

枣 庄 市 医 疗 保 障 局
枣 庄 市 财 政 局 文 件
枣 庄 市 民 政 局
枣 庄 市 卫 生 健 康 委 员 会

枣医保发〔2019〕13号

**关于印发《枣庄市职工长期护理保险
实施细则（试行）》的通知**

各区（市）医疗保障局、财政局、民政局、卫生健康局：

现将《枣庄市职工长期护理保险实施细则（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

附件：枣庄市职工长期护理保险实施细则（试行）

(此页无正文)



附件

枣庄市职工长期护理保险实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为全面贯彻实施长期护理保险制度，根据枣庄市人民政府办公室《关于建立职工长期护理保险制度的意见》（枣政办字〔2018〕25号）有关规定，制定本实施细则。

第二条 已参加城镇职工基本医疗保险的人员须参加职工长期护理保险。

第三条 市医疗保障行政部门发挥统筹协调作用，负责长期护理保险政策制定并监督实施，区（市）医疗保障行政部门负责本行政区域内长期护理保险政策监督实施工作。市、区（市）医疗保险经办机构做好资金筹集、经办管理和待遇支付等日常经办服务工作。财政、民政、卫生健康等部门按照各自职责协同做好长期护理保险的有关工作。

第四条 市医疗保障行政部门按照市政府要求，以购买服务的方式，通过公开招标等形式，选定委托资质、信誉记录良好的商业保险公司等第三方机构参与全市职工长期护理保险经办管理业务（以下简称“委托经办机构”）。委托经办机构应当服从医疗保障部门的管理和监督，并签订合作协议。委托经办机构负责做好全市长期护理保险日常受理、费用审核、结算支付、稽核调

查、信息系统建设与维护等业务，并接受医疗保险经办机构监督考核。

第五条 职工长期护理保险市级统筹，资金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则使用。执行现行社会保险基金管理制度，在职工基本医疗保险基金中单独管理，专款专用。建立举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等风险管理制度，提高监管水平。

第六条 长期护理保险基金所筹资金全部纳入统筹基金，不设个人账户。其中：个人缴费：在职人员依据社会保险缴费基数，个人按 0.1% 缴费，按月由用人单位统一缴纳。退休人员依据基本养老金为缴费基数，个人按 0.1% 缴费。有医保个人账户的，从医疗保险个人账户资金中代扣；无医疗保险个人账户的，与医疗保险大额救助金一并缴纳。

第七条 长期护理保险参保人员应连续足额缴纳长期护理保险费，中断缴费期间不享受长期护理保险待遇。再缴费时须从中断之日起按规定补缴，并自补缴之日起享受待遇（欠费满六个月的，长期护理保险不予支付欠费期间的长期护理保险待遇）。城镇个体经济组织业主及其从业人员、自由职业者等参保人员（含退休），自首次缴费之日起 90 天后，可享受长期护理保险待遇。

第二章 失能评定

第八条 参保人员因年老、伤残、疾病等原因导致生活不能自理，经过治疗不能康复，连续卧床 30 天以上，预期达 6 个月

以上，情况基本稳定的，可申请进行失能评定。经评定达到一定标准后，可享受长期护理保险待遇。

第九条 失能评定是指对丧失生活自理能力程度的评定。具体失能等级评定标准由医疗保障部门另行制定。建立失能评定评估人员和评定专家库，通过评估人员、评定专家开展失能评定工作。

第十条 参保人员提交失能评定申请后，委托经办机构在5个工作日之内按规定对申请人的病情和自理情况进行初步审核，初步审核通过后，进行失能评定。失能评定按照评估人员采集评估信息、生成评定结果、委托经办机构审核等程序进行，情况复杂的，可组织评定专家进行再次评定。根据失能评定结果，医疗保险经办机构做出是否享受长期护理保险待遇的决定。决定结果应进行公示，公示期不少于5个工作日。公示无异议的，公示期满次日即为核准建床的起始日期。

第十一条 建立长期护理保险信息系统。参保人员可以通过长期护理保险信息系统申请失能评定、联网查询工作进度及结果。参保人员对结果不服的，在收到结果之日起10个工作日之内向委托经办机构书面提出复评申请，逾期不再受理。收到复评申请后，委托经办机构随机从评定专家库中抽取专家，组织对申请人进行复评，复评结果为最终结论。

第十二条 申请人有下列情形之一的，不符合失能评定条件：

- （一）未参加枣庄市长期护理保险的；
- （二）中断缴费的；

- (三) 连续卧床不满30天或预期不满6个月的;
- (四) 申报材料不全或者弄虚作假的;
- (五) 距上次复评结果做出未满6个月的。

第十三条 建立长期护理保险待遇资格定期评估和退出机制。委托经办机构应每年通过信息比对、视情复评等方式,对享受长期护理保险待遇的参保人员进行资格复查,经复查失能等级发生变化或不再符合长期护理保险待遇享受条件的,应当调整或者终止其长期护理保险待遇。

第三章 护理服务形式及内容

第十四条 枣庄市范围内医疗、养老等各类可以提供护理服务的机构,符合准入条件的,可根据自身情况和需要自愿申请成为长期护理保险协议服务机构(以下简称“协议服务机构”),实行协议管理。

第十五条 根据参保人员护理需求,确定不同的护理服务形式:

(一) 医疗专护,是指医疗机构设置医疗专护病房为参保人员提供长期24小时连续医疗护理服务。

(二) 机构护理,是指除医疗机构外的其他协议服务机构为参保人员提供长期24小时连续护理服务。

(三) 居家护理,是指协议服务机构指派的护理人员在接受协议服务机构统一培训和管理的情况下,到参保人员家中提供护理服务。

第十六条 通过失能评定后申请医疗专护待遇的,应当符合

以下条件之一:

(1) 终末期恶性肿瘤(恶病质状态)需要医疗护理;

(2) 因病情需长期保留气管套管、胆道等外引流管、造瘘管、深静脉置管等管道(不包括鼻饲管及导尿管),需定期对创面进行处理;

(3) 需长期依靠呼吸机维持生命体征;

(4) 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,双下肢肌力或者单侧上下肢肌力均为 0-II 级,需要长期医疗护理;

(5) 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;

(6) 术后仍需长期住院维持治疗的。

第十七条 通过失能评定后申请机构护理、居家护理待遇的,应当符合以下条件之一:

(1) 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)、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)或者其他严重慢性骨关节病影响持物和行走、植物状态;

(2) 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;

(3) 高龄患者骨折长期不愈合,合并其他慢性严重疾病;

(4) 患其他严重慢性病、外伤等导致全身瘫痪、截瘫、偏瘫或其他失能情形;

(5) 满足医疗专护申请条件的。

第十八条 长期护理保险服务内容主要包括：

- (一) 定期巡诊、观察病情、监测血压血糖等护理服务；
- (二) 根据护理需求进行基础护理、专科护理、特殊护理等，严格规范消毒隔离措施；
- (三) 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、会阴冲洗等一般专项护理；
- (四) 采集并送检检验标本；
- (五) 指导吸氧机和呼吸机的使用；
- (六) 对病情发生重大变化病人及时处理，必要时协助就医；
- (七) 在护理评估基础上，对病人进行营养指导、心理咨询、康复治疗照护及卫生宣教，对病人及家属进行健康教育和康复指导，进行心理干预；
- (八) 睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料及清洁消毒等项目；
- (九) 对终末期病人进行临终关怀，通过护理和对症处理，减轻病痛，维护生命尊严；
- (十) 其他需要护理的情形。

长期护理保险具体服务项目和标准另行制定。

第四章 待遇享受及支付标准

第十九条 符合享受长期护理保险待遇条件的参保人员根据自身情况选择护理服务方式。选择医疗专护、机构护理的，可凭

社会保障卡、评定结论等相关材料，到协议服务机构办理入住手续，享受长期护理保险待遇。

选择居家护理的，需先由协议服务机构根据自身服务能力及护理人员配置情况，确定是否可以提供居家服务。能提供服务的，需由参保人员、协议服务机构签订护理服务协议，明确相关服务项目、服务内容、服务时间及双方的权利、义务和责任免除等条款。

第二十条 符合享受长期护理保险待遇条件的参保人员发生的政策范围内的护理费用，不设起付线，按床日付费，实行最高支付限额，低于限额的，按实际费用据实结算。

（一）参保人员在一、二、三级协议医疗机构接受医疗专护的，长期护理保险基金支付比例分别为 80%、75%和 70%，每床日支付限额为 60 元、70 元和 80 元。

（二）参保人员在协议服务机构接受机构护理服务的，长期护理保险基金支付比例为 75%，每床日支付限额为 40 元。

（三）参保人员接受居家护理服务的，长期护理保险基金每床日支付限额为 30 元。

第二十一条 参保人员如需变更服务方式，需按照申请流程重新办理相应手续。参保人员需暂停或结束护理服务的，可随时办理撤床手续。

第二十二条 参保人员出现以下情况时，协议服务机构应及时办理撤床和结算手续，向委托经办机构申报长期护理保险待遇终止。

(一)经护理后病情稳定或好转,自理情况改善,达不到长期护理保险待遇享受条件或不再需要护理的;

(二)需变更协议服务机构的;

(三)参保人员变更市内居住地,或协议服务机构变更执业地址,超出服务范围的;

(四)参保人员居住地变更至统筹地区以外的;

(五)身故的;

(六)其他符合终止长期护理保险待遇的情形。

参保人员身故的,自死亡次日起停止长期护理保险待遇。

第二十三条 长期护理保险待遇与基本医疗保险待遇不得重复享受(门诊慢性病除外),参保人员需住院治疗或病情加重需转住院治疗的,按基本医疗保险有关规定结算。参保人员符合门诊慢性病条件的,可以继续按规定在本人定点医疗机构享受门诊慢性病医疗待遇。

第二十四条 下列费用长期护理保险资金不予支付:

(一)已经纳入残疾保障、军人伤残抚恤、精神疾病等国家法律规定范围的护理项目和费用;

(二)应由第三人依法负担的护理费用;

(三)应由基本医疗保险、工伤保险支付的护理服务费用;

(四)法律法规规定的其它不予支付的费用;

第五章 协议服务机构管理

第二十五条 申请协议服务机构应满足以下条件:

(一)依法取得卫生健康、民政等部门规定的相关许可和证

照，并取得法人资格的；

（二）能为长期护理参保人员提供规定服务的；

（三）属医疗机构申请的，应当设立长期护理专区的；

（四）符合国家和相关部门规定的机构设置、总体布局和执业标准，能满足长期护理保险服务需求的；

（五）遵守国家有关法律法规及相关规定，具备与长期护理保险服务相适应的服务设施、人员配备、质量管理、财务管理、信息系统等条件的；

（六）一年内没有违反医疗保障法律法规和相关政策规定的；

（七）符合长期护理保险发展需要的其他条件。

第二十六条 协议服务机构向参保人员提供护理服务，可根据参保人员实际需求，制定护理计划，向参保人员提供必要、适度的医疗护理和生活照料服务。可以探索制定长期护理保险服务包，打包收费，切实减轻参保人员负担。

第二十七条 协议服务机构应配备相应的医护人员，实行定岗制度。提供长期护理服务的人员应该是执业护士、参加护理职业培训并考核合格的人员以及其他符合条件的人员。

协议服务机构应当对其从事长期护理保险服务工作的人员进行严格管理，定期开展业务知识、操作技能、服务规范以及安全上岗等培训指导，并做好培训记录。

第二十八条 协议服务机构对其派出的居家护理人员负有监督管理义务。应定期对其服务内容、服务频次、服务时间等进行

核查。

第六章 结算和管理

第二十九条 协议服务机构与参保人员实行联网结算。参保人员与协议服务机构只结算个人自付部分，应当由长期护理保险基金支付的费用，委托经办机构应当按规定与协议服务机构结算。长期护理保险费用实行“定额拨付，超支不补”的结算管理办法。协议服务机构应当规范财务管理，加强与委托经办机构的账务核对。

第三十条 医疗保险经办机构按月将长期护理保险基金划拨至委托经办机构，用于支付待遇，同时预留 10%作为预留保证金。

第三十一条 委托经办机构应建立质量评价机制、运行分析和日常巡查、举报投诉等管理制度，通过信息系统筛查、随机抽查、满意度调查等方式，加大对护理服务情况的跟踪管理。对于协议服务机构违反规定和服务协议所发生的费用，经查实后，在与协议服务机构结算时，予以扣除。实行年度考核制度，对协议服务机构执行长期护理保险政策情况和护理服务质量进行考核（具体考核标准另行制定）。

第三十二条 委托经办机构、协议服务机构、参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取长期护理保险基金支出的，由医疗保障行政部门依法处理；涉及其他部门职责的，移交相关部门处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附 则

第三十三条 市医疗保障行政部门对本细则负责解释，并可

根据实际情况对本细则内容进行调整和完善。

第三十四条 本细则自 2019 年 4 月 1 日起施行。