

山东省残疾人联合会
山东省财政厅文件
山东省卫生健康委员会
山东省医疗保障局

鲁残联发〔2023〕16号

关于印发《山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目实施方案》的通知

各市残联、财政局、卫生健康委、医保局，省听力语言康复中心：

为贯彻落实《山东省残疾预防和残疾人康复条例》《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号），进一步做好全省因唇腭裂导致言语残疾儿童康复救助工作，省残联、省财政厅、省卫生健康委、省医保局联合制定了《山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目实施方案》，现印发给你们，请认真组织实施。

(此页无正文)



山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术 康复救助项目实施方案

先天性唇腭裂是导致儿童言语残疾的一个重要致残原因，往往给个人和家庭带来沉重的心理负担和经济负担。为落实《山东省残疾预防和残疾人康复条例》《山东省人民政府关于建立残疾儿童康复救助制度的通知》（鲁政发〔2018〕20号）有关要求，帮助唇腭裂致残儿童及时得到修复矫正手术康复救助，改善结构缺陷，重建言语功能，制定本实施方案。

一、救助对象

救助对象为具有本省户籍的 0-17 周岁因唇腭裂导致言语残疾的儿童，具有专业诊断医疗机构出具的诊断证明且有手术适应指征，监护人自愿提出手术申请并填写相关知情同意书。

二、救助机构

根据全省唇腭裂致残儿童康复需求情况，确定承接救助任务的定点医院（名单详见附件 1）。成立省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目办公室（以下简称省项目办），设在山东省听力语言康复中心，承担项目的具体组织工作，会同定点医院实施救助项目。

三、救助内容

（一）唇腭裂修复矫正手术。对在定点医院住院手术治疗所

需的药费、床位费、诊查费、检查费、放射费、检验费、治疗费、手术费、输血费、护理费、材料费、输氧费等进行补助。

（二）语言康复训练。对在定点医院手术后所需的适应性语言康复训练所需费用进行补助。

参考鲁政发〔2018〕20号有关救助标准，对上述手术和训练项目按照不超过1.5万元/人标准给予补助，经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险、其他保险救助等按规定报销后，其余费用由残疾儿童康复救助经费据实支付定点医疗机构。

四、救助流程

（一）申请。唇腭裂致残儿童监护人自愿向户籍所在地县（市、区）残联提出申请，填写《山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助申请审核表》（附件2），提交家庭户口本、监护人身份证及相关疾病诊断治疗证明等材料。县（市、区）残联接收申报材料并初审后及时报送省项目办。

（二）审核。省项目办定期对各县（市、区）残联报送的申报材料进行审核，对符合条件需要手术的受助儿童按就近就便原则转介至定点医院，对不符合条件的要及时说明情况。

（三）手术。定点医院对省项目办转介的儿童实施唇腭裂修复矫正手术，开展适应性语言康复训练。对需二期手术的儿童，须在定点医院评估后，向省项目办提出二期手术申请，经批准后方可再次享受救助。

（四）结算。定点医院对手术及训练按医保等规定报销后，

将经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险、其他保险救助等报销后的病历及收费票据资料报至省项目办，省项目办对相关资料盖章确认后报送省残联康复部备案。省残联按项目规定确定补助金额与定点医院定期结算。

（五）回访。省项目办协调定点医院及时对受助儿童、监护人进行回访，了解儿童康复情况、对项目的意见建议等，填写《山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目受助儿童回访登记表》（附件3），并将救助信息录入全省残疾儿童康复救助系统。

五、有关要求

（一）加强组织领导。各有关部门要高度重视唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目，进一步强化组织领导，明确责任分工，健全工作机制，确保项目顺利推进。残联负责协调推进项目实施，安排专人负责项目的申请受理，对项目进展实时监测，加强监督检查，开展绩效评价。财政部门要统筹残疾人康复救助资金，做好唇腭裂致残儿童手术和训练经费保障。卫生健康部门要加强唇腭裂儿童筛查诊断工作，有针对性做好残疾预防、康复知识宣传等工作，指导定点医院做好项目实施。医疗保障部门要将唇腭裂手术及康复训练纳入城乡居民基本医疗保险支付范围，及时支付结算。

（二）强化项目管理。省项目办和定点医院要压实工作责任，精心组织实施，进一步规范救助流程，完善管理制度，加强对救

助项目申请、审核、实施等各个环节的管理，提高服务质量和水平，确保儿童康复效果。各有关部门要加大项目资金监管力度，遵循专款专用原则，严格按照规定安排使用，不得以任何形式挤占、挪用、截留。已通过“微笑列车”“重生行动”“微笑行动”等相关基金或其他慈善项目获得手术救助的唇腭裂儿童，不再纳入本项目救助范围。

（三）积极宣传引导。各有关部门要广泛宣传康复救助项目的重要意义，积极动员社会各界关心、关注各类残疾儿童，努力营造关心、关爱残疾儿童的良好社会氛围。要及时总结工作经验，借助宣传典型事迹，积极传递正能量，动员社会各界爱心人士及志愿者、公益组织帮助支持残疾儿童及其家庭，做好心理疏导，帮助儿童健康成长，不断提高自我发展能力，积极融入社会，共享发展成果。

- 附件：1. 山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目
定点医院
2. 山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助申请
审核表
3. 山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目
受助儿童回访登记表

附件 1

山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术 康复救助项目定点医院

序号	医院名称	地址	联系人	联系电话
1	山东大学齐鲁医院	济南市文化西路 107 号口腔颌面外科	赵 超	0531-82166774
2	山东第一医科大学第一附属医院	济南市经十路 16766 号医务处	宿延飞	0531-89269976
3	济宁医学院附属医院	济宁市古槐路 89 号社工部	宋 箫	0537-2903680
4	滨州医学院附属医院	滨州市黄河二路 661 号对外交流与合作处	谢梦耐	0543-3258195

省项目办：山东省听力语言康复中心

联系人：周芳；联系电话：0531-88898978

地 址：济南市历城区唐冶新区围子山路 3126 号

附件 2

山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术
康复救助申请审核表

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证者必填)				
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
享受医疗保险情况	☐ 参加城乡居民基本医疗保险 ☐ 参加商业医疗保险 ☐ 参加其他保险_____ ☐ 无任何医疗保险						
疾病情况	(附相关诊断证明)						
残疾人或监护人申请	申请人： 年 月 日						
县（市、区）残联初审意见	审核人： 公 章 年 月 日						
省项目办意见	审核人： 公 章 年 月 日						

附件 3

山东省唇腭裂致残儿童修复矫正手术康复救助项目受助儿童回访登记表

省项目管理办公室（盖章）：负责人：回访人(签字)：

序号	回访日期	受助人姓名	受访人姓名	联系电话	与受助人关系	手术医院	手术名称	受助金额	受助人目前康复情况	对项目意见建议

(信息公开形式：主动公开)

山东省残疾人联合会办公室

2023年5月19日印发
