

上海市虹口区家庭医生签约服务需求及影响因素分析

黄蛟灵^{1,2*} 张宜民³ 刘珊珊³ 梁 鸿³ 张伟胜⁴ 张建敏⁴ 陈 翔⁴ 吴建平⁵ 季 晨⁵ 宋巨庆⁵

1. 上海交通大学医学院公共卫生学院 上海 200025
2. 上海交通大学中国医院发展研究院卫生技术评估研究所 上海 200025
3. 上海市浦东卫生发展研究院 上海 200129
4. 上海市虹口区卫生健康委员会 上海 200086
5. 上海市虹口区欧阳路街道社区卫生服务中心 上海 200081

【摘要】目的:分析居民对家庭医生“1+1+1”签约服务的需求状况及需求结构,探索需求差异的影响因素,为提供有吸引力的签约服务提供政策依据。方法:在上海市“1+1+1”签约试点区虹口区欧阳路街道开展问卷调查,采集有效样本1 745份;对服务需求指标进行探索性因子分析。结果:居民对签约服务的需求目前主要集中在配药服务上;将20项需求指标合成为3个公因子,个性化服务需求、基本医疗服务需求、健康管理服务需求,其主要影响因素分别包括性别、健康状况、就医行为与满意度,健康行为与满意度,婚姻与综合满意度。结论:药品需求仍然是居民当前最为主要的需求,不同特征的存在居民在签约服务的需求差异;有必要针对不同人群提供个性化的、切实需要的签约服务,这样才能维持稳定的签约关系、引导居民下沉就诊、构建有序有效医疗服务体系。

【关键词】家庭医生;签约服务;需求差异;影响因素;因子分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.009

Analysis on the demand status and influencing factors of family doctors contracting services in Hongkou District of Shanghai

HUANG Jiao-ling^{1,2}, ZHANG Yi-min³, LIU Shan-shan³, LIANG Hong³, ZHANG Wei-sheng⁴, ZHANG Jian-min⁴, CHEN Xiang⁴, WU Jian-ping⁵, JI Chen⁵, SONG Ju-qing⁵

1. School of Public Health, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China
2. Center for HTA, China Hospital Development Institute, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200025, China
3. Shanghai Pudong Health Development Research Institute, Shanghai 200129, China
4. Shanghai Hongkou District Health Commission, Shanghai 200086, China
5. Ouyang Road Street Community Health Service Center, Hongkou District, Shanghai, Shanghai 200081, China

【Abstract】Objective: To analyze the demand status and structure of “1+1+1” contract services for family physicians, to explore the influencing factors of demand differences and to provide a basis for the policy of providing attractive contract services. Methods: An on-site questionnaire survey was conducted in the streets of Ouyang Road, Hongkou District, in the Shanghai “1+1+1” contracted services piloting area, and 1 745 valid questionnaire samples were collected. The exploratory factor analysis was conducted. Results: The residents’ demand was mainly distributed in medical prescription services, extracted 20 demand indicators into three common factors of “Personalized Services Demand”, “Basic healthcare Services Demand”, and “Health Management Services Demand”. The main influencing factors were gender, health status, doctor-visiting behavior and satisfaction, health behavior and satisfac-

* 基金项目:国家自然科学基金(71904145);上海交通大学中国医院发展研究院2019年度地高大医院管理专项(CHDI-2019-C-01);上海市卫生和计划生育委员会自选课题(2018HP33)

作者简介:黄蛟灵,女(1988年—),博士,助理研究员,主要研究方向为社会保障与基层卫生政策。E-mail: jiaoling_huang@sina.com

通讯作者:宋巨庆。E-mail: 1293697904@qq.com

tion, marriage and comprehensive satisfaction, respectively. Conclusions: Medical demand remained the most dominant for residents, and residents with different characteristics presented varied demand for family doctor contracting services. It is necessary to provide personalized and required contractual services for different groups of people in different categories, so as to maintain consistent contractual relationship, to conduct residents to visit CHSCs and to construct an orderly and effective healthcare services system.

【Key words】 Family doctor; Contracting service; Demand difference; Influencing factors; Factor analysis

家庭医生自 20 世纪 80 年代引入我国后,在我国医疗卫生改革中发挥了重要的作用。尤其是在“以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,将健康融入所有政策,人民共建共享”新的卫生健康工作方针背景下,家庭医生提供的全方位、全周期的健康服务就显得尤为重要。在《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见(国办发〔2015〕70 号)》^[1]、《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知(国医改办发〔2016〕1 号)》^[2]等一系列改革文件中不难发现,依托家庭医生构建有序分级诊疗、开展全面健康管理的顶层设计已十分清晰。2020 年实现全民覆盖的签约服务成为基层重要的政策目标与工作内容。

但是在全国上下大力推进家庭医生签约服务的背景下,同样也出现了一些问题。比如由于盲目追求签约率而导致的“签而不约”或者“签而难约”现象被媒体纷纷报道。比如有媒体报道“有人签约近千住户,签完再无联系”^[3];也有媒体对 5 亿人的签约人数提出了质疑^[4]。为此,原国家卫计委发文指出“不要盲目追求签约率”。《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知(国卫办基层函〔2018〕209 号)》明确要求“签约一人、履约一人、做实一人”。^[5]

在国家顶层设计层面对家庭医生功能角色做出明确定位后,不管是全民健康管理、分级诊疗的实现等等均依托于家庭医生与居民签约关系的建立。而要建立持续稳定的签约关系必须依托于有价值的签约服务,后者来自于居民的实际需求。只有提供居民切实需要的签约服务才有可能吸引居民签约、下沉与健康健康管理。本研究采集了来自上海市虹口区的居民样本、描述了当前居民的主要签约需求所在、并且进一步分析了需求差异背后的影响因素。

1 数据与方法

1.1 数据来源

本文在上海市“1+1+1”签约服务试点区开展

现场调查。以常住在上海市虹口区欧阳街道辖区范围内 18 周岁及以上居民为研究对象。所谓常住指的是居住在辖区内半年及以上居民。通过多阶段随机抽样,本研究选取了欧阳路街道全部 18 个居委会,每个居委随机抽取 100 户居民户,每户抽取 1 人。共抽取常住居民 1 800 人。根据研究需求初步设计了调查工具《上海市虹口区欧阳街道家庭医生制度评估问卷》,主要包括基本人口学信息、认知与签约状况、服务需求与利用、健康行为与状态、满意度评价五个部分。在设计与修正调查工具的同时,开展了对调查员的前期培训。调查员在居委与楼组长协同下,进行入户调查。此次调查共下发问卷 1 800 份,回收有效问卷 1 745 份,问卷有效率 96.94%。

服务需求是本研究的核心内容。研究者首先通过文献综述,从理论层面上梳理了居民主要签约服务需求,随后在虹口区开展了居民座谈会,从实践层面上进行了居民签约服务需求的摸底调查,形成了居民签约服务需求清单。同时,研究者还开展了关键人士访谈,访谈对象包括社区卫生服务中心院长、家庭医生、社区护士与公共卫生医师。通过访谈进一步了解了社区当前签约服务的实际工作内容,对签约服务的需求项进行了调整与修正。基于以上座谈会与关键人士访谈,最终形成了 20 项签约服务需求指标。

1.2 变量测量

本文的核心变量为家庭医生签约服务的需求,该变量由“配到二三级医院的药”、“延伸处方”、“免费健康体检”等 20 项指标构成,具体指标可见表 3。居民根据自身对各项服务的需求程度进行“0~10 分”的打分,最不需求的为 0 分,最需求的为 10 分。

本文的基本人口学变量包括性别、年龄、教育水平等 7 个变量,前言需求的影响因素包括是否听说过家庭医生、是否知道 CHSC 位置、四周患病、是否慢性病、自评健康、是否锻炼等 12 个变量,具体变量及赋值见表 1。

表1 主要变量赋值表

变量类别	变量名	赋值
基本人口	性别	0 = 女性, 1 = 男性
特征变量	年龄	1 = 18 - 45 周岁, 2 = 45 - 60 周岁, 3 = 60 周岁及以上
	教育水平	1 = 小学及以下, 2 = 初中, 3 = 高中, 4 = 本科及以上
	婚姻状况	1 = 未婚, 2 = 已婚, 3 = 其他
	是否退休	0 = 否, 1 = 是
	户籍	1 = 本市本街道, 2 = 本市其他街道, 3 = 外省市
	社会医疗保险	0 = 否, 1 = 是
影响因素	是否听说过家庭医生	0 = 否, 1 = 是
变量	是否知道 CHSC 位置	0 = 否, 1 = 是
	四周患病	0 = 否, 1 = 是
	是否慢性病	0 = 否, 1 = 是
	自评健康	1 = 非常不健康, 2 = 比较不健康, 3 = 一般, 4 = 比较健康, 5 = 非常健康
	是否锻炼	1 = 从来不, 2 = 偶尔, 3 = 一般, 4 = 较常, 5 = 常常
	是否定期体检	0 = 否, 1 = 是
	就诊医疗机构选择	1 = 社区卫生服务中心, 2 = 二级医疗机构, 3 = 三级医疗机构, 4 = 其他医疗机构
	是否转诊	0 = 否, 1 = 是
	健康管理效果	1 = 非常差, 2 = 比较差, 3 = 一般, 4 = 比较好, 5 = 非常好
	家庭医生是否节省费用	1 = 完全不会, 2 = 可能不会, 3 = 一般, 4 = 可能会, 5 = 一定会
	综合满意度	0 ~ 10 分

1.3 统计分析

先对样本的人口特征进行描述,再进行样本的家庭医生签约服务需求分析。为进一步进行影响因素分析,进行了签约需求的探索性因子分析。具体分析方法为先对 20 项需求指标进行主成分因子分析,根据特征根大于 1 的原则确定公因子,再进行正交旋转得到更为清晰的因子负荷矩阵。在给公因子命名后,再合成综合需求因子。综合因子由各公因子乘以方差贡献率得到,计算公式为 $F_{\text{综合需求}} = (v_k \times f_k)$ 。随后分析了不同人口特征下需求因子的差异,采用 F 检验进行方差分析。最后将得到的公因子与综合因子作为因变量进行模型检验,探索影响居民需求的主要因素。本研究采用 Epi-data3.1 建立数据库,再将数据导出为“.dta”格式,使用 Stata13.0 进行数据分析,并将 $P < 0.05$ 作为差异显著性的统计学判断标准。

2 结果

2.1 基本人口学特征

样本人口共有 1 745 人,其中:女性数量略高于男性,60 岁及以上人口比例相对较高;教育水平以高中为主,其次是本科及以上学历;婚姻状况以已婚为主;退休者占一半以上;本街道户籍的占多数,外省市户籍的不足 1%;绝大多数被访者拥有社会医疗保险(表 2)。

表2 社会人口特征(n=1 745)

变量	人口数/人	构成比/%
性别(n=1729)		
男	850	49.16
女	879	50.84
年龄(n=1740)		
18~45	531	30.52
45~60	542	31.15
60+	667	38.33
教育水平(n=1681)		
小学及以下	38	2.26
初中	341	20.29
高中	925	55.03
本科及以上	377	22.43
婚姻状况(n=1725)		
未婚	193	11.19
已婚	1 347	78.09
其他	185	10.72
是否退休(n=1723)		
是	925	53.77
否	798	46.23
是否城镇户口(n=1 575)		
是	1567	99.49
否	8	0.51

2.2 “1+1+1”签约服务的需求分析

在 20 个需求指标项目中,居民进行了 0 ~ 10 分的打分。从得分情况来看,最高分数前 5 项依次是配到二三级医院的药品、延伸处方、免费健康体检、长处方与第三方免费配送。除了健康体检外,居民需求主要集中在药品上。在社区配到二三级医院的药品与延伸处方都涉及到药品的种类,其中延伸处方政策是家庭医生“1+1+1”签约即 2.0 版本的一项重要政策,据上海市卫计委透露 2017 年已经实现了 500 多种药物的延伸。^[6]慢性病长处方政策是对于签约家庭医生慢性病患者的优惠政策,该政策允许诊断明确、病情稳定的居民,有长期服药需求

的患者可在家庭医生处开具 1~2 个月用药量。^[7]此外,居民对于药品配送服务也具有较高的要求。第三方配送是延伸处方的配套政策,居民在家庭医生处开得处方后由药物供应商免费进行配送,可直接送货上门配送到居民家中。免费体检也是当前居民较为需要的签约服务,平均得分为 7.84 分(±1.95)。其他健康管理服务如转诊、健康咨询等随其后,以及其他特殊人群服务的打分则相对较低(表 3)。

表 3 签约服务的需求程度得分

排序	需求内容	分值	标准差	差值
1	配到二三级医院的药品	8.00	2.07	+0.57
2	延伸处方药品目录扩大	7.90	2.30	+0.47
3	免费健康体检	7.84	1.95	+0.41
4	慢性病长处方	7.80	2.45	+0.37
5	延伸处方第三方免费配送	7.79	2.23	+0.36
6	转诊至大医院专家门诊	7.75	2.11	+0.32
7	健康问题咨询	7.67	1.98	+0.24
8	大医院专家坐诊	7.66	2.12	+0.23
9	健康知识的宣讲与推送	7.66	2.00	+0.23
10	健康档案的建立与更新	7.65	1.94	+0.22
11	大医院转回随访与康复	7.62	2.16	+0.19
12	专题形式的小组健康讲座	7.57	2.05	+0.14
13	上门提供老人或失能人群护理服务	7.27	2.78	-0.16
14	心理问题疏导	7.25	2.31	-0.18
15	个性化健康评估、实时咨询与上门服务	7.25	2.57	-0.18
16	家庭病床服务	6.95	2.96	-0.48
17	白领人群的健康错时服务	6.94	2.90	-0.49
18	孕产妇与婴幼儿健康咨询与检查	6.66	3.10	-0.77
19	残疾人健康指导与药品递送	6.56	3.19	-0.87
20	贫困人群健康指导与就诊优惠	6.56	3.19	-0.87
	总体	7.43	2.49	±0.0

2.3 “1+1+1”签约服务需求的因子聚类分析

本文针对 20 项需求指标进行了探索性因子分析。通过因子分析生成了三个公因子,公因子 1 为“个性化服务需求”包括了“残疾人健康指导与药品递送”、“贫困人群健康指导与就诊优惠”、“孕产妇与婴幼儿健康咨询与检查”等 7 个指标;公因子 2 为“基本医疗服务需求”包括了“长处方”、“延伸处方药品目录扩大”、“延伸处方第三方配送”等门诊配药及转诊服务;公因子 3 为“健康管理服务需求”包括了“健康档案的建立与更新”、“免费健康体检”、“健康知识的宣讲与推送”等。KMO 与 Bartlett 球形检验

结果表明,这些指标适合合成需求因子(表 4)。本文在已有公因子基础上合成了签约服务需求的综合因子 F。

不同人群的签约服务需求之间可能存在差异,本文初步分析了不同人口学特征需求因子差异。分析发现不同年龄段、教育水平、户籍状况与是否有社会保险的人群之间存在显著的需求差异。这表明不同人群之间存在需求差异,人口特征是导致该差异的影响因子之一。此外,不同的公因子需求之间也存在差异,即个性化服务需求、基本医疗服务需求与健康管理需求之间是独立的签约服务需求,故影响其需求差异的因素也存在差异。比如个性化服务需求的人口特征之间基本无差异,基本医疗服务需求之间的差异存在于教育水平,而不同年龄、教育水平、户籍与是否有社会保险在健康管理服务需求中存在差异(表 5)。

表 4 因子分析结果

“1+1+1”签约服务需求内容	Factor1	Factor2	Factor3
	个性化服务需求	基本医疗服务需求	健康管理服务需求
慢性病长处方	0.284 8	0.767 5	0.175 3
延伸处方药品目录扩大	0.274 4	0.835 0	0.168 3
延伸处方第三方配送	0.244 2	0.823 0	0.255 8
配到二三级医院的药	0.130 4	0.766 0	0.270 4
转诊至大医院专家门诊	0.209 3	0.761 4	0.335 3
大医院转回随访与康复	0.278 5	0.711 5	0.422 7
大医院专家坐诊	0.248 8	0.670 5	0.411 8
健康档案的建立与更新	0.185 4	0.412 0	0.692 3
免费健康体检	0.159 1	0.295 7	0.782 6
健康知识的宣讲与推送	0.247 7	0.244 4	0.803 1
专题形式的小组健康讲座	0.284 0	0.249 5	0.801 5
健康问题咨询	0.200 7	0.223 1	0.824 6
心理问题疏导	0.430 9	0.321 4	0.615 4
残疾人健康指导与药品递送	0.886 4	0.157 7	0.199 7
贫困人群健康指导与就诊优惠	0.895 6	0.185 9	0.175 1
孕产妇与婴幼儿健康咨询与检查	0.875 8	0.177 7	0.168 3
家庭病床服务	0.845 6	0.250 6	0.181 5
上门提供老人或失能人群护理服务	0.756 7	0.299 5	0.230 7
白领人群的健康错时服务	0.713 2	0.226 1	0.222 6
个性化健康评估、实时咨询与上门服务	0.599 7	0.333 4	0.387 9
特征根	5.354 5	5.023 9	4.481 1
KMO		0.948	
Bartlett Test		30 668.265	(P=0.000)

表5 基于不同人口特征的需求因子分析

变量	F1 个性化服务需求	F2 基本医疗服务需求	F3 健康管理服务需求	F 综合需求
性别				
男性	0.027 3	0.012 6	-0.020 7	0.005 8
女性	-0.036 6	-0.013 9	0.001 6	-0.012 9
F 检验	1.61	0.28	0.20	0.76
年龄段				
18 ~	0.049 3	0.003 1	-0.113 9	-0.011 5
45 ~	-0.075 3	0.054 4	-0.050 2	-0.017 7
60 ~	0.021 3	-0.042 8	0.136 3	0.025 5
F 检验	2.13	1.28	9.55 *	1.65
教育水平				
小学及以下	0.027 5	-0.097 7	0.152 4	0.016 9
初中	0.073 5	-0.127 0	0.180 0	0.028 1
高中	-0.035 8	0.055 1	0.010 6	0.006 6
本科及以上	-0.056 1	-0.012 1	-0.231 4	-0.069 9
F 检验	1.13	2.65 **	9.92 *	3.54 **
婚姻				
未婚	0.007 6	0.026 9	0.006 9	0.010 3
已婚	-0.004 6	-0.025 5	-0.015 6	-0.011 1
其他	0.005 8	0.130 9	0.069 7	0.050 1
F 检验	0.02	1.88	0.55	1.57
户籍				
本市本街道	0.004 9	0.009 1	0.027 3	0.009 7
本市其他街道	-0.097 1	-0.111 7	-0.202 8	-0.099 5
外省市	-0.089 8	0.195 6	-0.056 5	0.012 4
卡方检验	0.82	1.36	3.99 **	4.86 *
社会保险				
是	-0.000 3	0.014 3	-0.284 0	-0.115 1
否	-0.135 5	-0.060 3	0.018 0	0.007 5
卡方检验	1.39	0.44	7.13 *	6.34 **

注: * $P < 0.01$, ** $P < 0.05$ 。

2.4 “1+1+1”签约服务需求的影响因素分析

从上文的分析结果发现居民在个性化服务需求、基本医疗服务需求及健康管理服务需求上存在差异。除了基本人口学特征外,进一步探索不同需求差异背后存在哪些影响因素。四个回归模型分别以个性化服务需求、基本医疗服务需求、健康管理服务需求及综合需求作为因变量。

Model-1 个性化服务需求模型检验结果发现:性别、四周患病、慢性病、就医习惯、转诊行为、综合满意度是显著的影响因素。具体来看,男性在个性化服务上的需求平均高出女性 0.185 个单位;四周患病者的个性化服务需求高出未患病者 0.235 个单位;慢性病患者个性化服务需求低于非慢病患者 0.290 个单位;习惯在社区就诊患者的个性化服务需求比二级医院就诊患者高 0.339 个需求单位;转诊患者的个性化服务需求高出非转诊患者 0.325 个单位;满意度平均每提高 1 个单位,个性化服务需求将提高 0.208 个单位(表 6)。

Model-2 基本医疗服务需求模型检验结果发现:定期锻炼与综合满意度是显著的影响变量。具体来看,与从不锻炼的人相比,“偶尔”锻炼的人基本需求高出 0.301 个单位,“一般”锻炼的人基本需求高出 0.367 个单位,“较常”锻炼的人基本需求高出 0.306 个单位;综合满意度平均每提高 1 个单位,基本医疗服务需求会提高 0.172 个单位(表 6)。

Model-3 健康管理服务需求检验结果发现:婚姻与综合满意度是显著的影响因素。具体来看,与未婚者相比,已婚者的健康管理服务需求平均低了 0.311 个单位;综合满意度每提高 1 个单位,健康管理服务将提高 0.144 个单位(表 6)。

Model-4 是综合需求的影响因素分析,研究结果发现:除了上述发现的健康与行为指标、就诊与转诊行为、满意度指标外,健康管理成效指标也是显著指标。认为健康管理成效“非常差”的居民综合需求最高,其次依次是认为健康管理成效“非常好”、“比较好”、“一般”、“比较差”的居民(表 6)。

表 6 “1 + 1 + 1”签约需求的多元线性回归分析

变量	Model-1		Model-2		Model-3		Model-4	
	Coef.	<i>P</i> > <i>t</i>	Coef.	<i>P</i> > <i>t</i>	Coef.	<i>P</i> > <i>t</i>	Coef.	<i>P</i> > <i>t</i>
性别(对照组 = 女性)	0.185	0.018	-0.087	0.185	-0.007	0.924	0.026	0.318
年龄组(对照组 = 18 ~ 45)								
45 ~	-0.239	0.052	0.134	0.199	0.013	0.910	-0.028	0.502
60 ~	-0.142	0.283	-0.038	0.730	0.205	0.096	-0.002	0.968
婚姻(对照组 = 未婚)								
已婚	0.101	0.477	-0.151	0.209	-0.311	0.019	-0.080	0.091
其他	0.202	0.291	0.009	0.953	-0.286	0.107	-0.008	0.903
教育水平(对照组 = 小学及以下)								
初中	0.154	0.521	0.174	0.390	0.200	0.370	0.130	0.106
高中	0.117	0.617	0.254	0.198	0.148	0.495	0.128	0.100
本科及以上	0.068	0.792	0.316	0.149	0.005	0.985	0.099	0.255
社会保险(对照组 = 否)	0.296	0.108	-0.302	0.052	0.332	0.052	0.078	0.205
户籍(对照组 = 本市本街道)								
本市其他街道	0.013	0.924	0.040	0.728	-0.019	0.877	0.009	0.841
外省市	-0.205	0.619	0.492	0.158	-0.532	0.166	-0.051	0.713
是否听说过家庭医生(对照组 = 否)	0.090	0.766	0.012	0.963	0.343	0.223	0.104	0.304
是否知道 CHSC 位置(对照组 = 否)	-0.099	0.793	-0.420	0.188	-0.052	0.882	-0.144	0.255
四周患病(对照组 = 否)	0.235	0.026	0.112	0.208	0.024	0.809	0.096	0.006
慢性病(对照组 = 否)	-0.290	0.004	-0.015	0.858	-0.075	0.426	-0.099	0.004
自评健康(对照组 = 非常不健康)								
比较不健康	-0.078	0.893	-0.063	0.898	0.044	0.936	-0.027	0.890
一般	-0.244	0.668	-0.029	0.952	-0.016	0.975	-0.076	0.689
比较健康	-0.382	0.504	-0.098	0.839	-0.079	0.881	-0.145	0.448
非常健康	-0.548	0.345	-0.083	0.865	-0.277	0.607	-0.229	0.236
是否锻炼(对照组 = 从不)								
偶尔	-0.031	0.789	0.301	0.002	-0.068	0.531	0.052	0.180
一般	-0.069	0.549	0.367	0.000	0.094	0.382	0.095	0.015
较常	0.019	0.889	0.306	0.007	0.138	0.266	0.113	0.011
常常	0.080	0.641	0.177	0.219	0.090	0.569	0.086	0.132
是否定期体检(对照组 = 否)	-0.022	0.812	0.043	0.577	-0.019	0.822	0.001	0.982
就诊医疗机构选择(对照组 = CHSC)								
二级医疗机构	-0.339	0.008	-0.239	0.027	0.120	0.313	-0.124	0.004
三级医疗机构	-0.122	0.161	0.075	0.305	-0.040	0.619	-0.023	0.433
其他医疗机构	-0.366	0.376	0.182	0.601	-0.237	0.538	-0.105	0.446
是否转诊(对照组 = 否)	0.325	0.001	-0.079	0.340	0.076	0.404	0.084	0.011
健康管理效果(对照组 = 非常差)								
比较差	-1.088	0.141	-0.554	0.375	-1.045	0.129	-0.665	0.007
一般	-0.614	0.352	-0.787	0.158	-0.223	0.717	-0.412	0.062
比较好	-0.649	0.325	-0.637	0.253	-0.137	0.823	-0.364	0.098
非常好	-0.400	0.549	-0.859	0.128	0.271	0.663	-0.262	0.240
家庭医生是否节省费用(对照组 = 完全不会)								
可能不会	-0.230	0.479	-0.421	0.124	0.111	0.713	-0.142	0.189
一般	-0.103	0.734	-0.007	0.979	-0.016	0.956	-0.033	0.746
可能会	-0.140	0.637	0.102	0.683	-0.006	0.983	-0.013	0.895
一定会	-0.204	0.512	0.233	0.375	-0.066	0.819	-0.011	0.916
综合满意度	0.208	0.000	0.172	0.000	0.144	0.000	0.131	0.000
截距	-1.121	0.248	-0.315	0.700	-1.498	0.097	-0.715	0.028
<i>N</i>	805		805		805		805	
<i>R</i> ²	12.62%		15.92%		11.56%		28.07%	

3 讨论

2015年上海市启动了新一轮社区卫生服务综合改革,出台了《关于完善本市家庭医生制度的实施意见》。《意见》指出,居民在选择社区卫生服务中心家庭医生签约的基础上,可以再选择一家区级医疗机构、一家市级医疗机构进行签约,形成“1+1+1”的签约医疗机构组合。“1+1+1”签约又被称为家庭医生的签约2.0版本^[8],2.0版本以组合的形式通过家庭医生吸引患者下沉、开展健康管理,并且通过家庭医生转诊实现有序分级诊疗的格局。“1+1+1”签约服务的发力点在于家庭医生,从政策层面上上海市出台了不少具有吸引力的优惠政策,比如延伸处方、慢性病长处方、预约转诊等。^[9]针对后者,上海市最新出台了《关于进一步加强本市医疗服务管理有关工作的通知》,提出“预留‘两个50%’的专科/专家(非特需)门诊号源向家庭医生开放,对预留资源的管理采取提前预留、动态跟踪、按需调整的方式,满足本市“1+1+1”签约居民优先就诊与转诊需求”^[10]。而要吸引居民与家庭医生签约并且维持稳定的签约关系,取决于家庭医生是否能够提供“有吸引力”的签约服务。那么,哪些服务对于居民来说是“有吸引力”的就显得至关重要了。本文从需方视角出发,探索了试点区居民对“1+1+1”签约服务的需求状况。主要有以下两个发现:

第一,居民的需求仍然集中在药品上,包括可配药品的种类、配药时长以及药品的免费配送服务。这与当前居民主要是在社区配药有关。钱雯通过定性调查发现,居民就医观念较为传统,仍为“重医疗轻预防”的医疗模式,大部分在社区就诊的居民主要目的是开药。^[11]而进一步的探索性因子分析解决了不同指标之间的交叉重叠问题,合成了个性化服务、基本医疗服务与健康管理服务三个公因子,不难推断当前居民对于签约服务的需求主要集中在以配药为主的基本医疗服务上。这与当前的研究结果保持一致,基本医疗服务仍然是居民当前的主要需求。^[12-13]不过本研究还发现健康体检在众多签约服务的需求中位于第3位,可见随着家庭医生签约服务的宣传与推进,居民的健康意识与健康管理需求正在改善。^[14]现有研究也发现了这一特点,健康体检与咨询在居民中的需求日益提高。^[15-16]

第二,居民在不同的签约服务需求上存在差异,这可能与不同的人口特征、认知状况、健康与行为特

征、就诊习惯、满意度等有关系。在对人口特征与需求因子的描述性差异分析后,本文控制了更多变量进行了模型分析。模型结果发现个性化需求的主要影响因素包括性别、健康状况(四周患病与慢性病)、就医行为(首诊与转诊)与满意度;基本医疗服务需求的主要影响因素包括健康行为(定期锻炼)与满意度;健康管理需求的主要影响因素包括婚姻与综合满意度;而综合需求的影响因素除了上述因素外还包括健康管理成效变量。现有研究多以“是否需要”作为因变量进行需求回归分析,而缺乏不同的需求类别。这些研究发现年龄、性别、收入水平、教育水平、慢性病与就诊行为(社区首诊)是影响居民对家庭医生提供的初级卫生保健服务需求的重要影响因素。^[17-19]韩焱等对老年人不同的签约服务内容需求进行了探索,结果发现不同的签约服务影响因素存在差异。比如健康咨询需求的影响因素包括是否有配偶、月收入与是否患有慢性病。而家庭病床、上门护理与康复护理的需求主要受年龄、文化水平、日常生活能力及是否有配偶影响。^[16]

本研究以及现有其他研究较为一致地表明,当前药品需求仍然是居民最为主要的签约服务需求,但是从服务供给侧来看,对签约人群的持续健康管理、尤其是慢病管理是当前的重中之重,可见供给侧与需求侧之间的匹配性存在偏差。建议应当进一步提升居民对于社区卫生服务的认知、加强居民对于健康管理的重视,从而转变当前社区卫生服务中心仅成为“配药机构”的局面;其次,不同特征的居民存在签约服务的差异性需求,建议针对不同的人群提供个性化的、居民切实需要的签约服务,这样的服务才是“有吸引力的”,才有可能引导居民下沉就医、构建有序有效的医疗服务体系。^[20]

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70号)[Z]. 2015.
- [2] 国务院医改办 卫生计生委 发展改革委 民政部 财政部 人力资源社会保障部 中医药局印发《关于推进家庭医生签约服务指导意见的通知》(国医改办发[2016]1号)[Z]. 2016.
- [3] 媒体调查家庭医生签约服务:有人签约近千住户,签完再无联系[EB/OL]. [2018-08-25]. <https://www.thepaper.cn>

- cn/newsDetail_forward_2050685
- [4] 5 亿人有家庭医生是假的? 卫计委: 签约数字没问题 [EB/OL]. [2018-08-25]. <https://www.jiemian.com/article/1828154.html>
- [5] 国家卫生健康委员会办公厅印发《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》(国卫办基层函〔2018〕209 号)[Z]. 2018.
- [6] 上海推广延伸处方 517 种二三级医院药物可在家门口配到[EB/OL]. [2018-08-25]. <https://news.sina.com.cn/c/2017-06-14/doc-ifyfzhpq7035294.shtml>
- [7] 梁鸿, 黄蛟灵, 张璐璐. 上海市慢性病长处方医保医保适宜性管理研究[M]//上海市卫生和计划生育委员会, 上海市医药卫生发展基金会, 上海市卫生和健康发展研究中心. 上海卫生政策研究年度报告(2017). 北京: 科学出版社, 2018.
- [8] 郭惊雷. “1+1+1”签约 分级诊疗上海之路[J]. 中国卫生, 2017(7): 38-39.
- [9] 谭玲琳, 汤春红, 张建梅, 等. 基于家庭医生“1+1+1”签约的分级诊疗实践与思考[J]. 上海医药, 2018, 39(2): 14-17.
- [10] 上海市卫生计生委印发《关于进一步加强本市医疗服务管理有关工作的通知》(浦卫计医政〔2018〕15 号)[Z]. 2018.
- [11] 钱雯. 社区就诊居民家庭医生签约现状及影响因素分析[D]. 上海: 复旦大学, 2014.
- [12] 杨珺, 赵亚利, 刘向红, 等. 社区合同式健康管理需求调查及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2006(19): 1642-1644, 1647.
- [13] 刘登, 曹海涛, 潘毅慧, 等. 上海市闸北区居民对家庭医生服务需求的调查研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(10): 1148-1150.
- [14] 谢春艳, 陈多, 王常颖, 等. 上海市 J 区居民就医体验研究[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(10): 735-738, 745.
- [15] 董芬, 江志琴, 王俊, 等. 城市社区老年居民健康管理需求及实施路径研究[J]. 现代实用医学, 2016, 28(4): 535-537.
- [16] 韩焱, 杜雪平, 董建琴. 家庭医生式服务签约老年人的社区卫生服务需求调查[J]. 中国全科医学, 2017, 20(31): 3929-3932.
- [17] 刘群瑶, 钟文娟, 王志红, 等. 武汉市社区老人家庭医生式服务需求状况及影响因素[J]. 医学与社会, 2018, 31(6): 49-51.
- [18] 董芬, 江志琴, 蒋长征, 等. 城市社区中老年人群健康管理需求及影响因素分析[J]. 预防医学, 2016, 28(12): 1189-1192.
- [19] 陈正英, 楚婷. 民族地区农村老年人健康管理需求调查及影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(24): 4881-4882.
- [20] 梁鸿. 专题导读——推进分级诊疗制度的关键是建立和完善家庭医生制度[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 1-2.

[收稿日期:2018-09-06 修回日期:2019-07-06]

(编辑 刘博)