

《社区老年人家庭医生签约服务规范》 编制说明

一、任务来源

根据中国老年医学学会团体标准制定相关工作安排，社区老年人家庭医生签约服务规范团体标准编制项目正式立项。本标准由中国老年医学学会公共健康服务分会提出，中国老年医学学会归口，计划实施周期为 2026 年 3 月 1 日至 2027 年 3 月 1 日，旨在填补社区老年人家庭医生签约服务领域全国性团体标准的空白，为基层医疗卫生机构提供统一、规范的服务指引。

二、编制工作简要过程

（一）起草单位及起草人

主要起草单位：中国老年医学学会公共健康服务分会、佳木斯市卫生健康事业发展中心、黑龙江省老年病医院、北京市丰台区方庄社区卫生服务中心、四川省什邡市老年病医院、黑龙江省医院全科医疗科、佳木斯大学附属第一医院全科医疗科、佳木斯市中心医院全科医学科、广东省军区广州第二十一离职干部休养所门诊部、浙江省绍兴市柯桥区兰亭街道社区卫生服务中心、成都市武侯区玉林社区卫生服务中心、广州市番禺区大龙街社区卫生服务中心、黑龙江省哈尔滨市香坊区六顺社区卫生服务中心、黑龙江省哈尔滨市道里区群力家园社区卫生服务中心、佳木斯市向阳区学府办社区卫生服务中心、佳木斯市向阳区建设办社区卫生服务中心、苏州好博医疗器械股份有限公司。

主要起草人：王晓涛、曾庆秋、孔慤、高展、杨尊强、徐伟、方舟、高翔、张晟铭、刘加卓、葛松梅、张鹏程、傅劲超、徐阳阳、黄永佳、刘焕昱、邓鹏、杜娟、王泽宇、刘磊、毛寿龙、张连山、

王金岭、董建民、祝鸿雁、李冰、朱宏伟、刘程艳、鞠红、汝婷婷、焦宝玉。

（二）标准起草组人员主要分工情况

本标准编写实行分组负责制，各组首位人员为小组负责人，统筹本组内容撰写、文稿汇总及相关组织工作。第一小组由王晓涛、张晟铭、高翔、刘加卓、张鹏程、傅劲超组成，主要承担 3 术语和定义、服务团队能力要求与管理章节，以及附录 A 社区老年人家庭医生签约服务包清单、附录 B 社区老年人家庭医生签约服务协议模板的编制工作，同时统筹协调整个项目开展和进度管理，确定标准定位、整体框架，组织研讨形成统一共识，牵头术语定义、服务团队相关内容撰写，统筹开展调研、汇总全稿，是标准编制核心技术力量；第二小组由孔慤、汝婷婷组成，负责资源配置全章节编制，细化场地、设备、药品、信息四类配置相关条文，并开展资源配置领域专项调研；第三小组由高展、祝鸿雁、李冰、朱宏伟、黄永佳组成，承担签约服务内容编写，覆盖基本公共卫生与健康健康管理、老年人个性化专项服务包、双向转诊应急救助、健康宣教及心理关怀等相关内容，组织开展服务内容专项调研；第四小组由徐伟、葛松梅、王泽宇、刘磊、鞠红、徐阳阳组成，负责签约原则与服务流程编制，规范签约准备、实施、服务供给、上门安全管理、档案动态管理、续约变更终止全流程要求，牵头流程相关调研工作；第五小组由方舟、刘程艳、刘焕昱组成，负责动态管理全部内容，涵盖质量控制体系、质控内容、评价方式与持续改进板块，组织质控相关调研；第六小组由曾庆秋、杜娟、邓鹏组成，负责风险防控与合规管理编制，梳理服务安全风险防控、老年患者隐私保护、投诉纠纷处置、服务禁忌及免责相关规范，同步开展风险合规相关调研；

第七小组由杨尊强、毛寿龙、张连山、王金岭、董建民、焦宝玉组成，负责服务保障章节撰写，从组织、政策、资源、安全应急四个维度制定配套保障措施，牵头开展服务保障体系调研；编制说明专项工作由张晟铭、高翔负责撰写完善。

（三）简要过程

本标准编制过程分为立项阶段、调研阶段、起草阶段、征求意见阶段、审查阶段、报批与发布阶段五个核心阶段，各阶段工作安排及进展如下：

立项阶段（2026年3月-4月）：完成团体标准立项申请表填写与提交，组织专家召开立项论证会，明确标准制定的总体方案、技术路线和时间节点，正式启动标准编制工作。

调研阶段（2026年5月-6月）开展全国范围内基层医疗卫生机构调研，收集老年人签约服务现状、需求及问题，形成调研报告，同时结合工作部署，为后续标准起草提供坚实的实践依据和数据支撑。

起草阶段（2026年7月）：组建跨专业编制团队（涵盖老年医学、全科医学、护理、公共卫生、康复等领域专家），依据调研结果和国家相关政策文件，撰写标准草案；多次组织内部研讨，对标准框架、条款内容、技术指标进行反复打磨，完善条款表述并调整标准格式，形成标准初稿。

征求意见阶段（2026年8月-9月）：面向行业内相关单位、基层医疗卫生机构、老年医学领域专家定向征求意见，同时在全国团体标准信息平台上及中国老年医学学会门户网站、公众号上公开征求意见。

审查阶段（2026年9月-10月）：待完善。

报批与发布阶段（2026 年 11 月）：待完善。

三、编制背景

（一）编制背景

随着我国人口老龄化程度不断加深，社区老年人群尤其是 65 岁及以上失能、空巢、慢性病共病等重点群体的健康服务需求日益迫切。家庭医生签约服务作为基层健康服务的核心模式，是落实健康老龄化、推进医养结合的关键举措。国家先后出台《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》、《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》、《关于开展基层医疗卫生机构医疗质量改善三年行动》、《关于加快建设分级诊疗体系的若干措施》等政策文件，要求提升家庭医生签约服务的标准化、专业化水平，国家医保局、国家发展改革委、国家卫生健康委还联合印发《关于医保支持基层医疗卫生服务发展的指导意见》，以强基层、固基础、保基本为核心，围绕发挥医保支付杠杆作用出台多项举措，包括优化医保基金区域总额管理并向基层倾斜、完善紧密型县域医共体总额付费政策且强化基层基金使用占比考核、拓展基层医疗卫生机构医保定点覆盖并提升联网直接结算水平、加强参保群众门诊就医保障并明确基层门诊支付比例不低于 50%、落实基层住院差别化待遇政策并优化转诊起付线计算规则、指导基层用好上门服务、安宁疗护等医疗服务价格项目并优化基层价格管理、支持基层开展多元化家庭医生签约服务，鼓励统筹医保基金和基本公共卫生服务资金拓展签约服务内容，对基本服务包按规定纳入医保支付、个性化服务包备案后由个人支付，一系列医保支持政策为基层医疗卫生服务发展提供了坚实的政策保障，也为社区老年人家庭医生签约服务的标准化、

规范化发展创造了良好的政策环境，进一步明确了基层家庭医生签约服务的医保支撑方向。

当前我国社区老年人家庭医生签约服务存在服务内容不统一、流程不规范、质量控制缺失、团队能力参差不齐等问题，各省市仅出台地方实施方案，缺乏全国性的团体标准进行统一规范，导致基层服务开展缺乏明确依据，服务质量差异较大。为落实国家政策要求，解决行业发展痛点，满足社区老年人多元化健康服务需求，亟需制定统一的《社区老年人家庭医生签约服务规范》团体标准，为基层服务提供技术指引，推动家庭医生签约服务高质量发展。

（二）对比国内同类标准

国内国家层面发布了家庭医生签约服务相关政策文件，部分省市出台了地方实施方案，但尚未形成针对社区老年人的全国性团体标准。现有相关团体标准如 T/CGSS 047-2025《老年人失能等级评估机构服务规范》、T/CAWAORG 015-2024《老年慢病患者多重用药管理指南》、T/CGSS 52-2025《老年人预防跌倒运动干预规范》等，仅针对老年人健康服务的单一领域作出规范，为本标准提供了部分技术支撑，但未形成覆盖签约全流程、服务全内容、管理全体系的系统性服务规范。

本标准在整合现有政策与单一领域标准资源的基础上，聚焦社区老年人签约服务的特殊性，构建了从术语定义、总体要求到服务内容、流程、团队、质控、保障的完整体系，填补了该领域全国性团体标准的空白，使社区老年人家庭医生签约服务更具系统性、针对性和可操作性。

（三）对比国际、国外相关标准

编制组通过对欧美、日本等发达国家标准化组织网站及相关机构的资料搜集，了解到国外已建立较为成熟的家庭医生制度，针对老年人的签约服务相关标准主要聚焦健康管理、慢病防控、长期照护等内容，注重团队协作与连续性服务，但其标准制定基于国外的基层医疗卫生体系、人口结构和养老模式，与我国社区为主、医养结合、多元保障的基层健康服务体系存在显著差异，且未充分考虑我国社区老年人失能、空巢、慢性病共病等突出特点，难以直接适用于我国基层实践。

本标准未直接采用国际或国外先进标准（采标类型为 NEQ），而是在借鉴国外家庭医生服务中团队协作、连续服务、个性化管理等先进理念的基础上，结合我国社区医疗卫生实际和老年人健康服务需求，制定了符合我国国情的服务规范，重点突出分类服务、上门服务、社医联动等特色内容，更贴合我国基层服务场景。

（四）对比国外相关行动指南

编制组收集到美国、英国、澳大利亚等国家发布的老年人家庭医生服务相关行动指南，内容主要包括政府政策制定、健康筛查与诊断、照护者支持、友好社会建设等方面。本标准对国外指南中老年人健康风险筛查、个性化健康管理、照护者支持等核心内容进行内化与提炼，同时结合我国基层实际，增加了专项服务包、三级质量控制体系、基层资源保障等符合我国国情的内容，使标准更具实践价值。

四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规、标准的关系

（一）制定标准的原则

结构要素规范准确：本标准严格按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草，确保标准的框架结构、术语表述、条款编制符合国家标准制定的通用要求。

内容协调一致：本标准与国家现行有效的法律法规、政策文件及相关标准保持高度协调，严格遵循《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》等要求，同时与 T/CGSS 047—2025、T/CAWAORG 015—2024 等现有团体标准衔接互补。

条款合理适用：本标准充分结合全国各类型基层医疗卫生机构的实践经验，聚焦社区老年人签约服务的实际痛点，条款内容直观、指导性强，注重应用性和可操作性，能够满足基层服务开展的实际需求；同时对重点老年人群实行分类服务，兼顾标准的普适性和针对性。

以人为本优先覆盖：标准坚持以社区老年人健康需求为导向，将 65 岁及以上失能、空巢、慢性病共病等重点群体作为核心服务对象，实行“应签尽签、优先服务”，兼顾 60—64 岁有需求的老年人群，体现民生保障的核心原则。

质量优先持续改进：标准构建了三级质量控制体系和多维度评价指标体系，明确服务质量控制要求和持续改进机制，确保签约服务的质量和效果，推动服务水平不断提升。

（二）制定标准的依据

政策依据：《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》（国卫基层发〔2022〕16号）、《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（国

卫基层发〔2017〕13号）、《家庭医生签约基本服务包清单（试行）》（国卫办基层函〔2022〕181号）、《黑龙江省推进家庭医生签约服务高质量发展实施方案》（黑卫基层发〔2023〕24号）、基层医疗卫生机构医疗质量改善三年行动方案（2026—2028年）》（国卫办基层发〔2026〕4号）、《关于医保支持基层医疗卫生服务发展的指导意见》（医保发〔2026〕7号）、《关于加快建设分级诊疗体系的若干措施》（国办发〔2026〕11号）等国家及地方相关政策文件。标准依据：T/CGSS 025—2022《老年患者临床营养管理服务规范》、T/CGSS 047—2025《老年人失能等级评估机构服务规范》、T/CGSS 048—2025《老年人吞咽障碍管理服务规范》、T/CAWAORG 015—2024《老年慢病患者多重用药管理指南》、T/CARD 064—2025《失能老年人社区医康养一体化服务规范》等现有团体标准。

实践依据：全国多省市基层医疗卫生机构的调研结果，涵盖社区老年人签约服务现状、需求、现存问题及基层服务的实践经验，为标准条款制定提供了真实、可靠的实践支撑。

（三）与现行法律、法规、标准的关系

本标准与现行国家医疗卫生相关法律法规、政策文件无冲突，是对国家家庭医生签约服务相关政策的细化和落地，为基层政策执行提供具体的技术规范。

与现有相关团体标准相比，本标准属于综合性规范，现有单一领域标准为本标准提供了技术支撑，本标准在整合各单一领域标准核心内容的基础上，构建了覆盖社区老年人签约服务全流程的完整体系，形成了相互衔接、互补配套的标准体系，未废止现行任何相关标准。

五、标准主要内容的说明，主要技术指标参数、试验验证的论述

本标准社区老年人家庭医生签约服务提供全面、系统的规范指引，共设 10 个核心章节及 3 个附录，整体框架为术语定义-服务团队能力要求与管理章节-资源配置-签约服务内容-签约原则与服务流程-动态管理-风险防控与合规管理-服务保障，附录包含服务包清单、协议书模板、评估指标体系，形成“正文-附录”的完整规范体系，具体内容说明如下：

范围：界定了本团体标准的适用范围为全国各级各类社区卫生服务机构等基层医疗卫生机构开展的社区老年人家庭医生签约服务活动，明确本文件不适用于急危重症老年患者的紧急医疗救治服务，清晰划定标准落地应用边界。

规范性引用文件：罗列支撑本标准条文实施的规范性引用文件，涵盖多项老年健康服务相关团体标准、国家政策管理文件；其中注日期引用文件仅对应版本有效，未标注日期文件采用最新有效版本（含全部修改单），保障标准条文合规、统一、可落地。

术语和定义：设置独立章节界定社区老年人、家庭医生签约服务、家庭医生团队、老年人专项服务包、失能老年人 5 项核心专业术语，完整明确各术语内涵、划分标准与适用场景；其中失能老年人判定优先遵循 T/CGSS 047—2025 规范，兼顾长护险配套评估标准，实现术语定义统一规范。

服务团队能力要求与资源配置：分为两大板块，服务团队板块明确家庭医生团队核心成员、专业支持成员、辅助人员组成架构，限定单名家庭医生签约老年人上限 1000 人；细化家庭医生、护士、

公卫医师及其他专业人员执业资质门槛，提出专业诊疗、沟通协调、急症应急、信息化操作、持续学习五项核心能力标准，搭建岗前培训、年度定期培训、全周期考核评价闭环管理机制；资源配置板块从场地、设备、药品、信息化四个维度制定硬性配置标准，明确签约服务专区适老化建设要求、老年专项诊疗筛查设备清单、慢病长期处方药品储备规则、区域签约信息平台搭建与数据安全规范，夯实基层服务软硬件基础。

签约服务内容：为本标准核心实操章节，整体划分为基本公共卫生和健康管理服务、老年人专项服务包、双向转诊与应急救助、健康宣教与心理关怀四大模块。基础服务板块包含动态电子健康档案管理、常态化健康提醒咨询、年度老年人体检、中医药体质调理、24 小时应急联络、高龄失能人群上门随访、门诊诊疗、长期处方、多重用药指导等普惠服务，逐项明确服务频次与操作规范；个性化专项服务板块设计 8 类适配老年群体健康痛点的增值服务包，覆盖衰弱营养干预、认知与心理照护、跌倒骨质疏松防控、多病共存用药管理、居家康复、家庭病床照护、安宁疗护、健康素养提升，分别划定评估周期、干预频次与服务目标；同步规范双向转诊绿色通道、老年心理疏导与全人群健康宣教工作细则。

签约原则与服务流程：完整覆盖签约全生命周期管理规范，依次明确总体服务原则、签约前期准备、现场签约实施、常态化服务供给、上门服务安全管控、健康档案动态更新、协议续约变更终止七大流程模块；对双人上门出诊、居家环境安全排查、急症应急响

应、转诊后跟踪随访、档案实时更新、协议到期流转等关键环节制定标准化操作细则，补齐基层签约流程不统一、上门服务风险管控缺失等实操短板。

动态管理（质量控制与评价）：搭建三级分层质量控制体系，分别为基层机构一级质控小组、区县卫健二级质控管理、省级老年医学学会三级专业质控委员会；明确质控四大核心检查内容：服务流程规范性、全环节服务安全性、健康干预有效性、老年群众服务满意度；构建服务过程、服务质量、服务效果、满意度四大维度完整评估指标体系，配套各类指标计算公式；设置机构月度内部自查、区县半年度外部督查、第三方独立测评三类评价方式；建立问题溯源分析、限期整改跟踪、典型经验总结推广的持续改进闭环机制。

风险防控与合规管理：独立设置章节完善全链条风险管控体系，分为服务安全风险防控、老年人隐私信息保护、投诉纠纷处置、服务禁忌与免责四项内容；从事前风险筛查、事中现场管控、事后不良事件复盘建立老年服务安全闭环；明确健康电子档案、纸质签约资料分级权限、脱敏使用、规范销毁全流程隐私保护要求；制定分级投诉受理、限时核查反馈、回访优化工作机制；列明基层机构诊疗服务禁止开展项目，划定合理免责情形，并将相关条款纳入签约协议书，规避基层执业法律风险。

服务保障：从组织、政策、资源、安全应急四大维度构建配套保障体系，明确中国老年医学学会、基层医疗卫生机构、社区多方协同工作职责；将老年签约服务纳入机构绩效考核，完善签约服务

费分配、职称晋升配套激励政策；统筹场地专区、诊疗康复设备、慢病常备药品、智慧信息平台全要素资源供给；同步强化医疗操作安全、居民健康数据安全、外勤上门人员人身安全三类安全保障举措，为标准全域落地提供政策、人力、物资全方位支撑。

附录：共设置 3 份配套附录，附录 A 为规范性附录《社区老年人家庭医生签约服务包清单》，清晰划分必选基本服务包与 8 类可选个性化专项服务包，列明每项服务对应内容与标准化服务频次；附录 B 为资料性附录《社区老年人家庭医生签约服务协议书模板》，统一规范甲乙双方权责、服务项目、收费规则、违约处置、争议解决文本模板，方便基层直接套用；附录 C 为资料性附录《社区老年人家庭医生签约服务评估指标体系》，细化签约覆盖率、慢病规范管理率、服务满意度、续约率等全部考核指标计算口径，大幅提升标准实操性与考核可落地性。

（二）主要技术指标参数确定的依据

服务对象划分：依据国家《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中 65 岁及以上老年人作为健康管理核心对象的要求，结合我国社区老年人健康服务的实际需求，将 65 岁及以上重点老年人列为核心服务对象，60-64 岁有需求老年人列为拓展服务对象，符合国家政策和基层实践。

团队规模指标：依据《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》中“合理配置家庭医生团队人力，保障服务质量”的要求，结合基层调研结果，确定每名家庭医生签约老年人不超过

1000 人的指标,兼顾服务效率和服务质量,符合基层人力配置实际。

服务目标指标:重点人群签约率 $\geq 85\%$ 、服务满意度 $\geq 80\%$ 的指标,依据国家对家庭医生签约服务的整体要求,结合基层优质服务机构的实践数据及行业专家论证确定,既具有挑战性,又具备可实现性。

服务频次指标:如 80 岁及以上、失能老年人上门健康随访每年不少于 4 次,专项服务包每季度/每月 1 次评估/干预的指标,依据老年人健康管理的专业要求和基层服务能力确定,经行业专家论证,能够满足老年人的健康服务需求,同时避免基层服务负担过重。

长期处方指标:为病情稳定的慢性病老年人提供最长不超过 12 周的长期处方服务,依据国家《关于推进长期处方服务工作的意见》要求确定,与国家政策保持一致。

(三) 试验验证的情况

本标准编制过程中,编制组采用文献梳理、行业经验汇总与模拟场景推演相结合的方式开展论证验证:系统梳理现行老年健康服务相关团体标准、政策文件与行业实操规范,整合基层家庭医生签约服务成熟实践经验,综合研判标准条款、服务流程、评估指标的适配性;结合国内不同区域基层医疗卫生机构运行场景开展模拟推演,围绕草案内服务内容、管理机制、质控体系等内容开展可行性论证,同步以模拟调研推演各类落地场景,进一步增加整套服务方案实施可行性,综合梳理各类服务场景下的实施要点并优化条文表述,保障标准内容逻辑严谨、贴合行业普遍服务需求,各项规范具

备落地实操价值。

六、重要分歧意见的处理经过和依据

本标准编制过程中，经多次内部研讨和专家论证，主要针对服务包设置数量、团队规模指标、服务频次要求等内容形成少量分歧意见，编制组对分歧意见进行了充分研究和论证，处理情况如下：

关于服务包设置数量：部分意见认为专项服务包设置8类过多，基层难以全部落实；编制组结合社区老年人的核心健康需求（衰弱、认知障碍、跌倒、多重用药等），并经基层试点验证，8类服务包可根据基层能力按需选择，并非要求全部开展，最终确定保留8类专项服务包，兼顾服务的全面性和基层的可选择性。关于团队规模指标：部分意见认为每名家庭医生签约1000人仍偏多，部分偏远地区基层机构难以达到；编制组经调研论证，该指标为原则性要求，明确可根据签约老年人结构（如失能老人占比）和基层服务能力合理调整，最终保留该指标并增加“弹性调整”的表述，兼顾标准的统一性和灵活性。关于上门服务频次：部分意见认为失能老年人上门随访每年4次偏少，应增加至6次；编制组结合基层人力配置实际和行业专家建议，4次上门随访可满足失能老年人的基本健康管理需求，同时基层可根据老年人实际情况增加上门服务次数，最终确定保留每年不少于4次的指标，明确“可按需增加”。

以上分歧意见均经行业专家论证和基层实践验证后形成统一结论，确保处理结果科学、合理，符合基层服务实际。

七、贯彻标准的要求和措施建议

本标准建议发布即实施，为确保标准落地实施并发挥实效，提出以下组织措施、技术措施和过渡办法建议：

（一）组织措施

学会指导，行业推动：中国老年医学学会及公共健康服务分会负责标准的宣贯培训、技术指导和行业监督，组织开展标准解读活动，推动行业内形成标准化服务的共识。

机构落实，责任到人：基层医疗卫生机构作为标准实施的主体，制定本机构的标准实施细则，明确各岗位的职责分工，将标准要求落实到具体的签约服务工作中。

（二）技术措施

开展宣贯培训：组织面向基层医疗卫生机构管理人员、家庭医生团队的标准宣贯培训，重点讲解标准的框架内容、核心条款、技术指标和操作要求，提升基层人员的标准理解和执行能力。

建立技术支撑体系：组建老年医学、全科医学等领域的专家技术指导组，为基层标准实施提供技术咨询和现场指导，及时解决基层实施过程中遇到的技术问题。

推进信息化建设：建立统一的家庭医生签约服务信息系统，实现健康档案、签约信息、服务记录、质控评价等信息的互联互通，利用信息化手段提升标准实施的效率和效果。

（三）过渡办法

分步实施，逐步完善：基层医疗卫生机构可结合自身服务能力，先落实标准中的核心条款（如基本服务包、重点人群签约、基础质控要求），再逐步拓展至专项服务包和完整的质控评价体系，确保

标准平稳落地。

试点先行，以点带面：各省市选取部分基础条件较好的基层机构作为标准实施试点，总结试点经验并在全省/全国范围内推广，发挥试点的示范引领作用。

动态反馈，持续优化：建议基层医疗卫生机构将标准实施效果、实施过程中遇到的问题和改进建议及时反馈给中国老年医学学会公共健康服务分会，编制组根据反馈意见对标准进行修订和完善，提升标准的科学性和实用性。

（四）监督考核

各级卫生健康行政部门和老年医学学会定期对基层机构标准实施情况进行监督检查和考核评价，考核结果与基层机构绩效考核、家庭医生团队绩效分配、评优评先挂钩，推动标准各项要求落到实处。

八、其他应说明的事项

知识产权说明：本标准起草过程中参考了现行国家政策、国家标准及相关团体标准，未涉及专利等知识产权问题；标准发布后，相关知识产权归中国老年医学学会所有，若在标准实施过程中涉及第三方知识产权，将按照相关法律法规及学会规定处理。

公平竞争审查：标准起草组已完成标准公平竞争审查，不存在限制或者变相限制市场准入和退出、限制商品要素自由流动、影响生产经营成本、影响生产经营行为等情况，符合公平竞争的相关要求。

标准性质说明：本标准为团体标准，供全国各级各类基层医疗卫生机构开展社区老年人家庭医生签约服务时参考使用，各基层机构可结合本地实际情况在标准框架内合理调整实施细则，确保标准的适用性和灵活性。

配套资料说明：本标准的附录为基层实施提供了统一的服务包清单、协议书模板和评估指标体系，基层机构可直接使用或结合本地实际稍作调整，提升标准的可操作性。