

# 2023年家庭签约服务工作总结报告 家庭 医生签约服务工作总结(大全9篇)

在当下这个社会，报告的使用成为日常生活的常态，报告具有成文事后性的特点。那么什么样的报告才是有效的呢？这里我整理了一些优秀的报告范文，希望对大家有所帮助，下面我们就来了解一下吧。

## 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇一

根据xx区卫生局整体工作精神，成立了以xxx院长为组长的xx镇家庭医生式签约服务工作领导小组，并及时起草了《xx镇20xx年家庭医生式签约服务工作方案》。截至今年9月1日，共召开专题会议10场，组建团队24个，团队成员160人，参加家庭医生式签约服务培训580人次，于20xx年8月29日，邀请区卫生局及区疾控中心有关领导参加，在东皋村村部召开“xx镇家庭医生式服务工作启动会”；多次召开xx镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的“xx镇家庭医生式签约服务工作部署会议”“xx镇家庭医生式签约服务工作推进会”“xx镇家庭医生式签约服务工作培训会”“xx镇家庭医生式签约服务健康评估工作培训会”等工作会议，会议都紧密围绕家庭医生式服务工作的服务内容、人员构成、经费保障、工作持续性等内容进行了布置、推进、并充分研讨，统一了思想，提高了认识，为家庭医生式服务工作的稳步推进奠定了组织基础。

为保障家庭医生式签约服务工作的深入人心，根据《xx区家庭医生式服务工作宣传月活动方案》（荔卫〔20xx〕112号）文件精神，我镇制定了《xx镇家庭医生式服务工作宣传月活动方案》，积极开展主题为“让家庭拥有医生，让医生走进家庭”的家庭医生式服务工作宣传月活动。通过下乡义诊、健康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民发

放“致社区居民一封信”20000多份，家庭医生手册15000份、签定家庭医生式服务协议书6542份。同时，我镇还统一印制了以宣传家庭医生服务理念、服务内容和形式为主题的宣传栏25版、宣传海报30份，雇用三轮车30辆，粘贴在车身左右两侧，通过街头和村主干道游行的形式进行活动宣传，有效营造了家喻户晓的宣传氛围，为家庭医生式服务工作的顺利推进奠定了舆论基础。

在xx镇东皋村、汀江村两个试点村开展家庭医生式签约服务工作中，以慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务（出诊、上门访视、家庭护理）等为重点，掌握了服务人群底数和需求人员数量，为全镇家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

## 1、分片服务、明确责任

根据xx镇人口分布及村卫生所分布特点，以辖区24个村卫生所为载体，将xx行政区域“网格化”划归相应的村卫生所，保证xx镇所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。镇卫生院和各村卫生所组成了由“全科医生、社区护士、防保人员、乡村医生”为核心的“家庭医生式签约服务团队”，提供家庭医生式服务。明确所管辖的村居分布，并在各村部设立“家庭医生式签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。

## 2、分级服务、明确目标

各公共卫生服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和接受程度将居民分为三个级别，第一级是暂时不愿接受家庭医生式服务的居民；第二级有需求时才愿接受家庭医生式服务的居民；第三级是愿意接受家庭医生式服务的居民。根据居民所处的级别不同提供不同的健康管理服务。

第一级以观察为主，加强宣传，定时不定时进行一次电话随访，了解其服务需求变化。

第二级以宣传为主，进行健康管理服务宣传并发放家庭医生联系卡，以便其有需求时可随时与团队成员联系。

第三级以主动服务为主，根据健康状况和健康需求情况进行分类，并对不同类别特殊人群提供有针对性的家庭医生式签约服务。

### 3、分类服务、明确标准

对愿意接受家庭医生式服务的第三级居民，按照健康状况和健康需求情况划分为四类：第一类为健康普通人群，第二类为需关注的人群，第三类为慢性病人群，第四类为高危或合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

第一类健康普通人群，以促进健康为目标。

1、提供健康评估及规划。根据健康档案信息，每年对居民健康状况进行一次年度评估，并根据评估结果，制定下一年度居民健康规划和目标。

2、提供健康“点对点”管理服务。及时对签约居民发放健康材料；及时告知健康教育和健康促进等活动信息；及时告知季节性、突发性公共卫生事件信息。

3、每半年召开签约居民代表座谈会一次，寻找健康危险因素并制定干预计划。

第二类需关注的人群，如孕产妇、婴幼儿、亚健康人群等。以预防疾病促进健康为目标。

- 1、对签约的孕妇提供孕期指导服务。
- 2、对签约的产妇和新生儿进行3次上门访视并体检。
- 3、实施稳定血压、控制体重等健康工程，定期开展健康教育及健康干预。

## 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇二

为做好基本公共卫生服务，提高医疗业务工作水平，更好的地守护群众生命健康，2月20日下午，泥溪镇卫生院组织召开全镇医务工作人员培训会，以建立乡村医生签约服务模式为落脚点，转变服务方式，做到“公共卫生时时处处，保障健康惠及千家万户”，实现人人拥有“家庭医生及小病不出村”的目标。

分管公共卫生工作的副院长就家庭医生签约服务手册进行了解读，明确责任，并要求大家高度重视这项工作，在规定时间内保质保量完成，在签约过程中严格遵照以下标准执行。

二是加大宣传，自愿签约。医院及村卫生室采用多种形式广泛宣传乡村医生签约服务的内容和要求，引导农村居民自愿签订服务协议。每户家庭只与1名乡村医生签约，每名乡村医生签约服务约1000人左右。服务协议原则上一年一签，服务期满后服务对象可选择自动续(解)约或另选乡村医生签约。

三是加强督导，强化考核。泥溪镇卫生院定期组织考核，考核结果与补助经费兑现挂钩。医院在推进这项工作中，重点强调了签约服务的真实性，在确保真实性的基础上提高签约服务率。

各村委会：

## 一、总体目标

# 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇三

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。

# 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作

## 总结篇四

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。

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。

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》上体现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2018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2018年度健康扶贫攻坚工作任务分解表》和办事处、卫生院2018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。

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《2018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，要按照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2018年家庭医生签约服务团队人员组成名单》；
2. 《\*\*\*卫生院2018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》。

## 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇五

### （一）、高度重视，积极部署

根据\_\_\_\_区卫生局整体工作精神，成立了以\_\_\_\_院长为组长的\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作领导小组，并及时起草了《\_\_\_\_镇20\_\_\_\_年家庭医生式签约服务工作方案》。截至今年9月1日，共召开专题会议10场，组建团队24个，团队成员160人，参加家庭医生式签约服务培训580人次，于20\_\_\_\_年8月29日，邀请区卫生局及区疾控中心有关领导参加，在东皋村村部召开“\_\_\_\_镇家庭医生式服务工作启动会”；多次

召开\_\_\_\_镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作部署会议”、“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作推进会”、“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作培训会”、“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务健康评估工作培训会”等工作会议，会议都紧密围绕家庭医生式服务工作的服务内容、人员构成、经费保障、工作持续性等内容进行了布置、推进、并充分研讨，统一了思想，提高了认识，为家庭医生式服务工作的稳步推进奠定了组织基础。

## （二）、广泛宣传，深入动员

为保障家庭医生式签约服务工作的深入人心，根据《\_\_\_\_区家庭医生式服务工作宣传月活动方案》（荔卫〔20\_\_\_\_〕112号）文件精神，我镇制定了《\_\_\_\_镇家庭医生式服务工作宣传月活动方案》，积极开展主题为“让家庭拥有医生，让医生走进家庭”的家庭医生式服务工作宣传月活动。通过下乡义诊、健康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民发放“致社区居民一封信”20000多份，家庭医生手册15000份、签定家庭医生式服务协议书6542份。同时，我镇还统一印制了以宣传家庭医生服务理念、服务内容和形式为主题的.宣传栏25版、宣传海报30份，雇用三轮车30辆，粘贴在车身左右两侧，通过街头和村主干道游行的形式进行活动宣传，有效营造了家喻户晓的宣传氛围，为家庭医生式服务工作的顺利推进奠定了舆论基础。

## （三）、抓好试点，逐步推进

在\_\_\_\_镇东皋村、汀江村两个试点村开展家庭医生式签约服务工作中，以慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务（出诊、上门访视、家庭护理）等为重点，掌握了服务人群底数的和需求人员数量，为全镇家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

## （四）、明确原则，分级管理

## 1、分片服务、明确责任

根据\_\_\_\_镇人口分布及村卫生所分布特点，以辖区24个村卫生所为载体，将\_\_\_\_行政区域“网格化”划归相应的村卫生所，保证\_\_\_\_镇所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。镇卫生院和各村卫生所组成了由“全科医生、社区护士、防保人员、乡村医生”为核心的“家庭医生式签约服务团队”，提供家庭医生式服务。明确所管辖的村居分布，并在各村部设立“家庭医生式签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。

## 2、分级服务、明确目标

各公共卫生服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和家庭医生式服务的接受程度将居民分为三个级别，第一级是暂时不愿接受家庭医生式服务的居民；第二级有需求时才愿接受家庭医生式服务的居民；第三级是愿意接受家庭医生式服务的居民。根据居民所处的级别不同提供不同的健康管理服务。

第一级以观察为主，加强宣传，定时不定时进行一次电话随访，了解其服务需求变化。

第二级以宣传为主，进行健康管理服务宣传并发放家庭医生联系卡，以便其有需求时可随时与团队成员联系。

第三级以主动服务为主，根据健康状况和健康需求情况进行分类，并对不同类别特殊人群提供有针对性的家庭医生式签约服务。

## 3、分类服务、明确标准

对愿意接受家庭医生式服务的第三级居民，按照健康状况和健康需求情况划分为四类：第一类为健康普通人群，第二类

为需关注的人群，第三类为慢性病人群，第四类为高危或合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

第一类健康普通人群，以促进健康为目标。1、提供健康评估及规划。根据健康档案信息，每年对居民健康状况进行一次年度评估，并根据评估结果，制定下一年度居民健康规划和目标。2、提供健康“点对点”管理服务。及时对签约居民发放健康材料；及时告知健康教育和健康促进等活动信息；及时告知季节性、突发性公共卫生事件信息。3、每半年召开签约居民代表座谈会一次，寻找健康危险因素并制定干预计划。4、提供24小时电话健康咨询服务。

第二类需关注的人群，如孕产妇、婴幼儿、亚健康人群等。以预防疾病促进健康为目标。1、对签约的孕妇提供孕期指导服务。2、对签约的产妇和新生儿进行3次上门访视并体检。3、实施稳定血压、控制体重等健康工程，定期开展健康教育及健康干预。

第三类慢性病人群，如高血压、冠心病、糖尿病等患者。以提高慢性病控制率为目标。1、建立、完善家庭及个人健康档案，并在服务中及时更新。2、提供转诊预约服务。3、对签约居民给予1次/月的饮食指导、运动指导、用药指导和疾病康复咨询。4、运用健康讲座进行健康干预。5、提供心理咨询、心理辅导和中医心理健康服务。6、有针对性地开展中医养生、保健指导服务。

第四类合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人、空巢老人等，以减轻痛苦、便捷医疗为目标。在第三类慢性病人群服务基础上开展以下服务内容：1、健康档案实行个案管理。2、对确有需求的进行定期上门访视，提供免费物理检查，开展健康管理服务。3、提供专家预约咨询服务。4、开展康复训练指导，提高残疾人生活质量，使其早日回归社会。

## （五）、优先签约，有效服务

东皋村、汀江村2个试点村对辖区居民分级、分类及开展健康需求调查的基础上，优先与辖区内的慢性病人、空巢老人、残疾人、妇幼保健对象等愿意接受家庭医生式服务的重点人群签订家庭医生式服务协议书，并根据协议书内容提供建立健康档案、电话咨询、入户访视、健康教育等针对性服务。目前，已签约的居民家庭7400余户，签约人数计为36522人，占服务总人群的34、7%，其中重点人群11936人，占签约人群的32、68%。

## 二、取得的初步成效

（一）、有限的人力资源实现了现阶段最大程度的社区卫生服务范围，提高了医疗健康服务可及性。

\_\_\_镇卫生院卫生技术人员全员参与家庭医生式签约项目服务，共组建家庭医生式服务团队24个，配备社区健康专用电话27部，服务覆盖24个村委会的所辖居民。家庭医生式服务模式实现了现有医务人员对社区居民健康管理的全覆盖，从坐等患者上门变为深入村居为居民提供服务，使农村健康管理能力得到切实加强。

（二）、保证了健康教育等“六位一体”功能的逐步实现，提高了居民健康保障水平。

提高了辖区居民对医疗健康服务和健康知识的知晓率，健康教育、预防保健、康复等服务得到落实，居民健康意识不断增强。20\_\_\_年1~6月，全镇家庭医生服务团队接受各类咨询达21594人次，主动上门服务216人次，签约基本医疗5847人次，健康评估14467人次，签约家庭7400户。

（三）、初步实现了从“治疗为主向预防为主”的健康保障方式的转变。

通过开展健康教育讲座和定期访视，及时了解居民的健康问题和健康需求，并对不同人群实施具有针对性的健康干预，促进居民提高健康水平和生活质量。

（四）、重点人群的健康需求基本得到满足，充分体现公益性。

根据辖区居民的健康状况和需求进行“分级分类”管理，使全镇中弱势群体、慢病患者等重点人群优先得到以基本医疗和健康指导为主要内容的家庭医生式服务，在一定程度上缓解了困难群体“看病难、看病贵”的问题，促进了\_\_\_\_镇的和谐稳定。

### 三、下一步工作计划

#### （一）总结经验，推广服务

根据\_\_\_\_区卫生局的部署，我院将及时总结开展家庭医生式签约服务试点的做法和初步成效，特别是辖区居民对家庭医生式服务的满意度。同时，按照确定目标人群、签订服务协议等工作流程，逐步向全镇居民推广家庭医生式服务。

#### （二）深化内涵，完善服务

根据居民日益提高的卫生服务需求，不断深化家庭医生式服务内涵，及时调整签约服务内容，将医疗、护理、健康教育、用药指导、康复训练、心理咨询等项目逐步纳入家庭医生式服务范围，有效满足居民健康需求。

#### （三）强化考核，持续服务

20\_\_\_\_年，将家庭医生式服务工作开展情况纳入全镇公共卫生服务绩效考核的重点内容之一，通过半年考核、年度考核和不定期督导检查等形式，促进各村全面落实家庭医生式服

务的各项工作内容，确保家庭医生式服务工作的持续推进和健康发展。

## 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇六

20xx年5月19日是第xx个“世界家庭医生日”。为进一步加强家庭医生签约服务工作的宣传，营造良好社会氛围，合理引导居民预期，提高居民签约的积极性，按照灵石县卫生和计划生育局《关于开展20xx年家庭医生签约服务主题宣传月活动的通知》（灵卫发〔20xx〕73号）文件要求，5月24日上午，灵石县xx镇卫生院在xx镇广场开展“家庭医生签约服务”为主题的宣传活动。

我院领导对此次宣传高度重视，亲自带队，共12位专业人员参加了此次活动。

活动现场，悬挂主题横幅——“家庭医生：我承诺我服务”，设置了咨询台，家庭医生们热情地为前来咨询的群众讲解相关知识，并免费为群众测量血压、血糖。

向居民群众介绍了活动开展的目的和意义，并发放宣传资料，让更多居民认识签约服务，了解签约服务，愿意与家庭医生签约。

家庭医生签约式服务以全科医师为主，为居民们提供个性化的医疗保健服务。他们会定期更新居民的健康档案，并提出健康维护建议。行动不便的老年人、残疾人可以享受到家庭医生的上门服务，每隔一段时间家庭医生都会对居民的健康状况进行跟踪随访，以方便居民们享受到便捷的医疗服务，从而提高居民群众的健康水平和生活质量。

家庭医生团队利用宣传契机，以讲座的形式在xx村卫生室院



内为居民讲解有关家庭医生的知识，院长张锡保亲自为居民讲座，并耐心细致的为居民指导正确生活方式。家庭医生团队手把手教给居民怎样正确测量血压、监测体质指数的方法，通过交流互动、展开咨询。对于家庭医生团队管辖的区域里行动不便的残疾人和老年人，院领导亲自带队上门服务，签约、测血压、测血糖、健康指导等。

此次活动，我们悬挂条幅一条，制作展板2个，开展咨询一次，开展讲座一次，接受咨询30余人次，入户随访20人次，现场签约20人，发放家庭医生签约服务宣传单1000张，公共卫生服务手册200本，宣传袋200个，宣传围裙100个，宣传毛巾100条等。

通过此次活动，进一步拉近了居民群众和家庭医生的距离，提高了社区居民对家庭医生签约服务工作的认识，推动了家庭医生签约服务工作的健康发展。

xx镇卫生院把此项工作作为一项重要工作来抓，让惠民政策真正进入千家万户，让行动不便的人群实实在在的感受到便利的医疗服务带来的贴心和关怀。通过“家庭医生签约服务”宣传活动的开展，让更多的群众对“家庭医生签约服务”有了更加深入的认识和了解，更好地调动了群众配合做好家庭医生签约服务工作的积极性，对实现人人享有基本医疗卫生服务的目标起到了良好的推动作用。

## **家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇七**

截止目前，已签约11105人，总体签约率为22%；重点人群共13482人，签约数为8280人，签约率为61.4%，履约4300人，约51%；贫困人口共2447人，签约2302人，签约率为90.7%，履约800人，履约率34%。

1. 积极组织相关科室工作人员进行家医服务相关文件的学习，

让大家明白到签约服务的重要性，同时做好与医疗组、公卫组的各方面协调，以不更好开展家医服务工作。

2. 利用健康教育宣传栏、横幅、健康教育讲座、家医宣传日、义诊或征兵工作对群众进行家医宣传，发放签约服务服务宣传彩页。

3. 优先与辖区内愿意接受家庭医生签约服务的重点人群签订家庭医生服务协议书，同时政策文件的支持下加快与扶贫人群和残疾人群的有偿签约服务。

4. 调整服务方式，以主动服务为主，做好人群分类，提供不同类别的家庭医生签约服务。如上门家庭随访服务，定时或不定时电话随访为主，了解其服务需求变化。在签约的同时为居民留下团队服务名片，以便居民需要时与团队成员联系。

1. 上门服务存在现实困难。乡镇卫生院是财政差额拨款单位，现有专业技术人员紧缺，医生团队要抓临床医疗业务，保障职工收入和医院生存发展，还要完成家医服务工作，另服务居民数量逐年增加，现签约服务全部由公卫人员入户签约，与群众要求、工作要求造成一定的冲突，出现保量而不能保质。

2. 部门单位和群众参与度欠缺，未能联动，导致家医服务流于形式，例如转诊服务、优先预约专家门诊或住院等。

4. 部分居民出外工作或在外居住，造成签约或履约困难。

1、多创新活动多创新形式宣传家医服务，引导群众积极参与提高签约及履约。

2、加强本院家庭医生签约服务团队培训的力度，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，提高家庭医生签约服务团队的综合服务能力。

3、计划以一个村委或人群为试点，健全各方面服务制度，提高服务质量，以点带面，稳步推进，逐步做到全面覆盖。

4、完善家医绩效考核制度，提高家医报务人员绩效。

6、争取上级家庭医生签约资金，以更好开展家庭医生签约服务，推动家医服务工作做实做全。

## 家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇八

### 工作总结

及时组织团队成员学习工作方案精神，紧密围绕家庭医生式服务工作的基本原则、服务内容、服务对象、工作持续性等内容进行了充分研讨，统一了思想，提高了认识。为家庭医生式服务工作的稳步推进奠定了组织基础。为保障家庭医生式服务工作的深入人心，我院向村民签订了家庭医生式服务协议书。

在签约服务的居民中，调查了居民希望得到的医疗卫生服务。包括健康教育与健康促进、慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务（出诊、送药上门、家庭护理等）。服务人群底数的清晰和需求人员数量的掌握，为家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

进一步明确辖区人口分布，保证所有居民均能得到我院卫生服务体系覆盖。明确所管辖的辖区分布，并在辖区设立公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。对愿意接受家庭医生式服务的居民，按照健康状况和健康需求情况划分为四类：第一类为健康普通人群，第二类为需关注的人群，第三类为慢性病人群，第四类为高危或合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务

并保证服务的质量和可持续性。

优先与辖区内的慢性病人、空巢老人、残疾人、妇幼保健对象等愿意接受家庭医生式服务的重点人群签订家庭医生式服务协议书，并根据协议书内容提供建立健康档案、电话咨询、入户访视、健康教育等针对性服务。目前，已签约的辖区居民家庭6413户，签约人数19280人。

家庭医生式服务模式实现了现有医务人员对辖区居民健康管理的全覆盖，从坐等患者上门变为深入辖区为居民提供服务，辖区健康管理能力得到切实加强。提高了辖区居民对医疗健康服务和健康知识的知晓率，健康教育、预防保健、康复、计划生育等服务得到落实，居民健康意识不断增强。在一定程度上缓解了困难群体“看病难、看病贵”的问题，推进了基本公共卫生服务事业的发展。

玉成乡卫生院 2016年4月7日

## **家庭签约服务工作总结报告 家庭医生签约服务工作总结篇九**

甲方（服务者）村卫生室乡村医生，联系电话：

一、甲方职责：

甲方在丙方的指导下，独立或共同为乙方提供以下服务：

- 1、每年免费进行一次健康评估，根据评估结果，提出个体化健康保健指导意见。
- 2、免费发放健康教育资料，做好乙方家庭成员传染病及突发公共卫生事件报告，协助乙方家庭做好饮食、环境等卫生管理，指导居民培养良好的健康行为。

3、免费建立标准化纸质、电子健康档案，做好乙方家庭内65岁以上老年人、0-6岁儿童、孕产妇、高血压、糖尿病、重型精神病等重点人群随访管理工作，并实施动态管理。

4、免费提供预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导和中、回医药保健服务，24小时免费接受健康、预防、保健电话咨询和指导。

5、在职责和医疗能力范围内，为乙方提供常见病、多发病的基本医疗服务，超出诊治能力范围的'疾病，协助乙方做好转诊服务。

6、甲方在接到乙方的求助电话后，须及时上门服务，在甲方有特殊情况难以保证上门服务时，可以请丙方指派其他家庭医生上门服务。

7、严格执行国家基本药物政策，向乙方提供的基本药物实行零差率销售。

## 二、乙方职责

1、乙方对甲方或丙方发放的公共卫生服务手册、配药盒、知情同意书、签约协议书等物件要妥善保管，如因丢失、损毁、不遵医嘱等行为造成服务质量下降，由乙方自行负责。

2、乙方对甲方服务不满意，可请丙方协商解决，也可申请重新选择家庭医生。

## 三、丙方职责

加强对甲方的管理，并为甲方在为乙方服务过程中提供技术支持和后勤保障，做好签约服务工作的绩效考核和群众满意度测评，受理、协调、解决服务过程中出现的投诉信访问题。

四、本协议自签订之日起生效，协议一式三份，甲、乙、丙三方各执一份。有效期一年。

期满后如乙方不提出解约视为自动续约。

甲方（签字）： 年 月 日 丙方（盖章）：

甲方：九宫庙街道百花社区卫生服务站 责任医生：

乙方：楼 栋 号，居民户主 联系电话：

指导单位： 九宫庙街道 百花社区卫生服务站

指导单位成员：

为了提高城乡居民的医疗、预防、保健、康复等卫生服务水平，充分发挥责任医生健康守门人的作用，本着平等、自愿的原则，乙方自愿聘请甲方为本家庭的签约服务医生，成为甲方的服务对象。经甲乙双方及指导单位三者协商，签订本协议。

## 一、甲方职责

甲方为乙方提供以下服务：

1、按照指导单位的统一时间安排，负责通知乙方到指定地点接受公共卫生服务。每年对签约家庭进行1次家庭健康状况评估，并根据评估结果，制订个性化的健康规划。

2、免费发放健康教育处方及医学科普资料。及时将健康教育材料发放到签约居民，每年不少于1份；及时将健康活动信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知签约居民，每年不少于1次。

位。各类人员的体检及管理按照《国家基本公共卫生服务规

范》的要求进行。

4、提供电话咨询，给予健康、预防、保健等方面指导。

5、通过门诊、电话、上门等方式对乙方及其成员的健康状况进行调查和管理，为其制定健康生活措施和疾病防治方案。

以上5项服务为基本服务项目，不收取费用。协议双方可通过协商，增加、细化服务项目。

## 二、乙方职责

1、乙方所有家庭成员主动配合甲方开展上述服务，将身体健康状况、变化情况及与健康相关的信息、资料及时、准确告知甲方，并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

2、需甲方上门服务时，乙方应提前与甲方预约。

3、积极参与、配合甲方开展的与疾病防治相关的各种活动，认真执行甲方或指导单位为其制定的防病治病的相关措施。

三、指导单位应加强对甲方的管理，做好宣传材料印发、体检时间安排等规划，并为甲方在为乙方服务过程中提供技术支撑和后勤保障。

四、乙方如对甲方服务不满意，可向指导单位投诉，也可请指导单位协调解决，乃至申请更换签约医生。

五、甲方给乙方提供服务的过程中，因乙方对甲方隐瞒病史信息或不执行甲方制定的防治方案、不听从指导意见而影响服务质量，其产生的后果由乙方承担。

六、甲方给乙方提供服务中，因乙方病情超出甲方诊疗水平和能力而造成不良后果的，甲方不承担责任。

七、本协议自签订之日起生效，协议壹式叁份，甲、乙、指导单位三方各执壹份，有效期壹年。期满后如需解约，乙方需告知甲方，双方签字确认，不提出解约视为自动续约。

八、本协议为试点版本，如与国家相关法律法规有抵触者，以国家法律法规为准。

指导团队负责人(签名)：张建勇 指导单位法人（签名）：

年 月 日 年 月 日

解约时间： 解约原因：

甲方确认： 乙方确认：

监督电话：68846954