

绵阳市残疾人联合会 绵阳市卫生健康委员会 绵阳市财政局 绵阳市医疗保障局

文件

绵残办〔2020〕23号

绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗 植入手术医疗康复救助项目实施方案

各县市区、科学城、高新区残疾人联合会、卫生健康局、财政局、医疗保障局、各园区社发局

为帮助听力残疾儿童重建听力、回归有声世界创造条件，根据《四川省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》（川府发〔2018〕40号）和《绵阳市人民政府关于建立残

疾儿童康复救助制度的实施意见》（绵府发〔2019〕14号）精神，特制定本办法。

一、救助原则

为加强残疾儿童精准康复服务工作，坚持弱有所扶原则，提高康复救助的公开性、可及性，紧密衔接城乡基本医疗保险、城乡医疗救助和康复救助制度，不断完善儿童早发现、早诊治、早康复工作体系，全面推进城乡经济困难家庭听力残疾儿童（以下简称困难家庭听力残疾儿童）基本康复需求兜底政策保障。

二、救助对象及条件

具有本市户籍，持有效《中华人民共和国残疾人证》或三级以上资质医院出具诊断评估报告，其医学检查无手术禁忌症，自愿申请接受人工耳蜗植入手术的0—6岁听力残疾儿童；在非特殊教育学校随班就读听力残疾儿童申请人工耳蜗植入年龄放宽至12岁。同时符合以下条件之一者，包括城乡最低生活保障家庭、建档立卡贫困户家庭和儿童福利机构收留抚养的听力残疾儿童；残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的听力残疾儿童以及其他经济困难家庭的听力残疾儿童，均可向户籍所在地残联、园区社发局、科学城残联提出救助申请。有条件的地区，可放宽救助对象家庭经济困难条件限制。

凡两年内接受过四川省、绵阳市财政资金救助的听力残疾儿童人工耳蜗植入救助项目的，不得重复享受本项目救助。

三、救助内容

为有手术适应指征的重度及以上听力残疾儿童实施人工耳蜗植入手术救助、开展术后听觉言语功能训练等康复训练及家庭康复指导。

四、定点医院

坚持科学规划，合理布局，由市卫健委会同市残联择优选取定点医疗机构。

五、工作流程及实施

(一) 申请与审批

1. 组织筛查。健全新生儿疾病筛查网络服务体系，做到应查尽查，全力预防出生缺陷。各县市区残联、园区社发局、科学城残联每年配合定点医疗机构开展人工耳蜗植入需求者摸底筛查，为后期开展康复救助奠定基础。

2. 申请和审批。由救助对象或监护人提供三级以上资质医院出具手术诊断证明，自愿向户籍所在地村（居委会）提交人工耳蜗植入手术救助申请，办理家庭经济困难认定手续。村（居委会）、乡镇（街道）如实在《绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植康复救助项目申请审核表》上签署意见后，报所在县市区残联、园区社发局、科学城残联审批并公示，符合救助条件的对象对接定点医疗机构组织实施，相关相关资料报市残联备案。

在儿童福利机构收留抚养的听力残疾儿童，残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的听力残疾儿童，由所在儿童福利等机构对接所在地县级残联、园区社发局、科学城残联签署复审意见并公示，

符合救助条件的对象对接定点医疗机构组织实施，相关资料报市残联备案和对接定点医疗机构组织实施。

(二) 人工耳蜗植入实施

由定点医疗机构负责对符合人工耳蜗植入手术指征的救助对象进行术前评估和充分沟通，确定人工耳蜗植入手术方案，完善相关手续，组织实施手术。

(三) 回访

1. 人工耳蜗植入手术后要对救助者开展定期门诊随访，了解手术后效果及康复指导，发现问题及时妥善处理。

2. 回访采用入户、电话或微信等方式，入户数量不低于手术数量的 30%，回访情况要记录存档。

六、项目经费

根据《绵阳市人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》规定，对人工耳蜗辅助器具设备费、手术费和康复训练经费进行补贴。人工耳蜗辅助器具设备单耳补助费不超过 6 万元/人，包括术后调机和开机所需费用。实施手术费用不含交通、食宿费，包括缝线、填塞物等人工耳蜗植入手术耗材，入院检查，术前、术中、术后用药，手术、护理等费用，不超过 3 万元/人，康复训练费不超过 2 万元/人。

救助经费，由省、市、县财政承担，通过财政资助、医保报销后，超出的其余费用由救助对象自行承担。补助经费按照上述标准，待项目完成后，基本医保、补充大病保险支付后剩余费用

由救助对象自行垫付，市、县残联按照“补助标准-医保支付”的部分金额向所属地财政申报资金，各市县财政审核后将人工耳蜗植入手术经费拨付给承担手术的定点医院，人工耳蜗听力设备费和康复训练经费由同级财政部门拨付救助对象属地残联、园区社发局等单位。再由各地残联、园区社发局、科学城残联向人工耳蜗产品设备供应机构支付购置补贴费，超出的费用由救助对象自行承担。

七、档案管理和登记统计

定点医院要落实专人负责，为每位救助对象建立档案，包括家庭经济困难认定、《绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目申请审核表》（附件1）、《绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目统计花名册》（附件2）、《绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目汇总表》（附件3），以及救助对象人工耳蜗植入前后的对比照片，登记、统计及项目档案管理工作。

八、工作要求

各级残联、园区社发局、科学城残联要加强归口管理，提高工作效率，会同卫健、财政、医保、民政等相关部门，完善服务网络，精心组织，密切配合，及时协调解决困难问题，形成齐抓共管的工作格局。

（一）卫健部门负责残疾预防和疑似听力残疾儿童早期筛查、诊断治疗、医学康复和对定点医疗机构建立准入、退出、内

部管理、质量安全监管等行业规范化管理工作，做到优胜劣汰，保障康复服务质量。

（二）财政部门负责将听力残疾儿童医疗手术救助、听力设备和康复训练项目救助资金纳入年度预算，及时拨付经费，加强对资金的监管。

（三）市残联要会同卫健部门加强对定点医疗机构项目监管和日常指导。各地残联、园区社发局、科学城残联要建立健全常态化工作机制，落实经费保障、完善内控管理，会同定点医疗机构共同做好属地疑似听力残疾儿童摸底筛查、对申请康复救助程序予以指导；加强与财政、医保、卫健等部门以及与定点医疗机构、人工耳蜗产品设备供应机构的沟通衔接，与人工耳蜗产品设备供应机构签订协议，做好意见反馈、资料归档、公示、组织实施、救助信息化管理、术前术后救助对象家长康复服务等各项服务管理工作。

（四）定点医疗机构要加强行业质量安全监管，组织做好承接救助项目的推动落实，组织专业人员为疑似救助对象提供筛查、诊断评估服务，引进高端人才负责救助手术和康复治疗服务；提供符合国家相关要求和取得在定点医疗机构授权人工耳蜗产品的机构；加强对救助对象术后护理、病历图文音像归档、追踪随访以及典型事例，年度总结和上报等工作。

（五）加强政策宣传。各地各部门要加强听力残疾儿童筛查、诊断、治疗、残疾预防和康复救助等方面宣传工作，提高公众的

知晓率，扩大民生保障政策的影响力，营造扶残助残的良好社会氛围。

（六）加强监管。各有关部门应加强自律监管，组织做好推进落实工作，定期反馈救助项目执行情况，发现问题及时协调解决，自觉接受有关部门和社会监督，对挤占挪用、贪污套取、虚报冒领等违法违规行为依法严肃处理。

- 附件：1. 绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目申请审核表
2. 绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目统计花名册
3. 绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目汇总表

绵阳市残疾人联合会

绵阳市卫生健康委员会

绵阳市财政局

绵阳市医疗保障局

2020年10月21日

附件 1

绵阳市城乡听力残疾儿童 人工耳蜗植入手术康复救助项目申请审核表

编号：

年 月 日

申请人姓名		性别		年龄		民族		贴照片处	
残疾类别		残疾证号或身份证号							
监护人或联系人姓名		监护人或联系人电话		监护人或联系人身份证号					
户口所在地	县市区 街（乡、镇）								
家庭详细地址									
医疗救助项目名称	人工耳蜗植入 单耳 <input type="radio"/> 双耳 <input type="radio"/>		耳蜗救助补贴标准 (元)						
申请救助事由 (摘要)									
所在村（居委会）审核意见				所在乡镇（街道审核意见）					
经办人签名： 年 月 日				经办人签名（盖章）： 年 月 日					
县市区残联、园区社发局、科学城残联审核意见				申请人（或监护人）					
经办人签名（盖章）： 负责人签名： 年 月 日				签名： 年 月 日					

填表说明：

1. 此表一式 3 份，由县市区残联、园区社发局、科学城残联审核批准后，申请人或监护人持本表到定点医院办理相关手续并进行医学评估及手术，市、县市区残联、园区社发局、科学城残联、定点医院各留存 1 份。

2. 低保对象需提供低保证复印件，其他经济困难家庭的听力残疾儿童需提供经济困难证明原件。

3. 本表附相关证件：患者及监护人身份证复印件、户口本复印件、听力学检查报告复印件、影像学检查报告复印件、儿童发育智能测试报告复印件、知情同意书原件。

附件 2

绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目统计花名册

县市区残联、园区社发局、科学城残联：（公章）

填表时间：

序号	姓名	性别	年龄	家庭地址	联系电话	残疾证或身份证号	手术耳	备注
合 计								

经办人：

填表说明：此表由县级残联、园区社发局、科学城残联填写，报市残联。

附件 3

绵阳市城乡听力残疾儿童人工耳蜗植入手术康复救助项目汇总表

填报单位： 医院（公章）

序号	姓名	性别	年龄	家庭地址	联系电话	残疾证号	人工耳蜗植入情况	备注
合计								

绵阳市中心医院分管负责人： 项目负责人： 时间： 年 月 日

注：此表一式三份，由定点医院填写，汇总签字盖章后，上报绵阳市残联，由市残联、定点医院各留存一份。

