

上海市长期护理保险结算办法（试行）

为加强本市长期护理保险（以下简称“长护险”）基金的管理，根据《上海市长期护理保险试点办法》（沪府办规〔2021〕15号），以下简称《试点办法》），制定本办法。

一、长期护理保险费用结算管理

本市长护险的费用结算工作，由市医疗保障局（以下简称“市医保局”）统一管理。

（一）区医疗保险事务中心（以下简称“区医保中心”）负责长护险费用结算的初审；市医疗保险事业管理中心（以下简称“市医保中心”）负责长护险费用结算的审核、结算、拨付等工作。

（二）长护险参保人员（以下简称“参保人员”）在本市长护险定点评估机构（以下简称“定点评估机构”）和长护险定点护理服务机构（以下简称“定点护理服务机构”）所发生的符合本市长护险规定的统一需求评估费用和服务费用，由定点评估机构和定点护理服务机构分别向所在地的区医保中心申请结算。

二、长期护理统一需求评估的费用结算

（一）定点评估机构结算

1. 参保人员发生的符合长护险规定的统一需求评估费用，属于长护险基金支付范围的，由定点评估机构予以记账，其余部分由个人自负。记账的评估费用，由定点评估机构向所在地的区医保中心申请结算；个人自负的评估费用，由定点评估机构向个人收取。

2. 定点评估机构在对参保人员完成统一需求评估并收取个人自负的评估费用后，应向参保人员提供门急诊医疗费收据或增值税发票，同时参保人员在《长期护理保险统一需求评估费用登记表》（参照附件）中签字确认。《长期护理保险统一需求评估费用登记表》应在定点评估机构留存备查。

3. 跨年度发生的评估费用分别按各自人群费用结算时所在年度的待遇进行结算。

（二）汇总与申报

1. 定点评估机构按月汇总评估费用，向所在地的区医保中心申请结算。

2. 定点评估机构根据参保人员《上海市老年照护统一需求评估调查表》《长期护理保险护理需求评估报告》《长期护理保险统一需求评估费用登记表》等资料，填写费用结算报表。计算机数据库数据和纸质结算报表数据必须一致。

3. 定点评估机构在每月 1 日至 10 日内，向所在地区医保中心申请结算。

（三）结算审核与拨付

1. 区医保中心在收到定点评估机构提交的申报材料后的 10 个工作日内，按照《试点办法》及有关规定进行审核并提出初审意见。区医保中心可以根据有关规定核对定点评估机构提供的机构资质文件、评估人员资质、定点协议、评估调查记录、评估报告、评估费用登记表、费用清单等有关结算资料。

2. 在区医疗保障局（以下简称“区医保局”）的指导下，区医

保中心完成初审，并对结算费用进行汇总，将提出审核意见的结算报表报送市医保中心。

3. 市医保中心在收到区医保中心初审意见之日起 10 个工作日内，根据有关规定进行审核，并将审核情况汇总报市医保局审定后，在 7 个工作日内予以拨付。

三、居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护的费用结算

（一）定点护理服务机构结算

1. 参保人员发生的符合长护险规定的居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护服务费用，属于长护险基金支付范围的，由定点护理服务机构予以记账，其余部分由个人自负。记账的服务费用，由定点护理服务机构向所在地的区医保中心申请结算；个人自负的服务费用，由定点护理服务机构向个人收取。

2. 参保人员发生的居家上门照护和社区日间照护范围的服务费用，应在接受居家上门照护之日起的 3 个月内，向定点护理服务机构申请结算。

3. 参保人员在 1 家养老机构住养时发生的服务费用，应在入住之日起的 3 个月内，向定点护理服务机构申请结算。

4. 跨年度发生的服务费用分别按各自人群费用结算时所在年度的待遇进行结算。

5. 社区日间照护机构应通过信息系统将社区日间照护服务所涉及的价格（或收费）信息向区医保中心备案。备案内容包括相关照护服务及未纳入长护险支付的其他服务,具体含项目名称、计

价单位、价格（或收费）等。社区日间照护机构应根据备案的照护服务价格（或收费）与参保人员进行实时划卡结算。社区日间照护机构备案价格（或收费）信息发生变化的，应及时变更。未按规定做好变更的，其申报的服务费用按原备案价格进行结算。

（二）汇总与申报

1. 定点护理服务机构按月汇总服务费用，向所在地的区医保中心申请结算。

2. 定点护理服务机构根据参保人员长护险凭证、长护险服务项目、服务计划、服务确认报告等资料，填写费用结算报表。计算机数据库数据和纸质结算报表数据必须一致。

3. 定点护理服务机构在每月 1 日至 10 日内，向所在地区医保中心申请结算。

（三）结算审核与拨付

1. 区医保中心在收到定点护理服务机构提交的申报材料后的 10 个工作日内，按照《试点办法》及有关规定进行审核并提出初审意见。区医保中心可以根据有关规定核对定点护理服务机构提供的病历、服务计划、服务确认报告、服务人员资质、费用清单等有关结算资料。

2. 在区医保局指导下，区医保中心完成初审，并对结算费用进行汇总，将提出审核意见的结算报表报送市医保中心。

3. 市医保中心在收到区医保中心初审意见之日起 10 个工作日内，根据有关规定进行审核，并将审核情况汇总报市医保局审定后，在 7 个工作日内予以拨付。

四、其他

（一）本市老红军、离休干部、一至六级革命伤残军人（以下简称“特殊人员”），不实行长护险统一需求评估费用和长期护理费用的个人自负费用，其发生的符合长护险规定的评估费用和护理费用，全部由定点评估机构和定点护理服务机构分别记账后向所在地的区医保中心申请结算。特殊人员评估费用和护理费用结算所填费用结算报表需单列。

（二）居家上门照护现金补贴的具体结算操作细则由市医保中心另行制定。

（三）结算表样和具体操作要求由市医保中心另行制定。

（四）原《关于本市长期护理保险社区日间照护服务费用结算有关事项的通知》（沪医保规财〔2020〕97号）同时废止。

附件：上海市长期护理保险统一需求评估费用登记表

附件

上海市长期护理保险统一需求评估费用登记表

机构名称（盖章）：

金额单位：元（列至角分）

序号	姓名	凭证编码	参保类别	评估种类	人员类别	费用总计	个人自负	基金支付	票据号码	签字
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
本页小计										
本日合计										

机构负责人：

审核人：

评估员：

填报日期 年 月 日

上海市医疗保障局 监印

- 填表说明：
1. “凭证编码”栏填写参保人员医保卡号。
 2. “参保类别”栏填写长护险参保人员所属参保类别（第一类人员、第二类人员、特殊）。
 3. “评估种类”栏填写老年照护统一需求评估种类（初次评估、期末评估、状态评估等）。
 4. “人员类别”栏填写参保人员类别（职保退休、职保离休、职保伤残、居保高龄、居保遗属、居保重残、居保其他等）。
 5. 表中逻辑关系：“费用总计”（7）=“个人自负”（8）+“基金自负”（9）。
 6. “票据号码”栏填写门急诊医疗费收据号码或增值税发票号码。
 7. “签字”栏由参保人员、家属或监护人签字确认