

盐城市听障儿童人工耳蜗植入和升级 救助项目的实施方案（试行）

为进一步加大对残疾儿童康复救助力度，精准解决听障儿童重建听觉和后续康复问题，切实减轻听障儿童的家庭经济负担，按照应装尽装、应换尽换原则对听障儿童人工耳蜗植入和升级项目实施救助。为保证项目顺利实施，制定如下方案：

一、救助对象

（一）人工耳蜗植入救助项目的对象：

同时满足以下条件

1. 本市户籍 18 周岁以下听障儿童；
2. 家庭愿意配合并保证救助对象在定点康复机构接受一定期限的康复训练或康复训练指导。

（二）人工耳蜗体外机升级救助项目的对象：

本市户籍、人工耳蜗植入 5 年以上，18 周岁以下的听障儿童。

二、救助标准

（一）人工耳蜗植入救助：单侧植入手术在医保报销后，按实救助不超过 12 万元/人。

（二）人工耳蜗体外机器升级救助：升级后，按实救助不超过 6 万元/人。

（三）术后康复训练救助：新植入人工耳蜗的对象按照《盐

城市人民政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》(盐政发〔2019〕50号)文件规定的2.8万元/人·年给予救助。

三、工作流程

(一) 项目申请：监护人携带身份证和户口簿、医疗机构听力诊断报告原件向户籍所在地的县(市、区)残联(社事局)提出人工耳蜗植入手术(婴幼儿需满1周岁以上方可安排植入手术)或者人工耳蜗体外机升级(需提供已植入人工耳蜗的相关材料)项目申请。监护人也可委托他人、社会组织、社会救助经办机构等代为申请；由县(市、区)残联(社事局)对基本信息进行核对，符合条件的报市残疾人教育康复中心。

(二) 项目初筛：市残疾人教育康复中心参照中华医学会编著的《人工耳蜗植入工作指南》(2013年版)和中国残联《“七彩梦行动计划”聋儿(人工耳蜗)康复救助项目筛查标准》条件进行初步审查。不符合植入条件的告知原因。

(三) 植入升级：初筛通过，需要植入人工耳蜗的申请人持申请表到市卫健委指定的定点医疗机构进行人工耳蜗植入术前筛查。符合植入的，家长自行选择耳蜗产品，市定点医院确认耳蜗产品符合手术条件后，安排手术、开机及术后调试。筛查未通过者，项目不提供补贴，其在医院费用自行承担。对术前筛查通过、未通过的名单均予以公示，接受社会监督。需要升级人工耳蜗体外机的申请人自行联系耳蜗厂家升级。

(四) 康复训练：新植入人工耳蜗的对象须在定点康复机构

接受不少于 1 年的免费康复训练。

(五) 费用结算：人工耳蜗植入手术完成后，在救助标准范围内的，由医保部门和医疗机构结算，超出救助标准部分的费用由申请人自行承担。人工耳蜗体外机升级完成后，申请人将人工耳蜗体外机升级申请表、发票及费用清单递交至县(市、区)医保局(社事局)，县(市、区)医保局(社事局)审核通过后，给予救助。新植入人工耳蜗对象术后康复训练费用，按照《盐城市人民政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》(盐政发〔2019〕50号)文件相关规定结算。

四、保障措施

人工耳蜗植入和升级救助项目资金由各县(市、区)医疗救助资金保障；人工耳蜗植入术后康复训练费用由各地财政资金保障。纪委监委派驻纪检监察组和财政局负责项目检查督导，医保局、卫健委、残联按照职责对专项资金使用、定点医院技术、具体项目管理进行指导与监督。

附件：1. 人工耳蜗植入申请审核表

2. 人工耳蜗升级申请审核表

附件 1

盐城市人工耳蜗植入手术救助申请表

姓 名		性 别		出生日期	年 月 日
身份证编号			医 保 编 号		
家庭住址			户 籍 所 在 地		
监护人姓名			与 申 请 人 关 系		
监护人身份证号			联 系 电 话		
裸耳听力 L/R(dB)		测听 方式	<input type="checkbox"/> 纯音测听 <input type="checkbox"/> 行为测听 <input type="checkbox"/> 声阻抗测听 <input type="checkbox"/> 脑干诱发电位		
是否佩戴助听器	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	初次佩 戴日期	年 月	助听效果	
手术机构			手术日期		
人工耳蜗 植入体型号					
人工耳蜗 体外机型号					
					监护人签名： 年 月 日
审核意见：			审核人： 县（市、区）残联（社事局）（盖章） 年 月 日		
初筛意见：			审核人： 市残疾人教育康复中心（盖章） 年 月 日		
术前复筛意见：			医生签字： 定点医院（盖章） 年 月 日		

附件 2

盐城市人工耳蜗体外机升级申请表

姓 名		性别		出生日期	年 月 日
身份证编号			医保编号		
家庭住址			户籍所在地		
监护人姓名			与申请人关系		
监护人身份证号			联系电话		
人工耳蜗 品牌型号	植入体		体外机		佩戴耳 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
耳蜗手术时间	年 月		手术医院		
体外机佩戴经历	_____年__月至_____年__月 体外机型号：				
	_____年__月至_____年__月 体外机型号：				
目前佩戴效果					
申请人工体外机型号：					
监护人签名：					
年 月 日					
审核确认：					
审核人：					
县（市、区）残联（社事局）（盖章）					
年 月 日					
备注					