

苏州市长期护理保险辅助器具服务实施办法

根据市政府《关于进一步推进长期护理保险试点工作的实施意见的通知》（苏府〔2022〕78号）精神，为健全长期护理保险保障体系，改善居家失能人员生活质量，减轻参保人员经济负担，结合我市实际，现就开展长期护理保险辅助器具服务工作制定以下实施办法。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，全面贯彻党的二十大精神，进一步健全长期护理保险（以下简称“长护险”）制度，将辅助器具（以下简称“辅具”）租赁费用纳入我市长护险保障范围，发挥长护险基金战略性购买作用，促进我市护理产业发展；提高辅具使用效能，降低社会养老护理总成本，更好保障参保人员居家护理需求，减轻家庭护理负担，不断增进民生福祉。

（二）基本原则

坚持保障基本，根据我市经济社会发展水平和各方承受能力，逐步将满足居家失能人员护理所必需的辅具纳入长护险基金支付范围，合理确定保障范围和保障标准；坚持责任共担，辅具租赁所需费用由长护险基金和个人按一定比例共同承担；坚持绿色低碳，以租赁方式鼓励辅具循环利用，提高基

金使用效能；坚持统筹协调，做好与基本医疗保险、养老等保障政策有机衔接，促进护理服务产业协调发展。

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、选择居家护理服务、有护理服务辅具配置需求、经适配评估确认需要配置辅具的失能人员（以下简称“参保人员”）。参保人员入住医疗机构或养老机构期间，不享受辅具租赁服务待遇。

（二）保障范围

辅具租赁服务项目实行目录管理，根据基金运行情况和参保人员实际需求，市医保部门制定《苏州市长期护理保险辅助器具租赁目录》（以下简称“《目录》”，附件 1），共分护理床、轮椅、助行器三类产品。后期可根据实际需要调整《目录》内容。

（三）保障标准

参保人员选择《目录》内的辅具产品，按规定的支付标准支付辅具租赁服务费用，其中长护险基金承担 85%，个人承担 15%。一个自然年度内，辅具租赁服务费用最高限额为 5000 元/人，在限额之内的费用由长护险基金按比例支付，超出限额的费用由个人承担。年度额度限当年使用，结余不予变现、结转。

符合规定的辅具租赁服务支付标准，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；定点辅具租赁服务机构（以下简称“辅具服务机构”）为参保人员提供上述服务过程中，不得另行收取其他费用。租赁周期原则上不少于 90 天。

三、经办管理

（一）遴选管理

符合条件的辅具服务机构可自愿向长护险商业保险承办机构（以下简称“承办机构”）提出申请，承办机构按照公开、公正、公平的遴选原则，择优选取 2-3 家辅具服务机构在全市范围内开展辅具租赁服务。后续视市场规模，酌情增加机构数量。

各级医保经办机构（以下简称“医保经办机构”）与辅具服务机构签订定点协议，承办机构与辅具服务机构签订服务协议，明确双方的权责义务等。

申请长护险辅具服务的机构，应具备以下基本条件：

1. 具备相关主管部门确认的《目录》范围内辅具的租赁服务资质，能够提供《目录》所列全部辅具产品相关服务；
2. 具备能够服务全市范围的辅具适配安装、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；
3. 在本市县（市）、区设有对外服务的网点；
4. 在本市有产品展示、体验场所；
5. 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、康复咨询师、辅助技术工程师、康复辅助技术咨询师等相关证书；

6. 信息化支撑能力能够满足长护险信息化要求；

7. 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；

8. 其他法律法规和政策规定的条件。

(二) 服务管理

1. 租赁申请。参保人员根据自身需求，在《目录》内选择适宜产品，由本人或其监护人向参保地经办机构提出辅具租赁申请，提交《苏州市长期护理保险辅助器具租赁申请表》（以下简称“申请表”，附件 2）。

2. 审核受理。经办机构收到参保人员的申请表后，应在 2 个工作日内对申请表进行审核受理。审核不通过的，一次性告知原因，指导参保人员对申请表进行补充、修正；审核通过的，及时受理。

3. 适配评估。经办机构受理参保人员辅具申请后，通过长护险信息管理系统自动依次派单给辅具服务机构，辅具服务机构应在 5 个工作日内组织 2 名工作人员开展上门适配评估，其中至少 1 名人员具有辅具适配专业资质，评估过程全程录音录像。适配人员按照《苏州市长期护理保险辅助器具租赁需求评估表》（以下简称“需求评估表”，附件 3）提出适配建议，明确适配辅具的品种类型；对不符合租赁条件的

参保人员,应当场向参保人员或其监护人说明不予配置的理由。需求评估表由双方签字确认。

4. 复审核定。经办机构在辅具服务机构提交需求评估表后的5个工作日内,对需求评估表以及辅具服务机构上门适配评估情况进行复核,并出具《苏州市长期护理保险辅助器具租赁意见书》(以下简称“租赁意见书”,附件4)。辅具服务机构在5个工作日内将租赁意见书送达参保人员或其监护人。

5. 租赁服务。参保人员或其监护人依据租赁意见书与辅具服务机构签订租赁协议,并按协议约定缴纳相关押金和个人承担的租金费用。协议签订完成后,辅具服务机构提供辅具配送安装、使用指导等服务。以上流程自出具租赁意见书之日起,在15个工作日内完成。

6. 退租管理。参保人员因入住医疗机构或养老机构、死亡、失能(智)状态改变等原因不再需要辅具租赁服务或不符合长护险支付条件等情形时,应及时向经办机构提出退租申请,提交《苏州市长期护理保险辅助器具退租申请表》(附件5),经办机构应即时受理退租申请。辅具服务机构在退租受理后的5个工作日内上门回收辅具。参保人员或其监护人应做好协助配合。

(三) 结算管理

辅具租赁费用实行按日计费。经评估符合辅具租赁条件

的参保人员自辅具入户当日（以系统时间为准）起享受辅具待遇支付，自受理退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服务费用，由参保地长护险经办机构按月与辅具服务机构结算；应由参保人员个人支付的辅具租赁服务费用，由辅具服务机构定期与参保人员结算。参保人员因入住医疗机构或养老机构、死亡等不具备辅具租赁待遇享受资格的，辅具服务机构应收回辅具，辅具租赁费用长护险基金不予支付。

承办机构应建立与服务对象满意度、辅具服务质量等挂钩的考核结算机制，可通过约定预留考核款等方式，根据考核结果，与辅具服务机构进行费用清算。

（四）信息管理

长护险信息管理系统应具备辅具租赁服务功能模块，实现参保人员辅具需求申请、申请受理、适配评估、租赁服务、产品使用追踪、经办管理、服务监管等全过程信息化。逐步拓展“长期护理保险”线上模块功能，方便快捷为参保人员提供服务。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。辅具服务机构应按照《中华人民共和国数据安全法》相关要求，做好信息安全管理，确保参保人员信息安全不泄露。

（五）违规处理

1. 承办机构、辅具服务机构、参保人员或监护人等违反

长期护理保险政策和协议规定、骗取长护险基金支出的，由医保经办机构责令退回骗取的费用。涉及行政处罚的，移交医保行政部门；涉及其他部门职责的，移交相关部门；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

2. 承办机构、辅具服务机构有前款违规行为的，按照协议追究责任，根据情节严重程度，中止协议或者解除协议。

(六) 风险管理

1. 辅具服务机构应建立健全风险管理内控制度，与参保人员签订服务协议，明确双方权责义务和风险控制等内容。

2. 辅具服务机构应事先做好充分评估并制定防范措施，建立定期自查回访制度，发放图文并茂的使用手册，指导参保人员家庭正确使用方式及注意事项等。

3. 辅具服务机构应开通咨询服务热线，对参保人员报修或咨询电话及时响应，并及时上门查看维修。

4. 辅具服务机构应加强员工安全教育培训，提高风险意识和应急能力，为工作人员购买责任保险，防范辅具服务的各类意外风险。

5. 辅具服务机构发现参保人员有不符合长护险支付条件情形的，应及时主动向承办机构报告，承办机构核实后及时停止长护险基金支付。

四、保障措施

(一) 强化组织保障。医保、财政、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。

有漏电保护装置

(二)强化职责分工。市医保行政部门负责制定辅具租赁服务保障政策,确定辅具目录及辅具租赁服务费用支付标准;市财政部门参与政策制定、调整,拨付资金;民政、残联等部门按照职能职责,配合做好辅具租赁服务政策衔接、推动居家和社区养老护理服务发展、组织辅具适配人才培养等工作;医保经办机构负责辅具服务机构的定点协议签订,监督指导承办机构做好辅具服务经办管理和考核监督工作;承办机构负责遴选辅具服务机构,并做好辅具服务机构的服务协议签订、协议履行、费用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,加强对承办机构的监督管理,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。

附件: 1. 《苏州市长期护理保险辅助器具租赁目录》

2. 《苏州市长期护理保险辅助器具租赁申请表》
3. 《苏州市长期护理保险辅助器具租赁需求评估表》
4. 《苏州市长期护理保险辅助器具租赁意见书》
5. 《苏州市长期护理保险辅助器具退租申请表》

附件 1:

苏州市长期护理保险辅助器具租赁目录

序号	项目	功能描述	技术标准	支付标准	单位
1	电动 护理 床	帮助失能人员起背、抬落腿等功能，以满足长期卧床者血液循环、进食等需求。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合国家标准 GB 9706.1-2007、行业标准 YY0571-2013 或 GB4706.1-2005 要求。 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。 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、久睡不变形。 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。 5. 整床承重不低于 200kg。 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。 7. 电机防水等级达到 IPX4，且运行噪音不高于 45 分贝。 8. 适合反复清洗消毒，金属部件不易生锈。 	不高于 13 元/日	1 台
2	手动 轮椅 车	帮助失能人员做转移作用，扩大生活范围。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合国家标准 GB/T 13800-2009 要求。 2. 主要框架防刮耐磨抗腐蚀，至少达到 X 型 7003 系航钛铝合金标准，由铝合金管焊接组合成型，轮椅承重不低于 100kg。 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。 4. 轮椅的靠背、座面材质应满足防水、防污、耐菌要求。 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。 6. 前后轮均为免充气轮胎。 	不高于 6 元/日	1 辆

			7. 适合反复清洗消毒, 金属部件不易生锈。		
	多功能轮椅车	方便失能人员排便、沐浴, 在室内扩大转移范围。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合国家标准 GB/T 13800-2009 要求。 2. 主要框架至少达到 7003 系航钛铝合金标准, 重量轻, 承重强, 防刮耐磨抗腐蚀。可承重不低于 100kg。 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。 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。 5. 轮椅坐垫采用 EVA 树脂材料, 防滑防臭舒适。 6. 靠背为防水材质, 轻薄透气。 7. 坐位下安装拉伸式便桶。 8. 前后轮均为免充气避震轮胎。 9. 适合反复清洗消毒, 金属部件不易生锈。 	不高于 6 元/日	1 辆
3	康复助行器	满足失能人员转移、行走和康复等需求。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合国家标准 GB/T 14728.3-2008 要求。 2. 车架为钢铁材质, 框架承重结构采用坚固的异形管材, 表面环保涂料喷漆处理。 3. 产品自重不超过 15kg, 承重不低于 100kg。 4. 高度、宽度均可调节, 可以满足不同使用者需求。 5. 底部六轮设计, 旋转半径小, 便于在狭小的空间内转弯或调头。 6. 中间脚轮设有阻力调节旋钮, 可以根据使用者的身体状况调节行进速度。 7. 握把刹车可以随时控制行进速度, 握把可以根据使用者需求调整合适角度, 使用更加安全、放心。 8. 臂腕支撑处采用 PU 发泡一次成型技术, 内部设有衬板, 舒适耐磨。 9. 可以折叠, 便于收纳和搬运。 10. 适合反复清洗消毒, 金属部件不易生锈。 	不高于 5 元/日	1 个

注: 手动轮椅车与多功能轮椅车为同类产品, 参保人员在同一租赁期内只能选择租赁其中一种产品。

附件 2:

苏州市长期护理保险辅助器具租赁申请表

(由参保人或其监护人填写)

参保人姓名		参保人身份证号	
参保地		联系电话	
家庭现住址			
监护人姓名		监护人身份证号	
与参保人关系		监护人联系电话	
失能(智)等级	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度	居家上门服务	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
基金支付政策	1. 经失能等级评估符合我市长护险待遇享受条件、选择居家护理服务、有护理服务辅具配置需求、经适配评估确认需要配置辅具的失能人员享受辅具租赁待遇; 2. 辅具租赁服务费用年度限额5000元。限额之内,基金支付85%,个人支付15%;超出限额的部分,全部个人负担。年度限额限当年使用,结余不予变现、结转; 3. 个人负担的部分直接支付给定点辅具服务机构; 4. 参保人员入住定点护理机构或住院期间,暂停享受辅助器具服务待遇; 5. 在同一租赁期内,每类产品中只允许选择一个。		
租赁辅具服务选择	1. <input type="checkbox"/> 电动护理床 2. <input type="checkbox"/> 多功能轮椅 或 <input type="checkbox"/> 手动轮椅 (二选一) 3. <input type="checkbox"/> 康复助行器		
	租赁期: 租赁期原则上不少于90天; 租金个人支付计算: 【租金=租赁天数×日租金额×个人支付比例】		
告知书			
根据政策规定,参保人员申请享受长期护理保险辅具租赁服务,须接受适配人员入户对参保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、家居环境、询问病情、检查身体等工作。适配评估需全程录音、录像,参保人及其监护人应给予积极配合。不予配合导致无法完成辅具适配评估和确认工作的,终止受理申请。			
监护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),视同参保人全权委托监护人办理上述事项,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。			
<input type="checkbox"/> 已阅并同意上述内容。			
参保人或监护人签名:		申请日期:	

附件 3:

苏州市长期护理保险辅助器具租赁需求评估表

参保人姓名		参保人身份证号	
参保地		联系电话	
家庭现住址			
监护人姓名		监护人身份证号	
监护人联系电话		与参保人关系	
失能等级	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度	疾病情况	
评估参照标准			
辅具申请信息	评估项目	程度描述	适配建议
<input type="checkbox"/> 电动护理床 <input type="checkbox"/> 手动轮椅车 <input type="checkbox"/> 多功能轮椅车 <input type="checkbox"/> 康复助行器	长期卧床	<input type="checkbox"/> 长期卧床，有静脉栓塞症状 <input type="checkbox"/> 长期卧床，局部皮肤长期受压，有褥疮 <input type="checkbox"/> 长期卧床，有肠胃功能紊乱，便秘症状	<input type="checkbox"/> 电动护理床 <input type="checkbox"/> 手动轮椅车 <input type="checkbox"/> 多功能轮椅车 <input type="checkbox"/> 康复助行器 <input type="checkbox"/> 不予配置 不予配置理由：
	翻身	<input type="checkbox"/> 不需要外力协助，可自行翻身 <input type="checkbox"/> 自行翻身困难，需借助外力进行翻身 <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 <input type="checkbox"/> 自行坐起困难，需借助外力坐起 <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 <input type="checkbox"/> 需借助辅具，例如借助扶手站起 <input type="checkbox"/> 只能坐，不能站起	
	移动	<input type="checkbox"/> 不需要外力协助，可以自行走动 <input type="checkbox"/> 需旁人搀扶并且保护进行走动 <input type="checkbox"/> 不能自行走动	
	手臂力量	<input type="checkbox"/> 能支撑器具站立 <input type="checkbox"/> 手臂无力	
	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"/> 坐骨神经痛 <input type="checkbox"/> 关节疼痛	
	炎症	<input type="checkbox"/> 有炎症 <input type="checkbox"/> 无炎症	
参保人或监护人签名：		评估人员签名（盖章）：	
		年 月 日	

附件 4:

苏州市长期护理保险辅助器具租赁意见书

参保人姓名: _____ 身份证号码: _____

参保地: _____ 现居住地址: _____

根据《苏州市长期护理保险辅助器具服务实施办法》，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:

辅具类别	辅具产品	租赁意见
护理床	电动护理床	<input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否
轮椅车	手动轮椅车	<input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否
	多功能轮椅车	<input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否
助行器	康复助行器	<input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否

不予配置, 理由: _____

经办机构(签章): _____

年 月 日

注: 本意见一式三份, 被评估人、经办机构、定点辅具服务机构各执一份。

附件 5:

苏州市长期护理保险辅助器具退租申请表

(由参保人或其监护人填写)

参保人姓名		参保人身份证号	
参保地		联系电话	
家庭现住址			
监护人姓名		监护人身份证号	
与参保人关系		监护人联系电话	
退租辅具 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"/> 康复助行器		
退租原因	<input type="checkbox"/> 参保人入住医疗机构或养老机构 <input type="checkbox"/> 参保人失能（智）状态改变 <input type="checkbox"/> 参保人死亡 <input type="checkbox"/> 其他（需详细填写）：		
<input type="checkbox"/> 本人已阅并同意上述内容。 参保人或监护人签名： 申请日期：			