

# 老龄化社会下英国健康服务体系的改革及经验

李 芬<sup>1\*</sup> 普拉莫德·普拉巴卡兰<sup>2</sup> 张晓溪<sup>1</sup> 丁玲玲<sup>3</sup> 王常颖<sup>1</sup> 方欣叶<sup>1</sup> 金春林<sup>1</sup>

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. 伦敦中区西北区国民健康服务体系信托基金会 英国伦敦

3. 中南大学 湖南长沙 410008

**【摘要】**英国是最早进入老龄化的发达国家之一,应对老龄化有较为丰富的经验。本文主要从英国的健康服务体系、健康筹资及支付模式、老年健康服务模式及整合服务模式探索案例对英国应对老龄化的健康服务体系进行介绍。从英国经验启示来看,我国应建立统一的资源配置规则,加强全科医生、初级保健和公共卫生建设,建立以数据、分析工具为支持的决策体系,以应对老龄化带来的健康服务体系的挑战。

**【关键词】**老龄化;国民健康服务体系;整合医疗服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.03.009

## Health service system reform in aging society and experience of the United Kingdom

LI Fen<sup>1</sup>, PRAMOD Prabhakaran<sup>2</sup>, ZHANG Xiao-xi<sup>1</sup>, DING Ling-ling<sup>3</sup>, WANG Chang-ying<sup>1</sup>, FANG Xin-ye<sup>1</sup>, JIN Chun-lin<sup>1</sup>

1. Shanghai Health Development Research Center(Shanghai Medical Information Center), Shanghai 200040, China

2. Central and Northwest London (CNWL) NHS Foundation Trust, London UK

3. Centre South University, Changsha Hunan 410008, China

**【Abstract】**The UK is one of the first developed countries that entered the aging society and has a rich experience in dealing with aging population. This paper analyzes the reform of health service system, innovations of financing and payment, the health service mode for elderly, and the pilots of integrated health care explorations. The experience of the UK and its implications for China are summarized. It further suggests to establish a unified resource allocation regulation, to strengthen general practitioner, primary health care and public health, and to establish a decision-making system supported by data and analysis tools in order to cope with the challenges brought by an aging population in medical service system.

**【Key words】**Aging society; National Health Service system; Integrated health services

英国是最早进入老龄化的国家之一。2015年65岁以上人口占17.93%,85岁以上老人占2.43%;预计2020年、2030年,65岁以上人口比例将分别达到18.86%、22.04%,85岁以上人口占比将分别达到3.22%、3.83%,老龄化、高龄化程度进一步加深。老龄化伴随着主要疾病从急性病到慢性病、多发病、认知障碍和长期虚弱的转变。英国在应对老年人口

健康需要方面积累了丰富的经验,而面对老龄化程度的不断加剧,英国的健康服务体系也在不断变革。本文通过现场调研与访谈卫生部及卫生服务提供机构,介绍了英国健康服务体系概况以及在筹资体系、服务资源配置、服务模式等方面的举措,以期为我国相关改革提供借鉴。

\* 基金项目:上海市第四轮公共卫生三年行动计划重点学科建设项目循证公共卫生与卫生经济学(15GWZK0901);Sino-UK Collaborative Study on the Impact of Population Aging on Medical Expenses in Shanghai and Opening Up Opportunities for the UK(16SS23)

作者简介:李芬,女,助理研究员,主要研究方向为卫生经济。E-mail:lifen@shdrc.org

通讯作者:金春林。E-mail:jinchunlin@shdrc.org

## 1 英国健康服务体系概况

英国是税收型卫生服务体系的代表,国民健康服务体系(National Health Service, NHS)自1948年成立以来,已发展成世界上最大的由公共资金支持的健康服务体系,并以其高效、公平和全面而著称。2010年以来,英国保守党加快了新一轮NHS改革的步伐,2013年4月1日通过了《健康和社会保健法案》,NHS组织架构和服务提供方式也悄然变化。

### 1.1 改革后的健康服务体系概述

在卫生部的统一管理下,改革后的NHS分为四大组成部分:行政部门、服务购买机构、监督规范机构以及数据和证据机构、医疗服务提供机构。其中,服务购买机构,国家层面为NHS委托服务委员会,是NHS服务委托购买的领导机构,委托购买全国大部分初级保健和专科服务,以及地方临床委托委员会(Clinical Commissioning Groups, CCGs)的准入。CCGs由地方全科医生、护士及相关专业人士组成,负责当地医疗卫生服务规划、资源配置以及服务购买。医疗卫生服务购买面向所有评估合格的公立、私立机构。监督规范机构对医疗卫生服务进行质量监管、财务运行监管,反映居民的诉求;数据和证据机构中,国家卫生与临床技术优化研究所(National Institute for Clinical Excellence, NICE)主要从循证医学角度出发,为医务人员提供基于成本效果的临床指南和标准。医疗卫生服务主要由地方层面提供,国家层面购买的医疗服务,一般为地方层面提供动力不足、统筹能力不够的服务,如罕见病、军队医疗服务等。

### 1.2 健康筹资及分配模式

2014年,英国卫生总费用占GDP的9.12%,其中83.14%来自广义的政府卫生支出,主要是税收收入。卫生部根据卫生事项的优先顺序提出总体预算和资金总体分配,并代表NHS管理大型国家级项目,如研究和计划、IT项目等。医疗卫生预算由财政部和议会在支出审查时审核未来预算,批准年度开支计划。2015—16年度,总预算为1165亿英镑,其中46亿英镑用于资产发展。1010亿英镑的医疗服务购买资金核拨至NHS委托服务委员会,其中320亿元由其管理、购买国家层面的医疗卫生服务;690亿英镑分配至地方CCGs,由地方CCGs组织购买地方层面的医疗卫生服务;另有30亿英镑用于公共

卫生服务,32亿英镑用于教育培训。英国的医疗卫生服务支付范围和定价由英格兰NHS委托服务委员会和医院监管局共同制定。NHS医疗服务机构不直接获得补助,而是通过与委员会签订医疗服务协议获得收入以覆盖开支。

改革前NHS采取合同的方式打包购买医院服务,没有考虑到服务质量和效率。<sup>[1]</sup>目前支付方式包括打包支付、按人头支付、按服务项目支付以及按绩效支付。全科医生(General Practitioner, GP)按人头签订全科服务合同。医院主要提供专科和急诊服务,大多需要与CCGs签订服务合同。<sup>[2]</sup>打包支付仍为医院主导的支付方式,但在急症服务系统增加了基于产出支付方式来减少排队等待,基于绩效、最佳实践支付以提高服务质量。然而,多种支付方式并存可能给机构间协作、整合型医疗服务提供带来障碍。对于支付方式效果评价,除了要分析支付方式对医疗行为的影响之外,更重要的是关注政策目标是否实现。

### 1.3 服务与筹资体系应对老龄化的设计

英国NHS改革的背景是资金压力、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。<sup>[3-4]</sup>从体系上有利于满足老龄化社会下医疗服务需求的变革有几个方面:

首先,从服务内容上,初级卫生保健逐步整合了公共卫生和社会服务,公共卫生服务主要针对高危人群(吸烟、肥胖、药物成瘾等)开展针对性健康教育,社会服务重点对象是老年人、精神病患者和残障人士。<sup>[5]</sup>

其次,放权探索适宜的服务体系和机制。建立初级卫生保健信托机构(Primary Care Trust, PCTs),全科医生作为独立签约人纳入PCTs,并建立了一定数量的联合诊所。联合诊所执业时间延长,整合了类似医院功能的急诊服务、护理服务;但破坏了长期建立的患者与GP的信任关系和GP在健康服务中的纽带作用。在2013年以来的新一轮改革中成立的CCGs,由当地的全科医生主导,全科医生、护士及其他相关专业人士共同负责当地卫生服务的规划、资源配置、服务委托购买、服务提供及支付,充分发挥GP的能动性和纽带作用,构建需方“风险分层模型”,基于需要提供适宜的服务。中央层面向地方政府放权,通过地方政府主导促进初级卫生服务、医院服务、社会保健服务与公共卫生服务的整合,加强服

务路径的优化衔接,为老年人提供更多的居家服务、社区康复及辅助服务降低慢性病的负担。<sup>[4]</sup>

再次,在资金分配及支付上向老年人倾斜。英国大部分层面资金由地方的 CCG 进行分配,并没有为老年人单独划出一部分资金;但 CCGs 的医院资金分配公式中,核定的基础是服务人口数量,人均权重根据所在地医疗卫生服务需要而定,老年人口比例是资金分配考虑的重要因素,在其他条件相同的情况下,老年人口较多的地区人均资金分配额较高。在支付上,转向支持新的医疗护理综合模式,更好地应对老龄化健康服务需求。一方面支持综合健康服务模式,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;另一方面支持急救网络发展。委员会基于服务能力、产出和质量对提供方进行支付,分担服务提供者的风险,确保患者在正确的环境、合适的时间接受所需服务。

## 2 英国健康服务模式及整合型服务探索

### 2.1 英国老年人健康服务的一般模式

英国的健康服务体系包括初级卫生保健、医院服务、临终照护、社区照护等。(1)初级卫生保健。GP 向每位患者提供免费初级卫生保健服务,作为“守门人”的角色,负责在病重或有特殊需要进行住院相关服务的转诊;初级卫生保健与公共卫生服务整合后,强化了疾病预防职能。(2)医院服务。包括急诊、专科门诊及检查、手术治疗和住院护理等<sup>[6]</sup>,提供医院服务的健康服务机构大多需要与 PCTs 签订为当地居民提供医疗服务的合同;英国有比较严格的“守门人”首诊制度,病人一般要通过 GP 转诊才能进入医院服务体系。(3)临终照护,主要为临终患者提供关怀照护服务。这类服务既有机构式照护,也有家庭式照护,即由专业人员为住在家里的临终老人提供家庭照护。政府提出 2015—2020 年临终关怀总体目标和六大愿景,包括尊重个体差异、确保服务公平可及、提高舒适度和幸福感、合作医疗护理、发动所有员工和全社会的力量予以帮助;而要达到这些愿景,必须在多方面打好基础,包括针对个体服务的规划、教育和培训、共同设计、数据和信息、信息共享、7×24 全天候可及、丧亲支持等。(4)针对老年人较高的照护需要,英国引进社区照护,由家人、朋友、邻居、社区志愿者为老年人提供居家服务,

政府会对提供服务的人员提供一定的补贴;也可以由专业工作人员提供,利用社区服务设施、托老所、老年人公寓等资源对老人进行开放式的照顾,使其在熟悉的环境中获得养老服务。

英国的医疗卫生服务与社会服务分属卫生部和地区政府两个不同的部门管理,NHS 服务体系又涉及全科服务、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,历史上也存在服务不连贯的问题。<sup>[7]</sup>英国探索的整合医疗保健服务模式,面向老年人的整合医疗服务大多数关注健康风险等级、患者管理、准入及转出服务。“整合”包括机构、组织、系统、模式之间的协同与合作,跨越初级卫生保健、医院服务、社区照护服务的界限,推动与健康相关的各种服务的有效衔接与融合。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。

### 2.2 英国各地区整合型服务探索

托贝(Torbay)整合医疗是英国早期整合医疗试点之一,在托贝模式中,相关部门建立了一系列的联合协议、框架和策略,整合老年人服务相关的内容、经费预算。建立卫生和社会服务相协调的综合服务团队,共同提供保健服务;支持符合标准的病人早日从医院出院,综合服务团队帮助老年人群体在社区独立生活。通过整合医疗实践,医院质量、绩效和财务方面都有所改善,托贝每日平均被占用的床位数由 1998—1999 年的 750 个下降至 2009—2010 年的 502 个,65 岁及以上人口的急救床位使用率是该地区最低的。2003—2008 年,75 岁及以上人群的急救床位使用量下降 24%,85 岁及以上人群下降 32%。各个区域根据当地的重点医疗服务需求,整合的内容各有侧重,采用的形式有多学科服务中心(hub)集合、GP 联盟、专科医生提供居家服务、远程服务等。全科医生是整合服务的纽带,“call for contact”建立了居民获取护理、社会服务、社区设施、入户服务的统一入口,有的全科医生还能提供通常发生在医院的相关服务。<sup>[8]</sup>牛津郡侧重不同机构的目标、预算整合,加强康复和跌倒预防;卡姆登区强调医疗与护理的整合,提出综合健康服务模式;伦敦西区侧重构建分级、综合护理服务。

#### 2.2.1 牛津郡全系统整合模式

牛津郡整合体系建设首先由相关部门建立一系列的联合协议、框架和策略,整合老年人服务相关的

内容、经费预算,合作范围覆盖了所有医疗卫生、养老机构服务、居家服务、辅助设备、康复服务、跌倒预防服务等。<sup>[9]</sup>其次,部门间达成共同的政策目标,使不同部门和机构形成长期稳定的合作。牛津郡的政策目标非常具体,如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;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。卫生和社会服务分散于不同的设施中,为了提高老年人服务对当地居民的可及性,基础设施建设和服务设计上考虑到卫生和社会两方面的服务,使不同的服务尽可能地共享同一地点。服务提供方面,在评估的基础上建立医疗服务路径。利用风险分层工具(Risk Stratification Tool)识别风险人群和重点人群。重点人群由多学科服务团队再次评估,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。多部门合作最大的挑战之一就是如何使不同职业特征、工作特点、薪酬待遇的人员有效合作。牛津郡的主要做法是对业务进行规范化、标化薪酬待遇,对团队成员进行整合服务相关培训,达成团队成员之间的理解。

同时,对于影响老年人的重大问题设置了重点专项,如预防跌倒专项、康复保健专项。其中,康复服务重点发展3类服务:居家服务、日间服务和康复床位。居家服务通过入户康复、保健和管理,可以让住院患者较早地出院而在家开展康复训练;日间服务机构中提供专业的康复服务,比如预防跌倒和平衡课程、康复健身研讨会或者痴呆症治疗小组;康复服务床位是处于住院到居家康复的中间服务,为因医疗需要、不能完全在家中开展康复的患者提供服务。基于家庭和社区的康复服务,促使老年人参与到社会环境中,缓解照顾者的压力,同时也减少长期的入院治疗。

### 2.2.2 伦敦卡姆登区的综合健康服务模式

伦敦卡姆登的问题是急救费用高,预防服务排名靠前而疾病治疗排名靠后,痴呆与心理疾病患病率高。<sup>[10]</sup>综合健康服务建立了医疗和社会照顾多学科团队,包括心理健康服务、社会服务、当地全科医生、综合初级保健团队和医院共同组成的中央枢纽多学科团队。在服务路径上,强调以需要为导向,开发了 eFrailty index (eFI) 用于分析初级保健记录数据,以便根据依赖程度、风险层级对老年人的健康状况做出正确的评价,判断医疗需要属于急诊治疗还是常规护理。eFI 脆弱等级分为:(1)适度(eFI score

0~0.12):没有或几乎没有长期病症的人通常很好控制,这个群体可独立地生活。(2)轻度脆弱(eFI score 0.13~0.24):可能需要在个人日常生活活动中得到帮助的老年人,如理财、购物、交通等。(3)中度脆弱(eFI score 0.25~0.36):进行户外活动有困难或者行动不便,需要一些帮助,如洗漱、穿衣。(4)严重脆弱(eFI score >0.36):经常依靠个人护理而且有一系列长期病症、多发病的人群。

根据服务需要,将患者分为几类诊疗路径:(1)急诊治疗,首先在全科医生诊所治疗,如果病情无好转,再办理急性病住院。(2)立即住院,完成急性治疗后再转移到常规护理服务。(3)常规护理,首先评估是适用于个案管理还是日常定期护理。个案管理首先需要评估老年人的风险现状,分诊进入适当层级的多学科团队个案管理;适合日常定期护理的老年人则进入综合护理服务,提供全科医院、社区护理、门诊、健康护理、社会服务等综合定期监护服务(图2)。

### 2.2.3 伦敦西区的分级护理模式

伦敦西区为医疗与社会照顾需要制定护理规划,护理员和患者家属参与护理决策。根据老年人口健康状况分级:65岁以上,基本健康为0级;65岁以上,患有1种慢性疾病,且疾病得到良好管理为1级;65岁以上,患有2种及以上慢性疾病,并有心理、医疗、社会照顾需要为2级;65岁以上,患有3种及以上慢性疾病,并有心理、医疗、社会照顾需要为3级。对不同级别人员进行差别化护理服务:0级老年人可以在家中自我管理,1级老年人由医疗提供连锁协会管理,2级老年人由个案管理人管理,3级老年人在护理枢纽由护理服务团队提供服务。护理枢纽主要由护理之家组成,主要包括诊断、老年病学、药物、理疗、心理健康、社会工作、志愿部门及其他关联医疗服务、风险控制等各领域专家;临床管理人,包括管理负责人、医疗提供连锁协会高级管理人、高级个案管理人;个案管理人,由全科医生、护理服务(紧急护理)、医疗提供连锁协会构成。护理队伍重点关注需经常住院的患者,提高护理质量,在全科医生的帮助下积极发展家庭病床服务,促进虚拟病房功能实现,从而减少了住院率。<sup>[10]</sup>

## 3 英国健康服务体系改革的经验及启示

### 3.1 拥有统一的组织文化和强大的系统领导力

英国保障所有居民的基本生活和健康权益,注

重公平和需要导向。在此组织文化下,社会各界对于保障老年人健康服务具有很强的认同度。在共同的政策目标下,民政、规划等部门和机构形成了较为紧密的合作关系,部分探索建立了相关部门联合协议、框架和策略,整合老年人服务相关的内容、经费预算,合作范围覆盖了所有医疗卫生、养老机构服务、居家服务、辅助设备、康复服务、跌倒预防服务等。卫生系统本身具有强大的领导力,公立医疗资源占 90% 以上,由卫生行政部门统一管理。在资金

管理上,NHS 临床委托委员会制定医疗资金分配的公式,并管理地方 CCGs 的准入,把控资金分配总原则,并将老年人口比例作为分配系数;约 60% 的资金由地方 CCGs 进行分配,给予地方根据实际需要进行资金分配的灵活性。管理方式和支付模式支持整合型服务模式。各地可因地制宜探索应对老龄化的健康服务模式,支付方式改革可转向支持新的医疗护理综合模式、多系统协作的服务。

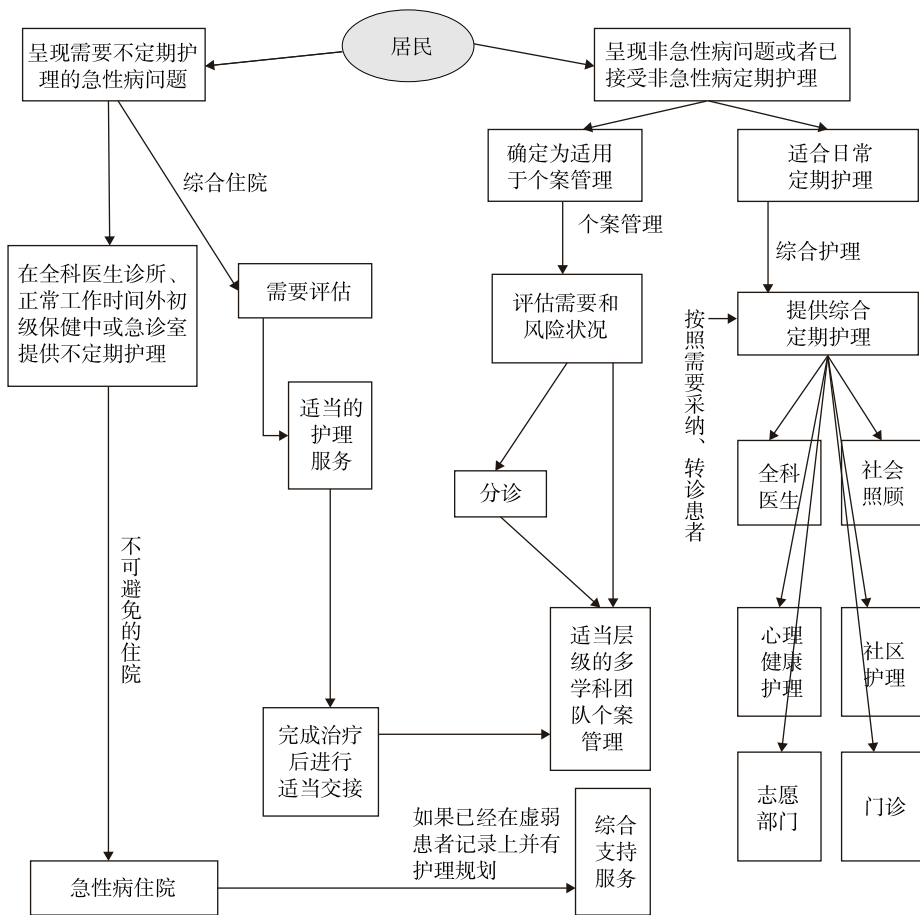


图 2 卡姆登区综合健康服务路径示意图

我国健康及保障缺乏协同的体系和统一的资源配置规则。服务体系中医疗、护理分别由卫生和民政管理,资金管理部门包括财政、人保、卫健委、民政等,服务提供时缺乏需要评估,资金支付时各类机构差异较大,如同属护理服务不同的养老机构不同,造成服务提供不足与浪费并存。各地医疗联合体推行过程中发现联而不动、貌合神离,原因在于缺乏支持性的机构利益分配和医保资金支付配套政策。虽然缺乏行政与社会基础把相关部门整合为“大部制”,但可加强部门间的协调,建立基于功能、预算及目标

的联盟,建立政策目标、资源配置、资金分配联动的、统一的规则,提高不同部门、机构的协同性。

### 3.2 基于需要,以 GP 为纽带开展整合型健康服务

英国整合型医疗服务主要是围绕服务利用者的需要提供协同性的服务,对预防服务和治疗服务的整合,能强化社区对老年居民疾病的早期预警及有效防控。宏观层面建立政府部门间的协作机制,统筹预算分配;各个地区在不同层面进行了试点,在微观层面从医疗、护理、临终关怀等不同角度探索整合的模式。这些得益于英国强大的初级保健服务力

量、高质量的 GP 队伍。GP 在英国整合医疗体系中发挥了核心的作用,不仅负责初级保健、疾病管理,更是患者分诊、不同机构间协作的纽带。整合型的健康服务以初级卫生保健和公共卫生服务为主导,与慢性病为主的疾病谱的特点相适应,实现了一级预防、二级预防,降低了疾病治疗的负担。在服务提供过程中,推行多学科综合治疗模式,根据老年人个体制定有针对性的、个性化的服务包,由固定的多学科服务团队负责提供服务并进行健康管理,满足老年人身体相对较虚弱、共患疾病比例高的医疗需要特点,并从社会学角度从精神、心理上的给予支持。

我国建立了包括村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构在内的基层医疗卫生服务网络,但无论是资源配置还是诊疗模式,仍以急性病治疗为主,服务体系中的预防功能、老年人慢性病的管理还比较薄弱,需进一步加强基层的资源整合和人员培养,规范医疗服务、建立“以人为中心”的服务模式。考虑到老年人共患疾病比例高,为了保证疾病得到安全有效的治疗,多个医疗卫生机构、卫生技术人员间应高度合作,而且使用的技术、药品应适宜、协同。医院需建立多学科专家协同诊疗机制,为老年患者就诊提供综合服务。

### 3.3 以数据、分析工具为支持的决策体系

英国注重健康、医疗数据整合和知识管理平台的搭建,充分发挥高校、研究机构、企业的力量,建立数据驱动的健康需要评估。在高校,如帝国理工学院数据科学研究所、健康维护组织,开展大数据挖掘支撑健康服务发展。各地对于健康信息采集、标化,并充分将这些信息应用于管理。整合数据首先可实现对各医疗团队和医疗机构质量及绩效的定期监测,其次,大数据是准确评估老年人健康服务需要的前提。英国已经开发了多种风险预测工具,并在 NHS 组织中得到广泛应用。如卡姆登地区的 eFrailty Index (eFI)、伦敦西北区的护理评估体系、剑桥的“临终关怀计划工具”、牛津郡的风险分层工具。最后,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。近年来,我国医疗卫生机构的信息化水平逐步提高,下一步重点是将这些“信息孤岛”联结起来,利用平台数据开展决策分析,实现高风险群体有效管理、医疗质量监管、资源更合理配置。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] Farrar S, Sussex J, Yi D, et al. National evaluation payment by results: Report to the department of Health [R]. UK, 2007.
- [2] UK Department of Health. Secondly care [EB/OL]. [2014-08-12]. <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/index.htm>.
- [3] 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(5):371-373.
- [4] 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.
- [5] 谢春艳, 胡善联, 何江江, 等. 整合保健:英国经验对我国社区卫生服务改革的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(9): 40-44.
- [6] OECD. A System of health Accounts (SHA 1.0) [M]. OECD Publications, 2000.
- [7] 刘纯, 尚尔宁, 邵志高. 英国医院临床药学服务模式初探[J]. 药学服务与究, 2015, 15(5): 347-350.
- [8] The House of Commons of England. The state of health care and adult social care in England 2016/17 [M]. UK: the APS Group, 2017.
- [9] 谢春艳, 胡善联, 何江江. 英国整合型保健发展经验:以牛津郡为例[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(9): 69-75.
- [10] North West London: Integrated Care Tools in 2014 [EB/OL]. [2018-3-10]. <http://integration.healthiernorthwestlondon.nhs.uk/chapters>

[收稿日期:2018-01-01 修回日期:2018-12-30]

(编辑 赵晓娟)