

重庆市卫生健康委员会 关于印发重庆市家庭医生签约服务 规范（第一版）的通知

渝卫发〔2020〕57号

各区县（自治县）卫生健康委、两江新区社发局、高新区公共服务局、万盛经开区卫生健康局：

《重庆市家庭医生签约服务规范（第一版）》已经重庆市卫生健康委第16次主任办公会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

重庆市卫生健康委员会

2020年9月15日



重庆市家庭医生签约服务规范（第一版）

第一章 总 则

第一条 为进一步规范重庆市家庭医生签约服务，促进家庭医生签约服务提质增效，推进分级诊疗，满足人民群众日益增长的医疗卫生健康需求，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》，国家卫生健康委员会、国家中医药管理局《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》，结合重庆市家庭医生签约服务相关政策，制定本规范。

第二条 本规范为重庆市开展家庭医生签约服务的机构提供签约服务指南。

第三条 市卫生健康行政部门负责规范制定、业务指导与绩效评价。区县卫生健康行政部门负责组织落实、质量控制与绩效评价。基层医疗卫生机构是签约服务的支撑与管理主体，应当发挥资源整合、技术支持、质量监管等作用。家庭医生团队是签约服务的实施主体，负责具体执行、团队建设与管理，为签约对象提供连续综合、安全有效、便捷经济的基本医疗卫生与健康促进服务。



第二章 主 体

第四条 家庭医生签约服务主要由各类基层医疗卫生机构提供。乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应当推进家庭医生签约服务；鼓励具备条件的社会办基层医疗机构结合实际开展适宜的签约服务。

第五条 现阶段家庭医生主要包括注册在基层医疗卫生机构的全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生），社区卫生服务中心或者乡镇卫生院临床或者中医类别医师；执业注册为全科医学专业或者经全科医生相关培训合格，选择基层医疗卫生机构开展多点执业的临床医师；在村卫生室的执业（助理）医师或者注册乡村医生。

第六条 每个家庭医生团队至少配备 1 名家庭医生、1 名护理人员、1 名公共卫生医师（或者从事公共卫生工作人员）。医联体内家庭医生团队至少配备 1 名上级医院的专科医生。农村地区，乡村医生应当纳入家庭医生团队。家庭医生团队可根据居民健康需求和签约服务内容选配包括但不限于中医师、药师、学校保健医生、健康管理师、心理治疗师或者心理咨询师、康复治疗师、营养师以及非卫生技术人员（含乡镇<街道>干部、村<居>委会干部、社工、义工、志愿者等）。甲级社区卫生服务中心或



者甲级乡镇卫生院至少有一支精品家庭医生团队。

第七条 基层医疗卫生机构应当根据辖区常住人口数量、服务面积及功能社区分布等情况合理配置家庭医生团队。每个家庭医生团队原则上以村（居）委为单元划分责任区域，负责相关区域内居民的签约服务，可以跨责任区签约，建立有序竞争机制；常住人口较多的村（居）委应当细分区域，分片负责签约服务。

第八条 家庭医生团队实行团队长负责制，各团队成员明确分工，形成功能互补、紧密协作的工作机制。

（一）团队长职责。

家庭医生团队长原则上由具有执业（助理）医师资格的家庭医生担任，负责团队组建、工作计划制定、任务分配、日常管理和考核。

（二）团队核心成员职责。

1. 家庭医生。负责为签约居民提供常见病、多发病的诊治和基本公共卫生服务，给予就医指导及向上级医院的精准转诊，为行动不便的签约居民提供必要的上门诊疗、家庭病床等服务。为签约居民建立并完善居民电子健康档案，开展健康评估，制订针对性健康管理方案，协调相关资源，落实健康管理。

2. 护理人员。负责协助家庭医生开展门诊预约、诊前健康



管理、转诊及出入院追踪、临床和居家护理服务、健康教育等工作，动态维护签约居民电子健康档案。

3. 公共卫生人员。负责开展签约居民公共卫生服务管理、指导和质控。通过监测、收集和分析居民健康状况，开展社区诊断，实施健康评估与公共卫生服务，开展健康行为与健康危险因素干预。

（三）团队其他成员职责。

专科医生负责为团队提供专业技术支持和指导，开展人员培训带教、衔接双向转诊、提出疾病诊疗意见等。其他成员主要开展调查收集签约对象基本健康状况、家庭状况及生活习惯等情况；协助做好居民电子健康档案管理，制定签约居民健康管理方案，开展健康教育，配合实施健康危险因素监测；开展社区宣传和健康生活方式倡导等；协助家庭医生为签约居民安排预约、会诊、转诊等工作；协助做好相关健康数据统计、分析；协助与相关部门的对接等服务。

第九条 承担签约服务的医疗机构应当合理配置与签约服务相适应的人员及设施设备。鼓励家庭医生团队以家庭医生姓名或者专科联盟等命名家庭医生工作室，打造家庭医生团队服务品牌。



第三章 签约

第十条 家庭医生团队以辖区常住居民为服务对象。现阶段，家庭医生签约服务要坚持以人群健康服务需求为导向，优先覆盖包括 65 岁以上老年人、孕产妇、0-6 岁儿童、残疾人、建档立卡贫困人口、计划生育特殊家庭成员，以及高血压、糖尿病、结核病、严重精神障碍患者等重点人群，并逐步将签约服务延伸至辖区内托幼机构、学校、企事业单位、养老院、居家养老服务（照料）中心等重点功能社区。流动人口、港澳台居民、外籍入渝人员根据自愿原则可以选择就近的基层医疗卫生机构签订家庭医生服务协议。

第十一条 居民可自愿选择 1 个家庭医生团队与其所在基层医疗卫生机构签订服务协议，双方约定服务内容、方式、期限、权利、义务以及协议解约和续约等内容。签约居民须履行签约服务协议中约定的各项义务，主动告知健康状况，对协议签订时提供的证件、资料的合法性和真实性负责，按照约定支付相应的签约服务费。原则上每个家庭医生团队签约人数不超过 2000 人。

第十二条 各区县卫生健康行政部门要充分利用各种信息媒介，发挥行业协会、群团等组织作用，广泛宣传家庭医生签约



服务的政策与内容，引导居民合理预期。基层医疗卫生机构和家庭医生团队应当加强与村（居）委会联系，利用多种形式加强签约服务宣传，主动公示家庭医生团队信息、签约途径和服务内容，提高居民知晓率和参与度。

第十三条 推行定点定时签约，原则上每年6月底前完成当年签约工作。签约周期原则上不少于1年，可以实行一人一签、一签一年、一签多年或到期后自动续签，个性化有偿签约周期按双方约定执行。

第十四条 签约申请原则上应当由签约对象本人提出，如签约对象不具备民事行为能力或者行动不便，可由其监护人或者被委托人提出申请。签约对象与家庭医生达成共识后，双方签署《协议书》，并纳入信息管理。原则上以电子化签约为主，开展网上签约。

第十五条 协议签订期内居民确需更换家庭医生团队的，须向与其签订协议的基层医疗卫生机构提出申请，协商变更家庭医生团队，重新签订协议，重新签订的协议应当与原签约周期保持一致。签约居民需要终止协议的，应当与家庭医生团队协商解除契约关系。在协议有效期内，发生家庭医生岗位变动或者因特殊情况不能继续履行服务的情形，家庭医生团队所属的基层医疗卫



生机构应当及时以书面或者微信、短信、电话等形式告知签约居民，并协商安排其他家庭医生团队完成约定的服务内容。

第十六条 协议由签约居民和基层医疗卫生机构各执一份。电子签约协议在信息系统保存，基层医疗卫生机构可以不打印纸质协议。协议保存应当遵守相关法律法规规定。基层医疗卫生机构及其家庭医生团队应当对签约居民的个人资料及隐私保密。

第四章 服 务

第十七条 家庭医生签约服务以团队服务形式开展，实行“文明用语、服装胸牌、服务流程、服务要求、出诊装备”五统一。

第十八条 家庭医生团队应当根据国家基本公共卫生服务规范的内容和要求，为签约居民提供相应的基本公共卫生服务。

第十九条 家庭医生团队应当向签约居民提供以全科医疗为核心、中西医结合的基本医疗服务，包括提供常见病、多发病的基本诊疗、康复、护理、随访和健康管理；提供住院服务；有条件的地区可以为行动不便的签约居民，提供家庭病床、居家护理、上门出诊等诊疗便利服务。

第二十条 家庭医生团队应当为签约居民提供优先预约转诊服务，做好后续跟踪。二级以上医院应当为基层医疗卫生机构



签约患者开设绿色通道，指定专人负责与家庭医生团队对接，将不低于 20% 比例的预约号源、一定比例的住院床位等资源向基层医疗卫生机构开放；对经家庭医生团队转诊的患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。二级以上医院诊疗后，需要在基层医疗卫生机构继续维持治疗、康复、护理的签约居民，家庭医生团队应当做好服务承接工作，提供相应的服务。

第二十一条 家庭医生团队应当积极开展用药咨询、药物治疗管理、重点人群用药监护、家庭药箱管理、合理用药科普等服务。有条件的地区可以探索为行动不便的老年人、孕产妇、儿童等重点人群开展上门居家药学服务。

第二十二条 家庭医生应当在“合理、安全、有效”的前提下，可以为诊断明确、病情稳定、依从性较好的签约慢性病患者酌情增加单次配药量，延长配药周期，原则上可以开具 4—8 周长期处方，但应当注明理由，并告知患者关于药品储存、用药指导、病情监测、不适随诊等用药安全信息。

第二十三条 基层医疗卫生机构及其家庭医生团队，在执业登记范围内可根据签约居民的健康需求，依法依规为其提供有偿的个性化签约服务，如居家健康服务、残疾人精准康复服务、药品配送服务、安宁疗护服务、儿童生长发育监测和评估服务、中



医药“治未病”服务等。

第二十四条 基层医疗卫生机构应当利用信息化平台、移动客户端、社交软件等，以互联网方式开展家庭医生签约服务，包括为签约居民提供在线预约、咨询、签约、转诊、会诊、查询、远程监测、健康宣教等综合性健康管理服务。

第二十五条 基层医疗卫生机构应当探索实行健康积分制。按基本公共卫生服务、基本医疗服务及其他相关各项服务确定积分标准，根据签约居民参与情况累加积分，签约居民的健康积分可以用于兑换适宜的健康产品或健康服务；加强信息化建设，推广应用智能积分管理系统。

第二十六条 基层医疗卫生机构在履行好签约服务的基本内容基础上，可以与第三方机构合作，为签约居民提供多样化健康服务。

第五章 费用

第二十七条 签约服务费是家庭医生团队与居民建立契约服务关系、在签约周期内履行相应的健康服务责任的费用，体现医务人员作为“健康守门人”和“费用守门人”的劳务价值。

第二十八条 签约服务费主要由医保基金、基本公共卫生服



务经费和签约居民付费等分担。各区县根据实际服务情况，合理核算家庭医生签约服务费收费标准。鼓励各区县建立家庭医生个性化签约服务协商收费机制，家庭医生团队向签约居民提供约定服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。

第二十九条 签约服务费作为家庭医生团队所在基层医疗卫生机构收入组成部分，按照有关文件要求，基层医疗卫生机构按规定使用家庭医生签约服务费向家庭医生团队发放的报酬，不纳入单位绩效工资总量管理。原则上在扣除成本后应当将不低于70%的签约服务费用于家庭医生团队，并根据服务数量、服务质量、居民满意度等结果进行合理分配。

第三十条 根据国家和市有关激励全科医生的有关规定，基层医疗卫生机构应当在绩效工资总量内设立全科医生津贴，对注册全科医生实行单列定向发放。

第六章 评 价

第三十一条 签约服务评价内容主要包括区域签约居民的履约率、续约率，签约居民中重点人群的疾病和健康危害干预及分级诊疗效果，签约居民对家庭医生签约服务满意程度等。

第三十二条 市、区县卫生健康行政部门应当建立以信息化



为基础的签约服务绩效评价管理机制，通过信息化途径采集相关指标数据，分析评价签约服务效果；可以与医疗服务质量检查、日常检查等相结合，形成多维度评价机制，提高评价的公平性和有效性。

第三十三条 市卫生健康行政部门建立市级家庭医生签约服务质量控制与评价管理平台，将家庭医生签约服务相关工作纳入各区县基本公共卫生服务项目绩效评价内容。区县卫生健康行政部门负责对辖区内基层医疗卫生机构签约服务实施评价，评价结果作为家庭医生签约服务经费分配的主要依据。基层医疗卫生机构负责对家庭医生团队工作情况进行评价，结果作为家庭医生团队签约服务经费分配、个人绩效分配的主要依据，作为家庭医生团队成员的职称聘任、评先评优的重要参考。

第七章 附 则

第三十四条 区县卫生健康行政部门可以根据辖区实际情况，制订本区县的家庭医生签约服务规范。

第三十五条 本规范自 2020 年 10 月 1 日起施行。