# 卫生院家庭医生签约服务工作总结（精选6篇）

来源：网络 作者：落梅无痕 更新时间：2025-03-10

*小编为大家整理了卫生院家庭医生签约服务工作总结(精选6篇)，仅供大家参考学习，希望对大家有所帮助!!!为大家提供工作总结范文，工作计划范文，优秀作文，合同范文等等范文学习平台，使学员可以在获取广泛信息的基础上做出更好的写作决定，帮助大家在学...*

小编为大家整理了卫生院家庭医生签约服务工作总结(精选6篇)，仅供大家参考学习，希望对大家有所帮助!!!为大家提供工作总结范文，工作计划范文，优秀作文，合同范文等等范文学习平台，使学员可以在获取广泛信息的基础上做出更好的写作决定，帮助大家在学习上榜上有名!!!

卫生院家庭医生签约服务工作总结(精选6篇)由整理。

第1篇：卫生院家庭医生签约服务工作总结x

为提高居民健康水平，深入推进家庭医生签约服务，进一步深化以家庭医生团队服务模式为基础的家庭医生签约服务，发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，自202\_年3月5日开始，XX卫生院家庭医生服务签约活动就全面的开展了。

本次家庭医生服务签约工作由潘艳红院长带队，由我院全科医生、护士、公卫人员、村医等组成团队，对百姓进行面对面签约及健康体检。

活动当天，全科医生、护士、公卫人员、村医挨家挨户上门进行签约，并且为村民进行健康体检测血压、血糖、测量身高、体重、腰臀围等。在体检的同时宣传家庭医生签约服务内容，讲解签约家庭医生的目的和好处、签约的相关知识，国家基本公共卫生服务的相关知识和政策，对前来签约居民的疑问，都详细地给予了解答，同时发放相关的宣传资料。

活动的开展让村民们对家庭医生签约的目的和意义有了更加深刻的了解和认识。对家医签约服务相关内容进行了大力宣传，让村民们更加了解家庭医生所提供的服务。得到了村民们的一致好评及大力支持，反响良好。

第2篇：中心卫生院家庭医生签约服务工作总结

中心卫生院家庭医生签约服务工作总结

为助力打赢健康脱贫攻坚战，根据县委县政府工作要求，5月1日开始，在全县范围内开展脱贫攻坚健康体检及家庭医生签约服务工作。

一、高度重视、紧密部署

我院根据上级文件精神，成立了以院长XX为组长，党支部书记XX为副组长的健康扶贫领导小组，并及时制定了《XX中心卫生院开展家庭医生签约服务实施方案》，截至5月20日，共召开专题会议6场，院领导多次组织全乡卫生员、家庭医生签约团队及体检团队召开范湖乡家庭医生签约服务及脱贫攻坚健康体检行动动员会、范湖乡家庭医生签约服务工作推进会及家庭医生签约服务工作培训会等。

会议紧密围绕家庭医生签约服务工作的内容、人员构成、工作持续性及健康体检流程等进行了布置、推进、并充分沟通研讨，统一思想，提高认识，为家庭医生签约服务工作的全面推广奠定了组织基础。

二、广泛宣传、深入动员

为保障家庭医生式签约服务工作深入人心，全面完成家庭医生签约工作及健康体检工作，组建家庭医生签约团队19个，团队成员57人，体检团队7人，分别入村、入户为贫困户进行家庭医生签约服务工作及健康体检工作。 5.19日是世界家庭医生日，我院通过义诊咨询、政策解读、宣传资料等方式，宣传家庭医生签约服务，传播健康知识，引导群众树立健康观念，养成健康行为，提高人民群众健康素养水平。

并在为贫困户送体检结果的同时认真为群众讲解家庭医生签约服务内容，促进就医观念、生活方式和行为习惯的转变，引导群众有序就医。有效营造了家喻户晓的宣传氛围，为家庭医生签约服务工作的顺利推进奠定了舆论基础。

三、分片服务、明确责任

根据我乡人口分布及村卫生室分布特点，以辖区34个行政村为基点，成立以我院医生为核心的“家庭医生签约服务团队”，提供家庭医生签约服务。并在各贫困户门口悬挂“家庭医生签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务内容、联系方式等信息。

四、狠抓落实、加强督导

我院成立全乡贫困人口家庭医生签约服务工作督导小组，每月2次每村抽2户对家庭医生签约团队工作情况进行督导检查，发现问题，及时整改。 \\\\ 目前，我院共为 382个贫困户、906人进行签约，为贫困户575人建立居民健康档案并体检，体检项目有血常规、血脂血糖、肝肾功能、乙肝表面抗原、心电图、B超等检查，已初步完成了上级领导部署的各项工作。对于各村贫困户有变动情况，我院在下一步工作中会一如既往的认真完成建档、体检及家庭医生签约服务工作。

为扎实推进健康扶贫工作，我院会继续发挥卫生计生资源优势和服务特色，随时为困难群众服务，把党的关怀和温暖送到群众心窝里，做好群众的健康“守门人”。

第3篇：卫生院家庭医生签约服务工作计划

202\_年家庭医生签约服务工作计划

为进一步贯彻落实市政府办公室《关于推进家庭医生签约服务加快分级诊疗制度建设的实施意见》(x政办发„202\_‟40号)、省卫计委省民政厅省财政厅等五部门《关于进一步推进家庭医生签约服务工作的通知》(浙卫发„202\_‟51号)、信息市卫计局《关于进一步推进家庭医生签约服务工作的通知》(x卫计发„202\_‟78号)和市、区卫生计生工作会议精神，进一步扎实推进xx镇家庭医生签约服务工作，结合我院实际，制定本工作计划：

一、指导思想

(一)坚持“全面开展、循序渐进、稳步推进”的原则;坚持“双方自愿、公平、诚信”的原则。

(二)签约周期原则每年的上半年签约到年底，下半年签约到下一年年底，期满后居民和签约医生在双方自愿的基础上可以选择续约或终止契约关系。

(三)倡导以家庭为单位，与一名家庭医生签约，签约期间，特殊情况下可以变更签约家庭医生;每个“家庭服务团队”的签约服务人口控制在1500人左右，有效签约500人左右。

二、工作目标

以辖区内常住参保居民为对象，全面覆盖;以老年人、孕产妇、儿童、残疾人、失独家庭、低保及低保边缘老人以及高血压、糖尿病、结核病等慢性病和严重精神障碍患者为重点;到202\_年年底有

1 效签约率达30%，规范签约率达35%，其中重点人群达到60%;与签约对象建立稳定的契约服务关系，不断优化服务模式，深化服务内涵，提高服务质量。

三、服务内容

(一)基于预约的优先就诊：我院有普陀医院支医专家坐诊，把这些专家的医疗资源，优先提供给签约居民，为签约居民提供常见病、多发病的诊疗预约、远程医疗门诊;签约医生通过预约系统确定病人预约门诊时间，并告知服务对象，必要时给予提醒。

(二)及时处置医疗救助事宜：对辖区需要救助的贫困家庭患者，及时向上级有关部门报告，做好严重精神障碍患者免费服药工作。

(三)精确转诊到上级医院专家：建立“双向转诊绿色通道”，与普陀医院签订双向转诊协议，确定专人负责签约医生预约转诊事宜，对家庭医生预约上转的门诊或住院病人优先收治，上级医生将患者治疗情况反馈家庭医生，签约医生做好转诊病人的跟踪服务。

(四)一对一健康问题咨询：根据签约居民不同的健康状况和需求，以老年人及慢性病患者为主要服务对象，提供每年不少于4次的主动健康咨询和分类指导服务。

(五)建立健康档案：为签约家庭建立统

一、规范、完整的居民电子健康档案，并实行信息化动态管理，及时更新补充相关信息。

(六)个体化健康教育：在家庭医生服务团队的支持下，定期在家庭区域组织开展健康讲座、义诊、咨询等有针对性的健康教育

2 与健康促进活动。每年对签约居民进行1次健康状况评估，并根据评估结果，制定个性化的健康方案，使居民了解自己健康状况的同时，知道如何进行有针对性的预防保健。

(七)针对重点人群的健康管理：每年为65岁以上老年人、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者，提供1次免费全身健康体检;每年为高血压及糖尿病患者提供4次面对面随访，并免费测血压、4次空腹血糖、开展健康指导等;对诊断明确、在家居住的重性精神疾病患者进行随访评估，提供免费服药;做好孕13周前建卡、产后访视和产后42天健康检查及新生儿家庭访视、儿童免疫接种等工作。

(八)指导开展健康自我管理：根据签约居民健康，以“分类服务、按需服务”为原则，为辖区重点人群提高健康管理服务，指导其开展健康自我管理。

四、优惠政策

(一)慢性病连续处方：对于病情稳定、依从性好的慢性病患者，在限定的药品目录内适当延长单次配药时间。

(二)差别化医保报销政策：签约服务对象在签约机构处就诊，其xx门诊报销比例在原来的基础上提高3各百分点。

(三)减免政策：每人每年签约服务费用120元，财政补贴40元、医保基金补贴40元、个人承担40元，低保及低保边缘、失独家庭、残疾人、严重精神障碍患者、养(敬)老院入住老年人，减免个人承担部分。

五、特色服务

(一)医共体建设：与普陀医院建立预约、转诊、急救合作机制，签订医疗救助联动协议，凡在我院签约的居民，需要上转救治，我院签约医生可以直接与病区联系，实现优先就诊、优先预约床位，开通门诊、住院绿色双通道。

(二)中医药特色：充分发挥我院中医特色乡镇卫生院优势，并把中医药服务纳入签约个性化服务包，内容包括空腹血糖、肝功能、肾功能、血脂、针刺(保健)、拔罐(保健)、纯艾灸、头部推拿，首次签约居民可以免费享受其中一项服务。中医医生配合签约医生做好辖区居民中医养生、健康保健指导等工作。

(三)慢性病精细化管理：对辖区内部分慢性病患者进行详细的基线调查，并通过强家庭医生慢性病管理能力，建立慢性病管理与考核规范化流程，与上级医院合作，探索慢性病精细化管理工作规范和运行模式，以提高慢性病患者管理效果，减少并发症的发生，不断提高我院健康服务的有效性和可及性。

六、工作方法

(一)健全组织领导：成立家庭医生签约服务工作领导小组，按照网格分布，建立十个家庭医生签约团队，明确职能，制定工作制度，为签约服务工作构架了完整的框架。

(二)配套建设：重点做好家庭诊室改造，落实一人一诊间，满足医生开展家庭诊疗和患者隐私保护等需要。建立完善信息系统，做好预检分诊、挂号候诊、家庭诊疗、内部转诊服务流程的改造。

4 根据医疗需求开设住院病房，配备必要的医疗设备和硬件设施。

(三)分步实施：由易到难，分三阶段完成，第一阶段，先开展低保及低保边缘、失独家庭、残疾人、严重精神障碍患者、慢性病患者、养(敬)老院入住老年人等签约需求较高的居民签约，在3月底完成。第二阶段，寻求政府支持，请社区干部协助，积极动员，集中签约，主要针对一般人群和签约积极性不高的居民，在9月底完成。第三阶段、查漏补缺，通过健康档案系统、门诊进一步筛查，查找漏签居民，确保有效签约率达到30%以上。

(四)保障药品供应：由于我院药品种类有限，无法完全满足居民用药需求，如果居民与我院家庭医生签约，部分目录外的药品，通过药事委员会讨论通过，报卫计局审批后，可以优先为签约居民配备，对于无法配备的特需药品，经药事委员会审核后，可以为居民代购配送。

(五)养老机构老年人健康管理服务：我院202\_年与xx镇大岙养老院签订了《医养结合服务协议》，在养老院建立了家庭医生签约服务工作室，由政府提供场地、电脑、打印机等基础设施，我院提供网络保障和必要的急救药品，指定一名家庭医生，每两周到养老院巡诊一次，了解老年人健康状况、开展慢性病随访管理。

(六)强化政策宣传：通过门诊、健康知识讲座、公共健康咨询活动等途径向居民宣传签约服务政策。通过印刷宣传资料，发放签约服务联系卡，制作市民卡卡套等方式，向居民积极宣传，营造良好签约服务氛围。

(七)强化监管考评：制定签约服务绩效考核方案，定期对每

5 个家庭医生签约服务工作实施全面、真实、负责的绩效考核。重点考核评价家庭医生的签约率、档案合格率、基础就诊率、健康知识知晓率、服务对象满意度等。完善服务经费的保障体制，将签约服务经费的不超过10%用于奖励机构负责人，30%用于机构运作，60%发放给家庭医生签约团队。

xx镇中心卫生院 202\_年1月20日

第4篇：乡镇卫生院家庭医生签约服务试题

城郊乡卫生院 家庭医生签约服务试卷

姓名： 分数：

一、服务人群：(

) A、a类：健康普通人群

B、b类：重点人群：老年人、孕产妇、婴幼儿、慢性病患者。 C、C类：特殊人群：残疾人、高龄老人、长期卧床老人。

二、签约工作流程：(

) A、签约前沟通交流，(政策宣传与签约模式讲解) B、签约(协议书签约)

C、登记成员信息--有针对性地发放健康教育处方、手册等

D、电脑查询(已建档，完善更新档案;未建档，建档。

三、家庭医生签约口号：(

) A、家庭医生式服务为您健康保驾护航

B、开展家庭医生式服务，促进居民身体健康。 C、家庭医生进万家，健康生活暖万家。 D、家庭医生进万家，签约服务你我他。

四、签约方式：( ) A、居民自主到卫生室签约： B、家庭医生上门签约： C、街道、村委会组织签约。

五、签约后家庭医生怎样将人群进行分类?( ) A、普通人群 B、重点人群 C、特殊人群

六、重点人群是那些?( )

A、65岁及以上老年人 B、孕产妇 C、0-6岁儿童

D、慢性病患者 E、重型精神疾病

七、特殊人群是那些?( ) A、残疾人 B、高领老人 C、长期卧床病人

八、居民签约中的职责：( )

A、居民签约时需提供居民真实的家庭成员基本信息和疾病信息，如年龄、住址、联系方式、健康状况等。

B、需家庭医生上门服务时，提前预约商定。

C、积极参与，配合家庭医生组织的疾病防治活动。

九、为什么要开展签约服务?( ) A、是党和政府的一项惠民政策。 B、预防为主。

C、促进健康。 D、更好的为群众服务。

十、签约医生与居民签订协议后。( ) A、建立相对固定的契约服务关系。 B、向居民提供基本医疗服务。

C、预防、保健、康复健康管理为一体的综合性,连续性的贴心服务。

第5篇：乡镇卫生院家庭医生签约服务工作安排

乡镇卫生院202\_年家庭医生签约服务工作安排

家庭医生签约服务是转变基层医疗卫生服务模式，强化基层医疗卫生服务网络功能，深化医药卫生体制改革的重要任务，是贯彻落实党的\*\*\*精神，打赢健康扶贫攻坚战，实现人人享有基本医疗卫生服务，维护人民群众健康，决胜全面建成小康社会的重要途径。按照《汉滨区卫计局关于认真做好202\_年家庭医生签约服务工作的通知》，为进一步规范做好我办202\_年家庭医生签约服务工作，现安排如下：

一、深刻认识家庭医生签约服务工作的内涵和重要性 家庭医生签约服务是以家庭医生为核心，以家庭医生服务团队为支撑，通过签约服务的方式，畅通家庭医生与居民联络渠道，为签约家庭和个人提供安全、方便、有效、连续、经济的基本医疗服务和基本公共卫生服务，与签约家庭和个人建立起长期、稳定、信任的契约式服务关系，实现对签约家庭的健康进行全程呵护，不断提升群众对基层医疗卫生服务能力和水平的认可度、满意度以及主动签约的意愿和获得感。进一步促进和引导群众合理、充分使用医疗资源，逐步实现基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医新格局。

二、全面做实家庭医生签约服务工作

(一)组建家庭医生签约服务团队。

由卫生院全体医务人员和全体村医组成6支家庭医生签约服务团队，分片包抓，负责家庭医生签约服务工作的具体实施。卫生院为家庭医生签约服务工作的主体，分管院长为本辖区责任医师团队签约服务工作的总负责，负领导责任，负责此项工作的统筹安排、部署、督导、考核评估和履职等管理;家庭医生服务团队具体为包抓村签约家庭和重点人群提供医疗卫生相关服务，各团队长为本团队签约服务工作管理责任人，负责团队人员和包抓村村医签约工作的分工、管理及工作的具体实施;村医为签约居民首诊医生，是本村签约服务工作第一责任人，要全面履行村医职责和团队分工职责。

每个家庭医生签约服务团队由团队长、全科医生、公卫医生、责任护士和村医组成，可兼职，其中卫生院人员不少于3人，各村负责公共卫生服务工作的村医必须参与团队组成(人员组成详见附件1)。

(二)规范签约。

家庭医生签约服务团队分片包抓，以包抓村常住重点服务人群家庭为签约对象，实施整户签约(重点服务人群包括：建档立卡贫困户、65岁及以上老年人、高血压患者、2型糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核病患者、孕产妇、0-6岁儿童、孤寡和空巢老人、计生特殊家庭、残疾人，以及肿瘤和心脑血管疾病 2

等公共卫生服务重点服务人群)。其中建档立卡贫困户签约率为100%，其余重点人群签约率达90%以上。

各家庭医生签约服务团队要规范完成《汉滨区家庭医生签约服务登记册》(村医留存)、《汉滨区家庭医生签约服务手册》(签约家庭留存)、《汉滨区家庭医生签约服务协议书》(一式两份，村医和签约家庭各执一份)的填写，及时将《汉滨区家庭医生签约服务手册》和一份《汉滨区家庭医生签约服务协议书》下发签约家庭妥善保存，一旦遗失要及时补充。所有签约服务资料应存档五年。

有条件的村务必将《汉滨区家庭医生签约服务登记册》制作电子版，以方便办村两级信息共存。“重点服务人群”栏必须写清楚人数，“备注栏”写清本户重复统计的重点人群数，以便汇总时能剔重，准确合计重点人群签约数。

后期新增未签约的重点服务人群，属整户增加的，应在《汉滨区家庭医生签约服务登记册》尾页连续登记，属已签约家庭新增重点人群的在对应的重点人群栏及时增加或修正人数;同时要及时在《汉滨区家庭医生签约服务手册》和《汉滨区家庭医生签约服务协议书》上体签约对象的增减变化。对已签约家庭和个人因死亡、长期外迁等原因无法继续落实服务的，也要在相关资料上标注清楚。对签约信息增减变化实施月报制，确保签约信息更新及时，上下一致，实现动态管理。

(三)全面履约。

按照家庭医生签约服务工作职责和任务，全面落实健康扶贫工作任务、基本医疗服务和基本公共卫生服务项目工作任务。

1.落实健康扶贫工作任务。按照汉滨区脱贫攻坚指挥部印发的《汉滨区202\_年度健康扶贫攻坚计划》、汉滨区卫计局印发的《汉滨区卫计局202\_年度健康扶贫攻坚工作任务分解表》和办事处、卫生院202\_年健康扶贫工作方案、安排、计划，全面做实辖区健康扶贫工作。

2.落实基本医疗服务。以签约的重点服务人群医疗需求为己任，及时提供常见病和多发病的中西医诊治、合理用药和就医路径指导、预约转诊及提供就医绿色通道等服务。服务形式可采取定点定时服务、随时上门服务救护车免费接送及护送转诊等，重点落实好因病致贫患者的基本医疗服务。

3.落实基本公卫和重大公卫项目服务。对签约人群规范实施14大类56项国家基本公共卫生免费服务项目和6大类19项重大公共卫生免费服务项目，落实基础性签约服务(包)内容。同时结合当地实际情况，针对不同人群多样化的健康服务需求，由卫生院适时制定多层次、多类型的个性化签约服务包，提供商定服务。在家庭医生签约服务内容设计上要充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用。

4、落实慢性病及其他重点人群服务。

5.做好团队工作日志和服务记录填写。家庭医生签约服务团队每次为签约服务对象提供规范服务的同时，要认真做好团队工作日志填写和签约服务手册上服务记录填写，团队人员和享受服务的群众要亲笔签名或按手印，团队及时留存服务工作相关影像资料，确保签约、履约工作痕迹和印证资料充分，规范、真实可信，符合要求。

三、严格家庭医生签约服务工作绩效考核

卫生院出台家庭医生签约服务工作绩效考核实施方案，成立家庭医生签约服务工作领导小组和绩效考核小组。各团队长每月底负责对本团队签约服务工作完成情况进行自查，针对问题及时整改;卫生院绩效考核小组每季度对6个家庭医生签约服务团队和村卫生室签约服务工作进行考核(结合公卫季度考核一并实施)，下达书面整改意见书，指导、督促各团队和村卫生室规范做好签约服务工作。

家庭医生签约服务工作自查和绩效考核标准统一使用汉滨区卫计局印发的《202\_年汉滨区家庭医生签约服务项目考核标准(试行)》，年终依据考核结果严格兑现签约服务工作经费，坚持多劳多得，优绩优酬，重点倾斜，奖优罚劣。

四、工作保障

(一)加强组织领导。

家庭医生签约服务工作领导小组要分工明确，团结协作，高度负责，扎实工作，全面完成签约服务工作的组织实施和绩效考核，加强服务团队和村卫生室的管理。要定期对工作进行分析总结，学习、借鉴兄弟单位先进经验，逐步拓展服务内容，出台更多方便群众的人性化服务举措，稳步推进签约服务工作，不断创新、优化服务模式，争取更多服务群众的赞誉和认可，不断提高居民参与签约服务的主动性和自觉性。各团队长要加强本团队工作人员的日常管理，以身作则，身先士卒，积极引领、督促团队人员高度负责，及时、高效完成本团队签约服务工作任务。

(二)加强家庭医生签约服务团队服务能力建设。 卫生院利用每月村医例会，做好家庭医生签约服务团队人员的业务培训、职业道德和法律法规学习，不断提高团队人员工作责任心、服务意识、规矩意识和服务水平。通过实施鼓励参加全科医生转岗培训、西学中、学历教育和职称考试，积极派员到上级医疗机构参加中短期轮训和学术交流，引进现代化先进人才等一系列人才培养提升工程，不断改善现有人才不合理结构，努力提高团队人员专业技术水平，全面加强团队服务能力建设。积极争取上级医疗机构优质资源下沉，为辖区诊疗服务能力提升和家庭医生签约服务提供更多的先进技术和设备支持。

(三)加大家庭医生签约服务宣传力度。

卫生院和村卫生室要充分利用“世界家庭日”和各种卫生日，积极开展形式多样的宣传活动，广泛宣传家庭医生签约服务的政策和内容，宣传国家基本公共卫生免费服务项目和重大卫生免费服务项目内容，要从具体案例、就医感入手，清晰、生动的宣传家庭医生签约服务便民、惠民、利民的好处，提高居民对家庭医生签约服务的知晓率，努力营造“政府主导、部门配合、形式多样、群众关注”的家庭医生签约服务社会氛围。

(四)规范资料填写和数据汇总上报。

各团队在实施签约和履约工作过程中，要按要求规范填写相关工作资料，确保内容完整规范，真实有效。各村卫生室要在每月25日前向卫生院及时上报本月家庭医生签约服务工作进展情况统计表。卫生院要在每月5日前向区卫计局上报辖区上月家庭医生签约服务工作进展情况统计表，并于6月5日、12月5日前分别上报半年和年终工作总结。各级报表情况均作为年终绩效考核的一项重要指标。

附件：

1.《\*\*\*卫生院202\_年家庭医生签约服务团队人员组成名单》;

2.《\*\*\*卫生院202\_年家庭医生签约服务资料分配表》; 3.《家庭医生签约服务工作进展情况统计表》。

第6篇：乡镇卫生院家庭医生签约服务工作安排

WORD格式整理

乡镇卫生院202\_年家庭医生签约服务工作安排

家庭医生签约服务是转变基层医疗卫生服务模式，强化基层医疗卫生服务网络功能，深化医药卫生体制改革的重要任务，是贯彻落实党的\*\*\*精神，打赢健康扶贫攻坚战，实现人人享有基本医疗卫生服务，维护人民群众健康，决胜全面建成小康社会的重要途径。按照《汉滨区卫计局关于认真做好202\_年家庭医生签约服务工作的通知》，为进一步规范做好我办202\_年家庭医生签约服务工作，现安排如下：

一、深刻认识家庭医生签约服务工作的内涵和重要性 家庭医生签约服务是以家庭医生为核心，以家庭医生服务团队为支撑，通过签约服务的方式，畅通家庭医生与居民联络渠道，为签约家庭和个人提供安全、方便、有效、连续、经济的基本医疗服务和基本公共卫生服务，与签约家庭和个人建立起长期、稳定、信任的契约式服务关系，实现对签约家庭的健康进行全程呵护，不断提升群众对基层医疗卫生服务能力和水平的认可度、满意度以及主动签约的意愿和获得感。进一步促进和引导群众合理、充分使用医疗资源，逐步实现基层首诊、分级诊疗、双向转诊的就医新格局。

二、全面做实家庭医生签约服务工作 (一)组建家庭医生签约服务团队。

专业知识分享

WORD格式整理

由卫生院全体医务人员和全体村医组成6支家庭医生签约服务团队，分片包抓，负责家庭医生签约服务工作的具体实施。卫生院为家庭医生签约服务工作的主体，分管院长为本辖区责任医师团队签约服务工作的总负责，负领导责任，负责此项工作的统筹安排、部署、督导、考核评估和履职等管理;家庭医生服务团队具体为包抓村签约家庭和重点人群提供医疗卫生相关服务，各团队长为本团队签约服务工作管理责任人，负责团队人员和包抓村村医签约工作的分工、管理及工作的具体实施;村医为签约居民首诊医生，是本村签约服务工作第一责任人，要全面履行村医职责和团队分工职责。

每个家庭医生签约服务团队由团队长、全科医生、公卫医生、责任护士和村医组成，可兼职，其中卫生院人员不少于3人，各村负责公共卫生服务工作的村医必须参与团队组成(人员组成详见附件1)。

(二)规范签约。

家庭医生签约服务团队分片包抓，以包抓村常住重点服务人群家庭为签约对象，实施整户签约(重点服务人群包括：建档立卡贫困户、65岁及以上老年人、高血压患者、2型糖尿病患者、严重精神障碍患者、肺结核病患者、孕产妇、0-6岁儿童、孤寡和空巢老人、计生特殊家庭、残疾人，以及肿瘤和心脑血管疾病

专业知识分享

WORD格式整理

等公共卫生服务重点服务人群)。其中建档立卡贫困户签约率为100%，其余重点人群签约率达90%以上。

各家庭医生签约服务团队要规范完成《汉滨区家庭医生签约服务登记册》(村医留存)、《汉滨区家庭医生签约服务手册》(签约家庭留存)、《汉滨区家庭医生签约服务协议书》(一式两份，村医和签约家庭各执一份)的填写，及时将《汉滨区家庭医生签约服务手册》和一份《汉滨区家庭医生签约服务协议书》下发签约家庭妥善保存，一旦遗失要及时补充。所有签约服务资料应存档五年。

有条件的村务必将《汉滨区家庭医生签约服务登记册》制作电子版，以方便办村两级信息共存。“重点服务人群”栏必须写清楚人数，“备注栏”写清本户重复统计的重点人群数，以便汇总时能剔重，准确合计重点人群签约数。

后期新增未签约的重点服务人群，属整户增加的，应在《汉滨区家庭医生签约服务登记册》尾页连续登记，属已签约家庭新增重点人群的在对应的重点人群栏及时增加或修正人数;同时要及时在《汉滨区家庭医生签约服务手册》和《汉滨区家庭医生签约服务协议书》上体签约对象的增减变化。对已签约家庭和个人因死亡、长期外迁等原因无法继续落实服务的，也要在相关资料上标注清楚。对签约信息增减变化实施月报制，确保签约信息更新及时，上下一致，实现动态管理。

专业知识分享

WORD格式整理

(三)全面履约。

按照家庭医生签约服务工作职责和任务，全面落实健康扶贫工作任务、基本医疗服务和基本公共卫生服务项目工作任务。

1.落实健康扶贫工作任务。按照汉滨区脱贫攻坚指挥部印发的《汉滨区202\_年度健康扶贫攻坚计划》、汉滨区卫计局印发的《汉滨区卫计局202\_年度健康扶贫攻坚工作任务分解表》和办事处、卫生院202\_年健康扶贫工作方案、安排、计划，全面做实辖区健康扶贫工作。

2.落实基本医疗服务。以签约的重点服务人群医疗需求为己任，及时提供常见病和多发病的中西医诊治、合理用药和就医路径指导、预约转诊及提供就医绿色通道等服务。服务形式可采取定点定时服务、随时上门服务救护车免费接送及护送转诊等，重点落实好因病致贫患者的基本医疗服务。

3.落实基本公卫和重大公卫项目服务。对签约人群规范实施14大类56项国家基本公共卫生免费服务项目和6大类19项重大公共卫生免费服务项目，落实基础性签约服务(包)内容。同时结合当地实际情况，针对不同人群多样化的健康服务需求，由卫生院适时制定多层次、多类型的个性化签约服务包，提供商定服务。在家庭医生签约服务内容设计上要充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用。

4、落实慢性病及其他重点人群服务。

专业知识分享

WORD格式整理

5.做好团队工作日志和服务记录填写。家庭医生签约服务团队每次为签约服务对象提供规范服务的同时，要认真做好团队工作日志填写和签约服务手册上服务记录填写，团队人员和享受服务的群众要亲笔签名或按手印，团队及时留存服务工作相关影像资料，确保签约、履约工作痕迹和印证资料充分，规范、真实可信，符合要求。

三、严格家庭医生签约服务工作绩效考核

卫生院出台家庭医生签约服务工作绩效考核实施方案，成立家庭医生签约服务工作领导小组和绩效考核小组。各团队长每月底负责对本团队签约服务工作完成情况进行自查，针对问题及时整改;卫生院绩效考核小组每季度对6个家庭医生签约服务团队和村卫生室签约服务工作进行考核(结合公卫季度考核一并实施)，下达书面整改意见书，指导、督促各团队和村卫生室规范做好签约服务工作。

家庭医生签约服务工作自查和绩效考核标准统一使用汉滨区卫计局印发的《202\_年汉滨区家庭医生签约服务项目考核标准(试行)》，年终依据考核结果严格兑现签约服务工作经费，坚持多劳多得，优绩优酬，重点倾斜，奖优罚劣。

四、工作保障

(一)加强组织领导。

专业知识分享

WORD格式整理

家庭医生签约服务工作领导小组要分工明确，团结协作，高度负责，扎实工作，全面完成签约服务工作的组织实施和绩效考核，加强服务团队和村卫生室的管理。要定期对工作进行分析总结，学习、借鉴兄弟单位先进经验，逐步拓展服务内容，出台更多方便群众的人性化服务举措，稳步推进签约服务工作，不断创新、优化服务模式，争取更多服务群众的赞誉和认可，不断提高居民参与签约服务的主动性和自觉性。各团队长要加强本团队工作人员的日常管理，以身作则，身先士卒，积极引领、督促团队人员高度负责，及时、高效完成本团队签约服务工作任务。

(二)加强家庭医生签约服务团队服务能力建设。 卫生院利用每月村医例会，做好家庭医生签约服务团队人员的业务培训、职业道德和法律法规学习，不断提高团队人员工作责任心、服务意识、规矩意识和服务水平。通过实施鼓励参加全科医生转岗培训、西学中、学历教育和职称考试，积极派员到上级医疗机构参加中短期轮训和学术交流，引进现代化先进人才等一系列人才培养提升工程，不断改善现有人才不合理结构，努力提高团队人员专业技术水平，全面加强团队服务能力建设。积极争取上级医疗机构优质资源下沉，为辖区诊疗服务能力提升和家庭医生签约服务提供更多的先进技术和设备支持。

(三)加大家庭医生签约服务宣传力度。

专业知识分享

WORD格式整理

卫生院和村卫生室要充分利用“世界家庭日”和各种卫生日，积极开展形式多样的宣传活动，广泛宣传家庭医生签约服务的政策和内容，宣传国家基本公共卫生免费服务项目和重大卫生免费服务项目内容，要从具体案例、就医感入手，清晰、生动的宣传家庭医生签约服务便民、惠民、利民的好处，提高居民对家庭医生签约服务的知晓率，努力营造“政府主导、部门配合、形式多样、群众关注”的家庭医生签约服务社会氛围。

(四)规范资料填写和数据汇总上报。

各团队在实施签约和履约工作过程中，要按要求规范填写相关工作资料，确保内容完整规范，真实有效。各村卫生室要在每月25日前向卫生院及时上报本月家庭医生签约服务工作进展情况统计表。卫生院要在每月5日前向区卫计局上报辖区上月家庭医生签约服务工作进展情况统计表，并于6月5日、12月5日前分别上报半年和年终工作总结。各级报表情况均作为年终绩效考核的一项重要指标。

附件：

1.《\*\*\*卫生院202\_年家庭医生签约服务团队人员组成名单》;

2.《\*\*\*卫生院202\_年家庭医生签约服务资料分配表》; 3.《家庭医生签约服务工作进展情况统计表》。

专业知识分享

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！