

上海市整合式社区慢性病健康管理模式实践探索

程旻娜¹, 隋梦芸¹, 张晟¹, 郑杨¹, 顾凯¹, 杨群娣¹,

阮晔¹, 王玉恒¹, 严青华¹, 杨沁平¹, 付晨², 余荣¹, 施燕¹

(1. 上海市疾病预防控制中心, 上海 200336; 2. 上海市卫生健康委员会, 上海 200125)



施燕, 上海市疾病预防控制中心慢性非传染病与伤害防治所所长, 主任医师, 硕士生导师, 上海市医学领军人才, 长期从事慢性病防治工作。研究制订及参与慢性防治相关内容的研制, 负责起草多个慢性病防治规范性文件。负责完成第四轮3年行动计划项目“利用健康大数据完善上海市糖尿病预防和控制服务体系”, 组织实施本市重大公共卫生项目“社区居民大肠癌筛查项目”。受聘国家老年疾病临床医学研究中心(华山)项目第一批负责人, 担任WHO“全球老龄化与成人健康研究”中国项目负责人之一。入选第5批上海市医学领军人才。主持上海市重大项目、重点项目, 上海市卫生健康委员会及国家相关学会科研项目3项, 以第一作者或通信作者发表SCI或中文核心期刊论文25篇。参与编制及出版相关著作2部。获得专利授权6项, 软件著作权5项, 科技成果1项。获上海市预防医学会科学技术奖一等奖1项。负责制定市级慢性病相关诊疗规范和指南2项, 技术标准6项。

摘要 人口老龄化的加重使得慢性病的防治压力日益凸显且面临前所未有的挑战。上海市政府历来重视慢性病防治工作并取得了良好成效, 建立起政府主导、多部门合作、全社会参与的慢性病防治工作机制、“四位一体”的慢性病综合防治模式和市区两级的慢性病健康管理信息系统。近年来, 上海市围绕“以健康为中心”的服务策略, 构建整合式社区健康管理模式, 通过出台慢性病综合防治工作规范、完善慢性病健康管理信息系统和推广慢性病健康管理支持中心, 通过技术、数据和服务3个层面开展整合探索, 不断完善和优化模式的内涵; 模式实施成效显著, 整合式社区健康管理模式在全市范围内实施并深入推广, 完成健康风险评估217.61万人(其中共病随访服务61.99万人), 开展高风险人群发现与管理, 服务人数提高了9倍; 同时建成72个社区慢性病健康管理支持中心, 提供标准化服务390万人次, 覆盖81万人, 血压、血糖等指标异常检出率较常规提高了10%~20%, 具有较好的卫生经济学效益, 已被纳入健康上海行动和社区卫生服务能力提升等多项政策并逐步推向长三角地区。未来将持续优化整合式社区慢性病健康管理模式; 基于大数据应用, 构建线上、线下协同的干预服务; 建立评价指标体系, 完善慢性病综合防治服务评价。

关键词 整合式; 社区; 慢性病; 健康管理模式; 信息化

中图分类号: R473 文献标志码: A 文章编号: 1005-930X(2024)10-1370-04

DOI: 10.16190/j.cnki.45-1211/r.2024.10.008

Exploring the practice of integrated community chronic disease management model in Shanghai

CHEN Minna¹, SUI Mengyun¹, ZHANG Sheng¹, ZHENG Yang¹, GU Kai¹, YANG Qundi¹, RUAN Ye¹, WANG Yuheng¹, YAN Qinghua¹, YANG Qinpings¹, FU Chen², YU Rong¹, SHI Yan¹. (1. Shanghai Municipal Center for Disease Control and Prevention, Shanghai 200336, China; 2. Shanghai Municipal Health Commission, Shanghai 200125, China)

Abstract The aggravation of population aging has made the pressure of chronic disease prevention and treatment increasingly prominent and faced unprecedented challenges. The Shanghai Municipal Government has al-

[基金项目] 上海市加强公共卫生体系建设3年行动计划(2023—2025年)(No. GWVI-8); 上海市加强公共卫生体系建设3年行动计划(2023—2025年)公共卫生重点学科建设项目(No. GWVI-11.1-22); 上海市卫生健康委员会资助项目(No. 2024HP61)

[共同第一作者] 程旻娜、隋梦芸

[通信作者] 施燕, E-mail: shiyan@scdc.sh.cn; 余荣, E-mail: yurong@scdc.sh.cn

[收稿日期] 2024-05-22

ways attached great importance to the prevention and treatment of chronic diseases and has achieved good results, establishing a government-led, multi-sectoral and community-wide mechanism for the prevention and treatment of chronic diseases, a “four-in-one” model for the comprehensive prevention and treatment of chronic diseases, and an urban and municipal-level chronic disease health management information system. In recent years, Shanghai has built an integrated community health management model based on the “health-center” service strategy, continuously improving and optimising the connotation of the model through the introduction of specifications for the comprehensive prevention and treatment of chronic diseases, the improvement of the chronic disease health management information system and the promotion of the construction of chronic disease management center, as well as the exploration of integration at the three levels of technology, data and services. The model has been implemented with remarkable results, and the integrated community health management model has been implemented and deeply promoted throughout the city, completing the health risk assessment of 2,176,100 people (including 619,900 people with co-morbidities follow-up services), carrying out the discovery and management of high-risk population, and increasing the number of people served by a factor of 9 times. At the same time, 72 community chronic disease management centers have been built, and standardized services have been provided for 3.9 million times, covering 810,000 individuals. The detection rate of abnormalities in blood pressure, blood glucose and other indicators has increased by 10% to 20% compared with the norm, with better health economics benefits. These centers have been incorporated into many policies such as the Healthy Shanghai Initiative and Community Health Service Capacity Enhancement, and are gradually promoted to the Yangtze River Delta region. In the future, efforts will focus on optimizing the integrated community chronic disease health management model. Online and offline synergistic intervention services will be built based on big data applications. Additionally, an evaluation index system will be established to improve the assessment of comprehensive prevention and treatment services for chronic diseases.

Keywords integration; community; chronic disease; health management model; informatization

1 上海市慢性病流行现状

随着人口老龄化加剧,慢性病负担日益加重,疾病防治工作面临巨大的挑战^[1]。本市慢性病患病率和发病率处于较高水平。2017年,高血压患病率为31.40%^[2],糖尿病为21.7%^[3],均高于同期全国平均水平^[4];恶性肿瘤粗发病率为513.9/10万,标化发病率为246.31/10万^[5],40岁及以上居民慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)患病率为12.07%;2022年,心脑血管急性事件发病率约为653.2/10万;2023年,慢性病死亡人数占总死亡人数的93.4%。慢性病正严重威胁本市居民的健康,增加医疗卫生服务利用、费用和社会负担。

2 整合式社区慢性病健康管理模式建立的基础

通过20余年的不断建设,上海市慢性病综合防治取得了良好成效。2000年本市率先在全国颁布了第一个省级慢性病规划文件——《上海市预防与控制慢性非传染性疾病中长期规划(2001—2015

年)》,建立起了政府主导、多部门合作、全社会参与的慢性病防治工作机制。通过连续4轮加强公共卫生体系建设3年行动计划,慢性病防治经费得到充分保障,慢性病防治队伍与网络不断完善,逐步形成“医防融合、分级诊疗、全程服务、规范管理”的综合防治体系以及疾病预防控制机构、医疗机构、社区卫生服务中心和公众“四位一体”的慢性病综合防治模式。全市开展死因登记、肿瘤登记、心脑血管急性事件登记报告、主要慢性病及其危险因素监测等各项慢性病监测工作,在社区不断深化高血压、糖尿病、癌症患者规范化管理与服务。自2011年起,依托两期健康信息网工程建设,建立基于市、区两级平台的数据交换网络,实现近600家医疗卫生机构的互联互通,高血压和糖尿病信息化管理网络实现社区全覆盖。上述的工作为整合式社区慢性病健康管理模式的建立提供了坚实的基础和稳固的基点。

3 整合式社区慢性病健康管理模式实践

3.1 模式实施的必要性

慢性病防治面临新形势、新任务、新要求。世界卫生组织和我国政府均提出建立以强大的基层卫生服务为基础、以人为本和注重质量的一体化服务提供体系,即“以人为本的一体化服务^[6]”;《“健康上海2030”规划纲要》《上海防治慢性病中长期规划(2018—2030年)》《健康上海行动(2019—2030年)》均强调以人为本,实施慢性病综合防治战略,对慢性病管理水平和服务能力提出新的要求。健康服

务需求面临挑战,群众对健康服务需求逐步多元化,如何进一步优化疾病防治策略流程,整合各方面的资源,为广大市民提供全方位、全生命周期的健康服务,是当前面临的重要挑战。同时5G、人工智能、大数据、物联网等信息技术推动慢性病健康管理服务深刻转型。基于此,上海市实施了整合式社区慢性病健康管理模式(图1)。

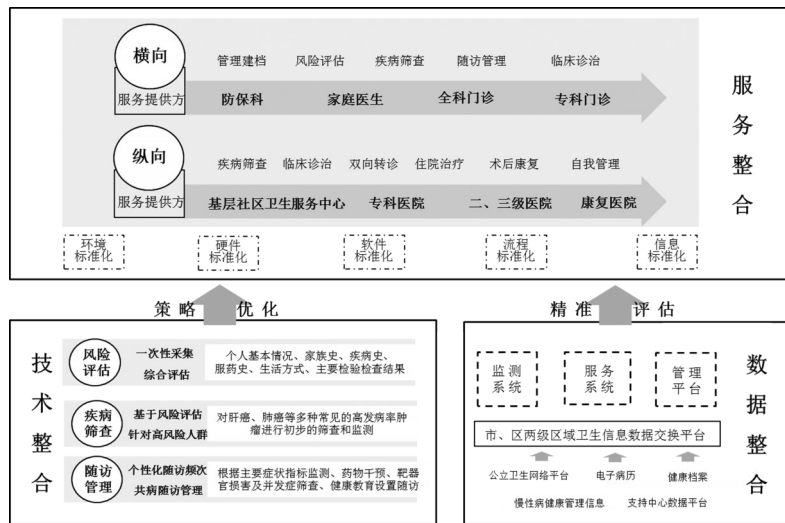


图1 整合式社区慢性病健康管理模式图

3.2 核心理念

以“共病管理”为切入点,以健康管理支持中心为载体,以升级版的社区慢性病健康管理信息系统为支撑,应用覆盖高血压、糖尿病、慢阻肺、癌症等多种常见慢性病的联合风险评估、筛查、随访、干预等共病管理适宜技术,通过技术整合、数据整合、服务整合,促进慢性病多病共防、多病共管的新模式,有力地推进了社区慢性病健康管理从以病为核心向以人为核心转变,从单病管理向共病管理转变,从各自为阵向医防融合、分工协作转变,从粗放管理向精细管理转变^[7]。

3.3 具体做法

3.3.1 制定慢性病综合防治工作规范,加强技术整合 2017年上海市卫生和计划生育委员会组织制定《上海市社区健康管理规范—慢性病综合防治(2017年版)》,秉持“健康第一”和“以人为本”的理念,以慢性病综合防治服务与管理为突破口,将单一疾病管理模式改为以“人”为单位的全程健康管理模式。整合高血压、糖尿病、脑卒中、肿瘤等不同疾病筛查技术,将不同疾病的危险因素、筛查技术、随访干预措施等进行梳理归纳,形成慢性病综合风险评估、疾病联合筛查以及共病随访策略。同时明确了社区慢性病管理的组织体系,界定了各级

卫生健康行政部门、各级各类医疗卫生机构在社区健康管理工作中的职责与分工,规范了高血压、糖尿病、脑卒中、肿瘤等主要慢性病的社区健康管理工作流程,优化了慢性病的社区健康管理的工作内容,不断深化和完善慢性病管理的内涵。

3.3.2 完善慢性病健康管理信息系统,实现多来源数据集成与整合 2021年,全市建立了基于市、区两级平台的社区慢性病健康管理信息系统,实现了自动采集相关数据,并与居民电子健康档案、慢性病健康管理信息、家庭医生服务、健康体检、公共卫生筛查等多系统无缝对接,同时联通市、区两级诊疗信息平台,实现医疗服务与公共卫生服务间的信息协同、实时共享与有效利用。信息系统在慢性病服务层面和管理层面提供重要支撑作用。其中,服务层面包括提供多个来源的慢性病监测数据汇聚和分析,慢性病及其危险因素定期监测,个体和群体风险评估,人群自动分类,在医生诊间提供筛查、干预、管理、治疗等全程一站式服务,自动追踪临床诊断和并发症就诊及检测信息,提醒医生根据异常指标及新发疾病及时调整共病管理要求;管理层面涵盖为政府决策提供循证依据、数据快速调用和实时分析、常态化监测和评估等。信息系统推动了社区慢性病健康管理核心服务的规范化、综合化、

精准化、标准化,切实提高健康服务的质量、效率和效果,提升居民获得感。

3.3.3 推广慢性病健康管理支持中心,深入开展整合式慢性病健康管理服务 上海市疾病预防控制中心联合上海市高血压研究所、糖尿病研究所、呼吸病研究所等多家市级诊治中心和临床机构,针对高血压、糖尿病、慢阻肺、脑卒中、肿瘤等主要慢性病,研制适用于在基层医疗卫生机构开展的标准化测量(检查)适宜技术及工作流程,出台诊室血压、末梢血糖、简易肺功能、身高、体重等指标测量(检查)环境、硬件、软件、流程、信息等标准,实现了“标准化测量和自动化上传”,统一部门和机构间的服务标准,并且开发了人工智能语音随访采集话术和技术。上述技术标准和服务标准在慢性病健康管理支持中心落地,支持中心是整合式社区慢性病健康管理模式的服务载体,是在社区卫生服务中心/乡镇卫生院设立的独立区域。为了顺利推动支持中心和模式的实施,上海市疾病预防控制中心出台了《社区慢性病健康管理支持中心建设方案》,明确其功能布局及设施设备配置、服务内容、人员配置能力、服务质量和组织评审等标准化和规范化要求。整合式社区慢性病健康管理模式,主要涵盖慢性病相关危险因素信息登记、风险评估、干预和管理、双向转诊、定期随访(涵盖智能语音随访)和评估^[8]、自主健康管理、共病管理等全流程和全闭环服务。

3.4 实施成效

首先,受益人群覆盖面广。上海市全面开展整合式社区慢性病健康管理模式,提供全程健康管理服务管理,完成健康风险评估217.61万人(其中共病随访服务61.99万人),开展高风险人群发现与管理,服务人数提高了9倍;同时,72个社区慢性病健康管理支持中心已顺利建成并投入使用,提供标准化服务390万人次,覆盖81万人;评估显示慢性病防治效率远高于常规工作模式,血压、血糖等指标异常检出率较常规提高了10%~20%^[9]。其次,具有较好的卫生经济学效益。实施模式的社区额外投入45216元,使管理对象一年内缺血性脑卒中发病率下降了7.7人/万人(ICER值为5872.2),投入产出比达到1:5.86。再次,被正式列入政府行动计划和卫生政策框架之中。支持中心建设和模式被纳入健康上海行动、社区卫生服务能力提升、家庭医生签约服务等多项政策实施内容,并以此为契机制定了2022年长三角区域统一地方标准《社区慢性病健康管理机构建设与服务规范》,形成整合型、智慧化、高品质的慢性病服务示范并辐射长三角。

4 总结与展望

第一,持续优化整合式社区慢性病健康管理模

式。针对社区慢性病患者转诊仍存在纵向衔接障碍,社区卫生服务中心与综合医院对慢性病患者的服务不连续等问题^[10],下一步将完善模式,优化社区慢性病医防融合实施路径与融合机制;第二,基于大数据应用,构建线上、线下协同的干预服务。形成包含功能健康指标、主动健康管理等适宜技术的慢性病综合干预工具包;第三,完善慢性病综合防治服务评价。建立完善服务评价指标体系,对健康管理指标进行长期监测、干预、管理和评价。

参考文献:

- [1] 朱璇,陈爱云.国外经典慢性病管理模式对我国慢性病管理的启示[J].中国全科医学,2023,26(1):21-26.
- [2] 上海市疾病预防控制中心.上海市慢性病及其危险因素监测报告(2017)[M].上海:上海科学普及出版社,2022:3-4.
- [3] 黎衍云,杨沁平,吴菲,等.上海市35岁及以上居民2型糖尿病流行现状及影响因素分析[J].中国慢性病预防与控制,2029(10):729-734.
- [4] 中国疾病预防控制中心,中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心.中国慢性病及危险因素监测报告:2018[M].北京:人民卫生出版社,2021:4-5.
- [5] 顾凯,庞怡,吴春晓,等.2017年上海市恶性肿瘤发病和死亡情况与2002—2017年的变化趋势分析[J].肿瘤,2023,43(4):241-256.
- [6] 姚克勤,赵敏捷,郑静,等.基于主题框架分析整合型医疗卫生服务体系建设典型案例研究[J].卫生软科学,2023,37(3):11-17.
- [7] 程旻娜,张晟,隋梦芸,等.信息化支撑的整合式社区慢性病健康管理模式探索[J].上海预防医学,2022,34(11):1079-1084.
- [8] 王思源,周峰,高俊岭,等.人工智能电话随访在高血压随访管理中的应用[J].中国慢性病预防与控制,2021,29(11):817-820.
- [9] 严青华,俞捷,王玉恒,等.应用诊室血压标准化测量模式对社区35岁及以上人群首诊测量血压的效果评价[J].中华预防医学杂志,2020(4):416-419.
- [10] 于亚航,赵璇,李惠文,等.我国基层医疗卫生机构医防整合支持环境现状研究[J].中国全科医学,2021,24(1):52-59.

本文引用格式:

程旻娜,隋梦芸,张晟,等.上海市整合式社区慢性病健康管理模式实践探索[J].广西医科大学学报,2024,41(10):1370-1373.DOI:10.16190/j.cnki.45-1211/r.2024.10.008

CHEN M N, SUI M Y, ZHANG S, et al. Exploring the practice of integrated community chronic disease management model in Shanghai [J]. Journal of Guangxi medical university, 2024,41(10):1370-1373.DOI:10.16190/j.cnki.45-1211/r.2024.10.008