



我国基层慢性病医防融合的多种实践形式与推进障碍

郭轩荧, 杨帆

南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166

摘要:破除“医”“防”之间的隔阂,实现医防融合成为慢性病综合防控的关键举措。各典型地区以高血压、糖尿病等慢性病为突破口,推进基层医防融合的实践工作。文章总结了各典型地区的疾控指导+“市—县区—社区”联合体、行政统筹—科室负责—家庭医生履约、整合型慢性病防控小组的三种实践形式,并且认为缺乏全环节整套医防融合政策供给、“医”“防”各方机构职能分散重叠、现行医保支付方式、医防融合运行的绩效评价尚未建立、卫生信息资源联结不足等阻碍了基层慢性病医防融合,在上述基础上进一步提出促进基层慢性病医防融合的相应策略。

关键词:医防融合;运行架构;支付方式;绩效评价;信息联结

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)03-201-006

doi:10.7655/NYDXBSS20210301

建立和完善可持续的健康教育—风险评估—筛查—确诊—治疗—转诊—康复护理—随访等闭环管理^[1],是有效化解慢性病风险和减轻疾病负担的关键环节。然而目前基层医疗服务和公共卫生服务之间始终存在功能式、分段式的隔阂和脱离,服务“碎片化”和“割裂化”难以形成慢性病全程一体化的闭环管理。高血压、糖尿病等慢性病人群众医防融合服务难以开展,使得我国基层慢性病防控的整体效能低下。

破除“医”“防”之间的隔阂,实现全方位全周期的医防融合为慢性病综合防控的关键举措^[2]。医防融合在进行慢性病的有效控制干预和治疗中发挥着重要作用。基层慢性病医防融合需通过统筹规划各类医疗卫生资源,充分发挥公共卫生机构在预防保健和健康管理方面的指导作用,各级医疗机构充分给予临床技术和人员支持,将“医防融合”理念与日常医疗工作有效衔接,实现疾病预防控制中心、医院和社区卫生服务机构管理体制、服务提供和资源要素流通良性互动,提供慢性病医防融合服务。

2019年国家卫健委基层卫生健康司发布的《关于做好2019年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》^[3]中明确指出,要推进基层医防融合试点和管理工作,以高血压、糖尿病等慢性病为突破口促进医防融合,在山西、辽宁、广东、重庆、贵州、云南、陕西等7省份进行试点工作。本文旨在对基层慢性病医防融合开展典型地区的实践进行总结,结合现阶段基层医防融合发展的障碍,提出促进基层慢性病医防融合的相应策略。

一、基层慢性病医防融合的实践形式

首先,本文分析整理了当前典型地区基层慢性病医防融合的实践,归纳其运行架构体系和主要特征,概括出三种实践形式。

(一)疾控指导+“市—县区—社区”联合体的实践形式

疾控指导+“市—县区—社区”的实践形式代表有湖南省长沙市、湖北省武汉市黄陂区和青海省西宁市。如图1所示,其共性特征体现在组织架构上,由疾控中心和医疗联合体建立起紧密的沟

基金项目:国家自然科学基金“基于Diderichsen理论的慢性病健康差异测量及其影响因素模型构建”(71704083);江苏省社科应用研究精品工程课题“县城区联体模式下江苏省农村慢性病医疗服务纵向整合策略研究”(19SYB-096)

收稿日期:2020-12-02

作者简介:郭轩荧(1997—),女,山西临汾人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策与健康政策;杨帆(1986—),男,湖北湛江人,博士,副教授,研究方向为卫生经济与政策,通信作者,youngfan@njmu.edu.cn。

通协作机制,二者功能相辅相成。疾控中心对医院和基层医疗卫生机构开展系统的公共卫生相关内容的培训和指导,引导基层收集全面完整的信息进行疾病筛查、跟踪管理、制定干预方案和评估,各级医院根据功能定位承担不同的预防和临床诊疗工作。各个地区又有各自的亮点和特色优势。

湖南省长沙市探索“县治、乡管、村访”的基层高血压医防融合新模式。省市级的疾控中心为县乡医院负责公共卫生的人员安排定期培训,并构建覆盖城乡的三级高血压医疗卫生服务网络,实现家庭医生血压监测全免费,高血压及心脑血管疾病规范诊治与健康管理全覆盖。

湖北省武汉市黄陂区疾病管理“双处方”和“五师查房”,即需要对慢性病患者制定治疗处方和健康教育处方,由医师、护师、药师、营养师、健康管理师负责住院患者的日常查房^[4],其中营养师和健康管理师需要定期接受上级疾控中心的健康促进和健康教育的培训与考核审查。支付方式上采用“挂钩新农合”“慢性病报销比例奖惩机制”和“一次住院起付线”形式。

青海省西宁市打破医疗和公共卫生机构之间的行政藩篱,支付方式上实行总额付费和结余资金划拨给健康管理使用。绩效薪酬上为医务人员和公共卫生人员量身定做“一类保障、二类管理”,绩效依据工作任务量和开展成果评估制定发放标准。依据智能移动网络构建全景医疗信息系统,建立远程医疗覆盖到村、在线慢性病管理精准到户、医学教育与健康促进精准到人、移动智能医疗到病、智能看护到家的的工作模式,实现公共卫生和医疗数据共享和同步动态更新^[5]。

防融合的实现提供坚实有力的基础保障;由科室负责人任副组长,协助组长开展各项工作,形成完备的医防融合组织架构;同时将实质性的工作任务落实到家庭医生身上(图2)。

重庆市沙坪坝区推行医防“五融合”健康管理服务。其特色优势体现在医院内实行“登记/挂号→候诊→公共卫生服务→就医”的医防融合新服务流程,设2室3站6区负责整体运行。“2室”指家庭医生工作室和慢病联合门诊室,慢病联合门诊室是接受疾控中心的培训指导、享有综合医院的专家资源、基层机构作为兜底的运行模式,实现慢性病高效及时的筛查治疗和转诊。“3站”指公共卫生服务分流站^[6],使得在门诊区、住院区、医技区、中医区、签约服务区、接种区“6个区域”的各类人群都可以接受公共卫生服务的咨询和筛选,真正将“防”这一必要环节落实。绩效包含“医”“防”两大模块和三级考评机制,采取中心—科室—成员三级管理、科室及成员交叉互评、科室自主分配的三级考核体制^[6]。

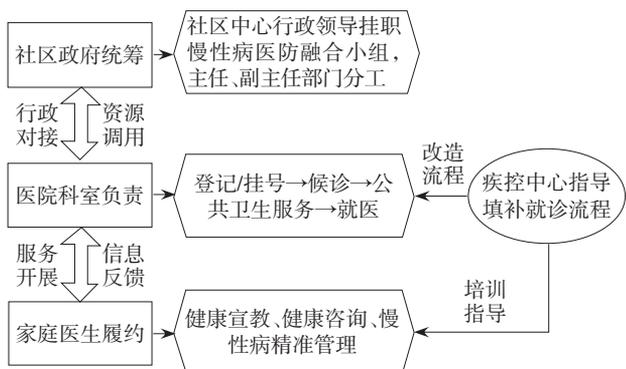


图2 行政统筹—科室负责—一家医履约的实践形式

(三)整合型慢性病防控小组的实践形式

整合型慢性病防控小组实践形式的代表是福建省三明市、云南省丽江市和浙江省宁波市。运行架构体系是行政层面组建慢性病防控小组,涵盖了心脑血管病、糖尿病、肿瘤、口腔卫生和环境卫生五大领域。各个领导工作小组有机嵌入医疗卫生机构,起到上传下达,统筹衔接的作用,其在行政权力上受到上级卫生行政机关的委托授权,形成慢性病专项资源互通共建体系。

浙江省宁波市推行“1+X”医防整合模式,即1个主导的慢性病预防控制中心归属于宁波市疾病预防控制中心,联合多个医院内部设置多个按病种划分的防治临床指导中心(图3)。其特色优势体现在:宁波市疾病预防控制中心全力出谋划策打造各大医院内部的慢性病防治控制中心,各个综合医院提供高质量的临床技术设备和人力支持,二者充分发挥所长联手开展综合防控、项目合

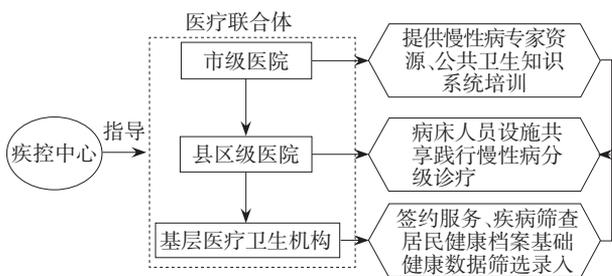


图1 疾控指导+“市—县区—社区”的实践形式

(二)行政统筹—科室负责—一家医履约的实践形式

行政统筹—科室负责—一家医履约实践形式的代表是重庆市沙坪坝区。运行架构体系上,体现为成立领导小组,由社区卫生服务中心党支部书记、主任任组长,全面负责推进医防融合改革,在资源配置和绩效考评等方面进行统筹规划,为医

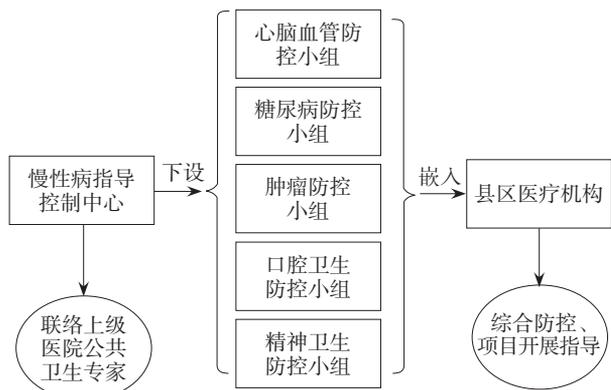


图3 浙江省宁波市整合型慢性病防控小组的实践形式

作、团队指导和培训等慢性病防治工作^[7]。

云南省丽水市依托县区的资源和政策优势^[8]，向上联络省市级医院专家，对基层医务人员进行

系统的公共卫生素质和能力培养，向下与家庭医生团队建立紧密合作，积极开展基本公共卫生服务项目，并推行个性化签约服务，确保公共卫生服务的可及性与有效性。

2020年初，福建省三明市在医防融合方面成立自上而下的领导成员体系共同负责的“医防融合办公室”，形成分管副市长(组长)——综合(办公室主任)——市疾控中心主任(副主任)——区疾控中心主任(成员)的权责分明的领导小组。负责对区域医疗机构和疾控机构相关公共卫生人员及其工作进行统一调度安排，发挥功能互补、资源整合作用^[9]，促进队伍、业务、资源、评价、分配等相互融合。三种基层慢性病医疗融合实践形式及主要特征归纳见表1。

表1 典型地区基层慢性病医防融合的实践形式

实践形式典型地区	主要实践方式	主要特征
疾控指导+“市—县区—社区”联合体		
湖南省长沙市	“县治、乡管、村访”的基层高血压医防融合新模式	“一个明确诊断、一张适宜处方、一些基本药物、一项健康咨询和跟踪服务、一条急诊救治绿色通道”
湖北省武汉市黄陂区	“健联体”纵横交互医防融合体系	疾病管理“双处方”和“五师查房”，支付方式“挂钩新农合”“慢性病报销比例奖惩机制”和“一次住院起付线”
青海省西宁市	城乡纵向和城市横向卫生健康网络体系	基层岗位“一类保障、二类管理”，信息化“一网一景五纵”
行政统筹—科室负责—家庭医生履约		
重庆市沙坪坝区	医防“五融合”健康管理服务	政府层面建小组，医疗机构“6科3团12组”，再造“登记/挂号→候诊→公共卫生服务→就医”新流程、绩效三级考评机制
整合型慢病防控小组		
云南省丽水市	慢病防控小组嵌入医疗机构融合	区县成立慢性病五大领导工作领导小组办公室，为群体量身定做个性化签约服务
浙江省宁波市	“1+X”医防整合	最大疾控中心与综合医院强强联手，市县区标准化网络信息互通共享
福建省三明市	行政主体配合的“医防融合办公室”	人员队伍、业务、资源、评价、分配等相互融合

二、基层慢性病医防融合的障碍因素

尽管各地已有一些基层医防融合在慢性病领域的实践，但现阶段政府各行政部门信息封闭，“医”“防”各方机构职能分散重叠、权责划分不明晰，在职能领域范围之外的新领域比较慎重，很少有开创性的联合举措，导致医防融合缺乏全环节整套政策供给，而现行医保支付方式在某种程度上阻碍医防服务的融合。在管理运行机制上，其过程效果的绩效评价体系尚未建立，导致没有考核标准。信息化技术支撑上，卫生信息资源联结

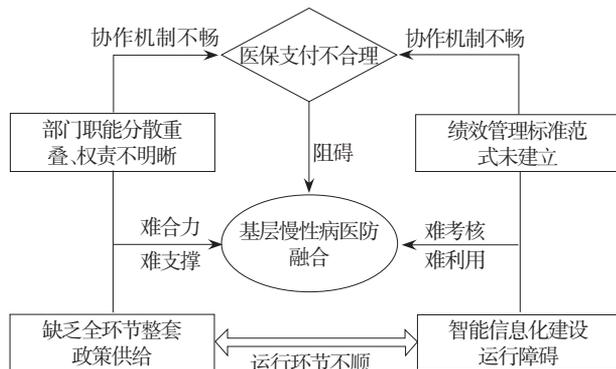


图4 基层慢性病医防融合的障碍因素

还不足以建立基层慢性病医防融合的全环节全周期管理(图4)。

(一)缺乏全环节整套医防融合政策供给

在基层慢性病医防融合中政府部门应发挥统筹作用,在政策供给方面加强基层慢性病医防融合的政策规划。强化各个部门之间协同,统一制定基层慢性病医防融合配套政策,构建慢性病健康教育—风险评估—筛查—确诊—治疗—转诊—康复护理—随访全环节的政策供给。目前慢性病的医防融合工作停留在政策文件层面,基层慢性病医防融合需通过统筹规划各类医疗卫生资源,充分发挥各类政策的整体导向作用。各个部门之间政策有效衔接形成协同效应,进而促进疾病预防控制中心、医院和社区卫生服务机构运行管理、服务提供和资源要素流通良性互动,提供慢性病医防融合服务。

(二)“医”“防”各方机构职能分散重叠、权责划分不明晰

医防融合是一种充分动用医疗和公共卫生资源的新形式,很多地区固守以前临床治疗和公共卫生服务相分离的工作模式,公共卫生的地位和自主权不高,医疗和公共卫生只不过是拼接而成的“两张皮”。在实际工作中,部分地区“医”“防”之间处于剑拔弩张的尴尬局面,形成竞争排斥的关系。推行医防融合历程中出现了“医”“防”在实际运行中机构职能分散重叠、权责划分不明晰的情况,比如在执行工作时下属小组和医务人员面临多头领导,且资金没有合理分配调用,较难为辖区内居民提供贯穿生命全周期的连续健康服务^[8]。

(三)现行医保支付方式阻碍医防服务的融合

医保支付采取总额预付制,可以让医疗机构在慢性病方面合理进行费用控制。但在另一个维度,也会导致医疗机构一味地追求控费而缩减开展慢性病防治服务,或是提供质量水准不高的服务,这与我们促进慢性病医防融合的初衷背道而驰。门诊医生和公卫医生对慢性病患者仍采用“分段管理”形式,这极大增加了慢性病患者的预防保健和诊疗负担,不利于慢性病人群的健康管理信息收集和干预治疗措施的跟踪优化。

(四)医防融合运行的绩效评价体系尚未建立

医防融合的管理运行和监管评价尚未建立标准范式。在国家层面,很多大力发展公共卫生的政策和文件相继出台,国家基本公共卫生服务项目涵盖的范围逐步扩大,上级统筹层面虽然基本“搭好架子”,但大多数基层机构“防、治、管”一体化的配套措施和主力运行跟不上。这主要是由于

对医防融合工作没有规范化可考核的运行和绩效评价标准,各相关部门和机构在开展工作时没有具体的目标和参照,医防融合推进的广度深度无法知晓,服务的质量难以保障。

(五)卫生信息资源联结还不足以建立慢性病全环节全周期管理

现阶段,国家和省级卫生行政部门都明确要求利用智能移动网络,实现医防融合信息现代化。基层医疗卫生机构接受上级多个行政部门的指示,按照规定采用多个网络系统上报医疗公共卫生服务进展情况。上述总结的三种实践形式都需要县乡级甚至村的公共卫生人员和家庭医生的参与,但是基层公共卫生专业人才缺乏,信息收集整理和筛选录入需要花费大量时间,并且系统的统计分析功能不全,信息合理利用以及与居民患者的互动反馈较少,致使信息利用效率和信息质量较低,一定程度上阻碍了医防融合全环节的服务推进。公共卫生服务项目开展数量多,覆盖领域广,需要填写的信息系统种类繁多,不同病种和级别数据在不同系统中没有统一的标准,信息数据汇总难度大,重复率高和无效数据较多,这一系列信息难以互通共享的现实问题致使医防融合工作举步维艰^[9]。

三、促进基层慢性病医防融合的策略

纵览各地医防融合工作的推行进展,现阶段还存在一系列阻碍基层慢性病医防融合的因素。促进基层医防融合要针对慢性病管理的全环节构建整套政策支撑环境,单独设置专项资金推进慢性病医防融合,便于高效精准地实现各类资源要素的调用配置。同时要实现政策配套,即量化可考核慢性病医防融合管理和评估体系,个性化的综合打包服务医保支付方式改革,促使家庭医生慢性病综合防治,信息化数据的合理收集和使用,从而实现基层慢性病医防整合。

(一)单独设置慢性病医防融合项目的推进专项资金

在资金筹集划拨方面,改革公共卫生资金和临床诊疗费用“收发两条线”,统一由省级或市级卫健委整体核定测算,为慢性病医防融合项目的推进单独设置专项资金池,用于贯穿省市县三级的资金支持和调配运转,并确保基层医疗卫生机构享有充足的经费支持。对专项资金进行统筹管理和合理分配,推行按病种划分医防融合下属类目,可设立心脑血管疾病、糖尿病、精神病等相关病种专用资金池,结合考虑购买个性化全方位的慢性病打包服务。将医保结余资金纳入慢性病专

项资金的运行管理中,确保基层医防融合有坚实的经济基础和运行保障。

(二)建立慢性病医防融合服务质量的评估体系

在心脑血管疾病防治、糖尿病防治等方面,建立量化可考核健康结果和服务质量的指标体系,激励基层工作者开展医防融合工作,改变医疗服务与公共卫生服务衔接不紧密、患者信息难以共享互通的局面。同时在医院科室团队内部,将慢性病公共卫生服务开展情况和结果指标纳入考核体系,参与绩效考核并且与职称聘任挂钩,使先前注重开展临床治疗的医务人员将公共卫生知识有机嵌入日常工作中,带动科室甚至整个医院构建慢性病医防融合,在一定程度上减少单纯医疗或者单纯公共卫生造成的资源资金人力浪费,也消弭了医疗与公共卫生之间的鸿沟。

(三)推进个性化的综合打包服务医保支持政策

医保政策方面,高效利用统筹资金,注重投入慢性病持续性健康政策评估,以全生命周期为参照标准,购买高危人群筛查、健康风险评估、慢性病防治干预等个性化的综合打包服务。个性化的打包服务预期要做到利用居民电子档案和随访信息等基础数据,侧重对慢性病的高危风险因素和致病因素的干预和管控,提高前期发现患者的能力。同时要群策群力,推行医防联动,整合公共卫生和临床医疗的资源信息等要素,利用医保支付的激励和约束促进基层慢性病医防融合工作的开展,结余资金继续投入慢性病防治工作。

(四)促使家庭医生制定更为综合的慢性病防治策略

在家庭医生服务团队中,明确临床医师、全科医生、公共卫生医师、护士和健康管理师的职责功能定位,对全科医生继续实行转岗培训,增强全科医生临床业务能力和专业素养,促使家庭医生制定更为综合系统的慢性病防治策略,促进实现医防融合服务^[10-11]。充分发挥家庭医生在团队中的地位和作用,实现家庭医生血压监测全免费,高血压及心脑血管疾病规范诊治与健康管理全覆盖。对于经常随访和接收健康咨询和管理的群众,可进行长期连续的健康策略的干预引导,便于居民电子档案和疾病状况等信息的及时更新和反馈。

(五)实现全环节医防信息整合共享,破除信息壁垒

打通各级各类医疗机构和公共卫生信息系统的对接和运行障碍,实现医疗服务与公共卫生服务数据同步互认,专项财政资金管理和绩效管理数据的共享。抓住国家发展新基建的契机,优先利用

智能信息技术实现医防数据的无缝衔接和融合,开展远程医疗、人工智能辅助诊断、线上工作指导培训、远程健康监测和管理咨询等服务。在慢性病患者管理流程的细节方面,做到及时更新健康档案数据,严格控制健康信息数据采集的时限和临床用药的种类和用量,对于患者依从性是否良好和自我管理成效评估等方面要做到及时反馈。出台信息化管理全程支撑的社区工作规范^[12],进一步整合社区资源,开展以居民危险因素搜集、高危人群管理为重点的慢性病健康管理服务。

参考文献

- [1] 吴思英,蔡莹莹,徐兴燕,等.我国常见慢性病“医一防”整合的挑战和机遇[J].中国公共卫生,2019,35(10):1289-1292
- [2] 郝姝琦.“强基层”背景下县域医共体建设对公共卫生服务水平的影响因素研究[D].杭州:浙江大学,2020
- [3] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.关于做好2019年基本公共卫生服务项目工作的通知[EB/OL]. [2020-11-30]. <http://www.nhc.gov.cn/jws/s7881/201909/83012210b4564f26a163408599072379.shtml>
- [4] 佚名.湖北:健康管理联合体实现医防结合[J].中国卫生,2016(1):28-29
- [5] 郭伟.西宁:探索医联体医防融合新路径[N].健康报,2020-01-13(5)
- [6] 王显君,唐智友,杨文梅,等.基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究[J].中国全科医学,2020,23(31):3924-3929
- [7] 李辉,陈洁平,崔军,等.宁波市慢性病“1+X”医防整合模式实践与思考[J].中国健康教育,2015,31(9):909-911
- [8] 梅少林,曾长佑,刘晓红,等.丽水市医务人员慢性病防控医防整合认知现状调查[J].预防医学,2018,30(2):117-120
- [9] 人民健康网.医防融合机制创新,三明医改走向“防治即健康”[EB/OL]. [2020-11-30]. <http://health.people.com.cn/n1/2020/1124/c14739-31942584.html>
- [10] 顾文娟,范亮亮,张铭.健全医防联动机制,提升家庭医生健康促进能力[J].健康教育与健康促进,2018,13(2):110-111
- [11] 钟宇,刘露霞,聂小旭,等.基于“签、约、服”三环节的医防融合式家庭医生工作室构建研究[J].中国全科医学,2018,21(31):3818-3822
- [12] 夏英华,洪紫慧,曹蓉,等.社区卫生服务中心信息化建设实践及政策建议[J].中国全科医学,2019,22(25):3068-3075

(本文编辑:姜鑫)

Integration modes of treatment and prevention about chronic disease and its implement obstacle in China

GUO Xuanying, YANG Fan

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: Breaking the gap between “medicine” and “prevention” and realizing the integration of medicine and prevention in an all-round and full cycle are the key measures for comprehensive prevention and control of chronic diseases(NCDs). Many areas put forward the integration of medicine and prevention in hypertension and diabetes. The study concluded three typical modes which include the alliance of CDC+“city-county-community”, the mode of administration planning-department in charge of-family doctor serving, and the integrated groups of NCDs prevention and control. We analyzed obstacles such as lack of whole-process policies, overlapping and dispersed institution functions, unreasonable medical insurance payment methods, inadequate performance evaluation system and poor linkages between different information resources. We provided corresponding strategies to improve the integration of medicine and prevention of NCDs in primary health care.

Key words: integration of medicine and prevention; management construction; payment method; performance evaluation; information linkage