

集善山西-“乡村振兴健康三晋”大病救助项目 实施方案

为了维护我省罕见病、重特大疾病、残疾人患者的生命权，减轻广大患者的医疗费用负担，提高人民群众的健康水平，防止因病致困、因病返贫现象发生，山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心、水滴公益三方联合发起了集善山西-“乡村振兴健康三晋”大病救助项目。现将该项目的实施方案概述如下：

一、援助对象

1、**罕见病**：申请人的确诊病种属于国卫医发〔2018〕10号《关于公布第一批罕见病目录的通知》中所列的121个病种。

2、**重特大疾病**：恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术、终末期肾病、多个肢体缺失、急性和亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、慢性肝功能衰竭失代偿期、脑炎后遗症、深度昏迷、双耳失聪、失明、瘫痪、心脏瓣膜手术、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重帕金森病、严重三度烧伤、严重原发性肺动脉高压、严重运动神经元病、语言能力丧失、重型再生障碍性贫血、主动脉手术、多发性硬化症、经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染、植物人、系统性红斑狼疮、胰岛素依赖型糖尿病、原发性心脏病、重症肌无力、急性坏死性胰腺炎、坏死性筋膜炎、终末期肺病、严重类风湿性关节炎，以及其他重大疾病。

3. **残疾人**：包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾的人。

二、援助条件

1. 申请人由二级以上医院（或特殊指定医疗机构）明确诊断，且出具诊断证明。

2. 科学治疗并产生的合理医疗费用。

三、援助规则

1. 指导原则

公平、公正、透明；量入为出；有限援助；多方合作援助。

2. 优先原则

优先救助重点对象，即优先救助困难家庭残疾人，优先救助我省未解除返贫风险的残疾人及其家庭成员，优先救助国家、省市残疾人自强模范；

四、项目投入与救助标准

1、此项目年度总计投入救助款项根据项目筹款额度决定，本着量入为出、优先救助原则，如款项额度用完，还有符合条件救助的患者需等款项再次筹集到后再进行救助。

2、针对救助对象病种治疗产生的医疗费、住院费、手术费、药费、康复费或辅具适配费及符合条件的其他费用；

3、相关票据符合合法票据的规定；

4、救助单个案例上限为1万元，救助标准分为5000元，8000，10000元三档，由山西省康健重特大疾病帮扶中心根据治疗病种和治疗费用情况，参考患者提供材料及就诊医院指导意见，确定救助档次与标准，超过救助标准的特殊案例救助金额将由项目审核委员会审核确认。

发票金额	补助金额
20000-30000	5000
30000-40000	8000
40000 以上	10000

五、救助流程

1. 由二级以上医院（或特殊指定医疗机构）或大病救助站推荐符合救助对象的患者给山西省康健重特大疾病帮扶中心。

2. 项目对接人告知申请人填写《集善山西-乡村振兴健康三晋大病救助项目救助申请书》以及提供表中要求相关材料。

3. 材料报送到山西省康健重特大疾病帮扶中心办公室（邮编：030021，电话：0351-7022112，地址：山西省太原市小店区太原学府园区龙兴街190号C座1015室2楼东侧）

4. 项目审核委员会审核资料（委员会由山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心、水滴公益等领导和医院专家共同组成）

5. 患者申请资料与相关证件审核通过后，于7个工作日内拨款至医院（或治疗医疗机构）的账户或转账至患者本人或监护人的银行账户内。

6. 申请大病救助项目联系地址：山西省太原市小店区太原学府园区龙兴街190号C座1015室2楼，联系人：王军。电话：0351-7022112

六、项目公开

大病患者救助工作完成后，救助资料由山西省康健重特大疾病帮扶中心汇总，每月20日前将救助资料和电子版资料报山西省残疾人福利基金会，基金会每月30日前在水滴公益平台发布项目进展公示，以年度为单位，每年的12月31日前在水滴公益平台与基金会、帮扶中心官网进行项目执行公示与财务披露。

七、合作分工

1、山西省残疾人福利基金会负责公开募集资金，接收项目善款，拨付救助资金，实时公布救助工作进展，定期公示善款执行情况，接受社会各界监督；组织各种形式的项目推广宣传活动。

2、山西省康健重特大疾病帮扶中心负责设立救助申请渠道，接

收救助患者申请资料，对申请资料进行审核并核定医疗救助金额度；对接合作医院，协调水滴公益工作人员进入合作医院开展工作。

3、水滴公益负责项目筹款工作；为患者提供大病救助社会筹款（水滴筹）的协助服务，筹集治疗费用；举办合作医院的医护人员培训；开展住院患者及其家属、医护人员的节日慰问活动。

八、进度安排

1、12月底前，第一期大病救助善款执行率力争达到50%，并在水滴平台与基金会官网完成2022年度项目执行公示与财务披露。

2、2023年6月前，第一期大病救助善款执行率达到100%，并在水滴平台与基金会官网完成第一期项目结项公示与财务披露，三方完成续约，基金会在水滴公益平台完成项目筹款延期。

申请人准备材料:

附件1: 《大病救助项目救助申请书》及相关证明材料

附件2: 《大病救助项目救助患者知情同意书》

附件3: 《残疾人受助对象登记表》(残疾人需填写)

山西康健帮扶重特大疾病帮扶中心整理材料:

附件4: 《受助人信息汇总表》(个案救助无需汇总表)

附件5: 银行转账记录复印件

附件1：集善山西-乡村振兴健康三晋”大病救助项目救助申请表

项目执行单位	山西省康健重特大疾病帮扶中心		
专项基金名称	“集善山西-乡村振兴健康三晋医疗费用援助项目救助申请”公益项目		
受助人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
监护人姓名 (患者未成年请填写)		监护人身份证号码 (患者未成年请填写)	
家庭详细地址			
治疗医院		年度医疗支出自费金额	
收款信息 (请填写医院对公账户或个人(或监护人)信息)	开户名		
	账号		
	开户行(具体到支行)		
医院意见			
是否同意资助			
(可补充说明患者情况)			
医生或科室签字			
日期:			
山西省康健重特大疾病帮扶中心审核意见			
建议援助金额			
审批人/单位:			
(签字/盖章)			
日期:			
山西残疾人福利基金会核准意见			
资助方式	资金资助	资助金额	
审批人/单位:			
(签字/盖章)			
日期:			

说明：①本表要认真详细填写，不得有漏项。上报时须附受助者诊断证明、家庭情况证明、医疗费用证明材料（可复印件）、身份证户口本复印件，监护人或代办人需提供身份证件等有效证明，残疾人需提供残疾证件。

②本表及一式三份，审批和项目完结后，患者自存一份，省康健重特大疾病帮扶中心存一份，省残疾人福利基金会存一份。

家庭情况证明（式样）

兹证明_____为_____市（县）_____区（村）居民，身份证号为_____，家中共_____口人，人员组成为_____，家庭主要收入来源为_____，家庭年收入为_____，现因家庭成员_____患_____病导致家庭经济困难，不能承担医疗费用。确属困境家庭，特此证明（如有低保等相关贫困证明材料，请附后）

村委会/社区（乡镇政府）盖章

经办人签字：

联系电话：

年 月 日

附件2:

集善山西-“乡村振兴健康三晋”大病救助项目救助患者知情同意书

一、申请集善山西-“乡村振兴健康三晋”大病救助项目（以下简称“该项目”）救助须按要求递交申报资料，并保证所有资料的真实性和完整性；

二、该项目申请对象为：

1. 罕见病：申请人的确诊病种属于国卫医发〔2018〕10号《关于公布第一批罕见病目录的通知》中所列的121个病种。

2. 重特大疾病：恶性肿瘤、急性心肌梗塞、脑中风后遗症、造血干细胞移植术、冠状动脉搭桥术、终末期肾病、多个肢体缺失、急性和亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、慢性肝功能衰竭失代偿期、脑炎后遗症、深度昏迷、双耳失聪、失明、瘫痪、心脏瓣膜手术、严重阿尔茨海默病、严重脑损伤、严重帕金森病、严重三度烧伤、严重原发性肺动脉高压、严重运动神经元病、语言能力丧失、重型再生障碍性贫血、主动脉手术、多发性硬化症、经输血导致的人类免疫缺陷病毒感染、植物人、系统性红斑狼疮、胰岛素依赖型糖尿病、原发性心脏病、重症肌无力、急性坏死性胰腺炎、坏死性筋膜炎、终末期肺病、严重类风湿性关节炎，以及国家规定的其他重大疾病。

3. 残疾人：包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾的人。

三、该项目原则上为年度内一次性救助，同一申请人年度内获得一次救助后，该年度内将不再接受重复申请。救助单个案例上限为1万元，救助标准分为5000元，8000，10000元三档，由山西省康健重特大疾病帮扶中心根据治疗病种和治疗费用情况，参考患者提供材料及就诊医院指导意见，确定救助档次与标准，超过救助标准的特殊案例救助金额将由项目审核委员会审核确认。

发票金额	补助金额
20000-30000	5000
30000-40000	8000
40000 以上	10000

四、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心将追索其所获得的全部医疗救助款，情节严重者将依法追究法律责任；

五、本申请表的递交并不代表可以获得救助，所有申请材料如有需要请自行备份，申请资料一经递交不予退回；

六、通过审批确定的救助对象，申请材料经审核无误后，将核定的医疗救助金拨款至合作医院财户或患者及监护人账户，用于该患者治疗；

七、该项目不以任何名义向救助者收取任何费用，项目救助资金使用标准以水滴公益平台上公示详情为准；

八、申请人有责任和义务配合山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心在水滴公益平台上公示众筹项目的执行情况，为捐助者提供必要的文字、照片、影像等材料；

九、申请人有责任和义务配合山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用照片、影像等资料；

十、治疗无法继续或治疗结束的，若救助款项有剩余，申请人（或其监护人）同意将剩余款项退回并入该项目资金池，用于救助该项目其他需要救助的人，并由山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心向社会公示；

十一、山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心保证所有众筹款项的使用合法合规，并定期向社会公示。

十二、因医疗行为引起的纠纷，山西省残疾人福利基金会、山西省康健重特大疾病帮扶中心不承担任何责任。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人或监护人签字：

年 月 日

说明：此知情同意书一式贰份，审批和项目完结后，省康健重特大疾病帮扶中心存一份，省残疾人福利基金会存一份。

附件 3:

集善山西-“乡村振兴健康三晋”大病救助项目
残疾人受助对象登记表

受助人姓名		性别		民族		年龄	
身份证号				残疾类型 (级别)			
残疾证号				联系电话			
救助病种				救助金额			
家庭详细地址							
监护人姓名				性别			
身份证号				联系电话			
家庭详细地址							
救助费用说明							

说明: ①本表要认真详细填写, 不得有漏项。本表一式三份, 审批和项目完结后, 患者自存一份, 省康健重特大疾病帮扶中心存一份, 省残疾人福利基金会存一份。

集善山西-“乡村振兴健康三晋”大病救助
项目受助人信息汇总表

编号	姓名	性别	身份证号 (或残疾证号)	救助病种	家庭住址	受助人/监护人 联系电话	救助金额	备注
1								
2								
3								
4								
5								

填报单位：（公章）

填报人：

填报日期： 年 月

说明：1、本表要填写详细，不得漏填，不得空缺；其中“家庭住址”一栏按“XX市XX县(区)XX镇（街道）XXX村”样式填写。

2、本表一式贰份，审批和项目完结后，省康健重特大疾病帮扶中心存一份，省残疾人福利基金会存一份。