

淮 安 市 医 疗 保 障 局

淮 安 市 财 政 局

淮 安 市 民 政 局

淮 安 市 卫 生 健 康 委 员 会

淮 安 市 人 力 资 源 和 社 会 保 障 局

国 家 税 务 总 局 淮 安 市 税 务 局

淮 安 市 审 计 局

淮 安 市 残 疾 人 联 合 会

国 家 金 融 监 督 管 理 总 局 淮 安 监 管 分 局

文 件

淮医保发〔2023〕33号

## 关于印发《淮安市长期护理保险实施细则 (试行)》的通知

各县区医疗保障局、财政局、民政局、卫生健康委、人力资源和社会保障局、税务局、审计局、残联：

现将《淮安市长期护理保险实施细则（试行）》印发给你们，请认真遵照执行。



淮安市医疗保障局



淮安市财政局



淮安市民政局



淮安市卫生健康委员会



淮安市人力资源和社会保障局



国家税务总局淮安市税务局



淮安市审计局



淮安市残疾人联合会



国家金融监督管理总局淮安监管分局

2023年8月31日

（此件公开发布）

# 淮安市长期护理保险实施细则（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 根据《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅印发〈关于深化长期护理保险制度建设的指导意见〉的通知》（苏医保发〔2022〕85号）《淮安市长期护理保险实施方案》（淮政规〔2023〕2号）等文件精神，制定本实施细则。

**第二条** 本细则所称长期护理保险（以下简称“长护险”），是经评定达到规定失能等级的长期失能人员，为其基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供保障的制度。

**第三条** 长护险实行市级统筹，全市统一参保范围、统一筹资标准、统一待遇标准、统一基金管理、统一信息系统和统一经办规程。

## 第二章 机构职责

**第四条** 市医疗保障局负责制定长护险政策，加强基金使用监督管理，牵头组织实施长护险工作。财政部门负责将长期护理保险政府财政补助部分纳入同级财政预算，加强对基金的监督管理。民政部门负责统筹配置养老服务资源，加快养老机构护理型床位建设，加强养老机构养老服务监管。

卫生健康部门负责加强护理院（护理中心）、康复医院等医疗机构建设，推进医疗机构加快发展机构护理、社区护理、居家护理等服务供给，强化医疗护理行业监管。人力资源社会保障部门与行业主管部门共同做好护理人员职业技能培训和技能等级认定工作。残联负责残疾人托养康复机构的行业管理。税务、审计、金融监管总局淮安监管分局等有关部门按照各自职责，共同做好本职工作。

**第五条** 市、县区医疗保险经办机构为长期护理保险经办机构（以下简称“经办机构”），市医保经办机构组织实施全市长护险经办工作，负责统筹协调辖县、区医保经办机构按职责开展各项经办业务，包括负责承办长护险经办业务的商业保险机构（以下简称“承办机构”）的招标、协议签订和管理、监督指导和考核等工作；负责参保登记、基金筹集、费用审核、支付结算等经办服务和监督管理工作；开展长护险失能等级评估机构（以下简称“评估机构”）、长护险护理服务机构（以下简称“定点护理机构”）的准入、协议签订、监督管理、指导考核等工作。

市智慧医保管理服务中心负责长护险信息系统的建设和维护。

**第六条** 承办机构受经办机构委托可开展失能评估、定点服务机构协议管理、费用结算、稽核管理、政策宣传、业务培训、咨询回复、信访答复、投诉处理、基金运行监测以及其他适合委托经办的业务。

**第七条** 评估机构受承办机构的委托，根据失能等级评估标准和管理办法，对参保人员或其代理人（代理人需提供委托证明，下同）提出的失能等级评估申请进行评估，包括组织评估、现场走访、出具结论等工作。定点评估机构不得同时作为定点护理机构。

同一失能评估人员不可兼任失能评估专家库人员，且在同一评估案件中，只可承担现场评估、复核两者之一，不可兼任。失能评估人员与评估对象有亲属或利害关系的应当回避。

**第八条** 定点护理机构按照服务协议约定，为符合条件的失能人员享受长护险待遇提供基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务。提供上门服务的定点护理机构应当完善多层次护理内容，满足参保对象的护理需求，在对失能人员进行护理需求评估后，与失能人员或其代理人签订上门护理服务协议，明确服务项目、服务内容、服务频次、服务时间以及双方的权利、义务和责任免除条款。

### 第三章 参保缴费

**第九条** 综合考虑我市经济发展水平和基金筹集能力等因素，2023年10月职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）参保人员先行参加长护险。2024年底前将居民基本医疗保险参保人员纳入长护险保障范围。

**第十条** 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原

则，建立长护险基金，设立市长护险基金财政专户（以下简称“市财政专户”）。基金由个人缴费、财政补助、基本医疗保险（以下简称“基本医保”）统筹基金划拨三部分组成。

职工医保参保人员筹资标准为每人每年80元，其中个人缴费10元、财政补助10元、医保统筹基金划拨60元。2023年职工医保个人缴费部分免于缴纳、财政补助部分免于补助，医保基金每人划拨60元。居民医保参保人员筹资标准等另行制定。

（一）个人缴费部分：职工医保参保人员，每年1月份由经办机构从职工医保个人账户中一次性划转至市财政专户。对职工医保参保人员个人账户余额不足的，应在其个人账户足额时按全年缴费标准代扣代缴。

（二）财政补助部分：每年3月底前由市、县、区财政部门按年度预算编制的长护险财政补助资金预算数将补助资金一次性划转至市财政专户。

（三）统筹基金划入部分：每年1月底前由经办机构按照医保基金预算编制的长护险筹资预算数，从统筹基金中一次性划转至市财政专户。

**第十一条** 长护险结算年度为每年1月1日至12月31日。

**第十二条** 已参加长护险的人员，在待遇享受期前因故停止参加我市基本医保的，本人或代理人可持相关材料至经办机构，对预缴的长护险个人缴费部分办理退费手续；在待遇享受期间因故停止的，已缴纳的长护险个人缴费部分不予退还，可继续享受当年度的长护险待遇。

**第十三条** 基本医疗保险新增、接续人员办理长护险参保缴费手续时，按年度标准一次性缴纳当年长护险保费。已完成年度长护险参保缴费，年度内在本市范围内变更险种的，不再重复缴纳长护险保费。

年度内中途参保或续保人员，待遇等待期与基本医疗保险相同。

## 第四章 失能评估

**第十四条** 长护险失能等级评估是指按照失能评估标准对参保人员日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度的分级评估。

参保人员因年老、疾病、伤残等原因，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，可申请失能评估。失能评估管理办法另行制定。

**第十五条** 本市范围内依法独立登记的企事业单位或民办非企业单位，符合评估机构相关条件的，可按规定向经办机构申请作为长护险失能评估机构。经办机构根据区域服务范围，老年人口分布等情况择优选择评估机构，并统一纳入长护险信息系统管理。

**第十六条** 参保人员申请失能评估的，可由本人或其代理人向承办机构提出申请。申请人应当填写申请表并提供参保人员社会保障卡或身份证以及完整的病史资料等相关材料。

**第十七条** 参保人员通过线上提出申请的，承办机构应当

在收到申请之日起2个工作日内，对申请材料进行审核，申请材料不全或不符合要求的，应线上告知申请人需要补正的全部材料；参保人员通过承办机构服务柜台提出申请的，柜台工作人员应立即对申请材料进行审核，材料齐全的，出具受理通知书。

**第十八条** 有下列情形之一的，承办机构不予受理参保人员的申请，并按规定告知不予受理的理由：

（一）未参加本市长护险的；

（二）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；

（三）不同意参加失能评估或自上一次失能评估结论作出之日起不满3个月的（参保人员失能状态明显恶化的除外）；

（四）应当由第三人负担，属于医疗保险、工伤保险等社会保险责任范围，在境外（含港、澳、台地区）居住的；

（五）提供虚假材料的；

（六）其他不符合受理条件的情形。

**第十九条** 申请材料齐全并符合要求的，承办机构应自接收申请材料之日起，在10个工作日内组织长护险评估机构开展现场评估。

**第二十条** 评估机构评估后，将评估结论报送承办机构，承办机构对评估资料进行复核无误后报经办机构，由经办机构在一定范围内进行公示，接受社会监督，公示期为5个工作日。公示期结束且无异议的，由评估机构出具失能评估结论并在5个工作日内告知申请人或其代理人及承办机构。评估结论统筹



区内通用。

**第二十一条** 有下列情形之一的，按规定进行复核评估（以下简称“复评”）：

- （一）申请人或其代理人对失能评估结论有异议的；
- （二）参保人员被实名举报的；
- （三）有关部门在监督检查中发现的可能不符合重度失能标准的。

**第二十二条** 承办机构负责失能评估的复评及争议、纠纷处理。对申请复评的，承办机构应当在收到申请之日起10个工作日内组织复评并作出结论，复评结论为最终结论。承办机构组织复评时应从专家库随机抽取评估专家。

**第二十三条** 居住在本市外的长护险参保人员申请失能评估的，由承办机构组织实施。

**第二十四条** 评估机构开展失能评估要收取评估费用，初次失能等级评估费用由长护险基金支付。复评结论与初评结论一致的，复评费用由申请人支付，其它情形由长护险基金支付。

**第二十五条** 承办机构应按照档案管理有关规定，将参保人员的失能评估申请和评估资料整理归档，包括失能评估申请表、初次评估结论及佐证资料、复评结论及佐证资料等。

## 第五章 协议管理

**第二十六条** 定点护理机构管理参照医疗保险定点医疗机构协议管理办法有关规定执行，建立健全定点护理机构准入、

退出动态管理机制。

**第二十七条** 本市范围内依法成立的符合长护险护理相关条件的医疗机构、护理院、养老服务机构、残疾人托养康复机构，以及能够提供居家护理服务的服务机构可按规定向经办机构申请作为定点护理机构。定点护理机构实行协议管理，明确双方的权利、义务，并统一纳入信息系统管理，具体协议管理办法另行制定。定点护理机构不可同时作为评估机构。

**第二十八条** 定点护理机构在办理参保人员待遇申请手续时，应认真核对参保人员身份，对享受长护险待遇的失能人员，按规定提供护理服务。

**第二十九条** 定点护理机构服务协议原则上每年签订一次，签订协议时定点护理机构应向经办机构报备服务范围、服务标准、收费价格等信息。定点护理机构不得发生重复收费等乱收费现象。

**第三十条** 承办机构应加强对评估、护理服务从业人员业务培训力度，提高服务质量，确保为参保人员提供规范标准的护理服务。承办机构服务周期原则上不超过3年。

## 第六章 待遇支付

**第三十一条** 失能等级评估为重度失能等级的参保人员（以下简称“失能人员”），自评估结论作出的次日起可享受长护险待遇。失能人员退出护理服务的，自退出次日起停止享受长护险待遇。失能人员死亡的，自死亡次日起停止其待遇。

**第三十二条** 失能人员在市内接受护理服务期间，发生的属于长护险服务项目范围和标准的费用（护理服务项目和标准另行制定），由长护险基金按以下标准定额支付：

（一）入住定点医疗机构护理病房接受护理服务的，由长护险基金按 50 元/天的标准与定点护理机构结算；

（二）入住定点非医疗机构的护理床位（如养老服务机构、残疾人托养康复机构等）接受护理服务的，由长护险基金按 40 元/天的标准与定点护理机构结算；

（三）接受定点护理机构安排人员提供居家护理服务的，由长护险基金按 30 元/天的标准与定点护理机构结算。

**第三十三条** 在市区外（不含国外及国内港、澳、台地区）居住的失能人员，由长护险基金按 20 元/天的标准支付护理服务补助。

**第三十四条** 按要求做好长护险与相关政策的衔接。

**第三十五条** 下列情形发生的长护险服务费用，不纳入基金支付范围：应当由医疗、工伤保险基金支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；非协议管理定点护理机构发生的；其他法律、法规规定不予支付的。

**第三十六条** 失能人员可根据需要变更服务方式。变更时，需向承办机构申请，承办机构自收到变更申请之日起 3 个工作日内完成审核工作。失能人员应结清变更前的护理服务费用，并自办理变更手续次日起享受变更后的护理待遇。

**第三十七条** 失能人员因病情好转或其他原因不符合长护

险待遇享受条件的，机构、本人或代理人应及时办理长护险待遇终止手续。

**第三十八条** 享受长护险待遇的失能人员，因病情变化等原因，需要在基本医保定点医疗机构进行住院治疗，享受基本医保住院医疗待遇的，停止享受长护险待遇。

## 第七章 费用结算

**第三十九条** 失能人员凭本人社保卡或医保电子凭证接受定点护理机构护理服务，护理服务终结后，护理服务费用通过社保卡或医保电子凭证联网结算。

**第四十条** 经办机构应加强对承办机构的协议管理和监督检查，建立与承办质量相挂钩的考核结算机制。

**第四十一条** 长护险基金使用范围包括：长护险保费、长护险承办服务费和长护险评估费。承办服务费不超过当期长护险基金收入的5%，具体标准由招标确定。长护险保费和承办服务费分别建账、核算、考核。

长护险保费：经办机构按比例、按季度申请划拨至承办机构指定账户，用于承办机构支付长护险待遇。次年经办机构对承办机构完成上年度考核后，按上年度享受长护险待遇的实际人数、考核结果，与承办机构进行保费清算并结算保费余额。如有结余，承办机构在考核结束后10个工作日内将结余部分全额上缴至市财政专户；如果超支，由经办机构与承办机构按双方签订的服务协议规定进行分担。

**承办服务费：**经办机构与承办机构签订服务协议，按照服务协议约定支付承办服务费。经办机构按照年度承办服务费的95%按季度申请划拨至承办机构指定账户，用于承办机构支付长护险经办人员薪资、办公经费、稽查稽核费用、培训宣传费、信息系统建设及维护费等。次年根据承办机构合同履行情况、承办服务质量进行年度结算。结算后结余部分返还基金，超支部分由承办机构自行承担。

**长护险评估费：**初次失能等级评估费用由长护险基金支付；复评结论与初评结论不一致的，复评费用由长护险基金支付。

**第四十二条** 失能人员在享受长护险待遇期间，发生的符合长护险服务项目范围和标准的护理费用，由承办机构与定点护理机构结算，从长护险基金中支付；超出护理服务项目范围和标准的服务费用，由失能人员个人承担并与定点护理机构直接结算。

**第四十三条** 每月初10个工作日内，承办机构按上月实际评估的失能评估人数、评估费用标准，按照协议约定与评估机构结算评估费用；按上月长护险待遇享受人数、待遇标准和实际享受待遇时间，按照协议约定与定点护理机构结算护理费用。

**第四十四条** 每季度初10个工作日内，承办机构将上季度实际结付的长护险费用支付情况报送经办机构。经办机构对结算金额、结算进度、结付时限等进行审核。

## 第八章 信息系统

**第四十五条** 建立全市长护险信息系统一体化平台，推进“互联网+护理保险服务”技术应用，实现上门服务过程中的服务内容派送、服务时间监控、服务结果评价和风险预警呼叫等信息服务，与行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享。

**第四十六条** 利用大数据分析、人脸识别、电子地图和位置定位系统等信息技术，为经办机构、承办机构、评估机构、定点护理机构和参保人员提供智能化的管理工具，实现参保管理、待遇算法、考核评价、基金结算和服务行为等数据的全过程、精细化动态管理，实行全程留痕存证实时动态监管。

**第四十七条** 建立移动经办一体化服务模式，通过移动端为参保人员、评估人员、护理人员以及稽核人员提供统一的经办服务入口，统一管理、分级授权，协同完成失能申请、受理审核、失能评估、待遇确定、服务管理、费用结算等业务流程。

**第四十八条** 承办机构、评估机构、定点护理机构应统一纳入信息系统管理，按要求配置必要的设备和信息管理人员，保障信息系统的连接和数据交换，按照协议要求建立长护险信息管理系统。承办机构建立评估人员、上门护理人员库，将符合条件的评估人员、上门护理人员信息录入信息系统，实行动态管理。

## 第九章 监督管理

**第四十九条** 长护险基金管理参照现行基本医保基金管理

制度，纳入财政专户，实行收支两条线管理，单独建账，单独核算，专款专用，接受财政和审计部门监督。

**第五十条** 经办机构应建立举报投诉、信息披露、基金监管、欺诈防范等监管机制，确保长护险基金平稳运行和安全有效。加强对长护险参保人员、承办机构、评估机构、定点护理机构政策制度执行情况及业务经办情况等的督查，及时发现和纠正长护险实施过程中存在的问题。

**第五十一条** 创新基金监管手段，将长护险基金使用情况纳入智能监管信息系统，实现监管全覆盖，提升监管实效。引入和完善第三方监管机制，加强对承办服务、护理服务等行为的监管。鼓励社会各方参与监管，任何单位和个人有权对侵害长护险基金的违法违规行为进行举报、投诉。

**第五十二条** 承办机构应建立费用审核、内部控制、日常巡查、运行分析等管理制度，通过信息系统、抽查询访、满意度调查等途径，对评估结论、定点护理机构服务质量及待遇享受等情况进行跟踪管理，按月编报长护险运行分析报告，报送经办机构。

**第五十三条** 承办机构建立保障对象评估复查机制，失能人员每年复查一次。经复查不符合长护险待遇享受条件的失能人员，自复查结论作出次日起停止长护险待遇。

**第五十四条** 经办机构应加强协议管理，实施严格的退出机制。

经办机构对承办机构、评估机构和定点护理机构每年检查

一次，违反合同或协议规定的，按合同或协议规定处理。参保人员、承办机构、评估机构、定点护理机构及其工作人员等存在违规行为造成基金损失的，可参照医疗保障基金使用监督管理有关规定处理。构成犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

**第五十五条** 经办机构建立健全长护险诚信档案，根据信用评价等级分级分类监督管理，按照国家有关规定实施惩戒。

## 第十章 附 则

**第五十六条** 市医疗保障局会同相关部门根据我市经济发展水平、基金运行情况、护理需求、护理服务成本等因素，适时扩大保障范围，调整筹资水平和待遇标准等政策，并向社会公布。

**第五十七条** 本细则由市医疗保障局负责解释。

**第五十八条** 本细则自 2023 年 10 月 1 日起施行。