

应对农村慢病防控的重难点，社会部门可以发挥哪些角色？

医疗卫生是民生大事，和每个人都息息相关。近年来，国家不断提高基本医疗和基本公共卫生服务供给的可及性，建立覆盖农村地区的新农合医疗制度，取得了长足的进步，极大地提高了人民群众在医疗卫生方面的获得感。但是，我国人口结构正在发生重大变化，人口老龄化趋势（特别是农村）将导致医疗卫生支出的快速增长，而少子化带来的劳动力减少让未来的社保基金持续减低。受财政投入、医疗保障体系、收入水平等因素的影响，持续保障甚至提升卫生健康服务的可及性、可负担性以及质量是一个不小的挑战。

医疗卫生是一个庞大的议题，需求端、供给端、管理端、以及医疗保险制度等，都有很多横切面可以持续探索。正因为它的重要性及复杂性，医疗卫生也是社会部门十分关注的领域，根据中慈联的统计数据，2019 年我国慈善捐赠支出中医疗卫生领域占比 18%，仅次于教育和扶贫¹。随着新冠疫情的爆发，2020 年投入在医疗卫生领域的资金增加明显，2020 年度达到近五年来的高点，为 34.05%²。然而，医疗卫生属于专业性很强的公共服务内容，是强政府主导的领域，社会部门可以如何更高效地参与贡献呢？

在本系列文章里，“乡村卫生健康联合行动”希望回归到议题里所有利益相关方的最终共同目的——人的健康，先从需求端出发，找到目前最严峻的健康问题的发展趋势。然后充分了解回应这个问题时，政府体系供给端存在哪些瓶颈或薄弱点，最后再根据社会部门的优势阶段性地回答：**乡村卫生健康议题里，社会部门应该发挥什么角色？**

本文为系列文章的第一篇，将会透过健康议题的问题聚焦，政策的规划及瓶颈理解，以及社会部门参与方式的分析，探索社会部门可以发挥的主要角色。第二篇则通过中西部农村地区的案例分享已有尝试，探讨发挥社会部门角色的经验。最后第三篇会介绍可借鉴的国际/地区案例来丰富行业对答案的想象，并进行整体系列文章的总结。

中老年人群体的慢病防控是农村地区卫生健康的重难点

首先，我们把目光聚焦在疾病谱从传染病转向非传染病的变化趋势³。目前我国慢性病患者已经超过 2.6 亿，慢性病所导致的疾病负担超过疾病总负担的 70%⁴。2021 年数据显示四类重大慢性病（心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病和慢性呼吸系统疾病）的过早死亡率为 15.3%⁵。到 2030 年，慢性非传染性疾病的患病率将至少增加 40%，约 80% 的 60 岁及以上老年人将死于慢性非传染性疾病⁶。这给个体和家庭带来沉重负担。

¹ 2019 年度中国慈善捐助报告，中国慈善联合会

² 2020 年度中国慈善捐助报告，中国慈善联合会

³ 中国老龄化与健康国家评估报告，世界卫生组织，2016

⁴ http://www.gov.cn/xinwen/2016-09/28/content_5113197.htm

⁵ <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1736320926239391464&wfr=spider&for=pc>

⁶ 中国老龄化与健康国家评估报告，世界卫生组织，2016

而与此同时，老龄化程度逐年加重，2020年，我国60岁以上人口占比18.7%⁷。这些数据都在说明一件事情，慢病已经成为危害我国居民健康的“头号杀手”。

因此，在老龄化严重的农村地区（60岁以上比例为24%，约1.2亿人口），慢病问题显著，估计约8000万老年人至少患有1种慢性疾病⁸。以高血压和糖尿病为例，农村地区的患病率在10年间（2003-2013）分别增加了651%和1021%⁹（图1）。尽管城市有更高的慢病患病率，但从这10年的增长率来看，城乡差距逐渐缩小。

2003-2013年高血压、糖尿病患病率城乡对比（‰）

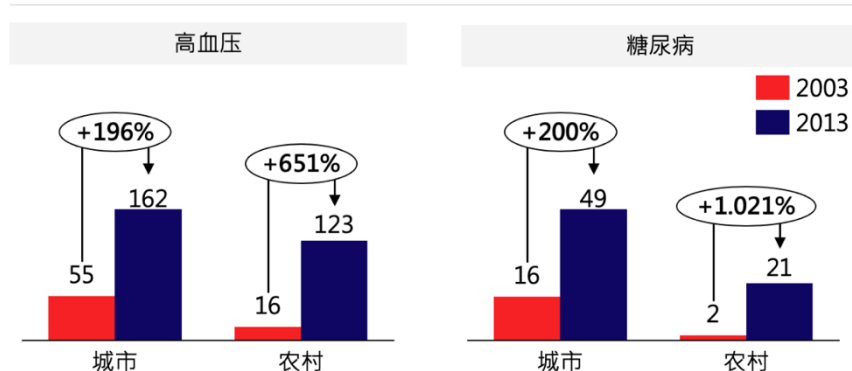


图1 慢病患病率城乡对比

患病率以外，以下三个城乡差距造成了农村地区的慢病控制率指标相对城市较为薄弱（以高血压为例，农村高血压控制率为11%，显著低于城市的20.2%¹⁰；控制率低会导致严重的后果，高血压导致至少45%的心脏病死亡和51%的脑卒中死亡¹¹）。第一个差距在于医疗卫生服务资源分配：在卫生人员、床位等的数量上，农村低于城市¹²（图2），以至于患者较难获得高质量的可及的医疗卫生服务。第二个差距在于经济影响：农村地区的慢病患者更容易因为经济原因而放弃治疗，农村地区家有60岁以上慢性病人的家庭发生灾难性卫生支出的可能性是一般家庭的3倍¹³。第三个差距在于居民的健康素养水平：慢病防治素养整体上本就偏低，而农村比起城市持续低了8-9%¹⁴（图3）。居民的健康素养对于慢病防治特别重要，因为不良的饮食习惯正是非常重点的危险因素（其他还包括血糖、血压和胆固醇升高等），如酒精、脂肪摄入多，盐/钠摄入多，水果蔬菜摄入少，吸烟和身体活动不足等。中国60岁以上老年人的死亡中，超过50%可归因于饮食风险 and 高血压¹⁵。如果患者的健康素养提高，这些危险因素则可在一定程度被自主消除。

⁷ 2020年国家统计局年鉴

⁸ <https://finance.ifeng.com/c/8EBslawFLz>

⁹ 2019年中国卫生健康统计年鉴

¹⁰ 中国老龄化与健康国家评估报告，世界卫生组织，2016

¹¹ 高血压全球概要，世界卫生组织，2013

¹² 2019年中国卫生健康统计年鉴

¹³ 中国老龄化与健康国家评估报告，世界卫生组织，2016

¹⁴ 国家卫健委

¹⁵ 中国老龄化与健康国家评估报告，世界卫生组织，2016

另外，在慢病中不能忽视心理/精神类疾病。农村中老年人的抑郁高风险检出率在2018年达到40%，高于非农业户口的26%¹⁶。代际支持减弱以及其他替代性支持匮乏

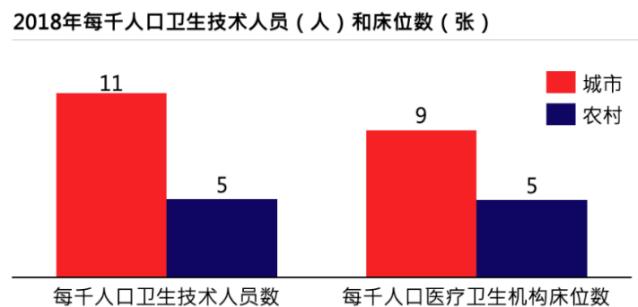


图2 医疗卫生服务资源城乡差距

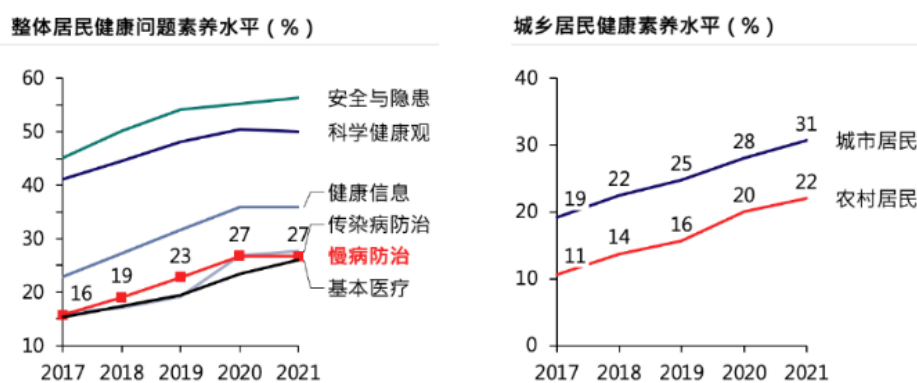


图3 整体居民健康问题素养水平和城乡居民健康素养水平

是重要的社会原因。从自杀率来看，90年代以来虽然中国整体的自杀率跌至世界最低行列，中国老人自杀率却大幅上升，尤其在农村：2015年65岁以上农村老人的自杀率为整体人口的2-6倍¹⁷。在一份山东、湖南、广西的农村老年人自杀死亡者特征比较的研究中发现，有50.4%的自杀死亡者同时患有以抑郁症为主的精神障碍及躯体疾病，合并症情况明显，而且其中95.1%未接受相关治疗¹⁸（图4）。

¹⁶ 景丽伟，首都医科大学(<https://mp.weixin.qq.com/s/epOASaX4tTaOcfS876Npbg>)

¹⁷ 范佩贞，台湾国立阳明大学医学院(<https://china.caixin.com/2018-10-29/101339915.html>)

¹⁸ 张欣旭等，中南大学，有、无精神障碍的农村老年自杀者的特征比较，中国临床心理学杂志，2019

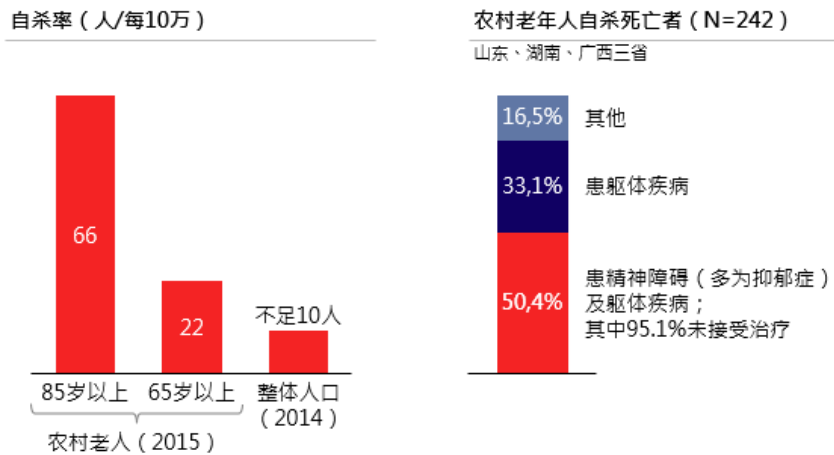


图4 自杀率与农村老年人自杀死亡者患病情况

中老年人慢病防治需求未被满足的痛点：缺少筛查、缺乏对慢病的正确认识、以及医疗服务可及性弱等

上面提到的是相关群体慢病问题的整体状况，但是对于真实鲜活的个体，这个问题又代表着什么？以下我们通过一个真切的慢病患者的经历去感受，同时这也是千千万万慢病患者的缩影。

湖南农村的潘老先生，年轻时是村里为数不多的工人，相较于农民有更多余钱可以支配。他喜欢吃，尤其喜欢重油重盐和甜食，所以一直有肥胖问题。退休后，腿脚不便，也很少外出走动。潘老先生从来没有做过体检，也不注意身体情况，直到70岁左右因身体不适就医后才发现有糖尿病，当时已有并发症，最明显的是身体伤口久不愈合。但潘老先生和家人并不知道糖尿病会有并发症，也没有给与足够的重视，他们以为得了糖尿病以后不吃糖即可，所以仅忌口小部分食物，更不知道要定期监测血糖，致使出现严重并发症，而当地医院没有治疗能力，只能去省城。虽然有家人照顾起居，但他经常一个人躺在床上，日渐消沉，老伴和孩子都忙着自己的事情，很少关心他的心理健康。后来，并发症严重到需要截肢才能够保住性命，但潘老先生拒绝截肢...

在潘老先生的经历中，我们看到有四个痛点：1) 未及时发现糖尿病，发现时已经相对严重；2) 潘先生和家人缺乏对糖尿病的认识，也缺少途径了解，导致糖尿病未控制住而引起严重的并发症，错过了最好的治疗契机；3) 服务可及性弱。由于当地县城的治疗水平欠缺，需去省城大医院治疗，进一步拖延了治疗的时机；4) 身体疾病和心理疾病会互相影响。潘老先生的家人尽管在身边却忽视了潘老先生的心理健康，未给予他更多的关怀和恢复健康的信心。如果他个人和家人早一点重视，早一点发现、诊断并治疗，潘老先生或许会有更长的、更有质量的生命时间。

不管国家层面还是个人层面，农村地区慢病问题都如此的显著。接下来，我们希望先了解国家针对这个问题的政策和服务规划，以及一些关键瓶颈或难点，再考虑社会部门可以进行哪些支持/补充。

农村地区慢病防控以乡镇卫生院为服务主体，但仍面临基本公卫服务落实不完善，及个人主动健康/社区参与度有待加强的两大瓶颈

国家卫生健康政策强调以“人民健康为中心、农村和基层为重点、预防为主”。《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》《健康中国 2030 规划》等都强调以“农村和基层为重点，以预防为主”的政策方向，向农村地区进行资源倾斜，重点关注预防，提出“以人民健康为中心”，一改过去以疾病为中心向以健康为中心的服务模式转变。

具体到服务内容上，我国慢性病防控的最终执行者是基层医疗卫生机构，即社区卫生服务中心、乡镇卫生院以及社区卫生服务站和村卫生室。在区县层面，慢病防控以基层医疗卫生机构为主要防控主体、疾控中心和县医院为指导，以相关基本公卫服务为主要防控内容，以家庭医生为主要抓手的模式。2009 年起，国家提供免费的基本公共卫生服务，包括其中慢病相关的建档、健康教育、老人/糖尿病/高血压/重度精神疾病等健康管理等和慢病防控相关¹⁹。慢病管理工作由乡镇卫生院负责，并管理和指导村卫生室落实；区/县疾控中心、综合医院、专业公共卫生机构等则为业务指导方。家庭医生团队（包括乡镇医和村医）则采取团队签约的形式，以免费服务包和个性服务包的形式提供（实际上在中西部均是以免费服务包（即基本公卫服务内容）为主）。

除了整合服务内容及优化供给模式之外，国家也强调健康知识普及行动，倡导主动健康理念，提出每个人是自己健康的第一责任人²⁰。同时也注重“发挥社会组织作用，将卫生健康工作纳入基层治理，引导群众主动落实健康主体责任、践行健康生活方式”²¹。

从上述的政策规定可以看到，国家一方面强调服务供给的可及性和群众获得感，一方面提高群众的自我管理主动性及水平，但在这两个方向上还存在两大瓶颈（图 5）。



图 5 慢病防控主要瓶颈

瓶颈 1 — 乡村卫生院落实基本公卫服务面临起码四个常见薄弱点：院长重视程度、人才建设、管理制度、经费/财政

¹⁹ 村医访谈，提到在基本公卫服务中，糖尿病和高血压的健康管理是其日常工作的主要内容

²⁰ 健康中国行动（2019-2030 年）

²¹ “十四五”国民健康规划

我国在农村地区建立起县乡村三级医疗卫生服务体系，其中县医院为龙头，重点在大病治疗，在基本公卫服务方面主要是指导和培训，以及承担紧急医疗援助；乡镇卫生院为枢纽，村卫生室为基础，两者组成农村的基层医疗卫生服务机构，主要承担常见病多发病的治疗和负责落实基本公共卫生服务，其中乡镇卫生院是责任主体（图6）。

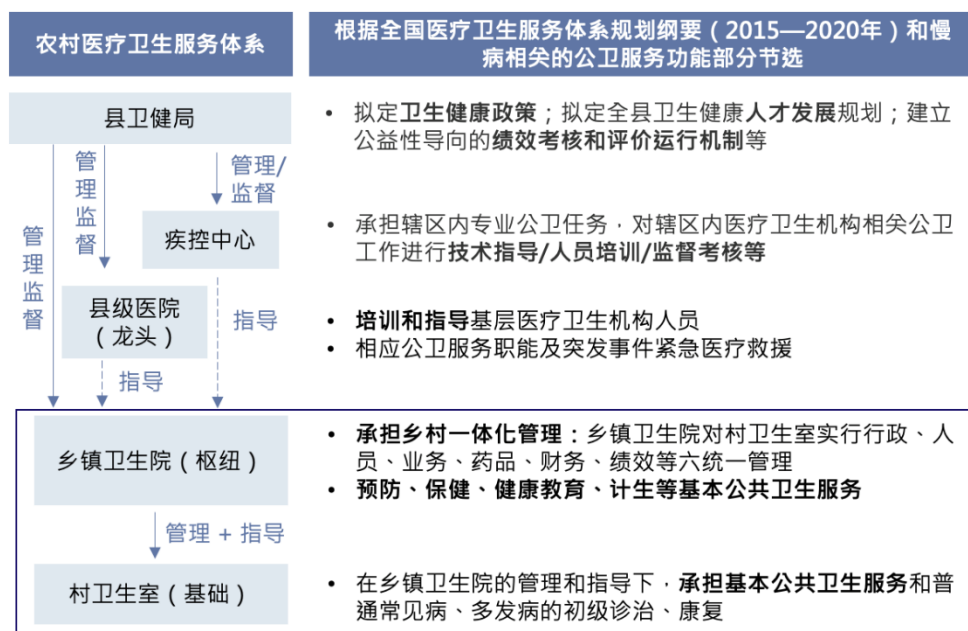


图6 县乡村三级医疗卫生服务体系的部分功能节选

具体到基本公卫服务中的慢病管理，《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》重点关注慢病的规范管理率和控制率，2015年高血压患者规范管理率为50%，2012年控制率为13.8%；糖尿病的这两个指标为50%和33.4%²²，仍需进一步提高。通过访谈及观察，发现在提高慢病管理水平方面起码有五个常见的薄弱点：

- **院长重视程度**：作为乡镇卫生院的领头人，乡镇卫生院院长是否有意愿及能力提高基本公卫服务水平，影响着乡镇卫生院对基本公卫服务的资源投放，进而会影响基本公卫服务的落实情况。这其中包含两点，一是院长是否认同基本公卫服务对居民健康水平提升的重要性；二是院长是否有能力及动力撬动更多资源落实基本公卫服务。
- **人才建设**：村卫生室招人留人难，出现人才短缺。2018年西部地区取得执业（助理）医师资格证的乡村医生²³占比19.5%²⁴，相较于到2025年占比45%的目标差距较大²⁵。另外，老龄化严重，60岁以上的乡村医生占比达到26.8%²⁶，令基层队伍能力提升更加困难。比如四川某乡镇卫生院院长提到，“我们主要

²² 健康中国行动（2019-2030年）

²³ 此处“乡村医生”指在村卫生室工作的卫生人员。

²⁴ 2019年中国卫生健康统计年鉴

²⁵ “十四五”推进农业农村现代化规划的通知

²⁶ 2019年中国卫生健康统计年鉴

培训年轻村医负责基本公卫，老村医比较难胜任这个工作”²⁷。能力范畴方面，医改后村医的诊治功能被弱化，公卫服务的功能增强，对软性服务能力要求（宣讲、沟通能力等）提高。但是面向村医的在岗培训和继续教育以“知识”为主，未能帮助村医应对比如在提供基本公卫服务时经常遇到居民不配合随访、服药依从性弱等情况²⁸。

- **管理制度：**从村卫生室往上一层，乡镇卫生院亦需加强对基本公卫服务的管理，突破慢病控制率和群众满意度提高的难点问题，包括强调健康结果指标²⁹，改善绩效考核以鼓励村医做好基本公卫工作，规范服务流程和标准（如改善基本公卫服务要求的上传下达方式，确保各方清晰服务标准和程序，减少不必要的重复劳动）。如广西某地正按照国家规定推行电子健康档案，但在当地市级对公卫服务的检查中，检查人员年长，对于电子档案的阅读有困难，特别要求当地的村医把所有电子档案补一份纸质档案，这极大地增加了村医的工作量，而这些本可以通过完善流程规范有所避免³⁰。
- **经费/财政：**国家对基本公卫服务经费的支出范围仍需进一步细化，如公卫经费支出范围包括人员经费在内的经常性支出，但需明确设定人员经费补助对象、补助方式及补助途径，以真正发挥国家基本公共服务项目经费的作用³¹。现实情况里，如果差额财政拨款的乡镇卫生院医疗服务收入欠缺，可能会在资源分配上倾向于将公卫经费投入人员经费，使得基本公卫服务项目经费不足³²。

瓶颈 2 — 卫生健康议题的个人主动性/社区参与度有待加强

提高慢病防治效果，除了医疗卫生服务供应到位，国家政策提倡的主动健康也非常关键。在随访中，村医往往会遇到“村民依从性不高，根据基本公卫中的要求，血压高开转诊单，村民也不愿意去³³”的情况。另外，世界卫生组织认为个人行为与生活方式因素对整体健康水平的影响占到 60%³⁴，这都说明仅做到基本公卫服务是不够的，还需要促进个人行为与生活方式的改变。十四项基本公卫服务中包括健康教育和健康素养促进范畴，但是单向地提供服务难以达到改善人的健康素养水平和行为习惯的效果，更需要举社会之力。

正如国家政策中提及的，需发挥社会组织作用，引导群众主动落实健康主体责任、践行健康生活方式。世卫组织在 2013 年的《高血压全球概要》中提到整体社区氛围改变的重要性：有效降低人群中心血管疾病发病率通常需要全社区范围内不健康行为的改

²⁷ 四川某乡镇卫生院院长访谈

²⁸ 村医访谈

²⁹ 关于做好 2021 年基本公共卫生服务项目工作的通知

³⁰ 村医访谈

³¹ 专家访谈

³² 乡镇卫生院院长访谈

³³ 村医访谈

³⁴ 健康中国行动 2019-2030 年

变或平均风险水平的降低³⁵。所以，此领域的专家一般认为，以社区人群为基础的综合慢病干预是最有成本-效益比的模式³⁶。该模式结合了基于人群的干预（主要包括一般行为上的改变，其干预目标是人群、社区、工作地点和学校，旨在改变社会和环境决定因素³⁷）以及综合性的干预（通常针对慢性病的多个风险因素采用健康教育、膳食和运动干预等多种策略³⁸）。

但在农村地区，目前主要目标或许还集中在落实基本公卫服务上，提升社区参与、尝试综合干预受人力等的影响下可能有所不及。同时，作为具有高度专业性的医疗卫生机构，在社区层面赋能个人和家庭，使之参与卫生健康行动，并非其强项所在。

以上两大瓶颈对于落实家庭医生签约服务，也有一定的影响。家庭医生签约服务出现签而不约的情况，限制了慢病管理效果，截至 2017 年 11 月底，我国家庭医生服务的签约率为 35%³⁹（2025 年目标 75%以上⁴⁰）。可签约率上升的同时，服务利用率低，仅 6.9%的家庭医生签约服务有被利用⁴¹。原因包括政策配套不完善（比如医保支付方式），也有以上提到的一些服务落实点薄弱点（管理的绩效考核和激励机制有欠缺，以及人员队伍综合能力弱、诊疗水平不高等），并且在整体社会参与度及个人主动性低的环境下，群众对其知晓率及信任度都较低⁴²。

整体而言，尽管政策规划完善，要在区县具体落实政策还是有一定的困难。接下来，我们将梳理社会部门的优势和贡献于解决这些瓶颈的机会。

社会部门可发挥的主要角色在于协助乡镇卫生院落实公卫服务并促进个人主动健康和社区参与

³⁵ 高血压全球概要，世界卫生组织，2013

³⁶ 全国第六次卫生服务统计调查专题报告 第 2 辑

³⁷ 高血压全球概要，世界卫生组织，2013

³⁸ 全国第六次卫生服务统计调查专题报告 第 2 辑

³⁹ 邓余华等，我国家庭医生签约服务利用现状及影响因素分析—基于全国 31 个省市的调查，中国卫生政策研究 2020 年 9 月

⁴⁰ 关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见

⁴¹ 邓余华等，我国家庭医生签约服务利用现状及影响因素分析—基于全国 31 个省市的调查，中国卫生政策研究 2020 年 9 月

⁴² 李兴春，我国家庭医生签约服务现状及存在问题研究进展，中国社区医师 2018 年



图7 社会部门支持基层机构落实慢性病防控的主要角色

要长远地跨越这些瓶颈，必然需要系统性的改变，单靠培训前线人员不能解决所有问题。所以社会部门参与这个议题，需要与责任主体——乡镇卫生院——紧密合作。乡镇卫生院是基本公卫服务的执行主体和管理主体，且管理和指导村医落实具体的服务（尤其是乡村一体化建设后）。相较之下，县级可以撬动资源，但不是具体落实慢病防治的机构；村级需要支持，但是影响力受限，很多制度、规范流程等不属于他们的范畴。那么具体如何跟乡镇卫生院合作呢？社会部门可以贡献什么？

先看瓶颈一，目标是通过社会部门支持，改善常见薄弱点规范的公卫服务。常见薄弱点中，社会部门力量可影响的程度是不一样的，因此必须在摸底阶段确定合作卫生院的具体薄弱点及根本原因，以及是否有社会部门能支持落实的解决方案才好开展项目。第一个，院长对基本公卫服务的重视程度，社会部门能在多大程度上影响是不确定的。在过去社会部门的支持中，院长层面的影响相对少，未来可尝试。如果发现确实难影响，可以和接下来我们会在第二篇文章中分享的案例一样，在选点上，以此作为重点的筛选原则。第二和三，人才培养和管理制度，在与乡镇卫生院共建并得到县级支持的前提下，社会部门阶段性的制度建立及优化支持可以实现持续性突破。最后，经费/财政缺口如果是短期的，社会部门还有可能临时补充过渡，但如果是系统性的缺口（如当地经济问题等），可能需要县级省级甚至中央的资源调配或政策支持才能解决。

支持乡镇卫生院落实基本公卫服务后，可以进一步发挥社会部门优势，协助卫生院撬动社区资源，促进主动健康及社区参与，跨越瓶颈二。正如前面所言，赋能个人、家庭和社区恰恰是社会部门的优势所在。在这个方向上，我们认为还是应该由基层医疗卫生机构主导，社会部门支持，包括撬动资源、试点模式、建立乡镇卫生院与社会力量的沟通和分工合作机制等。这样一方面可以保障服务的质量（运用医疗卫生机构的专业知识和能力），另一方面也可以保障服务的整合性（避免出现各做各的干预方式）。此外，增加社区参与，也可能因社区人力资源的加入而减低基层医疗卫生人员的工作负担。对此，我们初步梳理了关键的潜在社区资源和可能的方式（如图8），不同地区可以进一步根据每个乡镇本有的资源，试点落实合适的主动健康及社区参与模式。

关键潜在社区资源	可提升主动健康及社区参与的方式
 居民自身及家庭	<ul style="list-style-type: none"> 以社区宣传改善个人的健康意识和行为 鼓励及培训家属成为患者的健康管理员
 朋辈	<ul style="list-style-type: none"> 建立自我管理小组，定期交流 朋辈经验分享会
 社区社会组织及志愿者	<ul style="list-style-type: none"> 协助体检/筛查工作，入户1对1健康指导 协助乡镇卫生院/村医举办健康教育活动
 社工组织	<ul style="list-style-type: none"> 培育社区社会组织及志愿者 协助乡镇卫生院/村医举办健康教育活动 引入资源，促进社区健康氛围营造
 村委、公共卫生委员会	<ul style="list-style-type: none"> 协助乡镇卫生院动员群众参与 提供相应资源
 社区场所 (老年活动中心/幸福院等)	<ul style="list-style-type: none"> 举办健康相关活动 提供场地资源

图8 关键潜在社区资源及运用方式举例

综上，我们认为社会部门可以在支持乡镇卫生院改善薄弱点落实基本公卫服务的基础上，挖掘和培育社区资源，促进个人的主动健康以及社区参与，从而达到大家的共同目标——提升群众健康水平。

总结

在议题解读的过程中，我们看到，已经有部分社会组织尝试过或正尝试发挥这样的角色。下一篇文章，我们将通过两个案例分享前人遇到过的困难和实践经验，希望以此减少未来尝试中要走的弯路：

- 案例一：嘉里集团郭氏基金会——以提升基层慢病规范化管理能力和组建慢病自我管理小组为主的综合干预

- 案例二：施永青基金湖南保靖县农村医疗发展及健康教育⁴³——社区视角下的农村医疗卫生

郭氏基金会找准基层卫健体系的痛点和需求、建立机制形成长久合作、并从管理端到需求端进行干预，推动目标对象成为责任主体；施永青基金的项目则重点将社区为本的健康教育模式嵌入到乡镇卫生院的基本公卫服务中。

通过这两个案例，我们也看到如果要充分发挥这个角色，还有一些有待加强的部分或者需要跨域的难度。第三篇文章将补充两个地区及国际案例，期待能带给我们一些启发。

以上是“乡村卫生健康联合行动”从探讨社会部门可发挥的角色的角度出发，对议题的阶段解读。其中一定有需要完善的地方，欢迎各位提出建议，我们也很期待与大家进行更多的交流和学习。

(本文由乡村卫生健康联合行动 资助，益响撰写，联合行动成员机构 对本文均有贡献)

⁴³ 该项目先后通过施永青基金有限公司及施永青基金（香港）北京代表处执行，本文使用“施永青基金”指代过去所有的合法身份。