2019年贫困精神残疾人服药项目实施方案

为认真做好全市精神病防治康复工作，提高贫困精神残疾人生活质量，减轻其家庭经济负担，根据《湖北省残疾人康复服务“十三五”实施方案》精神，结合我市工作实际，制定本实施方案。

一、目标任务

为我市贫困精神残疾人提供服药救助，依据各地上报的贫困精神残疾人服药需求数分配救助任务。

二、救助对象

救助对象应同时具备以下条件：

1.具有大冶市户籍，持有二代残疾人证，证件类别为精神类；

2.经具有资质的精神科医生确诊，目前确实需要服用药物的贫困精神残疾人；

3.患者本人或法定监护人自愿申请并同意接受服药救助，能按时到指定医院领取精神类药物。

4.建档立卡贫困人员及城市最低生活保障人员。

三、救助标准

每人每年500元。

1. 工作流程

**⒈申请。**凡符合救助条件的贫困精神残疾人，经本人或法定监护人持精神残疾人身份证、家庭户口薄、监护人身份证、病情诊断证明书原件/就诊病历及残疾证（建档立卡贫困人员及城市最低生活保障人员需同时提供相关证件或证明），向户籍所在乡镇（场）、街道办事处、高新区残联提出申请并填写《贫困精神残疾人服药项目申请审批表》（附件1），各乡镇（场）、街道办事处、高新区残联审核后签署审核意见并盖章确认后上报至市残联。

**2.审批。**市残联对经精神残疾人户籍所在乡镇（场）、街道办事处、高新区残联核实后的救助申请进行审核，完成对《贫困精神残疾人服药项目申请审批表》的审批，签字、盖章确认并对相关表格资料留存备案。

**3.实施救助。**经审核符合救助条件的，由市残联统一制作《贫困精神残疾人服药救助卡》，经精神残疾人户籍所在地乡镇（场）、街道办事处、高新区残联发放至精神残疾人或其监护人手中，持卡人凭《贫困精神残疾人服药救助卡》到服药定点医院领取精神类药物。

**4.监督管理。**为确保项目科学有效实施，市残联将对服药情况实行动态监管，2019年以前服药救助卡全部作废，重新发放新卡，新卡有效期为2019年1月1日至2019年12月20日，在有效期内未领取药物者，视为自愿放弃，同时取消其下一年度服药救助资格。

五、经费管理

项目经费必须专项管理、单独建帐、专款专用。市残联对定点医院进行动态管理，严格审核医院药物发放工作记录；收付资金严格按照财务制度保存各类凭据。

六、档案管理

服药定点医院需填写《贫困精神残疾人服药项目登记表》（附件2），设立专门台帐，保存并记录受助精神残疾人的发药情况，全程监管精神残疾人服药，发现因各种原因中止定期服药者应及时向市残联报告。

七、结算方式

定点医院保存精神残疾人每次领药处方底联及电子台账，汇总后年终一次性与市残联结算，不允许将救助资金提前一次性拨付医院，由医院自管，更不允许直接把费用发给救助对象。

附件：1.《贫困精神残疾人服药项目申请审批表》

2.《贫困精神残疾人服药项目登记表》

大冶市残疾人联合会

2019年1月2日

附件1：

**贫困精神残疾人服药项目申请审批表** 乡镇（场）、街办、高新区残联（盖章） 2019年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | 男 □  女 □ | | | 民族 | |  |
| 残疾证号 |  | | | | | | | | 联系  电话 | |  |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | | | | |
| 疾病诊断 | |  | | | 诊断机构名称 | |  | | | | |
| 监护人姓名 | |  | | | 与患者  关系 | |  | | 电 话 | |  |
| 申请服药定点医院 | | | 黄石市精神病医院 □ 罗家桥卫生院 □ | | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | 1.建档立卡贫困人员 □  2.城市最低生活保障人员 □  3.其他 □ | | | | | | | 户 口  类 别 | | 农业户口 □  非农业户口 □ | |
| 个人或  监护人  申 请 | 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 乡镇（场）、街办、高新区残联 审核意见 | 审核人：  公 章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 市残联 审批意见 | 审批人：  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、残疾证及复印件、疾病诊断证明及复印件、扶贫证或低保证及复印件。

3、本表及有关证明复印件由市残联存档。

附件2：

**贫困精神残疾人服药项目登记表**

定点医院： （公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | 男 □  女 □ | | | | 民族 | |  |
| 残疾证号 |  | | | | | | | | | 联系  电话 | |  |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 疾病诊断 |  | | | | 诊断机构名称 | |  | | | | | |
| 监护人 姓名 |  | | | | 与患者  关系 | |  | | | 电 话 | |  |
| 服药定点医院 | | 黄石市精神病医院 □ 罗家桥卫生院 □ | | | | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | 1.建档立卡贫困人员 □  2.城市最低生活保障人员 □  3.其他 □ | | | | | | | | 户 口  类 别 | | 农业户口 □  非农业户口 □ | |
| 就诊  记录 | 日期 | | 检验、药品及剂量数量 | | | | | 金额 | | | | 医师签名 |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
|  | |  | | | | |  | | | |  |
| 救助时间 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 服药  总费用 |  | | | | | | | | | | | |
| 医保报销金额 |  | | | | | | | | | | | |
| 项目补贴金额 |  | | | | | | | | | | | |
| 疗效 | 改善很多□ 稍有改善□ 没变化□  有所下降□ | | | | | | | | | | | |

注：此表由定点医院填写