

成都市长期护理保险实施细则

第一章 总则

第一条 为保障《成都市人民政府关于开展新一轮长期护理保险改革的实施意见》（成府发〔2022〕10号）（简称《实施意见》）顺利实施，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 成都市长期护理保险基金实行市级统筹，统一参保范围、缴费标准、待遇水平和基金管理。

第二章 参保缴费

第三条 本市行政区域内下列人员，在参加基本医疗保险的同时，参加长期护理保险：

（一）以统账结合方式参加本市城镇职工基本医疗保险的参保人员；

（二）本市城乡居民基本医疗保险参保人员。

第四条 按照统账结合方式参加本市城镇职工基本医疗保险的参保人员参加长期护理保险，通过划转医保个人账户和统筹基金等方式筹资。具体标准为：

（一）个人账户划转标准

40岁（含）以下未退休人员，以城镇职工基本医疗保险缴费基数为基数，按每人每月0.1%的费率从个人账户划入长期护理保险基金；

40 岁以上未退休人员，以及达到法定退休年龄但需继续缴纳城镇职工基本医疗保险费的参保人员，以城镇职工基本医疗保险缴费基数为基数，按每人每月 0.2% 的费率从个人账户划入长期护理保险基金；

退休人员以城镇职工基本医疗保险个人账户划入基数为基数，按每人每月 0.3% 的费率从个人账户中划入长期护理保险基金。

（二）统筹基金划转标准

单位参保人员，以城镇职工基本医疗保险缴费基数为基数，按每人每月 0.2% 的费率从单位为其缴纳的基本医疗保险费中划入长期护理保险基金；

个体参保人员，以城镇职工基本医疗保险缴费基数为基数，按每人每月 0.2% 的费率从其缴纳的基本医疗保险费中划转。

（三）财政补助标准

按照城镇职工基本医疗保险中退休人员参保人数进行补助，以退休人员城镇职工基本医疗保险个人账户划入基数为补助基数，按每人每月 0.01% 比例，实行年度补助。

第五条 本市行政区域内按照住院统筹等方式参加城镇职工基本医疗保险、无个人账户的参保人员可自愿参加长期护理保险，通过划转医保统筹基金和个人缴费筹资。个人缴费标准按照对应年龄段统账结合基本医疗保险参保人员个人账户划转标准执行。其中，退休人员缴费基数按统账结合基本医疗保险参保人员中退休人员的最低个人账户划入基数执行。

第六条 城乡居民参加长期护理保险，通过个人缴费和财政补助等方式筹资。具体标准为：

成人个人缴费标准为每人每年 25 元，在参加城乡居民基本医疗保险时，一并缴纳；财政补助标准为每人每年 30 元。

自 2023 年起，学生儿童（含大学生）参加长期护理保险，个人缴费按每人每年 10 元标准，从城乡居民基本医疗保险个人缴费中划转；财政补助标准为每人每年 10 元。

第七条 由政府补助参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，其长期护理保险个人缴费部分，由相关部门按照国家和省市相关规定的资助比例资助。

第八条 长期护理保险财政补助部分，所需资金由市级财政、区（市）县财政共同分担，具体分担标准由市医保局、市财政局另行制定。

第九条 已按照工伤保险政策享受生活护理费的工伤职工，不再参加长期护理保险。

第十条 参保人员申请长期护理保险待遇时，应已连续参加我市长期护理保险 2 年，并处于我市基本医疗保险待遇享受期内，享受长期护理保险待遇期间应持续缴费参加长期护理保险。

第十一条 市医保局负责制定长期护理保险关系转移接续办法，保障参保人员待遇有效衔接。

第三章 失能评估

第十二条 参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致失能，

丧失生活自理能力持续 6 个月（含）以上，申请享受长期护理保险待遇的，应首先进行失能等级评估。

第十三条 失能等级评估指评估机构按照长期护理失能等级评估标准，对参保人员日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的生活自理能力丧失程度进行等级评估。评估结论为重度失能三级、二级、一级，以及中度失能三级、二级的参保人员可按规定享受长期护理保险待遇。

第十四条 市医保局会同相关部门成立成都市长期护理保险资格评定委员会，评定委员会办公室设在市劳动能力鉴定中心，作为我市长期护理保险评估机构，具体负责：

- （一）失能评估标准的实施和维护；
- （二）失能评估管理办法和流程的制定；
- （三）评估人员和评定专家的管理；
- （四）失能评估工作的监督和指导；
- （五）其他与失能评估管理相关的工作。

第十五条 失能评估按照评估申请、受理审核、现场评估、结论公示、异议复评、结论送达等程序进行，具体失能评估程序由成都市长期护理保险资格评定委员会办公室另行制定。

第十六条 参保人员符合长期护理保险待遇申请条件的，由评估员进行失能评估。参保人员对评估结论有异议的，可提出复评申请，由评定专家进行复评，复评结论为最终结论。

第十七条 参保人员有下列情形之一的，不符合待遇申请条

件：

- （一）未参加本市长期护理保险的；
- （二）已按照工伤保险政策享受生活护理费的人员；
- （三）申请待遇时，不在基本医疗保险待遇享受期内的；
- （四）丧失生活自理能力持续不足 6 个月的；
- （五）提供虚假材料的；
- （六）距上次评估结论作出未满 6 个月的；
- （七）其他不符合法律法规和我市长期护理保险政策规定的。

第十八条 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，可再次提出失能等级评估申请。评估流程与初次申请时一致。

第十九条 享受长期护理保险待遇连续不间断满 12 个月的参保人员，成都市长期护理保险资格评定委员会可对其进行持续评估。经持续评估失能等级发生变化或不符合长期护理保险支付条件的，应从评定结论下达的次月起调整或终止其长期护理保险待遇。

第二十条 失能评估费用包括初评、复评、持续评估、动态评估的费用，以及评估员实习评估费用。

第二十一条 成都市长期护理保险资格评定委员会通过举报投诉、随机抽查等方式，对享受长期护理保险待遇的失能人员进行调查回访及动态评估。经核查发现失能等级发生变化或不符合长期护理保险支付条件的，应及时告知医保经办机构调整或终止

其长期护理保险待遇。

第四章 服务供给

第二十二条 本市范围内符合条件的各类医疗、养老、护理、辅助器具服务等机构，可自愿申请成为长期护理保险定点服务机构，为参保人员提供长期护理服务。

第二十三条 市医保经办机构根据我市长期护理保险政策规定，结合服务需求情况，确定我市定点服务机构资源配置，建立准入、退出机制，加强协议管理和监督考核。

第二十四条 享受长期护理保险待遇的参保人员，选择居家护理的，其指定的居家护理服务人员应参加规范化培训，由定点服务机构上门进行培训。居家护理服务人员应接受医保经办机构对其护理服务的指导、监督与管理。

第二十五条 医保经办机构、定点服务机构等应建立参保人员健康与服务档案，实行实名制管理。

第五章 待遇支付

第二十六条 应由长期护理保险基金支付的费用，由区（市）县医保经办机构按月与定点服务机构或居家护理服务人员等进行结算。

第二十七条 经失能评估符合长期护理保险待遇支付条件的参保人员，选择机构护理的，从评估结论下达当月起享受长期护理保险待遇；选择居家护理的，从评估结论下达当月起享受基础护理服务待遇，从评估结论下达次月起享受专业护理服务

和辅助器具服务待遇。

第二十八条 已享受待遇的参保人员经持续评估或动态评估后，失能等级发生变化的，评估期间按原待遇标准享受待遇。经评定为新的失能等级，从评估结论下达的次月起按照新的失能等级对应标准调整或终止其长期护理保险待遇。

第二十九条 参保人员选择的服务方式等有变更的，从变更后的次月起按照变更后的服务方式享受待遇。

第三十条 参保人员发生应由第三方依法承担的护理、康复及照护费用，长期护理保险基金不予支付。第三方不支付或者无法确定第三方，且参保人员经失能等级评估达到待遇享受条件的，按照《实施意见》规定享受长期护理保险待遇。医保经办机构有权向第三方追偿。

第六章 经办管理

第三十一条 各级医保经办机构负责长期护理保险经办管理工作，各级税务部门负责长期护理保险费征收工作。

第三十二条 市医保经办机构负责全市长期护理保险经办管理工作，具体负责：

- （一）政策宣传并组织实施；
- （二）制定经办服务规程并组织实施；
- （三）定点服务机构的协议管理和监督考核办法的制定；
- （四）长期护理服务的日常监管；
- （五）对区（市）县医保经办机构的监督和指导；

(六) 委托经办机构、第三方监管机构的招标、监管和考核;

(七) 其他经办管理工作。

第三十三条 各区(市)县医保部门负责辖区内长期护理保险管理工作, 具体负责:

(一) 长期护理保险政策宣传咨询、部门协同、数据安全、风险防范、信访维稳等;

(二) 评估人员日常管理;

(三) 失能评估工作的日常监管;

(四) 定点服务机构的遴选、协议管理、监督考核;

(五) 委托经办工作的监督指导;

(六) 长期护理保险费用审核、结算和支付;

(七) 长期护理服务人员以及护理情况的日常监管;

(八) 其他经办管理工作。

第三十四条 市医保经办机构通过公开招标方式, 将部分长期护理保险经办业务委托商业保险公司等机构经办, 具体包括:

(一) 配合医保经办机构做好政策宣传和咨询;

(二) 待遇享受的申请受理;

(三) 失能评估的具体组织实施;

(四) 居家护理服务人员规范化培训管理;

(五) 参保人员待遇与服务提供的具体实施;

(六) 配合各级医保经办机构做好定点服务机构日常管

理；

- （七）配合各级医保经办机构做好费用结算和支付；
- （八）享受长期护理保险待遇的参保人员实名制管理；
- （九）档案管理；
- （十）其他需要委托经办的业务。

第三十五条 投标的商业保险公司等机构应依法成立并具有在本市开展业务的资质。同一商业保险（集团）公司投标参与长期护理保险经办业务的子公司不得超过一家。

第三十六条 中标的委托经办机构分片区承办，根据中标结果确定承办片区。

第三十七条 长期护理保险经办服务费采取按季拨付、次年清算方式，最终根据投标报价及考核情况确定实际经办服务费用。长期护理保险待遇支付、评估劳务费可由委托经办机构代为支付，医保经办机构采取预拨、清算的方式与委托经办机构进行结算。

第三十八条 市医保事务中心、市医保信息中心负责按照经办高效、监管有力、决策支持的要求，结合全国统一的医疗保障信息平台，完善长期护理保险信息系统，满足长期护理保险管理需要。

第三十九条 各级医保经办机构、委托经办机构、评估机构、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，加强数据安全保护。

第七章 考核与监督

第四十条 市医保部门应建立日常巡查、专项检查、联合检查以及第三方监管相结合的监管体系，通过运行分析、投诉处理等加强对区（市）县医保部门、委托经办机构、定点服务机构及其护理人员以及居家护理人员的监管。

第四十一条 区（市）县医保部门应建立举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等监督管理机制，通过疑点稽核、随机抽查等方式，加大对长期护理服务的监督管理，监督管理发现的问题应及时报市医保经办机构。

第四十二条 市医保经办机构通过政府购买服务，公开招标确定第三方机构，加强对委托经办和长期护理服务等重点环节的监督检查。

第四十三条 市医保经办机构应建立对委托经办机构履约考核机制，作为经办服务费结算依据。

第四十四条 委托经办机构、定点服务机构等在协议签订、履行、变更和解除，以及监督考核等管理过程中，对区（市）县医保部门的处理情况有争议的，可以向市医保行政部门或市医保经办机构提起申诉，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第四十五条 市医保行政部门负责加强对市医保经办机构、评估机构、区（市）县医保部门、委托经办机构、第三方监管机构政策落实情况的监督管理，确保基金安全平稳运行。

第八章 附则

第四十六条 市医保行政部门会同相关部门根据我市经济社会发展水平和基金运行情况，动态调整筹资和待遇支付标准。

第四十七条 本细则实施过程中，国家、省对长期护理保险政策作出调整时，市医保行政部门会同相关部门适时对本细则内容进行调整和完善。

第四十八条 本细则与《实施意见》同时施行，此前与本细则规定不一致的，以本细则为准。

第四十九条 本细则实施过程中的具体问题由市医保行政部门负责解释。

信息公开属性：主动公开

成都市医疗保障局办公室

2022 年 6 月 1 日印发
