

# 协同治理视域下慢病管理数字化建设研究

——以长兴、东明、余杭三地慢病示范管理为例

王雨蒙

中央民族大学管理学院, 北京

收稿日期: 2026年3月9日; 录用日期: 2026年4月16日; 发布日期: 2026年4月27日

## 摘要

由于我国慢病群体数量庞大, 传统的慢病管理已无法适应社会发展, 我国开始尝试将现代数字化科技融入慢病管理领域。但由于数字技术不完备、信息不对称、管理制度不完善等因素, 我国慢病数字化管理过程中出现患者信息泄露、区域发展失衡、多主体协作效率低下等问题。鉴于此, 以长兴、东明、余杭为代表的多地先后开展试点, 形成了一系列创新性的慢病数字管理新模式。文章采用多案例研究方法, 系统分析三地慢病数字化管理的实践路径与运行机制, 提炼其共性经验与差异化策略, 探讨其在协同治理框架下的适用条件与推广局限, 为我国慢病管理数字化转型提供理论与实践参考。

## 关键词

健康中国, 慢性病管理, 数字化建设

# Collaborative Governance Perspective on the Digitalization of Chronic Disease Management

—A Case Study of Three Demonstration Areas

Yumeng Wang

Public Management, Minzu University of China, Beijing

Received: March 9, 2026; accepted: April 16, 2026; published: April 27, 2026

## Abstract

The vast size of the chronic disease population in China has rendered traditional management models inadequate. In response, the country has begun integrating digital technologies into chronic disease management. Yet, challenges such as data breaches, regional imbalances, and poor multi-stakeholder collaboration persist due to immature technology, information asymmetry, and imperfect systems. To address these, pilot programs in Changxing, Dongming, and Yuhang have developed innovative digital management models. These initiatives strengthen existing digital achievements and promote standardized, personalized, sustainable, and collaborative chronic disease management, significantly contributing to the enhancement of medical services and social security.

## Keywords

Healthy China, Chronic Disease Management, Digitalization

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

慢性病，简称慢病，包括糖尿病、慢性呼吸系统疾病等多种由于遗传因素、生活方式因素、精神因素等多重因素长期累积所导致的疾病，患病率高、死亡率高、痊愈率低，是我国社会保障领域重点难题之一。慢病的危害不仅局限于个人的病后后遗症，对医疗资源的消耗及对经济和社会的影响同样不容忽视。相关数据显示，全国有4亿人确诊为慢性病，每年由于各种因素引发的疾病死亡中，慢病占比达88.5% [1]，且发病人群逐步呈现低龄化趋势。随着我国经济的迅速发展和人民生活水平的提高，人们对健康的需求不断增加，慢病的治疗也逐渐被人们所重视。

2016年，中共中央、国务院印发了《“健康中国2030”规划纲要》，以糖尿病为代表的4个重大慢病被纳入15项健康中国行动中[2]，从持续完善慢病防治政策体系、慢病综合性防治工作机制、建立慢病及其危险因素监测体系以及完善重大慢病防治管理服务体系四个方面出发，多举措推动“以治病为中心”向“以人民身体健康为中心”转变[3]。

我国慢病群体不是少数，过去的慢病管理已无法适应社会发展[4]，随着数字化的发展，物联网、云计算等数字化新技术为数字医疗打下技术基础，数字技术进入管理领域，我国开始将现代数字化科技融入慢病管理领域，浙江省余杭区、湖州市、山东省东明县等地率先试点，为慢病患者实行全程数字化管理，使得慢病管理更专业化、规范化、个性化，有效降低了慢病发病率，提升了患者日常无医护陪同下的自我管理能力。

## 2. 研究设计

为系统回答“慢病数字化管理如何在地方实践中运行”以及“不同模式之间的共性与差异体现在哪些方面”，本研究采用多案例研究方法。案例研究适用于探索复杂社会现象中的“如何”与“为什么”问题，尤其适合分析新兴实践中的机制与路径。

在案例选择方面，本研究选取浙江省长兴县、山东省东明县、浙江省余杭区三个国家级或省级慢病

管理示范区作为研究对象,主要基于以下考量:其一,政策先行性,三地均在“健康中国”战略框架下率先开展慢病数字化试点;其二,模式多样性,三地分别形成了以“健康画像”、“智慧医保”、“数智平台”为核心路径的三种技术整合类型;其三,数据可及性,三地均有较为完整的政策文件、政府工作报告、公开报道及相关学术文献可供分析。

在数据收集方面,本研究主要通过三种渠道获取信息:一是政策文本分析,系统收集三地政府发布的慢病管理相关政策文件、实施方案与年度总结;二是二手资料整理,包括主流媒体专题报道、学术论文、会议纪要等;三是结构化的公开访谈记录,部分来源于地方政府官网或主流媒体的专题报道。在数据分析阶段,本研究采用主题分析法,围绕“技术架构”、“主体协作”、“制度支撑”、“风险控制”四个维度对三地实践进行编码与比较,旨在提炼三地模式的运作逻辑与适用条件,为后续的理论讨论与政策建议奠定基础。

### 3. 文献综述

#### 3.1. 国外研究综述

发达国家更早步入老龄化社会,也更早开展对慢病管理的探索。国外慢病管理主要从管理模式、慢病管理实践、慢病管理服务评价等方面展开。

当前国外有三种慢病管理模式[5]。第一种是慢病照护型,即 Chronic Care Model (CCM),该模式基于医学循证,由医护进行患者照顾,通过6个模块进行系统管理;第二种是慢病自我管理计划模型,即 Chronic Disease Self-management Program (CDSMP),此模式从宏观、中观、微观三个维度进行慢病管理,家庭、社区、卫生保健机构多主体提供慢病管理服务,多层面实现慢病一体化管理;第三种是慢病创新照护框架,即 Innovative Care for Chronic Conditions Frame Work (ICCC),该模式受患者主观意愿影响大,对资金支持依赖强。

在慢病管理实践方面,芬兰政府与世卫组织在北卡开展大型慢病综合防治项目,有效降低了以冠心病为主的慢病风险和死亡率[6]。日本构建起慢病管理框架,颁布法律,鼓励企业等主体参与慢病管理,提升居民健康意识。美国积极开展慢病预防,不仅加强宣传重塑居民对慢病的认知,倡导健康生活方式,还加强在心血管疾病方面的非药物干预[7],为慢病管理作出了积极贡献。

在对慢病管理质量评价的相关研究方面,“结构-过程-结果”三维评估模型的出现标志着医疗服务质量评价的研究进入新阶段。在该理论的基础下,国外学者聚焦社区居民需求,建立了包括药物供应等17个指标的慢病管理质量评价体系[8]。

#### 3.2. 国内研究综述

我国对于慢病管理的研究开始较晚,学者们主要从管理意义、管理实践和现存问题等方面开展研究。

慢病管理帮助患者知晓病情[9]、减少并发症,降低死亡率[10]。不仅如此,慢病的科学管理能节约患者看病成本,减轻患者疾病负担[11]。

2015年,学者开始对我国慢病管理实践进行经验总结。吕兰婷对我国慢病管理模式特点进行了概括,认为当前以社区为主导、以医护人员为核心成员、以专家为技术指导的管理模式有效保障了服务内容的连续性和服务环节的衔接性,但多方主体的协作过程仍需优化[12]。田华等学者指出我国慢病管理实践主要依托社区进行,在临床实践、信息监测、患者自我管理等方面呈现出综合干预的发展趋势[13]。刘丽对我国慢病管理试点地区如上海、福建、厦门、成都等地的管理模式进行了详细介绍,互联网+数字治理模式逐步进入大众视野[14]。

由于起步较晚,经验的缺失,我国在慢病管理过程中也不可避免地存在一些问题。例如在多元协作

方面,政府、企业、社会、个人等主体的参与机制不明[15],职能不明确。在资源配置方面,大中城市医疗资源水平高,小型城市和村镇等老年慢性病群体聚集地区慢病基础设施建设薄弱,医护人员专业水平低[16]。在数字化治理背景下,信息孤岛和信息碎片化现象严重,信息安全问题也有待进一步加强[17]。

### 3.3. 研究述评

国外慢病管理相关的探索开始较早,且已形成稳定成熟的分析模型和评价体系,为我国提供了宝贵经验。我国慢病管理由于开始时间较短,实践管理经验不足,很多研究还停留在理论层面,未结合国情进一步探索。在管理模式创新方面,部分研究已从宏观理论层面提出了数字技术对我国慢病管理和中国特色社会保障制度完善的重要意义。但具体数字平台建设实践研究较少,缺少微观分析。

值得注意的是,现有研究虽已关注到慢病管理中多元主体参与的重要性,但多停留在经验描述层面,缺乏系统性的理论分析框架。协同治理理论强调在复杂公共事务中,多元主体通过制度化协作机制实现资源整合与行动协调,为理解慢病数字化管理中的政府、市场、社会与技术系统之间的互动关系提供了有力的分析工具。因此,本文引入协同治理理论作为核心分析框架,对三地慢病数字化管理的实践路径进行系统剖析。

## 4. 我国慢病数字管理困境

### 4.1. 技术不完备下个人信息泄露

由于部分医疗机构信息化观念滞后,信息安全运维经费不足,大量医疗卫生机构数字信息安全存在隐患。一方面,数据泄露风险大,慢病数字医疗系统中储存着大量个人信息,一旦泄露会对病人造成严重后果。第二,人员风险大。医院信息系统管理员、数据库管理员、数字平台开发商等人员都有可能成为数据信息泄露风险源。部分人员可能违背职业道德泄露或篡改患者个人信息数据。2023年,我国医疗卫生行业泄露数据多达90252.9万条,约合344.7GB[18],信息安全问题已成为慢病管理数字化道路上的头号难题。

### 4.2. 资源不对称下区域发展失衡

区域发展失衡主要体现在区域资源配置失衡和区域数字化建设水平失衡上。我国大部分医院虽已响应“健康中国”发展规划,但优质慢病资源仍然长期处于“倒三角”状态[19]。

首先,由于基层医务人员工资低、工作多,慢病管理人才流失严重,基层无法形成坚实稳定的慢病诊疗团队[20];其次,由于地区发展不平衡,发达地区和人口密集的城市地区医疗资源相对充足,欠发达地区和人口稀少的基层医疗设施匮乏,基础设施建设差,数字信息技术落后。最后,“虹吸现象”使患者更倾向于寻求三甲医院专家的专门诊治,大城市“看病难”,基层医疗却陷入“治疗能力不足-患者就诊率低-管理经验缺失-治疗能力更差”的恶性循环。

### 4.3. 多主体参与下管理效率低下

随着新公共管理理论不断发展,慢病管理领域打破政府主导的管理模式,通过政府、市场、社会等主体的协作以实现提升服务质量、降低服务成本及创新服务内容的目标。

但由于多元主体参与理念的缺失,慢性病领域的多主体协作效率低下,“政府失灵”和“市场失灵”问题频出[21]。各主体虽积极适应当前发展过程中的各项变化,落实慢病服务的优质供给,但在政策落实过程中出现信息理解偏差。一方面,传统的“官本位”思想导致政策僵化,下级部门权责不清,分散管理现象严重,遇到问题时又相互推诿。另一方面,企业等主体处于资源分配的弱势地位,在慢病管理中的内生动力不足,协同管理过程中,信息和沟通渠道不畅也进一步弱化了其他参与主体的协作动力。

#### 4.4. 制度不完善下慢病报销困难

据资料显示,部分地区因制度不完善呈现报销的执行困境。江苏省南通市高血压和糖尿病门诊用药报销政策出台一年后,政策备案率均不足 15%,政策目标人群并未真正享受到数字医疗的福利制度[22]。

制度不完善主要体现在两个方面。一是制度执行方式单一,以自上而下为主。由于缺乏组织的沟通和政策的引导,下级部门对政策的理解浅显,患者对政策知晓率低。二是制度执行人力资源短缺,激励机制匮乏。基层医务人员是政策执行不可或缺的人力资源[23],然而基层医务人员却难招募、难留用。

### 5. 三地慢病管理数字化建设行动逻辑

为推动数字技术在医疗、健康、社会保障等新兴产业的进一步发展,2015年7月和2016年4月,我国先后出台了多项政策,进一步推动试点地区慢病规范化治疗和管理,提升管理率达30%以上[24]。这些政策的实施不仅推动了数字技术的应用,也为构建多元主体协同参与的慢病管理格局提供了制度空间。

与此同时,平台利用大数据和数字储存技术收集患者病情信息,为医生诊断提供数据支持,我国慢病案例逐步进入云服务阶段[25]。数字平台的搭建为政府、医疗机构、企业及患者之间的信息共享与业务协同创造了技术条件,使多元主体在慢病管理中的协作成为可能。浙江、山东等地作为试点城市,以慢病数字管理作为突破点,率先开启了慢病管理数字化的新试验,在实践中探索了不同形式的协同治理路径,种种数字技术的应用对我国慢病管理事业带来了积极影响[26]。

#### 5.1. 长兴县两慢病“健康画像”网格化管理

##### 5.1.1. 聚焦患者需求清单,“画”出患者实情

慢性病的防治评价体系解读纷杂,医生诊断过程中,缺少贯穿慢病健康管理服务全过程的医疗决策工具,居民也缺少一个标准易懂的自我评判工具。基于此,长兴县乡村三级医生走村入户调查收集基础信息数据 56.21 万份,在反复论证、反复修改后成功建模,绘制出慢病病人健康画像,包括极高危(红色)、高危(橙色)、中危(黄色)、低危(蓝色)四大模块,对不同类型病人进行分级管理,有效通过大数据全面掌握慢病人群健康状况和治疗效果,减少慢病发病率、致死致残率,减轻社会和个人负担。

##### 5.1.2. 聚焦场景应用清单,“画”出应用实况

建设以慢性病健康指数为指针的五大跨场景,对慢病治疗实行一站式全链条封闭管理。场景一:实时监测,尽早发现。通过打通横向部门和纵向层级的数据和资源,对慢病患者的健康状况进行实时监测,提前预知潜在风险。场景二:智能评估,提早诊断。利用互联网+大数据平台信息数据库,绘制片区慢病健康画像,打造全县慢病地图,实现全局管控并实现管理效能。场景三:分级诊疗,尽早干预。以健康画像四色分类为依据,按病情精准匹配各级医疗资源,提供个性化的分级诊疗服务。场景四:健康管理,提早康复。推行慢病政企医多主体协同管理新模式,进行诊后智能随访、风险智慧提醒,通过可穿戴设备进行患者居家监测,激励患者自我健康管理。场景五:考核评估,严格督导。完善慢病治疗考核激励机制,治疗过程接受多方监督,调动政府、企业、医务人员和患者的积极性。

##### 5.1.3. 聚焦重大改革清单,“画”出政策实效

积极响应“健康中国”建设政策,打造慢病管理新工具,建立慢病监测新体系,创新慢病服务新模式。为确保政策落实到位,不断探索利益激励新机制,以健康画像为支点,推动优质医疗资源下沉,实现由“病人越多医务人员收入越高”向“群众越健康医务人员收入越高”转变。

#### 5.1.4. 长兴模式的挑战与局限

尽管“健康画像”模式在数据整合与分级管理方面具有创新性，但其运行仍面临多重挑战。首先，数据采集依赖于基层人员入户调查，信息更新频率低，可能导致画像滞后于患者实际状况。其次，四级分级标准主要由地方政府与医疗机构联合制定，缺乏统一的国家级评估标准，跨区域可比性较弱。此外，数据安全与隐私保护机制尚不完善，基层医疗机构的数字基础设施和安全管理能力参差不齐，存在信息泄露风险。在协同治理层面，政企医多主体协作仍以政府主导为主，市场与社会主体参与深度有限，内生动力不足。

### 5.2. 山东省东明县智慧医保助力“三医联动”

#### 5.2.1. 慢病费用智能监控，推动医保数字化转型

东明县运用大数据监测手段，将智能审核监控功能嵌入慢病管理服务平台。搭建“智慧医保”便民平台，做好数据归集、标准转换、数据核对和异常处理，升级完善慢特病医保药品知识库、规则库数据五万余条。医生开方时，平台智能系统会结合医生开方习惯和患者健康数据库信息，引导医生优先使用集采药品，减轻患者负担，经大数据筛选审核，自动预警拦截超范围、超剂量的购药，既保证了慢病开方效率和患者个性化需求，又保障了慢病处方费用的合理合规。平台运行一年来，累积拦截提醒 9960 人次，有效杜绝了医保基金不合理使用的行为。

#### 5.2.2. 慢病门诊一站服务，助推医疗资源整合优化

为解决慢病患者取药、排队、挂号、复查反复跑，慢病慢办的问题，东明县建立起慢性病服务大厅，一周内进行慢病资格申请认定，当天完成备案登记，整合东明县医院知名专家门诊的医疗资源、可视化便民服务站的经办资源、慢病专业药房的药品流动资源、医院 HIS 系统、要药店 ERP 系统，建设“三医联动”慢病服务大厅。实现医保、医疗、医药三房信息的互联互通，推动“三医联动”，一次性解决慢病患者所有问题。

#### 5.2.3. 慢病处方依规流转，确保医药全程信息可溯

为全力保障慢病患者的用药需求，促进慢病处方流转，东营县依据国家医保局印发的《医保电子处方中心技术规范》，对接省医保电子处方中心，创建慢病续方的视频问诊平台，既畅通了定点医院到慢病定点药房的处方流转渠道，解决了处方流转难的问题，又确保了医药全程信息可追溯。视频问诊平台上线运行 8 个多月以来，已累计流程转慢病电子处方近 8000 人次，有效保障了患者的用药需求。

#### 5.2.4. 东明模式的挑战与局限

东明县通过智慧医保平台推动“三医联动”，在控费、提效方面取得初步成效，但也暴露出若干局限。其一，智能监控系统主要依赖规则库与历史数据，面对复杂临床情境时可能出现误判或漏判，增加医生沟通成本。其二，平台建设高度依赖地方医保局与医院的信息系统整合，技术兼容性与系统维护能力成为可持续运行的关键变量。其三，处方流转平台虽提升了信息透明度，但在实际操作中仍面临患者对线上问诊接受度低、老年人数字鸿沟等问题。从协同治理角度看，医保部门主导色彩浓厚，医疗与医药主体在协作中的话语权相对有限，尚未形成真正的“三医联动”治理结构。

### 5.3. 浙江省余杭区“数智 11631”样板

#### 5.3.1. 章节标题门诊建设“一体化”，构建诊疗空间新格局

统筹推进慢病一体化门诊建设，以一体化门诊为载体，重塑全科门诊与慢病一体化门诊、需求与场景、建设与应用之间的关系。在流程设计上，延长服务链条；在空间规划上，理顺患者流向；在岗

位设置上，增配医生助手。从制度上实现慢病管理以“疾病治疗”为中心向以“健康保障”为中心转变。

### 5.3.2. 患者服务“一站式”，丰富诊疗服务新内涵

开发 AI 慢病助手，以全科诊疗为核心，推动基层从“经验医学”向“循证医学”转变。诊前管理环节，医生通过 AI 慢病助手采集到的健康数据对患者进行问询，诊中管理环节，医生开展路径化管理、检验检查、健康评估、健康处方服务；诊后管理环节，医生对完成治疗的慢性病患者开展回顾性病因分析和诊后追踪管理，为慢病患者提供“筛查 - 评估 - 干预 - 治疗 - 康复”的一站式服务。

### 5.3.3. “631” 路径化管理，开启数智治理新阶段

全面整合 6 个维度 31 个动态监测指标，利用 AI 慢病助手广泛对接诊疗等系统，诊疗信息同步更新。将患者健康信息等 31 个动态监测指标以电子路径的形式嵌入门诊 HIS 系统，提醒医生及时监测，发现隐患。利用数字技术，综合评估 31 个核心数据，从 6 个维度开展线性分析，指导临床精准干预和治疗。自数字化管理改革实施以来，余杭区两慢病患者纳管 7.3 万人，入径率高达 99.73%，接受动态监测的患者同比上涨 41.81%。

### 5.3.4. “631” 路径化管理，开启数智治理新阶段

余杭区“数智 11631”模式在全流程数字化管理方面具有较强示范性，但其推广亦面临结构性障碍。首先，AI 慢病助手的有效性高度依赖数据质量与算法模型，若训练数据存在偏差，可能导致评估结果不公或误判风险。其次，一站式服务对基层医疗机构的人力配置提出更高要求，部分社区卫生服务中心在医生助手岗位设置上存在人员短缺与培训不足问题。此外，路径化管理虽提升了诊疗规范性，但也可能压缩医生临床自主判断空间，影响医患互动质量。从治理结构看，该模式仍以卫健系统为主导，跨部门协同机制尚不成熟，社会力量参与有限。

## 6. 三地慢病数字化建设行动逻辑

### 6.1. 完善慢病数字管理框架分布，细化数字平台功能结构

慢病数字平台的管理框架主要由模块设施、数据流程、技术应用三大框架构成[18]，融合了物联网、云计算、AI 等新兴互联网技术；数据流程部分主要囊括了数据传入和数据整合两大部分，内部外部两个端口同时传入信息并进行信息的智能分类和筛选分析；技术应用部分通过平台框架的搭建，细化平台功能，推动数据采集科学化、存储分析便捷化、数据应用多元化。

### 6.2. 加强慢病患者信息安全保护，构建数字慢病平台体系

信息安全问题是信息化时代的重难点问题之一，三地对于患者个人信息及健康信息的保护都采用了数字化技术，将平台的运行板块置于安全中心板块和功能维护板块之间，以保障平台的安全运转。搭建运行安全中心，包括隐私保护和防黑客、防病毒功能，不断优化数据访问、收集、整合、分析、过滤、筛选、查询的网络系统，确保数据输出及时准确。

### 6.3. 构建政企社医多元主体参与，健全社会保障管理体制

政府改变传统行政命令，相信市场运作优势，坚持管办分离，充分激发企业活力。在政策法规的支持下，发挥市场运作优势，根据市场多样化需求，提供个性化服务，提升商保公司社会责任感，规范公平竞争程序。实现分级诊疗，优化医疗资源配置，提升医疗服务水平，优化人才引进政策，不断加强医疗队伍建设。社区加强宣传工作，开展多重健康活动。激发慢病患者内生动力，实现患者自我治理，

宣传健康管理知识，帮助患者养成健康生活习惯。

#### 6.4. 三地模式的异同分析与协同治理视角下的解释

三地实践在数字化路径上存在显著差异：长兴以“健康画像”为核心，侧重数据驱动的分级管理；东明以“智慧医保”为切入点，强化医保控费与处方流转；余杭以“数智平台”为载体，推动诊疗全流程数字化。从协同治理视角看，三地均体现出政府主导下的多元主体协作特征，但协作结构与深度各不相同。

在主体结构方面，长兴模式以卫健系统与基层社区为核心，企业主体多作为技术外包方参与，角色定位较为边缘；东明模式中医保部门占据主导地位，医疗与医药主体参与度有限；余杭模式则以卫健系统与科技企业协作为主，社会力量尚未有效嵌入。

在协作机制方面，长兴通过“健康画像”实现数据驱动的分级协作，但跨层级、跨部门的信息共享机制尚不完善；东明依托“智慧医保”平台推动医保、医疗、医药三方的业务协同，但协作多限于行政指令，缺乏市场化的激励约束机制；余杭借助“数智平台”实现诊疗流程的标准化与路径化，但医生与患者之间的互动空间被压缩，协作的灵活性不足。

在制度环境方面，三地均依托地方政府的强力推动，但缺乏跨区域的政策协调与统一的制度规范，模式的可持续性与可推广性面临挑战。

总体而言，三地经验表明，慢病数字化管理的有效性不仅取决于技术系统的先进性，更取决于制度设计能否支撑多主体间的持续协作与利益平衡。

### 7. 结论与展望

#### 7.1. 慢病管理数字化的引领作用

通过对长兴“健康画像”、东明“三医联动”、余杭“11631”三地慢病管理数字化的探索分析，得出试点地区的先行示范对我国慢病数字化管理领域有以下两方面的引领作用。一方面，树立起可参考的实践模型。三地成功实践为我国其他地区提供了宝贵的经验和可借鉴的模式。通过初步探索和经验总结，数字管理平台为我国慢病管理指明了发展方向，推动我国慢病管理体系的革新和完善。另一方面，创新慢病管理新模式，推动管理机制新改革。传统慢病管理模式已无法满足我国当前慢病管理需求现状，慢病管理数字化平台的新模式打破传统管理模式局限，引入企业、医疗体系、社会等多元力量，推动了慢病管理体系乃至我国医疗体制的创新改革。数字化管理平台不仅提升了慢病管理专业化、系统化、智能化水平，还通过资源的整合实现医疗服务质量的显著提升，促进了慢病管理领域市场化、社会化的发展，满足我国当前多层次、高品质的医疗需求。

但与此同时，这些模式的有效运行高度依赖地方政府的行政推动力、医疗信息化基础及财政投入能力，其可复制性需结合具体情境审慎评估。

#### 7.2. 慢病管理数字化建设对中国特色社会保障制度体系构建的意义

慢病管理数字化建设对中国特色社会保障制度构建有以下重大意义：第一，增强社会保障可及性，推动参保质量提升。慢病管理数字化平台通过系统集成、协同高效的多方协作机制，优化了社会保障资源配置，使得政策深入基层，惠及普通百姓，慢病群体纳入率显著提升，体现了社会公平。第二，增强社会保障便捷性，实现医疗服务优化。慢病管理数字化平台通过线上线下协同、一站式服务、诊前诊中诊后全方位跟踪等新模式切实节省了患者的人力物力财力，有效提升社会保障服务质量，通过完善基层诊疗体系、加强基层诊疗实力、进行普惠性健康教育等措施优化了社会保障服务。第三，增强社会保障安

全性,保障社保基金安瓿。慢病管理数字化平台通过大数据、防火墙、安全网络等互联网技术,持续筑牢四位一体防控体系,全方位监控基金流向,有效提升了基金风险防控水平。第四,增强社会保障可持续性,深化重大制度改革。在各地慢病管理数字化的探索过程中,可复制的经验做法为其他地区提供了参考和借鉴。

但也应看到,数字技术的嵌入也可能带来新的治理风险,如算法偏见、数据孤岛、技术依赖等问题,需在制度设计中予以关注。

### 7.3. 研究局限与未来展望

慢病数字化管理模式旨在通过大数据、AI、互联网等数字技术完成生物-心理-社会医学的整体生态建设,帮助慢病患者了解病情、关注健康,加强对慢病的日常管理,减少因看病难、看病贵等问题带来的病情延误等问题[17]。本研究存在以下局限:首先,数据来源以公开政策文本与二手资料为主,未能开展实地调研与深度访谈,对地方实践的微观运作机制理解有限。其次,三地均为东部或中部地区试点县市,经济社会发展水平较高,其经验在中西部欠发达地区的适用性尚需进一步验证。未来研究可拓展至不同类型地区,结合实地调查与定量分析,系统评估慢病数字化管理的实施效果与制度适配条件。同时,随着相关法律法规的完善与数字技术的发展,慢病数字化管理模式有望在制度协同、技术融合与社会参与等方面实现更深入的演进。

### 参考文献

- [1] 郭燕红. 聚焦健康中国行动目标奋力推进慢病综合防治工作高质量发展[J]. 健康中国观察, 2023(8): 32-33.
- [2] 中共中央, 国务院. “健康中国 2030”规划纲要[EB/OL]. <https://www.shucheng.gov.cn/public/6618011/38745462.html>, 2016-10-25.
- [3] 国家卫生健康委. 对十四届全国人大三次会议第 6369 号建议的答复[EB/OL]. <https://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/202508/ca685cda3b1749f58aac3cd80edc49bd.shtml>, 2025-08-27.
- [4] Huang, X., Zhang, Y., Wang, T., Liu, J., Yi, Y., Liu, Y., et al. (2019) Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Southwestern China. *Scientific Reports*, 9, Article No. 19098. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-55438-7>
- [5] Jerant, A.F., Friederichs-Fitzwater, M.M.V. and Moore, M. (2005) Patients' Perceived Barriers to Active Self-Management of Chronic Conditions. *Patient Education and Counseling*, 57, 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.004>
- [6] Puska, P. (2008) The North Karelia Project: 30 Years Successfully Preventing Chronic Diseases. *Diabetes Voice*, 53, 26-29.
- [7] Merzel, C. and D'Afflitti, J. (2003) Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *American Journal of Public Health*, 93, 557-574. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.4.557>
- [8] Ameh, S., Klipstein-Grobusch, K., D'ambruoso, L., et al. (2017) Quality of Integrated Chronic Disease Care in Rural South Africa: User and Provider Perspectives. *Health Policy and Planning*, 32, 257-266.
- [9] 崔国芝. 乡镇卫生院在慢性病管理工作中的实践情况分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(20): 183-184.
- [10] 淮小天, 唐立智, 王策. 慢病管理对社区慢病患者治疗依从性及并发症的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(90): 103-104.
- [11] 陈丽芳, 黄莉莎, 方菁菁, 等. “医院-社区-家庭”慢病管理知行模式在慢性阻塞性肺疾病管理中的作用探讨[J]. 中国医药科学, 2020, 10(11): 163-166.
- [12] 吕兰婷, 林筑, 张延. 我国慢性病防控与管理研究的十年综述[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(1): 32-34, 37.
- [13] 田华, 李沐, 张相林. 慢病管理模式的国内外现状分析[J]. 中国药房, 2016, 27(32): 4465-4468.
- [14] 刘丽. 成都市慢性病分级管理评价指标体系构建研究[D]: [硕士学位论文]. 重庆: 重庆医科大学, 2019.
- [15] 吴思英, 蔡莹莹, 徐兴燕, 等. 我国常见慢性病“医-防”整合的挑战和机遇[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(10): 1289-1292.

- 
- [16] 王云仙, 张黎黎, 郭良骥, 等. 昆明市失能中老年人慢病现状与家庭护理需求调查[J]. 卫生职业教育, 2024, 42(9): 129-133.
- [17] 程璐, 王静, 孟衍蓉, 等. 数字医疗助力全科慢病管理及教学实践[J]. 中国毕业后医学教育, 2024, 8(5): 390-395.
- [18] 周佳博, 李宏伟, 马丽雪. 健康数字慢性病构建: 智慧社区健身与主动健康融合的慢性病攻克理路[J]. 文体用品与科技, 2023, 2(2): 91-93.
- [19] 牛雨婷, 赵允伍, 王晓松, 等. 三医联动视角下老年慢病管理发展现状及对策[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(4): 48-51, 55.
- [20] 高婷婷, 聂慧, 冀莎莎, 等. 我国基层慢病管理策略探讨[J]. 中国公共卫生管理, 2023, 39(5): 710-713.
- [21] 万源. 深圳市慢病管理中的多元主体参与研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 西南财经大学, 2022.
- [22] 金慧, 季婧雅, 曹欣, 等. 基于米特-霍恩模型的慢病门诊报销政策执行困境研究——以南通市为例[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(5): 499-504.
- [23] 杨燕, 金春林. 两病门诊用药保障政策推出正当时[J]. 中国卫生, 2019(12): 59-60.
- [24] 唐星月, 张清. 国内外慢性病管理模式的比较研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(9): 1025-1030.
- [25] 赵衡. 美国零售药店慢病管理模式[N]. 医药经济报, 2016-06-22(005).
- [26] 蒋程序. “互联网 + 医疗”大背景下厦门市慢病管理的模式研究[D]: [硕士学位论文]. 福州: 福建中医药大学, 2018.