

提案摘编

推进残疾预防 共享健康生活

——全国政协委员和民主党派提案建言残疾预防

残疾预防,关乎每一个家庭的幸福安康,是社会文明进步的标尺。习近平总书记指出:“抓改革、促发展,归根到底就是为了让人民过上更好的日子。”党的二十届三中全会《决定》提出,“在发展中保障和改善民生是中国式现代化的重大任务”,并围绕“健全保障和改善民生制度体系”作出了一系列重要改革部署。那么,如何解决好民政服务对象急难愁盼问题,推动保民生与促发展良性互动?全国政协委员、民主党派纷纷通过提案提出意见建议,为推进残疾预防、共享健康生活鼓与呼。

民进中央:

加快推进老年康复辅具产业发展

案由:我国老年人口数量多,人口老龄化速度快。人口老龄化带来了大量失能老人和老年慢性患者的康复需求,老年康复辅具可以通过改善、补偿、替代老年人身体功能,达到改善生活、辅助治疗和预防残疾的目的。推动老年康复辅具产业发展,既是提高老年人生活品质的重要途径,也是积极应对人口老龄化的必要举措。近年来随着相关政策的出台,我国老年康复辅具产业得到快速发展,但仍存在一些问题:

一是产业规模相对较小,产品竞争力不强。我国老年康复辅具企业数量少、规模小,发展处于分散化、自发型状态,以加工中低端产品为主,高端产品主要依赖进口,难以满足快速增长的国内市场需求。

二是相关标准体系尚不健全。老年康复辅具产品对安全性、可靠性、耐用性等有着较高要求,但由于产品制造缺乏相应标准,市场上的产品质量参差不齐,难以保障老人使用安全。

三是创新能力不强,相关人才短缺。国内老年康复辅具产业创新能力不足,科技含量较低,仿制仿造现象普遍,行业内掌握康复学、工程学、材料学等方面知识技能的复合型人才紧缺。

四是社会认知度不强。老年康复辅具与一般消费品不同,需要消费者对其功能有全面的了解、认知与体验。当前市场上供需信息不对称,一定程度上影响了辅具产业的发展。

建议:一是加快培育老年康复辅具产业龙头企业和产业链。鼓励支持国内老年康复辅具生产企业积极拓展业务,开发照护机器人、智能适老功能护理床等高端智能辅具,实现中高端的小型、轻便辅具大规模量产,加快中国制造品牌建设。成立产业联盟,打造符合国情的老年康复辅具产业链,引进国际一流老年康复辅具企业到国内投资设厂,推动上下游产业链快速发展。

二是加快标准制定,完善政策扶持。推进老年康复辅具标准体系建设,促进行业与市场的规范化发展。加大老年康复辅具产业扶持力度,给予税收优惠、投资补助,鼓励更多企业参与。建立基本型老年康复辅具购置补贴制度,将基本型

老年康复辅具配备情况纳入养老机构运营规范,支持社区为独居老人提供基本的康复辅具,鼓励社会公益基金、社会组织提供相应的专项救助。

三是强化人才培育,推动产品研发和成果转化。鼓励企业加大研发投入,引导产业链上下游企业合作。提升创新研究平台支撑能力,鼓励优势企业、科研单位、高校在相关领域合作建立研究机构平台。加强行业复合型人才培养,与当前的护理、养老等相关专业形成有效衔接与相互支持。完善产学研一体化创新的政策措施,加强老年康复辅具相关研究成果转化推广。

四是提升老年康复辅具的社会认知度,降低老年人使用门槛。支持相关企业进入社区、养老院开展宣传推广,通过产品展示、主题日主题周等活动,帮助老年人及家庭了解康复辅具的作用。指导企业完善售前指导和售后服务,提升社会公众对老年康复辅具的认知。

台盟中央:

推行免费产前筛查诊断预防出生缺陷

案由:残疾预防工作十分重要,其由四个方面组成:出生缺陷和发育障碍致残防控、疾病致残防控、伤害致残防控和康复服务促进。实践证明,相比于事后的救治,预防出生缺陷进而减少残疾发生,社会和家庭所付出的代价要小得多。

出生缺陷三级防治涵盖孕前、孕期、产后等阶段,有利于从源头把控生育质量,在孕期进行产前筛查和产前诊断是重点推广的二级预防措施。福建省自2010年7月起为农村孕妇和城市低保孕妇实施免费产前筛查诊断服务,部分地市也根据实际,将免费产前筛查诊断纳入党委政府为民办实事项目。项目实施10多年来,覆盖面不断扩大,受益人群不断增加,免费筛查带动了自费筛查,致残出生缺陷发生率呈现逐年下降趋势,但也存在免费项目服务对象未全面覆盖、筛查诊断硬件设施配套不够规范等问题。加上受环境污染、职业危害和高龄产妇比例增加等诸多因素的影响,出生缺陷防治工作仍任重道远。

建议:一、增加经费投入,扩大服务覆盖人群。建议采取纳入医保、财政专项拨付、各级财政按比例分级承担等方式,逐步放大家庭的限制,保障符合条件且有需要的孕妇均能接受免费筛查。同时,鼓励有条件的地区逐步推行无创产前基因筛查与诊断项目,提高产前筛查的准确率和安全性。

二、加大宣传力度,提高产前筛查诊断

意识。建议卫健、医保、残联等部门加强联动,争取将每一个孕妇纳入到产前筛查行列,扩大免费产前筛查诊断工作的影响力和覆盖面,提高孕妇对出生缺陷防治知识的知晓率、对产前筛查的参与率。通过免费项目的实施,宣传产前筛查诊断的意义、局限、流程、内容等,带动自费人群自觉参与产前筛查诊断,变“被动式”筛查诊断为“主动式”筛查诊断。

三、完善服务网络,提升服务能力。一是加强基层医疗卫生机构和妇幼保健机构的能力建设。从基础设施配套、人力资源配置、组织管理、服务内容等方面加强产前筛查机构的规范化建设,如规范设立独立的遗传咨询门诊,添置实验设备等。二是加强基层医务人员培训。增加培训频次,下派相关技术人员到基层医务工作者传、帮、带,使其熟练掌握产前筛查诊断的相关检查技术及操作规程。三是完善免费筛查诊断的服务流程。通过宣传下沉(至各基层卫生机构、血样采集机构),宣传靠前(利用产前保健宣传、孕妇学校宣传)、开设绿色通道、简化身份确认流程、安排专职医师、安排专用彩超等方式,优化免费筛查诊断服务流程,提高服务效率。

四、加强市场监管,切实保障孕妇合法权益。严格按照国家法律法规,指导具备资质的医疗机构开展产前筛查与诊断,切实保障孕妇知情权和选择权,严格保护孕妇隐私。同时,严查查处医疗机构不具备资质、超范围违规开展产前筛查诊断违法行为。

全国政协委员付小兵:

对机动车驾驶员开展强制性初级创伤救治基本技能培训

案由:道路交通伤已成为全球疾病与伤害负担的第三大原因。由于严重创伤紧急救治的黄金时间是越早越好,如能在专业救治力量到达前,由未受伤或伤势较轻的机动车驾驶员在现场对伤者进行以初级创伤救治为主的早期急救,可最大限度防止和减少因伤势过重而导致的伤残甚至死亡。当前,我国考取驾照实行严格的驾驶学习和考核制度,但普遍缺乏自救互救等早期急救知识与技能培训,有的地方开展部分培训,也存在缺乏针对性,实操性不强,同时也没有纳入驾驶员考核体系。为此,建立高

效、科学、规范的院前创伤救治体系,特别是针对早期救治中的薄弱环节势在必行。

建议:一、将初级创伤救治理论和基本技能,纳入新的机动车驾驶员教学培训体系。学时不低于4小时,内容包括伤情评估、通气、止血、包扎、固定、搬运、心肺复苏、自动体外除颤仪AED使用等,并开展相关技能考核。对同时通过驾驶技能考试和基础急救技能考核的人员,方可获得机动车驾驶证,如未通过基础急救技能考核则不予发放机动车驾驶证。师资可依托

各级红十字会、医院、120系统、医学院校及相关社会机构。可先在海南等省市进行试点,在实践中不断完善。教材教案可通过相关行业学术组织或医疗机构统一编写。

二、按照“健康中国”行动“提高公众卫生应急素养”的要求,分期分批对已获得机动车驾驶证的驾驶员进行初级创伤救治基本技能培训。公安、交通、应急管理、教育、卫健等部门协调联动,研究论证开展相关培训的具体途径和方法,并逐步纳入机动车驾驶证动态考核管理。相关培训纳入财政预算,建立稳定的经费

保障机制,积极鼓励和引导社会力量参与。采取多种形式,加强相关知识和技能宣传普及,提高驾驶员参与急救的意识。推进交警辅警、出租车和公交车司机、导游、托儿所工作人员等相关行业人员强制性培训取证。对货车特别是危险品运输车辆驾驶员结合年审定期组织急救技能培训考核。

三、完善器材配备。相关部门组织专业力量,加紧研制改进机动车标准急救器材,确保品种、性能、数量满足车祸现场急救基本需求。充分考虑车流密度以及适当距离,加大AED等便携式急救器材在高速公路、普通国道省干线公路服务区(站)、物流通道货物集散地等地布点投放力度,与卫生急救站、司机之家等建设相结合,并明确和有效指引配置位置。推进5G+智能院前急救平台建设,进一步提高救治效率。

全国政协委员辜清:

推动特殊教育事业高质量发展

案由:党的二十大报告中明确提出,强化特殊教育普惠发展,这为新时代我国特殊教育现代化发展指明了方向。大力发展特殊教育,保障每一个特殊儿童都享有出彩机会,具有重要意义。

调研发现,我国特殊教育事业发展还存在不少短板和问题:如一些地方特殊教育宣传力度不够,部分群众对特殊教育学校信任感不强;特殊教育学校布局不均衡,有的边远地区残疾儿童接受特殊教育困难;特教教师待遇不高,优质师资力量不足等。

建议:一、建立健全特殊教育保障机制。一是加大特殊教育经费投入。严格按标准落实义务教育阶段特殊教育学校生均公用经费补助,适当

增加年度预算。逐年增加特殊教育补助资金,加强特殊教育基础能力建设。二是加大残疾学生资助力度。在义务教育“两免一补”的基础上,统筹优惠政策,实行残疾学生高中教育阶段免费教育,学前教育和高等教育阶段优先资助残疾学生。三是完善特殊教育服务体系。各级教研机构至少配备1名专职或兼职特殊教育教研员。加强家校社合作,健全志愿者扶残助学机制,鼓励企事业单位、社会团体、个人捐资助学。

二、提高特殊教育教师专业化水平。一是配齐配足特殊教育教师。各地严格执行特殊教育学校师生比配备标准,并根据残疾类别,尤其是对招收重度与多重残疾学生较多的学校,适当增加教职工,加强配备康复医

生、康复治疗师、康复训练人员、巡回指导教师等专业技术人员。二是加快特殊教育教师培养。支持高等院校扩大特殊教育专业招生规模,鼓励普通师范学院和综合性院校的师范专业按需开设特殊教育课程。三是加强特殊教育教师培训。普通教育培训应当增加特殊教育内容,“国培计划”“省培计划”对特殊教育教师培训予以倾斜,增强培训的针对性和实效性。

三、发展非义务教育阶段特殊教育。一是积极发展残疾儿童学前教育。对接收残疾儿童的普通幼儿园进行奖补,在特殊教育学校和有条件的儿童福利机构、残疾儿童康复机构增设学前部或附设特殊教育幼儿园。学前教育部积极为残疾儿童提供功能评估、训练、康复辅助器具等基本康

复服务。二是大力发展以职业教育为主的残疾人高中教育。依托现有特殊教育学校的高中部,创造条件举办聋人高中、盲人高中中等职业学校。支持普通高中和中等职业学校通过随班就读、特殊教育班等形式招收残疾学生。三是支持高校设立适合残疾人学习的相关专业。建立特殊教育融合资源中心,为普通高校、各地特殊教育学校(资源中心)实施融合教育提供指导和服务。开展残疾人远程教育和自学考试,做好残疾人教育与就业衔接工作。

四、保障特殊教育教师待遇。一是落实好特殊教育津贴等倾斜政策,核定特殊教育学校绩效工资总量应适当倾斜。二是在职称评聘、表彰奖励等方面向特殊教育教师倾斜。对从事特殊教育满10年的教师,颁发荣誉证书并给予一定奖励。三是试行将特殊教育津贴带人退休。对从事特殊教育满15年,在特殊教育岗位上退休的教师,其特殊教育津贴按规定纳入待遇计发基数,继续享受特殊教育津贴。

全国政协委员王秋菊:

实施全人群全生命周期听力保健

案由:随着人民生活水平的提高,现代生活方式的转变以及老龄化日益逼近,越来越多的证据表明:听力障碍是贯穿全生命周期的重要健康问题。由于导致听力障碍的因素影响着从孕前、孕期、产前到出生的新生儿到老龄期的全生命周期各个关键阶段,因此建议在全国实施全人群全生命周期的听力保健,以降低我国听力障碍的发生率,保障人民健康,提高生活质量。

建议:一、对孕前、孕早期人群,要关口前移。将预防关口前移至孕期,

通过对孕前、孕早期常见耳聋基因筛查,结合遗传咨询和产前诊断,胚胎植入前遗传学筛查和诊断等成熟的新技术新手段,帮助适龄夫妇科学孕育听力健康孩子。目前以河北省孕妇耳聋基因免费筛查民生项目为代表的全省联动听力保健新模式,做到应查尽查,靶向干预,成效显著。建议听力保健关口前移,复制成熟示范模式,“弯道超车”防控听觉出生缺陷。

二、对新生儿人群,提升“双筛”覆盖率。新生儿出生时是否拥有正常的听力,是言语发育的关键。2007年,我们首次在国际上提出新

生儿听力与基因联合筛查的“双筛”新理念新模式,大大提高了针对遗传性聋、药物性聋的防控能力,有效降低了耳聋的发生风险。目前,面对“双筛”模式推广普及不足等问题,建议加大政府的主导和投入,提高“双筛”的整体覆盖率。

三、对儿童、成年、老年人群,要加强听力保健。儿童听力损失早发现、及时治疗,将避免儿童从有声世界跌入无声世界,避免听力残疾人群的增加。于成年人群而言,健康的生活方式、强健的体魄、积极向上的精神面貌、高质量的睡眠可有效避免突发性

聋、噪声性聋、特发性耳鸣等疾病的发生。针对老年人群,虽然衰老不可避免,但听力损失可以延缓。及时发现和管理听力损失,可以最大限度地减少听力损失对日常功能的损害。建议提高听力保健意识,加强爱耳护耳预防措施的推广与使用。

四、对噪声暴露人群,加强听力监测。噪声性聋是环境因素所致听力障碍的最常见病因,职业噪声引起的听力障碍是世界各地区面临的重要问题。噪声引起的听力障碍、耳鸣、听觉敏感、言语识别下降等听觉健康问题以及认知障碍、睡眠障碍、心血管健康等非听觉系统问题,严重影响职业人群的工作能力。建议对噪声暴露人群进行全天候听力动态监测,形成国家级监测大数据平台,构建预测模型和系统高效的救治体系,以显著降低我国听力残疾的发生率,保障人民群众的健康质量,提高人民生活的幸福感。

全国政协常委程红:

制定《残疾人基本康复服务规范》 提高康复服务质量

案由:党的二十大报告提出,“促进残疾人事业全面发展”。目前,我国的残疾人基本康复服务已有一定工作基础,水平快速提高,并已纳入国家基本公共服务规划。但通过对多地的调研,因缺乏国家层面可供参照执行的《残疾人基本康复服务规范》,残疾人基本康复服务在具体实践工作中仍存在以下问题:

一、缺乏全国统一的服务标准。统一规范的缺失,造成实际服务工作缺乏科学的引导与标准,阻碍了新时期残疾人康复服务水平进一步提升。各部门、各地区残疾人基本康复服务水准存在很大差异,各层级残疾人基本康复服务标准定位不尽相同,整体服务质量有待提高。

二、缺少具体操作指导意见。中国残联等部门发布的《残疾人基本康复服务目录》只明确了各地为视力、听力、言语、肢体、智力、精神等6类残疾人开展基本康复服务的基本项目和内容,但对于基层如何开展残疾人基本康复服务工作,还未给予明确指导和规定。

三、服务主体多元化,服务水平参差不齐。现有的残疾人基本康复服务目录中大部分是基本医疗服务项目,同时也包含手语翻译、日间照料、体能、生活技能、导盲随行外出等非医疗服务项目。残疾人基本康

复服务供给市场因而较为多元化,既有医疗机构,又有民办非企业组织,不同行业的供给主体提供的康复服务水平出现参差不齐的状况。

建议:一、及时制定并发布国家标准《残疾人基本康复服务规范》。这是全面提高残疾人基本康复服务质量、管理水平的必要条件,与残疾人享受基本康复服务的结果和过程息息相关。残疾人不仅要求能够得到有保障的基本康复服务,而且越来越期望享受到称心如意的康复服务。在新时期制定统一的残疾人基本康复服务规范已迫在眉睫。

二、规范制定应遵循符合法律法规、具备科学性和可行性的基本原则。《残疾人基本康复服务规范》的制定不但要找准编写的法律依据和参考标准,更要经得起专家和一线康复服务人员的实践检验,并能在培训推广后得到有效应用。

三、规范的具体内容可参照临床康复医学专业领域相关内容,以确保服务质量和规范。《残疾人基本康复服务规范》应明确规定残疾人康复的服务内容、服务要求、服务流程、服务评价与改进,服务内容项目应主要包含康复评定、康复治疗 and 康复护理。

全国政协委员龙墨:

将康复医学设为一级学科

案由:康复事业的发展关键是人才,人才培养的根本靠教育。康复高等教育是全方位、多层次培养康复专门人才的必由之路。建议将康复医学设为医学门类下一级学科,破解康复医学快速发展的瓶颈。当前,我国康复医学发展仍面临以下问题:

一、完整的医学链条包括预防、保健、诊断、治疗、康复五大方面。随着各学科快速发展,公共卫生与预防医学、基础医学、临床医学、口腔医学等都设为了一级学科,唯独康复医学没有设为一级学科,一定程度上制约了康复医学快速发展。二、我国康复人才教育机构有400多所大中专院校,受康复医学学科设置的影响,表现为学科专业设置门类不全,专业方向窄,因而人才培养单一,缺乏以“国际功能、残疾与健康分类(ICF)”理论体系为指导,以“全面康复”为理念,将医学、教育、工程、技术、心理、社会人文、管理等多学科融为一体的现代化康复高等教育学科专业。

现阶段我国康复事业处于快速成长时期,康复服务需求巨大,从教育源头提升与保障康复医学快速发展显得尤为迫切。

建议:一、依据国务院学位委员会、教育部印发《学位授予和人才培养学科目录设置与管理办法》有关规定,建议在医学门类中下设“康复医学”一级学科,康复医学下设康复医学与理疗学、听力与言语康复学、康复工程学、眼视光学、康复基础医学、物理治疗学、作业治疗学、康复评定学、康复伦理学、康复信息学等二级学科,有些学科在临床实践已较成熟,从前瞻性需求考虑,可授予医学、理学、工学、管理学等学位。开展对博士、硕士研究生和本科生的培养。

二、通过建立跨领域、多学科交叉融合、协调发展的康复学科专业,丰富和细化康复医学专业内涵。实现医理结合,培养康复医学、康复治疗学和康复心理学人才;医工结合,培养康复辅助技术专门人才;医体结合,培养体育康复专门人才;医教结合,培养教育康复专门人才;医社结合,培养社会康复人才;医管结合,培养康复管理、社会保障、残疾预防、残疾统计和残疾政策研究人才等。培养具有“全面康复”理念的复合型、创新型康复人才,为开辟康复医学的新局面、新范式作出新贡献。