

后疫情时代家庭医生签约服务内容和方式变化研究

叶俊¹, 陈佳豪¹, 李翩翩², 郭佩佩³, 陈奎⁴

[摘要] 后疫情时代,家庭医生签约服务的内容和方式正在发生深刻变化。本文以温州市瓯海区为例,通过居民问卷调查,实证分析疫情前后家庭医生签约服务内容、方式以及公众认知的变化,总结当前家庭医生签约服务的限制性因素,为后疫情时代发展家庭医生签约服务提出对策建议。

[关键词] 后疫情时代;家庭医生签约服务;社区卫生服务

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1004-7778(2022)05-0082-05

Research on Changes in the Content and Methods of Family Doctor Contracting Service in the Post-Epidemic Era

YE Jun, CHEN Jia-hao, LI Pian-pian, GUO Pei-pei, CHEN Kui

Abstract: In the post-epidemic era, the content and methods of family doctor contracting service are undergoing profound changes. Taking Ouhai District of Wenzhou City as an example, this study conducted questionnaire survey to empirically analyze the content and methods of family doctor contracting service before and after the epidemic. In addition, this study analyzed changes in public perception. By summarizing the barriers of the current family doctor contracting service, this study provide some suggestions to improve contracting service in the post-epidemic era.

Key words: post-epidemic era; family doctor contracting service; community health service

First-author's address: School of Public Health and Management, Wenzhou Medical University, Wenzhou Zhejiang 325035, China

Corresponding author: CHEN Kui, E-mail: ayfycc@126.com

家庭医生制度被世界卫生组织赞誉为“最经济”“最适宜”的基层医疗卫生服务模式^[1]。2020 年以来,新冠肺炎在全球大流行,人民群众的生命健康受到严重威胁,家庭医生在联防联控、群防群治、夯实基层防疫等方面发挥了重要的作用^[2]。后疫情时代,为满足人民群众日益增长的健康需求,家庭医生签约服务的内容和方式正在发生深刻变化。建立和完善符合中国国情,具有“小病善治、大病善识、重病善转、慢病善管”功能的家庭医生签约服务,对深化基层医疗卫生改革具有重要意义。

1 文献回顾

1.1 关于家庭医生签约服务内容研究

国外学者对家庭医生的角色定位比较明确,认为家庭医生不仅应具备专科医生的基本诊疗能力,还要能够提供保健、康复、心理咨询等全方位指导。英国的家庭医生能够提供疾病防控、治疗、保健和康复全方位服务,其诊所纳入“健康协调员”系统,开展家庭医生签约和医疗

1.温州医科大学公共卫生与管理学院,浙江温州 325035

2.温州医科大学办公室,浙江温州 325035

3.上海工程技术大学管理学院,上海 201620

4.安徽医科大学第一附属医院,安徽合肥 230022

基金项目:2022 年度浙江省哲学社会科学规划“之江青年理论与调研专项课题”(22ZJQN55YB)。

通讯作者:陈奎, E-mail: ayfycc@126.com

辅助工作^[3]。古巴的家庭医生是综合性专家,为居民提供疾病诊治、健康体检、健康教育等多种服务^[4]。加拿大的家庭医生除了提供基础门诊服务外,还提供心理咨询、慢病管理等全生命周期健康服务。

国内研究认为,以居民需求为重点的家庭医生制度,必将是今后社区卫生服务发展的主要方向^[5-6]。比如,上海市将家庭医生签约服务细化为预约式、互动式、关怀式和监测式等不同形式^[7],为居民提供个性化服务;广东省推行首诊服务(预约优先就诊服务)和分诊服务(绿色通道优惠服务)^[8];北京市明确要求家庭医生对签约对象进行常规健康检查,制定因人而异的健康规划^[9]。

1.2 关于家庭医生签约服务方式研究

欧美国家是家庭医生签约服务的发源地,当前世界上已有 60 多个国家推行家庭医生签约服务^[10]。英国实施“联合诊所”改革计划,将全科医生、专科医生和相关医务人员集中在类似医院功能的联合诊所内,开展医疗保健服务^[11]。古巴的家庭医生联合模式^[12]对服务人员实行派遣制。加拿大将全科医生首诊与门诊统筹医疗捆绑,签约居民可优先享受预约专家、优先就诊等优惠服务^[13]。

现阶段,我国对家庭医生签约服务方式的研究尚处于探索阶段。各地依据当地医疗资源的供需状况,形成

本土化服务方式,最具代表性的有:上海市“1+1+1”模式^[14]、杭州市“医养护一体化”模式^[15]、厦门市“三师共管”模式^[16]、盐城市大丰区“基础包+个性包”模式^[17]以及定远县“按人头总额预付”模式^[18];此外,还有天津市以远程医疗为支撑的医疗联合体模式^[19]、宁波市海曙区以“粉丝”为基础的家庭医生服务模式^[20],以及以武汉、深圳为代表的“契约式”全科医生团队式服务模式^[21]。

2 家庭医生签约服务内容和方式的实证研究

本研究选择温州市瓯海区为研究范围,采用分层随机抽样,选取典型社区卫生服务中心的就诊居民作为调查对象,进行“后疫情时代家庭医生签约服务内容和方式变化”问卷调查。共发出问卷 400 份,收回有效问卷 369 份,有效率为 92.25%。问卷的 Cronbach α 系数为 0.964, KMO 值为 0.958。利用 Spss20.00 统计软件,分析疫情前后家庭医生签约服务的内容和方式,以及公众认

知的变化。

2.1 家庭医生的实际签约情况

调查显示,对“您是否知道家庭医生”的回答,369 位被调查者中,回答“知晓”的有 289 人,知晓率为 78.32%,与“全民知晓”还有一定的差距。

从实际签约情况看,知晓家庭医生签约服务的 289 人中,实际签约的有 166 人,未签约的有 123 人。卡方检验结果显示,居民的年龄、文化程度、职业和自身健康状况对家庭医生的实际签约率有显著影响,差异具有统计学意义(见表 1)。其中,年龄和居民自身健康状况是影响家庭医生签约的最重要原因,老年人和健康状况不佳的居民更关注家庭医生签约服务。现阶段,瓯海区家庭医生签约服务费为每人每月 10 元,签约对象承担 20%,即 24 元签约家庭医生一年。因此,医保支付方式对居民选择家庭医生签约服务没有产生绝对影响。

表 1 家庭医生的实际签约情况(n=289)

项目	已签约/人(%)	未签约/人(%)	总计/人(%)	χ^2 值	P 值				
性别	男	71(42.77)	52(42.28)	123(42.56)	0.007	0.933			
	女	95(57.23)	71(57.72)	166(57.44)					
年龄	40~50 岁	16(9.64)	30(24.39)	46(15.92)	7.953	0.019*			
	51~60 岁	52(31.33)	57(46.34)	109(37.72)					
	60 岁以上	98(59.03)	36(29.27)	134(46.37)					
职业	公司职工	61(36.75)	23(18.70)	84(29.07)	16.222	0.023*			
	行政、事业单位职员	14(8.43)	16(13.01)	30(10.38)					
	农民	4(2.41)	10(8.13)	14(4.84)					
	工人	38(22.89)	30(24.39)	68(23.53)					
	个体工商户	13(7.83)	13(10.57)	26(9.00)					
	司机	6(3.61)	4(3.25)	10(3.46)					
	无业人员	10(6.02)	6(4.88)	16(5.54)					
	其他职业	20(12.05)	21(17.07)	41(14.19)					
	文化程度	小学	56(33.73)	31(25.20)			87(30.10)	10.053	0.018*
	初中	92(55.42)	62(50.41)	154(53.29)					
高中(中专)	6(3.61)	12(9.76)	18(6.23)						
大学本科(高职)及以上	12(7.23)	18(14.63)	30(10.38)						
收入状况	无收入	16(9.64)	21(17.07)	37(12.80)	10.677	0.058			
	2 000 元及以下	5(3.01)	7(5.69)	12(4.15)					
	2 001~4 000 元	13(7.83)	15(12.20)	28(9.69)					
	4 001~6 000 元	68(40.96)	45(36.59)	113(39.10)					
	6 001~8 000 元	47(28.31)	20(16.26)	67(23.18)					
	8 000 元以上	17(10.24)	15(12.20)	32(11.07)					
医保类型	城镇职工医疗保险	37(22.29)	29(23.58)	66(22.84)	0.499	0.919			
	城乡居民医疗保险	56(33.73)	44(35.77)	100(34.60)					
	商业保险	48(28.92)	31(25.20)	79(27.34)					
	自费	25(15.06)	19(15.45)	44(15.22)					
自身健康状况	很好	32(19.28)	21(17.07)	53(18.34)	10.906	0.028*			
	比较好	60(36.14)	49(39.84)	109(37.72)					
	一般	41(24.70)	38(30.89)	79(27.34)					
	比较差	25(15.06)	5(4.07)	30(10.38)					
	很差	8(4.82)	10(8.13)	18(6.23)					

注:* 表示 $P < 0.05$, 差异具有显著性。

2.2 居民选择家庭医生签约服务的意愿

疫情防控时期, 瓯海区公布每个家庭医生的服务区域, 确保患病居民能够及时得到医疗卫生服务。这一举措有效提高了居民对家庭医生签约服务的认知水平。调查结果显示, 对“疫情发生前/后, 假如遇到健康问题, 您是否愿意选择家庭医生就诊”的回答, 选择“愿意”的比例从疫情发生前的 63.25% 提升至 85.54%。

2.3 疫情前后家庭医生签约服务内容变化

根据浙江省及温州市的相关要求, 瓯海区政府结合辖区内人群结构和健康需求, 2015 年颁布了《关于推进责任医生签约服务工作的实施意见》(以下简称《实施意见》), 对家庭医生签约服务的项目、内容、收费标准等作出了明确规定。瓯海区家庭医生签约服务主要由 3 项内容构成: 基本公共卫生服务、基本医疗服务、个性化健康服务。后疫情时代, 瓯海区家庭医生签约服务内容发生了较为显著的变化(见表 2)。

表 2 疫情前后家庭医生签约服务内容对比

项目	方式	疫情发生前		疫情期间	
		频数/人	占比/%	频数/人	占比/%
健康信息传递	是	111	66.87	141	84.94
	否	55	33.13	25	15.06
转诊二三级医院或联系相关医院专家	是	76	45.78	111	66.86
	否	90	54.22	55	33.14
慢性病的随访频率	每半月一次	8	4.82	15	9.04
	每月一次	47	28.31	68	40.96
	每季度一次	78	46.99	58	34.94
	每半年一次	33	19.88	25	15.06
个性化健康管理	是	41	24.70	81	48.80
	否	125	75.30	85	51.20

(1) 推进转诊服务。疫情前后数据对比显示, 转诊率由 45.78% 提升至 66.86%。一方面, 疫情期间居民不愿聚集到大医院, 更倾向选择社区卫生服务中心; 另一方面, 社区卫生服务中心能力有限, 不得不转诊至上级医院, 两方面原因促成疫情期间的转诊率提升。

(2) 健康宣传服务。家庭医生担任着健康宣教的重要角色。疫情发生后, 家庭医生提供健康信息的比例提升至 84.94%。32.53% 的家庭医生既向签约居民提供健康信息, 同时开展疫情防控知识宣讲; 27.11% 的家庭医生与往常一样, 根据签约患者的身体情况开展常规的健康知识宣教; 25.30% 家庭医生迫于《实施意见》要求, 向签约居民推送健康知识, 但流于形式。

(3) 慢病随访。由于新冠肺炎的高传染性, 居民不愿去大医院, 逐渐接受了家庭医生随访的形式, 随访率明显提升。疫情前, 46.99% 的家庭医生每季度开展一次慢病随访; 疫情后, 40.96% 的家庭医生每月开展一次慢病随访工作。

(4) 个性化健康服务。受限于家庭医生人数、精力等客观现实, 家庭医生签约服务的内容仅停留在常规的医疗卫生服务, 开展个性化健康服务的仅 48.80%, 还未覆盖一半人群。通过网络随访实现就医信息化, 为患者提供精准化医疗服务, 是下一阶段家庭医生签约服务实践探索的方向。

2.4 疫情前后家庭医生签约服务方式的变化

瓯海区家庭医生签约服务倡导以家庭为单位, 社区居民与所在地社区卫生服务中心 1 名责任医生签约, 签约周期原则上不少于 1 年, 期满后可续约或另选签约责任医生; 责任医生根据自身及其团队服务能力, 以老年人、慢病患者、孕产妇为重点人群, 签约一定数量居民(原则上不超过 1 000 人)。签约服务以“预约门诊—基层首诊—双向转诊”为主要路径, 逐步建立起“订单式签约服务”“亲情式签约服务”“互动式签约服务”等方式, 以需求为导向提供全科门诊随访、团队组合服务, 实现“防治结合”的健康管理。

新冠肺炎疫情加快了家庭医生签约服务的推行, 签约服务方式也发生了变化。家庭医生作为服务提供方, 在随访、健康宣教等工作中逐渐采用信息化手段; 社区居民作为服务需求方, 疫情期间为减少不必要的人群接触, 也偏向选择线上服务(见表 3)。

对比疫情前后家庭医生服务形式, 居民和家庭医生面对面交流的情况由 40.36% 降至 10.84%。疫情期间, 居民和家庭医生微信联系的比例提升至 58.43%, 成为最主要的交流方式。在健康宣讲方面, 疫情前以线下健康讲座为主, 疫情期间 81% 的家庭医生通过互联网开展健康宣教。家庭医生随访工作也由线下随访逐渐转移为线上随访, 其中线上线下混合随访形式的比例提升至 49.40%。

表 3 疫情前后家庭医生签约服务方式对比

项目	方式	疫情发生前		疫情期间	
		频数/人	占比/%	频数/人	占比/%
联系和预约家庭医生的形式	面对面交流	67	40.36	18	10.84
	微信联系	45	27.18	97	58.43
	手机联系	31	18.71	27	16.26
	手机 APP	23	13.75	24	14.46
健康讲座的组织形式	互联网直播	20	12.05	87	52.41
	推送健康讲座视频	35	21.08	48	28.91
	实地开展讲座	100	60.24	24	14.46
	其他形式	11	6.63	7	4.22
慢性病随访形式	上门随访	74	44.58	43	25.90
	电话随访	32	19.28	17	10.24
	网络随访	19	11.45	24	14.46
	线上线下混合随访	41	24.69	82	49.40

3 后疫情时代家庭医生签约服务的限制因素

3.1 签约方式单一

按照《实施意见》要求,家庭医生签约需要医患面对面签约,但是疫情期,面对面签约有现实困难,导致签约率不高。后疫情时代,探索家庭医生签约方式的多元化,提高签约率,成为亟待解决的问题之一。

3.2 服务内容局限

由于疫情的影响,居民对签约服务的需求发生了转变,导致家庭医生的服务内容有些局限。一方面,家庭医生受专业所限,对疫情期间的健康管理、心理咨询等方面的知识储备不足,难以有效开展疫情相关的健康科普工作。另一方面,疫情期间家庭医生工作量巨大,对慢病控制、随访工作未完全按照规定指标开展,可能导致慢病控制率未达标。同时,疫情期间居民的个性化健康需求未得到充分满足,家庭医生服务在全人群中基本没有差别,未构建群体细分、内容精准的服务体系,不能满足不同人群多元化健康需求。另外,虽然家庭医生签约服务形式由线下为主逐渐转移至线上,但是签约对象主要为老年群体,无法熟练操作信息平台,严重影响了与家庭医生的交流。

3.3 信息共享受阻

现阶段,家庭医生签约服务的信息化建设滞后,基层医疗机构与上级医院之间的医疗信息共享困难,增加了签约医生的工作量,签约居民的获得感也不强。

4 后疫情时代家庭医生签约服务提升的路径

4.1 丰富基于全过程健康管理的服务内涵

“健康中国 2030”倡导构建全过程的健康服务内容,促进健康资源的可及性,让每位居民有更多获得感。对此,要丰富基于全过程健康管理的家庭医生服务内涵,建立“诊前+诊中+诊后”的慢病服务流程和长处方制,及时发现和解决居民可能存在的健康问题,提供就诊咨

询、慢病诊疗和药品配送等服务^[2]。同时,推出个性化有偿服务包,针对居民多元化健康需求,积极开设家庭病床,提供居家康复等特色服务,使供给和需求精准匹配。

4.2 完善基于精准化理念的服务供给

(1)完善网格化服务模式。网格化管理是将社区细化成若干“网格”,实现条块管理;在此基础上依托电子信息系统,可以动态掌握社区居民的健康状况,不仅减轻家庭医生入户排查的工作强度,同时能够高效满足签约对象的服务需求。

(2)搭建人群细分的服务体系。以“分类”“按需”服务为原则,对签约居民进行细分。根据国家基本公共卫生服务规范和分级诊疗标准^[21],对照患者健康档案中的家族病史、生活习惯、依从性等相关信息,搭建分级、精细的服务和管理体系^[24]。

(3)采取便捷式服务手段。老年人是家庭医生签约服务的重点人群,针对老年人特点,采取便捷式服务手段极为重要。例如瓯海区郭溪街道的电视一键呼叫服务,切实解决了家庭医生服务的“最后一公里”问题。

4.3 搭建基于信息互联互通的资源使用平台

建立居民自主查询健康档案平台以及包括省市医院在内的区域健康信息系统,既能保证家庭医生与签约居民保持稳定的契约关系,又能促进优质医疗资源下沉,提升居民就医体验,增加家庭医生签约服务的吸引力和满意度。

参考文献

[1] 葛运运,徐静,周亚夫,等.我国全科医学发展历史与现状分析[J].中国全科医学,2013,16(25):2201-2203.
 [2] 叶俊,郭佩佩,陈春,等.浙江省家庭医生签约服务政策响应及优化策略分析[J].中华医院管理杂志,2018,34(4):279-283.
 [3] 高胤昊,朱建荣,王延秋,等.家庭医生工作室服务模式的实践和优化[J].中国卫生产业,2016,13(24):191-192.

(下转第 90 页)

内审部门的监督职责,加强对项目执行事前、事中、事后的全过程控制^[9]。对重点项目应增加监督频率,动态分析内部因素与外部因素对项目执行的影响,并及时采取应对措施。

(2)强化对项目执行情况的监督。基于实证发现,主管部门应在细化评价标准、统一同类项目评价口径与评价依据的基础上,加强对医院自评人员的培训,对照项目合同、评价指标与佐证材料,强化对项目执行情况的监督,并建立落实评价结果复核机制。

(3)积极探索财政项目预算绩效的内部审计和内部公开机制。内审部门可选择重点项目,在执行中期开展过程审计,在年末开展抽查审计,将评价结果与内审结果进行对比分析,以审促评,提高评价质量。评价结果可在一定范围内(如院周会)公开,通过不同项目、不同部门的交叉监督,增强项目负责人与归口管理部门的绩效管理意识。

3.3 构建公立医院财政项目预算绩效评价闭环管理

项目绩效目标设定、项目实施、项目绩效评价、评价结果应用构成了医院财政项目预算绩效的闭环管理。在绩效目标的设定上,应积极开展多部门多维度论证,避免未经论证或论证不充分导致的绩效目标不合理。在项目实施上,应建立预算执行控制的协同机制,动态监测

项目执行与预算资金执行进度的匹配程度。在绩效评价环节,应通过多部门共同评价、互相监督、增加评价结果复核环节等,提高评价结果的客观性;同时,通过上传评价佐证材料,提高评价结果的真实性。实证研究发现,大部分医院忽视评价结果应用环节。对此,要建立医院内部评价结果反馈、整改与报告机制,将评价结果与预算管理的流程紧密连接,以评价结果为导向,促进预算绩效管理^[4];将评价结果与项目负责人、归口管理部门绩效挂钩,充分调动管理积极性;将评价结果与下年度医院内部资源配置挂钩,对优秀项目或归口管理部门予以资源分配倾斜。

参考文献

- [1] 郑大喜. 公立医院财政预算项目绩效评价结果应用研究[J]. 中国医院管理, 2016, 36(12): 48-50.
- [2] 胡守惠, 许晨虹. 13 家医院基建工程项目预算执行情况分析[J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36(9): 773-776.
- [3] 王锦福, 杨中浩, 黄玲萍, 等. 新医院财务制度下公立医院预算审核的探讨[J]. 卫生经济研究, 2014, 62(3): 59-62.
- [4] 王亚兰. 基于内部控制的公立医院预算绩效管理探析[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(10): 69-71.

[收稿日期 2021-10-12] [责任编辑 胡希家]

(上接第 85 页)

- [4] 孙婷, 石欧敏, 王洪锐, 等. 国外家庭医生服务模式对中国的启示[J]. 龙江医学, 2015, 39(7): 852-853.
- [5] 张亚君. 社区居民对“家庭医生责任制服务”需求的调查及分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(35): 360-361.
- [6] 徐榕, 何得桂, 蔡杨. “健康中国”视域下家庭医生签约服务制度安排与实践思考[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(8): 45-49.
- [7] 陈华, 邹咏玮, 陈婧婧, 等. 上海市周桥社区“13533”家庭医生工作模式效果评价研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(25): 2268-2270.
- [8] 温天朗. 区域医联体背景下的家庭医生签约服务研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2019.
- [9] 刘原. 哈尔滨市家庭医生制服务现状问题及对策研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.
- [10] 季慧敏, 田侃, 喻小勇. 家庭医生式服务的现状及推进对策[J]. 广西医学, 2015, 37(10): 1531-1533.
- [11] C.A.Gericke. Comparison of Health Care Financing in Egypt and Cuba: Lessons for Health Reform in Egypt [J]. Eastern Mediterranean Health Journal, 2005, 11(5/6).
- [12] 沈迎春, 陈静. 对比古巴家庭医生制度谈嘉善县陶庄镇卫生院开展社区家庭医生签约服务存在的困难与对策[J]. 中国乡村医药, 2015, 22(5): 70-71.
- [13] 李青芸, 刘兰秋. 全科医生法律保障的域外经验及其对我国的启示[J]. 中国全科医学, 2019, 22(7): 757-760.

- [14] 宦红梅, 范玉娟, 杨架林, 等. “1+1+1”组合签约模式下家庭医生服务对社区糖尿病管理的效果研究[J]. 中国全科医学, 2018(9): 1075-1079.
- [15] 蔡冰琳. 杭州市医养护一体化服务模式下社区失能老人健康问题的随访研究[D]. 杭州: 杭州师范大学, 2017.
- [16] 曾雁冰, 吴杰龙, 陈帆, 等. 厦门市“三师共管”模式对居民社区首诊行为的影响研究[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(8): 566-569.
- [17] 刘锐, 杨旦红, 吴欢云, 等. 通向健康中国的家庭医生签约服务模式比较研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(25): 3139-3145.
- [18] 常娟. 我国家庭医生签约服务研究[D]. 厦门: 厦门大学, 2018.
- [19] 王纠. 天津市蓟县家庭医生服务模式的实践[J]. 卫生软科学, 2016, 30(9): 24-26.
- [20] 陈启涛, 朱平, 王飞跃, 等. 创建“粉丝”为基础的家庭医生制服务模式研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(16): 1812-1814.
- [21] 沈鹏悦, 刘晓珊, 李瑞锋. 我国家庭医生签约服务发展现状分析[J]. 中国医药导报, 2017, 14(26): 169-172.
- [22] 任依, 马力. 充分发挥突发公共卫生事件中家庭医生的社区防控作用[J]. 中华全科医学, 2020, 18(10): 1615-1618.
- [23] 姚文山. 国家基本公共卫生服务规范(第 3 版)[M]. 北京: 中国原子能出版社, 2017: 61-66.
- [24] 国家卫生健康委办公厅. 关于基层医疗卫生机构在新冠肺炎疫情防控中分类精准做好工作的通知[Z].

[收稿日期 2021-08-13] [责任编辑 胡希家]