

目 录

1、中共中央 国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定.....	1
2、中共山东省委 山东省人民政府关于贯彻落实中央扶贫开发工作部署坚决打赢脱贫攻坚战的意见.....	10
3、《山东省市级党委和政府扶贫开发工作成效考核办法》.....	16
4、《山东省健康扶贫实施方案》.....	19
5、省卫计委落实《山东省健康扶贫实施方案》处室分工意见.....	23
6、省卫计委《关于做好健康扶贫调查摸底工作的通知》.....	27
7、省卫计委《关于加强健康扶贫信息报送工作的通知》.....	30
8、省卫计委印发《山东省健康扶贫实施方案》配套文件的通知.....	32
9、德州市委市政府《关于贯彻落实中央和省扶贫开发工作部署坚决打赢脱贫攻坚战的实施意见》.....	37
10、德州市人社局《关于调整农村贫困人口基本医疗保险待遇的通知》.....	46
11、德州市卫计委《德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案》.....	48
12、德州市卫计委《关于调整德州市卫生计生健康扶贫工作领导小组成员和联系点的通知》.....	55
13、德州市卫计委《关于印发德州市城乡医院对口支援工作实施方案（2016-2018年）的通知》.....	58
14、德州市卫计委市扶贫办《关于开展“卫生下乡 精准扶贫”公益救助活动的通知》.....	74

15、德州市卫计委关于印发《德州市健康扶贫“八个一”工程工作方案》的通知	83
16、德州市卫计委关于印发《2016年德州市患病贫困人口分类救治方案》的通知	88
17、德州市卫计委关于印发《德州市传染病、地方病、慢性病防控扶贫工作方案》的通知	107
18、德州市卫计委关于印发《德州市健康扶贫妇幼工作方案》的通知	112
19、德州市卫计委关于印发《德州市健康扶贫便民惠民医疗服务工作方案》的通知	118
20、德州市卫计委《关于进一步做好健康扶贫工作的通知》	122
21、德州市卫计委《关于建立健康扶贫工作信息报送制度的通知》	124
22、德州市民政局、卫计委等《关于完善医疗救助制度全面推进重特大疾病贫困患者医疗救助工作的实施意见》	127

中共中央 国务院

关于打赢脱贫攻坚战的决定（有删减）

确保到 2020 年农村贫困人口实现脱贫，是全面建成小康社会最艰巨的任务。现就打赢脱贫攻坚战作出如下决定。

一、增强打赢脱贫攻坚战的使命感紧迫感

消除贫困、改善民生、逐步实现共同富裕，是社会主义的本质要求，是我们党的重要使命。改革开放以来，我们实施大规模扶贫开发，使 7 亿农村贫困人口摆脱贫困，取得了举世瞩目的伟大成就，谱写了人类反贫困历史上的辉煌篇章。党的十八大以来，我们把扶贫开发工作纳入“四个全面”战略布局，作为实现第一个百年奋斗目标的重点工作，摆在更加突出的位置，大力实施精准扶贫，不断丰富和拓展中国特色扶贫开发道路，不断开创扶贫开发事业新局面。

我国扶贫开发已进入啃硬骨头、攻坚拔寨的冲刺期。中西部一些省（自治区、直辖市）贫困人口规模依然较大，剩下的贫困人口贫困程度较深，减贫成本更高，脱贫难度更大。实现到 2020 年让 7000 多万农村贫困人口摆脱贫困的既定目标，时间十分紧迫、任务相当繁重。必须在现有基础上不断创新扶贫开发思路和办法，坚决打赢这场攻坚战。

扶贫开发事关全面建成小康社会，事关人民福祉，事关巩固党的执政基础，事关国家长治久安，事关我国国际形象。打赢脱贫攻坚战，是促进全体人民共享改革发展成果、实现共同富裕的重大举措，是体现中国特色社会主义制度优越性的重要标志，也是经济发展新常态下扩大国内需求、促进经济增长的重要途径。各级党委和政府必须把扶贫开发工作作为重大政治任务来抓，切实增强责任感、使命感和紧迫感，切实解决好思想认识不到位、体制机制不健全、工作措施不落实等突出问题，不辱使命、勇于担当，只争朝夕、真抓实干，加快补齐全面建成小康社会中的这块突出短

板，决不让一个地区、一个民族掉队，实现《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》确定的脱贫攻坚目标。

二、打赢脱贫攻坚战的总体要求

（一）指导思想

全面贯彻落实党的十八大和十八届二中、三中、四中、五中全会精神，以邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，深入贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，围绕“四个全面”战略布局，牢固树立并切实贯彻创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，充分发挥政治优势和制度优势，把精准扶贫、精准脱贫作为基本方略，坚持扶贫开发与社会发展相互促进，坚持精准帮扶与集中连片特殊困难地区开发紧密结合，坚持扶贫开发与生态保护并重，坚持扶贫开发与社会保障有效衔接，咬定青山不放松，采取超常规举措，拿出过硬办法，举全党全社会之力，坚决打赢脱贫攻坚战。

（二）总体目标

到2020年，稳定实现农村贫困人口不愁吃、不愁穿，义务教育、基本医疗和住房安全有保障。实现贫困地区农民人均可支配收入增长幅度高于全国平均水平，基本公共服务主要领域指标接近全国平均水平。确保我国现行标准下农村贫困人口实现脱贫，贫困县全部摘帽，解决区域性整体贫困。

（三）基本原则

——坚持党的领导，夯实组织基础。充分发挥各级党委总揽全局、协调各方的领导核心作用，严格执行脱贫攻坚一把手负责制，省市县乡村五级书记一起抓。切实加强贫困地区农村基层党组织建设，使其成为带领群众脱贫致富的坚强战斗堡垒。

——坚持政府主导，增强社会合力。强化政府责任，引领市场、社会协同发力，鼓励先富帮后富，构建专项扶贫、行业扶贫、社会扶贫互为补充的大扶贫格局。

——坚持精准扶贫，提高扶贫成效。扶贫开发贵在精准，重在精准，必须解决好扶持谁、谁来扶、怎么扶的问题，做到扶真贫、真扶贫、真脱贫，切实提高扶贫成果可持续性，让贫困人口有更多的获得感。

——坚持保护生态，实现绿色发展。牢固树立绿水青山就是金山银山的理念，把生态保护放在优先位置，扶贫开发不能以牺牲生态为代价，探索生态脱贫新路子，让贫困人口从生态建设与修复中得到更多实惠。

——坚持群众主体，激发内生动力。继续推进开发式扶贫，处理好国家、社会帮扶和自身努力的关系，发扬自力更生、艰苦奋斗、勤劳致富精神，充分调动贫困地区干部群众积极性和创造性，注重扶贫先扶智，增强贫困人口自我发展能力。

——坚持因地制宜，创新体制机制。突出问题导向，创新扶贫开发路径，由“大水漫灌”向“精准滴灌”转变；创新扶贫资源使用方式，由多头分散向统筹集中转变；创新扶贫开发模式，由偏重“输血”向注重“造血”转变；创新扶贫考评体系，由侧重考核地区生产总值向主要考核脱贫成效转变。

三、实施精准扶贫方略，加快贫困人口精准脱贫

（四）健全精准扶贫工作机制。抓好精准识别、建档立卡这个关键环节，为打赢脱贫攻坚战打好基础，为推进城乡发展一体化、逐步实现基本公共服务均等化创造条件。按照扶持对象精准、项目安排精准、资金使用精准、措施到户精准、因村派人精准、脱贫成效精准的要求，使建档立卡贫困人口中有5000万人左右通过产业扶持、转移就业、易地搬迁、教育支持、医疗救助等措施实现脱贫，其余完全或部分丧失劳动能力的贫困人口实行社保政策兜底脱贫。对建档立卡贫困村、贫困户和贫困人口定期进行全面核查，建立精准扶贫台账，实行有进有出的动态管理。根据致贫原因和脱贫需求，对贫困人口实行分类扶持。建立贫困户脱贫认定机制，对已经脱贫的农户，在一定时期内让其继续享受扶贫相关政策，避免出现边脱贫、边返贫现象，切实做到应进则进、应扶则扶。抓紧制定严格、规范、

透明的国家扶贫开发工作重点县退出标准、程序、核查办法。重点县退出，由县提出申请，市（地）初审，省级审定，报国务院扶贫开发领导小组备案。重点县退出后，在攻坚期内国家原有扶贫政策保持不变，抓紧制定攻坚期后国家帮扶政策。加强对扶贫工作绩效的社会监督，开展贫困地区群众扶贫满意度调查，建立对扶贫政策落实情况和扶贫成效的第三方评估机制。评价精准扶贫成效，既要看减贫数量，更要看脱贫质量，不提不切实际的指标，对弄虚作假搞“数字脱贫”的，要严肃追究责任。

.....

（十）开展医疗保险和医疗救助脱贫。实施健康扶贫工程，保障贫困人口享有基本医疗卫生服务，努力防止因病致贫、因病返贫。对贫困人口参加新型农村合作医疗个人缴费部分由财政给予补贴。新型农村合作医疗和大病保险制度对贫困人口实行政策倾斜，门诊统筹率先覆盖所有贫困地区，降低贫困人口大病费用实际支出，对新型农村合作医疗和大病保险支付后自负费用仍有困难的，加大医疗救助、临时救助、慈善救助等帮扶力度，将贫困人口全部纳入重特大疾病救助范围，使贫困人口大病医治得到有效保障。加大农村贫困残疾人康复服务和医疗救助力度，扩大纳入基本医疗保险范围的残疾人医疗康复项目。建立贫困人口健康卡。对贫困人口大病实行分类救治和先诊疗后付费的结算机制。建立全国三级医院（含军队和武警部队医院）与连片特困地区县和国家扶贫开发工作重点县县级医院稳定持续的一对一帮扶关系。完成贫困地区县乡村三级医疗卫生服务网络标准化建设，积极促进远程医疗诊治和保健咨询服务向贫困地区延伸。为贫困地区县乡医疗卫生机构订单定向免费培养医学类本专科学生，支持贫困地区实施全科医生和专科医生特设岗位计划，制定符合基层实际的人才招聘引进办法。支持和引导符合条件的贫困地区乡村医生按规定参加城镇职工基本养老保险。采取针对性措施，加强贫困地区传染病、地方病、慢性病等防治工作。全面实施贫困地区儿童营养改善、新生儿疾病免费筛查、妇女“两癌”免费筛查、孕前优生健康免费检查等重大公共卫生项目。

加强贫困地区计划生育服务管理工作。

（十一）实行农村最低生活保障制度兜底脱贫。完善农村最低生活保障制度，对无法依靠产业扶持和就业帮助脱贫的家庭实行政策性保障兜底。加大农村低保省级统筹力度，低保标准较低的地区要逐步达到国家扶贫标准。尽快制定农村最低生活保障制度与扶贫开发政策有效衔接的实施方案。进一步加强农村低保申请家庭经济状况核查工作，将所有符合条件的贫困家庭纳入低保范围，做到应保尽保。加大临时救助制度在贫困地区落实力度。提高农村特困人员供养水平，改善供养条件。抓紧建立农村低保和扶贫开发的数据互通、资源共享信息平台，实现动态监测管理、工作机制有效衔接。加快完善城乡居民基本养老保险制度，适时提高基础养老金标准，引导农村贫困人口积极参保续保，逐步提高保障水平。有条件、有需求地区可以实施“以粮济贫”。

四、加强贫困地区基础设施建设，加快破除发展瓶颈制约

五、强化政策保障，健全脱贫攻坚支撑体系

（十八）加大财政扶贫投入力度。发挥政府投入在扶贫开发中的主体和主导作用，积极开辟扶贫开发新的资金渠道，确保政府扶贫投入力度与脱贫攻坚任务相适应。中央财政继续加大对贫困地区的转移支付力度，中央财政专项扶贫资金规模实现较大幅度增长，一般性转移支付资金、各类涉及民生的专项转移支付资金和中央预算内投资进一步向贫困地区和贫困人口倾斜。各部门安排的各项惠民政策、项目和工程，要最大限度地向贫困地区、贫困村、贫困人口倾斜。各省（自治区、直辖市）要根据本地脱贫攻坚需要，积极调整省级财政支出结构，切实加大扶贫资金投入。从2016年起通过扩大中央和地方财政支出规模，增加对贫困地区水电路气网等基础设施建设和提高基本公共服务水平的投入。建立健全脱贫攻坚多规划衔接、多部门协调长效机制，整合目标相近、方向类同的涉农资金。按照权责一致原则，支持连片特困地区县和国家扶贫开发工作重点县围绕本县突出问题，以扶贫规划为引领，以重点扶贫项目为平台，把专项扶贫资金、

相关涉农资金和社会帮扶资金捆绑集中使用。纪检监察机关对扶贫领域虚报冒领、截留私分、贪污挪用、挥霍浪费等违法违规问题，坚决从严惩处。推进扶贫开发领域反腐倡廉建设，集中整治和加强预防扶贫领域职务犯罪工作。贫困地区要建立扶贫公告公示制度，强化社会监督，保障资金在阳光下运行。

六、广泛动员全社会力量，合力推进脱贫攻坚

（二十四）健全社会力量参与机制。鼓励支持民营企业、社会组织、个人参与扶贫开发，实现社会帮扶资源和精准扶贫有效对接。发挥好“10·17”全国扶贫日社会动员作用。着力打造扶贫公益品牌，全面及时公开扶贫捐赠信息，提高社会扶贫公信力和美誉度。构建社会扶贫信息服务网络，探索发展公益众筹扶贫。

七、大力营造良好氛围，为脱贫攻坚提供强大精神动力

（二十七）扎实做好脱贫攻坚宣传工作。坚持正确舆论导向，全面宣传我国扶贫事业取得的重大成就，准确解读党和政府扶贫开发的决策部署、政策举措，生动报道各地区各部门精准扶贫、精准脱贫丰富实践和先进典型。

八、切实加强党的领导，为脱贫攻坚提供坚强政治保障

（二十九）强化脱贫攻坚领导责任制。实行中央统筹、省（自治区、直辖市）负总责、市（地）县抓落实的工作机制，坚持片区为重点、精准到村到户。党中央、国务院主要负责统筹制定扶贫开发大政方针，出台重大政策举措，规划重大工程项目。省（自治区、直辖市）党委和政府扶贫开发工作负总责，抓好目标确定、项目下达、资金投放、组织动员、监督考核等工作。市（地）党委和政府要做好上下衔接、域内协调、督促检查工作，把精力集中在贫困县如期摘帽上。县级党委和政府承担主体责任，书记和县长是第一责任人，做好进度安排、项目落地、资金使用、人力调配、推进实施等工作。省（自治区、直辖市）党委和政府要向市（地）、县（市）、乡镇提出要求，层层落实责任制。各级领导干部要自觉践行党

的群众路线，切实转变作风，把严的要求、实的作风贯穿于脱贫攻坚始终。

（三十）发挥基层党组织战斗堡垒作用。加强贫困乡镇领导班子建设，有针对性地选配政治素质高、工作能力强、熟悉“三农”工作的干部担任贫困乡镇党政主要领导。

（三十一）严格扶贫考核督查问责。建立年度扶贫开发工作逐级督查制度，选择重点部门、重点地区进行联合督查，对落实不力的部门和地区，国务院扶贫开发领导小组要向党中央、国务院报告并提出责任追究建议，对未完成年度减贫任务的省份要对党政主要领导进行约谈。各省（自治区、直辖市）党委和政府要加快出台对贫困县扶贫绩效考核办法，大幅度提高减贫指标在贫困县经济社会发展实绩考核指标中的权重，建立扶贫工作责任清单。

让我们更加紧密地团结在以习近平总书记为总书记的党中央周围，凝心聚力，精准发力，苦干实干，坚决打赢脱贫攻坚战，为全面建成小康社会、实现中华民族伟大复兴的中国梦而努力奋斗。

中共山东省委 山东省人民政府

关于贯彻落实中央扶贫开发工作部署坚决打赢脱贫攻坚战的意见

(有删减)

在全面建成小康社会即将进入决胜阶段，中央召开扶贫开发工作会议，公布《中共中央、国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》，向全党全社会发出了打赢脱贫攻坚战的动员令。为贯彻落实好中央扶贫开发工作部署，结合山东实际，提出如下贯彻落实意见。

一、统一思想认识，明确目标任务

中央扶贫开发工作会议是党的十八届五中全会后召开的第一个中央工作会议，充分体现了党中央对扶贫开发工作的高度重视。习近平总书记、李克强总理等中央领导同志作了重要讲话。习近平总书记从战略和全局高度，深刻阐述了脱贫攻坚的重要意义，科学分析了扶贫开发面临的新机遇新挑战，明确了扶贫开发工作的大政方针、目标任务、总体要求和重大举措，为我们做好新时期扶贫开发工作、打赢脱贫攻坚战提供了科学指南。打赢脱贫攻坚战，必须深入贯彻落实中央扶贫开发工作部署，用习近平总书记扶贫开发战略思想武装头脑、指导实践、引领脱贫攻坚行动。

新中国成立以来，特别是改革开放以来，历届省委、省政府始终高度重视扶贫开发工作。进入“十二五”时期，省委、省政府把农村贫困人口脱贫问题摆在经济社会发展的重要位置，投入力度不断加大，政策措施不断强化，基本构建起专项扶贫、行业扶贫、社会扶贫“三位一体”扶贫开发新格局，全省连续四年每年减少农村贫困人口100万人以上，到2014年年底省定标准线下农村贫困人口减至394万人，2015年可再减贫100万人，农村贫困群众收入增幅高于全省农村居民收入增幅，为提前完成脱贫攻坚任务打下了坚实基础。同时，也要清醒地看到，我省扶贫开发已经进入啃硬骨头、攻坚拔寨的冲刺期。目前，全省仍有300万左右农村贫困人

口，总量较大、分布零散、脱贫任务艰巨。工作中，还存在扶贫路径不够宽、体制机制不健全、工作落实不到位、工作力度不够大、分类指导有待加强等薄弱环节。扶贫开发事关全面建成小康社会，事关人民福祉，事关巩固党的执政基础，事关国家长治久安。只有提前完成脱贫攻坚任务，才能在全面建成小康社会进程中走在前列。各级党委、政府必须切实增强责任感使命感紧迫感，把脱贫攻坚作为重大政治任务，在现有基础上不断深化和创新扶贫思路办法，坚决打赢脱贫攻坚战。

打赢脱贫攻坚战，要全面贯彻落实党的十八大和十八届二中、三中、四中、五中全会精神，深入贯彻落实中央扶贫开发工作会议精神和《中共中央、国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》，认真贯彻落实习近平总书记系列重要讲话和对山东工作重要指示精神，按照中央的部署要求，协调推进“四个全面”战略布局，坚持创新、协调、绿色、开放、共享发展理念，充分发挥政治优势和制度优势，以走在前列为目标定位，以增加农村贫困人口收入为核心任务，坚持精准扶贫、精准脱贫基本方略，进行广泛深入动员，采取超常规举措，拿出过硬办法，层层压实责任，切实解决好“扶持谁、谁来扶、如何扶、怎么退”的问题，确保提前完成脱贫攻坚任务，稳定实现农村贫困人口不愁吃、不愁穿，义务教育、基本医疗和住房安全有保障，确保全省人民同步迈入全面小康社会。

推进扶贫开发工作，必须坚持党的领导，夯实组织基础；坚持政府主导，增强社会合力；坚持精准扶贫，提高扶贫成效；坚持保护生态，实现绿色发展；坚持群众主体，激发内生动力；坚持因地制宜，创新体制机制。

在精准识别、精准施策基础上，对建档立卡的300万左右农村贫困人口（以下简称农村贫困人口、农村贫困户），集中开展扶贫工作。主要是：通过发展生产实现150万人左右脱贫，通过转移就业实现60万人左右脱贫，通过易地搬迁实现6万人左右脱贫，通过生态补偿实现4万人左右脱贫，其他农村贫困人口通过社会保障兜底脱贫。

在脱贫进度上，2016-2017年两年基本完成脱贫任务，第三年全部兜

底完成，后两年巩固提升脱贫攻坚成果，建立长效机制。

二、完善政策措施，精准扶贫脱贫

全面贯彻落实中央确定的脱贫攻坚各项政策措施，按照“六个精准”“五个一批”要求，创造性地开展工作，集中围绕解决农村贫困人口“两不愁、三保障”，因人因地施策，因贫困原因施策，因贫困类型施策，形成形式多样、作用直接、务实高效、更可持续的脱贫攻坚新格局。

(一)做好基础工作，精准务实推进脱贫攻坚。

1. 开展精准识别。抓好精准识别、建档立卡这个关键环节，对农村贫困户、贫困人口定期进行全面核查，对脱贫任务比较重的县、扶贫工作重点村进行再识别再认定。建立脱贫认定机制，制定严格、规范、透明的退出标准、程序和核查办法。建立扶贫动态管理制度，脱贫销号，返贫挂号，做到退出有标准、纳入有程序。对已经脱贫销号的贫困户，脱贫攻坚期内继续给予帮扶，促进稳定脱贫。

2. 科学谋划设计。根据致贫原因和脱贫需求，对农村贫困人口实行分类扶持，选准脱贫路径，明确扶贫方式、扶贫项目、扶贫资金、帮扶单位、帮扶人员等，赢得群众认同，签订帮扶脱贫承诺书。

3. 强化社会监督。建立扶贫政策落实情况 and 扶贫成效第三方评估制度，加强对扶贫工作绩效的社会监督。对搞“关系扶贫”“人情扶贫”和弄虚作假“数字脱贫”的，严肃追究责任。

(二)大力发展生产，提高农村贫困人口收入水平。立足农村贫困人口增收，牢牢把握产业发展、转移就业两大重点，统筹用好产业发展各项扶持政策，把中央产业脱贫有关要求落到实处。

(六)强化社会保障，兜住农村贫困人口民生底线。大力实施健康扶贫工程，完善农村最低生活保障制度，稳定解决无法通过开发性扶贫实现脱贫人口的生计问题。

2. 努力减少因病致贫、因病返贫。提高农村贫困人口大病保险报销比例，最高支付限额从2016年起提高到每年50万元。对农村贫困人口居民

大病保险支付后自负费用仍有困难的，加大医疗救助、临时救助、慈善救助力度，将农村贫困人口全部纳入重特大疾病救助范围。对农村贫困人口大病实行分类救治和先诊疗后付费结算机制。对农村贫困人口参加居民基本医疗保险个人承担部分，由各级财政给予补贴。做好农村传染病、地方病、慢性病防治和妇幼保健工作。

4. 推进农村低保线和扶贫线“两线合一”。2016年各县(市、区)低保线不低于国家扶贫标准线，2018年低保线达到省定扶贫标准线。加强省级统筹力度，实施“两线合一”政策后，新增支出部分，省财政对西部地区补助比例提高到80%，对中部地区提高到60%。

(七)完善政策体系，加大脱贫攻坚支持力度。发挥政府投入的主体和主导作用，鼓励各类金融机构加大对扶贫开发的支持力度。

1. 加大财政投入和统筹使用力度。各级财政把专项扶贫资金纳入年度预算和中期财政规划，确保每年增幅明显高于本级财政收入增长幅度，财政投入与扶贫任务相适应。今后3年，大幅增加省级财政专项扶贫资金，按农村贫困人口数量、人均财力等因素精准分配到县。调整优化各级财政支出结构，适当压缩省级财政专项资金，集中用于脱贫攻坚。整合各类涉农资金，除据实结算的普惠性资金外，其他涉农资金20%以上用于扶贫脱贫。切块到县的省级以上行业部门涉农资金，由县统筹安排使用，集中用于扶贫开发。允许扶贫任务重的县把财政专项扶贫资金、相关涉农资金和社会帮扶资金统筹使用，用于扶贫。在扶贫开发中推广政府与社会资本合作、政府购买服务等模式。

三、汇聚各方力量，齐心协力攻坚

脱贫攻坚是全党全社会的共同责任。必须举全省之力，引领市场、社会协同发力，加快形成全社会参与的大扶贫格局。

(一)建立扶贫开发综合平台。搭建以大数据为基础、全领域覆盖、全过程监督的扶贫开发综合平台。

(二)广泛动员社会力量参与扶贫。发挥单位、行业优势，做好定点扶

贫工作，提高扶贫的精准度和有效性。党政机关、事业单位都要履行扶贫开发责任，积极开展结对帮扶，自觉参与脱贫攻坚。各级慈善总会要从慈善捐赠中拿出一部分用于脱贫攻坚，并设立扶贫专户，接收扶贫捐赠。脱贫攻坚期内，省“慈心一日捐”资金全部用于扶贫脱贫。

(三)加大行业扶贫开发力度。围绕改善偏远落后地区生产生活条件，相关部门要加大投入，不断增强基础设施对扶贫的支撑作用。实现所有扶贫工作重点村通公路、通公交车、村内道路硬化，提升农村公路等级标准。实施农村饮水安全巩固提升工程，全面解决农村贫困人口饮水安全问题。

四、加强组织领导，压实脱贫责任

实现农村贫困人口脱贫是第一民生工程，是全面建成小康社会的基本标志。各级党委、政府必须把脱贫攻坚作为重大政治任务，勇于担当、攻坚克难，以决战决胜的信心，坚决打赢脱贫攻坚战。

(一)强化脱贫攻坚领导责任制。建立省负总责、市抓推进、县乡抓落实的工作机制，坚持村为重点、扶贫到户、责任到人，层层签订责任书，构建省市县乡村五级书记一起抓扶贫、逐级落实责任制的治理格局。调整省扶贫开发领导小组，由省委、省政府主要负责同志任组长，加强工作机构，强化工作职能，配强工作力量，统筹协调推动脱贫攻坚工作。各市、县(市、区)都要建立健全与脱贫攻坚任务相适应的领导机构和工作机构。脱贫任务重的乡镇要配备专职工作人员。各市党委和政府要加强组织领导，县级党委和政府承担主体责任，各级党委和政府部门要按照部门职责落实扶贫开发责任，注重工作实效。各级党委和政府要善于运用法治思维和法治方式推进扶贫开发工作。

(二)统筹使用好干部资源。选派部分市厅级后备干部到脱贫任务重的县挂职任职。脱贫攻坚期内，脱贫任务重的县乡党政领导班子保持稳定。把脱贫攻坚实绩作为选拔任用干部的重要依据。各级领导干部要自觉践行党的群众路线，切实转变作风，把严的要求、实的作风贯穿于脱贫攻坚始终。

(三)充分发挥第一书记促脱贫作用。继续深化第一书记抓党建促脱贫工作，对省定扶贫工作重点村，实现第一书记全派驻，任务重、工作难度大的，首先由省直机关选派，任务艰巨的还要选派驻村工作队。对省定扶贫工作重点村，每村安排30万元产业扶贫资金，所需资金由省市县三级统筹，省级资金向扶贫任务重的地区倾斜。第一书记由当地党委和派出单位党组织共同管理，扶贫任务不完成，派出单位不脱钩。

(四)严格考核督查问责。制定市县和省直部门扶贫工作绩效考核办法，合理设置考核内容和指标体系。建立扶贫工作调度通报和督查制度，对落实脱贫任务不力的，要进行责任追究。完不成年度任务的，对党政主要负责人进行约谈；连续两年完不成年度任务的，对党政主要负责人进行组织调整。对提前完成脱贫攻坚任务的，在一定时间内资金不减、政策不变，并给予表扬奖励。加强财政监督检查和审计、稽查等工作，建立扶贫资金违规使用责任追究制度。纪检监察机关对扶贫工作中虚报冒领、截留私分、贪污挪用、挥霍浪费等违规违纪违法问题，坚决从严查处。集中整治和加强预防扶贫领域职务犯罪工作。

山东省市级党委和政府扶贫开发工作成效考核办法

第一条 为深入贯彻落实中央、全省扶贫开发工作会议精神，坚决打赢脱贫攻坚战，根据《中共山东省委、山东省人民政府关于贯彻落实中央扶贫开发工作部署坚决打赢脱贫攻坚战的意见》，参照中共中央办公厅、国务院办公厅印发的《省级党委和政府扶贫开发工作成效考核办法》，制定本办法。

第二条 本办法适用于全省市级党委和政府扶贫开发工作成效的考核。

第三条 考核工作围绕落实精准扶贫、精准脱贫基本方略，坚持立足实际、突出重点、注重成效；坚持客观公正、群众认可，规范考核方式和程序，充分发挥社会监督作用；坚持结果导向、奖罚分明，实行正向激励，落实责任追究，促使市级党委和政府切实履职尽责，改进工作，坚决打赢脱贫攻坚战。

第四条 考核内容包括：

(一)减贫成效。以“两不愁、三保障”（不愁吃、不愁穿，义务教育、基本医疗和住房安全有保障）为主要标准，考核各市建档立卡贫困人口减少、收入增长及省扶贫工作重点村退出情况。

(二)精准识别。以建档立卡信息数据为主要指标，考核各市贫困人口识别及退出精准度。

(三)精准帮扶。以对农村贫困人口实行分类扶持措施为主要指标，考核各市精准扶贫工作情况和驻村工作队、“第一书记”及帮扶责任人帮扶工作的满意度。

(四)扶贫资金。以财政专项扶贫资金绩效评价办法为主要依据，重点考核各市扶贫资金的投入、使用、监管和成效等。

第五条 考核工作从2016年到2020年，每年开展，由省扶贫开发领导

小组组织进行,具体工作由省扶贫办、省委组织部牵头,会同省扶贫开发领导小组成员单位组织实施。考核采取平时考核与集中考核相结合的方式。集中考核每年开展一次,年底开始,次年2月中旬完成。

(一)平时考核。省扶贫开发领导小组组织对各市扶贫开发重点工作进行经常性督促检查。各市党委和政府对照年度减贫计划,对日常工作进展情况记录工作台账,按时间节点报送省扶贫开发领导小组。

(二)集中考核。各市每年年底就扶贫开发工作进展情况和取得成效形成总结报告,报省扶贫开发领导小组。省扶贫办会同相关单位,结合扶贫开发综合平台数据,采取专项调查、抽样调查、实地核查、第三方评估等方式,对各市扶贫开发工作完成情况和相关考核指标进行评估。

(三)综合评价。省扶贫办汇总平时考核、集中考核情况,进行综合分析,形成考核报告。考核报告应当反映基本情况、指标分析、存在问题等,作出综合评价,经省扶贫开发领导小组审议后,报省委、省政府审定。

(四)沟通反馈。省扶贫开发领导小组向各市专题反馈考核结果,提出改进工作的意见建议。

第六条 考核中发现下列问题的,由省扶贫开发领导小组提出处理意见:

- (一)未完成年度减贫计划任务的;
- (二)违反扶贫资金管理使用规定的;
- (三)违反贫困对象退出规定,弄虚作假、搞“数字脱贫”的;
- (四)贫困人口识别和退出准确率、帮扶工作满意度较低的;
- (五)纪检、监察、审计和社会监督发现违纪违规问题的。

第七条 考核结果由省扶贫开发领导小组予以通报。对完成年度计划减贫成效显著的市,给予一定奖励。对出现本办法第六条所列问题的,由省扶贫开发领导小组对市级党委、政府主要负责人进行约谈,提出限期整改要求;情节严重、造成不良影响的,实行责任追究。考核结果作为对市级党委、政府主要负责人和领导班子综合考核评价的重要依据。

第八条 参与考核工作的省有关部门单位应当严守考核工作纪律,坚持原则、公道正派、敢于担当,保证考核结果的公正性和公信力。各市应当及时、准确提供相关数据、资料 and 情况,主动配合开展相关工作,确保考核顺利进行。对不负责任、造成考核结果失真失实的,应当追究责任。

第九条 各市应当参照本办法,结合本地实际制定相关方案,加强对本地各级扶贫开发工作的考核。

第十条 本办法具体解释工作由省委办公厅商省扶贫办、省委组织部承担。

第十一条 本办法自 2016 年 4 月 21 日起施行。

山东省健康扶贫实施方案

一、目标任务

2016-2018年，按照“442”（每年分别完成总任务量的40%、40%、20%）工作进度，分类救治患病贫困人口，进一步提高扶贫工作重点地区医疗卫生服务网络标准化建设水平和服务能力。到2018年底，所有患病贫困人口都能得到有效、及时救治，当地卫生资源、居民健康、公共卫生、妇幼保健、疾病防控、计划生育等主要指标接近或达到全省平均水平，解决因病致贫、因病返贫的长效机制基本建立。

二、工作措施

（一）精准识别，建档立卡。制定下发调查摸底方案，摸清县乡村三级医疗卫生服务体系薄弱环节，精准识别患病贫困人口病情及病种，在此基础上，一县一策、一户一案、一人一法，逐一建档立卡。出台《城乡医院对口支援帮扶方案》、《便民惠民医疗服务方案》、《因病致贫、因病返贫人口分类救治方案》、《妇幼健康扶贫方案》、《健康扶贫考核评估办法》等配套文件，形成健康扶贫政策体系。

（二）实施“八个一”工程，分类救治。对患病贫困人口开展“八个一”工程：明确一所定点医院、确定一名家庭医生、签订一份承诺书、制定一张健康卡、建立一个健康档案、进行一次健康查体、组织一次健康会诊、发放一张健康明白纸。将实施“八个一”工程作为解决因病致贫、返贫问题的总抓手，精心组织，抓出实效。县级卫生计生行政部门为组织主体，统筹辖区内县、乡、村医疗卫生资源，合理划分责任片区，测算好服务半径、服务人口和工作量，明确地方病、传染病、慢性病及其他病的救治标准，对患病贫困人口实施分类救治。

（三）推行“先治疗、后结算”机制，便民惠民。各级各类医疗卫生机构对于建档立卡贫困患者，采用“先治疗、后结算”的机制，严格遵守

首诊负责制，不得以任何理由拒绝救治，保障贫困患者的基本人权和基本医疗。将惠民医疗服务作为强化公立医院公益性质、让贫困人口共享改革红利的具体措施，为贫困人口提供安全、方便、可及的基本医疗服务。2016年5月底前，在县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心设立便民惠民门诊，对建档立卡贫困人口提供便民惠民服务。2016-2018年，在继续开展“服务百姓健康行动”的基础上，广泛深入做好“微笑列车”和“健康山东光明行”活动，分期分批对全省贫困人口唇腭裂患者、白内障患者进行筛查和手术治疗。认真做好贫困人口人工耳蜗抢救性康复、血友病治疗等惠民便民项目。

（四）健全服务体系，夯实人才根基。按照保基本、兜底线、补短板的思路，2016年6月底前出台全省基层医疗卫生机构标准化建设方案，确保2020年前全部达标。进一步强化政府办医责任，对7005个省定贫困村合理规划设置标准化村卫生室，确保村村都有卫生室服务。不断夯实基层卫生人才根基，启动“3+2”助理全科医生定向培养模式，2017年，扶贫工作重点地区每个乡镇卫生院拥有1名以上全科医生。2018年，通过开展对口帮扶培训和继续教育，专业卫生技术人员至少接受一次专业轮训。2020年，扶贫工作重点地区每千服务人口配备不少于1名乡村医生，每所村卫生室至少有1名执业（助理）医师或具备专科以上学历乡村医生。

（五）开展城乡医院对口支援，提升服务能力。完善城乡医院对口支援政策措施，突出重点帮扶、精准帮扶，强化考核评估，推动优质医疗资源下沉。2016年6月底前，组织省、市级三甲医院与扶贫工作重点县医疗机构开展对口帮扶，建立稳定持续的“一对一”帮扶关系。进一步推进和鼓励医师到基层多点执业。按照“填平补齐”原则，加强扶贫工作重点地区县级公立医院临床专科建设，重点强化县域内常见病、多发病相关专业，以及传染病、精神病、急诊急救、重症医学、肾脏内科（血液透析）等临床专科建设，提升县级公立医院综合服务能力。推动“国医堂”和“中医馆”建设，使中医药“简便验廉”优势在健康扶贫工作中得到进一步发挥。

鼓励二、三级医院向乡镇卫生院提供远程会诊、远程培训、远程预约等服务，利用信息化手段提高优质医疗资源可及性。2017年，远程医疗服务覆盖扶贫工作重点地区全部县级公立医院和80%以上的乡镇卫生院。2018年，扶贫工作重点地区县域内就诊率提高到90%左右，基本实现农村贫困人口“大病不出县”。

（六）推动健康教育促进，提高健康素养。创新健康教育的方式和载体，充分利用互联网、移动客户端等新媒体，倡导“互联网+医学科普”传播权威健康科普知识，帮助广大群众养成文明健康的生活方式，进一步提高居民的健康水平和生活质量。以农村基层为重点，以学校为突破口，广泛开展“健康进万家、幸福伴我行”活动，加强地方病、慢性病、传染病等重点领域的健康教育工作，引导贫困人口科学就医、合理用药。将各级各类医疗卫生计生机构作为开展健康教育与健康促进的主阵地，组织开展“百名健康教育专家千场健康教育讲座”活动，积极开展健康教育服务，开展高危行为干预，促进卫生服务模式由“重疾病治疗”向“重疾病预防”转变。力争到2018年，扶贫工作重点地区居民健康素养水平达到全省西部地区平均水平。

（七）打造公益平台，吸引各方参与。出台有关政策，鼓励支持群团组织、慈善机构、爱心企业、社会组织、个人通过多种方式，积极参与健康扶贫事业。探索建立“健康助力奔小康”公益品牌，开展一系列公益活动，打造社会各方参与健康扶贫的统一平台。加大信息公开力度，建立健康扶贫信息公开制度，在一定范围内定期公开有关公益活动、资金使用、项目实施等信息，使健康扶贫真正成为“阳光工程、廉洁工程、民心工程”，不断提高健康扶贫工作公信力、美誉度。

三、组织保障

（一）加强组织领导，层层落实责任。省卫生计生委成立健康扶贫领导小组，建立领导班子成员包扶贫工作重点地区责任制。各级卫生计生行政部门成立健康扶贫工作领导小组，制定健康扶贫工作实施方案和年度计

划，明确目标、责任、任务和进度。基层医疗卫生计生机构明确具体承担健康扶贫攻坚任务的牵头人和责任人，逐项抓好各项工作的落实。

（二）加大支持力度，注重政策倾斜。加大对健康扶贫的投入，列出专门扶贫资金和项目。各级卫生计生行政部门在确定卫生计生项目、制定专项规划时，要充分考虑区域发展与健康扶贫工作的实际，协调发改、财政、人社、扶贫办等部门将普遍支持的政策和项目向扶贫工作重点县、贫困人口倾斜；先行先试的政策和项目在扶贫工作重点县、贫困人口先行试点，予以优先安排。

（三）加强督导检查，做好评估验收。建立“季度调度、半年督导、年度考核”机制。加强督促检查，对督查中发现的问题及时整改；对重视不够、工作不实造成严重后果或不良影响的，严格问责。各级卫生计生部门要发挥好考核评估“指挥棒”作用，制定考核评估办法，聘请第三方评估机构参与，重点对组织领导、患病贫困人口分类救治、卫生服务体系建设、群众满意度等进行评估，确保健康扶贫工作规范、科学、有效推进。

山东省卫生和计划生育委员会

关于落实《山东省健康扶贫实施方案》处室分工意见

鲁卫办字【2016】70号

委机关各处室、省计生协机关各部室：

为贯彻落实好山东省扶贫开发领导小组印发的《山东省健康扶贫实施方案》，确保各项健康扶贫任务顺利完成，现就《山东省健康扶贫实施方案》确定的重点工作提出以下分工意见：

一、精准识别，建档立卡。制定下发调查摸底方案，摸清县乡村三级医疗卫生服务体系薄弱环节，精准识别患病贫困人口病情及病种，在此基础上，一县一策、一户一案、一人一法，逐一建档立卡。建立健康扶贫数据库、扶贫工作重点地区县乡村医疗卫生服务网络标准化建设、健康扶贫精准帮扶和因病致贫、因病返贫人口动态管理三张地图。（扶贫办、省卫生计生信息中心、省远程医学中心负责）

二、6月底前，出台《做好农村传染病、地方病、慢性病防治方案》、《妇幼健康扶贫方案》、《健康扶贫考核评估办法》及考核指标体系，形成健康扶贫政策体系。（疾控处、妇幼处、扶贫办分别牵头负责）

三、实施“八个一”工程，分类救治。对患病贫困人口开展“八个一”工程：明确一所定点医院、确定一名家庭签约医生、签订一份承诺书、制定一张健康卡、建立一个健康档案、进行一次健康查体、组织一次健康会诊、发放一张健康明白纸。将实施“八个一”工程作为解决因病致贫、返贫问题的总抓手，精心组织，抓出实效。县级卫生计生行政部门为组织主体，统筹辖区内县、乡、村医疗卫生资源，合理划分责任片区，测算好服务半径、服务人口和工作量。（基层卫生处、规划信息处、医政处负责）

四、对患病贫困人口实施分类救治。（医政处、疾控处、基层卫生处、

妇幼处、中医药业务处负责)

五、推行“先治疗、后结算”机制，便民惠民。6月底前，出台《便民惠民医疗服务方案》及考核指标体系。各级各类医疗卫生机构对于建档立卡贫困患者，采用“先治疗、后结算”的机制，严格遵守首诊负责制，不得以任何理由拒绝救治，保障贫困患者的基本医疗。将惠民医疗服务作为强化公立医院公益性质、让贫困人口共享改革红利的具体措施，为贫困人口提供安全、方便、可及的基本医疗服务。2016年5月底前，在县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心设立便民惠民门诊，对建档立卡贫困人口提供便民惠民服务。(医政处、疾控处、基层卫生处、妇幼处、中医药业务处负责)

六、2016-2018年，继续开展“服务百姓健康行动”，分期分批对全省贫困人口唇腭裂患者、白内障患者进行筛查和手术治疗。认真做好贫困人口人工耳蜗抢救性康复、血友病治疗等项目。(医政处负责)

七、健全服务体系，夯实人才根基。按照保基本、兜底线、补短板的思路，2016年6月底前研究制定全省基层医疗卫生机构标准化建设推进方案。进一步强化政府办医责任，指导各市对7005个省定贫困村合理规划设置标准化村卫生室，确保村村都有卫生室服务。不断夯实基层卫生人才根基，启动“3+2”助理全科医生定向培养模式，2017年，扶贫工作重点地区每个乡镇卫生院拥有1名以上全科医生。2018年，通过开展对口帮扶培训和继续教育，专业卫生技术人员至少接受一次专业轮训。2020年，扶贫工作重点地区每千服务人口配备不少于1名乡村医生，每所村卫生室至少有1名执业(助理)医师或具备专科以上学历乡村医生。(基层卫生处、科教处、财务处负责)

八、开展城乡医院对口支援，提升服务能力。完善城乡医院对口支援政策措施，突出重点帮扶、精准帮扶，强化考核评估，推动优质医疗资源下沉。2016年6月底前，组织省、市级三甲医院与扶贫工作重点县医疗机构开展对口帮扶，建立稳定持续的“一对一”帮扶关系。进一步推进和鼓励医师到基层多点执业。(医政处、中医药业务处负责)

九、按照“填平补齐”原则，加强扶贫工作重点地区县级公立医院临床专科建设，重点强化县域内常见病、多发病相关专业，以及传染病、精神病、急诊急救、重症医学、肾脏内科（血液透析）等临床专科建设，提升县级公立医院综合服务能力。（医政处、疾控处负责）

十、推动“国医堂”和“中医馆”建设，使中医药“简便验廉”优势在健康扶贫工作中得到进一步发挥。（中医药业务处负责）

十一、鼓励二、三级医院向乡镇卫生院提供远程会诊、远程培训、远程预约等服务，利用信息化手段提高优质医疗资源可及性。2017年，远程医疗服务覆盖扶贫工作重点地区全部县级公立医院和80%以上的乡镇卫生院。2018年，扶贫工作重点地区县域内就诊率提高到90%左右，基本实现农村贫困人口“大病不出县”。（医政处、基层卫生处、中医药业务处分别牵头负责）

十二、推动健康教育促进，提高健康素养。创新健康教育的方式和载体，充分利用互联网、移动客户端等新媒体，倡导“互联网+医学科普”传播权威健康科普知识，帮助广大群众养成文明健康的生活方式，进一步提高居民的健康水平和生活质量。以农村基层为重点，以学校为突破口，广泛开展“健康进万家、幸福伴我行”活动，加强地方病、慢性病、传染病等重点领域的健康教育工作，引导贫困人口科学就医、合理用药。将各级各类医疗卫生计生机构作为开展健康教育与健康促进的主阵地，组织开展“百名健康教育专家千场健康教育讲座”活动，积极开展健康教育服务，开展高危行为干预，促进卫生服务模式由“重疾病治疗”向“重疾病预防”转变。力争到2018年，扶贫工作重点地区居民健康素养水平达到全省西部地区平均水平。（宣传处负责）

十三、打造公益平台，吸引各方参与。出台有关政策，鼓励支持群团组织、慈善机构、爱心企业、社会组织、个人通过多种方式，积极参与健康扶贫事业。探索建立“健康助力奔小康”公益品牌，开展一系列公益活动，打造社会各方参与健康扶贫的统一平台。加大信息公开力度，建立健康扶贫信息公开制度，在一定范围内定期公开有关公益活动、资金使用、

项目实施等信息，使健康扶贫真正成为“阳光工程、廉洁工程、民心工程”，不断提高健康扶贫工作公信力、美誉度。（扶贫办负责）

十四、省卫生计生委成立健康扶贫领导小组，建立领导班子成员包扶贫工作重点地区责任制。各级卫生计生行政部门成立健康扶贫工作领导小组，制定健康扶贫工作实施方案和年度计划，明确目标、责任、任务和进度。基层医疗卫生计生机构明确具体承担健康扶贫攻坚任务的牵头人和责任人，逐项抓好各项工作的落实。（扶贫办负责）

十五、加大支持力度，注重政策倾斜。各级卫生计生行政部门在确定卫生计生项目、制定专项规划时，要充分考虑区域发展与健康扶贫工作的实际，协调财政、发改、扶贫办等部门将普遍支持的政策和项目向扶贫工作重点地区、贫困人口倾斜；先行先试的政策和项目在扶贫工作重点地区、贫困人口先行试点，予以优先安排。（财务处、规划信息处、扶贫办分别牵头负责）

十六、加强督导检查，做好评估验收。建立“季度调度、半年督导、年度考核”机制。加强督促检查，对督查中发现的问题及时整改；对重视不够、工作不实造成严重后果或不良影响的，严格问责。各级卫生计生部门要发挥好考核评估“指挥棒”作用，制定考核评估办法，聘请第三方评估机构参与，重点对组织领导、患病贫困人口分类救治、卫生服务体系建设、群众满意度等进行评估，确保健康扶贫工作规范、科学、有效推进。（扶贫办负责）

以上分工意见中的责任处室，标黑体字的为牵头处室，其他为配合处室。各牵头处室分别于每年的7月5日、1月5日前，将上半年和全年工作完成情况报送至委扶贫办。委扶贫办将对重点工作完成情况进行跟踪督查和汇总报告，对重点任务将适时开展专项督查，确保落实到位、取得实效。

山东省卫生和计划生育委员会

2016年5月20日

山东省卫生和计划生育委员会

关于做好健康扶贫调查摸底工作的通知

鲁卫办字〔2016〕43号

各市卫生计生委：

为深入贯彻落实中央和全省扶贫开发工作会议精神，进一步摸清全省贫困人口中因病致贫、返贫人员基本情况，掌握县乡村三级医疗卫生服务网络状况，找准贫困人口患病种类和服务体系建设的薄弱环节，为制定精准扶贫工作措施和推进脱贫攻坚举措落实提供信息支持和决策依据，经研究，确定组织开展健康扶贫调查摸底工作。现就有关事项通知如下：

一、调查对象及内容

调查对象：全省县乡村医疗卫生服务机构、省里建档立卡系统内的因病致贫、返贫贫困人口。

调查内容包括：县级疾病预防控制机构服务能力、县级妇幼健康服务能力、基层医疗卫生机构服务情况、县级公立医疗机构服务能力；省扶贫工作重点村卫生室现状；全省建档立卡因病致贫、返贫贫困人口情况，具体详见附件1-6。

二、调查步骤和时间要求

省卫生计生委委托相关部门正在开发《山东省健康扶贫信息系统》，在软件系统尚未开发完成前，各市按照通知要求，先期组织县级卫生计生行政部门对辖区内县乡村医疗卫生机构统计调查，完成附件2、3、4、6调查表填表工作；组织乡村两级对全省建档立卡因病致贫返贫贫困人口和全省扶贫工作重点村卫生室进行调查，完成附件1、5调查表填表任务。待《山东省健康扶贫信息系统》正式运行后，再进行数据信息录入和逐级审核汇总上报工作（具体时间另行通知）。具体调查步骤和时间要求如下：

（一）省建档立卡因病致贫、返贫贫困人口情况及省扶贫工作重点村卫生室现状调查

1. 县级卫生计生行政部门先与当地扶贫办协调，获取辖区内省扶贫工作重点村和省建档立卡因病致贫、返贫贫困人口名单，按照属地管理原则，参照基本公共卫生服务开展范围，合理安排相关乡镇卫生院协同辖区内乡村医生对照名单逐村逐户调查，填写完成附件 1、5 调查表，村两委审核并在调查报表加盖公章。

2. 乡镇卫生院将调查填表信息与当地扶贫办获取信息严格比对，甄别调查对象，查缺补漏，做到不漏村不漏户，审核无误后，纸质报表由乡镇卫生院暂存。

（二）县乡医疗卫生服务机构情况调查

县级卫生计生行政部门按照通知要求对辖区内县乡村医疗卫生服务机构情况进行统计调查，填写附件 2、3、4、6 调查表，填表数据信息截止到 2015 年 12 月 31 日。调查表审核无误后，由县级卫生计生行政部门暂存。

（三）调查完成时间

各市于 4 月 30 日前完成健康扶贫调查摸底调查及填表工作，为下一步数据信息录入和汇总上报做好准备。

三、工作要求

健康扶贫调查摸底工作是落实省委省政府精准脱贫攻坚战略，顺利完成健康扶贫攻坚任务的基础和前提工作。各级卫生计生行政部门要提高对该项工作的认识，加强组织领导，主动与当地扶贫部门协调沟通，争取他们的积极支持，统筹安排、精心组织、保证质量，确保健康扶贫调查摸底工作顺利完成。

联系人：省卫生计生委扶贫办 杜兆健 范希忠

联系电话：0531-67876490 67876416

附件：1. 山东省因病致贫、返贫人口登记表

2. 疾病预防控制机构服务能力情况调查表
3. 县级妇幼健康服务能力调查表
4. 基层医疗卫生机构服务情况调查表
5. 省扶贫工作重点村卫生室现状调查表
6. 县级公立医疗机构服务能力调查表
7. 健康扶贫调查摸底调查表填表说明

山东省卫生和计划生育委员会

2016年4月19日

山东省卫生计生委

关于加强健康扶贫信息报送工作的通知

鲁卫办字〔2016〕25号

各市卫生计生委，委机关各处室、省计生协机关各部室，委直属各单位：

为深入贯彻落实中央和全省扶贫开发工作会议精神，充分发挥信息在沟通情况、交流经验、推动工作、服务决策等方面的重要作用，推动我省健康扶贫工作扎实开展，经研究，决定建立健康扶贫信息报送制度，现将有关事项通知如下：

一、报送内容

各市、各单位报送健康扶贫信息内容主要包括：地方领导调研视察讲话；召开健康扶贫工作重要会议；出台健康扶贫工作政策措施；工作中涌现的先进典型、取得的主要成效；创新工作的好经验、好做法、新体会、新机制等。信息形式包括简讯、综述、经验介绍、情况反映、调研报告等。

二、报送原则

一是精准。坚持实事求是，做到内容真实、符合实际，突出有根据、有数据、已落实、见成效的事例。

二是及时。报送材料要迅速及时，突出一个“快”字。特别是涉及各地健康扶贫攻坚重点项目、重点措施、阶段性重点工作和本地区、本部门工作进展情况，要做到及时撰稿、及时上报。

三是实效。要以服务决策、推动落实、促进工作为目的，坚持全行业、多层次、广角度挖掘信息资源；突出健康扶贫工作中各地出台对贫困人口惠民医疗政策措施、卫生计生服务机构帮扶举措、医疗卫生服务体系建设、对计划生育困难家庭及因病致贫返贫家庭救助政策、健康教育促进、健康扶贫公益活动、卫生计生战线涌现出的先进事例以及当地基层健康扶贫工

作存在的问题和问题分析等，提升信息综合价值和指导作用。

四是特色。要根据上级精神，立足工作实际，突出地方特色，紧紧围绕健康扶贫这一主线，关注创新工作举措，总结特色经验做法，大主题有格局，小主题有特色，报送“有新意、有分量、有亮点”的信息。

三、报送方式及宣传推广

各市、各单位以纸质和电子邮件形式上报，纸质信息要加盖公章，经主要领导审核签字后邮寄到省卫生计生委健康扶贫工作领导小组办公室，同时将信息稿电子版以 word 格式附件发至相关电子邮箱。省里将对上报信息认真审阅整理，被采用信息将通过多种形式进行宣传推广，遴选优秀稿件在《山东卫生计生情况》上编发，或向省扶贫办《山东脱贫攻坚简报》、相关新闻媒体推荐。

四、工作要求

（一）加强信息员队伍建设。各市要确定 1 名政治素质好、写作能力强、工作认真负责的同志担任信息联络员。请于 4 月 10 日前将联络员联系方式（包括姓名、单位、职务、电话、手机、邮箱）报送省健康扶贫工作领导小组办公室。

（二）实行信息报送通报制度。各市报送稿件原则上每月不少于 2 篇，重要信息随时上报。委直属各单位不作统一要求，有关健康扶贫信息随时上报。省健康扶贫工作领导小组办公室将对各市上报及采用信息情况进行定期统计和通报。

（三）建立信息报送考评制度。各市、各单位健康扶贫信息报送及采用情况纳入省卫生计生委健康扶贫工作考核指标体系。

山东省卫生和计划生育委员会

2016 年 3 月 30 日

山东省卫生和计划生育委员会

关于印发《山东省健康扶贫实施方案》配套文件的通知

鲁卫办发〔2016〕8号

各市卫生计生委，委机关各处室，省计生协会机关各部室，委属（管）有关单位：

根据省扶贫开发领导小组《山东省健康扶贫实施方案》以及省卫生计生委《关于落实〈山东省健康扶贫实施方案〉处室分工意见》（鲁卫办字〔2016〕70号）要求，委扶贫办组织相关处室研究制定了《2016年患病贫困人口分类救治方案》等6个配套文件，已经委主任办公会议审议通过，现印发给你们，请结合各地、各部门、各单位实际，认真贯彻执行。

山东省卫生和计划生育委员会

2016年9月13日

2016年患病贫困人口分类救治方案

一、目标任务

2016-2018年，对我省患93种疾病的55.4万贫困人口按照“442”（每年分别完成总任务量的40%、40%、20%）的工作进度，实行分类救治。2016年，集中对37个病种、238754人（占患病贫困人口的43.1%）患病贫困人口进行分类救治。

二、救治原则

（一）分类救治，统筹推进。能够一次性治愈的，组织专家集中力量实施治疗；需要住院维持治疗的，由就近具备能力的医疗机构实施治疗；

需要长期治疗和健康管理，由基层医疗卫生机构在上级医疗机构指导下实施治疗和康复管理。

(二) 属地为主，上下联动。原则上所有疾病在县级或市级医疗机构救治，对于技术水平或救治条件难以达到的，可转诊至省属医疗卫生单位或积极协调专家前往指导救治。

三、主要措施

(一) 国家卫生计生委确定的 9 种大病（儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏房间隔缺损、儿童先天性心脏室间隔缺损、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病，我省在 93 个病种调查摸底范围内的共 16156 人，占患病贫困总人口的 2.9%），在国家分类救治方案出台前，各级各有关单位要在加强对患病贫困人口的健康管理和定期随访的基础上，根据本地医疗条件开展救治活动。待国家分类救治方案出台后，各级各医疗机构按照方案要求，对患病贫困人口进行分类救治。

(二) 省卫生计生委确定的 28 种疾病、共 222598 人（占患病贫困总人口的 40.2%），由省属有关医疗卫生单位牵头指导，市、县医疗卫生机构作为责任主体，上下联动，分类集中救治。

1、对于社会影响较大、疗效确切、可一次性治愈的 21 种疾病、共 109805 人（占患病贫困总人口的 19.8%），制定诊疗方案，明确临床路径，控制医疗费用，切实减轻贫困大病患者费用负担。

脊椎关节强硬、进行性结构性脊柱侧突、中枢神经系统炎性疾病、重型子宫内膜异位、重症女性生殖器脱垂、尿道下裂由省立医院牵头制定方案指导救治；急性心肌梗塞、急性胰腺炎、重症败血症、先天性闭锁由齐鲁医院牵头制定方案指导救治；风湿性心脏病由青岛大学附属医院牵头制定方案指导救治；多部位骨折由山东大学第二附属医院牵头制定方案指导救治；关节病（髌、膝）由省千佛山医院牵头制定方案指导救治；老年性白内障、青光眼、视网膜脱离和断裂由山东中医药大学附属眼科医院牵头

制定方案指导救治；鼻咽癌、睾丸癌、甲状腺癌由省肿瘤医院牵头制定方案指导救治；先天性唇腭裂由“微笑列车唇腭裂修复慈善项目”合作医院牵头实施救治；儿童人工耳蜗植入术由“人工耳蜗康复项目”定点医院制定方案牵头实施救治。

2、对于需住院维持治疗的 2 种疾病、共 41006 人（占患病贫困总人口的 7.4%），由就近具备能力的专业医疗机构实施治疗。重性精神疾病、肺结核病，分别由省精神卫生中心和省胸科医院牵头制定方案指导救治。

3、对于需长期治疗和康复的 5 种疾病、共 72031 人（占患病贫困总人口的 13%），由基层医疗卫生机构在牵头单位和上级医疗机构指导下实施治疗和康复管理。慢性阻塞性肺气肿、糖尿病、儿童苯丙酮尿症、血友病、艾滋病，分别由省胸科医院、省千佛山医院、省妇产医院、省血液中心、省疾控中心牵头制定方案指导救治。

（三）其余 60 种疾病、314996 人（占患病贫困总人口的 56.9%），以及 93 种疾病之外的非常见疾病，2017、2018 年，按照《山东省健康扶贫实施方案》的要求，认真落实“八个一”工程和“先治疗、后结算”机制，按年度组织好分类救治。

四、医疗保障

（一）严格执行居民医疗保险及医疗救助政策。深入贯彻国家卫生计生委、国务院扶贫办等 15 部委《关于实施健康扶贫工程的指导意见》（国卫财务发〔2016〕26 号）、《山东省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的实施意见的通知》（鲁政办发〔2015〕54 号）等文件精神，全面落实建档立卡贫困人口城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、重特大疾病医疗救助政策，在定点医疗机构设立综合服务窗口，努力实现基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、医疗救助“一站式”信息对接和即时结算，贫困患者只需在出院时支付自付医疗费用。

（二）医疗卫生机构减免。各级医疗机构要充分发挥公立医疗机构的

公益性质，在推行“先诊疗、后付费”机制、“两免两减半”（便民惠民门诊对建档立卡的贫困患者免收个人自付的普通门诊挂号费、诊查费，减半收取专家门诊诊查费及大型设备检查费）等便民惠民措施基础上，立足实际，量力而行，对贫困患者进行医疗费用减免和专项救助。

（三）探索开展商业医疗补充保险。根据外省市先进经验，商业医疗补充保险不设或低设起付线，对经城乡居民医保、大病保险补偿后的贫困患病人口实行二次补偿，是降低患病贫困人口自付费用的有效途径，已引起地方党委、政府和扶贫办、财政等部门的高度重视。各级卫生计生行政部门要积极建言献策，争取尽快协调由财政出资为患病贫困人口购买商业补充医疗保险，促进健康扶贫工程深入开展。

（四）吸引社会各方参与。鼓励支持群团组织、慈善机构、爱心企业、社会组织、个人通过多种方式，积极参与患病贫困人口救治。

五、责任分工

（一）省卫生计生委进一步完善健康扶贫信息系统，建立健全健康扶贫数据库，定期调度情况、总结评估、督导检查，建立完善新进录入、退出机制，形成全省卫生计生系统上下联动工作合力。

（二）各牵头单位要结合国家、省级重大救治项目和健康扶贫政策措施，拟定具体实施方案，细化工作责任，做好疾病技术指导和培训工作，组织优秀医、护、技人员成立“微组团”式医疗队，到各地开展巡回医疗，帮助和指导基层医疗单位合理安排患者筛查、诊断和治疗，严格治疗标准和操作规范，确保每一名患病贫困人口得到高标准、高质量的救治。文件下发 20 日内，各牵头单位要拿出具体指导救治方案，并报省卫生计生委备案。

（三）各市、县卫生计生行政部门和医疗单位要对照《山东省健康扶贫实施方案》要求，逐乡逐村建立 93 种疾病“一对一”备案制度，逐户逐人落实好“八个一”工程、“先诊疗、后付费”机制等便民惠民措施。文件下发 20 日内，各市卫生计生委要将患病贫困人口救治方案报省卫生

计生委备案；20 个扶贫工作任务较重的县卫生计生局要将方案经所在市卫生计生委审核后报省卫生计生委备案。

（四）乡镇卫生院、村卫生室要在牵头单位和上级医疗卫生机构的指导下做好疾病救治和健康管理工作，确保村不漏户、户不漏人，精准施策，精细到人。

附件：1. 2016 年我省集中救治病种明细表

2. 2016 年我省集中救治病种任务清单

3. “微笑列车唇腭裂修复慈善项目”、“人工耳蜗康复项目”定点（合作）医院名单

中共德州市委文件

德发〔2015〕25号

中共德州市委 德州市人民政府 关于贯彻落实中央和省扶贫开发工作部署 坚决打赢脱贫攻坚战的实施意见

(2015年12月31日)

为贯彻落实好中央、省扶贫开发工作部署,全面打赢脱贫攻坚战,结合我市实际,提出如下实施意见。

一、重要意义

(一)坚决打赢脱贫攻坚战,是贯彻落实中央、省扶贫开发工作部署的必然要求。中央提出,到2020年确保我国现行标准下农村贫困人口实现脱贫;省委、省政府要求,到2017年底基本完成脱贫任务,2018年全部兜底完成,后两年巩固提升脱贫攻坚成果,建立长效机制。全市各级必须切实增强责任感、使命感、紧迫感,切实把坚决打赢脱贫攻坚战作为“十三五”前三年的“一号工程”,强化领导、压实责任,决战决胜、兑现承诺,举全市之力,千方百计打赢脱贫攻坚战,与全省同步实现整体脱贫目标。

(二)坚决打赢脱贫攻坚战,是补齐全面建成小康社会短板的必然要求。消除贫困、改善民生、逐步实现共同富裕,是社会主义的本质要求,是党的重要使命。全面建成小康社会,农村贫困人口脱贫是基本标志,不让一

户困难群众掉队是应有之义。经过“十二五”期间的扶贫攻坚,到2015年底全市仍有近16万贫困人口,扶贫开发已经进入啃硬骨头、攻坚拔寨的冲刺期。全市各级必须以对党和人民事业高度负责的精神,以坚强的党性和顽强拼搏的作风,科学谋划、深入推进、全力攻坚,确保与全省同步提前全面建成小康社会。

(三)坚决打赢脱贫攻坚战,是建设京津冀协同发展示范区的必然要求。实施协同发展战略、建设京津冀协同发展示范区,经济社会民生协同发展是重要内容和基础保障。建设产业承接、科技成果转化和劳动力输送基地,为提高贫困农户劳动技能、促进贫困人口转移就业提供了新机遇;建设优质农产品供应基地,为挖掘广大农村地区、扶贫工作重点村的资源优势提供了新机遇;建设京津冀南部重要生态功能区,开展新型城镇化和农业现代化“双试点”,为全市特别是扶贫工作重点镇、村加快建设美丽新乡村,实现农业强、农民富、农村美的目标提供了新机遇。全市各级各部门单位要解放思想、抢抓机遇,在协同发展示范区建设中实现更多的贫困人口脱贫致富。

二、总体要求

(一)指导思想。全面贯彻落实党的十八大和十八届二中、三中、四中、五中全会精神,深入贯彻习近平总书记系列重要讲话精神,认真贯彻落实中央、省扶贫开发工作会议部署,牢固树立创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念,按照“四个切实”要求,坚持“六个精准”,把精准扶贫、精准脱贫作为基本方略,以缩小收入差距、提高贫困人口发展能力为目标,坚持党的领导,夯实组织基础;坚持政府主导,增强社会合力;坚持精准扶贫,提高扶贫成效;坚持保护生态,实现绿色发展;坚持群众主体,激发内生动力;坚持因地制宜,创新体制机制,坚决打赢脱贫攻坚战,为建设协同发展示范区提供有力保障,确保与全省同步提前全面建成小康社会。

(二)总体目标。实施“两年脱贫、一年兜底、两年巩固”战略计划,即2016-2017年基本完成脱贫任务;2018年全部兜底脱贫,实现贫困人口不

愁吃、不愁穿,义务教育、基本医疗和住房安全有保障;2019-2020年巩固提升成果,建立稳定增收致富长效机制。

三、主要任务

(一) 夯实工作基础,精准确定脱贫对象。

1. 开展精准识别。抓好精准识别、建档立卡这个关键环节,对农村贫困户、贫困人口定期进行全面核查;脱贫任务较重的县市区,对扶贫工作重点村进行再识别再认定,进一步摸清扶贫工作重点村及现行扶贫标准线以下的贫困人口底子。相关情况和数据在市、县、乡三级纪检监察机关备案。

2. 科学谋划设计。建设全市扶贫开发综合平台,绘制农村贫困人口分布、扶贫措施到户到人、脱贫人口动态管理“三张图”,实行挂图指挥、挂图作战。突出个性化、差异化特点,根据致贫原因和脱贫需求,对农村贫困人口实行分类扶持,选准脱贫路径,明确扶贫方式、扶贫项目、扶贫资金、帮扶单位、帮扶人员、脱贫时限等,赢得群众认同,签订帮扶脱贫承诺书。

3. 强化社会监督。建立扶贫政策落实情况和扶贫成效第三方评估制度,设立举报电话,定期在新闻媒体公示公告扶贫工作进展情况,加强对扶贫工作绩效的社会监督。切实做好扶贫信访工作,实行首问负责制,做到有访必接、有信必复、有案必查,坚决杜绝“关系扶贫”、“人情扶贫”和“数字脱贫”。

(二) 汇聚各方力量,精准确定责任主体。

1. 政府主导。实行市级推进、县级主体、乡镇实施的扶贫工作机制,实行“市级领导帮包县市区、县级干部帮包乡镇,驻村工作队帮包到村到户”的全覆盖网格化帮扶工作责任制。市直各部门、中央和省驻德单位、市重点企业成立工作队,一对一帮包省扶贫工作重点村,帮包单位主要负责同志是第一责任人。扶贫工作重点县市区对所辖其他扶贫工作重点村实行县级干部帮包;对重点村之外的贫困户由县市区直部门单位、乡镇(街道)干部帮包。农户不脱贫、责任不解除;扶贫任务未完成,派出单位不脱钩。深化

第一书记抓党建促脱贫工作,对省定扶贫工作重点村,实现第一书记全派驻;每村安排30万元产业扶贫资金,由省市县三级统筹。

2. 部门配合。倾斜各类社会资源,整合各类扶贫要素,合力攻坚。发挥行业扶贫优势,从人才、资金、技术、项目、信息等方面为扶贫工作重点村、贫困户提供扶持。加快完善各类农村基础设施。实现所有扶贫工作重点村通公路、通公交车、村内道路硬化,提升农村公路等级标准。实施农村饮水安全巩固提升工程,全面解决农村贫困人口饮水安全问题。加快农网改造升级,2016年实现动力电村村通,2017年完成全部扶贫工作重点村电网改造升级工程;在扶贫工作重点村从事二三产业享受农电价格政策。加快推进农村宽带、有线电视网络建设,扩大信息进村入户覆盖面。邮政、供销合作社等系统要在乡村建立服务网点,鼓励工商企业建设农产品仓储和流通设施。

3. 社会参与。充分发挥各民主党派、工商联、无党派人士在人才和智力扶贫上的优势和作用,发挥工青妇、残联等群团组织优势,鼓励开展脱贫攻坚结对帮扶活动。各级慈善总会要从慈善捐赠中拿出一部分用于脱贫攻坚,并设立扶贫专户,接收扶贫捐赠。脱贫攻坚期内,市“慈心一日捐”资金全部用于扶贫脱贫。强化重点企业和农业龙头企业扶贫社会责任,引导他们积极参与脱贫攻坚。鼓励通过“农业龙头企业+基地+农户”“公司+合作社+农户”“供销为农服务中心+合作社+农户”等方式,把更多农村贫困户纳入产业化经营链条。对吸纳贫困人口就业30人以上或带动农村贫困户10户以上的各类经营主体,在用地保障、财税政策、银行贷款等方面给予重点支持。发挥好“10·17”全国扶贫日社会动员作用,动员广大志愿者积极参与扶贫,定点联系帮扶农村贫困人口,积极开展上门送温暖送爱心活动。

(三) 完善政策措施,精准实施脱贫。

1. 实施产业扶贫,发展生产脱贫一批。把产业扶贫作为重要脱贫方式,扶贫工作重点县市区要制定特色产业发展规划,通过结对帮扶、资金支持、技术服务、订单收购等方式,重点支持扶贫工作重点村、贫困户发展投资少、

见效快、风险小的特色种养业。实施扶贫工作重点村“一村一品一产业”推进行动,扶持建设一批贫困人口参与度高的特色农业基地,培育村集体经济可持续发展的致富平台。实施农村电商扶贫工程,免费培训电商人员,对农村贫困家庭开设网店给予网络资费补助、小额信贷等支持。采取以奖代补、先建后补、财政贴息、财政资金入股等方式,扶持“农家乐”、特色采摘、农耕体验、休闲养生、旅游产品制作等乡村旅游业。实施光伏扶贫工程,帮助有条件的农村贫困户新建分布式光伏项目,鼓励有条件的县市区参与大型集中式光伏项目建设,资产收益用于扶贫。

2. 实施智力扶贫,发展教育脱贫一批。注重扶贫先扶智,加快实施教育扶贫工程,阻断贫困代际传递。教育经费向贫困地区、基础教育倾斜,对建档立卡农村家庭困难学生,从学前教育到高等教育实行资助全覆盖,确保每个农村贫困学生不因家庭经济困难而失学。健全学前教育资助制度,学前适龄儿童免收保教费。改善基本办学条件,加快标准化建设,加强寄宿制学校建设,提高义务教育巩固率。普及高中阶段教育,率先从建档立卡的家庭经济困难学生实施普通高中、中等职业教育免除学杂费,让未升入普通高中的农村初中毕业生都能接受中等职业教育。加大对乡村教师队伍建设的支持力度,优先保障农村贫困人口集中区域乡村中小学教师编制需要,为贫困地区乡村学校定向培养留得下、稳得住的一专多能教师。推动城乡教师合理流动和对口支援。实行贫困农村留守儿童关爱行动。

3. 实施劳务输出扶贫,转移就业脱贫一批。紧紧抓住建设京津冀劳动力输送基地和全省东西部就业结对帮扶的机遇,加大劳务输出培训投入,统筹使用各类培训资源,以就业为导向,两年内完成对所有愿意学习技能的农村贫困劳动力的免费培训。通过政府购买部分公益岗位,安排农村贫困人口就业。鼓励和支持京津冀地区、东部沿海地区和我市用人企业在贫困地区建立劳务培训基地,开展好订单定向培训,建立和完善输出地与输入地劳务对接机制。加大职业技能提升计划和贫困户教育培训工程实施力度,引导企业扶贫与职业教育相结合,鼓励职业院校和技工学校招收贫困家庭子女,确保

贫困家庭劳动力至少掌握一门致富技能,实现靠技能脱贫。各县市区每年都要召开针对贫困家庭劳动力就业的专场劳务用工岗位对接会。促进有能力在城镇稳定就业和生活的农村贫困人口有序实现市民化。加大对贫困地区农民工返乡创业政策扶持力度。在推进城乡环卫一体化过程中,新增保洁员等就业岗位优先提供给农村贫困人口。

4. 实施资产收益扶贫,拉动脱贫一批。加快村集体产权制度改革,把村集体闲置土地等资源和经营性资产作股量化到村民,组建股份合作社。财政专项扶贫资金和其他涉农资金投入农业、乡村旅游等项目形成的资产,可折股量化到农村贫困户和农村贫困人口。允许以财政扶贫资金作为个人股金入股合作社、龙头企业,引导农村贫困户以土地承包经营权入股合作社、龙头企业,持股分红,负盈不负亏。

5. 实施社会保障扶贫,完善社保兜底一批。大力实施健康扶贫工程,完善农村最低生活保障制度,做到应保尽保,对无法依靠产业扶持和就业帮助脱贫的家庭实行政策性保障兜底。推进农村低保线和扶贫线“两线合一”,2016年各县市区低保线不低于国家扶贫标准线,2018年低保线达到省定扶贫标准线。提高农村老弱病残等特困人员供养水平,根据群众意愿,两年内实现符合集中供养条件的农村贫困人口集中供养。加快完善城乡居民基本养老保险制度,适时提高基础养老金标准,引导农村贫困人口积极参保续保,实现养老保险全覆盖。对重度残疾农村贫困居民,由政府全额代缴最低标准的养老保险费。提高农村贫困人口大病保险报销比例,最高支付限额从2016年起提高到每年50万元。对农村贫困人口大病实行分类救治和先诊疗后付费结算机制。将农村贫困人口全部纳入重特大疾病救助范围,农村贫困人口参加居民基本医疗保险个人承担部分,由各级财政给予补贴,努力减少因病致贫、因病返贫。对符合条件、有改造意愿的农村贫困户全部纳入农村危房改造计划。落实农村危房改造补助和贷款贴息政策,适度提高补助比例,解决农村贫困户住房安全问题。

(四) 实行动态管理,精准完成脱贫任务。

1. 留出缓冲期。建立扶贫动态管理制度,边扶贫、边识别,脱贫销号,返贫挂号,做到退出有标准、纳入有程序。对已经脱贫销号的贫困户,在脱贫攻坚时期内继续给予帮扶,促进稳定脱贫,避免出现边脱贫边返贫现象。

2. 调动积极性。培育和践行社会主义核心价值观,处理好国家、社会帮扶和自身努力的关系,鼓励贫困地区干部群众发扬自力更生、艰苦奋斗、勤劳致富精神,坚定改变贫困面貌的信心。组织开展扶贫政策到村入户活动,激发贫困群众脱贫致富的主动性和积极性。健全党组织领导的村民自治机制,让群众真正成为脱贫攻坚的主力军。健全正向激励机制,对率先脱贫致富并带动周边贫困群众脱贫的先进个人和集体给予适当奖励,总结推广脱贫致富典型经验,营造脱贫光荣的良好氛围。

3. 严防假脱贫。建立脱贫认定机制,制定严格、规范、透明的退出标准、程序和核查办法。充分运用好第三方评估结果,评价精准脱贫成效,既要看到减贫数量,更要看脱贫质量,对弄虚作假搞“假脱贫”“被脱贫”“数字脱贫”的,严格、严肃、严厉问责。

四、保障措施

(一) 强化组织领导。调整市扶贫开发领导小组,由市委、市政府主要领导任组长,并充实加强扶贫工作力量。领导小组下设办公室,专门负责全市脱贫攻坚的规划和政策制定、工作指导、督导考核等日常工作。各县市区也要建立健全相应领导和工作机构,各级党政“一把手”是脱贫攻坚工作第一责任人,切实形成市县乡村四级书记抓扶贫、全党动员促攻坚的良好局面。建立责任到人、任务上肩,横向到边、纵向到底的责任体系。市级层面抓好统筹协调和督查考核,各县市区承担主体责任,乡镇(街道)担负直接责任。市直部门要制定配套专项实施方案,明确任务、目标、责任和工作计划,形成全市“1+N”精准脱贫方案。各级各部门单位要各司其职、各负其责,精心实施“脱贫攻坚三年行动计划”。逐级立下脱贫攻坚“军令状”、签订责任书,层层传导压力、级级压实责任,强力推动落实。把践行“三严

三实”要求贯穿于脱贫攻坚全过程，以严的要求、实的作风抓政策落地、措施落地，用心、用情、用力真扶贫、扶好贫。

(二)强化政策扶持。发挥政府投入在扶贫开发中的主体和主导作用，各级财政把专项扶贫资金纳入年度预算和中期财政规划，确保每年增幅明显高于本级财政收入增长幅度，财政投入与扶贫任务相适应。建立健全脱贫攻坚多规划衔接、多部门协调长效机制，整合目标相近、方向类同的涉农资金，除据实结算的普惠性资金外，其他涉农资金20%以上用于扶贫脱贫。切块到县的省级以上行业部门涉农资金，由县统筹安排使用，集中用于扶贫开发；扶贫任务重的县可以把财政专项扶贫资金、相关涉农资金和社会帮扶资金统筹用于扶贫。加强金融扶贫支持，用好人民银行支农再贷款和扶贫再贷款。对农村贫困人口开展5万元以下“富民农户贷”，银行实行免抵押、免担保、基准利率，由各级财政贴息支持。对实行“以企带村、以社带户”的龙头企业、农民合作社、供销为农服务中心等带动农村贫困群众脱贫的，给予贷款贴息支持。扩大农业保险覆盖面，支持特色农产品保险发展，各级财政给予保费补贴。完善土地政策支持扶贫，新增建设用地计划指标优先保障扶贫开发用地需要。城乡土地增减挂钩政策节余的土地指标收益重点用于扶贫。实施科技下乡助推脱贫行动，实现科技指导人员扶贫工作重点村全覆盖。

(三)强化基层党组织建设。做好扶贫工作，基层是基础。要把扶贫开发同基层党组织建设有机结合起来，落实好《县乡党委书记抓基层党建工作规范(试行)》，深入推进农村基层服务型党组织建设，提升农村党组织书记规范化管理水平，真正把基层党组织建设成带领群众脱贫致富的坚强战斗堡垒。要坚持“抓党建带扶贫、抓扶贫促党建”，把全市755个省扶贫工作重点村作为基层党建的重中之重，集中整顿软弱涣散班子，放开视野选用能人，提高扶贫工作重点村党组织的创造力、凝聚力、战斗力。要以强村富民为目标，以强基固本为保证，用好财政扶贫政策。要进一步加强农村集体“三

资”和各项惠农资金管理,扎实开展好专项整治行动,着力解决群众身边的腐败问题和基层干部存在的“四风”问题,夯实党在农村的执政基础。

(四)强化队伍建设。建立与打赢脱贫攻坚战工作要求相适应的扶贫开发机构,固定办公场所;强化工作职能,理顺省、市、县、乡四级扶贫工作关系;配强工作力量,抽调业务骨干集中办公;扶贫工作重点村所在乡镇(街道)要单独设置扶贫工作站,其他有扶贫任务的乡镇(街道)也要明确专职专人负责;加大培训力度,全面提升扶贫干部队伍能力水平,确保有机构管事、有人办事、能干成事。实行乡镇脱贫方案到市、村级脱贫方案到县、贫困人口脱贫方案到乡镇备案制度,推进脱贫方案的科学化、规范化运作。

(五)强化考核问责。把脱贫攻坚成效纳入各级年度考评内容,制定脱贫绩效考核办法,实行半年初评、年终考核。建立扶贫工作调度通报和督查制度。各县市区领导小组、各成员单位每季度向市领导小组报告本单位脱贫攻坚开展情况,每年向市领导小组进行述职报告。纪检监察、组织、财政、审计、农业等部门单位建立信息共享机制。统筹考核管理和结果运用,坚持在脱贫第一线考察识别干部。脱贫攻坚期内,脱贫任务重的县乡党政领导班子保持稳定,提拔调动要把脱贫成绩作为重要考察内容。对成绩突出的单位和个人,给予表扬奖励,表现优秀、符合条件的要大胆提拔使用,有的可就地提级;对提前完成脱贫任务的,在一定时间内保持资金不减、政策不变,并给予表扬奖励;脱贫成绩平平甚至重视不够、措施不力、效果不好,完不成脱贫任务的不得提拔重用,并进行通报、问责。对完不成年度脱贫任务的党政主要负责人进行约谈;连续两年完不成年度任务的,对党政主要负责人进行组织调整。要加强财政监督检查和审计、稽查,建立扶贫资金违规使用责任追究制度。纪检监察机关要开展集中整治,对扶贫工作中违规违纪违法问题,坚决从严查处。

德州市人力资源和社会保障局 德州市财政局 文件

德人社〔2016〕32号

关于调整农村贫困人口基本医疗保险待遇的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局（组织人事部）、财政局：

为贯彻落实省、市扶贫开发工作部署，减轻农村贫困人口的医疗费用负担，最大限度防止因病致贫、返贫，根据市委、市政府《关于贯彻落实中央和省扶贫开发工作部署 坚决打赢脱贫攻坚战的实施意见》（德发〔2015〕25号）精神，现对我市农村贫困人口基本医疗保险相关待遇调整如下：

一、调整对象：符合农村贫困人口条件的城乡居民基本医疗保险参保人员。

二、调整内容

在定点医疗机构发生的政策范围内住院（含特殊疾病门诊）医疗费用作如下调整：

1、起付线减半。分别为：一个医疗年度内首次住院，实施基本药物制度的一级医疗机构起付线由200元降至100元，其他一级和二级医疗机构由500元降至250元，三级医疗机构由700元降至350元；第2次（含以后）住院，实施基本药物制度的一级医疗机构起付线由100元降至50元，

其他一级和二级医疗机构由 400 元降至 200 元，三级医疗机构由 600 元降至 300 元。按规定转诊到异地非联网医疗机构住院治疗后回参保地报销的，起付线由 1000 元降至 500 元。

2、政策范围内住院费用报销比例提高 5 个百分点，分别为：一级医疗机构由 87%提高至 92%；二级医疗机构由 77%提高至 82%；三级医疗机构由 62%提高至 67%。

3、按规定转诊至省内市外联网医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用即时结算，起付标准、报销比例按省有关规定执行。

4、统筹范围内医疗费用报销比例最高不超过 100%。

本通知自 2016 年 1 月 1 日起执行。

德州市人力资源和社会保障局

德州市财政局

2016 年 5 月 31 日

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫人字〔2016〕6号

关于印发《德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案》的通知

各县（市、区）卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事务管理局），
各委属卫生计生单位，委机关各科室：

按照全市健康扶贫推进会议工作要求，结合《山东省健康扶贫实施方案》，现将《德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案》进一步细化印发，请结合实际认真贯彻执行。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年4月14日

（信息公开形式：主动公开）

德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案

为深入推进我市健康扶贫脱贫攻坚工作，提高健康扶贫工作质量和水平，根据德州市扶贫开发领导小组《关于印发德州市行业扶贫实施方案的通知》（德扶贫组〔2016〕3号）及全市健康扶贫推进会议精神，结合我市卫生计生行业实际，细化实施方案如下。

一、指导思想

以邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，认真学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，按照市委、市政府的总体部署，进一步加强贫困地区计划生育工作，加大对计划生育扶贫对象的扶持力度。健全贫困地区基层卫生计生服务体系，加强妇幼保健机构能力建设，加大重大疾病和地方病防控力度，采取有效措施逐步解决因病致贫、因病返贫问题，如期完成健康扶贫工作任务。

二、工作目标

以“两年脱贫、一年兜底、两年巩固”战略计划为目标，积极推进实施卫生计生健康扶贫。**2016**年人均基本公共卫生服务经费标准达到**45**元，农村居民健康档案规范化电子建档率达到**80%**以上，县域内就诊率达到**90%**以上，每个乡镇卫生院都有合格的全科医生。到**2018**年底，实现每个乡镇有**1**所政府举办的卫生院，每个行政村有卫生室服务，患病贫困人口能得到有效、及时救治，当地卫生资源、居民健康、公共卫生、妇幼保健、疾病防控、计划生育等主要指标接近或达到全市平均水平。到**2020**年，贫困村基本公共卫生和基本医疗服务水平进一步提高，实现人口均衡发展。

三、主要措施

（一）精准识别，建档立卡。按省卫生计生委统一部署，组织县、乡、村三级注册《山东省健康扶贫信息系统》，并进行调查摸底，掌握县乡村

三级医疗卫生服务体系薄弱环节，精准识别患病贫困人口病情及病种，在此基础上，一县一策、一户一案、一人一法，逐一建档立卡。（牵头科室：人事科，责任科室：规划财务科、疾病预防控制科、医政医管科、基层卫生科、妇幼健康服务科、中医药管理科）

（二）实施“八个一”工程，分类救治。对患病贫困人口开展“八个一”工程：明确一所定点医院、确定一名家庭医生、签订一份承诺书、制定一张健康卡、建立一份健康档案、进行一次健康查体、组织一次健康会诊、发放一张健康明白纸。将实施“八个一”工程作为解决因病致贫、返贫问题的总抓手，精心组织，抓出实效。县级卫生计生行政部门为组织主体，统筹辖区内县、乡、村医疗卫生资源，合理划分责任片区，测算好服务半径、服务人口和工作量，明确地方病、传染病、慢性病及其他疾病的救治标准，对患病贫困人口实施分类救治。（牵头科室：基层卫生科，责任科室：医政医管科、疾病预防控制科、妇幼健康服务科、中医药管理科）

（三）推行“先治疗、后结算”机制，便民惠民。各级各类医疗卫生机构对于建档立卡贫困患者，采用“先治疗、后结算”的机制，严格遵守首诊负责制，不得以任何理由拒绝救治，保障贫困患者的基本医疗。将惠民医疗服务作为强化公立医院公益性质、让贫困人口共享改革红利的具体措施，为贫困人口提供安全、方便、可及的基本医疗服务。**2016年5月底**前，在县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心设立便民惠民门诊，对建档立卡贫困人口提供便民惠民服务。继续深入做好“微笑列车”等活动，**2016-2018年**，在市扶贫办领导下，联合德州爱尔眼科医院共同启动“卫生下乡 精准扶贫”公益救助活动，帮助全市**3000**名家庭贫困、就医困难、行动不便的患者摆脱白内障、翼状胬肉、泪道疾病、视力低下等常见致盲性眼病带来的困扰。（牵头科室：医政医管科，责任科室：基层卫生科、妇幼健康服务科、中医药管理科）

（四）健全服务体系，夯实人才根基。深入开展“建设群众满意的乡镇卫生院”活动，按照全省基层医疗卫生机构标准化建设标准，确保**2020**

年前全部达标。进一步强化政府办医责任，对全市贫困村合理规划设置标准化村卫生室，确保村村都有卫生室服务。村卫生室要与村民委员会、村民服务中心等集中建设，由当地村委会提供土地。村卫生室的用房和基本设备配备不低于国家和全省统一标准。各县市区和乡镇政府要依托农村公共服务平台建设等项目，采取公建民营、政府补助等方式，进一步支持村卫生室房屋建设和设备购置。乡村医生空缺的地区，由县级卫生计生部门统一招用具有执业（助理）医师或持有乡村医生执业证书的人员，补充到乡（镇）村卫生服务一体化管理的村卫生室中。在新的乡村医生到岗之前，由乡镇卫生院选派人履行乡村医生职责。不断夯实基层卫生人才根基，进一步加强在岗村医培训和乡镇卫生院全科医生转岗培训，通过开展乡村医生岗位培训和学历教育、实施乡村医生订单定向培养，为村卫生室培养全科医疗人才。**2017**年底，全市扶贫工作重点地区每个乡镇卫生院拥有**1**名以上全科医生。**2018**年，通过开展对口帮扶培训和继续教育，专业卫生技术人员至少接受一次专业轮训。**2020**年，扶贫工作重点地区每千服务人口配备不少于**1**名乡村医生，每所村卫生室至少有**1**名执业（助理）医师或具备专科以上学历乡村医生。（牵头科室：基层卫生科，责任科室：规划财务科、医政医管科、妇幼健康服务科、科技教育宣传科、中医药管理科）

（五）开展城乡医院对口支援，提升服务能力。组织市、县两级综合医院、中医院、妇幼保健机构专家到基层，特别是扶贫任务重的乡镇开展大型义诊活动。完善城乡医院对口支援政策措施，突出重点帮扶、精准帮扶，强化考核评估，推动优质医疗资源下沉。**2016**年**7**月初，组织市级三级医院县市区医疗机构开展对口帮扶，建立稳定持续的“一对一”帮扶关系。进一步推进和鼓励医师到基层多点执业。按照“填平补齐”原则，加强县级公立医院临床专科建设，重点强化县域内常见病、多发病相关专业，以及传染病、精神病、急诊急救、重症医学等临床专科建设，提升县级公立医院综合服务能力。推动“国医堂”和“中医馆”建设，使中医药

“简便验廉”优势在健康扶贫工作中得到进一步发挥。鼓励二、三级医院向乡镇卫生院提供远程会诊、远程培训、远程预约等服务，利用信息化手段提高优质医疗资源可及性。2017年，远程医疗服务覆盖全部县级公立医院和80%以上的乡镇卫生院。2018年，扶贫工作重点地区县域内就诊率提高到90%左右，基本实现农村贫困人口“大病不出县”。（牵头科室：医政医管科，责任科室：疾病预防控制科、妇幼健康服务科、中医药管理科）

（六）落实基本公共卫生服务项目，提升公共卫生服务水平。按照国家 and 省统一部署，逐步提高人均基本公共卫生服务补助标准，增加服务项目和重点人群覆盖范围，强化项目管理，扎实做好建立居民健康档案、健康教育、高血压糖尿病患者健康管理、0-6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、65岁及以上老年人等重点人群健康管理工作，尤其是贫困地区、贫困家庭，提高项目执行规范化程度，提升贫困地区群众的受益水平，促进城乡居民基本公共卫生服务均等化。配合开展农村饮用水安全提升工程。开展贫困地区妇女儿童健康保健工作，为农村适龄妇女免费进行宫颈癌和乳腺癌筛查，为农村孕产妇发放住院分娩补助。大力推进出生缺陷综合防治，实施国家孕前优生健康检查、农村妇女增补叶酸预防神经管缺陷、新生儿疾病筛查等项目，免费开展贫困妇女儿童查体。（牵头科室：基层卫生科，责任科室：综合监督科、妇幼健康服务科）

（七）推动健康教育促进，提高健康素养。创新健康教育的方式和载体，充分利用互联网、移动客户端等新媒体，倡导“互联网+医学科普”传播权威健康科普知识，帮助广大群众养成文明健康的生活方式，进一步提高居民的健康水平和生活质量。以农村基层为重点，以学校为突破口，广泛开展“健康进万家、幸福伴我行”活动，加强地方病、慢性病、传染病等重点领域的健康教育工作，引导贫困人口科学就医、合理用药。将各级各类医疗卫生计生机构作为开展健康教育与健康促进的主阵地，充分利用健康教育讲师团的力量，在全市范围内广泛开展健康教育讲座活动，积

积极开展健康教育服务，开展高危行为干预，促进卫生服务模式由“重疾病治疗”向“重疾病预防”转变。力争到**2018**年，建档立卡贫困人口健康素养水平达到全市平均水平。（牵头科室：科技教育宣传科，责任科室：疾病预防控制科）

（八）严格落实计划生育优惠政策，加强贫困地区计划生育工作。严格落实国家农村计划生育家庭奖励扶助制度和计划生育家庭特别扶助制度等计划生育优惠政策，尤其是贫困家庭确保及时足额获得资助。鼓励各县市区开展对农村计划生育家庭帮困扶持。大力推进计生助福、帮扶救助活动。（牵头科室：计划生育管理服务科，责任单位：市计划生育协会、市流动人口计划生育管理办公室）

（九）积极开展第一书记帮脱贫。充分发挥第一书记的作用，抓好精准识别，建档立卡，全面摸清帮扶村和联系村贫困户底数、主要诉求等。协助村“两委”制定和实施脱贫计划，根据贫困原因和脱贫需求，实行分类扶持。积极参与帮扶村和联系村的卫生专业技术人员培训、乡村义诊、村卫生室建设等扶贫活动。委机关要加强对派出第一书记和包扶贫困村工作的指导，定期研究包村脱贫工作措施，解决第一书记在基层工作中存在的困难和问题，确保扶贫任务圆满完成。（牵头科室：人事科，责任科室：规划财务科、综合监督科、疾病预防控制科、医政医管科、基层卫生科、妇幼健康服务科、计划生育管理服务科、科级教育宣传科、中医药管理科、市计划生育协会、市流动人口计划生育管理办公室）

四、保障措施

（一）强化组织领导。市卫生计生委成立主任为组长，分管主任为副组长，各有关科室负责人为成员的全市卫生计生健康扶贫工作领导小组（见附件1），统筹指导、协调推进全市卫生计生扶贫工作。建立领导班子成员包扶扶贫工作重点地区责任制。各县市区卫生计生行政部门及各单位要成立健康扶贫工作领导小组，制定健康扶贫工作实施方案和年度计划，明确目标、责任、任务和进度。基层医疗卫生计生机构明确具体承担健康扶贫

攻坚任务的牵头人和责任人，逐项抓好各项工作的落实。

(二) 强化政策扶持。加大对健康扶贫的投入，列出专门扶贫资金和项目。各县市区、各单位及委机关各科室要认真履行职责，在确定卫生计生项目、安排专项资金、制订专项规划时，要充分考虑区域发展与健康扶贫工作的实际，协调发改、财政、人社、扶贫办等部门将普遍支持的政策和项目向扶贫工作重点地区、贫困人口倾斜；先行先试的政策和项目在扶贫工作重点地区、贫困人口先行试点，予以优先安排。

(三) 强化考核问责。将卫生计生健康扶贫工作成效纳入各县（市、区）卫生计生部门年度考评内容。建立“月调度、季通报、半年督导、年度考核”机制。加强督促检查，对督查中发现的问题及时整改，对重视不够、工作不实造成严重后果或不良影响的，严格问责。各县市区卫生计生部门要发挥好考核评估“指挥棒”作用，制定考核办法，确保健康扶贫工作规范、科学、有效推进。

联系人：王力，周晓晖

联系电话：2622278 电子邮箱：dzjkfp@163.com

附件：德州市卫生计生健康扶贫工作领导小组成员名单

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕49号

关于调整德州市卫生计生健康扶贫工作 领导小组成员和联系点的通知

各县（市、区）卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事务管理局），各委属卫生计生单位，委机关各科室：

由于部分市卫生计生健康扶贫工作领导小组成员职务变动，以及职责范围的调整，为更好地推动我市健康扶贫工作的开展，经研究，对领导小组成员和委领导健康扶贫工作联系点调整如下：

一、领导小组成员

组 长：崔书强 党组书记、主任
副组长：王传斌 党组成员、市计生协会常务副会长
刘红英 党组成员、副主任
张朝晖 党组成员、工会主任
王 军 党组成员、副调研员
王鲁原 党组成员、副主任
崔玉洪 调研员
王新平 市中医药管理局专职副局长

刘 利	副调研员
周连华	市保健办公室主任
翟学军	市爱卫办主任
李福强	市计划生育协会副会长兼秘书长
孔祥勇	市计划生育协会副会长
组 员：刘喜占	办公室主任
王 力	人事科科长
郭世辉	规划财务科科长
马文聪	政策法规科科长
王求禹	疾病预防控制科科长
宋学谦	医政医管科科长
庄 霞	基层卫生科科长
王 斌	妇幼健康服务科科长
董月菊	药物科科长
袁 媛	计划生育管理服务科科长
杜玉梅	科技教育宣传科科长
李洪波	中医药管理科科长
刘丽丽	市爱卫办副主任
韩 凌	市流管办主任
程吉东	市人民医院党委书记、院长
高立民	市第二人民医院党委书记、院长
王 平	市中医院党委书记、院长
商怀君	市疾病预防控制中心主任
李卫东	市妇幼保健计划生育服务中心 (市妇女儿童医院)主任

市卫生计生健康扶贫工作领导小组办公室设在委健康扶贫办公室，翟学军同志兼任主任。

二、委领导健康扶贫工作联系点

崔书强 联系：德城区 责任科室：办公室
王传斌 联系：平原县 责任科室：人事科
刘红英 联系：齐河县 责任科室：规划财务科
张朝晖 联系：乐陵市 责任科室：疾病预防控制科
王 军 联系：禹城市 责任科室：药物科
王鲁原 联系：庆云县 责任科室：医政医管科
崔玉洪 联系：临邑县 责任科室：基层卫生科
王新平 联系：武城县 责任科室：中医药管理科
刘 利 联系：夏津县 责任科室：妇幼健康服务科
周连华 联系：宁津县 责任科室：市保健办公室
翟学军 联系：运河经济开发区 责任科室：市爱卫办
李福强 联系：陵城区 责任科室：计生管理服务科
孔祥勇 联系：经济技术开发区 责任科室：政策法规科

联系点重新调整后，相关责任科室要配合委领导加强与所联系县（市、区）的沟通、协调，指导开展“八个一”工程、“先治疗、后结算”、城乡对口支援等工作，并及时处理好县市区工作中遇到的困难和问题。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年9月21日

（信息公开形式：主动公开）

德州市卫生和计划生育委员会 德州市中医药管理局 文件

德卫医字〔2016〕1号

关于印发《德州市城乡医院对口支援工作 实施方案（2016-2018年）》的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事务管理局），市直各卫生计生单位：

为进一步提升县域医疗服务能力，加快推进建立分级诊疗制度，做好我市城乡医院对口支援工作，根据《山东省城乡医院对口支援工作实施意见（2016-2018年）》，结合我市实际，我委制定《德州市城乡医院对口支援工作实施方案（2016-2018年）》，现印发给你们，请结合工作实际认真落实。

德州市卫生和计划生育委员会

德州市中医药管理局

2016年1月18日

（信息公开形式：主动公开）

德州市城乡医院对口支援工作实施方案

(2016-2018年)

城乡医院对口支援工作是加强县乡两级医疗卫生机构建设，提升基层服务能力的战略举措，是缓解农村居民看病就医问题的一项民生工程。为认真贯彻国家卫生计生委《关于进一步深化城乡医院对口支援工作的意见》（国卫医发〔2014〕7号）、省委省政府《关于进一步深化医药卫生体制改革的实施意见》（鲁办发〔2015〕53号）精神和《山东省城乡医院对口支援工作实施意见（2016-2018年）》（鲁卫医发〔2015〕3号），结合工作实际，制定本实施方案。

一、指导思想

坚持“保基本、强基层、建机制”的总体要求，以实现人人享有基本医疗卫生服务为目标，以提升基层医疗卫生机构服务能力为主线，以加强学科建设和人才队伍建设为核心，以促进分级诊疗制度建设为纽带，以满足农村居民看病就医需求为落脚点，进一步深化城乡医院对口支援工作，提高基层医疗卫生机构医疗服务能力和水平，为人民群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，开创我市城乡医院对口支援工作新局面。

二、工作原则

（一）统筹兼顾，全面覆盖。在尊重医疗卫生机构特点、地域和传统合作关系的基础上，统筹优质医疗资源，实现省三级医院对口支援县级医疗卫生机构（包括县人民医院、县中医院和县妇幼保健院，下同）、二级以上医院对口支援乡镇卫生院全覆盖，形成城市、县、乡三级对口支援工作格局。

（二）突出重点，形成合力。紧密围绕深化医药卫生体制改革和建立分级诊疗制度，以加强县乡两级医疗卫生机构的能力建设和人才培养为重点，针对县乡两级医疗卫生机构的薄弱环节，通过医院对医院、科室对科

室、派下去、请上来的方式进行对口支援，形成提升县乡两级医疗卫生机构服务能力的工作合力。

（三）因地制宜，注重实效。根据受援医疗卫生机构的实际需求以及支援医疗卫生机构的能力，分类指导不同发展水平的医疗卫生机构间建立对口支援关系，在“城市三级医院支援县医院，市、县为主的二级以上医院支援乡镇卫生院”的原则下，尽量做到“综合医院支援综合医院、中医医院支援中医医院、专科医疗卫生机构支援有需求的医疗卫生机构”，做到搭配合理，提高支援和受援双方的积极性以及对口支援的实际效果。

（四）创新方式，完善机制。创新对口支援方式，推行“远程医疗”、“团队帮扶”、“挂职锻炼”和“定向培养”等有针对性的支援模式，不断总结经验，探索更加符合需求的工作方式和工作内容，形成可以推广的好经验、好做法，建立长效运行和管理机制。

三、目标任务

（一）基本目标

1、一年见成效。到2016年，城乡医院对口支援工作取得一定成效，受援基层医疗卫生机构医疗服务水平得到较大提高。重点实现以下目标：

——为受援县医院加强2个以上临床专科建设，免费培养3名以上骨干医师，培育5项以上适宜技术。

——受援县医院入出院诊断符合率 $\geq 95\%$ 。

——受援县医院健全完善针对当地疾病谱和重点疾病的临床二级诊疗科目，农村居民常见重大疾病医疗服务能力不断提高，疾病的诊疗水平较大提高。县域内就诊率达到90%左右。

——受援乡镇卫生院医疗服务能力明显提高，各项管理、诊疗制度进一步健全，医疗文书书写合格率 $\geq 90\%$ 。

——形成比较全面的疾病诊疗标准体系，使城市三级医院下转的诊断明确的患者，能够在县医院得到规范化的诊疗服务。

2、二年上台阶。到2017年，基层医疗卫生机构得到较大发展，农村

居民常见病、多发病、部分危急重症和疑难复杂疾病的诊疗能力、医疗质量和安全管理水平得到较大提高。重点实现以下目标：

——为受援县医院加强 3 个以上临床专科建设，免费培养 6 名以上骨干医师，培育 10 项以上适宜技术。

——基本建成分级诊疗服务体系和体制机制，农村居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例达到 70% 以上。

——受援县医院及其各科室的管理架构完整，各项制度健全。受援县医院实现信息化、精细化管理，能够利用远程医疗系统开展疑难危重病例会诊、病理诊断和继续教育等工作。

——受援中心卫生院和乡镇卫生院整体实力明显提升，拥有与其功能相适应的适宜设备和专业技术人才，农村居民常见病、多发病诊治水平明显提高，病床使用率在原基础上提高 15%，农村常见病、多发病诊断准确率 $\geq 90\%$ 。

——乡村卫生机构门急诊量占当地门急诊总量的比例稳定在 80% 以上。

3、三年大提升。到 2018 年，基层医疗服务能力大幅度提升，农村居民看病难问题得到较大改善。实现以下目标：

——建设一批综合实力较强的县医院。培育出一批能力较强的临床重点专科，常见病、多发病、部分危急重症和疑难复杂疾病的诊疗能力显著提高；培养一批具有较高水平的临床专业技术人才和医院管理人才，人才梯队更加合理；县医院作为县域医疗中心，龙头地位更加巩固。

——建设一批综合实力较强的中心卫生院，其他乡镇卫生院综合实力普遍提升。农村居民常见病、多发病的诊断能力和治疗能力显著提高；培养一批具有一定水平的临床专业技术人才和公共卫生专业技术人才；乡镇卫生院科室设置规范，特色专科进一步加强，医疗服务范围扩展，大部分乡镇卫生院具备二级手术的条件和能力，成为农村居民就诊首选，枢纽作用更加强化。探索建立支援单位与受援卫生院分工协作关系，开拓基层首

诊、双向转诊的绿色通道，着力建设群众满意的乡镇卫生院。

——医疗服务体系建设显著加强，整体医疗服务能力明显提升，基本实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。

（二）工作任务

1、完善城乡医院对口支援体系，推进县医院能力提升。

按照分类指导、管理与技术并重的原则，省卫生计生委在保持原有对口支援关系基本稳定的基础上，结合分级诊疗制度建设，结合国家卫生计生委、国家中医药管理局《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案的通知》（国卫医发〔2014〕48号）要求，结合贯彻落实省委省政府关于西部经济隆起带等政策规定，确定三级医疗卫生机构（包括综合医院、中医院、中西医结合医院、妇幼保健院及有关专科医疗卫生机构）支援县（市、区）关系（附件）。除个别进行调整外，2015年3月，省卫生计生委《关于做好全面提升县级医院综合能力第一阶段工作的通知》（鲁卫医字〔2015〕21号）中确定的对口支援关系不变，我委严格按照省卫计委工作安排执行。我市武警部队医疗机构的对口支援工作，按照《关于做好二级以上医院对口支援武警部队医疗机构工作的通知》（德卫医字〔2015〕6号）执行。

（1）加强临床专科建设。支援医院要帮助受援县医院建立针对当地疾病谱和重点疾病的临床二级诊疗科目。重点加强重症医学科、急诊科、儿科、病理科、麻醉科以及医院信息化等学科建设，并综合考虑县医院近三年外转率排名前5位的病种科室，制定学科援建计划，采取“团队帮扶”、“定向培养”模式加强专科建设。城市三级医院获得国家临床重点专科建设项目的科室，要帮助至少1所受援县医院建设相应的临床重点专科，建设情况纳入国家临床重点专科建设项目评估重要指标。

（2）开展日常诊疗工作。派驻医务人员在受援医院要参与出门诊、管病床、做手术、带教学等日常工作，为当地群众提供诊疗服务。

（3）建立转诊绿色通道。派驻医务人员要指导受援医院筛查病人，及时上转危重症病人，管理下转康复病人，积极参与分级诊疗制度的建设，

发挥逐级转诊、合理分流病人的主导作用，逐步建立合理就医的分级诊疗格局。

(4)提高医院管理水平。鼓励支援医院、受援医院管理人员相互挂职，引进支援医院成熟管理经验。鼓励派驻医师在受援医院挂职医院或相应科室负责人参与管理，建立健全各项技术规范和管理制度，提高受援医院的管理水平。

(5)培养人才队伍。通过“派下去”、“请上来”、“团队带团队”和“科室对科室”等多种方式，使派驻医师与派出进修培训骨干进行置换，有计划地为县医院培养和造就一批技术骨干。

2、打牢基层医疗卫生网底，促进乡镇卫生院发展。

县级卫生计生行政部门要结合本地实际，按照分类指导的原则，制定本地区工作方案，统筹安排二级以上医疗卫生机构开展对口支援乡镇卫生院工作。原则上，中心卫生院由二级甲等以上综合医院进行对口支援，一般卫生院由县级医院进行对口支援。

(1)根据当地疾病谱和重点疾病特点，以派驻支援团队为主，设备和资金支持为辅，帮助受援中心卫生院重点建设1-2个特色专科，培育至少3项适宜技术；派驻懂业务、会管理的人员挂职业务副院长，巩固受援中心卫生院枢纽作用，发挥对乡镇卫生院的辐射和指导作用。

(2)根据受援乡镇卫生院的实际需求派驻支援医务人员，支援医务人员充分发挥特长，在承担当地常见病、多发病诊疗任务的同时，通过开展临床带教、病例讨论、专题讲座等形式帮助受援乡镇卫生院提高服务能力；指导医务人员正确使用配备的医疗设备；指导受援乡镇卫生院规范开展国家基本公共卫生服务项目。

3、搞好国家县级医院综合能力提升工程，发挥示范和带动效应。

根据国家卫生计生委、国家中医药管理局《关于印发全面提升县级医院综合能力工作方案的通知》（国卫医发〔2014〕48号）要求，我市齐河县、乐陵市被国家卫生计生委、国家中医药管理局确定为全面提升县级医

院综合能力第一阶段县医院，省卫生计生委已确定通过建设、培训、支援等方式开展综合能力提升工作，集中发挥体制机制改革优势和政策叠加作用，要从建立医院管理规章制度、落实医疗质量管理体系、加强医疗安全风险管理和逐步实现信息化基础上的精细化管理等方面提升管理水平；从健全完善诊疗科目、加强临床专科建设、提高病种覆盖面等方面提升医疗技术水平；通过开展“三好一满意”、进一步改善医疗服务行动计划、抗菌药物临床应用专项整治、基层中医药服务能力提升工程等工作，提升医疗服务水平，形成可向全省推广的工作经验和做法。我委将积极配合省卫生计生委做好各项工作。

4、完善城市医师下基层工作机制，促进技术人才流动。

(1) 强化城市医生到农村服务制度。认真落实国家卫生计生委《关于进一步深化城乡医院对口支援工作的意见》（国卫医发〔2014〕7号）和原省卫生厅、省人社厅《关于城市医生申报中高级专业技术职务资格前到农村服务有关问题的通知》（鲁卫人发〔2010〕5号）要求，落实城市医生申报中高级专业技术职务资格前要到农村医疗卫生机构服务的有关要求。没有达到要求的，取消其职称晋升资格。

(2) 建立县级医院青年医师到乡镇卫生院服务制度。县级医院青年医师在晋升中级职称前，要到乡镇卫生院累计服务满一年。

(3) 规范城市医师下基层管理制度。城市三级医院医师到县级医院、县级医院医师到乡镇卫生院服务时，要按照原省卫生厅《关于进一步加强医疗卫生对口支援项目医师规范化管理的通知》（鲁卫医字〔2012〕7号）要求，严格执行支援医疗机构派驻医师的派遣、备案、审批和存档以及受援医疗机构确认报到、确认完成任务和统计派驻医师工作量信息等工作流程。支援医院每年向每家受援医院派出人员不少于4人。派驻人员至少连续工作6个月方可轮换，支援医院不得随意调回；脱离派驻岗位2天以上者，需有派驻单位负责人签字同意的请假条；派驻人员脱离派驻岗位5天以上或因卫生应急等情况确需调回的，须报我委备案；未完成对口支援任

务或无正当理由拒不参加对口支援工作，考核结果判定为不合格。

(4) 加强派出人员信息管理。我委继续利用国家卫生计生委城乡医院对口援信息管理系统及省医疗卫生对口支援信息管理系统两个信息系统（管理系统设在山东省医师协会网站 <http://www.sdmda.org.cn> “城乡医院对口支援专栏”）对城乡医院对口支援工作进行管理，各地单位要按照要求及时、完整、准确地填报支援和受援双方医院基本情况、派驻人员情况、支援工作开展情况、工作量等有关资料和数据。三级医院（不含县级医院）派驻时间在3个月以上的医师信息在国家卫生计生委系统中填报，不足3个月的和其他医疗机构派驻人员信息在山东省系统中填报。信息系统填报的资料、数据作为城乡医院对口支援工作考核的重要依据。

(5) 完善城市医师下基层激励机制。支援医院要保证派出医师对口支援期间工资、奖金等各项福利待遇不变，并给予一定补贴，在职称晋升、岗位聘用、提拔任用、各项评优评先时优先考虑对口支援工作表现突出者。受援单位要为派驻医师提供基本饮食、住宿等生活保障。

(6) 强化县医院骨干医师培训。在城市三级医院医师到县医院支援的同时，选调县医院骨干医师到部分城市三级医院培训。增强县医院骨干医师培训针对性，根据县域疾病谱、县医院外转疾病排序、县医院医疗技术发展需求等因素，有针对性地开展县医院骨干医师培训。

5、加强信息化建设，发挥信息科技在医疗中的积极作用。

创新互联网支援新模式，注重综合应用“互联网+”的信息技术，开展远程会诊、远程专家门诊、远程影像心电病理会诊、远程教学查房、远程继续教育等远程医疗支援服务。探索建设面向基层的网络门诊服务，扩大基层医生接诊覆盖面，提升基层诊疗技术水平。积极协调物价、医保等相关部门，为充分利用远程医疗服务创造良好的政策环境。

四、任务分工

(一) 卫生计生行政部门。制定工作方案并组织实施，定期对工作进展情况和取得成效进行督查和评估，及时发现、解决工作中出现的问题。

考核结果与医院评审评价、临床重点专科建设和医师定期考核等工作挂钩。各县卫生计生行政部门制定符合本地实际工作的工作方案并组织实施，合理安排县级医院对口支援乡镇卫生院。于每年12月上旬前，对工作开展情况进行总结，组织集中考核，并将工作情况和考核结果于每年年底前报我委医政医管科。受援县级卫生计生行政部门要根据当地经济状况、区域卫生发展规划、分级诊疗制度建设等情况，结合县域内各医院的医疗保障能力和临床专业科室的实际情况，统筹规划各县级医院的发展重点，与支、受援医院共同签订对口支援协议。内容包括中长期总体目标和年度分解任务，建设特色或重点专科、重点科室的数量，要具体到学科、专业、病种或技术，派驻人员的数量、专业、职称、连续工作时间，培养业务骨干或科室带头人的数量等工作指标和完成时限。协议内容作为考核支援落实情况的依据。各单位签订的3年对口支援协议于2016年3月底前报我委医政与医管科。

（二）支援机构。认真落实卫生计生行政部门工作部署和要求，在实地调研基础上制定切实可行的支援方案、工作计划和中长期工作规划，与受援县卫生计生行政部门、受援单位签订责任状和协议书。围绕具体任务和工作目标，选派合适医务人员驻点开展工作，定期加强督导检查。

（三）受援单位。主动作为，积极配合支援医院、派驻医务人员开展工作，妥善安排派驻医师的工作与生活。将派驻医师纳入本院医务人员日常管理，定期进行考核。按照要求选派人员赴支援医院进修学习。

五、工作要求

（一）统一思想认识，增强责任意识。各级卫生计生行政部门和医疗卫生机构要充分认识基层医疗卫生机构在我市医疗服务体系中的重要地位和作用，进一步增强提升基层医疗卫生机构医疗服务能力的责任感和紧迫感，把城乡医院对口支援工作作为医疗服务体系建设的重中之重，列入重要议事日程，成立领导机构，建立健全制度，实行一把手负责制。

（二）完善考核制度，强化目标管理。城乡医院对口支援实行目标管

理，建立对支援和受援双方考核制度。各级卫生计生行政部门要建立完善激励约束机制，对口支援考核结果作为临床重点专科建设评估、各项评优评先重要参考指标。我委将对各县卫生计生行政部门、市直医疗机构及派驻人员的工作情况尤其是派驻人员到岗情况进行抽查暗访和督导，并定期、不定期对各地城乡医院对口支援情况进行督查和评估，评估工作以支援医院和受援单位作为一个整体进行，评估结果进行通报排名。对中医医院对口支援的考核工作按《城市三级中医医院对口支援县中医医院考核指标体系》执行。各县级卫生计生行政部门也要定期、不定期的对工作情况进行暗访和督查，发现问题及时纠正，并将督查情况进行通报，确保工作取得实效。

（三）加强宣传引导，营造良好氛围。要高度重视宣传工作，增强宣传先行先导意识，充分发挥新闻宣传和舆论引导作用，利用多种媒体形式，加大宣传报道力度，深入挖掘、积极宣传各地各单位好经验、好做法，树立先进典型，形成行业内外共同推进工作的良好局面。

工作中的意见和建议，请及时与我们联系。

医政医管科联系人：袁景艳 联系电话：2622271

中医药管理科联系人：李佳 联系电话：2687231

附件：

- 1、全省三级医院（综合医院、中医院、中西医结合医院、专科医院、妇幼保健院）对口支援县（市、区）关系表
- 2、全市二级以上医疗卫生机构开展对口支援乡镇卫生院关系表

附件 1:

**全省三级医院（综合医院、中医院、中西医
结合医院、专科医院、妇幼保健院）
对口支援县（市）关系表**

序号	支援单位	受援市	县(市、区)	备注
1	山东大学第二医院	德州市	临邑县	
		德州市	宁津县	
		德州市	齐河县	
2	山东省交通医院	德州市	禹城市	
		德州市	夏津县	
3	德州市人民医院	德州市	武城县	
		德州市	平原县	
4	滨州市人民医院	德州市	庆云县	
5	滨州市中心医院	德州市	乐陵市	
6	山东中医药大学附属医院	德州市	宁津县	帮扶中医院
7	德州市中医医院	德州市	乐陵市	帮扶中医院
		德州市	齐河县	帮扶中医院
		德州市	武城县	帮扶中医院
8	济南市妇幼保健院	德州		帮扶妇保院
9	山东省精神卫生中心	德州		帮扶本类别 医疗机构
10	山东大学口腔医院	德州		帮扶本类别 医疗机构

附件 2:

全市二级以上医疗卫生机构开展对口支援 乡镇卫生院关系表

序号	支援单位	受援乡镇卫生院
1	德州市第二人民医院	德棉医院
		德州机床医院
		运河办事处卫生院
		石家园社区卫生服务站
		盐店口第一社区卫生服务站
		三里庄社区卫生服务站
		天衢西路社区卫生服务站
		新铁西南社区卫生服务站
2	德州市妇幼保健院	运河卫生院
3	中国水利水电第十三工程局医院	抬头寺镇双庙陈卫生室
		平原王杲铺医院
4	德州市立医院	二屯镇卫生院
		黄河涯卫生院
		天衢卫生院
		新华卫生院
	德州联合医院	新华办事处卫生院
		天衢街道办事处社区卫生服务中心
	德城区妇幼保健院	新湖社区卫生服务中心
		新华第二社区卫生服务中心
广川社区卫生服务中心		

5	陵城区人民医院	陵城区义渡口镇中心卫生院
		陵城区宋家镇中心卫生院
		陵城区徽王庄镇卫生院
		陵城区滋镇中心卫生院
	陵城区中医院	陵城区郑家寨镇中心卫生院
		陵城区边临镇中心卫生院
陵城区滋镇中心卫生院		
6	乐陵市人民医院	乐陵市化楼镇张屯社区卫生服 务中心
		乐陵张桥社区卫生服务中心
		乐陵市云红街道办事处社区卫 生服务中心
		乐陵市孔镇镇卫生院
		乐陵市化楼镇中心卫生院
		乐陵市寨头堡乡卫生院
		乐陵市铁营乡卫生院
		乐陵市郑店镇王集社区服务中 心
		乐陵市市中街道办事处社区卫 生服务中心
		乐陵市朱集镇中心卫生院
	乐陵市中医院	乐陵市黄夹镇中心卫生院
		乐陵市郭家街道办事处卫生院
		乐陵市花园镇卫生院
		乐陵市大孙乡卫生院
		乐陵市杨安镇中心卫生院
	乐陵市妇幼保健院	乐陵市西段乡卫生院
		乐陵市胡家街道办事处卫生院
		乐陵市丁坞镇卫生院

		乐陵市郑店镇中心卫生院
		乐陵市奎台社区卫生服务中心
7	禹城市人民医院	禹城市辛店中心卫生院
		禹城市房寺中心卫生院
		禹城市伦镇中心卫生院
	禹城市中医院	禹城市安仁镇卫生院
		禹城市市中街道办事处卫生院
8	齐河县人民医院	齐河县祝阿镇卫生院
		齐河县华店乡卫生院
		齐河县马集乡卫生院
		齐河县焦庙镇贾市卫生院
	齐河县中医院	齐河县仁里集镇卫生院
		齐河县安头乡卫生院
	齐河县妇幼保健院	齐河县大黄乡卫生院
齐河县疾病预防控制中心	齐河县胡官屯镇卫生院	
9	庆云县人民医院	庆云县严务乡中心卫生院
10	平原县第一人民医院	坊子乡医院
		张华中心卫生院
		前曹镇卫生院
	平原县中医院	恩城镇卫生院
平原县妇幼保健院	龙门社区卫生服务中心	
11	临邑县人民医院	宿安乡卫生院
		孟寺中心卫生院
		临南中心卫生院
	临邑县中医院	临南中心卫生院
		兴隆卫生院

12	武城县人民医院	老城中心卫生院
		郝王庄镇中心卫生院
		鲁权屯镇中心卫生院
		鲁权屯镇中心卫生院分院
		四女寺镇中心卫生院
	武城县中医院	老城中心卫生院杨庄分院
		武城镇卫生院
		甲马营镇卫生院
		广运街道办卫生院
		李家户镇卫生院
13	夏津县人民医院	夏津县南城镇卫生院
		夏津县宋楼镇卫生院
		夏津县新盛店真卫生院
	夏津县中医院	夏津县苏留庄中心卫生院
		夏津县雷集镇卫生院
		夏津县银城街道社区服务中心
		夏津县银城街道社区服务中心
14	宁津县人民医院	宁津镇卫生院
		大柳镇卫生院
		长官镇中心卫生院
		长官镇中心卫生院田庄分院
		杜集镇卫生院
		杜集镇卫生院常洼分院
		柴胡店中心卫生院
		柴胡店中心卫生院尤集分院
		张大庄中心卫生院

	宁津县中医院	刘营伍乡卫生院
		相衙镇卫生院
		保店镇中心卫生院
		时集镇卫生院
		大曹镇卫生院
		保店镇中心卫生院长宅分院
		大曹镇卫生院张傲分院

德州市卫生和计划生育委员会 德州市扶贫开发领导小组办公室

文件

德卫医字〔2016〕11号

关于开展“卫生下乡 精准扶贫”公益救助 活动的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、社会事务管理局）、扶贫办：

为积极响应国家“精准扶贫”指示精神，帮助我市更多家庭贫困、就医困难、行动不便的贫困患者摆脱白内障、翼状胬肉、泪道疾病等常见致盲性眼病带来的困扰，让更多贫困人群享受新医改政策下的社会福利，德州市卫生计生委、德州市扶贫办联合德州爱尔眼科医院共同启动“卫生下乡 精准扶贫”公益救助活动，并制定了《德州市“卫生下乡 精准扶贫”公益救助活动实施方案》，现印发给你们，请认真组织实施。

德州市卫生和计划生育委员会 德州市扶贫开发领导小组办公室

2016年4月12日

（信息公开形式：主动公开）

德州市“卫生下乡 精准扶贫”公益活动实施方案

一、目的意义

为帮助我市县级贫困村，家庭贫困、就医困难、行动不便的贫困患者摆脱白内障、翼状胬肉、泪道疾病、视力低下等常见致盲性眼病带来的困扰，让更多贫困眼疾病人重现光明，提高生活质量，享受到党和政府的温暖。

二、活动名称

“卫生下乡 精准扶贫”公益救助活动。

三、活动时间

2016年4月至2018年4月。

四、救助对象

- （一）德州市辖区内参加社保统筹的贫困城乡居民；
- （二）优先安排县级贫困村的患白内障、翼状胬肉、泪道疾病、视力低下等患者（县级贫困村名单见附件2）；
- （三）县级贫困村以外的贫困眼疾患者。

五、救助人数

救助3000人（具体分配表见附件1）。

六、救助内容

- （一）免费眼健康保健知识宣教，免费发放眼健康保健资料；
- （二）眼科专家免费提供眼健康检查；
- （三）卫生下乡扶贫眼病爱心救助服务。
 - 1、经检查有眼底病的患者（糖尿病视网膜病变、视网膜脱离、玻璃体出血、黄斑裂孔等），适应手术治疗按照收费标准医保报销以外，医院每

例减免 1888 元，非手术患者每例减免 888 元。

2、慢性泪囊炎和新生儿鼻泪管阻塞性泪囊炎，适应手术者免手术费、治疗费、检查费、住院费，收围手术期药费 300 元。

3、翼状胬肉、睑内翻、倒睫、外眼病患者，适应手术者减免手术费、住院费、检查费、处置费，仅收围手术期药费 99 元。

4、检查出的白内障患者免检查费、手术费、住院费，适应症手术患者每人仅收 300 元药费。

5、对有近视、远光、散光、老花眼的患者制定视力矫正方案，减免价值 200 元的检查项目，免费提供眼镜清洗、维修服务。

6、对患高度近视、斜弱视的青少年建立健康档案，跟踪服务。

七、组织实施

（一）由德州市卫生计生委、德州市扶贫办联合德州爱尔眼科医院发起，由爱尔眼科医院具体实施，各县市区卫生计生行政部门和扶贫办负责本辖区活动具体组织，各乡镇卫生院、社区服务中心负责宣传、发动、人员组织。

（二）德州爱尔眼科医院组成专家医疗队在全市范围内开展眼科疾病预防保健知识培训；为各乡镇、街道视力低下或患糖尿病的患者进行眼底照相检查，检查中发现近视、远光、散光、老花眼的群众有配镜意向的，可现场配镜。

（三）各乡镇卫生院、社区卫生服务中心由专人负责本区域内活动具体实施安排，通知辖区内的社区门诊、卫生室，配合做好专家医疗队义诊活动的宣传和组织工作，专家医疗队义诊可与乡镇卫生院公共卫生健康体检同步进行。

（四）各乡镇卫生院、社区卫生服务中心将本辖区内老年人、高血压病、糖尿病居民健康档案信息与医疗队共享，社区门诊、村庄卫生室对本

辖区内高血压、糖尿病建档人员逐一通知，并负责组织相关人员到查体现场，专家医疗队依据建档人数合理安排医疗力量。

（五）德州爱尔眼科医院专家医疗队对检查中所发现的白内障、糖网病、眼底病、翼状胬肉、泪道疾病等适应手术患者，由辖区内乡镇、街道的医疗机构核实后，统一组织并安排手术。

（六）检查中所发现符合手术条件的患者，与爱尔眼科医院签订“自愿治疗同意书”。由爱尔眼科医院负责治疗，患者家属负责陪护，德州爱尔眼科医院安排车辆集中免费接至医院，术后自行返回。

（七）本次活动治愈后的患者名单、术后情况，由爱尔眼科医院负责统计，并每三个月一次上报德州市卫生计生委、德州市扶贫办。

- 附件：1、德州市“卫生下乡 精准扶贫”公益活动分配表
2、2016年全市剩余的未脱贫贫困村明细表

附件 1

德州市“卫生下乡 精准扶贫”公益活动分配表

单位	数量
德城区	140
宁津县	240
平原县	300
武城县	280
夏津县	280
庆云县	240
陵城区	280
禹城市	240
乐陵市	300
齐河县	240
临邑县	300
经济开发区	80
运河开发区	80
合计	3000

附件 2

2016 年全市剩余的未脱贫贫困村明细表

县市区	乡镇	村
陵城区 (62)	糜镇 (12)	小王、兰王、小河涯、崔家、马家、吴龙、梅家、北于、修家、李官屯、湾头、糜镇街;
	神头 (12)	北街、老李、前圣、东小李、付店、圈刘、杜刘、东蔡、肖文图、前屯、李屯、马集;
	滋镇 (2)	高马社区、宋杨社区
	项目东区 (2)	孙家胡同、生金刘社区
	开发区 (2)	大刘、董家阁
	陵城镇 (3)	五李社区、三龙候、陆家庙
	郑寨 (3)	陈大亮社区、李五清、李士若
	丁庄 (2)	董羊皮社区、大刘村
	宋家 (3)	高牛、王集、蜂李
	边镇 (2)	东华社区、前桐
	前孙 (2)	前孙、张架
	徽王庄 (3)	牛王社区、徽王社区、东西刘
	义渡口 (12)	马庙、庄科王、常家、才家、冷家、李志拔、丁赵、周家、解家、南高、毛李、大李
	于集 (2)	朱家社区、谭庄
禹城市 (38)	市中街道 (4)	要庄社区、廿十铺社区、丁刘社区、黄店
	房寺镇 (5)	茂徐、申庄、冯庄、马乜、黑王
	辛店镇 (3)	王石、辛店街社区、大秦社区
	梁家镇 (3)	王贵庭社区、张王社区、来凤社区
	伦镇 (12)	杨桥社区、堂子街社区、水坡杨、南韩、秦李社区、燕寨子社区、孙李社区、城子坡社区、簸箕王社区、官庄、赵梁社区、孙张社区
	辛寨镇 (2)	王战社区、堂李社区
	张庄镇 (2)	李元庄、前王
	安仁镇 (2)	贾寺社区、韩庄

	莒镇乡 (1)	董屯社区
	十里望镇 (2)	邵吴社区、郝高屯社区
	李屯乡 (1)	李法桥社区
	东城街道 (1)	新合社区
乐陵市 (69)	寨头堡 (2)	马道口、盖家
	丁坞镇 (3)	纪楼、前田河、齐家
	化楼乡 (3)	河刘、东郑、徐三保
	朱集镇 (4)	后周、小田、王双志、李小安
	胡家乡 (2)	大孟、张老头
	西段乡 (15)	王言、张元标、李小安、木头王、西赵、双李、韩油房、东大梁、张店、肖家、东崔、大岔河、小岔河、刘会主、后灶张
	孔镇镇 (4)	街西李、东大马、大宋、狄家
	郭家乡 (2)	大牛韩、南夏
	郑店镇 (4)	樊屯、后靳、黄集、奎台西
	杨安镇 (3)	解家、冯辛庄、前董
	大孙乡 (2)	吴官庄、辛集
	黄夹镇 (5)	苏李纸坊、杨纸坊、王香匠、胡纸坊、范纸坊
	花园镇 (3)	鞠家、张店、杨顶
	铁营乡 (2)	高文亭、张蝎子
云红街道 (15)	陈于、匡家、小张、朱桥、刘家、小李、谭家、梁家、张大夫、张瑟、孙堰、刘大堡、邢家、前屯、刘桥	
宁津县 (45)	相衙镇 (11)	编席杨村、惺悟寨、杨头村、后纸房村、化牛李、梳头李、马头张村、京城张村、谷白村、张程村、前纸村
	大曹镇 (11)	张鳌村、辛庄、黄河涯、包庄、野竹李、贾庄、董庄、张可村、东梁、刘槐村、南邢庄村
	刘营伍乡 (11)	龙潭、刘旺言、宋庄、河北张西村、河北张东村、寨西、崔寨、周庄、商西、孙华门、老君堂
	张大庄镇 (5)	大鱼李村、张香西村、白菜魏村、沈庄村、杏行村
	长官镇 (1)	田庄村
	杜集镇 (6)	王纸村、郭庙村、刘双全村、伍大庄村、小王村、红庙村
齐河县 (43)	赵官镇 (15)	官庄村、邵庄村、古河村、程官村、董寺村、李全村、东尹村、于宅村、大马村、小马村、刘庄村、东韩村、董桥村、付庄村、东水坡村

	胡官镇 (13)	赵官屯村、周苏村、胡官屯村、南李村、平穩村、宋庄村、孔老社区、云庄村、前楼村、武庄村、马集村、十八户村、曹庄村
	马集乡 (15)	苑庄村、西代村、吴庄村、秋王村、孙庄村、北方寺村、杨庄村、潘庄村、周庄村、李岢村、西郑村、后郑村、南方寺村、韩庄村、宋庄村
临邑县 (68)	孟寺镇 (16)	茂王 (程家社区)、北李 (孟寺社区)、王书 (沙洼社区)、耿辛 (耿刘社区)、官道王 (程家社区)、营子村 (刘钟楼社区)、郑家村 (孙安社区)、小张家村 (官家社区)、刘寨村 (官家社区)、小刘家村 (东张社区)、后孙村 (韩家社区)、马保 (马保社区)、咎家 (马保社区)、枣园 (马保社区)、油坊 (马保社区)、张六 (马保社区)
	理合务镇 (11)	白家 (谢家社区)、姜家 (沙于社区)、王辛 (王寨社区)、李官 (理合务社区)、牛家 (王寨社区)、谢家村 (谢家社区)、后王村 (夏家社区)、大蔺家村 (蔺家社区)、田庵村 (田庵社区)、孙镇村 (焦楼社区)、东官村 (蔺家社区)
	宿安乡 (5)	周家、邢仙龙、大徐、辛庄、西辛
	临邑镇 (5)	东苏、钟家、南赵家、大郭家、后庞
	兴隆镇 (5)	段家、刘友村、王士会、小辛庄、郎坊
	临南镇 (5)	宁寺、新星社区、黄瓜刘、边家、王常
	林子镇 (4)	东张、西张、小庞、董家
	翟家镇 (4)	毕家、前党、小周、小吝家
	德平镇 (5)	靳家、药王庙、刚家、张毛家、崔家
	恒源街道 (2)	草寺社区、沙河社区
	邢侗街道 (2)	南北庄、王杰半
	临盘街道办 (4)	前杨村、明家村、李士清村、钟王村
平原县 (68)	前曹镇 (17)	南油坊、金庄、郑庄、杨柳寺、尹屯、东何、崔寨、达子庙、吴家庙、吴韩、毛孙、三卢、东邵、中宋、簸箕张、前李、隋庄
	恩城镇 (16)	耿庄、胡庄、新庄、大董、后夏、孙庄、八里庄、闵庄、韩庄、北十里铺、陈屯、徐庄、小北关、刘庄、东于、邹庄
	王庙镇 (22)	朱于、张官府、裴庄、何庄、韩庄、李寨、车王庄东、郭庄、孙庄、常庄、后杠子李、张小、王木匠、张老虎、唐杜、王庄、辛屯、王庙、土地庙、洼后李、后王明、苏集
	三唐乡 (3)	唐楼、刘屯村、刘富寨村

	王凤楼镇 (7)	王河沟村、前芦村、后王村、西杨村、东杨村、双庙仇村、北潘村
	腰站镇 (3)	王双堂村、土屋村、宋范村
武城县 (60)	郝王庄镇 (9)	姜庄村、付庄村、陈庄村、小王庄村、草一村、草二村、大霍庄村、罗庄村、庞庄
	武城镇 (9)	小董王庄村、付王庄、东小屯、丁王庄村、董王庄、南北官、户王庄、野庄、东肖河
	李家户镇 (6)	大王庄村、辛庄村、梁庄村、西店村、郎寨、巩庄
	四女寺镇 (36)	罗寨社区、卜官屯、岳官屯、孙李庄社区、礼仪庄社区、高海、大刘庄、和洽社区、刘茂商社区、友和社区、东赵馆、李大楼、谢张庄、东刘庄社区、蔡东社区、韩铁社区、东吴庄、聂北社区、蔡西、和朋社区、和丽社区、五屯、和惠社区、卧虎庄、高庄、四女寺村、达官营、馆庄社区、三合社区、东吴庄社区、张官寺社区、佛堂社区、和兴社区、白庄、大孙庄村、庙留庄村
夏津县 (62)	苏留庄镇 (25)	北铺店村、南双庙村、东韩村、西韩村、蔡庄村、郭堤口村、北双庙村、大王庄村、报效屯村、前杏村、北郭寨村、霍庄村、东闫庙村、东杨庄村、刘曹庄村、毛王庄村、西闫庙村、东管庄村、前周村、北于庄、苏留庄村、谢庄村、小石堂村、左堤村、于家仓村
	南城镇 (10)	贾庄、南刘庄村、拐里三村、丁坊村、王仁庄村、赵坊村、白庙村、王井村、大殿庄村、小殿庄村
	雷集镇 (15)	康寺、前魏寨村、后魏寨村、杨庄村、陈尤庄村、小郭庄村、朱庄村、郑庄村、郭蔡庄村、肖庄村、左庄村、大官屯村、马官屯村、小石庄村、申张大村
	银城街道 (12)	马道村、前籽粒屯、四联社区、十五里铺、冉庄村、东淡官屯村、北淡官屯村、南淡官屯村、代庄村、后赵庄村、西淡官屯村、王皮庄村
庆云县 (51)	尚堂镇 (19)	东撒、西撒、东白、西白、大郝、兴隆店、颊河徐、菜张、西冯、枣王、西吴、南侯、朱家、西郎坞、西仓、中仓、和睦程、李赤城、东刘
	庆云镇 (7)	张桃符、石佛寺、一陈、慈家、前马、陶家、韦家
	崔口镇 (10)	一屯、二屯、三屯、四屯、杨程赵、陈庄、崔东南、崔西北、张庄、黄屯
	徐园子乡 (8)	杨道口、后安务、东安务、西安务、苏家、周家、黄道口、马古台
	东辛店 (7)	北赵、大李、鲁家、西阁、坊子、王铁匠、大范

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕56号

关于印发《德州市健康扶贫“八个一”工程 工作方案》的通知

各县（市、区）卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位，委机关各科室：

为进一步加快我市健康扶贫工作，按照省卫生计生委健康扶贫工作的部署，经研究，制定《德州市健康扶贫“八个一”工程工作方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。工作中如遇到问题，请及时反馈我委。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年10月8日

（信息公开形式：主动公开）

德州市健康扶贫“八个一”工程工作方案

为深入推进卫生计生健康扶贫工作，强化任务目标，真正将卫生计生便民惠民措施落到实处，按照省卫生计生委工作部署，根据《健康扶贫“八个一”工程实施方案》，结合我市实际，制定本工作方案。

一、工作对象

德州市全部建档立卡的贫困人口。

二、工作内容

确定一所定点医疗机构，明确一个家庭医生团队，签订一份服务协议，制作一张健康卡，进行一次健康查体，建立一个健康档案，组织一次健康会诊，发放一张健康明白纸。

三、工作目标

根据《山东省健康扶贫实施方案》、《德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案》要求，2016年5月底前，以县为单位，“八个一”工程全部落实到位。通过健康扶贫“八个一”工程的实施，多方整合医疗卫生资源，引导医疗资源向贫困地区流动，促进健康扶贫政策聚焦贫困人口，补齐贫困地区医疗服务“短板”，推动医疗、公卫、健康管理服务水平的全面提升。为患病贫困人口提供精准医疗服务和全过程健康管理服务，保障贫困居民有病能够得到及时、有效救治，患病贫困人口基本医疗保障、基本公共卫生服务指标接近全省平均水平。开展针对性健康宣传教育，提升贫困居民健康素养和保健水平，全面提高贫困群众的满意度和获得感。

四、工作重点

（一）确定一所定点医疗机构。各县（市、区）卫生计生行政部门综合考虑患病贫困人口病种、病情和医疗机构服务半径、服务能力等情况，为患病贫困人口确定一所优质、方便、快捷的定点医疗机构，并悬挂明显标识。贫困人口到定点医疗机构就诊，按省卫生计生委《便民惠民医疗服

务工作方案》有关要求执行。定点医疗机构为乡镇卫生院或社区卫生中心的，还要确定一家县级医疗机构为定点医院，以满足分类救治的需要。

（二）明确一个家庭医生团队。县级卫生计生行政部门统筹辖区医疗卫生资源，成立主要由家庭医生（含全科医生、乡村医生等）、护士、公共卫生医师（含助理公共卫生医师）等组成的家庭医生服务团队，为患病贫困人口提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。在患病贫困居民自愿的基础上，为其选择1个家庭医生团队签订服务协议，明确签约服务内容、方式、期限等事项。

（三）签订一份服务协议书。各定点医疗机构和签约家庭医生团队要结合贫困居民患病情况，对其健康状况评估、健康教育、基本医疗和基本公共卫生服务、转诊等签订服务协议。严格执行服务协议，不断提升服务质量，真正做到服务健康、利民惠民。

（四）制作一张健康卡。各县（市、区）卫生计生行政部门要在贫困人口信息数据的基础上，依托基层医生队伍和计划生育服务网络，精心设计和制作扶贫健康卡，免费发放到每一名贫困居民手中。扶贫健康卡要具备支撑签约服务、就医一卡通、先诊疗后付费、“一站式”结算、远程医疗等功能，方便群众就医结算。

（五）进行一次健康查体。结合基本公共卫生服务项目开展，统筹辖区内的县、乡、村医疗卫生资源，组织医疗卫生机构为贫困人口每年进行一次免费健康查体和主要疾病筛查。对筛查出的患病贫困人口，按照“乡镇卫生院首诊、县乡医疗机构双向转诊和家庭医生团队服务相结合”要求，制定精准治疗方案。

（六）建立一个健康档案。在基本公共卫生服务项目中已有健康档案的基础上，结合健康查体和疾病筛查结果，进一步完善患病贫困居民健康档案的个人基本情况、健康体检信息和诊疗记录，建立一份准确、科学、完整的居民健康档案。根据健康状况开展医疗随访、慢病管理或康复指导等服务。

(七) 组织一次健康会诊。针对重大疾病贫困患者，由就诊医疗机构组织相关领域和专业的医疗专家开展一次健康会诊，拟定个性化的治疗建议和方案。

(八) 发放一张健康明白纸。要开展患病贫困人口的健康宣传教育，通过发放健康明白纸等方式，引导居民学习掌握健康知识和必要的健康技能，促进树立健康意识，养成良好的生活方式，降低或消除影响健康的危险因素，提高疾病防控能力。健康明白纸要区分不同地域和不同人群，拟定不同的宣传内容，体现地方性、个性化和针对性。

五、工作要求

(一) 加强组织领导。各县(市、区)卫生计生行政部门和医疗卫生机构要提高思想认识，把“八个一”工程抓细抓实。市卫生计生委主要负责活动的协调、衔接、督促检查工作，指导县级卫生计生行政部门按通知要求开展好活动。县级卫生行政部门要加强组织领导，突出主体责任，制定周密工作方案，确定时间表、路线图，细化任务分工，层层压实责任。文件下发15日内，各县(市、区)卫生计生行政部门要将“八个一”工程具体工作方案及进展情况报市卫生计生委备案。“健康扶贫家庭医生签约服务协议书”、“健康扶贫明白纸”、“居民健康卡”、“健康扶贫定点医疗机构”的模板，各县(市、区)卫生计生行政部门可根据自身实际，依据省卫生计生委参考模板进行制作。

(二) 做好沟通配合。各县(市、区)卫生计生行政部门要会同人力资源社会保障、民政等部门，对于居民医保和大病保险支付后自付费用仍有困难的，加大医疗救助、临时救助、慈善救助帮扶力度。要加强与扶贫办、村(居)委会的沟通协作，加强对贫困对象的动态管理，做到定期核查、及时增减、全面覆盖，真正惠及困难群众，体现政策的公平、公正。

(三) 加大宣传力度。各县(市、区)卫生计生行政部门要广泛宣传健康扶贫“八个一”工程有关政策，及时挖掘和总结在工作中出现的好经验、好典型，将政策宣讲到村、到户、到人，营造良好的卫生计生健康扶

贫氛围。

（四）强化督导检查。市卫生计生委将把健康扶贫“八个一”工程开展情况纳入健康扶贫的考核指标体系，从今年开始，每年都要对实施效果进行综合考核评价。对重视不够、工作开展不力的单位和个人，将视具体情况予以通报批评或问责处理。

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕55号

关于印发《2016年德州市患病贫困人口 分类救治方案》的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位：

现将《2016年德州市患病贫困人口分类救治方案》印发给你们，请按照有关工作要求，结合工作实际，认真抓好贯彻落实，确保工作取得实效。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年10月8日

（信息公开形式：主动公开）

2016年德州市患病贫困人口分类救治方案

一、目标任务

按照国家、省工作要求，2016-2018年，对全市患93种疾病的24957名贫困人口按照“442”（每年分别完成总任务量的40%、40%、20%）的工作进度，实行分类救治。根据省卫生计生委患病贫困人口分类救治方案工作要求，2016年，集中对37个病种、10534人（占患病贫困人口的42.24%）患病贫困人口进行分类救治。

二、救治原则

（一）分类救治，统筹推进。能够一次性治愈的，组织专家集中力量实施治疗；需要住院维持治疗的，由就近具备能力的医疗机构实施治疗；需要长期治疗和健康管理的，由基层医疗卫生机构在上级医疗机构指导下实施治疗和康复管理。

（二）属地为主，上下联动。以县级卫生计生部门为主体，原则上所有疾病在县级及基层医疗机构救治，对于技术水平或救治条件难以达到的，可转诊至市直医疗卫生单位，也可转诊至省直医疗卫生单位，或积极协调专家前往指导救治。

三、主要措施

（一）国家卫生计生委确定的9种大病（儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏房间隔缺损、儿童先天性心脏室间隔缺损、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病，我市在93个病种调查摸底范围内的共886人，占患病贫困总人口的3.55%），在国家分类救治方案出台前，各县（市、区）要在加强对患病贫困人口的健康管理和定期随访的基础上，根据本地医疗条件开展救治活动。待国家分类救治方案出台后，各县（市、区）及各医疗机构按照方案要求，对患病贫困人口进行分类救治。

(二) 省卫生计生委确定的 28 种疾病，我市在 93 个病种调查摸底范围中共 9648 人（占患病贫困总人口的 38.66%），在由省属医疗卫生单位牵头制定救治方案的基础上，市直有关医疗卫生单位及其他医疗机构协同配合，县、乡医疗卫生机构作为责任主体，上下联动，分类集中救治。

1、对于社会影响较大、疗效确切、可一次性治愈的 21 种疾病，我市共 4205 人（占患病贫困总人口的 16.85%），按照省制定的诊疗方案，明确临床路径，控制医疗费用，切实减轻贫困大病患者费用负担。脊椎关节强硬、进行性结构性脊柱侧突、中枢神经系统炎性疾病、重型子宫内膜异位、重症女性生殖器脱垂、尿道下裂、急性心肌梗塞、急性胰腺炎、重症败血症、先天性闭锁、风湿性心脏病由德州市人民医院协同配合救治；多部位骨折、关节病（髌、膝）由德州康正骨科医院协同配合救治；老年性白内障、青光眼、视网膜脱离和断裂由德州爱尔眼科医院协同配合救治；鼻咽癌、睾丸癌、甲状腺癌由德州市第二人民医院协同配合救治；先天性唇腭裂由“微笑列车唇腭裂修复慈善项目”合作医院德州市人民医院牵头实施救治；儿童人工耳蜗植入术由“人工耳蜗康复项目”定点医院牵头实施救治，德州市人民医院协同配合救治。

2、对于需住院维持治疗的 2 种疾病、共 2583 人（占患病贫困总人口的 10.35%），由就近具备能力的专业医疗机构实施治疗。重性精神疾病、肺结核病由德州市第二人民医院协同配合救治。

3、对于需长期治疗和康复的 5 种疾病、共 2860 人（占患病贫困总人口的 11.46%），由基层医疗卫生机构在省牵头单位、市协同配合单位和上级医疗机构指导下实施治疗和康复管理。慢性阻塞性肺气肿、血友病由德州市人民医院协同配合救治；糖尿病由德州市中医院协同配合救治；儿童苯丙酮尿症由德州市妇女儿童医院协同配合救治。根据摸底调查，我市目前患病贫困人口中无艾滋病患者。如有病例，则由德州市人民医院根据省制定的救治方案进行救治。

(三) 其余 60 种疾病（占患病贫困总人口的 57.76%），以及 93 种疾病之外的非常见疾病，2017、2018 年，按照《山东省健康扶贫实施方案》、

《德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案》的要求，认真落实“八个一”工程和“先治疗、后结算”机制，按年度组织好分类救治。

四、医疗保障

（一）严格执行居民医疗保险及医疗救助政策。深入贯彻国家卫生计生委、国务院扶贫办等15部委《关于实施健康扶贫工程的指导意见》（国卫财务发〔2016〕26号）、《山东省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的实施意见的通知》（鲁政办发〔2015〕54号）、《德州市关于调整农村贫困人口基本医疗保险待遇的通知》（德人社〔2016〕32号）等文件精神，全面落实建档立卡贫困人口城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、重特大疾病医疗救助政策。各县市区卫生计生行政部门要及时与人社部门沟通，严格执行医保对农村贫困人口实行起付线减半、报销比例提高5%、及时结算等政策。在定点医疗机构设立综合服务窗口，努力实现基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、医疗救助“一站式”信息对接和即时结算，贫困患者只需在出院时支付自付医疗费用。

（二）医疗卫生机构减免。各级医疗机构要充分发挥公立医疗机构的公益性质，在推行“先诊疗、后付费”机制、“两免两减半”（便民惠民门诊对建档立卡的贫困患者免收个人自付的普通门诊挂号费、诊查费，减半收取专家门诊诊查费及大型设备检查费）等便民惠民措施基础上，立足实际，量力而行，对贫困患者进行医疗费用减免和专项救助。

（三）积极探索健康扶贫新模式。各级卫生计生行政部门要积极建言献策，积极学习兄弟县市区的先进经验，积极探索商业补充医疗保险新模式，促进健康扶贫工程深入开展。

（四）吸引社会各方参与。鼓励支持群团组织、慈善机构、社会办医疗机构、爱心企业、社会组织、个人通过多种方式，积极参与患病贫困人口救治。

五、责任分工

（一）市卫生计生委将严格落实“月调度、季通报、半年督导、年度

考核”机制，加大健康扶贫工作的宣传力度，加强督导检查，对发现的问题及时反馈并责令整改。认真评估阶段工作，总结推广好的经验和做法，积极推进我市健康扶贫工作。

（二）各协同配合救治单位要结合国家、省级重大救治项目和健康扶贫政策措施，按照省属医疗卫生单位制定的救治方案，明确各病种治疗部门和医疗团队，细化工作流程和目标责任，承上启下做好各类疾病的技术指导、因病施治和业务培训工作。组织优秀医、护、技人员成立“微组团”式医疗队，到各县（市、区）开展巡回医疗和技术培训，帮助和指导基层医疗机构合理安排患者筛查、诊断和治疗，严格治疗标准和操作规范，确保每一名患病贫困人口得到高标准、高质量的救治。自文件下发20日内，各协同配合单位要确定各病种的救治部门、医疗团队名单、基本救治方案等，形成正式文件报市卫生计生委备案。

（三）各县（市、区）卫生计生行政部门和医疗单位，要对照《山东省健康扶贫实施方案》及其配套文件，以及《德州市卫生计生健康扶贫工作实施方案》的标准和要求，逐乡、逐村建立93种疾病“一对一”备案制度，逐户逐人落实好“八个一”工程、“先诊疗、后付费”机制等便民惠民措施。自文件下发20日内，各县（市、区）卫生计生行政部门要将患病贫困人口救治工作方案报市卫生计生委备案。

（四）乡镇卫生院、村卫生室要在牵头、协同配合单位和上级医疗卫生机构的指导下，认真做好疾病救治和健康管理工作，确保村不漏户、户不漏人，精准施策，精细到人。

- 附件：1、2016年全市集中救治病种明细表
2、2016年全市集中救治病种任务清单
3、“微笑列车唇腭裂修复慈善项目”、“人工耳蜗
康复项目”定点（合作）医院名单

附件 1

可一次性治愈的疾病救治明细表

病种名称	治疗医院等级	手术指征	临床路径	治愈或好转标准	医疗保障	社会救助政策	市直协同配合救治医院
1. 急性心肌梗塞	1. 原则上应在二级以上医疗机构进行溶栓或直接 PCI 术； 2. 所有行 PCI 术的医院应获得山东省卫计委医政医管处相关准入资质。	直接 PCI 手术指征： 1. 发病 12h 内的 ST 段抬高型心肌梗死或新发左束支传导阻滞； 2. ST 段抬高型心肌梗死伴心源性休克或心力衰竭（不受发病时间限制）； 3. ST 段抬高型心肌梗死发病 12h 后仍有缺血胸痛或致命性心律失常； 4. 对就诊延迟（发病后 12-48h）并具有临床和（或）心电图缺血证据的患者行直接 PCI； 5. 建议所有患者溶栓后 24h 内行冠脉造影并对相关血管进行血运重建； 6. 对溶栓失败患者进行急诊补救性 PCI 溶栓成功后出现再发缺血、血流动力学不稳定、危机生命的心律失常或再次闭塞证据时建议急诊 PCI	参照山东省卫生厅 2009 年《急性 ST 段抬高性心肌梗死介入治疗临床路径》。	因心肌细胞为不可再生细胞、冠状动脉病变情况不可预知，具体好转标准应以具体临床情况为准 1. 症状：胸痛或其等同症状缓解； 2. 心电图：ST 抬高导联回落 50%； 3. 心肌酶学：心肌损伤标记物达到峰值后逐渐回落至基线水平； 4. 造影标准：溶栓后造影提示梗死相关动脉血流达到 TIMI2-3 级，介入治疗后靶血管 TIMI 血流 3 级或较基线水平好转； 5. 患者出院后应积极控制心血管危险因素，进行科学合理的二级预防。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 救治机构可执行本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市人民医院 张之营（副院长） 13969233816 张旭斌（医务科长） 13905344932

<p>2. 风湿性心脏病</p>	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行手术； 2. 行风湿性心脏病手术医师，需具备四级手术资质； 3. 复杂风湿性心脏病、心功能差的患者需转院至具备资质的医院；</p>	<p>一、二尖瓣狭窄手术指征：1 有症状（心功能 III-IV 级）的中、重度狭窄患者，下述情况有指征是行二尖瓣外科手术（尽可能实行修复术）：①没有实行经皮二尖瓣球囊成形术的能力；②尽管抗凝但是仍有左房血栓，或伴中、重度二尖瓣反流，禁忌实行球囊成形术；③有一定手术风险的患者，瓣膜形态不适合球囊成形。2. 有症状中、重度二尖瓣狭窄合并中、重度二尖瓣反流的患者。 二、二尖瓣反流的手术指征：1. 有症状的急性反流患者。2. 慢性严重反流、心功能 II-IV 级，没有严重的左心室功能不全的患者（严重左心室功能不全定义为射血分数 < 30%）和（或）收缩末期内径 > 55mm 的患者。3. 没有症状的慢性严重反流患者，伴轻、中度左心室功能不全、射血分数 0.30-0.60，和（或）收缩末期内径 ≥ 40mm。4. 建议行二尖瓣修复而不是二尖瓣置换。 三、主动脉瓣狭窄手术指征：1. 有症状的患者。2. 严重主动脉瓣狭窄患者行 CABG 时。3. 严重主动脉瓣狭窄患者并且左心室收缩功能不全（EF < 0.5）时。 四、主动脉瓣手术指征：1. 有严重症状的患者；2. 慢性严重反流和静息左心室收缩功能不全（EF < 0.50）的无症状患者。3. 慢性严重反流患者行 CABG 手术时。 五、总之：1. 无论是主动脉瓣病变还是二尖瓣病变，只要有劳累后心慌、憋气、呼吸困难、或者咳嗽、痰多、曾双下肢肿胀，或曾有过栓塞史等，心功能 III-IV 级者。2. 瓣膜反流者，左室舒张期内径 ≥ 55mm，或者能听到舒张期杂音；主动脉压差 ≥ 50mmHg。3. 瓣膜狭窄者，主动脉跨瓣压差 ≥ 50mmHg。</p>	<p>参照心外科瓣膜治疗标准。</p>	<p>1. 心功能恢复良好，可以进行日常活动。 2. 复查心超结果良好，心功能改善。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州市人民医院张之营（副院长） 13969233816 张旭斌（医务科科长） 13905344932</p>
------------------	--	--	---------------------	--	---	---	---

3. 关节病 (髋、膝)	二级以上医院均可。	TKA (全膝关节置换): 1. 严重髋关节炎; 2. RA 累及双膝; 3. AS 累及双膝; 4. 创伤性膝关节炎。 THA (全髋关节置换): 1. 骨性关节炎; 2. 股骨头坏死; 3. 股骨颈骨折 (Garden III 型以上)。	参照山东省卫生厅临床路径。	1. 术后 4 周活动度基本正常; 2. 弃拐无痛行走; 3. 伤口愈合化验结果正常; 4. 假体位置正常。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州康正骨科医院 韩军 (院长) 13475150910 王红君 (副院长) 15153419110
4. 老年性 白内障	1. 原则上是以二级以上医院进行手术。 2. 按照三级专科医院标准设置的眼科专科医院。	1. 晶体混浊, 影响日常生活; 2. 晶状体混浊影响眼后节疾病的诊治; 3. 晶状体混浊引起炎症, 房角关闭等。	参照卫生部 2009 版《老年性白内障临床路径》。	1. 视力较术前不同程度的提高; 2. 人工晶体位正, 眼底清晰可见, 利于眼底疾病的诊治; 3. 改善术前炎症反应, 房角开放。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	纳入“齐鲁光明行”项目, 治疗过程中对建档贫困患者施行免费治疗的原则, 免挂号费、诊疗费、手术费、住院费。	德州爱尔眼科医院 刘佩荣 (院长助理) 17853411099 刘晓 (医务部助理) 13505345801

<p>5. 先天性唇腭裂</p>	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行手术; 2. 对于腭裂术后腭咽闭合不全和先天性腭咽闭合不全的病人需要有经验的医师进行手术。</p>	<p>1. 先天性唇裂 (包括单侧和双侧的唇隐裂, I 度, II 度, III 度唇裂); 2. 唇裂术后鼻唇畸形的二期修复(单侧, 双侧); 3. 先天性腭裂 (包括腭隐裂, I 度, II 度, III 度腭裂); 4. 腭裂术后腭咽闭合不全, 腭痿; 5. 先天性牙槽嵴裂 (单侧, 双侧); 6. 先天性腭咽闭合不全。</p>	<p>一期的先天性唇裂 (包括单侧和双侧的唇隐裂, I 度, II 度, III 度唇裂), 先天性腭裂 (包括腭隐裂, I 度, II 度, III 度腭裂) 已进入临床路径。</p>	<p>1. 唇裂缝合裂隙, 术后瘢痕不明显, 唇红缘整齐, 鼻部无明显歪斜, 双侧对称。 2. 腭裂缝合裂隙, 无腭痿, 术后语言评估接近正常。 3. 牙槽嵴裂: 术后封闭口鼻腔痿, 植入骨质无感染 4. 唇裂二期修复病人: 鼻畸形以及唇部畸形有明显改善 5. 腭裂术后腭咽闭合不全, 腭痿和先天性腭咽闭合不全的病人术后无痿孔, 语言评估接近正常。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>由“微笑列车唇腭裂修复慈善项目”合作医院免费实施救治。</p>	<p>德州市人民医院张之营 (副院长) 13969233816 张旭斌(医务科科长) 13905344932</p>
<p>6. 青光眼</p>	<p>1、原则上二级以上医疗机构进行手术; 2、小梁切除术可在二级以上医疗机构; 3、青光眼白内障联合手术需转至三级医院治疗及手术; 4、复杂性、难治性青光眼及恶性青光眼需转诊至三级医院。</p>	<p>1、开角型青光眼中晚期; 2、药物或激光控制眼压不佳者; 3、病人不能按时随诊, 不能遵从药物治疗者; 4、闭角型青光眼房角粘连大于 180 度; 5、闭角型青光眼同时合并白内障者; 6、先天性青光眼患者; 7、各种继发性青光眼, 药物不能控制者。</p>	<p>参照卫生部 2009 年《原发性急性闭角型青光眼临床路径》。</p>	<p>好转标准为眼压控制在 8-21mmHg; 视野稳定。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州爱尔眼科医院 刘佩荣(院长助理) 17853411099 刘晓(医务部助理) 13505345801</p>

7. 甲状腺癌	1. 原则上应在二级以上医疗机构进行甲状腺腺叶切除手术；2. 中央区清扫和侧颈部淋巴结清扫手术应在三级医院进行；3. 甲状腺癌根治手术在三级医院进行。	1. 甲状腺结节小于1cm, 可以观察；2. 甲状腺大于1cm 以上的考虑恶性的, 可以手术；3. 有临床压迫症状的可以手术；4. 异位或胸骨后甲状腺可以手术；5. 巨大的甲状腺肿块, 可以手术；6 病理诊断为乳头状、滤泡性、髓样的甲状腺癌, 都需手术切除治疗；7. 甲状腺未分化癌采取放疗化疗等综合治疗。	参照山东省卫生厅《甲状腺癌临床路径》。	1. 没有肿瘤临床表现。2. 影像学检查无肿瘤表现。3. 血液学检查, TSH 抑制状态下甲状腺球蛋白小于 0.1ng/ml； TSH 刺激状态下, 甲状腺球蛋白小于 1ng/ml。4. 生存 5 年以上。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市第二人民医院 沙广强(纪检书记) 13605348206 高杰(医务科长) 13853487118
8. 鼻咽癌	有放疗资质的三级医院进行放疗	放疗结束后 1-3 月颈部淋巴结如不消退, 经超声检查有明显血流可考虑手术切除。	参照 09 版鼻咽癌放疗临床路径。	CT 或 MRI 扫描病灶完全消失。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市第二人民医院 沙广强(纪检书记) 13605348206 高杰(医务科长) 13853487118
9. 睾丸癌	1. 单纯睾丸癌切除于二级以上医院完成。2. 腹膜后及盆腔淋巴结清扫于三级以上医院完成。3. 术后辅助放疗、化疗建议三级以上医院完成。	1. 无远处转移的睾丸实性占位。2. 有远处转移, 睾丸肿物较大, 影响患者生活质量。3. 身体条件可耐受麻醉。	参照山东省卫生厅 2009 年《睾丸癌临床路径》。	1. 早期睾丸癌术后 5 年无复发及远处转移 2. 晚期睾丸癌转移病灶减小或消失, 且 5 年内无进展。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。		德州市第二人民医院 沙广强(纪检书记) 13605348206 高杰(医务科长) 13853487118

10. 重症败血症	<p>1. 原则上在二级以上医疗机构进行;</p> <p>2. 如病情明显加重, 出现感染性休克、严重脏器功能衰竭或弥散性血管内凝血等, 需转至三级医院;</p> <p>3. 存在原发或转移性感染病灶, 需要手术去除或引流者, 如所在医院无法开展相关手术, 建议转至具备手术资质的医院。</p>	<p>存在原发或转移性感染病灶, 需要手术去除或引流者(如脓胸、腹腔脓肿、肝脓肿、脑脓肿、严重颅内感染、严重皮肤软组织感染、肠坏死或肠穿孔、肠梗阻、严重感染性肠炎、化脓性梗阻性胆管炎、重症胰腺炎、腹腔间室综合征、骨室筋膜综合征、严重肢体坏死或坏疽、重症肺炎、严重复杂盆腔脓肿、严重复杂肾周脓肿、严重复杂植入物感染、严重播散性血流感染、产褥感染等等)。</p>	参照“大病”临床路径(2015版)-陈竺。	<p>1. 治疗至体温正常及感染症状、体征消失后5-10天;</p> <p>2. 合并感染性心内膜炎患者抗菌治疗4-6周;</p> <p>3. 无严重基础疾病、无感染病灶患者, 可在室内活动;</p> <p>4. 原发或转移性感染病灶未愈者, 可在院外继续完成治疗方案。</p>	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	德州市人民医院张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长) 13905344932
11. 中枢神经系统炎性疾病	<p>1. 轻症患者可在具有腰穿及相关检查条件的二级以上医疗机构住院诊治;</p> <p>2. 重症患者/有意识障碍的患者/特殊病原体感染患者需转至三级医院或具备资质的相关专科医院(如山东省传染病医院/山东省结核病院)住院规范诊治。</p>	内科疾病, 无手术指征。	参照病毒性脑炎临床路径(卫生部2010年版)。	<p>1. 临床评估: 临床症状好转或消失, 体格检查脑膜刺激征消失, 神经功能缺损好转或基本恢复; 2. 实验室检查: 腰穿脑脊液压力、常规、生化等各项检查均恢复正常或较前明显好转, 脑脊液病原学检查阴性;</p> <p>3. 脑电图检查: 较前好转或恢复正常。</p> <p>4. 影像学检查: 颅脑MRI病灶较前缩小或消失。</p>	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	德州市人民医院张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长) 13905344932

12. 视网膜脱离和断裂	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行手术；</p> <p>2. 玻璃体切割术需要三级医院(如山东施尔明眼科医院)开展；</p> <p>3. 需要联合手术,例白内障联合玻璃体切割手术应在三级医院(如山东施尔明眼科医院)开展；</p> <p>4. 巩膜外垫压手术可在二级以上医院开展。</p>	<p>1. 视力下降；</p> <p>2. 眼底检查：视网膜青灰色隆起,可能累及黄斑区；</p> <p>3. B超示眼内有与球壁相连的条带状异常回声。</p>	参照卫生部 2009 版《单纯性孔源性视网膜脱离临床路径》。	<p>1. 局部标准：视网膜与眼球壁贴复；</p> <p>2. 视力不同程度提高,少数病人视力不提高；</p> <p>3. 眼底检查视网膜色红润。</p>	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可自行制定本单位的优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州爱尔眼科医院 刘佩荣(院长助理) 17853411099 刘晓(医务部助理) 13505345801</p>
13. 急性胰腺炎	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行治疗。</p> <p>2. 重症胰腺炎并发症需行内引流、清创等处理时,需相应资质医生。</p>	<p>1. 胰腺坏死合并感染：在严密监测下考虑手术治疗,行坏死组织清除及引流术。</p> <p>2. 胰腺脓肿：可选择手术引流或经皮穿刺引流。</p> <p>3. 胰腺假性囊肿：视情况选择手术治疗、经皮穿刺引流或内镜治疗。</p> <p>4. 胆道梗阻或感染：无条件进行 EST 时予手术解除梗阻。</p> <p>5. 诊断未明确,疑有腹腔脏器穿孔或肠坏死者行剖腹探查术。</p>	参照山东省卫生厅 2009 年《轻症急性胰腺炎临床路径》。	治愈：症状、体征分级量化记分 0 分，BalthazarCT A 级，APACHE II 评分 0 分。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可自行制定本单位的优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州市人民医院 张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长) 13905344932</p>

<p>14. 椎关节强硬</p>	<p>1. 原则上应在三级甲等医疗机构进行手术; 2. 行脊柱侧弯、颈椎、胸椎、腰骶椎等手术医师, 需具备四级手术资质; 3. 强直性脊柱炎后凸手术复杂, 需转院至具备资质的医院; 4. 术后康复锻炼, 建议转至具备康复科的三级医院。</p>	<p>1. 强直性脊柱炎后凸, 明显影响患者生活质量, 严重者影响肺功能 2. 强直性脊柱炎合并 Andersson 病损 (椎间盘突出), 背痛明显, 药物治疗无效。 3. 强直性脊柱炎合并脊柱骨折 (包含陈旧性骨折)</p>	<p>尚无。</p>	<p>脊柱后凸显著改善, 脊柱矢状面失平衡明显改善, 颌肩角控制在合理范围; Andersson 病损愈合, 无反常活动, X 线片显示有连续性骨痂通过; 骨折愈合, 达到骨折愈合标准。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 协助所有手术患者申请智善公益基金会“中国梦脊梁工程”救助项目, 每个患者在医保报销后获得不超过 5 万元的救助。</p>	<p>德州市人民医院张之营 (副院长) 13969233816 张旭斌 (医务科长) 13905344932</p>
<p>15. 进行性结构性脊柱侧弯</p>	<p>1. 原则上应在三级甲等医疗机构进行手术; 2. 行脊柱侧弯、颈椎、胸椎、腰骶椎等手术医师, 需具备四级手术资质; 3. 脊柱侧弯手术复杂, 需转院至具备资质的医院; 4. 术后康复锻炼, 建议转至具备康复科的三级医院。</p>	<p>1. 特发性脊柱侧弯: 胸弯 Cobb 角 > 50°, 腰弯 > 40°。 2. 先天性脊柱侧弯 (包含半椎体或分节不全或其他畸形) 3. 神经肌肉型脊柱侧弯 (包括 Chiari 畸形、脊髓空洞、马凡综合征、脑瘫等等) 4. 成人脊柱侧弯, 侧弯及后凸进行性加重, 失平衡症状明显。 5. 退变性脊柱侧弯, 伴有明显的失平衡症状或腰骶神经压迫症。</p>	<p>尚无。</p>	<p>1. 侧弯明显改善, 冠状面及矢状面平衡; 2. 长期随访, 侧弯无加重, 无 PJK、DJK、Adding on、曲轴现象等发生; 3. 植骨融合, 无假关节形成 (生长棒等非融合手术, 需终末融合手术); 4. 半椎体完整切除; 5. 失平衡症状明显改善; 6. 腰骶神经压迫症明显改善。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 协助所有手术患者申请智善公益基金会“中国梦脊梁工程”救助项目, 每个患者在医保报销后获得基金会不超过 5 万元的救助。</p>	<p>德州市人民医院张之营 (副院长) 13969233816 张旭斌 (医务科长) 13905344932</p>

16. 重型子宫内膜异位	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行手术；</p> <p>2. 完成子宫+双侧附件切除，肠切除肠吻合，膀胱及输尿管切除吻合等手术医师，需具备四级手术资质；</p> <p>3. 重型子宫内膜异位术后要求生育患者，建议转至具备生殖中心的三级医院。</p>	<p>1. 第一诊断为子宫内膜异位症；(ICD-10: N80.001)；</p> <p>2. 根据美国生育学会(AFS)制订的评分标准，诊断Ⅲ期以上子宫内膜异位症；</p> <p>3. 深部浸润型子宫内膜异位症(DIE)；</p> <p>4. 侵犯肠道，输尿管等器官造成梗阻或功能障碍；</p> <p>5. 怀疑内异症恶变。</p>	<p>参照中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组2015年《2015年中国子宫内膜异位症诊治指南》以及中华医学会2016《重度子宫内膜异位症临床路径》。</p>	<p>1. 手术标准：尽量切除肉眼可见病灶，完整剥除临床内异症囊肿以及分离粘连恢复正常解剖结构。侵犯其他器官者，年轻女性以保守性切除病灶为主，年龄大无生育要求女性可考虑行子宫切除或子宫双侧附件切除。2. 临床评价：影像学未及子宫内膜异位包块；痛经症状改善；术后妊娠。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州市人民医院张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长) 13905344932</p>
17. 重症女性生殖器脱垂	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行手术；</p> <p>2. 可以完成经阴子宫切除、曼式手术、阴道全封闭术/阴道半封闭术、盆腔重建手术等手术医师，需具备四级手术资质。</p>	<p>1. POP-Q分期度、有症状的Ⅱ度阴道前壁膨出(膀胱膨出)(ICD-10: N81.101)</p> <p>2. POP-Q分期度、有症状的Ⅱ度阴道后壁膨出(直肠膨出、肠膨出)(ICD-10: N81.601)</p> <p>3. POP-Q分期度、有症状的Ⅱ度子宫脱垂(ICD-10: N81.252)及阴道穹窿脱垂(ICD-10: N99.351)</p>	<p>参照中华医学会2016年《女性重度盆腔器官脱垂临床路径》。</p>	<p>1. 症状缓解；</p> <p>2. 正常的解剖位置和脏器功能恢复；</p> <p>3. 有满意的性功能并能够维持效果。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州市人民医院张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长) 13905344932</p>

18. 先天性闭锁	原则上应在三级医疗机构进行手术；合并其他畸形的患儿需转院至具备相关资质的三级甲等医院（如德州市人民医院）。	出生后诊断为先天性闭锁的患儿（诊断标准参照《先天性疾病诊疗规范》）。	参照山东省卫生厅2009年实施的《先天性肛门直肠畸形临床路径》。	患儿术后可正常饮水、饮奶，正常排便、排气，无腹胀等相关术后并发症；术后各相关影像学检查（先天性食管闭锁：胸腹平片、食管造影等；先天性肠闭锁：腹部X线平片、消化道钡餐造影等；先天性肛门闭锁：X线腹部倒立侧位片、彩超、尿道膀胱造影和瘘道造影等）均正常。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可自行制定本单位的优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市人民医院张之营（副院长） 13969233816 张旭斌（医务科长） 13905344932
19. 尿道下裂	1. 原则上应在三级以上医疗机构进行手术； 2. 手术医师，需具备四级手术资质； 3. 手术医师为专职的小儿泌尿外科医生，并经过一年以上的小儿泌尿外科专业培训	1. 阴茎头型：尿道口位于冠状沟的腹侧，多数仅伴有轻度阴茎弯曲，少数有重度阴茎下弯。 2. 阴茎体型：尿道口位于阴茎腹侧从冠状沟到阴茎阴囊交接处之间，多数伴有阴茎弯曲。 3. 阴囊型：尿道口位于阴囊部，常伴有阴囊分裂，阴茎弯曲严重。 4. 会阴型：尿道口位于会阴部，阴囊分裂，发育不全，阴茎短小而弯曲，常误诊为女性。	属复杂的小儿泌尿外科整形手术，病情复杂手术方案多样，需根据病人情况制定相应的手术方案和个性化治疗。暂时无法制定临床路径	1. 矫正阴茎下弯； 2. 尿道口位于阴茎头正位； 3. 能正常站立排尿； 4. 阴茎外观接近正常，成年后能进行正常的性生活。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可自行制定本单位的优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市人民医院张之营（副院长） 13969233816 张旭斌（医务科长） 13905344932

20. 多发骨折	<p>1. 原则上应在二级以上医疗机构进行手术；</p> <p>2. 行颈椎、胸椎、腰骶椎、骨盆骨折等手术医师，需具备四级手术资质；</p> <p>3. 复杂颈椎、胸椎骨折需行减压固定术者，股骨头、股骨颈骨折需行人工全髋关节置换术者，肩肘髋膝关节周围粉碎性骨折需复位内固定术者，需转院至具备资质的医院（如山东大学第二医院等）；</p> <p>4. 多发骨折术后康复锻炼，建议转至具备康复科的三级医院。</p>	<p>1. 骨折明显移位、不稳定，影响患肢功能及外观；</p> <p>2. 多段或粉碎性骨折；</p> <p>3. 骨折块丢失致骨缺损；</p> <p>4. 关节内、部分关节内骨折，致创伤性关节炎可能，对预后影响大；</p> <p>5. 开放性骨折，可按照 Gustilo 分级包括 I、II、III A、III B、III C；</p> <p>6. 骨折合并神经血管肌腱损伤，需开放性手术探查修复；</p> <p>7. 合并骨筋膜室综合征需切开减压。</p>	参照山东省卫生厅 2009 年《胫骨平台骨折临床路径》。	<p>1. 局部标准：局部无反常活动，无压痛及纵向叩击痛；</p> <p>2. 影像学标准：X 线片显示骨折线模糊，有连续性骨痂通过骨折线；</p> <p>3. 功能标准：外固定解除后伤肢能满足以下要求：上肢能向前平举 1kg 重量达 1 分钟；下肢能不扶拐在平地连续步行 3 分钟，并不少于 30 步，连续观察 2 周骨折处不变形。</p>	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	<p>1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。</p> <p>2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。</p> <p>3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州康正骨科医院韩军（院长） 13475150910</p> <p>王红君（副院长） 15153419110</p>
21. 儿童人工耳蜗植入术	“人工耳蜗康复项目”定点医院（均为三级甲等医院）。	<p>1. 1-6 岁儿童；</p> <p>2. 双耳重度或极重度感音神经性耳聋（ASSR、ABR 阈值在 90d 以上，大前庭导水管综合征患儿可为 80dB）；</p> <p>3. 佩戴助听器听力及言语无改善；</p> <p>4. CT、MRI 显示内耳无严重畸形、听神经发育正常，脑内无器质性病变；</p> <p>5. 双儿非炎症期；</p> <p>6. 希内或格雷费斯评分大于 80 分；</p> <p>7. 精神行为正常。</p>	参照国家卫计委 2011 年《双侧感音神经性聋（人工耳蜗植入）临床路径》。	<p>1. 平均听阈 30dB 以上；</p> <p>2. 患者获得或恢复实用听力及语言能力。</p>	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	省政府免费救治项目。	“人工耳蜗康复项目”定点医院（全部为省级医院）。

需住院维持治疗的疾病救治明细表

病种名称	治疗医院等级	(住院) 指征	临床路径	治愈或好转标准	医疗保障	社会救助政策	市直 协同配合救 治医院
重型精神 疾病	1. 原则上应在二级以上医疗机构进行。 2. 符合《中华人民共和国精神卫生法》要求的具有精神障碍诊疗资质的医疗机构。 3. 疑难重症精神疾病建议在三级甲等精神病专科医院诊疗。	1. 疾病症状严重, 导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识, 或者不能处理自身事务的精神障碍。 2. 危险性评估为 3~5 级, 或精神病症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病的患者。	1. ICD-10 精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点。 2. 参照精神障碍诊断标准和治疗规范的要求。 3. 精神分裂症防治指南、双相障碍防治指南等。	1. 危险性评估为 0 级。 2. 精神症状基本消失, 自知力基本恢复。 3. 社会功能处于一般或良好。 4. 无严重药物不良反应, 无严重躯体疾病或躯体疾病稳定, 无其他异常。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 依托基本公共卫生项目和重大公共卫生项目给予相应优惠政策。 2. 符合救助条件的贫困精神残疾人减免住院费用。 3. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 4. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市第二人民医院 沙广强(纪检书记) 13605348206 高杰(医务科长) 13853487118
肺结核	1. 原则上应在二级以上医疗机构进行治疗; 2. 如患者合并大咯血、气胸、重症感染或需要手术者, 转至三级医院就诊。	1. 空洞型肺结核 2. 结核球 3. 大块干酪病灶 4. 损毁性、反复咯血或感染、痰菌阳性 5. 肺结核并发症 6. 特殊状态下肺结核的外科治疗 7. 肺内病变不能排除肺部肿瘤 8. 肺外结核病的的外科治疗	参照山东省卫计委医政医管处 2016 年 4 月《临床路径汇编》。	1. 临床症状消失或好转 2. 痰菌转阴 3. 影像学病灶吸收好转 4. 完成疗程	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行国家有关支持政策及全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市第二人民医院 沙广强(纪检书记) 13605348206 高杰(医务科长) 13853487118

需长期治疗和康复的疾病救治明细表

病种名称	治疗医院等级	手术指征	临床路径	治愈或好转标准	医疗保障	社会救助政策	市直 牵头指导救治医院
慢性阻塞性肺气肿	原则上应具备肺功能检查的医疗条件，二级以上医疗机构进行诊断	无	参照山东省卫计委医政医管处 2016 年 4 月《临床路径汇编》。	慢性阻塞性肺病无法治愈，其好转的标准：血气分析显示氧分压好转，若合并感染，感染得到控制，肺功能显示较前好转。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市人民医院张之营（副院长） 13969233816 张旭斌（医务科长） 13905344932
糖尿病	各级医院	糖尿病足。	参照山东省卫生厅临床路径	糖化血红蛋白<7%。	严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。	1. 治疗过程中应执行全省统一的“两免两减半”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。	德州市中医院杨京慧（副院长） 15965990567 段焕春（医务科长） 13589917989
苯丙酮尿症	为加强出生缺陷综合干预工作，提高出生人口素质，进一步提高苯丙酮尿症患者筛查和治疗水平，全省苯丙酮尿症患者实行治疗定点医疗机构管理，主要在省级批准的新生儿疾病筛查中心。	无。	参照《国家卫生计生委办公厅关于实施苯丙酮尿症等 26 个病种临床路径的通知》（国卫办医函〔2016〕577 号）	1. 定期检测血苯丙氨酸浓度维持在理想范围： ①0-3 岁 2-4mg/dl； ②3-6 岁 3-6mg/dl； ③6-12 岁 3-8mg/dl； ④12-16 岁 3-10mg/dl； ⑤>16 岁 3-15mg/dl。 2. 体格发育及智力发育监测在正常范围。	1. 《山东省卫生和计划生育委员会关于实施苯丙酮尿症患者治疗定点医疗机构管理的通知》（鲁卫妇幼发〔2015〕3 号）。 2. 严格落实居民基本医疗保险门诊慢性病有关政策。	1. 各地救治医疗机构执行本地区（单位）自行制定的救助政策和惠民措施。 2. 联合中国出生缺陷干预救助基金会每年对申请的患儿家庭进行救助。	德州市妇女儿童医院徐冠英（副院长） 18562158255 郑世海（医务科长） 18562158193

血友病	<p>一般治疗可在门诊进行。由省血友病诊疗中心牵头,省级医院相关学科专家参与组成省级血友病专家组,负责临床指导和复杂并发症的治疗。</p>	<p>1. 确诊为血友病 A 或血友病 B。 2. 血友病 A 急性出血时应立刻输注人凝血因子 VIII 制剂,行替代治疗,以降低关节、组织和脏器功能受损的程度。人凝血因子 VIII (FVIII) 制剂使用剂量可按如下公式计算:需要 FVIII:C 总量=(希望达到的 FVIII:C 水平%—当前血浆 FVIII:C 水平%)×0.5×患者体重(Kg)。 FVIII 的半衰期 8-12 小时,要使血中 FVIII 保持在一定水平,需每 8-12 小时输注一次。 3. 血友病 B 急性出血时应立刻输注人凝血酶原复合物,行替代治疗,以降低关节、组织和脏器功能受损的程度。人凝血酶原复合物使用剂量可按如下公式计算:需要人凝血酶原复合物总量=(希望达到的 FIX:C 水平%—当前血浆 FIX:C 水平%)×患者体重(Kg)。 FIX 的半衰期 18-24 小时,要使血中 FIX 保持在一定水平,需每 18-24 小时输注一次。 4. 根据出血部位及严重程度,决定需要达到的凝血因子水平,治疗用药剂量及疗程参考中华医学会血液学分会血栓与止血学组和中国血友病协作组制定的《血友病诊断与治疗中国专家共识》</p>	<p>参照国家卫生计生委卫办医政发(2011)76号文件附件“血友病 A 临床路径”。</p>	<p>1. 通过按需治疗改善出血症状或达到止血目的。 2. 通过预防性治疗,减少并发症发生。 3. 积极治疗现有并发症,减少残疾发生。 4. 提高患者生活质量,让患者像正常人一样学习、就业和生活。</p>	<p>严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 山东泰邦生物制品有限公司向山东省贫困血友病患者捐助总价值 500 万元的药品及救助基金支持。 2. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>德州市人民医院张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长) 13905344932</p>
艾滋病	<p>山东省卫生和计划生育委员会公布的省市级艾滋病定点医院。</p>	<p>1. 抗病毒治疗; 2. 并发症治疗(各种机会性感染、肿瘤等)。</p>	<p>参照《全国艾滋病检测技术规范(2009 年修订版)》、《国家免费艾滋病抗病毒治疗手册》</p>	<p>1. 抗病毒治疗有效为抗病毒治疗 1 年后,病毒载量<1000 拷贝/毫升; 2. 并发症治疗有效为相应疾病症状消失。</p>	<p>1. 国家免费抗病毒治疗。 2. 并发症治疗严格落实城乡居民医保、大病保险、疾病应急救助、医疗救助有关政策。</p>	<p>1. 严格落实国家“四免一关怀”政策。 2. 各救治医疗机构可执行自行制定的本单位优惠政策。 3. 争取社会救助基金的进一步支持。</p>	<p>《山东省卫生和计划生育委员会关于公布省市级艾滋病定点医院的的通知》(鲁卫医字【2014】40 号)中的定点医院,德州市人民医院张之营(副院长) 13969233816 张旭斌(医务科长)</p>

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕57号

关于印发《德州市传染病、地方病、慢性病 防控扶贫工作方案》的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位：

现将《德州市传染病、地方病、慢性病防控扶贫工作方案》印发给你们，请按照有关工作要求，结合工作实际，认真抓好贯彻落实，确保工作取得实效。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年10月8日

（信息公开形式：主动公开）

德州市传染病、地方病、慢性病防控 扶贫工作方案

一、工作目标

2016-2018年，通过实施健康扶贫，进一步提升全市传染病、地方病和慢性病防治能力和服务水平，2018年前实现以下目标：

（一）全市适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率以乡镇为单位达到90%以上。

（二）全市县级疾控中心实验室仪器设备配备基本达到省卫生计生委、省发展改革委《关于加强疾病预防控制中心实验室建设的意见》（鲁卫疾控发〔2016〕2号）要求，2017年完成总投资的40%以上；2018年，全市县级疾病预防控制中心实验室A类和B类设备配置率达到100%。

（三）全市建档立卡贫困人口中的符合治疗条件的艾滋病病人都能够及时得到抗病毒治疗；肺结核患者都能够得到免费一线抗结核药物治疗；新、复发麻风病病人能够得到免费联合化疗，减少畸残发生。

（四）碘缺乏地区的合格碘盐覆盖率、高碘地区的不加碘食盐覆盖率达到90%以上。

二、工作措施

（一）提升疾病防控能力

1、提升预防接种服务水平

（1）提升预防接种服务可及性。县级卫生计生行政部门合理规划和设置接种单位，原则上城镇每个街道至少应当设置1个预防接种门诊，服务半径不超过5公里；农村每个乡镇至少应当设置1个预防接种门诊，服务半径不超过10公里。在交通不便地区和福利机构以及具备条件的大中专院校、大型厂矿企业增设预防接种门诊、预防接种服务站，扩大预防接种服务覆盖面。

(2) 提升疫苗接种率。县级疾控机构、接种单位在做好常规免疫基础上，根据传染病控制需要，开展乙肝、麻疹等疫苗补充免疫、群体性接种和应急接种工作。接种单位要做好预防接种建档立卡工作，每季度对责任区内儿童的预防接种卡进行1次核查和整理。

(3) 做好异常反应处置服务工作。各级卫生计生行政部门、疾控机构和接种单位按照职责分工、有关规定进一步简化工作程序、提升工作效率，切实做好疑似预防接种异常反应处置，对符合规定的预防接种异常反应病例尽快进行补偿，并做好关爱救助工作。

2、加强健康教育

充分发挥防治机构专业人员、社区医生及乡村医生的作用，与“健康进万家、幸福伴我行”主题宣传活动和基本公共卫生服务项目健康教育工作结合起来，扩大健康教育工作覆盖面。着力创新健康教育形式，充分探索利用“互联网+”新型传播方式，提高传染病、地方病、慢性病防治知识传播的及时性和覆盖率，减少农村传染病、地方病、慢性病发生。

3、加强疾控机构实验室和冷链建设

各级卫生计生行政部门积极与相关部门沟通，推动各地落实省卫生计生委、发展改革委《关于加强疾病预防控制中心实验室建设的意见》（鲁卫疾控〔2016〕发2号），统筹加大各方面来源资金支持力度。加强县级疾控机构、接种单位的疫苗运输、储存冷链建设，确保其冷链配备全部达标，并满足疫苗分发、接种工作需要。

4、加大项目支持力度

利用重大公共卫生服务项目，加强对基层人员的重点传染病、地方病、慢性病防控知识培训力度。结合传染病发现、报告及相关项目工作，对麻疹、结核等重点疾病实行报病奖励。结合基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务，为全市建档立卡贫困人口提供预防接种及艾滋病、结核病、慢性病、重性精神疾病等的转诊及随访服务。定期到县市区开展义诊活动，为贫困人群提供免费查体及诊疗服务。

（二）加强重点传染病防治工作

1、结核病。进一步加大肺结核患者的筛查力度，开展对65岁以上老年人、糖尿病患者等结核病重点人群的主动筛查。对到县级结核病防治机构就诊的肺结核可疑症状者提供免费的结核病诊断检查。对确诊的活动性肺结核患者，免费提供统一标准化疗方案所需的抗结核药品和相应的随访检查。开展耐多药可疑者的免费筛查工作及确诊患者的治疗费用减免项目，切实减轻耐多药肺结核患者的治疗负担。

2、麻风病。在综合医院皮肤科和神经科开展麻风症状监测，及早发现麻风病患者，避免畸残；对新、复发的麻风病病人进行满程、规则的免费联合化疗，并做好常规查菌、联合化疗病人神经炎和麻风反应监测工作；对发生麻风反应的病人免费提供医学检查、化验、治疗；对符合条件的重症麻风病人免费进行救治，开展手术治疗，避免失能和死亡。

3、艾滋病。各级卫生计生行政部门按照职责加大各地艾滋病筛查快速检测点建设及管理力度，提高检测服务的便利性和可及性；加快推进艾滋病抗病毒治疗工作由疾控机构向医疗机构转移，为接受抗病毒治疗的艾滋病病毒感染者和病人提供免费抗病毒治疗药物，为艾滋病机会性感染病人提供优质的医疗救治服务。各级疾控机构及时将辖区内艾滋病受影响儿童的信息提供给民政、社保、教育等部门，努力推动辖区内的受艾滋病影响儿童及时得到救助。

（三）加强地方病防治工作

加强碘缺乏地区碘盐监测工作，及时向相关部门通报碘盐监测结果，会同相关部门加强碘盐销售等环节的监管，保持碘盐覆盖率和碘盐合格率在90%以上。在水源性高碘地区落实停止供应碘盐、改供无碘食盐的措施，并加强高碘地区食盐监测，保持无碘食盐食用率达到90%以上。加强人群碘营养水平监测和分析，指导居民科学补碘。开展农村贫困地区饮用水碘、氟的监测，为地方政府加强改水工程的建设与运行管理提供依据。

（四）推进慢性病防治措施落实

1. 癌症。推广癌症筛查及早诊早治策略，支持癌症早诊早治项目县开展项目。

2、精神疾病。加强贫困地区精神卫生服务网络建设，为乡镇卫生院、社区卫生服务中心免费培养有精神科执业资质的医师。强化严重精神障碍患者服务，基层医疗卫生机构每年免费为登记的严重精神障碍患者提供4次以上随访服务，协助符合条件的患者办理残疾证，享受残联部门贫困精神疾病患者救助政策。加大贫困严重精神障碍患者救助力度，每年为94名左右贫困严重精神疾病患者，提供1400元门诊药物和260元化验检查费用。

三、组织保障

（一）加强组织领导。各级卫生计生行政部门、医疗卫生机构要将传染病、地方病、慢性病防治工作纳入健康扶贫工作的重要内容，加强领导，扎实推进。要按照本方案要求，对照工作职责，抓紧制定工作方案，强化政策和经费保障，顺利实现工作目标。

（二）充分动员各方力量参与防治工作。各级、各单位在制定相关政策时，要对扶贫任务较重的乡镇、社区、村居的传染病、地方病、慢性病防治工作给予适当倾斜。要协调有关部门，争取一切可能的资源和条件参与防治工作。要充分发挥社会组织、慈善机构和公益性基金等社会力量的作用，对贫困群众传染病、地方病、慢性病患者开展关怀和生活救助等。

（三）及时开展督导评估。省、市卫生计生行政部门已将传染病、地方病、慢性病防治工作的开展情况纳入健康扶贫考核体系，并建立定期督导评估机制，制定考核办法。市级自今年开始，每年进行一次督导评估。不断提升各项工作的信息化水平，及时跟踪监测防治工作落实情况，确保贫困地区传染病、地方病、慢性病防治工作持续推进。

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕60号

关于印发《德州市健康扶贫妇幼工作方案》的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位，委机关各科室：

为进一步加快我市健康扶贫工作，切实减轻建档立卡贫困患者的医药费用负担，按照省卫生计生委健康扶贫工作部署，经研究，制定《德州市健康扶贫妇幼工作方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。工作中如遇到问题，请及时反馈我委。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年10月26日

（信息公开形式：主动公开）

德州市健康扶贫妇幼工作方案

为深入推进卫生计生健康扶贫工作，为患病贫困妇女儿童提供方便、快捷、优质、高效的医疗服务，进一步降低群众医药费用负担，按照省卫生计生委开展妇幼健康扶贫工作的部署，结合我市实际，制定本工作方案。

一、工作目标

结合国家“十三五”卫生计生服务体系建设项目，进一步提高我市妇幼健康服务机构标准化建设水平和服务能力。深入实施基本和重大公共卫生服务妇幼项目，不断提升全市妇幼公共卫生服务均等化水平。2016-2017年，全市妇幼健康主要指标有明显改善；到2018年接近或达到全省平均水平，患病贫困妇女儿童得到有效、及时救治。

二、工作措施

（一）精准识别贫困患病人口，做好分类救治。在前期全市贫困人口因病致贫、因病返贫调查工作的基础上，针对贫困人口在妇幼健康方面存在的问题和薄弱环节，精准识别患病人口病情及病种，做到建档立卡，实现一户一案、一人一卡。充分发挥好妇幼健康服务组织和网络优势，结合“八个一”工程深入实施，统筹辖区妇幼健康服务资源，合理划分责任片区，明确救治标准，对患病贫困妇女儿童实施分类救治。

（二）落实“先诊疗、后结算”机制，开展便民惠民服务。全市各类医疗保健机构特别是妇幼保健院，对于建档立卡贫困妇女儿童患者，实行首诊负责制，严格落实“先诊疗、后结算”机制措施。2016年，各县级妇幼健康服务机构在设立便民惠民门诊的基础上，为建档立卡贫困人口提供便民惠民服务、落实“两免两减半”（即免收个人自付的普通门诊挂号费、诊查费，减半收取专家门诊诊查费以及大型设备检查费）惠民政策。联合市残联继续组织开展0-6岁残疾儿童筛查，协助做好贫困儿童人工耳蜗抢救性康复惠民便民项目。

（三）加大城乡医院对口支援力度，提升基层妇幼健康服务水平。结合妇幼健康服务专业特色，突出重点帮扶、精准帮扶，探索建立区域性妇幼健康服务联合体，不断完善分级诊疗制度，市、县妇幼保健机构要加大对口支援卫生院和卫生服务中心的帮扶力度（市卫生计生委、市中医药局《关于印发〈德州市城乡医院对口支援工作实施方案（2016-2018年）〉的通知》（德卫医字〔2016〕1号）），推动妇幼健康优质医疗资源下沉，提升基层妇幼技术服务水平和服务能力。加强县级妇幼临床专科建设，重点强化孕产妇和新生儿危急重症救治能力建设，建立市、县孕产妇和新生儿危急重症救治中心和救治专家库，畅通绿色转诊通道。继续开展妇幼健康中医药特色服务示范单位创建活动，使中医药“简便验廉”优势在妇幼健康扶贫工作中得到进一步发挥。加快妇幼健康服务信息化建设，鼓励二、三级综合医院和妇幼保健院向基层提供妇幼健康远程会诊、培训和预约等服务。

（四）推进妇幼健康服务机构建设，完善妇幼健康服务网络。在科学调研、充分论证的基础上，精准发力、综合施策，依托国家“十三五”卫生计生服务体系建设项目支持，加快全市妇幼健康服务机构建设，进一步加大妇幼健康服务资源供给。到2018年，全市妇幼健康服务机构在基础设施建设上加大新、改、扩力度，不断提升妇幼健康机构标准化、规范化建设水平。继续开展妇幼健康服务机构等级评审，加强妇幼健康服务重点学科建设，不断提升妇幼健康服务内涵质量。

（五）加快妇幼健康服务人才培养，提高妇幼健康服务能力。结合全市卫生计生人才实施项目政策，加快全市妇幼健康专业人才培养，到2018年通过开展对口帮扶培训和继续教育，对县级妇幼健康专业卫生技术人员轮训一遍。依托“3+2”助理全科医生定向培养模式，加强基层全科医生培养，不断提升基层医疗卫生机构妇幼健康服务水平。市、县医疗卫生机构尤其是妇幼健康服务机构，要建立完善紧缺人才激励机制，进一步充实现有产科、儿科和助产士等紧缺人才队伍。

（六）加强出生缺陷综合防治，不断提升出生人口素质。进一步落实

我市 14 部门《关于进一步加强出生缺陷综合防治提高出生人口素质的意见》，深入推进出生缺陷三级预防，做到一级预防全覆盖、二级预防有突破、三级预防再加强。会同妇联、财政、民政等部门，推进实施《德州市免费婚检服务工作方案》。督导各县市区认真落实《德州市产前血清学筛查工作方案》，规范筛查诊断流程，强化产前筛查质量控制。发挥全市围产儿出生缺陷监测网络作用，提高监测数据质量。运用串联质谱技术扩大新生儿遗传代谢病筛查病种，争取中国出生缺陷干预救助基金会项目支持，为贫困家庭新生儿减免费用，会同有关部门做好苯丙酮尿症、先天性心脏病、先天性耳聋等贫困患儿的治疗和康复工作。

（七）做好公共卫生服务妇幼项目，推进公共卫生服务均等化。深入实施重大公共卫生服务妇幼项目，进一步做好农村孕产妇住院分娩补助、农村妇女补服叶酸和“两癌”检查等项目，全面落实预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播；联合市妇联等部门进一步加大对“两癌”筛查确诊贫困妇女的救助。扎实推进基本公共卫生服务项目，加强农村妇女孕产期保健，严格落实高危孕产妇专案管理，保障母婴安全。2016 年，扶贫工作重点县（市、区）孕产妇系统管理率、3 岁以下儿童系统管理率和 7 岁以下儿童保健管理率不低于全市平均水平。同时，强化生育家庭服务，为不孕不育等生育困难人员提供必要的辅助生殖技术服务。

三、组织保障

（一）加强组织领导。各县市区要把做好妇幼健康扶贫工作作为健康扶贫的重要内容之一，结合本地实际制定健康扶贫工作方案和年度计划，明确目标、责任、任务和进度，并逐项抓好各项工作的落实。

（二）加大支持力度。各县市区在确定卫生计生项目、制定专项规划时，要充分考虑整体工作与妇幼健康扶贫工作的实际，把妇幼健康扶贫作为一项基础性的工作摆放在重要位置共同研究、部署推进。要积极协调发改、财政、人社、扶贫办等部门，逐步解决在妇幼健康服务机构建设、产儿科人才培养和出生缺陷综合防治等工作中存在的问题。

(三) 加强督导检查。2016年,市卫生计生委将妇幼健康扶贫工作情况纳入健康扶贫的考核指标体系,制定考核评估办法,重点对组织领导、患病贫困妇女儿童救治、妇幼健康服务体系建设、群众满意度等进行评估。各县市区要发挥好考核评估“指挥棒”作用,制定完善具体的考核指标工作方案和工作措施,确保妇幼健康扶贫工作规范、科学、有效推进。

附件: 妇幼健康扶贫考核指标

附件

妇幼健康扶贫考核指标

一、县级妇幼健康服务机构设立便民惠民门诊，落实“两免两减半”惠民政策。

二、县域内妇女儿童辖区就诊率逐年提高，2018 年达到 90%。

三、积极对接国家“十三五”卫生计生服务体系建设项目，加快妇幼健康服务机构标准化建设和规范化管理，2018 年全市妇幼健康服务机构建设达标。

四、按照要求每年选拔中青年技术骨干参加市级以上业务培训。

五、婚检、孕检、产前筛查和诊断、新生儿疾病筛查及听力筛查率逐年提高；对患有新生儿遗传代谢性疾病等贫困儿童及时救治，并给予救助。

六、完成基本和重大公共卫生服务项目任务。

七、孕产妇死亡率、婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率接近或达到全省平均水平。

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕61号

关于印发《德州市健康扶贫便民惠民医疗服务 工作方案》的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位，委机关各科室：

为进一步加快我市健康扶贫工作，切实减轻建档立卡贫困患者的医药费用负担，按照省卫生计生委健康扶贫工作部署，经研究，制定《德州市健康扶贫便民惠民医疗服务工作方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。工作中如遇到问题，请及时反馈我委。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年10月26日

（信息公开形式：主动公开）

德州市健康扶贫便民惠民医疗服务工作方案

为深入推进卫生计生健康扶贫工作，为贫困患者提供方便、快捷、优质、高效的医疗服务，进一步降低群众医药费用负担，按照省卫生计生委开展健康扶贫便民惠民医疗服务工作的部署，结合我市实际，制定本工作方案。

一、工作目标

2016-2018年，通过建立“先诊疗、后付费”机制和首诊负责制，采取“两免两减半”等措施，将便民惠民医疗服务作为强化公立医院公益性、让贫困人口共享改革红利的具体措施，为贫困人口提供安全、方便、公平、可及的医疗服务，减轻贫困群众医药费用负担，使贫困群众病有所医，提高贫困群众的获得感。

二、工作措施

（一）实行县域内建档立卡农村贫困人口住院“先诊疗、后付费”机制。贫困患者在县域内定点医疗机构住院实行“先诊疗、后付费”，按照《关于在全市县及县以下医疗机构实施“先诊疗、后付费”服务模式的意见》要求规范服务流程。确定的定点医疗机构要设立综合服务窗口，实现基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、医疗救助“一站式”信息交换和即时结算，贫困患者只需在出院时支付自付医疗费用。

（二）设立便民惠民门诊。辖区内县级医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心设立便民惠民门诊，对建档立卡贫困患者提供便民惠民服务。

（三）实施“两免两减半”惠民政策。定点医疗机构对建档立卡的贫困患者免收个人自付的普通门诊挂号费、诊查费（含基层医疗卫生机构一般诊疗费），专家门诊诊查费以及大型设备检查费减半收取。

（四）严格执行首诊负责制。各级各类医疗机构对于建档立卡贫困患者，必须遵守首诊负责制，不得以任何理由拒绝救治，保障贫困患者的基本医疗权利。对贫困患者发生急危重症需要紧急救治所产生的急救费用，

可由就诊的医疗机构按属地管理的原则，向市级疾病应急救助基金申请补助。对贫困患者因病治疗所产生的医疗费用，除按规定从医保报销外，自费部分可由患者向民政部门申请医疗救助，也可向红十字会、慈善等部门提出救助申请。

（五）开展便民惠民服务项目。在继续开展“服务百姓健康行动”的基础上，配合做好“微笑列车”、“健康山东光明行”和我市“卫生下乡、精准扶贫”公益医疗救助活动的组织工作，分期、分批对贫困人口唇腭裂患者、白内障患者进行筛查和手术治疗。

三、保障措施

（一）加强组织领导。各县（市、区）卫生计生部门和医疗卫生机构要将实施便民惠民医疗服务作为健康扶贫的重要内容，提高认识层次，加强组织领导，细化任务分工，明确牵头人和责任人，努力抓细抓实抓好。

（二）加强沟通协调。便民惠民医疗服务项目的具体实施，涉及人社、民政、财政、残联、扶贫办等部门，各级卫生计生行政部门和医疗卫生机构要积极协调相关部门，落实相关政策，最大限度的减轻贫困患者的经济负担。

（三）加大宣传力度。各县（市、区）卫生计生行政部门要广泛宣传健康扶贫便民惠民医疗服务有关政策，及时挖掘和总结在工作中出现的好经验、好典型，营造良好的卫生计生健康扶贫氛围。

（四）强化督导检查。各县（市、区）卫生计生行政部门和医疗卫生机构要将实施便民惠民医疗服务情况，纳入到健康扶贫的考核指标体系。从今年开始，市卫生计生委每年都要督导检查，主要是重点考核指标的完成情况，对督查中发现的问题及时整改落实。对重视不够、工作开展不力造成考核指标不能按时完成的，对单位和个人实行责任追究，视具体情况予以通报批评、取消评先树优资格等严肃处理。

附件：便民惠民医疗服务工作考核标准

附件

便民惠民医疗服务工作考核标准

考核指标	考核指标计算公式	考核标准
县域内定点医疗机构先诊疗后结算机制建立率	县域内定点医疗机构先诊疗后结算机制建立率=县域内定点医疗机构建立先诊疗后结算的机构数/县域内定点医疗机构数	县域内定点医疗机构先诊疗后结算机制建立率不少于 90%
便民惠民门诊设立率	便民惠民门诊设立率=已设立便民惠民门诊的医疗机构数/应设立便民惠民门诊的医疗卫生机构数	便民惠民门诊设立率不少于 90%
“两免两减半”惠民政策落实率	“两免两减半”惠民政策落实率=已落实“两免两减半”惠民政策的医疗机构数/应落实“两免两减半”惠民政策的医疗机构数	县域内“两免两减半”惠民政策落实率不少于 90%

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕64号

关于进一步做好健康扶贫工作的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位，委机关各科室：

为深入贯彻落实中央和省扶贫开发工作会议精神，落实省卫生计生委决策部署，加快推进我市健康扶贫工作，进一步做好“八个一工程”和分类救治等工作，现就进一步做好健康扶贫工作通知如下：

一、提高认识，进一步增强做好健康扶贫工作的责任感和紧迫感。健康扶贫工作是脱贫攻坚工作的重要组成部分，国家、省对健康扶贫工作高度重视，对做好健康扶贫工作提出明确要求。全市卫生计生系统要不断提高思想认识，深入贯彻落实各级会议和文件精神，把健康扶贫作为重大政治任务和推动卫生计生事业科学发展的重大机遇，扛在肩上、抓在手上，攻坚克难、精心组织，认真落实健康扶贫各项工作任务。

二、明晰思路，进一步准确把握健康扶贫的任务目标。各县市区以国家、省健康扶贫工作会议精神为指导，按照省、市健康扶贫工作方案及分类救治方案要求，以“两年脱贫、一年兜底、两年巩固”战略计划为目标，按照“分步实施、突出重点、统筹兼顾”的原则，采取自下而上、自上而下、上下结合的办法，加快实施健康扶贫工程，按照“442”工作进度要求，确保2016年完成37种疾病的10534名患病贫困人口的救治工作。对分类救治工作开展不力的县市区，市卫生计生委将约谈其主要负责人并进行全市通报。

三、突出重点，进一步加快健康扶贫工作进程。一是尽快实现“八个

一”工程全覆盖。落实“八个一”工程是实施健康扶贫工程的基础性工作，各级卫生计生行政部门要按照省、市健康扶贫工作方案及“八个一”工程实施方案要求，在规范化、精细化上下功夫，对全市患病贫困人口进行再识别、再细化，加强对贫困对象的动态管理，做到定期核查、及时增减、全面覆盖，各县市区“八个一”工程工作于11月底全部完成，工作完成情况一并报送至市卫生计生委健康扶贫办。二是加快实施分类救治。各级卫生计生行政部门和医疗单位要高度重视分类救治工作，按照省、市分类救治方案要求，逐乡、逐村建立93种疾病一对一备案制度，建立患病贫困人口分类救治台账，层层梳理，将本辖区2016年度救治任务按照病种和患者所在乡镇（街道）进行梳理分解，形成患病贫困人口分类救治台账（附件1、附件2），实行挂图作业，明确工作进度、倒排工期，确保圆满完成2016年救治工作，市卫生计生委定期对分类救治工作进行抽查、督导，每月进行通报。截止目前，全市还有部分县市区未上报分类救治方案，未上报的县市区务必于11月15前将分类救治方案报市卫生计生委备案。三是准确及时上报信息。省卫生计生委实行健康扶贫工作情况每月上报制度，省、市将健康扶贫数据统计合格率、信息上报及时性以及健康扶贫宣传稿件报送数量纳入年度考核，对健康扶贫工作弄虚作假、统计合格率达不到95%的，实行一票否决。各县市区要高度重视、抽调专人做好健康扶贫管理系统数据审核上报工作，根据本县卫生计生行政部门确定的健康扶贫工作任务，及时、准确上报辖区内患病贫困人口落实帮扶救治措施情况，确保信息上报及时、准确、真实，确保各县市区汇总统计数据与系统自动生成数据一致。

- 附件：1、患病贫困人口救治情况表
2、患病贫困人口分类救治台账

德州市卫生和计划生育委员会
2016年11月10日

（信息公开形式：主动公开）

德州市卫生和计划生育委员会文件

德卫办字〔2016〕52号

关于建立健康扶贫工作信息报送制度的通知

各县市区卫生计生局（卫生局、人口计生局、社会事业管理部、社会事务管理局），市直各卫生计生单位，委机关各科室：

为加快推进我市卫生计生健康扶贫工作，充分发挥信息报送在沟通情况、交流经验、推动工作、服务决策等方面的重要作用，按照省卫生计生健康扶贫工作要求，根据《德州市卫生计生健康扶贫工作方案》精神，经研究，建立健康扶贫信息报送制度。

一、报送内容

健康扶贫工作信息报送主要包括：领导调研视察讲话，召开健康扶贫工作重要会议，出台健康扶贫工作政策措施，工作中涌现出的先进典型，工作创新的好经验、好做法，健康扶贫工作中的新体会、建立的新机制等。信息形式包括简讯、综述、经验介绍、情况反映、调研报告等。

二、报送要求

一是精准。坚持实事求是，做到内容真实、符合实际，突出有根据、有数据、已落实、见成效的事例。

二是及时。信息报送要迅速、及时，突出一个“快”字。特别是涉及健康扶贫攻坚中的重点项目、重点措施和阶段性重点工作，要做到及时撰稿、及时上报。

三是实效。要以服务决策、推动落实、促进工作为目的，坚持全行业、多层次、广角度挖掘信息资源。突出健康扶贫工作中各单位出台对贫困人口惠民医疗政策措施、卫生计生服务机构帮扶举措、医疗卫生服务体系建设、对计划生育困难家庭及因病致贫返贫家庭救助政策、健康教育促进、健康扶贫公益活动、卫生计生战线涌现出的先进事例以及当地基层健康扶贫工作存在的问题和问题分析等，提升信息综合价值和指导作用。

四是特色。要根据上级精神，立足工作实际，突出地方特色，紧紧围绕健康扶贫这一主线，关注创新工作举措，总结特色经验做法，大主题有格局，小主题有特色，报送“有新意、有分量、有亮点”的信息。

五是数量。各县（市、区）报送稿件每月不少于2篇，重要信息随时上报。市直单位和经济技术开发区、运河经济开发区不作统一要求，有关健康扶贫信息随时上报。

三、报送方式

各县（市、区）、各单位以纸质和电子邮件形式上报，纸质信息要加盖公章，经主要领导审核签字后邮寄到市卫生计生委健康扶贫办公室，同时将电子版发送至委健康扶贫办公室邮箱。市里将对上报信息认真审阅整理，被采用信息将通过多种形式进行宣传推广，优秀稿件除在《市卫生计生健康扶贫工作简报》刊登外，将向省卫生计生委扶贫办、市扶贫办和新闻媒体推荐。

四、工作要求

（一）加强信息员队伍建设。各县（市、区）和市直单位要确定1名同志负责信息报送工作，该名同志必须政治素质好、责任心强，具备一定写作能力。

（二）实行信息报送通报制度。对各县（市、区）和市直单位上报健康扶贫工作信息工作，实行月调度、季通报办法。市卫生计生委健康扶贫办公室将根据信息上报情况，对工作懈怠、不报送信息、季度内未完成报送任务等的，将进行通报批评。

(三) 建立信息报送考评制度。各县(市、区)、各单位健康扶贫信息报送及采用情况纳入市卫生计生委健康扶贫工作考核指标内容。

德州市卫生和计划生育委员会

2016年9月30日

(信息公开形式: 主动公开)

德 州 市 民 政 局

德 州市卫生和计划生育委员会

德 州市人力资源和社会保障局 文件

德 州 市 财 政 局

德 州 市 保 险 行 业 协 会

德民〔2015〕69号

关于完善医疗救助制度全面推进重特大疾病 贫困患者医疗救助工作的实施意见

各县(市、区)民政局、卫生计生委、人社局、财政局:

为全面贯彻落实国务院《社会救助暂行办法》、《山东省社会救助办法》，根据《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》(国办发〔20.15〕30号)文件精神，结合我市实际，现就进一步完善医疗救助制度、全面开展重特大疾病贫困患者医疗救助工作提出以下意见:

一、指导思想

深入贯彻党的十八大和十八届二中、三中、四中全会精神，以健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益为目标，坚持托住底线、统筹衔接、公开公正、高效便捷的基本原则，健全工作机制，完善政策措施，强化规范管理，加强统筹衔接，不断提高医疗救助管理服务水平，最大限度减轻困难群众医疗支出负担。

二、基本原则

托住底线。按照保基本、分类别、有梯度、可持续,救助水平与经济社会发展水平相适应的方针,综合考虑各县(市、区)医疗救助的筹资水平,救助对象的医疗费用、家庭经济负担承受能力、家庭困难程度和获取的医疗补偿、政府救助和社会帮扶等因素,确定科学合理的医疗救助标准和比例。随着经济和社会的发展,不断提高医疗救助筹资标准和救助水平,确保困难群众获得必需的基本医疗卫生服务。

统筹衔接。统筹城乡医疗救助制度,加强与各类医疗保险、疾病应急救助、临时救助、慈善救助、社会捐助的有效衔接,形成制度合力,加强政府救助与慈善事业、社会力量参与救助的高效联动和良性互动。

公平公正。公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况,主动接受群众和社会监督,确保过程公开透明、结果公平公正。

高效便捷。加快信息化建设,优化救助流程,简化结算程序,增强救助时效,发挥救急难功能,使困难群众及时得到有效救助。

三、目标任务

统筹城乡医疗救助,全面开展重特大疾病医疗救助,通过细化实化政策措施,实现医疗救助与相关社会救助、医疗保障政策相配套,医疗救助制度规范运行、科学有效。

四、完善医疗救助制度

(一)救助对象

1. 重点救助对象:具有德州市常住户口的城乡低保对象、特困人员、孤儿和困境儿童。

2. 低收入人员:参加职工基本医疗保险或者居民基本医疗保险,家庭成员人均收入为我市最低生活保障标准1.3倍以内困难家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者。

3. 县级以上人民政府规定的其他符合条件的城乡困难居民。

(二)救助范围

医疗救助只对医疗救助对象一个医疗年度内的定点医院机构发生的,经基本医疗保险、城乡大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销、慈善救助、社会帮扶救助后剩余的合规医疗费用给予救助。医疗救助的合规医疗费用参照基本医疗保险和大病保险规定的药品目录、医疗保险诊疗目录、医疗服务设施项目范围执行;不纳入基本医疗保险、大病保险用药范围、诊疗项目目录和医疗服务设施范围的医疗费用,不给予医疗救助。医疗救助年度参照基本医疗保险报销时间规定,对当年的医疗费用实施救助;上一年度第四季度的医疗费用,可在下一年度第一季度实施救助;对超过救助时限的医疗费用,一般不予救助。对确需到上级医疗机构或跨县域异地医院就诊的医疗救助对象,应按规定办理转诊手续,并由救助对象报当地民政部门核准备案。

(三)救助内容及标准

1、资助参保。对特困供养人员、最低生活保障对象等医疗救助对象参加居民基本医疗保险的,由县(市、区)人民政府对其个人缴费部分予以全部资助。

2、门诊救助。医疗救助对象患有常见病、慢性病,需要长期药物维持治疗以及急诊、急救的,可给予一定金额的门诊救助。

各县(市、区)也可根据救助对象需求和本县(市、区)筹资情况确定自己的门诊救助最高限额。

3、住院救助。符合医疗救助条件的住院期间医疗费用的个人负担部分按照下列标准实施救助:

(1)低保对象、特困人员、孤儿和困境儿童等其他重点救助对象住院医疗费用,按不低于70%的比例给予救助,年度最高救助限额10000元。

(2)低收入人员的医疗救助标准可由各县(市、区)民政部门会同财政部门根据当地救助对象需求和医疗救助资金筹集等情况研究确定。因特殊情况未能参加基本医疗保险、个人住院费用难以承担的,也可适当予以救助。救助标准由各县(市、区)民政部门会同财政部门制定。

4、医疗费用减免。定点医疗机构应当按照有关规定对重点救助对象的门诊挂号费、治疗费、医疗设备检查费、住院床位费等应给予减免优惠。

(四) 救助程序

(1) 城乡低保对象、特困人员、孤儿和困境儿童在定点医院治疗，基本医疗保险报销后，通过一站式医疗救助平台给予救助。救助对象需要转诊治疗的，应当在定点医院办理转诊手续，经基本医疗保险报销后，方可救助。

(2) 低收入家庭成员申请医疗救助流程：

① 申请。由患者本人或其监护人通过户籍所在地村(居)委会向乡镇(街道)或主管单位提出书面申请，并提供身份证、户口簿、残疾证、家庭收入证明、诊断证明、住院病历和住院费用结算单据等患病情况证明材料。村(居)委会或主管单位应当在接到申请材料3日内完成材料真实性调查并报乡镇(街道)或主管单位审核。

② 审核。乡镇(街道)和主管单位应当在接到申请材料7日内完成对申请人的入户核实，准确了解家庭经济状况、医疗费用报销，有无商业保险报销和社会帮扶等情况，提出审核意见。符合救助条件的，报县级民政部门审批；不符合救助条件的，向申请人说明理由。

③ 审批。县级民政部门应当在接到申请材料10日内完成对有关材料的复查核实，必要时可以开展入户调查。符合救助条件的，签署同意批准意见；不符合救助条件的，签署不同意批准意见，并委托乡镇(街道)或主管单位书面告知申请人并说明理由。

五、全面开展重特大疾病医疗救助

符合大病保险救助条件，且享受大病保险后，合规医疗费用自负部分按照医疗救助范围纳入重特大疾病医疗救助。

(一) 合理确定救助标准

1. 城乡低保对象、特困人员、孤儿和困境儿童患有重大疾病的，经基本医疗保险报销和居民大病保险报销后，按照政策范围内的合规医疗费用的

70%给予救助,年封顶线20000元。

2. 低收入家庭成员患有重大疾病的,经居民基本医疗保险报销和居民大病保险报销后,个人负担合规医疗费用12000元以下的部分不给予救助,个人负担的合规医疗费用12000元以上(合12000元)的部分按20%比例给予救助,年封顶线10000元。

(二) 建立绿色救助通道

各级民政部门应建立健全重特大疾病应急处置机制,完善救助绿色通道。对于面临生存危急的重大危险疾病求助或经过政府批准的重特大疾病急难救助事项,民政部门可以在确保资金安全的前提下,实施事前先行救助,避免不测事件发生;事后,按照规定程序补齐相关手续。

(三) 加强制度衔接

医疗救助是最后的网底保障,医疗救助对象的医疗费用应首先纳入人力资源和社会保障及商业保险部门基本医疗保险、大病保险报销、补偿。然后,综合考虑医疗救助对象花费数额、各项保险补偿金额、社会各界捐助帮扶情况,实施救助。各级民政部门要会同人力资源和社会保障部门以及城乡居民大病保险承办服务机构,进一步完善信息共享和业务协作机制,共同做好重特大疾病医疗救助相关基础工作。民政、财政、人力资源社会保障、卫生计生、保险监管等部门要加强协作配合,全面做好重特大疾病医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、疾病应急救助、商业保险的有效衔接,确保城乡居民大病保险覆盖所有贫困重特大疾病患者,帮助所有符合条件的困难群众获得基本医疗保险补偿、商业保险大病补偿和医疗救助。加强重特大疾病医疗救助与疾病应急救助制度的高效联动,通过救助绿色通道将救助关口前移,主动对符合条件的疾病应急救助对象进行救助。

六、健全工作机制

(一) 健全筹资机制

医疗救助实行各级政府负责制。各级人民政府是医疗救助的责任主体,

应按照应救尽救、应助尽助的原则,建立财政预算安排为主、福彩公益金和社会捐助为补充,稳定、规范、多渠道的医疗救助资金筹集机制。各县(市、区)民政部门要根据上年度救助对象数量、患病率、救助标准、医药费用增长情况,以及基本医疗保险、城、乡居民大病保险、商业保险报销水平等,科学测算医疗救助资金需求,及时报同级人民政府及同级财政部门;各县(市、区)财政部门要根据测算的资金需求和市政府文件规定,将医疗救助资金列入财政预算,切实将医疗救助资金预算落实到位,确保救助政策落实。市、县(市、区)可提取一定比例的福利彩票公益金或慈善捐助资金用于医疗救助资金预算,要积极鼓励和引导社会力量通过捐赠参与医疗救助,弥补政府预算资金不足。

(二)健全“一站式”即时结算机制

2015年底将全面结合人力资源和保障部门的基本医疗保险建立民政医疗救助“一站式”结算系统,对重点救助对象经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销后符合救助条件的个人负担医疗费用,直接予以救助。做到医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台互联互通、公开透明,实现“一站式”信息交换和即时结算,确保救助对象所发生的医疗费用可先由定点医疗机构垫付医疗救助基金支付的部分,救助对象只支付自负部分。今后,市级将结合医保异地就医工作的推进,积极探索重特大疾病医疗救助异地就医管理机制。

(三)健全救助服务监管机制

民政部门要完善救助档案管理,按照救助人员、疾病类别,分别存档,分类统计,以便监督检查;民政部门医疗救助定点医疗机构要在基本医疗保险定点医疗机构范围内,按照公开平等、竞争择优的原则确定;要与医疗救助定点医疗机构签订委托合作协议,明确服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务,制定服务规范;要规范医疗机构一站式服务内容,并会同财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门及商业保险机构做好对医

疗服务行为、工作质量的监督管理，防控不合理医疗行为和费用。对定点医疗机构不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，民政部门医疗救助基金不予结算；对弄虚作假、违反规定借机搭车骗取救助，或违反合作协议、不按规定提供医疗救助服务、造成医疗救助资金流失或浪费的，要终止定点合作协议，及时取消医疗救助定点医疗机构资格，并依法追究

（四）健全社会力量参与的衔接机制

各县(市、区)要全面加强医疗救助与社会力量参与的衔接配合，落实国家有关社会力量参与救助的财税优惠、费用减免等政策规定，支持、引导社会力量通过捐赠资金、物资等积极参与医疗救助特别是重特大疾病医疗救助工作，形成对政府救助的有效补充。要搭建信息共享平台，及时提供救助需求信息，为社会力量参与医疗救助创造条件、提供便利，形成工作合力。要从困难群众医疗保障需求出发，帮助他们寻求慈善帮扶。要注重发挥社会力量的专业优势，提供医疗费用补助、心理疏导、亲情陪护、扶慰等形式多样的慈善医疗服务和精神慰藉，帮助困难群众减轻医疗负担、缓解身心压力，最大限度地减轻经济困难家庭的医疗负担。

七、加强组织领导

开展重特大疾病医疗救助工作，帮助重特大疾病患者减轻医疗经济负担，对于保障困难群众基本生存权益，维护社会稳定具有重要意义。各级民政、财政、人力资源社会保障、卫生计生、保险监管等部门要在当地政府领导下，高度重视，各负其责，密切配合，共同抓好落实，更好地发挥重特大疾病医疗救助、基本医疗保险、大病医疗保险或补充医疗保险以及社会慈善的协同互补作用，探索便捷高效协同模式，实现部门间重特大疾病患者相关信息共享，进一步规范工作流程，完善服务管理，既要让重特大疾病贫困患者方便及时享受到各项医疗保障待遇，又要避免资源的重复利用。民政部门要充分发挥牵头部门作用，做好医疗救助方案设计、政策调整等工作；财政部门要及时安排城乡医疗救助资金，加强对资金管理和使用情况的

监督检查,并安排必要的工作经费,通过调剂、聘用、购买服务等多种途径加强基层工作力量;人力资源社会保障部门要配合民政部门做好救助对象重特大疾病补偿的相关信息确定工作,实现基本医保与医疗救助制度的无缝隙衔接;卫生计生部门要做好医疗救助对象的医疗服务工作,加强对救治定点医疗机构的监管。对于医疗救助政策难以解决的个案问题,要充分利用当地社会救助协调工作机制,专题研究解决措施,避免冲击社会道德和心理底线的事件发生。

本意见自2015年10月28日起施行,有效期至2020年10 28日。