金华市长期护理保险实施细则

（征求意见稿）

根据《金华市人民政府办公室关于印发金华市长期护理保险实施办法的通知》（金政办发〔2024〕 号）的有关规定，制定本实施细则。

一、参保缴费

（一）参保对象为金华市职工基本医疗保险（基本医疗保险一档）(以下简称职工医保)和城乡居民基本医疗保险（基本医疗保险二档、三档）（以下简称居民医保）参保人员，参加我市基本医疗保险（以下简称基本医保）时，同步参加长护险，不可单独参加长护险。

（二）长护险基金按自然年度筹集，筹资标准暂定为每人每年90元，以用人单位、个人及财政共同分担为主。

1.职工医保参保人员的长护险保费，在职职工由个人和用人单位各分担45元，退休人员由个人和职工医保统筹基金各分担45元。个人分担的45元，于每年1月1日前从参保状态正常人员的职工医保个人账户中代扣代缴；用人单位分担的45元及职工医保统筹基金为退休人员分担的45元，每年2月底前按照上年度末职工医保参保人数从职工医保统筹基金中划转。次年4月底前按当年度末职工医保实际参保人数进行清算。参加职工医保的灵活就业人员，参照职工执行。

2.居民医保参保人员的长护险保费由参保人员个人分担30元，参保地财政按规定补助60元。个人分担的30元与基本医保同步征缴；财政补助的60元，每年3月初按照上年度末居民医保参保人数由财政部门划入长护险基金财政专户，长护险当年增减人数的财政补助按照当年居民医保变动人数于次年4月底前清算。

（三）参保人员按规定补缴应保未保期间职工医保费的，其应缴未缴的长护险费同步补缴，补缴起始时间不得早于本市长护险费征缴的时间。

（四）基本医保参保人员因转移、中止或死亡等原因不再参加本市基本医保，以及年度中新增资助参保对象，已缴纳的长护险费退费参照基本医保制度执行。

二、评估管理

（一）长护险失能等级评估是指按照失能等级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。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参保人员，可以申请失能评估。

（二）由市医疗保障、卫生健康、民政、残联等部门成立长护险失能等级评估委员会，负责指导全市失能等级评估工作的开展；各级医保经办机构组建失能等级评估人员库，评估人员包括评估员和评估专家，评估员负责采集评估信息，协助开展现场评估，评估专家负责开展现场评估，提出评估结论，承担复评工作，依据护理服务需求提出护理服务计划建议。

（三）失能等级评估分为初次评估、状态变更评估、争议复评。失能等级评估结论分为四级，分别为基本正常、轻度失能、中度失能、重度失能。重度失能区分为重度失能Ⅰ级、重度失能Ⅱ级、重度失能Ⅲ级。失能评定除对失能等级作出评估外，还应对长期失能人员服务需求进行评估，一并出具评估意见。

（四）参保人员申请失能等级评估，由本人或监护人、委托代理人通过浙里办APP、医保经办机构窗口、社区卫生服务中心、长护险定点护理服务机构等途径提出申请。医保经办机构受理申请后，安排评估人员上门开展现场评估。经评估为重度失能且经公示无异议后，医保经办机构向申请人出具评估结论。

（五）有下列情形之一的，医保经办机构不予受理失能等级评估申请：

1.未参加我市长护险的；

2.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；

3.距上次评估结论作出之日起未满6个月的；

4.评估时被评估人居住地不在本市行政区域内的；

5.提供虚假材料的；

6.其他不予受理的情形。

三、待遇保障

（一）起步阶段，正常享受本市基本医保待遇，且按规定参加本市长护险并足额缴费的参保人员，经失能等级评估认定为重度失能的，可在本市行政区域内享受相应的长护险待遇。

（二）符合条件的参保人员，自评估结论作出次月起按规定享受长护险待遇。参保人员在享受长护险待遇期间中断基本医保待遇的，其长护险待遇同步中断，基本医保待遇恢复后，长护险待遇同步恢复。

（三）符合条件的参保人员可根据情况选择居家护理或机构护理待遇。由长护险定点护理服务机构根据失能人员及家属实际需求，确定服务频次、时长、项目等具体内容并签订服务协议。

1.选择居家上门护理的，定点居家上门护理服务机构按规定提供生活照料和医疗护理服务，长护险基金暂按可享受的服务时长进行支付，每人每月不超过25个小时，支付标准为60元/小时，其中基金支付80%。定点居家上门护理服务机构每周上门服务不少于3次，每次服务不少于1小时。

政策实施初期，在偏远山区的失能保障对象，机构无法提供上门护理服务的，可由经护理实践培训后的失能保障对象亲属、邻里等提供护理服务，支付标准为25元/日，其中基金支付80%。

2.选择机构护理服务的，由定点护理服务机构为入住本机构的失能保障对象提供护理服务。支付标准不超过80元/床日，其中基金支付70%。

（四）机构护理包括养老机构护理和医疗机构护理。选择长护险定点医疗机构护理的，应至少符合以下一种情形：

1.因病情需要长期保留胃管、气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置换管等各种管道，需要定期处理的；

2.心功能Ⅲ级及以上的慢性心功能衰竭，或心功能Ⅱ级但合并有肺部或其他慢性感染等并发症，需要长期氧疗的；

3.需要长期依靠呼吸机等医疗设备维持生命体征的；

4.植物状态或患有终末期恶性肿瘤呈恶病质状态等慢性疾病，短期住院治疗不能好转的；

5.患各种严重不可逆性疾病，全身瘫痪、偏瘫、截瘫，至少一侧下肢肌力为0～3级或非肢体瘫的中重度运动障碍，需要长期支持治疗的。

（五）参保人员可根据自身护理需要变更护理服务方式，自办理变更手续当日起享受变更后的待遇。

已享受长护险待遇的失能人员，因病情需要到其他医疗机构住院治疗，定点护理服务机构应从转往之日起为参保人员办理长护险待遇暂停结算手续。待参保人员出院恢复居家或入住机构的，定点护理服务机构应及时为参保人员办理待遇恢复手续。机构护理从办理待遇恢复手续当日起恢复享受待遇，居家护理从办理待遇恢复手续当日起恢复享受待遇。

（六）家庭病床建床人员符合长护险待遇享受条件的，可按规定享受长护险服务。

（七）失能人员死亡的，自死亡次日起停止享受待遇。

（八）参保人员同时符合长护险、养老护理补贴等申领条件的，原则上根据本人意愿享受其中一项补贴政策；已享受其他护理补贴的应主动暂停后再享受长护险待遇。享受特困人员和完全失能低保老年人入住养老机构照护护理政策的对象，不再享受长护险待遇。

四、费用结算

（一）参保人员凭本人社会保障卡或医保码接受我市定点护理服务机构护理服务，按月或出院结算时，应直接联网结算，未联网结算的费用原则上长护险基金不予支付。发生的护理服务费中，应由个人承担的，由参保人员支付给相关护理服务机构。

（二）定点护理服务机构应为接受本机构护理服务的参保人员及时录入和准确上传护理服务项目。次月初生成上月长护险基金支付结算报表，于5日前报医保经办机构。医疗机构长护病房发生的医疗费用实行按床日付费管理，纳入医保统筹基金支付。参保人员在医疗机构非长护病房住院治疗享受基本医保待遇的，不享受长护险待遇。

（三）偏远山区提供亲情护理服务的亲属、邻里等人员应为接受护理服务的参保人员及时录入和准确上传护理服务项目。委托承办机构按月与亲情护理服务照护人结算护理服务费，次月初生成上月长护险护理费月结算汇总报表，报医保经办机构核拨。

（四）委托承办机构按月与定点护理服务机构结算护理服务费。接收到定点护理服务机构月结算报表后，5个工作日内完成初审并形成长护险护理费月结算汇总报表，报医保经办机构核拨。

（五）委托承办机构按月与失能等级评估专家结算评估费。次月15日前完成上月评估费初审，生成长护险评估费月结算汇总报表，报医保经办机构核拨。

（六）长护险经办机构在接到委托承办机构的月结算汇总报表后，10个工作日内完成拨付。其中定点护理服务机构护理服务费用预留10%，作为护理服务质量保证金，于次年5月底前经长护险年度考核后清算。

（七）起步阶段，参保人员应在本市行政区域内接受评估、享受长护险待遇。根据国家和省有关规定，逐步实现长护险待遇异地结算等互认互通。

五、基金管理

（一）长护险资金预决算。各县(市)医保经办机构于每年11月上报下一年度长护险资金收支计划，经同级医保、财政部门审核后报市级医保经办机构。市级医保经办机构审核汇总后编制全市长护险资金收支预算，报金华市医保局、市财政局审核。年终，市级医保经办机构编制长护险资金收支决算，报金华市医保局、市财政局审核。

（二）账户管理。市社会保障基金财政专户中增设金华市长护险基金财政账户，用于单独管理及核算市级统筹后全市长护险基金。市本级增设金华市长护险基金支出户，用于单独管理及核算市级统筹后全市长护险基金。各县(市)医保经办机构增设长护险基金支出户。

（三）基金收入。税务部门征缴职工医保费和城乡居民基本医疗保险费时按规定征缴职工医保长护险保费和居民医保长护险保费，通过社保基金预算科目“职工基本医疗保险费收入”和“城乡居民基本医疗保险费收入”办理入库，预算级次为地市级。

（四）资金支付。市和县(市)医保经办机构负责辖区内长护险基金款项拨付以及本地参保人员各项待遇拨付工作，并按业务发生年度区分支出，规范财务核算。

六、服务管理

(一)经办管理

各级医保经办机构为长护险经办机构（以下简称经办机构），负责长护险的日常管理工作，包括参保缴费、基金筹集、失能等级评估、定点准入、协议管理、费用审核、支付结算、政策宣传和监督考核等。市级医保经办机构指导各县（市）医保经办机构开展长护险经办工作，同时负责全市委托承办机构的公开招标，并委托其参与日常经办，经办费用从长护险基金中列支，具体招标办法由市级医保部门另行制定。

委托承办机构在经办机构的指导和监督下，参与长护险经办工作，包括协助失能等级评估、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。委托承办机构参与经办的具体事项，可根据长护险开展情况调整。

(二)机构管理

1.确定定点护理服务机构

符合《浙江省长期护理保险定点护理服务机构管理办法》规定条件的机构可以申请成为长护险定点护理服务机构。

经办机构按照《浙江省长期护理保险定点护理服务机构管理办法》规定对申请定点的机构进行受理申请、现场查勘、评审公示、下文并报送同级或上级部门。

2.签订机构服务协议

由各级医保经办机构与长护险定点护理服务机构签订《金华市长期护理保险定点护理服务机构服务协议》,明确双方的权利义务，约定服务范围、设备配置、信息系统、结算标准、结算方式、违约责任、争议处理等。

3.开展护理服务

长护险定点护理服务机构与护理对象或其家属协商一致并签订服务协议后，按照《浙江省长期护理保险护理服务管理规范》提供护理服务。长护险定点护理服务机构应主动公开服务场所、规模、人员，以及服务内容、收费价格、服务标准等基础信息，供护理对象根据其自身条件和需要进行选择。护理对象或其家属对护理服务质量进行监督和评价。

(三)信息管理

医保经办机构和委托承办机构依托全省统一的医疗保障信息平台开展待遇管理、失能等级评估管理、评估费用结算、护理费用结算等长护险业务。

定点护理服务机构应统一接入全省医疗保障信息平台，保障与医保部门信息系统的连接和数据交互，并应具备抽取和分析护理服务数据的能力。

各级医保经办机构、定点服务机构等应严格落实《中华人民共和国数据安全法》，以及国家、省、市有关网络安全和数据保护等法律法规和政策规定，加强网络安全防护和数据安全保护。

七、监督管理

1. 医保经办机构应创新基金监督和管理手段，提高失能等级评估、服务提供、费用结算等环节的智能化监管水平，实现全流程数字化闭环管理。发挥社会监督作用，设立公开举报投诉电话，重点对参保人员享受待遇资格、定点护理服务机构提供的护理服务质量等进行监督。

（二）医保经办机构通过视频抽检、实地检查、智能监控等方式对失能等级评估人员的评估行为进行监督和考核。

（三）医保经办机构通过实地检查、智能监控等措施，加强对长护险定点护理服务机构及其护理人员履行协议情况的日常巡查，对定点护理服务机构进行监管和年度考核。

定点护理服务机构及其从业人员违反长护险管理规定和协议约定的，由经办机构根据相关规定依法依规处理；情节严重的，可解除长护险定点服务协议。

（四）医保经办机构根据相关规定和合同条款，对委托承办机构的制度建设、财务规范、人员配备等情况进行监管和年度考核。

委托承办机构及其从业人员违反服务协议相关规定的，按情节轻重责令改正、限期整改；情节特别严重的，医保部门可提前终止或解除合作。

（五）参保人员或其监护人、委托代理人在接受失能等级评估、享受护理服务过程中，存在骗取长护险待遇及其他违法违规行为的，可停止参保人长护险待遇；造成长护险基金损失的，由经办机构向其追回相关费用。

八、附则

本细则自2025年1月1日起施行。国家和省另有规定的，从其规定。