

YTCR-2018-0120001

烟台市人力资源和社会保障局 烟台市残疾人联合会 文件

烟人社规〔2018〕1号

关于对居民基本医疗保险参保脑瘫儿童 实施医疗康复全额保障的通知

各县市区人力资源社会保障局、残疾人联合会，相关协议定点医疗机构：

为加强脑瘫残疾儿童的医疗康复救治工作，结合我市实际，根据《关于将0-6岁残疾儿童抢救性康复治疗项目纳入居民基本医疗保险基金支付范围的通知》（鲁人社发〔2015〕11号）、《烟台残疾人精准康复服务行动实施方案（2017-2020年）》（烟残联发〔2017〕3号）规定，现对烟台市参保脑瘫残疾儿童实施定点

康复、规范治疗、限额管理、全额保障有关问题通知如下：

一、医疗康复的定义及内容

医疗康复是指定点医疗康复机构针对脑瘫儿童提供的康复训练及必要治疗。

医疗康复的内容包括：功能评估，包含运动功能、语音、日常生活、社会参与能力等方面的评估；康复训练，包括维持关节活动度、增强肌力、语言训练、日常生活能力训练、社会参与能力训练、运动疗法、作业疗法、肢体综合训练、认知训练等；必要的护理、药物、治疗及检验检查；省人社厅《关于贯彻人社部发〔2016〕23号文件做好我省新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围落实工作的通知》（鲁人社发〔2016〕24号）文件中适合脑瘫儿童的康复项目等。医疗康复包含但不限于上述内容。

二、全额保障对象

参加我市居民基本医疗保险且经残疾人联合会（以下简称“残联”）认定的本市户籍未满12周岁（含12周岁）的脑瘫残疾儿童，个人提出医疗康复申请，经审核符合规定的，可纳入医疗康复全额保障。

三、医疗康复机构实施协议定点管理

具有脑瘫儿童医疗康复能力且属于我市基本医疗保险协议管理的定点医疗机构可向市残联、市社会保险服务中心提出申请，经共同评估后，符合条件的纳入协议定点医疗康复机构管理范围，

定期向社会公布。

首批纳入协议定点管理的医疗康复机构为：莱州市妇幼保健医院、牟平区中医院、海阳市中医院、蓬莱市中医院、莱阳市复健医院、芝罘区东方医院、芝罘区妇幼保健医院、芝罘区凤凰台医院、滨州医学院烟台附属医院。

四、医疗康复保障流程

（一）个人申请及资格审核。按照市残联康复救助工作流程，经残联审核认定的脑瘫儿童，持《烟台市残疾人精准康复服务补助申请审批表》（附件 1），同时填写《烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表》，一式三份（附件 2），向参保地社会保险经办机构（以下简称“社保机构”）提出医疗康复全额保障申请。社保机构收到申请后，应及时对脑瘫儿童的参保信息等情况进行审核，提出审核意见。对符合条件的，指导其定点就医。

脑瘫儿童及监护人可自愿选择一家定点医疗康复机构救治，定点医疗康复机构一经选定，原则上一个医疗年度（自然年度）内不得变更。

（二）医疗康复实施。脑瘫儿童及其监护人应持《烟台市儿童居民康复救治登记表》等证件，在定点医疗康复机构办理医保登记手续。定点医疗康复机构要认真核实其有效证件，并向其发放政策宣传资料，履行告知义务，同时根据脑瘫儿童的实际情况，制定个性化的门诊（日间病房）或住院医疗康复方案。

定点医疗康复机构在开展医疗康复时要按照卫生计生部门

标准化诊疗及残联康复要求，建立规范的医疗康复档案（病案）和医疗康复登记手册，记录医疗康复内容、治疗时间、效果评价及预期等内容，并由监护人签字记录。

（三）全额保障结算模式及标准。费用限额标准以内的符合规定的医疗康复费由居民医疗保险基金和康复救助资金共同承担，实行按日（床日）限额的模式结算。限额标准以上的部分，由医疗康复机构承担。费用承担标准如下：

0-6 岁（含）脑瘫儿童，门诊（日间病房）康复、住院康复的日（床日）费用，居民医保基金分别按照 120 元、140 元标准承担。

7-12 岁（含）脑瘫儿童，门诊（日间病房）康复、住院康复的日（床日）费用，居民医保基金分别按照 90 元、110 元标准承担。

0-12 岁（含）脑瘫儿童，医疗康复日（床日）费用，残联康复救助资金按照 52 元标准承担。

脑瘫儿童医疗康复全额保障期按每个医疗年度内不超过一个训练周期 270 天计算。

（四）费用结算。每个医疗康复周期结束，定点医疗康复机构按规定为保障对象办理结算手续并垫付医疗康复费用。由居民医疗保险基金承担的医疗康复费用，社保机构按月审核，次月拨付至定点医疗康复机构。由康复救助资金承担的医疗康复费用，经市社会保险服务中心汇总后，由市残联负责组织审核按年度拨

付至定点医疗康复机构。

治疗期间出现严重并发症或者因合并其他疾病中途退出医疗康复，经保障对象及监护人确认后，定点医疗康复机构为保障对象办理结算手续，及时中止全额保障待遇。

定点医疗康复机构应按规定做好脑瘫儿童全额保障的结算管理服务，以下违规行为列入协议管理：

1. 推诿、拒收重症患者；
2. 违规变更疾病名称、伪造病历；
3. 诱导病人康复期间自购药品、检查等转嫁医疗费行为；
4. 挂床康复、虚假康复；
5. 其他违规情况。

五、组织要求

（一）高度重视，做好宣传。要充分认识做好脑瘫儿童医疗康复保障工作的重要意义，充分利用各类媒体，向广大参保居民宣传脑瘫儿童医疗康复全额保障的相关政策。

（二）规范经办，完善考核。各级经办机构要严格资格审查、审批程序，及时向定点医疗康复机构拨付垫支资金。要建立完善并组织实施针对脑瘫儿童医疗康复工作的考核，考核内容主要包含出勤率、康复绩效、满意度等。

（三）科学治疗，确保质量。各定点医疗康复机构要认真执行医疗技术操作规范，严格掌握医疗康复的治疗指征，提供切实有效的医疗康复服务，确保医疗康复质量，有效促进脑瘫儿童回

归社会，负责对康复儿童的出勤情况、康复救助部分经费情况进行公示。

六、其他事项

未纳入我市居民医疗保险全额保障范围的脑瘫儿童，其医疗康复保障按原渠道解决。

《关于印发〈烟台市残疾儿童康复“春苗阳光”工程实施意见〉的通知》（烟残联〔2013〕2号）、《关于印发〈烟台市残疾儿童康复“春苗阳光”工程实施意见〉提标扩面的通知》（烟残联〔2015〕21号）中规定的生活补贴、交通补贴、辅助器具配装费等未列入医疗康复全额保障的费用仍按原渠道解决。

本通知自2018年2月1日起执行，有效期至2023年1月31日。

附件1. 烟台市残疾人精准康复服务补助申请审批表

2. 烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表

烟台市人力资源和社会保障局



烟台市残疾人联合会

2018年1月1日



附件 1

烟台市残疾人精准康复服务补助申请审批表

(年度)

姓名		性别		民族		出生年月	
身份证号			残疾人证号 (持证必填)				
残疾类别	视力 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> (多重残疾可多选)						
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 未定级 <input type="checkbox"/>						
家庭住址			监护人姓名			联系电话	
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难				户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 享受其他保险 <input type="checkbox"/> 无医疗保险						
康复需求项目	(附评估机构出具的“康复需求评估意见”)						
残疾人或监护人申请							申请人: 年 月 日
社区(村)委会意见							审核人: 公 章 年 月 日
乡镇(街道)政府意见							审核人: 公 章 年 月 日
县(市、区)残联审批意见							审核人: 公 章 年 月 日

- 填表说明: 1. 此表由残疾人或其监护人填写, 经社区康复协调员逐级审核上报至县(市、区)残联, 由县(市、区)审批并留存。
2. 涉及服务对象及监护人信息必须完整填写。

附件 2

烟台市参保儿童医疗康复全额保障申请登记表

患儿姓名		性别		出生年月	
身份证号码			家庭住址		
家长 (监护人)	姓 名		与患者关系		联系电话
	身份证号码			就诊 医院	
救治医院 意见	<p>病情摘要:</p> <p>康复意见: (康复时长、主要康复项目、治疗方案、效果评价及预期等)</p> <p style="text-align: right;">医师/科主任签字: 医保办盖章: 年 月 日</p>				
家长 (监护人) 申请	<p>患儿_____，疾病诊断符合医疗康复救治条件，患儿及监护人自愿申请至_____医院治疗。定点医院一经选定，一个医疗年度(自然年)内不得变更。</p> <p style="text-align: right;">监护人签字: 年 月 日</p>				
参保地 经办机构意见	<p>患儿_____，_____年度居民医疗保险费已缴纳，同意其在定点医疗机构接受救治。</p> <p style="text-align: right;">经办人: (盖章) 年 月 日</p>				

备注: 1. 此表一式三份, 参保患儿(监护人)、参保地经办机构、救治医院医保办各留存一份。

2. 申请人医疗康复治疗时需同时提交身份证(户口本)或社会保障卡。

