



社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务的认知分析

吴述银^{1,2}, 谢云涛³, 刘露¹, 王静⁴, 贾贤杰³

1. 蚌埠医学院卫生管理学院, 2. 医院管理处, 3. 公共卫生学院, 安徽 蚌埠 233030; 4. 蚌埠医学院第二附属医院感染性疾病科, 安徽 蚌埠 233000

摘要: 为了解医联体内专科医生参与家庭医生签约服务现状,对皖南、皖中和皖北3个社区卫生服务中心覆盖的社区居民进行随机抽样调查,调查社区居民的一般情况、家庭医生签约及获得服务情况和对医联体核心医院专科医生参与家庭医生签约服务认知及需求情况。结果显示,1 279名社区居民中签约686人,签约率为53.6%;愿意与医联体专科医生参与的家庭医生团队签约占64.11%,是否签约、对医联体了解程度、地区是其影响因素;签约居民获得服务排在前三位的是“建立健康档案”(97.38%)、“健康检测”(85.28%)和“电话随访”(76.97%);社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务需求排前三位的是“常见病的治疗”(71.07%)、“健康养生指导”(67.63%)和“慢性病的防治”(63.72%)。建议加大宣传力度,推进医防融合,构建医联体内专科医生参与家庭医生签约服务的长效机制。

关键词: 社区居民; 医联体; 家庭医生签约服务; 认知分析

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2022)06-591-006

doi: 10.7655/NYDXBSS202206011

开展家庭医生签约服务,是深化医药卫生体制改革的重要任务,也是新形势下更好维护人民群众健康的重要途径。家庭医生签约服务是我国社区卫生服务机构重点工作之一,主要功能定位是基本医疗和基本公共卫生。我国家庭医生签约服务已完成基本制度框架的搭建,在实践中稳步推进^[1],然而,居民对基层医疗卫生机构的不信任是家庭医生签约率和利用率提高的主要障碍之一。目前,我国全科医生的整体技术水平有待提高,国家鼓励基层医疗卫生机构与上级医院通过医联体进行合作,以高血压、糖尿病等慢性病为重点,在医联体内加快推进家庭医生签约服务。研究表明,专科医生参与的家庭医生签约服务模式下,基层医疗卫生机构的诊治能力和服务水平逐步提升,得到广大签约对象的认

可和信任,专科医生参与的家庭医生工作室签约服务满意度(90%)远高于非家庭医生工作室(45%)^[2]。通过查阅文献,目前鲜有从社区居民视角对医联体内专科医生参与家庭医生签约服务的意愿及认知情况的研究。本研究就社区居民对医联体核心医院专科医生参与提供家庭医生签约服务的认知进行分析,探讨其影响因素,为进一步推动医联体内家庭医生签约服务政策提供参考。

一、对象和方法

(一)研究对象

2021年7—8月,结合安徽省地区经济社会发展情况和家庭医生签约服务开展情况,兼顾地理分布的均衡性,采取分层抽样和典型抽样方法,在皖北、

基金项目: 安徽省高校人文社会科学研究重点项目“基于医联体核心医院参与的家庭医生签约服务现状及策略研究”(SK2019A0182);蚌埠医学院人文社会科学重点项目“公立医院高质量发展新体系下医防融合现状研究”(2021byzd239sk);蚌埠医学院第一批“512计划”骨干教师培养对象-贾贤杰(by51201202)

收稿日期: 2022-10-14

作者简介: 吴述银(1978—),男,安徽金寨人,讲师,研究方向为卫生政策与医院管理;贾贤杰(1976—),男,安徽淮北人,教授,研究方向为卫生政策与管理,通信作者,xjjia@139.com。

皖中和皖南各选一个市属三级医院为核心医院,基层医疗机构为社区卫生服务中心/站的医疗联合体为调查现场。各随机抽取1个医联体签约的社区卫生服务中心,对抽取的社区卫生服务中心覆盖的社区居民进行随机抽样调查。样本纳入标准:①在该社区卫生服务中心提供家庭医生签约服务覆盖范围内;②思维清晰,具有一定的沟通表达能力;③积极配合且愿意参与调查。样本排除标准:①非本社区卫生服务中心范围居民;②年龄偏大或疾病等原因导致难以完成调查者;③中途退出调查者。

(二)研究方法

采用自填式调查问卷对社区居民进行调查。调查内容包括人口学基本特征,家庭医生签约及获得服务情况,对医联体核心医院专科医生参与家庭医生团队认知及需求情况。本次调查由社区卫生服务中心公共卫生服务人员组成的调查员负责发放纸质问卷,由社区居民自行填写。共发放调查问卷1 500份,回收1 454份,剔除不合格问卷和无效数据,最终纳入来自皖北、皖中和皖南的1 279名社区居民,问卷有效率为87.96%。

研究过程严格质量控制,通过阅读大量文献并结合调查的实际情况,确定调查问卷初稿。邀请专家对问卷内容进行审阅并提出修改意见和建议,经过多次修改、完善后,进行预调查。在问卷调查过程中,收集到调查问卷的当天由专门的质量控制人员对资料进行审核,及时检查问卷填写的逻辑性和完整性,发现错误和缺失项咨询调查对象,查漏补缺,及时纠正和完善。

(三)统计学方法

采用EpiData3.1软件建立数据库,由项目组成员双录入并整理数据库,应用SPSS20.0统计软件进行数据分析。计数资料的统计描述用率或构成比表示,单因素分析应用 χ^2 检验,多因素分析应用Logistic回归,统计学显著性水平设为 $\alpha=0.05$ 。

二、结果

(一)一般情况

调查的1 279名社区居民中,男性596人,占46.6%,女性683人,占53.4%;60岁以上老年人居多,为615人,占48.1%,其次为45~59岁,占22.5%,25岁以下最少,占比5.4%;已婚1 033人,占80.8%,未婚246人,占19.2%;居住地为农村155人,占12.1%,城市1 124人,占87.9%;月平均收入在2 001~3 000元居多,为422人,占33.0%,其次3 001~4 500元,为383人,占29.9%,4 501~6 000元为229人,占17.9%;文化程度为初中最多,为424人,占33.2%,中专/高中/技校为354人,占27.7%,小学及以下为199人,占15.6%;地区分布人数相近,皖北地区

435人,占34.0%,皖中地区416人,占32.5%,皖南地区428人,占33.5%。649人患有慢性病,占50.7%,排在前三位的疾病依次为高血压、糖尿病、冠心病。

(二)社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务意愿单因素分析

调查1 279名社区居民,表示愿意与医联体专科医生参与的家庭医生签约服务团队签约的有820人,占64.11%,不愿意459人,占35.89%。社区居民对医联体专科医生参与的家庭医生签约服务意愿在年龄、婚姻状况、居住地、月平均收入、文化程度、地区、自评健康、是否患有慢性疾病、是否签约、对医联体了解程度这几方面存在有统计学意义的差异($P<0.05$,表1)。

(三)社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务意愿多因素分析

以社区居民是否愿意与医联体专科医生参与家庭医生签约服务团队签约为因变量,将单因素分析有统计学意义的年龄、婚姻状况、居住地、月平均收入、文化程度、地区、自评健康、是否患有慢性疾病、是否签约、对医联体了解程度变量为自变量,进行多因素逐步Logistic回归分析。结果显示,地区、是否签约、对医联体了解程度是社区居民是否愿意与医联体专科医生参与家庭医生签约服务团队签约的影响因素,差异有统计学意义($P<0.05$,表2)。

(四)社区居民签约及获得服务情况

调查显示,1 279名社区居民中签约686人,签约率为53.6%。签约居民获得服务中,“建立健康档案”占比最高,为97.38%,其次是“健康检测”,为85.28%，“电话随访”为76.97%，“健康讲座”为70.41%，“健康咨询”为68.95%，“用药长处方”仅为40.52%，“转诊上级医院”“预约挂号”和“上门诊疗服务”较低,不足20%(表3)。

(五)社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务需求情况

调查显示,社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务需求中,“常见病的治疗”占比最高,为71.07%,其次是“健康养生指导”,为67.63%，“慢性病的防治”为63.72%，“上门诊疗服务”“急诊联络”“提供康复护理服务”等较低,不足40%(表4)。

三、讨论

(一)社区居民家庭医生签约情况较好,分级诊疗有待进一步推进

调查显示,1 279名社区居民中签约686人,签约率为53.6%,低于国家确定的到2020年力争将签约服务扩大到全人群的目标,与江苏省家庭医生签约

表1 社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务意愿单因素分析

人口学特征	数量(人)	百分比(%)	愿意		不愿意		χ^2 值	P值
			数量(人)	百分比(%)	数量(人)	百分比(%)		
性别							0.357	0.55
男	596	46.6	377	63.26	219	36.74		
女	683	53.4	443	64.86	240	35.14		
年龄(岁)							141.848	<0.01
≤25	69	5.4	28	40.58	41	59.42		
25~34	144	11.3	52	36.11	92	63.89		
35~44	163	12.7	72	44.17	91	55.83		
45~59	288	22.5	192	66.67	96	33.33		
≥60	615	48.1	476	77.40	139	22.60		
婚姻状况							4.116	0.04
已婚	1 033	80.8	676	65.44	357	34.56		
未婚	246	19.2	144	58.54	102	41.46		
居住地							33.442	<0.01
农村	155	12.1	67	43.23	88	56.77		
城市	1 124	87.9	753	66.99	371	33.01		
月平均收入(元)							21.727	<0.01
1 500以下	137	10.7	82	59.85	55	40.15		
2 001~3 000	422	33.0	299	70.85	123	29.15		
3 001~4 500	383	29.9	240	62.66	143	37.34		
4 501~6 000	229	17.9	147	64.19	82	35.81		
6 000以上	108	8.4	52	48.15	56	51.85		
文化程度							27.117	<0.01
小学及以下	199	15.6	138	69.35	61	30.65		
初中	424	33.2	298	70.28	126	29.72		
中专/高中/技校	354	27.7	223	62.99	131	37.01		
大专	171	13.4	85	49.71	86	50.29		
本科及以上	131	10.2	76	58.02	55	41.98		
地区							233.581	<0.01
皖北	435	34.0	387	88.97	48	11.03		
皖中	416	32.5	161	38.70	255	61.30		
皖南	428	33.5	272	63.55	156	36.45		
自评健康							28.901	<0.01
健康	684	53.5	393	57.46	291	42.54		
一般	454	35.5	322	70.93	132	29.07		
不健康	141	11.1	105	74.47	36	25.53		
是否患有慢性疾病							100.341	<0.01
是	649	50.7	502	77.35	147	22.65		
否	630	49.3	318	50.48	312	49.52		
是否签约							284.094	<0.01
是	686	53.6	584	85.13	102	14.87		
否	593	46.4	236	39.80	357	60.20		
对医联体了解程度							229.608	<0.01
不了解	612	47.8	266	43.46	346	56.54		
一般	333	26.0	255	76.58	78	23.42		
了解	334	26.1	299	89.52	35	10.48		

服务成效的研究结果(53.9%)基本一致^[3],低于广州市家庭医生签约现状的结果(59%)^[4],高于重庆市居民家庭医生签约服务现状情况(46.4%)^[5]。从被调查社区居民签约服务获取方面看,基本公共卫生服务项目获取的较多,其中“建立健康档案”占比最

高,其次是“健康检测”“电话随访”“健康讲座”“健康咨询”,这一结果与基于患者调查的深圳市罗湖医院集团化改革成效分析结果一致^[6]。基本医疗服务提供方面,“用药长处方”仅为40.52%，“转诊上级医院”“预约挂号”和“上门诊疗服务”较低,不足20%,

表2 居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务意愿多因素 Logistic 分析

项目	回归系数	标准误	Wals 值	P 值	OR 值	95%CI
地区(对照:皖北)						
皖中	-0.865	0.203	18.209	< 0.001	0.421	(0.283, 0.627)
皖南	0.220	0.175	1.574	0.210	1.245	(0.884, 1.755)
是否签约(对照:否)	1.301	0.176	54.789	< 0.001	3.674	(2.603, 5.186)
了解程度(对照:不了解)						
一般	1.617	0.212	58.316	< 0.001	5.040	(3.328, 7.634)
了解	0.816	0.236	11.965	0.001	2.261	(1.424, 3.591)

表3 社区居民签约及获得服务情况

项目	数量(人)	百分比(%)
签约情况		
已签约	686	53.60
未签约	593	46.40
签约居民获得家庭医生签约服务情况		
建立健康档案	668	97.38
健康检测	585	85.28
电话随访	528	76.97
健康讲座	483	70.41
健康咨询	473	68.95
用药长处方	278	40.52
转诊上级医院	131	19.10
康复理疗	103	15.01
预约挂号	92	13.41
上门诊疗服务	89	12.97

表4 社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务需求情况

项目	数量(人)	百分比(%)
常见病的治疗	909	71.07
健康养生指导	865	67.63
慢性病的防治	815	63.72
上门诊疗服务	484	37.84
急诊联络	460	35.97
提供康复护理服务	423	33.07
提供家庭病床服务	364	28.46

这一结果与国内一项签约居民转诊意愿较高(79.66%)的研究结果^[7]形成较大反差,提示我国全科医生数量不足和质量不高的问题在一定时期内依然持续存在,随着签约服务的进一步推进,供需不足的矛盾可能会进一步加剧。

(二)社区居民签约意愿高于一般水平,地区、是否签约、对医联体了解程度是其影响因素

调查显示,愿意与医联体专科医生参与的家庭医生团队签约的有820人,占64.11%,而一项针对我国居民签约家庭医生意愿率的Meta分析结果显示签约意愿率为62.9%^[8]。研究表明,专科医生参与家庭医生团队可以提高居民的整体满意度,医联体内全科—专科团队协同管理在2型糖尿病、慢性心力衰竭和高血压等慢性病管理方面具有较好的效果^[9-11],为

患者提供优质、高效、便捷、连续的医疗服务,同时也提高了基层医疗机构的医疗能力和水平,合理兼顾其他各级医疗机构的利益。本研究显示,地区、是否签约、对医联体了解程度是社区居民与医联体专科医生参与的家庭医生团队签约意愿的影响因素。已签约的居民对专科医生参与家庭医生团队的签约意愿是未签约居民的3.674倍,可能原因是已签约居民对家庭医生签约服务的基层卫生服务利用率更高^[12],进而对家庭医生签约服务的知晓度更高。社区居民对医联体的了解程度越高,对专科医生参与家庭医生团队的签约意愿越强,可能原因在于优质医疗资源在医联体内下沉基层,提升基层社会影响力和诊疗服务能力,增强基层医疗卫生服务的吸引力^[13]。社区居民与医联体专科医生参与的家庭医生团队签约意愿,皖北地区高达88.97%,皖南63.55%,皖中仅38.70%,地区差异较大,进一步分析发现,本研究样本中皖中地区农村居民占比(31.2%)高于皖北(3.1%)和皖南(1.8%),签约意愿差异较大可能原因在于农村居民家庭医生签约率低于城镇居民,对医联体内专科医生参与家庭医生签约服务政策知晓度不高,因此,地区因素可能是本研究的偏倚因素。

(三)社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务需求呈多样化,以常见病的治疗为主

调查显示,社区居民对医联体专科医生参与家庭医生签约服务需求中,“常见病的治疗”占比最高,为71.07%,其次是“健康养生指导”,为67.63%，“慢性病的防治”为63.72%。该结果说明,居民对常见病诊疗和慢性病防治需求较高,希望通过医联体核心医院专科医生参与家庭医生签约服务团队,获得便捷、连续的诊疗服务。而一项关于城市社区居民家庭医生签约服务内容的需求调查显示^[14],居民对健康管理相关的服务需求较为紧迫,原因可能在于不同地区不同人群对家庭医生签约服务需求的多样化有关。“上门诊疗服务”“急诊联络”“提供康复护理服务”等较低,不足40%,社区居民可能认为医联体核心医院专科医生一般距离较远,在基层提供服务时间不固定,难以提供上门诊疗服务或者及时解决现场急救问题。

四、建 议

(一)加大宣传力度,提高社区居民对家庭医生签约服务和医联体的认知

要实现2020年家庭医生签约全覆盖的目标,当前的签约情况还有较大差距。社区居民对医联体的了解程度越高,对专科医生参与家庭医生团队的签约意愿越强,加大宣传力度是有效提高社区居民家庭医生签约率的途径之一。首先,宣传途径要多样化。既要充分利用社区宣传栏、电视公益宣传等传统方式,也要利用网络、微信等新媒体融媒体方式广泛宣传,以医联体核心医院专科医生坐诊、健康教育、健康咨询等工作时机向社区居民解读签约服务相关政策。其次,宣传对象要有针对性。要加大对签约率较低的地区、未签约居民的宣传力度,增强居民对家庭医生签约服务和医联体的理解。最后,在进行政策宣传的同时要加强对政策内容的解释力度,特别是一些新增加的服务内容或新出台的政策,加深居民对政策内容的理解,从而更好地支持和利用家庭医生签约服务^[15]。

(二)以需求为导向推进医防融合,提供连续性一体化卫生健康服务

针对社区居民对常见病的治疗服务需求较高的情况,推进医联体内专科医生参与家庭医生签约服务,以需求为导向推进医联体内医防融合。第一,建立健全重大疾病防治体系。围绕地区重大疾病防治,推动重心下移、关口前移,构建疾病筛查与发现、登记、临床诊疗与健康管理和干预效果评价全过程闭环管理体系^[16]。第二,打造社区专科特色门诊。结合社区居民实际需求,大力推进医联体核心医院专科医生进社区活动,在社区卫生服务机构设置专科医生工作室,提升基层医疗机构医疗服务技术水平和能力^[17]。第三,丰富家庭医生签约服务包。推行个性化签约服务包,根据社区居民不同需求制定不同的签约服务包,将医联体专科医生提供的医疗服务纳入,精准提供家庭医生服务,如对慢性病签约服务包增加血糖、血压、血脂的监测次数,根据不同疾病需求设计合适的健康体检项目等。

(三)强化政策落实,构建医联体内专科医生参与家庭医生签约服务的长效机制

开展医联体建设的核心是促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉,提升基层服务能力。专科医生参与家庭医生团队提供签约服务是该政策的具体实施路径,需要进一步构建政策落实长效机制。第一,完善运行机制,把专科医生参与家庭医生签约服务作为医联体章程修订和重大事项议定的重要内容,明确医联体专门机构工作职责,负责日常

事务管理和工作协调。第二,建立激励机制,围绕服务提供、技术带动、满意度等构建绩效考核评价机制,将考核结果与薪酬分配和职称晋升等挂钩,推动政策走深走实。第三,加强信息化平台建设,统筹管理优化配置医联体内信息化人才资源,完善健康档案、电子病历、检查结果互认、远程医疗等平台功能的设计,建立信息化平台建设、使用、管理等制度措施,为专科医生参与家庭医生签约服务工作提供信息技术支撑。

参考文献

- [1] 孙彩霞,刘庭芳,蒋锋,等. 我国家庭医生相关政策发展历程与推行研究[J]. 中国全科医学,2021,24(7):765-774
- [2] 钟宇,刘露霞. 医防融合下网格化家庭医生签约服务模式研究[J]. 中国全科医学,2021,24(19):2412-2417
- [3] 董力榕,曹扬,徐金水,等. 基于居民视角的江苏省家庭医生签约服务成效及制约因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(3):277-282
- [4] 范阳东,江蕾,柳薇,等. 广州市家庭医生签约现状及影响因素研究[J]. 中华全科医学,2021,19(1):80-82,166
- [5] 黄礼平,蒲川,何雨芯,等. 重庆市居民家庭医生签约服务现状及影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理,2021,38(6):413-416,476
- [6] 梅琳,黄葭燕,杨肖光,等. 基于患者调查的深圳市罗湖医院集团化改革的成效初探[J]. 中国卫生政策研究,2018,11(6):35-39
- [7] 丁露露,景正月,冯月静,等. 山东省农村家庭医生签约居民转诊意愿影响因素[J]. 中国公共卫生,2021,37(4):713-718
- [8] 王荣华,李云涛,汤忠泉,等. 我国居民签约家庭医生意愿率的Meta分析[J]. 中国全科医学,2019,22(4):395-401
- [9] 戴慧敏,陈瑜,刘伟,等. “全科—专科”分级管理模式对签约2型糖尿病患者干预效果队列研究[J]. 中国社区医师,2021,23(2):186-188
- [10] 戴慧敏,卜军,张芳,等. 慢性心力衰竭“全科—专科”分级诊疗协作管理模式及开展现状研究[J]. 中国全科医学,2020,23(7):779-783
- [11] 杜晓秋,陈刚,宋媛姝,等. 三级医院下沉社区医院对社区高血压和糖尿病患者管理效果的影响[J]. 川北医学院学报,2021,36(4):541-544
- [12] 黄蛟灵,袁旻健,孙瑾,等. 家庭医生守门人“签而有约”实证分析:以上海市静安区某街道为例[J]. 中国全科医学,2021,24(22):2800-2804,2809
- [13] 郑蕾. 提高基层医疗服务能力是推动分级诊疗的关键[J]. 中国卫生经济,2016,35(9):67-69
- [14] 王小娜,张帆,马国芳. 城市社区居民家庭医生签约服

- 务内容的需求调查——以乌鲁木齐市某区居民为例 [J]. 中国社会医学杂志, 2021, 38(4): 446-450
- [15] 王晓晓, 郭清, 杨磊, 等. 杭州市社区居民对家庭医生签约服务政策认知情况的调查[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(5): 45-49
- [16] 方青, 王安妮, 田倩男. 深圳市重大疾病防治体系建设的做法与成效[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(9): 644-649
- [17] 邓颖, 韩静, 张升超, 等. 深圳市宝安区中心医院“两融合一协同”的改革实践[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(9): 627-630
- (本文编辑: 姜 鑫)

Analysis of community residents' cognition of medical alliance specialist doctors' participation in contracted family doctor services

WU Shuyin^{1,2}, XIE Yuntao³, LIU Lu¹, WANG Jing⁴, JIA Xianjie³

1. School of Health Management, 2. Department of Hospital Administration, 3. School of Public Health, Bengbu Medical College, Bengbu 233030; 4. Infectious Diseases Department, the Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233000, China

Abstract: To investigate community residents' perception of specialist doctors' participation in family doctor contract service, this study conducted a random sample survey based on residents from three community health service centers in South Anhui, Central Anhui and North Anhui. We investigate the general status of community residents, family doctor signing and access to services. It also focuses on residents' awareness and demand for specialist doctors in core hospitals of medical alliances participating in contracted family doctor services. Among 1 279 community residents, 686 signed the contract with a signing rate of 53.6%. 64.11% of the residents were willing to sign up with the family doctor team involving specialist doctors from the medical alliance. The decision to sign, the understanding of the medical alliance and its specific region were the influencing factors of whether the community residents were willing to sign family doctor service with medical alliance specialists. The top three services contracted residents received were "establishing health records" (97.38%), "health testing" (85.28%) and "telephone follow-up" (76.97%). The top three demands of community residents in this service are "treatment of common diseases" (71.07%), "healthcare guidance" (67.63%) and "prevention and treatment of chronic diseases" (63.72%). We suggest strengthening the publicity, promoting the integration of medical prevention and treatment and building a long-term mechanism for specialized doctors in medical alliances to participate in the contracted service of family doctors.

Key words: community resident; medical alliance; contracted family doctor services; cognitive analysis