

成都市卫生健康委员会
成都市公安局
成都市民政局
成都市财政局
成都市退役军人事务局
成都市医疗保障局
成都市残疾人联合会

成卫健发〔2020〕15号

成都市卫生健康委员会等七部门
关于下达2021年成都市严重精神障碍患者
阳光救助目标任务的通知

四川天府新区管委会社区治理和社事局、成都东部新区公共服务局、成都东部新区党群工作部、成都高新区教育文化和卫生健康局、成都高新区社治保障局，各区（市）县卫健局、公安局、民政局、财政局、退役军人局、医保局、残联，市精神卫生中心：

为确保我市严重精神障碍患者阳光救助工作取得实效，现

将目标任务要求下达如下：

一、基本原则

按照《成都市卫生健康委员会 成都市公安局 成都市民政局 成都市财政局 成都市退役军人事务局 成都市医疗保障局 成都市残疾人联合会关于印发〈成都市深入开展严重精神障碍患者阳光救助工作实施意见〉的通知》（成卫健发〔2020〕12号）要求，对符合救助条件的严重精神障碍患者实施阳光救助。常规救助对象实行“自愿申请，应助尽助”原则；高风险救助对象实行“应治尽治，应管尽管，应收尽收”原则。

二、目标要求

（一）加强严重精神障碍患者发病报告工作，享受阳光救助的患者必须全部建立健康档案。严重精神障碍患者社区管理率达到85%以上，阳光救助对象社区管理达100%。

（二）享受阳光救助的严重精神障碍患者参保率达到100%。按城乡居民基本医疗保险最高档缴费参保，参保费用由各相关部门按《意见》要求予以资助；筹资期外，凭“阳光救助卡”由医保部门开通绿色通道给予参保待遇。

三、质量控制

（一）各定点医疗机构（详见附件1）要按照相关技术指标的要求，严格转期治疗，急性期转入缓解期的比例不超过30%，再转入维持期的比例不超过10%。

（二）成都市阳光救助医疗救治专家组（详见附件2）继

续按规定对救助对象进行医学评估，签署《成都市阳光救助转期治疗患者医学评估结果书》（详见附件 3）；专家组每年至少召开 2 次工作会议，研究评估分析各定点医院转期治疗患者的治疗质量，提交年度工作报告。

（三）各区（市）县卫健部门要督促各定点医疗机构按时保质完成指定区域内严重精神障碍管理治疗相关公共精神卫生服务工作任务。

（四）为确保高风险救助对象及时得到医疗救助，阳光救助定点医院接收应急医疗处置患者后，可根据病情需要收治入院，并按规定由送诊主体申请阳光救助卡。

四、费用结算程序

根据《意见》要求，2021 年 1 月 1 日之前入院的救助对象产生的医疗救助费用按 2020 年标准结算；2021 年 1 月 1 日起入院的救助对象产生的医疗救助费用按新标准结算。救助费用由各定点医疗机构先按现行医保结算程序和材料要求（转期治疗患者需提供医学评估结果）进行医保结算，再凭医保结算单据在各区（市）县卫健部门进行专项经费结算，各区（市）县财政局要比照市财政阳光救助专项经费标准列支本级财政专项经费，用于补足市级财政资金剩余的患者医疗兜底费用。

2021 年 1 月 1 日起救助对象在住院期间生活费用补助由各区（市）县残联与定点医疗机构按《意见》规定标准结算。

各区（市）县卫健部门要和各相关部门加强沟通协作，按照各自职责，做好安排和保障，确保民生目标任务完成。严格按照专项资金管理规定，加强资金监管，确保专款专用，提高资金使用绩效。

- 附件：1. 成都市阳光救助定点医疗机构服务范围
2. 成都市阳光救助医疗救治专家组名单
3. 成都市阳光救助转期治疗患者医学评估结果书
4. 疾病诊断意见书
5. 成都市严重精神障碍患者“阳光救助”申请表
6. 阳光救助卡





成都市退役军人事务局



成都市医疗保障局



成都市残疾人联合会
2020年12月24日

附件 1

成都市阳光救助定点医疗机构服务范围

服务范围	定点医疗机构
青羊区	成都市第四人民医院
金牛区	
武侯区	
高新区	成都市第四人民医院 成都锦欣精神病医院
锦江区	成都锦欣精神病医院
龙泉驿区	
双流区	天府新区精神卫生中心 新津区第二人民医院
温江区	温江区第三人民医院
郫都区	
青白江区	青白江区精神病防治院
新都区	
新津区	新津区第二人民医院
蒲江县	
崇州市	四川省复员退伍军人医院
邛崃市	
东部新区	成都锦欣精神病医院 简阳市精神病医院
天府新区	天府新区精神卫生中心
成华区	成华区第七人民医院
简阳市	简阳市精神病医院
都江堰市	都江堰市第三人民医院
彭州市	彭州市第四人民医院
金堂县	金堂县精神病医院
大邑县	四川省革命伤残军人第二医院

附件 2

成都市阳光救助医疗救治专家组名单

组 长：王洪明（成都市第四人民医院，主任医师）

副 组 长：秦小荣（成都市第四人民医院，主任医师）

技术顾问：胡峻梅（四川大学基础医学与法医学院，教授）

况伟宏（四川大学华西医院心理卫生中心，教授）

成 员：黎举红（成都市第四人民医院，主任医师）

段明君（成都市第四人民医院，主任医师）

李 奕（成都市第四人民医院，副主任医师）

李洪毅（成都市第四人民医院，副主任医师）

罗加国（成都锦欣精神病医院，主任医师）

陈 岗（成都锦欣精神病医院，主任医师）

王海军（四川省复员退伍军人医院，副主任医师）

李 军（四川省革命伤残军人第二医院，主任医师）

史树林（天府新区精神病医院，副主任医师）

王学国（温江区第三人民医院，副主任医师）

王 敏（青白江区精神病防治院，副主任医师）

刘 峰（都江堰市第三人民医院，副主任医师）

钟友惠（彭州市第四人民医院，副主任医师）

吴从正（金堂县精神病医院，副主任医师）

林福荣（新津区第二人民医院，副主任医师）

附件 3

成都市阳光救助转期治疗患者 医学评估结果书（模板）

经成都市阳光救助医疗救治专家组评估，患者_____ 的
医学评估结果为_____（①急性期②缓解期③维持期），需要
转期治疗。

专家组成员签名：

专家组组长或副组长签名：

_____年_____月_____日

附件 4

疾病诊断意见书（模板）

疾病诊断意见书

第一联：诊断机构

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

看护人姓名：_____ 联系电话：_____

家庭住址：_____

疾病诊断：_____ 医师签名：_____

诊断机构：_____

疾病诊断意见书

第二联：患者及看护人

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

看护人姓名：_____ 联系电话：_____

家庭住址：_____

疾病诊断：_____ 医师签名：_____

诊断机构：_____

疾病诊断意见书

第三联：申请部门

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

看护人姓名：_____ 联系电话：_____

家庭住址：_____

疾病诊断：_____ 医师签名：_____

诊断机构：_____

附件 5

成都市严重精神障碍患者“阳光救助”申请表

区（市）县

NO:

姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份证号		残疾证号	
家庭地址		联系电话	
疾病诊断		诊断机构	
监护人姓名		与患者关系	联系电话
救助类别	1. 常规救助对象 <input type="checkbox"/> 民政救助对象 <input type="checkbox"/> 低保边缘对象 <input type="checkbox"/> 优抚救助对象 <input type="checkbox"/> 残疾救助对象 <input type="checkbox"/> 紧急入院对象 2. 高风险救助对象 <input type="checkbox"/> “危 3” 患者 <input type="checkbox"/> 需出警患者 <input type="checkbox"/> 公安在管肇事肇祸患者		
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城乡居民医疗保险（请注明：_____档） <input type="checkbox"/> 其他医疗保险（请注明：_____） <input type="checkbox"/> 无医疗保险		
个人或监护人申请	申请人： _____ 年 月 日		
镇（街道）审批意见	审核人： _____ 公 章： _____ _____ 年 月 日		
汇总审批意见	<input type="checkbox"/> 同意发放“阳光救助卡” <input type="checkbox"/> 不同意发放“阳光救助卡”		

注：1. 申请人提出申请时需携带本人身份证或户口本、定点医疗机构疾病诊断意见书，以上资料复印件附于表后；

2. 此表一式三份，区（市）县卫健部门及残联备案一份，申请表及有关证明的复印件由镇（街道）存档。

_____年住院记录

入院时间	出院时间	治疗医院	备注

注：1.此表由定点医疗机构工作人员填写。

持卡须知

- 1.此卡只限本人在指定的定点医疗机构使用，不得转借。
- 2.此卡请妥善保管，不得私自涂改，一旦遗失请及时向发卡单位挂失。
- 3.此卡仅在发卡当年（自然年）有效，过期后需重新申请。
- 4.凭此卡享受“阳光救助”，救助标准按《成都市深入开展严重精神障碍患者阳光救助工作实施意见》执行。

信息公开属性：主动公开

成都市卫生健康委员会办公室

2020年12月24日印发

