

国家卫生健康委员会
国家发展和改革委员会
财政部 医保局 文件
国家中医药管理局
国务院扶贫办

国卫扶贫发〔2019〕45 号

关于印发解决贫困人口基本医疗有保障
突出问题工作方案的通知

河北省、山西省、内蒙古自治区、辽宁省、吉林省、黑龙江省、安徽省、福建省、江西省、山东省、河南省、湖北省、湖南省、广西壮族自治区、海南省、重庆市、四川省、贵州省、云南省、西藏自治区、陕西省、甘肃省、青海省、宁夏回族自治区、新疆维吾尔自治区卫生健康委、发展改革委、财政厅(局)、医保局、中医药局、扶贫办：

为贯彻落实党中央、国务院解决“两不愁三保障”突出问题决

策部署,根据《国务院扶贫开发领导小组印发〈关于解决“两不愁三保障”突出问题的指导意见〉的通知》(国开发〔2019〕15号),推动全面解决基本医疗有保障突出问题,深入推进实施健康扶贫工程,国家卫生健康委、国家发展改革委、财政部、国家医保局、国家中医药局和国务院扶贫办联合制定了《解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案》。现印发给你们(可在国家卫生健康委网站下载),请认真落实。



(信息公开形式:主动公开)

解决贫困人口基本医疗有保障

突出问题工作方案

为贯彻落实党中央、国务院解决“两不愁三保障”突出问题决策部署,深入推进实施健康扶贫工程,以县医院能力建设、“县乡一体、乡村一体”机制建设、乡村医疗卫生机构标准化建设为主攻方向,全面解决贫困人口基本医疗有保障突出问题,确保到2020年全面完成健康扶贫任务,根据《国务院扶贫开发领导小组关于解决“两不愁三保障”突出问题的指导意见》,制定本工作方案。

一、准确把握基本医疗有保障的标准和要求

贫困人口基本医疗有保障,主要是指贫困人口全部纳入基本医疗保险、大病保险和医疗救助等制度保障范围,常见病、慢性病能够在县乡村三级医疗机构获得及时诊治,得了大病、重病后基本生活仍然有保障。建立健全基本医疗保障制度,加强县乡村医疗卫生机构建设,配备合格医务人员,消除乡村两级机构人员“空白点”,做到贫困人口看病有地方、有医生、有制度保障。

指导工作标准包括:医疗卫生机构“三个一”、医疗卫生人员“三合格”、医疗服务能力“三条线”、医疗保障制度全覆盖(详见附件)。

二、加强县医院能力建设

(一)加大支持力度。进一步加大中央预算内投资支持力度,督促地方将符合条件的贫困县(国家扶贫开发工作重点县以及连片特困地区县,下同)县级医院(含中医医院,下同)纳入全民健康保障工程支持范围。各地要落实投入责任,改造和完善县级医院设施,配备基本设备,保障县级医院的正常运转。

(二)强化对口帮扶。进一步明确三级医院帮扶目标、任务和考核指标。组织三级医院加大对深度贫困县的帮扶力度。采取“组团式”支援方式,选派管理和技术人员担任受援医院院长或副院长、护理部主任及学科带头人,帮扶团队不少于5人(中医医院可选派3人),每批人员连续工作时间不少于6个月。帮助贫困县县医院加强针对当地疾病谱的临床专科建设,提升内科、外科、妇产科、儿科、急诊科的常见病、多发病和部分急危重症的诊疗能力。

(三)推进远程医疗。实现贫困县县级医院远程医疗全覆盖,拓展服务内涵,丰富服务内容,通过远程会诊、查房、示教、培训等形式,有效促进优质医疗资源下沉。进一步规范远程医疗服务,逐步完善远程医疗收费和报销政策。

三、加强“县乡一体、乡村一体”机制建设

(四)加强县乡村人员培养培训。持续开展全科医生规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训等,加大农村订单定向免费医学培养力度。继续为贫困地区招聘特岗全科医生,全面解决乡镇卫生院无执业医师问题。鼓励各地继续开展面向村卫生室的免费医学培养。持续对乡村医生开展实用技能和适宜技术培训,提

高乡村医生常见病、多发病诊治和中医药服务能力。

(五)统筹使用县域卫生人力资源。鼓励实行“县聘县管乡用”和“乡聘村用”,为乡镇卫生院和村卫生室聘用合格的医务人员。建立健全压茬选派制度,通过从乡镇卫生院选派医师开展巡诊、派驻等方式,解决村卫生室缺乏合格医生的问题。探索开展省域内非贫困县县级医院对口支援贫困地区乡镇卫生院,定期选派医师到乡镇卫生院执业。

(六)推进县域医共体建设。有条件的地方,进一步开展紧密型县域医共体建设,推进医共体内行政管理、医疗业务、信息系统等统一运作,提高县域医疗卫生服务整体绩效,逐步用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。

四、加强乡村医疗卫生机构标准化建设

(七)消除“空白点”。推动地方政府落实主体责任,加大投入,按照填平补齐的原则,在脱贫攻坚期内,全面完成乡镇卫生院和村卫生室基础设施建设,合理配置乡镇卫生院、村卫生室医疗设备。加强乡镇卫生院中医药科室建设和村卫生室中医药设备配置。对于扶贫搬迁后新形成的行政村,在地方政府水、电、网等基础设施建设到位前,可通过设置临时医疗点,为群众提供服务。

五、加强贫困地区疾病综合防控

(八)全面落实重点传染病、地方病综合防控三年攻坚行动。按照《健康扶贫三年攻坚行动计划》(国卫财务发〔2018〕38号)要求,做好艾滋病、结核病,血吸虫病、包虫病和大骨节病等地方病综

合防治工作,开展现症病人分类救治。

六、保障措施

(九)明确职责分工。坚持中央统筹、省负总责、市县抓落实的管理体制,中央部门负责健康扶贫政策顶层设计、健全工作机制、明确责任要求;地方政府负责结合本地脱贫攻坚实际,制订政策、明确标准并推动落实。卫生健康行政部门牵头实施健康扶贫、加强县乡村医疗卫生服务能力建设、开展分类救治工作,扶贫部门负责将健康扶贫纳入脱贫攻坚总体部署和工作考核,医保部门负责实施医疗保障扶贫、将贫困人口纳入医疗保障制度覆盖范围,发展改革和财政部门负责加强健康扶贫的投入保障。

(十)制订实施方案。各地要结合实际,按照能够解决实际问题、贫困人口普遍认可以及可量化、可实现、可考核的原则,制订具体工作标准和实施方案,对照标准开展排查,摸清底数,建立台账,明确时间表、路线图,并于2019年7月底前将本地具体工作标准和排查结果向国家卫生健康委、国家医保局报备。省内各地原则上不再另行制订标准。

(十一)加大投入支持。中央财政统筹卫生健康领域现有资金渠道,在分配卫生健康转移支付资金时,对“三区三州”和其他深度贫困地区予以适当倾斜。省级、市级财政对解决基本医疗有保障突出问题要予以倾斜支持。县级财政要按规定落实好乡镇卫生院及乡村医生补助经费。对于服务人口较少、按照现有渠道和补助标准不足以维持正常运转的村卫生室,县级财政给予适当补助。

贫困县用足用好现有政策,支持符合条件的解决基本医疗有保障突出问题的项目。东西部扶贫协作、对口支援、定点扶贫等要支持解决贫困地区基本医疗有保障突出问题。鼓励各类公益基金、企业等社会力量支持贫困地区医疗卫生机构能力建设。

附件:基本医疗有保障工作标准

附件

基本医疗有保障工作标准

一、保障基本医疗的可及性

(一) 医疗卫生机构“三个一”。

1. 每个贫困县建好 1 所县级公立医院(含中医院),具有相应功能用房和设施设备。靠近或隶属于市级行政区的贫困县,市级公立医院能够满足需求的,可结合当地实际不单独设立县级医院。

2. 每个乡镇建成 1 所政府办卫生院,具有相应功能用房和设施设备,能够承担常见病多发病诊治、急危重症病人初步现场急救和转诊等职责。

3. 每个行政村建成 1 个卫生室,具有相应功能用房和设施设备,能够开展基本的医疗卫生服务。人口较少或面积较小的行政村可与相邻行政村联合设置村卫生室,乡镇卫生院所在地的行政村可不设村卫生室。

(二) 医疗技术人员“三合格”。

1. 每个县医院的每个专业科室至少有 1 名合格的执业医师。

2. 每个乡镇卫生院至少有 1 名合格的执业(助理)医师或全科医师。

3. 每个村卫生室至少有 1 名合格的乡村医生或执业(助理)

医师。

(三)医疗服务能力“三条线”。

1. 常住人口超过 10 万人的贫困县有一所县医院(中医院)达到二级医院医疗服务能力。

2. 常住人口超过 1 万人的乡镇卫生院达到《乡镇卫生院管理办法(试行)》(卫农卫发〔2011〕61 号)要求。

3. 常住人口超过 800 人的行政村卫生室达到《村卫生室管理办法(试行)》(国卫基层发〔2014〕33 号)要求。

二、确保医疗保障制度全覆盖

农村建档立卡贫困人口全部纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助覆盖范围。

国家卫生健康委办公厅

2019 年 7 月 11 日印发

校对：胡同宇