# 最新家庭医生签约服务工作计划督导(5篇)

来源：网络 作者：落霞与孤鹜齐 更新时间：2025-03-21

*家庭医生签约服务工作计划督导一我乡共有21个行政村，乡镇卫生院1所，标准卫生所21所，其中覆盖签约家庭数6480户，所涉及人口26990人。我乡于20xx年7月初成立以卫生院为领导的.工作小组，内外科医生积极响应，组建签约团队，开展研讨会议...*

**家庭医生签约服务工作计划督导一**

我乡共有21个行政村，乡镇卫生院1所，标准卫生所21所，其中覆盖签约家庭数6480户，所涉及人口26990人。

我乡于20xx年7月初成立以卫生院为领导的.工作小组，内外科医生积极响应，组建签约团队，开展研讨会议，认真学习讨论家庭医生式服务的依据、制度、职责、内容、流程及要求，明确工作职责和服务范围。团队成员集思广益，根据我乡居民的特点，制定可行的签约方法与步骤，争取在最短的时间完成工作任务。同时，卫生所负责人也深入群众，大力宣传开展家庭医生式服务的必要性，详细讲解签约工作的相关事宜，解答居民对于此次工作的疑问，让居民全面了解家庭医生式服务的内涵，取得了良好的宣传效果，广大居民排除心中误区，纷纷支持签约工作。

7月中旬，我乡正式开展家庭责任医生的签约工作，各家庭医生也将深入各自负责的社区进行逐户签约，克服各种困难，争取早日完成家庭医生签约服务，人人享有基本医疗卫生服务的目标。同时，村卫生所也将继续加强家庭医生式服务的宣传，进一步加强服务团队建设，增强服务团队凝聚力，争对不同人群，开展各种形式的家庭医生式服务项目、活动。

目前，我乡的21个卫生所全部深入开展了签约服务，共对3731户居民实行了家庭服务式签约，我院将及时总结开展家庭医生服务的初步成效，特别的我乡居民对家庭医生签约服务的满意度，并进一步改善。

**家庭医生签约服务工作计划督导二**

为深入贯彻落实医疗卫生体制改革，进一步规范和完善家庭医生服务，创新服务模式，努力实现辖区居民人人享有家庭医生服务目标，特制定本工作计划：

坚持以科学发展观为指导，以全面落实基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目、促进公共卫生服务逐步均等化为目标，针对本中心工作任务重、公共卫生服务水平较低的现状，整合全科医学、预防医学专业技术人员，建设村级卫生家庭医生团队，确保基本医疗和公共卫生工作“关口前移，重心下沉”，不断提高村级基本医疗和公共卫生工作的效率和质量。

通过村级家庭医生团队建设和村级健康教育、健康管理、村级健康调查、健康体检、慢病管理等形式，将基本医疗和公共卫生服务深入村级，送到家庭，不断提高居民对签约服务的获得感和满意度。力争早日实现“人人拥有家庭医生，人人享有签约服务”的目标。

（一）优化组织、分工协作

根据家庭医生团队成员特长、工作岗位、资质等实际情况不断对家庭医生团队进行优化，按每个团队覆盖≤10000人的原则，配置1个家庭医生团队，每个团队由1名县级专家、1名全科医生或医师、1名护师、1名公共卫生人员及村级工作，以便更好的服务于广大居民，更进一步提高居民对家庭医生服务工作的信任度、满意度。

（二）签约服务

为辖区居民提供家庭医生签约服务，坚持“充分告知、重点突出、自愿签约、规范服务”的原则，以居民与家庭医生自愿签订（每位居民同期只能选择1名家庭医生）一定期限服务协议的方式，建立相对固定的契约服务关系，双方约定服务内容、方式、期限和权利义务等款项，家庭医生以团队的形式，按照约定内容向居民提供集预防、保健、康复、健康管理为一体的综合性、连续性服务。签约周期可视情况灵活掌握，原则上一个周期不少于一年，期满后根据居民的意愿，自动续约或另选签约医生。签约对象优先覆盖常住家庭65岁及以上老年人、孕产妇、0-36个月儿童、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者所在家庭，以及残疾人、计生特殊家庭、贫困人口、孤寡老人等特殊人群和有服务需求的健康人群。

（三）提供基本医疗服务

1、常见病、多发病的预约、诊疗服务。

2、门诊预约与转诊服务。为签约居民优先提供上级级医院转诊和预约服务，做好转诊病人的跟踪服务，不断提升家庭医生的医疗服务技术水平。

（四）基本公共卫生服务签约

居民可在享受《国家基本公共卫生服务规范》(20xx版)所规定的基本公共卫生和基本医疗服务的基础上，享受到以健康管理为主要内容、热情、周到的优先优惠服务：

1、建立居民健康档案服务。建立居民健康档案，并根据居民个人健康信息，对首次签约居民进行1次健康状况评估，制订个性化的\'健康计划，使居民及时了解自身健康状况。并及时更新，保证健康档案资料的完整性和准确性，为档案隐私尽保护责任。

2、健康教育和健康咨询服务。对签约重点人群的健康状况制定针对性的健康教育计划和开展健康教育服务。

3、老年人健康管理服务。每年为签约老年人提供1次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导；提供1次中医健康管理服务，包括体质辨识、生活方式和健康状况评估、中医干预等。

4、慢性病患者管理服务。为明确诊断的高血压、2型糖尿病等慢性病患者进行治疗、行为干预、监测和健康评估，提供定期随访、用药指导、健康教育及咨询等服务，每季度不少于1次，每次随访高血压患者要询问病情、进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导，为2型糖尿病患者，每年进行4次免费空腹血糖检测；每年进行一次较全面的免费健康体检。

5、严重精神障碍患者管理服务。对居家知情同意的严重精神障碍患者提供随访、康复指导服务，对患者家属进行培训，每季度不少于1次；每年提供1次健康体检。

6、特殊人群保健，对所辖区域的残疾人、失独家庭、孤寡老人进行健康管理服务。每年不少于一次随访和健康教育。

7、传染病管理。对居家的传染病患者进行至少1次访视及治疗管理。

8、咨询服务。对在健康管理中发现问题的，及时给予医学指导或转诊建议。

9、上门服务。为行动不便、90岁以上老年人及确有需要的签约居民，提供上门访视、诊疗等服务。

1、组织、鼓励家庭医生团队外出学习，进一步加强家庭医生签约服务团队的培训力度，每季度至少开展一次，培训活动以团队长根据村级签约居民需求进行培训，重点对服务理念、服务能力、服务技巧及专业操作等方面进行培训，不断提高家庭医生签约服务团队的综合服务能力，提高群众满意度。

2、进一步优化团队，完善相关制度、流程、人员岗位职责，要求家庭医生团队长制定本团队工作计划，进行人员合理分工，明确目标，每月召开家庭医生团队会议，分享工作中的做法、取得的成绩、不足之处，总结经验，部署下月工作安排，同时进一步加大考核力度，根据实际情况及时对绩效考核方案进行修订，着重在满意度、真实性上下功夫，对考核结果及时进行通报。

3、明确对象，优先签约，有效服务。家庭医生签约服务对象为本辖区常住居民，签约服务应优先覆盖重点人群，根据实际情况，设置有偿服务包，提升居民签约积极性。

4、充分发挥“村级家庭医生工作站”的作用，真正做到一站式签约服务。

5、逐步健全完善签约激励约束机制，鼓励家庭医生团队开展有偿服务包签约。

6、加大宣传力度。利用村级宣传栏、村级活动、健康宣传日等，积极主动与村级居民沟通，大力宣传家庭医生签约服务工作宣传，逐步提高村级居民签约率。

7、各团队及时进行资料归档，对每次村级活动及时进行资料收集、整理、汇总，对当月工作进行总结，发现问题及时整改，不断提高服务质量。

按照文件要求，按时对家庭医生团队进行考核，重点考核工作量、真实性、居民满意度，按工作量及考核得分进行绩效发放。

**家庭医生签约服务工作计划督导三**

为深入贯彻落实医疗卫生体制改革，进一步规范和完善家庭医生服务，创新服务模式，努力实现辖区居民人人享有家庭医生服务目标，特制定本工作计划：

坚持以科学发展观为指导，以全面落实基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目、促进公共卫生服务逐步均等化为目标，针对本中心工作任务重、公共卫生服务水平较低的现状，整合全科医学、预防医学专业技术人员，建设村级卫生家庭医生团队，确保基本医疗和公共卫生工作“关口前移，重心下沉”，不断提高村级基本医疗和公共卫生工作的效率和质量。

通过村级家庭医生团队建设和村级健康教育、健康管理、村级健康调查、健康体检、慢病管理等形式，将基本医疗和公共卫生服务深入村级，送到家庭，不断提高居民对签约服务的获得感和满意度。力争早日实现“人人拥有家庭医生，人人享有签约服务”的目标。

（一）优化组织、分工协作

根据家庭医生团队成员特长、工作岗位、资质等实际情况不断对家庭医生团队进行优化，按每个团队覆盖≤10000人的原则，配置1个家庭医生团队，每个团队由1名县级专家、1名全科医生或医师、1名护师、1名公共卫生人员及村级工作，以便更好的服务于广大居民，更进一步提高居民对家庭医生服务工作的信任度、满意度。

（二）签约服务

为辖区居民提供家庭医生签约服务，坚持“充分告知、重点突出、自愿签约、规范服务”的原则，以居民与家庭医生自愿签订（每位居民同期只能选择1名家庭医生）一定期限服务协议的方式，建立相对固定的契约服务关系，双方约定服务内容、方式、期限和权利义务等款项，家庭医生以团队的形式，按照约定内容向居民提供集预防、保健、康复、健康管理为一体的综合性、连续性服务。签约周期可视情况灵活掌握，原则上一个周期不少于一年，期满后根据居民的意愿，自动续约或另选签约医生。签约对象优先覆盖常住家庭65岁及以上老年人、孕产妇、0-36个月儿童、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者所在家庭，以及残疾人、计生特殊家庭、贫困人口、孤寡老人等特殊人群和有服务需求的健康人群。

（三）提供基本医疗服务

1、常见病、多发病的预约、诊疗服务。

2、门诊预约与转诊服务。为签约居民优先提供上级级医院转诊和预约服务，做好转诊病人的跟踪服务，不断提升家庭医生的医疗服务技术水平。

（四）基本公共卫生服务签约

居民可在享受《国家基本公共卫生服务规范》(20xx版)所规定的基本公共卫生和基本医疗服务的基础上，享受到以健康管理为主要内容、热情、周到的优先优惠服务：

1、建立居民健康档案服务。建立居民健康档案，并根据居民个人健康信息，对首次签约居民进行1次健康状况评估，制订个性化的\'健康计划，使居民及时了解自身健康状况。并及时更新，保证健康档案资料的完整性和准确性，为档案隐私尽保护责任。

2、健康教育和健康咨询服务。对签约重点人群的健康状况制定针对性的健康教育计划和开展健康教育服务。

3、老年人健康管理服务。每年为签约老年人提供1次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导；提供1次中医健康管理服务，包括体质辨识、生活方式和健康状况评估、中医干预等。

4、慢性病患者管理服务。为明确诊断的高血压、2型糖尿病等慢性病患者进行治疗、行为干预、监测和健康评估，提供定期随访、用药指导、健康教育及咨询等服务，每季度不少于1次，每次随访高血压患者要询问病情、进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导，为2型糖尿病患者，每年进行4次免费空腹血糖检测；每年进行一次较全面的免费健康体检。

5、严重精神障碍患者管理服务。对居家知情同意的严重精神障碍患者提供随访、康复指导服务，对患者家属进行培训，每季度不少于1次；每年提供1次健康体检。

6、特殊人群保健，对所辖区域的残疾人、失独家庭、孤寡老人进行健康管理服务。每年不少于一次随访和健康教育。

7、传染病管理。对居家的传染病患者进行至少1次访视及治疗管理。

8、咨询服务。对在健康管理中发现问题的，及时给予医学指导或转诊建议。

9、上门服务。为行动不便、90岁以上老年人及确有需要的签约居民，提供上门访视、诊疗等服务。

1、组织、鼓励家庭医生团队外出学习，进一步加强家庭医生签约服务团队的培训力度，每季度至少开展一次，培训活动以团队长根据村级签约居民需求进行培训，重点对服务理念、服务能力、服务技巧及专业操作等方面进行培训，不断提高家庭医生签约服务团队的综合服务能力，提高群众满意度。

2、进一步优化团队，完善相关制度、流程、人员岗位职责，要求家庭医生团队长制定本团队工作计划，进行人员合理分工，明确目标，每月召开家庭医生团队会议，分享工作中的做法、取得的成绩、不足之处，总结经验，部署下月工作安排，同时进一步加大考核力度，根据实际情况及时对绩效考核方案进行修订，着重在满意度、真实性上下功夫，对考核结果及时进行通报。

3、明确对象，优先签约，有效服务。家庭医生签约服务对象为本辖区常住居民，签约服务应优先覆盖重点人群，根据实际情况，设置有偿服务包，提升居民签约积极性。

4、充分发挥“村级家庭医生工作站”的作用，真正做到一站式签约服务。

5、逐步健全完善签约激励约束机制，鼓励家庭医生团队开展有偿服务包签约。

6、加大宣传力度。利用村级宣传栏、村级活动、健康宣传日等，积极主动与村级居民沟通，大力宣传家庭医生签约服务工作宣传，逐步提高村级居民签约率。

7、各团队及时进行资料归档，对每次村级活动及时进行资料收集、整理、汇总，对当月工作进行总结，发现问题及时整改，不断提高服务质量。

按照文件要求，按时对家庭医生团队进行考核，重点考核工作量、真实性、居民满意度，按工作量及考核得分进行绩效发放。

**家庭医生签约服务工作计划督导四**

为扎实做好20xx年家庭医生签约服务工作，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗和基本公共卫生服务，现就做好20xx年家庭医生签约服务工作相关事项通知如下，请认真贯彻落实。

20xx年的签约服务包主要包括基本公共卫生服务、基本医疗服务、健康综合服务三个方面。签约服务包分基础服务包和有偿服务包两大类。基础服务包的主要内容为基本公共卫生服务和转诊指导服务，有偿服务包根据居民需要自愿签订，每种有偿服务包均包含相应人群的基础服务包内容，有偿服务包中较高一级的均包含对应人群较低一级的服务包，即中级包包含初级包、高级包包含中级和初级包。

（一）提高健康一体机的使用率和数据上传率。

卫生院应督促村医在签约服务履约和基本医疗诊疗活动中加强健康一体机的使用，做好每次检查数据的生成和上传。针对健康一体机使用过程中存在的数据丢失、上传失败、耗材配件损坏等问题，各乡镇卫生院应指派专人负责，通过泾县一体机使用交流qq群和厂商售后联系及时解决。对于一体机心电图远程诊断，在督促村医积极申请会诊的`同时，县级医院和乡镇心电图诊断专家要及时登陆系统进行会诊。

（二）切实做好贫困人口等特殊人群的签约服务工作。

1、按照有关要求，计划生育特扶家庭和20xx年以来建档立卡的贫困人口家庭医生签约服务要做到全覆盖，其中贫困人口中的高血压、糖尿病患者签订有偿初级包，其他贫困人口签订基础服务包。计划生育特扶家庭的签约服务按照计划生育考核相关要求执行。各乡镇应在20xx年9月底前完成贫困人口、计划生育特扶家庭的基础信息台账的收集和更新。

2、根据省市相关文件要求，做好20xx年残疾人群签约服务工作。

（三）继续开展签约服务示范点创建工作。

乡镇卫生院要继续做好签约服务示范点创建工作，年初要申报创建单位，制定创建方案，结合实际开展示范点创建工作。

**家庭医生签约服务工作计划督导五**

为扎实做好20xx年家庭医生签约服务工作，为群众提供综合、连续、协同的基本医疗和基本公共卫生服务，现就做好20xx年家庭医生签约服务工作相关事项通知如下，请认真贯彻落实。

20xx年的签约服务包主要包括基本公共卫生服务、基本医疗服务、健康综合服务三个方面。签约服务包分基础服务包和有偿服务包两大类。基础服务包的主要内容为基本公共卫生服务和转诊指导服务，有偿服务包根据居民需要自愿签订，每种有偿服务包均包含相应人群的基础服务包内容，有偿服务包中较高一级的均包含对应人群较低一级的服务包，即中级包包含初级包、高级包包含中级和初级包。

（一）提高健康一体机的使用率和数据上传率。

卫生院应督促村医在签约服务履约和基本医疗诊疗活动中加强健康一体机的使用，做好每次检查数据的生成和上传。针对健康一体机使用过程中存在的数据丢失、上传失败、耗材配件损坏等问题，各乡镇卫生院应指派专人负责，通过泾县一体机使用交流qq群和厂商售后联系及时解决。对于一体机心电图远程诊断，在督促村医积极申请会诊的`同时，县级医院和乡镇心电图诊断专家要及时登陆系统进行会诊。

（二）切实做好贫困人口等特殊人群的签约服务工作。

1、按照有关要求，计划生育特扶家庭和20xx年以来建档立卡的贫困人口家庭医生签约服务要做到全覆盖，其中贫困人口中的高血压、糖尿病患者签订有偿初级包，其他贫困人口签订基础服务包。计划生育特扶家庭的签约服务按照计划生育考核相关要求执行。各乡镇应在20xx年9月底前完成贫困人口、计划生育特扶家庭的基础信息台账的收集和更新。

2、根据省市相关文件要求，做好20xx年残疾人群签约服务工作。

（三）继续开展签约服务示范点创建工作。

乡镇卫生院要继续做好签约服务示范点创建工作，年初要申报创建单位，制定创建方案，结合实际开展示范点创建工作。

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！