新疆维吾尔自治区长期护理保险 经办规程（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为规范长期护理保险经办工作，提高经办服务管理效能，根据《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）、《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（医保发〔2023〕29号）、《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》（医保发〔2024〕13号）、《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》（医保办发〔2024〕21号）、《国家医疗保障局办公室关于印发<长期护理保险经办规程（试行）>的通知》（医保办发〔2024〕22号）等文件要求,结合本地实际，制定本规程。

第二条 实施长期护理保险制度的地区适用本规程。

第三条 坚持依法规范，确保长期护理保险经办有序开展；坚持政府主导，构建以政府经办为基础、社会力量为补充的经办体系；坚持以人为本，提供便民高效的经办服务；坚持统筹推进，各方联动，提升管理效能。

第四条 自治区医疗保障经办机构负责各统筹地区长期护理保险经办工作的统筹管理，组织制定经办规程，指导实施长期护理保险制度的地区做好长期护理保险经办服务管理工作。

各统筹地区医疗保障经办机构按照经办规程负责具体落实，主要包括：定点评估机构和定点长护服务机构协议管理、核查考核、费用审核结算、信息系统业务需求提报以及对商保公司等第三方机构的考核管理等。

第五条 统筹地区医疗保障经办机构应规范服务管理行为，加强内部管理，健全内控制度，明确岗位职责，建立风险防控机制。

第二章 失能评估

第六条 评估对象或其监护人、委托代理人自愿向统筹地区医疗保障经办机构提出评估申请，提交相关材料，主要包括：

1.《新疆维吾尔自治区长期护理保险失能评定申请表》（详见附件1）；

2.申请人的身份证原件和复印件；由代理人代办的还需要提供代理人的银行卡和身份证的原件和复印件；

3.《新疆维吾尔自治区长期护理保险失能评定申请委托授权书》（详见附件2）；

4.与导致失能原因直接相关的材料，如：病历、诊断证明书或意外事故证明等材料；

5.《新疆维吾尔自治区日常生活功能自评表》（详见附件3）；

6.《新疆维吾尔自治区长期护理保险申请人承诺书》（详见附件4）；

7.评定办公室规定的其他材料。

有下列情形的，不予受理失能等级评估申请：

1.未参加长期护理保险的；

2.不符合待遇享受条件的；

3.发生护理服务费用不属于长期护理保险基金支付范围的；

4.申报材料不全或提供虚假材料的；

5.生活不能自理未达6个月以上，病情不稳定的；

6.距上次长护险评定未通过结论作出之日起不足6个月，或参保人员病情及日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力无明显变化的。

7.其他长期护理保险不予受理评估申请的情形。

第七条 统筹地区医疗保障经办机构应建立方便群众办事的多元化线上、线下申请受理渠道，能够通过线上获取的，可不要求参保人线下提供。统筹地区医疗保障经办机构收到评估申请后，应及时对申请材料进行审核，反馈受理审核结果。对于申请材料存在疑义的，可通过调查走访的方式进一步核实，自受理之日起5个工作日内告知审核结果。审核通过后，应组织定点评估机构对参保人开展失能评估。

第八条 评估机构按照以下流程开展失能评估工作：

（一）定点评估机构（第三方评估机构）实施评估：（新增）

1.现场评估。

定点评估机构原则上应派至少2名评估人员上门，其中至少1名为评估专家。现场评估人员依据失能等级评估标准和评估操作指南，采集信息，开展评估。须有至少1名评估对象的监护人或委托代理人在场。同时，可在邻里、社区等一定范围内走访调查评估对象的基本生活自理情况，做好调查笔录和视频录像，并参考医院住院病历或诊断书等相关资料，作为提出评估结论的佐证资料。

评估人员应严格执行评估操作规范要求，独立、客观、公正地开展评估工作。与评估对象有亲属或利害关系的，应当回避。

2.提出结论。

现场评估人员能够直接提出评估结论的，由现场评估人员提出评估结论。现场评估人员不能直接提出评估结论的，由定点评估机构组织评估专家依据现场采集信息，提出评估结论。

评估结论应经过至少2名评估专家的评估确认。统筹地区医疗保障经办机构按照医疗保障行政部门确定的评估结论有效期开展工作。重度失能等级评估结论有效期一般不超过2年。

3.公示与送达。

评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的，定点评估机构和统筹地区医疗保障经办机构应当在一定范围内公示评估结论，接受社会监督。

不符合待遇享受条件的，或符合待遇享受条件经公示无异议的，定点评估机构出具评估结论书。统筹地区医疗保障经办机构向评估对象或其监护人、委托代理人送达评估结论书。

原则上评估结论书应在申请受理之日起30个工作日内送达，因伤情复杂、涉及疾病种类较多的失能参保人员，相关鉴定工作期限可适当延期30日。

4.护理服务建议。

评估专家依据现场采集信息，提出护理服务建议。

5.争议处理。

评估对象或其监护人、委托代理人对失能等级评估结论有异议的，可在公示期内书面向统筹地区医疗保障经办机构提出复评申请，陈述具体的复评请求、事实、理由及依据。统筹地区医疗保障经办机构及时递交评估对象或其监护人、委托代理人复评申请至统筹地区医疗保障经办机构做出评定意见，统筹地区医疗保障经办机构自接到复评申请后，与次月评定人员同时进行专家评定给出复评结论。第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向长护险经办机构实名反映情况。反映情况基本属实的，统筹地区医疗保障经办机构组织复评。统筹地区医疗保障经办机构做出的长护险失能评定复评结论为最终结论，不再进行公示。

复评原则上有不少于2名评估专家参加，参加初次评估的定点评估机构和评估人员须回避。复评结论为最终评估结论。

6.重新评估。

参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满6个月的，可向统筹地区医疗保障经办机构申请重新评估。统筹地区医疗保障经办机构通过抽查监督等途径，发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，统筹地区医疗保障经办机构应当组织重新评估。

评估有效期届满前，统筹地区医疗保障经办机构应组织对需继续享受长期护理保险待遇的参保人进行重新评估。

重新评估流程同第八条。

1. 依托劳动能力鉴定机构（医疗机构、长期护理保险承办机构）等实施评估：

1、现场评估。

原则上应派至少2名专业人员上门，其中至少1名为评估专家。现场评估人员依据失能等级评估标准和评估操作指南，采集信息，开展评估。须有至少1名评估对象的监护人或委托代理人在场。同时，可在邻里、社区等一定范围内走访调查评估对象的基本生活自理情况，做好调查笔录和视频录像，并参考医院住院病历或诊断书等相关资料，作为提出评估结论的佐证资料。

评估人员应严格执行评估操作规范要求，独立、客观、公正地开展评估工作。与评估对象有亲属或利害关系的，应当回避。

2、提出结论。

经长护险评估人员，对申请人进行现场初评视频资料及意见及时提交到医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构，医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构组织评定专家小组，对现场初评意见进行集体评定，出具专家评定意见。

评估结论应经过至少2名评估专家的评估确认。统筹地区医疗保障经办机构按照医疗保障行政部门确定的评估结论有效期开展工作。重度失能等级评估结论有效期一般不超过2年。

3、公示与送达。

统筹地区医疗保障经办机构将评定结论在统筹地区医疗保障经办机构、县市医疗保障经办机构和定点护理服务机构进行公示，公示时间不少于5个工作日。评定结论公示无异议的，由统筹地区医疗保障经办机构及时将书面的评定结论送达或告知参保人员（代理人）或代理机构。

不符合待遇享受条件的，或符合待遇享受条件经公示无异议的，定点评估机构出具评估结论书。统筹地区医疗保障经办机构向评估对象或其监护人、委托代理人送达评估结论书。

原则上评估结论书应在申请受理之日起30个工作日内送达。因伤情复杂、涉及疾病种类较多的失能参保人员，相关鉴定工作期限可适当延期30日。

4、护理服务建议。

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。评估专家依据现场采集信息，提出护理服务建议。参保人本人或其代理人可根据其自身情况，在规定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。

5、争议处理。

评估对象或其监护人、委托代理人对失能等级评估结论有异议的，可在公示期内书面向统筹地区医疗保障经办机构提出复评申请，陈述具体的复评请求、事实、理由及依据。统筹地区医疗保障经办机构及时递交评估对象或其监护人、委托代理人复评申请至统筹地区医疗保障经办机构做出评定意见，统筹地区医疗保障经办机构自接到复评申请后，与次月评定人员同时进行专家评定给出复评结论。第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向长护险经办机构实名反映情况。反映情况基本属实的，统筹地区医疗保障经办机构组织复评。统筹地区医疗保障经办机构做出的长护险失能评定复评结论为最终结论，不再进行公示。

复评原则上有不少于2名评估专家参加，参加初次评估的定点评估机构和评估人员须回避。复评结论为最终评估结论。

6、重新评估。

参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满6个月的，可再次向统筹地区医疗保障经办机构申请重新评估。统筹地区医疗保障经办机构通过抽查监督等途径，发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，统筹地区医疗保障经办机构应当组织重新评估。

评估有效期届满前，统筹地区医疗保障经办机构应组织对需继续享受长期护理保险待遇的参保人进行重新评估。重新评估流程同第八条。

第三章 评估机构协议管理

第九条 长期护理保险失能等级评估机构按照《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》规定，实行定点管理。统筹地区医疗保障经办机构负责确定定点评估机构，签订评估服务协议，并依服务协议进行管理。暂不具备实施条件的，可依托医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等实施评估。随制度健全完善，逐步向独立的评估机构实施评估形式过渡。

第十条 申请成为定点评估机构，应具备《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》规定的业务范围、场地及人员配备、信息系统、管理制度等基本条件。

第十一条 定点评估机构确定流程如下：

（一）初步审核。

评估机构可自愿向统筹地区医疗保障经办机构提出定点申请。统筹地区医疗保障经办机构受理申请后，应及时组织初审。对申请材料内容不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当及时告知并说明理由。

（二）综合审核。

初审通过后，统筹地区医疗保障经办机构采取书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织对申请机构进行综合审核。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，评估机构补充材料时间不计入审核期限。审核小组成员由长护管理、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成。

审核结果分为合格和不合格。统筹地区医疗保障经办机构应将审核结果向同级医疗保障行政部门备案。审核合格的，应将其纳入拟签订协议的评估机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。审核不合格的，应告知其理由，提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次申请。

（三）协商谈判。

统筹地区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的评估机构协商谈判，达成一致的，由统筹地区医疗保障经办机构与评估机构签订评估服务协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为1年；续约的，可根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过3年。

（四）社会公布。

统筹地区医疗保障经办机构应向社会公布签订评估服务协议的定点评估机构名单。

第十二条 定点评估机构应建立健全内部质量控制制度，形成部门之间、岗位之间和业务之间相互制衡、相互监督的内控机制。定点评估机构应建立人员管理制度，加强日常管理，规范评估工作行为。定点评估机构应建立评估档案管理制度，按要求做好失能等级评估申请材料、评估过程相关记录、评估结论书、内部管理控制相关记录等资料的留存归档。

第十三条 定点评估机构应配合统筹地区医疗保障经办机构的日常检查、评估结论抽查、考核评价等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第四章 护理服务

第十四条 长期护理保险护理服务机构（以下简称“长护服务机构”）提供的服务类型主要包括居家护理、社区护理和机构护理。

（一）居家护理，是指长护服务机构在参保人员所居住的家庭住所内为参保人员提供长期护理服务。

（二）社区护理，是指长护服务机构以社区为依托为参保人员提供就近就便、非全日的长期护理服务。

提供居家护理或者社区护理服务的定点长护服务机构应当配备专业护理服务团队，长期照护师等护理服务人员不少于4人；具备医疗资质的，医护人员不少于2人。

（三）机构护理，是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务。

提供机构护理服务的定点长护服务机构应当配备长期照护师等护理服务人员及设施设备，其中具备医疗资质的，医师和护士（师）各不少于2人。长期护理服务能力在100（含）人以上的，应当成立长护管理内设工作机构并配备专职管理人员。

第十五条 失能评估通过后由统筹地区医疗保障经办机构与参保人员或其监护人、委托代理人商定护理服务方式，在参保人员自主选择定点长护服务机构基础上，由统筹地区医疗保障经办机构予以派单。

第十六条 长护专员结合护理服务建议，与定点长护服务机构和参保人员或其监护人、委托代理人沟通协调后，形成护理服务计划，明确服务的类型、频次、时长、配比等，经参保人员或其监护人、委托代理人确认后自评定结论作出的次月起享受长期护理保险待遇。

定点长护服务机构应按照护理服务计划，为参保人员提供相应的长期护理服务。定点长护服务机构应合理服务、合理收费，严格执行长期护理保险服务项目等目录，优先使用目录内项目服务。定点长护服务机构提供长期护理保险保障范围外的服务事项应事先征得参保人员或其监护人、委托代理人书面同意。

第十七条 参保人员在享受护理服务前应由本人或其监护人、委托代理人主动表明参保身份，出示有效身份证件或参保凭证，遵守护理服务享受的有关流程和规范。

第五章 长护服务机构协议管理

第十八条 长护服务机构按照《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》规定，实行定点管理。统筹地区医疗保障经办机构负责确定定点长护服务机构，签订长护协议，并依协议进行管理。

第十九条 符合《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》申请条件的养老机构、医疗机构或者其他服务机构，可自愿向统筹地区医疗保障经办机构申请成为定点长护服务机构。

第二十条 定点长护服务机构确定流程如下：

（一）受理申请。

长护服务机构提出定点申请，统筹地区医疗保障经办机构应及时受理并组织对申请材料进行形式审查。对申请材料内容不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当告知并说明理由。

（二）综合审核。

形式审查通过后，统筹地区医疗保障经办机构应当通过书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织开展综合审核。审核小组成员由长护管理、养老服务、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成，审核小组成员人数不少于5人且为单数。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，长护服务机构补充材料的时间不计入审核期限。

审核结果分为合格和不合格。统筹地区医疗保障经办机构应当将审核结果报同级医疗保障行政部门备案。对审核合格的，将其纳入拟签订协议的长护服务机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。对审核不合格的，应当告知其理由，并提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次申请。

（三）协商谈判。

统筹地区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的长护服务机构协商谈判，达成一致的，由统筹地区医疗保障经办机构与长护服务机构签订长护协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为1年；续约的，可根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过3年。

（四）信息公布。

统筹地区医疗保障经办机构应当向社会公布签订长护协议的定点长护服务机构信息，包括名称、地址、联系电话、服务类型等信息，供参保人员或其监护人、委托代理人选择。

第二十一条 定点长护服务机构应当建立与长期护理保险要求相适应的内部管理制度，并配备专（兼）职管理人员。定点长护服务机构应当建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系，实行实名制管理，强化护理服务人员技能培训，规范护理服务行为，提高服务质量。

定点长护服务机构应按规定悬挂统一的定点标识。

第二十二条 定点长护服务机构应当配合统筹地区医疗保障经办机构开展长护险费用审核、服务质量检查、绩效考核等工作，及时向医疗保障部门提供长护险基金使用监督管理及协议管理的所需信息。

第六章 基金管理

第二十三条 统筹地区医疗保障经办机构提供长期护理保险服务，负责长期护理保险参保、个人权益记录、待遇给付等工作。

第二十四条 长期护理保险与基本医疗保险同步参保、同步缴费。

第二十五条 统筹地区医疗保障机构做好长期护理保险参保人的权益记录工作，按规定做好待遇给付，实行“一人一档”管理。

第二十六条 长期护理保险基金应存入社会保险基金财政专户，做到单独建账，独立核算。

第二十七条 统筹地区医疗保障经办机构按规定编制下一年度长期护理保险基金预算草案，做好长期护理保险基金预算管理相关工作。

第二十八条 统筹地区医疗保障经办机构做好结算申报、费用初审、费用复核、费用拨付等工作，具体流程如下：

（一）结算申报。

定点评估机构应按要求及时报送评估费用清单（或规范票据），并对其真实性负责。定点长护服务机构应按要求及时报送护理服务清单（或规范票据）、服务项目费用结算明细、护理人员等信息，并对其真实性负责。

（二）费用初审。

初审人员对评估费用、长护服务费用进行初审，并提出结算建议。对申报费用经审查核实违规的，不予支付。

（三）费用复核。

复核人员负责对拟结算的评估费用、长护服务费用进行复核。

（四）费用拨付。

统筹地区医疗保障经办机构按协议约定及时足额向定点机构拨付长期护理保险费用。

第二十九条 统筹地区医疗保障经办机构应建立基金管理运行分析制度，定期对基金收支及使用情况进行统计分析。

第三十条 统筹地区医疗保障经办机构应当建立健全内部控制制度，明确对定点评估机构和定点长护服务机构的确定、费用审核、结算拨付等岗位责任，建立完善风险防控机制。创新基金管理手段，完善举报投诉、信息披露渠道，防范基金风险，接受各方监督，确保基金安全。

第三十一条 统筹地区医疗保障经办机构应当落实长期护理保险支付政策，强化基金支出管理，通过智能审核、实时监控等方式及时审核相关费用，及时拨付符合规定的长期护理保险费用。

第七章 审核核查

第三十二条 统筹地区医疗保障经办机构结合质量管理、投诉举报、日常检查等情况，综合利用信息技术手段，组织对定点评估机构及评估人员、定点长护服务机构进行履约管理。

第三十三条 统筹地区医疗保障经办机构要加强对定点评估机构、定点长护服务机构、参保人员等管理，对定点评估机构、定点长护服务机构等协议履约情况开展日常巡查、随机抽查、智能监控、绩效考核等；对参保人员享受医保待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查水平。

第三十四条 统筹地区医疗保障经办机构发现参保人员违规的，可以采取暂停联网结算、暂停或取消待遇享受等措施，并将有关参保人员违规信息推送至统筹地区长期护理保险定点评估机构和定点长护服务机构，视情节告知所在街道、村（居）委。涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第三十五条 统筹地区医疗保障经办机构通过建立违约金机制等，加强对定点机构协议履行、服务质量等情况的考核，并建立动态管理机制。考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。考核情况报同级医疗保障行政部门。

第三十六条 定点评估机构、定点长护服务机构违反长期护理保险相关规定和服务协议约定的，由统筹地区医疗保障经办机构追回违规费用，按服务协议及时处理；涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任；涉及其他部门职责的，移交相关部门。

造成长期护理保险基金重大损失或其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事长期护理保险定点评估机构和定点长护服务机构管理活动。对有关人员予以暂停3个月至12个月长期护理保险基金支付资格，情节严重的，限制1年至3年从事长期护理保险失能等级评估和护理服务工作。

第三十七条 因各种原因发生服务协议关系中止或解除等情形的，应当按照服务协议及时处理。统筹地区医疗保障经办机构作出中止或解除协议等处理时，应向同级医疗保障行政部门报备。

第三十八条 涉及暂停或不予拨付费用、中止协议的机构，限制从业的相关人员，以及暂停、取消待遇的参保人员，应期满后向统筹地区医疗保障经办机构重新提出申请，经审核通过后予以恢复长期护理保险基金使用资格。

第三十九条 统筹地区医疗保障经办机构应加强对长期护理保险基金的运行监测，开展异常数据筛查。

第八章 信息化和档案管理

第四十条 长期护理保险信息化建设要依托全国统一的医保信息平台，按照信息化、标准化相关工作要求，统一进行规划设计和建设，并探索与人社、卫健、民政等行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享等工作。

第四十一条 定点评估机构、定点长护服务机构应加强信息化建设，按照全国统一的接口规范实现与医保信息平台长期护理保险功能模块联通，并按规定及时全面准确向长期护理保险信息系统传送审核和结算所需的全量数据信息。动态更新数据，确保真实有效。

第四十二条 定点评估机构、定点长护服务机构应强化全国统一的医保信息平台长期护理保险功能模块应用，做好机构、人员等编码信息动态维护和贯标应用。

第四十三条 自治区医疗保障部门应按照已有功能应用尽用、定制开发最小必须、差异需求国家审核的原则开展落地应用。长期护理保险功能模块包含资金筹集、失能评估、护理服务提供、待遇支付、经办管理、审核检查、数据统计等功能。

第四十四条 未完成长期护理保险功能模块建设的地区，必须使用全国统一医保信息平台提供的功能模块，不得以任何形式和理由重复建设。已完成功能模块建设的地区，由省级医疗保障部门设置过渡期并制定过渡方案，做好平台衔接。

第四十五条 统筹地区医疗保障经办机构应建立系统用户管理制度，明确不同岗位的权限内容，专岗专权；对于系统权限设置专人管理，负责用户账号管理、用户角色权限分配和维护，从用户权限申请、审批、配置、变更、注销等方面进行全过程管理。

第四十六条 定点评估机构、定点长护服务机构应建立长期护理保险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，控制信息使用范围，确保信息安全。应建立数据安全和信息保密制度，加强数据安全培训管理，做好数据隔离、脱敏、加密工作，严格把控数据传输、使用、储存等环节的安全性，不得将长期护理保险相关数据、信息用于商业用途，防止参保人员敏感信息外泄和滥用，切实保障参保人员信息安全。

第四十七条 持续推进全国统一的医保信息平台长期护理保险功能模块适老化改造等优化完善工作，提供大字体、大图标、简约菜单、语音视频辅助、风险预警提示等服务，方便参保群众使用。

第四十八条 医疗保障部门建立完善的档案管理制度，包括但不限于档案的归集、存放、整理、查阅、维护等。档案资料应真实、准确、完整，不得伪造、变造、隐匿、涂改等。统筹地区医疗保障经办机构按照档案管理要求妥善保存档案资料，留档备查。

第四十九条 统筹地区医疗保障经办机构根据实际情况探索建立长期护理保险电子档案管理制度，规范长期护理保险业务电子文件归档，提升管理效率。

第五十条 统筹地区医疗保障经办机构根据实际情况探索建立长期护理保险“一人一档”数据库。结合医保信息平台参保人基础信息和参保信息，补充失能评估、护理计划、参保人状态等信息，形成长期护理保险“一人一档”数据库，提升精细化管理水平。

第五十一条 严格按规定程序向内外提供需查（借）阅的档案，及时办理查（借）阅登记手续。所有接触档案的人员对载有客户信息的原始资料、复印资料、电子文档及其他形式的资料均要注意保密，无关人员不得接触档案，禁止任何形式的资料外泄。

第九章 社会参与

第五十二条 统筹地区医疗保障经办机构可按照规定通过公开招标等方式选择第三方机构等社会力量参与长期护理保险经办服务。由统筹地区医疗保障经办机构与第三方机构签订合同，明确服务内容、责任、考核等。

第五十三条 统筹地区医疗保障经办机构在具体确定第三方机构时，应充分考虑服务费报价、经营状况、风险评级、项目经验、团队建设、系统支撑能力以及经办服务方案等情况。

第五十四条 在统筹地区医疗保障经办机构指导下，第三方机构协助开展以下业务：

（一）政策宣传与咨询、投诉举报线索受理；

（二）配合开展申请受理及材料审核工作；

（三）参与失能评估和护理需求评估工作。派长护专员监督现场评估实施，并结合护理服务建议，与定点长护服务机构和参保人员或其监护人、委托代理人沟通协调，形成护理服务计划；

（四）协助开展失能等级评估机构和长护服务机构定点申请受理、材料初审、综合审核以及失能评估费用、护理服务费用初审等事务性工作；

（五）协助做好定点评估机构和定点长护服务机构日常检查、评估结论及参保人员失能状态抽查、服务质量检查等工作；

（六）协助开展异议复评、重新评估等工作；

（七）协助做好信息系统运用和档案管理工作；

（八）协助做好相关业务培训工作及合同约定《长期护理保险委托商业保险公司经办协议》的其它工作。

第五十五条 统筹地区医疗保障经办机构应综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素合理确定第三方机构的服务费，可以从长期护理保险基金中按比例或按定额支付，具体办法应在经办协议中约定。

第五十六条 第三方机构应设置与长期护理保险经办服务相适应的组织架构，根据需要合理配置人员、科学设置服务岗位、统一规范服务场所设施和服务规程。应建立内部控制管理制度，明确工作人员岗位权限，加强人员管理、考核和培训。应建立长期护理保险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，确保信息安全。

第五十七条 统筹地区医疗保障经办机构对第三方机构合同履行、服务质量等情况开展考核评价，考核结果与经办服务费支付、合同续签、参与资格等挂钩，强化第三方机构激励约束和绩效管理。

第十章 附则

第五十八条 长护专员是指熟知失能等级评估及护理服务专业知识的第三方机构工作人员，主要职责包括熟悉参保人员基本情况，全程参与参保人员失能等级评估、护理服务计划制定及调整等。

第五十九条 本规程自\*\*\*年\*\*月\*\*日起施行。

附件1：新疆维吾尔自治区长期护理失能等级评估申请表

附件2：新疆维吾尔自治区长期护理保险失能评定申请委托授权书

附件3：新疆维吾尔自治区日常生活功能自评表

附件4：新疆维吾尔自治区长期护理保险申请人承诺书

附件1

新疆维吾尔自治区长期护理失能等级评估申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估对象基本信息 | 姓 名 |  | 身份证号（社会保障卡号） |  |
| 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 民 族 |  | 参保地 |  |
| 失能时间(月) |  | 是否经过康复治疗 | □是，治疗月数 月□否 |
| 是否首次 申 请 | □是 | □否 | 联系电话 |  |
| 申请原因 |  |
| 申办类别 | □全日居家护理 □全日定点机构护理 □定点机构上门护理 |
| 保障方式 | □职工基本医疗保险 □城乡居民基本医疗保险 □特困供养□最低生活保障 □其他: |
| 文化程度 | □文盲 □小学 □中学(含中专) □大学(含大专)及以上 |
| 居住状况 | □与子女居住 □与父母居住 □独居 □与配偶/伴侣居住□与兄弟姐妹居住 □与非亲属关系的人居住□与其他亲属居住□养老机构 □医院 |
| 居住地址 | 自治区（省） 市 区/县 街道/乡( 村 ) |
| 照护者 | 当需要帮助时(包括患病时),谁能来照料:□配偶 □子女 □亲友 ☑保姆 □护工□医疗人员 □没有任何人 □其他: |
| 申请人相关信息 | 姓 名 |  | 与评估对象关系 | □配偶 □子女 □其他亲属□雇佣照护者 □本人 □其他 |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 联系地址 | 自治区（省） 市 区/县 街道/乡( 村 ) |
| 承诺事项 | 以上情况和所提供材料均真实有效,且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实,本人愿意承担相应法律责任。申请人(签字): 年 月 日 |
| 经办机构(含受托 第三方)受理事项 |  |

附件2

 **新疆维吾尔自治区长期护理保险失能评定 申请委托授权书**

承办保险公司名称：

委托人姓名： 身份证号：

委托人联系电话：

法律文书送达地址：

代理人姓名： 身份证号：

代理人联系电话 ：

法律文书送达地址：

由于本人原因，不能亲自办理乌鲁木齐市长期护理保险失能评定申请的相关手续，特授权委托 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对委托人在办理上述事项过程中所提交的资料和签署的有关文件，我均予以认可，并由其承担相应的法律责任。若因上述联系电话或法律文书送达地址有误造成的后果由委托人承担。

委托人：

代理人：

年 月 日

附件3

新疆维吾尔自治区日常生活功能自评表

（日常生活功能指数评价量表）

姓名： 身份证号：

|  |  |
| --- | --- |
| **内容** | **活动能力** |
| **独立** | **部分独立** | **依赖** |
| **进食** | □独立，无须帮助 | □部分独立自己能吃，但需辅助 | □不能独立完成部分或全部靠喂食或鼻饲 |
| **穿衣** | □独立，无须帮助能独立拿取衣服，穿上并扣好 | □部分独立能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带 | □不能独立完成完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 |
| **大小便控制** | □独立自己能够完全控制 | □部分独立偶尔失控 | □不能自控失控，需帮助处理大小便（如导尿、灌肠等） |
| **用厕** | □独立，无须帮助能独立用厕、便后拭净及整理衣裤（可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆） | □不能独立完成需要帮助用厕、做便后处理（清洁、整理衣裤）及处理尿壶、便盆 | □不能独立完成不能用厕 |
| **洗澡** | □独立，无须帮助自己能进出浴室（淋浴、盆浴），独立洗澡 | □部分独立需帮助洗一部分（背部或腿） | □不能独立完成不能洗澡、或大部分需帮助洗 |
| **床椅****转移** | □独立，无须帮助自己能下床，坐上及离开椅、凳（可用手杖或助步器） | □不能独立完成需帮助上、下床椅 | □不能独立完成卧床不起 |

**提示：**

**本人同意并授权你公司查阅并复印任何与申请人健康情况有关的体检报告、诊断报告、病例等资料。**

申请人签字：

或家属签字：

年 月 日

附件4

新疆维吾尔自治区长期护理保险申请人承诺书

我已经全面了解新疆维吾尔自治区长期护理保险制度，作为参保人员，自愿申请长期护理保险待遇，并作如下承诺：

一、客观反映我的日常生活能力状况，绝不弄虚作假；

二、保证所填报信息真实无误；

三、对我提供的所有资料的真实性负责，包括但不限于身份信息、病情证明等；

四、自愿接受按照《新疆维吾尔自治区长期护理保险失能等级评定办法》做出的失能评定结论；

五、积极配合相关单位人员前往参保人入住护理服务机构或家中，查看病人病历资料、询问病情、查体、录音、录像、采集指纹信息及监督管理。

以上承诺若有违反，自愿放弃享受长期护理保险待遇，当年自愿放弃再次申请权利；若同时违规、违法，自愿接受法律、法规处罚。

申请人：

代理人：

年 月 日