

通 辽 市 民 政 局

转发《内蒙古自治区困境先心病儿童手术
“添翼计划”项目实施方案》的通知

各旗县（市、区）民政局：

现将内蒙古自治区民政厅《关于印发〈内蒙古自治区困境先心病儿童手术“添翼计划”项目实施方案〉的通知》（内民政发〔2021〕86号）转发给你们。请按照文件要求，强化组织领导，明确专人负责，抓好贯彻落实，帮助我市困境先心病儿童健康成长，减轻困境先心病儿童家庭负担，并将相关材料表格按时上报市民政局。

联系人：刘佳宇

联系电话：0475-8835970





内蒙古自治区民政厅文件

内民政发〔2021〕86号

关于印发《内蒙古自治区困境先心病儿童手术“添翼计划”项目实施方案》的通知

各盟市民政局，满洲里市、二连浩特市民政局：

为深入学习贯彻习近平总书记在党史学习教育动员会上的重要讲话精神，推动党史学习教育与“我为群众办实事”有机结合，帮助我区困境先心病儿童解除疾患、健康成长，自治区民政厅决定实施困境先心病儿童手术“添翼计划”项目。为加强“添翼计划”项目管理，规范项目实施，我厅制定了《内蒙古自治区困境先心病儿童手术“添翼计划”项目实施方案》，现印发你们，请各盟市民政部门严格执行，准确把握“添翼计

划”项目实施的各项任务要求，将符合救助条件的患病儿童材料审核后，及时上报自治区民政厅，做到应治尽治，确保项目规范精准实施。



内蒙古自治区民政厅

2021年9月1日

内蒙古自治区困境先心病儿童手术 “添翼计划”项目实施方案

为深入开展党史学习教育，坚持“以人民为中心”的发展思想，积极践行“我为群众办实事”要求，帮助我区困境先心病患病儿童摆脱疾苦、恢复健康，造福患儿家庭及社会，内蒙古自治区民政厅决定实施内蒙古自治区0—18周岁困境先心病儿童手术“添翼计划”项目。为做好困境先心病儿童手术“添翼计划”项目的实施，现制定实施方案如下：

一、资助对象

困境先心病儿童手术“添翼计划”项目资助对象为：具有内蒙古自治区户籍，年龄在0-18周岁，患有资助病种范围内疾病的孤儿、事实无人抚养儿童以及因家庭贫困导致就医困难的儿童。

二、资助范围

（一）项目资助病种范围：主要包括先天性心脏病、房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄、法洛四联症。

（二）项目资金使用范围：主要包括项目筛查医务人员差旅费以及患儿住院期间的诊疗费、手术费、药品费等医疗费用，不包括患者的营养费、伙食费、陪护费及往返交通费。

(三) 项目资金资助方式: 资助对象在定点医疗机构进行手术治疗的医疗费用扣除医保报销、大病保险报销、医疗救助、定点医疗机构减免费用后的自付部分, 由“添翼计划”项目资助, 最高资助叁万元。筛查人员差旅费参照《内蒙古自治区本级党政机关差旅费管理办法》规定执行。

三、实施程序

困境先心病儿童手术“添翼计划”项目实施的基本程序:

(一) 个人申请: 困境先心病儿童家庭自愿向旗县级民政部门提出申请, 填写《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助申请表》(附件1), 并提交当地医院出具的彩超报告单及相关身份证、证明材料等, 由盟市民政部门审核后, 报自治区民政厅困境先心病儿童手术“添翼计划”项目办公室(以下简称“民政厅项目办公室”)并由民政厅项目办公室审核后报送定点医疗机构。

(二) 组织筛查: 对民政厅项目办公室提供的《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助申请表》(附件1)和彩超报告进行初审, 根据初审情况, 由民政厅项目办公室和定点医疗机构共同确定筛查地区和筛查批次并组织医疗队进行实地筛查。各级民政部门负责组织配合。在筛查过程中若有符合手术治疗条件, 但手术医疗费用报销额预计超出叁万元的应单独向民政厅项目办公室提出申请, 经同意后方可列入符合手术指征的先心病儿童名单。定点医疗机构将经实地筛查符合手术指征的先心

病儿童名单报民政厅项目办公室，同时反馈给各盟市民政部门。

（三）审核上报：各盟市民政部门对医疗机构提供的符合手术指征的先心病儿童名单进行再核实，填写《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助汇总表》（附件3）报民政厅项目办公室。

（四）汇总审定：由民政厅项目办公室统一审核汇总，经定点医疗机构核对确认后，报自治区民政厅困境先心病儿童手术“添翼计划”项目领导小组审定。

（五）组织实施：民政厅项目办公室根据自治区民政厅困境先心病儿童手术“添翼计划”项目领导小组审定结果，向各盟市民政部门下达“关于实施困境儿童先心病手术“添翼计划”项目的通知”，明确实施手术的人员名单、时间、地点以及手术批次等。盟市民政部门接到通知后及时通知旗县民政部门组织受助儿童按要求到定点医疗机构接受手术治疗。

（六）资助经费结算：手术完成后，定点医疗机构填写《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助结账表》（附件2）、《困境先心病儿童手术“添翼计划”经费报批表》（附件4）报民政厅项目办公室审核。

民政厅项目办公室依据自治区民政厅困境先心病儿童手术“添翼计划”项目领导小组审核通过的《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助结账表》（附件2）、《困境先心病儿童手术“添翼计划”经费报批表》（附件4）和资助对象的医疗收费明细单

据、发票等，按季度和定点医疗机构结算项目资助费用。

四、手续办理

1. 入院前手续办理：患儿家长或指定监护人在患儿住院治疗前，应首先在当地医保局办理转院治疗备案手续和医疗保障卡。

2. 住院手续办理：患儿家长或指定监护人在接到当地民政部门同意入院实施手术治疗的通知后，主动与院方联系人联系，并自行前往定点医疗机构，严格按照医院规章制度办理住院治疗相关手续。

3. 结算手续办理：待患儿出院后，资助对象医疗费用医保部分报销由定点医疗机构在全区医保联网系统直接扣除；除医保报销等费用外，自付费用部分的报销由“添翼计划”项目办公室负责结账。

五、项目管理

（一）定点医疗机构

“添翼计划”项目实行定点机构工作制度，由定点医疗机构具体实施。定点医疗机构为三级甲等以上医保定点医院，具有综合救治能力，设置心脏专业科室及洁净手术室；能独立完成简单先心病及复杂先心病的外科手术；拥有从事心脏专业的高、中、初级医师。

自治区民政厅与定点医疗机构签订协议，并存档备案。定点医疗机构如有负责“添翼计划”项目的医疗人员调整和机构

结构变动时要及时向自治区民政厅报告，说明情况。定点医疗机构在对资助对象实施手术前，应当与其家长或指定监护人签订手术知情同意书。

定点医疗机构在履行协议期间，如出现违法违规、医疗事故等影响项目正常实施的行为，依法追究 responsibility，并终止合作协议。

(二) 加强档案管理。“添翼计划”项目相关工作档案应根据国家档案管理有关规定进行保管。各级民政部门应加强“添翼计划”相关档案管理，将《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助申请表》、《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助结账表》、《困境先心病儿童手术“添翼计划”资助汇总表》、《困境先心病儿童手术“添翼计划”经费报批表》以及医疗收费明细单据、发票等材料妥善存档。

六、保障措施

1. 加强组织领导。成立自治区民政厅困境先心病儿童手术“添翼计划”项目领导小组，由分管副厅长任组长，儿童福利处、规划财务处相关工作人员为成员，办公室设在民政厅儿童福利处，负责日常工作。各盟市、旗县（市、区）民政部门也要成立相应的工作机构，确保本地区符合条件且愿意得到资助的困境先心病患儿都能得到本项目资助。

2. 做好项目宣传。在项目的实施过程中，各级民政部门要高度重视，精心开展各种宣传工作，提高项目知晓度，营造全

社会关爱困境儿童的良好氛围。

3. 加强监督检查。针对困境先心病儿童手术“添翼计划”项目，民政厅将委托第三方评估机构，结合项目资金使用情况，定点医疗机构手术开展情况，患儿术后恢复情况等，对项目开展绩效评价，确保项目实施取得实效。

内蒙古自治区民政厅儿童福利处联系人 赵景波

电话：0471—6610384

邮寄地址：内蒙古呼和浩特市新华大街63号院6号楼115室民政厅儿童福利处 赵景波

邮编：010055； 电话：0471-6610384

患者彩超报告发至邮箱：nmgmztetflc@163.com

- 附件：
1. 困境先心病儿童手术“添翼计划”资助申请表
 2. 困境先心病儿童手术“添翼计划”资助结账表
 3. 困境先心病儿童手术“添翼计划”资助汇总表
 4. 困境先心病儿童手术“添翼计划”经费报批表

附件 1

困境先心病儿童手术“添翼计划”资助申请表

患儿姓名：_____

申请人姓名：_____与患儿关系：_____

联系电话：_____

联系地址：_____

邮 编：_____

填表日期： 年 月 日

申 请 须 知

困境先心病儿童手术“添翼计划”项目是内蒙古自治区民政厅决定实施的困境先心病儿童手术治疗项目，目的是为区内年龄在0至18周岁患先心病的困境儿童提供手术治疗，帮助他们解除疾患，重获新生。

一、困境先心病儿童手术“添翼计划”项目为符合条件的困境先心病儿童资助部分医疗费用。

二、困境先心病儿童手术“添翼计划”项目仅提供医疗资金资助。如果发生医疗纠纷或医疗事故，受助对象与定点医疗机构依照相关法律处理，与困境先心病儿童手术治疗“添翼计划”项目无关。

三、患儿入住定点医疗机构前，监护人应当检查患儿当前身体健康状况，若出现影响实施先心病手术的合并症（包括感冒、发烧、肺炎以及影响手术安全和愈后的其他疾病），应治愈并调养后再安排入院。若坚持入院需自行承担合并症的检查、治疗费用及往返路费。

四、经困境先心病儿童手术“添翼计划”项目资助，手术后符合出院的先心病患儿，其监护人应在两天内接患儿出院。逾期仍滞留医院的，按照医院标准收取费用，由患儿家庭自行承担。

五、受助对象有责任和义务配合本项目的宣传和采访活动，并同意使用肖像、声音、动作、姓名、履历等资料及信息。

六、申请表无偿提供，由患儿本人（患儿为完全民事行为能力人时）或监护人（父母等）作为申请人如实填写三份，填写时请使用黑色墨水钢笔或签字笔。

七、提交申请时，申请人需同时提交以下补充材料：患儿本人及监护人的身份证、户口本复印件、家庭享受国家救助的证件或证明复印件、陪同患者接受治疗的监护人身份证、儿童当地医院出具的彩超报告单。

患儿姓名		性别		儿童照片
出生日期		民族		
身份证号				
监护人姓名		身份证号		
户籍住址				
实际住址				
家庭 年总收入			当地人 均年收入	
家庭享受国家 救助类型	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困人员供养证明 <input type="checkbox"/> 临时救助 <input type="checkbox"/> 其他_____			
申请人/ 监护人声明	<p>本人声明，我已详细阅读申请须知，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。</p> <p style="text-align: center;">签名（手印）：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			

附件 2

困境先心病儿童手术“添翼计划”资助结账表

患儿姓名：_____

申请人姓名：_____与患儿关系：_____

联系电话：_____

联系地址：_____

邮 编：_____

填表日期： 年 月 日

患儿姓名		性 别		出生年月	
入院日期		手术日期		出院日期	
术后诊断					
<p>儿童治疗记录：包括病例、手术小结、出院小结等。</p>					

术后效果评估：

1. 与正常儿童一样 ()
2. 经手术治疗后与正常儿童一样生活和学习 ()
3. 经手术治疗后基本达到正常儿童的生活能力 ()
4. 与术前相比较各方面有改善，但仍然在一定程度上影响正常生活与学习 ()
5. 手术失败 ()
6. 是否有其他需要说明的问题 (含下一步治理意见)

主管医师：

年 月 日

定点医疗机构意见：

项目医院

年 月 日

内蒙古自治区民政厅意见：

年 月 日

患儿术后照片粘贴处（手术部位、全身各一张）

费用明细：诊疗、体检、药品等票据粘贴处：

附件 3

困境先心病儿童手术“添翼计划”资助汇总表

填报单位：_____ 填报时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日

序号	盟市	姓名	性别	出生年月	患病类型	家庭住址	陪护人员姓名	患者身份证	联系电话	备注

注：各盟市民政局填写。

填表人：_____ 审批人：_____

附件 4

困境先天性心脏病儿童手术“添翼计划”经费报批表

定点医疗机构：

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	性别	年龄	诊断	手术经费	监护人电话

注：定点医疗机构填写。

填表人： _____

审批人： _____

依申请公开

内蒙古自治区民政厅办公室

2021年9月8日印发
