

索引号:	11220000MB19566296/2019-06438	分类:	医保经办管理;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经办规程（试行）》的通知		
发文字号:	吉人社办字〔2017〕29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经办规程（试行）》的通知

吉人社办字〔2017〕29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）、《省人力资源社会保障厅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）要求，制定了《吉林省长期护理保险制度试点经办规程（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

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）

### 吉林省长期护理保险制度试点经办规程（试行）

#### 第一章 总 则

第一条 为全面实施长期护理保险制度，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）和《省人力资源社会保障厅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）有关规定，结合工作实际，制定本规程。

第二条 本经办规程适用于全省各统筹地区长期护理保险的经办管理工作。

第三条 试点阶段，长期护理保险参保缴费规程与基本医疗保险相一致。

## 第二章 待遇管理

第四条 有长期护理保险需求的参保人员，根据自愿原则，由代理人在申请人居住地选择一家长期护理保险定点服务机构（以下简称“定点机构”）提出长期护理待遇申请，并携带下列材料办理：

- （一）长期护理保险待遇申请表；
- （二）申请人社会保障卡；
- （三）申请人生活自理能力说明（病情材料、居住地社区出具的情况介绍等）；
- （四）申请人及代理人身份证及授权委托书。

第五条 定点机构接到申请后，应及时安排评定人员按照长期护理保险待遇评定标准对申请人的生活自理能力进行评定，并建立长期护理保险申请档案，将申请人基本信息与生活自理能力评定情况录入长期护理保险待遇管理信息系统，上传至长期护理保险经办机构（以下简称“经办机构”）。

第六条 经办机构根据定点机构的申报信息，对申请人员生活自理能力进行复评并确认结果，对符合条件的设定初次待遇享受期限。

第七条 经办机构应将长期护理保险待遇享受人员（以下简称“待遇享受人员”）信息录入信息系统，并将办理结果和待遇享受期间相关要求告知待遇享受人员及其代理人。

待遇享受人员在待遇期内因变更定点机构、待遇期延续、生活自理能力变化等情况需要变更相关信息或终止待遇的，可按上述程序重新办理核定。

第八条 待遇享受人员持社会保障卡在选定的定点机构办理入住，执行定点机构相关管理规定，通过长期护理保险管理信息系统结算，直接享受相关待遇。

## 第三章 协议管理

第九条 经办机构根据定点机构规划、基金支撑能力、参保人员需求等确定定点机构的区域、批次和数量，同时明确受理条件、所需材料、受理时间、受理地点、定点数量等内容，并在门户网站或新闻媒体发布公告。符合条件的申请单位可按公告内容提交承担长期护理保险服务的申请（以下简称“签约申请”）。

第十条 经办机构可以采取定期、集中方式通过窗口或网上受理申请单位的签约申请，签约申请材料包括：

(一) 《长期护理保险定点机构签约申请表》以及服务范围、服务规模、服务特色、价格收费等材料。

(二) 养老机构设立许可证、民办非企业单位法人登记证书或事业单位法人登记证书、法人登记证书的原件及复印件。

(三) 房屋产权证明或租赁合同。

(四) 当月或上一个月在册职工社会保险相关缴费证明。

(五) 经办机构规定的其他资料。

第十一条 经办机构可通过书面核实、函询相关行政部

门等形式对申请单位所申报材料和信息进行核实，并对申请单位的实际地址、服务范围、服务能力等进行现场考察，填写《长期护理保险定点机构现场考察记录单》。核实考察后作出初审结论，初审通过的由经办机构委托专家进行评估。

第十二条 评估工作按照以下顺序开展：

(一) 授权委托。经办机构可根据工作需要委托专家（以下简称“评估方”）开展申请单位的评估工作。

(二) 开展评估。评估方根据经办机构要求对每个申请单位情况及履约能力进行量化评估，制定评估手册，评估手册应包括评估标准、评估方式、评估程序等内容。

(三) 评估报告。评估结束后，评估方当场对评估结果进行汇总统计，形成书面评估报告，并向经办机构反馈，供经办机构当批次签订协议时参考使用。

(四) 结果公示。经办机构应在门户网站或新闻媒体将申请单位名单及评估结果向社会公示。公示期满后对申请单位进行定点登记，填写《长期护理保险定点机构登记手册》。

第十三条 经办机构负责拟定长期护理保险定点机构协议文本。协议内容应包括服务范围、服务内容、结算方式、日常管理和考核、违约责任等。

第十四条 经办机构与定点机构就服务人群、服务范围、服务内容、结算方式进行平等沟通、协商谈判，明确责权利关系，协商一致后，签订服务协议。协议有效期限一年。协议期满前，经办机构根据定点机构提出的续签申请续签协议，并报同级人力资源社会保障部门备案。

第十五条 定点机构主要经营服务项目、地址、法定代表人等服务项目发生变动情形，可向经办机构申请办理变更手续。

第十六条 定点机构申请中止服务协议，超过6个月未恢复正常服务的，解除服务协议。对出现撤销、关闭、分立等情况的定点机构，应终止服务协议。服务协议中（终）止后，经办机构与定点机构应当共同做好善后工作，保障参保人员的护理待遇。

第十七条 经办机构应通过服务协议约定定点机构建立相应的管理制度，加强对定点机构的宣传、教育、培训和政策咨询。经办机构应对定点机构协议履行情况进行日常管理和考核。

第十八条 经办机构对定点机构检查时，初步认定违约、违规行为的，应记录违约、违规情况。根据定点机构的违约、违规行为的性质、数量、金额，形成拟处理意见，预先告知定点机构后再形成处理意见并作出处理。

第十九条 经办机构应指导定点机构做好以下待遇享受人员管理工作：

（一）社会保障卡是唯一待遇享受和结算凭证，定点机构接收待遇享受人员时，应核对其身份证件，查验卡、证、人是否一致，防止冒名顶替情况发生。待遇享受人员凭社会保障卡办理入住，在院期间由定点机构统一留存，并设专人进行保管。如待遇享受人员确因需要使用社会保障卡，可与定点机构办理临时取用和归还手续。

（二）参保人员经认定符合长期护理保险待遇，经办机构在申请人提出申请日期开始给予待遇。定点机构将认定日期以前申请日期至认定日期期间发生的护理费用由定点机构补充录入并享受长期护理保险待遇支付。

（三）定点机构应为待遇享受人员建立完善的长期护理档案，执行并提供符合规定的服务标准和服务项目，内容应包括待遇申请材料、初审结果、复核结果及护理日常记录护理档案，按照“一人一档”的原则进行管理，长期保存，并及时准确录入长期护理保险待遇管理信息系统。

（四）待遇享受人员因生活自理能力变化、转院出院或其他原因出院的，定点机构应及时为其办理长期护理保险费用结算，不再享受长期护理保险待遇。

#### 第四章 结算管理

第二十条 长期护理保险结算管理包括总额控制指标确

定与调整、付费方式确定、日常结算与年终清算工作。

第二十一条 统筹地区经办机构应遵循“总额控制、复合付费”的原则，确定经办机构年度总额控制方案，包括统筹地区年度基金支出预算总额、定点机构的总额控制目标、付费方式、总额控制指标的分配原则、超支分担与结余留用的原则等内容，与定点机构沟通协商并签订协议后，报同级人力资源社会保障部门和上级经办机构备案。

第二十二条 统筹地区的年度基金支出预算是确定总额控制目标、细化分解定点机构总额控制指标、年终清算及确定定点机构结余留用或超支分担的主要依据。

第二十三条 在支出预算的基础上，预留风险储备金，确定统筹区域内定点机构基金支付的年度总额控制目标。年度总额控制目标中应包含预留的年中调整（如需调整）和年终清算资金及质量保证金。

第二十四条 经办机构在确定各定点机构的总额控制指标时，应根据所提供的长期护理保险服务的数量和质量，结合参保人员需求等情况合理分配。根据年度总额控制目标和统筹区内定点机构的类别、服务范围和服务特色、有效服务量、费用变动情况、平均费用水平、相关管理考核情况等因素，确定各定点机构的总额控制指标。

第二十五条 年度费用指标执行过程中，如发生重大政策调整、市场价格大幅变动、定点机构变动等情况，定点机构可向经办机构提出书面申请，经办机构审核确认后可在年中适当调整总额控制指标或在年终清算方案中予以考虑。

第二十六条 统筹地区经办机构在总额控制下应采取人头付费、床日付费、定额付费等复合式付费方式。

（一）人头付费的付费标准可以通过对历史数据测算确定，同时考虑定点机构的选择、不同机构的次均费用、服务包范围内总费用、目标报销比例、入住人员自付比例等因素。

（二）床日付费的付费标准以各定点机构前三年所有入住人员（包括参保人员与非参保人员）的平均费用作为计 标准。

（三）定额付费的付费标准可按结算期（月度）综合测算同类、同规模定点机构的平均费用情况。

（四）付费标准可包含全部费用，也可以基金支付额确定。定额指标应动态调整，根据定点机构年度入住人次、次均费用、床位增减、入住变化、人员年龄、疾病结构等情况 因素合理调整。

第二十七条 经办机构与定点机构间结算以总额控制指标为准，按月（季）平均分配，合理确定月（季）度各定点机构费用的结算指标。

第二十八条 经办机构对定点机构月（季）度申报的费用，在月（季）度结算指标之内的，依据规定结算，结余部分可滚存至下期；超支部分暂缓支付。

第二十九条 根据基金预算及总额控制指标执行情况，制定年度年终清算方案（包括超支与结余处理）并执行，同时报同级人力资源社会保障部门和上级经办机构备案。

第三十条 定点机构年度实际发生费用未超过总额控制指标，经考核合格的，结余部分应按照清算方案确定的留用比例支付给定点机构；定点机构年度实际发生费用超出年度总额控制指标，原则上应承担主要责任，按照清算方案确定的比例分担。同时查明原因，并提出整改意见，在次年1月31日前书面报告经办机构，经办机构可视基金运行情况对合理超支部分予以适当补偿。

## 第五章 附 则

第三十一条 本办法由吉林省社会医疗保险管理局负责解释。

第三十二条 本办法自发布之日起施行。