

某社区不同公共卫生服务模式下的服务效果研究

马晓薇, 郑玉建, 谢慧玲

新疆医科大学公共卫生学院, 新疆 乌鲁木齐 830011

摘要: **目的** 研究某社区卫生服务中心在不同公共卫生服务模式下的服务效果,探讨各公共卫生服务模式的差异,为社区公共卫生的进一步优化提供参考。**方法** 采用典型抽样法,在某市选取 1 家社区卫生服务中心为研究对象,采用 SPSS15.0 软件分析比较其在不同时间实施的公共卫生服务模式的服务效果。**结果** 该社区实施过的三种公共卫生服务模式分别为全科医生模式、全科团队模式和家庭医生模式。全科医生模式下的家庭健康档案建档率(90.10%)完成效果较好,家庭医生模式在免疫规划疫苗接种率(100.00%)、高血压患者管理率(91.80%)、糖尿病患者管理率(88.91%)、65 岁以上老年人健康管理率(100.00%)、孕产妇系统管理率(95.61%)及 0~6 岁儿童系统管理率(90.51%)的服务效果中,均优于全科医生模式和全科团队模式,但在精神疾病患者管理率(83.02%)方面的服务效果不如全科医生模式和全科团队模式。**结论** 家庭医生服务模式在公共卫生服务各方面的服务效果均较好,具有较高的推广性,可为其他社区卫生服务中心提供参考和借鉴。

关键词: 社区卫生服务; 公共卫生服务; 服务模式; 服务效果

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1006-3110(2017)04-0415-05 DOI:10.3969/j.issn.1006-3110.2017.04.010

Service effectiveness of different public health service models in a community

MA Xiao-wei, ZHENG Yu-jian, XIE Hui-ling

School of Public Health, Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang 830011, China

Corresponding author: XIE Hui-ling, E-mail: sherilyn@tom.com

Abstract: **Objective** To study the effectiveness and differences of different public health service models in a community so as to provide references for further optimizing community public health services. **Methods** A typical sampling method was used to select one community health service center in a city, and then SPSS15.0 software was employed for analyzing and comparing the service effectiveness of three public health service models implemented at different periods. **Results** The three types of public health service models implemented in this community were the general practitioner model, the general practitioner team model and the family-doctor-based model. The establishment rate of household electronic health records based on the general practitioner model was pretty good (90.10%). The vaccination rate of immunization programs (100%), the management rate of essential hypertension patients (91.80%), the management rate of diabetic patients (88.91%), the health management rate of seniors aged 65 years and above (100%), the maternal systematic management rate (95.61%) and the systematic management rate of children aged 0-6 years (90.51%) in the family-doctor-based model were all superior to those in the general practitioner model and the general practitioner team model, while the management rate of mental illness patients in the family-doctor-based model (83.02%) was inferior to those in the other two models. **Conclusions** Public health services derived from the family-doctor-based model is very effective and has higher popularization value. It can provide references for other community health service centers.

Key words: community health service; public health service; service model; service effectiveness

公共卫生服务是为了改善、保护和促进全体人民健康而由政府出资、各级卫生部门和医疗卫生服务机构提供的卫生产品和卫生服务,是为全体人民提供基

基金项目: 教育部人文社会科学研究基金项目(项目编号: 11XJJC630002)

作者简介: 马晓薇(1991-),女,在读硕士,研究方向:公共卫生, E-mail: 1040921244@qq.com。

通信作者: 谢慧玲,副教授, E-mail: sherilyn@tom.com。

本卫生保健的重要手段^[1]。而社区公共卫生服务是公共卫生服务和社区卫生服务在城市基层的有效融合,是社区卫生服务机构的重要内容。随着国家医疗卫生体制改革的不断推进,中共中央、国务院在 2009 年颁布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009-2011 年深化医药卫生体制改革实施方案》,把“实现公共卫生服务逐步均等化”作为新医改的重点和主要工作目标之一,社区卫生服务中心成为了基本公共卫生服务的主要提供者^[2]。但随着居民卫生服

务需求的日益增加,使得我国社区公共卫生服务呈现“总体水平偏低、发展不平衡、效率低水平”的特征^[3],为此各地都在积极探索以何种服务模式向城市居民提供公共卫生服务,既能提高经费的使用效率,又能利于实现均等化的目标;有的以全科医生深入社区开展公共卫生服务,有的借助社区卫生服务中心以全科医生及团队为依托,还有的依靠家庭医生及其团队协同管理等^[4]。可以看出,在社区公共卫生的服务模式上,各基层卫生服务机构都在思考并实践如何通过卫生资源的优化配置将有限的资金合理利用达到最大化。因此,系统地总结评估各种模式的优劣,是提高人民群众健康水平的重要保障,对完善和优化社区公共卫生服务模式具有非常重要的意义。本研究通过对某社区在不同时期实施不同的公共卫生服务模式进行比较,来评价各公共卫生服务模式的服务效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象 某市一家社区卫生服务中心。

1.2 研究方法 采用典型抽样法,通过日常资料、工作报表、现场数据收集等方法获取某社区的公共卫生服务记录资料,由于部分项目数据在实际中缺失或无意义,故分别从家庭健康档案建档率、免疫规划疫苗接种率、高血压患者管理率、糖尿病患者管理率、65 岁以上老年人健康管理率、孕产妇系统管理率、0~6 岁儿童系统管理率及精神疾病患者规范管理率这八个方面对该社区在 2009 年、2011 年、2013 年里实施的公共卫生服务模式进行分析和比较。

1.3 统计学方法 资料经核查后用 Excel 2003 软件建立数据库,用 SPSS15.0 软件进行统计学分析。多组间计数资料的比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义;组间两两比较采用 Brunden 法,以 $P < 0.0167$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 社区卫生服务中心基本情况 该社区卫生服务中心位于新疆某市商业繁华区,属公立机构,下设 4 个卫生服务站,房屋总面积为 5.28 km²,服务面积为 28.26 km²,三种不同模式下服务人口数相差不大为 2.67 万人,其中户籍人口为 2.04 万人。社区机构在三种模式下每万人拥有的公共卫生服务人员数分别为 14.45、25.28 和 19.32,比较后两种服务模式,其中全科团队模式中公共卫生服务人员投入比例最大,占 27.58%,可能跟其承担了大部分的服务项目有关;家庭医生模式里全科医生及助理投入比例最大,占

40.12%,这与他们的服务工作范围和内容密切相关。

2.2 社区公共卫生服务模式

2.2.1 全科医生模式 自国家 2009 年起在社区开展公共卫生服务项目以来,社区首先形成了以全科医生为主的公共卫生服务模式^[5],全科医生模式是以社区居民家庭为服务单位,在社区护士、健康管理志愿者的协助下,一般以门诊形式处理常见病、多发病及一般急症,以家访的形式上门处理家庭的病人,根据病人的各自不同的情况建立各自的家庭病床和各自的医疗档案,由全科医生为社区卫生服务站范围内的居民提供所有的基本医疗及公共卫生服务的社区卫生服务模式^[6]。该模式的最大优点在于全科医生能及时解决居民的卫生需求,最大挑战在于卫生技术人员数量、机制保障、社区卫生服务中心是否有足够的全科医生、是否有完善的机制来保障全科医生高效完成公共卫生服务工作。

2.2.2 全科团队模式 随着我国卫生制度的进一步完善和优化,社区依托全科团队来实施公共卫生服务的模式从 2011 年起推广开来,全科团队模式主要是由全科医师、社区护士以及预防保健等人员共同组成,以全科服务团队为核心,通过居住地管理形式,为社区居民提供基本医疗和公共卫生服务的综合性服务模式^[7]。全科团队模式的突出点在于全科医生可充分利用全科诊疗窗口作为突破口,对居民在减少上门服务的基础上完成基本公共卫生服务,这样不仅减少了服务的时间成本和人力成本,而且提高了服务的效率和质量,真正实现了基本医疗与基本公共卫生服务的有机融合。

2.2.3 家庭医生模式 在 2013 年,新医改层层推进社区基层卫生服务,逐步形成了以家庭医生为主的公共卫生服务新模式,家庭医生服务模式是指在社区范围内,以家庭为单位、个人为目标,依托全科团队的全科医生为主体,在充分告知、自愿签约、自由选择、规范服务的原则下,社区卫生服务团队与服务家庭通过签订协议来为家庭成员提供综合、连续、有效的基本卫生服务模式^[8]。签约家庭医生有利于优化卫生资源配置以及为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务,缓解群众“看病难、看病贵”的状况^[9]。由于基层医疗卫生机构全科医师、有能力的乡镇卫生医师和公立医院的退休临床医生是家庭医生模式构成的主体,这也有利于充分挖掘现有医护人力资源使之向基层倾斜,提高公共卫生服务的质量。三种社区公共卫生服务模式见表 1。

表 1 三种不同的公共卫生服务模式比较

公共卫生服务模式	主要特点	公共卫生服务人员设置	公共卫生服务提供者
全科医生(模式 1)	由全科医生对社区卫生服务中心范围内的居民提供基本医疗服务和公共卫生服务。	仅全科医生	社区全科医生提供
全科团队(模式 2)	以全科团队为主,每个团队负责不同片区居民的基本医疗服务和公共卫生服务。	团队成员主要包括全科医生、公卫医师及社区护士等	全科团队中的所有卫生人员提供
家庭医生(模式 3)	以全科团队里的家庭医生为主体,通过与居民一对一签约来提供综合、主动、连续、规范的责任式管理社区卫生服务。	主要由全科医生、临床医生、公卫医师、社区护士及预防保健人员等	家庭医生为主要负责人,但公共卫生服务主要由团队中的助理即公卫医师、护士及卫生人员提供

2.3 不同模式下的公共卫生服务效果 三种不同模式下的居民家庭电子健康档案建档率、免疫规划疫苗接种率、高血压管理率、糖尿病管理率、65 岁以上老年人体检覆盖率、孕产妇系统管理率、0~6 岁儿童系统管理率及精神疾病患者规范管理率,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。三种模式的两两比较中,除全科医生模式与全科团队模式的孕产妇系统管理率($P=0.043$)和 0~6 岁儿童系统管理率($P=0.184$)间差异无统计学意义外,其余差异均有统计学意义($P<0.0167$),见表 3。

表 2 某社区三种不同的公共卫生服务模式服务效果比较[%(n/N)]

公共卫生服务模式	家庭健康档案建档率	免疫规划疫苗接种率	高血压患者管理率	糖尿病患者管理率
模式 1	90.10(10 621/11 787)	56.10(3 241/5 777)	82.50(1 673/2 027)	87.11(703/807)
模式 2	47.21(5 565/11 787)	58.69(5 653/9 632)	71.20(1 429/2 005)	65.14(555/852)
模式 3	67.20(7 384/10 988)	100.00(7 134/7 134)	91.80(2 067/2 250)	88.91(866/974)
χ^2 值	18 464.33	4 254.11	308.60	376.58
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
公共卫生服务模式	65 岁以上老年人健康管理率	孕产妇系统管理率	0~6 岁儿童系统管理率	精神疾病患者规范管理率
模式 1	80.88(7 063/8 733)	56.43(136/241)	20.90(274/1 311)	100.00(45/45)
模式 2	68.99(6 122/8 874)	65.19(176/270)	23.08(288/1 248)	100.00(56/56)
模式 3	100.00(5 563/5 563)	95.61(218/228)	90.51(632/701)	83.02(44/53)
χ^2 值	2 129.56	97.63	1 103.81	18.22
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 某社区三种不同的公共卫生服务模式服务效率两两比较

公共卫生服务模式	家庭健康档案建档率		免疫规划疫苗接种率		高血压患者管理率		糖尿病患者管理率	
	χ^2 值	P 值	χ^2 值	P 值	χ^2 值	P 值	χ^2 值	P 值
模式 1 比模式 2	17 235.31	<0.001	9.91	<0.001	72.07	<0.001	302.92	<0.001
模式 1 比模式 3	1 802.24	<0.001	3 894.41	<0.001	84.56	<0.001	83.32	<0.001
模式 2 比模式 3	9 776.95	<0.001	3 864.13	<0.001	306.83	<0.001	148.78	<0.001
公共卫生服务模式	65 岁以上老年人健康管理率		孕产妇系统管理率		0~6 岁儿童系统管理率		精神疾病患者规范管理率	
	χ^2 值	P 值	χ^2 值	P 值	χ^2 值	P 值	χ^2 值	P 值
模式 1 比模式 2	330.80	<0.001	4.10	0.043	1.77	0.184	8.41	0.004
模式 1 比模式 3	1 204.51	<0.001	97.19	<0.001	885.09	<0.001	8.41	<0.001
模式 2 比模式 3	2 131.51	<0.001	69.27	<0.001	810.45	<0.001	10.37	<0.001

3 讨 论

从服务效果的整体情况来看,三种模式下的高血压患者管理率、糖尿病患者管理率、65 岁以上老年人健康管理率及精神疾病患者规范管理率均较高,说明这三种模式在这些服务方面均能达到较好的效果,居民对慢性病的重视程度较高。但在家庭健康档案建档率、免疫规划疫苗接种率、孕产妇系统管理率及 0~6 岁儿童系统管理率稍呈现出差异,说明不同的服务模式也会影响某些服务效果。

关于家庭健康档案建档率,全科医生服务模式优于全科团队模式和家庭医生模式,可能由于家庭医生及其助理等承担了大量基本医疗门诊以及慢性病随访管理等任务,导致时间和精力有限;再者由于社区居民防范意识较强,使得入户失访率较高或居民配合度较为不好^[10]。因此,应合理分配好社区卫生人员的工作任务,加大对社区居民公共卫生服务的宣传力度。在精神疾病患者规范管理率上,全科医生模式和全科团队模式的服务效果均优于家庭医生模式,可能由于社

区卫生人员对特殊疾病的知识和技能相对薄弱^[11],因此现阶段家庭医生服务模式对于精神疾病患者的规范管理需要进一步加强,提高卫生人员的工作能力迫在眉睫。在免疫规划疫苗接种率、高血压患者管理率、糖尿病患者管理率、65 岁以上老年人健康管理率、孕产妇系统管理率及 0~6 岁儿童系统管理率的服务效果中,家庭医生模式均优于全科医生模式和全科团队模式,说明以家庭医生为主的公共卫生服务模式在慢性病的管理中优势极为凸显,服务效果较好^[12]。而孕产妇系统管理率和 0~6 岁儿童系统管理率在全科医生模式和全科团队模式的比较中差异无统计学意义,因此户籍医生和全科团队的服务模式在这两方面的管理效果无法比较。以全科团队为主的服务模式对免疫规划的管理效果优于全科医生模式,由此可见增加专业卫生技术人员有益于公共卫生服务质量的保证^[13]。而全科团队在高血压患者管理率、糖尿病患者管理率和 65 岁以上老年人健康管理率上的服务效果略不如全科医生服务模式,可能由于全科团队里的成员要在完成基本医疗工作任务外,还要向居民提供大量的公共卫生服务,这对全科医生及其助理关于公共卫生服务的知识和技能提出了很大的挑战,加强其公共卫生服务能力的培养显得尤为紧迫。

本文对某社区公共卫生服务模式的开展情况进行比较分析,考虑到公共卫生服务的均衡发展及慢性病管理任务艰巨等因素^[14],发现家庭医生服务模式下的社区公共卫生服务效果均较好,是现阶段社区公共卫生服务模式实施的较好选择。家庭医生模式改变了过去的单纯治病,开始向居民提供预防、保健、康复等综合服务方向转变,由于病人和家庭医生都处在相互了解的前提下,当医生在对自己的病人查看并发现只是小病时,就及时对其进行诊治,这样就能避免病人只因小病情就跑到二甲医院就诊的情况,不仅可以大大节约居民的医疗卫生经济支出,也会很好地解决大医院人满为患的问题,有利于建立分级医疗制度。此模式有利于转变医疗卫生服务模式,推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉^[15],让群众拥有健康守门人,增强居民对卫生服务人员的信任度,为推进双向转诊奠定坚实的基础。

建议:(1)加大公共卫生服务宣传力度。近几年,卫生行政部门对公共卫生服务的认知程度虽然很高,但在实际中百姓对其的知晓率并不乐观,很少有居民了解国家基本公共卫生服务的内容,更别说卫生政策和服务模式的改革变更,反映出各相关领域对国家基本公共卫生服务宣传力度不够^[16]。公共卫生服务的落

实不仅需要每位卫生人员的支持,还需要社会各界的积极宣传,引导居民主动接受公共卫生服务,改变陈旧的就医理念和习惯,明确自己的卫生需求,以便更好地促进基层工作的开展。(2)加强社区卫生人才队伍建设。卫生人力资源紧缺一直是我国社区卫生机构发展的薄弱环节,虽然政府供给的卫生资源每年都在增加,但是基层卫生人才的数量和能力不容乐观^[17]。一方面,基层卫生人员呈老龄化,高学历人才较少,能力的提升很难跟上医疗改革的发展步伐;另一方面,基层卫生机构缺乏专业性的规范培训,忽略了工作中执行效率的重要性^[18]。要改变这种局面,首先要加强对全科医生和公共卫生人员的重视,明确和落实卫生人员在医疗服务系统中的主导地位,然后以公共卫生专业知识和流行病学现场调查技能为重点,加大对在岗全科医生公共卫生继续教育培训的力度,形成大医院和社区医院的人才培养和输送机制,对社区医生的晋升制度和培训制度等有所倾斜和单列^[19],比如大医院的医务工作者至少有半年至一年时间社区医疗站服务的工作经验,年轻医生在医院培养环节结束进入医院前,可以先输送到社区医疗服务站等,以此来提高社区公共卫生人员的服务水平,有效保证服务的质量。(3)更精确地划分家庭医生的公共卫生服务项目。家庭医生大多是临床专业毕业生,对于公共卫生领域的内容学习和接触较少,可能缺乏专业性的理念和工作方法,因而对公共卫生服务的开展不能明确把握自己的工作内容;另外,关于慢性病的监测或者卫生监督协管等耗时耗力的大量工作任务对家庭医生来说心有余力不足,可能无法保证服务的质量。对于家庭医生具体提供哪些公共卫生服务项目,目前还没有得到清晰的界定,这也为此模式的实施造成了一定的困难。所以,更精确地划分家庭医生的公共卫生服务项目,明确各卫生人员的工作内容,能优化现有的卫生资源配置,使每个人各尽其职,高效地完成社区公共卫生服务的项目。

参考文献

- [1] 李建富,杨如璞. TOPSIS 法和 RSR 法在开封市基本公共卫生服务项目绩效考核评价中的应用[J]. 医药论坛杂志, 2015, 11(1): 68-69.
- [2] 潘毅慧,姚有华,熊建菁,等. 上海市社区卫生服务机构基本公共卫生服务均等化工作现状与思考[J]. 中华全科医学, 2016, 14(9): 1525-1527.
- [3] 李静丽,韩志琰,甄天民,等. 我国社区公共卫生服务项目研究述评[J]. 卫生软科学, 2014, 28(7): 431-436.
- [4] 吴欢云,张伟东,吴菁,等. 家庭医生责任制下城市远郊社区卫生服务模式的探索与实践[J]. 中国全科医学, 2014, 17(1): 22-24.
- [5] 吴燕,赵燕萍,黄晓霞,等. 家庭医生责任制下城市社区公共卫生服务模式的探索与实践[J]. 中国全科医学, 2015, 18(13): 1504-1509.