

基于 ICCC 框架的西部农村老年人慢性病管理探讨—— 基于案例分析

黄诺

上海工程技术大学，上海市，201600；

摘要：背景：我国农村地区老年人慢性病患病形势严峻，对农村地区老年人慢性病进行治理十分重要。目的：基于世界卫生组织（WHO）提出的慢性病创新照护（ICCC）框架，根据相关案例总结农村地区老年人慢性病管理的特点与存在的不足，并提出针对性建议。结果：宏观层面目前医疗机构间的协作机制尚不完善，缺乏明确的分工和协作模式，缺乏对慢病医保政策的引导宣传作用，针对农村老年人慢性病相关条例较缺乏，慢性病防控主要来源政府财政，资金来源渠道单一，村卫生室医疗技术和设备落后，村医能力有限；中观层面基础设施不齐全，基层激励需优化，健康观念有待转变；微观层面农村这个空间环境里，青年人较少，而老年人机体功能衰退，难以聚集力量为管理慢性病做出贡献。

关键词：ICCC 框架；农村老年人；慢性病管理

DOI：10.64216/3080-1486.26.01.034

随着人口老龄化程度加剧，与年龄密切相关的疾病，如高血压、糖尿病、癌症、脑卒中、关节炎和老年痴呆等慢性病所累及人口的绝对数字及相关疾病负担将持续增加，我国患有慢性病老年人超过 1.9 亿，农村地区慢性病尤为严重，关节疾病、胃部疾病、慢性系统疾病等相当一部分慢性病发病率已经高于城市，因此探讨农村老年人慢性病管理具有十分重大的现实意义与价值。本研究基于 ICCC 框架分析，探讨西部农村老年人慢性病管理现状，旨在完善农村老年人慢性病管理提出针对性建议。

1 研究框架

ICCC 框架分为构建积极的政策环境（宏观层面）、协调的医疗卫生机构和社区（中观层面），以及有准备、知情和积极的三方（微观层面）3 个层面。ICCC 框架主要从宏观、中观、微观三个层面为患者提供全方位的服务。宏观层面涉及政策环境、资金支持、法律保障、资源整合等；中观层面涉及医疗卫生服务机构和社区；微观层面则直接关注慢性病患者及其家属。这三个层面相互关联，共同构成了一个全面的慢性病照护体系。该框架认识到患者、家庭和社区的关键性作用，并强调对慢性病患者的生活方式进行有效管理以实现行为的改变。

基于国家卫生健康委、农业农村部等官方网站，以慢性病为搜索词查阅，选择几个市作为样本区。然后根据慢性病治理的创新性和可行性、老年人患者满意度、患者健康状况等选定以下几个案例作为样本机构，具有较好的可借鉴意义。

2 西部农村老人慢性病治理策略

2.1 贵州省贵定县网格化慢病管理服务模式

贵定县组建县级慢病健康管理中心，在乡镇及村级医疗点设立慢性病门诊，并定期安排县级专家与基层慢病管理员联合坐诊。通过组织医务人员深入村寨与社区开展慢病防治宣教，逐步提升居民自我健康管理意识。依托县域公共卫生信息化系统，构建村、乡、县三级医师互联互通模块，形成信息共享、远程会诊、处方与监管一体的精准管理体系。由此建立起“县级专科医生—乡镇医生—村医”三级协作的网格化慢病管理模式，实现县级指导、乡镇落实、村级执行的联动机制，促进慢病防治一体化体系的完善。

建农村“健康小屋”，按照“以点带面、全面铺开”的方式，对全县 8 个镇（街）卫生院和有条件的村卫生室进行升级改造，全面推进农村“健康小屋”建设。针对农村人口老龄化等突出问题，配置集血压、血氧、额温、身高、体重测量等功能于一体的自助健康监测设备，体检数据同步到个人电子健康档案中，留守老人、儿童的家属可实时通过监测系统手机端了解其健康状况，家庭签约服务医生可根据体检数据及时进行健康干预治疗，有效提升村民自我健康管理能力。同时，逐步完善艾灸治疗仪、膝盖按摩仪等理疗器械配置，帮助老年人治疗缓解各类“疼痛病”。

2.2 重庆忠县农村老年智慧健康管理

忠县坚持创新服务模式，为患者提供全周期“1+4+1”健康管理模式，即乡镇卫生院开展 1 次体检筛查，全年开展 4 次面对面入户随访，开展 1 次全面健康体检，动态调整诊疗方案，提高“两病”患者检出率和服药依

从性，增强“两病”患者健康管理意识。在“1+4+1”健康管理模式服务的基础上，兜好专家“支撑网”。县级医共体医院派出骨干医师对口帮扶基层卫生院，建立以县人民医院为诊疗技术支撑、乡镇卫生院为联系纽带、村（社区）卫生室为基础网底，医防融合三级协同的紧密型县域医共体，每季度定期下派县级医院技术骨干下沉基层开展诊疗技术指导、学术交流，夯实基层诊疗基础。

目前，重庆通过建立医共体牵头医院慢病管理中心、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）慢病管理站、村级慢病管理工作室的慢病管理网络，针对高血压、2 型糖尿病、高血脂患者开展家庭医生签约服务，推进多病共管，提供预防、健康教育、临床诊疗、长期处方、靶器官损害筛查、综合评估、随访康复、生活方式指导、运动处方等一体化服务。充分发挥村（社区）民委员会和村（社区）公共卫生委员会、镇卫生院和村卫生室作用，依托基本公共卫生服务老年人健康管理项目完善居民电子健康档案。

3 西部农村老年人慢性病管理经验梳理

梳理上述经验发现，通过以县级医院为龙头，乡级卫生院为纽带，村级卫生室为守门员，整合县乡两级资源，是农村慢病管理的重要策略。从信息技术角度来讲，

上述举措都建立了慢性病信息管理系统，实现全县慢性病数据共享；在人员配备方面，通过县聘乡用、派遣县级骨干下沉到村卫生室等方式，让更多的人可以在家门口看好病；在健康教育和宣传方面：村两委以及村医通过健康教育和宣传活动，提高农村居民对慢性病的认识和预防意识。这包括定期举办健康讲座、发放健康宣传资料等方式，帮助农村居民了解慢性病的防治知识，改善生活习惯，降低慢性病发病率；在为老服务方面，村两委通过走访看望农村老人、进行心理咨询、心理疏导等方式，帮助老人缓解焦虑、抑郁等情绪，树立战胜疾病的信心。

4 基于 ICCC 框架分析我国西部农村老年人慢性病治理现状

4.1 宏观层面：西部农村老年人慢性病治理的政策环境分析

在宏观层面，ICCC 框架包含 6 个要素，即领导与宣传、加强部门间伙伴关系、整合政策、经费支持、人员配置与发展、立法支持。分析上述案例，了解到村委均以当地政府贯彻制定的政策为主，用以营造积极的政策环境，下表 4.1 以 ICCC 框架宏观政策层面的六要素案例地区实践进行归纳总结。

表 4.1 六要素总结

政策要素	案例地区实践总结
领导与宣传	1.开展健康宣传活动，宣传慢病管理卫健知识 2.开展高龄老年人免费体检活动 案例：贵定县创新开展“健康敲门行动”提升失能老年人护理水平
加强部门间伙伴关系	1.各级相关责任单位合作综合防控慢性病 2.县、乡、村三级单位资源共享，以人才、技术等为主
整合政策	1.国家颁布与慢性病相关的慢性病防控政策
经费支持	1.慢性病防控工作经费纳入政府年度预算、决算管理
人员配置与发展	1.培训当地村医队伍，确保村民在家门口就能享受到康复治疗服务 2.驻村医生改善当地村民医疗条件
立法支持	典型代表：《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》

4.2 中观层面：慢性病管理的卫生保健组织和社区资源分析

4.2.1 卫生保健组织要素分析

（1）改进连续性和协调性

由于慢性病需要长期、持续的治疗和管理，而慢性病管理需要涉及多个医疗机构和部门之间的合作，因此如何确保慢性病患者在不同医疗机构之间得到连贯、协调的医疗服务是一个重要的问题。根据案例地区新闻报道、政府工作报告等信息，目前针对农村地区老年人，镇、乡、村医疗机构除了提供基本诊疗服务外，还有上门走访、老年人照护等，促进服务的连续性。

（2）通过领导和激励优化服务

在农村慢性病治理体系中，县级医疗卫生机构承担

统筹与指导职责，通过制度设计与资源配置发挥领导作用。基层村医则是健康服务的直接执行者，其角色由早期的“赤脚医生”逐步转变为专业化、常态化的乡村医生队伍，成为农村医疗卫生体系的基础支撑力量。该群体在疾病防控、健康教育及公共卫生服务中发挥着关键作用，有效弥补了基层医疗资源不足的问题。

同时，上级医疗机构通过绩效考核、培训支持与政策激励等措施，提升基层卫生人员的积极性与服务能力，形成上下联动的激励机制。这一机制既强化了县级机构的组织引领功能，也促进了基层医疗服务供给的优化，为农村慢病治理体系的可持续运行提供了制度保障。

（3）组织和配备卫生服务团队

根据 ICCC 框架的核心理念，慢性病的系统化管理依赖于具备专业能力的卫生服务团队以及充足的资源

保障。有效的团队应兼具医疗服务、健康教育与疾病管理功能,能够实现连续性、综合性与协调性的服务目标。以忠县为例,当地在推进高血压与糖尿病(以下简称“两病”)医防融合改革过程中,建立了多层级协作机制。乡村医生与家庭医生按照“镇不漏村、村不漏户、户不漏人”的原则,全面开展“两病”患者的入户排查与健康随访,实现疾病监测、风险评估与个体干预的常态化,初步构建了覆盖基层的慢病防控网络。这一做法反映出基层卫生服务团队在慢病综合管理体系中的核心作用,也体现出从“单点服务”向“系统协同”的治理转向。

(4) 推广和使用信息系统

推广和使用信息系统在慢性病管理中具有重要的作用。一个有效的信息系统可以帮助医疗机构和卫生服务团队更好地组织、协调和管理慢性病患者的信息,提高医疗服务的质量和效率。依托信息化平台,实现个体健康数据的实时记录与反馈,使基层医生能够基于数据分析实施分级管理和精准干预,推动慢病防控模式由事后治疗向事前预防转变。此举不仅强化了居民的健康责任意识,也提升了基层公共卫生服务的主动性与精细化水平,为构建以社区为基础的慢病管理体系提供了支撑。

(5) 支持患者自我管理和预防

在慢性病综合治理体系中,强化个体自我管理与健康预防是实现长期控病与减负的重要途径。针对居家老年人慢性病易发的特征,各地逐步构建以“主动防控—持续管理—信息支撑”为导向的基层健康管理机制。基层医疗机构通过家庭医生签约服务与动态健康档案管理,鼓励患者定期监测血压、血糖等生理指标,并在医务人员指导下形成日常健康管理与生活方式干预的良性循环。

4.2.2 社区资源要素分析

在ICCC框架中,社区资源要素主要涵盖四个方面:提升慢性病患者的认知水平与社会接纳度、通过领导与支持机制促进健康结果改善、整合与协调多元资源,以及提供延伸性服务。

在农村地区的慢性病治理实践中,卫生行政部门承担总体统筹与监管职责,是慢病管理体系的核心责任主体;乡(镇)政府作为基层治理单元,负责政策落实与组织协调;乡村两级医疗卫生机构则具体执行健康管理与服务提供。村民既是健康治理的受益对象,也是自我健康管理的首要责任人。实际运行中,村医与村委会构成基层行动核心,通过基本医疗服务、入户随访与健康指导等途径,为农村慢性病防控提供关键的社区支持与资源保障。

4.3 微观层面:有准备、知情和积极的三方

在ICCC框架中,微观层面强调患者及家庭、卫生

服务团队及社区伙伴三方的共同作用,这种三位一体的伙伴关系在慢性病照护过程中具有重要性和必要性。个人的力量是微弱的,但团队的力量是无穷的,通过三方共同努力,慢性病的治理才能取得较好的效果。对患者及家庭而言,ICCC框架强调他们对慢性病预防和治疗的了解,并具备一定的知识储备和技能以备意外情况发生。对卫生服务团队而言,基于ICCC框架的认为卫生服务团队包括多种类别的服务提供者,根据各自的专业优势和能力承担相应的责任,这与上文提到的家庭医生、村医有共通之处。在慢性病治理这个过程,各主体各司其职,细化任务落实,共同努力。就社区伙伴而言,ICCC框架特指社区中的非专业人士,且为自发组织的团体。但在农村这个空间环境里,青年人较少,而老年人机体功能衰退,自身也在受各类身心问题困扰,难以聚集力量为管理慢性病做出贡献。

5 基于ICCC框架分析我国西部农村老年人慢性病治理问题

5.1 宏观层面

目前西部地区致力于加强各卫生系统的伙伴关系,但目前医疗机构间的协作机制尚不完善,缺乏明确的分工和协作模式;在领导宣传方面,缺乏对慢病医保政策的引导宣传作用,难以有效引导患病人群到基层就诊,同时也影响了基层医疗机构的发展动力;针对农村老年人慢性病相关条例较缺乏,比如没有针对性对当地慢性病的治理措施;慢性病防控主要来源政府财政,资金来源渠道单一,导致财政负担大;人员配置与发展方面,村卫生室医疗技术和设备落后,村医能力有限,缺乏全科知识,进修学习机会少。

5.2 中观层面

根据相关新闻报道,如“康复小屋有些设施村医并不是全部都会用。”“平时病人较多,村医抽不出时间做康复治疗。”“部分村医并不重视健康小屋,并且群众也不知道。”可见,虽然设备较以前齐全了,但思想没跟上,这些都是阻碍服务提供连续性的困难,需要逐渐改善。

而随着新医改的持续推进,乡村医生发展面临着身份尴尬、待遇不稳、老无所养、人才短缺等诸多难题,比如“贵定县健康小屋的设施器材都是公益捐助的,政府也不收取任何使用费用,村医没有任何收入,还有部分村医在接受完培训后,考入市里待遇更好的医院,村里留不住人才。”贵定县卫生健康委员会相关负责人如此表示。可见,村医的激励机制需要优化,通过打造一支过硬的村医队伍,落实三级医院优质资源下沉到最基层,实现“小病不出村、大病不出县”的构想,从而惠及更多百姓。同时,基于部分村医长期留守在村子里,

医学储备知识得不到更新,也影响了农村医疗卫生服务的质量。就信息系统运用来说,在西部地区,经济较不发达,交通不便,很多农村地区的基础设施和资源配置不足,基层医疗卫生机构设施设备陈旧,更新换代缓慢,这使得村医在诊治过程中往往依靠自身经验,治疗具有一定的盲目性和不科学性。此外,由于老人的受教育程度低,疾病意识淡薄,导致难以理解和应用自我管理技巧。也难以理解复杂的医疗信息,或者不知道如何将这信息应用到实际生活中,从而影响他们的自我管理和预防效果。

5.3 微观层面

从案例以及相关的新闻报道资料来看,西部农村老人较多有以下情况出现:健康理念和健康意识淡薄,获取健康信息的渠道有限,文化程度低,患者保健行为较差,服药依从性低,血压水平未得到较好的控制,自我管理意识差等,导致自身不能按时服用药品,而家庭一般起到督促作用,但农村留守老人较多,家庭成员不能及时关注到老人身体健康状况,也因此不能及时起到督促作用。

6 讨论

借助 ICCC 框架,从宏观、中观和微观3个层面进行农村老年人基层慢性病管理分析发现,宏观层面已建立基本的慢性病政策顶层设计,但政策的衔接性仍存在不足,就医保而言,目前国家正在逐步推进“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式,从而实现合理的就医格局,但各地门诊报销起付线标准不一,基层报销低,应当设计更为精细化的医保支付补偿制度,确保农村慢性病患者能够享受到医保政策和医疗救助制度的保障,减轻他们的经济负担。慢性病管理面临着多方面的挑战,需要政府、医疗机构、社会各方共同努力,推动慢性病治理的顺利进行。政府主导在各基层包括社区、乡镇、农村建立卫生服务机构,提供经济支持,配备基本的设备和医疗人员团队,保证对辖区城乡居民的全面覆盖。这些基层卫生服务机构可以为慢性病患者提供基本的医疗服务和健康管理。村医在农村地区具有重要的作用,他们可以通过兼任慢性病管理员,对慢性病患者进行管理,包括建立健康档案、实施分标管理等。这样可以确保慢性病患者得到及时、有效的管理和治疗。组建健康管理服务团队,实施分片管理,将农村地区的慢性病患者按照地理位置或病情等因素进行分片管理。这样可以提高管理效率,确保每位患者都

能得到专业的健康管理和治疗。通过健康教育和宣传活动,提高农村居民对慢性病的认识和预防意识。这可以包括定期举办健康讲座、发放健康宣传资料等方式,帮助农村居民了解慢性病的防治知识,改善生活习惯,降低慢性病发病率。也应当充分利用信息技术手段,建立农村慢性病管理信息系统,实现信息共享和资源整合。这可以提高管理效率,方便医生和患者之间的沟通交流,为慢性病患者提供更优质的医疗服务。

参考文献

- [1]徐健,孔灵芝.关注慢性病 助力健康老龄化[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(09):641-644.
- [2]王浩,张琳,方晓雅,邓茹月,姚俊.中国中老年人慢性病共病现状及其空间分布研究[J].中国全科医学,2022,25(10):1186-1190+1196.
- [3]国务院第七次全国人口普查领导小组办公室.2020中国人口普查年鉴(上册)[M].北京:中国统计出版社,2022:26-46
- [4]李进,张海燕,杨佳.国内外经典慢性病管理模式对我国农村地区慢性病管理的启示[J].中国全科医学,2022,25(16):1935-1941.
- [5]周晓容,邓靖,彭美华.农村地区家庭医生签约服务现状及对策研究[J].卫生经济研究,2018(04):52-55.
- [6]陈雅静,李秀霞,潘蓓,刘倩倩,叶佳欣,戈小洁,杨克虎,韩雪梅.分级诊疗制度下乡村医生基本医疗服务探析[J].中国农村卫生事业管理,2019,39(10):736-741.
- [7]杨雅欣,杨立敏,王嘉琪等.农村家庭医生签约服务现状及对策研究——以新疆维吾尔自治区阜康市为例[J].农村.农业.农民(B版),2023(02):47-49.
- [8]汪曾子,刘娅莉,邱增辉,蒋祎,戴骄阳,朱佳妮,蒲川.分级诊疗制度下重庆市患者就医行为及影响因素分析[J].中国医院管理,2020,40(11):28-32.
- [9]肖婷,张文皓,张凤,陈玉,尼春萍,邵佩,徐莎莎.陕西省农村老年人群慢性病患者现状及相关应对措施研究[J].职业与健康,2020,36(14):1929-1934.
- [10]吴智华.农村空巢老人和非空巢老人高血压防治情况调查与社区管理措施[J].中医药管理杂志,2016,24(03):134-135.

作者简介:黄诺(1999.11),女,汉族,广西玉林,公共管理在读研究生,上海工程技术大学,研究方向:社会保障。