

# 南昌市残疾人联合会 南昌市财政局

洪残联字〔2021〕98号

## 关于印发《南昌市困难精神障碍患者服药 救助实施方案》的通知

各县（区、开发区）残联、财政局，湾里管理局：

为进一步完善残疾人精准康复服务工作，全面落实“全省站首位、全国列前位”的工作目标，努力实现残疾人“人人享有康复服务”，市残联、市财政局共同制定《南昌市困难精神障碍患者服药救助实施方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2021年8月19日

# 南昌市困难精神障碍患者服药救助实施方案

精神障碍是危害广大人民群众健康的重大疾病，为精神障碍患者提供服药补助，是提高残疾人生活质量、减轻残疾人对社会和家庭的影响、维护社会稳定、促进和谐社会建设的重要举措。为确保该项工作规范、有序实施，结合南昌市实际，特制定本方案。

## 一、任务目标

每年为 3000 名困难精神障碍患者提供服药补助。

## 二、救助对象与条件

救助对象应符合以下条件：（1）具有南昌市户籍且持有第二代残疾证；（2）持有低保证或乡镇（街道）出具的本人困难情况材料；（3）经具有资质的精神科执业医师确诊、且目前需要服用药物的精神障碍患者；（4）患者本人或法定监护人自愿申请并同意接受救助。

## 三、救助标准

对困难精神障碍患者给予每人每年 450 元的服药救助，其中：市级财政补助 250 元，县区财政补助 200 元。有条件的县区可适当提高救助标准，根据掌握的实际情况适当增加救助人数。

## 四、工作程序

1. 确定定点医院。各县区残联要依靠当地卫健部门，确

定具有精神科的医疗机构或精神病专科医院作为本项目实施的定点医院,与定点医院签订协议、明确责任。

2. 申请。有服药需求的精神残疾人在定点医院确诊后,精神障碍患者或其法定监护人可向户籍所在地乡镇(街道)残联提出申请救助,并提交相关材料:

(1) 申请人残疾证、户口本和身份证原件及复印件,相关困难情况材料。

(2) 填写《困难精神障碍患者服药救助项目申请审批表》。

3. 审核。经乡镇(街道)残联审核后,汇总上报县区残联核准,并发放《困难精神障碍患者医疗救助卡》和精神病服药代金券。

4. 领药。受助对象或其法定监护人凭医疗救助卡到定点医院或定点医院指定场所接受医师诊断,开具处方并登记建档,处方必须由患者(或监护人)签字确认。患者凭处方和医疗救助卡领取药物,以代金券形式支付(超出部分自费)。每次领取药物必须在救助卡记录并由医生签字确认。

5. 结算。经市残联和县区残联审核认定后,报同级财政部门拨付救助资金。医院汇总领取药物精神障碍患者名单,凭领药人签字认可的处方和代金券定期到相关县区残联结算。

## **五、经费管理**

各县区做好困难精神障碍患者服务救助经费的统筹安排，严格审核定点医院项目经费使用情况，加强对项目经费的管理和监督，确保专款专用。定点医院要设立专门台账，保存记录病人发药的情况，发现因各种原因中止定期服药的患者应及时上报当地残联。

## **六、工作要求**

1. 各县区财政局、残联要及时核拨精神障碍患者救助经费，并做好救助对象的档案留存和康复台账的录入工作。

2. 各县区残联要高度重视，建立相关管理制度，认真协调相关部门，积极开展病员筛查工作。多形式开展精神障碍患者救助宣传工作，营造全社会关心、理解、帮助精神病人的良好氛围。

## **七、实施日期和有效期**

本方案自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年，有效期内结合经济社会发展要求，可适时修改或者废止。由市残联和市财政局负责解释。

附件 1. 南昌市困难精神障碍患者服药补助项目审批表

2. 南昌市困难精神障碍患者医疗救助卡

附件 1:

## 南昌市困难精神障碍患者服药补助项目审批表

(        年度)

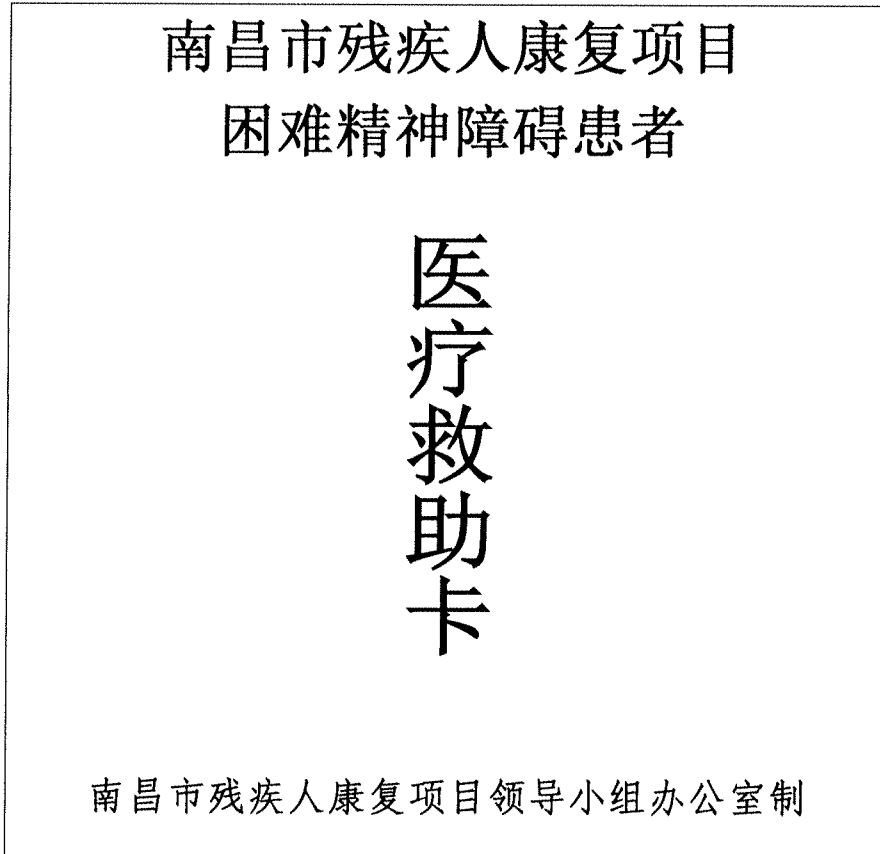
姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	民族	
出生年月		身份证号		联系电话	
家庭地址				邮政编码	
疾病诊断		诊断机构名称			
监护人姓名		与患者关系		电话	
监护人家庭地址				邮编	
家庭经济状况	1. 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 2. 低保边缘户 <input type="checkbox"/> 3. 家庭经济困难 <input type="checkbox"/>		户口类别	农业户口 <input type="checkbox"/> 非农业户口 <input type="checkbox"/>	
享受医疗保险情况	1. 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2. 享受城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 3. 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 4. 享受其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 5. 无医疗保险 <input type="checkbox"/>				
个人或监护人申请	申请人： 年 月 日				
乡镇(街道)残联意见	审核人： 公章 年 月 日				
县(区)残联审批意见	审核人： 公章 年 月 日				
市残联审批意见	审核人： 公章 年 月 日				

- 注：**1、本表由申请人填写，申请人为患者本人或其法定监护人。  
 2、申请人提出申请时需携带本人身份证或户口本及复印件、疾病诊断证明或残疾证及复印件。  
 3、本表及有关证明复印件由县（区）残联存档。

附件 2:

## 南昌市困难精神障碍患者医疗救助卡

封面:



封二:

### 救助卡使用范围

救助对象:

精神病防治康复工作登记在册的困难精神障碍患者

补助标准:

每年 450 元，有条件的县（区）可适当提高标准。

第一页：

市县                  编号：

姓名		性别	
年龄		电话	
监护人姓名		电话	
家庭地址			
疾病名称			
诊断医院			
就诊医院			
核发单位：  <p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: right;">核发人： 年 月 日</p>			

第二页：

年就诊记录			
日期	检验、药品及剂量数量	金额	医生签名

第三页：

日期	检验、药品及剂量数量	金额	医生 签名
合计			

封三：

### 注意事项

1. 本卡仅限本人使用，不得转借；
2. 本卡仅限指定医疗机构使用，不得跨医疗机构使用；
3. 患者医疗救助资格每年审核1次，如持卡人不再属于本项目救助对象，则取消其受助资格，不再享受本办法规定的救助；
4. 本卡请妥善保管，一旦遗失请及时向当地县(市、区)残联和指定医疗机构挂失，凡原卡遗失期间发生的医疗费用，均由本人自负。

封底：





---

抄送：市纪委监委驻市民政局纪检监察组

---

南昌市残疾人联合会

2021年8月19日印发

---