

重庆市民政局 关于进一步加强“明天计划”工作的通知

渝民〔2017〕141号

各区县（自治县）民政局，两江新区社会保障局、万盛经开区民政局，局属有关单位，部、市级定点医院：

为认真贯彻落实《重庆市人民政府关于进一步加强困境儿童保障工作的实施意见》（渝府发〔2016〕59号）及《民政部“明天计划”办公室关于进一步推进“明天计划”救治工作的通知》（民民办〔2016〕3号），推进“明天计划”各项政策措施的贯彻落实和贫困家庭病残儿童手术救治试点工作，现将有关事项通知如下：

一、明确医疗救治对象，做到应治尽治

“明天计划”资助对象为0—18周岁具有手术适应症的全市儿童福利机构集中养育的孤儿（弃婴），以及根据《重庆市民政局重庆市财政局关于建立孤儿基本生活费发放制度的通知》（渝民发〔2010〕184号）确认的社会散居孤儿。

坚持应治尽治，重点资助严重影响患儿基本生活、且预后

良好的治疗，对目前缺乏有效手段或预后较差的治疗要先进行专家评估。“明天计划”仅资助患儿医疗和康复费用，不承担任何医疗效果、医疗风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷由定点医院和患儿监护人双方自行解决。

二、坚持定点医院救治制度，严把医疗关口

各级“明天计划”办公室要严格执行定点医院救治制度，各定点医院应合理控制医疗成本，除紧急抢救等特殊原因并经市“明天计划”办公室同意外，在非定点医院进行的医疗康复，不予资助。

市内定点医院由市“明天计划”办公室会同市卫生计生委，根据就近、方便就医的原则，选择具有卫生资质、医术高超、声誉良好、设备齐全、专业特长突出的儿童医院或综合医院，作为“明天计划”市内定点医院（定点医院文件另发）。市“明天计划”领导小组办公室可根据工作需要适时调整市内定点医院。

患有重大疑难病情需部级定点医院救治的孤残儿童，经区县“明天计划”办公室申报，由市“明天计划”办公室报部“明天计划”办公室后，由部“明天计划”办公室负责联络、协调部级定点医院提供医疗救治服务。

三、调整经费结算方式，规范申报程序

将经费结算由按病种包干调整为据实结算。患儿的医疗康复

费用，先办结基本医疗保险报销、大病保险报销、医疗救助、慈善捐助等费用，剩余部分可申请“明天计划”资助。对于应参加但未参加基本医保的（含进入儿童福利机构超过1年的孤儿、弃婴及1岁以上未参加医保的散居孤儿），按应负担费用的80%进行资助。

对于福利机构儿童，由所在福利机构通过《全国儿童福利信息系统》填写相关信息，提出救助申请和结账申请。

对于社会散居残疾孤儿，由监护人填写《“明天计划”医疗资助申请书》和《“明天计划”医疗资助申请表》（见附件），所属区县“明天计划”办公室负责审核并对孤儿身份进行确认。结账申请由监护人凭医疗票据到所属区县“明天计划”办公室办理，所属区县“明天计划”办公室审核后，在《全国儿童福利信息系统》中录入相关信息，参照福利机构儿童申请程序上报审批。

为确保市、区县两级“明天计划”办公室做好当年结账和次年测算工作，每年12月10日前，将结账所需的相关纸质材料由区县“明天计划”办公室一并报送市“明天计划”办公室，再由市“明天计划”办公室统一邮寄到部“明天计划”办公室，进行部、市结账；每年12月20日前，将次年辖区有矫治康复需求的孤儿人数、测算的经费由区县“明天计划”办公室汇总后报送市“明天计划”办公室。

四、明确医疗资助费用，强化资金监管

（一）儿童体检费。区县民政局“明天计划”办公室根据辖区孤残儿童情况适时组织体检，市级儿童福利机构由市“明天计划”办公室组织体检。体检应在“明天计划”定点医院完成，每人每年资助一次，按医疗收据据实结算。

（二）住院治疗费。单例住院治疗费用减除各类医保报销、大病保险报销、医疗救助、慈善捐助等费用后，自付费用在 3000 元至 10 万元之间的，按医疗收据据实结算；自付费用超过 10 万元的，按个案单独申报。自付费用不足 3000 元的，不予资助。

（三）康复医疗费。在市内康复定点医院进行康复医疗的费用，减除各类医保报销、大病保险报销、医疗救助、慈善捐助等费用后，可按照每人每年不超过 2 万元的标准，凭医疗收据据实结算。确定为市内康复定点医院的“明天计划”康复训练示范基地，为本机构儿童康复医疗的不予资助。

（四）营养服务费。对住院治疗的儿童，配套资助营养服务费，资助标准为每人 5000 元，每名患儿每年只资助一次；对体检、康复医疗的儿童，不配套资助。

五、健全工作协调机制，明确相关职责

各区县要进一步完善“明天计划”领导机制，切实承担起组织领导和统筹协调职责，建立健全区县“明天计划”办公室、乡

镇、村社三级网络，摸清残疾孤儿医疗救治需求基数，制定季度矫治、康复计划，做好需求资金预算工作，严格申请信息的核实及审批，加强舆情应对和监督管理。各区县须确定一名专（兼）职工作人员，负责“明天计划”工作联络、信息录入、申报结算、归卷立档等工作，推进“明天计划”深入、持续开展。请于9月25日（星期一）前将区县民政局“明天计划”工作领导小组及联络员名单报送市局社会事务处。

- 附件：
1. “明天计划”医疗资助申请书
 2. “明天计划”医疗资助申请表
 3. 区（县）民政局“明天计划”办公室负责人及联络员联系表

重庆市民政局

2017年9月8日

（联系人：秦永华，联系电话：88563070）

附件 1

“明天计划”医疗资助申请书

_____ 省（自治区、直辖市）“明天计划”办公室：

我是_____（患儿姓名）的监护人。该儿童患有（病情诊断）因，且治疗费用较高，现申请“明天计划”资助，使患儿能够得到治疗。

作为监护人，我们充分了解任何医疗都会存在的不确定性及各种风险，已做好认定治疗方案及承担治疗风险和后果的准备；同时我们也了解现代医疗水平不一定能够完全解决所有的病症。我们承诺按照要求到定点医院治疗。我们知道，“明天计划”只在医疗费用上给予我们资助，不承担治疗效果、医疗风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。

同时，我们同意可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用患儿的照片，让更多的人了解“明天计划”，我们将不对此提出异议。此外，我们同意将患儿病历等相关文件提供给“明天计划”，以供其详细了解患儿的病情、治疗及康复状况。

监护人：_____（签字）

年 月 日



附件 2

“明天计划” 医疗资助申请表

患儿姓名		性别		民族		患儿照片 粘贴处
出生年月日		病情诊断				
患儿户口类型	<input type="checkbox"/> 城镇户口 <input type="checkbox"/> 农村户口 <input type="checkbox"/> 其他 ()					
患儿身份证			患儿是否 加入医保			
所在省		所在市		所属区、县		
联系电话 (固定)			联系电话 (手机)			
监护人 1 姓名			与患儿关系			
监护人 1 身份证号码						
监护人 2 姓名			与患儿关系			
监护人 2 身份证号码						
申请原因	<p style="text-align: right;">监护人签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					



重庆市民政局规范性文件

申请资助金额	<p>患儿在医院，治疗（疾病名称），各项医疗康复费用共计：元，其中：医保（或新农合）支付：元；大病救助资助元；社会慈善机构捐助：元，现申请“明天计划”资助：元。</p>
县级民政局意见（盖章）	<p>对以上情况（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）进行核查，孤儿身份（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）属实，（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）同意其申请“明天计划”资助。</p> <p style="text-align: right;">审批人： （盖章） 年 月 日</p>
市级民政局意见（盖章）	<p>对以上情况（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）进行核查，经查（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）属实，（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）同意其申请“明天计划”资助。 （市级民政局意见根据省级“明天计划”办公室制定的工作程序确定是否填写）</p> <p style="text-align: right;">审批人： （盖章） 年 月 日</p>
省级“明天计划”办公室意见（盖章）	<p>对以上情况（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）进行核查，经查（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）属实，（<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否）同意其申请“明天计划”资助。</p> <p style="text-align: right;">审批人： （盖章） 年 月 日</p>
备注	



患儿身份证（户口本）和监护人身份证复印件黏贴处



患儿治疗记录（包括住院小结、体检报告结论、康复末期评估等）黏贴处

患儿体检、医疗、康复票据黏贴处

附件 3

区（县）民政局“明天计划”办公室负责人及 联络员联系表

负责人				联络员			
姓名	职务	座机号	手机号	姓名	职务	座机号	手机号