



**重庆市万州区医疗保障局
重庆市万州区财政局
关于印发《万州区长期护理保险制度试点工作
实施方案》的通知**

万州医保发〔2022〕1号

各镇乡（民族乡）人民政府，各街道办事处，区级各部门，有关企事业单位，各定点医药机构：

为贯彻落实党中央、国务院关于积极应对人口老龄化、健全社会保障体系的重要部署，巩固完善长期护理保险制度，着重解决重度失能人员长期护理保障问题，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）《重庆市医疗保障局重庆市财政局关于扩大长期护理保险制度试点的实施意见》（渝医保发〔2021〕63号）要求，结合我区工作实际，制定了《万州区长期护理保险制度试点工作实施方案》，现印发你们。请结合自身工作实际，认真抓好贯彻落实。

重庆市万州区医疗保障局 重庆市万州区财政局

2022年1月4日



万州区长期护理保险制度试点工作实施方案

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《重庆市医疗保障局重庆市财政局关于扩大长期护理保险制度试点的实施意见》（渝医保发〔2021〕63号），结合我区实际，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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，全面落实习近平总书记视察重庆重要讲话精神，紧紧围绕“四个扎实”的总体要求，坚持以人民健康为中心，深入贯彻落实国家医保局和市医保局关于长期护理保险制度试点工作的部署，提高重度失能人员生活品质，减轻其家庭经济负担，不断满足人民日益增长的美好生活需要。

（二）基本原则

1. 坚持以人为本，服务民生。重点解决重度失能人员长期护理保障问题。



2. 坚持独立运行，统筹推进。建立独立险种，独立设计制度体系，全市统筹推进。

3. 坚持保障基本，公平适度。低水平起步，以收定支，合理确定保障范围和待遇标准。

4. 坚持统一管理，分级负责。遵循权利义务对等，合理划分筹资责任和管理责任。

5. 坚持机制创新，合理确定保障水平。引入社会力量参与经办服务，提升保障效能和管理水平。

二、目标任务

探索建立个人、用人单位、政府三方为主体的多方筹资机制，建立健全参保筹资、待遇保障、基金管理、经办服务等制度框架，提升长期护理保险服务质量和保障水平，促进长期护理服务产业持续稳健发展。力争在“十四五”期间，基本建立起适应我区经济发展水平、老龄化发展趋势、公平可持续的多层次长期护理保险制度。

三、启动时间

按照全市的统一部署，我区长期护理保险试点工作自 2022 年 1 月 1 日起正式启动，并同步开展保费征缴。

四、实施范围



试点阶段从职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）参保人群起步，将我区职工医保参保人员纳入长期护理保险参保范围，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，优先保障其中符合条件的失能老年人、重度残疾人。我区参加职工医保人员（含以个人身份参加职工医保人员）应同时参加长期护理保险。

五、基金筹集

长期护理保险实行参保人员终身缴费制。试点期间的基金筹集，职工参保人员以单位和个人缴费为主，单位和个人按同比例分担；以个人身份参加职工医保人员（以下简称“个人身份参保人员”）以个人缴费为主。具体筹资标准和方式如下：

（一）职工身份参保。在职职工的单位、个人缴费部分均以个人职工医保缴费基数为基数，分别按每人每月 0.1% 的费率筹集。单位缴费部分按月从医保基金中划拨，不增加单位负担；个人缴费部分按月从其职工基本医疗保险个人账户中代扣代缴。

（二）个人身份参保。以个人身份参加职工医保人员缴费，以上年度全市在职职工基本医疗保险实际平均缴费基数为基数，按每人每月 0.2% 的费率筹集。参加职工医保一档的，由个人在按年缴纳医保费时同步一次性缴纳；参加职工医保二档的，每月从其职工基本医疗保险个人账户中代扣代缴。



(三) 正常享受职工医保退休待遇人员参保。正常享受职工医保退休待遇人员缴费,以上年度全市在职职工基本医疗保险实际平均缴费基数为基数,按每人每月 0.2% 的费率筹集。其中医保基金承担 0.1%,按月从医保基金中划拨;个人承担 0.1%,享受以个人身份参加职工医保一档退休待遇的,在按年缴纳职工大额医保费时同步一次性缴纳;其他人员按月从其职工基本医疗保险个人账户中代扣代缴。

个人身份参保人员和正常享受职工医保退休待遇人员每年具体筹资缴费标准由市医保局测算后及时公布。2022 年缴费标准为 122 元/年·人。

六、待遇享受

(一) 享受条件。长期护理保险参保人员达到失能评估标准且职工医保累计缴费满 15 年(含视同缴费年限)的,从评估结论下达的次月起开始享受待遇;长期护理保险参保人员达到失能评估标准但职工医保累计缴费未满 15 年(含视同缴费年限)的,需按不足年限补缴长期护理保险费,从补足长期护理保险费(按评估结论作出时当年以个人身份参加职工医保参保人员的长期护理保险缴费标准乘以不足年限的方式一次性补足)的次月起开始享受待遇。



未按规定连续缴纳长期护理保险费(含因医保缴费中断无法划转医保基金部分和个人应缴纳部分)的,从中断缴费的次月起停止享受待遇。中断缴费3个月内补齐欠费的,欠费期间待遇按规定标准补付;中断缴费超过3个月的,从新开始缴费的次月起享受待遇,欠费期间待遇不予支付。

经治疗康复后不再达到失能评估标准的,从次月起停止享受待遇;参保人员死亡的,从死亡次日起停止享受待遇。

(二)享受方式。长期护理保险参保人员经评估符合待遇享受条件的,可根据其失能状况、护理需求和家庭情况,自愿选择以下服务方式:

1. 居家个人护理。长期护理保险待遇享受人员选择居家,由本人或监护人指定的个体服务人员,在委托承办机构的管理和指导下,提供符合政策规定的护理服务。

2. 居家上门护理。长期护理保险待遇享受人员选择居家,由本人或监护人指定的长期护理机构上门提供符合政策规定的护理服务。

长护护理机构指具备相应护理资质(含民政部门注册登记的社区护理协议机构)并与我市医保经办机构签订了定点协议,为长期护理保险待遇享受人员提供护理服务的机构(长期护理机构



具体管理办法和服务协议文本由市医保局另行制定)。

3. 机构集中护理。长期护理保险待遇享受人员选择入住由本人或监护人指定的长护护理机构,由长护护理机构集中提供符合政策规定的护理服务。

(三)享受标准。居家个人护理的长期护理保险护理费用标准为40元/日·人;机构集中护理、居家上门护理的长期护理保险护理费用标准为50元/日·人(护理服务项目和标准具体办法由市医保局另行制定)。

七、基金支付范围

长期护理保险运行过程中发生的待遇支付费用、失能评估费用、委托承办机构承办服务费用(合理的运行成本和工作绩效)以及法律法规规定的其他费用等,纳入长期护理保险基金支付范围。探索将辅助器具租赁服务费用纳入长期护理保险基金支付范围。享受长期护理保险待遇人员在医疗机构住院治疗期间符合规定的相关费用,按居家个人护理待遇标准纳入长期护理保险基金支付范围。

属于工伤保险、依法由第三方承担的等应由已有社会保障制度和国家法律规定支付的护理服务费用,长期护理保险基金不予支付。



八、管理服务

（一）委托承办

试点期间，市医保局将会同市财政局通过公开招标方式将部门经办业务委托给第三方机构承办。

1. 委托承办内容。主要包含长期护理保险政策及经办宣传与咨询、配合医保部门对失能人员待遇审核、待遇享受人员服务方式确定与实名制管理、长期护理服务质量的监督与管理、与失能评估机构及长护护理机构或个体服务人员等的相关费用审核结算与支付、协助医保部门做好相关档案归集和管理、对居家个人护理个体服务人员的规范化培训、协助医保部门管理长护护理机构等。委托服务内容 by 医保部门与委托承办机构签订合同时具体明确。

2. 委托承办费用。指医保部门支付给委托承办机构的长期护理保险待遇支付费用、失能评估费用、委托承办机构承办服务费用（合理的运行成本+工作绩效，其中工作绩效不超过当年度长期护理保险基金结余金额的 2%）。每年年终，医保部门根据长期护理保险运行情况、年度考核结果，进行全市统一清算（考核清算具体办法由市医保局商市财政局另行制定）。

医保部门按季度分期将委托承办费用划拨给委托承办机构。



2022 年委托承办费用暂按 60 元/年·人标准预拨付，最终金额以清算金额为准。

（二）失能评估

1. 评估申请。长期护理保险参保人员向委托承办机构申请失能评估。申请时参保人应有含申请当月前连续参加我市职工医保 24 个月（含）以上的参保缴费记录（含视同缴费年限），并经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月（含）以上，且自行评估达到全市失能评估管理办法要求的等级。连续二次申请需间隔 6 个月（含）以上。

2. 评估受理。委托承办机构收到长期护理保险参保人失能评估申请后，应及时将受理情况反馈参保人。

3. 评估方式。申请受理后，由参保人指定一家符合条件的失能评估机构对其失能状况进行评估。

申请人对评估结论有异议的，可申请再次评估，再次评估结论为最终结论。

4. 评估费用。失能评估费按照实际评估人数 300 元/人·次

标准确定，试点阶段暂从长期护理保险基金中列支，参保人不缴纳失能评估费。失能评估费用由委托承办机构与失能评估机构按月结算（失能评估具体办法由市医保局另行制定。）



（三）待遇审核

参保人员经评估达到失能评估标准的，委托经办机构应及时查询其是否达到待遇享受标准，对因缴费年限不足导致不能享受待遇的应及时通知其到参保地医保经办机构按规定补缴保费后享受待遇。待遇享受人员按规定程序选择服务方式后，委托经办机构应及时确定其待遇。

（四）费用结算

护理待遇按日计算，由委托经办机构与长护护理机构、居家个人护理个体服务人员按月结算护理费用，及时完成费用的审核、结算和支付工作。

（五）基金管理

长期护理保险基金由市级统一管理，单独建账。并参照《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》有关规定，按区县核算，收支缺口由区县承担。

市财政局、市医保局负责全市长期护理基金收支预算和统一监督管理。市和区县（自治县）医保经办机构依照各自职能负责本辖区内长期护理保险基金的收支管理工作。各区县（自治县）财政局依照职能对本辖区内长期护理保险基金的收支、管理实施监督。



（六）监督管理

探索建立对经办机构、护理机构、从业人员、失能评估的协议管理和监督管理等制度。加强对失能评估、委托护理、待遇支付等监督管理。引入和完善第三方监管机制，加强对经办服务、护理服务等行为的监管。

（七）信息化支撑

依托全市统一的医保信息平台，完善长期护理保险信息化功能，支撑长期护理保险政策落地、参保人员管理、待遇管理、定点机构管理、费用结算等功能，并纳入全市医保信息平台的经办管理。通过互联网、手机 App 等多种方式，逐步实现长期护理各项经办服务智能化、便捷化。

九、实施步骤

（一）前期准备阶段（2021 年 12 月中下旬）

1. 调研摸底。针对长期护理保险各种事项开展调查研究，摸清我区失能人员、协议护理机构和商业保险公司基本情况，核实我区职工医保参保人数。
2. 风险评估。开展风险防控评估，认真梳理启动过程中可能出现的风险点，制定长期护理保险试点工作风险防控预案，做好应急预案，开展宣传防控工作。



3. 经办筹备。按全市统一安排，委托承办机构落实日常办公地点，组建我区的长期护理保险专业经办服务团队。

4. 政策宣传。组织开展对全区机关企事业单位、委托承办机构、协议护理机构的业务培训和政策宣传，提高政策知晓率。

（二）实施阶段（2022 年 1 月起正式实施）

1. 制定征缴计划。2022 年 1 月 10 日前，医保经办机构完成参保登记，并制定征缴计划。

2. 受理评定申请。2022 年 1 月起，委托承办机构受理失能评定人员的评定申请，并组织参加失能评定。

3. 待遇享受。符合条件的失能人员，从评估结论下达的次月起开始享受长期护理保险待遇。

（三）总结汇报阶段（2022 年 12 月）

及时向市医保局汇报我区实施长期护理保险试点工作的开展情况，主动化解试点工作中的矛盾和困难，确保长期护理保险在我区试点工作顺利推进，为全市建立更加公平可持续的多层次长期护理保险制度做出贡献。

十、工作要求

（一）加强组织领导。长期护理保险试点工作在区委、区政府统一领导下，相关部门共同推进试点工作有序开展。建立长期



护理保险试点工作领导小组，区财政、卫生健康、民政、残联、信访、税务等职能部门为成员。

（二）明确责任分工。区医保局为长期护理保险试点工作牵头部门，负责全区长期护理保险的组织推进工作，加强对基金筹集、费用支付等环节的监督管理，建立举报投诉、信息披露、内部控制等风险管理制度和信息沟通机制，并按季度向市医保局报送试点工作进度和试点情况；区财政局负责长期护理保险基金的监督和管理，明确长期护理保险基金的财务列支和会计核算办法等工作；区卫生健康委负责做好照护服务项目及标准的实施，支持医疗卫生机构及其专业技术人员提供相关技术支持；区民政局、区残联等部门要做好养老服务、失能残疾人保障等政策配套及规范管理，为长期照护服务提供政策支持和工作平台；区信访办要密切关注社会舆论，积极化解试点矛盾，维护社会稳定；万州区税务局负责长期护理保险基金征收等工作；各镇乡（民族乡）街道、部门单位要加大对长期护理保险试点工作的支持力度，相关部门要强化统筹协调和部门联动，在组织实施、经费投入和人员配置等方面给予积极保障。

（三）做好宣传引导。大力宣传建立长期护理保险制度的重要意义、制度功能和试点成效，充分调动广大人民群众参与试点的积



极性和主动性。准确解读政策，及时回应社会关切，合理引导社会预期，努力凝聚社会共识，为长期护理保险试点顺利推进构建良好的社会氛围。