**德州市医疗保障局**

文件

**德州市民政局**

**德州市卫生健康委员会**

德医保发〔2022〕62号

**关于印发《德州市长期护理保险**

**居家上门护理服务管理暂行办法》的通知**

各县（市、区）医疗保障局（天衢新区社会事务管理部）、民政局、卫生健康局，市医疗保险事业中心，各有关单位：

现将《德州市长期护理保险居家上门护理服务管理暂行办法》印发给你们，请认真遵照执行。

德州市医疗保障局 德州市民政局 德州市卫生健康委员会

2022年12月29日

**德州市长期护理保险**

**居家上门护理服务管理暂行办法**

为进一步规范长期护理保险服务管理，提高护理服务质量和基金使用效能，积极稳妥推进我市长期护理保险试点工作，根据《山东省人民政府办公厅<关于开展居民长期护理保险试点工作的意见>》（鲁政办发〔2022〕17号）、《德州市人民政府办公室关于建立职工长期护理保险制度的意见》（德政办字〔2018〕112号）、《关于印发<德州市职工长期护理保险实施细则>的通知》（德医保发〔2022〕51号）和《关于试行城乡居民长期护理保险制度的意见》（德医保发〔2022〕61号）等规定，结合我市实际，现就居家上门护理服务制定如下管理办法：

一、服务对象

护理保险居家上门服务对象为参加德州市长期护理保险（以下简称护理保险），经评估后享受居家护理待遇的参保人员。

二、服务机构

各县市区医保经办机构按属地管理原则与辖区内符合条件的医疗机构、护理机构和医养结合养老机构签定服务协议（以下统称协议定点医护机构）。各协议定点医护机构根据自身服务能力，自愿申请提供居家上门护理服务业务，并在护理保险服务协议中明确，按协议约定范围负责上门护理服务派工、护理咨询及服务监管等。

协议定点医护机构提供居家上门护理服务不得超出业务许可范围。居家上门护理服务涉及专业护理项目的，应由具备相应资质的医疗机构提供。鼓励基层医疗卫生、养老机构通过开展合作方式提供长期护理保险服务，便利参保人员就近接受服务。

三、服务项目及费用支付

（一）服务项目。居家上门护理服务项目分为生活护理和专业护理。其中生活护理服务项目13项，主要包括协助进食、擦浴、洗发、协助更衣等服务项目；专业护理服务项目17项，主要包括吸痰护理、胃肠减压、管道维护等服务项目。具体项目内容见《德州市长期护理保险居家上门护理服务项目》（以下简称《居家护理服务项目》）（附件1）。

（二）服务方式。由协议定点医护机构指导参保人员选择护理服务项目，与参保人员家属签订协议。

1、生活护理服务项目实行服务包模式，由参保人员与协议定点医护机构协商选定服务项目组成自选服务包，每个服务包不少于3个服务项目，且护理时长控制在1-1.5小时之间。一名参保人员可选择多个服务包。专业护理服务项目根据参保人失能状态按需选择。

2、协议定点医护机构负责根据参保人选定的服务项目制定护理服务计划，明确服务项目、服务内容、服务频次、服务时间及双方的权利、义务和责任免除等事项，按要求提供居家上门护理服务，并做好服务登记。

3、协议定点医护机构负责将与参保人签订服务项目情况报辖区经办机构或承办商业保险公司备案，由承办商业保险公司按协议约定要求组织居家上门护理服务随访、核查等工作，确保服务质量。

（三）费用支付。

1、生活护理服务包由协议定点医护机构与参保人员协商确定收费标准，原则上费用标准以辖区内养老服务机构或家政服务相关服务费用标准为参考，护理保险基金按每个服务包60元标准纳入支付。

2、专业护理服务项目原则上以我市一、二、三级公立医疗机构相应项目收费标准确定最高收费限额，协议定点医护机构可根据机构实际适当下浮。每个服务项目由护理保险基金按项目收费标准+上门服务费纳入支付。

3、护理保险基金根据实际发生的上门服务项目据实结算，不设起付线，具体支付比例为：职工护理保险基金按80%支付，个人负担20%；居民护理保险基金按70%支付，个人承担 30%，其中医保帮扶对象基金支付比例提高至90%，个人承担 10%。每人每月最高支付限额300元。

（四）费用结算。经办机构或承办商业保险公司按月与协议定点医护机构进行费用结算。协议定点医护机构于服务次月5个工作日内报送上月参保人员费用结算材料，经办机构或承办商业保险公司根据协议要求进行审核，月底前拨付护理保险费用。应由参保人员个人负担的费用，参保人员与协议定点医护机构自行结算。

四、服务申请与变更

（一）服务申请。参保人员申请护理保险待遇时，由经办机构或承办商业保险公司指导选定提供居家上门护理服务的协议定点医护机构。经评估后享受居家护理保险待遇的参保人员信息，由经办机构或承办商业保险公司向协议定点医护机构提供。

（二）服务变更。

1、享受居家护理保险待遇的参保人员变更为机构护理或医疗专护待遇的，或因参保人居住地址变更或其他个人原因需变更居家上门护理服务机构的，由参保人向经办机构或承办商业保险公司提交变更申请，填写《长期护理保险护理形式变更申请表》或《长期护理保险居家上门服务机构变更申请表》（见附件2、3）。其中变更为医疗专护待遇的，需重新提交失能评估申请。

2、经办机构或承办商业保险公司收到变更申请后，及时通知原协议定点医护机构停止上门护理服务，按规定为参保人办理变更手续，接续服务业务，并进行变更后的护理服务登记。需重新组织失能评估的，根据评估结果确定护理待遇。

3、申请服务变更的参保人提交变更申请前，应先与原服务机构结算个人负担费用。原则上变更手续办理完成且原服务停止后次日或评估结果公示结束后次月开始按新业务享受待遇。

（三）服务终止。参保人员达不到护理保险待遇条件或死亡，停止享受护理保险待遇的，由经办机构或承办商业保险公司通知协议定点医护机构及时停止上门护理服务，原则上居家护理服务停止与护理保险待遇停止时间一致。

五、服务要求

（一）医护机构应建立健全与居家上门护理服务工作相匹配的管理制度，规范本机构服务人员的服务行为，加强对服务人员的教育、培训和管理，严格按服务计划、服务内容等提供相应服务，制订防范意外风险措施及应急处理方案，合理安排护理人员工作量，保证护理质量和护理安全。

（二）及时对服务对象进行建档并制定护理计划，生活护理项目由经培训合格的护理人员提供，专业护理项目由执业医生、执业护士提供，护理服务内容、流程、风险评估等应符合山东省《长期护理保险定点护理服务机构护理服务与管理规范》相关要求。

（三）医护机构护理人员上门服务时应穿着统一工作服，佩戴工作牌，配备必要的护理工具包，提前与参保人员家属或监护人预约。上门服务期间，应严格按照约定的服务项目、服务操作规范，逐项落实，据实记录上门护理服务情况，填写《德州市长期护理保险居家上门护理情况记录表》（附件4）。未经家属同意不得随意增减、变换服务项目。

六、监督与管理

（一）按照《德州市长期护理保险定点医护机构协议管理办法（试行）》要求，通过日常巡查、专项检查、联合检查等方式，加强对协议定点医护机构的监督管理。

（二）经办机构或承办商业保险公司对协议定点医护机构实行动态考评。考评内容分为参保人员满意度调查和投诉举报情况，满意度调查连续三个月低于80%或有效投诉举报达到30%的，取消定点资格，当年度不得再次申请。

本办法自2023年1月1日起执行。

附件：1、《德州市长期护理保险居家上门护理服务项目》

2、《长期护理保险护理形式变更申请表》

3、《长期护理保险居家上门服务机构变更申请表》

4、《德州市长期护理保险居家上门护理服务情况

记录表》

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **德州市长期护理保险居家上门护理服务项目** | | | | | | | | | |
| **基础护理-生活护理** | | | | | | | | | |
| 序号 | 服务项目 | | | 服务内容 | | 参考时长 | | 单位 | |
| 1 | 协助更衣 | | | 根据护理对象的病情、意识、肌力、活动和合作能力、有无肢体偏瘫、手术、引流管，选择适合的更衣方法为护理对象穿脱或更换衣物。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 2 | 协助做好个人卫生 | | | 让护理对象选择舒适体位，帮助其洗手、洗脸、梳头、洗脚。 | | 10-20分钟 | | 次 | |
| 3 | 洗 发 | | | 让护理对象选择舒适体位，帮助其清洗头发。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 4 | 理 发 | | | 为护理对象修剪头发。 | | 20-30分钟 | | 次 | |
| 5 | 口腔清洁 | | | 协助护理对象采用合适的方式和方法（刷牙、漱口、棉棒/棉球擦拭等）清洁口腔和义齿，过程中防止误吸。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 6 | 剃须、剪指（趾）甲 | | | 为男性剃须。根据病情、意识、生活自理能力以及个人卫生习惯，选择合适的工具对指/趾甲进行处理。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 7 | 擦 浴 | | | 为护理对象进行床上擦浴。 | | 20-40分钟 | | 次 | |
| 8 | 协助翻身叩背排痰 | | | 根据护理对象的病情、有无手术、引流管、骨折和牵引等，选择合适的翻身频次、体位、方式帮助护理对象翻身拍背，促进排痰。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 9 | 协助如厕 | | | 根据护理对象病情和自理能力，协助床上/床边使用便器；需要时使用辅助工具移动至卫生间如厕；指导护理对象家属正确掌握该项服务的方法。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 10 | 排泄护理 | | | 为大小便失禁者进行照护，保持其局部清洁；为大便嵌顿者给予人工取便；为肠胀气、便秘患者按摩、热敷腹部，帮助排除肠腔胀气，减轻腹胀。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 11 | 皮肤照护 | | | 水肿皮肤及瘙痒皮肤的清洁、照护。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| 12 | 借助器具移动 | | | 根据护理对象病情和需求，选择适宜的移动工具（轮椅、平车等），帮助护理对象在室内或住宅附近进行移动。 | | 20-30分钟 | | 次 | |
| 13 | 床单元整理 | | | 为护理对象整理床单位，更换被罩、床单枕巾，保持床单位清洁、干燥。 | | 10-15分钟 | | 次 | |
| **基础护理-专业护理** | | | | | | | | | |
| 序号 | | 服务项目 | 服务内容 | | 二级医疗机构限额 | | 三级医疗机构限额 | | 单位 |
| 1 | | 吸痰护理 | 对难以自行排痰的护理对象进行吸痰护理。 | | 9 | | 10 | | 次 |
| 2 | | 换药（小换药） | 按护理对象伤口情况，选择适宜的药物和合适的敷料，进行换药。 | | 23 | | 25 | | 次 |
| 3 | | 气管切开护理 | 保持造瘘口周围皮肤清洁，及时清除痰液，保持套管在位，防止脱管，定期更换套管。 | | 45 | | 50 | | 次 |
| 4 | | 鼻饲管置管 | 根据病情对护理对象置入胃管，对置入管定期清洁，保持胃管位置防止脱管。 | | 10 | | 11 | | 次 |
| 5 | | 鼻饲管置管  （注食、注药） | 根据病情对护理对象通过置入胃管灌注适宜的流质食物、水分和药物。 | | 1 | | 1 | | 次 |
| 6 | | 胃肠减压 | 保持胃管畅通，及时倾倒引流液，定期更换胃肠减压装置。含留置胃管抽胃液及间断减压；包括负压引流、引流管引流 | | 10 | | 11 | | 次 |
| 7 | | 导尿 | 保持尿管通畅，定期更换尿袋、引流袋，保持尿道口清洁，留置尿管期间，妥善固定尿管及尿袋。 | | 18 | | 20 | | 次 |
| 8 | | 专项护理（含口腔护理、会阴冲洗） | 根据护理对象的生活自理能力，协助有自理能力或上肢功能良好的半自理护理对象采用漱口、自行刷牙的方法清洁口腔；对不能自理护理对象采取棉棒擦拭、棉球擦拭清洁口腔。  根据会阴部有无伤口、有无大小便失禁和留置尿管等，鼓励并协助护理对象完成会阴部的擦洗或冲洗。 | | 16 | | 18 | | 次 |
| 9 | | 一般物理降温 | 为高热护理对象进行擦浴或使用冰袋降低体温。 | | 5 | | 5 | | 次 |
| 10 | | 常规心电图检查——自动分析 | 使用心电图机进行检查，查看是否有心肌缺血、心律不齐等心脏异常情况，给与治疗指导。 | | 30 | | 30 | | 次 |
| 11 | | 葡萄糖测定-便携式血糖仪 | 根据病情对护理对象手指实施采血，用血糖仪测得数值，将结果告知护理对象/家属，做好记录。 | | 10 | | 10 | | 次 |
| 12 | | 雾化吸入 | 协助护理对象使用雾化器吸入药物。 | | 4.5 | | 5 | | 次 |
| 13 | | 膀胱冲洗 | 通过导尿管对膀胱进行冲洗。 | | 8 | | 8 | | 次 |
| 14 | | 灌肠 | 根据病情将灌肠液经肛门灌入肠道，促进排便、解除便秘，清洁肠道。 | | 20 | | 22 | | 次 |
| 15 | | 造瘘护理 | 根据病情为造瘘术后患者提供人工肛门便袋护理，包括肛门便袋的使用、局部皮肤的护理等内容。 | | 9 | | 10 | | 次 |
| 16 | | 动静脉置管护理 | 根据病情对动静脉置管进行维护，保持周围皮肤清洁，预防感染。 | | 5 | | 5 | | 次 |
| 17 | | 静脉血标本采集 | 根据患者病情需要进行静脉采血（6岁及以下儿童采血按标准加收） | | 4.5 | | 4.5 | | 次 |

注：1.护理服务费用包含一般性材料费用，如一次性纱布、棉签、棉球、酒精、手套、血糖试纸等；不包含气管套管、胃管、尿管、引流管等管道和引流袋等非一般性耗材费用。

2.居家上门专业护理服务出诊费标准为副高职称以上40元/次、中级职称及以下30元/次。协议定点医护机构可视实际情况自行下浮。

3.上表所列价格为二级、三级公立医疗机构的最高限额，一级医疗机构最高限额在二级公立医疗机构的基础上降低8%。协议定点医护机构可视实际情况自行下浮。

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **长期护理保险护理形式变更申请表** | | | | | | | | | |
| 参保人员姓名 | |  | | 身份证号码 |  | | | 性别 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | 年龄 |  |
| 原申请类别 | | 居家护理□ 机构护理□ 医疗专护□ （必填） | | | | | | | |
| 变更后申请类别 | | 居家护理□ 机构护理□ 医疗专护□ （必填） | | | | | | | |
| 变更申请时间 | | |  | | | | | | |
| 申请协议医护机构 | | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | |
| 变更原因：  患者（或监护人）签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  **长期护理保险居家上门服务机构变更申请表** | | | | |
| 参保人员姓名 |  | 身份证号码 |  | |
| 现居住地址 |  | | | |
| 原协议医护机构 |  | | | |
| 变更后协议医护机构 |  | | | |
| 变更申请时间 |  | | 联系电话 |  |
| 变更原因：  患者（或监护人）签字：  与参保人关系：  年 月 日 | | | | |

附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **德州市长期护理保险居家上门护理服务情况记录表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **基础护理--生活护理**  医护机构：（盖章） 参保人姓名： 身份证号码： 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 服务项目 | 月 日 | | | | | | 月 日 | | | | | | | 月 日 | | | |
| 开始时间 | | 结束时间 | | 护理时长 | | 开始时间 | | 结束时间 | 护理时长 | | | 开始时间 | | 结束时间 | 护理时长 | |
| 1 | 协助更衣 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 2 | 协助做好个人卫生 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 3 | 洗发 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 4 | 理发 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 5 | 口腔清洁 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 6 | 剃须、剪指（趾）甲 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 7 | 擦浴 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 8 | 协助翻身叩背排痰 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 9 | 协助如厕 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 10 | 排泄护理 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 11 | 皮肤照护 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 12 | 借助器具移动 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 13 | 床单元整理 |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |
| 服务统计 | | 本次护理共项; 本次护理共小时 | | | | | | 本次护理共项; 本次护理共小时 | | | | | | 本次护理共项; 本次护理共小时 | | | | |
| 护理人员签名 | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 家属签字 | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 备注：家属根据实际情况自选服务包，每个服务包服务项目不少于3个，且护理时长控制在1-1.5小时之间。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **基础护理--专业护理**  医护机构：（盖章） 参保人姓名： 身份证号码： 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 服务项目 | | 月 日 | | | | | | | | | 月 日 | | | | | | | |
| 项目选项 | | 项目金额 | | 出诊费 | | 本次护理 合计金额 | | | 项目选项 | 项目金额 | | 出诊费 | | | 本次护理合计金额 | |
| 职称：□副高级以上  □中级及以下 | | 职称：□副高级以上  □中级及以下 | | |
| 1 | 吸痰护理 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 2 | 换药（小换药） | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 3 | 气管切开护理 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 4 | 鼻饲管置管 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 5 | 鼻饲管置管（注食、注药） | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 6 | 胃肠减压 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 7 | 导尿（含留置导尿） | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 8 | 专项护理（含口腔护理、会阴冲洗） | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 9 | 一般物理降温 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 10 | 常规心电图检查——自动分析 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 11 | 血糖监测-便携式血糖仪 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 12 | 雾化吸入 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 13 | 膀胱冲洗 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 14 | 灌肠 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 15 | 造瘘护理 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 16 | 动静脉置管护理 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 17 | 静脉血标本采集 | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| **合计** | | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |
| 医护人员签名 | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 家属签字 | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |

备注：专业护理服务项目根据失能状态按需选择。

德州市医疗保障局办公室 2022年12月29日印发