

基于 ICCC 框架的社区卫生服务机构慢性病管理研究

袁莎莎^{1*} 王芳¹ 李陈晨² 刘利群³ 周巍³ 衡驰² 杨婷²

1. 中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

2. 北京协和医学院/中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

3. 国家卫生和计划生育委员会基层卫生司 北京 100044

【摘要】目的:以世界卫生组织提出的慢性病创新照护框架(Innovative Care for Chronic Conditions Framework, ICCC)为理论基础,从社区卫生服务机构角度出发,分析慢性病管理相关要素的实现现状。**方法:**采取目的抽样,选取北京市、上海市、郑州市、成都市共 12 家社区卫生服务中心进行现场调查。采用主题框架法,围绕 ICCC 框架提出的宏观—中观—微观三层面的关键要素展开分析。**结果:**基于 ICCC 框架,从社区卫生服务机构角度来看,以卫生保健组织为代表的中观层面要素功能发挥较好,宏观和微观层面要素缺乏。**结论:**基于 ICCC 框架,慢性病管理需在宏观层面加强与卫生系统外相关部门的协作及相关立法;中观层面需加强社区资源或社区支持者的筹集和协调资源能力;微观层面需提高患者(及家庭)的慢性病自我管理能力和。

【关键词】慢性病创新照护框架; 慢性病管理; 社区卫生服务机构; 关键要素

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.06.007

The chronic disease management in community health service institutions based on Innovative Care for the Chronic Conditions Framework

YUAN Sha-sha¹, WANG Fang¹, LI Chen-chen², LIU Li-qun³, ZHOU Wei³, HENG Chi², YANG Ting²

1. Center for Health Policy and Management, Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. Institute of Medical Information, Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

3. The Department of Primary Health, National Health and Family Planning Commission, Beijing 100044, China

【Abstract】Objective: To study the chronic disease management's key factors in community health service institution based on the Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC). **Methods:** The purposive sampling method was adopted. Twelve community health service centers were selected as the field survey sites in Beijing, Shanghai, Zhengzhou and Chengdu. During the key factors description at macro-, meso- and micro- level in the ICCC framework, thematic framework analysis was used to describe the key factors at macro-, meso- and micro level in the ICCC framework. **Results:** From the community health institutions' perspective, the key factors at meso level in the ICCC framework played a better role in the management of chronic conditions while the key factors in both macro and micro level still lacked. **Conclusion:** Based on the ICCC framework, the management of chronic diseases needs to emphasize the cooperation with relevant departments outside the health area and legislative strategies at macro level, the ability of community supporters to mobilize and coordinate resources at meso level and the improvement of self-management skills for the patients with chronic diseases.

【Key words】 Innovative Care for Chronic Conditions Framework; Chronic disease management; Community health service institution; Key factor

* 基金项目:国家卫生和计划生育委员会委托项目

作者简介:袁莎莎,女(1985 年—),博士,助理研究员,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail: yuanshasha417@163.com

通讯作者:王芳。E-mail: wang.fang@imicams.ac.cn

慢性非传染性疾病(以下简称“慢性病”)已成为当前危害人类健康的重要公共卫生问题。2008年全球慢性病死亡人数为3 600万,占全球总死亡构成的63%^[1],占全球疾病负担的43%;世界卫生组织(WHO)预测,到2020年,这两个比例将分别增长到73%和60%^[2]。就中国实际而言,2010年世界银行发布的《创建健康和谐社会,遏制慢病流行》工作报告指出,慢性病占我国人群死因构成的80%以上^[3],因慢性病导致的疾病经济负担占比由1993年的54%上升至2009年的69%。^[4]2013年第五次国家卫生服务总调查显示,15岁及以上人口的慢性病患者率为33.1%,与2008年相比上升了9个百分点。^[5]上述数据表明,如何针对慢性病进行有效预防与控制已成为中国亟待解决的关键问题。预防慢性病死亡、降低其疾病负担成为卫生策略的主要目标。^[6]

国际学者对如何提高慢性病防治和管理进行了深入研究,开发出针对慢性病管理防治的相关模型。在众多模型和理论中,慢性病管理模型(Chronic Care Model, CCM)和慢性病创新照护框架(Innovative Care for Chronic Conditions Framework, ICCC)得到较为广泛的认可和应用。^[7]前者是Wanger等人于1998年首次提出^[8],该模型包含卫生系统、服务提供系统、决策支持、临床信息系统、自我管理支持和社区资源等六大基本要素,提倡在病人和医师团队之间建立更高效的互动关系^[9]。CCM为分析慢性病防治提供了很好的参考标准,获得较多的认可与应用^[10],但该模型的构建主要基于高收入国家,在中低收入国家的适应性有待探讨^[11]。在此基础上,WHO于2002年结合发展中国家及地区的卫生体系发展和人群健康状况,对CCM某些要素进行调整,提出了ICCC框架。该框架或框架中的某些要素在南非、美国、秘鲁、巴西、芬兰等不同卫生系统和社会经济环境的国家得以应用。^[12]与CCM相比,ICCC框架更加具体,操作性更强,且更加适合中低收入国家。^[11]

随着中国新医改的进一步深入,基本公共卫生服务项目的落实,慢性病管理得到越来越多的重视,尤其是在基层医疗卫生服务机构。慢性病管理,包括筛查、建档、随访、健康教育、治疗等预防与控制活动,占据了医务人员较多的时间。社区卫生服务机构在转变服务模式的过程中,一般均以慢性病管理作为切入点,开展签约、预约及转诊服务,并将其作为探索实现有序分级诊疗卫生系统的抓手。^[13]因此,

有必要对目前社区卫生服务机构慢性病管理过程及相关要素进行系统分析。本研究探索以ICCC框架为理论基础,从社区卫生服务机构角度出发,从宏观(政策)、中观(卫生保健组织和社区)和微观(患者及家庭)三个层面对慢性病管理进行剖析,为新医改提供实践依据。

1 理论框架:ICCC 框架基本要素

ICCC框架包括宏观、中观、微观三个层面的基本内容(图1)。宏观层面主要指积极的政策环境,包括支持立法框架、强调领导作用、提倡政策一体化、加强伙伴关系、促进一致的供资、卫生人力资源发展和配置;中观层面主要指社区资源和卫生保健组织,其中社区强调筹集和协调资源、提高公众对慢性病的认识、通过领导和支持鼓励改善结果、提供补充服务等,卫生保健组织强调促进服务的协调性和持续性、通过领导和奖励鼓励高质量服务、组织和装备卫生保健工作团队、支持患者自我管理以及信息系统的使用;微观层面指患者及其家庭、社区伙伴以及卫生保健工作组,强调患者、社区伙伴以及卫生保健组三方的知情、积极主动、有准备。微观层面的三要素需共同努力才能使慢性病管理取得积极结果。同时,受中观层面(卫生保健组织和社区)的影响和支持,宏观层面(积极的政策环境)通过六方面举措促使社区和卫生保健组织能够协助慢性病患者及其家庭相互影响。^[12, 14]

2 资料与方法

2.1 现场调查

在前期文献调研的基础上,结合专家咨询意见,采取目的抽样,选取社区卫生服务模式探索较早且具有代表性的北京市、上海市、郑州市、成都市共12家社区卫生服务中心(每市3家中心)进行现场调查。现场调查以定性访谈为主,采取焦点小组访谈和个人深入访谈相结合的方式。访谈对象主要包括市、区卫生行政部门分管负责人、社区卫生服务机构管理人员和全科团队主要成员。依据事先设计好的访谈提纲,深入了解当地在慢性病管理方面的主要做法,如政策、机构的分工协作、激励机制、具体管理办法等。在获得受访对象知情同意的情况下,对访谈内容进行录音,后期对录音资料进行转录和整理。

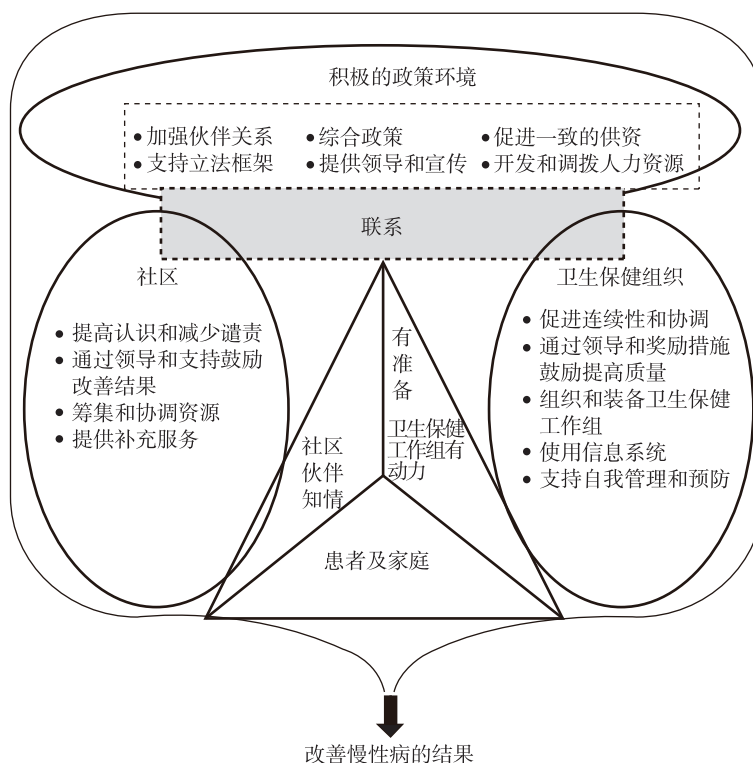


图1 ICCC 框架基本要素

2.2 研究方法

采取主题框架分析法,主要包括资料整理(确定分析主题、资料标记、资料归类以及资料的总结或综合等)和分析两大步骤。^[15]本研究以 ICCC 框架涉及的宏观、中观、微观三个层面的相关要素为整理标记依据,以便于资料后期分析。

3 结果

3.1 宏观层面:社区卫生服务机构慢性病管理的政策环境分析

在宏观层面,ICCC 框架包含 6 个要素,即加强伙伴关系、综合政策、促进一致的供资、支持立法框架、提供领导和宣传以及开发和调拨人力资源。调研 3 地 12 个社区卫生服务中心在为慢性病管理营造积极的政策环境时多具有共性,均以落实贯彻国家制定的相关政策为主,表 1 对 ICCC 框架宏观政策层面的六要素在调研地区的实践进行归纳总结,并列举典型案例。由此可以看出,目前各地的工作重点在于加强卫生系统内部的伙伴关系,与卫生系统外机构联系缺乏且较为松散;慢性病筹资方面均以国家基本公共卫生经费为主要来源,其他筹资来源较少;针对慢性病的立法框架仍然没有引起足够的重视,相关条例法令缺乏;目前做得相对较好的是针对全

科医生的培养和培训,以北京、上海最为显著,但全科医生整体数量仍然缺乏,且现有激励措施对人才引入作用有限。

3.2 中观层面:慢性病管理的卫生保健组织和社区资源分析

3.2.1 卫生保健组织要素分析

(1) 改进连续性和协调性

随着全科医生制度在社区卫生服务机构的开展,慢性病管理的连续性和协调性得到很大的改进。在全科医生制度建立的基础上,签约服务的开展主要以慢性病管理为切入点,以慢性病病人人群为重点签约对象并辐射至其家庭成员。调研地区社区卫生服务机构对签约慢性病病人除提供基本诊疗服务外,还有相关的随访、健康教育等,促进服务的连续性。北京、上海调研的社区卫生服务中心通过不同级别医疗卫生机构的分工协作,建设转诊平台,当慢性病病人符合转诊指征时,即可进行转诊,解决社区病人综合医院挂号难的问题,并且可帮转诊病人预约到相应时间段,节省病人等待时间,尤其是向上转诊,运行良好。例如,北京方庄社区卫生服务中心与天坛医院建立的转诊平台,当病人符合转诊指征时,由签约医生通过预约转诊平台直接向天坛医院申请转诊,并提交患者资料;最终将预约结果以

表1 ICCC 框架慢性病管理宏观层面要素分析

政策要素	调研地区实践总结
加强伙伴关系	<ul style="list-style-type: none"> • 卫生部门与医保部门就有关慢性病用药目录、报销政策等进行协商沟通 • 区域内不同卫生机构的资源进行整合,协作内容主要以技术、人才、设备等优质资源支持为主,辅以管理支持 • 典型案例:北京丰台方庄社区卫生服务中心和西城区德胜社区卫生服务中心利用医联体与三级医院加强合作关系,促进病人转诊和医务人员技能提高
综合政策	国家制定有关慢性病防治政策,如 <ul style="list-style-type: none"> • 慢性病综合防治示范区 • 高血压、糖尿病等慢性病诊疗指南(并保持更新)
促进一致的筹资	以国家公共卫生经费为主,包含慢性病相关防治经费
支持立法框架	典型代表:《公共场所控烟条例》
提供领导和宣传	广告播放等形式的媒体宣传 <ul style="list-style-type: none"> • 针对“高血压日”、“糖尿病日”的健康教育等宣传活动 • 典型案例:郑州市利用公交汽车电视进行“片医”工作宣传,慢性病管理是主要内容
开发和调拨人力资源	加强对医务人员的培养和培训,以全科医生为重点: <ul style="list-style-type: none"> • 国家政策规定的全科医生三年规范化培训 • 利用高校科研教育资源培训,建立全科医学培训基地:如北京市、上海市社区卫生服务机构 • 利用国外医疗机构资源,将全科医生送出去培训:如北京市方庄和德胜社区卫生服务中心

短信通知社区医生及患者。在此过程中,社区卫生服务机构和上级医院转诊的不仅是病人,还包括慢性病人的相关信息,保证服务的连续性和协调性。

此外,卫生保健机构针对所负责社区居民的主动服务或上门服务也进一步保证了以慢性病管理为代表的公共卫生服务提供的连续性和协调性,郑州市的“片医团队”是深入社区、提供主动服务的典范。其工作模式是将工作地点直接转移到所负责社区中,将慢性病随访、健康教育、康复指导等基本公共卫生服务落到实处,并按照统一规格,在社区内张贴“片医公示牌”,为每户家庭发放“片医联系卡”方便居民及时有效地与片医联系。

(2) 通过领导和激励措施鼓励提供高质量服务

社区卫生服务机构旨在为居民提供以慢性病为代表的常见病和多发病的诊治和预防工作,因此提供高质量服务是调研社区卫生服务机构一致追求的目标,并采取了不同的手段和激励措施提高服务质量。一是通过常规的门诊处方点评,发现不合理用药,并及时通知到个人及全科团队,给予一定时间进行改正,并建立相应的奖惩措施。如北京市西城区德胜社区卫生服务中心每月有专人负责对方剂进行抽查考核,定期召开处方点评例会,总结归纳医生不合理用药,提高服务质量。二是依托于信息系统的发展,社区卫生服务中心建立起以质量考核为核心的绩效评价系统,并可依托于信息系统,将高血压、糖尿病等防治指南与信息化相结合,从源头上保证

合理用药。如上海市闵行区龙柏社区卫生服务中心依托于家庭医生制综合管理信息平台,通过信息化的数据统计、数据考核,建立起较为完善的质量监管和绩效考核机制。质控科数据监管中心每月对家庭医生执行的各项基本医疗数据进行监控、分析,主要指标包括次均药费、药占比、抗生素使用率以及医联体转诊数量质量等。此外,还通过药物监控平台进行动态监控,保证用药合理性。

(3) 组织和装备卫生保健工作组

全科团队服务是调研社区卫生服务中心提供慢性病诊治和预防工作的主要工作形式,是全科医生制度在社区卫生服务机构的落实和发展。从全科团队的人员配备上来看,调研地区的全科团队均以全科医生为核心,结合当地的实际需要,以护士、防保、药剂等人员为辅助团队,并注意将非专业的护士助理员或社区志愿者吸纳进来,提高服务质量及效率,实现各自价值最大化。表2展示了调研社区卫生服务中心不同代表性的全科团队组织形式。从全科团队的装备而言,一是建立家庭医生工作室,力图做到一医一诊室;由所在卫生机构提供经费支持,全科团队动手自主设计全科诊室,改善工作环境,如北京市西城区德胜社区卫生服务中心、成都市武侯区玉林社区卫生服务中心。二是统一配备工作服装和相应设备,如郑州市的片医团队为片医配备必需的交通、通讯工具,并统一配备蓝色工作服装以便于上门主动服务时打消百姓的顾虑。

表 2 调研机构四种典型全科团队组织形式及对慢性病管理的可能影响^[13]

全科团队组织形式	主要特点	对慢性病管理的可能影响
全科医生 + 护士 + 护士助理 + 药师	护士助理:非医学背景,负责资料录入等非诊疗工作 药师:团队共有;设立药师咨询台,以专业方式向患者提供用药知识,如禁忌症、不良反应等	改善质量;帮助患者解答和了解药物知识,提高药物依从性
医生(全科医生、中医) + 护士 + 社区志愿者	社区志愿者:有意愿和能力为社区卫生服务的离退休老人	充分利用辖区内的社会资源,具有积极的宣传和推动作用 密切社区卫生服务机构和居民联系 社区参与效果更好,尤其是针对慢性病的健康管理、健康教育等活动的开展
医生(全科医生、中医) + 护士 + 助理员 + 社区志愿者	(家庭医生)助理员:富有临床经验的护士,承担医生部分责任 社区志愿者:多为街道卫生员,由街道办事处推荐,协助全科团队进行社区工作,如健康教育、发布消息等	充分利用辖区内的社会资源,具有积极的宣传和推动作用 密切社区卫生服务机构和居民联系 社区参与效果更好,尤其是针对慢性病的健康管理、健康教育等活动的开展
全科医生 + 护士 + 辅助团队(公卫医师、妇保医生等) + 支持团队(药房、医技等)	辅助团队(公卫医师、妇保医生等)、支持团队(药房、医技等):规模较大,团队专业技术人员更为全面	加强辅助团队和支持团队对全科团队服务工作的认识和支持

(4) 使用信息系统

信息系统建设在调研四地发展程度不一,北京、上海信息系统应用相对较为成熟,成都和郑州存在一定程度的滞后,也是这两地未来改革和需要资金支持的重点。北京、上海两地根据社区卫生服务的功能特点及社区卫生服务模式转变的需要设计了不同形式的信息系统,表 3 总结了调研地区目前已经应用的与慢性病管理直接相关的信息系统或平台,并结合典型案例进行简要概述。需要注意的是,信息系统之间是互相联系的整体,比如签约、预约等就诊系统也可为慢性病患者服务,绩效考核系统也包

括针对慢性病管理的质量控制等。由于调研地区所涉及到的信息系统较为繁杂,因此本研究仅列出与慢性病管理紧密相关的五个系统或平台,北京西城区德胜社区卫生服务中心和上海闵行龙柏社区卫生服务中心是应用信息系统进行慢性病管理的典型代表。

(5) 支持自我管理和预防

为引导社区居民主动参与健康管理,北京、上海、成都等地均设置健康自测小屋,在护士或相关人员的帮助下,居民可自助开展血压、血糖、心肺功能监测等项目;同时以“健康自我管理小组、健康会员俱乐部、知己健康管理”等形式,促进医患有效互动。

表 3 调研机构应用的与慢性病管理有关的信息系统

信息系统	对慢性病管理的可能作用(典型案例)
医生、护士工作站	该工作站将门诊诊疗、慢性病管理、健康档案系统整合,对慢性病有效管理起到综合支持作用 北京、上海两地社区卫生服务中心均已应用
健康自测系统	慢性病病人的健康自测结果可自动上传至健康档案,随时更新健康档案信息 上海闵行龙柏社区卫生服务中心针对健康自测服务,利用身份证号作为唯一识别标志,可免费检测血压、血糖、心肺功能等项目,检测结果自动上传至健康档案信息系统 健康自测系统数据和健康档案的自动连接在上海浦东新区潍坊社区卫生服务中心、北京市德胜社区卫生服务中心均可实现
电子血压监测系统、远程血压监控系统	向高血压患者发放遥控血压测量仪,可进行血压测量、血压上传、语音对讲和智能提醒功能,实现远程血压监测。下次就诊时医生可通过家庭测量收集的数据直接观察到血压波动情况,提高工作效率 典型代表:上海闵行龙柏社区卫生服务中心
质量控制系统	在原有信息模块的基础上,将国家高血压防治指南和国家药典等规范或指南作为模块加入信息系统且不断更新。系统设有不同指示灯,通过系统自动保证医生用药符合国家规范,促进合理用药。医生手机连接电脑,可随时查看相应指南 典型代表:北京西城德胜社区卫生服务中心
家庭医生在线演播室	探索以视频演播、视频通讯方式向社区居民播放医疗康复、公共卫生、中医养生等防病治病和健康管理专题片,对慢性病的发生起到健康教育和预防的作用 典型代表:上海闵行龙柏社区卫生服务中心

一是设立家庭保健员,开展知己健康管理。如方庄社区卫生服务中心与澳大利亚 MONASH 大学联合开展“快乐生活俱乐部”项目,全科团队与目标家庭共同组建“家庭健康管理”团队,同时也开展慢性病患者健康经验分享会,加强互动和经验分享。二是建立慢病患者健康自我管理小组、慢病患者俱乐部等。如上海市长宁区江苏社区卫生服务中心建立的“慢性病患者自我管理小组”,加强与居委会的联系,同时家庭医生参与到小组进行指导、评比和鼓励。通过这种形式,将健康教育等知识更好地进行宣传。三是签约居民积分累计换购制,主要代表是成都市武侯区玉林社区卫生服务中心。慢性病患者通过预约门诊随访准时签到、血压血糖控制良好等途径来争取积分;签约居民通过挣够一定的积分来获得体检机会,如学习太极、八段锦的机会等,从而调动居民参与的积极性,变被动为主动。

3.2.2 社区资源要素分析

ICCC 框架中社区资源要素主要包括提高慢性病患者的认识和减少谴责、通过领导和支持鼓励改善结果、筹集和协调资源以及提供补充服务。而在中国实践中,在调研地区,针对慢性病管理的社区资源要素要相对单一,集中体现在街道办事处及相关负责人协助社区卫生服务中心开展慢性病患者签约、管理、健康教育讲座宣传组织动员等工作,配合程度较高。调研社区卫生服务机构认为街道办事处利用自身熟悉社区和家庭的优点,对慢性病管理工作在社区的开展起到了关键作用,尤其是社区志愿者/健康志愿者对全科团队服务的参与,较大程度地提高了工作效率,促进慢性病管理工作的开展。但与 ICCC 框架所要求的社区资源要求相比,调研地区社区卫生服务机构在主动筹集和协调资源服务慢性病管理以及主动通过领导和支持鼓励改善结果等方面还存在不小的差距。积极配合程度较高,主动发挥意识较弱,需要进一步加强。

3.3 微观层面:患者及家庭、社区伙伴以及卫生保健工作组

ICCC 框架认为病人及其家庭是卫生保健系统中被低估的财富,因此该框架强调病人和家庭的作用,并应促使他们与社区和卫生保健组织成为合作伙伴,只有当病人和家庭、社区伙伴及卫生保健工作组知情(informed)、积极主动(motivated)、有准备(prepared)并共同努力时,才能在慢性病管理上取得积极的结果。

对患者及家庭而言,ICCC 框架强调他们需要对自己

自己的慢性病病程、预期并发症以及管理策略等知情,并具备一定的技能以改变和保持日常的健康行为。从调研机构的访谈资料来看,医务人员反映部分患者可做到病情知情,也有动力积极参加学习慢性病健康管理讲座,但由于患者年龄较大、行动不方便、理解有限等限制,自我管理技能较弱,部分患者不能遵医嘱按时服药;家庭所起到的督促作用尚不清楚。对卫生保健工作组而言,ICCC 框架认为可包括多种类别的服务提供者,根据各自的专业优势和能力承担相应的责任,这与调研地区目前正在实行的全科团队服务有共同之处。在慢性病管理方面,全科团队成员依据自己的专业背景,各司其职,分工协作,具体的形式和效果已在中观层面进行阐述,在此不在赘述。就社区伙伴而言,ICCC 框架特指社区中的非专业人士,且为自发组织的团体。本研究认为调研地区的街道办事处、健康志愿者以及慢性病患者的自我管理小组具有社区伙伴的部分特征,但缺点是多个卫生机构组织,起到辅助作用,缺乏自发性的社区支持者。

4 讨论与建议

ICCC 框架的建立主要是基于 6 个原则,且每项原则对卫生保健系统微观、中观和宏观等各层面都是必要的,分别为“决策以依据为基础、以人群为重点、以预防为重点、以质量为重点、强调慢性病管理的一体化或综合化以及灵活性和适用性”。^[12]其中,一体化是 ICCC 框架的核心,因为慢性病的卫生保健需要多方面综合服务,卫生保健系统微观、中观和宏观等各层面要素必须一起工作,相关部门必须打破界限,加强协作。一体化是中国目前新医改的重点,分级诊疗体系建立的核心在于资源是否有效整合,以高血压、糖尿病为代表的慢性病被认为是打开有序分级诊疗格局的抓手和切入点。社区卫生服务机构作为慢性病患者的首诊和常诊机构,其功能的实现程度,对慢性病分级诊疗体系的建设起到重要的作用。因此有必要对目前社区卫生服务机构慢性病管理的相关资源和要素按照一定的理论框架进行系统梳理,了解现状,为以慢性病为切入点的分级诊疗体系的建立提供实践依据,这也是本研究的目的所在。

从宏观层面来看,目前慢性病管理的政策环境比较积极,从社区卫生服务机构的角度出发,主要是对国家慢性病相关政策、诊疗指南的落实和贯彻,并充分利用“高血压日”、“糖尿病日”等特殊时段进行

慢性病管理的宣传和健康教育相关活动,提高大众的慢病防控意识。但就目前的访谈资料可以看出,政策层面关于慢性病的立法框架不多,难以从立法层面督促慢性病管理的防控工作。其次,政策层面的不足还表现在卫生系统外部伙伴关系尚未建立,目前卫生部门一般仅与医保部门就慢性病相关的报销政策联系较多,与教育、农业等相关部门联系较少,多部门协作欠缺,未能从社会整体引起对慢性病防控的重视。从中观层面来看,研究结果显示目前卫生保健组织相关要素得到较多的重视,社区卫生服务机构较多的创新做法均是在卫生系统内部进行。但在社区资源动员上存在局限性,目前社区资源多以配合和辅助为主,主动性发挥欠缺,筹集和协调资源的能力较弱,需要进一步加强。慢性病患者的康复主要是在社区进行,因此社区资源的调动程度对慢性病的有限管理起到不可或缺的作用。从病人及家庭等微观层面来看,如何使慢性病患者提高自我管理的技能是关键,本研究由于未对病慢性病患者进行深入访谈,仅能从社区卫生工作人员的角度侧面了解病人对慢性病的知情和自我管理能力以及与卫生保健工作组和社区伙伴的关系,存在一定的局限性,提示未来研究应从微观层面入手,分析我国目前患者及家庭在慢性病管理中所起到的作用及改进措施。

此外,需要注意的是,ICCC 框架所提到的宏观、中观、微观三个层面的要素是紧密联系、相互作用的,不能割裂单独来看。通过对三个层面的要素分析,也可发现很多要素都是结合在一起的,比如中观层面上通过领导和奖励措施鼓励改善质量离不开信息系统的应用,连续性和协调性的改进也离不开国家宏观政策的调整等。

基于以上结果和讨论,本研究提出以下建议:一是加强与卫生系统外相关部门的协作,从宏观政策层面上引导社会关于慢性病管理与防控的认识。比如与教育部门、宣传部门等的合作,扩大慢性病健康教育的受众范围和效果,弥补卫生部门的局限性,充分调动社会资源;二是要加强社区资源或社区支持者的筹集和协调资源能力,增强主动服务意识。结合我国组织机构的特点,可拨付街道办事处等社区管理机构专项资金用于慢性病管理等协调活动,但需注意加强资金监管事宜;三是通过全科团队服务、健康教育等手段提高患者及家庭的慢性病自我管理技能。充分利用慢性病随访、患者就诊、上门服务等多种途径强化患者及家属对慢性病自我管理的认识和

技能的提高;同时注意与宏观因素中多部门协作结合起来,通过多种渠道提高慢性病患者自我管理技能。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization, 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases[R]. 2009.
- [2] World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011[R]. 2011.
- [3] World Bank. Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-Communicable Disease [R]. 2011.
- [4] 孔灵芝. 关于当前我国慢性病防治工作的思考[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(1): 2-5.
- [5] 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): 193-195.
- [6] Hunter D J, Reddy K S. Noncommunicable Diseases[J]. New England Journal of Medicine, 2013, 369(14): 1336-1343.
- [7] Minkman M M, Vermeulen R P, Ahaus K T, et al. The implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated Care[J]. BMC Health Services Research, 2011, 11(177): 1-10.
- [8] Wagner E H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? [J]. Eff Clin Pract, 1998, 1(1): 2-4.
- [9] 郭岸英. 慢性病保健模型在社区常见慢性疾病预防管理中的应用研究[D]. 浙江大学, 2011.
- [10] Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. Evidence On The Chronic Care Model in The New Millennium[J]. Health Affairs, 2009, 28(1): 75-85.
- [11] Nuno R, Coleman K, Bengo R, et al. Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCC Framework[J]. Health Policy, 2012, 105(1): 55-64.
- [12] 世界卫生组织、慢性病创新照护——行动的基础资料 [R]. 2005.
- [13] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 等. 社区卫生服务中心全科团队构成模式分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(12): 37-42.
- [14] World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action[R]. World Health Organization, 2002.
- [15] 汪涛, 陈静, 胡代玉, 等. 运用主题框架法进行定性资料分析[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(2): 86-88.

[收稿日期:2015-04-29 修回日期:2015-05-23]

(编辑 薛云)