

成都高新区社区发展治理和社会保障局

成都高新区财政金融局文件

成都高新区教育文化和卫生健康局

成高社发【2021】101号

成都高新区社区发展治理和社会保障局

成都高新区财政金融局

成都高新区教育文化和卫生健康局

关于印发《成都高新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、各部门：

为贯彻落实成都市残疾人联合会、成都市财政局、成都市卫生健康委员会、成都市医疗保障局《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）文件要求，成都高

新区社区发展治理和社会保障局拟定了《成都高新区白内障复明手术补贴项目实施细则》，现印发你们，请遵照执行。

成都高新区社区发展治理和社会保障局



成都高新区财政金融局



成都高新区教育文化和卫生健康局



2021年8月4日

# 成都高新区白内障复明手术补贴项目实施细则

为贯彻落实《“健康成都”2030规划纲要》(成委发〔2018〕11号)和成都市残疾人联合会、成都市财政局、成都市卫生健康委员会、成都市医疗保障局《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)精神，科学、规范组织实施“白内障复明手术补贴项目”，特制定本实施细则。

## 一、工作目标

实施白内障复明手术补贴项目，以“发现一例、手术一例、康复一例”为目标，切实减少视力残疾的发生发展。

## 二、补贴对象

具有成都高新区户籍、在手术服务医院实施了白内障复明手术的白内障患者。享受其它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。

## 三、补贴标准

每例1000元。补贴资金用于筛查组织、术前检查、手术治疗、手术耗材、手术用药等。

## 四、手术服务医院的确定

社治保障局会同教文卫健局根据成都市残联下发的《成都市具备开展白内障复明手术质资医疗机构名单》，确定高新区的项目手术医院。

## 五、补贴流程

### (一) 申请

申请人或监护人向户籍所在地街道提出申请，应当提交并审验以下材料：

- 1、居民户口簿（原件）及复印件；
- 2、高新区白内障手术服务医院盖章的《成都高新区白内障复明手术补贴申请审批表》（一式两份）（见附件1）。

### (二) 初审

街道办事处收到相关申请后，材料齐备的予以受理，在3个工作日内完成初审，并以适当方式公示（见附件2）5个工作日，公示无异议后上报社治保障局。

### (三) 审批

社治保障局在收到街道办事处提交的初审材料后，3个工作日内完成审批。审批未通过的，把资料退回申请人并告知理由，审批通过的，录入《成都高新区白内障复明手术受助对象申请汇总表》（见附件3），申请人实施白内障复明手术后可享受手术补贴。

## 六、资金来源与拨付方式

### (一) 资金来源

白内障复明手术补贴资金纳入区级财政预算，社治保障局负责向财政金融局提出经费年度预算建议，财政金融局负责将白内障复明手术补贴纳入年度预算。

### (二) 拨付方式

- 1、手术补贴资金由社治保障局与手术服务医院结算，每半年结

算一次。

2、结算时，手术服务医院向社治保障局提交以下材料：经医保审核盖章的《成都高新区白内障复明手术受助对象汇总表》（见附表4）、救助对象的申请审批表、医保结算清单及票据复印件，社治保障局审核后，把补贴资金拨付给手术服务医院。

## 七、 工作要求

（一）强化资金监督管理。社治保障局做好资助资金的预算，财政金融局做好预算及资金的监督管理，指导开展项目绩效评估。手术服务医院要加强对补贴资金管理使用的全过程监督，根据规定的补贴对象范围申报结算补贴资金，杜绝虚报冒领。

（二）加强服务医院管理。社治保障局要会同教文卫健局做好项目手术服务医院的确定工作，指导经办机构做好医保报销办理，协助核实项目补贴对象的医保报销汇总名单等工作。教文卫健局要做好辖区内具备白内障复明手术资质的医疗机构名单的统计和上报，加强对手术服务医院实施复明手术质量的监督管理，指导手术服务医院提供规范化、人性化的服务。

（三）做好数据填报管理。社治保障局要指导街道办事处和手术服务医院做好数据填报管理，加强受助对象信息填报、录入工作，手术服务医院要规范汇总、妥善保存患者病案、告知书等有关资料。

（四）加强手术质量控制。手术服务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。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《成都高新区白内障患者复明手术补贴项目知情告知书》(附件5)。

本方案自发布之日起施行，有效期5年。

附件：

- 1、成都高新区白内障复明手术补贴申请审批表
- 2、白内障复明手术补贴名单公示表
- 3、成都高新区白内障复明手术受助对象申请汇总表
- 4、成都高新区白内障复明手术受助对象汇总表
- 5、成都高新区白内障患者复明手术补贴项目知情告知书

附件 1

## 成都高新区白内障复明手术补贴申请审批表

姓 名		年 龄		联系电话	
性 别		家庭住址			
<b>患者家庭经济状况：</b> 1、 <input type="checkbox"/> 最低生活保障对象      2、 <input type="checkbox"/> 低保边缘对象      3、 <input type="checkbox"/> 其他 <b>享受医疗保险情况：</b> 1、 <input type="checkbox"/> 享受城镇职工基本医疗      2、 <input type="checkbox"/> 享受城乡居民基本医疗 3、 <input type="checkbox"/> 享受其他医疗保险      4、 <input type="checkbox"/> 无医疗保险 <b>享受复明手术资助情况：</b> 1、 <input type="checkbox"/> 享受政府医疗救助      2、 <input type="checkbox"/> 享受其他单位和组织复明手术资助  手术费用： <input type="checkbox"/> 基本服务包免费手术 <input type="checkbox"/> 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： 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/>  (公章)： 年 月 日				
镇（街道）初 审	经办人签字：  (公章)： 年 月 日				
区（市）县 残联审批	审核人签字：  (公章)： 年 月 日				

注：本表一式二份，残联、项目手术医院各一份。

## 高新区\_\_\_\_\_街道\_\_\_\_\_社区

### 申请白内障复明手术补贴名单公示

根据成残联【2021】5号关于印发《成都市白内障复明手术补贴项目实施办法》的通知要求，现将以下申请享受白内障复明手术补贴人员名单予以公示。

公示时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，公示期为5个工作日。凡对下列人员有意见者，请及时以书面或口头形式反映。

社区监督举报电话：\_\_\_\_\_ 街道监督举报电话：\_\_\_\_\_

区（市）县监督举报电话：028-82829876

序号	申请人姓名	性别	年龄	身份证号或残疾人证号	手术		备注
					左眼	右眼	

\_\_\_\_\_街道\_\_\_\_\_社区

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日



成都高新区白内障复明手术受助对象申请汇总表

序号	申请人姓名	性别	年龄	残疾人证 (身份证)号	家庭地址	所属街道社区	联系电话	手术		手术医院	备注
								右眼	左眼		

## 成都高新区白内障复明手术受助对象汇总表

手术医院（盖章）：\_\_\_\_\_ 医保经办机构（盖章）：\_\_\_\_\_ 残联（盖章）：\_\_\_\_\_ 填表时间：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

序号	受助者姓名	性别	残疾人证 (身份证)号	家庭地址	手术日期	术前/术后视力		手术费用	手术费用支付渠道			备注
						右眼	左眼		医保报销	残联资助	自费部分	

注：此表由手术医院按季度填报区（市）县残联，区（市）县残联汇总后随《工作报表》一并报市残联。

## 成都高新区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	<p><b>【医疗方案】</b>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</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(1) 白内障超声乳化+折叠人工晶体植入术</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(2) 白内障超声乳化+硬质人工晶体植入术</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(3) 白内障囊外摘除+人工晶体植入术</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(4) 其他</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>【拟行手术名称】</b> _____</p> <p><b>【拟施手术眼睛】</b>   <input type="checkbox"/>右眼           <input type="checkbox"/>左眼           <input type="checkbox"/>双眼</p> <p><b>【拟施麻醉方式】</b>   <input type="checkbox"/>表面麻醉   <input type="checkbox"/>局部麻醉   <input type="checkbox"/>神经阻滞麻醉                           <input type="checkbox"/>全身麻醉   <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><b>【手术目的】</b>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。</p> <p><b>【人工晶体的费用】</b></p> <p>1. 硬质人工晶体：        国产：_____元、进口：_____元</p> <p>2. 普通折叠人工晶体    国产：_____元、进口：_____元</p> <p>3. 非球面人工晶体      国产：_____元、进口：_____元</p> <p>4. 多焦人工晶体        进口：_____元</p> <p><b>【白内障复明手术补贴项目费用构成】</b></p> <p>手术费+材料费+检查费+药费=医保报销+政府补助+自付</p> <p>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。</p> <p>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。</p>											(1) 白内障超声乳化+折叠人工晶体植入术	<input type="checkbox"/>	(2) 白内障超声乳化+硬质人工晶体植入术	<input type="checkbox"/>	(3) 白内障囊外摘除+人工晶体植入术	<input type="checkbox"/>	(4) 其他	<input type="checkbox"/>
(1) 白内障超声乳化+折叠人工晶体植入术	<input type="checkbox"/>																		
(2) 白内障超声乳化+硬质人工晶体植入术	<input type="checkbox"/>																		
(3) 白内障囊外摘除+人工晶体植入术	<input type="checkbox"/>																		
(4) 其他	<input type="checkbox"/>																		

	<p>经治医师签字：_____</p> <p>签字时间：_____年___月___日_____时____分</p>
手术医院	
患者及委托代理人意见	<p>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。</p> <hr/> <p>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。</p> <p>患者签字：_____</p> <p>委托代理人签字：_____</p> <p>签字时间：_____年___月___日_____时____分</p>
备注	<p>（如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明）</p>

**信息公开属性：主动公开**

---

成都高新区社区发展治理和社会保障局

2021年8月4日印发

---