



重庆市民政局 关于印发《重庆市“福康工程”项目 实施细则》的通知

渝民发〔2019〕16号

各区县（自治县）民政局，两江新区社会保障局、万盛经开区民政局，直属有关单位、机关相关处室：

《重庆市“福康工程”项目实施细则》已经局党组 2019 年第 28 次会议审议通过，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

重庆市民政局

2019 年 9 月 11 日



重庆市“福康工程”项目实施细则

第一章 总 则

第一条 为认真贯彻落实习近平总书记关于民政工作的重要指示精神，提升残疾人福利保障水平，根据民政部办公厅印发的《“福康工程”项目实施管理办法》《民政部彩票公益金使用管理办法》《重庆市彩票公益金管理办法》等规定,结合重庆实际，特制定本实施细则。

第二条 “福康工程”项目由民政部部署和指导，市民政局负责组织实施，区县（自治县）民政局协助实施。

市民政局负责全市“福康工程”项目的组织协调、资金分配、督促落实、指导评估和监督检查工作；对区县（自治县）民政局“福康工程”项目相关材料进行审核，符合要求的，交由委托单位具体承办；指导各区县（自治县）民政局宣传“福康工程”项目；传达上级民政部门有关“福康工程”项目政策措施和工作部署；对“福康工程”项目实施提出意见和建议。

各区县（自治县）民政局负责审核汇总本地“福康工程”项目相关材料，并报送市民政局，不符合条件的，要向申请人说明原



因；负责宣传和落实“福康工程”项目政策措施和工作部署；协助项目实施单位做好手术康复筛查、康复辅助器具适配筛查、配置服务、跟踪回访等工作；对“福康工程”项目实施提出意见和建议。

本市“福康工程”项目由市民政局委托市中西医结合康复医院（市康复辅具技术中心）具体承办。负责摸清全市符合条件受助对象的手术矫治、康复辅具需求，建立基本信息台账，拟定年度实施计划，并报市民政局备案；协助市民政局做好定点医疗机构、定点假肢矫形器配置机构选定；负责项目实施单位做好审核残疾人手术矫治筛查、康复辅助器具适配筛查、康复训练、配置服务、跟踪回访、风险评估、统计分析、档案管理工作，及时向市民政局报送项目实施情况；负责全市“福康工程”项目资金的使用、管理、结算和监督；对“福康工程”项目实施提出意见和建议。

第三条 市民政局成立由分管局领导担任组长、社会事务处、规划财务处、社会救助处、养老服务处、儿童福利处等相关处室负责人为成员的工作领导小组。具体负责以下工作：

（一）指导委托单位摸清全市符合条件受助对象的手术矫治、康复辅具需求，建立基本信息台账，拟定年度实施计划；

（二）制定全市“福康工程”项目实施细则，规范项目实施工作；



（三）督促指导各区县（自治县）“福康工程”项目实施，严格项目监督管理，适时开展督查、回访与评估；

（四）负责全市“福康工程”项目资金分配、管理和监督，指导委托单位统筹资金使用；

（五）根据实际确定并对外公布全市“福康工程”项目定点医疗机构和康复辅具适配机构，同时报送民政部备案；

（六）加强工作统计、分析和汇总，及时向民政部报送项目实施情况；

（七）规范全市“福康工程”项目档案管理，及时将相关材料存档；

（八）加强项目实施和工作成效的宣传，提高公众参与度和社会影响力；

（九）应当负责的其他事项。

第二章 项目内容和定点机构

第四条 “福康工程”项目作为落实中央打赢脱贫攻坚战决策部署、助力残疾人精准脱贫的重要举措，主要为受助对象配置假肢、矫形器、轮椅、拐杖、助行器、助听器、护理床等康复辅助器具，从中筛选具有手术适应症的肢体（脊柱除外）畸形患者



进行手术矫治，并进行康复训练。

第五条 “福康工程”项目主要受助对象为重庆市有意愿的建档立卡贫困户、低保家庭和特困人员中的残疾人及公办残疾人福利机构。

第六条 “福康工程”项目资金来源为中央补助资金和市级配套资金，中央补助资金是指民政部彩票公益金补助地方项目资金中用于“福康工程”项目的资金；市级配套资金是指从市级留存的彩票公益金中安排不低于中央补助资金 30% 的资金，与中央补助资金统筹使用。

第七条 “福康工程”项目资金资助范围为：

（一）医疗费。矫形手术患者住院手术及康复的费用，包括筛查费、诊疗费、手术费、康复费、药品费、住院服务等，不包括患者的营养费、伙食费及陪护费。医疗费先由基本医疗保险、新型农村合作医疗结算，扣除医保报销及大病保险、医疗救助、慈善捐助部分后，每名患者资助医疗费不超过 3 万元。

（二）康复辅具配置费。符合受助条件的截肢者及肢体功能障碍者在定点康复辅具配置机构订假体肢矫形器的费用（含假肢矫形器零部件辅料及装配费）先由基本医疗保险、新型农村合作医疗结算，扣除医保报销及大病保险、医疗救助、慈善捐助部分后，每具大腿假肢资助配置费不超过 2.6 万元，每具小腿假肢资

助配置费不超过 1.3 万元，其他部位假肢每具资助配置费不超过 2.6 万元，矫形器每具资助配置费不超过 3000 元。

（三）城市间交通费。受助患者接受手术矫治康复、假肢矫形器配置所发生的城市间交通费用，资助标准为普通客车座（限未通火车、轮船的区县到重庆市）、火车硬席（硬座、硬卧）、高铁/动车二等座、全列软席列车二等软座、轮船三等舱。未按标准乘坐交通工具的，超支部分由个人承担。交通费先由定点医疗机构、假肢矫形器配置机构凭票垫付，再由定点机构到委托单位结算。

（四）轮椅、拐杖、助行器、护理床等其他类康复辅助器具产品配置费用。产品应符合国家有关质量标准，按照政府采购程序，结合受助对象的实际需求，由定点康复辅具配置单位统一组织适配。

第八条 “福康工程”项目由手术定点医院、康复训练定点医院和康复辅具配置定点单位具体实施。

市民政局按照民政部《“福康工程”项目管理办法（试行）》，以定点医疗机构和定点假肢矫形器配置机构的选定标准为依据，结合我市实际，制定具体的遴选办法，经过相应决策程序择优选定 1—2 家定点医疗机构和 1—2 家定点假肢矫形器配置机构，并向社会公布，同时报民政部备案。



第三章 项目管理

第九条 “福康工程”项目资金实行专项管理，确保专款专用，发挥最大使用效益。各区县（自治县）民政局根据当地实际情况制定项目年度计划，并于每年3月15日之前报送市民政局。项目实施有临时变动的，应及时向市民政局报告。市民政局根据民政部项目资金预算下达时间及数额，统筹安排项目实施，确因客观因素在当年未能全部实施完成，该年度资金结转下一年度使用。如两年未能实施完成的，资金结转和结余按有关规定收回市财政。

第十条 “福康工程”项目实施采取个人申请、民政部门审核、定点机构提供服务的资助程序和管理办法，具体工作规程如下：

（一）个人自愿申请。由残疾人向户籍所在地区县（自治县）民政局提出申请，填写《“福康工程”项目申请表》（附件1）。申请时应持有第二代中华人民共和国残疾人证。残疾人的法定监护人，法定赡养、抚养、扶养义务人，所在村（居）民委员会或其他受托人可以代为办理申请事宜。

（二）逐级审核审批。区县（自治县）民政局商同级扶贫、残联等部门和单位对残疾人提交的申请材料进行审核；符合要求



的，由区县（自治县）民政局审核汇总后报送市民政局审批。

（三）认真开展患者筛查。市民政局组织并委托定点医疗机构、定点康复辅具配置机构，分别对经审核确定的残疾人开展手术、各类康复辅助器具需求筛查，区县民政局配合定点单位填写《“福康工程”手术康复患者筛查登记表》（附件2）《“福康工程”假肢矫形器患者筛查登记表》（附件3）《“福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表》（附件4），并将筛查结果及时汇总报送市民政局；筛查工作每年至少开展一次。

（四）严管服务过程。对通过定点机构筛查确认的患者，由其户籍所在地区县（自治县）民政局通知其前往定点机构接受手术矫治、康复或假肢矫形器配置；对通过轮椅、拐杖、助行器、护理床等其他康复辅助器具产品筛查的，其户籍所在地区县（自治县）民政局配合定点配置机构完成产品发放工作。

市民政局与定点医院、康复辅具配置定点单位签订服务协议，明确手术矫治、康复预期疗效和康复辅助器具配置的服务质量要求。

（五）规范《“福康工程”项目资助表》（附件5）填报。由定点医疗机构、定点康复辅具配置机构填报，填表时附如下材料：

1.医疗或配置记录：患者诊疗记录（包括住院病历等）、康复辅具配置档案；



2.费用票据：医疗费、康复辅助器具配置费、交通费等票据；

3.提供接受手术和假肢矫形器配置前后评估及对比照片。

（六）准确核实结算。市民政局监督委托单位准确核实“福康工程”实际费用开支情况，及时与定点医疗单位、定点康复辅具配置单位进行结算。结算单位对本地区项目实施情况和资金使用状况负责。

第十一条 各区县（自治县）民政局应加强“福康工程”相关档案管理，及时完善《“福康工程”项目申请表》中后续内容，将《“福康工程”项目申请表》《“福康工程”项目资助表》等材料妥善存档。

“福康工程”项目相关工作档案管理年限不低于 10 年。

第十二条 各区县（自治县）民政局应及时掌握本地区“福康工程”工作动态，加强工作统计，每年 3 月 1 日前将上一年度项目实施情况报送市民政局。

第十三条 各区县（自治县）民政局要利用各种新闻媒体，加强宣传推广，使“福康工程”项目家喻户晓，让全社会了解项目实施情况和使用效果。

第四章 项目监督



第十四条 市民政局（委托单位）每年采取入户调查、电话回访等形式，按照不低于受助对象人数 30% 的比例，对项目的实施情况进行抽查评估。评估结果应作为确定和调整定点医疗机构、定点假肢矩形器配置机构和其他康复辅助器具产品供应单位的重要依据，作为衡量相关单位和地区年度工作绩效的重要内容。具体工作可委托第三方机构实施，评估经费可从“福康工程”项目市级配套彩票公益金中列支。

第十五条 各区县（自治县）民政局要加强对受助对象的资格核定、申报材料的审查把关，严禁弄虚作假，套取国家资金。要利用各种媒体渠道，及时公开项目开展的相关信息，做到公开透明，主动接受社会各界监督。

第十六条 市民政局将“福康工程”项目实施纳入年度重点工作考核。全市各级民政部门及其工作人员违反本细则有关规定，依照《财政违法行为处罚处分条例》《民政部彩票公益金项目督查办法》等相关规定进行处理。

第五章 附 则

第十七条 区县（自治县）民政局对本细则确定的“福康工程”

项目内容拓展至建档立卡贫困户、低保家庭和特困人员中的残疾人群体以外的，所用资金应为地方资金，并应与中央补助资金分开核算、分账管理。

第十八条 本细则由市民政局“福康工程”项目工作领导小组负责解释。

第十九条 本细则自下发之日起施行。

- 附件：1. “福康工程” 项目申请表
2. “福康工程” 手术康复患者筛查登记表
3. “福康工程” 假肢矫形器患者筛查登记表
4. “福康工程” 轮椅等康复辅助器具筛查登记表
5. “福康工程” 项目资助表
6. 重庆市“福康工程”项目定点服务机构遴选办法
及评分细则

附件 1

“福康工程”项目申请表

| | | | | | | | |
|------------|---|--|---|-------------|--|------|-------|
| 申请人姓名 | | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 户籍 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号 | | | | 民族 | | 电话 | |
| 常住地址 | | | | 亲属或监护人及联系方式 | | | |
| 个人情况 | <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户残疾人 <input type="checkbox"/> 低保家庭残疾人 <input type="checkbox"/> 特困人员中的残疾人 | | | | | | |
| 申请内容 | 申请原因（残疾等级情况） | | | | | | |
| | 申请内容 | <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 康复 <input type="checkbox"/> 假肢 <input type="checkbox"/> 矫形器 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 护理床 | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 审核人：（盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 市级民政部门审核意见 | 审核人：（盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 省级民政部门审核意见 | 审批人：（盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| 筛查情况 | <input type="checkbox"/> 通过手术康复筛查 <input type="checkbox"/> 通过假肢矫形器配置筛查 <input type="checkbox"/> 已填报康复辅具配发需求 | | | | | | |
| 项目实施情况 | | | | | | | |

说明：1. 顶端深色背景部分由申请人或代办人填写；2. “筛查情况”、“项目实施情况”由服务提供单位填写，其中“项目实施情况”填写受助对象手术时间、名称、术后情况，或假肢矫形器和康复辅助器具配置种类、数量等；3. 附上受助对象身份证复印件，以及县级扶贫部门出具的建档立卡贫困户证明复印件，或县级民政部门出具的低保家庭、特困人员证明复印件。

附件 2

“福康工程”手术康复患者筛查登记表

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 户籍所在地 | 诊断 | 是否符合手术/康复 | 联系人及电话 |
|----|----|----|----|------|-------|----|-----------|--------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

附件 3

“福康工程” 假肢矫形器患者筛查登记表

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 户籍所在地 | 诊断 | 是否符合假肢、矫形器 配置 | 联系人及电话 |
|----|----|----|----|------|-------|----|------------------|--------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

附件 4

“福康工程”轮椅等康复辅助器具筛查登记表

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 户籍所在地 | 功能障碍情况 | 对康复辅助器具产品需求（轮椅、拐杖、助行器、护理床） | 联系人及电话 |
|----|----|----|----|------|-------|--------|----------------------------|--------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

附件 5

编号:

“福康工程”项目资助表

（此表适用于“福康工程”手术康复、假肢矫形器配置）

患者姓名:

填报机构（定点机构）:

填报日期: 年 月 日

| 患者基本信息 | | | | | | | |
|--------------|--|------|------|------|----|------|----|
| 姓名 | | 性别 | | 民族 | | 患者照片 | |
| 出生日期 | | 身份证号 | | | | | |
| 住址 | | | | | | | |
| 个人情况 | <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户残疾人 <input type="checkbox"/> 低保家庭残疾人 <input type="checkbox"/> 特困人员中的残疾人 | | | | | | |
| 亲属或监护人姓名 | | | | 联系电话 | | | |
| 病情诊断 | | | | | | | |
| 填报资助金额 | 定点机构名称 | | | | | | |
| | 医疗费 | | | | | | |
| | 手术诊疗 | 康复 | | | | | 小计 |
| | | | | | | | |
| | 假肢矫形器配置费 | | | | | | |
| | 假肢 | 矫形器 | | | | | 小计 |
| | | | | | | | |
| | 扣除项目 | | | | | | |
| | 医保报销 | 大病保险 | 医疗救助 | 慈善捐助 | 其他 | | 合计 |
| | | | | | | | |
| 申请“福康工程”资助金额 | | | | | | | |
| 医疗费 | 假肢矫形器配置费 | | | | | | 合计 |



重庆市民政局规范性文件

| | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| 定点机构 意见 | 以上情况属实，同意其申请“福康工程”资助。 <div>审批人：</div> <div>（盖章）：</div> <div>年 月 日</div> | | | | | |
| 省级民政 部门意见 | <div>审批人：</div> <div>（盖章）</div> <div>年 月 日</div> | | | | | |
| 备注 | | | | | | |

附：1. 患者医疗费、康复辅助器具配置费等票据；2. 患者诊疗记录（包括住院病历等）、假肢矫形器配置档案等；3. 患者接受手术和假肢矫形器配置前后对比照片。



1. 医疗费、康复辅助器具配置费等票据粘贴处

2. 患者诊疗记录（包括住院病历等）、假肢矫形器配置档案等粘贴处

3. 患者接受手术和假肢矫形器配置前后对比照片粘贴处

附件 6

重庆市“福康工程”项目 定点服务机构遴选办法及评分细则

| 定点服务机构 | 遴选办法及评分细则 |
|----------------------|---|
| 定点假肢矫形器配置服务机构（100 分） | <p>（一）资质要求（10 分）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 我国境内依法注册设立的社会团体或企（事）业单位并获得有效的假肢矫形器（辅助器具）生产装配许可资质。（符合得3分，不符合不得分）2. 中国康复辅助器具协会会员单位。（符合得3分，不符合不得分）3. 中国康复辅助器具协会理事单位。（符合得4分，不符合不得分） <p>（二）服务场所要求（20 分）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 场地面积：服务机构的康复辅具适配活动与训练场地建筑面积累计 2000 平方米以上得 10 分，1500-2000 平方米得 3 分，1500 平方米以下不得分）2. 必备的功能用房和其他用房（满分 10 分）：<ol style="list-style-type: none">（1）取形修形室；有则得2分，无则不得分（2）独立的生产装配车间；有则得2分，无则不得分（3）多功能康复训练室，室内外康复训练场所应符合国家相关的安全规定，固定且自成一体，安全、易于疏散、设计装饰应适合残疾人的身心特点；有则得2分，无则不得分（4）产品展示厅（展示各种功能的假肢、矫形器等康复辅具样品）；有则得2分，无则不得分（5）专业库房（保障各类康复辅具及零配件的及时充足供应）面积不少于150平方米。有则得2分，无则不得分 <p>（三）设施设备配置要求（25 分）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 应具备的基础型假肢矫形器装配设施设备：计算机辅助设计及 3D 扫描加工（CAD/CAM）系统、激光静态与动态对线仪、水压取型器、树脂板材成型仪、塑形打磨机、防爆柜、专业吸尘机、专业工作台（满分 15 分，每少一样设备扣 5 分，扣完 15 分为止）2. 应具备的基础型康复训练设施设备：减重步行训练架、平衡评测系统（满分 10 分，每少一样设施设备扣 5 分） <p>（四）专业人员配置要求（15 分）</p> <p>康复医生、康复治疗师、假肢矫形器制作师等康复辅具相关专业技术人员不低于20人且在本单位从业时间不少于五年（提供报名服务机构住所地近五年社保缴纳证明备查）。其中国家假肢矫形器执业师不得少于4人。（满分15分，每少一人扣5分，扣完15分为止）</p> <p>（五）服务能力（满分 25 分）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 服务业绩（10 分）：服务机构近三年来（2016、2017、2018），每年完成假肢矫形器配置数量应不低于 300 具（需提供患者病历档案原件备查）。（每少一具扣 1 分，扣完 10 分为止）2. 进行功能评估的能力（0-8分） <p>能够组织由康复医生、康复治疗师、假肢矫形器制作师组成的康复辅助器具配置团队进行适配相关的身体功能评估；（有康复医师得2分，否则不得分；有康复治疗师得2分，否则不得分；能正确进行适配相关的身体功能评估得4分，</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| | <p>否则不得分)</p> <p>3. 制定配置方案的能力 (0-3 分)</p> <p>能够根据患者需求, 精准、科学的制定个性化的康复辅助器具配置方案与康复训练计划; (能制定正确的配置方案得 2 分, 否则不得分; 能制定正确的康复训练计划得 1 分, 否则不得 1 分)</p> <p>4. 提供配置服务的能力 (0-4 分)</p> <p>能够作好配置档案管理、测量制作、调试安装、适应训练、指导使用、物流配送、跟踪回访、信息反馈、数据统计、定期报告等工作; (以上每一项缺失扣 1 分, 扣完 4 分为止)</p> <p>(六) 信誉 (5分)</p> <p>服务机构在递交申报材料截止时间前3年内未发生重大事故, 得5分, 否则不得分。</p> |
| <p>定点手术医院</p> <p>(100 分)</p> | <p>(一) 资质要求 (10分)</p> <p>二级以上 (含) 医保定点综合医院。</p> <p>(二) 专业人员配置要求 (30分)</p> <p>1. 拥有从事矫形外科专业的高、中、初级医师或康复医师。其中, 骨科副主任医师及以上人员不低于3人, 主治医师不低于5人。(满分15分, 每少一人扣5分, 扣完15分为止)</p> <p>2. 肢体残疾矫治手术主刀医师须持有中华人民共和国医师资格证书及医师执业证书 (注册为骨外科或外科专业), 具有主治医师及以上医师资格。(符合要求得15分, 否则不得分)</p> <p>(三) 设施设备配置要求 (30分)</p> <p>1. 设有骨科专业病房及手术室 (10分)。(每缺少一项扣5分)</p> <p>2. 应具有的履行肢体残疾矫治手术所必须的专业设施设备: 骨科手术床, 术中用C臂X光机、气囊止血带, 骨科固定专用器械包、手足显微外科器械 (20分)。(每缺少一项扣5分, 扣完20分为止)</p> <p>(四) 服务能力标准 (25分)</p> <p>1. 服务业绩 (10分): 服务机构近三年来 (2016、2017、2018), 每年完成肢体残疾矫治手术≥ 50例 (需提供患者相关信息备查)。(每少一例扣一分, 扣完10分为止)</p> <p>2. 进行功能评估的能力 (0-3分)</p> <p>能够组织由以骨科医师为核心的医疗团队对合格受助对象进行前期身体功能评估;</p> <p>(2) 制定治疗方案 (0-8 分)</p> <p>能够根据患者实际病情, 科学的制定手术及治疗方案;</p> <p>(3) 提供医疗服务 (0-4 分)</p> <p>能够作好医疗档案管理、诊疗手术、出入院管理、跟踪回访、信息反馈、数据统计、定期报告等工作; (以上内容每缺失一项扣 2 分, 扣完 4 分为止)</p> <p>(五) 信誉 (5分)</p> <p>服务机构在递交申报材料截止时间前 3 年内未发生重大事故的, 得 5 分, 否则不得分</p> |
| <p>定点康复医院</p> <p>(100 分)</p> | <p>(一) 资质要求 (10分)</p> <p>二级以上 (含) 医保定点康复医院。</p> <p>(二) 专业人员配置要求 (30分)</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>1. 拥有从事康复医疗专业的高、中、初级医师或康复医师。其中，副主任医师及以上人员不低于6人，主治医师不低于5人，康复治疗师不低于6人。（满分15分，每少一人扣5分，扣完15分为止）</p> <p>2. 医师须持有中华人民共和国医师资格证书及医师执业证书，具有主治医师及以上医师资格，康复治疗师须持有康复治疗师资格证。（满分15分，符合要求的满分，否则不得分）</p> <p>（三）设施设备配置（30分）</p> <p>1. 设有康复专科病房、检验室及PT治疗室、OT治疗室、中医治疗室、多功能康复训练室，多功能物理治疗室；（满分10分。每少一项扣5分，扣完10分为止）</p> <p>2. 应具备的康复医疗专业仪器设备：X光机、骨密度检测仪，电动直立床、牵引床、高中低频治疗仪、TDP治疗仪、平衡治疗仪、微波治疗仪、磁振热治疗仪、磁疗、蜡疗仪、电子生物反馈治疗仪、膀胱训练仪、超声复合电导治疗仪、多功能牵引床、电动颈引椅、紫外线治疗仪、银质针导热巡检仪、电针仪、脑电仿生电刺激仪、吞咽神经和肌肉电刺激仪、空气波压力循环治疗仪、下肢关节康复器、功率自行车、踝关节训练仪、股四头肌训练仪。（满分20分。每少一项扣5分，扣完20分为止）</p> <p>（四）服务能力（25分）</p> <p>1. 服务业绩：服务机构近三年来（2016、2017、2018），每年完成康复治疗病例≥400例（需提供患者病历档案原件备查）（满分10分。每少一例扣一分，扣完为10分止）</p> <p>2. 进行功能评估的能力（0-8分） 能够组织以康复医师为核心的医疗团队对患者进行前期身体功能评估；</p> <p>3. 制定治疗方案的能力（0-3分） 能够根据患者康复需求，科学制定个性化、系统化的康复治疗方案；</p> <p>4. 实施康复训练的能力（0-4分） 能够根据受助人肢体残疾的特点和需求，按照循序渐进、个体差异的原则开展康复训练。具有规范的康复训练流程，进行康复评估、制定和实施个性化康复训练计划，开展肢体残疾运动、感知、认知、言语、生活自理和社会适应等领域的康复训练，能够作好医疗档案建立、诊疗、出入院管理、跟踪回访、信息反馈、数据统计、定期报告等工作。（以上内容每缺失一项扣2分，扣完4分为止）</p> <p>（五）信誉（5分） 服务机构在递交申报材料截止时间前3年内未发生重大事故的，得5分，否则不得分</p> |
|--|--|