

湖北省卫生健康委员会
湖北省发展和改革委员会
湖北省财政厅
湖北省医疗保障局
湖北省人民政府扶贫开发办公室
中国银行保险监督管理委员会湖北监管局

文件

鄂卫发〔2019〕10号

关于印发解决贫困人口基本医疗有保障
突出问题实施方案的通知

各市、州、县卫生健康委（局）、发展改革委（局）、财政局、医保局、扶贫办、银保监分局：

为贯彻落实党中央、国务院关于解决“两不愁三保障”突出问题的决策部署，根据国家卫生健康委等6部门《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》（国卫扶贫

发〔2019〕45号)和《湖北省扶贫攻坚领导小组印发〈关于解决“两不愁三保障”突出问题的实施意见〉的通知》(鄂扶组发〔2019〕12号)等文件精神,推动全面解决农村贫困人口基本医疗有保障的突出问题,深入推进实施健康扶贫工程,省卫生健康委、省发展改革委、省财政厅、省医保局、省扶贫办、湖北银保监局联合制定了《解决贫困人口基本医疗有保障突出问题实施方案》。现印发给你们,请认真落实。



2019年9月5日

(信息公开形式:主动公开)

解决贫困人口基本医疗有保障 突出问题实施方案

为贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府关于解决“两不愁三保障”突出问题的决策部署，深入推进实施健康扶贫工程，以县乡村三级医疗卫生机构能力建设、县域医共体建设为主攻方向，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、国务院扶贫办《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》（国卫扶贫发〔2019〕45 号）和《湖北省扶贫攻坚领导小组印发〈关于解决“两不愁三保障”突出问题的实施意见〉的通知》（鄂扶组发〔2019〕12 号）精神，制订本实施方案。

一、基本医疗有保障的目标任务和工作标准

按照国家要求，农村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、重病基本生活有保障。建立健全基本医疗保障制度，进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的政策措施，加强基层医疗卫生机构建设，强化基层卫生人才培养培养，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。

具体标准包括：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、进一步落实保障农村贫困人口基本医疗的政策措施

认真贯彻落实《省委办公厅、省政府办公厅〈关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施〉的通知》（鄂办发〔2019〕18号），规范基本医疗保障标准和范围，严格政策执行，加大财政资金投入，严格医疗过程管控，切实提高农村贫困人口基本医疗保障质效。

三、加强县、乡、村三级医疗卫生机构能力建设

（一）补齐基础设施建设短板。从2019到2020年，将未达标的贫困县县级医院纳入投资计划，确保“十三五”全部达标。市、县两级政府要落实主任责任，加大投入，完成乡镇卫生院和村卫生室基础设施建设，达到国家建设标准。争取地方政府债券，支持县、乡、村医疗卫生机构基础设施、信息网络、设备配置等能力建设，提升医疗卫生服务水平，方便贫困群众看病就医。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。对于易地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。

（二）加强基层卫生人才培养。继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，力争每一个乡镇卫生院有一名全科医生。持续对乡村医生开展实用技能和适宜技术培训，提高乡村常见病、多发病诊治和中医药服务能力。加强乡村医生

队伍建设，加大农村订单定向免费医学生培养力度，鼓励各地继续开展面向村卫生室的免费医学生培养；继续强化乡村一体化管理，通过从乡镇卫生院选派医师到村卫生室开展巡诊、派驻或调剂其他村医等方式，解决少数村卫生室暂时性无村医问题。督促和引导各地出台乡村医生养老保障政策，确保乡村医生“老有所养”，解决乡村医生后顾之忧。

（三）加快推进远程医疗。巩固现有贫困县医院远程医疗系统建设成果，推进远程医疗服务覆盖全省所有医联体和县级医院，并逐步向乡镇卫生院和村卫生室延伸，实现医疗资源上下贯通、信息互通共享、业务高效协同，便捷开展预约诊疗、双向转诊、远程医疗等服务。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。支持三级医院与贫困县医院利用 5G 技术，开展远程手术、远程影像、远程会诊、远程培训等应用示范。

四、全面推进县域医疗共同体建设

（一）完善县域医疗卫生服务体系。全面推开展县域医疗共同体建设，确保 90% 以上的贫困人口在县域内看病就医。按照“县乡一体、乡村一体”的思路，整合县乡医疗卫生机构资源，每个县组建若干个以县级医院为龙头、乡镇卫生院为成员的紧密型医共体，实现人、财、物全面整合，功能职责整体纳入，形成管理、服务、利益、责任共同体。推进乡村卫生一体化管理，提倡乡镇卫生院对村卫生室实行业务一体化管理。医共体内依托县医院或者独立设置医学影像、检查检验、消毒供应、后勤服务等中

心，为医共体内各医疗机构提供统一化服务，推进医共体内不同级别医疗机构间影像、检查检验结果互认。

(二) 完善县域医疗卫生运行机制。建立人员统筹使用机制，将现有县级医院和乡镇卫生院编制统一管理，逐步实行编制、岗位“县管乡用”，促进人才向基层流动；对所需适宜人才可由医共体自主招聘。按照按需设岗、按岗聘用、竞聘上岗、人岗相适的原则，实现医共体统筹管理。落实“两个允许”要求，合理确定和动态提升医共体工资总额和薪酬水平，医共体在核定的绩效工资总额内可打破人员身份限制，进行自主分配。

五、全面做实对口帮扶

(一) 持续推进三级医院对口帮扶贫困县医院。深入推进 21 家三级医院对口支援 37 个贫困县县医院工作，压实帮扶责任，完善帮扶关系和帮扶模式，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、外、妇、儿、急诊等科室常见病、多发病和部分危急重症的诊疗能力。支援医院要采取“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，每家支援医院帮扶团队不少于 5 名，连续工作时间不少于半年，每年为受援医院“解决一项医疗技术，突破一个薄弱环节，带出一支技术团队，新增一个服务项目”。鼓励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。

(二) 完善“健康扶贫荆楚行”活动。贯彻落实《关于开展湖北省健康扶贫荆楚行活动的通知》（鄂卫通〔2019〕16 号）精神，每

支医疗队每年不少于两次到对口贫困县开展“健康扶贫荆楚行”活动。支援和受援医院要进一步加强对接沟通，研究建立常态化机制，探索组团式专科帮扶，确保活动取得实效。将定点帮扶与“健康扶贫荆楚行”紧密结合，各有分工，各有侧重，相互补充。

六、加强贫困地区疾病综合防控

（一）落实重点传染病防治措施。按照《湖北省健康扶贫三年攻坚行动实施方案》（鄂卫发〔2018〕6号）要求，全面落实艾滋病、结核病、血吸虫病等综合防控，开展现症病人分类救治，落实血吸虫病综合防治策略。

（二）加强健康促进与教育。深入推进爱国卫生运动，改善贫困地区卫生环境。推进贫困地区健康促进三年攻坚行动，扎实开展健康教育进乡村、进家庭、进学校，针对重点人群、重点疾病、主要健康问题和健康危险因素开展健康教育，通过健康讲座等多种方式，普及健康知识。

（三）做实做细贫困人口家庭医生签约服务。各县（市、区）要按照国家、省相关要求，合理确定贫困人口“应签”的范围，做到重履约、重质量、重服务感受度，实现贫困人口应签尽签、应检尽检，落实落细签约服务各项任务，做到签约一人，履约一人，做实一人。

七、保障措施

（一）明确责任分工。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。

(二) 着力解决问题。各地要针对前期排查的贫困人口基本医疗有保障突出问题，进一步摸清底数，建立台账，按照省实施方案，落实解决基本医疗有保障突出问题的工作措施，明确时间表、路线图。在解决贫困人口基本医疗有保障突出问题的同时，要落实分类救治、医疗保障等政策，采取更有针对性的措施，防止因病致贫返贫。

(三) 加大投入支持。中央和省级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，对深度贫困地区予以适当倾斜。市、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，县级财政要给予适当补助。贫困县用足用好现有政策，支持符合条件的解决贫困人口基本医疗有保障突出问题的项目。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。原则上达到《综合医院建设标准》（建标 110—2008）、《中医医院建设标准》（建标 106—2008）要求。

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。原则上达到《乡镇卫生院建设标准》（建标 107—2008）要求。

3. 原则上每个行政村建成 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、面积较小或交通便利的行政村，可与相邻行政村联合设置村卫生室；服务人口超过 3000 人或覆盖范围超过 2 个行政村的，可设置中心村卫生室；乡镇卫生院所在的行政村原则上不再设置村卫生室。

(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. 每个县有 1 家县级综合医院（中医医院）达到二级医院医疗服务能力。

2. 每个乡镇有 1 个乡镇卫生院达到《乡镇卫生院管理办法（试行）》（卫农卫发〔2011〕61 号）要求。

3. 每个村卫生室达到《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。