



社区老年人家庭医生签约和服务需求状况调查

顾紫薇¹, 胡月²

1. 上海市疾病预防控制中心资产管理科, 上海 200336; 2. 南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166

摘要:通过自行设计问卷调查南京和无锡两市60岁及以上老年人家庭医生签约服务和家庭医生服务需求状况,发现存在的问题,针对性提出改进建议。结果发现,533例老年人中,签约家庭医生182例,占34.1%;未签约299例,占56.1%;不清楚是否签约52例,占9.8%。老年人家庭医生签约情况在年龄、收入水平、是否有配偶及受教育程度方面比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。要合理配置并有效利用卫生资源,加强全科医学卫生技术人才队伍建设,做好家庭医生签约服务和社区健康教育宣传,提高居民的认知深度和参与积极性,提高家庭医生签约率,促进社区健康教育,改善社区老年人健康水平。

关键词:社区;老年人;家庭医生;卫生服务;健康教育

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2021)01-083-006

doi:10.7655/NYDXBSS20210117

家庭医生能够为家庭提供全面、及时且具个性化的基本医疗保健和护理。家庭医生签约服务是当前医药卫生体制改革的重点与关键,政府连续出台多项政策。2009年,首次提出社区卫生服务的发展目标是家庭医生制度^[1],并于2011年在上海长宁区首先开始试行全科医生签约服务^[2]。之后,多项政策下发,提出完善全科医生制度^[3],扩大家庭医生签约服务^[4],突破家庭医生签约覆盖率^[5],完善家庭医生激励政策等措施^[6]。2018年,江苏省政府办公厅提出大力开展家庭医生签约服务^[7],发挥全科医生的居民健康“守门人”作用^[8]。一系列文件的出台,表明家庭医生发展之重要与紧迫。本文调查社区老年人家庭医生签约服务状况,为提升老年人对家庭医生签约服务的认知度、提升签约服务利用的实际效果提出对策与思考。

一、资料和方法

(一)资料来源

2019年1—4月,以南京和无锡两市基层社区卫生服务中心60岁以上老年人为调查对象,通过问卷调查社区老年人家庭医生签约和家庭医生

服务需求状况。共发放问卷556份,回收有效问卷533份,有效回收率为95.9%。其中男性260例(48.8%),女性273例(51.2%),平均年龄为(71.22±7.88)岁。

(二)研究方法与内容

自行设计问卷,按照分层随机抽样方法,在南京市江东门社区卫生服务中心、秦虹社区卫生服务中心、止马营社区卫生服务中心和无锡市河埭社区卫生服务中心进行调查。由调查员对前往社区卫生服务中心就诊的60岁以上老年人进行偶遇抽样,面对面询问调查,内容包括老年人的一般特征(5个条目)、身体健康状况(8个条目)、家庭医生签约服务情况(5个条目)。问卷内部一致性分析按照项目内容进行,一般特征的克朗巴哈系数 α 为0.643,身体健康状况的克朗巴哈系数 α 为0.767,家庭医生签约服务情况的克朗巴哈系数 α 为0.622,问卷信度较高。再对问卷的结构效度进行分析,除一般特征外有13个条目,对其进行因子分析,按特征根 >1 提取4个公因子(行动能力、需要他人照顾情况、自感疲劳状况、签约家庭医生情况),4个公因子可以解释总变异的62.96%,结构效度较好。

基金项目:江苏高校哲学社会科学研究项目“农村老年人健康需求的影响因素与健康管理模式研究”(2017SJB0268);南京医科大学哲学社会科学专项重点项目“‘医养融合’视野中农村老年人健康管理共治模式研究”(2017ZSZ002)

收稿日期:2020-03-17

作者简介:顾紫薇(1997—),女,江苏扬中人,本科,研究方向为公共卫生服务;胡月(1977—),女,江苏南京人,博士,副教授,研究方向为卫生管理与医疗保障制度,通信作者, huyue@njmu.edu.cn。

(三)统计学方法

调查数据采用EpiData3.1软件进行双录入核查,运用SPSS19.0、Excel软件进行数据的描述性分析,检验分析采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)老年人情况分析

1. 基本情况

533例老年人中,男260例(48.8%),女273例(51.2%);平均年龄(71.22±7.88)岁;有配偶452例(84.8%),无配偶81例(15.2%);未上学22例(4.1%),小学68例(12.8%),中学/中专326例(61.2%),大专/大学117例(21.9%);个人月均收入<2000元35例(6.6%),2000~<5000元329例(61.7%),5000~10000元152例(28.5%),>10000元17例(3.2%);医疗保障形式为城镇职工基本医疗保险401例(75.2%),城镇居民基本医疗保险56例(10.5%),新型农村合作医疗(简称新农合)52例(9.8%),商业保险13例(2.4%),自费医疗11例(2.1%)。

2. 慢性病患病情况

533例老年人中,未患慢性病114例(21.4%);不知道自己是否患有慢性病10例(1.9%);患有慢性病409例(76.7%),其中高血压181例(44.3%),糖尿病115例(28.1%),冠心病72例(17.6%),慢性支气管炎49例(12.0%),患2种及以上慢性病167例

(40.8%)。

3. 老年人择医情况

533例老年人中,对于一般性疾病,在社区卫生服务中心就医373例(70.0%),在大型医院就医153例(28.7%),7例(1.3%)选择其他就医方式。说明对于一般性疾病,社区卫生服务中心是多数老年居民的第一就医选择。

4. 老年人对基层首诊制度了解情况

533例老年人中,114例(21.4%)对基层首诊制度知晓且熟悉,262例(49.2%)听过但不熟,41例(7.7%)未听闻但感兴趣,116例(21.8%)未听闻且不感兴趣。知道基层首诊制度的376例老年人中,52例(13.8%)表示反对,其中,37例(71.2%)认为基层医疗机构医护人员水平不高,38例(73.1%)认为基层医疗机构备药不齐,20例(38.5%)认为基层医疗机构医疗设施陈旧,6例(11.5%)认为基层医疗机构环境较差,2例(3.8%)认为基层医疗机构在其他方面存在欠缺;259例(68.9%)对基层首诊制度表示认同;65例(17.3%)既不认同也不反对。老年居民对基层首诊制度知晓情况在文化程度及是否有配偶方面比较,差异有统计学意义($P<0.05$,表1),说明不同文化程度和不同配偶情况的老年人对基层首诊制度的知晓程度有差异。结果显示,文化程度越高的老年人越了解基层首诊制度;有配偶与无配偶的老年人比较,有配偶老年人对基层首诊制度更感兴趣。

表1 不同情况老年人对基层首诊制度知晓状况

一般情况	知晓且熟悉		听过但不熟		未听闻但感兴趣		未听闻且不感兴趣		χ^2 值	P值
	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)		
性别									6.749	0.080
男	62	23.8	134	51.5	19	7.3	45	17.3		
女	52	19.0	128	46.9	22	8.1	71	26.0		
年龄(岁)									11.246	0.057
60~74	88	25.4	162	46.7	24	6.9	73	21.0		
75~89	26	14.6	95	53.4	16	9.0	41	23.0		
≥90	0	0	5	62.5	1	12.5	2	25.0		
文化程度									69.842	<0.001
未上学	0	0	3	13.6	6	27.3	13	59.1		
小学	3	4.4	31	45.6	5	7.4	29	42.6		
中专/中学	79	24.2	164	50.3	23	7.1	60	18.4		
大专/大学	32	27.4	64	54.7	7	6.0	14	12.0		
配偶情况									13.530	0.004
有	106	23.5	225	49.8	31	6.9	90	19.9		
无	8	9.9	37	45.7	10	12.3	26	32.1		

(二)基层医疗机构卫生服务状况分析

533例老年人中,402例(75.4%)认为基层医疗机构需提升医务人员水平与素质,326例(61.2%)认为基层医疗机构需升级医疗设施设备,235例(44.1%)认为基层医疗机构需优化医疗环境,148例

(27.8%)认为基层医疗机构需优化康复护理服务,120例(22.5%)认为基层医疗机构需完善中医科建设,67例(12.6%)认为基层医疗机构需开设心理专科,219例(41.1%)认为基层医疗机构需加大医保报销力度,36例(6.8%)认为基层医疗机构的医疗服务

较为完善。基层医疗机构需重点提高医务人员的综合水平,升级医疗设施设备,不断提高医疗卫生服务质量,满足居民卫生服务需求。

(三)家庭医生签约状况分析

1. 家庭医生签约情况

533例老年人中,签约家庭医生182例(34.1%),其中知晓签约医生的有144例(79.1%)、不知晓的38例(20.9%),未签约家庭医生299例(56.1%),对家庭医生签约服务不清楚52例(9.8%)。老年人家庭医生签约情况在年龄、收入水平、文化程度、择医倾向、医疗费用支付方式及是否有配偶方面比较,差异有统计学意义($P < 0.05$,表2)。可见,家庭医

生签约率较低,签约情况与老年居民的年龄、配偶情况、收入、文化程度、择医情况及医疗保障形式有关。结果显示,年龄越大的老年人家庭医生签约率越低;家庭医生签约率随收入的增加而增加,但当收入增长到一定程度后,签约率反而下降;文化程度较高的老年人的家庭医生签约率较高;医疗保障越少的老年人签约率越低。

2. 老年人对家庭医生的服务需求

144例知晓家庭医生的签约老年人中,有健康咨询服务需求的107例(74.3%),有定期体格检查服务需求的108例(75.0%),有心理健康服务需求的66例(45.8%),有家庭病床/上门护理/康复护理服务

表2 不同特征老年人的家庭医生签约情况的影响因素

一般情况	已签约		未签约		不清楚是否签约		χ^2 值	P值
	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)		
性别							0.053	0.974
男	90	34.6	145	55.8	25	9.6		
女	92	33.7	154	56.4	27	9.9		
年龄(岁)							15.151	0.003
60~74	137	39.5	183	52.7	27	7.8		
75~89	44	24.7	110	61.8	24	13.5		
≥90	1	12.5	6	75.0	1	12.5		
配偶情况							10.480	0.005
有	167	36.9	242	53.5	43	9.5		
无	15	18.5	57	70.4	9	11.1		
收入情况(元)							17.873	0.007
<2 000	12	34.3	20	57.1	3	8.6		
2 000~<5 000	118	35.9	169	51.4	42	12.8		
5 000~10 000	49	32.2	96	63.2	7	4.6		
>10 000	3	17.6	14	82.4	0	0		
慢性病患病情况							4.923	0.263
患病	134	32.8	237	57.9	38	9.3		
未患病	46	40.4	56	49.1	12	10.5		
不清楚	2	20.0	6	60.0	2	3.8		
文化程度							49.471	<0.001
未上学	0	0	18	81.8	4	18.2		
小学	18	26.5	38	55.9	12	17.6		
中专/中学	133	40.8	159	48.8	34	10.4		
大专/大学	31	26.5	84	71.8	2	3.8		
择医情况							18.929	<0.001
社区卫生服务中心	147	39.4	187	50.1	39	10.5		
大型医院	33	21.6	107	69.9	13	8.5		
其他	2	28.6	5	71.4	0	0		
医疗保障形式							18.603	0.017
城镇职工基本医疗保险	143	35.7	218	54.4	40	10.0		
城镇居民基本医疗保险	12	21.4	37	66.1	7	12.5		
新农合	20	38.5	30	57.5	2	3.8		
商业保险	6	46.2	4	30.8	3	23.1		
自费医疗	1	9.1	10	90.9	0	0		

需求的118例(81.9%),有个性化健康管理服务需求的61例(42.4%),有医院转诊服务需求的73例(50.7%),有其他服务需求的6例(4.7%)。

不同慢性病患者情况的老年居民对健康咨询服

务需求和定期体格检查服务需求比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);不同年龄及是否有配偶的老年居民对心理健康服务需求比较,差异有统计学意义($P < 0.05$,表3)。

表3 不同情况签约老年人的卫生服务需求比较

[n(%)]

一般情况	例数	健康咨询	定期体格检查	心理健康	家庭病床/上门护理/康复护理	个性化服务	医院转诊	其他
性别								
男	262	53(20.2)	52(19.8)	36(13.7)	57(21.8)	27(10.3)	33(12.6)	4(1.5)
女	277	54(19.5)	56(20.2)	30(10.8)	61(22.0)	34(12.3)	40(14.4)	2(0.7)
χ^2 值		0.142	0.037	1.718	0.025	0.801	0.687	0.237
P 值		0.707	0.847	0.190	0.876	0.371	0.407	0.626
年龄(岁)								
60~74	441	88(20.0)	85(19.3)	60(13.6)	93(21.1)	48(10.9)	62(14.1)	5(1.1)
75~89	96	18(18.8)	23(24.0)	6(6.3)	24(25.0)	13(13.5)	11(11.5)	1(1.0)
≥ 90	2	1(50.0)	0(0)	0(0)	1(50.0)	0(0)	0(0)	0(0)
χ^2 值		2.230	3.319	9.525	0.744	0.914	2.875	1.564
P 值		0.427	0.182	0.004	0.824	0.813	0.173	1.000
配偶情况								
有	499	98(19.6)	101(20.2)	64(12.8)	109(21.8)	57(11.4)	64(12.8)	6(1.2)
无	40	9(22.5)	7(17.5)	2(5.0)	9(22.5)	4(10.0)	9(22.5)	0(0.0)
χ^2 值		0.011	2.283	5.337	0.759	0.786	1.964	0.621
P 值		0.915	0.131	0.021	0.383	0.375	0.161	0.431
收入(元)								
<2000	40	8(20.0)	8(20.0)	4(10.0)	9(22.5)	3(7.5)	8(20.0)	0(0.0)
2000~<5000	334	67(20.1)	69(20.7)	38(11.4)	76(22.8)	40(12.0)	42(12.6)	2(0.6)
5000~10000	157	30(19.1)	29(18.5)	24(15.3)	31(19.7)	17(10.9)	22(14.0)	4(2.5)
>10000	8	2(25.0)	2(25.0)	0(0)	2(25.0)	1(12.5)	1(12.5)	0(0)
χ^2 值		0.516	0.875	4.712	1.702	1.000	4.472	4.480
P 值		1.000	0.853	0.167	0.662	0.868	0.179	0.188
慢性病患者情况								
患病	459	92(20.0)	108(23.5)	48(10.5)	95(20.7)	52(11.3)	59(12.9)	5(1.1)
未患病	79	15(19.0)	0(0)	18(22.8)	23(29.1)	9(11.4)	13(16.5)	1(1.3)
不清楚	1	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(100.0)	0(0)
χ^2 值		13.889	115.808	3.685	4.449	3.127	1.662	1.553
P 值		<0.001	<0.001	0.100	0.100	0.174	0.415	1.000
文化程度								
小学	52	10(19.2)	10(19.2)	4(7.7)	10(19.2)	5(9.6)	8(15.4)	5(9.6)
中专/中学	386	76(19.7)	79(20.5)	48(12.4)	85(22.0)	45(11.7)	52(13.5)	1(0.3)
大专/大学	107	21(19.6)	19(17.8)	14(13.1)	23(21.5)	11(10.3)	13(12.1)	6(5.6)
χ^2 值		0.938	0.786	1.150	0.286	0.042	1.352	0.206
P 值		0.626	0.765	0.563	0.867	0.979	0.509	1.000

三、讨论

(一)家庭医生签约服务取得一定进展

本次调查结果显示,对于一般性疾病,优先选择去社区卫生服务机构诊治的老年人占70.0%,较多老年人具有基层首诊意愿;选择社区卫生服务中心就诊的老年人与选择大型医院和其他就医方式

的老年人相比,家庭医生签约率较高,反映其对社区卫生服务的信任,说明家庭医生服务取得了一定的效果,得到了老年居民的初步认可。

(二)老年人家庭医生签约率有待提高

1. 卫生服务供给水平不高

调查显示,老年人主要对社区医疗卫生机构的医务人员水平、医疗设备设施不满意,认为社区医

疗卫生机构医务人员水平不高,医疗设备设施陈旧,与二三级医院相比存在较大差距。优质的医务人员更偏向到二三级医院就业,导致基层卫生服务机构人才缺失;高精尖设备设施因财力等原因,大都集聚于三级医院,由此形成恶性循环,导致社区医疗卫生机构缺乏竞争力。此外,在用药方面,社区卫生服务机构受到限制,其药物目录与二三级医院的药物目录不同^[9]。

2. 老年居民对家庭医生认知深度较低

就公共卫生服务而言,服务对象只有知晓服务,才能了解服务,进一步接受和利用政策^[10]。研究表明,大多数老年居民仅听过基层首诊政策,对政策的认知形势良好。但是,由于缺乏细致的、针对内涵的宣传且教育水平较低,大多数老年人缺乏对政策的深入了解,怀疑甚至排斥家庭医生,对家庭医生的认知深度明显不足。

3. 固有医疗观念的束缚

居民的健康管理需求更多地与居民的文化水平、防治理念等相关。家庭医生覆盖率、签约率和家庭医生医疗服务有效供给与居民的整体素质有关^[11]。文化程度较高的居民,对政策了解更为深刻,更容易接受新政策;而受教育程度较低的居民,由于对新政策缺乏了解,容易受到别人影响,产生跟风心理。“跟风趋势”会使不签约的人影响到更多人拒绝签约。同时,家庭医生提供的医疗卫生服务由治已病向治未病转变,但大多数居民缺乏健康管理意识,仍秉持有病治病的理念。

(三)老年人不同个体特征对家庭医生签约的影响

从研究结果可以看出,年龄方面,60~74岁人群家庭医生签约率高于75~89岁和≥90岁老年人。配偶情况方面,无配偶老年人的签约率远低于有配偶老年人。年龄的增长、身边缺少配偶陪伴、缺少子女照顾导致空巢老年人逐渐忽视自我健康,影响了签约率,也从侧面凸显出空巢老年人对家庭医生服务需求的迫切性。签约老年人中,大多收入可观,多数为城镇职工基本医疗保险,并且受教育程度较高,多为中专/中学及以上学历。在现有服务内容的基础上,可按老年居民的健康需求,推行有价值的签约服务,提供多样化的签约服务包^[12],如职业人群健康管理服务包、慢性病人服务包等,实现精细化管理^[13]。

(四)不同情况老年人对家庭医生卫生服务需求差异

调查结果显示,签约老年人对社区卫生服务的需求较高,具体服务内容因人而异。患有慢性病、高龄的签约老年人对健康咨询服务和定期体格检查服务的需求较高;缺少配偶的签约老年人在家庭

病床/上门护理/康复护理这一方面的需求较高。不同情况的签约老年人对家庭医生提供的卫生服务需求各有侧重。为能有效利用有限的社区卫生服务资源,让居民得到满意的服务,应分类管理老年人群,根据人群特点提供服务,做到“基层检查,上级诊断”^[14]。

四、建 议

(一)合理配置卫生资源,提升基层卫生服务质量

各部门应不断完善政策制度设计,合理高效配置卫生资源,真正落实分级诊疗制度,将优质卫生资源下放到基层社区,为基层社区医疗卫生机构提供硬件设备支撑。同时,不断完善医疗联合体模式构建,实现大型医院与基层卫生机构间的资源信息共享,提升基层医疗卫生质量和水平。

(二)加强全科医学人才建设,完善家庭医生队伍结构

实施家庭医生式服务的关键是要有一支业务水平高且人员数量充足的社区卫生服务团队^[15]。据统计,我国现有约30万全科医生,距离实现到2030年城乡每万名居民拥有5名合格全科医生^[16]的目标还有约40万全科医生的缺口。因此,政府应发挥核心主导作用,建设规划全科医生团队,进行转岗培训,培训时长不少于一年,内容包括全科医学基本理论知识、临床综合诊疗、基层医疗卫生实践和全科临床思维训练,并组织理论和实践技能考核,保证优质的全科医生来源^[17]。同时,各个社区的全科医生可进行调转,以促进优质人才资源的流动,探索“请进来,走出去”等多种培养模式^[18],使家庭医生人才队伍结构不断完善。

(三)加强家庭医生服务宣传,提高老年人认知深度

社区要加大对卫生服务的内涵宣传,对优秀家庭医生团队的宣传,合理利用传统媒体和新型媒体,多管齐下,扩宽宣传面,营造理解和支持的舆论氛围,引导居民正确认识家庭医生,认同家庭医生制度,使居民的签约率得到提高。根据调查可知,一些已签约的老年居民不知道自己签约医生的基本信息,甚至部分老年居民不清楚自己是否签约家庭医生。为了使居民了解所在地的签约服务政策,应建立家庭医生及相关政策文件的信息公示平台,方便居民充分了解各方面信息后与家庭医生进行签约。在签订协议时,应明确告知协议中的各项条款,包括服务内容、服务费用、签约周期、签约的优势以及双方责任义务等条款^[19]。

(四)充实家庭医生签约服务项目,满足多样化服务需求

根据研究结果,签约人群中,老年人的健康状

况存在差异。因此,家庭医生服务应针对居民健康需求,量体裁衣,在形式与内容的设计上,体现出家庭医生服务的功能特点和特异性。可以不同健康状况的人群健康需求为导向,将人群分类,根据人群特点提供特定的卫生服务。同时,加强医疗联合体模式的构建,促进大型医院与基层卫生机构间的信息交流与沟通,实现资源信息共享,以完善双向转诊工作,保证医疗服务质量。此外,推进中医药服务进家庭,开展中医治未病活动,充分发挥中医康复队伍的特点,应用社区中医药适宜技术,满足居民多样化需求^[20]。

参考文献

- [1] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[R]. 北京:国务院办公厅,2009
- [2] 国务院关于建立全科医生制度的指导意见[R]. 北京:国务院办公厅,2011
- [3] 全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020年)[R]. 北京:国务院办公厅,2015
- [4] 深化医药卫生体制改革2016年重点工作任务[R]. 北京:国务院办公厅,2016
- [5] 关于推进家庭医生签约服务的指导意见[R]. 北京:国务院医改办等七部委,2016
- [6] 关于做好2018年家庭医生签约服务工作的通知[R]. 北京:国家卫生健康委员会办公厅,2018
- [7] 省府办公厅关于印发江苏省深化医药卫生体制改革规划(2018-2020年)的通知[R]. 江苏:江苏省人民政府办公厅,2018
- [8] 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
- [9] VAN DER HEIDE I, SNOEIJIS S P, BOERMA W, et al. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe [J]. Health Policy, 2004, 68(3): 353-357
- [10] 李青. 国内政策宣传研究的可视化分析[J]. 中小企业管理与科技, 2018(5): 113-116
- [11] 刘洪霞. 上海市家庭医生医疗服务的供给研究[D]. 上海:上海师范大学,2015
- [12] 王良晨,葛敏,江萍,等. 社区居民对家庭医生签约服务的认知与意愿研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(4): 401-406
- [13] 石亚丽,李宁燕,赵建功,等. 北京市西城区居民对家庭医生式服务的需求情况调查[J]. 中国社会医学杂志, 2017, 34(4): 372-375
- [14] 韩焱,杜雪平,董建琴. 家庭医生式服务签约老年人的社区卫生服务需求调查[J]. 中国全科医学, 2017, 20(31): 3929-3932
- [15] DOHERTY S, MCNAMEE L. General practitioner knowledge, skills and attitudes to eating disorders [J]. BMC Proc, 2015, 9(1): A33
- [16] 关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见[R]. 北京:国务院办公厅,2018
- [17] 关于印发全科医生转岗培训大纲(2019年修订版)的通知[R]. 北京:国家卫生健康委办公厅,2019
- [18] 李丹. 北京市“家庭医生式服务”签约家庭的服务需求、利用及满意度评价[J]. 继续医学教育, 2018, 32(4): 165-167
- [19] 龚静. 我国家庭医生签约服务模式研究[D]. 合肥:安徽医科大学,2018
- [20] 彭国强,吴伟,黄杰,等. 开展家庭医生式社区健康管理主路径探索[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(3): 27-28

(本文编辑:姜鑫)

Investigation on the signing of family doctors and service demand among the elderly in community

GU Ziwei¹, HU Yue²

1. Asset Management Section, Shanghai Municipal Center for Disease Control & Prevention, Shanghai 200336; 2. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: The study aimed to analyze the signing of family doctors and health service demand of the elderly over 60 years old in community in Nanjing and Wuxi, and to find out the existing problems and propose targeted improvement suggestions. Results showed that among the 533 elderly people, 182(34.1%) signed family doctors, 299(56.1%) did not sign family doctors, and 52(9.8%) did not know whether to sign family doctors. There were significant differences in the signing of elderly family doctors in terms of age, income level, spouse and education level of the elderly family doctors ($P < 0.05$). It is necessary to rationally allocate health resources, strengthen the construction of general medical talents, strengthen family doctors signing services and community health education publicity, improve residents' cognitive depth and participation enthusiasm, improve the signing rate of family doctors, promote community health education, and improve the health level of the elderly in the community.

Key words: community; the elderly; family doctor; health service; health education