

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

整合医疗服务
2023 年 第 5 期
(总第 128 期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2023 年 9 月 15 日

编者按 本期关注整合医疗服务中的服务流程优化。通过专题研究，分析我国脑卒中患者康复服务的供给现状，识别我国康复转诊存在的问题，基于国内外经验提出进一步优化脑卒中康复转诊的对策建议；介绍上海市普陀区利群医院提升急性缺血性脑卒中早期再灌注诊疗能力的实践，为其他医疗机构脑卒中专病建设提供参考；介绍我国香港和台湾地区出院准备服务并进行总结和评价，为我国出院准备服务的探索提供借鉴。他山之石版块，分析典型国家和地区慢性病患者出院支持发展现状和问题，提出我国发展慢性病出院支持的政策建议；介绍英国整合型健康服务模式的发展经验，并就我国出院支援服务的发展展开讨论；研究日本出院支援服务体系的有关做法及存在的问题，为我国优化医疗服务服务流程提供参考和借鉴。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 128 期)
2023 年 9 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
上海市肇嘉浜路 789 号
邮编: 200032
电话: 021-33262061
传真: 021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 闻大翔
陆韬宏
主 编: 胡善联
副 主 编: 陈 霆
金春林 (常务)
丁汉升
许明飞
编辑部主任: 信虹云
责 任 编 辑: 张 苹 信虹云
编 辑 组 成 员: 楚玉玲 周 娜
刘海燕 王 琪
杨亚州
校 对: 汪 丽 吴延梅

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量: 700 本

目 次

专题研究

我国脑卒中患者康复转诊现状和对策建议

..... 朱碧帆, 陈 多, 张 娟, 等 (1)

提升急性缺血性脑卒中早期再灌注诊疗能力的实践

——以上海市普陀区利群医院为例

..... 吴 颖, 李梦帆, 何再明, 等 (9)

我国香港和台湾地区出院准备服务概述及启示

..... 万铃珊, 郑亚楠, 陈 多, 等 (19)

他山之石

慢性病管理中出院支持在典型国家的现状与问题

..... 陈玉倩, 陈 多, 朱碧帆, 等 (24)

基于英国整合型健康服务模式对我国出院支援服务探索的思考

..... 朱卓辉, 陈 多, 杜丽侠, 等 (34)

日本出院支援服务体系及其对我国的启示

..... 陈 多, 杜丽侠, 万铃珊, 等 (43)

征稿启事

《上海卫生健康政策研究年度报告 (2023)》约稿函

..... (55)

征稿启事..... (58)

我国脑卒中患者康复转诊现状和对策建议

朱碧帆¹ 陈 多¹ 张 娟² 李 芬³ 金春林¹

【摘 要】 文章基于文献综述、专家访谈,分析我国脑卒中患者康复服务的供给现状,识别我国康复转诊存在的主要问题;基于国内外经验,提出进一步优化脑卒中康复转诊的对策建议,进一步推动脑卒中诊疗服务的转移接续、提升防治效果、改善患者健康结果。

随着我国老龄化和城市化进程的加快,以及不健康生活方式的影响,居民心脑血管疾病危险因素普遍暴露。据估算,我国现有心脑血管疾病患者 3.3 亿人,其中脑卒中患者 1 300 万人。2017 年全球疾病负担研究显示,脑卒中已成为我国死亡以及生命年损失的首要原因。

脑卒中会引发各种功能障碍,包括认知功能障碍、运动功能障碍、吞咽及言语功能障碍等。在我国,约 75% 脑卒中患者遗留不同程度残疾。精准有效的康复是降低脑卒中致残率,帮助患者恢复和维持身体功能、提高身体活动和社会参与能力、促进社会融入、改善生活质量的关键。然而,目前我国脑卒中患者接受康复服务的比例仍处于中等偏下水平。课题组前期研究结果显示,上海市某区缺血性脑卒中患者接受康复服务的比例仅为 13.58%,而在加拿大安大略省这一比例达到 35.00%。

基金项目:上海市卫生健康委员会科研项目:基于大数据的心脑血管疾病康复体系优化策略研究(项目编号:20224Y0101)

第一作者:朱碧帆,女,助理研究员

通信作者:金春林,男,研究员,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(上海市医学科学技术情报研究所),上海 200040

2.复旦大学公共卫生学院,上海 200030

3.上海市卫生健康委员会财务管理事务中心,上海 200125

一、我国脑卒中康复服务主要模式

(一) 康复服务主要模式

我国在脑卒中康复服务方面探索了多种模式，主要包括：开展早期康复训练、组建康复医联体、构建多元康复体系以及开展远程康复服务。各种康复模式的主要内容和优势见表 1。

表 1 我国脑卒中康复服务主要模式

康复模式	服务内容	主要优势
开展早期 康复训练	早期系统化康复训练、运动疗法、强制性运动疗法、减重平板运动疗法、肌电生物反馈电刺激等	促进神经功能恢复、脑功能重塑；改善患者身体功能和生存质量，延长生存期
组建康复 医联体	三级医院早期治疗，保存患者功能；稳定期整合社区资源，结合慢病康复与二级预防；组建身体、心理、语言等多学科护理团队；开展专业化、专科化治疗，制定二级预防目标、慢病康复计划	促进功能恢复，提高患者自我管理能力；降低心脑血管事件发生率和死亡率；稳定患者心理，减少负性情绪的发生
构建多元 康复体系	提高家庭认知和重视，开展康复期患者家庭干预—护理服务；多元主体参与社会救助，由政府、社会组织、企业、个人等发起康复管理服务	提高患者生活质量；预防并发症和心理疾患
开展远程 康复服务	互联网+康复服务、基于网络的视频指导技术、虚拟现实技术、远程康复训练机器人、家庭康复物联网	改善医疗资源分布不平衡，提升康复训练依从性，实现闭环康复服务

在所有的康复模式中，组建康复医联体成为整合上下级医疗机构资源、提升患者诊疗连续性的主要方式（见表 2）。

表2 我国部分地区康复医联体实践

地区	年份	组织架构	覆盖范围	组织管理	转诊流程	筹资机制
北京	2016	2家康复医学特色医院+12家三级医院	脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等8类病种	医院间签署《北京市属医院康复患者双向转诊协议书》	三级医院患者病情稳定后，经评估可自愿转诊至2家康复医院之一。转诊后如遇病情变化，经会诊确需转诊的，可通过绿色通道转回原医院。	北京市政府为民办实事项目
上海	2017	新华医院+第一康复医院	有康复需求的患者	—	患者出院前3天提出康复需求，床位医生与康复医生会诊，符合要求的开通转诊绿色通道，若病情出现反复可通过转诊途径返回新华医院	—
广州	2012	广州医科大学附属第二医院+海珠区第一人民医院	—	广州市卫生局下发《广州市康复医疗服务双向转诊工作试点方案》	规范各项转诊制度，确立转诊关系、签订转诊协议	省重点专科建设项目配套经费50万元/年
深圳	2014	市属医院+康复医院	脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等8类病种	市医管中心下发《关于在市属医院实施康复患者双向转诊工作的通知》	康复医师与市属医院会诊，符合条件的患者提供转运服务，市属医院提出后续康复治疗方案	可使用长期医疗护理保险报销
郑州	2013	郑州市中心医院+郑州市康复医院	脑卒中患者	郑州市康复医院并入郑州市中心医院，组建分院	神经内科/外科治疗—康复分治疗—社区康复治疗/家庭康复	—

备注：“—”表示无相关信息。

（二）康复转诊情况

郑州、广州的实践表明，及时接受康复服务的患者平均住院天数及平均住院费用均低于未接受康复服务的患者。但在实践过程中常出现“转上容易转下难”的“单向转诊”局面。2013年四川省的一项研究显示，四川省人民医院1年内需转到社区卫生服务中心接受康复治疗的患者共有2 635例，其中成功下转的50例，仅占1.88%。制约急性期出院后患者获取康复服务的主要因素包括：①政策因素：配套保障政策（转诊宣传力度不够）；②制度因素：基本药物制度（康复机构药品配备问题）、医保覆盖、政府财政投入；③机构因素：转诊标准和流程、康复机构人

员 / 诊疗能力不足、转诊机构间缺乏互信、转诊通道平台、利益责任分配、考核监督机制；④个体因素：患者转诊意愿。2017 年北京一家三级医院的研究表明，近半数有康复治疗需求的脑卒中患者选择再次入住该院神经内科，而非转入康复专科医院，服务内容以护理照料及维持性治疗为主。这也揭示了我国大部分地区综合医院康复科超负荷、康复专科医院及社区医疗机构缺病源的矛盾。

二、优化脑卒中康复转诊的国际经验

在促进患者获取康复服务方面，部分国家重点针对有明确临床证据的病种（如脑卒中）开展探索和实践。

（一）加大筹资力度

为优化脑卒中康复转诊体系，各国纷纷采取不同举措。例如，加拿大多伦多市通过提高对康复类机构的资金投入，提升脑卒中康复服务的可及性。2014—2015 年，加拿大共有 200 万加元的资金（以及相关绩效指标）从治疗性机构重新分配至康复机构。通过这一举措，加拿大获得住院康复和门诊康复服务的患者分别比上年增加 21% 和 37%，平均等候时间为 9 天。

（二）优化医保支付

美国和日本均通过医保支付方式的设计，优化康复服务分级诊疗制度。日本的康复医疗按照单位和点数收费，每治疗 20min 计 1 单位，在社区康复设施中，1 单位计 100 点，治疗费用为 1 000 日元，而在规模较大的综合康复设施 1 单位计 235 点，治疗费用为 2 350 日元。医疗保险按照疾病程度分配总的点数，通过这一政策鼓励患者选择社区机构进行长期康复治疗。美国则针对康复服务开展基于功能相关分组（Functional Independence Measure-Function Related Groups, FIM-FRGs）的医保预付制，在这一模式下，患者被分入不同的功能相关分组中，并

根据独立功能量表评估每组患者的功能障碍水平、年龄和并发症分级，测算康复费用标准，给付依据为患者的功能改善情况。这一模式促使医院更加关注功能恢复，满足患者不同层次、不同治疗阶段的医疗需求，促使康复期患者及时、主动获取康复服务。

（三）建立转诊规范

澳大利亚新南威尔士州通过制定标准化转诊表格、制定转诊标准、根据患者康复潜力对康复服务进行评估、加强等候名单管理、制定与患者及其家属有效沟通的标准等手段提高患者转诊至康复服务机构的效率。

研究认为，制约患者获取康复服务的因素包括：①医师因素：缺乏转诊相关专业知识；②系统因素：转诊等候时间过长、转诊服务无法报销；③个人因素：转诊意愿低、转诊服务难以获取、缺乏转诊相关信息。美国的研究者从循证角度出发，总结了在优化脑卒中康复转诊、提升康复服务可及性方面可采取的举措（见表3）。

表3 美国优化脑卒中康复转诊的举措

举措	含义
住院自动转诊系统	对于符合转诊条件的患者，康复转诊作为电子病历系统中的自动订单执行
住院联络人制度	联络或指导符合转诊标准的住院患者，在转诊过程中对他们进行教育和指导
住院自动转诊系统 + 住院联络人制度	以上两种举措混合
限制或取消康复服务个人自付部分	通过与保险部门协商，限制或取消康复服务个人共付或自付部分
纳入居家康复选项	基于协议、由护士管理的居家康复服务，向中低风险的居家患者提供
增加康复服务时间弹性	增加康复中心营业时间的灵活性，增加清晨、中午、下班后和周末的营业时间
出院前提前建立门诊预约	住院工作人员和电子病历系统在出院前12天内为符合条件患者进行门诊康复登记
在质量评价系统中纳入康复转诊指标	在系统的质量改进计划中评估、报告和执行康复转诊

三、我国脑卒中康复转诊存在的主要问题

（一）康复资源总体数量不足

根据《中国卫生健康统计年鉴 2022》，2021 年上海市康复医学科床位共 7 675 张，占全市医院床位数的 5.38%。此外，我国康复医学起步较晚，康复专业人才短缺严重，学历层次偏低，造成康复服务不足的问题。有康复需求的患者中仅 16.70% 能够获得相应的服务，大量脑卒中患者的后期治疗不能及时下转，进一步造成大医院床位紧张，也造成患者功能恢复不理想，影响其健康状态。

（二）基层康复服务能力有待提升

多数患者在医院接受急性期救治后，需要长期坚持康复，以维持训练效果。然而，基层医疗机构人员配备及设备不足，缺乏专业指导，再加上基层医疗机构未建立有效的评估手段、训练监测不规范等，导致患者难以获得长期合理的康复服务。

（三）康复功能评估标准尚未规范

脑卒中涉及到的功能评估方法较多，不同医疗机构采用的量表千差万别，缺乏统一的评估标准。脑卒中的功能评估是脑卒中康复的重要内容和前提，对康复治疗目标、康复治疗方案起着指导作用。然而，脑卒中患者的功能评估涉及到认知功能、吞咽功能、运动功能、日常生活能力、言语功能等多个维度。各维度涉及到的评估方法、评估量表众多。例如，神经功能可用美国国立卫生研究院卒中量表（National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS）评分来评价；日常生活能力可用日常生活活动（Activity of Daily Living, ADL）评分、改良 Barthel 指数（Modified Barthel Index, MBI）、Frenchay 活动指数（Frenchay Activities Index, FAI）等进行评价；肢体运动功能可采用简化 Fugl-Meyer 运动功能评价

量表（Fugl-Meyer Assessment Scale, FMAS）进行评价。一项针对社区构建的脑卒中康复准入和准出标准中，就包含 11 个一级指标、20 种评估量表。由于缺乏统一的评估标准，针对脑卒中患者的康复诊疗流程和规范尚未建立，医师多靠私人关系将存在功能障碍的患者推荐到附近的康复医院。此外，脑卒中康复服务的内容和规范并未很好地界定，从事康复服务的人员存在职责不清、服务内容方式没有统一标准等问题。

（四）信息技术的支撑不足

脑卒中患者康复期间需要有效的长程监护和及时的科学诊断。然而，康复机构缺乏有效的在线监测、辅助诊疗等技术手段，接诊数量、服务能力无法满足社会需要。

四、优化脑卒中康复转诊的对策建议

（一）加强人员培训，扩大服务供给

脑卒中康复是一个缓慢渐进、以目标为导向的过程，通过康复医师、物理治疗、作业治疗、言语治疗、康复护士、心理理疗师、假肢矫形师、社工及家属（包括患者）等多学科团队协作共同提高患者的生活质量。建议健全社区康复体系，重视康复专业人才的培养。加强医疗、人力资源和社会保障部门的跨行业联合、多学科合作，针对社区护士、全科医师、康复医师进行职业培训，使其能够制订相关的科普计划，为社区居民普及脑卒中预防和治疗措施，以及为脑卒中患者提供肢体功能训练、语言训练、生活活动训练、认知训练、心理康复和健康教育等全面管理和系统康复。

（二）优化管理流程，加强机构协同

一方面，完善康复疗效评判指标。脑卒中的康复评价不应仅局限于神经系统症状和功能性结局，还应包括心理、生理和社会功能。可参考世界卫生组织开发的国际功能、残疾和健康分类（International

Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)。作为全球通用的关于功能和残疾分类的术语、分类和编码标准,该分类方案已广泛应用于脑卒中患者的功能评定、康复需求确定、康复干预方案制定和干预效果评价的过程,使不同地区、机构开展的脑卒中康复服务横可比。除了可量化、可操作的脑卒中疗效评估标准以外,还需要服务内容、质控体系以及绩效考核体系的构建,不断优化脑卒康复服务体系的管理流程,降低脑卒中复发率,提高患者生存质量。

另一方面,加强机构间协作。脑卒中管理涉及二级预防、复发救助、康复、治疗、护理等诸多环节,需要综合医院、专科医院、疾病预防控制中心机构、基层医疗卫生机构、康复护理机构和健康教育机构等共同参与。建议组建包含脑卒中专科医生与家庭医生在内的多学科协作团队,全科医生在专科医师的培训指导下参与到对回归社区的脑卒中患者的复发预防用药指导、健康教育以及指导其家庭开展康复及护理。

(三) 加强信息化支撑,发展远程康复

目前,我国远程康复主要依托互联网、虚拟现实技术、机器人辅助康复技术、无线可穿戴技术等。远程康复在我国尚处于起步阶段,仍有较大的发展空间。远程康复服务以智能化远程设备为主导、医务工作者灵活参与,其组成包括既往患者治疗大数据、康复医学技术提炼和人工智能的成熟运用,集多种服务于一体,利用互联网对各类康复数据进行整合,医务人员通过包含有智能算法的远程康复设备完成远程康复治疗,可改进传统康复服务模式,提高康复服务效率。

(责任编辑:信虹云)

提升急性缺血性脑卒中早期再灌注诊疗能力的实践 ——以上海市普陀区利群医院为例

吴 颖 李梦帆 何再明 仝 霖

【摘 要】 文章以上海市普陀区利群医院为例，介绍该院以脑卒中专病建设为抓手，立足区域卒中中心，着重从“技术提升、模式创新、方案优化、流程改进”四方面关键要点，打造急性缺血性脑卒中早期再灌注治疗的“利群模式”，不断提升 AIS 整体救治能力，为其他二级综合性医疗机构脑卒中专病建设提供参考。

一、实施背景

急性缺血性脑卒中（Acute Ischemic Stroke, AIS）占脑卒中的 60%～80%，具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率的特点，严重威胁公众健康。研究显示，我国每年有超过 200 万的新发脑卒中及 100 万的脑卒中死亡患者，且有超过 1000 万的脑卒中后遗症患者，对国民健康安全以及社会经济负担均有重要影响。早期实施再灌注治疗，被证实是 AIS 最有效的治疗措施，但由于有严格的时间窗限制，需要多部门、多环节的配合，才能实现有效救治。因此，如何提升 AIS 急诊救治能力，尤其是在时间窗内提升脑卒中患者的再灌注治疗率，提高救治成功率，提升患者治疗效果，仍是目前研究重点。

基金项目：上海市普陀区卫生健康系统特色专病建设项目，（项目编号：2020tszb04）

第一作者：吴颖，女，副主任医师，上海市普陀区利群医院副院长

作者单位：上海市普陀区利群医院，上海 200333

自 2016 年原国家卫生和计划生育委员会办公厅出台《脑卒中防治综合工作方案》（国卫办疾控发〔2016〕49 号）和《医院卒中中心建设与管理指导原则（试行）》（国卫办医函〔2016〕1235 号）以来，卒中中心建设进入实践期。卒中中心主要分为高级示范卒中中心和初级卒中中心两类，其建设要点是由各级卫生行政部门为主导，以基地医院为依托，组织协调各级医院、基层医疗卫生机构和院前急救系统建立脑卒中救治工作网络，通过卫生资源的整合协调，以脑卒中救治为重点，着力构建双向转诊、上下联动的分级诊疗模式。其中，高级示范卒中中心承担区域内卒中诊疗、康复技术、远程指导和质控等职责，同时指导初级卒中中心（二级及以上医院）和基层医疗机构，与属地 120 等急救系统紧密合作，构建涵盖急性期救治、早期康复、二级预防、随访宣教、筛查干预指导等功能于一体的双向转诊顺畅的卒中救治网络体系。从卒中中心的组建性质来看，是一种“以患者为中心”的医疗管理模式，将医院神经内科、神经外科、介入科、急诊科、重症医学科、影像科、康复科等卒中相关学科进行整合，通过多学科合作对卒中专病开展高质量、全流程、标准化的诊疗与管理。

有学者对我国卒中中心建设开展调查研究后认为，目前卒中中心仍存在重视程度不够、救治流程与诊疗规范不完善、院内卒中绿色通道对接不畅通、多学科协作救治模式缺乏长效运行机制等诸多问题。此外，作为初级卒中中心，二级综合性医院在医疗技术、服务能力、流程模式、信息水平方面，均与三级综合性医院存在一定差距，如何切实发挥初级卒中中心功能，实现区域性医疗机构对于常见病多发病的“防治康”一体化职能，提升脑卒中救治能级，是医院管理人员必须思考的问题。

上海市普陀区利群医院（以下简称“利群医院”）是一所二级甲等综合性医院，地处上海市普陀区西北部，主要为长征、真如、桃浦三个街镇

近 70 万常住人口及 30 万流动人口提供医疗服务。医院于 2016 年成为中国卒中中心联盟单位，2021 年成为上海市区域性医疗中心之一。本文以利群医院为例，介绍医院立足普陀区临床重点专病建设，聚焦提高急性缺血性脑卒中救治质量，立足基层区域卒中中心，围绕早期再灌注治疗提升过程中“技术提升、模式创新、方案优化、流程改进”四方面关键要点开展建设，不断提升急性缺血性脑卒中的整体救治水平。

二、主要做法与成效

（一）技术提升——不断提高 AIS 救治水平

提高卒中中心的救治技术水平，特别是缺血再灌注治疗的技术是提升 AIS 救治水平的核心举措。当前，针对 AIS 患者，最重要的缺血再灌注措施是在救治时间窗内给予静脉溶栓或机械取栓治疗。利群医院在技术提升方面主要从两个方面进行。**一是**加强脑卒中救治人才队伍建设。由急诊医学科牵头卒中中心，聚焦“急诊医学科—神经内科—神经外科”融合型脑卒中技术服务团队的能力提升，尤其在原有静脉溶栓技术团队基础上，于 2018 年组建急诊脑卒中介入团队，并通过外引内育专业人才、投入专项经费扶植介入技术开展、获批神经血管介入技术诊疗资质等一系列措施，补足医院脑血管疾病诊疗能力的短板。经过 3 年的发展，医院目前具备独立开展四级神经血管介入及四级外周血管介入诊疗技术能力，救治血管范围涵盖颅内外。同时，基于医院泛血管疾病管理中心的建设，神经介入团队与心血管介入团队能够为心源性卒中患者提供“一站式”诊疗服务，提高救治效率。**二是**加强新技术研究运用。医院成为国家神经系统疾病临床医学研究中心网络分中心，研究应用新型溶栓药物注射用重组人尿激酶原治疗发病在 4.5 小时时间窗内的急性轻型缺血性卒中的患者；加入“脑血管病精准双抗行动”，推进脑血管病精准双抗治疗，优化双抗药物诊疗方案，并开展基于临床队列的 CYP2C19 基

因多态性对 AIS 患者血管再通治疗后复发风险影响研究，及基于可解释性机器学习的神经介入联合替罗非班对超溶栓时间窗急性缺血性卒中患者功能结局的预测模型等研究，力求提高脑血管再灌注率，降低复发率。

（二）模式创新——打造全流程 AIS 诊治体系

AIS 的缺血再灌注治疗具有明确的时间窗口，静脉溶栓技术和机械取栓技术对患者从发病及到院时间均有较为严格的要求，因此，除在医院内部构建完善的再灌注治疗体系外，如何打造完善的院前院内急救衔接体系，以便患者第一时间开展 AIS 的再灌注治疗，是基层卒中中心的重要建设内容。本项目采取的模式是借助信息化平台，打造“事前—事中—事后”贯通的全流程救治管理体系。

事前：利群医院借助上海数字化转型七大场景之一的“便捷就医服务”平台，依托 AIS 专病建设，将“智慧急救”应用于 AIS 救治绿色通道建设。通过“智慧急救”平台，实现“上车即入院”，脑卒中患者在 120 救护车转运中通过“5G”技术即时与卒中中心共享诊断信息，在救护车抵达医院前，卒中中心救治医师可通过车载摄像头等与随车急救医生进行协同救治，获取患者病情同时，还可与家属进行视频沟通，提前告知后续救治流程，提升患者与家属对救治技术的知晓率及认可度。另外，依托区域内医联体平台，组织 12 家社区卫生服务中心全科医生进行培训，提升科普能力，并在“世界卒中日”等重要节日开展卒中科普下社区活动。

事中：除了常规救治流程外，依托互联网信息技术，与高级示范卒中中心（上海市同济医院）实时远程专家协助体系对接。针对疑难病例，对患者进行再灌注治疗时同步邀请同济医院专家进行线上会诊，指导现场神经血管介入手术。其流程为：（1）接诊的本院急诊科医生通过互联网平台呼叫同济医院在线值班介入专家；（2）上传患者基本病史及影像

学资料；(3) 同济医院值班介入专家在线共同评估，并远程全程指导神经血管介入手术，避免由于转诊而导致的救治延误。

事后：将早期康复融入 AIS 的救治过程中。利群医院通过整合医学科、质管办、医保办、护理部、康复医学科、中西医结合科、中医科等科室力量，建立了院内康复服务管理中心。该中心的职能主要有：(1) 康复业务规划、新技术项目开展、中医康复融入、护理康复协同等方面的监督和管理；(2) 在康复医学科补全技术短板的同时，充分发挥中西医结合康复技术的实用性和普及性，促进“专科+康复”模式的构建与实践；(3) 开展基于特征集聚类的 AIS 患者血管内治疗后早期多学科分级康复路径研究等科研项目。通过该中心作用的发挥，不断提升脑卒中患者康复覆盖率，降低致残率。

(三) 方案优化——实施区域分级诊疗 AIS 救治方案

在新医改形势下，建立“小病在社区、大病进医院、康复回社区”的就医格局是优化医疗资源的一项重点任务。目前，分级诊疗存在的问题表现为基层卫生机构服务能力不足、医疗机构功能定位不明确、信息不能共享以及缺乏统一、有效的转诊标准和制度等容易导致不规范的医疗行为。

为切实做好区域内 AIS 的救治工作，利群医院以 AIS 专病建设为契机，与区域内高级示范卒中中心（上海市同济医院）脑血管介入专家、三家社区卫生服务中心的全科医生通过咨询、调研、座谈等多种方式，拟定了《急性缺血性脑卒中分级诊疗技术服务方案》。通过采取“全专联合”诊疗服务模式、确定服务目标、明确不同医疗机构服务内容、组建区域性全专联合救治团队、明确区域性技术服务路径（见图 1）、制定区域性技术服务标准、利用互联网实现介入手术在线会诊、使用管理工具持续改进流程等措施，不断提升 AIS 救治能力。《急性缺血性脑卒

中分级诊疗技术服务方案》作为 AIS 救治的“利群模式”，为不同医疗机构开展连续性诊疗服务提供参考依据和路径，对提高 AIS 患者抢救的区域化管理具有参考意义。

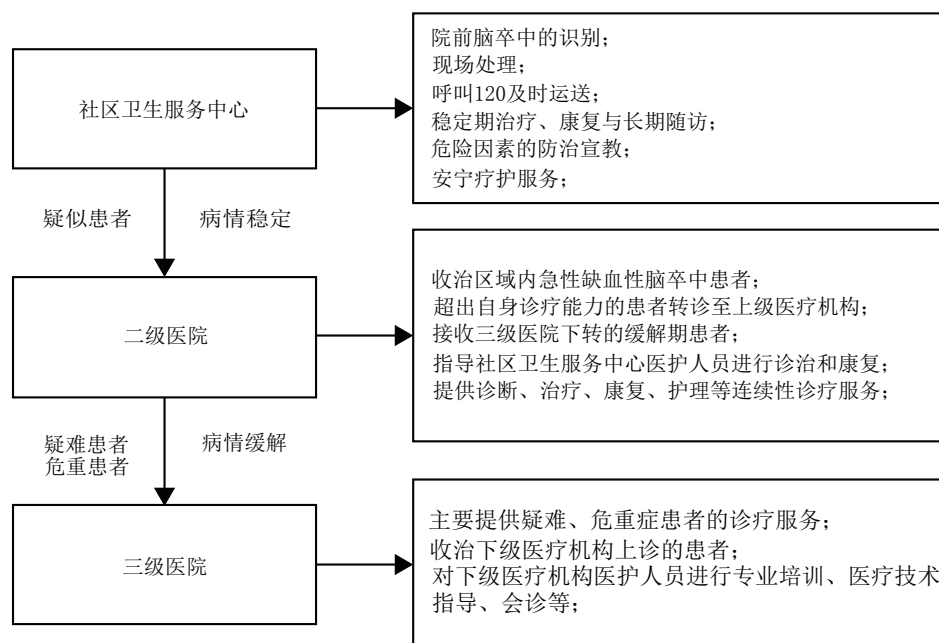


图1 区域性急性缺血性脑卒中患者分级诊疗救治路径

（四）流程改进——开展 HTRM 策略融入品管圈活动

医疗团队资源管理（Healthcare Team Resource Management, HTRM）模式是使用经过系统设计的方法与工具应用于跨部门的团队合作，以“领导、沟通、守望和相助”为原则，建立以提升患者安全、改善医疗品质为导向的医疗资源管理和应用策略。在具体实践中，利群医院脑卒中专病团队将 HTRM 策略融入品管圈（Quality Control Circle, QCC）活动体系中，在具体实施中贯彻 HTRM 的理念和方法，解决品管圈活动中识别的多学科协作难题，为 AIS 的及时、有效的跨部门沟通提供具体策略。

以计划 (Plan)、实施 (Do)、评估确认 (Check)、处理 (Act) 循环为导向，首先品管圈中进行问题识别的计划阶段，将“持续提高 AIS 患者有效再灌注救治率”的阻碍因素归纳为：（1）临床救治团队救治能力有限

和多团队协作意识不强，导致患者评估不全面、不规范；(2) 因资源受限，部分技术无法在本院开展，患者选择转院治疗。针对上述问题，利群医院结合技术引入和远程平台搭建的相关支撑，在品管圈活动实施阶段到评估确认阶段，多学科团队加强开展基于 HTRM 理念的培训与演练，提升多学科协作工作流程的实际应用能力（见图 2）。

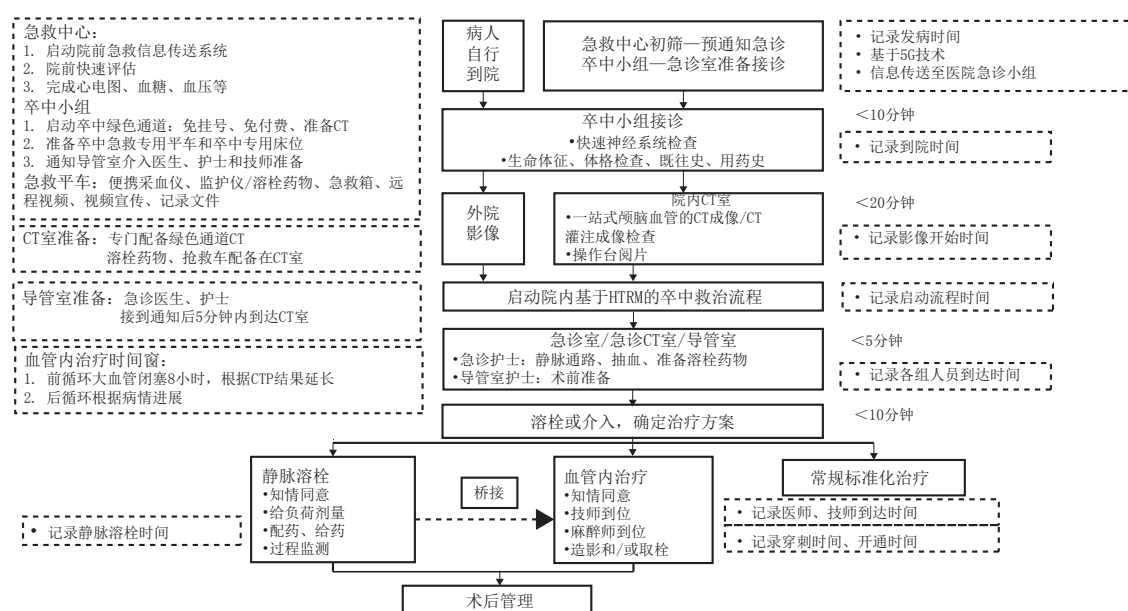


图2 基于医疗团队资源管理理念的急性缺血性脑卒中患者多学科协作救治流程

（五）能力提升——区域内 AIS 患者救治初显成效

自 AIS 专病项目建设以来，利群医院围绕急救时间窗内 AIS 再灌注救治率为核心，聚焦“技术提升、模式创新、方案优化、流程改进”四方面内涵建设，AIS 患者救治水平上得到显著提升，主要表现在：(1) 接诊的 AIS 患者再灌注治疗率由 2019 年的 38.46% 提升为 2022 年的 71.62%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；(2) 接受血管内治疗的患者的入院到血管穿刺成功时间（Door-to-Puncture Time, DPT）中位数由 121 分钟下降为 66 分钟；其中，DPT ≤ 90 分钟国际标准时间的比例由 40.0% 上升到 64.15%，差异具有统计

学意义 ($P < 0.01$)；(3) 在 HTRM 策略融入专病团队 QCC 圈活动中，专病 24 位团队成员在领导、沟通、守望、互助 4 个维度的核心能力自评、他评均显著提升，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。AIS 专病建设三年间，由于疫情防控的相关要求，患者转院存在一定难度，因此医院急诊科医护人员通过开展品管圈活动，依托普陀区医联体，与同济医院介入科合作，应用信息化平台进行线上会诊与手术指导，减少患者由于转院导致救治时间延误的同时，力求手术方案的同质化，该品管圈项目获得第八届全国医院品管圈大赛急诊专场三等奖。利群医院“学科与技术共融合，促进脑卒中诊疗能力提升”在 2022 中国健康大会上被推荐为“2022 公立医院高质量发展（县域）典型案例”。

三、思考与建议

AIS 的救治已成为重大的公共卫生问题，众多研究已经证实，AIS 患者的缺血时间越长，神经细胞损害越多、功能损伤越重，预后越差。早期打通血管，进行有效的血管内治疗，促进再灌注，挽救缺血半暗带是最直接、重要的治疗方法。当前，我国仍有近 80% 的 AIS 患者不能在发病 3 小时内到院，98% 的患者不能在黄金时间内进行静脉溶栓治疗。利群医院聚焦基层卒中中心建设，突破传统学科划分和科室壁垒，以 AIS 专病建设为抓手，构建跨部门、跨学科、跨机构的协同救治技术体系，优化多科室协同运行机制，有效提升了 AIS 早期再灌注治疗质量。但同时，区域内 AIS 救治仍存在信息支撑不够完善、人才队伍不够齐全、激励机制不够多样等问题。

（一）建立标准化、同质化的患者信息共享数据库是提升区域内 AIS 救治能力的基础

与以往的专科诊疗模式相比，脑卒中防治的专病服务模式：**一是**涉及环节多，包括卒中后院前急救、住院和门诊诊疗、早期康复、治疗后的长期康复随访等；**二是**容易引发“数据孤岛”问题。由于患者在区域

内的不同机构、科室间进行诊查和治疗，相互之间信息无法完全共享，重复检查、过度诊疗等仍不可避免。因此，建立“以患者为中心”的专病数据库是近年来专病建设的一个重要建设内容，虽然目前医院通过“上车即入院”“远程协助”“互联互通”等项目建设规范了临床数据治理的问题，然而在诊治技术实施、流程优化等方面尚未发挥数字驱动的优势。

建议未来应建立以区域为单位的患者筛查、急救、诊治信息共享数据库，将信息平台融合成为科研、教学、业务协同一体化的服务支撑体系，从而推进脑卒中防治相关技术和医疗服务的标准化、同质化。

（二）建立卒中防治康一体化、全程化的救治融合团队是巩固区域内 AIS 救治效果的保障

国家脑卒中防治工程委员会办公室组织制定了《医院卒中中心建设与管理指导原则》，对二三级医疗机构的卒中中心建设的基本条件、组织管理、人员配置、基础设施和制度建设以及日常诊疗等，都提出了明确的要求。在脑卒中防治的实际工作中，综合医院的卒中专病团队往往由急诊科、神经内科、神经外科、康复团队等多学科人员构成，临床实践证明，在专科领域的细分程度越高，医护人员的知识范畴和创新领域越单一，就越不容易形成一体化的卒中专病防治协作机制。虽然本项目使用 HTRM 策略融入 QCC 的形式开展了多维培训和演练，促进了服务流程上的改进，但仍存在不同医疗机构、部分科室间各自为战，患者流转过程中缺乏连续协调管理的问题。因此，建议通过跨机构、跨科室、跨部门的方式，建立以专病诊治为导向的卒中防治康融合型团队。团队内人员不仅应具备本临床专科的脑卒中防治技术，更应以卒中的防治一体为导向，形成统一的能力标准和协作标准，通过人力资源配置，使得专病的人才以统一的目标和导向作为工作基础，为服务方式拓展、技术创新和规范应用提供基础和保障。此外，基层医疗机构在脑卒中防治一

体化建设中起到极为重要的作用，应充分发挥基层医疗机构中家庭医生团队医防融合的作用，完善家庭医生签约、“全专联合”服务内涵与模式，促使家庭医生融入脑卒中防治体系，充实人力队伍资源。

（三）建立精细化、多样化的激励机制是健全区域内 AIS 救治体系的动力

区域性 AIS 救治服务体系建设，不仅应包括加强医院对脑卒中防治的绩效管理和质量管理，还要以“急救一到院”“入院一再灌注”等脑卒中患者临床服务质量的关键考核要点为抓手，建立长效激励制度，提升服务效能。从实践经验来看，还应将 AIS 患者出院后长期康复、健康管理、随访等延续性医疗服务纳入救治服务体系中。除组建以 AIS 专病诊治为导向的融合型 AIS 救治团队，建议在区域卫生层面、综合医院层面、医联体内各级医疗机构协同层面，建立适合于不同医疗机构、不同部门、不同科室、不同服务医护群体、不同救治时间段，精细化、多样化的激励机制；不断完善服务标准、整体评价、绩效考核及动态管理机制；重视医学科研创新、医学教学和脑卒中防治的卫生经济学评价。在此基础上，临床专病的建设才能真正实现以居民健康服务为导向，助推区域卒中中心建设，提高救治质量，促进全民健康。

（责任编辑：张苹）

我国香港和台湾地区出院准备服务概述及启示

万铃珊¹ 郑亚楠² 陈 多¹ 张蕴伟¹

曹宜璠¹ 丁汉升¹

【摘 要】 出院准备服务是为了确保病人在出院后可以得到连续性照护的一种延续性服务。我国大陆地区在出院准备服务方面的研究起步较晚，直到 21 世纪初才开始关注其在医疗全流程管理当中的应用，目前尚处于探索阶段。文章介绍我国香港和台湾地区出院准备服务的概念、服务过程以及主要服务内容等，并对其进行总结和评价，以期为我国出院准备服务的探索提供借鉴。

一、出院准备服务的概念

出院准备服务是一种集中式、协调性与跨专业领域医疗团队服务的过程，确保病人出院后能得到持续性的照护。出院准备服务通过医疗专业人员、病人及家属共同合作协调，依照需求提供合适的资源，确保病人出院后能获得妥善及持续性的照顾。

在我国香港地区，香港护士管理局于 2014 年将出院准备计划列为注册护士的必备培训课程，目前提供的出院准备服务聚焦在 60 岁及以上的老年患者，根据个人情况分别提供“离院长者综合支援计划”或“支援在公立医院接受治疗后离院的长者试验计划”。前者由医院管理局提供，后者由社会福利署负责推行。

基金项目：上海市卫生健康委卫生行业临床研究专项：“基于生态系统理论视角下的出院患者支援服务体系优化策略研究”（项目编号：20234Y0128）

第一作者：万铃珊，女，研究实习员

通信作者：丁汉升，男，研究员，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）党委书记
作者单位：1. 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），上海 200031

2. 辽宁省大连市医疗保障局，大连 116000

在我国台湾地区，出院准备服务已实施了 20 余年，通过跨学科的合作以提供连续的护理，整合了医疗、社会和财政资源，是一个包括识别、评估、目标设定、规划、实施、协调和评估的完整过程。

二、出院准备服务的过程

我国香港和台湾地区出院准备服务的过程大致可分为患者评估、制定计划与提供服务、随访 / 评价三个步骤。

（一）患者评估

在我国香港地区，患者评估使用的是由香港医院管理局开发的筛查工具《使用老年人住院风险降低计划》（Using Hospital Admission Risk Reduction Program for the Elderly, HARRPE），该工具是为 60 岁及以上的老年患者制订的一种再入院风险预测的建模方法。HARRPE 通过使用患者的临床数据来模拟 60 岁及以上患者再入院风险的预测值。它包括基本的 13 个特定风险因素：年龄、性别、生活状况、功能状态、认知状态、行为模式、移乘的能力、感知缺陷、先前入院次数、先前通过急诊室入院的次数、活动性疾病、用药情况和需要转诊的情况。

在我国台湾地区，每位入院的患者会由临床护理师于 24 小时内完成出院准备筛检评估，包括：日常生活活动能力、社会支持、皮肤状况、管道护理需求、大小便控制及出院安置等 6 部分内容。除此之外，住院超过 14 天、接受髋关节手术、中风、脑伤、脊髓损伤者等患者皆列入高危对象，根据评估的结果由出院准备的专职护理师或临床护理师进行收案管理。

（二）制定计划与提供服务

在我国香港地区，机构设有综合护理模式（Integrated Care Model, ICM），由不同专业的人员参与到出院准备服务的各个环节中。例如，由一名出院规划师在出院需求、社区服务和转诊方面进行规划；由一名护士协调住院服务，包括根据综合风险和需求评估制定出院后护理

的护理计划；以及由一名专业的个案经理人提供/协调门诊和社区卫生服务。该 ICM 计划仅适用于 HARRPE 筛查系统确定的少数患者，未被纳入 ICM 计划的出院患者则会根据评估情况纳入家庭支持团队（Home Support Team, HST）。

在我国台湾地区，病例管理员与医疗团队成员和家属会开展病例研讨会，根据患者的需求，讨论各种服务问题及解决方案；同时评估患者及其家属出院后的住宿需求，并提供有关长期照护、医疗以及社会资源可以利用的信息，例如申请辅具、咨询理疗师和联系社会工作者，并在需要时提供转诊等。对于出院后想返回家中的患者，病例管理员会在出院前 3 天通知患者及其家人，以便他们为患者的后续护理做出更好的居家安排。

（三）随访/评价

在香港地区 ICM 病例的管理中，每个高危老年患者出院后由专门的病例管理员通过家访和电话为老年患者提供出院后的支持，随访大约 3 个月，并负责社区服务的协调，以及确保患者遵守服务计划的管理。被纳入 HST 服务的患者则由非政府组织负责，为出院患者提供包括送餐、居家清洁、喘息服务、居家适老化评估和改造等在内的社区服务。护士、ICM 病例管理员和 HST 每周会进行多学科集体讨论，会议由 ICM 的老年医学专家主持。根据会议讨论的情况，可以为需要的出院患者提供转诊至日间医院或专科医院进行必要的康复治疗。

在我国台湾地区，医疗机构已建立了一套标准的出院准备服务工作的评价指标的评价体系，包括每月及年度开展出院准备服务人数/住院患者总数、出院前护理指导书的完成率、最终完成出院准备服务人数/开展出院准备服务总人数等工作量指标；以及患者住院时间超过预期的原因、出院后的电话跟进、紧急就诊和再入院率、患者对出院准备服务的满意度等工作品质监测指标。

三、出院准备服务的服务内容

在我国香港地区，目前有两种主要的出院准备服务，第一种是由香港特区政府与医管局合作推行的“离院长者综合支援计划”，第二种是由香港社会福利署负责推行、关爱基金提出援助的“援在公立医院接受治疗后离院的长者试验计划”。医院管理局推行的“离院长者综合支援计划”，为有较高风险的离院老年患者提供6～8周的支援服务，包括出院规划、康复服务、上门居家照护及照护培训，旨在帮助老人进行居家康复，改善生活质量，降低再度入院的风险。由关爱基金推出的“支援在公立医院接受治疗后离院的长者试验计划”，为60岁及以上的老年患者以及因病暂时失去自理能力且经评估后认定为有护理需要的患者，提供出院后临时院舍住宿照护及/或社区照护服务。该计划的服务对象须符合上述条件的同时且未能受惠于“离院长者综合支援计划”，提供的服务内容主要包括：（1）过渡期居家照顾服务（膳食服务、个人护理服务/居家服务/看护服务/护送服务、康复服务/居家安全评估及改善建议/护理服务）；（2）过渡期日间护理服务；（3）过渡期院舍住宿照顾服务。

我国台湾地区提供的出院准备服务内容包括：（1）出院时医疗照护计划的制定、政策咨询和帮助指导；（2）出院后的居家医疗服务。出院时的服务内容主要包括：（1）出院后的医疗随访安排、用药指导、康复训练、健康教育指导、饮食建议或转介至其他医疗机构继续后续照护等；（2）政策咨询和帮助指导，主要针对低收入人群、独居老人、残疾人群、心理疾病患者等特殊人群，由社工为其提供相应的政策讯息和寻找相关的社会福利资源，尽可能减少病人出院后可能面临的社会问题。出院后的居家医疗服务主要包括：日常医疗保健服务、居家康复训练指导、用药指导及更换各类导管、压疮及伤口护理、注射药物等，以及协助准备或租赁/购买辅具、心理疏导和日常生活护理等服务。

四、启示

通过梳理我国香港和台湾地区相关资料可以发现，有效的出院准备服务可以改善患者的健康状况，减少可避免的再入院。通过学习借鉴以上两个地区在出院准备服务方面的发展经验，可以对我国大陆地区给予一定的启示和引导。目前，我国尚未建立规范统一的出院准备服务体系。研究表明，专业的出院准备服务能有效减少患者住院天数、降低出院后3个月内再入院的比例，同时也能增加患者对于医疗照护团队的满意度。建立一套标准统一的出院准备服务体系有利于减少不良健康事件的发生，减轻医疗负担，改善患者的预后状况，满足人民群众日益增长的健康需求，同时提高患者及其家属对医院的满意度。在针对于老年患者的出院准备服务方面，我国于2019年发表了《老年患者出院准备服务专家共识》（以下简称“共识”），该共识包括出院准备服务的概念、原则、意义、内容和实施，为我国老年患者出院准备服务提供了临床指导意见。

根据一项对国内外出院准备服务的现状及热点分析的研究表明，出院准备服务在国内外关注的研究对象均是老年人，且在研究疾病上多为慢性病（如脑卒中、心力衰竭等），这体现了老龄化背景下老年人群对延续性照护的需求较为突出。我国台湾地区目前的出院准备服务已经与台湾地区的长期照护体系“长照2.0”接轨。老年病人可于出院前3天完成评估，并于出院后7天内即给老人提供包括居家服务、居家护理、居家复健等在内的长照服务，达到无缝衔接，这给我国未来探索将出院准备服务与长期护理保险服务体系链接提供了思路。

（责任编辑：信虹云）

慢性病管理中出院支持在典型国家的现状与问题

陈玉倩¹ 陈 多² 朱碧帆² 李 芬³

【摘 要】 慢性病是人类社会面临的重点公共卫生问题。慢性病患者具有住院可能性高、再入院率高的特征，需要在医疗、护理、社区家庭之间多次过渡。因此，亟需对出院后的慢性病患者提供规范的出院支持服务以提高患者健康水平，降低医疗资源使用。文章介绍了美国、英国、日本和中国香港、台湾地区的慢性病患者出院支持发展现状，提出慢性病管理中出院支持存在的问题，并提出我国发展慢性病出院支持的政策建议。

一、引言

随着全球疾病谱的变化，慢性病已成为威胁人类健康的重要因素，每三个成年人中就有一人饱受慢性病的折磨。全球约 60% 的死亡是由心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病所致，预计到 2030 年这一比例将提升至 75%，每年死于慢性病的人数将增至 5 500 万人，由慢性病和精神健康导致的全球经济负担将达到 47 万亿美元。

值得注意的是，慢性病的发病率随着社会发展而逐步上升。2013 年，我国 75.8% 患者至少患有一种慢性病；70 岁以上居民伤残调整寿命年中，心脑血管（39.11%）、癌症（15.40%）和慢性阻塞性肺病

基金项目：国家自然科学基金青年项目“基于真实世界数据的脑卒中整合防治体系评价实证研究”（项目编号：72004138）；上海市卫生健康委员会科研项目：基于大数据的心脑血管疾病康复体系优化策略研究（项目编号：20224Y0101）；上海市卫生健康委卫生行业临床研究专项：“基于生态系统理论视角下的出院患者支援服务体系优化策略研究”（项目编号：20234Y0128）

第一作者：陈玉倩，女，讲师

通信作者：李芬，女，副研究员，上海市卫生健康委员会财务管理事务中心主任

作者单位：1. 上海政法学院经济管理学院，上海 201701

2. 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），上海 200031

3. 上海市卫生健康委员会财务管理事务中心，上海 200125

(10.48%) 占前三位。近年来,我国经济社会发展和卫生健康服务水平不断提高,居民人均预期寿命不断增长,慢性病患者数量不断扩大,因慢性病导致的死亡也持续增加。2018年,我国老年居民的死亡构成中慢性病占比达 91.41%;心脑血管病、癌症、慢性呼吸系统疾病死亡比例为 80.7%,显著高于 2013 年水平。

习近平总书记在党的二十大报告中明确指出,“促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局,坚持预防为主,加强重大慢性病健康管理,提高基层防病治病和健康管理能力”。实际上,我国政府对于慢性病管理的关注由来已久。2016年,国务院印发了《“健康中国 2030”规划纲要》,明确将慢性病管理上升到国家战略;2017年,首次以国务院名义印发慢性病防治规划《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025年)》;2019年,国家卫生健康委员会出台《健康中国行动(2019—2030)》,明确提出我国将针对心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病这四类重大慢性病发起“攻坚战”。上述文件强调要实施慢性病综合防控战略,实现全人群、全生命周期的慢性病健康管理,减少可预防的慢性病发病、死亡和残疾。2020年,国家卫生健康委员会联合财政部和中医药局印发了《关于做好 2020 年基本公共卫生服务项目工作的通知》(国卫基层发〔2020〕9号),指出要优化常见多发慢性疾病的基层诊疗和健康管理流程。2021年,国务院下发《“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划》(国发〔2021〕35号),强调基层要加强重点人群的慢性病管理工作,做好预防工作。

慢性病是一个长期性的疾病,需要对人群进行全周期、全流程的管理。这个流程不仅涉及未发病时的健康教育、发病时的早诊早治和长期康复管理,同时也包括各个流程之间的协作。研究显示,慢性病患者(特别是患有多种慢性疾病的患者)住院的可能性更高,并且出院后的护理

也更有挑战性。这主要是由于慢性病患者的健康状况经常发生变化，并且在护理机构和护理提供者之间多次过渡（例如从医院到社区/家庭），故而慢性病患者在出院后的医疗照护尤其重要。然而众多研究显示，很多慢性病患者在出院时并未获得充足、合格的出院支持，缺少出院前后的具体健康信息，其健康管理涉及的众多卫生机构/专业人员之间缺乏沟通和协作。

本文重点讨论出院支持在慢性病整合防治体系中的重要作用，介绍国内外慢性病出院防治的经验，总结发展中存在的问题，并为我国慢性病出院支持的发展提出政策建议。

二、出院支持与慢性病管理

（一）出院支持的内涵

美国国家卫生设施咨询委员会（National Advisory Commission Health Facilities, NACHF）于1968年最早提出出院支持（discharge planning, DP）这个概念，主要目的是协助患者解决出院后的照护问题。依据美国医院协会（American Hospital Association, AHA）的定义，出院支持是一个集中性、协调性和多学科整合性的过程，通过多学科医疗团队成员和患者及家属的合作，确保所有患者出院后均能获得持续性的照护。

出院支持的概念最初是在心理病房和康复机构中被广泛应用，目的是确保患者在离开医疗机构后能够顺利过渡到适当的康复环境。随着时间的推移，出院支持服务的概念逐渐扩展到其他领域和临床设置，成为多学科团队在患者出院前为其制定的一系列措施和计划，旨在为患者提供适当的支持和照顾，确保患者平稳、安全地离开医疗机构并促进其康复。出院支持的目标是协调和整合医疗、康复、护理和社会资源，以确保患者出院后能够获得适当的护理和支持。它包括确定适宜的康复环境、发放药品和医疗用品、提供家庭护理指导、安排随访和继续治疗等。

出院支持是将患者从一个护理级别转入下一个护理级别的过程。出院支持(如支持服务、随访活动和其他从院前出院到家庭环境的干预措施)涉及疾病的预防、治疗、康复等流程。理想情况下,出院支持是在患者从医院转入家庭时向其提供的个性化指导,或者在患者转入长期护理机构时向医疗服务提供者提供的指导。在美国,出院支持是医院评审的必要条件。通过确保护理的连续性,以降低非计划再入院率和/或并发症,从而减轻医疗系统的经济负担。

一般来说,出院支持的基本内容包括:①评估:由专业人员对出院患者进行评估;②讨论:与患者和/或其代表进行讨论,让他们参与整个出院支持;③协调用药:对方进行彻底审查,并将出院前用药与出院后用药进行比较,以确保没有重复、遗漏、有害副作用或药物相互作用;④明确安排:即了解患者计划回家或转移到另一个护理机构;⑤确定需求:护理人员培训或任何其他支持的需要;⑥转移:到家庭护理机构和/或社区中适当的支持组织;⑦安排:安排后续预约或测试;⑧明确联系人:告知患者和/或其监护人如果需要帮助,请联系谁,确保患者有护理问题时所需人员的姓名和联系方式。出院支持涵盖从患者所需的护理类型到设备需求,从饮食和膳食计划到药物管理的所有内容,甚至交通和杂务也应该包括在内。

(二) 出院支持对慢性病管理的重要意义

慢性病是长期进行性的疾病,需要持续性的医疗和护理。慢性病患者出院后健康需求往往是十分复杂的,出院支持采用跨专业的方法,可以应对患者可能出现的新的医疗状况或慢性医疗状况恶化引起的健康状况变化,并为其提供额外的支持。慢性病患者的疾病管理过程中,常伴有管理机构和照护服务提供者之间的多次转变。在这种过渡期间,患者在住院期间确定的用药方案和后续照护计划可能无法准确地传达给家庭医生,导致不良

临床事件发生，同时也使患者的迫切需求无法得到满足。相关研究表明，对老年患者复杂疾病的采取积极的出院支持，可能对患者的再入院率、不良事件发生率、卫生服务利用和费用、以及患者生活质量或满意度等方面产生积极影响。出院支持在处理慢性病患者的出院过渡中扮演着关键的角色。通过跨专业团队合作，及时提供额外的支持，针对患者疾病管理过程中可能出现的变化进行有效干预，有助于减少再入院风险，降低医疗不良事件，提高患者满意度，并最终改善患者的生活质量。

然而，出院支持的实施可能受到多种因素的影响，导致不同研究得出的结论不尽一致。因此，未来的研究仍需要进一步深入探讨出院支持的最佳实践，并结合不同患者群体的特点，不断优化和改进出院支持的实施策略。

三、典型国家和地区慢性病管理中出院支持的现状

实践中，各国/地区慢性病管理中出院支持的实施情况存在较大差异。

（一）美国

1947年，美国 Montefiore 医院首次以医院作为主体实行出院支持。1973年，该医院又将出院支持加入医院的评审项目，并且联合美国护士协会规定：出院支持要尽早评估病人的出院需求，了解病人出院48小时后将要用到的相关资源，由护士根据情况进行指导，保证病人顺利转介。1986年美国开始明文规定，为老年患者制订出院支持是医院和医务人员必需遵从的职责。出院支持对于老年患者顺利转归至家庭或社区护理至关重要。特别值得注意的是，美国的医院面临着因可避免的再入院而遭受经济处罚的风险，因此出院支持对于老年患者管理来说显得尤为关键。而对于失能的老年患者，由于常常独居且伴随多种慢性病以及功能受限，他们更加需要家庭方面的支持与帮助。

具体而言，出院支持是一个复杂的过程，旨在将患者从一个护理或医疗机构转移到另一个护理或医疗机构，或者从一个临时或庇护所回到

社区以获得更稳定的安置。这个计划应在患者进入临时环境时就开始，且随时准备被激活。医务人员在制定计划时必须充分评估患者的需求，确定可用的资源、社区服务和支持，并将患者与这些资源紧密联系起来。通过这一计划的实施，可以确保为患者安排到位、可接受的服务和支持，以促进他们的康复和自理能力。出院支持已经成为美国医疗服务项目中必须执行和过程明确的一环。

（二）英国

英国自 1990 年代开始关注老年人口增长和护理需求，逐渐认识到出院后继续支持的重要性。这促使政府开始研究和推动相关政策和措施，以提高老年患者的出院过渡。1997 年，英国颁布了《医疗与社会保障法》(Health and Social Care Act)，其中包括了关于出院支持和继续性护理服务的规定。该法案强调了医疗和社会护理的整合，以确保老年患者出院后得到全面支持和服务。2003 年，英国颁布了《社区护理法案》(Community Care Act)，这一法案进一步强调了社区护理的重要性，包括对老年患者的出院支持。根据这一法案，英国政府鼓励建立综合性的出院支持，以帮助老年患者在出院回到家庭或者社区后平稳过渡。2005 年，英国颁布《养老护理法案》(Care Act)，在对老年护理政策进行全面改革的同时，进一步明确了出院支持的目标和原则。根据该法案，出院支持应该围绕患者的需求展开，并通过整合医疗、社会和家庭支持来提供综合性服务。2015 年，英国对《养老护理法案》(Care Act)进行了修订和增强，强调了对脆弱和失能老年患者的特殊关注。这次修订进一步加强了对出院支持的要求，以确保老年患者得到个性化的、高质量的护理和服务。近年来，面对新型冠状病毒疫情的冲击，英国的出院支持面临更大的挑战。英国政府在这一时期采取了一系列应急措施，以确保老年患者在出院后获得必要的护理和支持，并减少疫情对他们造成的影响。

（三）日本

随着日本人口老龄化程度逐渐加深，1980年代日本政府开始关注老年护理和出院支持。为了应对人口老龄化带来的挑战，日本政府开始探索建立出院支持的基础。2000年，日本政府颁布了“长寿社会基本计划”，明确了老年护理和出院支持的重要性，提出加强老年健康护理服务的目标，这为出院支持的进一步发展奠定了基础。早在2004年日本就有关于出院支持与制度现状的研究，且研究显示：日本出院支持实施率高达90%，出院支持的实施情况和效果与医院规模、附属机构、医务人员家访的实施以及护患比有关。该研究建议设立出院支持科，或指派工作人员负责出院支持，以确保为患者提供优质的延续性照护服务。2006年，日本颁布了《长寿社会基本法》，该法律强调老年护理和社区支持的重要性，提出了建立更加综合和人性化的出院支持的目标。2015年，日本政府推出了“长寿社会健康寿命延伸基本计划”，其中明确提出了提高老年人的出院率和加强出院支持的目标。该计划着重于促进老年患者在出院后能够更好地回归社区，并在社区得到必要的支持和照顾。为了应对老龄化社会的挑战，2017年日本政府进行了社会护理制度的改革。新的社会护理保险法明确了出院支持的内容和范围，并强调了社区护理的重要性。该法案的实施为出院支持提供了更加明确的指导和支持。同样，在新型冠状病毒疫情的冲击下，日本的出院支持面临更大的挑战。政府采取了应急措施，以确保老年患者在出院后能够继续获得必要的护理和支持，同时保护他们的健康安全。

（四）中国

我国香港地区和台湾地区也较早进行了有关出院支持的研究，确立了相应的管理制度，并将其作为衡量医院服务质量的一个重要参考指标。目前，我国香港地区已推出“老年病人出院综合支持计划”，且将出院

支持作为服务项目之一；台湾地区 1994 年开始重视出院准备服务，并在 1996 年将其列入医院评价参考项目，使患者的再入院率明显下降。

四、慢性病管理中出院支持存在的问题

各国慢性病出院支持实施中的主要问题可以归纳为以下几点。

（一）出院支持缺乏个性化

出院支持通常应该根据每位患者的个体情况和需求进行定制化。然而，现实中很多出院计划存在标准化和一刀切的问题，未能充分考虑患者的个体差异。相关研究显示，缺乏个性化的出院支持可能导致患者在回归社区后面临的挑战得不到有效应对，进而增加再入院率。

（二）出院支持制定和实施中沟通和协调不足

在慢性病管理中，不同机构（社区、医院、护理院等）和不同的专业人员（医技人员、护理团队和社会工作者）等都需要参与到出院支持的制定和实施中。然而，尽管医疗信息化高速发展，在不少地区疾病防治管理的整合体系仍处于建设中，不同机构、专业人员之间的沟通和协调不足可能导致信息传递不畅、责任不明确等问题。关于老年患者出院支持的研究显示，缺乏跨学科团队合作和沟通，可能影响计划的执行和效果。

（三）出院支持的实施受药物管理政策限制

患有慢性病的患者通常需要长期服用多种药物来控制疾病和预防并发症。然而，不同机构间药物的可及性差异、对于药物信息、如何正确服用药物、可能的副作用和相互作用等方面的信息差可能导致患者在出院后难以获取持续的药物供应，影响慢性病的稳定管理。针对出院老年患者的调查发现，由于药物供应不稳定，一部分患者在回归社区后出现用药问题。

（四）出院支持缺乏综合性的社区资源支持

慢性病管理涉及到多方面的支持和资源，包括医疗、社会护理、心理支持等。缺乏社区资源可能导致患者在出院后无法获得持续的护理和

支持，增加再入院风险。然而在实践中，很多社区可能缺乏足够的人力、物力资源，限制了出院支持的全面实施。

（五）患者在出院支持中的参与度不足

出院支持的成功实施需要患者积极参与和主动管理自己的疾病。关于慢性病患者出院支持的研究发现，患者参与度的不足可能影响计划的实施和效果。然而，有些患者可能对出院支持的重要性缺乏认识，或者因为语言障碍、文化差异等原因导致参与度不足，进而最终影响制定好的出院支持的实施效果。

五、我国慢性病管理出院支持发展的政策建议

（一）加强个体评估和定制化计划

我国在慢性病领域的出院支持发展中，应加强对患者的个体评估，包括病情严重程度、社会背景、家庭条件等方面的信息分析。通过建立全面的患者信息档案，医疗团队能够更好地了解患者的特殊风险和需求。同时，建立多学科的协作团队，包括医生、护士、社工、心理学家等，为每位患者量身定制个性化的出院支持。定期对计划进行评估和调整，确保出院计划与患者的病情和需求保持一致。

（二）促进跨学科合作和信息共享

为了应对现有慢性病出院支持沟通和协调不足的问题，我国应推动医疗机构与社区服务机构之间建立紧密的合作关系，针对慢性病进一步推动整合防治体系的建设。建立跨学科的工作团队，将医生、护士、社工、心理学家等专业人员融合在一起，共同参与患者的出院支持制定和实施。政府可以制定相关政策，鼓励信息的共享与交流，建立信息平台，确保医疗团队之间的沟通顺畅，并为患者提供全方位、全流程的支持和服务。

（三）优化药物管理政策，提高用药合理性

政策制定者应审视现有的药物管理政策，重点关注长期用药的患者以提高患者用药的可及性与合理性。在制定药物政策时，应考虑慢性病患者的实际需求，建立稳定的药物供应机制，确保患者在出院后能够持续获得所需药物。鼓励医疗机构和社区服务机构提供用药指导和药物管理培训，帮助患者正确使用药物，提高用药合理性和依从性。

（四）增加社区资源投入，建设综合性支持体系

为了解决出院支持缺乏综合性社区资源支持的问题，政府可以增加对社区护理和社会服务资源的投入，建设综合性的支持体系，包括医疗、社会护理、康复、心理支持等方面的服务，为患者提供全方位的支持和帮助。同时，政府可以鼓励医疗机构与社区服务机构之间建立紧密合作关系，共享资源，提高社区资源的综合性和可及性。

（五）加强患者教育，提高患者参与意识

为了增加患者在出院支持中的参与度，我国在慢性病的管理防治中应进一步加强患者教育，提高患者对出院支持的认识和重视。政府应鼓励医疗机构和社区服务机构开展患者参与计划制定和管理的培训，提高患者参与的积极性。

（责任编辑：张革）

基于英国整合型健康服务模式对我国出院支援服务探索的思考

朱卓辉¹ 陈 多² 杜丽侠³ 李 芬⁴

姚东明¹ 陈玉倩⁵ 朱碧帆² 万铃珊²

【摘 要】 文章介绍了英国整合型健康服务模式的概况，重点阐述了英国全科医生“守门人”制度、安宁疗护服务模式等重要实施路径。借鉴英国整合型健康服务模式的发展经验，文章展开关于我国出院支援服务的探索和思考，旨在帮助我国出院患者恢复生活独立性，更快更好地从治疗环节回归到正常生活。

一、引言

党的二十大报告指出要推进健康中国建设，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，强调“以治病为中心转向以人民健康为中心”的发展理念，明确了人民健康不仅在于有病能医，更重要的是保持健康的生活状态。根据《中国卒中报告 2020》及有关数据显示，我国现有脑卒中患者约 2 876 万人，每年死亡约 219 万人；幸存者中 78% 有不同程度的残疾，其中重度残疾超过 40%。每年高血压脑出血新发病例数高于 50 万人，发病率超过 40% 且 75% 的患者出院后无法独立生活；此外，预

基金项目：国家自然科学基金青年项目：“基于真实世界数据的脑卒中整合防治体系评价实证研究”（项目编号：72004138）；上海市卫生健康委员会科研项目：“基于大数据的心脑血管疾病康复体系优化策略研究”（项目编号：20224Y0101）；上海市卫生健康委卫生行业临床研究专项：“基于生态系统理论视角下的出院患者支援服务体系优化策略研究”（项目编号：20234Y0128）

第一作者：朱卓辉，女，硕士研究生

通信作者：陈多，女，助理研究员

作者单位：1. 江西中医药大学经济与管理学院，南昌 330004

2. 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），上海 200040

3. 复旦大学附属华东医院，上海 200040

4. 上海市卫生健康委员会财务管理事务中心，上海 200125

5. 上海政法学院经济管理学院，上海 201701

计至 2030 年我国慢性病患者率将高达 66%，其中 80% 的慢性病患者需要康复治疗。出院患者的健康维护是一个相对复杂的问题，尤其是脑卒中、高血压等慢性病患者；面对庞大的健康恢复需求，单纯依靠出院前的准备服务或社工、家属的照料服务已经无法满足。更重要的是，我国现行卫生健康服务供给机构的重点仍聚焦于“生病后的治疗环节”，患者结束治疗且出院后的健康状态恢复以及综合需求变化的满足尚未得到关注。出院支援服务的目标不仅在于帮助患者进行疾病治疗，更重要的是能够贴合患者从“住院治疗”转向“正常生活”这一过渡期的现实情况并帮助患者及其家属做出具有一定专业性的长远考虑和安排；在治病的基础上，将传统的疾病治疗升华至健康状态，帮助出院患者恢复并保持身心健康，真正实现生活质量的提高。历经多年改革和完善，英国现已形成较为完善的整合型健康服务体系；其以社区“守门人”全科医生为基础，满足居民日常医疗服务；面对有特殊需求的群体，如出院时疗效效果较差的患者，可通过社区康复中心或安宁疗护服务来满足自身的综合需要。本文主要通过阐述英国全科医生“守门人”制度及英国安宁疗护服务模式的有关内容，为我国探索患者从“疾病治疗”回归“健康生活状态”的出院支援服务建设策略提供相关思考。

二、英国整合型健康服务体系的服务概念

20 世纪 60 年代，英国因老年人长期住院导致病床长期被占用、床位供给不足引起了医生群体的极大不满，他们认为老年人住院时间过长导致医院承担的并非是医疗服务，而是本应由地方政府负责提供的照料服务。长此以往，英国国民医疗服务体系（National Health Service, NHS）与地方政府之间的矛盾冲突愈发明显，双方否认自身责任、充当“甩手掌柜”，最终导致老年人群体成为“受害者”，无法享受应有的医疗待遇以及基本的社会服务。为解决这一问题，英国开启了整合型健康

服务模式的探索。英国的整合型健康服务模式在推进过程中并非固定不变，其是遵循地方政府和 NHS 秉持一致理念的基本原则，根据不同区域的实际情况协同合作，整合了社区全科医生—上级医院—社区居家—社区康复中心—安宁疗护服务等多个服务单元，为有需要的患者提供适应不同时期的医疗服务。简单来说，基层社区全科医生可满足辖区居民日常医疗卫生服务，上级医院主要承担为病情严重的患者提供治疗，对于疗愈效果较差且有康复护理等综合需求的患者可回到社区或接受安宁疗护服务。与此同时，英国在探索和改革整合型健康服务体系的过程中，提出了“跨专业团队、过渡性服务、个案管理”等服务概念。

（一）跨专业团队

“跨专业团队”，顾名思义，即是由医生、护士、护理员、理疗师、心理治疗师以及社会工作者等不同专业领域人员构成的合作团队，围绕整合型健康服务需求，利用专业知识及不同专业的衔接性和共通性形成特定的服务网络，在传统医疗服务方式的基础上进一步增强不同服务之间的互补性和连续性，以“服务组合”的形式提供“一站式”医疗卫生服务，满足居民复杂多样的健康需求。

（二）过渡性服务

英国卫生部将“过渡性服务”定义为：介于医院和家庭二者之间的持续性照顾服务，在秉持和贯彻“非必要不入院、支持早出院”原则及方式基础上，实现提升健康服务质量、提高患者独立生活能力的目标，主要包括在家就医、提早出院、社区康复和居家照顾 4 种服务类型。过渡性服务不仅在于为患者提供基本的医疗服务，更重要的在于实现缩短住院时间、帮助患者尽可能、尽快地恢复生活独立性，保持健康状态，更好地回归到日常生活状态。

（三）个案管理

英国在探索以人为本的整合型健康服务模式过程中，为解决老年人群体、医疗服务部门、社会服务部门三者之间的沟通交流问题，提出了“个案管理”的服务概念。个案管理服务模式由护理计划、护理协调、护理管理和护理审查 4 个部分组成，其中涉及到“护理协调员”这一重要角色。在个案管理过程中，由地方政府为每一位患者指派护理协调员，协调员在充分尊重患者意愿的基础上为其评估护理需求、制定护理计划、监管护理服务质量，并以“中间人”身份贯穿于多个服务供给机构、协调安排护理服务组合，帮助患者维护其健康状态。“护理协调员”这一角色提高了患者在自身护理计划中的参与度和契合度，真正做到“以人为中心、以患者为中心”，设身处地为患者考虑，确保患者在服务过程中获益并使其健康需求得到满足。

三、英国整合型健康服务体系的重要途径

（一）全科医生“守门人”模式

英国 NHS 承担为居民提供医疗卫生服务的职责，其社会服务则由地方政府承担。NHS 涵括各级各类公立医院、社区医院以及养老院、诊所等服务单位，提倡通过整合体系内部机构将预防、治疗、康复、健康宣教等医疗服务进行整合，从而满足居民日益增长的健康需求。NHS 的特色在于其以社区全科医生首诊为基础和双向转诊为途径构成的三级诊疗体系。全科医生和家庭诊所为常见病、轻微病症人群提供的初级保健服务，由地方综合型医院针对重急症患者提供的二级诊疗服务以及由专科医院和教学医院负责解决专科疑难杂症的三级诊疗服务。在此过程中社区充分发挥其“守门人”制度，经由全科医生“首诊”后决定服务对象是否具备“转诊”上级医院的需要，确有待转需求的患者需全科医生开具向上转诊单，继而前往上级医院解决就医需求。患者在上级医院接受治疗后可根据疗愈情况向

下转诊回到社区或居家康复等。英国全科医生“守门人”这一制度举措有效解决了居民 90% 的就医需求且消耗的医疗费用仅占 NHS 经费的 8%。

（二）安宁疗护服务模式

1. 社区居家安宁疗护服务模式

英国是世界上最早提供安宁疗护服务的国家之一，根据服务地点将安宁疗护服务分成家庭疗护服务、养老院安宁疗护、疗护院安宁疗护及医院安宁疗护 4 种模式。20 世纪 90 年代，英国开始形成社区主导的家庭安宁疗护服务模式。社区居家安宁疗护作为安宁疗护服务模式的重要组成部分，主要由家庭医生和社区护士为辖区内生命末期的个体及其家属提供身体、心理、社会、人文关怀于一体的支持性照顾且由家庭医生对患者负总体责任，从而提高患者、家属及照护者的生活质量。同时，地方政府在提供安宁疗护服务时还会根据患者自身实际需求安排专业人员入户护理，通过社区支持团队或“一对一”方式为患者家属提供专业知识及情感支持，以此帮助患者及其家属维持良好的生活质量和精神状态。

2. 安宁疗护共同体

英国安宁疗护服务质量能够位居第一的主要原因在于安宁疗护服务共同体的推动作用，而促使安宁疗护服务共同体成功运作的要素可以归纳为志愿者群体提供无偿服务、“全方位服务+人文关怀”的服务理念以及政府和慈善机构提供双重资金保障三个方面。

（1）“志愿者群体”的无偿支持

志愿者群体是英国安宁疗护发展的关键贡献者，对于安宁疗护服务共同体的平稳有序运转发挥着不可或缺的作用。随着人口老龄化程度加深，安宁疗护服务需求逐渐增大，英国公众主动以志愿者身份加入到安宁疗护事业发展当中，他们不仅能够为患者及其家属提供照护、专业知识指导、情感等方面的支持，还积极主动参与服务宣传推广、策划慈善

筹资活动、通过提供帮助和建议等方式增强服务可及性。根据有关研究显示，截至2014年，英国安宁疗护服务的志愿者人数已达16万人，志愿服务时长超过2300万小时，所产生的服务价值总计1.5亿英镑，为安宁疗护服务体系的建设节约了大量成本。

(2) “全方位服务+人文关怀”的服务宗旨

1948年，西塞莉·桑德斯（Cicely Saunders）与一位患者的偶然会面成为临终关怀运动的催化剂。在长期护理实践过程中，桑德斯意识到传统医院“疾病诊断—确定诊疗方案—接受临床治疗—治愈出院”的服务流程较为单一化，无法满足垂危病人对于疼痛控制和精神、心理慰藉的需求。由此，1967年英国现代意义上第一所以“疼痛控制和人文关怀”为宗旨的安宁疗护服务机构——圣托里斯托弗临终关怀医院在桑德斯带领下得以建立，该机构旨在从服务环境、服务内容、服务方式及服务团队等多个层次为患者和家属提供全方位的服务和足够的人文关怀，切实满足患者和家属的身心需求，营造良好的生活环境，保证患者和家属的生活质量。

(3) “政府拨款+慈善捐赠”的双重资金保障

资金是企业机构经营活动能够顺利运行的原因之一，发挥着根本性作用。英国安宁疗护共同体之所以能够有序运转，主要原因在于其运营资金是由政府和社会力量共同提供，尤其是慈善机构对安宁疗护服务的大力支持。研究显示，英国安宁疗护服务项目主要由慈善机构负责筹集资金，其中小部分的项目运营经费全部由NHS负责；另外，对于NHS所属的安宁疗护机构，其运营资金仍有部分来自慈善组织捐赠。由此可见，慈善机构等社会力量在促进英国的安宁疗护服务体系建设和与政府互相搭配形成合力，而多元筹资体系是保障安宁疗护服务体系平稳运营并保持较高质量水平的关键因素。

四、对我国出院支援服务探索的思考

目前我国针对住院患者提供的有关服务聚焦于“出院前”的准备服务且处于实践探索阶段，通过对住院患者进行评估诊断、健康宣教等方式促进患者“早出院”、缩短平均住院日，从而有效提升医疗卫生资源的利用率。随着我国疾病谱的变化、老龄化日益加剧以及社会公众对于“大健康状态”的追求，有必要在目前出院准备服务的基础上探索并增加“出院支援服务”，对于患者“出院后”健康状态的恢复以及生活独立性的提升予以关注，创建适宜于出院患者回归健康生活的舒适圈。

（一）注重基层社区发展，提升基层健康服务能力

在我国，经住院治疗出院后的患者在恢复模式上基本承袭了传统的居家康复模式，以家属、雇工的居家照顾为主；而出院支援服务致力于为出院后的患者创建“回归健康生活”的舒适圈，提升患者的生活独立性，从而促进生活质量的提高。在传统的以家属照顾为核心的居家恢复模式下，基层社区在出院支援服务环节中充当着十分重要的角色。上海作为我国医疗资源较为集中的城市，为满足居民便捷获得康复服务，大力推进示范性社区康复中心建设。目前，上海已建成 91 家示范性社区康复中心且全部规范设置康复医学科并开设康复病区，根据辖区居民需求及自身优势形成了卒中后康复、儿童康复等特色服务，让居民对家门口的康复服务有了“可触可及”的全新感受，但同时也暴露出“人才缺乏、康复项目种类不足、社区诊疗能力较弱”等一系列问题。

因此，为进一步提升居民的获得感、幸福感，需要切实提升基层社区的卫生诊疗能力和健康服务能力，赋能全科医生服务体系，促进社区开展肌力训练、坐位和站立位平衡训练等专业康复项目，以社区为中心，为有需求的患者提供出院后的支援服务。另外，在出院支援的过程中由

全科医生担任病人“守护者”的角色，对患者的实际情况开展定期评估并实时调整健康恢复计划，帮助其更好更快地回到生活圈。

（二）构建“跨专业”协作团队

为患者提供出院支援服务，需要一个分工明确、合作高效的服务团队作为支撑。社区作为服务资源链接的重要平台和载体，能够为多元主体提供区位环境、人员配合、信息建设等全方位多维度系统性的支撑。因此，出院支援服务在探索和建设完善的过程中，可利用社区现有的家庭医生服务团队，以患者为中心，充实人才队伍、卫生设备、心理疏导、社会工作者等专业力量，纳入家属、雇工等重点支援对象，形成“社区管理员—家庭医生—执业护士—康复治疗师—家属/雇工—患者”的服务链条，构建适合出院患者实际需求、医患关系良好的“跨专业”协作团队。通过团队服务的形式为患者提供专业化、可及性强的健康管理服务，为社区居民提供更大的便利。

（三）注重服务支援角色的探索

在传统的社区卫生服务体系基础上，探索建立“社区家庭医生服务团队+志愿者群体”联动模式，引入更多新型角色参与到出院支援服务环节。借助社区平台为出院患者提供义诊、身体状况评估、康复教学等活动，由志愿者群体为患者、家属以及其他居民提供健康宣教、心理咨询、政策讲解等特色服务，有效缓解基层社区人力资源紧张的现实困境，帮助社区居民更好地了解健康知识、减轻心理压力，创造良好的社区服务环境，打造有力度、有温度、有广度的社区生活圈。

（四）促进政府与社会力量的联合协作

我国社区医疗机构属于非盈利性卫生服务机构，其经费主要来源于政府拨款，但地方政府投入基层社区的经费十分有限，导致基层社区服务能力有限。在英国安宁疗护服务共同体发展过程中，政府机构和社会

力量分工协作，明确责任、厘清角色定位，政府基本“边缘化”，社会慈善机构发挥主要作用，促使安宁疗护服务的发展模式处于领先地位。借鉴英国安宁疗护服务共同体筹资模式，吸引慈善机构、企业机构等社会力量参与到出院支援服务探索过程中，在政府拨款的基础上引入更多的资金支持渠道，确保服务体系得到有力支撑；促进社会市场主体和基层社区逐步形成积极双向的互动联系。例如，通过吸纳连锁型社区康养企业机构进入社区，由社区为企业提供人力、宣传、场地等资源支持，企业为居民提供高品质的出院支援服务，弥补社区服务资源的不足。

总之，出院支援服务是患者从“治疗出院”回归到“健康生活”的关键环节，不仅能够帮助患者提高生活独立性、更快更好地回归到社会生活，还能够节约医疗卫生资源、降低医疗服务成本以及提升医院的运转效率。我国在探索出院支援服务的过程中，应当坚持工具理性和价值理性并重，以提升基层社区医疗服务能力为起点、构建“跨专业”协作团队为抓手、引入多元支援服务角色和资金保障渠道为必要条件，推动出院支援服务的有序建设和良性发展。

（责任编辑：信虹云）

日本出院支援服务体系及其对我国的启示

陈 多¹ 杜丽侠² 万铃珊¹ 陈玉倩³

朱碧帆¹ 李 芬⁴ 丁汉升¹

【摘 要】 文章通过研究日本出院支援服务体系的有关做法及存在问题，为我国优化医疗服务服务流程、打通医院到社区居家“最后一公里”以及提升患者离院后就医体验等提供参考和借鉴。

一、研究背景

（一）日本医疗服务体系的概况

1948年，日本制定了《医疗法》并推进实施，其中，在业务内容上，该法明确了医疗的内容不仅包括临床疾病治疗，还包括预防保健与康复。在医疗机构准入上，该法还明确了民间资本可以通过地方行政首长审批，自由开设非营利性医疗机构，以此形成了公私并存、以私立为主的医疗服务体系格局。目前，日本已形成了分工明确、协同性佳的医疗卫生服务提供体系，并以行政区划、人口密度、交通便捷度等为依据建立了较为成熟的、以三级医疗圈为基础的上下转诊机制和医养协同机制（见图1）。

基金项目：上海市卫生健康委卫生行业临床研究专项：“基于生态系统理论视角下的出院患者支援服务体系优化策略研究”（项目编号：20234Y0128）

第一作者：陈多，女，助理研究员

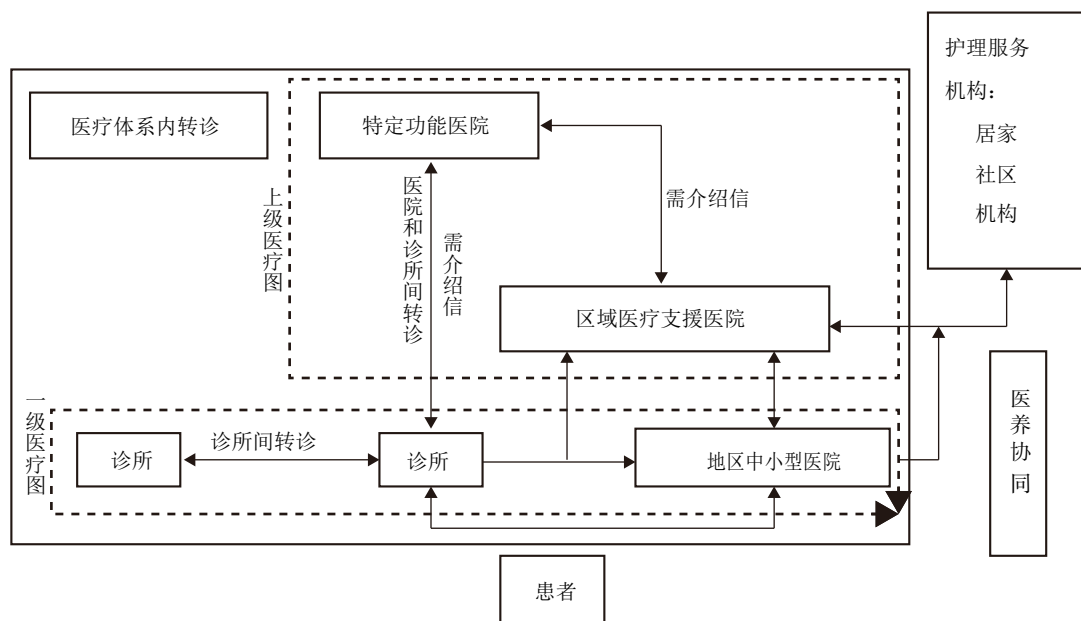
通信作者：丁汉升，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）党委书记

作者单位：1. 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），上海 200040

2. 华东医院，上海 200040

3. 上海政法学院，上海 201701

4. 上海市卫生健康委员会财务管理事务中心，上海 200125



注1：日本将拥有20张及以上床位的医疗机构定义为医院，床位达到200张以上则为大医院，未满20张的医疗机构则为诊所，而根据是否拥有床位可进一步将诊所细分为有床诊所和无床诊所。

注2：一级医疗圈原则上以市町村为单位，主要职能为向居民提供较为便捷的门诊服务；二级医疗圈则是根据人口密度、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，主要职能则是向医疗圈内有需要的居民提供基于医院的住院医疗服务；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，主要向居民提供以高端先进医疗技术为主的住院医疗服务。

图1 日本各级各类服务机构间转诊示意图

（二）日本出院支援服务体系的由来

为应对社会快速老龄化问题，日本着力强化区域卫生规划，在2006年的医疗卫生体系改革中提出“通过推进医疗功能定位明确的整合型服务体系改革，以实现区域内连续的医疗卫生服务为目标，构建让患者安心的优质医疗服务体系”，并在这次改革中补充了“医疗机构与康复护理、福利服务等机构应加强合作，共同为出院后有接续疗养需求的患者提供相应的适宜服务”这一职责。然而在实际实践过程中，由于患者住院时间缩短而导致的出院和转院指导、准备时间不充分，使患者对出院后的接续服务及相关社会资源信息不了解，盲目下转致使其难以快速回归正常生活，且对患者及其家属心理造成负担。为了解决上述问题，实现区域内连续医疗卫生服务不间断的目标，提升患者的全流程满意度，日本优先在以开展疾病急性期住院治疗为主的医院的医疗流程中设置了出院

支援和调整机制，从而支持出院患者能够更安心的从“患者”角色回归到日常生活状态。

二、日本出院支援服务体系概况

出院支援，是以出院患者需求为中心、链接医疗机构和社区服务的重要桥梁，其实质是由专业人员基于充分的信息收集基础之上，对患者出院后的“生活空间”分别从医疗、护理、家庭、经济等维度进行预判和描绘，并在与医患双方充分信息共享的前提下，共同制定患者的出院支援服务计划。

（一）出院支援服务体系的内涵

1. 服务对象方面

出院支援服务在面对服务对象时的关键在于获得患者及其家属的理解和支持。重点是做好两个方面工作，首先清楚告知患者其身体状况，以及出院后能够获得的各方面社会资源，旨在让患者及其家属能够清楚了解自身身体状况，制定合理康复目标，并知道出院后能够选择的服务场景及相应的照护服务；其次是做好患者的引导工作，通过运用有效的沟通技巧，以及提供必要的医疗救治及服务信息，以此帮助患者及其家属做出合适的具体判断。

2. 服务思路方面

出院支援服务可进一步根据服务基本思路细分为出院支援服务和出院调整服务两部分。出院支援服务主要发生在院内，目的是为了患者出院后尽快回到独立自主的生活状态而制定相应的服务计划，该计划以医患双方的想法和共识为中心，需要综合考虑不同类型的服务及相应服务的供给方式。而出院调整服务则贯穿患者从出院准备阶段到后续的康复回归正常生活全过程，目的是为了患者能够在自家或护理院等地继续接受照护服务而对必要的工作条件进行调整，其工作思路更倾向于以调整患

者生活的环境为中心，且相关调整的内容制定不仅要求制定者具有相当程度的知识信息储备，还需要积极与医务社工等专业人员开展通力合作。两部分服务各有侧重，各自在不同方面为患者及其家属提供出院支持。

但无论是出院支援还是出院调整，仅仅依靠负责出院支援的护士或专员是难以完成的，还需要与医生、医务社工、康复医师、药师、护理人员、住院部护士、门诊护士、医务科人员等多学科、多职能人员开展合作，各司其职，方能为患者及其家属提供优质高效的出院支援服务。

（二）出院支援服务体系的构建

1. 出院支援服务体系初期存在的问题

在日本，患者出院后常常面临三方面问题：**一是**居家情况下缺乏必要的医疗服务支撑，需要构建患者居家环境下的医疗和护理服务支持体系；**二是**忽略导致患者出院困难的原因，仅单纯地为患者联系接续转院机构；**三是**患者或家属对居家医疗或照护相关知识及信息知之甚少，患者出院后无法满足必要的居家医疗和护理需求，仅仅基于“出院”的导向简单地将患者“转院到其他机构”。为了能够顺畅地提供出院支援及其相关服务，让患者出院后能够更好地回归到日常生活中，日本厚生劳动省通过组合政策宏观调整医院医疗服务流程，强化社区联动，完善出院支援服务体系。

2. 出院支援服务体系的建设

为搭建出院支援服务体系，日本在医保支付服务项目中关于出院调整机制新增了“出院调整加算”和“高龄老年人出院调整加算”两项，并就开展服务的机构设置做出明确标准：**一是**需要设置专门部门从事住院患者的出院支援及相关服务工作；**二是**需要配置1名具备一定经验的工作人员，具体指具备2年以上专职从事（每周30小时以上提供出院支援服务）出院调整工作经验的护士或医务社工；**三是**其他为开展出院

支援服务而配套的相关体制机制。由于日本医院在规模、内部架构等方面都不尽相同，因此各家医院在构建出院支援服务体系时会有所差异，但关键环节主要包含以下三方面内容。

一是整理分析相关数据信息，包括医院的床位数、机构类型、功能定位、老年住院患者所占比例、需要出院支援的患者占总出院患者的比例情况等。

二是建设出院支援运作体系，包括配备专职护士、建立与病区负责人的对接机制、外部护士在患者住院时与病区护士的协作机制（日本医疗卫生转诊机制明确要求，患者需持有一级医疗圈诊所医生的介绍信方可至上级医疗圈机构就诊）、以及区域相关居家护理机构到院内共同参与出院支援计划制定等。该环节的重点在于形成院内的系统运转，包括人员、绩效、协作等方面的机制联动，而非简单地设置医务社工部或专职护士就完成了相关体系的建设工作。

三是与护理部的联动协作。护理部参与进来非常重要，但若在流程上过早地设定让护理部参与进来，则会为护理部带来巨大的工作量，且影响到正常的医院护理工作。因此在充分总结实践经验后明确，为顺利推进出院支援服务，**一**是要以团队的形式提供护理服务，从而避免出现大量工作量集中到个别人员的情况；**二**是与护理团队保持充分地讨论和沟通，强化信息共享。

3. 出院支援服务体系的运作流程

日本出院支援和出院调整从服务流程上主要包括三个阶段，第一阶段是筛查需要出院支援服务的患者；第二阶段是征得患者同意后，帮助其制定出院支援服务计划；第三阶段是按照出院支援服务计划，为患者及其家属提供出院调整服务。每个阶段中均设置了不同的具体环节和专业工具，以此来帮助出院支援服务专员更好地明确患者及其家属的需求，

链接相应服务资源，从而制定科学合理的出院支援服务计划，帮助患者从医院回归到日常生活。

(1) 第一阶段：筛查需要出院支援服务的患者

这一阶段一般在患者入院后的 48 小时内进行，住院部护士通过医院自主开发的简易评估表对每位入院患者进行筛查。评估内容主要包含四个方面：**一是**住院目的及形式，包括是否由于居家疗养状态不稳定的再次入院或急诊入院，是否是大病患者为控制病情自主决定的入院，是否是罕见病或慢性病为持续性医疗管理而实施的有必要入院；**二是**评估入院时的生活状态，即本次入院后回归社区是否存在日常生活活动能力（Activities of Daily Living, ADL）的大幅下降以致于影响到日常生活；三是亲属关系及居住情况，了解出院后的相关照护及医疗管理是否存在支持系统；**四是**社会保障制度，即居家服务或社会保障服务的相关利用情况等。

从实践经验来看，需要出院支援服务的患者一般在医疗以及生活、照护等方面需要克服的困难较多，包括重复入院患者、出院后还需要持续性高难度及复杂治疗的患者（如癌症终末期患者、大病罕见病患者等）、与入院前相比 ADL 大幅下降并影响其出院后生活方式的患者、独居或即使与家属同住但无法获得充分照护的患者，以及在现行制度下出院回家存在困难的患者（即制度难以保障到位的患者）等。

通过筛查评估，可将入院患者大致区分为三个类别：第一类是必须开展出院支援服务及出院调整的患者；第二类是需进一步观察病情进展情况来判断是否需要开展出院支援服务的患者；第三类是入院时完全没有想到，但住院期间病情发生了较大的改变后需要出院支援服务的患者。后两种类别还需要住院部护士根据患者的实际病程进展进行进一步的跟踪评估，因此，住院部护士在患者住院期间开展的出院支援相关服务是后续相关支援服务的基础。

(2) 第二阶段：寻求开展连续性护理的服务介入方式

第二阶段为患者入院后的第二天到一周内，是以患者出院后让其能够早日自立生活为目标。在此期间，负责制定出院支援服务计划的专员需要开展四个方面工作：**一是**院内评估，主要是围绕患者病情听取各方面专业人士的相关意见；**二是**了解患者重要关注点，主要是患者本人对于出院后回归日常生活过程的“什么是优先的，哪些方面能够有所妥协”等内容；**三是**召开院内研讨会，参加人员为不同专业领域人士、患者及其家属，内容是向与会人员介绍患者后续病情变化情况及相关照护等必要信息；**四是**确定出院支援服务内容，在上述工作基础之上，确定患者出院后相关接续服务内容，并为患者及其家属提供相应的指导和支援服务。

上述四个方面工作的内容和具体推进情况如下。

一是院内评估。相较于第一阶段，第二阶段的评估侧重点放在患者及其病程发展上，评估团队也由床位护士调整为以护士为中心的多学科团队。评估的内容分为医疗上有待研讨的问题和生活、护理上有待研讨的问题两方面，前者主要由居家疗养支援诊所机构开展，这部分机构可以提供居家医疗、上门护理等医疗服务；后者涵盖内容更加广泛，包括电动床、轮椅等生活辅具的使用，以及住房安全改造、家务支援、护理支援等方面。

二是院内研讨会。即出院服务支援研讨会，会上通过共享收集到患者的两个方面信息，包括医疗团队提供的、面谈患者及家属想法和意向，从而为出院支援服务推进提供努力协作方向。各医疗机构举行院内研讨会的频次不一，但其共同点在于周期性的例会制度以及多学科共同参与制定、以患者出院为目标的协作计划。

三是患者及家属的出院预期。在院内研讨结果的基础之上，需要让患者及其家属充分理解其将以怎样的状态出院，从而达成医患双方对于

出院这一概念的一致认知。护士应对患者病程各阶段的情况充分了解及熟悉，能够及时回答患者及其家属提出的相关问题，缓解患者对于自身病情所产生的不安情绪，告知患者及其家属能够使其放松的方式，并在日常的护理过程中不断描绘患者出院时的状态，帮助患者及其家属形成更加具体的出院后生活景象，这也是患者出院后能否快速进入自立生活的重要关键。

四是医院的团队协作及分工。出院支援服务计划是患者、家属及医疗团队以出院为目标，回答“出院后需要做哪些方面的准备”这一问题而共同制定的计划。当出院支援服务计划分别在医疗和生活、护理两方面均明确了“需要做些什么”以及“需要怎么准备”后，就需要进一步明确“由谁来做”的问题，如住院期间主要由护士执行的疼痛管理，考虑到患者出院后，本人其家属无法从一开始就对药物进行较为精准的内服管理，因此，出院支援服务计划可以设定自行服药为目标，在计划中对家属进行疼痛管理指导，再加上居家护理负责人或照护管理专员或家庭医生、上门护理人员共同参与，从而使出院流程更加顺畅，并有效接续到社区服务。

(3) 第三阶段：社区、社会资源的链接协同

第三阶段的工作重点是患者出院后在什么时间点上提供哪些必要的支援服务及资源的链接。这一阶段的内容同样分为医疗上有待研讨的问题和生活、护理上有待研讨的问题两方面，需要经过评估后向患者及其家属提供专业的建议，在此基础上根据患者和家属的意向对居家服务进行调整组合，给出最优服务方案，并适时地与个案负责人进行沟通交流。医疗上有待研讨的问题主要包含医疗管理（就近医疗资源链接）、居家疗养指导、居家护理；生活、护理上有待研讨的问题主要包含与入院前的ADL、IADL的比较、自立目标的设定、生活照护服务、生活支援服务等。

总体来说，日本出院支援服务不仅能够帮助患者平稳出院，更是帮助患者更好回归日常生活的一个医疗服务体系。该服务根据患者恢复情况进行阶段性调整服务内容的机制，不仅消除了住院患者后顾之忧，也加快了患者回归正常生活的进程；特别是其向社区进行纵向延伸，提升社会资源的合理分配及效率，达到多方共赢的局面。日本出院支援服务流程的三个阶段见图2。

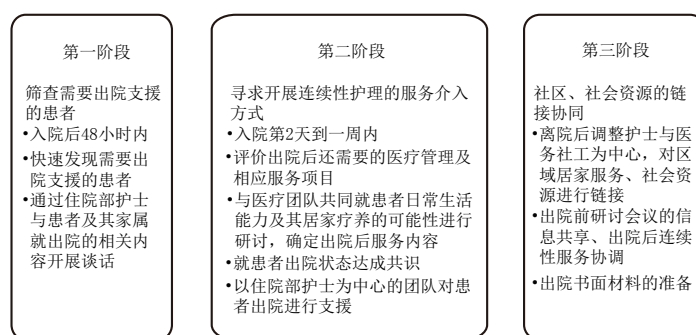


图2 日本出院支援服务流程的三个阶段

（三）出院支援服务体系的配套政策

为更好地支援出院患者回到独立自主的日常生活中，日本厚生劳动省不仅对医院内部的出院支援服务体系提出要求，同时发布了一系列配套政策，以保障患者在出院后服务的连续性和服务质量。

1. 区域服务网络建设

出院支援计划专员作为出院支援计划的制定者及主要推动者，不直接提供任何的医疗服务，因此需要充分掌握患者所在社区机构的有关信息，包括患者居住地到机构的交通方式、上门服务的时间成本等，通过加强与出院患者所在社区保健所及机构保健师合作，帮助患者做出最好的选择。日本作为社会保障制度较为成熟的国家，通过构建生活圈的形式搭建了涉及多个领域、深入社区的社会保障体系，包括长期护理保险

体系、残疾人自立支援体系、大病保障体系等，以支撑国民能够在居住社区拥有自立的生活。因此，当出院支援计划专员受限于现实因素，没有办法提供后续出院支援服务时，也可以联系出院患者所在社区，通过社区服务窗口进行申报，并告知患者所在社区能够提供的服务信息，在与患者及其家属就上门服务达成一致的基础上，联系对应社会资源为其开展后续的保障服务。此外，为更好地收集区域相关服务机构信息资料和更新情报，出院支援计划专员还需尽可能积极地参加有相关服务机构人员参与的研讨会、联络会等学术活动，强化协同联系。

2. 医保项目配套支付

2008 年，出院调整加算首次作为超高龄老年人住院基本费用的一部分，新增到了医保收费项目点数表中，此后在每两年一次的医保收费项目调整中，出院支援和出院调整项目的医保支付不断完善，2010 年进一步扩大到长期疗养病区住院患者和残障人士机构的住院基本费用中，同时新增急性期医院出院调整加算、新生儿特定集中治疗室出院调整加算等项目。2011 年，厚生劳动省基于医保支付发布了关于出院支援关联项目的机构和人员设置标准，从软硬件配置对出院支援关联服务提出了具体要求。随着 2012 年日本对医院功能的进一步细化，以及对社区和居家服务的重点推进，出院支援相关项目的支付也进一步细化，并以医保支付为“指挥棒”，对出院调整服务重点方向进行了引导，如进一步区分了慢性期病区和急性期病区住院患者出院支援加算，若实现提前出院则还会有相应的点数奖励，如果是确有原因导致出院困难的患者，可在其住院七日内提交医院已为该患者启动出院支援服务的相关材料证明，从而可以向医保基金申请额外的点数支付，此外，在成功让该出院困难的患者通过出院支援服务的标准流程回到社区后，还可在原来的点数上进一步叠加区域协作计划加算等项目点数请求。

三、对我国的借鉴和启示

日本老龄化及少子化情况日益加重，在此背景之下，日本政府明确将医疗卫生服务体系重点下沉到社区，融合社区卫生和整合服务的概念，提出了打造以“老年人宜居”为中心，以“自助、互助、共助、公助”为基本理念，一体式提供医疗、护理、预防保健、生活支援的区域综合服务体系，通过优化资源投入和利用机制，强化了该体系的可持续运转能力。其中出院支援服务体系作为医疗机构过渡到社区的重要桥梁之一，发挥着重要的整合和链接作用。

对中国来说，日本同为东方文化国家，且同样实行社会保障制度，面临快速老龄化的社会现实，因此其在医疗卫生服务体系方面的改革实践对我国有一定借鉴意义。

一是构建出院支援服务体系有较大现实意义和可操作性。近年来，随着社会工作工种在我国的推广普及，特别是医务社工在各级各类医院中的实践推广，我国各地均对患者出院支援服务方面积累了一定的经验，并形成了可复制、可推广的经典案例。但相较于日本运作较为成熟的出院支援服务体系，还有一定的差距。目前我国主要还是以点上探索为主，尚未形成相对较为成熟的院内体系及院外区域网络建设，因此，可借鉴日本相关实践举措，由院内到院外，设置专职人员，规范服务流程，由点及面，逐步形成系统化、可持续的体系建设。

二是宏观服务体系改革政策协同推进，引导医疗机构自发提升服务能力。日本与我国同为社会保障体系国家，医疗保险基金是医疗机构的最主要收入来源，因此医保支付对日本医疗机构的服务提供拥有巨大的影响，能够作为强有力的“指挥棒”和“发动机”推进供给侧改革。日本的出院支援服务体系从最初的民间试点，到医保基金对服务项目进行收费，继而对相应服务的软硬件提出标准要求，以及通过各类加算项目

引导出院支援服务体系向社区延伸等，均体现了政府作为体系设计者对医疗机构发展进行的引导和管理。我国当前的分级诊疗体系鼓励处于疾病稳定期的患者转归社区，并且各地均在试点长期护理服务、民政部门的生活支援服务等，均与日本政府积极推动的区域综合服务体系有异曲同工之妙。因此，我国在构建区域出院支援服务网络方面有较好的基础，关键在于打通医院到社区之间的联络通道，落实分级诊疗的“最后一公里”。如能通过医保支付政策调整、财政专项投入等形式推动出院支援服务体系建设，建立标准化服务规范，完善服务流程，则出院支援服务能够更好地落实和推进整合型、连续性服务提供模式，为优化我国分级诊疗体系格局提供助力。

（责任编辑：张莘）

《上海卫生健康政策研究年度报告(2023)》

约稿函

为加大大市卫生健康政策研究信息发布力度，营造良好的改革氛围和舆论环境，推进卫生健康事业改革与发展，上海市卫生健康委员会自2012年起开始组织编写《上海卫生健康政策研究年度报告》系列书籍（以下简称“绿皮书”）。绿皮书每年一辑，定位于打造本市卫生健康政策信息发布的“制高点”、医改成效评价的“权威版”和卫生健康政策导向的“风向标”。此书由市卫生健康委、市医药卫生发展基金会、市卫生和健康发展研究中心共同组编，由市卫生和健康发展研究中心承担具体工作。在各位领导和专家的大力支持下，绿皮书已完成2012—2022年度的编纂发行工作，并多次在全市卫生健康工作大会上作为会议材料发放，取得了良好的反响。

目前，2023年度绿皮书约稿工作已正式启动，诚邀您分享您在卫生健康政策研究方面的优秀成果。本年度拟定的绿皮书内容包括但不限于以下方面：战略规划、综合医改、基层卫生、医学科技创新、公共卫生、医疗服务与监管、中医药发展、人口与家庭发展、筹资与保障等方面的优秀研究成果。稿件要求如下。

一、主题要求

稿件应把握卫生健康事业改革与发展形势，紧紧围绕当前本市卫生健康工作的重点、难点，反映卫生健康政策研究的成果与进展，体现对卫生健康政策问题的理性分析与思考；反映卫生健康改革成效与进展、卫生健康政策实施及落实案例与经验，对卫生健康改革与发展提出积极的政策建议，具有较高的研究水准和一定的学术价值。

二、体例和内容要求

文章应包括**题目、导读**（包括文章的起由、主要内容介绍等）、**文章正文和参考文献**等部分。正文部分建议至少含有但不限于以下内容：引言（研究背景）、现状和问题分析、结论或思考、政策建议等。

文章要求论点明确、论据可靠、数据详实、文字精炼。

请确定文章**作者姓名及作者信息**，包括**第一作者和通讯作者**（如有）的姓名、性别、职称/职务（可择一填写）、单位名称及其他作者单位信息；**项目基金**（如有）信息（包括基金及项目名称、项目年份、项目编号）。

三、字数要求

文章正文字数请控制在 3000 ~ 5000 字，导读部分字数控制在 300 字以内。

四、格式标准

请参照附件 1（《上海市卫生健康政策研究年度报告》文章格式标准）及附件 2（《上海市卫生健康政策研究年度报告》文章样张）。

五、截止日期

请在 **2023 年 10 月 27 日（星期五）**前提交完整稿件及约稿函回执（附件 3），**过期不予录用**。

六、其他（内容重要，请您务必阅读）

1. 请各位专家对稿件质量进行把关。如为已发表或已被杂志社采纳的论文，请注明发表或即将刊发的刊物名称及卷期号、页码，避免版权争议。

2. 为确保绿皮书内容的权威性、导向性和合理性，编委会及市卫生健康委员会相关业务处室将对上报的文章进行审阅和筛选，根据文章主题、质量决定是否录用。

3. 稿件录用和相关工作推进情况将在微信公众号：卫生政策研究进

展（微信号：gh_a3c0e8697eb2）即时推送，您可关注公众号，以便随时了解相关信息。

4. 为确保图书编纂工作顺利进行，请在规定时间内提交稿件。

5. 绿皮书工作组将对录用稿件进行必要的编辑修改，并在稿件排版后请作者进行最终确认，请配合后续的稿件修改及确认工作。

6. 请将所有反馈信息发送至：phpr@shdrc.org，邮件标题请写明绿皮书投稿。

7. 稿件录用出版后，每篇文章赠送样书 1 本。

七、联系方式

王 瑾：33262063 17721334524

信虹云：33262061 18917769205

上海市卫生健康委员会规划发展处（中心代章）

上海市医药卫生发展基金会（中心代章）

上海市卫生和健康发展研究中心

2023 年 9 月 26 日

附件下载请扫下方二维码获取



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；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、国家卫生健康委员会统计信息中心；各省市卫生健康委员会规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会主要领导，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。

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 1 本。本刊不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址: 上海市徐汇区肇嘉浜路 789 号 邮 编: 200032

网 址: www.shdrc.org

微信公众号: 卫生政策研究进展 (过刊电子稿可从公众号查阅)

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

国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心

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

各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处

上海市卫生健康委员会领导及有关处室

上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会

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