附件3

温州市长期护理保险经办规程（试行）

# 第一章 总则

为满足群众日益增长的护理需求，保障失能人员基本生活权益，提升失能人员生活质量，进一步深化温州市长期护理保险制度试点经办工作，结合温州长期护理保险实际经办情况制定本规程。

# 第二章 业务受理

## 一、申请

## 失能等级评估申请由参保人本人或其法定监护人、近亲属等代理人向参保地经办机构提出，并提交以下资料：

（一）参保人的医保电子凭证（或有效身份证、市民卡原件）；由代理人办理的，一并提供代理人的有效身份证；

（二）因疾病、伤残导致失能的，需提供6个月前失能相关的有效病历、医疗诊断书、医学检查检验报告等完整病史材料的原件或复印件；因年老失能的，原则上需提供失能相关检查、治疗等材料的原件或复印件；

（三）《温州市长期护理保险失能等级自评表》（附件1）、《温州市长期护理保险失能等级评估申请表》（附件2），申请表中需对护理方式选定，其中选择机构护理的需填写意向护理机构；

（四）政策规定的其他材料。

## 二、受理审核

参保地经办机构核实参保人的参保状态，审核申请材料的完整性和有效性等，并作出受理决定及申请材料归档保管。

（一）同时具备以下条件的，给予受理，线下受理的需出具《温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书》（附件3）：

1.参加温州市长期护理保险且在待遇正常享受期内；

2.经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上或因年老失能的；

3.距上次评估结论作出或上次评估终止满6个月的；

4.申请材料完整、有效。

（二）申请材料不完整或错误的，一次性告知需要补正的材料，填写《温州市长期护理保险失能等级评估材料补正告知书》（附件4），补正所有材料后作正式受理。

（三）存在以下任一情形的，不予受理并告知相关规定：

1.未参加温州市长期护理保险或未在待遇正常享受期内；

2.距上次评估结论作出或上次评估终止不满6个月的；

3.因疾病、伤残等原因导致失能，经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续未满6个月的；

4.居住地不在温州市行政区域内的；

5.申请材料不符或提供虚假材料的；

6.不符合自评标准或自评未通过的；

7.因工伤导致失能的；

8.因第三方原因导致失能，应由第三方承担护理、康复等费用的；

9.其他相关规定不予受理情形的。

# 第三章 失能评估

温州市长期护理保险失能等级评估工作一般按季度受理、集中评估，一般在评估工作开始后30个工作日完成。业务开展初期或遇业务量较大的月份，可视情增加评估频次。失能评估工作由居住地经办机构负责。

## 一、初评

### （一）组织评估

1.分组确认：居住地经办机构根据参保人住址等情况将受理的评估办件进行分组确认。

（1）提前确定评估的时间和地点。

（2）确认评估当日至少一名参保人的法定监护人、近亲属或其他相关人员在场。

2.评估库成员抽取：市级经办机构根据居住地经办机构申报的分组情况，原则上每组抽取2名评估库成员，其中至少一名具有中级或以上职称。

3.采集评估信息：由居住地经办机构组织评估小组上门采集。

### （二）结果生成及公示

1.评估结果生成

参保地经办机构对评估采集信息进行复核，生成评估结果。

2.评估结果处理

（1）评估结果生成后，由参保地经办机构以电话方式或系统推送告知参保人或代理人；

（2）评估结果达到重度失能等级的，自评估结果出具在市医疗保障部门网站进行公示，或在居住地村（社）区小区或楼幢前公示栏进行公示，公示期7天；

（3）评估结果公示通过的，生成评估结论。

### （三）档案管理

初评流程结束后，居住地经办机构应对评估过程中形成的相关资料等进行整理并归档保管。

## 二、复评

### （一）复评情形

有以下情形之一的，参保地经办机构可按规定启动复评，复评结论为最终评估结论：

1.公示期内有实名举报（一般采取书面形式）对公示结果有异议的；

2.参保人或代理人对评估结果有异议，在得知评估结论10个工作日内向参保地经办机构申请复评的。

### （二）受理审核

参保地经办机构审核初评留存的申请材料，作出受理决定。

### （三）组织评估

市级经办机构视情抽取3-5名专家委员共同开展评估，参保地经办机构负责提交复评对象既往病史、就医记录等资料，居住地经办机构负责提供评估过程中的相关资料，由专家委员负责审核并出具复评结论；专家委员可根据评估需要，必要时上门重新评估，流程参照初评。复评结论为最终评估结论，不再公示。

## 三、核查验证

经办机构通过在线视频或上门等方式，做好重度失能人员生存状态和失能状态核查验证等日常工作（机构护理的按机构属地管理，亲情护理的按居住地管理），如发现失能情况发生明显改变或不符合评估结论的，应反馈参保地启动核查评估，流程参照初评。

# 第四章 待遇享受

经评估符合长护险待遇享受的重度失能人员（以下称“保障对象”）选择机构护理的，由护理机构协助办理长护险待遇享受相关事宜。

## 一、护理方式选择

### （一）机构护理（含上门护理服务机构、养老机构和医疗机构）

1.制定护理服务计划，签订护理协议。定点护理机构接收保障对象入住的和提供上门护理服务的，在规定时间内根据护理服务包制定规则，与保障对象或代理人协商确定护理服务计划，并签订《温州市长期护理保险护理服务协议》（附件5）。

2.上传护理服务计划。定点护理机构在提供护理服务之前，将护理服务计划及时上传长护险经办系统，按计划提供护理服务。

3.确定享受待遇时间。温州市长期护理保险失能等级评估结论公示结束的次月起，具体以保障对象实际护理服务实施日期为待遇享受开始日期。

### （二）居家亲情护理

1.签订护理协议。参保地经办机构与保障对象签订《温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议》（附件6）。

2.确定享受待遇时间。长期护理保险失能等级评估结论公示结束的次月起。

## 二、护理方式的变更

### （一）护理机构变更

变更护理机构的，保障对象或代理人与原机构协商一致办理退出。

### （二）机构护理变更为亲情护理

机构护理变更为亲情护理的，保障对象或代理人与原机构协商一致办理退出后，向参保地经办机构申请亲情护理方式，签订《温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议》。

### （三）亲情护理变更为机构护理

从亲情护理变更为机构护理的，保障对象或代理人应向参保地经办机构申请终止亲情护理。

**（四）护理机构暂停或解除协议**

护理机构暂停或解除定点协议的，护理机构应配合所属经办机构做好保障对象的分流工作。

# **（五）其他**

# 变更当月，保障对象按照原护理方式享受待遇，变更次月生效，按照新护理方式享受待遇。

# 第五章 结算管理

## 一、结算范围

保障对象在实际入住医疗机构、养老机构期间或由居家护理服务机构上门及居家亲情护理人员提供服务期间所发生的符合长护险护理服务范围的费用纳入结算范围。

参保人员在享受长护保险待遇期间中断基本医疗保险待遇的，其长护保险待遇同步中断；基本医疗保险待遇恢复后，长护保险待遇同步恢复。

## 二、结算规则

### （一）支付标准

### 1.长护险待遇以护理服务方式支付，对符合长护险规定、达到服务标准的护理服务，在支付范围内按月支付，每月护理费用限额不予转存使用；

### 2.居家上门护理和入住机构护理的，重度失能三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按2980元/月、2384元/月、1788元/月计算；居家亲情护理的，重度失能三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按1490元/月、1192元/月、894元/月计算，其中生活护理费用最高限不高于50%。符合规定的护理服务费用，基金支付比例为80%，个人负担20%。

### **（二）其他情况**

### 1.居家上门护理，原则上重度三级、二级和一级的服务次数应分别不低于22次、18次和14次，服务次数不符合规定要求的，按最高支付限额的均次费用予以扣减；

### 2.居家亲情护理，因住院等原因享受待遇天数未满一个月的，按实际享受天数对最高支付限额进行折算；

3.保障对象死亡的，自死亡次日起停止长护险待遇。

## 三、结算流程

### （一）护理费用日常记录

选择入住机构或机构上门护理的，定点护理机构根据护理服务计划护理保障对象，建立保障对象《护理服务执行记录表》（附件8），做好护理费用的日常记录，并及时上传护理项目执行及费用情况。

### （二）跨部门制度衔接

为保障长护险与重度残疾人护理补贴、养老补贴等制度相互衔接，按就高原则发放。

### （三）对账和申报月结算

### 护理机构在规定时间内完成对账并申报月结算。亲情护理由参保地经办机构直接支付。

### （四）审核结算

机构所属经办机构及时对费用进行审核，原则上月底前完成上月费用拨付，必要时进行清算。

# 第六章 定点管理

为进一步规范和完善我市护理机构协议定点管理工作，具体按照《温州市长期护理保险定点机构协议管理实施细则》（试行）执行。

# 第七章 护理服务资质管理

一、护理资质

护理机构中提供护理服务的人员应是受聘于协议护理机构的执业医师、注册护士或参加人社部门组织或人社部门委托培训机构开展的老年照料、医院护理等职业培训，并取得相关护理服务证书的人员。

原已取得护理资格证书但国家、省级人社部门官网无法查询到的，给予1年过渡期。

二、护理服务管理

过渡期结束后，护理人员未取得上述规定的护理资格证书的，其所提供护理服务产生的费用，长护险基金不予结算。

# 第八章 监管核查

一、核查方式

### （一）日常核查

定点护理机构做好保障对象的护理和记录工作，包括服务时间、内容等，以及规范护理人员的手机APP签到、签退。经办机构合理安排核查时间，以多种形式开展核查工作，争取全年全覆盖。

### （二）不定期抽查

以突击检查等形式开展不定期抽查，检查要点主要为抽查日常管理日志、自查报告、日常服务质量、日常费用管理情况等。

### （三）行政监管

医疗保障行政部门根据长期护理保险基金监管等需要，对长期护理保险进行行政监管，并纳入飞行检查范围。

### （四）公众监督

接受公众对定点护理机构违法违规行为的投诉举报（一般以书面形式），举报情况经查属实的，可按照相关规定给予奖励。

### 二、核查对象

### （一）保障对象

1.核查保障对象是否为参保人本人；

2.失能状态是否发生明显改变或不符合评估结论的；

3.核查是否存在隐瞒身体状况，进而骗取长护待遇的行为；

4.核查是否存在保障对象离世，家属不履行告知义务，继续享受待遇的行为；

5.其他违反长护险相关政策规定的行为。

### （二）护理服务人员

对护理服务人员的核查，主要是核查护理服务人员（含居家上门的护理服务人员和入住机构的护理服务人员）是否存在损害保障对象权益或导致基金流失等行为。

核查护理服务人员是否有护理资格证明，在日常护理工作中是否符合护理标准，有无少做漏做的行为，是否存在侵犯保障对象权益，引导保障对象要求进行多余不必要护理等违反长护险相关政策规定的行为。

### （三）定点护理机构

对定点护理机构的核查，主要核查规章管理制度是否落实到位，是否存在损害保障对象权益或导致基金流失等违反长护险相关政策规定的行为。

1.检查是否存在未按照规定核验长护险评估结论或发现冒用、伪造、失效的长护险评估结论，仍为其提供服务，进行长护险费用结算的行为;

2.检查是否存在为参保人员制定不合理的服务计划，诱导参保人员选择或者为参保人提供不必要的服务、虚构服务，进行长护险费用结算的行为;

3.检查是否存在将长护险支付范围以外的服务费用纳入长护险费用结算的行为;

4.检查是否存在通过向参保人员重复收取、分解收取、超标准收取或者自定标准收取的费用，进行长护险费用结算的行为;

5.检查是否存在以伪造或者变造的护理记录、病史记录、处方、帐目、医药费用单据、上传数据等，进行长护险费用结算的行为；

6.检查是否存在未按照长护险规定的支付标准进行长护险费用结算的行为。

### 三、违规违约处理

对行政监管中发现的违法违规问题，医保行政部门应按照相关法律法规等予以处理；对核查中发现的违约行为等，医保经办机构应按相关协议条款予以处理。

# 第九章 其他

# 本经办规程（试行）由温州市医疗保障局负责解释，如遇政策规定有调整的，按新的政策规定执行。探索建立异地居住人员长期护理保险服务模式。为保障智慧医保系统和“浙里长护在线”场景框架中成功应用等，市级经办机构可适当优化调整本规程。

附件:1.温州市长期护理保险失能等级自评表

2.温州市长期护理保险失能等级评估申请表

3.温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书

4.温州市长期护理保险失能等级评估材料补正告知书

5.温州市长期护理保险护理服务协议

6.温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议

7.××协议护理机构××××年××月护理服务计划执行记录表

8.××协议护理机构20××年××月长期护理保险费用明细表

附件1

温州市长期护理保险失能等级自评表

温馨提示：根据政策规定，参保人经初次评估后，如再次提出评估申请的，应距上次评定结论作出或上次评估终止满6个月。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 自评日期 |  |
| **项目** | **独立（2）** | | | **部分独立（1）**  **（需要帮助）** | | **依赖（0）** | | **选项** |
| 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 | |  |
| 综合 | 自评失能等级为:\_\_\_\_\_\_\_级 | | | | | | | |
| 说  明 | 进食、大小便控制、洗澡为a类，穿衣、用厕、床椅转移为b类。 | | | | | | | |
| A级:a类b类所有项目均独立； B级:a类1项或b类1-2项依赖； C级:a类b类各1项或b类3项依赖;D级:a类2项或a类1项b类2项依赖;  E级:a类3项依赖或a类2项b类1-2项依赖或a类1项b类3项依赖；  F级:a类3项b类1-2项依赖或a类2项b类3项依赖；  G级:a类b类所有项目均依赖。 | | | | | | | |
| 此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估，当等级达到E级、F级、G级时方可申请长期护理失能等级评估。 | | | | | | | |
| 申请人签名： | |  | | 申请人与参保人员的关系： | | | |  |

声明：此表由申请人自主填写或在工作人员指导下完成，申请人应对评分客观真实性负责，自评得分仅供是否正式提出评估申请作参考。最终结果以正式评估结论为准。

附件2

温州市长期护理保险失能等级评估申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人信息** | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | 社保卡号 |  | | |
| 现居住地址 | 浙江省温州市 区 街道 | | | | |
| 住宅电话 |  | 移动电话 |  | | |
| 失能原因 | □意外 □疾病 □年老 | | 失能时间 |  | |
| **申请人信息** | | | | | |
| 姓名 |  | 联系电话 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 与参保人  关系 | □本人 □配偶 □子女 □父母 □其他亲属 □其他 | | | | |
| 现住地址 |  | | | | |
| 申请评估类型 | □初评 □状态变更 □争议复评 □监督复评 | | | | |
| 申请理由 |  | | | | |
| 意向护理方式选择 | □定点机构护理，意向护理机构（具体视意向机构接收能力等因素确定）：  □居家亲情护理 | | | | |
| **申请人承诺** | 1.申请人非参保人本人的，申请人承诺失能等级评估申请是代表参保人自愿提出的，且提供的相关信息及一切证明材料真实、准确。  2.若出现任何虚假、隐瞒或日后发现与事实不符等行为，属于诈骗医保基金，承诺配合医保部门依法追回前期支付的所有长护待遇，并按相关法律、法规、协议规定承担相应责任。  3.本人已经知悉，变更/复评结论可能与初评结果不一致，变更/复评的失能等级有可能维持初评的失能等级，也有可能低于或高于初评的失能等级，以最终结论为准。  4.本人承诺未重复享受基本医保、工伤保险、重度残疾人护理补贴、养老补贴等，失能非第三方责任、工伤等原因造成。  5.本人已阅读《温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书》，承诺积极配合做好相关评估工作。    **承诺人(签字按手印)：**  **年 月 日** | | | | |

备注：此表一式二份，分别由经办机构、参保人/代理人留存。

附件3

### 温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书

尊敬的参保人/代理人：

您的长护险申请资料已齐全，在组织进行现场信息采集工作前，请配合做好以下事宜：

1.准备参保人的身份证（必备）、市民卡（社保卡）等身份证明资料以备现场查验；

2.参保人失能相关资料（医院诊断书、病历、出院小结等）以备现场查验；

3.评估现场除参保人本人外，还需一名参保人的监护人、直系亲属或其他相关人员在场；

4.现场评估信息采集时，我们将进行录音、录像，请予以配合支持。

5．若参保人属于不予受理情形，申请人刻意隐瞒，将失去长护险待遇享受资格并追溯相应法律后果和经济责任；

6．评估过程中，参保人陪同人员需如实回答问题，不得弄虚作假，否则将失去长护险待遇享受资格并追溯相应法律后果和经济责任；

7.如重复享受重度残疾人护理补贴、养老补贴等，将追回重复享受部分，并追溯相应法律后果和经济责任。

签字：

年 月 日

附件4

温州市长期护理保险失能等级评估材料补正告知书

尊敬的参保人/代理人：

经审核，您提交的长期护理保险失能等级评估申请材料不齐全（或不符合规定），暂时不能办理长护险失能等级评估，请补正：

□参保人的有效身份证件；

□代理人的有效身份证件；

□有效的病历的原件或复印件；

□有效的医疗诊断书的原件或复印件；

□有效的医学检查检验报告的原件或复印件；

□其他材料

特此告知。

咨询电话：

经办机构盖章： 本人或代理人签字：

年 月 日

备注：此告知书一式两份（分别由经办机构和参保人/代理人留存）。

附件5

温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议

甲方： （经办机构）

乙方： （重度失能人员）

乙方银行名称：

乙方银行账户：

为规范长期护理保险居家亲情护理服务行为，保障乙方的护理需求，甲乙双方在自愿、协商的基础上，就长期护理保险居家亲情护理服务有关事宜签订如下协议。

第一条 （甲方权利和义务）

（一）甲方应及时向乙方宣传温州市长期护理保险政策规定，并接受乙方的咨询。

（二）甲方有权对乙方进行监督检查，并作出相应处理。

（三）甲方应在规定时间内支付乙方护理费用。

第二条 （乙方权利和义务）

（一）乙方应配合甲方监督检查和回访。

（二）乙方因康复、死亡等原因丧失长期护理保险待遇享受资格的，乙方家属及代理人须及时办理停止待遇享受手续。。

第三条 （甲方责任免除）

乙方在享受亲情护理过程中发生任何意外造成乙方人身伤害的，甲方不承担责任及经济赔偿。

第四条 （服务变更）

乙方失能状态有变更的，需及时向参保地经办机构提出状态变更评估申请。

第五条 （费用支付）

甲方应每月与乙方结算上月护理费用，甲方通过银行转账方式划入协议约定的乙方银行账户。

第六条 （违约情形）

（一）甲方未按协议规定进行护理费用结算的，乙方可要求甲方纠正。

（二）协议有效期内，乙方因康复、死亡等原因丧失长期护理保险待遇享受资格，而乙方家属以及代理人未及时告知甲方的，甲方可拒付、追回费用、解除协议。

第七条 （协议终止）

有下列情形之一的，协议终止。

（一）乙方办理变更护理方式或待遇终止的；

（二）因不可抗力致使协议不能履行的；

第八条 （争议处理）

本协议在执行过程中发生争议的，甲乙双方应通过协商解决，协商不成的，双方可向有管辖权的人民法院提起诉讼。

第九条 （协议补充）

（一）本协议未尽事宜，经甲乙双方同意，可签订补充协议，补充协议与本协议具有同等法律效力。

（二）协议执行期间，温州市长期护理保险政策及规定有调整的，按调整后的政策、规定执行，甲乙双方可通过协商按照新规定签订补充协议。

（三）补充协议与本协议不一致的，以补充协议为准。

（四）按照乙方实际情况和相关医疗材料，经过审核，乙方是否（□是，□否）需要医疗护理服务。如是，乙方相关材料复印留存。

第十条 （协议留存）

本协议一式两份，经甲乙双方签字或盖章后生效。甲乙双方各执一份，具有同等效力。

甲方（盖章）：

年 月 日

乙方或代理人（签字盖手印）：

年 月 日

附件6

温州市长期护理保险护理服务协议

甲方： （护理机构）

乙方： （失能人员）

根据温州市长期护理保险相关政策规定，乙方已被评定为温州市长期护理保险待遇享受人员，为进一步明确协议双方的权责关系，在自愿、平等、协商的基础上，就长期护理保险（以下简称“长护险”）服务有关事宜签订如下协议。

第一条 根据长护险评估结论，乙方长护险失能等级为重度【 】级，按本市长护险政策规定享受相应等级的护理服务待遇。

第二条 甲方按照《温州市长期护理保险护理服务项目目录》，结合乙方的实际护理需求，为乙方制定护理服务计划，并按计划执行护理服务。甲方应定期向乙方及其家属告知护理计划。护理服务计划发生变更的，重新制定，次月生效。

第三条 长护险待遇从失能等级评估结论生效后次月起开始享受。长护险护理服务费用从甲方为乙方提供长护险护理服务之日起开始计算。

第四条 甲方有下列情形的，乙方及其家属有权向医保经办机构进行检举、举报：

1.甲方未为乙方制定护理服务计划的；

2.甲方未按计划规定的项目和频次执行护理服务的；

3.护理服务执行记录未经乙方或其家属签字确认，或虚构、伪造变造护理服务记录的；

4.甲方工作人员存在恶意对待乙方的行为的；

5.其他违反长护险护理服务有关规定的行为的。

第五条 乙方对长护险相关政策规定有疑惑的，甲方应及时向乙方进行解答，以确保乙方能够正常、及时、据实、足额地享受到长护险待遇。乙方办理护理方式变更的，应告知甲方，变更生效后本服务协议自动终止。

第六条 医保经办机构实施长护险监督检查，甲乙双方应积极配合并服从。

第七条 甲方发现乙方失能状况发生变化的，应及时向经办机构报告，乙方经重新评估或评定后，确定为新的失能等级的，甲方应按照乙方的实际需要，双方协商一致重新制定护理服务计划并上传，从次月起按变更后的护理服务计划执行护理服务。

第八条 乙方在入住期间，甲方或乙方提出变更长护险护理服务项目、服务方式的，具体变更程序按前条规定执行。

第九条 乙方因突发情况转送医疗机构救治或因其他原因暂时不入住甲方床位的，甲方按规定暂停为乙方提供长护险护理服务；乙方重新入住甲方床位的，甲方应为其恢复长护险护理服务。乙方长护险待遇的暂停、恢复、终止手续由甲方负责办理。

第十条 本协议执行期间，温州市长期护理保险政策及规定有调整的，甲乙双方可通过协商按照新政策及规定签订补充协议，或自动按调整后的政策、规定执行。

第十一条 本协议一式两份，甲乙双方各执一份，本协议自长护险待遇享受之日起生效。

附件：温州市长期护理保险护理服务计划

负责人或授权代表（签字）：

甲方单位（盖章）：

年 月 日

乙方或代理人（签字盖手印）：

年 月 日

附件6-1

**温州市长期护理保险入住机构长期/临时护理计划**

1.服务对象基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 现住地址 |  | | | 失能等级 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  | 服务机构 |  |
| 基本情况 | (机构护士以上专护人员填写) | | | | |

2.服务内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 项目名称 | | 项目价格 | 服务标准和要求 | | 服务频次 |
| (1)医疗护理项目 | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
| (2)生活护理项目 | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
| 服务项目合计金额(元/月) | | |  | 实际护理总费用(元/月) | |  |
| 家属签字 | |  | | 日期 |  | |

注：1.定点护理机构应根据评估护理意见表和失能人需求，制定长期护理计划；

2.服务项目合计金额为根据护理计划得出的合规费用，总费用为实际收取患者的护理费用(纳入长期护理保险支付范围的费用);

3.定点护理机构需逐项明确“项目价格”、“服务频次”;

4.失能人身体状况发生重大变化时(基本情况内注明)，可制定临时护理计划。

附件6-2

**温州市长期护理保险居家上门长期/临时护理计划**

1.服务对象基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 现住地址 |  | | | 失能等级 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  | 服务机构 |  |
| 基本情况 | (机构护士以上专护人员填写) | | | | |

2.服务内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)医疗护理项目(每次服务不少于120分钟) | | | | | |
| 项目编号 | 项目名称 | 项目价格 | 服务标准和要求 | | 服务频次 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| (2)生活护理项目(每次服务不少于60分钟) | | | | | |
| 项目编号 | 项目名称 | 服务时间 | 服务标准和要求 | | 服务频次 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 服务项目合计金额(元/月) | |  | | | |
| 家属签字 | |  | 日期 |  | |

注：1.定点护理机构应根据失能评估服务需求评估意见和失能人需求，制定长期护理计划；

2.定点护理机构需在计划中逐项明确医疗护理项目“项目价格”、“服务频次”;生活护理项目的“服务时间”、“服务频次”;

3.每次居家服务前，需了解护理对象近况，测量体温、血压、脉搏等，与病人(家属)进行相关交流，交待本次护理的内容，并对本次护理内容确认实施或视情是否需要进行调整；

4.失能人员身体状况发生重大变化时(基本情况内注明)，可制定临时护理计划。

附件7

××协议护理机构××××年××月护理服务计划执行记录表

失能人员姓名： 失能人员身份证号： 参保类型：□职工 □城乡 记录人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 项目  名称 | 护理服务执行日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

协议护理机构负责人签字： 失能人员/代理人签字：

盖章：

日期： 日期：

附件8

××协议护理机构20××年××月长期护理保险费用明细表

结算周期： 月 日至 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 | 姓名 | 身份证号 | 参保类型 | 护理类别 | 结算起始日期 | 结算中止日期 | 总费用 | 纳入统筹费用 | 统筹支付金额 | 个人负担 | | 不合理费用扣减 |
| 个人自费 | 个人自付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

护理机构负责人签字： 经办机构审核人签字： 经办单位复核人签字：盖章： 盖章：