

DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2020.01.001

· 特稿 ·

**编者按** 本文件经由中文版权所有中国康复研究中心/中国康复科学所/世界卫生组织国际分类家族中国合作中心和香港复康会/世界卫生组织复康协作中心授权刊载

## 健康服务体系中的康复

世界卫生组织

邱卓英, 郭健勋, 李伦 主译审

### 翻译编辑专家委员会

邱卓英 郭健勋 贝维斯 陈智轩 伍杏修 梁佩如 郭俊泉 施达明 侯伊莎 李伦 王国祥 吴弦光  
吕军 孙宏伟 杨克虎 郑洁皎 刘巧云 杨剑 许涛 周尚成 王松 张鸣生 石秀娥 侯晓晖  
郝传萍 董向兵 杜青 石磊 陈迪 张爱民 马洪卓 井淇 王梅 何义林 刘淑燕 黄珂  
王少璞 李安巧 朱婷 李浩冉

### 执行摘要

健康和老龄化的全球趋势要求在世界各国,特别是中低收入国家<sup>[1-4]</sup>大幅度扩大康复服务。加强服务的提供并保障适当的财政支持是确保为有需求的人群提供可获得和负担得起的康复服务的基础。本文件提供基于循证的专家指南建议和良好实践的说明,以支持健康服务系统和利益攸关方加强和扩大高质量的康复服务,以便更好地满足人们的需求。

这些指南建议面向政府官员和卫生决策者,也适用于诸如劳动力和培训等部门。指南建议和良好实践说明对参与康复研究、服务提供、筹资和辅助产品的人员,包括专业组织、学术机构、公民社会和非政府组织以及国际组织也是有价值的。

指南建议是根据《世卫组织指南制定手册》<sup>[5]</sup>中描述的标准和程序制定的,它按照一种系统的架构进行,即“建议分级、评定、发展和评估”(GRADE),包括系统地提出研究问题,证据检索和评估。本文件获得了广泛的同行专家评审,该过程涉及委托研究小组、世卫组织秘书处、指南制定专家组和外部审查小组,由世卫组织指南审查委员会进行正式的核准和发布。

#### 健康服务体系中的康复建议

##### 康复服务应该整合到健康服务体系中

推荐强度: 有条件

证据质量: 非常低

虽然针对健康状况的康复通常与其他健康服务一起提供,目前,在世界上许多地区并没有将康复有效地整合到健康服务体系。这取决于如何提供和由谁来治理康复<sup>[6-7]</sup>。明确指定康复责任是将康复有效整合到健康服务体系中的必要条件。由于卫生部门在大多数情况下与社会福利、教育和劳动等其他相关部门有着密切的联系,因此,它是最适当的治理康复的部门。

##### 康复服务应该纳入初级、二级和三级健康服务体系之中和服务体系之间

推荐强度: 强

证据质量: 非常低

在许多国家,康复发展不足并普遍存在着将康复误解为基本保健服务的一种附属的奢华服务,或者认为康复仅仅针对残疾人士,这往往导致只在特定的健康服务体系层级上提供康复服务。然而,为了满足相关需求并在个体的整个康复过程中提供有效的连续性健康保健服务,所有层级的健康服务中均应包含康复服务。在不同服务层级的标准化转诊途径和其他协调机制有助于确保良好的保健转介以获得最佳健康结局。

##### 应当配备多学科康复人力资源

推荐强度: 强

证据质量：高

在健康服务体系中多学科人力资源可以确保满足不同功能领域的康复需求。尽管并不总是需要采用多学科康复，但针对许多不同健康状况的管理，尤其对于慢性疾病、复杂疾病或者严重疾病的管理<sup>[8-10]</sup>，多学科干预已被证明是有效的。由于不同的康复学科需要特殊的技能，多学科的人力资源可以显著地提高保健服务的质量。

**应该在社区和医院提供康复服务**

推荐强度：强

证据质量：中度

在医院和社区环境中开展康复是确保及时干预和获得服务的必要条件。在医院环境中进行的康复，使早期干预能够加快恢复进度，优化康复结局，便于改善功能和及时出院<sup>[6,11]</sup>。许多人需要的康复是在医院出院后，而有些患者可能只需要社区康复服务。例如，罹患发育、感觉或认知障碍的人可能受益于长期性干预措施，而这些干预措施最好在家庭、学校或工作场所提供<sup>[12]</sup>。

**医院应该为有复杂需求的住院病人设置专门化康复单元**

推荐强度：强

证据质量：非常高

专门的康复病区提供强化、高度专业化的干预措施，以帮助具有复杂康复需求的人恢复功能。在下肢截肢<sup>[13]</sup>、脊髓损伤<sup>[14]</sup>和脑卒中<sup>[10]</sup>等情况以及老龄保健<sup>[5]</sup>的案例中，专门的康复病区康复效果优于普通病区提供的康复治疗效果。

**应将财政资源分配给康复服务以落实和支撑服务提供方面的指南建议**

推荐强度：强

证据质量：非常低

健康服务体系如何分配财政资源显著地影响康复服务的提供。然而，许多国家没有为康复服务分配专门的预算<sup>[6]</sup>。为康复分配资源可以提升康复服务的可及性和质量，并尽量减少个人健康支出，这是利用康复服务的一个重要障碍<sup>[6]</sup>。

**在有健康保险或可以获得健康保险服务的地方应该覆盖康复服务**

推荐强度：有条件

证据质量：非常低

健康保险是降低健康服务障碍的常用机制，然而，在保险覆盖范围中是否包括康复是有差异的，在世界许多地方，健康保险仅保护少数人口<sup>[17]</sup>。当健康保险覆盖康复时，康复服务的获取和使用会增加。因此，这一机制应成为改善康复服务能力的更广泛措施的一部分。

**辅助产品良好实践说明**

**应实施筹资和采购政策确保每位有需求的人都能获得辅助产品**

**应向接受辅助产品的使用者提供适当的培训**

辅助产品在改善功能状态和提高独立性和参与度方面发挥着重要作用。然而，在一些中低收入国家<sup>[18]</sup>，获取这些产品可能存在困难。重要的是不仅要增加辅助产品的获得能力和负担能力，还要在必要时随时随地对使用者进行产品的有效和安全使用和维护方面培训。康复专业人员可以确保人们接受的辅助产品适合使用者和他们的环境，并根据使用者的需求进行调整。

[中图分类号] R49 [文献标识码] C [文章编号] 1006-9771(2020)01-0001-14

[本文著录格式] 世界卫生组织. 健康服务体系中的康复[J]. 邱卓英,郭键勋,李伦,译. 中国康复理论与实践, 2020, 26(1): 1-14.

## 1 概述

### 1.1 理论分析

#### 需求增长需要加强康复

在全球范围内,特别是在中低收入国家,需要加强健康服务体系中的康复,以便所有有需求的人能获得高质量、能负担得起的服务<sup>[1,6]</sup>。强化康复服务不仅要确保尊重人权,还要改善健康,带来社会和经济效益。此外,由于全民健康覆盖被确定为联合国2030年可持续发展目标三(健康)的子目标,鼓励各国确保公平获得包括康复在内的高质量、负担得起的保健服务<sup>[19]</sup>。在实施全民健康覆盖目标,特别是全民康复覆盖领域,世界各地的进展差异较大。历史上,许多政府,特别是那些健康投入有限的政府,很少优先考虑发展康复,这就导致康复发展不足,服务间的协调不力<sup>[6]</sup>。例如,尽管在可获得康复服务方面缺乏强有力数据,但在南部非洲进行的若干研究仍表明,康复需求与需求满足之间存在着巨大差距<sup>[20-23]</sup>。迫切需要支持各国准备应对由于人口老龄化、非传染性疾病流行率上升以及由于生活在损伤状况的人口增加<sup>[1-4]</sup>而致的康复服务需求增长预期。

对个人、社区和国家经济而言<sup>[6,24-29]</sup>,康复服务造福于健康和社会。康复投资提升了人的能力,通过增进健康和提升对生活如教育和工作的参与度,实现和维持最佳的状态,使有健康状况的人能够实现和保持最佳的功能状态,从而提高其经济生产力<sup>[30]</sup>。康复尤其可以促进儿童发展,对参与教育、社区活动和后期工作具有深远的影响<sup>[31-33]</sup>。康复也可以加快出院,防止再入院<sup>[34-35]</sup>,让人留在家中更长的时间<sup>[15,36-37]</sup>。尽管通过长期分析与这些结局相关的经济效益通常才能认可,但它们的影响可能是深远的<sup>[27,38-42]</sup>。

#### 康复目的

康复是一套干预措施,旨在使有健康状况的个体在与他们所处的环境交互作用的过程中,使功能最大化并降低功能障碍的影响。健康状况指疾病(急性或慢性)、异常、损伤或创伤。健康状况还可能包括其他情况,如怀孕、老龄化、心理应激、先天性异常或遗传易感性<sup>[6]</sup>。因而,康复使人们在生活、工作和学习中充分发挥自己的潜力。证据还表明,康复可以降低与老龄化相关的功能障碍并提高生活质量<sup>[2,37,43]</sup>。

#### 制定康复指南的原因

本指南建议是响应《世界残疾报告》要求各成员国“制定、执行和监测康复服务的政策,康复服务的监管机制和标准以及促进获得这些服务的强烈呼吁”(6, p.122)。不仅如此,指南建议旨在支持各国执行《世界卫生组织2014-2021年全球残疾行动计划》的目标2,“加强和扩大康复、适应训练、辅助技术、援助和支持服务以及社区康复”(30, p.3)。联合国《残疾人权利公约》<sup>[44]</sup>呼吁成员国采取适当措施,组织、加强和扩大康复服务和方案(第26条)。迄今为止,仅有有限的信息显示在国家层面上加强健康服务体系中的康复,以应对日益增长的人口对服务的需求。指南的目的是弥补这一信息差距,并为在系统层

级改善康复服务提供系统。

### 1.2 目标

本指南建议的目标是提供基于循证的、专家知情的建议,以指导政府和其他利益攸关方发展和扩大康复服务,并在各级卫生系统和所有服务提供平台上公平地提供服务。其目标是通过倡导多学科的人力资源和建立可持续的筹资机制来支持和维持服务提供和发展,从而提高康复服务的质量。

### 1.3 目标使用人群

本指南建议适用于政府官员和健康政策制定者,适用于各行业,例如涉及劳动和培训等部门。这些指南建议和良好实践说明也可能对涉及康复服务提供、筹资、研究和辅助产品的广泛的利益攸关者,如专业组织、学术机构、公民社会以及非政府组织和国际组织都是有价值的。

### 1.4 范围

本指南建议仅关注在健康服务背景下的康复,特别强调了服务提供和筹资的要素;有关领导和治理、人力资源和信息系统的指南建议将在今后世卫组织出版物中得到全面的说明。

本指南建议旨在促进平等获得负担得起的康复服务,并不为临床干预提供指导。

### 1.5 方法

本指南建议是根据世卫组织的标准程序制定的,详见《世卫组织指南制定手册》<sup>[5]</sup>。因此,该过程包括拟定问题,检索并评估相关证据,以确保证据能够说明相关的问题。有关指南建议的决定是以协商一致方式达成的;在必要时,指南制定小组向研究方法学家和指南审查委员会寻求指导。每项指南建议都是基于PICO(人群、干预、对照和结局)问题。针对每个问题,人群被定义为需要康复的任何人,利益结局包括提升更好的服务质量、公平地获得可负担的服务,实质性的结果包括提升服务的利用,获得以人为本的保健和改善健康(包括康复)的结局。由于所有PICO问题的人群和结局都是相同的,因此在达成指南建议时只考虑干预措施和方法对照。关于制定指南建议的详细方法见附件1(略——本刊注)。

## 2 总体原则

本文件关于康复服务提供和筹资的指南建议是基于下列具有相关性和优先领域的总体原则。根据国情,这些原则可用于决策、规划和实施相关的指南建议。

- 康复有助于提供全面的以人为本的保健。康复是健康服务的一个组成部分,确保人们在生活和工作环境中充分实现其功能潜力<sup>[6,45-46]</sup>。

- 康复服务贯穿整个保健服务连续体。康复包括预防急性期保健中的损伤和恶化健康状况的干预措施,以及在亚急性期和长期保健期使功能最大化和维持功能<sup>[47-48]</sup>。

- 康复是全民健康覆盖的一部分;因此应努力提高服务的质量、可及性和可负担性。实现全民健康覆盖的努力应包括提高康复质量、可及性和负担能力的行动和政策,从而认识到其作为一种健康服务的重要性<sup>[46-48]</sup>。

•需要采取相关政策和干预措施来满足各类人群在不同地理区域获得不同范围和程度的康复服务需求,从而使所有有需求的人能够获得高质量并能负担得起的康复服务。人们在获得康复服务方面经历过各种障碍。因此,应确定人群的具体需求和消除这些障碍的策略,以使健康服务系统能够确保提供公平的服务<sup>[6,49-50]</sup>。

3 指南建议和良好实践说明

本指南建议论述了强化健康服务体系中康复的理论基础。该理论基础依托的收集证据、审查和评估的方法系统见附件1(略——本刊注),指导研究人员和指南制定小组做出每项具体指南建议有关证据强度和质量的决定。有关良好实践说明没有经历这个过程,因为指南制定小组确信收集和评估可能会效果不佳或者是缺乏可用的资源。他们的信息源自于联合国2030年可持续发展目标中确定的平等地提供服务和获得辅助产品的核心价值,具体指的是目标3.8和世卫组织《2014-2021年全球残疾行动计划》的目标2,以及在执行计划过程中获得的单纯效益有关的大量间接证据<sup>[19,30]</sup>。

每项基于现有最佳证据的指南建议都使用推荐强度(如何明确地建议执行指南建议)和评估证据质量说明。指南建议的推荐强度和证据质量的评估不必相关。

3.1 指南建议的推荐强度和证据质量

指南建议推荐强度和证据质量评定等级是根据世卫组织指南审查委员会<sup>[5]</sup>规定的程序确定的。这个过程旨在确保透明的、系统性和基于循证的决策,更为重要的是,允许指南建议的推荐强度基于超出现有证据质量的因素。更重要的是本文件的使用者不会认为基于低质量或非常低质量证据的指南建议比基于中等或高质量证据的建议更弱或更不重要。下面进一步解释使用系统文献综述中确认的证据来认定每项指南建议的证据质量。

3.1.1 确定一项指南建议推荐强度

指南建议的推荐强度由指南制定小组在考虑到利弊与负担之间的平衡,不同利益攸关者的价值观和偏好的变化程度,资源影响和证据质量之后确定的。在这些因素的基础上,指南建议推荐强度分为强烈推荐或有条件推荐(5, p.129)。

强烈推荐:指南建议的理想效果超过不良效果。因此,在大多数情况下,该指南建议可以作为政策采纳。

有条件推荐:上述因素存在不确定性,或者本地适用性应考虑价值观和偏好的变异,或者资源需求使干预措施适合某些地方但不适用于其他地方。因此,在将此指南建议作为政策采用之前,需要进行实质性的讨论,并要有利益攸关者的参与。

3.1.2 评估证据的确定性

在世卫组织指南制定过程中, GRADE方法用于评估系统文献综述中证据的确定性。这种方法主要基于干预效应估计的确定性水平(5, p.113)。证据分级为:

高:指南制定小组确认真正的效应接近估计的效应。进一

步的研究不太可能改变估计效应的置信度。

中:指南制定小组认为对效应估计有适度的置信度。真正的效应有可能接近估计效应,但也有可能大不相同。进一步研究可能对效应估计产生重要影响,并可能改变效应估计。

低:对效应估计的置信度有限。真实的效应可能与估计的效应有很大差异。进一步的研究很可能对效应估计产生重要影响,并可能改变估计。

非常低:指南制定小组认为效应估计置信度不高。真实的效应可能与估计的效应有很大的差异。任何效应的估计是非常不确定的。

在各种类型的研究中,随机对照试验通常提供最确定的估计效应。然而,这种研究并不适用于所有类型的干预。例如,当评估系统级的干预和对照效果时,随机化既不可行也没有意义。对于这些类型的干预,案例研究或观察以及纵向研究更充分地说明在什么环境因素如何影响干预措施<sup>[51]</sup>。

指南制定小组对本指南中的每项指南建议使用的决策过程记录在证据-决策表中。用于评估证据质量的GRADE表可在线获取,而在每个证据-决定表之后列出的参考文献是指南建议所依据的关键间接证据。

3.2 指南建议和良好实践说明

在健康服务体系中,康复服务的提供模式具有重要的临床和经济意义。计划、筹资和实施服务的方式影响到在不同环境下提供服务的可及性和服务质量,以及服务所需要的人力和财力<sup>[52]</sup>。服务提供模式的基本目标应该是确保在有需要的地方(包括基础设施)向有需要的人提供“有效、安全和优质的针对个人和非个人的健康干预措施,尽量减少资源浪费”(53, p. vi)。由于服务提供是健康服务体系的六大要素之一,实现强化服务提供模式目标是加强和扩大康复服务的基础。下面的指南建议强调国家应考虑其发展环境制定一些关键性政策战略。

指南建议提出依据的证据-决策表见附件2(略——本刊注)。

A: 康复服务是否应该整合到健康服务体系或社会或福利体系以及其他相应的体系?

背景

尽管康复服务是在健康状况的背景下提供的,通常与其他健康服务一起提供,但在世界许多地方目前尚未有效地整合到健康服务体系。这部分归因于如何提供康复服务和由谁提供康复<sup>[6-7]</sup>。鉴于预期康复服务需求的增长<sup>[1-2]</sup>以及参与提供康复服务角色的多重性,这一点变得越来越重要。虽然康复能满足任何具有健康状况或有障碍者的需求,无论这些状况是暂时的还是长期的,但通常都与残疾相关,并且通常由同一个部门(通常是社会福利部)管理。在一些国家,卫生部门和社会福利部门共同治理康复<sup>[6-7]</sup>。康复是否应整合到健康服务体系或社会福利体系的决定涉及康复治理的问题以及如何将康复整合到这些服务中的影响。

研究证据摘要

没有发现与问题直接相关的出版文献资料。因此,指南建

议的决定是基于指南制定小组的共识, 考虑到:

- 将康复整合到健康服务系统的预期效益包括改善医疗和其他健康服务间的协调, 改进服务的问责机制以及服务质量、质量保证机制和可持续性; 以及

- 以前康复由社会福利系统管理时将康复纳入健康服务体系时所面临的挑战。

虽然这些效应无法确定, 但对利弊的总体评估导致指南制定小组得出结论认为康复应该整合到健康服务体系中。

#### A. 康复服务应该整合到健康服务体系中

推荐强度: 有条件推荐

证据质量: 非常低

说明:

- 将康复服务有效整合到健康服务体系中, 需要明确认定康复治理责任。在大多数情况下, 卫生部门将是康复治理最适当的康复治理机构。

- 卫生部门与其他社会福利部门如教育和劳动等相关部门之间的密切联系对提供有效的、以人为本的康复服务至关重要。

- 当需要将康复整合到健康服务体系时, 需要进行相当大的治理转型, 应仔细考虑健康服务体系及其部门治理、投资和协调服务的能力。可能需要部门之间的过渡阶段。

#### 理论分析

在制定将康复整合到健康服务体系指南建议的过程中, 指南制定小组考虑到预期的效益, 涉及改善医疗和其他健康服务间的协调、问责机制、质量保证和可持续性。鉴于以往由社会福利部门或相应的部门实施康复, 将康复整合到健康服务时面临的挑战, 指南制定小组建议康复应由卫生部门治理。本指南建议是基于以下认知:

- 康复是一项健康策略, 包括健康促进、预防、治疗和姑息等, 康复干预措施是针对健康状况或障碍状况进行的<sup>[49-50]</sup>。

- 康复服务通常在与其它健康服务一起提供时, 可以分享共同资源(如筹资、技术、基础设施和人力资源)。

- 康复的规划和决策应以健康信息系统获得和组织的信息为基础。

**B: 康复服务是否应纳入初级、二级和三级健康服务体系中或者处于它们之间, 还是纳入到特定的健康服务层次?**

#### 背景

在世界许多地方, 往往只在健康服务体系中的特定层级提供康复服务。原因包括康复行业欠发达, 人力资源和投资不足, 这些限制了在不同层次上配置康复服务。一些长期存在的关于康复的错误观念也决定了在健康服务的何种层级可以获得康复服务。一个普遍存在的误解是, 只有残疾人才需要康复服务。当康复被认为是针对特定(少数)群体的干预, 而不是作为所有人的健康保健的重要方面时, 它可能不是优先发展和资助的项目。与此相应的是另一个常见的错误观念, 认为康复是奢侈服务而非必需的健康服务。此外, 在急性和亚急性保健期康复作用尚未得到承认的情况下, 忽视将康复纳入二级和三级健

康服务体系。这个问题反映出许多国家康复服务提供的发展状况, 并试图明确应该提供康复服务的健康服务体系的层次。

#### 研究证据摘要

已出版的关于不同层次健康服务体系中康复的可及性的研究数量有限。有关价值观和偏好<sup>[54-57]</sup>、可接受性<sup>[58]</sup>和可行性<sup>[58-60]</sup>的研究仍然支持在健康服务体系的初级以及二级和三级层次上纳入康复。

#### B. 康复服务应该纳入初级、二级和三级健康服务体系之中和服务体系之间

推荐强度: 强

证据质量: 非常低

说明:

- 在健康服务体系不同层次中以及之间建立协调机制, 包括标准化转介路径, 对促进需要多种服务或长期保健的人们提供稳定连续的保健服务是至关重要的。

- 将康复纳入不同层次健康服务体系中和服务体系之间, 需要具有胜任力的人力资源, 并考虑到人力资源在初级、二级和三级健康服务层面发挥作用的能力, 包括可用的康复人员的数量以及其分布情况、技能和能力。在康复人力资源有限的情况下, 转移分配任务可能有效地增加获得康复保健服务的机会。但是, 考虑到专业化或者干预范围的限制, 如果人力资源没有接受专业培训, 则应谨慎使用这些机制。

- 将康复有效地纳入到各级健康服务体系之中和之间, 不仅是康复专业人员, 也是所有健康工作者的责任。提升卫生工作者对康复原则及其在不同背景下的作用的认识对于实现高质量保健、适当转介和使用最佳服务至关重要。

- 虽然在不同层次健康服务体系中和之间实施康复所需的初期投资可能相当可观(特别是在现有服务有限的情况下), 但考虑到健康保健收入有限, 这种相关的长期积累可以缓解健康服务系统的压力。

#### 理论分析

鉴于直接针对研究问题的证据有限, 指南制定小组认真考虑了在各级保健服务中纳入康复服务的意义, 发现有适度的益处和微不足道的危害风险。就人们需求和可用来解决这些问题的干预措施而言, 在不同层次的健康服务体系中人们将需要不同类型和程度的康复服务, 因为他们在接受保健服务期间可能会在初级、二级和三级服务层次之间转换。不同层次健康服务系统的分离化是许多国家的一个常见问题, 可能会危害健康服务效果。《世界残疾报告》中关于康复问题的政策建议要求在全球保健和不同部门之间进行更好的协调, 以最大限度地提高服务效率并优化健康结局<sup>[6]</sup>。将康复服务纳入到各层次服务中可以发展以人为本的保健服务, 这种理念将有助于组织健康服务来满足人们的需求而不是应对健康状况<sup>[52]</sup>。因此, 健康服务体系应确保在各层级提供康复服务, 并建立协调机制, 以便在所要求的保健服务连续体中获得康复服务。

**C: 应该配备多学科还是单一学科康复人力资源?**

**背景**

当某人需要比任何单一学科更广泛的专业干预时,在许多健康保健服务环境中,通常提供多学科康复(由两个或多个学科提供)。它适用于慢性、严重或复杂的损伤或疾病,如创伤性损伤或卒中。例如,物理治疗师可以处理肌肉骨骼和移动的问题,而言语病理学家将处理语言和吞咽问题,作业治疗师将努力恢复日常生活的独立性。然而,在许多中低收入环境中,康复人力资源仅具有单一学科背景,通常是物理治疗,这导致康复服务方面存在巨大差距。这些服务可能既不是由经过培训或专业化的康复人员也不是由其他接受过培训的卫生人力资源来提供,会对保健质量产生影响。

**研究证据摘要**

检索到与PICO问题有关的八项系统评价。有关老年多学科康复有效性的若干研究发现,康复可以改善功能状态,包括日常生活活动,减少住养老院时间和死亡率<sup>[15,61]</sup>。Handoll等发现老年髌骨骨折患者多学科康复治疗效果较好,但结果不具有统计学意义<sup>[9]</sup>。Kamper等通过关于多学科康复对成人背部疼痛和成人颈肩部疼痛患者<sup>[8,62-63]</sup>的影响的两项系统综述,发现接受多学科康复者的痛苦和残疾较少,对工作状况有积极影响<sup>[8]</sup>。Karjalainen等发现多学科康复中度有效性证据,帮助人们更快重返工作,缩短病假和降低主观功能障碍<sup>[62]</sup>。在较早的研究中,作者发现很少有科学证据证明对颈肩部疼痛有影响<sup>[63]</sup>。在系统综述中,Ng等发现多学科康复改善了生活质量,缩短了住院时间;强化的多学科康复降低了功能障碍<sup>[64]</sup>。针对具有获得性脑损伤的成年人的多学科康复显示出有效性<sup>[65]</sup>。在对多学科康复的价值观、偏好和可接受性的系统评价中的四项研究中,三项研究发现,患者价值观和偏好针对脑卒中和心理精神健康的多学科康复<sup>[66-68]</sup>。在定性研究中,Gage等发现多学科康复受到帕金森病患者的好评<sup>[69]</sup>。

**C. 应当配备多学科的康复人力资源**

推荐强度: 强

证据质量: 高

说明:

• 对多学科康复干预措施的需求取决于所干预的健康状况、严重程度以及其他因素,如年龄和康复目标等。因此,重要的是多学科康复应以需求评估为基础。

• 提供多学科康复取决于是否有专业的人力资源。正如《世界残疾报告》所指出的,这些专业包括作业治疗、物理治疗(有时称为理疗)、物理和康复医学、假肢和矫形器、心理学、社会工作以及言语和语言治疗(6, pp.97和100)。

• 规划建立或组建一支多学科康复人力资源应考虑包括满足人群需求所要求的胜任力的范围 and 专业化程度;在某些环境和情境下,包括在那些尚未完全设立专业人员的地方,跨学科方法可能是可行的。

• 因此在健康服务体系中实施作为多学科健康服务的康复,

需要:

- 与高等教育部门合作,确保机构提供各类合格的康复专业人员<sup>[6]</sup>;

- 确保持续留住康复人力资源能并和形成进一步发展的机制<sup>[6,70]</sup>,例如通过支持专业组织的方式;

- 确保康复人力资源合理配置,使在农村和偏远社区以及生活在这些地区的人们以及处于贫困的人群也可以获得康复服务<sup>[6]</sup>;以及

- 为有关的设施和项目投入足够的资金,支持提供多学科康复,如在医院和社区服务中<sup>[6]</sup>。

**理论分析**

在健康服务体系中提供多学科的康复人力资源有助于确保满足人群所有的康复需要。需求多种多样,因而为各种健康状况提供高质量的康复服务需要各类康复专业的技能。例如,针对使用矫形器的成年人康复所需的技能与脑性瘫痪儿童康复所需的技能不同。由于不同的康复专业人员有不同的专业领域,多学科康复人力资源可以显著提高一个国家为其人口提供的保健服务质量。此外,多学科康复联合干预已经被证明能够有效地管理许多健康状况,包括卒中、髌骨骨折和慢性背痛<sup>[8-10]</sup>,当然不需要运用所有的康复干预方法。多学科康复的好处在健康结局和指标中得到体现,如降低住院率和提高患者满意度<sup>[6,66,69]</sup>。

**D: 应该既在社区也在医院两种环境中还是仅在社区或仅在医院环境中提供康复服务?**

**背景**

基于诸如康复部门发展、康复作用和应用的理解与优先性等因素,康复服务可以在社区、医院或两种环境中获得。社区康复服务涉及在个人的住房、学校或工作场所中提供服务,而医院康复则为因健康状况或损伤而接受外科手术或非外科手术干预的人提供住院和门诊服务。提供康复的环境不仅对于获得康复服务有意义,而且也涉及诸如效率、成本-效益和患者满意度等因素。在解决这个问题时,指南制定小组分析了不同使用者的特点和需求、保健服务连续体,诸如地理位置和基础设施等环境因素。

**研究证据摘要**

证据显示,医院或社区康复的成本-效益和结局取决于康复干预的健康状况及其严重程度。就卒中相关情况而言,证据证实了住院期间在卒中单元进行的康复与出院后社区康复对卒中康复治疗的有效性<sup>[71-74]</sup>。Taylor等的Cochrane综述<sup>[75]</sup>指出,基于家庭和机构的心脏康复在改善临床和健康相关的生活质量方面同样有效。在家庭和社区环境中的心脏康复有效减少了住院时间,提高了生活质量并降低死亡率<sup>[76-78]</sup>。有证据表明,针对心理精神健康的社区康复提升了与健康有关的生活质量和身体活动,减少了无家可归的风险因素,并实现从医院到初级健康保健服务的转换<sup>[79]</sup>。在系统评价中,Burns等还发现精神障碍患者对在家庭中治疗更满意<sup>[80]</sup>。在老年人中,由医院提供

早期出院和多学科延伸服务的康复使谵妄风险较低、患者满意度更高,成本降低<sup>[81]</sup>。另一项研究发现,复合型的社区干预措施可以帮助老年人安全和独立地生活<sup>[82]</sup>。

总体而言,家庭提供的康复是患者<sup>[83-89]</sup>的首选,具有更高的选择价值。心脏康复的两项研究表明,使用者更喜欢医院服务。而Court等发现患者对医院和社区服务满意度没有差异<sup>[90]</sup>。

#### D. 应该在社区和医院提供康复服务

推荐强度:强

证据质量:中等

说明:

- 要很好地布局社区康复服务需要考虑到诸如地理位置、交通、文化和社会态度以及人口结构等因素。

- 在社区提供康复服务的人士可能遇到特殊的或超出医院经验的挑战;他们可能会感到与同行隔绝,缺乏专业支持,并且无法获得所需的设备和基础设施。为社区康复人员建立或加强支持对于确保高质量的服务,留住员工和保证服务的可持续性至关重要。监测康复设备和基础设施的需求以及有效地供给和维护确保在社区提供康复服务的人员得到充足的装备。

#### 理论分析

应该在医院和社区提供康复,以确保有需求的人获得及时干预服务。《残疾人权利公约》第二十六条呼吁成员国向包括农村地区人群提供早期康复服务<sup>[44]</sup>。针对于许多健康状况,包括损伤,在健康服务连续体中提供康复服务是有益的。医院康复服务确保尽早开始实施干预,这种康复可以加速恢复,优化康复结局并促进平顺过渡到其他阶段和及时出院<sup>[6,11]</sup>。此外,在急性期提供康复可增加从社区转诊到后续服务的可能性<sup>[12]</sup>。这些结果不仅对接受保健的人有益,而且还可能给健康服务体系带来巨大的财务优势。当医院的康复服务缺乏或不足时,人们可能会出现并发症,如皮肤破损或肌肉挛缩、不适当的离院、病情恶化、进一步损伤或需要延长住院时间<sup>[6]</sup>。此外,许多住院患者也要求在出院后提供康复服务。

康复不仅适用于损伤或有健康状况的人,如骨折或卒中中,还适用于预防损伤或功能退化,以及在发育、感觉和认知障碍的情况下发展或保持功能。因此,许多需要康复的人仅在社区接受治疗。例如,发展性障碍儿童可能需要在社区诊所、家庭和学校等环境中进行长期干预。对于某些健康状况,如感觉障碍(听力或视力丧失),特别重要的是在个人生活、工作或学习的环境中提供干预措施<sup>[91]</sup>。此外,患有某些病症如糖尿病和心血管疾病的人,可能不需要住院,但需要康复。

#### E: 是否应该为有复杂需求的服务对象在专门康复单元或普通病区或非专门康复单元提供康复服务?

##### 背景

世界许多地方设置专门化单元为有复杂需求的住院患者提供康复服务的模式,而一些国家仅在普通病区或其他非专门化单元提供康复服务。“专门化康复单元”可理解为提供康复评估、治疗和管理的指定区域(设施或病区)。服务由具有认证资

质的多学科团队提供专门化康复服务。专门化的康复单元可以针对具有特殊健康状况的人或特定年龄组(如老年人)或更广泛的复杂康复需求者提供保健。该问题的目的是要确认与其他针对具有复杂需求的服务提供模式相比,专门化康复单元的有效性,以便为制订服务计划和服务发展提供指导。

#### 研究证据摘要

尽管有关专门化康复结局的证据有限,但仍在高质量的系统综述和荟萃分析中发现相关证据。一项有关卒中试验者合作研究项目的Cochrane评估发现,提供多学科保健的卒中单元比在普通病区提供康复有效地降低死亡率,提升患者的独立性并增加患者在家中停留的时间(卒中一年)<sup>[10]</sup>,但观察停留时间没有区别。一项“描述性综述”研究发现,与普通非专科病区相比,专门化康复单元改善了脊髓损伤患者的健康结局<sup>[92]</sup>。同样,随机对照试验研究,比较在专门化康复单元或一般病区接受康复治疗的下肢截肢患者的康复结局发现,接受专门化治疗患者出院时身体功能有33%的改善,他们更有意愿出院并接受他们所需的辅助产品<sup>[13]</sup>。另一项系统评估和荟萃分析发现,针对老年人设计的专门化康复单元中采用多学科康复可以改善功能结局,减少入住护理院次数并降低死亡率<sup>[15]</sup>。

#### E. 医院应该为有复杂需求的住院病人设置专门化康复单元

推荐强度:强

证据质量:高

说明:

- 建立或扩展专门化康复单元,应基于健康服务体系的如下情况,特别是:

- 提供或开发具有足够专业能力的多学科康复人力资源,在这些环境中能有效地工作,或者在康复人员缺乏的地方,将国际招聘作为临时措施;和

- 为必要的设备和消耗品分配资金以进行有效的康复。

- 专门化康复单元不能代替普通病区和社区康复。

- 医院应努力实施一系列需求评估系统,以确保康复单元获得最佳使用。

- 可以通过促进内部和外部的转介机制建立或扩展专门化康复单元。

#### 理论分析

证据表明在专门化单元提供的康复服务比在普通病区提供的服务能获得更好的结局<sup>[10,14-15]</sup>。专门化康复单元可能针对下列情况特别有效:

- 需要长期、专门化康复的健康状况的管理,例如脑卒中、脑损伤、脊髓损伤和复杂骨折;

- 在经历长时间的住院后,当患者特别是老年人可能会身体虚弱,并在返回家庭之前要求有定制化的康复方案,以保证足够的安全性和独立性;以及

- 需要间歇性康复的慢性疾病管理,使人们能够维持或改善其功能状态。

显然与专门化单元的积极康复结局相关的效果集中在恢复

功能、强化康复以及这些环境下服务提供者的专业化程度。

**F:是否应该将财政资源分配给康复?**

**背景**

在世界许多地方,没有为康复服务分配专门的资金。2005年针对114个国家的一项研究发现,三分之一的国家没有为这些服务制定专门预算<sup>[17]</sup>。相反,常常需要从其他健康服务领域竞争有限的资源。此外,诸如宏观经济危机、腐败、政治不稳定或缺乏改革政治意愿等外部因素可能会阻碍为康复服务投入充足的财政资源<sup>[93]</sup>。

联合国可持续发展目标3.8要求成员国实现全民健康覆盖。随着各国迈向这一目标,需要精心规划,认真执行筹资战略,以确保将康复服务纳入基本保健服务包,并纳入财务风险保护机制<sup>[94]</sup>。该问题的目的是确定各国是否应拨出专门的财政资金来支持和维持优质康复服务。

**研究证据摘要**

确认没有对为康复分配和不分配财政资源进行直接比较研究;但有一些从康复使用和成本-效益资源方面入手研究资源分配决策的结果。一项研究表明,康复使用是基于许多因素,包括损伤的严重程度和共病情况,因此难以对康复使用做出明确的预测<sup>[95]</sup>。系统评估和荟萃分析发现,针对不同的患者群体和状况的不同类型的康复服务提供模式具有成本-效益;针对某些患者的住院康复是最具成本-效益的方法,而社区康复对其他一些患者可能最有效<sup>[96]</sup>。对康复经济效益的系统评价显示,康复干预措施具有成本-效益,并且在多种情况下可以节省成本<sup>[42]</sup>。

**F. 应将财政资源分配给康复服务以落实和支撑服务提供方面的指南建议**

推荐强度: 强

证据质量: 非常低

说明:

• 为执行提供康复服务的指南建议而投入的财政资源应足以确保公平获得服务, 包括为贫困人口提供服务。

• 对康复服务的财政投入资金规模应该能够反映其效益, 而不是基于残疾人的粗略统计数据, 这可能会大大低估此类人群的真正康复需求。

• 康复服务可由公共、私营或非营利机构提供, 许多国家依靠混合制的服务提供。鼓励各国使用那些最能确保为所有有需求的人平等获得负担得起的高质量康复服务的提供者<sup>[97]</sup>。这种方法的额外优势是可以获得不同的资金支持, 减少对稀缺资源的竞争, 扩大获得服务的人群范围。

• 为康复服务进行的公平筹资可以通过资源池和重新分配资金等机制来补贴那些支付不起的人<sup>[98]</sup>。

• 康复服务投资的分布应确保为所有人获得同样品质的服务, 还应适当考虑与获得服务相关的间接成本, 如交通(6, p.114)。

**理论分析**

虽然回答这个问题的证据是有限的, 但指南制定小组发现, 在平衡利弊时强烈地倾向于为康复分配财政资源, 而如果不这样做可能有更大的伤害和花费更多。

经验表明, 健康服务体系资金分配显著地影响服务提供和公平性<sup>[97]</sup>。已确定资源分配为加强和改善获得康复服务机会的关键机制(6, p.122)。虽然为康复服务分配财政资源可能被认为是经常紧张的健康财政资源提出额外要求, 但重要的是决策者认识到投资于康复是对人力资本的投资, 将对各个行业产生广泛的经济影响, 因为它关系到提升劳动力市场和教育的参与度, 更长的独立生活时间和更少或更短的住院时间<sup>[15,30,34,36,98]</sup>。

**G:如果有健康保险,是否应覆盖康复服务?**

**背景**

虽然使用者直接支付费用是健康服务交易的最简单形式, 可以通过获得收入来维持健康服务体系, 但是在普遍应用于人群时可能会大大降低服务使用, 生活贫困的人群可能受到最不利影响<sup>[93]</sup>。具有重度残疾的人士, 更有可能需要强化和/或长时间的康复服务, 有高达50%的人可能遭遇灾难性卫生支出<sup>[6]</sup>。可持续发展目标重点强调公平性。因此, 筹资模式应该满足贫困人口的需求, 尤其是那些在地理上隔离的人群和边缘化群体的需求, 以确保“没有一个人掉队”<sup>[19]</sup>。

要记录下健康服务的各种财政障碍, 公共或私营健康保险是用来消除这些障碍的常用机制。因为保险是不同程度地覆盖康复服务。鉴于保险具有实现公平获取和优化使用健康服务方面的作用, 这个问题的目的是确定是否应将康复纳入保险覆盖范围。

**研究证据摘要**

没有直接与保险覆盖康复及其影响的相关研究。然而, 有几项研究探讨了健康保险对服务获得和使用健康服务的影响。结果显示, 没有保险人群的未满足的健康需求大大增加, 所推荐健康服务未得到充分利用, 该研究结果适用于成人和儿童<sup>[99-103]</sup>。一项研究表明, 对于残疾人而言缺乏保险的效应会放大, 而另一项研究中照护者则报告保险提供者的服务覆盖面不足<sup>[100-104]</sup>。

**G. 在有健康保险或可以获得健康保险服务的地方应该覆盖康复服务**

推荐强度: 强

证据质量: 非常低

说明:

• 健康保险是增加获得和使用健康服务并保护人们免于负担过重支出的众多机制之一<sup>[105]</sup>。本建议不为任何特定的健康保险方法或安排做背书, 只是说明只要有保险就应该覆盖康复。

• 根据《残疾人权利公约》第28.2.A条, 与联合国“可持续发展目标”的目标3.8相一致, 生活在贫困中的人们不应该为康复服务支付现金<sup>[44]</sup>。保险是一种金融保护机制可以代替使用者直接支付相关费用。然而, 在许多境况下, 特别是中低收入



入国家, 健康保险只保护少数人群(17, pp.41-42)。因此, 重要的是将这一机制作为改善康复服务负担能力的更广泛措施的一部分。

### 理论分析

本项指南建议不仅基于保险对健康结局积极影响的证据, 而且还根据康复是健康保健一个重要方面的原则, 因此健康保险<sup>[6,99-101,103,105]</sup>应当覆盖康复。此外, 相当多的人, 特别是那些有残疾的人, 在接受康复服务时面临经济困难, 意味着要应尽一切努力来减少个人现金支出。

### 辅助产品的最佳实践说明

#### 背景

使用辅助产品的处方和培训对许多人的康复很重要, 其可以改善功能并提高独立性和社会参与度。指南制定小组决定有必要就提供辅助产品及其适当使用的培训提供“良好实践说明”。这些陈述是基于公平、高质量的服务提供的重要性以及它们对人群利大于弊的基本判断。

在全世界范围内获取适当的辅助产品可能具有挑战性, 尤其是在低收入国家, 只有5%~15%的人口可以获得他们需要的产品<sup>[18]</sup>。全球辅助技术合作(GATE)倡议努力提高辅助产品的可及性和可负担性<sup>[106]</sup>。同样重要的是, 提供这些产品必须进行必要的培训, 以便有效和安全地使用产品并随着时间的推移进行维护。康复服务提供者可以很好地支持许多产品的使用培训, 例如假肢、助听器和轮椅。康复专业人员的适度参与, 特别是对于有复杂需求的使用者而言, 可以帮助确保产品适合于人和使用环境, 产品根据使用者的变化以及维护进行调整或改造, 以确保长期的安全性和有效性<sup>[6]</sup>。

### 辅助产品的最佳实践说明

应实施筹资和采购政策, 以确保每位有需求的人都能获得辅助产品。

在提供辅助产品时, 应该适时向使用者和保健服务提供者提供适当的培训。

#### 4 指南的传播和实施

本指南提出的基于证据的政策层面建议的目标是为所有有需求的人提供更优质、负担得起的康复服务。为实现这一目标, 必须传播和实施这些指南建议。

##### 4.1 传播

指南一旦经公布, 这些建议将通过广泛的利益攸关方网络传播, 包括世卫组织区域和国家办事处、卫生部和其他相关政府部门、世卫组织合作者, 包括非政府组织和国际组织、专业和研究网络、其他联合国机构、资助机构和残疾人组织。通过在与内容相关的期刊上发布指南建议摘要和通过媒体倡议进行推广将有助于传播。

##### 4.2 实施

实施这些指南建议将需要政府的坚定承诺和利益攸关方的支持。虽然实施指南所需的资源因国家而异, 但通过全面的情况分析做出的覆盖物质和人力资源的预算, 将确保在战略上成

功地实施。

实施加强健康服务体系中的康复服务的指南建议需要采取行动, 并可能对卫生部门内外的众多利益攸关方产生影响。指南的实施可能涉及制定或调整政策, 结构重组或行政变革, 因此应以多方的参与性、共识驱动的规划为基础。特别是对于有条件推荐指南建议, 应考虑到各国的具体情况; 对情况的准确判断, 确定挑战和机遇, 是指导有效实施指南的必要条件。使实施计划与更广泛的国际卫生战略保持一致对于确保其成功至关重要。此外, 实施计划应以相关利益攸关方的意见为依据。建立一个由政府主导的实施计划委员会在这方面可以发挥作用, 并鼓励不同利益攸关方的投入。这样的委员会可以包括:

- 该国卫生部、教育部和社会事务部门以及与康复特别相关的任何其他部门的代表;
- 政府内的任何康复协调中心;
- 康复服务提供者, 包括在该国从事康复服务提供或发展的非政府组织和国际组织的代表; 以及
- 少数使用者群体的代表, 如残疾人士和土著居民

### 实施康复服务提供和筹资指南建议的障碍

在制定实施方案时, 可能需要消除如下障碍:

#### 1. 政策制定者常常对康复的认知和理解有局限性

在某些情况下, 康复的理念相对较新, 卫生和社会部门的政策制定者及其他人员都难以理解。在某些使用者群体中, 对于在具有某些健康状况或某些环境中的人群而言, 可以更好地理解康复, 但并没有整体地认识。与政府官员和决策者进行的政策对话应包括明确沟通康复的内容, 其作用及其对健康、社会和经济的益处。要传递如下一些关键信息:

- 康复是一项重要的健康战略, 通过预防、健康促进、治疗和姑息手段, 对许多人的健康至关重要(6, p.95,49,50)。
- 康复有助于构建人力资本, 并支持人们回归并有效地参与教育、工作以及家庭和社区角色<sup>[30]</sup>。
- 有效的康复可以加速恢复, 防止再次入院, 并支持人们保持更长时间的独立性<sup>[15,31-32,34-37]</sup>。这种经济优势创造了有说服力的投资案例<sup>[42]</sup>。

如有需要, 可向世卫组织寻求支持, 以准备和开展政策对话。获得康复利益攸关方包括非政府组织和国际组织的支持, 康复服务提供者以及使用者和研究机构, 以一致的信息倡导康复, 可以进一步提高政府对康复的认知和意识。

#### 2. 可用于投资康复的资金有限

有限的财政资源对实施康复服务和筹资的影响将取决于现有的服务和已经分配用于康复的预算。然而, 在康复服务发展不充分或不存在的条件下, 建立实施指南所需的体系、人力资源和基础设施需要谨慎的短期、中期和长期财务规划。诸如地理位置难以到达、贫困和文盲等因素需要增加确保公平服务提供所需的财政投资<sup>[108]</sup>。因此, 应制定目标, 以落实反映其优先领域和可用财政资源的建议。不切实际的目标可能导致不可持续的战略, 从而影响长期结局。

在财政资源有限情况下,效率至关重要。在这方面,确保系统规划,协调和推进战略的能力至关重要;强力的体制使政府和私营资源得以投入。最大限度地发挥组织在服务提供和康复人力资源培训方面的伙伴关系是确保财政资源得到充分利用和分配的一种手段。

3. 缺乏或不适当的康复组织和管理架构

大多数实施活动都是通过组织和管理架构来运作的,这可能会对其有效性和效率产生重大影响。通常,在这些结构和体系中需要根据国情实施,并同时加强这些结构和体系。可以通过在卫生部内设定康复协调机制来强化这些工作,这些协调机制可以促进强有力的治理和问责制,并确保不断致力于实施国家计划和战略。发展或加强各级服务提供之间的沟通和协作,特别是在高度分散的卫生系统中的协作,可以进一步提高执行的效率、可持续性和公平性。

康复服务提供和筹资指南建议的范围和性质可能需要在卫生系统不同层面开发各种活动的工具包。政府的领导力对于制定谨慎的战略规划至关重要,该规划时间表根据实际需要进行调整。调整各种活动设定的顺序和时间表应考虑到实施计划能力;例如,如果在没有提供足够职位或没有专业发展和预留奖励投资的情况下扩大多学科康复人力资源的培训,则可能会增加人员流失率。

在许多国家,受到有影响的、无效的立法和康复政策影响可能会限制指南的实施。纠正这种情况是一个相对低成本步骤,并对实施具有深远影响。监测实施的结构可以确定实施结果,并为扩大服务规模的行动增加持续的投入和投资,也有助于监测指南建议对卫生保健服务其他方面产生的外部影响<sup>[69]</sup>。

4. 康复专业人员数量不足

康复人力资源是提供服务不可或缺的部分,但在许多国家,建立足够数量、具备相关技能和公平分布的人力资源是一项巨大的挑战。下列几种机制可用于建立康复人力资源:

- 加强康复工作者培训机构;
- 为康复人员提供政府奖学金;

- 增加康复岗位的数量;
- 在毕业后强制规定工作地点(例如毕业生必须在农村地区工作一段规定的时间);
- 提供奖励以留住熟练的康复专业人员;以及
- 国际招聘。

在康复服务和基础设施欠发达的地方,康复人力资源往往缺乏支持,并且与专业网络隔离开来,这会对服务质量产生负面影响并导致更高的自然减员率。为康复专业人员团体建立国家协会有助于加强标准和职业认同,并扩大提升技能的机会。国际康复专业人员组织的技术专长可以进一步加强劳动力及其培训计划。

5. 缺乏有关该国康复情况的信息

通过对该国(或省)康复情况的可靠评估,能更好地实施指南方案。全面了解国家、省或地区的健康服务体系和康复服务能力是实施计划的关键一步。世卫组织提供了国家康复系统评估工具,如有需要,可向秘书处索取技术援助。可以从众多来源获取信息,包括世卫组织疾病负担统计数据、与利益攸关方的访谈、实名制管理型数据和康复培训机构和协会。

5 研究差距和优先领域

对制定优先指南建议所进行的证据审查表明,需要对康复进行更多高质量的研究。为此,有关国家,特别是数据稀缺的中低收入国家,应加强其信息系统并增加研究投入。

研究优先领域包括:

- 关于康复的系统水平研究,包括不同服务提供模式及其影响,治理结构和财政资源分配与分布的类型和影响;
- 康复的成本-效益分析;
- 康复人力资源开发,包括培训、分布和扩大规模的方法;
- 针对人类全生命周期存在的健康状况和损伤的康复需求;
- 康复服务提供时应考虑的文化和背景因素;
- 获得康复的促进因素和障碍因素;以及
- 制定康复影响的标准。

6 监测和评估指南实施影响

表1 监测指南建议执行情况的推荐指标

指南建议	指标
A. 康复服务应该整合到健康服务体系中	卫生部是负责康复服务的部门
B. 康复服务应该纳入初级、二级和三级健康服务体系之中和服务体系之间	提供康复服务的三级医院所占的百分比;提供康复服务的二级医院所占的百分比;初级卫生机构提供康复服务数量
C. 应当配备多学科康复人力资源	国家有三种及以上种类的康复专业人员提供服务
D. 应既在社区也在医院提供康复服务	参考服务提供指南建议B
E. 医院应该为有复杂需求的住院患者设置专门化康复单元	有专门化康复单元的医院所占的百分比
F. 应该将财政资源分配给康复服务单元以落实和支撑服务提供方面的指南建议	在健康预算中有专为康复设置的预算
G. 在有健康保险或可以获得健康保险服务的地区,应该覆盖康复服务	覆盖康复服务的健康保险政策所占的百分比

## 7 指南建议的审查和更新

本指南建议将在出版五年后按要求进行审查和更新。秘书处将跟踪该领域的研究, 如果对建议有影响的证据基础发生重大变化, 将进行审查。

### 专业术语

#### 辅助产品

任何外部产品, 包括专门生产或应用广泛的装备、设备、仪器和软件, 其主要目的是维持或改善个体的功能和独立性, 从而促进其福祉。辅助产品也可用于预防损伤和继发性健康状况。

#### 残疾

本指南建议遵循《国际功能、残疾和健康分类》方法<sup>[109]</sup>, “残疾”被认为个体健康状况与其遭遇环境障碍间的相互作用而导致的损伤、活动受限和参与局限<sup>[6]</sup>的概括性术语。

#### 健康状况

涵盖急性和慢性疾病、异常、损伤或创伤的概括性术语。健康状况还可能包括其他情况, 如怀孕、老龄化、心理应激、先天性异常或遗传易感性<sup>[109]</sup>。

#### 损伤

身体结构或生理功能(包括心理功能)的丧失或异常, 其中“异常”用于表示与已建立的统计规范相比发生的显著变化<sup>[109]</sup>。

#### 综合康复服务提供

管理和提供康复服务, 让使用者根据他们的需求在卫生系统的不同层面获得连续的、协调性的康复(根据参考文献[110]中提供的综合健康服务提供的定义改写)。

#### 多学科康复

在本指南建议语境中, 多学科康复是指由两种或以上类型的由康复专业人员提供的康复服务。

#### 以人为本的保健服务

这种保健服务方式是指个人、保健提供者、家庭和社区有意识地参与其中, 并成为可信赖卫生系统的受益者, 该系统以人道和整体的方式响应人们的需求和偏好。以人为本的保健服务还要求人们获得所需的教育和支持, 以便做出决定并参与自己的保健, 它围绕着人们的健康需求和期望而不是疾病来组织服务<sup>[51]</sup>。

#### 康复

一系列干预措施, 旨在保健功能最大化, 降低有健康状况个体在与环境相互作用过程中的功能障碍。健康状况是指疾病(急性或慢性)、异常、损伤或创伤。健康状况还可能包括其他情况, 如怀孕、老龄化、心理应激、先天性异常或遗传易感性<sup>[6,109]</sup>。

#### 康复结局

康复结局是个体接受康复干预后随着时间的推移而发生的变化。它们可能包括更低的住院率、更高的独立性, 减轻保健负担, 回归与其年龄、性别和环境相关的角色或职业环境(例如家庭保健、学校、工作)和更好的生活质量<sup>[6]</sup>。

### 全民健康覆盖

全民健康覆盖定义为“确保所有人都能使用他们需要的高质量有效的健康促进、预防、治疗、康复和姑息健康服务, 同时确保使用这些服务不会让使用者暴露在财政困难环境下”<sup>[94]</sup>。

### [参考文献]

- [1] World Health Organization. World Health Statistics 2016. Monitoring health for the SDGs [R]. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [2] World Health Organization. World report on ageing and health [R]. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [3] Gosselin R, Spiel D A, Coughlin R, et al. Injuries: the neglected burden in developing countries [J]. Bull World Health Organ, 2009, 87: 246.
- [4] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.
- [5] World Health Organization. WHO Handbook for Guideline Development [M]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2014.
- [6] World Health Organization, World Bank. World report on disability [R]. Geneva: World Health Organization and The World Bank, 2011.
- [7] World Health Organization. Disability and rehabilitation status: review of disability issues and rehabilitation services in 29 African countries [R]. Geneva: World Health Organization, 2004.
- [8] Kamper S J, Apeldoorn A T, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 9: CD000963.
- [9] Handoll H H, Cameron I D, Mak J C, et al. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2009: CD007125.
- [10] Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2013, 9: CD000197.
- [11] Li Y, Reinhardt J D, Gosney J E, et al. Evaluation of functional outcomes of physical rehabilitation and medical complications in spinal cord injury victims of the Sichuan earthquake [J]. J Rehabil Med, 2012, 44: 534-540.
- [12] Siegert R J, Jackson D M, Playford E D, et al. A longitudinal, multi-centre, cohort study of community rehabilitation service delivery in long-term neurological conditions [J]. BMJ Open, 2014, 4: e004231.
- [13] Kurichi J E, Small D S, Bates B E, et al. Possible incremental benefits of specialized rehabilitation bed units among veterans after lower extremity amputation [J]. Med Care, 2009, 47: 457-465.
- [14] Smith M. Efficacy of specialist versus non-specialist management of spinal cord injury within the UK [J]. Spinal Cord, 2002, 40: 10-16.
- [15] Bachmann S, Finger C, Huss A, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials [J]. BMJ, 2010, 340: c1718.
- [16] United Nations. Global survey of government actions on the implementation of the standard rules of the equalisation of opportunities for persons with disabilities [R]. Amman: South-North Centre for Dialogue and Development, Office of the United Nations Special Rapporteur on

- Disabilities, 2006.
- [17] World Health Organization. Health system financing. The path to universal coverage [R]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [18] World Health Organization. Community-based Rehabilitation: CBR Guidelines [M]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [19] United Nations. Sustainable development goals [EB/OL]. New York, NY: Sustainable Development Knowledge Platform, United Nations, 2015. [2016-04-14]. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>.
- [20] Ministry of Health and Child Care. Living conditions among persons with disability survey: key findings report [R]. Harare: Ministry of Health and Child Care, 2013.
- [21] Kamaleri Y, Eide A H. Living conditions among people with disabilities in Lesotho. A national representative study [R]. Oslo: SINTEF Technology and Society, 2011.
- [22] Eide A H, Kamaleri Y. Living conditions among people with disabilities in Mozambique: a national representative study [R]. Oslo: SINTEF Health Research, 2009.
- [23] Loeb M E, Eide A H. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study [R]. Oslo: SINTEF Health Research, 2004: 167.
- [24] Department for International Development. Disability, poverty and development [R]. London: Department for International Development, 2000.
- [25] Carande-Kulis V G, Stevens J, Beattie B L, et al. The business case for interventions to prevent fall injuries in older adults [J]. *Inj Prev*, 2010, 16(Suppl 1): A249.
- [26] Nielsen P R, Andreasen J, Asmussen M, et al. Costs and quality of life for prehabilitation and early rehabilitation after surgery of the lumbar spine [J]. *BMC Health Serv Res*, 2008, 8: 209.
- [27] Oddy M, da Silva Ramos S. The clinical and cost-benefits of investing in neurobehavioural rehabilitation: a multi-centre study [J]. *Brain Inj*, 2013, 27: 1500-1507.
- [28] Turner-Stokes L. The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury [J]. *Clin Med*, 2004, 4: 10-12.
- [29] Radford K, Phillips J, Drummond A, et al. Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation [J]. *Brain Inj*, 2013, 27: 507-520.
- [30] World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability [A]. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [31] Chen C C, Heinemann A W, Bode R K, et al. Impact of pediatric rehabilitation services on children's functional outcomes [J]. *Am J Occup Ther*, 2004, 58: 44-53.
- [32] Strauss J, Thomas D. Health over the life course [M]// Schulz T P, Stauss J. Handbook of Developing Economies. London: Elsevier, 2007: 3375-3474.
- [33] Currie J, Vogl T. Early life health and adult circumstances in developing countries [J]. *Annu Rev Econ*, 2013, 5: 1-36.
- [34] Silow-Carroll S, Edwards J N, Lashbrook A. Reducing hospital readmissions: lessons from top-performing hospitals. Synthesis report [R]. Washington DC: The Commonwealth Fund, 2011.
- [35] Puhan M A, Scharplatz M, Troosters T, et al. Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risks for readmission and mortality: a systematic review [J]. *Respir Res*, 2005, 6: 54.
- [36] Robison J, Wiles R, Ellis-Hill C, et al. Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? [J]. *Disabil Rehabil*, 2009, 31: 1555-1566.
- [37] Gillespie L D, Robertson M C, Gillespie W J, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012: CD007146.
- [38] Day L, Hoareau E, Finch C, et al. Modelling the Impact, Costs and Benefits of Falls Prevention Measures to Support Policy-makers and Program Planners [M]. Melbourne: Monash University, 2009: 286.
- [39] Turner-Stokes L. Cost-efficiency of longer-stay rehabilitation programmes: can they provide value for money? [J]. *Brain Inj*, 2007, 21: 1015-1021.
- [40] Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, et al. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities. A multicentre cohort analysis of a national clinical dataset [J]. *BMJ Open*, 2016, 6: e010238.
- [41] Turner-Stokes L, Paul S, Williams H. Efficiency of specialist rehabilitation in reducing dependency and costs of continuing care for adults with complex acquired brain injuries [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2006, 77: 634-639.
- [42] Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation [J]. *Disabil Health J*, 2016, 9: 11-25.
- [43] Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population [R]. London: The King's Fund, 2014.
- [44] Convention on the Rights of Persons with Disabilities [EB/OL]. New York, NY: United Nations, 2006. [2016-04-15]. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>.
- [45] Frank A O, Chamberlain M A. Rehabilitation: an integral part of clinical practice [J]. *Occup Med*, 2006, 56: 289-293.
- [46] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [R]. Geneva: World Health Organization, 1978.
- [47] Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy [J]. *J Rehabil Med*, 2007, 39: 279-285.
- [48] Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, et al. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy [J]. *J Rehabil Med*, 2011, 43: 765-769.
- [49] World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report [R]. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [50] World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report [R]. Geneva: World Health Organization, 2015.

- [51] World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations [R]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [52] World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action [R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
- [53] Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening [R]. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization, 2009.
- [54] Benvenuti F, Stuart M, Cappena V, et al. Community-based exercise for upper limb paresis: a controlled trial with telerehabilitation [J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2014, 28: 611-620.
- [55] Beland F, Bergman H, Lebel P, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial [J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2006, 61: 367-373.
- [56] Fisher A, Savin-Baden M. The benefits of young people experiencing psychosis, and their families, of early intervention programme: evaluating a service from the consumers' and providers' perspectives [J]. *Br J Occup Ther*, 2001, 64: 58-65.
- [57] Tedesco S, Citero V D A, Fantini Nogueira-Martins M C, et al. Perceptions of professional nurses about occupational therapy interventions in mental health at a university hospital [J]. *Acta Paulista Enfermagem*, 2011, 24: 645-649.
- [58] Kamm C P, Schmid J P, Muri R M, et al. Interdisciplinary cardiovascular and neurologic outpatient rehabilitation in patients surviving transient ischemic attack or stroke with minor or no residual deficits [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2014, 95: 656-662.
- [59] Emery E E, Lapidus S, Eisenstein A R, et al. The BRIGHTEN program: implementation and evaluation of a program to bridge resources of an interdisciplinary geriatric health team via electronic networking [J]. *Gerontologist*, 2012, 52: 857-865.
- [60] Jessep S A, Walsh N E, Ratcliffe J, et al. Long-term clinical benefits and costs of an integrated rehabilitation programme compared with outpatient physiotherapy for chronic knee pain [J]. *Physiotherapy*, 2009, 95: 94-102.
- [61] Forster A, Young J, Lambley R, et al. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008: CD001730.
- [62] Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003: CD002193.
- [63] Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003: CD002194.
- [64] Ng L, Khan F, Mathers S. Multidisciplinary care for adults with amyotrophic lateral sclerosis or motor neuron disease [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009: CD007425.
- [65] Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, et al. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 12: CD004170.
- [66] Lincoln N B, Walker M F, Dixon A, et al. Evaluation of a multiprofessional community stroke team: a randomized controlled trial [J]. *Clin Rehabil*, 2004, 18: 40-47.
- [67] Cullen D, Waite A, Oliver N, et al. Case management for the mentally ill: a comparative evaluation of client satisfaction [J]. *Health Soc Care Community*, 1997, 5: 106-115.
- [68] Berry K. Psychology services in psychiatric rehabilitation: service user needs and staff perceptions [J]. *Clin Psychol Psychother*, 2007, 14: 244-248.
- [69] Gage H, Ting S, Williams P, et al. A comparison of specialist rehabilitation and care assistant support with specialist rehabilitation alone and usual care for people with Parkinson's living in the community: study protocol for a randomised controlled trial [J]. *Trials*, 2011, 12: 250.
- [70] World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations [R]. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [71] Anderson C, Mhurchu C N, Rubenach S, et al. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: Cost minimization analysis at 6 months [J]. *Stroke*, 2000, 31: 1032-1037.
- [72] Fjaertoft H, Indredavik B, Lydersen S. Stroke unit care combined with early supported discharge: long-term follow-up of a randomized controlled trial [J]. *Stroke*, 2003, 34: 2687-2691.
- [73] Kalra L, Evans A, Perez I, et al. A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care [J]. *Health Technol Assess*, 2005, 9: iii-iv, 1-79.
- [74] Donnelly M, Power M, Russell M, et al. Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service: the Belfast Community Stroke Trial [J]. *Stroke*, 2004, 35: 127-133.
- [75] Taylor R S, Dalal H, Jolly K, et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010: CD007130.
- [76] Jolliffe J A, Rees K, Taylor R S, et al. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000: CD001800.
- [77] Taylor R S, Brown A, Ebrahim S, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Am J Med*, 2004, 116: 682-692.
- [78] Taylor R S, Sagar V A, Davies E J, et al. Exercise-based rehabilitation for heart failure [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, 4: CD003331.
- [79] Wells K B, Jones L, Chung B, et al. Community-partnered cluster-randomized comparative effectiveness trial of community engagement and planning or resources for services to address depression disparities [J]. *J Gen Intern Med*, 2013, 28: 1268-1278.
- [80] Burns T, Knapp M, Catty J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review [J]. *Health Technol Assess*, 2001, 5: 1-139.
- [81] Caplan G A, Coconis J, Board N, et al. Does home treatment affect

- delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (the REACH-OUT trial) [J]. *Age Ageing*, 2006, 35: 53-60.
- [82] Beswick A D, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis [J]. *Lancet*, 2008, 371: 725-735.
- [83] Dixon S, Nancarrow S A, Enderby P M, et al. Assessing patient preferences for the delivery of different community-based models of care using a discrete choice experiment [J]. *Health Expect*, 2015, 18: 1204-1214.
- [84] Gilbertson L, Langhorne P. Home-based occupational therapy: stroke patients' satisfaction with occupational performance and service provision [J]. *Br J Occup Ther*, 2000, 63: 464-468.
- [85] Henderson C, Phelan M, Loftus L, et al. Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 1999, 99: 188-195.
- [86] Jester R, Hicks C. Using cost-effectiveness analysis to compare hospital at home and in-patient interventions. Part 2 [J]. *J Clin Nurs*, 2003, 12: 20-27.
- [87] Solomon P, Marenko M O. Families of adults with severe mental illness: their satisfaction within patient and outpatient treatment [J]. *Psychosoc Rehabil J*, 1992, 16: 121-134.
- [88] Utens C M, Goossens L M, van Schayck O C, et al. Patient preference and satisfaction in hospital at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: results of a randomised controlled trial [J]. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50: 1537-1549.
- [89] Chatterjee S, Pillai A, Jain S, et al. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India [J]. *Br J Psychiatry*, 2009, 195: 433-439.
- [90] Court H, Ryan B, Bunce C, et al. How effective is the new community-based Welsh low vision service? [J]. *Br J Ophthalmol*, 2011, 95: 178-184.
- [91] Copolillo A, Ivanoff S D. Assistive technology and home modification for people with neurovisual deficits [J]. *NeuroRehabilitation*, 2011, 28: 211-220.
- [92] Wolfe D L, Hsieh J T C, Mehta S. Rehabilitation practices and associated outcomes following spinal cord injury [M]// Eng J J, Teasell R W, Miller WC, et al. *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence*, version 4.0. Vancouver, BC: The SCIRE Project; 2012.
- [93] Mossialos E, Dixon A. Funding health care: an introduction [M]// Mossialos E, Dixon A, Figueras J. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002: 1-30.
- [94] World Health Organization. Health financing for universal coverage. What is universal coverage? [R]. Geneva: World Health Organization; 2016.
- [95] Harvey R L, Roth E J, Heinemann A W, et al. Stroke rehabilitation: clinical predictors of resource utilization [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1998, 79: 1349-1355.
- [96] Brusco N K, Taylor N F, Watts J J, et al. Economic evaluation of adult rehabilitation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in a variety of settings [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2014, 95: 94-116.
- [97] Green A, Ali B, Ross D. Resource allocation and budgetary mechanisms for decentralized health systems: experiences from Balchistan, Pakistan [J]. *Bull World Health Organ*, 2000, 78: 1024-1035.
- [98] Puhan M A, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011: CD005305.
- [99] Ayanian J Z, Weissman J S, Schneider E C, et al. Unmet health needs of uninsured adults in the United States [J]. *JAMA*, 2000, 284: 2061-2069.
- [100] Lezzoni L, Frakt A B, Pizer S D. Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services [J]. *Disabil Health J*, 2011, 4: 238-244.
- [101] Ross J S, Bradley E H, Busch S H. Use of health care services by lower-income and higher-income uninsured adults [J]. *JAMA*, 2006, 295: 2027-2036.
- [102] Kogan M D, Newacheck P W, Blumberg S J, et al. Underinsurance among children in the United States [J]. *N Engl J Med*, 2010, 363: 841-851.
- [103] Skinner A C, Mayer M L. Effects of insurance status on children's access to specialty care: a systematic review of the literature [J]. *BMC Health Serv Res*, 2007, 7: 194.
- [104] Buchanan R, Radin D, Chakravorty B J, et al. Perceptions of informal care givers: health and support services provided to people with multiple sclerosis [J]. *Disabil Rehabil*, 2010, 32: 500-510.
- [105] Jeffrey A E, Newacheck P W. Role of insurance for children with special health care needs: a synthesis of the evidence [J]. *Pediatrics*, 2006, 118: e1027-e1038.
- [106] World Health Organization. Global cooperation on assistive technology [R]. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [107] Borg J, Khasnabis C. Guidelines on the Provision of Manual Wheelchairs in Less-resourced Settings [M]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [108] World Health Organization. Scaling up health services: challenges and choices [R]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [109] World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health [M]. Geneva: World Health Organization, 2001.
- [110] Waddington C, Egger D. Integrated health services: what and why? (Technical Brief No. 1) [R]. Geneva: World Health Organization, Department of Health System Governance and Service Delivery, 2008.

(收稿日期:2019-12-05)

全文见: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789881653505.chi.pdf?sequence=13&isAllowed=y>