

济南市人力资源和社会保障局

济 南 市 财 政 局  
济 南 市 民 政 局

文件

济南市卫生和计划生育委员会

济人社发〔2018〕127号

---

## 关于印发《济南市职工长期医疗护理 保险实施办法》的通知

各区县人力资源和社会保障局、财政局、民政局、卫生计生局，高新区社会事业局、财政局、民政局，南部山区组织人事局、财政局、社会事务管理局，各有关单位：

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），结合我市实际，制定了《济

南市职工长期医疗护理保险实施办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



济南市人力资源和社会保障局



济南市财政局



济南市民政局



济南市卫生和计划生育委员会

2018年11月1日

（此件主动公开）

# 济南市职工长期医疗护理保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为贯彻落实职工长期医疗护理保险制度，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）等文件精神，制定本实施办法。

**第二条** 市本级和平阴县、商河县、章丘区、济阳区社会保险经办机构按照职工基本医疗保险管理权限，暂实行分级经办的原则，分别负责辖区内职工长期医疗护理保险（以下称护理保险）工作。

**第三条** 济南市职工长期医疗护理保险定点机构（以下称定点医护机构）是指经评估符合护理保险定点条件并与社会保险经办机构签订服务协议的医疗、养老等机构。

**第四条** 我市符合条件的基本医疗保险定点医疗机构和具有医疗资质的养老机构均可申请成为定点医护机构。定点医护机构应当统一管理，统一服务标准，提高服务质量，降低服务成本。

## 第二章 待遇条件

**第五条** 定点医护机构为参保人提供基本生活照料及与基本生活密切相关的医疗护理服务有三种形式，分别是：

（一）医疗专护（以下称专护），是指定点医护机构为入住本机构的参保人提供以安宁疗护为主的医疗护理服务；

(二) 机构医疗护理(以下称院护),是指定点医护机构为入住本机构的的参保人提供基本生活照料及相关医疗护理服务;

(三) 居家医疗护理(以下称家护),是指定点医护机构为居家的参保人提供上门照料或社区日间集中照料等基本生活照料及相关医疗护理服务。

**第六条** 因疾病、伤残等原因长年卧床已达或预期达 6 个月,生活不能自理,病情基本稳定的参保人(享受工伤保险支付生活护理费待遇或享受残疾人保障、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待遇或第三方已支付护理待遇的除外),可按下列规定申请专护、院护或家护服务。

(一) 申请专护的,《日常生活能力评定量表》(附件 1,以下称《评定量表》)评定分数 $\leq 50$ 分,需要长期住院治疗,且应符合以下条件之一:

1. 患终末期恶性肿瘤的(呈恶病质状态);

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的;

3. 因神经系统疾病或外伤等原因导致昏迷、全身瘫痪或截瘫,且双下肢肌力或单侧上下肢肌力均为 0 级,生活完全不能自理需要住院医疗护理的。

(二) 申请院护及家护的,《评定量表》评定分数 $\leq 55$ 分,且应符合以下条件之一:

1. 达到专护申请标准的;
2. 需长期保留鼻饲管、尿管的;
3. 患骨折长期不愈合, 合并其他慢性疾病的;
4. 患有严重不可逆性疾病导致失能或半失能, 需要长期护理的。

**第七条** 社会保险部门探索建立护理保险需求认定和等级评定标准体系, 根据护理保险运行情况调整完善失能评定办法、评定标准, 逐步增加对失智、精神类疾病的评定。

### 第三章 申办流程

**第八条** 参保人需申请护理保险服务的, 由参保人(或家属)携带申请人身份证复印件、完整的住院病历复印件或有效的诊断证明向定点医护机构提出申请, 并对申请事项的真实性作出承诺。

**第九条** 定点医护机构接到申请后, 应在 5 个工作日内按规定安排执业医师和护士对申请人病情和自理情况进行现场初审评定, 按照《评定量表》进行评分, 执业医师和护士应同时在《评定量表》上签字确认。定点医护机构在开展现场初审评定工作时, 应按照“一人一档”的要求, 做好现场初审评定情况的记录, 相关材料按档案管理要求归档。

初审评定符合条件的, 定点医护机构应在 3 个工作日内集中将参保人的申请、《评定量表》、完整的住院病历复印件或有效的诊断证明、现场初审评定相关材料报送至社会保险经办机构进行复审评定, 社会保险经办机构于 15 个工作日内提出复审评定意见。

**第十条** 专护评定结果有效期为 1 年，院护、家护评定结果有效期为 2 年。评定通过的，通过日期即为核准建床的起始日期。

参保人因中途结算或其他原因撤床后，再次在原定点或更换定点医保机构申请护理保险服务的，可直接办理建床和联网登记手续。

评定结果有效期满后仍需护理保险服务的，由参保人（或家属）通过定点医保机构在期满前 60 日内提出重新评定的书面申请，由评定机构进行重新评定，期间可继续享受护理保险待遇；未申请重新评定或重新评定未通过的，期满后护理保险待遇终止。

评定结果有效期内如发现参保人不符合护理保险待遇享受条件，定点医保机构应及时终止其护理保险待遇。

**第十一条** 办理家护的申请人经评定符合护理保险待遇条件的，评定结果应在一定范围内公示，接受社会监督。

**第十二条** 不符合申请条件或病情不稳定急需诊治的，定点医保机构不得进行申报；评定未通过且近 6 个月内无住院诊疗信息、病情及日常生活能力无明显变化的，不得反复进行申报。

**第十三条** 定点医保机构应严格按照申报条件和申报流程规范护理保险申报管理。

（一）定点医保机构应及时查询评定结果，并将结果及时反馈参保人（或家属），对评定未通过的做好解释工作。

（二）现场评定时，定点医保机构、参保人（或家属）应予以配合。

## 第四章 服务内容

**第十四条** 参保人通过评定后，定点医护机构应及时与参保人（或家属）协商制定护理服务方案，服务方案至少包含以下内容：

（一）专护应根据参保人病情确定医疗护理服务内容；院护及家护从《济南市职工护理保险服务项目》（附件2）中选择参保人所需要、适合开展的服务项目，并明确服务频次、服务时间等内容；

（二）根据服务项目内容并结合参保人意愿，选择服务人员类型，包括：执业医师、护士、护理员等。

参保人须由执业医师、护士、护理员共同管理，定点医护机构应根据病人病情和需要合理安排相应人员提供服务。家护服务人员每次服务时应按规定填写巡诊记录。

**第十五条** 定点医护机构应当根据参保人病情和实际需求，提供日常生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等服务。社会保险经办机构根据护理保险运行情况适时调整完善《济南市职工护理保险服务项目》。

定点医护机构在提供护理服务时对病情发生重大变化的参保人应及时处理，必要时协助转诊；对终末期参保人进行临终关怀，通过照护和对症处理，减轻病痛，维护生命尊严。

## 第五章 费用结算

**第十六条** 护理保险费用按护理服务的形式、定点医护机构的级别等实行差别化的结算标准及结算办法。

**第十七条** 专护实行“定额包干”的结算办法，每床日总费用包干标准为：一级综合医疗机构、护理院、专科医院 220 元，二级及以上综合医疗机构 260 元。由社会保险经办机构与定点医护机构按月结算，定点医护机构统筹使用。

专护的支付范围为基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围及《济南市职工护理保险服务项目》。

**第十八条** 院护实行“定额包干”的结算办法，每床日总费用包干标准为 70 元。由社会保险经办机构与定点医护机构按月结算，定点医护机构统筹使用。

院护的支付范围为《济南市职工护理保险服务项目》。

**第十九条** 家护实行按项目付费和按小时付费相结合的结算办法，日均支付限额为 60 元。按小时付费的结算标准为 60 元/小时，每天最高支付时长为 4 小时。按项目付费的项目内容及支付标准由社会保险经办机构与定点医护机构协商谈判确定。超出支付范围、服务时间、每小时结算标准或支付限额的费用护理保险资金不予支付。

家护的支付范围为《济南市职工护理保险服务项目》。

**第二十条** 护理保险费用结算标准由社会保险行政部门根据护理保险运行情况适时调整；逐步探索按护理服务项目付费、按床日付费等复合结算办法。

**第二十一条** 参保人在享受专护期间，不再重复享受住院、门诊规定病种、普通门诊统筹等应由职工基本医疗保险统筹基金



支付的待遇；在享受院护、家护待遇期间，可同时享受门诊规定病种、普通门诊统筹待遇。

**第二十二条** 参保人职工医保个人账户余额可以用于支付参保人护理费用中应由个人负担的费用。

**第二十三条** 定点医护机构应按规定及时上传参保人在护理期间所有费用明细。参保人需中断、更换定点医护机构或结束护理服务的，定点医护机构应及时办理撤床及结算手续。

## **第六章 机构标准**

**第二十四条** 一级以上基本医疗保险定点医疗机构可申请成为专护定点医护机构, 同时应符合以下条件:

专护床位数不少于 20 张, 至少配备 2 名第一执业地点在本机构的执业医师, 其中 1 名具有副主任医师或以上职称; 2 名执业护士。副主任或以上职称执业医师与床位数配备比例不低于 1: 60; 执业医师与床位数配备比例不低于 1: 20; 执业护士与床位数配备比例不低于 1: 10。配备与日常照护相适应的护理人员。

**第二十五条** 具有住院功能的基本医疗保险定点医疗机构、具有医疗资质的养老机构可申请成为院护定点医护机构, 同时应符合以下条件:

医护型床位数不少于 20 张 (具有医疗资质的养老机构医护型床位数不少于核定床位数的 20%), 至少配备 2 名第一执业地点在本机构的执业医师, 其中 1 名为专职执业医师且具有主治医师

或以上职称。执业医师与床位数配备比例不低于 1: 20。医师执业范围应为全科、内科、中医科或康复科；至少配备 1 名主管护师或以上职称的执业护士，护士与床位数配备比例不低于 1: 10，护理员与床位数配备比例不低于 1: 5。

无医疗资质的养老机构、残疾人托养机构等，可按照就近原则选择一家职工基本医疗保险定点医疗机构建立医养联合体，签订医养合作协议，在人员、设施等方面实现功能融合、资源共享。社会保险经办机构对医养联合体的人员、设备、规模等进行评估后可确认为定点医护机构。

**第二十六条** 基本医疗保险定点社区卫生服务机构可申请成为家护定点医护机构，同时应符合以下条件：

至少配备 2 名第一执业地点在本机构的执业医师，医师执业范围应为全科、内科、中医科或康复科；至少配备 3 名执业护士、1 名护理员。其中，至少有 1 名护士具有主管护师或以上职称。医护人员与服务人数配备比例不低于 1: 10。

鼓励具备护理能力的护理站承担家护业务。

**第二十七条** 定点医护机构应符合基本医疗保险定点及护理保险定点条件。

定点医护机构应当根据人员、设备等情况以及承办能力，合理安排和承担护理保险业务。专护定点医护机构符合条件后可承担院护、家护业务；院护定点医护机构以提供院护服务为主，符合条件后才可承担专护、家护业务；具备医疗资质的养老机构符

合条件后可承担家护业务。管理规范、社会信誉好的托养机构、日间照料中心、家政公司与定点医护机构组成联合体可承担与服务能力相适应的护理保险业务。

**第二十八条** 具备上述条件的机构，可向社会保险经办机构提出医护机构定点申请，社会保险经办机构对其进行评估，符合条件的签订服务协议并向社会公布。社会保险经办机构对定点医护机构实行动态管理，社会保险行政部门根据护理保险运行情况逐步调整完善定点医护机构标准和条件，促进健康产业和护理保险服务市场的发展，培育引导一批服务质量好、服务能力强的医养康护型服务机构。

## **第七章 服务管理**

**第二十九条** 社会保险经办机构与定点医护机构签订服务协议，明确双方的权利和义务。协议有效期一般为 1 年。

**第三十条** 定点医护机构应建立健全护理保险服务管理制度，组建与工作相适应的专业医护队伍，实行定岗管理。定岗医护人员发生变化的，及时报社会保险经办机构备案。

**第三十一条** 定点医护机构应在营业场所设置专门、集中、独立的护理保险服务病区和床位，集中收住符合条件的参保人。病区和床位的标识应醒目、统一、规范。

**第三十二条** 定点医护机构应在醒目位置公示护理服务和其他各项服务的收费项目及收费标准。在护理服务过程中严格执

行操作规程，做到合理检查、合理治疗、合理收费。护理保险已支付的费用不得再向参保人收取。

**第三十三条** 定点医疗机构应当成立评定小组，由业务分管领导负责，由责任心强、业务能力好的执业医师和主管护师组成。配备必要的设施设备，对参保人病情评定应做到客观真实。

**第三十四条** 家护定点医疗机构按照方便、及时、就近原则为参保人提供护理保险服务。医护人员和参保人配比低于 1: 10 时，定点医疗机构应及时增加相应人员配备，保证护理保险服务正常开展。

**第三十五条** 定点医疗机构应保障参保人（或家属）的知情同意权，在使用自费的药品、医用材料、医疗服务项目、超出规定时间或限额的服务时，应事先征得参保人（或家属）的同意。未经参保人（或家属）签字认可的，所发生的费用由定点医疗机构承担。

**第三十六条** 定点医疗机构应加强执业医师、护士、护理员的培训和监督考核。

**第三十七条** 社会保险经办机构对定点医疗机构进行监督检查和考核时，定点医疗机构应积极配合，及时、准确、完整地提供相关材料。

**第三十八条** 定点医疗机构不按规定提供护理保险服务，通过伪造病历、降低评定标准等手段将不符合条件的参保人纳入护理保险，推诿符合条件的参保人，以现金礼券及商品等利益进行

护理保险的推广促销活动，或发生《济南市职工基本医疗保险办法》所列违规行为之一的，由社会保险经办机构视情节轻重给予暂停新增业务、暂停结算或报请社会保险行政部门给予通报批评等处理；对违规情节严重或本年度内第二次被处以暂停结算的，解除服务协议。因违法违规被解除服务协议的，2年内不再签订服务协议。被卫生、民政等行政部门取消资质的，解除服务协议。

违规行为情节严重的执业医师、护士，不得进行护理保险评定服务。

**第三十九条** 社会保险经办机构应加强护理保险经办管理服务能力建设，提高护理保险经办管理质量和效率。可参照我市职工和居民大病保险承办模式委托商业保险机构承办护理保险业务，加强对承办机构的监督考核。

**第四十条** 本办法自2019年1月1日起施行，有效期5年。《关于印发〈济南市职工长期医疗护理保险实施办法（试行）〉的通知》（济人社发〔2016〕67号）、《关于进一步完善职工长期医疗护理保险政策的意见》（济人社发〔2017〕95号）同时废止。

附件：1. 日常生活能力评定量表

2. 济南市职工护理保险服务项目

## 附件 1

## 日常生活能力评定量表

定点医疗机构（公章）：		初评人员签字：		初评时间： 年 月 日	
患者姓名		身份证号			
病情诊断及描述					
项目	评定标准	评分			
		分值	初评得分	复评得分	
1.进食	需极大帮助或完全依赖他人	0			
	需部分帮助（下述某个步骤需要一定帮助）	5			
	使用合适的餐具将食物由容器送到口中，可独立把持餐具、咀嚼、吞咽	10			
2.洗澡	完全依赖他人	0			
	在洗澡过程中需他人部分帮助	3			
	准备好洗澡水后，可自己独立完成洗澡	5			
3.梳洗修饰	完全依赖他人	0			
	需他人部分帮助完成	3			
	可独立完成洗脸、刷牙、梳头、刮脸等日常梳洗	5			
4.穿衣	需极大帮助完成或完成依赖他人	0			
	需部分帮助（能自己穿或脱，但需人帮助整理衣物、系扣子、拉拉链、系鞋带等）	5			
	可独立完成穿/脱衣服、系扣子、拉拉链、穿/脱鞋袜、系鞋带等	10			
5.控制大便	昏迷或失禁	0			
	偶尔失禁（每周<1次）	5			
	能控制	10			
6.控制小便	失禁或昏迷或需他人导尿	0			
	偶尔失禁（<1次/24小时；>1次/周）	5			
	能控制	10			
7.如厕	需极大帮助或完全依赖他人	0			
	需部分帮助（他人搀扶、他人帮助冲水或整理衣裤）	5			
	可独立完成包括擦净、整理衣裤、冲水等如厕过程	10			
8.床椅转移	完全依赖别人	0			
	需极大帮助（较大程度依赖他人搀扶和帮助）	5			
	需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖）	10			
	可独立完成	15			
9.行走	完全依赖他人	0			
	需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行在平地上移动）	5			
	需部分帮助（他人搀扶、或使用拐杖、助行器等辅助工具）	10			
	可独立在平地行走 45 米	15			
10.上下楼梯	需极大帮助或完全依赖他人	0			
	需部分帮助（需扶楼梯、他人搀扶或使用拐杖等）	5			
	可独立上下楼	10			
合计		100			
复评意见	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	复评时间	年 月 日	复评人员签字	

注：此量表满分为 100 分。得分  $\geq 60$  分表示有轻度功能障碍，能独立完成部分日常活动，需要一定帮助；59 ~ 41 分表示有中度功能障碍，需要极大的帮助才能完成日常生活活动； $\leq 40$  分表示有重度功能障碍，多数日常生活活动不能完成或需人照料。

## 附件 2

# 济南市职工护理保险服务项目

类别	序号	服务项目
一、基础护理项目	1	开塞露/直肠栓剂给药
	2	鼻 饲
	3	药物喂服
	4	物理降温
	5	生命体征监测
	6	吸 氧
	7	灌 肠
	8	导尿
	9	血糖监测
	10	压疮伤口换药
	11	静脉血标本采集
	12	肌肉注射
	13	皮下注射
	14	造口护理
	15	经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）维护
	16	鼻饲管置管
	17	心电图
	18	膀胱冲洗
	19	吸痰护理
	20	床位费
	21	诊察费
二、照护项目	1	头面部清洁、梳理
	2	洗 发
	3	指/趾甲护理
	4	手、足部清洁
	5	温水擦浴
	6	沐 浴
	7	协助进食/水
	8	口腔清洁
	9	协助更衣

类别	序号	服务项目
	10	整理床单位
	11	排泄护理
	12	失禁护理
	13	床上使用便器
	14	人工取便术
	15	晨间护理
	16	晚间护理
	17	会阴护理
	18	药物管理
	19	协助翻身叩背排痰
	20	协助床上移动
	21	借助器具移动
	22	皮肤外用药涂擦
	23	安全护理
	24	生活自理能力训练
	25	压疮预防护理
	26	留置尿管的护理
	27	人工肛门便袋护理