

DOI:10.16781/j.0258-879x.2017.07.0828

• 特约述评 •

慢性病防治的重点和难点:《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》解读

王一然¹, 王奇金^{2*}

1. 第二军医大学长海医院肿瘤内科, 上海 200433

2. 第二军医大学长海医院内分泌科, 上海 200433

[摘要] 2017年1月, 国务院印发了《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》(以下简称《规划》)。《规划》围绕我国慢性病的现实需求和未来发展趋势, 明确了未来8年慢性病防治的发展目标和工作重点, 部署做好未来5~10年的慢性病防治工作, 降低疾病负担, 提高居民健康期望寿命, 努力全方位、全周期保障人民健康。《规划》的重点在于加强慢性病的宣教和预防, 减轻医疗负担; 难点在于分级诊疗和医疗资源的优化配置。

[关键词] 慢性病; 综合预防; 分级诊疗; 资源分配; 指南

[中图分类号] R 5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2017)07-0828-04

Key points and difficulties in prevention and treatment of chronic disease—interpretation of *Guidelines for Prevention and Treatment of Chronic Diseases in China (2017—2025)*

WANG Yi-ran¹, WANG Qi-jin^{2*}

1. Department of Oncology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

2. Department of Endocrinology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

[Abstract] In January 2017, China issued *Guidelines for Prevention and Treatment of Chronic Diseases in China (2017—2025)* (hereinafter referred to as the Guidelines). Based on the reality and trends of China's chronic diseases, the Guidelines clarifies the goals and priorities for prevention and treatment of chronic diseases in the next 8 years and plan the works for prevention and treatment of chronic diseases in the next 5-10 years to reduce the burden caused by diseases, improve the health expectancy of residents and ensure people's health from start to end. The Guidelines focuses on strengthening the education and prevention of chronic diseases to reduce the burden caused by medical care; the difficulty lies in the establishment of hierarchical medical system and optimization of medical resource distribution.

[Key words] chronic disease; universal precautions; hierarchical medical system; resource allocation; guideline

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2017, 38(7): 828-831]

为加强慢性病防治工作, 降低疾病负担, 提高居民健康期望寿命, 努力全方位、全周期保障人民健康, 国务院于2017年1月正式印发了《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》(以下简称《规划》)^[1]。《规划》所称的慢性病主要包括心脑血管疾病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和口腔疾病, 以及内分泌、肾脏、骨骼、神经系统疾病等。现对《规划》的出台背景以及重点和难点进行解读。

1 《规划》出台背景

慢性病是严重威胁我国居民健康的一类疾病,

不仅造成生活质量的下降, 而且其防治费用不断增加, 成为个人和国家越来越沉重的负担。2012年全世界共死亡5 600万人, 其中3 800万人(68%)死于慢性病; 70岁以下的过早死亡病例超过40%(1 600万人), 其中大部分过早死亡(82%)发生在低收入和中等收入国家^[2]。据估计, 2012年花费在心肌梗死、颅内出血以及脑梗死上的治疗费用达到500亿元^[3]。2015年我国恶性肿瘤发病人数为429.2万人, 死亡人数为281.4万人; 恶性肿瘤已经成为我国居民仅次于心血管疾病的第2大死因, 全球22%的新发病例和27%的死亡病例发生在中国^[4-5]。针对

[收稿日期] 2017-03-17 [接受日期] 2017-06-24

[作者简介] 王一然, 博士生。E-mail: wyrwangyiran@163.com

* 通信作者 (Corresponding author). Tel: 021-31161394, E-mail: wangqijin8668601@163.com

广东的一项调查发现,包括高血压病、肥胖、高脂血症以及血糖异常在内的代谢性疾病的发病率一直在上升,在2010年达到24.5%^[6]。中国18岁以上成人的糖尿病患病率为11.6%,而糖尿病前期的患病率高达50.1%^[7];2008年我国在2型糖尿病上的直接负担约为90亿美元,预计到2030年我国糖尿病的防治成本将达到1320亿美元^[8-9]。然而,我国全社会对慢性病防控的重视程度仍然较低,群众自我保健意识薄弱^[10],现有的防治体系和服务能力难以满足人民群众的健康需求^[11]。因此,尽管医学的监测和治疗水平不断提高,慢性病防治形势仍然严峻^[12]。这不仅严重影响个人的生活质量,也消耗大量资源,是对卫生事业和经济发展的挑战。

值得关注的是,美国的统计数据表明,美国癌症死亡率自1991年达到巅峰(215.1人/10万人)后,已开始逐渐降低,至2011年(168.7人/10万人)累计下降了22%,超过150万人免于癌症死亡^[13-14]。专家分析指出,控制吸烟、推广癌症筛查和应用新型疗法是“三大法宝”^[15]。

在我国日益严峻的慢性病发病形势和国外先进经验的启发下,《国民经济和社会发展“十三五”规划纲要》和《“健康中国2030”规划纲要》均提出了“实施慢性病综合防控战略”的任务要求,并明确了“降低重大慢性病过早死亡率”的发展目标。为此,按照党中央、国务院统一部署,根据我国慢性病流行和防治状况,国家卫生计生委员会同相关部门编制了本《规划》。

2 《规划》的主要内容解读

2.1 指标量化具体,实事求是 《规划》制定了具体的目标,即到2020年慢性病防控环境显著改善,降低因慢性病导致的过早死亡率,力争30~70岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率较2015年降低10%;到2025年慢性病危险因素得到有效控制,实现全人群全生命周期健康管理,力争30~70岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率较2015年降低20%。举例来看,2013年我国归因于高血糖的死亡例数是62.19万,归因于高血糖的标化死亡率为48.64/10万。高血糖造成的伤残损失寿命年和早死损失寿命年分别为875.15万人年和1163.76万人年^[8]。在2020和2025年两个节点过早死亡率分别下降10%和20%,相当于减少逾百万人年的寿命损失,可以节约大量的治疗费用,目标应该能够达成并希望能有更理想的结果。

2.2 从治疗到预防,关口前移 从以“治病为中心”

向“以健康为中心”转变,提升生活质量,基本原则是坚持预防为主。“上医治未病”,医学的发展不应该局限于治疗已发生的疾病,也应该有更多的手段预防疾病的发展,实施早诊早治,降低高危人群的发病风险。强调慢性病的二级预防,以血压、血糖、血脂、体质量、肺功能、大便隐血等指标监测为重点,推进居民健康体检,促进慢性病早期发现,逐步开展慢性病高危人群的患病风险评估和干预指导。以大便隐血筛查结直肠癌为例,肿瘤检出率为12.10%,恶性肿瘤检出率为1.11%,进展期腺瘤检出率为3.89%,非进展期腺瘤检出率为7.10%^[16]。在疾病早期筛查,发现、治疗得越早就越有效。防患于未然,意义重大。

2.3 外因和内因双管齐下,疏通慢性病防治的“任督二脉” 外因是从医务人员和社会资源的角度,下大力气防治慢性病,具体表现在加强健康教育,提升全民健康素质。疾病的宣教和治疗同样重要,从健康宣教入手,强调科学、实用、有针对性的慢性病防治健康教育。优先将慢性病患者纳入家庭医生签约服务范围,积极推进高血压、糖尿病、心脑血管疾病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等患者的分级诊疗。从社会保障层面,医保政策向慢性病的筛查防治方向倾斜,引导防治重心下沉和兜底困难人群^[17]。鼓励社会力量开展慢性病防治服务,促进慢性病全程防治管理服务与居家、社区、机构养老紧密结合,推动互联网创新成果应用,探索慢性病健康管理服务新模式,实现早就诊、早诊断、早治疗,并结合精准医学及基因筛查等开展综合治疗探索。

慢性病的防治离不开每个人的积极作为。强化防病胜于治病的理念,改变不恰当的生活方式,比如能否控制饮食、养成健康的生活方式是决定慢性病防治能否成功的重要因素。已有经验表明,对于糖耐量受损的患者,如果早期开展生活方式的干预,可以使心血管疾病的死亡率下降40%,使糖尿病的发病率下降20%,全因素死亡率下降27%^[18]。由此可见生活方式的指导对于疾病的预防非常重要。

3 《规划》的重点和难点

3.1 加强慢性病的宣教和预防,减轻医疗负担 慢性病的筛查工作进一步前移。贯彻零级预防理念,全面加强幼儿园、中小学营养均衡、口腔保健、视力保护等健康知识和行为方式教育,这对于尽早形成健康的生活方式有重要意义^[19]。但是应该看到,一方面当前有关健康生活的教材和师资缺乏;另外在应试教育的当下,有多少学校愿意拿出时间认真地进行慢性病相关的教育,而不是走过场?因此

如何将健康教育工作前移值得关注。

3.2 形成“基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治”的合理就医秩序和健全“治疗—康复—长期护理”服务链 各级医疗机构应该找准角色定位,参与到慢性病的防治中去,推动医疗联合体和分级诊疗制度建设。这一有效的就医模式已经在许多西方国家及我国港台地区成功运用多年^[20-22]。以英国为例,糖尿病患者到全科诊所随诊,若病情严重,全科医生就会帮助其联系医院并协调住院;患者出院,社区诊所会派出护士或志愿者,每周到患者家中进行不少于6 h的糖尿病教育,实现社区卫生机构和医院无缝衔接。同时,社区还订阅了专业的糖尿病杂志,鼓励患者随时到中心来借阅^[23]。我国部分地区也开展了分级诊疗模式实践,显示出良好前景^[24-25]。但是我国绝大部分地区仍然面临着基层医院冷冷清清、三甲医院一号难求的尴尬局面。关键在于当前医生的薪酬体制不合理,导致各级医院之间形成了竞争关系而不是合作关系,费用高的疾病抢着要,费用低的病被推来推去,这也为紧张的医患关系埋下隐患。三甲医院凭借着自身的影响和强大的医教研实力很容易争夺病源,但是大量相对简单重复性的工作挤占了医师思考及科研的时间,也挤占了本该属于危重症和疑难杂症患者的医疗资源;同时,基层医院大量的资源被闲置、浪费。各级医院薪酬模式要区分,根据医院定位形成不同的收入分配格局,三级医院形成以科研和诊治疑难杂症危重症为导向的薪酬体制,基层医院形成以健康宣教和疾病筛查为主的薪酬体制,使得不同医院各司其职,可使患者的疾病筛查和疾病首诊下沉到基层医院,疑难杂症到三级医院解决,之后再回到基层医院随访,形成上下级医院合作的良性循环^[26]。

3.3 中西医结合,优势互补 发挥中医“治未病”的优势,大力推广传统养生健身法^[27]。建立由国家、区域和基层中医专科专病诊疗中心构成的中医专科专病防治体系。针对中医药具有优势的慢性病病种,总结形成慢性病中医健康干预方案并推广应用,发挥中医药在慢性病防治中的作用和优势。当前的中西医体系各说各话,相互竞争贬低的多,相互学习借鉴的少,究竟有多少种疾病中医更有效,有多少种疾病西医更有效,行内人尚在争论不休,更遑论普通大众。现在亟需建立科学严谨的评价体系,探索包括祖国医学在内的慢性病指南,形成中西医并重和谐发展的局面,为中医发挥更大的作用开辟空间,形成有中国特色的慢性病治疗体系。

4 《规划》对未临床研究的启示

慢性病的防治离不开有益经验的总结,在慢性

病防治跨越式发展的当下,临床研究也将扮演越来越重要的角色。在分级诊疗以及“互联网+”健康医疗、大数据等关键技术的支持下,未来的临床研究将呈现“横向划分、纵向整合”的趋势。横向划分,就是各级医院根据不同定位,在慢性病防治中扮演不同角色,开展相互有区别的研究;纵向整合即依托互联网共享的就诊网络,将患者“从摇篮到坟墓”的医疗资料整合到一起,建立医师共享的数据平台。当前中国有大量的临床数据,但大多处于孤岛化和碎片化的状态,不易整合,难以高效利用,仍然面临着直接采用欧美标准的尴尬局面。采用纵横结合的模式可以减少数据盲区、提高效率,发掘出更有价值的临床科研数据。对于基层医院,要做好慢性病的早期筛查、随访和慢性病知识普及;对于社区卫生服务中心和乡镇卫生院,逐步提供血糖和血脂检测、口腔预防保健、简易肺功能测定和大便隐血检测等服务;对于大医院,在诊治疑难杂症和危重症患者的情况下,更应发挥优势完成临床科研工作,针对不同研究做好各级临床科研的统筹协调,推进慢性病致病因素、发病机制、预防干预、诊疗康复、医疗器械、新型疫苗和创新药物等研究,推动科技成果转化和适宜技术应用。重点突破精准医疗、“互联网+”健康医疗、大数据等应用的关键技术,支持基因检测等新技术、新产品在慢性病防治领域的推广应用。

随着中国经济的发展,生活水平的提高,温饱不再是问题,高品质的健康生活成了人们新的追求。威胁当前人们健康的正是《规划》中所提及的慢性病,所以尽早有效地防治慢性病是健康生活的关键所在。同时发达国家慢性病的发病率和死亡率持续下降也让我们看到了希望。慢性病的有效防治不仅会促进健康产业的发展,也会提高生产效率,促进社会经济的良性发展。

[参考文献]

- [1] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)的通知[EB/OL]. (2017-02-14). http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm.
- [2] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [R/OL]. [2017-03-05]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
- [3] XI B, LIU F, HAO Y, DONG H, MI J. The growing burden of cardiovascular diseases in China[J]. Int J Cardiol, 2014, 174: 736-737.
- [4] FERLAY J, SOERJOMATARAM I, DIKSHIT R,

- ESER S, MATHERS C, REBELO M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 [J]. *Int J Cancer*, 2015, 136: E359-E386.
- [5] CHEN W, ZHENG R, BAADE P D, ZHANG S, ZENG H, BRAY F, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. *CA Cancer J Clin*, 2016, 66: 115-132.
- [6] LAO X Q, MA W J, SOBKO T, ZHANG Y H, XU Y J, XU X J, et al. Dramatic escalation in metabolic syndrome and cardiovascular risk in a Chinese population experiencing rapid economic development[J/OL]. *BMC Public Health*, 2014, 14: 983. doi: 10.1186/1471-2458-14-983.
- [7] XU Y, WANG L, HE J, BI Y, LI M, WANG T, et al; 2010 China Noncommunicable Disease Surveillance Group. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults[J]. *JAMA*, 2013, 310: 948-959.
- [8] 赵艳芳,王卓群,杨静,李镒冲,殷鹏,由金玲,等. 1990与2013年中国归因于高血糖的疾病负担分析[J]. *中华预防医学杂志*, 2016, 50: 769-775.
- [9] HU H, SAWHNEY M, SHI L, DUAN S, YU Y, WU Z, et al. A systematic review of the direct economic burden of type 2 diabetes in China [J]. *Diabetes Ther*, 2015, 6: 7-16.
- [10] LI F, LIU Y, ZHU W, HARMER P. China's challenges in promoting physical activity and fitness [J]. *Lancet*, 2016, 388: 1278-1279.
- [11] YOUNGER D S. Health care in China [J]. *Neurol Clin*, 2016, 34: 1115-1125.
- [12] BANSILAL S, CASTELLANO J M, FUSTER V. Global burden of CVD: focus on secondary prevention of cardiovascular disease[J]. *Int J Cardiol*, 2015, 201 (Suppl 1): S1-S7.
- [13] BORING C C, SQUIRES T S, TONG T. Cancer statistics, 1993[J]. *CA Cancer J Clin*, 1993, 43: 7-26.
- [14] SIEGEL R, NAISHADHAM D, JEMAL A. Cancer statistics, 2013[J]. *CA Cancer J Clin*, 2013, 63: 11-30.
- [15] FEDEWA S A, SAUER A G, SIEGEL R L, JEMAL A. Prevalence of major risk factors and use of screening tests for cancer in the United States[J]. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2015, 24: 637-652.
- [16] 居峰,左君波,夏加增. 结直肠癌筛查的研究进展[J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2013, 27: 105-107.
- [17] MENG Q, FANG H, LIU X, YUAN B, XU J. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system [J]. *Lancet*, 2015, 386: 1484-1492.
- [18] LI G, ZHANG P, WANG J, AN Y, GONG Q, GREGG E W, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study [J]. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2014, 2: 474-480.
- [19] WANG D, STEWART D, CHANG C, SHI Y. Effect of a school-based nutrition education program on adolescents' nutrition-related knowledge, attitudes and behaviour in rural areas of China[J]. *Environ Health Prev Med*, 2015, 20: 271-278.
- [20] 李银才. 医疗医保联动改革与分级诊疗机制:来自台湾地区的启示[J]. *卫生经济研究*, 2016(9): 15-16.
- [21] PIRKOLA S, SUND R, SAILAS E, WAHLBECK K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis[J]. *Lancet*, 2009, 373: 147-153.
- [22] STELLEFSON M, DIPNARINE K, STOPKA C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review [J/OL]. *Prev Chronic Dis*, 2013, 10: E26. doi: 10.5888/pcd10.120180.
- [23] HAWTHORNE G, HRISOS S, STAMP E, ELOVAINIO M, FRANCIS J J, GRIMSHAW J M, et al. Diabetes care provision in UK primary care practices[J/OL]. *PLoS One*, 2012, 7: e41562. doi: 10.1371/journal.pone.0041562.
- [24] 章炜颖,胡芳,俞亚光,朱炜,孟萌. 基于“四诊四定”模式的分级诊疗实践探索[J]. *卫生经济研究*, 2016(9): 41-44.
- [25] 曾微,李跃平,叶晶晶,王薇. 我国医疗联合体模式的对比与研究[J]. *中国全科医学*, 2016, 19: 3003-3007.
- [26] NI Q, XIE F, WU M. The plight of China's village doctors[J]. *Lancet*, 2016, 388: 2869-2870.
- [27] TU Y. Artemisinin—a gift from traditional Chinese medicine to the world (nobel lecture) [J]. *Angew Chem Int Ed Engl*, 2016, 55: 10210-10226.