

英国整合型保健发展经验：以牛津郡为例

谢春艳* 胡善联 何江江

上海市卫生发展研究中心 上海 200040

【摘要】近年来英国将卫生服务与社会服务体系进行整合,各地在对整合型保健进行探索与试点过程中产生了一些典型做法,并取得了较为明显的成效。本文主要通过现场观察与深度访谈的定性研究方法,以英国牛津郡对整合型保健服务的探索为典型案例,对其精神卫生服务保健方案以及社区急诊多学科团队的服务方式进行了分析。研究认为英国整合型保健将初级卫生保健和社区卫生服务作为卫生体系的核心,与其他社会服务进行整合,其多学科服务团队、整合型的服务路径、个性化服务方案、强调病人参与和自主等做法为我国医改过程中卫生服务体系的改革提供借鉴。

【关键词】整合型保健;保健方案;急诊多学科团队

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.09.012

Development experiences of integrated healthcare in England: A case in Oxfordshire

XIE Chun-yan, HU Shan-lian, HE Jiang-jiang

Shanghai Health Development and Research Center, Shanghai 200040, China

【Abstract】 An integration of British healthcare and social services has been underway in recent years, and a typical methodology has been formed in the process of regional explorations. Using qualitative research methods of on-site observation and in-depth interviews, the paper studies the Care Programme Approach (CPA) system of mental health and emergency multidisciplinary teams of Oxfordshire, a typical case of the integrated healthcare system reforms in the British healthcare system. England's integrated healthcare reforms have placed primary care and community health services at the center of the healthcare system and have included social services within the system. The experiences of multidisciplinary teams, integrated care pathways, personalized care planning and patient involvement and independence from the reforms are worthy subjects of study for China's own healthcare delivery system reforms.

【Key words】 Integrated healthcare; Care programme Approach; Emergency multidisciplinary teams

英国的国家卫生服务体系(NHS)有着悠久的历史,以其低成本、高效率而著称世界。历经多次改革,NHS将资源和服务的重心不断从医院转向社区和家庭,服务不断进行整合与协同。整合型保健作为英国卫生战略规划的一部分,已成为提高国民健康和福利水平的重要基石,尤其是近年来英国各地大力探索与试点卫生服务与社会服务的整合,取得了良好的成效。本文采用参与式观察方法,对牛津郡的整合型保健服务进行了研究,并对多名医生、护士及其他相关专业人士进行了访谈,结合我国实际总结出可资

借鉴的经验。

1 英国整合型保健的背景及概况

英国的医疗卫生服务与社会服务分属卫生部和地区政府(local authority)两个不同的部门管理,历史上存在服务不连贯的问题。同时NHS内部的服务又涉及全科服务、社区卫生服务、精神卫生服务、医院急诊服务等多个体系和服务机构,服务体系在多个机构之间割裂且呈碎片化,服务提供者众多,且缺乏沟通,导致出现服务衔接困难、重复服务和资源浪费

* 基金项目:美国中华医学基金会(CMB)卫生系统研究与政策转化合作项目(11-061)

作者简介:谢春艳,女(1982年一),助理研究员,主要研究方向为基层卫生、健康社会学、整合保健。

E-mail:xiechunyan_2009@126.com

等问题,从而造成了居民利用服务时存在困难并产生不满。

近年来,英国认识到对多种服务进行整合并延伸至社区的必要性,开展多次改革和试点。2002年,NHS引入整合保健信托(Integrated Care Trusts)来提供更好的整合卫生服务,其服务对象主要包括老年人、精神病患者、残障人士等。整合保健信托通过加强NHS与地方政府的合作,降低行政管理成本,简化服务流程,并使各种服务有效衔接与融合,提高服务质量,实现社会公共服务的现代化。^[1]2011年的新一轮英格兰NHS改革对于整合型保健的发展产生极重要影响^[2],2013年4月1日,最新的《健康和社会保健法案》开始正式实施^[3],对于NHS组织架构及服务提供方式的变革也正式启动,之前由国家卫生部授权的服务委托和购买机构——初级卫生保健信托(PCT)和战略卫生局(SHA)等被撤销,由全科医生(GP)主导的临床执业联盟(clinical commissioning groups, CCGs)取而代之。CCGs决定如何规划及使用NHS的经费和资源,这也意味着更多的资金将投向社区卫生服务和初级卫生保健。改革的另一个重要方面是向地方政府(local authority)放权,加强地方政府与当地CCGs的合作,基于本地社区和居民需求促进服务整合。改革的一个重要目标是改变目前服务的碎片化,通过地方政府主导的健康与福利委员会促进社区卫生服务、医院服务、社会保健服务与公共卫生服务的整合,大力发展初级卫生保健和社区卫生服务,通过整合当地多个相关利益方及不同部门的资源,加强服务路径的优化衔接,提供更多的居家服务、社区康复及辅助服务以降低慢性病的负担,减少急诊和住院,进而节省卫生资源,提高人群健康水平。^[4]

目前整合型保健(integrated care)并没有统一的定义^[5],但作为英国卫生战略规划的一部分,整合型保健已成为提高国民健康和福利水平的重要基石。整合型保健倡导从当地居民的实际健康需求出发,提供个性化、灵活多样和高质量的健康服务,强调以人为中心,促进居民参与。^[6]“整合”可以包括机构、组织、系统、模式之间的协同与合作,跨越了初级卫生保健、医院服务、社区照护和社会服务的界限^[7],推动与健康相关的各种卫生服务与社会服务的有效衔接与融合。整合型保健以需方为中心,而不是以疾病或服务提供者为中心,注重病人体验,具有更多的灵活性和选择性,通过多学科、跨专业、跨部门的团队合作,尽量减少不必要的住院,更多的在社区和家庭提供

服务,帮助病人尽快恢复独立自主的生活。^[8]

2 典型案例:牛津郡卫生与社会服务整合

2.1 精神卫生保健方案

2.1.1 背景与概况

保健方案(Care Programme Approach, CPA)是在英国为实现精神卫生与社会服务的整合而推行的自上而下标准化方法,通过需求评估、服务计划、服务整合实现提供以病人需求为中心的精神卫生与社会服务。

近十年来,英国的精神卫生服务逐渐实现“去机构化”,医院规模不断缩小,病床数量减少。精神卫生服务因其特殊性质,尤其需要关注影响健康的社会、心理因素,而且精神卫生服务涉及卫生、社会服务、住房、劳动、教育及警署等多个部门,需要建立一整套方法整合多个方面的资源。因而,精神卫生、社区卫生和社会服务的整合尤其重要,也是牛津郡最早实现服务整合的领域。

以牛津郡为例,目前只有2个病房共51张病床的精神卫生中心,覆盖了牛津郡635 600人口,所有的人力、资金和资源实现了从医院向社区转移。为实现精神卫生服务在整个牛津郡的社区全覆盖,牛津郡地区建立了3个跨部门整合、多学科支持的社区精神卫生服务团队(CMHT),分别位于牛津郡的北部、中部和南部,将服务范围扩展到社区和家庭。这种基于社区的、以病人需求为中心、以多学科团队合作为服务方式的整合型保健,将过去分散于不同服务提供机构的社区卫生、精神卫生和社会服务进行整合,其核心方法即是CPA。

2.1.2 服务方式与内容

CPA的服务对象大多是病情比较复杂、病程较长,需要多个专业人员的协同服务,并长期接受服务的病人,包括学习障碍者、毒品和酒精滥用者等。这些病人通常由GP、警察局或医院急诊部门转诊进入社区的精神卫生服务专业机构。CPA以病人需求为中心,采用多学科团队服务的方式,在社区中提供整合型保健服务。服务团队成员包括保健协调人(Care Coordinator)、精神科医生、心理咨询师、职业治疗师、具有不同专业技能的护士、物理治疗师、营养师、社会工作者等。

CPA主要包含以下四要素:

一是对病人的系统评估。病人转诊到精神卫生服务机构后,首先要经过CPA的系统评估:即生理、

心理和社会服务需求以及安全与风险因素的评估。这些信息主要通过病人健康档案回顾、个人及其主要家庭成员的询问调查获得,其主要内容包括:身体、心理、精神健康状况,意识、认知与相关行为状况,接受医疗、用药等服务情况,经济状况、生活环境与社会支持网络,个体的特点等,当前正在接受的服务及用药情况,药物使用及过敏史,家庭病史,收入及经济状况、住房及居住环境,社会支持网络,个人性格特点及家庭成员关系,个人教育、工作、生活历史,个人日常活动情况,兴趣爱好、休闲娱乐及社会活动情况,个人性取向及两性关系,语言及沟通,过去生活中发生的重大事件及刺激因素,是否存在赌博或药物滥用情况,过去是否有对自己及他人进行伤害的情况等。

二是专业的保健协调人(Care Coordinator)。保健协调人是整个团队的核心,通常由团队中具有精神卫生服务资格的专业人士担任,例如社会工作者、职业治疗师或注册精神卫生护士。保健协调人是病人保健方案管理的责任人和协调人,通过团队管理和沟通协调对各种资源进行整合,定期召集团队成员或吸收病人与家属开会,对病人的情况进行评估和讨论,制定出最符合病人需求的具体服务方案和详细计划安排,督促服务方案按照时间节点执行,并随时根据具体情况和病人需求变化进行调整。

三是书面的保健服务方案(care plan)。CPA 会为每一位接受服务的病人设计保健服务方案,由保健协调人具体负责,并与病人及其家属详细讨论,获得病人同意签字后才能开始实施,并将书面的保健服务方案发送给病人的 GP 留档。书面的保健服务方案主要包括以下内容:服务团队成员的详细信息;病人所需要的精神卫生服务的具体内容及所用药品,例如个人或小组治疗、认知与行为治疗、家庭治疗、语言治疗等;病人身体健康所需的相关服务内容及服务提供方,例如健康体检与身体状况评估、慢性病治疗与控制、体重控制等;经济、社会和生活技能方面的需求,例如病人经济情况与收入来源、就业与工作、兴趣爱好及休闲活动、社会网络、日常生活等方面的帮助和支持等;对病人照护者的需求评估与支持计划;对病人及其照护者安全需求及相关风险因素的评估,包括服务结束时存在的风险,以及意外情况发生时的处理措施;进行服务需求再评估的具体时间;各相关方的权利与责任。如果病人在日常工作和生活中存在影响其健康的困难或问题,CPA

团队会及时与相关部门沟通,整合各种资源帮助病人解决这些问题。

四是需求的动态监测及服务方案调整。服务方案不是一成不变的,需要随时根据具体情况对病人的各方面需求进行动态监测和再评估,从而对服务方案进行调整。正式的再评估一般以小型会议的形式半年进行一次,会议由保健协调人主持,通过再评估来确定病人是否需要继续接受 CPA 的服务及服务调整的具体内容。服务团队的所有成员、病人及其家属共同参与,病人也可以邀请对其生活有重要影响的其他人员参加。如果病人恢复情况较好不再需要此项多学科的综合服务,CPA 团队会根据具体情况对病人进行恰当的转诊,比如转诊到专门的精神卫生医师或心理治疗师处,而完全康复的病人大多数情况下会被转诊到其所注册的 GP 处,由 GP 对病人情况进行定期跟踪。

除了对病人各方面需求的关注,社区多学科团队还特别关注病人照护者及家庭成员的情况,有专门针对病人家属等非正式照护者的评估和服务,针对病人家庭存在的问题开展家庭干预,通过改善家庭环境提供对病人的支持,包括健康教育、危险因素的识别与处理等。

2.1.3 主要成效

CPA 通过服务路径和流程的规范,有利于在推进整合型保健过程中实现服务的标准化,同时切实考虑到了病人的多方面需求,对病人的保健服务方案不仅考虑到病人的身体和精神心理需求,还要考虑影响健康的社会因素,并整合各种资源,努力解决生活、工作和社会等相关问题,为服务对象营造良好的生活和社会环境,避免诱发疾病的风险因素。其保健服务方案的每一项内容都包括了目标、活动与病人视角三个方面,每一项服务都注重病人及其家属的理解和参与,服务的重心在于“增能”而不是“包办”,有利于帮助病人进行自我健康管理,恢复独立生活的能力。

CPA 通过团队协作和整合服务的方法,可以促进提供服务的不同学科的专业人士在社区中实现有效沟通与合作。保健协调人的专业特点发挥了重要的桥梁作用,作为病人的代理人,与服务团队及各个相关部门有效沟通协调,病人在有卫生及社会服务需求时可以从同一个专业人士那里获得及时有效的信息和回应,降低了病人在复杂的卫生和社会服务体系中与多个部门及其人员沟通的难度,大大

提高了服务的可及性、反应性和整合性,提高了病人的生活质量和幸福感。

2.2 社区急诊多学科团队

2.2.1 服务背景与概况

急诊多学科团队(Emergency Multidisciplinary Unit, EMU)是牛津郡为了应对近年来不断加剧的急诊压床(*bed blocking*)问题,试点推行的急诊服务与社区卫生和社会服务进行整合的项目。

EMU于2010年11月开始试点,其目的是将医院急诊服务延伸到社区和家庭,使有急诊需求的病人尤其是老年人可以在社区和家中接受所需要的急诊治疗,从而减少住院治疗,缓解急诊压床问题。EMU坐落于牛津郡的Abingdon社区医院,在当地社区日间医院的基础上改造而成,由牛津NHS社区卫生服务信托负责管理和运营。其服务覆盖了当地11个GP诊所的140 000人口。

2.2.2 服务方式与内容

EMU聘请了老年医学专科医生、急救人员和救护车、物理治疗师、职业治疗师、社区护士、社会服务部门的社会工作者等专业人员组成了多学科急诊服务团队,同时借助牛津大学初级卫生保健科学学院的学术力量和医院集团的医疗专家作为技术支撑。

EMU配备了多种便携式的检验检查设备,有独立的诊疗室、物理治疗室、多种康复治疗设施设备,有12张病床可以供诊疗使用,5张住院病床可供病人短期使用(72小时之内),并且还有独立的厨房用来测试和评估病人的独立生活能力。EMU的服务集诊断、评估、观察、治疗、康复于一体,可以处理除心脏病急性发作和中风之外的大部分急诊病人。其病人大多数通过GP或救护车转诊而来,经过多学科的综合诊断和评估,从而对症提供服务,例如小型的骨科手术、物理治疗、康复训练、输血、静脉点滴等,除了医疗处置和康复治疗,还通过职业治疗师和社会工作者的服务对病人的日常生活和社会环境进行评估与干预,提高病人自身及其家属应对相关问题的能力,加快病人恢复独立生活的速度。

病人在接受EMU的诊疗服务后回到自己家中,EMU通过其“家中医院”(Hospital at Home)项目将社区康复护理服务延伸到急诊病人的家中,聘请了不同专业的护士上门服务,急诊处置后情况比较稳定而不便行动的病人,可在家中接受进一步的康复

和护理服务。

EMU将当地的全科医生服务、医疗影像、检验检查和诊断服务、急诊治疗服务、精神卫生服务、社区卫生服务(包括社区医院病床服务)、社会工作等相关服务实现了地理位置及服务路径上的集中和整合,并且与大型教学医院的急诊部门有着紧密的联系,方便将病人随时转诊到所需要的医疗和社会服务部门,提高了转诊效率。

2.2.3 主要成效

试点几年来发现,EMU接受的急诊病人多数为老年人,比较高发的病症集中在心力衰竭、肺栓塞、急性呼吸道感染、蜂窝组织炎、尿路感染、慢阻肺急性发作、急性肾衰竭等。这些病症在社区EMU获得了有效的治疗和干预,由于病人在社区和家中接受治疗,避免了病人住院时经常发生的失眠、焦虑、抑郁、营养不良、院内感染等问题,可以更快的恢复健康。EMU将全科服务、急诊与社区服务进行整合的方式取得了显著的成效,改善了病人体验,避免不必要的住院而节省了医疗费用,大大提高了医疗服务的成本效益。目前,当地70%的急诊病人都可以通过社区EMU进行处置,住院率大大降低,减轻了大型急诊医院的工作负担,急诊压床问题缓解,病人满意度提高。

EMU成功的关键在于“有能力的社区”(capable community)支撑下的一站式服务,将学术与临床、急诊与社区、卫生与社会服务等多种资源进行有效整合,多学科团队成员之间高效沟通和团结协作,才使得急诊、康复、护理和社会等服务在社区和病人家中实现无缝衔接与整合。

3 启示与建议

3.1 大力发展初级卫生保健和社区卫生服务,改变以医院服务为主导的现状

大量研究证明,医院住院治疗可引起严重的院内交叉感染或病情恶化,甚至病人出院后一段时间又因其它疾病再度入院,相关专家称之为“住院后综合症”(Post-Hospital Syndrome)。^[9]从英国的经验来看,整合型保健的发展是生物医学模式向生理—心理—社会医学模式转变的重要体现。服务方式从以疾病治疗为主导转向关注影响病人的社会和心理因素,而资源和服务重心也相应的实现了从医院向社区转移。社区是整合型保健服务的核心与载体,而强有力的初级卫生保健和社区卫生服务体系又主导

着资源及服务整合的方向。目前我国大多数地区建立了社区卫生服务网络,但在传统的生物医学模式及体制机制不顺等众多问题的影响下,大多数资源流向了以疾病治疗为主导的医院服务体系,无法扭转三级医院规模扩张的趋势,社区卫生服务人力不足、资源缺乏、力量薄弱,整个卫生服务体系还是以疾病治疗为导向,社区卫生服务的优势无法发挥,更忽略了影响健康的心理、社会因素。大医院人满为患、医患矛盾恶化、医疗费用飞速上涨与上述这些问题是分不开的。

建议借鉴英国的经验,加大对初级卫生保健和社区卫生服务的建设和投入力度,建设和投入重心应放在人力资源、学科建设、社区资源整合、服务路径标准化、服务流程优化和模式转变等软件方面;大力发展以全科医生为主导的社区卫生服务队伍,全面提高全科医生及其他社区卫生服务从业人员的待遇和地位,提高社区卫生服务能力;控制三级医院床位数和人员数量,限制三级医院的规模扩张,切实改变目前大医院不断扩张、医院服务主导整个卫生服务体系的现状。

3.2 加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设

中国卫生领域目前面临的一系列严峻挑战是与健康问题的社会影响因素分不开的,如老龄化、空巢家庭带来的老年人养老、医疗护理和临终关怀等问题,社会压力导致的精神疾病高发现象,生活方式转变带来的慢性病问题。要提供整合型的“全方位”服务,需要多学科服务团队的支撑。而我国社区卫生服务的人力构成中,还是以全科医生和护士的临床服务为主,缺乏其他学科专业人员的支撑,在服务提供过程中忽略了影响健康的社会和心理因素。建议借鉴英国经验,在大力发展全科医生队伍的同时,也要加快对社区护士、职业治疗师、物理治疗师、营养师、心理咨询师和社会工作者等专业人员的培养和培训,加强以全科医生为核心的多学科服务团队建设,才能关注影响健康的社会、心理因素,推动医学模式在社区的转变。

3.3 基于病种及重点人群建立整合型服务路径

目前我国社区卫生服务流程缺乏规范,不利于服务质量的提高。建议借鉴英国经验,由卫生主管部门牵头,加强社区诊断,基于病种和重点人群,在社区层面建立整合型服务路径,实现疾病预防、筛查、诊断、服务和评估过程的标准化。首先通过全科

医生的签约服务档案将当地人群分类,识别出某种疾病的风险人群,对风险人群进行疾病筛查,从而发现重点服务人群;其次,社区服务团队对重点人群进行生理、心理和社会的综合需求评估,以确定每一病种人群的特定需求和最需要解决的关键问题,根据需求评估结果对不同的病种分别建立整合型的保健服务路径,制定具体的诊断标准、服务标准及转诊标准;同时加强风险人群和重点人群的疾病预防和健康管理,尽量避免不必要的住院;此外,服务路径中还应整合与服务人群或病种相关的资源和信息,包括可以提供帮助的相关政府部门、民间组织、慈善团体及专业服务机构,对所涉及到的各个部门、服务提供者和相关利益方的责权利进行明确;最后对服务成效和人群健康结果进行评估,根据评估结果对服务路径不断改进。

3.4 探索以人为中心的案例管理和个性化服务方案

我国的卫生服务倡导以病人为中心的服务,但往往流于口号和形式,难以真正落实,可借鉴英国经验,通过探索案例管理和个性化服务方案来实现。在整合型服务路径的基础上,利用风险分层工具确定目标人群^[10],针对病情比较复杂的慢性病病人、虚弱的老年人或有住院风险等需要长时间多种密集服务的病人,进行主动的案例管理和强化服务^[11]。根据其病种、个体需求和生活环境建立个性化的服务方案或服务包,增强服务力度,避免非计划住院。^[12]确定其所属服务路径后,根据对病人的身体、心理实际情况、家庭及社会环境的评估制定有针对性、人性化的服务包或服务方案,并由全科医生或高年资护士担任的案例管理者或保健协调人主导的多学科服务团队对服务方案的设计和执行负责。病人的全科医生与案例管理者或保健协调人通力合作,整合全科服务、社区服务、精神卫生、康复服务及医院门急诊服务等多方面资源,为病人在家庭和社区中提供所需的服务,尽量避免和减少计划外的住院。在对每一个病人的服务方案设计中,强调以病人为中心和人性化,鼓励病人参与,尊重和维持病人面对整个服务体系的话语权和知情权。

3.5 建立全科医生“守门人”制度,做实社区首诊和双向转诊,推动卫生资源纵向整合

深化社区卫生服务改革的关键在于体制机制的改革和完善,我国卫生体系缺乏社区首诊的“守门人”制度,老百姓表面上拥有就医选择权,但医疗资

源配置的宏观效率极低,造成了资源浪费。“强基层”关键在于“建机制”,即建立健康守门人制度。落实各级医疗机构功能定位,因地制宜整合卫生资源,形成三级医院、二级医院和社区卫生服务机构的有效联动,逐步实施社区首诊、定点医疗和双向转诊。可借鉴英国经验,探索在社区建立急诊多学科团队,逐渐将医院门急诊资源和技术力量向社区转移。组建区域医疗联合体,为需要转诊的患者构建便捷、快速的绿色转诊通道,全科医生有权参与病人转诊后的医疗过程,保证患者在治疗、用药上的连续性,保留全科医生对转诊医疗机构处置病人的参与和干预权,以及诊疗后转入社区的权限。逐步压缩和控制三级医院门诊数量,三级医院要为社区预留部分专家号。

3.6 建立相关政府部门间的沟通协作机制,推动卫生服务与社会服务的有机整合

目前英国很多地区试点,将卫生服务和社会服务的预算进行合并,并且整合管理架构,在社区层面实现卫生服务和社会服务的统一管理。^[13]目前我国医疗卫生和养老服务分属卫生和民政两个部门管理,预算分开,服务提供和支付方式难以衔接,在卫生体系内部,虽然很多地区也在进行医疗联合体的试点,鼓励不同层级医疗机构之间的合作,但是在政府投入和管理过程中很少考虑到与整合型服务提供相适应的整合型投入和补偿机制。建议探索整合型的政府投入和补偿机制,合并相关预算,由卫生与民政部门联合委任一位当地社区的整合型保健管理者,负责整个社区的卫生及社会服务的实施和团队人员的管理;建立卫生部门与民政、残联等其他社会服务部门联席会议,社区卫生服务机构中常驻社会服务部门的管理人员,作为整合型保健管理层的一部分,将社会服务功能整合到卫生服务的管理架构中。

3.7 强调病人参与和自主

英国在整合型服务的发展过程中,服务提供者看待病人的观念转变,医生、治疗师等专业人士从过去专家“神坛”上走下来,更加尊重病人的意见和体验,把病人看做是可以积极参与诊疗过程、改善健康结果的“合作伙伴”,而不是消极被动的接受者。英国多地正在试点的个人健康预算即是增加病人权力、参与和选择服务的典型例子。^[14]建议我国在卫生改革过程中,卫生管理者和服务提供者改变意识观

念,改变病人被动接受服务的方式,发展对病人“增能”和“赋权”等理念,增加病人对自身健康及所接受服务的自主权和决策权。帮助病人尽快恢复身体和心理健康,获得独立自主的生活能力,提高生命质量和幸福感,而不是为病人包办一切或单纯提供更多更全面的服。注重病人参与和自主,争取把病人培养成为高效的自我健康管理的专业人士。

参 考 文 献

- [1] Department of Health UK. Integrated care pilots[EB/OL]. [2014-08-10]. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Integratedcarepilots/index.htm>
- [2] Ham C, Imison C, Goodwin N, et al. Where next for the NHS reforms? The case for integrated care. The King's Fund, 2011[EB/OL]. [2014-08-10]. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Where-next%20for-the-NHS-reforms-case-for-integrated-care-Ham-Imison-Goodwin-Dixon-South-Kings-Fund-May-2011.pdf>
- [3] Health and Social Care Act 2012 (c.7)[EB/OL]. [2014-08-10]. <http://services.parliament.uk/bills/2010-12/healthandsocialcare.html>
- [4] The Kings Fund, NHS reform[EB/OL]. [2014-08-10]. <http://www.kingsfund.org.uk/topics/nhs-reform>
- [5] Goodwin N, Smith J, Davies A, et al. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together[R]. The Kings Fund, 2012.
- [6] Lewis R, Rosen R, Goodwin N, et al. Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS? London: Nuffield Trust. 2010 [EB/OL]. [2014-08-10]. http://nuffield.dh.bytemark.co.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf
- [7] Department of Health UK. Integrated care pilots: an introductory guide[M]. 2009.
- [8] Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is Integrated Care? The Nuffield Trust[EB/OL]. [2014-08-10]. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf
- [9] Harlan M, Krumholz M D. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk[J]. The New England Journal of Medicine, 2013(368): 100-102.
- [10] BMA. England QOF guidance 7th revision 2014-2015 [EB/OL]. [2014-08-10]. <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>
- [11] BMA. Enhanced Services 2014—2015[EB/OL]. [2014-

- 08-10]. <http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/general-practice-contract/enhanced-services>
- [12] BMA. Unplanned admissions Enhanced Service [EB/OL]. [2014-08-10]. <http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/bma-general-practitioners-committee/general-practice-contract/unplanned-admissions-2014>
- [13] Ham C, de Silva D. Integrating Care and Transforming Community Services; What works? Where next? [R]. Birmingham: Health Service Management Centre, University of Birmingham, 2009.
- [14] NHS England, Personal health budgets [EB/OL]. [2014-08-10]. <http://www.personalhealthbudgets.england.nhs.uk/>
- [收稿日期:2014-08-15 修回日期:2014-09-01]
(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

欢迎订阅 2015 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊),中国科学引文数据库(CSCD)来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践

者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:专题研究、医改进展、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 20 元/册,全年 240 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670