

# 三医联动视角下老年慢病管理发展现状及对策

孟云霞

海军第九七一医院 山东青岛 266071

**【摘要】**目前,我国养老慢性病管理工作已经取得了一定的进展,但仍然面临着养老慢性病优质资源不平衡、基层医务人员积极性不高、医保用药受限和信息化不规范等问题。针对这一现状,在“三医”联动的视野下,提出了“三医”协同发展的养老慢性病管理策略:“三医”协同发展,夯实高质量养老慢性病服务的基础;扩大医疗保险的覆盖面,探讨医疗保险的规范化管理;扩展药品目录,打通老年慢性病药品的供应链;推广数字技术,提升老年慢性病管理的信息化水平。

**【关键词】**老年慢病管理;健康老龄化;三医联动;医疗联合体

随着我国社会、经济、卫生等各方面的快速发展,我国已经开始实施“健康中国”战略。与此同时,随着进入中度老龄化社会,老年人口迅速增多,其健康问题日趋严重。根据2021年的统计,我国60岁及60岁以上的老人已达2.64亿人,约占总人口的20%,而且还在持续增长,预计在“十四五”时期,我国的老年人口将会突破3亿[2],而78%以上的老人患有的一种或多种慢性病。如何在“优质”的基础上,在“全覆盖”的基础上,在“资源共享”的基础上,在“全面延续”的基础上,实现对老年人慢性病的有效管理,是当前迫切需要解决的一个重要现实问题。从“三医”互动的视角,可以更好地理解我国目前的养老服务现状,为推进我国养老服务的供给侧改革、推进健康老龄化进程提供理论依据。

## 1 老年慢病管理发展现状

老年慢病管理是指对老年人常见的慢性疾病进行综合管理和干预,以提高其生活质量、延长寿命,并降低医疗费用的管理模式。以下是老年慢病管理发展现状的一些关键点:

1) 健康教育和宣传:对老年人开展健康教育和宣传活动,提高其对慢性疾病的认识和预防意识,促使他们积极参与管理和控制慢性病。

2) 疾病筛查和早期诊断:通过定期体检和筛查,早期发现和诊断老年人的慢性疾病,以便及早干预和治疗,避免疾病的进一步恶化。

3) 个体化管理计划:根据老年人的健康状况和疾病特点,制定个体化的慢病管理计划,包括药物治疗、饮食控制、体育锻炼、心理支持等方面的干预措施。

4) 医疗团队合作:建立多学科的医疗团队,包括医生、护士、药师、营养师等,共同协作,提供全方位的老年慢病管理服务,确保病情的监测和治疗的持续性。

5) 远程健康监测:借助信息技术手段,通过远程监护设备和移动医疗应用程序,实现对老年患者的健康状况进行实时监测和远程管理,及时发现异常情况并作出相应干预。

6) 社区护理服务:加强社区护理服务的建设,提供居家养老和慢病管理的支持,包括定期家庭访问、健康咨询、康复训练等,使老年人能够在家庭和社区中获得全方位的医疗照护。

7) 数据管理和评估:建立慢病管理的数据系统,收集和分析老年患者的健康数据,评估慢病管理的效果和质量,为进一步优化管理提供依据。

## 2 模式介绍

### 2.1 三级医院提供技术支持

由三级医院组建专科健康管理团队,依托医疗技术、设备优势,为社区转诊的老年患者提供门诊、住院绿色通道、专家会诊、24小时医疗救援、大型检查、特殊检验等服务,避免排队等候耽误病情,为居民进

行检查、分诊提供便利。慢病管理系统与“健康公民”“531”平台相连接,使患者在患有重病时,能够及时了解患者的病情,及时采取相应措施。通过培训、指导、查房、访问等方式,不断提升基层医生的业务水平。在社区及疗养院开展照顾员的常规培训,以增加照顾者的数目。

### 2.2 社区卫生机构承担健康促进

构建一支由医生、护士、药师等组成的社区家庭医生服务队伍,根据就近原则与居民签约,将患者的病情信息录入社区慢病管理平台,建立健康档案,并及时更新,确保其完整、准确。家庭医生通过慢病健康管理系统对辖区内的慢性病患者进行管理,定期电话随访、上门巡诊、评估病情与心理状况,有针对性地向患者推送健康知识,以短信形式提醒患者治疗、病情监测、药物调整、饮食、运动、并发症防治等,提高慢病患者对医生诊疗方案的依从性,培养他们良好的生活习惯。对行动不便的长期病患,采取上门治疗和照料的方式,并提供心理咨询和临终关怀;如果患者病情不好,社区中心就会将患者转诊到相应的三甲医院,并为患者安排专家会诊、住院时间[7]。

### 2.3 社区及护理院提供养老照护服务

有就医需求的患者或家属,可通过“上门医养”APP平台,在线预约就医、生活照料等。在接到需求信息后,护理院或社会养老企业将派遣生活照料和家政服务人员,为其提供居家医养服务,帮助患者洗澡、喂饭、翻身、按摩、聊天,提高其生活质量。

护理人员应加强居家照料者之训练,并为居家久卧床及失能长者制定适当的居家照护支援计划。当年迈的人处于虚弱状态,没有亲人照料时,他们会被送到护理之家,得到他们的专业护理,包括对晚期病人的护理;根据病人病情,及时将病人转到其他医院,保证病人得到及时有效的救治。

## 3 老年慢病管理的不足

### 3.1 老年慢病优质资源配置失衡,基层慢病诊疗能力薄弱

目前,我国多数公立医院已经建立了老年医疗专业,建立了一批老年医疗中心,但由于长期存在“倒三角”结构的老年医疗服务资源配置,导致基层老年医疗服务能力总体偏低,无法满足社区老年医疗服务的需要。

一是由于待遇低、职称低、工作繁重等因素,社区卫生服务人员对自身的职业认同程度较低,难以吸引并保留优秀的全科医生及慢病管理人才,致使基层慢病管理团队不能稳定、层层递进,成为制约基层慢病管理水平提升的瓶颈。

二是因经费紧张,导致基层医师人数少,导致医师进修率低,高级医师下到基层的次數少,限制了优质医疗资源在基层的有效流动与共享,

限制了慢病防控工作的提升。

三是由于上级医院与下级医院均为自利，两者间存在一定的竞争关系，高层医院的品牌效应极易对下级老人产生“虹吸效应”，导致下级慢性病患者被“分流”，由此陷入“慢性病治疗能力不足-老年慢病患者就诊率低-下级医生对老年慢病治疗的认识不足-下级医生对老年慢病治疗的认识不足”恶性循环。

### 3.2 基层绩效考核制度不合理，医务人员工作积极性受限

当前，我国家庭医生评价机制仍以住院病人数量、高血压、糖尿病病人治疗数量等为评价指标，未考虑老年病人治疗数量，更未考虑老年病人治疗数量。由于缺乏有效的激励机制，基层医生缺乏工作热情，导致社区老年慢病管理工作成效不佳。

### 3.3 医保覆盖面局限，老年慢病管理保障欠缺

随着慢病认知水平的提高，老年人对慢病的参与度不断提高，慢病医疗服务供需矛盾日趋突出。虽然现在，对于老年慢性病，已经有了较为完善的医保报销制度，但依然存在着覆盖项目少、报销比例低的困境，一些慢性病筛查和诊疗项目在上级医院的报销比例要高于基层医院，并且，现在大多数的中医药项目都不能得到医保的报销，这在老年人群慢病管理实践中，极大地影响了中医药的服务选择[14]，难以满足老年患者对慢性病防控的需求。

### 3.4 基层药品目录偏窄，药物供应链仍不连贯

由于分级诊疗的关系，导致了大医院与小医院的药物目录不一样。尽管基层医疗机构主要提供高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中等常见慢病药物，但随着老年慢病种类的增多，也逐渐无法满足老年慢病患者的需求[15]。同时，基层医院的药物供给全部由上级医院统筹安排，层层下发，造成药物利用率不高，甚至出现药物短缺，进而影响患者的用药满意度，造成患者流失。

### 3.5 信息化规范程度低，互联网+老年慢病管理尚不成熟

由于地区经济、卫生发展、政策等方面都会影响信息化建设水平，不同地区之间的差异很大[16]。由于技术壁垒的存在，导致不同地区的医疗、医保、医药信息系统无法充分对接，进而影响到三医联动的信息流动效率和质量。以医保信息化建设为例，目前，电子医保尚未全面覆盖社区，部分社区仍处于医保卡的使用状态，同时，跨省异地就医报销制度尚未普及，医保报销仍受地区、时间和形式的制约。

同时，针对老年慢病管理的智能终端设备的研发还处于探索和试验阶段，在大部分地区，慢病管理中的血压、血糖、心率等常规监测以及家庭康复护理等服务，仍需到社区卫生服务中心或家庭医生上门为患者提供，消耗了大量的人力和物力，并未实现智能化的健康管理。

## 4 老年慢病管理对策

### 4.1 坚实优质老年慢病服务基础

(1) 建立一支高素质的慢性病管理团队。为进一步提高基层慢病服务质量，应从加大慢病管理人才培养、留住工作入手。一方面，通过“院校教育、毕业后教育、继续教育”的模式，培养高质量的慢病管理人才[17]。其次，从建立完善的慢病管理团队的绩效考核机制入手，将其与奖励、晋升、职称等因素有机地结合起来，以确保慢病管理团队的稳定性。同时，要加大对慢性疾病管理服务的财政补贴，并根据工作考核情况进行分类发放[18]，以调动基层医生的工作积极性。

### (2) 优化老年医疗资源配置

一是在全国、三甲医院基础上，鼓励二三甲、三甲医院转型为慢病专科，并联合社区，建立“三甲-慢病专科-社区”的慢病服务网络，强化慢病管理，实现慢病优质资源的共享、互联，实现慢病分级诊疗。

二是突出“健康教育”、“预防护理”、“康养”等功能，引进“营养中心”、“康复中心”、“体育与医学结合中心”、“精神卫生中心”等，以“积极健康”为导向，建设“适老”社区，营造“积极健康”环境。

三是通过开展居家照护、康复、饮食指导等方式，强化家庭在慢病管理中的作用，将社区慢病资源导向以家庭为核心的慢病服务[20]，借助家庭医生团队与社会服务机构的合作，开展老年人慢病防治知识、护理技能及应急技能的培训，通过社会服务机构开展跟踪监测、纠正和提供护理康复器材等，提高慢病基层慢病管理效率。

### (3) 推动老年慢病管理体医融合

“三医联体”是建设“健康中国”的重要举措，是推动医疗服务均等化、实现“全民健康”的最终目的。为此，应积极推动老年慢病管理的体医融合[21]，充分利用社区老年健身中心，引进慢病运动指导员，对老年人进行健康教育和运动指导。针对这一现状，对其进行了健康教育，并对其进行了定期的随访和反馈。

### 4.2 畅通老年慢病药物供应链

在国家层面上，应加大慢病药品的用量，加大慢病药品的储备，并在各级卫生单位间实现一致性。同时，将药店引入到当前“药厂-政府-医院-社区”的药物供应链中，将一些慢病患者常见、可替代性不高的药品下放到社区药店，并由社区卫生服务中心对其进行统一监管[24]，从而实现慢病处方在医院和药店之间的共享，让药店可以作为基层慢病药品的供应补充，保障老年慢病患者的用药需求。

## 5 结束语

当前，我国的养老方式有社区养老、社会养老和居家养老三种，但因为老年人的生活习惯和心理需要，大部分老年人都倾向于选择在家庭和社区中进行养老。为此，需要推进“医养”融合，构建老年慢病“医养”联动服务体系，实现“防-治-养-护”的一体化，使慢病全过程防控管理服务与居家、社区和机构养老紧密结合，加强老年人的健康管理。

### 参考文献:

- [1]陶磊, 梁海伦.我国分级诊疗政策的推广路径与动因——基于政策扩散理论的分析[J].中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 9-14.
- [2]数读“七普”: 我国人口老龄化的7组全息投影[J].中国社会工作, 2021(17): 8-11.
- [3]张英春, 高丹, 王丽丽.健康老龄化背景下医养结合养老服务人才的培养[J].中国医学伦理学, 2021, 34(6): 776-780.
- [4]郭蕾, 高艳坤, 李可仪.基层医疗卫生服务能力持续提高[N].健康报, 2022-07-15(01).
- [5]吴小亚, 罗汀, 李秋红, 等.我国社区全科医生团队签约服务下的慢性病防治与实践模式分析[J].中国慢性病预防与控制, 2018, 26(11): 877-880.
- [6]方莉, 何克春, 袁红梅.家庭医生服务中的问题与对策[J].现代医院, 2020, 20(2): 254-256.
- [7]周英武, 任明, 胡镜清.中医药在社区慢病防治中存在的问题与对策[J].中医药管理杂志, 2016, 24(22): 11-13.
- [8]邹新春, 钱庆文, 张瑞宏.从医保的角度探讨合理的慢病管理[A].医学与人文高峰论坛暨《医学与哲学》杂志第四届编委会第一次会议论文汇编[C].2016: 87-93.
- [9]尹海燕.可持续的公共长期护理保险筹资机制: 国外经验与中国方案[J].宏观经济研究, 2020(5): 166-175.
- [10]汉业旭, 姚峥, 赵国光, 等.分级诊疗背景下医联体发展的探讨与建议[J].中国医院, 2018, 22(1): 47-48.