

临沂市人民政府办公室 关于印发临沂市职工长期护理保险制度 实施方案的通知

临政办发〔2019〕12号

各县区人民政府，市政府各部门、各直属机构，临沂高新技术产业开发区管委会，临沂经济技术开发区管委会，临沂临港经济开发区管委会，临沂商城管委会，临沂蒙山旅游度假区管委会，临沂综合保税区管委会，各县级事业单位，各高等院校：

《临沂市职工长期护理保险制度实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

临沂市人民政府办公室

2019年11月19日

临沂市职工长期护理保险制度 实施方案

根据《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《临沂市人民政府办公室关于试行职工长期护理保险制度的意见》(临政办字〔2017〕23号)要求,在总结前期试点县区经验做法的基础上,结合我市实际,现就我市职工长期护理保险制度制定如下实施方案。

一、总体要求和基本原则

(一)总体要求。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,在认真总结试点经验的基础上,以解决失去生活自理能力的人员长期护理保障问题为重点,以基层医疗机构和老年护理机构为依托,全面建立职工长期护理保险制度,进一步健全更加公平可持续的社会保障体系,减轻参保患者家庭的事务性和经济负担,不断增进人民群众在共建共享发展中的获得感和幸福感,促进社会和谐安定。

(二)基本原则。坚持以人为本,着力解决长期处于失能状态的参保职工日常生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理问题,提高参保职工的生活质量和人文关怀水平;坚持以收定支、收支平衡、略有结余,根据当地经济发展水平和各方

面的承受能力，合理确定基本保障范围和待遇标准；坚持筹资渠道多元化，通过政府、社会、个人等多方筹集职工长期护理保险资金；坚持统筹协调，做好各类社会保障制度的功能衔接，协同推进健康产业和服务体系发展；建立委托第三方经办的管理模式。

二、参保范围和筹资标准

（一）参保范围。凡是参加我市职工基本医疗保险的职工和退休人员（以下简称参保职工），纳入长期护理保险覆盖范围。正常享受职工基本医疗保险待遇的参保职工，经评定后符合条件的，自核准之日起享受长期护理保险待遇。长期护理保险重点保障长期处于失去生活自理能力（以下简称失能）状态的参保职工。

（二）筹资标准。职工长期护理保险资金通过职工基本医疗保险统筹基金、个人缴费和财政补助等渠道按年度筹集。筹资标准暂定每人每年 100 元，其中，职工基本医疗保险统筹基金按照每人每年 55 元划拨，同级财政补助（含福彩公益金）每人每年 15 元，个人承担 30 元（由经办机构从职工医疗保险个人账户资金中一次性划拨；没有个人账户资金的，由个人缴纳）。市医保部门会同市财政部门根据经济社会发展水平、基金收支运行情况和职工护理需求适时调整筹资标准。

（三）基金管理模式。长期护理保险执行现行社会保险基

金管理制度，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则使用，在职工基本医疗保险基金中单独管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用。

三、保障方式和服务内容

（一）保障方式。因年老、疾病、伤残等原因导致失能且符合规定条件的参保职工，可申请长期护理保险待遇，保障方式分为医疗专护、机构护理、居家护理。医疗专护是指协议定点医疗机构开设医疗专护病房，为符合医疗专护准入条件的参保职工提供 24 小时医疗护理服务。机构护理是指协议定点护理机构，为符合机构护理准入条件的参保职工提供 24 小时在院照护服务。居家护理是协议定点医护机构定期指派医疗或护理人员，为符合家庭护理准入条件的参保职工定期提供长期照护服务。

（二）服务内容。承办医疗专护和机构护理的协议定点医护机构，应根据参保职工的病情和实际需求制定护理计划，提供必要的、适宜适度的护理服务。服务内容包括但不限于以下项目：1. 定时巡诊、观察病情、监测血压血糖，根据医嘱执行口服、注射及其他给药途径。2. 根据护理等级进行基础护理、专科护理、特殊护理，严格规范消毒隔离措施。3. 处置和护理尿管、胃管、造瘘管等各种管道，指导并实施造瘘护理、吸痰护理、压疮预防和护理、换药、膀胱冲洗，以及实施口腔

护理、会阴冲洗、床上洗发、大小便处理等一般专项护理。4. 采集并送检检验标本。5. 指导吸氧机和呼吸机的使用。6. 对病情发生重大变化的病人及时处理，必要时协助转诊。7. 在护理评估基础上，对病人进行营养指导、心理咨询、康复治疗及卫生宣教，对病人及家属进行健康教育和康复指导，进行心理干预。8. 对终末期病人进行临终关怀，通过照护和对症处理，减轻病痛，维护生命尊严。9. 辅助进食、翻身、洗澡等生活照料内容。

四、支付范围和待遇标准

（一）支付范围。符合条件的失能人员，接受医疗专护、机构护理、居家护理，发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗目录和医疗服务设施范围以及长期护理保险医疗护理服务、基本生活照料服务项目范围的护理费用，按规定标准纳入长期护理保险支付范围。参保职工享受医疗专护、机构护理待遇期间，不再重复享受住院、门诊慢性病等应由基本医疗保险统筹基金支付的相关待遇。参保职工享受居家护理待遇期间，可同时享受门诊慢性病统筹待遇。参保职工享受护理保险待遇期间，应由工伤保险、生育保险支付或第三方支付的相关医护费用，以及应由现有制度规定支付并已纳入残疾人保障、军人伤残抚恤、精神疾病防治等国家法律规定范围的护理项目和费用，长期护理保险资金不再给予支付。

（二）待遇标准。参保职工发生的符合规定的长期护理保险费用不设起付线。协议定点医护机构实行医疗专护的医疗服务支付比例为 80%，实行机构护理的医疗服务支付比例为 85%，其余费用由个人自负；生活照护服务项目按照每人每天 15 元标准实行定额支付。实行居家护理的按定额补助标准支付。长期护理保险经办机构每月与定点医护机构按照定额结算标准进行结算支付，每年年底长期护理保险经办机构将对协议定点医护机构执行护理保险政策规定及服务质量进行考核、对服务对象进行满意度测评，不达标的予以适当扣减。

协议定点医护机构的医疗护理服务项目收费标准，参照医保部门规定标准执行。协议定点医护机构应按规定及时上传参保职工在床期间所有医护费用明细。对长期在床的参保职工可办理中途结算；参保职工办理撤床手续，协议定点医护机构应及时办理医护费用联网结算，并打印长期护理保险费用结算单和费用明细清单，结算单须由参保职工或家属签字确认。参保职工在床期间因病在协议定点医院发生的住院医疗费，按基本医疗保险有关规定结算，住院期间不再享受长期护理保险待遇。

五、申请流程和评定标准

（一）申请流程。1. 参保职工填写《职工长期护理保险待遇申请表》，向护理保险经办机构提出申请。2. 护理保险承

办机构接到申请后,15个工作日内组织医护专家对申请人进行生活能力评定,提出书面结论,定期报医保经办机构备案。

(二) 评定标准。1. 参保职工因年老、疾病、伤残等导致人身某些功能全部或部分丧失,长年卧床6个月或预期6个月以上的,生活无法自理,病情基本稳定的。2. 按照《日常生活能力评定量表》评定低于55分(不含55分)的。3. 享受医疗专护待遇的,还应符合以下条件之一:(1)因病情需长期保留气管套管、胆道等外引流管、造瘘管、深静脉置管、鼻饲管及导尿管等管道,并需定期对创面进行处理;(2)需长期依靠呼吸机维持生命体征的;(3)因神经系统疾病、骨关节疾病、外伤等导致昏迷、全身瘫痪、偏瘫、截瘫,双下肢肌力或单侧上下肢肌力均为0-Ⅱ级或肢体协调功能重度障碍,需要医疗护理的;(4)髌部骨折未手术、下肢骨不连(腓骨除外)、慢性骨髓炎,需要医疗护理的;(5)因其他术后仍需长期住院维持治疗的;(6)经护理保险承办机构认定的其他符合享受医疗专护的情形。4. 享受机构护理、居家护理待遇的,还应符合以下条件之一:(1)达到医疗专护申请条件的;(2)患有以下慢性疾病:脑卒中后遗症(至少一侧下肢肌力为0-Ⅲ级或肢体协调功能中度障碍)、帕金森氏病(重度)、重症类风湿性关节炎晚期(多个关节严重变形)或其他严重慢性骨关节病影响持物和行走、植物人、终末期恶性肿瘤(呈恶病质状态);(3)

需长期保留胃管、尿管、气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置管等各种管道；（4）高龄患者骨折长期不愈合，合并其他慢性重病；患其他严重慢性病、外伤等导致全身瘫痪、截瘫；（5）经护理保险经办机构认定的其他符合享受机构护理、居家护理的情形。

经评定符合以上条件的参保职工，长期护理保险经办机构审核通过后于次月纳入护理保险待遇范围。

六、医护机构协议定点和服务管理

长期护理保险实行定点医护机构协议管理。符合条件的基本医疗保险协议定点医院及医养结合机构，均可向县级医保经办机构申请协议定点医护机构。申请承担协议定点医护机构业务的医院准入条件，参照临沂市基本医疗保险定点医药机构协议定点有关规定执行。医保经办机构按照规定的评估规则和程序，对申请协议定点医护机构的医院和医养结合机构进行评估，符合条件的，纳入协议定点医护机构范围。医保经办机构与协议定点医护机构签订服务协议，明确双方权利和义务。基本医疗保险协议定点医院自愿承担护理保险工作的，可视同为长期护理保险协议定点医护机构。

协议定点医护机构应为所有入住参保职工建立医护档案，记录诊疗信息，进行合理诊治，主动向参保职工提供每日医护费用明细清单；加强用药管理，建立药品、医用耗材领取、发

放登记制度；加强参保职工管理，根据参保职工康复情况每半年按照《日常生活能力评定量表》标准进行自理能力评估，并将评估结果及时报送护理保险承办机构。

长期护理保险承办机构与协议定点医护机构之间的长期护理保险费用结算管理办法由市医保部门另行制定。

七、加强组织领导，强化部门协同

长期护理保险制度是多层次社会保障体系的重要组成部分，是应对人口老龄化挑战的一项重大制度创新，对于促进我市经济发展与社会安定和谐具有重要意义。各级各有关部门要高度重视，切实加强组织领导，建立协商会商机制，确保长期护理保险制度顺利推进。实行全市统一政策规定、统一筹资和待遇标准，按照属地管理、分级负责的原则，市本级和各县区医保经办机构分别负责市本级和辖区长期护理工作。在确保资金安全和有效监控前提下，市级医保部门通过购买服务委托第三方机构具体承办长期护理保险业务，市本级和县区分别从中标的具有资质的商业保险机构中选择承办机构，签订承办协议，建立盈亏机制，不断提高经办管理服务能力和基金使用效益。

医保部门负责制定具体配套政策、确定委托承办商业保险机构，并做好组织实施和监督指导长期护理工作；财政部门负责将长期护理保险财政补助资金和福彩公益金纳入年度

预算并及时划入长期护理保险资金财政专户；民政部门要做好长期护理保险与养老服务的衔接工作，加强对提供长期护理养老机构的管理；卫生健康部门要加强对医疗机构的监督管理，规范医疗服务行为，督促医疗机构不断提高护理服务质量。其他有关部门要通力配合、密切协作，共同研究解决工作中出现的新问题，确保长期护理保险工作的平稳顺利开展。

各县区可根据本方案制定具体实施细则。本实施方案自2020年1月1日起施行。

(2019年11月20日印发)