

江苏省残疾人联合会  
江苏省财政厅  
江苏省卫生健康委员会  
江苏省医疗保障局

苏残函〔2022〕6号

关于进一步做好江苏省听力残疾儿童人工耳蜗  
康复救助项目工作的通知

各设区市、县（市、区）残联、财政局、卫生健康委、医疗保障局，各定点手术医院：

为进一步提升听障儿童健康水平和生活品质，努力为听障儿童及其家长提供优质便利的服务，根据《省政府关于完善残疾儿童康复救助制度的实施意见》（苏政发〔2018〕129号），现就进一步做好江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目工作通知如下：

一、救助原则

（一）坚持低收入家庭儿童优先原则；

(二) 坚持公开、公平、公正原则；

(三) 坚持基本医保、大病保险、医疗救助和康复救助项目相结合原则。

## 二、救助范围

同时满足以下条件：

(一) 江苏省户籍。

(二) 年龄：0-14 周岁。

(三) 听力损失为重度聋以上，配戴助听器康复效果不佳，医学检查无手术禁忌证，双侧耳蜗及内听道结构正常、无蜗后病变，精神、智力及行为发育正常。

(四) 家长对人工耳蜗有正确的认识和适当的期望值；家长根据评估建议，选择定点康复机构安排听障儿童接受科学的康复训练。

## 三、救助标准

### (一) 人工耳蜗产品

按照《政府采购法》和有关规定，通过政府采购，为每名救助对象提供基本型人工耳蜗产品 1 套。

### (二) 手术费用

手术相关费用包括术前检查、手术及术后 5 次调机（含开机）所需费用，按规定进行医保报销后，其他费用由省残联按照每人不高于 12000 元的标准据实报销。

### （三）术后康复训练费用

术后康复训练费用标准由县级以上人民政府依据本地财力状况、救助对象数量、残疾儿童类别等确定，按照当地经济社会发展情况实施动态调整，并纳入政府预算。省财政对各地给予适当补助。

## 四、部门职能

省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目办公室（以下简称“省项目办”）设在省残联，省项目办负责人工耳蜗产品采购、资金使用管理、术后转介康复、项目检查评估、档案和数据统计上报。

省财政厅负责将救助资金纳入年度预算，并监督管理。

省卫生健康委员会会同省残联研究确定定点手术医院及培育医院，并负责定点手术医院手术质量和安全监管，同时充分发挥省防聋治聋技术指导组专家作用，积极培育定点手术医院，定期组织学术交流。

省医疗保障局负责将人工耳蜗手术费用按规定纳入医保支付范围，并逐步提高报销比例。

定点手术医院为南京鼓楼医院、南京市儿童医院、南京同仁医院、江苏省人民医院、苏州大学附属儿童医院、淮安市第一人民医院、盐城市第一人民医院，承担救助对象评估、植入手术、术后开机和调机工作；负责疑难病例的会诊；根据救助

数量与省残联进行手术经费结算；按项目要求做好档案数据上报工作，接受检查和评估。

定点评估机构为江苏省儿童康复研究中心、南京脑科医院，定点手术医院同时为定点评估机构。按照《江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目评估标准（试行）》（附件 1）（以下简称“项目评估标准”）执行。

## 五、工作流程

### （一）申请

听障儿童家长登录中国听障儿童服务网申请，或至户籍地所在设区市、县（市、区）残联，由各地残联协助家长申请。

### （二）评估

1.江苏省儿童康复研究中心负责听觉言语能力评估和精神、智力、行为评估第一项（希-内学习能力测试）、第二项（格雷菲斯精神发育测试）；

2.南京脑科医院负责精神、智力、行为评估第三项（克氏孤独症行为量表）、第四项（Rutter 儿童行为问卷）；

3.各定点手术医院负责适应证及禁忌证、主观听力学评估、客观听力学评估、影像学评估，为筛查对象开辟绿色通道。若各定点手术医院具备听觉言语能力评估和精神、智力、行为评估能力，申请对象可在定点手术医院进行该检查项目的评估。

4.特殊病例患者由省项目办定期组织专家会诊。

### （三）审核

各定点手术医院应指定项目审核专家，严格对照《项目评估标准》逐项审定核查，出具《江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目人工耳蜗植入医学报告书》（附件 2）（以下简称“植入医学报告书”）提交省项目办。

### （四）审批、公示、培训

经过评估、审核的，省项目办根据《植入医学报告书》及各项检查评估报告，按照《项目评估标准》逐项核对，对审批通过的救助对象，及时安排公示、培训，向家长发放《受助人评估和手术记录》，并向定点手术医院及时配发人工耳蜗产品；未审批通过的，省项目办做好解释工作，并将未通过情况及时进行公示，相关申请对象可在 3 个月后重新提交申请。

### （五）手术

按照“谁审核、谁手术、谁负责”原则，经省项目办公示、培训的救助对象，定点手术医院应在 1 个月内完成手术。若救助对象在审批后，不再具备植入耳蜗条件的，定点手术医院应及时上报省项目办，该救助对象相关检查及住院费用不纳入本项目救助范围。

## 六、其他

省残联、省财政厅、原省卫计委印发的《江苏省听力残疾

儿童康复救助项目实施方案》(苏残发〔2017〕32号)同时废止。

- 附件：1. 江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目评估标准（试行）
2. 江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目人工耳蜗植入医学报告书



2022年3月2日

## 附件 1

# 江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助 项目评估标准（试行）

## 一、适应证及禁忌证

### （一）适应证

#### 1. 语前聋患者

- （1）双耳重度或极重度感音神经性聋；
- （2）年龄符合江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目规定条件；
- （3）助听器选配后听觉能力无明显改善；
- （4）家庭对人工耳蜗有正确认识和适当的期望值，且能陪同受助人接受听觉和言语康复训练。

#### 2. 语后聋患者

- （1）双耳重度或极重度感音神经性聋；
- （2）年龄符合江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目规定条件；
- （3）助听器选配后言语识别能力无明显改善；
- （4）家庭对人工耳蜗有正确认识和适当的期望值，且能陪同受助人接受听觉和言语康复训练。

## (二) 禁忌证

### 1. 绝对禁忌证

- (1) 内耳严重畸形，如 Michel 畸形或耳蜗缺如；
- (2) 听神经缺如或中断；
- (3) 中耳乳突化脓性炎症尚未控制者。

### 2. 相对禁忌证

- (1) 全身一般情况差；
- (2) 不能控制的癫痫；
- (3) 严重精神、智力、行为及心理障碍，无法配合听觉言语训练。

## 二、听力学评估

### (一) 主观听力学评估

采用纯音测听，儿童可采用行为观察、视觉强化和游戏测听法。

1. 小儿行为测听（行为观察、视觉强化、游戏测听或纯音）—裸耳听阈平均阈值  $>80\text{dBHL}$ ，或  $2\text{kHz}$  及以上频率阈值  $>80\text{dBHL}$

2. 小儿行为测听（行为观察、视觉强化或游戏测听）—助听听阈好耳  $2\text{kHz}$  及以上频率  $\geq 50\text{dBHL}$

### (二) 客观听力学评估

1. 声导抗—鼓室图（A 型或 C 型曲线），声反射无反应；

- 2.听性脑干诱发电位—短声 $>90\text{dBnHL}$ ;
- 3.多频稳态诱发电位— $2\text{kHz}$ 、 $4\text{kHz}$  均 $>90\text{dBnHL}$ ;
- 4.耳声发射：双侧均未引出;

### (三) 听觉言语能力评估

此项测试为配戴助听器进行的阈上功能测试。

#### 1.听觉能力测试：

(1) 林氏六音察知测试：察知音的数量不少于 1 个音（适合 4-14 岁）；

(2) CAP 听觉分级问卷和听觉整合问卷（MAIS, IT-MAIS）：CAP 听觉分级问卷低于 6 级；听觉整合问卷得分 $<20$ 分；

(3) 韵母识别、声母识别、双音节词识别三项平均得分 $\leq 70\%$ ，开放式短句识别 $\leq 70\%$ 。

#### 2.言语能力测试：

(1) 理解能力：测试内容为“听话识图”；

(2) 交往能力：测试内容为“主题对话”；

(3) 问卷分级评估：SIR 言语可懂度问卷。

4 岁至 6 岁的申请者其理解能力和交往能力测试，平均语言年龄达 1 岁以上（含 1 岁）水平。7 岁至 14 岁的申请者其理解能力和交往能力测试，平均语言年龄达 4 岁以上（含 4 岁）水平。

SIR 言语可懂度问卷低于 5 级。

听觉能力测试第（3）项及言语能力测试第（1）、（2）项均使用《听力障碍儿童听觉能力评估标准及方法语言能力评估标准及方法》词表（孙喜斌主编）。

### 三、影像学评估

高分辨率颞骨 CT 及 MRI 显示双侧耳蜗和内听道结构适合本手术，无听神经异常，脑内无器质性/进行性病变。

### 四、精神、智力、行为评估

（一）希-内学习能力测试评分（适合 3-14 岁） $\geq 67$ 。

（二）格雷费斯精神发育测试评分（适合 3 岁以下或不能配合完成希-内测试的申请者） $\geq 70$ 。

（三）克氏孤独症行为量表评分 $< 10$ （适合 2 岁以上）。

（四）Rutter 儿童行为问卷评分 $< 9$ （适合 7-14 岁）。

### 五、特殊病例会诊

脑白质病变、听神经病谱系障碍、前庭导水管综合征（2kHz 及以上频率 $\geq 45\text{dBHL}$ ）、疑似孤独症申请者、已自费单侧植入申请对侧植入者等，由专家组共同会诊确定。

### 六、其他

本标准适用于“江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目”实施时启用，由江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助项目办公室负责解释。

附件 2

## 江苏省听力残疾儿童人工耳蜗康复救助 项目人工耳蜗植入医学报告书

姓 名		性 别		出生日期				年 月 日
身份证号码								
定点 手术医院								
病 史 及 检 查 情 况	听觉言语能力评估、 精神、智力、行为评估			<input type="checkbox"/> 已阅评估结果，无异议 <input type="checkbox"/> 已阅评估结果，不符合项目救助标准 <input type="checkbox"/> 其他意见：_____				
	听力学评估、影像学评估：							
专 家 审 核 情 况	建议：							
	医师签名、盖章： 或医院手术科室盖章 年 月 日							
患者是否适合项目人工耳蜗植入手术： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								

注：1. 此医学报告书由定点手术医院负责出具，作为申请本省人工耳蜗救助项目的必备资料之一；  
2. 此医学报告书后必须附有该患者听力诊断报告、医学影像诊断报告。