

威海市残疾人联合会
威海市民政局
威海市卫生健康委员会

威残联函〔2025〕3号

关于开展2025年“威高光明行动”的通知

各区市残联、民政局、卫生健康局，国家级开发区社会事业局、卫生健康管理部门，市直有关医院：

为贯彻落实《山东省残疾预防和残疾人康复条例》，做好我市防盲治盲工作，减少因疾病导致的残疾发生，市残联、市民政局和市卫生健康委确定继续使用威高集团捐款，开展2025年“威高光明行动”。现将有关事项通知如下：

一、任务目标

使用威高集团捐款，计划对2410例符合条件的白内障患者复明手术进行补助（根据各区市、开发区人口占比和上年完成情况进行分配，详见附件1）。补助资金分别按1500元/例（困难患者）和600元/例（其他患者）拨付区市（开发区）残联，各区市（开发区）残联可根据实际情况在所分配指标的资金总量内，调整两类患者的补助计划。

二、补助对象

持威海市常住户口，享受我市居民基本医疗保险，在威海市域内医疗机构实施白内障复明手术的患者。

三、补助标准

低保对象、特困人员、脱贫享受政策户（含防止返贫监测帮扶对象）中的患者的医疗费经基本医疗保险、大病保险、医疗机构减免、医疗救助、特惠险等补偿后，个人自负总额每例最高补助 1500 元，不足 1500 元的按个人实际自负总额给予补助；其他患者的医疗费经基本医疗保险、大病保险、医疗机构减免、医疗救助等补偿后，个人自负总额每例最高补助 600 元，不足 600 元的按个人实际自负总额给予补助。

每名患者年度内只给予单眼补助，补助顺序以到残联登记的时间先后为准，补助资金总量不超过威高集团当年捐款 150 万元。

四、工作流程

1. 患者向户口所在镇（街道）残联提出申请，确定符合条件登记成功后，2 个月内持户口簿、医疗收费票据、威海市城镇居民医疗保险统筹费用结算单、费用明细和患者本人银行卡到户口所在镇（街道）残联填写《“威高光明行动”补助申请表》（附件 2），逾期需重新申请，如补助名额已满不予补助。

2. 镇（街道）残联将《“威高光明行动”补助申请表》（附件 2）报区市（开发区）残联审核登记；各区市（开发区）残联将患者录入《2025 年度“威高光明行动”补助汇总表》（附件 3、

附件4)，并于12月31日前，将汇总表和《2025年度“威高光明行动”补助资金申请表》（附件5）报市残联申请补助资金。

3. 威高集团捐款到位后，市残联将补助资金拨付区市（开发区）残联，由区市（开发区）残联拨付患者银行账户。

五、工作要求

1. 各区市（开发区）残联可根据实际情况，按照方便患者的原则制定具体实施方案，优化工作流程。要做好有手术需求的白内障患者登记，加强补助对象资格审核工作，保证专款专用，并将持《残疾人证》的患者实施手术情况补录入精准康复服务管理系统。

2. 每季度末各区市（开发区）残联将工作进度报市残联，市残联将根据患者需求和手术完成进度适时进行调整。

- 附件：1. 2025年度“威高光明行动”手术任务分配表
2. “威高光明行动”补助申请表
3. 2025年度“威高光明行动”汇总表（困难患者）
4. 2025年度“威高光明行动”汇总表（其他患者）
5. 2025年度“威高光明行动”补助资金申请表





威海市卫生健康委员会
2025年3月18日

附件 1

2025 年度“威高光明行动”手术任务分配表

区市	困难患者		其他患者		合计	
	(每例 1500 元)		(每例 600 元)			
	例数	资金 (万元)	例数	资金 (万元)	例数	资金 (万元)
环翠区	2	0.3	210	12.6	212	12.9
文登区	14	2.1	600	36	614	38.1
荣成市	24	3.6	760	45.6	784	49.2
乳山市	12	1.8	370	22.2	382	24
高 区	2	0.3	140	8.4	142	8.7
经 区	2	0.3	80	4.8	82	5.1
临港区	4	0.6	90	5.4	94	6
市 直			100	6	100	6
合计	60	9	2350	141	2410	150

附件 2

“威高光明行动” 补助申请表

_____ 区市（开发区） 登记编号： 年度：2025 年

姓 名		性别	
身份证或 残疾证号（残疾人 请填写残疾证号）		联系 电话	
户口簿登记 住址			
家庭经济状况	1. 低保对象 是 <input type="checkbox"/> 2. 特困人员 是 <input type="checkbox"/> 3. 脱贫享受政策人口或防止返贫监测帮扶对象 是 <input type="checkbox"/>		
本人银行卡 开户行			
银行账号			
镇级残联 审核意见	公章 年 月 日		
县级残联 审核意见	公章 年 月 日		

此表镇、县级残联各存档 1 份

附件 5

2025 年度“威高光明行动”补助资金申请表

完成任务数（例）		申请补助资金数（万元）
补助困难患者		
补助其他患者		
合计		

经核对，确定我区（市）本年度完成“威高光明行动”白内障复明手术_____例，需申请补助资金_____万元。

分管领导签字：_____

_____区市（开发区）残联（公章）

年 月 日