《杭州市长期护理保险试行办法》

的起草说明

为深入贯彻党的二十大精神，健全我市社会保障制度体系，积极应对人口老龄化，落实今年省、市民生实事项目的工作要求，我局牵头在全市域建立长期护理保险（以下简称长护险）制度体系，代市政府起草了《杭州市长期护理保险试行办法》（以下简称《办法》），现将有关情况说明如下。

一、起草背景

（一）贯彻落实国家和省市部署决策的必然要求。建立长护险制度是党中央、国务院作出的应对老龄化、健全完善社会保障体系的一项重要部署。党的二十大报告明确提出要建立长护险制度。党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》指出要加快建立长护险制度。《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）就“十四五”期间稳步建立长护险制度作了明确安排。《浙江省人民政府办公厅关于印发浙江省构建多层次长期护理保障体系实施方案的通知》（浙政办发〔2023〕73号）就全省到2025年普遍建立城乡一体的政策性长护险提出了目标要求。2024年，全面推行长护险制度已纳入省、市民生实事项目，按照省政府任务分解要求，我市长护险投保人数需达到859万人。

（二）完善我市社会保障体系应对人口老龄化的现实需要。我市已经建立了多层次的医疗保障制度体系和多支柱的养老保障制度体系，切实保障了市民的基本医疗和基本养老需求，但失能人员及其家庭的经济性和事务性负担缺乏有效的风险防范机制，“一人失能，全家失衡”的家庭养老困境亟待有效破解，迫切需要对老年人的长期护理进行制度性安排。这也符合我市争当浙江高质量发展建设共同富裕示范区城市范例的目标要求，为失能人员提供普惠性、基础性、兜底性保障，有助于共享改革发展成果、增进社会公平正义。

（三）完善养老产业支持政策推动经济社会发展的重要动力。当前我市失能群众护理服务供给与需求不平衡，服务方式与保障诉求不匹配，机构服务总量不足，城乡护理服务资源分布不均衡的现状仍然存在，建立长护险制度，有助于发挥基金战略性购买作用，激活市场主体活力，推进养老产业、健康产业等供给侧结构性改革，有助于促进服务体系发展和专业化护理队伍力量培育，拓宽就业渠道，也是高质量发展“银发经济”的重要内容。

二、起草过程

今年2月份以来，我局按照市级统筹思路，持续跟踪国家、省关于长护险制度政策顶层设计情况,赴已实施长护险相关城市开展调研活动。3月至4月，组织各区（县、市）开展长护险相关人员及机构摸底，开展系列测算工作，多次组织专题会议研究重点问题，赴市财政专题协商，在此基础上，于5月份形成《办法》代拟稿初稿。6月至7月，先后组织5场座谈会，邀请人大代表、政协委员、市级相关部门、区（县、市）医保部门、护理服务机构以及医生、失能人员家属代表等专题研讨，并向市级相关部门和各区（县、市）医保部门书面征求意见，对各方提出的意见建议研判后完善并形成了目前的征求意见稿。

三、主要内容

《办法》分七个部分，对我市建立长护险制度的总体要求、基本政策等作出规定，具体内容如下：

（一）总体要求

坚持以人为本、公平正义、责任共担、稳健持续等原则，建立我市市级统筹的长护险制度体系，为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供保障。本办法适用于本市行政区域内的长护险参保筹资、待遇享受、失能等级评估、服务供给、经办管理、基金监督管理等活动。

（二）参保筹资

我市长护险与基本医保同步参保、同步征缴。起步阶段，长护险按照每人每年90元标准定额筹资。其中，在职职工由个人和用人单位各承担45元，参加职工医保的灵活就业人员、享受职工医保退休待遇的人员由个人和基本医疗保险统筹基金各承担45元，个人承担部分从职工医保的个人账户当年资金中代扣代缴，用人单位承担部分暂从其缴纳的职工医保费中划转。城乡居民医保参保人员每年长护险费，由个人和财政分别承担30元和60元。城乡居民医保参保人员中医疗救助对象参加长护险的个人缴费部分参照其城乡居民医保资助参保政策按规定予以补助。

（三）待遇享受

**1.享受条件。**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，经失能评估认定为重度失能且评估结果在有效期内，自评估结论作出次月起可在本市行政区域内享受长护险待遇。因病情需要转至医疗机构住院治疗的，其住院期间停止长护险待遇，从出院次日起恢复长护险待遇。

**2.保障范围。**待遇享受人员，可按需选择按照机构护理或居家护理服务方式，享受基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务。起步阶段，重点保障重度失能人员的基本生活照料需求。

**3.支付标准。**职工医保和城乡居民医保参保人员暂执行统一的长护险待遇标准。选择机构护理的，合规费用由长护险基金暂按床日定额标准支付，具体为重度失能Ⅰ级、Ⅱ级人员均为50元每床日，Ⅲ级人员为70元每床日。选择居家护理的，合规费用由长护险基金暂按可享受的服务时长进行支付，具体为重度失能Ⅰ级、Ⅱ级人员每月不超过25个小时，Ⅲ级人员每月不超过35个小时。

（四）失能评估

市和区（县、市）医疗保障部门负责失能评估的实施管理，建立评估人员库，参照国家和省长护险失能评估标准，开展现场评估，具体办法另行制定。参保人员对评估结论有异议的，可在规定时限内提出争议复评申请，争议复评结论为最终结论。建立健全评估费用合理分担机制，申请人申请争议复评，且争议复评结果与初次评估结果一致的，评估费用由申请人和长护险基金暂按同比例分担；其他评估费用均由长护险基金承担。

（五）服务供给

长护险护理服务机构实行定点协议管理，医疗保障部门建立准入、退出机制，加强协议管理和监督考核，相关管理办法另行制定。定点护理服务机构应当根据参保人员失能及护理需求情况制定护理服务计划，并按规定提供护理服务；应当配备相应的护理服务人员和必要的设备设施，其中提供机构护理的还应当设立长护险服务专区；应当接受相关行政主管部门、服务对象和社会公众监督；应加强业务培训力度，提高服务质量。

（六）经办管理

市和区（县、市）医疗保障经办机构负责长护险经办管理工作，可通过招标采购等方式引入商保公司等第三方机构协助经办相关事务工作。综合考虑服务人口、机构运营成本、工作绩效等因素，合理确定第三方经办模式，强化激励约束机制，相关合理费用从长护险基金中支付。

（七）基金监督管理

明确基金支付和不予支付的范围。建立长护险风险金，长护险基金、长护险风险金参照社会保险基金管理制度执行，纳入社会保障基金财政专户，由市级统一管理，统收统支，单独建账，独立核算。市级医疗保障经办机构设立长护险基金支出户，每年对各区、县（市）基金进行分账核算。建立责任分担机制，平衡弥补各区、县（市）长护险基金支付缺口，具体办法另行制定。市和区（县、市）医疗保障部门建立健全基金监管机制，对涉及骗取长护险基金支出的，责令退回骗取的长护险基金，并追究相关责任，确保基金安全。