

# 吉林省民政厅关于切实做好残疾孤儿手术康复明天计划”工作的通知

## 吉民发〔2017〕40号

各市(州)民政局、长白山管委会社会管理办公室，各县（市、区）民政局：  
根据省民政厅印发的《吉林省“残疾孤儿手术康复明天计划”实施办法》（吉民发〔2017〕18号，以下简称《实施办法》）安排，现就进一步推动落实“残疾孤儿手术康复明天计划”（以下简称“明天计划”）工作有关事宜通知如下：

### 一、认真把握《实施办法》相关要求

“明天计划”覆盖整个孤儿群体，影响面大、难度也大。各地民政部门要指定专人负责此项工作，逐条解读政策，理顺申请和结算程序，在项目实施过程中要积极协调卫生部门及医疗机构，加强沟通联系，在救治项目（体检、手术、非手术治疗和康复医疗）、定点医院选定、转院手续办理等关键环节上密切协作，把工作做实做细。在医疗救助报销方面，各级民政工作人员要指导福利机构和散居孤儿监护人，在基本医疗保险报销后90日内，凭医保票据到民政部门申请办理直接医疗救助（医保目录内最高2万元），办理程序参照《吉林省人民政府办公厅关于转发省民政厅等部门吉林省医疗救助实施意见》（吉政办发〔2015〕41号）文件（以下简称“41号文件”）。此项救助经费不支付给个人，要暂存在县（市、区）级民政部门（散居孤儿）或福利机构（集中孤儿），待省厅年度项目结算时，一并支付给定点医院。针对《实施办法》关于“单例住院治疗费用减除各类报销费用后，自付费用不足3千元的，不予资助”规定，各地可以通过临时救助等形式，给予患儿一定救助补贴。

### 二、尽快选好定点医院

5月底前，各市（州）、县（市）民政部门要根据孤儿群体数量规模和地域分布，选择1或2个具有三级医疗卫生资质的公办儿童医院或者综合性医院作为省内各地定点医院（为便于办理医疗救助手续，应优先在医疗救助定点医院中选定），签署协议（附模板）后，报省民政厅社会事务处备案。备案内容包括：医院名称、

医院地址、医院简介（不超过 100 字）、医院等级、优势科目、床位数、定点医院“明天计划”工作联系人和联系电话。长春市及所辖城区不需选定定点医院，所属患儿到省民政厅选定的吉林大学中日联谊医院、长春市儿童医院、吉林大学口腔医院、吉林省肢体伤残康复医院救治或康复（定点医院增减变化另行通知）。各地定点医院确定并报备后，要立即展开体检、手术等医疗救治和康复工作。

### 三、科学选定救治对象

各地在筛选患儿时，要统筹谋划、考虑急需，及时组织定点医院对健康状况差、身患残疾的患儿进行体检（每人每年资助一次）。要协调定点医院开通绿色通道，并争取减免一定费用，具体体检项目要结合儿童身体情况和定点医院医生建议进行安排，原则上体检费用控制在每人 200 元以内，对于病情复杂，定点医院建议进一步检查的，各地要本着应治尽治的原则，增加检查项目，务必确诊患儿病情，并在结算时予以说明。已经确诊的患儿，要就近就便到当地定点医院救治，当地无法救治的，在办理转诊转院手续后，由县级民政部门向省民政厅社会事务处申请，安排患儿到上级定点医院救治。对于社会散居孤儿，民政工作人员要向其监护人宣传好“明天计划”资助政策，讲清楚医疗风险，确保患儿应治尽治。

附件：残疾孤儿手术康复医疗合作协议书（模板）

吉林省民政厅

2017 年 5 月 18 日

附件

残疾孤儿手术康复医疗合作协议书（模板）

甲方：XXXXXXX

乙方：XXXXXXX

根据中华人民共和国民政部民函【2004】106号《关于印发（“残疾孤儿手术康复明天计划”实施方案）的通知》、民函【2007】330号《民政部关于建立“残疾孤儿手术康复明天计划”长效机制的通知》、民明办【2016】03号《关于进一步推进“明天计划”救治工作的通知》精神，经甲方审查，乙方符合相关文件规定，甲方确定乙方为实施“残疾孤儿手术康复明天计划”定点医疗机构，为切实维护残疾孤儿的合法权益，使所有可以通过手术治疗和康复医疗的残疾孤儿得到救

治康复，为他们今后回归家庭、回归社会创造条件，经甲乙双方协商一致，签订如下协议。

## 第一章 总 则

第一条 甲乙双方应认真贯彻执行中华人民共和国民政部有关规定，建立、完善“明天计划”长效机制，共同致力于让所有残疾孤儿得到及时、有效的医疗救助，最大限度的减少患儿病痛，最终实现残疾孤儿回归家庭、回归社会的目标。

第二条 甲乙双方都应建立组织机构，配备专、兼职管理人员，负责实施“明天计划”的管理工作，切实维护孤残儿童的合法权益。

第三条 甲乙双方都应建立实施“明天计划”联系通报制度，形成甲方、乙方和社会福利机构相互沟通、联系互动的工作运行机制，自觉遵守医疗管理的各项规定，积极向对方提出合理化建议；

第四条 甲方应及时向乙方通报“明天计划”管理政策及管理制度、操作规程的变化情况，按时向乙方支付费用。

第五条 乙方应及时为甲方提供残疾孤儿住院患者的有关材料和信息，不得藏匿、转移、涂改、伪造资料。

## 第二章 医疗服务对象及范围

第六条 “明天计划”的手术康复医疗服务对象包括：城乡各类社会福利机构（包括儿童福利院、社会福利院、乡镇敬老院及其他收养性福利单位）和社会散居孤儿中具有手术适应症的残疾孤儿。

第七条 乙方服务的体检、手术、非手术类救治和康复医疗范围包括全省各地区。

## 第三章 甲乙双方的权利和义务

第八条 乙方须设一名院级领导负责“残疾孤儿手术康复明天计划”医疗合作的管理工作，建立组织机构，配备专、兼职管理人员，完成残疾孤儿手术康复患者的审核上作。其主要工作任务是：

- （一）对在本院就医的残疾孤儿手术康复患者进行登记、身份验证；
- （二）对在本院就医的残疾孤儿手术康复患者的住院费用进行审核；
- （三）每季向甲方提供残疾孤儿手术康复患者的住院费用发生情况等有关信息；
- （四）接受医疗投诉，承担医疗责任等事宜；
- （五）配合甲方到乙方监督检查残疾孤儿手术康复患者有关工作。

第九条 乙方成立“残疾孤儿手术康复明天计划”专家组，（详见长春市儿童医院“明天计划”专家组成员名单）专家组成员全面负责筛查认证、手术治疗及术后评估工作，以确保医疗质量及医疗安全。

第十条 乙方应坚持“因病施治”的原则，合理检查、合理治疗、合理用药。对病程长、体质差、并发症多，手术难度大的残疾孤儿患者，实行专家主刀手术，保证手术的安全和质量。

第十一条 乙方应实行专款专用。双方实行医疗费用预算审核、结算把关制度，对各项费用严格把关，准确反映发生的所有费用。

第十二条 乙方要在护理站的住院患者一览表、床头卡和住院病历首页上标明“残疾孤儿手术康复明天计划”标识。

第十三条 乙方应建立“残疾孤儿手术康复患者”专档，建立专门的《手术康复申报表》和《术后康复报告及结算表》，从对象筛选，条件把关，个人情况、治疗检查、手术方案、经费预算，出院评估等方面进行严格详细的登记。

第十四条 乙方应建立快速绿色通道，方便快捷地办理住院、检查等相关事宜，对具有手术适应症的残疾孤儿应当及时安排手术康复。对病情特殊需在其他医院就诊的，应及时向甲方通报，并在备案表中说明原因。

第十五条 甲方建立组织机构，配备专、兼职管理人员，负责实施“明天计划”的管理、监督、检查、经费预算审核及结算、拨付等工作，协调、处理具体实施过程中的有关事宜，解答、宣讲“明天计划”的有关规定及政策，促进“残疾孤儿手术康复明天计划”的持续发展。

第十六条 甲方应将适宜手术孤儿申报表复印给乙方，乙方应以此表为依据，及时向甲方提供残疾孤儿患者手术康复时间计划。

第十七条 甲方应协调、督促社会福利机构及时向乙方提供、填报符合有关规定的残疾孤儿患者身份证明、病史资料等材料，及时进行信息反馈，协助乙方开展相关工作。

第十八条 甲方应对经筛查后适宜手术的残疾孤儿患者数量及手术时间安排计划进行确认，及时对乙方提出的手术方案及经费预算进行评审认定。

第十九条 甲方应按本协议约定及时支付所有手术患儿治疗发生的费用及筛查、手术等费用。

#### 第四章 资金的垫付、结算和拨付

第二十条 乙方应垫付孤儿非手术类救治和体检、手术和康复费用，并提供医保报销、大病保险报销等费用票据，乙方为医疗救助定点医院的，要提供医疗救助票据手续。

第二十一条“明天计划”乙方垫付资金的结算方式

(一) 乙方应在每年 10 月份前将《“明天计划”医疗资助申请审核表》、《“明天计划”结账明细表》和费用票据报甲方，甲方及时报民政部“明天计划”办公室结算后，甲方应及时一次性拨付乙方。

(二) 针对一些在治疗过程中因病情变化而超出了民政部规定费用的特殊病例，乙方应及时向甲方通报说明情况，待治疗终结后乙方向甲方提供书面的病历说明及专家组审核评估意见，报甲方审批结算。

## 第六章 违约行为处理

第二十二条 经查实因乙方原因出现虚报医疗费用的，以及其他违规支付医疗资金情况，甲方有权拒付乙方所垫付相应部分的医疗费用，并向上级主管部门报告。

第二十三条 甲方应在约定的时间内将乙方的垫付的资金拨付给乙方，超过约定期限，乙方有权拒绝继续垫付和解除本协议。

## 第七章 争议处理

第二十四条 本协议执行过程中如发生争议，应协商处理，协商不成可向乙方所在地人民法院提起诉讼。

## 第八章 附 则

第二十五条 本协议有效期自 年 月 日起至 年 月 日止。协议期满后，甲乙双方协商后可以续签协议。

第二十六条 协议执行期间，国家法律、法规及有关政策调整时，甲乙双方按照新的规定修改本协议，如无法达成新的协议，双方可终止协议。

第二十七条 本协议未尽事宜，甲乙双方可以协商签订补充协议，补充协议与本协议具有同等法律效力。

第二十八条 本协议自双方签字盖章之日起生效，甲乙双方各执一份，具有同等法律效力。

甲方：XXXXXXX

乙方：XXXXXXX

(盖章)

(盖章)

甲方代表：(签章)

乙方代表：(签章)

年 月 日

年 月 日