

烟台市医疗保障局文件

烟医保发〔2022〕36号

关于印发《烟台市职工长期护理保险实施办法》 的通知

各区市医疗保障局，市医疗保险事业中心，各有关单位：

为进一步加强和规范我市职工长期护理保险制度建设，保障基金安全，提高服务质量，现将《烟台市职工长期护理保险实施办法》印发给你们，请遵照执行。



烟台市职工长期护理保险实施办法

为进一步做好我市职工长期护理保险（以下简称“长期护理保险”）工作，更好地为参保职工提供服务，根据《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）和《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）等有关规定，制定本实施办法。

第一条 长期护理保险实行市级统筹，并坚持以下原则：

（一）坚持以人为本，重点解决重度失能人员长期护理保障需求。

（二）坚持保障基本，以收定支，合理确定保障范围和待遇标准。

（三）全市范围内统一参保范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一资金管理、统一经办流程、统一信息管理。

（四）长期护理保险资金纳入财政专户管理，实行收支两条线，单独建账、单独核算、专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第二条 市医疗保障行政部门负责全市长期护理保险制度的组织实施和监督管理工作。各区市医疗保障行政部门负责做好本行政区域内长期护理保险工作的组织实施和监督管理工作。

市医疗保障经办机构负责做好长期护理保险资金的筹集、划

拨，制定定点医护机构协议管理办法、商业保险机构经办考核标准，并进行监督和考核。区市医疗保障经办机构负责做好长期护理保险财政补助资金上解，本行政区域内商业保险机构的监督、考核以及对定点医护机构服务情况的监督管理。

市医疗保障行政部门采用公开招标的方式确定承办长期护理保险业务的商业保险机构。市医疗保障经办机构与商业保险机构签订双方合作协议，商业保险机构负责做好全市长期护理保险日常受理评估、费用审核、结算支付、稽核调查、信息系统建设与维护等业务，并接受医疗保障经办机构监督考核。

第三条 依据《住院患者基础护理服务项目(试行)》(卫医政发〔2010〕9号)以及《临床护理实践指南》等有关规定，由市医疗保障经办机构负责制定适合我市的长期护理保险服务项目，定点医护机构按服务项目（但不限于规定项目）清单及相关服务标准、规范为参保职工提供护理服务。

第四条 失能状态的资料审核和等级评估由定点医护机构和商业保险机构分别负责。

（一）定点医护机构应当成立专业审核小组，对参保职工基本情况进行审核。审核小组由定点医护机构的分管领导负责，指定一名责任心强、业务能力好的具有主治医师以上专业技术职称的医师任组长，由相关医师和护理经验丰富的护士参加。

（二）商业保险机构应当成立专业评估团队，具有独立开展评估工作的办公场所、设施和符合主管部门要求的信息管理系统。评估团队应当配备专业评估人员，包含从事临床医疗、护理或康

复专业 5 年以上，具有主治医师或主管护师以上专业技术职称的医护人员，商业保险机构专业评估团队名单应当报市医疗保障经办机构备案。

第五条 经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月以上，经申请通过评估认定的失能参保职工，可按规定享受相关待遇。失能评估按以下流程执行：

1. 申请与受理

申请长期护理保险待遇的参保职工，可以由本人或其委托人自愿通过线上提出申请，或者向定点医疗机构现场提出申请，由定点医疗机构负责受理发起。

2. 评估实施

（1）资料审核。由定点医疗机构审核小组组织实施，按照申请材料进行审核。经审核符合条件的，由定点医疗机构通过信息系统向商业保险机构提交审核结果。

（2）等级评估。等级评估由商业保险机构指定 2 名以上专业评估人员实施。评估人员应当恪守职业道德、遵守评估规程、保证信息准确、确保资料真实，并保留视频影像资料，归档备查。

3. 结果告知

商业保险机构应当在作出评估结论 2 个工作日内，将评估结果告知定点医疗机构和参保职工。

4. 争议处理

对评估结果有异议的，可以在收到评估结论之日起 10 个工作日内，向当地医疗保障经办机构提出复评申请，由医疗保障经

办机构会同商业保险机构组织复评，复评结果为最终评估结果。复评未通过的，近 1 月内基本情况未发生明显变化的，定点医疗机构不得反复申报。

参保职工中途办理撤床后，再次在原定点医疗机构申请长期护理保险待遇的，经评估基本情况无明显变化的可以直接办理建床和联网登记手续；基本情况发生明显变化的，应当按规定重新申请评估。中途更换定点医疗机构的，应当按规定重新申报。

第六条 评估对象失能等级按照《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》（医保办发〔2021〕37 号）规定实施评估。

失能等级分 0 级（基本正常）、1 级（轻度失能）、2 级（中度失能）、3 级（重度 I 级）、4 级（重度 II 级）、5 级（重度 III 级）六个级别。

第七条 申请长期护理保险待遇的参保职工失能等级被评估为 3、4、5 级的，享受长期护理保险待遇。其保障方式分为医疗专护、医养院护、巡查护理。

1. 医疗专护（简称专护），指定点医疗机构开设医疗专护区，为符合医疗专护准入条件的参保职工提供 24 小时连续医疗护理服务。专护护理服务按照住院管理要求执行。

2. 医养院护（简称院护），指定点医疗机构开设医养院护区，为符合条件的参保职工提供 24 小时连续在院照护服务。

3. 巡查护理（简称巡护），指由定点医疗机构定期指派医疗或护理人员，为符合条件的参保职工定期提供巡诊照护服务。

第八条 参保职工本人或其委托人、监护人根据患者护理需求自愿提出医疗专护、医养院护或者巡查护理申请。

其中，申请医疗专护的需符合以下条件之一：

1. 终末期恶性肿瘤（呈恶病质状态）且存在较高医疗技术支持需求的；

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

3. 需要长期依靠呼吸机等医疗设备维持生命体征的；

4. 因各种原因导致昏迷，短期住院治疗不能好转的；

5. 患各种严重不可逆性疾病且全身瘫痪、截瘫、偏瘫，双下肢肌力或单侧上下肢肌力均为 0-I 级，需要长期支持治疗的；

6. 术后仍需要长期住院维持治疗的；

7. 患有脑卒中后遗症（至少一侧下肢肌力为 0-III 级）或植物人状态；

8. 其他经医疗保障经办机构认定符合专护条件的。

第九条 长期护理保险资金支付包括“基础护理费用”和“日常照护费用”。经评估享受长期护理保险待遇的人员，发生的符合规定的“基础护理费用”（含参保职工在享受医疗专护待遇期间发生的符合规定的基本医疗保险费用），由个人负担 10%，长期护理保险资金负担 90%；“日常照护费用”以“照护服务包”的形式予以保障，参保职工个人不负担“照护服务包”费用。

（一）基础护理费用

1. 专护和院护

专护、院护的“基础护理费用”实行按床日定额包干的结算办法，由商业保险机构与定点医护机构按月结算，定点医护机构统筹使用。每床日包干标准为：

专护：二级及以上医疗机构失能等级3级、4级、5级分别为170元、190元、210元/人/天，一级医疗机构、护理院失能等级3级、4级、5级分别为130元、150元、170元/人/天，合并甲类门诊慢特病的按10元/人/天标准予以补偿；

院护：失能等级3级、4级、5级分别为30元、40元、50元/人/天。

2. 巡护

巡护的“基础护理费用”实行限额支付的结算办法，每床月支付限额为失能等级3级、4级、5级分别为600元、800元、1000元/人。商业保险机构根据服务情况与定点医护机构按月结算。

（二）日常照护费用

以“照护服务包”的形式进行结算，实行按月打包付费，付费标准为600元/人/月。

第十条 下列费用不纳入长期护理保险资金支付范围：

- （一）应当由其他社会保险基金支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）已经纳入残疾人保障、军队伤残抚恤、精神疾病防治等国家法律规定范围的护理项目和费用；
- （四）正在享受长期护理保险待遇的参保职工未经本人定点

医护机构批准到定点医护机构以外发生的费用；

（五）烟台市行政区域外发生的费用；

（六）法律法规规定的其他不予支付的费用。

第十一条 定点医护机构应当建立健全长期护理保险管理制度，组建与工作相适应的专业医护队伍，实行定岗管理，根据参保职工的基本情况和实际需求制定护理计划，提供必要的、适宜适度的医疗护理服务，护理服务计划要明确具体，服务的项目、频次和时间应当符合要求。商业保险机构可以对护理计划的合理性、合规性进行审核。

巡护由医师、护士和护理员协同参与，康复治疗师(士)和其他服务人员根据参保职工基本情况和需要提供相应服务。定点医护机构应当合理安排人员提供适宜频次和时长的护理服务，并接受商业保险机构的监督。

定点医护机构为参保职工提供服务应当及时上传信息，商业保险机构按月审核其服务的完成情况和合理性，达到协议规定要求的，按时拨付结算费用。

第十二条 商业保险机构应当在每月月底前对上月费用进行审核并将合规费用按时拨付给定点医护机构，保证金按每月结算费用 4%的比例记账，协议年度最后一个月按照年度考核结果予以清算。

第十三条 定点医护机构实行定点协议管理。市医疗保障经办机构根据我市实际，制定长期护理保险定点医护机构协议管理办法。符合准入条件的医护机构可以向所在区市医疗保障经办机

构提出申请。市医疗保障经办机构按照方便群众、公开公正、公平竞争、择优选择的原则，可以委托第三方机构，依据条件标准组织综合评估、协商谈判，确定定点医护机构名单，公示无异议后及时向社会公布。

第十四条 各区市医疗保障经办机构与商业保险机构、定点医护机构要签订三方合作服务协议，明确各方的权利、义务及违约责任。

第十五条 市医疗保障经办机构每年按协议约定将筹集资金分期拨付至商业保险机构。遵循收支平衡、保本微利原则，严格控制商业保险机构运营成本和盈利率，在长期护理保险资金结余的情况下，商业保险机构的盈利率不超过当年筹集资金总额的1%，其余部分返还长期护理保险资金。商业保险机构运营成本和盈利率由市医疗保障经办机构与商业保险机构协商谈判确定，并根据年度考核情况予以清算。

建立长期护理保险运行风险共担机制，长期护理保险资金当年出现亏损时，亏损不超过4%部分由商业保险机构承担，超过4%的部分，通过下年度调整政策解决。

第十六条 定点医护机构对拨付的定额包干费用应当统筹使用，并严格按照协议内容和标准提供护理服务，不得以任何理由推诿或限制参保职工合理的护理需求。定点医护机构应当按照床期间实际发生的项目与参保职工结算个人自付部分，不得虚增项目或收取已由长期护理保险资金支付的项目费用。

第十七条 定点医护机构应当建立专护与院护、巡护服务双

向互转制度，保障参保职工利益。对享受长期护理保险待遇的参保职工，其基本情况明显变化需要改变护理需求等级的，定点医疗机构应当及时向商业保险机构提出失能等级复评申请；未按规定及时提出失能等级复评申请影响参保职工待遇享受，或使不符合条件继续享受待遇的，应当按照定点医疗机构协议管理办法有关规定处理。

商业保险机构应当建立失能等级动态评估机制，加强对医疗机构失能等级复评申请工作的监管，制定抽查计划，通过建立信息化稽核系统预警机制等方式，定期抽查待遇享受人员当前失能状态是否符合对应失能等级标准。

第十八条 商业保险机构应当建立定点医疗机构管理考核机制，将评估资料审核的准确率、失能等级复评申请及时率等指标纳入考核内容，提升定点医疗机构服务能力。

定点医疗机构应当积极配合商业保险机构的监督检查和考核工作，及时、准确、完整提供相关材料。商业保险机构在业务工作和考核中发现的问题，应当及时向医疗保障经办机构报告；隐瞒不报的，由医疗保障经办机构按协议有关规定处理。

第十九条 建立定点医疗机构动态调整和处理机制。符合准入标准的，鼓励医疗机构积极申报。

第二十条 定点医疗机构应当建立健全业务、财务、医保、安全和风险等内部管理制度，规范使用长护保险资金，指派专人负责长护保险资金使用管理工作，及时纠正长护保险资金使用不规范的行为。按照协议约定提供护理服务，核验参保人员身份信

息，规范服务流程和服务行为，不得诱导、协助他人冒名或虚假提供服务，不得减少服务项目和降低服务标准。

商业保险机构要加大对定点医护机构的监督检查力度，畅通投诉举报渠道，建立长效监管机制，及时查处长期护理保险资金使用过程中的违法违规行为。

医疗保障部门负责长期护理保险资金的监督管理工作，强化监管能力建设，已纳入定点的医护机构发生违反协议管理规定情形的，由医疗保障经办机构按协议约定处理；情节严重的，由医疗保障行政部门按规定处理；涉嫌犯罪的，移交司法机关。

第二十一条 市医疗保障经办机构本着便民、合理、高效的原则，制定长期护理保险的业务经办流程规范，并根据实际需要不断调整和完善。

第二十二条 享受长期护理保险待遇的条件、待遇标准等，根据我市经济社会发展水平和长期护理保险资金的支付能力，适时调整。

第二十三条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起执行，有效期至 2025 年 12 月 31 日。

