

广西壮族自治区 残疾人联合会文件

桂残联字〔2021〕56号

广西残疾儿童康复救助制度建设工作领导小组 办公室关于开展人工耳蜗植入手术 救助项目的通知

各市、县（市、区）残联：

为满足我区听力残疾儿童人工耳蜗植入手术需求，根据《广西壮族自治区人民政府关于印发广西残疾儿童康复救助实施办法的通知》（桂政发〔2018〕45号）精神，自治区残联调剂使用77套人工耳蜗产品，为我区0-6岁听力残疾儿童提供人工耳蜗植入手术康复救助。现就有关问题通知如下：

一、救助内容

（一）人工耳蜗产品

本次调剂诺尔康人工耳蜗产品67套、美国人工耳蜗产品10套，免费为每名受助残疾儿童提供人工耳蜗产品1套，具体产品

型号由广西残疾儿童康复救助制度建设工作领导小组办公室（以下简称自治区救助办）统一调配。

（二）手术住院救助

自治区残联对项目内残疾儿童提供手术住院救助，救助标准为每人1万元。救助应在城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助等报销后进行，并在救助标准范围内按实际发生费用给予救助。

（三）康复训练

受助残疾儿童手术完成后，应到市级以上听力言语定点康复机构接受不少于5个月的康复训练。康复训练申请及救助标准按我区残疾儿童康复救助规定，向户籍或居住证所在地残联提出，当地残联应按相关文件规定及时审批，优先救助。

二、申请条件

- 1.年龄要求：0-6岁（申请救助年度1月1日前未满7岁）。
- 2.双耳听力障碍，没有植入过人工耳蜗。
- 3.能按要求接受术后听觉言语康复训练。

三、任务分配

为确保听力残疾儿童人工耳蜗植入手术质量，项目手术安排在广西残疾儿童康复救助人工耳蜗手术定点医院（以下简称定点医院）完成。手术任务分配采取定向与动态相结合的方式，各定点医院手术任务分配表见附件1，分配的手术任务原则上应在2021年12月31日前完成。自治区救助办委托自治区听力言语康

复中心（以下简称听语中心）定期统计各医院手术进展情况，并根据项目实施情况对任务进行调配，各定点医院应服从统一调配安排。

四、工作流程

（一）初筛。符合申请条件的听力残疾儿童，应先到定点医院进行术前检查和评估，相关费用自理。定点医院依据检查结果，出具诊断证明，符合人工耳蜗植入手术适应证的，填写《人工耳蜗植入手术救助项目筛查评估表》（以下简称《评估表》，见附件2），并附相关检查结果。

（二）确定术后康复训练机构。残疾儿童家长执诊断证明及《评估表》，向户籍或居住证所在地残联申请术后康复训练救助。县残联审核通过后，将手术及术后康复训练申请、审核信息分别录入残疾儿童康复救助管理系统。

（三）初筛统计。定点医院将《评估表》通过电子邮件发送至听语中心，中心每周汇总统计各医院初筛通过人数，并根据统计结果委托人工耳蜗公司将耳蜗产品邮寄至各定点医院。

（四）实施手术。康复训练定点机构负责将项目手术儿童的审批材料通过电子邮件发送至听语中心，中心应及时向定点医院反馈县级残联审核通过的手术儿童名单，定点医院根据审核通过的名单，通知手术对象到医院进行复筛及手术。

（五）住院手术救助结算。手术住院救助费用由各定点医院在救助标准范围内先行垫付，每季度与听语中心结算一次。定点

医院提供的结算材料包括：1.费用结算申请函；2.出院记录复印件；3.个人自付费用凭证复印件。听语中心对结算材料审核通过后，向定点医院支付救助资金。

（六）术后康复训练。患者完成手术开机后，应及时到康复训练定点机构进行听觉言语康复训练，定点机构根据残疾儿童康复救助有关规定提供康复训练服务，并将服务信息录入残疾儿童康复救助管理系统。康复训练费用由各县级残联按标准与定点机构进行结算。

五、各级残联应加大宣传力度，并配合定点医院做好项目筛查工作。

六、自治区听力言语康复中心负责项目协调工作。

联系人：向尧云

联系电话及传真：0771-3142009

邮箱：931420099@qq.com

附件：1. 人工耳蜗植入手术救助项目定点医院任务分配表
2. 人工耳蜗植入手术救助项目筛查评估表

广西残疾儿童康复救助制度建设工作领导小组办公室（代章）

2021年10月26日



附件 1

人工耳蜗植入手术救助项目 定点医院任务分配表

序号	机构名称	耳蜗产品数量		合计
		诺尔康	美国 AB	
1	广西医科大学第一附属医院	14	2	16
2	广西壮族自治区人民医院	14	2	16
3	广西医科大学第二附属医院	13	2	15
4	中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院	8	2	10
5	柳州市工人医院	9	1	10
6	柳州市妇幼保健院柳东分院	9	1	10
合计		67	10	77

附件 2

人工耳蜗植入手术救助项目筛查评估表

姓名		性别		民族	
身份证号					
家庭住址	____省（区、市）____市（地、州、盟）____县（市、区）_____				
残疾人证号 （持证必填）					
监护人姓名		与残疾人关系		监护人联系电话	
监护人身份 证号					
监护人签字	监护人姓名（右手大拇指印）： 年 月 日				
定点医院审 核意见	符合人工耳蜗植入手术适应证。 定点医院名称（公章）： 审核人： 年 月 日				

信息公开选项：主动公开

抄送：人工耳蜗手术定点医院

广西壮族自治区残疾人联合会办公室

2021年10月26日印发

