

东至县 2023 年困难残疾人康复工程实施方案

为改善困难残疾人医疗康复状况，着力提高困难残疾人社会保障和服务水平，根据省残联等部门印发的《困难残疾人康复工程实施方案》和《池州市 2023 年困难残疾人康复工程实施方案》（池残联〔2023〕15 号）等文件要求，制定本方案。

一、困难精神残疾人药费补助

（一）目标任务

2023 年，为全县 1350 名困难精神残疾人提供药费补助。补助经费专项用于精神残疾人治疗精神疾病的药费补助，提倡使用治疗精神疾病的第二代药物。

（二）补助标准及资金安排

精神残疾人药费补助项目，每人每年补助 1000 元。637 名省级任务所需经费由省级财政与县财政分担。省级补助部分，由省财政通过转移支付方式拨付至各县级财政部门。713 名市级扩面部分，由市、县统筹，按 1:1 分担。县级残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况，并向县财政部门提出资金申请，通过国库集中支付方式将补助资金打卡发放至补助对象在金融机构开设的银行账户并标识“残补”或“精补”。

（三）项目管理

困难精神残疾人药费补助项目实行动态管理。建立、健全

精神残疾人药费补助台账:对往年补助对象在本年度内不吃药、不就诊人员要及时清出,并注明原因;对多年来一直依靠药物控制病情人员要继续提供药费补助支持;严把新增人员进入关口,新增人员要按照先困难精神残疾人后一般户精神残疾人原则申请、审批,新增人员必须有确切的诊断证明,年度内自付住院、门诊、常规服药费用发票;优先考虑将录入公安机关全国重性精神病人信息管理系统的困难精神残疾人纳入补助范围。补助对象基础信息和补助情况各乡镇残联要及时录入“残疾人精准康复系统”,县残联负责基础信息数据库的日常管理并上报。补助对象本人或其监护人向户籍所在地乡镇残联提出申请,填写《困难精神残疾人药费补助审批表》,同时出具以下证明材料:

1.困难精神残疾人药费补助审批表(附件2)(表格上所有信息都要填写);

2.残疾人证复印件(精神残疾或双重类别含精神残疾);

3.困难证明。低保户和困难户出具低保、特困供养、脱贫光荣证等证件复印件,其他边缘户由乡镇民政所出具困难证明;

4.医疗证明。精神病门诊记录、精神病院或综合性医院精神科心理科的医务证明、住院治疗病历、出院小结、慢性病诊疗卡等证明材料,其中应有当年或上一年度的诊疗记录。

5.医药费发票(不受理各大药房出具的票据):

(1)药费发票时间段:2022年5月初至2023年4月底。

(2)发票要附有药品名称且为治疗精神疾病的药物。

6.对个别有肇事肇祸倾向的，经专科医院鉴定后确系困难精神病患者（未办任何残疾证或不愿办证）的，诊疗费用超过救助标准的，经监护人或乡镇、村申请救助的，应纳入救助范围，实行专项管理。

县残联要将困难精神残疾人药费补助项目受益对象及时抄送县公安和卫生健康委精防机构，切实建立健全东至县精防工作信息共享机制。

（四）实施要求

1.各乡镇要在当地政府统一领导下，严格按照分配的任务指标和条件确定救助对象，在指标内上报申请材料，接受社会监督，救助名单在各村进行公示公开，使真正困难的住院、服药精神残疾人得到药费补助。县级残联和财政部门用好、管好项目资金，专款专用；对弄虚作假、违反资金使用规定或挤占、挪用项目资金的单位及个人，将追究责任。联合教育、公安、民政、卫生健康等部门充分发挥部门职能，协助做好项目的实施，确保符合条件的对象得到救助。

2.乡镇残联等相关部门要重视做好宣传发动工作，切实提高项目实施的知晓率、满意度（注：所留电话号码必须为监护人的有效号码，一年内不得更换，继续救助人员一定要核对好电话号码，在上报材料时将现场抽查号码畅通情况）；切实落实资金发放告知制度。要通过各种媒体宣传党和政府对广大精神残疾人的关爱，宣传典型受助对象医治康复事例，动员社会对

残疾人康复工作给予更多的支持，努力营造扶残助残的良好社会氛围。

3.各乡镇要在4月28日前完成受助对象基础信息系统录入，5月1日前将纸质材料、资金传递表、东至县困难精神残疾人药费补助汇总表(附件3)一同上报县残联。县残联对纸质材料审核后，再进行系统审批，完成补助资金打卡发放工作。

4.各乡镇对受助对象要严格审查把关，以真正困难的精神残疾人为主，确保申报材料的真实性、完整性、规范性，申报材料要填满所有项目，字迹要工整，签字、盖章要规范，材料先后顺序按要求排列。材料实行面对面交接形式，对材料不合要求和无理由超报的乡镇，县残联将不予受理。

二、残疾儿童康复救助

(一) 目标任务

2023年，按照省定目标，为100名符合条件的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童提供康复训练救助；为11名残疾儿童适配假肢矫形器或其他辅具提供救助。

(二) 补助标准及资金安排

1. 听力、言语、肢体、智力、视力等残疾儿童和孤独症儿童康复训练费每人每年补助15000元。中央、省、市财政通过转移支付方式对各地残疾儿童康复训练给予补助，不足部分由县财政承担。

2. 残疾儿童适配假肢矫形器每人补助5000元，适配辅具

每人补助 1500 元，包含产品（材料）购置、评估、制作、服务费等所需经费由省财政统筹安排。

3.根据本县残疾儿童康复救助制度相关规定，遵循制度基本原则，可根据实际需求扩面，所需资金由县财政承担。

（三）资金拨付

1. 残疾儿童康复训练救助、适配假肢矫形器和其他辅具等项目经费，由省、市财政通过专项转移支付方式拨付至县级财政部门。

2.市残联会同市财政根据目标任务情况将项目资金拨至各县区财政，县残联向本级财政部门申报，按规定支付。资金拨付应当依据东至县残疾儿童康复救助制度相关规定执行，按照政府购买服务资金支付的要求落实。

3.为加快资金拨付进度，缓解机构运营困难，县残联可根据实际情况，在保证残疾儿童康复项目顺利实施的前提下，采取项目初期预拨、项目结束评审验收后视情调整结算的方式拨付资金。

4. 在定点医疗康复机构进行康复的，所发生的费用符合当地城乡居民基本医疗保险报销目录的按规定报销。

5. 残疾儿童康复救助项目资金实行专款专用，可统筹用于残疾儿童康复训练、矫形器和辅具适配等。各地可结合实际情况，适当增加残疾儿童在训期间的生活补贴，以减轻残疾儿童家庭负担。生活补贴资金打卡发放。

（四）项目管理

1. 根据《安徽省残疾儿童康复救助定点机构康复服务协议管理办法（试行）》和《池州市残疾儿童康复救助定点机构建设管理暂行办法》要求，加强定点康复机构准入、退出等监管，结合政府购买服务的相关要求，对定点机构加强服务监督与协议管理，建立定期检查、综合评估机制，对服务协议履行情况进行考核验收，规范残疾儿童康复救助服务。优先将符合条件的民政部门设立的儿童福利机构纳入当地残联定点康复机构。

2. 在选择定点康复机构和转介安置工作中，各级残联要尊重残疾儿童监护人的意愿，方便其根据工作和生活需要选择符合条件的定点机构进行康复训练。对于省外定点机构的选择，经县级残联组织审核同意在有关定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县级残联组织商同级财政部门明确结算办法，即一个完整康复周期，自费部分按照最高不超过15000元的标准，凭医院或康复机构的康复记录、收费清单和发票据实到残联结算。

3. 县残联要与定点机构签订康复服务协议，双方按协议规定承担各自责任与义务。残联组织和定点机构要严格遵循协议约定，认真履行服务协议。加强风险防控，提高服务质量。各级残联要督促定点机构依据省残联关于残疾人康复工程和精准康复服务有关文件要求，提高责任意识，强化服务意识，改善服务条件，优化服务流程，为残疾儿童提供质优价廉、规范

便捷的康复服务，提高服务对象满意度。

4. 确保残疾儿童真实在训，严禁名下无人、空占救助名额套取项目资金。残疾儿童因病（事）终止康复训练 7 个工作日以上，定点康复机构应及时向属地残联备案；救助对象无故中途终止康复训练或无故半个月未归者，即视为自动放弃，机构应在事发后 10 个工作日内通报其户籍所在地残联，并及时查询督查复训或安排替补。

5. 定点机构须与每位在训残疾儿童监护人签订属地残联制订的规范制式的康复安置协议，明确双方责任和义务。按照康复训练技术规范和质量标准，保障在训儿童训练时间，不断提高训练质量和训练效果。各级残联要高度重视安全管理工作，定期组织相关部门对定点机构进行安全管理工作检查。

6. 按照《关于规范全省残疾儿童康复档案使用管理的通知》要求，建立规范的残疾儿童康复档案，实行一人一档管理，档案的保管期限不少于服务协议期满后五年，定点机构应当保护残疾儿童及其监护人的个人信息。

7. 残疾儿童辅具适配、假肢矫形器制作由市残联成立专业技术组，委托省残疾人辅助器具中心协助完成。

8. 残疾儿童康复救助项目实行动态监管。救助对象基础信息和康复情况应及时录入“残疾儿童康复救助综合管理平台系统”，县级残联负责基础信息数据库的日常管理及有关报送工

作。

9.县残联要以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

10.县残联应当会同教育、民政、卫生健康、市场监管等部门加强监督，对违反残疾儿童康复救助制度及服务协议约定的定点机构，应视情况，责令其限期改正，暂停、取消其资格，或按有关规定纳入社会信用体系黑名单，予以信用惩戒。对违反其他法律法规和政策规定的，由相关部门依法依规处理。困难残疾人康复工程是残疾人精准康复服务行动和残疾儿童康复救助制度落实中的重点工作，各地要聚焦残疾人康复需求，强化基本康复保障，提高精准调度和科学监督水平。市残联将采取聘请第三方机构和日常督查考评等方式对全市残疾人康复工作进行绩效评价。

本办法由县残联、县财政局负责解释。

附件：1. 东至县 2023 年度困难残疾人康复工程任务分配表

2. 东至县困难精神残疾人药费补助审批表

3. 东至县困难精神残疾人药费补助汇总表

4. 池州市残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

5. 池州市残疾儿童康复救助申请审批表

附件 1

东至县 2023 年困难残疾人康复工程任务分配表

乡镇	一、困难精神残疾人药费补助	二、困难残疾儿童康复	三、儿童辅具、矫形器
尧渡镇	101	10	1
大渡口镇	243	10	1
张溪镇	212	10	1
胜利镇	207	9	1
东流镇	96	8	1
香隅镇	69	6	1
洋湖镇	66	6	1
葛公镇	51	6	1
官港镇	50	6	1
泥溪镇	53	5	1
龙泉镇	59	5	1
昭潭镇	41	5	0
木塔乡	58	6	0
青山乡	21	4	0
花园乡	23	4	0
总计	1350	100	11

附件 2

东至县困难精神残疾人药费补助审批表

_____县（区）_____乡镇（街道）_____村（社区）

姓名		性别		残疾人证号	
经济状况	<input type="checkbox"/> 1.低保户 <input type="checkbox"/> 2.家庭经济困难				
医保情况	<input type="checkbox"/> 1.城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2.民政医疗救助 <input type="checkbox"/> 3. 其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 4.无医疗保险				
银行账号或一卡通号	开户行： 账号：				
监护人姓名		与患者关系		联系电话	
监护人承诺	一、保证药费补助金按规定使用； 二、监护病情，督促病人按时服药、体检和复查； 三、自觉履行监护职责，接受社会各界监督。 监护人签名： 年月日				
乡镇(街道)残联意见	审核人：公章 年 月 日				
县残联审批意见	审核人：公章 年 月 日				

注:本表由县残联存档。

附件 3

东至县困难精神残疾人药费补助汇总表

_____县（区）_____乡镇（街道）

_____年 月 日

序号	姓名	性别	残疾人证号	监护人姓名	家庭住址	联系电话
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

附件 4

池州市残疾儿童康复救助项目安置（转送） 考核表

_____市_____县(区)_____乡镇（街道）_____村（社区）

儿童姓名		性别		残疾类别	
残疾人证或身份证号					
家长（监护人）姓名		身份证号			
联系电话					
安置申请	申请前（转）往_____定点机构接受训练。 申请人（监护人）签字：年 月 日				
儿童户籍地县级残联意见	同意转送安置。 签字（公章） 年 月 日				
计划康复起止日期	_____年 月 至 _____年 月				
实际康复训练时间	至 _____年 月 月	康复效果机构自评	<input type="checkbox"/> 显效 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 一般		
机构意见	_____ 定点机构（签章） 年 月 日				
机构所在地残联组织专家考核评估意见	_____ 签章： 年 月 日				

附件 5

池州市残疾儿童康复救助申请审批表

_____县(区)_____乡镇(街道)_____村(社区)

儿童姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族	
出生年月		身份证号			
家庭住址				邮政编码	
监护人姓名		工作单位		联系电话	
残疾类别		医疗机构临床 诊断评估情况			
康复需求	<input type="checkbox"/> 手术矫治 <input type="checkbox"/> 配置辅助器具 <input type="checkbox"/> 康复训练				
经济状况	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡家庭 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 孤儿保障 <input type="checkbox"/> 其它家庭				
享受医疗 保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险				
监护人申请	申请人: 年 月 日				
乡镇(街道) 残联 审核意见	审核人: 公 章 年 月 日				
县(区)残联 审批意见	审批人: 公 章 年 月 日				