



关于印发淮南市解决贫困人口基本医疗有保障突出问题实施方案的通知

淮卫财〔2019〕171号

各县（区）卫生健康委、发展改革委、财政局、医保局、扶贫办，市属公立医院：

现将《淮南市解决贫困人口基本医疗有保障突出问题实施方案》印发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。

淮南市卫生健康委

淮南市发展改革委

淮南市财政局

淮南市医保局

淮南市扶贫办

2019年8月30日



淮南市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、省委省政府以及市委市政府关于解决“两不愁三保障”突出问题的决策部署，深入实施健康脱贫工程，全面解决贫困人口基本医疗有保障突出问题，确保到 2020 年全面完成健康脱贫任务，根据省卫生健康委、省发展改革委、省财政厅、省医保局、省扶贫办《关于印发安徽省解决贫困人口基本医疗有保障突出问题实施方案的通知》（皖卫财发〔2019〕143 号）要求，制定本实施方案。

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、慢性病能够在省内县、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。全面落实健康脱贫“三保障一兜底一补充”综合医保政策，加强贫困地区县、乡、村三级医疗卫生机构和乡村医生队伍建设，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。



基本医疗有保障工作标准包括：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”、贫困人口基本医疗保障制度全覆盖（详见附件）。市依据国家、省工作标准，既不拔高，也不降低。各县（区）不再另行制订工作标准。

二、加强县级医院能力建设

（一）加大项目资金支持力度。积极争取中央及省级预算内投资，将符合条件的贫困县县级医院（含中医院，下同）全部纳入国家及省级全民健康保障工程支持范围。加大市级财政奖补力度，落实县区投入责任，尽快化解贫困县公立医院长期债务，改造和完善县级医院基础设施，配备基本设备，保障正常运转。

（二）强化三级医院对口帮扶。切实加强三级医院对口帮扶贫困县县级医院工作，进一步明确三级医院帮扶目标、任务和考核指标。严格派驻人员选派和管理，支援医院采取“组团式”方式，向受援医院派驻院长或副院长、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）。派驻的院长或副院长连续驻点时间不少于1年，其他人员连续驻点时间不少于6个月，帮助贫困县县级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）加快推进远程医疗。积极推进影像云、远程心电、远



程病理、远程会诊等系统建设，实现贫困县县级医院远程医疗服务全覆盖，并逐步向乡镇卫生院延伸。拓展远程医疗服务内涵，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，完善远程医疗收费和医保支付政策。

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生培养力度。继续为贫困地区招聘特岗全科医生，解决乡镇卫生院人员数量不足问题。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）统筹使用医疗卫生人力资源。实施乡村一体化管理，盘活用足乡镇卫生院存量编制，进一步落实基层医疗卫生机构人才“县管乡用”“乡聘村用”制度，为乡镇卫生院和村卫生室聘用合格的医务人员。实施“百医驻村”“千医下乡”“万医轮训”等乡村医疗卫生能力建设“百千万”工程，实施乡村医生队伍建设三年行动，扩大村医来源、提升服务能力，消除村级机构人员“空白点”。

（六）全面推进紧密型县域医共体建设。2019年在寿县开展紧密型县域医共体建设，到2020年，实现全覆盖。坚持政府主导、资源下沉、群众受益为统领，按照“两包三单六贯通”的建



设路径，推动人、财、物、信息等县域医疗资源充分整合、集约使用，提升县域医疗卫生服务能力和水平。

四、加强乡村医疗卫生机构标准化建设

(七)消除机构“空白点”。推动县区政府落实主体责任，加大投入力度，按照“填平补齐”的原则，加强乡村医疗卫生机构标准化建设，2019年年底前消除行政村村卫生室“空白点”，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。针对行政村村卫生室“空白”问题，各县（区）要按照国家和省、市统一部署要求，结合各地实际情况，本着方便贫困人口看病就医的原则，建立台账，逐一分析研究，进行分类解决，并将“空白点”消除情况报市卫生健康委。

对于扶贫搬迁后新形成的行政村在水、电、网等基础设施建设到位前，以及未完全搬迁或即将整体拆迁的行政村，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《淮南市健康脱贫三年攻坚行动实施方案》(淮卫办〔2018〕427号)要求，做好艾滋病、结核病等重点传染病和地方病综合防治工作，开展现症病人分类救治。



六、实现贫困人口基本医疗保障制度全覆盖

(九) 精准掌握参保底数。建立贫困人口信息及时交换、动态标识、登记管理制度。压实各统筹地区责任，对贫困户家庭逐户、逐人核实参保情况，建立贫困人口参保台账，全面、精准掌握贫困人口参保底数。

(十) 分类实施参保缴费。落实县（区）乡政府主体责任，对贫困人口参保坚持分类施策。2014年、2015年已脱贫人口参保工作，由政府统一组织及时参保，确保贫困人口应保尽保。符合医疗救助条件的，按规定全额或定额补贴参加当地城乡居民基本医疗保险，避免为实现100%参保而全员全额简单资助。2015年底未脱贫的贫困人口以及动态调整新识别的贫困人口，通过多方协作配合，完成个人参保费用的代缴和归集。加大流动贫困人口参保核查，加强跨统筹地区参保信息比对，杜绝重复参保或漏保。

(十一) 落实综合医保待遇。2014、2015年已脱贫人口，享受相应的基本医疗保险、大病保险等保障待遇，符合医疗救助条件的，按规定享受医疗救助待遇。2015年底未脱贫的贫困人口以及动态调整新识别的贫困人口，享受安徽省健康脱贫综合医疗保障待遇。完善贫困人口慢性病门诊管理，经鉴定符合条件的，及时发放慢性病证（卡）或标识慢性病身份；经鉴定不符合条件



的，做好政策解释，书面告知、并登记在案。继续依托现有的贫困人口综合医疗保障信息系统，为贫困人口就医提供“一站式”即时结算服务。

2020年前，按照国家及省统一部署，落实贫困人口资助参保政策。健康脱贫综合医疗保障政策回归到基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障制度框架，公平普惠提高城乡居民基本医保待遇，加大大病保险倾斜支付力度，加大医疗救助托底保障力度。

七、保障措施

（十二）强化攻坚责任。坚持“市负总责、县（区）抓落实”的工作机制，坚持政府主导、部门联动，形成攻坚合力。各地负责结合本地实际，细化实施方案，完善政策举措，推动工作落实。卫生健康部门负责牵头实施健康脱贫工程，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脱贫和解决贫困人口基本医疗有保障突出问题纳入脱贫攻坚总体部署，及时、准确提供有效的贫困人口信息；医保部门配合有关部门做好医保参保、缴费工作，负责将符合条件的贫困人口全部纳入医疗保障制度覆盖范围，落实健康脱贫综合医保政策；发展改革部门负责争取中央及省级预算内资金支持符合条件的贫困县县级医院项目建设；财政部门负责加强健康脱贫工作的投入保障。



(十三) 强化投入支持。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（区）级财政要按规定落实好乡镇卫生院及乡村医生补助经费，加强乡村医疗卫生机构标准化建设，充实医疗救助基金，资助符合条件的贫困人口参保。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（区）级财政给予适当补助。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、基本医疗保障能力建设。

(十四) 强化督查考核。解决贫困人口基本医疗有保障突出问题情况纳入市脱贫攻坚成效考核和健康脱贫暗访督查的重要内容，开展“四不两直”方式暗访督导，实行定期调度。切实加强作风建设，深入开展“以案示警、以案为戒、以案促改”警示教育，坚决整治健康脱贫领域形式主义官僚主义。各县（区）要严格对标对表，既不拔高，也不降低，逐村逐户逐人摸清底数，深入查摆存在的突出问题，建立问题清单、任务清单、责任清单，实行倒排工期、挂图作战，按照要求逐个对账销号，确保按期完成健康脱贫各项目标任务。

附件：安徽省基本医疗有保障工作标准



附件

安徽省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。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.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

（一）实现制度应保尽保

农村建档立卡贫困人口全部纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助等制度保障范围。

1.2014年、2015年已脱贫人员参加基本医疗保险。符合医疗救助条件的，按规定全额或定额补贴参加当地城乡居民基本医疗保险。

2.2015年底未脱贫的贫困人口以及动态调整新识别的贫困



人口，补贴参加城乡居民基本医疗保险。

（二）实现待遇应享尽享

1.2014、2015年已脱贫人口，享受相应的基本医疗保险、大病保险等保障待遇。符合医疗救助条件的，按规定享受医疗救助待遇。

2.2015年底未脱贫的贫困人口以及动态调整新识别的贫困人口，享受安徽省健康脱贫综合医疗保障待遇。

3.完善贫困人口慢性病门诊管理，经鉴定符合条件的，及时发放慢性病证（卡）或标识慢性病身份。

4.2020年底前，按照国家统一部署，落实贫困人口资助参保政策。健康脱贫综合医疗保障回归到基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障制度框架，公平普惠提高城乡居民基本医保待遇，加大大病保险倾斜支付力度，加大医疗救助托底保障力度。