# 社区服务工作计划集合4篇(社区服务计划集，融合关爱与奉献)

作者：心灵宝藏 更新时间：2024-04-01

*本文将介绍社区服务工作计划集合，旨在提供有效的社区服务方案。我们致力于为广大社区居民提供全方位的帮助和支持，包括教育培训、健康咨询、环保倡导等各项服务。通过集中资源与社区合作，我们努力促进社区的发展和居民的福祉。让我们共同为社区建设贡献一份*

本文将介绍社区服务工作计划集合，旨在提供有效的社区服务方案。我们致力于为广大社区居民提供全方位的帮助和支持，包括教育培训、健康咨询、环保倡导等各项服务。通过集中资源与社区合作，我们努力促进社区的发展和居民的福祉。让我们共同为社区建设贡献一份力量！

第1篇

(一)加强领导班子建设，增强职工凝聚力。在新的一年里，我们将认真贯彻落实和谐\*\*的重要思想，做到讲党性、讲奉献、讲团结、讲干劲，做职工公仆，塑造清正廉洁、勤政务实领导干部形象，创建四好领导班子，在全体职工中起到班子的示范带动作用。注重营造健康和谐的人文环境和团队精神，使领导与职工、职工与职工之间彼此关心、互相爱护、情感交流、和睦相处，从而使广大职工团结一致，凝心聚力，加快中心各项建设，更有效地为病人提供高质量的医疗服务。

(二)完善院务公开，加强民主管理。不断完善院务公开，在涉及到职工切身利益的问题上如中心重大建设、人事制度改革方案、奖金分配方案等，通过院务公开栏、班子会、职能科室负责人会议、职工大会等多种形式向职工讲清楚，沟通思想，听取和答复意见，真正让职工知院情、参院政、议院务，体现公开、公平、公正的原则，为中心的科学决策提供依据。根据上级主管部门对药品管理的要求，按规定和程序公示医疗器械、药品招标采购情况，增强对器械、药品管理的透明度。形成群众监督、行政监督、党内监督和社会监督有机结合的、渠道畅通的监督机制。将中心发展计划、医疗事故及纠纷的处理等内容进行定期公示，促进医疗质量的提高;结合职工考核内容，定期公示中心办公室、医疗康复、各社区卫生服务站满意度测评考核结果，门诊人均处方额度，职工奖罚情况，病人满意度调查、病人投诉情况和医保扣款情况，以此来遏制大处方现象，促进人均处方额度的下降，从而减轻病人负担，提升病人满意度。

(一)继续大力深化人事制度改革，营造良好的用人环境。在中层干部竞聘上岗的基础上，按照双向选择，竞争上岗，择优录用的原则，合理定编、定岗、定员，明确岗位职责，落实全员院、科逐级聘用制，强化科主任的用人自主权，建立能上能下、能进能出的良性用人机制，使我中心的人才队伍更富有生机和活力，同时也更具备战斗力和竞争力。

(二)继续加强院、科两级负责制。中心对科室的管理坚持科主任负责制，强化科主任责任人的地位，科主任全面负责科室的行政、医疗管理设等工作。抓好科室规章制度、操作规范、劳动纪律的落实，签订院、科两级综合目标责任书。

(三)深化分配制度改革，完善中心内部考核制度。在实行一线让群众评，辅助科室、后勤行政让大家测评的双向评议制度的基础上，逐步建立灵活的，有竞争力的考核方案及奖金分配制度，采取奖金分配向社区卫生服务工作倾斜，向有突出贡献的人员和部门倾斜，向从事预防保健等工作人员倾斜的分配方案，把各项工作指标、工作质量、医德医风、精神文明建设等工作任务细化、量化分解到每一个科室、每位职工，同时根据考核评定得分兑现每一位职工的奖金，适当拉开距离，充分调动全中心职工的工作积极性、创造性和为病人服务的热情。

(四)推行绩效考核，减轻患者负担。为适应日新月异的新形势，我中心将适时取消以经济考核计算奖金的管理理念，推行工作量核算工作，以此来逐步加强和完善中心的管理。同时积极减少人为浪费、降低成本支出，提高中心经济效益。通过绩效考核的管理工作，使各科室积极开展服务至上，病人至上的人性化服务活动，在确保为病人提供优质服务的同时，根据病情严格掌握三合理标准。我中心还将在政策允许的范围内，对部分老年人、残疾人、困难家庭减免诊疗费等措施，努力减轻病人负担，从而取得良好的社会效益。

(一)健全法制，依法治院。认真组织学习并严格执行有关法律法规，积极开展治理医药购销领域商业贿赂专项工作，建立教育、制度、监督三者并重、惩防并举的纠风工作长效机制，健全法制，严格监督，从源头上杜绝我中心的红包、回扣问题。

(二)加强对全体职工的思想教育和职业道德教育。广泛开展忠于职守、爱岗敬业、开拓进取、乐于奉献的思想教育和职业道德教育，树立救死扶伤、病人至上、热情服务、文明行医的行业风尚，努力建立符合广大人民群众要求的新型医患关系。通过深入开展作风建设年活动，教育全体员工对工作负责，对人民满腔热忱，对技术精益求精的精神。努力做到以病人为中心，视病人如亲人，想病人者之所想，急病人之所急，构建和谐的医患关系。四、完善梯队建设，增强中心竞争能力。

(一)致力培养人才，不断优化人才结构。20xx年，我中心仍将从实际情况出发，加大人才的培养力度。促进在职卫生技术人员不断掌握新技术、新知识、新理论。在医务人员中倡导终身学习的理念，鼓励职工积极参加学历教育、全科医学培训等多种形式的继续教育。按照100%的比例要求培养全科医生和社区护士，认真实施临床医生中医药培养计划。同时选派技术骨干到三级医院进修学习，提高中心医务人员的业务水平。

第2篇

中心工作在区委、区政府和区卫生局的正确领导下，深入贯彻执行区委和局党委的各项决策部署，求真务实，解放思想，转变观念，真抓实干，以公共卫生、社区卫生、党风廉政建设和行风建设等工作为重点，在全中心医务人员的共同努力下，克服困难，扎实工作，开拓创新，基本完成了各项指令性任务，达到了年初制定的各项目标，现总结报告如下：

为切实提高全民对实施国家基本药物制度的关注度，进一步推进实施国家基本药物制度工作的深入开展，多次组织医务人员学习国家基本药物制度相关文件精神，并对文件精神进行宣传解读，从而得到医务人员的理解、配合和支持。并在全面实施基本药物制度目录零差率销售过程中，加强宣传和动员，认真落实，提高了对医务人员基本药物和合理用药知识，增强了医生的工作积极性，规范了处方行为，合理使用药物。

1、深入开展“医疗安全年”、“医疗质量万里行”活动，有效控制医疗质量。

20xx年，我中心根据“安全至上、质量护航”的医政工作重点，着力做好医疗质量管理和医疗安全核心制度的落实。每月由医务科牵头，各科室参与进行处方点评制度，进一步规范临床用药。同时，通过每月一次的院内医疗质量考核进一步查找差距，找出不足之处，及时整改以保障医疗安全。全年共举行医疗安全讲座4次，通过其他单位医疗事故案例来分析、警示我中心医务人员，不断加强医疗安全的监控和管理。

2、加强科室管理，层层落实责任，积极参与创建工作。

年初根据各科室的年终考核情况，制定了相应的工作计划，并及时实施。定期召开了行风建设会议、药事管理会议、医疗安全会议，同时定期开展安全生产工作。

截止到20xx年10月底，我院门急诊7万人次。其中中医门诊2万人次，占30% 。1-10月总业务收入为462万元，较去年同期（371万元）同比增长24%。

20xx年1月—10月，医院无重大医疗事故、医疗差错发生。

（1）计划免疫：积极做好脊灰、麻疹等疫苗的强化免疫、查漏补种工作及计划外疫苗的接种工作。其基础免疫接种率为：卡介苗98%，麻疹疫苗97%，百白破99%，脊灰疫苗98%，乙肝疫苗99%。五苗全程接种率98%。

（2）疫情监测：在疫情监测上，继续坚持“重点地区、重点预防，重点疾病、重点防治，重点人群、重点保护”的原则，严格监测“肠道传染病、不明原因肺炎病例、手足口病等疾病的报告，发现疑似病人及时上转。20xx年度本辖区共累计报告传染病\*例，其中乙肝16例，手足口5例均为幼托机构，发病在5-6月份，均为轻症患者。报告及时率100%。积极做好各种突发公共卫生事件的报告及处置工作。

（3）结核病防治：认真做好结核病人的转诊工作。规范、足量、对结核病病人实施管理，加强督导，做到“三见面、三落实、五要求”，做好健康教育工作，做好结核病病人的督导等管理工作。

（4）死因监测工作：主要进行辖区内的死亡信息收集，所有死亡个案必须

全部上报，并建立各项工作制度，做好质量控制。20xx年度共监测上报死亡病例80人，网络直报80人，报告卡及时率100%,积极做好下社区监督工作。

（5）慢性病防治及双向转诊工作：加强慢性病人的收集方式，按月收集门诊日志及高血压登记本等文书资料以及在各种体检中发现各种慢病进行登记，按规定进行自查工作，对发现有漏报的病例进行统计并补报。登记在册的慢性病患者名单按月发放到各社区责任医生手中，社区责任医生按随访要求对每个慢性病患者随访，并填写相应得随访单。至20xx年10月底本辖区目前共累计慢性病人6545人，其中高血压5380人，糖尿病1165人。高血压系统管理5375人，系统管理率99%；糖尿病系统管理1158人，系统管理率99%；在慢病防治宣传中，利用高血压日、糖尿病日、世界无烟日等重大卫生日期间，举行多种形式的宣传活动，印制专题宣传材料、上街咨询宣传、张贴标语等。在活动后并及时上报工作信息，并且不定期下村进行慢病知识讲座，共开展慢病知识讲座9次，分发各类宣传资料6000余份，受益3000余人。双向转诊方面：上转8人、下转5人。

1-10月份出宣传版面6期；各种卫生宣传日在街头、菜市场人口较集中地段摆放展版、悬挂横幅、分发宣传材料等共设点宣传6次，每次医务人员不少于5人，发放宣传材料5多种、6000多份，接受咨询1000多人次，分发各类宣传小折页4000余份，另外在各社区开展健康教育知识讲座13次，累计参加1300余人，通过宣传教育，提高了群众的预防、保健、康复等卫生知识知晓率，行为形成率有所提高，保障了人民群众的身心健康。

全镇孕产妇总数\*人，早孕建卡率为\*%，孕妇系统管理率为98.7%，产后访视率为100%，无孕产妇、围产儿死亡的发生。产前筛查率为93.4%。

（1）切实做好围产保健工作：在不断扩大孕产妇保健覆盖面和提高孕产妇系统管理率的同时，继续严格做好早孕建卡，落实孕28周前的转诊制度，高危孕产妇和高危新生儿访视制度，提高了围产保健质量。

（2）加强高危孕产妇管理：准确及时地筛查高危孕产妇，防止漏筛、错筛，并积极落实高危孕产妇的分级管理要求，及时转诊，使她们获得有效的医疗保健服务，保障了她们的生命安全。

（3）加强流动人口孕产妇的管理：为使流动人口孕产妇得到全面系统和安全健康的围产期保健，本院今年加大了流动人口孕期保健宣传力度，充分利用基层妇女干部力量，提高了流动人口孕妇保健率。

（4）计划生育：坚持做好流动人口的计划生育管理，在执行产前检查时，认真查验两证，对无证人员做好及时上报详细登记工作，较好地配合了有关部门对流动人口的计划生育管理工作。加强计划生育四项手术，严格把好四项手术技术服务质量，定期开设了孕妇学校，普及妇女保健知识，得到较好的效果。

1-10月份出生人数\*人 ，建卡\*人，七岁以下保健覆盖率99.3%，3岁以下系管率98.7%，母乳喂养率95.5%，由于家长对儿童保健工作的日益重视，而且我们在儿童体检前均进行了书面预约，现在基本已经不需要进行电话催诊，大多数能按照预约时间自行来诊，有部分因为远游或者小儿患病情况能自行调整时间来诊。

开展了四病筛选和监测，对佝偻病、贫血、营养不良、肥胖等体弱儿进行了

专案跟踪管理，体弱儿管理率为100%，并对辖区内的高危新生儿进行了专案管理，高危新生儿管理率为100%。

辖区内共有15支社区责任医生队伍。截止10月底，居民健康档案已经建档\*人。上半年共更新了约\*份的档案。同时，社区责任医生通过上门随访、电话访问的方式共完成\*例下转出院病人的随访工作，随访率100％。

对辖区内诊断明确、在家居住的重性精神病患者进行规范管理。对辖区内的152名重性精神病患者纳入相关管理服务，其中东关社区106名，光华社区46名，除家属提供来自愿承担的治疗任务外，还为患者进行了全面评估，并为152人建立了卫生健康档案。纳入健康管理的患者进行了6次随访，监督患者服药，防止复发，及时发现疾病复发或加重的征兆，并给予了相应处置。

认真落实和加强卫生监督协管工作，我社区有专人负责卫生监督协管工作，按照协管员职能报告的事件或线索次数3次，协助开展巡查次数达62次。

1、全面落实完成20xx年各项公共卫生服务任务目标。医院已经在人员，管理方式，考核方案进行必要的调整，按照年初制订的工作计划，分月、周推进，确保今年工作计划的落实。

2、积极创造条件：进一步规范预防接种门诊建设；加强传染病防控人员专业培训，提高传染病报告和管理水平；努力增加围保服务人员。

3、大力发展以康复医疗为主的康复学科建设，积极引进培养专业人才，培育优势学科；强化内部管理，加大市场开发力度。

第3篇

健康是人人应当享有的基本权利，是社会进步的重要标志和潜在的动力。一直以来，医疗卫生服务机构是健康教育与健康促进的重要场所，开展健康教育与健康促进是提高居民群众的健康知识知晓率，健康行为形成率，及疾病相关知识知晓率的重要措施，是提高健康文明素质、提高居民群众生活质量的必须长期坚持不懈抓紧抓实的工作内容。制定了20xx年社区健康教育工作计划，内容如下：

今年我们将结合本社区实际情况，明确健康教导员的工作职责，组织人员积极参加市、区、街道组织的各类培训，提高健教员自身健康教育能力和理论水平;加强健康教育管理基础工作，定期召开健康教育领导小组成员会议，进一步完善健康教育资料;进一步建立健全医疗、预防、保健、健康教育、计划生育工作计划等为一体的社区卫生体系。

1、门诊健康教育：医生应有针对性开展候诊教育与随诊教育。

2、健康处方：每位住院病人或家属至少一种健康教育处方，有针对性地对每位住院病人或家属开展健康教育2—3次。

3、 积极开展健康教育活动：针对辖区内的健康人群、亚健康人群、高危人群、重点保健人群等不同人群，结合公共卫生服务，对辖区各居委会进行经常性指导。配合各种宣传日，深入开展咨询和宣传，有计划、有步骤、分层次开展不同形式的预防控制艾滋病、结核、狂犬病等重大传染的健康教育与健康促进工作;同时广泛普及防治高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病的卫生科普知识，积极倡导健康文明的生活方式，促进人们养成良好的卫生行为习惯。计划全年开展相关知识的宣传活动不少于9期，张贴相关宣传栏不少于12期，举行培训讲座不少于12期，内容富有铎对性、时限性、灵活性、覆盖性和普及性。结合实际，制定应对突发公共卫生事件健康教育、健康促进工作预案与实施计划，对公众开展预防和应对突发公共卫生事件知识的宣传教育和行为干预，增强公众对突发公共卫生事件的防范意识和应对能力。

4、加强反吸烟宣教活动。积极开展吸烟危害宣传，充分利用黑板报、宣传窗等多种形式，经常性地进行吸烟与被动吸烟的危害的宣传。积极参与创建无烟医院，医院有禁烟制度，医疗场所有禁烟标志，无人吸烟。

利用本社区的健康教育特点，采取群众喜闻乐见的健教方式，开展一些健康教育活动及讲座。

每年开展不少于12次的健康教育讲座，内容有针对性、特出重点为。主要是以老年人、妇女、儿童、青少年、流动人口为重点人群，广泛开展老年保健、老年病防治、妇幼儿童保健与康复等多种形式的健康教育讲座和健康促进活动，正确引导社区居民积极参与各项有益身心健康的活动，引导居民把被动的“为疾病花钱”转变为主动的“为健康投资”，从根本上提高居民自身的健康知识水平和保健能力。

充分发挥社区的标语、专栏、板报等宣传阵地，宣传卫生常识、“慢四病”的防治及常见传染病防治等知识，普及与健康相关知识。

免费为老年人测量血压和健康咨询;每年一次对老年人及慢性病人群进行一年一次的免费体检。

通过年度考核、知识测试等形式做好总结评估，发现不足，明确努力方向，进一步推进我辖区健康教育工作的全面开展。同时把重点人群教育与普及教育有机结合起来，全面提升社区居民群众的健康教育知识知晓率和健康行为形成率。

第4篇

为进一步做好慢病健康管理服务项目工作，提高慢病的管理率和规范管理率，更好地保障人民群众的身体健康，根据《国家基本公共卫生服务管理规范》结合我中心的实际情况，特制定20xx年慢病工作计划。

扎实开展慢性病综合防控工作。高血压和糖尿病登记建档率达70%以上，规范化管理率达80%以上，控制率30%以上；建立自我管理小组并规范开展自我管理活动覆盖率达30%以上；门诊35岁以上就诊测血压覆盖率100%，慢病监测报告率达95%以上，纳入管理的高血压和糖尿病患者健康体检率达95%以上，高危人群主动监测和核心指标监测覆盖率100%。

2、 对至少700名以上的患者进行规范化管理，其血压控制率≥60%；

2、至少对其中200名糖尿病患者进行规范化管理，血糖控制率达60%；

3、发现并登记高危人群30名，每年至少测1次血糖的比例达40%；

5、对高危人群和普通人群进行健康教育有记录和效果评价；

1、高危人群发现和干预：进一步加强门诊35岁以上就诊测血压登记制度，门诊测血压覆盖率100%，测血压登记率达100%，测血压信息和慢病患者就诊信息利用率95%以上；以社区、村卫生室为单位，完成辖区内慢病高危人群主动监测和核心指标监测工作，及时发现高血压和糖尿病患者，早管理、早控制。

2、患者管理：高血压和糖尿病患者登记建档率达70%以上，建卡率100%；随访服务以门诊随访为主，入户随访为辅，认真做好已建档慢病患者的常规管理，每年提供不少于4次随访服务，随访服务信息真实；继续开展慢病患者自我管理活动，巩固20xx年慢病自我管理活动成果，规范开展自我管理活动辖区覆盖率达30%以上，自我管理活动信息利用率100%，提高管理质量；对纳入管理的高血压和糖尿病患者进行1次较全面的健康体检，可与65以上老年人健康体检或随访服务相结合；做好慢病患者系统化、规范化、动态化管理，规范化管理率达85%以上，血压和血糖控制率达30%以上，年内动态管理率达10%以上。

3、加强慢病监测报告工作。中心及村卫生室要落实门诊脑卒中、冠心病监测报告登记报告制度，实行门诊医生负责制，对各级医疗机构确诊门诊康复治疗的脑卒中、冠心病患者进行登记和报告；纳入系统管理的高血压和糖尿病患者增加并发症随访内容，对随访发现的脑卒中和冠心病及时登记。要做好慢病监测及时审核、剔重、补充和订正工作，确保监测报告质量。

4、做好信息数据的利用。年底将管理系统中的高血压和糖尿病患者，从建档卡管理、随访服务和自我管理活动情况、规范化管理情况、控制情况、并发症发生情况、死亡情况等诸方面进行年度统计分析，形成管辖区域内的慢病患者管理情况分析评价报告，将辖区内慢病监测报告数据形成年度分析报告。随访工作必须落实实处。正确对患者进行体格检查，并进行用药、饮食、运动、心理等健康指导。

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压防治指南》、《中国糖尿病防治指南》对村卫生室的乡医进行培训，以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

高血压、糖尿病建档动态管理情况，高血压、糖尿病随访管理开展情况，双向转诊执行情况，35岁患者首诊测血压开展情况，就诊者的满意度等。

高血压、糖尿病防治知识知晓率，高血压、糖尿病相关危险行为的改变率，高血压、糖尿病的血压、血糖控制情况和药物规范治疗情况。

1、我中心负责对辖区内的村卫生室督导和考核，考核意见及时反馈到被检单位，以便及时改进工作。

2、各村卫生室要制定内部的工作制度，工作流程和质量控制等规章制定，加强自我检查。

本文档由撇呆范文网网友分享上传，更多范文请访问 撇呆文档网 https://piedai.com