

# 典型地区慢性病管理的主要做法及成效\*

程念<sup>①</sup>, 宋大平<sup>①</sup>, 崔雅茹<sup>①</sup>

**摘要** 在慢性非传染性疾病管理方面,我国一些典型地区在组织管理、服务流程、服务方式、信息互联互通等方面均进行了积极探索,并取得了较好成效。其中,高血压、糖尿病管理人群血压或血糖控制率较高,规范管理人群控制效果明显高于总体人群。调研发现的问题是,部分地区慢性非传染性疾病管理人群就医费用水平较低,甚至有下降趋势。

**关键词** 典型地区;慢性非传染性疾病管理;高血压;糖尿病

**中图分类号** R1-9;R197 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2022)11-0057-04

Practice and Effectiveness of Chronic Disease Management in Typical Areas/CHENG Nian, SONG Da-ping, CUI Ya-ru// Chinese Health Economics, 2022,41(11):57-59,68

**Abstract** The typical regions have made active explorations in the aspects of organization management, service process, service mode and information interconnection, and achieved good results. The control rate of blood pressure or blood glucose in hypertension and diabetes management group was higher, and the control effect of standardized management group was significantly higher than that of the general population. According to the problems of investigation, the medical expenses of chronic disease management group in some areas are relatively low and even have a downtrend.

**Keywords** typical area; chronic disease management; hypertension; diabetes

**First-author's address** China National Health Development Research Center, Beijing, 100044, China

为了加强慢性病管理,我国各地积极探索,在组织管理、服务流程、服务方式、信息互联互通等各方面均取得较好实践成效。本研究在对江苏省张家港市、安徽省铜陵市义安区、重庆市合川区、重庆市忠县进行实地调研,分别对其在不同方面的突出做法进行了总结,并根据调研地区2017—2020年慢性病患者管理人群明细数据和就医明细数据,着重对高血压、糖尿病患者的管理情况、就医和费用情况进行了分析。

## 1 典型地区慢性病管理主要做法

### 1.1 以医共体为平台,建立协同联动的慢性病组织管理架构

典型地区在积极推进县域医共体建设工作的同时,充分利用医共体的平台,建立协同联动的慢性病组织管理架构,将慢性病管理融合到医共体建设体系中,借力医共体职能促进对慢性病的管理。比如:重庆市忠县将县疾控中心作为慢性病指导中心融入县域医共体中,在医共体内负责高血压、糖尿病等慢性病工作的统筹安排与管理,对医共体内高血压、糖尿病管理重大决策和相关事宜进行建议和督查,以慢性病管理为重点,推动专业公共卫生机构融入医共体建设与发展。

### 1.2 优化慢性病门诊服务流程,促进全程管理

针对慢性病患者建档、诊疗、健康教育、随访等

服务不系统不连续等问题,重庆市忠县与合川区均进行了门诊流程改造与优化,探索“挂号—建档—就医—健康管理”医防融合服务新流程,临床医生在日常诊疗活动中参与慢性病患者档案建立、更新等工作,慢性病管理人员在健康管理中及时反馈异常情况,联动临床医生进行有针对性地健康指导,实现预防、发现、治疗、健康管理全周期、全过程连续服务。

### 1.3 与家庭医生签约相结合,创新服务模式

各地普遍将家庭医生签约服务与慢性病管理密切结合。如重庆市忠县在医共体内建立了“1+1+1+N”(1名县级专家,1名乡镇全科医生,1名村医及医师若干人)家庭医生团队,县级专家在慢性病管理中发挥技术指导作用,乡镇医生对慢性病患者进行诊疗、村级医生对慢性病患者进行随访等,建立全方位健康管理服务格局。江苏省张家港市针对慢性病患者不同的疾病情况和健康需求,开展个性化签约服务。

### 1.4 多措并举,吸引慢性病患者在基层就医

江苏省张家港市推行慢性病患者社区管理项目,根据慢性病患者在市级医院的实际就诊与用药情况,遴选出其中使用量较大的222种慢性病用药,下沉到社区卫生服务机构,吸引慢性病患者在基层就医,同时也促进了基层医疗卫生机构对慢性患者的管理。重庆市忠县对高血压、糖尿病门诊患者实行自愿选择项目付费或人头付费的医保支付方式,患者选择人头付费时,自愿选择一个乡镇卫生院或社区卫生服务中心作为高血压、糖尿病门诊定点机构,在定点机构内接受规定的高血压、糖尿病门诊医疗服务,费用由医保经办机构与定点机构按事先确定的人头标准结算,患

\*基金项目:由中国与世界卫生组织2020—2021双年度合作项目支持。

① 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

作者简介:程念(1981—),女,硕士学位,研究员;研究方向:医保管理、基层卫生;E-mail:cnlj2005@126.com。

者个人不需要自付任何费用。慢性病人头付费不仅减轻了患者的就医负担,吸引患者在基层就医,同时也促进了慢性病患者及时治疗和规律服药。

### 1.5 信息化助力慢性病精细化管理

安徽省铜陵市义安区通过“两卡制”的管理方式,确保慢性病管理服务的真实性。卫生健康部门为全区所有参与基本公共卫生服务包括慢性病管理的医务人员编制了身份识别码,并作为个人唯一的虚拟绩效卡。医务人员通过虚拟绩效卡登录信息系统为居民提供慢性病管理服务,留下工作痕迹,记录服务量,居民通过人脸识别、指纹、身份证等多种形式对服务真实性及满意度进行认证后,医务人员才能获取相应的工分。江苏省张家港市目前已实现基本医疗、基本公共卫生、双向转诊、健康体检、检查检验等信息系统的互联互通,慢性病患者就诊时,医生可以直接在系统中调取其健康档案信息以及接受慢性病管理服务的相关情况作为参考,当接诊到未纳入管理的高血压、糖尿病患者时,通过系统向疾控部门报告患者的信息,疾控部门审核后,通过系统将患者的信息传送到基层医疗卫生机构,由基层医疗卫生机构将其纳入管理并提供相关服务。公共卫生管理人员在提供慢性病管理服务时,也可同时调取患者的基本医疗信息,根据患者的就医情况,进行个性化精细化管理。

## 2 典型地区慢性病管理工作进展

2020年,调研地区高血压与糖尿病患者规范管理率均较高,但地区间存在一定差异,高血压患者规范管理率最高的是安徽省铜陵市义安区,达到了78.43%(表1),糖尿病患者规范管理率最高的是重庆市忠县,达到了79.31%(表2)。各地区高血压、糖尿病患者规范管理率在年度间均有一定波动。

表1 调研地区历年高血压患者规范管理率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	71.17	64.51	71.40	68.67
安徽省铜陵市义安区	69.86	85.74	66.60	78.43
重庆市合川区	75.96	61.55	65.00	60.00
重庆忠县	72.42	73.80	76.55	76.83

表2 调研地区历年2型糖尿病患者规范管理率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	69.67	62.14	64.40	62.05
安徽省铜陵市义安区	68.53	85.74	58.40	67.53
重庆市合川区	75.54	61.35	65.07	60.03
重庆忠县	74.29	75.76	76.34	79.31

## 3 典型地区慢性病患者疾病控制情况

### 3.1 高血压、糖尿病患者血压或血糖控制率较高

2020年各调研地区高血压管理人群的血压控制率均在60%以上,从年度间变化来看,总体均呈现增长

趋势,尤其是安徽省铜陵市义安区,增长幅度较大,从2017年的44.97%增加到2020年的75.24%,4年之内增加了30个百分点(表3)。2020年调研地区糖尿病管理人群的血糖控制率存在一定差异,江苏省张家港市和安徽省铜陵市义安区均在40%左右,重庆市合川区、重庆市忠县则均在70%以上。各地区年度间的变化趋势也不尽一致,重庆市忠县有增加趋势,江苏省张家港市则相对稳定,近几年均在45%左右(表4)。

表3 调研地区历年高血压管理人群血压控制率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	62.00	58.17	62.00	62.67
安徽省铜陵市义安区	44.97	74.42	72.59	75.24
重庆市合川区	65.47	52.04	51.51	70.65
重庆忠县	68.61	67.60	77.74	78.19

表4 调研地区历年糖尿病管理人群血糖控制率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	43.67	46.93	43.54	44.50
安徽省铜陵市义安区	62.12	51.16	46.59	41.65
重庆市合川区	63.34	51.58	51.49	70.78
重庆忠县	69.09	69.25	78.97	76.43

### 3.2 规范管理人群血压或血糖控制率明显高于总体管理人群

调研地区规范管理人群的血压或血糖控制率普遍较高,且明显高于总体管理人群。以江苏省张家港市为例,其规范管理高血压人群的血压控制率2020年达到了89.26%,与同期总体人群相比,约高27个百分点(表5)。规范管理糖尿病人群的血糖控制率达到了90.01%,是同期总体管理人群的2倍多(表6)。

表5 调研地区历年高血压规范管理人群血压控制率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	94.46	98.69	95.03	89.26
安徽省铜陵市义安区	80.17	79.08	78.34	76.35
重庆市合川区	84.29	82.08	81.40	86.70
重庆忠县	80.37	82.49	82.24	83.96

表6 调研地区历年糖尿病规范管理人群血糖控制率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	88.79	89.70	89.47	90.01
安徽省铜陵市义安区	55.72	55.10	53.24	51.00
重庆市合川区	80.11	77.38	75.85	72.63
重庆忠县	87.73	96.48	96.03	96.17

## 4 慢性病患者就医情况

### 4.1 高血压管理人群就诊率与住院率下降或保持在低位水平

由于得到规范管理等因素影响,部分调研地区的高血压管理人群就医情况也发生变化(不考虑在药店

购药情况)。从门诊情况来看,江苏省张家港市高血压管理人群在市内及市外所有医保定点医疗机构的门诊就诊率(高血压管理人群中因高血压进行门诊的人数占比)自2017年以来不断降低,2020年为30.44%,与2017年相比降低了1.9个百分点。安徽省铜陵市义安区高血压患者就诊率虽然有上升趋势,但总体上仍保持在相对较低的水平(表7)。从住院情况来看,在2018—2020年期间,两个调研地区高血压管理人群的住院率(高血压管理人群中因高血压进行住院的人数占比)均不断下降,其中,江苏省张家港市由2018年的10.26%下降到2020年的9.34%,降低了0.92个百分点;安徽省铜陵市义安区由2018年的2.36%降低到2020年的1.38%,降低了0.78个百分点(表8)。

表7 调研地区历年高血压管理人群门诊就诊率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	32.34	31.46	30.09	30.44
安徽省铜陵市义安区	12.39	13.26	14.79	17.26

表8 调研地区历年高血压管理人群住院率 %

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	10.26	10.26	10.22	9.34
安徽省铜陵市义安区	1.85	2.36	2.16	1.38

#### 4.2 高血压、糖尿病患者人均门诊与住院费用低速增长甚至下降

由于各地区获得的数据口径不同,本部分内容中各地区的人均门诊费用、人均住院费用统计口径也存在差异。其中,江苏省张家港市、安徽省铜陵市义安区均为所有管理的高血压或糖尿病医保患者在县内和县外所有医保定点医疗机构因高血压或糖尿病进行门诊或住院发生的费用,重庆市合川区为所有管理的高血压或糖尿病医保患者在县内医保定点医疗机构因高血压或糖尿病进行门诊或住院发生的费用,重庆市忠县为3个乡镇管理的高血压或糖尿病医保患者在县内医保定点医疗机构因高血压或糖尿病进行门诊或住院发生的费用。同时,由于费用水平受各地区经济水平等因素影响较大,本部分内容不进行地区之间比较。

从高血压医保患者的门诊费用来看,2020年,安徽省铜陵市义安区、重庆市合川区的年人均门诊费用与上年度相比,均有不同程度的降低,其中安徽省铜陵市义安区尤其明显,2020年人均门诊费用为856.16元,与上年度相比减少了近10%。江苏省张家港市人均门诊费用增速下降明显,2020年增速仅为1.93%。重庆市忠县2017—2020年的人均费用均保持在300~400元之间,费用保持在较低水平且相对稳定(表9)。从高血压医保患者的住院费用来看,安徽省铜陵市义安区呈现下降趋势,2020年人均住院费用为3 517.89元,与2017年相比降低了33%。江苏省张家港市、重庆市合

川区与重庆市忠县则保持低速增长趋势(表10)。

表9 调研地区历年高血压管理人群人均门诊费用 元

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	3 129.74	3 700.80	4 128.74	4 208.37
安徽省铜陵市义安区	775.76	863.89	947.63	856.16
重庆市合川区	836.39	1 449.17	810.48	795.05
重庆市忠县	330.14	360.79	310.67	358.93

表10 调研地区历年高血压管理人群人均住院费用 元

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	23 157.01	22 440.06	22 591.18	23 865.37
安徽省铜陵市义安区	5 243.40	3 789.80	3 866.19	3 517.89
重庆市合川区	8 686.17	8 584.65	8 592.87	8 903.25
重庆市忠县	4 697.14	3 005.24	3 433.58	3 836.60

从糖尿病医保患者的人均门诊费用来看,2020年江苏省张家港市和安徽省铜陵市义安区与上年度相比均有所下降,分别下降了3.17%和10.11%。重庆市忠县人均门诊费用则相对稳定(表11)。从糖尿病医保患者的人均住院费用来看,2020年重庆市忠县与上年度相比下降了16.01%,其他3个地区虽然有所增长,但增长幅度均相对较小(表12)。

表11 调研地区历年糖尿病管理人群人均门诊费用 元

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	3 389.98	3 727.60	4 374.88	4 236.21
安徽省铜陵市义安区	1 297.57	1 328.21	1 330.89	1 196.31
重庆市忠县	854.29	789.38	810.46	846.47

表12 调研地区历年糖尿病管理人群人均住院费用 元

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
江苏省张家港市	22 037.69	22 445.12	22 791.44	23 953.37
安徽省铜陵市义安区	6 211.64	6 571.50	5 579.27	5 721.19
重庆市合川区	10 096.57	9 311.85	9 529.40	9 976.77
重庆市忠县	3 673.12	4 577.52	4 845.06	4 069.17

## 5 健康水平变化情况

调研地区历年的心脏病死亡率均低于同期全国城市或者农村的平均水平,江苏省张家港市和安徽铜陵市义安区尤其明显,2017—2020年心脏病死亡率均在70/10万~100/10万之间(表13)。

## 6 总结

典型地区通过在慢性病管理中不同环节的探索创新,各项工作进展顺利,并取得较好成效,高血压、糖尿病规范管理人群的血压或血糖控制率均明显高于所有管理人群总体水平。高血压、糖尿病患者就医服务利用和费用情况发生变化,部分地区高血压、糖尿病患者就诊率、住院率、年人均就医费用有下降趋势或保持在低位水平,其原因可能有几个方面:一是由于慢性病管理人群血压或 (▶▶下转第68页▶▶)

ty worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA cancer j clin, 2021,71(3):209-249.

[2] ZENG H, CHEN W, ZHENG R, et al. Changing cancer survival in China during 2003-15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries[J]. Lancet glob health, 2018,6(5):e555-e567.

[3] KATAI H, ISHIKAWA T, AKAZAWA K, et al. Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007)[J]. Gastric cancer, 2018,21(1):144-154.

[4] 中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见（2019年，新乡）[J]. 中华健康管理学杂志, 2019(6):465-466.

[5] 蒋远洪, 谭友果. 无痛胃镜在不同人群中的应用进展[J]. 中国内镜杂志, 2015,21(2):163-165.

[6] CARSON R T. Contingent valuation: a comprehensive bibliography and history[M]. UK.: Edward Elgar Publishing, 2011.

[7] MITCHELL R C, CARSON R T. Using surveys to value public goods: the contingent valuation method[M]. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1989.

[8] BALA M V, MAUSKOPF J A, WOOD L L. Willingness to pay as a measure of health benefits[J]. PharmacoEconomics, 1999,15(1):9-18.

[9] 凌玉环, 王珩. 安徽省某三甲医院患者对无痛胃镜的选择意愿及其影响因素研究[J]. 包头医学院学报, 2022,38(1):1-5.

[10] 周天虹, 顾晓芬, 朱俊宇, 等. 乌鲁木齐市40~69岁上消化道癌高危人群内窥镜筛查结果分析[J]. 中国肿瘤, 2017, 26(10):781-785.

[11] 杨军, 朱娟, 黄慧瑶, 等. 城市上消化道癌高危人群对

内镜筛查的接受度与支付意愿[J]. 中国肿瘤, 2019,28(6):405-410.

[12] 宋国慧, 孟凡书, 陈超, 等. 食管癌高发区早诊早治内镜普查顺应性调查[J]. 中华流行病学杂志, 2009,30(9):977-978.

[13] 石菊芳, 黄慧瑶, 郭兰伟, 等. 我国城市大肠癌高危人群对大肠腔镜筛查的接受度与支付意愿调查[J]. 中华预防医学杂志, 2015(5):381-386.

[14] 代敏, 毛阿燕, 石菊芳. 我国城市地区癌症筛查供需方角度的可持续评估[J]. 中华流行病学杂志, 2018,39(2):139-141.

[15] 毕晓峰, 朱娟, 石菊芳, 等. 我国城市乳腺癌高危人群对筛查的接受程度及支付意愿分析[J]. 中华健康管理学杂志, 2019(5):394-395.

[16] HALPERN M T, ROMAIRE M A, HABER S G, et al. Impact of state-specific medicaid reimbursement and eligibility policies on receipt of cancer screening[J]. Cancer, 2014, 120(19):3016-3024.

[17] TABUCHI T, HOSHINO T, NAKAYAMA T, et al. Does removal of out-of-pocket costs for cervical and breast cancer screening work? A quasi-experimental study to evaluate the impact on attendance, attendance inequality and average cost per uptake of a Japanese government intervention[J]. Int j cancer, 2013,133(4):972-983.

[18] 董佩, 邱五七, 石菊芳, 等. 我国城市居民癌症筛查服务利用现状及服务支付意愿分析[J]. 中华流行病学杂志, 2018,39(2):165-172.

[19] ZHOU Q, LI Y, LIU H Z, et al. Willingness to pay for colorectal cancer screening in Guangzhou[J]. World j gastroenterol, 2018,24(41):4708-4715.

[收稿日期: 2022-08-15] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第59页◀◀)

表13 调研地区历年心脏病死亡率 1/10万

地区	2017年	2018年	2019年	2020年
全国城市	141.61	146.34	148.51	155.86
全国农村	154.40	162.12	164.66	171.36
江苏省张家港市	82.99	78.45	76.46	95.03
安徽省铜陵市义安区	75.37	78.04	79.34	98.92
重庆市合川区	135.57	143.59	144.97	142.55

血糖控制情况较好, 病情稳定, 减少了不必要的医疗服务利用, 从而也降低了就医费用和负担, 这也是慢性病管理工作所追求的政策目标; 二是由于经济、就医习惯等各种因素影响, 慢性病患者的就医需求未得到完全释放, 卫生服务利用率不足, 但结合目前典型地区慢性病患者的血压和血糖控制率来看, 这种可能性相对较低, 并且目前典型地区的血压、血糖控制率

均是通过高血压、糖尿病患者的管理明细数据计算得出, 其准确性相对较高; 三是统计口径影响, 目前的高血压、糖尿病管理人群的就医和费用数据均通过医保部门提供的管理人群的就医明细信息计算得出, 未包含在药店自行购药、在定点机构就医但未获得医保补偿人群的相关信息。建议典型地区在目前取得的成效上, 进一步加强对慢性病的管理, 建立全过程健康管理模式, 在服务内容上, 加强基本公共卫生与基本医疗的衔接与融合, 通过精细化管理, 减少慢性病患者不必要就医行为的发生, 减轻就医负担; 在资金使用上, 探索基本医保与基本公共卫生资金的统筹使用, 发挥医保对慢性病管理的支持作用; 在信息系统建设上, 加强慢性病患者全流程全周期信息的采集与互联互通, 发挥助力作用。

[收稿日期: 2022-08-21] (编辑: 毕然, 滕百军)