

盐田区非户籍严重精神障碍患者药物补助及长效针剂补助若干措施（试行）

为有效预防严重精神障碍患者肇事肇祸案（事）件发生，进一步解决我区严重精神障碍患者服药问题，提高患者生活质量，探索精神卫生管理治疗新模式，根据《广东省人民政府办公厅关于印发广东省进一步加强精神卫生服务体系建设的实施方案的通知》（粤府办〔2020〕20号）、《广东省公共卫生和重大疾病防治工作领导小组精神卫生防治专项小组关于进一步加强严重精神障碍患者规范管理工作的通知》（粤卫疾控函〔2021〕85号）等文件精神，结合我区实际，制定本措施。

一、盐田区非户籍严重精神障碍患者药物补助

（一）实施对象

盐田辖区内已申请盐田区非户籍服药补助的、因治疗疾病确实需要在深圳市康宁医院门诊开取精神科药物的严重精神障碍患者。

（二）实施内容

1. 报销标准

患者的精神科药物费用据实报销。按照我区有关标准的规定，患者药物补助标准为4200元/人/年。患者服药补助标准与市级政策不一致的，将根据市级最新政策执行。

2. 药物报销范围

药物报销范围为精神科专科药物。

（三）报销流程

药物补助实行每季度报销 1 次。各街道的精神卫生项目社工收集患者的报销凭证原件，并登记填报《严重精神障碍患者药物补助报销情况登记表》，交辖区的社区健康服务中心审核后，交区精神卫生中心审批。

（四）其他事项

1. 当月若在盐田区人民医院已领取了精神科药物的患者不列入当月的药物补助报销范围。

2. 在体检补助总金额 800 元/年/人不变的情况下，根据患者副反应发生的情况，可增加性激素等检查。

二、盐田区严重精神障碍患者应用长效针剂治疗项目

（一）实施对象及范围

诊断为精神分裂症、偏执性精神障碍且经过精神科医师评估无使用禁忌症的深圳市精防系统在册在管严重精神障碍患者：

1. 在深圳市盐田区居住半年以上，且具有以下条件之一的患者。

（1）弱监护或无亲属监护患者；

（2）有肇事肇祸风险患者；

（3）病情不稳定患者；

（4）同一家庭中有多位精神分裂症的患者；

（5）治疗依从性差患者（不配合口服药物治疗、不规律服药、药物副反应大的患者）。

2. 患者知情自愿并同意参加社区管理，签署《参加严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书》，接受相关管理要求。

（二）实施对象筛查

各社区健康服务中心对在管精神分裂症、偏执性精神障碍患者进行初筛。初筛患者名单报送区精神卫生中心，经区精神卫生中心审核确定纳入补助患者名单。如患者因为拒访、拒管，应沟通家属签署知情同意纳入管理。

1.纳入标准

(1) 符合国际疾病分类(ICD)诊断标准的精神分裂症、偏执性精神障碍；

(2) 年龄 16 岁以上，性别不限；

(3) 患者或监护人自愿签署知情同意书；

(4) 符合本措施实施范围及对象。

2.排除标准

患者符合以下任一标准将被排除：

(1) 对利培酮、帕利派酮或其任何辅料已知或疑有过敏或不耐受的受试者；

(2) 有严重躯体疾病者；

(3) 既往或目前患有任何严重或不稳定的心血管、神经、呼吸或其他系统疾病的受试者；

(4) 经临床医师评估，合并使用多种抗精神病药物者，大剂量使用氯氮平者有不适用理由的；

(5) 筛选前 3 个月内静脉注射吸毒或存在药物依赖、酒依赖者；

(6) 其他经评估不能纳入项目的受试者。

(三) 申请

经过筛查评估纳入项目的患者或家属填写附件 3《精神分裂

症患者应用长效针剂申请表》，经社区健康服务中心审核、区精神卫生中心审批通过后纳入项目，并将患者转介市康宁医院或盐田区人民医院。

（四）治疗

市康宁医院和区人民医院负责对符合该项目条件的患者进行专业评估、诊断及治疗和维持治疗期药物注射工作，做好注射治疗记录和不良反应监测记录。各社区健康服务中心负责本辖区该项目患者随访管理。区精神卫生中心加强对接市康宁医院，指导区人民医院和各社区健康服务中心开展工作。

（五）随访评估

区精神卫生中心联合各社区健康服务中心，对患者进行随访评估。随访频率首季度一月一次，后期至少一季度一次。

（六）中途脱落

当患者中途主动退出长效针剂治疗、治疗失败（发生肇事肇祸、病情复发、疗效不佳）时，由区精神卫生中心组织市康宁医院、区人民医院等专家团队当面评估患者病情，调整药物治疗方案，予以记录，未继续使用长效针剂的患者换为其他药物，病情严重者及时送入定点医院治疗。

（七）报销流程及标准

1. 报销流程

长效针剂补助实行每月一报销，由各街道的精神卫生项目社工收集患者的报销凭证原件，并登记填报《严重精神障碍患者长效针剂补助报销情况登记表》，交辖区的社区健康服务中心审核后，交区精神卫生中心审批。

2.报销标准

按照门诊特定病种管理办法报销，不纳入公立医院药占比考核；其次，对个人负担合规医疗费用按规定纳入大病医保、补充医疗报销、医疗救助保障等之外不足部分进行报销。

三、职责分工

区委政法委：根据工作需要开展相关部门协调会，协调解决该措施执行过程中的问题；协调、指导、督促、检查该项目实施过程中各街道完成的情况。

区卫生健康局：负责项目的总体实施和辖区医疗卫生机构的监督评估。

区民政局（区残联）：落实户籍持残疾人证的长效针剂注射患者的社区康复工作，为患者提供技能训练，促进患者回归社会并进一步完善相关患者服药管理及补贴工作实施方案。

各街道、中英街管理局：督促监护人履行监护责任；督促辖区内社区关爱帮扶小组做好该项目患者治疗、随访服务工作。

盐田公安分局：负责对不稳定患者提供就医协助，保障就医过程中患者家属及医务人员人身安全。

区精神卫生中心：负责组织专家团队对辖区内疑难患者进行集中会诊、疾病认定等。对接市康宁医院、区人民医院掌握患者长效针剂使用情况。制定预算，负责长效针剂补助审批。组织专家团队对辖区精神卫生工作人员开展相关培训与指导。

区人民医院：负责组织开展长效针剂注射，组织各社区健康服务中心对在册患者进行初筛、后期随访。组织专家团队对本单位精防人员进行技术培训。

四、保障措施

（一）经费保障

患者药物治疗费按照上述报销标准由区精神卫生中心制定预算，由盐田区非户籍严重精神障碍患者药物补助项目经费支出。培训、随访经费由原渠道支出。

我区非户籍严重精神障碍患者长效针剂适用对象、补助标准等与市级政策不一致的，将根据市级最新政策执行，不另行发文。

（二）安全保障

1.加强风险预防。医务人员在随访治疗期间，需要时应有患者监护人、责任民警等陪同协助就诊，保障随访医务人员人身安全。

2.配合市康宁医院做好药品不良事件管理及报告。所有不良事件和特殊报告无论其严重程度，及其处理方法都应及时记录在随访记录表中。出现严重不良事件，当事人（区精神卫生中心、区人民医院、社区精防人员等）应在知晓后24小时内报告给治疗机构。

（三）建立沟通协调机制

定期召开部门沟通协调会议，了解项目执行进展、总结项目执行经验、解决项目执行中的问题及制定下一步工作计划，确保项目顺利进行。

（四）定期培训

组织专家团队对项目实施人员定期开展培训指导工作，包括但不限于：基层精防人员项目宣传教育、初筛标准、疾病知识、治疗效果评估、随访观察、患者健康教育等。

（五）监督与评估

区卫生健康局会同相关部门不定期对项目工作进行检查指导，对项目经费使用情况进行监督考核，对项目成效及经费使用情况进行评估论证，确保项目高效优质完成。

本措施自 2022 年 11 月 30 日起实施，有效期为 3 年，请各单位遵照执行。

- 附件：1.严重精神障碍患者药物补助报销申请程序
2.严重精神障碍患者长效针剂补助报销申请程序
3.严重精神障碍患者应用长效针剂申请表

附件 1

严重精神障碍患者药物补助报销申请程序

一、申请对象

盐田辖区内已申请盐田区非户籍服药补助的严重精神障碍患者。

二、申请原则

由患者或患者监护人根据自愿原则申请。

三、申请所需提交材料

- (一) 严重精神障碍患者药物补助报销情况登记表。
- (二) 患者费用发票证明原件。
- (三) 患者身份证复印件。

四、申请资料提交时间

每季度末月 25 日前，由辖区社区健康服务中心统一上交区精神卫生中心。

附件 2

严重精神障碍患者长效针剂补助报销申请程序

一、申请对象

盐田辖区内使用长效针剂治疗的精神分裂症、偏执性精神障碍患者。

二、申请原则

由患者或患者监护人根据自愿原则申请。

三、申请所需提交材料

- 1.严重精神障碍患者长效针剂补助报销情况登记表。
- 2.患者费用发票证明原件。
- 3.患者身份证复印件。

四、申请资料提交时间

每月 25 日前，由辖区社区健康服务中心统一上交区精神卫生中心。

附件 3

严重精神障碍患者应用长效针剂申请表

姓名		性别		文化程度		相片
身份证						
居住地址						
监护人		与患者关系		联系电话		
参加医保情况	<input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 外地医保 <input type="checkbox"/> 本年无参保					
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 贫困 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难 <input type="checkbox"/> 非贫困 <input type="checkbox"/> 其它					
患者及监护人签名				申请日期		
评估医疗机构						
<p>诊断精神分裂症，知情自愿使用长效针，存在以下情况之一：</p> <p><input type="checkbox"/> 既往有肇事肇祸风险；</p> <p><input type="checkbox"/> 服药依从性较差（拒绝服药、不规律服药），病情基本稳定；</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭监护能力弱，或无亲属监护；</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 2 个家庭成员患精神分裂症；</p> <p>评估医生签名：_____ 评估日期：_____</p>						
个人或监护人申请	申请人（监护人）签字：_____ 年 月 日					
社区健康服务中心	审核人：_____ 年 月 日					
盐田区精神卫生中心	审核人：_____ （盖章）					