

农村居民对家庭医生签约服务认知及签约意愿分析*

冯俊超,李 伟,陈志鹏,尹文强,郭洪伟,胡金伟[△]

(潍坊医学院公共卫生与管理学院.“健康山东”重大社会风险预测与治理协同创新中心.
国民健康风险预警治理协同创新中心,山东 潍坊 261053)

【摘要】 目的:了解农村居民对家庭医生签约服务知晓情况、签约意愿及其影响因素。方法:利用自制问卷对山东省临沂市 240 名农村居民进行面访调查,对数据进行描述性分析, χ^2 检验,二分类 logistic 回归分析。结果:家庭医生签约服务的农村居民知晓率为 46.2%,农村居民对家庭医生签约服务知晓率在户主与非户主、低保户与非低保户、不同的年龄阶段、婚姻状况、职业和是否患有慢性病间的差异有统计学意义。logistic 回归结果显示,学历和职业是农村居民了解家庭医生的影响因素。农村居民不愿签约的前三位原因:对家庭医生的服务质量担忧,不知道有家庭医生式服务,对签约家庭医生不信任。结论:农村居民对家庭医生签约服务的知晓率不高,不同特征下人群知晓率差异明显,家庭医生的服务能力影响农村居民的签约意愿。

【关键词】 农村居民;家庭医生;认知;签约意愿

【中图分类号】 R197

【文献标志码】 A

【文章编号】 1004-4663(2019)07-524-03

Analysis of Rural Resident's Cognition and Signing Intention to Family Doctors. /FENG Jun - chao, et al. //The Chinese Health Service Management.

Abstract Objective To understand the rural residents' knowledge of contracting services for family doctors, their willingness to sign contracts and their influencing factors. Methods A survey was conducted on 240 rural residents in Linyi City, Shandong Province, using a self - made questionnaire. Descriptive analysis, χ^2 test, and binary logistic regression analysis were performed on the data. Results the awareness rate of rural residents signing contracts for rural residents was 46.2%, and the awareness rate of rural residents for signing services for family doctors was statistically significant among household and non - head of households, low - income households and non - low - income households, different age groups, marital status, occupations, and whether they had chronic diseases. The logistic regression results show that occupations and education are the influencing factors for rural residents to be aware of family doctor's contracting services. The top three reasons why rural residents are unwilling to sign a contract are: concern about the quality of service of family doctors, not knowing family doctor - style services, and not trusting contracted family doctors. Conclusion Rural residents have low awareness of family doctors' contracting services, and there are deviations in their understanding. The lack of trust in family doctors affects their willingness to sign up.

Author's address School of Public Health and Management, Weifang Medical University, Weifang, P. R. China

Key words rural residents; family doctors; cognitive; signing intention

家庭医生签约服务是符合我国新医改保基本、强基层、建机制大方向的基层医疗卫生服务政策,有着无以比拟的发展性和优越性。目前家庭医生签约服务已在全国范围内推行,家庭医生在守护居民健康的同时,能有效控制医疗费用过快增长,保证分级诊疗制度的落实^[1,2]。但在农村地区推行家庭医生签约服务的过程中,存在农村居民对签约服务的知晓率较低,签约意愿不强,“签而不约”等问题^[3]。本研究通过对山东省临沂市 240 名农村居民进行问卷调查,了解其对家庭医生签约服务的知晓情况、签约意愿,并对影响农村居民签约意愿的主要因素进行讨论和分析。为提高农村居民对家庭医生的知晓率,增强签约意愿,激发签约积极性和主动性提供建议与对策。

1 资料与方法

1.1 抽样方法与调查对象

2018 年 4~5 月采用随机抽样法在山东省临沂市随机抽取

了两个镇,每个镇随机抽取三个村,每个村随机抽取 40 户,发放问卷 240 份,回收有效问卷 238 份,有效回收率 99.2%。本问卷采用不记名方式填写,现场发放和回收,在填写过程中对农村居民不理解的问题及时解释。

1.2 问卷设计

本次调查根据临沂地区家庭医生政策推行实际自行设计问卷,问卷主要包括两部分内容:农村居民基本情况调查;家庭医生签约服务认知、签约意愿及影响因素调查。

1.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件建立数据库进行统计学分析。分析方法包括描述性分析、 χ^2 检验、Logistic 回归分析,检验标准 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 基本情况

238 名农村居民中户主 75 人(31.5%),非户主 163 人

* 基金项目:教育部人文社会科学研究规划基金青年基金项目“基本药物制度背景下我国居民用药行为形成机制及预控策略研究”(15YJZ065);山东省本科高校教学改革研究项目“公共事业管理专业本科生导师制的研究与实践-以潍坊医学院为例”(2015M205);山东省高校科研计划项目“山东省青少年安全用药行为形成机理及其全程管理策略研究”(J18RB045)

[△]通讯作者:胡金伟

(68.5%); 男性 103 人(43.3%), 女性 135 人(56.7%); 15~30 岁 86 人(36.1%), 31~40 岁 31 人(13.0%), 41~50 岁 16 人(6.7%), 51~60 岁 23 人(9.7%), 60 岁及其以上 82 人(34.5%); 已婚 162 人(68.1%), 未婚 76 人(31.9%); 没上过学 62 人(26.1%), 小学 33 人(13.9%), 初、高中 80 人(33.5%), 大、中专 19 人(8%), 大学本科及以上 44 人(18.5%); 农业生产人员 118 人(49.6%), 非农业生产人员 120 人(50.4%); 年家庭收入小于 10000 元 90 人(37.8%), 在 10001~30000 元 79 人(33.2%), 30001~60000 元 43 人(18.1%), 大于 60000 元 26 人(10.9%); 低保户 39 人(16.4%); 城乡居民医疗保险 214 人(89.9%); 慢性病患者 75 人(31.5%)。

2.2 农村居民对家庭医生角色认知与知晓途径

在家庭医生角色认知方面,238 名农村居民中,了解家庭医生签约服务的有 110 名;能正确理解家庭医生是对多个家庭或区域提供基本公共卫生服务和基本医疗服务的医生团队的有 36 人(32.7%),误解家庭医生为私人医生或多个家庭共享一个医生的农村居民 74 人(67.3%);农村居民知晓途径排序前三位街道、居委会宣传,村卫生室宣传和广播电视,累计频数分别为 58、56、21,通过网络、海报等其他方式知晓家庭医生情况较少,累计频数均低于 20。

2.3 不同特征下农村居民对家庭医生签约服务知晓情况的差异性分析

户主知晓率 57.3% (43/75) 高于非户主 41.1% (67/163), 差异有统计学意义($\chi^2 = 5.443, P < 0.05$); 在五个年龄段 15~30 岁、31~40 岁、41~50 岁、51~60 岁和 >60 岁的知晓率分别为 31.4% (27/86)、35.5% (11/31)、56.3% (9/16)、69.6% (16/23)

和 57.3% (47/82), 年龄高的人群知晓率高于青年人群, 差异有统计学意义($\chi^2 = 18.794, P < 0.05$); 未婚人群知晓率为 31.6% (24/76) 低于已婚人群知晓率 53.1% (86/162), 差异具有统计学意义($\chi^2 = 9.627, P < 0.05$); 没上过学、小学学历和大学本科及以上的知晓率分别为 54.8% (34/62)、54.5% (18/33) 和 56.8% (25/44) 高于初、高中的 38.8% (34/80), 大、中专的 10.5% (2/19), 差异具有统计学意义($\chi^2 = 16.296, P < 0.05$); 职业是农业生产人员的知晓率为 60.1% (71/118) 高于非务农的 32.5% (39/120) 差异具有统计学意义($\chi^2 = 18.325, P < 0.05$); 低保户的知晓率为 64.1% (25/39) 高于非低保户的 42.7% (85/199), 差异具有统计学意义($\chi^2 = 6.002, P < 0.05$); 慢性病患者知晓率为 60% (45/75) 高于非慢性病人 39.9% (65/163), 差异具有统计学意义($\chi^2 = 8.367, P < 0.05$); 不同性别间、不同收入人群间的家庭医生知晓率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

在 238 名农村居民中,知晓家庭医生签约服务的有 110 名农村居民,其中 50.9% (56/110) 已经签约;49.1% (54/110) 没有签约。

2.4 农村居民对家庭医生签约服务知晓的多因素分析

以是否知道家庭医生签约服务为因变量,“是”赋值为 1,“否”赋值为 2。将在单因素分析 χ^2 检验有统计学意义的变量作为自变量纳入二元 logistic 回归模型,户主、低保户、慢性病、婚姻状况、职业二分类变量以 1、2 赋值。年龄、学历有序分类变量由低到高以 1、2、3、4、5 赋值,结果见表 1。可以看出学历和职业两个变量对农村居民知晓家庭医生签约服务的影响具有统计学意义。学历与知晓率呈负相关,学历升高知晓率在降低。职业为农民的知晓率是非务农人群的 4.798 倍。

表 1 农村居民知晓家庭医生的二分类 logistic 回归分析

B	S. E	Wald	P	OR	95% CI
户主	0.177	0.344	0.264	0.607	1.193 0.608~2.342
年龄	-0.247	0.185	1.774	0.183	0.781 0.543~1.123
婚姻状况	-0.688	0.519	1.758	0.185	0.503 0.182~1.390
学历	-0.830	0.201	16.998	0.000	0.436 0.294~0.647
职业	1.568	0.517	9.218	0.002	4.798 1.743~13.204
低保户	0.700	0.426	2.697	0.101	2.014 0.873~4.643
慢性病	0.276	0.379	0.529	0.467	1.317 0.627~2.770
常量	-0.28	2.125	0.000	0.990	0.973

2.5 农村居民家庭医生服务签约意愿现状及其原因分析

2.5.1 农村居民家庭医生服务签约意愿现状

在知道家庭医生签约服务的 110 名村民中,86.4% (95/110) 愿意签约自己的家庭医生,13.6% (15/110) 不愿意。不同特征下农村居民家庭医生签约意愿比较差异无统计学意义。

2.5.2 影响农村居民签约家庭医生的原因分析

农村居民愿意签约家庭医生的前三位原因:享受“绿色通道”转诊服务,能获得综合、连续的健康管理服务,能对慢性病患者有定期随访。

不愿意签约家庭医生的原因:对家庭医生服务质量担忧,对签约家庭医生不信任,不知道有家庭医生式服务。

3 讨论

3.1 农村居民知晓率不高,不同特征下人群知晓率差异较为明显

在 238 名被调查村民中,其中 110 人(46.2%) 知道家庭医

生签约服务;128 人(53.8%) 人不知道家庭医生签约服务,知晓率较低,近半数农村居民不知道家庭医生和家庭医生的服务项目。由于地区政策的影响,临沂市家庭医生签约服务 65 岁以上的老年人和慢性病患者为主。所以了解家庭医生的人群分布较为集中:主要为重点人群(0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者),户主直接代表全家签约情况较多,户主的知晓率较高。

二元 logistic 回归分析结果显示年龄、学历与知晓率呈负相关,本研究结果与南京中医药大学张丽副教授对江苏省居民家庭医生认知情况结果相反。江苏省低年龄人群和高学历人群了解的比例较高^[4]。而临沂市农村地区经济相对落后外出务工青年人较多,宣传难以覆盖,加之中青年人群身体较为健康,对自身健康状况关注程度低,青年人群的知晓率反而较低。由于青年人群的文化程度普遍高于中老年人,直接造成学历越高知晓率越低的现象。在调查期间,正值农忙时节和五一假

期。在外务工、求学人员返乡,才使得在外青年人群成为本次研究的调查对象。职业为农业生产人员知晓率是非务农人群的4.798倍。在家从事农业生产能及时接收到村卫生室、乡镇卫生院和村委会宣传,同时务农人群年龄较高对卫生服务的需求也较高,直接造成知晓率在职业上的差异。

3.2 家庭医生签约服务宣传方式传统,村民对家庭医生功能与定位认知存在偏差

农村居民主要通过居委会宣传、村卫生室宣传和广播电视,三个传统宣传途径了解家庭医生签约服务。微信、微博等现代化网络宣传手段利用较少,宣传覆盖面较小,效果较差。农村居民不知道家庭医生签约服务,直接与其签约易产生抵触情绪^[5]。在家庭医生签约服务推行过程中,农村居民拒签情况时有发生。已了解家庭医生的部分农村居民主观上理解的与我们现行的家庭医生政策存在较大偏差,不能有效的区分我国现行家庭医生签约服务与国外“私人医生”的功能与定位。在农村居民出现认知偏差的情况下与其签约,不进行政策的有效解释。农村居民签约后在利用家庭医生服务时,发现自己期望的家庭医生与实际存在较大差距,易于引发农村居民对家庭医生的不满,打击农村居民签约和利用的积极性。由于农村居民的知晓率低、认知偏差,严重制约了家庭医生签约服务政策的推行和落实。

3.3 农村居民签约意愿较高,家庭医生的服务能力影响农村居民的签约意愿

已了解家庭医生的村民中86.4%(65/110)愿意签约,签约意愿较高。其中“绿色通道”转诊服务,综合、连续的健康管理服务,慢性病的定期随访,三项服务项目符合农村居民现阶段的基层卫生服务需要,能够有效提升村民的签约积极性。同时13.6%的农村居民不愿意签约,主要原因为对家庭医生的不信任和对家庭医生提供的服务质量表示担忧。调查地区家庭医生首诊意愿较低,在已经签约农村居民中,选择家庭医生首诊占比64.3%,低于其签约意愿,说明存在“签而不约”现象。

3.4 对策与建议

3.4.1 做好政策的解释,运用现代化、多样化的宣传手段提高农村居民的知晓率,纠正对家庭医生的角色认知偏差

政策执行是政策方案被政府及相关部门采纳后,通过一定的组织形式特定的措施和方法,运用各种资源,经解释、实施、服务和宣传等方式将政策观念的内容转化为现实效果,使既定的政策目标得以实现的过程^[6]。家庭医生签约服务要真正让农村居民接受,实现既定政策的目的,政策的宣传解释要做到位,让政策的目标群体理解政策、接受政策更重要的是将政策与自己的生活相联系、利用政策。要充分利用微信、微博平台等新媒体形式,发挥自媒体的作用,最大程度上打破时间、地域的限制,让村民日常翻阅手机时就能知晓家庭医生^[7,8]。在“家庭医生日”等活动期间可组织基层卫生工作人员进村入户进行相关宣传,通过张贴海报、印发手册、乡村文艺汇演等以村民喜闻乐见的方式,进行全人群的宣传,提升家庭医生的知晓率^[9]。对于外出务工人员、青年人群知晓率较低的人群要进行重点的宣传,可进行特定期针对性宣传,在每年的1月份务工人员返乡时期通过召开义诊宣传会等活动进行集中宣传、签约。在进行家庭医生宣传的过程中通过国内、国外家庭医生签约服务的对比宣传,让农村居民知晓我国家庭医生的功能,明确其定位。了解我国家庭医生的服务方式与其它国家或地区私人医

生在付费机制、签约方式、服务模式上的区别。熟悉家庭医生的服务方式及流程,让农村居民对家庭医生有正确的、清晰的理解,能够有合理的预期。最终目标让农村居民理解家庭医生这一健康“守门人”的角色,认识到家庭医生对其整个生命周期的健康管理价值^[10]。

3.4.2 通过家庭医生培训,消除农村居民对服务质量的担忧,以需求为导向来提供服务,提高农村居民签约意愿。

在保证正常医疗卫生服务的同时,有序的组织家庭医生团队成员轮流参加规范化培训,培养一批高质量、高素质、能在基层卫生服务工作中起到骨干作用的高层次全科医生^[11,12]。着力提高家庭医生诊疗和服务水平,提升总体服务质量,消除农村居民的顾虑和担忧。针对能提高农村居民签约意愿的三个签约服务项目,要整合已有的医疗信息系统,通过与第三方医疗信息机构的合作建立一个集医疗、公共卫生、健康档案管理为一体的数字化一级、二级、三级共享互通的卫生信息系统,保证转诊“绿色通道”的可及性、便捷性、有效性,保证签约农村居民“重病上的去,康复下的来”能获得综合、连续的健康管理服务^[13,14];为糖尿病、高血压等慢性病患者设置针对性的服务包(包含血压、血糖的定期测量,用药、生活饮食的指导,并发症的检测,检查、转诊的预约等),保证能够提高病人的生活质量,减少慢性病人支出,减轻病患家庭负担,同时控制医疗费用的过快增长。

[参考文献]

- [1] 李莓.家庭医生式服务运行机制现状及对策研究[J].中国卫生事业管理,2015,32(04):253-254+281.
- [2] 王良晨,葛敏,江萍,等.社区居民对家庭医生签约服务的认知与意愿研究[J].中国全科医学,2018,21(04):401-406.
- [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(03):48-55.
- [4] 张丽,徐俊杰.家庭医生模式应用的居民认知情况分析[J].管理观察,2017(26):141-142.
- [5] 王冬阳,陆雅文,王梦圆,等.江苏省家庭医生签约服务的现状及对策[J].中国卫生资源,2018,21(02):140-143+148.
- [6] 谢明.公共政策导论[M].北京:中国人民大学出版社,2015.194.
- [7] 郭晓玲,吴浩,刘新颖.智慧家庭医生优化协同模式的构建与实现[J].中国全科医学,2017,20(07):784-788.
- [8] 周苑,江启成.我国分级诊疗背景下家庭医生服务研究的现状及问题探讨[J].中国农村卫生事业管理,2017,37(06):633-636.
- [9] 黄蛟灵,梁鸿,张宜民等.家庭医生制度本土化困境与策略:以上海市虹口区为例[J].中国卫生政策研究,2016,9(08):37-43.
- [10] 丁炜光,裴锦云,张玉兰,等.“守门人”体系转变为健康管理体系对社区糖尿病管理的效果分析[J].中国初级卫生保健,2017,(7).
- [11] 曹阳,宋雨佳.基于结构方程的基层医生工作满意度及离职意愿影响因素研究[J].中国卫生事业管理,2018,35(01):24-26+43.
- [12] 于金娜.基于病患视角的签约村医医疗服务质量评价:以贵州省思南县为例[J].中国卫生事业管理,2016,33(11):835-838.
- [13] 许兴龙,周绿林,陈羲.“互联网+”背景下医疗服务体系整合研究[J].中国卫生事业管理,2018,35(02):105-108.
- [14] 宋之杰,高贝贝,郭燕平,等.“互联网+社区家庭医生”资源整合服务体系构建研究[J].卫生经济研究,2018(03):32-35.

[收稿日期] 2018-07-02

(编辑 刘书文 屈伟)