

全科医疗特征功能的评价、影响因素分析及政策涵义

梁媛^{1*} 匡莉¹ 梅洁¹ 赵婧革¹ 汪雨潭¹ LiLi²

1. 中山大学公共卫生学院 广东广州 510080

2. 凯斯西储大学家庭医学和社区卫生系 美国俄亥俄州克利夫兰 44106

【摘要】目的:全科医疗特征功能是构成基础保健高绩效的基础,是区别于专科医疗的核心所在。本研究将测量全科医疗特征功能,剖析其影响因素,探讨问题原因,为制定强化全科医疗特征功能政策提供依据。方法:使用本土化的基础保健测量工具 PCAT-AE,选择 8 家社区卫生服务中心和深圳市港大医院全科医疗门诊部作为调查机构。采用面对面、一对一形式的问卷调查方法,共调查 1 712 名病人,有效问卷 1 645 份。结果:全科医疗特征功能总分 49.0 分,首诊利用(69.8)、连续性(63.1)和文化胜任力(51.2)维度得分相对较高,可及性(40.8)和以社区为导向(31.0)维度得分相对较低。全科医疗特征功能得分受人口社会学特征、健康特征和服务利用等多种因素影响,特征功能对病人的满意度起积极作用($OR > 1$)。结论:国内全科医疗特征功能得分较低,与国外相比差距较大。可以从病人个体、组织和系统三个层面,全面强化全科医疗特征功能。

【关键词】全科医疗;基础保健;特征功能;测量

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.01.002

Evaluation, determinants and policy implications of the general practice attributes

LIANG Yuan¹, KUANG Li¹, MEI Jie¹, ZHAO Jing-ge¹, WANG Yu-tan¹, LiLi²

1. School of Public Health, Sun Yat-Sen University, Guangzhou Guangdong 510080, China

2. Department of Family Medicine and Community Health, Case Western Reserve University, Cleveland Ohio 44106, USA

【Abstract】 Objective: The general practice attributes constitute a basis for the high primary care performance. In this paper, the general practice attributes are measured, their influencing factors are analyzed, the causes of existing problems are explored, and suggestions are straight forwarded to strengthen the general practice function. Methods: In this study, a PCAT-AE modified Chinese edition was adopted. The research was conducted into 8 community health centers and the general outpatient clinic of the University of Hong Kong, Shenzhen Hospital. They were eligible adult patients who could communicate properly and had visited the same general practitioners at least three times. One-to-one interviews were conducted and a total of 1 712 patients participated in the survey, a number of which 1 645 effective samples were considered for analysis. Results: The total general practice attributes score was 49.0. The first-contact score of 69.8, continuity score being 63.1 and the cultural competence score of 51.2 were relatively high. The scores for the access (40.8) and community orientation (31.0) were relatively low. The general practice attribute scores were influenced by the social demographic and health characteristics, and the health care service utilization. Also, the general practice core attributes were positively related to the patient satisfaction ($OR > 1$). Conclusion: Comparing to the numbers in the developed countries, the general practice attribute scores were still low in China. Therefore, to strengthen the general practice function, works could be done at the individual, organization and system levels.

【Key words】 General practice; Primary care; Attributes; Measurement

* 基金项目:广州市医药卫生科技项目(20141A031003);广东省十三五卫生事业发展研究(粤财社[2014]465号)

作者简介:梁媛,女(1989年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生管理学。E-mail:331891940@qq.com

通讯作者:匡莉。E-mail:kuangli@mail.sysu.edu.cn

全科医疗 (general practice) 是基础保健 (primary care) 的核心^[1], 在医疗卫生服务体系中发挥着关键作用^[2,4]。各国实践经验和大量研究证实, 以全科医疗为核心的基础保健保障人们更柔性、更平等、更公正地获得基本医疗卫生服务, 并保持更好的健康结果^[5,6], 促进卫生资源的合理配置^[7], 最终实现“人人享有卫生保健”^[8], 基础保健已经成为高价值卫生保健体系的基石^[9]。全科医疗是通过特征功能达成对卫生系统高绩效的贡献, 也是区别于专科医疗的核心所在, 因此, 从全科医疗特征功能的角度, 研究基层医疗卫生服务体系和全科医疗的发展战略、政策制定和实践管理具有重要意义。^[10]

新医改以来, 我国十分重视基层医疗卫生服务和全科医疗发展, 硬件建设和全科医生队伍建设方面取得显著成绩, 但全科医疗特征功能的现状如何尚无相关研究报道。本研究目的是评价我国全科医疗特征功能实现程度, 分析其影响因素, 了解特征功能对病人满意度的影响; 通过掌握现状, 发现差距, 探讨问题原因, 为制定强化全科医疗特征功能的政策提供依据。

1 资料与方法

1.1 调查对象

本研究采用二阶段抽样。第一阶段采取目的抽样, 选取广州市 3 家社区卫生服务中心、东莞市 2 家社区卫生服务中心、深圳市 3 家社康中心以及深圳港大医院的全科门诊部, 所选择的这些机构门诊量较大, 开展全科医疗时间较长。第二阶段采用便利抽样, 对年满 18 岁、在同一家社区卫生服务中心或医院全科门诊有过 3 次及以上全科医生就诊经历、能正常表达的病人纳入调查, 每家机构调查约 100 ~ 300 例病人。

1.2 评估工具

本研究选用 PCAT-AE (primary care assessment tool for adult edition) 作为测量工具。该量表由美国约翰·霍普金斯大学开发, 用于测量病人所体验的全科医疗特征功能^[11], 测量维度包括首诊利用、可及性、连续性、综合性、协调性、以家庭为中心、以社区为导向和文化胜任力八个方面。该工具已在美国^[12]、加拿大^[13]、巴西^[14]、西班牙^[15]、韩国^[16] 以及中国的台湾^[17]、香港^[18]、长沙^[19]、昆明^[20]、西藏^[21] 等地区得到应用, 结果表明该测量工具有较好的跨文化信度和效度。

鉴于长沙、昆明和西藏等地的研究使用的测量量表各自存在一些差异, 本研究仍需要对量表进一

步本土化。本土化分三个阶段进行: 首先由一名公共卫生专业研究生将量表翻译为中文, 对不适合中国环境的条目进行改述, 形成初版量表; 然后由 4 名全科医生和 2 名基础保健政策研究人员组成的专家小组对量表初版进行讨论修改, 删去不适合我国全科医疗实践的条目, 重新修辞不适宜中国和广东语言习惯的条目; 最后在 3 家社区卫生服务中心进行预试验, 共调查 60 名病人, 根据预调查情况, 对问卷中病人理解困难或含义模糊的语句再次修辞完善, 形成终版量表。

终版量表包括基础保健评估和一般情况两部分。基础保健评估内容包括 7 个维度 23 个条目。一般情况包括病人的人口社会学特征、服务利用、健康状况和总体满意度评价 4 个维度 17 个条目。

条目采用 likert 4 分量表赋值 (1 = “从来不会”; 2 = “偶尔会”; 3 = “经常会”; 4 = “总是会”), “不知道或不好回答” 作为中立选项, 赋值为 2.5; 缺失值赋值为 2.5, 以与其它相类似研究保持一致。对于一年内没有到上一级医院看病的病人, 其协调性条目不用作答, 因此会有部分空白值, 选择用这些条目的样本中位数来填补相应的空白值。各维度的分数为该维度下各条目得分的平均值, 总分为各维度的平均值。通过将各维度的分数除以 4 再乘以 100, 将量表转换为 1 ~ 100 范围内的分数。满意度条目采用 likert 5 分量表 (1 = “很不满意”; 2 = “不太满意”; 3 = “一般”; 4 = “满意”; 5 = “非常满意”)。

1.3 调查实施及质量控制

调查在 2014 年 6—8 月间进行, 4 名调查员均全程参加每次调查。为保证问卷填写质量, 每份问卷均采用面对面、一对一访谈方式进行, 调查员协助病人填写问卷, 对其不理解之处进行详细解答, 以提高病人填写问卷的认真度和参与度, 避免漏填和填写的从众心理。调查在社区卫生服务中心/医院的全科诊室候诊区进行, 调查前向病人解释调查目的, 征得病人口头同意。问卷填写完毕后, 调查员当场检查问卷以确保没有逻辑性错填和漏填。数据输入中, 按照 15% 的比例随机抽查录入数据进行核对, 保证数据输入质量。

1.4 统计分析

使用 Epidata 3.0 录入数据、SPSS17.0 统计分析。使用描述性统计, 分析病人一般情况和特征功能评分; 使用多元线性回归模型, 分析全科医疗特征功能的影响因素; 使用 Logistic 回归分析, 分析全科

医疗特征功能对满意度的影响。

2 结果

2.1 调查对象基本情况

本研究共调查 1 712 名病人,剔除 67 份不完整问卷,得到有效问卷 1 645 份,有效率为 96.08%。所调查的病人男女比例基本一致,30~60 岁的病人相对较多,本地居民和外地居民各占一半,文化程度以初高中为主,职业以在职为主;病人自评健康状况好的不足 5%,约有 40% 的病人患有慢性病;病人在所调查社区/医院的看病时间大都在一年以上,病人在过去一年中到社区看病的次数大部分小于 6 次,但也有 40% 以上的病人就诊次数超过 6 次;签约家庭医生病人所占比例较低(表 1)。

表 1 调查对象基本情况(n=1 645)

变量	例数	比例(%)
性别		
男	666	40.5
女	979	59.5
年龄		
≤30	374	22.7
31~60	904	55.0
>60	367	22.3
户籍		
本地	821	49.9
外地	824	50.1
家庭月收入		
<5 000	374	22.7
5 000~10 000	904	55.0
>10 000	367	22.3
婚姻状况		
未婚	227	13.8
已婚	1 418	86.2
教育水平		
中学及以下	226	13.7
高中	959	58.3
大学本科及以上	460	28.0
就业状况		
在业	921	56.0
退休	457	27.8
无业	267	16.2
慢病状况		
没有	947	57.6
有	698	42.4
健康状况		
一般/差	885	53.8
非常好/很好/好	760	46.2
签约医生		
没有	1 513	92.0
有	132	8.0
过去一年内在社区看病的次数		
≤5	957	58.1
6~30	608	37.0
>30	78	4.7

2.2 全科医疗特征功能得分情况

基础保健总体得分仅为 49.0 分,首诊利用(69.8)、连续性(63.1)和文化能力(51.2)得分相对较高,可及性(40.8)和以社区为导向(31.0)得分则相对较低(表 2、图 1)。

表 2 全科医疗特征功能各维度及其条目得分

特征功能维度及其条目	平均值	标准差
基础保健总得分	49.0	8.6
首诊利用	69.8	18.2
当您需看病时,是否会先找社区医生?	89.0	17.9
当您需预防保健服务时,是否会先找社区医生?	69.3	31.0
您是否需要社区医生推荐或开转诊单才能到上一级医院看病?	51.1	29.9
可及性	40.8	9.8
您在社区医院看病当天,见医生前的候诊时间是否超过 15 分钟?	66.5	23.2
上班时间,您是否能通过电话/QQ/微信等方式向社区医生或护士咨询健康问题?	28.5	10.6
下班时间,您是否能通过电话/QQ/微信等方式向社区医生或护士咨询健康问题?	27.3	9.1
连续性	63.1	21.2
您在社区医院看病是否每次都是同一位医生或护士为您提供服务?	55.3	28.4
如果您对健康或诊断有疑问,是否能顺畅地向最熟悉的医生或护士咨询?	74.1	27.7
您认为,最熟悉您的医生或护士是否了解您主要的健康问题?	59.9	23.1
综合性	45.5	13.2
您是否会与社区医生聊一聊心理或情绪问题?	33.5	17.4
社区医生是否会与您聊一聊合理饮食/规律睡眠/适当运动等话题?	52.3	21.1
社区医生是否会建议您定期做体检?	44.4	22.2
一般来说,社区医生给您看病的过程会花多长时间?	51.6	19.0
协调性	46.5	14.2
社区医生是否会与您讨论转诊,并向您推荐上一级医院或科室?	37.1	18.8
社区医生是否会把您的病情记录在病历上,以供您到上一级医院给医生参考?	75.4	28.7
如果您需要到上一级医院看病,社区医生或工作人员是否会帮您联系转诊?	32.2	15.9
社区医生是否会向您了解您在上一级医院接受诊疗的情况?	41.4	19.7
以家庭为中心	44.2	17.9
社区医生在为或家人看病时,是否会询问您的想法?	48.9	24.5
社区医生是否会询问您家人的健康和疾病情况?	39.5	19.7
以社区为导向	31.0	9.8
社区医生或工作人员是否进行过家访?	27.8	9.4
社区医生为您看病时,是否会跟您聊一聊社区的一些卫生/疾病问题?	33.7	15.5
如果您需要其他帮助,社区医生是否会联系其他社会组织为您提供服务?	31.6	14.6
文化胜任力	51.2	25.3
您会向亲戚或朋友推荐您的社区医生吗?	51.2	25.3

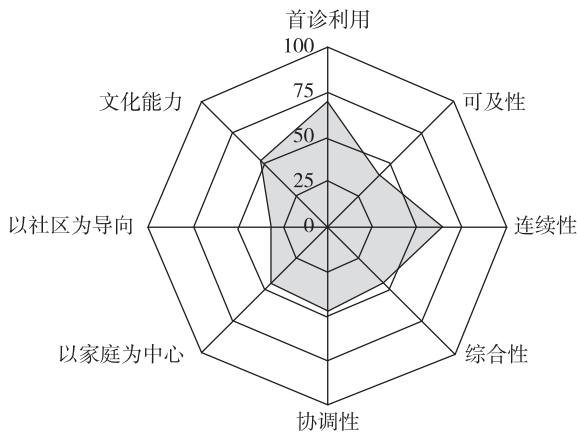


图1 全科医疗特征功能雷达图

2.3 全科医疗特征功能得分的影响因素分析

运用逐步多元线性回归模型,观察某一特定因素对全科医疗特征功能得分的影响,结果见表3。在人口社会学特征因素方面,女性与男性相比,在连续

性、以社区为导向、文化胜任力和总得分方面较高;年轻者在首诊利用、连续性、协调性和文化胜任力方面远高于年轻者;收入高者总得分、首诊利用、连续性、协调性、文化胜任力得分相对较高;文化程度高者在总得分、以家庭为中心、以社区为导向、文化胜任力方面得分相对较高;在职人员在首诊利用、以社区为导向等方面得分较高。在健康状况因素方面,健康状况不好的病人在总得分、可及性、连续性、以社区为导向、文化胜任力方面得分相对较高;慢性病患者总得分、连续性、综合性得分相对较高。在服务利用因素方面,那些在过去一年里到社区就诊次数5次及以下的病人,其总得分、首诊利用、连续性得分远远低于就诊5次以上的病人,但就诊次数再多于5次的病人,其得分不会显著提高。接受家庭医生签约制服务的病人除首诊利用外,其它项得分远远高于那些没有签约全科医生的病人。

表3 全科医疗特征功能总得分及各维度得分的影响因素分析, Beta (SE)

	总得分	首诊利用	可及性	连续性	综合性	协调性	以家庭为中心	以社区为导向	文化胜任力
常数	55.08 (1.64) *	76.70 (3.44) **	37.70 (1.90) **	77.04 (4.03) **	52.80 (2.47) **	62.01 (2.37) **	52.48 (3.50) **	29.12 (1.89) **	52.75 (4.88) **
社会人口学特征									
性别 (Ref.: 女)									
男	-1.30 (0.44) **	0.48 (0.92)	-0.59 (0.51)	-2.31 (1.07) *	-0.66 (0.66)	0.83 (0.63)	-1.53 (0.93)	-1.01 (0.50) *	-5.60 (1.30) **
年龄 (Ref.: >60)									
≤30	-0.25 (0.92)	-4.92 (1.94) *	0.80 (1.07)	-7.41 (2.27) **	0.16 (1.39)	3.03 (1.33) *	-1.43 (1.97)	0.42 (1.06)	7.35 (2.75) **
31~60	0.12 (0.75)	-1.24 (1.58)	0.08 (0.87)	-5.11 (1.85) **	0.07 (1.13)	1.28 (1.08)	-0.88 (1.60)	0.01 (0.86)	6.78 (2.24) **
收入 (Ref.: >10 000)									
<5 000	-1.33 (0.48) **	-1.81 (1.01)	-0.83 (0.56)	-3.48 (1.18) **	-0.23 (0.73)	-0.79 (0.69)	-1.99 (1.03)	-0.82 (0.55)	-0.68 (1.43)
5 000~10 000	-1.23 (0.61) *	-3.15 (1.29) *	-0.86 (0.71)	-3.27 (1.51) *	-0.82 (0.93)	-3.10 (0.89) **	-1.74 (1.31)	-0.83 (0.71)	3.97 (1.83) *
教育程度 (Ref.: 中学及以下)									
高中	1.50 (0.64) *	0.36 (1.35)	0.29 (0.74)	2.70 (1.58)	0.89 (0.97)	-0.54 (0.93)	2.18 (1.37)	0.71 (0.74)	5.45 (1.91) **
大学本科及以上	1.12 (0.75)	-5.89 (1.57) **	1.27 (0.87)	1.31 (1.84)	-0.38 (1.13)	0.20 (1.08)	4.93 (1.60) **	2.25 (0.86) **	5.30 (2.23) *
就业状况 (Ref.: 无业)									
在业	1.11 (0.61)	2.66 (1.28) *	0.00 (0.71)	-2.02 (1.50)	1.46 (0.92)	1.07 (0.88)	0.61 (1.30)	1.89 (0.70) **	3.17 (1.81)
退休	-0.41 (0.80)	0.60 (1.69)	-1.78 (0.93)	-0.86 (1.98)	0.16 (1.22)	-1.55 (1.16)	-3.69 (1.72) *	0.10 (0.93)	3.74 (2.40)
健康状况									
健康状况 (Ref.: 一般/差)									
非常好/很好/好	-1.56 (0.41) **	-0.06 (0.86)	-1.56 (0.48) **	-2.73 (1.01) **	-1.07 (0.62)	0.14 (0.59)	-1.36 (0.87)	-2.10 (0.47) **	-3.71 (1.22) **

(续)

	总得分	首诊利用	可及性	连续性	综合性	协调性	以家庭为中心	以社区为导向	文化胜任力
慢病状况 (Ref.: 没有)									
有	1.41 (0.50)**	-2.17 (1.06)*	-0.06 (0.59)	5.34 (1.24)**	3.48 (0.76)**	0.22 (0.73)	1.64 (1.08)	0.96 (0.58)	1.90 (1.51)
服务利用									
签约医生 (Ref.: 否)									
是	7.66 (0.76)**	2.32 (1.60)	3.52 (0.89)**	10.03 (1.88)**	11.57 (1.15)**	2.81 (1.10)*	13.34 (1.63)**	8.06 (0.88)**	9.65 (2.27)**
次数 (Ref.: >30)									
≤5	-2.20 (1.02)*	-7.08 (2.16)**	-1.24 (1.19)	-7.16 (2.53)**	-2.02 (1.55)	-1.65 (1.48)	-2.36 (2.19)	0.32 (1.18)	3.60 (3.06)
6~30	0.02 (0.98)	-2.89 (2.06)	-1.61 (1.14)	-1.41 (2.42)	0.98 (1.48)	-0.44 (1.42)	-0.35 (2.09)	-0.01 (1.13)	5.87 (2.93)
调整 R ²	0.13	0.20	0.09	0.13	0.16	0.33	0.08	0.11	0.10
N	1 645	1 645	1 645	1 645	1 645	1 645	1 645	1 645	1 645

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.4 全科医疗特征功能对满意度的贡献

建立 Logistic 回归模型,因变量为满意(“满意”和“非常满意”)和不满意(“很不满意”、“不太满意”和“一般”),自变量为全科医疗特征功能总得分和各维度得分,控制因素包括人口社会学、健康状况、服务利用等,结果见表 4。从整体上看,基础保健总分的 OR 值为 1.12,表示病人对全科医疗体验的总体得分每增加 1 分,病人评价为满意的概率提高了 12%。同样,可及性、连续性、综合性、协调性、以家庭为中心、以社区为导向和文化胜任力对满意度也起到积极作用,但首诊利用对满意度的影响没有统计学意义。

表 4 全科医疗特征功能得分对满意度的影响

特征功能	OR (95% CI)
总得分	1.12(1.10,1.14)**
首诊利用	1.00(1.00,1.01)
可及性	1.03(1.02,1.05)**
综合性	1.06(1.04,1.07)*
协调性	1.02(1.01,1.03)**
连续性	1.03(1.02,1.04)**
以家庭为中心	1.02(1.02,1.03)**
以社区为导向	1.05(1.03,1.07)**
文化胜任力	1.03(1.02,1.03)**

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

3 讨论

3.1 全科医疗特征功能总体得分不高

基础保健的总体得分(49.0 分)和各维度得分均较低,这与之前开展的社区转诊服务协调性、服务连续性等相关研究的结果一致。例如,社区全科医

生在转诊过程中提供协调性服务所占比例仅为 6.8%^[22],社区卫生服务与上级医院服务的整合度仅为 38.0 分^[23],远低于美国(73.9 分)^[11]、加拿大(81.5 分)^[13]和韩国(70.9 分)^[16]。

首诊利用维度中,社区病人“在需要看病时,是否会先找社区医生”的得分为 89.0 分,表明已经在社区医院就诊的病人群体对社区机构的首诊利用程度较高;75% 的病人没有参加“社区首诊”的守门人制度计划,“不需要社区医生推荐或开转诊单就能到上一级医院看病”,导致得分较低(51.1 分)。

可及性维度中,到社区就诊的病人“候诊全科医生的时间是否超过 15 分钟”这一条目得分为 66.5 分,表明时间上的可及性尚可。在“上/下班时间,通过电话/QQ/短信的方式咨询健康问题”的条目得分均低于 30 分,表明了目前社区卫生服务机构提供的基础保健服务仅限于面对面的诊间服务,使用途径和方式极为有限。原因在于所调查机构大多为公益一类事业单位体制,实行八小时工作制,不提供常规的八小时之外的咨询和就诊渠道,导致八小时以外的服务可及性非常低。

连续性维度中,绝大多数在社区就诊的病人“可以顺畅地与自己熟悉的医生和护士交流和咨询”,得分高达 74.1 分,表明社区病人与医生之间的关系深度较高;但大部分病人在大多数情况下却不能“找到同一位医生或护士提供服务”,得分仅为 55.3 分。根据实地观察和了解,其原因是多方面的:一是部分社区卫生服务中心安装病人排队轮候呼叫系统,按照“先到先得”原则安排病人到全科医生诊室就诊,这固然可以提高病人等候效率,这一分值妨碍病人

每次看病都能够找自己相熟的全科医生;二是目前社区卫生服务中心普遍没有设立病人预约系统,病人随到随看,导致每次看病的医生不同;三是病人虽然与就诊的社区机构保持较高的黏性,但与具体的医生之间尚未形成一对一的服务关系。

综合性维度方面得分不高,仅为45.5分。本研究调查人员在全科医生诊室观察了医生诊疗过程,发现全科医生在病人看病过程中,只是简单地提醒病人“要注意饮食、睡眠、运动和心里调适”,缺乏更加具体、全面的专业性指导,77%的病人整个看病时间在10分钟左右。目前我国政府十分重视社区基本公共卫生服务功能,致力于丰富社区综合性服务,但从病人的角度评价综合性服务的功能得分不高,原因在于这些基本公共卫生服务与基本医疗服务不是在病人个体层面进行整合提供的^[24],政府和社区还需要采取积极措施,促进全科医生在个体层面整合提供个体化的综合性服务。预防保健是基础保健中综合性服务的重要组成部分,但结果显示,“全科医生大多不愿意建议病人做定期检查”,得分为44.4分,医生就此结果给出的解释是,在目前医患关系紧张的大环境下,建议病人定期体检,会导致病人误解医生在诱导需求。

在协调性维度,社区全科医生普遍会“把病情记录在病历上,供上一级医生参考”,这个条目得分较高(75.4分),与我国强调病历记录的传统有关,而且也与广东省病历“全省一本通”有关。但“全科医生在与病人讨论转诊(37.1分)、协调转诊(32.2分)和了解病人转诊后续的诊治(41.4分)”方面,做的非常不足,对病人转诊常常是“一转了之”,不了解病人在转诊之后的治疗情况,继而影响连续性照护的实施。

在以家庭为中心、以社区为导向和文化胜任力三个维度,总体上反映全科医生在面对病人时,是“以疾病为中心”的思考模式和服务模式,还是把病人作为一个具体的完整人,建立“以人为中心”的思考模式和服务模式。本研究结果显示,这三个维度得分不高,提示全科医生在面对病人健康问题时,似乎没有将健康问题的成因和解决手段置于家庭和社区的大范围来考虑。尽管我国政府部门要求社区卫生服务机构定期进行社区诊断,了解社区主要的健康问题和健康危险因素,但这些调查结果没有转化为社区全科医生解决居民健康问题的依据。此外,本研究样本中,50%病人为流动人口,加上中国病人自由就医的传统习惯,全科医生面对的就诊病人

体流动性大,也可能是全科医生无法“以人为中心”提供服务的原因。

3.2 全科医疗特征功能得分受多重因素影响

全科医疗特征功能在不同人群中不同表现,揭示出特征功能的影响因素,也为强化全科医疗特征功能的政策制定提供了一些依据。

病人的人口社会学特征对特征功能得分有一定影响。女性和年长者等人群能获得相对较高分的特征功能服务,这可能与女性和年长者更倾向于在社区范围内活动,愿意与人沟通,因此容易与社区医生建立密切关系,生病时愿意首选社区,能够获得较好的连续性服务。文化程度高、收入高、在职等具有较高社会地位的人群,能够获得相对较高分的特征功能服务,这与相关研究的研究结果一致。^[25,26]分析原因,这些人群具有较好的知识和交往能力,能够与全科医生良好互动,因而保持较好的医患关系,使全科医生能够并愿意为其提供可及性、连续性、协调性、综合性等特征功能服务。提示从病人个体层面,可以在基础保健服务利用过程中通过有效互动发挥出作用。

慢病病人和健康状况较差的病人得分相对较高,这表明可及性、连续性、协调性、综合性服务等基础保健的特征功能对慢性疾病和健康状况较差的病人作用更大,这同时也说明基础保健对这些特殊弱势群体十分重要。^[27]

病人利用全科医疗的次数越多,特征功能得分越高。其中,一年中看病次数5次的服务利用频率成为一个拐点,这表明,可以通过引导病人到社区就医,增加他们每年在社区机构看病的次数,即可以加强他们对社区医疗卫生服务的体验,了解社区就诊的服务特征,提高对社区的认同和信任。^[28]另一方面,社区全科医生也要充分利用这些宝贵的接触机会,严格培训、提高自身知识技能,充分发挥基础保健的独特功能,获得病人的认同和信任。

家庭医生签约式服务可以显著提高基础保健特征功能得分。这表明我国政府所推行的家庭医生签约式服务模式,契合了基础保健的基本原则。与非签约病人比较,签约病人在连续性、综合性、“以人为中心”等方面的绩效尤其突出。^[29]

3.3 全科医疗特征功能对满意度正向贡献

有研究显示,“连续性照顾”对改善医患关系和促进卫生保健质量有重要作用^[28];相关系统综述发

现,连续性、医患关系与病人满意度有正向关联^[30]。本研究也发现基础保健特征功能对病人满意度有正向影响,表明可及性、综合性、连续性、协调性、以家庭为中心、以社区为导向等服务功能对病人而言是有价值的。这一点具有积极的政策涵义,提示在制定、实施和评价基层医疗和全科医疗政策时,应该充分注重全科医疗特征功能的建设。

与其他研究结果^[31]不同的是,本研究的首诊利用维度得分没有提高病人满意度,分析原因可能与样本地区“社区首诊”制度设计有关。本次调查机构中,深圳市和东莞市社区卫生服务中心的大部分病人参加了当地城镇居民医疗保险的强制性“社区首诊”计划。当大量病人前往社区卫生服务机构就诊,全科医生数量不足的问题更加凸显,导致病人等待时间长^[32],社区全科医生未能针对“社区首诊”病人配套提供更好的可及性、连续性和协调性服务,而且由于社区卫生服务机构承担“费用守门人”的角色,导致病人转诊难。本研究样本中,“社区首诊”计划中,“在过去一年中,从未到过上级医院看病”的病人占 53%,而没有参加“社区首诊”的病人这一比例仅为 37%。这一点提示国内在设计“社区首诊”制度时,应建立可以有效促进全科医疗特征功能的服务付费方式。^[33]

4 结论与建议

全科医疗特征功能构成基础保健高绩效的作用机制,是基础保健区别于基层医疗的核心所在,能够显著提升病人满意度。本研究结果表明,我国目前的全科医疗特征功能处于较低水平,与国外差距较大。病人自身因素、基层医疗卫生机构组织管理与流程、医保政策、全科医生数量不足等因素是导致特征功能得分较低的重要原因。

强化基层医疗卫生服务体系特征功能建设,方能与专科医疗形成功能分化和互补,为成功实施分级诊疗奠定基础。^[34]强化基层全科医疗特征功能建设,是一个长期工程和系统工程。建议:从病人层面着手,赋予病人必备的相关知识和技能,主动与医生建立良好的人际关系,以获得较好的可及性、连续性、协调性和综合性服务;从社区卫生服务机构的组织层面着手,建立有助于实现特征功能的管理制度和流程;在系统层面,全方位完善全科医生制度,实现我国基层医疗卫生服务体系全面转型升级为以全科医疗为核心的基础保健体系。

参 考 文 献

- [1] 鲍勇. 基层保健囊括全科医疗[N]. 中国社区医师, 2012-02-25.
- [2] Gunn J M, Palmer V J, Naccarella L, et al. The promise and pitfalls of generalism in achieving the Alma-Ata vision of health for all[J]. *Med J Aust*, 2008, 189(2): 110-112.
- [3] Chan M. Return to Alma-Ata[J]. *Lancet*, 2008, 372(9642): 865-866.
- [4] Berwick D M, Nolan T W, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost[J]. *Health Aff (Millwood)*, 2008, 27(3): 759-769.
- [5] Bindman A B, Grumbach K, Osmond D, et al. Primary care and receipt of preventive services[J]. *J Gen Intern Med*, 1996, 11: 269-276.
- [6] Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties: results from the medical outcomes study[J]. *The Journal of the American Medical Association*, 1995, 274(18): 1436-1444.
- [7] Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: A mixed level analysis[J]. *International Journal of Health Services*, 2000, 30: 541-555.
- [8] 2008 年世界卫生报告[R]. 日内瓦: 世界卫生组织, 2008.
- [9] Lam J, Collins R A. Effective primary health care is essential for a high-quality, equitable, and cost-effective health care system[J]. *Hong Kong Med J*, 2011, 17(3): 3.
- [10] Stange K C, Nutting P A, Miller W L, et al. Defining and measuring the patient-centered medical home[J]. *J Gen Intern Med*, 2010, 25(6): 601-612.
- [11] The Johns Hopkins Primary Care Policy Center PCAT tools [EB/OL]. (2010-01-03) [2015-10-12]. http://www.jhsph.edu/pcpc/pcat_tools.html
- [12] Starfield B, Cassady C, Nanda J, et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care[J]. *Family Practice*, 1998, 46: 216-226.
- [13] Margo S R, Beverley L, Cathy M, et al. Upholding the principles of primary care in preceptor practices[J]. *Family Medicine*, 2002, 34(10): 744-749.
- [14] Pasarin M I, Berra S, Rajmil L, et al. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective[J]. *Atención Primaria*, 2007, 39(8): 395-401.

- [15] Rocha K B, Mai Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, et al. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective [J]. *European Journal of Public Health*, 22(1): 14-19.
- [16] JAE HO LEE. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance [J]. *International Journal for Quality in Health Care*, 2012, 21 (2): 103-111.
- [17] Jenna Tsai, Leiyu Shi, Wei-Lung Yu, et al. Physician Specialty and the Quality of Medical Care Experiences in the Context of the Taiwan National Health Insurance System [J]. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2010, 23(3): 402-412.
- [18] Wong S Y S, Kung K, Griffiths SM, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong [J]. *BMC Public Health*, 2010, 10: 397.
- [19] Yang H, Shi L, Lebrun LA, et al. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties[J]. *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, 25(1): 92-105.
- [20] 张丽芳, 姜润生, 周梅, 等. 基层医疗评价工具 PCAT-AE 简化版(需方调查)信度效度评价[J]. *中国卫生统计*, 2013, 30(6): 867-871.
- [21] Wang W, Shi L, Yin A, et al. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool[J]. *BioMed Research International*, 2014, 5(21).
- [22] 朱小颖, 夏海晖. 社区全科医生转诊服务体系的现状和问题与发展对策研究[J]. *中国全科医学*, 2015, 6(18): 1888-1892.
- [23] 梁嘉杰. 广州市社区卫生服务中心与医院业务协作程度研究[D]. 广州: 中山大学, 2014.
- [24] 欧阳俊婷, 朱先, 匡莉, 等. 基本公共卫生服务项目实施障碍因素的分析: 基于 RE-AIM 模型[J]. *中国卫生资源*, 2015(1): 57-61.
- [25] Harry H X, Samuel Y S, Martin C S, et al. Patients' Experiences in Different Models of Community Health Centers in Southern China[J]. *Annals of family medicine*, 2013, 6(11): 517-526.
- [26] Du Z C, Liao Y, Chen C C, et al. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province China[J]. *International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 14: 60.
- [27] 李敏, 丁瑾瑜, 薛迪. 全科医疗服务的影响因素研究[J]. *中国农村卫生事业管理*, 1998, 10(18): 30-31.
- [28] 刘薇薇, 李屹, 王媛媛, 等. 门诊医患关系深度量表的评价及医患关系深度影响因素研究[J]. *中国全科医学*, 2015, 8(18): 2705-2708.
- [29] Kuang L, Liang Y, Mei J, et al. Family practice and the quality of primary care: a study of Chinese patients in Guangdong Province[J]. *Family Practice*, 2015, 32 (5): 557-563.
- [30] 张邹, 张笑天. 依靠制度力量, 推动社区首诊—珠海市社区首诊制实施情况与效果分析[J]. *中国医疗保险*, 2013(1): 53-55.
- [31] Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs[J]. *Family Practice*, 2006, 23(3): 308-316.
- [32] 黄龙银, 张晓阳. 东莞市社区卫生服务机构改革前后人力资源情况分析[J]. *中国初级卫生保健*, 2015, 6(25): 14-18.
- [33] 葛运运, 徐静. 我国全科医学发展历史与现状分析[J]. *中国全科医学*, 2013, 7(16): 2201-2203.
- [34] 黄菊, 代涛. 分工视角下的全科与专科医学服务分化研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2015, 8(2): 8-12.

[收稿日期:2015-11-02 修回日期:2015-11-21]

(编辑 薛云)