

重庆市医疗保障局文件 重庆市财政局

渝医保发〔2021〕63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

各区县（自治县）医疗保障局、财政局，两江新区社会保障局、财政局，高新区政务服务和社会事务中心、财政局，万盛经开区人社保局、财政局：

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), 结合我市实际, 制定本实施意见。

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, 深入探索建立适合我市市情的长期护理保险制度, 进一步健全更加公平可持续的社会保障体系, 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。

（三）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，基本建立起适应我市经济发展水平、老龄化发展趋势、公平可持续的多层次长期护理保险制度。

（四）扩大试点范围

1. 扩大试点区县范围。在前期4个区县试点的基础上，将全市所有区县纳入扩大长期护理保险制度试点范围。

2. 扩大长期护理保险参保人员范围。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，将我市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。试点区县参保人在参加我市职工医保时，应同时参加我市长期护理保险。

二、具体政策

（一）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：

1. 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。

2. 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。

3. 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。

（二）待遇享受

1. 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。

2. 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护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(长护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。

3. 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)。

(三) 资金支付

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。

三、管理服务

（一）委托承办

试点期间，长期护理保险通过公开招标方式将部分经办业务委托给第三方机构承办。委托承办机构具体招标确定工作由市医保局会同市财政局组织实施。

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。委托服务内容由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，且自行评估达到我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，委托承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，委托承办机构应及时确定其待遇。

（四）费用结算

护理待遇按日计算，由委托承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

依托我市医保信息平台，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，并纳入我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。

四、组织实施

（一）加强领导，稳步推进试点

各试点区县医保、财政部门要高度重视、精心组织，在当地

党委、政府的领导下，加强部门间协调，认真研究和解决存在的问题，及时总结相关经验和做法，确保试点工作取得实效。各试点区县要按照本意见要求制定试点实施方案，经区县政府批准，报市医保局备案后启动实施。

（二）加强协作，明确职责分工

市医保局负责长期护理保险工作的统筹管理，会同市财政局建立健全工作督导机制，指导试点区县相关部门做好试点工作。建立健全评估考核机制，及时研究试点中的新情况新问题，组织区县横向交流，确保试点工作有序推进。试点区县医保部门负责本辖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，有效防范欺诈行为，确保基金安全有效；建立信息沟通机制，按季度向市医保局报送试点工作进度和试点情况。财政部门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。

（三）加强宣传，注重舆论导向

市、区县医保、财政部门要加强宣传工作，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试点工作的积极性和主动性，凝聚社会共识，为试点顺利推进构建良好社会氛围。

五、其他事项

(一) 本实施意见自2022年1月1日起施行,《重庆市医疗保障局重庆市财政局关于印发<重庆市长期护理保险实施细则(试行)>的通知》(渝医保发〔2018〕14号)同时废止。过去有关规定与本实施意见不一致的,以本实施意见为准。

(二) 前期已开展试点的大渡口区、巴南区、垫江县、石柱县,原政策执行到2021年12月31日。上述四区县已享受长期护理保险待遇人员,待遇标准从2022年1月1日起按本实施意见执行。



重庆市医疗保障局办公室

2021年11月22日印发
