

# 云和县卫生健康局文件

云卫〔2023〕44号

## 云和县卫生健康局 关于印发《云和县肺结核患者诊疗费用 补助方案》的通知

县疾病预防控制中心、县人民医院、各基层医疗卫生机构：

为进一步规范我县肺结核患者管理工作，根据《丽水市公共卫生工作委员会印发〈关于进一步加强肺结核防治工作的若干意见（试行）〉的通知》（丽公卫委〔2021〕1号）《云和县公共卫生工作委员会办公室关于进一步规范肺结核防治工作的通知》（云公卫委办〔2023〕2号）文件要求，结合我县实际，制定《云和县肺结核患者诊疗费用补助方案》，现印发给你们，请予落实。

云和县卫生健康局

2023年5月12日

---

抄送：市卫健委。

---

云和县卫生健康局

2023年5月12日印发

---

# 云和县肺结核患者诊疗费用补助方案

根据《云和县公共卫生工作委员会办公室关于进一步规范肺结核防治工作的通知》（云公卫委办〔2023〕2号）文件要求，为提高我县肺结核患者就诊率、规范治疗率、治疗成功率及乡镇社区随访管理依从性，减少耐药结核病的发生，切实减轻肺结核患者经济负担，特制定本实施办法。

## 一、补助对象

现住址为云和县县域内并纳入云和县规范管理的结核病患者，经各级肺结核定点医院诊断并按照肺结核病治疗要求规范完成全疗程的患者（在丽水市其他县区领取过补助费的不能重复领取）。

## 二、执行时间

2023年1月1日开始执行。

## 三、补助标准

2023年1月1日开始，对符合要求的补助对象每例初治患者一次性补助600元，复治患者一次性补助800元，结核性胸膜炎患者一次性补助1000元，耐药结核患者一次性补助3000元。若患者治疗分类存在多种类别者，就高发放补助。

## 四、相关责任单位职责

1. **基层医疗卫生机构：**按照相关规范开展辖区内结核患者随访管理工作，做好补助政策告知。

2. **县人民医院（结核病定点医院）：**按照相关规范开展

辖区内结核患者诊疗工作，对全程在各级定点医院接受治疗、且经专家评估符合肺结核规范治疗要求的常住我县的肺结核患者做好补助登记，并对治疗情况进行审核，定期将补助对象信息报送至县疾病预防控制中心复审。

**3. 县疾病预防控制中心：**每半年对县人民医院上报的补助对象信息进行复审，对符合发放规定的，通过补助对象本人社保卡账号进行发放。

## 五、补助发放流程

**1. 发放告知书** 各基层医疗卫生机构结核病管理医生在第一次入户随访时，将《云和县肺结核患者诊疗费用专项补助告知书》（附件1）发放告知管理服务对象，并经患者（委托代理人）签字确认留档。

**2. 审核确认** 县人民医院结核门诊负责患者信息登记（附件2），于每年6月30日、11月30日前经医院经办医生和职能部门审核后，报送县疾病预防控制中心复审。

**3. 经费发放** 县疾病预防控制中心审核后，对符合发放规定的，及时通过补助对象本人社保卡账号进行发放。

## 六、其他

如因疗程方案、防治政策调整，补助经费亦做相应调整。

该补助办法从2023年1月1日开始实施，补助政策和标准根据省市文件精神适时调整。

附件：1. 云和县肺结核患者诊疗费用专项补助告知书

2. 云和县肺结核患者诊疗费用专项补助统计表

## 附件 1

# 云和县肺结核患者诊疗费用专项补助告知书

### 一、补助对象条件

1. 现住址为云和县域范围内并纳入云和县规范管理的结核病患者。

2. 经各级肺结核定点医院诊断，并按照治疗规范完成肺结核病治疗全疗程的患者（在丽水市其他县区领取过补助费的不能重复领取）。

### 二、补助标准

2023 年 1 月 1 日开始，对符合要求的补助对象，每例初治患者一次性补助 600 元，复治患者一次性补助 800 元，结核性胸膜炎患者一次性补助 1000 元，耐药结核患者一次性补助 3000 元。若患者治疗分类存在多种类别者，就高发放补助。

### 三、补助流程

符合条件的肺结核患者完成治疗后，各基层医疗卫生机构结核病管理医生告知患者携带社保卡、身份证到定点医院登记，待定点医院和县疾控中心审核后发放补助。

**四、为促进患者规范治疗、恢复健康，补助对象需承诺履行以下责任和义务：**

1. 在治疗期间需配合随访管理医生开展随访服务；
2. 遵照医嘱，按时服药、不漏服、不少服，完成规定的

治疗时间，并在每次服药后由家庭督导员按时做好服药记录；

3. 严格按诊治医生预约的复查时间，到医院取药、留取合格痰标本送检及复查 X 线、肝功能等必要的检查；

4. 如在服药期间出现不良反应，及时和诊治医生或随访管理医生联系，不得擅自停药或终止治疗。

患者签名：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

患者代理人签名：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

告知医生签名：\_\_\_\_\_ 告知时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

备注：本告知书一式二份，患者一份、属地基层医疗卫生机构留底一份。

附件 2

### 云和县肺结核患者诊疗费用专项补助情况统计表

填报单位: \_\_\_\_\_ (盖章)

序号	患者姓名	性别	身份证号	联系电话	建档治疗日期	完成治疗日期	治疗分类	补助金额(元)	补助对象签字

备注：治疗分类为初治、复治、结核性胸膜炎、耐药。

医疗机构经办人: \_\_\_\_\_ 职能部门审核人: \_\_\_\_\_ 审核日期: \_\_\_\_\_

县疾控中心审核人: \_\_\_\_\_ 领导审核: \_\_\_\_\_ 审核日期: \_\_\_\_\_