**医保政策——职工长期护理保险政策**

1.职工长期护理保险概念

职工长期护理保险制度（以下简称“长护险”）是以社会互助共济方式筹集资金，对因年老、疾病、伤残等原因导致长期丧失自理能力，经评定达到一定护理需求等级的参保职工，为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务的社会保险制度。

2.长护险的保障对象

凡参加职工基本医疗保险的职工和退休人员（以下简称参保职工），纳入长护险覆盖范围。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护险待遇。

3.长护险筹资标准

长护险由职工基本医疗保险统筹基金、个人缴费、财政补助、福彩公益金合理分担，并接受企业、单位、慈善机构等社会团体和个人的捐助，其中个人缴费原则上不低于筹资总额的30%。

2020年按每人每年100元的标准筹集，其中：职工基本医疗保险统筹基金划拨60元，财政补助5元，福彩公益金5元，个人缴费30元。其中个人缴费部分由医疗保障经办机构从医疗保险个人账户金中扣除；没有个人账户金的，个人在缴纳社会保险费时一并缴纳。

建档立卡贫困人口、城乡最低生活保障对象、重度残疾人、年满49周岁（含）计划生育特殊家庭父母及三级以上伤残独生子女等群体的个人缴费部分由县市区政府（管委）给予全额资助。

4.长护险保障方式

经评定符合条件的参保职工享受长护险待遇，其保障方式分为医疗专护（以下简称专护）、医养院护（以下简称院护）、巡查护理（包括居家护理，简称巡护）。

（一）专护，指定点医护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。

（二）院护，是指定点医护机构开设医养院护区，为符合院护准入条件的参保职工提供24小时连续在院照护服务。

（三）巡护，指由定点医护机构定期指派医疗或护理人员，为符合巡护准入条件的参保职工定期提供巡诊照护服务。

5.长护险待遇申请标准

参保职工因疾病、年老、伤残等原因导致生活不能自理已达或预期达六个月以上，基本情况稳定，需要长期护理的，由本人或其委托人、监护人携带相关材料向定点医护机构提出申请。评定等级分为护理需求一至五级，分别对应《日常生活能力评定量表》评分＞60分、51-60分、41-50分、31-40分、≤30分；《简易智能状态速检表》评分≤9分的，按护理需求等级三级对应，合并失能的，在其失能评定护理需求等级基础上提高一个等级。符合规定条件的，可按规定申请长期护理服务，享受长护险待遇。

(一)申请专护的，评定护理需求等级应为四-五级，且符合以下条件之一：

（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）其他经医疗保障经办机构认定符合专护条件的。

 (二)申请院护应符合以下条件之一:

（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(晚期)、类风湿性关节炎晚期(多个关节严重变形)或其他严重慢性病影响持物和行走、植物人状态；

（2）需要长期保留胃管、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）骨折长期不愈合，合并其他慢性疾病的；

（4）达到专护申请标准的；

（5）因各种原因（除精神障碍外）导致重度失智的；

（6）其他经医疗保障经办机构认定符合院护条件的。

（三）申请巡护

符合长护险待遇准入标准并由参保职工本人或其委托人、监护人提出申请的。

6.长护险待遇支付范围

长护险重点保障长期处于失能、失智状态的参保职工与基本生活密切相关的医疗护理等所需服务和日常生活照料费用，分为“基础护理费用”和“日常照护费用”。

“基础护理费用”主要是指与医疗护理密切相关的护理费用，包括诊疗费、护理费、巡护费等费用。“日常照护费用”主要是指参保职工发生的与日常生活照料相关的费用，包括生活护理指导、洗发、擦浴等。

7.长护险服务项目

长护险项目分为基础护理服务和日常照护服务两大类。基础护理项目包括生命体征监测、血糖监测、口腔护理等30项；日常照护服务包括擦浴、头面部清洁、洗发等18项。护理对象如需医护机构提供护理计划外项目或超出护理计划服务量之外的服务，所需费用由个人承担。

8.长护险待遇支付比例

经评定享受长护险待遇的人员，发生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），由长护险资金和保障对象按比例分担，个人负担10%，长护险资金负担90%。日常照护费用以“照护服务包”的形式予以保障，个人不负担照护费用。

9.长护险待遇支付标准

长护险费用实行定额包干、限额支付与按项目付费等灵活的费用结算模式。由商业保险机构与定点医护机构按月结算，不支付给个人。

（一）资金承担的基础护理费用

（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：二级以上医疗机构护理需求四级、五级分别为190元、210元／人/天，一级医疗机构、护理院护理需求四级、五级分别为150元、170元／人/天，合并甲类慢性病的按10元／人／天标准予以补偿；院护：护理需求三级、四级、五级分别为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，每床月统筹支付限额为护理需求三级、四级、五级分别为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）资金承担的日常照护费用

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450元／人／月。

10.专护、院护、巡护三种护理服务模式如何变更

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，对经评估确认护理需求等级发生变化的，要根据基本情况变化办理相关手续。对基本情况发生变化的，经评估不再符合待遇享受条件的，报送商业保险机构确认后，及时办理撤床手续；需要提高护理需求等级的，应当按规定重新提出申请，必要时及时转住院治疗。定点医护机构未按规定组织动态评估且影响参保人员待遇享受或使不符合条件的继续享受待遇的，应当承担有关责任。

11.长护险失能评定申请材料

（一）申请人和委托人（或监护人）的身份证；

（二）住院病历、门诊就诊记录或可证明失能失智状态的其他材料。

12.参保职工享受长护险的同时是否享受基本医疗保险待遇

参保职工在享受医疗专护待遇期间，原由基本医疗保险支付的门诊慢性病待遇改由长护险资金支付。参保职工在享受院护和巡护待遇期间可同时享受基本医疗保险门诊慢性病待遇。因病住院期间不享受长护险待遇。

13.下列费用不纳入长护险资金支付范围

（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）统筹区域外发生的费用；

（六）法律法规规定的其他不予支付的费用。