附件2

嵊泗县肺结核患者住院抗结核治疗

医疗保障实施方案

（征求意见稿）

为进一步加强活动性肺结核传染源管理力度，减少肺结核社区和家庭传播，全面高质量推进我县“无结核县”建设工作,加速我县结核病疫情下降，促进早日实现“终结结核病流行”的目标，结合我县实际，经研究，决定在全县范围内实施活动性肺结核患者集中住院隔离抗结核治疗政策。现制定具体方案如下：

一、适用对象

嵊泗县常住人口，因肺结核首次住院且在嵊泗县人民医院住院抗结核治疗者，根据病情需要原则上不超过14天。

**（一）住院对象**

病原学阳性（涂片阳性、培养阳性、GeneXpert阳性）肺结核患者，包括利福平敏感和利福平耐药患者；胸部 X 光片显示肺部病灶范围广泛和/或伴有空洞的病原学阴性肺结核患者；具有明显的肺结核症状，如咳嗽、咳痰、咯血等；特殊情况经嵊泗人民医院结核病诊断治疗专家组综合评估后收治入院。

1. **下列情形不予减免**

1．首次住院出院后再次住院的患者。

2．不接受规范治疗或不配合随访管理的肺结核病人。

二、住院期间检查和治疗方案

肺结核患者检查项目和治疗方案参照《中国结核病预防控制技术指南（2020年版）》，主诊医生可依据具体病情适当增减或调整诊疗检查项目，检查项目和药品原则上为医保目录范围内项目，不得开具与病情无关的大检查、大处方。

三、补助政策

**（一）住院隔离治疗补助**

对符合前述住院条件的肺结核患者在住院期间产生的相关医疗费用、营养餐费给予补助，补助标准如下：

**1**．**医疗费用补助。**患者在住院隔离治疗期间产生的医疗费用，经医保结算后的个人现金支付部分统一纳入补助范围，原则上每人单疗程补助不超过3000元。患者未参加基本医疗保险的或职工医疗保险等的，按有效费用的70%予以补助，原则上不超过4000元。

**2**．**营养餐费补助。**患者在住院隔离治疗期间的饮食由定点医院统一营养配餐，餐费标准70元/人/天。

**（二）利福平耐药肺结核患者诊疗补助**

利福平耐药肺结核患者在市级定点医院住院隔离治疗期间产生的诊疗费用，经市级补助政策、医保报销后余下的个人现金支付部分统一纳入补助范围，原则上每人单疗程不超过4000元。

四、主要任务

**（一）收治流程**

由嵊泗县人民医院（定点医院）医务人员充分告知住院隔离补助政策，患者签署《嵊泗县肺结核患者住院隔离治疗知情同意书》（附1），一式三份，县人民医院、县疾控中心和患者各一份。县人民医院落实登记管理编号、盖章并保存一份备查。县人民医院及时向县疾控中心反馈住院治疗患者名单及治疗情况。

**（二）补助结算**

**住院治疗费用。**患者在住院隔离治疗期间的费用由县人民医院填写并提交《肺结核患者住院治疗费用结算清单》（附2），县项目办审核后，住院治疗医疗费用、营养餐费补助通过肺结核患者抗结核治疗医疗保障专项经费与县人民医院定期结算。

**利福平耐药肺结核患者诊疗费用。**利福平耐药肺结核患者在市级定点医院住院隔离治疗期间产生的个人诊疗费用待市级补助、医保报销后填写《嵊泗县利福平耐药患者诊疗费用补助申请审批表》（附3），并提供患者身份证复印件、诊治费用清单、医保报销凭证（原件）等材料提交至县疾控中心，由县疾控中心进行审核，医疗费用个人现金支付部分通过专项经费补助给患者。

五、资金筹集

设立肺结核患者抗结核治疗医疗保障专项经费，实行专款专用，并接受财政、审计等部门监督审查。县卫健局负责每年资金预算，在每年年底做好下一年度肺结核患者抗结核治疗医疗保障专项经费预算并上报县财政部门。

六、工作要求

**（一）加强组织保障。**各单位要根据各自职责，密切配合，各司其职，严格按照流程落实减免政策，方便群众患者就诊和结算。

**（二）加强督查管理。**县人民医院要做好住院费用减免政策的充分告知，做好知情同意和费用结算准确无误。县疾控中心协助做好补助费用的申请、确认、实施、结算等核查工作。县卫生健康局要对项目补助工作实施过程、效果和经费使用情况进行定期督导或考核。

**（三）加强信息交流。**县项目办要及时总结项目实施进展情况，结合实际及时提出工作建议，对于项目实施中形成的好的做法和经验及时进行交流，定期与相关医疗机构做好信息沟通交流，确保项目顺利实施。

七、执行时间

该文件自发文之日起执行。

附：1．嵊泗县传染性肺结核患者住院隔离治疗知情同意书

2．肺结核患者住院治疗费用结算清单

3．嵊泗县利福平耐药患者诊疗费用补助申请审批表

附1

嵊泗县肺结核患者住院隔离治疗知情同意书

您好！肺结核是一种慢性传染病，一般患者在正规抗结核治疗2周后，基本不具传染性。今年嵊泗县积极争取政府的支持，对常住嵊泗的病原学阳性等肺结核患者实施住院隔离治疗补助，目的在于进一步减轻患者的经济负担，降低不良反应和耐药肺结核的发生概率，减少结核病在人群中的传播，一起携手“共抗结核，共享健康”。参与患者达到以下要求可享受相关的救助政策：

1．本人是嵊泗县常住人口。

2．本人愿意住院规范治疗2-4周，期间遵守医院病房管理规定，认真配合医务人员开展痰液、胸部影像学、肝功能等方面的检查。

3．本人愿意严格遵医嘱服药，不漏服、不少服，如在服药期间出现副反应，及时与主治医师联系，不擅自停药或终止治疗。您在满足上述条件，遵医嘱完成隔离住院治疗后，我们将按照标准对您住院期间的医疗费用、营养餐费进行补助。若不能履行上述各条款之义务（包含在疗程中无故自行停药，1次大于2天）将不得享受相关费用补助。

同时请您放心，对您住院治疗期间的信息我们将全程保密，未经您的授权，不会公开。您的参加将是自愿的，无论您的决定是什么，我们将尊重您的选择。

温馨提示：肺结核的治疗过程是漫长的，一般疗程至少6个月，遵守“早期、联合、适量、规律、全程”的用药原则很重要，您已迈出成功的“第一步”，希望在出院后继续按时服药，不漏服，不少服，完成规定的疗程。祝早日痊愈！

嵊泗县“无结核县”建设项目办公室

（县卫生健康局代章）

本人已知晓以上住院隔离治疗的权利和义务，现申请传染性肺结核患者住院隔离治疗补助费用，并承诺履行以上义务。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄（岁） | |  |
| 身份证号 |  | | 居住证号 | |  | |
| 户籍地址 |  | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 银行账号 | 开户行： | | | | | |

本人签名：

家属签名：

日期： 年 月 日

附2

肺结核患者住院治疗费用结算清单

|  |
| --- |
| **患者信息**  患者姓名： 性别： 年龄： 联系电话：  身份证号： 家庭住址： |
| **费用清单**  该患者于 年 月 日—— 年 月 日期间在 医院进行抗结核住院治疗，其间共产生医疗费用 元，其中个人现金支付部分 元；伙食费用 元。  医院费用总支出 元。（清单另附） |
| 负责人：  医疗机构（盖章）  年 月 日 |
| 负责人：  县疾控中心（盖章）  年 月 日 |
| 负责人：  嵊泗县“无结核县”建设项目办公室  （县卫生健康局代章）  年 月 日 |

附3

嵊泗县利福平耐药患者诊疗费用补助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | | | 性别 | |  | | | 年龄（岁） |  |
| 身份证号 |  | | | | | 居住证号 | | |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | 银行账号及开户行 | | | |  | | | |
| 申请人签字 | | | 日期：年月日 | | | | | | | | |
| 本次医疗补助金额：人民币（小写） 元  （大写）： | | | | | | | | | | | |
| 县疾控中心  审核意见 | | 审核人：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县卫健局 | | 经研究，同意发放诊疗费用补助金 元。  经办人： 审核人： 审批人：  日期（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：此表一式二份，县疾控中心、县卫健局各一份。