

新密市卫生局 新密市财政局

文件

新密卫〔2015〕54号

新密市卫生局 新密市财政局 关于印发新密市结核病患者发现和管理 工作补贴标准的若干规定的通知

各乡镇卫生院、各办事处社区卫生服务中心,各乡镇(办事处)财政所,市直各医疗卫生单位,郑煤集团总医院、郑州监狱医院:

为落实全球“终止结核”控制策略,达到国家基本公共卫生服务结核病防治指标,进一步加大我市结核病防控工作力度,根据《结核病防治管理办法》(卫生部令第92号)、《关于做好2015年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》(国卫基层发〔2015〕67号)、《结核病患者健康管理服务规范》(国卫办基层函〔2015〕

880号)和《河南省人大常委会关于加强结核病防治工作的决定》(豫人常办函〔2014〕68号)等相关规定,结合我市实际,现制定《新密市结核病患者发现和管理工作的补贴标准的若干规定》印发给你们,请认真贯彻执行。

新密市卫生局

新密市财政局

2015年12月8日

新密市结核病患者发现和管理工作的补贴标准的若干规定

一、市结核病防治所职责：市结核病防治所是全市结核病定点医疗机构，承担着结核病的预防控制、诊断治疗、管理培训以及科研和技术指导等工作。各级各类医疗卫生机构发现的结核病和疑似结核病患者（除急重症者就地抢救外），一般患者必须在规定时间内向市结核病防治所推荐和转诊，由市结核病防治所对其进行规范治疗和管理。

二、转诊推荐费补贴标准：凡经市结核病防治所确诊的痰涂片阳性的结核病患者补给转诊医生转诊推荐费 100 元 / 例，痰涂片阴性的结核病患者补给转诊医生转诊推荐费 50 元 / 例，乡村医生推荐的经市结防所确诊的非结核病患者补给乡村医生转诊推荐费 20 元 / 例（仅限于村级）。市直医疗机构转诊医生的转诊推荐费由市级结核病防治专项经费开支；乡镇卫生院、办事处社区卫生服务中心和村（居委会）卫生所（室）转诊医生的转诊推荐费经考核后由基本公共卫生经费开支。

三、加强网报可疑结核病人的追踪随访工作。乡村医生在接到市结防所通知后，尽快追踪随访网报的可疑结核病患者，直接护送可疑结核病患者到市结防所确诊的，每例患者补乡村医生乘车费和餐费 20 元。此项费用由市级结核病防治专项经费开支。

四、加大现症结核病患者治疗随访管理力度。提倡和鼓励乡村医生采用“送药到手，看服到口”的全程督导方式对患者进行监督治疗，以确保治疗效果。按照有关规定，乡镇卫生院、社区卫生服务中心防痨医生每例患者在治疗期间随访4次（耐多药患者8~12次），每次补助随访督导费20元（以《肺结核患者治疗记录卡》和《肺结核患者随访服务记录表》上的记录为准）；村医面视患者每次服药或对患者进行注射（输液）治疗，每次补助督导服务费2元（不含注射或输液费，以《肺结核患者治疗记录卡》和市结防所提供的相关资料为依据）；对于不能落实村医督导治疗而实施家庭督导治疗的患者，乡村医生每半月随访患者1次，并在《家庭访视记录表》上填写每次督导情况结果，每次补助督导服务费10元（初治患者12次，复治患者16次，耐多药患者48次），以上费用经考核后由基本公共卫生经费开支。在患者治疗期间，市结防所医生每个患者督导随访2次（耐多药患者4~6次），以评估治疗管理效果，每次补助随访督导费20元（以《肺结核患者治疗记录卡》上的记录为准），此项费用由市级结核病防治专项经费开支。

五、严格执行财务制度和补助费发放标准。各级管理人员要严格执行财务制度和补助费发放标准，各项原始资料要手续完备，妥善保存，以备核查。严禁弄虚作假、虚报冒领等现象发生，一经查出，将追究相关人员的责任。

六、确保各项补助费及时发放到位。各乡镇、办事处从基本

公共卫生经费支付的转诊推荐费和患者督导服务费等由市结防所提供相关资料（详见附件），经考核后原则上每月报帐1次，各单位必须及时将上述费用发放到相关人员手中，以鼓励乡、村（社区）医生在结核病患者发现和规范管理工作中的积极性，任何人不得以任何理由截留和挪用。

七、本规定自2016年1月1日起执行。在执行过程中将不断进行完善，如与最新颁布政策有矛盾之处，以最新颁布政策为准。

- 附件：1. 新密市基本公共卫生服务项目结核病防治患者推荐转诊报帐单
2. 新密市基本公共卫生服务项目结核病防治患者随访管理报帐单
3. 新密市结核病防治专项经费患者推荐转诊报帐单

附件 1

新密市基本公共卫生服务项目结核病防治患者推荐转诊报帐单（此单内容由市结防所提供）

日期	患者姓名	性别	年龄	详细住址 (乡镇/村/居民组)	市结防所诊断结果			推荐转诊医生		补助金额	推荐转诊 医生 签名	身份证号
					非结核	涂阴	涂阳	单位	姓名			
合计												

报帐日期

年 月 日

报帐单位:

报帐人:

单位负责人:

附件 2

新密市基本公共卫生服务项目结核病防治患者随访管理报帐单（此单内容由市结防所提供）

日期	患者姓名	性别	年龄	详细住址 / 电话 (乡镇/村/居民组)	结核病类型			随访督 导管理 医生	随访或监督治疗次数			补助 金额	随访督 导医生 签名	身份证号
					初 治	复 治	耐 药		姓名	随访 次数	监治 次数			
								村医生						
								乡医生						
								村医生						
								乡医生						
								村医生						
								乡医生						
								村医生						
								乡医生						
								村医生						
								乡医生						
合计														

报帐日期

年 月 日

报帐单位:

报帐人:

单位负责人:

附件 3

新密市结核病防治专项经费患者推荐转诊报帐单（此单市结防所报帐使用）

日期	姓名	性别	年龄	详细住址 (乡镇/村/居民组)	诊断结果		推荐转诊医生		补助 金额	领款人 签 名	身份证号
					涂阴	涂阳	单位	姓名			

报帐日期

年

月

日

报帐单位:

报帐人:

单位负责人: