

晋江市人民政府办公室文件

晋政办〔2021〕17号

晋江市人民政府办公室关于印发晋江市 贫困人员髌 膝关节置换医疗救助 工程实施方案的通知

各镇人民政府、街道办事处，经济开发区管委会，市有关单位：

经市政府同意，现将《晋江市贫困人员髌、膝关节置换医疗救助工程实施方案》印发给你们，请认真组织实施。

晋江市人民政府办公室

（此件主动公开）

2021年5月8日

晋江市贫困人员髌 膝关节置换医疗 救助工程实施方案

为破解因髌膝关节疾患致残致贫问题，我市计划 5 年内免费为晋江籍的髌膝疾患导致残疾的贫困人员进行髌膝关节置换手术，助其实现“行走梦”，缓解贫困现状。现制定实施方案如下：

一、实施目标

按照“安全第一、功能至上，患者得实惠、医院显公益、政府补差价”的原则，提供安全、优质的医疗服务，尽力使我市因髌、膝疾患致贫人员实现“行走梦”。2021 年实施不少于 50 例，2022-2025 年根据实际情况确定实施对象数量。

二、实施对象

拥有晋江户籍，因髌、膝关节疾患导致终末期骨性关节炎需要进行关节置换的人员，低保家庭、特困人员、贫困家庭、残疾人士优先。

三、实施单位

各镇人民政府、街道办事处、村（社区），市卫健局、民政局、扶贫办、残联，泉州市医保局晋江分局，定点医院（2021 年为晋江市医院，2022-2025 年根据实际情况增设）、社区康复机构（各镇卫生院、街道社区卫生服务中心）。

四、实施内容

（一）对象摸排。各村（社区）应协助辖区内符合条件的髌膝疾患患者进行申报，各镇（街道）应对申请对象进行经济状况审核，通过初审后报送至市卫健局，由市卫健局组织定点医

院专家配合镇（街道）入户进行病情随访，收集实施对象相关信息资料，确定实施对象。

（二）实施救治。定点医院根据确定实施对象情况，合理安排术前检查和手术时间。术后，转实施对象所在的镇卫生院（街道社区卫生服务中心）进行社区康复。

（三）效果评价。定点医院定期进行术后康复情况的效果评价，指导镇卫生院（街道社区卫生服务中心）开展社区康复，确保术后康复顺利。

五、费用补助

实施对象手术、住院等医疗费用，按照医保单病种付费进行结报后，剩余的自费部分由市残联、民政局、扶贫办相关经费进行补助，其中：

（一）残联救助：经市残联核对为残疾人的，由市残联救助 2000 元/人，费用分两次（5 月、11 月）直接拨付到定点医院。

（二）民政救助：市民政局指导所在镇（街道）将实施对象纳入急难型临时救助范围，在扣除医保报销、残联救助之后的个人自付医疗费用（不含社区康复费用），在最高救助限额 20000 元内予以全额救助。

（三）其他补助：医保结算后的自费部分，扣除残联救助以及民政救助后仍有不足的部分，由定点医院予以减免。

六、申请程序

（一）各村（社区）应指导申请对象填写《晋江市贫困人员髌、膝关节置换医疗救助申请表》（附件 1），并提交相关资料，经所在镇（街道）对申请对象的家庭经济状况进行摸排和审核

后，由所在镇（街道）汇总报送市卫健局。

（二）市卫健局会同民政局开展入户调查，在申请对象所在镇（街道）、村（社区）配合下，确定申请对象是否符合救助条件及手术指征。确定符合条件的，要及时做好政策告知并初步确定手术时间。

（三）申请对象入院后，先预缴部分费用（该费用由定点医院根据实施对象的实际情况测算总医疗费用扣除医保报销及残疾人补助），出院医保结算时多还少补。

（四）申请对象治愈出院时，定点医院应及时做好医疗费用结算工作，并指导申请对象填写《晋江市城乡居民临时困难救助审批表》（附件2）。

（五）市民政局、残联根据申请对象实际产生的医疗费用，按照相关救助程序，做好救（补）助资金发放工作。

七、其他事项

（一）各镇（街道）要高度重视，全面排摸，严格把关，切实做好摸底审查工作，确保申请审批表内容真实、填写完整、证明材料齐全，避免出现重复报送现象，并填写《晋江市贫困人员髌、膝关节置换医疗救助申请对象汇总表》（附件3）于5月15日前通过政务平台报送市卫健局（备注转医政科收），市卫健局、民政局要加强业务指导，确保无缝衔接。

（二）市卫健局、泉州市医保局晋江分局要加强定点医院“五个合理”（即合理住院、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费）因素的指导检查。定点医院要优先安排高年资的医生作为本项目的实施医生，保证医疗质量与医疗安全，切实提升群

众满意度。

（三）本方案由市卫健局、民政局、残联负责解释。

（四）本方案自发布之日起施行。

联系人：陈金桂，联系电话：0595-85684496（市卫健局）

黄少波，联系电话：0595-85819394（市民政局）

蔡美娜，联系电话：0595-28081500（市残联）

吴小峰，联系电话：13799212599（市医院）

- 附件：
1. 晋江市贫困人员髌 膝关节置换医疗救助申请表
 2. 晋江市城乡居民临时困难救助审批表
 3. 晋江市贫困人员髌 膝关节置换医疗救助申请对象汇总表

附件1

晋江市贫困人员髌 膝关节置换医疗救助申请表

申请人姓名		性 别		年 龄		照片
籍 贯		联系电话				
身份证号				是否为残疾人	☐ 是 ☐ 否	
对象类别	☐ 城乡低保家庭 ☐ 特困人员 ☐ 相对贫困帮扶对象 ☐ 低收入家庭					
户籍地址						
现居住地						
家庭联系人		联系电话				与申请人关系
家庭成员数		家庭收入情况	元/月	人均收入情况	元/月	
村（居）委会入户核查意见	村（居）委员会主任： 年 月 日 （村委会、居委会盖章）					
镇（街道）初审意见	经办人： 审核人： 年 月 日					

市民政局 审核意见	经办人： 审核人： 年 月 日	
定点医院伤 病情 审核意见	经办人： 审核人： 年 月 日	
我保证上面提供的内容为客观实际情况，若有隐瞒、虚报，愿意接受停止髌、膝关节置换精准医疗救助的处理，并负相关行政、法律责任。 申请人签名（按印）： 年 月 日		
救助情况 （定点医院填写）	住院时间	年 月 日— 年 月 日
	医疗费用	
	医保报销费用	
	残联补助费用	
	民政临时救助费用	
	其他	

备注：1. 本申请表一式4份，定点医院、市民政局、卫健局、残联各留存一份；
 2. 由申请人本人填写，确实无法填写的可由委托代理人代为填写；
 3. 申请人还需提供：①本人身份证、户口本（户主页及申请人页）复印件；②如为残疾人，需提供残疾人证复印件；③低保及相关贫困证明复印件。

附件 2

晋江市城乡居民临时困难救助审批表

申请人姓名		性别		民 族	
身份证号码				家庭人口	
家庭住址	_____镇（街道）_____村（社区）			是否本市户籍	☐ 是 ☐ 否
困难类别	☐ 城乡低保户 ☐ 特困人员 ☐ 其他困难对象			申请人联系电话	
家庭成员情况表					
姓名	称谓	出生年月	健康状况	职业	月收入（元）
	本人				
申请临时救助理由	本人同意接受村居委会及各级民政部门对本人家庭收入、财产、生活水平、健康状况等进行调查核实，所提供材料如有不实，愿放弃接受救助的权利。 申请人或代办人签名（指模）：_____ 20__年__月__日				
代办人		与申请人关系		代办人联系电话	
账户名			开户银行		
银行卡号或活期存折账号					

村（社区） 审查意见	经办人（签字）：_____ 负责人（签字）：_____ 村（居）委会（盖章）_____ 日期：____年____月____日	
镇（街道） 审核审批 意见	审核意见	经审核，建议给予该家庭临时救助____元。 经办人（签字）：_____ 审核人（签字）：_____ 签名：_____ 镇（街道）（盖章）_____ 日期：____年____月____日
	分管领导审核 意见	签名：_____
	主要领导审核 意见	签名：_____
	镇（街道）（盖章）_____ 日期：____年____月____日	
市民政局审 核审批意见	审核意见	经审核，建议给予临时救助____元。 经办人（签字）：_____ 审核人（签字）：_____ 签名：_____ 市民政局（盖章）_____ 日期：____年____月____日
	分管领导审核 意见	签名：_____
	主要领导审核 审批意见	签名：_____
	市民政局（盖章）_____ 日期：____年____月____日	
市分管领导 审批意见	签名：_____ 日期：____年____月____日	
填表说明及 要求	1. 申请者必须用黑色钢笔正楷如实填写本表，并依据申请救助的范围提供以下材料： ①全部家庭成员的身份证复印件和户口簿复印件，外来人员还需提供居住证复印件； ②城乡低保对象、特困人员等特殊困难对象需提供相应有效证件的复印件； ③申请人或被委托人的银行卡复印件，使用非本人银行卡的需提供持卡人与申请人关系证明原件； ④申请支出型临时救助的对象需提供《城乡居民家庭经济状况核对授权书》； ⑤因病申请救助的需提供：当年度医疗机构出具的诊断证明复印件或出院小结复印件；住院（或门诊）费用单据（发票）或医保报销凭证（费用结算清单）复印件； ⑥因子女教育费用申请救助的需提供：子女学籍证明（或在学证明）、教育费用相关票据复印件或证明材料； ⑦因遭遇火灾、交通事故、人身伤害等意外事件申请救助的需提供：相关部门或镇（街道）、村（居）委会出具的突发性事故证明；相关部门出具的意外事故责任认定、损失鉴定、赔偿处理结果以及社会救助受助等情况的证明材料； ⑧市民政局规定的其他证明材料。 2. 本表的所有内容必须依据申请人真实情况填写完整，不得为空，否则予以退回。 3. 本表一式两份。	

晋江市民政局印

附件3

晋江市贫困人员髌 膝关节置换医疗救助申请对象汇总表

镇（街道）名称：

联系人：

联系电话：

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	是否为残疾人	对象类别	疾病情况	家庭住址	联系电话
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

备注：对象类别填写低保家庭、特困人员、相对贫困帮扶对象、低收入家庭

市有关单位：民政局、卫生健康局、残联、泉州市医保局晋江分局。

晋江市人民政府办公室

2021年5月8日印发
