

镇江市医疗保障局
镇江市财政局
镇江市民政局
镇江市卫生健康委员会
镇江市人力资源和社会保障局
国家税务总局镇江市税务局
镇江市审计局
镇江市残疾人联合会

镇医保〔2023〕58号

镇江市医疗保障局等八部门关于印发《镇江市 长期护理保险实施细则》的通知

各市医疗保障局，各市（区）财政局、民政局、卫生健康委员

会、人力资源和社会保障局、税务局、审计局、残疾人联合会、镇江新区财政局、镇江高新区财政国资局、镇江经济技术开发区税务局、镇江新区社会发展局、镇江高新区社会事业局：

现将《镇江市长期护理保险实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。



2023年6月16日

(此件主动公开)

镇江市长期护理保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实党的二十大关于建立长期护理保险（以下简称“长护险”）制度的决策部署，解决失能人员基本护理保障问题，根据《镇人民政府办公室关于建立长期护理保险制度的实施意见》（镇政办发〔2023〕18号），制定本实施细则。

第二条 长护险是指为长期失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供保障的制度。

第三条 长护险在全市范围内实行市级统筹，统一基本政策、统一筹资标准、统一待遇水平、统一信息系统、统一经办规程、统一基金管理。

第四条 市医疗保障局是长护险的行政主管部门，负责制定长护险政策并组织实施。各市医疗保障局根据市医疗保障局要求，做好各市长护险组织实施工作。市及各市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经办、实施等工作，具体包括长护险配套制度的制定、参保登记、基金筹集、费用审核、支付结算、监督管理等；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、协议签订和管理、监督指导和考核等工作；负责长护险信息系统

的开发建设和升级维护、数据管理等工作；负责市区长护险定点评估机构（以下简称“评估机构”）、长护险定点护理机构（包括医疗机构、养老服务机构、上门护理机构等，以下简称“定点护理机构”）的准入、协议签订、监督管理、指导考核等工作；通过派单的方式组织市区评估机构开展现场评估以及定点护理机构提供居家上门护理服务。各市经办机构负责各市长护险具体经办、实施等工作，具体包括长护险参保登记、基金筹集、费用审核、支付结算、监督管理等；负责各市长护险评估机构、定点护理机构的准入、协议签订、监督管理、指导考核等工作；通过派单的方式组织各市评估机构开展现场评估以及定点护理机构提供居家上门护理服务。承办机构在经办机构的指导和监督下，承办长护险的具体事务，具体包括受理失能评估申请以及审核工作，并将符合要求的申请资料汇总报送经办机构；协助经办机构做好定点护理机构、评估机构相关协议管理、监督考核以及信息系统建设等工作；在经办机构监管下实施长护险费用结算、待遇支付及基金运行监测工作；负责长护险政策宣传、咨询回复、投诉处理以及待遇享受人员跟踪回访、稽核调查工作；协助做好长护险政策调整、经办服务能力提升等调查研究工作；经办机构安排的其他工作。评估机构受经办机构的委托，根据失能等级评估标准和管理办法，对提出失能申请的失能人员进行评估，包括组织评估、现场走访、评估结论书出具等工作。定点护理机构负责按照服务协议的约定，利用专业技术和取得相关部门认可的资质证书的服务力量，为符合条件

的失能人员提供长护险护理服务。

市财政局负责做好长护险财政补助资金保障和基金管理工作。涉及市区承担的财政补助资金由市与区按现行财政体制分担。

市民政局负责做好长护险与老年服务的衔接工作，配置养老服务资源，加强养老机构护理型床位建设与管理，以及加强养老机构养老服务监管。

市卫生健康委员会负责加强护理院（护理中心）、康复医院等医疗机构建设与管理，推进医疗机构加快发展机构护理、社区护理、居家护理等服务供给，强化医疗护理行业监管。

市人力资源和社会保障局负责与行业主管部门依托市内高校等资源共同做好评估及护理人员职业技能培训等相关工作。

税务、审计、残联等部门按照各自职责，共同做好长护险相关工作。

第二章 参保缴费

第五条 在本市参加职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）的参保人员，均应同步参加长护险。长护险建立初期，从全市职工医保参保人群起步，扬中市居民医保参保人员同步纳入参保范围。随着长护险制度的建立完善，综合考虑经济发展水平、基金筹集能力和保障需要等因素，逐步扩大参保范围和保障对象。

第六条 职工医保参保单位和参保人员在办理参保手续时，同步进行长护险的参保登记。经办机构在办理居民医保参保手续时，同步进行长护险的参保登记。

第七条 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，建立与经济社会发展水平和各方承受能力相适应的可持续动态筹资机制。起步阶段筹资标准暂定为每人每年 100 元。

职工医保在职参保人员长护险保费原则上由个人和用人单位按 3:7 比例分担，即个人负担 30 元，用人单位负担 70 元。其中，用人单位负担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；职工医保退休人员由个人和医保统筹基金按 3:7 比例分担，即个人负担 30 元，医保统筹基金负担 70 元。参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，参照职工执行。

居民医保参保人员长护险保费原则上由个人、医保统筹基金、财政按 3:4:3 的比例分担，即个人负担 30 元，医保统筹基金负担 40 元，财政负担 30 元。

（一）个人缴费部分：职工医保参保人员个人缴费部分由医保个人账户资金缴纳，每年 1 月份在医保个人账户划账同时一次性划转当年个人缴费额至长护险基金管理专户，个人账户资金余额不足时，从下月账户划入额中抵扣（2023 年 10 月-12 月个人缴纳 7.5 元，10 月份在医保个人账户划账时划转）。居民医保参保人员（长护险起步阶段指扬中市，从 2024 年 1 月起参保并享受待遇，下同）个人缴费部分在缴纳居民医保费时一并缴纳。财政资助参加居民医保的医疗救助对象，参加长护险的

个人缴费部分由财政予以全额补助。职工医保个人账户可为参加居民医保的家庭成员缴纳长护险保费。

（二）财政补助部分：每年各级财政部门按照上年末居民医保参保人数按序时进度将财政补助资金缴纳至长护险基金管理专户；次年一季度由财政部门按上年末居民医保实际参保人数清算。

（三）基本医疗保险统筹基金划入部分：每年1月份，按照上年末职工医保和居民医保参保人数，分别从职工医保统筹基金和居民医保统筹基金中划转至长护险基金管理专户，次年1月份按上年末职工医保和居民医保实际参保人数清算（2023年10月-12月按照职工医保实际参保人数每人17.5元的标准，从职工医保统筹基金中划转至长护险基金管理专户）。

第八条 长护险待遇享受期为每年1月1日至12月31日（职工医保2023年待遇享受期为10月1日至12月31日）。已参加长护险的人员，在待遇享受期前因故停止参加我市基本医疗保险的，本人或其直系亲属可持相关材料至经办机构，对预缴的长护险个人缴费部分办理退费手续；在待遇享受期内因故停止或转移至市外的，已缴纳的长护险个人缴费部分不予退回，经申请评估后符合重度失能标准的，可继续享受当年度的长护险待遇。

第九条 基本医疗保险新增、接续人员办理参保缴费手续时，按年度标准一次性缴纳当年长护险保费，自缴费到账次日起，经申请评估后符合重度失能标准的，按规定享受相应待遇。

已完成年度长护险参保缴费，年度内在本市范围内基本医疗保险关系转移或险种变更的，不再重复缴纳长护险保费。

第三章 失能评估

第十条 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。经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月以上的参保人员，可申请失能评估。长护险起步阶段，经评估符合重度失能等级标准的参保人员，方可按规定享受长护险待遇，后期根据我市经济发展水平、长护险基金筹集能力和失能人员保障需求等情况，逐步将中度失能人员纳入待遇享受范围。失能等级评估标准按照国家医保局印发的《长期护理失能等级评估标准》执行，失能评估办法另行制定。

第十一条 依法独立登记的企事业单位或民办非企业单位，符合评估机构相关条件的，可按规定向经办机构申请作为评估机构。经办机构根据区域服务范围，人口分布等情况择优选定评估机构，并统一纳入长护险信息系统（以下简称“信息系统”）管理。

第十二条 参保人员申请失能评估的，可由本人或其代理人向承办机构提出申请。代理人包括近亲属、监护人、社区工作人员等。申请人应当填写失能评估申请表并提供参保人员社会保障卡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。

第十三条 参保人员通过线上提出申请的，经办机构应当在收到申请之后 5 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，线上或电话告知申请人需要补正的全部材料。参保人员通过经办机构服务柜台提出申请的，柜台工作人员应立即进行初审，对材料齐全的，出具受理通知书；对材料不齐全的，应当场一次性告知申请人需要补正的全部材料。

第十四条 有下列情形之一的，经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者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。

第十五条 申请材料齐全并符合要求的，经办机构应自接收申请材料之日起，在 10 个工作日内对申请人提供的材料进行审核，并将符合条件的申请人员相关信息汇总后报经办机构，由经办机构通过派单的方式组织评估机构开展现场评估。评估

机构应安排 2 名以上（含 2 名，其中至少 1 名有医护背景）评估人员按照失能评估标准和流程，对参保人员失能情况进行现场量化评估。失能评估人员现场评估时，须有失能人员代理人在评估现场保障安全的前提下进行，若出现参保人或代理人无故不配合评估、胁迫恐吓失能评估人员，严重干扰评估结果的情况，失能评估人员及时向承办机构或经办机构报告后，作无效评估处理。评估工作坚持公平公正的原则，对申请人生活自理情况，在邻里、社区等一定范围内进行调查走访、查阅资料、现场问询、量表打分等，如实记载调查评估情况，并将相关视频影像和问询记录等资料送至经办机构审核后交承办机构保存。评估机构需对评估结果的真实性负法律责任，经办机构应建立健全评估质量考评机制。

第十六条 评估机构现场评估后，应将评估结果报送经办机构，经办机构确认后进行公示，接受社会监督，公示期为 5 个工作日。公示期结束且无异议的，由评估机构出具失能评估结论并在 5 个工作日内告知申请人。

第十七条 有下列情形之一的，按规定进行复评估：

（一）申请人对失能评估结论有异议，自收到评估结论之日起 10 个工作日内向承办机构提出复评估申请，并提供相关复评估材料的；

（二）在公示期内对公示内容有异议的，异议人应在公示期内向承办机构反映具体情况，经承办机构核实认为应该进行复评估的；

(三)有关部门在监督检查中发现的可能不符合重度失能标准的。

第十八条 经办机构负责失能评估的复评估及争议、纠纷处理。对申请复评估的，经办机构应当在收到承办机构报送的复评估申请后 10 个工作日内组织复评估并做出结论，复评估结论为最终结论。经办机构组织复评估时应重新选取评估机构和评估人员。

第十九条 建立失能评估费用责任共担机制。申请人的初次评估费用由长护险基金承担 80%，申请人承担 20%（财政资助参加居民医保的医疗救助对象评估费用由长护险基金承担），个人承担部分由个人与评估机构结算。申请人申请的复评估结果与初评结果一致的，评估费用全部由申请人承担，并与评估机构结算。其它情形由长护险基金承担。基金承担部分的失能评估费按照评估人次定额从长护险基金中支出。

申请人居家进行评估的，评估费标准暂定为 200 元/次；申请人入住机构后进行评估的，评估费标准暂定为 150 元/次。

第四章 待遇保障

第二十条 失能评估为重度失能（含重度 I 级、II 级、III 级）等级的参保人员（以下简称“重度失能人员”），自相关手续办结后次日起可享受长护险待遇。重度失能人员本人或其代理人可选择入住定点护理机构或者居家接受护理服务的方式，享受相应的长护险待遇。

第二十一条 重度失能人员在市域范围内接受护理服务期间，发生的属于长护险护理服务项目范围和标准的费用（护理服务项目另行制定），由长护险基金按以下标准之一定额支付，超出部分由重度失能人员个人承担。

（一）入住定点护理机构接受护理服务的，由长护险基金按 50 元/天的标准与定点护理机构结算。

（二）居家接受定点护理机构提供上门基础护理服务（不含助浴）并放弃亲情护理待遇的，每月可享受不超过 10 次上门护理服务，每次服务时长不少于 1.5 小时，由长护险基金按 100 元/次的标准与定点护理机构结算，因故导致上门护理服务低于规定次数的，按实际服务次数结算。

（三）居家仅接受亲情护理服务的，由长护险基金暂按 10 元/天的标准支付亲情护理服务补助。

（四）居家接受定点护理机构上门提供基础护理服务（不含助浴）和亲情护理服务相结合的，每月可享受不超过 7 次上门护理服务，每次服务时长不少于 1.5 小时，由长护险基金按 100 元/次的标准与定点护理机构结算。同时，长护险基金按 10 元/天的标准支付亲情护理服务补助。

（五）居家接受定点护理机构上门提供特色护理服务（助浴）和亲情护理相结合的，每月可享受不超过 3 次上门特色护理服务（助浴），每次服务时长不少于 2 小时，由长护险基金按 250 元/次的标准与定点护理机构结算；特色护理服务（助浴）少于 3 次的，可与基础护理服务相结合，但总费用不得超过 750

元。同时，长护险基金按 10 元/天的标准支付亲情护理服务补助。

第二十二条 在市外（不含境外）居住的失能人员，经失能评估符合待遇享受标准的，长护险基金统一暂按 10 元/天的标准支付亲情护理服务补助。

第二十三条 入住定点护理机构享受长护险待遇的重度失能人员，定点护理机构应针对重度失能人员护理需求，制定护理服务方案，并与重度失能人员签订护理服务合约，明确相关服务项目、服务内容、服务频次、服务时间及双方的权利、义务和责任等。重度失能人员签订护理服务合约，自接受护理服务当日起享受长护险待遇；退出护理服务的，自退出次日起停止享受长护险待遇。

第二十四条 重度失能人员选择护理服务机构入户提供居家护理服务的，凭本人社会保障卡和评估结论与护理服务机构签订护理服务合约，明确相关服务项目、服务内容、服务频次、服务时间及双方的权利、义务和责任等。重度失能人员签订护理服务协议，自接受护理服务当日起享受长护险待遇；退出护理服务的，自退出次日起停止享受长护险待遇。

第二十五条 重度失能人员因居住地改变、对定点护理机构服务质量不满意或自身护理需求变化等原因要求变更服务方式与定点护理机构的，需向承办机构申请。承办机构自收到变更申请之日起 3 个工作日内完成备案。重度失能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相应待遇。

第二十六条 重度失能人员因病情好转或其他原因不符合长护险待遇享受条件的，机构、本人或代理人应及时办理长护险待遇终止手续。重度失能人员死亡的，自死亡次日起停止享受长护险待遇。

第二十七条 享受长护险待遇的重度失能人员，因病情变化等原因，需要在基本医疗保险定点医疗机构（不包括护理院）进行住院治疗，享受基本医疗保险住院报销待遇的，停止享受长护险待遇。

第二十八条 重度失能人员已享受经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴、残疾人居家托养服务等政府补助护理费用的，可与长护险待遇叠加享受。

第五章 经办管理

第二十九条 市经办机构负责通过政府招标选定专业机构作为承办机构共同参与经办，提高经办服务能力。

第三十条 经办机构与承办机构签订长护险服务协议，明确双方的权利、义务和违约责任，约定服务范围、经办要求、合作方式等内容。承办机构应按长护险政策规定及承办服务协议约定配备相应数量的工作人员，规范服务标准及流程。实施严格的退出机制，对承办机构违反服务协议的，经办机构应根据协议约定进行处理。

第三十一条 经办机构应定期对重度失能人员失能情况开展复核。对享受长护险待遇期满 12 个月的重度失能人员，经办

机构按照不低于 50%的比例进行抽查复核，每位重度失能人员在 2 年内至少复核一次。承办机构协同经办机构做好相关复核工作。

参保人员拒绝复核的，则终止享受长护险待遇。经复核不符合长护险待遇享受条件的失能人员，自复核结论作出次日起停止长护险待遇，复核费用与评估费用执行同一标准，由长护险基金承担。

对复核结论有异议的，被复核人员自复核结论作出后 10 个工作日内可向承办机构提出复评估申请，承办机构将符合复核条件的申请人员相关信息汇总后报送至经办机构，由经办机构通过派单的方式组织评估机构开展复评估，复评估结论一致的，评估费用由申请人承担，其他情形由长护险基金承担。复评估结论为最终结论。

第三十二条 经办机构应不断提高长护险信息系统建设能力，建立长护险失能申请、经办管理、待遇申请、政策查询、预约护理服务等线上办理模式。

第三十三条 经办机构应加强长护险经办管理服务能力建设，与市人社部门合作，依托市内高校等资源加强对评估和护理服务从业人员业务培训力度，提高服务质量和标准。

第六章 费用结算

第三十四条 重度失能人员凭本人社会保障卡（医保电子凭证）接受定点护理机构护理服务，护理服务费用通过社会保

障卡（医保电子凭证）联网结算。重度失能人员在护理期间，发生的符合规定的护理费用，由承办机构与定点护理机构结算，从长护险基金中支付；超出护理服务项目范围和标准的护理费用，长护险基金不予支付，由重度失能人员个人承担并与定点护理机构直接结算。

第三十五条 承办机构每月初 15 个工作日内，按上月长护险待遇享受人数、待遇标准和实际享受待遇时间，按照协议约定与定点护理机构结算护理费用；根据上月实际评估的失能评估人数、评估费标准，按照协议约定与评估机构结算评估费用；每季度末，承办机构将市内居家亲情护理服务补助或市外居住的重度失能人员护理服务补助发放至重度失能人员社会保障卡（银行卡）账户。

第三十六条 经办机构应建立与服务对象满意度、评估质量、护理服务质量挂钩的考核结算机制。

第三十七条 经办机构根据每年长护险基金预算，在预留一定额度考核资金的基础上，按月度拨付给承办机构。

承办机构每月初 7 个工作日内，将上月需实际结付的长护险费用支付情况核算汇总后报送经办机构，经办机构审核通过后由承办机构统一支付给相关机构或人员。

第三十八条 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，并结合实际建立动态调整机制。承办服务费从长护险基金中支付。

次年初，根据承办机构协议履行情况、服务对象满意情况、

年度考核结果以及长护险保费和承办服务费等审计情况，进行年度清算。

第七章 信息系统

第三十九条 建立全市长护险信息系统一体化平台，推进“互联网+”大数据技术应用，推进信息系统平台实现信息共享、费用结算、服务监控等功能，满足长护险信息化发展要求。

第四十条 利用大数据分析、人脸识别、电子地图和位置定位系统等信息技术，为经办机构、承办机构、评估机构、定点护理机构提供智能化的管理工具，实现参保管理、待遇算法、考核评价、基金结算、基金支付和服务行为等数据的全过程、精细化动态管理，并实现全程留痕存证实时动态监管。

第四十一条 建立移动经办一体化服务模式，通过移动端为参保人员、评估人员、护理人员以及稽核人员提供统一的经办服务入口，统一管理、分级授权，协同完成失能申请、受理审核、失能评估、待遇确定、服务管理、费用结算、费用支付等业务流程。

第四十二条 承办机构、评估机构、定点护理机构应统一纳入信息系统管理，按要求配置必要的设备和信息管理人员，保障信息系统的连接和数据交换，按照协议要求建设长护险信息管理系统。建立评估人员、上门护理人员库，将符合条件的评估人员、上门护理人员信息录入信息系统，实行动态管理。

第八章 协议管理

第四十三条 定点护理机构管理参照医疗保险定点医疗机构协议管理办法有关规定，建立健全定点护理机构准入、退出动态管理机制。

第四十四条 本市范围内依法成立的符合长护险护理相关条件的医疗机构、护理院、养老服务机构、残疾人托养康复机构以及能够提供居家护理服务的服务机构可按规定向经办机构申请作为定点护理机构。定点护理机构实行协议管理，并统一纳入信息系统管理，具体协议管理办法另行制定。

第四十五条 经办机构应与护理服务机构和评估机构签订服务协议，协议内容应符合相关法律法规，明确双方权利、义务和责任，建立退出机制。评估机构和护理服务机构服务场所、服务范围、服务人员情况等服务能力要素发生变化的，经办机构视情况重新进行服务能力评估，对不符合长护险服务管理要求的，应当暂停或终止服务协议。

第四十六条 定点护理机构应严格按照评估机构评估结果为入住机构的参保人员办理入住等相关手续，认真核对参保人员身份，对享受长护险待遇的重度失能人员，应按规定提供护理服务，并建立健康服务档案。定点护理机构应在明显位置主动公开服务项目、服务内容等信息，便于重度失能人员及亲属根据其自身条件和需要进行选择。

第四十七条 定点护理机构及评估机构服务协议原则上每年签订一次。签订协议时定点护理机构应向经办机构报备服务

项目、服务内容、收费价格等；评估机构应向经办机构报备机构及评估人员资质证书等相关材料。定点护理机构及评估机构不得发生重复收费等乱收费现象。

第九章 监督管理

第四十八条 长护险基金管理参照现行社会保险基金有关制度执行，实行预决算管理，单独建账，单独核算，专款专用，接受审计部门和社会监督。

第四十九条 承办机构应在经办机构监管下建立费用审核、内部控制、日常巡查、运行分析等管理制度，通过信息系统、抽查询访、满意度调查等途径，对评估结果、定点护理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至经办机构。

第五十条 经办机构应建立举报投诉、信息披露、基金监管、欺诈防范等监管机制，确保长护险基金安全、平稳、可持续运行。加强对长护险参保人员、承办机构、评估机构、定点护理机构政策制度执行情况的督查，及时纠改长护险实施过程中存在的问题。经办机构应加强协议管理，实施严格的退出机制，对违反服务协议的，应根据协议约定进行处理。

第五十一条 各级医保部门应通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对医保经办机构、评估机构、承办机构、定点护理机构的协议履行情况、长护险基金使用情况、护理服务项目执行情况等内容开展监督稽查。

评估机构、承办机构、定点护理机构以及参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取长护险基金支出的，由医保部门责令退回骗取的长护险基金；构成犯罪的，依法追究刑事责任；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

第五十二条 探索建立长护险信用管理制度，对失信行为按照国家有关规定实施惩戒。

第五十三条 经办机构指导承办机构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、现场情况记录、问询记录、复评估结论及相关视频影像资料等。

第十章 附 则

第五十四条 市医疗保障局会同有关部门根据我市经济发展水平、基金运行情况、护理需求、护理服务成本等因素，适时扩大参保范围和保障对象，调整筹资水平、待遇标准和评估费标准等政策并向社会公布。

第五十五条 本细则由市医疗保障局负责解释。国家和省有新规定的，从其规定。

第五十六条 本细则自 2023 年 10 月 1 日起施行。