

乌鲁木齐市医疗保障局
乌鲁木齐市发展和改革委员会
乌鲁木齐市民政局
乌鲁木齐市财政局
乌鲁木齐市人力资源和社会保障局
乌鲁木齐市卫生健康委员会

文件

乌医保〔2019〕7号

关于印发《乌鲁木齐市长期护理保险实施细则
(试行)》的通知

各相关单位：

现将《乌鲁木齐市长期护理保险实施细则(试行)》印发你们，
请认真遵照执行，抓好落实。



乌鲁木齐市医疗保障局



乌鲁木齐市
发展和改革委员会



乌鲁木齐市民政局



乌鲁木齐市财政局



乌鲁木齐市
人力资源和社会保障局



乌鲁木齐市卫生健康委员会

2019年3月25日

乌鲁木齐市医疗保障局

2019年3月25日印发

乌鲁木齐市长期护理保险实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实长期护理保险制度，根据《关于印发乌鲁木齐市长期护理保险办法（试行）的通知》（乌政办〔2018〕254号）有关规定，制定本实施细则。

第二条 市医疗保障局负责长期护理保险基金的筹集、使用和管理；负责组织实施长期护理保险工作；负责长期护理保险业务经办管理；负责会同有关部门制定、调整长期护理保险基金的筹集、支付标准，制定经办服务规程和护理服务机构准入标准及管理办法。市财政、民政、卫生健康、发改、残联等部门按照各自职责协同做好长期护理保险有关工作。

第三条 探索委托第三方经办服务的新型管理服务模式，通过政府招标委托有资质的商业保险机构参与长期护理保险经办工作。

第二章 参保范围和基金筹集

第四条 长期护理保险参保对象为乌鲁木齐市城镇职工基本医疗保险参保人员，参加城镇职工基本医疗保险应同时参加长期护理保险。今后根据长期护理保险制度发展，可逐步扩大长期护理保险参保人员范围，将乌鲁木齐市城乡居民基本医疗保险参保人员纳入参保范围。

第五条 长期护理保险与城镇职工基本医疗保险应同时参保缴费，城镇职工基本医疗保险未参保缴费的，长期护理保险不能单独参保缴费。

第六条 长期护理保险基金采取个人缴纳、医保统筹基金划拨、财政补助、社会捐助等方式筹集。

第七条 长期护理保险办法试行期间按每人每年 100 元标准筹集，具体标准为：

（一）财政补助按照每人每年 20 元标准，由财政部门根据医保部门提供的参保缴费人数于每年年初一次性划转，并根据上年年末实际缴费人数于次年年初进行结算。

（二）医保统筹基金按照每人每年 50 元标准，每年年初按照参加长期护理保险的人数从医保统筹基金中一次性划转，并根据上年年末实际缴费人数于次年年初进行结算。

（三）个人按照每人每年 30 元标准按月缴纳。个人按月缴纳部分，有医疗保险个人账户的参保人员从个人账户资金中划转，无医疗保险个人账户的参保人员从个人银行账户中代扣代缴。

（四）自然人、法人或者其他组织对长期护理保险基金的捐助，由长期护理保险经办机构作为受捐对象，捐助资金归入长期护理保险基金。捐助办法另行规定。

第八条 长期护理保险启动时，市医疗保障局从筹集资金中预划部分资金作为长期护理保险制度运行资金，用于启动阶段待遇支付、失能评定等费用支出，在一次性划转时予以扣减。

第九条 未缴纳长期护理保险费的参保人员，不享受长期护理保险待遇；中断缴纳长期护理保险费的参保人员，中断期间不享受长期护理保险待遇，中断补费按照城镇职工基本医疗保险及城镇职工大额医疗补助保险有关规定执行。补费后，中断期间可享受长期护理保险待遇。

第十条 已缴纳长期护理保险费的参保人员，因欠费、停保、退保或其它原因停止享受城镇职工基本医疗保险待遇的，其长期护理保险待遇应同时停止；城镇职工基本医疗保险待遇恢复后，长期护理保险待遇应同时恢复。

第三章 申请受理和失能评定

第十一条 符合条件的参保人员因年老、疾病、伤残等原因，生活完全不能自理已达到或预期将达6个月以上，病情基本稳定，经申请且生活自理能力评定符合条件的，可享受长期护理保险待遇。

第十二条 市劳动能力鉴定部门负责长期护理保险参保人员失能评定工作。

第十三条 申请长期护理保险待遇的参保人员或其代理人携带相关申请材料，向长期护理保险经办机构提出失能评定申请。

长期护理保险经办机构收到申请后，应及时对申请人提交的材料进行审核。申请人提交材料审核合格的，应安排不少于2名人员对申请人生活自理情况进行现场评估；申请人提供材料不完

整或不符合失能评定条件的，应一次性书面告知其需要补正的全部材料或不符合失能评定条件的具体原因。

市劳动能力鉴定部门收到失能评定申请材料、评定量表、现场评估意见等资料后，应及时组织开展失能评定工作，并作出失能评定结论。

第十四条 市劳动能力鉴定部门将失能评定结果在一定范围和时限内进行公示。评定结果公示无异议的，由长期护理保险经办机构及时纳入长期护理保险保障范围。公示期内对评定结果有异议的，可向长期护理保险经办机构提出书面复评申请，并由市劳动能力鉴定部门作出复评结论。

第十五条 长期护理保险经办机构应按照“一人一档”的要求，将参保人员的申请和评定资料整理存档，内容包括参保人员申请材料、现场评估记录、评定结论和相关视频影像等资料。

第十六条 申请人有下列情形之一的，不予受理失能评定申请：

- （一）未参加长期护理保险的；
- （二）生活完全不能自理未达或预期不达 6 个月以上，病情不稳定的；
- （三）患重度精神类疾病的；
- （四）距上次失能评定不通过结论作出之日起不足 6 个月的，且参保人员病情及日常生活活动能力无明显变化的；
- （五）申报材料不全或提供虚假材料的；

(六) 乌鲁木齐市行政区域外居住的；

(七) 其他长期护理保险不予支付的情形。

第十七条 长期护理保险参保人员失能评定(含复评)工作, 评定费用由申请人预缴, 评定通过的由长期护理保险基金支付, 评定未通过的, 由个人承担。

第十八条 试行期间, 异地安置、异地居住人员暂不纳入长期护理保险保障范围, 待试行期满后另行制定办法。

第四章 服务内容和待遇标准

第十九条 经失能评定后, 符合享受长期护理保险待遇的参保人员, 自评定结论作出的次月起享受长期护理保险待遇。根据参保人员自身情况, 其本人或代理人可在规定的长期护理保险护理服务方式中选择一种, 享受长期护理保险待遇。

第二十条 长期护理保险提供以下护理服务方式:

(一) 全日居家护理。是由护理服务人员到保障对象家中提供长期 24 小时连续护理服务。

(二) 全日定点护理服务机构护理。定点护理服务机构为入住本机构的保障对象提供长期 24 小时连续护理服务。

(三) 定点护理服务机构上门护理。护理服务人员到保障对象家中提供每日不超过 2 小时护理服务。

第二十一条 定点护理服务机构根据保障对象实际需求, 制定护理计划, 提供必要、适宜适度的护理服务, 包含在长期护理

保险支付范围内的，由长期护理保险基金支付的费用，不得再向参保人员个人收取。护理服务内容包括基本医疗护理和生活护理。

第二十二条 市民政和卫生健康根据长期护理保险保障范围和服务内容，按照保障长期护理需求和基金收支平衡的原则，制定乌鲁木齐市长期护理保险支付范围和护理服务项目目录，具体支付范围和护理服务项目另行规定。

第二十三条 保障对象凭本人社会保障卡接受长期护理服务，护理服务费用实行联网结算。发生的属于长期护理保险支付范围、符合长期护理保险护理服务项目的费用，不设起付线，由长期护理保险基金按比例支付。

第二十四条 长期护理保险支付标准以我市 2018 年最低工资标准的 2 倍作为计发基数，确定计发基数为 2482 元/月。保障对象在接受定点护理服务机构护理服务期间，发生符合规定的床位费、护理服务费、护理设备使用费、护理耗材费等费用纳入长期护理保险基金支付范围，按床日或按月实行限额管理，限额以内的费用，由长期护理保险基金和个人按比例分担。

（一）全日居家护理的，按计发基数的 75% 给予补偿（1862 元/月）。

（二）全日定点护理服务机构护理的，按计发基数的 70% 给予补偿（1737 元/月）。

（三）定点护理服务机构上门护理，每人每小时限额 40 元，

护理服务人员到保障对象家中提供每日不超过 2 小时护理服务，每名护理服务人员服务对象每日不超过 3 人，由长期护理保险基金支付 50%，个人承担 50%。

按月实行限额管理的，享受待遇天数未满一个月的，按实际享受待遇天数进行补偿。全日居家护理的按 61 元/天给予补偿，全日机构护理的按 57 元/天给予补偿。

第二十五条 保障对象可根据自身需求变更护理服务方式，并自办理变更手续次月起享受变更后的待遇。一个自然年度内护理服务方式变更次数不超过 2 次。

第二十六条 建立长期护理保险待遇定期评估机制，定期对享受长期护理保险待遇的参保人员进行复评。经复评，不符合长期护理保险待遇享受条件的，自复评结论作出的次月起停止享受长期护理保险待遇。长期护理保险待遇定期评估办法另行规定。

第二十七条 有下列情形之一的，保障对象停止享受长期护理保险待遇：

- （一）享受基本医疗保险住院待遇期间；
- （二）待遇享受条件定期复评未通过的；
- （三）应进行待遇享受条件定期复评人员，因自身原因未参加复评的；
- （四）丧失社会保险待遇领取或发放资格的；
- （五）异地安置、异地居住的；
- （六）在其他统筹地区参加长期护理保险，并享受待遇的；

（七）其他不应继续享受长期护理保险待遇的情形。

第二十八条 停止长期护理保险待遇的，其本人或代理人应及时办理长期护理保险待遇终止手续，定点护理服务机构应同时停止长期护理保险服务费用的收取。

第二十九条 应由交通事故、刑事案件、医疗事故、工伤保险、公共卫生等第三方依法承担或其他险种支付的康复、护理、照护等费用，长期护理保险基金不予支付。

第五章 服务管理

第三十条 长期护理保险经办机构按照统一规划、合理布局、总量控制、鼓励竞争的原则，确定长期护理保险定点护理服务机构，制定护理服务质量标准体系，建立定点护理服务机构监督考核机制，实行准入和退出动态管理。

第三十一条 经民政、卫生健康、残联等部门核准成立的养老机构、护理服务机构、残疾人托养机构、居家照护机构及提供护理服务的医疗卫生机构，可申请长期护理保险定点护理服务机构。

第三十二条 长期护理保险经办机构应建立定点护理服务机构护理服务人员备案管理机制。

第三十三条 护理服务人员（包括为参保失能人员提供全日居家护理的亲人、家属）应选择定点护理服务机构签订协议，并纳入定点护理服务机构护理服务人员管理范围。护理服务人员应

参加护理培训后上岗。

定点护理服务机构应加强护理服务业务管理，定期培训护理服务人员，提高护理服务水平，稳定护理服务人员队伍。

第三十四条 长期护理保险经办机构与定点护理服务机构签订服务协议，约定护理服务费用结算方式，明确双方权利和义务。

第三十五条 定点护理服务机构在办理保障对象入住手续时，应认真核对保障对象身份，并根据失能评定结论，按规定提供护理服务。

第三十六条 保障对象选择入住定点护理服务机构的，可凭社会保障卡、失能评定结论办理入住手续。保障对象选择全日居家护理或定点护理服务机构上门护理的，凭社会保障卡、失能评定结论等与定点护理服务机构签订护理服务合同，明确相关服务项目、服务内容、服务频次、服务时间及双方的权利、义务和责任免除等条款。

第三十七条 定点护理服务机构应配合长期护理保险经办机构建立网络管理机制，实现对护理服务业务申办、管理、服务及评价等信息的实时上传、监控和统计分析，做好日常监督检查。探索“互联网+”服务，建立政策查询、待遇申报、日常生活活动能力评定、预约护理服务网上办理模式。

第六章 结算和监督

第三十八条 定点护理服务机构应根据乌鲁木齐市长期护理保险支付范围和护理服务项目目录开展护理服务。

第三十九条 保障对象在接受护理服务时，属于长期护理保险基金支付的费用，由长期护理保险经办机构与定点护理服务机构按协议结算。

第四十条 定点护理服务机构应按规定实时上传保障对象的护理服务费用明细，并按月办理结算，需中断或结束护理服务的，可即时办理结算。

第四十一条 与定点护理服务机构签订协议的护理服务人员，其提供的护理服务中应由长期护理保险基金支付的费用，由长期护理保险经办机构先支付给与其签订协议的定点护理服务机构，再由定点护理服务机构发放给护理服务人员。

第四十二条 长期护理保险经办机构与定点护理服务机构结算实行预留保证金制度。长期护理保险经办机构应严格按照规定审核护理服务费用，不符合长期护理保险支付规定的不予支付；符合长期护理保险支付规定的，按照不超过 10% 的比例预留保证金，预留保证金按年度进行返还。

预留保证金的返还与定点护理服务机构执行长期护理保险政策规定及护理服务质量的年终考核结果挂钩。年终考核得分在 80 分以上（含 80 分）的定点护理服务机构，预留保证金全额返还；年终考核得分在 79-60 分的定点护理服务机构，每少 1 分预

留保证金返还比例降低一个百分点；年终考核得分在 60 分以下的定点护理服务机构，每少 1 分预留保证金返还比例再降低 5 个百分点，并退出长期护理保险定点管理。

第四十三条 长期护理保险经办机构对定点护理服务机构护理服务行为进行监督管理。

第四十四条 长期护理保险经办机构、商业保险经办机构、定点护理服务机构及其工作人员、长期护理保险参保人员违反长期护理保险管理规定和协议约定的，依法依规进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附 则

第四十五条 本实施细则由乌鲁木齐市医疗保障局负责解释。

第四十六条 本实施细则自 2019 年 7 月 1 日起施行。