

# 山东省医疗保险事业中心文件

鲁医保中心发〔2021〕17号

---

## 关于省直长期护理保险失能评定 有关工作的通知

各省直长期护理保险参保单位、定点机构：

为加强省直长期护理保险失能评定管理，规范长期护理保险失能评定程序，根据国家医保局办公室、民政部办公厅《关于印发长期护理失能等级评估标准（试行）的通知》（医保办〔2021〕37号）以及省医保局等5部门《关于建立省直职工长期护理保险制度的通知》（鲁医保发〔2021〕47号）等文件精神，现就省直长期护理保险失能评定的有关工作通知如下：

### 一、申请失能评定的条件

参保人员根据本人自身情况进行自评，因年老、疾病、伤残等原因长年卧床已达或预期达六个月以上，生活不能自

理，病情基本稳定，经自评达到以下条件之一的，可申请失能评定：

（一）参保人员因年老、疾病、伤残等导致人身某些功能全部或部分丧失，长年生活无法自理，需要入住定点机构长期提供24小时连续医疗护理服务的；

（二）参保人员因年老、疾病、伤残等导致人身某些功能全部或部分丧失，长年生活无法自理，需要入住定点医养院护机构护理 30 天以上的；

（三）参保人员因年老、疾病、伤残等导致人身某些功能全部或部分丧失，长年生活无法自理，需要医护人员上门提供长期护理服务30天以上的；

（四）按照《日常生活能力评定量表》（附表 1，以下称《评定量表》）评定低于 55 分（含 55 分）的。

## 二、失能评定程序

（一）2021 年 12 月 31 日前，由各单位组织申请失能评定的参保人员，根据《评定量表》进行自评，并提供有效的诊断证明、按照医疗机构病历管理有关规定复印的完整病历材料，填写《省直职工长期护理保险申请表》（附表 2，以下称《申请表》）报省医保中心，由省医保中心组织相关机构和人员进行评定，对确需上门评定核实的，由省医保中心或委托的相关机构人员、单位经办人员根据规定进行上门评定。

（二）2022 年 1 月 1 日后申请评定的，按以下程序办理：

1、由本人或家属携带申请人社会保障卡、身份证、有

效的诊断证明、按照医疗机构病历管理有关规定复印的完整病历材料，向定点机构提出申请，并填写《申请表》，对申请事项的真实性、变更事项的及时性作出承诺，并签字确认。

2、定点机构应自接到参保人申请后5个工作日内，按规定安排执业医师和护士对申请人病情进行初审，对自理情况按照《评定量表》进行评估，执业医师和护士应同时在《评定量表》上签字确认。定点机构在开展现场审核、评估工作时，应按照“一人一档”的要求，做好审核、评估情况的记录和相关视频影像、问询记录等资料的保管，并按档案管理要求归档。

3、定点机构初审后3个工作日内，报省医保中心或者其委托的经办机构复核确认。

### 三、评定过程的要求

（一）申请人应当遵守评定机构的相关规定，按照要求配合失能评定工作。

1、申请人有下列情形之一的，当次评定中止：

- （1）因申请人原因暂时无法进行失能评定的；
- （2）申请人拒不进行失能评定医学检查和诊断的；
- （3）拒绝配合评审工作的；
- （4）符合规定的其他情形。

2、申请人有下列情形之一的，当次评定终止：

- （1）当次评定中止时间超过3个月的；
- （2）无正当理由不参加复评的；

(3) 在系统生成评估结果前死亡的;

(4) 符合规定的其他情形。

3、申请人(或代理人)以欺诈、伪造证明材料或者其他非法手段取得享受长期护理保险资格的, 评定结论无效。

(二) 定点机构和人员应严格按照省直长期护理保险规定进行失能评定, 有下列行为之一的, 应取消失能评定结论, 产生的费用由定点机构承担。

1、未按照规定抽取评估员进行评估信息采集的;

2、擅自篡改失能评定结论的;

3、提供虚假评估信息或评定意见的;

4、伪造变造评估记录;

5、有违反法律法规和本办法其他行为的。

#### **四、其他**

失能评定工作是长期护理保险工作的重要组成部分, 是享受长期护理保险待遇的前提, 涉及广大参保人员的切身利益。各省直参保单位要根据要求, 做好失能评定的宣传, 认真组织本单位相关人员进行自评, 提供相关材料。定点机构要确定专人负责, 制定失能评定初审的操作流程, 做好失能评定专家的管理和筛选, 确保失能评定工作的公开、公平、公正。

附件：1、《日常生活能力评定量表》

2、《省直职工长期护理保险申请表》

山东省医疗保险事业中心

2021年12月9日

(此件主动公开)



## 附件 1

## 日常生活能力评定量表

定点护理机构（公章）：		护理机构结算编码：		
医保医师签名：		执业护士签名：		评定时间： 年
参保人姓名		身份证号		
人员身份	在职（ ）		退休（ ）	
病情描述及				
项 目	评 定 标 准	评 分		
		分值标准	护理机构评分	经办机构评分
1、进食	较大或完全依赖，或有留置营养管	0		
	需部分帮助（夹菜、盛饭）	5		
	自理（在合理时间内能独立使用餐具进食各种食物，可食用辅助工具独立完成进食，但不包括做饭）	10		
2、洗澡	在洗澡过程中需他人帮助	0		
	准备好洗澡水后，可自己独立完成	5		
3、面部与口腔 清洁	需要帮助	0		
	独立洗脸、梳头、刷牙、剃须（不包括准备洗脸水、梳子、刷牙等准备工作）	5		
4、穿衣	依赖	0		
	需一半帮助	5		
	自理（系开纽扣、开关拉链和穿鞋）	10		
5、大便控制	失禁（平均每周 $\geq 1$ 次或完全不能控制大便排泄，需要完全依赖他人）	0		
	偶有失禁（每周 $< 1$ 次），或需要他人提示或便秘需要人工帮助取便	5		
	能控制	10		
6、小便控制	失禁（平均每天 $\geq 1$ 次或经常尿失禁，完全需要他人帮助完成排尿行为；或留置导尿管，但无法自行管理导尿管）	0		
	偶有失禁（每24h $< 1$ 次，但每周 $> 1$ 次，或需要他人提示）	5		
	能控制	10		
7、用厕	需要极大帮助或完全依赖他人	0		
	需部分帮助（需他人帮忙整理衣裤、坐上/蹲上便器等）	5		
	自理（能够使用厕纸、穿脱裤子等）	10		
8、床椅转移	完全依赖他人，不能坐	0		
	需大量帮助（至少2人，身体帮助），能坐	5		
	需少量帮助（1人搀扶或使用拐杖等辅助工具或扶着墙、周围设施，转移是需他人在旁监护、提示）	10		
	自理	15		
9、平地行走	卧床不起、不能步行、移动需要完全帮助	0		
	在较大程度上依赖他人搀扶（ $\geq 2$ 人）或依赖他人帮助使用轮椅等辅助工具才能移动	5		
	需要少量帮助（需1人搀扶或需他人在旁提示或在他人帮助下使用辅助工具）	10		
	独立步行（自行使用辅助工具，在家附近等日常生活活动范围内独立步行）	15		
10、上下 楼梯	不能，或需极大帮助或完全依赖他人	0		
	需要部分帮助（需扶着楼梯、他人搀扶、使用拐杖或需他人在旁提示）	5		
	独立上下楼（可借助电梯等，如果使用支具，需可独立完成穿、脱动作）	10		
合 计		100		
经办机构 复核意见		经办机构 复核时间		经办机构复核 人员签名

## 附件 2

# 省直职工长期护理保险申请表

身份证号		姓名		性别		年龄	
申办类别	医疗专护 ( )      医养院护 ( )      居家护理 ( )						
病种							
患者详细住址							
联系人 1		与参保人关系		联系电话			
联系人 2		与参保人关系		联系电话			
申请原因：          申请人(家属)签字：_____ 年 月 日							
温馨提示：省直职工长期护理保险规定，定点机构及经办机构应对申请人和核准建床的参保人病情及生活自理能力进行评估。因此，相关工作人员将会到护理机构或家中查看参保人病历资料、询问病情、查体、录音、录像以及采集指纹信息等，申请人及家属应给予积极配合，对不能配合的，将终止长期护理保险待遇核准。 申明：本人已认真阅读上述内容，理解并愿意配合做好上述工作。    申请人(家属)签字：_____							
身份证复印件粘贴处：  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>(正面)</span> <span>(反面)</span> </div>							
定点机构意见：       <div style="text-align: right;">                     定点机构（公章）                      负责人签字：_____                      年 月 日                 </div>							
经办机构审核意见：       <div style="text-align: right;">                     经办机构（公章）                      负责人签字：_____                      年 月 日                 </div>							

备注：本表一式三份，经办机构、定点机构、申请人各一份。

