



三师共管 从厦门模式看中国糖尿病管理走向

▲本报记者 董杰 宋菁 特约通讯员 苏成豪 郑林雄 唐国宝

模式分析

编织医院、社区、家庭的无缝式全程关照网

70多岁的老汤是厦门一位退休老干部，也是加入“糖友网”的第一批病友，这位患糖尿病合并肾病15年的“资深”病友曾经像“断了线的风筝”。

他说：“每次到大医院看病都是排队2小时，看病几分钟，出了医院药没按时吃，运动不知道怎么做，拖成了并发症……”加入糖友网后，老汤形容自己“就像风筝接上了线”，而使风筝连上线的就是健康管理师小许。

小许入户随访发现老汤的右脚面感觉迟钝，肢端发冷且

有一个小溃疡，马上帮老汤预约了周五上午来莲前社区出诊的糖尿病专科医师杨叔禹主任医师。

杨主任把全科医师张大夫、健康管理师小许叫到一起，仔细分析病情，给老汤制定了诊疗方案和下一步筛查项目。健康管理师一边给老汤的溃疡面换药包扎，一边交代老汤在家护理的注意事项。

老汤的眼里噙满泪水。他动情地说：“我弟弟在美国也有家庭医生，但是回国看到我

现在有这样的‘三师’团队在

关照我帮助我，他说他在美国都没有这么好的医疗照顾。”像老汤这样，厦门还有十几万糖友能得到“三师共管”全程照护管理。截至2016年12月“糖友网”管理糖尿病患者近11万人，规范管理率62.31%，控制达标率达到43.6%，与2014年建立糖友网之初相比，相关指标同比提高了20%以上。而这些成绩的取得，得益于厦门市卫生计生委杨叔禹主任这位总设计师。

杨叔禹是一位从事糖尿病临床一线工作近30载的老医

生。他自2012年起就开始探索糖尿病这一高发慢性病的管理模式，从“糖尿病一体化管理”到“糖友网”（糖尿病全程关照网），再到如今的“三师共管”，目的是为了建立新型医患关系，在糖尿病关照中，把患者当朋友，结成对抗糖尿病的伙伴，编织医院、社区、家庭的无缝式全程关照网。

“糖友网”能够给患者提供全程关照的核心是“三师共管”。该模式的最大创新之处是引进了“健康管理师”这一岗位。

管理延伸

发现“冰山”下的更多患者

1 成立专业防治机构

厦门市在2016年5月成立了“防治一体”的市级慢性病防治管理专属机构——“厦门市慢性病防治中心”，其中第一批就设立了厦门市糖尿病防治中心，整合疾病控制和临床专家队伍，挂靠在三级综合医院，统筹糖尿病的筛查、预防、糖友网和“三师共管”工作。中心的运作模式是由市疾控部门定策略、作指导、组织流调和筛查，临床三师具体落实筛查、健教和管理，共同推进和落实糖尿病三级预防工作。

2 配齐糖尿病慢性并发症筛查设备、抓好培训

糖尿病慢性并发症如糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病是糖尿病患者致残和致死的主要原因之一，然而基层没有这些糖尿病慢性并发症的筛查的设备。如果让所有的糖尿病患者都到大医院去筛查既不现实也不符合分级诊疗的要求，杨叔禹主任自己带队下社区调研，跑财政部门协调。终于，2016年1月全市38家公立基层医疗机构所有糖尿病筛查的眼底照相机、尿微量蛋白筛查仪器、神经病变筛查等设备全部配齐。硬件有了，还得对基层医务人员进行轮训，手把手带教，并通过远程医疗信息化解决日常问题。

3 明确以家庭医生团队为糖尿病防治的主体

社区的全科医生同时也是所在社区的家庭医生，实行“三师共管”的家庭医生签约后，家庭医生不再只负责看病，签约一个糖尿病患者，就得管好一家子。2016年厦门市共有479 442人率先签约，签约覆盖率22.72%；其中签约糖尿病患者57 074人，覆盖率34.85%。糖友网精细化管理患者续签约率超过87.48%，糖尿病高危家人签约率达到80.85%。家庭医生团队管防治管筛查的工作局面初步形成了。

4 通过项目管理带动糖尿病的综合管理

厦门市积极参与伦敦大学等单位在世界重点城市发起的“城市改变糖尿病”国际项目，利用“全国健康城市”试点建设的契机，通过政府倡导、动员部门、社区、家庭和患者共同参与“糖尿病健康促进行动”，优先应对城市糖尿病的挑战。

结合国家卫计委对厦门市慢性病分级诊疗工作开展效果评估的工作要求，制定了《关于厦门市“糖友网”续签效果评价暨糖尿病家庭医生签约服务综合管理方案》。力争三年内糖尿病家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上，血糖控制达标率达60%以上，筛查糖尿病常见慢性并发症率达60%以上，以进一步提高医疗服务整体效率，降低糖尿病的发病率、致残率、病死率。

5 以健康医疗大数据作支撑，信息化助力

厦门市在全国率先建立的基于健康档案的区域人口健康信息平台，为居民建立了动态、实时的终身电子健康档案，实现了医疗卫生资源的互联互通。这为糖尿病患者的随访和管理奠定了坚实的基础。

基于先进完善的医疗健康大数据建立的“家庭签约”系统，2016年厦门陆续上线了手机APP“厦门i健康”、完善了“慢病健康管理系统”。



图片来源：人民网

3月11日，在十二届全国人大五次次会议记者会上，国家卫生计生委（以下简称“卫计委”）主任李斌，副主任王培安和副主任、国务院医改办主任王贺胜就“‘十三五’开局之年卫生计生改革发展”的相关问题回答了中外记者的提问。

王贺胜在提到分级诊疗时，重点提到了厦门“三师共管”的模式，他指出，如果能够实现分级诊疗的话，一个很重要的关键抓手就是应该有家庭医生，要有医联体。

王贺胜谈到，福建省厦门市创设了“三师共管”的模式，这“三师”是大医院的专科医师负责诊断，家庭医生负责跟踪治疗，健康管理师进行健康教育，“三师共管”共同提升了家庭医生签约服务的能力和水平。

事实上，我们在诸多场合见证了厦门市分级诊疗被点赞的场景。其中，值得一提的是，在1月5日在北京召开的全国卫生计生工作会议上，李斌主任在报告全国分级诊疗试点成效中重点提到并向全国推广厦门“三师共管”慢性病管理模式。全国4个直辖市和266个地级市都在探索分级诊疗，为什么厦门的“三师共管”经验会如此引人关注呢？

“没有全民健康，就没有全面小康”，近年来厦门坚持以分级诊疗带动综合医改，取得了明显成效。厦门作为国家首批公立医院改革试点城市，探索出以大医院专科医师、基层全科医师（家庭医生）和健康管理师“三师共管”的创新服务模式，加强政策配套和机制创新，积极引导优质医疗资源向基层下沉，建立了预防、治疗、康复、健康促进一体化基本医疗卫生服务体系。

据“三师共管”的创设者厦门市卫计委杨叔禹主任介绍，糖尿病“三师共管”管理模式是以医院为中心向以社区为中心的逐渐转变，也是以治病为中心向以市民健康为中心的转变，它更为贴近健康管理要素，患者的信任度更高。

专科医师

负责明确诊断与治疗方案，并带教、指导基层的全科医师；

全科医师

负责落实、执行治疗方案，进行病情日常监测、高危成员筛查和双向转诊；

健康管理师

侧重于联系患者，开展健康教育和行为干预。

“三师共管”慢性病管理模式



→厦门市卫计委杨叔禹主任（左四）在社区卫生服务中心坐诊、“带徒弟”



→社区卫生服务中心健康管理师成为患者的“健康顾问”

深度解读

糖尿病“当道” 管理从何下手？

尚存哪些问题？

分级诊疗是糖尿病管理关键 基层水平亟待提高

当前，我国糖尿病患病率呈“井喷式”增长，我国已成为糖尿病患病率第一大国。面对糖尿病的严峻形势，如何有效地控制糖尿病的发生，减少并发症，并提高患者的生活质量？未来管理的出路在哪里？政府、学协会、专家学者、基层医师又该如何携手，共克严重危害人类健康的这一顽疾？

众所周知，国家卫计委对慢性病的 management 采取的是社区规范化治疗模式，这种模式最大的优点是可以将更多的患者纳入到合理的规范管理中。

“但社区管理还是有一定

风险的。”中华医学学会内分泌学分会主任委员、解放军总医院母义明教授表示，社区医生很难在短时间内掌握糖尿病最新的发病机制、治疗理念，部分甚至连最新指南的贯彻执行也做不到。这给患者带来了很大风险，如部分患者无法得到合理、及时的治疗，出现并发症。

“就当前情况，实现糖尿病患者分级诊疗仍是非常困难。”中华医学学会糖尿病学分会前任主任委员、南京鼓楼医院朱大龙教授指出，目前我国糖尿病的防控工作还十分严峻，就社区医师的临床管理技

能和积极性而言，相当一部分社区医院仍缺乏对糖尿病患者规范化监测和管理。

朱大龙指出，要落实糖尿病分级诊疗，实现社区糖尿病规范化管理，还需着重解决以下问题：

一是社区医师能力问题。目前，社区医护人员在糖尿病的预防、诊断、治疗、教育和管理等方面仍然缺乏足够的专业知识和技能。使其无法胜任与二、三级医院转诊糖尿病患者的对接管理工作。

二是体制问题。管理1个糖尿病患者和管理100个糖尿病患者

的薪酬一样，使得社区

医师的积极性没有调动起来。

三是患者对社区医生不信任问题。糖尿病专业人才缺乏，糖尿病教育工作开展不足，在糖尿病宣传教育方面存在盲区，患者不遵医行为存在普遍性和长期性，患者对社区医院医生治疗缺乏足够的信心。

社区糖尿病患者的规范化管理还与指南的落实密切相关。朱大龙说，“我们从2007年就开始推广中华医学学会糖尿病学分会指南，分会也做了大量工作，但在社区，指南的落实并未到位，没有真正落实到患者头上。”

如何解决？

政府支持 团队协作 全程管理

母义明表示，糖尿病防治需要全程管理，最重要的是预防并发症的发生。虽然社区管理有一定风险挑战，但社区医师管理糖尿病患者是必然趋势。在“健康中国2030”规划纲要等一系列糖尿病防治政策的指导下，2017年要重点落实糖尿病分级诊疗，使社区医生进行初诊和日常管理监测，专科医生确诊并制定治疗方案。

“专科医生与社区医生中间还需有一个管理团队。”母义明指出，全国上亿糖尿病患者只靠专科、社区医生很难管理起来，需要一个协助的管理团队，厦门“三师共管”糖尿病管理模式便是很好的例子。

中华医学学会糖尿病学分会常委、复旦大学附属中山医院李小英教授介绍，杨叔禹主任在全国率先提出并实施“三师共管”模式，以关照患者为中心，做到“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”。经过几年的探索与建设，在厦

门38个社区建立一支350人的健康管理师队伍，每个社区配备了糖尿病眼底、肾脏、周围神经并发症筛查设备，目前“三师共管”已经覆盖了全厦门35%的糖尿病患者。

尤其令人惊喜的是，2016年成立的厦门市糖尿病防治中心，整合了所有糖尿病预防、诊治、信息等方面的专家和资源，进一步探索真实世界中糖尿病社区管理的标准化、精细化模式。

那么，“三师共管”这种模式在其他地区是否可行？政府的支持是实现社区糖尿病规范化管理的关键因素。朱大龙介绍，在政府的支持下，厦门市从10个社区开始推广，取得了一定的成绩。这个模式在一定程度为糖尿病分级诊疗的推广起到了支持和模范作用。

母义明指出，这种模式相对来说是比较松散的联动，全国许多地区都可以实现这种糖尿病管理模式。比如无锡，有

政府的重视，又有相应的财力支持，社区医师的医疗水平也较高，规范化管理糖尿病患者完全可以做到。

李小英表示，再经过几年的探索，糖尿病管理的“厦门模式”将对我国糖尿病防治策略提供十分有价值的借鉴。

中华医学学会糖尿病学分会前任主任委员、北京大学人民医院纪立农教授，以及中华医学学会糖尿病学分会教育与管理学组组长、北京大学第一医院郭晓蕻教授认为，三师共管是一个很好的模式，关键是需要有一个可持续发展的机制。首先国家要有财力的投入。其次，要有充足的工作队伍，对健康管理师队伍进行建设，资质进行认证。在全国的很多地区，社区的基层医务人员缺乏，且能力有限，因此，开展慢性病管理工作还很困难。慢性病管理需要很多人员参与，保证医疗服务链上每个环节的顺利运行是实行慢性病的管理的保

障。糖尿病的管理任重道远，还有很长的路要走。

“糖尿病管理要规范化。像一片药一样，每片药的剂量固定，很规范。可以考核，这样才能有第三方付费，商业保险也会有一些突破。”郭晓蕻指出，在糖尿病管理中，患者教育是非常重要的部分，要让糖尿病患者掌握自我管理技能。

但很多患者对糖尿病教育的重要性认识不足，参与的主动性不高，以“我没时间去听课”等作为借口。因此，必须要有约束的机制。

母义明还强调，全国相应各学会应联合起来，而不是各干各的、各自为政。要下好全国社区糖尿病管理这盘棋，政府、学会、专家、社区医师各个层次需要分工明确、各司其职，这样才能做好糖尿病分级诊疗工作。当下需要解决的是全国各地区糖尿病管理的不统一，这种模式、理念的不统一将会给糖尿病管理带来偏差。

已做哪些工作？

推进分级诊疗和规范化管 多地在行动

近几年来，南京鼓楼医院在朱大龙的带领下，也在致力于糖尿病分级诊疗的推进工作。通过医院—社区的一体化管理模式，加强糖尿病患者的规范化诊疗，改善其综合代谢指标的水平。“以慢性病综合防治为突破口，逐渐构建起南

京市分级诊疗的组织框架，将是今后分级诊疗推进工作的重点和难点。”朱大龙表示。母义明介绍，基于当下糖尿病管理现状，中国医疗保健国际交流促进会糖尿病分会启动了全国社区糖尿病规范化管理与培训项目。分会将联合全

国各省市卫计委（局），组织国内知名内分泌学专家在全国开展60场社区糖尿病规范化管理培训班，200场社区医生学习交流沙龙，500场患者教育活动。预计覆盖超过1万名社区医生和5万名糖尿病患者。通过医院—社区帮扶行