云南省人民政府办公厅文件

云政办发〔2017〕102号

云南省人民政府办公厅关于印发云南省健康扶贫30条措施的通知

各州、市、县、区人民政府，省直各委、办、厅、局：

《云南省健康扶贫30条措施》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

云南省人民政府办公厅

2017年9月27日

（此件公开发布）

云南省健康扶贫30条措施

为贯彻落实《中共中央　国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》（中发〔2015〕34号）、《中共云南省委　云南省人民政府关于举全省之力打赢扶贫开发攻坚战的意见》（云发〔2015〕14号）以及国家卫生计生委等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）精神，努力让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，有效防止因病致贫、因病返贫，结合我省实际，制定健康扶贫30条措施。

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％（详见第二条）；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（详见第六条）；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。

一、落实四重保障措施，让建档立卡贫困人口“看得起病”

（一）确保建档立卡贫困人口100%参加基本医保和大病保险。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，省财政和州、市财政对已脱贫建档立卡贫困人口按照4：6的比例承担，对未脱贫建档立卡贫困人口按照6：4的比例承担。**（责任单位：省人力资源社会保障厅、民政厅、财政厅、卫生计生委、扶贫办，各州、市、县、区人民政府）**

（二）落实基本医保倾斜政策。各统筹地区对符合分级诊疗、转诊转院规范的建档立卡贫困人口，在定点医疗机构就诊实行以下倾斜政策：

门诊待遇倾斜。一般诊疗费个人自付部分由基本医保全额报销。普通门诊基本医保年度最高报销限额比其他城乡居民提高5个百分点。对高血压Ⅱ—Ⅲ期、糖尿病、活动性结核病、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28种疾病，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达到90%）。（**责任单位：省人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府**）

住院待遇倾斜。政策范围内住院费用报销比例比其他城乡居民提高5—20个百分点，其中，乡镇卫生院住院不设起付线，报销比例达到90%—95%，最高报销比例不超过95%；县级医疗机构报销比例达到80%—85%；州、市级医疗机构和省级医疗机构报销比例达到70%。确保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%。（**责任单位：省人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府**）

扩大保障范围。2017年起，进一步扩大基本医保用药和诊疗项目报销范围，医保政策范围内报销药品达到2888种、诊疗项目达到5003项。将治疗恶性肿瘤的高值靶向药和中药，治疗高磷血症的口服药等36种国家谈判药品纳入癌症、肾透析、血

友病、糖尿病、肺心病、精神病等医保报销范围。将康复综合评定、吞咽功能障碍检查、手功能评定、平衡试验、平衡训练、表面肌电图检查、轮椅技能训练、耐力训练、大关节松动训练、徒手手功能训练、截肢肢体综合训练、小儿行为听力测试、孤独症诊断访谈量表（ADI）测评、日常生活动作训练、职业功能训练、精神障碍作业疗法训练、减重支持系统训练、电动起立床训练、儿童听力障碍语言训练、言语能力筛查共20项康复项目纳入医保报销范围。对有康复需求的建档立卡贫困残疾人，各级残联优先提供康复训练、基本型辅助器具适配等康复服务。（**责任单位：省人力资源社会保障厅，省残联，各州、市、县、区人民政府**）

（三）**落实大病保险倾斜政策**。医疗费用大病保险起付线降低50%，年度报销限额提高50%，政策范围内报销比例比其他城乡居民提高10—20个百分点，达到70%。将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。将倾斜政策和保障责任纳入大病保险实施方案，依法在与大病保险承办机构签订

的合同中，明确大病保险倾斜政策及其实施主体、权利、义务。（责任单位：省人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

（四）落实医疗救助制度。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。（责任单位：省民政厅、财政厅、人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

（五）建立医疗费用兜底保障机制。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。（责任单位：各州、市、县、区人民政府，省人力资源社会保障厅、财政厅、民政厅、卫生计生委）

（六）实施大病专项集中救治。各级卫生计生部门要会同人力资源社会保障、扶贫、民政等部门，通过确定定点医院、确定诊疗方案、确定单病种收费标准，加强医疗质量管理，加强责任

落实，组织实施大病专项集中救治。2017年大病专项集中救治覆盖所有贫困县，对罹患儿童白血病（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、耐多药肺结核等9类15种大病的建档立卡贫困患者进行集中救治，做到“一人一档一方案”，确保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%。实施“光明扶贫工程”，充分发挥基本医保的保障作用，整合社会资金兜底，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。（**责任单位：省卫生计生委、人力资源社会保障厅、民政厅、财政厅、扶贫办，省残联、省红十字会，各州、市、县、区人民政府**）

（七）**鼓励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**。鼓励各地组建医疗联合体（医疗共同体），积极开展按人头打包付费试点，按照“超支自负，结余留用”的原则，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，由牵头医院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，并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。（责任单位：各州、市、县、区人民政府，省人力资源社会保障厅、卫生计生委、财政厅）

二、落实便民惠民措施，让建档立卡贫困人口“方便看病”

（八）实行县域内先诊疗后付费。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。（责任单位：省卫生计生委、人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

（九）实行定点医疗机构“一站式”即时结报。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，建档立卡贫困人口结算医疗费用时，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，患者只需缴清个人自付费用。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％。（责任单位：省人力资源社会保障厅、民政厅、卫生计生

委、扶贫办，各州、市、县、区人民政府）

（十）家庭医生签约全覆盖。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。对已经核准的高血压、糖尿病、严重精神障碍、肺结核等患者，提供公共卫生、慢病管理、健康咨询和中医干预等综合服务，并逐步扩大病种。建档立卡贫困人口家庭医生签约服务个人需缴纳的12元，由省财政和州、市财政对已脱贫建档立卡贫困人口按照4∶6的比例承担，对未脱贫建档立卡贫困人口按照6∶4的比例承担。（责任单位：省卫生计生委、财政厅、人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

三、提升医疗服务能力，让建档立卡贫困人口“看得好病”

（十一）加强基层卫生人才队伍建设。“十三五”期间，招录本（专）科订单定向免费医学生6000人，毕业后安排在县级及以下（专科生安排在县级以下）医疗机构就业，纳入编制和岗位管理；规范化培训住院医师1万人；培养县级骨干医师1480人。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。健全准入和退出机制，强化乡村医生队伍管理。采取开展“三级医院对口帮扶贫困县医院”“二级以上医院对口支援乡镇卫生院”和组建“医疗共同体”、组织“医疗小分队”等形式，定

向服务基层，定向帮扶县级医院、乡镇卫生院，2017—2020年，每年向基层派遣2500名医师。积极引导经过全科转岗培训的乡镇卫生院和社区卫生服务中心医务人员注册为全科医学专业。（责任单位：省卫生计生委、编办、人力资源社会保障厅、教育厅、财政厅，各州、市、县、区人民政府）

（十二）完善拴心留人政策，推动优秀人才向基层流动。落实服务基层奖励政策，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。积极争取国家支持，继续实施特岗全科医师招聘计划。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。城市公立医疗卫生机构技术人员晋升中级职称前，须到县级及以下医疗卫生机构累计服务1年。（责任单位：省卫生计生委、财政厅、人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

（十三）全面提升州市、县两级医疗机构服务能力。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）。实施州、市级公立医院等级提升工程，到2020年，每个州、市力争有1所三级甲等医院。实施县级公立医院及妇女儿童医院扶贫工程和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。到2020年，县域内就诊率达到90％。（责任单位：省卫生计生委、发展改革委、财政厅，各州、市、县、区人民政府）

（十四）实施乡镇卫生院标准化建设。贫困县脱贫摘帽时，每个乡镇有1所标准化乡镇卫生院，每千人口拥有乡镇卫生院床位数达到1.2张。加强贫困县乡镇卫生院基础设施、设备、人才队伍建设，规范科室诊疗流程，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。完善诊疗制度，优化医疗服务，改善患者就医体验。开展乡镇卫生院等级评审，到2020年，100％的中心乡镇卫生院和50％的乡镇卫生院达到甲级卫生院评审标准，创建成为“群众满意的乡镇卫生院”。（责任单位：省卫生计生委、财政厅、发展改革委，各州、市、县、区人民政府）

（十五）实施村卫生室标准化建设。贫困县脱贫摘帽时，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。鼓励有条件的地区，完善村卫生室的诊断室、观察室、治疗室、公共卫生室、药房、康复室等设施。（责任单位：省卫生计生委、财政厅、发展改革委，各州、市、县、区人民政府）

（十六）提升基层医疗卫生机构中医药服务能力。到2020年，100％的社区卫生服务中心和乡镇卫生院设立中医综合服务区（中医馆、国医堂），能够规范开展中药汤剂、针剂、灸法、推拿、火罐、刮痧、敷贴、中药熏蒸等8类及以上中医药适宜技术；100％的社区卫生服务站和80％以上的村卫生室能够规范开展其中5类以上中医药适宜技术。（责任单位：省卫生计生委、财政厅、发展改革委，各州、市、县、区人民政府）

（十七）全面建成远程医疗服务体系。按照“政府主导、功能统一、互联互通”的要求，建设覆盖省、州市、县、乡四级政府举办医疗机构的远程医疗服务体系，通过实施远程医疗，实现下级检查，上级诊断，为群众提供远程会诊、远程心电、远程检验、远程影像等远程医疗服务。完善远程医疗收付费机制。到2020年，力争远程医疗服务覆盖所有乡镇卫生院。同时，继续巩固和发展现有第三方机构运营的远程医疗服务。（责任单位：省卫生计生委、工业和信息化委、发展改革委、财政厅、物价局，各州、市、县、区人民政府）

（十八）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。实施分级诊疗、双向转诊，基本实现大病在县级、康复回基层。通过下派专业技术人员，提升乡、村两级医疗卫生机构对常见病、多发病、慢性病的救治和管理能力，让建档立卡贫困人口就近就便享受到优质医疗服务。（责任单位：省卫生计生委、人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

四、加强疾病预防控制，让建档立卡贫困人口“尽量少生病”

（十九）加大重点疾病防控工作力度。传染病、慢性病和严重精神障碍患者管理覆盖所有贫困县。制定下发健康扶贫疾病预防控制方案及重点疾病分病种管理指导意见，实行“一病一策”管理。确保适龄儿童国家免疫规划疫苗报告接种率达到95%以上，肺结核规范管理率达到90%以上，肿瘤随访登记报告覆盖率达到50%以上，严重精神障碍患者规范管理率达到75%以上，高血压、糖尿病规范管理率达到60%以上，突发传染病疫情及时处置率达到100%，死因监测县级覆盖率达到100%。降低贫困县艾滋病新发感染率和病死率。有效控制地方病，持续消除碘缺乏危害，切实减少饮水型地方性氟（砷）中毒病例发生。到2020年，实现贫困县消除疟疾、麻风病目标，包虫病得到基本控制，血吸虫病达到传播阻断或消除标准。通过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。（责任单位：省卫生计生委、财政厅、农业厅、林业厅、水利厅，各州、市、县、区人民政府）

（二十）提高妇女儿童健康水平。重点加强贫困县妇幼保健机构基础设施建设，提升服务能力。在贫困县全面实施农村夫妇免费孕前优生健康检查、农村妇女增补叶酸预防神经管缺陷、新生儿疾病筛查、农村妇女宫颈癌和乳腺癌检查等项目，扩大儿童营养改善项目覆盖面。加强贫困县孕产妇和0—6岁儿童健康管理，加强孕产妇和新生儿急危重症抢救能力建设。到2020年，贫困县孕产妇死亡率力争控制在20/10万以下、婴儿死亡率控制在10‰以下。（责任单位：省卫生计生委、发展改革委、财政厅、人力资源社会保障厅，省残联、省妇联，各州、市、县、区人民政府）

（二十一）大力开展环境卫生综合整治，改善人居环境。到2020年，实现贫困县卫生厕所普及率达到85%以上，所有贫困县及贫困县所在州市水质检测能力达到国家基本要求，农村饮用水监测乡镇覆盖率达到100%。加强对农村饮用水水源地保护、水质净化和消毒的技术指导，提高农村饮用水管理能力和水质合格率，到2020年，农村饮用水水质合格率力争达到全国平均水平。（责任单位：各州、市、县、区人民政府，省水利厅、住房城乡建设厅、环境保护厅、卫生计生委）

（二十二）广泛开展健康促进与健康教育。加强贫困县基本公共卫生健康教育服务，积极开展健康素养促进行动项目。加强

贫困县健康教育机构和队伍建设。构建健康科普平台，针对贫困县的重点人群和重点病种做好健康科普宣传，加强贫困县传染病、地方病和慢性病防治知识的宣传力度。广泛开展居民健康素养基本知识和技能宣传教育，提升建档立卡贫困人口健康意识，使其形成良好卫生习惯、饮食习惯及健康生活方式。到2020年，力争贫困县居民健康素养水平达到16%。（责任单位：省卫生计生委、新闻出版广电局、教育厅、食品药品监管局，各州、市、县、区人民政府）

（二十三）推进农村中小学校保健室标准化建设。推进农村中小学公共卫生服务。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。（责任单位：省教育厅、卫生计生委、财政厅、人力资源社会保障厅、编办，各州、市、县、区人民政府）

五、保障措施

（二十四）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。省健康扶贫领导小组切实加强对健康扶贫工作的组织领导，强化工作调度与考核评估，推动健康扶贫政策措施落到实处，各地要建立工作协调机制，推进本地区健康扶贫工作。州、市人民政府要强化健康扶贫工作责任，因地制宜制定本地区工作方案，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。（责任单位：省健康扶贫领导小组，各州、市、县、区人民政府）

（二十五）加大资金投入。各级政府要落实政府投入责任，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。（责任单位：省财政厅、人力资源社会保障厅、民政厅、卫生计生委、审计厅，各州、市、县、区人民政府）

（二十六）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。（责任单位：省卫生计生委、扶贫办、民政厅、人力资源社会保障厅、财政厅，各州、市、县、区人民政府）

（二十七）动员社会参与。鼓励各类企业开展社会捐赠，支持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。搭建政府救助资源、社会组织救助项目与建档立卡贫困人口救治需求对接的信息平台，引导支持慈善组织、

企事业单位和爱心人士为患重大疾病的建档立卡贫困人口提供慈善救助。（责任单位：省健康扶贫领导小组各成员单位，各州、市、县、区人民政府）

（二十八）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、州市两级实行三级医院分片包干，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。（责任单位：省卫生计生委、人力资源社会保障厅，各州、市、县、区人民政府）

（二十九）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。（责任单位：省健康扶贫领导小组办公室，各州、市、县、区人民政府）

（三十）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。采取省培训州市县区、州市县区培训乡村和驻村干部、乡村和驻村干部逐户宣讲的方式，确保精准理解、正确解读，不折不扣落实健康扶贫政策。及时公开健康扶贫各项措施的实施情况，接受社会监督。大力宣传各级、有关部门推进健康扶贫工作取得的进展和成效、创造的经验和做法、涌现出来的先进典型，营造良好社会氛围。（**责任单位：省健康扶贫领导小组各成员单位，省新闻办，各州、市、县、区人民政府**）

抄送：省委各部委，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省法院，省检察院，云南省军区。
滇中新区管委会。

云南省人民政府办公厅　　2017年9月28日印发