

舟山市医疗保障局
舟山市民政局
舟山市财政局
舟山市人力资源和社会保障局
舟山市卫生健康委员会
国家金融监督管理总局舟山监管分局
舟山市残疾人联合会

文件

舟医保发〔2024〕7号

舟山市医疗保障局 舟山市民政局
舟山市财政局 舟山市人力资源和社会保障局
舟山市卫生健康委员会 国家金融监督管理
总局舟山监管分局 舟山市残疾人联合会
关于印发舟山市构建多层次长期护理保障
体系实施细则的通知

各县（区）医疗保障局、民政局、财政局、人力资源和社会保障局、卫生健康局、残疾人联合会：

为贯彻落实《舟山市人民政府办公室关于印发舟山市构建多层次长期护理保障体系实施方案的通知》（舟政办发〔2024〕10号）文件精神，现将《舟山市构建多层次长期护理保障体系实施细则》印发给你们，请认真贯彻落实。



舟山市医疗保障局



舟山市民政局



舟山市财政局



舟山市人力资源和社会保障局



舟山市卫生健康委员会



国家金融监督管理总局
舟山监管分局



舟山市残疾人联合会
2024年3月8日

舟山市构建多层次长期护理保障体系 实施细则

第一章 总则

第一条 根据《舟山市人民政府办公室关于印发舟山市构建多层次长期护理保障体系实施方案的通知》（舟政办发〔2024〕10号）文件精神，制定本实施细则。

第二条 舟山市多层次长期护理保障体系由四部分组成，其中政策性长期护理保险（以下简称长护险）为主体，惠民型商业护理保险为补充，特色商业护理保险、社会救助福利护理保障等制度有序衔接、共同发展。

第三条 政策性长护险以长期处于失能状态的参保人员为保障对象，重点解决重度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等费用，开展实施项目护理服务，切实提高失能人员的生活质量，减轻失能家庭的护理事务。

第四条 发展惠民型商业护理保险，依托“舟惠保”增设责任，以个人自愿投保方式筹集资金，为长期失能等人员享受机构护理或居家护理等服务提供补充性保障。

第五条 发展特色商业护理保险，结合全市人口结构和地域特点，研发和推广适用不同人群的特色商业护理险产品，以满足多样化个性化护理需求为导向，以自愿投保为原则，增强护理保险在社会服务领域的作用和功能，切实为投保群

众化解老龄化、疾病、意外等导致的不同程度失能失智风险。

第六条 市医保局负责监督、指导全市多层次长期护理保障体系建设工作，制定和实施政策性长护险制度，指导做好惠民型商业护理保险。各级医保经办机构负责政策性长护险日常经办服务工作。国家金融监督管理总局舟山监管分局负责制定全市惠民型商业护理保险和特色商业护理保险政策，指导商业保险机构设计开发与政策性长护险相衔接的商业护理保险产品。市民政、财政、人社、卫健、残联等部门应当按照各自职责，配合做好长期护理保障体系建设工作。

第七条 各县（区）政府、新城和普朱等有关功能区管委会应当建立健全工作机制，协调推进多层次长期护理保障体系建设，在公办养老机构、护理机构建设的经费投入、人员配置等方面提供保障和支持，乡镇（街道）、村（社区）配合做好长期护理保障相关工作。

第二章 政策性长护险

第八条 本市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）参保人员同步参加政策性长护险。

第九条 政策性长护险基金按自然年度筹集，筹资标准暂定为每人每年90元，由用人单位、个人、医疗保险基金以及财政共同承担。今后根据国家 and 省有关规定、本市城乡居民可支配收入和基金运行情况，动态调整年度筹资标准。

（一）职工医保参保人员的政策性长护险费，在职职工由个人和用人单位各承担 45 元，退休人员由个人和职工医保统筹基金各承担 45 元。个人承担的 45 元，于每年 1 月 1 日从参保状态正常人员的职工医保个人账户中代扣代缴；用人单位承担的 45 元及职工医保统筹基金为退休人员承担的 45 元，每年年初按照上年度末参保人数一次性从职工医保统筹基金中划转。参加职工医保的灵活就业人员，参照在职职工执行。

（二）城乡居民医保参保人员的政策性长护险费由参保人员个人承担 30 元，从其参加城乡居民医保的个人缴费中划转，各级财政补助 60 元。按照上年度末参保人数，个人承担的 30 元每年年初一次性从城乡居民医保基金中划转；各级财政补助的 60 元每年 4 月底前由财政部门一次性划入政策性长护险基金专户。

（三）城乡居民医保政府资助参保对象、医疗救助对象参加本市基本医疗保险的，政策性长护险费个人承担部分由各级财政全额补助。

（四）基本医疗保险参保人员因转移、中止或死亡等原因不再参加本市基本医疗保险，以及年度中新增医疗救助对象，已缴纳的政策性长护险费不予退回。年度中新参加本市基本医疗保险人员，当年视作参加政策性长护险，不再进行个人账户的代扣代缴或政策性长护险费的划转。职工医保和城乡居民医保参保人员的政策性长护险费均不再按当年度末实际参保人

数进行清算。

第十条 政策性长护险基金实行市级统筹，单独建账、独立核算、专款专用。定点护理机构服务费用、失能评估费用、经办服务费用等，由政策性长护险基金支付。市财政及市级医保经办机构建立政策性长护险基金专户，基金按年结算，当年不足支付的，由历年结余基金支付。

第十一条 因年老失能或经医疗机构、康复机构规范诊疗，失能状态持续6个月以上，符合重度失能评估标准，生活不能自理需要长期护理的参保人员，可享受政策性长护险待遇。

第十二条 经自评基本符合享受政策性长护险待遇条件的参保人员，可由其监护人或委托代理人携带本人身份证原件及复印件、有效的医疗诊断证明、完整的病历材料等向医保经办机构申请失能等级评估。鼓励金融机构利用网点优势积极参与经办服务。加快推进失能等级评估线上申请。

第十三条 各级失能等级评估委员会应当选聘具备失能评估专业知识的医疗卫生专家，组建失能等级评估人员库。开展现场评估工作时，应至少安排2名评估人员，其中至少有1名评估专家，按照舟山市失能等级评估办法进行逐项信息采集，将相关情况如实、准确录入信息系统，由信息系统生成评估结论。

第十四条 各级失能等级评估委员会确定评估结论，并

将评估结论在一定范围内公示，接受社会监督。公示无异议的，在受理申请通过之日起 30 个工作日内将评估结论书送达申请人或其监护人、委托代理人；对失能评估结论有异议的，可在规定期限内向医保经办机构申请复评。

第十五条 参保人员失能状态发生变化、评估结论出具已满 6 个月的，可向医保经办机构申请重新评估。

建立政策性长护险待遇定期评估机制，重度失能等级评估结论有效期一般不超过 2 年，评估有效期届满前应对享受政策性长护险待遇的人员进行定期评估。

第十六条 初次评估、定期评估的评估费用由政策性长护险基金承担，争议复评、状态变更评估的评估费用先由申请人承担，评估结论发生改变的，评估费用由政策性长护险基金承担。

第十七条 符合享受政策性长护险待遇条件的参保人员，自评估结论作出次月起享受政策性长护险待遇。

第十八条 符合条件的参保人员可根据情况选择居家护理或机构护理待遇。由长护险定点护理机构根据失能人员及家属实际需求，确定服务频次、时长、项目等具体内容并签订服务协议。

（一）选择居家护理的，每月最高服务标准为 1600 元，基金支付 80%，待遇支付总额为 1280 元。原则上每周上门服务不少于 3 次，每次服务不少于 1 小时。服务价格暂定 65 元

/小时。在偏远海岛的重度失能人员可根据实际情况适当提高待遇标准。

为稳步推进失能人员上门居家护理服务供给，在起步阶段可选择护理机构上门提供居家护理服务加亲情护理模式，可将经过护理实践培训后的失能人员近亲属纳入亲情护理服务管理，按照 500 元/月标准支付给指定亲情护理人员，待遇支付总额不变。原则上定点护理机构提供每月不少于 12 个小时的上门居家护理服务，每周上门服务不少于 2 次，每次服务不少于 1 小时。

（二）选择机构护理的，每月最高服务标准为 2000 元，基金支付 70%。每月按 30 天计，不足 30 天的按实际天数计算，每天最高服务标准为 66.66 元。

第十九条 参保人员病情好转或其他原因应停止政策性长护险待遇的，须及时办理待遇终止手续，定点护理机构同步停止护理服务和费用结算。

第二十条 居家护理和机构护理发生的政策性长护险基金支付费用，由经办合作机构与定点护理机构直接结算。亲情护理费用，由经办合作机构支付给指定亲情护理人员。

第二十一条 参保人员享受政策性长护险待遇期间因疾病诊疗需要在市内住院，入住医疗机构为长护险定点护理机构的，可享受机构护理待遇；入住医疗机构非长护险定点护理机构的，享受居家护理待遇。住院期间发生的医疗费用由

医保基金按规定结算。

第三章 惠民型商业护理保险

第二十二条 依托“舟惠保”增设护理保险理赔责任，以个人自愿投保方式筹集资金，通过政府指导，商业保险机构精算平衡，为长期失能人员享受机构护理或居家护理等服务提供补充性保障。

第二十三条 “舟惠保”投保对象为本市基本医疗保险参保人员，不设置年龄、健康状况、既往病史、职业类型、户籍等前置条件。保费按自然年度筹集，可从职工医保个人账户中代扣代缴。鼓励企事业单位、社会组织、城乡集体经济组织投保，保费可以从职工福利费、工会费、企业经营成本等渠道列支，符合规定的允许税前扣除。

第二十四条 在政策性长护险待遇基础上，“舟惠保”对居家护理和机构护理最高服务标准内的个人支付段予以赔付10%；按政策性长护险最高服务标准接受居家护理、且不选择亲情护理模式的，个人支付段赔付比例提高到30%；赔付部分均以提供护理服务方式体现。今后根据运行情况，逐步调整赔付范围和比例。

第二十五条 政策性长护险待遇停止享受的人员，“舟惠保”护理保险理赔责任同步暂停享受。

第四章 特色商业护理保险

第二十六条 积极鼓励商业保险机构采取多险种协同的

方式提供特色商业护理保险，包括开展寿险责任与护理责任转换、优化意外保险等含有护理责任的保险产品设计、开发专属护理保险产品等，健全多层次多支柱长期护理保障体系。

第二十七条 以自愿投保为原则，结合人口地域特点，积极争取上级商业保险公司研发和推广适用不同人群的特色商业护理险产品，在保障比例、保障范围、保障群体等方面与政策性长护险、惠民型商业护理保险错位发展、功能互补，利用自身优势整合康养资源，满足不同层次人群的康养需求。

第二十八条 允许职工医保个人账户部分历年结余资金为本人购买审定的商业护理险保险产品，全年额度暂不超过1000元。

第五章 社会救助福利护理保障

第二十九条 本市医疗救助对象（特困、低保、低边及县级以上人民政府认定的其他特殊困难人员），参加“舟惠保”的保费，由各级财政全额补助。

第三十条 享受政策性长护险待遇的医疗救助对象，政策性长护险服务标准内的个人支付段费用，经“舟惠保”护理保险责任理赔后，剩余费用由政策性长护险基金予以补助80%，以提供护理服务方式体现。

第三十一条 参保人员同时符合政策性长护险、养老护理补贴等申领条件的，原则上根据本人意愿享受其中一项补贴政策，并结合机构和居家护理实际做好政策衔接。享受特困人员

和完全失能低保老年人入住养老机构照护护理政策的对象，不再享受政策性长护险待遇。

第六章 经办管理

第三十二条 各级医保经办机构负责政策性长护险的日常经办服务管理。支持商业保险机构等社会力量参与经办业务，通过政保合作方式公开招标选定经办合作机构，以支付保费模式委托经办合作机构协助开展政策宣传、失能评估、待遇确认、费用审核、资金拨付、服务监管、统计分析等具体经办业务。

（一）市级医保经办机构

1. 协助市医保行政部门拟定政策性长护险配套政策文件，制定政策性长护险经办规程；

2. 指导县（区）医保经办机构开展日常工作；招标选定经办合作机构，并进行指导和监管；

3. 负责确定全市长护险定点护理机构，遴选全市居家护理机构，制定长护险定点护理机构服务协议。负责新城和普朱区域失能等级评估、定点护理机构管理工作；

4. 负责政策性长护险基金预决算，根据合同约定向经办合作机构拨付基金；指导做好惠民型商业护理保险与经办合作机构的资金结算工作。

5. 负责指导政策宣传和培训工作。

（二）各县（区）医保经办机构

1. 组织签订辖区内长护险定点护理机构服务协议，负责辖

区内定点护理机构管理；

2. 负责辖区内失能等级评估工作；
3. 负责辖区内经办合作机构的监督和管理；
4. 负责政策宣传和培训工作。

（三）经办合作机构

1. 协助开展政策宣传、培训和咨询；
2. 协助医保经办机构开展失能等级评估工作；
3. 确认重度失能人员的护理需求和待遇；审核长护险定点护理机构上传的护理服务费用，结算和拨付护理服务、失能评估费用；
4. 监管长护险定点护理机构的护理服务行为；
5. 负责政策性长护险运行情况的统计分析，协助完成相关报表的报送工作，整理保存相关文书档案；
6. 完成医保部门交办的其他工作。

第三十三条 建立医保、民政、卫健、残联等部门组成的市、县二级失能等级评估委员会，设立失能等级评估人员库，按辖区组织开展失能等级评估工作。

第三十四条 建立全市统一的长护险信息系统，与民政、卫健等部门信息共享，实现政策性长护险待遇在线申请与实时联网“一站式”结算。建立以移动网络和智能终端为基础的居家护理子系统，实现上门服务过程中的服务内容派送、服务时长监控、服务结果评价等功能。

第三十五条 长护险定点护理机构实行协议管理，符合条件的养老、医疗、残疾人托养机构，以及其他从事照料护理的法人、其他组织可申请纳入长护险定点护理机构范围，采取遴选方法选择一定数量的居家护理机构纳入定点管理，按区域提供上门居家护理服务，确保居家护理工作有序平稳开展。

第三十六条 建立健全定点护理机构管理和考核办法、护理服务项目标准。建立服务质量保证金制度，每月应支付定点护理机构的服务费用，由经办合作机构暂按5%比例预留作为服务质量保证金，形成资金拨付与考核结果相挂钩的结算支付机制。

第三十七条 定点护理机构和护理人员应严格审核失能人员身份，根据协议约定规范操作各项护理服务内容，尊重失能人员的生命尊严，体现人文关怀，提供舒适、安宁的长期护理服务。

定点护理机构应按规定做好与长护险信息系统联网工作，实时上传护理服务对象、服务内容、服务时长和服务费用等信息。

第七章 监督管理

第三十八条 医保经办机构根据《舟山市长期护理保险定点护理机构协议管理办法》和服务协议约定条款，通过实地检查、智能监控等措施，加强对长护险定点护理机构及其护理人员履行协议情况的日常巡查，按照《舟山市长期护理保险定点

《护理机构考核办法》对定点护理机构进行考核。

医保经办机构应创新基金监督和管理手段,提高失能评估、服务提供、费用结算等环节的智能化监管水平,实现全流程数字化闭环管理。发挥社会监督作用,设立公开举报电话,重点对参保人员享受待遇资格、定点护理机构提供的护理服务质量等进行监督。

医保经办机构根据相关规定和合同条款,对经办合作机构的制度建设、财务规范、人员配备、经办响应、待遇支付、服务监管、宣传培训、满意度等情况进行监管和考核。

第三十九条 定点护理机构违反政策性长护险管理规定和协议约定,存在虚假服务、套取基金等违规行为,造成政策性长护险基金损失的,由经办机构根据相关规定依法依规处理;情节严重的,解除长护险定点服务协议;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十条 参保人员或其监护人、委托代理人在接受失能等级评估、享受护理服务过程中,存在骗取政策性长护险待遇及其他违法违规行为,造成政策性长护险基金损失的,经办机构应当向其追回相关费用;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十一条 经办合作机构及其工作人员有下列行为之一的,由医保部门责令改正;给政策性长护险基金、定点护理机构或者个人造成损失的,责令依法承担赔偿责任;对直

接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

- （一）未全面履行政策性长护险工作职责的；
- （二）未按时、足额支付政策性长护险待遇的；
- （三）丢失或篡改失能评估、待遇支付等数据资料的；
- （四）其他违反法律、法规行为的。

第八章 附则

第四十二条 《舟山市长期护理保险失能等级评估管理办法》、《舟山市长期护理保险护理服务项目管理办法》、《舟山市长期护理保险定点护理机构协议管理办法》、《舟山市长期护理保险定点护理机构考核办法》等配套文件另行制定。

第四十三条 享受政策性长护险和惠民型商业护理保险待遇人员，限定为居住在本市行政区域内的参保人员。今后根据国家、省相关规定扩大待遇享受区域范围。

第四十四条

抄送：市、县（区）医保经办机构

舟山市医疗保障局办公室

2024年3月8日印发
