

威海市红十字会文件

威红字〔2018〕2号

威海市红十字会 关于印发《“爱心点亮光明”白内障康复 救助行动实施方案》的通知

各区市红十字会、国家级开发区社会事务管理局、各科室：

为进一步弘扬人道、博爱、奉献的红十字精神，积极贯彻落实好市委、市政府关于健康威海建设的工作部署，威海市红十字会计计划联合爱尔眼科医院开展白内障康复救助行动。现将《“爱心点亮光明”白内障康复救助行动实施方案》印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

威海市红十字会
2018年3月15日



“爱心点亮光明”白内障康复救助 行动实施方案

为弘扬“人道、博爱、奉献”的红十字精神，帮助更多的白内障患者摆脱疾病带来的困扰，使其重见光明，更好的融入社会生活，实现人生价值。威海市红十字会、威海爱尔眼科医院联合发起开展“爱心点亮光明”白内障康复救助行动。主要针对全市200名有手术适应症、符合条件的白内障患者实施费用减免复明手术。

威海爱尔眼科医院隶属于爱尔眼科医院集团，集团公司是中国上市眼科医疗机构，目前已在全国范围及美国、香港等地建设了约300家专业眼科医院，是国内最大的眼科医疗机构。

威海爱尔眼科医院诊疗面积5000平方米，开设激光治疗近视、白内障、青光眼，医学验光配镜、斜视与小儿弱视、眼底病、角膜病、泪道疾病、眼外伤及眼部整形美容等眼病专科门诊，开放病床50张，是威海市城镇职工、居民医保定点医院。爱尔眼科秉承“致力于眼健康事业，提升人类视觉健康”的经营理念，追求社会责任和自身发展的和谐统一，努力为广大民众提供全面、经济、高品质的专业眼科医疗服务。

本次“爱心点亮光明”康复救助行动具体实施方案如下：

一、实施时间

报名阶段：2018年3月19日至2018年3月30日

筛选阶段：2018年4月1日至2018年4月8日

手术阶段：2018年4月9日至2018年6月30日

二、救助条件

- 1、户籍为威海市辖区内的公民；
- 2、参加城镇职工医疗保险或居民医疗保险的公民；
- 3、符合手术条件的老年性白内障患者（年龄大于50周岁）。

三、救助名额分配计划：

荣成市30人；乳山市30人；文登区30人；环翠区50人；
高区20人；经区20人；临港区20人。

四、报名方式

主要采取2种报名方式：

1、申请人经相关医院确诊为白内障，且符合手术条件，可以直接到当地的区市红十字会、开发区社会事务管理局报名，填写《“爱心点亮光明”白内障康复救助报名表》。各区市红十字会、开发区社会事务管理局审核盖章后，统一将报名表上报威海市红十字会。

2、申请人参加红十字会、爱尔眼科医院组织的村镇、社区眼科筛查活动，经确诊符合手术条件，本人也愿意参加此次康复救助行动，可以在现场填写《“爱心点亮光明”白内障康复救助报名表》。爱尔眼科医院负责将报名表收集整理后统一报给威海市红十字会。

五、救助内容

凡是符合条件的白内障患者统一在爱尔眼科医院实施手术治疗，使用价值 1560 元的美国进口巴巴多斯晶体，手术以后，患者经城镇职工医疗保险或居民医疗保险报销后的自付部分费用予以减免。

另外，为鼓励眼角膜捐献行为，凡在威海市红十字会完成捐献登记的角膜捐献志愿者，本人及其直系亲属（父母、配偶、子女）因眼病需要诊疗的（含激光治近视），到威海爱尔眼科医院诊疗均可享受门诊、住院费用部分减免的优惠待遇。具体优惠政策另行通知。

六、责任分工和相关要求

1、威海市红十字会业务部负责印发实施方案，做好全市范围的报名和审核工作。

2、各区市红十字会、社会事务管理局要做好辖区内的救助行动宣传发动工作，积极推荐符合条件的白内障患者实施手术康复，扩大此次救助行动的社会影响。同时，配合爱尔眼科医院到相关乡镇、社区做好义诊筛查工作。

3、威海爱尔眼科医院提供一辆手术筛查专用车，组织医疗筛查队，为各社区、村镇居民进行免费眼科疾病诊疗和白内障筛查。

4、义诊筛查和报名审核结束后，由爱尔眼科医院通知符合手术条件的患者到威海爱尔眼科医院进行术前最后检查和实施手术。

5、符合条件的患者在接到电话通知后，请持身份证和身份证

复印件一份、居民或城镇职工医疗保险证，由监护人陪同，按照医院预约时间及接送地点统一到院接受检查和手术，术后院方统一将患者送回。术后一周还将统一接送患者到院接受复查。

6、本次活动治愈后的患者，由威海爱尔眼科医院负责统计名单资料，并报威海市红十字会备案。

7、若患者及其监护人在手术或救助过程中发生医疗事故和责任纠纷，由爱尔眼科医院负责与患者方妥善协商解决。

七、联系方式

威海爱尔眼科医院，地址：威海市青岛中路8号，联系电话：0631--5352311。

威海市红十字会业务部，地址：威海市青岛北路28号，联系电话：0631--5301106。

附件：“爱心点亮光明”白内障康复救助报名表

“爱心点亮光明”白内障康复救助报名表

患者姓名		性别	
身份证号码		年龄	
家庭住址		联系方式	
个人及 家庭情况			
白内障病情及 治疗现状 (可另附病 例)			
红十字会 审核意见	经办人签字： 年 月 日 (公章)		
爱尔眼科医院 手术意见	经办人签字： 年 月 日 (公章)		