

索引号:	11220000MB19566296/2019-06436	分类:	待遇保障;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2017年04月25日
标题:	关于印发《吉林省长期护理保险制度试点管理暂行办法》的通知		
发文字号:	吉人社办字〔2017〕28号	发布日期:	2019年10月12日

关于印发《吉林省长期护理保险制度试点管理暂行办法》的通知

吉人社办字〔2017〕28号

各市(州)、长白山管委会、梅河口市、公主岭市人力资源和社会保障局:

根据《吉林省人民政府办公厅转发省人力资源社会保障厅等部门关于进一步推进长期护理保险制度试点实施意见的通知》(吉政办发〔2017〕28号)要求,制定了《吉林省长期护理保险制度试点管理暂行办法》,现印发给你们,请遵照执行。

附件:吉林省长期护理保险制度试点管理暂行办法

吉林省人力资源和社会保障厅办公室

2017年4月25日

(此件主动公开)

(联系单位:省社会医疗保险管理局)

抄送：省财政厅、省民政厅、省卫生计生委。

吉林省长期护理保险制度试点管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为规范我省长期护理保险制度试点管理，保障基金合理支出和安全有效运行，根据《吉林省人民政府办公厅转发省人力资源社会保障厅等部门关于进一步推进长期护理保险制度试点实施意见的通知》（吉政办发〔2017〕28号）要求，特制定本办法。

第二条 本办法适用于我省长期护理保险制度试点阶段，各统筹地区长期护理保险行政主管部门、经办机构（以下简称“经办机构”）、长期护理保险参保人员（以下简称“参保人员”）、提供长期护理服务的定点服务机构（以下简称“定点机构”）及其护理人员等。

第三条 人力资源和社会保障（以下简称“人社”）部门是长期护理保险工作的行政主管部门，负责长期护理保险制度政策制定、试点组织实施和监督管理工作。省人社厅负责全省长期护理保险制度政策制定、试点组织实施和对各地试点的指导，各市（州）、长白山管委会、梅河口市、公主岭市人社局负责本地长期护理保险制度政策制定、试点组织实施和监督管理。医疗保险经办机构作为长期护理保险的经办机构，负责长期护理保险经办管理服务。省级经办机构负责全省长期护理保险经办管理服务的业务指导，按照市级统筹的要求，地市级经办机构负责本统筹地区内市（州）本级经办管理服务并指导所辖县（市、区）经办机构开展长期护理保险经办管理服务，县级经办机构负责本地长期护理保险经办管理服务。

第四条 长期护理保险年度与参保人员已参加的基本医疗保险年度相一致。

第五条 长期护理保险参保缴费、待遇申请和享受的凭证与基本医疗保险相一致，使用社会保障卡。

第二章 参保缴费

第六条 长期护理保险参保范围与职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险参保范围一致。

第七条 长期护理保险资金, 试点阶段主要通过划转基本医疗保险统筹基金结余、调整职工基本医疗保险个人账户计入办法和费率等渠道筹集, 有条件的统筹地区政府可给予必要的补助。具体形式和标准由统筹地区确定。

第八条 长期护理保险参保、断保后续保的享受待遇期限与参保人员所参加的基本医疗保险相一致。

第三章 评估认定

第九条 长期护理保险以长期处于失能状态的参保人员为保障对象, 上述参保人员接受长期护理服务的, 可自愿提出申请, 经评估认定(以下简称“评定”)后按规定享受长期护理保险待遇。

第十条 长期失能的参保人员, 可在参保地自主选择一家定点机构并委托其进行评定申请。经定点机构初评、经办机构复评认定, 符合长期护理保险待遇享受标准的, 在其选定的定点机构享受长期护理保险待遇。有条件的统筹地区经办机构可建立长期护理保险需求评定专家库或委托有资质和具备评定能力的第三方机构进行评定, 由评定机构做出是否符合失能标准的评定。

第十一条 评定时，要对申请人的生活自理能力、疾病与健康状况等进行综合评估，作为长期护理保险待遇申请和支付的依据。评定标准可参考使用《日常生活活动能力评定量表》（Barthel 指数）作为评定标准并将评定结果低于一定的分值作为认定失能的标准。针对老年人等特殊群体，各统筹地区可建立健全本地长期护理保险需求评定体系。

第十二条 经办机构要建立长期护理保险待遇定期评定机制，定期追踪享受待遇人员的最新康复情况，及时作出待遇调整。经评定已不符合长期护理保险待遇享受标准的，终止享受相应待遇。

第四章 待遇支付

第十三条 长期护理保险基金支付范围为基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等费用。具体范围由省人社厅会同有关部门，结合试点情况另行制定。

第十四条 各统筹地区应结合本地基金收支和护理服务实际情况，制定本地区长期护理保险基金支付标准和最高支付限额，并建立待遇正常调整机制。

第十五条 参保人员享受长期护理保险待遇期间发生的应由基本医疗保险、工伤保险、生育保险等其他基金支付的费用，由相应基金按规定支付。

第五章 协议管理

第十六条 长期护理保险定点机构实行协议管理。由各统筹地区人社部门制定相关政策标准，并对经办机构及定点机构签订和履行协议情况进行行政监督。各级经办机构负责受理定点机构申请、考察评估、协商谈判、协议签订、监督考核、费用拨付等工作。

第十七条 经行业主管部门批准成立的养老和护理等机构，符合长期护理保险定点机构基本条件的，均可向所在地经办机构申请成为长期护理保险定点机构。长期护理保险定点机构应具备以下基本条件：

（一）遵守国家相关法律法规和长期护理保险相关政策制度，近一年内未受到行业主管部门行政处罚。

（二）取得有效的养老或护理机构设立许可证。

（三）申请机构负责人及相关人员熟悉长期护理保险的政策与经办管理规定，熟悉护理服务的相关标准和要求。

（四）申请机构的场地使用面积、护理人员数量、服务场所使用权或租赁合同的有效期限应当满足提供稳定的护理服务的需要。

（五）建立了与长期护理保险管理相适应的内部管理和运营制度，配备了必要的管理人员。

（六）信息系统能满足长期护理保险参保人员服务管理和费用结算需求。

（七）申请机构依法与从业人员签订劳动合同并参加社会保险。

第十八条 经办机构应委托专家对申请单位进行考察评估，参考评估结果进行协商谈判、签订服务协议并进行协议管理。

第十九条 省级经办机构应制定长期护理保险协议文本样本，协议文本内容应包括服务人群、服务范围、服务内容、结算方式、服务质量、信息系统建

设、日常管理和考核方式等。各统筹地区应结合实际及文本样本制定本地点机构协议文本。

第二十条 长期护理保险服务内容应包括清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、病情观察、心理安慰、管道照护、康复照护及清洁消毒等服务项目。具体服务内容由各统筹地区结合本地实际确定。

第二十一条 定点机构应当按照服务协议，落实相关管理要求。在向参保人员提供服务前，应根据评定结果，按照规定的支付时间，结合服务对象实际，制定服务计划，安排护理服务人员按照服务计划提供相应的护理服务。

第二十二条 有条件的地区可以探索拓展长期护理保险服务提供方式，由专业机构服务向社区居家服务延伸。通过社区养老服务机构、社区护理站、社区门诊部、社区卫生服务中心、社区护理院等基层服务机构，采取上门服务或社区轮护等方式，为居家的参保人员提供长期护理保险服务。

第六章 监督管理

第二十三条 各级人社部门可以通过调查、抽查等多种方式对经办机构、定点机构执行长期护理保险相关政策、服务协议签订和履行情况进行监督检查。发现违规、违法问题的，按规定予以严肃处理。

第二十四条 各级经办机构应制定长期护理保险监督管理方案和考核标准。制定考核标准时，要将服务对象健康状况变化、服务对象及家属的服务满意度评价等方面内容纳入，并将考核结果与定点机构费用结算挂钩。经办机构应通过实地检查、智能监控等方式，采取事先告知检查、随机抽查、暗访等形式，加强对定点机构及其护理人员履行协议情况的日常监管。

第二十五条 对违反协议约定的定点机构，经办机构按照服务协议约定，根据情节轻重，相应采取约谈、拒付费用、暂停拨付、扣减保证金、暂停服务限期整改、终止协议等措施。对于定点机构违法违规行为，经办机构应移交人

社部门处理，涉嫌犯罪的应通过人社部门及时移送司法机关，依法追究刑事责任。

第二十六条 各地要建立定点机构退出机制。对出现严重违法、违规行为的定点机构，符合解除服务协议条件的，经办机构要与其解除服务协议。对定点机构申请暂停长期护理保险服务的，经办机构应依据协议约定，受理申请并中止服务协议；超过6个月未恢复正常服务的，经办机构应与其解除服务协议。对出现撤销、关闭、分立等情况的定点机构，经办机构应与原定点机构解除服务协议。

服务协议暂停或解除后，经办机构与定点机构应共同做好善后工作，保障参保人员的长期护理保险待遇。

第二十七条 经办机构可通过建立投诉举报电话和信箱、聘请社会监督员等方式，动员社会力量对参保人员享受待遇资格、定点机构提供服务质量等进行重点监督。

第七章 结算管理

第二十八条 参保人员持社会保障卡入住定点机构，凭社会保障卡直接结算待遇。结算时，应由长期护理保险基金支付部分由定点机构垫付，其余部分由参保人员个人支付。

第二十九条 定点机构应为享受护理服务人员建立护理档案并如实记录收取的费用。服务期间发生的所有费用及明细项目应及时录入（或传入）长期护理保险收费系统，录入（或传入）费用及明细项目应与实际发生一致，不得混串。

第三十条 定点机构按照国家 and 省规定的项目收取服务费用，收费价格按照价格主管部门规定执行，实行市场调节定价或自行定价的，应与当地市场水平相适应。定点机构收费项目及价格标准应报当地经办机构备案。

第三十一条 长期护理保险基金实行总额控制下的复合式付费方式。

第三十二条 经办机构每年年初在基金支出预算的基础上，根据定点机构的服务范围、服务质量、服务能力和享受护理服务人员的数量等情况，确定其总额控制指标及付费方式。根据实际情况采用人头付费、床日付费、定额付费等付

费方式管理。

第三十三条 经办机构与定点机构按月（季）结算。经核定符合长期护理保险基金支付的，可按协议约定预留一定比例质量保证金后及时拨付。

第八章 基金管理

第三十四条 长期护理保险基金应严格执行《社会保险法》、《会计法》、《社会保险基金财务制度》、《社会保险基金会计制度》、《关于进一步加强社会保险基金安全管理工作的通知》等相关规定。

第三十五条 长期护理保险基金纳入财政专户管理，按月上缴财政专户。经办机构应制定基金用款计划申请基金，并拨付定点机构结算费用。应严格履行支付审批程序，规范基金收支流程。

第三十六条 各级经办机构要确保收支凭证满足基金财务会计核算要求，凭证和数据资料传递准确，做到账实相符、账账相符、账表相符。准确、及时上报基金财务月、季、年报，进行基金收支分析。

第三十七条 经办机构应建立健全长期护理保险基金运行评估和风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率。

第三十八条 基金当期出现缺口的，由统筹地区负责解决，不得使用基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金等进行调剂。

第九章 信息管理

第三十九条 经办机构应完善现有医疗保险管理服务信息系统，支撑长期护理保险资金归集、参保人员管理、待遇管理、定点机构管理、费用结算等功能，并纳入与医疗、工伤、生育保险一体化的经办管理。

第四十条 定点机构应按本统筹地区医疗保险管理信息系统的技术和接口标准，实现与医疗保险管理信息系统及时、有效对接，配备相关医疗保险联网设施设备，保证网络与互联网物理隔离，与其它外部网络联网采用有效的安全隔离措施。

第四十一条 定点机构应遵守本统筹地区医疗保险信息安全管理规范，制定信息安全管理制度并有效执行。保证参保人员待遇享受、结算等信息的安全，严格执行信息保密制度。定点机构向经办机构传输的参保人员费用情况、结算及其它相关信息均由信息系统自动生成，不得人为篡改造假。

第十章 附 则

第四十二条 本办法印发前尚未启动长期护理保险制度试点的地区，要按照国家、省有关规定和本办法要求，积极创造条件，制定试点政策文件并抓紧启动试点。本办法印发前已经启动试点的地区，要按照本办法调整完善相关政策，做好政策衔接。

第四十三条 本办法由吉林省人力资源和社会保障厅负责解释。

第四十四条 本办法自发布之日起施行。