

基于患者感知的家庭医生团队医防融合度评价研究

李怡霖^{1,2*} 崔文荟^{1,2} 龙雨晨¹ 房慧妍^{1,2} 陈玮琢^{1,2} 肖雯琪^{1,2} 陈晶¹ 叶婷^{1,2}

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030

2. 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030

【摘要】目的:构建患者感知的家庭医生团队服务融合度调查工具,分析医防融合服务现状。方法:通过文献检索和半结构化访谈初步构建调查工具;通过专家咨询修改和完善调查工具;实证研究验证调查工具的适用性并分析医防融合度现状。结果:构建了包括服务综合性、服务闭环、服务深度、关系连续性、以患者为中心和服务协调性共 6 个维度、18 个条目的调查工具;患者感知家庭医生团队医防融合度总得分为(54.30 ± 12.45)分。结论:本研究构建的调查工具为基层家庭医生团队医防融合度评估提供了患者视角。患者感知医防融合度总体水平较高,但服务协调性和深度欠佳。建议优化服务流程、明晰服务路径、细化服务管理、构建医防融合激励机制,迈向医防深度融合。

【关键词】医防融合;患者感知;调查工具

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.07.007

Assessment study on intergration of medical and prevention in general practitioner teams based on patient perception

LI Yi-lin^{1,2}, CUI Wen-hui^{1,2}, LONG Yu-chen¹, FANG Hui-yan^{1,2}, CHEN Wei-zhuo^{1,2}, XIAO Wen-qi^{1,2}, CHEN Jing¹, YE Ting^{1,2}

1. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science & Technology, Wuhan Hubei 430030, China

2. Research Center for Rural Health Service, Key Research Institute of Humanities & Social Sciences of Hubei Provincial Department of Education, Wuhan Hubei 430030, China

【Abstract】 Objective: This study aims to develop a validated instrument for assessing the degree of integration perceived by patients in the services provided by general practitioner (GP) teams, and to evaluate the current state of integrated medical-prevention services. Methods: The survey tool was initially created through a review of existing literature and semi-structured interviews. It was subsequently refined and enhanced following consultations with experts. The utility of the instrument was confirmed through empirical research, which also facilitated an analysis of the status quo regarding the integration of medical and prevention services. Results: The devised instrument encompasses 18 items distributed across six dimensions: service comprehensiveness, service continuity, depth of service, continuity of relationship, patient-centricity, and service coordination. The cumulative score reflecting patients' perception of the integration level in GP teams' medical-prevention services was 54.30 ± 12.45. Conclusion: The survey instrument developed in this research is characterized by its rationality, novelty, and practical relevance. It offers a patient-centered perspective for assessing the quality of integrated medical and prevention services for primary chronic diseases. While the overall perception of integration among patients is positive, there is a notable deficiency in the depth of services provided. There is a need for optimization of the service process, clarification of

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(72074087);教育部人文社会科学研究青年项目(20YJC630193)

作者简介:李怡霖(1999 年—),女,硕士研究生,研究方向为卫生服务体系、基层卫生服务、健康整合。E-mail:liyilin0719@163.com

通讯作者:叶婷。E-mail:yeting@hust.edu.cn

the service path, refinement of service management, and development of an integrated incentive mechanism for medical and preventive care, aiming for a deeper integration between medical services and preventive care.

[Key words] Integration of medical and prevention; Patient perception; Survey instrument

医防融合是新时代卫生健康发展战略与制度安排的必然要求,是维护居民全生命周期健康的重要途径。以家庭医生团队为载体的基层医防融合服务是创新基层服务方式、提升基层服务能力、发挥基层首诊和健康守门人作用的有益探索。家庭医生团队医防融合是家庭医生团队向患者提供健康促进、预防、诊疗、康复护理等一体化的医疗卫生服务。^[1] 2022年,国务院办公厅印发的《“十四五”国民健康规划》中提出:“强化医防融合。探索建立以基层医生团队为绩效考核单元、以健康结果和居民满意度为导向的考核体系。”改善患者医防融合体验是医防融合改革的根本落脚点。通过患者体验的描摹,有助于深入了解患者实际需求,识别和锚定基层医防融合服务供给的薄弱环节,定位服务改进靶点。

目前关于患者感知的家庭医生团队医防融合度的评价工具尚且缺乏。已有研究多集中于服务提供者视角,从宏观和中观层面对医疗卫生服务体系和机构的整合开展系统评价,如整合型服务体系评价^[2-5]、县域医疗健康服务整合^[6]、基层医疗卫生机构慢病整合^[7-8]等。也有研究关注微观层面,如从家庭医生个人层面出发关注医防融合服务能力、意识和行为,在服务的医防融合度方面关注“问诊健康行为建议”^[8]及“预防服务时间占比”^[9]指标。从需方视角出发的医防融合服务评价较少,国内有研究对国际整合服务的评价量表进行了汉化^[10],但未根植于我国基层土壤,缺乏我国家庭医生团队服务特性;有研究聚焦于县域医联体内服务的整合^[6],但侧重于患者在机构间的转诊连续性,未关注基层家庭医生团队内部服务的融合。因此,有待构建基于患者感知的家庭医生团队医防融合度评价工具。

本研究基于患者视角,聚焦“服务融合”,在家庭医生团队医防融合服务内涵剖析的基础上,开发家庭医生团队医防融合“六维”调查工具,并分析融合度现状。

1 资料与方法

首先,基于文献研究明晰家庭医生团队医防融合服务内涵;其次,结合文献研究和半结构化访谈初步确定调查工具维度及题项;再次,通过专家咨询对

量表内容予以修改和完善,初步确定评价工具;最后,应用该调查工具探究医防融合度现状。

1.1 文献分析

使用主题词检索并结合参考文献进行追溯,检索词包括整合型卫生服务、医防融合、医防协同、评价等。通过 Web of science、PubMed、中国知网、万方等数据库检索所需文献,检索截止时间为 2023 年 5 月 31 日。采用 Endnote 进行文献管理,根据制定的纳入排除标准筛选、提取和分析文献,以此明晰家庭医生团队医防融合服务内涵,为调查工具构建提供理论依据。

1.2 半结构化访谈

访谈基层医疗卫生机构负责人、家庭医生团队队长、签约慢病患者共 29 人。供方访谈主要包含以下问题:(1)对医防融合的理解及看法;(2)开展以家庭医生团队为载体的医防融合服务的工作要点及关键环节;(3)目前家庭医生团队医防融合工作开展情况(成员构成、服务内容、职责分工、协作机制、服务模式、目标实现情况等)。需方访谈问题如下:(1)对医防融合的理解及看法;(2)针对其慢病情况,家庭医生团队所进行的健康指导;(3)对医防融合服务的评价;(4)对医防融合服务的期望。对访谈记录进行编码与分析,提炼实际场景中医防融合服务关键环节。本研究预留 4 份供方访谈资料和 2 份需方访谈资料以验证理论饱和度,最终未发现新节点,认为访谈信息饱和。^[11]

1.3 专家咨询

自行设计专家咨询表,通过电子邮件或现场咨询方式邀请相关领域专家对初步构建的调查工具打分,并提出具体修改建议。专家函询发出 17 份,回收 16 份,有效回收率 94.12%。调查对象中男性 9 名,女性 7 名;平均年龄 40.12 ± 6.88 岁;大专 2 名,本科 5 名,硕士研究生 3 名,博士研究生 6 名;中级职称 6 名,副高级职称 6 名,正高级职称 4 名;高校学者 6 名,卫健委基层处负责人 5 名,基层实践工作者 5 名;工作年限 14.25 ± 7.28 年。

1.4 问卷调查

以南京市作为调研地点,以家庭医生团队为抽

样单位,采取分层随机抽样,抽取 6 个社区,每个社区随机抽取 5 个家庭医生团队,每个团队抽取 30 位左右已签约慢病患者。最终共发放问卷 933 份,剔除无效问卷 66 份,回收 867 份,问卷有效回收率 93.23%。患者人口社会学基本特征如表 1 所示。

表 1 患者人口学基本特征

	频数(n)	百分比(%)
年龄(岁)		
0~	82	9.5
50~	214	24.7
60~	299	34.5
70~	209	24.1
80~	63	7.3
性别		
男	412	47.5
女	455	52.5
文化程度		
小学及以下	245	28.2
初中	294	33.8
高中	132	15.2
专科	134	15.5
本科及以上	64	7.4
家庭人均年收入(元)		
0~	278	32.1
20 000~	187	21.6
40 000~	222	25.6
60 000~	180	20.8
职业		
国家公务员	19	2.2
专业技术人员	126	14.5
职员	110	12.7
企业管理人员	31	3.6
个体经营者	30	3.5
农民	234	27.0
自由职业者	88	10.1
工人	176	20.3
其他	53	6.1

1.5 统计学方法

运用 SPSS26.0 软件对数据进行统计分析。采用问卷回收率及专家意见提出率反映专家积极程度;采用权威系数(Cr)体现专家权威程度,Cr 是判断系数(Ca)和熟悉程度系数(Cs)的算数平均值;采用变异系数 CV 和 Kendall's W 表示协调程度;通过重要性满分比体现专家意见集中程度;使用 Cronbach's α 系数检验调查工具的内部一致性信度,探索性因子分析法检验工具的结构效度。患者感知家庭医生团队医防融合度的得分情况用均数、标准差表示,各维度得分计算方法见表 2,并用得分率进行换算,得分率 = (该维度的实际平均得分/最高得分) * 100%。

表 2 基于患者感知的家庭医生团队医防融合服务调查工具的应答项赋分

维度	题型	应答项及赋值
A 服务广度	多选题	每种服务类型 1 分,加总得分
B 服务闭环	“是一否”跳转题	“否一否”,0 分;“是一否”,1 分;“是一是”,2 分
C 服务深度	多选题, a、b、c 选项与 d 选项互斥	告知重要性,1 分;告知具体方法,2 分;监测,3 分;没有健康指导,0 分,加总得分
D 关系连续性	单选,李克特 5 分量表	完全不同意至完全同意分别赋值 0~4 分
E 以患者为中心	单选,李克特 5 分量表	完全不同意至完全同意分别赋值 0~4 分
F 服务协调性	单选,李克特 5 分量表	完全不同意至完全同意分别赋值 0~4 分

2 结果

2.1 家庭医生团队医防融合内涵分析

采用内容分析法对基层医防融合服务相关内涵进行分析(表 3)。家庭医生团队医防融合是基于家庭医生签约服务,向患者提供健康促进、预防、诊疗、康复护理等全链条、一体化的医疗卫生服务,将预防贯穿于临床诊疗的全过程,做到医中有防、防中有医。在具体场景中体现为基本医疗服务和公共卫生服务的有序、深度融合。家庭医生在开展疾病诊疗时,提供改善健康状况、防止疾病复发、恶化的预防性服务;在提供预防服务时,针对其疾病特点融入医疗服务,使居民获得针对自身疾病特征的、个性化的医疗服务,做到医中有防、防中有医。

基于患者感知的家庭医生团队医防融合服务,在服务类型上,医疗服务和公共卫生服务二者是综合的;在服务深度上,针对患者疾病状况的健康干预方案是个性化、精细化的;在服务流程上,健康管理的筛查、诊疗、指导、康复等各个环节是无缝衔接、闭环的;在医患关系上,家庭医生团队与患者之间的联系是长期固定的;在团队服务上,由家庭医生团队共同提供的服务是协调的;在服务理念上,患者感受到的是体现“以患者为中心”的服务。

2.2 家庭医生团队医防融合评价工具构建

对访谈记录进行编码(表 4),探究家庭医生团队医防融合的具体做法和患者感受,提炼现实场景中医防融合服务关键环节。结合家庭医生团队医防融合服务内涵,初步构建 6 个维度和 22 个题项,各维度及其具体含义见表 5,其中维度 A、B、C 为单选、跳转与多选题形式,维度 D、E、F 为量表条目。

表3 部分医防融合相关核心内涵

作者	医防融合相关概念文献语句	核心内涵
袁蓓蓓等 ^[8]	医务人员个人尤其是负责临床服务的医护人员利用其能更多接触到患者的机会将预防性服务融入到日常诊疗服务中,而非只提供诊断、处方和治疗服务。	预防性服务与诊疗服务融合
严晓玲等 ^[12]	以家庭医生团队为核心,提供整合型初级卫生保健服务“家庭医生签约服务包”,统筹基本医疗保险基金和基本公共卫生服务项目经费,采取按人头或按服务包的支付方式为居民购买“家庭医生签约服务包”内的防治服务。	以家庭医生团队为载体,以签约形式向居民提供
陈家应等 ^[13]	以家庭医生团队为载体,融合内容以慢性病健康管理为突破口,目标是实现健康服务的连续、协同。	以家庭医生团队为载体,以慢病管理为突破口
徐佳琦等 ^[14]	医防融合下,家庭医生团队服务项目主要包括社区动员、社区筛查、社区诊断、社区干预、社区随访5个环节。	诊疗环节与预防环节形成闭环
Valentijn 等 ^[2]	服务整合是以居民健康需求为出发点,提供包括疾病预防、临床诊治、康复护理、健康管理、健康教育等在内的连续、全面和协调的卫生服务。	强调服务的融合、以健康为中心、服务连续、服务协调
Singer ^[3]	根据病人的需要和喜好,并基于病人和护理人员在优化健康方面的共同责任,为病人提供连续的护理。	以患者为中心、连续性服务
WHO ^[15]	根据健康需要整合健康促进、疾病预防、治疗、临终关怀等各类医疗卫生服务,协调各级各类医疗机构,为患者提供终生且连续的服务。	服务融合、服务协调、服务连续、全生命周期
...

表4 访谈内容核心编码及证据示例

访谈对象	证据举例(典型援引)	代表性编码	维度
家庭医生团队队长 F	医防融合就是把医疗服务和公共卫生服务结合起来向居民提供,如体检、诊疗、筛查、随访、健康教育等,提供一体化一站式的服务。	医疗与公共卫生服务综合性	服务广度
慢病患者 B	我以前从来不体检,我觉得体检后如果发现问题,不就更担心了吗?但是,有一次我到社区医院体检后,发现真的有人来跟我讲我身体哪里出了问题,后续也跟进,之后我都愿意去社区体检。	健康体检与体检结果解读	服务闭环
慢病患者 D	有次我在社区运动完后,回家又接着运动了,一下子运动超标了,半夜测血糖就只有三点几了,我在手机上给血糖值刚上传,就有医生立马给我打电话了说我血糖情况异常,然后帮我处理。	监测慢病出现异常后及时诊疗	
慢病患者 E	我糖尿病和高血压都有,第一次看病时候就问我平常吃盐吃油多不多,我爱吃咸的,医生就告诉我每天只能吃一瓶盖的盐,后面每次见面都还会问我。	询问生活习惯与指导	
家庭医生团队队长 G	高血压糖尿病患者的并发症问题非常重要,我们会定期组织筛查,也会告诉患者并发症的重要性,看患者有没有异常情况,让患者在日常多注意,及时预防或者及时治疗。	发现潜在并发症并及时干预	
家庭医生团队队长 C	我们在开药方或者健康教育讲座的时候,经常会跟患者讲饮食、运动、睡眠等健康生活对慢性病控制非常重要,但口头效果不是很好,讲得太多太杂了,患者他记不住,或者说本身就不重视。	口头告知重要性	服务深度
家庭医生团队队长 B	之前在健康讲座跟居民说一天吃5g盐25ml油,但患者并不知道具体多少,我们就在上门的时候带好称,直接到患者的厨房,倒在盘子里告诉他就这么多,患者就会心里有数,这样效果会更好一点。	限盐干预、具体科学方法	
家庭医生团队队长 A	针对糖尿病患者,我们会结合患者的血糖情况,开展28天的饮食控糖签约服务,每天监测患者的饮食情况,在饮食上让患者的血糖在28天内得到控制。	饮食干预、监测与干预	
慢病患者 E	我有空了就过来这边社区锻炼,锻炼的时候有教练在旁边指导着,告诉我做什么运动能帮我降血压、降血糖,运动前后还给我测血糖。	具体科学方法、监测与干预	
家庭医生团队队长 H	时间久了跟患者熟悉后,他们就常来找我们量量血压、测测血糖、聊聊天,我们也能潜移默化地进行健康宣教,患者依从性也高。	固定联系	关系连续性
机构负责人 A	我认为最重要的是明白患者的需求,患者来我们社区医院,就是想我们能看好一些常见病多发病,控制好血压血糖,问题严重了能帮忙转去三级医院。	明白患者需求	以患者为中心
家庭医生团队队长 C	在我们的团队中,不同的专业人员会根据病人的具体情况来进行合作。例如,如果发现一个高血压或血糖异常的患者,我会首先进行西医治疗或提供饮食和运动方面的指导。如果患者需要中医治疗或调理,我会将他转诊至相关的中医科室。我们实际上拥有一个系统,可以实现院内转科,我可以直接将患者及其个人信息转移到中医内科或其他相关科室。关于职责分工,主要是根据每个人的专业来分配。例如,西医方面的问题会找我处理,而中医内科或骨伤科的问题则会找相应的中医医生处理。	团队协作	服务协调性

表 5 调查工具各维度及其含义

维度	内涵	指标
A 服务广度	家庭医生向患者提供的服务内容是“临床诊疗服务”与“公共卫生服务”相综合的医防服务。	A1 健康档案 A2 健康体检 A3 疾病筛查 A4 疾病诊疗 A5 健康指导 A6 康复护理 A7 监测随访
B 服务闭环	家庭医生团队提供“筛查、诊疗、指导、康复”等各个环节有机结合,无缝衔接的医防服务。	B1 健康体检—解读健康结果 B2 询问生活习惯—生活习惯指导 B3 监测慢病—出现异常及时诊疗 B4 告知潜在并发症—疾病预防
C 服务深度	家庭医生团队提供针对患者疾病特征的、个性化的、深入的健康指导。	C1 用药口头建议、具体方法、监测 C2 饮食口头建议、具体方法、监测 C3 限盐口头建议、具体方法、监测 C4 运动口头建议、具体方法、监测 C5 心理健康口头建议、具体方法、监测
D 关系连续性	家庭医生团队与患者保持长久、稳定的医疗关系,为全生命周期的健康服务奠定关系基础。	D1 熟悉病史 D2 熟悉家庭情况 D3 定期联系 D4 服务及时
E 以患者为中心	家庭医生团队重视患者的患病过程及感受,打造医患共治的伙伴关系。	E1 沟通顺畅 E2 态度友好 E3 关系平等 E4 重视患者诉求
F 服务协调性	家庭医生团队协调内部的职责分工、信息共享和共同愿景,保证患者接受到有序、优质的医防服务。	F1 明确负责人 F2 职责分工 F3 共同愿景 F4 信息共享

量表部分专家咨询结果显示,指标重要性判断系数均数为 0.913,熟悉程度均数为 0.875,权威系数均数为 0.894。变异系数最高为 0.23,肯德尔协调系数为 0.266, $P < 0.01$,表明专家意见的协调性较好。结合专家建议,对题项文字表达进行了修改,提高了调查工具的内容效度。

量表部分(D1 ~ F4)巴特利特球度检验显示 $P < 0.001$;KMO 值为 0.838 > 0.6 。采用最大方差法正交旋转提取 3 个公因子,总方差解释比为 69.682%。其中,条目 D2、D4、E4、F4 所属公因子的因子载荷与非所属公因子的因子载荷均大于 0.4,经专家组讨论,予以删除,得出最终调查工具。量表总体 Cronbach's α 值为 0.771,各维度的 Cronbach's α 均大于 0.6,信度较好。

2.3 患者感知家庭医生团队医防融合度现状

2.3.1 总体水平

平均每位患者感知医防融合度总得分为(54.30

± 12.45)分,得分率 70.52%。6 个维度中,以患者为中心得分率最高,服务深度得分率最低,得分水平如图 1 所示。

2.3.2 医防融合服务广度

患者感知服务广度总体得分率为 79.86%,7 种服务内容得分分布较不均衡。服务覆盖从高到低分别为:健康体检(97.8%)、健康档案(96.3%)、监测

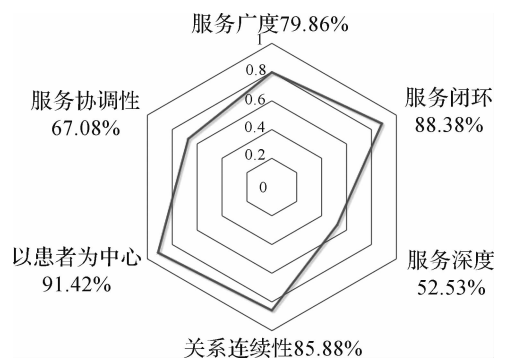


图 1 医防融合度各维度得分情况雷达图

随访 (93.2%)、健康指导 (92.2%)、疾病诊疗 (87.2%)、疾病筛查 (67.1%)、康复护理 (24.8%)。

2.3.3 医防融合服务闭环

患者感知服务闭环的总体得分率为 88.38%。其中,“健康体检—解读健康结果”“询问生活习惯—生活习惯指导”和“监测慢病—出现异常及时诊疗”环节较为闭环,“告知潜在并发症—疾病预防”闭环情况较差。前三项得分率均超过 95%,只有“告知潜在并发症—疾病预防”得分率为 82.1%。

2.3.4 医防融合服务深度

总体来看,患者感知服务深度的得分率较低,仅为 52.53%。从服务项目来看,正确用药指导的总体深度较好,限盐次之,而对心理健康的关注较少且深度严重不足;从服务深度来看,多数患者表示家庭医生团队成员会口头告知其重要性 (91.04%),其次是“告知具体科学方法”(66.00%),仅有 30.74% 的患者表示接受过“监测和干预”服务,有 8.96% 的患者表示未接受过上述任何一项服务 (表 6)。

表 6 患者接受服务深度情况 (n,%)

	告知重要性	告知具体科学方法	监测和干预	均无
正确用药	842(97.1)	757(87.3)	487(56.2)	25(2.9)
健康饮食	825(95.2)	644(74.3)	219(25.3)	42(4.8)
限盐	829(95.6)	654(75.4)	304(35.1)	38(4.4)
运动	818(94.3)	538(62.1)	211(24.3)	49(5.7)
心理健康	633(73.0)	268(30.9)	111(12.8)	234(27)
平均占比(%)	91.04	66.00	30.74	8.96

2.3.5 关系连续性、以患者为中心、服务协调性

关系连续性维度的总体得分率为 85.88%,其中团队随访和沟通的评分较低。以患者为中心维度的总体得分率为 91.42%。其中,患者感知家庭医生团队沟通与态度方面评分较高,对关系平等方面评分较低。患者感知服务协调性的总体得分率 67.08%。其中,患者感知团队负责人和团队共同愿景的评分相对较高,但也仅有 77.3% 和 80.0%;对家庭医生团队成员分工评分较低,仅为 44.0% (表 7)。

表 7 关系连续性、以患者为中心、服务协调下维度具体得分情况

维度及条目	最小值	最大值	均值	标准差	得分率(%)
D 关系连续性					
D1 他们熟悉我的病史	0	4	3.34	0.91	83.5
D2 他们团队定期对我的健康状况进行随访和沟通	0	4	2.7	1.40	67.5
E 以患者为中心					
E1 他们向我解释疾病相关问题时,说的话通俗易懂	1	4	3.67	0.54	91.8
E2 他们态度很好	1	4	3.78	0.47	94.5
E3 我觉得和他们之间是友好、平等的关系	1	4	3.52	0.65	88.0
F 服务协调性					
F1 我知道团队里的负责人是谁	0	4	3.09	1.23	77.3
F2 我知道团队里每个人各自是做什么的	0	4	1.76	1.49	44.0
F3 为了促进我的健康,他们齐心协力	0	4	3.20	0.90	80.0

3 讨论与建议

3.1 调查工具内容折射现实医防融合情景

虽然从患者的视角评价医防融合度存在一定的难度,但本研究通过深入了解基层家庭医生团队医防融合服务的真实场景,从中提炼出能够评价医防融合度的关键环节,将其还原为从患者视角出发可量化评价的维度和具体题项。

在服务广度维度,通过患者视角接受医疗服务与公共卫生服务内容的覆盖面来评价是否在服务内容上做到医中有防、防中有医;在服务闭环维度,通过医防融合服务的真实场景,提炼出患者接受服务的流程衔接点,以此评价医防融合是否达成流程上

的闭环,如“体检后及时解读健康结果”“发现有潜在并发症后及时预防干预”等;在服务深度维度中,课题组在实地调研中发现家庭医生对患者的健康生活干预存在不同的深度层次,除了口头上告知健康生活方式的重要性外,也会提出针对患者个人生活习惯、身体素质的具体建议,甚至部分团队会监测患者的日常饮食、运动等情况,及时做出动态调整,据此归纳出了“口头告知、具体科学方法、监测与干预”三个不同层次的服务深度。此外,关系连续性、服务协调性和以患者为中心三个维度下的条目结合了过往成熟量表与家庭医生团队医防融合服务特性,如“他们团队定期对我的健康状况进行随访和沟通”“对于如何提升健康,他们会询问我的诉求”等。

此外,题目的设计考虑到患者的可理解性和接受性,通过简洁、易于理解的表述,如对服务广度维度下的各项服务内容、服务深度维度中的具体科学方法等均进行了简单易懂的描述,以此确保患者能够准确理解题目所蕴含的实际信息,提供真实、有效的反馈。

3.2 总体水平中等偏上,服务协调性和服务深度不足

患者对医防融合的总体感知处于中等偏上水平,但各维度间存在明显不均衡。患者感知医防融合总体评分得分率为 70.52%,这一结果与其他相关研究相似,如慢病整合服务评价。^[11]由于调研地区建成了标准化慢病管理中心,为慢病患者提供筛、防、治、康、管、护、研全方位服务,其慢病医防融合工作取得了一定成效,患者感知的医防融合总体状况较好。本研究调查结果与实际状况的一致性也从侧面验证了此调查工具的有效性。然而,在服务协调性和服务深度上,患者的评价相对较低,尤其是服务深度得分率仅为 52.53%。这表明,家庭医生团队在工作推进过程中,有必要在加强分工协作的同时让患者充分了解到团队成员各自的具体职责,从而增加患者主动寻求服务和维护健康的可能性。低服务深度感知率指出,提升家庭医生团队服务能力、推进家庭医生团队服务高质量发展变得尤为重要。

3.3 各维度服务水平仍需提升,有待迈向精细化深度服务

服务广度方面,提升康复护理服务覆盖。尽管总体服务广度覆盖状况较为理想(得分率为 79.86%),康复护理服务的比例仍显不足,仅为 24.8%。康复护理服务覆盖率较低,与基层中医康复、运动康复、体卫融合等服务供给短缺有关。因此,急需拓展基层康复服务范畴。同时,也需注重医养结合、安宁疗护、智能辅助诊疗等服务供给。

服务闭环方面,有待形成个体医防融合服务路径指南。服务闭环总体状况较好,但“告知潜在并发症—疾病预防”环节得分略低,提示目前基层全方位全周期服务方面仍存短板。尽管卫生行政部门近些年陆续出台了《乡镇卫生院服务能力评价指南》《社区卫生服务能力评价指南》等文件,为基层卫生服务能力提升提供了指引,然而各类指南中对医防融合服务内容、环节、流程等缺乏详细描述,个体接受的健康教育、健康干预等疾病预防服务可能零星出现在服务流程的任何环节^[16],有待聚焦个体医防融合

路径指南,将割裂的公共卫生服务与医疗服务在流程上进行衔接。

服务深度不理想,其中,心理健康和干预工作得分最低。建议通过专兼结合,让基层医疗卫生机构融入心理健康服务体系,实现与社会心理服务队伍的优势互补,共建心理健康的基层防线。^[17]此外,发展健康干预决策支持系统,从疾病诊疗、饮食指导、运动干预等多方面构建慢病健康干预知识图谱,并通过完善激励机制,改变医保支付方式,促进家庭医生团队从被动式健康干预转向主动式健康干预,提高干预积极性。

服务协调性方面,优化家庭医生团队协作机制。家庭医生团队服务本质上改变了服务供给模式,从个体服务供给转变为团队服务供给,涉及到服务理念、组织结构、协作机制、技术应用等多方面的演变和优化。^[18]患者对团队成员的角色分工和职责任务了解不足,反映了家庭医生团队协作机制和服务流程等存在优化空间,有待基于闭环式的医防融合服务流程,从职责分工、管理流程、协作沟通等多方面重造家庭医生团队分工协作管理机制。

关系连续性和以患者为中心维度的水平较高,但该结论具有一定局限性。该结果与家庭医生服务连续性研究^[19]和慢病整合服务评价^[11]相一致。这两个维度反映了慢病患者与家庭医生之间的熟悉度、信任度,说明调研地区以患者为中心的服务模式开展较好,家庭医生与患者之间建立了紧密联系。同时,由于本研究仅在南京开展,该结论具有一定的局限性,有待于在更广泛的范围内开展此类研究。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李怡霖,熊子蕙,房惠妍,等.我国医防融合政策分析:政策演化与政策工具运用[J].中国卫生政策研究,2023,16(1):19-27.
- [2] Valentijn P P, Pereira F, Sterner C W, et al. Validation of the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tools (RMIC-MTs) in renal care for patient and care providers [J]. PLOS ONE, 2019, 14(9): e0222593.
- [3] Singer S J, Burgers J, Friedberg M, et al. Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery [J]. Medical Care Research and Review, 2011, 68(1): 112-127.
- [4] 吴立红,蒲川.我国整合型卫生服务评价体系研究[J].

- 中国卫生经济, 2019, 38(7): 18-22.
- [5] 陈至柔, 郑英, 代涛, 等. 一体化医疗卫生服务体系评价框架研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(4): 29-35.
- [6] 李力, 郑英, 朱晓丽, 等. 基于需方的县域医疗健康服务整合评价工具构建与适用性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 29-36.
- [7] 郭佳, 孙华君, 陈营, 等. 基层医疗卫生机构慢性病医防融合服务质量现场评价指标体系构建[J]. 中国全科医学, 2023, 26(28): 3489-3495.
- [8] 袁蓓蓓, 何平, 徐进, 等. 基层卫生服务医防融合: 概念框架及指标体系构建[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(9): 11-18.
- [9] 于梦根, 赵璇, 李惠文, 等. 我国基层医疗卫生机构医护人员的医防整合行为及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(1): 46-51.
- [10] 陶帅. 基于患者感知的慢性病整合服务评价研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2023.
- [11] Hennink M M, Kaiser B N, Marconi V C. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? [J]. Qualitative Health Research, 2017, 27(4): 591-608.
- [12] 严晓玲, 王坤, 邱五七, 等. “防一治一保”三位一体融合协同概念框架和路径初探[J]. 中国公共卫生, 2020, 36(12): 1682-1685.
- [13] 陈家应, 胡丹. 医防融合: 内涵、障碍与对策[J]. 卫生经济研究, 2021, 38(8): 3-5, 10.
- [14] 徐佳琦, 颜骅, 方军波, 等. 基于标化工作量的社区卫生服务机构家庭医生团队工作开展现状研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(13): 1641-1647.
- [15] World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [R]. 2015.
- [16] 王晨舟, 张研, 张亮. 我国医防融合困境中的管理和服 务机制剖析[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(1): 2-8.
- [17] 刘晓明, 高率航. 社会心理服务融入基层治理: 价值、挑战与路径[J]. 理论探讨, 2022(6): 73-78.
- [18] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 等. 社区卫生服务中心全科团队构成模式分析[J]. 中国卫生政策研究, 2014, 7(12): 37-42.
- [19] 柳松艺, 孟文奇, 彭海波, 等. 签约居民对家庭医生签约服务连续性的评价及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(34): 4312-4317.

[收稿日期:2024-04-03 修回日期:2024-05-10]

(编辑 薛云)