

眉山市卫生和计划生育委员会文件

眉卫发〔2016〕137号

眉山市卫生和计划生育委员会 关于印发《眉山市脱贫攻坚医疗卫生保障实施 细则》的通知

各县（区）卫生计生局，市直属单位，委机关各科室：

根据《四川省脱贫攻坚医疗卫生保障实施方案》（川脱贫办发〔2016〕61号）和眉山市人社局等五部门《关于印发眉山市建档立卡贫困人口医疗保障实施方案的通知》（眉人社发〔2016〕78号）文件要求，为深入推进我市卫生计生精准扶贫工作，特制定《眉山市脱贫攻坚医疗卫生保障实施细则》，现印发你们，

请遵照执行。

眉山市卫生和计划生育委员会

2016 年 10 月 21 日

眉山市脱贫攻坚医疗卫生保障实施细则

为认真贯彻落实中央、省委省政府精准扶贫重大部署和省委东明书记关于医疗卫生精准扶贫的系列重要指示精神，在总结医疗卫生精准扶贫经验基础上，结合眉山实际，着力解决当前医疗卫生精准扶贫工作存在的薄弱环节和主要问题，减轻贫困患者就医负担，根据《四川省脱贫攻坚医疗卫生保障实施方案》（川脱贫办发〔2016〕61号）和眉山市人社局等五部门《关于印发眉山市建档立卡贫困人口医疗保障实施方案的通知》（眉人社发〔2016〕78号）文件制定本方案。

一、实施范围

全市建档立卡贫困人口。

二、目标任务

深化“贫困人群医疗救助扶持行动”，减轻建档立卡贫困人口治疗疾病经济负担；深化“贫困人群公共卫生保障行动”，降低贫困人口疾病发生率；深化“医疗能力提升行动”，提高医疗卫生服务可及性；深化“卫生人才培植行动”，夯实卫生人才队伍基础；深化“生育秩序整治行动”，遏制政策外多孩生育行为。全面落实精准识别的医疗扶持、全民预防保健、基本医疗保险、六项补充医保扶持、分级诊疗、控制医疗费用、家庭医生签约服务、基层就医社会公示等“八个100%”，确保95%以上贫困患者在县域内就诊，对在县域内定点医疗机构住院的建档立卡贫困人口，个人医疗费用支出控制在医疗总费用的10%以内；到2020

年，确保个人承担合规住院医疗费用比例不超过 10%，努力实现贫困患者重大疾病县域内住院个人医疗费用“零支付”，因病致（返）贫问题得到有效解决。

三、政策措施

（一）大力实施贫困人群医疗救助扶持行动。

1. 严格执行《医疗保障实施方案》。按照眉山市人社局等五部门制定《关于印发眉山市建档立卡贫困人口医疗保障实施方案的通知》（眉人社发[2016]78号）文件要求，严格执行建档立卡贫困人口医保缴费扶持、支付方式改革、医疗救助拓展、住院费用兜底等政策，切实提高建档立卡贫困人口医疗保障水平。

2. 卫计系统重点抓好八项工作。

（1）精准识别贫困人口身份。

配合扶贫、人社等部门，建立贫困人口全覆盖识别标识，加快全市贫困人口疾病和就医数据库建设，依托扶贫移民部门建档立卡贫困人口数据库，采取智能查询、系统识别等各种有效形式实现贫困人口就诊精准识别率 100%。加强对贫困患者的人文关怀，切实做到耐心、细心、热心、爱心、诚心。

实现家庭医生签约服务全覆盖。家庭医生签约服务优先覆盖贫困人群，2016 年底建档立卡贫困人口签约服务覆盖率达 100%。通过与居民建立稳定的契约服务关系，按照“无病防病、有病管理”的原则，使居民获得涵盖常见病、多发病的中西医诊治、合理用药、就医指导和转诊预约的基本医疗服务和综合、连续、便捷、个性化的健康管理服务，包括健康评估、康复指导、家庭病

床服务、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等，增强居民对基层医疗机构及医务人员的信任感，引导居民形成以家庭医生首诊为基础的分级诊疗就医格局。

（2）开辟绿色就医通道。

各级医疗卫生机构要设立贫困人口就医专用窗口，张贴专用标记，建立绿色通道，为贫困人口门诊、住院提供方便、快捷的就诊服务。

（3）开展特殊疾病病种筛查。

开展全市建档立卡贫困人口“因病致贫、因病返贫”调查和核准，制定我市“因病致贫、因病返贫”标准和认定程序。对未纳入城乡居民基本医疗保险特殊疾病门诊管理的建档立卡贫困患者，由各县（区）卫生计生部门组织在当地二级及以上定点医疗机构精准诊断，对符合纳入特殊疾病门诊管理病种范围的，全部纳入特殊疾病门诊管理。对不符合纳入特殊疾病门诊病种范围，但经二级及以上定点医疗机构诊断确需长期门诊治疗的建档立卡贫困患者，由各乡镇、村汇总并进行公示，报相关资料到各县（区）医保经办机构审核后，统一录入基本医疗保险信息平台。

（4）开展精准治疗。

对患病贫困人口逐户分类建档，因病施策，分类救治，动态管理，对患大病和慢性病的农村贫困人口进行分类救治，能一次性治愈的，组织专家集中力量实施治疗，2016年10月起对心脏病、白内障、胆结石、妇科病、风湿病等病种进行集中救治；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

长期治疗和康复的，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。实现医疗扶持覆盖率达 100%。

（5）落实“十免四补助”政策。

建档立卡贫困人口就诊实行“十免四补助”：免收一般诊疗费、免收院内会诊费、免费开展贫困人口白内障复明手术项目、免费艾滋病抗病毒药物和抗结核一线药物治疗、免费提供基本公共卫生服务、免费提供妇幼健康服务、免费巡回医疗服务、免费药物治疗包虫病患者、免费提供基本医保个人缴费、免费实施贫困孕产妇住院分娩服务；对手术治疗包虫病患者按 2.5 万元/人给予补助，对 0-6 岁贫困残疾儿童手术及康复训练和辅具适配按平均 3 万元/人给予补助，对晚期血吸虫病人按 5000 元/人·年给予补助，对重症大骨节病贫困患者按 700 元/人给予对症治疗补助。

（6）规范医疗服务行为。

坚持基层首诊。乡村医疗机构切实承担卫生“守门人”职责，负责基层首诊，能有效诊治 70 种常见病、多发病，基本解决 70% 左右的贫困患者看病就医问题。进一步加大县、乡、村三级医疗机构实用技术推广，进一步解决基层医疗机构药品品种过少的问题。进一步加强基层基本药物的使用和管理，在 520 种国家基本药物目录基础上，将 305 种省级补充药物纳入基本药物合理用药考核范围，对社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院可从医保、新农合药品报销目录中，配备 35-40% 的非基本药物，合理扩大基层用药种类。严格药品生产经营企业配送行为监管，保障基层

药品供应。县级医疗机构进一步提高临床诊疗能力，进一步依靠上级专家会诊和远程医疗，能有效诊治 200 种常见病、多发病和中等程度疾病，确保 95%以上贫困患者在县域内就医。

严格实行逐级转诊。建档立卡贫困人口原则上在县域内定点医疗机构按分级诊疗原则就近治疗。对患疑难复杂疾病县级医疗机构通过远程会诊等仍无法解决的，经对口支援专家或远程会诊上级医师会诊同意并报区、县卫生计生局批准后方可向市级医疗机构转诊；市级医疗机构由于条件限制仍然无法解决的，由省部级专家会诊同意并报省级卫生计生行政部门批准后方可转至省部级医疗机构就诊。加强相关政策执行监督，确保县乡村医疗卫生机构 100%落实分级诊疗制度。

规范县域外重大疾病诊疗。对按程序转诊到省、市级医疗机构的重大疾病贫困患者，各大型医疗机构要全面执行“合理转诊、合理诊疗、合理引导”的“三合理”要求，严格落实分级诊疗、医保报销、杜绝过度医疗的“三严格”规定，切实做到因病施治、合理检查、用药、用材，对确实失去诊疗价值的危重患者，医疗机构要积极提供生命抚慰、临终关怀等有尊严、有质量的服务，引导患者前往临终关怀和宁养机构，避免有限医疗资源的浪费。同时，建立贫困患者重大疾病患者住院定期审计和评估制度，依托市医学会等专业组织成立市重大疾病住院评估领导小组，每月组织对市、县级医疗机构收治贫困患者住院医疗行为和医疗费用等进行评估，对不合理使用昂贵、自费药品，以及可使用一般诊疗技术替代而采用特殊治疗技术手段等行为，产生的一切不合规

医疗费用全部由医疗机构自行承担。对“三合理”、“三严格”执行不到位的医疗机构，将其与医保基金支付、医院等级评审、医师定期考核、项目资金分配、吊销医师执业资格证书等挂钩，最大力度惩处大型医疗机构针对贫困患者的过度医疗等行为。

严格控制医疗费用。严格规范职业操守，加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质。进一步改善医疗服务态度，关心、体贴贫困患者。进一步全面落实医疗费用控制定期通报、约谈制度和医疗机构处方、医嘱、检查单点评制度，落实重点监控药品管理制度，杜绝大处方、滥检查、挂床住院、压床治疗等过度医疗行为，严禁给医务人员设定创收指标。医疗机构应严格按照医保报销目录使用药品、诊疗项目和医疗服务设施项目，严格控制使用“贵重”药品和进口高值医用耗材。确需使用自费药品、诊疗项目和医疗服务设施项目，应遵循临床必需的原则，经相关专业副主任以上职称医师会诊、医院院长签字确认。加强对医疗机构的监督指导，严禁医疗机构产生不合规医疗费用，产生的所有不合规医疗费用全部由医疗机构自行承担。对建档立卡贫困人口实施过度医疗，导致医疗费用过快上涨的，要严肃追究当地政府、收治医疗机构及签约医生的相关责任。实现控制医疗费用覆盖率100%。

完善医疗扶贫公示制度。从2016年10月起，对贫困人群重大疾病住院患者的“十免四补助”医疗扶持、医疗保障救助、民政医疗救助、疾病应急救助、门诊特殊救助等政策在院务、村务公开栏公示，并定期更新。对贫困人口医疗扶持、医保扶持、住

院医疗总费用和个人支付费用等情况，出院当月在县级公立医院、乡镇卫生院（社区服务中心）、村卫生室公示。门诊特殊疾病患者在县级公立医院、乡镇卫生院（社区服务中心）每季度更新公示。广泛接受患者和社会各界监督，公示覆盖率达到 100%。

（7）完善先诊疗后结算制度。

在县域内定点医疗机构就诊的建档立卡贫困人口患者，实行先诊疗后结算制度，不缴纳住院预付款，住院报销不设起付线。建档立卡贫困人口就诊患者将其医保证件、身份证、户口本等交由医疗机构代为保管。诊疗结束后，由医疗机构凭相关证明材料与各类经费保障机构直接结算，建档立卡贫困人口就诊患者凭本人社会保障卡，在医疗机构结算窗口只需支付个人应承担部分。

（8）实行“一站式”服务。

在县域内定点医疗机构就诊的建档立卡贫困人口患者，实行“一卡一窗一站”式结算。即充分利用基本医疗保险信息平台，确保实现基本医疗保险、大病保险、商业补充医疗保险、应急救助、民政医疗救助、门诊特殊救助、政府财政兜底在一个平台并联审批、即时结算。

3. 发挥“基金”兜底作用。卫生部门要主动配合财政部门，按照省上要求，每个县设立 300 万元左右的卫生扶贫救助基金，主要对现行扶持政策覆盖范围之外出现的一些特殊困难予以救助。启动贫困人口重大疾病慈善救助基金建立工作，动员社会力量积极捐赠，从 2016 年 12 月 1 日起，对患重大疾病贫困患者住院医疗费用经医保等各种渠道报销后的个人支付部分进行兜底

补助，力争实现今年拟脱贫人口患重大疾病个人费用“零支付”。

（二）大力实施贫困人群公共卫生保障行动。

1. 精准加强基本公共卫生服务。

精准加强贫困人口的基本公共卫生服务项目，为贫困人口建立城乡居民健康档案，建档率达到 100%。加强重点人群实施精准健康管理，对建档立卡贫困人口中的高血压、糖尿病患者、重性精神病、肺结核等患者的健康随访次数每年在原有基础上增加 4 次，对高风险人群及时转诊，2 周内主动随访转诊情况。开展贫困人口免费健康体检，从 2016 年起，为所有建档立卡贫困人口中 7-64 周岁人群每两年开展一次免费体检，做到健康体检覆盖率达 100%。按照“分类指导、重点管理”的健康服务模式，针对贫困人口中的慢性病患者等重点人群，按照“一人一策”的原则，进行精准健康评估、精准健康管理，有针对性的出具健康处方，积极开展中医体质辨识、预防保健等服务，树立“治未病”理念，指导患者进行自我干预，全面提高贫困居民健康素养整体水平。

2. 降低传染病发病率。

加强与放射卫生、饮用水卫生、环境卫生、学校卫生、食品安全风险监测工作，强化对基层人员业务培训，加强实验室建设，切实提升工作能力和服务水平，确保人民群众身体健康和饮食安全。建立并完善学校卫生监测网络，饮用水卫生监测继续保持乡镇全覆盖，农村环境卫生监测工作稳步推进。

3. 加强慢性病综合防控。

从控制危险因素、疾病筛查、早诊早治、规范化管理入手,采取健康促进、健康管理、疾病干预策略,对本辖区的重点人群和慢性病患者进行分类干预和管理。2020年,慢性病患者管理率达90%以上。开展风湿病、慢性阻塞性肺病、高血压、糖尿病患者管理,制定相应管理服务规范,开展针对性防治知识宣传,切实做好风湿病、慢性阻塞性肺病、高血压、糖尿病患者健康管理工作。大力倡导患者自我管理的理念,在社区(乡镇)建立慢性病患者自我管理小组,在医务人员的指导下,定期开展慢性病患者自我管理经验交流活动,提升患者自我管理意识和能力,并帮助部分患者及其家属纠正和克服患慢性病后和已治愈疾病后存在的“病不医、病不动、病不好”的错误认识。

4. 强化健康生活方式养成。

将健康生活方式养成与新型城镇化、城乡环境综合治理工作、爱国卫生运动相结合,形成“党政主导、部门落实、人人负责”的工作机制。2016年,在贫困村广泛开展健康宣传、健康教育“五进、五讲”,即健康宣传教育“进村庄、进学校、进家庭、进夜校、进电视广播”,健康宣传教育包括“讲卫生习惯、讲疾病预防、讲看病就医、讲减免政策、讲自我保健”。贫困村全民健康生活方式行动覆盖率达到70%,2020年,覆盖率达到100%。将健康促进与日常生活相结合,针对不勤洗漱、乱扔垃圾、喝生水、食脏食、偏食、酗酒、吸烟、不洁大小便等不良生活习惯和不安全的驾驶习惯、不卫生的群体性聚餐、不卫生的丧葬行为等不良习俗,广泛开展“五洗”(洗手、洗澡、洗漱牙、洗被

褥、洗衣服(物))、“五不做”(鲁莽驾驶、乱扔垃圾、不卫生丧葬、不洁大小便、饮高氟砖茶)、“三适量”(劳动适量合理、饮食适量多样、烟酒适量节制)、“三加热”(食物煮熟、生水烧开、隔夜食品加热)、“三勤做”(打扫卫生、通风祛湿、除“四害”)等行为，积极引导群众移风易俗，养成良好卫生习惯。2020年，实现省委提出的“养成好习惯、形成好风气”卫生目标。

(三) 大力实施医疗能力提升行动。

1. 聚焦提升县级医院能力。

加强县医院以人才、技术、重点专科为核心的能力建设，重点加强县域内发病率排名前十位、近3年县外转诊率排名前五位疾病病种对应科室的临床专科建设，确保县级医院对200种常见病、多发病的诊断治疗率达95%。

2. 聚焦贫困村“标准化”建设。

按照“每个村建设一所达标卫生室”的要求，2016年底前，所有贫困村要设立村卫生室并配备乡村医生，2017年底前全部达到标准化达标建设要求。

3. 聚焦卫生对口支援。

突出重点帮扶、精准帮扶，负责对口支援的医疗机构要与贫困县县级医疗机构、中心卫生院建立稳定持续的“一对一”帮扶关系。重点加强县域内常见病、多发病相关专科建设，重点为帮扶县患重大疾病的贫困人口提供精准医疗服务，结合受援医院需求，组团集中帮扶县级医院开展适宜技术，每年不少于3项新技术，全面提升县级公立医院综合服务能力，不断提高县域就诊率。

加大对口支援人员到岗督查力度，将对口支援与医院等级评审、与医务人员晋升职称挂钩，推动优质医疗资源下沉。

4. 强化远程医疗网络建设和能力打造。

加快推进远程医疗系统建设，制定落实相关配套政策。充分利用远程医疗系统，提高远程会诊、远程教育、多级多学科联合讨论、疑难病例讨论、手术示教等业务量和质。远程会诊量占院外会诊总量的 40%以上。通过远程会诊，促使贫困人口实现重大疑难疾病县域内就医，减少就医额外支出。

5. 强化义诊活动。

聚焦贫困人口和贫困人口所患的常见病、多发病，同“服务百姓健康”行动相结合，开展义诊活动，建立长效机制。市、县两级卫生计生行政部门定期组织专家医疗队，到贫困村开展义诊活动。市、县两级卫生行政部门每年至少开展 1 次义诊活动。

（四）大力实施卫生人才培植行动。

1. 推进人才增量提质。

推进基层人才增量提质。继续实行订单定向医学生免费培养项目和全科医生特设岗位计划试点工作，通过培训、引进、招聘、对口支援等各种渠道，到 2020 年，卫生资源显著增加，每千常住人口执业（助理）医师数达到 2.5 人，每千常住人口注册护士数不低于 2.8 人。

2. 开展大培训带动大提高。

通过远程培训、对口帮扶、项目支持等方式，5 年内实现县、乡、村培训全覆盖。加快推进住院医师、专科医师、护士、药师

规范化培训。加强对县级医院重点专科、特色专科建设的帮扶指导，加强对乡镇卫生院影像、检验、心电、B超等紧缺专业人才岗位技能培养，加强对村卫生室医务人员常见病、慢性病、老年病的基本诊治、预防和保健的培训，全面提高基本公共卫生服务能力。省市县乡村五级联动，通过上门培训和上派进修的双向交流模式，促进卫生专业技术人员岗位能力的全面提升。

3. 推进优质卫生人才下沉。

强化城乡对口支援的精准帮扶和严格管理，促进优质卫生资源下沉。与对口支援的贫困县建立“一对一”对口帮扶关系的三级医疗卫生单位，与贫困县中心乡镇卫生院建立“一对一”对口帮扶关系的二级医疗卫生单位，每年须不少于2次派出临床、公卫、管理等专业高级职称人员到帮扶机构中长期驻点开展技术指导、学术讲座、管理咨询等；三级医疗机构每年须免费接收受援县县级综合医院至少3名骨干医师进修学习。医疗卫生单位卫技人员申报晋升副高级职称前须到对口支援单位连续驻点服务不少于6个月，申报晋升正高级职称前，须到对口支援单位连续驻点服务不少于3个月。卫技人员到上级医疗卫生机构进修学习和城市医生对口支援、服务基层情况作为职称晋升重要评价指标。市属卫生事业单位除按规定考核招聘人员外，招聘管理岗位人员和本科及以下学历专业技术人员，均应从具有2年及以上基层工作经历的人员中招聘。加快基层医疗卫生单位空编空岗补员力度，引进青年医师补充到基层，2017年底，基本补齐空编空岗。

4. 推进“乡村一体化”管理。

推动实施《关于开展乡村卫生计生人员一体化管理试点的指导意见》（川卫办发〔2015〕306号），指导基层实现以聘用管理和合同管理为基础的乡村卫生计生人员管理一体化。改革乡村医生服务模式和激励机制，落实和完善乡村医生补偿、养老、培养、评选奖励政策。2016年，50%的县全面推进乡村一体化管理，50%的县启动乡村卫生计生人员一体化改革试点，村医乡聘率达30%。

（五）大力实施生育秩序整治行动。

1. 强化计划生育目标管理。

进一步强化计划生育“一票否决”制度。区、县党委政府要与实行生育秩序整治的重点乡镇（动态调整）党委政府，各区、县党委政府要与下级党委政府签订计划生育目标管理责任书，细化计划生育“一票否决”办法。每年对工作不落实、政策外多孩生育严重的乡镇坚决实行“一票否决”，并将“一票否决”执行情况报上级卫生计生部门备案。

2. 落实“包村包户”责任制。

实行乡村干部计划生育“包村包户”责任制，组织发放计划生育入户宣传品和免费发放避孕药具，每月到所包村了解群众婚、孕、育信息和计划生育工作情况，及时动员已达到政策规定生育数量上限的群众落实长效节育措施、不符合政策怀孕对象落实补救措施。年内“包村包户”责任制落实率达到100%。

3. 建立卫生计生系统领导干部联系制度。

卫生计生部门班子成员和中层负责人分别联系2户已达到政策规定生育数量上限的家庭，做好计划生育政策法规和生殖保

健知识的宣传，督促联系对象落实长效节育措施，确保联系对象不出现违法生育行为。

4. 落实避孕节育措施。

全面落实计划生育技术服务制度，大力推行避孕节育措施知情选择。提高避孕药具发放及时率和有效率。已达到生育政策规定数量上限的育龄妇女长效节育措施落实率不低于 70%。

5. 加强计划生育基层基础。

注重进村入户、面对面的宣传，加大计划生育执法力度。加强计划生育队伍建设，加强妇幼保健计划生育机构建设，配齐配强工作人员，确保有人干事。全面落实村级计划生育干部报酬待遇，确保不低于村（居）主要领导的 80%。

四、保障措施

实施医疗卫生精准扶贫，事关打赢脱贫攻坚战成败，事关“健康四川”建设进程，事关全面建成小康社会全局，事关“两个一百年”目标实现，意义重大。要以“等不得、慢不得、拖不得”的责任感和紧迫感抓好工作落实，确保医疗卫生精准扶贫各项目标顺利实现。

（一）健全组织机构，明确工作职责。

市、县（两级）卫生行政主管部门要进一步提高认识，切实增强做好医疗卫生精准扶贫工作的紧迫感和责任感，加强领导，落实责任。坚持卫生计生部门抓落实的医疗卫生精准扶贫工作管理制度，加大市县统筹、资源整合力度，扎实推进各项工作。市卫生计生委负责《实施细则》的制定，负监督、指导责任。各县

（区）是医疗卫生精准扶贫的实施主体、工作主体、责任主体，要把该项工作纳入重要议事日程，结合实际制定切实可行的措施，明确目标、责任、任务和进度，统筹实施医疗卫生精准扶贫。基层卫生计生机构具体承担医疗卫生精准扶贫攻坚的各项任务，明确牵头人和责任人，逐项抓好医疗卫生精准扶贫工作的落实。

（二）加大支持力度，注重政策倾斜。

在确定卫生计生项目、安排专项资金、制定专项规划时，要充分考虑区域发展与扶贫攻坚的特殊情况，努力将普遍支持的政策和项目向贫困地区重点倾斜，优惠支持的政策和项目在贫困地区先行试点。市级卫生计生部门协调发展改革、财政部门支持并统筹中央和省级专项资金加大对医疗卫生精准扶贫的支持力度，有关县（区）卫生计生部门协调发展改革、财政部门支持并统筹本级项目、专项资金、工作经费等向辖区内落后贫困区域倾斜，加快推进各项任务落实。

（三）完善工作机制，坚持长效管理。

结合各地卫生计生事业发展规划和扶贫工作实际，落实工作任务，进一步构建齐抓共管的工作格局，建立健全以政策为基础、以项目为手段、以人才为根本、以落实为目标的政府主导、部门协作、多方参与的医疗卫生精准扶贫长效管理机制，推动医疗卫生精准扶贫工作持续健康发展。把医疗卫生精准扶贫纳入规范化、制度化、法治化轨道，建立定期通报和联系会议制度，分析解决医疗卫生精准扶贫实施过程中存在的问题，确保工作实效性和任务的完成。

（四）加强督导检查，严格考核奖惩。

加强医疗卫生精准扶贫工作督查，对督查中发现的问题要及时整改，对重视不够、工作不实、推进不力造成严重后果或不良影响的，要严格问责。严格落实考评措施，在月统计分析的基础上，建立季通报约谈、年表扬和处理一批等制度，并采取日常暗访和蹲点督导等方式，督促和倒逼卫生计生系统全体干部职工牢记使命、勇于担当、主动作为，做好医疗卫生精准扶贫工作。