家庭体检,提供家庭护理及营养计划建议。同时优化社区环境适老化改造,为老年人群配备活动中心、日间照料中心、饮食指导中心等健康照护部门^[12]
日本	社区综合老年护理慢病管理模式	政府 + 医疗机构 + 社区医院	<ol style="list-style-type: none">1. 分级管理老年人群:政府联合医疗机构、社区对中老年人群进行慢病筛查,按照检查结果显示的慢病患病情况将社区中老年人群分级,为不同层级人群提供个性化健康指导方案2. 完善社区护理体系:以社区医院为主导,实施“介护保险制度”,为老年人群提供家庭护理指导、康复训练等居家护理服务以及老年健康护理设施维护,通过为该人群提供满足其日常护理保健需求的综合性专业服务,提高老年人群自理能力和社会参与程度3. 培养老龄健康人才:与医学院合作设立健康管理相关专业,对社区医务人员进行老年健康管理知识技能培训,建设业务专业化、形式多样化的人才队伍

新西兰	三级互联老年慢病管理模式	医疗机构 + 社区医院 + 家庭	<p>1. 共享老龄健康信息:通过构建覆盖全国的健康管理信息系统,将老年人与社区家庭医生团队、专科医院、综合级医院相连,实现各级医疗机构互联互通,老年人群健康信息全国医疗系统共享,畅通社区与上级医院的转诊通道,提高老年诊疗效率</p> <p>2. 重构社区家医团队:在社区组建以家庭医生为主导,护理人员、营养专家、康复专家、护工为成员的社区家庭医生团队,团队根据老年人在信息系统中已有的体检信息以及当前患病状况,定期为系统签约人群开展健康状况入户评估服务,为接受评估老人提供所需诊疗服务及相关医疗物品,做好上下转诊服务,签约老年人群的慢病管理费用也都由政府承担</p> <p>3. 强化老年慢病护理功能:提出“以人为中心”的整体团队护理模式,对护理人员进行护理、康复、医技等多系统联合培养,提高护理团队的专业性、全面性,由护理人员与老年人群直接接触,不仅负责执行家庭医生的医嘱,做好护理工作,还负责老年人健康信息的监测反馈,是社区健康管理的主力军</p>
-----	--------------	------------------------------	---

全科医生、公共卫生医师、护士三部分组成,通过家庭医生签约形式为社区老年人群提供慢病诊疗、双向转诊、健康体检、健康评估、家庭病床等基本医疗卫生服务。开展网格化团队医疗服务是老年人医养护一体化慢病管理进社区、进家庭、满足老年人健康需求的重要途径,尤其是家庭病房服务的设置将社区服务与家庭联合起来,通过对老年人家庭成员进行护理知识教育,提高老年人群医疗服务和健康管理的连续性^[13]。

二是在基本服务的基础上,根据老年人群健康体检和健康评估结果,制定满足个体健康状况和实际医疗需求的个性化慢病管理方案,实现社区医疗团队精准服务,满足老年人群多层次、多元化的慢病需求^[14]。

三是提高社区诊疗能力,营造社区健康管理环境。社区不仅借助分级诊疗制度获得上级医院帮扶人才队伍建设,还在政府财政支持下购买康复治疗设备,与上级医院协同建设老年病房、康复病房,并且定期开展老年护理培训、慢病防治讲座来加强老年人健康教育,提高健康管理意识。

虽然当前社区医养护整合型慢病服务已经实施,但由于机制尚未成熟,仍存在许多现实问题。如由于基层医疗机构存在工作量大、报酬低、社会地位不高,以及社区绩效考核机制不合理的缺点,社区医疗机构缺乏对优质医疗人才的吸引力,社区全科医师长期处于缺乏状态。

(二) 中西医结合慢病管理

在我国健康老龄化规划中,中医药“治未病”和“未病先防,有病防变,病后调理”的理念与健康体检、健康管理的目标不谋而合。因此,社区利用中医药“养生保健、防患于未然”的特点,借助家庭医

生契约关系,将中医药融入社区慢病管理工作,突出中医药优势,与西医协同为社区老年人群提供预防保健、康复治疗等医疗卫生服务。

为了促进中西医融合,为老年人群提供全面、综合、协调的慢病管理服务,一方面引入中医专科医院,采取“午餐式”和“学分制”对社区医务人员开展中医药培训,并由中医药专家编写诊疗指南,下沉社区指导家庭医生团队落实中医药实践,提高社区家庭医生开展中医药健康管理的能力。另一方面设置中成药物处方集,汇编常见中成药物的功能主治、不良反应、禁忌、注意事项等药物信息,为社区医务人员、药剂师提供用药参考^[15]。在社区开展中医知识宣传,在提供诊疗服务时宣传中医药优势,引导老年人群选择中西医结合服务,提高社区老年人群中中西医结合意识,实现社区签约老年人群为中心的综合、持续、中西医融合的家庭医生慢病管理。

当前中西医结合慢病服务仍处于初期探索阶段,尚未形成成熟的服务体系,广泛存在社区中医药人才匮乏、资源不足的缺点。同时,由于社区老年人群对中医认知不充分、不全面,大多还停留在中医药草、针灸推拿的层面,在实际推广中西医结合诊疗时,部分老年人表现出不信任,实践效果不理想。

(三) 智慧健康养老慢病管理

随着“互联网+”时代的发展,为提高慢病管理的精准性、时效性,破除地区和医疗机构的等级壁垒,“互联网+健康管理+医养结合”模式应运而生。利用互联网技术提高慢病服务效率与可及性,延展老龄化慢病管理的覆盖范围,为促进康复病房向家庭病床延伸提供技术支持^[16],改善老年人群的就医体验。

这一模式主要从电子健康档案、智能医药服务、服务监督等方面创新老年慢病管理,实现线上管理、线下服务。依托社区家庭医生签约服务机制,为每名签约老人建立电子档案,录入其健康检查、患病、用药等基本信息,再通过大数据中心和云平台建设,实现慢病信息在各级医疗机构、卫生组织间的同质化流通^[17],提高上下转诊效率,保证远程诊疗质量。对于已建档老年人,可以通过线上就诊、线上处方、送药到家的方式提高医药服务效率^[18],提升常见病用药便利性。此外,还通过构建全民健康信息监督平台,对医药费、处方、工作效率、工作量等医疗服务信息进行统计公开,实现对社区健康服务的监督管理,确保适度诊疗、合理用药。

但由于当前还未建立全国统一的老龄化健康信息平台,不同地区间信息平台建设技术良莠不齐,使用系统不完全相同,依然存在一定技术的阻碍,尚不能实现健康信息全面对接,健康智慧养老还需不断改进完善。

三、我国老龄慢病管理现存不足

在我国20多年的社区老龄慢病管理实践中,除了取得人均期望寿命提升,65岁以上老人健康管理覆盖率提升的成果外,当前健康管理服务的不足之处也在实践中突显。无论是以医保、医药、财政投入为代表的外部保障,还是人才建设、服务功能、信息平台等管理主体,都存在亟须改善的问题。

(一) 医保政策覆盖有限,社区药品目录不全

当前我国医保政策还未成熟,部分医疗项目在上级医院报销比例高于社区,对纳入医保定点的社区医疗机构限制较多;社区药品目录也少于上级医院,不能满足老年人常见慢病用药需求^[19],导致基层医疗机构对老年人群的吸引力不足,难以实现社区老年人群慢病需求全覆盖。

(二) 政府经费投入不足,社区发展动力受限

社区医疗机构资金一方面来自财政投入,另一方面来自基本医疗服务收入,但由于医疗资源的倒三角布局,社区居民对基层就诊不信任,进而造成基本医疗服务收入水平较低,再加上财政投入不足,社区医院常处于亏损状态。社区资金匮乏,无法吸引优质医疗人才,无法及时更新诊疗设备,社区发展动力受限,容易陷入“能力薄弱—资金不足—能力更薄弱”的贫困陷阱里。

(三) 基层医养护能力薄弱,服务功能不健全

由于基层工作量大、薪酬绩效低、激励不足,社区优质医疗人才流失严重,全科医生、中医药人才引进不来、留不住,慢病管理的主力军严重欠缺。再加上开展医养护健康管理服务带来的利润较低,导致社区医务人员实施医养护工作动力不足,医疗能

力不足。此外,受制于社区财政不足、硬件设备不完善的现状,社区在老年人群健康体检时,不能提供全面、全方位的检测项目,慢病管理服务功能不健全,管理效果局限。

(四) 社区以被动医疗为主,欠缺主动健康环境

虽然我国从2000年就开始规划老龄慢病服务,组织开展社区慢病管理工作,但由于慢病管理服务低利润、社区专业人才缺乏以及诊疗水平有限,社区卫生工作还是以盈利较多的基本医疗服务为主,社区主动健康环境还未形成。

主动健康环境欠缺是社区主动健康服务不到位、缺乏主动健康管理服务统一规范和健康管理意识淡薄的综合结果。一方面是由于当前尚未形成社区统一实施、考核的健康管理服务规范,社区健康信息采集、个性化健康指导服务、健康干预监测等主动健康服务在实践中不能充分落实,居民健康管理体验感差、主动性低。另一方面是家庭医生在进行签约服务时,向居民普及健康管理知识的意愿较低,签约后所提供服务还是以被动医疗为主,健康管理签约流于形式,存在利用率虚高的现象。除社区医师主动健康意识薄弱,社区老年人群也缺乏主动健康管理意识,仍秉持有病治病的理念^[20]。首先,老年人群自身健康素养有限,加上社区健康教育不足,导致社区老年人对健康管理了解甚微;其次,基层医疗服务水平不足,老年人群就医信任度低。

(五) 信息平台建设不规范,实践存在地区壁垒

由于当前没有覆盖全国的慢病信息管理平台,各地区信息系统建设尚无统一规范,老年人健康信息在实践中还大多处于区域运作状态,存在地区慢病管理壁垒,签约老人跨地区就诊时慢病信息不能及时有效更新,转诊时信息流通受限^[21],信息平台利用效率远低于预期。

四、启示与建议

为优化完善我国慢病管理服务体系,针对实践中现存问题,一方面应从政府层面入手,完善老龄慢病管理服务的外部保障;另一方面可以通过加强人才培养、延伸老年护理重点、改善绩效考核制度、加强健康教育等措施提高社区医养护能力与慢病管理素养。两方面协同作用,提高社区慢病管理积极性、可靠性,增加老年人群对社区医疗团队的信任度,改善就医体验和主动健康意愿。

(一) 扩大医保、医药覆盖范围,完善医疗保障体系

将社区医疗保险报销范围由原本的高血压、糖尿病检查扩大至骨质疏松、冠心病等老年多发病,提高社区老年多发病检查项目报销比例,吸引社区居民就近检查、定期检查。同时扩大社区药品目

录,增设老年人常见病、多发病用药,不仅可以更好满足老年人群用药需求,也可以更好落实社区延伸处方,提高老年人基层首诊意愿与就诊满意度。

(二)加大政府财政投入,建设规范化健康信息平台

为改善社区医院长期亏损、人才吸引力欠缺的困境,避免社区医院陷入贫困陷阱,保证社区发展动力,政府应当增大财政投入,提高政府拨款在社区医院总盈利的占比,开设用于健康管理的专项经费,激励社区医务人员开展健康管理服务。财政投入充足,社区信息化水平也会提高,信息平台建设也就更规范、更全面,破除地区技术壁垒的可能性就越高。此外,慢病信息平台建设还可以依托现有家庭医生签约服务平台,制定慢病电子档案的统一规范标准,探索通过链式数据网络共享将慢病信息系统与家庭医生信息系统交互^[22],进而实现跨地区、多机构的慢病信息对接,提高慢病管理服务效率与质量。

(三)加强人才队伍建设,提高基层医养护健康服务能力

一方面政府应当加强高校慢病管理、老年医学、中西医结合专业的设置,培养综合型卫生人才,提高社区优质医疗人才储备量^[23];另一方面要规划区域“多对一”医疗建设帮扶,为社区卫生服务中心匹配同区域内优质中西医医院、公共卫生机构、健康管理中心,在政府承担费用的前提下,由多家医疗机构通过专家下沉、设备共享、信息系统对接等措施来帮扶社区卫生服务中心建设,从诊疗、公共卫生、健康保健多方面提高社区医养护服务能力、中西医结合诊疗能力,改善社区老年人群就医体验。

(四)延伸社区照料功能,扩大老年健康管理范畴

为进一步强化社区照料功能,减轻我国老年人群疾病负担,一方面应在我国已有长期护理保险制度的基础上,参考国外长期护理经验,将老年人群护理焦点由临床护理转向日常生活护理,依托社区卫生服务中心,联合三级医院专业医师,培养具备老年慢病上门服务能力的家庭医生,为丧失行动能力的老年人群制定社区家庭医生护理包,由所属家庭医生开展定期上门护理服务,对家庭成员进行护理教育并远程监督,将家庭医生与签约老年人群紧密结合,实现“社区一家庭护理”延伸,提高老年人群生活质量与就医满意度。另一方面应与政府部门协同,积极引入营养机构、心理中心、体育运动中心、健康管理公司等社会组织,通过参与家庭医生服务将其融入社区老年慢病管理建设中,以社区政府为主导,家庭医生与营养师、运动医师、心理咨询师等多学科成员协同,开展社区试点老年食堂、签约老年人群健身课堂、居家护理老年人群心理咨询等全

方位、多层次的慢病管理服务,扩大老年慢病管理范畴,实现老年人群社区健康服务高质量发展。

(五)改善绩效考核机制,提升社区医务人员服务积极性

当前社区老年慢病管理结果不理想的一个重要因素是社区医务人员积极性不高,由于大多数社区绩效考核只与家庭医生签约率挂钩,没有涵盖慢病管理服务成效,许多医务人员对复杂低效的老年人慢病管理具有抵触心理,管理效果不明显。因此,为提高社区医务人员工作积极性,社区应将老年人慢病管理服务完成率补充到家庭医生签约服务考核中,与绩效考核挂钩。同时,也应提高家庭医生签约服务在绩效考核中的占比,合理分配政府拨款,设立慢病管理服务奖金,将考核结果作为奖金分配的评判标准,提高社区医务人员工作活力。

(六)建设社区老龄健康环境,增强老年人健康管理意识

一方面要加大社区健康教育,政府要利用自身公信力,通过新闻、报纸、媒体网络等途径在全国范围进行健康教育宣传,让民众对当前老龄化政策和社区健康管理服务通道有基本了解^[24]。同时社区要积极主动开展宣传活动,例如定期开展健康讲座,为社区老年人群讲解健康管理项目和目的;也可以通过家庭医生引导教育,提高老年人及其家庭成员健康管理意识,营造社区主动健康环境。另一方面还应在政府财政保障的基础上完善社区适老化改造,积极建设“健康小屋”,增设常规健身器材,还可以在老年人占比高的社区试点建设社区日间照料中心,为老年人群提供基础慢病诊疗、家庭康复护理教学、日常饮食指导等老年保健服务。从健康意识和硬件设施两方面协同建设老龄健康环境,让老年人群想做、能做,培养主动健康环境。

参考文献

- [1] WU L X, HUANG Z Y, PAN Z H. The spatiality and driving forces of population ageing in China [J]. PLoS One, 2021, 16(1): e0243559
- [2] THOMAS S A, QIU Z Q, CHAPMAN A, et al. Editorial: chronic illness and ageing in China [J]. Front Public Health, 2020(8): 104
- [3] 吴玉韶, 赵新阳. 中国老龄政策二十年: 回顾与启示 [J]. 老龄科学研究, 2021, 9(10): 2-14
- [4] 屈贞. 高质量结合: 城市社区医养结合的方向 [J]. 卫生经济研究, 2022, 39(1): 27-30
- [5] 富东燕. 积极应对人口老龄化的“中国模式”初步形成——四部门有关负责人就《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》答记者问 [N]. 中国妇女报, 2022-02-23(2)

- [6] 姚远,王高玲. 社会管理视角下慢病管理体系的重构[J]. 中国卫生事业管理,2017,34(2):157-160
- [7] 汪紫彤,范阳东. 日本社区健康管理发展现状及对我国的启示[J]. 中国全科医学,2022,25(4):393-400
- [8] 马国珍,姜鹏君,薛晶,等. 新西兰医院—社区—家庭老年健康管理见闻与启示[J]. 护理学杂志,2020,35(11):98-100
- [9] VANDERMEER J, SAVAGE G, DAVIS J. Restructuring rural health care: expanding the PACE for rural Elders[J]. Online J Rural Nurs Health Care,2001,2(1):24-39
- [10] 王晓迪, LOUIS Y, 郭清, 等. 不同国家与地区老年健康服务模式的研究及对国内地的启示[J]. 中国全科医学,2018,21(10):1143-1150
- [11] 李梦颖,汪梦,陈晓丽,等. 英国整合型保健应对健康老龄化的经验剖析[J]. 中国初级卫生保健,2021,35(12):41-44
- [12] 龚韩湘,冯泽华,唐浩森,等. 英国购买式社区照顾服务模式的发展、改革及启示[J]. 中国卫生政策研究,2017,10(1):64-69
- [13] 杨旻,朱雪娇,章琛越,等. 基于实施性研究的整合性理论框架医养护一体化服务实施影响因素研究[J]. 中国全科医学,2022,25(4):505-509
- [14] 杨尊强. 以家庭医生为抓手 探索“医养护康”一体化发展模式[J]. 中国农村卫生,2022,14(1):51-53
- [15] 陆新建,侯进,蔡利强. 中医药融入家庭医生工作创建社区 COPD 健康管理新模式[J]. 中国全科医学,2019,22(S1):8-11
- [16] 孔艳艳. “互联网+”助力打造健康养老瓯海样板——专访浙江省温州市瓯海区卫生健康局党委书记、局长张益品[J]. 健康中国观察,2022(2):81-85
- [17] 陈运奇,周琳,杨庭树,等. 论数字时代人类主动健康与老龄化科技应对[J]. 中国老年保健医学,2021,19(6):6-7
- [18] 杨明珠,柴双,瞿冬,等. “互联网+”在养老机构的服务模式探索[J]. 解放军医院管理杂志,2021,28(12):1152-1153,1180
- [19] 周光清,崔华欠,张鑫,等. 城市社区老年人健康管理问题及对策[J]. 中华老年医学杂志,2015,34(10):1061-1064
- [20] 顾紫薇,胡月. 社区老年人家庭医生签约和服务需求状况调查[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(1):83-88
- [21] 徐健,孔灵芝. 关注慢性病 助力健康老龄化[J]. 中国慢性病预防与控制,2020,28(9):641-644
- [22] 赵坚,徐红. 基于“互联网+”的慢性非传染性疾病管理信息系统——以南通市为例[J]. 信息技术与信息化,2021(7):65-67
- [23] 居晨浩,张浩成,方纪元,等. 中国医养结合服务模式类型[J]. 中国老年学杂志,2022,42(10):2532-2535
- [24] 刘洁,鲁捷. 医养结合养老模式困境及对策[J]. 合作经济与科技,2022(6):166-167

(本文编辑:姜 鑫)

Current situation and enlightenment of chronic disease management practice based on aging orientation

NIU Yuting¹, ZHAO Yunwu², WANG Xiaosong³, WANG Heng^{1,4}

1. School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032; 2. Department of Graduate Education, 3. Organization Department of Party Committee, 4. Hospital Director's Office, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: In the context of high-quality social development, population aging is becoming more and more severe, and residents' active health awareness is constantly improving. Various countries have proposed different forms of health management for the growing demand of chronic disease services for the elderly population. However, China's management of chronic diseases among the elderly is still in the preliminary exploration stage with insufficient construction experience. Based on this, this paper used foreign practical experience as a reference to summarize and analyze the current situation of domestic chronic disease management service under the background of aging from various aspects. This paper found that the current domestic health management of the elderly is mainly based on community work, with medical care, coordination of traditional Chinese and western medicine and smart senior care as the primary service content. There are still deficiencies in supporting policies, community health service capacity and construction, and active health awareness of the population. It is still necessary to focus on medical insurance and medical policies, health talent construction, community performance assessment mechanism, information platform construction, health education and other aspects to improve the health service system and quality of health management.

Key words: chronic disease management; elderly population; healthy aging; community health service