

## 中文版全科医疗核心特征功能患者体验量表的开发与验证



扫描二维码查看  
原文 + 培训视频

匡莉<sup>1\*</sup>, 李丽娜<sup>1,2</sup>, 罗卓君<sup>1</sup>, 钟陈雯<sup>1</sup>, 梁翠莹<sup>1</sup>, 周梦萍<sup>1</sup>

**【摘要】** 背景 全科医疗核心特征功能包括首诊/第一线照护、可及性、连续性、综合性、协调性、以患者为中心,是全科医学学科的基本原则/属性,构成全科医疗实践的核心价值。从患者视角测量全科医疗核心特征功能,是评价基础医疗质量的重要维度和组成部分。我国目前尚缺乏本土化的全科医疗核心特征功能患者体验(ASPC)工具。目的 开发具有国际性和本土性双重特征的中文版ASPC量表。方法 通过4个阶段开发和验证量表。第一阶段采取理论研究、文献研究和专家咨询法,构建量表概念框架和内涵要素。第二阶段运用文献综述和知情人深度访谈法获得原始条目池,经过373例患者预试验,完善条目,形成测试版量表。第三阶段采用多阶段抽样策略,在多元化基层医疗卫生机构中的1185例患者中对测试版量表施测。第四阶段按照健康测量工具遴选指南(COSMIN)检验量表的信度和效度,最终获得正式版量表。结果 经探索性因子分析,中文版ASPC量表形成了6个维度9个亚维度因子结构,分别是首诊/第一线照护、服务可及性、医患关系的连续性(包括医患关系长久稳定性、医患双方的信赖感与责任感两个亚维度)、综合性服务(包括健康生活方式与心理咨询指导、健康检查与疾病筛查干预建议两个亚维度)、协调性服务(包括协调性服务条件、协调性服务两个亚维度)和以患者为中心的照护。量表总体Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.915,9个亚维度的Cronbach's  $\alpha$ 系数分别为0.659~0.863,均 $>0.65$ 。验证性因子分析中, $\chi^2/df$ 值为2.828、拟合指数(CFI)为0.875,所有亚维度组合信度(CR)均 $>0.7$ ,平均方差提取值(AVE)均 $>0.5$ 或接近0.5。量表及各维度得分与患者满意度呈正相关,家庭医生签约与非签约患者的量表得分存在差异。结论 中文版ASPC量表信效度符合心理计量学标准,量表整体和各维度具备良好的内部一致性、可靠的内容效度、与理论构想一致的结构效度和建构效度。中文版ASPC量表所依循的理论框架与国际上公认的基础医疗六大基本原则保持一致,保证了量表的实证研究结果与国外同类研究结果具有可比性;量表亚维度符合我国本土医疗卫生服务体系情境,能更全面精确地刻画我国全科医疗绩效的图像。

**【关键词】** 全科医疗;初级卫生保健;核心特征功能;量表;开发与验证

**【中图分类号】** R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.496

匡莉,李丽娜,罗卓君,等.中文版全科医疗核心特征功能患者体验量表的开发与验证[J].中国全科医学,2021,24(13):1621-1628,1643. [www.chinagp.net]

KUANG L, LI L N, LUO Z J, et al. Development and validation of the Chinese Version of Assessment Survey of Primary Care [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(13): 1621-1628, 1643.

**Development and Validation of the Chinese Version of Assessment Survey of Primary Care** KUANG Li<sup>1\*</sup>, LI Lina<sup>1,2</sup>, LUO Zhuojun<sup>1</sup>, ZHONG Chenwen<sup>1</sup>, LIANG Cuiying<sup>1</sup>, ZHOU Mengping<sup>1</sup>

1.Department of Health Management, School of Public Health, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China

2.Huadu District Bureau of Retired Veteran Cadres, Guangzhou 510800, China

\*Corresponding author: KUANG Li, Professor; E-mail: kuangli@mail.sysu.edu.cn

**【Abstract】** **Background** First-contact care, accessibility, continuity of care, comprehensiveness of care, coordination, and patient-centered care are core domains and key features of primary care. Measuring these core domains from patients' perspectives is an important domain and component of primary care quality evaluation. However, domestically developed instruments for assessing core domains of primary care have not yet existed in China. **Objective** This study aimed to develop a Chinese version of Assessment Survey of Primary Care (ASPC) with domestic and international characteristics. **Methods** We developed a Chinese version of ASPC and tested its validity based on a four-stage approach. In the first stage, research on related theories and studies, and expert consultation were conducted to construct the conceptual framework and

基金项目:国家自然科学基金面上项目(71673311)——基于整合模型的中文版全科医疗特征功能测量量表的开发和效能验证  
1.510080 广东省广州市,中山大学公共卫生学院卫生管理学系 2.510800 广东省广州市花都区委老干部局

\*通信作者:匡莉,教授;E-mail:kuangli@mail.sysu.edu.cn

本文数字出版日期:2020-09-11

connotative elements of the scale. In the second stage, the original item pool was formed through literature review and in-depth interviews with stakeholders. A pilot study was conducted with 373 patients to refine items and develop the test version of the scale. In the third stage, a multi-level sampling strategy was used to select 1 185 patients from diversified primary care institutions to pre-test the test version of the scale. In the fourth stage, the reliability and validity of the instrument were tested according to the consensus-based standards for the selection of health status measurement instruments (COSMIN) checklist, and then the final version of the scale was developed. **Results** Results of the exploratory factor analysis showed that the Chinese version of ASPC consisted of nine subdimensions of six dimensions, including first-contact care, accessibility, continuity of the physician-patient relationship (covering subdimensions of longitudinal and stable relationships between physicians and patients, mutual trust between physicians and patients, and physicians' responsibility), comprehensiveness (covering subdimensions of health, lifestyle and psychological counseling and guidance, health examination, disease screening, interventions and suggestions), coordination (covering subdimensions of coordination conditions and services), and patient-centered care. The Cronbach's  $\alpha$  coefficient of the scale was 0.915, while the coefficients of the nine subdimensions were all greater than 0.65 (ranged from 0.659 to 0.863), indicating high reliability. In the confirmatory factor analysis, the chi-square/df value and the comparative fit index value of the scale were 2.828 and 0.875, respectively. For all subdimensions, all the composite reliability values were larger than 0.7, and the average variance extracted values were larger than 0.5 or close to 0.5, responding that the convergent validity was appropriate for all sub-dimensions. The scale score or the score in each dimension was positively associated with patients' satisfaction. Moreover, there were significant differences in the scale score between two groups of patients with or without a contracted family doctor. **Conclusion** The Chinese version of ASPC has good psychometric properties with good scale and subscale internal consistency reliability and content validity, as well as structural and construct validity consistent with the theoretical conception. The theoretical framework of the scale is consistent with the six internationally recognized core domains of primary care, ensuring that the empirical research results of this instrument are comparable to similar foreign research results. The subdimensions of the instrument conform to the conditions of the Chinese healthcare system and can describe the performance of Chinese primary care comprehensively and accurately.

**【Key words】** General practice; Primary health care; Core domains; Scale; Development and validation

全科医疗核心特征功能具有重要的理论意义和实践意义。核心特征功能包括首诊/第一线照护、可及性、连续性、综合性、协调性、以患者为中心,是全科医学学科的基本原则/属性,构成全科医疗实践的核心价值<sup>[1-3]</sup>。各国医疗卫生改革的发展战略、政策制定与改革举措,以及基层全科医疗实践与管理,均围绕强化全科医疗/基础保健特征功能展开<sup>[4-5]</sup>。建立全科医疗核心特征功能测量工具具有广泛而重要的意义<sup>[6]</sup>。监测基层医疗卫生改革进程、评估全科医疗发展建设、管理基层医疗卫生机构和全科医疗绩效等<sup>[7]</sup>,均需要有效可靠的测量工具,以产生高质量的研究证据。在基础保健发展历史较长、受重视程度较高的国家均开发了本土化测量量表<sup>[8-13]</sup>等。另一些国家学者则采取客位研究取向方法,选择某一国外量表,经语言翻译及条目局部调整和语言调适获得本土化量表<sup>[14-16]</sup>。

从患者的视角,测量全科医疗核心特征功能体验,是基础医疗服务质量的重要维度和组成部分<sup>[17-18]</sup>,我国目前尚缺乏专门针对全科医疗核心特征功能的评价工具。相关研究趋向于将全科医疗评价纳入基层服务体系、基层医疗卫生机构层面、家庭医生签约服务的绩效评价<sup>[19-24]</sup>,构建的全科医疗评价指标体系虽在一定程度上考虑了全科医疗特征功能,但均从供方角度,总体上关注硬件投入,侧重建立以特定疾病和以工作任务为中心的产出指标,

尚未深入到从全科医生特有的服务过程和服务行为层面测量全科医疗的绩效。在借鉴运用国外量表方面,国内学者 YANG 等<sup>[25]</sup>、张丽芳等<sup>[26]</sup>、WANG 等<sup>[27]</sup>及本课题组<sup>[28]</sup>就基础保健评价工具成人版(PCAT-AE),杨辉等<sup>[10]</sup>就澳大利亚全科医疗测量量表,张赛等<sup>[29]</sup>就全科医疗评价量表(GPAQ)在国内运用的信效度进行测试,结果显示,量表信效度得到基本保证,但测度在功能、概念、语言和计量上并不必然地具有跨文化的等同性,揭示尽快开发中文版测量量表的必要性。我国始终将基层医疗卫生发展建设作为医改重点,建立全科医生制度是我国走向全民健康覆盖的必要条件<sup>[30]</sup>,未来我国 14 亿人口将实现人人享有基层全科医疗服务。因此,作为基础性研究工具的中文版全科医疗核心特征功能患者体验(ASPC)量表,无论对我国的全科医疗卫生政策和实践管理,还是对全科医学学术研究,都具有十分重要的意义。

中文版 ASPC 量表不仅需要保证量表本土化,还必须保证量表的国际性,以使中文版量表融入国际学术大家庭,与各国量表在实证测量结果上具有横向可比性。理论构念是量表的根基,也是实现量表国际性的保障。就全科医疗核心特征功能量表理论构念框架而言,总共包括六大维度,对此国际学者已取得共识,但对各个维度的内涵界定存在着边界交叉重叠<sup>[2, 31-32]</sup>,因此,辨识和厘清各维度内涵边界是开发本土化量表的关键环

节。条目构建贴近我国医疗卫生服务体系的结构和服务利用情境,条目表达在反映欲测度内涵的基础上符合我国居民的社会文化和词语认知特征,这是量表实现本土化的根本要求。为此,本研究采取主位研究取向,综合运用理论研究、质性研究和实证研究的混合方法,严格遵循完整的量表开发程序,开发ASPC量表。

## 1 对象与方法

量表开发与验证主要经过4个阶段,每个阶段的研究目的和研究方法如下:

1.1 第一阶段 采取理论研究和文献研究方法,构建量表的框架和内涵要素,采取深度访谈方法,邀请3名全科医疗管理专家和学者,对量表理论框架和内涵要素的全面性和准确性进行评价、完善和补充。

1.2 第二阶段 采取文献综述和知情人深度访谈法获得原始条目,同时被访谈对象就条目完整性、表达内容的准确性和阅读易理解性进行评价、精简、完善和补充;根据访谈结果对要素、内涵和条目进行修改,并经研究小组讨论达成一致,形成初始版量表;施测初始版量表,行条目分析和因子分析,同时结合专家意见,提纯条目和优化量表结构,形成测试版量表;对测试版量表进行信效度验证,最终形成正式版量表。测试版量表形成的具体研究方法和研究程序,见《中文版全科医疗核心特征功能患者体验量表条目编制的研究》一文<sup>[33]</sup>。研究方法比较规范,研究程序比较完整,较好地保证了条目的内容效度和条目内容的覆盖度,为正式版量表的条目构建奠定了关键基础,同时可以为其他量表开发研究者在条目编制过程中提供方法学借鉴和指引。

1.3 第三阶段 对测试版量表施测。除量表41个条目外,患者问卷还包括用于建构效度(患者满意度)和区分效度(家庭医生签约服务)的题项,以及患者社会人口学特征、患病情况、健康状况、基层服务利用情况等。为验证量表使用的广泛性,本研究选择在多元化机构(包括政府举办、医院办医院管和社会举办的社区卫生服务中心和乡镇卫生院)和多样化人群(包括强制性和自愿性社区首诊患者、医保患者和自费患者、签约患者和非签约患者等)中施测,以验证ASPC量表的普遍适用性。

1.3.1 研究对象 样本量按照条目数(41个)与样本量之比为1:10计算<sup>[34]</sup>,考虑问卷有效率85%,最大样本量为482例,若将总样本随机等分为二,分别行探索性因子分析(EFA)和验证性因子分析(CFA),计双倍样本量为964例患者。采用多阶段抽样策略确定调查对象:

(1)第一阶段采用目的抽样:考虑地区经济发展水平、地区人口构成、基层医疗卫生机构运行模式,选取广州、深圳、珠海三个城市的城区,东莞、中山、佛山、惠州城市的城镇地区,茂名、梅州和江门的农村地区,共10地区。(2)第二阶段采用典型抽样,考虑管理规范、全

科医疗发展较好、全科医疗实践模式多样等因素,分别在上述地区选择1~3家基层医疗卫生机构作为抽样机构,共抽取12家社区卫生服务中心/社康中心/乡镇卫生院。

(3)第三阶段采用便利抽样法:每家机构访谈样本量在200例左右,患者纳入标准:①知情同意参加本次调研;②年龄≥18岁,能够自主理解并回答问卷的内容;③过去1年在调查机构看病3次及以上,有一定的就诊经历和体验。排除标准为患者身体状况欠佳不能完成问卷者。最终完成有效问卷者1185例。

1.3.2 调查方法 2019年1—3月进行数据收集,采用第二阶段形成的测试版ASPC量表进行调查,调查地点在基层医疗卫生机构全科诊室候诊区,调查在征得患者口头同意后进行。为保证问卷应答质量,采用调查员和患者面对面一对一形式访谈。问卷填写完毕后,调查员当场检查,确保问卷没有错填和漏填条目。质量控制措施包括对6名访谈员经过集中培训,统一现场患者调查程序、问卷条目的解释内容和表述顺序等。按照15%的比例随机抽查录入数据进行核对,确保数据输入质量。

1.3.3 条目赋值与维度得分计算方法 量表条目采用Likert 4分量表赋值(从来不是=1,有时=2,经常=3,总是=4,不知道/不好回答=2.5,条目缺失=2.5,以与其他类似研究保持一致);对患者没有实际经历而致可及性部分条目出现的缺失值,以该患者可及性其他条目均值填补;对一年内未到上级医院看病而出现的协调性所有条目出现的缺失值,由该患者其他维度平均分填补<sup>[2]</sup>。患者满意度条目的应答刻度为1~100的10等分间距取值。亚维度得分为该亚维度下所有条目得分的平均值,各维度得分为所有亚维度得分的平均值,量表总得分为各维度得分的平均值。为使得分结果直观形象,将量表得分转换为百分制,即分值除以4再乘以100。

1.4 第四阶段 进行量表信度和效度验证。基于经典测试理论,按照健康测量工具遴选指南(COSMIN)检验量表的信度、效度<sup>[35]</sup>。(1)信度:采用Cronbach's  $\alpha$ 系数检验总量表和维度的信度,Cronbach's  $\alpha$ 系数>0.7表示量表内部一致性良好<sup>[36]</sup>。(2)结构效度:检验分两步进行,首先将总样本( $n=1185$ )随机等分为子样本1( $n=593$ )和子样本2( $n=592$ )。然后,子样本1行EFA,采用主成分分析和最大方差法,提取特征值大于1的公因子,保留载荷>0.35的条目。子样本2行CFA,验证具体数据对模型的拟合优度,当评价指标 $\chi^2/df<3$ 、比较拟合指数(CFI)、拟合优度指数(GFI)、规范拟合指数(NFI)、关系拟合指数(RFI)、递增拟合指数(IFI)和Tucker-Lewis系数(TLI)等各指标>0.90、近似误差均方根(RMSEA)<0.5表示模型整体拟合度良好;当潜在变量的平均变异抽取量平均方差提取值(AVE)>0.5,潜在变量的组合信度(CR)>0.60,

表明量表内在结构拟合度良好<sup>[37]</sup>。(3)内容效度:采取主观评价法。(4)建构效度:指所测概念的变量与该理论中已知其他一个或几个理论构念之间存在关系,采用假设检验法。研究表明,全科医疗核心特征功能可以提高患者满意度<sup>[38]</sup>,本研究假设验证ASPC量表得分与患者对全科医生满意度变量间呈正相关,采用多重线性回归模型方法。(5)区分效度:指量表是否能区分不同特征的人群,本研究比较家庭医生签约患者和非签约患者的ASPC量表得分差异,使用协方差分析方法,通过控制混杂因素影响,验证两组之间得分差异。

1.5 统计学方法 采用EpiData 3.0建立数据库,SPSS 22.0进行数据分析,AMOS 23.0进行验证性因子分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较采用t检验,计数资料以相对数表示。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 量表的理论构念框架和内涵要素 本研究首先梳理了已有核心特征功能定义内涵间的交叉重叠和边界不清问题,探讨了问题原因,提出以六大核心功能作为平行概念,在评价基础保健整体绩效的视角下,建立可控、互斥和穷尽三大原则以界定各维度的内涵要素;最后逐一界定了六大核心特征功能的定义和内涵要素,并完成理论概念向可操作化定义的转换<sup>[39-44]</sup>。ASPC量表理论构念框架和内涵要素见表1。

2.2 条目编制与量表形成 共纳入25篇国外文献中的18个国际相关量表,抽取201个条目,删除重复条目、非全科医疗所独有的条目、患者对条目内涵的价值判断等条目,同时经过本土全科医生和全科患者访谈,修改完善引进条目,构建本土化条目,最后整理精简为34个条目,形成初始版量表。对373例患者预调查,根据条目分析结果和专家意见,共删除相关性差(条目与维度相关系数 $< 0.3$ )的条目4个,同时,依据调查过程中的患者反馈,增加首诊/第一线照护、协调性、连续性等维度的部分条目11个,优化各条目排列顺序,以更符合患者对就诊经历回忆的逻辑顺序,降低患者应答负荷,获得6个维度41个条目的测试版量表。

### 2.3 测试版量表的信效度检验结果

2.3.1 样本的基本情况 1185例患者中,女734例(61.9%),男451例(38.1%);年龄 $< 30$ 岁187例(15.8%),30~60岁593例(50.0%), $> 60$ 岁405例(34.2%);家庭人均月收入 $< 5000$ 元888例(74.9%), $\geq 5000$ 元297例(25.1%);婚姻状况已婚1104例(93.2%);患者文化程度为小学及以下314例(26.5%),中学645例(54.4%),大学及以上226例(19.1%);就业状况为在业598例(50.5%),离退休295例(24.9%),无业292例(24.6%);1176例(99.3%)为本地常住居民;参加城镇职工基本医疗保险者573例(48.4%),

参加城乡居民基本医疗保险者461例(38.9%),自费者138例(11.6%);在本社区看病超过5年者626例(52.8%),在社区有相熟的医生者619例(52.2%),有慢性病者536例(45.2%);健康状况好者489例(41.3%),健康状况一般者539例(45.5%),健康状况差者157例(13.2%)。

2.3.2 EFA分析与信度检验 子样本1行EFA。经Bartlett's球形检验,KMO值为0.911, $P < 0.01$ 。提取特征根 $> 1$ 的公因子,41个条目形成了9个公因子,累积解释方差为62.68%,最小条目因子载荷 $> 0.4$ 。根据条目含义,对9个公因子进行了命名,具体结果见表2。条目与本维度的相关系数均大于条目与其他维度的相关系数,条目的聚合度和区分度较好。41个条目中35个(85.4%)条目共同度 $> 0.5$ ,量表总体Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.915,6个公因子的Cronbach's  $\alpha$ 系数 $> 0.7$ ,3个公因子的Cronbach's  $\alpha$ 系数 $> 0.65$ (见表2)。

2.3.3 结构效度 通过EFA,得到一个包含9个公因子的一阶因子结构模型,该结构模型符合理论预设,但同时该结构模型因子数量较多、部分因子内涵接近;因此,

表1 ASPC量表理论构念框架和内涵要素  
Table 1 Conceptual framework and connotative elements of the Chinese version of ASPC

维度	概念层	内涵要素/可操作性定义
首诊/第一线照护	当患者有任何新的健康需求时,首先利用USC-PCP程度	健康需求包括:(1)有不适症状和体征;(2)慢性病病情变化;(3)咨询健康和疾病问题;(4)健康体检;(5)预防保健服务等
服务可及性	患者从基层医疗卫生机构和全科医生处获得服务的便利程度	包括:(1)时间;(2)地点;(3)接近方式的可及性
医患关系的连续性	患者与USC-PCP医患关系的长久性	医患关系包括:(1)时间长度;(2)同一性;(3)双方间的信赖感;(4)医生对患者照护的责任感
综合性服务	临床医疗服务和预防性服务在内的范围广泛的服务	包括:(1)临床预防服务;(2)心理情绪照护等
协调性服务	当患者需要专科/住院服务时,全科医生为其提供的协调服务	包括:(1)分诊(识别出转诊的需要);(2)转诊和预约(转诊流程的协调性服务);(3)信息传递与信息整合(转诊信息的协调性服务)
以患者为中心的照护	全科医生从生物-心理-社会角度看待患者健康问题,了解患者患病过程及感受,与患者共享权力与责任,形成医患诊治伙伴关系 <sup>[45]</sup>	包括:(1)了解患者的疾病体验;(2)患者参与决策;(3)患者自感获得好的照护效果等

注:ASPC量表=全科医疗核心特征功能患者体验量表;USC=常看的医生(usual source of care),指患者将这个医生作为最常就诊的医生;PCP=家庭医生/全科医生是基础保健医生(primary care physician);USC-PCP特指患者将某个特定的全科医生(包括该医生领导的家庭医生团队)作为稳定持续的寻医问诊的全科医生,是患者和全科医生之间一对一的概念

进一步根据全科医疗核心特征功能理论框架和因子内涵,将9个公因子归类到6个维度,其中,医患关系的长久稳定性和医患双方的信赖感与责任感两个公因子归并到医患关系连续性维度,健康生活方式与心理咨询指导和健康检查与疾病筛查干预建议归并到综合性服务维度,协调性服务条件和协调性服务归并到协调性服务维度,由此,形成一个包括6个潜变量的二阶因子结构模型。对样本2行CFA,分别验证一阶和二阶因子结构的结构效度。结果显示,两个模型的 $\chi^2/df$ 都<3,CFI、GFI、NFI、RFI、IFI和TLI均接近0.90, RMSEA均接近0.5,表示一阶因子和二阶因子两个理论模型的整体拟合度均较好(见表3)。对模型进行结构拟合度检验,显示模型参数统计量估计值均达到显著性水平,一阶和二阶因子结构模型中,所有潜变量的CR值均>0.6,大部分潜变量的AVE值大于或接近0.5(见表4),结果表明两个模型的内在结构拟合度较好。

2.3.4 内容效度 本研究采用规范的量表开发程序,量表理论概念框架研究比较全面和充分;以利益相关者为对象(全科医学研究学者、社区全科医生、社区全科医生的患者)进行深度访谈,针对量表的理论测量框架、可操作性定义、条目3个层次内容的完整性、准确性和

适用性,反复征询、修改、完善和评估;量表经历两轮施测和验证;故认为本量表具有良好的内容效度。

2.3.5 建构效度 分别建立多重线性回归模型,探索每个亚维度得分与患者满意度得分之间的关系,控制混杂因素之后,结果显示,首诊/第一线照护、服务可及性、医患关系连续性、综合性服务、协调性服务、以患者为中心的照护和总得分均对患者对全科医生的满意度有影响,假设检验成立,表明量表具有建构效度(见表5)。

2.3.6 区分效度 家庭医生签约患者首诊/第一线照护、医患关系连续性、综合性服务、协调性服务、以患者为中心的照护得分及总得分高于非签约患者(见表6),说明该量表可以将签约患者和非签约患者区分出来。

### 3 讨论

3.1 中文版ASPC量表 本研究形成的中文版ASPC量表包括6大维度9个亚维度41个条目,能够全面细微地反映基层全科医疗的首诊/第一线照护、医患关系连续性、服务可及性、综合性服务、协调性服务和以患者为中心的照护六大核心特征功能,具备良好的内部一致性、可靠的

表3 模型整体适配度指标  
Table 3 Summary of fit statistics from confirmatory factor analysis for the Chinese version of ASPC factorial structure

统计检验量	一阶因子结构模型	二阶因子结构模型
$\chi^2/df$	2.828	2.887
CFI	0.875	0.868
GFI	0.848	0.842
NFI	0.820	0.812
RFI	0.801	0.797
IFI	0.876	0.869
TLI	0.862	0.857
RMSEA	0.056	0.057

注:CFI=拟合指数,GFI=拟合优度指数,NFI=规范拟合指数,RFI=关系拟合指数,IFI=递增拟合指数,TLI=Tucker-Lewis系数, RMSEA=近似误差均方根

表4 中文版ASPC量表一阶模型和二阶模型的内在结构拟合度指标  
Table 4 Fit indices for the first- and second-order confirmatory factor models

维度(条目数,个)	一阶模型		二阶模型	
	CR	AVE	CR	AVE
首诊/第一线照护(5)	0.7018	0.3336	0.7015	0.3337
服务可及性(6)	0.8651	0.5315	0.8652	0.5318
医患关系连续性(7)	-	-	0.7775	0.6526
医患关系的长久稳定性(3)	0.7772	0.5649	0.7771	0.5645
医患双方的信赖感与责任感(4)	0.6956	0.3668	0.6963	0.3678
综合性服务(8)	-	-	0.7990	0.6654
健康生活方式与心理咨询指导(4)	0.7557	0.4532	0.7558	0.4535
健康检查与疾病筛查干预建议(4)	0.7372	0.4127	0.7372	0.4127
协调性服务(8)	-	-	0.6593	0.4943
协调性服务条件(3)	0.8033	0.5839	0.8745	0.5926
协调性服务(5)	0.8749	0.5935	0.8029	0.5832
以患者为中心的照护(7)	0.8666	0.4858	0.8668	0.4861

注:CR=组合信度,AVE=平均方差提取值;-表示无此数据

表2 中文版ASPC量表的探索性因子分析与内部一致性检验结果  
Table 2 Results of explanatory factor analysis and reliability analysis of the Chinese version of ASPC

公因子	条目数(个)	旋转因子载荷	累积方差(%)	条目共同度	条目与本维度相关系数	条目与其他维度相关系数	Cronbach's $\alpha$ 系数
服务可及性	6	0.800~0.848	12.054	0.740~0.780	0.278~0.857	-0.011~0.298	0.860
以患者为中心的照护	7	0.549~0.764	22.993	0.399~0.672	0.575~0.815	0.085~0.465	0.852
协调性服务	5	0.508~0.880	30.997	0.541~0.885	0.717~0.904	0.244~0.569	0.863
首诊/第一线照护	5	0.493~0.723	36.841	0.373~0.596	0.561~0.731	0.014~0.348	0.659
健康生活方式与心理咨询指导	4	0.565~0.713	42.659	0.559~0.700	0.529~0.860	0.035~0.485	0.740
健康检查与疾病筛查干预建议	4	0.433~0.785	48.233	0.487~0.677	0.729~0.751	0.069~0.448	0.710
医患双方的信赖感与责任感	4	0.459~0.727	53.708	0.424~0.631	0.679~0.734	0.038~0.526	0.689
医患关系的长久稳定性	3	0.555~0.869	58.263	0.454~0.843	0.664~0.861	-0.031~0.395	0.676
协调性服务条件	3	0.404~0.796	62.557	0.561~0.819	0.738~0.880	0.217~0.746	0.772

表5 量表得分与患者对社区医生满意度的关系

Table 5 Association between the scores of the Chinese version of ASPC and patients' satisfaction with community doctors

维度	b (95%CI)	SE	t 值	P 值
首诊/第一线照护	0.108 (0.057, 0.159)	0.026	4.170	<0.01
服务可及性	0.113 (0.070, 0.156)	0.022	5.157	<0.01
医患关系连续性	0.273 (0.213, 0.333)	0.031	8.911	<0.01
医患关系的长久稳定性	0.117 (0.062, 0.171)	0.028	4.175	<0.01
医患双方的信赖感与责任感	0.199 (0.156, 0.241)	0.022	9.197	<0.01
综合性服务	0.228 (0.184, 0.272)	0.022	10.167	<0.01
健康生活方式与心理咨询指导	0.176 (0.138, 0.214)	0.019	9.059	<0.01
健康检查与疾病筛查干预建议	0.163 (0.124, 0.201)	0.020	8.277	<0.01
协调性服务	0.292 (0.236, 0.349)	0.029	10.238	<0.01
协调性服务条件	0.263 (0.204, 0.323)	0.030	8.680	<0.01
协调性服务	0.274 (0.217, 0.331)	0.029	9.483	<0.01
以患者为中心的照护	0.418 (0.374, 0.461)	0.022	18.937	<0.01
量表总分	0.529 (0.458, 0.600)	0.036	14.690	<0.01

注: 控制因素有性别、年龄、婚姻状况、文化程度、家庭人均月收入、就业状况、户籍、医保、社区首诊制、患慢性病情况、自评健康状况、有任何健康问题通常到社区卫生服务中心就诊、社区卫生服务中心看病年数、有无相熟医生、有无签约医生、过去两周看医生次数

表6 家庭医生签约组与非签约组患者 ASPC 量表得分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

Table 6 Scores of the Chinese version of ASPC of two groups of patients with or without a contracted family doctor

维度	签约组 (n=439)	非签约组 (n=746)	t 值	P 值
首诊/第一线照护	82.76 ± 14.80	72.82 ± 15.62	22.550	<0.01
服务可及性	79.94 ± 16.10	79.00 ± 16.88	1.352	0.25
医患关系连续性	67.86 ± 14.96	53.78 ± 15.28	35.500	<0.01
医患关系的长久稳定性	73.27 ± 18.29	58.83 ± 19.02	4.176	<0.05
医患双方的信赖感与责任感	62.44 ± 18.67	48.74 ± 16.86	47.709	<0.01
综合性服务	64.71 ± 15.41	56.41 ± 16.41	32.030	<0.01
健康生活方式与心理咨询指导	68.22 ± 17.32	60.88 ± 19.23	18.124	<0.01
健康检查与疾病筛查干预建议	61.21 ± 18.60	51.94 ± 18.45	30.301	<0.01
协调性服务	71.70 ± 13.49	65.27 ± 12.23	22.520	<0.01
协调性服务条件	48.38 ± 12.56	43.34 ± 11.79	14.664	<0.01
协调性服务	71.23 ± 13.79	65.89 ± 11.77	15.941	<0.01
以患者为中心的照护	80.76 ± 14.70	71.34 ± 15.94	20.330	<0.01
量表总分	72.54 ± 10.32	63.60 ± 10.55	49.680	<0.01

内容效度, 与理论构想一致的结构效度、建构效度和区分效度, 量表信效度符合心理计量学标准, 成为适合我国基层全科医疗实践背景的 ASPC 量表。

3.2 中文版 ASPC 量表主要有三方面的改进 一是本研究基于访谈社区全科医生及其患者所设计的本土化条目, 经过实际数据模拟, 形成多个亚维度, 使中文版 ASPC 量表更符合我国医疗卫生服务体系结构和特征, 同时也能更全面精确地描述全科医疗核心特征功能图像, 具体体现在: (1) 医患关系连续性维度细化为医患关系的长久稳定性及由此产生的双方间的信赖感、责

任感, 揭示患者与特定 USC-PC 之间医患关系“从量到质”的演进进程。(2) 综合性服务维度细化为健康生活方式咨询指导和健康筛查与疫苗接种两个亚维度, 前者为全科医生的语言服务, 属于“软服务”, 后者为检查和药物类服务, 属于“硬服务”, 需要实际的项目成本支出。在美国, 临床预防服务已经上升为国家级优先服务级别, 成为国家健康战略的核心策略<sup>[46]</sup>, 基层全科医生是最重要的临床预防服务的提供者<sup>[47]</sup>, 细化的亚维度更为精确地反映患者所体验到的预防服务的范围和种类。(3) 协调性服务维度细化为具有逻辑实现过程的两个亚维度, 一是患者转诊前主动征求和转诊后告知医生, 二是医生提供转诊、转介和信息传递等协调性服务。充分体现了我国患者可以在二级和三级医院自由就医的客观现实, 医生只有在患者主动征询和告知转诊的情况下, 才可能提供协调性服务。

二是中文版 ASPC 量表增加了以患者为中心的照护维度。以患者为中心的照护是全科医疗的基本理念, 为此全科医疗发展出独特的问诊模式如 RICE 问诊, 医患沟通方法如 BATHE 法及治疗与管理程序 RAPRIOP 技能<sup>[48]</sup>。该维度旨在测量患者对全科照护模式的体验。中文版 ASPC 量表测量内容拓展了全科医疗核心特征功能, 为今后探索六大核心特征功能的结构关系提供了可能。

三是与同类量表相比, 中文版 ASPC 量表信度和效度提高了。(1) 中文版 ASPC 量表累积解释方差增加了。本量表的总体累积解释方差为 62.68%, 高于部分国外同类量表, 如 CPCQ (50%)<sup>[49]</sup> 和 CPCI (54.7%)<sup>[12]</sup>, 也高于 PCAT 量表在国内应用的结果, 如广东 (55.62%)<sup>[50]</sup>、长沙 (56%)<sup>[25]</sup>、昆明 (51%)<sup>[26]</sup> 和西藏自治区 (60.7%)<sup>[27]</sup>, 说明中文版 ASPC 量表能够捕获更多的变量变异。(2) 中文版 ASPC 量表信度提高。中文版 ASPC 量表总体和各维度 Cronbach's  $\alpha$  系数分别高于之前 PCAT 引进版的总体和各维度 Cronbach's  $\alpha$  系数 (0.40~0.72)<sup>[28]</sup>。

3.3 ASPC 量表的局限性 量表捕获差异能力提高和信度的提高, 与本研究构建清晰明确的量表理论框架和具体条目设置有关。本研究的量表理论框架明确了构念内涵要素不包括系统性和组织性因素, 明确量表关注于患者实际体验到的全科医疗核心特征功能, 排除患者没有实际经历过、需要患者通过想象去预期回答的条目。但是, 仍然有少部分重要不可或缺的条目影响了量表信度和结构效度。例如: (1) 服务可及性维度中的“8 h 开诊时间总是能找到社区医生/团队”条目单独成一个公因子, 且该条目与量表总体相关系数为 0.089, 条目删除后服务可及性维度 Cronbach's  $\alpha$  系数从 0.785 增加到 0.804, 符合条目删除条件, 但考虑到该条目符合我国基层医疗卫生机构普遍实行非预约看病的就医特征

(walk in for visit), 同时又是全科医疗可及性的基础性保障, 为保证可及性内容完整性保留了该条目。(2) 协调性服务维度中的“社区医生/团队每次都应将您的疾病信息记录在病历本/转诊单”条目也有所欠缺, 原因是, 广东省实现了全省医疗机构统一通用的纸质病历, 患者手持纸质病历可就诊于二、三级医院, 所有医生都在同一纸质病历中记载诊疗信息; 此外, 调研的部分城市取消了纸质病历而用电子病历, 患者不清楚医生是否在计算机系统记录了转诊信息, 这两个原因导致该条目得分的变异度很小。

本研究存在以下不足, 样本仅限于广东省, 选取的调研机构大多局限于政府举办的基层医疗卫生机构, 这可能限制了研究结论的普遍性。未来可以将量表运用拓展到我国其他地区及诊所医务室等小型机构的样本, 进一步验证量表的普遍性和差异性。

综上, 中文版 ASPC 量表具有良好信度、效度, 所依循的理论概念和内涵与国际保持一致, 量表具有国际性, 可望成为国际同类量表家庭中的一员。同时, 量表条目设置和修辞符合我国全科医疗实践和卫生服务发展背景、贴近基层患者社会文化和语言认知情境, 量表具有本土性。中文版 ASPC 量表从全科医生特有的服务过程和服务行为层面测量全科医疗的绩效, 丰富了我国全科医疗和基层医疗卫生机构绩效评价工具, 将评价层次从体系、组织、任务产出层面深入到全科医生服务过程层面, 反映了全科医疗的过程质量。中文版 ASPC 量表有广泛的应用前景, 可用于: (1) 测量患者体验的全科医疗核心特征功能水平; (2) 监测和评价基层医疗卫生政策效果 (如家庭医生签约服务政策); (3) 横向比较机构之间、全科医生及团队之间全科医疗过程质量, 为区域间和机构间的绩效评价提供一个重要维度的绩效; (4) 全科医疗核心特征功能是全科医生健康管理和疾病管理效果的中介变量, 中文版 ASPC 量表可用于评价医疗干预的中间效果 (如公共卫生服务中慢性病管理项目, 以移动医疗作为疾病管理和健康管理的干预措施等), 打开服务过程和服务模式的黑箱, 辨识出更具针对性的有效干预节点。

作者贡献: 匡莉负责研究设计、组织研究计划实施、监督管理和质量控制、知情人深度访谈; 李丽娜负责条目池构建; 李丽娜、罗卓君、钟陈雯、梁翠莹和周梦萍负责问卷调查; 李丽娜、罗卓君负责统计学处理和结果分析; 匡莉负责结果解释和论文撰写, 对文章整体负责。

本文无利益冲突。

对使用 ASPC 量表感兴趣的读者, 可以联系本文作者 kuangli@mail.sysu.edu.cn 免费索取。

#### 参考文献

[1] EUROPE W. The European definition of general practice/family

- medicine [J]. Barcelona: WONCA Europe, 2002.
- [2] STARFIELD B. Primary care: balancing health needs, services, and technology [M]. New York: Oxford University Press, 1998.
- [3] DONALDSON M S, YORDY K D, LOHR K N, et al. Primary care: America's health in a new era [M]. Washington, DC: National Academies Press, 1996.
- [4] VAN LERBERGHE W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever [M]. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [5] SALTMAN R, BANKAUSKAITE V, VRANGBAEK K. European observatory on health systems and policies series—primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care [M]. London: Open University Press, 2006.
- [6] KIDD M R, ANDERSON M I, OBAZEE E M, et al. The need for global primary care development indicators [J]. Lancet, 2015, 386 (9995): 737. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)61532-X.
- [7] WANG H H, WONG S Y, WONG M C, et al. Patients' experiences in different models of community health centers in southern China [J]. Ann Fam Med, 2013, 11 (6): 517-526. DOI:10.1370/afm.1545.
- [8] WENSING M, MAINZ J, GROL R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe [J]. The European Journal of General Practice, 2000, 6 (3): 82-87.
- [9] MEAD N, BOWER P, ROLAND M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ): development and psychometric characteristics [J]. BMC Fam Pract, 2008, 9: 13. DOI: 10.1186/1471-2296-9-13.
- [10] 杨辉, THOMAS S, BROWNING C, 等. 开发患者满意度测量工具的新思路——以 RACGP 全科医学服务满意度问卷为例 [J]. 中国全科医学, 2007, 10 (8): 603-606.
- [11] SAFRAN D G, KOSINSKI M, TARLOV A R, et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance [J]. Med Care, 1998, 36 (5): 728-739. DOI: 10.1097/00005650-199805000-00012.
- [12] FLOCKE S A. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument [J]. J Fam Pract, 1997, 45 (1): 64-74.
- [13] SHI L, STARFIELD B, XU J. Validating the adult primary care assessment tool [J]. Journal of Family Practice, 2001, 50 (2): 161.
- [14] LEE J H, CHOI Y J, SUNG N J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance [J]. Int J Qual Health Care, 2009, 21 (2): 103-111. DOI: 10.1093/intqhc/mzp007.
- [15] MACINKO J, ALMEIDA C, DE SÁ P K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil [J]. Health Policy and Planning, 2007, 22 (3): 167-177. DOI: 10.1093/heapol/czm008.
- [16] ROCHA K B, RODRIGUEZ-SANZ M, PASARIN M I, et al. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective [J]. Eur J Public Health, 2012, 22 (1): 14-19.
- [17] DONABEDIAN A. The quality of care: how can it be assessed? [J]. JAMA, 1988, 260 (12): 1743-1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.

- [18] CAMPBELL S M, ROLAND M O, BUETOW S A. Defining quality of care [J]. *Social Science & Medicine*, 2000, 51 (11): 1611-1625. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00057-5.
- [19] 马起龙, 尹文强. 我国社区卫生服务综合评价研究现状及展望 [J]. *中国卫生经济*, 2008, 27 (7): 25-26. DOI: 1003-0743(2008)07-0025-02.  
MA Q L, YIN W Q. The present situation and prospect on comprehensive evaluation index system of community health services in China [J]. *Chinese Health Economics*, 2008, 27 (7): 25-26. DOI: 1003-0743(2008)07-0025-02.
- [20] 彭迎春, 王园, 常文虎, 等. 全科医疗质量评价指标体系的研究 [J]. *中国全科医学*, 2004, 7 (3): 158-160.  
PENG Y C, WANG Y, CHANG W H, et al. Study of evaluating index system on the quality of general practice [J]. *Chinese General Practice*, 2004, 7 (3): 158-160.
- [21] 王赛蘋, 徐静昱, 宋佩秋, 等. 城市社区全科医疗服务评估指标的研究 [J]. *中国全科医学*, 2003, 6 (1): 37-40.  
WANG S P, XU J G, SONG P Q, et al. Study on indices of assessment of general practice in urban communities [J]. *Chinese General Practice*, 2003, 6 (1): 37-40.
- [22] 王丽芬, 王建骏, 李立强, 等. 全科医疗服务评估指标体系的建立与应用 [J]. *中华全科医学*, 2008, 6 (12): 1211-1212. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2008.12.001.
- [23] 张艳春, 刘治华, 秦江梅, 等. 家庭医生签约服务绩效考核评价需求与对策分析 [J]. *中国全科医学*, 2019, 22 (10): 1133-1138. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.10.002.  
ZHANG Y C, LIU Z H, QIN J M, et al. Demands and strategies analysis of family doctors' performance evaluation in the delivery of contracted services in China [J]. *Chinese General Practice*, 2019, 22 (10): 1133-1138. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.10.002.
- [24] 芦炜, 张宜民, 梁鸿, 等. 医保签约管理模式下的家庭医生制度绩效评价指标研制与结构过程评价 [J]. *中国卫生政策研究*, 2016, 9 (8): 15-22. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.004.  
LU W, ZHANG Y M, LIANG H, et al. The design of performance evaluation process system for the family doctor system preparation and structure with medicare contract management mode [J]. *Chinese Journal of Health Policy*, 2016, 9 (8): 15-22. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2016.08.004.
- [25] YANG H, SHI L, LEBRUN L A, et al. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties [J]. *Int J Qual Health Care*, 2013, 25 (1): 92-105. DOI: 10.1093/intqhc/mzs072.
- [26] 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): 867-868.  
ZHANG L F, JIANG R S, ZHOU M, et al. The validation of PCAT-AE (demand side survey) [J]. *Chinese Journal of Health Statistics*, 2013, 30 (6): 867-868.
- [27] WANG W, SHI L, YIN A, et al. Development and validation of the Tibetan primary care assessment tool [J]. *Biomed Res Int*, 2014, 2014: 308739. DOI: 10.1155/2014/308739.
- [28] 匡莉, 梁媛, 梅洁, 等. 全科医疗特征功能测量工具基础保健评价工具-成人简短版在我国的适用性研究 [J]. *中国全科医学*, 2016, 19 (7): 813-818, 823. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.07.016.
- KUANG L, LIANG Y, MEI J, et al. Suitability of the primary care assessment tool for adult evaluation in Chinese context [J]. *Chinese General Practice*, 2016, 19 (7): 813-818, 823. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.07.016.
- [29] 张赛, 张莹, 杜蕾, 等. 全科医疗评估问卷在社区卫生服务患者满意度调查中的应用与评价 [J]. *中华全科医师杂志*, 2011, 10 (7): 463-467.  
ZHANG S, ZHANG Y, DU L, et al. Application and evaluation of general practice assessment questionnaire Chinese version for patients' satisfaction in community health-care service [J]. *Chinese Journal of General Practitioners*, 2011, 10 (7): 463-467.
- [30] 孟庆跃. 全民健康覆盖: 从理念到行动 [J]. *中国卫生政策研究*, 2014, 7 (2): 1-4. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.001.  
MENG Q Y. Universal health coverage: from concept to action [J]. *Chinese Journal of Health Policy*, 2014, 7 (2): 1-4. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2014.02.001.
- [31] HAGGERTY J L, ROBERGE D, FREEMAN G K, et al. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians [J]. *The Annals of Family Medicine*, 2012, 10 (5): 443-451. DOI: 10.1370/afm.1378.
- [32] KRINGOS D S, BOERMA W G, HUTCHINSON A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions [J]. *BMC Health Serv Res*, 2010, 10: 65.
- [33] 李丽娜, 匡莉, 钟陈雯. 中文版全科医疗核心特征功能患者体验量表的条目编制 [J]. *中国全科医学*, 2021, 24 (13): 1629-1636. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.497.  
LI L N, KUANG L, ZHONG C W. Item development of the Chinese Version of Assessment Survey of Primary Care [J]. *Chinese General Practice*, 2021, 24 (13): 1629-1636. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.497.
- [34] DEVELLIS R F. 量表编制: 理论与应用 [M]. 席仲恩, 杜珏, 译. 重庆: 重庆大学出版社, 2004.
- [35] MOKKINK L B, TERWEE C B, PATRICK D L, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes [J]. *J Clin Epidemiol*, 2010, 63 (7): 737-745. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- [36] 石贵成, 王永贵, 邢金刚, 等. 对服务销售中关系强度的研究——概念界定、量表开发与效度检验 [J]. *南开管理评论*, 2005, 8 (3): 74-82. DOI: 10.3969/j.issn.1008-3448.2005.03.013.
- [37] 陆艳, 徐华丽, 魏骞, 等. 亚健康评定量表应用于城镇居民的验证性因子分析 [J]. *中国全科医学*, 2013, 16 (13): 1108-1109. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.04.009.  
LU Y, XU H L, WEI Q, et al. Confirmatory factor analysis of sub-health measurement scale applied in urban residents [J]. *Chinese General Practice*, 2013, 16 (13): 1108-1109. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.04.009.

- 国卫生事业管理, 2016, 33(7): 508-511. DOI: CNKI:SUN:ZWSG.0.2016-07-011.
- [3] 徐媛媛. 政策工具分类理论的述评与建构[J]. 淮海工学院学报(人文社会科学版), 2011, 9(20): 95-98. DOI: 10.3969/j.issn.1008-3499.2011.20.031.
- [4] 李阳, 段光锋, 田文华, 等. 构建分级诊疗体系的政策工具选择: 基于省级政府政策文本的量化分析[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(1): 48-52. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2018.01.008.
- [5] 贾建国. 政策工具的视角: 我国民办学前教育发展的政策分析[J]. 现代教育管理, 2017, 37(8): 104-108. DOI: 10.16697/j.cnki.xdjygl.2017.08.018.
- [6] 范转转, 刘园园, 姚东明. 政策工具视角下的我国全科医生政策研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(31): 3788-3794. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.31.002. FAN Z Z, LIU Y Y, YAO D M. Study of the general practitioners' policies in China from the perspective of policy tools [J]. Chinese General Practice, 2018, 21(31): 3788-3794. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.31.002.
- [7] 刘晓东, 徐楠, 刘继同, 等. 我国慢性病防控政策研究述评[J]. 医学与社会, 2018, 31(6): 5-7. DOI: 10.13723/j.yxysh.2018.06.002.
- [8] 王子强, 于倩倩, 尹文强, 等. 政策工具维度下的家庭医生签约服务政策文本分析[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(8): 647-651. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2019.08.008. WANG Z Q, YU Q Q, YIN W Q, et al. Text analysis of China's family physicians contracted service policy based on policy tools [J]. Chinese Journal of Hospital Administration, 2019, 35(8): 647-651. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2019.08.008.
- [9] 石建伟, 姜成华, 陆媛, 等. 我国慢病流行的区域比较及因地制宜政策防治的思考[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(8): 627-630. DOI: CNKI:SUN:ZWSG.0.2016-08-022. SHI J W, JIANG C H, LU Y, et al. Studying on the regional distribution of chronic diseases and its prevention and control [J]. Chinese Health Service Management. 2016, 33(8): 627-630. DOI: CNKI:SUN:ZWSG.0.2016-08-022.
- [10] 徐望红, 张勇, 王继伟, 等. 中日两国慢性病防控策略比较及政策启示[J]. 中国慢性病预防与控制, 2016, 24(8): 593-596. DOI: 10.16386/j.cjpcd.issn.1004-6194.2016.08.009.
- [11] 张家睿, 张淑娥, 殷东, 等. 政策工具视角下激励优质卫生资源下沉的政策文本分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22(34): 4190-4196. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.446. ZHANG J R, ZHANG S E, YIN D, et al. Incentive policies for allocating high-quality health resources to primary healthcare institutions: an analysis from the perspective on policy tools [J]. Chinese General Practice, 2019, 22(34): 4190-4196. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.446.
- [12] 褚松燕, 贾路南. 国外公共政策视域中的说服研究及其借鉴价值[J]. 国外理论动态, 2015, 25(12): 43-52.
- [13] 李国红, 张鹏. 医务人员激励机制的研究[J]. 中国医院管理, 2007, 27(1): 20-22. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5329.2007.01.007. (收稿日期: 2020-11-25; 修回日期: 2021-01-12) (本文编辑: 毛艳红)

(上接第 1628 页)

- [38] STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health [J]. Milbank Q, 2005, 83(3): 457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- [39] 匡莉. 全科医疗核心特征功能概念与内涵界定的研究思路[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 1-6. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.05.001.
- [40] 赵婧革, 匡莉, 汪雨潭. 全科医疗核心特征功能定义与内涵界定研究——连续性[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 13-19. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.05.003.
- [41] 汪雨潭, 匡莉, 赵婧革. 全科医疗核心特征功能定义与内涵界定研究——可及性[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 7-12. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2017.05.002.
- [42] 柯乃绮, 匡莉. 全科医疗核心特征功能研究——基础保健的综合性[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(4): 40-44.
- [43] 余明洁, LI L, 匡莉. 全科医疗转诊体系框架研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(4): 375-381. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.001. YU M J, LI L, KUANG L. Framework of the referral system in primary care practice [J]. Chinese General Practice, 2018, 21(4): 375-381. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.04.001.
- [44] 梁嘉杰, 匡莉. 连续性卫生服务测量指标介绍[J]. 中国全科医学, 2013, 16(1): 108-112. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.01.035. LIANG J J, KUANG L. Introduction of evaluation indices for continuity of care [J]. Chinese General Practice, 2013, 16(1): 108-112. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2013.01.035.
- [45] MEAD N, BOWER P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature [J]. Soc Sci Med, 2000, 51(7): 1087-1110. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00098-8.
- [46] KOH H K, BLAKEY C R, ROPER A Y. Healthy people 2020: a report card on the health of the nation [J]. JAMA, 2014, 311(24): 2475-2476. DOI: 10.1001/jama.2014.6446.
- [47] BARKAS F, ELISAF M. National hyperlipidemia management policies improve lipid target attainment in clinical practice [J]. Current Medical Research and Opinion, 2018, 34(2): 301-303. DOI: 10.1080/03007995.2017.1391082.
- [48] 贯彻全科理念 践行全科医疗——以患者为中心[J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 4.
- [49] MCGUINNESS C. Development and initial validation of a measure of coordination of health care [J]. International Journal for Quality in Health Care, 2003, 15(4): 309-318.
- [50] MEI J, LIANG Y, SHI L, et al. The development and validation of a rapid assessment tool of primary care in China [J]. Biomed Res Int, 2016, 2016: 6019603. DOI: 10.1155/2016/6019603. (收稿日期: 2020-03-02; 修回日期: 2020-07-01) (本文编辑: 段淑娟)