

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

整合医疗之国际经验

2019年 第5期

(总第96期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2019年8月15日

编者按 整合医疗卫生服务有助于实现全方位、全周期健康服务，构建整合型医疗卫生服务体系是减少卫生服务体系碎片化、提高医疗服务质量的有效途径。为整合借鉴国际相关改革经验，本期内容聚焦整合医疗服务及体系构建国际经验：探索基于国际经验的整合医疗卫生服务体系关键路径，探讨英国、荷兰和日本等国家整合型医疗服务体系的发展经验及对我国的启示，以期为我国构建整合型医疗卫生服务体系提供参考。谨供领导和同志们参阅。



卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第12卷第5期(总第96期)
2019年8月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市建国西路602号
邮编:200031
电话:021-33262061
传真:021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
赵丹丹

主 编: 胡善联

副 主 编: 徐崇勇
金春林(常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 殷从全 楚玉玲

校 对: 周 娜 刘 娟

目 次

他山之石

基于国际经验的整合医疗卫生服务体系关键路径探索

..... 李 芬, 王常颖, 陈多, 等 (1)

以人为本的整合型服务在英国的实践及对我国的启示

..... 王常颖, 李芬, 陈多, 等 (16)

荷兰整合医疗服务体系发展经验及启示

——以糖尿病捆绑支付为例..... 冯泽昀, 李芬, 金春林 (29)

日本整合型医疗服务体系研究与启示

..... 陈多, 李芬, 王常颖, 等 (41)

征稿启事

征稿启事..... (54)

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量: 800本

基于国际经验的整合医疗卫生服务体系关键路径探索

李 芬¹ 王常颖¹ 陈 多¹ 朱碧帆¹ 杨婷婷² 侯志英¹ 金春林¹

【摘要】 整合医疗卫生服务是实现全方位、全周期健康服务的有效路径，我国目前还处于整合医疗卫生服务的初步阶段。文章分析了整合医疗卫生服务的内涵与特征，在综述英国、法国、日本等国家整合医疗卫生实践的基础上，梳理国际上整合医疗卫生体系关键环节及主要举措，分析我国实践探索与国际经验的差距及存在的问题，最后提出完善整合医疗卫生服务体系的4个建议路径，包括：统筹与协作，部门机构协同、资源有效配置；分层与整合，需求合理分层、服务内容整合；人员学科能力培养、设置联络员；考核与激励，整体评价体系、有效经济激励。

【关键词】 整合医疗卫生；关键路径；资源配置；风险分层

实现“健康中国”战略建设，需要构建全人群、全方位、全生命周期的整合医疗卫生服务模式，该模式能改善卫生服务碎片化的情况，缓解老龄化及疾病谱慢性病化所带来的医疗费用持续攀升的压力。各项医疗服务的无缝衔接对设计出符合本国特点的医疗卫生服务整合体系显得尤为重要。本文综述了英国、法国、日本等国家整合医疗卫生实践，分析整合医疗卫生服务的内涵与特征，综述国际经验、梳理关键环节，由此总结对我国推进整合医疗卫生服务的借鉴经验。

一、整合卫生的内涵与特征

兰德公司研究人员将整合卫生定义为跨专业、跨机构、跨支持体系的协同的患者服务，服务在时间和就诊上是连续的，以患者的需求和喜

第一作者：李芬，女，助理研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）事业发展部主任

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031
2. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

好为导向，患者及其照顾者对于维持最佳健康状态有共同责任^[1]。有的学者界定为：在组织结构上建立医疗资源的纵向整合和分工协作机制，在功能上强调以健康需求为导向，整合医疗、预防、保健、康复、健康教育和健康促进等服务，以提供系统、连续、全方位的服务^[2]。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）提出了“整合医疗卫生服务”工作定义，即对卫生服务进行组织和管理，确保居民在需要的时候获得所需的卫生服务，服务提供方式为患者/居民喜闻乐见并易于接受，提供的服务达到预期效果并物有所值^[3]。

虽然不同国家的实践和学者对于整合医疗卫生概念的表述有所不同，但其理念、结构和最终达到的效果有共同点。

其一，在理念上以人为本，以人为出发点，并基于健康状况提供个性化的医疗服务。

其二，在结构上呈现多维、扁平化，多种机构形成有效的伙伴关系，整合内容一般包括组织整合、功能整合、人员整合、规范整合、临床整合和系统整合^[4]。其结构从宏观到微观分为3个层次：第一个层次为卫生服务筹资体系和部门间的协作与整合，使资金拨付、服务管制或服务提供在各部门之间的合作制度化^[5]。第二个层次是资源整合，横向整合是围绕临床上的卫生保健服务进行的资源整合，纵向整合是不同水平和级别的卫生保健服务之间的整合^[6]。第三个层次是服务整合，是需求驱动下服务意识提高和服务模式变革下的新实践方式，分为临床服务整合与支持性功能整合2个部分，前者包括初级卫生保健、全科服务、专科服务、康复服务和护理服务的整合，后者主要是人力资源、支付管理、财务管理、绩效管理、信息系统等关键激励约束机制和支持系统的整合^[7]。

其三，强调服务的连续性，注重患者感受度。它不仅考虑到个体单次服务提供合适有效，更考虑到其接受的各种服务之间、不同时间序列服务之间以及不同生命周期服务之间的连贯和衔接。从患者角度来看就

是一站式服务，关键的问题是应该将什么服务纳入并组合在一起，管理支持系统应该如何组织以更好地提供这些服务。患者在服务过程中要积极参与和互动，因为整合是基于患者的需求和偏好。对服务提供者来说，整合可以在单个医疗服务机构内部、同一层次的医疗服务机构之间、不同层次医疗服务机构之间进行。人员、临床和相关规范的整合非常重要，否则服务提供机构虽已高度整合在一起，但患者却经历着非常低程度的整合服务^[8]。

二、国际上整合医疗卫生体系的关键环节及主要举措

根据英国、法国、日本等国家的整合医疗卫生实践经验，这些国家在治理架构、流程整合、能力建设、激励机制和信息方面取得了有益经验。其中，建立治理架构是前提，而服务内容与流程整合、服务人员技能与角色转化、筹资与绩效激励机制和信息化支撑等是实现整合卫生的关键举措。

（一）治理架构整合：目标、预算，部门、机构

整合医疗卫生体系的治理与管理架构分为政府部门层面的整合与医疗卫生服务机构之间的整合。政府部门的整合不仅在形式上要建立多部门协作的架构，更重要的是要达成共同的且可实现的政策目标、与预算相挂钩的功能划分与协作机制。为应对 21 世纪以来面临资金压力、效率低下、老龄化带来的整合服务需要与服务相对碎片化的矛盾^[9, 10]，英国国民卫生服务体系（National Health System, NHS）在部门间建立了联合协议、治理框架和策略，确定了共同的政策目标、预算分配规则。例如牛津郡确定的目标是让更多的老年人在社区中维持安全、健康和独立自主的生活；提高区域内服务的可及性；通过提高预防保健和早期干预措施，减少老年人急诊服务入院的数量；在急诊和住院服务中，减少因为延迟出院造成的浪费。为实现该目标，整合医疗服务、居家服务、辅助设备、康复服务、跌倒预防等服务并制定了相应的经费预算^[11]。资源配置与服务购买交与临床委托委员会（Clinical Commissioning

Groups, CCGs) 由当地的全科医师主导, 全科医师、护士及其他相关专业人士共同负责当地卫生服务规划、资源配置、服务委托购买、服务提供。

不同政府部门间达成共识后, 机构整合的关键是确定机构定位、分工与协作机制。英国地方政府自主性较大, 多个地方 CCGs 形成统一的委托整合型服务的标准, 基于优先目标确定服务委托意向。整合医疗卫生体系中, 需要合并部分机构以减少角色和职能的重复^[12]。医院改革的方向是减少医院和床位数量, 将服务集中在更少的地点, 并重新配置专科服务, 如整形、孕产妇和儿科服务会更加集中^[13]。同时, 增加居家服务, 开展联合全科服务、社会服务、精神卫生、公共卫生、社区护理以及部分医院专科服务的整合型服务社区建设^[14], 以满足医院服务减少的需求空缺。日本则通过法律和 / 或规定的形式确立了机构的功能定位和转诊要求^[15]。在医疗机构间的协作方面, 既有医院与诊所间的双向转诊, 区域医疗医院一般有“病诊转诊室”或“区域医疗转诊室”, 设有传真、电话和网络平台供患者进行预约、转诊; 也有诊所与诊所间的转诊, 不同诊所的专科特色不相同, 诊所间会在区域内根据患者需求进行转诊^[16]。在床位管理上, 区分一般病床和疗养型病床, 以此对急性期住院患者和慢性期住院患者进行区分, 并针对不同的病床属性制定相应的医护人员配置标准及医疗设备配置标准^[17]。

(二) 整合内容与流程: 风险分层、按需分流

整合型服务体系大多采取健康风险管理机制, 对不同健康风险人群实施差异化管理和服务。如英国伦敦市的卡姆登区建立了风险分层工具来识别风险人群和重点人群, 根据需求评估结果对不同人群分别建立整合型的服务路径, 制定具体的诊断、服务及转诊标准。加强风险人群和重点人群的疾病预防和健康管理, 避免不必要的住院^[18]。卡姆登区基于医疗服务利用数据, 将人群从低风险到高风险分为 6 级: ①未发生二级

医疗服务；②健康个人、对医疗服务仅有限需求；③孕产妇、无慢性病的急性患者，对二级医疗服务仅潜在有限需求；④有慢病的健康个人；⑤慢病患者，需要规律管理、监测；⑥慢病患者，对二级医疗服务有潜在高需求。第6级风险人员涵盖急诊就医、床日数3d以上，有1项慢病；或急诊就医、床日数3d以上，有2项或以上慢病；或计划就医、床日数3d以上，有慢病人员。该地区74%的人群较为健康，患有慢性病且需常规监测、管理的人群约占3%；而老年人健康人群占38%，21%需要常规检测和管理。这样可以精准地提供医疗卫生服务。该区不同健康风险人群分流路径见图1。

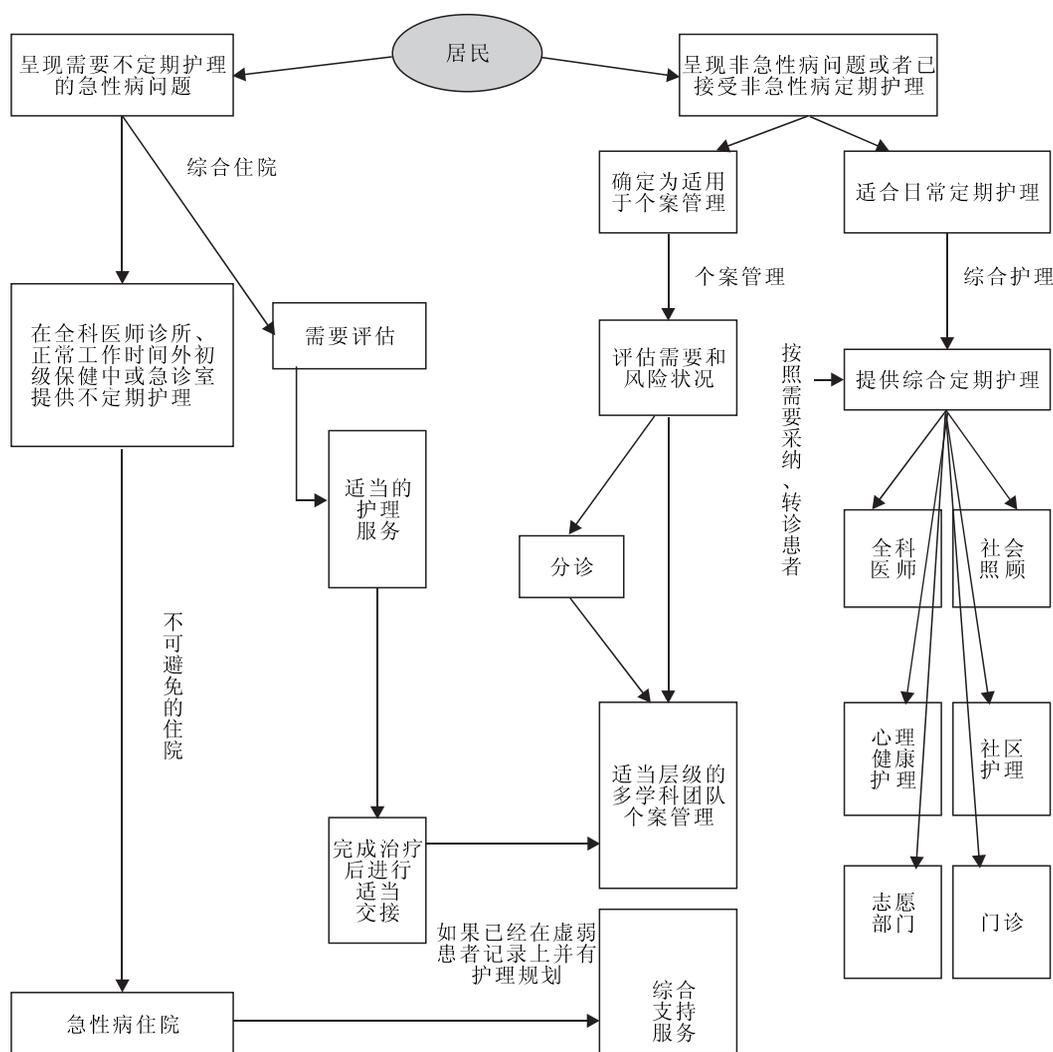


图1 英国卡姆登区整合健康服务路径

英国、法国均针对重点疾病设置了专病防治体系，在服务流程、临床路径和规范上进行了整合。随着老龄化的加剧，老年人心脑血管病患发病率持续上升，脑卒中的发生率提高，医疗成本和社会成本高。脑卒中防治被多个国家列为优先病种。研究发现，患者及家庭、朋友不了解发病征兆，处理不够及时，或者发现时没有送到适当的诊疗机构，医疗机构间（尤其是医院与康复机构之间）配合不够通畅是影响治疗效果的主要原因。针对这些问题，**首先**把宣传教育工作前置，宣传疾病的危害程度以及导致疾病的原因，以及一旦发现脑卒中的症状应该怎么处理。**其次**，建立“家—诊疗机构—医院—康复机构—居家护理”的分级诊疗流程和转诊标准，并且以法规的形式强制执行。

（三）整合人员技能与角色转换

从患者角度来看，整合医疗卫生是一站式服务，通过一个接入点获取所需要的服务。而人员的跨边界整合，不同服务、不同机构、不同体系人员之间的界限被认为是提供整合型服务的关键障碍。这样的体系需要整合多学科人员共同提供服务，对卫生技术人员技能有新的要求^[19]。全科医师通常作为这类新服务模式的核心，与其他基层卫生人员和社区工作人员联系密切^[20]；要求医师助理增加管理需求的能力、拓展服务团队的技能^[21, 22]。英国出现了支持整合型服务的新角色—服务导航者，其主要职责是支持患者个人健康计划，促进患者参与，确保其获得所需服务。法国脑卒中医院治疗过程根据患者情况，协调了急诊、放射、造影、心血管、脑神经、护理师、康复陪伴师等专业人员共同开展诊疗。日本在1997年引入出院计划的概念，以缩短不必要的住院时间，根据患者和其家属的情况，选择最合适的出院场所，进行必要的安排、教育指导和提供系统化的服务；同时设置了出院计划指导者这一角色来推动出院

计划的实施，一般由负责出院的护士根据患者风险分类标准选择适合出院计划的患者，转诊至其他医疗机构，或接受居家、护理机构和社区机构等服务，跟踪患者状况、了解其需求，协调专业人员的诊疗建议^[23]。

（四）整合筹资与绩效激励机制

筹资与绩效激励机制是整合医疗卫生持续发展的动力，通过协同医疗机构绩效考核和医疗保险支付政策对服务提供模式进行引导，促进资源的合理配置和流动。对于整合体系的评估，包括从组织合作进行结构评价、服务提供进行过程评价、纵向整合结果（质量、效益、效率、效果、公平、可及等）进行评价^[24]。英国的 NHS 临床执业联盟和全科医师体系，其评估体系分为 4 个方面：财务表现、生产率、等候时间和临床质量^[25]，这与其医疗资源紧张、医疗等候时间过长有关。

在激励机制上，英国全科医师仍以按人头支付为主（约占 75%），针对重点关注和需要增强的服务项目，构建了基于质量与结果框架（quality and outcomes framework, QOF）的奖励支付制度。参与这项考核体系的全科医师可提前获得部分 QOF 拨款，服务完成后，根据考核结果将其余的部分奖励给全科医生^[26]。2014 年的 QOF 包括 19 个临床项目（高血压、糖尿病安宁疗护等）和 6 个公共卫生项目（心脑血管疾病的一级预防等）。同时，支付方式改革支持新的医疗护理综合模式，如集多学科专科服务、初级保健、急症救治为一体的服务，按人头支付包括初级保健、二级医疗、社区服务、精神卫生和社会照护在内的服务。

日本的医疗保险报销政策以点数的形式向一级医疗圈倾斜。对于患者的激励，通过医疗保险差额支付政策，除急诊外，患者均需凭借一级医疗圈中诊所医师的介绍信才能到上一级医疗圈进行治疗。若患者直接前往上级医疗圈就诊，不仅将自行承担全部的医疗费用，还需缴纳额外

的医疗服务费，且多数上级医院不接受此类门诊患者^[27]。对于机构的考核，通过收费标准激励医疗机构自发进行转诊。医院若能够达到区域医疗支援医院的14项规定标准，则每年可以获得额外的财政专项补助，提高医疗服务价格点数。这14项规定即是法律对区域医疗支援医院职能的定位，其中便包括双向转诊率，要求初诊患者中凭借介绍信转诊而来的患者比例达到80%以上，或向上转诊比例达到60%且向下转诊比例达到30%，或向上转诊比例达到40%且向下转诊比例达到60%等。通过医疗保险点数激励的形式，使转诊对各级医疗机构均为有利，以此提高医疗机构在双向转诊机制方面的主动性^[28, 29]。

（五）信息化的支撑作用

互联互通的健康、诊疗信息是整合医疗卫生服务的技术保障。信息化首先可用于患者自身健康管理。对于管理者来说，基于信息化可实时、准确地确定居民健康服务需要，这是实现分类管理、整合服务的基础。根据需要提供服务的体系，有效支持了健康服务资源在不同老年群体中的合理分配，促进卫生体系总体绩效的提高，并可实现对各医疗团队和医疗机构质量及绩效的定期监测。对于服务提供者来说，机构间可实现跨组织、可共享的电子病历系统，减少重复检查，促进治疗方法协同。

三、我国整合医疗卫生实践面临的问题和瓶颈

我国在医疗资源整合方面已开展了多种形式的探索，主要表现为建立各级医疗机构的医疗协作体，或专科医院联盟。整合的层次主要在组织管理体系和机构整合，服务整合多为支持性功能整合，比较松散的联合体主要是技术输出和上下转诊，在人事、财务、检验、采购、信息等方面较为紧密地开展了一体化建设。但是离以人为本、以健康为导向的整合医疗卫生服务体系还有一定差距。国际经验对我国进一步推进整合服务具有一定借鉴意义。

（一）多部门协同、需方引导机制不完善

目前卫生管理的职能分散在财政、卫生等多个政府部门，部门间难以达成共同的目标、建立通畅的协作机制。已有的整合探索偏重于供方角度，而“以人为本”的整合服务体系应从需方出发。无序就诊情况固然与自由就诊制度有关，但诊疗过程中，患者需求没有得到科学的评估、就诊没有专业人士有效引导也是造成无序就医的原因之一。

（二）资源配置不平衡、利用不充分问题并存

资源配置的不平衡主要表现在医疗资源集中在医院，预防、护理、康复等急性期后诊疗资源短缺。2016年，全国各类医疗卫生机构床位数为741.05万张、卫生技术人员共计845.44万人，医院的构成比分别为76.77%、64.05%，资源配置结构呈现“倒三角”结构，社区卫生服务机构人员少、工作任务重，健康管理难以开展持续追踪。全国康复医院和护理院仅有495家、240家，平均开放床位分别为5.17万张、3.19万张，分别占全国医疗卫生机构总开放床位的0.73%、0.45%，康复、护理资源和服务量构成比均较低^[30]。

社区、康复、护理等资源短缺，而社区却出现资源空置等现象。2016年全国医院的病床工作日为311d，病床平均周转次数为32.00，病床使用率为85.30%。社区卫生服务中心（站）的病床工作日为197d，病床平均周转次数为17.90，病床使用率为54.10%^[30]，这与机构间的协作渠道不通畅有关。虽然信息化建设在如火如荼地开展，但各机构间数据尚未实现互联互通，家庭医生不掌握患者在上级医院的就诊情况，而上级医院也无法了解转院或出院后的情况。例如，针对脑卒中建立了专病网络，但在疾病急性期过后的康复阶段，三级医院不了解协作网络床位空置情况，患者转诊依靠医生的私人关系为主。

（三）缺乏临床服务规范，标准执行力度不够

目前整合体系探索主要在机构协作、支持性功能整合层面，对需整合服务的疾病种类以及不同疾病患者的临床路径、整合服务内容还少有涉及。我国临床诊疗规范多由各学会制定，没有定期更新，及时性、约束性不强。医疗机构之间临床诊疗规范不统一，不利于建立标化临床服务路径和转诊会诊标准，从而降低服务的整体性以及患者的就医感受。此外，我国临床诊疗规范为参考性文件，不是法律性强制执行，存在供方不按标准执行和需方不依从的问题。医务人员在实际操作过程中没有按照规范执行的情况较为时有发生，如没及时转诊康复阶段患者^[31]、怕担责任而不当转诊等^[32]。而部分患者对向下转诊表现排斥、依从性低，也是导致患者转诊难的原因之一^[33]。

（四）人员多学科服务、协作能力培养不足

首先，医务人员能力培养缺乏对多学科知识、整合协作思维的培训。医师规范化培训按照不同学科专业进行设置，交叉学科训练缺乏，造成了学科专业壁垒。由于知识储备的局限性，当诊疗跨学科的复杂病例时将影响诊治效果。对于患者而言也带来了许多不便，出现一次就诊挂多个科的现象。

其次，不同级别医务人员间的整合不足。从供方来看，基层医疗卫生机构中，家庭医生未能掌握签约居民各级医疗机构就诊信息，成为各级各类医疗机构之间上下联动的“纽带”。二级及以上医疗机构中，信息平台并未构建统一的、标准化的临床诊疗规范辅助系统，也没有形成标准化的患者诊疗流程。从需方来看，自由就诊制度下患者对临床规范的依从性欠佳；而缺乏医务人员对健康连续、全程的管理，导致患者盲目就医。

（五）考核仍以机构为单位，缺乏一体化考核

对卫生体系的投入（包括财政投入与医疗保险支付）仍是以单体

机构为单位。尽管医疗联合体（以下简称“医联体”）的实践在广泛开展，但医联体内的各家公立医疗机构大部分为独立法人，缺乏对整个医联体的激励与绩效考核机制，机构间共享、协作、上下转诊联动等能够体现服务整合性的功能，缺乏资金的“指挥棒”加以引导。对医务人员而言，也没有形成以健康结果为导向的正向激励机制。医疗机构绩效考核主要基于个人特征、工作量甚至医疗收入核定，重“诊疗”而非“提升健康”。

（六）数据碎片化，数据分享和挖掘不够

医疗数据虽已联网，但由于缺乏全程管理，患者就医分布呈现散点状，医院的专科医师无法对其整体健康状况作出正确判断和评价。同时，患者自身也不能随时掌握其自身的健康数据，只能分别从就医的各家机构获得。信息局限在管理平台集成，医疗机构间的数据还不能对接，患者的诊疗信息仍为孤岛，没有达到以信息化促进诊疗效率提高、促进健康管理模式转变的效果。具体表现在数据标准化程度还有待提高、数据开发和管理利用不足。例如，未对居民进行健康风险分层，患者需求没有得到有效引导；没有运用即时系统对医疗卫生资源（如床位）进行配置，造成床位空置与“一床难求”现象并存等。

四、推进整合医疗卫生体系的建议路径

根据英国、法国、日本等国家的整合医疗卫生实践经验，整合医疗卫生服务体系有6大关键环节：基于健康档案与医疗记录建立风险分层模型；建立整合部门和机构协作网络；构建患者分流体系与临床诊疗、转诊标准；组建整合团队和联络员，加强专业间协作；设计和实施以结果为导向的考核、激励机制；借助信息化建立医疗服务共享和绩效管理平台（见图2）。结合我国整合医疗卫生体系的探索及存在问题，提出推进整合体系建设的主要举措。

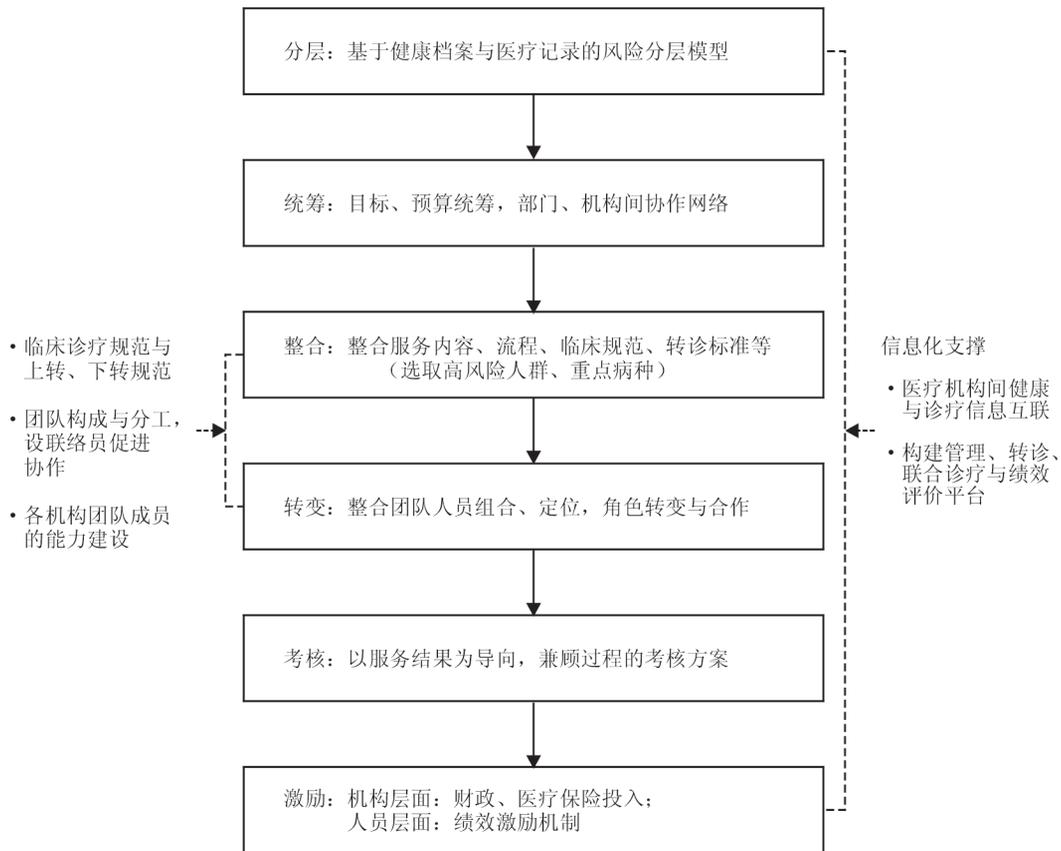


图2 整合医疗卫生体系的6个关键环节

(一) 统筹与协作：部门机构协同，资源有效配置

政府部门间要明确共同的服务目标、职能分工和预算分配规则。2018年我国部委改革，部门间的分工有了新的变化，主导健康服务的是卫生健康委员会和医疗保障局，前者是健康服务提供方，后者相当于医疗服务的购买方，拥有定价、采购和支付的功能。两个部门更需要服务目标、机构定位、资源配置与支付方面建立协调的规则。在整合体系中，要改变医疗卫生机构的功能定位、资源配置，例如尽量控制医院急性住院床位，增加康复期、家庭虚拟病房资源。资源配置结构要与功能定位匹配，增设康复、护理院资源，并且通过财政投入、价格调整等政策支持为这些机构创造良好的经济运行机制。同时，加强对医疗资源的统筹管理。例如，在脑卒中服务网络机构中，通过信息化技术连通各

机构的床位利用状态，实现资源的统筹、有效利用。

（二）分层与整合：需求合理分层，服务内容整合

从需方出发，通过健康档案和诊疗大数据，全面掌握居民的身体健康状况及所患疾病的严重程度，建立健康风险分层模型以开展针对性的、差别化的服务，重点锁定风险较大人群。可首先选择重点、共性健康问题（如常见的重点病种），从临床层面进行整合，包括患者分流路径、服务内容、服务流程、临床规范、转诊标准、转诊流程等，为患者提供一体化服务。加大临床标准的执行力度，借助信息化，通过嵌入临床标准，对供、需双方的行为进行监管。

（三）能力的培养：多学科能力培养，设置联络员

整合医疗卫生服务团队成员在专业上既有分工更有协作，在人才培养培育阶段加强交叉学科知识、多学科团队协作能力的培养。在服务过程中，建议设置纽带型角色，例如联络员，负责健康需求的评估、就诊引导以及上下转诊的协调工作。根据需求，设置包含相关医学专业、全科、护理、心理、社会支持等各个专业背景服务团队，以提供一体化服务。

（四）考核与激励：整体评价体系，有效经济激励

激励机制是激发内在动力的最关键举措。整合医疗卫生服务体系的考核体系要区别于单体机构的考核。鉴于我国整合医疗卫生服务体系处于起步阶段，需要从多个环节进行考核。以“结构—过程—结果”为评价模型：结构要素如组织框架、功能性组织、人力和财务管理；过程要素如医疗过程连续性、服务和人员整合程度、信息互联互通和利用程度等；结果要素如治疗结果、人群健康结果^[35]。建立与考核结果挂钩的财政投入、医疗保险资金支付机制，以及医务人员薪酬分配制度。

参考文献

- [1] SINGER S J, BURGERS J, FRIEDBERG M, et al. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery[J]. *Med Care Res Rev*, 2011, 68 (1) : 112-127.
- [2] MUR-VEEMAN I, HARDY B, STEENBERGEN M, et al. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries[J]. *Health Policy*, 2003, 65 (3) : 227-241.
- [3] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework on integrated, people-centred health services[R]. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [4] FULOP N, MOWLEM M C, EDWARDS N E. Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere[R]. London: the NHS Confederation, 2005.
- [5] 代涛, 陈瑶, 韦潇. 医疗卫生服务体系整合: 国际视角与中国实践[J]. *中国卫生政策研究*, 2012, 5 (9) : 1-9.
- [6] Peter R. Kongstvedt. *Essentials of Managed Health Care (Fifth Edition)* [M]. Reston, VA: Jones and Bartlett Publishers, 2007.
- [7] 匡莉, 甘远洪, 吴颖芳. “纵向整合”的医疗服务提供体系及其整合机制研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2012, 29 (8) : 564-566.
- [8] 匡莉, 马远珠, 甘远洪. 整合的卫生服务: 来自WHO的定义与阐释[J]. *医学与哲学*, 2011, 32 (13) : 1-3.
- [9] 于广军. 英国国家卫生服务体系新一轮改革及其对我国的启示[J]. *中国卫生资源*, 2015, 18 (5) : 371-373.
- [10] 谢春艳, 金春林, 王贤吉. 英国国民健康服务体系新一轮改革解析[J]. *中国医院管理*, 2015, 35 (2) : 78-80.
- [11] 谢春艳, 金春林, 王贤吉. 英国整合型保健发展经验及启示[J]. *中国卫生资源*. 2015, 18 (1) : 71-74.
- [12] BIRMINGHAM CITY COUNCIL. Our plan to improve the health and wellbeing of people living in Birmingham and Solihull[EB/OL]. [2018-02-24]. <https://www.birmingham.gov.uk/stp>.
- [13] Cambridgeshire And Peterboroug CCG. Cambridgeshire and Peterborough Health and Care System Sustainability and Transformation Plan[R]. Cambridgeshire: Cambridgeshire And Peterboroug CCG. 2016.
- [14] NATIONAL HEALTH SYSTEM CUMBRIA CCG. STPs[EB/OL]. [2018-2-22]. <http://www.northcumbriaccg.nhs.uk/about-us/STP/STPs.aspx>.
- [15] 张莹, 邵静, 丁海云. 日本整合型医疗卫生服务体系构建的经验与启示[J]. *中国卫生政策研究论坛*. 2012.
- [16] 顾亚明. 日本分级诊疗制度及其对我国的启示[J]. *卫生经济研究*, 2015 (3) : 8-12.
- [17] 孟开. 从日本第四次医疗法的修改看医院病床分类[J]. *国外医学*, 2004, 21 (3) : 120-126.
- [18] Camden Sustainable Insights Partnership. *Population Health Management*[R]. London: 2015.

- [19] Paul Williams. The competent boundary spanner[J]. Public Administration, 2002, 1 (80) : 103-124.
- [20] Chris Ham, Hugh Alderwick, Phoebe Dunn, et al. Delivering sustainability and transformation plans From ambitious proposals to credible plans[R]. London: The King' s Fund. 2017.
- [21] BIENKOWSKA-GIBBS T, KING S, SAUNDERS C, et al. New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS: a brief overview of recent reports[EB/OL]. [2018-02-22]. www.rand.org/pubs/research_reports/RR1181.html.
- [22] DRENNAN V M, HALTER M, JOLY L, et al. Physician associates and GPs in primary care: a comparison[J]. Brit J Gen Pract, 2015, 65 (634) : e344-e350.
- [23] 孙皎. 介绍日本出院计划发展的近况[J]. 吉林医学. 2006, 27 (4) : 398-400.
- [24] ANDERSON G, HORVATH J. The growing burden of chronic disease in America[J]. Public Health Rep, 2004, 119 (3) : 263-270.
- [25] MARTIN G, MAURO L, CAROL P, Can governments do it better? Mergermania and hospital outcomes in the English NHS[J]. Health Care Finan, 2004, 31 (1) : 73-84.
- [26] 谢春艳, 何江江, 胡善联. 英国初级卫生保健质量与结果框架解析[J]. 中国医院管理, 2015, 35 (7) : 78-80.
- [27] 张莹. 日本医疗机构双向转诊补偿制度的经验与启示[J]. 中国卫生经济, 2013, 32 (4) : 93-94.
- [28] 日本厚生劳动省. 医療法[EB/OL]. [2018-02-22]. http://www.who.ri.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=200.
- [29] 孟开, 张玲. 日本医疗法的五次修改与医院管理[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26 (5) : 397-400.
- [30] 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴2017[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2017.
- [31] 吴秋兰, 曾广民, 王谏珠, 等. 社区高血压的转诊现状及分析[J]. 中国医药指南, 2012 (33) : 686-687.
- [32] 潘景业, 徐长恩, 全世超. 双向转诊下转难原因的“冰山角”分析[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 26 (5) : 300-301.
- [33] 王珩, 冯占春, 李鹏. 双向转诊中向下转诊的影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28 (4) : 268-270.
- [34] 张亮, 张研, 唐文熙, 等. 健康整合: 引领卫生系统变革[M]. 北京: 科学出版社, 2014: 137-146.

(责任编辑: 信虹云)

以人为本的整合型服务在英国的实践及对我国的启示

王常颖 李 芬 陈 多 金春林

【摘 要】 构建以人为本的整合型卫生服务是减少卫生服务体系碎片化、提高医疗服务质量的有效途径。文章在阐述整合型服务内涵的基础上，以英国为例，详细分析了该国以人为本的整合型服务实践探索经验，并提出对我国的启示，即：风险分层中重点人群为最需要医疗服务的人群，基层医疗服务体系以家庭医生首诊制作为基础，设置专门负责整合服务的机构或人员，健康大数据实现互联互通等4个方面。

【关键词】 以人为本的整合型服务；服务整合；人群风险分层

英国医疗卫生服务（health care）和社会服务（social care）分别由国家医疗服务体系（National Health Service, NHS）和地方政府承担。一方面，由于NHS涵盖全科、专科、医院急诊、康复等多家机构，且体系与机构、机构与机构之间没有统一的信息化平台，导致出现沟通不畅、服务碎片化、服务衔接不畅及资源浪费等问题。另一方面，社会服务也未纳入NHS，且服务的内容由各地政府自行制定，导致出现标准不一、缺乏与医疗卫生服务转接、费用全部自付等问题。以上两个方面的原因共同造成了居民利用服务困难和体系运行效率低下的问题。

一、整合型服务的内涵

以人为本的整合型服务（person-centered integrated care, PCIC）是

第一作者：王常颖，女，助理研究员，硕士

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

指在掌握患者健康情况的家庭成员和照护者的共同协助下，允许患者选择适合自己的治疗方案，并提供整合型服务，以达到患者期望的健康结果^[2]。其中，以人为本（person-centered）中的“人”包含以下几个要素：一是患者作为人，其所有的需求均经过专业评估；二是判别患者的家庭成员和照护者的需求，以更好地为患者提供服务；三是支持患者做出适合自己的选择并达到预期目标；四是以上服务和支持能够帮助患者最大限度实现最好的健康状态^[2]。由此可见，PCIC 不仅涵盖整合型的服务模式和内容，还有更强调重视患者自身需求、支持患者参与治疗全程的内涵。

二、英国整合型服务的探索实践

整合型服务（integrated care）作为英国卫生战略规划的一部分，发挥着重要作用。近年来英国各地大力探索卫生服务与社会服务的试点整合，取得了良好的成效^[1]。NHS 也于 2002 年引入整合型服务信托（integrated care trusts），通过加强与地方政府的合作，进一步降低管理成本，简化服务流程，促进服务有效衔接，提高服务质量^[3]。具体做法有以下 3 种模式。

（一）人员跨边界整合

不同体系、不同服务、不同机构人员之间的界限被认为是提供整合型服务的最大障碍。针对这方面问题，NHS 提出了“跨边界”（boundary-spanning）概念，即跨越体制机制建立关系、连接并互相依赖^[4]。近年来，英国出现了支持整合型服务的新角色，旨在促进整体性服务（holistic care）及跨部门的连续性、协调性服务^[5]。

1. 在新的环境和关注重点下转变现有职位

2007 年，由英国卫生部资助的工作人员新类型项目（the new types of worker programme, NTOWP）中就包含了一系列跨部门的岗位^[6]。

如汉普郡的视力障碍顾问与沟通复原官员，主要负责促进患者在医疗卫生服务和社会服务中的转接工作。同样的案例还有苏格兰艾滋病服务的专科护士，她们将工作重点放在整合和多学科团队（multi-disciplinary team, MDT）合作上，负责在初级护理、专科护理、心理服务、社会服务和第三方支持服务之间进行协调^[7]。

2. 个人技能混合（skill-mix）的不同形式

根据研究，个人技能混合有4种不同形式，包括任务增加、替换、授权与创新。前2种为延伸特定工作人员的技能，或者拓展某一项工作的广度；后2种为维持传统学科技能，但可委托其他学科开展任务或在当前体系下引入新类型的工作人员^[8]。具体案例如诺丁汉性工作者强化支持人员（enhanced support worker），旨在解决这一特殊人群的住房和卫生需求^[9]。

3. 创新角色中的服务导航者

目前的创新角色中，值得注意的是服务导航者（care navigators）这一职位，在英国一系列的卫生和社区环境中均有设置。服务导航者的主要职责是确保患者个人的健康计划和选择获得支持，在加大患者参与度方面发挥更积极的作用，同时作为固定的责任点，确保患者从整体服务路径中受益。如格林尼治（Greenwich）服务导航者，该岗位设置在一个专门团队中，目标是协调各方资源，建立一个“围绕人的团队”（team around the person），涵盖全科、社区评估和康复服务，以及社区精神卫生组、社区机构代表和照护者等机构和个人的支持服务等^[10, 11]。

（二）服务整合

2014年10月，英国国家医疗服务体系发布的《五年前瞻》（Five Year Forward View）^[13]为NHS的未来发展明确了方向。可持续性和改

革计划（Sustainability and transformation plans, STPs）是当地为落实《五年前瞻》任务的试点方案，并明确在全英国选取 44 个地区实施该方案，部分关于服务整合的实践如下。

1. 转变医院定位

STPs 提出须转变医院定位，包括缩减医院规模和床位数量，将服务更加集中，并重新配置专科服务的提供。如多赛特（Dorset）重新设计了医院服务提供方式，同时在社区增加整合型服务的提供，计划将床位数由 2013/14 财年的 1810 张减少至 2020/21 财年的 1570 张，非计划医疗住院和手术住院将分别减少 20% 和 25%^[14, 15]。

2. 重新设计初级保健和社区服务

STPs 提出重新设计初级保健和社区服务，在医院外和居民家中提供更多服务。这一实践有效整合 NHS 和当地政府，可以提供更加综合的服务。全科医生（General Practitioner, GP）作为这类新服务模式的核心，可以加强与其他基层卫生人员和社区工作人员的合作，满足患者需求，从而降低患者对医院服务的需求^[16]。例如西、北和东坎布里亚（West, North and East Cumbria）开展了联合全科服务、社会服务、精神卫生、公共卫生、社区服务以及部分医院专科服务的“整合型服务社区”（integrated care community, ICC）建设^[17-20]。同样的案例还有弗雷姆勒（Frimley）的 14 家“整合型中心”（integrated hubs），通过专科医生、GP、社区护士、职业治疗师、理疗师、社会工作者、精神科医生与护士、药剂师等组建成一个工作团队，共同为患者个人提供服务^[21]。自弗雷姆勒开展整合型中心这种模式以来，共为患者节约了医疗费用约 1240 万英镑^[22]。

STPs 中有部分内容是将关注重点放在特殊人群上。例如林肯郡

(Lincolnshire) 的改善妇产科和儿科服务行动。前者主要包括实施个性化护理计划和社区助产团队，以提高服务的连续性；后者包括为儿童和年轻人建立社区团队，以解决相关问题^[23]。

(三) 组织和技术整合

1. 跨部门合作

跨部门合作的第一种方式是 NHS 与当地政府部门合作，合作形式有广泛联盟、整体整合以及独立运行合约等。具体案例为赫特福德郡和西艾塞克斯的“合作委托工作流”(collaborative commissioning workstream)，该模式是三个临床调试组(Clinical Commissioning Groups, CCG)和两个县议会共同合作，形成一个统一的委托整合型服务标准。第二种方式为 CCG 之间更大范围的协作，包括从非正式的协作到完整的合并。例如，为减少角色和职能重复，伯明翰和索利哈尔的 3 家 CCG 正在开辟一条机构合并的道路，预计可降低成本约 500 万英镑^[24]。第三种方式是服务提供者之间的合作，包括纵向和横向整合。前者即不同层级服务机构的整合，后者如目前的 GP 联合组织、急性服务协会(acute care collaborations, ACC)等。

2. 支付方式

新服务合同和支付方式的内容变化主要涵盖引入联盟和主要服务提供者合同、总额预算及其他支付机制，以及质量和结果框架(quality and outcomes framework, QOF)等方案。这些变化旨在整合激励机制、跨部门分担风险、重视服务结果、提供更大的灵活性等。如大曼彻斯特地区实施的服务合同和支付方式与新服务模式相结合的机制。其中在博尔顿地区，当地 CCG 和 NHS 信托基金(foundation trust)的新合同结合了服务提供与成本降低激励措施，制定了双方认可的固定收益及成本

风险分担的机制。斯托克波特则开发了与患者健康结果挂钩的基于人头的服务合同，引导多专业合作的社区服务提供者联合起来，共同为本地区居民的健康负责^[25, 26]。

3. 信息技术

(1) 可共享的电子病历系统

信息技术在提供整合型服务中至关重要。STPs 提出建设跨组织、可共享的电子病历系统。如诺福克和韦弗尼的数字平台，打造了一个共享的电子病历系统——“电子医院”（e-hospital），所有的服务提供者均可以获取同样的记录^[27]。多塞特实施的“多塞特服务记录”（Dorset Care Record）项目，则是将健康及临床信息进行整合，使得信息能够在医疗和社会服务系统间共享^[14]。STPs 中有些是提供基于信息技术的服务。例如，林肯郡预计在 2019 年前，可以为 95% 的患者提供电子诊断（e-consultations）与其他信息服务^[23]。

(2) 基于大数据的人群风险分层工具

位于伦敦市的卡姆登 CCG 是基于利用全区的医疗服务数据，来探索开发风险分层工具，对全体人群进行健康管理。风险分层的最基本要素是人群医疗服务利用情况与健康状况。通过获取 2011 年 4 月至 2014 年 3 月 3 年间的全区人口就医数据，将人群风险分为 6 层（见表 1）。其中，根据当地人群患病特征，此处慢病（long-term conditions, LTCs）定义为糖尿病、心衰、慢阻肺、慢性肾病和慢性心脏病^[28]。

表1 2011年4月—2014年3月卡姆登地区人群风险分层表

分层	下一级分层描述
未发生二级医疗服务 健康个人 / 对医疗服务仅有限需求	未通过 GP 转诊、获得二级医疗服务的人群 1. 仅在急诊就医, 无慢病 2. 无急性症状, 无慢病 3. 门诊就医仅 1 次, 无慢病 4. 仅使用门诊设施, 无慢病
孕产妇 / 无慢性病的急性患者, 对 二级医疗服务仅潜在有限需求	1. 急诊就医、床日数 0 ~ 2 天, 无慢病 2. 急诊就医、床日数 3 天及以上, 无慢病 3. 仅孕产妇门诊, 无慢病 4. 计划就医、床日数 0 ~ 2 天, 无慢病 5. 计划就医、床日数 3 天及以上, 无慢病
有慢病的健康个人	1. 仅在急诊就医, 有慢病 2. 无急性症状, 有慢病 3. 门诊就医仅 1 次, 有慢病 4. 仅使用门诊设施, 有慢病
慢病患者, 需要规律管理和 / 或监测	1. 急诊就医、床日数 0 ~ 2 天, 有 1 项慢病 2. 急诊就医、床日数 0 ~ 2 天, 有 2 项或以上慢病 3. 仅孕产妇门诊, 有慢病 4. 计划就医、床日数 0 ~ 2 天, 有慢病
慢病患者, 对二级医疗服务有潜在 高需求	1. 急诊就医、床日数 3 天及以上, 有 1 项慢病 2. 急诊就医、床日数 3 天及以上, 有 2 项或以上慢病 3. 计划就医、床日数 3 天及以上, 有慢病

注：各层人群之间无重叠

卡姆登地区全人群和老年人群的风险分层结果比较发现, 全人群中, 第二层即健康个人 / 对医疗服务仅有限需求的人数最多, 占比 52%; 而老年人群多数患有慢病, 以第四层人数为最多, 占比 31% (见图 1)。老年人群的医疗需求明显高于全人群^[29]。



图1 卡姆登地区全人群和老年人群的风险分层分布

根据分层结果，可以与其他因素做矩阵，反映出需要特别关注的重点人群。由此可得出以下几点结论：**一是**贫困对健康的影响表明需要关注更广泛的影响健康的因素（见图2）；**二是**不同健康风险人群的科室分布可以看出各个科室的诊疗特征与关注重点。此外，还可以开展不同年龄门急诊的进一步细分。

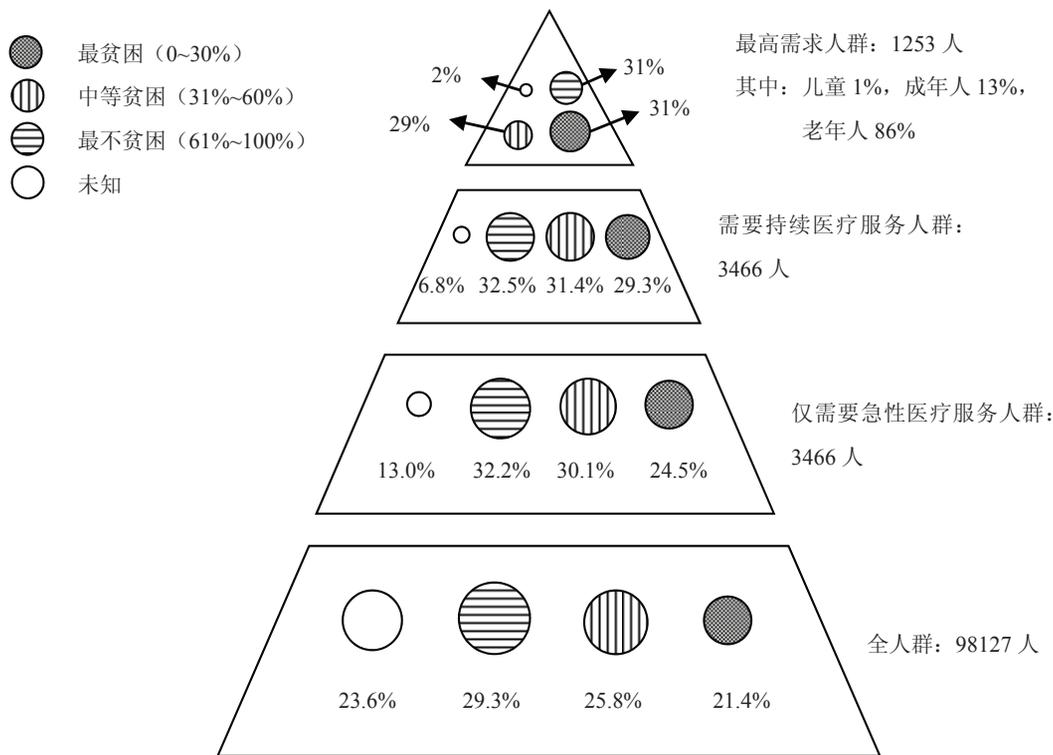


图2 卡姆登地区医疗服务需求和贫困情况金字塔分布图

卡姆登地区通过4个步骤全方位地提供以人为本的整合型服务，包括支撑基础医疗设施、拓展服务可及性、提高服务质量、减少服务可变性。同时，通过信息化手段，对健康相关结果进行每年一次的分层评价。2013/14财年至2015/16财年，社会服务重复转诊数、精神疾病住院数、4~5岁儿童超重或肥胖率均呈下降趋势。通过MDT提供的案例管理和整合型服务，急诊床日数减少了18%，72%的患者在家居住同样或更多的时间，共计节约二级医疗服务资金约56万英镑，相关结果也为卡姆登的下一步服务策略提供了证据。

三、经验借鉴

(一) 人群风险分层有助于提高卫生服务的公平性

英国伦敦市卡姆登地区开展的人群风险分层探索，基于居民看病就医大数据，将所有人群分为6层。而从我国家庭医生的服务内容来看，重点人群主要分为儿童、孕产妇、65岁以上老年人、高血压与糖尿病患者、

严重精神障碍患者、肺结核患者等。对于一些未患以上疾病的非老年人、儿童或孕产妇人群，并没有被划分到重点人群中管理，实际上这部分人群对医疗卫生服务需求度更高。开展风险分层的意义不仅能够根据人口学特征和所患疾病筛选出重点人群，还包括一些亟需服务的人群，有助于提高卫生服务的公平性。

（二）基层医疗服务体系需以家庭医生首诊制作为基础

英国实行强制首诊制度，家庭医生是医疗卫生服务体系的“守门人”，他们首先负责对所有居民的医疗需求进行分类判断，将常见病、多发病和简单的医疗需求留在基层解决。家庭医生能够有针对性地直接开展健康管理，同时居民的接受度和依从性也较高。而在我国医保“一卡通”的政策下，居民看病就医更习惯自由就诊，家庭医生对居民管理的难度较高。以英国经验来看，在我国试行社区人群的风险分层管理，首要面临的挑战是如何针对不同健康需求的居民提供不同的服务，否则即使区分出不同风险的人群，居民依旧按照个人习惯就医，具体措施仍无法落实。因此，家庭医生首诊制非常有必要。目前上海也进一步升级了家庭医生签约服务模式，拓展多层次、多方面签约服务，包括便捷用药服务、预约优先转诊服务、对重点人群提供针对性健康管理服务等，以上举措均为吸引社区居民留在基层就诊的积极探索。

（三）设置专门负责整合服务的机构或人员

目前我国对于专门负责整合服务人员设置也进行了一定的探索。如上海，从社区层面来看，家庭医生团队成员均由全科医生、社区护士、公共卫生医生等多学科人员组成，共同协作，负责为签约居民提供健康管理以及基本医疗和基本公共卫生服务^[30-32]；从医院层面来看，仁济医院等医院开展了多学科团队（multi-disciplinary team, MDT）诊疗模式，除配备疾病相关的内外科、辅助诊疗科室，以及心理、重症监护室

(Intensive Care Unit, ICU)、护理等专业人员外,还配有医疗助理 (medical assistant, MA) 对患者进行全程跟踪,以患者为中心,整合医疗资源,制定最佳诊疗方案。

(四) 健康大数据需要实现互联互通

健康大数据的互联互通是实现全人群健康管理的基础。目前,我国居民就医数据仍处于“碎片化”状态,患者在各级各类医疗机构的就诊信息缺乏整合和连贯性,对于患者连续用药、设计治疗方案以及为社区家庭医生开展针对性健康管理带来了较大挑战。目前上海正在推动全部居民的大数据平台建设,上海市卫生健康委员会信息中心已集聚了全市约百亿条的诊疗大数据,也建立了知识库体系,通过设计“重复检查、重复用药”等智能提示功能,对全市跨医疗机构、跨区域的患者用药进行药品配伍,对老人、儿童及肝肾功能异常患者安全用药进行提示,依靠信息化手段全方位保护居民健康。

参考文献

- [1] 谢春艳,金春林,王贤吉.英国整合型保健发展经验及启示[J].中国卫生资源,2015,18(1):71-74.
- [2] Jeremy Talyor. A Narrative for Person-Centred Coordinated Care[R]. London: National voices, 2013: 6.
- [3] Department of Health UK. Integrated care pilots[EB/OL]. [2018-01-31]. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Integratedcarepilots/index.htm>.
- [4] Williams P. The competent boundary spanner[J]. Public Administration, 2002(80): 103-124.
- [5] Helen Gilbert. Supporting integration through new roles and working across boundaries[R]. 2016, 6. UK: London.
- [6] Ian Kessler, Stephen Bach. The Skills for Care New Types of Worker Programme: Stage 1 Evaluation Report[R]. London: Wiley-Blackwell, 2007: 93.
- [7] Panton L. Integrated care pathways and task shifting[J]. Journal of the International AIDS Society, 2014, 17(4): 194-195.
- [8] NIHR CLAHRC Greater Manchester. NHS Greater Manchester primary care demonstrator evaluation: final report. Manchester: Collaboration for Leadership in Applied Health Research and

- Care, National Institute for Health Research[EB/OL]. [2018-01-31]. <http://clahrc-gm.nihr.ac.uk/our-work/organising-healthcare/demonstrator/2015>.
- [9] Cameron A. The contribution of housing support workers to joined-up services'. *Journal of Interprofessional Care*[J], 2010, 24 (1) : 100-110.
- [10] Bienkowska-Gibbs T, King S, Saunders C, et al. New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS: a brief overview of recent reports[EB/OL]. [2018-02-22]. www.rand.org/pubs/research_reports/RR1181.html.
- [11] Drennan VM, Halter M, Joly L, et al. Physician associates and GPs in primary care: a comparison[J]. *British Journal of General Practice*, 2015, 65 (634) : e344–e350.
- [12] Citizens Advice Bureau. Tendring Reach Out pilot project. Evaluation report[EB/OL]. [2018-02-21]. www.wrightwills.co.uk/reach%20out%20evaluation%20report%20low%20res.pdf.
- [13] NHS. Five Year Forward View[R]. 2014.10.UK: London.
- [14] Dorset HealthCare University NHS Foundation Trust. Sustainability and Transformation Plan Our Dorset[R]. Dorset: Dorset HealthCare University NHS Foundation Trust. 2015: 12.
- [15] Cambridgeshire and Peterborough CCG. Cambridgeshire and Peterborough Health and Care System Sustainability and Transformation Plan[R]. Cambridgeshire and Peterborough: Cambridgeshire and Peterborough CCG, 2016: 9.
- [16] Chris Ham, Hugh Alderwick, Phoebe Dunn, et al. Delivering sustainability and transformation plans: From ambitious proposals to credible plans[R]. London: The Kings Fund. 2017: 22.
- [17] NHS Cumbria CCG. STPs.[EB/OL]. [2018-02-22]. <http://www.northcumbriaccg.nhs.uk/about-us/STP/STPs.aspx>.
- [18] NHS Cumbria CCG. Integrated Care Communities (ICCs) [EB/OL]. [2018-02-22]. <http://www.northcumbriaccg.nhs.uk/about-us/ICCs/iccs.aspx>.
- [19] NHS Cumbria CCG. Carlisle ICCs [EB/OL]. [2018-02-22]. <http://www.northcumbriaccg.nhs.uk/about-us/ICCs/Carlisle-ICCs.aspx>.
- [20] NHS Cumbria CCG. Maryport and Cockermouth ICC[EB/OL]. [2018-02-22]. <http://www.northcumbriaccg.nhs.uk/about-us/ICCs/Maryport-and-Cockermouth-ICC.aspx>.
- [21] NHS Surrey Heath CCG. Frimley Health and Care System Sustainability and Transformation Plan (STP) [R]. 2014, UK: Surrey.
- [22] NHS Surrey Heath CCG. Frimley Health & Care System STP[EB/OL]. [2018-02-22]. <http://www.surreyheathccg.nhs.uk/about/frimley-health-care-stp>.
- [23] NHS Lincolnshire Sustainability and Transformation Partnership. Lincolnshire Sustainability and Transformation Plan Public Summary[R]. 2014, UK: Lincolnshire.
- [24] Birmingham City Council. Our plan to improve the health and wellbeing of people living in Birmingham and Solihull[EB/OL]. [2018-02-24]. <https://www.birmingham.gov.uk/stp>.
- [25] Greater Manchester Combined Authority. The five-year vision for Greater Manchester[EB/OL]. [2018-02-24]. <http://www.gmhsc.org.uk/delivering-the-plan/>.

- [26] NHS Nene CCG. Northamptonshire's Sustainability and Transformation Plan 2016-2021[EB/OL]. [2018-02-23]. <https://www.neneccg.nhs.uk/northamptonshires-sustainability-and-transformation-plan-2016-2021>.
- [27] Healthwatch Norfolk. Healthwatch Norfolk[EB/OL]. [2018-02-23]. <https://www.healthwatchnorfolk.co.uk/ingoodhealth/>.
- [28] Camden Sustainable Insights Partnership. Population Health Management[R]. 2015, UK: London.
- [29] Caz Sayer. Patient-defined outcomes and population health management[R]. 2016, UK: London.
- [30] 潘公益, 杨焯. 我国家庭医生团队服务模式的研究现状[J]. 中国全科医学, 2017, 20 (28) : 3457-3462.
- [31] 张平, 赵德余. 中国特色健康保障之路的探索——长宁社区卫生服务发展模式的演进历程与经验[M]. 上海: 上海人民出版社, 2011.
- [32] 吴欢云, 张伟东, 吴菁, 等. 家庭医生责任制下城市远郊社区卫生服务模式的探索与实践[J]. 中国全科医学, 2014, 17 (1) : 22-24.

(责任编辑: 张苹)

荷兰整合医疗服务体系发展经验及启示 ——以糖尿病捆绑支付为例

冯泽昀 李 芬 金春林

【摘要】 作为 2005 年以来唯一一个在欧盟医疗体系排名中始终位列前三的国家，荷兰出色的医疗卫生服务一直为业界所称道。荷兰独创的管理型市场竞争模式使得整个医疗保健市场处于有序竞争且不失自由选择的状态，也使其得以连续 7 年斩获“欧洲最佳医疗体系”的称号。文章以糖尿病为例，对荷兰卫生体系、整合医疗的起源及其发展进行梳理，归纳其整合医疗发展的经验及教训，并提出我国发展整合医疗的政策建议。

【关键词】 卫生体系；整合医疗；政策建议；荷兰

荷兰作为自 2005 年以来唯一一个在欧盟医疗体系排名中始终位居前三位的国家^[1]，其医疗体系在 2015 年被“欧洲健康消费者指数（Euro Health Consumer Index, EHCI）”评选为欧盟年度“最佳医疗体系”^[2]，其独创的“管理型市场竞争”模式是在 2006 年改革后形成的，这一创新性的改革使得保险公司、医疗保健提供者和被保险人三者能够相互制约与平衡，最终使整个医疗保健市场达到自由选择、有序竞争的状态^[3]。从整合医疗的角度近距离了解其发展历程，对改变我国医疗服务现状、探索适合我国国情的卫生体系改革具有借鉴意义。

一、荷兰整合医疗的起源与发展

荷兰政府的角色在 2006 年的卫生改革之后发生了极大的转变，即

第一作者：冯泽昀，女，研究实习员，硕士

通讯作者：金春林，男，研究员，博士，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

基金项目：国家卫生健康委员会委托项目，整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究（2018008B）

从以往直接控制卫生系统转变为与卫生系统保持相应的距离并且不过多干预。政府主要负责卫生保健的质量控制、可及性和可负担性，即创造一个公平、透明的环境，以保障其卫生系统能顺利运行。也正是 2006 年的卫生改革确定了患者作为医疗市场的主体地位^[4]。荷兰卫生体系主要包括医疗照护与长期照护两部分^[5]。每一位年满 18 岁的公民都需缴纳标准保险计划的固定费率保费，缴纳保险的费用与个人收入相关。个人可以选择接受个人现金福利而非直接照护，同时可以选择购买服务^[6]。

在荷兰，随着老年人口及慢性疾病患者的增加，整合医疗开始受到该国政策决策者与保健提供者的关注，并将整合医疗定位为前瞻性的、多学科综合且运转良好的、以患者的需求和喜好量身定做的照护^[4]。对此，荷兰政府在初级卫生保健中引入了基于多学科综合的整合医疗^[7]。荷兰第一个整合医疗项目是由荷兰卫生福利及体育部发起的聚焦糖尿病的整合医疗项目，该项目以捆绑支付为首要原则^[7]。

整合医疗虽然目前在国际范围内尚无广泛认同的定义，但照护协调、病案管理、自我管理支持、多学科临床照护路径之间无论以何种方式进行组合，都是整合医疗模型的重要组成部分^[8]。整合医疗最终目的是改善医疗结果、改善患者体验和提高效率^[9]。也可将整合医疗看作是将卫生体系和卫生保健供给变得更为完善和全面的一个过程^[10]。荷兰整合医疗的重点已经从照护转移到了社会支持这一视角^[11]。换句话说，在谈及整合医疗时，不再仅仅强调对疾病或残疾的支持，而是更加关注患者是否有独立生活和社会参与的能力^[11]。这意味着整合医疗还需要考虑到生活方式、照护、幸福以及周围环境中的其他因素^[11]。目前，荷兰的整合医疗主要针对慢性疾病患者和虚弱老年人群^[4]。

（一）针对慢性疾病照护的整合医疗

目前，荷兰国家整合医疗战略的实施是针对特定疾病的患者，例

如糖尿病或者慢性阻塞性肺病患者（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）。荷兰在国家认可的护理标准协议中规定了针对特定疾病患者的适当护理，目前有 14 种此类协议可供使用。基于这些协议，初级卫生保健小组由 4~150 名全科医生和其他初级卫生保健提供者组成，这些小组成员开发自己的照护计划，同时需要与私人健康保险公司签订协议。照护小组负责协调照护并且支付所涉及到的不同照护提供者。患者可自由选择参与或组织必要的整合医疗。对于糖尿病、COPD 和血管风险管理的整合医疗照护，采取捆绑支付模式来提供资金^[4]。

除了这些针对特定疾病患者的特定护理计划之外，还有多项具有更加全面的需求视角的举措。特别是对于患有复杂疾病的患者，特定疾病策略往往不足以提供适当的照护。对于这些患者来说，整合医疗照护、社会照护和 / 或家庭照护和社区服务可能很有必要^[4]。已经有照护团体针对并发症患者采用病例管理来加强特定疾病照护方案^[12]。然而，目前尚无用于提供多种疾病共患病人的国家整合医疗战略^[4]。

（二）针对虚弱老年人群照护的整合医疗

为了改善有着复杂照护需求的老年人的整合医疗服务，荷兰建立了“全国照护老年人”项目，使区域网络能够对超出现有立法和融资结构界限的整合医疗模式进行试验。在 2008 年至 2016 年间，有 125 项创新项目得以实施。例如 U-CARE，旨在改善 60 岁以上虚弱老年人群的识别和监测，采用软件应用来识别潜在的虚弱患者^[4]。

二、荷兰整合医疗的整合方式

从传统医疗向整合医疗转换的过程中，常常涉及到类似机构的合并等问题。例如，从 20 世纪 60 年代开始，医院由于最小规模、病床数量减少、功能性预算、市场力量构成的威胁、护理质量和成本控制等因素的要求被迫合并，从而建立了更大的机构。一系列合并导致医院数量减

少一半，并且兼并仍在继续，同时这种“合并狂潮”也影响了家庭护理行业。造成这种合并的部分原因在于荷兰政府在20世纪90年代初所面临的各种压力：在合并之初，医疗保健服务机构开始创建综合照护系统，然而却面临着新系统和产品融资方面的问题（缺乏预算参数）；另一方面，保险公司和政府必须针对成为照护市场垄断者的大型综合服务组织带来的负面效应做出反应。因此，政府的政策旨在克服以上所述问题^[13]。

在长期照护中，政府新的管理安排和责任是如何整合而不是互相推诿。虽然荷兰2006年的改革十分稳健，但是由于目前基于市场的解决方法还不是十分有效，因此其卫生体系仍然有微调的空间^[14]。目前整合医疗的纬度可以归纳为3个层面：即宏观层面、中观层面和微观层面。

（一）宏观层面：系统整合

宏观层面的系统整合是指提高效率、照护质量和患者满意度^[15, 16]。系统整合需要在满足人群需求和照护方面，根据具体情况对结构、过程及技术量体裁衣^[15, 17]。为了提高系统的效率和质量，需要跨越传统的组织和专业界限建立伙伴关系^[18]。

（二）中观层面：机构整合与专业整合

机构整合是备受广泛讨论的整合形式之一^[19]。通过汇集不同组织的技能和专业知识来加强组织间的关系，可提高质量及效率^[20, 21]。尤其是对于社会弱势群体而言，由于其在经济、教育、文化和卫生保健可及性方面存在巨大差异，这类群体对于整合有着极高的需求^[15, 22]。然而，众多的组织需要确保人口健康，这使得机构整合显得复杂^[15, 21]。例如，卫生和社会照护机构在文化、专业角色和职责、临床或服务方式方面会存在明显差异^[22]。此外，政府机构在结构、专业水平、资金机制和管理方面的差异也会使得机构整合变得复杂^[23]。

专业整合是指专业人士通过共同承担技能、角色、责任和义务来向

特定人群提供综合的、连续的照护。因此，专业整合涉及到机构内部和机构间专家的合作。这可以看作是水平和垂直方面的整合。尤其是当人群患有复杂疾病的情况下，往往需要来自不同领域和部门的专家进行合作，因此，他们共同承担责任和义务，力求使患者达到最佳健康状态。其中值得注意的是，对专家的角色、责任、利他主义原则、伦理、尊重以及交流方面的清晰定义，对于解决由于整合而随之带来的问题具有重要作用^[24]。

（三）微观层面：临床整合

临床整合被定义为通过单一的过程就可以实现跨时间、跨地点、跨专业的以人为本的照护服务。在卫生系统的微观层面，临床整合涉及到向个体患者提供服务过程中的连贯性。在实际操作中，临床整合倾向于以疾病为中心而非以患者为中心的方法。例如，大多数用于临床整合的量表和工具都仅仅局限于以疾病为中心的医疗干预。然而，临床整合需要的是聚焦于改善患者福祉的视角，专家们需要适当地考虑患者需求。在这种以患者为中心的视角下，临床整合才能有效提供可持续的、综合的且协调的照护服务^[24]。

三、荷兰整合医疗捆绑支付体系

所谓捆绑支付模式，是指对于患有特定疾病的患者、甚至是在涉及多个照护提供方时，患者通过单一途径的支付即可完成其接受的所有服务的支付^[25]。对糖尿病实行捆绑支付是荷兰鼓励在全国范围内开展整合医疗的一个重要例子^[7]。

2007年，荷兰卫生部开始将捆绑支付运用到整合医疗之中，并以糖尿病为试点病种进行探索。到2010年，荷兰在全国范围内全面铺开对糖尿病、COPD和血管风险管理施行捆绑支付模式。在该体系下，保险公司向照护团体支付单一费用，该费用覆盖了糖尿病、COPD和血管

风险管理的整个照护服务所需的费用（该服务设有固定期限）。其中，捆绑支付的价格由健康保险公司与照护团体共同自由商定；同样，转包合同的照护提供者费用也由照护团体与服务提供者自由商定^[26]。虽然质量竞争仍处于起步阶段，但健康保险公司和供应商会就价格和卫生服务质量方面的事宜进行谈判^[4]。以糖尿病为例，在2007年，荷兰设立了《二型糖尿病照护标准》，并在国家水平制定了糖尿病照护所需的服务。其中，对于糖尿病患者所涉及到的各种照护，照护小组可以选择由自己提供服务或者采取和其他提供方签订子合同的形式来提供照护^[25]。下文以糖尿病为例，简要介绍整合医疗中对卫生从业者的支付方式。

（一）家庭医师（General practitioners）支付系统

2013年，全科照护服务提供方与健康保险公司和卫生部部长共同决定将于2015年推出全新的家庭医师支付系统。新系统应有助于初级保健在荷兰医疗保健系统中发挥核心作用，在卫生保健提供方就整合医疗照护和合作上起到促进作用^[4]。新系统由3部分组成，第一部分涉及家庭医师的基本护理，第二部分则适用于整合医疗照护，第三部分主要涉及绩效工资和创新。本文主要针对第二部分展开介绍^[4]。

整合医疗照护解决了二型糖尿病、COPD、哮喘和心血管疾病高风险等慢性病患者的护理。根据捆绑式支付系统，照护小组负责组织管理这类疾病所需要的所有照护必需品。护理小组负责协调护理并为所涉及的护理提供者提供报酬。患者可以自由参加护理小组或选择自己的护理提供者。2014年，约有80%的荷兰家庭医师加入了护理小组^[4]。

护理小组负责所有与慢性病患者有关的照护。护理小组为每位患者与健康保险公司协商固定费用。与健康保险公司签订合同是整合医疗支付的必要先决条件。家庭医师可以继续接受现有的人头费。整合医疗照护费用包含了针对慢性病的咨询费，对于与慢性病无关的问题，家庭医

师仍然可以接受保险公司支付的咨询费。如果没有与健康保险公司的合同，全科医生不会收到此类保健的付款。该部分涵盖了实习护士进行躯体护理的费用^[4]。

（二）专科医师（Medical specialists）支付系统

专科医师是在医院工作的合伙人组织的独立专业人员。在 2008 年至 2015 年期间，独立专科医师是通过诊断治疗组合系统获得支付。荷兰医疗保健局对于每个诊断治疗组合都制定了专家花费的规范时间和小时收费表。所有专科医师的小时收费表都是相同的，这是基于研究并且根据荷兰卫生部在 2004 年与医学专家协会磋商后所设立的^[2]。

对于糖尿病患者，在荷兰的捆绑支付模型中，保险方向购买保险的主要承包实体——照护小组支付固定的捆绑费用，该费用覆盖全年 365 天糖尿病照护服务所需的所有费用。照护小组是荷兰新兴的法律认可的实体，其由多重提供方组成（通常不包括家庭医师）。通过签订捆绑支付合同，护理小组承担所有分配到其护理项目的糖尿病患者的临床和财务责任。其中，合同包括的是普通的糖尿病照护，并不包括处理潜在复杂并发症的服务。因此，该模型关注于初级卫生保健^[25]。

四、荷兰整合医疗的经验及存在的问题

（一）荷兰整合医疗的经验

在对二型糖尿病实施整合医疗捆绑支付的 4 年里，照护团体有效的组织安排，使每项任务责任到人，并且对每一项任务都有清晰的定义（包括哪项任务由谁做、收费价格为多少等），使得荷兰糖尿病照护服务质量得到很大的改善^[26]。与此同时，荷兰的糖尿病患者死亡率和医疗费用均有了显著的下降，这除了得益于捆绑支付和照护团体的引入以外，还可总结归纳为如下三大原因^[25]。

1. 制定法律法规

荷兰在获得了国家所有糖尿病提供者和患者协会的同意之后，设立了《糖尿病联合会医疗保健标准》(Diabetes Federation Health Care Standard, DFHCS)，该标准规定了糖尿病护理的最低要求，同时设定了改进标准。捆绑支付合同必须包含 DFHCS 中描述的所有服务，包括确定提供哪些服务（但不包括谁提供这些服务），在何处以及如何实现服务。此外，该标准还规定了衡量质量的标准化最小数据集，从而使护理团队有动力采取创新并重新分配任务，以便供应商各自完成与其资格相匹配的工作^[25]。

2. 推出电子健康档案

在 2010 年，即捆绑支付推出 3 年后，荷兰 66% 的护理组都拥有基于网络的电子健康记录。在电子健康记录中，所有签订分包合同(子合同)的服务提供方需要记录并提供他们的数据。该电子系统实时向初级保健提供者提供患者数据，有效减少重复服务。基于网络的电子健康档案也使护理团队能够对护理提供者的表现进行基准测试，以达到相互学习的目的。此外，电子健康记录被保险公司用于生成问责报告，并向公众宣传护理小组的成就。在对荷兰国家公共卫生与环境研究所进行的访谈中，大多数服务提供者认为此次改革成功的主要原因是更高的透明度^[25]。

3. 优化临床经验价值

照护小组由服务提供者来领导，服务提供者可利用他们的临床知识提供高效、高质量的照护。因此，照护小组较少购买低价值服务，并且避免过度使用不必要的服务和高价值服务使用不足的问题。例如，在荷兰引入捆绑支付后，血糖水平控制良好的糖尿病患者进行例行检查的次数减少了，但需要强化监测的患者进行例行检查的频率则增加了^[25]。

（二）荷兰整合医疗存在的问题

1. 整合医疗局限于初级保健

荷兰门诊专科护理和住院护理仍然通过现有的医院支付系统支付，家庭医生被敦促采用捆绑支付。通常，这种区分在实施的早期阶段被认为是明智的，但这可能会鼓励全科医生将更复杂（更昂贵）的患者转给专科护理和住院护理。因此，一些护理团队正在探索是否将护理包从初级保健扩展到门诊专科护理和住院护理^[25]。

2. 质量评估侧重于过程指标

尽管最初的目标是改善患者预后，但大多数 DFHCS 质量评估仍然侧重于例如“过去一年里测量糖化血红蛋白水平的糖尿病患者的百分比”这类过程指标，却忽视了对治疗结果的评估^[25]。有学者建议，未来的评估应该采用由国际健康结果评估联盟（International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM）所列出的一系列对患者更重要的指标^[25]。

3. 对标准的解读存在不同方式

同一种疾病捆绑支付价格差异巨大。例如，糖尿病患者每年支付的价格从 258 欧元至 474 欧元不等。这表明保险公司以不同的方式对 DFHCS 进行解读，并且可能为寻求成本控制而对照护进行减量供给^[26]。由此可见，荷兰糖尿病整合医疗中引入捆绑支付政策是利弊共存的。其好处是疾病照护质量得到了改善、增加了照护的透明度；但对照护质量的控制和对医疗保健标准的解读依然存在可提高的空间。这些经验都可以作为今后改进的基础，用于优化政策和制定更具备可及性和可负担性的照护模型。

五、政策建议

首先，可以借鉴学者总结出荷兰整合医疗系统成功的十大原则：一

是保持照护的连续统一性；二是以患者为中心；三是注意地理位置的覆盖范围，以此最大限度的提高可及性；四是通过内部专业团队来建立照护标准；五是绩效评估；六是采用适宜的信息技术与沟通；七是注重机构文化及领导力；八是让内科医师参与其中；九是建立强健的管理结构；十是优质的经济管理^[27]。

由于整合医疗涉及多方面、多层面的配合，在全国范围内对所有病种全面铺开进行整合医疗不太现实也有极大挑战性。因此，可以借鉴荷兰经验，选择对我国人群健康影响最大的慢性病进行试点；同时，制定配套的法律法规，在法律层面为试点工作保驾护航。

鉴于国情的不同，我国学者还需经过仔细的论证与调研，并在试点过程中密切关注其健康结果、患者满意度、医疗费用等的变化，听取专家和临床工作者及患者的建议，优化和调整下一步整合医疗的改革方向。尤其是在选择合适的支付模式上，需要充分考虑到国情和医疗体系的差异，不可生搬硬套他国经验。因为即使在荷兰，关于捆绑支付是否对整合医疗起到促进作用还存在争议^[7]。

此外，荷兰在发展整合医疗的过程中，不再仅仅聚焦于疾病或残疾本身，而是已经将整合医疗的重点转移到社会支持这一视角。而这一重点转移也提醒我们，在探索适合我国国情的整合医疗道路上，社会参与和独立生活的能力也应该作为一项重要内容纳入到整合医疗发展的总体考虑范畴，从而发展出一套适合我国国情的、可持续的整合医疗建设方案。

参考文献

- [1] 戴廉. 2008欧洲医疗体系，谁最令消费者满意？[J]. 中国医院院长，2009（Z1）：35-36.
- [2] Bjornberg A. Euro Health Consumer Index 2015 Report, Health Consumer Powerhouse[EB/OL]. [2019-07-01]. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>.
- [3] 吴君槐. 荷兰医保独树一帜[J]. 中国卫生，2015（4）：110-111.
- [4] Kroneman M, Boerma W, van den Berg M. Netherlands: health system review[J]. Health Systems

- in Transition, 2016, 18 (2) : 1-239.
- [5] Rolden HJ, Rohling JH, van Bodegom D, et al. Seasonal Variation in Mortality, Medical Care Expenditure and Institutionalization in Older People: Evidence from a Dutch Cohort of Older Health Insurance Clients[J]. PLoS One, 2015, 10 (11) : 143-154.
- [6] Goodwin N, DA, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs-lessons from seven international case studies[J]. The King's Fund, 2014, 12 (1) : 1-13.
- [7] Jeroen NS, Hanneke WD, Richard Heijink, et al. Netherlands: The Potentials of Integrating Care via Payment Reforms[J]. Handbook of integrated care, 2017.
- [8] Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews[J]. Int J Qual Health Care, 2005, 17 (2) : 141-146.
- [9] Burns LR, Pauly MV. Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s[J]. Health Affairs, 2012, 31 (11) : 2407-2416.
- [10] Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper[J]. journal of integrated care, 2002, 2 (14) : 1-6.
- [11] van Vliet K, Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands[J]. The Hague, The Netherlands, 2004, 31 (16) : i.
- [12] Rijken M, de Bruin SR, Snoeijs S, van Bijnen E, et al. Caring for people with multiple chronic conditions in the Netherlands: policy and practices[J]. 2014.
- [13] Fabbriotti I, Helderma J-K. Integrated Care for Elderly[J]. Institute of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam: Netherlands, 2003, 12 (1) : 179-183.
- [14] Schut, E., S. Sorbe and J. Høj. Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands[J]. OECD Economics Department Working Papers, 2013, 3765 (5) : 508-517.
- [15] Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care[J]. Healthc Q, 2009 (13) : 6-15.
- [16] Suter E, et al. Ten key principles for successful health systems integration[J]. Healthc Q, 2009 (13) : 16-23.
- [17] Armitage GD, et al. Health systems integration: state of the evidence[J]. Int J Integr Care, 2009 (13) : 82.
- [18] Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems[J]. Health Aff (Millwood), 1994, 13 (5) : 46-64.
- [19] Delnoij D, Klazinga N, Glasgow I K. Integrated care in an international perspective[J]. International Journal of Integrated Care, 2009 (2) : 04.
- [20] Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services[J]. Int J Integr Care, 2009 (1) : 21.
- [21] Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health—a conceptual framework[J]. Int J Health Plann Manage, 2006, 21 (1) : 75-88.
- [22] Kodner, D.L. and C. Spreeuwenberg. Integrated care: meaning, logic, applications, and

- implications--a discussion paper[J]. Int J Integr Care, 2009 (2) : 12.
- [23] Browne G, et al. Conceptualizing and validating the human services integration measure[J]. Int J Integr Care, 2009 (4) : 3.
- [24] Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care[J]. International Journal of Integrated Care, 2013 (13) : e010.
- [25] Struijs JN. How bundled health care payments are working in the Netherlands[EB/OL]. [2019-07-01]. <https://www.medtronic.com/content/dam/medtronic-com/global/Corporate/Initiatives/harvard-business-review/downloads/how-bundled-health-care-payments-are-working-in-the-netherlands-hbr.pdf>.
- [26] Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments--lessons from The Netherlands[J]. The New England journal of medicine, 2011, 364 (11) : 990-991.
- [27] Suter, E., Oelke, ND., Adair, C., etc. Health Systems Integration. Definitions, processes and impact: A research synthesis[J]. Canadian Institutes of Health Research (CIHR), 2007.

(责任编辑: 信虹云)

日本整合型医疗服务体系研究与启示

陈多 李芬 王常颖 金春林

【摘要】 日本通过对《医疗法》的多次修订和完善,构建了分工明确的三级医疗圈,从宏观层面引导医疗服务提供机构自发地进行机构协同和资源整合,以此提高医疗服务水平和效率。文章从政府宏观政策层面梳理了日本构建整合型医疗服务体系的关键措施及医保配套支付政策,得出推进卫生体系立法进程、提升区域卫生规划能力、加强卫生和医保及财政的政策协同能力、引入多学科服务团队模式等启示,以期为我国整合型医疗服务体系构建提供参考。

【关键词】 整合型医疗服务体系;启示;日本

1948年日本颁布了《医疗法》,建立了全民医疗卫生服务体系。《医疗法》明确了医疗的内容不仅仅包括临床疾病治疗,还应该包括预防保健与康复。同时《医疗法》又规定通过地区行政执行官审批,民间资本可以自由开设医疗机构,但是必须是非营利性机构^[1]。《医疗法》奠定了日本医疗服务体系公私并存,以私立为主的整体格局。截至2016年10月,日本共有178 911家医疗机构,其中医院为8 442家,一般诊所为101 529家,牙科诊所为68 940家。根据产权进行分类,私立医疗机构为172 936家,占全部医疗机构比例的96.66%,其中医院为6 902家,一般诊所为97 377家,牙科诊所为68 657家^[2]。目前日本已形成了分工明确、协同性佳的医疗服务提供体系,并拥有较为成熟的、以三级医疗圈为基础的上下转诊机制和医养协同机制。

第一作者:陈多,女,研究实习员,硕士

通信作者:金春林,男,研究员,博士,上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)主任

作者单位:上海市卫生和健康发展研究中心,上海200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海200031

基金项目:国家卫生健康委员会委托项目,整合型医疗卫生服务体系框架及典型地区研究(2018008B)

一、日本构建整合型医疗服务体系的关键措施

（一）立法对医疗服务内容、标准及规范进行明确

日本医疗体制在二战前主要依靠市场调节，医疗机构可自由开设和经营，整体较为自由。但由于日本国土较为狭长，且偏远山区较多，日本医疗服务提供体系呈现供给不足、私立医疗机构垄断地方医疗，同时医疗资源高度集中在经济发展较好的城市和医疗服务需求较多的地区，农村和人口稀少地区则医疗服务可及性极差。虽然当时的政府也针对这些现象建设了一批公立医疗机构，但仍未能缓解全国医疗服务供给不足的问题^[3]。后经历了第二次世界大战，更是大幅度减少了日本的医疗卫生机构的数量及其服务提供。

为解决这一社会不公平现象，提升国民健康水平，日本政府在1948年颁布了奠定其医疗卫生服务提供体系的主要法律依据——《医疗法》。《医疗法》在制定之初是以急性期疾病治疗为中心，确保为国民提供医疗服务，维护国民的健康水平^[4]。《医疗法》明确了医疗机构的设立准入、设置、规模、医院内部设备标准、人员配备标准、综合医院相关理事会、董事会、监事会等管理制度和财务制度、医师培训及助产士制度等内容，可谓是日本医疗界的宪法^[1]。其后，随着日本人口老龄化程度的加深，老年人口的长期护理需求及医疗费用高速增长，为缓解泡沫经济后医疗保险的巨大压力，同时也为了剥离长期护理对医疗资源的过度挤占，日本政府对《医疗法》进行了多次修订。

在《医疗法》第三次修订时，为配合长期护理保险制度的实施，进一步增加了医疗法人的业务范围，如包括家庭帮助业务、按日服务业务、短期居住业务等在内的医疗服务内容，且允许医疗法人从事特定的如营养餐、运送患者等具有经营利润的服务业务，以此补贴医疗机构经营资金，为接下来推动长期护理保险制度的建立打下基础^[3]。《医疗法》完

成第四次较大规模的修订时，日本医疗服务提供体系正式由原本单一的基础医疗服务向提供保健、医疗、社会福利一体化的社区综合服务模式转变。

（二）加强政府对区域卫生发展的规划能力

在《医疗法》第一次修订中，针对当时医疗机构无序发展和卫生资源配置不合理的问题，除搭建三级医疗圈外，各地政府相关管理部门还根据当地情况制定了旨在控制病床无序增加的区域卫生规划，通过预测人口结构变化和服务需求量对床位数进行测算，限制各个医疗圈中公立医院和私立医院的规模和发展，使各地医疗服务提供体制发展更加系统化，促进医疗资源的合理配置，并强调医疗机构对医疗服务质量提升的重要性^[5]。1997年，日本通过长期护理保险制度的建立，部分缓解了老年人“社会性住院”的问题，将用于照护老年人生活的费用从医疗费用中剥离，从而达到控制医疗费用快速增长的态势，但照护机构的增加将必然导致社会对疗养型床位需求的增加，因此对区域卫生规划在与长期护理服务体系等方面的整合协同也提出了更高的要求。

（三）在医疗服务体系内搭建三级医疗圈

《医疗法》颁布后，日本医疗机构病床无序增加，规模不断扩大，这不仅造成了医务人员需求量的增加，更导致了卫生资源配置不平衡、患者就诊不合理等问题。1985年，针对以上问题，日本政府对《医疗法》进行了第一次修订，旨在加强医疗机构间的合作，确保能够向居民提供必要的医疗卫生服务。针对当时较为突出的卫生资源配置不合理等问题，日本厚生劳动省提出了以市町村为基础发展一级医疗圈，并将其定位为向居民提供较为便捷的门诊服务。同时制定一人医疗法人制度，即只要一名医师即可开设具有法人资质的诊所，降低了私立诊所的准入门槛，增加了部分边远农村对医疗卫生服务的可及性，并建立了市町村保健中

心的 10 年发展目标。再根据人口密度、地理情况、交通便捷度、社会经济发展情况、患者就诊主要流向等因素进行人为测算划定，将邻近的几个市町村合并为二级医疗圈，主要职能是向医疗圈内有住院需要的居民提供住院医疗服务。三级医疗圈原则上以都道府县为单位（除却北海道和长野县有两个以上三级医疗圈），可看作区域医疗中心，主要作为对二级医疗圈的补充，向居民提供以高端先进医疗技术为主的住院医疗服务，以此形成了相互协同的三级医疗圈^[6]。此外，根据当时卫生服务体系的构建需求，日本将病床划分为精神病床、传染病床、结核病床以及其他病床，且《医疗法》中明确规定了不同等级和类型医疗机构的床位数以及不同类型病床必须配备的相应医务人员数量^[7]。为实现资源配置及宏观调控，日本政府对各医疗圈的发展规划主要是通过公式和区域历史诊疗量来推测合理的床位数量以及各类病床间的比例。

（四）细化各级医疗圈内医疗机构功能定位

随着日本经济的快速发展以及人口老龄化的加速，日本政府逐渐关注老龄化社会对医疗卫生领域带来的影响，在第二次《医疗法》的修订过程中，进一步对各级医疗圈中的机构进行功能上的细化，主要体现在原有医院功能分类基础上增加了特定机能医院和以疗养病床为主的康复医院。特定机能医院主要限定在大学附属医院和国有医疗研究机构，因其职能定位为接收由其他医院或诊所转诊来的疑难重症患者，且转诊率不得低于 30%，因此该类医院一般没有门诊服务，提供服务也是以高端先进医疗技术为主的住院医疗服务，同时还负责国际先进医疗技术的引进、开发和评价，以及高端先进医疗技术的研修和培训工作；而以疗养病床为主的康复医院则定位为接收需要长期疗养的慢性期患者，而非需要治疗的急性期患者。政府为支持这类康复医院和疗养型床位专门制定了相应的财政补助政策和医疗服务收费标准。随后又在第三次《医疗法》

修订中提出了区域医疗支援医院的医疗机构功能类型，定位其为原则上病床数不少于 200 张的医院，主要职能为提供带有上下转诊机制的医疗服务、区域内共享医疗资源和设备、提供急救医疗服务、以及医师培训和临床进修，进一步体现了整合医疗服务的概念。但由于在收费标准上并没有设定转诊的点数加成或其他鼓励政策，若未达到人员配置标准将被减少收费标准，且转诊率必须达到 80% 以上，因此区域医疗支援医院的数量增长较为缓慢^[3, 8]。

（五）以需求为导向的机构间整合协同机制

2001 年，日本政府对《医疗法》进行的第四次修订中，明确了要以地区需求为中心对医疗机构进行功能分化，包括加强区域医疗中心和社区医疗机构之间的协作能力，提高双向转诊率，并做好出院患者的转诊协调工作；强化社区医疗服务机构的能力建设，增强各类服务之间的无缝衔接，以家庭医疗为中心，加强急性疾病的向上转诊能力，以及强化社区医疗机构上门服务能力等。为此，日本厚生劳动省还将原来的其他病床拆分为一般病床和疗养型病床，以此对急性期住院患者和慢性期住院患者进行区分，并针对不同的病床属性制定相应的医护人员配置标准及医疗设备配置标准；且根据病床种类进一步将医院区分为以一般病床为主的急性期疾病医院、以疗养型病床为主的慢性期疾病医院和急慢混合的医院，以此倒逼医院管理者对医院未来长期发展方向做出明确规划^[8]。

根据三级医疗圈的职能定位，日本的医疗服务提供机构协同服务模式一般可分为两类，一是诊所与诊所间的转诊，因日本很多诊所的专科能力较强，诊所间会在区域内根据患者需求进行转诊；二是医院与诊所间的双向转诊，一般区域医疗支援医院和特定机能医院会成立“病诊转诊室”或“区域医疗转诊室”，设有传真、电话和网络平台供患者进行预约、

转诊^[5]。而在医疗和照护协同方面，日本的照护服务在经过近 20 年的发展后，已基本和医疗服务机构间形成了养老—护理—医疗无缝衔接的服务提供模式。一是服务人员，日本厚生劳动省对照护服务人员进行了细致的分类，包括医师、（助理）护士、社会福祉士、照护支援专门员、言语听觉士、理学疗法士等多种学科，职责清晰，分工明确，这也促使日本照护服务均由多学科服务团队提供。根据实地调研可知，照护服务机构（上门或养老机构）除却本身聘请有全职或兼职的卫生专业人员提供相应医疗护理服务外，大多还与地区医疗机构签有协议，当机构服务的老年人一旦发生医疗需求，可直接进行诊疗或入院，等身体情况平稳再回到养老机构或家中。二是服务内容，照护等级确定后，就需要针对该申请人制定其个人照护计划，在制定照护计划时，申请者及其家属需全程参与，共同协商制定。由于机构本身多为多学科服务团队，因此在照护计划制定和服务提供上，均以服务对象的需求为中心，形成了医疗护理服务和养老服务之间的无缝衔接（见图 1）^[9]。

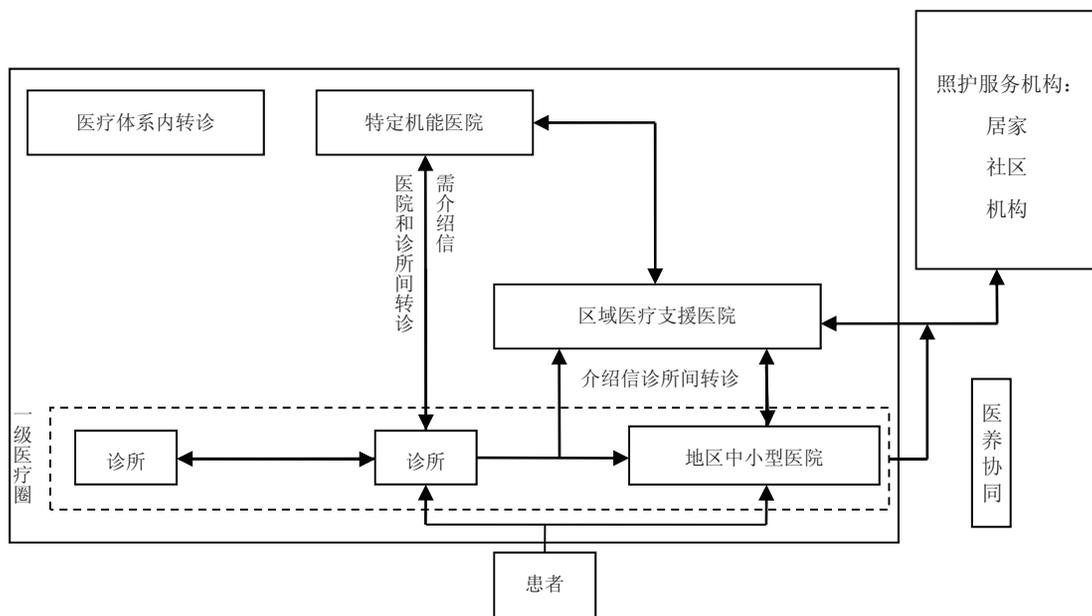


图1 日本各级机构间转诊示意图

（六）与整合型医疗服务模式相符的供需方支付机制

为保证各级医疗圈能够切实履行自身职能，日本医疗保险在点数报销方面对供需双方均设有一定的激励约束机制，以引导供需双方的医疗服务和就诊行为，避免医疗卫生资源浪费。

1. 医疗保险报销政策鼓励患者在一级医疗圈就诊

日本医疗保险对患者的报销政策上，除急诊患者外均需凭借一级医疗圈中诊所医生的介绍信才能到上一级医疗圈进行治疗，若患者直接前往上级医疗圈就诊，不仅将自行承担全部的医疗费用，还需缴纳额外的医疗服务费，一般为 3000 ~ 5000 日元（随医院级别而不同），且多数上级医院不接受此类门诊患者。由于日本医疗保险报销比例较高，且医疗费用昂贵，因此通过这一机制促使患者前往一级医疗圈进行初诊。

2. 通过收费标准激励约束医疗机构服务行为

在医保点数激励方面，为更好地落实《医疗法》修订中对医疗机构功能细化的要求，医疗服务收费标准也会做出相应的调整。如一家医院若能够达到区域医疗支援医院的 14 项规定标准，则每年可以获得来自政府的大量财政专项补助以及医疗服务价格点数的加算。这 14 项规定即是法律对区域医疗支援医院职能的定位，其中便包括双向转诊率，要求初诊患者中凭借介绍信转诊而来的患者比例达到 80% 以上，或向上转诊比例达到 60% 且向下转诊比例达到 30%，或向上转诊比例达到 40% 且向下转诊比例达到 60%^[5]。此外，即使未能达到区域医疗支援医院的标准，只要符合医保点数对机构服务提供的加算标准，也可以获得相应的服务加算项目点数^[4]。而由于日本医疗服务收费全部以点数计算，只要满足规定标准即可对相关项目进行叠加加算，通过点数设定引导服务供方自发的进行服务提供模式的调整。

在医保点数约束方面，《医疗法》在设定之初即明确规定了不同类型、级别的医疗机构应配备的人员、床位和设备等的数量和比例，其中包括

床位与医务人员的配备比例等^[1]。若医疗机构在开业后由于人事变动或其他特殊原因难以保证该比例，则拥有一定的过渡期，若未能在过渡期内重新调整配置以符合标准，则所有的服务在点数计算时都将被进行减算，以此确保服务提供机构所提供的服务水平，同时也限制了医疗机构规模的无序扩张^[10, 11]。

二、日本整合型医疗服务提供体系未来的发展趋势

（一）构建区域整合型保健医疗福利圈

由于日本预防保健、医疗和照护三个体系在资金来源和管理上相对独立，虽然已经建立了较为完善的转院机制并不断加强医疗和养老、医疗体系内机构间的协同整合，但仍然存在部分资源的重复和浪费，为了更好地整合同一层面的相关社会资源，提高资源利用效率，日本厚生劳动省目前正致力于加强各地保健、医疗、社会福利一体化的综合规划，将区域卫生规划与区域老年人保健福祉规划整合推进，落点在构建和调整二级医疗圈，使其转型为二级保健医疗福祉圈。同时，日本政府目前正致力于将医疗服务和照护服务进一步整合，并鼓励和逐步将服务重心由机构向居家转变，最终形成集保健、医疗、康复、家庭访问、家庭照护、社会福利一体化、区域化的整合型服务模式。具体来说，为推进医疗和照护服务提供体系的综合协同服务能力，日本政府于2014年颁布《医疗照护综合确保推进法》，其中明确提出建立病床机能报告制度，即要求医疗机构定期向政府部门报告病床机能和未来的机构发展规划方向，都道府县根据上报病床机能结合当地区域医疗需求和未来预测对区域医疗卫生服务体系进行长期规划。2016年，日本政府首次对2025年的全国病床量进行了规划，预计将从2016年的133.1万张下降到2025年的119.1万张，主要是大幅缩减急性期病床和慢性期病床，增加康复床位和家庭病床（包括照护机构床位）。

（二）加大区域内各级财政专项投入保障

根据厚生劳动省目前发布的相关文件显示，为形成这一整合型综合服务提供体系，除却提升区域整体服务需求测算和发展规划能力，已从法律层面制定了新的综合确保方针和区域医疗照护综合财政补偿制度，在各都道府县层面设立区域医疗照护综合确保基金。该基金在医疗领域主要用于进一步保障相关从业人员的收入和培训，细化病床功能分类和不同医疗服务之间的协同，推进居家医疗的相关事业；同时在照护领域主要用于区域密集型服务等照护服务的重点支持和投入，以及照护服务从业者保障等相关事业。2015年，包括都道府县财政补偿额在内，医疗领域共计投入904亿日元，照护领域共计投入724亿日元，而2016年和2017年的投入金额基本维持这一水平不变。此外，2015年日本政府推出“向着1亿活跃人口的社会迈进，照护人员零离职目标的实现”系列相关措施，获得各级财政补充预算投入共计1561亿日元。

（三）推进多学科医疗团队建设

除了加大各级财政补偿力度外，日本政府也非常重视人才培养和医疗质量的提高，尤其是多学科医疗团队的建设工作。日本政府多次召开“多学科医疗团队推进研讨会”，明确目前日本在组建医疗团队过程中，较为缺少的专业技术人员和专业技术手段，并将此作为下一步相关工作的重点^[12]。

三、日本整合型医疗服务体系构建特色及启示

日本整合型医疗服务体系从构建过程来看，是对特定社会背景下医疗服务提供体系突出问题的及时调整和完善。对当前这一服务提供体系进行归纳分析，可总结为以下两点：一是具有双向性，即同时从供需双方的利益出发，通过点数加成和医保报销的激励约束机制，在宏观层面引导供需双方的服务行为和就诊行为，并形成医疗服务提供机构和患者

间的双赢关系；二是具有兼顾普遍性及特异性，即放权给地区行政管理机构，不同层级的行政管理部门职责明确，国家仅负责修订法律及明确基本方向，由各级行政管理部门根据地方实际需求制定规划和未来模式构想图，因此在基本服务模式相似的前提下不同地区的医疗服务提供体系特点不尽相同，既有医疗服务体系的纵向整合，也有医疗卫生服务机构、养老机构和社区服务平台等横向整合^[13]。

日本与我国同为东方文化，人口老龄化程度较高，且同为社会保险体系，对日本整合型医疗服务体系实践经验及服务模式进行梳理，以期为我国整合医疗服务体系提供参考。

（一）加强政府在医疗服务体系发展中的宏观主导作用

近年来，整合医疗的概念逐渐在我国获得关注，特别是在医疗联合体（以下简称“医联体”）建设方面，国家层面多次发文指出医联体建设是推动建立合理有序分级诊疗模式的重要内容，在明确4大类医联体建设模式的基础上^[14]，更进一步要求所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医联体建设^[15]。但由于我国幅员辽阔，不同地区经济、文化、医疗资源等差异较大，对于整合医疗服务模式仍处于地方试点阶段，且由于各地政策差异较大，当前尚未建立起具有较大推广性的服务模式可供全国借鉴。日本地形狭长，南北差异较大，日本在构建整合型医疗服务体系的过程中对各级政府的角色定位非常明确，中央政府在规划、审批、监管等方面放权地方政府，重点推进卫生体系立法和法律修订，明确医疗服务体系中各级各类服务机构的定位、准入标准、业务范围等，通过法律推动医疗服务体系改革，同时明确相关罚则，使所有医疗服务体系中的利益相关方行为均有法可依。

（二）以需求为依据提升各地方政府的区域卫生规划能力

日本医疗服务体系无论是医疗资源床位、医保筹资标准或医疗服务

项目点数单价，均离不开对历史数据的分析和对未来一段时间相关数据的测算，因此日本的区域卫生规划也是在地区人口、经济、健康需求等因素的测算基础上形成，符合区域现实需求。我国当前各级政府在设立区域发展规划时，相关发展指标的制定或区域卫生资源配置标准没有明确的测算依据，在实际推进过程中可能遇到瓶颈，导致规划目标难以实现。我国可借鉴日本，加强对区域大数据的挖掘和应用，科学合理规划地区发展目标，重点强化社区层面的机构网络服务体系，整合并统筹利用社区各方面资源，形成综合型社区支持网络平台，同时设立更加严格的规划考核机制，扩大考核结果应用范围，对于未能按照规划要求完成相关目标的地区进行整改和网上结果公示，确保各级规划能够切实落地。

（三）加强政府部门间政策协同能力

我国当前各地试点的医联体建设，除了要有共同的发展理念和统一的管理体制外，更多的是以医保为抓手，建立针对整个整合型医疗服务体系的激励约束机制^[16]。日本与我国同为社会保险体系国家，医保是医疗服务机构的最主要收入来源，而有别于我国的行政组织架构，日本由厚生劳动省来负责全国与医疗卫生领域相关的所有事务，因此在医疗服务体系改革中能够及时出台与改革目标相符的配套医保支付政策，以此确保政府能够通过医保来宏观调控整个医疗服务体系供需双方的行为。由此可知，提升医疗和医保的政策协同性，加强两个部门间的联动机制在整合型医疗服务体系中具有重要的地位，通过对双向转诊率、医联体外医保支付比例、医联体内基层医疗服务机构医保支付比例等指标的评估给予医疗服务机构适当奖惩，能够提高资源配置和利用效率，保障供需双方的利益。

（四）通过完善多学科团队服务模式提升服务水平及效率

为了提高服务机构的服务水平和效率，无论是在医疗领域还是在长

期护理领域，日本均非常重视多学科团队的服务方式，主要根据机构性质和病床规模配备不同比例的卫生技术人员，最常见的即医生和护士，其他还包括药师、康复师、诊疗放射线技师、临床检查技师等专业技术人员。通过多学科团队合作提供服务可以减少服务使用者在不同科室间往返的时间，更加科学的制定诊疗或护理方案。我国目前在家庭医生制度中开展的家庭医生团队服务即是一种多学科团队服务模式，以全科医生为中心，通过团队内部的合理分工，以协作的方式提升业务水平，提高工作效率。但通过对需方就家庭医生团队服务开展的体验调查可知，当前的家庭医生团队未能满足部分服务使用者的实际需求，特别在心理疏导、社会资源链接等方面。由此可知，虽然我国已逐渐开始引入多学科团队服务模式，但服务尚存有缺失环节，除却进一步整合相应学科进入团队中外，还应在服务过程中加强对需方实际需求的关注。

参考文献

- [1] 日本厚生劳动省. 医疗法[EB/OL]. [2018-02-23]. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc? dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1.
- [2] 日本厚生劳动省. 医疗设施调查[EB/OL]. [2018-02-23]. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files? page=1&toukei=00450021&tstat=000001030908>.
- [3] 孟开, 张玲. 日本医疗法的五次修改与医院管理[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26 (5): 397-400.
- [4] 张莹. 日本医疗机构双向转诊补偿制度的经验与启示[J]. 中国卫生经济, 2013, 32 (4): 93-94.
- [5] 顾亚明. 日本分级诊疗制度及其对我国的启示[J]. 卫生经济研究, 2015 (3): 8-12.
- [6] 梁颖, 汝小美, 宋冰, 等. 日本预防保健体系对我国构建家庭保健体系的启示[J]. 中国计划生育学杂志, 2013, 21 (3): 155-160.
- [7] 孟开. 从日本第四次医疗法的修改看医院病床分类[J]. 国外医学, 2004, 21 (3): 120-126.
- [8] 厚生劳动省. 医療法等の一部を改正する法律等の施行について[EB/OL]. [2018-02-23]. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc? dataId=00ta3792&dataType=1&pageNo=1.
- [9] 丁汉升, 王常颖, 杜丽侠, 等. 上海市医养结合体系建设研究[R]. 上海: 上海市卫生和健康发展研究中心, 2017.
- [10] 厚生劳动省. 平成28年度診療報酬改定のページ[EB/OL]. [2018-02-23]. <http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/kaitei/doKaitei28/>.

- [11] 曹原. 诊疗报酬撬动医疗体制改革[J]. 中国医院院长, 2016 (5) : 22-23.
- [12] 厚生劳动省. 平成29年版厚生労働白書—社会保障と経済成長—[EB/OL]. [2018-02-23]. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/>.
- [13] 张莹, 邵静, 丁海云. 日本整合型医疗卫生服务体系构建的经验与启示[C]. 中国卫生政策研究论坛, 北京, 2012.
- [14] 国家卫生和计划生育委员会. 《国家卫生计生委关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》(国卫医发〔2016〕75号)[EB/OL]. [2018-02-23]. <http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s3594q/201701/4a39ec35c70a4899b3e415b51e821464.shtml>.
- [15] 国务院办公厅. 《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32)[EB/OL]. [2018-02-23]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm.
- [16] 李芬, 王常颖, 陈多, 等. 基于国际经验的整合卫生服务体系关键路径探索[J]. 中国卫生资源, 2018, 21 (6) : 533-539.

(责任编辑: 张苹)

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有、医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫健委相关司局，国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心；各省市卫健委规划发展处、财务处、政策法规处；上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫健委委领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫健委主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整（包括中文摘要 200 字左右，关键词 3～5 个、正文等），论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

4. 文稿中摘编或引用他人作品，请按《中华人民共和国著作权法》有关规定在参考资料中标明原作者姓名、作品名称及其来源等。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 2 本。不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市建国西路 602 号 邮 编：200031

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从网站查阅和下载）

联系人：张苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处

国家卫健委相关司局

国家卫健委卫生发展研究中心、国家卫健委统计信息中心

中国医学科学院医学信息研究所

美国中华医学基金会合作项目单位

上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门

各省市卫健委政策法规处、财务处

上海市卫健委委领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫健委

相关医疗卫生单位

全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China