

加拿大健康服务整合：实践与启示

殷 东^{1*} 王 真¹ 翟春城¹ 张家睿¹ 时 宇¹ 谢奉哲¹ 王景慧¹ 张淑娥² 孙 涛¹

1. 哈尔滨医科大学卫生管理学院 黑龙江哈尔滨 150086

2. 哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 黑龙江哈尔滨 150040

【摘要】系统梳理了近年来有关加拿大卫生服务整合的文献和政策文件,归纳了安大略省、阿尔伯塔省和魁北克省的卫生服务整合实践及方式,包括卫生组织机构间整合、卫生服务团队整合以及一系列卫生服务整合,并总结组织机构间整合的促成因素和阻碍因素以及具体的整合策略。结合中国实际,提出我国在推进卫生服务整合过程中应坚持以政府为主导,充分发挥市场机制的积极作用,通过基层卫生服务的网络式管理与组团式服务,将重点人群和特定疾病的卫生服务整合视为战略重点,发挥护士在卫生服务整合中的助推作用,建设有利于整合的卫生信息系统,不断推进分级诊疗并弥合割裂的卫生服务体系,为居民提供个性化、方便、综合、连续的整合型卫生服务。

【关键词】卫生服务整合;家庭医生团队;网络式管理

中图分类号: R197 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.06.007

Integrated health service in Canada: Practice and implications

YIN Dong¹, WANG Zhen¹, ZHAI Chun-cheng¹, ZHANG Jia-rui¹, SHI Yu¹, XIE Feng-zhe¹, WANG Jing-hui¹, ZHANG Shu-e², SUN Tao¹

1. School of Health Management, Harbin Medical University, Harbin Heilongjiang 150086, China

2. Harbin Medical University Cancer Hospital, Harbin Heilongjiang 150040, China

【Abstract】 This paper systematically reviews the latest and relevant literatures and policy documents on the integrated health services in Canada in recent years. Therefore, it summarizes the practice and mode of integrated service delivery in Ontario, Alberta and Quebec wherein the integration among health organization, health service team, and a series of health services are included. The contributing factors and impeding factors (the barriers) of organizational integration and specific integration strategy were summarized. Finally, according to the actual practical situation, it is proposed that China should adhere to the government-led approach in promoting the integration of health services, and give a full play to the positive role of the market mechanism. Through strengthening the network management and group service of primary health services, emphasis will be put on health services of population groups and specific diseases. Therefore, integration will be regarded as a strategic priority, increasing incentives and boosting promotion of nursing personnel on the process of Integrated Service Delivery, building the health information system that is conducive to integration in order to continuously advance Hierarchical Diagnosis and bridge the fragmented service system. This will help in providing residents with personalized, convenient, comprehensive, and continuous health services.

【Key words】 Integrated health service; Family physician team; Network management

* 基金项目: 国家自然科学基金项目(71403071, 71774045); 黑龙江省自然科学基金项目(G201411)

作者简介: 殷东, 男(1995年—), 硕士研究生, 主要研究方向为健康服务整合与卫生体系。E-mail: 18845135202@163.com

通讯作者: 孙涛。E-mail: hydsuntao@126.com

据加拿大统计局数据显示,2016 年加拿大 65 岁及以上老年人约占总人口的 17%,预计到 2031 年将达到 25%,同时,超过 30% 的 85 岁及以上老年人患有三种及以上慢性疾病。^[1]随着人口老龄化和慢性病患病情况的日益严峻,患者对整合型卫生服务提出了更多需求,这也对医疗卫生体系造成了巨大压力。在整合型卫生服务的理念和政策指引下,加拿大各地根据各自社会环境特点,选择了各自的整合策略并进行试点改革,如安大略省组建多学科的家庭健康团队,阿尔伯塔省医疗服务体系从集中变为分散模式,之后又演化为政府集中管理模式,而魁北克省的家庭医生团队模式在实践中正在被证明为最值得推广的整合模式。^[2]近年来,安大略省、阿尔伯塔省和魁北克省均在健康服务整合改革中探索了各自成熟的实践模式,不列颠哥伦比亚省次之,其余省份和地区在系统层面的改革则较少。^[3]因此,本文重点阐述安大略省、阿尔伯塔省和魁北克省的健康服务整合实践,为中国的卫生服务整合改革与实践提供指引。

1 卫生服务整合的内涵

WHO 在 2001 年将提供整合的服务 (Integrated Service Delivery) 定义为满足患者不同时间段和跨越不同层级医疗机构的健康服务需要,通过卫生服务整合,使患者能够获得连续的预防和诊疗服务。^[4]张亮等人将卫生服务整合定义为以人群健康需要为依据,以改变卫生资源的不公平和不均衡分布以及利用效率不高为出发点,对医疗卫生资源和服务的提供进行整合,构建一体化的卫生服务体系。^[5]Leutz 将整合分为三个层次:联合、协作、全面整合。^[6]卫生服务整合的内容又可以细分为:提供综合、连续的卫生服务整合、健康服务团队整合、信息系统整合、筹资体系和管理体系的功能性整合、价值观整合以及不同机构组织间的系统整合。^[7]J Goes 等人则强调了整合过程中 6 个重要的转变:从注重水平整合转变为强调垂直整合;从以急症医疗和医疗机构为中心的整合模式转变为更广泛地关注基层卫生服务和社会服务;从以经济效益为目的进行卫生服务整合转变为更强调医疗服务质量;从组织角度评估整合情况转变为评估是否以患者为中心;从强调改变组织结构转变为强调改变工作方式和服务提供者的潜在价值观;从把区域内的所有患者作为整合的战略重点转变为对特定人群的卫生服务整合。^[8]

2 加拿大卫生服务整合实践

1984 年《加拿大卫生法案》对医疗保障体系规定了 5 项基本原则:对全人群覆盖的普遍性,各省级保障体系的通用性,强调以非营利为目的的公共部门管理以及卫生服务的可及性和全面性。^[9]在《加拿大卫生法案》提供的卫生服务整合框架下,加拿大 10 个省和 3 个地区对卫生服务的组织形式和服务方式具有较大的管辖权,各自在卫生服务整合过程中,逐步探索建立适合本地区的整合模式。

2.1 卫生组织机构间整合

通过区域政府主导,加拿大各地开展自上而下的组织和机构整合,将功能相近或同级组织合并至同一部门,推进组织结构的扁平化,减少组织层级结构,以提高政府对卫生服务整合实践的管控力和政策的执行力。

20 世纪 70 年代初,魁北克省将建立社区卫生服务中心 (Local Community Service Centers, CLSCs) 作为医疗体系改革的主要切入点,CLSCs 主要负责提供一系列卫生和社会服务,包括家庭护理、医疗咨询、物理治疗、社会支持和家政服务。^[10]但由于受到医师协会强烈反对,尤其不满于 CLSCs 医生的薪资水平,仅约 20% 的家庭医生选择加入 CLSCs。^[11]同时,只有部分居民将社区卫生服务中心视为初级保健服务的来源,最终只有约 15% 初级卫生保健服务由社区卫生服务中心所提供。^[12]随着卫生服务的不断碎片化,魁北克政府在 2000 年又提出建立新型的组织模式:家庭医生团队和网络式诊所。^[13]魁北克省还将社区卫生服务中心、急诊医院和长期护理机构合并为 95 个卫生和社会服务中心 (Health and Social Services Centres, CSSS)。此外,在 2003 年医学院附属的大型医院 (Centres Hospitaliers Universitaires, CHU) 被整合到 4 个基于大学的医疗保健网络 (Réseaux Universitaires Intégrés de Services, RUIS) 中,每个 RUIS 中心提供专科诊疗、协调培训和医学研究。^[14]

2006 年,安大略省根据当地卫生系统整合法案,将安大略省划分为 14 个地区,各地区建立“区域卫生一体化网络” (Local Health and Integration Networks, LHINs)。2008 年,阿尔伯塔省则把由 9 个地区医疗机构和 3 个地区医疗委员会 (省癌症委员会、省心理卫生委员会、省酗酒和滥用药物委员会) 提供的卫生服务整合至省卫生服务委员会 (Alberta Health

Services, AHS),成为加拿大第一个且最大的省级卫生组织体系。^[2] AHS 又创建了战略性临床组织(Strategic Clinical Networks, SCNs),旨在结合所有利益相关者(临床医生、政策制定者、研究人员等)的参与,实施有助于改善患者治疗效果和满意度的临床策略,提高卫生服务的可及性和卫生系统的可持续性。^[2]

2.2 卫生服务团队整合

加拿大各地积极推进初级卫生保健网络和多学科健康服务团队的建立。多学科健康服务团队的构成以家庭医生和护士为主,也包括其他专业人员如药剂师、心理师、营养师、咨询人员、康复治疗师、社会工作者和健康教育工作者。此外,各省的服务团队整合各具特色。

安大略省在 2004 年成立家庭健康团队(Family Health Teams, FHT),给予医生足够的自主权。服务团队与省卫生部门签订合同,提供一揽子服务(如慢性病管理和预防),同时允许家庭医生根据人群需要变更服务内容。^[14]安大略省还允许执业护士开设诊所,执业护士诊所与家庭健康团队的功能类似,但必须由医生担任顾问。^[3]阿尔伯塔省在 2005 年由省医学协会、省卫生部和地区卫生服务机构三方签订协议组建了基层医疗网络,全省约 70% 的家庭医生参与到了网络中。^[3]

魁北克省约有 50% 的居民将私人诊所视为常规医疗保健的来源^[11],对此,省政府鼓励和支持私人诊所转变为家庭医生团队(Family Medicine Groups, FMGs)和网络式诊所(Network Clinic, NC)。家庭医生团队不仅与政府签订协议向签约患者提供初级保健服务,还与当地其他合法诊所和医疗机构签订合作协议,促进双方合作与资源共享。家庭医生在周一至周五提供服务,在周末和假期则提供最低限度未经预约的服务。^[11]网络式诊所作为家庭医生团队的补充形式,比家庭医生团队的规模更大,也可以选择转变为家庭医生团队,并且每周七天都提供诊断(如影像、实验室检测)和医疗服务^[15],也提供初级保健服务,每周 12 小时/天,周末假期 8 小时/天。^[16]在办公时间之外,还确保患者在出现紧急情况能及时联系到家庭医生。^[16]

2.3 家庭护理服务整合

加拿大各省均有一个或多个家庭护理服务等待名单,最常见的服务内容为康复护理、日间护理、家政和饮食服务。由于人口老龄化日益加剧和慢性病

患者的日益增多,各省均难以保持家庭和养老护理服务的充足供应。^[17]目前,加拿大面临的挑战之一是如何维持家庭和养老护理服务之间的有效平衡。提供过多的养老院床位,会使得居民过度利用服务,加重财政负担,而提供过少的床位则会对医院急诊、住院管理以及社区护理服务产生影响。

2004 年魁北克省颁布家庭护理政策,规定除需要资源密集型和短期护理的复杂患者外,家庭服务和个人护理服务应进行外包,由社区志愿组织(Community Organizations, CO)、社会企业(Social Economy Enterprises, EESAD)和私营机构提供。^[10]为了让老年患者获得政府资助的家庭护理服务,由老年患者向社区卫生服务中心(CLSCs)提出申请,根据护理需求评估结果,社区卫生服务中心可以选择直接提供家庭护理服务,或将患者转介至其他适宜机构。CLSCs 与 EESAD、CO 之间相互协同。一方面为降低服务成本或调解季节性和不断增长的服务需求,城市地区的 CLSCs 经常与 EESAD 或私营机构签订关于家庭支持服务的分包协议,在偏远农村地区的 CLSCs 则向患者提供现金福利,让患者自行雇佣一名家庭护理人员。另一方面,CLSCs 在患者和服务提供商之间发挥着媒介作用,EESAD 和 CO 均依赖于 CLSC 所转介的客户,其财务状况与 CLSCs 签订的服务合同相关。

然而,在家庭护理服务整合过程中,魁北克省要求 EESAD 和其他服务提供者进行资格认证,但少有组织进行认证。此外,CLSCs 与其他机构签订的服务合同缺少服务质量保证条款。^[10]

2.4 慢性病管理服务整合

加拿大政府意识到了社会和经济因素对健康的影响,并对慢性病保健模式(Chronic Care Model, CCM)进行修订。其中,政府对影响人群健康状况的社会决定因素更为关注。^[14]此外,CCM 一方面强调提高慢性病患者的自我管理意识,由家庭医生向患者提供基本信息、情感支持和慢性病管理策略,通过自我管理,以使患者能在家中实现自我照顾。另一方面通过社区卫生服务中心和家庭医生的服务,以提高慢性病管理服务的质量和连续性。慢性病服务项目也逐步增多,如健康乡村、城市或学校计划;0~30 岁(健康饮食和运动)计划;乳腺癌筛查项目;戒烟计划;哮喘和糖尿病教育中心^[14],为促进居民养成良好的健康习惯,及时预防或发现疾病提供了有利

保障。

魁北克省利用信息化管理方式,在 1996 年将 5 个健康管理数据库整合为一个综合性慢性病监测系统,监测的内容包括慢性病如糖尿病、心血管疾病、呼吸系统疾病、骨质疏松症、骨关节疾病、精神障碍、阿尔茨海默病以及卫生服务和老年人慢性病管理情况。^[18]安大略省卫生部门和长期护理部门在 2007 年制定了一套关于慢性病预防与管理框架^[19],将糖尿病管理作为试点,同时建立电子健康档案,并鼓励与支持组建多学科服务团队。^[14]其他慢性病管理措施包括设立护士诊所、在初级卫生保健服务中招纳护士、烟草控制策略、癌症筛查(如结肠癌和乳腺筛查项目)以及健康促进项目(如预防肥胖和学校健康饮食项目)。

2.5 精神卫生服务整合

加拿大对精神卫生整合主要涉及两个方面,一方面为家庭医生、心理医生和精神科医生之间的相互协调,共同对精神病患者进行关注。另一方面实现一站式服务,便于患者在初级卫生保健和精神病科之间双向转诊。专科精神卫生服务主要由综合医院的精神科或精神医院提供,而针对普通精神心理疾病如抑郁症、焦虑症的服务,则主要由家庭医生提供。

2001 年安大略省的家庭医生学院成立了一个精神卫生护理协作网络,将家庭医生与精神卫生专业人员联系起来,提供具体个案指导和开展继续教育项目。^[14]在整合体系内,还支持提供省级信息和咨询服务。2005 年,魁北克省也进行了精神卫生服务改革,加强精神健康保健团队建设,提高对主动式治疗和重症患者管理的覆盖面。精神卫生保健团队成员主要来自医院的精神科医生和家庭医生组成,提供多种形式的心理干预。精神卫生保健模式要求每 5 万居民有一位精神科医生,精神科医生被鼓励加强与心理医生和家庭医生的联络,共同促进对精神病患者的诊疗照顾,但新组建的团队数量远低于预期目标。^[14]

在精神卫生服务过程中,大多数家庭医生愿意诊治常见的心理和精神疾病,但不愿对有严重或复杂疾病的患者进行健康管理。同时,由于社区卫生服务组织较低的薪资水平,使得心理医生和精神医生的人员流失较为严重。此外,魁北克省约 80% 的心理和精神医生在私人诊所执业^[20],并不通过社会医疗保险体系获得薪酬,这妨碍了大多数没有商业保险的患者获得精神卫生诊疗。

3 组织机构间整合的促成因素和阻碍因素

3.1 促成因素

通过中央和地方的联合财政资助鼓励整合实践探索与创新。1997 年联邦政府建立卫生服务改革基金(Health Transition Fund, HTF)对试点项目进行资助,试点项目主要包括家庭护理服务、药品服务、初级卫生保健服务和整合服务^[21],以期试点项目结果能为未来政策规划提供依据或指导。2000 年,加拿大政府还建立了 8 亿美元的初级卫生保健改革基金(Primary Health Care Transition Fund, PHCTF),将重点放在初级卫生保健与其他医疗机构的整合,以实现长期和可持续的改变。^[22]随着部分省份的整合实践和经验推广,使得整合模式日渐清晰,其他省份也以各自的方式跟随或效仿。

组织机构间的整合关系由法案所规制,而服务提供者之间的区域协作关系,则受到与政府签订的服务协议的严格规制。^[10]法案支撑和推动了卫生服务整合的实质性改革,如魁北克省 2003 年《关于当地卫生和社会服务网络化发展法案》确定将社区卫生服务中心(CLSCs)整合至卫生和社会服务中心(CSSS),安大略省根据 2006 年《当地卫生系统整合法案》各地建立区域卫生一体化网络(LHINs)。^[2]机构间的整合则采取不同的形式:两机构间的联合经营,如精神卫生医院和由政府资助的精神卫生家庭护理服务;在负责卫生服务整合的区域行政部门的伞形治理模式下鼓励机构协作。^[22]

3.2 阻碍因素

加拿大卫生服务主要由私人诊所提供,医生担心整合会影响到其专业自主性和薪酬水平,政府部门需要不断与医师协会进行谈判、协商,从而阻碍和延缓了整合进程。加拿大强制实行家庭医生首诊制,由家庭医生进行转诊,但基层医疗机构仍面临着如何从上级医院获得协作支持的困境。新的整合项目或提议也面临挑战,利益相关者通过资助行政机构获得支持,以抵制变革。此外,加拿大冗杂的改革措施和对整合内容界定不清,也不利于推进卫生服务整合。

4 启示与建议

4.1 卫生服务整合坚持以政府为主导

加拿大的大部分医院为非营利性医疗机构,约三分之一的家庭医生开办独立或小型私人诊

所^[23],初级卫生保健服务的提供主要通过政府与私人诊所签订服务合同,由政府购买初级卫生保健服务。加拿大各地在《加拿大卫生法案》5项基本原则的指导下,以省级政府为主导,积极推动组织和服务整合,鼓励建立多学科团队,同时也在不断加强不同组织和机构之间的协作。

我国目前正处于加快推进家庭医生签约服务和推动医联体组建阶段,均需要通过政府的政策和经济激励来推动。短期内,政府行政部门的政策引导和理念倡导尚可起到一定“垂范作用”,但长期看,缺乏政策和资金投入的支持和激励^[24],即缺少在“改革成本”上的投入,各方行为主体缺乏内生动力,导致整合实践行动迟缓 and 流于形式,难以深入推进和持续开展。对此,政府需要通过长期的政策引导和资金支持,鼓励和支持基层家庭医生签约服务和多种医联体模式的探索与创新。在就医、转诊、用药、医保等方面,政府应给予签约居民更多政策上的经济优惠待遇,发挥家庭医生签约服务绩效考核的激励作用,以提高家庭医生签约服务的吸引力和双方的积极性。^[25]对于多种医联体模式探索,政府需要释放经济红利从而推进医疗、医保、医药协同联动改革,逐步破除行政区划、财政投入、医保支付、人事管理等方面的壁垒和障碍,优化资源结构布局,逐步建立和完善医疗机构间的分工协作机制。^[26]

4.2 充分发挥市场机制的积极作用

由于加拿大居民拥有自主签约的选择权,私人诊所之间存在着市场竞争关系,使其更注重与专科医生和其他医院的协作,注重不断提高医疗服务的质量和连续性。此外,家庭护理服务整合中,魁北克省通过社区卫生服务中心将家庭服务和个人护理服务进行外包或转介给其他社会机构,以降低服务成本,减轻财政负担。

在我国鼓励社会办医与医生多点执业的背景下,社会办医的发展仍较迟缓,公众对非公立医疗机构的不信任,以及医务人员开办私人诊所或进行多点执业审批时的流程复杂,规范有效的市场尚未形成。对此,政府需要发挥社会力量(如志愿者组织和民营机构)的补充作用,积极引导其开办护理院、护理站、老年护理、康复机构和慢性病医院等特色医疗机构,提供紧缺的卫生服务,以及引导其建立区域专业医学检验中心和影像中心。^[27]逐步破除束缚市场机制发挥作用的藩篱,建设一个充满规范竞争的有

效市场,进而满足居民多层次、多元化的卫生服务需求。同时,政府需要积极推动公立医院人事制度变革,简化开办私人诊所或多点执业的审批流程^[28],使医生由“单位人”向“社会人”转变,有助于进一步扩大基层医疗服务的供给平台,推动优质卫生人力资源下沉,以带动非急重症患者随着人才流向基层,以进一步推动分级诊疗格局的形成,从而提升区域卫生服务整合和基层卫生服务质量。

4.3 基层卫生服务的网络式管理与组团式服务

J Goes 等人指出,卫生服务整合从注重水平整合转变为强调垂直整合,从急症医疗和以医疗机构为中心的整合模式转变为更广泛地关注基层卫生服务和社会服务。^[8]加拿大各地区不仅注重卫生服务的垂直整合,如推进组织机构的整合,加强不同层级医疗机构之间的资源共享与协作,还通过家庭医生与其他专科医生签订服务合同,提高水平整合。此外,加拿大各地区实行分级诊疗和双向转诊制度,日益关注基层卫生服务和社会服务的整合,通过增加基层卫生服务组织的联结,形成品牌和合力,进而有利于吸引人才、获得经济利益和居民认同。如魁北克省的家庭医生团队和网络式诊所、安大略省的家庭健康团队。

目前,我国基层整合的卫生服务提供能力仍较为薄弱,存在财政获取能力有限、医务人员数量不足、服务能力水平偏低、基本诊疗设备缺乏、双向转诊制度不完善等一系列问题。^[29]对此基层医疗机构需要加强卫生服务的网络式管理,如信息网、服务团队网和组织机构网,加强基层家庭医生之间、家庭医生与专科医生之间、基层与上级医疗机构的协作与资源共享,尤其需要注重基层卫生服务的全科与专科相结合,开展组团式服务,提高基层卫生服务的核心竞争力。建议鼓励基层卫生服务机构间的合并和实体整体,形成合力并打造连锁品牌,改变过去分散、破旧、低廉、羸弱等“旧”形象,为居民提供个性化、方便、综合、连续的整合型卫生服务,满足区域内不同网格中居民的健康需求,有助于形成签约居民的规模效应和家庭医生优质服务的品牌效应,进而提升居民对基层卫生服务的使用粘性,促进医务人员与居民之间的良性循环发展。

4.4 将重点人群和特定疾病的卫生服务整合视为战略重点

加拿大各地区卫生服务整合的特定人群主要包

括慢性病患者、孕产妇、儿童、心理和精神心理疾病患者。随着人口老龄化日趋严重,加拿大依托基层全科医生服务网络和慢性病监测网络,尤其注重对多种慢性病老年患者的卫生服务整合,加强家庭护理与慢性病管理服务。

在中国基层有限的人力、物力资源条件下,社区卫生服务中心应根据当地的卫生服务水平和不同人群的个性化需求,重点关注高血压、糖尿病、脑卒中、精神病和残疾等特定疾病^[30],将优质的卫生资源优先覆盖至老年人、孕产妇、儿童和残疾人等特定人群。同时,社区卫生服务中心应加强多学科服务团队建设,从以单一慢性病健康管理为试点逐步探索扩展至其他慢性病以及多病种慢性病健康管理,进一步推进对重点患者和特定疾病的卫生服务整合。对于非重点人群则更应强调健康的自我管理,做好健康教育的宣传工作,以提高居民的健康素养,使其养成健康的行为和生活方式。

4.5 重视护士在卫生服务整合中的助推作用

加拿大执业护士可在法律规定的执业范围内独立进行诊断、开具处方、解释诊断报告、开药和实施特殊操作,在长期护理中尤其发挥着重要作用。^[31]此外,安大略省还允许执业护士独立开设诊所,医生主要发挥顾问作用,双方相互尊重与支持,促进了护理服务的有效开展。^[3]

目前,我国社区护理服务内容较为局限,缺乏具有社区特色的护理服务^[32],如养老服务、长期护理服务、精神卫生服务等。同时,社区护理服务具有覆盖服务范畴广、改革成本投入低等优势,建议我国相应法律法规或政策可以给予护士在执业范围内更多的自主权,鼓励和支持护士开办以医生为顾问形式的私人护理诊所或护理机构,有效发挥护士在医生与患者之间的桥梁作用,激发护理人才的能动性和积极性,让其主动参与到提供社区护理服务之中,尤其是健康管理、家庭长期护理和养老护理服务。

4.6 建设有利于卫生服务整合的健康信息系统

加拿大电子健康档案的建设与发展已有 10 余年,在全国范围内已建成多个信息系统,并实现了系统间的互联互通,如诊断成像系统实现影像信息全国范围内的共享,药物信息系统已在约一半的急诊室和三分之一的社区药店部署。^[33]魁北克省运用慢性病监测系统,加强对区域内慢性病的监测,同时运用监测的数据进行统计分析和预测,推动卫生行政

机构采取预防措施,促进卫生保健服务的规划设定,遴选和确定优先的公共卫生事项。

然而,在中国不同医疗机构间存在信息孤岛的问题,缺乏相互连接的信息系统,患者可能遭遇重复性检查,家庭医生与其他医生之间的信息共享也会受阻,滞后的区域信息化也掣肘了我国双向转诊和分级诊疗等整合实践的推进。这需要国家层面上进行统一指挥协调,提供人力、物力的支持,铺建互联互通的信息通道。

5 小结

推进卫生服务整合已成为各国的共识。在实践中,世界各国结合本国国情,实施了各具特色的整合策略与模式,并仍在不断探索与完善相关法律法规与制度,深化对卫生服务整合的相关理论研究和实践评价,以进一步推进卫生服务整合实践。但我国的卫生服务整合理论研究已远滞后于实践。在实施健康中国战略和深化医疗卫生体制改革的背景下,希望通过借鉴国外卫生服务整合的有效实践经验,因地制宜,取长补短,积极探索出一套适合中国国情、具有中国特色的卫生服务整合模式。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Canada Statistics. Population by sex and age group [R]. Canada: Statistics, 2016.
- [2] Bywood P. Integrated care: What policies support and influence integration in health care across New Zealand, England, Canada and the United States? [R]. Australia: Phc-ris, 2013.
- [3] Hutchison B, Levesque J F, Strumpf E, et al. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion [J]. *Milbank Quarterly*, 2011, 89(2): 256-288.
- [4] World Health Organization. Integrated health services-what and why? [R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [5] 张亮. 卫生事业管理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [6] Leutz W N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom [J]. *Milbank Quarterly*, 1999, 77(1): 77-110.
- [7] Contandriopoulos A P, Denis J L, Touati N, et al. The integration of health care: Dimensions and implementation [Z]. 2003.

- [8] Goes J, Savage G T, Friedman L. The Evolution Of Integrated Health Care Strategies[M]. Emerald Group Publishing Limited, 2000.
- [9] Hussey P S. Health Systems in Transition: Canada [J]. Journal of the American Medical Association, 2007, 297(6): 647-648.
- [10] Bode I, Firbank O. Barriers to Co-Governance: Examining the “Chemistry” of Home-Care Networks in Germany, England, and Quebec [J]. Policy Studies Journal, 2009, 37(2): 325-351.
- [11] Breton M, Pineault R, Levesque J F, et al. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary health-care? [J]. BMC Health Services Research, 2013, 13(1): 262.
- [12] Haggerty J L, Pineault R, Beaulieu M D, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care [J]. Annals of Family Medicine, 2008, 6(2): 116.
- [13] Pomey M P, Martin E, Forest P G. Quebec’s Family Medicine Groups: Innovation and Compromise in the Reform of Front-Line Care [J]. Canadian Political Science Review, 2009, 3(4): 31-46.
- [14] Jiwani I, Fleury M J. Divergent modes of integration: the Canadian way [J]. International Journal of Integrated Care, 2011, 11(5): e018.
- [15] Beaulieu M D, Denis J L, D’amour D, et al. Implementing family medicine groups: The challenge in the reorganization of practice and interprofessional collaboration [R]. 2006.
- [16] Vedel I, Monette M, Beland F, et al. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada [J]. International Journal of Integrated Care, 2011, 11(5): e004.
- [17] Macadam M. Moving Toward Health Service Integration: Provincial Progress in System Change for Seniors [R]. Canada: Canadian Policy Research Networks, 2009.
- [18] Blais C, Jean S, Sirois C, et al. Quebec Integrated Chronic Disease Surveillance System (QICDSS), an innovative approach [J]. Chronic Diseases & Injuries in Canada, 2014, 34(4): 226.
- [19] Nolte E, Knai C, Mckee M, et al. Managing chronic conditions: experience in eight countries [R]. 2008.
- [20] Moulding R, Grenier J, Blashki G, et al. Integrating psychologists into the Canadian health care system: the example of Australia [J]. Canadian journal of public health Revue canadienne de sante publique, 2009, 100(2): 145.
- [21] Leatt P. Sharing the Learning: Health Transition Fund: Synthesis Series: Integrated Service Delivery [R]. 2002.
- [22] J Marriott A M. An Overview of Progress and Potential in Health System Integration in Canada [R]. 2002.
- [23] Hutchison B, Abelson J, Lavis J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change [J]. Health Affairs, 2001, 20(3): 116-131.
- [24] 匡莉, 曾益新, 张露文, 等. 家庭医生整合型服务及其医保支付制度:台湾地区的经验与启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(7): 26-35.
- [25] 中华人民共和国国务院医改办. 关于推进家庭医生签约服务的指导意见 [EB/OL]. (2016-06-06). <http://www.nhfdc.gov.cn/tigs/s3577/201606/e-3e7d2670a8b4163b1fe8e409c7887af.shtml>
- [26] 中华人民共和国国务院办公厅. 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 [EB/OL]. (2017-04-23). http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm
- [27] 峻怡. 我国社会办医发展中存在的问题及治理策略研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(13): 1560-1564.
- [28] 张颂奇. 在职医师开诊所前路不明[J]. 中国医院院长, 2014(5): 39-41.
- [29] 侯志远, 孟庆跃, 袁璟, 等. 城市社区基本医疗服务提供能力现状研究 [J]. 中国卫生经济, 2010, 29(2): 41-43.
- [30] 杜丽君, 水黎明, 林伟良. 宁波市江东区基于重点人群健康管理的家庭医生服务模式实践与探索 [J]. 中国全科医学, 2014, 17(4): 453-456.
- [31] 陈桂英. 加拿大开业护士在长期护理中发挥着重要作用[J]. 中国护理管理, 2015(3): 380.
- [32] 张莉, 孙宏玉, 岳彤, 等. 北京地区基层社区护理服务运行现状调查 [J]. 中华护理教育, 2013, 10(7): 328-331.
- [33] 郭珉江, 代涛, 万艳丽, 等. 加拿大卫生信息化建设经验及启示[J]. 中国数字医学, 2015, 10(7): 15-19.

[收稿日期: 2017-10-27 修回日期: 2018-01-21]

(编辑 赵晓娟)