

家庭医生签约服务政策的变迁逻辑与高质量发展路径研究

——基于政策整合的分析框架

郝思凯*

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】目的:探讨我国家庭医生签约服务政策的多层次变迁逻辑,为其高质量发展提供路径建议。方法:基于政策整合理论构建分析框架,通过内容分析法与政策网络分析法,应用 Nvivo 及 Gephi 软件对 346 份家庭医生签约服务政策文本进行跨文本、跨阶段的主题编码与比较研究,旨在提炼和总结政策变迁的理论逻辑。结果:我国家庭医生签约服务政策的变迁过程可划分为试点探索、全面推广和提质增效三个阶段。从其变迁逻辑来看,政策框架实现了从工具性政策向综合型议题的转变;子系统参与从单一卫健部门主导转向多元主体的协同共治;政策目标度由医疗服务能力提升发展为多领域嵌入与深度融合;政策工具维度从分散化探索发展为结构化部署。结论与建议:为实现家庭医生签约服务的高质量发展,应强化价值整合,构建签约服务的战略管理框架;加强央地协同,实现签约服务模式的迭代创新;注重反馈整合,健全签约服务的整合评估体系;推动技术整合,助推签约服务的智能化转型。

【关键词】政策整合;家庭医生签约服务;政策变迁;高质量发展

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.04.002

The logic of change and high-quality development pathways for family doctor contract service policies in China: An analytical framework based on policy integration

HAO Si-kai

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: To investigate the multi-level logic of change in China's family doctor contract service policies and propose pathways for their high-quality development. Methods: An analytical framework grounded in policy integration theory was developed. Through content analysis and policy network analysis, 346 policy documents on family doctor contract services were analyzed using Nvivo and Gephi software, with cross-text and cross-stage thematic coding to identify patterns of policy change. Results: The policy change process can be categorized into three phases: pilot exploration, nationwide implementation, enhance quality and efficiency. Key trends include: Policy frameworks transitioned from instrumental issue to comprehensive agendas; Policy subsystem participation shifted from unilateral leadership by health departments to multi-stakeholder collaboration; Objectives expanded from healthcare capacity-building to systemic integration across domains; Policy instruments evolved from fragmented trials to structured systems. Conclusion and Recommendations: To advance high-quality development, policymakers should: Strengthen value integration through strategic governance frameworks; Enhance coordination between central and local governments to drive iterative innovation in contract-based service models; Implement feedback integration with multidimensional evaluation mechanisms; Accelerate technical integration via digital transformation.

【Key words】 Policy integration; Family doctor contract services; Policy change; High-quality development

* 作者简介:郝思凯(1998 年—),男,博士研究生,主要研究方向为医疗卫生体制改革、政策过程理论。E-mail:haosikai0110@ruc.edu.cn

作为基层医疗卫生服务体系的关键组成部分,家庭医生是指接受过全科医学训练,能够为个人和家庭提供连续性及综合性服务的医疗工作者。^[1]在“健康中国”战略发展背景下,家庭医生签约政策不仅构成分级诊疗制度的核心枢纽,同时也成为应对人口老龄化与慢性病高发等挑战的重要举措。截至2025年4月,全国已基本实现所有地市和县(市、区)开展家庭医生签约服务,组建超过48万个家庭医生服务团队。^[2]然而,家庭医生制度运行过程中仍然存在“签而不约”“服务同质化”“可持续性不足”等问题^[3],这一矛盾也折射出政策执行过程中缺乏情境与结构因素的适应性困境。政策变迁是揭示政策演进规律、识别改革阻力的重要分析视角。通过梳理家庭医生签约政策的演进过程,能够进一步识别政策环境、政策目标以及政策执行间的动态调适与变迁逻辑,厘清其发展困境的深层动因,推动精准施策,助力服务效能的提升。

既有研究主要围绕家庭医生签约服务的政策内容、政策过程以及政策评估三个方面展开探讨。在政策内容方面,孙嘉颖等基于政策工具、利益相关者以及政策力度等维度构建分析框架,形成对家庭医生签约政策的量化分析,指出应合理配置工具、关注签约者需求以及提升执行力度^[4];徐萍萍等则基于PMC模型,针对国家层面的政策文本展开量化评价研究^[5]。在政策过程方面,学者们不仅结合史密斯模型^[6]、模糊—冲突模型^[7]等政策执行的视角来关注家庭医生政策的执行逻辑^[8]与阻滞消解,同时对家庭医生相关制度历程进行梳理,从政策扩散^[9]、倡导联盟^[10]等视角进行动态性的考察与分析。在政策评估方面,侧重通过统计分析方法动态测量家庭医生签约服务所产生的健康效应^[11-12]与经济效应^[13],验证了其对于促进分级诊疗以及优化医疗资源配置的重要作用。

总体来看,特定地区与重点人群等维度的局部问题研究虽然形成了有效的知识积累,但未能系统揭示和回应该政策演进过程中的不同目标、子系统以及工具等要素间协同不足的结构性困境;与此同时,政策层面的研究数据集中在2021年以前,对该政策进入提质增效阶段以来的新进展关注较少。2022年,国家卫健委等六部门联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》,明确指出到2035年签约服务覆盖率达到75%以上,基本实现

家庭全覆盖,重点人群签约服务覆盖率达到85%以上,满意度达到85%左右。在此背景下,家庭医生作为一项综合型的制度设计,如何推动不同要素间的协同与整合,进而推动其实现从“扩面”向“提质”转变,是实现高质量发展的核心命题。为此,本研究引入政策整合理论,结合中央和省级层面的政策文本,构建起家庭医生签约服务专项文件与关联文件数据库,重新审视其政策过程,旨在识别和剖析该政策变迁的整体性逻辑,并为其高质量发展提供新的理论补充与整合型路径参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

家庭医生签约服务政策的变迁并非独立演化的过程,而是作为重要的制度安排嵌入到我国医疗卫生体制改革的复杂系统之中。为系统解析其变迁逻辑,本研究以国家级和各省级政府、卫生健康委员会以及北大法宝法律法规数据库为检索平台,分别从以下两个部分开展资料收集:围绕家庭医生签约服务管理与规范的专项文件、相关领域涉及家庭医生签约服务的关联文件,检索截止时间为2025年2月。其中,专项文件为主要研究对象,检索方式是以标题为范围,关键词为“家庭医生签约服务”,通过人工筛选排除重复文件、与签约服务关联度低、失效政策文件后,研究样本为148份,其中国家级政策文件15份,省级政策文本133份。

关联文件检索方式是以全文为检索范围,关键词包括“家庭医生”“全科医生签约”“家庭医生签约”等。在议题拓展方面,为保障样本代表性与典型性,聚焦于国家层面,初步检索获得1236份政策文本,经人工筛选后,去除大量批复性与非实质性文本,共保留159份。与此同时,为梳理地方层面的议题探索与生成过程,将2016年以前与家庭医生试点相关的地方文件进行检索,共补充39份文本。为此,本研究整合148份专项文件与198份关联文件,共选取346份政策文件作为研究样本。

1.2 研究方法

本研究应用内容分析法与政策网络分析法对上述样本进行多维分析。首先,通过内容分析法(content analysis),基于政策整合分析框架,应用Nvivo软件实现跨文本、跨阶段的主题编码与比较研究,从而提炼和总结政策变迁的理论逻辑;其次,政

策网络分析法(policy network analysis)是指通过构建发文主体网络,测量与评估家庭医生签约政策变迁过程中子系统数量及互动程度。^[14]该方法旨在提取文本中的发文主体字段,通过 Gephi 软件将其网络结构进行可视化呈现,进而根据节点分布与连线强度呈现核心发文部门及部门间协作关系。

1.3 分析框架

本研究基于 CANDEL 和 BIESBROEK 提出的政

策整合理论^[15],结合家庭医生签约服务的政策特征,分别从政策框架(policy frame)、子系统参与(subsystem involvement)、政策目标(policy goals)与政策工具(policy instruments)4 个维度来构建分析框架,并为测量与评估上述要素设计了相应的分析指标(表 1),以动态解析家庭医生签约服务政策中不同要素整合程度的差异,进而从整合视角理解和提炼家庭医生签约服务政策的变迁逻辑。

表 1 政策整合视角下的家庭医生签约服务变迁分析框架

整合维度	界定	分析指标
政策框架	对家庭医生签约服务政策议题在治理体系内进行清晰、规范的定义与定位。明确其在整个医疗卫生政策格局中的角色,以及与其他相关政策领域的关联与边界。	议题跨领域性质的认知; 正式化的跨领域政策设计
子系统参与	涉及参与家庭医生签约服务供给过程中的各类行动者和组织。涵盖医疗服务机构与相关政府部门、社会组织等多元主体,以及这些主体在服务供给中的互动。	涉及子系统数量; 子系统间的互动密度
政策目标	家庭医生签约服务政策所期望达成的目标。包括对优化医疗资源配置、提升服务覆盖率与服务质量以及支持分级诊疗与公立医院改革等方面的预期成果。	政策问题纳入相关领域目标; 跨部门间目标设定的一致性
政策工具	实施家庭医生签约服务政策相关的手段与措施。包括实质性工具,如资金投入、服务项目设置、药品保障等;以及程序性工具,如服务流程规范、绩效考核机制、信息管理系统建设等。	实质性工具的多样性; 程序性工具的部署; 工具组合的一致性

1.3.1 政策框架维度

政策框架是指对于政策议题或问题的规范性界定。围绕家庭医生签约服务这一政策议题,在政策环境中是被界定为跨领域还是专业化问题,成为理解该政策整合框架概念的重要标准。因此,议题跨领域性质的认知以及正式化的跨领域政策设计成为评估家庭医生签约服务政策框架整合程度的关键指标。当政策整合程度较低时,该政策议题通常会被狭义地界定到特定子领域的范畴,缺乏整合动力。伴随着家庭医生签约服务政策执行中所呈现出的差异化实效与矛盾,决策系统通过持续的政策学习逐步深化对该议题跨领域属性的认知,进而通过制度化的设计将其纳入整体治理体系之中。

1.3.2 子系统参与维度

通常来看,公共政策假设政策制定是在特定的子系统中开展,也就是以部门为代表的用于解决特定政策问题的各类行动者。^[16]在家庭医生签约服务供给过程中,涉及医疗卫生机构、政府相关部门以及社会组织等多元主体。作为关键行动者的政策子系统,其整合程度涉及两个方面,其一是需要参与跨部门问题治理的行动范围;其二是不同子系统间的互动程度。伴随着家庭医生签约服务体系与服务内容的拓展,其供给结构不仅体现为更多各级各类医生以及社会力量的参与,同时围绕加强全专结合、鼓励

组合签约以及完善激励考核等发展导向,呈现出不同部门间互动与协同的持续强化。

1.3.3 政策目标维度

政策目标是构成政策内容的关键要素,测量其整合程度的核心在于评估跨政策议题在不同部门政策设计中的嵌入程度以及一致性程度。家庭医生签约服务本质上是一个多层次目标体系,体现为微观层面的服务覆盖率与满意度提升、中观层面的签约服务质量优化以及宏观层面的优化医疗卫生资源配置与推动分级诊疗等重要作用。因此,围绕家庭医生签约服务政策目标的整合程度评估,本质上表现为该议题纳入相关政策领域的广度与深度,即是否作为重要子目标被嵌入到医药卫生体制改革的总体战略之中。

1.3.4 政策工具维度

在政策整合视角下,政策工具可以划分为实质性工具与程序性工具。其中,实质性工具是对治理资源的分配,对服务性质、类型以及数量等要素产生直接影响,体现为家庭医生培养体系、资金投入、服务项目设置以及药品保障等;程序性工具则是通过调节政策过程来促进子系统间的协同,进而对政策实效产生间接性影响的过程^[17],体现为服务流程规范、绩效考核以及信息管理系统建设等。结合整合程度的变化,家庭医生签约服务政策工具不仅体现

重要的政策工具嵌入到分级诊疗、公立医院试点探索之中。

2.2 全面推广阶段

2016 年,《指导意见》的发布标志着家庭医生签约服务作为一项正式的制度设计在全国范围内进行推广,实现了从创新探索到制度化的跨越与发展。《指导意见》明确了家庭医生签约服务政策的主要目标,分别从推广范围、重点人群以及时间节点来对其进行规划。经作者统计,截至 2017 年,全国 31 个省(直辖市、自治区)(除港澳台外)已经全部印发了相应的家庭医生签约服务具体实施意见或方案。在全面推广阶段,国家层面围绕目标设定与服务模式形成了统一化的政策框架。省级政策的制定逻辑从先行先试逐步转向执行适配,在总体框架内进行区域性的政策细化与创新,形成更为规范且具有可操作性的政策方案。由于不同地区间资源禀赋与政策基础存在差异,国家层面也积极吸纳地方创新经验,通过开展交流会或选取案例的形式,将前期试点探索过程中例如江苏、浙江、上海等地区所构建的“1+1+1”签约服务模式、“医养护一体化”等典型模式进行宣传,推动其在更广范围与地区的扩散和应用。

2.3 提质增效阶段

自 2022 年《高质量发展意见》印发以来,我国家庭医生签约服务在目标设定、政策支持、服务模式等维度都进行了不同程度的调整与创新,聚焦于服务质量优化与服务效能提升的政策导向成为新发展阶段的核心特征。《高质量发展意见》的发布,本质上是对家庭医生签约政策在全面推广以来所面临的家庭医生数量不足、签约服务质量不高、支持性政策缺乏以及宣传力度较低等问题的回应。^[20]高质量发展是家庭医生签约服务在新发展阶段的战略目标与首要任务,体现为从关注签约人群数量到注重签约服务质量的关键转变,旨在建立起以居民健康管理为重心的均衡可及与优质共享的签约服务体系。提质增效本质上是实现高质量发展的实践路径,具体表现为基于内容拓展与个性化建设的服务质量优化、围绕供给扩容与技术驱动的服务效能提升、结合激励与考核体系强化的保障机制构建。

伴随着各地家庭医生签约服务高质量发展实施方案的发布,不同地区根据自身特色展开设计,形成

了多元化的发展路径,旨在将更多的服务主体、服务内容以及配套机制逐步整合到现有的服务体系中来实现服务的高质量供给。

3 政策整合视角下家庭医生签约服务的变迁逻辑

基于政策整合视角下所建构的家庭医生签约服务分析框架,结合其变迁过程的特征以及要素编码,本研究进一步从政策框架、子系统参与、政策目标以及政策工具四个维度来结构性地提炼与总结其变迁逻辑(图 3),并为其高质量路径的探索提供理论基础。

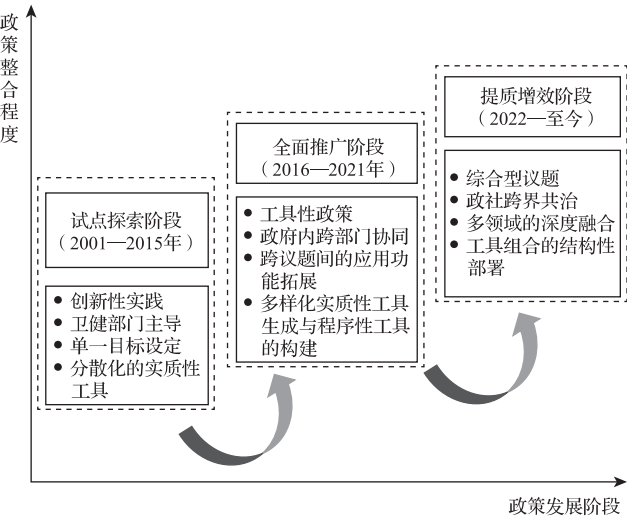


图 3 政策整合视角下家庭医生签约服务的变迁逻辑

3.1 政策框架:从工具性政策到综合型议题

围绕家庭医生政策的变迁,可以看出其逐步实现了从附属型的制度探索、特定子系统的政策实践到跨领域综合型议题的发展与转变。在试点探索阶段,家庭医生起源于社区医疗卫生服务体系的创新探索,并作为全科医生的重要执业形式实现延伸与发展。因此,这一阶段的制度探索主要以开展局部地区的试验为主,旨在推动服务模式创新,尚未形成部门间的互动与协作;在全面推广阶段,伴随着家庭医生签约服务政策成效的展现与基本架构的形成,决策系统识别到“家庭医生”的跨领域特征,将其界定为深化医药卫生体制改革和推进分级诊疗制度的“工具性政策”,构建起在卫健系统内的分工协作机制,但部门间的联动仍较为有限。在健康中国战略背景下,家庭医生签约服务成为实现全周期健康管理的重要基础,旨在从服务体系、服务主体、服务形

式、服务内容等多维度的拓展来实现高质量发展,实现了在更大治理系统范围内的应用,显著提升了政策议题的整合程度。

关于家庭医生签约服务政策框架的转变,本质上是决策系统结合议题情境实现家庭医生认知迭代的过程。首先,家庭医生对于强化基层医疗卫生服务体系以及分级诊疗等制度建设方面的实效,增强了决策系统对其实现跨领域应用的动机。其次,制度发展过程中暴露出的签而不约、“居民感知”不强,可持续性问题,推动决策系统对家庭医生这一议题实现调适与再定位。最后,战略需求与技术赋能等政策环境的变化,为家庭医生签约服务政策实现更高层面的整合提供了目标牵引与工具支撑的双重效应。

3.2 子系统参与:从卫健部门主导到协同共治

家庭医生签约服务政策的核心在于通过推动基层医疗卫生服务模式创新,实现全民全周期健康管理的提质增效。从该政策的执行特征来看,其并非单一化的医疗服务供给,而是需要将其嵌入到已有的多层次医疗卫生服务体系建设中,并且涉及资源、人才、技术等多维支撑。因此,家庭医生签约服务政策的复杂性决定了其必须依赖于多类型子系统的协同参与来克服资源分散化与执行碎片化等挑战。

结合分析框架中子系统参与的分析维度,提取家庭医生签约服务关联数据库中的发文主体内容,分阶段刻画了部门合作网络结构图(图4)。在试点探索阶段,该政策表现为由卫健部门单一系统治理的特征,虽然国家发改委与国家中医药管理局参与政策设计,但在部门间仍未形成正式化的协作机制,互动密度低。在全面推广阶段,随着家庭医生签约服务政策框架的拓展,医保、人社、财政等部门开始介入,围绕价格制定、保障机制、资源配置等维度形成正式化的分工协作框架,互动密度显著提升。在提质增效阶段,家庭医生签约服务不仅被纳入多领域的政策规划与发展战略中,同时伴随着联合考核、数据共享平台等跨部门机制的构建,进一步强化了子系统类型的拓展与互动密度提升。在实现跨部门协同的同时,高质量发展意见也明确指出推动社会力量的参与和支持,进而通过跨界协同共治完善家庭医生签约服务的组织基础。

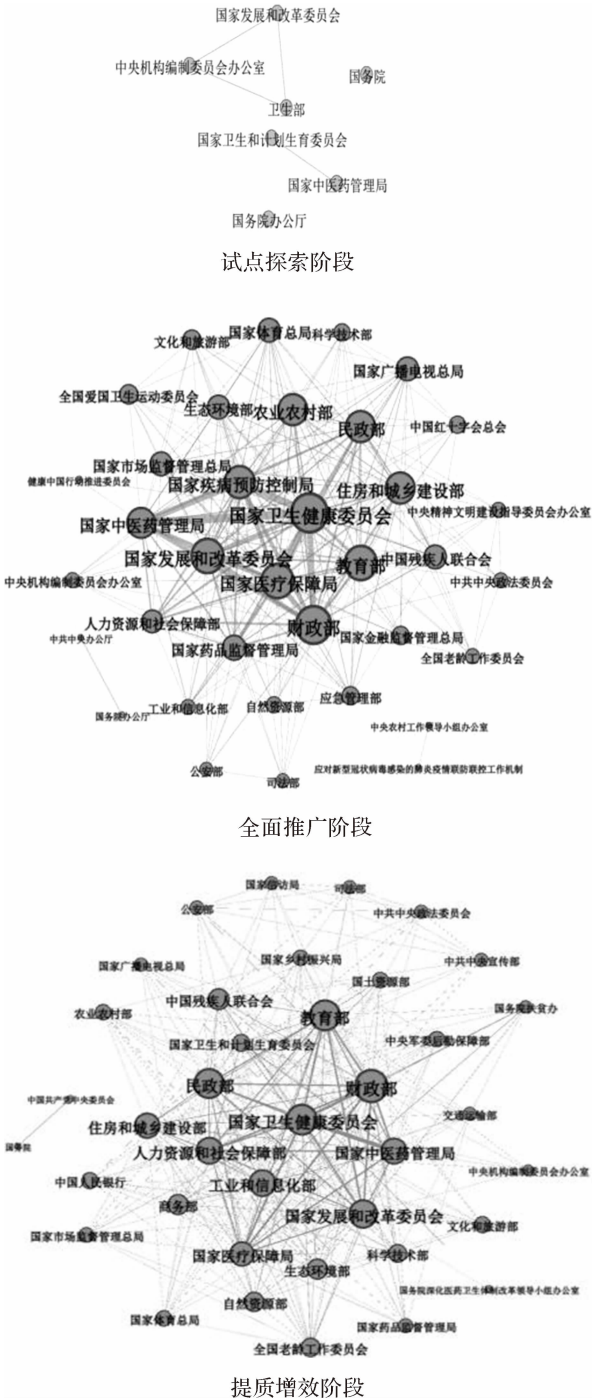


图4 我国家庭医生签约服务部门合作网络结构演化图

3.3 政策目标:从医疗服务能力提升到多领域嵌入

政策目标既呈现出愿景规划、总体目标及执行方案等差异化的形式,同时也体现为短期、中期与长期的动态演进过程。在试点探索过程中,家庭医生签约服务政策的基础目标较为单一,仅聚焦于服务模式的探索与有效性的验证。伴随着其模式的成型,家庭医生背后所承载的医疗资源配置失衡、居民健康管理缺失等问题在相关议题领域中得到重视,从而实现跨议题的扩散与应用。因此,为系统解析

家庭医生签约服务政策目标的整合逻辑,本研究基于关联文本数据库,将全面推广阶段与提质增效阶段的关联议题按时间阶段进行梳理(表 2),分别从横向跨领域与纵向跨阶段的视角来展开分析。

一方面,从横向跨领域视角来看,将家庭医生签约服务的关联议题进行人工聚类,重点体现为以下三个主题领域的嵌入与整合。首先,聚焦于医药卫生体制改革领域的延伸。在推进县乡村等不同层级医疗体系建设的基础上,家庭医生不仅被嵌入到医保支付方式、医联体试点等医疗卫生服务高质量发展议题,同时被纳入到中医药特色与传承创新等发展类规划目标之中;其次,在慢性病、结核病、罕见病以及地方病等多种疾病防治中发挥重要作用。最后,是关于重点人群健康保障,特别是围绕儿童和老年人形成的多项制度规划。

另一方面,从纵向跨阶段视角来看,家庭医生签约服务实现了从单一功能设定到多领域的深度融合与嵌入。其不仅作为子目标嵌入到相关领域的政策文本中,同时也被整合到大型的发展规划与国家战略之中。以“十四五”规划为例,家庭医生签约服务被纳入国民健康、中医药发展、全民健康信息化等多领域的宏观发展计划中。与此同时,在特定的子领域中也实现了持续性的应用与深化。2017 年,家庭医生已经作为一项发展目标整合到老龄事业与养老体系政策中;2019—2022 年,其逐步嵌入到养老服务多项子领域中,例如居家养老、老年护理服务、老年营养改善等。2024 年 1 月,在国务院办公厅印发的《关于发展银发经济增进老年人福祉的意见》中,家庭医生签约服务同样作为实现老年健康服务优化的重要目标。

表 2 家庭医生签约服务政策的关联议题

年份	关联议题
2016	慢性病综合防控示范区、基层中医药服务能力、卫生计生人才发展规划、分级诊疗、结核病防治、脑卒中综合防治、三医联动、健康中国 2030、儿童医疗卫生服务
2017	医疗联合体、老龄事业与养老体系、结核病防治、防治慢性病、残疾人、贫困人口慢病、中医药健康养老服务、健康老龄化、公立医院薪酬制度改革
2018	电子健康卡、流行性感冒医疗、社会心理服务体系建设、贫困地区健康促进、分级诊疗、医疗服务高质量发展、儿童白血病救治、乡村振兴、基本药物制度、医药卫生体制改革、“互联网 + 医疗健康”、全科医生培养激励
2019	分散供养特困人员照料服务、老年护理服务、地方病患者、“三明医改”推广、老年健康服务、医养结合、定向免费培养医学生就业、乡村振兴促进健康行动、健康产业高质量发展、基层减负、遏制结核病、城市医联体、紧密型县域医疗卫生共同体、促进诊所发展、农村贫困人口、罕见病诊疗协作、公立医疗机构基本药物配备使用
2020	老年人居家医疗、老年友好型社区、“互联网 + 护理服务”、“互联网 + 医疗健康”“五个一”、全民健康信息标准化、抑郁症与老年痴呆防治、治愈患者心理疏导、社区医院、疫情防控、合理用药(药事管理)
2021	老龄事业、残疾预防行动计划、公立医院高质量发展、职工基本医疗保险门诊共济保障、中医药特色发展、老年健康服务、中医药传承创新发展、老年医疗护理服务、健康儿童行动提升计划、三明分级诊疗和医联体经验推广、脱贫地区县域重大疾病救治、村级医疗卫生机构派驻、基层卫生健康综合试验区、公立医院薪酬制度改革、康复医疗、脑卒中防治、巩固健康扶贫成果、便利老年人就医
2022	“十四五”国民健康规划、中医药发展规划、全民健康信息化规划、卫生健康人才规划、健康老龄化规划、疫情防控、老年营养改善、特殊困难老人探访关爱服务、中医药促进专项、医养结合、基层中医药工作示范市(县)
2023	疾病预防控制事业高质量发展、医疗卫生服务体系、促进乡村医疗卫生体系健康发展、紧密型县域医疗卫生共同体(全面)、居家和社区医养结合、出生缺陷防治、紧密型城市医疗集团建设、县域巡回医疗和派驻服务、基层卫生健康便民惠民服务
2024	银发经济、儿童友好型医院建设、医养结合高质量、基层药品联动管理机制、结核病防治、流感儿童关爱保护、健康乡村建设、乡镇卫生院建设、慢性呼吸系统疾病防治、儿童医疗卫生服务高质量、城市医疗资源下沉

3.4 政策工具:从分散化探索到结构性部署

回顾家庭医生签约服务政策的变迁,其政策工具的发展经历了在局部地区开展的分散化探索,到全国层面实质性工具的整合以及程序性工具的创新,最后实现在宏观治理系统视角下对二者的结构性部署。具体来看,试点阶段本质上是在模糊性政策愿景下进行制度探索的过程,在初期的政策文本中仅体现为“尝试构建家庭医生相关制度”,缺乏具体签约形式、要素以及内容的设计。在该阶段,实质

性工具面向单一的卫生部门,并未涉及程序性工具的应用。在全面推广阶段,家庭医生签约服务相关的实质性工具得到丰富与发展,体现为签约形式、服务内容、付费机制等要素的规范。与此同时,为保障制度的有效运转,该阶段在国家与地方政府的政策文本中均体现出绩效考评、信息化平台等程序性工具的建设,旨在为跨部门、跨领域协作提供机制支持。最后,进入到提质增效阶段。政策工具的整合型设计特征持续增强,一方面对于服务内容、服务

形式以及服务主体的多维拓展,并持续强化以套餐化、个性化的形式为差异化主体提供组合化的医疗卫生服务供给;另一方面是程序性工具的强化,例如在北京市成立的市级家庭医生签约服务质量管理与控制中心、广东省试点建设的“健康e站”“健康小屋”等创新探索,均为实现跨部门跨领域的协调、指导与监督等业务的开展提供重要的机制支撑。

4 建议

4.1 强化价值整合,构建签约服务的战略管理框架

从全面推广阶段到提质增效阶段的发展,尽管家庭医生签约服务的政策框架已经逐步发展为跨领域的综合型议题,但受到传统科层制结构下“部门本位”的局限与挑战,仍存在政策形式化执行^[21]、资源配置失衡以及跨部门政策衔接不足等问题。为此,构建签约服务的战略管理框架,将分散化的子系统目标统一到健康中国战略的顶层设计之下,建立以公共价值为核心的签约服务体系,是推动其高质量发展的重要指引。结合公共价值模型^[22],首先是围绕战略目标设定家庭医生的本质特征是以患者为中心而非以疾病为中心,核心关切在于实现全民全周期的健康管理。为此,战略目标应规避仅提升覆盖率与签约率的单一导向,应通过多元协商的形式来回应差异化主体的利益诉求。其次,在外部支持获取方面,家庭医生签约服务应积极构建以政府为主、多元主体参与的治理网络,实现传统医疗资源配置的优化与重构。既要以基层医疗卫生体系为核心来实现纵向医疗资源下沉,为构建综合型的签约服务模式提供优质资源支持;同时也应争取与其相关联的医保、财政、人社等横向部门资源的整合,强化服务供给的全链条保障机制。最后,运作能力是实现战略管理的重要基础,应推动服务管理架构的配套建设与持续优化,例如队伍建设、激励机制以及规范管理等机制的协同,同时加强数字化技术赋能,推动服务效能的系统提升。

4.2 加强央地协同,实现签约服务模式的迭代创新

家庭医生签约服务中政策子系统类型较为丰富,既包括纵向层面的央地政府,同时也涉及横向部门间以及政社间协同。当前,我国家庭医生签约服务区域性差异较为显著,不同地区资源禀赋与政策体系存在较大差距,加剧了医疗卫生服务能力的区域失衡。政策试验作为我国改革的常用话语叙事,能够充分发挥中央与地方的积极性,实现顶层设计

与地方探索的有效结合。作为一项高度复杂的政策议题,家庭医生签约服务如何持续强化政策设计的有效性 with 适应性,是实现高质量发展的重要基础。为此,结合其政策演化的阶段性特征,持续推进嵌套化的政策试点,将离散化的政策过程进行整合。通过局部范围的创新探索与知识生产,为决策系统提供信息支持与方案参考,并通过制度化的经验推广进行知识的转化与扩散,实现共性问题的回应。试验驱动的政策过程整合,并非将部门间的职能进行叠加,而是作为一项改革的方法论,不仅能够有效降低签约服务政策深化过程中的系统性风险,同时也推动其目标的动态调适与模式的迭代创新。

4.3 注重反馈整合,健全签约服务的整合评估体系

政策整合的理念,实质上是从政策设计的视角来将不同子系统的目标与工具综合到共同的政策方案中。然而,已有研究表明政策目标的整合与嵌入并不意味着政策成功与有效,其在执行阶段仍然面临碎片化风险。^[23]现有政策中的评估指标侧重于签约率、服务量以及满意度等技术层面的数量指标,难以实现对家庭医生这一复杂性政策系统的系统性评估。家庭医生签约服务政策的可持续发展,既要加强相关部门、专家、公众以及利益相关者等主体的反馈整合,同时也应结合政策框架、子系统、目标以及工具等维度形成以整合为导向的评估体系。基于政策执行的真实反馈与多维度的效果评估,推动签约服务的精准管理与动态调适,真正实现提升居民获得感与医生积极性的高质量发展目标。

4.4 推动技术整合,助推签约服务的智能化转型

家庭医生签约服务的发展体现出多维技术赋能的要素。然而,分散化的技术应用难以发挥系统实效,部份地区仍以建立纸质档案为主,信息化建设流于形式。技术整合的关键在于充分发挥政策工具的组合效应,不仅能够为签约服务供给提供基础设施的实质性工具支撑,同时能为跨层级、跨部门协同提供程序性工具支持。在医疗卫生服务领域,以DeepSeek为代表的人工智能技术已经在全国20多个省份的百余家医院实现本地化部署。^[24]在此背景下,作为基层医疗卫生服务体系的关键枢纽,家庭医生亟须加强与新型技术的深度融合,明确自身角色定位,强化健康管理职能,实现以数据驱动的智能化转型。例如北京市密云区鼓楼社区卫生服务中心以家庭医生团队为基础开展的“AI+慢性病管理”试点,积极探索在多类型技术整合下的基层医疗卫生

服务高质量发展路径。与此同时,家庭医生签约服务同样需要强化技术标准与伦理规范建设,充分参考和应用《医疗机构部署 DeepSeek 专家共识》等规范化指南,实现技术工具与制度创新的有效协同。

作者贡献: 郝思凯负责论文选题确定、研究设计、文章撰写与修改等工作。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] KIDD M, ed. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A guidebook from the World Organization of Family Doctors [M]. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group, 2013.
- [2] 商畅, 张志锋, 刘念. 深化医改在身边在眼前[N]. 人民日报, 2025-04-09(001).
- [3] 高和荣. 签而不约: 家庭医生签约服务政策为何阻滞[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2018, 48(3): 48-55.
- [4] 孙嘉颖, 罗金萍, 张倩雯, 等. 基于三维分析框架的我国家庭医生签约服务政策量化研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(25): 3100-3107.
- [5] 徐萍萍, 赵静, 李春晓, 等. 我国国家层面家庭医生签约服务政策量化评价: 基于 PMC 指数模型[J]. 中国全科医学, 2023, 26(4): 440-446.
- [6] 刘瑞明, 陈琴, 肖俊辉, 等. 我国家庭医生签约服务政策执行的制约因素与优化路径: 基于史密斯政策执行过程模型[J]. 中国全科医学, 2022, 25(7): 782-790.
- [7] 王安琪, 尹文强, 马广斌, 等. 基于模糊一冲突模型的家庭医生政策执行困境分析[J]. 中国全科医学, 2020, 23(4): 395-402.
- [8] 张明吉, 李丽. 家庭医生政策执行方式的行为逻辑[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(5): 31-38.
- [9] 吕博, 谢佳鑫, 薛咏茜, 等. 我国家庭医生签约服务政策扩散分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(5): 15-22.
- [10] 高鹏, 杨翠迎. 中国家庭医生制度的政策变迁与启示: 基于倡议联盟框架的分析[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2022, 24(3): 78-86.
- [11] 何艳平, 张晓丹, 姚强. 家庭医生签约服务的健康效应及作用机制研究: 来自 6 省 12 县 1191 位农村慢性病患者的证据[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(8): 19-27.
- [12] 高鹏, 周彩, 杨翠迎. 家庭医生签约服务: 经济绩效还是健康绩效[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(8): 37-44.
- [13] 李乐乐, 李怡璇, 陈湘好, 等. 社区家庭医生签约对老年人医疗服务利用影响的实证研究[J]. 社会保障研究, 2022(2): 45-58.
- [14] 黄萃. 政策文献量化研究[M]. 北京: 科学出版社, 2023.
- [15] CANDEL J J L, BIESBROEK R. Toward a processual understanding of policy integration[J]. Policy Sciences, 2016, 49: 211-231.
- [16] HOWLETT M, RAMESH M, PERL A. Studying Public Policy: Principles and Processes, 4th ed [M]. Oxford: Oxford University Press, 2020.
- [17] HOWLETT M. Managing the "hollow state": Procedural policy instruments and modern governance[J]. Canadian public administration, 2000, 43(4): 412-431.
- [18] 孙彩霞, 刘庭芳, 蒋锋, 等. 我国家庭医生相关政策发展历程与推行研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(7): 765-774.
- [19] 赵艳青, 王芳, 袁莎莎, 等. 家庭医生签约服务相关政策分析[J]. 中国社会医学杂志, 2018, 35(3): 217-220.
- [20] 《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》政策解读 [EB/OL]. (2022-03-15) [2025-04-03]. https://www.gov.cn/zhengce/2022-03/15/content_5679180.htm
- [21] 曹琦, 严则金. 高势能政策执行偏差的困局及其秩序破解: 基于医改政策执行的观察[J]. 公共管理学报, 2024, 21(2): 141-152, 175-176.
- [22] MOORE M H. Creating Public Value: Strategic Management in Government [M]. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- [23] VINCE J. Integrated policy approaches and policy failure: the case of Australia's Oceans Policy[J]. Policy Sciences, 2015, 48(2): 159-180.
- [24] 邓婕. 《医疗机构部署 DeepSeek 专家共识》发布[N]. 经济参考报, 2025-04-02(007).

[收稿日期:2025-04-03 修回日期:2025-04-14]

(编辑 刘博)