

安徽省残疾人联合会

安徽省教育厅

安徽省公安厅

安徽省民政厅

安徽省财政厅

安徽省卫生健康委员会

文件

皖残联〔2023〕10号

安徽省残疾人联合会 安徽省教育厅
安徽省公安厅 安徽省民政厅 安徽省财政厅
安徽省卫生健康委员会
关于印发2023年《困难残疾人康复工程
实施方案》的通知

各市、县（市、区）残联、教育局、公安局、民政局、财政局、
卫生健康委：

现将 2023 年《困难残疾人康复工程实施方案》印发给你们，
请结合实际，认真贯彻执行。



2023 年 3 月 16 日

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《安徽省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》等文件要求,制定本实施方案。

一、困难精神残疾人药费补助

(一) 目标任务

2023年,为全省100000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

每人每年补助1000元,所需经费由省级财政与市县财政共同承担。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。县级残联负责审核、统计汇总补助对象基本情况,并向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。补助对象基础信息和补助情况应及时录入“残疾人精准康复系统”,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。

县级残联须对上一年度受助对象进行年审,对不符合救助条件的及时调整。

新增补助对象本人或其监护人要向户籍所在地乡镇（街道）残联提出申请，填写《困难精神残疾人药费补助审批表》（附件3），同时出具以下证明材料（已实行扩面或全覆盖的地区自行确定需提供的证明材料）：

1. 精神类别残疾人证；
2. 精神病门诊或住院治疗病历等证明材料。

对个别有肇事肇祸倾向或行为、影响社会安定，经医院鉴定后确系困难精神障碍患者而本人不愿意办理残疾人证的，由医院出具诊断证明、监护人申请、乡镇（街道）及以上残联审核，应予纳入精神残疾人药费补助范围，其相关申请、审批证明等资料应专项收集管理。

（四）实施要求

1. 各地要在当地党委政府领导下，明确任务，落实责任，坚持制度衔接，接受社会监督，使真正困难的精神残疾人得到药费补助。应结合各地实际，优先考虑将录入公安机关治安重点人管理信息系统的困难精神残疾人纳入补助范围。

2. 各级残联和财政部门要用好、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。各级教育、公安、民政、卫生健康等部门要充分发挥本部门职能，协助做好项目的实施，确保符合条件的对象得到救助。

3. 各级残联等相关部门要重视做好宣传发动工作，切实提高项目实施知晓率、满意度。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。

二、残疾儿童康复救助

（一）目标任务

2023年，为15000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1500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

1. 残疾儿童康复训练补助标准按每人每年不低于1.5万元实施，具体按各地残疾儿童康复救助制度实施意见执行。省级通过转移支付方式对各地残疾儿童康复训练给予补助。

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。所需经费由省级财政统筹安排。

（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，由省财政通过专项转移支付方式拨付至市县级财政部门。

2. 残疾儿童康复救助项目经费由各市、县（区）残联向同级财政部门申报，按规定支付。资金拨付应当依据当地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. 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。

4. 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）》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。

3. 各级残联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困难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个工作日内，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、假肢矫形器制作由各市成立专业技术组自行完成，确有困难的市可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. 相关部门以适当方式公示受助对象基本情况，主动接受社会监督。

10. 各级残联应当会同教育、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。省残联将采取聘请第三方机构和日常督查考评等方式对全省残疾人康复工作进行绩效评价。

本实施方案由省残联、省财政厅负责解释。

- 附件：1. 2023 年度困难精神残疾人药费补助任务建议目标
2. 2023 年度残疾儿童康复救助任务建议目标
3. 困难精神残疾人药费补助审批表
4. 困难精神残疾人药费补助汇总表
5. 残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

附件 1

2023 年度困难精神残疾人药费补助任务建议目标

地 区	补助任务（人）
合 计	100000
合肥市	10450
淮北市	3219
亳州市	8800
宿州市	9410
蚌埠市	5310
阜阳市	14820
淮南市	5568
滁州市	6600
六安市	8323
马鞍山市	3340
芜湖市	5630
宣城市	3330
铜陵市	2430
池州市	2350
安庆市	6450
黄山市	2170
广德市	750
宿松县	1050

附件 2

2023 年度残疾儿童康复救助任务建议目标

单位：人

地 区	残疾儿童康复训练	适配假肢矫形器	适配辅助器具	合 计
合 计	15000	800	700	16500
合肥市	1590	83	72	1745
淮北市	483	27	23	533
亳州市	1320	70	62	1452
宿州市	1413	75	66	1554
蚌埠市	796	42	37	875
阜阳市	2221	119	104	2444
淮南市	837	45	39	921
滁州市	990	53	46	1089
六安市	1249	66	58	1373
马鞍山市	501	26	23	550
芜湖市	843	45	40	928
宣城市	496	29	25	550
铜陵市	374	16	17	407
池州市	323	19	16	358
安庆市	1036	60	50	1146
黄山市	279	18	15	312
广德市	115	3	3	121
宿松县	134	4	4	142

附件 3

困难精神残疾人药费补助审批表

县(市、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				
银行帐号或一卡通号	开户行： 帐号：				
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。 <div style="text-align: right;">监护人签名：_____</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
乡镇(街道)残联意见	<div style="text-align: right;">审核人：公章</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				
县(市、区)残联审批意见	<div style="text-align: right;">审核人：公章</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				

注:本表由县(市、区)残联存档。

附件 4

困难精神残疾人药费补助汇总表

_____县（市、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						

附件 5

残疾儿童康复救助项目安置（转送）考核表

_____市_____县(市、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 市或县级残联 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	_____年 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 联考核评估意 见	_____ 签章： _____年 月 日				

