**解读《云南省健康扶贫30条措施》**

**一、《健康扶贫30条》出台的背景和意义主要是什么？**

没有全民健康，就没有全面小康。2015年11月29日，中共中央、国务院印发《关于打赢脱贫攻坚战的决定》（中发﹝2015﹞34号），明确提出要开展医疗保险和医疗救助脱贫，实施健康扶贫工程，保障农村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。2015年12月28日，省委、省政府印发《关于深入贯彻落实党中央国务院脱贫攻坚重大战略部署的决定》（云发﹝2015﹞38号，以下简称《决定》）进一步提出，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。为深入贯彻落实省委、省政府《决定》和国家卫生计生委等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），省卫生计生委会同省扶贫、发改、财政、人力资源社会保障、民政等12个部门于2016年10月18日下发了《关于印发云南省健康扶贫行动计划（2016—2020年）的通知》（云卫规财发﹝2016﹞18号），省人力资源社会保障、卫生计生委、扶贫、民政、财政等部门进一步下发了《关于印发云南省医疗保险健康扶贫工作方案的通知》（云人社发﹝2017﹞106号）等系列政策，对指导推动各地开展健康扶贫工作起到了积极作用。但由于受自然、历史、经济社会发展等因素制约和影响，我省贫困地区医疗卫生事业发展仍然滞后，医疗卫生服务能力明显不足，群众健康水平亟待提升，因病致贫、因病返贫问题依然突出。加快解决贫困地区因病致贫返贫问题，已经成为我省脱贫攻坚的一个主攻方向，事关群众切身利益，事关脱贫攻坚大局。省委、省政府研究决定，采取更加精准的超常规举措，充分调集各级各部门政策、资金、项目、人才资源向建档立卡贫困人口倾斜，紧紧依靠各级党委政府和广大基层干部群众，最广泛的动员社会力量，形成支持贫困地区医疗卫生事业发展的强大合力。省卫生计生委等部门在充分学习调研四川、贵州、重庆等周边省市健康扶贫办法措施的基础上，在省政府办公厅的牵头组织和各有关部门的密切配合下，针对贫困地区群众最关心的看得起病、方便看病、看得好病和少生病问题，形成了《云南省健康扶贫30条措施》（云政办发〔2017〕102号，以下简称《健康扶贫30条》），经2017年9月18日省人民政府第123次常务会议审议通过，已于2017年9月27日印发各地组织实施。《健康扶贫30条》的出台，必将进一步释放政策红利，提高农村建档立卡贫困人口的医疗保障水平以及贫困地区的医疗卫生服务能力，从根本上有效解决因病致贫、因病返贫的发生。

**二、《健康扶贫30条》要达到的工作目标是什么？**

针对建档立卡贫困人口看病就医建立“四重保障”，实现“九个确保”。即：从2017年起，建立完善城乡居民基本医疗保险（以下简称基本医保）、大病保险、医疗救助、医疗费用兜底保障机制“四重保障”措施，实现“九个确保”：确保建档立卡贫困人口100%参加基本医保和大病保险；确保建档立卡贫困人口家庭医生签约服务率达到100%；确保建档立卡贫困人口28种疾病门诊政策范围内报销比例达到80%；确保建档立卡贫困人口符合转诊转院规范的住院治疗费用实际补偿比例达到90%；确保9类15种大病集中救治覆盖所有建档立卡贫困人口；确保医疗救助覆盖所有建档立卡贫困人口；确保符合手术条件的建档立卡贫困人口白内障患者得到免费救治；确保建档立卡贫困人口个人年度支付的符合转诊转院规范的医疗费用不超过当地农村居民人均可支配收入；确保贫困县脱贫摘帽时至少有1所县级公立医院达到二级医院标准（30万人口以上的达到二级甲等），每个乡镇有1所标准化乡镇卫生院，每个行政村有1所标准化村卫生室。

到2020年，全省贫困县人人享有基本医疗卫生服务，基本公共卫生指标力争达到全国平均水平，人均预期寿命进一步提高，医疗卫生服务条件明显改善，服务能力和可及性显著提升，实现大病基本不出县，建档立卡贫困人口个人就医费用负担大幅减轻，因病致贫、因病返贫问题得到有效解决。

**三、《健康扶贫30条》主要针对的人群是哪些？**

主要针对扶贫部门核定的我省建档立卡贫困人口。

**四、《健康扶贫30条》的主要框架是什么？**

坚持问题导向，紧紧围绕解决农村建档立卡贫困人口看得起病、方便看病、看得好病、尽量少生病问题，形成了四个方面的政策措施。

看得起病方面，提出为建档立卡贫困人口建立基本医保、大病保险、医疗救助、医疗费用兜底保障机制“四重保障”措施，细化落实了建档立卡贫困人口在参保、门诊和住院基本医保、大病保险、医疗救助方面的倾斜政策，明确了县级政府的兜底责任，提出对建档立卡贫困人口通过基本医保、大病保险、医疗救助报销后，符合转诊转院规范住院治疗费用实际补偿比例达不到90%和个人年度支付符合转诊转院规范的医疗费用仍然超过当地农村居民人均可支配收入的部分，由县级政府统筹资金进行兜底保障，省财政按照建档立卡贫困人口年人均60元的标准给予补助。同时就大病专项集中救治、实施“光明扶贫工程”，鼓励各地通过体制机制创新解决建档立卡贫困人口看病负担重的问题，作了原则性的规定。

方便看病方面，提出实行县域内先诊疗后付费和“一站式”即时结报。建档立卡贫困人口在县域内定点医疗机构住院时，持社会保障卡、有效身份证件办理入院手续，并与医疗机构签订先诊疗后付费协议，无需缴纳住院押金，直接住院治疗。对确有困难，出院时无法一次性结清自付费用的建档立卡贫困患者可与医疗机构签订先诊疗后付费延期（分期）还款协议，办理出院手续。在出院结算医疗费用时，定点医疗机构通过信息系统计算出基本医保、大病保险、医疗救助和兜底保障等政策措施报销补偿金额后，对各类报销补偿资金统一进行垫付，按照有关规定实行“一站式”即时结报，建档立卡贫困患者只需缴清个人自付费用。到2017年底，实现建档立卡贫困人口家庭医生签约服务100%覆盖。为建档立卡贫困人口发放健康卡。落实国家基本公共卫生服务项目，为65岁以上的建档立卡贫困人口每年免费开展1次健康体检。

看得好病方面，主要针对基层医疗卫生机构硬件达标、人才培养和能力提升，提出要实施县级公立医院及妇女儿童医院扶贫工程、县级中心医院提质达标晋级工程，开展创建 “甲级卫生院”和“建设群众满意的乡镇卫生院”活动、村卫生室标准化建设，以实现基层医疗卫生机构标准化全覆盖。通过加强基层卫生人才队伍建设、完善拴心留人政策、出台鼓励中高级卫生人才下基层奖励等倾斜措施，稳定和提升基层医疗卫生队伍。省级和州市级通过对口帮扶、医共体、远程医疗等措施，多管齐下，全面提升贫困地区医疗卫生服务能力。

尽量少生病方面，针对贫困县疾控中心、妇幼机构建设薄弱，传染病、地方病、艾滋病多发，妇女儿童健康水平低于全省平均水平的现状，提出了要加大贫困县重点疾病防控，实行“一病一策”管理，加强疾控中心实验室、妇幼保健机构建设，实施妇幼卫生项目，加强农村中小学保健室建设，大力开展城乡环境卫生整治，加强农村饮用水监测等具体措施。

**五、《健康扶贫30条》中，医保政策是如何对建档立卡贫困人口进行重点倾斜的？**

充分发挥现行社会保险政策作用，强化基本医保在健康扶贫工作的制度保障作用，完善并落实医保健康扶贫政策，在体现医保制度公平性的同时，重点向建档立卡贫困人口实行政策性倾斜。

（一）基本医保对建档立卡贫困人口体现“一补二免三提四要”。

“一补”即：对建档立卡贫困人口参加基本医保个人缴费部分由财政全额补贴（从2017年7月1日起，其他城乡居民参保个人缴费标准为每人每年180元），省财政和州市财政对已脱贫建档立卡贫困人口和未脱贫建档立卡贫困人口按比例承担。

“二免”即：一是免除建档立卡贫困人口在基层门诊就诊所需承担的一般诊疗费个人自付部分（按照规定，其他城乡居民在乡、村定点医疗机构门诊就诊除医药费用外，根据诊疗服务差异支付一般诊疗费，分为三个标准：一般检查6元，个人自付0.50元，医保报销5.50元；简单诊疗7元，个人支付1.00元，医保报销6.00元；复杂诊疗9元，个人自付2.50元，医保报销6.50元），由基本医保全额支付。二是免除建档立卡贫困人口在乡镇卫生院住院医保报销的“门槛费”（即住院报销起付线，其他城乡居民一般为每次300元）。

“三提”即：一是提高普通门诊基本医保年度最高报销额度5个百分点（如统筹地区其他城乡居民基本医保门诊最高报销额度为400元，则建档立卡贫困人口基本医保门诊最高报销额度提高到420元）。二是28种疾病（包括高血压Ⅱ—Ⅲ期、糖尿病、活动性结核病等3种慢性病和癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、需要放化疗的颅内肿瘤、终末期肾病、器官移植、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、遗传性球型红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血、精神分裂症、双向情感障碍症、帕金森氏病、血友病、儿童生长发育障碍、小儿脑瘫、重症肌无力、肌营养不良、运动神经元疾病、儿童免疫缺陷病等25种特殊病）门诊政策范围内医疗费用报销比例比其他城乡居民提高10-20个百分点，达到80%，其中重性精神病和终末期肾病门诊报销比例为90%（与其他城乡居民相比，除重性精神病和终末期肾病外，特殊病门诊政策范围内医疗费用报销比例由70%提高到80%，提高了10个百分点；慢性病门诊政策范围内医疗费用报销比例由其他城乡居民的60%提高到80%，提高了20个百分点）。三是提高符合转诊转院规范的建档立卡贫困人口定点医疗机构住院政策范围内费用报销比例，其中：乡级由80%-90%提高到90%-95%（比其他城乡居民人群提高10-15个百分点），最高报销比例不超过95%；县级由70%-80%提高到80%-85%（比其他城乡居民提高5-15个百分点）；省、州市级由50%-60%提高到70%（比其他城乡居民提高10-20个百分点）。

“四要”即：一是要全面落实各定点医疗机构严格使用城乡居民医保用药范围和诊疗项目范围（按照国家和我省整合城乡居民医保“就宽不就窄”的工作要求，我省整合后的城乡居民医保报销药品范围达到2888种，较原城镇居民医保增加近400多种，较原新农合增加1400多种；诊疗项目范围达到5003项，较原新农合增加1200多种）；二是要将36种国家谈判药品纳入医保报销范围（根据谈判结果规范使用的谈判药品，按城乡居民基本医保药品报销政策予以报销）；三是要将20项新增残疾人康复项目纳入医保报销范围；四是要做到县域内住院实际报销比例不低于70%，对符合转诊转院规范，到县域外住院的，单人单次住院政策范围内报销比例不低于70%。

（二）大病保险对建档立卡贫困人口实行“一降二提一扩大”。

“一降”即：起付线降低50%（如：其他城乡居民起付线为12000元的，建档立卡贫困人口降低为6000元）。

“二提”即：一是年度报销限额（封顶线）提高50%（如：其他城乡居民报销限额为15万元的，建档立卡贫困人口提高到22.50万元）；二是政策范围内费用报销比例由50%-60%提高到70%（比其他城乡居民高10-20个百分点）。

“一扩大”即：保障范围扩大到罹患癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、需要放化疗的颅内肿瘤、终末期肾病、器官移植、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、遗传性球型红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血、精神分裂症、双向情感障碍症、帕金森氏病、血友病、儿童生长发育障碍、小儿脑瘫、重症肌无力、肌营养不良、运动神经元疾病、儿童免疫缺陷病等25种疾病的建档立卡贫困人口门诊医疗费用。

**六、《健康扶贫30条》中，医疗救助政策是如何对建档立卡贫困人口进行倾斜的？**

取消建档立卡贫困人口医疗救助起付线，年度累计救助封顶线不低于10万元。建档立卡贫困人口符合转诊转院规范住院发生的医疗费用，政策范围内经基本医保、大病保险报销后达不到90%的，通过医疗救助报销到90%，县级政府可通过整合医疗救助和兜底保障实现。省财政按照建档立卡贫困人口年人均10元的标准给予补助。

**七、如何对建档立卡贫困人口个人负担医疗费用进行兜底保障？**

对建档立卡贫困人口通过基本医保、大病保险、医疗救助报销后，符合转诊转院规范住院治疗费用实际补偿比例达不到90%和个人年度支付符合转诊转院规范的医疗费用仍然超过当地农村居民人均可支配收入的部分，由县级政府统筹资金进行兜底保障，省财政按照建档立卡贫困人口年人均60元的标准给予补助。

**八、建档立卡贫困人口在哪些医疗机构可以享受先诊疗后付费的便利？**

建档立卡贫困人口在县域内定点医疗机构住院时，持社会保障卡、有效身份证件办理入院手续，并与医疗机构签订先诊疗后付费协议，无需缴纳住院押金，直接住院治疗。对于确有困难，出院时无法一次性结清自付费用的建档立卡贫困患者可与医疗机构签订先诊疗后付费延期（分期）还款协议，办理出院手续。

**九、什么是 “一站式”即时结报？将在哪些机构实施？**

一站式即时结报是指建档立卡贫困人口在出院结算医疗费用时，由定点医院通过信息系统计算出基本医保、大病保险、医疗救助和兜底保障等政策措施报销补偿金额后，对各类报销补偿资金统一进行垫付，按照有关规定实行“一站式”即时结报，患者只需缴清个人自付费用。《健康扶贫30条》规定，各级人力资源社会保障、民政、卫生计生、扶贫部门要加强沟通协作，推动基本医保、大病保险、医疗救助、兜底保障通过统一窗口、统一信息平台实现“一站式”结算。各级医保经办机构、民政等部门要加快医保资金、医疗救助费用和兜底保障资金的预付、对账、审核、结算和拨付进度，缩短拨款周期，实行按月拨付，年度内实际发生的应由医保基金和医疗救助资金支付的费用拨付率不低于85%。

**十、大病专项救治的对象和病种有哪些？到哪一级医院进行集中救治？费用如何承担？**

大病专项救治的对象是云南省的建档立卡农村贫困人口以及经民政部门核实核准的农村特困人员和低保对象。目前纳入救治的病种有9类15种，分别是儿童白血病（含急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病）、儿童先天性心脏病（含房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄、法式四联征以及合并两种或以上的复杂性先心病）、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病、重性精神病、耐多药结核。救治医院主要集中在县级定点医院进行救治，县级定点医院不具备能力的按转诊程序转诊到上级定点医院进行救治。定点救治医院对救治对象做到“一人一档一方案”管理。确保2017年大病集中救治覆盖所有贫困县，2018年所有患者得到救治。

救治费用实行按病种付费，由基本医保、大病保险实际报销85%，其中重性精神病和终末期肾病实际报销90%。同时，对符合手术条件的建档立卡贫困白内障患者进行免费救治。

**十一、什么是按人头打包付费试点？**

根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）精神，坚持保障基本的理念，按照与实际财力相适应、公平合理、便利有效、低成本管理的原则，实行“超支自负，结余留用”的激励机制，鼓励各地积极开展将区域内建档立卡贫困人口或城乡居民的基本医保、大病保险、医疗救助、兜底保障、家庭医生签约服务费等资金统一打包给医疗联合体（医疗共同体）牵头医院的按人头打包付费试点，并同步推进综合改革，由牵头医院以组建医疗联合体（医疗共同体）等方式负责建档立卡贫困人口或城乡居民的医疗卫生服务和医疗保障，提高医疗机构自我管理的积极性，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，确保建档立卡贫困人口个人年度支付的符合转诊转院规范的医疗费用不超过当地农村居民人均可支配收入。同时完善医保服务协议管理，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，促进医疗卫生资源合理利用，着力保障建档立卡贫困人口基本医疗需求，筑牢保障底线。

**十二、建档立卡贫困人口与家庭医生签约需不需要缴纳服务费？签约后能享受怎样的健康服务？**

《健康扶贫30条》规定，建档立卡贫困人口免交家庭医生签约基本服务包个人缴费部分，所需资金由省财政和州市财政按比例分担予以保障。

按照我省签约服务工作规范，将农村建档立卡贫困人口作为家庭医生签约服务重点人群，年度内由家庭医生团队与其签订服务协议，按需提供转诊和预约服务、按需延长慢病药物处方、提供1次一般体格检查、日常电话咨询等服务。还将建立完善建档立卡贫困人口电子健康档案，发放健康卡，置入健康状况、患病信息。对高血压、糖尿病、严重精神障碍等慢性疾病患者，签约医生或医生团队提供公共卫生、慢病管理、健康咨询和中医干预等综合服务。每年按基本公共卫生服务规范安排面对面随访，询问病情，检查并评估心率、血糖和血压等基础性健康指标，在饮食、运动、心理等方面提供健康指导。需住院治疗的，联系定点医院确定诊疗方案，实施有效治疗。

**十三、《健康扶贫30条》采取了哪些措施来加强基层卫生人才队伍建设？**

一是实施“三梯”人才招录培养计划。“十三五”期间，招录本（专）科订单定向免费医学生6000人，规范化培训住院医师1万人，培养县级骨干医师1480人。二是实施乡村医生中专及以上学历普及计划。依托省内各医学类高职高专和中等职业卫生学校，开展乡村医生在职学历教育，到2020年力争全省乡村医生达到中专及以上学历。三是开展“定向服务基层行动”。每年向基层派遣2500名医师。四是继续实施特岗全科医师招聘计划。五是完善“拴心留人”政策。对到县级医疗卫生机构工作的高级专业技术职务人员或医学类专业博士研究生给予每人每月1000元生活补助，医学类专业全日制硕士研究生给予每人每月800元生活补助。对到乡镇卫生院工作的高级专业技术职务人员或医学类专业博士研究生、全日制硕士研究生给予每人每月1500元生活补助，经全科住院医师规范化培训合格的本科生给予每人每月1000元生活补助，医学类专业全日制本科毕业生并取得相应执业资格的给予每人每月1500元生活补助。县级及以上具有中级以上职称的专业技术人员、具有执业医师资格的卫生技术人员，到乡镇连续工作满2年（含2年）以上的，从到乡镇工作之年起，给予每人每年1万元工作岗位补助。以上补助所需经费由州市、县两级统筹解决。六是鼓励公立医院医师利用业余时间到基层医疗卫生机构执业。七是继续坚持城市公立医疗卫生机构技术人员晋升中级职称前，必须到县级及以下医疗卫生机构累计服务1年的政策。

**十四、基层医疗卫生机构是健康扶贫的主阵地，如何提升其服务能力？**

一是全面提升县级医院服务能力。实施县级公立医院及妇女儿童医院扶贫工程、县级中心医院提质达标晋级工程，全面提升县级医院服务能力，使其达到国家《县医院服务能力基本标准》，鼓励有条件的县级医院达到三级医院服务能力和水平（具体办法另行制定）。到2020年，县域内就诊率达到90%。

二是实施乡镇卫生院和村卫生室标准化建设。加强贫困县乡镇卫生院基础设施、设备、人才队伍建设，开展创建“甲级卫生院”和“建设群众满意的乡镇卫生院”活动。结合当地常见病、多发病，每个乡镇卫生院建设1个临床特色科室。按照脱贫出列标准，每个行政村建有1所面积不低于60平方米的标准化村卫生室，按照每千服务人口不少于1名的标准配备村医，每所村卫生室至少有1名村医执业。鼓励人口超过1000人的自然村建设标准化村卫生室，方便群众就近就便就医。

三是推进县乡村医疗共同体建设。加快以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的县乡村医疗卫生服务一体化医疗共同体建设，促进优质医疗资源和医疗服务下沉。

**十五、如何加强贫困县疾病防控和公共卫生服务？**

一是制定下发健康扶贫疾病预防控制方案和重点疾病分病种管理指导意见，实行“一病一策”管理，提高重点疾病防控水平。二是整合县域内各类检验检测资源，力争使贫困县疾控中心实验室能力达到国家基本标准。三是大力开展环境卫生综合整治，普及农村卫生厕所，提高农村饮用水管理能力和水质合格率，改善人居环境。四是广泛开展居民健康促进与健康教育，提升建档立卡贫困人口健康意识，使其养成良好卫生习惯、饮食习惯和健康生活方式，减少疾病发生和流行。五是重点加强贫困县妇幼保健机构基础设施建设，落实“关爱妇女儿童健康行动”，降低孕产妇和婴幼儿死亡率，提高贫困县妇女儿童健康水平。六是推进农村中小学校保健室标准化建设，为农村中小学校学生提供基本医疗卫生服务，更好地促进学生身心健康。

**十六、推进贫困县农村中小学校保健室标准化建设的内容有哪些？**

对贫困县寄宿制农村中小学或学生人数超过600人的非寄宿制农村中小学按照标准设立保健室，配备专（兼）职校医。学生人数不足600人的农村中小学，由所在地乡镇卫生院或村卫生室提供基本医疗卫生服务，为儿童成长提供健康保障。

**十七、如何保障《健康扶贫30条》得到有效实施？**

一是加强组织领导。实行省级统筹、州市负责、县抓落实的工作机制。州市级政府要强化健康扶贫工作责任，因地制宜制定本地工作方案，抓好督促落实。县级政府要承担主体责任，做好资金安排、推进实施、兜底保障等工作，确保政策措施落实到位。二是加大资金投入。各级政府要落实投入责任，根据健康扶贫需要，积极调整优化支出结构，盘活存量，用好增量，强化资金保障。县级政府统筹整合使用省、州市、县三级财政资金时，要进一步加大健康扶贫投入力度，同时要加强健康扶贫资金监管，确保健康扶贫资金规范使用、安全有效。三是强化部门协作。各级卫生计生、扶贫、民政、人力资源社会保障、财政等部门要加强协调配合，定期召开健康扶贫工作协调推进会，形成上下联动、左右衔接的工作格局。提升健康扶贫工作信息化水平，加强部门之间信息共享，定期跟踪监测、通报反馈健康扶贫工作进展情况。四是动员社会参与。鼓励各类企业开展社会捐赠，支持基金会设立专项基金参与健康扶贫。充分发挥协会、学会、基金会等社会组织作用，整合社会资本、人才技术等资源，为贫困地区送医、送药、送温暖。五是规范诊疗行为。卫生计生部门要加强对医疗服务行为和医疗费用的监管，人力资源社会保障部门、医保经办机构要加强对建档立卡贫困人口医疗费用的审核与监管。各级定点医院要严格按照相关病种临床路径要求，合理确定诊疗方案，严格使用医保目录内安全有效、经济适宜的技术、药品和耗材等，严格控制医疗费用，减少建档立卡贫困人口自付费用，努力做到实际医疗费用与政策范围内医疗费用基本一致。对建档立卡贫困人口大病专项救治按照“病人不动、专家动”的原则，主要集中在县级定点医院救治，对救治确有困难的，严格按转诊程序规范转诊。省、州市三级医院实行分片包干，建立利益连接机制，通过巡回医疗、派驻治疗小组、远程会诊等方式与县级定点医院联动开展救治。六是强化督查考核。各级政府要建立对健康扶贫工作的督导、考核、问责机制，加大对健康扶贫政策落实情况的督促检查。省健康扶贫领导小组办公室组织开展对各地落实情况的督查和专项考核，考核结果与脱贫攻坚考核挂钩。七是加强宣传引导。各地、有关部门要采取群众喜闻乐见的形式广泛宣传健康扶贫各项政策措施，提高政策知晓率，引导建档立卡贫困人口科学合理就医。

**十八、《健康扶贫30条》中几个重要概念的解读**

大病：主要是指医疗费用负担很重且较长一段时间内严重影响患者及其家庭正常工作和生活的疾病，主要包括先天性心脏病、白血病、恶性肿瘤、严重心脑血管疾病等。

重病：指不能一次治愈、医疗费用持续发生且巨大的大病，且往往导致完全丧失劳动能力、丧失经济来源。

慢病：指病程长且病情迁延不愈，影响劳动力和生活质量，医药费用负担重的疾病，主要包括心脑血管病疾病、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等。

县域内住院实际报销比例：指基本医保报销的费用，占建档立卡贫困人口在参保地县级及以下定点医疗机构住院治疗产生的医疗费用（社会保险法等法律法规明确规定不予报销部分除外）的比例。

单人单次住院政策范围内报销比例：指基本医保报销的费用，占建档立卡贫困人口每次住院产生的医疗保险政策规定可报销范围费用的比例。

医疗联合体：简称医联体，是指由不同级别、类别医疗机构之间，通过纵向或横向医疗资源整合所形成的医疗机构联合组织。目前，国家推行的医联体主要有四种较为成熟的模式：在城市主要组建医疗集团；在县域主要组建医疗共同体；跨区域组建专科联盟；在边远贫困地区发展远程医疗协作网。

家庭医生：主要是指在基层医疗卫生机构（主要含城市社区卫生服务中心、站和乡镇卫生院、村卫生室）的基层医生，尤其是经过全科培训后注册为全科医生的，与辖区居民签订契约合同，并为其提供服务的医疗卫生人员。

家庭医生签约服务：是以家庭医生为核心，以家庭医生服务团队为支撑，通过签约的方式，促使具备家庭医生条件的全科（临床）医生团队与签约家庭建立起一种长期、稳定的服务关系，以便对签约家庭的健康进行全过程的维护，为签约家庭和个人提供安全、方便、有效、连续、经济的基本医疗服务和基本公共卫生服务。家庭医生签约服务是落实医改政策的体现，是基层服务模式的转变。

健康素养：指个人获取和理解基本健康信息和服务，并运用这些信息和服务做出正确决策，以维护和促进自身健康的能力。