

# 关于印发宿迁市长期护理保险实施细则的通知

## 宿医保规〔2023〕1号

各县（区）医疗保障局、财政局、民政局、卫生健康局、残疾人联合会，市各功能区有关职能部门，市医疗保险基金管理中心：

现将《宿迁市长期护理保险实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。

宿迁市医疗保障局

宿迁市财政局

宿迁市民政局

宿迁市卫生健康委员会

宿迁市残疾人联合会

2023年8月20日

（此件公开发布）

# 宿迁市长期护理保险实施细则

## 第一章 总 则

**第一条** 根据《江苏省医疗保障条例》《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）《市政府关于建立长期护理保险制度的实施意见》（宿政规发〔2023〕6号），结合我市实际，制定长期护理保险（以下简称“长护险”）实施细则。

**第二条** 建立健全长护险管理服务体系。

（一）市医疗保障局为长护险主管部门，负责长护险政策制定、组织实施、监督管理工作。各县（区）医疗保障局做好各县（区）长护险组织实施、监督管理工作。

（二）成立长护险失能评估委员会（以下简称“评估委员会”），负责组织开展失能评估工作。

（三）经办机构：市、县（区）医疗保险基金管理中心为长护险经办机构（以下简称“经办机构”）。市经办机构负责制定长护险配套制度以及统筹协调全市开展相关长护险经办实施等工作。县（区）经办机构开展长护险管理工作。

具体包括长护险配套制度的制定实施、参保登记、基金筹集、费用审核、支付结算、稽核管理等；开展承办长护险经办业务的商业保险机构（以下简称“承办机构”）的招标管理、稽核指导、

绩效考核工作。组织开展长护险定点护理服务机构（包括医疗机构、养老服务机构、残疾人托养康复机构、上门护理机构等，以下简称“服务机构”）的准入、协议签订、指导管理等工作；负责长护险信息系统的开发建设、升级维护、数据管理等工作；协助评估委员会开展评估工作。

（四）承办机构：负责在经办机构的指导和监督下，承办长护险事务工作，建立长护险服务中心，办理对外服务。具体包括协助失能评估工作，包括受理申请、材料初审、现场评估、公示结果、送达评估结论书等工作；协助经办机构做好服务机构的协议管理、监督考核以及信息系统建设等工作；受经办机构委托，实施长护险费用结算、待遇支付及基金运行监测工作；长护险政策宣传、咨询回复、信访投诉处理和待遇享受人员的稽核调查工作；以及经办机构安排的其他工作。

（五）服务机构：负责按照服务协议约定，为符合条件的失能人员提供专业长护险护理服务。

## **第二章 参保缴费**

**第三条** 职工医保参保人员和城乡居民参保人员在办理基本医疗保险参保手续时经办机构同步办理长护险的参保登记。2023年起先行开展职工医保参保人员长护险试点，根据试点情况，适时扩大到居民医保参保人员。

**第四条** 建立与经济社会发展水平和各方承受能力相适应的稳定可持续筹资机制。长护险基金通过个人缴费、财政补助和基本医疗保险统筹基金划拨等渠道按年度一次性筹集长护险基金。鼓励企业、单位、慈善机构等社会团体和个人给予支持或捐助。职工年度长护险筹集标准暂定为每人每年80元，其中职工个人每人每年20元，医保统筹基金划拨每人每年60元。城乡居民年度长护险筹集标准另行规定。

（一）个人缴纳部分：每年1月底前由市经办机构从职工医保个人账户中一次性划转次年度参保费用。（2023年10月—12月个人缴纳10元，10月份在医保个人账户划账时划转）个人账户资金余额不足时，从次月账户划入额度中抵扣。年度内新增或中断后续保人员，在首次个人账户划拨时，按全年标准一次缴清当年费用。参加职工医保的灵活就业人员，参照在职职工执行。

（二）基本医疗保险统筹基金筹集部分：每年按照长护险参保人数列入基金支出预算。（2023年10月—12月按照职工医保实际参保人数每人30元的标准划转）

**第五条** 长护险待遇享受期为每年1月1日至12月31日。职工医保个人账户未划转或年度内中途参保人员，自划转或缴费到账次日起，经申请评估后符合重度失能评估标准的，按规定享受长护险待遇。已完成年度长护险参保缴费，年度内在我市基本

医疗保险制度内保险关系转移的，不再重复缴纳长护险参保费用。

**第六条** 按规定缴纳长护险参保费用的参保人员，因故停止参加我市基本医疗保险的，已缴纳的长护险个人缴费部分不予退回，可继续享受当年度的长护险待遇。

### **第三章 失能评估**

**第七条** 失能评估是指对失能的参保人员丧失生活自理能力程度进行技术性等级评估。因年老、疾病、伤残等原因导致长期失能且经医疗机构或康复机构规范诊疗后，失能状态持续6个月以上的参保人员，可申请失能评估。

经失能评估认定符合重度失能等级标准的参保人员，方可享受长护险待遇。失能等级评估标准按照国家医疗保障局办公室民政部办公厅印发的《长期护理失能等级评估标准（试行）》执行。失能评估办法由市医疗保障部门另行制定。

**第八条** 参保人员申请失能评估的，可由本人或其代理人向各长护险服务中心窗口、承办机构服务窗口或线上提出申请。代理人包括直系亲属、法定监护人、社区工作人员等。申请人应当填写申请表并提供参保人员社会保障卡或者医保电子凭证以及完整的病史资料等相关材料，由代理人申请的，还需提供代理人身份证明。申请人或代理人应当对申请事项及材料的真实性以及失能评估的意愿作出承诺，并签字确认。

**第九条** 参保人员通过各长护险服务中心窗口、承办机构服务窗口提出申请的，窗口工作人员应立即进行初审，对材料齐全的，出具受理通知书；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，对申请材料进行初审，申请材料不齐全或不符合要求的，应当一次性告知申请人需要补正的全部材料。

**第十条** 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）未参加我市长护险的；
- （二）失能未满6个月的；
- （三）不同意参加失能评估的或自上一次失能评估结论作出之日起不满6个月的（参保人员失能状态明显恶化的除外）；
- （四）参保人员居住在境外的；
- （五）应当由第三人负担的或属于工伤等社会保险责任范围的；
- （六）提供虚假材料的；
- （七）其他不予受理的情形。

**第十一条** 申请材料齐全且符合要求的，受失能评估委员会委托，承办机构应自接收申请材料之日起10个工作日内对申请人提供的材料进行审核，并开展现场评估。

**第十二条** 承办机构现场评估后，应向评估委员会汇报评估

结果。评估委员会根据失能评估结果作出失能等级评估结论，并由承办机构进行公示。评估结论应在受理申请后 20 个工作日内作出，有效期为 2 年。

**第十三条** 下列情形应当按规定开展评估复核：

- （一）待遇申请人对评估结论有异议的；
- （二）公示期间，异议人向承办机构实名反映情况的；
- （三）经办机构或承办机构通过抽查复核等途径发现参保人不符合待遇享受条件的；
- （四）以及其他法律、法规或规章规定的应开展评估复核的情形。

**第十四条** 承办机构负责受理评估复核申请，并向评估委员会申请开展评估复核工作，评估复核结论为最终结论。

**第十五条** 待遇申请人申请的评估复核结论与初次评估结论一致的，评估复核费用由申请人承担。

**第十六条** 申请人居家进行评估的，评估费标准为 200 元/次；申请人入住机构后进行评估的，评估费标准为 120 元/次。评估费用由长护险基金列支。

**第十七条** 承办机构与评估人员按月结算评估费用。承办机构每月初 10 个工作日内按上月实际评估的失能评估人数、评估费标准与评估人员结算评估费用。

**第十八条** 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、评估复核结论及佐证资料等。

#### **第四章 待遇支付**

**第十九条** 经失能评估为重度失能等级的参保人员，自评估结论书作出次日起按规定享受长护险待遇。参保人员可根据自身情况选择服务方式，享受相应的长护险待遇。

**第二十条** 参保人员在市内接受护理服务的，属服务项目范围的费用，按以下标准支付：

（一）入住服务机构医疗床位接受护理服务的，按 50 元/天的标准与服务机构结算；

（二）入住服务机构护理床位接受护理服务的，按 40 元/天的标准与服务机构结算；

（三）居家接受服务机构上门提供护理服务的，每次服务时长不低于 1.5 小时，按 30 元/小时的标准与服务机构结算，月度限额为 900 元。上门护理服务月度总时长不足 30 小时的，根据实际服务时长结算；

（四）居家接受亲情护理服务的，按 20 元/天的标准支付护理服务补助；

（五）选择居家接受上门服务机构提供护理服务和亲情护理相结合模式的，月度限额为 750 元，其中亲情护理服务补助标准为 15 元/天，月度限额 450 元；上门服务机构护理每次服务时长



不低于 1.5 小时，按 30 元/小时的标准与服务机构结算，月度限额为 300 元。

服务项目和标准由市医疗保障部门另行制定。

**第二十一条** 在市外（不含境外）居住的参保人员，由长护险基金按 20 元/天的标准支付护理服务补助。

**第二十二条** 参保人员选择亲情护理服务方式的，为参保人员提供亲情护理的人员应接受相关护理培训。

参保人员选择亲情护理服务方式的，承办机构应安排服务机构为其提供 2 个月上门服务体验服务，并支付相关费用。

**第二十三条** 选择入住服务机构或居家接受服务机构提供上门护理服务的，双方应签订服务协议，明确双方的权利、义务和责任等。

**第二十四条** 参保人员根据自身护理要求，需变更服务方式或服务机构，应向承办机构申请，**承办**机构自收到变更申请之日起 3 个工作日内完成变更审批工作。参保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待遇。

**第二十五条** 参保人员享受长护险待遇期间，可以同时享受由医保基金支付的门诊待遇，但不得同时享受住院待遇，也不得同时享受由工伤保险、生育保险支付的相关医疗待遇。同时符合长护险，经济困难的高龄、失能老年人补贴、重度残疾人护理补贴、残疾人居家托养服务补贴条件的失能人员，只能享受一种待

遇。

**第二十六条** 参保人员退出护理服务的，自退出次日起停止享受长护险待遇。

**第二十七条** 参保人员因死亡、病情好转等原因不符合长护险待遇享受条件，应及时办理长护险终止手续，停止长护险待遇。

## 第五章 费用结算

**第二十八条** 参保人员在护理期间，发生的符合长护险服务项目范围和标准的护理服务费用，由承办机构与服务机构结算，从长护险基金中支付；超出服务项目范围和标准的护理服务，长护险基金不予支付。

**第二十九条** 综合考虑服务人口、机构运营成本、工作绩效等因素，合理确定承办机构的承办服务费。承办服务费从长护险基金中支付。

**第三十条** 每季度初，经办机构按上季度长护险基金支出的95%预拨给承办机构，承办机构按季度将实际结付的照护保险费支付情况报送经办机构，经办机构审核后进行结算。次年初，根据承办机构服务协议的履行情况、服务对象满意情况及年度考核结果，对承办机构的包括长护险基本支出、承办服务费进行年度清算。

**第三十一条** 承办机构与服务机构按月结算护理服务费用。承办机构每月上旬（10个工作日内）按上月待遇享受人数、待

遇标准和实际享受待遇时间，与服务机构结算护理服务费用。承办机构按月与待遇享受人或其代理人结算亲情护理服务补助。

**第三十二条** 建立与服务对象满意度、护理服务质量挂钩的考核结算机制，经办机构可委托承办机构加强对服务机构服务质量进行监督考核，通过信息化等手段进行考核。具体考核办法由市医疗保障部门另行制定。

## **第六章 服务管理**

**第三十三条** 本市范围内依法成立的符合我市长护险护理相关条件的医疗机构、各类养老服务机构、残疾人托养康复机构、上门护理机构等，可按规定向承办机构提交相关申请材料，由经办机构会同承办机构做好申请材料审批、服务场所考察、相关协议签订等工作，并将审批通过的服务机构统一纳入长护险信息系统。具体管理办法由市医疗保障部门另行制定。

**第三十四条** 经办机构应当与承办机构、服务机构签订管理协议，明确双方的权利、义务和违约责任。经办机构应加强协议管理，实施严格规范的退出机制。

**第三十五条** 承办机构、服务机构应当按照协议要求配备必要的设备、场所、人员和信息系统，确保有效管理、服务质量和信息安全。承办机构和服务机构之间签订的服务协议一年一签。

**第三十六条** 服务机构按照民政、卫健、残联等部门单位的相关规定，接受相关行政主管部门、服务对象和社会公众监督，

不得对待遇享受人提高收费标准。

**第三十七条** 服务机构服务场所、服务范围、服务人员情况等服务要素发生变化的，应及时向经办机构备案，由经办机构视情况重新进行服务能力评估，对不符合管理要求的，应当暂停或终止协议。

**第三十八条** 承办机构应组织对评估、护理服务从业人员业务培训，提高服务质量，确保为参保人员提供规范的护理服务。

## **第七章 监督管理**

**第三十九条** 长护险基金管理参照现行基本医疗保险基金管理制度，实行收支两条线管理，单独建账，单独核算，专款专用。接受审计等部门监督，畅通社会监督渠道，鼓励和支持社会各方参与监督。

**第四十条** 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、抽查复核、满意度调查等方式，对评估结果、服务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。

**第四十一条** 承办机构应当主动收集基本医疗保险参保登记人员信息，及时将去世人员信息更新至长护险信息系统，并于每月做好长护险享受人员的日常稽核回访工作。经办机构会同承办机构定期对失能人员失能情况开展抽查复核，对享受长护险待遇期满 12 个月的人员，承办机构按照不低于 30% 的比例进行抽

查复核，每位失能人员在 3 年内至少复核一次。经抽查复核不符合长护险待遇享受条件的失能人员，自抽查复核结论作出次日起停止长护险待遇。

对抽查复核结论有异议的，自抽查复核结论作出 10 个工作日内可向承办机构提出评估申请，承办机构组织评估人员开展评估工作。评估申请期间长护险待遇暂停。

**第四十二条** 经办机构应建立举报投诉、信息披露、稽核管理、防范欺诈等风险防控机制，确保基金平稳运行和安全可靠。加强对承办机构、服务机构、评估人员政策执行情况及各项制度落实情况督查，及时发现和解决实施过程中存在的问题。

**第四十三条** 参保人员、承办机构及其工作人员、服务机构及其工作人员、评估人员、经办机构工作人员等有违反服务协议的，根据协议约定处理；违反长护险管理规定的，依据相关法律、法规或规章处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第八章 附 则

**第四十四条** 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

**第四十五条** 本实施细则自 2023 年 10 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 9 月 30 日，如国家和省出台新规定的，从其规定。