

“互联网+结核病防治工作”发展模式顶层设计构想

王 成

(山东省胸科医院, 山东济南 250013)

摘 要: 医疗卫生信息化是国家信息化发展的重点内容之一,已纳入“十三五”国家网络安全和信息化建设的重点。由于结核病防治经费不足,各级各地结核病防治机构专业队伍及技术力量分布不均衡,基层结核病防治专业队伍力量薄弱、人力资源的缺乏,直接影响了结核病防治工作的正常开展。针对目前结核病防治工作中存在的问题,结合中国结核病防治工作的现实状况,该文从顶层设计的角度构想了“互联网+结核病防治工作”的发展模式,利用互联网进行资源整合,从顶层设计的角度,根据区域规划确立“以结核病防治定点医院为主导、以基层结核病防治机构为辅助”的结核病防治模式,通过以点带面、以强带弱,加快“互联网+结核病防治工作”的发展。

关键词: 结核病;预防和控制;互联网;信息化

中图分类号: R184 **文献标识码:** A **文章编号:** 1671-2404(2018)85-0076-03

结核病是严重危害人类健康和生命安全的疾病。中国是全球 22 个结核病高负担国家之一,也是耐药结核病疫情严重的国家之一,结核病报告发病人数始终位居法定报告甲、乙类传染病前列。世界卫生组织公布的 2015 年结核病年度报告显示,2014 年全球结核病死亡患者高达 150 万例,2014 年中国新发结核病患者约 93 万例,位居全球第三。根据全国第五次结核病流行病学抽样调查报告,全国 15 岁及以上人口中活动性肺结核患病率有所下降,但由于人口数量增加,活动性肺结核患者较 2000 年反而有所增加,高达 499 万。中国肺结核患者的耐药情况非常严重,全国 15 岁及以上人口中耐多药肺结核患者有 33.9 万、广泛耐药患者有 10.5 万,初治肺结核患者中一线抗结核药物的耐药率(36.9%)竟然超过复治肺结核患者(35.9%)。近几年来,全球耐多药结核病发病人数一直居高不下,尤其是耐多药结核病的死亡人数不减反升。2015 年 3 月国务院印发的《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020 年)》指出,积极应用移动互联网、远程医疗、大数据、云计算等信息化技术,提高服务效率;同时计划到 2020 年,实现电子病历、电子健康档案、全员人口信息三大数据库基本覆盖全国人口并动态更新。

医疗卫生信息化是国家信息化发展的重点内容

之一,已纳入“十三五”国家网络安全和信息化建设的重点。作为信息化的重要内容,近年来互联网和“互联网+”等技术及观念已经与人们的日常生活息息相关,与其他领域相比,结核病防治的信息化则明显滞后。

1 存在问题

目前,在中国政府和结核病专业工作人员的共同努力下,中国结核病防控工作虽然取得了初步成功并得到国际社会的认可,但是我们必须清醒认识到结核病传染源还未得到有效控制,防治工作的压力仍然非常巨大,目前的防治工作中仍然存在诸多问题。

1.1 基层结核病防治专业队伍力量薄弱,各级各地结核病防治机构技术力量分布不均衡,防治经费投入不足

近年来,国家对结核病防治经费的投入逐年增加,但由于地方政府重视程度不足,基层财政投入与实际需要还有一定差距。同时,由于结核病防治工作任务重、关注度低、待遇不高等多种因素,很多人不愿意从事这项工作,导致基层专业人才队伍力量薄弱,甚至出现断层现象。人力资源的缺乏直接影响了结防工作的正常开展,导致工作质量的下降。

1.2 县、乡、村三级网络督导机制流于形式,患者配合程度低

结核病防治的基层三级网络督导机制虽然已运转多年,但实际工作中,督导员多为兼职,繁重的诊治工作外,还承担督导管理工作。此外,缺乏有效的

收稿日期:2017-11-01

作者简介:王成,主任医师、胸外二科行政副主任,主要从事胸部疾病的诊断及外科治疗、结核外科疾病的诊断治疗等方面的研究。

E-mail:wangcheng98@126.com

激励机制也是影响督导工作的重要因素。

有些地区村级医生每治疗管理一例初治涂阳患者补助 60 元,相当于每督导患者服药一次发给劳务费 1 元钱;当服务半径超过 1 公里时,无论是医生送药并监督患者服药,还是要求患者到村医生住地来服药,距离较远造成医生和患者很难坚持和做到。同时,在督导工作中患者配合程度低,多数患者因担心周围人知道自己患有肺结核,不欢迎村医和乡医的访视督导,只愿意接受县级结防医生的督导,甚至个别患者拒绝任何人督导,使得肺结核患者的督导化疗名存实亡。目前,农村一半以上患者为自服药或者家庭督导员督导服药,由于农民忙于农活,根本顾不上督导患者服药,全程督导治疗实际上也是流于形式,起不到督导患者规律服药的作用和目的。2010 年某省结核病流行病学调查数据显示,患者的治疗管理情况并不尽如人意,结核患者的规则服药率也仅为 40%,50% 的患者曾中断治疗,患者不规则服药或断药现象时有发生,造成患者久治不愈从而导致耐多药肺结核的产生。

1.3 结核病患者归口管理尤其是诊治医院出院后患者的管理措施落实不到位

导致现状的原因主要有三点:一是经济效益问题,部分医疗卫生机构不愿意把结核患者转诊到结核病防治机构;二是基层结核病防治机构提供的药物剂型、剂量、用药频次与病人住院治疗期间应用的药物不同,让病人对药效产生顾虑而不愿意换用;三是基层结防人员因技术水平原因用药指征把握欠妥,导致一部分不适合应用该类药物的病人用药后疗效不好而产生不良影响。

2 政策建议

针对目前结核病防治工作中存在的问题,结合中国结核病防治工作的现实状况,笔者从顶层设计的角度提出了“互联网+结核病防治工作”发展模式的构想。一方面,患者发病初始阶段通过结核病防治定点医院高水平医务人员的诊治,及时发现并有效控制传染源;另一方面,患者巩固治疗阶段在结核病防治定点医院的辅助机构就近复诊,复诊结果上传定点医院相关专家并得到相关专家的后续指导。这样不仅保证了结核病患者的治疗质量、节约了差旅成本,而且大大降低了结核病患者对社会人群的传播风险。

2.1 根据区域规划确立“互联网+结核病防治工作”的框架结构的核心部分——结核病防治的定点医院

结核病是一种主要通过呼吸道传播的慢性传染病,传染性肺结核传染性最强的时间是在发现及治疗之前,而控制传染性疾病的有效措施是控制传染源、切断传播途径和保护易感人群,其中及时发现患者并进行有效治疗是控制传染源、降低结核病疫情的最重要的手段。

第一,充分利用现存的有条件的结核病防治机构,确立结核病防治的定点医院。以目前结核病防治方面技术力量较强的省级及部分地市级结核病防治机构为主。这样既避免了重复建设又避免了资源浪费。明确结核病定点医院定位,探索补偿机制,服务于结核病防治规划。将结核病定点医院纳入国家结核病防治规划,为其补充结核病防治必须的人、财、物等卫生资源,或探索并完善结核定点医院基础设施改造及药敏试验等运营成本的补偿办法。

第二,完善医保政策。一是提高结核病患者疾病诊治的医保报销比例。二是打破地方财政保护政策,由基层非结核病防治医疗单位审批转诊结核病患者模式改为结核病患者到结核病定点医疗机构诊治不需要转诊模式。在结核病转诊问题上要打破地方财政保护政策。诊断为结核病需要治疗的患者,或疑似结核病需要住院诊治的患者,均应到结核病定点医疗机构诊治。由于流动人口及外出务工人员的增多,应该本着就近、首诊结核病定点医疗机构优先收治结核病患者原则。目前,许多基层非结核病防治医疗单位,将结核病患者等同于一般患者,强制规定需要转上一级医院诊治的结核病人,要先在当地基层非结核病防治医疗机构住院诊治后才给予办理转诊手续,这样不仅延误了结核病患者诊治时间,增加了病人的经济负担,还增加了传染传播的机会。因此,对结核病患者或者疑似结核病患者需要住院诊治的患者,应该采取有别于非结核病的普通患者的转诊模式,由基层非结核病防治医疗单位审批转诊结核病患者模式改为结核病患者到结核病定点医疗机构诊治不需要转诊模式。三是医保的药物目录中增加结核病住院与门诊治疗中必需的二线抗结核药物。门诊及出院带药时纳入治疗方案的二线或复制方案中的喹诺酮类、氨基甙类及大环内酯类等药物应按照结核药政策对待,而不应该按普通

抗生素类药物对待。

2.2 利用现有的基层结核病防治机构确立“互联网+结核病防治工作”的框架结构的辅助部分——结核病防治定点医院的辅助机构

对现有技术人员进行相应培训,至少达到结核病定点医院专家助手的能力,完成定点医院专家的医嘱并上传相关信息。同时,督导患者遵从医嘱、定期复查、按时服药。

2.3 完成互联网对接

在已有的互联网设施基础上,选用或开发相关程序实现结核病防治的定点医院和结核病防治定点医院的辅助机构之间的互联网对接,实现结核病防治机构与患者的移动互联网客户端的对接。

2.4 建立患者电子档案

患者电子档案应包括患者的身份信息、发病情况、诊断手段、诊疗经过、用药情况、每次复查的化验及影像学检查结果等。结核病防治定点医院和结核病防治定点医院辅助机构的经治医务人员凭密码均能随时查阅患者的电子档案,评价治疗效果。

2.5 确保“互联网+结核病防治工作”诊疗效果

组成包括内外科专家在内的专家组,对患者的诊治情况定期组织集体会诊,评价治疗效果,对初步

治疗效果不满意者,分析查找原因,制定进一步诊疗计划。

2.6 探索“互联网+结核病防治工作”的管理机制及补偿机制

制定相应的制度法规规范结核病防治定点医院和结核病防治定点医院辅助机构的医务人员的相关工作、约束患者自觉遵从医嘱;探索相应的经济激励及补偿机制以调动医务人员的积极性和患者使用移动互联网客户端及遵从医嘱的积极性。

参考文献

- [1] World Health Organization. Global tuberculosis report 2015 [A]. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [2] 全国第五次结核病流行病学抽样调查技术指导组,全国第五次结核病流行病学抽样调查办公室. 2010年全国第五次结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中国防痨杂志, 2012, 34(8): 485-508.
- [3] 肖和平. 多学科合作开启结核病防治新时代[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2017, 40(5): 323-326.
- [4] 中华人民共和国国务院办公厅. 全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)(国办发[2015]14号)[Z]. 2015-03-06.

Top-Level Design of the Development Pattern of Internet Plus Tuberculosis Prevention and Cure

WANG Cheng

(Shandong Chest Hospital, Jinan Shandong Province 250013, China)

Abstract: The informatization of medical treatment and public health is a key part in the national informatization and has been included into the network security and infomatization construction of China's 13th Five-year Plan. As a crucial part, the concepts of internet and internet plus are deeply involved in every aspect of people's lives. However, comparatively, the informatization of tuberculosis prevention and treatment lags behind. Many factors contribute to the current situation, such as a lack of fund, an imbalanced distribution of the professional medical staff and technology, inexperienced practitioner in the grassroots levels, and a shortage of human resources. Against the backdrop of existing problems in reality and China's current situation in tuberculosis prevention and treatment, this paper advocates the development model of Internet plus tuberculosis prevention and treatment, which appeals for the government to take advantage of all the available resources, integrate them and set up a model which centers on fixed-point hospitals while also relying on small institutions to tackle the problem.

Key words: Tuberculosis; Prevention and Control; Internet; Informatization