

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

文件

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](http://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 <input type="checkbox"/>	二级 <input type="checkbox"/>	三级 <input type="checkbox"/>	四级 <input type="checkbox"/>	未定级 <input type="checkbox"/>		
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户家庭 <input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难						
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 参加城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 参加商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 参加其他保险_____ <input type="checkbox"/> 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。						





---

山东省残疾人联合会办公室

2019年4月11日印发

---