

# 福建省慈善总会 福建省民政厅 文件

闽慈〔2020〕16号

## 福建省慈善总会 福建省民政厅关于转发 《福建省“八闽点晴行动”实施方案》的通知

各设区市慈善总会、民政局，平潭综合实验区慈善总会、社会事业局：

为深入贯彻落实省委、省政府《关于推进精准扶贫打赢脱贫攻坚战实施意见》（闽委发〔2015〕25号），积极发挥慈善力量在打赢脱贫攻坚战中的重要作用，进一步推进医疗救助与慈善事业的衔接机制建设，使慈善资源成为医疗救助的重要补充，现将《福建省“八闽点晴行动”实施方案》转发给你们，请各地结合实际，明确职责，加强引导，积极支持慈善公益力量推动项目实施。





# 福建省“八闽点睛行动”项目实施方案

为帮助更多的贫困白内障患者接受复明手术，解决其因病致盲的问题并减轻其就医负担，东南眼科医院、华厦眼科集团联合发起“八闽点睛行动”，为我省贫困白内障患者提供免费医疗救助，具体方案如下：

## 一、救助对象

具有本省户籍、患有白内障且具有手术适应症的贫困参保患者可申请救助。“八闽点睛行动”首批计划帮扶 10000 例白内障患者，其中东南眼科医院计划帮扶 5000 例，华厦眼科集团计划帮扶 5000 例。

## 二、救助标准

受助患者使用项目定点医院指定的人工晶体（取得国家医疗器械注册证）。受助患者按当地现行医保政策正常报销之后，需要患者个人负担的部分由项目定点医院承担。

## 三、定点医院

贫困白内障患者接受“八闽点睛行动”项目定点医院手术治疗。目前项目合作的定点医院如下：

| 地市 | 定点医院                                    |
|----|---|
| 福州 | 福州东南眼科医院（金山新院）、福州眼科医院、福清东南眼科医院、连江东南眼科医院 |
| 厦门 | 厦门大学附属厦门眼科中心                            |
| 漳州 | 漳州华厦眼科医院、漳州东南眼科医院                       |

| 地市 | 定点医院                                  |
|----|---------------------------------------|
| 泉州 | 华夏眼科医院集团泉州眼科医院、泉州奥美眼科医院（福州东南眼科医院泉州分院） |
| 三明 | 三明东南眼科医院、华夏眼科医院集团三明眼科医院               |
| 莆田 | 华夏眼科医院集团莆田眼科医院                        |
| 南平 | 南平华夏眼科医院、南平东南眼科医院                     |
| 龙岩 | 龙岩华夏眼科医院                              |
| 宁德 | 华夏眼科医院集团宁德眼科医院、福安东南眼科医院               |

定点医院如有调整，则另行公布。

#### 四、救助流程

（一）**筛查**。各定点医院医疗队前往各县（市）区、乡村提供眼健康义诊筛查服务。对需要手术治疗的贫困患者，由工作人员现场登记并指导患者填报《福建省“八闽点睛行动”救助申请表》（附件，以下简称《申请表》）。

（二）**申请**。贫困患者可凭医院诊断结果，携带身份证或户口本复印件、社会保障卡、相关贫困证明（低保证明或贫困情况简述材料及相关证明），就近前往项目定点医院提出申请，领取并填写《申请表》，由定点医院进行免费检查，并提出手术意见。

（三）**手术治疗**。对符合条件的贫困患者，由定点医院安排手术时间。手术实施前，定点医院按规定与白内障患者签订医疗合同。定点医院要根据《白内障手术操作规范及质量控制标准（2017年版）》和国家卫生部门印发的《年龄相关性白内障临床路径》，结合实际制定最佳手术治疗方案，安排精干力量实施手术，以确保手术成效。

（四）**材料备案**。贫困患者治愈出院后，项目定点医院应将



《申请表》、医疗费用清单、诊断证明等资料妥善保存，于 30 日内送至指定医院（东南眼科集团的医院报送至福州东南眼科医院（金山新院）；华夏眼科集团的医院报送至福州眼科医院），由指定医院分别汇总后于每季度末报送至省慈善总会备案。

## 五、相关要求

（一）各定点医院负责为群众提供白内障病例筛查服务，开展眼健康科普宣传教育，发放眼健康科普宣传材料。对符合手术条件的贫困白内障患者，安排到定点医院进行会诊、实施复明扶贫手术。

（二）各定点医院要开通贫困白内障患者手术救治“绿色通道”，并免收住院预缴金；要切实提高医院医疗技术水平，确保手术质量。

（三）定点医院负责全部的医疗服务，严格遵守医疗原则，保证医疗质量和医疗安全，严格执行医疗服务价格标准，严格执行现行的医保政策、规范和要求，对全部的医疗质量和医疗安全负责，所有的医疗责任和医疗风险全部由定点医院承担。

附件：福建省“八闽点睛行动”救助申请表

附件：

附件

## 福建省“八闽点睛行动”救助申请表

患者姓名：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

联系地址：\_\_\_\_\_

编 号：\_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日

## 申请须知

福建省“八闽点睛行动”是社会医疗保障制度和慈善公益力量互相补充实施的一个公益项目，目的是为我省贫困白内障患者提供医疗援助，减轻患者医疗支出负担，帮助他们尽早解除疾患。申请项目资助，请认真仔细阅读以下内容。

一、福建省“八闽点睛行动”仅承担医疗资金资助责任，如果发生医疗纠纷或医疗事故，受助对象与医疗承办单位依照相关法律处理，与本项目无关。

二、本项目资助贫困白内障患者手术医疗费用。

三、本表免费发放，由患者本人作为申请人，如实填写一份，由省慈善总会留存。

四、受助对象有责任和义务配合本项目的宣传和采访活动，同意在报刊、杂志、书籍和电视等各类媒体上无偿使用患者的照片、影像等资料，让更多的人了解本医疗救助项目。

五、提交申请时，需同时提交以下补充材料：患者的身份证或户口本复印件、贫困情况的简述材料及相关证明。

|          |   |      |      |                       |  |
|----------|---|------|------|-----------------------|--|
| 患者姓名     |   | 出生年月 |      | 性别                    |  |
| 身份证号码    |   |      | 眼病情况 | □白内障 其他：_____         |  |
| 户籍地址     |   |      |      |                       |  |
| 常住地址     |   |      |      |                       |  |
| 贫困类型     | <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 建档立卡户<br><input type="checkbox"/> 临时救助 <input type="checkbox"/> 残疾人<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |      | 贫困证明 | (贫困情况简述材料及相关证明, 粘贴背面) |  |
| 患者本人意见   | 本人声明, 我已详细知晓申请须知, 经慎重考虑决定接受项目资助, 并保证以上所填写内容真实、完整。<br><br><div style="text-align: right;">           签名(手印):<br/>           年 月 日         </div>               |      |      |                       |  |
| 项目定点医院意见 | <div style="text-align: right;">           (公章)<br/>           年 月 日         </div>   |      |      |                       |  |
| 省慈善总会意见  | <div style="text-align: right;">           (公章)<br/>           年 月 日         </div>   |      |      |                       |  |