

“村医社医联动”签约模式在京北山区老年居民中的应用效果及对策研究



扫描二维码
查看原文

张如意, 彭迎春*, 张志颖

【摘要】 背景 京北山区的老年居民慢性病高发、经济基础薄弱、获取健康知识的途径有限、距离社区卫生服务机构路途较远。目前京北山区家庭医生团队由社区医生和乡村医生共同组成,二者在山区老年居民签约服务中共同发挥重要作用。目的 了解京北山区老年居民家庭医生签约服务开展现状,并对山区老年居民家庭医生签约服务模式提出适宜建议。方法 采用定性研究和定量研究相结合的方法。2019年9—10月,选取北京市怀柔区北部山区的8个乡镇(镇),按比例抽取每个乡(镇)家庭医生团队的社区医生、乡村医生及签约老年居民进行问卷调查,共计抽取社区医生141例、乡村医生133例、老年居民345例。老年居民问卷内容包含基本情况、希望家庭医生团队提供服务的方式及内容、认为获取健康资讯最有效的渠道、对该服务模式的满意度等;乡村医生和社区医生问卷内容包含基本情况、开展签约服务中互联网使用情况、为老年居民提供的服务内容等。同期,采用目的抽样法选取24例社区医生、24例乡村医生、16例老年居民进行个人深度访谈,了解调研对象对联动签约服务模式中乡村医生和社区医生职责的认知、对该签约服务模式的看法、对互联网在该模式中应用的看法、对该签约模式发展的建议等,采用内容分析法对定性资料进行分析。结果 量性研究结果显示,京北山区老年居民希望家庭医生团队提供的签约服务内容前3位依次为下乡开展大课堂宣传[199(57.7%)]、下乡体检[197(57.1%)]、送医送药下乡巡诊[169(49.0%)];老年居民希望家庭医生团队开展服务的方式或渠道前3位依次为门诊诊疗服务,上门医疗服务、在社区组织健康宣教讲座;老年居民认为获取健康资讯最有效的前3种渠道依次是乡村医生/村中喇叭宣传[253(73.33%)]、社区医生就诊时面对面宣传[134(38.84%)]、张贴或发放宣传资料[126(36.52%)]。多元线性回归分析结果显示,老年居民对服务态度、服务效果、服务项目、沟通能力的满意度是其对“乡村医生+社区医生”家庭医生服务团队签约服务综合满意度的影响因素($P<0.05$)。社区医生和乡村医生健康管理服务、出诊服务、药品配送与用药指导服务、长期处方服务开展情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$);社区医生和乡村医生使用网络在线与居民交流的情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。质性研究发现老年居民对网络在线服务需求较低,对乡村医生依赖性高;乡村医生技术水平有限;社区医生与老年居民交流少,主要以协调医疗资源为主。结论 京北山区老年居民签约服务的开展离不开乡村医生和社区医生的共同努力,现阶段呈现出对乡村医生近距离服务的高度依赖,对社区医生高水平技术和医疗资源平台的需求。建议以老年居民需求为导向,发挥乡村医生地利人和的优势,发挥社区医生技术和平台优势,优化“乡村医生+社区医生”家庭医生服务团队签约服务效果。

【关键词】 家庭医生签约服务;老年人保健服务;山区;社区卫生服务;北京

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.262

张如意, 彭迎春, 张志颖. “村医社医联动”签约模式在京北山区老年居民中的应用效果及对策研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(4): 445-452. [www.chinagp.net]

ZHANG R Y, PENG Y C, ZHANG Z Y. Application effect and countermeasures of the family contract service model based on "the consortium of rural doctors and community doctors" among the elderly residents in the mountainous area of north Beijing [J]. Chinese General Practice, 2022, 25(4): 445-452.

Application Effect and Countermeasures of the Family Contract Service Model Based on "the Consortium of Rural Doctors and Community Doctors" Among the Elderly Residents in the Mountainous Area of North Beijing ZHANG Ruyi, PENG Yingchun*, ZHANG Zhiying

School of Medical Humanities, Capital Medical University, Beijing 100069, China

*Corresponding author: PENG Yingchun, Associate professor, Master supervisor; E-mail: pycjql@ccmu.edu.cn

基金项目:北京市社会科学基金项目(19JDSRB008);北京市教育委员会社科计划一般项目(SM202010025006);首都卫生发展科研专项培育项目(首发-2018-3P-7141)

100069北京市,首都医科大学医学人文学院

*通信作者:彭迎春,副教授,硕士生导师;E-mail: pycjql@ccmu.edu.cn

本文数字出版日期:2021-12-02

【 Abstract 】 Background The elderly residents in the mountainous area of northern Beijing have a high incidence of chronic diseases, a weak economic foundation, limited access to health knowledge, and a long distance from community health service institutions. At present, the team of family doctors in the mountainous area of northern Beijing is composed of community doctors and rural doctors. Both of them play an important role in contracting services for elderly residents in mountainous areas.

Objective To explore the current status of family doctor contracted services in the northern mountain areas of Beijing and put forward appropriate suggestions on family doctor contracted services with the elderly residents in mountain areas.

Methods A combination of qualitative research and quantitative research was adopted. From September to October 2019, eight townships were selected in the northern mountain areas of Huairou District in Beijing. A total of 141 community doctors, 133 rural doctors and 345 elderly residents were selected proportionally from each township for questionnaire research. The elderly resident's questionnaires included basic information of the elderly, the way and the content of services which they want family doctor team to provide, the channels to obtain health consultation, and the satisfaction evaluation of the contracted services; the rural doctors and the community doctors' questionnaires included basic information, the use of internet in the contracted services, and the content of services provided to the elderly residents. During the same period, 16 cases of elderly residents, 24 cases of community doctors, and 24 cases of rural doctors were selected by using the purposive sampling method for personal in-depth interviews, in order to understand the level of awareness of the responsibilities of community doctors and rural doctors in the linkage contracted services, their views on the contracted services and the application of the internet in this service model, their suggestions on the development of the contracted services, etc. A content analysis method was used to analyse qualitative data.

Results According to the quantitative research results, the top three services that elderly residents in the northern mountain areas of Beijing want the family doctor team to provide are ranked as follows: carrying out the health education in countryside [199 (57.7%)], physical examination in countryside [197 (57.1%)], the delivery of medical service and medicine in the countryside [169 (49.0%)]; the top three ways or channels of services that elderly residents want the family doctor team to provide are ranked as follows: outpatient clinic service, in-home medical services, organizing health education lectures in the community; the top three channels that elderly residents consider most effective to obtain health information are ranked as follows: publicity by rural doctors or loudspeaker in the village [253 (73.33%)], face-to-face publicity by community doctors during consultation [134 (38.84%)], posting and distribution of publicity materials [126 (36.52%)]. The results of multiple linear regression analysis showed that service attitude, service effectiveness, service items, and communication ability were the influencing factors of elderly residents' satisfaction with community doctors and rural doctors' linkage contracted services ($P < 0.05$). The health management service, outpatient service, drug distribution and medical guidance service, and long-term prescription service also had significant differences between community doctors and rural doctors ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference between community doctors and rural doctors using the Internet to communicate with residents online ($P > 0.05$). The qualitative research results showed that the elderly residents had low demand for online services and high dependence on rural doctors, but the technical level of rural doctors were limited, community doctors had little communication with elderly residents, and they mainly focused on the coordination of medical resources.

Conclusion The development of contracted services for elderly residents in the northern mountain areas of Beijing cannot be carried out without the joint efforts of community doctors and rural doctors. Currently, the elderly residents highly depend on rural doctors because of close-up services and show a great demand on community doctors for high-level technology and medical resources platform. It's recommended to take the needs of elderly residents as the guide, give full play to the advantages of rural doctors in terms of location and people, and the advantages of community doctors' technology and platform, and optimize the effectiveness of community doctors and rural doctors' linkage contracted services.

【 Key words 】 Contracted family doctor services; Health services for the aged; Mountain areas; Community health services; Beijing

2021年第七次人口普查数据显示,全国人口达到14.1178亿,其中65岁及以上人口1.9亿,占比13.50%,老年人口规模庞大^[1]。老年人占比增多的同时,老年健康服务需求增大,给国家卫生保健系统带来巨大挑战。当前推行的家庭医生签约服务对提升老年人健康管理质量和老年患者卫生服务可及性具有积极的现实意义。2016年国务院医改办出台《关于推进家庭医生签约

服务的指导意见》(国医改办发〔2016〕1号),提出要促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉,加快推进家庭医生签约服务,提出“明确家庭医生为签约服务第一责任人”;北京市深化医药卫生体制改革领导小组办公室于2017年印发《北京市推进家庭医生签约服务实施意见的通知》(京医改办〔2017〕2号),国家卫生健康委员会、国家中医药管理局于2018年印发《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),先后明确提出现阶段的家庭医生主要包括基层医疗卫生机构注册的全科医生及具备能力的乡镇卫生院医师、乡村医生和中医类别医师等,同时指出老年人为家庭医生签约服务的重点人群之一。京北山区的老年居民经济基础、获取健康知识的途径、网络社交工具的使用能力均与城区居民不同,且距离社区卫生服务机构路途较远,对本土化乡村医生的依赖性也高于社区医生,京北山区当下所采取的“乡村医生+社区医生”家庭医生服务团队签约服务模式(简称“村医社医联动”签约服务模式)在维护和保障居民健康方面发挥着不可忽视的作用。本研究选取北京市怀柔区为调研地区,以了解京北山区老年居民的签约服务现状,并就“村医社医联动”签约服务模式及效果进行评价,探讨其适宜的发展对策。

1 对象与方法

1.1 研究对象

怀柔区地处北京市东北部郊区,总面积2 122.8 km²,其中平原地区239.9 km²,占11%;山区1 882.9 km²,占89%。全区共有14个乡(镇),含平原区1个、半山区5个、山区8个。2019年9—10月,本研究将怀柔区北部8个山区乡(镇)全部纳入为调研现场,在每个乡(镇)所辖的社区卫生服务机构内,根据其“村医社医联动”签约情况,按5%~7%的比例从老年居民签约档案中采用随机抽样的系统抽样法抽取签约老年居民(年龄≥60岁)345例,以及8个乡(镇)内所有参加“村医社医联动”签约的133例乡村医生和141例社区医生进行问卷调查;同期从每家社区卫生服务机构采用目的抽样法抽取不同年龄段的签约老年居民2例、社区医生3例及乡村医生3例,共计16例老年居民、24例社区医生及24例乡村医生作为关键知情人进行个人深入访谈。所有调研对象知情同意,排除不愿意参与或无法配合调研的人员。

1.2 研究方法

1.2.1 定量研究

根据国家及北京市家庭医生签约服务相关政策要求,结合京北山区人文环境、地域特点及家庭医生签约服务开展实况,课题组在广泛查阅文献资料和反复验证后编制出调查问卷。老年居民问卷内容包含基本情况、希望家庭医生团队提供服务的方式及内容、认为获取健康资讯最有效的渠道、对该服务模式的满意度(对医药收费、诊疗技术、服务态度、服务效果、服务项目、沟通能力6个维度的满意度进行0~10分的满意度打分)等,老年居民问卷的Cronbach's $\alpha=0.990$,问卷信度较高。乡村医生和社区医生问卷内容包含基本情况、开展签约服务中互联网使用情况〔分为从未(过去1年频次为0)、偶尔(过去1年频次为1~12次)、经常(过去1年频次>12次)〕、为老年居民提供的服务内容等,乡村医生和社区医生问卷的Cronbach's

$\alpha=0.951$,问卷信度较高。由课题组成员担任调查员,发放纸质问卷进行调查,由调查对象口述,调查员代为填写。回收问卷后,由课题组成员对问卷进行复核,确定有效问卷并统一编号,共计发放345例老年居民问卷、133例乡村医生问卷及141例社区医生问卷,均有效回收,有效回收率均为100.0%。

1.2.2 定性研究

课题组广泛查阅文献资料和咨询专家意见后,结合问卷调查实地开展情况综合编制出访谈提纲,访谈内容包括:(1)您认为“村医社医联动”签约服务模式中乡村医生和社区医生各自承担的职责有哪些?此题仅乡村医生和社区医生作答。(2)您对该签约服务模式的想法?(3)您对互联网在该模式中应用现状的看法?(4)您对该签约服务模式的长效发展有何建议?采用一对一、半结构化的个人深度访谈,访谈员事先经过课题组统一的规范化培训,避免诱导性提问,减少研究偏倚。访谈开始前,由访谈员向访谈对象详细介绍研究目的、方法、内容及保密原则,并获取其知情同意。访谈在安静的地点进行,为保证信息准确和完整,在征得访谈对象同意后全程录音。访谈结束后24 h内由课题组成员对录音内容进行详细转录,确保调研资料的真实性。对访谈人员进行匿名化处理,将老年居民姓名用N1~N16、乡村医生姓名用K1~K24、社区医生姓名用M1~M24代替。

1.3 统计学方法

1.3.1 定量研究

数据录入EpiData 3.1系统,采SPSS 19.0统计软件进行处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料以构成比、频数、顺位排列描述,计数资料组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用Mann-Whitney *U*检验;通过构建多元线性回归方程等进行满意度影响因素分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.3.2 定性研究

采用内容分析法对访谈资料进行质性分析,通过确定主题、资料标记、提取核心信息等对资料进行归类整理分析。将访谈内容归纳为以下几个主题进行分析:乡村医生和社区医生对联动签约服务模式中各自职责划分的认知、对该签约服务模式的想法、对互联网在该模式应用中的看法、对该签约模式发展的建议;老年居民对该签约服务模式的想法、对互联网在该模式应用中的看法、对该签约模式发展的建议。

2 结果

2.1 京北山区签约老年居民基本情况

345例京北山区签约老年居民平均年龄(69.6 ± 6.8)岁,女212例(61.4%),小学及以下文化程度222例(64.4%),321例(93.1%)享受城乡居民医疗保险,198例(57.4%)家庭人均月收入<500元,291例(84.4%)患有不同类型的慢性病,201例(58.3%)家庭居住地离社区卫生服务中心>2 km,见表1。

表 1 345 例京北山区签约老年居民基本情况 [n (%)]

Table 1 Basic information of 345 contracted elderly residents in the northern mountainous area of Beijing

基本情况	例数	基本情况	例数
年龄 (岁)		患慢性病情况 ^a	
60-69	182 (52.7)	无	54 (15.7)
70-79	130 (37.7)	高血压	218 (63.2)
≥ 80	33 (9.6)	骨关节病	103 (29.9)
性别		冠心病	79 (22.9)
男	133 (38.6)	脑卒中	62 (18.0)
女	212 (61.4)	糖尿病	53 (15.4)
文化程度		高脂血症	52 (15.1)
小学及以下	222 (64.4)	慢性支气管炎	28 (8.1)
初中	87 (25.2)	其他慢性病	20 (5.8)
高中及以上	36 (10.4)	居住地与社区卫生服务中心距离 (km)	
医保类型		≤ 2	144 (41.7)
城乡居民医疗保险	321 (93.1)	>2-5	76 (22.0)
城镇职工医疗保险	17 (4.9)	>5-10	73 (21.2)
低保医疗救助	7 (2.0)	>10-20	42 (12.2)
家庭人均月收入 (元)		>20	10 (2.9)
<500	198 (57.4)		
500-1 000	35 (10.1)		
>1 000	112 (32.5)		

注: ^a 表示同一老年居民可患多种慢性病

2.2 京北山区老年居民希望家庭医生团队提供服务的方式或渠道 京北山区老年居民最希望家庭医生团队提供的签约服务方式或渠道按照加权求和计算得分, 首位是门诊诊疗服务, 其次是上门医疗服务、在社区组织健康宣教讲座、电话咨询指导、网络发布健康保健资讯、网络在线互动交流及其他, 见表 2。

2.3 京北山区老年居民希望家庭医生团队提供的签约服务内容和认为获取健康资讯最有效的渠道 京北山区老年居民希望家庭医生团队提供的签约服务内容依次为: 下乡开展大课堂宣传 [199 例 (57.7%)]、下乡体检 [197 例 (57.1)]、送医送药下乡巡诊 [169 例 (49.0%)]、上门出诊服务 [164 例 (47.5%)]、大医院专家下乡服务 [155 例 (44.9%)]、慢性病长处方 [126 例 (36.5%)]、预约转诊 [117 例 (33.9%)]、健康咨询 [115 例 (33.3%)]、其他 [6 例 (1.7%)]。老年居民认为获取健康资讯最有效的渠道依次是: 乡村医生 / 村中喇叭宣传 [253 例 (73.3%)]、社区医生就诊时面对面宣传 [134 例 (38.8%)]、张贴或发放宣传资料 [126 例 (36.5%)]、报刊或电视宣传 [32 例 (9.3%)]、网络宣传 [8 例 (2.3%)]。

2.4 京北山区老年居民对“村医社医联动”签约服务的满意度及影响因素分析 影响京北山区老年居民对家庭医生团队服务满意度的因素众多, 课题组经前期文献研究和预调研, 最终选取医药收费、诊疗技术、服务态度、

服务效果、服务项目、沟通能力 6 个关键影响因素作为自变量, 将签约服务模式的综合满意度作为因变量进行多元线性回归分析, 各变量均以实际值纳入。京北山区老年居民医药收费、诊疗技术、服务态度、服务效果、服务项目、沟通能力的满意度得分分别为 (6.10 ± 1.92)、(6.47 ± 1.67)、(7.89 ± 1.82)、(7.10 ± 1.97)、(6.12 ± 1.59)、(6.76 ± 1.95) 分, 满意度总得分为 (7.09 ± 1.94) 分。多元线性回归方程拟合优度 R^2 为 0.970, 模型回归效果较好, 拟合程度高; DW 值为 1.856, 接近 2, 说明残差不存在序列自相关。回归模型检验结果为 $F=1 841.963$, $P<0.001$, 表明回归方程通过显著性检验, 自变量与因变量之间存在线性回归关系。结果显示, 老年居民对家庭医生团队服务态度、服务效果、服务项目、沟通能力的满意度是其对“村医社医联动”签约服务综合满意度的影响因素 ($P<0.05$), 见表 3。

2.5 签约团队中社区医生和乡村医生的基本情况 签约团队的社区医生中, 141 例 (100.0%) 年龄 ≤ 50 岁, 130 例 (92.2%) 文化程度为大专及以上, 141 例 (100.0%) 取得执业医师资格证书; 乡村医生中, 111 例 (83.5%) 年龄 ≥ 51 岁, 113 例 (85.0%) 文化程度为中专及以下, 123 例 (92.5%) 取得乡村医生执业证书, 见表 4。

2.6 乡村医生和社区医生利用网络手段与签约居民进行在线互动交流的情况比较 133 例乡村医生中, 从未、偶尔、经常使用网络手段与签约居民进行在线互动交流的例数分别为 54 例 (40.6%)、49 例 (36.8%)、30 例 (22.6%)。141 例社区医生中, 共有 132 例回答此问题, 其中从未、偶尔、经常使用网络手段与签约居民进行在线互动交流的例数分别为 41 例 (29.1%)、71 例 (53.8%)、20 例 (14.1%)。二者比较, 差异无统计学意义 ($Z=-0.455$, $P=0.649$)。

表 2 山区老年居民最希望家庭医生团队提供服务的方式

Table 2 The way of services provided by family doctor team that the mountainous elderly residents most desired

签约服务方式	第 1 顺位选择 (人次)	第 2 顺位选择 (人次)	第 3 顺位选择 (人次)	综合得分 (分)
门诊诊疗服务	191	65	30	733
上门医疗服务	89	94	29	484
在社区组织健康宣教讲座	35	104	94	407
电话咨询指导	17	46	141	284
网络 (微博、微信平台等) 发布健康保健资讯	8	13	9	59
网络在线互动交流	0	1	7	9
其他	1	0	1	4

注: 签约服务方式为排序题, 限选前 3 位, 综合得分为加权求和后计算得出, 第 1 顺位赋权为 3, 第 2 顺位赋权为 2, 第 3 顺位赋权为 1, 综合得分 = 第 1 位选择人次 × 3 + 第 2 位选择人次 × 2 + 第 3 位选择人次 × 1

2.7 乡村医生和社区医生联动签约提供的服务内容

社区医生和乡村医生健康管理服务、出诊服务、药品配送与用药指导服务、长期处方服务开展情况比较, 差异

表3 京北山区老年居民对“村医社医联动”签约服务满意度影响因素的多元线性回归分析

Table 3 Multiple linear regression analysis of the factors influencing the satisfaction of elderly residents in the northern mountainous area of Beijing with "the consortium of rural doctors and community doctors" contract service

自变量	b (95%CI)	SE	t 值	P 值
医药收费	-0.018 (-0.070, 0.033)	0.026	-0.705	0.481
诊疗技术	-0.050 (-0.135, 0.035)	0.043	-1.154	0.249
服务态度	0.198 (0.119, 0.277)	0.040	4.941	<0.001
服务效果	0.379 (0.281, 0.477)	0.050	7.604	<0.001
服务项目	0.178 (0.089, 0.268)	0.045	3.926	<0.001
沟通能力	0.318 (0.244, 0.392)	0.038	8.422	<0.001
常量	0.028 (-0.045, 0.102)	0.037	0.756	0.450

注：“村医社医联动”签约服务 = “乡村医生 + 社区医生”家庭医生服务团队签约服务

表4 签约团队中社区医生和乡村医生的基本情况 [n (%)]

Table 4 Basic information of community doctors and village doctors in the contracted team

基本情况	社区医生 (n=141)	乡村医生 (n=133)
年龄 (岁)		
20~35	98 (69.5)	1 (0.7)
36~50	43 (30.5)	21 (15.8)
51~65	0	79 (59.4)
>65	0	32 (24.1)
性别		
男	43 (30.5)	91 (68.4)
女	98 (69.5)	42 (31.6)
文化程度		
小学及以下	0	25 (18.8)
中专或高中	11 (7.8)	88 (66.2)
大专	59 (41.8)	20 (15.0)
本科及以上	71 (50.4)	0
执业资格证类型		
乡村医生执业证书	0	123 (92.5)
执业助理医师资格证书	0	7 (5.3)
执业医师资格证书	141 (100.0)	3 (2.2)

表5 签约团队中社区医生和乡村医生联动签约提供的服务内容比较 [n (%)]

Table 5 The comparative analysis of the service content provided by community doctors and rural doctors in the contract services

医生	例数	基本医疗服务	公共卫生服务	健康管理服务	健康教育与咨询服务	优先预约服务	优先转诊服务	出诊服务	药品配送与用药指导服务	长期处方服务	中医药“治未病”服务	其他
社区医生	141	133 (94.3)	133 (94.3)	127 (90.1)	129 (91.5)	94 (66.7)	83 (58.9)	73 (51.8)	48 (34.0)	99 (70.2)	53 (37.6)	1 (0.7)
乡村医生	133	126 (94.7)	124 (93.2)	129 (97.0)	112 (84.2)	86 (64.7)	85 (63.9)	107 (80.5)	72 (54.1)	68 (51.1)	50 (37.6)	2 (1.5)
χ^2 值		0.022	0.141	5.342	3.423	0.122	0.734	24.976	11.225	10.474	<0.001	0.399
P 值		0.881	0.708	0.021	0.065	0.727	0.392	<0.001	0.001	0.001	0.999	0.528

有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表5。

2.8 定性访谈结果

2.8.1 社区医生和乡村医生在签约服务模式中的职责划分认知

24例社区医生认为自己承担的主要职责有:

(1) 负责提供家庭医生签约服务 ($n=24$)。社区医生 M2 提到: “主要签约服务是以我们为主体开展, 尤其是给病人看病、拍片诊疗、开药物处方等。” (2) 对乡村医生提供技能培训 ($n=15$)。社区医生 M7 提到: “我们会定期组织乡村医生进行技能培训学习并考核, 把他们纳入签约团队进行管理。” (3) 联动上级医院专家下乡坐诊 ($n=13$)。社区医生 M17 提到: “我们有时会请大医院医生下乡坐诊, 解决居民实际看病需要。”

24例乡村医生认为自己承担的主要职责有: (1) 宣传家庭医生签约服务内容, 动员居民签约 ($n=18$)。乡村医生 K9 提到: “在村里我会宣传签约家庭医生团队的好处, 鼓励村民签约。” (2) 提供医疗咨询, 进行初步诊疗 ($n=15$)。乡村医生 K13 提到: “村里人有事都会先来找我, 我帮他们解答, 初步看诊, 联系社区医生。” (3) 组织居民参加体检、健康大讲堂等活动 ($n=19$)。乡村医生 K22 提到: “每次镇上医生下村体检、坐诊或讲课, 我都会提前通知村民。” (4) 入户随访, 采集信息, 协助社区医生进行健康管理 ($n=18$)。乡村医生 K14 提到: “我十分清楚村民的状况, 最近谁血压高了, 谁腿脚不利索了, 我都会和社区医生交流。”

2.8.2 社区医生和乡村医生对签约服务模式的看法

24例社区医生均对“村医社医联动”签约服务模式认可。社区医生认为该模式: (1) 符合山区特点, 减轻工作压力 ($n=16$)。社区医生 M1 提到: “山区地广人稀, 下乡路途遥远, 且医生人手不足, 这种模式减轻了我们的工作压力。” (2) 符合百姓需求 ($n=13$)。社区医生 M8 提到: “村医大部分都和村民熟悉, 因为村医的存在, 百姓更愿意配合我们工作。”

24例乡村医生中, 22例对“村医社医联动”签约服务模式认可。乡村医生认为该模式: (1) 保障居民的大部分医疗需求 ($n=17$)。乡村医生 K3 提到: “村民有问题随时找我, 我解决不了的就帮村民去问社区医生, 总能满足村民需求。” (2) 让乡村医生的身份得

到认可 ($n=9$)。乡村医生 K13 提到：“之前我们像个个体户，现在镇上医院也培训我们，这是对乡村医生身份的认可。”2 例乡村医生认为该签约服务模式一般，觉得个人付出和回报不对等 ($n=2$)。乡村医生 K6 提到：

“我们在村里干的活挺累，比如挨家挨户地上门宣传、登记，帮行动不便的老人买药等，我们的待遇水平太低。”

2.8.3 社区医生和乡村医生对家庭医生签约服务中互联网应用的想法 社区医生和乡村医生认为互联网利用少的原因有：(1) 老年群体使用智能化设备存在较大障碍 ($n=39$)。社区医生 M1 提到：“老年人大多不会使用智能机，即使我们在线发布健康资讯，也很难达到预期的宣传效果。”(2) 老年居民依赖传统面对面交流 ($n=34$)。乡村医生 K2 提到：“山区老年居民对看得见、摸得着的交流更放心。”对于互联网的利用，家庭医生团队建议：(1) 提高智能设备便捷性 ($n=31$)。乡村医生 K24 提到：“老年居民不愿意用是因为太难操作，应该让智能设备傻瓜化。”(2) 完善信息网络平台建设 ($n=28$)。社区医生 M23 提到：“如果搭建好互联网平台，医生团队可以很直观了解病人情况，更有效地把病人管起来。”

2.8.4 社区医生和乡村医生对签约服务模式的建议 社区医生建议：(1) 增补乡村医生人才队伍 ($n=18$)。社区医生 M4 提到：“我们担忧现存的村医老化后，没人协助我们开展工作，希望能有年轻、高素质人才加入到队伍中。”(2) 提高乡村医生基础技能，使其及时掌握并汇报居民健康状况 ($n=21$)。社区医生 M18 提到：“很多村医技术有限，不能准确判断居民的健康状况和疾病发展。希望村医能对疾病进行早期识别，及时联系我们。”乡村医生建议：(1) 社区医生提供更多技术帮扶，经常下乡诊疗 ($n=20$)。乡村医生 K17 提到：“希望社区医生能勤下乡，老百姓需要大医生来。”(2) 社区医生及时反馈居民的诊疗情况 ($n=3$)。乡村医生 K19 提到：“村民看病后转述不清医生的诊断结果，社区医生也没告知我村民疾病情况。”

2.8.5 山区老年居民对“村医社医联动”签约服务的看法 受访的 16 例山区老年居民提到在该签约服务模式中，乡村医生和社区医生提供的服务内容存在差异，村民会根据自身情况选择就医。求助乡村医生的主要原因有：(1) 人际关系熟悉 ($n=14$)。老年人 N1 提到：“我和村医比较熟，有啥事都好说。”(2) 距离近且对老年人身体状况熟悉 ($n=12$)。老年人 N9 提到：“村医上门快，而且我身体情况他都知道。”求助社区医生的主要原因有：(1) 技术信任 ($n=12$)。老年人 N3 提到：“村医有时解决不了我的毛病，还是需要社区医生。”(2) 医保报销需求 ($n=10$)。老年人 N4 提到：“开处方药，走医保，都需要社区医生。”

2.8.6 山区老年居民对家庭医生签约服务中互联网应用的想法 (1) 智能手机的学习存在较大难度 ($n=14$)。老年人 N2 提到：“我年纪大了，智能机不会用，看报纸不太识字，眼睛也不好，还不如多走两步去问医生。”

(2) 互联网的安全性不值得信赖 ($n=3$)。老年人 N7 提到：“儿女给购置了手机，但我不敢瞎点，身边有人被保健品广告骗钱了。”(3) 通过网络获取信息的便捷性小于其他途径 ($n=11$)。老年人 N15 提到：“村医经常来家中，村喇叭也常播放健康资讯。”

2.8.7 山区老年居民对签约服务模式的建议 (1) 持续发展联动签约服务模式 ($n=16$)。老年人 N9 提到：“社区医生和村医都为我的健康着想，共同努力。”(2) 增加社区医生下乡巡诊 ($n=7$)。老年人 N4 提到：“感觉和卫生院的家庭医生交流得少，不熟悉，有距离，希望高水平医生多来下乡。”(3) 增加乡村医生培训和再教育 ($n=7$)。老年人 N5 提到：“村里的医生水平还比较有限，很多时候解决不了我的问题。”

3 讨论

“村医社医联动”签约模式在实践运行中主要是由乡村医生和社区医生构建家庭医生团队。乡村医生为社区医生适时提供信息反馈并协助开展服务，履行“网底守门人”职责；社区医生为乡村医生提供适宜技术帮扶和监督考核，发挥“网络枢纽”功能。二者发挥各自资源优势，形成良好的上下联动协作机制，共同满足居民多样化的家庭医生签约服务需求。

3.1 发挥乡村医生的人际优势，履行其在签约服务中的“守门人”职责 调研显示，京北山区老年居民平均年龄为 (69.6 ± 6.8) 岁，文化程度普遍偏低，89.6% 的老年居民文化程度为初中及以下，58.3% 的老年居民家庭居住地距社区卫生服务中心 >2 km；73.3% 的老年居民认为获取信息的最有效渠道为乡村医生 / 村中喇叭，14 例提到自身不会使用智能机并且自身学习意愿较低，对接触网络等新鲜事物存在抵触心理或有焦虑情绪，更加信赖传统的面对面人际宣传方式，由此可见对于交通不便且自身行动能力有限的山区老年居民而言，乡村医生在保障其身体健康、获取健康讯息方面发挥着不可或缺的作用。同样，对乡村医生和社区医生实际开展的签约服务内容比较发现，乡村医生较社区医生更多地开展健康管理服务、出诊服务、药品配送及用药指导服务等。这是因为在京北郊区多数乡村医生仍为半农半医的身份属性，开展签约服务时具有自然的人际和地缘优势。一方面，老年居民与乡村医生在日常共同的劳作和生活环境中，因为熟悉，更容易建立起便于沟通的信息渠道和易于交流的感情基础^[2]；另一方面，山区老年居民居住地距离乡镇较远，自行到社区卫生服务机构就医存在困难，乡村医生时间充裕且有距离优势，随叫随到的服

务为老年居民方便就医提供了保障^[3]，尤其针对高龄、失能、行动不便的老年居民，上门服务居家医疗成为保障其健康的重要手段，乡村医生早已成为家庭医生团队开展签约服务不可或缺的村落“触手”。

本研究结果显示，现存乡村医生年龄偏高，83.5%的乡村医生年龄 ≥ 51 岁；文化程度较低，85.0%的乡村医生为中专及以下学历；执业技术水平有限，92.5%的乡村医生持有执业类别为乡村医生执业证书。目前乡村医生后继人才队伍尚未得到很好补充，老龄化和服务能力的局限性成为乡村医生当前发展的困境^[4]，当现存本土村医自然减员之后，后续乡村医生人才队伍的有效补充成为“村医社医联动”签约服务模式正常开展的重要保障。因此，相关部门应当尽快制定和完善乡村医生人才培养和职业发展的相关政策，建立适合农村地区特色的乡村卫生人才队伍建设机制，为促进乡村医生在家庭医生签约服务团队中发挥“网底”保障作用提供政策支持，充分发挥乡村医生个人的信息优势、沟通优势、地理优势、信任优势和经验优势，为山区居民做好健康“守门人”^[5]。

3.2 发挥社区医生技术和平台的资源优势，凸显其在签约服务中的“枢纽”功能 调查发现，京北山区社区医生年龄均为20~50岁，92.2%的社区医生有大专及以上学历，所调查的社区医生均持有执业医师资格证书。由此可见，社区医生在开展家庭医生签约服务中具有一定的技术水平保障。对比乡村医生和社区医生实际开展的签约服务内容发现，社区医生较乡村医生更多地开展药物长期处方服务，这是因为乡镇卫生院/社区卫生服务中心属于国家卫生行政管理体制内的公立医疗机构，医保报销体系构建完善，居民购药可享受医保报销政策，且药物齐全可满足居民多样化的服药需求。除此之外，乡镇卫生院/社区卫生服务中心享受国家经济扶持，可为老年居民提供健康体检和诊疗服务的医疗设备；乡镇卫生院/社区卫生服务中心享受上级医院技术帮扶，有向大医院转诊的绿色通道和为大医院专家提供下乡坐诊的平台，可满足山区居民更高水平的诊疗服务要求。社区医生在居民和乡镇卫生院/社区卫生服务中心之间充当签约服务的网络“枢纽”，是家庭医生服务团队开展签约服务的核心力量。同时，社区医生利用技术和平台资源优势对乡村医生进行技能培训和监督考核，为居民健康服务的开展提供了重要保障。

本研究发现，无论是社区医生还是乡村医生，使用网络与签约居民的联系都较为罕见，一方面是老年居民本身对信息化的接受程度较低，另一方面是因为少有便捷的信息网络在山区发挥作用。政府部门应当加快农村地区信息化建设，为开展系统化的家庭医生签约服务搭建平台^[6]，通过搭建信息化的管理平台，让乡镇卫生

院高效地把签约居民“管好、服务好”，发挥信息化在家庭医生签约服务中的支撑作用，注重智能设备操作的便捷性和可及性，让智能设备操作流程便捷化，让山区老年居民可以真正享受到信息化进程的优势，减少信息鸿沟^[7]。通过完善乡镇卫生院/社区卫生服务中心功能及内涵建设，促进医疗卫生服务资源在山区的合理配置，实现资源的有效延伸，同时可以节省机构、人员等重复投入，降低签约服务开展的成本，提高服务效率^[8]。

3.3 以老年居民健康需求为导向，优化“村医社医联动”签约服务效果 本研究结果显示，影响老年居民签约服务满意度的因素是服务效果、沟通能力、服务态度和服务项目。提示家庭医生签约服务的开展应重视老年居民享受签约服务的获得感，家庭医生团队应坚持尊重关爱的原则，在服务过程中注重个人服务态度和沟通能力，让居民能够高效获取有关个人健康情况的信息，减少因信息不对称造成的医患矛盾发生。同时，家庭医生团队应注重提高个人技术水平，开展对患者适宜适用的服务项目，力求服务效果在居民个人健康水平上得以真正体现。

家庭医生签约服务是对居民健康多维度、多层面的干预管理，应当以居民需求为导向，扩展服务内容，增加服务种类^[9]。本研究结果显示，山区居民因距离乡镇卫生院较远、出行不便等客观原因，更希望家庭医生团队能够增加下乡出诊服务量，家庭医生团队应当通过协调、安排乡村医生和社区医生的职责分工和服务范围，满足居民多样化的服务需求。乡村医生身处一线岗位，可为社区医生及时提供居民的健康动态；利用地缘和人际优势发挥组织动员能力，保障上门访视、健康大讲堂等签约服务的有效落地。社区医生可通过定期巡诊、召集例会培训等方式对乡村医生进行技术帮扶，提供医疗设备保障，同时发挥机构平台优势，联系大医院专家下乡坐诊，满足居民更高层次的就医需求。“村医社医联动”的签约服务模式能使双方扬长避短、优势互补，进而整体提升签约服务的质量和效果，给予山区居民更加切实、有效的健康管理服务。

综上所述，健全山区老年居民家庭医生签约服务系统需要多方主体的积极参与。首先，通过政府引导给予政策扶持和经费保障，提高家庭医生团队服务积极性，保障乡村医生队伍的后续有序补充；其次，社区医生和乡村医生作为居民健康“守门人”、资源调配人、费用把关人，以山区老年居民的需求为导向，不断提升服务能力、扩展服务范围；最后，针对山区地形地貌特征，加强“村医社医联动”签约服务模式的有序开展，将签约服务真正延伸至居民家庭，切实推进签约服务的可持续发展，改善老年居民的健康状况，提升老年居民的生活质量和签约服务的获得感。

作者贡献: 张如意负责文章的构思与设计; 张如意、彭迎春负责研究的实施与可行性分析、论文撰写与修订; 张如意、张志颖负责数据收集与整理; 张如意、彭迎春、张志颖负责统计学处理、结果的分析与解释; 彭迎春、张志颖负责英文的修订; 彭迎春对文章整体负责, 监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 国家统计局. 第七次全国人口普查 [EB/OL]. [2021-03-01]. <http://www.stats.gov.cn/ztjc/zdtjgz/zgrkpc/dqerkpc/dqerkpcrpsz/>.
- [2] LI L, ZHANG R, CHEN Y, et al. Achievements and challenges in health management for aged individuals in primary health care sectors: a survey in Southwest China [J]. BMC Public Health, 2020, 20 (1): 338. DOI: 10.1186/s12889-020-8210-2.
- [3] 吕兆丰, 王晓燕. 首都乡村医患信任问题探索: 基于北京市怀柔区的实地研究 [M]. 北京: 北京燕山出版社, 2015: 179-214.
- [4] 付丽, 庞文云, 吕兆丰. 首都农村卫生人才培养模式有效性的研究与思考 [J]. 医学教育管理, 2015, 1 (1): 52-58. DOI: 10.3969/j.issn.2096-045X.2015.01.012.
- [5] 张慧. 乡村医生在老年人健康管理中的作用及供给模型研究 [D]. 湖北: 华中科技大学, 2019.
- [6] 王政, 王萍, 曹洋. 新时代“互联网+医疗健康”互联网医院建设及发展探讨 [J]. 中国医院管理, 2020, 40 (11): 90-92.
- [7] WANG Z, WANG P, CAO Y. Exploration of the construction and development of "internet + medical health management" internet hospital in the new era [J]. Chinese Hospital Management, 2020, 40 (11): 90-92.
- [8] 王越冉, 毕明深. 吉林省老年健康管理模式下养老服务 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40 (17): 3796-3799. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2020.17.065.
- [9] 王显君, 唐智友, 杨文梅, 等. 基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (31): 3924-3929. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.454.
- WANG X J, TANG Z Y, YANG W M, et al. Health services via five integrated measures in primary care settings: a practical study [J]. Chinese General Practice, 2020, 23 (31): 3924-3929. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.454.
- [9] 郝爱华, 陈楚天, 郎玲玲, 等. 老年人自评健康与卫生服务利用的关系研究 [J]. 中国全科医学, 2021, 24 (7): 818-823. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.032.
- HAO A H, CHEN C T, LANG L L, et al. Self-rated health status and utilization of health services in the elderly [J]. Chinese General Practice, 2021, 24 (7): 818-823. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.032.
- (收稿日期: 2021-05-28; 修回日期: 2021-08-15)
(本文编辑: 张亚丽)
-
- (上接第 444 页)
- [20] 王磊, 冯伟兴, 赵媛媛, 等. 生物信息技术在药物相互作用风险研究中的应用进展 [J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2017, 31 (7): 772-778. DOI: 10.3867/j.issn.1000-3002.2017.07.011.
- WANG L, FENG W X, ZHAO Y Y, et al. Application of biomedical informatics in research of drug-drug interaction risks [J]. Chin J Pharmacol Toxicol, 2017, 31 (7): 772-778. DOI: 10.3867/j.issn.1000-3002.2017.07.011.
- [21] 黄宇星, 刘二伟. 联合用药的药物相互作用及研究方法 [J]. 药物评价研究, 2014, 37 (3): 276-279. DOI: 10.7501/j.issn.1674-6376.2014.03.021.
- HUNG Y X, LIU E W. Drug interactions and research methods of drug combination [J]. Drug Evaluation Research, 2014, 37 (3): 276-279. DOI: 10.7501/j.issn.1674-6376.2014.03.021.
- [22] BHAGAVATHULA A S, BERHANIE A, TIGISTU H, et al. Prevalence of potential drug-drug interactions among internal medicine ward in University of Gondar Teaching Hospital, Ethiopia [J]. Asian Pac J Trop Biomed, 2014, 4 (s1): s204-208. DOI: 10.12980/APJTB.4.2014C1172.
- [23] JACUBEIT T, DRISCH D, WEBER E. Risk factors as reflected by an intensive drug monitoring system [J]. Agents Actions, 1990, 29 (1): 117-125. DOI: 10.1007/978-3-0348-7292-8_13.
- [24] SASWATI S, CHATTOPADHYAY M K, HANS-PETER G. The multifaceted roles of antibiotics and antibiotic resistance in nature [J]. Front Microbiol, 2013, 4 (3): 47. DOI: 10.3389/fmicb.2013.00047.
- [25] 刘昌孝. 全球关注: 重视抗生素发展与耐药风险的对策 [J]. 中国抗生素杂志, 2019, 44 (1): 5-12. DOI: 10.3969/j.issn.1001-8689.2019.01.001.
- [26] 邓朋庆, 俞建龙, 周乃彤, 等. 四川省常用药品使用及储备情况入户调查 [J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11 (9): 59-63. DENG P Q, YU J L, ZHOU N T, et al. Household survey on the situation of drug use and storage in families in Sichuan Province [J]. Chin J Heal Policy, 2018, 11 (9): 59-63.
- [27] 国家卫生健康委员会. 中国抗菌药物管理和细菌耐药现状报告 (2016—2018 年) [EB/OL]. (2019-04-12) [2020-12-03]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594/201904/1b5a42f0e326487295b260c813da9b0e.shtml>.
- [28] 胡燕, 白继庚, 胡先明, 等. 我国抗生素滥用现状、原因及对策探讨 [J]. 中国社会医学杂志, 2013, 30 (2): 128-130. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5625.2013.02.021.
- [29] 安徽省卫生和计划生育委员会. 安徽省上呼吸道感染分级诊疗指南 [J]. 安徽医学, 2017, 40 (8): 953-958.
- [30] 喻玮, 肖永红. 正确认识联合用药治疗耐药菌感染 [J]. 医药导报, 2019, 38 (7): 835-842. DOI: 10.3870/j.issn.1004-0781.2019.07.001.
- [31] 国务院. 国务院关于印发“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知 [EB/OL]. (2017-01-09) [2020-12-03]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-01/09/content_5158053.htm#.
- [32] 国家统计局. 中华人民共和国 2015 年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. (2016-02-20) [2020-12-03]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201602/t20160229_1323991.html.
- (收稿日期: 2021-05-28; 修回日期: 2021-07-13)
(本文编辑: 陈俊杉)