

甘康发〔2024〕25 号

甘肃省康复中心关于印发 2024 年职业康复治疗补贴项目实施方案的通知

各项目执行科室：

根据《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于下达 2024 年省级财政残疾人事业发展补助资金预算的通知》（甘财社〔2023〕165 号）及有关文件要求，为扎实做好我中心 2024 年康复治疗补贴项目有关工作，确保任务顺利实施，现将《甘肃省康复中心 2024 年职业康复治疗补贴项目实施方案》印发你们，请严格遵照执行。

甘肃省康复中心

2024 年 11 月 15 日

甘肃省康复中心 2024 年职业康复治疗 补贴项目实施方案

根据《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于下达 2024 年省级财政残疾人事业发展补助资金预算的通知》及有关文件要求，结合我中心业务工作实际，特制定本方案。

一、目标任务

为具有甘肃户籍的 2000 名周围神经损伤、脊髓损伤及意识障碍、颅脑损伤、持续植物状态、骨折、截肢、手外伤、关节及软组织损伤、烧伤、骨科创伤及骨关节病（含手术）、慢阻肺、糖尿病、冠心病、老年慢性病、神经内科疾病、盆底功能障碍性疾病、妇科疾病（含手术）、干眼病等各类疾病患者提供残疾预防、职业康复及诊疗补贴。

二、项目实施

（一）实施范围

18 岁及以上具有甘肃户籍且需残疾预防、职业康复及诊疗的各类疾病患者。

（二）补贴标准及要求

1. 为需职业康复诊疗的各类患者提供康复诊疗补贴。每名补贴 0.25 万元，共计 500 万元。康复诊疗补贴实施周期应不少于 2 周。其中，神经康复科、综合内科、脊髓损伤康复科、内

科（老年病康复科）、外科骨科、传统康复科、疼痛康复科和康复治疗科等 8 个执行科室实际执行补贴经费总金额的 10%须用于卡伦治疗。项目任务分配详见附件 1。

2. 康复诊疗补贴要求：补贴对象不可重复享受项目。

（三）完成时限

各项目执行科室应于2024 年 12 月 31 日前完成承担的项目全部任务。

三、实施步骤

（一）实施方案制定及补贴对象筛查。2024 年 9 月份根据省残联下达的项目实施批复文件规划制定中心对应项目实施方案。

（二）资料收集。经检查确诊符合项目要求的补贴对象，项目执行科室要督促本人或家属及时填写提交补贴审批表（见附件 4），表内需粘贴补贴对象近期正面免冠彩色照片，提交本人身份证或户口本、居住证等有效户籍资料复印件；须在本人或家属与项目执行科室主任（负责人）签订书面项目补贴协议和康复诊疗知情同意后，方可安排开展康复诊疗。所提交资料与签订的协议、知情同意书等均由科室整理保存，不得遗失。

（三）实施补贴。所有纳入补贴范畴的对象，项目执行科室要根据个体病情及时制定有针对性的康复计划，妥善安排专业技术人员开展相应的康复诊疗，积极做好康复诊疗记录与阶

段康复诊疗成效评估工作，全力保障康复补贴工作按要求高质量、高水平推进。

（四）档案建设。10 月—12 月底，项目执行科室负责建立完整的补贴对象康复诊疗档案及病案资料，做到一人一册，要素齐全、分类管理。康复诊疗档案包括：1. 补贴对象康复补贴审批表（见附件 4）；2. 补贴对象身份证或户口本、居住证复印件；3. 本人或家属与项目执行科室主任（负责人）签订书面项目补贴协议，由执行科室拟签；4. 补贴对象康复诊疗知情同意书，由执行科室拟签；5. 中断或放弃治疗知情同意书，由执行科室拟签；6. 评估单（应有初、中、末评估）、治疗计划（每周不少于 1 次）、治疗记录（每周不少于 5 次）和治疗小结（每周不少于 1 次）及总结，具体格式内容由执行科室自行确定；7. 康复诊疗项目及对应费用执行明细表按日登记，不少于 14 条记录（见附件 5，表内需补贴对象或家属与治疗人员共同签字）；8. 康复诊疗服务满意度调查表（见附件 6）。

（五）12 月底，完成项目拾遗补缺等收尾工作。检查验收项目完成情况、做好项目绩效评价工作，总结经验、发现不足，上报项目工作总结。

四、进度管控与绩效预期

（一）进度管控

项目执行科室要将既定的项目工作任务分解到周、细化到

日，确定各执行环节工作责任人，按项目推进节点要求完成调查摸底、实施补贴、绩效评价和总结改进等环节工作。

（二）绩效预期

绩效管理工作要达成如下指标：

1. 社会效益指标。补贴对象功能状况改善，生活自理和社会参与能力提高。

2. 服务对象满意度指标。补贴对象对基本康复诊疗服务的满意度达到 80%以上。

3. 资金执行进度。按照省财政厅对财政预算资金执行进度及《省残联项目资金管理规定》相关规定要求，资金支出进度在 10 月底、11 月底、12 月底分别达到 60%、90%、100%。

4. 时效指标。2024 年 12 月底前完成项目任务。

为保证项目下达的补贴任务能按时间节点规定保质保量完成，分配给各项目执行科室的补贴任务实行动态管理：即任务下达后一个月内未完成额定任务纳入的（以上报项目办的项目审批表和花名册为准），未完成的额定任务由项目办统筹调剂到已完成额定任务的科室执行（视任务完成情况进行一次或排序调剂）。项目执行滞后的责任仍由原项目任务承接科室承担。

五、资金使用管理与执行流程

（一）专人管理

为确保项目资金的合规、精准使用，项目执行科室须指定

至少 1 名项目资金使用管理人员（可兼职项目档案管理，简称项目专员），专门负责与项目办、财务科、信息科等部门对接项目资金使用如科室项目资金台账的设立、治疗项目计费 and 结算等各环节事宜。各项目执行科室的项目专员信息要及时向项目办报备。

（二）基本流程

门诊渠道：项目执行科室对接信息科在HIS 系统中添加（设立）所承接的项目具体名称→项目执行科室将经审签的项目补贴记账名单（见附件 7，一式三份）提交财务科收费处（需执行科室制表人，执行科室负责人，收费处经办人，收费处负责人及项目办负责人签字）→收费处按照项目执行科室提交的项目补贴记账名单逐人挂号→收费处挂完号后通知项目执行科室上费→项目执行科室上费结束后由收费处在HIS 系统中进行结算→结算完成后即打印发票并同一份项目补贴记账名单交项目执行科室留存→收费处每周汇总结账时将经审签的项目补贴记账名单附于报表后交会计室报账。

六、职责分工

项目办：负责制定中心 2024 年职业康复治疗补贴项目实施方案，分解下达任务指标和经费；督导项目实施进度；配合财务科监督项目经费使用情况；做好项目总结、绩效评价和数据统计上报工作。

项目执行科室：负责项目补贴对象的康复诊疗实施工作，规范做好补贴对象筛查、康复评估、康复诊疗、经费使用、数据统计、档案管理、绩效自评等工作。

财务科：负责项目资金的使用和进度管理情况的动态监督检查。依据财政资金管理办法，严格遵照《甘肃省残联项目资金管理规程》和《甘肃省康复中心财务管理制度（试行）》（甘康发〔2018〕3号），与项目执行科室进行无缝对接和精准核算，杜绝挤占挪用和改变资金用途，确保项目资金按要求合理规范使用。

七、信息统计与汇总报送

（一）项目执行科室督促补贴对象或家属规范填写附件 4 表格内容，办理相关审批手续，并存档备案；要定期做好补贴对象相关信息登记录入工作并按时向项目办报备。

（二）自项目执行之日起，**每一周结束前（遇节假日提前）**，由项目办督促项目执行科室向项目办上报**本周**所承担项目实施进度统计表（见附件 2），项目办汇总整理并报请加盖中心印章后上报省残联计财处、康复处。

（三）项目执行科室须于项目执行结束时向项目办提交本科室所承担项目补贴对象的花名册（见附件 3），并须于 5 个工作日内提交项目自评报告等资料，由项目办汇总形成中心的项目补贴对象花名册和自评报告并报请中心审核同意后上报省

残联计财处、康复处。

八、工作要求

（一）各项目执行科室要提高政治站位，高度重视项目实施工作，严格按照项目实施范围、标准、程序组织实施，并与中心签订项目实施责任书（见附件 8）。项目执行科室依据《甘肃省康复中心 2024 年职业康复治疗补贴项目实施方案》，认真研究制定本科室项目实施推进具体举措，明确职责分工、工作流程和管理措施，严格把控补贴对象的筛选、审核、补贴、结算等重点环节，确保项目任务推进和资金使用同步，按时间节点要求，高水平、高质量完成科室承担的全部项目任务。

（二）各项目执行科室要严格落实《甘肃省残疾人事业发展补助资金管理办法》要求，采取自查验收评估、经费明细公开、经费结算签字确认等方式，加强项目实施和经费管理，杜绝改变资金用途，不得以任何形式截留、滞留、挤占、挪用和套用。项目下达经费须全额使用，不得剩余或浪费；项目实施过程中因补贴对象主动放弃补贴造成的资金结余可由科室重新纳入补贴对象继续享受；实施费用结算按照项目完成名（人）数乘以每名（人）补贴标准执行，确保资金安全、项目安全、工作人员安全。项目办将根据工作进展情况，会同中心相关职能科室（部门），对项目管理、康复效果、经费使用和绩效达成情况进行不定期检查和考评，项目执行科室要按照项目实施节

点和有关要求，按时向项目办上报项目实施进度统计报表和阶段性总结报告，对实施成效未达标的由项目办派发督办通知单并视情况在中心范围内进行通报警示。

（三）各项目执行科室要建立公示制度，定期向社会公布项目补贴情况。通过中心网站、微信公众号或公示栏（墙），向社会公布补贴对象康复补贴政策，补贴标准、工作流程、项目资金执行情况、康复补贴对象情况、举报监督电话等，公示时间原则上不少于 5 天，确保项目实施工作公平、公正、公开、透明。要规范项目服务档案管理，服务档案应确保要素齐全，须充分反映申请、评估、服务、经费使用明细及补贴对象或家属确认签字等内容。项目执行科室要主动深入开展项目服务成效满意度调查，通过安排专人电话随访、开展问卷调查以及在科室内组织召开补贴对象见面会等形式对受助情况、康复效果、服务意见建议进行沟通掌握，并及时整理汇总上报。中心成立项目领导小组，落实“一把手”负总责，分管领导负直接责任制，确定专人负责项目管理，加强工作人员培训，建立专门档案，确保相关档案资料完备。

（四）项目执行科室要在项目实施各环节特别是补贴对象筛查纳入阶段要积极主动向补贴对象及群众宣传项目的意义、资助内容、申请办法及流程，在项目实施过程中就项目开展情况、受助效果与感人事迹及时向宣传部门提供相关资料，由宣

传部门通过各种新闻媒体进行广泛深度报道。

- 附件：
1. 2024 年职业康复治疗补贴项目资金分配表
 2. 2024 年职业康复治疗补贴项目实施进度统计表
 3. 2024 年职业康复治疗补贴项目补贴对象花名册
 4. 2024 年职业康复治疗补贴项目康复补贴审批表
 5. 2024 年职业康复治疗补贴项目费用执行明细表
 6. 2024 年职业康复治疗补贴项目服务满意度调查表
 7. 2024 年职业康复治疗补贴项目补贴记账名单
 8. 2024 年职业康复治疗补贴项目实施责任书

附件 1

2024 年职业康复治疗补贴项目任务分配表

执行科室	补贴数（名）	经费合计（万元）	周围神经损伤、脊髓损伤及意识障碍、颅脑损伤、持续植物状态、骨折、截肢、手外伤、干眼病等各类疾病患者	
			任务数（名）	经费（万元）
神经康复科	2000	500	500	125
综合内科			300	75
脊髓损伤康复科			230	57.5
内科(老年病康复科)			190	47.5
外科骨科			190	47.5
视力康复科			160	40
传统康复科			130	32.5
疼痛康复科			100	25
妇产科			80	20
康复治疗科			80	20
省中医按摩医院			40	10

备注：其中，神经康复科、综合内科、脊髓损伤康复科、内科（老年病康复科）、外科骨科、传统康复科、疼痛康复科和康复治疗科等 8 个执行科室实际执行补贴经费总金额的 10%须用于卡伦治疗。

附件 2

2024 年职业康复治疗补贴项目实施进度统计表

填报单位：

填报日期： 年 月 日

项目名称	分配任务数	完成任务数	备 注
周围神经损伤、脊髓损伤及意识障碍、颅脑损伤、 持续植物状态、骨折、截肢、手外伤、干眼病等 各类疾病患者康复补贴			
合 计			

省康复中心领导签字：

填报人签字：

联系方式：

附件 3

2024 年职业康复治疗补贴项目补贴对象花名册

填报单位：

填报日期：2024 年 月 日

省康复中心领导签字：

填报人签字：

联系方式

序号	姓名	民族	年龄	身份证号	家庭住址	联系电话	受助项目 名 称

附件 4

2024 年职业康复治疗补贴项目审批表

患者姓名		性别		民族		照片
出生年月		身份证号				
户籍地		工作单位				
家庭住址				患者联系电话		
家属姓名				家属联系电话		
身份证号				工作单位		
医疗保险 享受情况	☐ 城乡居民基本医疗保险 ☐ 其他保险 ☐ 无					
康复治疗部位	☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 脊柱 ☐ 其他			是否需要辅助器具	☐ 是 ☐ 否	
补贴对象 申请理由	补贴对象（签字）： 年 月 日					
康复机构 审批意见	审核人： 公 章 年 月 日					

附件 5

2024 年职业康复治疗补贴项目康复治疗及对应费用执行明细表

科室名称_____ 补贴对象姓名：_____

序号	项目执行时间 (每天)	项目开单明细 (含康复治疗项目名称、收费 标准及频次等)	项目 金额	补贴对象或 家属签字	治疗人员 签字	备注
合计						

附件 6

2024 年职业康复治疗补贴项目康复治疗

服务满意度调查表

项目	程度	在相应处打√		
		初期	中期	末期
您对您的康复治疗师的服务态度是否满意？	满意			
	一般			
	不满意			
您对您的康复治疗师的技术是否满意？	满意			
	一般			
	不满意			
您对所在的康复场所及环境是否满意？	满意			
	一般			
	不满意			
通过治疗，有没有达到您的基本预期？	有			
	没有			
您对治疗补贴（减免）的费用情况是否清楚？	清楚			
	不清楚			
意见与建议				

补贴对象或家属签字：

附件 7

2024 年职业康复治疗补贴项目补贴记账名单

科室名称_____年____月____日

序号	姓名	性别	年龄	康复治疗 内 容	执行费用 金 额
合计					

收费处负责人（签字）：科室负责人（签字）：

项目办负责人（签字）：收 费 员 （签字）：

制 表 人 （签字）：

甘肃省康复中心 2024 年职业康复治疗补贴项目实施责任书

根据《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于下达 2024 年省级财政残疾人事业发展补助资金预算的通知》及有关文件要求，确保项目按期保质保量完成，结合《甘肃省残疾人康复经费管理办法》及省财政厅下发责任书内容等相关规定，任务分解落实，特制定本项目实施责任书，由省康复中心与项目实施科室主要负责人签订。

一、项目实施科室必须履行如下职责

1. 中心《甘肃省财政厅 甘肃省残疾人联合会关于下达 2024 年省级财政残疾人事业发展补助资金预算的通知》及有关文件要求，给 科项目数 名，项目金额为 万元。项目执行科室必须制定实施方案，包括项目背景、项目任务、项目时限、补贴标准，绩效目标必须明确。在项目执行中必须按照制定的项目实施方案、项目绩效目标执行，并于规定时间内完成项目工作，接受中心审核。

2. 科室必须严格按项目实施要求管理使用康复项目补助资金，严禁超标准、超范围使用并接受中心、省财政厅和省上其他相关部门的监督检查。确保项目补助资金专款专用，按时实现支出。

3. 科室在执行过程中，一定要做到项目接受人的资料收集齐

全，康复评估及时，治疗单填写完整，必须认真造册登记，并确保康复效果。

4. 科室必须严格遵守残疾人康复工作的相关政策和法规，对康复治疗对象、内容、时间、资金补助和使用等情况进行数据库管理，建立业务台账，切实做到项目资金管理全程“阳光”操作。凡是未形成项目管理数据库或造册登记的，视为违规使用资金。

5. 科室必须按项目实施方案，按时保质保量完成项目，并接受中心或第三方考核评估，同时，接受上级的检查验收和审计部门的审计。

二、监督和处罚

1. 中心及时为项目实施科室下达项目实施责任书，由科室负责组织实施。中心的相关职能科室必须加强督促指导，及时解决项目实施中出现的问题，为项目顺利实施创造条件。

2. 项目完成后，先由中心进行审核，继之省财政厅对项目实施情况进行评估，对获得优秀评价的科室中心进行通报表扬。

3. 执行科室应于 2024 年 12 月 31 日前完成项目下达的目标任务数。

4. 若项目实施科室未按时限保质保量完成任务，或第三方考核评估不合格，中心及科室各级负责人将根据责任分别被追责。

此责任书一式二份。省康复中心和项目实施科室各执一份。

省康复中心

责任人：

年 月 日

项目执行科室

责任人：

年 月 日

