

烟台市残疾儿童康复救助 文 件 汇 编

**烟台市残疾人联合会
2021 年 4 月**

目 录

1. 山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知 （鲁政发〔2018〕20号）	1
2. 关于印发《山东省残疾儿童康复救助实施办法》的通知 （鲁残联发〔2020〕28号）	9
3. 关于印发《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》的通知 （鲁残联发〔2020〕29号）	24
4. 关于进一步加强脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童康复医疗保障 工作的通知（鲁医保发〔2019〕51号）	40
5. 关于印发山东省肢残儿童矫治手术康复救助项目实施方案的 通知（鲁残联发〔2019〕20号）	43
6. 关于印发《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点 医院认定及管理办法》的通知（鲁残联发〔2019〕14号）	56
7. 关于印发《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目管理 实施细则》的通知（鲁残联发〔2019〕15号）	72
8. 关于做好残疾儿童定点康复机构综合责任保险投保工作的 通知	108
9. 关于贯彻落实《山东省残疾儿童康复救助实施办法》的通知 （烟残联〔2021〕13号）	117

10. 关于转发《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》的通知 （烟残联〔2021〕14号）	145
11. 关于印发《烟台市残疾儿童基本康复服务规范示范文本及康 复档案》的通知（烟残联函〔2021〕9号）	149
12. 关于转发《山东省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目实施 方案的通知》的通知（烟残联〔2019〕13号）	150
13. 关于对参加居民基本医疗保险的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿 童实施医疗康复全额保障的通知（烟医保发〔2019〕28号）	154
14. 关于加强残疾儿童康复定点机构考勤管理的通知 （烟残联函〔2020〕3号）	164
15. 关于进一步加强残疾儿童定点康复机构康复考勤管理的通知 （烟残联函〔2020〕35号）	169

山东省人民政府文件

鲁政发〔2018〕20号

山东省人民政府 关于建立残疾儿童康复救助制度的通知

各市人民政府，各县（市、区）人民政府，省政府各部门、各直属机构：

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的十九大精神，认真落实《国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见》（国发〔2018〕20号）要求，进一步建立和完善全省残疾儿童康复救助制度，保障残疾儿童基本康复服务需求，现将有关事项通知如下：

一、明确制度内容

(一) 救助对象。坚持“救早救小”和“应救尽救”，对符合条件的视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童（以下统称残疾儿童）实施康复救助。救助对象应为具有山东省常住户口或居住证的法定年龄儿童，同时具有专业诊断医疗机构出具的相关残疾或疑似残疾诊断证明，有相应康复适应指征或经定点康复评估机构评估有康复潜力，监护人有康复意愿并保证受助儿童至少接受规定时间的康复训练。（省残联牵头，省教育厅、省民政厅、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

(二) 救助方式。对需要长期康复训练的残疾儿童，根据不同类型采取机构内集中康复训练和“机构+社区+家庭”康复训练救助模式。听力、言语残疾儿童在机构内集中康复训练救助的时间原则上不超过2年。智力残疾、脑瘫和孤独症儿童在机构内集中康复训练救助的时间原则上不超过4年。对已满机构内最长康复训练救助年限、经评估仍需康复的残疾儿童，采用“机构+社区+家庭”康复训练救助模式，保证康复效果。（省残联、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

(三) 救助标准。定点机构集中康复训练救助每年不少于10个月，每人年补助训练费15000元；“机构+社区+家庭”康复训练救助每年累计不少于3个月，每人年补助训练费5000元。对需辅助器具救助的儿童，配发基本型辅助器具。康复救助标准根据经济社会发展状况和残疾儿童康复需求等因素适时进行调整。

对经评估符合条件的重度听力残疾儿童，免费实施人工耳蜗救助手术；对经评估需矫治手术的肢残儿童，免费实施肢残矫治救助手术。（省残联、省财政厅、省卫生计生委、省物价局等部门按职责分工负责）

（四）救助申请审核。残疾儿童监护人向残疾儿童户籍所在地（居住证发放地）县级残联提出申请。监护人也可委托他人、社会组织等代为申请。县级残联要严格落实“一次办好”改革要求，在5个工作日内完成对申请人提交资料的审核。（省残联负责）

（五）救助实施。经审核符合条件的残疾儿童，由其监护人按照就近就便原则自主选择定点康复机构接受康复服务。必要时，由市级以上残联和卫生计生等部门指定的医疗、康复机构做进一步诊断、康复需求评估。人工耳蜗植入、肢残矫治手术救助由市、县级残联初筛后报省残联审核确定，统一安排定点医院实施手术。（省残联牵头，省教育厅、省民政厅、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

（六）救助费用结算。在定点康复机构接受康复服务发生的费用，经组织康复救助的残联审核后，按照国库集中支付管理规定定期与定点康复机构直接结算。经县级残联审核同意在非定点康复机构接受康复服务发生的费用，由县级残联审核后支付。（省残联、省财政厅等部门按职责分工负责）

二、完善保障措施

(七) 做好残疾筛查。定期开展残疾儿童筛查，建立筛查档案，对残疾儿童康复需求情况进行实名制管理，将筛查出的残疾儿童纳入每年动态更新数据调查范围。（省残联、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

(八) 做好康复教育衔接。落实特殊教育学校与医疗、康复机构合作制度，探索学校、医院、康复机构间资源共享的途径和方法，对残疾儿童、学生实施有针对性的特殊教育和康复训练，全面推进医教康教结合工作。（省教育厅牵头，省卫生计生委、省残联等部门按职责分工负责）

(九) 加强与基本医疗保险等社会保障制度衔接。对已纳入城乡居民基本医疗保险、大病保险范围或其他救助项目工程的残疾儿童康复项目，由医保或其他救助项目资金按规定支付，支付后的救助对象自负部分再由残疾儿童康复救助资金据实给予结算补助，但不得超过本地区最高救助标准。（省残联、省人力资源社会保障厅、省民政厅、省财政厅、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

(十) 将救助经费纳入财政预算。残疾儿童康复救助资金在中央财政补助的基础上，由省、市、县三级财政共同解决。注重运用市场化办法，创新康复救助资金使用方式，鼓励、引导社会捐赠，带动更多社会资金投入残疾儿童康复救助。（省财政厅牵头，省民政厅、省残联等部门和各级政府按职责分工负责）

(十一) 加强康复救助保障。鼓励各地对机构内集中康复训

训练的残疾儿童发放送训补助，保障受助儿童康复训练时间。鼓励各地为在训残疾儿童购买综合责任险等商业保险，提高受助儿童康复保障水平。（省残联、省财政厅、山东保监局等部门按职责分工负责）

三、提高服务能力

（十二）加强定点机构建设。各地要根据本行政区域残疾人数、分布状况、康复需求等情况，制定康复机构设置规划，举办公益性康复机构，将康复机构设置纳入基本公共服务体系规划，支持社会力量投资康复机构建设，鼓励多种形式举办康复机构。鼓励符合条件的医疗卫生机构、特殊教育学校、儿童福利机构等各类开展康复业务的机构申请成为残疾儿童定点康复机构，具体准入条件由省残联会同有关部门制定。（省残联牵头，省教育厅、省民政厅、省财政厅、省人力资源社会保障厅、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

（十三）加强康复人才队伍建设。各地要做好康复人才教育培训工作，制定本地区康复骨干人才培养计划，委托有关机构实施人才培养。对社会力量举办的康复机构和政府举办的康复机构在准入、执业、专业技术人员职称评定、非营利组织财税扶持、政府购买服务等方面执行相同的政策。（省教育厅、省人力资源社会保障厅、省卫生计生委、省残联等部门按职责分工负责）

（十四）加强残疾儿童康复救助工作经办能力。各地要加强残疾儿童康复救助经办队伍建设，市、县级残联要安排专人负责

救助申请、审核等工作，确保事有人做、责有人负。（省残联负责）

（十五）充分发挥社会力量作用。充分发挥社会公益慈善组织、基层医疗卫生机构、村（居）民委员会和社会工作者、志愿服务人员、乡镇（街道）残疾人专职干事、村（居）残疾人专（兼）职委员等社会力量作用，做好残疾发现告知、协助申请救助、志愿康复服务等工作。（省残联牵头，省民政厅、省人力资源社会保障厅、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

（十六）建立健全康复救助评估机制。各地要对残疾儿童康复救助过程实时监测，对接受救助的儿童评定康复效果，提高康复救助规范化水平。定期组织开展康复救助项目绩效评估工作，形成阶段评估和终期评估、常规评估和抽查评估相结合的评估机制。（省残联、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

四、强化监督管理

（十七）加强组织领导。残疾儿童康复救助工作实行地方政府负责制。各级政府要将救助工作纳入政府目标管理和绩效考核，对不作为、慢作为、乱作为的单位和个人加大行政问责力度，对违纪违法的严肃追究责任。省政府残疾人工作委员会负责统筹协调全省残疾儿童康复救助工作；各级政府负责残疾人工作的机构负责协调推进救助工作，协调各有关成员单位分工协作、统筹规划、数据共享，将康复救助与新生儿致残疾病早期干预、残疾人精准康复、特殊教育、托养等政策有效衔接，实现残疾儿

童全过程享有康复服务。（各级政府负责）

（十八）加强定点康复机构监管。各地要按照公开择优原则选择确定残疾儿童定点康复服务、评估、诊断机构。加强机构准入、退出监管，建立定期检查、综合评估机制，指导定点康复机构规范内部管理、改善服务质量、加强风险防控，及时查处违法违规行为和安全生产事故，确保残疾儿童人身安全。建立覆盖康复机构、从业人员和救助对象家庭的诚信评价和失信行为联合惩戒机制，建立黑名单制度，做好公共信用信息记录和归集，实现信息交换共享。积极培育和发展康复服务行业协会，发挥行业自律作用。对管理不善、违反康复技术流程、康复效果达不到规定标准或存在安全隐患的定点康复机构要求其限期整改，整改后仍达不到规定标准的取消其定点机构资格。（省残联牵头，省发展改革委、省教育厅、省民政厅、省卫生计生委等部门按职责分工负责）

（十九）加强康复救助资金监管。各地要加强对残疾儿童康复救助资金管理使用情况的监督检查，严格按照规定使用残疾儿童康复救助资金，杜绝发生挤占、挪用、套取等违法违规现象。定期将残疾儿童康复救助实施和资金筹集分配使用情况按规定向社会公开，接受社会监督。（省残联、省财政厅、省审计厅等部门按职责分工负责）

（二十）加强宣传动员。各级、各有关部门要积极做好残疾儿童康复救助制度政策解读和宣传，帮助残疾儿童监护人准确知

晓相关内容，了解基本申请程序和要求。积极引导全社会强化残疾预防和康复意识，为残疾儿童康复救助工作营造良好社会环境。（各级政府负责）



（此件公开发布）

抄送：省委各部门，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省监委，省法院，省检察院。
各民主党派省委，省工商联。

山东省人民政府办公厅

2018年9月21日印发



山东省残疾人联合会
山东省发展和改革委员会
山东省教育厅
山东省民政厅
山东省财政厅
山东省人力资源和社会保障厅
山东省卫生健康委员会
山东省市场监督管理局
山东省医疗保障局

文件

鲁残联发〔2020〕28号

关于印发《山东省残疾儿童康复救助 实施办法》的通知

各市人民政府，各县（市、区）人民政府：

为进一步规范全省残疾儿童康复救助工作，保障残疾儿童基

本康复服务需求，探索建立解决残疾儿童家庭相对贫困问题的长效机制，省残联等 9 部门共同制定了《山东省残疾儿童康复救助实施办法》，已经省政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。各地可结合实际，制定实施细则，推动工作落实。



山东省残疾人联合会



山东省发展和改革委员会



山东省教育厅



山东省民政厅



山东省财政厅



山东省人力资源和社会保障厅



山东省卫生健康委员会



山东省市场监督管理局



山东省医疗保障局

2020 年 12 月 7 日

(此件公开发布)

山东省残疾儿童康复救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为规范全省残疾儿童康复救助工作，保障残疾儿童基本康复服务需求，根据《残疾预防和残疾人康复条例》（国务院令 第 675 号）《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20 号），结合本省实际，制定本办法。

第二条 本省行政区域内残疾儿童康复救助工作，适用本办法。

第三条 各级残联及县级以上人民政府发展改革、教育、民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、医疗保障等部门根据职责，共同做好残疾儿童康复救助相关工作。

第二章 残疾儿童筛查诊断

第四条 县级以上人民政府卫生健康部门应当建立儿童残疾筛查诊断工作机制，指导医疗卫生机构开展儿童残疾筛查诊断工作，建立筛查诊断档案。

第五条 承担基本公共卫生服务的医疗卫生机构应当按规定开展 0-6 岁视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童残疾初筛工作，对于初筛过程中发现的疑似残

疾儿童及时转介县级妇幼保健机构。

其他医疗卫生机构在工作过程中发现 0-6 岁疑似残疾儿童的，应当将疑似残疾儿童信息及时报告所在地县级妇幼保健机构。

第六条 县级妇幼保健机构负责辖区内转介儿童的复筛、诊断、信息管理和早期干预工作。转介儿童经复筛仍不能确诊的，县级妇幼保健机构应当及时转介市级妇幼保健机构或其他具备资质的医疗卫生机构诊断。

孤独症儿童诊断评估机构为三级公立医疗卫生机构，其他残疾儿童诊断评估机构为二级甲等以上公立医疗卫生机构或残疾评定机构，诊断评估机构具备相应科室、设备和人员，能够开展对应诊断评估业务。

第七条 县级妇幼保健机构应当定期将筛查诊断信息报告市级妇幼保健机构和县级卫生健康部门，市级妇幼保健机构应当定期将筛查诊断信息报告市级卫生健康部门，市、县卫生健康部门应当及时汇总本地疑似残疾儿童信息，并与同级残联共享。

市、县残联对疑似残疾儿童实行实名制动态管理，开展康复救助、残疾评定等工作。

第三章 康复救助申请审核

第八条 申请康复救助的残疾儿童须为持有中华人民共

和国残疾人证且未满十八周岁的残疾儿童或者持有符合规定的残疾诊断证明且未满七周岁的疑似残疾儿童，并且符合下列条件之一：

- （一）具有本地户籍；
- （二）监护人持有本地居住证且纳税一年以上；
- （三）监护人持有本地居住证且缴纳社会保险一年以上；
- （四）监护人持有本地居住证连续三年以上。

第九条 残疾儿童监护人应当向残疾儿童户籍所在地或者居住证发放地县级残联现场或网上提出康复救助申请。监护人无法申请的，可委托他人、社会组织等代为申请。

第十条 县级残联可根据实际情况，组织专业人员对提出康复救助申请的残疾儿童进行康复潜力评估，评估报告一年内有效。

第十一条 县级残联应当在五个工作日内完成康复救助申请材料的审核工作。

第十二条 残疾儿童申请的康复救助服务，自县级残联审核通过之日起一年内有效，超期的须重新申请。

第十三条 经审核符合救助条件的，残疾儿童监护人根据儿童残疾类别或者评估结果，按照就近就便的原则自主选择定点康复机构，原则上一个救助年度内不得更换机构。多重残疾可根据康复潜力评估结果选择一种残疾类别接受康复救助。

第十四条 具有本地户籍且取得外地居住证的残疾儿童，原则上向居住证发放地残联申请救助。确需户籍地结算康复经费的，应当同时向居住证发放地和户籍地残联提交申请。经联合审核同意后，转介至居住证发放地定点康复机构。康复经费由监护人先行垫付，按有关规定到户籍地残联结算。

第十五条 听力、言语残疾儿童救助满两年，肢体(脑瘫)、智力残疾儿童和孤独症儿童救助满四年，其监护人继续提出康复救助申请的，经市或者县级残联组织专业人员评估后，根据评估结果可提供“机构+社区+家庭”康复救助服务。

第四章 基本康复服务

第十六条 残疾儿童康复救助基本服务项目和内容包括为符合条件的听力残疾儿童实施人工耳蜗植入救助手术，为符合条件的肢体残疾儿童实施矫治救助手术；为有辅助器具需求的残疾儿童适配基本型辅助器具；为有康复需求的残疾儿童提供康复训练等服务。

第十七条 人工耳蜗植入和肢残矫治手术救助，由市、县级残联初筛后报省残联审核确定，统一安排定点医院实施手术。具体按相关规定执行。

第十八条 残疾儿童有辅助器具适配需求的，县级残联在规定的限额补助标准内，分别为视力残疾儿童适配助视器，为听力残疾儿童适配助听器，为肢体残疾儿童适配假肢、矫

形器、轮椅、坐姿椅、站立架、助行器等。

第十九条 定点康复机构应当按照《山东省残疾儿童基本康复服务目录》（以下简称服务目录）《山东省残疾儿童基本康复服务规范》（以下简称服务规范）制定残疾儿童个性化康复训练计划，为残疾儿童提供康复训练服务。各地可根据实际增加服务项目、优化服务内容。

第二十条 残疾儿童到定点康复机构接受康复服务的，定点康复机构应当与监护人签订康复服务协议。

第二十一条 各地可根据实际积极推进信息化建设，实行救助对象网上签到，建立网上康复训练档案，实现康复服务全程记录。

第二十二条 “机构+社区+家庭”模式康复救助服务应当符合下列规定：

（一）“机构”按照服务目录、服务规范为残疾儿童提供基本康复服务；

（二）“社区”由具备残疾儿童康复服务能力的基层医疗卫生机构等组织提供以上门为主要形式的康复服务；

（三）“家庭”由监护人在机构或社区指导下开展家庭康复。

第五章 定点康复机构认定

第二十三条 定点康复机构应当满足下列条件：

（一）具有独立法人资格；

（二）从事视力、听力、言语、肢体、智力等残疾儿童和孤独症儿童康复服务；

（三）具备与所提供康复服务相适应的专业技术人员、设施设备条件；

（四）法律法规规章规定应当具备的其他条件。

第二十四条 定点康复机构实行等级管理制度。根据场地设置、设施设备、人力资源和服务能力等因素，由低到高依次认定为“一级、二级、三级”三个等次。原则上一级定点康复机构服务范围为本县（市、区），二级定点康复机构服务范围为本市，三级定点康复机构服务范围为全省。

第二十五条 定点康复机构实行评审认定制度。定点康复机构按下列程序认定：

（一）初审。机构自愿提出申请后，县级残联接收相关材料，并进行现场初审。

（二）评审。市或县级残联会同有关部门从全省残疾儿童康复专家咨询委员会随机抽取专家或从本市协调有关专家组成评审组，依据《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》开展现场评估、核查，做出申请是否通过的评审结论。市、县残联可根据实际情况，定期或每年组织一次集中评审。

《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》由省残联会同有关部门制定。

（三）公示。组织认定的残联应当将初步通过评审认定的机构名单进行公示，公示期为七个工作日。公示期内未收到举报或者收到举报但经核查不影响认定的，确定为定点康复机构，有效期三年。

市级残联定期将本地定点康复机构名单报省残联登记，由省残联汇总编制全省定点康复机构目录，在全省公布。

第二十六条 定点康复机构实行协议管理制度。县级残联按照就近就便的原则，择优选择定点康复机构签订具有法律效力、权责明晰的服务协议。协议期一般为三年。

第二十七条 各级残联会同有关部门加强定点康复机构准入、退出动态管理，定期检查、评估，对评估不达标的定点康复机构要求其限期整改，整改后仍不达标的取消其定点资格。

第六章 资金保障、结算及管理

第二十八条 残疾儿童接受基本康复服务产生的费用按规定给予补助，定点康复机构不得向监护人收取额外费用，超出规定补助标准部分，由定点康复机构承担。

定点康复机构提供的服务超出服务目录规定的服务项目及频次，产生费用由监护人承担的，应当事先告知并征得监护人同意。收费项目和标准应当向社会公示。

第二十九条 定点康复机构提供的基本康复服务实行分

类收费政策，属于医疗服务的，执行医疗保障部门制定的价格，其他收费标准实行市场调节价。

第三十条 康复救助资金采取先预付、后结算的方式。三级、二级、一级定点康复机构预拨比例分别不超过70%、55%、40%，于每年六月底前拨付。剩余资金待年终救助任务评估考核后结算。

定点康复机构申请结算救助资金，应当提供康复服务档案、签到记录等资料。

“机构+社区+家庭”康复救助结算方式参照本条执行。

第三十一条 经县级残联审核同意在异地定点康复机构康复的，补助资金结算方式由当地残联会同财政部门确定。异地康复结算时，补助标准按照审核地救助标准执行；审核地标准高于服务承接地标准的，按服务承接地救助标准执行。

定点康复机构为特殊教育学校、儿童福利机构的，开展康复救助产生的费用，由各地根据情况在规定标准内给予补助。

第三十二条 加强与医疗保险等社会保障制度衔接，对已纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助范围或者其他救助项目的康复项目费用，应当先由医保或者其他救助项目资金按规定支付，支付后符合服务目录的个人自付部分，再由残疾儿童康复救助资金据实给予结算补助，但不得超过本地规定的限额救助标准。

定点康复机构取得教育资质或者成为当地特殊教育学校学前部（班）、特教部（班）的，按照有关规定拨付特殊教育生均公用经费。

第三十三条 残疾儿童康复救助资金核算管理与财政预算年度保持一致。救助资金按救助时间结算，救助时间足月的，按月结算，不足月的，按天数结算。

第三十四条 市、县残联应当会同财政部门依据本地保障对象数量足额安排康复救助资金，纳入政府财政预算，省级予以适当补助。健全多渠道筹资机制，鼓励、引导社会捐赠。

各地应当加强救助资金监管和绩效管理，提高财政资金分配的科学性和合理性。

第七章 综合监管和违规处理

第三十五条 落实残疾儿童康复救助工作地方政府负责制，将救助工作纳入政府目标管理和绩效考核，强化残疾儿童康复救助兜底保障，满足残疾儿童基本康复服务需求。

第三十六条 各有关部门应当密切协作，加强综合监管。

残联负责协调推进残疾儿童康复救助工作，加强监督检查，开展绩效评价，对残疾儿童康复救助进行实时监测；应当会同有关部门指导定点康复机构规范内部管理、改善服务质量、加强风险防控，及时查处违法违规行为和安全责任事故，确保残疾儿童人身安全和康复效果。

发展改革部门应当配合有关行业监管部门建立黑名单制度，将套取救助资金、伤害虐待残疾儿童等严重失信行为的定点康复机构、从业人员和残疾儿童监护人纳入黑名单，通过信用中国（山东）官网公开公示，依法依规实施联合惩戒。

教育部门应当为符合条件的残疾儿童康复机构办理教育资质或增设为当地特殊教育学校的学前部（班）、特教部（班），支持特殊教育学校开展残疾儿童康复救助工作。

民政部门应当支持儿童福利机构开展残疾儿童康复救助，做好困难残疾儿童生活救助工作。

财政部门负责组织有关残疾儿童康复救助的预算编制，会同业务主管部门加强康复救助资金监管。

人力资源社会保障部门应当会同有关行业主管部门做好残疾儿童定点康复机构专业技术人员职称评定工作，并在培训进修、职称评定、表彰奖励等方面予以倾斜。

卫生健康部门应当对开展残疾儿童康复救助服务的医疗卫生机构进行监管，加强医疗康复专业技术人员培养，做好残疾儿童筛查、诊断、残疾预防、康复知识宣传等工作，为符合条件的康复机构办理医疗资质，依法查处出具虚假医学证明等违法违规行为。

市场监管部门应当加强定点康复机构监督检查，对扰乱市场秩序等侵害残疾儿童康复权益的行为依法依规处理。药品监管部门应当依职责对残疾儿童手术相关医疗器械生产进

行监管。

医保部门应当将符合规定的残疾儿童医疗康复费用纳入医保基金支付范围，及时将符合条件的定点康复医疗机构纳入医保协议管理范围。

第三十七条 定点康复机构存在虚假宣传、服务目录内额外收取监护人费用、不按协议约定提供康复服务等行为的，应当暂停其定点资格，并通知其限期整改，整改后仍不符合要求的，取消其定点资格。违反法律法规规定的，由相关职能部门依法查处。

定点康复机构存在套取救助资金、发生严重安全或者重大责任事故、拒不接受或者不按规定接受监督检查，伤害、虐待儿童等行为的，应当解除服务协议，取消定点资格，并按相关规定追究有关人员责任。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第三十八条 本办法由省残联会同有关部门负责解释。

第三十九条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2025 年 12 月 31 日。

附件：1. 山东省残疾儿童基本康复服务目录
2. 山东省残疾儿童康复救助补助标准

附件 1

山东省残疾儿童基本康复服务目录

残疾类别	服务项目	服务频次	服务方式		
视力残疾	功能性视力训练	每人训练时间不超过 6 个月，每周不少于 2 次，每次不少于 1 小时。	个别训练		
	定向行走训练				
	生活适应能力训练				
听力、言语 残疾	听觉言语训练	每年训练时间不少于 10 个月，每月不少于 17 天，每天不少于 0.5 小时。	个别训练		
	学前教育教学	每年训练时间不少于 10 个月，每月不少于 17 天，每天不少于 2.5 小时。	集体训练		
	言语矫治	3 岁以上经评估有需求的儿童，每周 1 次，每次 1 小时。	个别训练		
	听力康复服务	每年不少于 2 次的裸耳测听、助听听阈评估、助听器调试和及时的听能管理。	个别、集体		
肢体残疾	运动疗法	1. 每年训练时间不少于 10 个月，每月不少于 17 天，每天训练不少于 3 小时，其中个训不少于 1 小时。 2. 单项训练时间不少于 0.5 小时。 3. 确有需要进行治疗因子疗法的，可给予相关治疗，每天不超过 0.5 小时。	个别训练		
	言语训练		个别训练 小组训练		
	作业疗法				
	认知知觉功能障碍训练		小组训练		
	生活自理能力训练		小组训练 集体训练		
	社会适应能力训练				
	感觉统合治疗		个别训练		
	中医传统疗法				
	物理因子疗法				
智力残疾	感知觉/运动能力训练	1. 每年训练时间不少于 10 个月，每月不少于 17 天，每天不少于 3 小时，其中个训不少于 0.5 小时。 2. 单项训练时间不少于 0.5 小时。	个别训练 小组训练 集体训练		
	认知能力训练				
	语言交往能力训练				
	生活自理能力训练				
	社会适应能力训练				
孤独症儿童	语言和社交能力训练				
	认知能力训练				
	感知觉/运动能力训练				
	生活自理能力训练				
	社会适应能力训练				
	情绪和行为训练				
备 注	1. 3 岁以下或入普幼（学）残疾儿童可根据实际适当减少训练频次，增加亲子同训或个训时间。2. “机构+社区+家庭”模式，“机构”康复服务每年累计不少于 3 个月，“社区”康复服务每年不少于 10 次。				

附件 2

山东省残疾儿童康复救助补助标准

项目类别	项目内容	服务人群	补助标准	单位	年限	备注
手术类	人工耳蜗植入	0-17岁听力残疾儿童	全额救助	人		一次性救助
	肢残矫治	0-17岁肢体残疾儿童		人		
康复训练类	视力残疾儿童康复训练	0-17岁视力残疾儿童	每月不超过1000元, 每年不超过6000元	人		“机构+社区+家庭”模式, 每年“机构”补助4500元, “社区”补助500元。
	听力、言语残疾儿童康复训练	0-17岁听力、言语残疾儿童	每月不超过1500元, 每年不超过1.5万元	人	2年	
	肢体残疾儿童康复训练	0-17岁肢体残疾儿童		人	4年	
	智力残疾儿童康复训练	0-17岁智力残疾儿童		人	4年	
	孤独症儿童康复训练	0-17岁孤独症儿童		人	4年	
辅助器具类	助视器	0-17岁视力残疾儿童	1000元	个	3年	本标准为最高补助标准, 具体费用以实际发生为准, 其中适配助视器附带4次适应性训练。
	助听器	0-17岁听力残疾儿童	3000元	个	4年	
	轮椅	0-17岁肢体残疾儿童	1000元	台	4年	
	助行器		300元	台	2年	
	站立架		1100元	个	2年	
	坐姿保持椅		1000元	个	2年	
	大腿假肢		5000元	例	1年	
	小腿假肢		3000元	例	1年	
	矫形器		1500元	例	1年	

山东省残疾人联合会
山东省教育厅
山东省民政厅文件
山东省卫生健康委员会
山东省市场监督管理局

鲁残联发〔2020〕29号

关于印发《山东省残疾儿童定点康复机构 评估标准》的通知

各市残联、教育（教体）局、民政局、卫生健康委、市场监管局：

为深入贯彻落实《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号），规范残疾儿童定点康复机构管理，进一步提升康复服务能力和水平，省残联、省教育厅、省民政厅、省卫生健康委、省市场监管局共同制定了《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。



2020年12月8日

山东省残疾儿童定点康复机构评估标准

第一条 为加强残疾儿童定点康复机构评估工作，根据《山东省残疾儿童康复救助实施办法》（鲁残联〔2020〕28号）及有关规定，制定本标准。

第二条 残疾儿童定点康复机构是指依据《山东省残疾儿童康复救助实施办法》和本评估标准认定的，为接受政府康复救助的视力、听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童提供康复治疗、康复训练等康复服务的机构。

第三条 认定定点康复机构，应当重点考虑下列事项：

- （一）便于残疾儿童就近就便接受康复服务；
- （二）有利于康复机构公平参与竞争，促进康复服务资源优化配置；
- （三）保障康复服务质量，确保残疾儿童安全及康复服务效果；
- （四）能够合理控制康复服务成本，提高康复救助补助资金使用效益。

第四条 申请定点康复资格的机构应当具有独立法人资格，建筑设计符合无障碍、消防安全等规范要求，具备提供服务所必需的设施、人员和专业技术的能力，具有健全的内部治理结构、财务会计和资产管理制度，具有良好的社会和商业信誉。

第五条 申请定点康复资格的机构还应当具备下列条件之一：

（一）政府举办的公益性残疾人康复机构、儿童福利机构，应当按照《事业单位登记暂行管理条例》规定到事业单位登记机关办理登记；

（二）从事治疗及康复医疗服务的，应当取得卫生健康部门颁发的医疗机构执业许可证；

（三）从事康复教育服务的，应当取得教育资质（中小学、幼儿园）或者依托当地特殊教育学校设置学前部（班）、特教部（班）。

第六条 申请定点康复资格的机构经评估，按下列标准认定等级：

（一） $105 \text{ 分} \leq \text{评估分} \leq 120 \text{ 分}$ ，为一级定点康复机构；

（二） $120 \text{ 分} < \text{评估分} \leq 135 \text{ 分}$ ，且开展相关康复服务满三年，为二级定点康复机构；

（三） $135 \text{ 分} < \text{评估分} \leq 150 \text{ 分}$ ，且开展相关康复服务满五年，为三级定点康复机构。

一级、二级、三级定点康复机构中每项一级指标得分不得低于该类别分值的 60%、70%、80%。

一家机构申请多类残疾儿童康复业务的，在满足单项业务条件的基础上，按全部受训儿童计算人均面积和师生比。

第七条 定点康复机构实行统一标识制度，便于社会、残疾

儿童监护人监督。标识由市或者县级残联统一设计制作。

第八条 各地可根据本评估标准对定点康复机构开展日常监督管理、抽查评估工作，对评估不合格的给予降低等级或取消定点资格。

第九条 本评估标准实施满两年，现有定点康复机构评估不达标的，取消定点资格。

第十条 本评估标准由省残联会同有关部门负责解释。

第十一条 本评估标准自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2025 年 12 月 31 日。

附件：山东省残疾儿童定点康复机构评分细则（视力
残疾，听力、言语残疾，肢体残疾，智力残疾、
孤独症儿童）

附件

山东省残疾儿童定点康复机构评分细则

(视力残疾)

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
一票否决项			具有独立法人资格，并取得医疗机构执业许可证或承担视力残疾儿童教育的特殊教育学校。	查阅资料
			服务场所符合国家消防安全相关规定。	
			开展相关服务满六个月以上。	
基本条件 (15分)	机构建设	8	依法执业：三级医院的眼科、二级眼科专科医院（2分）；与工作人员依法签订聘用合同或者劳动合同并缴纳社会保险（3分）。 服务规模：在训儿童不少于20名（1分）、40名（2分）、80名（3分）。	查阅资料
	机构职能	7	基本业务：按照服务协议提供康复训练，定期开展康复宣传等活动（3分）。 家长培训：向家长提供咨询、康复指导及心理疏导等（2分）。 社会活动：结合“助残日”“残疾预防日”“爱眼日”等节日开展公益活动，每年2次以上（2分）。	查阅资料
场地设置 (25分)	建设规模	8	业务场地面积：室内总面积200 m ² —400 m ² （1分）、401 m ² —600 m ² （2分）、600 m ² 以上（4分）。 场地要求：自有场地或租赁期不少于3年（1分），符合无障碍环境建设相关要求（2分），场地安全，自然通风（1分）。	查阅资料 实地查看
	主要功能室	16	独立的低视力眼科诊室不少于1间（2分），眼科检查室或视觉评估室不少于1间（2分），视觉康复室不少于1间（2分），定向行走训练室不少于1间（2分），生活适应能力训练室不少于1间（2分），助视器验配室不少于1间（1分），单室面积均不少于12m ² （4分），光线可调节（1分）。	
	其他功能室	1	设立咨询室、档案室、培训室等（1分）。	
设施设备 (31分)	功能室	11	眼科检查室、眼科诊室、视觉评估室：眼压计、检影镜、瞳距仪、综合验光仪、视野计、同视机、对比敏感度测定仪、裂隙灯、眼底镜、视觉电生理检查设备、眼科影像学检查设备等（每项1分，共11分）。 基本要求：具备国际标准视力表（远用、近用）、Log MAR 视力表或儿童图形视力表、色觉检查本、电脑验光仪（带角膜曲率）、普通验光配镜箱。	实地查看
		6	视觉康复室：认知图谱、视觉训练图谱、增视训练仪、精细目力训练设备、电脑软件训练及其他视觉训练的设备与器材（每项1分，共6分）。	
		4	定向行走训练室：盲杖、眼罩、触觉地图、助行类辅助器具等（4分）。	
		4	生活适应能力训练室：有饮食、穿衣、个人卫生、居家技能、沟通交往、阅读学习相关的设施设备（4分）。	
		5	助视器验配室：低视力验配箱、儿童用试镜架、各种类型助视器、展柜、可调节LED灯等（每项1分，共5分）。	
		1	咨询室、档案室及培训室应配有能开展相关业务的设施设备。（1分）	

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
人力资源 (35分)	管理人员	5	业务主管： 具有医学、教育、管理等专业大专及以上学历（1分），具有3年及以上相关工作经验（1分），具备指导规范开展视力残疾儿童康复评估、制定和实施计划的能力（2分），两年内至少参加过1次残疾儿童康复服务管理培训班（1分）。	查阅资料
	专业技术人员	7	眼科医生： 从事视光或斜弱视等相关临床专业的≥3人（1分）、5人（2分），主管视力残疾儿童康复的人员取得执业医师资格，具有高级以上技术职称≥1人（1分）、3人（2分），从事相应工作10年以上1人（1分），能够对检测结果进行综合判断，提出康复训练建议（2分）。	
		12	专业人员： 毕业于临床医学（眼科）、眼视光学、特殊教育等相关专业≥4人（1分）、10人（2分）、20人（3分），获得高级验光员及以上资格证书（医院）或者教师资格证（学校）≥2人（1分）、5人（2分）、15人（3分），至少两人有3年（1分）、5年（2分）、10年（3分）以上工作经历，获得辅助技术工程（视力方向）证书≥1人（1分），能独立完成视力残疾儿童康复工作，配合眼科医生制定合理的康复方案（2分）。	
		11	人员配比： 视觉康复专业人员与受训儿童的比例不低于1:10（2分）、1:6（3分）。 继续教育： 全部专业技术人员每年参加相关技术培训或继续教育不少于2次（4分），不少于30学时（2分），掌握相应的业务知识和岗位技能，定期进行岗位考核工作（2分）。	
内部管理 (18分)	组织管理	4	建立健全卫生、财务、档案等管理制度（3分），制定服务标准和工作流程，并予以公开（1分）。	查阅资料
		2	实行岗位责任制（1分），明确岗位职责和工作流程（1分）。	
		2	服务项目及收费标准向社会公示（2分）。	
		2	为在训儿童购买综合责任险等商业保险（2分）。	
	安全管理	3	财务管理制度健全（1分），经费收支手续完备（1分），有年度审计报告（1分）。	实地查看
		5	建立健全安全管理制度，定期开展安全检查，并留有记录（1分）；建立健全安全应急预案，每半年至少1次全员培训及安全演练（1分）；安装视频监控安防监控系统（1分），视频记录保存30天以上（1分）；安装紧急报警装置（1分）。	
质量控制 (26分)	业务管理	16	康复评估： 明确诊断并进行康复需求评估（1分），制定个别化康复训练计划（1分），每个月开展1次阶段性评估并更新康复训练计划（2分）。 康复训练： 每名儿童机构内训练时间不超过6个月，每周不少于2次，每次不少于1小时（4分）；按照服务规范进行相应的康复训练（4分）。 档案管理： 与监护人签订康复服务协议（2分）；建立日常康复训练档案，实现康复服务全程记录（2分）。	查阅资料 家长访谈
	康复效果	2	康复评估、建档率100%（2分）。	查阅资料 家长访谈
		2	康复训练有效率≥90%（2分）。	
		2	家长对康复训练的满意度≥90%（2分）。	
		2	设施设备完好率≥90%（2分）。	
		2	随访服务率≥90%（2分）。	

山东省残疾儿童定点康复机构评分细则

(听力、言语残疾)

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
一票否决项			具有独立法人资格，并满足以下条件之一：①政府举办的公益性残疾人康复机构、儿童福利机构；②取得医疗机构执业许可证；③取得教育资质（中小学、幼儿园）或者依托当地特殊教育学校设置学前部（班）、特教部（班）。 服务场所符合国家消防安全相关规定。 开展相关服务满六个月以上。	查阅资料
基本条件 (15分)	机构建设	9	依法执业：取得学前教育办学许可证（2分）、医疗机构执业许可证（2分）；与工作人员依法签订聘用合同或者劳动合同并缴纳社会保险（2分）。 服务规模：在训儿童不少于20名（1分）、40名（2分）、80名（3分）。	查阅资料
	机构职能	6	基本业务：辅助器具适配及服务、听觉言语功能训练、康复评估、开展支持性服务（2分）。 家长培训：每年不少于80学时（2分）。 社会活动：结合“助残日”“残疾预防日”“爱耳日”等节日开展公益活动，每年2次以上（2分）。	查阅资料
场地设置 (30分)	场地环境	10	建设规模：室内人均面积不低于7m ² ，总面积200-900m ² （1分）、901-2400m ² （2分）、2400m ² 以上（3分）。 场地要求：自有场地或租赁期不少于3年（1分）；平房有独立院落，多层建筑设置在三层以下（2分）；儿童教学及活动区域相对独立（1分）；符合无障碍环境建设相关要求（1分）；活动室具备自然采光、自然通风、供暖、避暑等条件（1分）；环境创设适合儿童（1分）。	查阅资料 实地查看
	个别化训练室	4	场地：达6:1配备标准（1分），每间面积≥8m ² （1分）。 声学环境：本底噪声≤35dB（A），混响时间≤0.4秒（2分）。	
	集体活动室	4	场地：人均使用面积≥3m ² （1分）；单元式布局（1分）。 声学环境：本底噪声≤45dB（A），混响时间≤0.6秒（2分）。	
	测听室	3	场地：至少1间声场测听室，面积≥6m ² （1分）。 专业要求：符合GB/T16296和GB/T16403关于声场及测听室建设的规定（2分）。	
	户外活动场地	3	场地：使用面积不少于100m ² （1分），200m ² 以上（2分）。 专业要求：场地独立，无安全隐患；在醒目位置粘贴户外活动保护助听设备安全须知（1分）。	
	亲子活动室	3	场地：至少1间，功能独立，面积不低于3m ² /生（1分）。 声学环境：本底噪声≤45dB（A），混响时间≤0.6秒（2分）。	
	其它功能室	3	指导资源中心：面积能满足20人及以上培训使用（1分）。 保健室：使用面积不低于9m ² （1分）。 评估室：可参照单训室要求独立设置（1分）。	

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
设施设备 (20分)	个别化训练室	4	配置符合教学特点的桌椅(1分), 种类丰富的个训玩教具(1分), 配备助听设备保养包(1分)、专业书刊(1分)。	实地查看
	集体活动室	4	配备符合儿童年龄特点的桌椅、玩具柜等(1分), 玩教具符合当地幼儿园玩教具配备名录要求(1分), 配备并使用多媒体教学设备(1分)和无线调频辅听系统(1分)。	
	测听室	3	配备纯音听力计、小儿行为测听设备、声场校准设备、电耳镜等主观听力检测设备(1分)和助听器验配设备(1分), 设备按国家规定定期由计量部门进行检定、校准(1分)。	
	户外活动场地	3	配置爬钻滑行类或摆动平衡类大型活动器械(1分)、中小型活动器械(1分)、沙水池、30米塑胶跑道等设施(1分)。	
	亲子活动室	3	配备符合0-3岁儿童教学活动的家具、材料和玩具(1分), 有地板覆盖物(1分), 区域规划明确(1分)。	
	其它功能室	3	指导资源中心: 配备桌椅、电教设备、图书资料等(1分)。 保健室: 配备观察床、流动水、身高体重计、紫外线消毒灯等设施(1分)。 评估室: 配备听觉言语功能评估和精神、行为发育评估工具(1分)。	
人力资源 (35分)	管理人员	5	具有相关专业大专及以上学历(1分)和3年以上相关工作经历(1分), 掌握国家相关法规、政策及工作规范(1分), 具有业务规范化管理能力(1分), 至少两年参加1次听力残疾康复服务管理培训(1分)。	查阅资料
	教师	11	全部取得教师资格(2分); 具备听力语言康复、特殊教育、学前教育、言语语言学等相关专业大专及以上学历(2分), 从事听觉言语康复工作3年以上占比均达50%(2分); 听觉言语康复师生配比1:6(1分); 至少1人(1分)或50%以上(2分)通过听觉口语法或ICF等认证; 每班配备专任学前特殊教育教师2名(1分); 设置专职亲子教学岗(1分)。	
	听力康复服务人员	5	至少配备1名经省级以上小儿听力学和听能管理专项培训的兼职(1分)或专职(2分)人员, 取得助听器验配师资格(1分); 人工耳蜗调机人员经过调机技术培训与认证(1分); 耳模制作人员经过耳模制作专项技能培训(1分)。	
	言语矫治人员	2	具备言语语言学等相关专业大专以上学历(1分); 获得专业机构或行业协会颁发的言语矫治师认证证书或上岗证书(1分)。	
	康复评估人员	2	经过省级以上康复评估专项培训(1分); 获得专业机构或行业协会颁发的相关认证证书(1分)。	
	卫生保健人员	2	持有卫生保健专业知识培训证书(1分), 定期接受幼儿保健职业培训(1分)。	
	保育员	2	每班配备专任保育员1名(1分), 接受过幼儿保育职业培训(1分)。	
	继续教育	6	定期参加职业道德教育和业务培训(1.5分); 专业人员通过全国听力语言康复专业技术人员实名制初级、晋级轮训(1.5分); 听力康复服务人员每年完成继续教育学分25分(1.5分); 其他专业技术人员每年完成继续教育学分15分(1.5分)。	

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
内部管理 (32分)	组织管理	5	组织建设: 使用全国听力语言康复专业人员管理系统对人员实施动态管理(1分); 使用标准化听障儿童康复档案进行康复服务过程管理(1分)。 制度建设: 健全各项管理制度, 实行岗位责任制, 服务标准、工作流程、收费标准等予以公开(1分); 遵循国家统一的财务、会计制度, 按规定实施财务管理, 依法建立会计账簿并进行会计核算(1分); 接受的社会捐赠、政府补助专款专用, 公开受赠资产使用、管理情况(1分)。	查阅资料
	安全管理	7	健全安全管理制度, 定期开展安全检查, 并留有记录(0.5分); 建立健全安全应急预案, 每半年至少1次全员培训及安全演练(1分); 安装视频监控安防系统, 视频记录保存30天以上(1分); 安装紧急报警装置(0.5分); 配备安保人员及相应的安保工具(0.5分); 所有工作人员均取得健康合格证, 年度体检达标(1分); 提供用餐的机构依法取得《食品经营许可证》(0.5分); 为在训儿童购买综合责任险等相关责任保险(2分)。	查阅资料 实地查看
	康复服务管理	3	服务承接: 按照《山东省残疾儿童基本康复服务目录》提供康复服务, 服务内容及频次达到规定要求(3分)。	查阅资料 家长访谈
		12	听觉言语康复管理: 接案建档, 与监护人签订康复服务协议(1分), 入园评估(1分)、首次评估并定期持续评估(1分)、阶段评估(1分), 制定个体《周期教学计划》(1分), 开展听觉言语康复教育并维护《日常教学记录》(1分); 制定班级教学计划并实施学前教育(1分), 填写《成长记录册》及《幼儿成长评价及建议》(1分); 每月开展1次融合教育活动(1分); 根据需要实施言语矫治、感觉统合训练或心理情绪干预(1分); 完成结案评估(1分), 每两年进行1次跟踪回访直至18岁(1分)。	
		5	听能管理: 为每名儿童建立个人听能管理档案(1分); 为每个班级建立班级听能管理档案(1分); 进行定期评估, 及时完善档案、更新听力图并上墙(1分); 实施动态听能管理, 保证助听设备最优化使用(1分); 使用并定期维护无线调频辅听系统(0.5分); 组织特殊病例会诊(0.5分)。	
质量控制 (18分)	专业效能	6	个别化教学: 教学目标适合; 玩教具准备充分; 按照个别化教学操作规范组织实施教学; 行为管理方法运用得当(2分)。	查阅资料 现场评课
			集体教学: 教学目标适合; 玩教具准备充分; 兼顾听力残疾儿童特点实施教学; 班级常规良好(2分)。	查阅资料 跟班观察
			行为测听: 规范实施行为测听并解读测试结果(2分)。	现场实操
	儿童康复效能	6	听觉言语能力发展(个体): 儿童听觉言语能力发展与康复进度、生理年龄相符合(4分)。	查阅资料 现场施测
			综合发展评价(整体): 绝大部分儿童自我服务能力、社会交往能力发展水平处于相对应年龄段正常值范围内(2分)。	跟班观察
	家长效能	2	家庭养育观点、方式基本适宜, 家长康复技能、听辅设备保养使用及咨询能力较高(2分)。	家长访谈 现场实操
	机构效能	4	随访覆盖率 $\geq 90\%$ (1分)。	查阅资料 家长访谈
			三岁以上结业儿童入普率 $\geq 90\%$ (1分)。	
			家长满意度 $\geq 90\%$ (1分)。	
			专业人员稳定率 $\geq 90\%$ (1分)。	

山东省残疾儿童定点康复机构评分细则

(肢体残疾)

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
一票否决项			具有独立法人资格，并取得医疗机构执业许可证。	查阅资料
			服务场所符合国家消防安全相关规定。	
			开展相关服务满六个月以上。	
基本条件 (15分)	机构建设	8	依法执业： 医教结合(1分)，取得学前教育办学许可证(2分)，与工作人员依法签订聘用合同或者劳动合同并缴纳社会保险(2分)。 服务规模： 在训儿童不少于20名(1分)、40名(2分)、80名(3分)。	查阅资料
	机构职能	7	基本业务： 按照服务协议提供功能评估、康复训练、融合活动(3分)。 家长培训： 每月至少1次，每次至少30分钟(2分)。 社会活动： 结合“助残日”“残疾预防日”等节日开展公益活动，每年2次以上(2分)。	查阅资料
场地设置 (28分)	建设规模	5	场地环境： 多层建筑设置在三层以下(1分)。 面积： 室内总面积200 m ² -500 m ² (2分)、501 m ² -1200 m ² (3分)、1200 m ² 以上(4分)。 要求： 自有场地或租赁期不少于3年，符合无障碍环境建设相关要求，场地安全，自然采光、通风，环境创设适合儿童。	实地查看 (同时满足面积和要求得分)
	功能评估室	1	面积： 至少一间，单间使用面积不少于15 m ² (1分)。 要求： 布局简单，隔音效果好。	
	运动疗法训练室	3	面积： 至少一间，单间使用面积50 m ² -80 m ² (1分)、81 m ² -110 m ² (2分)、110 m ² 以上(3分)。 要求： 配置地垫，墙体及训练器具做好防护措施。	
	作业疗法训练室	3	面积： 至少一间，单间使用面积30 m ² -40 m ² (1分)、41 m ² -50 m ² (2分)、50 m ² 以上(3分)。 要求： 地面防滑，桌椅等做好防护措施。	
	言语训练室	3	面积： 至少一间，单间不少于10 m ² ，总使用面积10 m ² -20 m ² (1分)、21 m ² -30 m ² (2分)、30 m ² 以上(3分)。 要求： 布局简单，隔音效果好。	
	感统训练室	2	面积： 至少一间，总使用面积40 m ² -60 m ² (1分)、60 m ² 以上(2分)。 要求： 墙体及训练器具做好防护措施。	
	集体训练室	2	面积： 至少一间，总使用面积30 m ² -50 m ² (1分)、50 m ² 以上(2分)。 要求： 环境创设适合儿童。	
	针灸推拿室	2	面积： 至少一间，总使用面积20 m ² -40 m ² (1分)、40 m ² 以上(2分)。 要求： 布局合理，标识清楚。	
	物理因子治疗室	2	面积： 至少一间，总使用面积20 m ² -40 m ² (1分)、40 m ² 以上(2分)。 要求： 合理分配功能治疗区。	
	水疗室	2	面积： 40 m ² -100 m ² (1分)、100 m ² 以上(2分)。 要求： 各区域相对独立，布局合理。	
	档案室	1	面积： 不少于10 m ² (1分)。 要求： 通风、防潮、防水、防火。	

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
场地设置 (28 分)	儿童无障碍卫生间	1	洗手台、便池、无障碍设施等符合儿童身心特点，地面防滑（1 分）。	
	户外活动场地	1	面积：100 m ² 以上（1 分）。 要求：场地开阔、安全，有相应的活动设施。	
设施设备 (22 分)	功能评估室	2	综合发育、粗大运动、精细运动、言语语言评估量表（2 分）。	实地查看（设施设备数量应与在训规模相适应）
	运动疗法训练室	4	基本训练器具（运动垫或 PT 床、楔形垫、巴氏球、滚筒等），站立训练器具（站立架、踝关节矫正站立板、肋木等），步行训练器具（平衡杠、阶梯、姿势镜、多用组合箱等）（2 分），悬吊训练系统（1 分），振动训练系统（1 分）。	
	作业疗法训练室	3	训练桌、坐姿矫正椅、木钉盘、套圈、砂袋、生活自助器具、手功能综合训练箱（2 分）；情景互动训练系统（1 分）。	
	言语训练室	3	训练桌、坐姿矫正椅、口部运动训练工具、图形认知组件、儿童玩具（2 分）；认知康复诊断训练系统（1 分）。	
	感统训练室	3	万象组合包、平衡木、秋千（不少于 3 种）、滑梯、俯冲台、滑板车、波波球池、各种球类（不少于 5 种）（2 分）；攀岩墙（1 分）。	
	物理因子治疗室	3	蜡疗治疗仪、中低频脉冲电治疗仪、生物反馈治疗仪等（2 分）；经颅磁刺激治疗仪（1 分）。	
	集体训练室	2	图形认知组件、各种小型敲击乐器、常见生活日用品、儿童玩具、儿童图书（1 分）；电子白板（1 分）。	
	针灸推拿室	2	按摩床、电针治疗仪、TDP（1 分）；中药熏蒸仪或艾灸治疗仪（1 分）。	
人力资源 (35 分)	管理人员	5	具有医学、管理等专业大专及以上学历（1 分），具有 3 年及以上相关工作经验（1 分），熟悉相关的法律、法规及工作规范（1 分），中级及以上专业职称的医师或康复治疗师（1 分），两年内至少参加过 1 次残疾儿童康复服务管理培训班（1 分）。	查阅资料
	康复医师	5	康复医师与儿童比例不低于 1:20（2 分）；至少一人持有执业范围为康复医学与理疗学、儿科、中医或中西医专业的执业医师证（1 分）；具有中级及以上专业职称，从事康复相关专业工作不少于 5 年的康复医师不少于 3 人（2 分）。	
	康复治疗师	17	康复治疗师与儿童比例 1:6（2 分）、1:5（4 分）；全部持有康复治疗师（士）资格证（4 分）；相关专业背景（康复治疗学、运动康复、运动人体科学、康复治疗技术等）人员比例达到 80%及以上（3 分）；具有大专及以上学历占比 80%以上（2 分）；具有中级以上专业职称，从事儿童康复相关专业工作 5 年以上的康复治疗师不少于 5 人（4 分）。	

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
人力资源 (35 分)	针灸推拿医师	2	至少有一位中医执业医师（2 分）。	
	教师	4	教师与儿童比例不低于 1:10（2 分）；大专及以上学历特殊教育、学前教育、心理学专业背景，取得教师资格证书（2 分）。	
	康复工程人员	2	具有假肢矫形工程或假肢矫形器设计制造专业背景（1 分）；取得矫形器师资格证书（1 分）。	
内部管理 (37 分)	组织管理	5	建立岗位责任制度，明确岗位职责和 workflows（1 分）；建立设备管理制度，规范设备的购置及使用（1 分）；建立投诉处理制度，公开投诉电话（1 分）；建立财务管理制度，经费收支手续完备，有救助经费年度审计报告（1 分）；服务项目及收费标准面向社会公示（1 分）。	查阅资料 实地查看
	安全管理	5	建立安全管理制度，定期开展安全检查（1 分）；安装视频监控系统（1 分），视频记录保存 30 天以上（1 分）；安装紧急报警装置（1 分）；所有工作人员均取得健康合格证，年度体检达标（1 分）。	
		2	为在训儿童购买综合责任险等商业保险（2 分）。	
		2	制定火灾、停电、儿童突发癫痫等应急预案（1 分）；至少每半年进行一次应急预案的全员演练（1 分）。	
	业务管理	4	康复评估： 开展初期评估，制定个别化康复训练计划（1 分）；每 3 个月进行 1 次评估并更新康复训练计划（2 分）；完成末期评估（1 分）。	
		15	康复训练： 每名儿童机构内每年训练时间不少于 10 个月，每月不少于 17 天，每天不少于 3 小时（其中个训不少于 1 小时）（10 分）。根据个体需要进行运动疗法、作业疗法、言语训练、认知知觉功能障碍训练、生活自理能力训练、社会适应能力训练、感觉统合治疗、中医传统疗法、物理因子疗法等训练（3 分）；每季度至少 1 次融合活动，每次至少 30 分钟（2 分）。	
		4	档案管理： 与监护人签订康复服务协议（1 分）；建立日常康复训练档案，包含儿童基本资料、评估表、康复计划、康复记录等，实现康复服务全程记录（2 分）；由具体负责训练的康复专业人员及时准确填写康复治疗记录，至少每月填写 1 次（1 分）。	
质量控制 (13 分)	专业效能	1	评估技能： 基本掌握主要康复评估方法、内容及流程，熟练使用评估工具，制定个性化康复训练计划（1 分）。	现场实操
		1	康复技能： 基本掌握主要康复治疗技术操作技能（1 分）。	
	康复效果	1	康复评估、建档率 100%（1 分）。	查阅资料
		2	康复训练有效率 $\geq 90\%$ （2 分）。	
		1	康复设施、器材完好率 $\geq 90\%$ （1 分）。	
		1	家长培训率 100%（1 分）。	家长访谈
		1	家长对康复训练的满意度 $\geq 90\%$ （1 分）。	
		1	随访服务率 $\geq 90\%$ （1 分）。	问卷调查
		1	专业人员每年度继续教育完成率 100%（1 分）。	
		3	专业人员稳定率 $\geq 90\%$ （3 分）。	

山东省残疾儿童定点康复机构评分细则

(智力残疾、孤独症儿童)

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
一票否决项			具有独立法人资格，并满足下列条件之一：①政府举办的公益性残疾人康复机构、儿童福利机构；②取得医疗机构执业许可证；③取得教育资质（中小学、幼儿园）或依托当地特殊教育学校设置学前部（班）、特教部（班）。	查阅资料
			服务场所符合国家消防安全相关规定。	
			开展相关服务满六个月以上。	
基本条件 (15分)	机构建设	9	依法执业：取得学前教育办学许可证（2分），取得医疗机构执业许可证（2分），与工作人员依法签订聘用合同或者劳动合同并缴纳社会保险（2分）。 服务规模：在训儿童不少于20名（1分）、40名（2分）、80名（3分）。	查阅资料
	机构职能	6	基本业务：按照服务协议提供康复训练，开展融合活动（2分）。 家长培训：每月至少1次，每次至少30分钟（2分）。 社会活动：结合“助残日”“残疾预防日”“孤独症日”等节日开展公益活动，每年2次以上（2分）。	查阅资料
场地设置 (24分)	建设规模	8	业务场地面积：室内人均面积不少于7 m ² ，总面积200 m ² —500 m ² （1分）、501 m ² —1000 m ² （2分）、1000 m ² 以上（3分）。 场地要求：多层建筑设置在三层以下（1分），儿童教学及活动区域相对独立（1分），自有场地或租赁期不少于3年（1分），符合无障碍环境建设相关要求（1分），场地安全，自然采光、通风，环境创设适合儿童（1分）。	查阅资料 实地查看
	主要功能室	3	集体训练室：至少1间，每间30 m ² —40 m ² （1分）、41 m ² —50 m ² （2分）、50 m ² 以上（3分）。	
		5	个别训练室（区）：每间不少于7 m ² （1分），个训室与学生数配置比例1:7（1分）、1:6（2分）、1:5（4分）。	
		3	运动/感统训练室：至少1间，每间50 m ² —60 m ² （1分）、61 m ² —70 m ² （2分）、70 m ² 以上（3分）。	
	其它功能室	3	单独设立咨询室、评估室、档案室、培训室（满足20人以上使用）及保健室，设有1间（1分）、2间（2分）、3间（3分）。	
	户外活动场地	2	场地面积：面积101 m ² —150 m ² （1分）、150 m ² 以上（2分）。 场地要求：场地独立，无安全隐患。	

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
设施设备 (19分)	主要功能室	5	集体训练室：儿童桌椅、白（黑）板（1分），多媒体教学设备（1分），教学挂图、卡片、积木等玩教具（2分），生活自理训练物品（1分）。	实地查看（设施设备数量应与在训规模相适应）
		5	个别训练室（区）：儿童桌椅、认知玩教具（1分），精细动作训练玩教具（1分），言语语言玩教具（1分），辅助沟通系统（1分），个别化康复评估工具（1分）。	
		5	运动/感统训练室：运动垫、软包等防护设备（2分），触觉、前庭觉、本体觉等多感官功能训练设备（3分）。	
	其它功能室	2	咨询室、档案室及培训室应配有能开展相关业务的设施设备（1分）。 保健室：观察床、体温计、紫外线消毒灯等设备（0.5分）。 评估室：基本康复评估工具，如孤独症儿童发展评估表、C-PEP、PEP-3、VB-MAPP等（0.5分）。	
	户外活动场地	2	滑梯、秋千等大型玩具（1分）；沙水池、塑胶跑道等（1分）。	
人力资源 (35分)	管理人员	5	具有教育、医学、心理、管理等专业大专及以上学历（1分），具有3年及以上相关工作经验（1分），熟悉开展业务应当遵守的法律、法规及工作规范（1分），具备指导规范开展残疾儿童康复评估、制定和实施计划的能力（1分），两年内至少参加过1次残疾儿童康复服务管理培训班（1分）。	查阅资料
	专业技术人员	18	教师：师生配比1:5（1分）、1:4（3分）、1:3（5分）；全部持有教师资格证（2分）；接受相关专业继续教育（每年30学时）人员不少于50%（3分）；具有大专及以上学历占比80%（3分）；具有特殊教育、学前教育等教育学专业教师占比40%以上（3分）；从事儿童康复工作3年以上的教师占比30%（2分）。	
		9	康复治疗人员：康复治疗人员与残疾儿童的比例为1:10~1:15（3分）；全部持有康复治疗师（士）或医师资格证（2分）；接受相关专业继续教育（每年30学时）人员不少于50%（1分）；具有康复及医学相关专业大专及以上学历（2分）；从事儿童康复工作3年以上的康复治疗人员占比30%（1分）。	
		2	卫生保健人员：取得卫生保健相关资质，并接受相关培训（2分）。	
		1	保育员：配备保育员并接受幼儿保育职业培训（1分）。	
内部管理 (35分)	组织管理	5	建立岗位责任制度，明确岗位职责和 workflows（1分）；建立设备管理制度，规范设备的购置及使用（1分）；建立投诉处理制度，公开投诉电话（1分）；建立财务管理制度，经费收支手续完备，有救助经费年度审计报告（1分）；服务项目及收费标准面向社会公示（1分）。	查阅资料

一级指标	二级指标	分值	基本要求	评估方法
内部管理 (35 分)	安全管理	5	建立安全管理制度，定期开展安全检查，并留有记录（0.5 分）；建立安全应急预案，每半年至少 1 次全员培训及安全演练（0.5 分）；安装视频安防监控系统，视频记录保存 30 天以上（1 分）；安装紧急报警装置（0.5 分）；配备安保人员及相应的安保工具（0.5 分）；所有工作人员均取得健康合格证，年度体检达标（1 分）；提供用餐的机构依法取得《食品经营许可证》（1 分）。	查阅资料 实地查看
		2	为在训儿童购买综合责任险等商业保险（2 分）。	查阅资料
	业务管理	4	康复评估： 开展初期评估并合理安置，制定个别化康复训练计划（2 分）；每 5 个月进行 1 次阶段性评估并更新康复训练计划（1 分）；完成末期评估（1 分）。	查阅资料 实地查看
		15	康复训练： 每名儿童机构内每年训练时间不少于 10 个月，每月不少于 17 天，每天不少于 3 小时（其中个训不少于 0.5 小时）（10 分）； 根据个体需要进行认知能力、感知觉/运动能力、沟通和社交能力、生活自理能力、社会适应能力等训练（3 分）；每月至少 1 次融合活动，每次至少 0.5 小时（2 分）。	
		4	档案管理： 与监护人签订康复服务协议（1 分）；建立日常康复训练档案，包含儿童基本资料、评估表、康复计划、康复记录等，实现康复服务全程记录（2 分），由责任教师及时准确填写康复治疗记录（1 分）。	
	质量控制 (22 分)	专业效能	4	评估技能： 掌握主要评估技能（2 分），依据评估结果制定个别化康复训练计划（2 分）。
4			教学技能： 教学目标明确，玩教具准备充分，规范组织实施教学并填写教学记录，行为管理方法运用恰当（4 分）。	
4			开展教学效果评估（2 分）；定期组织康复教学研究、个案分析和新技术应用效果评估（2 分）。	查阅资料
康复效果		2	康复评估、建档率 100%（2 分）。	查阅资料
		2	康复训练有效率≥90%（2 分）。	
		1	家长对康复训练的满意度≥90%（1 分）。	家长访谈
		1	随访服务率≥90%（1 分）。	
		1	家长培训率 100%（1 分）。	问卷调查
		3	专业人员稳定率≥90%（3 分）。	

山东省医疗保障局 山东省财政厅文件 山东省残疾人联合会

鲁医保发〔2019〕51号

关于进一步加强脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童 医疗保障工作的通知

各市医疗保障局、财政局、残联：

为切实落实省委省政府对残疾儿童的关爱，着重解决我省医疗保障在残疾儿童年龄界定不一致、保障范围不统一、门诊待遇保障水平差距大等方面存在的问题，进一步提高残疾儿童医疗保障水平，按照省委、省政府关于抓好20项重点民生实事的部署要求，现就加强脑瘫等残疾儿童和孤独症（自闭症）儿童康复救治保障工作通知如下：

一、扩大保障范围。进一步贯彻《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）精神，

将保障范围扩大为参加我省居民基本医疗保险，由二级及以上公立医疗机构出具诊断证明，且经评估有康复适应指征的 0-17 周岁脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童和孤独症儿童。

二、提高保障水平。将符合鲁卫农卫发〔2010〕13 号和鲁人社发〔2016〕24 号文件规定的医疗康复项目、必要的检验检查及药品等费用纳入医保门诊支付范围，参照门诊慢性病种管理。适当提高脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童康复救治住院保障待遇，具体报销比例由各设区市结合基金承受能力确定。

三、完善支付方式。进一步完善适合脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童康复救治特点的医保支付方式。对符合规定的医疗费用实行按床日、按病种或按人头定额等方式支付。残联部门做好康复救助资金的补助落实，切实发挥协同保障作用。

四、规范定点管理。对脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童实行协议康复医疗机构定点救治。各市要按规定将符合条件的康复医疗机构及时纳入定点协议管理范围，确保脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童可以就近治疗，满足康复救治需求。加强定点康复医疗机构协议管理，将康复效果、评估情况等纳入协议考核指标，与医保基金拨付挂钩，督促康复医疗机构提供规范有效的医疗康复服务。

各市要高度重视脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童康复救治工作，加强组织领导，密切部门协作，做好政策衔接，形成保障合力。6 月 30 日前，制定出台完善脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童

康复救治医疗保险和康复救助综合保障实施方案，并抓好贯彻实施。7月20日前各市将出台政策、开展康复救治定点医疗机构数量、脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童人数、支付标准等情况报省医保局备案。省医保局、残联将建立联合调度机制，对各市政策落实情况定期通报，对政策执行不到位的，实施重点督导。



(此件主动公开)

山东省残疾人联合会
山东省财政厅文件
山东省卫生健康委员会
山东省医疗保障局

鲁残联发〔2019〕20号

关于印发山东省肢体残疾儿童矫治手术
康复救助项目实施方案的通知

各市残联、财政局、卫生健康委、医保局：

为贯彻落实《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号），进一步做好全省肢体残疾儿童矫治手术康复救助工作，省残联、省财政厅、省卫生健康委、省医保局联合制定了《山东省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目实施方案》，现印发给你们，请认真组织实施。

(此页无正文)



(此件公开发布)

山东省肢体残疾儿童矫治手术 康复救助项目实施方案

为落实《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）关于“对经评估需矫治手术的肢残儿童，免费实施肢残矫治救助手术”的要求，切实做好肢体残疾儿童矫治手术康复救助工作，确保项目规范实施，制定本实施方案。

一、项目内容

（一）以先天性致肢体残疾疾病为重点，开展出生缺陷防治和残疾预防知识宣传和健康教育，提高社会公众残疾预防知识知晓率。

（二）为我省符合救助条件患有先天性马蹄内翻足、脑瘫后遗症畸形、关节畸形及脱位、脊柱裂后遗症下肢畸形、脊柱侧弯等需矫治手术的肢体残疾儿童实施矫治手术，治愈或减轻残疾程度。

二、项目机构

成立省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目（以下简称省项目）领导小组、项目管理办公室和技术指导组（成员名单及职责分工见附件1）。委托山东省康复研究中心为省项目管理单位，承担具体组织工作，会同项目定点医疗机构（名单见附件2）实施项目。

三、救助对象

具有本省户籍的0-17周岁肢体残疾儿童，具有专业诊断医

疗机构出具的诊断证明（具体病种详见补助标准部分），经省项目技术指导组专家评估有手术适应指征，监护人有手术意愿并填写相关知情同意书。

四、补助标准

省项目按照救助的肢残病种包干治疗费用标准给予补助，在包干费用范围内，经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险、其他保险救助等按规定报销后，其余费用由残疾儿童康复救助经费据实支付定点医疗机构。

（一）住院手术或门诊保守治疗补助范围包含药费、床位费、诊查费、检查费、放射费、检验费、治疗费、手术费、输血费、护理费、材料费、输氧费等，包干治疗费用标准如下：

先天性、炎症、创伤、肿瘤及罕见病导致的四肢畸形，脑瘫后遗四肢畸形，脊柱裂后遗下肢畸形，严重的发育性髋关节脱位，严重的马蹄内翻足，严重的发育性关节内外翻畸形，成骨不全症，住院手术治疗不超过 5 万元；骨肿瘤导致的肢体功能障碍，脊柱侧弯，住院手术治疗不超过 7 万元；发育性髋关节脱位，先天性马蹄内翻足，门诊保守治疗不超过 1 万元。

对病情特别复杂，预计总费用会超出上述标准的病例，须由项目定点医疗机构向省项目管理办公室（山东省康复研究中心）提出书面申请，经批准后可酌情提高标准。对同一受助儿童同一疾病需分次手术的，按最终总费用计算；对同一受助儿童不同疾病需手术的，可根据实际病情分别申请救助或一并申请救助，对

各病种费用分别计算。

(二)需适配辅助器具的,辅助器具装配费补助不超过 1000 元;术后需康复训练的,康复训练费补助不超过 4000 元。

五、救助流程

(一)提出申请。肢体残疾儿童监护人向户籍所在地县级残联提出申请,填写《肢体残疾儿童矫治手术康复救助申请表》(附件 3),提交家庭户口本、监护人身份证等身份证明材料及相关疾病诊断治疗证明材料;也可自行登录山东省残疾人公共服务管理系统(网址 www.service.sddpf.org.cn)提交申请。

(二)市县初审。县级残联接收申报材料后应在 5 个工作日内完成初审,对符合条件的提交市级残联转送或直接将材料报送省项目管理办公室。

(三)省级审核。省项目管理办公室定期组织专家,对各市、县(市、区)残联报送的申报材料进行审核(审核意见表见附件 4),必要时可让监护人补充相关材料或到定点医疗机构复诊,填写《肢体残疾儿童矫治手术康复救助对象审核合格名单》(见附件 5)。未通过者,要告知具体原因,如监护人有异议,可向省项目管理机构申请复核,复核结果为最终结果。

(四)救助实施。对符合条件需要办理转诊转院手续的受助儿童,按照医保相关规定办理转诊转院手续,就近就便转入定点医疗机构进行手术康复。省项目管理办公室协调定点医疗机构审查受助儿童经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险、其他

保险救助等按规定报销后的病历及收费票据资料，将相关资料盖章确认后报送省残联康复部备案。省残联按项目规定确定医疗费用补助金额与定点康复医院定期结算。

（五）信息报送。省项目管理办公室协调定点医疗机构及时对受助儿童、监护人进行回访，了解儿童康复情况、项目意见建议等，填写《肢残矫治手术康复救助项目受助儿童回访登记表》（附件6），并将救助情况录入全省残疾人精准康复服务系统。

六、组织管理

残联、财政、卫生健康、医疗保障等部门要按照本方案安排认真落实责任，组织各有关单位规范项目运作，建立科学有效的工作机制，保障肢体残疾儿童及时得到手术救助。要加强宣传引导，扩大项目影响，提高社会效益。项目经费通过省级以上财政安排的残疾儿童康复救助资金予以保障。

- 附件：1. 省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目领导小组、项目管理办公室和技术指导组成员名单及职责分工
2. 省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目定点医疗机构
3. 肢体残疾儿童矫治手术康复救助申请表
4. 肢体残疾儿童矫治手术康复救助审核意见表
5. 肢体残疾儿童矫治手术康复救助对象审核合格名单
6. 肢残矫治手术康复救助项目受助儿童回访登记表

附件 1

省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目 领导小组、项目管理办公室和技术指导组 成员名单及职责分工

一、省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目领导小组

组 长：黄庆峰 省残联副理事长

成 员：王新观 省残联康复部部长

王海明 省卫生健康委医政处二级调研员

黄晓军 省医保局待遇保障组处长

卢希清 省残联康复部二级调研员

张 斌 省康复研究中心主任

职责分工：省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目（以下简称省项目）领导小组日常办事机构设在省残联康复部，负责项目组织实施，开展项目宣传、人员培训和工作指导，定期实施督导检查。

二、省项目管理办公室

主 任：张 斌 省康复研究中心主任

成 员：李 委 省康复研究中心骨科主治医师

骆 宾 省康复研究中心骨科医师

崔 倩 省康复研究中心财务科会计

职责分工：省项目管理办公室设在省康复研究中心，在省残

联康复部指导下，对各市报送的申请材料进行审核，组织专家评估，协调定点医疗机构进行手术，汇总审查相关救助资料，保存救助档案，定期回访等。

三、省项目技术指导组

组 长：王克来 山东大学齐鲁医院小儿外科主任、主任医师

副组长：王延宙 山东省立医院儿骨外科主任、主任医师

王若义 山东大学第二医院小儿外科/医务部主任、
副主任医师

成 员：胡 勇 山东大学第二医院手外科/足踝外科主任、
主任医师

王恒冰 山东省立医院儿骨外科主任医师

李建民 山东大学齐鲁医院骨科主任、主任医师

刘培来 山东大学齐鲁医院关节外科副主任、主任医师

刘新宇 山东大学齐鲁医院脊柱外科副主任

庄 岩 山东大学齐鲁医院小儿外科副主任、主任医师

陈维秀 山东大学第二医院小儿外科主任、主任医师

林永杰 山东省立三院骨科主任、主任医师

石恩东 山东省立三院骨科主任医师

曲宏懿 山东省千佛山医院小儿外科副主任、主治医师

联络人：李 委 山东省康复研究中心骨科主治医师

职责分工：技术指导组负责对受助儿童资格审核、手术适应指征评估、疑难病例会诊、技术指导，对项目执行进度和实施质量进行检查督导，并组织参与科研等工作。

附件 2

省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目 定点医疗机构

序号	医院名	地址	联系人	联系电话
1	山东大学齐鲁医院	济南市历下区文化西路 107 号	王克来	18560082255
2	山东大学第二医院	济南市天桥区北园大街 247 号	王若义	13573160909
3	山东省立医院	济南市槐荫区经五路 324 号	尉 真	0531-68776027
4	山东省千佛山医院	济南市历下区经十路 16766 号	曲宏懿	13905316435
5	山东省立三院 (原省交通医院)	济南市天桥区无影山中路 11 号	林永杰	13954199668
6	青岛大学附属医院	青岛市市南区江苏路 16 号	李富江	13969825749
7	济宁医学院附属医院	济宁市任城区古槐路 89 号	贾代良	15963705623
8	山东大学齐鲁医院 (青岛)	青岛市市北区合肥路 758 号	许洪涛	18561810859
9	济南市儿童医院	济南市槐荫区经十路 23976 号	王春华	18866115866
10	烟台市烟台山医院	烟台市芝罘区解放路 91 号	慕明章	13395358508
11	泰安市中心医院	泰安市泰山区龙潭路 29 号	张其海	13375388995
12	临沂市人民医院	临沂市兰山区解放路东段 27 号	冯 辉	13954978839
13	聊城市人民医院	聊城市东昌西路 67 号	高冬梅	0635-8276123
14	滨州市人民医院	滨州市黄河北路 515 号	王新安	0543-3280805

省项目管理办公室：山东省康复研究中心（山东省康复医院）；

联系人：李委，联系电话：18353133680、0531-81210513、81210558；

地 址：济南市历城区唐冶新区围子山路 3126 号。

附件 3

肢体残疾儿童矫治手术康复救助申请表

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证者必填)				
残疾等级	一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级 ☐						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	☐ 建档立卡贫困户家庭 ☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难						
享受医疗保险情况	☐ 参加城乡居民基本医疗保险 ☐ 参加商业医疗保险 ☐ 参加其他保险_____ ☐ 无任何医疗保险						
肢残有关疾病情况							
	(附相关诊断证明)						
残疾人或监护人申请	申请人： 年 月 日						
县（市、区）残联初审意见	审核人： 公 章 年 月 日						

备注：未经市、县级残联筛查初审，直接在项目定点医疗机构就诊的肢残儿童，也须填写本申请表，“县（市、区）残联初审意见”改由定点机构相关科室出具意见并盖章，定点机构协助肢残儿童办理相关转院转诊手续。

附件 4

肢体残疾儿童矫治手术康复救助审核意见表

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证者填)				
肢残有关疾病							
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
省专家组 评估审核意见							
	专家签字						
省级项目 管理机构 (省项目办)审 核意见	负责人签字：日期：						
	单位盖章：						
	未通过者 填写原因						
注意事项	受助人经评估审核符合项目救助要求，方可转入定点医疗机构接受手术康复。如自行在医院手术的，相关费用由其家庭自行承担。						

肢残矫治手术康复救助项目受助儿童回访登记表

回访人(签字):

[illegible]

山东省残疾人联合会 文件 山东省卫生健康委员会

鲁残联发〔2019〕14号

关于印发《山东省听力残疾儿童人工耳蜗 康复救助项目定点医院认定及 管理办法》的通知

各市残联、卫生健康委（卫生计生委）：

为贯彻落实《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号），加强听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院的规范管理，进一步推进全省听力残疾儿童精准康复服务，按照《关于做好残疾人精准康复服务行动听力残疾儿童人工耳蜗植入手术医疗服务工作的通知》（国卫医综合便函〔2017〕154号）要求，省残联、省卫生健康委共同制定了《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院认定

及管理办法》，现印发给你们，请遵照执行。



山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助 项目定点医院认定及管理办法

第一章 总 则

第一条 为推进我省听力残疾儿童精准康复服务,进一步加强我省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院的规范管理,根据国家相关要求,结合我省实际,制定本办法。

第二条 本办法所指的定点医院,是经省卫生健康委和省残联共同发文认定,报中国听力语言康复研究中心项目办公室备案,承担中国残联及省残联牵头实施的人工耳蜗康复救助项目植入手术的医院,或经国家卫生健康委与中国残联已认定的医院。

第二章 认定程序

第三条 申报医院对照《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院准入标准》(附件1)的各项要求,如实填写《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院申报表》(附件2)和《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点手术医院审批表》(附件3),向省残联项目办公室(以下简称“省残联项目办”,设在省听力语言康复中心)提交书面申请。

第四条 由省残联会同省卫生健康委组织专家对申请医院进行评估,符合认定标准的,由省卫生健康委和省残联共同发文认定,并报中国听力语言康复研究中心项目办公室备案。

第三章 工作职责及要求

第五条 定点医院承担项目任务前，须与省残联签订《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院责任书》（附件4），明确工作责任和具体要求。

第六条 定点医院须成立项目工作组，建立项目管理工作流程，明确项目负责人和联络人。项目负责人负责组织协调、保障项目在本院的顺利实施，做好与省残联项目办和院方各部门的协调与沟通，保障患者筛查、手术及产品管理等工作安全、顺畅实施；项目联络人负责本院与省残联项目办的日常工作联络及档案的报送工作。

第七条 定点医院负责做好人工耳蜗项目产品的接收和管理，并签署《产品验收单》，项目产品必须用于项目救助对象，确保项目使用的人耳蜗产品不进入流通环节。

第八条 定点医院应严格按照《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目筛查标准》，做好救助对象的筛选工作。

第九条 定点医院应核实救助对象身份，做好术前风险的知情告知工作，与救助对象监护人签署《人工耳蜗手术知情同意书》（附件5）。

第十条 定点医院应当指定项目备案医生，承担救助对象的植入手术，严格按照临床技术规范开展手术。如患者不适宜立即实施植入手术，须及时报告省残联项目办。

第十一条 定点医院应及时为救助对象开机，在术后一年内提供不少于4次的调机服务，并填报《受助者调机服务记录卡》。

第十二条 手术经费实行先执行后结算，手术经费已包含的项目费用，任何单位和个人不得再向救助对象收取。

第十三条 定点医院应按时做好项目档案信息报送工作，在术后1个月内报送《人工耳蜗产品使用登记表》；术后2个月内报送《受助人手术记录》；术后开机1年内报送《受助者调机服务记录卡》。

第十四条 省残联项目办、定点医院应加强项目工作的技术培训与管理，确保项目服务质量。

第四章 考核评估

第十五条 省残联和省卫生健康委按照《政府购买残疾儿童康复服务考评标准》，每年对定点医院项目执行情况进行考评，连续两年考评不合格的，取消其定点医院资格。省残联和省卫生健康委将不定期组织专家对项目定点医院实施抽评，抽评两次不合格的，取消其定点医院资格。

第十六条 定点医院在管理和执行中有下列行为之一的，经查实，除按照有关规定处理外，同时取消其定点医院资格：

- （一）替换救助对象接受植入手术的；
- （二）置换项目产品为救助对象植入的；
- （三）出现严重医疗事故或重大医疗差错的；

(四) 严重违反项目有关规定的。

第十七条 本办法自公布之日起执行。凡与本办法不一致的，以本办法为准。

第十八条 本办法由省残联项目办负责解释。

- 附件：
1. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院准入标准
 2. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院申报表
 3. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院审批表
 4. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院责任书
 5. 人工耳蜗手术知情同意书

附件 1

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助 项目定点医院准入标准

一、医疗服务

（一）三级甲等医院，具有卫生行政部门核准的科目。

（二）设置独立的耳鼻咽喉科 10 年以上，床位 30 张以上，技术水平处于三级甲等医院专业领域先进地位。科内设置单独的耳科专科（或者专业组）：床位 10 张以上，能够独立完成耳显微外科各类常规手术。具有独立完成人工耳蜗植入手术 50 例以上经验。

（三）耳鼻咽喉科近 3 年来无医疗事故或重大医疗差错。

（四）手术室具备千级空气层系统，具有符合要求的耳科手术显微镜、耳科手术电钻系统、摄录系统，标准化的耳科手术器械和人工耳蜗植入手术专用器械。麻醉科应具备丰富的婴幼儿手术经验。

（五）全身病发症处理综合抢救能力：具备有婴幼儿救助经验的重症监护室、介入放射等影像专业科室的支持。

（六）已成立人工耳蜗中心或人工耳蜗植入小组，其成员应包括耳科医师、听力师、助听器验配师等人员。

（七）具有独立完成人工耳蜗植入手术 50 例以上的主刀医

师至少 1 名,有参加人工耳蜗手术经验的助手医师至少 2 名以上。

二、医师资格

- (一) 取得《医师执业证书》，执业范围为耳鼻咽喉科。
- (二) 10 年以上耳鼻咽喉-头颈外科临床诊疗工作经历。
- (三) 具有副主任医师或以上专业技术职务任职资格。
- (四) 具有独立完成人工耳蜗植入手术 50 例以上经验。
- (五) 近 3 年来无医疗事故或者重大医疗差错。
- (六) 经过本项目考核认可，必要时须经过适当的培训。

三、小儿听力学服务

(一) 业务能力。

1. 能够向患儿家属提供人工耳蜗技术咨询。

2. 具备承担术前综合评估能力：

(1) 能够对小儿的听力损失作出定性、定量和定位的诊断。

(2) 能够开展常规听力学检测：包括小儿行为听力测试(裸耳及助听后)、纯音测听、小儿言语测试、听性脑干反应(ABR)，听觉稳态诱发反应(ASSR)，声导抗，耳声发射(OAE)等主观和客观听力测试。

(3) 具备术前疑难病例会诊的能力。

3. 术中检测：能够独立开展常规和疑难病例的术中听力学监测工作。

4. 术后调机：能够独立完成人工耳蜗调试工作，并能进行准确分析和正确处理疑难病例的工作。

5. 能够建立项目工作要求的术前评估、术中监测、术后调试的文字、图片和音像的档案。

（二）人员要求。

1. 听力学技术人员：至少 3-4 名，包括 1-2 名听力医师和 2 名听力技术人员，可完成本项目要求的术前听力学诊断、助听器选配、术中监测、术后调试疑难病例会诊工作。

（1）听力医师：本科及以上学历；要求具有良好的听力学教育背景；技术职称为副主任医师；从事小儿听力学工作至少 3 年以上。

（2）听力学技术员：本科及以上学历；接受过正规听力学培训；从事临床听力学工作 3 年以上，了解儿童的心理和行为特点，有一定的与儿童沟通的技巧，具备儿童听力评估能力；专项技能培训考试合格。

2. 术中监测人员：1 名（可兼）。接受过系统培训的听力学技术人员；具有临床客观听觉功能测试 1 年以上工作经验；具有人工耳蜗术后调试 1 年以上工作经验。熟练掌握设备工作原理、安装、连接、阻抗测试。

3. 术后调机人员：至少 1 名（可兼）。具有大专及以上学历，有听力学基础，经过至少 1 年专业培训的听力学人员；经过人工耳蜗技术培训，掌握人工耳蜗工作原理、结构、体外设备使用等相关知识；了解康复听力学、掌握小儿听力学，有较丰富的小儿行为测听经验；熟练使用调试软件，可独立处理调试中遇

到的问题。

（三）设备及用品用具。

1. 听力学诊断设备：小儿行为听力测试设备，包括带有声场和视觉强化条件的听力计、游戏测听玩具、儿童用桌椅、声级计，听觉稳态诱发反应仪，听性脑干反应仪，耳声发射仪，声导抗测试仪。

2. 人工耳蜗术中监测设备。

3. 人工耳蜗术后调试设备。

（四）规模与场地。

1. 听力诊断场地与规模。

符合 GB/T16403 和 GB/T16296 的隔音要求的测听室至少 2 间，面积至少 6 平方米；通风好、照明好，用于小儿行为听力测试的隔声室需适当布置适合儿童特点的装饰；用于听觉诱发反应的隔声室需设置电屏蔽。

2. 术后调试场地与规模：独立的调试室不少于 1 间，面积不少于 20 m²/间，室内及周围环境安静；室内采光、通风良好。

附件 2

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目 定点医院申报表

医院（盖章）

医院负责人：

填表人：

填表日期：

项目	评估内容																					
医院服务	是否三级甲等医院：是 ☐ 否 ☐ 耳鼻咽喉科设立于（ ）年；是否单设耳科：是 ☐ 否 ☐ 耳鼻咽喉科床位共（ ）张，其中耳科床位（ ）张 是否能够独立完成耳显微外科各类常规手术：是 ☐ 否 ☐ 本院医师已独立完成（ ）例人工耳蜗植入手术。																					
	是否具备千级空气层流系统手术室：是 ☐ 否 ☐ 是否配备人工耳蜗植入手术专用器械：是 ☐ 否 ☐ 麻醉科是否具备开展婴幼儿手术麻醉经验：是 ☐ 否 ☐																					
	是否具有处理手术并发症、开展婴幼儿救治工作的重症监护、影像专业等科室：是 ☐ 否 ☐																					
	是否成立人工耳蜗中心或者人工耳蜗技术小组：是 ☐ 否 ☐																					
手术医师资格	<table border="1"> <thead> <tr> <th>资格内容</th><th>手术医师姓名：</th><th>手术医师姓名：</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>是否取得《医师执业证书》</td><td>是 ☐ 否 ☐</td><td>是 ☐ 否 ☐</td></tr> <tr> <td>医生执业范围是否为耳鼻咽喉专业</td><td>是 ☐ 否 ☐</td><td>是 ☐ 否 ☐</td></tr> <tr> <td>专业技术职称</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>从事耳鼻咽喉专业临床诊疗工作</td><td>（ ）年</td><td>（ ）年</td></tr> <tr> <td>独立完成人工耳蜗植入手术</td><td>（ ）例</td><td>（ ）例</td></tr> <tr> <td>近3年来有无医疗事故或者重大医疗差错</td><td>有 ☐ 无 ☐</td><td>有 ☐ 无 ☐</td></tr> </tbody> </table>	资格内容	手术医师姓名：	手术医师姓名：	是否取得《医师执业证书》	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	医生执业范围是否为耳鼻咽喉专业	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐	专业技术职称			从事耳鼻咽喉专业临床诊疗工作	（ ）年	（ ）年	独立完成人工耳蜗植入手术	（ ）例	（ ）例	近3年来有无医疗事故或者重大医疗差错	有 ☐ 无 ☐	有 ☐ 无 ☐
	资格内容	手术医师姓名：	手术医师姓名：																			
	是否取得《医师执业证书》	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐																			
	医生执业范围是否为耳鼻咽喉专业	是 ☐ 否 ☐	是 ☐ 否 ☐																			
	专业技术职称																					
	从事耳鼻咽喉专业临床诊疗工作	（ ）年	（ ）年																			
	独立完成人工耳蜗植入手术	（ ）例	（ ）例																			
近3年来有无医疗事故或者重大医疗差错	有 ☐ 无 ☐	有 ☐ 无 ☐																				
小儿听力学服务范围	人工耳蜗咨询量（ ）人次/年 人工耳蜗术前检查评估量（ ）人次/年 对小儿听力损失是否能够做出定性、定量、定位诊断：是 ☐ 否 ☐ 是否已开展：小儿行为听力测试（裸耳及助听后） ☐ 纯音测听 ☐ 小儿言语测试 ☐ 听性脑干反应（ABR） ☒ 声导抗 ☐ 耳声发射（OAE） ☐ 听觉稳态诱发反应（ASSR） ☐ 其他（ ） 是否已开展术前疑难病例会诊工作 是 ☐ 否 ☐ 是否由本院人员完成术中听力学监测工作 是 ☐ 否 ☐ 是否由本院人员完成人工耳蜗调试工作 是 ☐ 否 ☐ 是否为患者建立：术前评估档案 ☐ 术中监测档案 ☐ 植入手术档案 ☐ 术后调试档案 ☐																					

小儿听力学服务	人员	本院听力技术人员（ ）名，符合项目要求（ ）名		
	设备用具	小儿行为听力测试设备：带有声场和视觉强化条件的听力计□ 游戏测听玩具□ 儿童用桌椅□ 声级计□ 听觉稳态诱发反应仪□ 听性脑干反应仪□ 耳声发射仪□ 声导抗测试仪□ 其他设备名称及型号（ ）台数（ ）		
		术中监测设备：有□ 无□		
		术后调试设备：有□（澳大利亚□ 奥地利□ 美国□） 无□		
		服务场所	测听室（ ）间，面积（ ）m ² /间，是否符合隔声要求：是□ 否□ 小儿行为听力检测室室内布置是否符合儿童特点：是 □ 否 □ 客观听力检测室的隔声室是否具有电屏蔽功能：有 □ 无 □	
	独立的调试室（ ）间，面积（ ）m ²			
人工耳蜗项目组成员名单				
类 别		人数（人）	姓 名	
耳科医师				
听力学技术人员				
助听器验配评估人员				
儿科医师				
儿童精神心理医师				
设备科负责人员				
财务科负责人员				
其他				
听力技术人员基本情况				
姓名	技术职称	主岗工作	临床听力学工作年限	

附件 3

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目 定点手术医院审批表

医院名称				院长	(签名)
医院地址				邮编	
项目 负责人	(签字)	技术职称		联系 方式	电话： 传真： Email：
		行政职务			
医院申报 意见	签名： 盖章： 日期：				
省卫生 健康委 意见	签名： 盖章： 日期：				
省残联 意见	签名： 盖章： 日期：				

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助 项目定点医院责任书

为推进我省听力残疾儿童精准康复服务工作，落实听障儿童人工耳蜗康复救助项目，使听力残疾儿童通过人工耳蜗植入手术重建听力、改善功能，提高自理能力和生活质量，省残联与各定点医院签订责任书。

一、工作任务

按时完成手术任务，手术总有效率达到 95%以上。

二、措施要求

（一）采取院长负责制，成立人工耳蜗中心或人工耳蜗植入小组，明确相关科室和人员职责，严格按照山东省听障儿童人工耳蜗康复救助项目工作要求开展工作。

（二）指定专人负责做好产品的验收、入库、保管、出库及使用等管理工作，及时填写产品验收单，将接收并使用的产品数量及型号汇总上报至省残联项目办。

（三）对山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目推荐的患者进行严格的复筛，确定手术对象。

（四）落实手术场地和床位，准备药品、手术器械及耗品等，确保手术顺利进行。

（五）进行必要的术前检查，制定手术计划，做好术前准备，确保手术质量。

（六）负责一般并发症的处理，对于严重并发症和手术医疗事故争议，及时上报卫生健康行政主管部门，并妥善处理。

（七）规范填写手术记录并保存手术档案，手术记录须上交至省残联项目办。

（八）术后一年内为手术对象提供不少于 4 次的调机服务。

三、本责任书自签字之日起生效。

四、本责任书一式两份，甲乙双方各执一份。

甲方：山东省残疾人联合会

乙方：（定点医院）

签名：（盖章）

签名：（盖章）

日期： 年 月 日

附件 5

人工耳蜗植入手术知情同意书

患者姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 病案号_____ 术前诊断_____

我知道我的亲属/子女因耳聋需要施行人工耳蜗植入术，手术能使其恢复听力，但我也清楚手术可能出现以下风险：

一、术中风险

1. 可能发生麻醉意外
2. 可能发生心、脑血管意外
3. 可能发生术中出血量大需输血
4. 可能发生面神经损伤致暂时或永久性面神经麻痹
5. 可能发生鼓索神经损伤致术后味觉改变
6. 可能发生鼓膜、外耳道穿孔
7. 可能发生乙状窦、硬脑膜受损
8. 可能发生外淋巴漏、脑脊液漏
9. 可能发生要移动或去除听骨、鼓索神经等中耳组织结构
10. 可能发生电极植入受阻致有效电极不能完全植入或部分电极受损
11. 可能发生因内耳畸形或骨化严重，无法植入电极
12. 可能发生各种意外因素致使中止手术或采取抢救措施

二、术后风险

1. 可能发生皮瓣出血、皮下血肿、颅内血肿
2. 可能发生局部（切口、中耳、内耳）感染、皮瓣坏死、颅内感染
3. 可能发生术后切口瘢痕，装置在耳后皮下隆起
4. 可能发生电极移位或脱出
5. 可能发生皮瓣增厚影响装置使用，需再次手术削薄
6. 可能发生残余听力减退或丧失
7. 可能发生耳鸣、眩晕、平衡障碍
8. 可能发生电极刺激时出现面肌抽搐和其他非听觉刺激
9. 可能发生佩戴体外装置导致皮肤过敏或对植入体内的部件过敏

三、其它风险

1. 可能发生术前期望值与术后效果不一致
2. 可能发生装置故障需手术取出或更换
3. 可能发生难以适应新声音，甚至要求取出
4. 不能接受产生诱导电流的医学治疗。包括：电外科手术、透热疗法、神经刺激疗法、电痉挛疗法、离子放射治疗。做磁共振时可能需再次手术，暂时取出植入体内磁铁
5. 因其它疾病状况所增加的各种风险
6. 目前未知的意外和风险

我们理解以上可能发生的治疗风险并要求手术。

患者家属（父母双方）签字_____、_____与患者关系_____ 医师签字_____

年 月 日

山东省残疾人联合会 文件 山东省卫生健康委员会

鲁残联发〔2019〕15号

关于印发《山东省听力残疾儿童人工耳蜗 康复救助项目管理实施细则》的通知

各市残联、卫生健康委（卫生计生委），各定点医院、定点康复机构：

为贯彻落实《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）和《关于做好残疾人精准康复服务行动听力残疾儿童人工耳蜗植入手术医疗服务工作的通知》（国卫医综合便函〔2017〕154号），进一步加强和规范听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目管理，提高资金使用效益和项目实施效果，省残联、省卫生健康委共同制定了《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目管理实施细则》，现印发给你们，

请遵照执行。



山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助 项目管理实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步加强和规范我省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目管理，提高资金使用效益和项目实施效果，根据国家相关要求，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目，是指由国家下达或本省安排并组织实施，为符合条件的重度以上听力残疾儿童提供人工耳蜗康复救助的项目。

项目经费是指由中央财政转移支付及省财政预算安排的听力残疾儿童康复救助项目专项资金。

第二章 救助对象

第三条 救助对象为具有山东省户籍的年龄 18 周岁以下，经评估适合人工耳蜗植入条件的重度以上听力残疾儿童。

第四条 符合植入人工耳蜗有关条件，筛选标准见《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目筛查标准（试行）》（附件 1）。

第三章 救助内容与补助标准

第五条 救助内容是为符合条件的听力残疾儿童提供人工

耳蜗产品、人工耳蜗植入手术、调机以及术后康复训练补助经费。

第六条 补助标准。

（一）免费为每名受助听力残疾儿童提供人工耳蜗产品 1 套。

（二）手术费：1.5 万元/人，包括术前检查（复筛）、手术及术后第 1 年不少于 4 次的调机（含开机）。

（三）术后康复训练费：不低于 1.5 万元/人/年。对术后在定点机构内集中康复训练的儿童救助时间原则上不超过 2 学年（每学年 10 个月）。康复训练经费包括康复训练、康复评估、家长培训、康复教材、食宿等费用。

第四章 组织实施

第七条 组织管理。

省残联负责制定项目管理实施细则；牵头成立项目领导小组；会同省卫生健康委等部门协调解决项目定点服务机构审定、医疗服务质量监督、各地资金使用监管等重大问题，检查、督导项目执行进度，考核评估项目绩效。

项目领导小组下设项目办公室（以下简称“省项目办”），设在省听力语言康复中心，具体负责项目的组织实施与管理，牵头成立项目专家小组，推荐、管理定点服务机构，筛选、审定受助人，做好项目公示、手术、术后康复安置，档案和数据填报、检查评估、技术培训、家长培训，协助做好人工耳蜗产品的委托

采购或政府招标采购，监督管理人工耳蜗产品的发放、使用和存放等，防止项目使用的人工耳蜗产品进入流通环节。

第八条 技术服务。

项目专家小组负责审核项目救助初筛对象、疑难症会诊、技术指导，对项目执行进度和实施质量进行检查督导，组织参与科研等工作。

项目定点服务机构包括定点筛查机构、定点手术医院、定点康复机构及产品服务机构，分别按照有关技术标准为受助人提供相应的筛查、手术、康复训练及人工耳蜗产品售后等服务。

第五章 工作流程

第九条 项目申请。

听力残疾儿童监护人可通过以下途径提交申请：

（一）持身份证、户口本等证明材料向户籍所在地县（市、区）残联提出申请。

（二）自行登录“山东省残疾人公共服务管理系统”网站提交申请，网址：www.service.sddpf.org.cn。

县级（市、区）残联接收到申报材料后，应当在5个工作日内完成初审，将符合条件的材料提交市级转送或直接报送省项目办统一安排初筛。

第十条 初筛与审批。

申请人与定点筛查机构预约筛查时间后，按双方约定的时间

到项目定点筛查机构接受初筛，定点筛查机构负责指导监护人填写《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目初筛登记表》（见附件3），并核查所有申报材料信息的真实性、准确性、完整性，将完成初筛儿童名单及申报材料报至省项目办，经审核后，确定初筛合格和不合格名单。

初筛名单要进行5个工作日公示，公示期满无异议者，由市残联或申请人户籍所在地县（市、区）残联将初筛结果通知监护人。对初筛公示未通过者，要告知其具体原因，如监护人有异议，可向省项目办申请，由省项目办组织专家复核，复核结果为最终结果。公示不合格者，可在6个月后重新申请。

第十一条 复筛与手术。

省项目办负责组织初筛通过者到定点手术医院进行复筛，复筛通过者将择期手术。

定点医院负责完成复筛、人工耳蜗产品的交接存管、人工耳蜗植入手术、术后开机和调机等工作，并按要求做好《手术及开机报告》（见附件4）、《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目人工耳蜗产品使用登记表》（见附件5）和《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目受助者调机服务记录卡》（见附件6）的填报工作。

复筛未通过者，项目不提供补贴，其在医院所发生的费用自行承担，省项目办或户籍所在地残联告知监护人原因后中止其项目救助。

第十二条 术后安置与康复训练。

受助人须在开机一年内，由省项目办协调户籍所在地残联将其转介到协议定点康复机构接受康复训练，由监护人与项目定点康复机构签订康复训练协议。户籍所在地残联负责汇总本地项目年度救助对象情况，按要求录入“中国残疾人精准康复服务管理系统”，填写《____年度山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目受助人汇总表》（附件7），并报至省项目办。

定点康复机构负责为受助人提供术后康复训练和后续跟踪指导服务。3-6岁的受助人须接受至少1学年的全日制康复训练，每天单训时间不少于30分钟；3岁以下或入普幼、普小的受助人可采取一对一的亲子同训、预约单训或家庭指导、远程指导等方式接受至少1学年的非全日制康复训练，非全日制康复训练每周不少于3次，每次不少于1小时（含家长培训与指导），确保康复质量。

第十三条 产品采购、配送与管理。

（一）项目所需人工耳蜗产品由省残联委托中国听力语言康复研究中心或省听力语言康复中心按政府采购程序组织产品采购。

（二）省项目办负责协调将中标人工耳蜗产品配送至定点手术医院，并协助做好产品监管工作。中标产品供应商负责产品使用、保养的技术培训、提供维修和零配件更换以及有关咨询等其他服务。

(三)定点医院指定专人负责做好产品的验收、入库、保管、出库及使用等管理工作,及时填写产品验收单,将接收产品的数量、型号汇总后报至省项目办。在使用过程中,如发现产品质量问题应及时与中标供应商联系并协商处理。

第六章 定点服务机构

第十四条 定点机构参与项目服务的专业人员须通过中国听力语言康复研究中心或省级康复机构项目专项技能培训,达到承担项目相关工作要求。

第十五条 定点手术医院由省卫生健康委、省残联按照《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目定点医院认定及管理办法》的要求共同认定。各定点医院要成立项目工作组,指定项目负责人和联络人,与省项目办签订协议,按照先手术、后结算的办法,在规定资助范围内不再收取受助者其他费用。

第十六条 定点康复机构由市级残联按照《山东省人工耳蜗救助项目基层康复机构认定标准》有关要求认定后,报省听力语言康复中心备案。定点康复机构要按照项目要求,做好受助者术后康复训练、康复评估跟踪与指导,康复档案的建立与填报工作。

第十七条 产品服务机构为项目中标产品供应商,负责项目人工耳蜗产品的技术咨询、维修保养及售后等服务。

第七章 经费管理

第十八条 人工耳蜗产品采购费和手术、调机费由省残联按照预算管理规定时限，根据项目申请和审核情况，提出预算方案报省财政厅，省财政厅按规定审批后给予安排。康复训练经费由市、县（市、区）根据年度手术儿童数量从上级财政转移支付经费中给予安排。

第十九条 省残联收到项目经费后，按照项目工作完成情况和有关规定或合同约定，及时将有关经费核拨中标产品供应商（或转拨委托招标采购单位）和定点医院。

第八章 绩效评价

第二十条 省项目办要按照省财政厅有关要求，组织开展项目绩效评估工作，按时完成项目年度绩效报告。通过实地督导检查、调阅档案资料、家长满意度调查等形式，检查项目实施绩效情况。

第二十一条 各定点医院要为每名受助儿童建立档案，开展术后随访跟踪，做好术后效果评价和项目年度工作报告。

第二十二条 省残联与省卫生健康委根据项目绩效报告（必要时进行实地抽查），对项目整体实施情况作出综合评价。

第九章 监督检查

第二十三条 省卫生健康委要加强对定点医院的指导与监

督，组织开展技术交流与培训。

第二十四条 省财政补助资金要做到专款专用，不得截留、转移、挤占和挪用，省残联会同相关部门对项目资金使用情况进行监督检查，重点是项目的实施情况、资金的管理情况等。

第二十五条 有关部门、单位违反本规定，存在弄虚作假、违反项目实施原则的，责令改正，限期收回资金。有下列行为之一的，依据法律法规追究有关人员的责任，构成犯罪的，移送司法机关依法处理。

- （一）以虚报或伪造等手段骗取经费的；
- （二）截留、挪用经费或无故拖延资金拨付的；
- （三）超出经费使用范围使用的；
- （四）将项目使用的人耳蜗产品进入流通环节的。

第二十六条 任何单位和个人有权对经费使用管理过程中发生的各种违法违纪行为进行投诉、检举和控告。

第十章 附 则

第二十七条 本实施细则自印发之日起实施。既往执行与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

- 附件：1.《山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目筛查标准（试行）》
- 2.残疾人精准康复服务补助申请审批表

3. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目初筛登记表
4. 手术及开机报告
5. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目人工耳蜗产品使用登记表
6. 山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目受助者调机服务记录卡
7. ____年度山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目受助人汇总表

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目 筛查标准（试行）

根据《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）和《山东省残疾人精准康复服务行动实施方案（2016-2020）》要求，参照中华医学会编著的《人工耳蜗植入工作指南》（2013年版）和中国残联《“七彩梦行动计划”聋儿（人工耳蜗）康复救助项目筛查标准》，制定本标准。

一、适应证及禁忌证

【适应证】

1. 双耳重度或极重度感音神经性聋；
2. 申请康复救助时，未植入人工耳蜗。
3. 助听器选配后听觉能力无明显改善；
4. 家庭对人工耳蜗有正确认识和适当的期望值，且能陪同受助人接受听觉和言语康复训练。

【手术禁忌证】

（一）绝对禁忌证。

1. 内耳严重畸形病例，如 Michel 畸形或耳蜗缺如；
2. 听神经缺如或中断；

3. 严重的精神疾病;
4. 中耳乳突化脓性炎症尚未控制者。

(二) 相对禁忌证。

1. 不能控制的癫痫;
2. 严重精神、智力、行为及心理障碍, 无法配合听觉言语训练。

二、听力学评估

(一) 主观听阈测定:

采用纯音测听。儿童可采用行为观察、视觉强化和游戏测听法。

1. 小儿行为测听(行为观察、视觉强化、游戏测听或纯音) — 裸耳听阈平均阈值 $\geq 80\text{dBHL}$ 。

2. 小儿行为测听(行为观察、视觉强化或游戏测听) — 助听听阈好耳 2kHz 及以上频率 $\geq 50\text{dBHL}$ 。

(二) 客观听力检查: 40Hz 相关电位与多频稳态测试可选做其中一项, 其他各项听力学检查按要求执行。

1. 声导抗—鼓室图(A型或C型曲线), 声反射无反应;
2. 短声 ABR 反应阈值 $\geq 90\text{dBnHL}$;
3. 40Hz 听觉事件相关电位 1kHz 以下反应阈值均 $\geq 100\text{dB nHL}$;
4. 多频稳态诱发电位—500、1k、2k、4kHz 均 $\geq 80\text{dB HL}$;
5. 耳声发射: DPOAE 双侧均未引出;

（三）听觉言语能力评估。

此项测试为配戴助听器进行的阈上功能测试。

1. 听觉能力测试：

（1）林氏六音察知测试：察知音的数量不少于 1 个音；

（2）CAP 听觉分级问卷和听觉整合问卷（MAIS, IT-MAIS）—父母问卷。CAP 听觉分级问卷：低于 6 级；听觉整合问卷得分 < 20 分；

（3）韵母识别、声母识别、双音节词识别三项平均得分 ≤ 70%。开放式短句识别率 ≤ 70%。

2. 言语能力测试：

（1）理解能力：测试内容为“听话识图”。

（2）交往能力：测试内容为“主题对话”。

（3）问卷分级评估：SIR 言语可懂度问卷。

4 岁至 6 岁（申请康复救助时年龄不满 7 周岁）的申请者其理解能力和交往能力测试，平均语言年龄达 1 岁以上（含 1 岁）水平。7 岁至 17 岁（申请康复救助时年龄不满 18 周岁）的申请者其理解能力和交往能力测试，平均语言年龄达 4 岁以上（含 4 岁）水平。

SIR 言语可懂度问卷填写测试结果。

听觉能力测试第（3）项及言语能力测试第（1）、（2）项均使用《听力障碍儿童听觉能力评估标准及方法语言能力评估标准及方法》词表（孙喜斌主编）。

三、影像学评估

高分辨率颞骨 CT 显示双侧耳蜗和内听道结构适合本手术。

高分辨率颞骨 CT 及 MRI 显示双侧耳蜗和内听道结构适合本手术，脑内无器质性/进行性病变。

四、精神、智力、行为评估

（一）希-内学习能力测试评分（适合 3-17 岁）>70。

（二）格雷费斯精神发育测试评分（适合 3 岁以下或不能配合完成希-内测试的申请者）>76。

（三）自闭症、孤独症测试。

1. 克氏孤独症行为量表评分<10（适合 2 岁以上）。

2. Rutter 儿童行为问卷评分<9（适合 7—17 岁）。

五、附则

本标准于 2019 年 4 月 1 日起执行，由省项目办负责解释。

附件 2

残疾人精准康复服务补助申请审批表

(年度)

姓 名		性 别		民 族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
残疾类别	视力□ 听力□ 言语□ 肢体□ 智力□ 精神□ (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级□ 二级□ 三级□ 四级□ 未定级□						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	☐ 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 ☐ 家庭经济困难					户口类别	☐ 农业户 ☐ 非农业户
享受医疗保险情况	☐ 享受城镇职工基本医疗保险 ☐ 享受城乡居民基本医疗保险 ☐ 享受医疗救助 ☐ 享受其他保险 ☐ 无医疗保险						
康复需求项目	(附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请	申请人: 年 月 日						
社区(村)委会意见	审核人: 公 章 年 月 日						
乡镇(街道)政府意见	审核人: 公 章 年 月 日						
县(市、区)残联审批意见	审核人: 公 章 年 月 日						

填表说明:

1. 此表由残疾人或其监护人填写,经社区康复协调员逐级审核上报至县(市、区)残联,由县(市、区)审批并留存。
2. “康复需求项目”栏依据评估机构出具的“康复需求评估意见”填写。评估机构出具的“康复需求评估意见”须加盖评估机构公章。

附件 3

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目

初筛登记表

儿童姓名：_____

出生日期：_____年_____月_____日

申报日期：_____年_____月_____日

申报年龄：_____岁_____月_____日

山东省残疾人联合会印制

知情同意书

我已经知道人工耳蜗植入可能产生的风险和申请的准备及要求，我自愿申请并做以下承诺：

- 我承诺自愿承担人工耳蜗手术风险；
- 如复筛不通过，在医院费用自行承担；
- 我能够积极配合手术植入后调机工作，并做好相关费用的准备；
- 我们会陪伴孩子做好术后长期的康复训练；
- 我对人工耳蜗术后康复效果已有适当的期望值，对术后康复效果能否达到预期目标有心理准备。
- 我自行选择在（_____）接受术后康复训练。
- 我自愿选择（勾选并填写）
 - ☐1. 在（_____）接受人工耳蜗手术植入。
 - ☐2. 服从分配在任一定点医院接受人工耳蜗手术植入。
- 我承诺无偿提供孩子评估音像资料用于项目宣传和学术交流报告。
- 我自愿申请“山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目”，遵守项目的有关要求，服从项目的审核、耳蜗产品、手术医院、术后安置等内容的安排。

听力残疾儿童姓名（申请者）：_____

法定监护人签字（申明人）：_____

签字日期：_____年____月____日

一、基本情况

(一) 听障儿童一般情况:

听障儿童姓名									性 别								
出生年月日	年 月 日								民 族								
身份证号码																	
户籍所在地	_____省(市)_____市(区/县)_____街道(乡镇)_____居委会 _____街 (胡同/小区/村街) _____号(楼)_____单元 _____室																
现居住地址	_____省(市)_____市(区/县)_____街道(乡镇)_____居委会_____街 (胡同/小区/街) _____号(楼)_____单元 _____室																
通讯地址	户籍所在地 ☐ 现居住地址 ☐																
居住地住宅电话									邮 编								

(二) 家庭基本情况:

是否单亲: 是☐ 否☐

父亲姓名			职 业			文化程度		
工作单位						联系电话		
听力状况:								
母亲姓名			职 业			文化程度		
听力状况:								
工作单位						联系电话		
家庭其他联系人信息								
姓名	性别		与申请人关系			联系电话		

备注: 若父母为听障人士, 则必须确定一位父母以外的家庭联系人, 以便及时联系。

二、病史

(以下内容由专业人员协助填写)

(一) 耳鼻咽喉科及口腔科检查情况

耳廓：左耳：正常 ☐ 畸形 ☐；右耳：正常 ☐ 畸形 ☐
耳道：左耳：正常 ☐ 畸形 ☐；右耳：正常 ☐ 畸形 ☐
鼓膜：左耳：正常 ☐ 穿孔 ☐ 充血 ☐；右耳：正常 ☐ 穿孔 ☐ 充血 ☐
耳科手术史：有 ☐ 无 ☐ 耳鸣与眩晕史：有 ☐ 无 ☐
唇裂：有 ☐ 无 ☐
腭裂：有 ☐ 无 ☐

(二) 孕产史及生长发育史

母孕期：早孕感染史：有 ☐ 无 ☐
用药史：有 ☐ 药物名称：_____ 无 ☐
长期接触噪声史：有 ☐ 无 ☐ 经常桑拿史：有 ☐ 无 ☐
长期接触有毒物质史：有 ☐ 无 ☐ 外伤史 有 ☐ 无 ☐
个人史：足月产 ☐ 早产 ☐ 顺产 ☐ 难产 ☐ 助产 ☐ 引产 ☐ 剖腹产 ☐
出生时缺氧 有 ☐ 无 ☐ 体重_____g
生长发育是否正常 是 ☐ 否 ☐ (_____)
既往疾病史：传染病史 有 ☐ 无 ☐
其他疾病史(如癫痫、精神情况等) 有 ☐ 无 ☐
遗传性耳聋史：有 ☐ (与患者关系：_____) 无 ☐
其它发育障碍：无 ☐ 有 ☐ (☐自闭症 ☐智力 ☐视力 ☐肢体 ☐其它_____)

(三) 助听器使用情况

耳聋确诊时间：_____
是否佩戴助听器：否 ☐ 是 ☐ 配戴耳：左 ☐ 右 ☐
助听器配戴时间：<3个月 ☐ 3—6个月 ☐ 6—12个月 ☐ >12个月 ☐
助听器品牌型号：左耳 _____；右耳 _____

（四）申请者目前所在机构：

☐ 机构康复（康复时间 ____ 个月）

现在所在康复机构名称：_____

☐ 家庭训练

☐ 未接受康复

☐ 普通幼儿园（就读时间 ____ 个月）

就读起始时间：_____年 ____月 至 _____年 ____月

现在所在普通幼儿园名称：_____

（五）家长评价申请者目前语言交流能力：口头表达 ☐ 唇读 ☐ 手语 ☐

书面语言 ☐ 猜测 ☐

（六）家庭康复认识及术后期望值

家长是否接受过康复培训： 是 ☐ 否 ☐

家长对手术植入风险和术后康复的重要性的认识：有 ☐ 无 ☐

家长对人工耳蜗植入后的期望值：能听到声音 ☐ 能简单交流 ☐ 能正常交流 ☐

家庭中是否有专人陪伴康复：有 ☐ （与儿童的关系_____） 无 ☐

法定监护人签字：

日期：____年 ____月 ____日

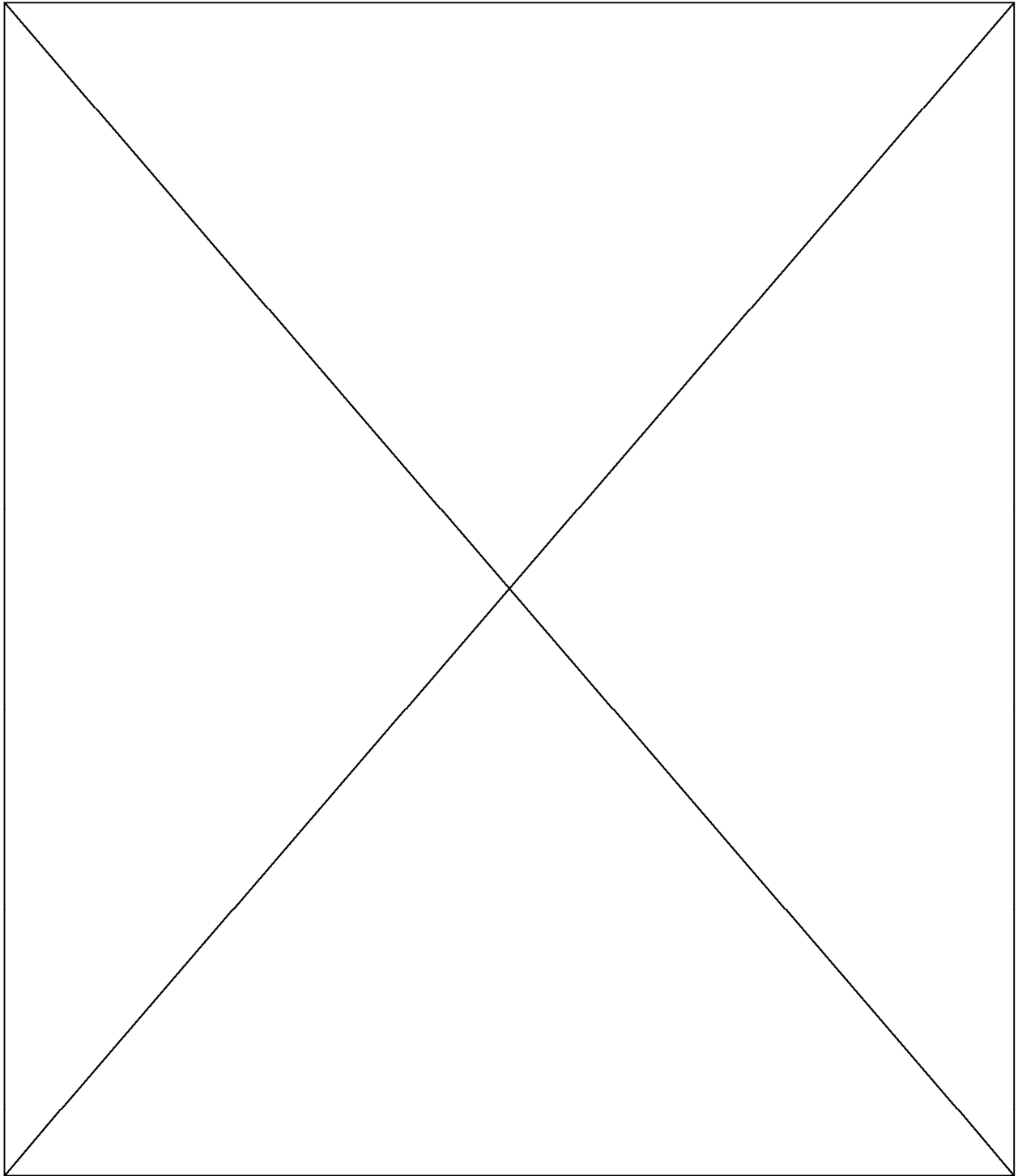
专业人员签字：

日期：____年 ____月

说明：1. 此表用黑色签字笔或钢笔完整填写，表中各项内容如有缺项、漏项视为无效申请；

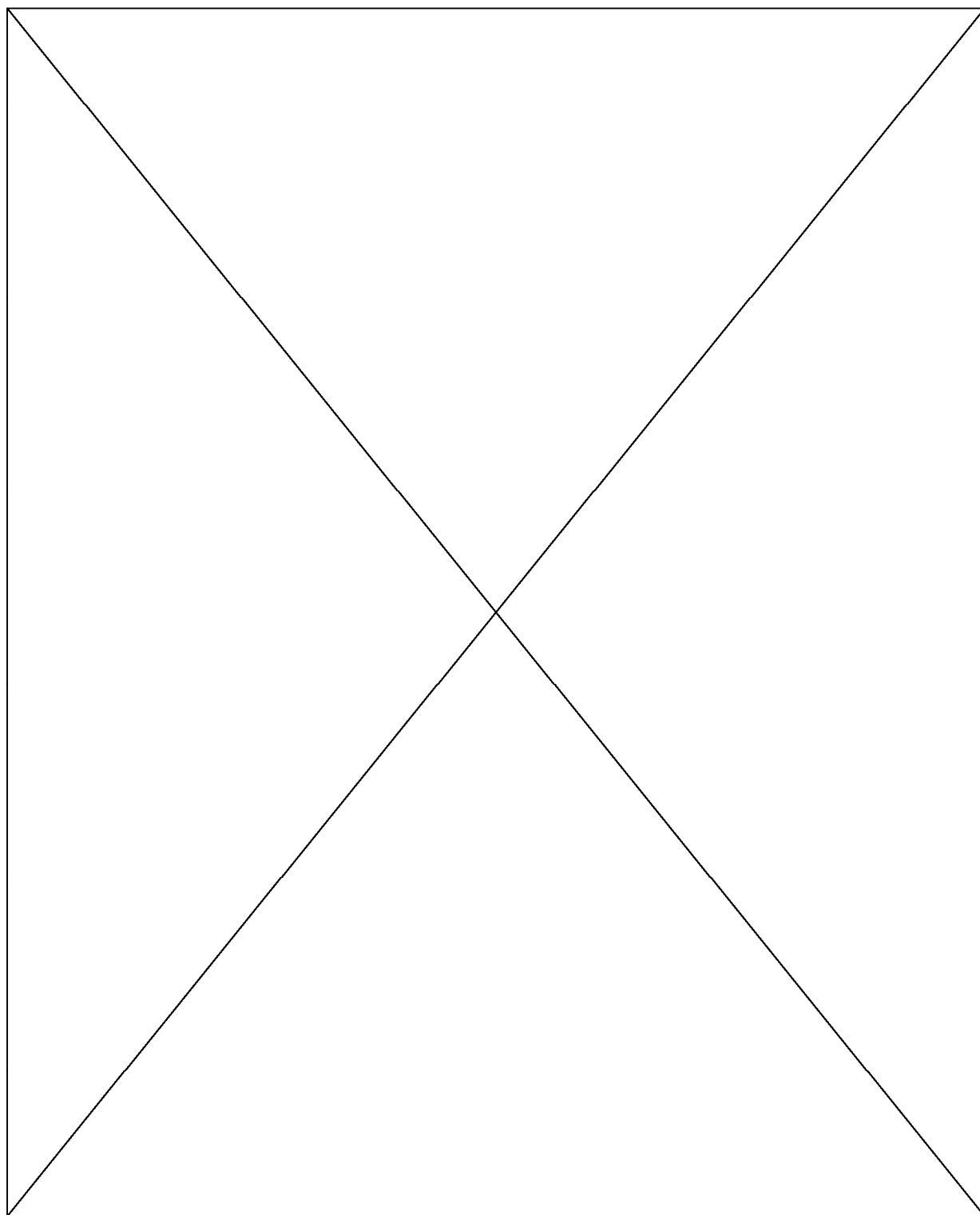
2. 此表要求如实填写，所提供材料真实有效，否则将被取消申请资格。

三、申请人与法定监护人户口簿复印件



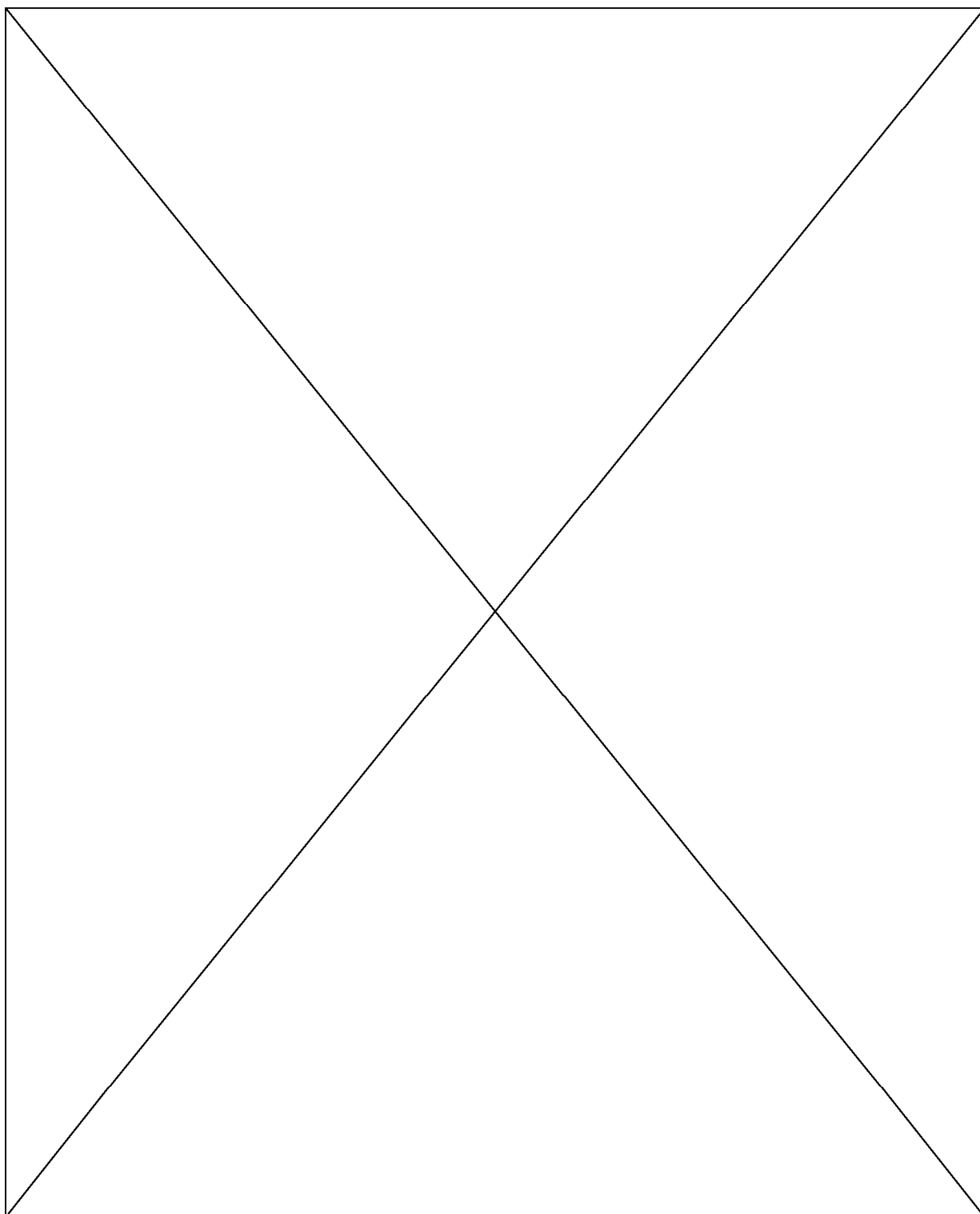
说明：1.以 A4 纸复印，户主主页在上，孩子户口在下，复印在同一页上；父母双方的户口本复印件为一页两人，上下排列。
2.复印件与原件相符，须由筛查人员核实、盖章并签字。

四、行为测听：裸耳和助听听阈测试报告单



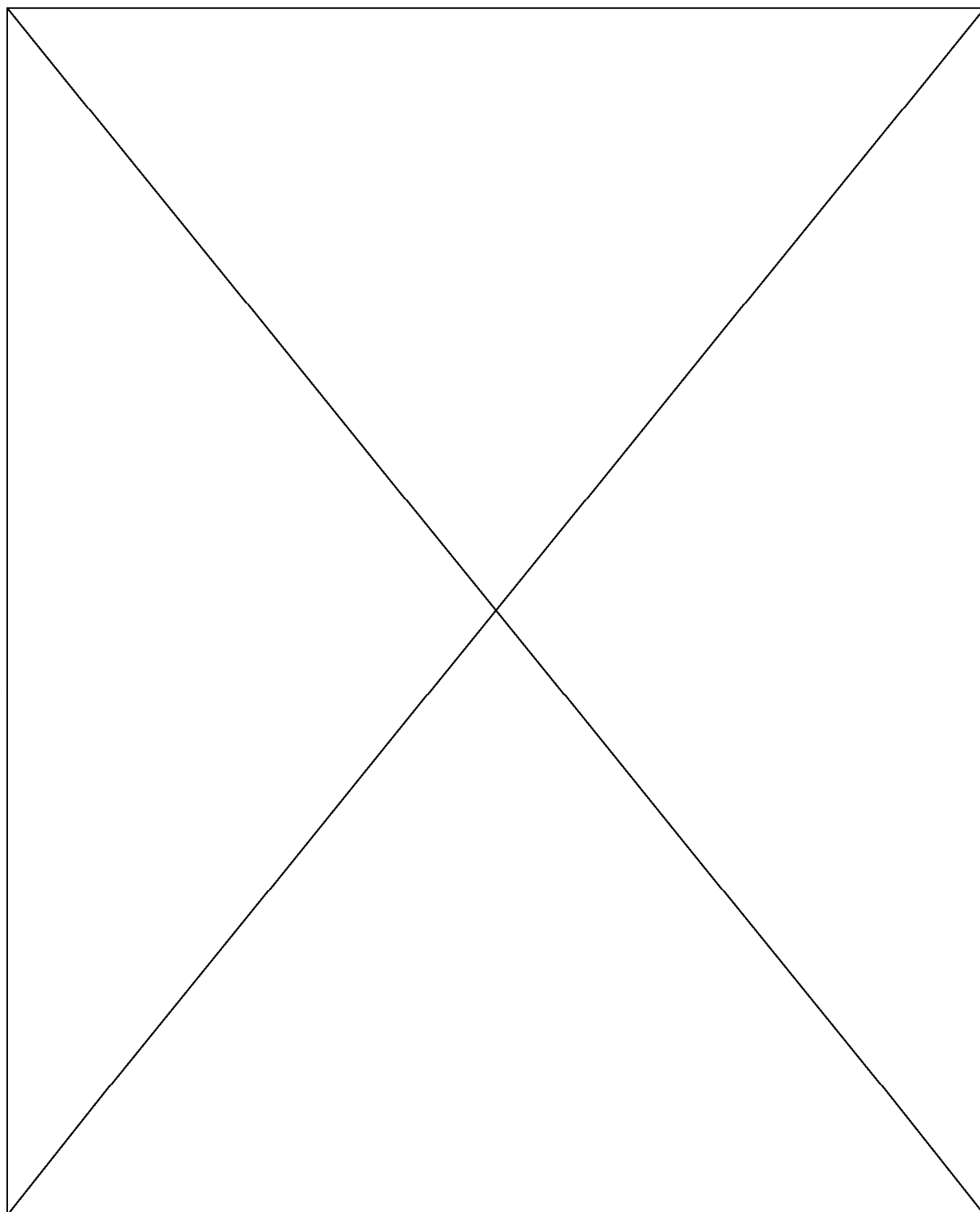
说明：提供 3 个月以内的检查结果，原件及复印件各 1 份。

五、声导抗测试报告单



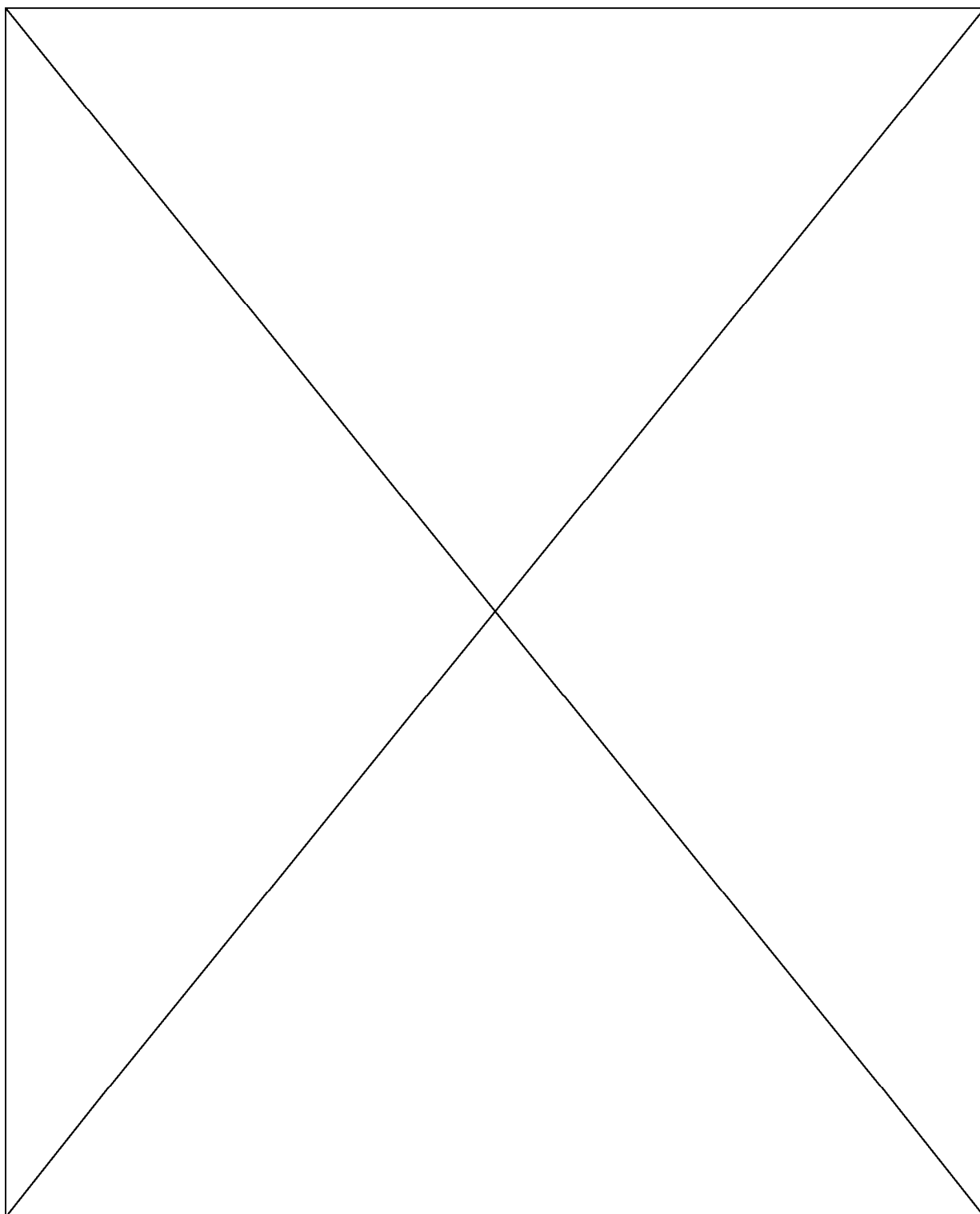
说明：提供 3 个月以内的检查结果，附图，原件及复印件各 1 份。

六、听性脑干反应（ABR）测试报告单



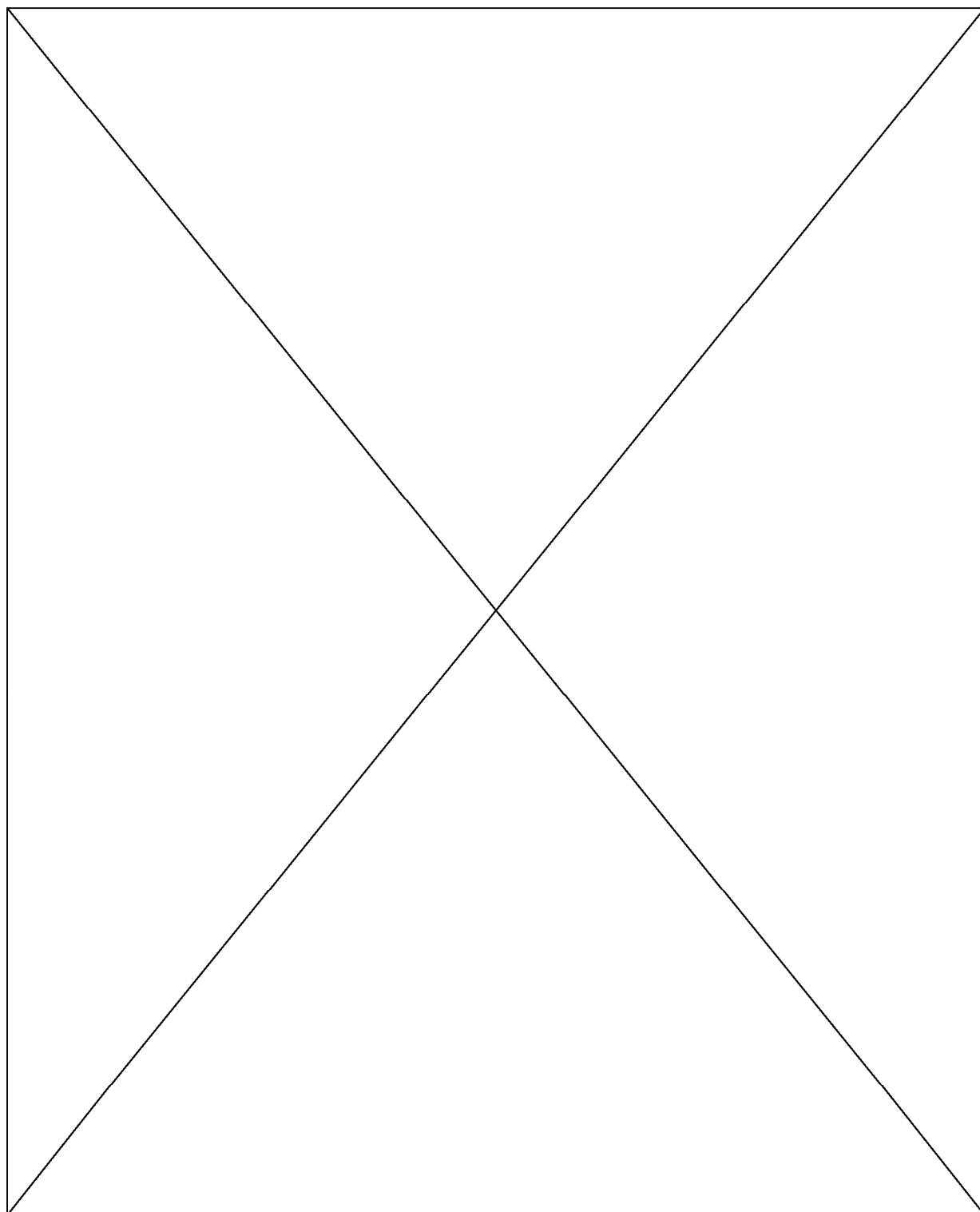
说明：提供 1 年以内的检查结果，附图，原件及复印件各 1 份。

七、40Hz 相关电位或多频稳态诱发电位测试报告单



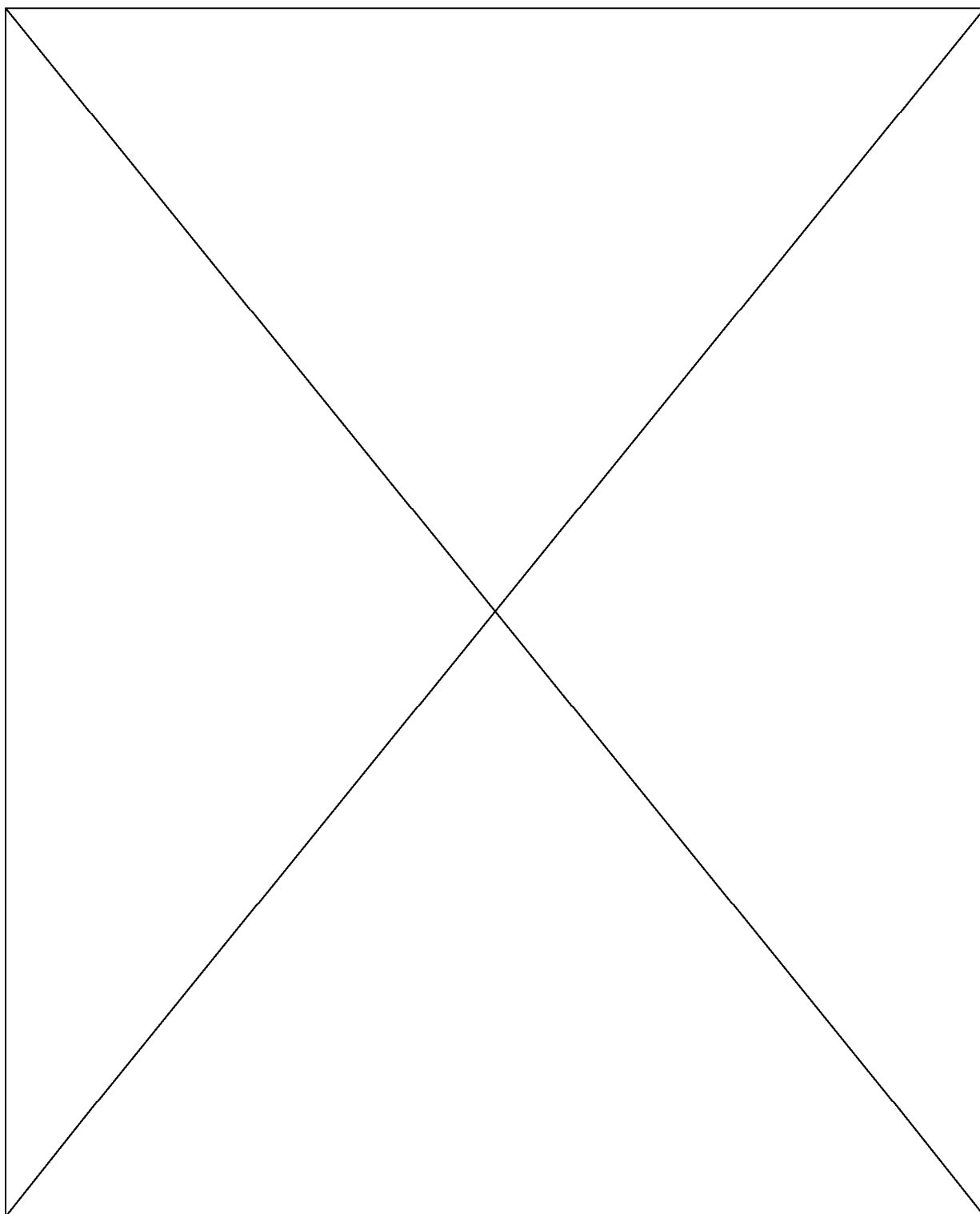
说明：提供 1 年以内的检查结果，附图，原件及复印件各 1 份。

八、耳声发射（OAE）测试报告单



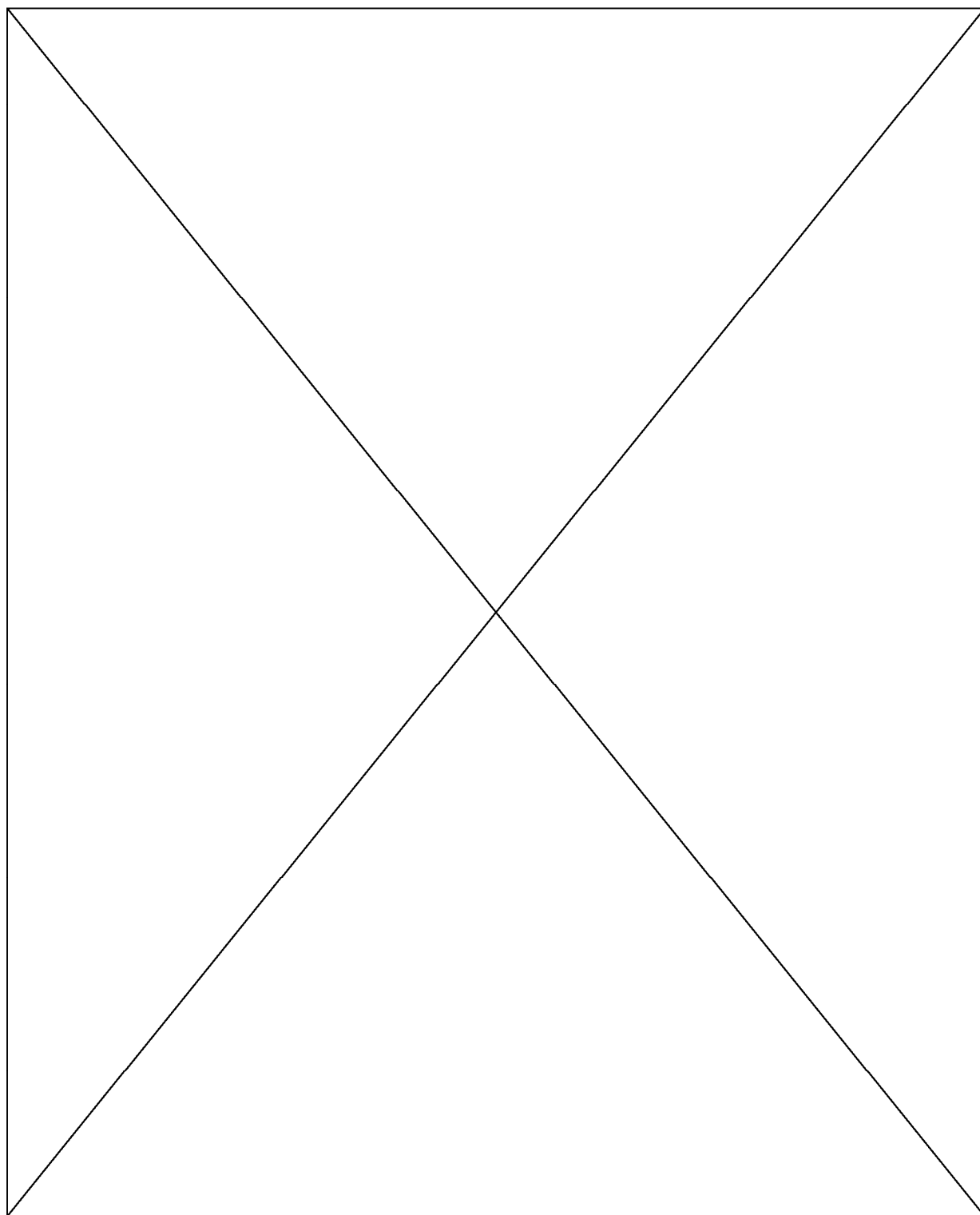
说明：提供 1 年以内的检查结果，附图，原件及复印件各 1 份。

九、颞骨 CT 报告单



说明：1.报告中必须描述内耳发育状况；
2.提供 2 年以内的检查结果并提交影像学胶片，原件及复印件各 1 份。

十、内耳及颅脑磁共振成像（MRI）报告单



说明：提供 2 年以内的检查结果并提交影像学胶片，原件及复印件各 1 份。

十一、听觉言语能力评估报告

患者姓名：_____ 出生日期：____年__月__日 评估日期：____年__月__日

林氏六音觉察阈测试			
有察觉反应或能复述均在相应□中打√：			
m □ a □ u □ l □ sh □ s □ 无察觉 □			
听觉能力评估			
评估内容		最大识别率得分（%）	
		封闭式测试	开放式测试
语音识别	韵母识别		——
	声母识别		——
双音节词识别			——
短句识别		——	
平均识别率得分			
言语能力评估			
评估内容		语言年龄（岁）	
		封闭式测试	开放式测试
理解能力 （听话识图）			
交往能力 （主题对话）			
平均语言年龄（岁）			
CAP 听觉分级问卷级别：			
SIR 言语可懂度问卷级别：			
发音水平： 发音清晰 □ 能发音 □ 不能发音 □			

评估机构：_____ 评估人（签字）：_____

说明：一式二份。

十二、学习能力及精神行为发育测试报告

患者姓名：_____ 出生日期：____年__月__日 评估日期：____年__月__日

评估机构：_____ 评估人（签字）：_____

希 内 学 习 能 力 测 验	测试项		学习年龄/ 量表分	测试结果	得分
	3-7 岁 □	8 岁及以上 □			
	穿珠	记数字		中位数智龄/ 量表分	
	记颜色	迷方			
	辨认图	图画推理		百分位数	
	联想	空间推理			
	折纸			智商 / 学习 能力商	
	短记忆力	短记忆力			
	摆方木	摆方木			
	完成图	完成图			
格 雷 费 斯 智 力 测 验	测试项			智龄（月）	发育商
	运动				
	手眼协调				
	操作				
	总计				
★说明：以上两项测试根据受试者年龄选做其一					
克氏孤独症行为量表得分					
Rutter 儿童行为问卷得分					
行为观察描述及建议					

说明：一式二份。

十三、审批意见表

听障儿童姓名		出生日期	年 月 日	
省项目专家组审核意见				
省项目办初筛审批意见	单位盖章： 负责人签字： 日期：			
	通过	未通过	未通过原因	
	○	○		
注意事项	受助人经初筛符合项目救助要求，并经公示 5 天无异议，方可到定点医院接受复筛。如复筛通过，则安排人工耳蜗植入手术及术后康复训练；如复筛不通过，则中止该项目救助，在医院的费用由其家庭自行承担。			

附件 4

手术及开机报告

手术日期：____年____月____日 开机日期：____年____月____日

一、手术情况

电极插入：顺利 ☐ 不顺利 ☐

如不顺利，问题及原因_____

手术并发症：有 ☐ 无 ☐

如有，标明何并发症及原因_____

术中监测：顺利 ☐ 不顺利 ☐

如不顺利，问题及原因_____

二、术后拍片检查

电极是否全部植入：是 ☐ 不是 ☐

如不是，电极植入数目_____

三、开机情况

极间阻抗测试：全部正常 ☐ 部分正常 ☐

如部分正常，异常电极_____ 原因：短路 ☐ 断路 ☐

言语编码策略：_____

电极是否均开放工作：是 ☐ 不是 ☐

如不是，关掉_____电极，原因：_____

四、手术耳声场评估（开机后 1 个月内）

1、声场测试（啞音）：○dBHL ○dBSPL

250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz

2、林氏 6 音反应：

①察知水平：m ☐ a ☐ u ☐ i ☐ sh ☐ s ☐

②识别水平：m ☐ a ☐ u ☐ i ☐ sh ☐ s ☐

手术医生签字：_____ 日期：____年____月____日

附件 5

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目 人工耳蜗产品使用登记表

(_____年度)

患者基本情况																	
姓名					性别					民族							
出生日期					户口所在地												
身份证号																	
手术医院																	
监护人基本情况																	
姓名					与患者关系					文化程度							
身份证号码																	
工作单位																	
家庭住址	_____省（市）_____市（区/县）_____街道（乡镇）_____居委会街（胡同/小区/村）_____号(楼)_____单元_____室 邮编：_____																
住宅电话									手机								
产品交接验领	产品名称							植入体序列号									
								言语处理器序列号									
								配 件				壹套					
	监护人签字：_____ 手术医生签字：_____																
日期：____年____月____日 日期：____年____月____日																	

附件 6

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目 受助者调机服务记录卡

山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目	
受助者姓名：_____ 出生日期：____年____月____日	
手术医院：_____	
手术日期：_____年____月____日	
开机日期：_____年____月____日	
第 1 次：预约调机日期：____年____月____日 调机师签字：_____	
第 2 次：预约调机日期：____年____月____日 调机师签字：_____	
第 3 次：预约调机日期：____年____月____日 调机师签字：_____	
第 4 次：预约调机日期：____年____月____日 调机师签字：_____	
意见：_____	

附件 7

年度山东省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目受助人汇总表

[illegible]

山东省残疾人联合会办公室

关于做好残疾儿童定点康复机构 综合责任保险投保工作的通知

各市残联：

为贯彻落实《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）精神，进一步提高我省残疾儿童定点康复机构风险管理能力，保障残疾儿童合法权益，省残联委托江泰保险经纪股份有限公司山东分公司设计了残疾儿童康复机构综合责任保险条款及方案，并通过公开招标确定太平财产保险有限公司山东分公司为保险人，供残疾儿童定点康复机构自愿选择。各市要积极组织残疾儿童定点康复机构按照《关于印发山东省承担残疾人康复服务机构准入标准（试行）的通知》（鲁残联发〔2018〕37号）要求，购买相关责任保险。

附件：山东省残疾儿童定点康复机构综合责任保险简介

山东省残疾人联合会办公室

2019年5月13日

附件

山东省残疾儿童定点康复机构 综合责任保险简介

一、政策依据

《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）提出：鼓励各地为在训残疾儿童购买综合责任险等商业保险，提高受助儿童康复保障水平。

《山东省残疾人联合会、山东省卫生健康委员会关于印发山东省承担残疾人康复服务机构准入标准（试行）的通知》（鲁残联发〔2018〕37号）要求：承担残疾儿童康复救助任务的服务机构应当购买相关责任保险。

二、险种意义

医疗康复行业具有高风险，残疾儿童康复更是如此。随着被救助儿童家长法律意识的不断增强，各级残联、康复机构与被救助儿童之间关系日益复杂，将来可能会出现很多康复纠纷甚至诉讼事件。综合责任保险具有如下作用：

（一）保障残疾儿童权益。

残疾儿童的康复活动特殊性强、风险点多，建立以残疾儿童为中心的风险保障机制，充分利用商业保险的风险管理、经

济补偿功能，能为残疾儿童在康复治疗方面做好风险保障。

（二）保障康复机构权益。

综合责任保险的被保险人是残疾儿童定点康复机构，保险责任范围主要是保障康复机构在发生保险事故后依法对第三者残疾儿童应负的经济赔偿责任。

（三）保障残联组织权益。

综合责任保险可以发挥保险的社会管理功能，让各级残联组织在开展残疾儿童康复救助工作时能进一步维护残疾儿童合法权益，保障康复机构平稳运营。

三、保险主体

（一）投保人、被保险人。

本保险的投保人、被保险人是指康复机构。本保险转嫁了康复机构在日常经营管理中，对康复对象造成的人身伤害，依法应承担的经济赔偿责任。

（二）保险经纪人。

保险经纪人是受省残联委托，基于康复机构和残联主管部门利益，提供各项专业服务的保险顾问。本项目保险经纪人为江泰保险经纪股份有限公司山东分公司。

（三）保险人。

保险人是指保险公司。本项目保险人为太平财产保险有限公司山东分公司。

四、保险责任

具体以承保公司在保险监管部门报备的保险条款为准。

（一） 康复服务及场所责任。

在保险有效期内，被保险人在承保区域内从事经营活动过程中发生或存在下列情形导致康复对象遭受人身损害，康复对象或其监护人在保险期间或发现期内首次向被保险人提出人身损害赔偿请求，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照保险合同的约定负责赔偿：

1. 被保险人违反与康复服务相关的诊疗规范或其他规范；
2. 被保险人针对康复对象健康、日常活动、社会参与等需求进行评估后制定个性化康复方案存在不合理情形或遗漏；
3. 被保险人制定的康复服务计划、康复方案或康复方法未充分听取、尊重康复对象家属的意见，或未告知康复对象家属实施康复措施的详细信息；
4. 被保险人在对康复对象进行康复服务前，未强调安全注意事项并未认真检查康复辅助器具、工具的质量安全、使用安全状况，或未在可预见范围内采取必要的安全措施；
5. 被保险人安排康复对象进行不宜其参加的康复活动；
6. 被保险人的场地、其他公共设施，以及提供给康复对象使用的康复设备、材料、生活设施、设备不符合国家规定的设计标准，或存在明显不安全因素；

7. 被保险人的安全保卫、消防、设施设备管理等安全管理制度有疏漏，或管理混乱，存在安全隐患，而未及时采取措施；

8. 被保险人向康复对象提供的药品、食品、饮用水以及玩具、文具或其他物品不符合国家、行业 and 被保险人所在地的卫生、安全标准；

9. 被保险人发现或知道康复对象擅自离开康复机构等与康复对象人身安全直接相关的信息，但未及时告知康复对象的监护人，导致康复对象因脱离监护人的保护而发生伤害；

10. 被保险人知道或应当知道康复对象患有传染性疾病，未采取必要的隔离防范措施导致其他康复对象感染；

11. 被保险人发现康复对象突发疾病或受到伤害，但未根据实际情况及时采取相应措施，导致不良后果加重；

12. 被保险人或其从业人员发现康复对象的行为具有危险性，但未进行必要的告诫或制止；

13. 被保险人的从业人员侮辱、殴打、虐待、体罚或变相体罚康复对象；

14. 被保险人的从业人员患有不适宜担任康复服务工作的疾病，但被保险人未采取必要措施；

15. 被保险人的从业人员擅离工作岗位，不履行职责，或虽在工作岗位但未履行职责，或违反工作要求、康复服务计划；

16. 被保险人有未依法或未依照康复服务管理制度履行安

全保障义务的其他情形。

（二）公平原则责任。

在保险有效期内，康复对象在承保区域内因发生意外事故导致其遭受人身损害，且被保险人及康复对象对事故的发生均无过错的，康复对象或其监护人在保险期间或发现期内首次向被保险人提出人身损害补偿请求，依法应由被保险人给予的适当的经济补偿，保险人按照保险合同的约定负责赔偿。

（三）辅助器具产品责任。

在保险有效期内，因被保险人生产、销售或适配的辅助器具存在缺陷导致康复对象遭受人身损害，康复对象或其监护人在保险期间或发现期内首次向被保险人提出人身损害赔偿请求，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照保险合同的约定负责赔偿。

（四）法律费用。

发生可能引起本保险合同项下赔偿的情形时，被保险人被提起诉讼或仲裁，事先经保险人书面同意支付的合理的、必要的诉讼费、鉴定费、取证费、案件受理费、评估费、公证费、律师费、仲裁费及其他相关费用等，保险人依照保险合同约定负责赔偿。

（五）残疾儿童走失责任。

在保险有效期内，被保险人依法从事经营活动过程中，残

疾儿童从被保险人所在地走失，并且在走失期间因意外事故遭受人身损害，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照保险合同约定负责赔偿。

（六）外出组织活动责任。

在保险有效期内，被保险人在其所在地以外组织残疾儿童参加社交、娱乐、运动等活动（包括由被保险人的医护人员陪同短途旅游、参加节庆活动、陪护就医等）过程中，因发生意外伤害造成残疾儿童人身损害，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照保险合同约定负责赔偿。

五、保障额度和保险费

方案	累计责任限额	每次事故责任限额	每次事故每人责任限额	每次事故每人医疗费用责任限额	每次事故法律费用责任限额	每次事故每人精神损害抚慰金责任限额	每次事故每人公平原则责任限额	每人保险费
方案 1	100 万元	50 万元	10 万元	0.5 万元	5 万元	2.5 万元	2 万元	20 元
方案 2	200 万元	100 万元	20 万元	1 万元	10 万元	2.5 万元	2 万元	57.6 元
方案 3	400 万元	200 万元	30 万元	1.5 万元	15 万元	2.5 万元	2 万元	100 元

注：累计法律费用责任限额为每次事故法律费用责任限额的 2 倍。

六、投保操作流程

提交投保材料(包括:康复机构有效证件复印件加盖公章、保险公司制式投保单加盖公章等)→缴纳保险费→保险公司出具保险单、保险费发票。

七、理赔操作流程

向保险经纪公司报案→保险经纪人转报案→现场查勘(如需)→提交理赔材料→定责定损→支付赔款。

江泰保险经纪股份有限公司山东分公司提供全程的索赔协助服务。

八、江泰保险经纪股份有限公司各市经纪人联系方式

地区	经纪人	手机	邮箱
济南	庄树增	15605317139	sz.zhuang@jiangtai.com
青岛	李思敏	13863952506	sm.li@jiangtai.com.cn
淄博	郑炳湖	13561638799	bh.zheng@jiangtai.com
枣庄	钱司均	18763998777	sj.qian@jiangtai.com
东营	胡 刚	18954627807	hugang@jiangtai.com
烟台	修 宁	18053508888	xiuning@jiangtai.com
潍坊	李大伟	13361567089	dw.li@jiangtai.com
济宁	徐秋敏	18266863115	qm.xu@jiangtai.com
泰安	王 琴	15698121999	wangqin@jiangtai.com
威海	修 宁	18053508888	xiuning@jiangtai.com

日照	张秀芬	13506336350	xf.zhang@jiangtai.com
临沂	马耐国	13563997788	ng.ma@jiangtai.com
德州	张 波	18905345662	zhangbo02@jiangtai.com
聊城	宁俊峰	13853856788	ningjunfeng@jiangtai.com
滨州	曹信一	15605317129	xy.cao02@jiangtai.com
菏泽	李红博	18005300387	lihongbo@jiangtai.com

注：事故发生后请及时和所在市经纪人联系，由经纪人协助向保险公司索赔。

烟台市残疾人联合会
烟台市发展和改革委员会
烟台市教育局
烟台市民政局
烟台市财政局
烟台市人力资源和社会保障局
烟台市卫生健康委员会
烟台市行政审批服务局
烟台市市场监督管理局
烟台市医疗保障局

文件

烟残联〔2021〕13号

关于贯彻落实《山东省残疾儿童康复救助实施办法》的通知

各区市残联、发展改革委、教体局、民政局、财政局、人力资源社会保障局、卫生健康局、行政审批服务局、市场监管局、医保局：

为深入贯彻落实《山东省残疾儿童康复救助实施办法》（鲁

残联发〔2020〕28 号）文件精神，结合我市实际，补充以下意见，请一并贯彻执行。

一、筛查与诊断

1. 残疾儿童诊断机构确定。诊断评估机构应具备相应科室、设备和专业技术人员，能够开展对应诊断评估业务。孤独症儿童诊断评估机构应为三级公立医疗卫生机构，由市残联和市卫生健康部门确定后向社会公布；其他残疾儿童诊断评估机构应为二级甲等以上公立医疗卫生机构或残疾评定机构，由区市残联和卫生健康部门共同确定后分别报市残联和市卫生健康委备案。

2. 筛查诊断信息管理。市、县两级卫生健康部门应当及时汇总本地疑似残疾儿童信息（附件 1），定期与同级残联共享；市、县两级残联对疑似残疾儿童应实行实名制动态管理，开展康复需求筛查与救助、残疾评定等工作。

二、康复救助

3. 救助对象。持有《中华人民共和国残疾人证》的 0-17 周岁（含 17 周岁，以申请时间为准，下同）残疾儿童及持有符合规定的疑似残疾诊断证明（诊断报告或病历诊断书）的 0-6 周岁（含 6 周岁）疑似残疾儿童，发育迟滞儿童可类同于疑似智力残疾儿童，且符合下列条件之一：①具有本市户籍；②监护人持有本市居住证且纳税 1 年以上；③监护人持有本市居住证且缴纳社会保险（至少缴纳养老和医疗险）1 年以上；④监护人持有本市居住证连续 3 年以上。

4. 救助周期。每年 8 月 1 日至次年的 7 月 31 日为 1 个训练周期。1 个周期内，符合康复救助条件的残疾儿童，可提出康复服务及康复救助申请。

5. 救助标准。按照机构等级和残疾儿童康复有效天数进行救助。机构分一级、二级、三级 3 个等级。残疾儿童每月出勤 10 至 20 天为有效天数，年救助不超过 240 天，视力残疾儿童每月出勤 8 至 13 天为有效天数，年救助不超过 75 天。0-12 周岁残疾儿童，每人每天补助康复训练费最高为 100 元，其中，一级康复机构 80 元、二级 90 元、三级 100 元；13-17 周岁残疾儿童，实行“机构+社区+家庭”训练模式（视力残疾儿童除外），每人每天补助康复训练费 50 元；0-17 周岁视力残疾儿童，每人每天补助康复训练费 80 元；残疾儿童家庭生活交通补助费每人每天 25 元。每天康复训练时间参照服务目录（附件 4）执行。异地（烟台市以外）康复机构康复的 0-12 周岁残疾儿童和本地未能进行等级评定的康复机构，按照一级机构等级标准救助。

三、申请审核评估

6. 申请审核评估。残疾儿童监护人，应先自主选择定点康复机构，到康复机构领取康复档案（救助册），填写机构接收康复相关信息，持相关材料向残疾儿童户籍（居住证）所在地县级残联提出申请，县级残联在 5 个工作日内完成康复救助审核工作，审核后开展初次康复评估；13-17 周岁残疾儿童之前已连续

4 年以上（含 4 年）接受康复救助的，应先进行康复潜力评估，持具有康复潜力的评估报告，评估报告 1 年内有效（附件 2），到县级残联申请。异地康复残疾儿童需户籍地救助的，户籍地残联应会同异地残联联合审核。逐步推行申请审核工作网上办理。救助对象原则上一个救助周期内不得更换机构，确需变更的应经县级残联同意，多重残疾可根据康复潜力评估结果选择一种残疾类别接受康复救助。

四、康教服务与管理

7. 康教服务。康复机构应当按照《烟台市残疾儿童基本康复服务目录》、《烟台市残疾儿童基本康复服务规范》所规定的内容，围绕提高康复效果，制定个性化康复训练计划，为残疾儿童提供康复训练和康复服务。康复机构可根据残疾儿童个性化需求情况，增加服务项目、优化服务内容，加强“医教”融合康复、心理康复指导服务。残疾儿童到康复机构接受康复服务，康复机构应当与监护人签订康复服务协议。对不具备到校学习能力却长期在康复机构进行康复训练的适龄残疾儿童，教育、卫生健康、残联等部门应为其开展送教服务。

8. 康复考勤。本地康复机构一律实行考勤机刷脸考勤，进一步推行更加规范、严格的康复考勤管理方式。

9. 康复档案。康复机构应为残疾儿童建立康复档案，落实一人一档，逐步推行电子（网上）康复训练档案，实现康复服务全程记录，将基本服务轨迹录入康复系统管理。

五、救助审核

10. 救助审核。每个训练周期结束后，康复机构和异地康复残疾儿童的监护人，应于每年 8 月 5 日前，将受助残疾儿童康复档案（救助册）、考勤数据、资金申请报告等相关材料，报送属地县级残联，县级残联于当年 8 月 25 日前完成救助审核工作，并向市残联报送残疾儿童救助审核数据和市级财政资金申请报告表（附件 8）。

六、资金保障

11. 资金保障。市、县两级残联会同财政部门依据本地救助对象数量，足额安排康复救助资金，纳入政府财政预算，上级转移支付资金不足部分，由市、县两级财政按 1:1 比例承担。开展残疾儿童康复效果（潜力）评估经费及康复机构等级评定经费，由市级财政承担。残疾儿童接受基本康复服务目录规定内的，定点康复机构不得向监护人收取额外费用，不得让其监护人垫付康复训练费。

残疾儿童医疗康复项目，按照《关于对参加居民基本医疗保险的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童实施医疗康复全额保障的通知》（烟医保发〔2019〕28 号）规定执行，肢体残疾儿童参照脑瘫儿童标准执行，视力残疾儿童定额保障 1 周期（年）内不超过 75 天。

12. 资金拨付。康复训练费由县级残联拨付到康复机构，生活交通补助费或异地康复训练费可直接发放到残疾儿童监护人。

七、定点康复机构认定

13. 康复机构条件。机构选址应远离存在安全隐患的场所，应符合《山东省残疾儿童康复救助实施办法》（鲁残联发〔2020〕28号）和《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》（鲁残联发〔2020〕29号）文件要求。

14. 康复机构准入评审。康复机构实行评审制度，每年5月31日前，机构持相关材料向县级残联提出申请，县级残联初审通过后报市残联，市残联每年7月31日前，开展现场评估、核查。对存在安全隐患和省评估标准规定的“一票否决”项之一的申请机构不予评审。对新申请机构每年集中审核1次，对原有定点康复机构等级每两年复评1次。评审结果向社会公布。

15. 康复机构等级认定。按照《烟台市残疾儿童定点康复机构等级评定细则》满分为100分，根据机构建设、康复效果、社会认可度、项目执行力和“医教”融合康复等因素，由低到高综合评定出一级、二级、三级3个等级机构。其中，一级机构评定得分不低于70分，二级机构不低于80分且开展相关康复服务满3年，三级机构不低于90分且开展相关康复服务满5年，机构等级应同时满足省评估标准机构等级分值要求。逐步委托“第三方”评估机构开展康复机构评审、机构等级认定和康复效果评估。评估机构应具备开展残疾儿童康复评估能力以及所提供评估服务相适应的条件。

16. 康复机构管理。康复机构实行“等级、属地、动态”管

理制度。康复机构等级与康复救助资金标准挂钩。县级残联应与属地康复机构签订服务协议，协议期一般为 3 年。各部门应当密切协作，加强康复机构安全生产、消防、卫生防疫、项目运行等综合监管。行政审批服务部门应当为符合条件的机构办理医疗执业许可或教育资质。

对存在问题较重的康复机构，限期整改，整改后仍不达标的，解除服务协议，取消定点资格。对存在套取救助资金、发生严重安全或重大责任事故、伤害或虐待儿童、拒不接受或不按规定接受监督检查、有造成不良影响事件发生的康复机构，解除服务协议，取消定点资格，并按相关规定追究有关人员责任。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

本《通知》，适用于本市行政区域内残疾儿童康复救助工作，由市残联会同有关部门负责解释。自 2021 年 8 月 1 日起执行，有效期至 2026 年 7 月 31 日，烟残联〔2018〕26 号、烟残联〔2019〕18 号、烟残联〔2019〕19 号文件同时废止。

- 附件：
1. 烟台市疑似残疾儿童筛查诊断登记表
 2. 烟台市残疾儿童康复效果及康复潜力评估登记表
 3. 烟台市残疾儿童康复救助申请审核表（样表）
 4. 烟台市残疾儿童基本康复服务目录
 5. 烟台市残疾儿童康复救助补助及评估标准
 6. 烟台市残疾儿童康复辅具补助标准

7. 烟台市残疾儿童康复救助人员汇总表
8. 烟台市残疾儿童康复救助资金申报表
9. 烟台市残疾儿童定点康复机构申请认定表
10. 烟台市残疾儿童定点康复机构等级评定细则





(此件主动公开)

附件 1
烟台市疑似残疾儿童筛查诊断登记表

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号	诊断结果	家庭住址	监护人姓名	联系方式
...								

注：诊断结果，在医学鉴定为依据的基础上，应与残疾类别相吻合，如：疑似（视力、听力、言语、智力、肢体、孤独症）障碍或发育迟滞等字样。

附件 2

烟台市残疾儿童康复效果及康复潜力评估登记表

年度： 编号：

姓名		性别	☐ 男 ☐ 女		年龄		一寸免冠照			
残疾人证号 (无证填身份证号)			家庭地址							
残疾类别	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 孤独症 (多重残疾可多选)									
残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级									
监护人信息	姓名		身份证号			与本人关系		电话		
康复起始时间	年	月	日	至今康复年限(年)						
康复经历	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									
	年 月 日 目前所在机构:									

康复效果及康复潜力评估报告						
评估 频次	评估 时间	评估机构	评估 分值	评估结果及康复意见、建议	评估机 构签字	监护人 签字
第一次						
第二次						
第三次						
第四次						
第五次						
第六次						
第七次						
第八次						

附件 3

烟台市残疾儿童康复救助申请审核表（样表）

年度： 编号： （ ☐ 本地康复 ☐ 异地康复 ☐ 全日制 ☐ 非全日制 ）

姓名		性别	☐ 男 ☐ 女	年龄		一寸免冠照
残疾人证号 (无证填身份证号)		家庭地址				
残疾类别	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 孤独症（多重残疾可多选）					
残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级					
监护人信息	姓名 1		身份证号		联系电话	与本人关系
	姓名 2					
	姓名 3					
申请康复训练项目	☐ 视力康复 ☐ 听力康复 ☐ 言语康复 ☐ 智力康复 ☐ 孤独症康复 ☐ 肢体康复				监护人签字	签字： 年 月 日
定点康复机构信息	机构名称			机构等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级	
	康复项目负责人姓名				联系电话	
定点康复机构接收意见	签字： 公 章 年 月 日		非全日制就读的普幼、普校信息	院（校）名称		
				老师信息	姓名： 电话：	
县级残联审核意见	审核人： 公 章 年 月 日					

注：1. 本（异）地、全（非）日制、年龄、机构等级、县级残联审核意见等相关栏，由县级残联经办人填写。2. 其他栏由康复机构及残疾儿童监护人填写，县级残联审核。3. 信息填写要真实、字体要工整，可在相应“□”打“√”。

附件 4

烟台市残疾儿童基本康复服务目录

残疾类别	服务项目	一周期内有效训练天数及时间		服务方式
视力残疾	功能性视力训练	年救助天数不超过 75 天，每月训练 8 至 13 天为有效天数，每天不少于 1 小时。		个别训练
	定向行走训练			
	生活适应能力训练			
听力、言语残疾	听觉言语训练	年救助天数不超过 240 天。每月训练 10 至 20 天为有效天数，0-12 周岁每天不少于 3 小时，13-17 周岁训练时间及训练模式同下。	每天不少于 0.5 小时。	个别训练
	学前教育教学		每天不少于 2.5 小时。	集体训练
	言语矫治		3 岁以上经评估有需求的儿童，每周 1 次，每次 1 小时。	个别训练
	听力康复服务		每年不少于 2 次的裸耳测听、助听听阈评估、助听器调试和及时的听能管理。	个别、集体
肢体残疾	运动疗法	年救助天数不超过 240 天。每月训练 10 至 20 天为有效天数，其中 0-12 周岁残疾儿童，每天不少于 3 小时，个训不少于 1 小时，单项训练时间不少于 0.5 小时；13-17 周岁残疾儿童实行“机构+社区+家庭”训练模式，机构训练每天不少于 1.5 小时，个训和生活技能训练时间分别不少于 0.5 小时，其余时间依托家庭或社区开展训练。确有需要物理因子疗法的，可给予相关治疗，每天不超过 0.5 小时。		个别训练
	言语训练			个别训练 小组训练
	作业疗法			
	认知知觉功能障碍训练			小组训练
	生活自理能力训练			
	社会适应能力训练			小组训练 集体训练
	感觉统合治疗			
	中医传统疗法			个别训练
	物理因子疗法			
智力残疾	感知觉/运动能力训练	年救助天数不超过 240 天。每月训练 10 至 20 天为有效天数，其中 0-12 周岁残疾儿童，每天不少于 3 小时，个训和单项训练时间分别不少于 0.5 小时；13-17 周岁残疾儿童实行“机构+社区+家庭”训练模式，机构训练每天不少于 1.5 小时，其中个训和生活技能训练分别不少于 0.5 小时，其余时间依托家庭或社区开展训练。		个别训练 小组训练 集体训练
	认知能力训练			
	语言交往能力训练			
	生活自理能力训练			
	社会适应能力训练			
孤独症儿童	语言和社交能力训练			
	认知能力训练			
	感知觉/运动能力训练			
	生活自理能力训练			
	社会适应能力训练			
	情绪和行为训练			

注：1. 3 岁以下或入普幼（学）残疾儿童可采取“非全日制”康复训练，根据实际适当减少训练频次或训练时间，其中个训和单项训练时间每天不少于 1 小时。2. 康复机构应根据残疾儿童个性化特点，在上述训练内容的基础上，可进一步优化康复训练内容。

烟台市残疾儿童康复救助补助及评估标准

项目类别	项目内容	服务人群	每天（次）补助标准（元）			单位	备注
			一级机构	二级机构	三级机构		
手术类	人工耳蜗植入	0-17周岁听力残疾儿童	全额救助			人	一次性救助，由省统一组织实施。
	肢残矫治	0-17周岁肢体残疾儿童				人	
康复训练类	以提高康复效果为主的个性化康复训练的	0-17周岁视力残疾儿童	80元			人	按有效天数救助。其中，一周期内，视力残疾儿童救助不超过75天，其他残疾儿童救助不超过240天。
		0-12周岁听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童	80元	90元	100元	人	
		13-17周岁听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童	50元			人	
康复效果及潜力评估类	开展各类残疾儿童康复效果及康复潜力评估	0-17周岁视力、听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童	200元/每次			人	一周期内，0-12周岁残疾儿童由市估机构开展初次、末期两次评估，13-17周岁残疾儿童开展一次康复潜力评估。
机构评审及等级评定类	开展各类残疾儿童康复机构评审及等级评定	视力、听力、言语、智力、孤独症、肢体残疾儿童康复机构	根据每周机构数量、分布情况，按照市场调节价确定。			个	每周期结束前开展1次新申请机构评审，对原有定点康复机构每两年复审及等级评定1次。

附件 6

烟台市残疾儿童康复辅具补助标准

项目类别	项目内容	服务人群	补助标准	单位	年限	备注
辅助器具类	助视器	0-17周岁视力残疾儿童	1000元	个	3年	本标准为最高补助标准，具体费用以实际发生为准，其中适配助视器附带4次适应性训练。
	助听器	0-17周岁听力残疾儿童	3000元	个	4年	
	轮椅	0-17 周岁肢体残疾儿童	1000 元	台	4 年	
	助行器		300 元	台	2 年	
	站立架		1100 元	个	2 年	
	坐姿保持椅		1000 元	个	2 年	
	大腿假肢		5000元	例	1年	
	小腿假肢		3000元	例	1年	
	矫形器		1500元	例	1年	

烟台市__区/市/县/市辖区/功能区残疾人康复救助人员汇总表（机构用表）

____康复机构（__级机构）（__）年度填报日期：____年__月__日

序号	姓名	性别	家庭住址	身份证号	联系电话	残疾类别	康复起止时间	有效康复天数	机构名称
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
...									
合计：XX 人，其中视力 xx 人、听力 xx 人、言语 xx 人、智力 xx 人、孤独症 xx 人、肢体 xx 人。									

注：1、此表由康复机构于每年 8 月 5 日前，上报残疾人户口所在地县级残联审核。2、康复周期每年 8 月 1 日至次年 7 月 31 日。

烟台市残疾儿童康复救助人员汇总表（残联用表）

_____县（市区）残联

（ ）年度

填报日期：_____年 月 日

序号	姓名	性别	家庭住址	身份证号	联系电话	残疾类别	康复起止时间	有效康复天数	机构名称
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
...									
合计：XX 人，其中听力 xx 人、言语 xx 人、智力 xx 人、孤独症 xx 人、肢体 xx 人。									

注： 1、此表由区市残联审核后于每年 8 月 25 日前上报市残联。2、康复周期每年 8 月 1 日至次年 7 月 31 日。

附件 8

烟台市残疾人康复救助资金申请报告表

☐ 一级机构

☐ 二级机构

☐ 三级机构

单位	年龄	类别	视力	听力	言语	智力	肢体	孤独症	训练费	家长补贴	合计	预拨资金和沉淀资金(万元)	需申请市县救助资金(万元)	合计救助资金		
	0-12 周岁	人数(人)											市级匹配资金	县级匹配资金		
		天数(天)														
		资金(万元)														
	13-17 周岁	人数(人)														
		天数(天)														
		资金(万元)														
通过对本周期限残疾人康复救助项目的审核,确定符合救助条件且达到服务项目要求的受助残疾儿童,0-12 周岁共 人、有效天数 天;其中一级机构康复 人、有效天数 天,二级机构康复 人、有效天数 天,三级机构康复 人、有效天数 天,需救助资金 万元;13-17 周岁残疾儿童共 人、有效天数 天,需救助资金 万元。0-17 周岁视力残疾儿童共 人、有效天数 天,需救助资金 万元。本周共需救助资金 万元,已有预拨(沉淀)资金 万元,需市级财政匹配资金 万元、县级财政匹配资金 万元。																
													单位主要领导签字: 残疾人联合会(公章)			
													年 月 日			

附件 9

烟台市残疾儿童定点康复机构申请认定表

申 请 单 位: _____

法定 代 表 人: _____

机 构 登 记 号: _____

申 请 日 期: 年 月 日

烟台市残疾人联合会印制

机 构 简 况

机构名称:		开业时间: 年 月	
主管部门(审批机关):			
机构性质: ☐ 公办 (☐ 教育 ☐ 民政 ☐ 卫生 ☐ 残联 ☐ 其他 _____) ☐ 非公办 (☐ 社会组织 ☐ 企业法人 ☐ 其他 _____)			
机构资质: ☐ 医疗 ☐ 教育 ☐ 其他 _____		许可证号:	
机构地址:			
行政区划:		邮政编码:	
联系人:		电话:	传真:
法定 代表 人	姓名:	性别:	姓名:
	出生年月:	专业:	出生年月:
	职务:	职称:	职务:
	最高学历:		最高学历:
	身份证号码:		身份证号码:
占地 面积	建筑 面积	建筑面积中 业务用房面积	户外活动 场所面积
m ²	m ²	m ²	m ²
服务方式: ☐ 机构内集中康复训练模式 ☐ “机构+家庭” 模式			
备注:			

申报康复服务项目

序号	服务项目	序号	服务项目
☐ 1.	视力残疾儿童	☐ 4.	智力残疾儿童
☐ 1.1	功能性视力训练	☐ 4.1	感知觉/运动能力训练
☐ 1.2	定向行走训练	☐ 4.2	认知能力训练
☐ 1.3	生活适应能力训练	☐ 4.3	语言交往能力训练
☐ 2.	听力、言语残疾儿童	☐ 4.4	生活自理能力训练
☐ 2.1	听觉言语训练	☐ 4.5	社会适应能力训练
☐ 2.2	学前教育教学	☐ 5.	孤独症儿童
☐ 2.3	言语矫治	☐ 5.1	语言和社交能力训练
☐ 2.4	听力康复服务	☐ 5.2	认知能力训练
☐ 3.	肢体（脑瘫）残疾儿童	☐ 5.3	感知觉/运动能力训练
☐ 3.1	运动疗法	☐ 5.4	生活自理能力训练
☐ 3.2	言语训练	☐ 5.5	社会适应能力训练
☐ 3.3	作业疗法	☐ 5.6	情绪和行为训练
☐ 3.4	认知知觉功能障碍训练		
☐ 3.5	生活自理能力训练		
☐ 3.6	社会适应能力训练		
☐ 3.7	感觉统合治疗		
☐ 3.8	物理因子疗法		
☐ 3.9	中医传统疗法		
注：在相应 ☐ “√”			

人 员 构 成

职工总数：		其中卫生 技术人员数：		教师 人员数：	其他技术 人员数：	后勤 人员数：
康复医师	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	助理医师	
(西医)						
康复医师 (中医)	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	助理医师	
康复教师	正高	副高	中级	助教	员级	
康复治疗	主任技师	副主任技师	主管技师	技师	技士	
(卫健、人 社部门发证 技师)						
康复治疗	主任护师	副主任护师	主管护师	护师	护士	
护理人员						
管理人员	高级职称	中级职称	初级职称			
工程技术	高级工程师	工程师	助理工程师	技术员		
人员						
财会人员	高级会计师	会计师	助理会计师	会计员		
其他人员						

设施设备统计

	名 称	数 量	名 称	数 量
大型 设 施 设 备				
普 通 设 备				

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

提交文件、证件及评审意见

申请定点机构资格提交的材料（包括执业资质、证照、消防等）	1. 2. 3. 4. 5. （相关证明材料附后）
申请承诺	我单位承诺： 1. 提供的材料真实有效； 2. 此申报系自愿申请； 3. 自愿遵守省、市残疾儿童康复救助政策规定，并签订委托服务协议； 4. 严格执行服务协议中的内容 and 要求； 5. 愿意独立承担所有法律责任。 申请单位（盖章） 法定代表人（签字）： 年 月 日

区（市）残联 初审意见	单位（盖 章） 法定代表人（签字）： 年 月 日
专家组评审意见	经专家组评审，综合评审分值为_____分，该机构 ☐ 符合 ☐ 不符合《山东省残疾儿童定点康复机构评估标准》相关要求， ☐ 建议 ☐ 不建议定为市级残疾儿童定点康复机构。 专家签字： 年 月 日
市残联意见	单位（盖 章） 法定代表人（签字）： 年 月 日

烟台市残疾儿童定点康复机构等级评定细则

评定项目	分值	评定要求	评定标准	得分	等级
定点机构建设标准	60	综合评价机构全面建设, 根据得分情况折算具体分值。	1. 低于105分的不得分; 2. 105分 ≤ 评估分 ≤ 120分值的得46至50分, 每1分值为0.33分; 3. 120分 < 评估分 ≤ 135分值的得51至55分, 每1分值为0.33分; 4. 135分 < 评估分 ≤ 150分值的得56至60分, 每1分值为0.33分。		1. 按满分 100 分评定。 一级机构得分不低于 70 分, 二级不低于 80 分且开展相关康复服务满 3 年, 三级不低于 90 分且开展相关康复服务满 5 年。 2. 机构等级应同时满足省评估标准机构等级分值要求。
残疾儿童康复效果	25	按规定比例对在康复机构康复的0-12岁残疾儿童, 分期开展康复效果评估(初期、末期两次评估), 根据初次评估总分值与末期评估总分的比例系数计算。	1. 残疾儿童分类别进行康复效果评估; 2. 计算该机构选定类别下每个参与评估儿童终期评估与初期评估分差, 将分差和除以该机构被评估人数计算出平均值, 即为该机构的康复效果初步分数 = $\frac{\sum (\text{终期评估分值} - \text{初期评估分值})}{\text{参评人数}}$; 3. 分类别将机构的康复效果初步分数由低到高进行排序, 每个类别根据排序结果在 15-25 分数范围内进行折算, 得到康复效果最终分数(例如, 三家智力残疾类别机构的初步康复效果分数为 a、b、c, 其中, 最低分为 a, 最高分为 c, $a \leq b \leq c$, 则 a 折算为 25 分, b 折算为 $\frac{(25 - 15) \times (c - a)}{c - a}$ (此处的 a、b、c 均为初步康复效果分数, 得到的折算结果作为三家智力残疾类别机构的康复效果最终分数)。同一家机构开展多类残疾儿童康复服务的, 取各类分数平均值。		
社会认可度	5	按照集体信访或越级信访事件影响程度计算。	1. 发生 1 件市级以上信访事件扣 2 分, 直至扣完为止; 2. 发生 1 件集体信访或越级信访事件, 此项不得分。		
项目执行力	5	贯彻落实上级康复救助政策及有关项目运行规定等。	1. 在市级以上康复绩效评估、项目督导检查中出现 1 处需要整改或未落实有关政策规定及项目要求的扣 1 分, 直至扣完为止; 2. 视存存在问题严重程度, 应提高扣分分值或此项不得分。		
融合康复服务	5	根据机构开展“医教”融合康复情况视情打分。	1. 机构自身具备开展“医教”融合服务能力, 并开展融合康复服务的, 得 4-5 分; 2. 采取机构之间合作等形式, 定期开展“医教”结合服务的, 得 1-3 分。		

烟台市残疾人联合会
烟台市教育局
烟台市民政局
烟台市卫生健康委员会
烟台市行政审批服务局
烟台市市场监督管理局

文件

烟残联〔2021〕14号

关于转发《山东省残疾儿童
定点康复机构评估标准》的通知

各区市残联、教体局、民政局、卫生健康局、行政审批服务局、市场监管局：

现将省残联、省教育厅等部门《关于印发〈山东省残疾儿童定点康复机构评估标准的通知〉》（鲁残联发〔2020〕29号）

转发你们（以下简称“评估标准”），结合《关于贯彻落实〈山东省残疾儿童康复救助办法的通知〉》（烟残联〔2021〕13号）及我市实际，提出以下意见，请一并贯彻执行。

一、准确把握标准，加强机构建设。“评估标准”是残疾儿童定点康复机构准入与退出的基本条件，各级要组织相关人员培训，学习掌握“评估标准”及相关规定，及时督导属地定点机构对照“评估标准”规范完善机构建设。康复训练时间、机构评审及定点机构等级认定、社会融入活动、家长培训、融合康复、心理康复指导等，按照《关于贯彻落实〈山东省残疾儿童救助办法〉的通知》（烟残联〔2021〕13号）文件精神执行。

二、认真审核把关，严格认定程序。根据“评估标准”要求，按照管理权限和属地原则，加强对属地康复机构认定工作。机构选址应远离存在安全隐患场所，对新申请的准入机构，要规范认定程序、严格准入门槛及标准、及时认定审核，确保准入的定点康复机构符合规定要求。

三、加强部门协作，强化综合监管。按照“属地管理、等级管理、动态管理”原则，建立规范的管理制度，加强风险防控、康复救助项目管理，强化绩效跟踪考核，确保康复服务质量。各部门应当密切协作，加强康复机构安全生产、消防、卫生防疫、项目运行等综合监管。行政审批服务部门应当为符合

条件的机构办理医疗执业许可或教育资质。

附件：关于印发《山东省残残疾儿童定点康复机构评估标准
的通知》



2021年4月13日

（此件主动公开）

(省正文部分详见本册第 24 页鲁残联发〔2020〕29 号)

烟台市残疾人联合会办公室

2021 年 4 月 13 日印发

烟台市残疾人联合会

烟残联函〔2021〕9号

关于印发《烟台市残疾儿童基本康复服务规范示范文本及康复档案》的通知

各区市残联：

为贯彻落实《关于印发〈山东省残疾儿童康复救助实施办法〉的通知》（鲁残联发〔2020〕28号）、《关于贯彻落实〈山东省残疾儿童康复救助实施办法〉的通知》（烟残联〔2021〕13号）文件精神，进一步规范我市残疾儿童康复救助工作，结合实际制定了《烟台市残疾儿童基本康复服务规范（第一版）》、《烟台市残疾儿童康复服务示范文本》和《烟台市残疾儿童康复服务档案》，现印发你们，请于2021年8月1日起参照执行。

- 附件：1. 《烟台市残疾儿童基本康复服务规范（第一版）》
2. 《烟台市残疾儿童康复服务示范文本》
3. 《烟台市残疾儿童康复服务档案》
（附件内容另编成册）

烟台市残疾人联合会
2021年4月16日



烟台市残疾人联合会 烟台市财政局 烟台市卫生健康委员会 烟台市医疗保障局

文件

烟残联〔2019〕13号

关于转发《山东省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目实施方案的通知》的通知

各县市区残疾人联合会、财政局、卫生健康局、医疗保障局：

现将省残联、省财政厅、省卫生健康委、省医疗保障局等四部门《关于印发山东省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目实施方案的通知》（鲁残联发〔2019〕20号），转发你们，并结合我市实际，提出以下意见，请一并贯彻执行。

一、准确把握文件精神。肢残矫治手术，在残疾儿童康复救助中属于社会效益、经济效益较高的项目，绝大多数肢残儿童可以通过矫治手术而治愈或获得功能改善。各级要学习掌握相关内容规定，加大宣传力度，加强项目组织与实施，使其有康复需求

及适应指征的肢体残疾儿童，尽早得到康复救助。

二、严格审核，及时申报。各县市区要根据文件中的项目内容、救助条件、救助标准、救助流程等相关要求，及时完成提交申请对象的初审，初审合格后直接将申报材料报送省项目管理办公室。同时，将申请对象的信息统计表（附件1）报送市残联。

三、加强项目管理和信息录入工作。各县市区对申报的材料，应备份妥善保管。服务对象得到手术及康复救助后，应及时将服务信息录入山东省精准康复服务管理系统。我市承接康复项目的医疗机构，应按规定要求做好项目康复及管理工作。

- 附件：1. 肢体残疾儿童矫治手术康复救助对象审核合格名单
2. 《山东省肢体残疾儿童矫治手术康复救助项目实施方案的通知》



(省正文部分详见本册第 43 页鲁残联发〔2019〕20 号)

烟台市医疗保障局 烟台市财政局 文件 烟台市残疾人联合会

烟医保发〔2019〕28号

关于对参加居民基本医疗保险的脑瘫等 残疾儿童和孤独症儿童实施医疗康复 全额保障的通知

各区市医疗保障局、财政局、残疾人联合会，各相关协议定点医疗机构：

为体现市委市政府对残疾儿童的关爱，加强脑瘫等残疾儿童和孤独症（自闭症）儿童的医疗康复救治工作，结合我市实际，根据省医保局、省财政厅、省残联《关于进一步加强脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童医疗保障工作的通知》（鲁医保发〔2019〕51号）和《关于进一步做好全市残疾儿童精准康复服务救助意见的

通知》（烟残联发〔2018〕26 号）规定，对参加我市居民基本医疗保险的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童实施定点康复、规范治疗、限额管理、全额保障的有关问题通知如下：

一、保障对象

参加我市居民基本医疗保险且经残疾人联合会（以下简称“残联”）认定的本市户籍未满 17 周岁（含 17 周岁）的脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童（以下简称脑瘫等残疾儿童）和孤独症儿童，个人或者监护人提出医疗康复申请，经二级及以上公立医疗机构出具诊断证明，且评估有康复指征的，纳入医疗康复保障范围。

二、医疗康复的定义及内容

医疗康复是指定点医疗康复机构针对脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童提供的康复训练及必要治疗。

医疗康复的内容包括但不限于：功能评估，包含运动功能、语音、日常生活、社会参与能力等方面的评估；康复训练，包括维持关节活动度、增强肌力、语言训练、日常生活能力训练、社会参与能力训练、运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等；鲁人社发〔2016〕24 号文件中适合脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童的医疗康复项目，必要的药物、检验检查等费用。

三、医疗康复机构的定点管理

对脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童实行协议康复医疗机构定点救治。具备脑瘫等残疾儿童、孤独症儿童医疗康复能力且属于

我市基本医疗保险协议管理的定点医疗机构，可向市残联、市医疗保障服务中心提出备案申请，经共同评估后，符合条件的纳入协议定点医疗康复机构管理范围，定期向社会公布。

以下 9 家医疗机构首批纳入我市协议定点康复医疗机构范围：

1. 脑瘫儿童协议定点医疗康复机构：莱州市妇幼保健医院、牟平区中医医院、海阳市中医医院、蓬莱市中医医院、莱阳市复健医院、烟台东方医院、芝罘区妇幼保健医院、芝罘区凤凰台医院、滨州医学院烟台附属医院。

2. 孤独症儿童协议定点医疗康复机构：莱州市妇幼保健医院、滨州医学院烟台附属医院。

3. 智力残疾儿童协议定点医疗康复机构：滨州医学院烟台附属医院。

四、医疗康复保障流程

（一）个人申请及资格审核。按照市残联康复救助工作流程，经残联审核认定的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童，持《烟台市残疾儿童精准康复救助申请审核表》，一式两份（附件 1），同时填写《烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表》，一式三份（附件 2），向参保地医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）提出医疗康复全额保障申请。医保经办机构收到申请后，应及时对脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童的参保信息等情况进行审核，提出审核意见。对符合条件的，指导其定点就医。

脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童的监护人可自愿选择一家定点医疗康复机构救治，定点医疗康复机构一经选定，原则上一个医疗年度（自然年度）内不得变更。

（二）医疗康复实施。脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童及其监护人应持《烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表》等证件，在定点医疗康复机构办理医保登记手续。定点医疗康复机构要认真核实其有效证件，并向其发放政策宣传资料，履行告知义务，同时根据其实际病情，制定个性化的门诊（日间病房）或住院医疗康复方案。

定点医疗康复机构在开展医疗康复时要按照卫生健康部门标准化诊疗及残联康复要求，建立规范的医疗康复档案（病案）和医疗康复登记手册，记录医疗康复内容、治疗时间、效果评价及预期等内容，并由监护人签字记录。

（三）全额保障结算模式及标准。费用限额标准以内的符合规定的医疗康复费由居民基本医疗保险基金和康复救助资金共同承担，限额标准以上的部分，由定点医疗康复机构承担。

1. 居民基本医疗保险基金实行按日（床日）限额的模式结算。费用承担标准如下：

0-6 岁（含）脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童，门诊（日间病房）康复、住院康复的日（床日）费用，居民基本医疗保险基金分别按照 120 元、140 元标准承担。

7-17 岁（含）脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童，门诊（日间病

房)康复、住院康复的日(床日)费用,居民基本医疗保险基金分别按照90元、110元标准承担。

脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童医疗康复居民基本医疗保险基金保障期按每个医疗年度(自然年度)内不超过一个训练周期270天计算。

2. 残联康复救助资金按有效月进行结算,其标准如下:

0-12岁(含)和13-17岁(含)脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童的康复费用,分别按照每月1400元、700元的标准救助。其中,全日制康复的,每个月康复时间不少于17天,每天不少于4小时(含课间,单训不少于30分钟);非全日制康复的,每周预约康复训练不少于3次,每个月不少于12次,每次不少于1小时。

(四)费用结算。每个医疗康复周期结束,定点医疗康复机构按规定为保障对象办理结算手续并垫付医疗康复费用。医保经办机构、残联按月审核,按规定流程拨付至定点医疗康复机构。

治疗期间出现严重并发症或者因合并其他疾病中途退出医疗康复,经保障对象及监护人确认后,定点医疗康复机构为保障对象办理结算手续,及时中止全额保障待遇。

定点医疗康复机构应按规定做好脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童全额保障的结算管理服务,其诊疗行为列入基本医疗保险协议管理考核内容。

五、组织要求

(一) 高度重视，做好宣传。要充分认识做好脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童医疗康复保障工作的重要意义，充分利用各类媒体，向脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童家庭宣传医疗康复全额保障的相关政策。

(二) 规范经办，完善考核。各级医保经办机构要严格资格审查程序，及时向定点医疗康复机构拨付垫支资金。要建立完善并组织实施针对脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童医疗康复工作的考核，考核内容主要包含出勤率、康复内容、康复绩效、满意度等。

(三) 科学治疗，确保质量。各定点医疗康复机构要认真执行医疗技术操作规范，严格掌握医疗康复的治疗指征，提供切实有效的医疗康复服务，负责对康复儿童的出勤情况、康复救助部分经费情况进行公示，有效促进脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童回归社会。

六、其他事项

未参加我市居民医疗保险的脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童，其残联康复救助资金按原渠道解决。

《关于印发<烟台市残疾儿童康复“春苗阳光”工程实施意见>的通知》(烟残联〔2013〕2号)、《关于印发<烟台市残疾儿童康复“春苗阳光”工程实施意见>提标扩面的通知》(烟残联〔2015〕21号)、《关于进一步做好全市残疾儿童精准康复服务救助意见的

通知》（烟残联发〔2018〕26号）中规定的生活补贴、交通补贴、辅助器具配装费等未列入医疗康复全额保障的费用仍按原渠道解决。

本通知自印发之日起执行。

- 附件：1. 烟台市残疾儿童精准康复救助申请审核表
2. 烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表



附件 1

烟台市残疾儿童精准康复救助申请审核表

县级: 年度: 救助册编号: (☐ 全日制 ☐ 非全日制)

姓名		性别 □男□女	年龄		一寸免冠照
残疾人证号 (无证填身份证号)		家庭地址			
残疾类别	□听力□言语□脑瘫□肢体□智力□精神□视力(多重残疾可多选)				
残疾等级	一级□二级□三级□四级□未定级□				
监护人姓名		与残疾人关系		联系电话	
家庭经济状况	□低保家庭 □建档立卡贫困户 □普通家庭			项目分类	□国家 □省项目 □市级项目
康复需求项目	□听力、言语(听觉言语功能训练) □肢体、脑瘫(运动及适应训练) □智力(认知及适应训练) □精神(孤独症)(沟通及适应训练) □其他(适应性训练)			本周到机构康复时间	
残疾人或监护人签字	监护人签字: 年 月 日				
定点康复机构接收意见	审核人: 公 章 年 月 日		非全日制就读的普幼、普校名称或选择预约单训的原因		
县级残联审核意见	审核人: 公 章 年 月 日				

备注：1.此表一式两份，县级残联留存1份，定点康复机构存入康复档案1份。

2. 涉及服务对象及监护人信息必须完整填写。

附件 2

烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表

患儿姓名		性别		出生年月		
身份证号码			家庭住址			
家长 (监护人)	姓 名		与患者关系		联系电话	
	身份证号码			就诊 医院		
救治医院 意见	病情摘要: 康复适应指证: 康复意见: (康复时长、主要康复项目、治疗方案、效果评价及预期等) 医师/科主任签字: 医保办盖章: 年 月 日					
家长 (监护人) 申请	患儿_____, 疾病诊断符合医疗康复救治条件, 患儿及监护人自愿申请至_____医院治疗。定点医院一经选定, 一个医疗年度(自然年)内不得变更。 监护人签字: 年 月 日					
参保地 经办机构意见	患儿_____, _____年度居民医疗保险费已缴纳, 同意其在定点医疗机构接受救治。 经办人: (盖章) 年 月 日					

备注: 1. 此表一式三份, 参保患儿(监护人)、参保地经办机构、救治医院医保办各留存一份。
2. 申请人医疗康复治疗时需同时提交身份证(户口本)或社会保障卡。

烟台市残疾人联合会

烟残联函〔2020〕3号

关于加强残疾儿童 康复定点机构考勤管理的通知

各县市区残联：

为加强残疾儿童康复定点机构的考勤管理，进一步提高儿童康复质量，从2020年1月1日起，在全市所有残疾儿童定点康复机构，实行了考勤机刷脸考勤。针对少数残疾儿童刷脸难和康复机构考勤机数量需求等问题，特作如下通知：

一、关于残疾儿童刷脸考勤困难的问题。对刷脸困难的残疾儿童，可指定不超过3名（含3名）残疾儿童监护人代替儿童刷脸考勤，一个训练周期内不得更换。同时，由机构组织监护人填写《代替儿童刷脸考勤申请表》（附件1），所在机构留存备查。

二、关于考勤机数量的问题。考勤机考勤情况实行云平台管理，原则上1个机构1台考勤机。确需增加考勤机的机构，应当填写《关于增加考勤机数量的申请》（附件2），由当地县级残联统一申报。所有考勤机均应在同一康复机构使用。未经批准，不得拆卸更换、不得违规安装到非定点机

构使用，如有违反，不予发放当期补助资金。

三、相关要求。残疾儿童定点康复机构要切实做好儿童康复考勤管理工作，建立考勤机考勤和考勤表签到台账，确保考勤情况真实有效。各县市区残联要切实履行儿童康复机构监管的主体责任，积极会同定点康复机构做好相关政策解读，加强对康复机构项目的指导和监管。

附件：1. XX 康复机构残疾儿童替代刷脸考勤申请表
2. 关于增加考勤机数量的申请



附件 1

XX 康复机残疾儿童监护人替代刷脸考勤申请表

() 年 度

姓 名		性别	☐ 男 ☐ 女	年龄		儿童免冠照
残疾人证号 (无证填身份证号)			家庭 地址			
残疾类别	☐ 视力 ☐ 听力 ☐ 言语 ☐ 肢体 ☐ 智力 ☐ 精神 (多重残疾可多选)					
残疾等级	☐ 一级 ☐ 二级 ☐ 三级 ☐ 四级 ☐ 未定级					
监护人代 替刷脸信息	姓名 1		与残疾 儿童关 系		身份证号	
	姓名 2					
	姓名 3					
代替刷脸监 护人照片	姓名 1 照片		姓名 2 照片		姓名 3 照片	
康复需 求项目	☐ 视力 (视功能训练) ☐ 听力 ☐ 言语 (听觉言语功能训练) ☐ 智力 (认知及适应训练) ☐ 精神 (沟通及适应训练) ☐ 肢体 (适应性训练)					
申请替代残 疾儿童刷脸 考勤承诺	监护人刷脸考勤当日, 该残疾儿童必须在本机构参加康复, 若出现只有监护人考勤, 而残疾儿童没有到康复机构康复的, 自愿接受取消救助资格。				监护人签字: 年 月 日	
康复机构 意见	康复机构公章: 年 月 日					

注: 代替刷脸监护人, 原则上每月应固定 1 人, 不得在当月随意更换刷脸信息,

此表由康复机构备案存档。

附件 2

关于增加考勤机数量的申请（模板）

烟台市残疾人联合会：

XX 县市区，XX 残疾儿童定点康复机构，因残疾儿童康复数量多，为节省考勤时间，申请增加 XX 台考勤机。增加考勤机数量后，将加大对该机构的考勤监管力度，确保考勤机在规定的定点康复机构内使用。

特此申请

附：增加考勤机数量统计表

申请单位主要负责人签字

XX 县市区残疾人联合会（盖章）

年 月 日

_____（县市区）增加考勤机数量统计表

序号	康复机构名称	考勤机使用机构地址	增加数量（台）

烟台市残疾人联合会

烟残联函〔2020〕35号

关于进一步加强残疾儿童 定点康复机构康复考勤管理的通知

各区市残联：

为进一步加强残疾儿童康复训练考勤管理工作，今年3月，市残联印发了《关于加强残疾儿童定点康复机构考勤管理的通知》（烟残联函〔2020〕3号）。《通知》下发以来，大部分机构落实较好，但也存在一些问题，为此作如下通知：

一、切实加强考勤机刷脸考勤的管理。1. 考勤机应当使用有线网络，必须安装在本单位视频监控的范围内。2. 明确专人负责，熟练掌握考勤机基本操作和日常管理等工作，顺利完成当日考勤。3. 定点机构每月应导出考勤数据，统计残疾儿童考勤情况，上报区市残联备案。对当日未顺利完成刷脸考勤的，要出具视频监控截屏或录像视频等证明材料，并在当日考勤表中注明。4. 取消纸质版签到考勤。

二、准确把握残疾儿童康复救助政策。各区市、各康复机构应准确把握残疾儿童康复救助政策，及时做好政策宣讲解读工作，残疾儿童申请进入定点康复机构康复时，区市残

联应同步发放康复救助政策明白纸。康复机构应在本机构醒目位置建立政策宣传栏。

三、切实做好本周期残疾儿童救助审核工作。各区市、各定点康复机构，要按照烟残联函〔2020〕30号文件及相关残疾儿童康复救助政策要求，切实做好本周期救助审核，确保康复救助符合政策规定，特别是在有效考勤、有效月规定及康复训练时间上，要严格把关。各区市于10月26日前，补充上报本周期残疾儿童救助审核材料（前期救助审核已准确无误的，无需再报）。11月份，市级残联将对全市残疾儿童救助审核情况进行抽查，凡不符合政策规定的，予以通报，并作出相应处罚。

附件：烟台市残疾儿童康复救助政策明白纸



附件

烟台市残疾儿童康复救助明白纸

一、救助条件。具有烟台市户籍、持有《中华人民共和国残疾人证》的 0-17 周岁（含 17 周岁，以申请时间为准）残疾儿童，包括 0-6 周岁（含 6 周岁）未办理残疾人证的残疾儿童，可持残疾评定定点机构或二级以上医院出具的疑似残疾诊断证明或诊断报告（病历诊断书），且诊断结果与所申请的康复训练救助项目类别相符。多重残疾儿童同一周期内，只享受其中一种残疾类别的康复救助。

二、有效月规定。每周期（年）内有效月出勤月数不超过实际出勤月数。全日制康复训练，平均每月不少于 22 天（周期内每月出勤 10 天以上可累计计算，有效月计算方法：周期内康复总天数 ÷ 22 天 = 有效月数），每天康复时间不少于 3 小时，其中每个残疾儿童单训时间不少于 30 分钟；入普幼（学）或 3 周岁以下低龄残疾儿童，可采取非全日制康复训练，平均每月不少于 22 天（有效月计算方法，同上），每天单训时间不少于 1 小时（含亲子同训），其中听障儿童康复训练时间可参照鲁残联发〔2019〕15 号文件执行。

三、救助标准。符合救助项目要求，且达到有效月规定的 0-12 周岁（含 12 周岁）残疾儿童，每人每月补助康复训练费 2000 元（拨付康复机构），以及残疾儿童家庭生活、交通费 500 元；13-17 周岁（含 17 周岁）的残疾儿童，每人

每月补助康复训练费 1000 元（拨付康复机构），以及残疾儿童家庭生活、交通费 500 元。