

吉林市人力资源和社会保障局 关于印发《吉林市长期护理保险实施细则 (试行)》的通知

吉市人社发〔2016〕80号

各县(市)区人力资源和社会保障局、高新区人力资源和会保障局、经开区人力资源和社会保障局,各有关单位:

为全面贯彻实施《吉林市人民政府办公厅关于开展长期护理保险制度试点的实施意见(试行)》(吉市政办发〔2016〕31号),现将《吉林市长期护理保险实施细则(试行)》印发给你们,请遵照执行。

吉林市人力资源和社会保障局

二〇一六年十二月七日

吉林市长期护理保险实施细则(试行)

为全面贯彻实施长期护理保险制度，根据市政府办公厅《关于开展长期护理保险制度试点的实施意见（试行）》（吉市政办发〔2016〕31号，以下简称《意见》），结合市本级实际，制定本实施细则。

第一条 定点护理服务机构是指由卫生、民政等相关部门批准设立，具备接收生活自理能力重度依赖人员的医疗、养老、护理服务资质和能力，经评定符合长期护理保险服务机构准入条件并与医疗保险经办机构签订长期护理保险服务协议的结构。

第二条 市人力资源和社会保障部门根据《意见》精神，负责制定长期护理保险实施细则，会同财政部门拟定长期护理保险基金筹资标准，报市政府同意后组织实施。市医疗保险经办机构具体负责长期护理保险基金筹集、支付、结算等服务与管理工作。市医疗保险经办机构应与定点护理服务机构签订服务协议，明确受托方经办事项、经办要求、合作方式、风险分担原则等内容，并约定双方权利、义务和违约责任等，协议有效期为一年。协议报市人力资源和社会保障局备案。

第三条 长期护理保险待遇遵循参保人员自愿选择的原则，符合下列条件之一者均可申请享受长期护理保险待遇：

1. 入住定点养老护理服务机构，生活自理能力重度依赖的人员。
2. 因疾病入住定点医疗护理服务机构，符合启动长期护理保险条件，住院期间医疗费用超过基本医疗保险住院起付线且生活自理能力重度依赖的人员。
3. 癌症晚期舒缓疗护患者。
4. 其他符合有关规定的人员。

第四条 生活自理能力重度依赖的人员评定标准（符合下列其中

一项即可)：

1. 按照《日常生活活动能力评定量表》(Barthel 指数评定量表) 评定分数低于 40 分(含等于 40 分)的人员。

2. 按国家《综合医院分级护理指导意见(试行)》确定的符合一级护理条件且生活自理能力重度依赖的人员。

3. 体力状况评分标准《吉林市舒缓疗护日常生活能力评定量表》 低于 50 分(含等于 50 分)的癌症晚期患者。

第五条 根据长期护理保险需要,探索建立长期护理保险护理项目范围,并实行护理费用按日包干及按支付项目范围限价的方式管理和结算。

第六条 定点护理服务机构应当按照国家《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》等有关规定实施医疗护理工作,并分时段记录医疗护理过程,实现医疗护理工作的科学管理。

第七条 鼓励有条件的定点护理服务机构设立参保人员医疗护理专区,统一管理,统一服务标准,提高医疗护理服务质量,降低医疗护理成本。

第八条 符合长期护理保险享受待遇条件的参保人员,申请享受待遇的,由本人或其代理人携带申请人社会保障卡、身份证等材料向市医疗保险经办机构提出申请,填写《吉林市长期护理保险待遇申请表》,并签字确认。

第九条 市医疗保险经办机构接到申请后,应当及时对申请人提交的材料进行审核;申请人提供材料不完整的,市医疗保险经办机构应当一次性告知申请人需要补正的全部材料。

申请人提供材料完整的,市医疗保险经办机构应当及时组织医疗

专家进行认定，并在收到《吉林市长期护理保险待遇申请表》之日起30日内作出认定结论。

市医疗保险经办机构应对申请人提供的材料进行初审，初审合格后，对符合一级护理条件且生活能力重度依赖的人员或《吉林市舒缓疗护日常生活能力评定量表》低于50分（含等于50分）的癌症晚期患者直接纳入长期护理保险政策范围。其他申请人须安排不少于2名专业人员对申请人生活自理能力进行现场评定，按照《日常生活活动能力评定量表》（Barthel指数评定量表）进行逐项评分，总评分低于40分（含等于40分），生活不能自理、需要长期护理的，即符合重度失能标准。

第十条 市医疗保险经办机构应将经现场评定符合重度失能标准的参保人员评定情况进行公示，接受社会监督，公示时间不少于7天。

第十一条 入住定点养老护理机构或医疗护理服务机构享受长期护理保险的人员每次待遇审批期为半年。对不符合长期护理保险待遇享受条件的，不再享受长期护理保险待遇。

第十二条 参保人员因病情好转或其他原因需停止长期护理服务保险待遇的，可随时办理长期护理保险结算手续。定点护理服务机构应按长期护理保险基金支付比例及时与参保人结算，并打印《吉林市长期护理保险费用结算单》，费用结算单需由本人或代理人签字确认。

第十三条 参保人员在核准的有效期内需要变更或者延续长期护理保险服务的，需按上述流程重新申报。

第十四条 医疗保险经办机构应按月与定点护理服务机构进行结算，对定点养老服务机构依据社会年均护工标准确定定点护理机构

的护工费用床日包干标准。护理设备使用费、护理日用品等费用由市医疗保险经办机构按照全市市场抽样平均价格或市政府采购平台采购价格确定。对定点医疗机构，其护理设备使用费、护理日用品等费用由市医疗保险经办机构按照全市市场抽样平均价格或市政府采购平台采购价格确定。

第十五条 定点护理服务机构应于每月 10 日前，将上月长期护理保险费用对账单报送至市医疗保险经办机构。

第十六条 长期护理保险结算实行协议保证金制度，医保经办机构应于次月月底前将核准的应由长期护理保险基金支付的护理费的 90% 拨付给定点护理服务机构，其余 10% 留作长期护理保险协议保证金，年末视考核情况再予拨付。

第十七条 定点护理服务机构对拨付的包干金额应统筹使用，并严格按照协议（包括协议补充条款）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人员合理的护理服务需求。

第十八条 定点护理服务机构应如实上传参保人员在护理服务期间所有费用明细，并按照参保人员在床期间实际发生的费用与参保人员结算个人自付部分，不得伪造护理服务项目增加参保人员负担。

第十九条 入住定点护理服务机构的参保人员发生的基本医疗保险费用，可按医疗保险规定到基本医疗保险定点医疗机构就医结算。因疾病入住定点医疗机构（同为定点护理服务机构）的患者除可同时享受护理服务保险待遇外，其他待遇按基本医疗保险有关规定执行。

第二十条 参保人员在护理服务期间，定点护理服务机构应使用长期护理保险项目范围内的护理服务项目，因个人等原因确需使用项目范围外的项目，须经参保人员或其代理人签字同意，所发生的费用由参保人员自行承担。

第二十一条 参保人员需进行癌症晚期舒缓疗护的，按照癌症晚期舒缓疗护有关规定执行，发生的医疗费用由医疗保险基金支付。

第二十二条 定点护理服务机构应设立长期护理保险管理部门（科、室），配置办公场所，并建立各项规章制度。

第二十三条 定点护理服务机构应按协议配备相应的管理人员，组建与工作相适应的专业护理队伍，实行定岗管理。定点护理服务机构应及时将上述相关人员的基本情况、变更情况报医疗保险经办机构备案。

第二十四条 定点护理服务机构应当根据人员、设备等情况以及承办能力，合理安排和承接长期护理保险业务，确保参保人员护理服务质量，原则上每位专业护工同期管理的护理服务人数应不少于3人且不超过5人。

第二十五条 定点护理服务机构应加强长期护理保险参保人员管理，建立护理服务档案，建立护理服务保险建撤床登记簿和在床人员一览表。护理服务结束后，应将参保人员的《吉林市长期护理保险待遇申请表》、《日常生活活动能力评定量表》与在床期间的护理服务记录、报告等材料一并保存。

第二十六条 医保经办机构应定期或不定期对在床人员和护理服务治疗情况进行检查，对于定点护理服务机构违反有关规定和服务协议所发生的费用，经核实后，在与定点护理服务机构月结算的拨付额中予以扣除。

第二十七条 定点护理服务机构通过伪造病历、降低评定标准等手段，将不符合办理条件的参保人员纳入长期护理保险的，应当按长期护理保险有关规定和服务协议进行处理，直至解除服务协议。

第二十八条 定点护理服务机构应严格执行医疗保险定点医疗

机构基金财务管理的有关规定。

第二十九条 定点护理服务机构应在“应收医疗款”下设“护理费”科目。参保人员在结算时，定点护理服务机构应以医疗费收据记账联和吉林市护理服务保险费用《结算单》中的统筹支付总额为记账依据，在“应收医疗款—护理服务保险费”科目借方核算；收到医疗保险经办机构拨款时，以“吉林市城镇基本医疗保险统筹金拨付单”为记账依据，在“应收医疗款护理服务保险费”科目贷方核算。

第三十条 参保人员结算护理服务保险费时，定点护理服务机构应如实一次性开具医疗费收据交予患者，收据内容要详细注明所有费用总额以及项目明细分类汇总，同时还应列明护理服务统筹支付和个人自付额。

第三十一条 本实施细则由吉林市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十二条 本实施细则自发布之日起施行。

- 附件：1. 吉林省日常生活活动能力评定量表（此处略）
2. 吉林市长期护理保险申请表（此处略）
3. 吉林市长期护理保险待遇支付表（此处略）