



# 我国慢病一体化管理的现状与思考

刘万奇,杨金侠,谢翩翩,刘瑾琪

安徽医科大学卫生管理学院,安徽 合肥 230032

**摘要:**基于改良后的Rainbow模型,明确慢病一体化管理的概念与内涵,并从宏观、中观、微观三个维度入手,对目前我国的慢病一体化管理模式进行梳理,归纳出我国在慢病一体化管理方面存在制度体系不健全、机构协作不够、专业协同不足、服务环节衔接不紧密等问题。提出从制度一体化、组织与机构一体化、专业一体化、服务一体化四个方面着手,提高我国的慢病一体化管理水平。

**关键词:**慢性病;慢病一体化管理;Rainbow模型

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)04-303-005

doi:10.7655/NYDXBSS20190411

当下慢性非传染性疾病(以下简称慢病)已成为全球关注的健康问题<sup>[1]</sup>,近年来随着老龄化的加剧,以及经济持续高速增长所带来的高度紧张的生活节奏,我国慢病患者人群呈现井喷式增长。有关数据显示,在我国每年1 030万过早死亡的人群中,由慢病导致的死亡占80%<sup>[2]</sup>。而因慢病造成的疾病经济负担在总疾病经济负担中占比为68.6%,其持续性的医疗、伤残费用给患者及其家庭带来巨大压力<sup>[3]</sup>。更为触目惊心的是,目前我国的慢病患者人群呈现年轻化趋势<sup>[4]</sup>,以糖尿病为例,根据《中国2型糖尿病防治指南(2017年版)》,目前我国成人糖尿病患病率为10.9%,其中40岁以下人群的糖尿病患病率高达5.9%<sup>[5]</sup>。因此采取有效手段开展慢病防控是十分必要的。本文从一体化管理入手,结合慢病一体化管理模型,分析我国慢病管理现状,旨在为我国慢病管理工作的更好开展提供有益参考。

## 一、慢病一体化管理相关概念界定

一体化管理是随着管理学的发展而出现的一种新的管理理念,它通过各子系统功能、资源等共有管理要素整合,提高组织运营效率,实现效益最大化。一体化管理体系(integrated management system)的定义为:将两种或两种以上管理体系经过有

机的结合,而使用共有要素的管理体系<sup>[6]</sup>。简单来说就是以共有要素为纽带将几个平行的管理体系纳入一个统一管理构架下运行的一种管理模式。

国外学者Valentijn<sup>[7]</sup>提出了基于协作机制的Rainbow模型,该模型基于“以人为中心”和“以人群为基础”两个基本原则,从宏观、中观、微观三个层面来构建整合型初级卫生保健服务中的协作机制。陈至柔<sup>[8]</sup>在研究整合型医疗卫生服务体系评价框架时,对模型中“system integration”、“functional integration”与“normative integration”三个维度的中文表达进行了微调和改良,以更加清晰、准确地反映各自内涵(图1)。

本文所探讨的慢病一体化管理强调的是一种整合型慢病管理服务模式,目前我国在慢病管理方面存在的服务碎片化、不连续等问题,亟需一种理论模型来阐明慢病管理中的协作机制,厘清慢病管理中的各种关系,故与Rainbow模型基本目标一致。因此,选取该模型作为慢病一体化管理的理论模型十分恰当。

本文基于改良后的Rainbow模型,构建了慢病一体化管理理论模型,从三个层面来概括慢病一体化管理的内涵:宏观层面的制度一体化,中观层面的组织、机构一体化和专业一体化,微观层面的服务一体化,并通过核心功能一体化和价值规范一体

**基金项目:**国家社会科学基金一般项目“将健康融入所有政策的实现路径研究”(17BGL183)

**收稿日期:**2018-11-06

**作者简介:**刘万奇(1993—),男,安徽六安人,硕士研究生在读;杨金侠(1969—),女,安徽阜阳人,教授,硕士生导师,研究方向为公共卫生与农村卫生政策研究、医院管理,通信作者。

化,将宏观、中观、微观三个层面连接起来,在慢病一体化管理中,核心功能是指各级机构在其功能设置中所承担的慢病管理的责任与义务;价值规范是指卫生行业的价值导向及各级机构与人员价值衡量机制的统一规范。

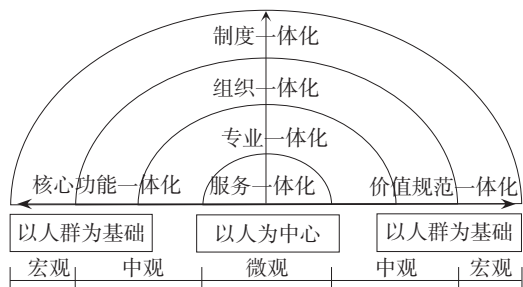


图1 改良后的Rainbow模型

结合一体化管理理论模型,可将慢病一体化管理定义为:一种整合型慢病管理服务模式,它是基于宏观层面的制度协调、中观层面的组织和学科协作、微观层面的服务协同建立慢病管理体系,该体系遵循以人为中心、以慢病患者需求为导向、以社区为单位的基本原则,主张个人、家庭、机构多方参与,坚持系统内统一指挥、上下联动、分工明确、优势互补、防治结合、资源共享,旨在为慢病患者提供一种从医院、社区到家庭,从医疗、预防、保健到健康管理等全方位、全流程管理、全疾病周期干预的

整合型慢病管理服务。

## 二、我国的慢病一体化管理现状

相较于发达国家,我国慢病管理起步较晚,但通过学习借鉴国外的慢病管理的经验,以及长期的实践探索,目前国内也出现了许多有特色的慢病管理模式。本文从慢病管理的责任机构角度,对我国在慢病管理实践和理论探索中出现的慢病管理模式进行类型划分,并从一体化管理的角度对其展开梳理,梳理结果详见表1。

从梳理的结果来看,目前我国的慢病管理研究与实践均体现了一体化管理的思想。但在内外部协作机制的研究方面不够清晰,可复制性较差,距离一体化管理的要求尚有一定差距,主要表现在以下几个方面。

第一,制度建设方面,制度体系不健全,相关工作制度与国家政策要求不完全匹配,工作落实不到位。尽管针对慢病防治国家相继出台了多个政策文件,如《中国慢性病防治工作规划(2012—2015年)》、《关于印发国家慢性病综合防控示范区建设管理办法的通知》、《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》等,但由于缺乏相关配套政策的支持和保障,如医保政策和财政政策,慢病管理项目的实施状况和规划存在一定的脱节<sup>[9]</sup>,具体政策

表1 我国慢病一体化管理模式梳理

管理模式	责任主体	具体做法(举例说明)
社区慢病管理模式	机构主体:社区卫生服务机构/乡镇卫生机构 人员主体:社区全科医生+全科护士	1.专业一体化:成立慢病管理团队(全科医生、护士); 2.服务一体化:社区卫生服务中心采取门诊、义诊及免费健康体检等形式,将可疑为慢病的患者,转诊至上级医院确诊;根据健康评估结果对慢病患者采取分级管理;慢病随访;协助患者自我管理
综合医院+社区慢病管理模式	机构主体:综合医院、社区卫生服务机构/乡镇卫生机构 人员主体:专科医生+全科医生+公卫人员+全科护士	1.组织、机构一体化:综合医院与社区卫生服务机构共同参与慢病管理; 2.专业一体化:综合医院派出部分专科医生和社区卫生服务中心的全科医生组成管理团队,共同对社区慢病患者进行诊疗; 3.服务一体化:为慢病患者提供建立健康档案、日常基本保健服务、跟踪随访和住院治疗等服务
医院慢病管理模式	机构主体:综合医院/专科医院 人员主体:专科医生+护理人员	1.制度一体化:构建标准化防治流程,包括高危人群筛查、慢性病健康教育、诊断、治疗、并发症的检出和转诊等;采用PDCA理念不断优化管理团队; 2.组织、机构一体化:综合医院及其下辖的基层卫生服务机构构成管理主体,由上级医院牵头对基层卫生服务机构实施垂直管理; 3.专业一体化:成立专职管理团队(专科医生、社区医生、护士); 4.服务一体化:充分利用信息化管理平台监测患者健康信息;开展慢病患者自我管理;多渠道普及慢病基础知识
疾控中心+医院+社区慢病管理模式	机构主体:综合医院、社区卫生服务机构/乡镇卫生机构 人员主体:专科医生+全科医生+公卫人员+全科护士	1.组织、机构一体化:由疾控中心负责总的组织管理和质量控制,综合医院负责专科技术支持,社区卫生服务中心负责糖尿病患者的治疗和管理; 2.专业一体化:社区医护人员定期随访,综合医院专家定期教授社区卫生服务中心人员技术,对社区管理患者的病情和治疗方案进行评估、调整,建立慢病患者的上级医院—社区双向转诊绿色通道; 3.服务一体化:为慢病患者提供预防、治疗、日常管理、疾病评估、健康教育等系列服务

要求落实不到位。

第二,组织、机构功能与资源整合方面,分工不细致、责任分摊不明确,缺乏长效合作机制。部分地区通过医联体建设,基于基层卫生机构与综合医院的协作,推出“专科医生+全科医生”的慢病管理模式,但在实际工作中,由于不同机构人事、薪酬制度不同轨,人员责任与利益分摊不明确,基层医生担负起慢病管理的大部分任务,专科医生的作用未能充分体现出来。在机构的慢病管理功能与资源整合方面,由于不同机构功能定位与价值追求存在差异,且缺乏有效的协调机制,卫生服务机构的慢病管理功能与资源尚不能实现有效整合。

第三,专业协同方面,虽有分工但无协作,学科衔接性差。目前,作为受到诸多限制的“体制人”,大多卫生人员在慢病一体化管理中不能或不愿参与跨机构的协作,亟需出台机构层面的业务协调机制来规范人员跨机构专业协作行为,以促成慢病一体化管理中各专业人员的密切合作。在2018年8月20日国务院办公厅下发的《深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务》的通知中,提出要落实“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平,允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”(“两个允许”)的要求,这对于探索慢病一体化管理中的“跨机构人员协作机制”来说是一个很好的契机。

第四,服务方面,管理环节衔接不紧密,慢病管理流于形式,服务质量难以保证。通过实地调研,我们发现作为慢病管理主力军的社区卫生服务中心/乡镇卫生院,在慢病管理方面“软”“硬”实力都不足。其“软实力”不足体现在缺少慢病管理专业卫生技术人员,目前从事慢病管理的多是兼职人员,在面对繁杂的慢病管理工作时往往力不从心。“硬实力”不足体现在配套硬件设施不完善,很多服务项目不能正常开展。此外,由于许多基层卫生机构面临各种公共卫生工作方面的考核,导致慢病管理工作浮于表面、流于形式,服务质量难以保证。在服务衔接方面,虽然分级诊疗制度始终在推行,但对慢病患者的实际约束有限,患者的就医选择自由度大,往往导致各服务环节间难以紧密衔接。

### 三、关于实施慢病一体化管理的建议

#### (一)制度一体化

##### 1. 调整医保支付方式,明确医保支付范围

慢病一体化管理需要医保政策的持续支持。完善医保支付制度,明确医保支付范围是全面开展慢病一体化管理的关键环节。目前有些地市已开展相关医保政策的调整,如安徽省某社区将部

分高血压、糖尿病常规药品纳入医保支付范围,通过社区中心向在管慢病患者免费发放,以此来激励慢病患者接受规范管理。除药品外,慢病患者的常规检查、转诊、门诊及住院治疗等费用均应在医保政策中有所体现。此外,要拉开不同层级机构之间的报销比例,对于非机构转诊的、未接受规范管理的慢病患者的医疗费用报销比例应当有所差异,以此鼓励慢病患者自觉接受各级机构规范管理。

##### 2. 出台财政投入政策,加强经费保障

开展慢病一体化管理要求卫生机构应具备配套的医疗设备,因而落实财政投入,完善基层卫生机构配套设备的配置,是全面开展慢病一体化管理的硬性要求。目前我国的慢病管理服务,多数是以公共产品或准公共产品的形式向居民提供的,政府理应负担其中的基建费用。考虑到慢病管理是一项需要财政长期投资的项目,各级财政应综合考虑本地区的慢病流行状况及其基层卫生机构服务能力,合理规划慢病管理经费在卫生经费中的比例。应规范经费使用,并赋予卫生机构一定的自主权,充分发挥财政经费对机构和人员的激励作用。

##### 3. 制订工作指南,规范慢病一体化管理工作

各级政府应积极组织开展慢病一体化管理相关问题的研究,认真总结各地在慢病管理实践中摸索出来的优秀经验与做法,加强对典型案例的研究,如深入研究厦门模式、上海的“1+1+1”服务模式等,做好典型经验的学习与传播,并在此基础上组织专业技术人员制定出方法科学、流程完备、功能齐全、适用于全省的慢病一体化管理工作指南,指导各级机构组织开展慢病一体化管理工作。该管理指南应包括以下几个部分的内容:一是慢病一体化管理技术服务包,用于指导基层卫生人员进行具体的业务技术操作;二是慢病一体化管理服务规范,明确服务流程、机构分工、转诊指征等;三是慢病一体化管理质量控制细则,用于监督服务过程,保证服务质量,保护患者权益;四是慢病一体化管理工作评价制度,用于引导、规范各级卫生机构的慢病一体化管理工作。

#### (二)组织、机构一体化

##### 1. 强化政府作用,探索组织、机构间的长效协作机制

当下我国的慢病管理进展缓慢、收效不明显,其中一个重要原因就是弱化了政府在慢病管理中的职责,而这点恰巧是统筹推进慢病管理工作的一个关键因素。目前国际比较推崇的几种慢病管理模式,如慢病创新照护框架(ICCC模型)、慢病护理模型(CCM模型)等均强调政府在慢病管理中的积极作用。为构建我国慢病一体化服务体系,应在已有机构

协作的基础上,更加突出政府的作用。在制定工作方案时,将政府作为一方组织纳入到管理主体中。在机构协同方面,各级政府应积极发挥统筹协调的作用,引导、鼓励二、三级综合医院与基层卫生机构结成“对子”,共同服务于基层慢病管理工作。目前国家大力提倡的区域医联体、医供体、家庭医生签约服务、分级诊疗等,都是不错的契机,各级政府可以此为基础,打造地方慢病一体化管理服务网络。

## 2. 组建区域医联体,明确各机构主体功能定位

目前基层卫生机构医疗水平不高,卫生人员技术水平有限,需要上级卫生机构的支持与协助,才能更好地满足慢病患者多样化的健康需求。组建紧密型区域医疗联合体,明确医联体内各级机构在慢病一体化管理中的职责,建立慢病患者的上下转诊机制,优化管理流程,能够很好地弥补基层卫生机构在慢病一体化管理方面的不足。具体来说,在医联体内开展慢病一体化管理,既能带动基层卫生机构慢性病管理水平的提升,又能优化服务环节、提高服务效率,大大提升慢病患者的就医体验。同时,通过上下级卫生机构间的无缝对接,慢病患者能够享受到真正意义上的慢病一体化管理。

### (三)专业一体化

#### 1. 组织人员技能培训,建立专业人才队伍

针对目前很多基层卫生机构缺少慢病管理专业技术人员这一问题,地方卫生部门可通过对现有卫生人员进行转岗培训,充分利用已有卫生人力资源。同时,可探索“县招乡用”的县乡一体化人才管理方式,加大优质卫生人才的引入,充实管理队伍。此外,还可组建区域慢病管理中心,负责组织慢病管理相关问题的研究,开展卫生人员业务技能规范化培训,提高慢病管理服务水平。

#### 2. 完善考核评价制度,鼓励专业协作

卫生主管部门应鼓励基层卫生机构组建多学科慢病管理团队,可将管理团队的专业多样性纳入对慢病一体化管理的工作考核中,并将考评结果与经费拨付比例相挂钩,以此促成专业协作。同时,应尽快落实《深化医药卫生体制改革2018年下半年重点工作任务》文件中提出的“两个允许”要求,打破人才壁垒,调整机构人才管理制度,如允许综合医院的专科医生、护士以个人身份加入基层慢病一体化管理团队,并对这些卫生人员予以岗位晋升和职称评定上的倾斜等,多渠道鼓励综合医院优质卫生人力资源下沉。

### (四)服务一体化

#### 1. 开发慢病管理信息模块,搭建区域慢病一体化管理信息平台

构建互联互通的区域化健康信息平台能够提高慢病一体化管理水平,优化资源配置,提高资源

利用率,有助于开展对相关问题的研究,改进慢病管理工作。目前,基于已有的卫生信息系统,可对其进行改造升级,增加慢病一体化管理信息模块,具体包括家庭模块、社区模块、医院模块和质控模块,每个模块承担着不同的功能。其中,家庭模块应具备信息查询、健康咨询、信息上传等功能,有条件的地区可接入移动健康设备,实时传输健康数据;社区模块应具备患者登记、建档、线上随访、健康指导、预约转诊等功能;医院模块应具备信息调阅、病例讨论、专家咨询、方案制定与调整等功能;质控模块由卫生行政或疾控部门运营,应具有慢病管理质量控制、经费使用情况监控等功能。

## 2. 加强居民健康教育,提高患者自我管理能力

在慢病一体化管理中,患者及其家庭也是责任主体之一,需要充分发挥其自我管理、监督作用。国内外相关研究早已证明,良好的家庭支持与患者自我管理对于慢病管理的最终效果具有举足轻重的作用。目前“重治轻防”的就医观念依旧十分盛行,加强慢病相关健康教育,多渠道宣传健康知识,提高社会对于慢病的认识是个恒久的话题。当下信息技术发达,可制作以“慢病相关健康知识宣传与自我管理技能教育”为主题的宣传片,配合纸质宣传册以及宣传板报等实体宣传工具,对社区人群及慢病患者开展防病、治病教育,提高居民对慢性病的警惕性,以及慢病患者自我管理意识和能力。

### 参考文献

- [1] 黄建始. 再论慢病管理的关键是转变观念走新路[J]. 中华健康管理学杂志, 2011, 5(2): 72-74
- [2] 佚名. 慢性大病渐成我国严重经济社会问题之一[J]. 党政干部参考, 2011(9): 34-36
- [3] 檀朝明, 石岩. 医保引导慢病社区管理的路径和成效[J]. 中国医疗保险, 2013(4): 51-54
- [4] 潘虎俊. 老年病年轻化问题的探析[J]. 中国保健营养(中旬刊), 2013(4): 511-512
- [5] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2014, 30(8): 893-942
- [6] 王雪荣. 管理体系整合及综合评价方法研究[D]. 南京: 南京理工大学, 2005
- [7] Valentijn P. Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care[J]. Int J Integr Care, 2016, 16(2): 46-57
- [8] 陈至柔. 一体化医疗卫生服务体系评价框架研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2018
- [9] 吕兰婷, 邓思兰. 我国慢性病管理现状、问题及发展建议[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(7): 1-7

## Current situation and thinking of integrated management of chronic diseases in China

Liu Wanqi, Yang Jinxia, Xie Pianpian, Liu Jinqi

School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

**Abstract:** Based on the improved Rainbow model, this study clarified the concept and connotation of integrated management of chronic diseases, combed the current integrated management model of chronic diseases in China from three dimensions: macro, meso and micro, and concluded that there are some problems in integrated management of chronic diseases in China, such as imperfect system, insufficient institutional collaboration, insufficient professional collaboration and inadequate service links and so on. It was proposed to improve the integrated management of chronic diseases in China from four aspects: system integration, organization and organization integration, professional integration and service integration.

**Key words:** chronic diseases; integrated management of chronic diseases; Rainbow model