西安医学院硕士学位论文

**家庭医Th责任制服务模式实施现状的**

**调查研究**

**Investigation of the Implementation Status of Family Doctor Responsibility Service System**

申 请 人：柴 青

指 导 老 师：刘顺智 严琴琴 牛春燕

周连锁 王小平学科（专业）名称：临床医学

日 期：2015 年 5 月

万方数据

摘要

摘 要

**目的：**本研究通过调查西安市社区卫生服务中心家庭医生责任制的服务项目和实施情况，分析家庭医生制实施过程存在的问题并提出解决方案，探索社区居民、家庭医生、社区卫生服务机构三个因素对家庭医生制服务发展的影响，为家庭医生制服务工作的良好快速发展提供指导。

**方法：**采用现况调查、描述性流行病学研究方法，随机整群分层抽取西安市5个社

区卫生服务中心1000名家庭医生责任制服务的居民和150名家庭医生为对象，制定调查问卷，收集资料信息、问卷调查，调查家庭医生的工作情况和工作满意度、居民对家庭医生制服务的满意度，利用统计学方法对满意度及影响因素进行分析。

**结果：**发放1150份问卷，回收有效问卷1150份，150名家庭医生的满意度调查中发现，家庭医生对工作环境、管理制度、分配制度和职称晋升的满意度较高，对收入、职业声誉、福利待遇的满意度较低。Logistic回归分析显示家庭医生的年龄、工作年限、毕业专业对收入、工作环境、福利待遇、分配制度、职业声誉的满意度有影响。家庭医生认为实行家庭医生制服务对自身产生的最大压力居前三位的分别是服务量增大、付出与收益不等、上门服务。1000名居民的满意度调查显示：居民对就诊方便性、就诊环境、服务态度、技术水平、慢病管理、健康体检、健康教育、社区宣教的满意度较高，对设施设备、药品种类、药品价格、上门服务、中医康复的满意度较低。Logistic回归分析显示居民的性别、年龄、学历、月收入、就业状况、医保情况、接受服务类型、病轻就诊医院、病重就诊医院、是否高血压、是否糖尿病等因素对家庭医生制服务满意度有影响。

**结论：**家庭医生责任制服务已在全市范围内较好的开展，居民对家庭医生责任制服务满意度高，家庭医生对工作现状较满意，认为需要提高待遇和政府给予支持。在今后的工作中我们要注意转变传统医疗观念，将家庭医生制的基本医疗、公共卫生服务、个性化健康管理服务理念视为工作重心，需要继续学习，提高工作能力，同时需要提高满意度、调动积极性，加强政策宣传，增加相关配套政策支持，明确社区首诊、分级诊疗的路径，做好社区居民的医疗保健工作。

本研究得到西安市 2014 年卫生科研基金（编号: 2014057）资助

I

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

**关键词：**家庭医生责任制； 家庭医生； 满意度

II

ABSTRACT

Abstract

**Objective:** By investigating the service items and implementing status of family doctor responsibility system in Xi'an community health service center, the study analyzes the problems in the process of implementing family doctor system and its solution, explores the influences of community residents, family physicians, community health service institutions to the development of the family doctor system, and provides guidance for the rapid development of family doctor system services.

**Methods:** Consulting literature, the study understands the progress of the research topic, and by the method of survey and descriptive epidemiological study ways randomly clusters stratified 1000 residents and 150 family doctors from 5 community health service center, developing a questionnaire to collect date and information, investigating family doctors working conditions and job satisfaction, and the satisfactions of residents. Satisfaction degree and influence factors are analyzed by statistical methods.

**Results:** 1150 questionnaires were sent out, and 1150 valid questionnaires were taken back.. The satisfaction investigation of the family doctors shows that the satisfaction rates on working environment, management system, distribution system and job promotion are relatively high, but the satisfaction rates on income, professional reputation and welfare are lower. Logistic regression analysis indicates that the satisfaction degree on income, work environment, welfare, distribution system and professional reputation are influenced by family doctor's age, working experience and graduation major. By implementing family doctor service, family doctors believe that their top three maximum pressureare increasing amount of services, the equality of pay and benefits, and door-to-door service. The satisfaction investigation of the 1000 residents indicates that the satisfaction rates on convenience of visiting, visiting environment, service attitude, skill level, management of chronic disease, health examination, health education and community education are higher, while the satisfaction rates on facilities and equipment, types of medicine, medicine prices, home care, rehabilitation of traditional Chinese medicine are lower. Logistic regression analysis shows that the satisfaction degree of residents are influenced by gender, age, education, monthly income, employment situation, medical insurance, accepting service type, light disease clinic, seriously ill treatment hospital,

III

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

Hypertension, diabetes, etc.

**Conclusions:** Family doctor responsibility system has been carried out well all over the city. The satisfaction of residengts was high and family doctors satisfied in current status. Amountof doctors believed that they needed more salaries and sustain from government. In practical work process, wo should pay attention to change the traditional medical concepts, focus on basic medical system, public health service, personalizes health management. In addition, we need continually learning, improve work ability and satisfaction degree, and mobilize enthusiasm. The future work should strengthen policy advocacy, increase policy support, intergrate information resources, clear community first diagnosis, classify the treatment path to do a good job in community health care.

**Key Words:**: family doctor responsibility system; Family doctor; Satisfaction

IV

目 录

目 录

[摘要](#_Toc686951829) 3

[摘 要](#_Toc686951830) 3

[ABSTRACT](#_Toc686951831) 4

[Abstract](#_Toc686951832) 4

[第一章 前言](#_Toc686951833) 6

[第一章 前 言](#_Toc686951834) 6

[第二章 文献回顾](#_Toc686951835) 7

[一、 国外社区卫Th服务及家庭医Th制度](#_Toc686951836) 7

[二、 中国社区卫Th服务及家庭医Th制度](#_Toc686951837) 7

[第二章 文献回顾](#_Toc686951838) 8

[第三章 正 文](#_Toc686951839) 9

[一、 选题背景和立题依据](#_Toc686951840) 9

[二、 研究目的](#_Toc686951841) 9

[三、 研究方法](#_Toc686951842) 10

[四、 技术路线](#_Toc686951843) 10

[查阅文献](#_Toc686951843)

[课题设计](#_Toc686951843)

[确定调查对象](#_Toc686951843)

[设计调查问卷](#_Toc686951843)

[五、 结果及分析](#_Toc686951844) 11

[1. 西安市社会经济及卫Th概况](#_Toc686951845) 11

[2. 社区卫Th服务机构基本情况](#_Toc686951846) 11

[3. 家庭医Th工作现状及满意度调查](#_Toc686951847) 11

[3.1 调查对象](#_Toc686951848) 11

[3.2 调查方法](#_Toc686951849) 11

[3.3 质量控制](#_Toc686951850) 11

[3.4 、家庭医生的结果与分析](#_Toc686951851) 11

[4.1 调查对象](#_Toc686951852) 24

[4.2 调查方法](#_Toc686951853) 24

[4.3 质量控制](#_Toc686951854) 24

[4.4 结果与分析](#_Toc686951855) 24

[六 结论](#_Toc686951856) 35

[参考文献](#_Toc686951857) 37

[参考文献](#_Toc686951858) 38

[参考文献](#_Toc686951859) 39

[附 件](#_Toc686951860) 40

V

# 第一章 前言

# 第一章 前 言

家庭医生责任制服务作为能提供连续、安全、有效和适宜的综合医疗卫生和健康管理的服务模式，是以社区为范围、家庭为单位、全科医生为主要载体，以连续的健康管理为目标，通过契约服务的形式，提供个性化的服务[1]。目前，世界上有50多个国家和地区，都开展了家庭医生制服务，普遍建立了家庭医生与社区居民固定式、契约式的服务关系，如英国、澳大利亚、加拿大、古巴等国，依托家庭医生诊所开展基本医疗服务，家庭医生通过一系列规范严谨的培训，在改善全民健康状况、降低卫生服务费用、合理利用医疗资源等方面起到了积极的作用[2-7]。

我国人口多、人均经济水平和财政收入水平低，随着老龄化趋势的加重、医学模式的改变、疾病谱的转变，居民“看病难、看病贵”的问题日益严峻，大城市开始探索发展低成本、综合快捷的社区卫生服务。家庭医生责任制是强调个体化、长期负责式、综合性照顾的高质量的社区卫生服务模式，提供综合的基本医疗和基本公共卫生服务，在医疗格局不断发展的新医改背景下，缓解了大医院的就诊压力，使国家的医疗费用得到合理的应用[8]。我国的家庭医生责任制服务是具有中国特色的基层社区卫生服务，这种社区卫生服务理念是结合我国实际而提出的，通过家庭医生服务团队与社区居民签订协议，提供连续的、个性化的医疗保健服务，有利于更好地管理老年慢性疾病、降低医疗费用、提升工作效率、提高生活品质[9-11]。家庭医生责任制服务的建立可引导合理就医，控制医疗费用支出，逐步做到“首诊在社区，转诊进医院，康复回社区”的医疗格局，是基层医疗卫生服务发展的必然趋势[12]。

综上所述，新医改形式下家庭医生责任制服务是社区卫生服务模式和管理制度的创新，可以改善社区居民的健康状况，为社区居民提供更加便利可及的医疗服务[13]。中国经济发展、人口分布的不均衡制约了全国家庭医生制服务标准化的开展，探索适宜各地区的服务方式来满足居民的要求，成为目前困扰家庭医生制服务发展的重要问题[14]。因此，了解本地区家庭医生责任制服务实施现状，探索社区卫生服务中心、居民、家庭医生三个因素对家庭医生责任制发展的影响并提出解决方案，使其又快又好的发展是刻不容缓的课题。

1

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

# 第二章 文献回顾

## 一、 国外社区卫Th服务及家庭医Th制度

全科医疗在西方已有200多年历史，20世纪60年代末作为一门综合的临床医学学科，全科医学在北美开始兴起，全科医疗的发展过程与医学专业化的进程密切相关。在医学发展的早期，医学没有分科，医疗卫生服务的主导力量是通科医生，19世纪基础医学的大发展，20世纪现代科学技术的突飞猛进，促使医学发展进入专科化时期，专科医生逐渐增多，通科医生的地位降低。从20世纪50年代后期起，由于人口老龄化进程，慢性病、退行性疾病的上升，高度专科化的医学局限性逐渐显现，基层医疗保健重新被人们重视，英国、美国、加拿大、澳大利亚等国相继建立了全国性全科医师学会，之后美、加两国又将该学会更名为家庭医生学会，将其提供的服务称为家庭医疗，1968年美国成立家庭医疗专科委员会，世界全科医师/家庭医师学会在1972年成立，全科医学逐渐开始在世界范围内推广，全科医学又称家庭医学，是指导第一线医生从事基层医疗保健服务的知识技能体系，是综合了社会科学、现代生物医学、行为科学的最新研究成果，它的基础是西方国家通科医生长期工作总结的实践经验，全科医生即是家庭医生[15]，是社区卫生服务的重要组成部分。

现代医学模式要求卫生服务应从医院内服务扩大到社区服务、从治疗性服务扩大到预防保健服务、从医疗技术服务扩大到社会服务，满足民众不断变化的医疗卫生服务需求，控制不断高涨的医疗费用，合理的分配卫生资源，由此社会发展的必然趋势是社区卫生服务的兴起、全科医疗服务的盛行、全科医师队伍的形成和发展[16]。

社区卫生服务的概念最早起源于英国，由英国议会在1945年正式提出并开始实行，同时提出的还有社区卫生服务和全科医生制度，1948年国家卫生服务体系（National health services）建立，社区卫生服务正式开始在英国运行。英国的社区卫生服务实践经验表明，随着社区卫生服务的不断完善，提高了居民的健康水平，使医疗卫生服务的公平和效率不断提高，而且控制了不合理增长的医疗费用[17]。

基层卫生服务较理想的服务模式是社区卫生服务，这是发达国家经过了几十年的研究和探索形成的实践经验，社区卫生服务逐渐成为各国初级卫生保健体系中非常重要的组成部分。社区卫生服务是初级卫生保健的核心，全科医生/家庭医生是社区卫生服务

2

第二章文献回顾

的重要实施主体，在英国、澳大利亚、加拿大、古巴等医疗卫生服务发展比较完善、社区卫生服务起步早的国家，都已开展了家庭医生制服务模式[18-19]，家庭医生责任制，又称家庭医生制，是一种强调个体化、长期负责式、综合性照顾的高质量的社区卫生服务模式，提供个性化的预防、保健、治疗、康复、健康教育和计划生育指导，日常健康问题和保健需求病患足不出户也能解决，家庭治疗和家庭康复护理等特殊服务也能一起得到满足。在家庭医生制实践经验较完善的发达国家，建立了普遍的契约式、固定的社区居民与家庭医生的服务关系，家庭医生参加一系列规范严谨的培训通过考核取得一定资格，依托诊所开展基本医疗服务，采用预约形式，实行社区首诊制度，开展转诊服务，家庭医生从机制上成为健康和卫生经费的“守门人”。

英国的社区卫生服务及家庭医生制度

英国的社区卫生服务由国家计划调控，提供服务的全科医生与国家卫生部门是一种合同关系，社区卫生服务经费的88%由国家税收负担，是实行高福利卫生政策的国家[20]，全体居民可享受免费医疗，家庭医生的收入主要取决于注册病人的数量，再加上其他服务。全科卫生服务由全科医师和社区护士负责提供，每个全科医师约管理2000名注册病人，负责的基层卫生保健服务包括常见疾病的治疗、提供基本药品、家访等，还包括传染病防治、慢性病、残疾及老年问题管理，营养问题和环境卫生问题监控等公共卫生服务全科医师也会参与。疾病的转诊实行双向转诊制度，经过全科医生的转诊病人获得专科医疗服务，并且全科医生要接收专科诊疗结束后转回的病人，这种制度也使英国在卫生经费投入较低的情况下取得较好的健康效益，保证了医疗服务的连续性。英国的全科医师教学诊所有专门的评审条件，作为社区带教的全科医学师资需要经过严格的资格认定，全科医生的教育在普遍进行4-10周的本科基础学习之后，整个毕业后的训练计

划持续3年，是全科医师培训的重点，学习结束进行英国皇家全科医学学院考试，考试内容涉及全科医学临床工作的知识、处理接诊病人的能力、临床技能等方面，考试通过可获得毕业证书和院士资格。

美国的社区卫生服务及家庭医生制度

美国的社区卫生服务是以市场调节为主[21]，社区卫生服务的运作主要遵循市场调节的原则，美国的家庭医生服务以私人诊所的形式提供，经营模式是以私人为主的，在这种模式下社区卫生服务与医院服务形成了一个连续的过程，家庭医生经过评估要转病人到医院，家庭医生和医院医生一同制定住院治疗方案，这种服务方式使家庭医生的业务

3

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

水平得到了不断提高，对确立家庭医生在医学界的专业地位和在病人心目中的形象非常重要，并且在实施过程中提高了社区卫生服务的质量。美国的家庭医生培养制度也是有特色的[22]，选择家庭医学作为就业方向的医学毕业生，毕业后开始为期3年的家庭医生培训项目，第一、二年主要在大医院或社区医院培训，最后的第三年要在经过审核的社区诊所培训，每一年必须参加美国家庭医疗委员会统一组织的考试，通过后才能进行接下来的培训，3年的培训结束后统一参加美国家庭医疗委员会组织的考试，只有通过考核的考试合格者可获得家庭医生资格证书，然后开始基层医疗服务生涯。

澳大利亚的社区卫生服务及家庭医生制度

澳大利亚的基层医疗基本上传承了英国的传统[22]，不同的是全科医疗服务在澳大利亚的基层医疗机构不是必备服务内容，社区卫生服务的项目资金主要由政府根据社区居民的不同卫生服务需求拨放资金，社区卫生机构以此来开展全科医疗的服务。澳大利亚在1984年建立了全民医疗保障体系，规定了国家及政府对居民健康的责任，基本医疗保障体系的经费主要由联邦政府提供，从国家税收调节总额中提取，加入基本医疗保障体系的居民不仅可以免费获得公立医院的免费服务，还能得到门诊医疗补贴和药物补贴。澳大利亚的全科医师的服务属于初级保健或全科医学服务，以私人行医的方式在社区提供基本医疗服务。全科医生可以处理90%以上的健康问题，居民出现健康问题后可以去社区诊所找全科医生负责，必要时可以向专科医生转诊，并实行双向转诊制度。公民在国家规定范围内的基本诊疗服务，住院费用全部由医疗保障体系中的专项经费承担，规定内的门诊诊疗和基本用药范围的费用大部分由门诊医疗补贴和药物补贴支出，公民自行承担的只是其中一部分。

国外家庭医生制的特点

政府为主导筹措卫生经费，国家经费支持是开展社区卫生服务需要有力的经费保障，政府作为卫生服务筹资者，政府的税收和立法建立的社会保险是完善的卫生服务经费主要来源。政府与卫生机构签订卫生保健服务的合同，社区卫生机构负责为居民提供基本的卫生保健服务，政府作为购买卫生服务的出资方，并且负有监督社区卫生服务实施的责任。多元化的卫生服务筹资主体有利于拓宽筹资渠道，卫生服务体系的筹资方除了国家筹资外，还有社会健康保险和私营的健康保险等作为补充。

注重家庭医生的培养，完善绩效奖励机制，欧美各国在家庭医生的培养都形成了相对规范的培养制度[23]，在医学高等教育过程中一般是5-6年，接下来包括持续性的继续

4

第二章文献回顾

医学教育，还有全科医学规范化的培训，大约会进行3至4年。法国、美国、澳大利亚等国家为了保证全科医生的服务水平，会定期开展医生培训课程更新全科知识，要求全科医生必须参加，并且建立了完善的医生资格再认证制度和继续教育管理制度，结合竞争性机制的淘汰作用，全科医生的高质量得到了保证。

欧美各国采取了多种渠道的激励措施，英国、澳大利亚等国家，对参与规范化培训的学员的培养阶段，会提供用于培训的专门经费补助，在家庭医生执业后，会通过提供专项的政府补助经费吸引家庭医生到农村地区和偏远地区注册就业，保证不同地区的家庭医生的收入和高社会地位，另一当面会严格控制家庭医生过量的在经济富裕地区的注册，有关部门会制定合理的全科医疗服务规划促进家庭医生的流动。

## 二、 中国社区卫Th服务及家庭医Th制度

我国的大部分城市于1997年开始探索发展社区卫生服务，2006年国务院下发了关于城市社区卫生服务发展的指导意见，意见指出了目前困扰社区卫生服务发展的问题，居民对社区卫生服务的多元化的要求需要采取什么样的服务方式来满足，同时指出构建城市卫生的基础是发展社区卫生服务，要继续改革不断深化城市的医疗体制的变革。在国务院制定意见的号召下，全国各地区都在思考和探索适合本地区的社区卫生服务模式和机制。

2011年6月召开的国务院常务会议，决定建立全科医生制度，指出家庭医生责任制是医改的方向之一，各地应尽快在全地区范围内建立家庭医生制度，通过建立以家庭医生团队服务为基础的社区卫生服务，逐步实施基层首诊、分级诊疗。2013年11月召开的十八届三中全会提出，深化城乡基层医疗卫生机构的综合改革，建立社区医生和居民契约服务关系，提供满足居民要求的卫生服务。

全国各个地方都在积极开展家庭医生签约服务试点工作，北京市经济发达，加上政策支持，方庄社区卫生服务中心在2008年就开始家庭医生式团队服务模式的探索[24]，家庭医生团队对签约居民开展全方位的服务，以服务居民的需求为导向，服务内容包括基本医疗和基本公共卫生服务，具体有健康教育、健康管理、社区预防、康复治疗、计划生育服务，开展有特色的家庭医生式服务形式，包括不良生活方式干预、生活行为指导、上门医疗等服务，张国红等[25]的研究表明，北京市居民对家庭医生服务总体满意度处于中上水平，在服务满意度评价中对方便性评价最高。南京市的秦淮区在2007年开

5

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

始试点社区家庭医生服务的探索，在社区内部按照分片包户的原则，把每800户家庭归为一个管理单位，建立家庭医生责任制服务，通过为居民签订健康合同，给签约居民发放健康卡，积极的落实“六位一体”的社区卫生服务。

2011年11月，浙江省宁波市启动“家庭医生制”服务试点工作[26]，实行“粉丝”为基础的家庭医生制服务，选取与社区卫生服务中心工作人员互相熟悉的老患者为“粉丝”，经过一段时间的工作，社区居民积极配合“六位一体”工作的开展，社区居民对责任医生的满意度和信任度也得到了不同程度的提高，试点工作的开展比较顺利。

成都市高新区芳草社区卫生服务中心于2011年开始试行“五位一体”的芳草家庭医生工作模式[27]，逐步建立和完善了居民健康数据库和健康指导体系，家庭医生责任制服务包括对慢性疾病患者提供个性的、连续的管理，其他服务还有妇女儿童保健、心理咨询服务、口腔护理等保健服务，并且人性化地设计了满足不同人群需求的有偿服务，完美地把签约者的权利和义务相结合，通过普遍的无偿服务和特色的有偿服务，满足了居民的需求，提高了居民的积极性。

上海市作为我国城市社区卫生服务改革的先行试点城市，在国务院深化卫生服务改革的政策推动下，2007年率先提出了家庭医生服务的理念，开始实施家庭医生制服务，家庭医生制度构建的目标要基本建立目标明确、政策配套、服务规范、内容清晰的家庭医生制度。通过不断的改革探索与实践，长宁区已经实现了家庭医生全覆盖[28]，提高了慢性病的规范管理率、血液控制率、血糖控制率，到2013年7月份，“签约服务、社区首诊、定点医疗、双向转诊”的有序服务流程已初见雏形。袁立等[29]的研究表明，家庭医生制服务接受度较高，服务总体需求量较大，居民签约率仍有较大上升空间。签约居民与非签约居民的服务意愿和服务利用存在差异，应该开发思路，满足多元化服务对象的健康需求。闸北区的家庭医生认为承担社区首诊制需要政府制定相关政策，要重视家庭医生的培训和培养，同时实际工作中要注意激励家庭医生的积极性，工作过程中要实现多劳多得，按劳取酬[30]。

综上所述，家庭医生制度服务已在全国范围内的社区卫生服务机构开展[31-33]，由于各地的人群分布、经济发展、知识结构、政策支持等因素的影响，各个地区的家庭医生服务都有其自身特色，由于家庭医生制度服务尚在试验阶段，实践经验尚有不足，各地存在的问题其实有些共性，例如，政策的支持力度不够，家庭医生签约服务中的首诊和转诊的服务在现行的医疗卫生政策和卫生保障体系下不能很好的实现，人力资源失衡，

6

第二章文献回顾

居民数量多与家庭医生数量不足的矛盾，签约家庭医生制服务后居民不能履行预定的义务，造成家庭医生工作的难开展。家庭医生制服务是当前社区卫生服务改革的一项重要实践和探索，所有问题的解决需要各方的共同的努力，同时要在实践中不断积累经验，要综合考虑国家政策改革的方向和目标、现有的政策支持基础、家庭医生的工作效能、居民日益多元化的健康管理需求等因素，才能积极稳妥并切实有效地推进改革[34]。

家庭医生制服务内容

家庭医生制服务在全国各个地区开展，由于各地政策和卫生服务资源不同，服务内容略有区别，吴欢云等的研究中提到作为城市远郊的上海市金ft区的家庭医生制服务提供的基本医疗和基本公共卫生服务以“建档、签约、预防、首诊、转诊、康复”为主要内容，具体包括建立并完善健康档案、进行全生命周期的健康管理、慢性病随访、预约诊疗、办理双向转诊，对于行动不便的居民还开展了特殊服务如上门诊疗、代配药、免费家庭病床，并且建立了远程诊断系统，通过实现一二三级医院资源共享，共同诊治疾病。上海市闸北区的家庭医生制服务项目包括转诊上级医院、健康咨询、疾病健康管理、预约门诊、增加慢病药物种类[35]，特色服务有公布家庭医生手机号码24小时可以进行健康问题咨询，为了吸引居民主动接受卫生服务，发放健康积点卡，居民可以根据积累的点数兑换健康体检等服务，还有预约专家诊治并联系上级医院转诊。上海市长宁区的家庭医生服务内容分为四部分，首先是定点就诊，居民签约家庭医生后可以获得固定家庭医生的慢性病随访、并且一次就诊中可以多配药物；其次是全科分诊服务，签约后可以优先获得基本康复指导、老年护理、临终关怀服务；第三个是转诊服务，签约后可预约专家门诊、定向转至二级医院、社区卫生服务中心举行健康体检每年进行一次；第四个是健康咨询、评估、指导的服务，包括定期健康评估、中医预防保健、对高血压、糖尿病的早期发现、免费查询网上健康信息。

总的说来，各地家庭医生制服务内容包括基本医疗、基本公共卫生服务和家庭健康管理[36-37]，具体的是健康档案的建立和完善、预约就诊、双向转诊、健康体检、个性化的健康管理、健康教育、社区宣教。

居民满意度

满意是一种心理状态，是一种需求被满足后的愉悦感，是事前期望值与实际实际感受的相对的关系，满意度就是用数字来衡量这种满意的心理状态，家庭医生制服务就是以居民需求为导向的一种优质的社区卫生服务模式，社区卫生服务本身就是为居民服务

7

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

的，社区居民的卫生需求能否满足、服务质量的高低，社区居民作为服务对象最有发言权。社区卫生服务的现况和利用度以及居民的生活质量都可以通过居民满意度来反映，居民满意度可以作为检验社区卫生服务是否有效的敏感指标。通过满意度的调查，可以明确家庭医生服务的具体实施情况，对服务质量的提高具有指导意义，并且通过进一步的满意度影响因素调查可以更明确服务不足的原因，以便更好地指导实践。

刘德奇等[13]对上海市四川北路街道社区卫生服务中心家庭医生责任制签约的居民进行满意度调查，结果显示医患沟通满意度最高66.13%，服务组织满意度最低33.87%，医学技术服务满意度为61.29%，从这个调查结果可以看出，居民对家庭医生在医患沟通及医学服务技术方面比较满意，对服务组织满意度较低。

鲁亚东等[38]对北京市延庆县社区卫生服务机构的调查发现，居民对社区卫生机构的就诊环境和方便快捷满意度较高，居民认为家庭医生的服务态度非常好，在家庭医生的日常宣教工作方面居民满意度一般，50%的居民认为社区卫生机构的诊疗费用和药物价格偏高，鲁亚东等认为在医疗改革的大环境下，政府应该加强规范管理，完善基础医疗机构的基本医疗设备配置和控制基础药物价格，调整各级医疗机构资源的分配，对社区卫生机构的投入资金，使其能较好地发挥医疗机构的职能。

关于居民对家庭医生服务满意度的影响因素，张国红等[39]通过对北京市16个区县的居民进行了调查，结果提示居民对服务内容评价中对方便性的满意度最高，对社区卫生机构的设备齐全性、先进性及药物的种类满意度较低，对影响服务满意度的影响因子分析结果显示，居民的工作状况即是否在岗、收入、社区卫生机构属性及城郊分类、医务工作人员的态度和水平、方便性、服务价格、门诊开放时间等因素是影响居民对家庭医生满意度的主要因素，这些因素当中医务工作人员的态度和水平对居民满意度的影响程度最大，而居民的人口学特征和社区卫生机构特征方面影响程度比较小。

综上所述，大力促进家庭医生制服务的发展能满足广大居民的医疗需求，是解决居民“看病难、看病贵、治未病、防未病”的有效途径，满意度的评价，能真实反映家庭医生服务开展的真实情况，把居民满意度指标纳入绩效考核服务体系，能促进社区卫生服务机构的改革和工作人员的积极性，但是对比各省市的满意度调查分析发现，其调查方法的设置、调查人数的规模、满意度的指标内容等都有差别，全国范围内没有统一的标准不同地区的满意度之间是难以直接比较。

关于家庭医生满意度及工作状况

8

# 第二章 文献回顾

衡量社区卫生服务机构平稳可持续性发展的重要指标是社区工作人员的满意度，家庭医生责任制服务在国内开展时间有限，管理经验还有不足，而家庭医生做为家庭医生责任制服务的主要载体和服务提供者，了解其工作状况及工作满意度，对于总结家庭医生责任制的实施过程中存在的问题具有非常重要的意义。

范翠萍等[40]研究社区卫生服务机构医务人员的满意度及稳定性，医务人员对工作环境、管理体制、分配制度、整体评价的满意度比较高，对收入和福利待遇不满意，约半数以上的人有离开社区卫生服务机构的想法，经过分析得出影响满意度的因素是收入低、工作任务重、工作繁琐。买淑鹏等[41]对试点社区卫生服务机构的医务工作人员进行调查，结果显示工作满意度影响因子包括：一是待遇收入因子，二是晋升职称因子，三是岗位自身因子，总的来说，晋升职称、待遇收入、工作氛围、单位管理、所处岗位、发展前景都是影响医务工作人员满意度的重要因素。袁立等[42]对上海市长宁区家庭医生的工作情况和职业满意度进行调查，结果显示社区卫生服务中心的家庭医生认为目前的工作量较大，压力较前增大，职业满意度方面对同事和上级的人际关系、工作认可度、工作环境的满意度最高，约半数的家庭医生对职业发展和职业收益满意，约36%的家庭医生对目前从事的职业现状表示满意。

由上可见，家庭医生对工作环境、工作内容、工作人际关系方面较满意，而在收入、福利待遇、职称晋升方面有较大的不满意，满意度的测评没有规范统一的标准，各地的满意度调查都有各自的特点，不能汇总在一起进行统一的比较，因此制定一个规范有效的评价满意度的标准也是当前迫切的要求。

9

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

# 第三章 正 文

## 一、 选题背景和立题依据

初级卫生保健的有效性、及时性和经济的承受能力是卫生管理事业能够持续繁荣发展的重要基础。世界卫生组织在1978年时提出“初级卫生保健是每个人在社会公正精神下能够享有卫生保健服务的主要渠道”，并且倡导全世界各个国家都要努力于改善所有人的卫生保健，几十年来各国政府不断努力，为改善居民的健康水平、完善初级卫生保健制度做了很多工作。随着社会的发展、科学技术的进步以及医学模式的转变，人口的老龄化、慢性病的不断上升，各国都遇到医疗费用不断增长的问题，慢性非传染性疾病的上升已经给世界上大多数国家的卫生保健事业带来新的挑战。

中国已经步入老龄化社会，2013年的卫生统计年鉴的数据显示，2010年中国60岁以上老年人口达到总人口的12%，按专家预计的增速到2040年65岁及以上老年人口占总人口比例将要超过20%，每位老年人容易罹患多种慢性病，老年人口的增多导致的直接后果就是慢性病的患病率升高同时zk伴q随医20疗16费0用11的8增多，2013年卫生统计年鉴调查显示，我卫生总费用占GDP由2000年的4.6%增长到2009年的5.1%，人均医疗费用由2000

年的43美元增长到2009年的191美元，政府进行医疗改革并且加大卫生经费投入，卫生总费用的构成比中政府卫生支出较前增加，2000年为38.3%，2009年为52.5%，人均政府卫生支出有2000年的17美元增长为2009年的100美元，不断攀升的医疗费用给政府和个人带来很大的压力。

科学的预防、干预及康复措施对慢性病的控制有举足轻重的作用，社区卫生服务体系的主要任务就包括预防、干预和康复，完善的社区卫生服务机制能给居民提供完整的预防、保健、治疗、康复、健康教育、计划生育指导“六位一体”的服务，能从疾病发展之初、疾病发生时、疾病治疗后给予较好的照顾，能解决很大一部分慢性病的治疗和预后的问题，探索便捷而且高效的社区卫生服务模式成为各国发展医疗卫生事业的重要课题。

目前全球公认的最有效率的人群健康服务管理模式是社区卫生服务，国际上的经验表明健康管理的实施是提高居民健康水平，控制医疗费用的关键措施[43-44]，而家庭医生

10

第三章正文

制服务是实施这个措施的重要平台，能提供连续、安全、有效和适宜的综合医疗卫生健康管理的服务，我国的家庭医生责任制服务较国外发展较晚[45]。

我国的家庭医生责任制服务是具有中国特色的基层社区卫生服务，这种服务理念是结合我国实际而提出的，在借鉴国外家庭医生服务经验的基础上，通过家庭医生服务团队与社区居民签订协议，提供连续的、个性化的医疗保健服务，有利于更好地管理老年慢性疾病、降低医疗费用、提升工作效率、提高生活品质，是基层医疗卫生服务发展的必然趋势。

2011年6月22日国务院总理温家宝主持召开国务院常务会议，决定建立全科医生制度，2011年7月，国务院颁布了《关于建立全科医生制度的指导意见》指出，家庭医生责任制是医改的方向之一。2013年11月召开的十八届三中全会提出，深化基层医疗卫生机构综合改革，健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制，建立社区医生和居民契约服务关系。浙江、黑龙江、江西、ft东、广西、广东、湖南、宁夏等各个地方都在积极开展家庭医生签约服务试点工作，北京市方庄社区卫生服务中心自2008年开始推行家庭医生责任制服务，建立个人档案及家庭健康档案，对于慢性病患者定期进行随访，南京市2007年首先在秦淮区试点，zk以q健康20保16健0合11同8和居民健康卡为载体建立全科医师

家庭责任制，上海市长宁区2007年提出了家庭医生制度，已经实现了居委会家庭医生

全覆盖。

中国经济发展、人口分布的不均衡制约了家庭医生制服务标准化的开展，全国各个地区都在探索适宜各地区的服务方式来满足居民的要求。陕西省地处西北地区，相较中南部沿海等地区而言，经济欠发达，家庭医生服务的发展相对滞后，西安市做为省会城市，社区卫生服务的发展对整个西北地区有重要的意义。

2013年2月西安市卫生工作会议提出全面实施社区家庭责任医生签约式服务，努力

实现“让每户居民拥有自己的家庭医生”的目标。自2013年开始全市社区卫生服务机构都在实行家庭医生制服务，经过两年的实践探索，已基本实现了家庭医生制服务中健康档案建立、慢病管理、老年人健康体检等服务。同时家庭医生制服务都处于摸索阶段，还存在诸多困难如：缺乏相关的服务规范、监督机制；家庭医生在数量上、质量上不足；医疗保险及双向转诊制度等配套政策不完善；信息化建设相对滞后等[46]。

目前尚没有西北地区关于家庭医生制服务实施现状的研究报道，为了响应国家医改政策的要求，使本地区社区卫生服务快速良好发展，为此，本研究对西安市家庭医生制

11

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

实施现状进行调查，为家庭医生制工作的进一步发展提供指导，为陕西省全科医学的发展和社区卫生服务的实践提供理论依据及实践指导。

## 二、 研究目的

1、了解西安市社区家庭医生制实施的现状，分析其存在问题并提出解决方案，为家庭医生制服务模式进一步发展提供实践性指导。

2、探索社区居民、家庭医生、社区卫生服务机构三个因素对家庭医生责任制服务发展的影响

## 三、 研究方法

（1）样本选择方法采用多级抽样、整群抽样、系统随机抽样的方法，选取5个社

区卫生服务中心1000名家庭医生责任制服务的居民和150名家庭医生为对象。

（2）调查问卷查阅文献，自行z设kq计 问2卷01, 60请1全18科医学专家组审核、修改问卷，进

行预调查，根据预调查结果适当调整问卷内容，培训专门的调查人员进行问卷的调查和收集。

（3）数据处理方法运用EXCELl2010制表收集信息，SPSS18.0统计学软件进行数据处理，运用描述性统计分析、方差分析、回归分析的方法进行统计学检验。

（4）质量控制方法遵从随机化的方法，降低选择偏倚；一对一的问卷调查方式保证问卷的应答率和准确性，数据的录入采用两人分别录入，降低信息偏倚。

12

第三章正文

预调查

修改调查表

## 四、 技术路线

查阅文献

课题设计

确定调查对象

设计调查问卷

统计学分析

收集整理资料

zkq 20160118

问卷调查

现场调查

撰写论文

图1 技术路线示意图

## 五、 结果及分析

### 1. 西安市社会经济及卫Th概况

西安市辖9区4县，117个街道办事处，772个社区，总面积10096.81平方公里，

2013年全市国内生产总值4844.13亿元，全市在岗职工年平均工资49350元，城镇居民

人均可支配收入33100元，常住人口858.81万人，人均期望寿命75.48岁，其中男性

73.47岁，女性77.63岁，居民排前五位的死因顺位是：脑血管病、心脏病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、损失和中毒外部原因，占死亡总数88.43%。

截至2013年全市有各级各类卫生机构5553个，拥有专业卫生技术人员7.06万人，

其中执业医师2.48万人，平均每千人拥有2.78个医生。

13

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

### 2. 社区卫Th服务机构基本情况

西安市于1998年开始建立社区卫生服务，分别在碑林区和莲湖区医院进行试点，

2002年开始，社区卫生服务迅速发展，截至2013年底，全市建成社区卫生服务中心（站）

202个，共有从业人员5461名，其中执业（助理）医生1489人，医生日均担负诊疗10.8

人次。

### 3. 家庭医Th工作现状及满意度调查

### 3.1 调查对象

用整群抽样的方法在西安市选取东关南街、柏树林、韩森寨、青年路、桃园路5家社区卫生服务中心为研究抽样地点，用系统随机抽样的方法在每个社区中心分别抽取家庭医生30人，共抽取150名家庭医生作为研究对象。

### 3.2 调查方法

统一培训调查员，采用集中调查方式对调查对象按调查项目逐一询问调查。调查时间为2014年11月到12月，历时2z个kq月。20160118

### 3.3 质量控制

3.3.1问卷的设计，查阅文献，结合国内外家庭医生工作情况及满意度的调查自行设计问卷，请全科医学专家组审阅后进行预调查，经过预调查和征询专家意见后形成正式调查问卷（见附件）。

3.3.2调查员的培训，统一培训调查员，要求其明确该项研究调查的意义，熟悉调查表设计原则，掌握问卷调查的询问方法及技巧。

3.3.3问卷质量核查，调查问卷采取一对一的方式，保证了问卷的应答率。为确保问卷填写内容的准确性和完整性，调查过程中，由课题组成员组成的核查员现场对问卷进行抽查，发现错项和漏项进行及时修改和补填。

3.3.4数据的录入和分析，采用双人录入数据，EXCEL2010录入数据，SPSS18.0统计学软件进行统计学处理，主要采用描述性统计分析、方差分析、Logistic回归分析等统计学分析方法。

### 3.4 、家庭医生的结果与分析

3.4.1调查人群的基本特征

14

第三章正文

本研究实际调查家庭医生150人，问卷发放150份，收回150份，有效率100%。性别构成：150名家庭医生中，其中男性37人，占24.7%，女性113人，占75.3%，

通过单因素方差分析检验5个社区卫生服务中心性别构成之间无统计学差异（F=0.761，

P=0.552)。

年龄构成：150名家庭医生中，年龄小于30岁的71人，占47.3%, 30-40岁44人，占29.3%，大于40岁35人，占23.3%，经单因素方差分析检验5个社区卫生服务中心年龄构成之间无统计学差异（F=1.591, P=0.180）。

职称情况：150名家庭医生中，初级职称93人，占62.0%，中级职称53人，占35.3%，高级职称4人，占2.7%。经单因素方差分析检验示（F=2.728, P=0.032），P＞0.01，通过两两比较5个社区卫生服务中心学历构成之间无统计学差异（见表1）。

**表1** **社区家庭医生职称情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 东关 | 桃园路 | | 韩森寨 | | 柏树林 | |
|  | P | 95%CI | P | 95%CI | P | 95%CI | P | 95%CI |
| 东关 |  |  |  | zkq 201 | 60118 |  |  |  |
| 桃园路 | 0.115 | -0.71,0.05 |  |  |  |  |  |  |
| 韩森寨 | 0.989 | -0.45,0.31 | 0.301 | -0.11,0.65 |  |  |  |  |
| 柏树林 | 0.115 | -0.71,0.05 | 1.000 | -0.38,0.38 | 0.301 | -0.65,0.11 |  |  |
| 青年路 | 0.192 | -0.68,0.08 | 0.999 | -0.35,0.41 | 0.439 | -0.61,0.15 | 0.999 | -0.35,0.41 |

学历情况：150名家庭医生中，大专及以下91人，占60.7%，本科59人，占39.3%。经单因素方差分析检验5个社区卫生服务中心学历构成之间无统计学差异（F=1.286, P=0.278）。

工资：150名家庭医生中，月工资小于3000元的89人，占59.3%, 3000-5000 元

60人，占40%，大于5000元1人，占0.7%。经单因素方差分析检验5个社区卫生服务中心学历构成之间无统计学差异（F=1.756, P=0.141）。

从事专业：150名家庭医生中，临床52人，占34.7%，医技19人，占12.7%，公卫

30人，占20.0%，护理49人，占32.7%。经单因素方差分析检验5个社区卫生服务中心学历构成之间无统计学差异（F=1.606, P=0.176）。

15

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

工作年限：150名家庭医生中，工作时间小于5年的65人，占43.3%, 5-10年43人，占28.7%，大于10年42人，占28.0%。经单因素方差分析检验示（F=2.539, P=0.042），通过两两比较5个社区卫生服务中心学历构成之间无统计学差异（见表2）。

**表2** **社区家庭医生工作年限情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 东关 | 桃园路 | | 韩森寨 | | 柏树林 | |
|  | P | 95%CI | P | 95%CI | P | 95%CI | P | 95%CI |
| 东关 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 桃园路 | 0.998 | -0.65,0.52 |  |  |  |  |  |  |
| 韩森寨 | 0.713 | -0.32,0.85 | 0.512 | -0.25,0.92 |  |  |  |  |
| 柏树林 | 0.933 | -0.75,0.42 | 0.990 | -0.68,0.48 | 0.245 | -1.02,0.15 |  |  |
| 青年路 | 0.324 | -0.18,0.98 | 0.181 | -0.12,1.05 | 0.970 | -0.45,0.72 | 0.061 | -0.02,1.15 |

人事关系：150名家庭医生中，正式编制56人，占37.3%，聘用合同94人，占62.7%。经单因素方差分析检验5个社区卫生服务中心学历构成之间有统计学差异（F=1.762, P=0.140）.

综上所述，5个被调查社区的家庭医生的性别、年龄、学历、职称、工作年限、工资、从事专业之间无明显差异，总的来说此次样本选择的可比性较好（见表3）。

**表3、5** **个社区家庭医生的一般情况**

|  | 项目 | 东关 | 桃园路 | 韩森寨构成比 | 柏树林 | 青年路 | F | P |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性别 | 男 | 30% | 20.0% | 23.3% | 16.7% | 33.3% | F=0.761 | P=0.552 |
|  | 女 | 70% | 80.0% | 76.7% | 83.3% | 66.7% |  |  |
| 年龄 |  |  |  |  |  |  | F=1.591 | P=0.180 |
|  | 30 岁以下 | 46.7% | 36.7% | 60.0% | 40.0% | 53.3% |  |  |
|  | 30-40 岁 | 40.0% | 23.3% | 16.7% | 33.3% | 33.3% |  |  |
|  | 40 岁以上 | 13.35 | 40.0% | 23.3% | 26.7% | 13.3% |  |  |
| 学历 |  |  |  |  |  |  | F=1.286 | P=0.278 |
|  | 大专 | 53.35 | 70.0% | 73.3% | 53.3% | 53.3% |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |

第三章正文

表3 （续）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 项目 | 东关 | 桃园路 | 韩森寨构成比 | 柏树林 | 青年路 | F | P |
|  | 本科及以上 | 46.7% | 30.0% | 26.7% | 46.7% | 46.7% |  |  |
| 职称 |  |  |  |  |  |  | F=2.728 | P=0.032 |
|  | 初级 | 80% | 53.3% | 73.3% | 50.0% | 53.3% |  |  |
|  | 中级 | 20% | 40.0% | 26.7% | 46.7% | 43.3% |  |  |
|  | 高级 | 0% | 6.7% | 0% | 3.3% | 3.3% |  |  |
| 工作 |  |  |  |  |  |  | F=2.539 | P=0.042 |
| 年限 | 5 年以内 | 43.3% | 40.0% | 53.3% | 50.0% | 50.0% |  |  |
|  | 5-10 年 | 20.0% | 20.0% | 26.7% | 46.7% | 46.7% |  |  |
|  | 10 年以上 | 36.7% | 40.0% | 20.0% | 3.3% | 3.3% |  |  |
| 工资 |  |  |  |  |  |  | F=1.756 | P=0.141 |
|  | 3000 元以下 | 50% | 46.7% | 76.7% | 53.3% | 53.3% |  |  |
|  | 3000-5000 元 | 50% | 53.3% | 20.0% | 46.7% | 46.7% |  |  |
|  | 5000 元以上 | 0% | 0% | 3.3% | 0% | 0% |  |  |
| 从事 |  |  |  |  |  |  | F=1.606 | P=0.176 |
| 专业 | 临床 | 46.7% | 40.0% | 30.0% | 33.3% | 33.3% |  |  |
|  | 医技 | 16.7% | 13.3% | 16.7% | 10.0% | 10.0% |  |  |
|  | 公共卫生 | 16.7% | 13.3% | 20.0% | 23.3% | 23.3% |  |  |
|  | 护理 | 20.0% | 33.3% | 33.3% | 33.3% | 33.3% |  |  |
| 人事 |  |  |  |  |  |  | F=1.762 | P=0.140 |
| 关系 | 正式编制 | 30.0% | 36.7% | 23.3% | 53.3% | 53.3% |  |  |
|  | 聘用合同 | 70.0% | 63.3% | 76.7% | 46.7% | 46.7% |  |  |

调查结果显示，家庭医生中主要女性居多，年龄小于30岁、职称为初级和中级、

工作年限小于10年的家庭医生占大多数，考虑与近年来基层卫生机构新招聘工作人员增多有关，家庭医生工作时间短，工作经验相对较少，本科学历的人员占39.3%，说明家庭医生学历水平较高，有利于今后社区服务中心工作的开展。家庭医生月工资水平在

5000元以内占99.3%，处于西安市城镇居民收入的中等水平，人事关系中正式编制的家

17

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

庭医生占37.3%，比例较少，考虑收入的多少、编制与否的问题可能会影响家庭医生的工作积极性。

#### 3.4.2 家庭医生对服务内容的知晓情况

家庭医生对居民健康档案管理、65岁以上老年人健康管理、预约上门服务的知晓率为100%，对健康教育及咨询、慢性病健康管理、妇幼保健健康管理的知晓率分别为98.7%、

99.3%、96.7%，对重性精神病管理的知晓率较其他几项稍低为94.7%。

调查结果表明，家庭医生服务知晓率高，熟悉日常工作内容，重性精神病管理人员应当具备相应的信息管理知识和精神疾病相关专业知识，部分社区中心没有开展此项工作，所以知晓率略低。

#### 3.4.3 家庭医生的学习意向和提高业务水平的意愿

对于是否有必要提高自身业务水平，150名家庭医生中56%（84/150）认为完全有必要，42.7%（64/150）认为有必要，1.3%（2/150）认为没必要。

认为提高业务水平最需要的支持是什么，56.7%（85/150）的家庭医生认为需要技能培训，20%（30/150）需要专家指导，23.3%（35/150）需要进修学习。

调查结果显示，半数的家庭医生认为有必要提高自身的业务水平，需要得到技能培训和专家指导，提示在以后的工作中社区机构要给家庭医生尤其是年轻医生提供学习机会，以便提高服务水平。

#### 3.4.4 家庭医生对特色服务的认识

特色的上门服务的意愿反映，71.3%（107/150）家庭医生表示愿意上门服务，22%

（33/150）不太愿意，6.7%（10/150）不愿意。

对上级医院转诊通道通畅的反映，63.3%（95/150）的家庭医生认为转诊上级医院绿色通道畅通，29.3%（44/150）认为不太畅通，7.3%（11/150）认为不畅通。

实施个性化健康管理的能力，72%（108/150）的家庭医生认为可以对签约居民实施个性化健康管理，26.7%（40/150）认为不太可以，1.3%（2/150）认为不可以。

签约居民合适人数，家庭医生认为签约服务人数约5OO名所占比例最高，为76.7%

（115/150），签约人数约2OOO名所占比例最低，占10.7%（16/150），认为合适服务人数为500-1000人，占10.7%（16/150），认为合适服务人数为1001-2000人，占2%

（3/150）。

18

第三章正文

家庭医生对特色服务认识的调查显示，上门服务、个性化的健康管理大部分的医生都愿意并且能够胜任，约30%的家庭医生认为转诊通道不太通畅，转诊通道的建立需要上下级医院共同努力，今后的工作中要增加相关配套政策支持，明确社区首诊、分级诊疗的路径。

#### 3.4.5 家庭医生对家庭医生制健康发展关键措施的反映

对家庭医生制发展的措施，60%的家庭医生认为需要通过国家政策支持、提高待遇、提高家庭医生社会地位、提高自身业务水平、不能过度压力，其中政策支持和提高待遇的反映最强烈（见表4）。调查结果提示，今后的工作中要注意政府的协调作用，同时调整绩效考核机制，按劳分配，提高家庭医生工作积极性。

**表4** **家庭医生制健康发展关键措施的反映**

|  | 人次 | 频率% |
| --- | --- | --- |
| 国家政策支持 | 126 | 84.0 |
| 提高待遇 | 123 | 72.0 |
| 提高社会地位 | 112 | 74.7 |
| 提高业务水平 | 103 | 68.7 |
| 不能过度压力 | 90 | 60 |

#### 3.4.6 家庭医生对工作过程中自身最大压力的反映

全科医生认为在推行家庭医生制服务的工作过程中产生的最大压力居前三位的分别是：服务量增大（76.7%, 115/150），付出与收益不等（68.0%, 102/150），上门服务（42.7%, 64/150）（见表5）。考虑推行家庭医生制后工作量增多，家庭医生不仅要完成社区中心的工作还要完成居民个性化健康管理的工作，所以服务量压力比较大。

**表5** **推行家庭医生制对自身产生的最大压力的反映**

|  | 人次 | 频率% |
| --- | --- | --- |
| 服务量增大 | 115 | 76.7 |
| 付出与收益不等 | 102 | 68.0 |
| 上门服务 | 64 | 42.7 |
| 公卫服务 | 54 | 36.0 |
| 临床服务 | 52 | 34.7 |
| 健康管理 | 52 | 34.7 |
| 服务对象 | 51 | 34.0 |
| 体能 | 46 | 30.7 |

19

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

#### 3.4.7 家庭医生的工作满意度

150名家庭医生对工作现状的满意度调查中发现，工作环境和管理制度的满意度较高，分别为66.6%和60.0%，对收入、职业声誉、福利待遇的满意度较低，分别为34.0%、

42.7%、46.7%（见表6）。

**表6** **家庭医生的工作满意度**

|  | 满意 | 一般 | 不满意 |
| --- | --- | --- | --- |
| 收入 | 34.0%(51/150) | 35.3%(53/150) | 30.7%(46/150) |
| 工作环境 | 66.0%(99/150) | 24.0%(36/150) | 10.0%(15/150) |
| 福利待遇 | 46.7%(70/150) | 30.0%(45/150) | 23.3%(35/150) |
| 管理制度 | 60.0%(90/150) | 28.7%(43/150) | 11.3%(17/150) |
| 分配制度 | 50.7%(76/150) | 36.0%(54/150) | 13.3%(20/150) |
| 职称晋升 | 52.0%(78/150) | 36.0%(54/150) | 12.0%(18/150) |
| 职业声誉 | 42.7%(64/150) | 40.0%(60/150) | 17.3%(26/150) |

家庭医生对工作满意度的调查结果提示，工作环境的满意度最高，考虑与社区中心工作环境相比较大医院而言较轻松，医患关系比较和谐有关，对职业声誉、福利待遇满意度较低，对收入的满意度最低，今后工作中可以适当提高福利待遇、收入水平，刺激家庭医生的工作积极性，同时完善绩效卡盒机制。

#### 3.4.8 满意度的影响因素

为了更好的了解家庭医生的工作，制定相应的激励机制提高其工作的积极性，本研究进一步分析家庭医生工作满意度的影响因素，在纳入家庭医生收入、工作环境、管理制度、福利制度、分配制度、职称晋升、职业声誉、工作现状等因素后，对影响满意度的因素进行Logistic回归分析（见表7、8）。

**表7** **Logistic分析赋值表**

| 序号 | 内容 | 赋值 |
| --- | --- | --- |
| 1 | 性别 | 1 男，2 女 |
| 2 | 年龄 | 1 小于 30 岁，2 31-40 岁，3 大于 40 岁 |
| 3 | 学历 | 1 大专及以下，2 本科及以上 |
| 4 | 职称 | 1 初级，2 中级，3 高级 |
| 5 | 工作年限 | 1 小于 5 年，2 5-10 年，3 大于 10 年 |
| 6 | 工资 | 1 小于 3000 元，2 3000-5000 元，3 大于 5000 元 |

20

第三章正文

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | 7 | 人事关系 | 1 正式编制 2 聘用合同 |
|  | 8 | 收入 | 0 满意 1 不满意 |
|  | 9 | 工作环境 | 0 满意 1 不满意 |
|  | 10 | 福利待遇 | 0 满意 1 不满意 |
|  | 11 | 管理制度 | 0 满意 1 不满意 |
|  | 12 | 分配制度 | 0 满意 1 不满意 |
|  | 13 | 职称晋升 | 0 满意 1 不满意 |
|  | 14 | 职业声誉 | 0 满意 1 不满意 |

**表8** **家庭医生工作现状满意度影响因素的Logistic回归分析**

| 项目 | 影响因素 | 子因素 | B | S.E | P | OR | 95%CI |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 收入 | 年龄 | 小于 30 岁 | 2.419 | 0.933 | 0.010 | 11.239 | 1.086, 69.957 |
|  |  | 30-40 岁 | 1.861 | 0.706 | 0.008 | 6.430 | 1.613,25.631 |
| 工作环境 | 年龄 | 小于 30 岁 | 2.068 | 0.947 | 0.029 | 7.908 | 1.235,50.644 |
|  | 工作年限 | 小于 5 年 | -1.405 | 0.714 | 0.049 | 0.245 | 0.061,0.995 |
|  |  | 5-10 年 | -1.267 | 0.619 | 0.041 | 0.282 | 0.084,0.948 |
| 福利待遇 | 年龄 | 小于 30 岁 | 3.084 | 1.051 | 0.003 | 21.849 | 2.785,171.413 |
|  |  | 30-40 岁 | 2.257 | 0.840 | 0.007 | 9.551 | 1.842,49.525 |
|  | 工作年限 | 小于 5 年 | -2.563 | 0.904 | 0.005 | 0.077 | 0.013,0.453 |
|  |  | 5-10 年 | -2.133 | 0.820 | 0.009 | 0.119 | 0.024,0.591 |
| 分配制度 | 年龄 | 小于 30 岁 | 3.383 | 0.972 | 0.001 | 29.466 | 4.385,198.024 |
|  |  | 30-40 岁 | 2.122 | 0.704 | 0.003 | 8.350 | 2.101,33.187 |
|  | 工作年限 | 小于 5 年 | -1.627 | 0.766 | 0.034 | 0.196 | 0.044,0.881 |
|  |  | 5-10 年 | -1.366 | 0.687 | 0.047 | 0.255 | 0.066,0.980 |
| 职业声誉 | 年龄 | 小于 30 岁 | 2.363 | 0.970 | 0.015 | 10.624 | 1.588,71.084 |
|  |  | 30-40 岁 | 1.963 | 0.747 | 0.009 | 7.121 | 1.648,30.772 |
|  | 毕业专业 | 医技 | 1.249 | 0.489 | 0.011 | 3.488 | 1.339,9.090 |

收入满意度的影响因素：不同年龄对收入的满意度有影响，分析发现30岁以下

（P=0.003, OR=14.566）和30-40岁（P=0.007, OR=5.274）的家庭医生对收入的不满意

程度高于55岁以上的家庭医生。

工作环境满意度的影响因素：不同年龄的对工作环境的满意度有影响，分析发现30

岁以下家庭医生对工作环境的不满意程度高于30岁以上的家庭医生（P=0.029，

OR=7.908），不同工作年限对工作环境满意度也有影响，5年以下（P=0.049, OR=0.245）

21

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

和5-10年（P=0.041, OR=0.282）工作时间的家庭医生对工作环境的满意程度高于工作

年限在10年以上的家庭医生。

福利待遇满意度的影响因素：不同的年龄对福利待遇的满意度有影响，30岁以下

（P=0.003, OR=21.849）和30-40岁(P=0.007, OR=9.551)的家庭医生对福利待遇的不满

意程度高于40岁以上的家庭医生，工作年限在5年以下(P=0.005, OR=0.077)和5-10 年

（P=0.009, OR=0.119）的家庭医生对福利待遇的满意程度高于工作年限10年以上的家庭医生。

分配制度满意度的影响因素：不同的年龄对分配制度的满意度有影响，30岁以下

（P=0.001, OR=29.466）和30-40岁(P=0.003, OR=8.350)的家庭医生对分配制度的不满

意程度高于40岁以上的家庭医生，工作年限在5年以下(P=0.034, OR=0.196)和5-10 年

（P=0.047, OR=0.225）的家庭医生对分配制度的满意程度高于工作年限10年以上的家庭医生。

职业声誉满意度的影响因素：不同的年龄对职业声誉的满意度有影响，30岁以下

（P=0.015, OR=10.624）和30-40岁(P=0.009, OR=7.121)的家庭医生对职业声誉的不满

意程度高于40岁以上的家庭医生，毕业专业是医技的家庭医生对职业声誉的不满意度高于临床、公卫和护理专业的家庭医生（P=0.011, OR=3.488）。

家庭医生对管理制度和职称晋升的满意度没有筛选到影响因素。

由回归分析结果可得年龄和工作年限对各个收入、工作环境、分配制度、福利待遇、职业声誉等满意度有影响，考虑原因可能是因为青中年社区工作人员的生活压力更大，需要更多的收入和福利待遇，工作时间10年以上的人员对工作环境、分配制度、福利

待遇的满意度高于10年以下人员，考虑可能与工作年限较久的家庭医生对社区轻松和谐工作环境更满意有关。

4居民对家庭医Th责任制服务的利用及满意度调查

### 4.1 调查对象

用整群抽样的方法在西安市选取东关南街、柏树林、韩森寨、青年路、桃园路5 家

社区卫生服务中心，在选取的5个社区中心用系统随机抽样方法，抽取1000名签约家庭医生服务的居民为研究对象。

### 4.2 调查方法

22

第三章正文

统一培训调查员，在社区卫生服务中心工作人员的协助下，采用入户调查或是电话随访等一对一的调查方式对调查对象按调查项目逐一询问调查。调查时间为2014年11

月到12月，历时2个月。

### 4.3 质量控制

4.3.1问卷的设计，居民问卷调查指标的设定，查阅国内外文献，Europep问卷是针对患者对全科医疗服务领域服务质量的看法，是一个有15个国家参与的小组进行开发和检验，并先后在16个国家应用[47-49]，以Europep问卷为基础，进行本土化处理，同时结合国内居民对家庭医生制服务满意度的调查问卷，如李芳建[50]、刘德奇[36]、滕菲[51]、张国红[41]等研究，自行设计问卷，请全科医学专家组审阅后进行预调查，经过预调查和征询专家意见后形成正式调查问卷（见附件）。

4.3.2调查员的培训，统一培训调查员，要求其明确该项研究调查的意义，熟悉调查表设计原则，掌握问卷调查的询问方法及技巧。

4.3.3问卷质量核查，调查问卷采取一对一的方式，保证了问卷的应答率。为确保问卷填写内容的准确性和完整性，调查过程中，由课题组成员组成的核查员现场对问卷进行抽查，发现错项和漏项进行及时修改和补填。

4.3.4数据的录入和分析，采用双人录入数据，EXCEL2010录入数据后，SPSS18.0统计软件，运用描述性统计、回归分析等统计学分析方法。

### 4.4 结果与分析

#### 4.4.1 调查人群的基本特征

本研究实际调查居民1000人，问卷发放1000份，收回1000份，有效率100%。

性别构成：接受问卷调查的1000居民中，其中男性431人，占43.1%，女性569人，占56.9%。

年龄构成：接受问卷调查的1000居民中，年龄小于35岁的112人，占12.2%, 35-55

岁288人，占28.8%，大于55岁590人，占59.0%。

学历：接受问卷调查的1000居民中，初中及以下464人，占46.4%，高中及中专

381人，占38.1%，大专及以上155人，占15.5%。

就业状况：接受问卷调查的1000居民中，在岗225人，占22.5%，退休及离岗599

人，占59.9%，其他176人，占17.6%。

23

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

月收入：接受问卷调查的1000居民中，月收入小于3000元的636人，占63.6%，

3000-5000元282人，占28.2%，大于5000元82人，占8.2%。

医保情况：接受问卷调查的1000居民中，公费医保52人，占5.2%，职工医保532

人，占53.2%，居民医保及新农合335人，占33.5%，商业保险5人，占0.5%，自费76

人，占7.6%。

在社区卫生中心接受服务的情况：接受问卷调查的1000居民中，到社区卫生服务中心为了看病的居民是437人，占43.7%，购药的是177人，占17.7%，为了进行预防保健的居民是340人，占34.0%，为了进行康复的居民是9人，占0.9%，其他服务的居民是37人，占3.7。

自觉患病病轻时就诊医院的选择情况：接受问卷调查的1000居民中，自觉病轻时选择社区卫生服务中心就诊的居民是861人，占86.1%，自觉病轻时选择区、市级医院就诊的居民是94人，占9.4%，自觉病轻时选择市级以上医院就诊的居民是45人，占

4.5 %。

自觉患病病重时就诊医院的选择情况：接受问卷调查的1000居民中，自觉病重时选择社区卫生服务中心就诊的居民是125人，占12.5%，自觉病重时选择区、市级医院就诊的居民是392人，占39.2%，自觉病重时选择市级以上医院就诊的居民是483人，占48.3%。

患高血压的签约居民情况：接受问卷调查的1000居民中，患高血压病的居民是522

人，占52.2%，高血压控制率达到92.1%，未患高血压病的居民是478人，占47.8%。患糖尿病的签约居民情况：接受问卷调查的1000居民中，患糖尿病的居民是216

人，占21.6%，血糖控制率89.8%，未患糖尿病的居民是784人，占78.4%。

居民一般情况的调查结果提示，签约居民中55岁以上老年人占大多数，大多学历不高、已经退休，收入有限，考虑高龄、患慢性病、低收入人群是签约居民的主要人群，因此在家庭医生的服务中要考虑到这些人口学特征，调整服务内容，满足居民的需求；签约居民到社区最常接受的服务是看病和预防保健，说明居民已经意识到治疗与预防的重要性，日常工作中更要注意健康教育和宣教；病轻时选择社区中心就诊的居民占

86.1%，说明居民对社区中心及家庭医生较信任，有利于接下来各项工作的开展；病重时居民愿意选择市级及以上医院，今后工作中应该考虑居民的需求，完善转诊机制，方便居民就医。

24

第三章正文

4.4.2居民对家庭医生制服务的满意度调查（见表8）

**表8** **居民对家庭医生制服务满意度**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 满意度 | 满意 | 一般 | 不满意 |
| 就诊方便性 | 868（86.8%） | 118（11.8%） | 14（1.4%） |
| 就诊环境 | 866（86.6%） | 129（12.9%） | 5（0.5%） |
| 服务态度 | 916（91.6%） | 78（7.8%） | 6（0.6%） |
| 技术水平 | 801（80.1%） | 187（18.7%） | 12（1.2%） |
| 设施设备 | 652（65.2%） | 271（27.1%） | 77（7.7%） |
| 药品种类 | 613（61.3%） | 299（29.9%） | 88（8.8%） |
| 药品价格 | 773（77.3%） | 195（19.5%） | 32（3.2%） |
| 慢病管理 | 866（86.6%） | 121（12.1%） | 13（1.3%） |
| 健康体检 | 872（87.2%） | 111（11.1%） | 17（1.7%） |
| 健康教育 | 885（88.5%） | 105（10.5%0 | 10(1.0%) |
| 社区宣教 | 874（87.4） | 115（11.5%） | 11(1.1%) |
| 上门服务 | 741（74.1%） | 217（21.7%） | 42（4.2%） |
| 中医康复 | 705（70.5%） | 245（24.5%） | 50（5.0%） |

居民对就诊方便性、就诊环境、服务态度、技术水平、健康教育、社区宣教、慢病管理、健康体检服务的满意度均达到了80%以上，其中服务态度的满意度最高为91.6%，说明家庭医生服务在这些方面做的较好，原因可能有社区卫生服务中心一般就在社区，地理位置方便，社区卫生机构的就诊环境相对轻松，家庭医生服务的对象和范围相对于大医院而言比较固定，此外，建立健康档案、家庭医生下社区进行健康宣教、老年人慢性病的健康随访都增加了家庭医生与居民的接触，形成了相对固定、友好的医患沟通模式，具有较好的服务可及性和依从性。家庭医生制健康教育和社区宣教服务内容都是与居民健康息息相关的居民能从中切实收到帮助，这也是满意度较高的一个因素。

居民对设施设备、药品种类服务的满意度较低在70%以下，设备设施的好坏与能否得到很好的检查和治疗有直接关系，其满意度低反映了政府在社区卫生机构的硬件投入不够，而且也有可能是居民对设施设备的期望值过高，与大医院进行比较自然容易带来落差。政府为了实行药物零差价对社区卫生机构的药物种类进行限制，而且由于各个医院药品采购的差别，居民从大医院看病后回的社区买药，这也是对药品种类不满的一个原因。家庭医生制服务中药品价格、上门服务、中医康复的满意度介于70-80%，属于中等程度的满意，提示这三方面的服务已经取得一些进展，目前社区卫生服务中心工作人员不足，家庭医生经常身兼数职，而且上门服务时医患关系也容易出现纠纷，因此上门

25

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

服务在大多数的社区卫生中心都不很普遍。还有很大的进步空间，需要社区卫生服务中心及团队的家庭医生继续努力。

4.4.3居民对家庭医生制服务满意度的影响因素分析

以居民的年龄、性别、学历、月收入、医保情况等因素作为自变量，以家庭医生制服务的就诊方便性、就诊环境、服务态度、技术水平等作为因变量进行Logistic回顾分析（见表9、10）。

**表9** **Logistic分析赋值表**

| 序号 | 内容 | 赋值 |
| --- | --- | --- |
| 1 | 性别 | 1 男，2 女 |
| 2 | 年龄 | 1 35 岁以下，2 35-55 岁，3 55 岁以上 |
| 3 | 学历 | 1 初中及以下，2 高中及中专，3 大专及以上 |
| 4 | 就业状况 | 1 在岗，2 退休及下岗，3 其他 |
| 5 | 月收入 | 1 3000 元以内，2 3000-5000 元，3 5000 以上 |
| 6 | 医保情况 | 1 公费，2 职工医保，3 居民医保及新农合，4 自费，5 其他 |
| 7 | 接受服务类型 | 1 看病，2 购药，3 预防保健，4 康复，5 其他 |
| 8 | 自我感觉病情轻时，  选择就诊医院 | 1 社区医院 2 区、市级医院 3 市级以上医院 |
| 9 | 自我感觉病情重时，  选择就诊医院 | 1 社区医院 2 区、市级医院 3 市级以上医院 |
| 10 | 是否患高血压 | 1 是 2 否 |
| 11 | 是否患糖尿病 | 1 是 2 否 |
| 13 | 就诊方便性 | 0 满意 1 不满意 |
| 14 | 就诊环境 | 0 满意 1 不满意 |
| 15 | 服务态度 | 0 满意 1 不满意 |
| 16 | 技术水平 | 0 满意 1 不满意 |
| 17 | 设施设备 | 0 满意 1 不满意 |
| 18 | 药品种类 | 0 满意 1 不满意 |
| 19 | 药品价格 | 0 满意 1 不满意 |
| 20 | 慢病管理 | 0 满意 1 不满意 |
| 21 | 健康体检 | 0 满意 1 不满意 |
| 22 | 健康教育 | 0 满意 1 不满意 |
| 23 | 社区宣教 | 0 满意 1 不满意 |
| 24 | 上门单位 | 0 满意 1 不满意 |
| 25 | 中医康复 | 0 满意 1 不满意 |

26

第三章正文

**表10** **家庭医生制服务满意度Logistic回归分析**

| 满意度 | 影响因素 | 子因素 | B | S.E | P | 0R | 95%CI |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就诊方便性 | 性别 | 男性 | 0.547 | 0.204 | 0.007 | 1.728 | 1.158,2.578 |
|  | 年龄 | 35 岁以下 | 1.082 | 0.391 | 0.006 | 2.952 | 1.372,6.349 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -1.537 | 0.377 | 0.000 | 0.215 | 0.103,0.450 |
|  | 是否糖尿病 | 是 | 0.567 | 0.232 | 0.015 | 1.764 | 1.118,2.781 |
| 就诊环境 | 是否糖尿病 | 是 | 0.589 | 0.225 | 0.009 | 1.803 | 1.159,2.804 |
| 服务态度 | 是否糖尿病 | 是 | 0.826 | 0.273 | 0.002 | 2.852 | 1.339,3.899 |
| 技术水平 | 就业状况 | 退休及下岗 | 0.560 | 0.269 | 0.037 | 1.751 | 1.034,2.966 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -1.423 | 0.357 | 0.000 | 0.241 | 0.120,0.486 |
|  | 病重就诊 | 区市级医院 | 0.449 | 0.185 | 0.015 | 1.567 | 1.092,2.250 |
|  | 是否糖尿病 | 是 | 0.470 | 0.194 | 0.015 | 1.600 | 1.095,2.338 |
| 设备设施 | 月收入 | 3000 元以下 | -0.598 | 0.272 | 0.028 | 0.550 | 0.332,0.938 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -0.949 | 0.328 | 0.004 | 0.387 | 0.204,0.736 |
| 药品种类 | 月收入 | 3000 元以下 | -0.638 | 0.269 | 0.018 | 0.528 | 0.312,0.895 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -0.978 | 0.329 | 0.003 | 0.376 | 0.197,0.717 |
|  | 是否高血压 | 是 | 0.332 | 0.151 | 0.027 | 1.394 | 1.038,1.873 |
| 药品价格 | 年龄 | 35-55 岁 | 0.591 | 0.230 | 0.010 | 1.085 | 1.149,2.835 |
|  | 接受服务类型 | 看病 | 1.540 | 0.577 | 0.008 | 4.463 | 1.506,14.436 |
|  |  | 预防保健 | 1.541 | 0.580 | 0.008 | 4.670 | 1.497,14.567 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -0.813 | 0.367 | 0.027 | 0.444 | 0.216,0.911 |
|  | 是否高血压 | 是 | 0.373 | 0.178 | 0.036 | 1.452 | 1.024,2.060 |
| 慢病管理 | 年龄 | 35 岁以下 | 1.305 | 0.377 | 0.001 | 3.686 | 1.762,7.711 |
|  |  | 35-55 岁 | 0.581 | 0.289 | 0.044 | 1.788 | 1.015,3.152 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -0.832 | 0.412 | 0.043 | 0.435 | 0.194,0.976 |
| 健康体检 | 年龄 | 35 岁以下 | 0.840 | 0.387 | 0.030 | 2.317 | 1.085,4.949 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -0.906 | 0.424 | 0.033 | 0.404 | 0.176,0.928 |
| 健康教育 | 年龄 | 35 岁以下 | 1.069 | 0.463 | 0.021 | 2.914 | 1.175,7.227 |
|  |  | 35-55 岁 | 0.966 | 0.306 | 0.002 | 2.627 | 1.443,4.784 |
|  | 就业状况 | 退休及下岗 | 0.830 | 0.364 | 0.023 | 2.293 | 1.123,4.684 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -2.070 | 0.406 | 0.000 | 0.126 | 0.057,0.279 |
|  |  | 区市级医院 | -1.012 | 0.466 | 0.030 | 0.364 | 0.146,0.906 |
|  | 病重就诊 | 区市级医院 | 0.475 | 0.238 | 0.046 | 1.608 | 1.009,2.565 |

27

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| 表 10 续 | | | | | | | |
| 满意度 | 影响因素 | 子因素 | B | S.E | P | 0R | 95%CI |
|  | 是否高血压 | 是 | 0.767 | 0.248 | 0.002 | 2.154 | 1.324,3.505 |
| 社区宣教 | 年龄 | 35 岁以下 | 0.943 | 0.419 | 0.024 | 2.567 | 1.130,5.832 |
|  | 学历 | 初中及以下 | 1.067 | 0.381 | 0.005 | 2.906 | 1.377,6.134 |
|  | 病轻就诊 | 社区医院 | -1.478 | 0.419 | 0.000 | 0.228 | 0.100,0.519 |
|  | 是否高血压 | 是 | 0.690 | 0.231 | 0.003 | 1.993 | 1.268,3.133 |
| 上门服务 | 年龄 | 35 岁以下 | 1.010 | 0.307 | 0.001 | 2.745 | 1.504,5.009 |
|  |  | 35-55 岁 | 0.642 | 0.221 | 0.004 | 1.900 | 1,233,2.930 |
|  | 学历 | 初中及以下 | 0.618 | 0.263 | 0.019 | 1.854 | 1.109,3.102 |
|  | 医保情况 | 居民医保新农合 | -0.616 | 0,287 | 0.032 | 0.540 | 0.307,0.948 |
| 中医康复 | 年龄 | 35 岁以下 | 0.904 | 0.301 | 0.003 | 2.470 | 1.369,4.455 |
|  | 是否高血压 | 是 | 0.560 | 0.164 | 0.001 | 1.750 | 1.270,2.412 |

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

就诊方便性满意度的影响因素：性别、年龄、病轻就诊医院、是否糖尿病因素对就诊方便性满意度有影响，其中男性对就诊方便性的不满意大于女性（P=007, OR=1.728）,

35岁以下的居民对就诊方便性的不满意度大于35岁年龄的居民（P=0.006, OR=2.952），病轻时选择社区医院是居民对就诊方便性的满意度大于选择其他医院的居民（P=0.000，

OR=0.215）,患糖尿病的居民对就诊方便性的不满意度大于不患糖尿病的居民（P=0.015，

OR=1.764)。

就诊环境、服务态度满意度的影响因素：是否患糖尿病对就诊环境和服务态度满意度有影响，患糖尿病的居民对就诊环境的不满意度大于不患糖尿病的居民（P=0.009，

OR=1.803）、对服务态度的不满意度大于不患糖尿病的居民（P=0.002, OR=2.852）。

技术水平满意度的影响因素：就业状况、病轻就诊医院、病重就诊医院、是否患糖尿病等因素对技术水平满意度有影响，其中退休及下岗的居民对技术水平的不满意程度大于其他居民（P=0.037, OR=1.751），病轻选择社区医院就诊的居民对技术水平的满意度大于其他选择其他医院的居民（P=0.000, OR=0.241），病重就诊选择区市级医院的居民对技术水平的不满意程度大于其他居民（P=0.015, OR=1.567），患糖尿病的居民对级水平的不满意程度大于不患糖尿病的居民（P=0.015, OR=1.600）。

设施设备、药品种类的满意度影响因素：月收入、病轻就诊医院的选择均对设施设备和药品种类的满意度有影响，月收入3000元以下的居民对设施设备

（P=0.028. OR=0.550）和药品种类（P=0.003, OR=0.376）的满意度大于月收入3000 元

28

第三章正文

以上的居民，另外患高血压病的居民对药品种类的不满意程度的大于不患高血压的居民

（P=0.027, OR=1.394）。

药品价格满意度的影响因素：年龄、接受服务类型、病轻就诊医院、是否高血压病为影响药品价格的因素，35-55岁的居民对药品价格的不满意程度大于其他年龄的居民

（P=0.010, OR=1.085），到社区接受看病服务（P=0.008, OR=4.463）和预防保健（P=0.008，

OR=4.670）的居民对药品价格的不满意度大于接受其他服务的居民，病轻时就诊于社区医院的居民对药品价格的满意度大于选择其他医院的居民（P=0.027, OR=0.444），患高血压病的居民对药品价格的不满意度大于未患高血压的居民（P=0.036, OR=1.452）。

慢病管理服务的满意度影响因素：年龄、病轻时就诊医院是影响慢病管理服务的影响因素，35岁以下（P=0.001, OR=3.686）和55岁以上（P=0.044, OR=1.788）的居民对慢病管理的不满意度大于55岁以上的居民。病轻就诊社区医院的居民对慢病管理的满意度大于其他居民（P=0.043, OR=0.435）。研究表明，患慢性病的长期服药的老年人是家庭医生制签约服务初期的重点人群[52]。

健康体检服务的满意度因素：年龄、病轻就诊医院是影响健康体检服务满意度的因素，35岁以下的居民对健康体检的不满意度大于其他居民（P=0.033, OR=0.404），病轻就诊社区医院的居民对健康体检的满意度大于其他居民(P=0.030, O2.317)。

健康教育服务的满意度影响因素：年龄、就业状况、病轻就诊医院、病重就诊医院、是否患高血压等因素均可影响健康教育的满意度，年龄在35岁以下（P=0.021, OR=2.914）35-55岁（P=0.002. OR=2.627）、退休及下岗的（P=0.023, OR=2.293）、病重就诊医院在社区医院（P=0.000, OR=1.608）区市级医院（P=0.030, OR=2.34）患高血压病（P=0.046, OR=1.608）的居民对健康教育的不满意度程度高于其他居民，病轻就诊社区医院

（P=0.000, OR=0.126）和区市级医院（P=0.030, OR=0.364）的居民满意度大于其他居民。

社区宣教服务满意度影响因素：年龄、学历、病轻就诊医院、是否高血压病均为影响社区宣教满意度的因素，年龄在35岁以下（P=0.024, OR=2.567）学历为初中及以下

（P=0.005, OR=2.906）患高血压病（P=0.003, OR=1.933）的居民对社区宣教的不满意度大于其他居民，病轻就诊社区医院的居民（P=0.000, OR=0.228）对社区宣教的满意度大于其他居民。

上门服务满意度影响因素：包括年龄、学历、医保情况等因素，35岁以下（P=0.001，

29

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

OR=2.745）35-55岁（P=0.004, OR=1.900）学历在初中及以下（P=0.019, OR=1.854）

的居民对上门服务的不满意度大于其他居民，居民医保和新农合的居民对上门服务的满意度大于其他居民（P=0.032, OR=0.540）。

中医康复服务满意度影响因素：包括年龄和是否高血压，35岁以下（P=0.003，

OR=2.470）和患高血压（P=0.001, OR=1.750）的居民对中医康复服务的不满意度大于其他居民

## 六 结论

本研究结果显示，家庭医生制服务在西安市已经较好的开展，家庭医生务内容知晓率高，他们认为目前社区卫生工作任务量及压力较大，应该在政策、收入待遇上给予支持，大多数社区居民对家庭医生制服务满意度较高。家庭医生制服务实施过程中依然存在一些问题，现阶段可以从以下几方面促进社区卫生服务的有序发展，使家庭医生制服务不断完善，以满足居民不断多元化的卫生需求。

1、提高工作能力，加快服务理念转变。我国全科医学的医学院校教育和毕业后医学教育尚未普及[53]，且现有全科医师中大多数是通过转岗培训形式进入全科医学领域，全科医疗技能并不全面[54]，家庭医生的工作内容应由单纯的诊疗变成融预防、保健、医疗、康复、健康教育、计划生育技术服务指导的六位一体服务，在实际工作过程中要注意转变传统医疗观念，将家庭医生制的基本医疗、公共卫生服务、个性化健康管理服务理念视为工作重心。

本研究结果显示居民对家庭医生制服务水平的满意度较低，目前社区卫生医疗机构的全科医生大部分都是由专科医生转岗培训的，全科医疗方面的思想和诊疗能力并不一定能达到要求，家庭医生制服务对家庭医生的要求较高[55]，家庭医生同时具有个性化健康管理的能力，基本医疗服务技能，具有公共卫生服务技能。调查结果显示，98.7%的工作人员认为有必要提高自身业务能力，28%的团队工作人员认为不能胜任个性化健康管理工作，可以通过技能培训、专家指导、进修学习提高业务能力，但目前社区卫生机构人员紧张，工作量大，应对全科医生进行非学历教育的知识点补充，同时进行继续教育形式的学历提升[56]。卫生管理部门应定期汇总世界先进的家庭医生制工作经验，结合社区工作的实际情况，由专业的具有丰富社区工作经验的专家进行培训，应选择不脱产

30

第三章正文

或半脱产的方式，以提高临床实践能力为主要目标，并在培训学习后组织考核，检验学习效果，主管机构在物质和精神上提高支持和鼓励。

2、完善绩效考核，提高工作满意度。绩效评估作为一种重要的过程控制手段，有利于了解社区卫生服务改革的实施效果及存在问题，可以衡量社区卫生服务计划的适宜性与合理性，同时能够为进一步改善社区卫生工作提供理论依据和技术支持[57]。社区卫生服务绩效评估的开展是其稳步发展的关键环节，并且符合医疗卫生机构的改革的需要，有利于其科学、规范的管理[58-60]。

服务居民数量不断增多、全科医生短缺的现实下，以至于在目前的工作环境下全科医生自感压力很大，本调查结果显示实行家庭医生制服务家庭医生产生的最大压力居前三位的分别是服务量增大，付出与收益不等，上门服务，家庭医生影响工作满意度的主要因素就是收入因素。因此，应建立科学有效的绩效考核体系，对家庭医生进行绩效评价，在经费保障、支持晋升、教育培训、岗位设置等方面向家庭医生团队倾斜，同时民的满意度应该被加入社区卫生机构工作人员的绩效考核评价中，奖惩机制明确，适当拉开收入差距，提高工作积极性，结合月度、年度考核以家庭医生团队的签约数量、质量、满意度为评估指标，实施绩效奖励。

3、加强政策支持。从居民医保和新农合等部分人群起步，加强政策宣传，逐步扩大首诊人群范围，积极引导居民优先利用家庭医生诊疗服务，对首诊人群实现有序转诊，目前多数社区卫生服务中心都是机构内部家庭医生在做宣传工作，宣传范围有限，部分居民对社区卫生服务不了解，家庭医生制度开展不配合。研究表明，居民对签约的家庭医生制服务满意和信任后，出现了常见多发病时愿意在签约的社区卫生服务中心进行首诊治疗[61]。调查结果显示社区卫生服务中心和家庭医生制服务已经取得居民的认可，但是家庭医生并没有被社区居民完全信任，需要政府在政策上、社区卫生机构、家庭医生在日常工作中加大家庭医生制服务的宣传，使居民更多的了解家庭医生制，知晓社区卫生服务中心对于健康的重要性。

另一方面，因为医疗保险制度和分级诊疗机制的实施还未完善，病重患者的双向转诊不能完全及时有效的进行，也是居民不能完全信任社区卫生服务中心的原因。政府要在政策上给予大力支持，尽快完善社区卫生服务中心的设备设施等各项建设，并加快统筹社区医疗机构和大医院的医疗卫生资源共享，明确社区首诊、分级诊疗的路径，整合信息化资源，转变社区卫生中心和二、三级医院各自为政的医疗格局，逐步规范双向转

31

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

诊模式形成真正意义上的转诊机制，努力达到“小病在社区，大病去医院，康复回社区”的医疗格局。同时针对社区药品种类有限的问题提出改革措施，通过优质服务与政策倾斜，保证慢性病签约居民的治疗性用药，逐步提高其就医依从性。

社区卫生服务中心本身缺乏吸引力，全科医生数量供不应求，流失情况依然存在，人员队伍应保持稳定[62]，深化推行医疗改革，从根本上解决医患矛盾，完善晋升政策，提高家庭医生职业地位，团队家庭医生的构成初级职称的人较多，中、高级职称人数较少，应增强基层医疗机构的力量，加大对团队家庭医生的培养和培训，尽快完善医师多点执业机制，确保有较好的医疗技术支撑家庭医生制度的落实。

32

致谢

致 谢

岁月如梭，硕士研究生的三年时光转瞬即逝，在西安医学院的求学生涯即将结束，站在毕业的门槛上，回首往昔，奋斗和辛劳已成为丝丝的记忆。值此毕业论文完成之际，我谨向所有关心、爱护、帮助我的人们表示最诚挚的感谢与最美好的祝愿。

首先感谢导师组刘顺智老师、严琴琴老师、牛春燕老师、周连锁老师、王小平老师的悉心教导和殷勤培育，老师们一丝不苟的作风，严谨求实的态度，不仅授我以文，而且教我做人，虽历时三载，却使我终生受益。在课题的选题到实施过程中，我遇到很多的问题，是导师组的各位老师给了我无私的帮助，在他们的指导和帮助下我的课题才得以顺利完成。

诚挚地感谢李亚军院长，求实创新的科研态度和严谨的治学作风令我敬佩不已，对学生的细心指导和无微不至的照顾让我感激万分。同时也要感谢医院各科室主任及带教老师在轮转实习中对我学习理论知识和技能操作的指导和帮助。

感谢弥曼教授、李雪萍教授、卫萍老师、马雁老师等学校的所有老师对我生活和学习的关心，感谢2012级的全体同学和同门师妹在生活中的陪伴和学习上的支持与帮助。

感谢东关南街、柏树林、韩森寨、青年路、桃园路5个社区卫生服务中心的工作人员在课题实施过程中的鼎力支持。

感谢家人对我的精神鼓励和默默的奉献，他们的支持和付出，是我不断前进的动力。最后，感谢曾经教育和帮助过我的所有老师。衷心地感谢为评阅本论文而付出宝贵

时间和辛勤劳动的专家和教授们！

33

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

参考文献

[1] Silcock J, Raynor DKT, Petty D. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom [J]. Health Policy. 2004,67(2):207-14.

[2] 韩洪迅．解读欧美全科医生[J]．中国医药指南，2007(7)：20—23．

[3] Koperski M. The state of primary care in the United States of America and lessons for primary care groups in the United Kingdom[J]. Br J GenPract.2000,50(453):319-322.

[4]于保荣，英国、澳大利亚和德国的基本卫生服务提供及管理体制研[J]．中国卫生事业管理，

2007(9): 641—644．

[5] Todd Harper.澳大利亚家庭医生致力于提高人们的健康水平[J]．中国全科医学，2008, ll(7): 1266

[6]王诺，王静.古巴医疗体制发展历程及其启示[J]．中国社会医学杂志，2009, 26(1)：19—21．

[7]孟进，陶飞飞. NHS及其改革对我国的启示[J]．卫生经济研究，2011,28(3)：24—28.

[8]章朝霞，袁家麟，许振慧等.社区卫生服务站公共卫生服务管理模式实践与研究[J].中国全科医学.2013,16(3)：341-343.

[9]朱有为，柏涌海，孙金海等.我国家庭医生进展与对策分析[J].中华全科医学，2012, 10（10）：

1613−1614.

[10]陶海琦，陈惠芳，孙丽艳. 健康管理平台在家庭医生制服务中的应用[J]. 中国全科医学，

2012,15(7): 2384.

[11]周育瑾，吴江，张升超等.深圳市桃源社区居家养老服务模式探讨[J].中国全科医学，2011, 14（5）：

1738.

[12]吴浩，葛彩英，贾鸿雁等.社区居民就医意愿与社区卫生服务利用情况调查[J].中华全科医师杂志.2011,10(7)：491-492.

[13]刘德奇，史庭璋，伍平．上海市某社区家庭医生责任制服务的居民满意度调查[J]．中国全科医学，

2012,15(5):1806—1808．

[14]李建，崔月颖，冯芮华等.四试点城市社区卫生服务相关政策实施进展意向评价[J].中国全科医学.2013,16(4)：380-382.

[15]吴春容.全科医生的起源[J].中华全科医师杂志，2002, 02: 45-47.

[16]杨秉辉.全科医生概论[M].人们卫生出版社，2011: 25～41.

[17]唐圆圆，魏晓瑶，高东平. 国外家庭医生服务模式[J].中国初级卫生保健，2015, 02: 9-11.

[18] Todd Harper.澳大利亚家庭医生致力于提高人们的健康水平[J].中国全科医学,2008,11(7): 1266.

[19]王诺，王静.古巴医疗体制发展历程及其启示[J].中国社会医学杂志2009, 26(1)：19-21.

[20] Grsvelle H, Morris S, Sutton M．Are family physieians good for youEndogenousdoctorsupplyandindividualhealth[J]．HealthResearchandEducationalTrust, 2008, 43(4)：l129-1135．

34

参考文献

[21]谢鑫友，于劲．美国全科社区卫生服务．全科医学临床与教育[J]，2004, (2) 3: 138—140

[22]朱小宁，吴斌，王小娟. 美国家庭医生培养模式对本校培训基层医院医生的启示[J]. 中国高等医学教育，2014, 05: 27-28.

[23]任伟，姚岚，冯友梅. 国内外全科医生制度现状及启示[J]. 中国公共卫生，2012, 04: 509-510.

[24]吴浩，贾鸿雁，刘秀梅等. 方庄家庭医生式服务团队的构建及服务效果研究[J]. 中国全科医学，2014, 07: 773-776.

[25]张国红. 北京市居民对社区卫生服务满意度的调查及其影响因素分析[J]. 中国全科医学，2013,16(23)：2778-2781.

[26]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，2012,16: 1812-1814.

[27]程敏，田军. 城市社区卫生服务中心家庭医生工作的探索与思考[J]. 中国全科医学，2013,25: 2260-2263.

[28]贺小林，娄继权.上海市长宁区家庭医生责任制实施现状与发展策略研究[J].中国初级卫生保健.2013, 12(12)：0017-0019．

[29]袁立，周昌明，江萍等. 上海市长宁区居民家庭医生制服务的需求情况调查[J]. 中国全科医

学,2014,32:3860-3864.

[30]张一飞，汤真清，武桂英等.上海市闸北区社区卫生服务中心家庭医生制开展现况调查[J].中国初级卫生保健，2014, 28(7)：40-42.

[31]邱创良，邓剑，甘勇等. 我国实施家庭医生制度支撑条件研究[J]. 中国社会医学杂志，2014, 03: 149-151.

[32]汪志良，王慧，张慧琴.家庭医生制服务的研究与实践[J].中华全科医学杂志，2013, 12(7)：508

[33]杜兆辉.全科医生家庭责任制服务在社区健康管理中决策原则的思考[J].中华全科医师杂志，2013,12(5)：346-347.

[34]徐绮，施榕，薛锦华. 对当前家庭医生责任制改革的若干思考[J]. 中华全科医师杂志，2014，(2)：88-90.

[35]刘登，曹海涛，潘毅慧等. 上海市闸北区居民对家庭医生服务需求的调查研究[J]. 中国全科医学，2012,10: 1148-1150.

[36]鲍勇，杜学礼，梁颖．基于家庭医生制度的上海市居民社区首诊服务现况及因素分析（待续）

[J]．中华全科医学，2012, 10(3)：333-334．

[37]鲍勇，杜学礼，梁颖．基于家庭医生制度的上海市居民社区首诊服务现况及因素分析（续完）

[J]．中华全科医学，2012, 10(4)：499-535．

[38]鲁亚东，王红霞，吴琼等. 北京市延庆县社区卫生服务满意度评价[J]. 中国全科医学，2012,15(4)：374-377.

35

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

[39]张国红. 北京市居民对社区卫生服务满意度的调查及其影响因素分析[J]. 中国全科医学，2013,16(23)：2778-2781.

[40]范翠萍，孙树学.三试点城市社区卫生服务机构医务人员的满意度及稳定性分析[J].中国全科医学，2010,13(31)：3497-3499.

[41]买淑鹏，张建，符晓婷等.上海市社区卫生服务中心工作人员满意度因子分析[J].中国全科医学，2013,16(28)：3301-3303.

[42]袁立，周昌明，江萍等. 上海市“长宁模式”下的家庭医生工作现状和职业满意度调查研究[J]. 中国全科医学，2014,28: 3391-3393.

[43] Reagan PA, Brookins-Fisher J. Community health in the 21stcentury[M]. San Francisco: Benjamin Cummings, 2002:1-7.

[44] Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demiseof the Alma-Ata Declaration and primary health care indeveloping countries[J]. Med J Aust, 2003,178(1):17-20.

[45]张玉，马安宁，蔡伟芹等. 国外家庭医生制度对我国社区健康管理的启示[J]. 社区医学杂

志,2011,19:5-6.

[46]吴克明，朱兰，王剑波等.基于家庭医生责任制的社区健康管理研究[J].中华健康管理学杂志，2012,6(6)：421-422.

[47] Ware JE, Jr., Snyder MK, Wright WR, et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care[J]. Eval ProgramPlann.1983;6(3-4):247-63.

[48] Tokunaga J, Imanaka Y, Nobutomo K. Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care[J]. Int J Qual Health Care. 2000;12(5):395-401.

[49] Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, et al. Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine[J]. J Med Syst. 2007;31(6):497-503.

[50]李芳健，周红伟，黄青林等. 广州市某区12 家社区卫生服务机构满意度调查分析[J]. 中华全科

医学,2008,09:955-956.

[51]滕菲，关丽征，王亚东等. 基于欧洲满意度调查量表的社区卫生服务满意度评价方法探讨[J]. 中国全科医学，2011,25: 2844-2847.

[52]钱雯，林乐平，戴俊明.上海市社区就诊病人自报家庭医生签约现状与人口学特征分析[J].中国初级卫生保健，2014, 28(2)：47-49.

[53]祝墡珠.关于全科医生制度建立的问题及建议[J].中华全科医师杂志，2011,10(10)：703-704.

[54]刘申，杨柯君. 社区医生和二、三级医院临床医师基本技能调查[J]. 中国卫生资源，2008, 04: 180-181.

[55]鲍勇，杜学礼，张安等.中国家庭医生制度研究[J].社区卫生保健，2011, 10(1)：1-5.

[56]张一飞，汤真清，武桂英等. 上海市闸北区全科医生对家庭医生制认知和接受度调查[J]. 中国全科医学，2014,25: 3001-3004.

36

参考文献

[57] 刘姗姗, 丁晔, 娄继权等. 上海市浦东新区社区卫生服务机构绩效纵向研究[J]. 中国全科医学, 2014, 25: 2948-2951.

[58] Jolley FM. Performance measurement for community health services: Opportunities and challenges

[J]. Aust Health Rev, 2003, 26(3)：133-138.

[59] Jacobs LM, Elligers JJ. The MAPP approach: Using community healthstatus assessment for performance improvement[J]. J Public HealthManag Pract, 2009, 15(1)：79-81.

[60]巫云辉，郝晓宁，邱德星等. 深圳市光明新区社区卫生服务绩效管理效果评价研究[J]. 中国全科医学，2013,16（10）：3304-3307.

[61]莫瑞豪，曾润颜，黄胜海等. 福田区家庭医生制服务模式与效果评价的研究[J]. 中华全科医学，2015, 03: 428-429.

[62]冯伟，王洪兴，王君妹等. 关于浦东新区推进家庭医生责任制服务的几点冷思考[J]. 中华全科医学，2014,12: 1978-1980.

37

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

### 附 件

**居民调查量表**一、一般情况（健康档案中查询）

姓名

性别，1男，2 女

年龄，1 35岁以下，2 35-55岁，3 55岁以上

学历，1初中及以下，2高中及中专，3大专及以上就业状况1在岗，2退休及下岗，3其他

月收入1 3000元以下,3 3000-5000元，3 5000元以上

医保情况、1公费，2职工医保，3居民医保及新农合，4商业保险，5自费接受服务类型1看病，2购药，3预防保健，4康复，5其他

自我感觉病情轻时，选择就诊医院1社区医院，2区、市级医院，3市级以上医院。

自我感觉病情重时，选择就诊医院1社区医院，2区、市级医院，3市级以上医院。

是否患高血压 1 是 2 否，血压控制 1 好 2 不好

是否患糖尿病 1 是 2 否，血糖控制 1 好 2 不好

二、满意度 1 满意，2 不满意 3 一般基本医疗

就诊方便性 1 满意， 2 一般 3 不满意

就诊环境 1 满意， 2 一般 3 不满意

服务态度 1 满意， 2 一般 3 不满意

技术水平 1 满意， 2 一般 3 不满意、

设施设备 1 满意， 2 一般 3 不满意

药品种类 1 满意， 2 一般 3 不满意

药品价格 1 满意， 2 一般 3 不满意

基本公共卫生服务

慢病管理 1 满意， 2 一般 3 不满意

健康体检 1 满意， 2 一般 3 不满意

健康教育 1 满意， 2 一般 3 不满意

社区宣教 1 满意， 2 一般 3 不满意

上门服务 1 满意， 2 一般 3 不满意

中医康复 1 满意， 2 一般 3 不满意

**家庭医生调查表**

1、一般情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 性别 | 1 男 2 女 |  | |
| 年龄 | 1 小于 30 岁 | 2 30-40 岁 | 3 大于 40 岁 |
| 38 | 学历 | 1 大专及以下 | 2 本科 | 3 研究生及以上 |

附 件

职称 1 初级 2 中级 3 高级

工作年限 1 小于 5 年 2 5-10 年 3 大于 10 年

工 资 1 小 于 3000 元 2 3000-5000 元 3 大 于 5000 元

毕业专业 1 临床 2 医技 3 公卫 4 护理

人事关系 1 正式编制 2 聘用合同

2、对家庭医生制服务的知晓

居民健康档案管理 1 知晓 2 不知晓

健康教育及咨询 1 知晓 2 不知晓

妇幼保健健康管理 1 知晓 2 不知晓

65 岁以上免费体检 1 知晓 2 不知晓

慢病管理 1 知晓 2 不知晓

重性精神疾病管理 1 知晓 2 不知晓

预约上门服务 1 知晓 2 不知晓

3、满意度

收入 1 满意 2 一般 3 不满意

工作环境 1 满意 2 一般 3 不满意

福利待遇 1 满意 2 一般 3 不满意

管理制度 1 满意 2 一般 3 不满意

分配制度 1 满意 2 一般 3 不满意

职称晋升 1 满意 2 一般 3 不满意

职业声誉 1 满意 2 一般 3 不满意

4、家庭医生责任制服务水平提高与学习意向

是否必要提高自身业务水平 1完全有必要 2有必要 3没必要

提高业务水平最需要的支持是什么1技能培训2专家指导3进修

5、家庭医生制服务特色的认识

上门服务意愿 1愿意 2不太愿意 3不愿意

对签约居民实施个性化健康管理的能力 1可以 2不太可以 3不可以

对转诊绿色通道的反映 1通畅 2不太通畅 3不通畅

家庭医生合适签约居民人数1＞500 2 500-1000 3 1001-2000 4 2000＜

6、对家庭医生责任制发展措施的反映（多选）提高待遇（）

提高社会地位（）国家政策支持（）不能过度压力（）提高业务水平（）

7、家庭医生自身最大压力反映（多选）服务量增大（）

付出与收益不等（）临床服务（）

健康管理（）上门服务（）服务对象（）公卫服务（）体能（）

39

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

**西安市家庭医生式健康管理签约服务协议书**

甲方：（签约服务人）联系电话：

家庭人口数人，其中常住人口人，需签约人口人。健康档案号：，具体地址：。

家庭其他需签约服务人员姓名：，健康档案号：姓名：，健康档案号：

姓名：，健康档案号：

乙方：XX区XXXX社区卫生服务中心服务团队

（签约服务医生）（联系咨询电话）友好提示：

★甲方应具有完全的民事行为能力。无民事行为能力或限制民事行为能力的甲方签约服务时应经过其监护人的同意并签名确认。

★在签署本协议签，请甲方或其代理人仔细阅读本协议各条款，如有疑问请及时咨询。

★甲方或其代理人在签署本协议后即视为完全理解并同意接受本协议的全部条款。

★甲方所需的服务、相关手续以及免费项目、收费标准参见乙方的相关服务说明。

根据国家有关法律、法规的规定，甲乙双方在平等、自愿、公平、诚实、信用的基础上，经友好协商，就社区卫生服务机构（乙方）提供家庭医生式健康管理服务，甲方自愿接受乙方服务的有关事宜，达成如下协议：

**一、签约服务内容**（见下表）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **服务项目** | **服务内容** | **服务收费** | **选择的服务项目** | **备注** |
| 居民健康档案管理 | 1.建立个人健康档案，档案包括个  人基本信息、健康体检结果、健康管理记录和其他医疗卫生服务记录，及时更新健康档案信息。  2.发放西安市家庭医生式健康管理签约服务联系卡（居民健康档案信息卡），提供健康档案信息查询。  3.提供身高、体重、腰围、血压、脉搏、体温、视力等一般健康检查服务项目。 | 免费 |  |  |
| 健康教育健康咨询 | 1.通过上门家访、预约接诊、电话访谈等方式开展个性化的家庭健康教育，宣传普及《中国公民健康素养——基本知识与技能》。  2.针对签约居民及其家庭成员的健康危险因素进行评估，对居民的生活方式、饮食方式、锻炼方式、危险因素和重点慢性疾病等开展有针对性的个体化健康知识和健康技能的教育。 | 免费 |  |  |

40

附 件

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 3.为签约居民提供有关健康状况、疾病治疗等健康咨询，采用提供个性化健康处方的方式，为签约居民提供个性化保健方案、就医建议。要求半年至少为签约对象提供 1 次个性化健康教育咨询。 |  |  |  |
| 妇幼保健健康管理 | 1.开展孕早期健康管理，建立《孕  产妇保健手册》，进行第 1 次产前随访，对孕妇健康状况进行评估， 开展个人卫生、心理和营养保健指导。  2.进行孕中期健康管理，进行 2 次随访，对孕妇的健康状况和胎儿的生长发育情况进行评估指导。  3.加强孕晚期健康管理，开展孕妇自我监护方法、促进自然分娩、母乳喂养以及孕期并发症、合并症防治指导。  4. 进行产后访视和产褥期健康管理，指导母乳喂养，督促产妇进行产后 42 天健康检查； | 免费 |  |  |
| 1.为签约家庭 0-6 岁儿童提供健康管理服务，包括新生儿家庭访视、新生儿满月健康管理、婴幼儿健康管理、学龄前儿童健康管理等，并对发现的健康问题给出指导或转诊建议。  2.提供预防接种管理、预约提醒、逾期督促等服务，每半年对签约儿童的预防接种卡进行 1 次核查和整理。 |  |  |
| 老年人  （65 岁及以上） 健康管理 | 1.每年提供 1 次健康管理和健康查  体服务，包括生活方式与健康状况评估、体格检查、辅助检查。辅助检查应包括：血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）、空腹血糖、血脂和心电图检测。  2.进行健康指导。告知健康体检结果， 并进行相应的健康指导，推广中医药养生保健、疾病防治方法。 | 免费 |  |  |
| 慢性病健康管理 | 1.对高血压患者进行筛查、健康体检、随访评估和分类干预等。对发现高血压的高危人群每半年至少测 | 免费 |  |  |

41

西安医学院临床医学（全科）硕士专业学位论文

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 量 1 次血压，并提供生活方式健康指导；对高血压患者每年至少提供  4 次免费血压检测，进行 4 次面对面的随访，根据血压控制情况进行分类干预。  2.对 2 型糖尿病患者进行筛查、健康体检、随访评估和分类干预等。对发现 2 型糖尿病的高危人群每半  年至少测量 1 次空腹血糖，并提供  健康指导；对 2 型糖尿病患者每年  至少提供 4 次免费空腹血糖检测，  并进行 4 次面对面的随访，根据血糖控制情况进行分类干预。 |  |  |  |
| 重性精神疾病管理 | 1. 对重性精神病患者做好信息管  理、随访评估、分类干预和健康体检等。  2.每年至少随访 4 次，检查患者精神状况，进行危险性评估。  3.在患者病情许可的情况下，征得监护人和患者本人同意后，每年要进行 1 次健康检查。 | 免费 |  |  |
| 预约上门服务 | 签约居民因年老体弱、产后恢复、肢体残疾或其他特殊原因不方便到我中心就诊时，我中心可提供预约全科医生上门访视（健康检查）、家庭出诊、家庭健康指导、上门检查检验、上门送药和康复指导服务。 |  |  |  |
| 预约基本诊疗服务 | 1、预约专家挂号、诊疗，专家会诊。  2、预约健康体检，慢病年检。  3、预约满足检查（心电图、B 超、生化、血尿标本采集）。  预约居民可在相应时间段优先诊治。 |  |  |  |
| 其他特殊疾病医疗卫生服务 | 1、为特殊人群提供日托服务  2、为下去生活自理的居民提供中午用餐服务。 |  |  |  |

**二、双方权利和义务甲方的权利和义务**

42

附 件

1.甲方应按要求，如实提供个人基本情况、既往病史、健康状况，并对提供的各种证件、信息、资料、病历的真实有效性负责。

2.甲方应自觉遵守医患关系的相关法律法规及与乙方的预约安排，在医疗服务活动中，服从乙方的要求和指导，听从乙方提供的健康咨询建议和生活方式、药物治疗等的干预治疗方案。

3.甲方应按有关收费标准和协议约定支付基本医疗和公共卫生服务费用。

4.甲方有权利按国家有关规定和协议约定的项目标准，享受乙方提供的符合国家卫生行业标准要求的基本医疗和公共卫生服务。

**乙方的权利和义务**

1.乙方应按协议约定，根据甲方的身体健康状况，提供符合卫生行业规范的基本医疗和公共卫生服务，同时应提供完整的服务记录，并负责保管。

2.乙方有保守甲方隐私的义务，对甲方在签订协议、接收服务过程中的各种真实情况和个人隐私，无论是主动告知、还是服务获知，均应承担保密的义务，未经甲方许可，不得向他人透漏。

3.乙方有权在国家政策发生变化或者其他不可抗原因导致协议约定内容无法继续执行时，提前告知甲方并与甲方协商变更协议内容，协商不成的，乙方有权解除协议。

4.乙方有权对甲方身份及相关证件、提供的病情资料等信息进行审核验证，并有权要求甲方遵守预约时间和约定的服务内容接受服务。

**三、其他约定**

1.本协议一式三份，经双方签订之日起生效，具有同等法律效力。协议有效期一年，如无政策性调整，中途不得随意终止协议，请签约方共同遵守。

2.本协议未尽事宜，由双方协商解决。因本协议产生的纠纷，双方可协商解决，协商不成，双方可向区级卫生行政部门投诉。仍无法解决的，可将争议提交所在地仲裁委员会，依据现行有效仲裁规则进行仲裁。

**甲方（签章）：乙方（盖章）：**社区卫生服务中心（站）

（签字）：（签约服务医生）

**日期：**年 月 日 **日期：**年 月 日

43