

基层医疗卫生服务整合的国际经验及对我国的启示

于梦根^{1,2*} 袁蓓蓓² 孟庆跃²

1. 北京大学公共卫生学院 北京 100191

2. 北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】目的:总结典型国家基层卫生服务提供中实现医防整合的经验,为我国基层医疗卫生服务整合提供借鉴。方法:本研究方法为文献研究。结果:在个人层面,英国、泰国、古巴培养全科医生作为“守门人”并将其作为提供医防整合服务的主体;在机构层面,各国基层机构组成服务网络,内部强调跨学科合作;在体系层面,通过横向合作和有序的首诊与转诊协调服务;国家立法保障和健康保险筹资等引导支持基层医疗卫生服务整合。结论:培养和配置高质量的医防一体的全科医生、促进机构跨学科融合、通过立法和筹资体系予以保障是各国提供基层整合型服务的核心,值得我国基层医防服务整合借鉴。

【关键词】 临床医疗; 预防; 整合; 基层; 卫生服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.004

International experience for integration of primary healthcare and its enlightenment to China

YU Meng-gen^{1,2}, YUAN Bei-bei², MENG Qing-yue²

1. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

2. Peking University China Center for Health Development Studies, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To summarize the experience of achieving integration of clinical and preventive medicine in primary health care of typical countries, and to provide reference for China's primary healthcare institutions. Methods: This paper was compiled by literature research method. Results: At different levels of concerns in the system, the results found that: First, from the individual level of service delivery, for example in the United Kingdom, Thailand, and Cuba, these institutions provide education and training for general practitioners (GPs) as the “gatekeepers”, GPs provide clinical and preventive services together in the form of integrated health system. Second, from the perspective of institutional level, national primary health care institutions create service delivery networks and emphasize on interdisciplinary cooperation. Last but not least is the system level where, through horizontal and orderly first-contact and referral coordination services were found to be of great importance in the support of integrated health care in primary level medical institutions through the national legislation, health insurance financing, and so forth. Conclusion: The cultivation and deployment of high-quality general practitioners, the promotion of interdisciplinary integration within and beyond the organizations, and the guarantee through legislation and financing systems are the core of providing integrated primary health care in various countries. This paper was considered to be reference for primary integrated clinical and preventive services in China.

【Key words】 Clinical care; Prevention; Integration; Primary; Health services

随着疾病谱向慢性病的转化以及人民群众对更高质量健康服务的需求,卫生服务提供更需要连续和整合。WHO 提出以人为本整合型卫生服务,愿景

是所有人都能平等地获得协调、全面、安全、有效果、有效率、及时和可接受的优质卫生服务,满足生命阶段不同需求并尊重其社会偏好,专业卫生人员在支

* 基金项目:中国工程院重大咨询研究项目——整合医学战略研究(2035)(2018-ZD-09)

作者简介:于梦根,男(1994年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生事业管理。E-mail: dyuyung@163.com

通讯作者:孟庆跃。E-mail: qmeng@bjmu.edu.cn

持性环境中有力工作。^[1]

理论上,区分临床与预防医学两者界限很难,并且不利于患者和人群健康改善^[2],但在卫生服务过程中,医防分离现象问题凸显,学术界有关两者之间“裂痕(schism)”的审视与讨论愈发引起关注^[3-4]。现代医学技术发展改善了医疗质量、延长了人类寿命,但以治疗为中心的方式很难继续提高卫生系统绩效。以基层卫生服务为重点,不仅是国际共识,也是我国卫生工作方针之一,整合型服务对个体与家庭、社区、卫生服务提供者和卫生体系都具有潜在的效益。^[5]我国基层卫生体系在提供整合型服务上面临重要挑战,基层医疗卫生机构医防服务分离主要表现在两者间管理分散重叠、筹资分离、服务提供不连续和不协调、信息资源各成系统、医学教育专业化等。^[6-10]同时,家庭医生签约制度的启动又对基层全科医生的培养使用、各类提供者的合作、各类服务的整合、以及为居民提供连续和整合的健康服务提出了新要求。本研究旨在利用文献研究,提取和总结典型国家推进医防整合的经验,以期为我国基层医疗卫生服务整合制度建设提供证据参考。

1 研究方法

1.1 文献资料来源

以“基层”、“医防”、“临床医学”、“预防医学”、“公共卫生”、“基本医疗”、“整合”、“primary care”、“public health”、“clinical medicine”、“preventive medicine”、“integration”、“fragmentation”、“corporation”等为关键词,检索万方数据库(Wan Fang)、中国期刊全文数据库(CNKI)、维普信息资源系统(VIP)及PubMed数据库,浏览英文或中文版世界卫生组织(WHO)与典型国家卫生行政部门网站,撷取与研究相关信息资料。

本研究共检索出文献资料 669 篇(其中英文 487 篇,中文 182 篇),题目摘要筛选过后,纳入 65 篇可获得全文的文献资料,适用于本研究数据提取和分析整合的资料来源也包括相关官方网站、引文追踪。

1.2 筛选标准

通过专家咨询,确定典型国家,包括发达国家英国、德国、日本,以及发展中国家泰国、古巴。国家选择首先考虑其整体卫生系统绩效良好、基层卫生体系较为完善;其次,这五个国家在基层医疗卫生服务医防整合方面有可借鉴之处;同时兼顾国家政治制

度、社会经济、卫生服务体系的多样性和代表性、以及对我国卫生体系的适用性。

本研究纳入标准为:首先需要有关于典型国家基层卫生服务结构或者功能的信息;其次涉及现状或发展的支持性环境,至少包括以下内容之一:卫生立法、组织管理、卫生筹资与支付、人力资源队伍的建设(全科医生培训或医学教育等)、信息系统和基础设施以及其他支持性环境。

1.3 资料整合方法

本研究经课题组讨论和专家论证,将基层医疗卫生服务整合状态定位在个人、机构和体系三个层面,而这些层面整合的实现是整个卫生体系在治理与管理、组织结构、筹资与激励、人力资源等各功能设计和运行的结果。

从现有文献和其他资料中提取关于基层卫生服务在个人、机构和体系层面整合状况的描述;提取文献中关于整个卫生体系在筹资、卫生人力、治理等各方面功能的描述,并特别地提取整个卫生体系各种能对基层卫生服务构建的影响分析,数据提取之后,将文本信息针对性地填入表 1 各维度。

2 研究结果

个人层面的整合是指卫生服务提供人员在提供服务中整合预防和治疗性服务;机构层面的整合,是指基层医疗服务提供机构/团队内,承担不同服务内容的部门/个人,如何更好地协作、以实现为居民提供整合和连续的服务;体系层面的整合,是在一个国家/地域的卫生服务提供体系中,主要承担临床治疗的机构和主要承担预防性服务的公共卫生机构如何横向配合协作,并将协作传递到其覆盖或监管的基层卫生服务提供者为其整合服务的递送提供便利条件;纵向整合,即不同级别的卫生服务提供机构如何进行转诊和合作衔接,以为患者提供从预防、初级保健到专科治疗的连续整合型服务。各国基层医防整合服务比较见表 1。

2.1 个人层面的整合

本研究纳入的五个典型国家在这个维度的整合上,主要通过全科医生或其它培训形式,让基层服务的单个医生具有提供医防整合服务的意识和技能。英国全科医生独立培养,长达 10 年的医学教育引导学生形成医防整合服务提供专业思维和角色定位,逐渐掌握团队合作、组织管理和领导力、整体医疗和

健康促进、社区导向等岗位胜任能力。^[11-12]英国全科医生对预防服务持积极态度,认为健康促进十分重要,调查对象在问诊中花费在健康教育等预防程序上时间占比为10%~30%的超过一半。^[13]全科医生坚持以患者和人群为中心、以社区为导向的原则为签约辖区内居民提供贯穿一生的健康服务,包括人群和患者健康教育、疾病诊断和健康风险评估、处理患者多种慢病问题、协调长期照护,涉及身体、社会和心理全方位,在卫生规划和政策制定时,为给社区内的患者提供安全、有效和可获得的服务积极发声。^[14]古巴在1959年革命胜利后,政府坚持基本卫生保健政策,鼓励毕业医师服务农村和社区;现在在全国97%的医学生毕业后,需要接受三年住院医师培训,内容是“整合全科医学”(integrated general medicine),之后以家庭医生身份为所在社区居民提供医防整合服务(curative-preventive care)。^[15-16]

家庭医学是泰国医学教育必修课程,具有明确的课程大纲,现在所有医科大学都有家庭医学部门,医学生临床实习基地也由之前的三级医院转向地区医院,鼓励和引导学生熟悉社区,了解基本医疗和预防服务,家庭医生在全民医疗保障覆盖(Universal Coverage Scheme, UCS)计划中被视作未来每个地区基本保健单位(Primary Care Units, PCUs)的负责人。^[17]加强基本医疗,增加家庭医生数量也是德国和日本当前基层服务改革方向。德国医学本科教育阶段,拓展医学生跨学科知识教育与能力培养,纳入卫生系统与公共卫生、预防和健康促进等课程,取消只能在医院实习的规定,也可选择全科门诊;日本医学生在第3~4年临床学习阶段可选择“公共卫生”专科方向(与产科、内科等并列),2年期研究生阶段须完成社区医学实习,掌握家庭访视、公众健康教育、心理咨询等活动,充分理解基本卫生保健。^[18]其次,日本医学职业教育中培养大量介护福祉士、看护师等从业人员,接受专业医疗和卫生保健知识教育和培训,获得相应国家执业资格,在介护制度下将老年人临床医疗和预防保健有效整合。

2.2 机构层面的整合

各国机构层面的整合体现在基层医疗单位或基本保健跨学科团队运作上,以全科和专科医生为核心,相互之间或者联合其他类别卫生人员组成服务提供网络或者团队,划区登记,连区成片,全面负责区域内人口健康问题。在英国,私人开业的GPs通

常联合护士、全科管理者、社会工作者等组成跨学科基本保健团队,为辖区签约居民提供基本医疗、健康管理、双向转诊等综合性和连续性服务。GPs是患者健康代理人,在委托机构(commissioners)规定需转诊医院诊疗情况下,实际是为患者购买服务,医患利益因按人头支付的方式绑定,更愿意加强疾病预防,提供整合型服务。古巴家庭医生—护士项目(family doctor and-nurse program)以120~150个家庭(600~800人)为单位,20~40个家庭医护团队组成多专科联合诊所,负责约3万居民的健康问题,提供综合性治疗和预防服务,包括:(1)社区健康诊断(Neighborhood Health Diagnosis),是指在基本医疗过程中,使用家庭病历档案记录每个成员基本情况、健康风险和诊断等信息,随时间更新,为个体的预防或治疗措施提供信息支持,也为政府确定健康优先干预领域提供决策依据;(2)持续评价与风险评估(Continuous Assessment and Risk Evaluation),即从患者体检、病史、家庭环境和社区特征中获得的信息用于监测个人和家庭健康。居民按照危险因素和疾病进行分类:吸烟者、超重、糖尿病、高血压等,要求家庭医生和护士每年到其辖区内的每个家庭进行主动随访,慢性病患者至少每3个月一次。^[19]

泰国区域卫生体系(District Health System)是基层服务主要提供方,由地区医院和占全国卫生服务机构数量90%的PCUs(相当于派出机构)构成,统一人事和经费管理。PCUs是门诊医疗、健康促进、疾病预防、处方药物等医防整合服务的主要提供者,UCS的服务包涵盖上述各类服务,家庭医生、全科护士和公共卫生员等相互协作提供服务包内容,同时社区中的卫生服务志愿者也是不可忽视的人力资源。德国疾病管理项目(Disease Management Programs)以I型和II型糖尿病、冠状动脉疾病等慢性疾病为主,由基本保健医师为符合条件的人群提供健康教育、信息支持、反馈提醒等服务,另外借助提供者之间上述疾病指南、服务方案和处方清单方式的临床路径(不同于流程化的传统住院临床路径)协助登记患者在各专科之间的转诊服务,联邦卫生部期望以此重组各领域、机构及专业间零碎的慢性病服务模式,将预防、治疗、康复协调整合。^[20]日本介护(德国称为长期照护)制度采用前瞻性的医防整合服务提供措施,旨在解决机能退化、慢性病频发的老年人疾病诊疗和预防保健问题:依靠大量基层康复或照护机构,由医师和照护从业人员密切配合提供不

区分医疗与预防性的营养膳食、卫生护理、临床治疗等整合型服务。

2.3 体系层面的整合

体系层面整合在各国基层主要表现在基层卫生服务机构与其它健康服务相关机构,包括机构之间横向和纵向整合,通过技术指导与支持、基层首诊、双向转诊等措施实现不同类型卫生服务或者不同层级服务的有序衔接。公共卫生局(Public Health England, PHE)是英国健康与社会服务部下属执行机构,东部、南部、中部和北部四个区域建有九个 PHE 中心,主要是面向人群的公共卫生管理(卫生应急、传染病和其他危险因素防控、生活方式干预等)、公共卫生相关研究以及与 NHS 合作以支持可持续的卫生服务(免疫和筛查计划质量保证、癌症和罕见病的数据分析等),为开展健康相关活动向 NHS 和地方层面的 211 个临床诊疗委托集团(Clinical Commissioning Groups, CCGs)提供部分资金支持。日本都道府县政府(包括部分市町村)下设机构公共卫生中心,主管个人健康保健服务(传染病防控、精神卫生、妇幼卫生)和管理执法活动(食品卫生、环境卫生、医疗服务督查等)两大领域,并且通过连结哨点医院和基层诊所的全国性信息系统,监测疾病动态。

纵向整合方面,基本卫生保健系统在英国扮演着分流患者的守门人角色,全科医学解决 90% 的患者问诊,剩余 10% 经过严格转诊至以医院为基础的专科或特殊医疗。泰国建立 UCS 之初便确立了“守门人”制度,称为基本保健合同机构(Contracting Units for Primary Care)机制。^[21]德国社会医疗保险患者需要征得社区诊所医生(包括专科与全科)的转诊同意后,方可进入综合医院接受治疗,由独立开业医师、社区医院组成的基层卫生服务体系能够满足大部分人健康需要。日本没有强制转诊制度,一次医疗圈(社区医疗机构、疗养型医院等)和家庭医生制度保障居民获得便捷的基本医疗、身心护理、家庭访视、指导家属等综合性医防整合服务,并通过双向转诊率等条件确定高级别医院的财政专项补助,居民持有转诊文书方可享受费用减免。^[22-23]

2.4 实现三层次整合的支持性环境

为了实现上述三层次的整合,一个国家/地区需要在立法执法、筹资激励、政策保障等方面提供支持性环境(表 1)。国家法律与契约条文是各国提供基层医防整合服务的顶层保障,政府行政机构以国民

健康改善为目标,从大卫生观出发,在筹资与激励上,医疗和预防并重,基层与医院同行。

立法环境方面,典型国家均将公共卫生和基本医疗服务划归为基本健康权的服务包,没有将两者进行性质和提供主体上的区分。英国《2006 年国家健康法》规定,国家为所有合法居民免费提供与社会经济发展水平相适应,满足合理需要的,既包括疾病诊疗,也包括健康体检、筛查等预防性的“基本”医疗服务;德国《法定健康保险法》引入“健康”保险,规定服务包(Benefit Package)包括疾病诊断和治疗、预防保健、精神卫生、处方药品、牙齿护理、康复和病假补偿等综合性医疗卫生服务^[24],从激励机制的设计上避免了医疗和预防服务的分离。1976 年古巴宪法规定全体公民享有健康权,计划经济体制下,全民免费医疗资金来源于国家税收,公共健康法确立了国家卫生服务体系。

筹资激励方面,典型国家的共同特点是:公共卫生和基本医疗服务的基本健康服务包筹资统一、采用按人头预付以激励提供者更多地提供预防性服务。2013—2014 年度,英国 CCGs 负责约 60% 流向基层的 NHS 总购买预算,基层服务主要采用按人头预付(capitated budgets)和总额预付(block budgets),另有在对部分全科医生按绩效付费时,参考《质量和结局框架》(Quality and Outcomes Framework)内的评价指标,根据其在 10 种慢性疾病临床服务方面的 146 项质量指标的表现,例如在过去 15 个月内,有记录显示曾向吸烟的糖尿病患者提供戒烟建议或有效转诊服务的百分比,激励医生从事健康促进等活动。^[25]2002 年泰国立法通过《国家健康保障法》实施 UCS,约占总人口 76% 的非正式雇员以及老年人、儿童、贫困人口等弱势群体得到医疗保障覆盖,费用全部由国家调整卫生支出结构后负担。^[26]PCUs 3/4 的运营经费来自与其签订服务提供合同的国家健康保障办公室(National Health Security Office)所支配的政府财政预算,门诊和预防保健类服务采取按人头支付方式,住院治疗采取疾病相关诊断组和总额预算方式支付。^[27]

在政府决策和政策保障方面,典型国家的共同特点是:高层决策者将整合和连续的健康服务体系发展作为优先方向;并且在健康决策监管方面是大部制而非依靠分散的多部门联合。人民政权代表大会是古巴国家最高权力机关,负责健康相关事项的中央公共健康部接受其监督和决策,尤其关注基本

医疗和预防服务,果断而有效的决策和政策执行也是医防整合服务的强烈推动因素。^[28]德国联邦卫生部对人群健康问题和优先领域关注焦点逐渐转移至预防和长期照护领域。厚生劳动省是日本所有政务

机构中最庞大的,该部门预算支出占国家一般性支出的56%,以大部制全权负责每一个公民“从摇篮到坟墓”全生命周期健康服务。

表1 各国基层医防整合服务比较

国家 维度	英国	德国	日本	泰国	古巴
治理与管理	《国家健康与社会服务法》、《NHS 宪章》 健康与社会服务部	《法定健康保险法》 《长期照护保险法》 联邦卫生部	《医疗法》 《国家健康保险法》 厚生劳动省	《国家健康保障法》 公共健康部	《公共健康法》 公共健康部
筹资与激励	国家税收 按人头预付、总额 预付	社会医疗保险与私人 医疗保险 按人头付费、按项目 付费	社会医疗保险 诊疗报酬支付	国家税收与社会医疗 保险 按人头付费、总额 预算	国家税收 计划经济下的政府财 政预算
卫生服务提供	全科医生为核心的团 队合作 非紧急基本保健服 务,也包括牙科、眼 科、药剂;以社区为基 础针对长期和慢性症 状的照护服务	专科医生、家庭医生、 护士 一般门诊治疗、预防 保健、长期照护、慢病 管理、康复	专科医生、家庭医生、 护士、介护福祉士 门诊治疗、齿科诊疗、 预防保健、介护	家庭医生、全科护士、 公共卫生员 临床治疗、健康促进、 疾病预防、康复	家庭医生—护士团队 与社区联合诊所 健康教育、疾病预防、 临床诊疗、社区康复、 邻里环境清洁与家庭 卫生、社会关系改善
人才教育与培养	全科医学教育 学习初级和二级保健 知识、技能、方法 整合专科与全科 以社区为工作场所的 实践 与其他卫生人员合作 自我导向的终身学习	本科教育引入跨学科 课程 强制性全科医学课程 四周全科医学临床 实习	介护福祉士职业教育 本科教育设立公共卫 生专科 研究生教育需经历社 区医学轮岗实习	家庭医生教育 家庭医学有具体教学 大纲,是国内所有医 科大学必修科目	家庭医生—护士教育 项目 全科医学课程教育 整合临床医学与人群 健康 全人群和特定人群 灌输基本保健意识

3 讨论和启示

3.1 主要发现与政策启示

无论从解决居民健康需求的角度,还是从实现全民健康覆盖的视角,不能只关注治疗性医疗服务,将个人预防性服务和人群公共卫生服务整合到目前服务提供体系中、特别是基层卫生服务提供中已经成为国内外决策者和研究者的共识。^[29-30]本文从基层实现医防整合服务提供为落脚点,通过整合典型国家的证据,初步探索其实现基层医疗卫生服务整合的支持性环境,并提出对我国的启示:

首先,上述国家在卫生与健康领域通过立法先行为基层整合型服务体系运转提供法律保障,围绕基本法,根据国家面临的健康挑战,适时制定具体、切实可行的政策规划、改革目标。强烈的政治意愿可以推动整个国家卫生事业快速发展,法律政策层面不将预防和治理做人为分割,是体系、机构和个人

层面实现医防整合机制设计和实践操作的基础。各国对健康领域的关注和政策支持积极践行 WHO 在 1978 年《阿拉木图宣言》中提出的“基本卫生保健”和 2013 年提出的具有概念延伸的“全民健康覆盖”行动,遏制过分重视三级医疗和以医院为中心的趋势。现有卫生资源投入无法实现我国范围内各级覆盖以满足人们特定和增长的需求,面对新的卫生问题,卫生系统必须以医防整合型基本卫生保健更好更快地去应对。我国也正在制定和审议《基本医疗卫生与健康促进法》,在卫生事业发展有法可依的前提下,政府对整合型医疗服务体系建设和健康优先领域(如健康教育与健康促进、慢性病管理等预防服务)的倾向将有利于卫生资源分配和各层面具体制度和机制建设。

其次,无论是医疗保险或政府财政预算筹资,上述国家没有将基层临床医疗和预防服务分开支付。英国、泰国、古巴全民覆盖属于健康保险,从卫生服务提供者与需求者角度来看,对保险の利用,发生在

预防保健、疾病诊疗、康复护理等全过程,经济激励上容易引导提供者预防为主、医防整合以控制总体成本。我国的医疗保障制度虽已经取得全民覆盖,但却是一种疾病保险,是以疾病临床治疗统筹为核心,设计理念是补偿患者费用支出,降低疾病经济负担,考虑提高人群健康水平和降低发病率欠佳,是“治标型”。^[31-32]基本医疗和基本公共卫生服务同时服务于国民健康,应是统一安排,互相协作,但公共卫生服务经费与基本医疗保险基金并轨而行,筹资与经济激励机制划分出明晰的“楚河汉界”。将筹资进行整合、从治病为中心的医疗保险过渡到健康保险,即不仅包括对疾病发生后的医疗费用风险保护,也包括对疾病预防、健康维护的支持和保障,是未来可探索和改革的方向之一。

再者,从服务提供范围上,受支付方式激励机制约束,开业医疗机构和人员承担着基层临床医疗和预防服务,而不人为区分、分隔两项服务。究其原因,全科医生(或家庭医生)是英国、古巴、泰国等国家基层医防整合服务的粘合剂,国家医学教育系统以健康发展和国民卫生服务需要为长远目标,重视全科医学教育和课程体系建设,从培养理念、内容、模式上塑造医学人才关注基本卫生保健、医疗与预防并重的专业思维,从全人群、全生命周期的角度,掌握生理—心理—社会现代医学模式对健康与疾病的影响,服务于人群健康改善。另外有文章评论亚太地区专注于学生医学“专业化”培养,相互间“专业”分离,日后在机构执业中难以与他人协作,学校和医院教育应该承担起培训跨学科人员团队合作的意识与能力,打破专业界限思维,共同服务患者。^[33]我国家庭医生制度建设正是当前医疗卫生体制改革的重要举措,家庭医生职能定位、执业方式、激励机制、签约模式等尚需规范和标准,全科医学培养理念与方式仍需要卫生和教育部门积极推进,同时提高社会认同度,纠正医学生和卫生工作者学科认知也需巨大努力。

3.2 创新和局限性

本研究立足基层医疗卫生服务,从医疗和预防服务的整合角度出发,以“三个层面”整合和支持性环境为构架,对典型国家的整合现状和经验进行了总结和展示。

本研究只选取与中国卫生体系适用性较强的典型国家,侧重文本资料的维度梳理,因此在文献资料

质量与数量方面存有缺陷;由于官方网站的语言差异,可能会有资料未收集完整的风险。另外,整合型服务是各国卫生体系改革的重点,各国卫生系统发展是动态和变化的,有些改革和措施处在探索阶段,其对卫生服务体系绩效的效果有待进一步研究验证。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] WHO. Strengthening integrated, people-centred health services [EB/OL]. (2016-04-15) [2018-10-06]. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1.
- [2] SMITH G, EVANS J L. Preventive medicine: an attempt at a definition[J]. *Science*, 1944, 100(2586): 39-42.
- [3] WATERS W E. Healing the Schism: Epidemiology, Medicine, and the Public's Health[J]. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1993, 47(4): 338.
- [4] 朱海江, 杨建立, 秦怀金, 等. 临床医学与公共卫生整合行动势在必行——首届中美医学与公共卫生整合行动研讨会纪要[J]. *中国公共卫生*, 2004(12): T1-T2.
- [5] WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services; interim report[R]. Geneva, 2015.
- [6] 史明丽. 整合视角下我国基层卫生服务体系现状与制度安排[J]. *中国卫生政策研究*, 2012, 5(9): 28-33.
- [7] 魏来, 张亮. 我国整合型卫生服务的概念框架探讨[J]. *中国卫生经济*, 2012(7): 12-15.
- [8] 龚向光. 城市疾病预防控制体系的改革[J]. *中国初级卫生保健*, 2004(1): 31-34.
- [9] 孙统达, 陈健尔, 许复贞, 等. 公共卫生和临床医学整合机制的研究[J]. *中国医院*, 2006(4): 23-24.
- [10] 高淑红, 高胜利. 医学整合: 公共卫生教育发展的方向[J]. *医学与哲学(A)*, 2012(4): 61-62.
- [11] BRUCE L. The state of medical education and practice in the UK[R]. Manchester: General Medical Council, 2011.
- [12] RCGP. RCGP Curriculum Blueprint 2015[Z]. 2018.
- [13] GOWIN E, PAWLIKOWSKA T, HORST-SIKORSKA W, et al. British and Polish general practitioners' opinions on the importance of preventive medicine[J]. *Health Promotion International*, 2011, 26(2): 171-176.
- [14] RCGP. Careers in general practice [EB/OL]. (2019-01-19). <https://www.rcgp.org.uk/training-exams/discover-general-practice/career-in-general-practice/about-general-practice.aspx>.
- [15] Fernandez Montoto N E. Cuba. [J]. *The Right to Health*

- in The Americas A Comparative Constitutional Study, 1989, 22(11): 106-107.
- [16] Drain P K, Barry M. Fifty Years of U. S. Embargo: Cuba's Health Outcomes and Lessons [J]. Science, 2010, 328 (5978): 572-573.
- [17] Wiwanitkit V. Family medicine in Thailand: System, training, and obstacles [J]. Medical Journal of Dr. D. Y. Patil University, 2016, 9(1): 4.
- [18] TEO A. The current state of medical education in Japan: a system under reform [J]. Medical Education, 2007, 41: 302-308.
- [19] Keck C W, REED G A. The curious case of Cuba. [J]. American Journal of Public Health, 2012, 102(8): 13-22.
- [20] Busse R. Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System [J]. Health Affairs, 2004, 23(3): 56-67.
- [21] 刘晓云. 泰国全民健康覆盖经验及对我国的启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(2): 11-16.
- [22] 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(4): 93-94.
- [23] 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.
- [24] 房珊杉, 孙纽云, 梁铭会. 德国医疗保障体系改革及启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(1): 28-33.
- [25] Nolte E. Financing and Reimbursement [M]. 2017.
- [26] 满洪杰. 泰国《全民健康保障法》及其对我国医疗保障立法的启示 [J]. 法学论坛, 2016(4): 140-150.
- [27] Prakongsai P, Srivanichakorn S, Yana Y. Enhancing the Primary Care System in Thailand to Improve Equitable Access to Quality Health Care [J]. Social Science Electronic Publishing, 2009.
- [28] 陈宁姗, 田晓晓, 杨小川. 古巴医疗卫生体制及对我国的启示 [J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(9): 36-39.
- [29] Verrecchia R, Thompson R, Yates R. Universal Health Coverage and public health: a truly sustainable approach [J]. The Lancet Public Health, 2018.
- [30] Erondu N A, Martin J, Marten R, et al. Building the case for embedding global health security into universal health coverage: a proposal for a unified health system that includes public health [J]. Lancet, 2018, 392 (10156): 1482-1486.
- [31] 周元鹏. 推动医疗保障制度与预防疾病相结合的思考 [J]. 南京人口管理干部学院学报, 2010, 26(3): 56-60.
- [32] 王禄生, 苗艳青. 城乡居民基本医疗保障制度改革引发的理论思考 [J]. 中国卫生政策研究, 2010(4): 2-8.
- [33] GAULD R, ASGARI-JIRHANDEH N, PATCHARANARU-MOL W, et al. Reshaping public hospitals: an agenda for reform in Asia and the Pacific [J]. BMJ Global Health, 2018, 3(6): e1168.

[收稿日期:2018-10-26 修回日期:2019-03-23]

(编辑 刘博)

· 信息动态 ·

《The Lancet》:发表中国疾病负担研究

2019年6月24日,《柳叶刀》杂志发表了题为“Mortality, morbidity, and risk factors in China and its province, 1990—2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2017”的文章。研究表明,过去近三十年来,中国慢性非传染性疾病死亡率大幅增加,同时孕产妇和儿童死亡率的持续下降。中风、缺血性心脏病以及肺癌等慢性疾病已成为中国居民过早死亡的主要原因。

作为全球疾病负担(GBD)研究的一部分,该研究跨越1990—2017年,产出了中国34个省份的年龄别和性别的死亡率、发病率和相关危险因素

可比性的研究结果。发现不同省份的健康问题存在巨大差异。中国东部城市、沿海区域和富裕省份的居民通常比西部农村和贫困地区更健康。与发展水平相似的国家(如俄罗斯)相比,中国的中风、COPD、肺癌、肝癌、胃癌的患病率显著高发。所有省份的肝癌患病率均高于同等发展国家水平,伤残调整生命年(DALYs)比率根据其发展水平估计的预期值高出2~7倍。

(来源:《The Lancet》)