

分析“1+1+1”组合签约模式下社区慢性疾病管理模式

袁春兰

上海市松江区九亭镇社区卫生服务中心 上海松江 201615

摘要:目的:分析“1+1+1”组合签约模式下社区家庭医生对慢性疾病的管理情况。方法:于2022年1月-2023年12月开展研究,抽取本社区489例慢性心力衰竭患者的个人资料进行统计,分析“1+1+1”组合医疗签约情况以及家庭医生对慢病的管理情况。结果:“1+1+1”签约者256例(52.35%),未签约者233例(47.65%);签约组患者参加免费体检频率高于对照组,体重管理比例优于对照组($P < 0.05$);签约管理后,心力衰竭患者2023年在社区月就诊次数、就诊费用、长处方开具数量以及延伸处方数量较签约前明显增多($P < 0.05$)。结论:在社区慢性心力衰竭患者的管理中,采取“1+1+1”组合签约模式,可以提高家庭医生的利用率。

关键词:慢性心力衰竭;家庭医生;“1+1+1”组合签约模式;服务利用

引言

慢性心力衰竭是临床中常见的心血管系统疾病,疾病的发生机制比较复杂,对于原因临床还没有确切的说法,不过现在已经确定包括内因和外因两个因素。其中内因与免疫功能下降、遗传因素以及心血管反应性升高有关,而外因则主要是心脏前后负荷增加、存在冠心病以及呼吸道感染等^[1]。社区是慢性疾病管理的重要场所,家庭医生签约服务的开展可以为社区内的患者提供全面的、综合性的医疗服务和健康管理服务。但是由于我国家庭医生签约服务的起步较晚,目前还没有形成一个完善的制度体系,所以在医疗资源的合理使用上仍然存在一些不足之处。近年来,我国推行了“1+1+1”组合模式的家庭医生签约服务,是一种新型的社区慢性疾病管理模式,即社区内的居民可以自己选择社区内的家庭医生、一个区级医院和市级医院,属于家庭医生签约服务的2.0版本^[2]。社区居民可以在签约的3家医院内就诊,可以享受全程健康管理、优先就诊、转诊等服务,提高社区医疗资源的利用率。本社区于2015年开始实施了“1+1+1”组合签约模式,现就2022年-2023年签约居民中慢性心力衰竭患者对于家庭医生利用的情况展开分析,探究对家庭医生服务效果的影响,总结如下。

一、资料与方法

1. 一般资料

于2022年1月-2023年12月开展研究,抽取本社区489例慢性心力衰竭患者的个人资料进行分析。其中签

约组256例,男148例,女108例,年龄62-81岁,均值(71.35 ± 2.41)岁;2022年签约130例,2023年签约126例。未签约组233例,男141例,女92例,年龄61-83岁,均值(72.42 ± 2.51)岁。所有患者均符合心力衰竭的诊断标准,分级为Ⅱ~Ⅳ级。

2. 方法

通过社区信息系统,对患者的健康档案进行分析,了解患者心力衰竭的疾病情况、“1+1+1”签约情况和签约之后对于社区内家庭医生的使用情况等。主要调查患者签约后2022年以及2023年在社区内的就诊次数、所用的费用以及在社区内取得的其他医疗服务等内容。

医疗服务内容:①免费体检:每年组织本社区内年龄60岁以上的常住居民进行一次免费的健康体检。②体重管理:了解心力衰竭患者的体重情况,结合患者的病情,指导其合理控制体重。制定健康宣传手册,向患者介绍体重控制对于自身疾病的积极影响、日常监测方式、体重管理方式等,取得患者的配合。制定体重监测表,叮嘱患者按照表内要求执行,帮助患者制定合理的、科学的体重管理计划。③家庭病床:家庭病床的设置目的在于对行动不便的患者,家庭医生可以上门为患者开展诊疗服务。④长处方:对于病情明确且稳定的患者,可以为其开具1-2个月的药物使用量,避免患者来回奔波。⑤延伸处方:在社区诊治后转至上级医院的患者,在重新转回社区后,继续使用上级医院开具的处方。通过物流配送,满足社区内对于患者药物的需求。

3. 观察指标

(1) 对比分析签约者以及未签约者对于家庭医生的利用情况。

(2) 分析签约管理前后, 居民在社区内月就诊次数、月就诊费用、长处方张数等变化情况。

4. 统计学分析

研究所得数据纳入统计软件SPSS 25.0中计算比较。变量型数据以($\bar{x} \pm s$)表述, 组间数据对比以t进行检验; 定性型资料以n(%)表示, 组间数据对比以 χ^2 进

行检验。组间比较存在显著的差异性, 以 $P < 0.05$ 表示。

二、结果

1. 签约组和未签约组对于社区家庭医生利用情况对比

签约组免费体检率、体重管理率、家庭病床率均高于未签约组($P < 0.05$)。见表1。

2. 签约前后社区就诊情况对比

签约后社区月就诊次数、社区月就诊费用、社区长处方数量、延伸处方数量均较签约前明显升高($P < 0.05$)。见表2。

表1 签约组和未签约组对于社区家庭医生利用情况对比[n(%)]

组别	例数	免费体检		体重管理		家庭病床	
		有	无	有	无	有	无
签约组	256	209 (81.64)	47 (18.36)	198 (77.34)	58 (22.66)	45 (17.58)	211 (82.42)
未签约组	233	132 (56.65)	101 (43.35)	88 (37.77)	145 (62.23)	6 (2.58)	227 (97.42)
χ^2		36.088		78.686		29.391	
P		0.000		0.000		0.000	

表2 签约前后社区就诊情况对比($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	社区月就诊次数(次/月)	社区月就诊费用(元/月)	社区长处方数量(张)	延伸处方数量(张)
签约前	489	2.36 ± 0.78	361.74 ± 28.96	3.48 ± 0.69	0.21 ± 0.51
签约后	489	4.15 ± 1.11	578.94 ± 32.28	6.59 ± 1.12	2.46 ± 1.34
t		29.177	110.753	52.279	34.702
P		0.000	0.000	0.000	0.000

三、讨论

慢性心力衰竭是大部分心血管疾病的终末阶段, 是造成患者死亡的重要因素之一。该病的发生与多种因素刺激引起的心脏收缩或者舒张功能障碍有关, 使得血管血量和血管舒缩功能正常时, 心脏泵出的血液不能满足全身代谢需求。对于慢性心力衰竭患者, 通过有效的治疗以及良好的管理, 可以有效防止心衰患者病情的进一步恶化, 降低患者住院频率以及抢救次数, 改善患者的生活质量。社区是慢性疾病管理的重要场所, 家庭医生签约服务在社区慢性疾病患者的管理中发挥着重要的管理作用。通过签约服务, 可以与患者建立长期的医患关系, 全面了解患者病情以及健康状况, 为其提供连续性的关怀以及指导。但是就目前社区内家庭医生的利用情况进行分析, 发现其仍然存在一些不足之处, 所以需要对于家庭医生管理体系进行完善, 推动社区家庭医生签约服务进展, 提高社区中慢性心力衰竭患者的管理质量。“1+1+1”组合签约下的医院-社区合作双向管理, 是近几年才被提出来的一个崭新概念。它认为, 医务人员除

了在患者住院期间为其提供医疗服务外, 还应该将医疗服务延伸至院外, 通过定期的当面回访、电话回访等形式, 对患者进行持续的管理和照顾, 能够及时了解患者的恢复情况, 并能继续为患者提供专业的医疗指导^[3]。特别是某些重症以及慢性疾病患者, 通常要经过很长时间的恢复和随访。“1+1+1”医院-社区的联动模式由心血管专科医生、全科医师、护士、社区工作人员、患者和家属组成。患者在上级医生获得确切的诊断后, 经过治疗病情稳定后可以转回居住地的社区服务中心, 由社区医务人员为患者建立个人档案, 制定详尽的服药医嘱, 进行病情观察记录、定期随访的医疗服务, 对患者实施个性化的治疗。与患者和其家人保持融洽的关系, 同时加强患者的精神支持, 提供相关的健康知识, 让其全面认识心力衰竭, 降低疾病的复发率, 并学习如何进行自我管理。社区内的医生与上级医院的专家保持密切的沟通, 遇到诊疗问题时及时询问, 为患者制定更加准确的治疗计划, 规避不正确的医疗行为, 保障患者治疗的有效性和安全性。

根据上海市家庭医生签约服务相关政策,要求常住人口“1+1+1”签约率达到44%、重点人群签约率达到80%。并通过不断完善社区居民的健康管理工作,通过多形式、多样化的健康指导和医疗服务,不断提高社区居民的健康水平。本次研究将慢性心力衰竭患者作为重点研究对象,到2023年签约率已经达到52.35%,参照签约管理要求达到了预期标准。另外,在家庭医生团队多种形式的管理和教育下,又开展了免费体检、体重控制、家庭病床等多项服务,很好地满足了社区居民的医疗需求。本次研究发现,“1+1+1”组合签约模式的推广,可以提高家庭医生的利用率,实现医疗资源的合理使用。针对签约的慢性心力衰竭患者,家庭医生签约后为患者开具长处方,可有效避免患者在社区医疗服务中心的来回奔波。同时为患者提供延伸处方服务,减少了患者由于药品品种单一而需要经常去大医院单纯为了买药的次数,同时也让患者享受了社区医保门诊诊查费和药品零差率等方面的减免,有利于让更多的患者“回流”到自己家的社区医疗机构^[5, 6]。在实施组合签约后,社区内415例慢性心力衰竭患者2023年在社区医院的就诊次数以及就诊费用明显变多,长处方的开具数量以及延伸处方的开具数量较2022年也显著增加。这一研究结果表明,通过“1+1+1”的联合签约方式,患者更加愿意在社区内就诊,从而提升了患者就诊的便利性,使居民在就医时对医疗机构选择和服务依从性方面都有所改善。此外,通过“粉丝效应”,还强化了家庭医生的责任心和使命感。

由于慢性心力衰竭的治疗是一个复杂且漫长的过程,通常需要多种药物的联合应用并配合非药物疗法一起来保障治疗效果,其中有效地控制心血管疾病的诱发因素,保持健康的生活习惯也是非常重要的。国外的多项研究

表示,社区医院是心血管疾病患者的主要治疗和管理机构,既能够提高医疗服务的公平以及效率,还能够有效地控制患者的治疗费用,改善居民整体健康水平。而在我国,传统的医疗模式都是以大医院为主,但是大医院多以重症的患者为主要对象,慢性心力衰竭的治疗上存在费用高昂的问题,部分患者难以接受。此外,由于院内治疗的时间比较短,无法做到根据患者的病情合理调整治疗计划,因此不能为患者提供长期的、规范的、全方位的医疗服务。而以“1+1+1”组合签约模式为主的社区家庭医生签约服务,由多职能的医务人员共同组建社区干预系统,以社区为单位开展居民健康管理服务,可以通过长期的、全面的干预和指导,提高患者的治疗效果,改善患者的生活质量。

结束语

综上所述,在“1+1+1”组合签约模式的推动下,社区家庭医生签约服务的利用情况显著升高,对于医疗资源的合理使用具有理想的促进作用。

参考文献

- [1]谢可欣,杜芳,张丹.社区老年慢性病共病患者家庭医生签约服务成效影响因素研究[J].中国全科医学,2024,27(20):2512-2519+2526.
- [2]熊刘芳,邹晓昭,马涵英,赵铁夫.社区卫生服务中心长程家庭医生签约需求的影响因素研究[J].中国全科医学,2024,27(10):1238-1244.
- [3]晏琼,杨睿,黄芳,干飞,薛承斌.基于家庭医生签约服务的社区慢病患者居家药学服务模式构建与应用[J].现代医药卫生,2024,40(2):339-341.