

政策工具和三级预防视角下我国糖尿病防治服务政策文本量化分析

陈婷^{1,2*} 周庆誉^{1,2} 蒲川^{2,3} 胡志^{2,4} 李程跃^{1,2} 郝模^{1,2}

1. 复旦大学卫生发展战略研究中心 上海 200032
2. 健康相关社会风险预警协同创新中心 上海 200032
3. 重庆医科大学公共卫生与管理学院 重庆 400016
4. 安徽医科大学 安徽合肥 230032

【摘要】目的:分析中国糖尿病防治服务政策的内容与不足,为完善中国糖尿病防治服务政策提供建议。方法:从三级预防和政策工具两个维度出发,通过内容分析和定量分析方法,构建“政策工具类型—三级预防(含服务类别)”二维框架,对国家层面糖尿病防治服务政策条目进行分析。结果:本研究共纳入 88 份糖尿病防治服务相关政策文件,政策工具维度编码 181 条,从政策工具维度看,多以强制型政策工具为主,强制型、混合型、自愿型政策工具占比分别为 74.6%、19.3%、6.1%,分布具有差异性;从三级预防维度看,各级别预防策略覆盖广泛,三、二、一级预防占比分别为 38.7%、36.5%、24.9%,内部子工具有待优化;从服务类别维度看,患者分级与随访管理、健康教育类目居多,疾病基线调查较少,不同类别的防治服务政策工具缺乏针对性。结论:糖尿病政策工具存在结构性失衡,内部子工具使用有待优化,糖尿病不同预防级别分布差异性显著,应提高政策工具精准性,强化糖尿病不同防治服务特性与政策工具的有效结合;优化政策工具结构,重视政策工具与三级预防策略的协同运作。

【关键词】糖尿病防治;政策工具;三级预防;二维框架

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.11.009

A quantitative analysis of China's diabetes prevention and treatment service policies texts from the perspective of policy instrument and tertiary prevention

CHEN Ting^{1,2}, ZHOU Qing-yu^{1,2}, PU Chuan^{2,3}, HU Zhi^{2,4}, LI Cheng-yue^{1,2}, HAO Mo^{1,2}

1. Research Institute of Health Development Strategies, Fudan University, Shanghai 200032, China
2. Collaborative Innovation Center of Social Risks Governance in Health, Fudan University, Shanghai 200032, China
3. School of Public Health and Management, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China
4. Anhui Medical University, Hefei Anhui 230032, China

【Abstract】 Objective: This study aims to analyze the policy tools used in China's diabetes prevention and control services and provide recommendations for improving the diabetes policy system in China. Methods: From the perspectives of the three levels of prevention and policy tools, a two-dimensional framework of “Policy Tool Types-Three Levels of Prevention (including service categories)” was constructed through content analysis and quantitative analysis methods. This framework was used to analyze the national-level diabetes prevention and control service policy entries. Results: A total of 88 policy documents related to diabetes prevention and control services were included in this study. There were 181 codes for the policy tool dimension. From the perspective of policy tools, mandatory policy tools were mainly used to ensure the implementation of services, with the proportions of mandatory, mixed, and

* 基金项目:上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划项目(GWIV-32、GWV-12)

作者简介:陈婷(1996 年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生管理与政策研究。E-mail:ct0203123@163.com

通讯作者:郝模。E-mail:haomo03@fudan.edu.cn

voluntary policy tools being 74.6%, 19.3%, and 6.1% respectively, showing significant distribution differences. From the perspective of the three levels of prevention, strategies at all levels were covered broadly, with the proportions of the three levels of prevention being 38.7%, 36.5%, and 24.9% respectively, and internal sub-tools needing optimization. From the perspective of service categories, patient classification and follow-up management, and health education were the most common, while baseline disease surveys were less frequent. There was a lack of targeted policy tools for different types of prevention and control services. Conclusion: The diabetes policy tools exhibit structural imbalances, the use of internal sub-tools needs to be optimized, and there is a significant difference in the distribution of different prevention levels of diabetes. Enhance the precision of policy tools and strengthen the effective combination of different diabetes prevention and control service characteristics with policy tools; optimize the structure of policy tools and emphasize the coordinated operation of policy tools with the three levels of prevention strategies.

【Key words】 Diabetes prevention and treatment; Policy tools; Tertiary prevention; Two-dimensional framework

糖尿病是当前威胁人类健康的最重要的非传染性疾病之一。^[1]国际糖尿病联盟(IDF)提出,2035年全球糖尿病患者人数预计增至5.92亿。^[2]糖尿病有效防治离不开政策的落实,分析现行政策有助于厘清我国糖尿病预防服务的重点与不足,推进相关工作的开展。国内外针对糖尿病防治服务的相关研究^[3]多通过人群调查,运用控制率、治疗率和管理率等指标来评价服务提供状况,多数研究依赖于数据调查和定性访谈方法,基于政策的分析则相对较少。

政策工具作为政府进行社会治理的有效途径,其结构及运用的合理性对于能否实现政策目标起到关键作用^[4],已被广泛应用于公共卫生领域政策的研究中,既有聚焦于疾病预防控制体系^[5]、精神卫生^[6]、突发应急^[7]、儿童保健^[8]等领域,也有针对老年认知障碍^[9]、艾滋病^[10]等单一病种,但是针对糖尿病预防控制服务的政策工具研究较为缺乏。

国家已从纲领性政策层面提出糖尿病预防服务的具体要求和目标,如2017年《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》提出到2025年实现社区管理4000万糖尿病患者规范管理率达70%的目标,为人群提供公平、可及、全面、持续的慢性病综合管理防治服务。^[11]2019年《健康中国行动(2019—2030年)》提出要开展糖尿病防治行动,提高糖尿病知晓率、规范管理率、治疗率、控制率等防治目标^[12],但相关服务的落实还需要政策工具的支撑。糖尿病的主要防治策略是三级预防策略,不同预防级别和服务类别的特性及重点有所差异,这也要求政策工具的使用更加有针对性,因此,有必要从中国糖尿病预防控制服务政策文本开展研究。本文通过检索2000—2023年中国相关政府网站官方发布的糖尿病

防治相关政策文件,使用政策工具和三级预防理论深度剖析糖尿病防治服务相关政策实施情况。

1 资料与方法

1.1 资料收集

通过收集并评阅2000—2023年我国国家级政府部门网站、卫生健康部门网站、主要支撑部门网站(如发改委、人力资源保障部门、财政部门等)、专业机构网站(如疾病预防控制中心等)的信息公开目录和搜索平台中发布的公开政策文件中有关糖尿病预防控制服务的文件。纳入标准:与糖尿病预防控制主题相关,时间范围限定为2000—2023年,对于其他时段,具有显著代表性或对当前研究具有重要参考价值的文件亦予以考虑。排除标准:与糖尿病预防控制服务不相关、政府工作报告、年度工作安排及要点、假期安排通知和机构人员名单等。最终收集到88份有关糖尿病预防控制服务相关的政策文件并形成清单。

1.2 研究方法

1.2.1 明确政策工具分类标准

政策工具的分类繁多,本研究选用Howlett与Ramesh^[13]对政策工具的三分法(强制型、自愿型和混合型)以及朱春奎^[14]在此基础上细化修订的分类模型为政策工具分析框架,原因如下:首先,从研究环节来看,在卫生系统宏观模型^[15]中,糖尿病防治服务属于政策执行过程环节,此环节通常采用两类政策工具:一种是Howlett与Ramesh提出的针对干预程度的,另一种是欧文^[16]提出的针对干预方式的;其次,从性质角度看,糖尿病防治服务具有公共物品属性,Howlett与Ramesh分类依据为政府介入公共物

品与服务提供的程度,这正与糖尿病防治服务的公共物品属性相契合;最后,考虑到模型的成熟度和应用程度,Howlett 与 Ramesh 的政策工具模型较为完善,更有利于具体分析糖尿病防治服务相关政策,故选择此模型。

1.2.2 构建二维分析框架

本研究构建了“政策工具类型—三级预防(含服务类别)”二维分析框架(图 1)。通过内容分析法提取政策文件中的关键信息并编码分类,以每篇政策文本中原有的最小段落标号为分析单元,根据分类定义进行逐一编码和节点标记,对政策内容识别、归类,最终得到 181 条政策文本分析单元。

1.2.3 X 维度:基本政策工具维度

结合糖尿病防治服务政策工具实际使用情况,

将强制型工具细分为规制、直接提供、命令性和权威性工具三个子类别,将自愿型工具细分为家庭与社区、自愿型组织、自我管理与服务三个子类别,将混合型工具细分为信息与劝解、补贴、征税与用户收费、契约、诱因型工具五个子类别,不同的政策工具含义不同,具体含义解释见表 1。

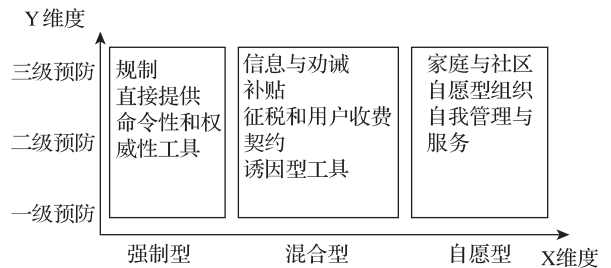


图 1 糖尿病防治服务政策二维分析框架

表 1 X 维度:政策工具类型及其定义

工具类型	工具名称	含义解释
强制型	规制	通过强制型手段明确糖尿病防治服务各要素的标准,宏观表达为体系层面,中观表达为制度层面,微观表达为制度具体的标准。
	直接提供	政府通过法律、财政、服务等要素的供给直接参与到糖尿病防治的运行过程中。
	命令性和权威性工具	对涉及糖尿病防治服务的利益相关方的行为作出明确的指示。
混合型	信息与劝解	通过宣传呼吁等柔性方式对群众进行建议和引导。
	补贴	政府对糖尿病防治中本不需要承担财政责任的部分支付一部分费用,鼓励利益相关方参与或落实。
	征税和用户收费	针对糖尿病防治过程中的某些环节向使用者收费。
	契约	以签订契约的形式与糖尿病防治服务利益相关方达成共识,明确双方的责任。
	诱因型工具	通过某些政策诱导利益相关方的行为符合制度要求。
自愿型	家庭与社区	采取自愿参与的方式,家庭和社区通过提供资源和支持,帮助公众预防和控制糖尿病
	自愿型组织	慈善机构、非政府组织(NGO)、患者支持团体等社会自愿性组织自愿为糖尿病患者提供帮助
	自我管理与服务	个人主动参与并负责自己的健康决策和行为的过程。对糖尿病患者而言,自我管理包括监测血糖水平、遵循医嘱服用药物、控制饮食、定期运动等

1.2.4 Y 维度:三级预防(含服务类别)维度

综合世界卫生组织和各个国家发布的预防控制规划、操作规范、工作指南以及相关教科书中提及的成熟预防控制策略^[15],并结合咨询论证,课题组前期研究明确了一个国家或地区提供的糖尿病预防控制服务中,一级预防应提供健康教育、疾病基线调查、疾病危险因素监测、病因预防 4 项主要服务,二级预防应提供高危人群筛查、新发病例报告、相关疾病监测 3 项主要服务,三级预防应提供患者分级与随访管理、糖尿病患者治疗、患者档案管理 3 项主要服务^[16]。糖尿病预防控制需提供的 10 项主要服务是本研究对糖尿病预防控制服务进行分类分析的框架。

1.2.5 政策文本编码与分析

基于上述分析框架及分类标准,采取文本分析法,通过统计描述和交叉分析,确定我国糖尿病政策使用的政策工具细分条目,以语句为分析单元对政策文本进行编码。以每篇政策文本中原有的最小段落标号为分析单元,根据分类定义进行逐一编码,编码示例见表 2。由 2 名编码员将各政策条目分类归入上述二维框架中,运用 Excel 2019 软件,进行摘录、分类整理并建立数据库,利用 SPSS 26.0 软件对政策工具、三级预防及服务类别的运用情况进行一般描述性分析、卡方检验以及在必要时(即数据的期望频数小于 5 时)采用 Fisher 精确检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 2 中国糖尿病防治服务政策文本编码示例

序号	文件名称	发布年份	发布机构	政策措施	编码	政策工具类型	政策工具名称	预防级别	服务类别
24	国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)的通知	2009	国务院	为高血压、糖尿病、精神疾病、艾滋病、结核病等人群提供防治指导服务。普及健康知识,2009年开设中央电视台健康频道,中央和地方媒体均应加强健康知识宣传教育。	24-3-1	混合型	信息与劝诫	1	健康教育
.....
181	国家发展改革委等部门关于印发《国家基本公共服务标准(2023年版)》的通知	2023	国家发展改革委	服务对象:辖区内原发性高血压患者和2型糖尿病患者。服务内容:为辖区内35岁及以上常住居民中原发性高血压患者和2型糖尿病患者提供筛查、随访评估、分类干预、健康体检服务	181-1-3	强制型	直接提供	3	患者分级与随访管理

2 结果

2.1 政策工具维度分析

围绕糖尿病预防控制服务的181条政策单元中,三种政策工具的使用存在一定的不均衡性,总体上呈现出以强制型工具占主导、混合型工具为补充、自愿型工具较少的特征。

强制型政策工具使用最多,共135条,占74.6%,主要使用规制(14.9%)、直接提供(54.1%)、命令性和权威性工具(5.5%)3个条目;其次为混合型政策工具,共35条,占19.3%,主要使用信息与劝诫(17.1%)和补贴(2.2%)2个条目;自愿型政策工具使用最少,共11条,占6.1%,主要使用家庭与社区(1.7%)和自我管理与服务(4.4%)2个条目(表3)。

2.2 政策工具与三级预防分析

我国糖尿病防治服务政策在各预防级别均有所涉及,但各不同预防级别关注度有所差距。围绕糖尿病防治服务的181条政策单元中,三级预防的政策工具最多,共70条,占38.7%;其次是一级预防,共66条,占36.5%;二级预防政策工具最少,共45条,占24.9%。三级预防中最多的是强制型中的直接提供条目(22.1%),最少的是自愿型中的家庭与社区(0.0%)。一级预防中使用最多的政策工具是混合型中的信息与劝诫条目(17.1%),最少的是混合型中的补贴(0.0%)和强制型中的命令和权威性(0.6%);二级预防中最多的是强制型中的直接提供条目(20.4%),最少的自愿型中的信息与劝诫(0.0%)和家庭与社区(0.0%)(表3)。卡方检验结果显示三类预防级别与三种基本政策工具的变化差异均具有统计学意义($P < 0.01$)。

表 3 糖尿病防治服务政策工具占比情况

政策工具	糖尿病防治服务预防级别						合计		P 值
	一级预防		二级预防		三级预防				
	政策条数	占比(%)	政策条数	占比(%)	政策条数	占比(%)	政策条数	占比(%)	
强制型	26	14.4	42	23.2	67	37.0	135	74.6	0.00**
规制	4	2.2	4	2.2	19	10.5	27	14.9	
命令性和权威性工具	1	0.6	1	0.6	8	4.4	10	5.5	
直接提供	21	11.6	37	20.4	40	22.1	98	54.1	
混合型	31	17.1	2	1.1	2	1.1	35	19.3	
信息与劝诫	31	17.1	0	0.00	0	0.0	31	17.1	
补贴	0	0.0	2	1.1	2	1.1	4	2.2	
自愿型	9	5.0	1	0.6	1	0.6	11	6.1	
家庭与社区	3	1.7	0	0.0	0	0.0	3	1.7	
自我管理与服务	6	3.3	1	0.6	1	0.6	8	4.4	
合计	66	36.5	45	24.9	70	38.7	181	100.0	

注:P卡方值代表的是三级预防服务与强制型、混合型和自愿型三类政策工具体间的构成差异; * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

2.3 政策工具与不同服务类别分析

在我国糖尿病防治服务领域,各服务类别均有覆盖,但各类别间的使用频率存在显著差异。一级预防中,健康教育类目较多,占编码总例数的 27.1%,主要以混合型政策工具为主,强制型次之,自愿型最少;病因预防类目占 3.9%,以自愿型为主,强制型次之;疾病危险因素监测、疾病基线调查类目较少,分别占比 3.3% 和 2.2%,全部为强制型政策工具,卡方检验结果显示一级预防级别内各服务类别与三类基本政策工具的构成差异具有统计学意义

($P < 0.01$);二级预防中,高危人群筛查、相关疾病监测、新发病例报告分别占比 18.2%、5.0%、1.7%,以强制型为主,混合型、自愿型相对较少;卡方检验结果显示二级预防级别内各服务类别与三类基本政策工具的构成差异没有统计学意义($P > 0.05$);三级预防中,患者分级与随访管理、糖尿病患者治疗、患者档案管理分别占比 30.4%、4.4%、3.9%,以强制型为主,混合型、自愿型相对较少。卡方检验结果显示三级预防级别内各服务类别与三类基本政策工具的构成差异没有统计学意义($P > 0.05$)(表 4)。

表 4 糖尿病防治服务政策各项服务类别中政策工具占比情况

预防级别	服务类别	政策工具						合计	P_1 值	P_2 值	
		混合型		强制型		自愿型					
		政策条数	占比(%)	政策条数	占比(%)	政策条数	占比(%)				
一级预防	健康教育	31	17.1	14	7.7	4	2.2	49	27.1	0.00**	0.00**
	病因预防	0	0.0	2	1.1	5	2.8	7	3.9		
	疾病危险因素监测	0	0.0	6	3.3	0	0.0	6	3.3		
	疾病基线调查	0	0.0	4	2.2	0	0.0	4	2.2		
二级预防	高危人群筛查	2	1.1	30	16.6	1	0.6	33	18.2		0.956
	相关疾病监测	0	0.0	9	5.0	0	0.0	9	5.0		
	新发病例报告	0	0.0	3	1.7	0	0.0	3	1.7		
三级预防	患者分级与随访管理	1	0.6	53	29.3	1	0.6	55	30.4		0.544
	糖尿病患者治疗	1	0.6	7	3.9	0	0.0	8	4.4		
	患者档案管理	0	0.0	7	3.9	0	0.0	7	3.9		
	合计	35	19.3	135	74.6	11	6.1	181	100.0		

注: P_1 值代表三级预防服务与强制型、混合型和自愿型三类政策工具整体间是否有统计学差异; P_2 值代表三种基本政策工具与糖尿病一级预防、二级预防、三级预防中各服务类别间是否有统计学差异;* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

3 讨论

3.1 糖尿病政策工具存在结构性失衡,内部子工具使用有待优化

深入剖析政策工具的内部结构,强制型政策工具占主导地位,可能的原因是一方面政府可以通过强制型政策工具应用保障其作为公共产品有效提供^[17];另一方面,政府通过对卫生健康委员会、医院、社区卫生服务中心等机构的考核、监督和问责,能够有效推动责任的有效落实。然而,一方面随着我国公众健康素养的不断提升,截至 2023 年,近 5 年内中国居民的健康素养水平提升了 12.7%^[18],相关研究表明,患者的自我管理能力和很大程度上取决于其健康素养水平^[19]。因此,目前适当增加自愿型和混合型政策工具的比重显得尤为重要。这不仅可以通过激励公众主动参与健康管理,还能促进社区支持,提升糖尿病防治的整体效果;此外,如果政府长期过度依赖

此类工具,忽视公众对不同预防级别和各类服务的多样性需求,可能会产生一些非预期的副作用,这与吴林海^[20]在食品安全领域的研究结果一致。如果患者对自身疾病的认识和重视不足,过度依赖医生的指导,这不仅会增加医务工作者的负担,还可能导致患者忽视自我管理的重要性,减少他们在心理调适和运动治疗等自我主导的防治措施上的投入。因此,政府在制定糖尿病防治政策时,应考虑到这些潜在的问题,寻求在强制型政策工具与其他类型工具之间的平衡。

自愿型政策工具与其他两种工具的使用相比明显不足,虽然其使用频次和占比有所增加,但仍处于劣势。原因可能是由于我国社区 2 型糖尿病患者的自我管理行为和家庭关怀服务发展尚处于探索阶段,政府希望通过强制型政策工具促进其发展,而对于糖尿病患者自我管理服务和家庭与社区服务尚未引起足够重视。此外,本研究发现自愿型工具主要

覆盖一级预防,而在二、三级预防方面则较为薄弱,可能的原因是,二级预防中,高危人群筛查服务方面,更关注于强制型的高危人群血糖测量,忽略了以自愿型为主的公众自测和社区主动筛查;三级预防重点放在了强制型的患者治疗上,却忽视了患者自我管理的重要性,而这正是延缓已有糖尿病并发症的关键因素之一。

在混合型政策工具的应用中,信息和规劝工具的使用较为普遍,反映出糖尿病健康教育较为重视。通过健康教育提高公众的健康素养,鼓励健康的生活方式,从而降低糖尿病发病率。然而,其实施效果仍有较大的问题:首先,目前多采用媒介型服务形式,交互型服务形式偏少。通过大众媒体传播糖尿病防治相关知识,虽然能广泛传递信息,但缺乏与受众的直接互动。相比之下,交互型服务形式,如健康咨询、健康讲座及社区义诊等,能更有效地与受众进行沟通,为其提供更加个性化的糖尿病防治知识和建议;其次,现行信息与规劝工具的内容通常过于宏观,未能对健康教育涉及的具体内容条目进行细分,这与吴杨^[21]学者的结论一致。如在《关于开展2020年联合国糖尿病日主题宣传活动》^[22]中虽提及“广泛宣传糖尿病防治知识,切实提高广大居民对糖尿病防治重要性的认识”,但未具体明确教育条目及实施细节。交叉分析显示,该类政策工具部分条目未能明确具体参与者和执行细节,可能导致政策执行效率低下和目标规划不清晰等问题。

3.2 糖尿病三级预防覆盖较为广泛,但不同预防级别分布差异性显著

不同预防级别的服务均有涉及,但在不同预防级别中政策工具分布不均衡,且不同预防级别与三种基本政策工具之间存在显著差异。这种差异性可能源于不同预防层级面临的特定挑战和目标。如一级预防侧重于普及健康知识、促进健康生活方式,可能更多地采用信息与劝诫工具;二级预防关注疾病的早发现、早治疗,可能更多依赖于直接服务工具进行高危人群的筛查;而三级预防则致力于减少并发症、提高生活质量,可能更侧重于规制、命令性和权威性工具以确保服务的及时性和有效性。分预防级别来看,三级预防占比最高,表明政策更注重对患者的治疗,延缓已存在的糖尿病并发症的进展,降低致残率和死亡率,但仍存在可考核指标不全等问题;二级预防占比偏少,不利于糖尿病患者的早发现、早诊

断、早治疗;一级预防占比适中,但其中疾病基线调查服务在10项服务中最为落后,疾病基线调查服务有助于在患病早期发现高风险群体,尤其是对那些可能未察觉到自己健康问题的人群,有助于对这些人群的早期干预,并且本研究发现,目前糖尿病基线调查服务普遍缺乏统一的质量标准,这与于蕾^[23]的结论一致,这种情况不利于有效识别糖尿病高风险人群,可能导致错过对这些高危人群实施针对性健康教育和早期干预措施的关键时机。

3.3 糖尿病防治服务不同服务类别内部的政策工具使用失衡

交叉分析结果显示,10项服务中有8项由强制型政策工具为主,高危人群筛查、患者分级与随访管理服务尤为显著,这两项服务需要以强制型政策工具为依托,保障该服务作为公共物品的有效提供。短期内,采用强制型政策工具可以确保糖尿病患者定期接受健康检查和治疗调整,有利于患者在患病初期得到恰当的指导和治疗,但是鉴于糖尿病是一种长期且易引发多种并发症的慢性疾病,过溢的强制型政策工具,缺乏有效的家庭和社区支持的自我管理的自愿型政策工具不利于对患者自我管理行为的动态监测,不利于对患者的持续性管理与并发症的预防。

4 建议

4.1 提高政策工具精准性:强化糖尿病不同防治服务特性与政策工具的有效结合

当前的糖尿病防治政策虽然以强制型政策工具为主,确保了政策的广泛执行和公共健康的普遍受益,但随着对糖尿病认识的加深,不同预防级别和服务类别的独特需求亟待更精细的政策工具。

从不同服务类型来看,首先,高危人群筛查、患者随访管理、患者治疗这三类服务需结合信息提供和健康劝诫的混合型政策工具,以及侧重于家庭和社区支持的自愿型政策工具的运用来进行患者管理,如在高危人群筛查服务中,如果公众自测和社区主动筛查以自愿型为主,可以增强居民的自我管理能力和提高社区参与度和慢性病健康素养水平^[24],从而激发个体采取主动预防措施,在整个社区内形成健康促进的良性循环;其次,疾病危险因素、监测患者治疗、相关疾病监测服务需在强制型政策工具的基础上结合自我管理、家庭和社区管理等自愿型政

策工具。研究表明,基于社区和患者的糖尿病自我管理支持 (Diabetes Self Management Support, DSMS)^[25] 可以让更多人参与到自我管理支持体系中,使患者受益。从长期来看,该类服务结合强制型政策工具和自愿型政策工具,不仅可以确保高危人群得到必要的筛查,还能通过教育和自主参与来提高整个社区的健康水平,为公共健康提供持续的积极效应。这种双轨策略平衡了立即性的医疗需求与长期的健康教育目标,可以为有效管理和预防糖尿病提供一个全面而灵活的框架。最后,以自愿型为主的病因预防,需要与混合型中的信息与规劝工具结合,适当的健康引导,帮助提高公众的健康水平,降低患病风险。

4.2 优化政策工具结构:重视政策工具与三级预防策略的协同运作

鉴于糖尿病是长期并易于引发并发症的慢性疾病,短期的强制管理策略只能提供初步控制,长期有效的防控需要政策工具与三级预防策略的协同运作,以确保糖尿病防治工作的持续性和效果。首先,在混合型政策工具中,一级预防中的健康教育方面,一是需细化健康教育类目,使现行信息与规劝工具的内容更具有针对性,在制定健康教育目标时应重视患者的参与和反馈;二是增加交互型服务形式,例如提供健康咨询、开设健康讲座及进行社区义诊等活动,以加强与目标人群的互动和沟通,向居民提供更个性化的糖尿病预防知识及建议;其次,在强制型政策工具方面,要加强强制型政策工具的有效性,尤其是一级预防中的疾病基线调查方面,要提升疾病基线调查服务的质量和广泛性,需进行常规化、规范化、科学化的优化改进;最后,在自愿型政策工具方面,要适当增加二级预防和三级预防的比例,二级预防方面,尤其在糖耐量减退阶段^[26],可以通过加强运动指导、饮食指导、健康指导等进行早期干预治疗,控制或延缓糖尿病的发展。在三级预防中,应重视社区和家庭管理,以减缓并发症的发展,改善 2 型糖尿病患者的健康状态、临床结果和生活质量。

本研究的局限性:所选取的政策文本存在一定的局限性,一些网络上未公开的政策未被选取在内;在进行政策编码时,编码工作量大,难以做到全面客观,编码过程中可能会掺杂部分个人的主观判断。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中国老年 2 型糖尿病防治临床指南(2022 年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2022, 30(1): 2-51.
- [2] 於晓峰, 王佳静, 曹丽玲. 基于基本公共卫生服务体检空腹血糖受损居民糖尿病检出及危险因素分析[J]. 中国社区医师, 2020, 36(9): 172-173.
- [3] 白书忠, 徐卸古, 田京发, 等. 糖尿病防治健联体的构建与实施[J]. 中华健康管理学杂志, 2019, 13(1): 3-6.
- [4] 陈振明. 政府工具研究与政府管理方式改进:论作为公共管理学新分支的政府工具研究的兴起? 主题和意义[J]. 中国行政管理, 2004(6): 43-48.
- [5] 郭牧天, 朱小颖. 我国疾病预防控制体系建设历程中的政策工具变迁分析[J]. 中国公共卫生管理, 2023, 39(6): 761-765.
- [6] 李建悦. 我国精神卫生政策文本量化分析[D]. 太原: 山西医科大学, 2023.
- [7] 谢敏, 张梦云. 政策工具视角下突发公共卫生事件中社区应急管理政策文本分析[J]. 科技和产业, 2023, 23(2): 204-211.
- [8] 孙文俊, 李慧宁, 邢星, 等. 政策工具和利益相关者双重视角下我国儿童健康政策文本量化分析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(8): 1467-1472.
- [9] 泽宇, 井淇, 段明雪, 等. 政策工具理论下我国老年认知障碍政策文本分析[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(7): 557-560.
- [10] 蒲欣, 卿勇, 李朝娟, 等. 政策工具视角下我国艾滋病医疗保障相关政策的文本量化分析[J]. 现代预防医学, 2023, 50(4): 665-670.
- [11] 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017-2025 年)的通知[EB/OL]. (2017-02-14) [2024-08-07]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2017-02/14/content_5167886.htm
- [12] 国家卫健委. 健康中国行动(2019-2030 年)[EB/OL]. (2019-07-15) [2024-04-06]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3585u/201907/e9275fb95d5b4295be8308415d4cd1b2.shtml>
- [13] Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems[M]. Toronto: Oxford University Press, 1995.
- [14] 朱春奎, 等. 政策网络与政策工具:理论基础与中国实践[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2011.
- [15] 郝模. 追求卓越:构建适宜公共健康体系[M]. 北京: 中共中央党校出版社, 2021.
- [16] 欧文·E·休斯. 公共管理导论[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2007.

- [17] 舒皋甫. 城镇医疗保障体制改革政策工具研究[D]. 上海: 复旦大学, 2009.
- [18] 国务院. 2023年全国居民健康素养水平提高到29.70% [EB/OL]. (2024-04-24) [2024-08-07]. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202404/content_6947232.htm
- [19] 张琳, 刘延锦. 糖尿病患者健康素养与自我管理现状及相关性分析[J]. 中国临床护理, 2022, 14(5): 312-316.
- [20] 吴林海, 陈宇环, 陈秀娟. 中国食品安全风险治理政策工具的演化轨迹与内在逻辑[J]. 公共治理研究, 2022, 34(3): 32-45.
- [21] 吴杨, 陈茹. 三级预防视角下我国慢性病政策的文本分析[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(6): 711-714.
- [22] 国卫生健康委发文: 开展2020年联合国糖尿病日主题宣传活动 [EB/OL]. (2020-11-02) [2024-08-07] . <http://www.ddcdc.org.cn/m/news.asp?id=119>
- [23] 于蕾. 宿迁市慢性病及其危险因素调查的主要做法及体会[J]. 中国卫生产业, 2017, 14(29): 174-175.
- [24] 阿力米热·阿布迪热依木. 克州地区居民2型糖尿病患病特征及影响因素研究[D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2024.
- [25] Lorig K, Sobel D, Stewart A, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial[J]. Medical care, 1999, 37(1): 5-14.
- [26] 张晨, 王晓艳, 张鑫鑫. 社区开展糖尿病二级预防措施探讨[J]. 中国社区医师, 2018, 34(36): 181, 183.
- [收稿日期:2024-08-07 修回日期:2024-09-25]
(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

2022年全球糖尿病成人患病率达14%

《柳叶刀》(The Lancet)于2024年11月14日世界糖尿病日前夕发布的最新研究显示,1990—2022年,全球糖尿病成人患病率从7%升至14%,2022年全球糖尿病成人患者超过8亿,是1990年的4倍多,30岁及以上的糖尿病患者中有59%未接受常规治疗。

该研究报告进一步揭示了全球糖尿病患病情况的地区差异,其中,中、低收入国家糖尿病成人患病率增幅最大,90%未获治疗的成年糖尿病患者生活在中、低收入国家。对此,该研究强调迫切需要采取强有力的全球行动解决糖尿病患病率上升和治疗缺

口扩大问题,特别是解决中、低收入国家的上述问题。

该研究由非传染性疾病危险因素协作组织(the NCD Risk Factor Collaboration, NCD-RisC)与世界卫生组织(WHO)合作开展,纳入了1000多项调查、超过1.4亿名18岁及以上不同国家人群的相关数据,是首次对所有国家的糖尿病患病率和治疗情况趋势进行研究的全球性分析。

(来源:摘编自WHO网站)