

卫生院家庭医生签约服务工作总结 家庭医生签约服务工作总结(实用8篇)

销售工作总结的目的在于总结经验，挖掘潜力，优化销售策略，取得更好的销售成绩。经济师总结范文中的思路和表达方式，可以帮助大家构思和写作自己的总结。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇一

20xx年8月中心针对月初制定家庭医生签约服务工作计划进行实施，现总结如下：

1. 开展慢病业务系统更新培训。根据8月3日疾控中心培训内容，中心对参与基本公共卫生服务项目工作人员开展了慢病业务系统更新培训，本次培训由公卫科科长具体讲解，帮助大家尽快适应新系统的应用，熟悉操作流程，利于下一步工作开展。
2. 开展慢病长处方宣传、告知，各家庭医生服务团队根据自身特点，利用各种方法开展宣传。开展家庭医生签约服务内容及相关慢病长处方知晓率交叉调查。
3. 完成二季度考核存在问题“回头看”督查，针对二季度比较突出的糖尿病患者足背动脉搏动不知晓情况，8月24日中心考核小组再次进行电话核查，本次核查？人，知晓？人。
4. 召开家庭医生签约团队成员会议，部署20xx年家庭医生签约工作。20xx年的家庭医生签约工作即将启动，中心主任在8月15日团队长会议上具体部署了新一年签约服务的要求，要求提前筛选重点人群签约对象，巩固签约率，重抓续签率，为20xx年签约服务打好基础。
5. 继续做好做实家庭医生签约服务工作

(1) 完成家庭病床服务，目前针对区卫计局半年度家庭病服务质量质控检查情况反馈，已陆续进行整改，目前正在提供家庭病床服务的有2张，服务团队根据服务对象提供的需求提供相应服务。

(2) 完成慢性病随访工作，各服务团队继续定期到居家养老服务中心提供集中随访，对个别行动不方便者提供上门随访。

(3) 完善签约服务对象的个人档案，截止8月25日类计完善个人健康档案2997，其中利用健康体检完善2997，高血压、糖尿病随访完善755份，剩余1899份档案陆续正在完善当中。

(4) 慢性病联合门诊导师下站点助力家庭医生签约服务，8月21日上午中心邀请人民医院内分泌科主任孙丽琴到大桐洲站点未连续多次控制不满意的糖尿病患者提供现场诊疗服务，指导家庭医生规范糖尿病患者治疗方案。进一步提升家庭医生签约服务能力。

6. 提供慢病长处方服务

截止8月25日中心提供慢病长处方服务177张，慢病长处方开具数量还有一定差距，接下来这将是我们的重点需要解决的问题。

通过一系列举措，中心进一步做实做细了家庭医生签约服务，健康管理质量有了明细的提升，但仍存在诸多问题，8月分交叉调查结果我中心签约服务内容知晓率和慢病长处方知晓率79.01%和44.44%，慢病长处方距离签约对象全知晓尚有很大距离。医生开具慢病长处方数量距离目标量还有很大差距、思想上还不够重视，家庭病床服务的规范，慢病患者的综合管理能力、诊疗能力均还需进一步加强。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇二

根据本团队月初制定的工作计划，结合本团队工作实际情况特总结如下：

组长：

组员：

1、我团队在四月份为辖区内的老年人以及贫困人口开展了健康体检工作，其中老年人体检为518人，完成了月初制定的工作计划，其中贫困口体检工作完成的不是特别理想，没有完成月初制定的工作计划。体检完成我团队工作人员对化验单反馈的工作开展的较为不错，由老年人管理人员进行电话确认，其中群众的反馈还是比较理想的。。

2、对辖区内的糖尿病患者开展了以糖尿病患者的中医保健知识授课取得了相应的效果，总计听取讲座人次数达到50人次。群众大部分都是可以理解授课内容的。

3、对辖区内的精神病患者开展了随访工作，我团队共计管辖精神病患者42人，对精神病患者随访工作我团队工作人员不敢大意，每入一户都会详细询问其现况以及对家属讲解一些相关法律法规，本月我一例精神病患者肇事肇祸现象发生。

4、对贫困人口随访工作由我团队工作人员配合院内医生完成，我团队圆满的完成了对管辖内的154名贫困人口随访工作，对贫困人口健康卡的使用方法都可以说的出来。

1、根据各项工作的开展使我辖区内的居民对家庭医生签约服务以及公共卫生服务的认可以及认同可以上一个层次。

2、开展随访工作可以让我辖区群众身心健康可以得到一个良好的保证。

3、可以对老年人的健康状况可以有一个更好确认，对存在的一些隐疾可以及时掌握。

1、及时对辖区内的居民开展各类活动。

2、在世界家庭医生日做好宣传，让群众更好的了解家庭医生。

3、对没有体检的贫困人口要根据情况及时开展，争取在年底覆盖完成。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇三

根据本团队月初制定的工作计划，结合本团队工作实际情况特总结如下：

一、

组长：佟海霞（第三团队长）

组员：王秀媛（家庭医生）刘成龙（公卫人员）

朱鹤（责任护士）董冰（医生助理）

孙国艳（医生助理）

周德山（莲花村乡医）王会（裴家村乡医）

郝志（沙家村乡医）王冬（东莲花村乡医）

第三家庭医生团队主要负责，万昌镇莲花村、裴家村、沙家村。

二、

1、我团队在四月份为辖区内的老年人以及贫困人口开展了健

康体检工作，其中老年人体检为518人，完成了月初制定的工作计划，其中贫困口体检工作完成的不是特别理想，没有完成月初制定的工作计划。体检完成我团队工作人员对化验单反馈的工作开展的较为不错，由老年人管理人员进行电话确认，其中群众的反馈还是比较理想的。

2、对辖区内的糖尿病患者开展了以糖尿病患者的中医保健知识授课取得了相应的效果，总计听取讲座人次数达到50人次。群众大部分都是可以理解授课内容的。

3、对辖区内的精神病患者开展了随访工作，我团队共计管辖精神病患者42人，对精神病患者随访工作我团队工作人员不敢大意，每入一户都会详细询问其现况以及对家属讲解一些相关法律法规，本月我一例精神病患者肇事肇祸现象发生。

4、对贫困人口随访工作由我团队工作人员配合院内医生完成，我团队圆满的完成了对管辖内的154名贫困人口随访工作，对贫困人口健康卡的使用方法都可以说的出来。

三、

1、根据各项工作的开展使我辖区内的居民对家庭医生签约服务以及公共卫生服务的认可以及认同可以上一个层次。

2、开展随访工作可以让我辖区群众身心健康可以得到一个良好的保证。

3、可以对老年人的健康状况可以有一个更好确认，对存在的一些隐疾可以及时掌握。

四、

1、及时对辖区内的居民开展各类活动。

2、在5.19世界家庭医生日做好宣传，让群众更好的了解家庭医生。

3、对没有体检的贫困人口要根据情况及时开展，争取在年底覆盖完成。

万昌镇中心卫生院第三家庭医生团队

20xx年4月29日

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇四

20年5月19日是第8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20年家庭医生签约服务主题宣传月活动的通知》(灵卫发〔20〕73号)文件要求，5月24日上午，灵石县镇卫生院在镇广场开展“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。

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。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇五

家庭医生或全科医生是我国医疗环境下比较薄弱的环节，却承担着防病未然或遇病时发挥导医决策和出院后家庭防护重

责的一个角色。不论家家户户有没有家庭医生，事实上家庭医生承担的责任却是哪家哪户也不能躲脱的。

作为一名医务人员，我自然也就是自己大家庭和亲朋好友的家庭医生了，通过1个多月的学习，以及相关的讨论交流，对于如何做好家庭医生或做好医疗决策及平时防护也有了更多新的认知和思考。以我个人为例，没接触网络医疗资源之前，我对待家人或亲朋超出自己专业范围的医疗决策的方式是：

(1) 根据常识，将病人介绍给自己熟识的专科医生，获得初步诊断信息；

(4) 协助同事和亲朋就医疗问题沟通搭起桥梁作用（因为同事一般都很忙）

(5) 在出院后，叮嘱注意和医生保持联络，定期随访。

从上面的处理环节，可以看出一下几个特点

(1) 找医生是以熟悉或不熟悉为前提条件

(2) 是否细致的了解专业背景信息和多处求证是根据亲朋关系的亲疏和自己的时间来决定

(3) 专业背景信息主要是通过自己花时间通过互联网来学习和消化。

从实际效果来看，每1例家庭成员的看病过程都相当艰辛，但是预期结果均还比较好，可以说是自己在主导医疗大方向和很多小细节的决策。但是从非家庭成员看，结果有好有坏，最失败的是几位长辈栽在高血压的并发症上，教训惨重，还有好几起可以预见的手术失败的教训，想起来有时也后悔为什么没有坚持自己的主张，而是碍于很多原因（毕竟非至亲，很多时候也不好太独断，毕竟要考虑其家人的态度和病人的

态度。

我逐渐理顺了思路，也回顾了既往的教训和成功经验。现总结如下：

(2) 在疾病诊断明确后，首先关注3方面的问题：

(3) 家庭医生的职责应该具有前瞻性，不是等真正出现大问题了，才出手救急。而是要对自己的家人和亲朋在平时主动关心，强调健康体检的必要性和建立档案管理，从这些成员的现存隐患或前瞻性隐患（职业隐患、家族疾病背景隐患）等角度加强平时的健康教育和指导，开展个体化的定期体检（不拘泥于单位的体检项目）。

(4) 对于就近的医疗资源（同行），平日里就要留心观察，尤其是利用业务交流的考察或病案室的具体客观信息，寻找各个专业的同事在某些常见疾病上处理最棒的人选，而不仅仅是根据关系的亲疏来做选择。

(5) 需要熟悉医疗政策，尤其是现在医疗付费规则非常复杂，平日不做积累，关键时容易忽略重要细节，给自己带来不必要的麻烦。

所以，做好家庭医生，也非一件容易的事情，这需要平日里多主动学习和沟通交流，特别是学会利用网络医疗信息资源，只有注意好了平日的积累，注意防患于未然，在平时做好遇到危机时的应急方案或流程，才能够处之泰然，少留遗憾。做一名好医生，首先是做好一名自己的和家人亲朋的好的家庭医生！这样才能将经济状况的改善和医院医疗技术设备的进步带来的好处纳入自己和家人亲朋的幸福生活指数里面去。没有健康做保障，没有亲朋的陪伴，其他的身外之物都是浮云。

做好家庭医生就是我的本职，归根到底，拿出对自己家人的

爱心，作为运用自己专业知识的指南针，就是好好爱自己的一种形式或本能的需求。有爱的日子，生活才有意思，才不会浑浑噩噩的虚度自己的最宝贵财富——时间，才会获得寻求知识的冲动和灵感，让自己的生命充满灵动，也就自卫了自己的健康，赢得宝贵的时间去走自己力所能及到达的最远的距离。

富人先富心，相信我在追求幸福生活的道路上会脚踏实地，从蹒跚到健步会是一个必然过程，认知到个人的生命本无意义算是一个生命不惑阶段的标志。做好“家庭医生”显然最适合我，做自己乐意做的事情就会收获很多意外的美妙。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇六

□20xx□14号文件要求，结合我镇实际，充分发挥村卫生室的网底作用，创新乡村医生服务模式，已解决老百姓看病难、看病贵为目标，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抓紧抓好，并取得了一定成效，初步形成了以辖区居民为服务对象，公共卫生服务团队(家庭医生)为指导，乡村医生为服务主体的划片包干、团队合作、责任到人的服务模式，现将我镇工作情况总结如下：

桔园镇地处城固县北山与平川结合部，全镇总面积186.5平方公里，总人口40193人，辖区有28个行政村，我镇是全市历史文化名镇，也是享誉全国的桔园之乡。我镇设有乡镇卫生院1所，标准化村卫生室31所，其中镇村医务人员138名。，为辖区居民提供预防、保健、康复、健康教育、基本医疗等。乡村医生签约服务涉及到的有28个行政村，31所村卫生室，其中覆盖签约家庭数9549户，所涉及人口数40193人。

20xx年3月我院组建由临床、护理、公共卫生、预防保健等专业技术人员及乡村医生组成的签约服务团队，包村指导、村卫生室乡村医生包户包人的原则，建立稳定的契约型服务关

系。以村卫生室和农村居民家庭为签约主体。针对村卫生室、乡村医生能力不足的问题，加强了常见病(多发病)诊治、重点特殊人群健康管理、医疗技术诊疗规范、医疗安全等知识培训，指导乡村医生应用适宜卫生技术、实施基本药物，开展基本卫生服务。对于乡村医生不能独立完成的基本公共卫生服务项目，如计划免疫、0-6岁儿童和孕产妇健康管理，糖尿病、高血压、65岁以上老年人的健康体检，重性精神病筛查等建立分工协作机制，做好了工作的衔接，确保基本公共卫生服务项目保质保量的开展。同时，加强对乡村医生签约服务各项服务的考核，对服务数量、质量、群众满意度等进行监督检查，使签约服务各项服务项目真正落到实处，取得实效。

目前我镇共有31所村卫生室48名乡村医生开展了签约服务工作，8776户35982人自主选择了自己信任的乡村医生，并与乡村医生自愿签订了服务协议。有31212人次享受了国家基本公共卫生服务项目，51818人次到村卫生室接受了基本医疗服务。

(一)高度重视、精心组织

《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3场，组建团队1个，团队成员7人，参加家庭医生式签约服务培训93人次，多次召开桔园镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的桔园镇家庭医生式签约服务工作部署会议、桔园镇镇家庭医生式签约服务工作推进会、桔园镇家庭医生式签约服务工作培训会、桔园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，我镇结合老年

人健康管理服务同时通过下乡义诊、健康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民宣传3124人次，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宣传栏2版、黑板报31期，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。

(一)总结经验，推广服务

根据城固县卫生局的部署，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

20xx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。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇七

为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，根据营口市卫生局《关于开展“世界家庭医生日”宣传活动的通知》的通知（营卫传[20xx]61号）文件精神，以及区卫生与

计划生育局公共卫生科的指示，我中心结合基本公共卫生服务项目工作实际，全面推行家庭医生签约服务。现将我们的工作总结如下。

（一）高度重视，积极部署

根据区卫计局公共卫生科的工作部署，结合我辖区的实际情况，成立了以xx主任为组长的工作领导小组，成员由xx副主任，等医生，等护士以及相关工作人员组成，同时成立4个家庭医生签约服务团队。实现了签约服务团队对辖区居委会全面覆盖，组织召开专题会议，研究部署推进家庭医生签约服务宣传活动方案。

（二）广泛宣传，深入动员

为保证服务工作顺利有序进行，我中心通过以下途径进行宣传：

1. 利用我中心的dvd播放机播放家庭医生签约服务的影像资料，利用健康教育宣传栏就诊的老年人及辖区居民进行宣传。

2. 20xx年5月19日当天下午，我中心组织相关工作人员通过制作条幅、免费义诊等咨询活动，深入社区居民，大力宣传家庭医生签约制度，并在活动现场与广大居民进行签约，与辖区居民建立健康和谐稳固的医疗卫生合作关系。

3. 20xx年5月27日上午9:00，我中心组织相关工作人员，在医院一楼门诊大厅，进行宣传活动，提高居民对实行家庭医生式服务管理的知晓率，进一步扩大卫生服务团队的影响力。

（三）明确原则，分级管理

对于辖区的居民，按照健康状况和健康需求情况划分为两类：第一类为健康普通人群，第二类为重点关注的人群，包括老年

人、高血压患者、糖尿病患者、孕产妇、儿童、结核病患者、重性精神疾病患者、残疾人群以及贫困等特殊人群。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。

1. 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。

2. 重点需关注的人群

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4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。

对于慢性病人群，如高血压、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/季度的饮食指导、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。

重性精神病、残疾人、优扶对象等特殊人群，以减轻痛苦、便捷医疗为目标。在慢性病人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。

1. 提高了基本公共卫生的知晓率。在签约的同时并再一次告知家庭医生签约服务内容和基本公共卫生内容及基本药物内容，使居民提高了认识，了解了新形式。

2. 医患关系更加和谐，树立了卫生形象。通过再一次的宣传和集中与入户相结合的签约方式，加深了医患之间的联系和沟通，增强了签约居民的归属感，和群众拉近了，医患关系更加和谐。

3. 增强了家庭医生服务团队的积极性和责任意识。通过家庭医生签约服务的这种服务模式和服务理念，使家庭医生服务团队了解到签约不是一种形式，更是一种责任，他们的积极性和责任意识不断提高。

4. 促进了基层卫生服务网络建设。通过签约服务，家庭医生责任感增强，服务理念增强，服务意识增强，团队意识增强，居民对他们也更加信任了。

5. 得到居民的认可。通过集中与入户相结合的签约方式，使他们了解到了国家的惠民政策，获得了居民的一致好评。

1. 宣传力度还不够，个别居民会出现拒绝服务的现象。

2. 部分社区居民认为我们服务团队业务水平有限，导致社区居民对家庭医生服务能力有所顾虑。

3. 由于我们的团队人员数量限制，加之辖区人口数目众多，很难完全满足辖区人口的卫生服务需求。

根据区卫生与计划生育局的部署，我中心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，逐步向全辖区居民推广家庭医生式服务。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。

卫生院家庭医生签约服务工作总结篇八

为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，根据阿克苏市关于印发《阿克苏市家庭医生签约服务实施方案（试行）》的通知（阿市发改综【2017】149号）文件精神，

我院结合基本公共卫生服务项目工作实际，全面推行家庭医生签约服务。现将我们的工作总结如下。

（一）高度重视，积极部署

根据阿克苏市卫计委的工作部署，结合我乡实际情况，制定了《库木巴什乡卫生院家庭医生签约式服务工作实施方案》，成立了以院长为组长的工作领导小组，成员由院班子、公共卫生科、防疫科、其他相关职能科室人员组成。截至今年12月20日，共召开专题会议4场；推进会2场；组建团队4个，团队成员30人；培训会3次，培训90人次。

（二）广泛宣传，深入动员

为保证服务工作顺利有序进行，自9月下旬开始，我院通过四个途径进行宣传：

- 1、利用我院的led电子显示屏、健康教育宣传栏对就诊居民进行宣传。
- 2、公卫科、防疫科通过发放宣传单进行宣传。
- 3、通过每周一卫生计生健康大宣讲活动，由各村卫生室村医宣传家庭医生签约式服务工作的相关内容。
- 4、家庭医生服务团队通过入户的形式进行宣传。

（三）明确原则，分级管理

1、分片服务、明确责任

根据库木巴什乡人口分布及村卫生室分布特点，以辖区14个村卫生室为载体，将每个行政区域“网格化”划归相应的村卫生室，保证库木巴什乡所有居民均能得到村卫生室卫生服

务体系覆盖。卫生院和村卫生室村医组成了由“一位医生、一位护士、一位公卫人员、及乡村医生”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，并在各村卫生室设立“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三类：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、重性精神病、残疾人、贫困人口、空巢老人等特殊人群。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。根据每年一次的全民健康体检健康档案信息，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。及时对签约居民提供预约咨询服务。

3、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。

（四）、签约服务进度

目前，已签约的居民总数为16447人，其中重点人群签约9257人，我乡重点人群总数为10765（此数据包含低保户、残疾人、计生家庭等人数），重点人群签约率为86%。我辖区居民总数22779人，签约总人数占服务总人口的72%。

1、提高了基本公共卫生的知晓率。在签约的同时并再一次告知家庭医生签约服务内容和基本公共卫生内容及基本药物内容，使居民提高了认识，了解了新形式。

2、医患关系更加和谐，树立了卫生形象。通过再一次的宣传和集中与入户相结合的签约方式，加深了医患之间的联系和沟通，增强了签约居民的归属感，和群众拉近了，医患关系更加和谐。

3、增强了家庭医生服务团队的积极性和责任意识。通过家庭医生签约服务的这种服务模式和服务理念，使家庭医生服务团队了解到签约不是一种形式，更是一种责任，他们的积极性和责任意识不断提高。

4、促进了基层卫生服务网络建设。通过签约服务，乡村医生责任感增强，服务理念增强，服务意识增强，团队意识增强，居民对他们也更加信任了。

5、得到居民的认可。通过集中与入户相结合的签约方式，使他们了解到了国家的惠民政策，获得了居民的一致好评。

1、宣传力度还不够，个别村民会出现拒绝服务的现象。

2、部分居民认为我们服务团队业务水平有限，导致社区居民对家庭医生服务能力有所顾虑。

3、因目前我乡开展家庭医生签约服务工作仍在初期阶段，普遍存在着签而不约的现象，只忙着完成签约数量，而不重视签约后的服务质量。

（一）总结经验，推广服务

根据阿克苏市卫生局的部署，我院将及时总结开展家庭医生式签约服务的做法和初步成效，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，结合每年一次的全民健康体检逐步向全乡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

20xx年，将家庭医生服务工作开展情况纳入全院公共卫生服

务绩效考核的重点内容之一，通过考核、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。