

惠残联〔2021〕13号

惠济区残疾儿童康复救助资金结算办法

根据《郑州市人民政府关于印发郑州市残疾儿童康复救助实施方案的通知》（郑政〔2019〕9号）和郑州市残联、财政局《关于进一步做好残疾儿童康复救助工作的通知》（郑残联〔2019〕44号）文件精神，为做好残疾儿童康复救助资金结算工作，现将有关结算办法制定如下：

一、 结算原则

区残联、财政部门共同负责机构接受康复服务发生费用的结算工作。在定点康复机构接受手术治疗、康复训练的残疾儿童，所需费用先按规定通过基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、医疗救助解决，剩余部分费用超过月平均补助标准

的，按照月平均补助标准补贴，低于月平均补助标准的据实补助。接受听力、言语、肢体、智力、孤独症康复训练的儿童，每年最高补助 10 个月。低视力康复训练、辅助器具适配、人工耳蜗手术、肢体矫治手术，可以根据实际进行一次结算。

二、救助标准

1. 手术。通过多重医疗保险政策按规定报销后，对配置基本型人工耳蜗手术每人给予一次性补助 12000 元（含人工耳蜗术后调机费），对肢体残疾儿童矫治手术每人给予一次性补助 17200 元（针对住院期间费用）。其中手术费平均补助 12000 元，术后康复训练费 4000 元，矫形器适配费 1200 元。每月康复训练补助为 2000 元，术后康复训练 2 个月。

2. 辅助器具适配。为经评估后适合佩戴助听器的听力残疾儿童提供助听器适配补助，救助标准为每人 4800 元（2 台全数字助听器，含适配服务费），假肢、矫形器平均补助标准为 5000 元/人，轮椅、坐姿椅、站立架、助行器、盲杖等平均补助标准为 1500 元/人。

3. 康复训练。视力残疾儿童平均补助标准为 1800 元/人/年。听力、言语、肢体、智力残疾儿童和孤独症儿童平均补助标准为 19000 元/人/年，其中，城乡最低生活保障家庭和儿童福利机构收留收养的残疾儿童，残疾孤儿、纳入特困人员供养范围的残疾儿童平均补助标准为 20000 元/人/年。

每年训练时间不足 10 个月的，可按救助对象实际训练月数补贴康复费用。

每名残疾儿童在同一年度内不得重复享受康复救助。多重残疾儿童可由其监护人自主选择康复类别，全年总费用不超过单项康复救助标准。

三、 结算流程

（一） 申请

由残疾儿童监护人携带定点康复训练机构实施的残疾儿童康复项目审批表（备案表）、每月康复训练清单（机构提供）、《郑州市残疾儿童康复救助资金结算个人明细表》（附件 1），医院住院票据（凡提供发票复印件需原票件单位加盖公章）、发票原件（凡提供发票复印件需原票件单位加盖公章），到儿童户籍所在地（居住证发放地）区残联进行统一审核。

（二） 审核

区残联对定点康复机构提供的材料进行审核，同时，对上报儿童康复情况进行回访，填写《郑州市残疾儿童康复救助情况回访表》（附件 2），确保康复和报销等的真实性。

（三） 结算

经残联会同财政部门审核确认的儿童康复救助资金通过郑州银行进行拨付。

四、 结算时间

残疾儿童康复救助资金的结算周期为每半年结算一次，下半年 11 月、12 月因年底财政零余额清零，放到下年度进行结算。

五、 具体要求

(一) 高度重视,精心组织

残疾儿童康复救助是贯彻落实党的十九大关于“发展残疾人事业,加强残疾康复服务”的重要部署,是保障残疾儿童家庭获得感、幸福感、安全感的重要举措。要高度重视,精心组织,强化措施,严格把关,加强救助资金结算工作,使残疾儿童及时得到救助,,切实减轻残疾儿童家庭的经济负担。

(二) 建立机制,规范运行

要结合本辖区实际,明确救助资金结算办法,建立科学规范、便民高效的资金结算机制。要加强与基本医疗,临时救助等社会保障制度的有效衔接,加快资金结算进度,确保对残疾儿童家庭求助有门、救助及时。要建立资金结算明细台账,及时收集整理有关资料,建立健全项目档案,主动接受审计、监察等部门的监督检查和社会监督,做到公开透明、结果公正。

(三) 加强监管,提高效益

残疾儿童康复救助资金是保障残疾儿童康复的专项资金,要做到专款专用。要加强救助资金监督管理,进行不定期检查和专

项检查,及时跟踪资金使用情况,保证资金运作安全和使用有效,如发现弄虚作假,套取、挪用等现象,将依法依规严肃处理。救助资金实行绩效目标管理,要加强绩效评估,切实提高资金的使用效益。

《惠济区残疾儿童康复救助资金结算办法》(惠残〔2020〕27号)同时废止

- 附件:** 1. 郑州市残疾儿童康复救助资金结算个人明细表
2. 郑州市残疾儿童康复救助情况回访登记表

郑州市惠济区残疾人联合会

2021年6月11日



附件 2

_____年度郑州市残疾儿童康复救助情况回访登记表

县（市、区）残联（盖章）：

序号	姓名	性别	救助项目	监护人	联系电话	回访内容					回访人	回访时间
						康复项目	康复周期（月）	总费用（万元）	报销费用（万元）	自费（万元）		

填表人（签字）：

填表时间： 年 月 日