

城镇家庭医生签约现状、效果及续约意愿的跨区域对比研究

安志宏

西南民族大学 四川 成都 610041

【摘要】：本文以上海，成都，西安，内蒙古，兴安盟为研究对象，开展 229 份有效调查和 29 次深入访谈，对我国家庭医生签约服务的地区差异、实施效果和影响因子进行实证研究。结果表明：我国东部普及率较高的区域仍有待于提高质量，而中、西部普及率较差的区域则存在着“扩面”和“提效”的双重压力；其中，“制度中断”反映出户籍管理与居民流动之间的本质矛盾；在少数民族的社会生活中，文化适应性是一个非常重要的因素。建议构建差异化区域政策工具箱，强化家庭医生队伍建设，推动信息化资源共享，促进家庭医生制度从“形式覆盖”向“实质服务”转型。

【关键词】：家庭医生；签约服务；续约意愿；跨区域对比；分级诊疗

DOI:10.12417/3041-0630.26.05.050

1 引言

从 2016 年开始，家庭医生签约是我国推进医疗卫生体制改革和建立分级诊疗制度的主要举措^[1]。在全国范围内，多个省市相继发布了《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》等多项政策，为实现由“扩面”到“提质”提供了新思路。然而，我国地域辽阔，东、中、西部地区在社会经济发展水平、医疗资源禀赋、老龄化程度、“互联网+医疗”科技水平等方面存在的显著差异导致家庭医生签约服务在各地的推进模式、实施效果呈现出不平衡的特征，对国家政策的精准落地和个性化实施提出了挑战。^[2]

已有研究主要集中于某一区域或某一群体，缺少对不同经济发展水平和社会文化背景下的服务方式差异的系统性研究。本研究以我国东部（上海）、中西部（成都、西安）和西部少数民族地区（内蒙古兴安盟）为研究对象，通过横向比较，分析不同地区服务模式的区别及原因，准确识别居民再签约意愿的主要影响因素，为家庭医生服务高质量可持续发展提供有效数据参考。本文通过对 4 地 7 个地区开展深入调研，获取 229 位居民和 40 位家庭医生以及 29 位家庭医生的访谈记录。

2 签约现状的区域差异

2.1 签约率呈现“东高西低”梯度格局

结果表明，四地的家庭医生的签约比率存在着明显的差别。上海的总体签约比例是全国最大的，其中老年人和慢性病患者的签约比例在 80% 以上，而一般市民的签约比例在 60% 左右。J 街道、Z 街道是上海地区的典型地区，其中 65 岁及 65 周岁的老年人占比达 90%，而这些老人中 60% 存在慢性疾病。成都地区的总体签约比例为 45%—55%，其中重点群体的签约比例在 70% 左右。西安整体签约率约 54%，部分与二级医院合

作紧密的社区签约率较高，如 C 社区签约率达 100%。内蒙古兴安盟 T 社区整体签约率 50%，重点人群签约率 89%，但牧区因居民居住分散、服务覆盖难度大，签约率相对较低，且城乡、区域间签约率差异较大。

通过对四地家庭医生签约率影响因素的多元线性回归分析得出，签约率差异的核心驱动因素在于医疗资源配置与健康需求强度。上海作为经济发达地区，每千人口全科医生数较多，且慢性病患者基数大，签约率显著高于医疗资源相对匮乏的地区。

2.2 服务内容与能力参差不齐

基本医疗服务方面，上海两个街道的卫生服务中心有先进的设备和专业人员，可以为居民提供比较完善的基础保健和一些特殊的诊疗服务。成都两街道基本医疗服务能力较强，Y 街道中医药服务占比相对较高。西安一些地区的医疗机构中，药品品种少，特殊疾病诊疗水平低，但依托二级医院合作的社区服务能力较强。内蒙古 T 社区的卫生院的服务能力较弱，设备落后，药物匮乏，只能为一些常见疾病进行诊断和治疗。

健康管理服务方面，在上海，基本医疗健康记录和管理普及率已经超过 90%，慢病的管理已经标准化，但是个体化的卫生服务还比较匮乏。成都基本医疗健康记录册的利用情况在 85%—90% 之间。西安居民的健康管理方式主要以常规身体检查为主（占 89.60%），而慢性病处方和转诊协助等方面的利用率相对较低。内蒙古 T 社区慢性病患者的标准化治率只有 10%，存在着医疗健康记录册未及时得到更新、个体化医疗、特殊医疗等问题，无法适应居民的多元化医疗卫生管理需要。

转诊服务方面，上海家庭医生协助转诊的使用率超 85%，平均转诊时长 3—4 天。成都转诊协助使用率 20%—25%。西

安转诊服务使用率较低,居民对转诊流程不了解。内蒙古T社区因地域阻隔,转诊信息共享不畅,部分危重患者因转诊不及时延误了治疗。

3 续约意愿及其影响因素

3.1 续约意愿的区域差异

续约意愿方面,上海最高(90%—100%),J街道续约意愿率达100%。内蒙古T社区次之(90%),但牧区仅78%。西安82.10%。成都70%—80%。

对续约意愿影响因素的二元Logistic回归分析显示,服务质量满意度(OR=2.784,95%CI:1.865—4.158)和医患信任度(OR=2.088,95%CI:1.452—2.996)是续约意愿的核心预测因素。

3.2 服务质量的关键作用

究其原因我们可以发现,不同地区的居民再续约的主要原因在于服务质量。在西安,有82.61%的续签的主要原因是“优质”的服务质量,而“低质量”则是导致他们不愿续签合同的最大原因。

3.3 医患信任的“补偿效应”

医患信任度对续约意愿的影响呈现区域差异。在牧民地区,由于医疗健康资源极度匮乏,社区居民对家庭医生的信赖程度是续约主要依据。这反映了医疗资源稀缺背景下居民对有限资源的“关系依赖”。内蒙古一名接受调查的蒙古族人说:“这里的大夫讲蒙语,而且对人很好,而且来的时候还细心地询问,值得信任。如果是其他人,那就难说了。”在系统信任还没有形成的时候,这种人性化的信任就是契约的关键环节。

但是,信任的人格化同时也包含了弱点。医生一旦离开医院、医疗保险政策发生变化,就会影响到当地居民对医疗机构的信任。在西安的调查发现,一些市民反映有“换医生较勤”的现象,因而不愿意续签合同。上海J街道虽然对此很有信心,但是当地的居民却直言:“要是换医生,我也要再想想是否续约”。

在少数民族(内蒙古T街道区)中,文化适应性是其续约意愿的重要影响因素。在内蒙古T区群体中,80%的人选择了“语言/文化匹配”,而蒙汉两种方式为蒙古族人提供了60%的交流方式,且这种方式更容易得到当地民众的认同,并且愿意长期续约。另外,在一些地区,由于缺少双语医生,使得当地民众和医生之间的交流变得非常艰难,从而影响了续约率。

3.4 政策执行与资源配置

在财政投入方面,上海市政府按照每人30-50元的标准对签约服务进行补助,由各区承担相应的补助。成都实行6:4的

比例,由市和区财政共同承担。与此形成鲜明对比的是,西安政府在资金上的投资比较少,虽然已经确定了合同服务的收费标准,但是由于资金的紧张,一些地区(市)由于资金的紧张,资金的拨付不及时和足额,从而影响到了服务的开展。内蒙古地区“三社”的收费水平是全国最低的,尤其是在牧区。

人力资源方面,上海平均每团队服务2000人,中级及以上职称超60%;成都人均服务超800人,负荷重;西安C社区8人团队服务6200人;内蒙古T社区每千人口全科医生仅0.8人,低于全区平均水平,中医医师配备率仅65%。

4 讨论

4.1 区域差异的深层成因

我国家庭医生制度在地区间存在着明显的地域分化现象,这主要是由经济基础、政策实施和人口统计学等因素共同决定的。上海的经济实力将直接影响到基础医疗服务的分配和居民的付费意愿,2025年,上海市的GDP将达到4.7万亿人民币,可以负担得起高昂的签约服务费用及人才培养费用;成都国内生产总值超过2.5万亿元,可以为服务业的发展做出一些财务保证,但还存在着一定的距离;西安GDP1.2万亿元,部分区县经费拨付困难,财政投入有限;内蒙古T街道区由于财力不足,造成了“医疗资源短缺”和“服务覆盖不足”的矛盾。

不过,影响这一问题的不只是经济问题。成都在中医药产业发展方面的投资水平低于上海的情况下整体满意度却很高;西安通过与三级医疗机构的密切配合,签约比例和服务水平得到了明显提高。这表明政策执行效能和资源整合能力可以部分弥补经济短板。

同时,人口结构差异进一步塑造了不同的服务需求。上海是一个高度老龄化的城市(J区60%—88%),对“专业化和个性化”服务的要求比较高;成都H社区的外来人员约占30%,其居住需要具有“基本保障+短期服务”的特点;西安目前正面对着13.5%的65岁及以上老年人,再加上众多的大学毕业生和农民工的多样化需要,现有的医疗服务并不能很好地满足差异化需要。内蒙古T街道区的少数民族人口超过40%,他们对蒙医、蒙医、适应等方面有着迫切的需要。

4.2 从“形式覆盖”到“实质服务”的转型困境

研究发现,社区中存在一种核心的矛盾:已签约居民(特别是老人)满意度较高,续约意愿较强,但因年轻人和外来人员之间的“脱嵌”,使得社区的总体签约覆盖率增速较低。这种“双轨并行”模式反映了我国现行的家庭医生制度存在的深层矛盾:其在养老群体中虽已融入了“熟人”关系,但未能融入年轻人的生活方式和流动人口的生命历程^[3]。

“签而不约”现象的普遍存在,指向政策执行的“指标异

化”问题。考核聚焦于“签约人数”“档案规范性”等可量化指标,但这些指标与“居民健康改善”之间并不存在必然正相关^[4]。为了完成签约覆盖率指标,基层采取“就诊时引导签约”等低成本方式,导致大量“沉睡式签约”。西安调查显示,62.5%的未签约居民“从未听说”家庭医生服务,而部分签约居民将常规体检误认为是家庭医生服务。

流动人口的“制度性断连”暴露了现行制度最根本的短板。流动后居民签约率显著下降,主要原因是“不了解政策”和“担心服务衔接”。健康档案无法跨区域流转、检查结果无法共享、服务不连续等衔接障碍,使得家庭医生服务的连续性优势在流动中几乎丧失。内蒙古调研中,流动居民呼吁“优化信息化建设,让电子健康档案通全国”。

5 结论与建议

5.1 研究结论

第一,目前,中国家庭医生签约服务已经出现了系统性的地区梯度分化模式,即“东部高质高效引领,中部分化稳步提升,西部量质双双受阻”。造成这些差异的原因是由经济基础、政策实施、资源配置、文化理念和人群心理等多种因素共同作用的结果,有着深刻的结构性根源。

第二,服务质量与医患信任是续约意愿的核心预测因素。服务质量满意度每提升一个等级,续约意愿增加约1.8倍;医患信任度每提升一个等级,续约意愿增加约1.1倍。但信任的“人格化”特征使其具有脆弱性,需要向“制度化信任”转型。

第三,流动人口的“制度性断连”暴露了属地化管理与人口流动性的根本冲突。健康档案无法跨区域流转、检查结果无法共享、服务不连续等衔接障碍,使得家庭医生服务的连续性优势在流动中几乎丧失。

第四,“签而不约”现象折射出政策执行的“指标异化”

问题。考核聚焦于“签约人数”等可量化指标,导致“重数量轻质量”倾向,家庭医生从“健康守门人”异化为“指标守护人”^[5]。

5.2 政策建议

(1) 构建差异化区域政策工具箱:东部人口密度高的区域(例如上海)要以“提质”为重点,充实“个性化”的医疗配套,推进二级和三级甲等医疗机构的专业人员向基层延伸,提高“互联网+”的水平。成都和西安等中西部中度普及区域还需要“均衡提升”,在扩大服务范围的同时提高服务的品质。在内蒙古兴安盟等少数民族医疗资源匮乏的地方,要保证“方便、方便、实惠”,强化基层医疗卫生机构的覆盖面,培育蒙汉两种语言的全科医生,研制蒙医医疗用品。

(2) 强化家庭医生队伍建设与激励机制:建立“高校+医院”协同培养机制,定向培养全科医生、中医药/蒙医药人才。完善“基础薪酬+绩效奖励+专项补贴”薪酬体系,将绩效与服务质量、居民满意度、慢性病控制达标率挂钩。减轻家庭医生非医疗行政事务负担,让专业力量聚焦核心医疗服务。

(3) 推动信息化与资源共享平台建设:建立国家和地方卫生信息系统,打通“数据孤岛”,实现健康档案、检验结果和处方等信息的跨地区共享,提高医疗服务质量和服务质量。推行网上签约,预约转诊,电子病历查询,处方流转等方便快捷的服务。构建区域性的医疗器械资源共享平台,构建医药流通体系,保证基层用药。

(4) 增强居民健康教育与政策宣传:开展分众化健康教育,针对老年人通过社区讲座、上门宣传普及慢病管理知识,针对年轻人通过短视频、社交媒体宣传健康生活方式,针对流动人口制作通俗易懂的宣传资料,针对民族地区采用双语宣传、结合传统文化普及现代健康知识。

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委.关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见[Z].2022.
- [2] 蒲新微,李欣悦.家庭医生政策执行偏差的产生与治理路径——基于史密斯模型的分析[J].长白学刊,2025(2):102-119.
- [3] 柳馨,付晓彤,彭宗超.家庭医生服务政策的执行变迁及优化路径——基于“模糊-冲突”的理论视角[J].中国卫生政策研究,2025,18(3):45-52.
- [4] 祝丽萍,李冰,严芳芝.影响居民签约家庭医生服务意愿及影响因素分析[J].医院管理论坛,2024,41(12):92-96+45.
- [5] 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.