

# 济宁市医疗保障局 济宁市民政局文件 济宁市残疾人联合会

济医保发〔2024〕10号

---

## 关于开展职工长期护理保险康复辅助器具 租赁服务试点工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、民政局、残疾人联合会，济宁高新区人力资源部、太白湖新区社保就业服务部、济宁经济开发区人力资源部，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心，市局机关各科室、各局属单位：

为积极应对人口老龄化，加快形成“医养康护”相结合的新型服务模式，进一步完善医疗保障体系，提高参保职工的医疗保障水平，根据国家医保局、财政部《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）、《山东省人民政府办公厅关于试行职工长期护理保险制度

的意见》（鲁政办字〔2017〕63号）和《济宁市长期护理保险办法》（济政办发〔2023〕9号）等文件精神，结合我市实际，现就开展职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务试点工作有关事宜通知如下。

## **一、总体要求**

### **（一）指导思想**

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，充分发挥长期护理保险保障功能，扩大居家护理服务范围，创新服务方式，探索培育发展长期护理保险康复辅助器具租赁市场，促进我市养老服务产业发展。针对居家失能人员对辅助器具的需求，在提供居家上门护理服务的基础上，通过提供辅助器具服务，进一步改善失能人员护理现状，减轻家庭护理强度，降低个人负担，有效帮助失能人员。

### **（二）基本原则**

1.坚持必需的原则。为居家重度失能人员日常生活提供生活照料必需的护理辅助器具服务。

2.坚持基本的原则。长期护理保险康复辅助器具的品种、功能等是维持居家失能人员基本生活需要，帮助其改善生活状况而提供的服务。

3.坚持分担的原则。长期护理保险康复辅助器具租赁服务费用，由长期护理保险基金和使用辅助器具的失能人员按一定比例分担。

## 二、基本政策

### （一）保障对象

经失能等级评估，符合我市长护险待遇享受条件、选择居家接受照护服务、有照护服务辅助器具（以下简称“辅具”）配置需求、经适配评估确认需要配置辅具的重度失能参加职工医保的人员（以下简称“参保职工”）。

### （二）保障范围

辅具服务项目按照“济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务目录”管理（以下简称“目录”，见附件1）。根据基金运行情况和失能人员实际需求，市医保部门牵头制定辅具产品目录及标准要求。“目录”实行动态调整。

### （三）保障标准

参保职工选择“目录”内的辅具租赁服务，按标准支付辅具租赁服务费用，其中长期护理保险基金承担80%，个人承担20%。一个自然年度内，长期护理保险基金支付辅具租赁服务费用最高限额为4000元/人，超出支付限额以上部分的费用由个人承担。辅具租赁服务的支付标准，由市级医保经办机构统一通过公开招标方式确定。参保职工入住定点照护服务机构或定点医疗机构住院期间，不享受辅具租赁服务待遇。

符合规定的辅具服务支付标准，包括“目录”内所列辅具的租赁以及适配评估、配送安装、使用指导、维护保养、回收消毒等服务费用。定点辅具服务机构按规定的支付标准为参保职工提供辅具服务，不得另行收取其他费用。

做好长护险辅具服务与民政、残联等部门的失能人员辅具相关保障政策的衔接，与民政、残联等部门辅助器具的相关待遇不重复享受。

### **三、经办管理**

#### **（一）协议管理**

实行辅具服务机构定点协议管理。符合条件的辅具服务机构可自愿向医保部门提出辅具服务定点申请，市级医保经办机构按照公开、公正、公平、择优的遴选原则，综合地区和服务人群，统一组织实施辅具服务机构招标和定点协议管理工作。市级医保经办机构负责统一与定点辅具服务机构签订服务协议，明确双方的权责义务等。

申请长护险定点辅具服务机构，应具备以下基本条件：

- 1.具备相关主管部门确认的“目录”范围内辅具的租赁和销售服务资质，能够提供“目录”所列全部辅具产品相关服务，以及辅具适配安装、使用指导、维修保养、回收消毒、仓储保管等相应的资质、能力、场所；
- 2.在开展服务区域内有对外服务及产品展示场所；
- 3.配备辅具适配专业人员，专业人员应具有行政部门或行政部门授权的第三方颁发的康复治疗师、辅助技术工程师、康复辅助技术咨询师等相关技能证书；
- 4.信息化支撑能力能够满足长护险信息化要求；
- 5.具有完善的人员管理、质量管理、信息管理、财务管理、档案管理、风险管理等服务管理制度；
- 6.其他法律法规和政策规定的条件。

已在我市开展长护险照护服务的定点照护服务机构不得同时申请作为我市定点辅具服务机构。

## （二）服务管理

1.申请。参保职工可由本人或其代理人，通过线上或就近向居住地所在长期护理保险定点医疗机构或医保经办机构委托的第三方机构提出申请，并填写“济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务适配申请表”（以下简称“申请表”，见附件2）。

2.适配评估。长期护理保险定点医疗机构或医保经办机构委托的第三方机构收到参保职工的辅具需求申请后，通过长期护理保险信息系统向定点辅具服务机构出具辅具适配通知。定点辅具服务机构收到辅具适配通知后，应在5个工作日内按照“济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务需求评估表”（以下简称“评估表”，见附件3），完成上门适配评估，提出适配建议；对不符合适配需求的失能人员，应当场向参保职工或其代理人说明不予配置的理由。辅助器具服务需求评估表须双方书面签字确认。医疗保险经办机构或医保经办机构委托的第三方机构（以下简称“承办机构”）对需求评估情况核查后，出具“济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务适配意见书”（以下简称“意见书”，见附件4），并在5个工作日内将“意见书”送达参保职工或其代理人。定点辅具服务机构应在承办机构出具予以配置的“意见书”后10个工作日内完成协议签订并上门开展辅具服务。

3.租赁协议。参保职工结合定点辅具服务机构的适配评估建议和自身需求，在“目录”范围内选择辅具服务项目，并与定点辅具服务机构签订辅具服务协议。定点辅具服务机构可收取不超过产品价值10%的押金。职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务原则上一个租赁周期为3个月。租赁期满继续租赁的，需提前5天向定点辅具服务机构提出续租申请，经经办机构审核通过后由定点辅具服务机构提供续租服务；一个租赁周期结束或申请停租的，定点辅具服务机构应在租赁到期或收到停租申请后5个工作日内上门完成辅具回收工作。参保职工或其代理人应协助做好辅具回收工作。

### （三）结算管理

辅具租赁费用实行按日计费。经评估符合辅具适配的参保职工自相关辅具入户当日起享受辅具待遇支付，自提出停租申请次日起停止待遇支付。应由长护险基金支付的辅具租赁费用，由定点辅具服务机构所在片区的医保经办机构按月或租赁周期与定点辅具服务机构结算；应由参保职工个人支付的租赁费用，由定点辅具服务机构定期与参保职工个人结算。

医保经办机构应建立与服务对象满意度、辅具服务质量挂钩的考核结算机制，可通过约定预留款等方式，根据考核结果，与定点辅具服务机构进行费用清算。

### （四）信息管理

依托长护险信息管理系统，开发辅具服务功能模块，与辅具服务机构的连接互通，实现参保职工辅具需求申请、申

请受理、适配评估、服务计划、产品使用追踪、经办管理、服务监管等全过程信息化。拓展“长期护理保险”线上模块功能，方便快捷为参保职工提供辅具需求申请、安装、回收等服务。定点辅具服务机构应按照长护险信息管理的相关要求配置信息系统、配备相关工作人员，实现与长护险信息系统的连接和数据交换，按要求上传服务内容、费用结算等信息。定点辅具服务机构应做好信息安全管理，确保参保职工信息安全、不泄露。

#### **四、保障措施**

（一）强化组织保障。医保、民政、残联等部门要加强综合协调、政策研究、信息沟通和监督指导，及时研究处理可能出现的问题，共同推进长护险辅具服务各项工作落实。

（二）强化职责分工。市医保行政部门负责制定辅具服务保障政策，确定辅具目录及辅具服务费用支付标准。民政、残联等部门按照职能职责，配合做好辅具服务政策衔接、组织辅具适配人才培养等工作。市级医保经办机构负责遴选定点辅具服务机构和确定辅助器具价格，制定辅具服务经办规程；市、县医保经办机构负责协议履行、康复辅助器具租赁服务需求评估、费用审核结算和考核检查等工作。医保经办机构委托的第三方机构协助做好康复辅助器具租赁服务需求评估、费用审核结算和考核检查等工作。

（三）强化宣传引导。各相关部门要强化宣传引导，解读好开展长护险辅具服务的重要意义和作用，合理引导社会预期，凝聚社会共识，为长护险辅具服务工作的顺利推进营

造良好的社会氛围。

（四）强化监督管理。医保部门要按照有关政策和协议，通过日常检查、专项检查等方式，加强对承办机构、定点辅具服务机构和参保职工的监督管理。完善举报投诉、信息披露、内部控制、稽查稽核等风险管理制度，防范长护险基金使用管理风险行为，确保基金安全、可持续。医保经办机构、及其委托的第三方机构、定点辅具服务机构及其工作人员等违反相关法律法规以及长护险政策规定的，严格依法依规依约处理；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

附件：1.济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务目录

2.济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务适配申请表

3.济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务需求评估表

4.济宁市职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务适配意见书

济宁市医疗保障局

济宁市民政局

济宁市残疾人联合会

2024年6月11日

（此件主动公开）



## 附件1

# 济宁市职工长期护理保险康复辅助器具 租赁服务目录

| 序号 | 名称    | 标准要求   | 备注 |
|----|-------|--|----|
| 1  | 电动护理床 | <p>1.符合国家标准GB 9706.1-2020《医用电气设备 第1部分：基本安全和基本性能的通用要求》，同时符合行业标准YY 0571-2013《医用电气设备 第2部分：医院电动床安全专用要求》。</p> <p>2.至少具备3个电机，能够实现床体背部、腿部和整床升降功能，可改变失能人员坐姿、躺姿，缓解长期卧床压力，满足长期卧床者血液循环、进食等需求。</p> <p>3.配置同等尺寸防水回弹床垫；外罩防水回弹，内衬可经过多次清洗消毒，柔软耐磨、久用不变形。</p> <p>4.床体可折叠，易快速拆卸安装，包装体积小，便于搬运运输。每个分拆的独立模块重量不超过25kg，分拆的最长模块不超过150cm（护栏除外），方便无电梯用户搬运安装。</p> <p>5.整床承重不低于200kg。</p> <p>6.整床采用优质钢材，表面不得有锋棱、毛刺、疤痕等；喷涂件表面光滑平整、色泽均匀整洁；焊点均匀严密，耐高温。</p> <p>7.电机防水等级达到IPX4，且运行噪音不高于45分贝。</p> <p>8.适合反复清洗消毒，金属部件不易生锈。</p> |    |
| 2  | 手动轮椅  | <p>1.符合国家标准GB/Z 13800-2021《手动轮椅车》要求。</p> <p>2.整车车架防刮耐磨抗腐蚀，至少达到7003系铝合金标准，由铝合金管焊接组合成型，轮椅承重不低于100kg。</p> <p>3.车架采用可折叠结构，背靠安装可折式后把手，靠背可后翻折叠，后置保护性手刹，车身配备安全带。</p> <p>4.轮椅的靠背、座面材质应满足防污、耐菌要求。</p> <p>5.焊缝均匀，表面不得有锋棱、毛刺、疤痕等。管材外观光泽亮丽，耐高温易清洗。</p> <p>6.前后轮均为免充气轮胎。</p> <p>7.适合反复清洗消毒，金属部件不易生锈。</p>  |    |

|   |        |   |  |
|---|--------|---|--|
| 3 | 多功能轮椅  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.符合国家标准GB/Z 13800-2021《手动轮椅车》要求。</li> <li>2.整车车架至少达到7003系铝合金标准，承重强，防刮耐磨抗腐蚀。可承重不低于100kg。</li> <li>3.轮椅集洗浴、坐便、移动多功能于一体，满足失能人员日常转移、洗浴、座便等需求。</li> <li>4.轮椅外形整齐，焊缝均匀，表面不得有锋棱、毛刺、疤痕等。管材外观光泽亮丽，耐高温易清洗。</li> <li>5.轮椅坐垫采用防滑、抗菌、耐磨材料。</li> <li>6.靠背为防水材质，高度可调节。</li> <li>7.坐位下安装拉伸式便桶。</li> <li>8.前后轮均为免充气轮胎。</li> <li>9.适合反复清洗消毒，金属部件不易生锈。</li> </ol>  |  |
| 4 | 移位车    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.产品获得一类医疗器械产品注册证。</li> <li>2.产品符合国家标准GB 24436-2009《康复训练器械 安全通用要求》。</li> <li>3.车体采用优质钢材，焊缝均匀，焊接件表面光滑，不得有锋棱、毛刺、疤痕等缺陷；金属喷涂件表面应光滑平整，色泽均匀整洁。</li> <li>4.移位车采用电泳喷涂工艺，对工件进行除油、除锈处理后，进行电泳处理，粉末喷塑，达到“双重涂层”，适合反复清洗消毒，且金属部件不易生锈。</li> <li>5.移位车可升降控制，配置免弯腰操作升降摇杆，座高可调节范围不低于18cm，适合不同人群及不同移位高度。</li> <li>6.整车配有4个定向带刹耐磨静音轮胎，脚轮应转动灵活，不得有异常响声，制动应可靠；脚轮材料应符合环保要求。</li> <li>7.移位车配有左右两片式靠背，可清洗，耐脏，固定安全处双重保险；高强度座板，并设有出水孔，便于淋浴冲洗时出水；脚部设有可翻式防滑脚踏板。</li> <li>8.配置可拆卸便桶，随拆随用。</li> <li>9.整体承重不低于100KG。</li> </ol> |  |
| 5 | 静态防褥疮垫 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.产品获得一类医疗器械产品注册证。</li> <li>2.床垫高度不低于4cm，长久使用不易变形。</li> <li>3.床垫外罩采用3D面料，内芯采用空气纤维高分子材料。</li> <li>4.具有透气、分压、防褥疮等效果，可水洗，柔软耐磨、久用不变形，能耐100℃以上高温清洗消毒。</li> </ol>  |  |

## 附件2

# 济宁市职工长期护理保险康复辅助器具 租赁服务适配申请表

(由申请人或其代理人填写)

|         |   |         |  |
|---------|---|---------|--|
| 申请人姓名   |   | 申请人身份证号 |  |
| 现居住地址   |   |         |  |
| 代理人姓名   |   | 代理人身份证号 |  |
| 代理人联系电话 |   | 与申请人关系  |  |
| 基金支付政策  | <p>1.参保职工选择“目录”内的辅具服务，按规定的支付标准支付辅具服务费用，其中长护险基金承担80%，个人承担20%。</p> <p>2.一个自然年度内，长护险基金支付最高限额4000元，超出限额的费用由个人负担。应由参保职工个人负担的费用，由定点辅具服务机构定期与参保职工个人结算。</p> <p>3.参保职工入住定点照护服务机构或定点医疗机构住院期间，不享受辅具服务待遇。</p> |         |  |
| 辅具服务选择  | <input type="checkbox"/> 电动护理床 <input type="checkbox"/> 手动轮椅 <input type="checkbox"/> 多功能轮椅 <input type="checkbox"/> 移位车 <input type="checkbox"/> 静态防褥疮垫  |         |  |

## 告 知 书

根据政策规定，参保职工申请享受长期护理保险辅具服务，须接受适配人员入户对申请人进行辅助器具适配评估，包括自理能力评估、查看病历资料和家居环境、询问病情、检查身体健康状况等工作。根据需要，可能进行录音、录像等，申请人及其代理人应给予积极配合。不予配合导致无法完成辅具评估适配和确认工作的，终止受理申请。

代理人办理申请辅具服务相关事宜（包括辅具服务申请、辅具品类选择、服务协议签订、支付费用等），视同申请人全权委托代理人办理上述事项，认可申请过程中所签署的相关资料，并承担相应的法律责任。

☐ 本人已认真阅读上述内容，愿意配合做好上述工作。

申请人/ 代理人签字：

申请日期：      年      月      日

### 附件3

# 济宁市职工长期护理保险康复辅助器具 租赁服务需求评估表

| 申请人姓名  |   | 申请人身份证号   |  |
|--|---|---|--|
| 现居住地址  |   |   |  |
| 代理人姓名  |   | 代理人身份证号   |  |
| 代理人联系电话  |   | 与申请人关系  |  |
| 申请人疾病情况  |   |   |  |
| 评估适配参照标准   |   |   |  |
| 辅具服务需求意向   | 评估项目  | 程度分级  |  |
| <input type="checkbox"/> 电动护理床<br><input type="checkbox"/> 手动轮椅<br><input type="checkbox"/> 多功能轮椅<br><input type="checkbox"/> 移位车<br><input type="checkbox"/> 静态防褥疮垫 | 长期卧床  | <input type="checkbox"/> 长期卧床 <input type="checkbox"/> 不长期卧床  |  |
|  | 卧床症状  | <input type="checkbox"/> 有静脉栓塞症状 <input type="checkbox"/> 局部皮肤长期受压，有褥疮<br><input type="checkbox"/> 有肠胃功能紊乱，便秘症状 <input type="checkbox"/> 无                                      |  |
|  | 翻身  | <input type="checkbox"/> 不需要外力协助，可自行翻身<br><input type="checkbox"/> 自行翻身困难，需借助外力进行翻身<br><input type="checkbox"/> 需长期仰卧，不能翻身  |  |
|  | 坐起  | <input type="checkbox"/> 不需要外力协助，可自行坐起<br><input type="checkbox"/> 自行坐起困难，需借助外力坐起<br><input type="checkbox"/> 需一直卧床，不能坐起  |  |
|  | 站起  | <input type="checkbox"/> 不需要外力协助，可自行站起<br><input type="checkbox"/> 自行站起困难，需借助外力站起<br><input type="checkbox"/> 借助外力也无法站起   |  |
|  | 移动  | <input type="checkbox"/> 不需要外力协助，可以自行走动<br><input type="checkbox"/> 自行移动困难，需借助外力移动<br><input type="checkbox"/> 借助外力也无法移动  |  |
|  | 支撑力量  | <input type="checkbox"/> 能支撑器具站立 <input type="checkbox"/> 不能支撑器具站立  |  |
|  | 排泄  | <input type="checkbox"/> 能控制 <input type="checkbox"/> 不能控制  |  |
|  | 疼痛  | <input type="checkbox"/> 腰疼 <input type="checkbox"/> 颈椎疼 <input type="checkbox"/> 坐骨神经疼<br><input type="checkbox"/> 关节疼痛 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 |  |
| 辅具服务评估建议   | <input type="checkbox"/> 建议给予配置品类：<br><input type="checkbox"/> 电动护理床 <input type="checkbox"/> 手动轮椅 <input type="checkbox"/> 多功能轮椅<br><input type="checkbox"/> 移位车 <input type="checkbox"/> 静态防褥疮垫 |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> 建议不予配置理由：  |   |  |
| 申请人或代理人签名：_____ 适配评估人员（签章）：_____<br><br><div style="text-align: right;">年     月     日</div>  |   |   |  |

附件4

## 济宁市职工长期护理保险康复辅助器具 租赁服务适配意见书

济长护辅评〔20\*\*〕第\*\*\*\*\*号

被评估人：\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_

现居住地址：\_\_\_\_\_

根据《关于开展职工长期护理保险康复辅助器具租赁服务试点工作的通知》，经评估，您的辅助器具适配意见为：

☐ 给予配置，配置如下辅助器具：

|  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> 电动护理床<br><input type="checkbox"/> 手动轮椅<br><input type="checkbox"/> 多功能轮椅<br><input type="checkbox"/> 移位车<br><input type="checkbox"/> 静态防褥疮垫 | 租期：      个月 |
|--|-------------|

☐ 不予配置，理由：\_\_\_\_\_

对本评估适配结论有异议的，可自收到本适配意见书之日起 10个工作日内向居住地的长期护理保险经办机构提出适配复评申请。

经办机构(签章)：\_\_\_\_\_ 年      月      日

注：本意见一式三份，参保人、定点辅助器具服务机构、承办机构各执一份，有效期为一年。

