

农村地区家庭医生签约服务模式动态演进的纵向案例研究

田亚艳^{1*} 连婷慧¹ 师新宇² 李建涛¹

1. 山西医科大学管理学院 山西太原 030001

2. 山西医科大学第二医院 山西太原 030001

【摘要】目的:探讨农村地区家庭医生签约服务模式的发展脉络与演进机制,为相关部门持续优化家庭医生签约服务政策提供参考。方法:基于理论抽样原则,选取列为国家基层卫生健康综合试验区之一的S省J市作为案例研究对象,通过访谈与文献梳理搜集资料,用NVivo11软件进行扎根编码。结果:梳理出74个初始概念、24个副范畴以及9个主范畴,经选择性编码形成核心范畴,农村地区家庭医生签约服务历经乡村医生个体签约、团队签约以及县域医共体下的团队签约三个阶段,其演进条件依次经历了签约形式化、服务能力化、效能协同化,制度三要素适配行动依次呈现制度脱嵌下的差序执行、结构嵌入下的协同阻滞与系统耦合下的协同执行,由此逐步实现从责任建构到能力提升再到责任、能力、利益的系统耦合。结论:农村地区家庭医生签约服务模式演进机制体现为政治情境、社会情境、政策情境条件下的动态性适配,基于制度三要素差异化进阶逐步实现责任、能力、利益三要素闭环。

【关键词】家庭医生签约服务;动态演进;纵向案例研究;扎根理论;农村地区
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.06.007

A longitudinal case study on the dynamic evolution of rural family doctor contract service mode

TIAN Ya-yan¹, LIAN Ting-hui¹, SHI Xin-yu², LI Jian-tao¹

1. School of Management, Shanxi Medical University, Taiyuan Shanxi 030001, China

2. The Second Hospital, Shanxi Medical University, Taiyuan Shanxi 030001, China

【Abstract】 Objective: To explore the development context and evolution mechanism of family doctor contract service mode in rural areas, and provide reference for relevant departments to continuously optimize the family doctor contract service policy. Methods: Based on the principle of theoretical sampling, J City in S Province, which is listed as one of the national primary health comprehensive pilot areas, was selected as the case study object, and the data were collected through interviews and literature review, and then grounded and coded with NVivo11 software. Results: 74 initial concepts, 24 sub categories and 9 main categories were sorted out, and the core categories were formed through selective coding. The signing service of family doctors in rural areas has gone through three stages: individual signing of rural doctors, team signing and team signing under the county medical community. Its evolution conditions have gone through the formalization of signing, service capability and efficiency synergy in turn. The three elements of the system adaptation action successively presents differential execution under the system de embedding, collaborative block under the structure embedding and collaborative execution under the system coupling, so as to gradually realize the system coupling from responsibility construction to ability improvement, and then to responsibility, ability and interest. Conclusion: the evolution mechanism of the contracted service mode of family doctors in rural areas reflects the dynamic adaptation under the conditions of political situation, social situation and policy situation, and gradually realizes the closed-loop of the three elements of responsibility, ability and interest

* 基金项目:山西省社会科学界联合会“山西大健康学会联合体”专项课题(JKZX2025040)

作者简介:田亚艳(1999年—),女,硕士研究生,主要研究方向为卫生管理与政策。E-mail:2820559174@qq.com

通讯作者:李建涛。E-mail:sxmujt@126.com

based on the differentiation of the three elements of the system.

【Key words】 Family doctor contracting service; Dynamic evolution; Longitudinal case study; Grounded theory; Rural areas

自2013年《关于开展乡村医生签约服务试点的指导意见》(卫办农卫发〔2013〕28号)以个体签约明确乡村医生职责^[1],到2016年转向团队签约模式^[2],再到近年来依托县域医共体框架^[3],我国农村家庭医生签约服务政策历经十余年探索,形成了个体责任主体建构、团队协作机制转型、县域医共体多层级协同深化的渐进式演进轨迹。伴随家庭医生签约服务工作推进,针对服务模式的相关研究大量涌现,主要从不同角度对此进行了阐释和深化:其一,通过对家庭医生签约政策文本量化分析、服务模式质性研究,系统性总结家庭医生签约模式特征^[4-7];其二,对不同家庭医生签约服务模式效果进行实证研究,验证其改善慢性病患者健康、提高居民健康素养的机制^[8-9];其三,探索影响家庭医生签约服务效果的内外因素,如政策执行偏差、基层卫生服务能力及居民特征等^[10-12]。但总体来看,尚缺乏从动态角度对外部情境变迁与签约服务模式间适应机制的分析,对“服务模式随政策演进如何实现效果递进”这一核心问题回答尚不充分。基于此,本研究借鉴Scott制度三支柱框架^[13],围绕规制性、规范性、文化—认知性三大制度核心要素,拟通过纵向案例研究方法追踪同一地区2013年至今的政策演进过程,以此探索农村地区家庭医生签约服务模式演进的触发条件与路径依赖,研究不同阶段外部情境条件的差异化互动机制,为推动农村地区家庭医生签约服务发展提供政策参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

S省J市作为国家紧密型县域医共体建设的先行实践区,于2017年率先完成医共体架构的实体化运行,依托县域医共体架构整合县域内基层医疗机构资源、重构分级诊疗体系,其家庭医生签约服务效能得到系统性提升。本研究资料来源包括面对面访谈与文献梳理。采用目的性抽样中的最大差异抽样,对于家庭医生团队相关人员尽可能涵盖不同年龄、学历、工作年限、执业资格的研究参与者;对于签约居民尽可能涵盖不同年龄、学历、健康状况、签约年

限的研究参与者。通过滚雪球收集,最终获得35名研究对象(男性18名、女性17名)。针对回忆性追溯对研究的影响,采取两个措施:一是对于每个访谈问题询问不同受访者,出现不一致时,反复确认,直至达成一致;二是通过文献梳理整合政策文本、内部文件及媒体报道等资料共22份。

1.2 访谈实施

在文献研究的基础上设计不同主体的访谈提纲,围绕以下维度展开:(1)角色动态分析:不同阶段下每位受访者的角色定位如何变化;(2)关系网络重构:签约模式改变后,乡村医生与其他人员的协作模式、利益分配机制发生哪些转变,医生—患者、医生—上级医务人员的关系有何变化;(3)态度与行为调适:不同阶段下受访者对签约服务呈现何种应对方式,其对政策文本的认知解读如何影响个体行动逻辑;(4)结果差异归因:从政策执行者、感受者视角,对同一政策在不同阶段产生的后果进行描述。实际访谈过程中,依据受访者的认知逻辑与叙事线索进行动态追问与问题次序调适,重点捕捉不同主体对政策演进关键节点的差异化记忆,通过交叉验证构建制度变迁的完整证据链。

1.3 资料分析方法

采取扎根理论开放式编码、主轴式编码和选择式编码三种资料分析技术,通过Word进行资料整理后将数据统一导入NVivo11质性分析平台依次进行编码。

2 结果

2.1 开放式编码

对原始资料逐句分析,建立了74个概念与24个副范畴,其中副范畴用“a+数字”表示。经开放式编码形成的概念、副范畴示例见表1。

2.2 主轴式编码

主范畴以“A+数字”表示。通过主轴式编码,根据扎根理论典型分析范式“条件→行动→结果”将24个副范畴分别归纳到主范畴之中。按照因果关系、从属关系、并列关系、相关关系等归纳提炼,共形成9

个主范畴:(1)基于并列关系,副范畴 a1~a3 归纳为 A1 签约形式化;副范畴 a4~a6 归纳为 A2 能力整合化;副范畴 a7~a9 归纳为 A3 效能协同化。(2)基于并列关系,副范畴 a10~a12 归纳为 A4 制度脱嵌下的差序执行;副范畴 a13~a15 归纳为 A5 结构嵌入下的协同阻滞;副范畴 a16~a18 归纳为 A6 系统耦合下的协同执行。(3)基于相关关系,副范畴 a19~a20 归纳为 A7 责任制度化奠基;副范畴 a21~a22 归纳为 A8 能力结构化跃升;副范畴 a23~a24 归纳为 A9 利益共同体深化(表 2)。

表 1 经开放式编码形成的概念和副范畴示例

副范畴	概念
a1 行政高度动员	政策试点推行;授权基层机构;政治任务驱动
a2 居民认知模糊	服务内容陌生;健康诉求忽视;政策目标误读;权利义务不清
a3 政策基础形成	制定指导文件;明确服务框架
……	……
a23 资源下沉制度化	人员定期派驻;培训机制常态化;管理权限下放
a24 县域利益捆绑	质量效益挂钩;发展目标统一;风险共担机制

表 2 主轴式编码过程

主范畴		对应的副范畴
条件	A1 签约形式化	a1 行政高度动员;a2 居民认知模糊;a3 政策基础形成
	A2 能力整合化	a4 跨部门协同创新;a5 团队服务质疑;a6 政策调整转型
	A3 效能协同化	a7 政治统筹基础;a8 团队专业性信任;a9 政策配套支持
行动	A4 制度脱嵌下的差序执行	a10 权责分离的政策文本化;a11 规范缺位的角色模糊化;a12 差序信任的非正式契约
	A5 结构嵌入下的协同阻滞	a13 结构嵌入的团队规制;a14 规范滞后的协同阻碍;a15 认知脱嵌的协作懈怠
	A6 系统耦合下的协同执行	a16 整合性规制的系统化;a17 协同规范的内生重构;a18 共同体认知的共识凝聚
结果	A7 责任制度化奠基	a19 服务触达机制;a20 服务模式功能转型
	A8 能力结构化跃升	a21 异质主体聚合;a22 资源碎片化整合
	A9 利益共同体深化	a23 资源下沉制度化;a24 县域利益捆绑

2.3 选择式编码

对副范畴与主范畴进行多次比较分析,最终确定核心范畴为“农村地区家庭医生签约服务模式演化路径”。围绕核心范畴的“故事线”可以描述为:乡村医生个体签约阶段,签约形式化,基于制度脱嵌下的差序执行完成责任制度化奠基这一阶段性任务;团队签约阶段关注能力整合化问题,基于结构嵌入下的协同阻滞执行完成能力结构化跃升任务;县域医共体下的团队签约阶段,关注效能协同化问题,基于系统耦合下的协同执行完成利益共同体深化任务。

2.4 理论饱和度检验

通过循环往复的资料收集与分析,在最后 5 次访谈文本的编码结果中未发现新的概念和范畴,且没有构建起原有概念与范畴间的新关系,因此可认为本研究构建的理论模型是饱和的。

3 讨论

3.1 外部情境变化是农村地区家庭医生签约服务模式演化的基本条件

乡村医生个体签约阶段,服务供给方以完成政策规定的签约程序为行动目标,居民则将签约视为

外部要求的程序性义务,二者保持彼此独立的任务完成逻辑,未形成基于需求识别的实质性服务联结,政策工具的实施效果停留在契约关系的形式建构层面。在居民尚未形成内生性需求认知的前提下,通过行政体系的组织化动员促使其接受政策安排,本质上是一种外源性的行为引导策略。此阶段家庭医生签约政策目标的达成依赖于行政动员的高效配置,而居民的行为选择更多表现为对行政动员的策略性响应,而非基于需求自觉的主动性参与。“那会儿签约一开始压根没当回事,有一天卫生室的医生上门,说签个字就能享受家庭医生服务,我当时心里直打鼓:这医生不就是平时给开点感冒药的村医吗,咋突然变成家庭医生了,但他们催得紧,说这是政治任务,完不成指标他们要挨批评。”

团队签约阶段,政策逻辑遭遇签约服务能力质疑与目标群体权利意识觉醒的双重挑战,村医群体在完成形式化签约后陷入意愿不足与能力欠缺的双重困境。与此同时,居民的需求认知发生转变,从第一阶段的被动程序参与转向基于契约关系的服务权利主张,村民感知到村医获得财政补贴却未提供实质服务,形成对基层服务主体的信任衰减。“签约完

本以为能有个靠谱的医生常来关心咱的身体,有点小毛病也能找个人问问,结果倒好,那些村医好像也不知道该干啥,平时也没见他们主动来问问咱的身体状况,更别说提供啥服务了。我就寻思着,国家给他们发钱,不就是让他们给我们老百姓服务的吗,现在钱拿了,服务却跟不上,这不是糊弄人嘛!后来听说又要搞家庭医生团队服务,村干部又来宣传,感觉有点名不副实,成了个空架子,真希望后边能有所改善啊!”

县域医共体下的团队签约阶段,以县域医共体为依托,总额预付费制度将医保资金以打包预付的形式分配至县域医共体,建立起“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。由此,签约服务供给主体的行为逻辑从单纯的完成任务导向转变为追求服务质量与成本控制的双重目标^[14],实现了服务供给的内生性动力重塑,推动家庭医生团队持续提升服务能力与水平,为居民提供更优质、全面的医疗服务。居民在切实感受到服务质量改善后,对家庭医生签约服务的满意度与信任度显著提升,从以往被动接受服务转变为主动寻求服务,有效激活了需求侧的参与积极性。“自从开始搞县域医共体后,明显感觉家庭医生服务变得更贴心靠谱了。医生们会定期量血压、测血糖,还会根据每个人的身体情况给健康建议,甚至帮忙联系县里大医院的专家。服务不仅更专业,态度也特别好,有啥问题随时都能联系上他们。服务质量上去了,我们老百姓自然更满意、更信任他们。以前是签了约也不愿意找医生,现在只要身体有点不舒服,第一时间就想找家庭医生问问。”

3.2 制度要素的动态适配机制:从制度脱嵌下的差序执行到系统耦合下的协同执行

乡村医生个体签约阶段,从规制性要素看,政策明确村医承担居民健康管理责任,却未配套财政保障、绩效考核与违约追责机制,形成“高责任承诺—低执行约束”的制度失衡,导致村医聚焦签约数量目标等形式化任务,而非质量导向的健康管理。“上面考核的时候盯着签约率,签的人越多看起来成绩越好,可我们的收入又不跟服务做得多好挂钩,那肯定优先把精力花在凑人数上,就是填表建档做得挺热闹。”规范性要素通过职业标准、伦理规范和能力要求形塑行动者的角色认知。^[15]乡村医生在从赤脚医生向契约服务提供者转型中,一方面,政策未提供标准化服务流程与系统性培训,导致其专业角色陷入制度性模糊,履约时缺乏行动参照;另一方面,基层

卫生资源匮乏迫使村医将复杂健康干预简化为“填表建档”等机械操作,容易降低服务质量,使其沦为政策执行的“数据收集员”。“以前我们就是头疼脑热给乡亲看看病,跑跑公共卫生,现在突然说要签约、搞健康管理,到底该咋做,政策里没给个具体说明书,只能跟着感觉走。”文化—认知性要素依赖共享的意义系统与认知框架支撑制度运行。在乡村熟人社会情境中,差序信任短期内通过地缘人情推动签约覆盖率提升,传统社会资本既调节了正式制度执行的刚性,也减缓了村医的部分考核压力,形成关系签约—象征履约的隐性共谋。居民因情面而非契约价值签约,缺乏监督动力,村医依赖熟人网络缓解考核压力,这种非正式规范对正式制度的渗透,导致签约服务陷入“签而不约”的困境。“那时候搞签约服务,都是乡里乡亲的,低头不见抬头见,村医去谁家敲门说签个约吧,老乡们大多抹不开面子,心想都是一个村的,不签不好意思。”

团队签约阶段旨在以团队服务形式解决个体签约阶段的责任过载问题。从规制性要素看,权责界定与利益绑定机制缺失导致上级医师角色工具化、内生动力不足,行为选择偏向责任规避而非主动协作,最终形成村医主导、上级虚挂的局面,未能实现多元化服务主体的协同目标。“上面的政策只说了要组团队,可没说清楚这些上级医师来了具体该干啥,他们平时在卫生院或医院本职工作就忙,又没额外好处,最多就是应付检查时露个面,真正和老百姓打交道、干活的还是村医。”从规范性要素看,缺乏服务流程协同与绩效考核对接等操作规范^[16],导致“责任转嫁型协作”普遍存在,村医承担主要责任,上级医师仅提供象征性技术支持,造成规范悬浮与责任推诿。“搭了个团队的架子,里面全是空的。上级医师把责任往我们村医身上推,具体协作细节没人较真,名义上是团队服务,实际就是村医一个人干活。”从文化—认知性要素看,基层长期形成的个体化、分散化的服务提供模式与团队协作逻辑存在冲突,村医将团队协作视为额外的行政负担,并担忧上级机构的介入会削弱其在基层医疗服务领域中的主导地位,因而采取选择性信息共享等象征性合作策略;居民因服务主体从熟悉的个体村医转为陌生团队产生信任分散,形成签约主体碎片化认知裂痕。政策试图以团队取代地缘信任下的个体服务模式,却忽视了基层关系性执业逻辑,在缺乏制度化信任替代的情况下,传统熟人网络优势与团队专业化要求出现

认知断裂,导致协作效能低下。“我们村医过去几十年都是自己守着卫生室,早就习惯了一个人说了算。突然说要搞团队服务,和别的医生组队,万一他们把病人带走了咋办。再说乡亲们更不习惯了,以前都是大夫一对一服务,现在突然来个陌生的医生,老百姓记都记不住。”

县域医共体下的团队签约阶段,规制性要素从单一政策约束升级为动态治理系统。“总额预付、结余留用”的医保支付改革将服务质量与机构收益挂钩,形成多劳多得的内生激励;人员编制统筹与跨机构调配制度打破基层壁垒,促使上级医师从象征性下沉转为实质性嵌入,构建起县级专科支撑—乡镇全科首诊—村医精准履约的三级责任链条,实现县乡村资源整合与责任共担。“医保资金直接打包给整个医共体,要是我们把乡亲们的健康管好了,住院少了、慢性病控制住了,结余的钱能留在机构里发奖金,这一下子就把大家拧成一股绳了。”规范性要素通过精细化协作规则再造提升协同效能,通过制定权责清单(如专科医生固定巡诊、家庭医生全程健康管理)、流程规范(双向转诊病种目录、远程会诊响应时限)及协同化考核体系(跨机构转诊率、慢性病控制达标率纳入核心指标),将协作从形式合作转化为诊疗信息共享、干预措施衔接的实质协同。“以前简直是一团乱麻,乡亲们该啥时候转去县医院,转过去怎么对接,全靠打电话碰运气。现在好了,上面列了个转诊清单,再也不用像以前那样靠嘴传话、靠纸记事,协作真的变成实时联动了。”文化—认知性要素通过利益整合重塑制度认同,绩效薪酬与服务质量捆绑,使村医从形式参与转向体系参与,统一医共体标识、统一白大褂等措施强化了医务人员身份认同,团队协作从行政任务转化为职业发展需求。居民因服务可及性和连续性提升,对签约团队的信任从地缘人情转向制度认可,签约动机从被动响应转为主动选择,由此奠定了利益共同体的社会认知基础。“你看咱现在穿的白大褂,左胸口都印着医共体的 logo,卫生室门口也挂着统一的牌子。以前乡亲们看我们就是村里的赤脚医生,现在看到这统一的标识,感觉我们背后有个大团队撑着,我们自己也觉得不一样了,不是孤孤单单一个人干活,而是属于整个医共体的一份子。”

3.3 农村家庭医生签约服务模式结果的演进路径: 从责任建构、能力跃升到利益整合

乡村医生个体签约阶段,政策文本明确乡村医

生责任,将健康管理、公共卫生等服务以任务清单形式固化,为制度运行提供了最低限度的规则支撑。然而,政策设计未能充分考量基层卫生的复杂性,一方面,村医群体面临显著的能力断层,多数仅有中专及以下学历^[17],缺乏系统的健康管理培训,难以承接个体化健康干预等新增任务;另一方面,激励机制延续公共卫生经费主导的旧有模式,签约服务质量与村医收入脱钩,形成责任超载、能力赤字的结构矛盾。因此,这一阶段政策仅完成责任文本化,却未建立与之匹配的能力建设机制与利益驱动机制,导致制度运行停留在责任宣称层面。“上头出了政策,说让我们村医负责跟乡亲们签约,还要管大家的健康,像健康档案、定期随访这些事都写得清清楚楚,看着是给我们定了任务,也算是给这个签约服务立了个规矩。患者也知道我们双方要建立长久、稳定的联系,大家都开始有了这样一种意识。”

团队签约阶段通过角色分工合作的创新举措将碎片化的个体能力整合为系统性服务能力。从实际效果来看,团队协作在慢性病患者的规范管理等领域确实发挥了积极作用^[18],专科力量的介入有效弥补了村医的知识短板,在一定程度上推动了服务能力从个体向结构化团队的跃升。然而不可忽视的是,这一阶段行政壁垒导致资源流动受阻,上级医院医师受编制归属、绩效分配等制约,虽名义上下沉基层,但实际服务能力难以充分发挥,形成了形式化协作的局面。此外,团队化所采用的科层制组织形式与基层卫生“熟人社会”的运作逻辑存在冲突,使得真正意义上的能力协同难以实现,在一定程度上限制了团队签约服务效能的进一步提升。“团队签约想法挺好的,就是想把大家的本事凑一块,让服务更系统。就拿慢病管理来说,以前我们村医对那些高血压、糖尿病的患者,也就是简单看看,很多专业的事儿不懂。现在有专科医生加入团队,我们村医也跟着学了不少。这确实让服务能力提升了一些,有了点团队的样子。但问题也不少,你看那些上级医院的医生,说是来我们基层帮忙,可实际上他们的编制在大医院,绩效也在那边算,来我们这儿就是挂个名。”

J市于2017年依托县域医共体构建制度要素协同增强机制,通过权责界定清晰化、服务流程规范化确保资源整合的有序性,借助利益共同体认知培育降低制度执行的交易成本,并以经济激励显性化、目标考核协同化重塑主体行为预期,形成多维制度协

同效应。在此过程中,医务人员职业身份认同发生深层转变,具体表现为村医主动参与团队业务培训、县级医院医师积极介入基层诊疗指导等协作行为的常态化,标志着跨层级医疗协作从行政指令驱动转向内生动力支撑;居民的服务体验亦发生显著变化,随着基层医疗卫生机构服务可及性与连续性的系统性提升,其对签约服务的信任基础逐步从传统地缘人情关系转向制度化专业认同,为县域医共体框架下利益共同体的可持续运行奠定了坚实的社会认知基础。“医共体就是把大家的利益绑一块儿了,医生的收入和患者健康挂钩,老百姓得到的服务更系统、更及时,现在我们不再是各算各的账,而是真正成了一个共同体,县医院想考核达标,就得帮我们村医提升能力,我们想多拿绩效,就得把随访做好,老百姓觉得服务好,自然更配合,这就形成了一个良性循环。”

4 结论与建议

S省J市的案例实践表明我国农村家庭医生签约服务模式历经乡村医生个体签约、团队签约、县域医共体下的团队签约三个阶段,其演进本质是规制性、规范性与文化—认知性要素在政治、社会、政策情境中的差异化进阶,第一阶段通过政策文本明确责任主体,完成责任制度化奠基,但因规制缺口、规范真空与差序信任导致形式化签约;第二阶段引入团队协作实现能力结构化跃升,却受制于行政壁垒、规范滞后与认知惯性,陷入责任转嫁型协作困境;第三阶段依托县域医共体构建利益共同体深化机制,通过整合性规制、协同规范与共同体认知的系统耦合推动签约服务从象征履约转向质量提升。综上所述,农村地区家庭医生签约服务的发展逻辑呈现从责任建构到能力提升再到实现责任、能力、利益的系统耦合。

鉴于我国农村地区的紧密型县域医共体建设实践,本研究基于规制性、规范性和文化—认知性三要素提出在县域医共体模式下优化农村家庭医生签约服务的建议。

在规制性要素层面,构建权责匹配的制度框架。第一,深化县域内人事管理制度改革,由县级卫生健康行政部门牵头核定村医编制规模,建立县级统筹管理、乡镇聘任、村级使用的县域一体化人事管理制度;第二,重构医疗责任体系,制定县域医共体分级诊疗责任清单,明确各层级医疗机构的功能定位与服务边界,县级医院重点承担疑难病症诊疗和专科

技术支撑,乡镇卫生院履行双向转诊枢纽职责,村卫生室聚焦基本公共卫生和健康管理服务;第三,创新医保协同支付模式,按县域参保人数将医保基金总额的一定比例打包拨付医共体,预留部分资金建立家庭医生签约服务专项基金,将慢性病等重点疾病控制率与基金拨付挂钩。

在规范性要素层面,完善协同服务的操作体系。第一,制定家庭医生签约服务操作规范指南,明确签约建档、健康评估、干预方案制定等操作流程,建立包含签约率、履约率、满意度等质量控制体系;第二,建设智慧医疗协同平台,打造医共体数据中枢,集成电子健康档案、诊疗数据和公共卫生信息,实现基层检查、上级医院诊断的线上诊疗闭环;第三,建立多维绩效考核体系,将跨机构协作次数、转诊衔接质量等纳入考核范畴,将考核结果与家庭医生团队成员绩效分配、职称评聘直接挂钩。

在文化—认知性要素层面,培育协同共生的价值认同。第一,实施村医能力提升工程,由县级医院专家与村医建立固定带教关系,定期开展联合巡诊,重塑医务人员职业认同和组织认同;第二,构建沉浸式服务场景,统一设计包含医共体LOGO的白大褂、村卫生室悬挂牌等标准化的签约服务标识体系,制作带有二维码识别功能的家庭医生工作牌,打造具有农村特色的健康传播体系;第三,建立双向参与机制,形成服务—反馈闭环,定期组织居民代表、医务人员、行政管理者开展三方会谈,将合理化建议纳入签约服务改进方案。

5 研究局限性

本研究揭示了农村地区家庭医生签约服务模式的发展脉络与演进机制,但仍存在一定的局限性。第一,基于访谈的纵向案例研究依赖执行主体对历史事件的回溯性叙述,可能存在记忆偏差与叙事重构倾向,尤其是政策初期细节的准确性可能随时间推移而衰减,尽管通过媒体报道、政策文件等进行三角验证可部分缓解,但难以完全消除主观解释对结论稳健性的潜在影响。第二,本研究基于典型性原则选择S省J市作为案例对象,其结论的外部效度可能受地域资源禀赋、政策执行力度等情境因素差异性的制约,因不同地区家庭医生签约服务的制度基础、资源配置及主体互动模式具有显著异质性,研究发现推广需结合地方情境进行适应性调试。未来研究可从以下方向进行拓展:第一,可选取政策效果呈

梯度差异的案例群,如医共体建设成效显著与滞后的不同地区,通过最大变异抽样构建“政策—环境—效果”的因果机制图谱;第二,可引入量化实证研究方法进一步提高研究的可信度,并对本文研究结论进行佐证。

作者贡献:田亚艳负责研究构思与设计、研究实施、论文撰写;连婷慧负责论文修订;师新宇负责数据采集与分析;李建涛负责最终版本修订,对文章整体负责。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会办公厅关于开展乡村医生签约服务试点的指导意见[J]. 中华人民共和国卫生部公报, 2013(4): 40-41.
- [2] 国务院医改办 卫生计生委 发展改革委 民政部 财政部 人力资源社会保障部 中医药局关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2016(30): 67-71.
- [3] 中共中央办公厅 国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2023(7): 5-9.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 徐萍萍, 赵静, 李春晓, 等. 我国中央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.
- [8] 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.
- [9] 刘红, 刘丹萍. 家庭医生签约服务对居民健康素养影响的倾向得分匹配研究[J]. 中国健康教育, 2023, 39(11): 1051-1055.
- [10] 格桑卓玛, 万洋, 扎西达娃, 等. 西藏地区中老年人家庭医生服务签约及其影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2023, 50(9): 1624-1629.
- [11] 孟文奇, 柳松艺, 姜晓利, 等. 基于扎根理论的家庭医生签约服务效果影响机制研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(10): 1192-1197.
- [12] 柳松艺, 孟文奇, 彭海波, 等. 签约居民对家庭医生签约服务连续性的评价及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(34): 4312-4317.
- [13] W. 理查德·斯科特. 制度与组织: 思想观念、利益偏好与身份认同[M]. 4版. 姚伟, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2020: 216.
- [14] 李悦, 邓世虎, 张进, 等. 医保主导的家庭医生签约服务试点效果分析: 基于M市“两病”患者监测数据[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(4): 33-36, 41.
- [15] 董明. 新时代我国非公有制经济人士的政治参与和政治引导: 基于新制度主义的视角[J]. 治理研究, 2019, 35(1): 78.
- [16] 罗金萍, 孙嘉颖, 张倩雯, 等. 家庭医生签约服务高质量发展的政府责任: 基于服务三角模型[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(11): 25-27.
- [17] 练璐, 王敌, 陈家应, 等. 我国基层医生社区康复服务能力现状与对策研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(4): 450-456.
- [18] 皇甫慧慧, 俞沁雯, 施培武, 等. 管理机制影响我国高血压防控效果的路径分析[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(2): 229-234.

[收稿日期:2025-05-03 修回日期:2025-06-10]

(编辑 刘博)