· 专题报道 ·

不同国家慢性病管理模式及中国“整合式”慢性病管理模式构建*

吕兰婷,刘芳

摘　要:从“供方、需方和保方”3 个角度总结归纳国际上 5 种慢性病管理模式和代表国家的实践经验,构建中国“整合式”慢性病管理模式:具有明确的服务人群,制定以基层为中心的慢性病管理路径国家指导,通过专人协调各级各学科服务提供方之间的协同,通过医保支付等激励机制“牵引”落实慢性病管理的有效执行,引入绩效管理提高慢性病管理服务质量,积极探索其他综合配套手段等。

关键词:慢性病;管理模式;“整合式”慢性病管理模式;构建;中国

中图分类号:R-013;R19　**文献标志码**:A　**文章编号**:1001-0580(2017)11-1578-06　DOI:10.11847/zgggws2017-33-11-10

Chronic disease management approaches in various countries and design of China's “integrated” chronic disease management model

LÜ Lan-ting, LIU Fang (*Renming University of China*, *Beijing* 100872, China)

Abstract: We summarize five internationally recognized chronic disease management approaches and their typical implementation in five countries, based on a 3-aspects (provider, patient, and insurer) analysis framework. We then propose to construct an “integrated” chronic disease management model in China: specifying explicit targeting population, formulating grassroots-centered care pathways and national management standards, appointing dedicated individual to strengthen the cooperation among required services providers at difference tiers and of various disciplines, improving chronic disease management practice by means of incentives such as additional payment from insurance schemes and financial support, promoting the use of performance management to improve care quality, and exploring systematic supporting methods to drive the implementation of chronic disease management.

Key words: chronic disease; management approach; “integrated” chronic disease management model; design; China

据报道,目前中国慢性病患病人数已达 2.6 亿,慢性病导致的死亡人数已占全国总死亡人数的 85%,其引起的疾病负担已占疾病总负担的 70%[1],同时慢性病患病率仍呈上升趋势[2],将持续对我国的社会经济产生沉重的负担。虽然近年来中国慢性病管理工作的开展已有一些成效[3],但我国慢性病管理体系尚未完善,需要进一步探索建立新的慢性病管理模式,以减轻慢性病危险因素[4]。慢性病管理是一个连续的医疗过程,包括疾病预防、诊断、治疗和康复等医疗服务过程,结合我国医疗卫生服务体系典型的“医、患、保”三方结构,本文从“供方、需方和保方”3 个角度总结归纳了国际上 5 种慢性病管理模式和代表国家的实践经验,构建中国“整合式”慢性病管理模式,并尝试根据国际经验,提出构建中国“整合式”慢性病管理模式的政策建议。

1　慢性病管理模式

目前国际上慢性病管理模式多种多样,从服务提供差异可将全球广泛应用的慢性病管理模式概括为病案管理模式、护士主导管理模式、多学科协作团队管理模式、协调式照护模式和管理性出院模式五大类[5-6]。

2　五类慢性病管理模式案例分析

2.1　*病案管理模式—以美国为例*　病案管理的理念起源于美国,是由指定的病案管理师按照“量身定制”的管理计划对患者进行密切管理的管理模式。(1)需方:主要针对病情严重复杂以及医疗风险、社会风险和经济风险极高的患者;在美国实践中为根据凯撒“风险金字塔”模型确定为风险最高的金字塔塔尖患者[5]。(2)供方:这类管理的一般路径为:病案选择—评估—制定管理计划—多方照护管理协调[6]。首先是根据风险选择患者;其次是评估患者健康情况,从而确定其医疗、社会照护和管理需要;然后由病案管理师、患者、全科医师(general practitioner, GP)、照护者等综合考虑相关因素制定个人管理计划;最终根据计划进行管理。该模式病

* **基金项目**:国家社科基金重大项目(13&ZD165);国家社科基金项目(15BGL170)

作者单位:中国人民大学公共管理学院,北京 100872

作者简介:吕兰婷(1983-),女,浙江人,副教授,博士,研究方向:卫生政策与管理、卫生技术评估。

数字出版日期:2016-7-19 10:07

数字出版网址:http://www.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20160719.1007.026.html

案管理师是关键,是患者健康的“管家”,不仅负责与多学科、各层医疗服务供方(包括基层医疗机构、医院和社区等)协调为患者协调安排需要的医疗服务(如代表患者申请和协商获得特定的医疗服务);还负责对患者的密切监管计划执行情况(如用药管理、自我照护支持、心理社会支持等各方面),定期监测和评估更新管理计划;同时负责与医保方的紧密联系协调。病案管理在美国应用广泛,已经形成行业组织,如病案管理协会和病案管理联合会。这些组织不仅协调病案管理的各利益相关方,还负责制定病案管理的标准和管理规范。(3)支付、激励方式:病案管理能够在美国得到广泛推广,不仅归功于其临床的有效性,还在于和医保支付、绩效管理等配套激励措施的同步实行。美国的联合医生执业项目中对冠心病、糖尿病、心力衰竭和高血压 4 种慢性病设定了绩效考核指标[7]。初级诊疗病案管理(primary care case management, PCCM)项目是由国家医疗援助医保提供的病案管理项目,援助医保除需常规按项目支付之外,每月还支付一定病案管理费用。同时,PCCM 项目实行挂钩病案管理的绩效管理,援助医保对医保经办机构和服务供方(特别是初级保健层面)都根据绩效结果支付奖金[8]。

2.2 *护士主导照护管理模式—以英国为例* 此类管理指在慢性病管理中,由一个具有专业技能的护士主导与患者的接触并与医疗团队其他成员协作管理患者,主要的干预措施包括护理疗法、评价和评估、健康教学和咨询、治疗和手术等。与病案管理模式比较,此类模式从规范上允许护士为病人提供医疗服务。英国国民医疗服务体系(National Health System, NHS)为国民提供基本免费的医疗服务,实行全科医师“守门人”制度,19 世纪 90 年代,英国全科医疗服务协议出台,规定由全科医生提供慢性病管理服务也可报销,以此为契机,在慢性病管理领域全科护士(general practitioner nurse, GPN)开始大量出现;2004 年,NHS 改革计划引入了一个新的角色“社区护士长”,加强了护士的作用,将护士主导的照护管理模式在全国推行[9]。(1)需方:目标人群主要为需要长期照护的人群,如慢性病患者和老年人等;一般由 GP 确定。(2)供方:此种管理模式以社区护士长为主导,社区护士长不仅扮演着“病案管理者”的角色,为患者提供密切监管,并可为患者提供医疗服务。社区护士长提供的医疗服务介于医师和护士之间,需要懂得医疗和护理的专业知识,并需要根据国家的指南和标准接受培训,每位社区护士长约服务 50 例慢性病患者。英国护士主导的慢性病管理模式的管理路径如下:GP 推荐—病案选择—评估—制定管理计划—多方照护管理协调[9]。首先,如果患者患有多种慢性病或其他疾病并伴随并发症,属于高风险患者,患者的全科医生会将患者推荐给 1 名社区护士长;然后,社区护士长通过风险分级工具来进行病例选择具有住院风险的患者;随后通过评估分析其需求,与患者一起制定管理计划;并按照计划对其进行教育或提供其他医疗服务,并协调多方开展全方位照护管理。护士和全科医生保持紧密合作是这种模式得以在英国全面实施的基础。管理标准和规范由国家卫生和临床规范研究院(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)制定,由英国国民医疗服务体系英格兰总局(National Health Service England, NHS England)和医疗服务购买团队(Clinical Commissioning Groups, CCGs)对医疗服务进行监管,并由质量管理委员会(Care Quality Commission, CQC)评估服务质量。(3)支付、激励方式:英国社区护士长管理模式主要由社区护士长协助全科医生开展慢性病管理服务。团队提供慢性病服务可得到依据绩效的支付:2004 年开始英国引入质量和结果框架的绩效管理(quality and outcomes framework, QQF),将全科医生收入的 25% 划为绩效收入;QOF 针对预防性服务和慢性病管理服务均设立评价标准,涉及慢性病的指标包括高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等[10-11]。

2.3 *多学科协作团队管理模式—以澳大利亚为例* 多学科团队管理模式是病案管理模式的一个扩展,通过多学科的综合团队来共同管理慢性病患者的需求。这个团队不仅包括医学专业人员如医生、护士、药物学家,还包括营养师和社会工作者等。(1)需方:经全科医生判断为高风险并可从多学科慢性病管理受益的人群:全科医生决定患者需要哪类慢性病管理。(2)供方:以糖尿病管理为例,澳大利亚多学科协作团队主要成员包括:①全科医生:识别慢性病早期症状、提供医疗服务、推荐专科医生并根据患者的需求提供连续管理服务;②全科护士:负责跟踪管理,例如评估患者状况、提供教育、改变患者的生活方式,确保患者与专科医师预约等;③协同服务团队(allied health profession, AHP):涵盖多个领域,包括健康工作者、营养师、运动心理学家、心理健康护士、心理健康社会工作者、职业治疗师、整骨疗法专家、物理治疗师、足部诊疗师、心理学家等[12]。以“慢性病管理项目”(chronic disease management, CDM)为例,其管理路径如下:GP 初步制定团队管理计划(team care arrangements, TCA)或 GP 管理计划(GP management plan, GPMP) – GP 和 GPN 确定 AHP 人员和服务内容—确定 TCA 管理计划—与患者签约并提供“医疗保险 AHP 转诊表”—AHP 提供服务—AHP 出具患者医疗服务报告[12]。首先,GP

为有需要的患者制定 GPMP 或 TCA 管理计划,并与患者讨论管理计划;其次,GP 联系 AHP 团队,经患者同意后根据 TCA 与 AHP 讨论确定团队专家提供的专业服务内容;再次,GP 在 TCA 中记录 AHP 管理意见;然后,患者必须在 GP 诊所签订医疗保险“服务合同”,从而得到“医疗保险 AHP 转诊表”与 AHP 服务报销资格。随后,患者根据转诊表时间接受治疗(每次诊疗时患者需要向 AHP 出示转诊表)。最后,AHP 必须在首次和最后 1 次诊疗后向转诊 GP 提供患者医疗服务报告。医疗保险 TCA 中提供的 AHP 慢性病管理团队服务是一个医疗服务包,由澳大利亚卫生专家联合会(Allied Health Professionals, AHPA)负责制定慢性病管理的标准和管理规范。(3)支付、激励方式:澳大利亚落实多学科团队慢性病管理也有一系列的配套政策。首先,慢性病管理服务纳入医疗保险报销计划,是国家医疗保险体系的一部分,实施更有保障;医疗保险按照“AHP 转诊表”支付 GP、GPN 及 AHP 团队成员[12]。其次,患者获得比 GPMP 更全面的服务,并由医疗保险支付大部分 AHP 费用。澳大利亚针对慢性病服务提供也探索绩效管理,例如全科医疗皇家学院对全科医疗制定了一套绩效考核标准,在医疗服务结果维度,有关于慢性病管理,特别是糖尿病管理的相关指标。澳大利亚在对慢性病(如糖尿病和哮喘)的照护上制定了按绩效付费的医疗服务项目,全科医生为慢性病患者提供管理服务,可获得绩效奖励[13]。

2.4 协调式照护管理模式—以德国为例 协调式管理强调医疗服务多方参与,特别是医疗服务领域和社会照护领域的协调,通常由指定的个人来协调多方服务提供者,整合并落实多方共同制定的诊疗方案,此类管理模式在很多国家的慢性病管理实践中均有体现。德国的医疗体系门诊和住院“严格分开”,而其“慢性病管理管理项目”(disease management program, DMP)非常注重医疗服务体系从上到下的整体设计和医疗服务包的整合提供,是协调式照护的典型代表。目前 DMP 覆盖的疾病包括乳腺癌、1 型糖尿病、2 型糖尿病、冠心病(2014 年后包括慢性心力衰竭)、哮喘和慢性阻塞性肺疾病。(1)需方:目标人群是那些具有并发症或长期医疗服务需求的人群,一般由家庭医生确定。(2)供方:德国自 2004 年实行自愿加入式的全科医生“守门人”制度,患者可自愿与协调医师(一般为全科医生)注册参加慢性病管理项目 DMP。慢性病管理项目的路径如下:协调医师与患者共同制定管理目标—专科医生或者住院治疗—协调医师主导管理[9]。以 2 型糖尿病为例,首先,全科医生向患者详细介绍慢性病管理项目,根据国家的临床指南或规范(如个人风险评估)等制定管理目标;其次,全科医生根据患者的情况向其推荐专科医师,如眼科专家、足部诊疗专家和糖尿病专科医师等。如果患者病情严重,如出现了低血糖症或糖尿病酮症酸中毒,全科医生会将患者转诊到加入了 DMP 项目的医院;患者接受专科医师诊疗之后,再由 GP 进行日常管理或诊疗。DMP 项目以立法的形式确立,德国社会医疗保险(Statutory Health Insurance, SHI)系统最高决策机构联邦联合会(the Federal Joint Committee, G-BA)负责确定慢性病管理项目的内容,制定管理标准和规范,联邦保险委员会负责批准和监管。(3)支付、激励方式:德国慢性病管理项目 DMP 的实施对各方均有激励。对患者的激励:DMP 为患者提供多种免费管理服务,因而要求患者的积极配合与参与;如果患者不积极参与项目(例如多次未参加复诊或 GP 推荐的教育课程),SHI 可能会取消其参与 DMP 的权利;如果患者积极参与,则可能有额外的奖励,比如处方费的减免。对医疗服务供方的激励:对于参与 DMP 的医生提供财政补贴,如患者初诊为20 ~ 25 欧元,后续诊疗为 15 欧元,提供疾病教育每次(约为 90 min)约 20 欧元(具体数额根据区域的不同而不同)[14]。对地方 SHI 基金会的激励:在推行 DMP 初期,通过“DMP 风险调控”,地方 SHI 基金会按加入 DMP 的患者数量收到可观的额外风险补贴,2009 年以后,德国以“按疾病调整的风险补偿计划”取代了之前的风险补偿计划,地方 SHI 收到的风险补偿持续减少,从 2009 和 2010 年的 180 欧元每例 DMP 患者逐渐减少到 2013 年的 147.84 欧元[14]。因此,目前对各地 SHI 基金会来说是否能够从 DMP 实施中获益,很大程度上决定于各地运营的 DMP 是否能够提高管理效率。

2.5 管理性出院模式—以法国为例 管理性出院侧重于保证住院患者出院后管理过程的连续性,注重与基层医疗机构和社区照护的协调,以保证患者在离开医院之后仍然能够按需获得高质量的服务(如康复、疗养)并减少再次入院。管理性出院由 1 名指定的出院管理者负责协调,出院管理者既可以是护士,也可以是社会工作者[9]。下面以法国为例介绍管理性出院模式。(1)需方:目标人群为因慢性病住院的患者,一般具有再次入院风险的人群。(2)供方:法国也是社会医疗保险体制的国家,全民强制性参与法定医疗保险,也可自愿参与补充医疗保险。2013 年,法国为心脏衰竭患者制定了出院管理项目,由受雇于法定医疗保险的出院管理者负责协调,GP、心脏病专家和专科护士共同参与。出院管理项目的管理标准和规范的制定由法国卫生最高

委员会和法国心脏病学会联合提供指导。管理路径如下:医院医师确定需要管理的患者—确定管理计划—出院管理者协调联系计划执行—多方照护管理[9]。首先,患者的医院医师确定其是否有资格参与出院管理项目,在双方自愿原则下患者可以参与出院管理项目,医生根据出院管理项目管理标准确定管理计划。其次,指派的出院管理者协调组织 2 次全科医生随访、1 次心脏病专科医师随访和出院 2 个月内每周 1 次的受过专门培训的护士上门随访并提供自我管理教育。然后,患者遵循协调联系好的计划进行自我管理并接受服务并且所有管理服务内容都应有书面记录(提供专门的记录本)。(3)支付、激励方式:医保支付和激励主要体现在:首先,接受出院管理的患者获得额外的管理服务,并被免除自付费用。其次,全科医生有额外的补贴,如患者首诊可得到 2 个标准会诊费用的支付。除了按项目付费,GP 每管理 1 个慢性病患者的档案,每年还可以获得额外的收入(每人每年约 40 欧元)。另外,2009 年以后法国也引入了全科医生绩效管理机制,2012 年以后引入了专科医师绩效管理,全科医生或专科医师可自愿与法定医疗保险签订协议提供慢性病管理、预防等服务,从而获得额外的支付,额外支付的额度取决于管理患者数量和质量指标的完成情况[15]。

2.6 五类慢性病管理模式及其典型国家具体实施情况(表 1) 基于前文的梳理,五类慢性病管理模式在不同国家的实践中呈现一些共性的特征:管理的目标人群明确,通过专业人员(通常为 GP)根据入选标准确定;管理有专人(GP、护士或其他专业人员)主导,慢性病管理相关服务提供各方参与;管理路径清晰,有国家标准或指南作为质量规范,并且很大程度基于初级保健体系;服务提供涉及多层级多学科医疗卫生服务方,以患者为中心,旨在为患者提供连续管理;结合一系列配套政策推进,例如与医疗保险紧密相连,辅以激励措施、绩效管理等各项配套政策。

表 1 五类慢性病管理模式及其典型国家具体实施情况

项目		病案管理	护士主导的照护管理	多学科协作团队管理	协调式照护管理	管理性出院
特点		对于患者的密切监管	护士可提供医疗服务	多学科专家团队的照护	协调各服务提供方的照护方案	保证出院患者得到连续管理
典型国家		美国	英国	澳大利亚	德国	法国
疾病清单/照护对象		高风险慢性病患者	GP 确定的高风险慢性病患者	GP 判定需要多学科协作团队照护的慢性病患者	向 GP 或主治医师申请注册并通过的慢性病患者	医院医师判定再次住院风险较高的慢性病患者
规范和监管国家(有/无)		有	有	有	有	有
服务提供方	主要协调者	病案管理师	社区护士长	GP	协调医师(一般为 GP)	出院管理者
	服务提供团队	GP、护士、医院、社区等	社区护士长、GP、医院、社区、社会照护服务等	GP、护士、联合专家团队等	GP、护士、专科医师、医院等	GP、护士、专科医师、医院等
配套政策	医保支付方式	按项目、按人头、按绩效	按项目、按人头、按绩效	按项目、按人头、按绩效	按项目、按人头、按绩效	按项目、按人头、按绩效
	绩效管理	有	有	有	有	有
	对患者的激励	有	有	有	有	有
	对医疗服务供方的激励	有	有	有	有	有
	对医保基金的激励	无	无	无	有	无

3 构建“整合式”慢性病管理服务体系政策性建议

目前,中国针对患者的慢性病管理缺乏全方位的、协调性的、顶层的政策设计,从需方的角度来说,慢性病病程长,患者更期待在基层得到及时连续专业的高质量管理和服务,而非每次均付出大量的时间和医疗成本去大医院就诊;从供方的角度来说,疾控系统、医疗服务系统、社区管理需要连接成一个协同的整体,即慢性病患者从自我管理—基层和社区—医院就诊形成一个完整的慢性病管理链条;从医保方的角度来说,通过连续的慢性病管理减少病残减少带来高额费用的住院治疗而达到合理控费的目标,这也一直是各国慢性病管理实践探索的动力之一。基于国际典型慢性病管理案例分析所得的经验,我们尝试提出一个“整合式”的慢性病管理模式设计:明确管理对象,制定以基层为中心的慢性病管理路径的国家指导并制定管理服务质量规范和加强

服务监管,通过专人协调增进服务提供体系内各部门间协同合作,完善医保等激励,绩效管理以及其他综合配套措施。具体建议如下。

3.1 基于需方角度考虑“整合式”慢性病管理服务体系设计

3.1.1 服务针对的目标人群要明确 在设计慢性病管理服务包时,首先要明确服务针对的人群。国际慢性病管理的趋势为从单病种管理转向多重慢性病综合管理,中国也可循序渐进。目前高血压、糖尿病患者管理已经具有一定成效,应继续针对重点疾病患病人群开展全国统一标准的慢性病管理设计,并逐渐扩大到其他病种。

3.1.2 制定以基层为中心的慢性病管理路径国家指导 慢性病确诊之后在治疗期和康复期内,除非病情危急,患者慢性病管理可以以基层或社区为中心来提供并保证管理效果。不过国际慢性病管理实施一般采用国家提供统一的管理标准和规范,以基层为中心开展慢性病管理的形式。国家应该根据重点慢性病的疾病特征、卫生技术(如药品、诊疗技术、干预措施)的安全性、有效性的循证证据、卫生经济学评价结果等制定明确的诊疗路径。实际操作中,根据国家指导再结合患者情况和各地实情,进一步“定制”慢性病管理的流程、形式、参与人员、时间等,明确个人管理方案和诊疗路径。

3.2 从供方角度考虑“整合式”慢性病管理服务体系设计

3.2.1 通过专人协调加强各级各学科医疗服务提供方在慢性病管理中的协同作用 慢性病管理服务提供主要分为 5 个方面:一是专业性诊断与治疗,需要全科医师或者专科医师提供服务(并且多重慢性病患者和慢性病引起的多种并发症非常普遍,需要多学科专家协同提供治疗诊断);二是慢性病常规病情咨询和自我管理支持,可以由全科医师或者接受过专业培训的护士来提供服务;三是日常监测与病情报告,此部分主要可以由护士或从事健康管理的专业人员等来负责;四是属于非医学领域的其他慢性病管理需要,根据生物—心理—社会医学模式,需要由其他领域的工作人员来为长期受到疾病折磨的患者提供服务,如心理咨询、社会照护等;五是协调组织各类服务以保证连续性的管理,这对慢性病管理的执行程度以及患者感受作用非常关键,这可以由指定的病案管理者如全科医师、护士或从事健康管理的专业人员等来负责。

3.2.2 鼓励培养从事健康管理人员 慢性病管理设计不仅要重视传统专业人员在慢性病管理中的作用,也要加强护士、从事健康管理的人员在慢性病管理中的作用,同时在当前中国慢性病管理服务提供能力远远赶不上需求的情况下,要大力培养能够胜任慢性病健康管理工作的护士和鼓励培训相关人员。

3.3 从保方以及其他角度考虑“整合式”慢性病管理服务体系设计

3.3.1 通过医保支付和财政补贴的激励“牵引”慢性病管理 医保支付激励是慢性病管理的推广最有效的手段之一。国际典型做法是将慢性病管理项目整体直接纳入医保报销范围,或者是将慢性病管理服务纳入医保报销范围。中国在设计慢性病管理服务时,也应同步设计相应的医保政策和医保服务报销清单,并采用医保或财政补贴的方式激励患者、医务人员、提供慢性病服务的各方参与慢性病管理。

3.3.2 引入绩效管理机制来提高慢性病管理质量 国际上各国都在逐步引入包括慢性病管理指标的绩效管理机制来提高慢性病管理的成效,中国在慢性病管理设计时应该借鉴其经验,将慢性病管理标准引入绩效管理指标体系,如制定高血压患者的血压控制率、糖尿病患者的血糖值、病情好转率等绩效指标。根据标准的中间结果和最终结果来评价慢性病管理服务提供各方人员的绩效,并根据绩效结果发放绩效奖金,从而提高服务人员的积极性。

3.3.3 积极探索使用其他综合配套手段加强慢性病管理的有效执行 在慢性病管理服务设计时,除了强调通过人才培养、提高人员积极性等“强基层”人员服务能力,也应重视药物的获取情况(虽然基层药物短缺的情况已经有所改善)。慢性病患者管理过程中药物的作用也非常重要,慢性病管理服务设计时也应强调基层应该配套慢性病管理所需药物,并同时设计相应的医疗报销政策。此外,也需制定质量监管和控制措施并设计负责监管的主题保证监管的落实,来进一步保证患者接受慢性病管理的安全和质量。

参考文献

[1] 国家卫生计生委. 中国疾病预防控制工作进展(2015 年)报告[R]. 北京:国家卫生计生委,2016.

[2] 国家卫生计生委. 中国居民营养与慢性病状况报告(2015 年)[R]. 北京:国家卫生计生委,2016.

[3] 董文兰,姜莹莹,张惺惺,等. 基层人员糖尿病患者自我管理培训效果分析[J]. 中国公共卫生,2015,31(10):1334 – 1338.

[4] 王媛,于维莉,芦文丽,等. 天津社区居民慢性病患病现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生,2012,28(3):296 – 298.

[5] World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas[R]. Gevena: World Health Organization, 2013.

[6] Shilpa R, Natasha C, Nick G. Case management – What it is and how it can best be implemented[R]. London: The King's Fund, 2011.

[7] Trisolini M, Aggarwai J, Leung M, et al. The Medicare Physician Group demonstration: lessons learned on improving quality and efficiency in health care[R]. New York: Commonwealth Fund, 2008.

[8] The US Department of Health and Human Services. Emerging

Practices in Medicaid Primary Care Case Management Programs [EB/OL]. [2015 - 08 - 05]. http://aspe. hhs. gov/health/reports/pccm/chapt6. htm.
[9] Ellen N, Cécile K, Richard BS. Assessing chronic disease management in European health systems: country report[R]. Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
[10] Health and Social Care Information Centre. Quality and Outcomes Framework(QOF)2014 - 2015[EB/OL]. (2015 - 10 - 29)[2015 - 11 - 23]. http://www. hscic. gov. uk/catalogue/PUB18887.
[11] 王青,刘丽杭. 英国全科医师支付方式的改革与发展趋势[J]. 中国卫生经济,2008,27(12):82 - 85.
[12] Allied Health Professions Australia. Chronic disease management sharing the care and understanding between general practice and allied health professionals[R]. Victoria: Allied Health Professions Australia, 2010.
[13] 尤川梅,王芳,朱岩,等. 澳大利亚初级卫生保健与全科医疗绩效考核概述[J]. 中国初级卫生保健,2011,25(2):14 - 16.
[14] Reinhard B, Annette R. Health care system in transition: Germany [R]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
[15] 张小娟,朱坤. 部分发达国家全科医生薪酬支付方式介绍[J]. 中国全科医学,2014,17(17):1931 - 1933,1936.

收稿日期: 2015 - 12 - 07 (郭薇编辑 张翠校对)

· 专题报道 ·

四国慢性病防控领域循证应用现况跨国比较*

王朝昕[1,2],于德华[1],肖月[2],陆媛[1],潘莹[1],杨蓓蕾[3],石建伟[1,2]

摘 要:目的 揭示美国、澳大利亚、中国和巴西 4 个国家在慢性病防治领域,循证理念或方法的应用现况及所受到的阻力。**方法** 2015 年 2—7 月于各国公共卫生机构开展共计 50 项定性半结构式访谈,内容为循证慢性病防治的现况、实践与推广的阻力因素。**结果** 美国和澳大利亚正致力循证防控干预措施的推广,而中国和巴西处于证据积累阶段。但普遍地,政府投入不足或资金来源不稳定,缺乏有效的机制是阻碍慢性病循证防控实施的主要因素。**结论** 政策因素对各国慢性病循证防控的影响存在一定共性,但也因各国政策背景不同存在差异。发达国家经验可为发展中国家开展循证慢性病防治提供一定借鉴。

关键词:循证;慢性病防治;国际比较;政策分析
中图分类号:R 19 **文献标志码**:A **文章编号**:1001-0580(2017)11-1583-04 DOI:10.11847/zgggws2017-33-11-11

Application of evidence-based chronic diseases prevention and control in four countries: a comparison study

WANG Zhao-xin*, YU De-hua, XIAO Yue, et al (*Department of General Practice, Yangpu Hospital, School of Medicine, Tongji University, Shanghai 200090, China)

Abstract: Objective To reveal current status and obstruction of the application of evidence-based concepts or methods in chronic disease prevention in United States, Australia, China, and Brazil. **Methods** Fifty qualitative semi-structured interviews were conducted in public health institutions in the four countries between February and July 2016; the contents of the interviews involved the current status of application of evidence-based chronic disease prevention and obstructive factors for the implementation and promotion of the application. **Results** The United States and Australia are committed to promote the evidence-based countermeasures against chronic diseases; while, China and Brazil are still in the stage of evidence accumulation. Deficit of governmental investment and stable source of funding and lack of efficient mechanisms are main hindering factors for the application of of evidence-based process in chronic disease prevention for the four countries. **Conclusion** Policy is a common influencing factor for evidence-based chronic diseases prevention practice but the affect of the factor is different due to various backgrounds in the four countries. The experiences of the developed countries can provide certain references for evidence-based chronic diseases prevention in developing countries.

Key words: evidence-based process; chronic disease prevention and control; international comparison; policy analysis

* **基金项目**: 国家自然科学基金青年项目(71403185;71603182);2015 年中央高校基本科研业务费专项资金项目(1500219099);2016 年中央高校优秀青年教师计划(英才类)
作者单位: 1. 同济大学附属杨浦医院全科医学系,上海 200090; 2. 同济大学医学院; 3. 同济大学经济管理学院
作者简介: 王朝昕(1983 -),男,山东济南人,副教授,博士,研究方向:卫生政策。
通讯作者: 石建伟,E-mail:shijianwei_amy@126. com
数字出版日期:2017 - 10 - 13 14:35
数字出版网址:http://kns. cnki. net/kcms/detail/21. 1234. R. 20171013. 1435. 008. html