

成都市成华区残疾人联合会
成都市成华区财政局
成都市成华区卫生健康局
成都市成华区医疗保障局

文件

成华残联〔2021〕1号

关于印发《成华区白内障复明手术补贴项目 实施细则》的通知

各街道办事处，区级相关部门：

按照市残联、市财政局、市卫健委、市医保局《关于印发〈成都市白内障复明手术补贴项目实施办法〉的通知》（成残联〔2021〕5号）要求，为有效控制视力残疾的发生发展，区残联、区财政局、区卫健局、区医保局共同制定了《成华区白内障复明手术补贴项

目实施细则》，现印发你们，请认真贯彻执行。

成都市成华区残疾人联合会



成都市成华区财政局



成都市成华区卫生健康局



成都市成华区医疗保障局



2021年3月19日

成华区白内障复明手术补贴项目实施细则

按照市残联、市财政局、市卫健委、市医保局《关于印发〈成都市白内障复明手术补贴项目实施办法〉的通知》（成残联〔2021〕5号）要求，积极开展“残疾预防行动”，有效控制视力残疾的发生发展，结合我区实际，特制定本实施细则。

一、补贴对象

具有成华区户籍、经医疗机构确诊并实施了复明手术的白内障患者。享受其他白内障复明手术政府补助的患者不再纳入本项目补贴范围。

二、补贴标准

每例 1000 元。补贴费用用于筛查组织、术前检查、手术治疗、手术耗材、手术用药等。

三、补贴方式

白内障复明手术补贴采取“定点服务”和“直补到人”的方式。在定点医院选择“免费手术基本服务包”实施白内障复明手术的，手术费用由区残联定期与定点医院进行结算。在定点医院选择“补贴加自费项目手术”的，患者补贴额度内的手术费用由区残联按照补贴标准定期与定点医院进行据实结算，超出部分由患者直接与定点医院结算。在其它项目医院实施手术的患者，由区残联审核后，按照补贴标准据实补贴受助对象。

四、补贴流程

(一) 申请。申请人经成华区确认的项目服务医院确诊后，填写《成华区白内障复明手术补贴申请表》(附件1)(应勾选“基本服务包免费手术”或“补贴加自费项目手术”，手术自费项目的费用由患者直接与手术医院结算)，主治医生填写项目医院意见。申请人将本人身份证、家庭户口簿、《成华区白内障复明手术补贴申请表》提交户籍所在地街道。

(二) 审核。街道对申请人提交的材料进行核实，审核通过并以适当方式公示5个工作日无疑义后，填写审核意见上报区残联审批。

(三) 审批。区残联对申请资料进行审批认定。

五、职责分工

(一) 区残联负责制定白内障复明手术补贴资金管理办法和做好年度预算工作，会同区卫健局确定“基本服务包免费手术”手术医院。指导做好白内障的筛查组织工作。负责补贴资金的审批和结算工作。负责项目实施工作相关资料的存档及残联系统统计台帐录入报送工作。

(二) 区财政局要指导区残联做好年度预算和绩效评估工作。会同区卫健局、区残联等部门，做好资金使用的监督、管理工作。

(三) 区卫健局负责统计本辖区具备白内障复明手术资质的医疗机构名单(包括辖区内委注册和委直属医疗机构)，每年1月31日前将名单报送区残联和市卫健委。配合区残联确定成华区“基本服务包免费手术”手术医院和项目手术医院。加强对手术

医院实施复明手术质量的监督管理，指导手术医院做好白内障的筛查工作，提供规范化、人性化服务。安排专人负责将手术医院报送的受助患者名册电子档进行汇总、整理、保存。

（四）区医保局负责指导经办机构做好医保报销办理等工作，协助核实项目补贴对象的医保报销汇总名单。

（五）各街道要积极配合白内障的筛查工作，了解掌握辖区白内障疑似患者情况。加大政策宣传力度，向居民宣传补贴政策，协助补贴对象选择定点手术医院。配合相关部门做好补贴资金的监督、管理和审核。

（六）手术医院要组织优秀的眼科医、护、技人员开展白内障防治知识宣传、筛查。以便民为原则合理安排对患者的筛查、诊断和治疗时间。按照《白内障手术操作规范及质量控制标准》规范执业，提供医疗服务。及时公布免费手术“基本服务包”（包含人工晶体以及与植入手术相关的检查、用药、耗材等的费用）。要尊重患者个别化自费手术需求的选择权，履行对患者的告知责任，监督指导经治医生术前与患者共同签字确认《成都市白内障复明手术补贴项目知情告知书》（附件3）。规范汇总、保存手术资料和档案，及时将复明手术例数、《成华区白内障复明手术受助对象汇总表》（附件2）及时报送区卫健局和区残联，按规定做好相关信息报告系统的录入工作。

六、实施期限

本办法从发布之日起实施，有效期5年。

- 附件：1.成华区白内障复明手术补贴申请表
- 2.成华区白内障复明手术受助对象汇总表
- 3.成都市白内障复明手术补贴项目知情告知书

（四）

（五）

（六）

（七）

（八）

（九）

附件 1

成华区白内障复明手术补贴申请表

姓 名		性 别		年 龄		联系电话	
身份证号码				家庭住址			
患者家庭经济状况： 1. ☐ 全额最低生活保障对象 2. ☐ 低保边缘对象 3. ☐ 其他 享受医疗保险情况： 1. ☐ 享受城镇职工基本医疗 2. ☐ 享受城乡居民基本医疗 3. ☐ 享受其他医疗保险 4. ☐ 无医疗保险 享受复明手术资助情况： 1. ☐ 享受政府医疗救助 2. ☐ 享受其他单位和个人组织复明手术资助 手术费用： ☐ 基本服务包免费手术 ☐ 补贴加自费项目手术 申请人（或监护人）签字：_____ 年__月__日							
手术医院 意见	手术时间： 手术眼：（打“√”）：左眼 ☐ 右眼 ☐ 签字：_____ （公章）：_____ 年 月 日						
街道初审 意见	经办人签字：_____ （公章）：_____ 年 月 日						
区残联审批 意见	审核人签字：_____ （公章）：_____ 年 月 日						

注：本表一式二份，区（市）县残联、项目手术医院各一份。

成华区白内障复明手术受助对象汇总表

年 月 日

[illegible]

注：此表由手术医院按季度填报区卫生健康局和区残联。

附件 3

成都市白内障复明手术补贴项目知情告知书

姓名		性别		年龄		科室		床号		住院号	
诊断											
医 师 告 知	【医疗方案】根据您的病情，目前有如下治疗方法和手术方式（包括本次手术方式及其替代治疗方案）：请选择 (1) 白内障超声乳化+折叠人工晶体植入术 ☐ (2) 白内障超声乳化+硬质人工晶体植入术 ☐ (3) 白内障囊外摘除+人工晶体植入术 ☐ (4) 其他 ☐ 【拟行手术名称】 【拟施手术眼睛】 ☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 双眼 【拟施麻醉方式】 ☐ 表面麻醉 ☐ 局部麻醉 ☐ 神经阻滞麻醉 ☐ 全身麻醉 ☐ 其他 【手术目的】白内障即为晶状体混浊。晶状体位于人眼的眼球内，其作用如同照相机的镜头，能将外界光线聚焦在视网膜上。白内障手术是将混浊的晶状体摘除，同时植入人工晶体作为晶状体的替代体使光线能准确聚焦在视网膜上。 【人工晶体的费用】 1. 硬质人工晶体： 国产：_____元、进口：_____元 2. 普通折叠人工晶体 国产：_____元、进口：_____元 3. 非球面人工晶体 国产：_____元、进口：_____元 4. 多焦人工晶体 进口：_____元 【白内障复明手术补贴项目费用构成】 手术费+材料费+检查费+药费=医保报销+政府补助+自付 备注：项目产生的所有费用先由医保报销，医保报销后剩余部分费用再由项目经费补助，补助额度为 1000 元，超出项目补助的费用需患者认可并由患者自付。 我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理										

	人已知并理解了上述信息。 经治医师签字：_____ 签字时间：_____年____月____日____时____分
手术医院	
患者 及委托代理 人意见	医师已向我解释过我的病情及成都市白内障复明手术补贴项目的相关内容，并已就以上所有医疗费用向我进行了详细说明。 我_____（填同意）接受成都市白内障复明项目，自愿选择_____（填医院名称）进行白内障手术。并愿意承担自己选择的超出项目范围的相应费用。 患者签字：_____ 委托代理人签字：_____ 签字时间：_____年____月____日____时____分
备注	（如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明）

