关于深化推进长期护理保险制度试点

的实施方案（2023-2025年）

（征求意见稿）

为满足群众日益增长的护理需求，保障失能人员基本生活权益，提升失能人员生活质量。根据《国家医保局 财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）和《浙江省医疗保障局 浙江省财政局关于深化长期护理保险制度试点的指导意见》（浙医保联发〔2022〕6号）要求，对照试点内容深化长期护理保险试点，用心用情用力办好省市民生实事，完善长护险标准体系，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和十九届历次全会精神，坚持以人民健康为中心，进一步扩大长期护理保险保障人群，健全更加公平更可持续的社会保障体系，助力高质量发展共同富裕示范区建设，不断增强人民群众在共建共享发展中的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则。坚持以人为本，重点解决重度失能人员长期护理保障问题。坚持以收定支，合理确定保障范围和标准。坚持统筹协调，做好新老政策的顺利衔接和经办管理。坚持机制创新，确保稳定运营可持续。坚持权责共担，合理划分筹资责任和保障责任。

（三）工作目标。在全市范围内全面推行长期护理保险，实现职工医保、居民医保人群保障全覆盖。紧紧围绕政策框架标准化、护理服务规范化、基金运行可持续，为老年友好型社会、共富型医保体系发挥重要作用。2023年将市区城乡居民险种人员纳入长期护理保险保障范围。2025年将各县（市）城乡参保对象纳入长护险覆盖范围。

二、待遇保障

（一）参保对象。全市职工基本医疗保险参保人群，稳步延伸到城乡居民医疗保险参保人群。

（二）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，经申请通过评估符合长护险重度失能标准的，纳入我市长护险保障范围。重点解决重度失能人员基本护理保障需求，优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人。

（三）资金筹集。长期护理保险基金按自然年度筹集。根据国家政策规定和基金运行情况，综合考虑城乡居民可支配收入，动态调整长期护理保险人均筹资水平，待条件成熟后逐步过渡到职工医保和居民医保长护险筹资标准统一。

2023年职工医保参保人员长期护理保险费暂定100元，在职人员由个人和用人单位同比例分担，退休人员由个人和医保统筹基金同比例分担。单位缴费部分从其缴纳的职工基本医疗保险费中划转，不增加单位负担。个人缴费部分从个人账户代扣代缴。参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，参照职工执行。

2023年城乡居民医保参保人员长期护理保险费暂定90元，由个人和财政按照统筹区城乡居民基本医疗保险比例分担，与城乡居民基本医疗保险同步缴纳。

医疗救助对象参加长期护理保险的个人缴费部分参照城乡居民基本医疗保险资助参保政策按规定予以补助。

解放及抗战离休配偶可参照长期护理保险实施保障。符合长护险待遇享受条件的离休配偶实际产生的护理费用经费纳入其医疗经费一并缴纳。

（四）待遇支付。长护险基金主要用于支付在我市辖区内符合规定的机构和人员提供基本护理服务所发生的费用。经评估享受长护险待遇的参保人员，发生的符合长护险规定的医疗服务费用、生活照料等费用，纳入长护险基金支付范围，从等级评估通过次月起开始享受待遇，可先按居家亲情护理服务标准支付。探索建立异地居住人员长护险服务模式。做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。

（五）支付标准。长期护理保险待遇的护理服务形式，包括居家亲情护理、居家上门护理和机构护理，重度失能等级评定分一级、二级、三级。根据失能等级、服务提供方式等不同实行差别化待遇保障政策。选择居家上门护理和机构护理，重度三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按2980元/月、2384元/月、1788元/月计算;选择居家亲情护理，重度三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按1490元/月、1192元/月、894元/月计算，其中生活护理费用最高限不低于50%。符合规定的护理服务费用，基金支付比例为80%，个人负担20%。

三、评估管理

（一）完善标准。按照国家医保局办公室、民政部办公厅印发的《关于印发〈长期护理失能等级评估标准(试行)〉的通知》（医保发〔2021〕37号）和浙江省市场监督管理局发布的《长期护理保障失能等级评估规范》要求，调整完善失能评估标准。

（二）组建失能等级评估团队。组建约300名评估员库，随机抽取评估小组成员，建立动态管理机制。失能等级评估小组由2名评估员库成员、1名医保经办部门工作人员、1名商保工作人员和1名村（社）区工作人员组成。组建50名左右专家委员库，抽取3-5名专家委员对初评异议的案例进行复评，通过审核既往病史、就医记录、评估影像等方式进行，必要时上门重新评估。

（三）评估流程。依照公开、公正、透明的原则，对提出评估需求申请的参保人员进行疾病状况、自理能力等失能程度综合评估。全市统一按初期每月评估，中后期季度受理申请。参保人及家属对首次评估结果有异议的，需在公示期内或接到评估结论通知的10个工作日内申请复评。评估费用标准根据民政、财政部门有关规定收取，评估费用由长护险基金列支。

在日常监督检查中发现参保人疑似不符合重度失能标准的，可要求参保人及其家属配合进行重新评估。不配合监督评估或重评结论为非重度失能的，自出具评估结论之日起停止长护险待遇。

四、管理服务

（一）基金管理。建立长期护理保险风险金，长期护理保险风险金从当期基金滚存结余暂按25%提取，长期护理保险基金、长期护理保险风险金参照社会保险基金管理制度执行。基金单独建账，独立核算，专款专用，接受审计和社会监督。

（二）机构管理。将长护险服务机构（医养结合机构、养老服务机构、居家护理机构）纳入医保定点机构统一管理，签订长期护理保险定点服务协议，规范长期护理保险定点服务机构服务行为，保障参保人员的护理需求。已定点的长护险服务机构按新标准进行整改，择期重新考核。

（三）经办管理。通过公开招投标，引入社会力量参与长期护理保险经办服务，充实经办力量。以购买服务的方式支付社会力量的经办服务费，可综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素，探索从长期护理保险基金中按比例或按定额支付。

（四）结算管理。对于定点服务机构提供的符合支付范围、达到服务标准的护理服务，按月结算；享受待遇天数未满一个月的，按实际享受天数进行结算。在支付同时可预留一定比例的服务质量保证金，用于年终考核结算，具体比例在服务协议中明确。应严格审核定点服务机构的护理费用，不符合规定的，基金不予支付。

（五）监督管理。建立定期回访和复评机制，完善举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等风险管理制度，创新基金监管手段，建立健全基金监管长效机制。对长护服务机构建立信用评价体系，加强对长护服务机构的日常稽核，适时开展长期护理保险基金监管飞行检查，确保基金安全。

五、组织实施

（一）加强组织保障。各地必须提高政治站位，做好组织实施，推进长期护理保险扩面提质工作有序开展。市医保中心及各县（市、区）医保经办部门应成立长期护理保险科，指派专人负责长护险相关工作。做好政策解读，及时回应社会关切，合理引导预期。充分调动各方面支持配合工作的积极性和主动性，凝聚社会共识，为扩面提质顺利推进构建良好社会氛围。

（二）细化政策体系。结合国家和省指导意见，构建“1+5+N”政策体系，配套出台定点机构协议管理、失能等级评估标准、失能等级评估流程、经办规程、评估库管理等一系列政策措施。做好新老制度转换衔接，对原待遇享受人员，统一组织复评，根据复评结果及时调整或取消长护险待遇。对原临时定点护理机构，按新定点评估标准评估合格后，统一签订定点服务协议。

（三）强化监督检查。对基金筹集、评定复审、费用支付等环节的监督管理，防范保险基金欺诈、骗保行为的发生，确保基金安全。对存在违法违规行为造成长护险基金损失的机构和个人，依照相关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。进一步梳理和优化系统流程，基于智慧医保系统和“浙里长护在线”场景框架，为系统上线做好温州特色政策和需求准备。

（四）量化工作进度。要把握好工作重点和推进节奏，掌握好工作的“时度效”。于2023年第二季度完成长护险新一轮招投标，与承办经办业务的商保公司签订服务协议，并同步启动“浙里长护在线”功能调整改造；第三季度发布通告，做好城乡居民参保人员新增险种上线。第四季度正式开放申请受理渠道，组织人员上门评估，确保新一轮参保的城乡居民参保人员于2024年1月1日切实享受待遇。