杭州市长期护理保险试行办法

征求意见稿

为深入贯彻党的二十大和二十届三中全会关于建立长期护理保险制度的决策部署，积极应对人口老龄化，健全社会保障体系，着力解决失能人员长期护理基本保障需求，根据《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）和《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）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

一、总体要求

（一）适用范围

本办法所称的长期护理保险（以下简称长护险）是指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的社会保险制度。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）基本原则

坚持以人为本，着力提高失能人员生活品质，切实减轻其家庭事务性和经济性负担。坚持公平正义，统筹城乡，覆盖全民，人人参与，公平享有。坚持责任共担，遵循权利义务相对等，合理划分筹资等各方责任。坚持稳健持续，尽力而为，量力而行，保障基本，按照以收定支、收支平衡原则，科学确定筹资标准、保障范围和待遇标准，并适时加以调整，其中，建制初期，应按照低水平起步、渐次推进制度建设的原则，适当预留基金结余空间。

二、参保筹资

1. 参保对象

本市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）参保人员，在参加我市基本医疗保险时，同步参加长护险。

1. 筹资标准

建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的筹资标准动态调整机制，长护险基金原则上执行基准费率制度，起步阶段，长护险按照每人每年90元标准定额筹资。市医疗保障、财政和税务部门根据国家和省政策、本市经济社会发展水平、基金运行情况，适时研究调整筹资标准并经市政府同意后实施。

建立健全用人单位、个人、财政等多元筹资渠道和筹资分担机制。起步阶段，职工医保参保人员每年长护险费，在职职工由个人和用人单位同比例分担，即各承担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。其中，个人承担部分可从其职工医保的个人账户当年资金中代扣代缴，用人单位承担部分可通过医保费率平移转换等方式暂从其缴纳的职工医保费中划转。未达到享受职工医保退休待遇规定缴费年限，按月缴纳职工医保费至规定年限的人员，其长护险费缴费标准按灵活就业人员标准执行。起步阶段，城乡居民医保参保人员每年长护险费，由个人和财政参照本市城乡居民基本医疗保险比例分担，即分别承担30元和60元。

长护险费暂按年度筹集，参保人员按年度一次性缴纳。对中途参保的人员，按年度标准全额缴纳。对年中退出本市基本医疗保险的人员，其退出前已缴纳的长护险费不予退回。对年中发生本市基本医疗保险参保险种转换的人员，其转换前已缴纳的长护险费不予清算。长护险年度指每年的1月1日至12月31日。

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。

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。长护险筹资涉及政府补贴资金的，市和区、县（市）财政分担机制和比例参照基本医疗保险筹资相关规定执行。

三、待遇享受

（一）保障范围

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，经申请通过长护险失能等级评估（以下简称失能评估）认定符合重度失能标准的参保人员，可享受基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务，所需费用由长护险基金按规定进行支付。其中，起步阶段重点保障重度失能人员的基本生活照料需求。根据国家和省政策，综合考虑经济发展水平、资金筹集能力、保障需求和供给等因素，逐步完善保障对象、保障范围和具体服务项目内容。

（二）享受条件

起步阶段，正常享受本市职工医保或城乡居民医保待遇，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，可在本市行政区域内享受相应的长护险待遇。

（三）待遇标准

符合长护险待遇享受条件的参保人员，可按需选择享受机构护理或居家护理服务方式。参保人员以享受基本医疗保险待遇时的险种身份对应享受相应的长护险待遇，职工医保参保人员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，待遇享受人员可入住本人或监护人、委托人指定的定点长护险护理服务机构（以下简称定点长护服务机构）接受全日制护理服务。在规定的长护险服务项目标准范围内，长护险基金暂按床日定额标准支付，其中，重度失能Ⅰ级、Ⅱ级人员为50元/床日，重度失能Ⅲ级人员为70元/床日。

选择居家护理的，待遇享受人员可由本人或监护人、委托人指定的定点长护服务机构安排护理人员上门提供护理服务。在规定的长护险服务项目标准范围内，长护险基金暂按可享受的服务时长进行支付，其中，重度失能Ⅰ级、Ⅱ级人员每月不超过25个小时，重度失能Ⅲ级人员每月不超过35个小时。

市医疗保障部门将根据全市经济社会发展水平、长护险基金运行情况、护理费用增长幅度、护理服务需求等因素，适时调整待遇支付标准。

（四）待遇核定

1.经申请通过评估认定符合重度失能标准的参保人员，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，经重新评估，认定符合新的重度失能等级的，自重新评估结论作出次月起按新的失能等级调整对应长护险待遇。

参保人员在享受长护险待遇期间，经重新评估，认定不符合重度失能条件的，自重新评估结论作出次日起停止享受长护险待遇。

2.参保人员在享受长护险待遇期间，中断基本医疗保险待遇的，长护险待遇同步中断；基本医疗保险待遇恢复后，长护险待遇同步恢复。其中，中断缴费后补缴长护险费的，补缴时段内长护险待遇不予补付。

3.参保人员在享受长护险待遇期间，如需变更机构护理或居家护理服务方式的，由定点医疗机构按变更前服务服务方式办理费用结算手续后，自变更护理服务方式之日起按规定继续享受长护险待遇。

4.参保人员在享受长护险待遇期间，如与定点长护服务机构终止服务协议的或变更定点长护服务机构的，由原定点长护服务机构办理费用结算手续。选定新的定点长护服务机构之日起按规定继续享受长护险待遇。

5.参保人员在享受长护险待遇期间，因病情需要转至医疗机构住院治疗的或建立家庭病床的，其住院或建床期间停止长护险待遇，从出院或撤床之日起恢复长护险待遇。

6.参保人员在享受长护险待遇期间死亡的，自死亡次日起停止长护险待遇。

7.参保人员在享受居家护理的长护险待遇期间，因失能等级重新评估、服务方式变更、服务协议终止、服务机构变更、住院治疗、死亡等原因，当月待遇享受期间不足一个月的，长护险基金按照待遇享受期间的实际天数占当月天数的比例折算当月可享受的服务时长进行支付。

（五）待遇结算

可按规定享受长护险待遇的人员凭本人医保码或社会保障卡，由定点长护服务机构办理手续后接受护理服务，费用联网按月结算。其中，提供居家护理的，符合长护险待遇标准的费用，暂由长护险基金按60元/小时结算，个人暂无需承担。提供机构护理的，暂由长护险基金按床日定额标准结算。应由长护险基金支出的费用，由经办机构与定点长护服务机构按月结算；超出长护险待遇标准的费用，应由参保人员个人支付给定点长护服务机构。

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，逐步探索长护险待遇异地结算等互认互通。

四、失能评估

1. 评估主体

市和区、县（市）医疗保障部门负责失能评估的实施管理，建立评估专家库，明确评估专家动态管理机制，评估专家应当符合一定条件，经专门培训后具体实施失能评估。具体失能评估管理以及评估专家管理办法另行制定。

1. 评估标准

参照国家和省长护险失能评估标准，对评估对象日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度进行分级评估。逐步推动评估结果跨部门互认，对经长护险失能评估符合长护险待遇享受条件的失能老年人，民政部门在给予护理补贴、指导养老机构开展入院评估时，探索采信长护险失能评估结果。

1. 评估方式

1.失能评估工作应遵循公平、公正、公开、便民原则，按照评估申请、受理审核、现场评估、提出结论、公示与送达等程序进行。

2.参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。

3.参保人员在上一次评估结论作出满6个月后，因失能状态变化，可再次提出失能评估申请。

4.原则上重度失能等级评估结论的有效期最长为2年。评估结论到期后应重新评估。

5.通过举报投诉办理、随机抽查等方式，可对享受长护险待遇的参保人员进行调查回访及抽查复评和稽核评估等。经核查发现失能等级发生变化或不符合长护险基金支付条件的，及时调整或终止其长护险待遇。

1. 评估费用

失能评估费用包括申请初次评估费用、争议复评费用、状态变更评估费用、期末评估费用、抽查复评费用、稽核评估费用及其他符合规定的相关评估费用。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。在定点长护服务机构开展初次评估、期末评估、状态变更评估工作的，每评估一人次，每名评估专家的费用标准暂定为150元；居家上门开展上述评估工作的，每评估一人次，每名评估专家的费用标准暂定为200元。开展抽查复评、争议复评、稽核复评工作的，每评估一人次，每名评估专家的费用标准暂定为200元。

五、服务供给

1. 服务机构

具备相应资质且具备本办法规定的各类长护险服务能力的机构，可以申请纳入本市定点长护服务机构，为参保人员提供长期护理服务。视长护险发展情况及国家和省有关规定，适时调整申请纳入本市定点长护服务机构的资质等要求。积极推进长期护理服务体系建设，建立长护险服务队伍能力建设机制，强化职业技能培训。

1. 协议管理

医疗保障经办机构与定点长护服务机构签订长护险服务协议，明确双方的权利、义务和违约责任，约定服务范围、标准要求等内容。医疗保障部门根据国家和省及我市长护险相关规定，结合服务需求和市场供给情况，确定我市定点长护服务机构资源配置，建立准入、退出机制，加强协议管理和监督考核。定点长护服务机构管理办法另行制定。

1. 开展服务

定点长护服务机构与长护险待遇享受人员或监护人、委托人签订护理服务协议后，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。

定点长护服务机构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定点长护服务机构还应当设立长护险服务专区。定点长护服务机构应当公示本机构服务项目、服务内容、服务人员、服务周期、收费标准等信息，接受相关行政主管部门、服务对象和社会公众监督，不得对享受长护险待遇的人员提高收费标准。定点长护服务机构应加强业务培训力度，提高服务质量，确保为参保人员提供规范标准的护理服务。

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，加强经办管理服务能力建设，可引入社会力量，通过招标采购等方式遴选商业保险公司等第三方机构协助经办长护险相关事务工作。

第三方机构应按协议内容协助医疗保障经办机构完成工作。第三方机构应严格按照相关法律法规及各项规定，加强长护险信息管理和信息安全保护，控制相关信息的使用范围，防止信息外泄和滥用。第三方机构泄露长护险信息的，或未经允许用于其他用途的，应承担相应的法律责任。

综合考虑服务人口、机构运营成本、工作绩效等因素，合理确定委托经办模式，强化激励约束机制，相关合理费用可从长护险基金中支付。

七、基金监督管理

1. 基金支付范围

下列情形发生的费用，由长护险基金按规定支付：

1.符合长护险规定的待遇支付范围及标准的费用；

2.符合规定的长护险评估费用；

3.引入第三方机构经办的相关合理费用。

4.国家、省、市规定的其他支付的费用。

1. 基金不予支付范围

下列情形发生的费用，长护险基金不予支付：

1.按规定应当由医疗保险、工伤保险基金支付的费用；

2.超出长护险规定的待遇支付范围及标准的费用；

3.国家、省、市规定的其他不予支付的费用。

（三）基金管理

建立长护险风险金，从长护险基金中提取。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，实行预决算管理，单独建账，独立核算，专款专用，任何组织和个人不得侵占挪用。市级医疗保障经办机构设立长护险基金支出户，用于办理基金核拨、支付等业务，每年对各区、县（市）基金进行分账核算。市医疗保障行政部门、财政部门和审计机关要按照各自职责，对长护险基金的运行情况实施监督检查和审计。建立责任分担机制，有效平衡和弥补各区、县（市）长护险基金支付缺口，具体办法另行制定。

（四）监督考核

市和区、县（市）医疗保障部门应建立举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等监管机制，通过运行分析、投诉处理、疑点稽核、随机抽查、日常巡查、专项检查、跨部门协同检查等方式，加强对医疗保障经办机构、委托经办机构、定点长护服务机构及其护理人员、参保人员、评估人员的监督检查，积极引入第三方监管力量，确保长护险基金平稳运行和安全有效。

定点长护服务机构及其护理人员、第三方机构、参保人员等以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取长护险基金支出的，由医疗保障部门责令退回骗取的长护险基金。对涉及的定点长护服务机构及其护理人员，由医疗保障经办机构按照定点长护服务机构相关管理规定进行处理；对涉及的第三方机构，应当按照合同追究其违约责任。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

市医疗保障部门负责牵头制定长护险政策，会同相关部门出台配套文件，加强基金使用监督管理，牵头组织实施长护险工作。市财政部门负责长护险基金和长护险风险金管理等工作，并按规定落实资金保障。市税务部门负责长护险费征收工作。市民政部门负责规范完善养老服务机构行业管理等。市卫生健康部门负责支持和鼓励相关专业人员参与失能等级评估、护理服务供给等工作。市人力社保部门负责配合行业主管部门加强护理服务从业人员队伍建设等。市市场监管部门负责做好支持定点长护服务机构等市场主体准入等工作。其他有关部门和单位负责做好各自职责范围内工作。各区、县（市）政府对长护险事业给予组织和经费保障。建立由市医疗保障行政部门牵头、各相关部门参与的市长护险联席会议制度，研究解决全市长护险工作中的特殊情况和重大事项，各区、县（市）参照建立相应的工作机制。

本办法自XX年X月X日起施行。