

湖北省残疾人联合会  
湖北省教育厅  
湖北省民政厅  
湖北省财政厅  
湖北省人力资源和社会保障厅  
湖北省卫生和计划生育委员会  
湖北省工商行政管理局  
湖北省人民政府扶贫开发办公室

文件

鄂残联发〔2018〕28号

## 关于进一步贯彻落实《湖北省残疾儿童 康复救助制度》的通知

各市、州、县残联、教育局、民政局、财政局、人社局、卫计委（局）、工商局、扶贫办：

为进一步贯彻落实《湖北省残疾儿童康复救助制度》（鄂政发〔2018〕37号），推进我省残疾儿童康复救助工作，现就有关事项通知如下。

## **一、工作原则**

坚持政府主导、各部门配合，使残疾儿童康复救助制度化、常态化、有保障、全覆盖。

坚持量力而行，按照本地经济发展条件、残疾儿童康复需求和康复服务能力制订具体救助措施，并进行动态调整。

坚持自愿申请，按需救助；公开透明，管理规范；严格监管，确保安全。

## **二、工作任务**

调查本地区救助对象人数和需求，筛选确定定点康复机构，出台本地残疾儿童康复救助实施方案，培训经办工作人员，广泛宣传救助制度相关政策。

## **三、组织实施**

### **（一）救助对象**

各地在实施方案中具体界定救助对象条件，有条件的地区可在 0-10 岁的基础上放宽救助对象年龄。对救助对象中的城乡最低生活保障家庭、建档立卡贫困户家庭的残疾儿童，儿童福利机构收养的残疾儿童，散居残疾孤儿，纳入特困供养范围的残疾儿童等五类残疾儿童要在审批表、湖北省残疾儿童康复救助信息数据库中进行标注。如根据家庭经济条件给予不同救助标准的，须在审批时进行信息比对。

### **（二）救助项目**

各地应开展手术、机构康复训练和辅助器具适配三大类康复项目，具体项目建议目录见附件 1。各地综合考虑本地区残疾儿童需求和康复服务能力，确定开展救助的项目，有

条件的地区可增设救助项目。

可根据申请救助儿童的实际康复需求，在同一年度给予多项救助。如某脑瘫儿童，若符合各项目救助条件，可在同年度给予矫治手术、机构康复训练以及辅具适配项目的救助。

### **（三）救助标准**

**1. 手术类项目：**按不同术式确定补贴标准，已纳入医保报销目录的，对医保报销后个人自费部分按不超过救助标准据实补贴。

**2. 机构康复训练类项目：**各地根据本地财力状况分类确定康复训练补贴标准。0-6岁受助儿童，补贴标准不低于1.6万元/人/年，训练时间建议不少于10个月。7-10岁受助儿童，补贴标准不低于1万元/人/年，训练时间建议不少于6个月。训练时间不足月数的，根据本地实施方案中规定的年度补贴标准和训练时间核算每月补贴标准，按救助对象实际训练月数补贴康复费用。有条件的地区可提高补贴标准。

**3. 辅助器具适配类项目：**各地根据残疾儿童需求和机构服务能力，确定本地辅具适配目录，按实际配发的辅具给予补贴。可根据受助儿童需求适配辅具2-3件/人/年，可按其生长发育需求每年更换。

### **（四）定点康复机构**

残疾儿童康复救助需在定点康复机构开展。定点康复机构按照属地管理原则，县级申报，市（州）级审核确认，省级备案。定点机构实施动态管理，每年申报审批确定，根据

服务情况每年可新增和取消。手术类和辅具类定点康复机构准入条件由市（州）级根据实际开展的项目确定，康复训练类定点康复机构准入条件见附件 2。

县级残联会同卫生计生、教育、民政、人社等部门根据拟开展的救助项目，按照公开择优的原则筛选辖区内符合条件的机构，上报至市（州）级残联审核；市（州）级残联会同相关部门对定点康复机构进行审核确认，并将审定的机构名单上报至省残联；省残联会同各相关部门发文确定全省定点康复机构。

### **（五）救助流程**

- 1. 申请：**各地要本着便民原则，简化申报程序。
- 2. 审批：**坚持公平公开的原则，审批结果及时告知并公示。对申请者家庭经济条件有限定的，要做好信息比对工作。
- 3. 实施救助：**申请者选择定点机构，经县级残联同意，所选择的定点机构确认接收后，申请者与定点机构签订康复协议，按协议约定和实施方案的规定实施康复救助。对于具备入普幼、普小能力的残疾儿童，县级残联要会同各相关部门，帮助其随班就读；定点康复机构为其提供点训或预约式康复服务。
- 4. 经费结算：**省残联按照精准康复管理系统中各地录入的 0-10 岁残疾儿童康复需求数，统筹分配省级和中央经费。在本地定点康复机构接受康复服务发生的费用，经县级残联组织审核后，商同级财政部门确定结算周期，与定点康复机构直接结算；经县级残联组织审核同意在异地定点康复机构

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。

#### **（六）数据统计**

**1. 中国残联精准康复管理系统：**县级残联在此数据库中确认辖区内 0-10 岁持证残疾儿童的康复需求，录入符合救助条件的非持证残疾儿童，并据实录入救助信息。

**2. 湖北省残疾儿童康复救助信息数据库：**县级残联在此数据库中据实录入辖区内受助残疾儿童信息，市（州）级残联对辖区内受助儿童信息进行回访核实，省残联按此数据库监管各地残疾儿童救助制度落实情况。

上述两个数据库中受助残疾儿童的信息（姓名、身份证）应完全一致，两数据库互相印证。

#### **四、项目监管**

残疾儿童康复救助项目监管内容包括：残疾儿童信息真实性、年度任务完成情况、经费使用及落实情况、定点康复机构服务及康复效果等情况。

县级残联和相关部门负责规范救助流程，监督日常工作，管理辖区内定点机构，合理合规使用项目经费。

市（州）残联和相关部门负责督导辖区内各县（市、区）救助制度的执行，每年对定点康复机构进行检查评估并通报结果。

省残联和相关部门对全省制度实施情况进行指导和抽查，并通报检查情况。经检查评估不达标的定点机构，限期整改，整改后仍不达标的，取消定点资格。

## 五、其它省级救助项目

儿童人工耳蜗项目、儿童助听器项目以及苯丙酮尿症患者项目的申报、审批和实施救助，仍由省残联项目办和省妇幼保健院负责，具体实施按《2018年湖北省残疾人专项康复救助项目实施方案》（鄂残联函〔2018〕2号）中规定的要求和 workflows 执行。

- 附件：1. 湖北省残疾儿童康复救助项目建议目录  
2. 湖北省残疾儿童康复训练定点机构准入及服务规范  
3. 湖北省残疾儿童康复救助项目申请审批表（样表）





湖北省人力资源和社会保障厅



湖北省卫生和计划生育委员会



湖北省工商行政管理局



湖北省人民政府扶贫开发办公室

2018年11月7日

附件 1

## 湖北省残疾儿童康复救助项目建议目录

手术项目	视力残疾	先天性白内障
	听力残疾	引起听力缺陷的耳先天性畸形
	言语残疾	唇裂
		腭裂
		唇裂合并腭裂
	肢体残疾	脊柱裂
		多指（趾）
		并指（趾）
		脊柱及骨性胸廓先天性畸形
		小儿麻痹后遗症、脊膜膨出后遗症等导致肌腱挛缩、关节畸形及脱位；
脑瘫或脑损伤导致的严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位等		
	先天性关节畸形如马蹄足、先天性关节脱位如髋关节、膝关节脱位	
康复训练项目	听力残疾	语言康复训练
	言语残疾	语言康复训练
	肢体残疾	脑瘫康复训练
	智力残疾	智力残疾儿童康复训练
	精神残疾	孤独症儿童康复训练
辅具适配项目	视力残疾	盲文写字板和笔、盲杖、听书机、助视器、盲用电脑软件等
	听力残疾	助听器等
	言语残疾	沟通板等
	肢体残疾	假肢、矫形器、移动类辅具、护理类辅具、日常生活类辅具等
	智力残疾	沟通板、日常生活类辅具等



## 附件 2

## 湖北省残疾儿童康复训练定点机构准入及服务规范

一	机构资质	机构必须为独立法人，能出具有效的法人证书			
		脑瘫康复训练机构必须具备医疗资质			
		同等条件下优先选择具有医疗资质或教育资质的机构			
二	安全保障	消防安全	符合消防相关规定和要求，能提供书面证明 机构三年内无重大违法和责任事故		
		整体环境	开展服务的场所要有必须的无障碍设施，保证残疾儿童活动无障碍、安全便利		
		监控设备	所有训练场所均须安装有效的监控设施		
		应急预案	有防火、卫生、突发事件等各类应急预案。 有晨检、留餐、留宿的环境安全；防跌倒、防意外等相关制度规定。		
三	收训能力	日收训儿童数不少于 15 人			
四	场地设备	场地	服务场所有产权证明或租赁合同，有安全可用的户外活动场地		
		功能分区	集体教室、个训室、评估室、儿童专用卫生间		
			语训机构	有测听室，室内有吸音降噪处理	
			脑瘫机构	PT 室、OT 室、ST 室、运动和感统训练室	
			智障机构	运动和感统训练室、区角或情景教室	
	孤独症机构		运动和感统训练室、音乐游戏活动室		
	设备设施	评估工具、办公教学设备、玩教具、康复设备			
		语训机构	测听工具、助听设备保养包		
		脑瘫机构	物理治疗、作业治疗、言语治疗、认知训练相关器具		
		智障机构	感统训练器具、精细动作训练玩教具		
孤独症机构		认知、感统、言语训练器具，音乐、多感官训练设备			
五	人员师资	专业资质	具备开展业务所需的专业师资，包括：医生（康复医生）、护士（康复护士）、康复治疗士（师）、心理咨询师、假肢矫形器工程师、教师（特教、幼教）、社会工作者等		

		<b>师生配比</b>	语训机构中师生比达到 1: 6-1: 8 脑瘫机构中康复医师配比达到 1: 20、康复治疗师配比达到 1: 5、康复教师配比达到 1: 10 智障机构师生比达到 1: 3-1: 5 孤独症机构师生比达到 1: 4			
		<b>培训要求</b>	所有康复人员须经过专业培训后上岗, 每年参加继续教育或专业培训			
六	<b>财务管理</b>	<b>专账</b>	有独立的银行对公账户, 财政资金单独建账, 独立核算			
		<b>专人</b>	专职专业财会人员, 会计出纳分设			
		<b>台账</b>	救助项目台账完整齐全, 有家长签字认可			
		<b>制度</b>	有具体财务管理制度, 工作流程清晰, 报销审核环节完整, 票据合法真实			
七	<b>服务规范</b>	<b>训练时长</b>	0-6 岁训练 10 个月			
			7-10 岁训练 6 个月			
		<b>康复流程</b>	初始评估, 制定教学计划, 建立个人档案, 实施康复训练, 阶段性评估, 家长培训和家庭指导, 末期评估, 回访和满意度调查			
		<b>课程设置</b>	开设集体、小组和个别训练课程, 每日基本康复训练不少于 3 小时, 开展学前教育, 有户外活动			
			语训机构	开展听能管理, 保证助听设备正常使用		
			脑瘫机构	开展运动、作业、言语治疗, 引导教育, 定期安排社会融合活动		
			智障机构	开展认知、言语、运动和生活技能训练, 定期安排社会融合活动		
			孤独症机构	开展个训和一对一亲子同训, 安排融合教育活动		
		<b>档案资料</b>	受助儿童个人信息、救助项目审批表、评估结果、教学计划、康复台账、家长培训记录、回访和满意度调查记录			
		<b>质量控制</b>	建档率	康复评估、训练建档率 100%		
			康复有效率	根据类别, 初始评估和末期评估比较核算康复训练有效率		
			家长培训率	家长培训率 $\geq 100\%$		
家长满意率	家长对儿童康复训练的满意率 $\geq 90\%$					

## 附件 3

## 湖北省残疾儿童康复救助项目申请审批表（样表）

儿童姓名		性别		儿童户籍所在地	_____县/市/区				
儿童身份证号									
残疾人证号	(已办证的必填)								
监护人姓名		联系电话			与儿童关系				
诊断结果				诊断机构名称					
是否伴有其他残疾	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ (请填写其他残疾类别)								
申请救助项目	<input type="checkbox"/> 手术项目 手术名称 _____ <input type="checkbox"/> 机构康复训练项目 勾选类别 (听障/脑瘫/孤独症/智障) <input type="checkbox"/> 辅助器具适配项目 辅具名称 _____				救助年度	_____年			
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户家庭 <input type="checkbox"/> 散居残疾孤儿 <input type="checkbox"/> 儿童福利机构收留抚养的残疾儿童 <input type="checkbox"/> 纳入特困供养范围 <input type="checkbox"/> 非上述五类								
补贴经费结算方式	<input type="checkbox"/> 家长垫付，残联报销 <input type="checkbox"/> 残联与定点机构结算 <input type="checkbox"/> 其他 _____			补贴标准	_____元				
监护人申请	申请人: _____ 年 月 日								
县级残联	审批意见(公章): _____ 审核人: _____ 年 月 日								
定点机构	手术定点机构名称: _____ 接收意见(公章): _____ 年 月 日								
	康复训练定点机构名称: _____ 接收意见(公章): _____ 年 月 日								
	辅具适配定点机构名称: _____ 接收意见(公章): _____ 年 月 日								

备注：请据实、完整填写，县级残联、申请人、定点机构各执一份。

---

湖北省残联办公室

2018年11月7日印发

---