·卫生健康研究·

欧洲国家慢性病管理经验——基于德国和荷兰的案例研究

罗秀 王轶
637007 南充,川北医学院预防医学系(罗秀); 637007 南充,川北医学院附属医院耳鼻喉科(王轶)
通信作者:王轶,Email:wangyi074@163.com
DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-1485.2018.12.001

【摘要】 为应对日益加剧的慢性病疾病负担,世界各国陆续开展了卫生体系改革。以荷兰“疾病诊断治疗组合”和德国“健康金齐格塔尔整合医疗”为例,介绍了两国针对不同人群开展的慢性病管理项目。“疾病诊断治疗组合”以科学决策和服务系统整合为基础,通过多学科团队构建,实现个体化、连续、综合的疾病管理;“健康金齐格塔尔整合医疗”以健康促进为核心,广泛整合社会资源,降低了人群慢性病发病率、有效控制了卫生成本。这为健康中国建设提供了参考:从供给侧和需求侧两端发力整合资源、加强卫生服务体系整合、促进公众参与、提高个体健康素养,实现全民健康。

【关键词】 慢性病管理; 卫生服务整合; 公众参与; 德国; 荷兰
【中图分类号】 R19
基金项目:四川省社会科学规划项目(SC17B030);四川省基层卫生事业发展中心课题(SWFZ16-W-03);南充市社科研究重点项目(NC2016A005)

Chronic disease management in European countries — based on the case of Germany and the Netherlands *Luo Xiu, Wang Yi*

Department of Preventive Medicine, North Sichuan Medical College, Nanchong 637007, China (Luo X); Department of ENT, the Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637007, China (Wang Y)
Corresponding author: Wang Yi, Email: wangyi074@163.com

【**Abstract**】 In response to the increasing burden of chronic diseases, many countries have launched the reform of the health system. Based on the Diagnoses Treatment Combination (DTC) and Healthy Kinzigtal Gesundes Kinzigtal (GK), this paper elaborates on the experience of chronic diseases management during different populations in Germany and the Netherlands. Based on the scientific decision-making and system integration, the DTC builds a multidisciplinary team to achieve individualized and continuous integrated disease management. The GK model focuses on health promotion, extensively integrated social resources, to achieve the goal of reducing the incidence of chronic diseases and controlling the cost. This provides a useful reference for the building of Healthy China: integrating resources from the supply side and the demand side, strengthening the integration of the health service system, promoting citizen engagement and improving individual health literacy, so as to achieve universal health.

【**Key words**】 Chronic disease management; Integrated health service; Citizen engagement; Germany; The Netherlands

Fund program: Planning Project of Sichuan Federation of Social Science Associations (SC17B030); Major Primary Health Care Center Program of Sichuan Education Department (SWFZ16-W-03); Project of Nanchong Social Science Associations (NC2016A005)

全球化、城市化与人口老龄化的加速,使世界各国面临前所未有的非传染性疾病挑战:2012 年导致全球 3 800 万人死亡,其中超过 40%属于 70 岁以前的过早死亡[1]。以欧洲为例,77%的疾病负担(以残疾调整寿命年计算)来自癌症、糖尿病、肥胖和慢性呼吸疾病,70%~80%的医疗保健成本(相当于 7 000 亿欧元)用于慢性疾病管理[2-3]。

基于疾病特征,慢性病患者需要长期、连续的综合性服务,但治理和筹资机制的分散妨碍了卫生服务的连续性,导致慢性病患者不能获得有效的卫生服务体验。为此,许多国家开始探索打破不同卫生服务提供者之间的障碍、给患者提供长期持续的服务[4]。在此以德国、荷兰为例,介绍两国的慢性病管理经验。

1　德国与荷兰的卫生体系概况

1.1　荷兰

荷兰位于欧洲西部,国土面积 41 543 km^2,人口 1 700 万,人口密度 55.9 人/km^2,年人均国内生产总值 45 691 美元(2014 年)。人均期望寿命 81 岁,65 岁以上人口 17.7%;5 岁以下儿童死亡率 4‰,孕产妇死亡率 3.4/10 万(2013 年)[5]。

作为传统的社会医疗保障制度国家,荷兰的医疗保险体系由基本医疗保险、特殊医疗保险和补充医疗保险构成。2006 年以后,基本医疗保险转变为强制性私人保险,覆盖门诊、住院和生育等费用;特殊医疗保险主要涉及长期护理;补充医疗保险则是对基本医疗保险的补充。荷兰是欧洲实行法定医疗保险(statutory health insurance,SHI)的国家中,惟一实行全科医师(general practitioner,GP)首诊制的国家。患者可以自由选择 GP 签约,但有严格的转诊制度;GP 的服务是免费的,由保险公司直接与 GP 结算。荷兰的卫生服务由公共卫生服务、初级卫生保健、医院服务和长期护理组成。绝大多数医疗机构属于私立非营利性机构。

1.2　德国

德国(德意志联邦共和国)位于欧洲中部,面积 35.7 万 km^2,人口 8 184 万,人口密度 229 人/km^2,2014 年人均国内生产总值 41 313 美元[6]。人均期望寿命 80.6 岁,65 岁以上人口 20.6%;5 岁以下儿童死亡率 3.4‰,孕产妇死亡率 4/10 万(2011 年)[7]。

德国是世界上第一个建立社会医疗保障制度的国家,实行强制性医疗保障制度。医疗保险体系由 SHI、私人医疗保险和长期护理保险构成;年收入在一定水平以下的必须加入 SHI,其覆盖人群达 90%以上;私人医疗保险覆盖自由职业者、高收入人群以及公务员,约 8%左右。卫生服务由公立机构和私立机构共同承担,包括门诊和住院服务,按功能大致划分为:①私人诊所。主要提供门诊服务,多数由 GP 提供。②医院。负责除急诊以外的住院治疗服务。③康复机构。④护理机构。主要负责老年人和残疾人士的护理。

和欧洲其他国家一样,两国也面临人口老龄化和慢性病的挑战。为控制医疗费用、提高效率,两国先后进行了以卫生服务整合为核心的改革。

2　荷兰“疾病诊断治疗组合项目”

荷兰于 20 世纪 90 年代基于多方合作与协作原则在专科医师和 GP 之间引进服务共享概念,但由于资金缺乏未能持续。2000 年开始,疾病管理概念逐渐受到重视,但是仍受到“缺乏结构化框架”的制约[8]。直到 2006 年健康保险改革,保险公司被赋予与卫生服务提供者谈判的权力,促进了整合医疗方案的开发。

疾病诊断治疗组合项目(diagnoses treatment combination,DTC)是荷兰马斯特里赫特地区开发的 2 型糖尿病一体化服务项目。项目始于 1996 年荷兰马斯特里赫特大学医学中心(MUMC)的一个科研项目,从 2000 年开始试点,逐步由糖尿病医疗服务包(the bundled care package)发展为初级卫生保健服务包,于 2010 年推广至全国。项目对地区所有 GP和 2 型糖尿病患者开放,由 GP、内分泌医生和糖尿病专科护士组成的团队对签约患者提供服务;主要策略如下[9]。

2.1　自我管理支持

患者可以参与由 MUMC 开发的“糖尿病互动教育计划”,遵循国家糖尿病治疗标准,根据患者需要提供健康教育,鼓励患者参与制定个性化治疗方案;定期开展体检,严格规定咨询频率和时间。

2.2　服务系统设计

明确划分团队成员作用:GP 为团队主要协助人,负责患者的转诊和追踪;社区护士和专科护士分别服务于不同程度患者,并由专科护士负责协调医院与社区的联络;患者定期与专科护士、内分泌专家会面。同时,依据病情程度对患者分级,分别由内分泌专家、糖尿病专科护士和 GP 向患者提供服务。团

队成员定期召开会议,并与其他服务人员保持密切合作。

2.3 决策辅助与支持

严格规定团队参与成员的职责与转诊标准。内分泌医生监督专科护士的工作,担任 GP 的顾问,为两者的专业培训作出贡献。专科护士监督 GP,并为其提供护理指导。GP 向护士告知有关患者以及与护理过程相关的其他信息。对复杂患者由内科医师对专科护士提供指导。

2.4 临床信息系统

项目建立了“针对特定疾病的多学科电子病历记录”;系统内的服务提供者均可获取资料;支持风险因素、并发症和附加信息的文档录入,辅助风险分析和治疗选择;并对国家疾病治疗指标进行持续监测、评估和反馈。

3 德国“健康金齐格塔尔”项目

德国早在 1993 年就制定了加强卫生服务协作的制度,并在 2000 年的“SHI 改革强化法案”和2004 年的“SHI 现代化法案”中予以强化。2002 年,针对慢性病推出了结构化的护理方案,即疾病管理计划(DMP),明确对保险公司和提供商提供的基于证据的慢性护理将予以鼓励。DMP 被定义为跨越提供者边界的、服务于疾病全程的、基于科学和最新证据的协调治疗和护理,逐渐成为德国主要的慢性疾病管理方案[10]。

健康金齐格塔尔(Healthy Kinzigtal Gesundes Kinzigtal,GK)是德国西南部黑森林地区的一个综合性医疗保健计划,由区域综合医疗公司(Gesundes Kinzigtal)与地方医生网络(MQNK)及医疗保健管理公司(OptiMedis AG)在 2005 年共同成立,资金来源于法定医疗保险基金[11],目标是通过对慢性病预防的投资降低医疗费用。作为一个整合性服务项目,GK 的主要策略包括自我管理支持、服务系统设计等,主要特征如下。

首先,在设计理念上,GK 坚持“促进医疗保健系统更有效地跨部门合作、增加对设计良好的预防计划的投资将导致发病率,特别是慢性疾病的发病率和流行率降低,反过来将导致医疗保健成本的相对降低”[12],以“更好的健康状况,更好的卫生服务和降低人均卫生费用”为目标[13]。

其次,项目以疾病预防和健康促进为主要手段:①针对“对人群健康状况影响较大但干预效果良好的常见疾病”为主要对象,陆续开发了约 20 个健康管理项目,如慢性心衰患者干预项目、健康体重项目、骨质疏松管理、无烟金奇格塔尔项目等[6]。②成立“健康金奇格塔尔学院”,定期开设健康讲座,提高患者的健康素养。③采取多种手段鼓励成员参加体育锻炼和健身。④为中小企业员工提供专门的健康管理项目等。

再次,积极构建支持网络,鼓励社会参与,提高人群健康。与不同组织,如社区体育俱乐部、残疾人协会、舞蹈协会等合作,构建跨部门的综合性服务网络。通过合作组织为项目成员共同提供服务。

最后,在制度设计方面,项目鼓励卫生服务提供者开展疾病预防与健康促进,并提供额外的绩效奖励;所有提供商可以依照个人表现分享公司利润的一部分。

4 评价

DTC 和 GK 均以满足人群的卫生服务需要、促进人群健康为目标,以卫生服务整合为基本手段,但在具体内容和手段上又有所区别。

第一,DTC 是基于糖尿病这一特定疾病设计的疾病管理项目,强调依据疾病的不同阶段提供综合性服务;而 GK 则是涵盖所有人群的综合性医疗保险项目,注重全人群的健康管理,重视疾病的预防与健康促进,这是两者的一个本质区别。相比 DTC 项目侧重卫生服务提供方的整合,GK 项目实现了更广泛的社会资源整合。

第二,DTC 项目中保险机构作为服务购买方,与服务提供方就服务内容、价格进行谈判,选择医疗服务机构。而在 GK 中,保险公司和疾病提供方是一个利益共同体,为实现双方共同利益,会采取一些约定行为来降低费用。

第三,从项目收益来看,GK 项目整体收益更好,而 DTC 对如何整合医疗体系不同服务提供者更具参考性。①GK 项目参与者的总体满意度非常高,包括健康状况、满意度、健康行为改变和健康相关生活质量;与对照组相比的预期寿命增加了 1.4 年,项目的药品使用更合理,总成本控制良好,2013 年节约 550 万欧元[14]。②DTC 项目产生了较强的示范效应:荷兰卫生研究与发展组织(Zon Mw)称其为慢性病管理的“最佳案例”,并被推广应用到其他疾病管理中;荷兰有超过 80%的 GP 参加疾病护理组计划[15]。

5　启示

当前我国健康领域面临一系列挑战，尤其是人口老龄化与疾病谱的变化所带来的挑战。2012 年我国居民慢性病死亡人数占总死亡人数的 86.6%[16]，要实现慢性病的有效防控，必须促进多部门合作，坚持将健康融入所有政策[17]。慢性病防控需要服务连续、患者治疗管理连续、不同层级的服务标准连续、卫生信息系统互联互通，建设整合型的卫生服务体系是提供连续服务的重要途径[18]。而目前我国绝大多数地区，医疗系统不同行为主体之间尚未建立良性互动的机制，机构协助、多机构团队服务递送机制、医保支付等还十分欠缺[19]，阻碍了卫生服务的整合。GK 和 DTC 项目的成功实践，为我国的慢性病防控和管理提供了有益参考。

第一，从供给侧和需求侧两端发力，整合资源，维护和促进健康。GK 项目提示我们，需要广泛动员社会资源，整合不同层面的资源，包括但不局限于医疗行业，实现社区、社会组织等层面的资源整合。

第二，以患者为中心，区分不同人群的健康需求，提供系统连续的服务。DTC 项目通过建立多学科医疗团队，统一疾病标准，实现了不同提供者的服务整合，循证数据是重要基础。要充分发挥卫生研究机构的作用，建立相应的疾病标准，科学决策。随着分级医疗制度的推进，以糖尿病、高血压为重点，我国试点开展了对不同医疗机构的功能定位、建立团队签约服务模式[20]，在个体化、连续化的疾病管理中取得了一定的经验。

第三，强化个人责任，提高人群健康素养，引导健康生活方式的形成。要通过社会的广泛动员和参与，开展多种形式的健康教育；通过健康社区、健康城市的创建，实现全人群健康素养的提升，营造良好的社会氛围。

第四，完善和改革现有的保险机制，充分发挥保险机构的能动性。GK 项目将保险公司、服务提供方的收益与人群健康状况相结合，对保障卫生服务质景、控制费用具有重要意义[21]。DTC 项目中保险公司拥有与医疗提供方的谈判权，对控制医疗费用也有着积极作用。《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革指导意见》明确了我国将全面推行按病种付费为主的多元医保支付方式，对控制医疗费用将起到积极作用。

要实现全民健康的宏伟目标，建设健康中国，必须坚持共建共享的基本原则，动员全社会参与，不断完善分级诊疗和家庭医师制度，开展以疾病预防、治疗、康复、健康促进等为一体的综合服务，维护人群健康。

利益冲突　无

作者贡献声明　罗秀：提出研究思路、资料收集及撰写论文；王轶：资料整理，论文审定

参考文献

[1] 世界卫生组织. 2014 年全球非传染性疾病现状报告[R]. 日内瓦：世界卫生组织，2014.
WHO. Global status report of noncommunicable disease [R]. Geneva: WHO, 2014.

[2] Gallinat A. The chronic disease challenge [J/OL]. (2015-11-27) [2017-02-26]. http://www.paneuropeannetworks.com/health/analysis-the-chronic-disease-challenge.

[3] World Health Organization. Global strategy on people-centred and integrated health services [R]. Geneva: WHO, 2015.

[4] Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, et al. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands [J]. Health Econ Policy Law, 2012, 7(1): 125-146. DOI: 10.1017/S1744133111000338.

[5] Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: health system review [J]. Health Syst Transit, 2010, 12(1): 1-228.

[6] The Word Bank. German data [DB/OL]. (2017-02-26) [2018-02-01]. http://data.worldbank.org/country/germany?view=chart.

[7] Busse R, Blümel M. Germany: health system review [J]. Health Syst Transit, 2014, 16(2): 1-296.

[8] Klein-Lankhorst E, Spreeuwenberg C. The Netherlands [R]// European Observatory on Health Systems and Policies, Managing Chronic Conditions-Experience in Eight Countries. Copenhagen: WHO, 2008: 97-114.

[9] Arianne M, Elissen J, Inge GP, et al. the Netherlands [R]// European observatory on health systems and policies, Assessing chronic disease management in European health system. Copenhagen: WHO, 2015: 101-105.

[10] Siering U. Germany [R]// Nolte E, Knai C, McKee M. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008: 75-96. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf.

[11] Erler A, Fullerton B, Nolte E. Assessing chronic disease management in European health systems-country report: Germany [R]// European observatory on health systems and policies. Copenhagen: WHO, 2015: 55-67.

[12] Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, et al. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract [J]. Int J Integr Care, 2010, 10: e046.

[13] Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost [J]. Health Aff, 2008, 27(3): 759-769. DOI: 10.1377/