浙江省严重精神障碍患者监护补助

和看护补贴实施办法

（征求意见稿）

第一条 为切实加强和规范我省严重精神障碍患者（以下简称患者）监护和管理服务，根据《浙江省精神卫生条例》等有关规定，对符合条件的患者实施监护补助和看护补贴。

第二条 监护补助是指对具有危险性评估等级风险的患者的监护人有效履行监护责任给予的补助。

第三条 具有危险性评估等级的患者主要包括两类：

（一）I类患者：临床诊断为精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等六种严重精神障碍且危险性评估等级为1-2级的患者；

（二）Ⅱ类患者：临床诊断为严重精神障碍（不限于上述六种严重精神障碍），且危险性评估等级为3级及以上或曾发生肇事肇祸行为的患者。

各地应根据现行严重精神障碍管理治疗工作规范相关规定，对患者危险性行为等级进行动态评估管理。

第四条 看护补贴是指对纳入当地社区管理且符合民政部门认定特困救助供养人员家庭、最低生活保障家庭、最低生活保障边缘家庭的患者，为保障其护理、照料等基本需要给予的补贴。

第五条 监护补助发放需符合以下条件：

1. 患者纳入当地社区管理治疗且签署知情同意书；
2. 相关业务部门信息管理系统中已登记监护人信息；

（三）监护人较好履行监护、照料、送诊救治等监护责任；

（四）监护人积极主动配合社区患者管理工作。

第六条 监护补助标准为I类患者每人每月150元，Ⅱ类患者每人每月400元。看护补贴标准为每人每月200元。各地可结合实际，对补助范围和发放标准进行适当调整。

第七条 监护补助、看护补贴按月计算、按年发放。

（一）监护补助具体发放按以下规定执行：

1.年度内未发生肇事肇祸行为的，按补助标准和年度内危险性评估为1-5级的实际月数计算发放；

2.年度内发生肇事肇祸行为的，监护补助从当月起停发6个月（跨年度的顺延到次年），其余月份符合发放条件的，按标准计算发放；

3.患者经评估后危险性行为等级为0级的，自次月起停止发放。

4.患者失访或死亡的，自次月起停止发放。

5.患者因严重精神障碍住院治疗期间（累计超过1个月的）停止发放。

1. 看护补贴具体发放按以下规定执行：

1.看护补贴按患者被认定为最低生活保障、特困供养、最低生活保障边缘对象的实际月数计算发放；

2.患者死亡的，自次月起停止发放；

3.看护补贴与监护补助可同时享受，与精神残疾人护理补贴不同时享受。

第八条 监护人于每年8月底前向村（社区）提出监护补助申请，村（社区）于9月10日前统一向所在乡镇（街道）申报（附件1），乡镇（街道）审核后于9月20日底前报县级卫生健康部门，由卫生健康部门会同公安部门对患者肇事肇祸情况、监护人履行监护责任情况等进行审核认定后，于9月底前将相关申报材料报同级财政部门。

第九条 省级卫生健康、民政、残联等部门通过信息系统比对联合审定符合看护补贴发放条件的人员名单并发放给县级卫生健康部门，县级卫生健康部门会同同级民政、残联等部门复核认定后，于每年9月底前将看护补贴人员名单报县级级财政部门。

第十条 县级财政部门对监护补助和看护补贴申报材料复核后，将所需经费纳入同级财政预算安排，由乡镇（街道）于次年1月底前发放至符合条件的患者监护人。

第十一条 各地要加强监护补助和看护补贴发放管理，对审核把关不严、弄虚作假等造成冒领、多领监护补助或看护补贴的，严肃追究责任；涉嫌犯罪的,依法移交司法机关。

第十三条 本办法由省卫生健康委、省委政法委、省公安厅、省民政厅、省财政厅、省残联根据各自职责分别负责解释。

第十四条 本办法自2021年1月1日起施行。

附件

浙江省严重精神障碍患者监护补助申请审批表

＿县（市、区）＿乡镇（街道）＿村（社区）   　 ＿年＿月＿日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监护人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 开户行 |  | | 银行账号 |  | |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 与患者的关系 |  | 身份证号 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 基本情况 | 肇事肇祸情况：  　　　责任民警： | | | | |
| 随访情况：  危险性评估等级：  精防医生： | | | | |
| 监护情况：  村（社区）干部： | | | | |
| 村（社区）  意见 | 盖章：  日期： | | | | |
| 乡镇（街道）  意见 | 同意/不同意村（社区）初审意见，享受Ⅰ类/Ⅱ类患者监护补助\_\_\_\_\_\_\_\_元。  日期： 盖章： | | | | |
| 县级业务  部门意见 | 卫生健康部门：  公安部门： 日期： 盖章： | | | | |
| 县级财政  部门意见 | 日期： 盖章： | | | | |

注：审批表一式五份，县级公安、财政、卫生健康部门和乡镇（街道）、村（社区）各留存一份。