

石家庄市红十字会

石家庄市红十字会 河北省妇幼保健院 关爱妇女儿童肿瘤患者癌痛镇痛公益救助方案

为深入学习贯彻党的二十大精神，大力弘扬“人道、博爱、奉献”的红十字精神，关爱妇女儿童肿瘤患者的生存现状，减轻妇女儿童肿瘤患者用于癌痛镇痛的负担，石家庄市红十字会与河北省妇幼保健院联合开展“关爱妇女儿童肿瘤患者癌痛镇痛公益救助项目”，制定方案如下：

一、项目名称

关爱妇女儿童肿瘤患者癌痛镇痛公益救助项目。

二、救助原则

（一）坚持“救急难”原则，减轻妇女儿童肿瘤患者用于癌痛镇痛的负担。

（二）坚持“公平、公开、公正”的原则，接受公众监督。

三、救助对象

在河北省妇幼保健院接受妇女儿童肿瘤癌痛镇痛治疗的医保患者。

四、救助标准

针对在河北省妇幼保健院接受妇女儿童肿瘤癌痛镇痛治疗、自愿申请且符合救助条件的医保患者，实施人道医疗救助，省医保、职工医保、居民医保的患者在医保报销完后，按自费部分标准申请癌痛镇痛的医疗救助，自费部分在 3000 元及以下者，全部报销；自费部分在 3000-5000 元者，一次性报销 3000 元；自费部分在 5000 元及以上者，按自费部分的 60%救助，最高救助 12000 元。

五、救助金使用原则

救助金来源于捐赠单位向石家庄市红十字会定向捐赠款，用于以上方案专项救助，捐款使用严格按照《石家庄市红十字会捐赠工作管理办法》执行，此项目救助金单独核算，专款专用，接受各方监督，捐款用完为止、用完后可以接受再次捐赠。

六、项目申报流程

（一）患者在河北省妇幼保健院就诊期间，根据癌痛诊疗方案和癌痛镇痛治疗申请相应医疗补贴，患者需要携带下列申请资料。申请资料包括：

- 1、本人填写两份《救助申请表》附件 1；
- 2、患者身份证、户口页、医保卡及复印件；
- 3、医院出具的诊断证明、医疗费用发票等

（二）河北省妇幼保健院初审汇总相关资料，填写《石家庄市红十字会妇女儿童肿瘤患者救助项目统计表》（附件 2），并向石家庄市红十字会上报治疗单据、医疗资料等。

（三）石家庄市红十字会对收到的申报材料进行审批，向审批合格后符合条件的患者以转账形式拨付救助款，并在石家庄市红十字会网站公示救助人员名单。

七、工作要求

（一）石家庄市红十字会、河北省妇幼保健院要依托省、市媒体、单位网站公众号，加强该项目的宣传力度，让更多的妇女儿童肿瘤患者了解救助详情，对项目内容的解释要周到细致，让更多患者享受到政策关怀。

（二）河北省妇幼保健院负责做好患者的就诊，以及救助资料的

初审、汇总、上报工作。要高度重视救助项目的实施工作，组织本单位各相关学科专家，定期会诊、研讨，确保每一名受助患者得到有效治疗，保证救助，保证救助项目的顺利进行。

（三）强化风险防控。要强化医疗安全意识，加强服务领域矛盾纠纷筛查和风险预警，及时妥善处理矛盾纠纷，积极回应群众诉求，维护群众合法权益。

石家庄市红十字会 张忠桥 监督电话:0311-83999016

河北省妇幼保健院联系人:武笑羽 联系电话: 15175122267

附件：1、患者癌痛镇痛救助项目申请表

2、患者癌痛镇痛救助项目统计表



2024 年 10 月 17 日

石家庄市红十字会 河北省妇幼保健院

关爱妇女儿童肿瘤患者癌痛镇痛公益救助项目申请表

申请时间: _____年____月____日

NO: _____

患者姓名		性别		民族		身份证号	
家庭住址						电话号码	
患者本人 银行账户					行号		
开户行全称	_____银行_____分行_____支行						
家庭情况及 申请理由	申请人签字:						
河北省妇幼保 健院初审意见	审核人签字: 负责人签字: 盖章 _____年 月 日						
市红十字会 审核意见	审核人签字: 负责人签字: 盖章 _____年 月 日						

另附: 1 户籍证明、身份证复印件; 2、疾病诊断证明; 3、医疗费用收据 (如是复印件需盖医院公章); 4、此表连同资料上报市红会一份。

石家庄市红十字会、河北省妇幼保健院关爱妇女儿童肿瘤患者镇痛镇痛救助项目统计表

[illegible]