

ရခပ်ငွေရိပုဉ်ဘဂေမ့မိကွမ်ဝေမိဂေဝ်ဂွေမိဂွေဘောသသင်ဉ် ၂၅၄၄၄၁
西双版纳傣族自治州人民政府
ဗွဲကု သမိ ဂွေကွေ ပါသွေ ကာသ
办公室文件

西政办发〔2017〕59号

**西双版纳州人民政府办公室转发州医改办等
部门关于推进家庭医生签约服务
实施方案的通知**

各县、市人民政府，试验区管委会，各区管委会，州直各委、办、局：

州医改办、州编办、州卫生计生委、州民政局、州财政局、州人力资源和社会保障局、州发展改革委、州扶贫办、州残联《关

于推进家庭医生签约服务实施方案》已经州人民政府同意，现转发给你们，请认真贯彻执行。

- 附件：1. 西双版纳州家庭医生签约服务协议书
2. 西双版纳州家庭医生签约服务基本服务包内容
3. 西双版纳州家庭医生有偿签约服务考核指标
4. 西双版纳州家庭医生有偿签约服务项目基本情况统计表

西双版纳州人民政府办公室

2017年7月3日

（此件公开发布）

西双版纳州家庭医生签约服务实施意见

州医改办 州编办 州卫生计生委 州民政局 州财政局
州人力资源和社会保障局 州发展改革委 州扶贫办 州残联

为贯彻落实《云南省人民政府办公厅转发省医改办等部门关于推进家庭医生签约服务实施方案的通知》（云政办发〔2016〕140号）、《云南省人民政府办公厅关于建立完善分级诊疗制度的实施意见》（云政办发〔2016〕15号）精神，加快建立以全科医生为主的家庭医生签约服务制度，推进医疗卫生资源合理利用，为群众提供便捷贴心的服务，引导合理有序就医，充分发挥全科医生“守门人”作用，结合我州实际，制定本方案。

一、总体要求

（一）总体思路

坚持“保基本、强基层、建机制”的总体要求，围绕人人享有基本医疗卫生服务的目标，以提高群众健康水平为中心，促进医疗卫生工作下移、医疗卫生资源下沉，加快推进以全科医生为主的家庭医生签约服务，建立健全家庭医生签约服务的内在激励与外部支撑机制，调动全科医生开展签约服务的积极性，不断完善签约服务内涵，增强群众对签约服务的主动性，提高签约服务覆盖面和水平，促进基层首诊、分级诊疗，为群众提供综合、连

续、协同的基本医疗卫生服务，增强人民群众获得感。

（二）主要目标

2017年，家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。各县、市积极开展家庭医生签约服务，并与分级诊疗、医养结合相衔接，重点优先覆盖建档立卡贫困人口老年人、慢性病患者、结核病等慢性传染病患者、严重精神障碍患者、孕产妇、儿童和计划生育特殊家庭、低保对象、特困人员及贫困残疾人等人群，逐步形成家庭医生与重点人群长期稳定的契约服务关系。到2020年，力争将签约服务扩大到全人群，形成长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度全覆盖。

二、工作内容

（一）签约服务对象

县市级行政区域内常住基本医疗保险参保人员。

（二）签约服务主体

现阶段家庭医生主要包括基层医疗卫生机构注册全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生），以及具备能力的乡（镇）卫生院医师和乡村医生等。引导符合条件的公立医院医师、中职以上的退休临床医师和非政府办医疗卫生机构（含个体诊所）提供签约服务，并享受同样的收付费政策。随着全科医生人才队伍的发展，逐步形成以全科医生为主体的签约服务队伍。

（三）签约服务方式

实行团队签约服务。家庭医生团队主要由家庭医生、社区护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）等人员组成，按照“城市切块、农村划片、统筹规划、全面覆盖”的原则，全面实施家庭医生签约服务。基层医疗卫生机构要明确家庭医生团队的工作任务、工作流程、制度规范及成员职责分工，并定期开展绩效考核。

签订服务协议。根据服务半径和服务人口，合理划分签约服务责任区域，参保人员自愿在所在地区的医保定点基层医疗卫生机构选择家庭医生团队，签订一定期限的服务协议，双方约定服务内容、方式、期限和权利义务、信息保密等内容。签约周期原则上为1年，期满后可续约或另选家庭医生团队。每位居民同期只能选择1个家庭医生团队；原则上每个家庭医生团队签约服务人数不超过1500人。鼓励和引导居民就近签约，也可跨区域签约，建立有序竞争机制。

鼓励组合式签约。加强县级医院与基层医疗卫生机构对接，通过组建医疗联合体、对口支援、医疗专家进社区、医师多点执业等方式，鼓励城市二级及以上医院医师与基层医疗卫生机构建立相对稳定的双向转诊合作关系，建立完善双向转诊“绿色通道”和专门的转诊服务窗口，上级医院逐年增加针对基层医疗卫生机构的预约转诊号源和床位。可引导居民或家庭在与家庭医生团队

签约的同时，自愿选择 1 所二级医院、1 所三级医院建立“1+1+1”的组合签约服务模式，在组合之内可根据需求自行选择就医机构，并逐步过渡到基层首诊；在组合之外就诊应当通过家庭医生转诊。研究探索流动人口签约服务模式，促进基本医疗卫生服务均等化。

（四）签约服务内容

签约服务内容包括基本医疗服务、基本公共卫生服务、个性化健康服务。

基本医疗服务。对签约服务对象常见病、多发病、慢性病进行门诊预约和诊治。及时处置签约服务对象发生的健康救助事项，根据病情需要，为签约服务对象提供转诊服务，帮助预约上级医院专家诊疗。提供一对一的健康问题咨询。根据签约服务对象多样化的医疗服务需求，设计不同类型的健康服务包，提供个性化签约服务。

基本公共卫生服务。建立和动态管理健康档案。为签约服务对象建立规范的电子健康档案，并实行动态管理，及时更新补充有关信息。开展多种形式的健康教育。采取讲座、健康咨询、发放健康教育资料等方式，开展防病知识宣传和卫生科学指导。开展针对性的健康管理服务。根据签约服务对象类型和需求，以“分类服务、按需服务”为原则，为重点人群提供针对性的健康管理服务，协助签约服务对象开展健康自我管理。开展规定的其他公

共卫生服务。

个性化健康管理服务。个性化健康管理服务以知情、自愿、自费为原则设计不同类型的服务包，具体内容根据签约对象的服务需求、基层医疗卫生服务机构的实际服务能力、居民的经济承受能力综合确定。个性化签约服务内容具体由各县市结合实际确定，可包括健康评估、康复指导、家庭病床、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等。现阶段首先应从重点人群和重点疾病入手，并逐步拓展服务范围，满足居民多元化健康需求。

（五）服务包设计

根据省《实施方案》和不同人群的需求，结合我州实际，当前州级暂设置 1 个基本服务包（公共卫生服务、基本医疗）。个性化的有偿服务包由各县、市根据服务对象需求制定服务包，原则上有偿服务包的收费标准为公立医院正常诊疗收费标准的 60% 左右，各项签约项目收费标准随公立医院服务价格的调整进行动态调整。

（六）签约服务收费

基本服务包。家庭医生为签约居民提供公共卫生服务以及基本医疗服务，根据签约服务人数按年收取服务费。签约服务费按每人每年不低于 36 元标准收取，其中：由基本公共卫生服务经费支付 12 元、医保基金支付 12 元、个人承担 12 元（城镇职工医疗保险参保人员可由医保个人账户支出）收取的费用纳入单位

业务收入，用于签约服务支出。

有偿服务包。家庭医生在为居民提供个性化及延伸医疗服务项目时，按照签约服务协议中注明的“服务内容”收取相关经费，不得另行收取其他费用。提供非约定的医疗卫生服务或向非签约居民提供医疗卫生服务，按相关部门规定的收费标准收费。服务中符合基本公共卫生服务项目人群、内容和频次的，按规定从基本公共卫生服务专项经费中列支，基本医疗和个性化服务项目中符合医疗保险报销政策的，按规定予以报销，剩余费用由居民个人承担。

三、保障措施

（一）调整完善基本医保报销政策

建立符合实际、有利于提高家庭医生签约服务吸引力的基本医保报销政策。引导签约服务对象到基层医疗卫生机构首诊。选择家庭医生签约服务的各类基本医保参保人员，对符合规定的转诊住院患者由低级别医院转诊到高级别医院的，连续计算起付线；由高级别医院转诊到低级别医院的，不再支付起付线标准；对不按照转诊规定自行转院的患者，报销政策按城镇职工、城乡居民医保相关政策执行。

（二）构建顺畅的双向转诊通道

鼓励城市二级以上医院医师与基层医疗卫生机构建立相对稳定的双向转诊合作关系。每所基层医疗卫生机构应根据自身情

况和地理位置，与 1—2 所二级医院签订双向转诊协议；每所二级以上医院应与 5 所以上基层医疗卫生机构、2 所以上三级医院签订双向转诊协议；确保区域内所有基层医疗卫生机构都和上级医疗机构签订双向转诊协议。协议双方应明确转诊流程以及双方责任义务，确保双向转诊通道顺畅有效，确保医疗服务的连续性、医疗质量和安全。二级以上医院要指定科室对接家庭医生转诊服务，为转诊患者建立“绿色通道”。家庭医生要根据患者病情，及时作出是否转诊的判断。对需转诊的，通过“绿色通道”优先预约上级医院专家门诊及大型仪器设备检查等。上级医院要逐年增加基层医疗卫生机构预约转诊号源和床位，对转诊患者优先接诊、优先检查、优先住院，简化入院手续。

（三）完善家庭医生为签约居民配药制度

完善基层医疗卫生机构长处方政策。对病情稳定、依从性较好、需要长期服药的慢性病签约患者，可一次性开具治疗性药物不超过 2 个月的药量。

建立药品使用联动机制。在国家基本药物制度的基础上，针对不同病情的用药需求，对家庭医生转诊至上级医疗机构的签约居民，如其确需延续上级医疗机构长期用药医嘱以维持治疗的，在回到签约家庭医生处就诊时，家庭医生可根据上级医院用药医嘱开具相同药品（麻醉药品和精神药品除外）。基层医疗卫生机构对上述药品实行零差率，形成“基本+补充”的药品使用联

动机制。

（四）加强基层医疗卫生队伍建设

加强以全科医生为重点的基层人才队伍建设。通过全科医师转岗培训、全科医生定向培养、全科医生特岗招聘、提升基层在岗医师学历层次等方式，多渠道培养全科医生，逐步向全科医生规范化培养过渡。建立全科医生激励机制，对取得全科医学职称资格的，优先聘用。鼓励和引导培训合格的执业（助理）医师将执业范围变更为全科医学专业或增加全科医学专业执业范围。加快建立县、乡、村卫生一体化综合管理模式，促进县级医院与乡镇卫生院、社区卫生服务中心合作办医。积极探索卫生技术人员县聘乡用或县聘乡管村用机制。进一步完善医师多点执业政策措施，逐步建立县级医院卫生技术人员定期或不定期到乡镇卫生院、社区卫生服务中心执业制度。

（五）完善家庭医生收入分配机制

综合考虑社会公益目标任务完成情况、包括签约服务在内的绩效考核情况、事业发展等因素，合理确定基层医疗卫生机构绩效工资总量，使家庭医生通过提供优质签约服务等合理提高收入水平，增强开展签约服务的积极性。基层医疗卫生机构内部绩效工资分配可采取设立全科医生津贴等方式，向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜。二级以上医院要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜。签约服务费主要用于对签约责任医生经

考核认定提供有效服务的报酬，不纳入其他应得的奖补经费总额。

（六）完善综合激励政策

在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生、妇产科、儿科医生倾斜，增强全科医生的职业吸引力。将签约服务评价考核结果作为有关人员职称晋升的重要因素。对成绩突出的家庭医生及其团队，给予表彰奖励，大力宣传先进典型。

（七）加强签约服务绩效考核

卫生计生、人力资源社会保障、财政等部门要建立以签约对象数量与构成、服务质量、健康管理效果、居民满意度、医药费用控制、签约居民基层就诊比例等为核心的签约服务评价考核指标体系，定期对家庭医生团队开展评价考核。考核结果及时向社会公开，并与医保支付、基本公共卫生服务经费拨付以及团队和个人绩效分配挂钩。对于考核结果不合格、群众反映意见突出的家庭医生团队，建立相应惩处机制。

（八）加强技术支持

整合二级以上医院现有的检查检验、消毒供应中心等资源，向基层医疗卫生机构开放；探索设置独立的区域医学检验机构、病理诊断机构、医学影像检查机构等，实现区域资源共享，为家庭医生团队提供技术支撑。加强家庭医生签约服务必需设施设备

配备，有条件的县市可为家庭医生配备统一的着装、出诊装备、交通工具等。基层医疗卫生机构要对家庭医生团队提供必需的业务和技术支持。

四、监督管理

（一）发挥社会监督作用

建立以签约居民为主体的反馈评价体系，畅通公众监督渠道，反馈评价情况及时向社会公开，作为家庭医生团队绩效考核的重要依据和居民选择家庭医生团队的重要参考。

（二）发挥信息化支撑作用

构建完善的区域医疗卫生信息平台，实现签约居民健康档案、电子病历、检验报告等信息共享和业务协同。通过远程医疗、即时通信等方式，加强二级以上医院医师与家庭医生的技术交流。通过移动客户端等多种方式搭建家庭医生与签约居民的交流平台，为信息咨询、互动交流、患者反馈、健康管理等提供便利。积极利用移动互联网、可穿戴设备等为签约居民提供在线预约诊疗、候诊提醒、划价缴费、诊疗报告查询、药品配送和健康信息收集等服务。

（三）加强督导评估

州卫生计生部门要会同医改办、人社、财政、民政等有关部门大力推进家庭医生签约服务工作，认真总结经验，加强督导评估，探索开展第三方评估。各县、市要建立定期调研督导机制，

及时研究解决出现的问题和困难，总结推广典型经验和做法。加强家庭医生签约服务有关监测、评估、培训等工作。

（四）做好宣传工作

各县、市要通过广播、电视、报刊、网络、微博、微信、展板等媒介向社会公众宣传普及家庭医生签约服务政策内容。卫生计生部门要制定切实可行的宣传方案，充分利用各种场合和机会，以发放资料、播放宣传片、举办讲座、现场咨询等群众喜闻乐见的方式，重点宣传家庭医生签约服务给当地居民带来方便、优惠和基层首诊、分级诊疗、双向转诊的好处，引导群众合理使用医疗卫生资源，自觉接受签约服务。大力宣传家庭医生先进典型，增强职业荣誉感，营造全社会信任、支持家庭医生签约服务的良好氛围。

（五）形成工作合力

各县、市要结合实际，及时出台开展家庭医生签约服务的具体方案。切实加强组织领导和统筹协调，形成政府主导、部门协作、全社会参与的工作机制，确保各项任务落实到位。各有关部门要切实履行职责，合力推进家庭医生签约服务工作。发改部门要配合做好签约服务价格的有关工作（特别是个性化收费标准）。财政部门要统筹核定基层医疗卫生机构的各项补偿资金，并建立与签约服务数量和质量相挂钩的机制。人力资源社会保障要建立健全有利于分级诊疗和家庭医生签约服务的基本医保支付政策、

人事政策。民政部门要做好对签约贫困人员救助支持。编制部门在核定使用编制时要重点向全科医生岗位倾斜。扶贫部门要积极配合卫计部门做好建档立卡贫困人口签约工作。残联部门要协助卫计部门做好残疾人签约服务，州医改办、卫生计生部门要切实承担家庭医生签约服务工作的组织、协调职能，统一调配医疗卫生资源，加强对签约服务行为的监管。

本文件印发后，其它有关规定与本文不一的以本文为准。

附件 1

西双版纳州家庭医生签约服务协议书

甲方（家庭医生团队）：_____县（市）_____

社区卫生服务中心（卫生院）_____站（村卫生室）

团队主要人员姓名	岗位	职称	联系电话

乙方（签约居民）姓名_____，性别___，年龄___岁，社保（医保）卡号_____，家庭电话_____，手机_____，家庭地址_____。

乙方签约家庭成员姓名	社保（医保）卡号	性别	年龄	手机号码

为了提高居民健康水平，规范家庭医生签约服务期间甲、乙双方的权利和义务，本着平等、尊重和自愿的原则，经甲、乙双方协商一致，达成如下协议：

一、甲方根据国家和省级基本公共卫生服务项目内容规范，为乙方提供基本医疗和基本公共卫生服务。

二、甲方已向乙方详细说明了家庭医生签约服务的相关政策、签约方式、服务内容等，乙方自愿参加 _____包，接受家庭医生的服务。

三、乙方享有甲方提供的服务内容

（一）诊前咨询服务

利用多种信息化途径（短信、微信、健康咨询热线、信息平台、移动客户端等）向签约居民提供服务。

（二）基本医疗服务

1. 由家庭医生对签约居民的健康状况进行评估，并制定健康管理方案。

2. 提供社区康复与护理等服务，为预约就诊签约居民提供优先就诊服务。

3. 对于签约的慢性病患者，可酌情延长单次配药量。对于下转病人，可根据病情和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。

（三）基本公共卫生服务项目

包括国家基本公共卫生服务项目和省级基本公共卫生服务

项目。严格执行《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》（国卫妇社发〔2011〕38号）、《中医药健康管理服务规范》（国卫基层发〔2013〕7号）等技术规范，按照规定的服务对象、内容、流程、标准全面开展服务，以服务对象（包括流动人口）为中心，提供综合、连续、动态的健康管理服务。

（四）“1+1+1”组合式签约服务

签约居民可通过签约的家庭医生“绿色通道”优先转诊至签约的二、三级医院。

签约居民如需转诊至上级医院，愿意选择_____（二级医院）_____、（三级医院）_____两家医院。

四、乙方应遵守签约协议，按照约定规则，保持个人诚信，需配合甲方提供个人真实信息，以建立和完善个人健康档案。遵医嘱、做好健康自我管理。有服务需求时原则上应先到家庭医生就诊，自愿遵从甲方的就医路径引导、健康指导和建议等，也可选择其他医院就诊。

五、在签约服务过程中，因服务对象隐瞒病史信息、不执行家庭医生制定的防治方案、不遵医嘱而影响服务质量，以及因病情超出家庭医生诊疗水平和能力而造成的不良后果，责任由服务对象自负。

六、各类有偿签约服务，同步享受签约服务所确定的基本包

所有服务项目，并严格执行签约双方自愿选择的原则。服务方不得以任何理由强迫或者变相强迫服务对象接受有偿签约服务并收取费用。

七、保密条款。签约居民授权其所签约的家庭医生及其团队成员可调阅其电子健康档案、在其他医疗机构的诊疗记录信息。甲方有义务对签约居民的电子健康档案、诊疗记录信息予以保密。除法律法规规定外，未经签约居民允许，不得提供给第三方。

八、本协议自甲方和乙方签字后生效，有效期一年；期满后如需解约，双方需在原先签署的协议书说明情况并签字认可，协议终止；期满后双方如无异议且经双方确认后，协议可自动续约，每次续约期限为一年。在签约期内，乙方因居住地变更等客观原因，可终止现有与家庭医生签约关系，并可根据实际情况重新启动签约程序。

九、本协议书一式两份，甲方、乙方各执一份。

甲方（家庭医生）：签名_____ 乙方：签名_____

年 月 日

年 月 日

（注：以上协议为基本内容，各县（市、区）可根据实际情况或辖区特点增加服务内容，但不可减少。）

附件 2

西双版纳州家庭医生签约服务基本服务包内容

项 目	工作内容
签订服务协议	建立稳定的服务关系。家庭医生团队与签约服务对象签订为期一年的服务协议，协议需包含服务内容、方式、期限和权利义务、信息保密等内容。
按需提供转诊和预约服务	建立与上级医院双向转诊关系。家庭医生团队帮助签约服务对象选择适宜的就医途径，根据病情需要，为签约服务对象提供至县域内二级医疗机构的转诊服务，帮助预约二级医院专家诊疗。
按需延长慢病药物处方	建立便捷的配药制度。对病情稳定、依从性好、需要长期服药的慢性病签约患者，可一次性开具治疗性药物不超过 2 个月的药量。
提供一般体格检查服务	动态管理居民健康档案。按照《国家基本公共卫生服务规范（2011 年版）》中“健康体检表”要求，在基层医疗卫生服务机构或辖区集中体检场所，年内为签约对象开展 1 次免费体格检查服务，体检信息记录在“健康体检表”中，按年度归入居民健康档案中，实现健康档案动态管理。
日常电话咨询	家庭医生接受签约对象电话咨询疾病症状、合理用药等，并给与医疗指导。

附件 3

西双版纳州家庭医生签约服务考核指标

一、有效签约服务

（一）概念

有效签约服务指符合相关考核指标的签约服务，即责任医生及其团队与居民签约后提供的服务，使签约服务对象达到规范化健康管理，到签约医生处和基层医疗卫生机构就诊率、经签约医生转诊率逐年提高，签约服务对象对责任医生及其团队的满意度达到较高水平。

（二）考核指标

有效签约服务的考核指标包含三方面：健康管理、基本医疗、满意度，州级确定三类 11 个指导指标，县市级在此基础可扩展相关指标。

1. 健康管理指标

（1）电子健康档案合格率：抽查填写合格的签约服务对象电子档案份数/抽查的签约服务对象电子档案的总份数×100%

（2）高血压规范患者管理率：按照规范要求进行管理的高血压签约患者数/签约的高血压患者总数×100%。

（3）2 型糖尿病患者管理率：按照规范要求进行管理 2 型糖尿病签约患者数/签约的 2 型糖尿病患者总数×100%。

(4) 高血压控制率：最近一次随访血压达标的高血压签约患者数/签约的高血压患者总数×100%。

(5) 2 型糖尿病控制率：最近一次随访空腹血糖达标的 2 型糖尿病签约患者数/签约的 2 型糖尿病患者总数×100%。

(6) 健康知识知晓率：抽查的签约服务对象答对题目数/抽查题目总数×100%

2. 基本医疗指标

(7) 基层就诊率：在基层医疗卫生机构就诊人次数/同期在各级医院就诊总人次数×100%。

(8) 签约医生就诊率：签约服务对象至签约医生就诊人次数（含转诊次数）/同期签约服务对象在各级医院就诊总人次数×100%

(9) 签约居民在签约机构就诊占比：签约服务对象在签约机构的就诊人次数/签约机构总门诊人次数。

3. 满意度指标

(10) 居民签约服务知晓率：抽查居民对签约医生和服务内容知晓的人数/抽查居民的总人数×100%

(11) 签约服务对象满意率：调查满意的签约服务对象数/签约服务对象总数×100%

(三) 考核要求

各县、市根据工作进度分阶段确定有效签约服务的具体考核

指标和指标值，起步阶段可选择其中 6—9 个作为考核指标，以后扩展指标进行考核。

二、规范签约服务

（一）概念

规范签约服务指签约服务对象知晓签约医生和签约内容，对签约服务感到基本满意及以上。

（二）考核指标

规范签约率： $\text{规范签约人数} / \text{年末户籍人口总数} \times 100\%$ 。

规范签约人数指签约对象知晓签约医生和签约内容，对签约服务感到基本满意及以上的签约人数。

重点人群签约率： $\text{重点人群签约人数} / \text{年末户籍重点人群总数} \times 100\%$ 。

（三）考核要求

主要根据基层医疗卫生机构上报的规范签约人数和规范签约率进行电话抽查，核实规范签约的真实性。

附件 4

西双版纳州家庭医生签约服务月报表

____县(区)卫生计生委

时间: 年 月 日

填报人:

联系电话:

编号	卫生院 (社区卫生服务中心) 名称	家庭 总数量 (个)	居民 总数量 (人)	家庭 医生 团队 数量 (个)	参与 签约 医生 数 (人)	签约 家庭 (个)		签约 人数 (人)		签约重点人群人数(人)										上转病 人数 (人)		接收下转病 人(人)								
						当 月	累 计	当 月	累 计	其中										当 月	累 计	当 月	累 计							
						当 月	累 计	当 月	累 计	老年 人	高血 压	糖尿 病	孕产 妇	儿 童	重精	计生 特殊 家庭	建档 立卡 人群	特困 供养 人员	低保 对象	残疾 人	其他	当 月	累 计	当 月	累 计					

备注: “居民总数量”基本公卫项目资金拨付依据的人口数; “参与签约医生数”所有参与签约的医生数量(含村医); “签约重点人群人数”属于多类重点人群的不重复计算。每月 10 日前将上月签约服务报表报州卫计委基层卫生科, 邮箱: bnwsjfk@126.com, 电话及传真: 2149370。

抄送：州委办公室，州人大常委会办公室，州政协办公室，州纪委
办公室，州法院，州检察院，西双版纳军分区。

西双版纳州人民政府办公室

2017年7月4日印发

