



基于居民视角的江苏省家庭医生签约服务 成效及制约因素研究

董力榕¹, 曹 扬², 徐金水¹, 张学艳³, 郭海健¹

1. 江苏省疾病预防控制中心综合业务办, 江苏 南京 210009; 2. 江苏省卫生健康委员会基层卫生处, 江苏 南京 210008; 3. 江苏医药职业学院医药技术学院, 江苏 盐城 224005

摘要:近年来,江苏省积极推进家庭医生签约服务工作,已经取得了一定的进展,但仍存在发展不均衡、管理不规范等问题。居民视角下的家庭医生签约服务是基层卫生签约服务工作的绩效评估管理内容之一,因此要从居民视角分析江苏省家庭医生签约服务成效及其制约因素,为推动江苏省家庭医生签约服务发展提供科学依据。2019年9—11月于江苏省内50个基层医疗卫生机构,随机抽取已签约的1 290例居民和未签约的1 102例居民为研究对象,开展家庭医生签约服务综合性评价居民问卷调查,采用多因素Logistic回归对数据进行分析。结果显示,健康状况、年因病支出费用、人群类别、家庭医生签约了解度、了解签约后可享受的优惠政策、基层首诊接受度等6个因素对居民是否签约家庭医生有显著影响($P<0.05$)。建议加大宣传力度,保障重点人群签约服务,拓宽签约服务包,完善人才培养机制,进而提高基层医疗服务能力,进一步推进家庭医生签约服务提质增效。

关键词:家庭医生签约服务;成效分析;制约因素

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)03-277-006

doi:10.7655/NYDXBSS20210314

家庭医生签约服务是国家为加强基层医疗服务能力,以家庭医生服务团队与居民签订协议的形式,为签约居民提供连续、安全、有效、方便、适宜的综合医疗卫生服务和健康管理服务。国外起步较早,已有50多个国家和地区推行了系统的家庭医生服务^[1],全球累计家庭医生数达到50多万^[2]。我国的家庭医生签约服务尚处于初级发展阶段,同时面临人口老龄化、慢性非传染性疾病高流行、分级诊疗体系尚未建立、无序就医、居民医学素养不高、医疗资源浪费严重等现实问题。2016年4月国务院发布了《深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务》,同年,国务院医改办、国家卫生计生委、国家发展改革委等七部委联合印发《关于推进家

庭医生签约服务的指导意见》^[3]。在此大背景下,江苏省积极推进家庭医生签约服务工作,从2011年至今取得长足进展,切实为居民提供全方位、全周期的健康服务。居民的满意度和获得感评估,即居民的服务后体验评估,被视为综合评估家庭医生签约服务工作成效的内容之一,为反映签约成效,指导后续绩效评估体系建设,引领工作开展,研究居民视角下的家庭医生签约服务现状和制约发展的因素具有重要意义。本课题组以江苏省2019年家庭医生服务模式创新试点单位为研究主体,开展家庭医生签约服务综合性评价居民问卷调查,以期发现存在的问题,寻求解决方法,促进签约服务质量的提高。

基金项目:中国微循环学会项目“糖尿病并发症筛查分级诊疗及管理体系建设探索”(TW-2018P001);江苏省教育厅哲学社会科学重点研究基地基金资助(2019B02)

收稿日期:2021-01-23

作者简介:董力榕(1993—),女,江苏盐城人,硕士研究生,实习研究员,研究方向为卫生管理学、卫生经济学;郭海健(1981—),男,江苏南通人,博士,副主任医师,研究方向为卫生事业管理、流行病学与统计学,通信作者, guohjedc@163.com。

一、对象和方法

(一)研究对象

2019年9—11月,以江苏省内50家基层医疗卫生机构辖区内已签约的常住居民1 290例和未签约的常住居民1 102例作为研究对象,进行家庭医生签约服务居民知晓及评价问卷调查。

(二)研究方法

1. 调查内容

采用自行设计的《家庭医生签约服务知晓及评价问卷》,对居民进行现场调查。调查内容为:①居民的基本情况,包括性别、年龄、文化程度、居住地区、职业、医保类型、健康状况、平均月收入、一年因病支出费用、人群分类情况。②居民参与签约服务的制约因素,包括不同签约状态下,对家庭医生签约服务的了解度、所持态度、签约优惠政策了解情况、是否了解基层首诊、对基层首诊的接受度等。③已签约居民对家庭医生签约服务的总体满意度,以及是否愿意续签。

2. 抽样方法

第一步,结合江苏省各地家庭医生签约服务开展情况、经济发展水平等要素,在苏南、苏中、苏北各抽取城区、乡镇共50个基层医疗卫生机构为抽样

单位;第二步,现场随机抽取机构内部的1个家庭医生团队;第三步,从抽取的家庭医生团队所管辖居民健康档案中,以自然数为随机号,等距抽取未签约和已签约的各20名居民,两组居民中60岁以下和60岁及以上至少10名,预约居民到村卫生室(服务站)或入村到户。

3. 质量控制

调查由经过培训的调查团队进行现场无记名面对面调查,有独立填写问卷能力的居民自行完成,对存在视力或阅读障碍的居民,由调查团队逐条阅读内容告知居民,居民自行选择答案,调查员代为填写;采用结构化问卷调查系统,利用选项的自动跳转、自动纠错,确保调查问卷的完整性和有效性。

(三)统计学方法

采用基于Android系统的结构化问卷调查系统,现场采集数据,导入SPSS 23.0统计软件,对数据进行统计学分析,各变量的赋值如表1。计数资料以率或者构成比进行统计,对基本情况中平均月收入、一年因病支出两个变量采用非参数检验,其他基本情况和服务知晓情况变量进行描述性分析,组间采用 χ^2 检验。采用二分类多因素Logistic回归分析居民是否签约家庭医生的影响因素, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表1 各变量赋值情况

变量	赋值
性别	1=男,2=女
文化程度	1=小学及以下,2=初中,3=高中/中专,4=大专以上
健康状况	1=好,2=一般,3=差
是否有慢性病	1=有,2=没有
人群类别	1=一般人群,2=重点人群(65岁以上老年人、高血压患者、糖尿病患者、孕产妇、残疾人、严重精神障碍患者、肺结核患者、计生特殊家庭成员及特困人群)
平均月收入	1=<1 000元,2=1 000~3 000元,3=>3 000元
年因病支出费用	1=<500元,2=500~3 000元,3=>3 000元
过去一年是否有转诊经历	1=是,2=否
家庭医生签约服务了解度	1=完全不了解,2=一般了解,3=完全了解
是否了解签约后的优惠政策	1=是,2=否
是否了解基层首诊	1=是,2=否
对基层首诊的接受度	1=接受,2=不接受

二、结果

(一)基本情况

本次研究实际发放问卷2 397份,回收有效问卷2 392份,问卷有效回收率为99.79%。2 392例居民中,已签约1 290例居民,未签约1 102例居民;60岁以下1 180例,60岁及以上1 212例;男性892例(37.29%),女性1 500例(62.71%),已签约居民中男性比例(39.53%)高于未签约居民(34.66%);城市居民677例(28.30%),农村居民1 715例(71.70%);文

化程度方面,小学及以下910例(38.04%),初中778例(32.53%),高中/中专412例(17.22%),大专以上292例(12.21%);在医保类型上由高到低分别是,城乡居民医保[1 456例(60.87%)],城镇职工医保[840例(35.12%)],自费医疗救助等[82例(3.43%)],商业医疗保险[14例(0.58%)]。已签约居民中重点人群的比例为67.98%,明显高于未签约居民中的重点人群比例(45.28%);调查对象健康状况中,自感“好”1 426例(59.62%),“一般”789人(32.98%),“差”177例(7.40%),已签约居民中自感“一般”“差”

的比例(37.44%、9.53%)明显高于未签约居民(27.77%、4.90%)。过去一年的转诊情况调查显示,未转诊的1 880例(78.60%),有转诊经历的512例(21.40%),已签约居民中有转诊经历的比例(25.81%)高于未签约居民(16.24%)。已签约居民平均月收入为2 323.06元,过去一年已签约的居

民因看病支出的平均费用达5 655.85元;未签约的居民平均月收入为2 530.26元,过去一年,因看病支出的平均费用为3 888.80元。已签约和未签约居民在性别、文化程度、人群分类、平均月收入、一年因病支出、健康状况、是否有慢性病及过去一年转诊经历情况存在统计学差异(表2)。

表2 调查对象基本情况分析

[n(%)]

调查条目	已签约	未签约	合计	χ^2/Z 值	P值
性别				6.029	0.014
男	510(39.53)	382(34.66)	892(37.29)		
女	780(60.47)	720(65.34)	1 500(62.71)		
文化程度				24.503	<0.001
小学及以下	518(40.16)	392(35.57)	910(38.04)		
初中	444(34.42)	334(30.31)	778(32.53)		
高中/中专	203(15.74)	209(18.97)	412(17.22)		
大专以上	125(9.68)	167(15.15)	292(12.21)		
居住地区				<0.001	0.992
城市	365(28.29)	312(28.31)	677(28.30)		
农村	925(71.71)	790(71.69)	1 715(71.70)		
医保类型				6.676	0.083
城镇职工医保	455(35.27)	385(34.94)	840(35.12)		
城乡居民医保	784(60.78)	672(60.98)	1 456(60.87)		
商业医疗保险	3(0.23)	11(1.00)	14(0.58)		
自费、医疗救助等	48(0.58)	34(0.42)	82(3.43)		
人群分类				125.370	<0.001
一般人群	413(32.02)	603(54.72)	1 016(42.47)		
重点人群	877(67.98)	499(45.28)	1 376(57.53)		
平均月收入(元)	2 323.06±137.22	2 530.26±121.57	2 418.52±92.81	-3.795	<0.001
一年因病支出(元)	5 655.85±701.99	3 888.80±498.60	4 841.77±443.10	-8.873	<0.001
健康状况				54.525	<0.001
好	684(53.02)	742(67.33)	1 426(59.62)		
一般	483(37.44)	306(27.77)	789(32.98)		
差	123(9.53)	54(4.90)	177(7.40)		
是否有慢性病				55.012	<0.001
是	863(66.90)	573(52.00)	1 436(60.03)		
否	427(33.10)	529(48.00)	956(39.97)		
过去一年转诊经历				32.359	<0.001
无	957(74.19)	923(83.76)	1 880(78.60)		
有	333(25.81)	179(16.24)	512(21.40)		

(二)居民对家庭医生签约服务知晓情况

分析发现,已经签约的居民,对家庭医生签约工作了解度高于非签约居民,差异具有统计学意义。其中已签约居民中非常了解的有689例(53.41%),一般了解的有569例(44.11%),完全不了解的有32例(2.48%);未签约居民中非常了解的有224例(20.33%),一般了解的有649例(58.89%),完全不了解的有229例(20.78%)。在了解签约后的优惠政策上,已签约居民有1 210例(93.80%)了解,高于未签约居民;已签约居民中有1 187例(92.02%)了解基层首诊,高于未签约居民。在是否接受基层

首诊方面,已签约居民有1 248例(96.74%)接受,只有42例(3.26%)表示不接受,而在未签约居民中有178例(16.15%)不接受基层首诊。已签约和未签约的居民在家庭医生签约服务内容知晓情况和对基层首诊制度的接受度情况方面存在着明显差异(表3)。对已签约居民进行满意度及续签的调查评价,在1 290例已签约居民中,1 283例愿意继续签约,续签率为99.5%,对家庭医生签约服务总体满意度较好。

(三)居民是否签约家庭医生的制约因素分析

以是否签约家庭医生为因变量,对单因素分析

表3 居民对家庭医生签约服务知晓情况

调查条目	[n(%)]		χ ² 值	P值
	已签约	未签约		
了解家庭医生签约工作			378.338	<0.001
完全不了解	32(2.48)	229(20.78)		
一般了解	569(44.11)	649(58.89)		
非常了解	689(53.41)	224(20.33)		
了解签约后的优惠政策			290.134	<0.001
是	1 210(93.80)	733(66.52)		
否	80(6.20)	369(33.48)		
了解基层首诊			150.043	<0.001
是	1 187(92.02)	808(73.32)		
否	103(7.98)	294(26.68)		
基层首诊接受度			118.359	<0.001
接受	1 248(96.74)	924(83.85)		
不接受	42(3.26)	178(16.15)		

有差异的性别、文化程度、健康状况、是否有慢性疾病、平均月收入、年因病支出费用、人群类别、过去一年有无转诊经历、家庭医生签约服务了解度、是否了解签约后可享受的优惠政策、是否了解“基层首诊”、对基层首诊的接受度 12 个变量进行二分类多因素 Logistic 回归分析。结果显示,健康状况、年因病支出费用、人群类别、家庭医生签约了解度、是否了解签约后可享受的优惠政策、基层首诊接受度 6 个因素对居民是否签约家庭医生有显著影

响($P < 0.05$)。自身健康状况一般和差的居民相对于健康状况好的居民更愿意签约家庭医生,重点人群比一般人群更愿意选择签约;一年因病支出多的居民更愿意签约;相较于完全不了解家庭医生签约内容的居民,一般了解和非常了解的居民更愿意签约家庭医生;与了解签约后优惠政策的居民比较,不了解签约后优惠政策的居民签约意愿低;不接受基层首诊的居民比接受基层首诊的居民签约意愿低(表4)。

表4 居民是否签约家庭医生制约因素的多因素 Logistic 回归分析

变量	β	SE	P值	OR	95%CI
健康状况(以“好”为参照)					
一般	0.811	0.212	<0.001	2.250	1.485~3.410
差	0.455	0.211	0.031	1.576	1.043~2.383
年因病支出(元,以“< 500”为参照)					
500~3 000	0.510	0.127	<0.001	1.666	1.298~2.138
>3 000	0.345	0.126	0.006	1.412	1.102~1.808
人群类别(以“一般”为参照)					
重点	0.837	0.105	<0.001	2.309	1.881~2.834
家庭医生签约了解度(以“完全不了解”为参照)					
一般了解	2.381	0.229	<0.001	10.818	6.911~16.933
非常了解	1.142	0.105	<0.001	3.134	1.881~2.834
了解签约后的优惠政策(以“是”为参照)					
否	1.283	0.155	<0.001	0.277	0.205~0.375
基层首诊接受度(以“接受”为参照)					
不接受	0.838	0.208	<0.001	0.433	0.288~0.651

三、讨 论

本研究显示,当前江苏省居民对家庭医生签约服务了解度较好,在调查的已签约居民中,对基层首诊制的接受度为 53.93%。了解家庭医生签约内容的占比 72.68%,其中非常了解的占比 38.17%,主要情况如下。

(一)了解签约服务相关内容,有利于提高签约率
本研究发现,一般了解、非常了解签约服务内容的居民选择签约的可能性是完全不了解居民的 10.818 倍和 3.134 倍,了解签约后可享受的优惠政策的居民选择签约的可能性是不了解的 3.610 倍,接受基层首诊制的居民签约可能性是不接受居民的 2.309 倍。说明居民对签约服务内容、签约后优惠政

策的了解情况、基层首诊接受度与是否签约紧密相关^[4-6],越了解家庭医生签约内容和签约后优惠政策的居民,越愿意选择签约服务,与董婷婷等^[7]研究结果一致。因此,要充分利用社区宣传栏、电视、网络、微信等新媒体、融媒体等方式广泛宣传、解读签约服务相关政策,鼓励构建政府、媒体、基层医疗卫生机构共同参与机制,营造良好的社会氛围,促进居民理解家庭医生签约服务,提高家庭医生签约率。

(二)各类重点人群签约意愿高,一般人群有待逐步突破

茹文臣等^[8]研究发现患有慢性疾病的重点人群更愿意签约家庭医生,签约率更高。本次研究结果与上述结论相似,当居民的健康状况越差,对家庭医生签约服务以及其他社区卫生服务的需求越强烈,就更愿意签约家庭医生,同时这与李秋粟^[9]、巫蓉^[10]等的研究结果一致。本研究结果显示,自身健康状况差、一般的居民签约的可能性是健康状况好的2.250倍和1.576倍;一年因病支出500~3 000元、>3 000元的居民签约家庭医生的可能性是一年因病支出<500元居民的1.666倍和1.412倍;重点人群的签约可能性是一般人群的2.309倍。这说明老年人、高血压、糖尿病等重点人群比一般人群更愿意选择签约,自身健康状况差的人更愿意选择签约,每年因病支出较高的居民更愿意选择签约。因此,要保障重点人群签约服务,制定目标人群服务包,可将肿瘤、慢性阻塞性肺病等常见疾病纳入签约服务重点范围。当前家庭医生签约服务应以满足重点人群的服务为突破口^[11],逐步向其他有潜在需求的人群扩展,最终实现家庭医生签约服务的全人群覆盖。

(三)居民的转诊比例低,转诊机制有待加强

本次调查中21.40%的居民在一年内有过转诊经历,78.60%的居民在一年内没有向上级医院或向社区医院的转诊经历,签约居民比未签约居民有过转诊经历的高30.08%。出现该情况可能的原因是,老年人、高血压、糖尿病等重点人群签约比例较高,更容易出现转诊需求,同时也侧面反映出当前江苏省在分级诊疗制度上做出的努力有所成效^[12]。根据《国家卫生健康委办公厅关于做好2019年家庭医生签约服务工作的通知》的要求,加快签约服务系统建设和应用^[13],整合畅通基层卫生信息系统,拓展家庭医生的服务内涵,充分利用网上签约、移动支付、智能履约等手段,提高家庭医生服务效能。

(四)基层卫生资源不足,医疗服务水平有待提高

医疗技术、医生团队的服务质量、就医环境等是决定居民对医疗机构满意度高低的因素,访谈过程中发现最能吸引居民选择签约的原因是医疗服务质量。目前江苏省在基层卫生人员高级职称岗

位晋升层面已做了诸多政策支持,基层高级人才职称晋升比例也有较高水平提升^[14],但家庭医生的数量、医疗服务质量与实际需求仍存在一定差距。因此,应完善人才培养机制,让基层医疗机构的医务人员有更多的机会去大医院学习、培训,或聘请大医院专家、有经验的家庭医生到基层医疗机构提供指导^[15],提高基层医疗机构医务人员的医疗服务能力。各地可借助县域医共体建设、社区医院创建等契机进一步提升基层医疗服务能力,加强家庭医生签约服务团队建设,固化基层首诊关系,促进团队合理分工高效运作,推进签约服务有效开展。

不足之处,本次调研在随机抽样中,因基层医疗卫生机构都在推进家庭医生签约服务工作,故不能有完全空白对照,在因素分析中,对影响因素的OR值估算相对弱化。

参考文献

- [1] MANNIG G. 世界家庭医生组织对全球家庭医学的推进和发展倡议[J]. 中国全科医学,2016,19(16):1861-1862
- [2] 唐圆圆,魏晓瑶,高东平. 国外家庭医生服务模式[J]. 中国初级卫生保健,2015,29(2):9-11
- [3] 关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知[J]. 中国实用乡村医生杂志,2016,23(8):3-6
- [4] 贾薇,杜亚平,范敏华. 社区居民签约家庭医生行为的影响因素模型构建研究[J]. 中国全科医学,2019,22(1):15-19
- [5] 刘姗姗,葛敏,江萍,等. 签约居民对家庭医生签约服务的认知与利用研究[J]. 中国全科医学,2018,21(4):411-414
- [6] 张霄艳,张晓娜,杨诗雨. 家庭医生签约制度下居民签约意愿及影响因素[J]. 宜春学院学报,2019,41(9):5-9,31
- [7] 董婷婷,杨永红,冉毅,等. 重庆市巴南区慢病人群家庭医生签约服务影响因素分析[J]. 保健医学研究与实践,2020,17(2):30-34
- [8] 茹文臣,陈娟. 北京市某城区居民家庭医生签约现状及影响因素[J]. 中国公共卫生,2019,35(5):630-634
- [9] 李秋粟,赵宏亮,黄文昊,等. 徐州市城区居民家庭医生签约服务知晓情况及影响因素研究[J]. 中国全科医学,2019,22(31):3797-3804
- [10] 巫蓉,朱亚,陈家应,等. 家庭医生签约服务下社区居民就医选择的相关因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2019,19(4):286-290
- [11] 张田,苗豫东,顾建钦. 郑州市家庭医生签约服务利用现状及满意度研究[J]. 中国全科医学,2020,23(1):45-50
- [12] 高玉娇,林振平. 公立与民营医院构建医联体内医务

- 人员对双向转诊认知情况的调查与分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020, 20(4): 355-359
- [13] 刘建新, 乔岩, 甘勇, 等. 深圳市签约居民对家庭医生服务的评价及续签意愿研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(1): 40-44, 50
- [14] 王珊珊, 朱亚, 邵海亚. 江苏省基层卫生服务机构人员高级职称晋升现状与优化研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020, 20(5): 412-417
- [15] 吴丹, 黄晓光, 胡翠玲, 等. 慢性病患者家庭医生签约服务满意度影响因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020, 20(1): 71-76
- (本文编辑: 姜 鑫)

Analysis on the effectiveness and limiting factors of contracted family doctor services in Jiangsu Province

DONG Lirong¹, CAO Yang², XU Jinshui¹, ZHANG Xueyan³, GUO Haijian¹

1. Integrated Service and Management Office, Jiangsu Provincial Center for Disease Control and Prevention, Nanjing 210009;
2. Primary Health Department, Jiangsu Commission of Health, Nanjing 210008; 3. School of Medical Technology, Jiangsu Vocational College of Medicine, Yancheng 224005, China

Abstract: In recent years, some progress has been made in promoting the contracted family doctor service in Jiangsu Province, but there are still some problems such as unbalanced development and irregular management. The contracted service of family doctors from the perspective of residents is one of the performance evaluation management contents for the contracted services of primary health. Therefore, it is necessary to analyze the effectiveness of contracted family doctor services and the factors limiting development from the perspective of residents, and to provide scientific evidences for the development of contracted family doctor services in Jiangsu Province. From September to November 2019, 1 290 residents who had signed contracts and 1 102 residents who had not were selected randomly from fifty primary-level medical and health care institutions of family doctor service model in Jiangsu Province to carry out the comprehensive evaluation residents questionnaire of contracted family doctor service. Data were analyzed using multivariate logistic regression analysis. The analysis of the questionnaire results showed that health status, annual expenditure due to disease, population type, family doctors understanding of signing a contract, understanding of preferential policies after signing the contract, and acceptance of primary diagnosis had significant influence on whether residents signed up for family doctors ($P < 0.05$). It is suggested to strengthen publicity, ensure the signing service of key groups, strengthen the information construction, and improve the talent training mechanism, so as to improve the ability of primary medical service, further promote the quality and efficiency of the contracted services of family doctors.

Key words: contracted family doctor service; effectiveness analysis; limiting factor