

Healthy

健康中国研究

China

(第一辑)

Research

王培刚 何启强 主编

武汉大学人口与健康研究中心 主办



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

• 健康中国与健康治理

论新时期全面推进健康中国建设 王培刚 张刚鸣 / 3

人口老龄化、劳动生产率与第三人口红利：劳动价值论

视角的研究 傅利平 王玉辉 / 19

减少“可避免住院”以巩固和拓展健康扶贫成果

——相关概念、国际经验和对策建议

..... 陈 楚 陈 婷 潘 杰 / 35

新时代城市健康治理的内涵与实践进程 唐 芳 / 52

• 疫情防控与应急体系建设

新冠肺炎的全球流行病学特征和防控策略新思考 陈心广 / 69

完善与优化公共卫生事件应急管理体系：行为科学的

视角 张 宁 / 85

基于 PEST 视角的中国公共卫生应急管理分析：以新冠肺炎疫情

防控为例 琚号杰 孙 强 孙晓杰 / 99

推动中医药振兴发展的四个维度 王 琳 / 112

• 卫生管理与技术评价

长期护理保险制度区域协调发展的困境和路径

研究 钟仁耀 孙 昕 / 127

减少“可避免住院”以巩固和拓展健康扶贫成果

——相关概念、国际经验和对策建议*

陈 楚 陈 婷 潘 杰**

摘 要 中国脱贫攻坚取得了全面胜利，健康扶贫在减少“因病致贫、返贫”上发挥了重要作用。在后扶贫时期，如何巩固和拓展健康扶贫成果面临新挑战。本研究提出以减少“可避免住院”来巩固和拓展健康扶贫成果的策略，实现从“重治疗”转向“重预防”，从“关注贫困人群”转向“关注全人群”，从“资源投入导向”转向“服务考核导向”。最后，基于国际经验和中国实际，提出强化决策者和公众认识、加强标准和干预研究，以及实施相关具体举措的政策建议。

关键词 “可避免住院” 因病致贫返贫 健康扶贫

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把脱贫攻坚摆到了治国理政的突出位置，不断完善脱贫攻坚制度和政策设计。2015 年末，中共中央、国务院发布了《关于打赢脱贫攻坚战的决定》。2016

* 本文为教育部人文社科规划基金项目（18YJA790062）、中国博士后科学基金项目（2020M683298）、泰康溢彩公共卫生及流行病防治专项基金阶段性成果。

** 陈楚，福建医科大学卫生健康研究院讲师；陈婷，四川大学华西公共卫生学院/四川大学华西第四医院博士研究生；通讯作者：潘杰，四川大学华西公共卫生学院/四川大学华西第四医院副院长、教授。

年,“十三五”脱贫攻坚规划提出产业扶贫、转移就业脱贫、易地搬迁脱贫、教育扶贫、健康扶贫等举措开展脱贫攻坚工作。党的十九大把打赢脱贫攻坚战作为全面建成小康社会的三大攻坚战之一。2021年2月25日,习近平总书记在全国脱贫攻坚总结表彰大会上庄严宣告,我国脱贫攻坚取得了全面胜利,现行标准下9899万贫困人口全部脱贫,832个贫困县全部摘帽,12.8万贫困村全部出列,区域性整体贫困得到解决,完成了消除绝对贫困的艰巨任务。

“两不愁、三保障”(稳定实现贫困人口不愁吃、不愁穿,义务教育有保障、基本医疗有保障、住房安全有保障)是脱贫攻坚着力解决的突出问题。实现“贫困人口基本医疗有保障”是健康扶贫的工作目标。脱贫攻坚期间,针对“因病致贫、返贫”问题,围绕“基本医疗有保障”目标,健康扶贫主要从“预防、治疗、保障”三个维度开展工作,如预防方面,为贫困人口开展健康体检,开展家庭医生签约等;提升医疗服务能力方面,开展“三个一”标准化建设(保证每个贫困县至少有一所县级公立医院,每个乡镇有一所标准化乡镇卫生院,每个行政村有一个卫生室)、定点帮扶、医共体、医联体建设等;提高医疗保障水平方面,先诊疗后付费、大病保险倾斜、医保兜底等。^①健康扶贫取得了显著成效,“因病致贫、返贫”人口实现了脱贫,同时,极大减轻了贫困群众的就医经济负担,提供财务风险保护作用,有效缓解了“因病致贫、返贫”。^②

贫困问题具有复杂性和系统性,尽管实现脱贫摘帽,返贫、致贫的风险仍然会存在^③,其中,由于疾病的特殊性,“因病致贫、返贫”的风险相较于“教育”“交通”等其他原因返贫、致贫的风险更大^④。脱贫攻坚的成果来之不易,新时期,巩固和拓展脱贫攻坚成果是脱贫地区的重要议题。“巩固”重在强调脱贫攻坚成果的可持续和稳定性,

① 陈楚、潘杰:《健康扶贫机制与政策探讨》,《卫生经济研究》2018年第4期。

② Chen C., Pan J. "The Effect of the Health Poverty Alleviation Project on Financial Risk Protection for Rural Residents: Evidence from Chishui City, China," *International Journal for Equity in Health*, 2019, 18 (1): 1-16; 徐丽等、魏传永、王健:《山东省健康扶贫政策实施效果与问题分析》,《中国公共卫生》2019年第9期。

③ 汪三贵、郭建兵、胡骏:《巩固拓展脱贫攻坚成果的若干思考》,《西北师大学报》(社会科学版)2021年第3期。

④ 中国人口与发展研究中心:《中国健康扶贫研究报告》,人民出版社,2019。

做到不返贫、不致贫，“拓展”重在强调对脱贫攻坚成果的不断发展和，坚持提质增效。^① 健康扶贫成果的巩固和拓展是脱贫地区工作的重点和难点。本研究通过分析目前巩固和拓展健康扶贫成果面临的挑战，提出以降低“可避免住院”为抓手来应对挑战，总结国际减少“可避免住院”的经验，最后，基于我国实际提出对策建议，以期为巩固和拓展健康扶贫成果提供决策参考。

一 巩固和拓展健康扶贫成果面临的挑战

现阶段，要继续巩固并拓展脱贫地区健康扶贫成果面临以下三个挑战。

第一，从“重治疗”转向“重预防”。图 1 总结了“贫困—疾病—贫困”恶性循环链。在健康扶贫期间，由于时间紧、任务重，脱贫攻坚在切断“贫困—疾病—贫困”的恶性循环的策略中，重点在“疾病—贫困”阶段，即发生疾病以后的治疗和治疗费用的保障方面，包括提升贫困地区医疗服务能力建设和加强贫困群众医疗保障，涉及图 1 中的③和④部分。然而，对于疾病发生之前的预防工作开展相对较弱，大部分地区仅对贫困群众进行健康体检、家庭签约，而针对体检结果的干预和疾病健康管理较少，涉及图 1 中的①和②部分。因此，新时期要巩固和拓展健康扶贫成果，同时衔接乡村振兴，需要从源头上减少疾病的发生，防止疾病的恶化，重在①和②部分。只有由“重治疗”（疾病治疗和治疗费用保障）转向“重预防”，提升群众的健康水平，才能为推动乡村振兴建设打下健康的人力资源基础。

第二，从“关注贫困人群”转向“关注全人群”。健康扶贫期间，以贫困线为界，扶贫重点关注绝对贫困人口患病后的治疗。在新时期巩固和拓展健康扶贫成果，需要关注预防。预防不仅涉及低收入人群，还涉及相对贫困人口以外的老人、儿童等患病高风险人群。^② 除此之外，一般人群也面临罹患疾病、发生灾难性卫生支出的风险。因此，

① 汪三贵、郭建兵、胡骏：《巩固拓展脱贫攻坚成果的若干思考》，《西北师大学报》（社会科学版）2021 年第 3 期。

② 李小云、苑军军、于乐荣：《论 2020 后农村减贫战略与政策：从“扶贫”向“防贫”的转变》，《农业经济问题》2020 年第 2 期。

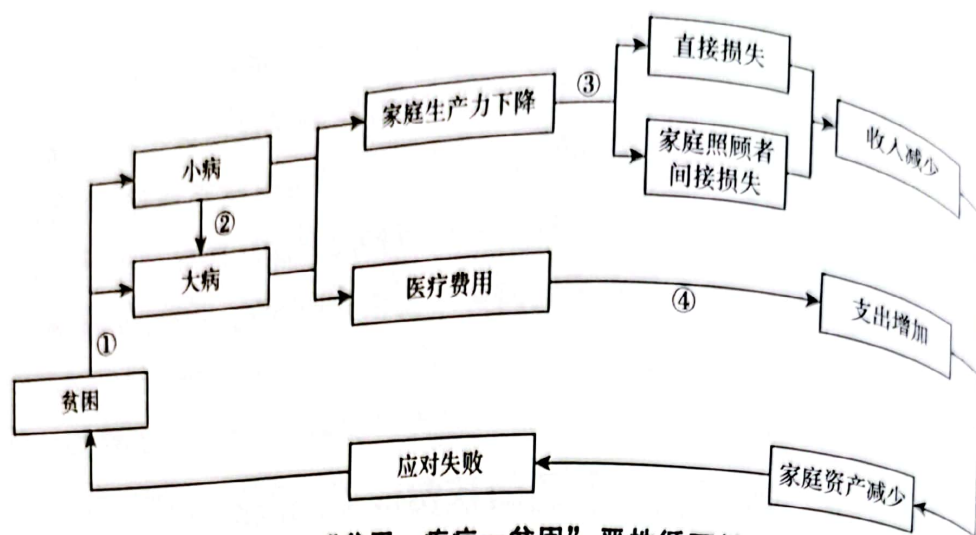


图1 “贫困—疾病—贫困”恶性循环链

为减少“因病致贫、返贫”的发生，需要关注全人群健康，从人群角度提高抵御疾病风险的能力。

第三，从“资源投入导向”转向“服务考核导向”，提高巩固和拓展健康扶贫成果的投入产出效率。健康扶贫期间，为了解决贫困人口“因病致贫、返贫”问题，全国投入了巨大的人力、物力和财力资源。财政部2019年下达医疗救助补助资金达到289.98亿元（含中央专项彩票公益金），支持各地资助包括贫困人口在内的困难群众参加基本医疗保险，并对困难群众难以负担的基本医疗自付费用给予补助。医疗救助补助资金中的40亿元专门用于支持深度贫困地区提高农村贫困人口医疗保障水平，实现医疗保障托底。在支持医疗服务能力提升方面，2019年财政部下达医疗服务与保障能力提升补助资金278.96亿元，其中，安排补助资金25.76亿元支持368个深度贫困县医疗卫生机构服务能力提升。^①脱贫攻坚时期，以考核地区医疗卫生服务能力和降低贫困人口疾病经济负担为指挥棒，通过巨大投入很好地解决了贫困人口看病就医的可及和保障问题。在新的阶段，要巩固和拓展健康扶贫成果，需要进一步关注健康投资的产出效率，以服务考核为导向，提升产出效率。

二 “可避免住院”概念

“可避免住院（Potentially Avoidable Hospitalizations, PAH）”是

^① 《财政部：加大健康扶贫投入，力争实现贫困人口看得起病》，百度网，<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1639293686295239218&wfr=spider&for=pc>。

指通过及时、有效的院外医疗卫生服务可以避免发生的住院。国际上，通常将“院外服务敏感疾病（Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSCs）”导致的住院定义为可以避免。^①

“院外服务敏感疾病”是指病症的发生发展可以通过质量良好的院外服务进行有效控制的一系列疾病。“院外服务”是相对于住院服务而言，主要是指医疗机构提供的非住院服务，包括家庭医生服务、慢病管理等基础医疗服务（Primary Care），在中国涉及医院的门诊服务和大部分基层医疗服务。美国卫生保健研究与质量管理处（Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ）将 16 项“预防性质量指标”（Prevention Quality Indicators, PQIs）涵盖的疾病定义为“院外服务敏感疾病”。表 1 罗列了这些疾病对应的中国疾病诊断编码^②。

表 1 识别“可避免住院”的 ICD-10 编码

分类	纳入编码（主要诊断）	排除编码（除主要诊断外其他所有诊断）
糖尿病短期并发症	E10.0 E10.1 E11.0 E11.1	—
糖尿病长期并发症	E10.2-E10.9 E11.2-E11.9	—
COPD 或哮喘	J41.0 J41.1 J41.8 J42 J43.0 J43.1 J43.2 J43.8 J43.9 J44.0 J44.1 J44.9 J47 J44.804 J45.0 J45.1 J45.8 J45.9 J46	E84.0 E84.1 E84.8 E84.9 P25.0 - P25.3 P25.8 P27.0 P27.1 P27.8 P27.9 Q25.4 Q31.1-Q31.9 Q32-Q34 Q39.0-Q39.4 Q89.3
高血压	I10 I11.9 I12.9 I13.1 I13.9	—

① Mercier G., Georgescu V., Bousquet J. “Geographic Variation in Potentially Avoidable Hospitalizations in France,” *Health Affairs*, 2015, 34 (5): 836 - 843; Agency for Healthcare Research and Quality, Potentially avoidable hospitalizations. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/carecoordination/measure3.html>; Weissman J. S., Gatsonis C., Epstein A. M. J. “Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland,” *Jama* 1992, 268 (17): 2388-2394; Wallar L. E., De Prophetis E., Rosella L. C. “Socioeconomic Inequalities in Hospitalizations for Chronic Ambulatory Care Sensitive Conditions: a Systematic Review of Peer-reviewed Literature, 1990-2018,” *International Journal for Equity in Health*, 2020, 19: 1-16.

② Chen T., Pan J. “The Effect of Spatial Access to Primary Care on Potentially Avoidable Hospitalizations of the Elderly: Evidence from Chishui City, China,” *Social Indicators Research*, 2020: 1-21.

分类	纳入编码 (主要诊断)	排除编码 (除主要诊断外 其他所有诊断)
心力衰竭	I11.0 I13.0 I13.2 I50.0 I50.1 I50.9	—
社区获得性肺炎	J13 J14 J15.2 - J15.4 J18.0 J18.1 J18.8 J18.9	D57.0 - D57.3 D57.8 B20.0 - B20.9 B59 C88.7 C88.9 C94.4 C94.5 D46.2 D47.0 D47.1 D47.9 D61.8 D70 D71 D72.0 D75.803 D76.1 - D76.3 D80.0 - D80.9 D81.0 - D81.2 D81.4 D81.6 - D81.9 D82 - D84 D89.8 D89.9 E40 - E43 I12.0 I13.1 I13.2 K91.2 N18.0 T86 Z94.0 - 94.4 Z94.8 Z99.2
泌尿系统感染	N10 N12 N15.1 N15.9 N16 N28.801 N28.820 N28.836 N30.0 N30.9 N39.0	N11 N13.0 N13.6 N13.7 N13.9 Q60.0 - Q60.6 Q61.0 - Q61.5 Q61.8 Q61.9 Q62.0 - Q62.8 Q63 Q64.1 - Q64.3 Q64.5 - Q64.9 B20.0 - B20.9 B59 C88.7 C88.9 C94.4 C94.5 D46.2 D47.0 D47.1 D47.9 D61.8 D70 D71 D72.0 D75.803 D76.1 - D76.3 D80.0 - D80.9 D81.0 - D81.2 D81.4 D81.6 - D81.9 D82 - D84 D89.8 D89.9 E40 - E43 I12.0 I13.1 I13.2 K91.2 N18.0 T86 Z94.0 - 94.4 Z94.8 Z99.2

资料来源: Chen T., Pan J. "The Effect of Spatial Sccess to Primary Care on Potentially Avoidable Hospitalizations of the Elderly: Evidence from Chishui City, China," *Social Indicators Research*, 2020: 1-21。

美国卫生保健研究与质量管理处定义的“院外服务敏感疾病”在相关国际实践和研究中使用最为广泛,但由于其与人群面临的健康挑战 and 卫生服务体系服务能力息息相关,不同的国际组织和国家关于“院外服务敏感疾病”的定义存在一定差异。例如,经济合作与发展组织 (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 将其定义为哮喘、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、糖尿病相关的下肢截肢、充血性心力衰竭和高血压共 6 项疾病^①。英国国家卫生局 (UK National Health Service, NHS) 将其定义为流感和肺炎、通过免疫规划

^① 周传坤、曲直、马雯、宋景晨、马谢民:《可避免住院:概念和意义》,《中国卫生质量管理》2015 年第 6 期。

能避免发生的疾病、哮喘、充血性心力衰竭、糖尿病并发症、慢性阻塞性肺疾病、心绞痛、缺铁性贫血、高血压、营养不良、脱水和胃肠炎、肾盂肾炎、穿孔或出血性溃疡、蜂窝织炎、盆腔炎、耳鼻喉感染、牙科疾病、惊厥和癫痫、坏疽等共 19 项疾病。^①

总结文献，“院外服务敏感疾病”可以归纳为三类疾病：一是可以通过预防接种避免住院治疗的疾病，主要涉及一些传染性疾病，如麻疹、流行性腮腺炎、破伤风等；二是通过及时有效的院外医疗服务控制症状从而避免住院治疗的疾病，主要涉及一些有急性症状的疾病，如胃肠炎、泌尿道感染、穿孔性溃疡、蜂窝织炎等；三是通过优质的健康管理防止症状加重和并发症发生从而避免住院治疗的疾病，主要涉及一些慢性非传染性疾病，如高血压、糖尿病、充血性心力衰竭等。^②

这里需要特别指出的是，“可避免住院”与“不合理住院”在概念上具有较大的差异。“不合理住院”主要是指因医生判断患者住院指征不规范将不需要住院的患者收治入院。“可避免住院”需要住院治疗，但它本可以避免；“不合理住院”本身不需要住院治疗，但利用了住院服务。

三 减少“可避免住院”以巩固和拓展健康扶贫成果

本研究提出以减少“可避免住院”来巩固和拓展健康扶贫成果的策略，实现从“重治疗”转向“重预防”，从“关注贫困人群”转向“关注全人群”，从“资源投入导向”转向“服务考核导向”。

① NSH. Ambulatory care sensitive conditions, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/innovative-uses-of-data/demand-on-healthcare/ambulatory-care-sensitive-conditions>.

② 周传坤、曲直、马雯、宋景晨、马谢民：《可避免住院：概念和意义》，《中国卫生质量管理》2015 年第 6 期；Lumme S., Manderbacka K., Arffman M., et al. “Cumulative Social Disadvantage and Hospitalisations Due to Ambulatory Care-sensitive Conditions in Finland in 2011–2013: a Register Study,” *BMJ Open*, 2020, 10 (8): e038338; Correa-Velez I., Ansari, Z., Sundararajan, V., Brown, K., et al. “A Six-year Descriptive Analysis of Hospitalisations for Ambulatory Care Sensitive Conditions among People Born in Refugee-” 2022, 5 (1), 1–8.

第一,减少“可避免住院”有助于从源头切断“贫困—疾病—贫困”的恶性循环路径,实现从“重治疗”转向“重预防”。回顾“因病致贫、返贫”人口的致贫历程,多是由于小病未及时治疗,转变成大病后进行住院治疗,高额的医疗费用导致家庭面临疾病经济风险,进而发生贫困或进入更深的贫困。^①而“可避免住院”可以通过院外前期及时有效的干预,避免疾病发生,避免疾病加重而需要住院,即图1中的①和②阶段,是预防工作开展的有效抓手,与巩固和拓展健康扶贫成果中要开展工作的方向一致。

第二,减少“可避免住院”,实现从“关注贫困人群”转向“关注全人群”。如前所述,“因病致贫、返贫”不仅仅是贫困人口面临的问题,一般农村人群也可能出现“因病致贫”。以减少“可避免住院”为策略,可对全部农村人口进行及时有效的健康干预,减少人群由“小病变成大病”的概率,进而减少发生“因病致贫、返贫”的概率。同时,该策略也进一步体现乡村振兴“以人民为中心”的理念,提升人群的健康水平。

第三,减少“可避免住院”有助于提升健康投入产出效率,实现从“资源投入导向”转向“服务考核导向”。“可避免住院”是一个健康投入的产出指标。目前“可避免住院”常用来评估初级医疗卫生保健的质量和可及性^②,探索初级卫生保健的薄弱环节及干预效果评估^③,评估各地区卫生系统的绩效^④,反映当地人群的健康水平。因此,乡村振兴阶段,通过对“可避免住院”指标的监测,有助于了解健康乡村建设、健康促进项目等工作的投入效果;同时,以减少“可

① 陈楚、潘杰:《健康扶贫机制与政策探讨》,《卫生经济研究》2018年第4期;陈楚、潘杰:《健康扶贫政策目标与因病致贫情境的确认评价——以贵州省赤水市健康扶贫实践为例》,《中国卫生政策研究》2019年第4期。

② Freund T., Campbell S. M., Geissler S., et al. "Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions," *The Annals of Family Medicine*, 2013, 11 (4): 363-370; Niti M., Ng T. "Avoidable Hospitalisation Rates in Singapore, 1991 - 1998: Assessing Trends and Inequities of Quality in Primary Care," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57 (1): 17-22.

③ Ansari Z. "The Concept and Usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as Indicators of Quality and Access to Primary Health Care," *Australian Journal of Primary Health*, 2007, 13 (3): 91-110.

④ Jorm L. R., Leyland A. H., Blyth F. M., et al. "Assessing Preventable Hospitalisation Indicators (APHID): Protocol for a Data-linkage Study Using Cohort Study and Administrative Data," *BMJ Open*, 2012, 2 (6).

避免住院”为产出指标的投入，可以有效提高投入产出效率。

减少“可避免住院”来巩固和拓展健康扶贫成果可以带来较高的效益。本研究以四川省为例，利用美国 AHRQ 提出的 PQIs 指标结合文献中疫苗接种“可避免住院”的疾病对 2016 年至 2019 年末的建档立卡贫困人口住院数据进行分析，发现贫困人口住院共 3868256 人次，其中“可避免住院”有 1895324 人次，“可避免住院”占有所有住院的比例为 49.00%。贫困人口住院中“可避免住院”总费用支出高达 51.37 亿元，其中自付费用达 3.71 亿元。这意味着 49.00% 的贫困人口住院可以通过良好的健康管理得以避免，可以节约的疾病经济负担巨大。此外，四川省各贫困县之间“可避免住院”率存在较大的差异，这一定程度说明在现有的较低资源配置水平上，“可避免住院”率较高地区还存在较大降低的空间。

四 减少“可避免住院”的国际经验

如何降低“可避免住院”不仅是我国巩固和拓展健康扶贫成果的需求，也是国际上许多国家的需求。“可避免住院”导致的医疗卫生支出给各国带来了沉重的负担，例如美国，“可避免住院”每年导致医疗卫生系统增加超过 300 亿美元的卫生支出^①；英国“可避免住院”从 2006 年到 2016 年间增加了 42%，总的卫生支出增加了 55 亿英镑^②。降低“可避免住院”率成为卫生政策提高人群健康和降低医疗卫生支出的关键。

目前，影响“可避免住院”的因素可以归纳为内部因素和外部因素。内部因素是指个人因素，包括①个人特征（年龄、性别、种族）。例如小于 18 岁和 65 岁以上人口“可避免住院”率更高^③。②个人就医意愿。在农村地区更低的看病意向“可避免住院”率更高^④。③个

① Wen H., Johnston K. J., Allen L., et al. "Medicaid Expansion Associated with Reductions in Preventable Hospitalizations," *Health Affairs*, 2019, 38 (11): 1845-1849.

② Hodgson K., Deeny S. R., Steventon A. "Ambulatory Care-Sensitive Conditions: Their Potential Uses and Limitations," *BMJ Quality&Safety*, 2019, (28): 429-433.

③ Guo L., Macdowell M., Levin L., et al. "How Are Age and Payors Related to Avoidable Hospitalization Conditions?" *Managed Care Quarterly*, 2001, 9 (4): 33-42.

④ Hrdy S. A., Hoppe P. M., Bouda D. W. "Nebraska Outpatient Care Quality Assessment," *Health Affairs*, 2003, 22 (2): 36-41.

人疾病的严重程度。个人疾病的严重程度可以较好地解释“可避免住院”在人口和地区间的差异^①。④个人的社会认知和功能性活动^②者是“可避免住院”的独立危险因素。

外部因素包括①社会因素,包括社会经济地位、医疗保险制度等。研究发现社会经济地位越低,“可避免住院”发生率越高。^③ Laditka 研究为现,没有保险和仅有 Medicare 保险者发生“可避免住院”风险较高。Bindman 等人指出 Medicaid 的管理式支付方式相较于 Medicaid 的按服务付费制度更可以降低“可避免住院”率。^⑤ ②医疗卫生服务因素,如医疗服务机构缺乏医疗卫生人员,医疗卫生人员对指南依从性低^⑥,医疗服务缺乏连续性^⑦,医疗卫生人员缺乏稳定性^⑧,基层医疗卫生服务可及性差^⑨。

- ① Billings J., Zeitel, L., Lukomnik, J., Carey, T. S., Blank, A. E., et al. "Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City," *Health Affairs*, 1993, 12 (1): 162-173.
- ② Johnston K. J., Wen, H., Schootman, M., et al. "Association of Patient Social, Cognitive, and Functional Risk Factors with Preventable Hospitalizations: Implications for Physician Value-based Payment," *Journal of General Internal Medicine*, 2019, 34 (8): 1645-1652.
- ③ Laditka J. N., Probst J. C. "More May Be Better: Evidence of a Negative Relationship between Physician Supply and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions," *Health Services Research*, 2005, 40 (4): 1148-1166; Chen L., Lu, H. M., Shih, S. F., et al. "Poverty Related Risk for Potentially Preventable Hospitalisations among Children in Taiwan," *BMC Health Services Research*, 2010, 10 (1): 196.
- ④ Laditka J. N. "Physician Supply, Physician Diversity, and Outcomes of Primary Health Care for Older Persons in the United States," *Health & Place*, 2004, 10 (3): 231-244.
- ⑤ Bindman A. B., Chattopadhyay, A., Osmond, D. H., et al. "The Impact of Medicaid Managed Care on Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions," *Health Services Research*, 2005, 40 (1): 19-38.
- ⑥ O'malley A. S., Pham, H. H., Schrag, D., et al. "Potentially Avoidable Hospitalizations for COPD and Pneumonia: the Role of Physician and Practice Characteristics," *Medical Care*, 2007, 45 (6): 562-570.
- ⑦ Ansari Z. "The Concept and Usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as Indicators of Quality and Access to Primary Health Care," *Australian Journal of Primary Health*, 2007, 13 (3): 91-110.
- ⑧ Caughey, G. E., Pratt, N. L., Barratt, J. D., et al. "Understanding 30-day Re-admission after Hospitalisation of Older Patients for Diabetes: Identifying Those at Greatest Risk," *Medical Journal of Australia*, 2019, 206 (4): 170-175.
- ⑨ Chen L., Lu, H. M., Shih, S. F., et al. "Poverty Related Risk for Potentially Preventable Hospitalisations among Children in Taiwan."

等。③环境因素，地理位置①、稳定的居住环境②等。

针对内外部的影响因素，在许多减少“可避免住院”项目中，也进行了一定的探讨。首先，内部因素的干预上：对社区人员进行健康知识的教育、运动指导以及将教育、运动等结合的多维的干预内容，提高人员健康素养。③

其次，外部因素干预上：①在政策管理方面，“可避免住院”的责任应该由初级保健、二级保健、医院、社区和病人共同承担；“可避免住院”率并不简单反映医疗质量的高低，而应该在高度综合水平上或对其复杂影响关系的因素进行充分调整的基础上才能反映质量；基于证据而非仅仅专家意见确定“可避免住院”指标。④ ②将“可避免住院”作为健康项目或政策绩效的考核指标。⑤ ③改革医保支付方式，在健康计划项目中，采用按人头付费，同时与护理机构、医院、其他服务提供者和参保人及其家属合作，减少可避免的住院治疗。⑥ ④提高初级卫生保健服务能力，识别高风险的“可避免住院”病人，评估病人的社会状况、服药依从性和疾病自我管理能力和能力；做好症状和治疗依从性的随访；对病人及其家庭主要照顾者进行自我管理的培训，

① Busby J., Purdy S., Hollingworth W. "A Systematic Review of the Magnitude and Cause of Geographic Variation in Unplanned Hospital Admission Rates and Length of Stay for Ambulatory Care Sensitive Conditions," *BMC Health Services Research*, 2015, 15 (1): 324.

② Quensell M. L., Taira, D. A., Seto, T. B., et al. "I Need My Own Place to Get Better: Patient Perspectives on the Role of Housing in Potentially Preventable Hospitalizations," *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2017, 28 (2): 278.

③ Karla Jaques M. B., Fiona Haigh, Siggie Zapart. Reducing the Risk of Potentially Preventable Hospitalisations: A Literature Review of Community-based Approaches, South Western Sydney Local Health District. 2018. <https://chetre.org/wp-content/uploads/2018/06/Reducing-the-risk-of-potentially-preventable-hospitalisations-literature-review-.pdf> 2021-05-26.

④ Freund T., Campbell S. M., Geissler S., et al. "Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions," *The Annals of Family Medicine*, 2013, 11 (4): 363-370.

⑤ Kimmey L., Verdier J. "Reducing Avoidable Hospitalizations for Medicare-Medicaid Enrollees in Nursing Facilities: Issues and Options for States," *Integrated Care Resource Center Technical Assistance Brief*, 2015.

⑥ Kimmey L., Verdier J. "Reducing Avoidable Hospitalizations for Medicare-Medicaid Enrollees in Nursing Facilities: Issues and Options for States," *Integrated Care Resource*

了解急性症状的表现以便及时就医;利用电子信息系统来跟进和管理病人健康信息;在医生教育和培训中强调沟通技巧^①。

最后,干预方式上:①让社区的人员共同参与可以提高降低“可避免住院”效能。②通过深入社区和利用手机移动终端、电话咨询、电视等电子信息传播方式进行健康教育^②。③要有常规、易理解的宣传材料,可以更好地宣传治疗相关方案。^③

“可避免住院”的影响因素和有效减少可避免住院的措施总结如图2所示。

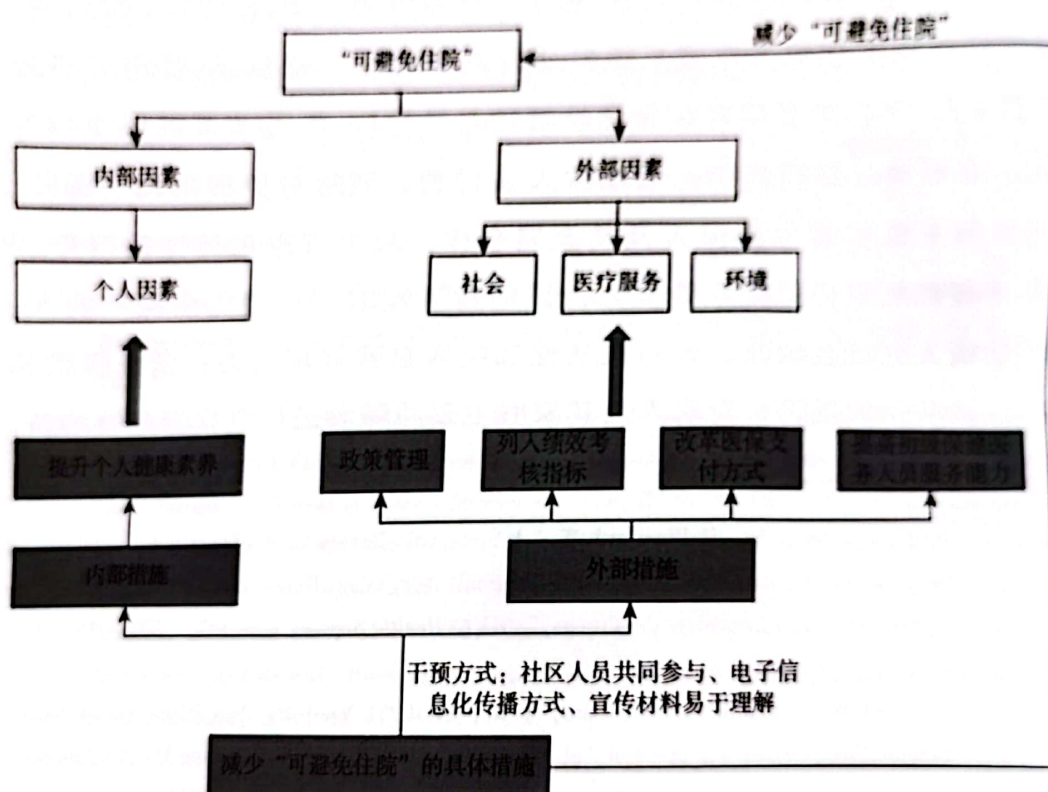


图2 减少“可避免住院”的国际经验

注：灰色框为减少“可避免住院”的措施。

- ① Freund T., Campbell S.M., Geissler S., et al. "Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions," *The Annals of Family Medicine*, 2013, 11 (4): 363-370.
- ② Quensell M.L., Taira, D.A., Seto, T.B., et al. "I Need My Own Place to Get Better: Patient Perspectives on the Role of Housing in Potentially Preventable Hospitalizations," *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2017, 28 (2): 278.
- ③ Freund T., Campbell S.M., Geissler S., et al. "Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions," *The Annals of Family Medicine*, 2013, 11 (4): 363-370.

五 对策建议

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志,预防是最经济最有效的健康策略。巩固和拓展脱贫健康扶贫成果是新时期的重要使命。“可避免住院”是脱贫地区开展预防工作的重要抓手。通过减少“可避免住院”,将有助于提升脱贫地区群众健康水平,减少住院概率,降低疾病经济负担,从源头上实现防止“因病致贫、返贫”的发生。本研究参考国际“可避免住院”的影响因素和有效的干预策略,结合我国实际情况,提出减少“可避免住院”巩固和拓展健康扶贫成果的建议。

第一,强化政策决策者和公众对减少“可避免住院”重要性的认识。政策决策者和大众对减少“可避免住院”的认同是开展减少可避免住院工作的前提。计划行为理论认为,行为意向是影响行为最直接的因素,该因素受态度、主观规范和知觉行为控制的影响,认同是政策有效执行的前提和基础。^①政策决策者的认同有助于“可避免住院”相关政策的制定和执行;大众的认同有助于在政策实施时提高主动性,提高政策参与的热情和自觉性,形成良好广泛的群众基础^②,提高减少“可避免住院”政策的实施效果。而促进政策决策者和大众对减少“可避免住院”的认同则需要学界对“可避免住院”进行深入研究,形成相关证据,结合目前“以人的健康为中心”的理念,将证据转化。

第二,制订中国“院外服务敏感疾病”目录和加强“可避免住院”影响因素研究。对减少我国“可避免住院”的研究中,首先,需要形成我国的院外服务敏感疾病目录。由于各国国情不同,医疗卫生服务体系有所差别,各国的“可避免住院”指标之间也有所差别。目前国内学者分析主要采用美国的 PQIs 指标,如 Chen 等人利用 PQIs 指标分析贵州省赤水市“可避免住院”与医疗资源空间可及性的关系^③;

① Ajzen I. "The Theory of Planned Behavior," *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 50 (2): 179-211.

② 冯长勇:《生活满意度、政策认同与农民的乡村振兴参与意愿——基于全国 223 个村庄 1143 位农民的调查分析》,《武陵学刊》2020 年第 5 期。

③ Chen T., Pan J. "The Effect of Spatial Access to Primary Care on Potentially Avoidable Hospitalizations of the Elderly: Evidence from Chishui City, China," *Social Indicators*

柴培培等人利用该指标对我国慢性病进行费用核算^①。尽管有学者意识到直接使用他国“可避免住院”指标,可能会影响结果的准确性^②,但我国的“可避免住院”指标目前尚未构建,亟须解决。其次,我国“可避免住院”的影响因素分析需进一步加强。目前的研究主要针对单一“可避免住院”,如对哮喘或糖尿病进行影响因素分析^③,只有1篇利用PQIs指标对贵州省赤水市进行研究^④,发现空间可及性对老年人“可避免住院”有影响。此外,目前的影响因素分析研究未考虑“可避免住院”影响因素呈现多水平的特点,对“可避免住院”在个人、地区层面呈现差异的内在机制也尚未进行深入探讨,需要学界深入开展相关研究。

第三,实施减少“可避免住院”干预措施。一是促进人群健康素养。健康素养是指个体具有获得、解释和理解基本健康信息与服务的能力,并能运用信息和服务促进个体的健康。^⑤它包括健康的知识和相关的技能,并且能用二者促进健康的行为。对于脱贫地区,要进行“可避免住院”的辨识,明确各乡镇、村主要的“可避免住院”,确定优先干预的“可避免住院”。可以采用以下方式提升群众“可避免住院”防控的健康素养。一方面,以“关键人物”法为突破口,逐步营造减少“可避免住院”知识提升的社会共识。社会网络具有放大各类“社会规范”的功能,把某种信念通过个体进行连接变成“超个体”,推动人们形成一致的观念和行动。先以乡村中的“关键人物”,即影响力较大的人员为突破口开展健康教育,通过“关键人物”带动其他人群改变观念和行为。^⑥“关键人物”一般被认为有族长、村干部、在校中小

① 柴培培、张毓辉、万泉、翟铁民、郭锋、李岩、黄云霞、李涛:《基于卫生费用核算的我国慢性病可避免住院费用分析》,《中国卫生经济》2019年第4期。

② 周传坤、马谢民、赵乐平、胥雪冬、宋景晨:《可避免住院、可避免再住院研究概述》,《中国医院管理》2018年第6期。

③ 李倩、江芹、周海龙、张振忠:《我国哮喘病患者可避免住院现状分析》,《中国卫生经济》2020年第3期;姜诚鑫、江芹、周海龙、张振忠:《我国糖尿病可避免住院的现状研究》,《中国卫生经济》2018年第5期。

④ Chen T., Pan J. "The Effect of Spatial Access to Primary Care on Potentially Avoidable Hospitalizations of the Elderly: Evidence from Chishui City, China," *Social Indicators Research*, 2020: 1-21.

⑤ 佟丽、胡俊峰、侯培森:《健康素质与健康素养》,《中国健康教育》2006年第4期。

⑥ 李本燕、白露露、吴楷雯、邓睿:《我国居民健康素养提升的难点与对策探析》,《健康教育与健康促进》2021年第1期。

学生、年轻女性等。另一方面,融合线上线下的健康教育干预方式。脱贫地区在脱贫攻坚中已实现网络全覆盖,且随着智能手机的普及和农村电商、直播业务的发展,互联网知识传播方式已被脱贫地区群众广泛接受。因此,将“可避免住院”疾病防控相关健康知识转为数字化形式,借助抖音、快手等群众接受度高的平台进行发布,融合线上与线下开展健康教育。

二是提升基层服务能力。许多研究已证实基层医疗服务能力越高,“可避免住院”率越低。^①提升基层“可避免住院”医疗服务能力可以通过以下步骤。首先,基于健康扶贫期间建立的贫困人口健康档案,明确高风险的“可避免住院”人群、地区主要的“可避免住院”类型。其次,评估基层“可避免住院”服务能力。对照目前“可避免住院”疾病管理指南要求,评估基层医疗机构在人员、设备上是否具备相应的能力。以糖尿病为例,基层医疗机构需要具备基本的降糖药品,包括磺脲类、格列奈类、双胍类、胰岛素、噻唑烷二酮类、 α -糖苷酶抑制剂其中的1~2种药品;器械上需要身高体重秤、软尺、血糖仪、血压仪、生化分析仪、心电图仪、B超、彩超、X射线仪;能力上需要医生、护士具备基本糖尿病管理能力,对照评估基层是否具备这些条件。再次,填平补齐乡镇卫生院、村卫生室相应“可避免住院”需要的设备,人员需要的知识和技能。对于人员知识和技能的培训,以在地化培训为主,可以采取专业人员现场指导和网络远程教学相结合的培训方式,再结合健康档案和当地健康乡村建设形成当地居民“可避免住院”疾病自我管理的方案。最后,基于新冠肺炎疫情防控网格化治理模式推行健康管理的方案,促进“可避免住院”疾病的健康管理。

三是创新支付方式改革。医保支付方式对医务人员、病患行为会产生很大影响。^②有研究表明,对高血压、糖尿病门诊实施预付制的按人头付费不仅能够降低患者总的医疗支出、自付医疗支出和医保

① 周传坤、曲直、马雯、宋景晨、马谢民:《可避免住院:概念和意义》,《中国卫生质量管理》2015年第6期;Ansari Z. "The Concept and Usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as Indicators of Quality and Access to Primary Health Care," *Australian Journal of Primary Health*, 2007, 13 (3): 91-110。

② Gosden T., Forland F., Kristiansen I., et al. "Capitation, Salary, Fee-for-service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behaviour of Primary Care Physicians," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3)。

报销费用,同时,患者的并发症数量也显著减少,且显著降低了医疗服务供方的道德风险。^① 预付制是付费在医疗服务发生之前,医保机构和医院以契约的方式定好服务职责、付费规则,并支付费用,医院“超支自付,结余归己”。按人头付费是预付制的一种方式,参保人先选择某门诊机构作为定点医疗机构,并在签约期内接受定点医疗机构提供的普通门诊服务,医保机构根据医疗机构签约参保人数支付人头费。总额等于人头费乘以签约数。人头费的设定按照年龄组、慢性疾病诊断组、性别组进行加权。按人头付费可以激励定点医疗机构为患者提供高质量服务以吸引更多的签约,也可激励医疗机构特别是基层医生积极进行疾病预防工作以降低疾病发生率并节约成本。

四是作为绩效考核内容。在地区卫生健康事业绩效考核中纳入“可避免住院”情况。脱贫地区巩固和拓展健康扶贫成果策略由“重治疗”转向“重预防”,“可避免住院”作为一个产出指标,可以直观且有效地反映群众住院被及时、有效地干预而避免住院的情况,体现医防融合、健康促进项目的成效。目前,脱贫地区开展的医共体建设、爱国卫生运动、健康村镇、健康家庭工程等健康促进活动,可以“可避免住院”作为考核指标,进行成效考核评价。例如,在健康乡村建设中,可采用“奖补结合”的方式,帮助群众树立“每个人都是自己健康第一责任人”的意识,减少“可避免住院”。其具体做法,第一,制定考核标准。建议由卫健部门出台“可避免住院”相应的考核标准。第二,向各村宣布健康乡村建设的要求和评估的标准。将资助健康乡村建设的经费分为补基本部分和奖励部分。其中,补基本部分主要考虑脱贫地区刚脱贫,健康乡村建设基础较差,给予一定补偿,确保健康乡村建设的基本要求可以实现;奖励部分作为激励,对减少“可避免住院”成效较好的村庄进行奖励,奖励金落实到每个农户,以形成健康乡村建设利益共同体,促进农户的主动健康意识。第三,发布地区“可避免住院”率,考核和验收。

^① 朱铭来、王恩楠:《医保支付方式改革如何减轻道德风险?——来自医保基金支出的证据》,《保险研究》2021年第4期;朱铭来、王恩楠、邱晓禹:《天津市糖尿病按人头付费改革效果评估》,《中国卫生经济》2021年第4期。

六 小结

打赢脱贫攻坚战是党对人民的庄严承诺。现行标准下农村人口已全部脱贫，贫困县全部摘帽，区域性贫困问题得到解决。但是，致贫、返贫的风险仍然存在，尤其是“因病致贫、返贫”。新时期，要巩固和拓展健康扶贫成果，需要进一步优化健康扶贫政策，从“重治疗”转向“重预防”，从“关注贫困人群”转向“关注全人群”，从“资源投入导向”转向“服务考核导向”，实现提质增效。

以可避免住院为巩固和拓展健康扶贫成果的抓手，可以从源头上实现防止“因病致贫、返贫”，提升群众健康水平，减少疾病发生发展，降低群众疾病经济负担。新时期，要强化决策者和公众对减少可避免住院重要性的认识，制定中国“院外服务敏感疾病”目录和加强“可避免住院”影响因素研究，实施相关减少可避免住院具体举措。具体举措包括促进人群健康素养、提升基层服务能力、创新支付方式改革，以及将可避免住院情况纳入地区卫生事业绩效考核内容。



出版社官方微信
www.ssap.com.cn



定价: 88.00 元