

· 论 著 ·

北京市某医联体基层医疗机构慢性阻塞性肺疾病分级诊疗情况调查

李婷, 杨莉*

(北京大学公共卫生学院 卫生政策与管理系, 北京 100191)

【摘要】目的: 调研北京市某医联体基层医疗机构开展慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 分级诊疗的情况, 分析疾病在基层的诊治现状, 探讨促进北京市 COPD 分级诊疗的政策建议。**方法:** 对北京某医联体下属基层医疗机构开展问卷调查, 了解 COPD 的诊治科室、药品配备、信息连通、医联体协作等情况, 同时对参与 COPD 分级诊疗的利益相关方进行深入访谈, 了解相关观点和动机, 及面临的问题和阻碍。**结果:** COPD 在基层医疗机构实现了基本诊疗能力、筛查仪器及药品的配备, 但 COPD 的认知度低, 全科医师 COPD 诊疗水平需进一步提升, 基层疾病配套管理政策不完善, 电子病历在医联体机构间不连通, 基层疾病管理也缺乏长效激励机制。**结论:** 该医联体已具备在基层推进 COPD 分级诊疗的资源条件, 但在政策配套、运转系统以及激励机制方面还存在着阻碍。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病; 分级诊疗; 认知; 患者管理

【中图分类号】 R563

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-3384(2019)07-0051-04

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2019.07.012

Investigation on tiered diagnosis and treatment status of chronic obstructive pulmonary disease in primary care centers of integrated healthcare organization in Beijing

LI Ting, YANG Li*

(Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China)

【Abstract】 Objective: This study was designed to investigate the status of tiered diagnosis and treatment of COPD (chronic obstructive pulmonary disease) in an integrated healthcare organization in Beijing in order to analyze the status of diagnosis and treatment of diseases at the grassroots level, and explore the policy recommendations for promoting the tiered diagnosis and treatment of COPD in Beijing. **Methods:** Questionnaire survey was conducted among the primary care centers under the integrated healthcare organization in Beijing to understand the treatment departments, drug allocation, information connectivity, and cooperation mechanism of COPD. Personal interviews with stakeholders who participated in tiered diagnosis and treatment of COPD also conducted to understand the relevant views and motivations, as well as the problems and obstacles. **Results:** COPD can basically be screened and treated in terms of physicians, screening instruments and medicines in primary care centers. However, the recognition of COPD is low, and the level of diagnosis and treatment of general physicians needs to be improved. The supportive policies for COPD at the primary hospital level are not coordinated, and electronic medical records are not connected within the organization, and what's more the disease management lacks long-term incentive mechanism. **Conclusion:** The integrated healthcare organization has the resources to promote the tiered diagnosis and treatment of COPD at the primary hospital level, but there are still obstacles with the supportive policies, operation system and incentive mechanism.

【Key words】 chronic obstructive pulmonary disease; tiered diagnosis and treatment; cognition; patient management

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种常见的以持续性呼吸道症状和气流受限为特征性疾病。最新研究结果表明, 我国 COPD 患者人数约 1 亿, 其中 40 岁以

上成人 COPD 发病率高达 13.7%, 且已成为致死率排名第 3 的疾病^[1-2]。2017 年 2 月, 国家卫生计生委将 COPD 纳入第 2 批分级诊疗试点病种, 方案明确了基层医疗机构在 COPD 分级诊疗中的

[收稿日期] 2019-03-15

[作者简介] 李婷, 女, 硕士在读; 研究方向: 卫生政策; E-mail: fiona_lt@126.com

[通信作者] *杨莉, 女, 副教授; 研究方向: 药物经济学、卫生服务; E-mail: lyang@bjmu.edu.cn

任务。

COPD 属于呼吸系统专科疾病，与常见分级诊疗病种相比，疾病的诊断、诊治、评估和管理有着更专业化的要求。本研究参照 COPD 分级诊疗方案中对基层医疗机构的职责分工，对北京某呼吸疾病诊治有专长医联体内基层医疗机构进行问卷调查，了解其在 COPD 诊治方面的资源配备情况，同时对参与医联体内 COPD 分级诊疗的利益相关方进行深入访谈，了解开展疾病分级诊疗过程中遇到的问题和阻碍，探讨推进北京市 COPD 在医联体内分级诊疗的政策建议。

1 资料与方法

1.1 资料

2017 年 9—10 月，在基层医疗水平较高、开展分级诊疗普遍且认可度高、有呼吸疾病诊治专长的医联体内，对下属 12 家社区卫生服务中心 COPD 分级诊疗运转现状的调查问卷资料，和同相关方进行深入访谈的资料。本次对社区卫生服务中心的调查共发放问卷 12 份，100% 收回。

1.2 方法

就调查信息请该医联体办公室与各社区卫生服务中心进行沟通，后请各中心熟悉该机构当前 COPD 疾病诊治运转现状的管理人员填写问卷。问卷分为 6 个部分，包括：①COPD 诊治科室基本情况；②COPD 分级诊疗在医联体内的协作机制；③呼吸疾病的药品配备情况；④呼吸疾病信息共享情况；⑤呼吸疾病患者教育情况；⑥当前已开展的 COPD 分级诊疗工作情况。

同时，对该医联体内曾参与 COPD 分级诊疗的利益相关方进行一对一深入访谈，被访谈人包括：社区卫生服务中心管理者（2 人）、社区全科医师（2 人）、医联体办公室负责人（1 人）、三甲医院呼吸科专家（2 人）、卫生部门管理者（1 人）。与每位被访谈者进行约 30 min 谈话，以了解开展 COPD 分级诊疗的观点与动机、成效与阻碍及其相关建议。

1.3 统计分析

调查人员核对问卷填写的完备性，将调查信息结果输入 excel，进行数据整理和分析。计数资料以频数和构成比（%）表示。

2 结果

2.1 医联体内基层医疗机构开展 COPD 分级诊疗的现状

2.1.1 COPD 诊治科室基本情况

本次参与调查的 12 家社区卫生服务中心 COPD 诊治科室情况如下：①有 10 家（83%）中心自评有擅长诊治呼吸疾病的医师，1 家中心设置了独立的呼吸科并配备专科医师与护士，其他中心的呼吸疾病患者均在全科或中医科进行诊治；有部分中心有呼吸疾病专家定期社区坐诊并带教全科医师，基层医师的呼吸疾病诊疗水平有所提升。②在 COPD 疾病检测仪器方面，有 7 家中心配备了基本的肺功能仪及疾病检测人员；但大部分中心只配备了 1 台肺功能仪，相对于需提供 COPD 患者服务的人群规模来看，资源不足。③在呼吸病房方面，有 2 家（17%）中心有住院床位，在 2017 年有 COPD 住院患者。所有中心均无专门用于呼吸疾病等待转诊或康复治疗的病房。

2.1.2 COPD 分级诊疗的协作机制 在调查的 12 家社区卫生服务中心中，有 5 家（42%）与医联体牵头医院建立了 COPD 分级诊疗上下转诊机制，1 年内累计转诊共 46 人次；有 9 家（75%）中心建立了与医联体牵头医院的呼吸疾病门诊预约机制。问卷显示，社区卫生服务中心认为 COPD 双向转诊存在障碍的前 3 位原因：基层筛查/诊治设备缺乏 11 家（92%），激励机制缺乏（67%），患者对双向转诊政策不了解 5 家（42%）及患者不配合、不信任 5 家（42%）。

2.1.3 COPD 的药品配备情况 COPD 为慢性呼吸系统疾病，规范的药物治​​疗是确保疾病稳定、减少急性加重的重要因素，同时长期坚持规范用药可大大降低 COPD 的死亡率^[3]。根据《慢阻肺诊断、治疗与预防全球倡议（GOLD）》（2018 年修订版）^[4]中有关 COPD 用药的推荐，调查 12 家中心药品配备的情况，结果见表 1。

表 1 社区卫生服务中心 COPD 药品配备情况[n(%)]

药品类型	无配备	1~2 种	3 种及以上
β 受体激动剂	-	9(75)	3(25)
抗胆碱能药物	2(17)	10(83)	-
茶碱类药物	1(8)	11(92)	-
复方吸入剂	1(8)	11(92)	-
化痰药	-	6(50)	6(50)
抗生素	-	5(42)	7(58)

注：-：无

2.1.4 呼吸疾病信息共享情况 呼吸疾病信息的医联体内共享是指:医师在患者首次进行 COPD 诊治时建立电子病历,在患者转诊时在上下级医院之间实现病历连通,并可根据需要进行疾病远程会诊或开展联合检查预约。调查得知,有 8 家中心在各自局域网内建立了呼吸疾病电子病历系统,其中 1 家试点中心还在其门诊病例系统的“慢病管理模块”中增加了 COPD 病种,涵盖了个人病史、历史处方、转诊记录、随访登记等过程管理系统,但以上均无法在医联体内实现连通。1 家中心与医联体牵头医院开展了呼吸疾病远程会诊、1 家中心与医联体牵头医院开展了联合检查预约,但同样无法实现电子病历信息连通。

2.1.5 呼吸疾病的患者教育情况 有 7 家社区卫生服务中心以小课堂、患教资料发放、患者互助会等多种形式开展了患者教育活动,内容涵盖了预防(疾病知识与危险因素控制)、患病后的规范诊治、以及康复等全病程信息。

2.1.6 开展有关 COPD 疾病分级诊疗服务情况 2016 年 12 月,国家卫生计生委、国家中医药管理局联合印发了《关于印发慢性阻塞性肺疾病分级诊疗服务技术方案的通知》,方案中对基层医疗卫生机构在 COPD 分级诊疗方面的任务做了规定。

调查得知,有 9 家中心已开展了技术方案中明确基层医疗卫生机构的任务,包括早期筛查和临床初步诊断、建立健康档案和专病档案、实施患者年度常规体检、并发症筛查、开展患者随访、稳定期治疗、康复治疗、开展健康教育、实施双向转诊等。但通过访谈发现,前往已开展 COPD 分级诊疗的中心就诊的患者数量不多,且大部分为稳定期开药患者,疾病筛查人群、加重期患者非常少。因此,从服务规模范围和参与人群规模上,COPD 的分级诊疗在基层仍处于探索阶段。

2.2 医联体基层医疗机构开展 COPD 分级诊疗的成效及存在问题

2.2.1 医联体内基层医疗机构开展 COPD 分级诊疗的成效 在社区卫生服务中心进行 COPD 分级诊疗,患者可获得比例更高的医疗费用报销,减轻了疾病负担;社区全科医师有机会掌握专科疾病的诊治技能,实现更多的职业获得感;社区承担起稳定期患者的规范用药、定期随访和患者教育等三级医

院医师无足够精力落实的工作,患者可获得连续、细致的全病程管理;三级医院与社区卫生服务中心各司其职、紧密协作,总体上提高了医疗资源的使用效率。

2.2.2 医联体内基层医疗机构开展 COPD 分级诊疗的障碍 通过问卷调查与深入访谈,发现在医联体内推行 COPD 分级诊疗存在着几点障碍:①患者对 COPD 疾病和相关分级诊疗认知度低,部分全科医师对 COPD 缺乏诊断意识,这使得社区分诊无法进行。②社区全科医师对 COPD 诊疗水平有待提升,这是患者、社区全科医师、社区卫生服务中心管理者、到社区坐诊带教的呼吸科专家,以及医联体办公室负责人的共同认知。③COPD 基层管理政策不能配套。COPD 没有划归到社区慢性病目录或基本公共卫生服务项目中,在社区可进行的肺康复也没有被纳入基本医疗保险项目中,整体上缺乏用药和疾病管理的促进政策。④医联体内的电子病历系统不能连通。各医疗机构电子病历系统仅限于各自局域网,使连续诊疗情况无法在机构间系统追踪;患者无法实现真正地转诊,在机构间可能被重复问诊,效率低且造成资源浪费。机构间信息系统的整合改造需要庞大的资金与技术支持,依靠政府层面的支持才能实现。⑤COPD 基层管理缺乏长效的激励机制。COPD 基层的长期持续性诊治主要依靠社区全科医师,但全科医师被日常疾病诊治和公共卫生任务占用大量精力,缺乏相应激励机制,将使其很难有动力再主动进行 COPD 的社区管理。

3 讨论

3.1 目前已具备推进 COPD 分级诊疗的条件

调查得知,该医联体已基本实现了肺功能检测仪器和齐全 COPD 药品配备。肺功能检测仪器是进行疾病筛查的重要手段,而规范持续的用药可减轻 COPD 症状严重程度,减少急性加重的发作和住院频率,其中住院经济负担是 COPD 疾病负担的最大来源^[5]。2016 年 12 月起,北京市医疗保险药物目录实现了社区和三级医院的统一,提高了社区医院药品的可及性,且药品报销比例更高。

此外,该医联体内具备的推进 COPD 分级诊疗条件还包括:在基层有擅长诊治呼吸系统疾病的医师,有转诊通道、门诊预约和远程会诊系统等。

3.2 推进 COPD 分级诊疗需完善方面

3.2.1 构建互连互通的分级诊疗的信息系统 本研究表明,医联体内的基层医疗机构与上级医院之间尚未实现患者疾病信息连通共享,转诊时对于病情描述不清楚,可能会出现重复检查,这也是造成患者不愿通过转诊而自行去上级医院就诊的重要原因。只有信息系统互连互通才能充分发挥基层首诊以及转诊的意义,上下级医疗机构真正形成协同服务,患者才愿意到基层诊治 COPD。

3.2.2 建立基层开展 COPD 分级诊疗的激励机制 本调研所在的医联体为松散型医联体,其各成员仅通过合作协议明确之间权利和义务,大多数医联体牵头单位会向基层提供专家和技术支持,但松散型医联体在人员调配、利益分配等方面仍相对独立,且对 COPD 患者的管理并未纳入社区绩效考核中。在本次调研中,有 8 家(67%)中心表示缺乏相关的疾病分级诊疗的激励机制,深入访谈时也得到相同结果。

COPD 的分级诊疗需要基层医师具备呼吸系统专科疾病知识、会操作肺功能仪并完成诊断报告,且可以指导患者正确应用治疗机制的药品,相较于高血压和糖尿病的诊断和治疗,需要基层医师具备更高的专病诊治技能,付出更多的精力,因此激励政策的建立是在基层开展 COPD 分级诊疗的必要因素。相关激励模式可参考借鉴厦门“三师共管”或浙江“打破收支两条线”等试点项目。

3.2.3 立足实际情况,明确基层 COPD 诊治工作的

定位 调查得知, COPD 认知度低,患者对社区全科医师缺乏信任,这使得 COPD 分级诊疗实现“基层首诊、双向转诊”存在困难,同时全科医师也需进一步提升疾病诊治能力才能完成由全科向“专全结合”的转型。现阶段,社区卫生服务中心可将工作重点放在较为基础的 COPD 管理工作中,如疾病宣教、高危人群登记、疾病筛查、患者建档、健康生活方式促进及患者稳定期用药管理等方面,为早日真正实现疾病转诊、社区康复等疾病全病程管理做好充分准备。

【参考文献】

- [1] Wang C, Xu J, Yang L, et al. Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): a national cross-sectional study [J]. *Lancet*, 2018, 391 (10131): 1706-1717.
- [2] Zhou M, Wang H, Zhu J, et al. Cause-specific mortality for 240 causes in China during 1990—2013: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [J]. *Lancet*, 2016, 387 (10015): 251-272.
- [3] 陈亚红. 2017 年 GOLD 慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗及预防的全球策略解读浅析[J]. *中华医学前言杂志*, 2017, 9(1): 37-47.
- [4] 文富强. 2018 年 GOLD 更新解读[R/OL]. (2018-01-25) [2019-02-15]. <http://www.sohu.com/a/218931485377331>.
- [5] 何权瀛, 周新, 谢灿茂, 等. 慢性阻塞性肺疾病对中国部分城市患者生命质量和经济负担的影响[J]. *中华结核和呼吸杂志*, 2009, 32(4): 253-257.

(本文编辑:郭美晨)

(上接第 29 页)

- [10] Jeon C Y, Calver A D, Victor T C, et al. Use of fluoroquinolone antibiotics leads to tuberculosis treatment delay in a South African gold mining community [J]. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2011, 15 (1): 77-83.
- [11] Wang J Y, Lee C H, Yu M C, et al. Fluoroquinolone use delays tuberculosis treatment despite immediate mycobacteriology study [J]. *Eur Respir J*, 2015, 46(2): 567-570.
- [12] Huang C H, Lai C C, Chen Y H, et al. The potential role of nemonoxacin for treatment of common infections [J]. *Expert Opin Pharmacother*, 2015, 16(2): 263-270.
- [13] 李宵宁, 柴芸, 刘明亮. 喹诺酮类抗菌药的作用机制及耐药机制研究进展 [J]. *国外医药 (抗生素分册)*, 2015, 36(3): 97-102.
- [14] Poole R M. Nemonoxacin: first global approval [J]. *Drugs*, 2014, 74(12): 1445-1453.
- [15] Tan C K, Lai C C, Liao C H, et al. Comparative in vitro activities of the new quinolone nemonoxacin (TG-873870), gemifloxacin and other quinolones against clinical isolates of mycobacterium tuberculosis [J]. *J Antimicrob Chemother*, 2009, 64 (2): 428-429.
- [16] Grossman R F, Hsueh P R, Gillespie S H, et al. Community-acquired pneumonia and tuberculosis: differential diagnosis and the use of fluoroquinolones [J]. *Int J Infect Dis*, 2014, 18: 14-21.

(本文编辑:杨昕)