CIMC 基层慢病一体化管理中心 Chronic Disease Integrated Management Center | 渐健家医 I'M YOUR FAMILY DOCTOR

以数据驱动基层医防融合高质量发展的实践与思考

渐健医疗科技 孙洁

2024年5月10日

国家战略：持续强基层并构建医防融合体系

CIMC 基层慢病一体化管理中心 ChronicDiseaseIntegratedManagementCenter | 斯健家医 I'M YOUR FAMILY DOCTOR

中央政策

2012-2015年

《中国慢性病防治工作规划（2012-2015年）》
（慢性病防控工作首个国家级中长期发展规划）

2016-2024年

《“健康中国2030”规划纲要》
《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025年）》
《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》
《健康中国行动（2019—2030年）》《“十四五”国民健康规划》
《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》
《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》

地方政策

31省市，共137条，一体化、信息化、资金配置、人力配置四类政策

地区	一体化	信息化	资金	人力	地区	一体化	信息化	资金	人力	地区	一体化	信息化	资金	人力
安徽	√	√			江苏	√	√			湖南	√	√		
北京	√			√	江西	√				湖北	√	√		
重庆	√	√		√	辽宁	√				吉林	√			
福建	√	√			内蒙古	√				黑龙江	√			
甘肃	√				宁夏	√	√			天津	√			
广东	√	√		√	青海	√	√			西藏	√			
广西	√	√		√	山东	√	√		√	新疆	√			
贵州	√	√		√	陕西	√	√		√	云南	√			
海南	√	√		√	山西	√	√		√	浙江	√	√	√	
河北	√	√		√	上海	√	√		√					
河南	√				四川	√	√		√					

2009-2011年

广东
福建
河北
甘肃

未来

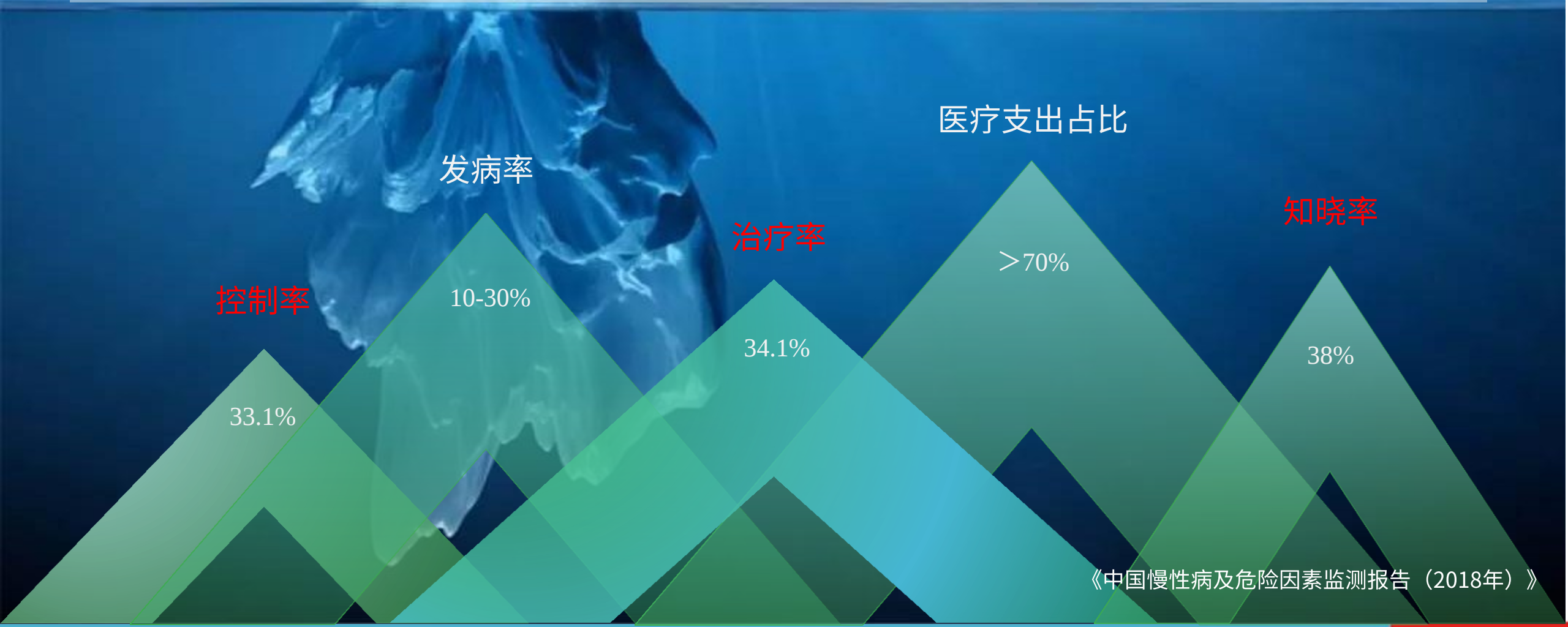
…

机遇期 | **介入期** | **拓展期** | **稳定期**

推出试点文件 | **国家正式文件** | **省市推出实施方案** | **规划全面铺开**

基层慢病防控工作：负担重，人群广，压力大，共病多，管理难

- 根据《2022中国卫生健康统计年鉴》，预计2024年中国慢病患病人数将超过5亿人
- 慢病人群持续呈三高（发病率、病死率、致残率），三低（知晓率、控制率、治疗率）现象
- 慢病患者基数不断扩大，并且呈现年轻化趋势，重大慢性病过早死亡率**15.3%**

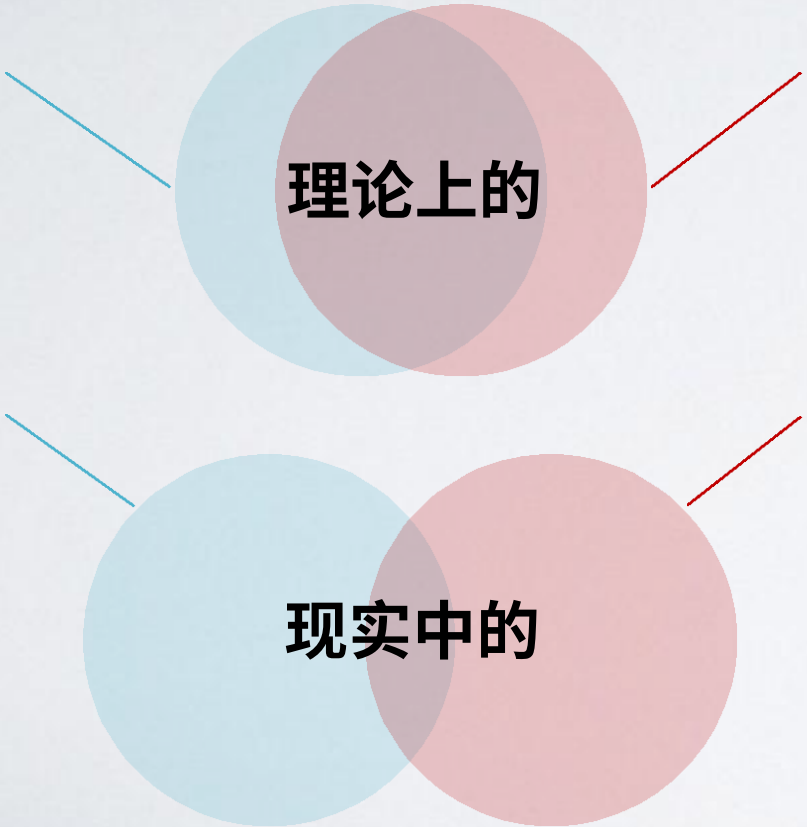


《中国慢性病及危险因素监测报告（2018年）》

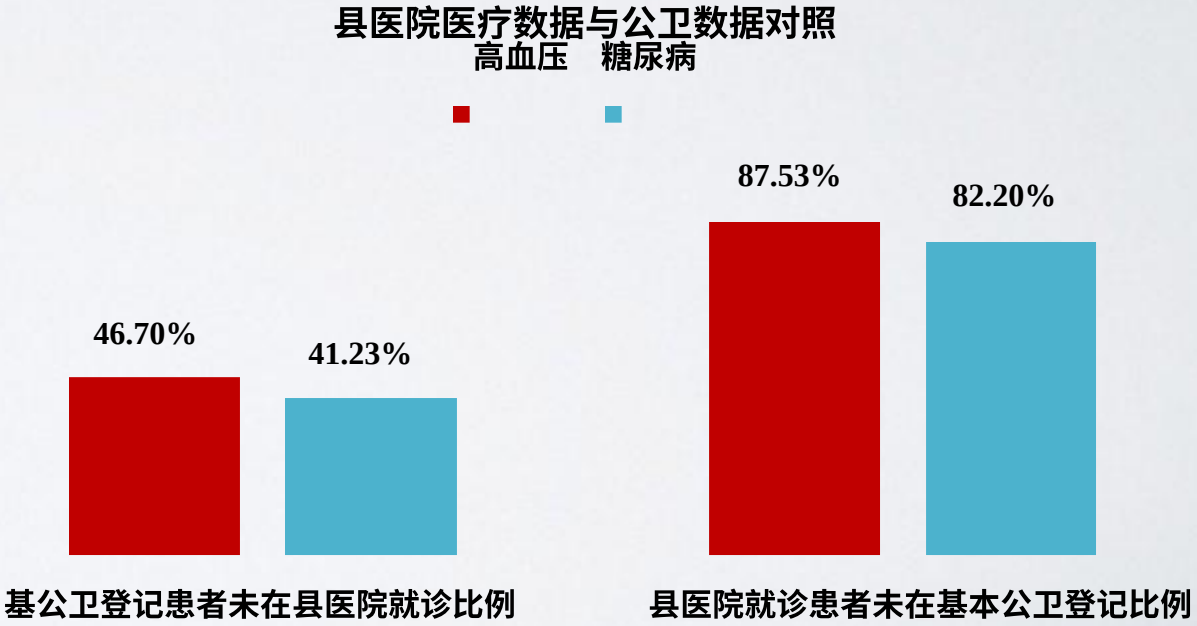
基本公卫数据与医疗数据的重合度低

基本公共卫生服务系统中的高血压、糖尿病患者

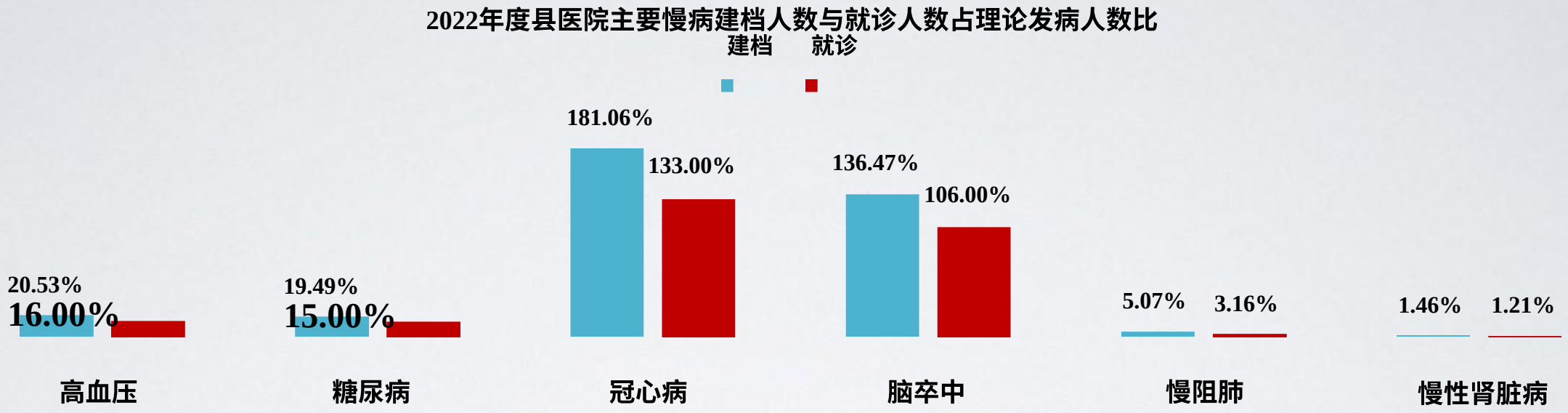
县医院医疗信息化系统中的高血压、糖尿病患者



某县2022-2023年度基本公卫与县医院HIS系统对照
县常驻人口：40万
域内医共体数量：1
基本公卫登记人数：高血压32,583人；糖尿病12,451人
县医院就诊人数（过去18个月）：高血压22,026人；糖尿病13,571人



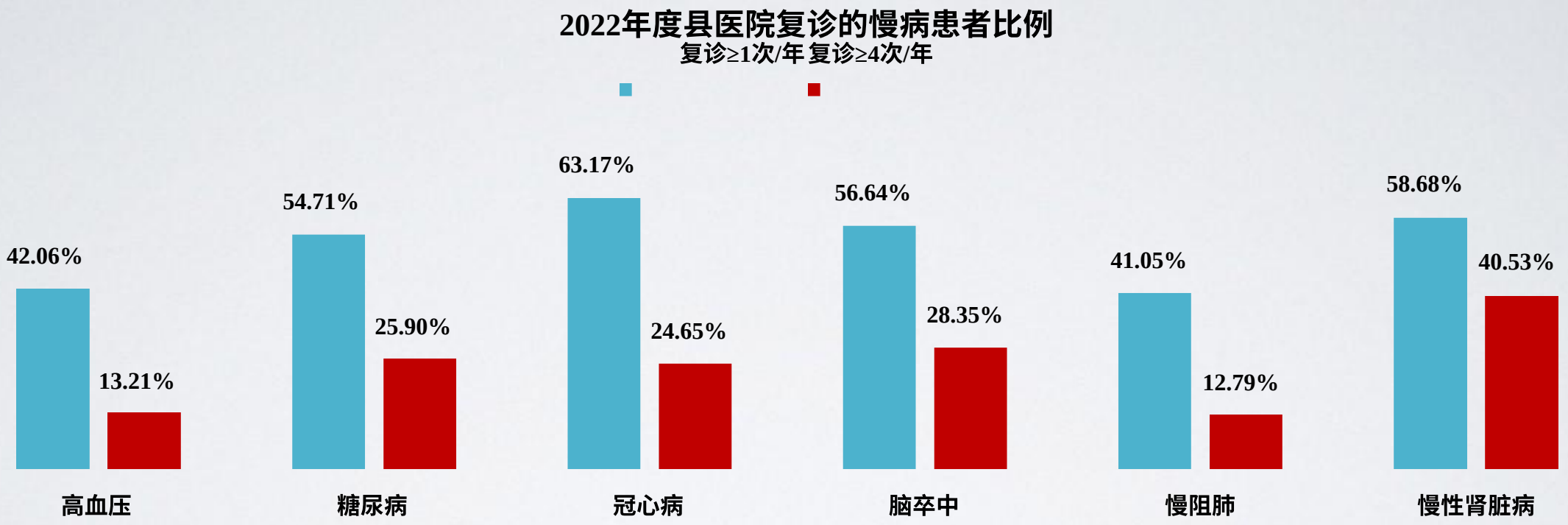
大部分患者未就诊，就诊的患者很严重



- 约80%的高血压、糖尿病患者未纳入县医院视野，在过去1年未在县医院就诊
- 冠心病、脑卒中的农村发病率可能被低估，其在县域的高发病率应当与高血压、糖尿病的低就诊率、 低管理率有关
- 慢阻肺、慢性肾脏病缺乏基本公卫支撑，其建档率、就诊率极为堪忧
- 大部分县医院不具备鉴别早期慢阻肺、慢性肾脏病的能力与意识，其就诊患者基本为终末期

2023年10月，慢病协同体，东、中、西部地区13家县域慢病管理中心建设单位数据分析

大量的慢病患者未规范复诊



接近半数的已在县医院确诊的慢病患者进行复诊管理，每年不少于4次的患者不足30%

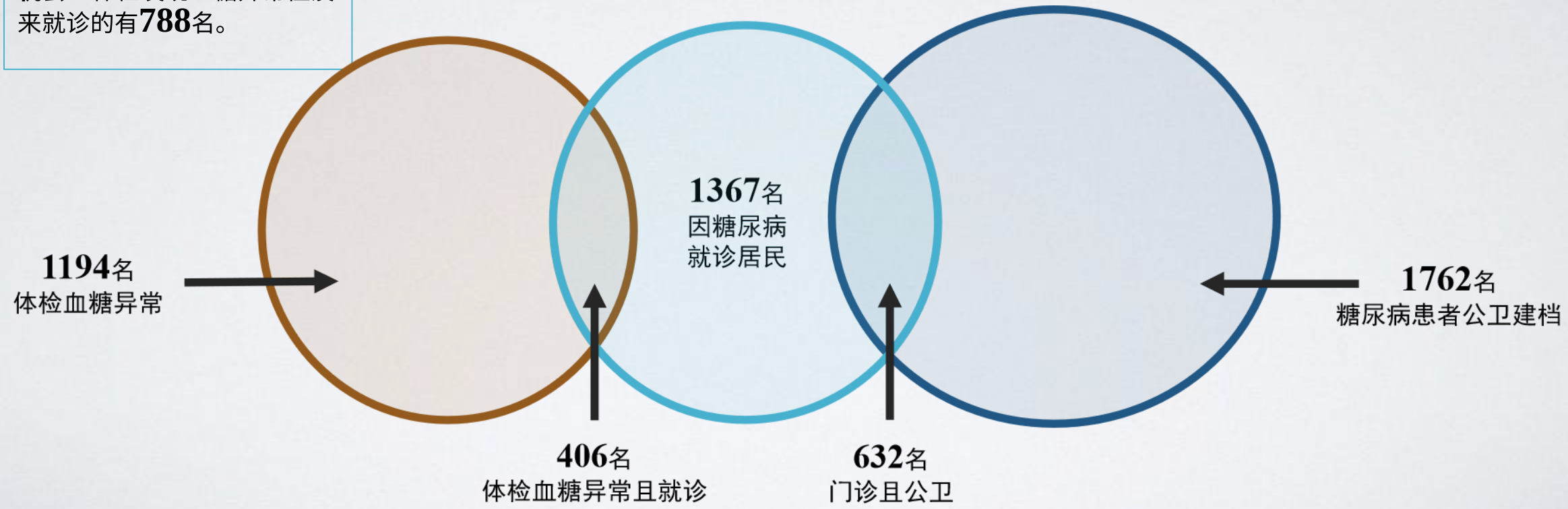
2023年10月，慢病协同体，东、中、西部地区13家县域慢病管理中心建设单位数据分析

问题所带来的机会思考

机会1: 实际服务患者共计**1367**名，按照疾控理论数据，总糖尿病人群预计在**10000+**名左右！如何凭借优质服务吸引辖区优质患者?

机会2: 尚有**1130**名公卫在管糖尿病人9个月内没有来就诊；同时也有**735**名来就诊的糖尿病患者，没有纳入公卫专项管理。

机会3: 体检发现血糖异常但没来就诊的有**788**名。



统计周期：2023-01至2023-09 统计对象：某社区医院，辖区人口10W+，尚未建立慢病管理中心

问题所带来的机会思考

机会4: 如何实现**规范化检查**？通过打造以患者为中心的服务模式，将患者病情真正**管起来**？让患者成为基层医生的**忠实粉丝**（按时按项完成检验筛查）？

	检查人数	检查项目	检查频次	检查金额
A社区医院慢病管理中心	1598人 **76%**	112项检验检查	5796项次 4.2项次/人	498,576元 **312**元/人
B社区医院慢病管理中心	42人 **72%**	30项检验检查	149项次 3.5项次/人	5550元 **132**元/人
B社区医院全科门诊	179人 **15%**	66项检验检查	216项次 1.2项次/人	25418元 **142**元/人

统计期间2023-01至2023-08

统计对象：A社区医院慢病管理中心建设1年以上；B社区医院慢病管理中心建设3个月左右。

问题所带来的机会思考

机会5:能否通过建立一种**动力机制**，运用“两个允许”政策拉动医护人员的收入水平，同时一定程度上降低对财政的依赖程度?

低收入
低保障
高动力

低收入
高保障
中动力

22年中心数量		财政人员经费负担			
		0-25%	25%-49%	50%-74%	75%+
平均在职人员经费支出	10-15万				
	15-20万				
	20-25万				
	25-30万				
	30万+				

高收入
低保障
高动力

高收入
高保障
低动力

基层慢病工作：三个难点

1.患者信任和依从性问题

患者根深蒂固的就医与生活习惯，以及基层服务效能低问题导致患者依从性不高

2.医务的积极性问题

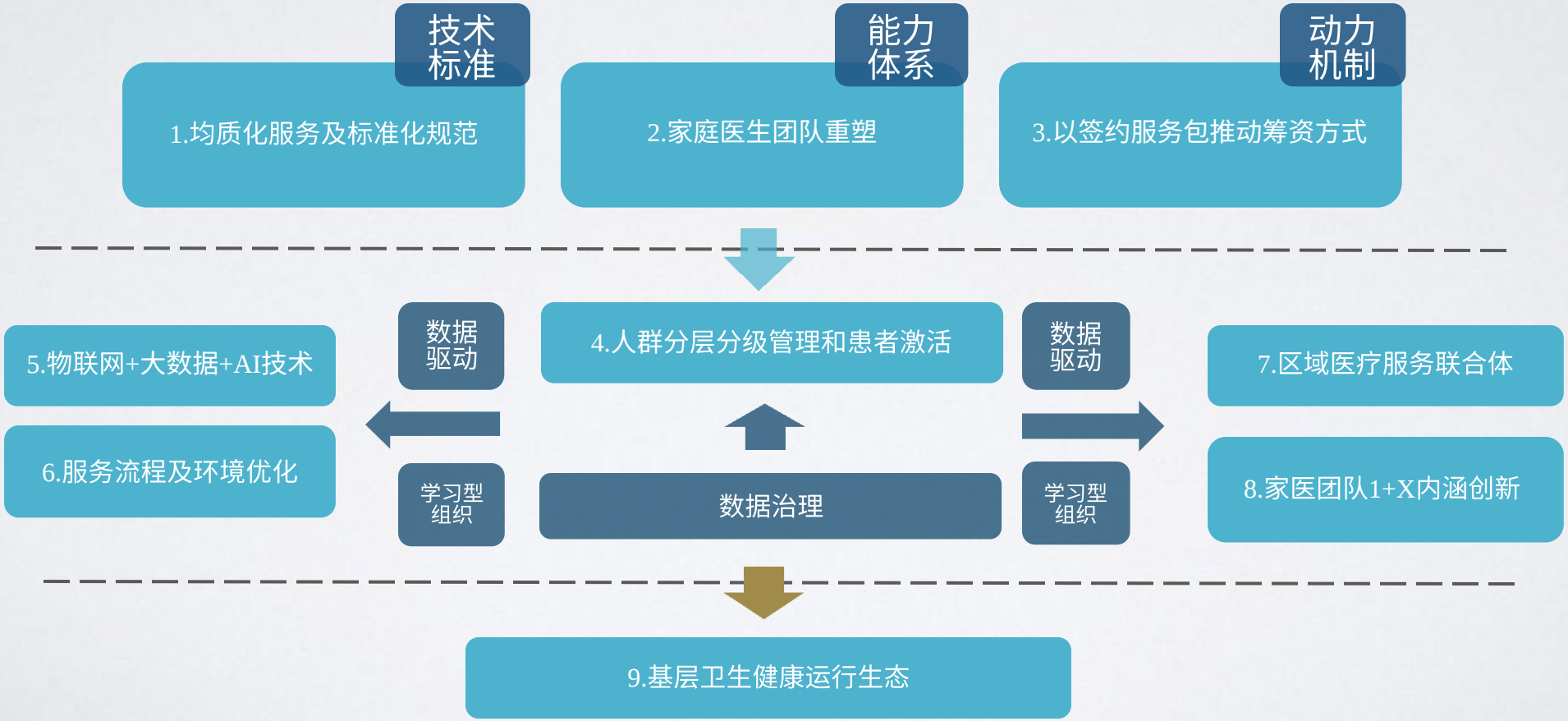
工作机制较为固化、一线医务人员缺乏服务动力，积极性较难调动

3.医技与运营能力问题

缺乏慢病管理专门科室、设备及专人专职，在医学技能及运营经验方面均不足

服务模式转型路径：三个建立

- 突破传统的健康及病例信息及记录限制：组织及资源配置、绩效管理等应以效果为导向
- 强化健康风险评估能力：单因素风险与综合风险；绝对风险与相对风险；通过大数据及AI技术实现健康信息动态采集、分析、提供健康服务指导，实现精准化个体及群体卫生健康服务
- 打造优质高效服务：服务对象-平台-各级医疗机构-医护-专家-主管部门监管全时空对接



数智赋能：为慢病精细化管理实现降本增效、创收创优

2、优化老年人体检流程，强化报告解读环节，联动慢病管理中心

1、建立慢病管理中心，成为连续化闭环精细化管理慢病的战略组织

3、联动出院病人的居家健康管理场景及需求，强化治疗效果

0、设置新慢病管理模式的管理目标和经营目标

体检筛查 → 门诊慢病管理 → 住院康复

↓ ↕ ↓

公卫慢病随访管理 ↔ 居家健康管理

5、转变思路，从完成公卫任务到管理好每个慢病患者

4、设计慢病患者居家健康管理的个性化签约包

以人为本的个性化签约包设计思路（以血糖居家管理为例）

CIMC 基层慢病一体化管理中心 ChronicDiseaseIntegratedManagementCenter | 斯健家医 I'M YOUR FAMILY DOCTOR

居家血糖健康管理个性化签约包

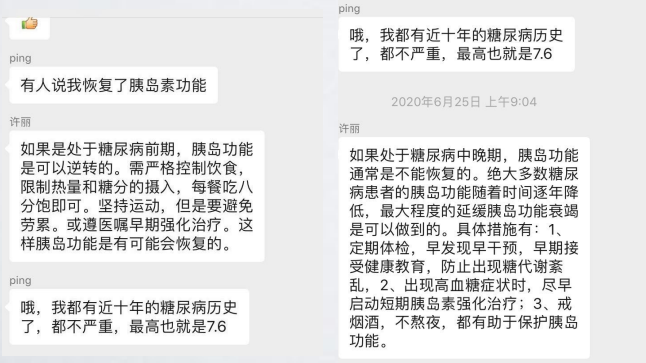
住院康复

调理血糖至平稳；
排除风险因素；
强化管理饮食和运动。

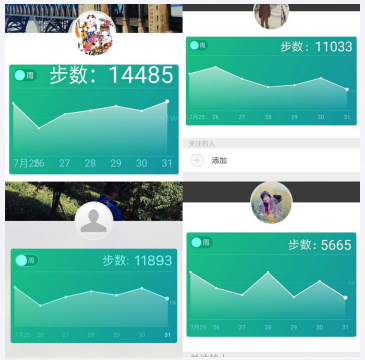
居家健康管理

出院后继续远程监控
延续和培养生活习惯
巩固治疗成果

家医1+X在线指导



21天健康训练营（饮食、运动打卡）

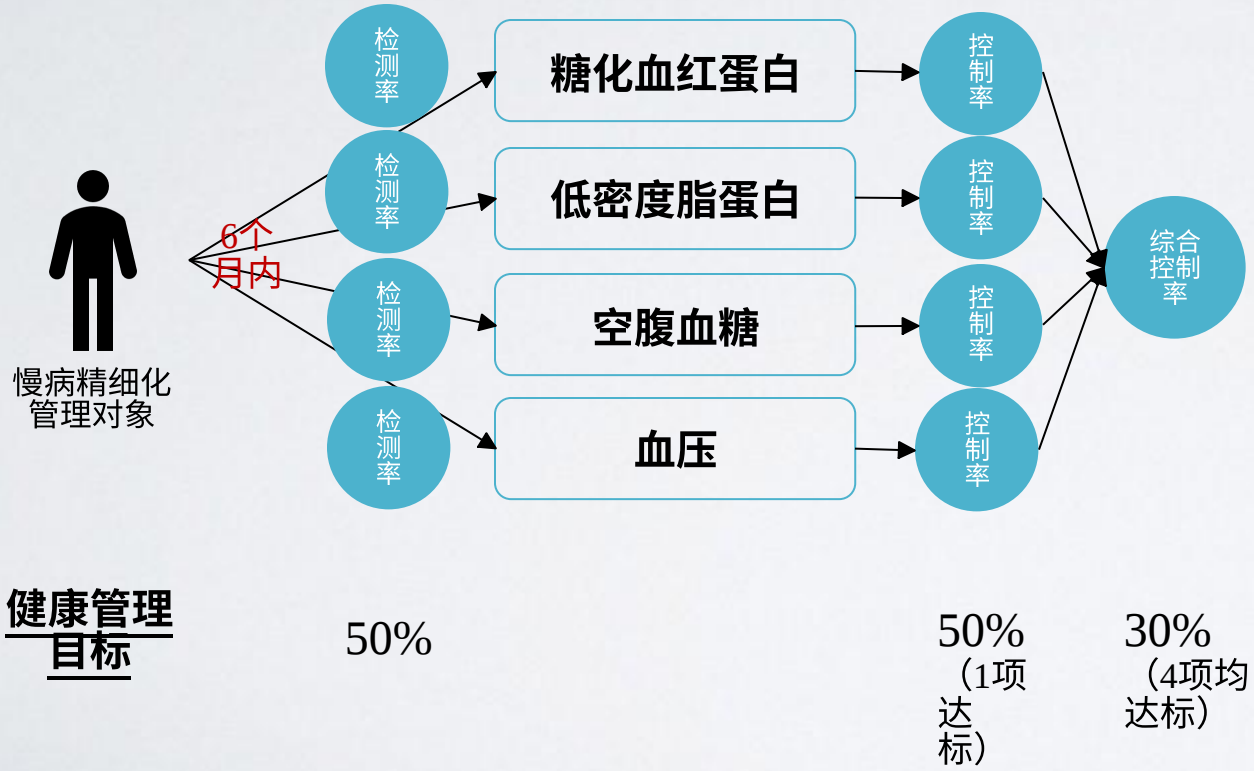


血糖动态监测

	空腹血糖	餐后血糖	三餐照片
	空腹7.3	餐后8.9	早中晚
	空腹6.3	餐后5.9	早中晚
愁	空腹6.1	餐后9.7	早中晚
英	空腹7.8	餐后9.9	早中晚
	空腹5.8	餐后6.8	早中晚
	空腹6.3	餐后9.2	早中晚
火	空腹7.2	餐后6.8	早中晚
里	空腹6.4	餐后7.8	早中晚
紫	空腹6.9	餐后7.3	早中晚
	空腹5.8	餐后9.1	早中晚
人	空腹	餐后	早中晚
宝	空腹5.6	餐后8.9	早中晚
	空腹4.7	餐后9.7	早中晚
士	空腹5.9	餐后8.8	早中

以效果为导向的精细化慢病管理模式（以三高管理为例）

精细化慢病健康管理目标



科室运营（社会+经济）目标

- 检查检验收入提升：精细化管理下的慢病患者每季度至少挂门诊1次，每人每年检查费应达到600-1000元；
- 院内及上级医院转诊：精细化管理下的慢病患者有25%转诊至院内其他特色科室（中医/康复/疼痛/口腔等）或上级医院；
- 个性化服务包签约率提升：精细化管理下的慢病患者中签约比例可达到20%。

一体化精细慢病管理模式下的运行数据对比

随着慢病精细化管理人数的不断增加，慢病精细化管理人群的门诊人次在全中心门诊人次的占比也逐渐增高。对比非精细化管理的慢病患者，精细化管理的慢病患者就诊频次在3倍以上。

慢病精细化管理人群也带动了社区卫生服务中心特色专科的发展。以江苏省某标杆机构为例，在精细化管理的1123名慢病患者中，有237人同样在中医科就诊，有89人在康复科就诊。这个数据证明了通过慢病管理连续化、个性化的主动服务，发现人群的医疗健康需求，向特色专科转化，是基层医疗发展的重要路径。

企业愿景：以数据驱动基层卫生健康高质量发展

渐健医疗科技（原名“国安广传”）成立于2016年5月，在“健康中国”战略及行动纲领的指引下，始终聚焦于基层卫生健康数字赋能领域，秉持务实、开放、极致的企业精神，以强化基层医疗卫生机构服务质量以及提升居民健康管理水平为目标，整合家庭医生、公卫体检、健康管理三大智慧服务场景，专注构建以数据为驱动的渐健家医基层卫生健康数字赋能新模式。以自主研发技术“AI数智健康大脑”为核心，形成“数字化平台+智能化硬件+精细化运营”贯穿“**筛、检、防、治、管、康**”产业生态链，应用场景主要包括数字化公共卫生、数字化慢病管理、全民健康信息平台、紧密型医共体、老年康复、体重管理等，在产品深度、品牌和用户口碑等方面表现卓越，成为国内本领域的创新者与领跑者。

应用场景

- 数字化公共卫生
- 数字化慢病管理
- 全民健康信息平台
- 紧密型医共体
- 老年康复
- 体重管理

数字化平台 + **智能化硬件** + **精细化运营**

市场表现

CIMC 基层慢病一体化管理中心 ChronicDiseaseIntegratedManagementCenter | 斯健家医 I'M YOUR FAMILY DOCTOR

200 +
合作区县

3,000 +
基层医疗机构

40,000 +
家庭医生团队

2,000 + 万
老年居民

连续三年全国市场占有率排名第一

- 业务覆盖广西、湖北、江苏、浙江、海南、江西、安徽、湖南、云南、陕西、河南、重庆、四川、内蒙古等省区
- 服务行业知名央国企10家、上市企业30家、市级电信运营商70家、互联网平台20家、连锁药店3万家、第三方配送中心5家
- 成功打造多个省级样板，获得包括国家卫健委基层司、规划司以及各地各级主管领导的关注与认可

创新成果

CIMC 基层慢病一体化管理中心 ChronicDiseaseIntegratedManagementCenter | 渐健家医 I'M YOUR FAMILY DOCTOR

44+

技术专利

107+

软件著作

6

北京市新技术新产品

积极参与行业数字化转型标准化建设，牵头参与制定行业**首个**团体标准

与复旦大学公共卫生学院、中国协和医科大学公共卫生学院、首都医科大学中医药学院、江苏大学工程技术研究院等院校保持深度**产学研**合作

国家专精特新“小巨人”企业
工信部·2022智慧健康养老产品与服务推荐
2019- 2023 中国未来医疗百强与创新企业奖

做一件简单的事，做到极致

渐健医疗科技

400-991-6167