

# 我国家庭医生签约服务利用现状及影响因素分析

## ——基于全国 31 个省市的调查

邓余华\* 王超 甘勇 卢祖洵

华中科技大学同济医学院公共卫生学院 湖北武汉 430030

**【摘要】**目的:分析我国家庭医生签约服务利用现状及其影响因素。方法:对我国 31 个省(自治区、直辖市)的社区居民进行问卷调查,运用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析,采用 Logistic 回归模型探讨家庭医生签约服务利用现状的影响因素。结果及结论:居民对家庭医生签约服务的利用率偏低,不同特征人群利用签约服务的水平有差异。年龄、性别、户籍、文化程度、经济状况、卫生服务可及性是影响居民利用签约服务的重要因素;家庭医生签约服务利用情况的影响因素存在城乡差异,城市居民的签约服务利用情况更易受到地区因素的影响,而农村居民的签约服务利用情况更易受就业因素的影响。建议各地结合自身情况,完善家庭医生签约服务的政策设计,改善基层医疗卫生服务可及性,重点关注低收入人群和流动人口的签约服务,提高签约服务利用水平,推行有价值的家庭医生签约服务。

**【关键词】**家庭医生签约服务;利用;影响因素

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.09.008

### The current status of family doctors' contracting service utilization and its influencing factors: Based on a survey of 31 provinces and cities in China

DENG Yu-hua, WANG Chao, GAN Yong, LU Zu-xun

School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China

**【Abstract】** Objective: To analyze the current status and influencing factors of family doctors' contracting services utilization among community residents in China. Methods: A questionnaire survey was conducted among community residents in 31 provinces (Autonomous regions and Municipalities directly under the Central Government) in China, SPSS 25.0 statistical software was used for data analysis, and Logistic regression model was used to explore the factors affecting the utilization status of family doctors' contracting services. Results and conclusions: The results showed a relatively low utilization rate of family doctors, and the contracting services utilization level varies with different groups or individuals' characteristics. Age, gender, household registration, educational level, economic status, and access to health services are important factors that affect residents' use of contracting services. The factors affecting the use of contracting services by family doctors showed significant differences between urban and rural areas, and urban residents' use of contracting service was more vulnerable to regions, while rural residents' use of contracting services was more susceptible to employment factors. It is suggested that each region should combine its situation, improve the policy design of family doctor contracting services and the accessibility of primary healthcare services, focus on contracting services for low-income groups and floating population, and promote valuable families doctor contracting service.

**【Key words】** Family doctor contracting service; Utilization; Influencing factors

\* 基金项目:国家社科基金重点项目(18ZDA085)

作者简介:邓余华(1995 年—),女,硕士研究生,主要研究方向为医药卫生方针政策与法律法规研究。E-mail:18840816473@163.com

通讯作者:卢祖洵。E-mail: zuxunlu@yahoo.com

## 1 引言

转变基层医疗卫生服务模式,实行家庭医生签约服务,强化基层医疗卫生服务网络功能,是深化医药卫生体制改革的重要任务,也是新形势下更好维护人民群众健康的重要途径。自2016年全面推行家庭医生签约服务以来,各地家庭医生签约服务率稳步提升,家庭医生服务内容和管理制度逐渐完善,但也出现了一些问题,如:在家庭医生签约服务实施中,存在签而不约、服务不到位<sup>[1]</sup>,居民对家庭医生签约服务的认可度和信任度不高<sup>[2]</sup>等现象。2018年,国家卫生健康委员会和国家中医药管理局联合印发《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》(国卫基层发[2018]35号),将家庭医生签约服务工作提高到一个新的层次,该意见不再强调提高“签约服务覆盖率”,而是提出在稳定签约数量、巩固覆盖面的基础上,把工作重点向“提质增效”的方向转变。

纵观家庭医生签约服务的相关文献可以发现,既往研究多侧重于对家庭医生签约服务模式的探讨<sup>[3-5]</sup>,或从家庭医生签约服务的覆盖率、居民的签约意愿及其满意度等<sup>[6,7]</sup>方面来阐述家庭医生签约服务的实施现状,而基于签约居民利用家庭医生服务的视角开展的研究较少。相对于签约,有效的履约(即居民真实地获得签约家庭医生的服务)才是家庭医生签约服务的最终目标,也是维护和促进居民健康的重要保障。因此,从居民利用签约服务的角度研究家庭医生制度的实施现状及其影响因素对持续深入地推进家庭医生签约服务工作、充分发挥家庭医生签约服务的作用具有重要意义。

基于上述背景,本研究根据全国31个省(自治区、直辖市,不含港澳台)收集的160 282例已签约居民的调查数据,分析我国家庭医生签约服务全面推行以来居民利用家庭医生签约服务的情况,并在此基础上,采用二元 Logistic 回归模型,探讨影响签约居民利用家庭医生服务的因素,旨在为完善我国家庭医生签约服务提供理论指导,也为推进我国分级医疗制度提供实证依据。

## 2 资料与方法

### 2.1 数据来源

本研究在文献分析和专家咨询的基础上自行设计调查问卷,问卷内容主要包括:研究对象的人口学特征、社会经济状况、健康水平、卫生服务可及性以

及家庭医生签约服务的利用情况。2018年12月—2019年2月,课题组采用多阶段分层随机抽样设计,对我国31个省(自治区、直辖市)的社区居民进行线上问卷调查。具体的抽样过程为:(1)按照区域分布,将我国划分为东、中、西部三个地区;(2)在各地社区卫生协会的协助下,结合各省(自治区、直辖市)的人口数量和基层卫生服务开展情况,在每个省(自治区、直辖市)随机抽取10家社区和10个乡镇;(3)根据居委会和当地人口统计局提供的信息,从每个社区或乡镇已签约居民中随机抽取40%的居民(在该地区连续居住半年及以上)进行调查。本次调查共发放174 500份问卷,最终收回160 282份有效问卷,有效回收率为93.3%。将问卷星后台收集到的数据导入Excel中,整理并形成样本库,运用SPSS 25.0统计软件进行数据分析,采用二分类 Logistic 回归模型探讨家庭医生签约服务利用现状的影响因素,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2.2 变量选择

结合家庭医生签约服务的相关理论与实践研究发现,签约居民是否利用家庭医生签约服务可能受人口学特征、经济状况、卫生服务可及性<sup>[6,7]</sup>等因素的影响。因此,本研究在家庭医生签约服务利用情况的多因素分析中,以居民年龄、性别、长期居住地、户籍、文化程度、婚姻状况、就业状况、经济状况、自评健康状况、是否患有慢性病、有无医保、卫生服务可及性作为自变量。其中,婚姻状况归为两类:单身(未婚、离异、丧偶)和已婚;就业情况分为两类:有工作和无工作;经济状况通过家庭人均年收入来测量并分组:较差组(年收入10 000元以下)、中等组(年收入10 000~70 000元)、较好组(年收入70 000元以上);户籍身份分两类:本地户籍和非本地户籍;卫生服务可及性包括到最近的医疗点所需时间在15分钟以内和15分钟以上;以居民是否利用家庭医生签约服务为因变量,即按居民意愿签约后,在协议期内,居民是否真实地接受或主动利用过签约家庭医生提供的基本医疗、公共卫生、转诊等特定或约定的健康管理服务(0=未利用,1=利用)。

## 3 结果

### 3.1 研究对象的基本情况

本研究共纳入160 282例调查对象,其中,男性74 792例(46.7%),女性85 490例(53.3%)。调查

对象的平均年龄为 32.02 ± 13.98 岁,其中 19 ~ 59 岁占比最高,超过 80%;接受调查的居民以东部地区为主,占 58.8%,有 60.1%的居民长期居住在城市;半数以上居民(52.4%)文化程度为大学本科及以上;49.0%的居民有工作;且绝大多数居民(91.3%)享有医疗保险;经济状况一般的居民占比最多(54.5%)。从健康状况来看,有 56.9%的人健康状况较好;48.1%的居民从家步行到最近的医疗点花费时间在 15 分钟以内(表 1)。

表 1 调查对象基本情况

变量	例数(n)	构成比(%)
年龄(岁)		
0 ~	14 884	9.3
19 ~	86 414	53.9
35 ~	50 725	31.6
60 ~	8 259	5.2
性别		
男	74 792	46.7
女	85 490	53.3
地区		
东部	94 188	58.8
中部	33 211	20.7
西部	32 883	20.5
长期居住地		
城市	96 392	60.1
农村	63 890	39.9
户籍		
非本地	52 931	33.0
本地	107 351	67.0
文化程度		
初中以下	24 904	15.5
高中/大专	51 399	32.1
本科及以上	83 979	52.4
婚姻状况		
单身	95 344	59.5
已婚	64 938	40.5
就业情况		
无工作	81 780	51.0
有工作	78 502	49.0
有无医保		
无	13 967	8.7
有	146 315	91.3
经济状况		
较好	37 879	23.6
一般	87 388	54.5
较差	35 015	21.8
自评健康状况		
较好	91 243	56.9
一般	60 264	37.6
较差	8 775	5.5
有无慢病		
无	136 436	85.1
有	23 846	14.9
卫生服务可及性(分钟)		
≤15	77 115	48.1
>15	83 167	51.9
是否利用		
否	149 271	93.1
是	11 011	6.9

### 3.2 家庭医生签约服务的利用情况

调查结果显示,我国家庭医生签约服务利用率为 6.9%。从区域分布来看,东部和中部地区服务利用率较高,西部地区服务利用率最低,为 6.5%;从各地区来看,有 14 个省(自治区、直辖市)的签约服务利用率高于全国水平,其中,北京市和天津市的签约服务利用率最高,分别为 13.5% 和 12.6%,而陕西省最低,仅为 4.8%;从城乡分布来看,城市利用率(6.9%)稍高于农村(6.8%),但在山东、福建、浙江等 18 个省(自治区、直辖市),农村签约服务利用率高于城市,其中天津市城乡家庭医生签约服务利用率差距最大,为 4.9%,广东省差距最小,为 0.2%(表 2)。

表 2 各地家庭医生签约服务的利用情况(%)

地区	省份	总利用率	城市利用率	农村利用率	
东部	北京	13.5	14.1	9.5	
	天津	12.6	13.8	8.9	
	上海	7.9	8.4	5.1	
	福建	8.0	7.8	8.2	
	广东	5.9	5.9	5.7	
	山东	9.2	8.5	10.7	
	辽宁	6.3	6.4	6.1	
	海南	5.8	5.7	5.9	
	浙江	7.7	7.4	8.2	
	江苏	5.6	5.7	5.4	
	河北	8.8	9.7	7.1	
	小计	6.8	7.2	6.4	
	中部	安徽	7.4	7.1	8.0
		河南	6.5	5.3	7.8
黑龙江		6.5	6.7	5.6	
山西		8.9	8.8	9.3	
湖北		6.0	6.4	5.2	
湖南		6.6	6.0	7.6	
吉林		7.0	7.6	5.5	
江西		5.9	5.7	6.1	
小计		6.9	6.7	7.3	
西部		内蒙古	7.8	8.3	6.5
	宁夏	9.7	9.2	11.0	
	青海	6.8	6.5	7.6	
	陕西	4.8	4.6	5.2	
	广西	6.3	5.8	6.7	
	贵州	6.6	4.7	8.2	
	四川	5.6	5.7	5.4	
	甘肃	7.6	6.7	9.0	
	西藏	5.7	7.9	3.8	
	新疆	5.4	5.2	5.9	
	云南	10.0	9.1	10.8	
重庆	6.6	7.4	4.9		
小计	6.5	7.3	6.9		
总计		6.9	6.9	6.8	

### 3.3 家庭医生签约服务利用情况的影响因素分析

根据人口特征进一步分析已签约居民利用家庭医生签约服务的影响因素,分析结果见表3。本研究以是否利用过家庭医生签约服务为因变量,以居民的年龄、性别、长期居住地、户籍、文化程度、婚姻状况、就业情况、经济状况、自评健康状况、是否患有慢性病、有无医保、卫生服务可及性为自变量,并分别对全样本、城市样本、农村样本进行 Logistic 逐步回归分析,纳入排除标准为( $\alpha_{入} = 0.05, \alpha_{出} = 0.10$ )。

从全样本角度来看,性别、文化程度、长期居住地、户籍、就业状况及卫生服务可及性对居民是否利用家庭医生签约服务具有显著影响( $P < 0.05$ ),表现为文化程度越低、卫生服务可及性越好、长期居住地为农村、本地户籍、无工作以及男性居民更倾向于利用家庭医生签约服务。除上述因素外,居民的年龄、经济状况以及自评健康状况与家庭医生签约服务利用情况显著相关( $P < 0.05$ ),表现为年龄越大、经济状况及自评健康状况越好的居民利用签约服务的水平越高(表3)。

表3 居民利用家庭医生签约服务的影响因素

变量(参照组)	利用率(%)	$\beta$	S. E.	Waldc2	P	OR	95% CI
年龄(岁,0~)	5.8			55.790	<0.001		
19~	6.3	0.267	0.041	41.745	<0.001	1.305	(1.204,1.415)
35~	6.9	0.229	0.049	21.925	<0.001	1.258	(1.143,1.385)
60~	7.2	0.428	0.069	37.985	<0.001	1.534	(1.339,1.758)
性别(男)	7.8						
女	6.1	-0.418	0.022	375.363	<0.001	0.658	(0.631,0.687)
长期居住地(城市)	6.9						
农村	6.8	0.287	0.024	146.957	<0.001	1.333	(1.272,1.396)
户籍(非本地)	5.3						
本地	7.7	0.274	0.025	120.571	<0.001	1.315	(1.252,1.381)
文化程度(初中以下)	7.2			158.709	<0.001		
高中/大专	6.7	-0.358	0.037	91.646	<0.001	0.699	(0.650,0.752)
本科及以上	6.1	-0.460	0.037	158.502	<0.001	0.631	(0.587,0.678)
就业情况(无工作)	7.1						
有工作	6.6	-0.081	0.026	9.820	0.002	0.922	(0.876,0.970)
经济状况(较好)	10.3			655.639	<0.001		
一般	5.8	-0.680	0.027	653.773	<0.001	0.507	(0.481,0.534)
较差	5.8	-0.558	0.036	242.356	<0.001	0.572	(0.533,0.614)
自评健康状况(较好)	7.9			15.921	<0.001		
一般	5.6	-0.093	0.025	13.743	<0.001	0.911	(0.867,0.957)
较差	4.9	0.036	0.059	0.375	0.540	1.037	(0.924,1.163)
卫生服务可及性(分钟,≤15)	8.6						
>15	5.2	-0.344	0.022	246.421	<0.001	0.709	(0.678,0.740)
常量		-10.316	1.002	105.957	<0.001		

通过对城市和农村样本进行分层分析,进一步探讨城乡居民利用家庭医生签约服务的主要影响因素。由表4可以看出,城乡居民利用家庭医生签约服务的情况均受到年龄、性别、户籍、文化程度、经济状况和卫生服务可及性的影响( $P < 0.05$ ),家庭医生签约服务利用水平随年龄的增长而显著上升,男性

对家庭医生签约服务的利用率高于女性,本地户籍比非本地户籍居民的家庭医生签约服务利用状况要好,文化程度对签约服务利用状况有正向影响,经济状况较好和经济状况一般居民的服务利用情况没有差异,只有经济状况较差居民的服务利用水平明显低于其他组。这说明,经济因素对家庭医生签约服

务利用的弱化作用主要体现在经济情况较差的群体中。此外,步行到最近医疗机构所需时间在 15 分钟以上的居民利用家庭医生签约服务的水平普遍较低。从不同地区来看,东、中、西部地区农村居民的签约服务利用水平差异较小,表现出高度一致性与稳定性;而不同地区的城市居民对家庭医生签约服

务的利用率相差较大,表现为东部地区高于中部和西部;此外,就业情况对农村居民是否利用家庭医生签约服务有重要影响,表现为无工作的农村居民利用水平明显高于有工作的居民,而对城市居民则无显著影响。

表 4 城市和农村居民利用家庭医生签约服务的影响因素

变量(参照组)	城市				农村			
	$\beta$	<i>P</i>	OR	95% CI	$\beta$	<i>P</i>	OR	95% CI
年龄(岁,0~)		<0.001				<0.001		
19~	0.243	<0.001	1.275	(1.147,1.416)	0.290	<0.001	1.336	(1.177,1.516)
35~	0.124	0.051	1.132	(0.999,1.282)	0.386	<0.001	1.470	(1.264,1.711)
60~	0.450	<0.001	1.568	(1.317,1.867)	0.386	0.001	1.471	(1.183,1.830)
性别(男)								
女	-0.429	<0.001	0.651	(0.617,0.688)	-0.396	<0.001	0.673	(0.629,0.721)
地区(东部)		<0.001				0.165		
中部	-0.086	0.013	0.917	(0.857,0.982)	0.052	0.251	1.053	(0.964,1.150)
西部	-0.133	<0.001	0.875	(0.816,0.939)	0.076	0.077	1.079	(0.992,1.174)
户籍(非本地)								
本地	0.357	<0.001	1.429	(1.345,1.517)	0.112	0.010	1.119	(1.027,1.219)
文化程度(初中以下)		<0.001				<0.001		
高中/大专	-0.510	<0.001	0.601	(0.542,0.666)	-0.175	<0.001	0.839	(0.753,0.935)
本科及以上	-0.605	<0.001	0.546	(0.495,0.603)	-0.293	<0.001	0.746	(0.669,0.832)
就业情况(无工作)								
有工作	-0.033	0.328	0.967	(0.905,1.034)	-0.142	<0.001	0.868	(0.801,0.940)
经济状况(较好)		<0.001				<0.001		
一般	-0.710	<0.001	0.492	(0.461,0.524)	-0.567	<0.001	0.567	(0.516,0.623)
较差	-0.548	<0.001	0.578	(0.526,0.636)	-0.484	<0.001	0.616	(0.551,0.689)
卫生服务可及性(分钟,≤15)								
>15	-0.276	<0.001	0.759	(0.718,0.802)	-0.442	<0.001	0.642	(0.600,0.688)
常量	-20.497	0.929			-9.582	<0.001		

## 4 讨论

居民真实地获得签约服务是保障家庭医生签约服务实施效果的关键,也是影响居民医疗卫生服务和医疗卫生资源利用度的重要因素,对维护和促进居民健康发挥着重要作用。本文依托全国性大样本调查数据,深入研究我国家庭医生签约服务的利用现状,探讨影响签约居民利用家庭医生签约服务的因素,为我国持续推进和落实家庭医生签约服务工作提供参考依据。本文通过实证分析,得出以下几点结论。

### 4.1 家庭医生签约服务利用率偏低,不同人群之间存在差异

在本次被调查的 160 282 例居民中,利用过家庭医生签约服务的有 11 059 人,仅占 6.9%。原国家卫生计生委所报道的签约率数据显示:截至 2017 年 11 月底,我国家庭医生服务的签约率为 35.0%。<sup>[8]</sup>吴丹等通过对南京市签约居民家庭医生服务资源利用状况进行调查发现,仅有近 1/3 的签约居民有效利用了家庭医生服务资源<sup>[9]</sup>;徐高杰<sup>[10]</sup>、王君妹<sup>[11]</sup>等在家庭医生签约服务利用现状调查中发现签约居民多以被动形式接受家庭医生签约服务,大部分签约居

民处于“签而不约”的状态。说明目前家庭医生签约服务的利用情况不容乐观。进一步分析发现,年龄、性别、长期居住地、文化程度等个人因素对签约居民是否利用家庭医生签约服务有显著影响。就年龄而言,老年群体利用水平更高,一方面,由于老年群体是家庭医生签约服务的重点人群,各地区采取多种措施鼓励老年群体接受家庭医生签约服务;另一方面,随着年龄的增长,居民的健康水平逐渐降低,对医疗卫生服务的需求更加强烈。<sup>[12]</sup>从性别来看,男性居民利用签约服务的状况较女性好,这可能与男性更关注政策新闻有关<sup>[13]</sup>,对卫生政策的关注越多,对政策利好的认知度越高,有助于提高家庭医生签约服务利用水平。在家庭医生签约服务情况的影响因素中,教育一直是备受关注的变量,本研究也显示了教育对居民利用家庭医生签约服务的影响,表现为学历越高的居民签约服务利用的水平越低。根据王良晨等<sup>[14]</sup>人的研究,高学历居民对自身健康更加重视,加上对基层医疗的信任程度不够,导致其更倾向于去大医院就诊。

#### 4.2 经济状况和户籍因素显著影响居民对家庭医生签约服务的利用率

研究结果显示,经济状况与签约服务利用水平成正向关系。即经济状况较差的居民对家庭医生签约服务的利用率较低。这与既往研究得出的结果不符<sup>[15-17]</sup>,原因可能为:一是本研究中以家庭人均年收入来反映其经济状况与其它研究中以个人人均月收入来反映其经济情况所得出的结果可能存在一定偏差;二是经济状况较差的人群受经济条件、就医观念(“小病扛、大病拖”)等制约,对自身健康不够重视,加上其所在地区可能尚未对家庭医生签约服务的政策优惠进行解释宣传,居民缺乏参与签约服务的激励机制,导致经济状况较差的居民利用水平偏低。此外,研究结果显示,本地户籍居民对签约服务的利用率高于非本地户籍居民。岳经纶等通过定性调查发现,流动人口利用与接受医疗卫生服务的意识相对薄弱,同时为了增加工作机会、降低时间成本而不愿轻易到医疗机构就诊<sup>[18]</sup>,由此造成该人群卫生服务利用率偏低。这提示我们需要重点关注低收入人群和流动人口的家庭医生签约服务利用问题,做好政策宣传工作并为其提供家庭医生签约服务的优惠条件,鼓励其利用家庭医生签约服务。

#### 4.3 居民利用家庭医生签约服务的行为易受卫生服务可及性的影响

从家步行到最近医疗机构的距离或到达医疗机构所需要的时间是研究基本医疗卫生服务可及性的常用指标,它反映了居民获得医疗服务的方便程度。<sup>[19]</sup>研究结果显示,从家步行到最近医疗机构所需时间大于15分钟的居民利用家庭医生签约服务的水平更低。仇雨临等人的研究表明,医疗机构距离较远是导致医疗服务不可及的重要原因,即空间不可及限制了医疗服务可及性。<sup>[20]</sup>一方面,就医距离较远,所需的时间成本和交通费用增加,居民利用和接受其服务的便捷性降低<sup>[21]</sup>,利用服务的水平也越低;另一方面,距离社区卫生服务机构越远,居民与社区卫生机构医务人员的接触机会越少,不易建立良好的医患关系<sup>[22]</sup>,也不利于家庭医生签约服务的宣传和推广。

#### 4.4 城市居民对家庭医生服务利用度弱于农村居民,影响因素既有共性亦有差异

回归分析结果显示,家庭医生签约服务的利用情况存在城乡差异,表现为城市居民对家庭医生签约服务的利用程度弱于农村居民。进一步分析发现,影响城乡居民利用家庭医生签约服务的因素既有共性,亦有差别。共性在于城乡居民利用家庭医生签约服务的行为均受到年龄、性别、户籍、文化程度、家庭经济状况及卫生服务可及性的影响;而差别表现为:(1)地区差异对城市居民是否利用家庭医生签约服务有显著影响,东部地区城市居民的签约服务利用情况较中西部地区更好,而对农村居民是否利用签约服务的影响在模型中并不显著,这一现象背后的原因有待我们进一步深入探讨;(2)就业情况对农村居民的家庭医生签约服务利用情况有重要影响,表现为无工作的农村居民利用家庭医生签约服务的情况好于有工作的居民,而就业情况对城市居民无显著影响,这可能是由于农村地区经济相对落后,外出务工求学以青壮年为主,而留守居民大多为儿童、老年人等家庭医生签约服务的重点人群。

### 5 建议

#### 5.1 满足不同特征居民的差异性需求,提升家庭医生签约服务的利用率

调查结果显示,签约居民中利用家庭医生签约服务的居民主要集中在老年人群,其他特征居民对

家庭医生签约服务利用率相对较低。供给与需求不匹配可能是造成这种现象的主要原因之一。我国的家庭医生签约服务将老年人、慢性病患者等纳入重点人群,而其他健康人群的签约服务内容并没有具体说明。随着社会的进步与医疗卫生事业的发展,公众对卫生服务的需求也开始从“疾病需求”向“健康需求”转变,不仅要“治好病”,而且要求保持良好的健康状态。由于不同性别、年龄、文化程度居民的医疗服务需求具有差异性,“一刀切”式的家庭医生签约服务利用项目不能满足居民的需要。因此,为了提高签约服务的利用率,提升家庭医生签约服务的有效性,应在现有签约服务内容的基础上,进一步细化居民群体,积极挖掘和开发年轻人群及健康人群的服务需求,有针对性地提供满足不同层次医疗需求的个性化签约服务。

## 5.2 关注低收入人群与流动人口的家庭医生签约服务,提高其利用水平

对于经济状况较差的居民,基层卫生服务机构可根据居民经济条件,为其选择适宜的家庭医生签约服务项目,保障其享受基本医疗卫生服务;也可将家庭医生签约服务与医保制度相结合,增加基层医药费用报销比例或通过地方政府提供适当补贴提高低收入人群利用家庭医生签约服务的能力。对于流动人口,考虑到其工作和居住地不稳定,利用与接受服务的意识相对薄弱,且追踪困难、管理难度大等特点,首先,应通过开展多种形式的健康教育活动,提高流动人口健康意识,鼓励流动人口签约家庭医生并积极利用家庭医生签约服务;其次,家庭医生可在社区工作人员的协助下,确定本社区的外来人员情况,以老年人为签约重点,将其纳入流动人口家庭医生签约档案系统,并通过实行一人签约、全家共享的家庭医生签约模式,使外来人口在异地能享受到与本地人口同等水平的医疗卫生服务;对于离开本地区的外来人员,家庭医生可以将其所掌握的基础医疗信息通过健康管理平台移交到其原籍或新的居住地,保障该人群的卫生服务需求,从而提高其家庭医生签约服务利用水平。

## 5.3 增强卫生服务可及性,提高居民主动利用家庭医生签约服务的意愿

对于距离卫生服务机构较远的居民,基层卫生服务机构可安排卫生人员定期到社区坐诊、巡诊,为居民提供更便捷的诊疗服务,提高居民卫生服务的

可及性。其次,各地可结合自身情况,完善“15 分钟健康服务圈”,在综合考虑服务人口数量、人口聚居程度、服务半径等因素的基础上,对社区卫生服务中心或乡镇卫生院进行标准化建设。在社区卫生服务中心覆盖不到的区域,可设置社区卫生服务站或村卫生室,并建立覆盖城乡的社区卫生服务中心(乡镇卫生院)与社区卫生服务站(村卫生室)一体化管理服务网络<sup>[23]</sup>,提高医疗卫生服务可及性和居民利用家庭医生签约服务水平。此外,可探索“互联网+家庭医生签约服务”诊疗模式,通过互联网传输技术,建立家庭医生和签约居民之间的联系,是打破医生与患者之间空间隔阂、提升家庭医生签约服务水平的重要途径。

## 5.4 引导城市居民利用签约服务,提高其对家庭医生的认可度

为提高城市居民签约服务利用水平,应创新宣传形式,加强家庭医生首诊的宣传力度,引导广大群众与家庭医生之间建立相互信任的关系,使其转变原有就医理念,享受家庭医生签约服务带来的便捷性和可靠性;同时,应加强社区卫生服务机构的能力建设,完善基本设备设施,丰富服务内容、细化服务流程,并配合各项卫生政策,如城市医联体建设、医保报销差异化策略、互联网医疗服务等,更有效地引导城市居民利用家庭医生签约服务。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 董杰昌, 张斯民, 杨辉, 等. 北京市顺义区家庭医生签约服务现状分析与对策思考[J]. 中国医疗管理科学, 2019, 9(1): 5-9.
- [3] 魏威, 张尚武, 熊巨洋. 我国构建家庭医疗签约服务制度的机制探讨[J]. 中国全科医学, 2016, 19(10): 1129-1132.
- [4] 李莓. 家庭医生式服务运行机制现状及对策研究[J]. 中国卫生事业管理, 2015, 32(4): 253-254.
- [5] 葛敏, 江萍, 赵晓鸣, 等. 上海市长宁区构建区域医疗联合体的制度设计[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(12): 12-18.
- [6] 苗艳青. 卫生资源可及性与农民的健康问题: 来自中国农村的经验分析[J]. 中国人口科学, 2008(3): 47-55.

- [7] 任明辉, 郭岩. 中国西部农村卫生服务可及性综合评价研究[J]. 中国医院管理, 2008(4): 21-22.
- [8] 张霄艳, 张晓娜, 方鹏骞. 我国家庭医生签约率的 meta 分析[J]. 中国卫生统计, 2019, 36(2): 255-257.
- [9] 吴丹, 黄晓光. 南京市签约居民家庭医生服务资源利用状况及其影响因素[J]. 医学与社会, 2020, 33(8): 14-19.
- [10] 徐高洁, 胡颖颖, 杨郗, 等. 浦东新区东明街道社区家庭医生签约服务利用情况及影响因素研究[J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30(9): 11-13.
- [11] 王君妹, 张韬, 盖红梅, 等. 上海市浦东新区惠南家庭医生服务签约、利用与满意度情况调查[J]. 中国初级卫生保健, 2015, 29(6): 32-33.
- [12] 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(05): 630-634.
- [13] 傅广宛. 公共政策制定中的公民参与: 性别与影响——基于我国中部六省的量化研究[A]//第二届社会性别与公共管理论坛论文集[C]. 天津: 2007.
- [14] 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.
- [15] 莫海韵, 罗志荣, 欧文森, 等. 广东省欠发达地区居民家庭医生式服务签约现状及服务需求的影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(28): 3482-3487.
- [16] 肖筱, 袁立, 周昌明, 等. 推行家庭医生签约对社区卫生服务利用的影响[J]. 中国卫生资源, 2015, 18(1): 64-67.
- [17] 沈恬, 程华, 陈卓君, 等. 上海市居民社区卫生服务利用调查及影响因素分析[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2010, 30(8): 944-947.
- [18] 岳经纶, 李晓燕. 社区视角下的流动人口健康意识与健康服务利用——基于珠三角的研究[J]. 公共管理学报, 2014, 11(4): 125-135.
- [19] 王翌秋, 张兵. 农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析[J]. 中国农村经济, 2009(2): 77-85.
- [20] 仇雨临, 冉晓醒. 医疗服务可及性对老年人健康的影响——基于 CLHLS 数据的分析[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(7): 1-10.
- [21] 蒋翠珍, 罗传勇, 曾国华. 最佳就医距离与医疗公平及非理性医疗行为[J]. 江西社会科学, 2019, 39(5): 73-84.
- [22] 戴璟, 朱翔宇, 李伟. 云南省社区居民家庭医生签约意愿及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(7): 783-788.
- [23] 韩海峰. 打造 15 分钟健康服务圈[J]. 中国农村卫生, 2011(5): 52-57.

[收稿日期:2020-08-07 修回日期:2020-09-14]

(编辑:薛云)