

## 慢性病管理的国际经验及启示

冯晶晶<sup>1\*</sup>, 刘宇飞<sup>2</sup>, 靖瑞锋<sup>3#</sup>(1.国家卫生计生委医院管理研究所,北京 100191;2.中国医学科学院医学实验动物研究所,北京 100021;3.国家食品安全风险评估中心,北京 100022)

中图分类号 R197.1 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2017)08-1009-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2017.08.01

**摘要** 目的:为我国慢性病的综合干预和管理提供借鉴。方法:概括全球慢性病的流行趋势和疾病负担情况,总结分析国际社会慢性病管理的理论框架、实践内容和经验,以及对国内慢性病管理的启示。结果与结论:世界范围内比较有代表性的慢性病管理理论模型主要为美国的慢性病护理模型和世界卫生组织创新性慢性病管理框架。国际社会慢性病管理的主要经验为基于社区进行管理,明确优先干预的病种、采用规范化的临床诊疗路径、设计合理的转诊系统,以及提供患者自我管理支持。目前,我国在慢性病的控制方面已有改善,然而就社区层面来说仍显薄弱,需要加强社区医务人员慢性病防治知识培训及全人群的健康教育。

**关键词** 慢性病;健康管理;疾病负担;国际经验;慢性病护理模型;创新性慢性病管理框架;社区

### International Experience of Chronic Disease Management and Enlightenment

FENG Jingjing<sup>1</sup>, LIU Yufei<sup>2</sup>, JING Ruifeng<sup>3</sup>(1. Institute of Hospital Management, National Health and Family Planning Commission of the PRC, Beijing 100191, China; 2. Institute of Medical Laboratory Animal Research, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100021, China; 3. China National Center for Food Safety Risk Assessment, Beijing 100022, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To provide reference for comprehensive intervention and management of chronic disease in China. METHODS: The global chronic disease trends and disease burden were summarized; theoretical framework, practice and experience of international chronic disease management were summarized and analyzed as well as enlightenment on domestic chronic disease management. RESULTS&CONCLUSIONS: Worldwide prerepresentative chronic disease theory model mainly involved USA chronic disease nursing model and WHO innovation care for chronic conditions. Main experience of international chronic disease management is that managing based on community, confirming preferential intervened disease types, adopting standardized clinical diagnosis and treatment pathway, designing rational transfer treatment system, providing patient self-management support. At present, chronic disease management have been improved in China, but is still poor in community management. It is necessary to strengthen community medical staff training about chronic disease prevention and treatment and health education for social group.

**KEYWORDS** Chronic disease; Health management; Disease burden; International experience; Chronic disease nursing model; Innovation care for chronic conditions; Community

随着人口老龄化加重、城市化速度加快以及传统饮食习惯生活行为急剧变化,慢性病(Non-communicable chronic disease, NCD)已成为全球面临的一个主要公共卫生问题。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在《2014年全球非传染性疾病现状报告》中指出,慢性病仍是全球最主要的死因,2012年因其导致的死亡人数多达3 800万,占总死亡人数的68%,其中超过40%为70岁以下的“过早”死亡<sup>[1]</sup>。在我国,因慢性病导致的死亡人数占总死亡人数的86.6%,导致的疾病负担占总疾病负担的70%<sup>[2]</sup>。

国外经验表明,慢性病是可以有效预防和控制的疾病<sup>[3-4]</sup>。在慢性病发生、发展的各个阶段采取全面、连续、

主动的管理方式,不仅可以延缓疾病进程、减少并发症,还能节约医疗资源、减轻疾病负担。近年来,我国逐步在示范地区和局部地区开展了大量慢性病防治工作,初步形成了具有中国特色的慢性病预防控制策略和工作网络。然而,我国慢性病管理工作仍面临着严峻挑战,全社会对慢性病的严重危害普遍认识不足,政府主导、多部门合作、全社会参与的工作机制尚未建立,慢性病防治网络尚不健全,卫生资源配置不合理,人才队伍建设亟待加强。基于此,本研究对国际社会慢性病管理的现状、模式和经验等进行了梳理,以期对我国慢性病的综合干预和管理有所启示。

### 1 定义

慢性病全称为慢性非传染性疾病,是对一类起病隐匿、病程长且迁延不愈、缺乏确切的传染性生物病因证据、病因复杂且有些尚未被确认的疾病的概括性总称<sup>[5]</sup>。其主要包括恶性肿瘤、心脑血管疾病、慢性呼吸系统疾

\* 研究实习生,硕士。研究方向:医院管理、慢性病管理。电话:010-62017913。E-mail: fjing1989@yeah.net

# 通信作者:助理研究员,硕士。研究方向:卫生管理。电话:010-52165525。E-mail: 43527421@qq.com

病和糖尿病等。

## 2 流行趋势与疾病负担

目前,慢性病仍是全球最主要的死因,且其中很多死亡事件都发生过早,而且是可以避免的。慢性病导致死亡事件中的3/4以及大部分的过早死亡事件都发生在中低收入国家;如果按照现状继续发展,2011—2025年慢性病导致的累计经济损失将达7万亿美元;而不采取行动的代价远远超过实施一整套干预措施以减少慢性病疾病负担所需的费用<sup>[1]</sup>。

在我国,慢性病患者率呈快速上升趋势。2013年第五次全国卫生服务总调查的结果显示,15岁及以上人口的慢性病患者率为33.1%(其中城市和农村地区分别为36.7%、39.5%),与2008年比较上升了9个百分点<sup>[6]</sup>。由此推算,全国慢性病患者数已达3.7亿人。慢性病及其主要并发症不仅致残、致死率高,而且严重消耗医疗资源,给患者家庭和全社会造成了沉重的经济负担。据世界银行估算,2010—2040年,我国仅通过将心脑血管疾病的死亡率降低1%,即可产生10.7万亿美元的经济获益<sup>[1]</sup>。

## 3 理论框架

多项国际研究证明,持续有效地干预、管理是可以预防和控制慢性病的<sup>[7-8]</sup>。世界各国对慢性病的管理和干预进行了诸多探索,并建立了相应的理论模型,比较有代表性的是美国的慢性病护理模型(Chronic care model, CCM)和WHO创新性慢性病管理框架(Innovative care for chronic conditions, ICCC)。

### 3.1 CCM

20世纪90年代,美国MacColl卫生服务创新研究所基于全球各国慢性病管理研究成果,提出基于卫生服务系统的CCM。该模型认为卫生服务系统实现高质量慢性病管理的要素包括社区、卫生服务系统、患者自我管理支持、转诊系统设计、决策支持和临床信息系统,这些要素的紧密合作将有效改善医患关系和健康结果<sup>[9-11]</sup>。迄今为止,该模型在美国、法国、澳大利亚等发达国家得以广泛实践,并取得了良好的健康管理效果。

### 3.2 ICCC

近年来,慢性病在发展中国家迅速蔓延。为了应对全球慢性病挑战,尤其是帮助发展中国家更好地管理慢性病,2002年WHO基于CCM提出了ICCC。ICCC将复杂的卫生服务提供过程分为微观、中观和宏观3个层面,分别指患者互动层面、卫生服务体系和社区层面,以及政策层面,这3个层面的每一层与另外两层相互作用并产生积极影响<sup>[12]</sup>。来自非洲、亚洲等发展中国家的前瞻性研究表明,基于该框架的慢性病管理模式可以有效改善慢性病患者的健康状况,提高其生命质量<sup>[13-16]</sup>。

## 4 实践内容

### 4.1 美国

疾病管理的概念起源于美国。美国的医疗保障体系采用的是以商业医疗保险为主、公共医疗保险为辅的模式。随着慢性病带来巨额的医药费用急速增长,医疗保险体系不堪重负,故而需要积极寻找有效的机制来控制医疗成本的上涨。在这种背景下,慢性病管理在美国应运而生并蓬勃发展起来,形成了一套较为成熟而独特的市场策略<sup>[17]</sup>。

隶属美国卫生与公众服务部(Department of Health and Human Service, HHS)的疾病预防控制中心,下设慢性病预防和健康促进中心,负责指导全国慢性病防控工作的开展。作为联邦制国家,美国的各州县都设有卫生署或卫生局,负责当地的慢性病防控工作<sup>[18]</sup>。在慢性病防控项目的实施中,社区卫生服务机构发挥着重要作用,因为大多数防控项目是基于社区开展的。在美国,慢性病管理主要有两种模式,一种是基于初级医疗保健系统,将其整合到政府或者健康管理组织的管理计划中;另一种是将其作为一种外包服务,进行市场商业化运作<sup>[19]</sup>。慢性病管理服务的提供方包括保险公司、健康维护组织(Health Maintenance Organizations, HMOs)、优先医疗服务提供者组织(Preferred Provider Organizations, PPOs)、责任医疗组织(Accountable Care Organizations, ACOs)、大型医疗集团、社区服务组织以及第三方疾病管理公司等。这些第三方管理机构的参与,有助于控制在医疗服务提供方和支付方分离的情况下,由于信息不对称衍生的“道德风险”和“逆向选择”等弊端<sup>[20]</sup>。

### 4.2 德国

德国实行的是社会医疗保险(Statutory health insurance, SHI)模式,覆盖率高达90%<sup>[21]</sup>。为了提高医疗质量,促进慢性病患者获取服务的连续性,德国引入了疾病管理计划(Disease management plan, DMP),旨在通过连续、综合的干预和管理措施,更好地向慢性病患者提供医疗服务。目前,德国已宣布针对糖尿病、乳腺癌、哮喘/慢性阻塞性肺疾病和冠心病4种疾病实施DMP。

联邦卫生部(Federal Ministry of Health)是德国政府管理卫生事务的最高行政机构,管理并协调全国慢性病防控工作的开展。罗伯特-科赫研究所(Robert Koch Institute)是国家级公共卫生机构,与我国疾病预防与控制中心的职能类似,在联邦卫生部的监督指导下研究慢性病发展趋势,并为慢性病防控工作的开展提供技术支持<sup>[22]</sup>。在德国,慢性病管理工作主要由社区承担,社区卫生服务机构不仅提供慢性病诊疗服务,还提供预防保健服务。慢性病社区门诊服务主要由全科医师诊所负责,严格的医学教育体系保证了全科医师提供慢性病治疗和预防服务的质量,因此社区居民对全科医师信任度高且依从性好,从而有利于慢性病的早发现和早治疗<sup>[23]</sup>。

### 4.3 其他国家

采用全民医疗服务制度(National health service, NHS)的英国启动了多个慢性病管理项目(如支持慢性病患者计划等),并随时检验疾病管理模式的有效性,探讨如何在NHS的框架下更好地整合医疗资源<sup>[24]</sup>。

法国在社会医疗保险改革法案中明确增加了慢性病管理的相关内容,包括提高慢性病防治质量、减少不必要的检查和治疗、实时监测患者信息、促进医师的继续教育、强化全科医师在卫生服务体系中的作用、制定并细化慢性病费用减免比例等<sup>[25]</sup>。

此外,新加坡、日本、芬兰等国也由政府牵头启动了慢性病管理的试点项目<sup>[26]</sup>。

## 5 经验

### 5.1 政策层面——明确优先干预的病种

资源是有限的,在有限的资源下实施干预来同时控制所有慢性病是不太现实的。各国政府需要根据自身情况,确定优先干预的病种,并给予政策支持。这就意味着当前一些针对其他疾病或病种的干预活动可能会被缩减,从而确保能有更多资源投入优先干预的病种。通常确定病种的主要考虑因素是看其是否符合成本效益规律,同时也会参考其他因素,如公平性、因灾难性疾病导致的贫困以及所需的资金投入等。建立公平、合理、透明的病种评估体系对于确保病种的正确选择和资源的有效利用至关重要。美国心脏协会(American Heart Association, AHA)认为心脑血管疾病和脑卒中患者从理论上讲是最适合进行疾病管理的<sup>[27]</sup>。

### 5.2 社区层面——采用规范化的临床诊疗路径

实践经验表明,基于社区进行慢性病管理是一种较为有效的方式。一方面,慢性病发病隐蔽、病程迁延以及需要长期治疗的特点决定了慢性病管理必须依靠社区卫生服务团队,从控制危险因素水平、早诊早治和患者的规范化管理等环节入手;另一方面,国外普遍实行社区首诊制,家庭全科医师充当居民健康的“守门人”,通过与居民签约,建立较为紧密、清晰的服务关系,从而为签约服务对象提供全程的健康管理。在过去30多年中,发达国家不断加强对全科医师的规范化培训力度,使其按照成熟的慢性病防治指南和临床路径要求,积极开展患者的早期诊断和治疗,并且针对危险因素对患者定期进行健康教育和随访<sup>[28]</sup>。社区全科医师对居民健康状况掌握较为全面,并且接受专科医疗服务时需由社区全科医师转诊。

### 5.3 卫生服务体系层面——设计合理的转诊系统

合理的转诊系统设计对于发挥各级医疗机构优势、合理配置卫生资源、降低医疗费用、减轻患者负担有着重要的意义。社区距离居民住所近,是慢性病管理的主要场所,全科医师对社区居民基本健康状况的掌握相对

全面,服务可及性强;综合性(或专科)医院拥有先进的医疗设备和优秀的专业技术人才,在慢性病的诊断、治疗上有着绝对的优势。将双方的专业优势与服务便利性相结合,是转诊系统建立的主要目的。例如,采用NHS的英国有着严格的转诊制度体系,居民在患病时需首先由全科医师诊治,并根据病情逐级转诊,病情得到控制后再转回全科医师处进行后续治疗<sup>[29]</sup>。

### 5.4 医患互动层面——提供患者自我管理支持

由于大多数慢性病具有病程长、与患者个人观念和生活行为习惯息息相关的特点。因此,在慢性病预防、治疗和康复的过程中,除了医护人员提供的医疗服务外,患者的自主参与和自我管理就显得尤为重要。成功的疾病管理需要患者在其中扮演积极的角色来改善疾病治疗与自我管理脱节的现象。健康教育是增强医患互动、提高患者自我管理能力的重要手段之一。通过健康教育不仅可使患者认识自身疾病,自觉改变不良生活方式,还可使健康和高风险人群减少危险因素暴露。例如,加拿大连续10年实施了高血压教育计划,大大提高了高血压的临床管理水平,降低了心血管疾病的发生风险<sup>[30]</sup>。

## 6 启示

面对不断增长的慢性病威胁,我国政府高度重视慢性病的防治工作,相继出台了一系列政策和规定。2009年7月,原卫生部、财政部、原国家人口计生委联合印发了《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》,将高血压和糖尿病患者的管理作为九大基本公共卫生服务项目之一,纳入深化医疗卫生体制改革的实施方案。《中国慢性病防治工作规划(2012—2015年)》指出,要加强慢性病防治工作作为改善民生、推进医改的重要内容,并对高血压、糖尿病、脑卒中、癌症和慢性阻塞性肺部疾病的控制提出了具体目标。

我国的慢性病防治工作历经了从试点到局部区域综合干预再到全国居民基本公共卫生服务,从只干预高血压患者到社区全人群及多种慢性病的综合管理,从专家以科研、项目为手段的示范研究到以政府为主导的多部门合作的过程。尽管我国在慢性病的控制方面已有改善,然而就社区层面来说仍显薄弱。社区医疗资源的相对缺乏,医务人员业务能力、居民自我健康意识的相对欠缺,都制约了社区慢性病的规范化管理工作。其中,社区医务人员慢性病防治知识缺乏是一个不容忽视的问题。因此,有必要尽快开展针对社区医务人员的慢性病防治知识培训,推动社区慢性病规范化管理。

随着人口老龄化的不断加快,慢性病已经成为威胁居民健康的主要因素,连续、有效、长期的慢性病工作显得尤为重要。而我国慢性病患者数量庞大、医疗资源有限,如何保证慢性病管理质量成为目前公共卫生工作的

巨大挑战。为迎接这一挑战,建立政府主导、多部门合作、全社会参与的工作机制,明确各参与主体职责,指导各方分工协作,通过多途径切入,开展慢性病管理工作至关重要。通过对全人群的健康教育、对高危人群的健康体检和疾病筛查、对患病人群的个体化治疗和定期随访,争取早日形成健康人群不发病或晚发病、高危人群早诊治、患病人群好治疗的局面。

## 参考文献

- [1] WHO. *Global status report on non communicable diseases* 2014[EB/OL]. (2015-01-20) [2016-06-06]. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/zh/>.
- [2] 国家卫生和计划生育委员会. 中国疾病预防控制中心工作进展:2015年[J]. 首都公共卫生, 2015, 9(3):97-101.
- [3] Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, *et al.* Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension[J]. *Am J Prev Med*, 2007, 32(5): 435-447.
- [4] Baxter AJ, Harris MG, Khatib Y, *et al.* Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: meta-review of health interventions[J]. *Br J Psychiatry*, 2016, 208(4):322-329.
- [5] 雷党党, 杨华, 井明霞. 基于全球疾病负担视角下慢性非传染性疾病范围界定[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(7): 21-23.
- [6] 徐玲, 孟群. 第五次国家卫生服务调查结果之二: 卫生服务需要、需求和利用[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2014, 11(3):193-194.
- [7] Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, *et al.* The North Karelia Project: 15 years of community-based prevention of coronary heart disease[J]. *Ann Med*, 1989, 21(3):169-173.
- [8] Lawrence M, Williams T. Managed care and disease management in the NHS[J]. *BMJ*, 1996, 313(7050):125-126.
- [9] Dancer S, Courtney M. Improving diabetes patient outcomes: framing research into the chronic care model[J]. *J Am Acad Nurse Pract*, 2010, 22(11):580-585.
- [10] Coleman K, Austin BT, Brach C, *et al.* Evidence on the chronic care model in the new millennium[J]. *Health Aff*, 2009, 28(1):75-85.
- [11] Steurer-Stey C, Rosemann T. Chronic care model: an evidence-based approach to caring for people with chronic disease[J]. *Praxis*, 2010, 99(11):655-659.
- [12] Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, *et al.* Improving the quality of health care for chronic conditions[J]. *Qual Saf Health Care*, 2004, 13(4):299-305.
- [13] Kemp V. Use of chronic disease self-management strategies in mental healthcare[J]. *Curr Opin Psychiatry*, 2011, 24(2):144-148.
- [14] Lemmens KM, Nieboer AP, Huijsman R. A systematic review of integrated use of disease-management interventions in asthma and COPD[J]. *Respir Med*, 2009, 103(5): 670-691.
- [15] Fromer L. Implementing chronic care for COPD: planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes[J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2011, 6(1):605-614.
- [16] Steuten LM, Lemmens KM, Nieboer AP, *et al.* Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD[J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2009, 2009(4):87-100.
- [17] 黄建始. 美国的健康管理:源自无法遏制的医疗费用增长[J]. 中华医学杂志, 2006, 86(15):1011-1013.
- [18] Ubokodom SE. *The evolution of the US health care system* [EB/OL]. [2016-06-16]. [http://www.sciencescribe.net/articles/The\\_Evolution\\_of\\_the\\_U.S.\\_Healthcare\\_System.pdf](http://www.sciencescribe.net/articles/The_Evolution_of_the_U.S._Healthcare_System.pdf).
- [19] Warren E Todd. 全球慢性疾病流行和疾病管理方案国际拓展[J]. 中国卫生产业, 2006(7):76-78.
- [20] 李陈晨, 王芳, 薛婉君. 美国整合卫生保健主要做法及启示[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(8):90-93.
- [21] 陈野. 德国医疗保险制度及对我国的启示[J]. 经济问题, 2004(6):64-65.
- [22] *Robert Koch Institute: tasks and aims of the Robert Koch Institute*[EB/OL]. [2016-06-17]. [http://www.rki.de/EN/Content/Institute/institute\\_node.html](http://www.rki.de/EN/Content/Institute/institute_node.html).
- [23] Rosemann T, Wensing M, Rueter G, *et al.* Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive[J]. *BMC Health Serv Res*, 200, 6(1):1-6.
- [24] 李雪莹, 李小寒. 国外社区慢性病管理模式的研究现状[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2015, 22(4):15-17.
- [25] 代宝珍, 周绿林, 余悦. 基于农村医疗保障制度的老年居民慢性病管理理论框架构建[J]. 西北人口, 2013, 34(4): 83-89.
- [26] 盛吉莉, 杨金侠, 周洋. 部分国家慢性病防控机制的经验和启示[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(10):31-35.
- [27] Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC, *et al.* Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management[J]. *Circulation*, 2004, 109(21):2651-2654.
- [28] Dusing R. Overcoming barriers to effective blood pressure control in patients with hypertension[J]. *Curr Med Res Opin*, 2006, 22(8):1545-1553.
- [29] 潘景业, 全世超, 郭清. 英国国民卫生保健(NHS)如何服务国民[J]. 全科医学临床与教育, 2006, 4(1):5-9.
- [30] 石静, 李悦. 2012-2013加拿大高血压教育计划解读和启示[J]. 中国医学前沿杂志:电子版, 2013, 5(9):61-64.  
(收稿日期:2016-03-24 修回日期:2016-06-27)  
(编辑:胡晓霖)