

签约服务对基层医疗卫生机构高血压患者血压控制效果和就诊满意度的影响研究

——基于 10 省现况调查

殷涛^{1*} 尹德卢¹ 秦坤² 余瑞芳² 景琳³ 黄金虎⁴ 金承刚⁵ 毛春芳⁶ 张向东⁷ 陈博文¹

1. 首都儿科研究所 北京 100020
2. 国家卫生计生委体改司 北京 100044
3. 成都中医药大学 四川成都 611137
4. 中国社区卫生协会 北京 100020
5. 北京师范大学 北京 100875
6. 上海社区卫生协会 上海 200000
7. 北京市社区卫生服务管理中心 北京 100053

【摘要】目的:探讨签约服务对基层医疗卫生机构高血压患者管理效果和满意度的影响。方法:使用项目组自行设计的调查问卷,对 10 省 20 家基层医疗卫生机构就诊的签约和未签约高血压患者进行现况调查。结果:40~50 岁、公费医疗、“小”病就医在社区卫生服务机构和乡镇卫生院、签约的调查对象自报血压控制效果更好($P < 0.05$)。参加城镇居民医疗保险、“小”病就医首选社区卫生服务机构和签约的患者对医务人员的满意度更高($P < 0.05$)。在评价签约和血压控制效果及满意度之间关系的有序多分类 logistic 回归方程中,校正了年龄、性别、文化程度、医疗保险方式、“小”病就医首选机构等因素的影响之后,签约是血压控制效果的独立影响因素, $OR = 3.007(95\% CI: 2.572 - 3.517)$,同样校正了上述因素的影响之后,签约与满意度呈正关联, $OR = 1.814(95\% CI: 1.563 - 2.105)$ 。结论:签约是社区高血压患者血压控制效果和就诊满意度的独立影响因素,签约患者血压控制效果和就诊满意度均高于非签约患者。

【关键词】全科医生; 签约服务; 管理效果; 影响因素

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.06.008

Effect of sign-contract service on blood pressure control and patients satisfaction of hypertensive patients in primary health centers: Based on investigation in 10 provinces

YIN Tao¹, YIN De-lu¹, QIN Kun², SHE Rui-fang², JING Lin³, HUANG Jin-hu⁴, JIN Cheng-gang⁵, MAO Chun-fang⁶, ZHANG Xiang-dong⁷, CHEN Bo-wen¹

1. Capital Institute of Pediatrics, Beijing 100020, China
2. National Health and Family Planning Commission of the People's Republic of China, Beijing 100044, China
3. Chengdu University of TCM, Chengdu Sichuan 611137, China
4. Community Health Association of China, Beijing 100020, China
5. Beijing Normal University, Beijing 100875, China
6. Community Health Association of Shanghai, Shanghai 200000, China
7. Community Health Management Center of Beijing, Beijing 100053, China

* 基金项目:世界银行“中国经济改革实施项目”子项目(TCC5-A29-12)

作者简介:殷涛,男(1983 年—),助理研究员,主要研究方向为卫生管理。E-mail:gouweicao2911@163.com

通讯作者:陈博文。E-mail:bowenc@126.com

【Abstract】 Objective: To investigate the effects of sign-contract services on hypertension patient disease control and the satisfaction of medical staff. **Methods:** a face-to-face questionnaire survey was conducted among hypertension patients selected from 20 primary health centers in 10 provinces in China. **Results:** This paper collected 1,881 valid questionnaires, and the average age of the population was 65.72 ± 10.88 . Respondents that received sign-contract services accounted for 53.88%, and there was no difference between patients who signed the service contract and who did not in terms of demographics. In self-reporting of blood pressure controls, respondents who signed the service contract, aged 40 ~ 50 years old, enjoyed the free medical care, preferred to seek medical services from primary agencies (i. e. community health centers and township hospitals) for minor illnesses, controlled their blood pressure better ($P < 0.05$). Respondents enjoyed the civil resident medical insurance, preferred to seek medical care from community health centers for minor illnesses and signed the service contract were more likely to be satisfied with their medical practitioner ($P < 0.05$). After adjusting for age, gender, education level, medical insurance style, patient willingness to seek medical care for minor illnesses, signing service contracts was found to be an independent factor both associated with blood pressure self-control and attitudes towards medical service providers, with the odds ratio of 3.007 (95% CI: 2.572 - 3.517) and 1.814 (95% CI: 1.563 - 2.105) respectively. **Conclusion:** Contracts are correlated with blood pressure control and satisfaction toward medical practitioners, which means that patients who signed the service contract control their blood pressure better and are more satisfied with their medical deliverers.

【Key words】 General practitioner; Sign-contract service; Management effect; Influencing factors

建立分级诊疗模式,实行全科医生签约服务,将医疗卫生服务责任落实到医生个人,是我国医疗卫生服务的发展方向,也是许多国家的通行做法和成功经验。^[1]签约服务可以有效改善社区卫生服务连续性^[2],2013 年国家卫生计生委开展的调研也认为,签约服务是具有探索价值的管理模式^[3]。

但一些基层医务工作者和管理人员认为是否签约并不影响医疗服务的提供^[3-4],一些居民也认为签约的作用不大^[5]。因此,签约对医疗服务提供方式和管理模式的影响亟需科学的定量证据。国内关于签约服务的研究较少^[6],签约对健康的影响效果相关实证研究更为缺乏,且研究仅局限于某个机构或者区县,样本量较小,数据分析多以单因素分析为主,未能发现签约的独立影响作用^[7-10]。本文利用 10 省份全科医生执业方式和服务模式改革试点评估的现况数据,选择社区高血压患者作为研究对象,分析签约在慢性病管理中的作用,为我国基层医疗卫生机构完善高血压和其他慢病签约机制提供科学依据和参考。

1 资料与方法

1.1 调查对象

2012 年 2 月,国务院医改办从 10 个省份遴选了改革条件较为成熟的 10 个城市(北京市西城区、上

海市长宁区、黑龙江省哈尔滨市、山东省青岛市、安徽省芜湖市、湖北省武汉市、四川省成都市、贵州省贵阳市、河南省焦作市和陕西省宝鸡市)进行全科医生执业方式和服务模式改革试点。^[11]本研究以 10 省参与试点并开展了签约服务的基层医疗卫生机构为调查范围,每省随机抽取 2 家社区卫生服务中心或乡镇卫生院为样本机构,对每个样本基层医疗卫生机构当天服务的原发性高血压患者进行问卷调查。每个样本机构调查签约和非签约患者各 50 名,共计 2 000 名。

1.2 研究方法

采用项目组自行设计的调查问卷,问卷经过数轮专家研讨会修改制定,包括:患者基本情况(性别、年龄、文化程度、医保制度、首诊机构、就诊情况等)、签约居民的知信行情况(签约情况、医生服务流程、病情控制情况等)和就诊满意度情况(医生水平、态度、环境等)三部分。

病情控制情况设置成前后比较的形式,即 2013 年(签约工作开始后)血压控制情况与 2012 年(签约工作开始前)相比是更好、没变化还是更差。本研究将患者高出正常值的收缩压和(或)舒张压降低定义为“更好”,患者的收缩压或舒张压增高定义为“更差”,其他定义为“没有变化”。

满意度情况同样设置成前后比较的形式,分为

非常满意、满意、一般、不满意和非常不满意五个维度,数据统计分析时将“非常满意”和“满意”合并为“满意”,“非常不满意”和“不满意”合并为“不满意”计算,单因素和多因素分析时使用高血压患者就诊时的综合满意度,即针对“与2012年相比,您对本机构医务人员提供的服务总体上满意吗?”这一问题,回答满意的患者占调查总人数的百分比。

调查员以全科医生为主,统一培训后,2014年8月分5组赴现场对调查对象进行一对一询问填写问卷,每组调查员4人,负责调查2省,5组同时进行。

1.3 统计分析

应用 Epi Data 3.1 软件建立数据库并录入数据,应用 SAS9.2 软件进行数据分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$

表示,计数资料比较采用 χ^2 检验。多因素分析应用非条件 logistic 回归模型。

2 结果

2.1 调查对象基本情况

本研究共发放问卷 2 000 份,有效问卷 1 881 份,问卷有效率 94.05%。调查对象平均年龄 65.72 ± 10.88 岁,以女性(62.05%)、60 岁以上(73.31%)、初中及以下文化程度(59.97%)、城镇职工医疗保险(63.05%)、“小”病就医在社区卫生服务机构(66.45%)、签约(53.88%)为主。对比调查对象的签约情况,除年龄构成差异有统计学意义以外($P < 0.05$),其他均无统计学差异(表 1)。

表 1 调查对象基本情况($n, \%$)

变量	合计(N = 1881)	签约患者(N = 1008)	未签约患者(N = 873)	χ^2	P
性别				2.269	0.040
男	720(38.48)	370(51.39)	350(48.61)		
女	1161(62.05)	638(54.95)	523(45.05)		
年龄				4.229	0.040
0 ~	21(1.12)	9(42.86)	12(57.14)		
40 ~	125(6.65)	57(45.60)	68(54.40)		
50 ~	356(18.93)	182(51.12)	174(48.88)		
60 ~	636(33.81)	354(55.66)	282(44.34)		
70 ~	743(39.50)	406(54.64)	337(45.36)		
文化程度				0.047	0.828
文盲	216(11.48)	114(52.78)	102(47.22)		
小学	376(19.99)	209(55.59)	167(44.41)		
初中	536(28.50)	280(52.24)	256(47.76)		
高中/中专/技校	473(25.15)	260(54.97)	213(45.03)		
专科	163(8.67)	81(49.69)	82(50.31)		
本科及以上	117(6.22)	64(54.70)	53(45.30)		
医疗保险				8.120	0.087
公费医疗	61(3.24)	37(60.66)	24(39.34)		
城镇职工	1186(63.05)	614(51.77)	572(48.23)		
城镇居民	280(14.89)	150(53.57)	130(46.43)		
新农合	298(15.84)	179(60.07)	119(39.93)		
其他	56(2.98)	28(50.00)	28(50.00)		
小病就医首选机构*				3.756	0.053
市级及以上医院	125(41.60)	52(58.40)	73(6.65)		
区县医院	64(50.00)	32(50.00)	32(3.40)		
社区卫生机构	1250(57.12)	714(42.88)	536(66.45)		
乡镇卫生院	180(63.89)	115(36.11)	65(9.57)		
其它	262(36.26)	95(63.74)	167(13.93)		

注:本研究中大病指社区的常见病和多发病,如感冒、发烧等。

2.2 血压控制效果和就诊满意度

40 岁以下年龄组的调查对象自报血压控制效果最好($P < 0.05$), 其次为 40 ~ 50 岁年龄组; 公费医疗、“小”病就医在社区卫生服务机构和乡镇卫生院以及签约的调查对象自报血压控制效果为“更好”的比例分别为 72.41%、63.05%、64.20% 和 72.36% ($P < 0.05$)。而性别、文化程度则对血压控制效果无显著影响($P > 0.05$)。

参加城镇居民医疗保险的调查对象对医务人员满意度较高($P < 0.05$), 认为满意的占 42.07% ;

“小”病就医首选社区卫生服务机构和签约的患者的满意度更高($P < 0.05$)(表 2)。

2.3 签约与血压控制效果和患者满意度的关联分析

2.3.1 签约和血压控制效果之间的关联分析

在评价签约和血压控制效果之间关系的有序多分类 logistic 回归方程中, 经校正年龄、性别、文化程度、医疗保险方式、小病就医首选机构等因素的影响后, 签约是血压控制效果的独立影响因素, 即签约患者血压控制效果更好, $OR = 3.007$ (95% $CI: 2.572 - 3.517$)(表 3)。

表 2 调查对象过去一年血压控制效果和对医务人员的满意度($n, \%$)

变量	满意度			χ^2	P	血压控制效果			χ^2	P
	更好 ($N = 1083$)	无变化 ($N = 673$)	更差 ($N = 53$)			满意 ($N = 685$)	一般 ($N = 1036$)	不满意 ($N = 106$)		
性别				0.375	0.540				3.004	0.083
男	410(58.66)	270(38.63)	19(2.72)			247(35.14)	411(58.46)	45(6.40)		
女	673(60.63)	403(36.31)	34(3.06)			438(38.97)	625(55.60)	61(5.43)		
年龄				6.262	0.012				0.280	0.597
0 ~	18(85.71)	2(9.52)	1(4.76)			9(42.86)	12(57.14)	0(0)		
40 ~	79(66.39)	38(31.93)	2(1.68)			46(38.33)	68(56.67)	6(5.00)		
50 ~	196(57.82)	135(39.82)	8(2.36)			123(35.55)	203(58.67)	20(5.78)		
60 ~	383(62.18)	220(35.71)	13(2.11)			243(39.64)	332(54.16)	38(6.20)		
70 ~	407(57.00)	278(38.94)	29(4.06)			264(36.31)	421(57.91)	42(5.78)		
文化程度				0.008	0.927				0.628	0.428
文盲	128(62.75)	70(34.31)	6(2.94)			77(36.84)	123(58.85)	9(4.31)		
小学	214(59.28)	137(37.95)	10(2.77)			110(30.05)	237(64.75)	19(5.19)		
初中	301(58.33)	202(39.15)	13(2.52)			207(39.66)	284(54.41)	31(5.94)		
高中/中专/技校	273(59.87)	168(36.84)	15(3.29)			193(41.68)	242(52.27)	28(6.05)		
专科	94(58.02)	61(37.65)	7(4.32)			59(38.06)	83(53.55)	13(8.39)		
本科及以上	73(66.36)	35(31.82)	2(1.82)			39(34.82)	67(59.82)	6(5.36)		
医疗保险				3.87	0.049				0.861	0.353
公费医疗	42(72.41)	12(20.69)	4(6.90)			17(28.81)	37(62.71)	5(8.47)		
城镇职工	663(57.60)	449(39.01)	39(3.39)			449(39.01)	624(54.21)	78(6.78)		
城镇居民	154(59.69)	104(40.31)	0(0)			114(42.07)	147(54.24)	10(3.69)		
新农合	191(66.09)	90(31.14)	8(2.77)			93(31.85)	191(65.41)	8(2.74)		
其他	33(62.26)	18(33.96)	2(3.77)			12(22.22)	37(68.52)	5(9.26)		
小病就医首选机构				5.132	0.024				0.018	0.893
市级以上医院	62(54.87)	48(42.48)	3(2.65)			29(25.22)	71(61.74)	15(13.04)		
区县医院	30(50.85)	27(45.76)	2(3.39)			18(30.00)	38(63.33)	4(6.67)		
社区卫生机构	768(63.05)	416(34.15)	34(2.79)			508(41.23)	656(53.25)	68(5.52)		
乡镇卫生院	113(64.20)	57(32.39)	6(3.41)			60(33.71)	117(65.73)	1(0.56)		
其他	110(45.27)	125(51.44)	8(3.29)			70(28.93)	154(63.64)	18(7.44)		
是否签约				137.07	<0.001				77.247	<0.001
是	712(72.36)	257(26.12)	15(1.52)			432(43.42)	528(53.07)	35(3.52)		
否	371(44.97)	416(50.42)	38(4.61)			253(30.41)	508(61.06)	71(8.53)		

表3 签约与血压控制效果关联的有序多分类 logistic 回归分析

变量	OR	95% CI	P
医疗保险			
公费医疗	1	—	1
城镇职工	1.480	0.951 - 2.305	0.0824
城镇居民	1.780	1.111 - 2.851	0.0164
新农合	1.373	0.823 - 2.291	0.2243
其他	0.805	0.435 - 1.488	0.4888
小病就医首选机构			
市级及以上医院	1	—	1
区县医院	1.433	0.859 - 2.391	0.1680
社区卫生服务机构	2.161	1.578 - 2.960	<0.0001
乡镇卫生院	1.856	1.188 - 2.899	0.0066
其他	1.440	0.989 - 2.097	0.0573
签约			
是	3.007	2.572 - 3.517	<0.0001
否	1	—	1

注:血压控制效果,好=2,一般=1,不好=0

2.3.2 签约与患者对医务人员满意度的关联分析

在评价签约与患者对医务人员满意度之间关系的有序多分类 logistic 回归方程中,经校正年龄、性别、文化程度、医疗保险方式、小病就医首选机构等因素的影响后,签约与满意度呈正相关,即签约患者满意度更高,OR = 1.814(95% CI:1.563 - 2.105)。

表4 签约与患者满意度关联的有序多分类 logistic 回归分析

变量	OR	95% CI	P
年龄			
0~	1	—	1
40~	0.461	0.181 - 1.179	0.1061
50~	0.312	0.126 - 0.770	0.0115
60~	0.367	0.150 - 0.900	0.0285
70~	0.280	0.115 - 0.686	0.0053
小病就医首先机构			
市级及以上医院	1	—	1
区县医院	0.756	0.45 - 1.270	0.2906
社区卫生服务机构	1.36	0.996 - 1.857	0.0528
乡镇卫生院	0.773	0.488 - 1.224	0.2725
其他	0.622	0.429 - 0.903	0.0124
签约			
是	1.814	1.563 - 2.105	<0.0001
否	1	—	1

注:患者满意度,满意=2,一般=1,不满意=0

3 讨论

签约服务其实就是健康权的委托代理^[12],通过

签约的形式,使医患之间的关系更加牢固紧密,更有利于全科医生对患者疾病进行连续性管理,也有利于患者主动寻求服务,从而改善疾病管理效果。全科医生也更加有责任关注签约患者,通过建立健康档案和随访资料跟踪患者疾病情况,可以提供个性化的建议和服务,有利于增强患者的信任和遵医行为。^[13-14]目前,除本研究的10个试点城市外,还有一些基层医疗卫生机构也对签约服务有所探索,在签约流程、就诊流程和内容等方面有一定的经验积累和成效。^[6,14]但由于受到筹资渠道的限制,签约服务内容较为单薄,基本上以免费的国家基本公共卫生服务项目的服务包为签约内容,这可能也会影响居民主动签约的意愿。^[15]由于工资封顶、无有效激励机制等原因,全科医生主动签约的积极性和服务效果也受到影 响。^[5,16]应加强宣传并提高全科医生签约服务积极性和主动性。宣传活动不仅会降低博弈双方(医患)的信息不对称,而且还能显著增强居民采纳激励相容的合作策略(即签约)。^[17]

本文意在探讨签约对社区慢病的管理是否有效,高血压是社区慢病管理的最主要人群,我国35~74岁成人患病率为27.2%,即全国约有1.3亿高血压患者^[18],基层医疗卫生机构规范化管理高血压患者8000万人^[19],所以本研究选择高血压人群作为研究对象。研究结果发现签约对社区高血压患者血压控制效果和满意度具有重要作用,提示对诸如糖尿病、COPD等慢病管理方面可能同样有益,但仍需进一步研究。签约服务使医务人员工作量增加明显^[16],在目前筹资和全科医生人员配备不足的情况下^[20],加强对签约服务和其他基层卫生管理重点人群健康效果的关系研究,可以为卫生计生主管部门制定签约服务目标和选择重点签约人群提供科学参考。

本研究未对高血压患者诸如血压值等定量数据进行搜集,仅依据患者自身对疾病控制效果评价进行分析,有可能会产生信息偏倚,以后研究中可加以改善。

参 考 文 献

[1] 国务院关于建立全科医生制度的指导意见[Z]. 2011.
 [2] 李子贵,樊朝阳,吕岩玉,等. 签约制对社区卫生服务连续性作用的调查分析[J]. 中国全科医学, 2004, 7(15): 1010-1012.
 [3] 徐杰. 签约服务是有探索价值的管理模式[J]. 中国农

- 村卫生, 2014(3): 19-20.
- [4] 搜狐网. 产业观察 NO. 90 期. 基层医生批签约服务流于形式[EB/OL]. (2012-09-17) [2015-03-20]. <http://health.sohu.com/20120917/n353375009.shtml>
- [5] 郭建辉. 北京“家庭医生式服务”知难而进[J]. 首都医药, 2014(11): 29-30.
- [6] 张跃红, 张拓红, 王志锋. 北京市德胜地区居民家庭医生式服务的签约现状及影响因素调查[J]. 中国全科医学, 2013, 16(31): 3715-3718.
- [7] 杜兆辉, 梁颖. 全科医生签约服务在社区原发性高血压患者管理中的作用[J]. 中华全科医师杂志, 2013, 12(10): 844-846.
- [8] 温秀琴, 韩铮铮, 路瑜, 等. 北京市德胜社区签约慢性病患者健康行为现状调查及影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2014(18): 2123-2125.
- [9] 常静娟, 岳仁宋. 全科医生团队签约管理糖尿病患者的效果评价[J]. 卫生经济研究, 2014(2): 55-57.
- [10] 王姣, 姜明霞, 孙利华, 等. 家庭医生与贫困老人签约服务健康管理效果研究[J]. 中国全科医学, 2014(15): 1547-1550.
- [11] 全科医生执业方式和服务模式改革试点工作方案(发改社会[2012]287号)[Z]. 2012.
- [12] 赖光强, 陈噪磷, 张校辉. 深圳市实施家庭医生责任制项目路径的分析与思考[J]. 中华全科医师杂志, 2009(8): 813-814.
- [13] 孙谨芳. 城市社区家庭医生签约服务模式对居民医药费用的影响及预测[D]. 太原: 山西医科大学, 2003.
- [14] 孔憨, 吴浩, 葛彩英, 等. 方庄社区家庭医生式服务就诊模式的实践与探讨[J]. 中华全科医师杂志, 2014, 13(10): 804-805.
- [15] 潘良凤, 曾思强. 社区门诊患者签约家庭医师的意愿及影响因素分析[J]. 中国医药指南, 2013(27): 1151-1153.
- [16] 景琳, 李家伟, 李娇月, 等. 推行家庭签约医生服务模式的政策思考——基于四川省试点地区调查[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(8): 8-10.
- [17] 赵德余, 梁鸿. 基本医疗卫生服务供给中的医患关系重构——社区卫生服务公众签约与就诊行为决策的影响因素分析[J]. 世界经济文汇, 2007(4): 3-14.
- [18] 顾东风, Jiang He, 吴锡桂, 等. 中国成年人高血压患病率、知晓率、治疗和控制状况[J]. 中华预防医学杂志, 2003, 37(2): 84-86.
- [19] 国家卫生计生委. 关于做好 2014 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知[Z]. 2014.
- [20] 秦怀金. 贯彻《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》促进全科医生队伍建设[J]. 中华全科医师杂志, 2011, 10(10): 697-698.

[收稿日期:2015-03-11 修回日期:2015-05-08]

(编辑 薛云)

· 信息动态 ·

控烟需多措并举

采纳并且落实《世卫组织烟草控制框架公约》的控烟条款, 各国政府借此可降低烟草带来的危害。在世卫组织框架公约的控烟条款中, 有些在于减少烟草需求, 另有一些在于降低烟草生产、分发、可得性和供应。减少烟草需求的措施包括: 减少烟草需求的价格和税收措施, 防止接触烟草烟雾, 烟草制品成分管制和披露的规定, 烟草制品的包装和标签, 教

育、交流、培训和公众意识, 烟草广告、促销和赞助以及与烟草依赖和戒烟有关的降低烟草需求的措施; 减少烟草供应措施的主要方面包括: 烟草制品非法贸易, 向未成年人销售和由未成年人销售, 对经济上切实可行的替代活动提供支持。

(来源: 世界卫生组织网站)