

《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》

实施后评估报告

深圳大学创新发展法治研究院

2018年11月30日

目录

一、评估要求和评估标准	4
(一) 评估要求	4
(二) 评估标准	4
二、《办法》制定背景和主要内容	7
(一) 制定背景	7
(二) 主要内容	7
三、《办法》实施现状	11
(一) 家庭医生服务签约情况	11
(二) 家庭医生服务的开展情况	12
(三) 家庭医生服务质量保障	14
(四) 家庭医生服务的依托机构运行情况	17
(五) 家庭医生服务的财政支持情况	21
(六) 家庭医生服务的管理和考核	22
四、《办法》文本的合法性和合理性评价	24
(一) 《办法》制定的上位法依据	24
(二) 《办法》制定的政策依据	24
(三) 《办法》若干具体内容的合法性分析	25
(四) 《办法》的合理性分析	27
五、《办法》的实施效果评价	29
(一) 家庭医生服务配套制度和政策措施的有效性	29
(二) 家庭医生服务签约的推进程度	30
(三) 家庭医生服务内容、数量、质量和居民满意度	32
(四) 家庭医生服务依托机构的建设情况和运行成效	35
六、《办法》实施存在问题分析	37
(一) 家庭医生服务与传统的医疗服务供给模式的关系协调	37
(二) 基层医疗机构运营模式的优化	40
(三) 家庭医生服务财政支持的可持续性	41

(四)引入社会力量和竞争机制的思考.....	42
七、评估结论和制度及政策建议.....	44
(一)评估结论.....	44
(二)制度及政策建议.....	45
附件：《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》原文.....	48

一、评估要求和评估标准

（一）评估要求

2017年11月7日，深圳市卫生和计划生育委员会（以下简称市卫计委）制定并印发了《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》（以下简称《办法》）。为了促进《办法》的有效实施，2018年2月9日，市卫计委组织有关单位和专家起草了《家庭医生服务规范》并由深圳市市场监督管理局发布。此外，市卫计委还单独或者会同深圳市有关部门印发了《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》等配套性文件。

考虑到《办法》是我国首例家庭医生服务方面的地方立法和家庭医生服务对推进我国医疗制度改革的重要性，市卫计委确定《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》为委2017年重大行政决策事项，并委托深圳大学创新发展法治研究院课题组对《办法》进行实施后评估。实施后评估的主要工作内容包括：根据国家、广东省、深圳市关于家庭医生服务医疗改革的政策要求，对《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》进行实施后评估，包括对该规范性文件文本的合法性、合理性及其实施效果作出全面评价。

根据深圳市法治政府建设领导小组办公室《关于印发落实法治政府建设考评指标工作指引和评分细则的通知》的规定，对重大行政决策事项的的具体要求是：“重大行政决策实施后应开展评估，实施后评估应包含决策实施基本情况，原目标的实现程度，是否需要做出调整、停止执行或者继续实施的评估结论等。”深圳大学创新发展法治研究院课题组按照上述市卫计委和通知的具体评估要求，在查询、检索和阅读家庭医生服务开展情况的资料，召开市卫计委、基层医疗机构、家庭医生代表和家庭医生协会等参加的调研会议，走访深圳市南山区深圳湾社康中心，深圳市罗湖区文华社康中心和中航苑社康中心等调研的基础上，撰写了《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》立法后评估报告，并作出了相应的评估结论。

（二）评估标准

对《办法》作立法后评估，首先必须明确评估标准。全国人大常委会法工委许安标认为：“立法后评估，一般是指在法律、法规颁布实施一段时间后，结合

法律、法规的实施情况，包括取得的成效、存在的问题，对特定的法律、法规所进行的评价，目的在于更好的实施、修改完善被评估的法律、法规，并从中总结经验，为开展相关立法提供借鉴和指导。”¹从各省级人大常委会法工委立法后评估的实践做法看，主要采取了如下评估标准和评估方法²：

评估主体	评估对象	评估内容（标准）	评估方法
全国人大常委会法工委	2011年《科学技术进步法》和《农业机械化促进法》	选择法律中一至二项关键制度评估：制度目标、实施情况、实施效果、存在的主要问题	文献研究、问卷调查、问卷调研、实地调研、情况报告、实例分析
国务院	2006年《艾滋病防治条例》、2008年《城市房地产开发经营管理条例》等	合法性、协调性、合理性、可操作性、规范性和实效性	问卷调研与个别访谈相结合、听取汇报召开座谈会与实地考察相结合、综合评估与专题调研相结合
广东省人大常委会法工委	2007年《广东省建设工程项目使用袋装水泥和现场搅拌混凝土行政许可规定》、2010年《广东省流动人口服务管理条例》	法规的贯彻执行情况、协调性、可操作性、立法技术、法规实施的成本收益。	听取执法部门意见、座谈会、论证会、实地考察、专题调研、文卷调研
北京市人大常委会法工委	2009年《北京历史文化名城保护条例》、2011年《北京市实施〈中华人民共和国动物防疫法〉办法》	合法性、合理性、可行性和技术性为标准；评估内容有法规总体质量、法规实施效果、立法建议	专题调研结合座谈会相结合、资料研究与实地走访相结合、委托专门机构评估和市人大常委会评估工作组评估相结合
上海市人大常委会法工委	2005年《上海市历史文化风貌区和优秀历史建筑保护条例》、2008年《上海市安全生产条例》	合法性、针对性、协调性和可操作性	一般方法：比较分析法、系统评价法和成本效益分析。具体方法：问卷调查、座谈会、实地调研、个案分析和定量分析

结合《办法》和家庭医生服务的自身特点，课题组认为，合法性、协调性、合理性、可操作性、规范性和实效性是《办法》实施后评估中需要重点考虑的评价标准。其中合法性标准考察的是《办法》的实体和程序性规定是否有上位法及政策依据，是否符合立法法的立法权限规定；协调性标准考察的是《办法》和其他相关制度规则之间的关系，是否相互配合，相辅相成，或存在不配套、不协调之处；合理性标准考察的是《办法》的制定实施所可能带来的经济、社会收益，由此增加的经济、社会成本，以及相关收益和成本的衡量等；可操作性是指《办法》规定是否明确、具体，是否具有实施上的可行性和简便性；规范性标准是对《办法》立法技术的考察；实效性是对《办法》实施效果的考察。

¹ 许安标：《立法后评估初探》，《中国人大》2007年第8期。

² 席涛：《立法评估：评估什么河如何评估（上）——以中国立法评估为例》，《政法论坛》2012年9月第30卷第5期。

基于上述研究思路，本报告共分为如下七个部分：

第一部分为“评估要求和评估标准”，本部分主要介绍深圳相关政府部门对重大行政决策立法后评估的具体要求，这是课题组开展评估工作的指导性标准；本部分还对评估标准作出了分析和说明，有助于明确课题的研究思路和统一研究标准。

第二部分为“《办法》制定背景和主要内容”，本部分对《办法》的制定背景和主要内容做必要介绍。

第三部分为“《办法》的实施现状分析”，本部分对家庭医生的服务签约情况、家庭医生服务的开展情况、家庭医生服务质量保障、家庭医生服务的依托机构运行情况、家庭医生服务的财政支持情况、家庭医生服务的管理和考核等情况作系统和全面地介绍，是后文开展进一步评价的基础。

第四部分为“《办法》文本的合法性评价”，本部分对《办法》的立法必要性、《办法》制定的上位法及政策依据、《办法》若干具体内容的合法性作专门研究和分析，涵盖内容包括了对《办法》的合法性、合理性、协调性和可操作性等方面的评价。

第五部分为“《办法》的实施效果评价”，这是对《办法》的实效性的专门评价，是评估报告的重点内容，包括对家庭医生服务配套制度和政策措施的有效性、家庭医生服务签约的推进效率、家庭医生服务内容、数量、质量和居民满意度、家庭医生服务依托机构的建设情况和运行成效等方面的分析。

第六部分为“《办法》存在的问题分析”，这是对《办法》实施效果和相关体制机制及制度的延伸分析，包括家庭医生服务与传统的医疗服务供给模式的关系协调、基层医疗机构的运营模式反思、家庭医生服务财政支持的可持续性、引入社会力量和竞争机制的思考、家庭医生服务质量的提升等具体分析。

第七部分为“评估结论和制度及政策建议”。在前述部分分析的基础上，本部分得出评估结论，并就制度运行的相关问题提出制度及政策建议。

二、《办法》制定背景和主要内容

（一）制定背景

家庭医生服务是近年来我国政府积极推进的一项重要医疗制度改革措施。

《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》就要求：“加强专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院之间的分工协作，健全上下联动、衔接互补的医疗服务体系，完善基层医疗服务模式，推进全科医生（家庭医生）能力提高及电子健康档案等工作，实施家庭签约医生模式。全面建立分级诊疗制度，以提高基层医疗服务能力为重点，完善服务网络、运行机制和激励机制，实行差别化的医保支付和价格政策，形成科学合理就医秩序，基本实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治。”2017年《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法（草案）》第五十一条也对家庭医生签约服务模式作出了具体规定：“基层医疗卫生机构实行家庭医生签约服务模式。基层医疗卫生机构应当为本服务区域内的居民建立健康档案，根据居民健康状况和医疗需求，建立服务团队，与居民签订协议，明确服务内容，提供基本医疗、公共卫生和健康管理服务。”

出于国家层面的立法及政策要求，深圳市较早开展了家庭医生服务工作。如2013年深圳市开展家庭医生服务的社康中心就达到456家，家庭医生服务团队1298人，签约家庭医生居民人数约47.30万人。2016年通过的《深圳经济特区医疗条例》第三十八条对深圳经济特区家庭医生服务的开展作出了具体规定：“医疗机构可以安排卫生技术人员为患者提供家庭医生服务。提供家庭医生服务的，应当与患者或者其代理人签订服务协议。具体办法由市卫生行政主管部门另行制定。”

所以，《办法》是为了固化深圳市家庭医生服务工作推进成果，贯彻和落实《深圳经济特区医疗条例》的要求，进一步满足市民日益增长的家庭医生服务需求而顺利出台的。

（二）主要内容

从《办法》的文本看，其主要制度内容包括：立法目的、家庭医生服务内涵、主管部门职权职责、家庭医生服务开展依托单位、家庭医生服务团队构成和负责人及成员资格条件、家庭医生服务项目、家庭医生服务签约要求、家庭医生服务

的财政支持、家庭医生签约服务费定价等。和国家、省政策文件的相关规定相比，《办法》在如下方面作出了较有特色的规定：

第一，对家庭医生服务作了明确定位。

《办法》第二条规定：“本办法所称家庭医生服务，是指医疗机构与常住居民签订家庭医生服务协议，由协议约定的家庭医生服务团队为该居民提供的综合性、连续性、协调性、个性化的医疗卫生和健康管理服务。”《办法》第十条规定，家庭医生服务团队在所在医疗机构执业登记和工作职责范围内可以为签约居民提供基本医疗服务、公共卫生服务、签约健康管理服务、签约健康教育与咨询服务、签约诊疗服务、签约预约服务、签约转诊服务、家庭病床服务和其他签约服务。

从上述规定可以看到，家庭医生所提供的全科门诊，并不是简易门诊，而是内容丰富的，以居民健康管理为核心，以基本医疗服务和公共卫生服务为基础，以个性化医疗为特色的新型医疗服务提供模式。正如2017年8月18日深圳市人力资源和社会保障局、深圳市卫生和计划生育委员会联合发布得《关于印发建立与分级治疗相结合的医保基金总额管理制度实施方案（试行）的通知》所描述的，实施方案的总体要求是推动医疗卫生服务从“以医院为重点”向“以基层为重点”转变、从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，加快形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗服务体系。家庭医生服务是分级诊疗服务体系和“以健康为中心”等医疗理念下的新型服务形式。

第二，对家庭医生服务依托单位作了开放性的规定。

《办法》第五条规定：“政府举办的基层医疗机构和社会办医疗机构可以开展家庭医生服务。鼓励政府举办的而、三级医疗机构的卫生技术人员依法到开展家庭医生服务的基层医疗机构执业，参与家庭医生服务。”第十八条第二款规定：“社会办医疗机构的家庭医生服务团队根据自身的服务能力以及签约居民的需求，经该医疗机构医疗安全评估，书面告知医疗风险及服务价格，并取得签约居民知情同意后，可以为签约居民提供上门医疗服务。”第二十一条规定：“社会办医疗机构的家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务以外的服务，可自行制定服务价格，向社会公示后，收取医疗服务费、家庭医生签约服务费等费用。”

上述规定表明,《办法》对社会办医疗机构在市场进入、服务项目提供和签约服务定价等方面,都作了开放性的规定。这些规定有助于引导更多的社会资本进入基层医疗服务行业 and 提供家庭医生相关服务,并有利于形成开放、统一、竞争、有序的市场格局。《办法》的试行,有助于提高市场的活力,并通过不同所有制形式的医疗服务机构之间的良性市场竞争,达到优胜劣汰,促进高质量医疗服务的提供。当然,在放开市场进入门槛和放松不同所有制形式医疗机构服务项目提供的限制之后,也有必要加强相应的市场监管,保证医疗服务提供的质量。

第三,对家庭医生服务团队的负责人和成员规定了较高的门槛条件。

家庭医生服务团队的组成和团队负责人及成员的医疗经验和业务水平决定了团队的医疗服务质量,所以如何确定家庭医生服务团队的负责人和成员的资格条件至关重要。《办法》第八条规定:“家庭医生服务团队的负责人应当具备下列条件:(一)取得医师执业证书且在深圳市执业注册为全科医学或者中医全科专业;(二)具有本科及以上学历或者中级及以上专业技术资格;(三)从事全科医学工作并已连续独立执业1年以上。”第九条规定:“家庭医生服务团队的其他成员应当依法具备相应的资质。”在上述规定中,家庭医生团队的负责人必须“在深圳执业注册为全科医学或者中医全科专业”,这一要求显著高于国家有关政策文件的相应资质要求。这对于深圳市家庭医生服务质量的保障和高水平定位是非常关键的。

第四,对家庭医生服务给予了有力的财政支持。

《办法》第十九条对家庭医生服务的财政支持作了具体规定:“按照卫生行政主管部门确定的开展公共卫生服务的医疗机构,其家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务所需经费由相应的补助资金列支,医疗机构不得另行向签约居民收取相关费用。”

为了保障家庭医生服务的财政支持和规范财政补助资金的使用,深圳市卫生计生委、深圳市财政委和深圳市人力资源和社会保障局2018年2月23日发布了《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》,就深圳市建立家庭医生签约服务财政补助机制还作出了如下具体要求:其一,对提供家庭医生服务的社区健康服务机构按照签约服务对象的人数提供财政补助,补助时间从2017年1月1日起到2019年12月31日;其二,家庭医生服务财政补助年度经费,列入卫生

计生行政部门下一年度预算，由同级财政予以保障；其三，社会办社康机构的家庭医生服务财政补助资金，经各区卫生行政部门考评核算后，由区级财政承担；其四，各区财政、卫生计生行政部门不得在基本公共卫生服务项目经费中列支家庭医生服务补助经费。上述规定，对家庭医生服务活动的推广和充分调动基层医疗机构和医疗人员的积极性，必将产生积极的激励效果。

三、《办法》的实施现状分析

《办法》自 2017 年 11 月实施近一年以来，除及时出台了具有较强操作性的配套文件外，家庭医生服务签约以及服务开展、团队服务质量保障、机构运行管理、财政支持、管理与考核跟进等方面工作都在逐步推进中。具体实施情况如下：

（一）家庭医生服务签约情况

1. 签约活动的组织和制度建设

深圳市从 2013 年开始推行家庭医生签约服务，深圳市卫计委统筹全市的家庭医生签约服务统计报送工作，由各区卫生行政管理部门组织辖区内开展家庭医生服务的社康机构按季度报送家庭医生服务的签约活动组织情况。为方便卫生行政部门更加及时、全面地把握全市家庭医生服务签约及服务开展的基本面情况，2018 年 3 月，深圳市卫计委发布《关于填报家庭医生签约服务进展情况报表的通知》，建立《社康机构家庭医生签约服务进展情况表》每月报送制度和《开展家庭医生服务医疗机构名册》每季度报送制度。

2. 签约信息化支持

一方面，实现了签约途径选择的多样，除现场签约外，居民还可以通过手机 APP 以及微信公众号等进行网络自助签约，提高了签约自主性和效率性。另一方面，2018 年全市统一的新版社康管理信息系统已经上线并投入使用，待补充和完善数据后，签约服务进展情况等报表将直接从该系统中获取数据，方便卫生行政部门及时掌握和规范化考核全市家庭医生签约服务工作情况，进而督促提供家庭医生服务的医疗机构做实做细家庭医生服务。

3. 签约数量

截止 2018 年 8 月，全市签订家庭医生服务协议居民累计已超过 314 万名。在具体签约率方面，从签约对象看，常住居民签约率为 25.29%，户籍人口签约率为 24.42%，重点人群签约率达到 50.81%（其中，以下四类重点人群签约率超过了 70%：高血压人群为 78.97%，2 型糖尿病人群为 81.30%，肺结核人群为 83.64%，计划生育特殊家庭达 84.46%）；从签约地域看，罗湖区和盐田区的常住居民签约率较高，分别达 43.38%和 41.87%。

（二）家庭医生服务的开展情况

1. 家庭医生服务的具体内容

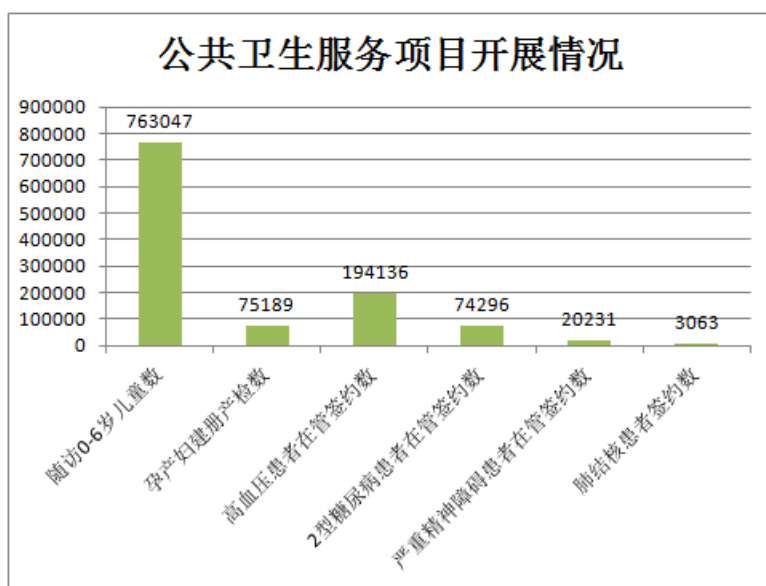
(1) **服务内容。**《办法》第十条规定了家庭医生服务的主要内容——基本医疗服务、公共卫生服务、签约健康管理服务、签约健康教育与咨询服务、签约诊疗服务、签约预约服务、签约转诊服务、家庭病床服务和其他签约服务。在深圳市卫计委 2018 年 3 月发布的《深圳市民家庭医生签约服务手册》中，提供了《深圳市家庭医生签约协议书》的格式文本，文本第一点“甲方(家庭医生团队)职责”中将《办法》规定的九大类服务进一步细化为了十二项，并增加了一项“自选个性化服务”。协议书同时录入了新版的社康管理信息系统。

(2) **服务流程。**《办法》配套文件《深圳市家庭医生服务规范（SZDB /Z 286—2018）》（以下简称《服务规范》）规定了更为细化的服务内容、流程以及相应的评价标准。较为有特色的是对服务流程的管理方面，《服务规范》对签约健康管理服务、预约服务、签约诊疗服务、签约转诊服务、家庭病床服务等五项服务的开展明确了服务频次、服务时长以及服务提供的全流程图。过程管理和结果管理双管齐下，提高了服务的可操作性和标准化程度。

(3) **服务方式。**在《服务规范》提供的指导标准和考核要求之下，各个区也在根据实际情况，探索家庭医生服务的个性化服务方式，如盐田区以重点人群为突破口，首先制定了重点人群的基础服务包，再根据每类人群的特点进行细分，为每类重点人群量身定做标准化的服务包。

2. 家庭医生服务的具体开展情况

(1) **基本公共卫生服务。**依照《办法》第十条，由《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》规定的十二项基本公共卫生服务（如居民健康档案、健康教育、预防接种、儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压患者和 2 型糖尿病等慢性病患者健康管理、严重精神障碍患者管理、肺结核病患者管理等等）也包含在家庭医生签约服务的范畴之内，并作为当前签约服务提供的一项基础内容。



如上图所示，截止到2018年8月，深圳市0-6岁儿童的1次及以上随访儿童数为763047人，13周前建册并第一次产前检查的孕产妇人数为75189人，高血压患者在管签约数194136人，2型糖尿病患者签约数74296人，严重精神障碍患者在管签约数20231人，肺结核患者签约数3063人。数据显示，慢病患者在管情况较好，高血压和2型糖尿病患者的在管签约率均维持在80%左右。

(2) 个性化签约服务。除社康机构本身开展的基本公共卫生服务以及基本医疗服务外，签约家庭医生服务中的个性化服务中，目前推进较快的有以下服务：

签约健康咨询服务方面，在面谈、电话、短信、QQ群、微信群这些传统咨询方式之外，深圳市充分利用信息化优势，通过健康深圳APP、健康罗湖APP等移动医疗平台，一方面实现了专家在线答疑，另一方面，平台保留的数据也一定程度上促进了医生专业管理与患者自我管理的结合。目前，家庭医生呼叫中心也正在筹建中，上线后将24小时有专业的家庭医生对致电居民的病情进行评估，并结合其个人健康档案，给出合理就诊建议或处理意见。

签约预约服务方面，深圳市卫计委相继发布《关于推进社康优先预约工作的通知》（深卫计规信〔2018〕15号）和《关于推进社康机构优先预约挂号工作的补充通知》（深卫计规信〔2018〕21号），针对社康开放了“N+1”优先预约模式，“+1”为增加的1天号源，将作为社康机构的优先号源，提前“N+1”天向社康信息系统开放。

家庭病床服务方面，截止 2018 年 8 月，全市已累计建立家庭病床 3076 张，其中，光明新区的家庭病床服务工作开展成效突出，在服务数量上，仅 2017 年一年即建床 1252 张，在服务质量上，光明新区注重从“建”和“管”两方面入手，将家庭医生签约诊疗服务和家庭病床服务相结合，与居民家庭建立了长期稳定的服务关系，使得稳定好转的患者接近 80%，病历合格率达 94%，第三方满意度评价满意率达 100%。

3. 家庭医生服务的开展程度

由于家庭医生服务的开展基础是居民和社康中心签订的家庭医生服务协议，因此，协议的总体履约情况能够反映家庭医生服务开展的程度。根据《2017 年度深圳市社区健康家庭医生服务情况分析报告》对于全市履约情况的抽样调查结果，显示平均履约率为 76.46%，其中，重点人群履约率达到 83.89%，完成度相对较高，但一般人群履约率仅为 52.43%。这种差异应该与不同人群的健康状况和健康需求有一定关系，但履约程度会影响签约居民的获得感，持续、稳定地履约，才能真正增强居民的续约依从性和签约服务满意度。

（三）家庭医生服务质量保障

1. 家庭医生服务团队基本情况

根据《办法》第六条，深圳家庭医生服务由“2+X”的家庭医生团队提供，“2”是指每个家庭医生服务团队的必备成员有全科医生和社区护理人员，“X”是指根据各医疗机构具体情况和签约居民个性化需求，可以邀请公共卫生医师、专科医师、药师、健康管理师、心理咨询师、营养师、康复治疗师、社（义）工、社区网格管理员等加入。截止 2018 年 6 月，全市社康机构全科医生数达 2702 名（宝安区和龙岗区的全科医生数量均已超过 500 名），其中，中级以上职称的全科医生达 1928 名，占比为 71.35%。此外，全市各社康机构共配备社区护理人员 9296 名，另有公共卫生医生 743 名。根据 8 月份的报表，深圳市目前已有共计 2218 个家庭医生服务团队为居民提供家庭医生服务。

依照《办法》第十三条规定，每个家庭医生服务团队的签约服务人数一般不超过 2000 人，但据深圳市统计局网站公布的人口数据，截止 2017 年年底，深圳市常住人口已达到 1252.83 万人，³这意味着平均每个家庭医生服务团队面临

³ 深圳市统计局：“人口数据业务知识”2018 年 10 月 27 日访问。

着至少 5600 人左右的潜在服务需求。因此，为了保证有效、稳定和高质量地开展服务，家庭医生服务人才的持续供给将是家庭医生服务质量保障的重要前提，也是《办法》有效落地的关键条件之一。为解决此问题，深圳市一方面注重本地全科医生基础培养的“造血”机制，配合岗位培训、继续教育、国际交流等辅助培训方式，不断加强内力训练；另一方面，不断增强外地人才引进的“输血”机制，同时开展专家进社区、专科医生工作室等技术指导，充分借助外力补给。

2. 全科医生的培养制度

(1) 基础培养体系

深圳市从 2007 年开始就逐步建立了全科医生的基础培养体系，目前主要有以下两种方式：① **全科医师规范化培训**。《深圳市全科医师规范化培训试行办法》（深卫规〔2008〕1 号）规定了为期三年（分为理论学习、临床基地实践、社区基地实践三个阶段）的深圳市全科医师规范化培训相关制度，目前全市已累计招收全科医师规范化培训学员 1351 人；② **全科医师转岗培训**。按照《关于印发广东省全科医师转岗培训实施方案的通知》（粤卫〔2011〕59 号），深圳市从 2012 年起组织开展全科医师转岗培训，培训对象为近几年进入深圳市社区卫生服务机构从事医疗工作、未参加全科医师岗位培训取得合格证的医师，培训期为一年，目前全市已累计培训转岗全科医师 945 名。

(2) 辅助培养方式

除了基本的资格培养，深圳市全科医生还开展了以下辅助培养工作：① **岗前培训与岗位培训**：主要通过岗前培训、岗位培训以及不定期举办的社区卫生技术专题短训班等，让全科培训医生充分了解社区卫生服务机构的功能、职责与推行社区卫生服务的意义，初步树立社区卫生服务的理念。② **全科医学继续教育**：作为晋升全科医学类职称的依据及年终考核指标之一，从 2001 年起，深圳市全面推行社区适宜技术培训，并作为全科医师和社区护士的年度继续教育必修项目，以全科医学新理论、新知识、新技术和新方法以及社区适宜技术为主要内容，旨在强化全科医师和社区护士的基本技能。③ **全科医学学术交流**：2010 年 11 月，深圳市医学会全科医学专业委员会成立，每年举办全科医学学术交流会 2-3 次，近两年其 20 多项涉及全科医学和社区卫生服务的课题获得省、市、区级立项。④ **国际培训项目**：自 2008 年以来，深圳市卫计委、医学继续教育中心等相继与

香港中文大学、蒙纳什大学等展开全科医学的交流培训项目，此外，从 2012 年起，深圳市医学继续教育中心相继与各区卫计局合作建立国际全科医生技能培训中心，邀请国外全科医师和有关专家教授来深圳合作开展全科医师师资和骨干培训。

3. 全科医生人才引进激励

(1) **简化招聘程序。**目前的基本方式是将全科医生列入人才紧缺岗位目录，在此基础上，根据相应的人才招聘制度来简化招聘程序。如《光明新区卫生系统人才引进和扶持办法》（深光规〔2018〕7 号）第六条将已取得规范化培训合格证书的全科医师明确定位为“紧缺型人才”，深圳市卫计委目前正在征求意见中的《深圳市改革完善全科医生培养与使用激励机制的实施方案（征求意见稿）》也拟将全科医生列入深圳市事业单位人才紧缺岗位目录，并规定可以灵活采取面试、组织考察等方式公开选聘。另外，对于副高级及以上职称的全科医生的聘任，深圳市卫计委、人社局《关于印发深圳市基层医疗集团所属社康中心全科医生聘任高级专业技术岗位的指导意见（试行）的通知》（深卫计发〔2018〕46 号）规定了更为简化的招聘程序和宽松的岗位要求——有岗位空缺的，可直接聘任到相应岗位；没有岗位空缺的，可超岗聘任。

(2) **发放新入职全科医师生活补助。**深圳市卫计委、市财政委《关于印发深圳市社康中心公开招聘住院医师和全科医师一次性生活补助发放实施细则的通知》（深卫计发〔2018〕44 号）中规定了对新入职全科医师生活补助的发放标准及管理方案，该补助根据发放对象的学历情况，规定了三档补助标准（其中，全日制本科生每人 25 万元，全日制硕士研究生每人 30 万元，全日制博士研究生每人 35 万元），补助分五年等额发放。此外，该通知还明确了对社会办社康中心的全科医生生活补助发放将依照同样标准，按属地管理原则由区级卫生行政部门纳入年度预算，并由同级财政予以保障。

4. 专家技术指导情况

(1) **市属公立医院“专家进社区”。**在深圳市公立医院管理中心《关于印发〈市属公立医院“专家进社区”开展诊疗服务试点工作方案〉的通知》（深医管发〔2015〕37 号）、深圳市卫计委《关于印发深圳市属公立医院专家进驻社康中心开展诊疗服务实施方案的通知（2016）》（深卫计发〔2016〕31 号）中，

明确要求市属的公立综合医院要以签订协议的形式，定点联系和帮扶指导若干家社康中心，按照每家社康中心至少派驻 2 名副高级以上职称的专家的要求，选派本院专家进驻定点联系的社康中心。派驻专家除进行专科诊疗外，还会开展指导全科医生诊疗、组织病例讨论和专业讲座培训、健康教育及咨询等工作，作为社康中心的技术支持。同时，鼓励派驻社康中心的专家与社康中心全科医生组建团队，《办法》第五条第二款和第六条亦对此予以明确。专科医师指导或直接加入家庭医生团队，将为签约居民提供更加全面的家庭医生服务。

(2) 设立专科医生工作室。依据《国家深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务》文件精神，深圳市在全市社区健康服务中心推广设立内、外、妇、儿和中医专科医生工作室，引导专科优质医疗资源下沉。截止 2017 年底，全市专科医生工作室的数量达到 543 间，建立专科医生工作室的社康数为 404 家。特别地，专科医生工作室的专家不限于深圳市属综合医院的专科专家，如宝安区中心医院社管中心引进了中国医师协会全科医师分会主任委员杜雪平教授团队、深圳湾社康中心聘用了香港大学吴汉骥教授等等，这些专家定期到社康中心坐诊，并承担培训全科医生及全科护士的任务。专家指导及培训有助于提高家庭医生服务团队的专业能力，使团队能够提供更加优质的服务。

(四) 家庭医生服务的依托机构运行情况

根据《办法》第五条，深圳市允许提供家庭医生服务的医疗机构包括两大类，政府办的基层医疗机构（基层医疗机构包括一级医院、社康机构、门诊部、中医馆、诊所、中医坐堂医诊所、医务室、卫生所等）和社会办的所有医疗机构（包括各级各类医院、各级社康机构、门诊部、诊所等）。目前的实际运行中，已开展家庭医生服务的仅有社康机构，在参与提供服务与竞争的主体上仍预留了较大发展空间。本部分主要介绍目前家庭医生服务的依托机构——深圳市社区健康服务机构（以下简称社康机构）的设置以及运行模式。根据《深圳市社区健康服务机构设置标准》（深卫计规〔2018〕1 号），深圳市社康机构是主要为辖区居民提供基本医疗服务、基本公共卫生服务和家庭医生服务的医疗卫生机构，分为一类社康中心、二类社康中心、社康站（原称三类社康机构）。截止 2017 年底，全市正常运行共有 610 家社康机构，其中一类社康机构 169 家，二类社康机构 379 家，三类社康机构 62 家；市属公立医院举办 13 家，占 2.13%；区属公立医

院举办 535 家，占 87.70%；社会力量民营医院举办 29 家、社会力量企业医院举办 11 家，共占 6.56%；独立法人社区健康服务机构 22 家，占 3.61%。

2017 年深圳市社区健康服务机构建设情况

行政区	已经设置社区健康服务机构情况			正常运行社区健康服务机构分类管理情况			正常运行社区健康服务机构举办属性情况					
	现有社区健康服务机构总数	暂停营业社区健康服务机构数	正常运行社区健康服务机构数	一类社区健康服务机构数	二类社区健康服务机构数	三类社区健康服务机构数	市属公立医院举办机构数	区属公立医院举办机构数	民营医院举办机构数	部队医院举办机构数	企业医院/单位举办机构数	独立法人社区健康服务机构数
福田区	82	4	78	9	43	26	5	64	4	0	4	1
罗湖区	53	6	47	11	36	0	6	21	0	0	0	20
盐田区	13	0	13	5	8	0	0	13	0	0	0	0
南山区	85	5	80	10	61	9	0	73	0	0	7	0
宝安区	132	5	127	39	77	11	0	123	4	0	0	0
龙岗区	125	6	119	36	80	3	0	105	13	0	0	1
龙华区	58	1	57	29	28	0	2	50	5	0	0	0
坪山区	33	3	30	5	18	7	0	27	3	0	0	0
光明新区	40	2	38	23	13	2	0	38	0	0	0	0
大鹏新区	22	1	21	2	15	4	0	21	0	0	0	0
总计	643	33	610	169	379	62	13	535	29	0	11	22

1. “院办院管”模式

院办院管模式是医院作为法人机构举办社区卫生服务中心，由医院延伸“下沉”建立并负责实施管理，举办医院作为社区卫生服务中心人力资源、技术资源、设备资源和财力资源等配置的支持和后盾，实施一体化的统一管理。⁴深圳市自 1996 年起即开始开展社区卫生服务工作，医院向社区输出品牌、技术、人员与设备，形成了符合深圳实际的“院办院管”模式下的社区卫生服务机构与医院分工协作机制，并逐步将院办院管模式特有的转诊优势、资源优势 and 保障优势等落实到了制度和实践中——2010 年，深圳市政府《关于印发深圳市社区健康服务改革实施方案的通知》（深府办〔2010〕65 号）中确定了区级医院“院办院管”

⁴ 李菲：《社区卫生服务“院办院管”模式的利弊分析》，《中国卫生事业管理》2009 年第 9 期。

思路，推进社康机构属地一体化管理，将社康的举办、管理、财政经费、人员编制以及固定资产一并移交属地区级公立医院。2012年，《关于深圳市社区健康服务中心建设的指导意见》（深编办〔2012〕62号）中指出，政府举办的社康继续实行“院办院管”体制，并明确其“不具有独立事业单位法人建制”，但在医院内实行“相对独立的人事、业务、财务管理”。2016年，《深圳市加强社康中心能力建设的实施方案》（深卫计发〔2016〕34号）提出健全“三级综合医院+社康中心一体化运营”的基本医疗服务体系并建成分级诊疗系统，完善医院和社区一体化协作机制以及检验检查和用药的衔接机制，同时，为了实现专科号源和病人信息的实时对接，医院和社康中心之间实行数据共享。另外，该方案还对全市二、三级公立医院首次提出了为社康中心提供“四优先”服务（优先挂号、优先接诊、优先检查、优先住院）的要求。总体而言，“院办院管”模式的持续发展完善，为家庭医生服务中的基本医疗服务提供了技术支撑和资源协作机制，也为签约转诊服务的开展畅通了渠道。

2. 基层医疗集团管理模式

2017年4月，国务院办公厅发布的《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）（以下简称《指导意见》）明确指出，医疗联合体（以下简称医联体）建设是深化医改的重要步骤和制度创新。医联体根据主体关系一般可分为院办院管、医院“托管”、协议合作、以公益为导向的松散式等4种方式。⁵作为国家首批公立医院改革试点城市，深圳市早在国务院办公厅发布的《指导意见》出台之前，2015年8月便在全国率先进行了以罗湖为试点的以基层医疗集团为主要形式的紧密型医联体改革探索，经过两年改革，罗湖医改经验于2017年6月入选国家“深化医改重大典型经验”，基于此成效，2017年8月，深圳市人民政府办公厅发布了《关于推广罗湖医改经验推进基层医疗集团建设若干措施的通知》（深府办规〔2017〕5号），对罗湖经验进行总结。2017年9月1日，国务院医改办、原国家卫计委（现国家卫健委）在深圳召开了全国医联体建设现场推进会，推进会提出扎实推进医联体建设，重点要形成“四个共同体”——服务共同体、责任共同体、利益共同体、管理共同体。2018年9月，广东省人民政府办公厅《关于印发广东省深化医药卫生体制改革近期重点工作任

⁵ 黄培，易利华：《基于分级诊疗的区域医联体实践与思考》，《中国卫生质量管理》2015年第4期。

务的通知》再次推广深圳罗湖医院集团以“强基层、促健康”为医疗联合体运营核心目标、以家庭医生为居民健康“守门人”的经验。目前，深圳市各区（新区）也已基本完成基层医疗集团建设方案的制定，全市基层医疗集团总数增加至 12 个。在未来的医疗资源结构布局规划上，深圳市卫计委拟在全市规划布局 15 家基层医疗集团和 17 家综合性区域医疗中心，构建“区域医疗中心+基层医疗集团”两级医疗服务体系。集团化管理模式的迅速发展将推动构建区域医疗卫生服务共同体，完善区域医疗资源整合与共享机制，能够直接便利分级诊疗的实施，促进优质医疗资源的上下贯通，进而寻求医联体内更加全方位和高质量的服务。

3. 社会力量办社康机构

为强化社区医疗资源配置和社康中心服务能力，2016 年，《深圳市加强社康中心能力建设的实施方案》（深卫计发〔2016〕34 号）、《深圳市推动社会办医加快发展的若干政策措施》（深府办〔2016〕16 号）明确放开社康中心网点设置的规划限制，并鼓励社会力量开办社康中心，符合条件的，还可按政府购买服务的方式承接基本医疗、基本公共卫生服务和家庭医生服务。深圳市卫生计生委等单位《关于印发深圳市推进分级诊疗制度建设实施方案的通知》（深卫计发〔2016〕38 号）进一步明确了社会办社康的两种方式——一种是新建，另一种是对一级医院、门诊部、诊所和医务室进行转型或改制。深圳市医改办《关于印发 2017 年基层医疗集团建设实施方案的通知》（深医改办发〔2017〕3 号）指出，要对社会力量办基层医疗机构向社康中心转型进行引导。在具体的政策支持上，《办法》第二十一条中规定了社会办医疗机构对于公共卫生服务以外的服务的自主定价权，《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》（深卫计发〔2018〕10 号）明确了对社会办社康机构的家庭医生服务签约补助的发放，与此同时，深圳市还要求二、三级公立医院在开展预约转诊服务等方面对社会办与政府办社康中心一视同仁，按照就近原则与其建立双向转诊关系。经过两年的政策导引与支持，深圳市社会力量办社康中心数明显增加，截止 2018 年 8 月，全市在营社会办社康中心已达到 66 家。深圳市在全国率先放开了基层医疗市场，鼓励社会力量投资社康中心和承接家庭医生服务，不同资本和社会力量的逐步进入，一方面，一定程度缓解了目前基层医疗资源供应不足、无法有效满足

人口日益老龄化、慢病化所释放的基层医疗需求的现状；另一方面，也为家庭医生服务的提供引入了市场竞争机制，有助满足居民多层次、多样化的健康需求。

（五）家庭医生服务的财政支持情况

1. 财政补助

（1）签约补助。根据深圳市卫计委等发布的《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》（深卫计发〔2018〕10号），补助的发放对象为深圳市提供家庭医生服务的所有社康机构，计算基数为有效签约并且参加深圳市社会医疗保险的签约人数，具体将按照每人每月10元标准，由实际签约总月数和绩效考核系数确定。该补助周期为三年，由同级财政予以保障。目前，市、区两级卫生行政部门正在依据2017年度绩效考核情况以及有效签约参保人数具体核算补助资金数额，补充发放2017年度的补助。

（2）基本医疗服务补助。《深圳市属公立医疗机构基本医疗服务补助实施细则（暂行）的通知》（深财社〔2014〕99号）规定了针对市属各级医疗机构的基本医疗服务补助的核算方式，要求公立社康中心的基本医疗服务补助与举办医院捆绑核算。另外，在《深圳市社会办医财政扶持政策实施细则（试行）》（深卫计发〔2017〕51号）中，明确了社会办和政府办社康中心的门急诊补贴标准均为40元/人次，高于三级医院的门诊补助标准，有助于引导医院主动向社康中心分流普通门诊。

（3）基本公共卫生服务补助。2016年3月，深圳市人民政府《关于深化医药卫生体制改革建设卫生强市的实施意见》（深府〔2016〕14号）将深圳市基本公共卫生服务项目补助标准提高到每位常住人口70元/年，高于国家卫计委规定的人均基本公共卫生服务经费55元的补助标准，此外，深圳市卫计委、财政委《关于进一步加强和改进基本公共卫生服务工作的通知》（深卫计发〔2017〕36号）提出要健全核拨机制，从2018年起，由各区根据社康中心为常住人口实际提供的基本公共卫生服务项目数量、质量和群众满意度核拨该补助经费。

（4）各区的特色财政补助项目。各区为了激励家庭医生服务的开展，也分别制定相应的财政补助措施。如福田区对开展家庭医生签约服务的岗位和辅助岗位按每岗800元/月予以补助；南山区每签1户奖励家庭医生团队10元；盐田区每签约1名重点人群按120元/年予以补助，每签约1名一般人群按60元/年予以补助，家庭病床服务每建床1张按500元予以补助，巡诊费按800元/张/月予以补助，出诊费按60

元/人次予以补助；宝安区每签 1 户奖励家庭医生团队 50 元；龙岗区设置 500 万元专项经费对家庭医生签约服务与家庭病床工作予以补助；龙华区设置 488 万元专项经费对家庭医生服务项目予以补助；光明新区每签约 1 户奖励家庭医生团队 30 元，家庭病床服务每建床 1 张按 500 元予以补助；大鹏新区根据考核结果每签约 1 户平均奖励家庭医生团队 145 元。

2. 调整收费标准

从 2016 年开始，深圳市扩大了社康中心一般诊疗费的打包项目范围并调整收费标准，将家庭病床建床费调整为 100 元 / 床，家庭病床巡诊费调整到 77 元 / 次，均纳入医保支付范围。在其他费用方面，社康中心的收费标准也比三级医院下调了 20%。

3. “总额管理、结余留用”的医保结算制度

深圳市人社局、卫计委《关于印发建立与分级诊疗相结合的医保基金总额管理制度实施方案》（深人社发〔2017〕85 号）要求在各区基层医疗集团全面推广与分级诊疗制度相衔接的“总额管理、结余留用”医保基金管理方式改革，明确结余部分奖励给基层医院集团，有助引导基层医疗集团下沉资源。

（六）家庭医生服务的管理和考核

在《办法》出台以前，各区卫生行政部门对社康中心开展家庭医生服务没有一致的考核评估标准，主要由各区自行规定社康整体工作的评估标准或依照公共卫生服务项目的评估标准进行评估。如在已经完成的 2017 年度考核的各区级考核中，罗湖区按照自行制定的《2017 年罗湖区社康中心健康服务工作量考核标准》、《2017 年罗湖区社康中心健康服务工作质量考核指标》分别对整个社康工作的工作数量和工作质量两个维度进行了考核；又如盐田区则是按照深圳市卫计委《关于印发深圳市社区健康服务整体管理评估指标（2016 年版）的通知》（深卫计妇社〔2016〕25 号）及《关于深圳市 2017 年度基本公共卫生服务项目市级绩效评估工作方案的通知》（深卫计公卫〔2017〕95 号）的要求，分管理及服务两大部分内容进行了考核。为建立相对统一的家庭医生服务质量考核体系，对家庭医生签约服务进行全面管理和综合评估，作为《办法》的配套文件，《家庭医生服务规范》、《深圳市家庭医生签约服务工作考核办法》、《深圳市家庭医生签约服务项目考核标准（试行）》等对家庭医生签约服务的考核制度做

出了详细规定，考核内容主要包括组织管理、资金保障、签约服务、效果评价、满意度评价五个方面内容，具体各项考核指标较具有操作性，如签约服务指标中的有效履约指标，涵盖了签约协议完整率、电子档案建档率 / 合格率 / 利用率、签约居民预约门诊率、签约居民就诊率、签约医生首诊率、签约医生转诊率、制定签约居民健康管理方案率、签约居民健康评估及指导合格率、重点人群规范化管理率等考察因素。《办法》对于家庭医生服务更多关注的是服务内容，这些配套的量化考核指标将有效地指导全市家庭医生服务工作的动态开展，进一步保证服务的质量。此外，由于考核结果与签约补助的发放挂钩，统一的考核标准制定也将有助于补助的公平发放和激励到位。

四、《办法》文本的合法性和合理性评价

（一）《办法》的上位法依据

2016年8月深圳经济特区颁布实施了《深圳经济特区医疗条例》，其第三十八条就针对家庭医生服务作出了规定：“医疗机构可以安排卫生技术人员为患者提供家庭医生服务。提供家庭医生服务的，应当与患者或者其代理人签订服务协议。具体办法由市卫生行政主管部门另行制定。”这是《办法》最直接的上位法依据。

除此以外，2016年5月，由国务院医改办、国家卫计委、民政部、财政部等七部门联合发布的《关于推进家庭医生签约服务指导意见》中提出了：“根据深化医药卫生体制改革的总体部署和要求，围绕推进健康中国建设、实现人人享有基本医疗卫生服务的目标，以维护人民群众健康为中心，促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉，结合基层医疗卫生机构综合改革和全科医生制度建设，加快推进家庭医生签约服务。不断完善签约服务内涵，突出中西医结合，增强群众主动签约的意愿；建立健全签约服务的内在激励与外部支撑机制，调动家庭医生开展签约服务的积极性；鼓励引导二级以上医院和非政府办医疗卫生机构参与，提高签约服务水平和覆盖面，促进基层首诊、分级诊疗，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗卫生服务，增强人民群众获得感”的总体思路。

因此可以认为，市卫计委制定《办法》是为了贯彻落实《深圳经济特区医疗条例》以及《关于推进家庭医生签约服务指导意见》的要求，也是发挥其职能的重要体现。

（二）《办法》出台的政策依据

党和国家高度重视人民群众的健康问题，为推进健康中国建设，提高人民群众的健康水平，国务院根据党的十八届五中全会战略部署，于2016年颁布了《“健康中国2030”规划纲要》，该《纲要》的第二节就针对家庭医生签约服务作出规定：“建立专业公共卫生机构、综合和专科医院、基层医疗卫生机构“三位一体”的重大疾病防控机制，建立信息共享、互联互通机制，推进慢性病防、治、管整体融合发展，实现医防结合。建立不同层级、不同类别、不同举办主体医疗卫生机构间目标明确、权责清晰的分工协作机制，不断完善服务网络、运行机制和激

励机制，基层普遍具备居民健康守门人的能力。完善家庭医生签约服务，全面建立成熟完善的分级诊疗制度，形成基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治的合理就医秩序，健全治疗—康复—长期护理服务链。”

同时，为进一步深化医药卫生体制改革，提高人民群众的健康水平，2016年2月16日由全国人大颁布实施的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》就提出“优化医疗机构布局，推动功能整合和服务模式创新。加强专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构和医院之间的分工协作，健全上下联动、衔接互补的医疗服务体系，完善基层医疗服务模式，推进全科医生（家庭医生）能力提高及电子健康档案等工作，实施家庭签约医生模式。全面建立分级诊疗制度，以提高基层医疗服务能力为重点，完善服务网络、运行机制和激励机制，实行差别化的医保支付和价格政策，形成科学合理就医秩序，基本实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治。”

深圳市卫计委通过制定《办法（试行）》，是为了能有效积极稳妥推进家庭医生服务工作，贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》的要求、完成《中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》的工作任务，提高深圳市民的健康水平。

（三）《办法》若干内容的合法性分析

第一， 财政补贴的合法性分析。

《办法》第十九条针对家庭医生服务的财政支持作出了规定：“按照卫生行政主管部门确定的开展公共卫生服务的医疗机构，其家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务所需经费由相应的补助资金列支，医疗机构不得另行向签约居民收取相关费用”。2018年2月由市卫计委、深圳市财政委和深圳市人力资源和社会保障局联合发布的《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》，针对深圳市家庭医生签约服务的财政补助作出了具体规定。在预算编制方面规定：“家庭医生服务财政补助年度经费，列入卫生计生行政部门下一年度预算，由同级财政予以保障。卫生计生行政部门根据考核结果，据实核算社康机构的家庭医生服务财政补助经费，并向同级财政部门申请下达补助资金。”同时规定“社会办社康机构的家庭医生服务财政补助资金，经各区卫生行政部门考评核算后，由区级财政承担。”另外，在补助资金方面也予以了规定：“家庭医

生服务财政补助标准按签约参保人每人每月10元计算。各区财政、卫生计生行政部门不得在基本公共卫生服务项目经费中列支家庭医生服务补助经费。”

按照我国《预算法》第六条规定：“一般公共预算是对以税收为主体的财政收入，安排用于保障和改善民生、推动经济社会发展、维护国家安全、维持国家机构正常运转等方面的收支预算。”第二十七条第二款规定：“一般公共预算支出按照其功能分类，包括一般公共服务支出……卫生……社会保障及就业支出和其他支出。从上述规定可以看出，对家庭医生服务进行财政补助属于一般公共预算，符合我国《预算法》的规定。对家庭医生服务进行财政补助有利于激励家庭医生服务团队为居民提供更优质的医疗服务，并缓解“看病贵”的医疗服务现状。

第二，签约服务定价权的合法性分析

《办法》对家庭医生签约服务的费用问题进行了具体规定，其一，针对政府举办的基层医疗机构，第十九条规定：“政府举办的基层医疗机构的家庭医生服务团队为签约居民提供的基本医疗服务，按照深圳市基本医疗服务价格标准执行；提供的除基本医疗服务和公共卫生服务外的其他服务，经市发改部门批准后，可以向签约居民收取家庭医生签约服务费等费用。”其二，对于社会办医疗机构，第二十一条规定：“社会办医疗机构的家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务以外的服务，可自行制定服务价格，向社会公示后，收取医疗服务费、家庭医生签约服务费等费用。”

根据我国《价格法》第六条规定：“商品和服务价格，除依照本法第十八条规定适用政府指导价或者政府定价外，实行市场调节价，由经营者依照本法自主制定。”第十八条规定：“下列商品和服务价格，政府在必要时可以实行政府指导价或者政府定价：……（四）重要的公用事业价格；（五）重要的公益性服务价格。”家庭医生团队提供的公共卫生服务和基础医疗服务，属于我国《价格法》规定的重要的公益性服务，政府在必要时可对其实行指导价或者政府定价，对于公共卫生服务和基础医疗服务以外的医疗服务，例如推拿、针灸，家庭医生服务团队可自主制定价格，发挥价格合理配置医疗资源的作用。

（四）《办法》的合理性分析

第一，《办法》有助于弥补传统医疗模式的不足。

《办法》第二条规定：“本办法所称家庭医生服务，是指医疗机构与常住居民签订家庭医生服务协议，由协议约定的家庭医生服务团队为该居民提供的综合性、连续性、协调性、个性化的医疗卫生和健康管理服务。”《深圳市家庭医生服务规范》第4点提出并界定了家庭医生的综合性服务、连续性服务、协调性服务、个体化服务等原则。而传统的医疗服务模式，难以为患者提供全方位的服务。市卫计委通过制定《办法》，推进家庭医生服务的开展，秉承“以人为本”、提供“综合性、连续性、协调性、个性化”的服务理念，打破了传统的就医模式，为居民提供更高标准的就医体验，提高了居民的签约意愿，形成了良好的社会效益。

第二，通过市场调节打破了市场失灵。

《办法》第五条规定：“政府举办的基层医疗机构和社会办医疗机构可以开展家庭医生服务。”第十八条规定：“政府举办的基层医疗机构的家庭医生服务团队可以按照家庭病床管理的有关规定为建立家庭病床的签约居民提供上门医疗服务。社会办医疗机构的家庭医生服务团队根据自身的服务能力以及签约居民的需求，经该医疗机构医疗安全评估，书面告知医疗风险及服务价格，并取得签约居民知情同意后，可以为签约居民提供上门医疗服务。”第二十一条规定：“社会办医疗机构的家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务以外的服务，可自行制定服务价格，向社会公示后，收取医疗服务费、家庭医生签约服务费等费用。”以上规定表明，《办法》通过制度创新后，家庭医生服务在市场准入、签约定价等方面具有开放性，实质上是允许深圳市家庭医生服务市场竞争，实现家庭医生服务市场化。此举，不仅可为居民提供多样化的选择，为其带来更高标准的家庭医生服务，还可以激活市场活力，促进深圳市医疗卫生市场的发展。

第三，优化了资源配置，促进了分级诊疗的开展。

在财政补贴上，《办法》第十九条规定：“按照卫生行政主管部门确定的开展公共卫生服务的医疗机构，其家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务所需经费由相应的补助资金列支，医疗机构不得另行向签约居民收取相关费用。”这表明深圳市加大了对家庭医生服务的补贴力度，将医疗资源适度向基层医疗卫生机构偏移。

此外，对于家庭医生的选用上，《办法》第五条第二款规定：“鼓励政府举办的二、三级医疗机构的卫生技术人员依法到开展家庭医生服务的基层医疗机构执业，参与家庭医生服务。”第七条规定了医疗机构应指定 1 名全科医师作为家庭医生服务团队的负责人，负责家庭医生服务团队的成员任务分配和管理。并且在第八条规定了家庭医生服务团队的负责人应当具备下列条件：（一）取得医师执业证书且在深圳市执业注册为全科医学或者中医全科专业……，在2016年颁布实施的《关于推进家庭医生签约服务指导意见》中规定的全科医生主要包括基层医疗卫生机构的注册全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生）以及具备能力的乡镇卫生院医师和中级以上职称的退休临床医师，而深圳市卫计委制定的《办法》规定的全科医生的条件高于国家标准，这意味着深圳市通过提高家庭医生的执业标准，将医界人才往基层医疗卫生机构输送。

我国居民在经济社会的转型下生活方式发生快速变化，使慢性病成为主要疾病负担。医疗服务需求将随之扩大，医疗卫生资源供给约束与卫生需求不断增长之间的矛盾将持续存在。深圳市通过制定《办法》，加大了对家庭医生服务在财政和人才的支持力度，通过提高家庭医生服务水平，能有效引导患者优先到基层医疗机构就诊，从而促进医疗资源的有效配置，促进分级诊疗工作的开展，形成了良好的社会效益。

五、《办法》的实施效果评价

鉴于前文已经对合法性作了专门分析，本部分对《办法》实施效果的考察，将以《办法》的实效性为中心，兼顾到制度之间的协调性和可操作性等相关因素，从家庭医生服务的配套性制度和推进措施、家庭医生服务签约的推进程度、家庭医生依托机构的运行效率和参与度、家庭医生服务的数量质量和居民满意度四个方面予以分析和评价。

（一）家庭医生服务的配套性制度和推进政策措施

从《办法》的文本内容看，《办法》对家庭医生服务管理、开展单位、服务团队构成、团队负责人和团队其他成员的资格条件、服务项目、签约、财政支持和收费标准等问题作了详细而周密的规定。考虑到家庭医生服务是我国政府自上而下推进的一项医疗卫生领域的重要政策措施，政府对家庭医生服务的组织、规范和财政支持是这项工作得以顺利和持续开展的基础。在《办法》出台前后，深圳市卫生行政管理部门和其他政府相关部门主要出台了如下推进性的配套制度及政策措施：

第一，出台了家庭医生服务规范的配套文件。

在2017年11月7日深圳市卫生计生委印发《办法》之后，2018年2月9日，深圳市市场监督管理局就发布了《家庭医生服务规范》（以下简称《服务规范》），对家庭医生服务的服务原则、服务内容、服务要求、服务保障、服务质量考核等内容做了细化规定。如在服务要求方面，《服务规范》对上述服务项目作了细致的具体规定，如在签约健康管理服务方面，就要求：“服务对象为重点人群的，家庭医生服务团队应为其提供每年不低于4次的健康管理服务；服务对象为高危高风险人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于2次的健康管理服务；服务对象为其他人群的，家庭医生团队应为其提供每年不低于1次的健康管理服务，等等。《服务规范》被誉为是全国家庭医生服务的首个“地方标准”⁶，这些要求，很大程度提高了家庭医生服务办法的可操作性和家庭医生服务的规范性。

第二，按照签约数向家庭医生服务团队提供相应的财政支持。

⁶ 中国产业经济信息网：“我国首部地方性家庭医生服务技术标准出炉”，2018年10月23日访问。

为了保障家庭医生服务的财政支持和规范财政补助资金的使用，深圳市卫生计生委、深圳市财政委和深圳市人力资源和社会保障局 2018 年 2 月 23 日发布了《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》，就深圳市建立家庭医生签约服务财政补助机制作出了具体要求。在实践中，深圳市对家庭医生服务团队每签约一名参保人，给予 120 元的财政补助，同时将家庭病床的建床费提升到 100 元每床，将巡诊费提升到 77 元每次，借以调动家庭医生服务团队和相关医务人员的积极性。可以说，家庭医生服务方面的财政支持措施，为家庭医生服务的推广提供了有力的经费保障。

第三，激励居民优先在基层医疗机构就诊。

为了激励居民优先考虑在基层医疗机构选择家庭医生就诊，2017 年 8 月 18 日，深圳市人力资源和社会保障局、深圳市卫生和计划生育委员会联合发布的《关于印发建立与分级治疗相结合的医保基金总额管理制度实施方案(试行)的通知》中对居民优先选择在基层医疗机构首诊的激励性措施包括：其一，优先诊疗。在医疗卫生机构设立家庭医生服务窗口，为签约参保人员提供优先接诊、优先检查、优先住院服务，对行动不便的签约参保人，提供病人转运服务。其二，提供预约转诊服务。对在下属各社康中心诊疗后，需要转入上级医院治疗的，为其优先预约全市二、三级医院的专家号或提供住院预约诊疗服务，并跟踪转诊后的病情。其三，开具长药方。对诊断明确、病情稳定、需要长期服药的高血压、糖尿病、重性精神病、尿毒症、慢性心衰病等疾病的签约参保人，为其开具较长时间的用药量，并跟踪其用药后健康状况，定期随访。此外，还在挂号费和药费方面，为在社康中心就诊的参保人提供价格方面的折扣，等等。

（二）家庭医生服务签约的推进成效

签约工作是家庭医生服务工作开展的起点，也是基础。只有保证了足够的签约居民基数，家庭医生服务才能够顺利开展。正是基于上述原因，家庭医生服务签约一直是此项工作推进的重点问题，所以国家卫健委才要求：“各地要建立家庭医生签约服务的考核评价机制，纳入基层医疗卫生机构综合绩效考核范围，定期组织考核，考核结果要与基层医疗机构绩效工资总量和主要负责人的薪酬挂钩。”⁷

⁷ 国家卫健委《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》，国卫办基层函[2018]209 号。

从深圳市家庭医生服务的签约情况，自从家庭医生服务开展以来，深圳家庭医生的服务规模和签约数量有了稳步或大幅度的增长，具体数据见下文家庭医生服务规模和签约数量历年情况表⁸：

家庭医生服务规模和签约数量历年情况表

年度	2014	2015	2016	2017	2018
项目					
开展服务社康中心数	565	581	588	603	611
服务团队数	1591	1714	1841	2134	2218
家庭医生总人数	2092	2304	2651	3018	3554
签约居民数	1194023	1734838	2694536	4496063	3148786
签约家庭数	404668	586019	894828	-	-
重点人群签约数量	285348	409553	482384	1498421	487934
重点人群覆盖率	54.43%	64.35%	61.31%	66.46%	61.43%

从上述表格内容可以看到，自 2003 年以来，深圳市开展家庭医生服务的社康中心数量、家庭医生服务团队数量和家庭医生总人数逐年都有稳步增长，其中家庭医生的总人数的增长尤为显著，2013 年到 2018 年，增长率达到 179.49%。与此同时，签约的居民数量、家庭数量和签约的重点人群数量也有了大幅度的增长，其中 2013 年 2018 年，签约的居民数量从 715122 人增长到 3148786 人，增长率达到 440.31%。而且，2018 年的统计数字是在剔除到期未续约的居民数的情况下得到的统计结果。

在签约人数得到稳定增长的同时，深圳市还在签约方面加强了相关的制度建设。如为及时掌握全市家庭医生签约服务工作情况，深圳市卫计委在全市建立了家庭医生签约服务统计报表制度，要求基层医疗机构按照机构类型每月 10 日向

⁸ 以上表格统计数据说明：第一，关于“重点人群”的覆盖范围。重点人群指老年人、慢性病及精神病患者三类人群。2018 年重点人群签约的具体数量是，65 岁以上老年人，196208 人；高血压、2 型糖尿病、肺结核患者，271495；严重精神障碍患者，20231 人，合计 487934 人。以上三类重点人群的总数量是 794234 人。第二，关于 2018 年部分统计数字下降的说明。上表中的 2018 年统计数字为当年 8 月份数字。部分统计数字下降原因有两点：其一是今年深圳市坚决响应国家、省的号召，不片面追求签约率，严格要求各区把家庭医生签约服务工作做实做细，做到签而有约，提高居民满意度，对签约数据的质量要求越来越高。家庭医生签约数据是年度累计数，去年第一、二季度有一些签约用户现陆续到期，为扎实推进工作，续签速度略有放缓，短期内数据有小幅下滑。其二是深圳市今年更换新的社康系统，对数据质量提出较高要求，造成大量不完善的健康档案无法迁移，需重新采集信息、补充录入，连带造成家庭医生服务签约统计数据下滑。

所在辖区的卫生行政管理部门分别报送《社康机构家庭医生签约服务进展情况表》和《其他医疗机构家庭医生签约服务进展情况表》。另外，还开发了全市新版社康管理信息系统。在全市新版社康管理信息系统上线并健全完善数据后，以上报表将直接从系统中获取数据，不再需要手工填报。

（三）家庭医生服务内容、数量、质量和居民满意度

1. 家庭医生服务的主要内容和提供情况

《办法》第十条对家庭医生服务的内容作了具体规定，《服务规范》就上述服务的具体内容，又作了进一步的细化规定。如在签约健康管理服务方面，《服务规范》规定：“家庭医生团队应为服务对象提供健康管理服务，内容包括：健康状况评估；根据健康状况评估结果制定健康管理计划，计划应包括以下内容：健康管理周期、健康指导内容、健康指导对象、健康指导方式、健康状况检测周期……；健康指导。”

从签约和重点人群的服务数量看，2018年8月的月报表显示：深圳全市家庭病床3076张；0-6岁儿童的1次及以上随访儿童数为763047人；13周前建册并第一次产前检查的孕产妇人数75189人；高血压患者在管签约数194136人，2型糖尿病患者签约数74296人，肺结核患者签约数3063人，严重精神障碍患者在管签约数20231人，另有残疾人签约数7258人、计划生育特殊家庭1375人、纳入计划生育家庭特别扶助制度的独生子女伤残或死亡家庭夫妻签约数926人、城乡低保五保签约数925人。家庭医生服务在医疗体系中发挥了重大作用。

2. 家庭医生服务的质量评价

对于家庭医生服务质量的考察，可以从家庭医生质量体系建设，家庭医生医疗水平，家庭医生服务质量考核情况，以及家庭医生服务的医疗事故或医疗纠纷概率等角度进行评价。

从家庭医生质量体系建设看，《办法》和《服务规范》对家庭医生的服务质量有较为严格的把控，如《办法》第八条对家庭医生服务团队的负责人规定了必须是全科医生的更高的门槛条件。截至2018年8月，深圳市有全科医生2901人，深圳市家庭医生2218个团队的负责人全部由全科医生领衔。《服务规范》不仅对每种服务类型都作了具体的服务要求和服务流程管理的规定，还对家庭医生服务从考核机构、考核目标、考核方法、考核结果管理四个方面作出了严格的

服务质量考核规定。特别是将服务质量考核结果作为核定家庭医生团队资金保障的主要依据的做法，从制度上保证了家庭医生的服务质量。

从家庭医生的医疗水平看，一个可替代性的观察视角是家庭医生的职称、学历或从业年限和的考察。根据深圳市卫生行政管理部门的统计，截至 2018 年 6 月 1 日，深圳市全市社康机构全科医生人数和职称状况如下表：

深圳市全市社康机构全科医生人数和职称状况表

所属区域	全科医生（人数）					合计
	正高	副高	中级	初级	无职称	
福田区	2	51	210	83	0	346
罗湖区	7	43	164	101	0	315
盐田区	0	7	18	26	0	51
南山区	4	40	197	80	1	322
宝安区	10	99	366	175	0	650
龙岗区	4	73	271	156	3	507
龙华区	3	31	114	76	0	224
坪山区	1	19	71	22	0	113
光明区	2	18	81	39	0	140
大鹏新区	2	3	17	12	0	34
合计	35	384	1509	770	4	2702

考虑到家庭医生服务的开展年限，和家庭医生服务的专业要求，目前深圳市高级职称医生在全科医生中占比 15.51%，中级职称医生在全科医生中占比 55.85%是恰当的。不过近年来，深圳市也在积极加大医疗人才的引进力度。如在《深圳市关于促进卫生健康人才队伍建设实施办法（征求意见稿）》中，提出“落实《关于推广罗湖医改经验推进基层医疗集团建设若干措施》，加强基层医疗机构全科医师队伍建设，市、区卫生行政部门每年定期组织全科医师公开招聘，对通过公开招聘到社康机构工作、取得国家认可的住院医师或全科医师规范化培训合格证的毕业生，按照本科、硕士、博士学历，分别给予 25 万元、30 万元、35 万元的一次性生活补助，分 5 年发放。”以及实施包括家庭医生在内的规范

化培训项目：“每年招收不少于 700 名住院医师、150 名全科医师规范化培训学员，按照财政标准予以补助”，等等。

从家庭医生服务的质量考核情况看，在广东省卫生计生委组织的家庭医生签约服务质量督导中，肇庆市卫生和计划生育局在其出具的《关于对深圳市家庭医生签约服务质量开展交流督导的情况报告》中，从组织管理、绩效考核、工作开展情况、实施效果和工作亮点 5 个部分，对其抽取的深圳市盐田区田东社区健康服务中心和罗湖区文华社康中心在规范建章立制、强化团队建设、广泛宣传活动、实施分类管理和引导考核激励等方面，都作出了积极的评价。当然，报告也指出了这两个社康中心在团队责任区域和公共卫生医生配备、绩效考核方案的细化及方案落实、签约服务动态管理的连续性、慢性病患者血压/血糖控制率、签约居民知晓度和满意度等方面存在的问题。

3. 家庭医生服务的居民满意度情况

就居民对家庭医生服务的知晓程度和满意度而言，肇庆市卫生和计划生育局在督查过程中，从田东社区健康服务中心和文华社康中心各抽查 30 名签约居民，调查出来的家庭医生服务的知晓度和满意度结果是：“田东社康中心有 5 名对部分签约内容不知道，有 7 名不满意，知晓率为 83.33%，满意度为 76.67%；文华社康中心有 8 名对部分签约内容不知道，有 11 名不满意，知晓率为 73.33%，满意度为 63.33%。”

客观上看，居民对家庭医生的知晓度和满意度的高低，与我国传统医疗服务的提供方式密不可分：我国传统医疗卫生服务体系是由医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构等组成的，居民有充分的自由度根据自身的医疗需求自行选择医疗机构。在家庭医生服务推出之后，不少居民的传统求医行为模式在短期内并不必然会发生改变，这导致了部分居民对家庭医生服务知之甚少的原因所在。在家庭医生服务不断提升，医疗卫生事业发展方式在从以医院为重点向以基层为重点、以疾病为中心向以健康为中心的过程中，就家庭医生服务的居民知晓程度和在居民健康管理中的重要性将不断得到提升。

（四）家庭医生服务依托机构的建设情况和运行效果

由于基层医疗机构是家庭医生服务团队和家庭医生服务的依托单位，基层医疗机构的建设和运行情况 and 家庭医生服务的推广成效就息息相关，有必要对家庭医生服务依托机构的建设情况和运行成效作专门考察。

1. 基层医疗机构建设情况。

深圳市机构编制委员会办公室、深圳市卫生和人口计划生育委员会、深圳市财政委员会、深圳市民政局 2012 年联合发布的《关于深圳市社区健康服务中心建设的指导意见》要求：“社康中心由市政府统一规划，辖区政府负责指导建设、支持、保障、依法监管。原则上按照每 2 至 5 万名人口规划设置一个社康中心，在全市范围内实现社区健康服务全覆盖……社康中心工作人员原则上按每万服务人口配备 6-8 名，其中每万服务人口配备全科医生 2-3 名，公共卫生医师 1-2 名，中医师 1 名……”

政府举办的社康中心的举办模式是院办院管，即医院作为法人机构举办社区健康服务中心，对社康中心的人力资源、技术资源、设备资源、财力资源等实施一体化管理。该模式的优点是能够统筹医疗资源，充分发挥医院的政策、资源、管理、服务、保障、转诊等方面的优势，集中医院力量给社康中心的创办和运营提供人员、资金、设备和管理等支持。此外，深圳市推行的社区首诊、社会力量办社康、明确社区健康服务机构分级管理和机构设置标准、以及综合医疗保险参保人在社康中心就诊的药品费用 70% 由个人账户支付、30% 由统筹基金支付等政策措施，都有助于做强社区健康服务机构以及推动社区健康服务机构设置和运行的标准化、规范化。

2. 基层医疗机构的运行成效。

根据深圳 2017 年度社区健康服务整体管理评估报告，基层医疗机构提供的医疗服务数量和效果显著。

如在基本医疗服务方面，“2017 年全市社区健康服务机构基本医疗服务人次达 3396.97 万……全市各社区健康服务机构均按要求增加了高血压、糖尿病药物的配备……全市各社区健康服务机构基本医疗服务数量和质量都得到提升，家庭医生服务覆盖率和覆盖水平有所突破，中医药服务得到全面落实和推广。”⁹

⁹ 以上内容援引自：《深圳 2017 年度社区健康服务整体管理评估报告》。

在基本公共卫生服务方面，“2017 年全市社区健康服务机构基本公共卫生服务量达 3338.14 万人次，同比增长 33.88%。全市社区健康服务机构为常住居民建立了 2548.76 万份健康档案，开展个体健康教育 2193.61 万人次，举办健康咨询、健康教育讲座、宣传活动等 3.27 万次……为 65 岁以上老年人提供体检及健康指导 57.53 万人，登记管理高血压患者 42.15 万、糖尿病患者 12.20 万、精神病人 3.61 万、残疾人 0.90 万，开展心理卫生健康指导及心理咨询服务 343.30 万人次。”¹⁰

¹⁰ 以上内容援引自：《深圳 2017 年度社区健康服务整体管理评估报告》。

六、《办法》实施中存在问题分析

《办法》的实施取得了显著成效，这应当归功于政府部门的大力推动，公立医院及其它社会力量的积极支持，以及基层医疗机构自身的不懈努力。但是需要认识到的是，若着眼于自2009年起，由政府自上而下推动的，以“分级诊疗”为核心，旨在“强基层”的医疗体制改革的长远目标，则深圳家庭医生签约制度仍有进一步发展与完善的空间。

（一）家庭医生服务与传统医疗供给模式之间关系的明确与协调

长期以来我国医疗卫生体系以大型综合性医院为中心，基层医疗组织处于辅助，甚至萎缩的状态。医疗体制改革以来，国家开始推动医疗卫生的重心向基层医疗机构下沉，并强调基层医疗服务与城市医院之间的分工协作。例如在最早提出“分级诊疗”的《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确要求“建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制”；在将“分级诊疗”上升到制度层面的《国务院办公厅关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》中再次提出要“坚持改革联动，……强化公立医院与基层医疗卫生机构分工协作，与社会办医协调发展”；在推动医联体制度化的《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》中则强调，“……要落实医疗机构功能定位、提升基层服务能力，……逐步建立完善不同级别、不同类别医疗机构间目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制……。”但是虽然政府在宏观层面要求基层医疗机构与传统大型医院之间应当进行职能划分，分工协作，但这一目标的实现却除了依赖于“资源下沉基层”等宏观政策方针之外，还需要得到诸如首诊制度、转诊规则等相邻制度的支撑，否则不仅影响家基层医疗机构的长远发展，也可能对大型医院诊疗工作的开展产生不利影响。厘清家庭医生服务与传统医疗供给模式之间的关系需要有改革目的作为指引，因此应当首先明确此次医疗体制改革的政策导向。

1. 医疗体制改革的政策导向。

2009年中共中央、国务院下发《中共中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》，提出要深化以要深化医药卫生体制改革，并提出两项改革基本原则：第一，坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位；第二，坚持立足国情，

建立中国特色医药卫生体制。政府部门在随后密集下发的医疗改革相关政策性文件中，又多次提到要“发挥各类医疗保险对医疗服务供需双方的引导作用和对医疗费用的控制作用，推进医保支付方式改革，强化医保基金收支预算，……”；“发挥家庭医生控费作用，……探索对纵向合作的医疗联合体等分工协作模式实行医保总额付费，发挥家庭医生在医保付费控制中的作用……”；“改革支付方式，控制医疗费用不合理增长”等等。另外，由中共中央国务院印发的《“健康中国2030”规划纲要》则强调了分级诊疗对于提高人民健康水平的重要性。综合以上，将此次医疗改革所欲实现的政策目标概括为“保障健康”与“医保控费”应当是准确并恰当的。但是虽然“保障健康”与“医保控费”具有一定的一致性，但却也必然存在一定的张力，在改革的初期尤其如此。而如何协调两目标之间的关系则可能影响具体的制度安排，其中极为重要的是推进社康首诊的力度问题。

2. 社康首诊的推进力度。

2017年由深圳市人力资源和社会保障局、深圳市卫生和计划生育委员会联合发布《关于印发建立与分级治疗相结合的医保基金总额管理制度实施方案(试行)的通知》，规定了一系列旨在促进居民优先在基层医疗机构首诊的激励措施。在这系列激励措施中，预约转诊服务尤其具有吸引力。所谓预约转诊服务是指，对在下属各社康中心诊疗后，需要转入上级医院治疗的，为其优先预约全市二、三级医院的专家号或提供住院预约诊疗服务，并跟踪转诊后的病情。由于二、三级大型医院的医疗资源高度紧张，就医上的优先性应当备受居民青睐。但是需要注意的是，作为一种激励居民在社康首诊的“工具”，预约诊疗的优先性可能会对部分坚持在综合性大医院首诊的居民产生排斥作用。当拥有“优先权”的人足够多，“优先”的力度足够大时，会产生类似于“强制”社康首诊的效果。这时如何看待转诊“优先权”，是应该继续大力推进，还是将优先权限制在一定范围内，避免产生“强制”社康首诊的效果，需要考虑社康首诊与上述两大政策目标之间的关系。

从协调“保障健康”与“医保控费”两大政策目标之间的关系的角度来看，最为理想的状态是：由基层医疗机构完成首诊，由家庭医生实施其能力范围以内的诊疗工作，而对于超出其能力的，则及时将病人转诊至更具专业性的大医院，

由专科医生进行更为专业的诊疗。但是现实与理想之间存在偏差，家庭医生在诊疗过程中可能出现两种偏差：第一种偏差是，患者病情已超出其诊疗能力，但家庭医生将该病人留治；第二种偏差是，患者病情在其诊疗能力范围以内，但家庭医生将该病人转诊。第一种偏差将减损患者健康，第二种偏差则将带来不必要的诊疗费用。这两种偏差均难以完全避免，且一定程度上可能呈现此消彼长的关系。而究竟家庭医生出现哪一种失误的概率更高，与首诊制度设计有关。

具体而言，当推行强制社康首诊时，家庭医生必需对所有患者做出是否转诊的判断，这时相比患者可以直接在医院就医，家庭医生出现第一种失误，即留诊了应当转诊的患者，造成患者健康减损的概率上升；当实行患者自由就医制度时，则更可能出现本可以由家庭医生有效诊治，但却交由专科医生进行处理的情况，进而导致不必要的诊疗费用的提升。这时，在多大程度上继续推进转诊“优先权”，一定程度上取决于将“医保控费”视为占据优势地位的改革目标在当下的合理性。应当认为，维护居民健康始终是一切医疗改革的最终目的，“医保控费”旨在使健康保障水平与国家与居民当下的支付能力相适应。由于家庭医生制度在我国推进的时间较短，家庭医生的人员缺口较大，医疗水平有待提高，基层医疗机构在经历了长时间的萎缩之后，恢复乃至蓬勃发展尚需时间。因此，当下推进家庭医生首诊的力度适中为宜，操之过急可能导致首诊流于形式，反而增加患者就医难度，使得与“人民群众就医方便可及”的改革目标相违背。这样一来，需要谨慎把握转诊“优先权”的限度，目前阶段不宜无限制地扩大这一“优先权”。

3. 转诊规则的进一步明确。

《关于深圳市社区健康服务中心建设的指导意见》规定，“政府举办的社康中心继续实行公立医院‘院办院管’体制”，“社康中心由辖区政府举办为主，同时按照平等、竞争、择优的原则，积极鼓励和促进民营医院等社会力量举办社康中心，逐步扩大社会力量举办的社康中心所占比例”，“社会力量举办的社康中心的管理体制和运行机制自行确定，人员自主管理”。这意味着，目前占比最高的政府办社康中心采用由公立医院“院办院管”的方式。“院办院管”模式下，医院与社康之间是合作关系。鉴于目前阶段政府财政对于公立综合性医院的支持力度，医院对医疗收益的依赖性在未来一段时间内将仍然存在。这样一来，医院有动力为更多的居民提供医疗服务，而居民也希望能够在医院获得优质医疗

资源，因此其与医院的利益相一致。这时，家庭医生更可能倾向于向医院转诊患者，而医院向社康转诊病人的动力不足，从而出现“上转容易下转难”的情形，并最终对实现“优化配置医疗资源，形成合理就医秩序”的改革目标产生不利影响。

在社康与医院处于合作关系的背景下，明确转诊规则应当是破解“上转容易下转难”的一项举措。目前《深圳市家庭医生管理办法（试行）》明确列举了家庭医生的职责以及可以为签约居民提供的服务，其中包含签约转诊服务，但并没有说明什么情况下可以/应当转诊，什么情况下可以/应当留治。而随着实践经验的不断积累，转诊规则当存在进一步细化的空间。

（二）基层医疗机构运营模式的优化

前文已述及，目前深圳市基层医疗机构的主要运营模式为“院办院管”。所谓院办院管模式是指，社区卫生服务机构的经营权和所有权属于综合性医院，医院直接参与社区卫生服务机构的经营管理。院办院管模式的好处是显而易见的，它使得大型综合性医院有动力调动医院资源，去解决基层医疗机构的人员配置、设备器械供应等问题，使得基层医疗机构能够快速从无到有，发展壮大。也正是得益于院办院管模式，深圳市得以以较小的投入，基本实现了基层医疗服务的全覆盖。此外，在基层医疗机构发展过程中，院办院管模式使社康中心相对容易获得转诊服务优势，进而从大型医院获得专家资源，提升自身服务能力。不过随着医疗改革的深入，进一步强化基层医疗机构在分级诊疗和健康管理中的积极作用，决定了需要对深圳市处于主导地位的“院办院管模式”作进一步优化，以及引入更多元化的基层医疗机构运营模式作为补充。

1. 强化基层医疗机构的医疗资源配置。

“强基层”医疗改革目标的实现，需要充足的资源保障。政府向基层医疗机构投入的资源是否能够切实落实在基层，是基层医疗机构是否能够真正得到发展的关键性因素。以深圳社康中心人员的配备为例。《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》要求到2020年，基本实现城乡每万名居民有2-3名合格的全科医生。深圳是经济发达的城市，居民所享有的医疗资源也应当远高于平均值。但是直到目前，深圳市每万名居民只拥有2名左右的全科医生。这表明深圳社康中心存在人员不足的情况。当然，人员不足问题的成因是多方面的，既与全科医生制

度发展时间短，培养规模有限有关，也与深圳生活成本较高的当地特征相关。要在医疗机构资源配置等方面确保向基层医疗机构的倾斜，使得医疗机构的资源配置与其长期发展的目标相适应。

2. 发挥基层医疗机构在医保控费方面的优势。

综合性大医院凭借其诊疗活动的高度专业性，以及对医疗资源的高占有度在医疗卫生供给市场占据主导地位，这被认为是医保主管部门难以完成其“控费”任务的原因之一。¹¹质言之，医保主管部门与医院之间力量对比的失衡导致医保部门对于医院的诊疗行为难以真正进行监督。解决这一问题的思路有多种，比如强化医保主管部门的力量，政府加大对医院的财政支持力度以降低医院的逐利性，等等。但是，强化基层医疗机构的优质医疗资源配置，增强其医疗服务市场的竞争能力，也是一种可能的解决方案。因此，一定程度增强基层医疗机构的独立性，使其能够在一般性疾病诊疗领域与综合性大医院形成竞争，当对控制医疗费用过快上涨有所助益。

（三）家庭医生服务财政支持的可持续性

长期以来，由于大型医院对优质医疗资源的高度占有，致使其在医疗市场竞争中占据绝对优势地位，并一定程度上对基层医疗机构产生虹吸效应。以“强基层”为主导的改革希望推动医疗资源下沉至基层，增强基层医疗机构的服务能力，进而吸引居民选择在基层医疗机构就诊，既降低医疗成本，同时也能够提高患者的就医体验。这一目的的实现是以切实提高基层医疗机构的整体服务水准为前提的。而资金的支持是调动各方积极性的重要动力，政府的财政支持是快速建设家庭医生服务制度的关键要素。

另外，推进家庭医生服务，将增加居民对医疗卫生资源的需求。例如，对签约居民实施健康管理是家庭医生服务的一项重要内容，而就现状而言，与发达国家相比，我国居民的健康管理水平与健康意识均较为落后。人们习惯于无症状不看医生，疾病发展超出耐受能力后又在大型医院过度治疗。因此，当家庭医生提供“健康管理”服务时，则在一定意义上“创造”出原本在我国并不旺盛的需求。这从长期来看必然有利于居民健康水平的提高，但在短期却必然意味着对

¹¹ 参见刘军强等：《医疗费用持续增长机制——基于历史数据和田野资料的分析》，载《中国社会科学》2015年第8期。

医疗卫生资源的更多需求。政府的财政支持是回应医疗卫生资源增量需求的最佳途径。

深圳市卫生计生委、深圳市财政委和深圳市人力资源和社会保障局2018年2月23日发布了《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》，规定在2017年1月1日至2019年12月31日期间，对提供家庭医生服务的社康中心给予财政补助。政府的财政支持对于吸引人才，保障社康中心的正常运营，解决社康中心的设备不足等问题起到了关键性作用。但是，由于基层医疗机构经历了长期的衰退和萎缩，人才和物资皆严重不足，其整体服务能力的提升是一个长期工程，绝非朝夕之功，因此所需要的财政支持是长期的。从人才角度来看，人才是基层医疗组织是否能够发展壮大关键因素，而长期、稳定的财政支持将决定社康中心对于人才吸引力的高低。从物资角度来看，社康中心设备短缺现象较为突出，这无疑制约了社康中心服务质量的提升。再比如深圳市房屋土地资源短缺，社康中心可能面临租金上涨而必需转换服务场所的困境，进而不得不重新积累居民关系，积累信任，这必然对社康中心的发展产生不利影响。而政府加大并持续对基层医疗机构的投入，帮助解决其所面临的人、财、物问题，是实现医疗改革长期目标的必要举措。

（四）引入社会力量和竞争机制的思考

除了政府的投入外，市场力量的引入也应当对基层医疗机构的发展，医疗资源的合理配置起到重要促进作用。深圳市目前共有66家社会办社康，政府为支持、帮助社会办社康采取了多项重要举措，但是基于社会办社康的特殊性与家庭医生服务市场的竞争情况，政府对于社会办社康中心的发展还可以发挥更进一步的支持、监督作用。

1. 政策制定时更多地考虑社会办社康的现实情况

为动员社会力量以推进基层医疗机构建设，深圳市卫计委采取了多种措施。为实现医疗资源的共享，深圳市卫计委牵头积极推进医联体建设，打造平台，从而使得社会办社康能够依托医联体，突破一些因为没有大医院支持而面临的限制。比如“院办院管”的社康一般可以凭借与主管医院的隶属关系而获得转诊优先资格，而社会办社康则没有这样的便利条件，因此原本在与院办院管社康中心的竞争中处于不利地位。但是由于医联体的存在，社会办社康可以通过加入医联

体而从医联体获得医院的转诊优先权，从而增强自身的竞争力。深圳市卫计委还积极促成社会办社康中心的“专家下社康”活动，并且为这一活动提供资金支持，等等。

但是，政府部门对社会办社康的扶持仍有着更进一步的空间，在制定政策时更多地考虑社会办社康的实际情况。比如社保主管部门要求必需有五家以上社康中心同时申报开展设置家庭病床服务，该服务才有可能被纳入医保范围。这一政策的设定可能基于多种管理目的的考虑，也因为对于占绝大多数的院办院管社康中心来说，五家社康一起申报的要求并不难达到。但是这一门槛条件对于社会办社康来说显得过高了，同时也缺乏充分的合理性支撑。若医保不能够支付家庭病床服务，必然一定程度抑制居民的需求，这会影响到社会办社康工作的开展，并对其参与市场竞争带来不利影响。

2. 市场开放性程度的进一步提高

《深圳市家庭医生服务管理办法（试行）》第5条规定，政府举办的基层医疗机构和社会办医疗机构可以开展家庭医生服务。鼓励政府举办的二、三级医疗机构的卫生技术人员依法到开展家庭医生服务的基层医疗机构执业。这意味着，深圳家庭医生市场对社会是开放的。但是就目前而言，深圳市开展家庭医生工作的只有社康中心，社会上的诊所、门诊部尚未进入家庭医生服务领域。对小诊所、门诊部开展家庭医生服务有所顾虑是正常、合理的，但是较高的监管难度不应当成为否定它们获得家庭医生服务工作主体资格的原因。充分开放的市场既能够进一步有效整合社会资源，也有益于促进社康中心之间的竞争，提高服务质量，而强有力的政府监管则能够一定程度上保障医疗卫生市场良性循环的形成。

七、评估结论和制度及政策建议

根据深圳市法治政府建设领导小组办公室《关于印发落实法治政府建设考评指标工作指引和评分细则的通知》对重大行政决策事项考评的具体要求：“重大行政决策实施后应开展评估，实施后评估应包含决策实施基本情况，原目标的实现程度，是否需要做出调整、停止执行或者继续实施的评估结论等”，以及本研究报告确立的合法性、合理性、协调性、可操作性、规范性和实效性评估标准，经过前文论证，课题组得出如下评估结论及制度和政策建议：

（一）评估结论

从合法性和可操作性的角度看，《办法》对家庭医生服务管理、开展单位、服务团队构成、团队负责人和团队其他成员的资格条件、服务项目、签约、财政支持和收费标准等问题作了详细而周密的规定。相关内容有《深圳经济特区医疗条例》的上位法依据以及国家及地方层面的政策依据，《办法》对于家庭医生服务给予财政补贴、赋予签约服务的定价自主权等做法都符合《预算法》、《价格法》等现行法律、法规的要求。在可操作性方面，在《办法》印发之后，2018年2月9日，深圳市还发布了《家庭医生服务规范》，对家庭医生服务的服务原则、服务内容、服务要求、服务保障、服务质量考核等内容做了细化规定。这些规定，很大程度提高了家庭医生服务办法的可操作性和家庭医生服务的规范性。

从合理性的角度看，《办法》有助于弥补传统医疗模式的不足，家庭医生服务的开展，秉承“以人为本”、提供“综合性、连续性、协调性、个性化”的服务理念，打破了传统的就医模式，为居民提供更高标准的就医体验，提高了居民的签约意愿，形成了良好的社会效益，《办法》引入了市场竞争机制并鼓励社会力量办医，包括允许社会办医疗机构开展家庭医生服务和允许社会办医疗机构自行制定公共卫生服务以外的服务的医疗服务费价格，有利于激活市场活力，促进深圳市医疗卫生市场的发展；《办法》优化了资源配置，促进了分级诊疗的开展，如《办法》加大了对家庭医生服务在财政和人才的支持力度，通过提高家庭医生服务水平，能有效引导患者优先到基层医疗机构就诊，从而促进医疗资源的有效配置，促进分级诊疗工作的开展，形成了良好的社会效益。

从协调性的角度看，考虑到家庭医生服务是我国政府自上而下推进的一项医疗卫生领域的重要政策措施，政府对家庭医生服务的组织、规范和财政支持是这项工作得以顺利和持续开展的基础。在《办法》出台前后，深圳市卫生行政管理部门和其他政府相关部门主要出台了《家庭医生服务规范》、《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》、《关于印发建立与分级治疗相结合的医保基金总额管理制度实施方案（试行）的通知》等推进性的配套制度及政策措施。这些配套性制度，细化了《办法》的具体内容、建立了家庭医生签约服务财政补助机制、并设计了居民优先选择在基层医疗机构首诊的激励性措施。

从实效性的角度看，在签约方面，深圳市卫计委在全市建立了家庭医生签约服务统计报表制度，并开发了全市新版社康管理信息系统。在全市新版社康管理信息系统，与此同时，深圳家庭医生的服务规模和签约数量有了稳步或大幅度的增长；在服务数量方面，2018年8月的月报表显示：深圳全市家庭病床3076张；高血压患者在管签约数194136人，2型糖尿病患者签约数74296人，肺结核患者签约数3063人，严重精神障碍患者在管签约数20231人，家庭医生服务在医疗体系中发挥了重大作用；在服务质量和居民满意度方面，《办法》和《服务规范》对家庭医生的服务质量有较为严格的把控，目前深圳市高级职称医生在全科医生中占比15.51%，中级职称医生在全科医生中占比55.85%，保证了家庭医生服务的质量。在广东省卫生计生委组织的家庭医生签约服务质量督导中，肇庆市卫生和计划生育局在其出具的《关于对深圳市家庭医生签约服务质量开展交流督导的情况报告》中，从组织管理、绩效考核、工作开展情况、实施效果和工作亮点5个部分，对其抽取的深圳市盐田区田东社区健康服务中心和罗湖区文华社康中心在规范建章立制、强化团队建设、广泛宣传活动、实施分类管理和引导考核激励等方面，都作出了积极的评价。

所以总体看来，《办法》实施现状和实施效果良好，实现了预期立法目标，建议继续实施。

（二）制度及政策建议

考虑到家庭医生服务作为新型医疗服务对于中国医疗改革的重要性，以及家庭医生服务与传统的医疗服务供给方式并不完全契合、家庭医生服务财政支持的

可持续性和基层医疗机构运营模式、家庭医生服务质量等方面存在的问题，家庭医生服务工作需要进一步推进，包括采取如下制度或政策措施：

1. 进一步协调家庭医生服务与传统医疗服务提供方式之间的关系。

深圳市有关规范性文件为鼓励居民优先选择在基层医疗机构首诊，采取包括优先诊疗、提供预约转诊服务、开具长药方、为在社康中心就诊的参保人提供挂号费和药费等方面价格折扣等在内的政策措施，这也是推广家庭医生服务的激励性制度设计。为进一步推广家庭医生服务，扭转居民求医习惯，设计适当的激励性制度，并协调家庭医生服务与传统医疗服务提供方式之间的关系，是非常必要的。但同时要注意激励的力度，避免“强制社康首诊”，导致激励效果背离改革的初衷。另外，可以考虑适当借鉴西方发达国家的先进经验，以降低改革的试错成本。

2. 继续加强家庭医生服务工作的规范并完善其考核和评估机制

2018年深圳市出台了《家庭医生服务规范》，对家庭医生服务的服务原则、服务内容、服务要求、服务保障、服务质量考核等内容做了细化规定，这些要求，很大程度提高了家庭医生服务办法的可操作性和家庭医生服务的规范性。同时，《家庭医生服务规范》还设计了家庭医生的服务质量考核机制，包括明确了考核机构、考核指标、考核方法、服务质量考核结果管理等内容。在家庭服务工作进一步开展的过程中，应该继续加强家庭医生服务工作的规范并完善其考核和评估机制。只有家庭医生服务质量得到实质性的提升，才能够保证此项医疗制度改革真正获得成功。

3. 优化基层医疗机构运营模式，进一步做实基层医疗机构。

由于基层医疗机构是家庭医生服务团队和家庭医生服务的依托单位，基层医疗机构的建设和运行情况 and 家庭医生服务的推广成效就息息相关，优化基层医疗机构的运营模式，进一步做实基层医疗机构是非常必要的。“分级诊疗”和“强基层”的医疗改革目标的实现，需要给与基层医疗机构充分的政策措施和资源配置的保障，同时应该从基层医疗机构运营模式的角度入手，考量适度开放市场，允许不同基层医疗机构的运营模式并存，让市场机制遴选出更符合市场要求的基层医疗机构以及让更优的基层医疗机构组织方式胜出。

4. 强化对家庭医生服务的政策及财政支持力度。

为了推广家庭医生服务方式，深圳市出台了包括《办法》在内的政策措施。此外，为了保障家庭医生服务的财政支持和规范财政补助资金的使用，深圳市卫生计生委、深圳市财政委和深圳市人力资源和社会保障局还发布了《关于加强家庭医生签约服务财政补助资金使用管理的通知》，对深圳市建立家庭医生签约服务财政补助机制作出了具体要求。家庭医生服务方面的财政支持措施，为家庭医生服务的推广提供了有力的经费保障。不过，在后续的家庭医生服务工作开展中，需要给与持续的政策及财政支持，才能够确保此项医疗服务改革措施得到充分发展并发挥其应有作用。

5. 进一步促进竞争机制发挥作用。

一方面，在现有制度框架下，医院与基层医疗机构多为合作关系，这有益于协调两者之间的关系，激励医院支持基层医疗机构的发展。但是随着分级诊疗制度和家庭医生服务工作的推进，医院与基层医疗机构之间也会出现一定程度的市场竞争，容忍医院与基层医疗机构之间可能出现的竞争，适当增强基层医疗机构的独立性，具有一定的积极意义。另一方面，进一步放开家庭医生服务市场，允许更多符合条件的市场主体参与家庭医生服务的提供，这对于增加基层医疗资源的供给，增强不同市场主体之间的竞争，促进家庭医疗服务质量提升和医疗改革目标的实现，都有积极的推动作用。

附件：《办法》原文

深圳市家庭医生服务管理办法（试行）

第一条 为规范家庭医生服务管理，根据《深圳经济特区医疗条例》等有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所称家庭医生服务，是指医疗机构与常住居民签订家庭医生服务协议，由协议约定的家庭医生服务团队为该居民提供的综合性、连续性、协调性、个性化的医疗卫生和健康管理服务。

第三条 市卫生行政主管部门是家庭医生服务工作的主管部门，负责制定全市家庭医生服务的相关政策，规范、监督、指导全市家庭医生服务的开展。

区卫生行政主管部门负责对本辖区医疗机构及其家庭医生服务团队开展家庭医生服务进行质量考核和监督评价。

第四条 各级公共卫生机构，应当为医疗机构及其家庭医生服务团队开展公共卫生服务提供技术指导。

第五条 政府举办的基层医疗机构和社会办医疗机构可以开展家庭医生服务。

鼓励政府举办的二、三级医疗机构的卫生技术人员依法到开展家庭医生服务的基层医疗机构执业，参与家庭医生服务。

第六条 医疗机构组建的家庭医生服务团队应当配备全科医师、社区护理人员，并可以吸收公共卫生医师、专科医师、药师、健康管理师、心理咨询师、营养师、康复治疗师、社（义）工、社区网格管理员等人员加入家庭医生服务团队。

第七条 医疗机构应当明确家庭医生服务团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工，定期开展考核；并指定 1 名全科医师作为家庭医生服务团队的负责人，负责家庭医生服务团队的成员任务分配和管理。

第八条 家庭医生服务团队的负责人应当具备下列条件：

（一）取得医师执业证书且在深圳市执业注册为全科医学或者中医全科专业；

（二）具有本科及以上学历或者中级及以上专业技术资格；

（三）从事全科医学工作并已连续独立执业 1 年以上。

第九条 家庭医生服务团队的其他成员应当依法具备相应的资质。

第十条 家庭医生服务团队在所在医疗机构执业登记和工作职责范围内可以依法为签约居民提供以下服务：

（一）基本医疗服务；

（二）公共卫生服务，包括基本公共卫生服务和重大公共卫生服务；

（三）签约健康管理服务，以公共卫生服务为基础，为签约居民制定个性化、针对性的健康干预措施，并为其提供连续性健康管理服务，指导其开展自我健康管理；

（四）签约健康教育与咨询服务，通过面对面、电话、网络等多种方式为签约居民提供健康咨询、健康教育资料发放、家庭康复指导和用药指导等服务；

（五）签约诊疗服务，提供约定时限的诊疗、健康照顾、跟踪随访等服务；

（六）签约预约服务，通过电话、网络等方式为签约居民提供诊疗和健康管理预约、登记等服务；

（七）签约转诊服务，根据签约居民的需求为其提供更快捷、方便、有效、有针对性的转诊转介服务；

（八）家庭病床服务，为符合家庭病床管理有关规定，适宜在家庭环境下进行检查、治疗和护理的签约居民根据其需求提供家庭病床服务；

（九）其他签约服务。

第十一条 医疗机构为居民提供家庭医生服务，应当与其签订家庭医生服务协议。家庭医生服务协议应当包括家庭医生服务团队成员、项目、方式、服务内容、期限、双方权利义务，解约和续约情形等内容，签约周期原则上为1年。

签约周期内，居民只能选择一个家庭医生服务团队为其提供家庭医生服务。居民需要更换家庭医生服务团队的，须向与其签订家庭医生服务协议的医疗机构书面提出解约后，方可选择新的家庭医生服务团队。

第十二条 在家庭医生服务协议有效期内，家庭医生服务团队发生成员变动、服务内容变化等情形的，医疗机构应当及时告知签约居民，签约居民可以与医疗机构协商修改服务协议或者解约。

第十三条 每个家庭医生服务团队的签约服务人数一般不超过 2000 人。

第十四条 开展家庭医生服务的医疗机构，应当向辖区卫生行政部门提供家庭医生服务团队信息，包括家庭医生服务团队成员的姓名、专业、职称、学历、主要工作经历、工作成就等，并向社会公开。

第十五条 开展家庭医生服务的医疗机构，应当按照卫生行政主管部门的要求使用社康管理信息系统开展家庭医生服务信息化管理工作，主要包括家庭医生签约情况以及对签约居民的健康随访、健康档案维护等。

第十六条 医疗机构及其家庭医生服务团队应当对签约居民的个人资料及隐私保密。

第十七条 家庭医生服务团队主要在医疗机构内为签约居民开展家庭医生服务。

第十八条 政府举办的基层医疗机构的家庭医生服务团队可以按照家庭病床管理的有关规定为建立家庭病床的签约居民提供上门医疗服务。

社会办医疗机构的家庭医生服务团队根据自身的服务能力以及签约居民的需求，经该医疗机构医疗安全评估，书面告知医疗风险及服务价格，并取得签约居民知情同意后，可以为签约居民提供上门医疗服务。

第十九条 按照卫生行政主管部门确定的开展公共卫生服务的医疗机构，其家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务所需经费由相应的补助资金列支，医疗机构不得另行向签约居民收取相关费用。

第二十条 政府举办的基层医疗机构的家庭医生服务团队为签约居民提供的基本医疗服务，按照深圳市基本医疗服务价格标准执行；提供的除基本医疗服务和公共卫生服务外的其他服务，经市发改部门批准后，可以向签约居民收取家庭医生签约服务费等费用。

政府举办的基层医疗机构在享受家庭医生服务财政补助期间，不得向本市社会医疗保险参保人收取签约服务费。

第二十一条 社会办医疗机构的家庭医生服务团队为签约居民提供的公共卫生服务以外的服务，可自行制定服务价格，向社会公示后，收取医疗服务费、家庭医生签约服务费等费用。

社会办医疗机构在享受家庭医生服务财政补助期间向本市社会医疗保险参保人收取签约服务费的，只能收取扣除财政补助后的差额部分。

第二十二条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行，试行 3 年。