# [家庭医生签约服务个人工作总结]家庭医生签约服务工作总结6篇

来源：网络 作者：花开彼岸 更新时间：2024-09-11

*医生，钻研学习医学科学技术，挽救生命以治病为业的人，一般指临床医师。以下是为大家整理的关于家庭医生签约服务工作总结6篇范文，希望能够帮助大家~家庭医生签约服务工作总结篇1　　我镇卫生院现有职工146人，乡村医生34人，全镇13个村卫生室，服...*

医生，钻研学习医学科学技术，挽救生命以治病为业的人，一般指临床医师。以下是为大家整理的关于家庭医生签约服务工作总结6篇范文，希望能够帮助大家~[\_TAG\_h2]家庭医生签约服务工作总结篇1

　　我镇卫生院现有职工146人，乡村医生34人，全镇13个村卫生室，服务人口5.2万人，我镇签约服务工作在区卫生局的正确领导下，根据区卫生局关于印发《关于推进家庭医生签约服务的工作方案》的文件精神，我院自元月1日开始实行家庭医生签约服务工作，初步形成以基本公共卫生服务划片包村指导，村卫生室乡村医生包户包人的服务模式，取得了一定成效，现总结如下：

>　　一、准备阶段

　　20xx年12月6日我院成立以院长为负责人的“家庭医生签约服务领导小组”，成员由医院院委班子、内外科负责人、防保站、室长等人员组长的领导小组，负责制定实施方案、安排工作进度并定期督导，保证工作的顺利开展和实施效果。成立了6个健康管理服务团队，团队成员由全科医师、护士及公共卫生人员、乡村医生等人员组成，并在12月中旬开展了家庭医生签约培训工作，印刷“家庭医生签约服务协议书”、“致居民朋友的一封信”三万多份，做好启动前准备。

>　　二、宣传动员阶段

　　首先我们充分学习“家庭医生签约服务”相关政策知识，重点对服务流程、签约流程、职责、服务内容以及服务过程中的沟通技巧、如何使用文明礼貌用语等进行学习，明确责任、规范服务，建立全方位、全过程的“医患沟通关系”。

　　其次，我院积极与各村干部协调，利用喇叭，早晚播放家庭医生签约服务内容，发放宣传单3万余份，并由健康教育人员在村卫生室开展家庭医生签约服务的健康讲座，以卫生室辖区为单位，制作宣传条幅，努力提高辖区居民对这项工作的了解和认识，为下一步签约打下基础。

>　　三、实施阶段

　　1、进村入户，主动签约

　　全面开展“进村入户送健康”的签约活动，对群众进行健康生活方式指导，宣传防病知识和卫生政策，做到村不漏户，户不漏人，采取主动服务、上门服务、预约服务、电话服务的形式，为农村居民提供主动、连续、综合、个性化的基本公共卫生和基本医疗服务。我们按照责任分工，以户为单位，采用自愿签约、入户签约的方式，到居民家中宣传防病知识和卫生政策，根据家庭成员的实际个体情况确定服务项目，和辖区内的居民签订服务协议，确定服务内容、方式、频次、期限等款项，以慢性病患者，65岁以上老年人和残疾人、孕产妇、0-6岁儿童等重点健康管理人群家庭为重点，提供24小时主动、连续、综合、个性化的健康管理服务。原则上一年一签，签约期间医院对我们进行群众满意度调查、考核、评估，村民根据自己的意愿，自动续（解）约，或另选签约医生。截止到目前，我们共和辖区内居民6630户22444人，签订服务协议，受到辖区村民的好评。

　　2、签约后的服务

　　签约仅仅是工作的开始，它不仅仅是对签约服务对象的承诺，也是对我们自身工作的督导。让服务对象主动参与进来，由原来的被动服务变为共同参与。签约后我们认真按照协议要求的服务内容、方式、频次、期限等款项，深化服务内容、拓宽服务方式，完美服务管理。

　　一是开展一对一健康指导。深入群众家庭，采取“一对一”、“面对面”的方式对群众进行健康教育和指导，普及卫生防病知识和技能，免费为辖区内签约居民每年开展一次健康状况评估，按每个人的个体情况制订个性化的健康方案。

　　二是通过电话、短信、上门通知，集中定点和上门服务相结合，对辖区内的65岁以上老年人，重性精神疾病患者以及高血压、糖尿病等慢性病患者，每年进行一次健康体检，包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂和心电图检测，根据我们辖区内的实际情况，深入到老年家庭为老年体检，同时完善个人电子健康档案并进行跟踪服务。

　　三是结合国家基本公共卫生服务规范的要求，对高血压糖尿病等慢性病患者以及重性精神疾病患者等重点人群每年进行至少4次针对性的随访，对高血压高于140/90mmhg,空腹血糖高于7.0mmol/L的慢性病患者，两周之内进行二次随访，对连续两次控制不满意的建议其转诊到上级医院，2周内主动随访转诊情况，同时完善更新个人电子健康档案并进行跟踪服务。

　　四是通过上门通知、电话通知、短信通知等方式，通知辖区居民参加健康教育讲座和健康教育咨询活动，宣传防病知识和卫生政策，发放健康教育处方和医学科普资料。

　　五是做好首诊和双向转诊。对疾病进行首诊，对35岁及以上居民进行首诊测血压，将超出村卫生室诊疗能力的，及时转到上级医疗卫生机构救治，保证了农村居民能就近享受到方便快捷的医疗服务，得到及时有效的治疗，做到了“首诊在基层、按需进医院、全专结合、双向转诊”。

>　　四、取得的成效

　　（一）提高公共卫生知晓率，在签约同时充分告知公共卫生服务、基本药物内容，使广大百姓提高认识，了解新的形式。

　　（二）改善医患关系，通过入户签订服务，宣传每年一次的老年人体检，每季度1次的慢性病随访管理，经常性的健康咨询指导、低盐膳食指导，加深了签约居民与家庭医生之间的沟通与联系，增加了签约居民的归属感，家庭医生会逐渐成为老百姓的贴心人。

　　（三）从“被动”到“主动”。签约服务的核心是服务模式和理念的转变，签约不仅仅是一种形式，更是沉甸甸的责任。基层医务工作者的积极性和责任意识不断提升，改变以前的“要我服务”转变为现在的“我要服务”的思想意识。

>　　五、存在的问题

　　我院全面推行家庭医生签约服务，虽然取得了一定的效果，但由于仍处于起步阶段，还有许多不到的地方。

　　1、个别医生认为医生的职责就是坐等给老百姓看病，对基本公共卫生服务和家庭医生签约工作从思想上重视程度不够，导致工作开展不扎实。

　　2、部分居民和在职人员认为，乡村医生接触面比较狭窄，业务水平有限，导致社区居民对家庭医生的服务能力有所顾虑。

　>　六、下一步打算

　　1、总结经验、推广服务。

　　2、我院将及时总结开展家庭医生签约服务的.做法和成效。

　　3、强化考核、持续服务。

　　我们将把家庭医生签约服务工作开展情况纳入绩效考核的重点内容之一，通过季度考核和不定期督导检查等形式，全面落实家庭医生签约服务工作，确保家庭医生签约服务工作的持续推进和健康发展。

　　我院工作虽取得了一定的成绩，面对上级的要求和人民群众的期望，仍有很大差距，存在许多困难和问题。在下一步的工作中，我们将学习兄弟单位中好的做法、好的经验，努力提高自己的工作水平。

**家庭医生签约服务工作总结篇2**

　>　一、高度重视，积极部署

　　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。

　　>二、广泛宣传，深入动员

　　为保障家庭医生式服务工作的深入人心，我中心统一印制了以宣传家庭医生服务理念和服务内容、服务形式为主题的“致社区居民一封信”，并分发给本辖区各居委会，同时，印制家庭医生联系卡、家庭医生式服务协议书等，制作了宣传横幅、宣传栏。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、调查需求，个性服务

　　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。

　>　四、明确对象，按需管理

　　进一步明确辖区人口分布，保证所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。我团队组成由“全科医生、社区护士、防保人员”为核心的“片儿医”团队，提供家庭医生式服务。明确所管辖的社区分布，并在社区设立“片儿医”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。

　　>五、优先签约，有效服务

　　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，已签约的社区居民家庭50户，签约人数59人。

　　>六、取得的初步成效

　　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社区为居民提供服务，社区健康管理能力得到切实加强。提高了社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。

**家庭医生签约服务工作总结篇3**

　　为了加快推进家庭医生签约服务，转变基层医疗卫生服务模式，强化基层医疗卫生服务网络功能。我院应上级领导要求召开院委会，经研究后决定成立家庭医生签约服务小组。由院长郭子伟同志担任组长，牛忠义同志担任副组长，刘荣、朱翠翠为小组成员。同时整合卫生院医疗队伍资源，进行有效的合理分配，由牛永春、陈家昌、王文哲、万国华四位主治医师担任家庭医生签约服务的带队医师。

　　我院在开展家庭医生签约服务的工作中明确重点，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人、高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等人群。家庭医生签约服务是一种集就医、转诊、用药、医保为一体的新型服务模式。在签约服务开展前期，我院得到了政府的大力支持，召开了各村干部和村室医生的工作启动会及动员会，同时对该项工作也做了多次的业务培训。在正式签约前期安排工作人员，进村入户进行信息摸排、宣传政策，讲解内容，以便后期签约服务工作的顺利开展。

　　在20xx年的家庭医生签约服务工作中，我院结合当地居民的实际情况，依据前期摸排信息，为签约人群制定了合理的服务包，并为其提供相关医疗服务。20xx年我院共计签约4953人，实际履约4813人，期中签约初级服务3917人，中级服务包1012，高级服务包24人。全年履约率达到97.38%，已顺利完成县卫建委所要求95%的履约率。

　　随着社会的进步，网络信息也得到了进一步的完善，20xx年的家庭医生签约服务工作也正式步入了两卡制阶段。在两卡制的实施运用前期，县级相关业务单位专门对参与该工作的医疗人员进行了多次分阶段的培训。培训的主要内容包括平板电脑和公共卫生系统的使用、签约群众的信息采集、录入及履约时人脸识别的操作等。

　　在具体的工作实施中我院结合实际情况，对常住本地和外地的签约群众，做了具体的情况分析和工作安排。对常住本地的签约群众，工作人员采取了电话预约，安排合适的时间、上门巡诊的方式对其提供医疗服务。但对于常居外地偶尔返乡的签约群众，考虑到时间不便、交通不便等原因，我院工作人员也采取了较为合理的人性化服务，如签约时提前告知提供服务时间、不定期的电话沟通预约服务时间，或在得知签约群众返家时，及时上门对其进行履约服务。

　　20xx年我院签约工作截止到目前共计签约3625人，期中初级包2730人，中级包842人，高级包53人，截止目前完成履约率38.85%。

　　在后期的履约工作中我院将继续对家庭医生签约服务项目加大宣传，提高群众的知晓率、签约率和履约率。促使家庭医生签约服务工作步入常态化、规范化和持续化，以此为广大群众提供更好的、更便捷的、更人性话的医疗服务。

**家庭医生签约服务工作总结篇4**

　　为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，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

　　根据区局的工作部署，结合我辖区情况，制定了《潆溪中心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、乡村医生管理科、其他相关职能科室人员组成。截至今年12月1日，共召开专题会议2场；推进会1场；组建团队8个，团队成员63人；培训会2次，培训151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，我院通过四个途经进行宣传：

　　1.利用我院的LED电子显示屏、健康教育宣传栏、医保宣传栏对就诊居民进行宣传。

　　2.公卫科、乡村医生管理科通过发放“致广大居民的一封信”的宣传单进行宣传。

　　3.通过街道办，积极与各村支书协调，请他们用各种途径代为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、明确责任根据潆溪街道办人口分布及村卫生所分布特点，以辖区28个村卫生室3个居委会为载体，将每个行政区域“网格化”划归相应的村卫生室，保证潆溪街道所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。医院和村卫生室组成了由“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医学教|育网搜集整理。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

　　各服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和对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、优扶对象、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。

**家庭医生签约服务工作总结篇5**

>　　（一）高度重视，积极部署

　　根据区局的工作部署，结合我辖区情况，制定了《潆溪中心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、乡村医生管理科、其他相关职能科室人员组成。截至今年12月1日，共召开专题会议2场；推进会1场；组建团队8个，团队成员63人；培训会2次，培训151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，我院通过四个途经进行宣传：

　　1.利用我院的LED电子显示屏、健康教育宣传栏、医保宣传栏对就诊居民进行宣传。

　　2.公卫科、乡村医生管理科通过发放“致广大居民的一封信”的宣传单进行宣传。

　　3.通过街道办，积极与各村支书协调，请他们用各种途径代为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、明确责任根据潆溪街道办人口分布及村卫生所分布特点，以辖区28个村卫生室3个居委会为载体，将每个行政区域“网格化”划归相应的村卫生室，保证潆溪街道所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。医院和村卫生室组成了由“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医学教|育网搜集整理。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

　　各服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和对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、优扶对象、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。

**家庭医生签约服务工作总结篇6**

>　　一、乡村医生签约服务

　　1、乡村医生签约服务的概念：

　　以基本公共卫生服务项目为主要内容，涵盖基本医疗服务，由乡村医生主动与家庭成员代表签订服务协议，让乡村医生与群众形成契约式服务的一种工作模式。

　　2、开展乡村医生签约服务工作的目的：

　　⑴、以签约的形式对基本公共卫生服务项目和基本医疗服务进行宣传。

　　⑵、让乡村医生和群众明确各自的权利和义务。

　　⑶、让乡村医生的工作接受群众监督。

　　⑷、推动基本公共卫生服务工作的落实。

　　3、乡镇卫生院在乡村医生签约服务工作中的职责和任务：

　　⑴、在上级卫生行政部门的统一安排和部署下，制定本乡镇乡村医生签约服务工作计划。

　　⑵、负责签约服务所需的纸质资料的统一印刷，如：签约协议、便民联系卡、工作日志、签约服务网络图等。

　　⑶、负责签约服务时提供健康服务的必要检查设备的配置，如：出诊箱、血压计、听诊器等。

　　⑷、负责对辖区内乡村医生开展签约服务业务培训。

　　⑸、成立服务团队对乡村医生签约服务工作进行业务指导，对签约服务工作的进度和质量进行督导。

　　⑹、对乡村医生签约服务工作进行检查和验收

　　4、乡镇卫生院怎样组织和实施好乡村医生签约服务工作：

　　⑴、积极与党委政府沟通，争取党委政府资金和政策的支持。

　　⑵、在成立服务团队的基础上，落实服务团队和乡村医生的职责，实行分片包干、责任到人等措施。

　　⑶、制定切实可行的责任追究、督导和检查制度。

　　⑷、为鼓励和提高工作积极性，要与绩效考核想挂钩并制定奖优罚劣和激励措施。

>　　二、乡村医生签约服务工作是怎样开展的

　　1、工作基础

　　⑴、通过国家医改政策的落实，乡镇卫生院增添了发展活力，业务用房、医疗设备、业务科室不断得到完善，诊疗人次明显增加，业务收入也在逐年递增，群众满意度增高明显。

　　⑵、自2024年起医改不断深入，村卫生室基础设施建设资金不断投入，基本公共卫生补助资金、基本药物补助、乡村医生补助逐年上升，特别是2024年来全县实行乡村一体化管理，村卫生室群众满意度增高明显。

　　⑶、2024年推行国家基本公共卫生服务工作以来，全县采取多种措施将这项工作扎实开展，目前健康档案建档率达到了90%以上，

　　老年人及慢性病规范管理率也达到了80%以上，免疫规划、孕产妇、儿童保健管理等公共卫生工作均居于全市前列。

　　2、开展工作

　　⑴、借全县现场启动会过东风，根据县卫生局统一部署，积极与当地党委政府沟通、争取支持，迅速成立了乡村医生签约服务领导小组和服务团队、制定了具体的工作实施方案、召开了辖区动员大会，并对服务团队成员和乡村医生进行了业务培训，采取分片包干、责任到人等措施，由公共卫生办公室负责具体工作的组织和实施。

　　⑵、业务培训主要内容：签约流程、签约注意事项、签约档案的整理以及签约时提供的健康服务内容。

　　⑶、统一印制了健康教育宣传册、致群众的一封信、协议书、签约记录、便民联系卡等。

　　⑷、统一制作了乡村医生签约服务工作证，统一配备了出诊箱、听诊器、血压计、血糖仪和工作日志。

　　⑸、统一配备档案盒，将签约服务档案资料装订成册、及时归档。

　　⑹、利用布标、广播等宣传措施进行了一次大规模的宣传活动⑺、签约的方式有两种，一种是乡村医生主动上门进行签约，另一种是群众主动到卫生室与乡村医生进行签约。

　　⑻、服务团队或乡村医生在开展工作时需携带听诊器、血压计、血糖仪等必要的检查设备入户送健康和签约服务，并将健康体检情况及时登记。

　　⑼、群众主动到卫生室与乡村医生进行签约，需开展一次健康体检和健康指导服务。

　　⑽、乡村医生在签约时，将发现的问题和遇到的困难及时反馈给服务团队，服务团队将协助乡村医生一起解决，对有特殊患者的家庭将由服务团队成员和乡村医生共同提供签约服务。

>　　三、督导和激励措施

　　1、确实建立了一套切实可行的督导和激励措施，确保了乡村医生签约服务工作的扎实开展。

　　将乡村医生签约服务工作纳入基本公共卫生服务绩效考核，其签约率和群众满意度直接影响到基本公共卫生服务经费的发放。

　　2、为避免在开展这项工作时乡村医生敷衍了事，专门成立了有由院长为组长的督导小组，随时对每个乡村医生签约服务进行督导和检查，督导中采取随机上门询问、随机电话调查等形式进行检查，打消了乡村医生的侥幸心理，起到了良好的推动作用。

　　3、签约服务完成后抽调专人对各乡村医生上报的签约记录所登记的群众进行电话回访，核实签约的真实性和群众满意度，对签约率和群众满意度达不到90%以上的责令其乡村医生限期整改，并从基本公共卫生服务绩效考核中按一定比例扣分。

　　4、为鼓励和提高乡村医生工作积极性，在保证签约率和群众满意度达90%以上的前提下，实行绩效化管理。

>　　四、乡村医生签约服务工作预期效果

　　1、群众了解了自己应享受到的服务和权力，乡村医生明确了自己的职责和义务。

　　2、以签约的形式对基本公共卫生服务项目进行公示，群众对乡村医生的基本公共卫生工作起到了监督作用。

　　3、通过乡村医生签约服务工作的开展，乡村医生的工作将会由被动服务变主动服务。

　　4、通过这项工作的开展拉近了医疗机构与群众的关系。

　　5、更好地推动了国家基本公共卫生服务项目的落实

>　　五、在签约服务工作中存在的问题与困难

　　1、个别乡村医生不能及时转变思想，认为乡村医生的职责就是坐等给老百姓看病，对基本公共卫生服务和乡村医生签约工作从思想上重视程度不够，导致工作开展不扎实。

　　2、个别群众对签约服务工作不理解，认为乡村医生这是为了拉拢病源的一种营利性宣传，出现门难上、脸难看的尴尬局面。

　　3、乡村医在接受业务培训和新知识方面积极性不够高，导致业务水平低，不能满足卫生事业发展和群众的需求。

　　4、村卫生室与上级医疗机构协作机制不够到位，双向转诊工作难以落实。

　　5、乡村医生行业由于门槛高、风险高、收入低等因素，已逐渐失去行业吸引力，出现人员结构断层现象，乡村医生人才资源严重缺乏也是我们新形势下所面临的又一个重大问题。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找