

2023年家庭医生签约个人工作计划 家庭医生签约服务工作计划(通用5篇)

计划在我们的生活中扮演着重要的角色，无论是个人生活还是工作领域。通过制定计划，我们可以更加有条理地进行工作和生活，提高效率和质量。以下我给大家整理了一些优质的计划书范文，希望对大家能够有所帮助。

家庭医生签约个人工作计划篇一

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。

家庭医生签约个人工作计划篇二

根据万荣县卫生局《关于基层卫生服务机构开展乡医生与家村居民签约服务方案》的要求，以及县卫生局关于家庭医生式服务的工作部署和有关会议的指导精神，结合我乡实际，充分发挥村卫生室作用，创新乡村医生服务模式，把开展乡村医生签约服务工作作为落实国家基本公共卫生服务项目的一项重要措施并抓紧抓好。公共卫生服务团队以家庭医生为指导，乡村终生为服务主体的划片包干、团队合作、责任到人的服务模式开展，现将我乡工用具体情况总结如下：

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，针对不同人群，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。

家庭医生签约个人工作计划篇三

根据中央、省、市关于全面深化改革的工作部署和要求，为全面深化医药卫生体制改革，进一步推进“党的群众路线教育实践活动”深入开展，逐步实现基本医疗服务同质化和基本公共卫生服务均等化、医疗服务的重心由注重疾病治疗向注重健康管理转变，促进优质医疗卫生资源向城乡家庭下沉，切实缓解城乡居民“看病难、看病贵”问题，现根据《绵竹市“家庭式医生”签约工作实施方案的通知》精神，结合我院实际，制定本方案。

以实现“人人享有基本医疗卫生服务、人人树立健康生活理念、人人拥有家庭医生”为目标，充分利用以镇乡卫生院为实施主体，村卫生站为成员补充的医疗卫生服务网络，广泛

深入开展“家庭式医生签约服务”活动，真正形成“小病在乡村，大病进医院、康复到基层、健康回家庭”的医疗卫生服务新模式。

（一）坚持“自愿平等、规范服务”的原则；

（二）坚持“以城乡居民健康为目的”的原则，对辖区内居民进行健康管理，签约服务协议，建立城乡居民与家庭医生的契约服务关系，逐步形成家庭健康管理的'良好格局。

（三）坚持“以优质服务为核心”的原则，认真履行协议，不断提高服务水平，满足城乡居民多样化和个性化的需求，逐步树立家庭医生的责任感和城乡居民的信任感。

（四）坚持“团队协作、社会参与”的原则，签约医生要具有良好的团队协作精神和较强的沟通能力，通过多种形式宣传，动员社会多方参与，形成家庭医生契约服务的良好社会氛围。

（一）签约主体：签约服务主体由卫生院医生、公卫科成员、护士等组成，乡村医生作为医生团队签约服务的补充力量，每个医生团队由3-5名医务人员组成。

（二）签约对象：签约服务面向辖区内所有居民家庭，以65岁以上老年人、0-6岁儿童、孕产妇、慢性病患者、精神疾病患者、贫困人口、孤寡老人、特服人员、残疾人、低保人员等特需人群为工作重点，优先覆盖、优先签约、优先服务。医生团队以村为单位，划片区包干签约服务。

（三）签约形式：团队以签约医生为代表，与居民签订服务协议。签约居民以家庭为签约单位，以一位家庭成员的书面签约为依据，代表全家签约。签约医生与签约对象双方约定服务内容、方式、期限和权力义务等款项。协议原则上一年一签，期满后如需续约，应告知签约医生签约并签字确认。

（四）签约服务内容：

1、健康管理服务：

（1）开展对签约家庭健康评估及指导。免费为签约家庭成员建立健康档案，每年对签约家庭进行一次家庭健康评估，并根据评估结果，制定个性化健康指导计划，并实施动态管理。

（2）开展对签约家庭中中老年人健康管理。每年免费为签约家庭中65岁以上老年人开展一次健康体检，体检项目包括基础项目、测量身高、体重、血压、血糖等。

（3）开展对签约家庭中糖尿病、高血压病、精神病等慢性病人的管理，至少每季度回访1次，提供用药咨询，提出诊疗建议，完善诊疗方案。

（4）开展对签约家庭中孕产妇管理。严格执行国家基本公共卫生服务项目孕产妇管理规范，对高危孕产妇实施动态化全程管理。（5）开展对签约家庭中0-6岁周岁儿童健康管理。根据国家基本公共卫生服务的相关要求，对不同年龄阶段的婴幼儿的生长发育情况进行评估，给予健康指导，预防儿童疾病的发生。（6）开展对签约家庭健康教育，发放健康教育宣传资料，普及医疗及保健常识；同时提供咨询电话，给予医疗、预防、保健等方面指导。

2、基本医疗服务

为契约家庭成员提供常见病、多发病的诊疗、防控知识介绍及用药咨询。

3、便捷就诊服务

加强对医疗机构业务范围、诊疗项目的宣传，方便服务对象

针对性选择医疗机构就诊。对契约家庭可以通过电话进行门诊、住院预约，并开通绿色就诊通道。

4、出院回访服务

及时对签约家庭出院病人进行随访，并提出健康管理建议。

5、双向转诊服务

对签约家庭成员提供分级诊疗和双向转诊服务，并开通绿色通道，让契约家庭成员享受到更快捷、更方便、更专业的就诊及健康保健服务。

6、便民惠民服务

对契约家庭中行动不便的老、弱、病、残人员提供上门医疗、保健服务和确保生命体征平稳状态下的免费接送服务。

（五）签约要求

1、强化能力。签约医生团队要掌握常见病、多发病及慢性病的诊疗技术，具备健康管理的基本知识，具有良好的团队协作精神和沟通能力，充分获得签约对象的信任。

2、规范行为。签约医生团队要做到“五主动”（主动介绍、主动宣传、主动答疑、主动健康教育、主动征询意见）、“五规范”（上门行为规范、称呼称谓规范、文明用语规范、着装礼仪规范、签约程序规范）。

3、加强联系。制作发放居民服务联系卡，做到“五公开”，即在服务辖区公示医生团队人员名单、工作职责、服务项目、服务热线、服务时间等内容，并根据签约居民的意见，及时调整服务内容及方式，提高服务质量和满意度。

4、双向互动。签约服务强调医生团队和签约对象互动的双向

性，签约是甲乙双方的自愿协议，应体现双方在维护健康、控制疾病方面的共识与合作。对尚未签约的城乡居民仍按规定开展基本医疗和基本公共卫生服务。

四、签约流程

（一）卫生院成立工作领导小组（详附后），全面负责工作落实，成立相应的组织机构，组建医生团队，开展签约服务工作。

（二）卫生院制定具体的实施方案，明确工作目标，工作内容和运作程序，从服务数量和服务质量上对家庭医生进行动态考核，家庭医生应明确各自的职责、分工和责任区域，对辖区内的签约家庭实行分片管理，与签约家庭签订服务协议，充分掌握签约家庭成员的健康情况和医疗保健需求，提供方便、快捷、有效、个性化的医疗保健服务和健康指导。

（三）加强宣传合作。在村委会公布家庭医生相关信息，多种方式宣传“家庭式医生”签约服务内容，与市级医疗机构合作，建立医疗服务绿色通道，确保为签约家庭提供优质的医疗保健服务。

（四）统一印制方便签约家庭联系的“家庭医生联系卡”，明确服务内容、服务方式和联系方式，方便签约家庭宣传服务内容和方式。

（五）卫生院派出人员每天抽下班时间与分管辖区内的乡村医生联系，挨家入户与被签约人员进行签约服务。

（一）家庭医生团队在开展签约服务的工程中，严格规范服务行为，不断改善服务质量。到20xx年底，辖区内签约家庭达到80%。

（二）卫生院根据服务数量、服务质量和居民满意度，对家

庭医生团队进行绩效考核实行岗位工资和绩效工资相结合的分配制度，鼓励多劳多得，有效调动医务人员的积极性。一旦发现违法违规行为，将按有关规定严肃处理。

（三）家庭医生上岗前应接受规范化工作技能培训，定期进行工作考核，对考核不合格的家庭医生，及时推出再培训，保证服务质量不滑坡。六、一、甲方职责义务 1. 为乙方提供以下免费服务：

（1）提供服务包。甲方为乙方提供所选择服务包类型项目下的服务内容（详见附件1）

（2）通知乙方接受公共卫生服务。按照工作时间安排，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。

（3）发放健康教育材料。及时将本单位印刷的健康教育处方及医学科普资料等材料发放给签约居民，及时将健康活动信息和季节性疾病防控、突发性公共卫生事件等信息告知签约居民。

（4）开展健康管理服务。免费为所有家庭成员建立健康档案，并实施动态管理。根据居民健康状况和需求，做好65岁以上老年人，0-6岁儿童、孕产妇健康管理服务和高血压、糖尿病、重型精神病患者、结核患者的筛查、随访、健康生活行为干预指导等工作。咨询结果和服务信息及时录入居民健康管理信息系统。其服务及管理均按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》的要求进行。

（5）提供健康咨询指导。提供24小时电话咨询，给予健康、预防、保健等方面指导。

（6）制定疾病预防方案。定期通过门诊、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。

（7）开放就诊绿色通道。乙方在签约医院住院期间，乙方提供相应凭证后，甲方需协同办理相关手续，并对签约人员开放绿色通道。

家庭医生签约个人工作计划篇四

根据《关于做实做好20xx年海南省家庭医生签约服务工作的通知》（国卫办基层函〔20xx〕209号）要求，（琼卫办基层发〔20xx〕2号）文件要求和临卫计〔〔20xx〕号）的文件要求，结合我院工作实际，制定本方案。

我镇辖区范围内的建档立卡贫困人口、特困户、低保户、计划生育特殊人群和重点人群（包括高血压、糖尿病、肺结核、重性精神病、妇保、儿保）等。

20xx年力争实现重点人群（在家常住人口为主）家庭医生签约服务率达30%以上，建档立卡贫困人口特困户、低保户、计划生育特殊人群等在家人员签约服务达100%。

签约享受国家规定的基本公共卫生和基本医疗服务，至少包括以下内容。

（一）基本公共卫生服务

按照《国家基本公共卫生服务规范》提供乡村医生有能力承担的基本公共卫生服务，乡村医生要以签约居民需求为导向，以建立与动态管理居民健康档案为基础，协助乡镇卫生院做好病人的筛查、随访、健康生活行为干预指导以及健康教育等工作，对于有需求的重点人群提供上门健康咨询和指导服务。各项服务记录作为绩效考核依据。

（二）基本医疗服务

乡村医生为签约居民提供一般诊疗服务，协助开展院前急救，规范服药，健康知识宣教，提高病人规范服务的依从性。签约医生服务的档案由卫生院及村卫生室各存档一份，乡镇卫生院每月进行审核，作为对乡村医生绩效考核和执业考核的依据。

（三）健康评估

以居民健康签约信息为基础，在县乡健康服务团队专业技术人员指导下，每年对签约居民进行不少于1次健康状况评估，及时发现存在的健康危险因素、危害健康行为等健康问题，并根据评估结果，量体制订个性化健康方案，使居民既了解自己的健康状况，也掌握常见的预防保健措施。

（四）转诊服务

如遇有疑难、急重症或受条件限制，需要转上级医院诊疗的病例，乡村医生要为签约居民及时提供向上级医院预约诊疗和双向转诊服务，并履行转诊手续，引导患者合理有序就医。

鼓励乡村医生开展以健康管理为主要内容、以主动服务为主要形式的其它个性化服务。

根据我县卫生服务的特点和国家基本公共卫生服务的要求以及乡镇卫生院的职责，签约服务由卫生院及卫生室两级组建健康服务团队包卫生院班子成员包片，专业技术人员包卫生室，村卫生室乡村医生包户、包人的原则，在全镇范围内将签约服务形成网格化管理，建立稳定的契约型服务关系。

（一）签约主体

乡村医生是签约服务的主体和第一责任人，负责对辖区签约

居民提供服务。所属卫生院采取技术人员包村的管理方式与村卫生室结成对子，与卫生院健康管理服务团队共同负责对签约乡村医生进行业务指导。

（二）签约形式

为保证签约服务得到有效落实，签约的对象既可是乡村医生个人，也可是由乡村医生组成的团队，但应明确负责人与联系人，便于群众联系。在双方充分了解签约服务内涵的前提下，由居民自愿选择医生，签订相关服务协议，享受签约服务。村卫生室负责人可根据辖区内居民数和乡村医生的服务能力，引导居民选择乡村医生签约。对尚未签约的居民仍按规定提供基本公共卫生、基本医疗服务。

（三）签约周期

家庭医生签约服务协议原则上一年一签。期满后居民可选择自动续（解）约或另选乡村医生签约，如没有提出解约视为自动续约。乡村医生要履行协议规定的服务承诺，并根据农民的意见，及时调整服务方式，提高服务质量和居民满意度。

（四）签约责任

乡村医生负责为签约居民提供基本医疗、基本公共卫生等各项服务，并独立承担医疗责任。在为居民提供服务过程中，因居民隐瞒病史信息、不执行乡村医生制定的防治方案、不听从指导意见而影响到服务质量以及因病情超出乡村医生诊疗水平和能力而造成不良后果的，乡村医生不承担责任。

（一）加强组织领导

我院高度重视签约服务工作，我院成立“家庭医生签约服务工作领导小组”。

组长：林辉（院长）

副组长：王明涛（副院长）、王丽娥（公卫组长）成员：王华（医生）、吴坤修（医生）、吴璐瑶（公卫）、钟学宇（公卫）、林诗莹（公卫）、王锐（公卫）何潇杰（公卫）陈小剑（公卫）

组长专门管理组织，加强组织宣传工作，各成员负责协助村医进行签约工作。我院健康管理团队要对签约乡村医生进行业务指导和考核，建立日常工作制度和奖惩激励机制，推动签约服务工作稳步开展。

（二）加强考核激励

要完善签约服务的补偿机制，根据乡村医生的服务数量、质量、签约对象满意度进行综合测评，并作为基本补助经费分配、奖励的依据。鼓励多劳多得、优绩优酬，确保签约乡村医生应获得的报酬及时足额到位，调动乡村医生主动做好签约服务的积极性。要将签约服务开展情况作为乡村医生聘用的重要条件，对于服务不到位、群众不认可的乡村医生可实行缓聘或解聘。我院将建立定期报表制度和定期通报制度，及时掌握工作开展情况，对于完成工作任务好的予以通报表扬，对于工作进展较慢、达不到规定要求的，予以通报批评。

（三）规范服务模式

我院将不断完善家庭医生签约服务工作内涵、规范标准、工作流程、培训要求和考核指标，形成具体实施细则和工作手册，指导乡村医生工作。要认真开展签约服务相关内容培训，使开展签约服务的乡村医生能全面掌握服务标准、服务流程和考核要求，全面胜任健康管理职责。加快签约服务信息化开发力度，为签约服务提供技术支撑。

（四）广泛宣传发动

各村卫生室要注重宣传引导，努力为签约服务营造良好氛围。要在村委会和村卫生室公示签约服务乡村医生的基本情况和签约服务的特点、内容，充分告知群众与乡村医生签订服务协议的好处，使签约服务工作家喻户晓，让更多的居民自觉接受签约服务。及时公布工作进展，主动接受农村居民、新闻媒体和社会各界的监督，解答社会各界关心的问题。加强正面引导，坚持典型引路，树立签约服务良好形象，积极培育签约服务活动中涌现出的先进个人，使签约服务工作真正贴近百姓、深入人心。

家庭医生签约个人工作计划篇五

为进一步推进颍南办事处基本公共卫生服务项目工作，切实转变服务模式，按照《阜阳市20**年基层医疗卫生机构家庭医生签约服务制度实施方案》，结合我镇实际，先把工作进展情况总结如下：为充分满足社区卫生服务的需求，颍南社区卫生服务中心启动家庭医生服务。成立颍南社区卫生服务团队(国家基本公共卫生服务团队;家庭、社区医生服务团队);家庭医生服务是以家庭医生为核心，以全科团队服务为支撑，以居民健康为中心，家庭为单位，家庭医生与居民签订服务协议，为签约家庭或居民提供基本医疗和公共卫生服务。

中心服务团队，分三个小组，每个小组是由医生、护士、公卫人员组成，结合基本公共卫生服务项目三级管理保包责任制，上门服务、提供基本医疗服务，开展门诊预约服务，签约居民首诊和双向转诊服务;对残疾人制定康复计划，指导和督促康复训练;对空巢和行动不便的有需求的老年人提供上门健康咨询和指导服务;家庭成员进行个性化中医体质辨识，开展个性化中医养生保健;提供家庭健康咨询和健康支持。家庭医生小组主动了解签约家庭健康状况，制定健康计划，对慢性病、老年人、儿童、孕产妇等重点人群实施有效的健康干预。

截止到20**年12月25日颍南辖区城市社区签约1149户，签约人口4454人，重点人群1300人，城市辖区总人口11416人、城市辖区重点人群3188人，重点人群比例占40%，城市社区签约率39%。

通过入门、入户签约服务，发现外出人员较多，流动性大，个别村民对家庭医生签约服务意识性差，多次宣传动员，不能相信服务模式；认为签约单位医疗条件差，没有市级医院医疗条件好，不能信任；个别家庭认为，不签约更好，他们有身体健康问题，随时打120，也方便；不需要社区服务。

在今后的工作中，大力宣传家庭医生服务模式，构建和谐医患关系，与辖区居民建立稳定的健康服务关系，成为辖区居民健康生活的贴心人！主要负责辖区居民诊疗、健康体检、和健康指导咨询服务，认真做好常见病、多发病、慢性病、传染病诊治，做好院外急救与转诊；承担辖区居民健康档案和医疗保健；根据辖区居民主要健康问题，制定、实施服务计划；提供一对一服务模式；做辖区居民健康的守护神！