

最新残疾人家庭医生签约服务实施方案(通用5篇)

确定目标是置顶工作方案的重要环节。在公司计划开展某项工作的时候，我们需要为领导提供多种工作方案。那么方案应该怎么制定才合适呢？下面是小编为大家收集的方案策划范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

残疾人家庭医生签约服务实施方案篇一

为进一步规范我镇村级医务人员服务内容，转变农村医疗卫生机构服务模式和服务理念，强化农村卫生服务一体化管理，促进基本公共卫生服务项目和各项医改工作在农村的落实，增强农村卫生服务“网底”功能，按照《国家卫生和计划生育委员会办公厅关于开展乡村医生签约服务试点的指导意见》（封卫字2017、126号）精神，根据省、市、县卫生工作会议有关要求，决定在全镇开展村医签约服务工作。

一、指导思想

认真贯彻新时期农村卫生工作方针，坚持以为人民健康服务为宗旨，以坚强健康管理为目标，以签约复约为抓手，在全镇开展村医签约服务工作。逐步建立起签约家庭与村医及服务团队之间相对稳定、持续发展、以优质高效的契约式服务关系，促进分级诊疗和有序就医格局的形成，不断提升农村居民健康保障水平。

二、签约服务

签约居民享受国家规定的基本医疗服务和基本公共卫生服务。村及医务人员按照国家公共卫生服务规范规定的12项基本公共卫生服务项目以及与居民签约服务协议的内容，为居民建

立健康档案，并进行动态管理。对65岁以上老年人，一年进行一次免费体检，建立健康档案，生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查健康指导等，辅助检查包括尿常规、血常规、肝功、肾功、血糖，血脂、心电图检查。

36、月龄时进行听力筛查。

孕产妇、产前检查5次（孕早期1次、孕中期2次、孕晚期1次），产后访视2次。建立健康档案孕产妇健康评估、一般体格检查、妇科检查、产科检查、b超等，针对性健康指导及母乳喂养、新生儿护理指导。

重症精神病，建立健康档案每年位居家治疗的重症精神病人提供4次免费上门随访服务，每年进行1次免费健康检查，依据健康体检结果进行相应健康指导和科普知识宣传教育。

高血压，建立健康档案对辖区内35级以上常住居民进行筛查服务，对确诊的原发性高血压患者每年进行1次较全面的健康检查，提供至少4次面对面的随访服务，进行随访评估依照血压控制满意与否提出干预措施，进行针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。

步治疗干预建议，进行健康生活方式、控烟酒、饮食控制等健康指导。

基本医疗服务

为签约居民提供一般常见病、多发病的诊疗服务，要建立工作台账，做好登记门诊日志和处方，接受县乡等领导审核。村级医生每年对签约居民进行1次健康状况评估，并根据评估结果，量体制订个性化健康方案。如遇疑难急重症还受条件限制，需要转上及医院治疗的患者，村级医务人员积极要为签约居民提供服务。鼓励村级医务人员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。需要收

费的项目应根据国家有关收费政策和标准执行。

三、签约要求

各村医务人员要有良好的专业素养及人际沟通能力，各村医务人员可以个人还团队的形式与居民进行签约，乡村医生团队可以有同一个村卫生室或多个村卫生室的村及医务人员组成，对辖区居民开展签约服务工作。

村及医务人员是签约第一责任人，要对以户为单位进行签约服务，签约协议原则上一年一签、一签一年，期满后居民不提出解约的视为自动续约，也可以根据自己的意愿选择村级医务人员签约。各村医务人员在进行签约过程中必须携带听诊器、血压计、血糖仪、体重器等必要的基本检查设备入户签约，同时更新家庭档案。

四、时间安排

宣传启动阶段（7月31日---8月10日）

各村统一粘贴宣传口号，利用宣传栏和村中广播进行宣传。

推动实施阶段（8月11日-----12月10日）

各村医务人员入户签约服务的同时要对高血压、糖尿病、精神病等重点人群进行随访，未建立健康档案的人群建立健康档案。对已建立的健康档案进行完善与更新。各村医务人员要做好签约登记工作，把每天签约的户数人数等内容详细登记到《签约工作登记表》，签约工作结束后进行汇总上报。通过此次签约，要促进各村医务人员转变服务观念，提高服务质量，推动各项工作再上一个新台阶。签约率要覆盖95%以上居民家庭。

《麻沙镇乡村医生签约服务实施方案》全文内容当前网页未

完全显示，剩余内容请访问下一页查看。

残疾人家庭医生签约服务实施方案篇二

通过建立家庭医生服务质量考核体系，进一步明确家庭医生工作内容及质量标准，对家庭医生进行全面管理和综合评估，通过考核奖优罚劣，在机构内营造岗位竞争氛围，充分调动家庭医生团队的工作主动性和积极性，切实提高服务效率和质量。使社区居民与家庭医生形成长期、稳定、相互配合、相互信任和相互促动的契约式服务关系，在全市形成“让家庭拥有医生，让医生走入家庭”的和谐社区医疗新常态。

二、考核原则

(一)公平原则全市社区卫生服务机构(中心/站)使用统一的考核标准。

(二)严格原则严格按照考核流程及《包头市社区家庭医生团队绩效考核指标(试行)》实施，并对照团队及成员实际工作量进行评估，考核结果由各机构考核小组负责整理存档。

(三)公开原则绩效考核的结果应在考核结束后公示，以保证公正性。

(四)奖惩结合原则考核结果与绩效工资挂钩，以达到公平、竞争、激励的效果。

(五)沟通与反馈原则考核结果要向被考核者反馈，并提出整改意见等，发挥教育促进作用。

三、考核对象

全市所有登记在册的社区卫生服务机构(中心/站)组建的家庭

医生团队及成员。

四、考核内容

考核内容主要包括团队管理、服务功能和服务效果三方面内容。考核实行百分制，其中团队管理占20分，服务功能占50分，服务效果占30分。具体见考核指标(见附件1)。

(一)团队管理包括团队管理、分工管理和信息化手段三方面。考核评价家庭医生整体签约情况、内部管理机制、信息化手段利用的程度，并以当年目标值为基准，综合考核团队管理状况。

(二)服务功能包括基本医疗、基本公共卫生服务和双向转诊三方面。基本医疗包括医疗服务数量、合理医疗及医疗质量；基本公共卫生服务包括重点人群服务、健康教育、预防接种、特殊人群保健；双向转诊包括向上和向下转诊，充分体现家庭医生的综合服务功能。

(三)服务效果从医德医风、居民知晓率和满意度三方面评价考核家庭医生团队的服务效果；通过对服务对象及机构内部的满意度调查，对家庭医生式服务满意度进行测评。

五、签约要求

(一)制度以“分片包户制”为基础，各家庭医生团队应有明确的分工机制，对服务区域进行合理的分片(社区)、分小区(楼栋)、分家庭(居民)，根据服务能力，确定各家庭医生负责的户数。

(二)宣传各家庭医生团队和个人可通过开展主题宣传活动、发放宣传折页、开展健康大讲堂等多种形式，加大对家庭医生和对服务内容的宣传，充分告知并引导签约。

(三) 签约以户为单位，家庭成员为组成，按照自愿原则，社区卫生服务机构家庭医生与家庭代表签订《包头市社区家庭医生式服务协议书》(见附件2)，一式两份，并存放于家庭健康档案中，共同履行约定条款。居民可根据自身健康需求，在医生的建议下选择具体服务项目。建议重点人群及慢性病高危人群签约时间1~3年，一般人群3~5年为宜。

(四) 记录居民签约后，由责任医生将签约真实信息记录于《包头市社区家庭医生式服务绩效统计表》(见附件3)。

(五) 服务按照协议规定，家庭医生团队落实各项服务承诺，并将服务内容详细记入健康档案，以备考核。

(六) 评价各家庭医生团队为居民提供服务后，应及时获取居民对服务内容和服务质量的评价，根据居民反馈信息不断改进服务方式，提高服务质量。

(七) 总结各社区卫生服务机构要做好家庭医生绩效考核及相关工作资料的总结和整理归档工作，如实填写《包头市社区卫生服务机构基本公共卫生服务工作完成情况》当月工作量报表，由各旗县区卫计局汇总后，于次月5日前以电子版形式报市社管中心(e-mail:btssgzx@)□

六、考核方法及流程

家庭医生绩效考核流程分层级进行，具体如下：

一级考核建议以“月”为单位，各团队队长在每月底对本团队的业务工作进行质量自查。

二级考核结合实际，实行“中心/站一体化”管理的社区卫生服务机构，应由中心组织完成自身及管辖社区卫生服务站的家庭医生考核工作，独立的社区卫生服务站参照一级考核，建议每季度考核1次。

三级考核旗县区卫计局应对辖区社区卫生服务机构家庭医生工作开展情况进行考核，建议半年和年终各考核1次。考核流程：

七、结果应用

(一)一级考核结果用于家庭医生团队内部的工作自查，重点提升薄弱环节的质量。

(二)二级考核结果用于促进“中心/站一体化”制度的有效实施，助力社区卫生服务人事薪酬制度的稳步推行。

(三)三级考核结果用于加强各属地管理，促进各地区家庭医生制度平衡发展，使我市基层公共卫生服务高效落实，居民满意度不断提高。

八、工作要求

各旗县区卫计局要重视社区家庭医生绩效考核工作，将考核检查结果与社区公共卫生专项补助经费挂钩，促进此项工作深入开展。各社区卫生服务机构根据实际情况，建立家庭医生团队考核小组，积极开展考核工作。要依据家庭医生团队人员考核结果，合理分配其绩效工资和基本公共卫生服务项目补助经费。分配注重四大原则：突出社区卫生服务公益性的正确导向，促进基本医疗服务和基本公共卫生服务均衡发展原则；突出“六位一体”的综合服务，体现居民满意度和健康保障水平上升的原则；突出家庭医生工作，保障稳定的医患关系的原则；突出工作目标、工作质量、满意度和依从性等综合考核结果，与工作量的完成情况相结合的原则。

[家庭医生签约服务绩效考核方案]

残疾人家庭医生签约服务实施方案篇三

我市自20xx年推行家庭医生责任制服务工作以来，全市各社区卫生服务机构组建了以全科医生为核心的家庭医生服务团队，为广大社区居民提供建立健康档案、健康教育、对各类重点人群实行健康管理，通过几年的不懈努力，取得了良好的成效。为进一步提高基层卫生服务效率，在总结经验的基础上，结合工作实际，特制定本考核方案，请看下面方案。

通过建立家庭医生服务质量考核体系，进一步明确家庭医生工作内容及质量标准，对家庭医生进行全面管理和综合评估，通过考核奖优罚劣，在机构内营造岗位竞争氛围，充分调动家庭医生团队的工作主动性和积极性，切实提高服务效率和质量。使社区居民与家庭医生形成长期、稳定、相互配合、相互信任和相互促动的契约式服务关系，在全市形成“让家庭拥有医生，让医生走入家庭”的和谐社区医疗新常态。

(一)公平原则全市社区卫生服务机构(中心/站)使用统一的考核标准。

(二)严格原则严格按照考核流程及《包头市社区家庭医生团队绩效考核指标(试行)》实施，并对照团队及成员实际工作量进行评估，考核结果由各机构考核小组负责整理存档。

(三)公开原则绩效考核的结果应在考核结束后公示，以保证公正性。

(四)奖惩结合原则考核结果与绩效工资挂钩，以达到公平、竞争、激励的效果。

(五)沟通与反馈原则考核结果要向被考核者反馈，并提出整改意见等，发挥教育促进作用。

全市所有登记在册的社区卫生服务机构(中心/站)组建的家庭

医生团队及成员。

考核内容主要包括团队管理、服务功能和服务效果三方面内容。考核实行百分制，其中团队管理占20分，服务功能占50分，服务效果占30分。具体见考核指标(见附件1)。

(一)团队管理包括团队管理、分工管理和信息化手段三方面。考核评价家庭医生整体签约情况、内部管理机制、信息化手段利用的程度，并以当年目标值为基准，综合考核团队管理状况。

(二)服务功能包括基本医疗、基本公共卫生服务和双向转诊三方面。基本医疗包括医疗服务数量、合理医疗及医疗质量；基本公共卫生服务包括重点人群服务、健康教育、预防接种、特殊人群保健；双向转诊包括向上和向下转诊，充分体现家庭医生的综合服务功能。

(三)服务效果从医德医风、居民知晓率和满意度三方面评价考核家庭医生团队的服务效果；通过对服务对象及机构内部的满意度调查，对家庭医生式服务满意度进行测评。

(一)制度以“分片包户制”为基础，各家庭医生团队应有明确的分工机制，对服务区域进行合理的分片(社区)、分小区(楼栋)、分家庭(居民)，根据服务能力，确定各家庭医生负责的户数。

(二)宣传各家庭医生团队和个人可通过开展主题宣传活动、发放宣传折页、开展健康大讲堂等多种形式，加大对家庭医生和对服务内容的宣传，充分告知并引导签约。

(三)签约以户为单位，家庭成员为组成，按照自愿原则，社区卫生服务机构家庭医生与家庭代表签订《包头市社区家庭医生式服务协议书》(见附件2)，一式两份，并存放于家庭健康档案中，共同履行约定条款。居民可根据自身健康需求，

在医生的`建议下选择具体服务项目。建议重点人群及慢性病高危人群签约时间1~3年，一般人群3~5年为宜。

(四)记录居民签约后，由责任医生将签约真实信息记录于《包头市社区家庭医生式服务绩效统计表》(见附件3)。

(五)服务按照协议规定，家庭医生团队落实各项服务承诺，并将服务内容详细记入健康档案，以备考核。

(六)评价各家庭医生团队为居民提供服务后，应及时获取居民对服务内容和服务质量的评价，根据居民反馈信息不断改进服务方式，提高服务质量。

(七)总结各社区卫生服务机构要做好家庭医生绩效考核及相关工作资料的总结和整理归档工作，如实填写《包头市社区卫生服务机构基本公共卫生服务工作完成情况》当月工作量报表，由各旗县区卫计局汇总后，于次月5日前以电子版形式报市社管中心(e-mail:)

家庭医生绩效考核流程分层级进行，具体如下：

一级考核建议以“月”为单位，各团队队长在每月底对本团队的业务工作进行质量自查。

二级考核结合实际，实行“中心/站一体化”管理的社区卫生服务机构，应由中心组织完成自身及管辖社区卫生服务站的家庭医生考核工作，独立的社区卫生服务站参照一级考核，建议每季度考核1次。

三级考核旗县区卫计局应对辖区社区卫生服务机构家庭医生工作开展情况进行考核，建议半年和年终各考核1次。考核流程：

(一)一级考核结果用于家庭医生团队内部的工作自查，重点

提升薄弱环节的质量。

(二) 二级考核结果用于促进“中心/站一体化”制度的有效实施，助力社区卫生服务人事薪酬制度的稳步推行。

(三) 三级考核结果用于加强各属地管理，促进各地区家庭医生制度平衡发展，使我市基层公共卫生服务高效落实，居民满意度不断提高。

各旗县区卫计局要重视社区家庭医生绩效考核工作，将考核检查结果与社区公共卫生专项补助经费挂钩，促进此项工作深入开展。各社区卫生服务机构根据实际情况，建立家庭医生团队考核小组，积极开展考核工作。要依据家庭医生团队人员考核结果，合理分配其绩效工资和基本公共卫生服务项目补助经费。分配注重四大原则：突出社区卫生服务公益性的正确导向，促进基本医疗服务和基本公共卫生服务均衡发展原则；突出“六位一体”的综合服务，体现居民满意度和健康保障水平上升的原则；突出家庭医生工作，保障稳定的医患关系的原则；突出工作目标、工作质量、满意度和依从性等综合考核结果，与工作量的完成情况相结合的原则。

残疾人家庭医生签约服务实施方案篇四

为进一步规范我镇村级医务人员服务内容，转变农村医疗卫生机构服务模式和服务理念，强化农村卫生服务一体化管理，促进基本公共卫生服务项目和各项医改工作在农村的落实，增强农村卫生服务“网底”功能，按照《国家卫生和计划生育委员会办公厅关于开展乡村医生签约服务试点的指导意见》（封卫字2017、126号）精神，根据省、市、县卫生工作会议有关要求，决定在全镇开展村医签约服务工作。

一、指导思想

认真贯彻新时期农村卫生工作方针，坚持以为人民健康服务为宗旨，以坚强健康管理为目标，已签约复约为抓手，在全镇开展村医签约服务工作。逐步建立起签约家庭与村医及服务团队之间相对稳定、持续发展、以优质高效的契约式服务关系，促进分级诊疗和有序就医格局的形成，不断提升农村居民健康保障水平。

二、签约服务

签约居民享受国家规定的基本医疗服务和基本公共卫生服务。村及医务人员按照国家公共卫生服务规范规定的12项基本公共卫生服务项目以及与居民签约服务协议的内容，为居民建立健康档案，并进行动态管理。对65岁以上老年人，一年进行一次免费体检，建立健康档案，生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查健康指导等，辅助检查包括尿常规、血常规、肝功、肾功、血糖，血脂、心电图检查。

36、月龄时进行听力筛查。

孕产妇、产前检查5次（孕早期1次、孕中期2次、孕晚期1次），产后访视2次。建立健康档案孕产妇健康评估、一般体格检查、妇科检查、产科检查□b超等，针对性健康指导及母乳喂养、新生儿护理指导。

重症精神病，建立健康档案每年位居家治疗的重症精神病人提供4次免费上门随访服务，每年进行1次免费健康检查，依据健康体检结果进行相应健康指导和科普知识宣传教育。

高血压，建立健康档案对辖区内35级以上常住居民进行筛查服务，对确诊的原发性高血压患者每年进行1次较全面的健康检查，提供至少4次面对面的随访服务，进行随访评估依照血压控制满意与否提出干预措施，进行针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。

步治疗干预建议，进行健康生活方式、控烟酒、饮食控制等健康指导。

基本医疗服务

为签约居民提供一般常见病、多发病的诊疗服务，要建立工作台账，做好登记门诊日志和处方，接受县乡等领导审核。村级医生每年对签约居民进行1次健康状况评估，并根据评估结果，量体制订个性化健康方案。如遇疑难急重症还受条件限制，需要转上及医院治疗的患者，村级医务人员积极要为签约居民提供服务。鼓励村级医务人员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。需要收费的项目应根据国家有关收费政策和标准执行。

三、签约要求

各村医务人员要有良好的专业素养及人际沟通能力，各村医务人员可以个人还团队的形式与居民进行签约，乡村医生团队可以有同一个村卫生室或多个村卫生室的村及医务人员组成，对辖区居民开展签约服务工作。

村及医务人员是签约第一责任人，要对以户为单位进行签约服务，签约协议原则上一年一签、一签一年，期满后居民不提出解约的视为自动续约，也可以根据自己的意愿选择村级医务人员签约。各村医务人员在进行签约过程中必须携带听诊器、血压计、血糖仪、体重器等必要的基本检查设备入户签约，同时更新家庭档案。

四、时间安排

宣传启动阶段（7月31日---8月10日）

各村统一粘贴宣传口号，利用宣传栏和村中广播进行宣传。

推动实施阶段（8月11日-----12月10日）

各村医务人员入户签约服务的同时要对高血压、糖尿病、精神病等重点人群进行随访，未建立健康档案的人群建立健康档案。对已建立的健康档案进行完善与更新。各村医务人员要做好签约登记工作，把每天签约的户数人数等内容详细登记到《签约工作登记表》，签约工作结束后进行汇总上报。通过此次签约，要促进各村医务人员转变服务观念，提高服务质量，推动各项工作再上一个新台阶。签约率要覆盖95%以上居民家庭。

《乡村医生签约服务工作实施方案》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。

残疾人家庭医生签约服务实施方案篇五

各乡镇卫生院、社区卫生服务中心：

为进一步深化基层卫生综合改革，充分发挥基层医疗机构的“网底”作用，促进基层首诊、分级诊疗就医格局的建立，形成小病就诊在基层、大病就诊不出区的就医模式，按照《赤峰市全科医师及乡村医生签约服务工作实施方案》（赤卫计办发[2017]123号）要求，结合我区实际，制定本方案。

一、工作目标

深化基层医药卫生综合改革，以基层医疗卫生机构与群众建立稳定、互信、契约式服务关系为纽带，探索完善分级诊疗模式，建立基层医疗卫生机构首诊、根据病情需要双向转诊机制，引导群众逐步形成注重预防、保健的生活理念以及科学、合理治疗的就医思想。

二、坚持原则

坚持自愿签约与政策引导相结合；门诊签约与上门签约相结合；家庭签约和个体签约相结合；基础服务与特需服务相结合；医生服务与团队服务相结合；区域划分与有序竞争相结合；试点先行与整体推进相结合。

三、总体目标

2017年，社区卫生服务中心签约率达到30%以上，农村签约率达到100%。2017年新增人均5元基本公共卫生服务经费全部用于签约服务。

四、签约服务

（一）签约主体。签约主体为社区（乡村）医生团队和签约家庭成员。医生团队以社区卫生服务站（村卫生室）为依托、以社区卫生服务中心（镇卫生院）为平台，以区级医疗卫生机构共同体为支撑，为签约家庭成员提供综合、连续、便捷、个性化的健康管理服务。

（二）签约周期。签约服务周期原则上为1年，期满后居民自动续（解）约或另选医生团队签约。签约医生团队要严格履行协议规定的服务内容，并根据居民的意见，及时调整服务方式，提高服务质量和群众满意度。

（三）签约形式。由居民自愿选择医生团队，以户或户内成员为单位签订书面协议，每名乡村医生（社区医生）签约200-300户，原则上每名乡村医生（社区医生）服务人数不超过1000人。

（四）签约内容。

1. 基础服务包内容。基础服务包面向辖区所有居民签订，内

容包括2类，一是基本公共卫生服务类：提供12类45项基本公共卫生服务中涉及家庭和个人的服务；二是基本医疗服务类：提供常见病、多发病的诊断、治疗和转诊服务。

控咨询、慢性病诊疗减免等服务，以发放诊疗代金券或减免券等形式冲抵签约费用。

（五）签约权责。

1. 签约家庭

主要权利：自愿选择服务团队和增值服务内容；享有村卫生室提供的基本医疗卫生服务、约定的增值服务和优惠服务；监督签约服务内容的规范实施；个人相关隐私得到保护。

主要义务：支付增值服务包签约费用，配合医生工作，维护医生尊严；主动提供病史信息，执行医生制定的防治方案；首诊在基层，优先选择基本药物，接受医生的转诊建容。

2. 服务团队

主要权利：得到签约对象的尊重和客观评价；通过绩效考核得到应得的劳务报酬。

主要义务：加强学习和信息收集，提升自身服务能力；科学安排服务时间，保证日常诊疗服务的及时性和便捷性；严格执行诊疗规范，提供优质安全服务；配足基本药物，方便群众；在保证医疗安全提前下，提供双方约定的家庭服务；按规定提供免费服务，不得乱收费、多收费；执行医保支付政策，控制医药费用；保护签约服务对象个人隐私。

五、保障措施

建立系统内部协作机制；各相关单位要成立相应组织，按照

职能分工，大力推进实施。

（二）广泛开展宣传，营造浓厚氛围。各单位要认真培训基层医务人员，提高对签约服务工作意义、内容、要求的理解，切实转变服务理念，提高签约服务的自觉性和主动性；要通过多议；签约增值服务包的，须全面完成基础服务包所约定的所有内种形式，大力宣传签约服务，提高群众的知晓率和参与度，积极争取相关部门和单位的支持，为服务提供好的外部环境；同时，要主动接受社会监督，及时客观回应舆论关切，营造良好的工作氛围。

《元宝山区签约服务实施方案》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。